

LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE À VISÉE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES CARCINOMES DIFFÉRENCIÉS DE LA THYROÏDE : A PROPOS DE 45 CAS

H.ElHajjoui, M. Bouchikh, W.Elaamadi, S. Douni, A. Achir.

Service de chirurgie thoracique de l'hôpital Ibn Sina RABAT

INTRODUCTION

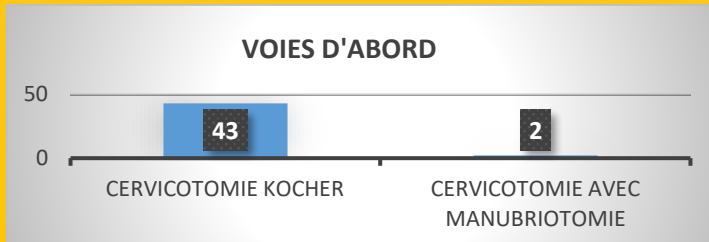
Le cancer de la thyroïde est le plus fréquent des cancers endocriniens. Les carcinomes différenciés y représentent plus de 75%. Leur pronostic dans l'ensemble reste favorable. Or, leur prise en charge implique une approche multidisciplinaire faisant appel initialement à la chirurgie et à médecine nucléaire.

MATERIELS ET METHODES

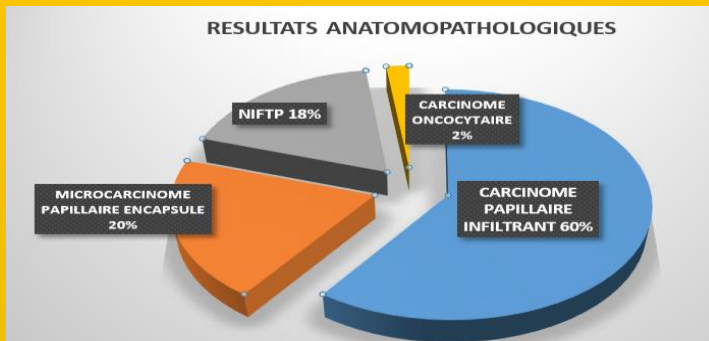
Notre travail repose sur une étude rétrospective de 8 ans (Jan 2015 – Oct 2023), pendant laquelle nous avons colligé 45 cas de carcinomes différenciés de la thyroïde (CDT) au sein du service de chirurgie thoracique de l'hôpital universitaire Ibn Sina.

RESULTATS

- 36 Femmes & 9 Hommes, avec une moyenne d'âge de 48ans (des extrêmes 23-73ans).
- Tous les patients avaient consulté pour un goitre plongeant.
- Un bilan initial réalisé chez tous les patients, avait comporté outre l'examen clinique, une radiographie de thorax, une échographie cervicale, une TDM cervicothoracique et un dosage des hormones thyroïdiennes. La cytoponction a été pratiquée chez seulement une seule patiente.
- Le geste chirurgical avait consisté en une thyroïdectomie totale chez 42 patients (dont 4 avaient bénéficié d'un curage ganglionnaire associé) une hémithyroïdectomie droite chez 2 patients et une seule loboisthmectomie droite.



- Les suites opératoires étaient simples chez 43 patients. Par ailleurs un seul malade s'est compliqué d'une infection de paroi et un décès à j3 post opératoire suite à un choc cardiogénique.



- Une hormonothérapie substitutive et suppressive était prescrite pour tous les patients thyroïdectomisés.
- Les patients traités pour carcinome papillaire et oncocytaire de la thyroïde ont eu recours à l'iode radioactif en complément du traitement chirurgical.
- Au cours du suivi à long terme, 06 sternectomies totales ont été réalisées chez les patients présentant des métastases sternales de leur carcinome thyroïdien, dont deux avec mise en place d'une prothèse de reconstruction sternale sur mesure.

DISCUSSION

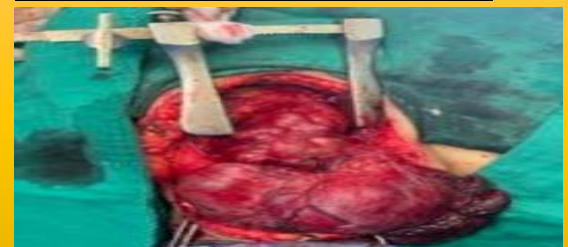
Les carcinomes thyroïdiens différenciés sont constitués de 2 types principaux : C. Papillaire (75%) & C. Folliculaire (10%).

La présentation classique est celle d'un nodule thyroïdien non fonctionnel alors que dans notre étude, tous les patients ont consultés pour un goitre.

Le bilan initial doit comprendre : L'anamnèse complétée d'un bilan thyroïdien (TSH, T4libre) avec un dosage de la calcitonine ou de la thyroglobuline. L'ultrason cervical permet de caractériser le goitre, d'identifier une atteinte ganglionnaire et de guider la cytoponction. Le bilan peut être complété par une TDM cervicothoracique en cas de goitre plongeant ; permettant ainsi de bien visualiser ses limites avec les structures vasculaires locorégionales.

Le traitement de choix est la chirurgie sous forme de thyroïdectomie totale, initialement par cervicotomie horizontale type kocher. La lobo-isthmectomie est réservée aux tumeurs < 1cm et aux maladies localisées en un lobe. La chirurgie s'accompagne, en principe, d'un curage ganglionnaire central. Une substitution hormonale est prescrite en postopératoire dont les buts sont de pallier à l'hypothyroïdie induite et de freiner au maximum la TSH. Lors de CDT et après une thyroïdectomie totale, les principales indications à une thérapie complémentaire à l'iode 131 sont les stades MT2 soit à la recherche d'une éventuelle maladie métastatique, soit dans un but purement ablatif lors de chirurgie incomplète ou d'atteinte des ganglions cervicaux. Elle est alors associée à un bénéfice de survie.

CERVICOTOMIE COMPLETEE D'UNE MANUBRIOTOMIE



CONCLUSION

Bien que la chirurgie soit le gold standard dans la prise en charge des carcinomes différenciés de la thyroïde, la thérapie complémentaire à l'iode 131 demeure une indication principale soit à la recherche d'une éventuelle maladie métastatique, soit dans un but purement ablatif lors de chirurgie incomplète ou d'atteinte des ganglions cervicaux.