

INCIDENCE ET CARACTERISTIQUES DES RECIDIVES LOCO-REGIONALES APRES EXERESE DES PARAGANGLIOMES ABDOMINAUX : INTERET DU CURAGE DE PRINCIPE LORS DE L'INTERVENTION INITIALE.

DR. SAM VAN SLIEKE (1), PR. LAURENT BRUNAUD (2), DR. FREDERIC SEBAG (1), PR. ERIC MIRALLIE (3), DR. LAURENT ARNALSTEEN (4), DR. ROBERT CAIAZZO (4), PR. LAURENT BRESLER (2), PR. BRUNO CARNAILLE (4), PR. JEAN-FRANCOIS HENRY (1), PR. FRANCOIS PATTOU (4)

(1) (CHU DE MARSEILLE - CHIRURGIE ENDOCRINIENNE - MARSEILLE)

(2) (CHU DE NANCY - CHIRURGIE ENDOCRINIENNE - NANCY)

(3) (CHU DE NANTES - CHIRURGIE ENDOCRINIENNE - NANTES)

(4) (CHRU DE LILLE - CHIRURGIE ENDOCRINIENNE - LILLE)

Les paragangliomes abdominaux (PGLA) sont les plus fréquentes des tumeurs chromaffines sécrétantes extra-surréaliennes. Le traitement des PGLA est chirurgical mais même lorsqu'elle paraît complète, leur exérèse n'exclut pas les récurrences locorégionale ultérieures. Notre objectif était de préciser la fréquence et les caractéristiques de ces récurrences rarement décrites dans la littérature et de mettre en évidence des critères prédictifs de leur survenue.

Méthodes : Analyse rétrospective de 79 patients (34F/45H) ayant bénéficié dans quatre centres entre 1974 et 2008, de l'exérèse d'un PGLA apparemment sporadique (n=41) ou syndromique (n=38, dont 36 avec une mutation identifiée de VHL, SDHB, SDHC, ou SDHD), associée (n=18) ou non (n=63) à un curage ganglionnaire.

Résultats : Après un suivi moyen de la cohorte de 41±49 mois (extrêmes: 1-211 mois), 15 patients (8F/7H) opérés pour un PGLA sporadique (n=8) ou syndromique (n=7 dont 6 avec mutation de VHL, SDHBx2, SDHC, ou SDHDx2) ont été réopérés pour une récurrence locale et/ou dans autre site extra-surrénalien abdominal, 73±55 mois après l'intervention initiale. Le taux actuariel (Kaplan-Meier) de récurrence atteignait 1% après un an (Intervalle de confiance 95%; 0-4), 20% après 5 ans (95% IC ; 6-35%) et 37% après 10 ans 25 % (13-61%). La récurrence était sécrétante chez 93% des patients (profil sécrétoire identique à la lésion initiale mais à des taux inférieurs), symptomatique dans 73% des cas (HTA, douleur abdos) et toujours confirmée par l'imagerie (TDM, IRM, scinti MIBG et/ou Octreoscan). Aucune des caractéristiques initiales des patients (âge, sexe, caractère sporadique ou syndromique, mutation génétique) ou de leur lésion primitive (taille, caractéristiques anatomopathologiques) n'était significativement associée au risque de récurrence. En revanche, les 15 patients ayant récidivé n'avaient pas eu de curage lors de l'intervention initiale et aucun des 17 patients ayant eu un curage n'a présenté de récurrence malgré un envahissement ganglionnaire initial chez deux d'entre eux ($p < 0.05$).

Conclusion : Les récurrences locorégionales après exérèse d'un PGLA qu'il soit sporadique ou syndromique sont fréquentes et souvent tardives. Elle s'accompagne régulièrement d'une extension ganglionnaire. Nos résultats suggèrent l'intérêt d'une exérèse aussi large que possible et d'un curage ganglionnaire systématique lors de l'intervention initiale.

LE TAUX D'ALDOSTÉRONNE EST POSITIVEMENT CORRÉLÉ AU TAUX DE PARATHORME CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE.

DR. ADELIN GERMAIN (1), DR. MARC RANCIER (2), PR. AHMET AYAV (1), PR. ERIC MIRALLIÉ (1), PR. GEORGE WERYHA (2), PR. LAURENT BRESLER (1), PR. LAURENT BRUNAUD (1)

(1) (CHU NANCY - CHIRURGIE)

(2) (CHU NANCY - ENDOCRINOLOGIE)

Introduction: L'hyperparathyroïdie primaire (HPT1) est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire. Les mécanismes expliquant cette association sont pour le moment peu connus. Le rôle de l'aldostérone sur l'incidence des pathologies cardiovasculaires (hypertension, hypertrophie ventriculaire, cardiopathie ischémique) est par ailleurs clairement validé. Le but de cette étude était d'évaluer le taux d'aldostérone chez les patients ayant une hyperparathyroïdie primaire avant et après parathyroïdectomie.

Méthodes : Une étude prospective de 134 patients ayant une HPT1 a été réalisée pour évaluer le taux d'aldostérone avant et à 3 mois après parathyroïdectomie. La présence ou non de médicaments antihypertenseurs a été évaluée en raison de leur impact potentiel sur le métabolisme de l'aldostérone. Les valeurs de limite supérieure étaient calcium ≤ 105 mg/L, PTH ≤ 65 ng/L et aldostérone ≤ 400 pmol/L.

Résultat: En préopératoire, le taux de PTH était corrélé positivement aux taux d'aldostérone ($p=0.005$). Chez les 62 patients (46%) n'ayant pas de médicament antihypertenseur, cette corrélation positive était plus encore forte ($p=0.0003$). Dans ce groupe, les patients ayant un taux de PTH préopératoire supérieur à la valeur médiane (127 ng/L) avaient un taux d'aldostérone plus élevé (479 versus 307 pmol/L; $p=0.008$). De plus, dans ce groupe le taux d'aldostérone était plus élevé chez les patients ayant une pression artérielle systolique ≥ 160 mmHg (668 versus 341 pmol/L ; $p=0.006$). Chez les 72 patients traités pour hypertension, aucune corrélation n'était observée. En analyse multivariée, le taux de PTH préopératoire ($p=0.005$) était un facteur indépendant expliquant le taux d'aldostérone chez tous les patients et aussi dans le groupe des patients sans médicament antihypertenseur ($p<0.0001$). A 3 mois après parathyroïdectomie, aucune corrélation n'était observée entre le taux de PTH et le taux d'aldostérone.

Conclusion : Cette étude montre pour la première fois de façon claire que le taux d'aldostérone est corrélé positivement au taux de PTH dans la période préopératoire. Cette corrélation disparaît après chirurgie. L'aldostérone pourrait être un médiateur important expliquant l'atteinte cardiovasculaire des patients ayant une HPT1.

INCIDENCE, PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION DES DIPLEGIES LARYNGEES APRES THYROÏDECTOMIE

MELLE. CELINE DEVANT (1), DR. LAURENT ARNALSTEEN (1), DR. ROBERT CAIAZZO (1), DR. MARC GREGOIRE (2), DR. GUELAREH DEZFOULIAN (1), DR. MANU FERNANDEZ (1), PR. DOMINIQUE CHEVALIER (3), PR. BRUNO CARNAILLE (1), PR. FRANCOIS PATTOU (1)

(1) (CHRU DE LILLE - CHIRURGIE ENDOCRINIENNE - LILLE)

(2) (CHRU DE LILLE - DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE - LILLE)

(3) (CHRU DE LILLE - ORL - LILLE)

La diplégie laryngée (DL) est la complication postopératoire la plus redoutée après une thyroïdectomie. Pas toujours prévisible, elle est peu rapportée dans la littérature et sa prise en charge n'est pas systématisée. Nous avons étudiée dans notre expérience l'incidence de cette complication, les modalités de sa prise en charge et son évolution.

Méthodes : Analyse prospective de l'incidence de la DL chez l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une laryngoscopie immédiatement post-opératoire après thyroïdectomie totale et/ ou totalisation de thyroïdectomie durant une période de 5 ans (1er janvier 2003 au 31 déc. 2007). Analyse rétrospective de la prise en charge et de l'évolution de 31 patients ayant présente une DL après thyroïdectomie depuis 2000.

Résultats : L'incidence de la DL post opératoire durant 5 années consécutives a été de 0.7% (23/3208). Les 31 patients (7H/22F) ayant présente une DL postopératoire depuis 2000 étaient âgés de 51+/-17 ans et leur pathologie thyroïdienne était maligne dans 59% des cas. Trois patients avaient des antécédents de chirurgie cervicale (10%) et 4 une paralysie laryngée lors de la laryngoscopie préopératoire (12%). La thyroïdectomie était fréquemment associée à une anesthésie locorégionale (37%), et a un curage central (50%) et/ou latéral, uni (3%) ou bilatéral (33%). La dissection a été jugée particulièrement délicate par l'opérateur dans 52% des cas. Au moins un des nerfs laryngés inférieurs était bifide dans 29% des cas et un des nerfs a été volontairement sacrifié pour des raisons carcinologiques dans un seul cas (3%). Des corticoïdes ont été administrés en peropératoire dans 92% des cas et en postopératoire (IV et aérosols) chez tous les patients. Une renaturation immédiate a été nécessaire au réveil dans 42% des cas, pour une durée de 3+/-7 j. La durée moyenne de séjour a été de de 8+/-6 j (max 27 jours) dont 4+/-5 j en unité de soins intensifs. Une hypocalcémie post-opératoire était associée à la DL chez 23% des patients. La récupération laryngée était perceptible après un délai de 18+/-25 j (max 77 jours) et a finalement été complété chez 71% des patients. Un geste complémentaire a été nécessaire dans 13% des cas (2 trachéotomies et 2 cordotomie). Deux patients sont décédés, un de l'évolution néoplasique et l'autre par encombrement trachéal après retour au domicile.

Conclusion : La DL est rare mais non exceptionnelle (<1%) après thyroïdectomie. Elle peut le plus souvent être prévue par l'anamnèse ou le déroulement de l'intervention. En l'absence de sacrifice du nerf laryngé et au prix d'une prise en charge initiale agressive basée sur la renaturation précoce et la corthocothérapie par voie locale et générale, la DL récupère dans la majorité des cas. Elle nécessite dans certains un geste complémentaire et peut engager le pronostic vital.

PLACE DE LA THYMECTOMIE LORS DU CURAGE CENTRAL POUR CANCER THYROÏDIEN DIFFÉRENCIÉ.

Mr Ziad El KATIB(1), MME. JULIE LAMBLIN (1), MME. EMMANUELLE LETEURTRE (2), MR. ROBERT CAÏAZZO (1), MR. SÉBASTIEN AUBERT (2), MR. LAURENT ARNALSTEEN (1), MR. FRANÇOIS PATTOU (1), MR. BRUNO CARNAILLE (1)

(1) (CHU - CHIRURGIE ENDOCRINIENNE - LILLE)

(2) (CHU - ANATOMO PATHOLOGIE - LILLE)

Introduction : Les recommandations cliniques éditées en 2006 par l'American Thyroid Association (ATA) et par l'European Thyroid Association (ETA) préconisent le curage central systématique (compartiment VI du cou) en association à la thyroïdectomie totale pour le traitement chirurgical des cancers thyroïdiens différenciés. Ce curage central augmente l'incidence de l'hypocalcémie post-opératoire, liée à la thymectomie bilatérale au cours de laquelle les parathyroïdes inférieures sont réséquées ou dévascularisées. Certains auteurs réalisent de ce fait une thymectomie unilatérale afin de diminuer cette complication en préservant au moins une parathyroïde inférieure. Le but de notre étude était d'évaluer le rapport bénéfice/risque (incidence de la découverte de métastases ganglionnaires thymiques et de la survenue d'une hypocalcémie post-opératoire) de ces deux attitudes.

Méthodes : Nous avons revu rétrospectivement les données de 138 patients qui ont bénéficié d'une thyroïdectomie totale avec curage central pour cancer thyroïdien différencié entre 2004 et 2007. Une thymectomie bilatérale a été réalisée chez 45 patients (groupe I incluant 15 hommes et 30 femmes) et une thymectomie unilatérale chez 93 patients (groupe II – 27 hommes et 66 femmes). Il y avait 42 cancers papillaires et 3 médullaires dans le groupe I versus 75 papillaires, 2 folliculaires et 17 médullaires dans le groupe II. Nous avons comparé dans les 2 groupes la présence de métastases thymiques et la survenue d'une hypocalcémie post-opératoire, avec un suivi d'au moins 12 mois.

Résultats : 2 métastases thymiques d'un cancer papillaire ont été retrouvées dans le groupe I. Il s'agissait de micro-métastases ganglionnaires, toutes deux homolatérales à la tumeur primitive. Une hypocalcémie précoce était significativement plus fréquente ($p < 0.001$) dans le groupe I que dans le groupe II : 16 patients (35,5 %) versus 10 (10,7 %) respectivement. Il n'y avait pas d'hypocalcémie définitive à la fin de la période de surveillance des deux groupes de patients.

Conclusion : les risques fonctionnels dépassent le bénéfice carcinologique escompté d'une thymectomie bilatérale. Nous ne recommandons pas la réalisation systématique d'une thymectomie bilatérale lors d'un curage central pour cancer thyroïdien différencié.

RÉSULTATS À LONG TERME DES SURRÉNALECTOMIE PAR LAPAROSCOPIE POUR SYNDROME DE CUSHING.

DR. JEAN-CHRISTOPHE LIFANTE (1), MR. GUILLAUME GREFFE (1), DR. PIETRO SOARDO (1), DR. NICOLE BERGER (2), PR. JEAN-LOUIS PEIX (1)

(1) (CENTRE HOSPITALIER LYON SUD - CHIRURGIE GÉNÉRALE ET ENDOCRINIENNE - LYON)

(2) (CENTRE HOSPITALIER LYON SUD - SERVICE D'ANATOMO-PATHOLOGIE - LYON)

Introduction : Les surrénalectomies pour syndrome de Cushing peuvent guérir les manifestations de l'hypercortisolémie mais exposent à des complications chirurgicales sévères chez des patients fragilisés par l'imprégnation cortisolique. Le but de cette étude était d'analyser les résultats chirurgicaux et cliniques à long terme de la chirurgie surrénalienne sous coelioscopie pour syndrome de Cushing.

Méthodes : Entre Juin 1997 et Aout 2008, nous avons réalisé 70 surrénalectomies laparoscopiques pour syndrome de Cushing. Nous avons mené une étude rétrospective des dossiers de chaque patient afin de déterminer les symptômes pré opératoires de l'hypercortisolémie, les données per opératoires ainsi que les suites post opératoires immédiates. Nous avons contacté les médecins généralistes et les endocrinologues des patients pour déterminer l'évolution à long terme des manifestations de l'hypercortisolémie.

Résultats : Quarante six patients (65.7%) présentaient un adénome surrénalien, 17 patients (24.3 %) une maladie de Cushing, 4 patients (5.7 %) avaient une sécrétion ectopique d'ACTH et 3 patients (4.3 %) une dysplasie micronodulaire pigmentée des surrénales (PPNAD). La survie à 3 mois a été de 94.3 % (1 décès per opératoire et 3 décès dans les suites immédiates de la chirurgie). Avec un suivi moyen de 55.5 mois, le taux de survie a été de 91.4 %. Les complications post opératoires ont été une fistule pancréatique chez 4 patients, et 4 cas d'hypokaliémie. Une insuffisance surrénalienne aigüe est survenue chez 3 patients au cours du suivi à long terme. Sur les 17 patients opérés d'une surrénalectomie bilatérale pour maladie de Cushing, 2 ont présenté un syndrome de Nelson. Une amélioration du diabète et de l'hypertension artérielle est survenue dans 62.7 % et 46.7 % des patients respectivement. Le sevrage cortisolique a pu être réalisé chez 78.3 % des patients opérés d'une surrénalectomie unilatérale avec une durée médiane de traitement de 9.5 mois.

Conclusions : La chirurgie surrénalienne laparoscopique pour syndrome de Cushing n'est pas sans danger chez ces patients fragilisés par l'imprégnation cortisolique. Les complications chirurgicales sont fréquentes. La résolution complète du diabète et de l'hypertension artérielle est inconstante.

FACTEURS DE RISQUE ET CAUSES DE DÉCÈS DANS LA NEM1. UNE ÉTUDE DE COHORTE SUR 758 PATIENTS NEM1 DU GTE. (GROUPE D'ÉTUDE DES TUMEURS ENDOCRINES).

DR. PIERRE GOUDET (1)

(1) (CHU- DIJON - CHIRURGIE VISCÉRALE ET ENDOCRINIENNE - DIJON-CEDEX)

Background: The natural history of Multiple Endocrine Neoplasia Type 1 (MEN1) is known through single institution or single family studies. We aimed at analysing the risk factors and causes of death in a large cohort of MEN1 patients.

Methods: Overall, 758 symptomatic MEN1 patients were identified through the GTE network (Groupe d'étude des Tumeurs Endocrines), which involves French and Belgian genetics laboratories responsible for MEN1 diagnosis, and 80 clinical reference centres. The causes of death were analysed. A frailty model including time-dependent variables was used to assess the impact of each clinical lesion, except for hyperparathyroidism, on survival.

Results: The median follow-up was 6.3 years. Female gender, MEN1 family history and recent diagnosis periods were associated with a lower risk of death. Compared with non affected patients, those with thymic tumors (HR=6.84, 95% CI: 3.34-14.1), glucagonomas-vipomas-somatostatinomas (HR: 4.29, 95% CI: 1.54-11.93), pancreatic non-secreting tumors (HR=3.43, 95% CI: 1.71-6.88) and gastrinoma (HR: 1.89, 95% CI: 1.09-3.25) had a higher risk of death after adjustment for age, gender and diagnosis period. The increased risk of death among patients with adrenal tumors was not significant but three patients died from adrenal aggressive tumors. Pituitary tumors and bronchial tumors did not increase the risk of death. The proportion of MEN1-related deaths tended to decrease from 76.8% to 71.4% after 1990.

Conclusion: The prognosis of MEN1 disease improved since 1980. Thymic tumors, duodenopancreatic tumors, including pancreatic non-secreting tumors, increased the risk of death. Rare but aggressive adrenal tumors may be cause of death. Insulinomas did not represent a life threatening condition. Most of the causes of death have remained related to MEN1.

LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ SONT-ILS DES FACTEURS DE RISQUE DU CANCER PAPILLAIRE DE LA THYROÏDE ?

DR. CHRISTOPHE TRESALLET (1), DR. MARIE SEMAN (1), DR. GAELLE GODIRIS-PETIT (1), DR. SÉVERINE NOULLET (1), DR. FARES BENMILOUD (1), DR. AMANDA COX (1), PR. LAURENCE LEENHARDT (2), PR. FABRICE MENEGAUX (1)

(1) (HOPITAL DE LA PITIÉ SALPETRIERE - CHIRURGIE GÉNÉRALE, DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE - PARIS)

(2) (HOPITAL DE LA PITIÉ SALPETRIERE - MÉDECINE NUCLÉAIRE - PARIS)

L'obésité, d'incidence rapidement croissante, est un problème majeur de santé publique. Cette pathologie est responsable d'une surmorbidity cardiovasculaire et de complications liées au diabète qui en résulte. Des études de cohortes ont également relevé un risque accru de développer certains cancers chez les patients obèses: côlon, sein, endomètre et rein, mais l'éventuelle rôle de l'obésité dans le cancer de la thyroïde n'a pas encore été étudiée.

Objectif : Connaître l'influence du surpoids ou de l'obésité (basé sur l'indice de masse corporelle, IMC) sur l'incidence des cancers différenciés de la thyroïde, les caractéristiques histologiques et l'évolution en comparant ces patients à une population dont l'IMC est considérée comme normale.

Patients et méthodes : De janvier 2006 à Juin 2008, tous les dossiers des patients opérés de la thyroïde ont été revus de façon rétrospective. Les patients ont été stratifiés en trois groupes selon leur IMC (en kg/m²) en fonction des de l'OMS : IMC<25 = corpulence normale ; 25≥IMC<30 = surpoids ; IMC≥30 = obésité. Ces trois groupes ont été comparés selon leurs paramètres cliniques (âge, sexe, fonction thyroïdienne, complications postopératoires) et histologiques (incidence et caractéristiques des cancers thyroïdiens, TNM). Chez les patients présentant un cancer thyroïdien, les événements survenus en cours d'évolution ont été relevés et comparés.

Résultats : 2403 patients d'un âge moyen de 51.4 ans ont été opérés de la thyroïde (1935 femmes et 468 hommes) : 1301 avec IMC<25 (54%), 738 avec 25≥IMC<30 (31%) et 364 avec IMC≥30 (15%). Le taux de cancers (546 / 2403) était équivalent dans les 3 groupes, respectivement de 23%, 23% et 20% (NS) mais les 495 patients opérés d'un cancer papillaire (275 IMC<25 ; 151 25≥IMC<30 ; 69 IMC≥30) se différenciaient par le sex ratio F/M (6.1 ; 2.4 : 2.3, p<0.001) et l'âge (47.6 ; 54.7 ; 53.4 ans, p=0.035). Le taux des micros cancers (≤10 mm : 53% ; 50% ; 55%), l'atteinte ganglionnaire (54/166 [33%] ; 31/90 [34%] ; 13/41 [32%]), la multifocalité (40% ; 45% ; 42%), la bilatéralité (23% ; 27% ; 14%) et l'extension tumorale dans le tissu péri thyroïdien (20% : 25% ; 28%) étaient équivalents entre les groupes. En revanche, les événements évolutifs témoignant de la persistance ou de la récurrence d'un processus tumoral étaient significativement plus élevés en cas de surpoids ou d'obésité : 8 patients IMC<25 (2.9%), 7 patients 25≥IMC<30 (4.6%) et 8 patients IMC≥30 (11.6%), p=0,009, OR=3.6 [CI 95% 1.5-8.8] dans un délai médian de 0.6 an (0.18-1.86 an), dont 8 malades après un délai de 1 an ou plus (récurrence) et 15 dans un délai de moins de 1 an (persistance). Cette corrélation entre IMC et événements persistait après stratification par le sexe pour les femmes (p=0.03) mais pas pour les hommes (p=0.8).

Conclusion : Notre étude est la première à évaluer la possible corrélation entre IMC et cancer thyroïdien. Dans cette série, l'incidence et le stade TNM des cancers thyroïdiens n'étaient pas influencés par l'IMC, mais le nombre d'événements évolutifs était plus élevé chez les patients obèses (persistance ou récurrence), suggérant une probable influence de la masse grasseuse globale dans le cours évolutif des cancers papillaires de la thyroïde. Les patients obèses devraient être surveillés plus étroitement au décours immédiat d'une chirurgie pour cancer thyroïdien.

SURRENALECTOMIE BILATERALE LAPAROSCOPIQUE POUR SYNDROME DE CUSHING : RESULTATS D'UNE SERIE UNICENTRIQUE DE 118 PATIENTS

MR. STÉPHANE BONNET (1), MR. SÉBASTIEN GAUJOUX (1), MME. FRÉDÉRIQUE TISSIER (2), MR. JÉRÔME BERTHERAT (3), MR. XAVIER BERTAGNA (3), MR. BERTRAND DOUSSET (1)

(1) (COCHIN - CHIRURGIE DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE - PARIS)

(2) (COCHIN - ANATOMOPATHOLOGIE - PARIS)

(3) (COCHIN - ENDOCRINOLOGIE - PARIS)

But de l'étude : Rapporter les résultats d'une série uni centrique de 118 patients ayant eu une surrenalectomie bilatérale laparoscopique (SBL) pour syndrome de Cushing.

Patients et Méthodes : De 1994 à 2007, 118 malades, incluant 96 femmes et 22 hommes, d'âge médian 40 ans (19-79), ont été opérés d'une SBL pour syndrome de Cushing. 12 patients ont été opérés en urgence. Un score ASA > 2 était observé chez 27% des patients et une obésité (BMI>30) chez 48%. Les indications de la SBL étaient une maladie de Cushing (n=91, 77%) [IRM normale (n=31) ; échec neurochirurgical (n=60)], un syndrome de Cushing paranéoplasique (n=7,6%), une hyperplasie micronodulaire pigmentée (n=9,8%), et une hyperplasie macro nodulaire bilatérale (n=11,9%). Une analyse unie variée a étudié les facteurs prédictifs de conversion en laparotomie, de morbidité médicale et de morbidité chirurgicale : score ASA > 2, gravité du syndrome de Cushing, intervention en urgence, étiologie du syndrome de Cushing, BMI > 30.

Résultats : La mortalité était nulle. Les taux de morbidité médicale et chirurgicale étaient de 12% et de 9,3%, respectivement. Le taux de conversion en laparotomie était de 5,9% (n=7). La durée médiane d'hospitalisation était de 5 jours avec réhabilitation précoce à J1. L'analyse uni variée des facteurs prédictifs de conversion et de morbidité a montré que la morbidité médicale était significativement corrélée au score ASA >2 (p<0,01), à la gravité du syndrome de Cushing (p<0,001) et à l'existence d'un syndrome de Cushing paranéoplasique (P<0,05). En revanche, il n'existait pas de facteurs prédictifs de conversion ni de morbidité chirurgicale. Après un suivi moyen de 68 mois (extrêmes, 18-152), la régression clinique était observée dans 100% des cas avec une sécrétion cortisolique infraclinique persistante dans 1,7% des cas. Un syndrome de Nelson a été observé chez 15 patients (13%).

Conclusions :

- 1) La SBL pour SC est une technique fiable, reproductible avec une mortalité nulle et une morbidité chirurgicale faible ;
- 2) La morbidité médicale est significativement corrélée à la gravité du SC ;
- 3) Les résultats endocrinologiques à long terme montrent une guérison constante, sans récurrence, avec 15% de syndrome de Nelson.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES INSULINOMES SPORADIQUES : ENUCLEATION VERSUS RESECTION

DR. SÉBASTIEN GAUJOUX (1), DR. RICHARD DOUARD (1), DR. JEAN-MARC BIGOURDAN (1), PR. PAUL LEGMANN (2), PR. FRÉDÉRIC PRAT (3), PR. XAVIER BERTAGNA (4), PR. BERTRAND DOUSSET (1)

(1) (APHP - SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE, HÔPITAL COCHIN, 75014 PARIS. - PARIS)

(2) (APHP - SERVICE DE RADIOLOGIE, HÔPITAL COCHIN - PARIS)

(3) (APHP - SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE, HÔPITAL COCHIN - PARIS)

(4) (APHP - SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE, HÔPITAL COCHIN - PARIS)

But de l'étude : Rapporter notre expérience du traitement chirurgical des insulinomes sporadiques, en analysant l'influence du geste opératoire sur la morbidité et la fonction pancréatique.

Malades et méthodes : 56 malades incluant 22 hommes et 34 femmes d'âge moyen 51 ans (12-85) ont été opérés d'un insulinome sporadique entre 1987 et 2007. Il s'agissait de 52 adénomes bénins, de 4 insulinomes malins métastatiques. La localisation a été obtenue chez 88% des malades par les examens d'imagerie. Quatre malades (8%) avaient un insulinome multiple et un patient (2%) avait une localisation ectopique. Les malades ont été répartis en deux groupes selon l'intervention pratiquée : 27 énucléations et 29 résections (17 pancréatectomies caudales, 6 spléno pancréatectomies gauches et 6 duodéno pancréatectomies céphaliques). Huit malades ont eu un geste chirurgical associé. Douze interventions ont été réalisées par laparoscopie. La répartition du siège (céphalique vs corporéo-caudal) de l'insulinome était significativement différente entre les groupes résection (6 vs 23) et énucléation (16 vs 11), respectivement ($p=0,003$).

Résultats : Les sensibilités respectives de l'échoendoscopie, du scanner hélicoïdal, de l'IRM, et de l'octroscan pour la détection des insulinomes étaient de 95%, 91%, 84% et 62%. Chez les 25 derniers malades, la combinaison du scanner hélicoïdal en coupes fines et de l'échoendoscopie a permis d'obtenir une sensibilité de 100% dans la localisation préopératoire. La sensibilité de l'exploration peropératoire associant palpation et échographie peropératoire a été de 96%. Deux malades sont décédés après résection (3,6%). La morbidité globale a été de 36%, incluant 15 fistules (26%), 13 collections (23%), 3 pancréatites aiguës (5%). L'analyse comparative des malades traités par énucléation ou par résection n'a pas mis en évidence de différence significative sur la morbidité postopératoire, la durée d'hospitalisation et la prévalence de l'insuffisance pancréatique exocrine ou endocrine. La taille moyenne des insulinomes bénins et malins était de 19,7 mm (8-40 mm) et de 39 mm (30-65), respectivement. 95% des malades ont été guéris par la chirurgie. Parmi les quatre malades atteints d'un insulinome malin métastatique ayant eu une chirurgie combinée, un malade est décédé dans les suites, et deux malades sont décédés de récurrence 6 et 17 mois après la chirurgie initiale, le dernier est vivant sans récurrence à 23 mois.

Conclusions : 1) La combinaison du scanner hélicoïdal et de l'échoendoscopie permet de localiser 100% des insulinomes en préopératoire ;
2) l'énucléation ne réduit pas la morbidité mais nous semble devoir être proposée pour des raisons de préservation de la fonction pancréatique ;
3) L'exérèse laparoscopique peut être proposée dans le cas d'une tumeur accessible, bien localisée, unique et bénigne.

IMPACT DE L'ÉVIDEMENT GANGLIONNAIRE PROPHYLACTIQUE POUR LES CARCINOMES PAPILLAIRES DE LA THYROÏDE DE MOINS DE 2 CM

MR. STÉPHANE BONNET (1), MME. DANA HARTL (2), MR. MARTIN SCHLUMBERGER (3), MR. JEAN-PAUL TRAVAGLI (2)

(1) (COCHIN - CHIRURGIE DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE - PARIS)

(2) (INSTITUT GUSTAVE ROUSSY - DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE - VILLEJUIF)

(3) (INSTITUT GUSTAVE ROUSSY - DÉPARTEMENT ENDOCRINOLOGIE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE - VILLEJUIF)

La chirurgie est le principal traitement des carcinomes papillaires de la thyroïde (CPT). Contrairement aux autres cancers d'autres organes, la connaissance du statut ganglionnaire dans les CPT de petite taille n'est pas prise en compte dans la prescription d'un traitement complémentaire par l'iode 131. Selon les recommandations françaises et européennes, les tumeurs de 10 mm ou moins ne relèvent pas d'un traitement par l'iode radioactif. L'objectif était d'évaluer l'impact d'un curage récurrentiel bilatéral et jugulo-carotidien homolatéral sur l'indication d'un traitement par iode radioactif pour des CPT de moins de 2 cm. Sur une période de 2000 à 2005, 115 patients présentant un CPT de moins de 2 cm sans adénopathie cervicale cliniquement ou échographiquement suspecte ont été évalués rétrospectivement. Tous ont été traités par une thyroïdectomie totale associée à un curage récurrentiel bilatéral et jugulo-carotidien homolatéral étendu en fonction des données de l'examen histopathologique extemporané. L'administration d'iode 131 était fonction de la taille (> 10 mm ou < 10 mm) et du statut ganglionnaire. Le suivi était assuré par le dosage de la thyroglobuline (Tg) et l'échographie cervicale. Le curage était positif dans 41.7 % des cas, s'élevant à 70 % pour les CPT compris entre 10 et 20 mm. 42% des patients n'ont pas reçu de l'iode (N0 ou 1 micro métastase) ; 58% étaient traités par ira thérapie (N1 et/ou autres facteurs de mauvais pronostic). Treize patients ayant une tumeur entre 10 et 20 mm n'ont pas été traité par l'iode, du fait de l'absence de métastases ganglionnaires, et douze patients ayant une tumeur de moins de 10 mm ont été traités par l'iode radioactif du fait des métastases ganglionnaire. Le traitement complémentaire avait donc été modifié pour 25 des 115 patients (pT1et pT3) (22%) du fait du statut ganglionnaire, et pour 30.5% des lésions classées pT1 (82 patients). La morbidité récurrentielle et parathyroïdienne était de 0.9%. Le dosage de la Tg était indétectable chez plus de 97% des patients à 1 an avec une échographie cervicale normale. La réalisation d'un évidement ganglionnaire prophylactique dans les CPT de moins de 2 cm permet de mieux sélectionner les patients devant être traités par l'iode 131. L'indication du traitement par l'iode radioactif a été modifiée chez 30.5% des patients avec un CPT pT1 suite aux résultats de l'évidement. La réalisation d'un curage permet de plus une surveillance simplifiée de ces cancers dans la mesure où à 1 an plus de 97% des patients avaient une Tg indétectable et une échographie cervicale normale. Cette stratégie n'a pas entraîné de sur morbidité récurrentielle ou parathyroïdienne.

PARATHYROIDECTOMIE PAR ABORD LATÉRAL TOTALEMENT VIDÉOSCOPIQUE : QUEL BILAN APRÈS 200 PATIENTS ?

MR. THIBAUT FOUQUET (1), MELLE. ADELIN GERMAIN (2), MR. SAUD AL RASHEEDI (2), MR. MARC RANCIER (3), MR. AHMET AYAV (2), MR. MARC KLEIN (3), MR. LAURENT BRESLER (2), MR. LAURENT BRUNAUD (2)

(1) (UNIVERSITÉ DE NANCY - SERVICE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET ENDOCRINIENNE - VANDOEUVRE LES NANCY)

(2) (CHU NANCY - SERVICE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET ENDOCRINIENNE -)

(3) (CHU NANCY - ENDOCRINOLOGIE -)

Introduction : L'abord latéral totalement vidéoscopique constitue l'un des abords mini-invasifs possible pour la chirurgie de l'hyperparathyroïdie primaire. Cette technique latérale est cependant moins utilisée par les chirurgiens en comparaison de l'abord vidéo assisté central ou les abords mini-invasifs ouverts. Le but de cette étude était d'évaluer la courbe d'apprentissage et la faisabilité de l'abord latéral totalement vidéoscopique dans un service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne.

Patients et méthodes : Etude rétrospective des 200 premiers patients consécutifs opérés entre Décembre 2000 et Décembre 2008. Les résultats des 100 premiers patients ont été comparés à ceux des 100 derniers. Les données préopératoires suivantes ont été évaluées : calcium, PTH, localisation. La sélection préopératoire des patients a été évaluée par le calcul du score CaPTHus. Les données per et postopératoires suivantes ont été évaluées : PTH peropératoire, durée opératoire, conversion, morbidité et taux d'échec (persistance, récurrence) . Un suivi systématique (calcium, PTH) a été réalisé à 3 mois et un an de l'intervention.

Résultats : Durant cette période, 200 patients sur 368 (54%) ont été opérés d'une hyperparathyroïdie primaire par abord latéral totalement vidéoscopique. L'âge moyen était de 59 ans. Le score CaPTHus était ≥ 3 chez 88 % des patients et < 3 chez les 12% restants. La durée opératoire moyenne était de 71 minutes. Il y a eu 52 conversions (26%) : adénome non retrouvé (46%), dissection difficile (23%), hémorragie (13%), chute non satisfaisante de la PTH peropératoire (6%) et autres causes (12%). Ces conversions correspondaient une glande pathologique en position inférieure dans 69% des cas. Une hypocalcémie post opératoire a été observée chez 6% et une paralysie récurrentielle chez 3% des patients. Le taux de persistance était de 1.5% et aucune récurrence n'a été observée. La sélection préopératoire des patients était similaire pour les 100 premiers versus les 100 derniers patients (score CaPTHus < 3 chez 11% des patients versus 13%). La durée opératoire était plus rapide chez les 100 derniers patients (75 min vs 67 min) et le taux de conversion était plus faible (28 % versus 24%). En post opératoire, la morbidité parathyroïdienne, récurrentielle et le taux de persistance étaient équivalents dans les deux groupes.

Conclusion : L'abord latéral totalement vidéoscopique est réalisable chez plus de la moitié des patients ayant une HPT1 avec un taux de succès de 98.5% . La durée opératoire et le taux de conversion s'améliorent avec l'expérience. Cependant, la sélection des patients et le taux de conversion restent deux éléments à améliorer dans notre groupe. Ces deux points pourraient expliquer la moindre utilisation de cet abord par les autres groupes de chirurgie endocrinienne.

FACTEURS PRONOSTIQUES DE GUÉRISON APRÈS SURRÉNALECTOMIE COELIOSCOPIQUE POUR HYPERALDOSTÉRONISME PRIMAIRE : L'HISTOLOGIE EST UN PARAMÈTRE DÉTERMINANT.

DR. CHRISTOPHE TRESALLET (1), DR. GAELLE GODIRIS-PETIT (1), DR. HARIKA SALEPCIOGLU (1), DR. CATHERINE HOANG (2), DR. LEYRE PIERRE (1), PR. FABRICE MENEGAUX (1)

(1) (HOPITAL DE LA PITIÉ SALPETRIERE - CHIRURGIE GÉNÉRALE, DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE - PARIS)

(2) (HOPITAL DE LA PITIÉ-SALPETRIÈRE - ANATOMO-PATHOLOGIE - PARIS)

L'hyperaldostéronisme primaire (HAP) est une cause rare (1%) mais curable chirurgicalement d'hypertension artérielle (HTA). Le bilan préopératoire ne permet pas toujours de différencier un adénome de Conn d'une hyperplasie surrénalienne. L'intérêt d'une surrénalectomie dans les adénomes est démontré mais il est controversé dans les hyperplasies.

Objectifs : évaluer les résultats d'une série de surrénalectomies pour HAP avec macro nodule surrénalien en imagerie préopératoire.

Malades et Méthodes : de juillet 1997 à mai 2008, tous les patients opérés d'un HAP avec macro nodule surrénalien ont été étudiés. Tous ont eu une surrénalectomie unilatérale par voie coelioscopique. A distance (≥ 6 mois), ont été étudiés les résultats de la chirurgie sur la pression artérielle (PA) et sur la kaliémie. La guérison était définie par une PA et une kaliémie normales sans traitement spécifique. Les patients toujours traités pour une HTA mais dont le nombre de médicaments anti-HTA avait pu être diminué ont été considérés comme améliorés. Différents facteurs pré, per et postopératoires ont été étudiés de manière uni variée puis multivariée afin de déterminer des éléments prédictifs de guérison ou d'amélioration.

Résultats : 57 patients (31 hommes et 26 femmes, d'un âge moyen de 49 ± 10 ans) ont été opérés, 16 à droite et 41 à gauche. Leur indice de masse corporelle (IMC) était de 26 ± 5 kg/m² et la durée médiane de l'HTA était de 6,5 ans (0,4 à 35 ans) avec un nombre médian de 2 (1-6) anti-HTA en préopératoire. Aucune conversion en laparotomie n'a été nécessaire. La durée d'hospitalisation a été de $4,2 \pm 2,8$ jours. Dans 36 cas (63%), l'examen anatomopathologique a conclu à un adénome et dans 21 cas (37%) à une hyperplasie macro nodulaire. Le diamètre maximal des macro nodules était de 15 mm (4-50). La durée médiane de suivi postopératoire a été de 6,4 ans (0,6-12 ans). Tous les patients ont été guéris de leur hypokaliémie, 33 (58%) ont également guéri de leur HTA et 23 ont été améliorés avec une réduction du nombre médian d'anti-HTA de 3 (2-6) à 1 (1-4). Les facteurs prédictifs de guérison (étude uni variée) ont été : le sexe (F/H 19/14 patients guéris vs. 7/17 patients non guéris; $p=0,03$), l'âge (respectivement : 42 vs. 50 ans; $p<0,05$), l'IMC (IMC ≥ 27 kg/m²: 8 [24%] vs. 16 patients [67%], $p<0,05$), la durée d'évolution de l'HTA (3 vs. 8 ans, $p=0,02$), le nombre d'anti-HTA préopératoires (1 vs. 3, $p<0,05$), la PA systolique préopératoire (136 ± 12 vs. 143 ± 14 mmHg, $p=0,02$), la fonction rénale (créatininémie : 73 ± 19 vs. 89 ± 68 $\mu\text{mol/L}$, $p=0,01$) et la réninémie (1,9 vs. 4,7 pg/mL, $p=0,04$). Les facteurs postopératoires de guérison ont été la nature histologique de la lésion (30/36 adénomes guéris [91%] vs. 3/18 hyperplasies [25%], $p<0,05$), sa taille (médiane : 16 vs. 15 mm, $p=0,01$), et les PA systolique (118 ± 11 vs. 129 ± 12 mmHg) et diastolique (72 ± 6 vs. 79 ± 8 mmHg) le jour de la sortie de l'hôpital. En multivarié, seul le caractère adénomateux de la lésion est resté un facteur indépendant de guérison.

Conclusion : la surrénalectomie unilatérale pour HAP avec macro nodule surrénalien en imagerie permet de guérir tous les malades de leur hypokaliémie et de guérir ou d'améliorer l'équilibre tensionnel de 98% d'entre eux. Il est donc inutile de chercher à préciser le diagnostic préopératoire d'adénome ou d'hyperplasie mais il faut informer les patients de la persistance possible d'une HTA, même mieux contrôlée, en postopératoire, surtout en cas d'hyperplasie surrénalienne.

ETUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE DES SYMPTÔMES NON SPÉCIFIQUES AVANT ET APRÈS TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERPARATHYROÏDIE PRIMAIRE MODÉRÉE.

MELLE. CLAIRE BLANCHARD (1), MME. MICHELLE NOUAILLES (2), DR. CÉCILE CAILLARD (1), DR. STÉPHANIE MUCCI (3), DR. DELPHINE DRUI (4), PR. ANTOINE HAMY (3), PR. MURIELLE MATHONNET (5), MR. VINCENT WYART (1), DR. JEAN-MICHEL N'GUYEN (6), PR. ERIC MIRALLIÉ (1)

(1) (CHU NANTES - CCDE-IMAD - NANTES)

(2) (CHU LIMOGES - - LIMOGES)

(3) (CHU ANGERS - SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET ENDOCRINIENNE - ANGERS)

(4) (CHU NANTES - SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE - NANTES)

(5) (CHU LIMOGES - SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE - LIMOGES)

(6) (CHU NANTES - PIMESP - NANTES)

En 2002, le National Institut Health (NIH) a publié des critères d'indication chirurgicale formelle de l'hyperparathyroïdie (HPT) primaire. La chirurgie améliore de façon statistiquement significative la qualité de vie de ces patients. Pour les patients ne présentant pas les critères du NIH, les résultats sont plus discordants puisqu'aucune étude de la littérature ne permet de préciser clairement les indications opératoires. Seule la conférence de consensus de la Société Française d'Endocrinologie recommande la chirurgie chez tous patients ne présentant pas de comorbidités. Le but de notre étude était d'étudier l'évolution après chirurgie de certains symptômes non spécifiques chez les patients présentant une HPT primaire modérée.

Matériel et Méthode : Entre novembre 2007 et novembre 2008, 32 patients ont été inclus dans 3 centres hospitalo-universitaires (Limoges, Angers, Nantes). Les critères d'inclusion étaient des patients présentant une HPT primaire sporadique sans lithiase rénale avec une calcémie ≤ 2.85 mmol/L et une calciurie ≤ 10 mmol/24h. Les patients étaient évalués par un questionnaire de symptômes non spécifiques en préopératoire et à 3 mois et 6 mois postopératoire.

Résultats : En préopératoire, la calcémie médiane était de 2.72 mmol/L (min : 2.50, max : 2.85), la calciurie médiane était de 5.45 mmol/L (min : 1.09, max : 9.20) et la parathormone médiane était de 87 ng/L (min : 38.10, max : 279) . En préopératoire, les symptômes non spécifiques les plus fréquents étaient la polydipsie, la polyurie, l'asthénie, la dépression, la labilité de l'humeur, l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de mémoire. A 3 mois, la dépression, la polyurie, la perte d'appétit et la constipation étaient améliorées de façon significative et à 6 mois la polyurie, la polydipsie et les douleurs osseuses étaient diminués de façon significative (15 patients à 6 mois).

Conclusion : L' HPT primaire modérée est le plus souvent symptomatique. Le traitement chirurgical de l' HPT primaire modérée permet d'améliorer certains symptômes non spécifiques dès le troisième mois postopératoire.

HYPERPARATHYROIDIE FAMILIAL ASSOCIE AUX TUMEURS OSSEUSES DE LA MÂCHOIRE (HPT-JAW TUMOR SYNDROME) : ÉTUDE CLINIQUE ET GÉNÉTIQUE DE 3 FAMILLES.

DR. MAURIZIO IACOBONE (1), DR. FRANCESCO CIARLEGLIO (1), DR. GIOVANNI VIEL (1), MME. MARZIA BOTTUSSI (1), MME. SAVERIA TROPEA (1), DR. MARILISA CITTON (1), PR. GENNARO FAVIA (1)

1 (UNIVERSITÀ DI PADOVA - ENDOCRINOCHIRURGIA, - PADOUE)

Introduction : L'Hyperparathyroïdie familial associé aux tumeurs osseuses de la mâchoire (HPT-JT) est une maladie autosomique dominante rare et souvent méconnue, lié à l'inactivation du HRPT2 (1q21q32), antioncogène qui codifie pour la Parafibromine, protéine nucléaire avec fonction antiproliférative. Cette affection est caractérisée par l'association d'un HPT familial, tumeurs de la mâchoire, tumeurs rénaux et autres néoplasies.

Méthodes : Trois familles italiennes nombreuses (comprennent plus que 100 sujets) avec HPT-JT ont été étudiées avec le but d'examiner les aspects génétiques, histologiques et cliniques de la maladie.

Résultats : Une étude clinique et génétique à été complété chez 38 sujets. Quatre nouvelles mutations de l'oncogène HRPT2 ont été découvertes (3 mutations germinales et 1 somatique). Seize patients affectés de la maladie ont été identifiés, ainsi que 5 sujets porteurs sains de la mutation. L'HPT était présent dans tous les patients affectés ; au moment de la diagnostique l'âge moyenne été 37 ans (range 11-71) ; la prévalence de l'HPT chez les sujets âgées plus que 20 ans été du 94%. Un atteinte parathyroïdienne uni glandulaire à été confirmé pendant l'exploration chirurgical dans la totalité des patients, mais dans le 19% des cas un HPT récidivante avec une nouvelle atteinte uni glandulaire était survenu, après une période moyenne livre de maladie de 14 ans (range 4-28). L'atteinte maxillaire était présente dans un cas seulement. L'HPT était déterminé par une lésion parathyroïdienne bénigne dans la majorité des patients ; un carcinome parathyroïdien ou un adénome atypique était présent seulement dans le 12% des cas. Une atteinte néoplasique utérine a été retrouvée dans le 67% des femmes porteuses de la mutation ; autres tumeurs associes était un cancer rénal (1 cas), adénocarcinome avancée du côlon gauche (1 cas) et micro carcinomes thyroïdiennes papillaires multifocales (2 cas).

Conclusions : L'Hyperparathyroïdie familial associé aux tumeurs osseuses de la mâchoire est causé par des mutations qui inactivent l'antioncogène HRPT2. Le syndrome est caractérisé par une atteinte parathyroïdienne plus fréquemment uni glandulaire, avec un risque de malignité relativement augmenté. La pénétrance de la maladie est haute mais incomplète. Malgré le nom de la maladie, l'atteinte tumorale de la mâchoire est rare ; au contraire, l'atteinte utérine est très fréquente. En raison de l'atteinte parathyroïdienne uni glandulaire, une exérèse glandulaire sélective peut être considérée efficace et peut déterminer des périodes libres de maladie a long terme, mais un suivi prolongé est nécessaire pour le risque de récives et pour la présence des autres néoplasies associés.

LES MICROCANCERS PAPILLAIRES DE LA THYROÏDE : EXTENSION EXTRA-THYROÏDIENNE, METASTASES GANGLIONNAIRES ET FACTEURS DE RISQUE DE RECIDIVE DANS UNE REGION AVEC UNE HAUTE PREVALENCE DE GOITRE**AUTHORS PRES. AUTHOR AFFILIATION**

MARCO RAFFAELLI CELESTINO PIO LOMBARDI CARMELA DE CREA NUNZIA CINZIA PALADINO LUCA SESSA MASSIMO SALVATORI GUIDO FADDA ROCCO BELLANTONE

Les microcancers papillaires de la thyroïde (PTMC) sont diagnostiqués de plus en plus fréquemment, mais il n'est pas encore bien établi

quels sont les meilleurs protocoles de traitement et de suivi, en particulier en cas de diagnostic fortuit après thyroïdectomie pour pathologie

bénigne. Nous avons évalués notre série de patients avec PTMC pour déterminer les facteurs de risque de récurrence dans une région avec une haute prévalence de goitre.

Les dossiers cliniques des patients qui ont été opérés d'une thyroïdectomie totale (TT) avec une histologie de PTMC entre Octobre 2002 et

Juin 2007 ont été analysés. PTMC a été défini un cancer papillaire <10 mm de diamètre. Le suivi a été effectué par consultation ou par interview téléphonique.

Parmi 2220 patients qui ont bénéficié d'une thyroïdectomie pour un cancer thyroïdien, 1029 avaient un PTMC. 965 d'entre eux ont bénéficié

d'une TT et 200 ont complété le recul et ont été inclus. Le diagnostic a été fortuit dans 175 cas. Le PTMC était >5 mm dans 145 malades et

multifocal dans 88. L'envahissement extracapsulaire (ECS) était présent dans 41 cas, des métastases ganglionnaires en 20 et des

métastases à distance en 2. Une récurrence loco-régionale a été observée dans 43 cas. Les malades avec un ECS étaient significativement plus

jeunes (43.4 Vs 51.0 ans) ($P < 0.005$) et avaient plus fréquemment une maladie multifocale (24/41 Vs 63/149) ($P < 0.05$). Les patients avec des

métastases ganglionnaires étaient significativement moins âgés (36.7 Vs 51.0 ans) ($P < 0.005$), plus fréquemment de sexe masculin (8/20 Vs

32/180) ($P < 0.05$) et avait plus fréquemment une tumeur pT3 (12/20 Vs 29/180) ($P < 0.001$). Les facteurs de risque de récurrence étaient le sexe

masculin, une maladie multifocale, l'ECS et la présence de métastases ganglionnaires au moment du diagnostic ($P < 0.05$). Un diamètre <5

mm n'était pas associé à un taux plus bas de ECS, de métastases ganglionnaires ou de récurrence.

Le diagnostic fortuit de PTMC est fréquent dans une région avec une haute prévalence de goitre. Le PTMC démontre une agressivité

variable qui est indépendante de la taille de la tumeur. L'extension de la chirurgie, la nécessité d'un traitement avec iode radioactif et le

protocole de suivi devraient être basés sur des autres paramètres pronostiques, comme pour les tumeurs plus volumineuses.

TUMEURS ONCOCYTAIRES DE LA THYROÏDE : APPROCHE IMMUNOHISTOCHIMIQUE ET ONCOGÉNÉTIQUE

DR. THIBAUT DESURMONT (1), DR. ANTHONY BEAULIEU (1), DR. STÉPHANE TRIAU (2), DR. CLAUDIA DOMINGUEZ (1), PR. ANTOINE HAMY (3), PR. JEAN-LOUIS KRAIMPS (1), PR. GAELLE FROMONT (4)

(1) (CHU DE POITIERS - CHIRURGIE GÉNÉRALE, VISCÉRALE ET ENDOCRINIENNE - POITIERS)

(2) (CHU D'ANGERS - ANATOMO-PATHOLOGIE - ANGERS)

(3) (CHU D'ANGERS - SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE ET ENDOCRINIENNE - ANGERS)

(4) (CHU DE POITIERS - ANATOMO-PATHOLOGIE - POITIERS)

Introduction : Les tumeurs oncocytaires de la thyroïde sont des tumeurs rares, caractérisées par la présence de cellules oncocytaires, très riches en mitochondries. La distinction entre adénome et carcinome peut s'avérer difficile. Seule la présence d'une invasion capsulaire et/ou vasculaire étant discriminante. De nouveaux marqueurs permettant d'affirmer le diagnostic de malignité doivent donc être recherchés. Des altérations génomiques en 19p13 sont plus fréquemment retrouvées dans les tumeurs oncocytaires. Cette région contient 2 gènes intéressants, impliqués dans le métabolisme mitochondrial, la prolifération et l'apoptose, Grim 19 et p19. Le but de cette étude est d'étudier l'expression des marqueurs de prolifération (Ki67), de différenciation (HBME1), d'adhésion cellulaire (E cadherine), de la régulation cellulaire (Bcl2) et de nos deux marqueurs candidats p19 et Grim 19.

Malades et Méthodes : L'étude a porté sur 80 patients, 63 femmes et 17 hommes, opérés entre 1994 et 2008. L'ensemble des coupes a été relu. Les caractéristiques cliniques, de l'examen macroscopique, et histologique ont été recueillies pour chaque patient. L'expression des marqueurs a été analysée par immunohistochimie de façon concomitante sur toutes les tumeurs après inclusion des prélèvements dans un bloc de Tissu Micro Array (TMA). L'évaluation des marquages a été effectuée de façon quantitative pour Ki 67, semi quantitative pour les autres anticorps. L'étude statistique a reposé sur les tests du Chi2 et de Mann Whitney et Kruskal Wallis. La corrélation entre l'expression de 2 marqueurs a été effectuée par la mesure du coefficient de corrélation de Spearman. L'analyse multivariée pour la prédiction de malignité a été effectuée par régression logistique (logiciel statview).

Nous avons regroupé sur 2 TMA les tissus normaux et pathologiques de 80 tumeurs oncocytaires (32 carcinomes, 48 adénomes).

Résultats : La taille médiane des carcinomes oncocytaires est apparue significativement plus élevée que celle des adénomes oncocytaires au sein de notre série ($p = 0,01$). Il existe une diminution significative de l'expression de Grim 19 ($p = 0,0004$) et de p19 ($p = 0,0001$) dans les tumeurs oncocytaires par rapport au tissu sain. En analyse univariée, il existe une prolifération cellulaire significativement plus importante dans les carcinomes par rapport aux adénomes ($p = 0,0004$) et les carcinomes présentent une diminution de l'expression de Grim 19 par rapport aux adénomes à la limite de la significativité ($p = 0,08$). En analyse multivariée, la taille de la tumeur apparaît comme un facteur prédictif indépendant du diagnostic de carcinome, mais l'expression de Grim 19 est à la limite de la significativité ($p = 0,05$), avec une valeur prédictive supérieure à celle de la prolifération ($p = 0,07$). Une corrélation positive significative a été mise en évidence entre la taille de la tumeur et la prolifération ($p = 0,027$).

Conclusion : la taille tumorale est un facteur prédictif indépendant du diagnostic de carcinome, mais la valeur prédictive de l'expression de Grim19 dépasse celle de la prolifération. Le caractère indépendant est attesté par le fait que l'expression de Grim19 n'est associée ni à la taille de la tumeur ni à la prolifération. L'utilisation de l'expression de Grim19 pourrait être potentiellement intéressante pour affiner le diagnostic différentiel entre adénomes et carcinomes oncocytaires.

COMMENT PEUT-ON OPTIMISER LA RENTABILITÉ DE LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC FRANÇAIS? EXPÉRIENCE DU CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN – EVRY.

DR. ETIENNE D HUBERT (1), DR. JAN MARTIN PROSKE (1)

(1) (CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN - CHIRURGIE VISCÉRALE - EVRY)

Introduction :

La création de pôles d'activité dans les hôpitaux depuis janvier 2007 et la tarification à l'activité (T2A 100% depuis 2008) ont obligé les médecins à être à la fois des soignants et des gestionnaires de leur établissement. Depuis 2005, un chemin clinique a été établi au centre hospitalier Sud Francilien pour optimiser la rentabilité économique de la chirurgie thyroïdienne, l'objectif étant d'augmenter les recettes et de diminuer les dépenses sans nuire à la qualité de prise en charge des patients.

Matériel et méthode :

De janvier 2006 à décembre 2008, tous les patients ayant eu une thyroïdectomie pour lésion bénigne ou maligne, ont été inclus. L'augmentation des recettes a reposé sur l'optimisation du codage PMSI et de la durée de séjour des patients. La diminution des dépenses a reposé sur l'externalisation du bilan préopératoire et la diminution du coût de salle d'opération soit en diminuant des dépenses : un opérateur, un aide, hémostase à la pince bipolaire et fils, soit en recherchant la diminution de la durée d'intervention : un deuxième aide ou instrumentiste et utilisation de ciseaux hémostatiques. La réhabilitation précoce du patient a été utilisée pour maîtriser de la durée de séjour. Elle s'est appuyée un chemin clinique bien codifié : l'information du patient, la prévention de l'hypocalcémie transitoire par la vitamine D, l'absence de drainage et l'utilisation de colle chirurgicale pour la fermeture cutanée, la standardisation du traitement de la douleur, le lever et la réalimentation normale le soir de l'intervention.

Résultats :

292 thyroïdectomies ont été réalisées. Alors que la durée moyenne de séjour (DMS) était > 3 jours avant 2005, elle a été de 2,46 jours en 2006, 2,21 jours en 2007 et 2,03 jours en 2008 dont 96% de séjours de 2 jours avec sortie à J1. L'évolution de la DMS de 2006 à 2008 montre qu'une durée d'hospitalisation de 2 jours (recette T2A de 2634 à 3336 €) pour les patients âgés de moins de 70 ans et sans comorbidités associées et de 3 jours pour les autres (recette T2A de 3077 à 4558 €) est tout à fait réalisable. La réhabilitation précoce, et visant à « démedicaliser » rapidement le patient a été un facteur déterminant sans entraîner de complications ni de réhospitalisation. Malgré la prévention de l'hypocalcémie par la vitamine D, l'hypocalcémie transitoire post-opératoire est encore de 7%, sans entraîner de prolongation d'hospitalisation. La présence d'un deuxième aide opératoire et l'utilisation de ciseaux hémostatiques réduisent le temps opératoire mais n'ont pas permis dans notre expérience d'optimiser l'occupation journalière de salle d'opération.

Conclusion :

La rentabilité de la chirurgie thyroïdienne repose avant tout sur l'augmentation des recettes par la qualité du codage PMSI et une durée de séjour adaptée qui ne doit pas être inférieure à 2 jours ni supérieure à 3 jours. Une durée d'hospitalisation courte est favorisée par l'application d'un protocole de réhabilitation précoce du patient. Pour optimiser la vacation de salle d'opération, la diminution des dépenses opératoires semble économiquement plus efficiente que les mesures de diminution de la durée d'intervention.

ENUCLÉATION POUR TUMEURS ENDOCRINES PANCRÉATIQUES: UN RISQUE PLUS ÉLEVÉ DE FISTULE POST-OPÉATOIRE ?

MELLE. CÉLINE BRIENT (1), MR. ERIC MIRALLIE (1), MR. NICOLAS REGENET (1), MR. ERIC FRAMPAS (2), MR. ANTOINE HAMY (3), MME. STÉPHANIE MUCCI HENNEKINE (3), MR. NICOLAS CARRERE (4), MR. BERNARD MEUNIER (5), MR. LAURENT SULPICE (5), MR. LAURENT BRUNAUD (6), MR. AHMET AYAV (6)

(1) (CHU NANTES - CHIRURGIE DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE - NANTES)

(2) (CHU NANTES - SERVICE DE RADIOLOGIE - NANTES)

(3) (CHU ANGERS - CHIRURGIE DIGESTIVE - ANGERS)

(4) (CHU TOULOUSE - CHIRURGIE DIGESTIVE - TOULOUSE)

(5) (CHU RENNES - CHIRURGIE DIGESTIVE - RENNES)

(6) (CHU NANCY - CHIRURGIE DIGESTIVE - NANCY)

Introduction : Les pancréatectomies réglées pour tumeurs pancréatiques exposent à un risque de fistule post-opératoire et d'insuffisance pancréatique endocrine et exocrine. L'énucléation pancréatique permet la préservation des fonctions pancréatiques, elle peut cependant exposer à la récurrence tumorale et au développement de fistule. Le but de notre étude a été d'évaluer la morbidité et les résultats à long terme des énucléations pancréatiques.

Méthodes : Les données de patients opérés de 1991 à 2008 d'énucléation pancréatique dans 5 centres hospitalo-universitaires ont été revus rétrospectivement. Le bilan radiologique préopératoire incluait un scanner abdominal, une échographie abdominale et/ou un Octréoscan® (si suspicion de tumeur endocrine). La fistule pancréatique a été définie selon les critères de l'International Study Group of Pancreatic Fistula. La taille de la tumeur (>2cm vs <2cm), sa localisation (tête-uncus vs corps-queue), son type (endocrine ou non), sa distance au canal pancréatique principal ont été étudiés comme facteurs prédictifs de fistule.

Résultats : Soixante-sept patients (50 femmes), de 52 ans d'âge moyen ont été inclus. Tous ont subi une énucléation pancréatique, dont 15 avec geste chirurgical associé (5 cholécystectomies, 3 résections pancréatiques, 2 duodénotomies, 3 pancréato-jéjunostomies, 7 autres procédures). Une échographie per-opératoire a été réalisée chez 37% des patients. L'histologie finale a confirmé 44 tumeurs endocrines, 6 cystadénomes mucineux, 2 cystadénomes séreux, 2 métastases (cancer rénal), 1 TIPMP et 12 autres tumeurs bénignes. Deux patients (un insulinome et un gastrinome) ont eu une résection de pancréas sain. Vingt-neuf patients ont présenté des complications: 18 (27%) fistules pancréatiques, 6 collections intra-abdominales, 4 pancréatites post-opératoires et une infection broncho-pulmonaire. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 24 jours en cas de fistule, 9 jours sans fistule ($p < 0.05$). Vingt-six pourcents des patients ayant une tumeur > 2cm ont présenté une fistule pancréatique vs 29% si < 2cm ($p = 0.9$), 30% en cas de tumeur endocrine vs 19% si non endocrine ($p = 0.49$), 20% pour tumeur localisée à la tête ou l'uncus vs 37% au corps ou à la queue du pancréas ($p = 0.26$), 53,4% si la distance entre la tumeur et le canal pancréatique principal était < 2mm vs 24% si > 2mm ($p = 0,125$). Après un suivi moyen de 35.2 mois, un patient (insulinome) a présenté une récurrence tumorale. Aucun patient n'a développé de diabète ou d'insuffisance exocrine.

Conclusion : L'énucléation pancréatique est responsable d'un haut risque de fistule pancréatique. Les tumeurs endocrines ne sont pas associées à une augmentation de ce risque. La distance entre la tumeur et le canal pancréatique principal semble être un facteur prédictif de fistule pancréatique (non significatif).

LE CANCER THYROÏDIEN FOLLICULAIRE MINIMALEMENT INVASIF EST-IL SURTRAITÉ?

DR. ALEXANDRA CHERCHEL (1), DR. MASSIMO BONGIOVANNI (2), PR. CHRISTINE BOUCHARDY (3), MR. MASSIMO USSEL (3), DR. PATRICK MEYER (4), DR. JOHN ROBERT (1), DR. FRÉDÉRIC TRIPONEZ (1)

1 (HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE - CHIRURGIE THORACIQUE ET ENDOCRINIENNE - GENÈVE)

2 (HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE - PATHOLOGIE CLINIQUE - GENÈVE)

3 (REGISTRE GENEVOIS DES TUMEURS - - GENÈVE)

4 (HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE - ENDOCRINOLOGIE ET DIABÉTOLOGIE - GENÈVE)

Introduction : Le carcinome thyroïdien folliculaire (CTF) est réparti en deux catégories dites carcinome thyroïdien folliculaire minimalement invasif (CTFMI) et carcinome folliculaire thyroïdien largement invasif (CTFLI). On subdivise encore les CTFMI en formes à invasion capsulaire seule, et en forme angioinvasive. Des études antérieures suggèrent que l'évolution à long terme des CTFMI est plus favorable que celle du CTFLI, particulièrement la forme à invasion capsulaire seule. Les recommandations de traitement actuelles ne tiennent pas compte de cette distinction histologique. Le CTFMI est donc possiblement traité trop agressivement.

Patients et méthodes : Soixante-seize CTF ont été opérés dans notre institution entre 1978 et 2007. Les données d'intérêt ont été recueillies dans les dossiers médicaux et auprès du Registre Genevois des tumeurs. Dix-neuf cas de cancers oncocytaires/à cellules de Hurthle ont été exclus et trois cas reclassés en carcinomes papillaires, variante folliculaire. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique NCSS 2004. La survie globale a été analysée selon la méthode de Kaplan-Meier et les groupes ont été comparés par test du Logrank.

Résultats : 54 cas ont été analysés. L'âge moyen au moment de l'intervention était de $50,1 \pm 18,1$ ans. Le groupe comptait 68,5% de femmes et 31,5% d'hommes. La taille moyenne des tumeurs était de $32,9 \pm 17,6$ mm. La plupart des tumeurs étaient de Stade I (42,6%). La fréquence des Stades II, III et IV était de 25,9%, 20,4% et 11,1%, respectivement.

Les CTF ont été pris en charge selon les recommandations habituelles, à savoir, une totalisation de la thyroïdectomie lorsque l'opération initiale était une lobectomie (46,3%), suivie d'une curiethérapie.

Le suivi médian a eu une durée de 42,1 mois (étendue 2,1-300,4). La survie globale à 5 ans et à 10 ans pour les CTFMI a été de 100%. La survie globale à 5 et à 10 ans a été de $75 \pm 10\%$ et $66 \pm 12\%$, respectivement pour les CTFLI ($p=0,014$). Un seul patient de la série est décédé d'une cause autre que le cancer thyroïdien. L'angioinvasion était présente dans 68,4% des cas de CTFMI. Tous les patients atteints de CTFMI sont malgré cela, vivants sans récurrence.

Une récurrence s'est produite dans 5,6% des cas de CTFLI et le délai médian jusqu'à celle-ci a été de 17,5 mois (étendue (10,5-65,1)). 11,1% des patients atteints de CTFLI avaient des métastases au moment du diagnostic.

Conclusion : Cette étude a démontré que le pronostic des patients atteints de CTFMI est significativement plus favorable que celui de ceux souffrant de CTFLI. L'angioinvasion n'a pas joué de rôle significatif dans l'évolution des CTFMI dans notre analyse. Des études demeurent à être effectuées pour établir de nouvelles recommandations de suivi et de traitement, moins agressives, pour les CTFMI. Ceci pourrait épargner au patient les désagréments d'une seconde opération, d'un traitement par radio-iode et d'un traitement médicamenteux à vie.

PARATHYROIDECTOMIE PAR VOIE FOCALISEE: LA PTH INTRA-OPERATOIRE EST-ELLE RECOMMANDEE DANS TOUS LES CAS ?

AUTHORS PRES. AUTHOR AFFILIATION

SAM VAN SLYCKE O. MIMOUNI F. SEBAG A. SKANDARAJAH
D. TAIËB J. VAILLANT J.-F. HENRY

17/02/09 11.42

Le concept d'exploration cervicale unilatérale chez les patients porteurs d'une hyperparathyroïdie primaire repose sur le fait que chez plus de 85% des patients, la maladie est uniglandulaire. De plus, les techniques d'imagerie sensibles pour localiser la glande pathologique (échographie et scintigraphie) et l'utilisation de la PTH intra-opératoire permettent la réalisation des voies d'abord focalisées. Le but de cette étude est d'estimer le risque de maladie multiglandulaire quand les 2 examens d'imagerie sont positifs et concordants et d'évaluer la nécessité d'utilisation de la PTH intra-opératoire dans ces cas. Sur une période de 4 ans (2004 au 2007), 439 patients ont été traités chirurgicalement pour une hyperparathyroïdie primaire. Tous les patients ont bénéficié d'une double exploration par échographie et scintigraphie. Deux cent soixante dix neuf patients chez qui les 2 examens d'imagerie étaient positifs et concordants ont pu être opérés par voie focalisée. Le taux de PTH intraopératoire a été mesuré dans tous les cas. La glande réséquée est considérée comme étant la glande responsable de l'hyperparathyroïdie si le taux de PTH diminue de plus de 50% 15 minutes après la chirurgie. La normalisation de la calcémie à 1 mois est utilisé comme preuve de guérison. Les 279 patients opérés par voie focalisée ont été guéris. Chez 4 patients, le taux de PTH intra-opératoire n'a pas chuté de plus de 50%; une exploration cervicale bilatérale a alors été réalisée chez 3 d'entre eux. L'exploration chirurgicale a retrouvé une maladie multiglandulaire dans 2 cas et dans l'autre cas, 3 glandes normales. Ce patient était porteur d'une insuffisance rénale modérée. Chez le dernier patient, la conversion chirurgicale n'a pas été réalisée. En effet, le taux de PTH était bas en pré-opératoire (39 pg/ml) et indétectable 30 minutes après la résection. Une maladie uniglandulaire a été correctement diagnostiquée par l'imagerie chez 277/279 patients. Sans l'utilisation de la PTH intra-opératoire, 2/279 cas de maladie multiglandulaire n'auraient pas été diagnostiqués et traités. Quand les résultats de l'échographie et de la scintigraphie sont positifs et concordants, le risque de maladie multiglandulaire est très faible (0,7%). Néanmoins, ce risque justifie selon nous l'utilisation de la PTH intraopératoire dans tous les cas de chirurgie parathyroïdienne par abord focalisé.

INFLUENCE DU TAUX DE VITAMINE (25)OHD SUR LA CINÉTIQUE PÉRIOPÉRATOIRE DE LA PARATHORMONE (PTH) DANS L'HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE

PR. MURIEL MATHONNET (1), DR. THIERRY CHIANEA (2)

(1) (CHU DUPUYTREN - CHIRURGIE DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE - LIMOGES)

(2) (CHU DUPUYTREN - SERVICE DE BIOCHIMIE ET RADIO ANALYSE - LIMOGES)

Le succès d'une parathyroïdectomie est défini par une décroissance peropératoire du taux de PTH rapide supérieure à 50%. Même si la vitamine 25(OH)D a un rôle inhibiteur sur la sécrétion de PTH, elle ne devrait pas modifier la cinétique de celle-ci. Notre travail a eu pour but de vérifier cette hypothèse.

Matériel et méthodes :

Tous les patients opérés de 2002 à 2007 d'un adénome parathyroïdien (n=204, âge médian 62A, sex ratio 1:5) ont été inclus de façon prospective dans cette étude. Les patients ayant une créatininémie supérieure à 100 mM/L ont été exclus. 40% des patients ont bénéficiés d'une exérèse sous anesthésie locale. Le taux de 25(OH)D était dosé en préopératoire et 3 mois après l'intervention, l'insuffisance étant définie par un taux inférieur à 20 ng/ml. La cinétique de la PTH a été évaluée en regard grâce à 6 dosages dont 3 peropératoires. Elle a été comparée dans 2 groupes : groupe I vit 25(OH)D < 20 ng/ml (n=141) vs groupe II vit25(OH)D ≥ 20 ng/ml (n=73).

Résultats :

Les patients du groupe I avaient de manière significative un taux préopératoire plus élevé de calcium, de phosphatase alcaline et de PTH. Au 3^e mois postopératoire et après correction de l'hypovitaminose, les taux de calcium, phosphatase alcaline et PTH étaient similaires dans les 2 groupes. En peropératoire, la décroissance de la PTH était significativement plus importante dans le groupe I à la 20^emn (75% vs 63%), à la 60^emn (95% vs 89%) et à +24h. Cette décroissance n'était pas corrélée au poids de l'adénome ou à la gravité de l'hyperparathyroïdie, mais était corrélée à la technique opératoire utilisée, le taux de décroissance étant en moyenne 10% plus élevé après abord électif.

Conclusions :

La vitamine 25(OH)D influe non seulement sur le taux de PTH mais également sa cinétique. La correction du déficit vitaminique limite rapidement le risque osseux.

AUTOTRANSPLANTATION PARATHYROÏDIENNE SYSTEMATIQUE ET SUPPLEMENTATION AVEC DU CALCIUM ET DE LA VITAMINE D POUR LA PREVENTION DE L'HYPOCALCEMIE APRES THYROÏDECTOMIE BILATERALE.

PR. BASSAM ABOUD (1)

(1) (HOTEL-DIEU DE FRANCE - CHIRURGIE GENERALE - BEYROUTH)

Titre :Autotransplantation parathyroïdienne systématique et supplémentation avec du calcium et de la vitamine D pour la prévention de l'hypocalcémie après thyroïdectomie bilatérale.

Thème : Thyroïde.

Type communication désiré : ORAL

Texte :

But du travail : L'hypocalcémie constitue une complication classique de la thyroïdectomie. Le but de ce travail est de voir si l'autotransplantation parathyroïdienne systématique et la supplémentation orale avec du calcium et de la vitamine D pourraient diminuer le risque de l'hypocalcémie après thyroïdectomie bilatérale.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les malades qui ont eu une thyroïdectomie bilatérale avec une autotransplantation parathyroïdienne systématique et un traitement par du calcium et de la vitamine D. Le site de l'autotransplantation était le muscle sternocléidomastoïdien dans tous les cas et était fermé par un fil non résorbable de soie 4/0.

Résultats : L'étude portait sur 252 patients opérés par le même chirurgien de thyroïdectomie bilatérale. Une, deux ou trois glandes parathyroïdiennes ont été auto transplantées chez 223, 27 et 2 patients respectivement. La supplémentation orale avec du calcium et de la vitamine D était donnée systématiquement en postopératoire immédiat et pour une période de 3 à 6 semaines chez tous les patients. L'hypocalcémie survenait chez 17 % des patients. L'hypocalcémie était cliniquement symptomatique chez 1.6 % des patients. Les symptômes étaient mineurs dans tous les cas à type de fourmillement ou de légères crampes musculaires. Le séjour hospitalier était d'une journée dans 93.6% des cas. Aucun patient n'a développé une hypocalcémie permanente certifiée par un chiffre de calcémie normal 6 mois après l'intervention sans aucune médication. L'incidence de l'hypocalcémie et la durée du séjour hospitalier étaient plus élevées chez les malades ayant eu une autotransplantation de plus qu'une glande parathyroïdienne.

Conclusions : La supplémentation orale systématique par du calcium et de la vitamine D et l'autotransplantation d'une glande parathyroïdienne réduisent effectivement le risque d'hypocalcémie après thyroïdectomie bilatérale.

DOSAGE DE L'HORMONE PARATHYROÏDIENNE POSTOPÉRATOIRE EN TANT QUE FACTEUR PRÉDICTIF D'UNE HYPOCALCÉMIE CONSÉCUTIVE À UNE PARATHYROÏDECTOMIE

DR. YOUSOF ALABDULKARIM (1), PR. JACQUES MALAISE (2), PR. EDGARD NASSIF (1)

(1) (CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL - SERVICE DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE - MONTRÉAL)

(2) (CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL - SERVICE DE CHIRURGIE - MONTRÉAL)

L'hypocalcémie est une complication relativement commune mais difficilement prévisible après parathyroïdectomie. Ceci nécessite une surveillance hospitalière pour détecter les patients à haut risque avec comme conséquence une plus longue hospitalisation pour les patients à faible risque.

Patients et méthodes : Entre 2005-2008, 291 patients ont bénéficié d'une parathyroïdectomie à l'hôpital Notre-Dame. Tous ces patients présentaient une hyperparathyroïdie primaire. Dans l'heure qui suit la fin de la chirurgie, un contrôle de PTH est réalisé par une technique extemporanée. Le calcium ionisé et la PTH ont été prélevés toutes les 12 heures pour détecter une hypocalcémie.

Résultats : Le groupe de patients qui ont développé une hypocalcémie postopératoire avaient un taux post-opératoire de PTH bas comparé aux patients normocalcémiques : 3,5 contre 5,5 pmol/L. De même, les patients qui ont montré une chute de 90% et plus de la PTH entre la valeur pré et post-opératoire ont présenté une hypocalcémie. Ceci se retrouvait principalement chez des patients avec une valeur de PTH préopératoire particulièrement élevée.

Conclusion : Une analyse de la PTH après parathyroïdectomie pour adénome, et sa comparaison avec la valeur préopératoire, est un indicateur facile et prédictif d'une hypocalcémie postopératoire. L'emploi de cette analyse pourrait détecter le groupe de patients à haut risque qui doit être hospitalisé. Mais cela permet surtout d'identifier le groupe à faible risque qui pourrait bénéficier d'une chirurgie ambulatoire.