

Posters

NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN COMPLIQUEE D'UN NEUROFIBROSARCOME RETROPERITONEAL COMPRESSIF A PROPOS D'UN CAS

FOUAD BOUALLOU (1), BOUMEDIENNE GUELLIL (2), SMAIN MESLI (1), AMEN BOUAYED (1), ABEDLHAFID BEDJAOUI (1), MOKHTAR BENKALFAT (1)

(1) (service de chirurgie générale), (2) (service de dermatologie CHU Tlemcen)

La neurofibromatose de Von Recklinghausen (NF1) est parmi les plus fréquentes des maladies génétiques, avec une incidence de 1/3000 naissances. La majorité des complications de la NF1 est secondaire au caractère compressif des neurofibromes viscéraux. Ces derniers posent toujours un problème de pronostic. On observe 12 à 13 % de transformations malignes au cours de son évolution. Cette dégénérescence est à l'origine de 30 à 40 % de décès. Nous rapportons un cas de NF1 à localisation multiple : cervicale, médiastinale, brachiale, crurale et rétro-péritonéale chez une femme de 37ans. Ce cas posait un problème de prise en charge chirurgicale.

La malade était suivie en dermatologie depuis l'âge de 12 ans pour une NF1. Une masse cervicale droite est apparue à l'âge de 18 ans suivie 2 ans après d'une masse rétro-péritonéale et crurale droite de 10 cm de long. A ce stade la chirurgie fut refusée devant l'absence de symptomatologie compressive. En 2006 l'indication opératoire fut posée devant un syndrome occlusif dû à la compression de la masse rétro-péritonéale qui faisait 47 cm de grand axe. En peropératoire on découvra une tumeur plexiforme dont le diamètre de certains nerfs dépassait les 2cm. La masse était en continuité avec les neurofibromes de la cuisse, la résection de la masse était complète mais l'extension crurale posait problème et n'a pu être résequée. L'histologie découvra un aspect d'un neurofibrosarcome. L'évolution post opératoire immédiate fut simple. Malheureusement la patiente décéda 4 mois après dans un état de cachexie.

Le neurofibrome plexiforme constitue une forme particulière de la NF1, il est caractérisé par son envahissement local et son extension vers les tissus mous et l'axe neural. Comme dans les autres formes de NF1 son évolution reste imprévisible malgré la surveillance clinique, surtout sa transformation en neurofibrosarcome.

La chirurgie n'est indiquée qu'en cas de symptomatologie compressive ou handicapante. Malheureusement dans le cas de notre patiente, l'expectative a peut être permis, une évolution vers la dégénérescence.

Faut-il alors discuter l'indication chirurgicale à un stade plus précoce devant des masses rétro-péritonéales de petit volume ? Surtout que l'hypothèse de la dégénérescence ou de la stimulation de la croissance tumorale après chirurgie n'est pas confirmée.

Tumeurs pancréatiques à GHRH, insulinomes pancréatiques et acromégalie au cours d'une néoplasie endocrinienne multiple de type 1.

catherine Hoang (1), michèle Kujas (2), christophe Tresallet (3), gilles Lenaour (2), thierry Delbot (4), Frédérique Capron (1), Fabrice Ménégaux (3)

(1) (service d'anatomie et cytologie pathologique 1 Groupe Pitié-Salpêtrière Paris), (2) (service d'anatomie et cytologie pathologique 2 Groupe Pitié-Salpêtrière Paris), (3) (service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne Groupe Pitié-Salpêtrière Paris), (4) (service d'endocrinologie-métabolisme Groupe Pitié-Salpêtrière Paris)

La GHRH est détectée par immunohistochimie dans 25% des tumeurs endocrines mais il n'a été recensé que trois cas de tumeur pancréatique sécrétant de la GHRH avec acromégalie dans le cadre d'une néoplasie endocrinienne multiple de type 1 (NEM 1).

Nous rapportons le cas d'un homme porteur d'une NEM 1 familiale révélée à par une hyperparathyroïdie primitive avec hypocalcémie asymptomatique rapportée à un insulinisme sans tumeur décelable. Apparition progressive d'une acromégalie avec syndrome dysmorphique puis de malaises hypoglycémiques et de troubles du champ visuel, et mise en évidence d'une hypersécrétion autonome de GH > 40 ng/ml (N < 5 ng/ml) et d'IGF 1 à 4, 56 U/ml (N < 1, 88U/ml). Exérèse incomplète d'un macroadénome hypophysaire mixte à FSH (20%) et à GH (5%) suivie d'une cobalthérapie. Pendant trois ans l'acromégalie était stable mais les taux sériques de GH sous HGPO et d'IGF 1 restaient élevés, et découverte d'une GHRH plasmatique à 200 fois la normale; le reste du bilan endocrinien était normal hormis l'hyperinsulinisme. Découverte de 4 tumeurs pancréatiques qui étaient énucléées : 2 insulinomes et 2 tumeurs sécrétant de la GHRH, toutes bien différenciées. Normalisation de la glycémie, des taux sériques de GH, GHRH, d'IGF 1 et stabilité du syndrome dysmorphique. Trois ans plus tard, détection progressive de 13 tumeurs pancréatiques (2

sécrétaient de l'insuline) et d'une tumeur duodénale et apparition de troubles du champ visuel nécessitant l'exérèse partielle d'une lésion hypophysaire endo et suprasellaire qui correspondait à un sarcome fusiforme peu différencié.

Il n'a été rapporté que 50 cas de tumeurs sécrétant de la GHRH à l'origine d'une acromégalie. Au cours de la NEM 1, les tumeurs du pancréas endocrine sont le plus souvent des gastrinomes, des insulinomes, plus rarement des glucagonomes et VIPomes, et exceptionnellement des tumeurs à GHRH mais la proportion de tumeurs non fonctionnelles est sous-estimée. Outre les complications métaboliques liées aux hypersécrétions hormonales, les principaux facteurs de mauvais pronostic sont la faible différenciation tumorale et le stade. Dans cette observation particulière, l'évolution défavorable est liée à l'apparition du sarcome hypophysaire radio-induit.

Léiomyosarcome primitif de la thyroïde révélée par une névralgie cervico-brachiale ; revue de la littérature

Pierre-Alexandre JUST (1), Catherine HOANG (1), Christophe TRESALLET (2), Rémy GUILLEVIN (3), Christel JUBLANC (4), Gilles LE NAOUR (1), Frédérique CAPRON (1), Fabrice MENEGAUX (2)

(1) (SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, PARIS), (2) (SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE, DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, PARIS.), (3) (SERVICE DE NEURORADIOLOGIE GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, PARIS.), (4) (SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE-METABOLISME GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, PARIS.)

Les léiomyosarcomes primitifs de la thyroïde sont exceptionnels, habituellement révélés par une masse cervicale.

Nous rapportons le cas d'une femme de 83 ans qui présentait une masse cervicale antérieure accompagnée de douleurs radiculaires du membre supérieur gauche. A l'échographie thyroïdienne, présence d'un nodule toto-lobaire droit de 51 mm de grand axe dont la cytoponction avait permis d'évoquer un carcinome anaplasique ou un carcinome épidermoïde. La patiente était en euthyroïdie clinique et biologique. Le lobe thyroïdien droit était induré. Son adhérence au muscle sterno-cléido-mastoïdien et le diagnostic de sarcome porté lors de l'examen extemporané avaient amené à réaliser de multiples biopsies. L'étude anatomopathologique permettait de préciser qu'il s'agissait d'un léiomyosarcome moyennement différencié de grade III. L'IRM cervico-dorsale objectivait dans la loge thyroïdienne une masse de 9,6 cm de grand axe, s'étendant jusqu'à l'espace épidual antérieur. Les explorations complémentaires ne mettaient pas en évidence d'autre lésion tumorale. La confrontation des données cliniques, radiologiques et anatomopathologiques permettait de préciser qu'il s'agissait d'un léiomyosarcome primitif de la thyroïde.

Le diagnostic de léiomyosarcome ne peut-être retenu qu'après avoir éliminé une tumeur fibreuse solitaire, un SETTLE, un carcinome indifférencié de la thyroïde ou d'autres sarcomes. L'origine thyroïdienne ne peut-être affirmée qu'après avoir exclu une extension à la thyroïde d'un léiomyosarcome de la tête et du cou ou une métastase à la thyroïde d'un léiomyosarcome situé à distance. Les léiomyosarcomes primitifs de la thyroïde se développent probablement à partir du tissu musculaire lisse de vaisseaux de la capsule thyroïdienne ou de cellules musculaires lisses isolées le long des septa interlobulaires. Ils surviennent habituellement chez des sujets âgés (âge moyen : 68,7 ans) sans pathologie thyroïdienne ancienne. La plupart des patients décèdent dans un délai de 1 à 51 mois. Les causes de décès sont liées aux complications secondaires à une compression locorégionale ou à des métastases à distance. Il s'agit du premier cas de léiomyosarcome primitif de la thyroïde avec extension épidual.

Carcinome épidermoïde primitif de la thyroïde : une tumeur exceptionnelle de très mauvais pronostic.

Catherine Hoang (1), Julien Calderaro (1), Christel Jublanc (2), Christophe Tressalet (3), Gilles LeNaour (1), Fabrice Ménégau (3), Frédérique Capron (1)

(1) (Service d'anatomie et cytologie pathologiques; Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière; 75013), (2) (Service d'endocrinologie-métabolisme; Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière; 75013), (3) (Service de chirurgie générale et endocrinienne; Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière; 75013)

Les carcinomes primitifs de la thyroïde exclusivement épidermoïdes sont exceptionnels et ce diagnostic ne peut être retenu qu'après avoir éliminé l'extension à la thyroïde d'un carcinome épidermoïde de voisinage ou plus rarement une métastase. Nous rapportons le cas d'une femme de 77 ans qui consultait pour une dysphonie et une dysphagie apparues depuis 2 mois. L'échographie cervicale mettait en évidence plusieurs nodules thyroïdiens dont le plus volumineux était lobaire droit et mesurait 6,3 cm de grand axe, accompagnés d'adénopathies bilatérales. Le blindage complet du cou ne permettait qu'une lobo-isthmectomie droite. La quasi totalité de la pièce correspondait à un carcinome épidermoïde bien et moyennement différencié dyskératosique, avec extension dans le tissu extra thyroïdien et envahissement

vasculaire et péri nerveux. Le bilan complémentaire avec fibroscopies oesophagienne et trachéale et radiographie du thorax ne montrait aucun autre site tumoral. Le carcinome épidermoïde primitif de la thyroïde (CEPT) survient chez des sujets âgés avec une prédominance féminine (sexe ratio : 2 femmes pour un homme). Il peut se développer à partir des cellules malpighiennes présentes dans le tractus thyroïdienne ou dans les structures dérivées des poches branchiales, ou encore à partir d'une métaplasie malpighienne observée surtout dans la thyroïdite d'Hashimoto. Parmi les tumeurs primitives thyroïdiennes, il convient d'éliminer un carcinome mucoépidermoïde, un carcinome à différenciation thymique (CASTLE) et un carcinome indifférencié avec foyers à différenciation épidermoïde. L'éventuelle positivité de la thyroglobuline et de TTF-1 permet de différencier le CEPT d'un carcinome épidermoïde secondaire. Habituellement les marqueurs p53 et p21 sont surexprimés et l'index de prolifération ki-67 est élevé dans le CEPT. Le pronostic du CEPT est similaire à celui du carcinome indifférencié de la thyroïde et pour certains auteurs il est plus péjoratif que celui d'un carcinome épidermoïde secondaire.

Cancer de la parathyroïde. Résultats d'une enquête multicentrique dans l'Espagne

Miguel Echenique-Elizondo (1)

(1) (Université du Pays Basque. Département de Chirurgie)

Introduction. Le carcinome de la glande parathyroïde est extrêmement rare avec une incidence calculé de entre le 0. 2 – 5. 1% de tous les cas de hyperparathyroïdisme primaire opérées d'accord avec les reports publiées. Dans une révision du Collège Américaine de Chirurgiens : 286 cas traités entre 1985 et 1995 ont été enregistrés aux Etats Unis.

Objectif ; Connaître l'incidence donne du carcinomes de la parathyroïde en Espagne

Méthode. Il a été exécuté via postale dans la façon d'un étude rétrospective dans 193 services chirurgicaux (de 340 consulté) y compris les Services de Chirurgie Général, OLG, Endocrinologie, Pédiatrie bien publics comme privées entre janvier de 1980 et décembre du 2000.

Résultats. 2, 657 interventions sur la parathyroïde pour hyperparathyroïdisme primaire ont été enregistrées. D'eux, 112 (4, 2%) ils ont résulté pour être des carcinomes parathyroïdiens. Le diagnostic était préopératoire dans 3 (2. 62%) des cases, intra opératoire dans 10 (12. 71%) et postopératoire dans 93 (86, 66%). Le centre avec la plus grande expérience à contribué avec 8 cas. Les interventions et re-interventions exécutées sont difficiles pour classifier donné la variabilité existante. Il a été enregistré une récurrence loco-régional de la maladie dans 29 (25,8%) et métastases dans 13 (11%) et localisé dans le poumon : 6, le foie : 4 et squelette : 3. Il existe une poursuite correcte seulement dans 57 cas à 5 ans et 27 (49. 1) d'entre eux étaient vivants aux 10 ans.

Les conclusions ; Le cancer de la parathyroïde demeure une rareté mais il peut être plus fréquent sur l'estimation actuel. En manquant de séries longues assez et homogènes on ne peut pas extraire de conclusions absolues au présent.

SYNDROME GLUCAGONOME & PSEUDOGLUCAGONOME

Miguel Echenique-Elizondo (1), Anna Tuneu Valls (3), José L. Elorza Orúe (2), Ignacio Martinez de Lizarduy (4), Javier Ibañez Aguirre (5)

(1) (Université du Pays Basque. Département de Chirurgie.), (2) (Hôpital Donostia. Département de Chirurgie), (3) (Hôpital Donostia. Département de Dermatologie), (4) (Hôpital Basurto. Département de Dermatologie), (5) (Hôpital Zumarraga. Département de Chirurgie)

Introduction. -

Légèrement plus de 300 cas de glucagonoma ont été publiées. Son incidence annuel a été calculé en 1/20000000. Le pseudoglucagonoma continued'être une particularité

Patients. -

Une rétrospective a été exécuté sur les cas étudiés de Glucaconome et de Pseudoglucagonome entre janvier du 1998 et de décembre de 2003 dans trois hôpitaux. Ils ont été des traités 5 cas : 3 avec tumeur pancréatique démontrable et 2 cas de sans neoplasie pancréatique associé. L'âge, le sexe, le diagnostic initial, les symptômes associés, la pathologie

concomitante, les procédures diagnostiques d'image, les données analytiques existantes, les procédures thérapeutiques, la chirurgie et l'évolution ont été révisés.

Resultats

L'hyperglycémie a été trouvée dans tous les cas ainsi que l'élévation de niveaux de glucagon plasmatique. Dans 3 cas il a existé hypoaminoacidémie et la descente d'acides gras totaux. Pas les changements des niveaux de zinc plasmatique ont été observés. L'ultrasonographie abdominale n'a pas offert de résultats concluants. La tomographie axiale informatisée montra de tumeur pancréatique dans les 3 malades qui ont été intervenues avec avis curatif. Le EN migratoire a été la clef diagnostique dans tous les cas. Le traitement chirurgical a été possible avec suites de 7, 36 et 56 mois dans les cas du vrai glucagonome.

Conclusion.

La vraie prévalence du Glucagonome peut être plus grande que l'un a ce moment estimée. Dans notre série a été de 13, 5/20000000

Recherche de la mutation B-RAF - V600E sur matériel prélevé par cytoponction de nodules thyroïdiens: utilité diagnostique et valeur pronostique

Gregorio Scerrino (1), Alessandro Traficante (1), Nunzia Cinzia Paladino (1), Giuseppe Pizzolanti (2), Domenico Catarella (1), Giuditta Morfino (1), Valentina Di Paola (1), Giuseppe Salamone (1), Carla Giordano (2), Gaspare Gulotta (1)

(1) (U. O. di Chir. Generale e Urg. -Policlinico -PALERMO), (2) (U. O. di Endocrinol. e Mal. Metaboliche-Policlinico-PALERMO)

Introduction

RET/PTC est considéré, aujourd'hui, le re-arrangement le plus fréquent et connu pour le carcinome papillaire thyroïdien (PTC); la mutation BRAF-V600E a été repérée en 30-70% de ces tumeurs: maintenant, elle en est considérée un marqueur moléculaire utile au diagnostic.

But du travail est l'évaluation de la mutation BRAF-V600E sur une série d'échantillons obtenus par cytoponction de nodules thyroïdiens afin d'étudier son utilité pour le diagnostic pré-opératoire de PTC, par rapport aux re-arrangements RET/PTC1 et RET/PTC3 obtenus « ex vivo ».

Méthodes

156 nodules d'autant de sujets ont été ponctionnés: le matériel prélevé a été employé pour l'examen cytologique et, simultanément, pour la recherche de la mutation BRAF-V600E au « Qiagen DNAeasy tissue kit ». Parmi ces nodules ponctionnés, 49 ont été opérés sous indication chirurgicale suivant critères standardisés. Les pièces chirurgicales ont été soumises à la recherche de la mutation sur le tissu; on a recherché aussi les re-arrangements RET/PTC1 et 3.

Résultats

13/156 (8, 3%) examens cytologiques ont diagnostiqué PTC; 19/156 (12, 2%) ont donné un résultat suspect ou indéterminé. Parmi les 49 nodules opérés, 16 étaient PTC, 1 carcinome folliculaire (FTC). La mutation BRAF-V600E a été trouvée 11/16 PTC (69%) soit sur cytoponction, soit sur pièce chirurgicale; parmi les 16 PTC confirmés à l'histologique, 4 examens cytologiques étaient positifs pour PTC, mais négatifs à la mutation de BRAF-V600E; 2 BRAF-V600E étaient mutés sur cytoponction suspect ou indéterminé. D'accord avec certaines données de la littérature, une association avec des formes plus agressives peut être suspectée (2 mutations sur 3 formes « tall cells »). On a rencontré 1 seul re-arrangement RET/PTC confirmé PTC à l'histologique.

Conclusions

La mutation de BRAF-V600E relevée sur matériel provenant d'une cytoponction thyroïdienne a une spécificité de 100% pour PTC, avec une sensibilité non négligeable; sa recherche pourrait améliorer la performance de l'examen cytologique étant donné qu'il est possible de la trouver dans le contexte d'un résultat indéterminé; une certaine corrélation avec des formes plus agressives de PTC paraît possible. Enfin, la mutation est beaucoup plus fréquente du re-arrangement RET/PTC.

Faisabilité de la thyroïdectomie totale en hôpital de jour: expérience personnelle

Gregorio Scerrino (1), Nunzia Cinzia Paladino (1), Giuseppe Salamone (1), Domenico Catarella (1), Alessandro Traficante (1), Valentina Di Paola (1), Giuditta Morfino (1), Gaspare Gulotta (1)

(1) (U. O. Chir. Generale e Urg. -Policlinico-PALERMO)

Introduction

Malgré le faible taux de complications après thyroïdectomie totale (TT), normalement les malades restent à l'hôpital au moins deux jours post-opératoires (p. o.). La nécessité d'équilibrer les coûts aux avantages, en assurant quand même aux patients une assistance de bonne qualité, nous a mené à réviser la durée de l'hospitalisation.

Notre objectif est de déterminer l'acceptabilité et la sécurité de la TT en hôpital de jour.

Méthodes

De mai 2001 à mai 2002, 129 patients adressés à une TT ont été hospitalisés ordinairement; donc nous avons classé les causes du délai de l'hospitalisation (moyenne: 1, 7 journées post-opératoires). Entre juin 2002 et décembre 2006, 639 malades ont été soumis au diagnostic pré-op. , ensuite hospitalisés le même jour de l'opération; ils ont quitté l'hôpital après une nuit. Les patients ont été sélectionnés s'ils acceptaient de rentrer chez eux en moins de 24 heures; on a exclu les goitres récidivés ou plongeants nécessitant de sternotomie, les cancers nécessitant d'un curage ganglionnaire systématique, ou étendus aux organes de voisinage ; on a donc poursuivi la réduction des causes de prolongement de l'hospitalisation p. o. : en particulier, hypocalcémie et hémorragie.

Résultats

Dans la deuxième période l'hospitalisation p. o. a été 1, 08 journées en moyenne ; 43 patients ont prolongé l'hospitalisation pour hypocalcémie sévère/symptomatique, 1 patient a été soumis à re-opération pour hématome compressif apparu dans la salle de réveil ; 2 patients à cause de conditions non corrélées à l'intervention ; 1 malade a été soumis à trachéostomie pour paralysie récurrentielle bilatérale. 1 malade a subi une intubation prolongée pour hématome compressif apparu 8 heures après intervention, 2 malades ont été re-admis pour complications septiques locales.

Conclusions

Les mesures introduites, y compris la prévention de l'hypocalcémie post-opératoire par une administration prophylactique de calcium et vitamine - D d'après un protocole empirique, l'emploi d'hémostatiques afin de réduire le volume du drainage nous ont permis de baisser de 60% la durée de l'hospitalisation p.o. ; la TT en hôpital de jour a été pratiquée avec succès en 590/639 cases, soit 92, 3%. Ce procédé n'est pas encore universellement pratiqué en Italie, mais il nous paraît sûr, efficace et acceptable.

Micro-biopsie ou Cyto-ponction à l'aiguille fine pour le diagnostic des nodules thyroïdiens ? Etude comparative à propos de 72 nodules avec examen histologique définitif.

Etienne D HUBERT (1), Jan Martin PROSKE (1), Hannane ANTOUN (1), Jacqueline VADROT (1), François KEMENY (1), Alice BENOIT (1)

(1) (Service de chirurgie viscérale. Centre hospitalier Sud-Francilien, Evry)

Introduction : L'évolution des pratiques médicales amène à découvrir de plus en plus de nodules thyroïdiens, ce qui impose de faire des prélèvements pour mieux sélectionner les nodules à risque de malignité. Le but de ce travail est d'évaluer l'intérêt de la micro-biopsie versus la cyto-ponction à l'aiguille fine habituellement utilisée.

Patients et méthodes :

72 nodules chez 67 patients ont eu dans le même temps, une micro-biopsie à l'aiguille semi-automatique 18G et une cyto-ponction à l'aiguille fine 25G sous échographie par le même opérateur. Les prélèvements ont été classés en : non contributif, bénin, lésion oxyphile, suspect ou carcinome.

50 patients (75%) ont été opérés. 57 nodules (79%) ont eu une cytologie, une micro-biopsie et un examen histologique définitif.

Résultats :

Les échecs de la méthode: 1 pour la cytologie (1 hématome), 4 pour la micro-biopsie (2 techniques, 2 malaises)

Le taux de prélèvements non contributifs est 5/72 (7%) pour la micro-biopsie versus 20/72 (27%) pour la cytologie.

La douleur est identique voire moindre pour la micro-biopsie en raison de l'anesthésie locale.

Sur le plan qualité, la micro-biopsie donne une meilleure analyse architecturale de la lésion.

Le taux de discordance entre les deux examens est de 9/42 (21%) sans supériorité d'une des deux méthodes en les comparant à l'examen histologique définitif.

Sur les 57 nodules opérés, on a retrouvé 12 carcinomes (8 papillaires, 3 vésiculaires, 1 indifférencié). Il n'y a pas de faux positifs dans les 2 techniques.

La sensibilité et la spécificité sont excellentes pour la cytologie dans le diagnostic des carcinomes papillaires : cytologie 8/8 (100%) contre 6/8 (75%) pour la micro-biopsie (1 faux négatif et 1 non contributif). Pour les 3 carcinomes vésiculaires, la sensibilité est mauvaise 2 faux négatifs dans chaque technique.

Conclusion :

La micro-biopsie thyroïdienne est un examen techniquement facile, peu dangereux et peu douloureux. Son taux de prélèvements contributifs et sa qualité sont supérieurs à l'examen cytologique, mais il n'a pas montré de supériorité diagnostique.

ADENOPATHIE CERVICALE REVELATRICE DE MICROCANCER PAPILLAIRE DE LA THYROÏDE.

Bassam ABOUD (1)

(1) (Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, LIBAN)

But du travail : Rapporter 10 cas de microcancer papillaire de la thyroïde révélé par une adénopathie cervicale avec leurs caractéristiques cliniques et histologiques en insistant sur la prise en charge thérapeutique.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur 10 patients qui ont été opérés de thyroïdectomie totale avec un curage ganglionnaire cervical fonctionnel bilatéral.

Résultats : 8 femmes et 2 hommes d'âge moyen 33 ans (20 à 45) se sont présentés pour une adénopathie cervicale dont la biopsie a confirmé son caractère métastatique d'origine thyroïdienne. L'histologie définitive a montré : un microcancer papillaire (n=10) qui était bilatéral et multifocal dans 70% des cas, une atteinte ganglionnaire qui était bilatérale dans 60% des cas. Tous les malades ont eu de l'iode radioactif en post-opératoire et une hormonothérapie suppressive. Le suivi de ces patients variait de 12 à 30 mois. Aucun patient n'a présenté de stigmate de récurrence loco-régionale ou de métastases à distance dans les limites du suivi.

Conclusions : Vu le caractère multifocal et bilatéral (70%) des microcancers papillaires de la thyroïde révélés par une adénopathie et la fréquence de l'envahissement ganglionnaire bilatéral (60%) une thyroïdectomie totale et un curage cervical fonctionnel bilatéral nous paraissent comme le traitement chirurgical adéquat. Un traitement adjuvant par iode radioactif serait nécessaire ainsi qu'une hormonothérapie à dose suppressive et à vie.

Peut-on prédire la localisation intrathyroïdienne des adénomes parathyroïdiens en préopératoire ?

Bassam ABOUD (1)

(1) (Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, LIBAN)

Objectif : Le rôle de l'échographie pour guider la chirurgie de l'adénome parathyroïdien intrathyroïdien est rarement rapporté dans la littérature. Le but de ce travail est d'élucider le rôle de l'échographie dans cette pathologie et son impact sur l'acte opératoire.

Matériel et Méthodes : Entre 1996 et 2003, une exploration cervicale a été réalisée chez 178 patients ayant une hyperparathyroïdie primaire. Une échographie cervicale était réalisée chez tous les patients.

Résultats : L'échographie a permis d'identifier une parathyroïde anormale chez 163 patients, avec une valeur prédictive positive de 100%. 6 patients (3.4%) avaient un adénome parathyroïdien intrathyroïdien (P4 n=2; P3 n=4).

L'échographie a fait le diagnostic de cette anomalie chez 4 patients (67%) quand la thyroïde était normale et a permis une énucléation de l'adénome (n=3) ou une lobectomie thyroïdienne subtotalaire (n=3) très précocement dans la procédure chirurgicale. La valeur prédictive positive dans cette anomalie était de 80%. Une normocalcémie était notée chez tous les patients dans un suivi allant de 12 à 96 mois.

Conclusions : La valeur prédictive positive de l'échographie pour identifier une parathyroïde anormale était de 100% dans cette série. Elle était de 80% pour prédire la localisation intrathyroïdienne de l'adénome. En outre elle a permis de raccourcir le temps opératoire en guidant l'exploration immédiatement vers la glande thyroïde.

Prévalence et facteurs de risque de l'hyperparathyroïdie primaire chez les patients opérés pour hyperthyroïdie.

Bassam ABOUD (1)

(1) (Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, LIBAN)

Objectif : La coexistence d'une hyperthyroïdie et d'une hyperparathyroïdie primaire est peu fréquente dans la littérature. Nous rapportons 13 cas de survenue concomitante des 2 pathologies pour estimer leur prévalence et leurs facteurs de risque.

Matériels et méthodes : 96 patients hyperthyroïdiens admis pour chirurgie ont été étudiés rétrospectivement. 83 patients présentaient une hyperthyroïdie avec normocalcémie (Groupe 1) et 13 patients présentaient une hyperthyroïdie avec une hypercalcémie (Groupe 2).

Resultats: La prévalence de l'hyperparathyroïdie chez les patients opérés d'hyperthyroïdie était de 13. 5% dans cette série. Aucun patient n'avait une hypercalcémie en l'absence d'une maladie parathyroïdienne organique. 11 patients présentaient un adénome et 2 patients avaient une hyperplasie. Les patients du Groupe 2 étaient plus âgés (médiane 61 vs. 43 ans, $p = 0. 006$). Le taux de TSH était plus bas dans le groupe 2 (médiane 0. 01 vs. 0. 032 UI/L, $p = 0. 034$). En analyse multivariée, l'âge était le seul facteur significatif qui différencie les 2 groupes (OR = 1. 05, 95% CI = 1. 008-1. 098, $p = 0. 020$).

Conclusions: L'hypercalcémie chez les patients présentant une hyperthyroïdie, particulièrement les sujets âgés, doit pousser les investigations à la recherche d'une hyperparathyroïdie associée qui doit indiquer un traitement chirurgical des 2 pathologies.

La chirurgie thyroïdienne en cas de coagulopathie ou de traitement anticoagulant : est-elle réalisable ?

Bassam ABBOUD (1)

(1) (Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, LIBAN)

But : Etude rétrospective dont le but est d'évaluer la faisabilité de la thyroïdectomie chez les patients ayant une coagulopathie ou qui sont sous un traitement anticoagulant.

Matériels et méthodes : Les dossiers de tous les malades ayant une coagulopathie ou ayant un traitement anticoagulant au moment de la thyroïdectomie ont été revus rétrospectivement pour évaluer le saignement périopératoire et la survenue d'hématome en post-opératoire.

Resultats : 10 patients ont été inclus. Une lobectomie (n=3) et une thyroïdectomie bilatérale (n=7) ont été réalisées. Trois groupes ont été définis : Group I (n=2) : patients ayant une vasculite des petits vaisseaux, opérés de thyroïdectomie sous héparine. Le traitement par héparine était continu jusqu'à l'anticoagulation efficace par les anticoagulants oraux. Group II (n=2) : patients ayant un déficit congénital d'un facteur de la coagulation qui ont eu un protocole spécifique périopératoire. Group III (n=6) : patients qui ont eu une chirurgie thyroïdienne et cardiaque simultanée. La thyroïdectomie a précédé la chirurgie à coeur ouvert. Dans tous les cas l'hémostase était méticuleuse en utilisant le Ligasue vessel sealing system. Aucun saignement majeur n'a été noté en peropératoire. Dans le suivi, un malade a développé un hématome superficiel spontanément résolutif. Une parésie récurrentielle unilatérale et une hypocalcémie transitoire ont été signalées dans un et deux cas respectivement.

Conclusions : La thyroïdectomie chez les patients ayant un traitement anticoagulant ou une coagulopathie est faisable avec un risque acceptable de saignement si une hémostase méticuleuse, utilisant surtout le ligasure, est respectée.

Registre des tumeurs de la thyroïde de Sicile : Variables cliniques dans l'expérience de l'Hôpital "Policlinico" de Palerme

Pierina Richiusa (1-2-3), Leonardo Russo (1-2-3), Lucia Smeraldi (1-2-3), Miriam Nucera (1-2-3), Roberto Citarrella (1-2-3), Giuseppe Pizzolanti (1-2-3), Marco Calogero Amato (1-2-3), Gregorio Scerrino (4), Nunzia Cinzia Paladino (4), Giuseppina Graceffa (5), Francesco Li Volsi (6), Gaspare Gulotta (4), Mario Adelfio Latteri (5), Giuseppe Modica (6), Carla Giordano (1-2-3)

(1) (Dipartimento Oncol. Sperimentale e Appl. Cliniche-Policlinico di Palermo), (2) (U. O. di Endocrinologia e Mal. Metab.-Policlinico di Palermo), (3) (Registro Regionale dei Tumori della Tiroide - SICILIA), (4) (U. O. di Chir. Gen. e d'Urgenza-Policlinico di Palermo), (5) (U. O. di Chir. Oncologica-Policlinico di Palermo), (6) (U. O. di Chir. Toracica-Policlinico di Palermo)

Introduction

Les données du registre Sicilien des tumeurs de la thyroïde (2002-2004) montrent une incidence élevée de la maladie en Sicile (13, 2 cas/100. 000/an) avec une prédominance remarquable du cancer papillaire. Le registre permet de documenter tous les cancers opérés, de ressembler des données relatives à l'incidence, à l'histologie et à la biologie moléculaire et de révéler des facteurs de risque.

Nous avons examiné les données relatives aux cancers opérés chez nous.

Méthodes

De janvier 2003 à janvier 2006 nous avons observé 110 carcinomes thyroïdiens confirmés à l'histologie après thyroïdectomie totale (TT) : 95 femmes (86, 4%) et 15 hommes (13, 6%). 19, 1% venaient de territoires à endémie de goitre. L'âge moyen était 46,10 ans avec un pic d'incidence entre 30 et 40 ans. 94 tumeurs (85%) étaient papillaires, 7 (6%) folliculaires, 5 (5%) indifférenciés, 4 (4%) médullaires. 24,55% des malades avaient une sérologie de thyroïdite d'Hashimoto, le 5, 45% de Basedow. On a classé les tumeurs en microcarcinomes (mc) \leq 1 cm (64, soit 58, 2%) et macrocarcinomes (Mc) \geq 1 cm (46, soit 41, 8%).

Résultats

Aucune différence statistiquement significative en termes d'âge, sexe, familiarité, multifocalité, hypoparathyroïdisme post-opératoire n'a été trouvée entre Mc et mc. Parmi les mc 96, 8% étaient papillaires, 1, 6% folliculaires, 1, 6% médullaires; parmi les Mc, 69, 5% papillaires, 13% folliculaires, 6, 5% médullaires et 11% indifférenciés ($p < 0,001$). Une localisation sous-capsulaire était présente en 42, 18% des mc et 76, 8% des Mc; Un envahissement capsulaire a été trouvé en 36, 9% des Mc et en 4, 7% des mc ($p < 0,001$). Un curage ganglionnaire latéral a été effectué en 32, 6% des Mc et en 14, 06% des mc ($p = 0,20$). En termes d'atteinte ganglionnaire, 73, 9% des Mc étaient N0, 8, 6% N1a, 8, 6% N1b et 8, 6% n'étaient pas évaluables (n. e.) (TNM VI édition). Les mc étaient en 73, 4% N0, 1, 5% N1a, 6, 3% N1b, 18, 7% n. e. Métastases à distance ont été trouvées en 10, 8% des Mc, et 0% des mc ($p = 0,023$).

Conclusions

En ce moment on peut soutenir qu'il y a peu de différences entre Mc et mc en termes d'atteinte ganglionnaire. Par conséquent, il nous paraît indiqué, face à un mc, malgré sa limitée tendance à l'envahissement extra-thyroïdien et aux métastases à distance, de pratiquer un traitement agressif et un follow-up approprié.

L'histologie extemporanée : est-elle encore nécessaire dans la chirurgie de l'hyperparathyroïdie ?

muriel mathonnet (1), thierry chianea (1)

(1) (CHU Dupuytren - 2 avenue Martin Luther King - 87 042 Limoges)

Le but de notre étude a été de définir la valeur de l'histologie peropératoire dans l'HPP non récidivée.

Matériel : 114 patients consécutifs (âge moyen 63 ans \pm 12) opérés entre janvier 2003 et décembre 2005 (70 anesthésies générales) ont été inclus de manière prospective dans cette étude. Tous avaient une HPP documentée par l'imagerie et la biologie (valeurs médianes calcium ionisé 1, 46 mM/l \pm 0, 11, PTH 102, 22 pg/ml \pm 69). L'histologie peropératoire était systématique. La PTH était dosée avant exérèse (T0), 20 (T1) puis 60 mn (T2) après. Quinze patients avaient une atteinte multiglandulaire. Lors de la sortie 5 avaient une calcémie $>$ 2, 65 mM/l et 8 une hypocalcémie. Au 3^e mois postopératoire, 13 gardaient une PTH $>$ 65 pg/ml, et ont été considérés comme « non-guérés ».

Résultats : Vingt-quatre patients avaient une discordance écho/scintigraphie, 5/24 étaient non-guérés. Six avaient un rapport T1/T0 $>$ 0, 5, 1 était non-guéri. Trois histologies peropératoires étaient en défaut. La sensibilité et la spécificité étaient, respectivement, pour l'imagerie 87, 6% et 79, 2%, la PTH extemporanée 85, 5% et 84%, l'histologie 95% et 33%. Couplées, imagerie/PTH peropératoire avaient une sensibilité et une spécificité de 100%, versus 100% et 80% pour imagerie/histologie.

Conclusion : L'histologie peropératoire est inutile pour les HPP non récidivées.

TABAC et CALCITONINE

Michèle d'herbomez (1), Laurence Leclerc (2), Emmanuelle Leteurtre (3), Catherine Bateurs (2), Christine Do Cao (2), Marie-Christine Vantghem (2), Jean-louis Wémeau (2), Francois Pattou (4), Bruno Carnaille (4)

(1) (Département de Médecine nucléaire - CHRU - Lille), (2) (Clinique d'Endocrinologie - CHRU - Lille), (3)

(Département de Pathologie - CHRU - Lille), (4) (Service de Chirurgie endocrinienne - CHRU - Lille)

La calcitonine (CT) est le marqueur des cancers médullaires de la thyroïde (CMT). Son dosage s'est généralisé en pathologie nodulaire thyroïdienne depuis une dizaine d'années mais ce marqueur n'est pas spécifique puisqu'il est observé environ 4. 5 % d'élévations de la CT non dues à des CMT. Afin de mieux appréhender ces situations nous avons ré-évalué les normes de CT dans une étude prospective multicentrique chez 287 sujets contrôles euthyroïdiens en absence de pathologie thyroïdienne (142 hommes – 45 fumeurs actifs ou sevrés, 145 femmes – 27 fumeurs). Les

concentrations de CT ont été mesurées par cinq dosages différents. Après exclusion des principales causes d'hypercalcémies connues par dosages d'urée, de calcémie, de gastrine, d'anticorps antithyroperoxydase, 11 sérums de témoins masculins (8%) ont présenté des taux de CT en base (bCT) > à 10 pg/ml par la majorité des méthodes. Tous, excepté un, sont des fumeurs actifs ou sevrés.

Nous avons ensuite colligé les valeurs pré-opératoires de bCT et de CT sous stimulation par la pentagastrine (sCT) chez des patients présentant une hyperplasie thyroïdienne des cellules C (HCC) (plus de 50 cellules C par champ sur au moins trois champs au faible grossissement). Pour 27 patients fumeurs actifs ou sevrés (23 hommes et 4 femmes – âge médian 53 ans) la thyroïdectomie totale a été réalisée pour pathologie nodulaire. L'HCC a été évaluée comme étant diffuse et bilatérale (17 fois), diffuse et unilatérale (4 fois), nodulaire (1 fois) et diffuse et nodulaire (5 fois). Les bCT pré-opératoires ont été normales (< 10 pg/ml), entre 10 et 20 pg/ml, et > 20 pg/ml pour 8, 13 et 6 patients respectivement. Les sCT ont été normales (< 50 pg/ml), entre 50 et 100 pg/ml, et > 50 pg/ml pour respectivement 2, 3 et 15 patients.

En conclusion, les résultats de ces études démontrent que le tabac peut être associé à : 1) une HCC thyroïdienne diffuse et bilatérale, 2) une augmentation modérée des bCT, 3) une réponse anormale de la sCT par la pentagastrine, particulièrement chez les hommes.

Chirurgie endocrinienne mini-invasive : quelles sont les indications en 2007 ?

anne laure Raphoz (1), laurent Brunaud (1), jacques Marescaux (2), laurent Bresler (1), bruno Carnaille (3), fabrice Menegaux (4), michel Meurisse (5), jean louis Kraimps (6), les membre de l'AFCE (1)

(1) (CHU Nancy), (2) (CHU Strasbourg), (3) (CHU Lille), (4) (APHP Pitié), (5) (CHU Liège), (6) (CHU Poitiers)

Introduction : La chirurgie mini-invasive a été introduite en chirurgie endocrinienne il y a une dizaine d'années.

L'utilisation effective de ces voies d'abord spécifiques n'a jamais été évaluée en France. Méthodes : Evaluation de l'utilisation de la chirurgie mini-invasive par questionnaire proposé aux chirurgiens participants. Les participants étaient les membres de l'AFCE en 2006 et les participants au séminaire de chirurgie endocrinienne de l'IRCAD en 2005 et 2003. Le nombre de questionnaires obtenus était de

217, 132 et 135 pour la pathologie surrénalienne, parathyroïdienne et thyroïdienne. Résultats : Surrénales : Les tumeurs surrénaliennes de taille < 6 cm (phéochromocytomes compris) sont opérés par laparoscopie pour 80% des chirurgiens. L'abord laparoscopique transabdominal est le plus utilisé (80%). L'abord rétro-péritonéal postérieur est réalisé chez les patients restants (20%) sauf lorsque la taille tumorale est > 4 cm (passe à 5%). Les tumeurs de taille > 6 cm sont principalement opérées par laparotomie (60%) sauf s'il existe des caractéristiques d'imagerie évoquant un corticosurrénales (laparotomie pour 96% des chirurgiens). Hyperparathyroïdie primaire: Lorsque l'imagerie préopératoire localise une glande unique, un abord focal (une seule glande recherchée) est réalisé chez 87% des patients et 13% des chirurgiens réalisent une cervicotomie transverse. Les abords focaux utilisés dans cette situation sont un abord mini-invasif ouvert 46%, videoscopique assisté (Miccoli) 40%, endoscopique latéral (Henry) 10%, et endoscopique central (Cougard) 4%. Lorsque l'imagerie préopératoire est négative, 85% des chirurgiens réalisent une cervicotomie transverse. Thyroïde : Pour réséquer un nodule de 2 cm, 21% des chirurgiens utilisent un abord mini-invasif (videoscopique assisté (Miccoli) 80%, endoscopique latéral (Henry) 10% et endoscopique central (Cougard) 10%). Le reste des chirurgiens (79%) utilise une cervicotomie. Lorsqu'il existe un carcinome papillaire certain, des adénopathies, ou un carcinome médullaire, une cervicotomie est réalisée dans 88%, 99% et 100% des cas respectivement. Conclusions : La chirurgie mini-invasive est largement utilisée pour les surrénales et les parathyroïdes alors qu'elle l'est moins pour la pathologie thyroïdienne.

Le rôle de la 18 FDG TEP-TC dans l'évaluation des tumeurs des surrénales potentiellement malignes, dans les récidives et métastases de carcinome corticosurrénalienne.

Maurizio Iacobone (1), Giovanni Viel (1), Giuseppe Opocher (2), Anna Patalano (2), Marie-Eve Brunner (2), Franco Mantero (2), Gennaro Favia (1)

(1) (Service de Chirurgie Endocrinienne, Université de Padoue, Italie), (2) (Service d'Endocrinologie, Université de Padoue, Italie)

Introduction: Le diagnostic préopératoire de malignité des tumeurs des glandes surrénales est souvent difficile, parce qu'il ne peut pas être confirmé en absence de signes d'invasion locale ou à distance. La TC et la RMN sont utiles; certaines caractéristiques (taille importante, augmentation rapide, forme et bords irréguliers, contenu pauvre en lipides)

peuvent faire suspecter la malignité de la tumeur, mais l'interprétation définitive est difficile ou équivoque. Récemment, la TEP-TC a été proposée, mais il y a encore peu de données, étant la technique chère et la maladie rare. But: Evaluation de la capacité de la TEP-TC de détecter la malignité des masses surrénales à risque et des carcinomes surrénaux récidivants ou métastatiques.

Méthodes: La TEP-TC a été effectuée avant l'intervention chez 20 patients avec tumeurs des surrénales potentiellement malignes avec signes suggestifs mais équivoques d'après la TC ou la RMN (14 patients avec une masse surrénalienne primitive et 6 cas suspects pour récurrence ou métastase de corticosurrénoïdome malin déjà opéré).

Résultats: L'anapath a révélé 2 carcinomes des surrénales, 1 métastase isolée d'un cancer du poumon et 11 tumeurs bénignes chez les masses des surrénales potentiellement malignes. Les 3 tumeurs malignes et 9 tumeurs bénignes ont été correctement diagnostiqués par la présence ou l'absence, respectivement, de la captation du 18FDG; une fausse captation a été observée dans 2 adénomes (sensibilité 100%, spécificité 82%).

Chez les patients dont on suspectait une récurrence ou métastase de corticosurrénoïdome après une première intervention, 5 récurrences et 1 ganglion lymphatique inflammatoire ont été retrouvés à l'anapath. La TEP-TC a identifié correctement 3 récurrences locales; un faux positif (captation d'un ganglion lymphatique) et 2 faux négatifs (absence de captation dans petites métastases hépatiques) étaient observés (sensibilité 60%, valeur prédictive 75%).

Conclusions: La TEP-TC peut être utile dans le diagnostic des tumeurs des surrénales. Faux positifs et négatifs peuvent être observés parce que le 18 FDG peut être retenu dans les adénomes corticosurrénaux et les ganglions, tandis qu'il ne s'accumule pas dans les petites métastases hépatiques.

Expression aberrante de la Connexine 43 dans les cancers papillaires de la thyroïde.

Hélène Gibelin (1), Lucie Karayan-Tapon (2), Gaëlle Fromont (3), Sophie Crespin (4), Cécile Marquant (2), Marc Mesnil (4), Jean-Louis Kraimps (1)

(1) (Service de Chirurgie Viscérale et Endocrinienne, CHU Poitiers), (2) (Laboratoire d'hématologie et oncologie biologique, CHU Poitiers), (3) (Service d'Anatomopathologie, CHU Poitiers), (4) (Interactions et Communications Cellulaires, Institut de Physiologie et Biologie Cellulaire, CNRS-UMR 6187, Université de Poitiers)

Les jonctions communicantes, structures membranaires composées de connexines (Cx), permettent la diffusion intercellulaire de petites molécules. Les connexines jouent un rôle clé dans le maintien de l'homéostasie tissulaire. Des études in vitro et des modèles animaux ont permis de démontrer que les communications intercellulaires étaient diminuées ou absentes dans les cellules tumorales et ainsi interviennent dans le processus de cancérogenèse. Afin de mieux comprendre cette implication dans les cancers thyroïdiens nous avons évalué l'expression et la distribution de la Connexine 43, la plus représentée dans le tissu thyroïdien humain, dans des cancers papillaires et du tissu sain.

Matériels et Méthodes : Une étude immunohistochimique (IHC) et l'étude de l'expression de l'ARN messager (mARN) de la Cx43 par PCR quantitative (PCR-QT) ont été réalisées sur 25 échantillons de cancers papillaires obtenus après thyroïdectomie totale. Les résultats des tissus tumoraux ont été comparés à du tissu sain des mêmes patients.

Résultats : Le mARN de la Cx 43 était surexprimé dans 2 cas par rapport au tissu sain (8%) et sous-exprimé dans 17 cas (68 %). Six patients avaient un niveau d'expression comparable à celui du tissu sain (24%). En immunohistochimie, dans tous les échantillons de tissu sain, la Cx43 était distribuée de façon homogène au niveau des zones de contact intercellulaires (distribution membranaire). Dans les 2 cas de surexpression du mARN, on observait une perte complète du marquage membranaire de la Cx43 avec apparition d'un marquage aberrant intracytoplasmique. En cas de sous-expression du mARN, le marquage était hétérogène avec une diminution du marquage membranaire et très focalement un marquage cytoplasmique. En cas d'expression normale du mARN, le marquage était moins homogène que dans le tissu sain en respectant la distribution membranaire.

Conclusion : Ces résultats montrent une dérégulation de l'expression de la Cx43 au niveau de l'ARN messager et au niveau protéique dans les cancers papillaires. La délocalisation au niveau du cytoplasme de la Cx43, déjà décrite dans d'autres cancers dont notamment les hépatocarcinomes, pose la question de la capacité fonctionnelle de la Cx43 dans ces lésions. L'absence de communication intercellulaire efficace pourrait favoriser la prolifération tumorale.

Curage ganglionnaire radical modifié dans le traitement du carcinome papillaire de la thyroïde à travers une mini-cervicotomie.

Adolfo Pisanu (1), Isabella Reccia (1), Riccardo Nieddu (1), Alessandro Uccheddu (1)

(1) (Service de Chirurgie Générale, Clinica Chirurgica, Université de Cagliari, Cagliari, Italie.)

Objectifs: D'après les nombreuses options techniques, le curage ganglionnaire n'est pas encore bien codifié dans le traitement du carcinome papillaire de la thyroïde (CPT). Le but de cette étude était de décrire la praticabilité et l'efficacité du curage ganglionnaire radical modifié (CGRM) du cou réalisé à travers une mini-cervicotomie transverse. **Patients et méthodes:** De janvier 1999 jusqu'au décembre 2006, 40 patients ont subi une thyroïdectomie associée à un curage ganglionnaire central et radical modifié du cou en raison d'un CPT avec des adénopathies métastatiques. Le bilan préopératoire d'invasion ganglionnaire a été effectué au moyen de la cytoponction ou du dosage cytologique de la thyroglobuline ganglionnaire. Soit la thyroïdectomie soit le CGRM ont été effectués à travers une incision cervicale transverse de 4.5 à 5.5 centimètres. **Résultats:** Les patients étaient âgés de 18 à 76 ans (âge moyen 42.8 ans; femmes/hommes, 4.0:1.0). Le séjour postopératoire moyen était 4.3±1.6 jours. La taille moyenne des tumeurs était 18.6 millimètres. La cytoponction ganglionnaire démontrait l'invasion tumorale chez 21 patients (52.5%) et une concentration élevée de thyroglobuline chez 11 patients (27.5%). Un CGRM du côté de la tumeur a été effectué dans 28 patients, tandis que 12 patients ont subi le geste bilatéral. La moyenne d'exérèse ganglionnaire du curage central était 8.7 ganglions et 16.4 ganglions dans le cas de CGRM. Un patient a été réopéré en raison d'une fistule chyleuse du côté gauche. Une adénopathie récidivante unique du compartiment latéral a été découverte dans 3 patients (7.5%), réopérés sous anesthésie locale. **Conclusions:** Cette approche doit être retenue comme un geste moins invasif comparé à d'autres approches de dissection radical ou modifiée du cou. Le taux de morbidité et de récurrence après CGRM à travers une mini-cervicotomie peut être considéré acceptable, tout permettant une guérison précoce et un meilleur résultat esthétique.

FACTEURS PREDICTIFS DES COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES APRES CHIRURGIE DU CORTICOSURRENALOME.

Hadj Omar El Malki (1), Imane Benabbad (2), Belkacem Zakri (1), Amine Souadka (1), Raouf Mohsine (1), Lahcen Ifrine (1), Abdelkader Belkouchi (1)

(1) (Clinique Chirurgicale « A » (Pr Belkouchi), Hôpital Ibn Sina, Rabat Maroc), (2) (Service d'endocrinologie (Pr Chraïbi), Hôpital Ibn Sina, Rabat Maroc)

Introduction: Le corticosurréalome est une pathologie rare (1 pour 1 500 000). C'est l'association des critères cliniques, biologiques, radiologiques et anatomopathologiques qui permet de suspecter la malignité. Le traitement est avant tout chirurgical. Le but de notre travail est d'évaluer les suites immédiates de la chirurgie des corticosurréalomes et d'en dégager les facteurs prédictifs de complication.

Matériel et méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 15 ans (1990-2004) ayant colligé 30 cas de corticosurréalome. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les signes cliniques et biologiques, le siège, la taille et l'histologie de la pièce d'exérèse ainsi que les lésions associées. Nous avons considéré le geste chirurgical (voie d'abord et type d'intervention), les complications post-opératoires immédiates ainsi que le traitement médical proposé. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'une étude anatomopathologique pré-thérapeutique.

Résultats: Un malade a été récusé (métastases massives), 29 patients ont été opérés. Un malade est décédé par embolie pulmonaire suite à une surrénalectomie droite élargie associée à une hépatectomie droite. Huit complications post-opératoires immédiates (27.5%) ont été recensées; il s'agissait de: 4 insuffisances surrénaliennes (13.3%) 2 infections de paroi (6.6%), un diabète (3.3%) et un pneumothorax (3.3%). Ces complications étaient plus fréquentes lorsque la masse était palpable 62.5% vs 14.3% (p=0.019); lorsque la taille était > 5 cm (50% vs 7.1%) (p=0.026) et quand il s'agissait d'un corticosurréalome malin (40% vs 0% dans CSB) (p=0.033). Vingt et un malades opérés avaient un CS malin (soit 72.4%), la masse était palpable dans les cas des corticosurréalomes malins dans 100% vs 5.1% (p=0.029); la taille supérieure à 5 cm dans 91.7% vs 42.9% (pour une taille <5 cm) était également un élément significatif en faveur de la malignité (p=0.014).

Conclusion: En analyse univariée nous avons retrouvé que l'aspect palpable de la tumeur, la taille et le caractère malin étaient prédictifs d'une complication post-opératoire.

Cancer parathyroïdien et adénome atypique: diagnostic per-opératoire et traitement

Giuseppe Ippolito (1), Frederic Sebag (1), F. Fausto Palazzo (1), Laure Allali (1), Catherine De Micco (2), Jean-François Henry (1)

(1) (Service de Chirurgie Endocrinienne, Hôpital de La Timone, Marseille France), (2) (Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Faculté de Médecine Nord, Marseille, France.)

Introduction: La distinction entre cancer parathyroïdien (CP) et adénome atypique (AAP) est difficile à établir. Le but de cette étude est de déterminer si les CP ou AAP ont des caractéristiques cliniques, opératoires et une évolution différentes.

Méthodes: Etude rétrospective des tumeurs parathyroïdiennes malignes ou suspectes traitées entre 1974 et 2005 dans le service. Nous avons défini le CP comme lésion avec invasion vasculaire ou capsulaire. L'AAP était défini comme une néoformation avec présence de bandes fibreuses, mitoses, structures trabéculaires et noyaux atypiques mais sans invasion vasculaire ou capsulaire.

Résultats: Après une relecture histologique, le diagnostic de CP a été confirmé chez 11 patients et 16 patients ont été classés AAP. Souvent, les caractéristiques cliniques et les constatations opératoires de CP et AAP étaient semblables. Dans les CP (n=11), lors de la chirurgie initiale, 7 résections en mono-bloc (RMB) ont été réalisées (avec sacrifice du nerf récurrent une fois). Chez 4 de ces patients, on a observé une récurrence avec un délai médian de 31 mois. La chirurgie initiale a été une résection parathyroïdienne isolée (RI) chez les 4 autres. Aucune récurrence n'a été observée chez ces patients, avec un suivi médian de 65 mois. Dans les AAP, 8 patients ont eu une RMB avec sacrifice du récurrent dans 3 cas et 8 patients ont eu une RI. Il n'y a pas eu de récurrence avec un suivi médian de 91 mois.

Conclusion: Les présomptions per-opératoires de malignité ne sont pas discriminatives pour différencier un AAP et un CP. Sans preuve d'invasion locale macroscopique, l'intérêt d'une RMB lors de la chirurgie initiale est discutable.

La tomoscintigraphie couplée au scanner : un progrès majeur en scintigraphie parathyroïdienne

Claire Schvartz (1), Dimitri Papathanassiou (2), Jean-Bernard Flament (3), Jean-Marie Pochart (1), Martine Patey (4), Hélène Marty (5), Claire Bruna (2), Sandrine Fieffé (1), Jérôme Amans (2), Amélie Cuif-Job (2), Aude Domange-Testard (1), Jean-Claude Liehn (2)

(1) (Service d'Endocrinologie et Médecine Nucléaire, Institut Jean Godinot, Reims), (2) (Service de Médecine Nucléaire, Institut Jean Godinot, Reims), (3) (Service de Chirurgie Digestive, Centre Hospitalier et Universitaire de Reims), (4) (Service d'Anatomopathologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Reims), (5) (Service de Pharmacologie et de Toxicologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Reims)

Introduction : La tomoscintigraphie couplée au scanner (Tomographie d'Emission MonoPhotonique-TomoDensitométrie : TEMP-TDM) est une technique récente qui permet d'obtenir des informations anatomiques automatiquement superposées aux informations fonctionnelles apportées par la scintigraphie. Elle peut être utilisée dans le bilan des hyperparathyroïdies, et s'est avérée utile pour localiser les parathyroïdes anormales, notamment dans le cadre des glandes ectopiques. Nous présentons quelques cas pour lesquels cette nouvelle technique a été d'une aide précieuse en raison d'antécédents de chirurgie cervicale.

Patients et méthodes : Quatre patientes, dont une déjà opérée pour goître multinodulaire, une pour cancer thyroïdien, et deux déjà opérées pour hyperparathyroïdie, en cours de récurrence. La scintigraphie au MIBI-99mTc et le scanner couplé ont été réalisés avec la caméra Symbia T2 (Siemens). L'intervention a été faite chez les quatre sujets avec dosage de PTH en cours d'intervention.

Résultats : La TEMP-TDM a bien localisé la glande anormale (3 adénomes et 1 hyperplasie) chez ces quatre sujets, facilitant une intervention efficace comme l'a confirmé une normalisation rapide du dosage sanguin de PTH, ainsi que le suivi.

Conclusion : La TEMP-TDM semble être un nouvel outil très performant pour le bilan pré-chirurgical des hyperparathyroïdies dans les situations difficiles, en particulier les patients qui ont des antécédents chirurgicaux locaux.

Résultats à long terme de la chirurgie de l'hyperparathyroïdie radio-induite.

Giuseppe Ippolito (1), Frederic Sebag (1), Elodie Trichet (1), Abhijit Takur (1), Mariya Cherenko (1), Jean-François Henry (1)

(1) (Service de Chirurgie Endocrinienne, Hôpital de La Timone, Marseille FRANCE)

Introduction : La radiothérapie cervicale est un facteur de risque de développement d'un hyperparathyroïdisme estimé à 2.9. Le but de cette étude est d'analyser les résultats à long terme de la chirurgie de l'hyperparathyroïdisme radio-induit (HPT-RI).

Méthode: étude rétrospective portant sur les patients opérés d'HPT-RI entre 1980 et 2003 dans le service, avec un suivi minimum de 3 ans après la chirurgie initiale.

Résultats: Sur les 1932 patients opérés pour hyperparathyroïdie primaire, 37 (1.92%) avaient des antécédents de radiothérapie cervicale. Le délai moyen entre la radiothérapie et le diagnostic d'hyperparathyroïdie était de 43 ans (5 à 85 ans). Trente-deux patients ont eu une exploration bilatérale par cervicotomie conventionnelle (EB) et les 5 autres ont bénéficié d'un abord focalisé (AF). L'atteinte d'une seule glande était retrouvée chez 35 patients et une atteinte multiple chez 2 patients. Dans le groupe EB, 26 patients étaient biologiquement guéris après un suivi moyen de 10.3 ans (3 à 21 ans) et 6 ont présenté des récurrences après un suivi moyen de 13.2 ans (7 à 22 ans). Vingt-trois patients ont eu une thyroïdectomie totale concomitante. Dans le groupe AF, tous les patients étaient biologiquement guéris après un suivi moyen de 6.4 ans (3 à 8 ans).

Conclusion: Le délai entre la radiothérapie cervicale et la survenue d'une hyperparathyroïdie est de plusieurs décennies. Dans les HPT-RI, l'incidence d'une atteinte multiglandulaire lors de la première opération est comparable à celle de l'hyperparathyroïdie primaire sporadique. En absence de lésion thyroïdienne, l'AF n'est pas contre-indiqué si l'imagerie pré-opératoire est en faveur d'une maladie uniglandulaire. L'EB ne semble pas réduire l'incidence d'une récurrence à long terme dans les HPT-RI. Les délais variables de survenue de l'HPT entre les différentes glandes pourraient être liés à une différence de radiosensibilité. Après radiothérapie cervicale, un suivi thyroïdien et parathyroïdien à vie est nécessaire.

Résultats de la Surrenalectomie laparoscopique pour volumineux phéochromocytomes

Giuseppe Ippolito (1), Frederic Sebag (1), Elodie Trichet (1), Abhijit Takur (1), Mariya Cherenko (1), Jean-François Henry (1)

(1) (Service de Chirurgie Endocrinienne, Hôpital de La Timone, Marseille FRANCE)

Introduction: La surrenalectomie laparoscopique est devenue l'intervention de choix pour la plupart des phéochromocytomes. Cependant certaines réserves concernent les phéochromocytomes volumineux : elles portent sur la faisabilité technique et le risque carcinologique. Le but de cette étude est d'évaluer les résultats à court et moyen termes des surrenalectomies laparoscopiques pour les phéochromocytomes de grande taille (> 60 mm).

Méthode: Etude rétrospective des patients opérés par voie laparoscopique d'un phéochromocytome > 60 mm dans le service au cours des dix dernières années. Les données pré, per et post opératoire ainsi que le taux de guérison biologique avec un suivi minimal de 12 mois ont été analysés.

Résultats: De 1996 à 2005, 445 surrenalectomies laparoscopiques ont été réalisées dont 96 pour des phéochromocytomes. Dix-huit tumeurs mesuraient 6 cm ou plus. Tous ont été opérés par voie latérale transabdominale. Tous les patients ont eu une préparation pendant 15 jours avant la chirurgie par inhibiteurs calciques. La moyenne peropératoire de la tension artérielle systolique maximale était de 190 mmHg (160 - 260 mmHg). Une effraction capsulaire est survenue chez 2 patients au cours de la dissection. Un patient a présenté une hémorragie per opératoire nécessitant une transfusion sanguine. Aucune conversion n'a été rapportée. Le temps opératoire médian a été de 122 minutes (98 - 182 minutes). Aucun décès n'est survenu. En post-opératoire un malade a présenté une hémorragie intra-abdominale nécessitant une reprise par laparotomie et deux patients des hypotensions contrôlées par des inotropes. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5.5 jours (4 - 10 jours). Le contrôle histologique a retrouvé des signes d'invasion vasculaire dans 4 lésions. Chez tous les patients la guérison biologique a été confirmée en post-opératoire et après un suivi moyen de 56 mois (12 - 120 mois) par un dosage des méthoxyamines plasmatiques. Conclusions: la surrenalectomie cœlioscopique pour les phéochromocytomes de grande taille peut être proposée en absence de signe d'invasion locale mais reste une opération techniquement exigeante. Un suivi à long terme est nécessaire pour confirmer la guérison biologique et l'absence de récurrence locoregionale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERALDOSTERONISME PRIMAIRE (HAP) : RESULTATS CLINIQUES ET FACTEURS PRONOSTIQUES

jean-christophe lifante (1), laure rousset (1), pierre soardo (1), sabino ochoa (1), jean-louis peix (1)

(1) (service de chirurgie endocrinienne et digestive, centre hospitalier Lyon-Sud), (2) (département d'information médicale des hospices civils de Lyon)

INTRODUCTION : l'efficacité du traitement chirurgical pour HAP dû à un adénome de Conn est inconstante. Plusieurs études ont tenté de définir des facteurs pronostiques d'efficacité du traitement chirurgical. Le but de notre travail est d'évaluer les résultats cliniques à 1 mois des surrenalectomies pour HAP et d'étudier les facteurs pronostiques de normalisation de la tension artérielle post opératoire.

METHODES : nous avons revu rétrospectivement les dossiers des patients ayant bénéficié d'une surrenalectomie depuis 1994 pour HAP. Les patients étaient sélectionnés pour un traitement chirurgical sur des données de l'imagerie évocatrices d'adénome surrenalien. Les caractéristiques des patients, la présence et l'ancienneté d'une HTA, l'efficacité de l'Aldactone, les résultats de la chirurgie sur la TA et l'hypokaliémie en post opératoire immédiat et à 1 mois ont été étudiés. Les patients ont été classés en trois groupes selon l'efficacité du traitement chirurgical sur la tension artérielle à 1 mois.

Groupe 1 : patients normotendus sans traitement anti hypertenseur à 1 mois post opératoire.

Groupe 2 : amélioration de l' HTA ou disparition de l'HTA à 1 mois mais nécessité d'un traitement anti hypertenseur.

Groupe 3 : pas d'amélioration sur l'HTA à 1 mois.

RESULTATS : Entre janvier 1994 et décembre 2006, nous avons réalisé 50 surrenalectomies coelioscopiques pour HAP.

Vingt huit patients (56 %) ont été classés dans le groupe 1, 18 (36 %) dans le groupe 2, et 4 (8 %) dans le groupe 3. Il n'existait aucune différence significative entre les groupes 1 versus 2 + 3 concernant l'âge, l'ancienneté de l'HTA et l'efficacité de l'Aldactone en pré-opératoire. Le nombre d'anti-hypertenseurs en pré-opératoire était significativement moins important dans le groupe 1. Le critère « nombre d'anti-hypertenseurs < 2 pré-opératoires » a une sensibilité de 89% et une spécificité de 40% pour la normalisation de la TA post-opératoire.

CONCLUSIONS : Aucun facteur pronostique classique de normalisation de TA post opératoire (efficacité de l'Aldactone, nombre d'anti hypertenseurs en pré-opératoire, âge des patients inférieur à 44 ans et ancienneté de l'HTA) ne semble pouvoir améliorer la sélection des patients opérés pour HAP avec une imagerie évocatrice d'adénome de Conn.

Les paragangliomes : anatomie et embryologie

LABROUSSE Marc (1)

(1) (Laboratoire d'Anatomie, Pr DELATTRE, Faculté de Médecine de REIMS)

Les paragangliomes sont des tumeurs bénignes rares d'origine neuroendocrinienne, développés à partir du système paraganglionnaire. Ils sont divisés anatomiquement en deux groupes, cervicocéphaliques qui donneront les paragangliomes tympaniques, jugulaires, carotidiens, vagues, thoraciques, et métamériques pour les paragangliomes surrenaliens, et abdominaux extrasurrenaliens.

Les paragangliomes cervicocéphaliques embryologiquement dérivent des cellules neuroépithéliales de la crête neurale rhombocéphalique postérieure ou glosso-pharyngo-basale. Les paragangliomes jugulaires naissent des paraganglions parasympathiques situés dans l'adventice du dôme de la veine jugulaire, et se développent de façon intraluminale vers le sinus sigmoïde, la veine jugulaire interne, nerveuse et osseuse par atteinte des nerfs mixtes au foramen jugulaire. Les paragangliomes tympaniques apparaissent le long du nerf de Jacobson et se développent vers la caisse du tympan, et la trompe auditive. Les paragangliomes latérocervicaux se localisent initialement au niveau de la gouttière jugulo-carotidienne, pour atteindre ensuite l'espace parapharyngé, la base du crâne, et l'espace rétrostylien. On distingue les paragangliomes carotidiens, et ceux du nerf pneumogastrique.

Les paragangliomes thoraciques sont divisés en deux groupes. Ceux du médiastin antérieur en relation avec les gros vaisseaux du thorax et le pneumogastrique sont comparables histologiquement et fonctionnellement aux paragangliomes cervicofaciaux. Ceux du médiastin postérieur associés à la chaîne sympathique thoracique juxtarachidienne et aux autres organes intrathoraciques se rapprochent des paragangliomes rétropéritonéaux.

Les paraganglions métamériques sont situés au niveau des plexus sympathiques périsvéricaux et périartériels. Les paragangliomes rétropéritonéaux comportent le phéochromocytome localisé au niveau de la médullosurrénale, et les localisations extrasurrenaliennes sur les chaînes sympathiques pelviennes ou au niveau de l'organe de Zuckerkandl. Toutes ces tumeurs paraganglionnaires peuvent s'associer entre elles, et aussi s'intégrer dans des formes familiales. Le caractère malin sera posé non sur l'histologie, mais sur l'apparition de métastases ganglionnaires ou à distance.

Imagerie préopératoire dans l'hyperparathyroïdie primaire (HPT I) : comparaison des résultats entre un centre de prise en charge initiale (CI) et un centre de référence (CR) et leurs conséquences chir

Frédéric Sebag (1), David Taieb (2), Maria Cherenko (1), Josiane Vaillant (3), Giuseppe Ippolito (1), Abijhit Takhur (1), Olivier Mundler (2), Jean-François Henry (1)

(1) (Département de Chirurgie Générale et Endocrinienne, Hôpital La Timone, Marseille, France), (2) (Département de Médecine Nucléaire, Hôpital La Timone, Marseille, France), (3) (Département de Radiologie, Hôpital La Timone, Marseille, France)

Introduction :

Comparer la performance et les conséquences chirurgicales de la scintigraphie au sestamibi (MIBI) et de l'échographie (Echo) réalisées dans un CI et un CR.

Méthodes :

En 2004-2005, quatre-vingts quinze patients, présentant une HPT I, ont eu une imagerie dans un CI et un CR. Les résultats du MIBI et de l'Echo ont été classés soit comme menant à une approche chirurgicale optimale (ACO) (exploration bilatérale en cas de maladie multiglandulaire (MG), abord focalisé sur le site approprié en cas de maladie uniglandulaire (UG)), soit comme menant à une approche chirurgicale suboptimale (ACS) (exploration bilatérale en cas de UG), soit comme menant à une approche chirurgicale inadéquate (ACI) (abord focalisé en cas de MG, abord focalisé sur un mauvais site en cas de UG).

Résultats :

On retrouvait 75 femmes et 20 hommes (âge moyen : 60, 2 ans). La calcémie moyenne était de 2, 82 mmol/l et la PTH de 147 pg/ml. MIBI menait, respectivement dans les CR et CI, à une ACO dans 77/94 cas (82 %) vs. 39/65 cas (60 %), à une ACS dans 12/94 cas (13 %) vs. 19/65 cas (29 %) et à une ACI dans 5/94 cas (5 %) vs. 7/65 cas (11 %) (p=0, 0018). L'Echo menait, respectivement dans les CR et CI, à une ACO dans 69/93 cas (74. 3 %) vs. 47/86 cas (54. 5 %), à une ACS dans 18/93 cas (19. 4 %) vs. 35/86 cas (41 %) et à une ACI dans 6/93 cas (6. 3 %) vs. 4/86 cas (4. 5 %) (p=0, 014). MIBI + Echo, en tant que stratégie combinée, menait, respectivement dans les CR et CI, à une ACO dans 80/93 cas (86 %) vs. 37/49 cas (76 %), à une ACS dans 8/93 cas (8. 7 %) vs. 6/49 cas (12 %) et à une ACI dans 5/93 cas (5. 3%) vs. 6/49 cas (12 %) (p=0, 57, NS).

Conclusions :

Les différences entre CR et CI reposent essentiellement sur les imageries négatives menant à une approche suboptimale (exploration bilatérale en cas de maladie UG). Quand un patient, présentant une HPT I, peut bénéficier d'un abord chirurgical focalisé, l'imagerie devrait être réalisée dans un centre de référence. Cela devrait permettre d'éviter des examens inutiles et menant potentiellement à une stratégie inadaptée. Si cela n'est pas possible, la combinaison MIBI + Echo peut permettre de combler les déficiences de chacun de ces examens.

ROLE DE LA THYMECTOMIE BILATERALE DANS LA PARATHYROÏDECTOMIE POUR HYPERPARATHYROÏDIE SECONDAIRE

Marco Puccini (1), Pietro Iaconi (1), Elisabetta Rossi (1), Vincenzo Panichi (2), Cristina Ceccarelli (1), Piero Buccianti (1), Paolo Miccoli (1)

(1) (Département de Chirurgie Générale, Université de Pisa), (2) (Département de Médecine Interne, Université de Pisa)

La thymectomie bilatérale est généralement considérée partie intégrante de la parathyroïdectomie (PTX) pour hyperparathyroïdie secondaire (HPTS) car permet d'enlever des éventuelles glandes surnuméraires. Hypothèse : si on laisse en place un ou les deux débris thymiques, le taux de récurrence devrait augmenter.

MALADES et METHODES : nous avons sélectionné les malades avec insuffisance rénale soumis à la première intervention pour HPTS dans lesquels au moins quatre glandes ont été extirpées sans devoir forcément pratiquer l'ablation des débris thymiques, dont le ménagement a été libéral. Nous avons vérifié histologiquement la nature parathyroïdienne du tissu extirpé et la présence de glandes surnuméraires dans le thymus. Nous avons puis confronté l'évolution clinique entre les sujets soumis à l'ablation thymique bilatérale versus ceux qui ont conservé un ou les deux thymus ; en cas de persistance ou récurrence de HPTS nous avons essayé de repérer le siège du tissu responsable.

RESULTATS : pendant les sept ans de 2000 à 2006 nous avons sélectionné 55 patients (31 hommes), âge moyen à l'intervention 51, 5 ans (d. s. 12, 1) dont 50 sous traitement dialytique. Interventions : 29 PTX totales, 22 PTX subtotales, 4 PTX totales avec autotransplantation ; la thymectomie a été bilatérale en 16 cas, monolatérale en 18, et elle n'a pas été pratiquée du tout chez 21 malades. L'histologie a toujours confirmé l'ablation de 4 glandes minimum. Aucune glande surnuméraire intrathymique n'a pas été remarquée. Après un suivi moyen de 48, 5 mois (d. s. 18, 5, extrêmes 1-86) trois patients ont présenté une récurrence : au cou en deux cas, alors que dans le troisième le siège est inconnu (il s'agit d'un patient opéré par PTX subtotale sans thymectomie, et par conséquent la cause pourrait être une cinquième glande intrathymique). Donc la conservation du thymus peut être responsable à la limite d'une rechute sur 55 cas (1, 8%). La comparaison entre les 16 sujets qui ont subi une thymectomie bilatérale et les autres patients n'a pas mis en évidence des différences pour ce que concerne la récurrence d'HPTS (p=0, 20 Fisher's exact test).

CONCLUSIONS : si on trouve au moins quatre glands, l'ablation par principe des débris thyroïdiens ne semble pas cliniquement utile.

Facteurs de risque d'envahissement ganglionnaire cervical dans les cancers thyroïdiens folliculaires.

Haitham Alfalah (1), Isaac Cranshaw (1), Thomas Jany (1), Laurent Arnalsteen (1), Emmanuelle Leteurre (1), Catherine Cardot (1), François Pattou (1), Bruno Carnaille (1)
(1) (CHU Lille France)

Les métastases des cancers folliculaires de la thyroïde (CFT) se font habituellement par voie sanguine et beaucoup moins souvent par voie lymphatique dans les ganglions cervicaux. Le but de cette étude a été de déterminer les facteurs associés à l'existence de métastase ganglionnaire chez des patients opérés pour CFT.

Nous avons revu de manière rétrospective les dossiers de 70 patients opérés pour CFT, entre janvier 1995 et décembre 2005. Tous ont eu une étude anatomopathologique des ganglions cervicaux et une scintigraphie post-opératoire à l'iode radioactif. Selon l'existence ou non d'un envahissement ganglionnaire, ils ont été divisés en deux groupes dans lesquels différents paramètres ont été comparés. La taille de la tumeur a été mesurée par l'anatomopathologiste sur la pièce opératoire.

Cette série inclut 45 femme (64 %) et 25 hommes (38 %) dont l'âge moyen était de 48 ans (extrêmes 14 – 92). La durée de surveillance a été de 52 mois (extrêmes 17 – 108). 374 ganglions homolatéraux au CFT ont été examinés et 87 controlatéraux. Des métastases ganglionnaires ont été trouvées chez 5 patients (7 %), toutes homolatérales au CFT. La comparaison des données entre les patients présentant et ne présentant pas de métastases ganglionnaires ont été les suivantes : âge 46 versus 60 ans ($p=0.12$), ratio femmes/hommes 1/4 versus 41/24 ($p=0.44$), taille de la tumeur 68 versus 37 mm ($p<0.01$), différenciation tumorale (bien/modérée) 3/2 versus 25/19 ($p=0.89$), métastases à distance dans 1 et 8 cas ($p=0.72$). La taille de la tumeur était supérieure à 40 mm chez 35 patients (50 %). Toutes les métastases ganglionnaires ont été retrouvées dans ce sous-groupe de patients : 5/35 (14 %).

Nous concluons de ce cette étude que le cancer folliculaire de la thyroïde donne des métastases ganglionnaires régionales dans 7 % des cas, toujours homolatérales au cancer. La taille de la tumeur est le seul facteur corrélé à cet envahissement ganglionnaire homolatéral. Nous ne recommandons pas de curage ganglionnaire pour les cancers folliculaires de la thyroïde mesurant moins de 40 mm.

Utilité du capteur de glucose comme aide per-opératoire au traitement chirurgical des insulinomes.

Alexandre Rault (1), Bogdan Catargi (2), Guya Léger (3), Antoine Tabarin (2), Bernard Masson (1)
(1) (Service de Chirurgie Digestive et Endocrinienne-CHU Bordeaux), (2) (Service d'endocrinologie-CHU Bordeaux), (3) (Département d'Anesthésie-Réanimation-CHU Bordeaux)

Introduction :

Ces dernières années, l'approche laparoscopique a été largement développée pour le traitement des lésions pancréatiques. L'insulinome, par sa localisation et sa taille est une tumeur qui se prête bien à une résection par coelioscopie. Les problèmes liés à la localisation pré-opératoire de la lésion peuvent nécessiter l'assistance per-opératoire d'un capteur de glucose qui authentifiera le traitement définitif de l'hyper-insulinisme.

Méthode :

Nous rapportons notre expérience concernant 3 patients opérés pour insulinome.

La fibre de microdialyse a été placée en sous-cutané et connectée au système portable. Le système a été posé la nuit qui précède la résection de la tumeur hypoglycémiant.

Résultat:

La veille de l'intervention, l'euglycémie a été maintenue par des perfusions répétées de glucosé hypertonique au moment des hypoglycémies. En hypoglycémie, les valeurs de glucose mesurées par le Glucoday étaient hautement corrélés à la glycémie plasmatique ($r=0.95$). L'exploration laparoscopique a confirmé la localisation et a permis une énucléation de l'insulinome pour 2 patients. Une transformation en laparotomie a été nécessaire pour la troisième. L'affichage en temps réel des valeurs de glucose durant l'intervention a permis d'éviter les hypoglycémies. L'élévation des valeurs de glucose observée en temps réel a permis de confirmer la résection complète de la tumeur.

Les suites opératoires ont été simples. Il n'a pas été observé de récurrence des épisodes hypoglycémiques.

Conclusion :

Le capteur de glucose peut être indiqué lors du traitement chirurgical d'un insulinome. Il authentifie la résection complète de la tumeur et peut-être une alternative aux dosages portaux per-opératoires.

Intérêt de l'immunomarquage dans l'atteinte ganglionnaire des cancers papillaires de la thyroïde

Catherine Hoang (1), Christophe Trésallet (2), Laurence Leenhardt (3), Benoit Royer (2), Frédérique Capron (1), Fabrice Menegaux (2)

(1) (Laboratoire d'Anatomopathologie - Hôpital de la Pitié – Paris), (2) (Service de Chirurgie Générale - Hôpital de la Pitié – Paris), (3) (Service de Médecine Nucléaire - Hôpital de la Pitié – Paris)

Introduction: le pronostic des cancers papillaires de la thyroïde (CPT) est lié au statut ganglionnaire initial, difficile à évaluer en l'absence de curage. Les recherches s'orientent vers la détection de marqueurs moléculaires capables d'aider à déterminer le potentiel agressif et métastatique des CPT. L'expression protéique de certains gènes potentiellement impliqués dans la tumorigénèse des CPT est recherchée par immunohistochimie afin d'authentifier le caractère bénin ou malin de certaines lésions aux caractéristiques histologiques proches. Actuellement l'utilisation de ces anticorps monoclonaux est destinée exclusivement au diagnostic de malignité mais leur intérêt dans le pronostic des CPT n'a jamais été évalué. Objectifs: notre objectif était d'étudier le profil d'expression de plusieurs marqueurs, largement utilisés dans le diagnostic des CPT, afin d'évaluer leur intérêt dans la détermination du potentiel métastatique ganglionnaire d'une série de CPT. Matériel et Méthodes: l'étude a porté sur 44 CPT bien différenciés : 29 étaient associés à des ganglions métastatiques (CPT N1) et 15 étaient non métastatiques (CPT N0). Cinq marqueurs ont été testés: HBME-1, CK-19, Galectin-3, TPO et c-erbB-2. Résultats: HBME-1 a été le seul marqueur toujours positif sur les CPT N1 : 100% vs. CPT N0 61%, avec une corrélation très significative entre le statut ganglionnaire N1 et le marquage positif: $p=0.0007$. Le marquage positif par c-erbB-2 était lui aussi significativement associé au statut N1: CPT N0 0% vs. CPT N1 21%; $p=0.021$. Si plus de 2 marqueurs étaient positifs, la corrélation au statut N1 était très significative: CPT N0 43% vs. CPT N1 88%; $p=0.0015$. Les associations de marqueurs les plus sensibles étaient Galectin-3+CK19 (CPT N0 26% vs. CPT N1 0%; $p=0.007$) ainsi que HBME-1+CK19+c-erbB-2+Galectin-3 (CPT N0 0% vs. CPT N1 17%; $p=0.047$). Conclusion: notre étude souligne l'intérêt de l'immunohistochimie dans l'évaluation du potentiel métastatique ganglionnaire des CPT. HBME-1 en plus de son rôle d'aide diagnostique a été l'anticorps le plus significativement associé au statut N1. L'association positive de plus de 2 marqueurs est hautement prédictif d'atteinte ganglionnaire dans les CPT.

Facteurs de récurrence des cancers différenciés de la thyroïde avec métastases ganglionnaires initiales : identification d'un sous-groupe à haut risque

Christophe Trésallet (1), Benoit Royer (1), Leenhardt Leenhardt (2), Cristel Jublanc (3), Catherine Hoang (4), Fabrice Menegaux (1)

(1) (Service de Chirurgie Générale - Hôpital de la Pitié – Paris), (2) (Service de Médecine Nucléaire - Hôpital de la Pitié – Paris), (3) (Service d'Endocrinologie - Hôpital de la Pitié – Paris), (4) (Laboratoire d'Anatomopathologie - Hôpital de la Pitié – Paris)

Les cancers différenciés de la thyroïde (CDT) ont un potentiel métastatique ganglionnaire élevé. Leur pronostic à long terme sur les seuls critères cliniques et histologiques initiaux reste peu précis. Notre étude a cherché à déterminer les facteurs de récurrence tumorale sur une cohorte de cancers avec envahissement ganglionnaire afin d'en isoler d'éventuels sous-groupes à haut risque. Malades et méthodes : tous les patients opérés de 1978 à 2006 d'un CDT avec métastase ganglionnaire (N1) ont été étudiés. Tous avaient eu une thyroïdectomie totale et une totalisation isotopique. Était considérée comme récurrence tout évènement survenu 6 mois après le traitement initial: récurrence locale clinique, cellules tumorales à la cytoponction ou sur examen histologique après réintervention chirurgicale, thyroglobulinémie élevée ou scintigraphie positive. Les critères suivants ont été étudiés: âge, sexe, fonction thyroïdienne préopératoire, anatomopathologie (type et taille du cancer, multifocalité, extension tumorale dans le tissu extra-thyroïdien) et mortalité due au CDT. Résultats: 1701 patients ont été opérés de CDT: 302 (18%) étaient N1 et 69 d'entre eux (23%) ont récidivé. Les patients N1 ayant récidivé avaient une tumeur plus grande (diamètre maximal moyen: 31 vs 21 mm,

$p < 0.0001$). Les microcarcinomes représentaient 12% des cancers récidivés vs 30% ($p = 0.003$). Les cancers étaient plus souvent folliculaires que papillaires ($p = 0.036$), bilatéraux ($p = 0.029$) et présentaient un envahissement vasculaire ($p = 0.016$). Il n'y a eu aucune différence entre les patients N1 qui ont récidivé et les autres pour l'âge, le sexe, une hyperthyroïdie préopératoire, la multifocalité, l'infiltration tumorale du tissu périthyroïdien ou l'atteinte métastatique à distance. La mortalité spécifique a été plus élevée chez les patients N1 ayant récidivé: 11.6% vs 4.3%, $p = 0.024$. Conclusion: dans ce groupe particulier de tumeurs N1, une grande taille tumorale, leur caractère papillaire, leur bilatéralité et l'envahissement vasculaire semblent être les facteurs péjoratifs pour le risque de récurrence. Le sous-groupe de patients que notre étude fait ressortir mérite probablement une intensification de la surveillance afin de dépister au plus tôt une récurrence permettant de proposer un traitement précoce et adapté.

Le bon protocole de scintigraphie parathyroïdienne est celui qui détermine le geste chirurgical

Taieb David (1), Sebag Frédéric (2), Rim Hassad (1), Elif Hindié (3), Olivier Mundler (1), Jean-françois Henry (2) (1) (Service Central de Biophysique et de Médecine Nucléaire, CHU Timone, Marseille), (2) (Service Central de Chirurgie Générale et Endocrinienne, CHU Timone, Marseille), (3) (Service de Médecine Nucléaire, CHU St Louis, Paris)

La scintigraphie parathyroïdienne permet d'identifier les ectopies non accessibles par le cou, source de cervicotomie blanche (<2%). Elle conditionne surtout la faisabilité de l'abord focalisé. Elle peut même jouer un rôle déterminant dans le choix de la technique de chirurgie mini-invasive : mini cervicotomie ou techniques endoscopiques ou vidéo-assistées en précisant la localisation antérieure ou postérieure de la glande pathologique.

Cette étude évalue les performances d'un protocole scintigraphique « mixte », qui combine les avantages de 2 techniques.

Patients et Méthodes : 35 patients avec les critères suivants ont été évalués : HPT-I biologiquement prouvée, absence de contexte néoplasie endocrinienne, familiale, absence d'antécédent personnel de thyroïdectomie, absence de pathologie nodulaire thyroïdienne justifiant une cervicotomie. Administration de 12 MBq d' ^{123}I à T-120 min puis administration de 740 MBq de $^{99\text{m}}\text{Tc}$ sestaMIBI à T0. Acquisition planaire pinhole double isotope suivie d'une acquisition tomoscintigraphique (SPECT) cervico-médiastinale.

Une échographie cervicale était systématiquement réalisée.

Résultats : âge = 61 ± 11 ans, calcémie pré-op = $2,69 \pm 0,13$ mmol/l, PTH 1-84 pré-op = 97 ± 71 ng/ml. Corrélation positive entre le poids des glandes et la PTH 1-84 ($p = 0,047$, $r^2 = 0,34$). 36 adénomes ont été réséqués: 34 adénomes solitaires, 1 double adénome: 19 P3, 17 P4. Poids des adénomes = 1095 ± 880 mg (médiane 880 mg). Sensibilité des examens: Pinhole = 86%, SPECT = 78%, Echo = 78%. 3 adénomes vus en soustraction et non en SPECT: 130, 200 et 580 mg. Faux positifs, uniquement avec l'échographie dans 3 cas. La SPECT permet de préciser le caractère antérieur ou postérieur de la glande pathologique et de suspecter son origine embryologique. 85% des adénomes postérieurs correspondaient à des adénomes de la parathyroïde supérieure (P4). Dans 2 cas, il s'agissait d'adénomes de la parathyroïde inférieure (P3) volumineux (>2000 mg). Les adénomes P4 descendent en arrière de la thyroïde et peuvent se localiser assez bas sur les images planaires. Absence de conversion chirurgicale. Normalisation de la calcémie chez tous les patients sauf un.

Conclusion : Le protocole mixte présente une excellente sensibilité et permet une analyse cervico-médiastinale 3D adaptée aux abords focalisés.

Résection laparoscopique des tumeurs endocrines pancréatiques chez 28 patients : Etude de faisabilité.

Alexandre Rault (1), Antonio SaCunha (1), Cédric Beau (1), Bogdan Catargi (2), Antoine Tabarin (2), Denis Collet (1), Bernard Masson (1)

(1) (Service de Chirurgie Digestive et Endocrinienne-CHU Bordeaux), (2) (Service d'Endocrinologie-CHU Bordeaux)

Introduction :

Ces dernières années, les avancées en chirurgie laparoscopique ont permis de traiter les tumeurs endocrines pancréatiques. Nous rapportons une expérience unicentrique de traitement chirurgical de tumeurs endocrines pancréatiques.

Matériel, méthode :

Sur une période de 10 ans, 72 pancréatectomies laparoscopiques ont été réalisées dont 28 pour tumeurs endocrines.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 48 ans (21 femmes/ 7 hommes). Les indications de résection étaient : 17 insulinomes (61%), 6 tumeurs endocrines non fonctionnelles (21%), 2 glucagonomes (7%), 1 gastrinome (3, 7%), 1 vipome (3, 7%), 1 carcinome (3, 7%). La taille moyenne des insulinomes était de 14mm et 18, 5mm pour les tumeurs endocrines non fonctionnelles. Six tumeurs étaient céphaliques (21, 5%), 19 étaient corporéo-caudales (68%).

Vingt et une tumeurs (75%) étaient saillantes ou affleurantes. Vingt-deux interventions (78%) ont été menées par laparoscopie : 13 énucléations, 4 spléno-pancréatectomies gauches, 3 pancréatectomies gauches avec conservation splénique, 1 pancréatectomie médiane, 1 pancréatectomie caudale. Six patients (22%) ont nécessité une conversion en laparotomie : 4 problèmes de repérage de la tumeur, 1 problème matériel, une suspicion de lésion métastatique. La durée moyenne de séjour était de 12, 7 jours. La morbidité globale était de 23% (6 fistules pancréatiques, 1 hémorragie, 1 abcès pariétal). Le taux de guérison après chirurgie était de 89, 2% (100% en cas d'insulinome sporadique) : 1 carcinome endocrine en récurrence métastatique, 1 gastrinome, 1 nésidioblastome.

Conclusion :

Le traitement laparoscopique des tumeurs endocrines concerne les petites lésions. L'énucléation est simple à réaliser avec une faible morbidité. La difficulté reste le repérage des lésions non saillantes et le bilan pré-opératoire trouve alors toute son importance.

Corticosurrénalome malin : l'extension de la maladie au diagnostic et le pronostic ont-ils changés au cours des dernières quatre décades ? Résultats d'une étude multicentrique italienne

Celestino Pio Lombardi (1), Marco Raffaelli (1), Carmela De Crea (1), Emanuela Traini (1), Rocco Bellantone (1), SICO - Groupe d'Etude sur Les Tumeurs Surrénales (2)

(1) (Cattedra di Chirurgia Endocrina - Università Cattolica del S. Cuore - Rome - Italie), (2) (Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO))

Objectif. Le corticosurrénalome malin (CM) est une tumeur rare et agressive. Son pronostic peut être amélioré par un diagnostic précoce et une chirurgie radicale. Compte tenu de l'amélioration des techniques d'imagerie et du fait que plus de patients avec un incidentalome surrénalien (IS) sont adressés à la chirurgie après l'introduction de la surrénalectomie laparoscopique, nous avons évalué si au cours des dernières années il y a eu quelque changement pour ce que concerne le stade au moment du diagnostic et les résultats à distance chez les malades porteurs d'un CM.

Matériel et méthodes. Une étude rétrospective multicentrique a été réalisée. 255 patients traités pour un CM ont été inclus et leurs dossiers cliniques ont été analysés. Ces patients ont été répartis en 4 groupes : les patients du Group A (GA) ont été opérés avant le Janvier 1980 ; les patients du Group B (GB) entre Janvier 1980 et Décembre 1989 ; les patients du Group C (GC) entre Janvier 1990 et Décembre 1999 et les patients du Group D (GD) après le Janvier 2000. Les 4 groupes ont été comparés.

Résultats. Il s'agissait de 109 hommes et 146 femmes de l'âge moyenne de 49. 1±16. 2 ans (range: 3-81). Cent patients (39. 2%) montraient des symptômes hormonaux. 155 patients (60. 8%) avaient des tumeurs non sécrétantes, qui étaient non symptomatiques dans 125 cas (IS). 136 patients avaient une tumeur localisée (stade I et II), 69 une maladie régionale (stade III) et 50 métastases à distance (Stade IV). La taille moyenne de la tumeur était 96. 1±52. 4 mm (range: 14-340). La survie globale par la méthode de Kaplan-Meyer était 39%. On n'a pas retrouvé des différences significatives parmi les 4 groupes concernant age, sexe et taille de la tumeur (P = NS). Le taux de patients opéré avec un IS non sécrétant était significativement majeur dans les GC et GD que dans les GA et GB (53. 2% Vs 42. 4%) (P<0. 05). Le pourcentage de patients avec une CM localisé est augmentée significativement au cours des différents périodes considérés (36. 4% Vs 44. 0 Vs 57. 8% Vs 66. 7%) (P<0. 05). De même, la survie moyenne est significativement augmenté (P<0. 001).

Conclusions. Le pourcentage de patients opéré pour un CM asymptomatique et non sécrétante est augmenté progressivement au cours des dernières décades. Actuellement, les CM sont diagnostiqués et traités plus précocement et montrent une survie meilleure.

Apports de l'échographie dans la prise en charge des métastases ganglionnaires des cancers thyroïdiens : du diagnostic à la thérapeutique.

Hervé Monpeyssen (1), Jean Tramalloni (1), Sylvain Poirée (1), Jean Michel Correas (1), Olivier Hélénon (1)
(1) (Service Radiologie Adulte du Pr Hélénon. Hôpital Necker. 149 rue de Sèvres. 75015 PARIS)

La fréquence des métastases ganglionnaires cervicales lors du diagnostic de cancer de la thyroïde est très élevée. D'autre part, la majorité des rechutes de cancers thyroïdiens se fait sur un mode ganglionnaire. L'étude des territoires de drainage devient dans ces conditions un enjeu déterminant dans la stratégie de prise en charge de ces tumeurs.

Les adénopathies métastatiques restent localisées dans la région cervicale et sont donc parfaitement accessibles à l'imagerie ultrasonore. Leur localisation superficielle permet d'utiliser des sondes linéaires de très hautes fréquences et d'obtenir une remarquable caractérisation en mode B et en Doppler.

Dans ce contexte, le domaine de contribution de l'échographie cervicale est donc très étendu :

Lors du diagnostic :

- à la découverte d'un nodule suspect
- adénopathie faisant rechercher un cancer méconnu
- cytoponction échoguidée
- dosage de thyroglobuline in situ (et autres marqueurs)
- caractérisation avec produits de contraste ultrasonores

En période pré opératoire :recherche d'adénopathies en dehors des territoires récurrentiels (posant l'indication d'un curage plus étendu)

Surveillance post opératoire

- bilan annuel systématique avec recherche de récidives de loges ou ganglionnaires et éventuel dosage de Thyroglobuline
- repérage précis permettant de guider une éventuelle ré-intervention (repérage biométrique ou technique hook-needle)

Utilisation thérapeutique : alcoolisation de métastase non fixantes non opérables

4106

D'un précis diagnostique préopératoire d'insulinome à un inattendu résultat

Barbara Mullineris (1), Micaela Piccoli (1), Giovanni Colli (1), Marco Golinelli (1), Gianluigi Melotti (2)

(1) (MD, Chirurgie Generale et Endocrinienne, Modena, Italie), (2) (MD, Chef de Service de Chirurgie Generale et Endocrinienne, Modena, Italie)

Dans les adultes, une persistant hypoglycémie hyperinsulinémique est normalement causée par un insulinome, le plus souvent isolée ; un autre rare cas pourrait être un nésioblastose aussi appelé persistant hyperinsulinomic hypoglycemia (PHH). Ici nous avons décrit un cas très rare de PHH dans un patient âgé, dans lequel seulement la présence d'une rate surnuméraire, semblant à un insulinome localisé dans la part distale du pancréas, conduisait à une pancréatectomie réalisée sous coelioscopie robotique.

Patients et méthodes : de Mai 1999 à Novembre 2005, 58 patients (âge moyen 48.9 ans) ont bénéficié d'une résection pancréatique sous coelioscopie pour une tumeur localisée dans le pancréas.

Un homme de 64 ans entré dans notre hôpital pour un contrôle de l'hypoglycémie. L'échographie et la tomographie ont révélé la tumeur avec un diamètre de 14 mm localisée dans la part caudale du pancréas. Nous décidions d'effectuer une pancréatectomie sous coelioscopie robotique.

Résultats : l'échographie préopératoire identifiait une tumeur isolée au niveau de la (coda) du pancréas. A cause de la proximité de la tumeur au canal de Wirsung, nous avons réalisée une résection pancréatique caudale sous coelioscopie robotique « spleen preserving ». La lésion montrait la présence d'un tissu rond, foncé, localisée dans la queue du pancréas, non commun pour un insulinome. L'étude anatomopathologique de la lésion montrait la présence d'une rate surnuméraire et les îlots de Langerhans de l'ensemble du pancréas avaient un aspect d'hypertrophie fonctionnelle. Leurs cellules avaient de noyaux volumineux et un cytoplasme abondant. Nous avons jusqu'à présent un contrôle continu de six mois. Les symptômes de l'hypoglycémie ont disparus.

Conclusion : ce cas présente deux conditions très rares en même temps : une rate surnuméraire intrapancreatique et une PHH ; bien que le premier diagnostic de insulinome n'était pas correct, nous avons effectué un propre traitement pour PHH dans un patient avec une rate surnuméraire intrapancreatique.

Notre expérience du traitement du corticosurrénalome malin : 16 patients.

Karim CHAOU (1), Abdelkrim CHETIBI (1), Adel MEKHILEF (1), Fatma Zohra CHERIF (1), Malika GHAZALI (1), Said KADEM (1), M. lhadi DJEMLI (1)
(1) (Chirurgie generale CHU Beni messous Alger)

Introduction : les tumeurs malignes de la glande surrénale sont rares. Elles sont dominées par le corticosurrénalement malin (CSM), tumeur rare souvent volumineuse à potentiel malin très élevé et un pronostic grave. Le diagnostic repose sur des critères histologiques multiples. L'imagerie apporte des arguments diagnostiques, précise l'extension tumorale et influe sur le choix de la voie d'abord chirurgicale.

Objectif. Le but de cette étude est l'analyse du traitement chirurgical et les résultats.

Matériel et méthodes. De 1999 à 2007, 16 malades (11 femmes et 5 hommes) avec un âge moyen de 31 années (16 et 68 années) ont été opérés pour une tumeur maligne de la surrénale, dont 63 % avec sécrétion hormonale excessive. La tumeur a été localisée dans 7 cas à droite et 9 cas sur le côté gauche. L'échographie et la TDM étaient suffisants pour le diagnostic et la localisation de la tumeur. Les critères qui ont permis d'étiqueter le CSM sont la taille de la tumeur et ses remaniements hémorragiques, l'existence ou survenue de métastases, la récurrence après exérèse et son caractère hypersecrétant.

Résultats : . Les malades ont été classés selon la classification de MacFarlane modifiée en stade I : 1 cas, stade II: 3 cas, stade III. : 6 cas, stade IV: 6 cas. Tous les patients ont été opérés par voie d'abord transpéritonéale conventionnelle. La surrénalectomie a été réalisée chez 14 patients associées à une néphrectomie avec métastasectomie hépatique chez 3 patients dont 2 pour récurrence.

Une patiente est décédée en peropératoire des suites d'une hémorragie incontrôlable et une patiente d'occlusion intestinale aiguë.

Le traitement par le mitotane a été institué chez une patiente uniquement.

Conclusion. L'amélioration du pronostic du CSM reste tributaire d'un diagnostic précoce, apporté par les explorations morphologiques, et des possibilités d'exérèse. Le traitement curatif est avant tout chirurgical. Le pronostic est globalement mauvais du en partie à la fréquence élevée des récurrences locorégionales.

Incidental carcinome de la thyroïde dans les Goitres multinodulaires

Karim CHAOU (1), Malika GHAZALI (1), Said KADEM (1), Abdelkrim CHETIBI (1), Adel MEKHILEF (1), FatmaZohra CHERIF (1), Abdelkader BOUKERROUCHE (1), M. Lhadi DJEMLI (1)
(1) (Chirurgie generale CHU Beni messous Alger)

Buts : établir l'incidence du cancer de découverte histologique dans les pièces de thyroïdectomie totales pratiquées sur les goitres multinodulaires, apprécier les particularités histopathologiques et thérapeutiques de l'incidental cancer thyroïde.

Patients :

Période : janvier 2000 – décembre 2006. Sur les 88 cas de cancer thyroïde colligés, 24 patients (27 %) porteurs de goitre multinodulaire dont 09 hypérsécrétants sans aucune suspicion préopératoire de malignité, ni histoire familiale de cancer thyroïde ont subi une thyroïdectomie totale, sans cytologie préopératoire ni examen anatomopathologique en extemporané et chez qui l'examen anatomopathologique post opératoire a retrouvé la présence d'un carcinome thyroïdien. le micro carcinome a été découvert chez 18 patients. La nature histologique était dominée par le carcinome papillaire : N= 16, suivi de l'oncocytaire : N= 04 et du carcinome médullaire :N = 02, du vésiculaire : N= 02. La mortalité est nulle, la morbidité comporte 02 cas de paralysie récurrentielle.

Aucun patient n'a subi de réintervention, ni de geste à visée ganglionnaire.

Conclusion : Le risque de malignité dans le goitre multinodulaire ne doit être sous estimée. Le cancer thyroïde découvert fortuitement comporte un polymorphisme histopathologique et une thérapeutique identique aux cancers cliniques ou découverts par la cytologie et / ou l'histologie extemporanée. Nous recommandons le thyroïdectomie totale dans le goitre multinodulaire pour éviter la nécessité de la réintervention pour totalisation en cas de cancer thyroïde.

Traitement chirurgical de l'hypercorticisme primaire par hyperplasie bilatérale des surrénales (HPHBS)

Gelhare Dezfoulian (1), Laurent Arnalsteen (1), Antoine Lamblin (1), Adrien Sterkers (1), Marie-Christine Vantyghem (2), Emmanuelle Leteurtre (3), Jean-Louis Wemeau (2), Bruno Carnaille (1), Francois Pattou (1)
(1) (CHRU de Lille, Chirurgie générale et endocrinienne), (2) (CHRU de Lille, Endocrinologie), (3) (CHRU de Lille, Anatomopathologie)

Introduction : L'hypercorticisme primaire (ACTH indépendant) est généralement lié à une lésion surrénalienne unilatérale, bénigne ou maligne. Plus rarement, il peut être en rapport avec une hyperplasie bilatérale des surrénales : hyperplasie macronodulaire, dysplasie micronodulaire pigmentée (syndrome de Meador) ou hyperplasie en mosaïque (syndrome de Mac-Cune Albright).

Objectif : Décrire les résultats du traitement chirurgical de cette affection rare et souvent traitée médicalement.

Méthodes : Etude rétrospective des patients opérés pour HPHBS dans le service depuis 1985. Pour chacun d'entre eux, nous avons étudié : les caractéristiques cliniques et biologiques; la durée d'évolution; le traitement médical initial, sa durée et son efficacité ; le type d'intervention chirurgicale et ses complications ; la durée d'hospitalisation et l'évolution au décours du traitement à court, moyen et long terme.

Résultats : Parmi 95 patients opérés pour syndrome de Cushing, 11 (8F/3H) présentaient un HPHBS, hyperplasie macronodulaire dans 5 cas et dysplasie micronodulaire pigmentée dans 6 cas. L'âge moyen lors de la prise en charge chirurgicale était de 33±15 ans. Les signes cliniques d'hypercorticisme étaient francs chez 8 patients (70%). L'ACTH était constamment diminuée. La prise en charge chirurgicale faisait suite à un échec ou une intolérance du traitement médical entrepris depuis 33±19 mois. Une patiente a initialement bénéficié d'une surrénalectomie unilatérale; son hypercorticisme a récidivé et nécessité une surrénalectomie controlatérale 15 ans plus tard. Dix patients ont bénéficié d'une surrénalectomie bilatérale synchrone par voie postérieure (3 cas) ou par cœlioscopie (7 cas). La durée moyenne de l'intervention était respectivement de 223±21 minutes et de 288±86 minutes (NS) et la durée d'hospitalisation moyenne était respectivement de 11.6±6.5 jours et de 6.7±1.6 jours (p<0,05). Aucune complication per ou post opératoire immédiate n'a été relevée. Après un recul moyen de 58 (+/-46) mois, aucun patient n'a présenté de récurrence ni de complication à distance.

Conclusion : Lorsque le traitement médical de l'HPHBS se révèle inefficace ou mal toléré, la surrénalectomie bilatérale par cœlioscopie permet d'en assurer le traitement définitif au prix d'une morbidité acceptable.

Surrénalectomie par thoraco-phréno-laparotomie

Caroline Chevalier (1), Thomas Jany (1), Remy Laurent (1), Laurent Arnalsteen (1), Bruno Carnaille (1), Francois Pattou (1)
(1) (CHRU de Lille, Chirurgie Générale et Endocrinienne)

Introduction: La grande majorité des surrénalectomies sont aujourd'hui réalisées par voie coelioscopique. Néanmoins en cas de tumeurs surrénaliennes volumineuses et/ou suspectes de malignité, d'autres voies d'abord doivent parfois être envisagées.

Objectif : Décrire notre expérience de la thoraco-phréno-laparotomie, une voie d'abord classique des lésions thoracoabdominales mais rarement rapportée pour la surrénalectomie.

Méthodes : Etude rétrospective des patients ayant bénéficié d'une surrénalectomie par thoraco-phréno-laparotomie avec résection de la 9^{ème} ou de la 10^{ème} côte, parmi 433 patients surrénalectomisés dans notre service de 1996 à 2006 et description de leurs caractéristiques cliniques, de leur lésion, de l'intervention et de ses suites.

Résultats : Depuis 1996, 33 patients (12H/21F, 51±15 ans) ont bénéficié d'une thoraco-phréno-laparotomie pour surrénalectomie. La lésion était un corticosurrénalome (8 cas), un phéochromocytome (9 cas), une métastase (5 cas), un ganglioneurome (3 cas), ou une autre lésion (9 cas). La tumeur était située à droite dans 22 cas (66%), mesurait 12±6 cm (5-30), et pesait 680±1068g (17-5000). L'exérèse a été complète dans 24 cas (72%) et l'intervention a duré 226±89 min. Le séjour post-opératoire a duré 10±6 jours. Un drainage thoracique a été nécessaire durant 5±2j chez 32 patients (97%), et un traitement antalgique majeur (palier 3) a été prescrit chez 23 patients (69%) durant 3±2j. La morbidité a

été de 16% (SDRA, ulcère hémorragique, 2 fistules lymphatiques, paralysie radiale). Une patiente (3%) atteinte de phéochromocytome est décédée au décours de l'intervention.

Conclusion : La thoraco-phréno-laparotomie permet d'assurer dans des conditions satisfaisantes l'exérèse des tumeurs surrenaliennes les plus volumineuses, en particulier à droite, au prix d'une morbidité non négligeable.

Rôle du GLP-1 dans la rémission chirurgicale du diabète de type 2 (DT2). Etude prospective contrôlée comparant la chirurgie restrictive avec ou sans dérivation intestinale

Francois Pattou (1), Guillaume Beraud (2), Laurent Arnalsteen (1), David Seguy (3), Pascal Pigny (4), Catherine Fermont (2), Bruno Carnaille (1), Monique Romon (3), Pierre Fontaine (2)

(1) (CHRU de Lille, Chirurgie Générale et Endocrinienne), (2) (CHRU de Lille, Diabétologie), (3) (CHRU de Lille, Nutrition), (4) (CHRU de Lille, Biochimie)

Introduction: Chez les patients obèses diabétiques, la perte pondérale secondaire à la chirurgie, qu'elle soit exclusivement restrictive (anneau gastrique / AG) ou associée à une dérivation intestinale (gastric bypass / GBP), s'accompagne d'une amélioration notable mais seulement partiellement comprise du DT2.

Objectif : Confirmer l'influence de facteurs indépendants de la perte pondérale sur l'homéostasie glucidique après chirurgie de l'obésité chez les patients diabétiques.

Méthodes: Etude prospective contrôlée réalisée chez 33 patients (13F/20H, 49±9 ans) obèses (IMC 50±9 kg/m²) et diabétiques (HbA1c 8, 7±2, 1%), candidats à un AG (n=11) ou un GBP (n=22) par laparoscopie. Chaque patient a été évalué avant l'intervention, après une perte pondérale de 10%, et après un an. A chaque temps, la sécrétion d'insuline (SI) a été évaluée durant 3h après ingestion d'un repas standardisé par le ratio [élévation post prandiale de l'insulinémie (mU/L) x sensibilité à l'insuline (QUICKI)]. Le glucagon like peptide 1 (GLP-1) post prandial a également été mesuré chez 12 patients (6 AG / 6 GBP).

Résultats : Les caractéristiques initiales des deux groupes étaient comparables (P>0. 05). Un an après l'intervention, la rémission du diabète (glycémie<1, 26 g/L sans traitement) était observée dans 48% des cas (2/11 AG et 14/22 GBP, p<0. 05). La perte de poids et la diminution de l'HbA1c étaient significatives chez l'ensemble des patients (p<0. 0001 vs inclusion), mais supérieures après GBP (-29±8 % du poids initial, <0. 001 vs AG ; -2, 1±1, 6% d'HbA1c, <0. 05 vs AG). Après une perte pondérale de 10%, la SI était légèrement améliorée après AG (p<0, 05) mais nettement augmentée après GBP (p<0, 0001). A un an, la SI était stable après AG et encore accrue après GBP (p<0. 01). Après 10% de perte pondérale comme à un an, le GLP-1 postprandial était inchangé après AG mais nettement augmenté après GBP (p< 0, 01) et étroitement corrélé à l'évolution de la SI (r=0, 891; p<0. 0001).

Conclusion : Cette étude démontre pour la première fois chez l'homme que l'amélioration du diabète de type 2 après GBP est indépendante de la perte pondérale et due à la restauration de la fonction des cellules beta, elle même vraisemblablement liée à l'élévation du GLP-1 accompagnant l'afflux rapide des nutriments dans l'iléon terminal.

Recherche d'un marqueur pour le carcinome thyroïdien par une technique protéomique

Pietro Iacconi (1), Laura Giusti (2), Fulvio Basolo (1), Gianluca Donatini (1), Federica Ciregia (2), Gino Giannaccini (2), Antonio Lucaccini (2), Paolo Miccoli (1)

(1) (Département de chirurgie S. Chiara université de Pise), (2) (Département de Psychiatrie, Neurobiologie, pharmacologie et biotechnologie université de Pisa)

L'utilisation de la technique protéomique a été récemment présentée pour l'étude dans les patients des pathologies dues aux cancers du sein, de l'encéphale, de la prostate et du côlon. De cette façon, quelques marqueurs potentiellement tumeur-spécifiques ont été découverts. Dans ce travail nous proposons l'utilisation de la ponction aspiration à l'aiguille fine pour l'étude des potentiels marqueurs tumoraux. Une telle approche s'avère plus simple par rapport à l'analyse tissulaire et sérique, employant également des échantillons dont la composition protéique est identique à celle physiologique et/ou pathologique des tissus de l'étude. Le profil protéique du fluide de la ponction aspiration (FNA) a été étudié au moyen de l'électrophorèse bidimensionnelle pour évaluer des différences dans l'expression de protéines

dans les lésions folliculaires et dans le carcinome papillaire de la thyroïde par rapport à un échantillon témoin. Nous avons étudié 17 patients avec tumeur papillaire de la thyroïde et 4 avec une lésion folliculaire.

L'analyse protéomique a détecté des marqueurs spécifiques pour l'FNA avec hyper- et hypo-expression des différents systèmes régulateurs: 1. Enzymes glycolitiques, 2. protéines de défense antioxydatives, 3. protéines de motilité et invasivité cellulaire. Dans le carcinome papillaire de la thyroïde, les éléments suivants se sont avérés hyperexprimés par rapport au témoin: subunité légère de la ferritine, a1-antitrypsine, albumine, précurseur de la sérum-transferrine, précurseur de l'apolipoprotéine A-1 et de la b-actine.

Quelques différences qualitatives sont même émergées pour l'expression de la galectine 3, de la protéine S100 A13, de la septine et de l'ezrine, qui pourraient agir en tant que biomarqueurs spécifiques.

Par conséquent, nos résultats préliminaires sur la ponction aspiration pour les modèles protéiques pourraient être un point de départ afin d'étudier la présence de marqueurs potentiels impliqués dans la progression néoplastique.

Lésions cervicales sous-hyoidiennes simulant une pathologie thyroïdienne

Pietro Iaconi (1), Marco Puccini (1), Jacopo D'Agostino (1), Carmine De Bartolomeis (1), Gianluca Donatini (1)
(1) (Département de Chirurgie Hopital S. Chiara Université de Pise)

Objectif

La localisation cervicale de certaines pathologies dans quelques néoplasies d'origine de tissus nerveux peut simuler en rares occasions une pathologie de la glande thyroïdienne. On va décrire la série de notre institution relative aux trois cas de lésions pseudo-thyroïdienne arrivées à la notre observation pendant l'année dernière.

METHODES.

Les patients de la série sont tous de sexe féminin et en tout cas on a procédé à une évaluation préopératoire avec échographie et cytologie. Une patiente avec un diagnostic précédent du goitre multinodulaire a été opérée pour suspicion clinique de pathologie cancéreuse thyroïdienne à cause d'une augmentation de dimensions glandulaires et présence d'une lésion solide fixe laterocervicale. L'autre patiente avait déjà été opérée par thyroïdectomie totale dans l'hypothèse d'un cancer. Dans la suite, aussi si l'hystologie avait révélé un goitre, pour la persistance de lymphonodes agrandis, nous avons pratiqué une lymphadenectomie laterocervicale : à l'hystologie était une Maladie de Castelman. La troisième patiente était soumise à thérapie suppressive avec laévo-thyroxine pour un nodule thyroïdienne pendant trois années. A l'intervention la masse était retro-carotidienne sans aucun rapport avec la thyroïde. A l'hystologie était un neurinome.

CONCLUSIONS

Certaines lésions extrathyroïdiennes peuvent simuler une pathologie thyroïdienne, aussi après une évaluation instrumentale complète.

Découverte d'un incidentalome parathyroïdien au cours d'une échographie thyroïdienne

G DEZFOULIAN (1), F PATTOU (1), B CARNAILLE (1), L ARNALSTEEN (1)
(1) (CHRU de Lille, Service de chirurgie Endocrinienne et Générale, 59037 Lille)

L'objectif de cette étude rétrospective est de présenter une série de quatre patients avec un hyperparathyroïdisme primaire et sporadique de découverte échographique. L'hypercalcémie et l'hyperparathormonémie ont été confirmées ultérieurement.

Tous ces patients ont été pris en charge dans notre unité sur une période de dix mois.

Il s'agit de quatre femmes âgées de 40 à 66 ans, toutes asymptomatiques sauf une présentant plusieurs épisodes de colique néphrétique. L'échographie cervicale a été réalisée dans le cadre d'une thyroépathie (GMN, hypothyroïdie, hématoécèle). La calcémie maximale était entre 110 et 130 mg /l et le PTH entre 80 et 182 pg/ ml. Toutes ces patientes ont bénéficié d'une scintigraphie MIBI, une patiente d'un scanner cervical pour compléter les examens morphologiques.

Un abord unilatéral ciblé a été réalisé chez toutes ainsi qu'un dosage per opératoire de PTH dans le sang périphérique. La taille de l'adénome était entre 13 et 48 mm et le poids entre 185 et 9410 mg. Aucune complication post opératoire n'a été observée. Elles sont toutes quittées le service le premier jour post opératoire. L'examen anatomo pathologique était compatible avec un adénome parathyroïdien.

En conclusion : L'usage exhaustive d'échographie pour les pathologies thyroïdiennes va augmenter la découverte accidentelle des adénomes parathyroïdiennes. La détection précoce d'un adénome asymptomatique peut passer l'évolution naturelle de cette pathologie à un stade pré clinique. Plusieurs autres études sont nécessaires pour évaluer l'évolution de ces incidentalomes ainsi que leur signification clinique.

Bilan de localisation des paragangliomes

Francoise Borson-Chazot (1)

(1) (Federation d'Endocrinologie, 59 boulevard Pinel 69677 Bron Cedex)

L'imagerie morphologique repose sur la tomодensitométrie (TDM), qui reste l'examen de première intention, ou l'IRM, plus performante, en cas de localisation extra-surrénalienne. L'imagerie fonctionnelle, complémentaire, permet de réaliser une exploration scintigraphique du corps entier à la recherche de formes multiples ou d'une tumeur non visualisée par l'imagerie conventionnelle. Sa réalisation s'impose dans les formes ectopiques, familiales ou malignes et en cas d'imagerie négative. L'examen de référence est la scintigraphie à la métaiodobenzylguanidine (MIBG) dont la sensibilité et la spécificité, respectivement de 88 et 90% sont excellentes dans les formes bénignes et les localisations hors tête et cou. La sensibilité de la Scintigraphie OctreoscanR est supérieure à celle de la MIBG pour les formes malignes et pour les paragangliomes sus diaphragmatiques. L'imagerie par tomographie d'Emission de Positons (TEP) se développe actuellement. Les résultats obtenus avec le Fluorodeoxyglucose ne sont supérieurs à ceux de la MIBG que pour les tumeurs malignes. De nouveaux traceurs plus spécifiques des tumeurs endocrines sont plus prometteurs. Il s'agit surtout de la 18F-dihydroxyphenylalanine (18F-DOPA), décarboxylée en Dopamine dans les granules sécrétoires de la médullosurrénale, . Les études préliminaires ont montré une sensibilité proche de 100%, supérieure à celle de la MIBG, notamment en cas de localisations multiples.

Expérience préliminaire de l'abord électif des récidives ganglionnaires cervicales des cancers différenciés de la thyroïde avec repérage pré-opératoire par harpon : faisabilité et résultats chez 8 pat

olivier saint-marc (1), philippe emy (1), patrick lebas (1), RCP des cancers de la thyroïde (1)

(1) (Centre hospitalier régional d'Orléans)

Le suivi des patients atteints d'un cancer différencié de la thyroïde peut conduire à la mise en évidence d'adénopathies cervicales métastatiques. Le traitement reconnu de ces récidives est l'exérèse chirurgicale, de réalisation parfois difficile en cas de lésion non palpable chez un patient déjà opéré.

Objectifs : Le but de cette étude était d'établir la faisabilité et les résultats d'une chirurgie élective, guidée par la mise en place d'un harpon au sein de la récidive ganglionnaire.

Matériel : Sur une période de 24 mois, huit patients (5 femmes-3 hommes) d'âge médian 47 ans (19-69) présentant une récidive ganglionnaire non palpable d'un cancer de la thyroïde, prouvée (cytologie et dosage de thyroglobuline sur le produit de ponction echo-guidée) ont eu un abord chirurgical électif guidé par harpon.

Méthode : Avant l'intervention, un harpon était introduit sous contrôle échographique au sein du ganglion métastatique. Sous anesthésie générale était ensuite réalisé un abord électif guidé par le harpon avec exérèse de l'adénopathie repérée.

Résultats : Neuf harpons (une patiente avec 2 localisations) ont été introduits sans complication. La chirurgie a pu être réalisée dans tous les cas par un abord électif avec succès (9 récidives ganglionnaires confirmées par l'étude histologique) et sans complication. L'hospitalisation était de 24 h dans tous les cas.

Conclusion : L'abord électif guidé par harpon des récidives ganglionnaires non palpables des cancers différenciés de la thyroïde est faisable, reproductible et efficace. Il peut être une alternative à une chirurgie plus invasive.

Atteintes surrénaliennes au cours de la Néoplasie endocrinienne multiple de type 1, l'expérience globale d'une seule équipe

benoit Doreau (1), nathalie Lévy-Bohbot (1), J Bernard Flament (2), Martine Patey (3), Hedia Brixi-benmansour (4), J François Delattre (2), Jean Caron (1), Guillaume Cadiot (4), Brigitte Delemer (1)

(1) (Endocrinologie, CHU de Reims, 51092 Reims Cédex), (2) (Chirurgie Endocrinienne, CHU de reims, 51092 Reims Cédex), (3) (Anatomie Pathologique, CHU de Reims, 51092, Reims Cédex), (4) (Gastro-entérologie, CHU de Reims, 51092, Reims Cédex)

La néoplasie endocrinienne multiple de type I (NEM1) est une affection génétique rare qui associe hyperparathyroïdie primaire, tumeur endocrine digestive, adénome hypophysaire et d'autres atteintes moins bien connues dont l'atteinte surrénalienne.

Le But de notre travail était d'étudier la prévalence des atteintes surrénaliennes morphologiques et hormonales chez tous les patients NEM1 suivis dans le service.

Patients et Méthodes : Les données générales, familiales, génétiques ainsi que les données spécifiques de chaque atteinte ont été collectées.

Résultats : 30 patients d'âge moyen aux dernières nouvelles : 43, 1 ans [4-66] et 32, 8 ans [4-66] lors du diagnostic de NEM1. La durée moyenne de suivi était de 14, 9 ans [0-41]. 86, 6 % des patients appartiennent à des familles NEM1. La prévalence des différentes atteintes était : parathyroïdes : 100 %, pancréas : 76, 6 %, surrénales : 50 %, hypophyse : 36, 7 %.

L'atteinte surrénalienne survient à un âge moyen de 46, 8 ans [27-66], c'est l'atteinte la plus tardive. 14 patients sur 15 présentent une anomalie morphologique avec dans 8 cas une hyperplasie et dans 6 cas une lésion nodulaire. 9 patients sur 14 ont une atteinte unilatérale et 6 patients sur 14 ont une atteinte bilatérale.

8 patients sur 15 présentent une anomalie hormonale surrénalienne. Dans ce cas, les atteintes sont plus précoces et on retrouve : 4 syndromes de Cushing dont 2 maladies de Cushing avec adénome hypophysaire corticotrope, 2 syndromes de Cushing ACTH dépendant sans pathologie hypophysaire démontrée, 3 anomalies du cortisol fluctuantes et 1 hyperaldostérisme. Trois surrénalectomies ont été réalisées à l'occasion d'une chirurgie de la région (pancréas) et ont retrouvé une hyperplasie nodulaire. Aucune évolution défavorable pour ces tumeurs surrénaliennes et aucune tumeur maligne ne sont à déplorer. Les syndromes de Cushing ont été contrôlés par chirurgie hypophysaire dans 2 cas par analogues de la somatostatine dans les autres cas.

Conclusion : Les atteintes surrénaliennes au cours de la NEM1 sont fréquentes. Le taux de pénétrance à 50 ans est de 73, 3 %. La plupart d'entre elles n'évoluent pas ou peu au cours du temps et restent bénignes. Elles peuvent être responsables d'atteintes fonctionnelles de type syndrome de Cushing ACTH dépendant dont l'étiologie n'est pas univoque.

Le carcinome parathyroïdien : à propos des cas rémois.

Maud François (1), Martine Patey (2), Hervé Grulet (1), Annie-Claude Hécart (1), Jean-François Delattre (3), Denis Lubrano (3), Brigitte Delemer (1), Jean-Bernard Flament (3)

(1) (Service d'endocrinologie et maladies métaboliques - CHU Reims), (2) (Service d'anatomopathologie - CHU Reims), (3) (Service de chirurgie digestive et endocrinienne - CHU Reims)

Le carcinome parathyroïdien est un cancer rare, réputé agressif pour lequel il existe des difficultés diagnostiques et une absence de codification pour la prise en charge. Nous avons repris l'expérience du service de chirurgie endocrinienne du CHU de Reims et évalué rétrospectivement les caractéristiques cliniques, biologiques, les différents traitements et l'évolution des patients.

Parmi tous les dossiers d'hyperparathyroïdie du service opérés depuis 1980, on retrouve 8 cas de carcinome soit 1, 25 % de toutes les hyperparathyroïdies opérées. Il s'agit de 5 femmes et 3 hommes, d'âge moyen 59, 12 ans (22 à 85 ans). Les signes cliniques sont : hypercalcémie sévère avec 2 formes neurologiques, 3 formes digestives, 3 formes osseuses dont des tumeurs brunes chez 2 patients ; une forme asymptomatique. La calcémie moyenne est à 3. 82 mmol/l (3 à 5. 4 mmol/l), la PTH moyenne à 1215 pg/ml (345 à 2061 pg/ml). Un seul patient présente des métastases synchrones au diagnostic (poumon). Le geste chirurgical est un geste étendu avec curage ganglionnaire si le diagnostic est posé en pré ou peropératoire (n=4), il consiste en une simple parathyroïdectomie dans les autres cas. Les lésions sont volumineuses (taille moyenne 37, 8mm et poids 14, 6g), toutes les lames ont été relues validant le diagnostic de carcinome sur la présence d'au moins 2 critères histologiques OMS dont l'effraction capsulaire. Trois de nos patients sont décédés, dont un de son cancer (métastase au diagnostic), 2 ont présenté des récurrences tumorales locales ou générales. Pour ces 2 patients aucun critère anatomopathologique n'était différent dont l'index de prolifération. Trois de nos patients sont toujours suivis et indemnes de tout signe évolutif avec un délai minimal de 3 ans. Les 2 derniers patients sont perdus de vue.

Notre série montre que la présentation de ce cancer est très variable et que le pronostic n'est pas systématiquement défavorable. En dehors de la présence de métastase au diagnostic, il n'existe pas actuellement de critère pronostic fiable. Les progrès récents dans les domaines diagnostiques (Mutations du gène HRPT2) et thérapeutiques (calcimimétiques, immunothérapie) devraient nous inciter à collecter une série française large pour préciser toutes ces questions.