

I. La glande thyroïde

À quoi sert la thyroïde ?

La thyroïde est une glande située à la base du cou, en avant de la trachée. Elle est formée par deux lobes reliés par une partie plus fine appelée l'isthme. La thyroïde fabrique les hormones thyroïdiennes (thyroxine T4 et triiodothyronine T3) qui contribuent au bon fonctionnement de nombreux organes. L'iode est nécessaire à leur formation et leur taux est contrôlé par une hormone hypophysaire (TSH).

La TSH augmente lorsque le taux d'hormone dans le sang est insuffisant (hypothyroïdie) et diminue lorsque le taux est trop important (hyperthyroïdie). Les symptômes de l'hypothyroïdie peuvent comprendre une frilosité anormale, une constipation, une humeur dépressive et un ralentissement du rythme cardiaque. À l'inverse l'hyperthyroïdie entraîne une nervosité, une augmentation du rythme cardiaque (tachycardie), une diarrhée, des palpitations. L'augmentation de volume de la thyroïde est fréquente. Elle peut se faire de façon homogène (goitre) ou sous la forme de nodules au niveau du cou.

Comment fait-on le diagnostic de cancer de la thyroïde ?

Le diagnostic de nodule est le plus souvent fait par le médecin traitant lors de la palpation du cou, parfois par le patient lui-même.

La plupart des cancers de la thyroïde se manifestent sous la forme de nodules mais plus de 95% des nodules thyroïdiens sont bénins.

Il est donc nécessaire de faire un bilan pour détecter les nodules « à risque ».

- Le premier examen est l'examen clinique avec la palpation du cou qui recherche les éléments de suspicion (antécédents familiaux, rayonnement pendant l'enfance)
- Le deuxième examen est l'échographie qui permet une première caractérisation du nodule :
 - Si le nodule est inférieur à 1 cm, et en l'absence d'élément clinique défavorable, aucun examen supplémentaire n'est à envisager. Il suffit de prévoir une échographie 12 à 18 mois plus tard pour vérifier l'absence d'évolution du nodule.
 - Dans les autres cas, une ponction cytologique à l'aiguille fine peut être nécessaire (systématique si supérieure à 2 cm ; entre 1 à 2 cm, cela dépend de l'aspect échographique du nodule). Elle se fait sous anesthésie locale, avec une aiguille très fine, et l'effet ressenti est analogue à celui qui est provoqué par une prise de sang. L'examen au microscope des cellules prélevées par cette ponction nécessite quelques jours et est résumé dans la tableau joint selon la classification internationale de Bethesda :

Catégorie	Risque de cancer	Conduite à tenir
I Non diagnostiqué	?	2 ^{ème} cytoponction à 3 mois pour les nodules solides
II Bénin	0-3 %	Échographie à 6-18 mois
III Atypie de signification indéterminée	5-15 %	2 ^{ème} cytoponction à 3 mois

IV Néoplasme folliculaire	15-30 %	Lobectomie + examen extemporané
V Suspect de malignité	60-75 %	Lobectomie + examen extemporané
VI Malin	97-99 %	Thyroïdectomie totale

- La scintigraphie est de moins en moins faite car cet examen apporte peu d'informations complémentaires dans ce cas.

En cas de nodule de grande dimension (plus de 3 cm), d'augmentation progressive du volume du nodule, ou si la cytologie est en faveur d'une lésion maligne, il est nécessaire de procéder à son ablation avec son analyse pendant l'intervention (examen extemporané)

Quel est le traitement ?

[La loboisthmectomie](#) : [la fiche explicative de notre société savante est téléchargeable en cliquant ici](#)

En cas de doute sur la présence de cellules malignes lors de la ponction cytologique, on propose de réaliser une loboisthmectomie (c'est à dire l'ablation d'un lobe thyroïdien sur deux) avec examen extemporané (pendant l'opération) du nodule.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale et dure environ 1H et l'hospitalisation 24 à 48h.

Il existe un risque d'hématome post opératoire et de paralysie du corde vocale (3% des intervention et la plupart du temps régressant après quelques mois) pouvant nécessiter une rééducation orthophonique.

Si l'examen du lobe thyroïdien confirme la présence de cellules cancéreuses, il est nécessaire de réaliser une thyroïdectomie totale.

Le traitement post opératoire par hormones thyroïdiennes n'est pas systématique et dépend du taux de TSH un mois après l'intervention.

[La thyroïdectomie totale](#) : [la fiche explicative de notre société savante est téléchargeable en cliquant ici](#)

L'intervention consiste à enlever la totalité de la thyroïde et éventuellement les ganglions.

Elle se déroule sous anesthésie générale avec intubation, par une incision à la partie basse du cou. Elle n'entraîne pas de perte sanguine notable et n'exige donc pas de transfusion.

Les risques de l'intervention vous seront expliqués par le chirurgien :

- Complications communes à toute chirurgie (fréquence < 0,5%) : hématome pouvant survenir dans les heures qui suivent l'intervention et nécessitant un geste local de drainage
- Complications spécifiques de la chirurgie : atteinte du nerf récurrent le plus souvent transitoire, parfois définitif (1%) et nécessitant alors une rééducation orthophonique ; et hypocalcémie liée à une atteinte des glandes parathyroïdes et nécessitant un apport de calcium et de vitamine D

L'acte opératoire entraîne peu de douleurs, la cicatrisation en général de bonne qualité dans cette zone, acquiert son aspect définitif après une période d'environ 6 mois.

[Le curage ganglionnaire : la fiche explicative de notre société savante est téléchargeable en cliquant ici](#)

Lors de l'analyse pendant l'opération des nodules, environ 5% se révèlent contenir des cellules cancéreuses. Il peut alors être nécessaire d'associer à la thyroïdectomie totale un geste de curage ganglionnaire uni ou bilatéral. Le curage se fait par la même incision que celle créée pour la thyroïdectomie et dans le même temps opératoire. Une incision plus étendue à la partie latérale peut être nécessaire en cas de curage étendu. La cicatrisation se fait de la même manière que pour une thyroïdectomie totale et la réalisation du curage n'entraîne pas d'allongement de l'hospitalisation.

Traitement par iode radioactif :

Une fois la chirurgie réalisée, on peut être amené à décider d'effectuer un traitement par de l'iode radioactif (irathérapie). Cette décision est prise en fonction des données de la chirurgie de façon à détruire les cellules ayant pu échapper à la chirurgie. Enfin, le traitement comprendra la prise d'hormones thyroïdiennes puisque la chirurgie a retiré toute la thyroïde. La surveillance se poursuit ensuite pendant plusieurs années par l'endocrinologue et votre médecin traitant.

II. La glande parathyroïde

À quoi servent les glandes parathyroïdes ?

Les glandes parathyroïdes sont en général au nombre de quatre (mais parfois plus !). Elles sont situées dans le cou, habituellement à la face postérieure de la thyroïde. Elles sont de petite taille (6 à 8 mm de longueur).

Comment fait-on le diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire ?

Les glandes parathyroïdes sécrètent une hormone : la parathormone ou PTH qui régule le calcium dans l'organisme.

Pour des raisons mal connues, une ou plusieurs parathyroïdes peuvent se mettre à grossir anormalement et sécréter trop de PTH ; on appelle cela un adénome parathyroïdien qui se rencontre parfois chez les patients insuffisants rénaux dialysés au long cours. Exceptionnellement cet adénome peut être cancéreux.

La surproduction de PTH va entraîner une augmentation du calcium dans le sang (calcémie) avec des conséquences pour de nombreux organes :

- Les os se fragilisent avec le temps et le patient est exposé au risque de fracture spontanée.
- Les reins se chargent de cristaux de calcium pouvant déclencher des coliques néphrétiques, voir à terme une destruction des reins avec une insuffisance rénale.
- Les artères se calcifient et perdent leur élasticité.

- Le cerveau, les muscles et le cœur peuvent aussi se trouver perturbés par l'hypercalcémie.
- Ces troubles mettent plusieurs mois à plusieurs années pour s'installer mais le danger est insidieux et progressif dès que l'hypercalcémie est instaurée de manière permanente par une augmentation de production de PTH.

La seule solution durable est d'enlever chirurgicalement la ou les glandes parathyroïdes qui fonctionnent de manière excessive.

La parathyroïdectomie :

La plupart du temps les examens morphologiques préopératoires (échographie, scintigraphie +/- scanner ou IRM) ont permis de localiser précisément la parathyroïde malade, une incision centrée permet de réaliser l'ablation avec une dissection minimale des structures de voisinage.

Parfois le bilan préopératoire n'a pas permis d'avoir une localisation précise ou si plusieurs glandes sont atteintes : il faut alors réaliser une incision horizontale à la base du cou (cervicotomie) pour aller rechercher méthodiquement les 4 parathyroïdes et enlever celles qui sont malades.

Quels sont les bénéfices et les risques :

Le bénéfice de l'intervention réside dans un retour à la normale en quelques jours de la calcémie, faisant ainsi disparaître les risques précédemment décrits. Parfois il existe une phase transitoire de baisse trop importante de la calcémie se traduisant par des fourmillements ou des crampes. Cela peut nécessiter la prescription de calcium à dose dégressive durant quelques jours le temps que l'organisme se « désintoxique ».

Les risques de la chirurgie parathyroïdienne sont faibles ; le risque vital est exceptionnel, inférieur à 1 pour 50 000 patients opérés. Certaines complications spécifiques sont cependant possibles :

- Le risque de plaie du nerf ou des nerfs récurrents (en cas de dissection bilatérale) est minimisé par l'utilisation d'un neurostimulateur (NIM) durant l'intervention. Ce risque est actuellement inférieur à 1 %. Une plaie peut entraîner une modification de la voix (voix un peu rauque), le plus souvent corrigée par de la rééducation orthophonique.
- Le risque hémorragique post opératoire qui peut nécessiter une ré intervention en urgence. Ce risque est inférieur à 1 %.
- Le risque septique : malgré toutes les précautions d'asepsie, une infection peut survenir au niveau de la cicatrice voire en profondeur avec formation d'abcès ; une réintervention peut alors être nécessaire (risque < 1%).