



Chirurgie initiale du Cancer Médullaire de la Thyroïde

Dr GUIGARD Sébastien

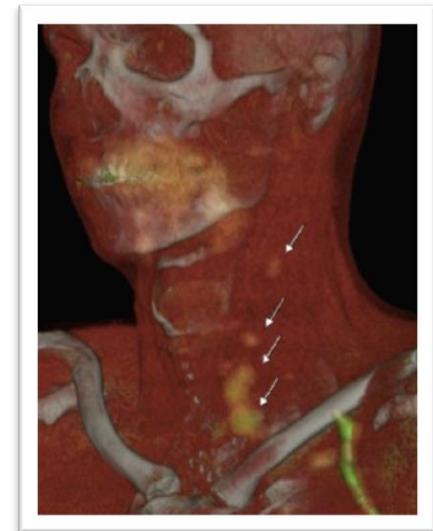
ACC chirurgie thoracique vasculaire endocrinienne
CHU de Grenoble

Sguigard@chu-grenoble.fr

DES endocrinologie Novembre 2013

Circonstances de découverte

- Nodule thyroïdien
- Adénopathie cervicale
- Dosage calcitonine
- Prédisposition génétique
- Syndrome carcinoïde (rare)



Pronostic du CMT



- Dosages biologiques
 - Calcitonine (TCT): basal ++ / stimulé par pentagastrine
 - ACE
- Cancer lymphophile
 - Corrélation méta ganglionnaires cervicales / TCT
- Traitement chirurgical curatif seul

Pronostic du CMT



- Dosages biologiques
 - Calcitonine (TCT): basal ++ / stimulé par pentagastrine
 - ACE
- Cancer lymphophile
 - Corrélation méta ganglionnaires cervicales / TCT
- Traitement chirurgical curatif seul

Qualité de l'exérèse chirurgicale initiale ++
Mauvais résultats des réinterventions

Règles de base de toute chirurgie thyroïdienne (1)



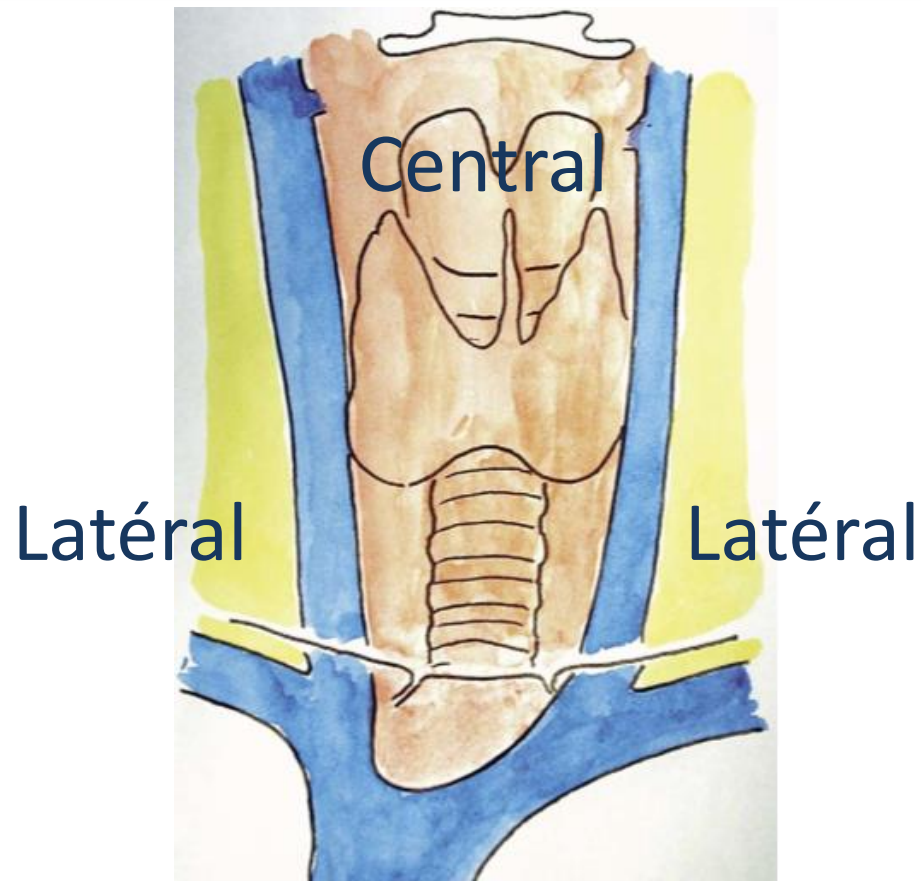
- Minimiser les risques opératoires
 - Pronostic relativement bon
 - Morbidité non négligeable (nerveuse, parathyroïdienne)
 - Risque des réinterventions

Règles de base de toute chirurgie thyroïdienne (1)



- Minimiser les risques opératoires
 - Pronostic relativement bon
 - Morbidité non négligeable (nerveuse, parathyroïdienne)
 - Risque des réinterventions
- Pas d'urgence: se dépêcher de prendre son temps
 - Bilan préopératoire exhaustif (écho spécialisée)
 - Éliminer un phéochromocytome
 - Intervention complète d'emblée (compartimentale)

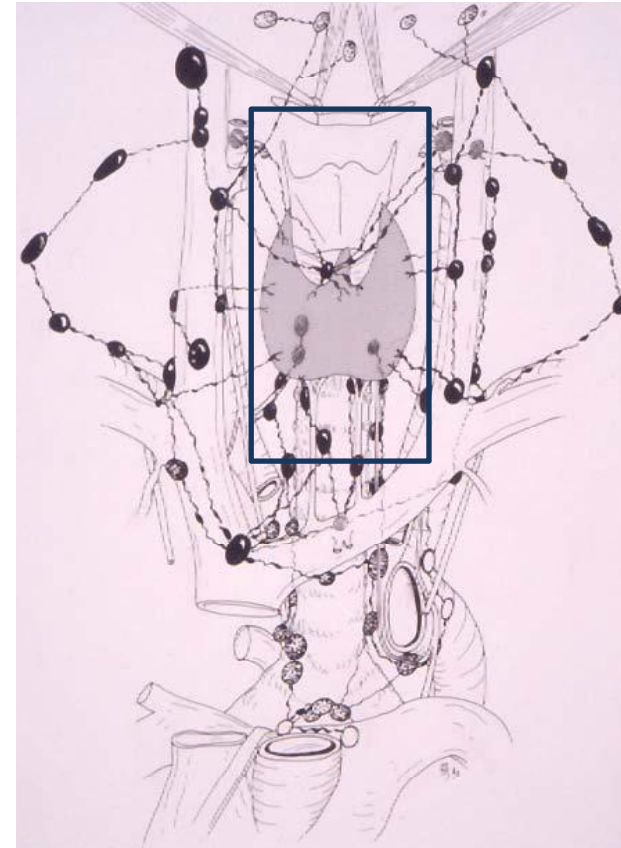
Curages Central / latéral



Curage ganglionnaire central (VI)



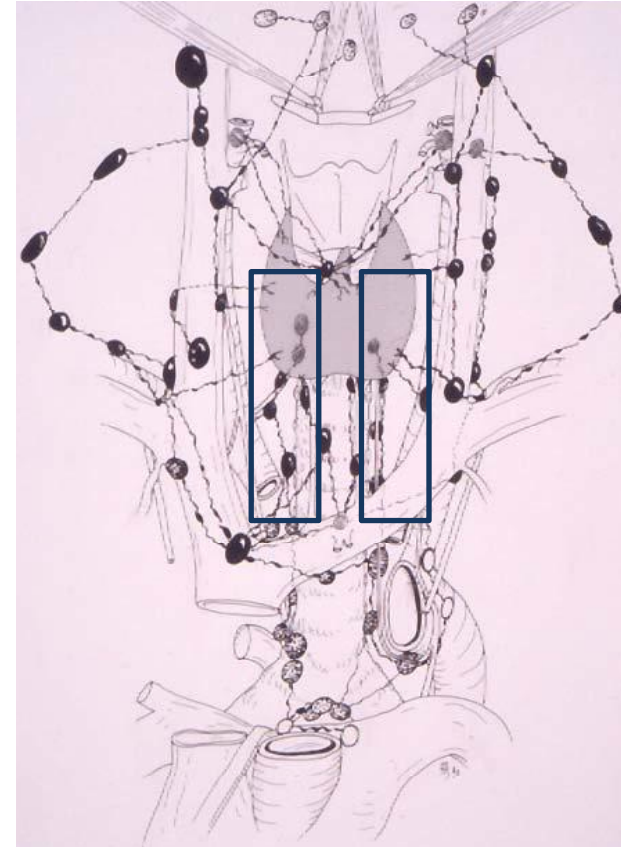
- Prétrachéal, préaryngé



Curage ganglionnaire central (VI)



- Prétrachéal, préaryngé
- Latéro-trachéal (récurrentiel)



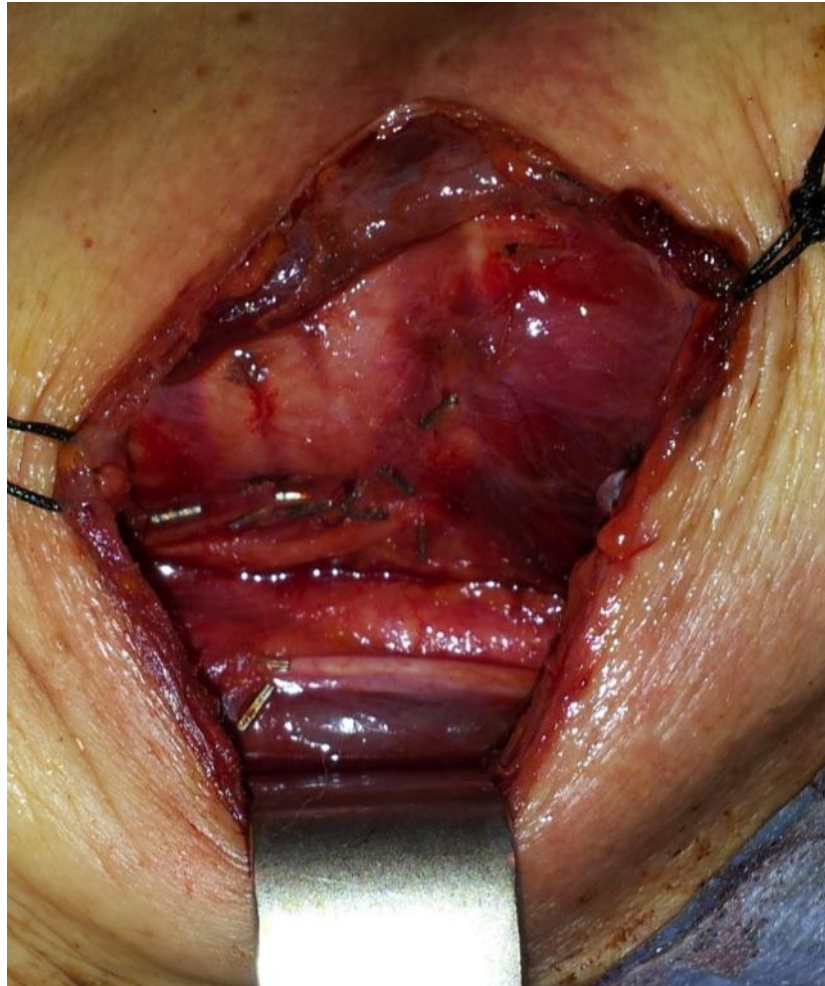
Curage ganglionnaire central (VI)



- Prétrachéal, préaryngé
- Latéro-trachéal (récurrentiel)
- Médiastinal supérieur



Curage ganglionnaire central (VI)



Curage ganglionnaire latéral (II III IV V)

- Jugulo-carotidien
 - Supérieur
 - Moyen
 - inférieur
- Spinal
- Transverse



Règles de base de toute chirurgie thyroïdienne (2)



- Morbidité parathyroïdienne
 - Hypoparathyroïdie définitive (5-10%)
 - Curage CENTRAL ++
 - Expérience ++
 - Minimiser le risque de réintervention
 - Faciliter la réintervention éventuelle
 - Conserver les pédicules / réimplantation
 - Problème des HPT associées (NEM 2A)

Règles de base de toute chirurgie thyroïdienne (2)



- Morbidité parathyroïdienne
- Morbidité nerveuse
 - Curage CENTRAL et LATERAL
 - NLI (récurrentielle) (définitive 2-5%) NLS mal estimée
 - Expérience
 - Neuromonitoring
 - Eviter à tout prix les réinterventions

Règles de base de toute chirurgie thyroïdienne (2)



- Morbidité parathyroïdienne
- Morbidité nerveuse
- Morbidité vocale
 - Peu connue (30% initiale – 10% définitive)
 - Causes multiples (NLS ++)
 - Pas de facteurs prédictifs connus

Règles de base de toute chirurgie thyroïdienne (2)



- Morbidité parathyroïdienne
- Morbidité nerveuse
- Morbidité vocale
- Complications lymphatiques
 - Curage LATERAL
 - Gauche >> Droit

Règles de base de toute chirurgie thyroïdienne (2)



- Morbidité parathyroïdienne
- Morbidité nerveuse
- Morbidité vocale
- Complications lymphatiques
- Autres curage LATERAL: X – XI – phrénique - Σ

Particularités du CMT



- Métastases ganglionnaires précoces (stade de microcarcinome)
- Traitement chirurgical curatif seul
 - Thyroïdectomie totale
 - +/- curages ganglionnaires d'emblée

Particularités du CMT



- Métastases ganglionnaires précoces (stade de microcarcinome)
- Traitement chirurgical curatif seul
 - Thyroïdectomie totale
 - +/- curages ganglionnaires d'emblée

Pas de consensus strict de prise en charge chirurgicale initiale

Quelle intervention proposer ?



- Qui ? Centres spécialisés
- Quand ?
 - Cas index: bilan complet
 - Âge du traitement prophylactique?
- Comment ?
 - Thyroïdectomie totale systématique
 - Quels curages?

Etudes publiées Dralle Machens



- Centre référent (Halle, Allemangne)
 - Séries gigantesques consécutives récentes
- Résultats
 - Intérêt TCT basale ++
 - Corrélation métastases ganglionnaires / TCT
 - Taux de guérison / TCT

Extrapolation de la stratégie chirurgicale

Machens-Dralle, J Clin Endocrinol Metab 2010, Ann Surg 2012, Clinics 2012

Corrélation méta GG / TCT basale



Calcitonine basale	N+	N+ homolat C et L	N+ controlat C	N+ controlat L	N+ médiastin ou M+
< 20	0	0	0	0	0
20 - 50	11%	11%	0	0	0
50 - 200	26%	26%	4%	0	0
200 - 500	45%			14%	0
500 - 1000	59%			12%	12% médiast 4% M+

Corrélation méta GG / TCT basale



Calcitonine basale	N+	N+ homolat C et L	N+ controlat C	N+ controlat L	N+ médiastin ou M+
< 20	0	0	0	0	0
20 - 50	11%	11%	0	0	0
50 - 200	26%	26%	4%	0	0
200 - 500	45%			14%	0
500 - 1000	59%			12%	12% médiast 4% M+

Corrélation méta GG / TCT basale



Calcitonine basale	N+	N+ homolat C et L	N+ controlat C	N+ controlat L	N+ médiastin ou M+
< 20	0	0	0	0	0
20 - 50	11%	11%	0	0	0
50 - 200	26%	26%	4%	0	0
200 - 500	45%			14%	0
500 - 1000	59%			12%	12% médiast 4% M+

Aucune corrélation

ECHO (taille tumeur, gg) / Méta GG +++

Proposition chirurgie initiale CMT



Calcitonine basale	Curage Central Homolatéral	Curage Latéral Homolatéral	Curage Central Controlatéral	Curage Latéral Controlatéral
< 20	-	-	-	-
20 - 50	+	+	-	-
50 - 200	+	+	+	-
> 200	+	+	+	+

Selon UNIQUEMENT Calcitonine basale +++

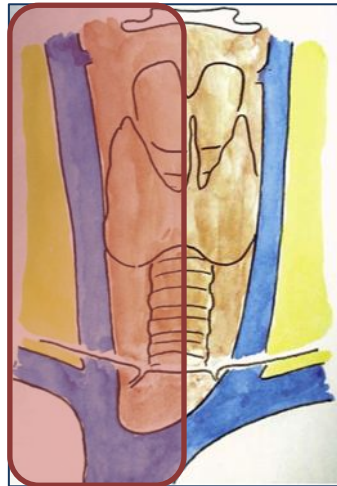
Proposition chirurgie initiale CMT



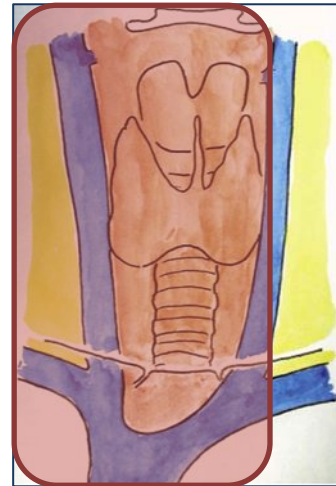
< 20



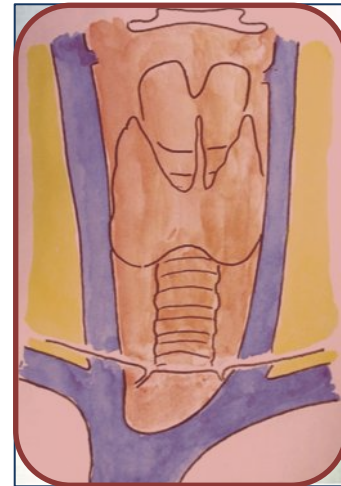
20-50



50-200



> 200



Selon **UNIQUEMENT** Calcitonine basale +++

Proposition chirurgie initiale CMT



- Controverse
 - Curage central bilatéral pour $20 < CT < 50$
 - Proposé par GTE et AFCE
 - But: diminuer le risque de réintervention

Proposition chirurgie initiale CMT



- Controverse
 - Curage central bilatéral pour $20 < CT < 50$
 - Proposé par GTE et AFCE
 - Pour diminuer le risque de réintervention
- Attention: curage par compartiment doit être **COMPLET**

Problèmes spécifiques des formes héréditaires



- CMT
 - 2/3 sporadiques
 - 1/3 liés à une prédisposition familiale
 - NEM 2A: phéo + HPT
 - NEM 2B: phéo
 - CMT familial

PHENOTYPE	MANIFESTATIONS CLINIQUES	
NEM2A (60 %)	Cancer médullaire de la thyroïde (CMT) Pheochromocytome Hyperparathyroïdie Notalgia	100 % 8-60 % 5-20 % 20 %
NEM2B (5 %)	CMT Pheochromocytome Morphotype Marfanoïde Ganglioneuromatose cutanée, sous-muqueuse et digestive	100 % 50 %
FCMT (35 %)	CMT	100 %

Inca, 2009, NEM2

Problèmes spécifiques des formes héréditaires



- CMT
 - 2/3 sporadiques
 - 1/3 liés à une prédisposition familiale
- Bilan surrénalien SYSTEMATIQUE
 - Dépistage du phéochromocytome
 - Chirurgie surrénalienne première ++++

Problèmes spécifiques des formes héréditaires



- CMT
 - 2/3 sporadiques
 - 1/3 liés à une prédisposition familiale
- Bilan surrénalien SYSTEMATIQUE
 - Dépistage du phéochromocytome
 - Chirurgie surrénalienne première ++++
- Bilan parathyroïdien SYSTEMATIQUE: PTH+/-Scinti MIBI

Problèmes spécifiques des formes héréditaires



- CMT
 - 2/3 sporadiques
 - 1/3 liés à une prédisposition familiale
- Bilan surrénalien SYSTEMATIQUE
 - Dépistage du phéochromocytome
 - Chirurgie surrénalienne première ++++
- Bilan parathyroïdien SYSTEMATIQUE: PTH+/-Scinti MIBI
- Discuter thyroïdectomie (+/- curages) prophylactique
 - NEM 2A: précoce
 - NEM 2B et CMTE: selon exon muté



Chirurgie initiale du Cancer Médullaire de la Thyroïde

Dr GUIGARD Sébastien

ACC chirurgie thoracique vasculaire endocrinienne
CHU de Grenoble

Sguigard@chu-grenoble.fr

DES endocrinologie Novembre 2013