

GOITRES PLONGEANTS : formes anatomocliniques et traitement

SCVO

Poitiers, juin 2004

Dr. BADRA Youssef

Epidémiologie

- La fréquence des goitres cervicothoraciques est différemment appréciée car leur définition n'est pas univoque : 1 à 16 % dans la littérature



Définitions cliniques

Goitre ne siégeant pas dans la région cervicale en position opératoire et ayant un prolongement inférieur à plus de deux travers de doigt sous le manubrium sternal.

Goitre dont plus de 50 % de la masse totale se situe sous l'orifice supérieur du thorax. La limite inférieure du goitre ne doit pas être palpée en position chirurgicale, ou le cou en extension, ou lors de la déglutition.

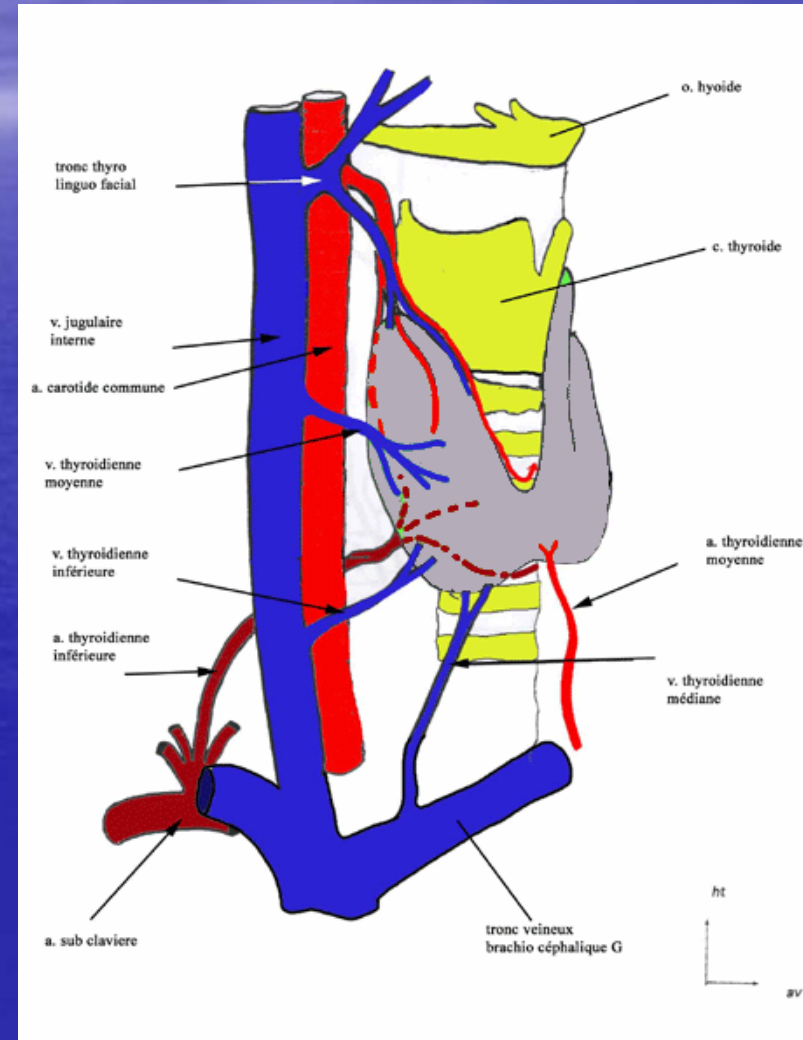
Goitre dont l'exérèse nécessite des manœuvres d'extraction particulières.

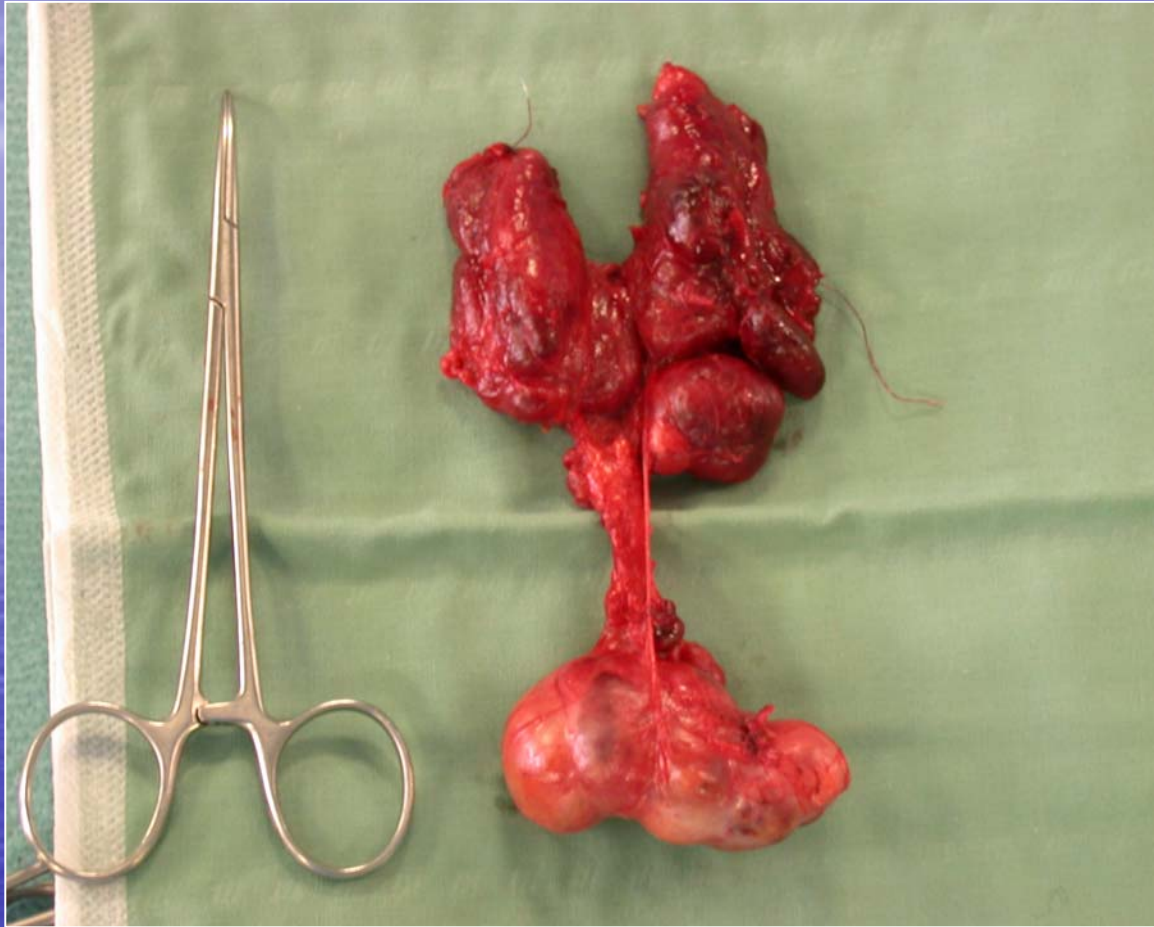
Définition anatomique

On parlera de goitre cervicothoracique plutôt que de goitre plongeant.

Le terme de goitre endothoracique étant réservé aux ectopies thoraciques thyroïdiennes.

Leur vascularisation est différente :
d'origine cervicale pour le goitre cervicothoracique
d'origine thoracique pour le goitre endothoracique.





Anatomie : Historique

- 1749 : premières descriptions anatomiques
- 1927 : Higgins : 3 définitions
- 1984 : Borrely

Aspects cliniques -1-

- Augmentation de volume (41 %)
- Gène cervical (15 %)
- Tirage modéré (15 %)
- Dysphagie (12.9 %)
- Dyspnée intermittente (11 %)
- Dysphonie intermittente (11 %)
- Hyperthyroïdie clinique (9.4 %)

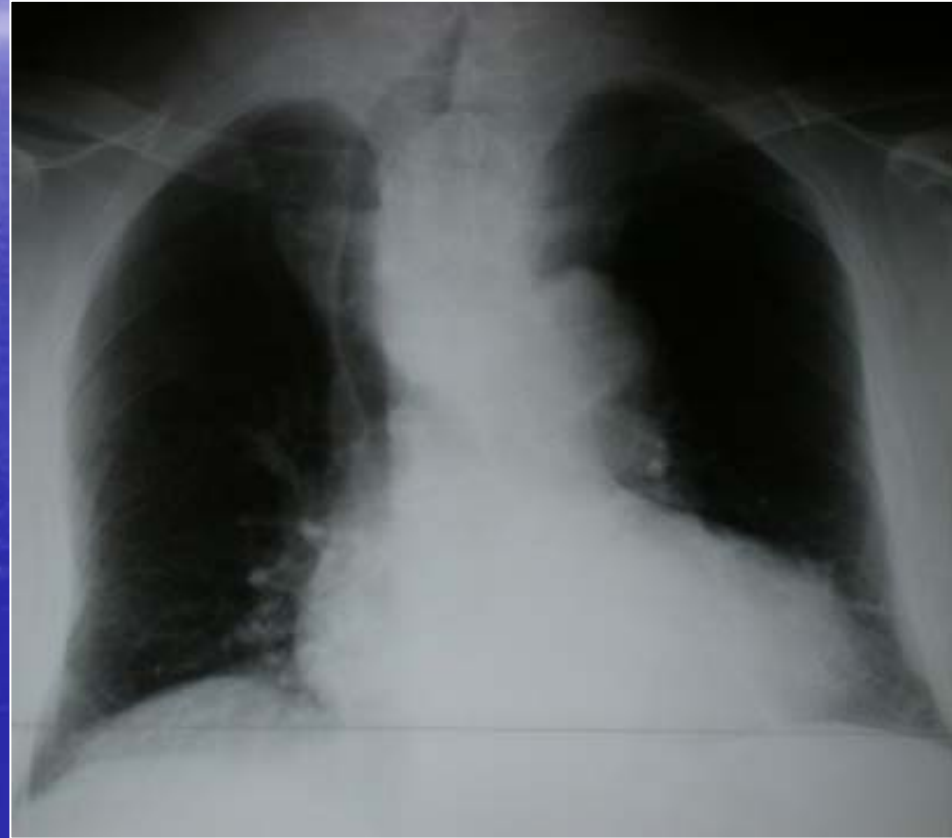
Aspects cliniques -2-

- Douleurs (5%)
- Toux (5%)
- Détresse respiratoire (3%)
- Compression déviation du larynx (3 %)
- Paralysie récurrentielle (1.9 %)
- Syndrome cave supérieure

Examens complémentaires

- R. PULMONAIRE

- opacité 57 %
- déviation trachéale 60 %
- sténose trachéale





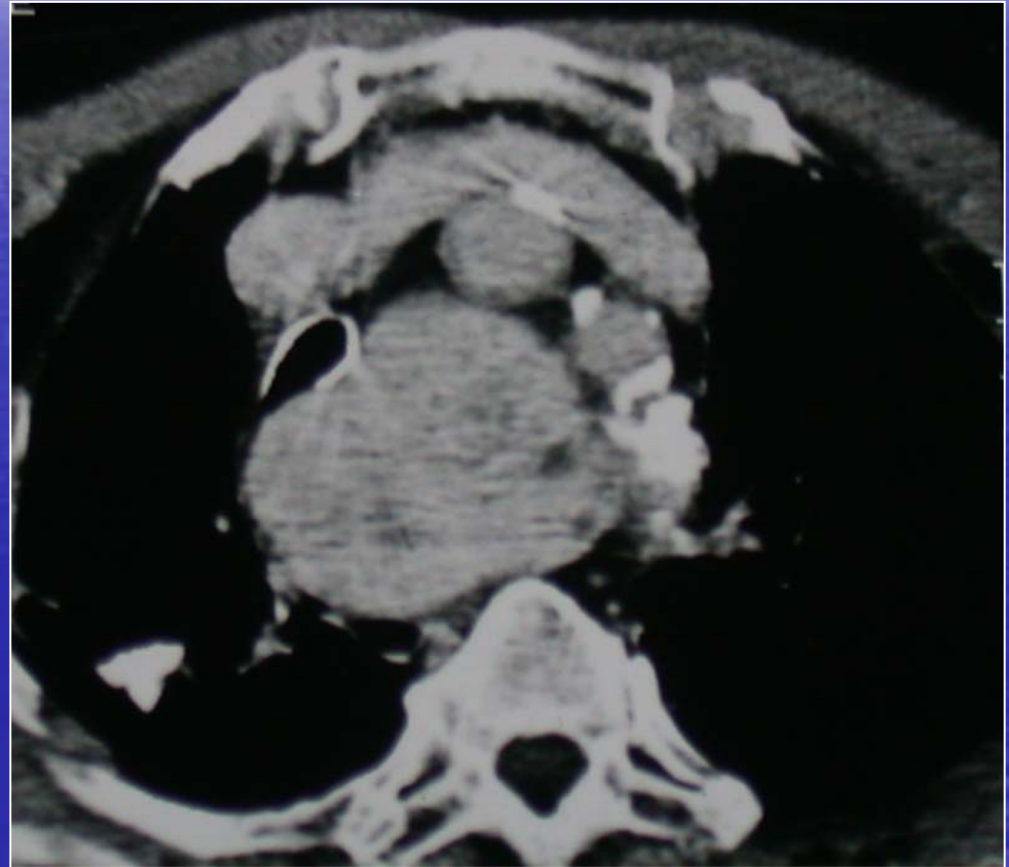
Examens complémentaires

- Transit pharyngo-oesophagien :
 - ?
 - (déviation de l'œsophage)

Examens complémentaires

- Scanner

- Gauche (55 %)
- droit (22%)
- uniques 80%
- multiples 20%
- antérieures 85.5 %
- postérieures 14.5 %



Examens complémentaires

- **IRM**

- Extension inférieure
+++
- Rapports vasculaires



Examens complémentaires

- Scintigraphie
 - Multinodulaires 80%
 - Nodule unique 11%
 - Diffuse (basedow) 2.4%
 - Hyperthyroïdie 6.6 %

Examens complémentaires

- Laryngoscopie indirecte
- Trachéo- bronchoscopie
- Dosage des hormones thyroïdiennes
- Echographie

Traitement

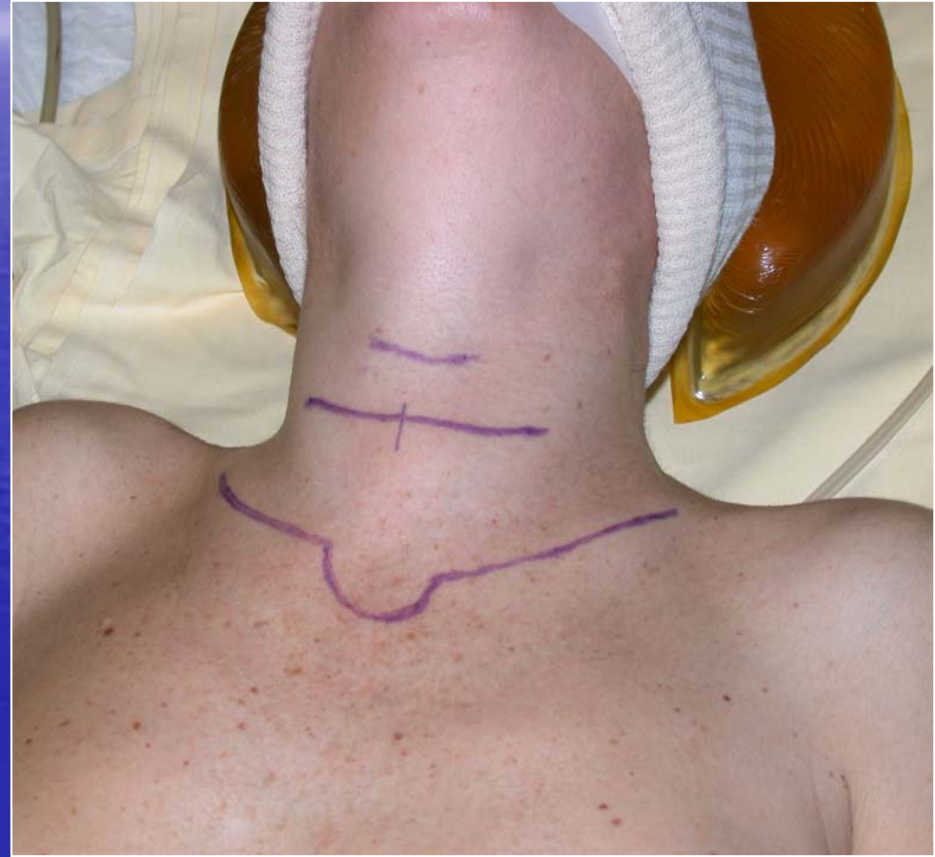
***TOUT GOITRE ENDOTHORACIQUE
DEVRAIT FAIRE L ' OBJET D ' UN
TRAITEMENT CHIRURGICAL***

Indication opératoire

- Suspicion ou confirmation de malignité
- Hyperthyroïdie
- Signes de compression chronique
- Compression aiguë : chirurgie en urgence

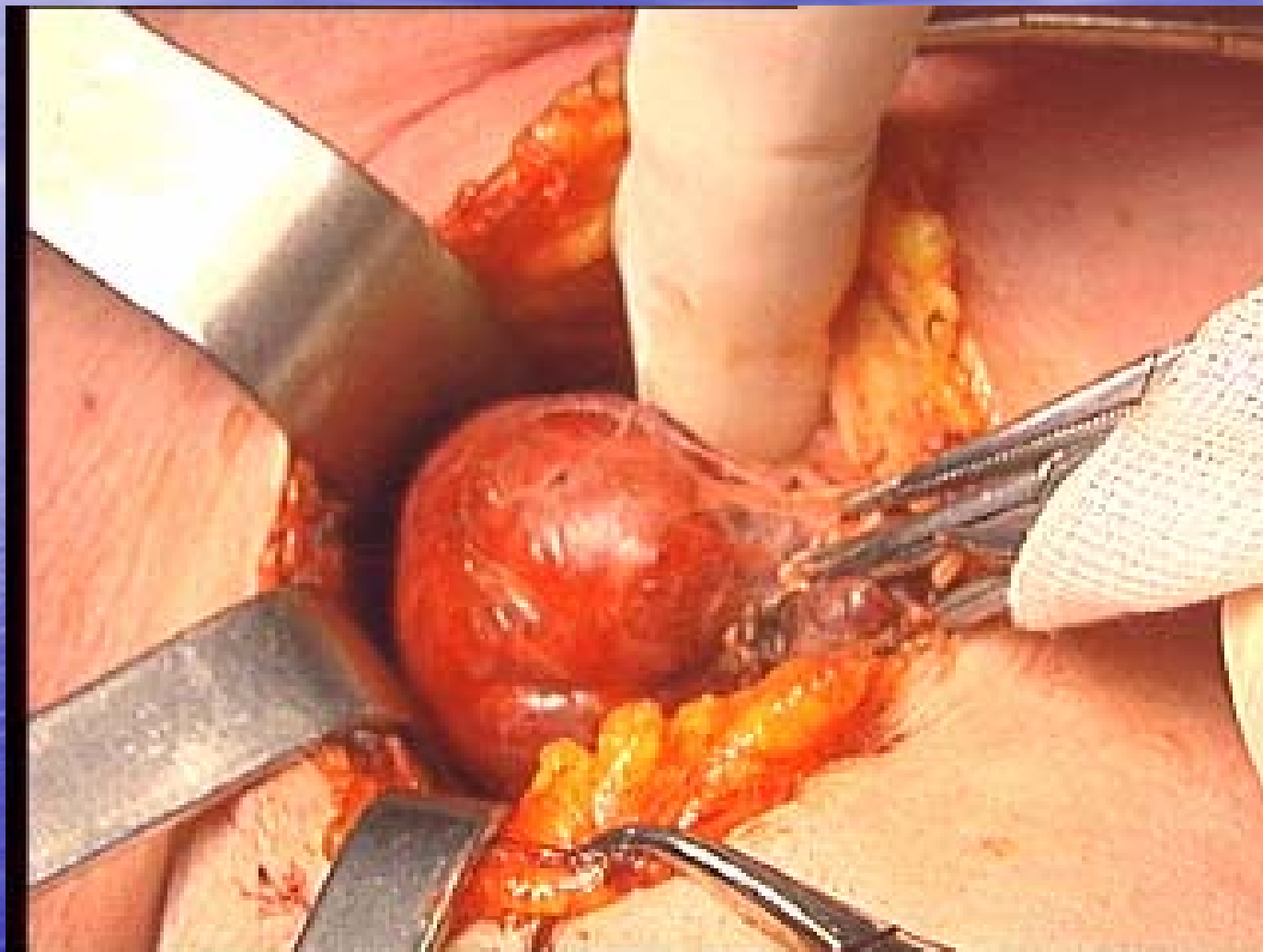
Technique chirurgicale

- Voie d 'abord :
 - cervicale
 - ne pas faire une incision trop basse
 - préparer le sternum

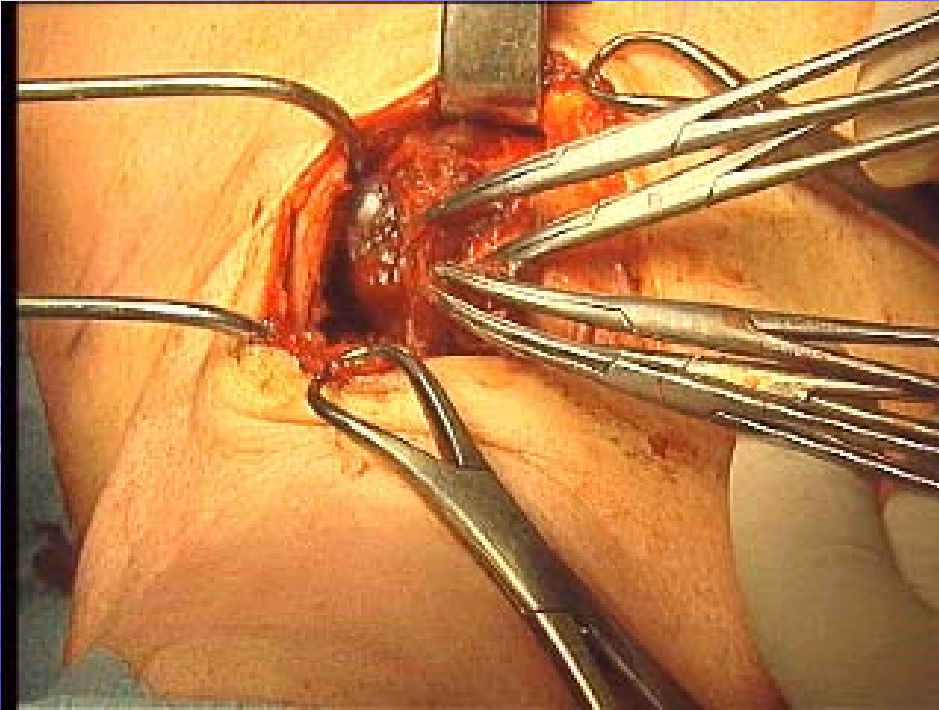


Technique chirurgicale

- ne jamais commencer par le sortir ...
- Toujours commencer par le pôle supérieur qui permet de mobiliser le goitre
- Repérer le récurrent et la parathyroïde supérieure
- Définir un plan de dissection postérieure et le suivre : technique du toboggan de Charles Proye



Technique chirurgicale : extraction



- Ligature du pédicule inférieur
- Extraction par traction douce sur le pôle supérieur

Technique chirurgicale

- Eviter la fragmentation :
 - risque hémorragique
 - laisser du tissu résiduel en place
 - dissémination de cellules malignes

Suites post-op

- Radio pulmonaire
- Extubation sous fibrosocopie
- Ex. cordes vocales
- Calcémie

Complications

- Paralysie récurrentielle (0-8%)
- Hypoparathyroïdie transitoire (0-40%)
- Hypoparathyroïdie définitive (0-2%)
- Hématome
- Pneumothorax, épanchement pleural
- Trachéomalacie, intubation prolongée



MERCI DE VOTRE ATTENTION