

UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA

FACULTE DE MEDECINE

THESE

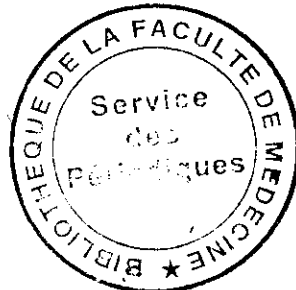
Pour l'obtention du grade de
Docteur en sciences médicales

**NODULE THYROÏDIEN ET GOITRE
MULTINODULAIRE**

**Indications, techniques et résultats du
traitement chirurgical**

Présentée par

Docteur BOUCHAIR Abderrazak



Directeur de thèse : Professeur SAIDIA Abderrahmane.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PARTIE THEORIQUE

1	HISTORIQUE	3
2	EMBRYOLOGIE	5
2.1	MORPHOGENESE	5
2.2	HISTOGENESE	6
2.3	ANOMALIES THYROÏDIENNES EN RAPPORT AVEC L'EMBRYOLOGIE	7
3	ELEMENTS ANATOMIQUES.....	9
3.1	ANATOMIE DESCRIPTIVE	9
3.1.1	<i>Aspect - Topographie – Morphologie.....</i>	<i>9</i>
3.1.2	<i>Vascularisation et drainage lymphatique.....</i>	<i>12</i>
3.1.3	<i>Les nerfs de la glande thyroïde.....</i>	<i>18</i>
3.1.4	<i>Les glandes parathyroïdes.....</i>	<i>18</i>
3.2	ANATOMIE CHIRURGICALE.....	18
3.2.1	<i>Rapports antérieurs.....</i>	<i>18</i>
3.2.2	<i>Gaine et capsule thyroïdiennes.....</i>	<i>19</i>
3.2.3	<i>Rapports du corps thyroïde et des nerfs laryngés.....</i>	<i>21</i>
3.2.4	<i>Rapports avec les glandes parathyroïdes.....</i>	<i>24</i>
3.2.5	<i>Rapports avec le paquet vasculo-nerveux du cou.....</i>	<i>25</i>
4	ELEMENTS PHYSIOLOGIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIQUES.....	26
4.1	PHYSIOLOGIE	26
4.1.1	<i>L'hormonosynthèse.....</i>	<i>26</i>
4.2	FACTEURS DE REGULATION DE LA CROISSANCE THYROÏDIENNE	30
4.2.1	<i>Facteurs paracrines et autocrines.....</i>	<i>30</i>
4.2.2	<i>Facteurs génétiques et immunologiques.....</i>	<i>31</i>
4.2.3	<i>Autres facteurs.....</i>	<i>32</i>
4.2.4	<i>Angiogenèse peri-vésiculaire</i>	<i>33</i>
4.3	PHYSIOPATHOLOGIE DE LA NODULOGENESE	33
4.3.1	<i>Carence iodée.....</i>	<i>34</i>
4.3.2	<i>Autres facteurs de la goitrigénèse</i>	<i>34</i>
4.3.3	<i>Facteurs d'environnement.....</i>	<i>35</i>
4.3.4	<i>Impact génétique</i>	<i>36</i>
4.3.5	<i>Radiations ionisantes.....</i>	<i>36</i>
4.3.6	<i>Mutations géniques.....</i>	<i>37</i>
5	ELEMENTS HISTOLOGIQUES ET HISTOPATHOLOGIE	41
5.1	HISTOLOGIE	41
5.1.1	<i>Organisation générale.....</i>	<i>41</i>
5.1.2	<i>Le follicule thyroïdien.....</i>	<i>41</i>
5.2	CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE	43
5.3	HISTOPATHOLOGIE.....	44
5.3.1	<i>Les tumeurs épithéliales primitives</i>	<i>44</i>
5.3.2	<i>Tumeurs conjonctives primitives.....</i>	<i>53</i>
5.3.3	<i>Les tumeurs secondaires.....</i>	<i>54</i>

5.3.4	<i>Tumeurs diverses et lésions pseudotumorales</i>	54
5.4	VALEUR ET LIMITES DE L'EXAMEN EXTEMPORANE	55
6	ELEMENTS DIAGNOSTIQUES	58
6.1	L'EXAMEN CLINIQUE	58
6.1.1	<i>L'interrogatoire</i>	58
6.1.2	<i>L'examen physique</i>	60
6.2	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	61
6.2.1	<i>Examens radiomorphologiques</i>	61
6.2.2	<i>La cytologie thyroïdienne</i>	68
6.2.3	<i>Explorations biologiques</i>	70
6.3	ASPECTS CLINIQUES.....	71
6.3.1	<i>Les formes anatomo-cliniques</i>	71
6.3.2	<i>Les formes symptomatiques</i>	81
6.3.3	<i>Les formes malignes</i>	91
6.3.4	<i>Les nodules thyroïdiens chez l'enfant</i>	102
7	DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	103
8	EVOLUTION DES NODULES THYROÏDIENS	104
8.1	INTRODUCTION	104
8.2	EVOLUTION SPONTANEE DES NODULES BENINS	104
8.2.1	<i>La régression spontanée</i>	105
8.2.2	<i>L'augmentation progressive de taille va provoquer :</i>	105
8.2.3	<i>La multiplication du nombre de nodules</i>	105
8.2.4	<i>L'association avec un micro-cancer papillaire</i>	105
8.3	EVOLUTION SPONTANEE DES NODULES THYROÏDIENS MALINS	106
9	LE TRAITEMENT	107
9.1	INTRODUCTION	107
9.2	PRINCIPES DE LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE.....	107
9.3	PREPARATION A LA CHIRURGIE	109
9.4	L'ANESTHESIE-REANIMATION EN CHIRURGIE THYROÏDIENNE.....	110
9.5	LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE	113
9.5.1	<i>L'incision</i>	113
9.5.2	<i>Décollement des lambeaux</i>	114
9.5.3	<i>Exposition du corps thyroïde</i>	114
9.5.4	<i>L'exérèse thyroïdienne</i>	115
9.5.5	<i>La chirurgie des goitres plongeants</i>	120
9.5.6	<i>Thyroïdectomies élargies</i>	121
9.5.7	<i>Fermeture</i>	124
9.6	LA CHIRURGIE GANGLIONNAIRE.....	124
9.6.1	<i>L'évidement cellulo-ganglionnaire du secteur médian</i>	126
9.6.2	<i>L'évidement cellulo-ganglionnaire latéral</i>	126
10	DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	128
11	INDICATIONS OPERATOIRES	133
11.1	LES INDICATIONS CHIRURGICALES INDISPUTABLES	133
11.2	LA CHIRURGIE N'EST PAS INDIQUEE, A PRIORI	134
11.3	L'INDICATION CHIRURGICALE DOIT SE DISCUTER POUR :	134
11.4	CAS PARTICULIERS.....	135
12	STRATEGIE CHIRURGICALE	139
12.1	TRAITEMENT DU NODULE THYROÏDIEN	139
12.2	TRAITEMENT DES GMN	140
12.2.1	<i>Goitre euthyroïdien peuacinodulaire unilatéral</i>	140

12.2.2	<i>Goitre euthyroïdien peaucinodulaire bilatéral</i>	140
12.2.3	<i>Goitre euthyroïdien multinodulaire diffus</i>	140
12.2.4	<i>Goitre multinodulaire hyperthyroïdien</i>	141
12.3	LA BIOPSIE EXTEMPORANEE.....	141
12.4	L'HISTOLOGIE DEFINITIVE.....	143
12.5	LE TRAITEMENT STANDARD DU CANCER DIFFERENCIE DE LA THYROÏDE.....	144
12.5.1	<i>Les cancers différenciés supérieurs à 1 cm</i>	145
12.5.2	<i>Les microcarcinomes</i>	151
13	STRATEGIE THERAPEUTIQUE DANS LES CAS PARTICULIERS	152
13.1	LES ADENOPATHIES CERVICALES PRECESSIVES.....	152
13.2	LES METASTASES VISCERALES.....	152
13.3	LES RECIDIVES BENIGNES ET MALIGNES.....	155
13.4	LE CARCINOME MEDULLAIRE DE LA THYROÏDE (CMT).....	158
13.5	LES GOITRES NODULAIRES CHEZ L'ENFANT.....	160
14	SUITES ET COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES	163
14.1	LES SUITES OPERATOIRES.....	163
14.2	LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES.....	164
14.2.1	<i>La détresse respiratoire aiguë</i>	164
14.2.2	<i>Les complications hémorragiques</i>	165
14.2.3	<i>Les lésions nerveuses</i>	166
14.2.4	<i>Les complications endocriniennes</i>	167
14.2.5	<i>Autres complications</i>	169
15	LE SUIVI ET LES TRAITEMENTS POST-OPERATOIRES	171
15.1	LES SEQUELLES CHIRURGICALES.....	171
15.2	LA PATHOLOGIE BENIGNE.....	172
15.3	LA PATHOLOGIE MALIGNE.....	174
15.3.1	<i>Les cancers différenciés</i>	174
15.3.2	<i>Le cancer médullaire</i>	177
15.3.3	<i>Les autres cancers</i>	179

PARTIE PRATIQUE

16	MATERIEL ET METHODES	180
16.1	MATERIEL DE L'ETUDE	180
16.1.1	<i>Lieu de l'étude et population étudiée</i>	180
16.2	METHODES DE L'ETUDE	180
16.2.1	<i>Choix de la période d'étude 1992 -2002.</i>	180
16.2.2	<i>Sources d'information</i>	181
16.2.3	<i>Collecte et traitement des données</i>	181
16.2.4	<i>Méthodes statistiques employées</i>	182
17	RESULTATS	182
17.1	POPULATION ETUDIEE	182
17.2	ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE	182
17.2.1	<i>Age</i>	183
17.2.2	<i>Sexe</i>	183
17.2.3	<i>Age et sexe</i>	184
17.2.4	<i>Origine géographique</i>	185
17.2.5	<i>Fréquence</i>	186
17.3	ETUDE CLINIQUE	186
17.3.1	<i>Durée d'évolution</i>	186
17.3.2	<i>Antécédents</i>	187
17.3.3	<i>Circonstances de découverte et examen clinique</i>	188
17.3.4	<i>Symptomatologie</i>	189
17.4	ETUDE PARACLINIQUE	189
17.4.1	<i>Dosage hormonal</i>	189
17.4.2	<i>Radiographie standard du cou</i>	190
17.4.3	<i>Radiographie thoracique</i>	190
17.4.4	<i>Echographie cervicale</i>	191
17.4.5	<i>L'exploration isotopique</i>	192
17.4.6	<i>L'examen tomодensitométrique (TDM)</i>	192
17.4.7	<i>La cytoponction</i>	193
17.5	TRAITEMENT CHIRURGICAL	196
17.6	LES COMPLICATIONS	197
17.7	DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES	197
17.7.1	<i>L'examen extemporané</i>	198
17.7.2	<i>L'histologie définitive</i>	199
17.8	ETUDE DE LA PATHOLOGIE MALIGNE	199
17.8.1	<i>Epidémiologie</i>	202
17.8.2	<i>Etude clinique</i>	205
17.8.3	<i>Etude paraclinique</i>	207
17.8.4	<i>Examen histologique extemporané</i>	207
17.8.5	<i>Etude histologique</i>	211
17.8.6	<i>Traitement chirurgical</i>	212
17.8.7	<i>Complications</i>	213
17.8.8	<i>Traitements complémentaires</i>	213
17.8.9	<i>Evolution</i>	215
17.9	ANALYSE ET COMMENTAIRES	233
	CONCLUSION	235
	BIBLIOGRAPHIE	261
	INDEX DES ABREVIATIONS	261

Spécialité : Oto-Rhino-laryngologie et chirurgie de la face et du cou

RESUME

Notre étude a porté sur 1038 cas de nodule thyroïdien et de goitre multinodulaire opérés dans notre service entre janvier 1992 et décembre 2002.

L'objectif de ce travail est de mettre en place une stratégie de prise en charge des nodules thyroïdiens.

L'étude, à visée descriptive et dont les informations sont collectées de façon rétrospective et prospective, a montré un âge moyen de nos patients à 40.86 ans et des extrêmes de 7 et 87 ans.

Les tranches d'âge les plus touchées sont celles comprises entre 26 et 55 ans avec 73.59%.

Le maximum de fréquence est observé dans la tranche d'âge 36-45 ans avec 29.28%.

La prédominance féminine est nette avec un sex-ratio de 8 femmes pour un homme. Cliniquement, le nodule unique domine la forme multinodulaire avec 60.59%. Sur le plan paraclinique, l'échographie est l'examen le plus réalisé avec 74.27%. Sur le plan chirurgical, la lobo-isthmectomie représente l'intervention la plus fréquente avec 54.62%, viennent ensuite la thyroïdectomie totale et thyroïdectomie sub-totale avec respectivement 28.80% et 11.36%.

Les complications opératoires définitives (hypoparathyroïdie et atteinte récurrentielle) sont rares, ne dépassant pas les chiffres de la littérature avec 0.57% et 2.01%.

L'examen histologique définitif a mis en évidence un taux de malignité de 10.3%.

La cytoponction à l'aiguille fine et l'examen extemporané sont les garants d'un traitement chirurgical adapté en un seul temps.

Mots clés :

Nodule thyroïdien - goitre multinodulaire - lobo-isthmectomie- thyroïdectomie totale - thyroïdectomie sub-totale - échographie-cytoponction - examen extemporané.

Directeur de thèse :

Professeur chef de service
SAIDIA Abderrahmane
Service d'oto-rhino-laryngologie
et de chirurgie de la face et du cou
Hôpital DORBAN CHU ANNABA

Auteur :

Docteur BOUCHAIR Abderrazak
Service d'oto-rhino-laryngologie
et de chirurgie de la face et du cou
Hôpital DORBAN CHU ANNABA