



ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΙΣΤΟΡΙΑΣ & ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΕΜΒΑΘΥΝΣΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο: Μιχαηλίδου Μυρτώ-Γραμματούλα

Αριθμός Μητρώου: Ξ2016080

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΕΣ:

1. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΠΕΡΙΚΛΗΣ
2. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΚΕΡΚΥΡΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2020

Τίτλος πτυχιακής

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΕΜΒΑΘΥΝΣΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ως φοιτητής του Τμήματος Ξένων Γλωσσών Μετάφρασης και Διερμηνείας του Ι.Π., δηλώνω ρητά ότι σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής συμπεριλαμβανομένων δημοσιευμένων μεταφράσεων, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο Ιόνιο Πανεπιστήμιο και στο Τμήμα Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης και Διερμηνείας, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του

συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους επιβλέποντες καθηγητές μου, τον κ. Παπαβασιλείου Περικλή για την πολύτιμη βοήθειά του στην εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας και για την συνεχή καθοδήγηση, και τον κ. Παπαδημητρίου που ευγενικά δέχθηκε να βαθμολογήσει την παρούσα εργασία.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου που με στήριξαν και με ενθάρρυναν σε όλη μου την πορεία, δίνοντάς μου τα απαραίτητα εφόδια ώστε να καταφέρω να ολοκληρώσω τις σπουδές μου στο Τμήμα Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης Και Διερμηνείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
2. ΚΥΡΙΟ ΣΩΜΑ.....	8
3. ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ.....	20
4. ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ.....	32
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	38

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο πλαίσιο της φοίτησής μου στο Ιόνιο Πανεπιστήμιο, στο τμήμα Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης και Διερμηνείας, εκπονήθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία, κατά το ακαδημαϊκό έτος 2019-2020 , με τίτλο: ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΕΜΒΑΘΥΝΣΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. Πρόκειται για την αποσπασματική μετάφραση του γαλλικού οδηγού “Les traitements du cancer de la thyroïde”, δηλαδή « Οι θεραπείες του καρκίνου του θυρεοειδούς», στα ελληνικά.

Η επαφή μου με την μετάφραση τεχνικών κειμένων, στο πλαίσιο των μαθημάτων του Τμήματος, και η αγάπη μου για την γαλλική γλώσσα, με ώθησαν στην επιλογή του θέματος της πτυχιακής μου εργασίας. Τόσο μέσω της έρευνας του πρωτότυπου κειμένου προς μετάφραση που θα επέλεγα, όσο και κατά τη μεταφραστική διαδικασία αποκόμισα πλήθος γνώσεων. Οι δυσκολίες που συνάντησα ήταν αρκετές, παρόλο αυτά ελπίζω να τις ξεπέρασα με επιτυχία, και είμαι βέβαιη ότι θα με βοηθήσουν στην μετέπειτα επαγγελματική μου πορεία ως μεταφράστρια.

ΚΥΡΙΟ ΣΩΜΑ

1.Τι είναι ο καρκίνος θυρεοειδούς;

Ο ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Ο καρκίνος θυρεοειδούς είναι η ασθένεια των κυττάρων του θυρεοειδή. Αναπτύσσεται από ένα αρχικά φυσιολογικό κύτταρο το οποίο μετατρέπεται και πολλαπλασιάζεται με αναρχικό τρόπο μέχρι να σχηματίσει κακοήθεις όγκους.

1.1 Ο ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ

Ο θυρεοειδής είναι ένα όργανο που βρίσκεται στη μέση και στο μπροστινό μέρος του λαιμού (βλέπε στην εικόνα δίπλα). Είναι τοποθετημένο μπροστά από την τραχεία και κοντά στα παλίνδρομα νεύρα που ελέγχουν τις φωνητικές χορδές και τον λάρυγγα. Είναι ένας αδένας σε μορφή επιμήκη, αποτελούμενος από δύο λοβούς, δεξιά και αριστερά, ενωμένους στο κέντρο τους από ένα ισθμό: ο θυρεοειδής είναι ,επίσης, συχνά σχηματοποιημένο σε μορφή πεταλούδας.

Ο θυρεοειδής είναι ένας ενδοκρινής αδένας, δηλαδή είναι ένα όργανο το οποίο παράγει ορμόνες, ουσίες οι οποίες μεταφέρονται στο αίμα και διαχέονται σε όλα τα μέρη του σώματος. Δρουν σαν αγγελιοφόροι, ικανοί να δώσουν εντολή για δράσεις σε απόσταση από τον θυρεοειδή.

Θυρεοειδικές ορμόνες. Οι θυρεοειδικές ορμόνες επηρεάζουν πολλές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Γενικά, συμβάλουν στην παραγωγή ενέργειας, θερμότητας ή ακόμη στην χρήση συστατικών προερχόμενων από την διατροφή: σάκχαρα, λίπη, πρωτεΐνες. Ενεργούν στους μυς, στην καρδιά, στον πεπτικό σωλήνα, στα μαλλιά, κτλ.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΙΣ

Τέσσερις αδένες που μοιάζουν με φακούς λίγων χιλιοστών βρίσκονται κοντά στον θυρεοειδή. Αυτοί οι αδένες δεν έχουν την ίδια λειτουργία με τον θυρεοειδή. Παράγουν την παραθορμόνη, μια ορμόνη που συμμετέχει στην ρύθμιση του ποσοστού ασβεστίου στο αίμα ενεργώντας στα οστά, στα νεφρά και στον πεπτικό σωλήνα.

Στο παιδί, συμμετέχουν στην ανάπτυξη και στην εξέλιξη του σώματος μέσω της δράσης τους στο νευρικό σύστημα και στον σκελετό.

Κατά την ενηλικίωση, συμβάλλουν στη λειτουργία του νευρικού συστήματος και στη συντήρηση των οστών.

Ο θυρεοειδής παράγει κυρίως δύο ορμόνες:

- την τριιωδοθυρονίνη ή T3
- την τετραιωδοθυρονίνη ή θυροξίνη, ή επιπλέον T4. Είναι μια εφεδρική ορμόνη η οποία παράγεται σε μεγαλύτερη ποσότητα από την T3. Ανά πάσα στιγμή, εάν οι θυρεοειδείς ορμόνες είναι απαραίτητες, η T4 μπορεί να τροποποιηθεί σε T3 και να γίνει ενεργή.

Τα ψηφία 3 και 4 υποδεικνύουν τον αριθμό των ατόμων ιωδίου που είναι αναγκαία για την παραγωγή ορμονών.

ΙΩΔΙΟ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ

Το ιώδιο αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο στην παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών. Πρόκειται για ένα ιχνοστοιχείο, όπως ο σίδηρος ή το μαγνήσιο. Παρουσιάζεται σε πολύ μικρή ποσότητα στο σώμα, πρέπει να παρέχεται από την καθημερινή διατροφή (μαγειρικό αλάτι, ψάρια, θαλασσινά, κτλ.) Μια ισορροπημένη διατροφή εγγυάται μια επαρκή συνεισφορά ιωδίου έτσι ώστε ο θυρεοειδής να λειτουργεί σωστά.

Ρύθμιση των θυρεοειδικών ορμονών

Η παραγωγή ορμονών από τον θυρεοειδή συντονίζεται από έναν αδένα του εγκεφάλου, την υπόφυση.

Η υπόφυση παράγει την δική της ορμόνη, την θυρεοειδοτρόπο ορμόνη ή TSH. Αυτή η ορμόνη κυκλοφορεί στο αίμα και δρα στα κύτταρα του θυρεοειδούς προκαλώντας αύξηση της παραγωγής των T3 και T4. Ένα μέρος αυτής της παραγωγής ,που απελευθερώνεται στο αίμα, επιστρέφει στον αδένα της υπόφυσης.

Η τελευταία ενημερώνεται σε πραγματικό χρόνο για την ποσότητα θυρεοειδικών ορμονών που κυκλοφορούν στο σώμα.

Στη συνέχεια, η υπόφυση ρυθμίζει τη δράση της αυξάνοντας ή μειώνοντας την παραγωγή της TSH. Η ρύθμιση της δραστηριότητας του θυρεοειδή λειτουργεί κατά αυτόν τον τρόπο σχηματίζοντας έναν βρόγχο ανάμεσα στον θυρεοειδή και στην υπόφυση, που αλληλεπιδρούν ανάλογα με τις ανάγκες του σώματος. Για αυτό το λόγο, η TSH συχνά μετράται , με την εξέταση αίματος, ως ένας δείκτης της δραστηριότητας του θυρεοειδούς. Ωστόσο, αυτός ο μηχανισμός καθίσταται ενίοτε μη ισορροπημένος. Οι θυρεοειδικές ορμόνες μπορούν να υπάρχουν σε περίσσεια,

πρόκειται για υπερθυρεοειδισμό, ή να είναι ανεπαρκείς, οπότε έχουμε υποθυρεοειδισμό. Δείτε στη σελίδα 41 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον υπερθυρεοειδισμό και τον υποθυρεοειδισμό.

Τα κύτταρα του θυρεοειδή

Ο θυρεοειδής αποτελείται από τρεις τύπους κυττάρων:

- τα θυλακιώδη κύτταρα, ονομάζονται επίσης φουσσαλιδώδη ή θυρεοκύτταρα
- τα παραθυλακιώδη κύτταρα, ονομάζονται επίσης παρακυψελιδικά ή κύτταρα C: βρίσκονται γύρω από τα θυλακιώδη κύτταρα.
- μη εξειδικευμένα κύτταρα, τα οποία σχηματίζουν ιστό ή αιμοφόρα αγγεία υποστήριξης.

Η μεγάλη πλειοψηφία των εξειδικευμένων κυττάρων αποτελείται από θυλακιώδη κύτταρα. Αυτά τα κύτταρα ομαδοποιούνται και οργανώνονται σε μικρές σφαίρες που ονομάζονται θυλάκιο ή κύστη.

Κάθε κύτταρο λειτουργεί ως μια μικρή αλυσίδα συναρμολόγησης. Το κύτταρο λαμβάνει, μετατρέπει και συνδέει διάφορα στοιχεία όπως την θυρεοσφαιρίνη ή το ιώδιο προερχόμενα από το εσωτερικό του θυλακίου και από τα κοντινά αιμοφόρα αγγεία, για να κατασκευάσουν τις ορμόνες.

1.2 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Σε παραπάνω από το 90% των περιπτώσεων, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αναπτύσσεται μέσω των θυλακιωδών κυττάρων. Μιλάμε στην περίπτωση αυτή για έναν διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς με θυλακιώδη προέλευση, ο οποίος περιλαμβάνει δυο μορφές: θηλώδης ή φουσσαλιδώδη. Τα θηλώδη καρκινώματα είναι τα πιο συνηθισμένα καθώς αντιπροσωπεύουν το 80% των διαφοροποιημένων καρκίνων θυρεοειδούς με θυλακιώδη προέλευση. Οι διαφοροποιημένοι καρκίνοι έχουν την ιδιαιτερότητα να είναι ευαίσθητοι στην θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο.

Πιο σπάνια, στο 5 με 10% των περιπτώσεων, ο καρκίνος αναπτύσσεται μέσω των κυττάρων γύρω από τα θυλάκια, τα κύτταρα C ή παραθυλακιώδη κύτταρα, είναι ο μυελώδης καρκίνος. Υπάρχουν και άλλες μορφές καρκίνου, πιο σπάνιες: αναπλαστικοί ή αδιαφοροποίητοι καρκίνοι.

Αυτός ο οδηγός εξετάζει κατά κύριο λόγο τις διαφοροποιημένες μορφές καρκίνου θυρεοειδούς, θηλώδη και φουσσαλιδώδη. Μπορείτε να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τον μυελώδη ή τον αναπλαστικό καρκίνο του θυρεοειδή στο κεφάλαιο "Διαχείριση σπάνιων καρκίνων", σελίδα 47.

Όταν εμφανίζεται ένας καρκίνος, τα καρκινικά κύτταρα είναι στην αρχή λίγα αριθμητικά και περιορισμένα στον θυρεοειδή. Με τον καιρό, ο όγκος μπορεί να αναπτυχθεί και να επεκταθεί πέρα από τον θυρεοειδή. Κάποιες φορές περισσότεροι όγκοι αναπτύσσονται ταυτόχρονα στον θυρεοειδή.

Καρκινικά κύτταρα μπορούν επίσης να αποκολληθούν από τον όγκο και να χρησιμοποιήσουν τα λεμφικά ή αιμοφόρα αγγεία ώστε να εγκατασταθούν σε άλλα μέρη του σώματος:

- Οι λεμφαδένες βρίσκονται στον λαιμό, στον θώρακα ή στο μεσοπνευμόνιο/μεσοθωράκιο. Πρόκειται για μετάσταση λεμφαδένων ή εισβολή λεμφαδένων.

- Σε άλλα όργανα, κυρίως στους πνεύμονες, τα οστά κλπ. Οι καινούργιοι όγκοι που σχηματίζονται ονομάζονται μεταστάσεις. Μιλάμε για μεταστάσεις από απόσταση.

Τη στιγμή της διάγνωσης, οι γιατροί μελετούν με ακρίβεια την έκταση του καρκίνου προκειμένου να σας προτείνουν την ή τις πιο κατάλληλες θεραπείες.

1.3 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς μπορεί να διαγνωστεί πριν, κατά την διάρκεια ή μετά από μια χειρουργική παρέμβαση.

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς συχνά εκδηλώνεται με την παρουσία ενός οζιδίου, ανακαλύπτεται τυχαία κατά την ψηλάφηση του λαιμού ή στην περίπτωση μιας εξέτασης απεικόνισης που πραγματοποιείται για άλλο σκοπό. Την στιγμή που ένα οζίδιο βρεθεί στον θυρεοειδή, πραγματοποιούνται εξετάσεις. Πρόκειται γενικά για μια κλινική εξέταση, εξετάσεις αίματος και ένα υπερηχογράφημα λαιμού.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από αυτές τις εξετάσεις επιτρέπουν την αξιολόγηση παρουσίας κινδύνου από τον καρκίνο σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά του οζιδίου. Με βάση αυτήν την αξιολόγηση, μπορεί να γίνει μια παρακέντηση με λεπτή βελόνα.

Πρόκειται για μια δειγματοληψία κυττάρων, μέσω μια λεπτής βελόνας. Αυτά τα κύτταρα αναλύονται ώστε να προσδιοριστεί η φύση τους, καλοήθης ή κακοήθης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διάγνωση πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια ή μετά από μια εγχείρηση στον θυρεοειδή που εκτελείται για μια καλοήγη παθολογία. Αυτή είναι η ανάλυση τμήματος δείγματος θυρεοειδούς που επιτρέπει την ανακάλυψη του καρκίνου. Όταν ένας καρκίνος διαγνωσθεί με αυτόν τον τρόπο, μια δεύτερη εγχείρηση προγραμματίζεται συχνά για να απομακρυνθεί, εάν είναι αναγκαίο, ολόκληρος ο θυρεοειδής.

Η χειρουργική επέμβαση

ΠΩΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΖΕΤΑΙ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

ΠΩΣ ΕΚΤΥΛΙΣΣΕΤΑΙ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ;

Η χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία αναφοράς για τον καρκίνο του θυρεοειδούς. Τις περισσότερες φορές, περιλαμβάνει την αφαίρεση του θυρεοειδούς: μιλάμε για ολική θυρεοειδεκτομή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένας μόνο λοβός του θυρεοειδή αφαιρείται. Πρόκειται για την λοβεκτομή.

Η χειρουργική επέμβαση έχει ως στόχο:

- Να επιτρέπει ή να επιβεβαιώνει την διάγνωση
- Να αξιολογεί το στάδιο της ασθένειας
- Να διευκολύνει την θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο
- Να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου

Δεδομένου ότι η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να γίνει σε διαφορετικούς χρόνους (βλέπε επίσης τη «Διάγνωση του καρκίνου θυρεοειδούς» στη σελίδα 13), οι στόχοι της επέμβασης ενδέχεται να ποικίλουν σύμφωνα με τις πληροφορίες που διαθέτει ο χειρουργός πριν και κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

Είναι αδύνατο να αφαιρεθεί ολοκληρωτικά ο θυρεοειδικός ιστός, καθώς ορισμένα τμήματά του βρίσκονται κοντά σε αιμοφόρα αγγεία ή σε νεύρα. Οι θυρεοειδικοί ιστοί που παραμένουν μετά την εγχείρηση ονομάζονται θυρεοειδικά κατάλοιπα. Μια επιπρόσθετη θεραπεία αποφασίστηκε στην RCP (Ένωση Διεπιστημονικής Ανταλλαγής Απόψεων), η αρτηροθεραπεία, μπορεί να προγραμματιστεί μετά από την εγχείρηση για να καταστραφούν αυτά τα κατάλοιπα .

Στην περίπτωση ενός καρκίνου έχει σχηματίσει μετάσταση, μια ολική θυρεοειδεκτομή προηγείται της αρτηροθεραπείας.

Όπως σε κάθε εγχείρηση , κατ' εξαίρεση, η επέμβαση μπορεί να αντενδείκνυται σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας σας.

1.1 ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΤΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

Δυο τύποι ιατρικής επίσκεψης προγραμματίζονται τις ημέρες ή τις εβδομάδες πριν από την επέμβαση.

Η συνάντηση με τον χειρουργό

Ο χειρουργός σας εξηγεί τους στόχους της εγχείρησης, την τεχνική που θα χρησιμοποιήσει, τα επακόλουθα και τις πιθανές επιπλοκές. Αυτή η συνάντηση είναι η ευκαιρία για να θέσετε όλες τις απορίες που έχετε σχετικά με την επέμβαση.

Κατά την διάρκεια της συνάντησης, μπορεί να σας ζητήσει να υπογράψετε μια συγκατάθεση προκειμένου ένα δείγμα του όγκου να διατηρηθεί μετά την εγχείρηση σε μια ογκολογική τράπεζα, μια βιβλιοθήκη όγκων, για μεταγενέστερες έρευνες.

Εάν θεωρηθεί απαραίτητο, μπορεί επίσης να προγραμματίσει συμπληρωματικές εξετάσεις πριν την εγχείρηση όπως μια εξέταση φωνητικών χορδών.

Η συνάντηση με τον αναισθησιολόγο

Η επέμβαση γίνεται συνήθως υπό γενική αναισθησία. Η συνάντηση με τον αναισθησιολόγο επιτρέπει την αξιολόγηση των κινδύνων που σχετίζονται με την αναισθησία, λαμβάνοντας υπόψη το ιατρικό και χειρουργικό ιστορικό σας.

Είναι σημαντικό να αναφερθούν όλα τα προβλήματα υγείας, ιδίως οι αλλεργίες (αλλεργική ρινίτιδα, φαρμακευτική αγωγή, κτλ.), αναπνευστικά προβλήματα (άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα), καρδιακά προβλήματα (για παράδειγμα υπέρταση), προβλήματα πήξης που σχετίζονται με μια ασθένεια ή με την συχνή λήψη φαρμάκων (ασπιρίνη, αντιπηκτικά), ακόμη και με την κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρου.

Η διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ είναι απαραίτητη, ιδίως για τον περιορισμό του κινδύνου επιπλοκών κατά τη διάρκεια και μετά τις θεραπείες. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να βοηθηθείτε. Συζητήστε το με την ιατρική σας ομάδα

Αυτή η συνάντηση είναι η ευκαιρία για να θέσετε όλες τις απορίες που έχετε σχετικά με την αναισθησία.

1.2 ΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΕΤΑΙ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

Τις περισσότερες φορές η επέμβαση προγραμματίζεται μερικές εβδομάδες πριν. Η εισαγωγή σας στο νοσοκομείο γίνεται την προηγούμενη μέρα ή κάποιες φορές το ίδιο πρωί.

Την προηγούμενη μέρα και την μέρα της εγχείρησης, σας ζητείται να κάνετε ένα ντους, με ένα αντισηπτικό σαπούνι για να αποφευχθεί ο κίνδυνος μόλυνσης.

Μπορεί επίσης να σας ζητηθεί μια αποτρίχωση, δηλαδή ένα ξύρισμα των τριχών στο επίπεδο του πηγουνιού ή της περιοχής που χειρουργείται. Μπορεί επίσης να την αναλάβει ένας βοηθός νοσοκόμου.

Μόλις ετοιμαστείτε, θα μεταφερθείτε στο χειρουργείο. Σε ύπτια θέση, θα ναρκωθείτε μέσω ένεσης ή μέσω διάχυσης αναισθητικού προϊόντος με μάσκα οξυγόνου. Μόλις αποκοιμηθείτε, ο χειρουργός τοποθετεί το κεφάλι σας προς τα πίσω ώστε να αποδεσμεύσει το μέρος του λαιμού στο οποίο θα παρέμβει.

Στη συνέχεια, κάνει μια οριζόντια τομή, ακολουθώντας, όταν είναι δυνατόν, μια πτυχή στο λαιμό, για να μειώσει την ορατότητα της ουλής μετά την εγχείρηση.

Κατά την διάρκεια της εγχείρησης, οι λεμφαδένες που βρίσκονται κοντά στον θυρεοειδή μπορούν επίσης να αφαιρεθούν, πρόκειται για λεμφαδενικό καθαρισμό. Ο εντοπισμός των λεμφαδένων που αφαιρούνται καθορίζεται από τον χειρουργό.

Η εγχείριση μπορεί να διαρκέσει μερικές ώρες. Μόλις η εγχείριση τελειώσει, μεταφέρεστε στον θάλαμο ανάνηψης, όπου η ιατρική ομάδα σας παρέχει παρακολούθηση.

1.3 ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

Όταν ξυπνήσετε, μπορεί να αντιμετωπίσετε ναυτίες ή υπνηλία, που προκαλούνται από την αναισθησία.

Πόνοι στο επίπεδο του λαιμού εμφανίζονται μερικές φορές, παρόμοιοι με αυτούς που νιώθουμε στην περίπτωση αμυγδαλίτιδας. Όλοι οι πόνοι αντιμετωπίζονται συστηματικά, συνήθως με παρακεταμόλη.

Μπορεί επίσης να ξανανιώσετε πόνους στον αυχένα, λόγω της θέσης του κεφαλιού κατά την εγχείρηση. Εάν δεν είστε αρκετά ανακουφισμένοι, αναφέρετέ το αμέσως στην ιατρική ομάδα, ώστε η θεραπεία να προσαρμοστεί.

Σωληνάκια παροχέτευσης μπορεί να έχουν τοποθετηθεί κατά την διάρκεια της επέμβασης, στο επίπεδο της περιοχής που χειρουργήθηκε. Αυτοί οι λεπτοί σωλήνες επιτρέπουν την αποβολή υγρών όπως το αίμα και η λέμφος, τα οποία μπορεί να συγκεντρώνονται κατά την διάρκεια της επούλωσης. Αυτά τα σωληνάκια προκαλούν δυσφορία αλλά δεν είναι επώδυνα. Συνήθως αφαιρούνται 1 ή 2 μέρες μετά την εγχείρηση, με απόφαση του χειρουργού.

Διάρκεια νοσηλείας

Χωρίς επιπλοκές, η διάρκεια νοσηλείας για μια αφαίρεση θυρεοειδούς περιλαμβάνει από 1 έως 3 μέρες.

Αναλύσεις του όγκου

Το σύνολο αυτού που αφαιρέθηκε κατά την χειρουργική επέμβαση μεταφέρεται στο εργαστήριο ή στην υπηρεσία της ανατομοπαθολογίας για να αναλυθεί. Αυτή η εξέταση γίνεται από ένα εξειδικευμένο γιατρό που ονομάζεται παθολόγος.

Συμπεριλαμβάνει σχολαστική παρατήρηση, με γυμνό μάτι και έπειτα με μικροσκόπιο, των ιστών που δίνονται για δείγμα προκειμένου να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά του όγκου και σε τι βαθμό έχουν εξαπλωθεί τα καρκινικά κύτταρα. Το αποτέλεσμα των αναλύσεων γίνεται συνήθως γνωστό 1 με 3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

Ο χειρουργός μπορεί να ζητήσει να γίνει ανάλυση κατά την εγχείρηση, μιλάμε για επιτόπια ανάλυση. Αυτή η γρήγορη τεχνική επιτρέπει στον ιατρό να προσαρμόσει την κίνησή του σύμφωνα με τα αποτελέσματα, για παράδειγμα αφαιρώντας έναν προσβεβλημένο λεμφαδένα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιτόπια ανάλυση δεν οδηγεί σε οριστικό συμπέρασμα κατά την εγχείρηση και το οριστικό αποτέλεσμα γίνεται γνωστό σε δεύτερο χρόνο, μετά την επέμβαση.

1.4 ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ;

Όπως μετά από κάθε χειρουργική επέμβαση, επιπλοκές μπορεί να προκύψουν, ωστόσο δεν είναι συστηματικές.

Οι ειδικές επιπλοκές μιας αφαίρεσης θυρεοειδούς

Η υπασβεσταιμία, δηλαδή η μείωση του ασβεστίου στο αίμα. Η εγχείρηση προκαλεί μερικές φορές, με απρόβλεπτο τρόπο, προσβολή της λειτουργίας των παραθυρεοειδών αδένων, οι οποίοι βοηθούν στην ρύθμιση του ασβεστίου. Αυτή η συχνή επιπλοκή εμφανίζεται με μυρμηκίαση στα χέρια, στα πόδια ή στο στόμα και μερικές φορές με κράμπες. Τις περισσότερες φορές η υπασβεσταιμία διαρκεί για μερικές εβδομάδες ή μήνες, μέχρι να επιστρέψουν τα παραθυρεοειδή σε κανονική λειτουργία. Σπάνια, η υπασβεσταιμία είναι αμετάκλητη: τότε μιλάμε για οριστικό υποθυρεοειδισμό.

Εάν είναι απαραίτητο, βιταμίνη D3 και ασβέστιο συνταγογραφούνται για να αντικαταστήσουν εν μέρει την δράση των παραθυρεοειδών. Μετά την εγχείρηση, πραγματοποιείται μέτρηση ασβεστίου ώστε να ανιχνευτεί και να αντιμετωπιστεί αυτή η επιπλοκή.

Διαταραχές στην φωνή, προκαλούνται από την προσβολή της λειτουργίας των φωνητικών χορδών, μιλάμε για δυσφωνία. Η φωνή γίνεται βραχνή, λαχανιασμένη και κουράζεται εύκολα. Αυτό το φαινόμενο είναι συνήθως προσωρινό και

βελτιώνεται μέσα σε λίγες εβδομάδες. Μια εξέταση των φωνητικών χορδών πραγματοποιείται μετά το χειρουργείο για να εκτιμηθεί αυτή η επιπλοκή. Εάν είναι αναγκαίο, μια εξειδικευμένη θεραπεία μπορεί να προγραμματιστεί και να περιλαμβάνει, για παράδειγμα, ορθοφωνητικές συνεδρίες.

Διαταραχές στην κατάποση. Δυσκολίες στην σίτιση μπορεί να εμφανιστούν μετά την εγχείρηση, κυρίως στην κατανάλωση υγρών. Δεν διαρκούν για πολύ. Εάν προκύψουν «ψευδείς διαδρομές», μια εξειδικευμένη θεραπεία θα οργανωθεί.

Κατ'εξάιρεση, διαταραχές στην αναπνοή μπορεί να εμφανιστούν. Προκαλούνται από την προσβολή νεύρου που παραλύει τις δυο φωνητικές χορδές. Είναι μια πολύ σπάνια επιπλοκή που απαιτεί μια έκτακτη θεραπεία όπως την τραχειοτομή.

Ο χειρουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει μια συσκευή συνεχούς παρακολούθησης των παλίνδρομων νεύρων κατά την εγχείρηση. Αυτή η τεχνική επιτρέπει τον έλεγχο της ανταπόκρισης αυτών των νεύρων, μέσω μιας ηλεκτρικής διέγερσης και την επαλήθευση της λειτουργίας τους.

Ειδικές επιπλοκές στον καθαρισμό των λεμφαδένων

Λεμφοίδημα, είναι η έκκριση λέμφου που μπορεί να σχηματίσει ένα θύλακα υγρού που ονομάζεται λεμφοκήλη. Μόνο οι λεμφοκήλες που προκαλούν συμπτώματα όπως δυσφορία ή πόνους θεραπεύονται. Μπορεί να πραγματοποιηθεί υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Συνήθως, μια παρακέντηση ή μια παροχέτευση επιτρέπουν την απομάκρυνση του υγρού.

Νευρική βλάβη του λαιμού, είναι όταν τα νεύρα που βρίσκονται στην περιοχή του λαιμού προσβάλλονται εξαιτίας του καθαρισμού των λεμφαδένων. Πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή που μπορεί να προκαλέσει μούδιασμα, πόνο και κινητική ανεπάρκεια.

Συνήθεις επιπλοκές σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις

Μόλυνση της πληγής. Είναι μια σπάνια επιπλοκή που γενικά εμφανίζεται εντός δέκα ημερών από την επέμβαση. Αντιμετωπίζεται με την φροντίδα της πληγής και συνήθως εξαφανίζεται σε μερικές μέρες.

Πιεστικό Αιμάτωμα. Είναι μια σπάνια επιπλοκή. Πρόκειται για συσσώρευση αίματος που σχηματίζεται στο επίπεδο της εγχειρισμένης περιοχής της πρώτες ώρες μετά την επέμβαση. Είναι απαραίτητη η άμεση επέμβαση για να γίνει αποβολή του αιματώματος και για να βρεθεί το υπεύθυνο αγγείο για την αιμορραγία.

Όλες αυτές οι επιπλοκές είναι γνωστές στην νοσηλευτική ομάδα και η αντιμετώπισή τους αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλείας σας.

Οι συνήθεις επιπτώσεις

Οι θυρεοειδικές ορμόνες έχουν θεμελιώδη ρόλο στην λειτουργία του σώματος και η αφαίρεση του θυρεοειδούς επομένως απαιτεί την λήψη μιας ορμονικής θεραπείας για την υπόλοιπη ζωή. Για να μάθετε περισσότερα, μπορείτε να συμβουλευτείτε το κεφάλαιο « Ορμονική θεραπεία», σελίδα 39.

Ορμονική θεραπεία ή ορμονοθεραπεία

ΠΩΣ ΕΚΤΥΛΙΣΣΕΤΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ;

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η ορμονική θεραπεία περιλαμβάνει τη λήψη συνθετικών θυρεοειδικών ορμονών με τη μορφή φαρμάκου, της λεβοθυροξίνης.

Η λεβοθυροξίνη αντικαθιστά τις φυσικές ορμόνες που παράγονταν από τον θυρεοειδή πριν αφαιρεθεί κατά την χειρουργική επέμβαση. Η ορμονική θεραπεία εφαρμόζεται μετά από χειρουργική επέμβαση ή μετά από θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο. πρέπει να λαμβάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Η θεραπεία μπορεί να προσαρμοστεί με την πάροδο του χρόνου, όπως στην περίπτωση της εγκυμοσύνης (βλ. Επίσης «Εγκυμοσύνη, θηλασμός και καρκίνος», σελίδα 59).

Η ορμονική θεραπεία μπορεί να λειτουργήσει με δύο τρόπους ανάλογα με τη δόση που χρησιμοποιείται:

- Με κανονική δόση, αντικαθιστά την δράση του θυρεοειδή και στοχεύει στην διατήρηση της TSH σε κανονική τιμή: μιλάμε για την θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.
- Με αυξημένη δόση, αντικαθιστά την δράση του θυρεοειδούς και στοχεύει στην μείωση της ανάπτυξης πιθανών εναπομεινάντων καρκινικών κυττάρων διαφυλάσσοντας την TSH σε χαμηλή τιμή: μιλάμε για ανασταλτική ορμονοθεραπεία.

Το επίπεδο της επιθυμητής TSH καθορίζεται στην RCP (Ένωση Διεπιστημονικής Ανταλλαγής Απόψεων) και η δόση των ορμονών ρυθμίζεται από αυτήν την τιμή. Αυτή η δοσολογία μπορεί να αναπροσαρμοστεί κατά την διάρκεια της θεραπείας σας.

1.1 ΠΩΣ ΕΚΤΥΛΙΣΣΕΤΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ;

Τις περισσότερες φορές, η λεβοθυροξίνη κυκλοφορεί σε μορφή δισκίου το οποίο καταπίνεται με ένα μεγάλο ποτήρι νερό μια φορά την ημέρα. Εάν δεν μπορείτε να καταπίνετε δισκία, μιλήστε με τον γιατρό σας.

Ορισμένες προφυλάξεις πρέπει να τηρούνται κατά τη λήψη του φαρμάκου. Ορισμένα τρόφιμα όπως η σόγια μειώνουν την απορρόφηση του φαρμάκου. Αποφύγετε να τα καταναλώνετε τις ώρες πριν και μετά τη λήψη του δισκίου. Εάν πρέπει να πάρετε

συμπληρώματα σιδήρου ή ασβεστίου, περιμένετε τουλάχιστον δύο ώρες μετά τη λήψη της λεβοθυροξίνης.

Ο συνδυασμός λεβοθυροξίνης με άλλα φάρμακα, όπως γαστρικοί επίδεσμοι, μπορεί επίσης να προκαλέσει παρενέργειες ή να μειώσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Μην πάρετε φάρμακα χωρίς συνταγή πριν να ενημερώσετε τον φαρμακοποιό σας ότι ακολουθείτε θυρεοειδική ορμονοθεραπεία. Εάν συμβουλευέστε ειδικό γιατρό, ενημερώστε τον επίσης.

Όπως όλες οι ορμονικές θεραπείες, η ορμονοθεραπεία χρειάζεται συχνή παρακολούθηση. Οι εξετάσεις αίματος γίνονται για τη μέτρηση του επιπέδου των θυρεοειδικών ορμονών και της TSH στο αίμα. Ο γιατρός σας προσαρμόζει έτσι τη δόσολογία της θεραπείας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εξέτασης αίματος.

1.2 ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η ορμονική θεραπεία έχει συνήθως λίγες παρενέργειες και δεν επηρεάζει την καθημερινή σας ζωή ή την επαγγελματική σας δραστηριότητα. Η αρχική δόση υπολογίζεται από τη βέλτιστη ποσότητα ορμονών σύμφωνα με το βάρος, την ηλικία και το φύλο σας.

Εάν δεν έχει ρυθμιστεί σωστά, ενδέχεται εντούτοις να εξακολουθείτε να αντιμετωπίζετε συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού ή υποθυρεοειδισμού (βλ. στο παρακάτω πλαίσιο). Κατά τη διάρκεια των θεραπειών, μπορείτε να περάσετε από την μία ή μερικές φορές και από τις δύο αυτές φάσεις σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Εάν οι παρενέργειες του υποθυρεοειδισμού ή του υπερθυρεοειδισμού εμφανιστούν, είναι σημαντικό να το συζητήσετε με τον γιατρό σας ώστε να προσαρμόσει, εάν χρειαστεί, την θεραπεία της και να σας συμβουλέψει σχετικά με τον τρόπο μείωσης αυτών των επιπτώσεων.

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ποια είναι τα κύρια σημάδια του υποθυρεοειδισμού; Κόπωση, πρήξιμο, ευαισθησία στο κρύο, δυσκοιλιότητα, αύξηση βάρους, μυϊκή αδυναμία, δυσκολία συγκέντρωσης, κατάθλιψη, μειωμένη μνήμη.

Ποια είναι τα κύρια σημάδια του υπερθυρεοειδισμού; Κινητική διέγερση, ευερεθιστότητα, ταχυκαρδία, δύσπνοια κατά την άσκηση, τρεμούλιασμα, υπερβολική εφίδρωση, διάρροια, απώλεια βάρους, αϋπνία, μυϊκή αδυναμία.

Τα σημάδια που αναφέρονται παραπάνω δίνονται ενδεικτικά και μπορεί να έχουν άλλο αίτιο πέρα από τον υπερθυρεοειδισμό και τον υποθυρεοειδισμό. Αυτό σημαίνει ότι εάν παρουσιάσετε ένα από αυτά τα συμπτώματα, δεν προκλήθηκαν απαραίτητα από μια ορμονική θεραπεία. Αυτά τα σημάδια ποικίλουν με την πάροδο του χρόνου και από το ένα άτομο στο άλλο: δεν έχουν σχέση με την εξέλιξη του καρκίνου.

ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ

1. Un cancer de la thyroïde, qu'est-ce que c'est ?

LA THYROÏDE

LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE LA THYROÏDE

LE DIAGNOSTIC D'UN CANCER DE LA THYROÏDE

Un cancer de la thyroïde est une maladie des cellules de la thyroïde. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique jusqu'à former une tumeur maligne.

1.1 LA THYROÏDE

La thyroïde est un organe qui se situe au milieu et à l'avant du cou (voir illustration ci-contre). Elle est positionnée devant la trachée* et à proximité des nerfs récurrents qui commandent les cordes vocales et le larynx*. C'est une glande de forme allongée, composée de deux lobes, droit et gauche, réunis en leur centre par un isthme* ; la thyroïde est ainsi souvent schématisée sous la forme d'un papillon.

La thyroïde est une glande endocrine, c'est-à-dire un organe qui produit des hormones, substances transportées dans le sang et qui se diffusent dans toutes les parties du corps. Elles agissent comme des messagers, capables d'ordonner des actions à distance de la thyroïde.

Les hormones thyroïdiennes

Les hormones thyroïdiennes influent sur de nombreuses fonctions du corps humain. De manière générale, elles contribuent à la production d'énergie, de chaleur ou encore à l'utilisation des éléments issus de l'alimentation : sucres, graisses, protéines. Elles agissent sur les muscles, le cœur, le tube digestif, les cheveux, etc.

THYROÏDE ET PARATHYROÏDES

Quatre glandes ressemblant à des lentilles de quelques millimètres sont situées à proximité de la thyroïde ; Ces glandes n'ont pas la même fonction que la thyroïde. Elles produisent la parathormone, une hormone qui participe à la régulation du taux de calcium dans le sang en agissant sur les os, les reins et le tube digestif.

Chez l'enfant, elles participent à la croissance et au développement du corps par leur action sur le système nerveux et le squelette. À l'âge adulte, elles contribuent au fonctionnement du système nerveux et à l'entretien des os.

La thyroïde produit notamment deux hormones :

- la tri-iodothyronine ou T3 ;
- la tétra-iodothyronine ou thyroxine, ou encore T4. C'est une hormone de réserve qui est produite en plus grande quantité que T3. À tout moment, si des hormones thyroïdiennes sont nécessaires, la T4 peut être modifiée en T3 et devenir active.

Les chiffres 3 et 4 indiquent le nombre d'atomes d'iode nécessaires à la fabrication des hormones.

IODE ET THYROÏDE

L'iode est un élément indispensable à la fabrication des hormones thyroïdiennes. Il s'agit d'un oligo-élément, comme le fer ou le magnésium : Présent en très faible quantité dans le corps, il doit être fourni par l'alimentation quotidienne (sel iodé de cuisine, poissons, fruits de mer, etc.). Une alimentation équilibrée garantit un apport suffisant d'iode pour que la thyroïde fonctionne correctement.

La régulation des hormones thyroïdiennes

La production d'hormones par la thyroïde est coordonnée par une glande du cerveau, l'hypophyse*.

L'hypophyse produit sa propre hormone, la thyroïdostimuline ou TSH. Cette hormone circule dans le sang et agit sur les cellules de la thyroïde provoquant une augmentation de la production de T3 et T4. Une partie de cette production, libérée dans le sang, retourne vers l'hypophyse.

Cette dernière est informée en temps réel de la quantité d'hormones thyroïdiennes qui circulent dans le corps. L'hypophyse ajuste alors son action en augmentant ou diminuant la production de TSH. La régulation de l'activité de la thyroïde fonctionne ainsi selon une boucle entre la thyroïde et l'hypophyse qui interagissent en fonction des besoins du corps. Pour cette raison, la TSH est souvent mesurée, par une prise de sang, comme un indicateur de l'activité de la thyroïde.

Il arrive cependant que ce mécanisme se déséquilibre; les hormones thyroïdiennes peuvent être en excès, on parle d'hyperthyroïdie ; en quantité insuffisante, c'est une hypothyroïdie. Voir page 41 pour en savoir plus sur l'hyperthyroïdie et l'hypothyroïdie.

Les cellules de la thyroïde

La thyroïde est composée de trois types de cellules :

- l les cellules folliculaires* encore appelées cellules vésiculaires ou thyrocytes ;
- l les cellules parafolliculaires*, encore appelées paravésiculaires ou cellules C ; elles sont situées autour des cellules folliculaires ;
- l les cellules non spécialisées, qui forment les tissus de soutien ou les vaisseaux sanguins.

La grande majorité des cellules spécialisées sont des cellules folliculaires. Ces cellules sont regroupées et organisées au sein de petites sphères appelées follicule ou vésicule.

Chaque cellule fonctionne comme une petite chaîne de montage. La cellule capte, transforme et associe différents éléments comme la thyroglobuline* ou l'iode* en provenance de l'intérieur du follicule et des vaisseaux sanguins à proximité, pour fabriquer les hormones.

1.2 LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE LA THYROÏDE

Dans plus de 90 % des cas, le cancer de la thyroïde se développe à partir des cellules folliculaires. On parle alors de cancer différencié de la thyroïde de souche folliculaire qui comporte deux formes : papillaire ou vésiculaire. Les cancers papillaires sont les plus fréquents puisqu'ils représentent 80 % des cancers différenciés de la thyroïde de souche folliculaire. Les cancers différenciés ont la particularité d'être sensibles à un traitement à l'iode radioactif.

Plus rarement, dans 5 à 10 % des cas, le cancer se développe à partir des cellules autour des follicules, les cellules C ou cellules parafolliculaires, c'est un cancer médullaire. D'autres formes de cancers, très rares, existent : les cancers anaplasiques ou indifférenciés.

Ce guide traite principalement de la prise en charge des formes différenciées de cancer de la thyroïde, papillaires et vésiculaires. Vous pouvez retrouver des informations sur les cancers médullaires ou anaplasiques de la thyroïde dans le chapitre « La prise en charge des cancers rares », page 47.

Lorsqu'un cancer apparaît, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et limitées à la thyroïde. Avec le temps, la tumeur peut grossir et s'étendre au-delà de la thyroïde. Parfois plusieurs tumeurs se développent en même temps sur la thyroïde.

Des cellules cancéreuses peuvent aussi se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux lymphatiques ou sanguins pour aller s'installer dans d'autres parties du corps :

l les ganglions lymphatiques* situés dans le cou, le thorax ou le médiastin* ; on parle de métastases ganglionnaires ou d'envahissement ganglionnaire ;

l vers d'autres organes, notamment vers les poumons, les os, etc. Les nouvelles tumeurs formées s'appellent des métastases. On parle de métastases à distance.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient précisément l'étendue du cancer afin de vous proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

1.3 LE DIAGNOSTIC D'UN CANCER DE LA THYROÏDE

Un cancer de la thyroïde peut être diagnostiqué avant, pendant ou après une intervention chirurgicale.

Le cancer de la thyroïde se manifeste le plus souvent par la présence d'un nodule, découvert fortuitement lors de la palpation du cou ou à l'occasion d'un examen d'imagerie réalisé pour un autre motif. Lorsqu'un nodule est découvert sur la thyroïde, des examens sont effectués. Il s'agit en général d'un examen clinique, d'un bilan sanguin et d'une échographie* du cou.

Les informations obtenues par ces examens permettent d'évaluer le risque de présence d'un cancer d'après les caractéristiques du nodule. En fonction de cette évaluation, une cytoponction peut alors être réalisée.

Il s'agit d'un prélèvement de cellules, au moyen d'une fine aiguille. Ces cellules sont analysées pour déterminer leur nature, bénigne ou maligne.

Dans certains cas, le diagnostic est effectué pendant ou après une opération sur la thyroïde réalisée pour une pathologie bénigne. C'est l'analyse de la partie de thyroïde prélevée qui permet de découvrir un cancer. Lorsqu'un cancer est diagnostiqué de cette façon, une deuxième opération est souvent programmée pour retirer, si nécessaire, la totalité de la thyroïde.

La chirurgie

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ? COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ? QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

La chirurgie est le traitement de référence du cancer de la thyroïde. Le plus souvent, elle consiste à enlever la thyroïde ; on parle de thyroïdectomie totale. Dans certains cas, un seul lobe de la thyroïde est retiré. Il s'agit d'une lobectomie ou lobisthmectomie.

La chirurgie a aussi pour objectif :

- de permettre ou de confirmer le diagnostic ;
- d'évaluer le stade de la maladie ;
- de faciliter un traitement à l'iode radioactif ;
- de diminuer le risque de récurrence du cancer.

Le diagnostic de cancer pouvant être posé à des moments différents (voir aussi « Le diagnostic d'un cancer de la thyroïde » page 13), les objectifs de l'intervention sont susceptibles de varier selon les informations dont le chirurgien dispose avant et pendant l'opération.

Il est impossible de retirer complètement tout le tissu thyroïdien, certaines parties de l'organe étant trop proches de vaisseaux sanguins ou de nerfs. Les tissus de la thyroïde restant après l'opération sont appelés reliquats thyroïdiens. Un traitement complémentaire décidé en RCP*, l'irathérapie, peut être programmé après l'opération pour détruire ces reliquats.

Dans le cas d'un cancer qui a formé des métastases, une thyroïdectomie totale est un préalable à l'irathérapie.

Comme pour toute opération, et de façon exceptionnelle, l'intervention peut être contre-indiquée selon votre état de santé.

1.1 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux types de consultations sont programmés les jours ou semaines précédant l'intervention.

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le chirurgien peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur soit conservé après l'opération dans une tumorothèque, une bibliothèque de tumeurs, en vue de recherches ultérieures.

S'il l'estime nécessaire, il peut également programmer des examens complémentaires avant l'opération comme un examen des cordes vocales.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (rhume des foins, médicaments, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), les problèmes de coagulation liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.

L'arrêt du tabac et de l'alcool est primordial notamment pour limiter le risque de complications pendant et après les traitements. Il existe de nombreux recours pour vous y aider. Parlez-en à votre équipe médicale.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'anesthésie.

1.2 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le plus souvent, l'intervention est programmée quelques semaines auparavant. Vous entrez à l'hôpital la veille ou parfois le matin même.

La veille et le jour de l'opération, il vous est demandé de prendre une douche, avec un savon antiseptique pour prévenir le risque d'infection.

Une dépilation, c'est-à-dire un rasage des poils au niveau du menton ou de la zone opérée, peut aussi vous être demandée ; elle peut être effectuée par un aide-soignant.

Une fois préparé, vous êtes amené au bloc opératoire. Allongé sur le dos, vous êtes endormi au moyen d'une injection ou de la diffusion du produit anesthésiant par un masque à oxygène. Une fois endormi, le chirurgien place votre tête en arrière pour bien dégager la partie du cou sur laquelle il va intervenir.

Il effectue ensuite une incision horizontale en suivant, lorsque c'est possible, un pli du cou, pour atténuer la visibilité de la cicatrice après l'opération.

Pendant l'opération, les ganglions lymphatiques* à proximité de la thyroïde peuvent également être retirés ; il s'agit d'un curage ganglionnaire. La localisation des ganglions enlevés est déterminée par le chirurgien.

L'opération peut durer quelques heures. Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance.

1.3 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Des douleurs au niveau de la gorge se manifestent parfois, proches de celles que l'on ressent lors d'une angine. Toutes les douleurs sont systématiquement traitées, généralement par du paracétamol.

Vous pouvez également ressentir des douleurs dans la nuque, du fait de la position de la tête pendant l'opération. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement soit adapté.

Des drains peuvent avoir été mis en place pendant l'intervention, au niveau de la région opérée. Ces tuyaux très fins permettent d'évacuer les liquides comme le sang ou la lymphe*, qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ces drains provoquent une gêne mais ne sont pas douloureux. Ils sont généralement retirés 1 ou 2 jours après l'opération, sur décision du chirurgien.

La durée d'hospitalisation

Sans complication, la durée d'hospitalisation pour une ablation de la thyroïde est comprise entre 1 et 3 jours.

Les analyses de la tumeur

L'ensemble de ce qui est a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au laboratoire ou au service d'anatomopathologie* pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste.

Il consiste à observer minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer les caractéristiques de la tumeur et jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées. Le résultat de ces analyses est généralement connu 1 à 3 semaines après l'opération.

Le chirurgien peut demander qu'une analyse soit effectuée pendant l'opération ; on parle d'analyse extemporanée. Cette technique rapide permet au médecin d'adapter son geste selon les résultats, par exemple en retirant un ganglion lymphatique atteint. Dans certains cas, l'analyse extemporanée ne permet pas de conclure pendant l'opération et le résultat définitif est alors connu dans un second temps, après l'intervention.

1.4QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Comme après toute intervention chirurgicale, des complications peuvent survenir ; elles ne sont pas systématiques.

Les complications spécifiques d'une ablation de la thyroïde

Une hypocalcémie, c'est-à-dire une baisse du taux de calcium dans le sang. L'opération provoque parfois, de manière imprévisible, une atteinte du fonctionnement des glandes parathyroïdes*, qui aident à la régulation du calcium. Cette complication fréquente se manifeste par des fourmillements au niveau des mains, des pieds ou de la bouche et parfois des crampes. Le plus souvent, l'hypocalcémie ne dure que quelques semaines ou mois, le temps que les parathyroïdes retrouvent un fonctionnement normal. Rarement, l'hypocalcémie est définitive ; on parle alors d'hypoparathyroïdie définitive.

Si nécessaire, de la vitamine D3 et du calcium vous sont prescrits pour remplacer en partie l'action des parathyroïdes. Après l'opération, un dosage du calcium est éventuellement effectué pour dépister et guider la prise en charge de cette complication.

Des troubles de la voix, provoqués par une atteinte du fonctionnement des cordes vocales ; on parle aussi de dysphonie. La voix devient rauque, essoufflée et fatigable. Cet effet est le plus souvent temporaire et s'améliore en quelques semaines. Un examen des cordes vocales est effectué après la chirurgie pour évaluer cette complication. Si nécessaire, une prise en charge spécialisée peut être programmée et inclure, par exemple, des séances d'orthophonie.

Des troubles de la déglutition. Des difficultés à s'alimenter peuvent survenir après l'opération, principalement pour boire. Elles ne durent pas dans le temps. Si des fausses-routes surviennent, une prise en charge spécialisée sera organisée.

Exceptionnellement, des troubles de la respiration peuvent survenir. Ils sont provoqués par une atteinte des nerfs qui paralyse les deux cordes vocales. C'est une complication très rare qui nécessite un traitement en urgence comme une trachéotomie*.

Le chirurgien peut utiliser un monitoring des nerfs récurrents pendant l'opération. Cette technique permet de tester la réponse de ces nerfs à une stimulation électrique et de vérifier ainsi leur fonctionnement.

Les complications spécifiques au curage ganglionnaire

Une lymphorée : c'est un écoulement de lymphe* qui peut former une poche de liquide que l'on appelle lymphocèle. Seules les lymphocèles qui provoquent des symptômes comme une gêne ou des douleurs sont traitées. Une échographie ou un scanner peuvent être réalisés pour confirmer le diagnostic. Le plus souvent, une ponction ou un drainage permettent d'évacuer le liquide.

Une atteinte des nerfs du cou : Les nerfs présents dans la région du cou peuvent être atteints lors du curage ganglionnaire. C'est une complication extrêmement rare qui peut provoquer des fourmillements, des sensations douloureuses et des déficits moteurs.

Les complications communes à toutes les opérations chirurgicales

Une infection de la plaie. C'est une complication rare qui survient généralement dans les dix jours suivant l'intervention. Elle est traitée par des soins de la plaie et disparaît le plus souvent en quelques jours.

Un hématome compressif. C'est une complication exceptionnelle. Il s'agit d'une accumulation de sang qui se forme au niveau de la zone opérée dans les premières heures suivant l'intervention. Il est nécessaire d'intervenir en urgence par une opération pour évacuer l'hématome et rechercher le vaisseau responsable du saignement.

Toutes ces complications sont connues de votre équipe soignante et leur prise en charge fait partie intégrante de votre parcours de soins.

Les conséquences au quotidien

Les hormones thyroïdiennes ont un rôle fondamental dans le fonctionnement du corps et l'ablation de la thyroïde nécessite donc la prise d'un traitement hormonal à vie.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le chapitre « Le traitement hormonal », page 39.

Le traitement hormonal ou hormonothérapie

COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ? QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT ?

Le traitement hormonal consiste à prendre des hormones thyroïdiennes de synthèse sous forme d'un médicament, la lévothyroxine.

La lévothyroxine remplace les hormones naturelles qui étaient produites par la thyro ide avant qu'elle ne soit retirée lors de la chirurgie. Une hormonothérapie est mise en place après la chirurgie ou après le traitement à l'iode radioactif ; elle doit être prise à vie. Le traitement peut être adapté au cours du temps, comme en cas de grossesse (voir aussi « Grossesse, allaitement et cancer », page 59).

Le traitement hormonal peut agir de deux façons selon la dose employée :

I à dose normale, il remplace l'action de la thyro ide et vise à maintenir une TSH*   un taux normal ; on parle d'hormonothérapie substitutive ;

I à dose élevée, il remplace l'action de la thyro ide et vise à limiter le développement des éventuelles cellules cancéreuses restantes en gardant la TSH à un taux bas ; on parle alors d'hormonothérapie frénatrice.

Le niveau de TSH souhaité est déterminé en RCP* et la dose d'hormones est ajustée en fonction de ce taux. Ce dosage peut être réévalué pendant votre traitement.

1.1 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

La lévothyroxine se présente la plupart du temps sous forme d'un comprimé à avaler une fois par jour avec un grand verre d'eau. Si vous ne pouvez pas avaler de comprimé, parlez-en à votre médecin.

Quelques précautions sont à respecter autour de la prise du médicament. Certains aliments comme le soja diminuent l'absorption du médicament. Évitez d'en consommer dans les heures précédant et suivant la prise du comprimé. Si vous devez prendre des compléments en fer ou en calcium, attendez au moins deux heures après avoir pris la lévothyroxine.

Associer la lévothyroxine avec d'autres médicaments, comme les pansements gastriques, peut également entraîner des effets indésirables ou diminuer l'efficacité du traitement. Ne prenez pas de médicaments sans ordonnance avant d'avoir signalé à votre pharmacien que vous suivez une hormonothérapie thyroïdienne. Si vous consultez un médecin spécialiste, signalez-le-lui également.

Comme tous les traitements hormonaux, l'hormonothérapie nécessite un suivi régulier. Des bilans sanguins sont effectués pour mesurer le taux d'hormones thyroïdiennes et de TSH dans le sang. Votre médecin ajuste ainsi la posologie du traitement en fonction des résultats du bilan sanguin.

1.2 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT ?

Le traitement hormonal entraîne généralement peu d'effets secondaires et n'a pas de conséquence sur votre vie quotidienne ou sur votre activité professionnelle. La dose initiale est calculée à partir de la quantité optimale d'hormones en fonction de votre poids, de votre âge et de votre sexe.

S'il n'est pas correctement ajusté, vous pouvez néanmoins ressentir les symptômes d'une hyperthyroïdie* ou d'une hypothyroïdie* (voir encadré ci-contre). Au cours des traitements, vous pouvez passer par l'une de ces phases ou parfois même les deux, à des moments différents.

Si des effets d'hypo ou d'hyperthyroïdie surviennent, il est important d'en discuter avec votre médecin pour qu'il adapte, au besoin, votre traitement et vous conseille sur la façon de réduire ces effets.

HYPOTHYROÏDIE ET HYPERTHYROÏDIE

Quels sont les principaux signes d'une hypothyroïdie ? Fatigue, gonflements, frilosité, constipation, prise de poids, faiblesse musculaire, difficultés de concentration, déprime, troubles de la mémoire.

Quels sont les principaux signes d'une hyperthyroïdie ? Agitation, irritabilité, palpitations, essoufflement à l'effort, tremblements, transpiration excessive, diarrhée, perte de poids, insomnie, faiblesse musculaire.

Les signes cités ci-dessus sont donnés à titre indicatif et peuvent avoir une autre cause qu'une hyper ou une hypothyroïdie. Cela signifie que si vous présentez l'un de ces symptômes, il n'est pas nécessairement provoqué par le traitement hormonal.

Ces signes varient souvent au cours du temps et d'une personne à l'autre ; ils n'ont pas de rapport avec l'évolution du cancer.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Το κείμενο που επέλεξα να μεταφράσω, από τα γαλλικά στα ελληνικά, για την πτυχιακή μου εργασία αποτελεί απόσπασμα ιατρικού κειμένου και ονομάζεται “Les traitements du cancer de la thyroïde”, δηλαδή « Οι θεραπείες του καρκίνου του θυρεοειδούς», το οποίο είναι αναρτημένο στην επίσημη σελίδα του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου της Γαλλίας. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για έναν ιατρικό οδηγό, ο οποίος δημοσιεύθηκε τον Ιούλιο του 2013, και κύριος στόχος του είναι να καταστήσει δυνατή την δωρεάν και έγκυρη ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και του ευρύτερου κοινού που ενδιαφέρονται και θέλουν να μάθουν περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο του θυρεοειδούς. Το περιεχόμενο λοιπόν, του συγκεκριμένου ιατρικού οδηγού, έγκειται στο να εξηγήσει τι είναι ο θυρεοειδής και ο καρκίνος του θυρεοειδούς, την συνολική διαδικασία της εγχείρησης του ασθενούς, καθώς και τις ποικίλες θεραπείες που υπάρχουν, συμπεριλαμβανομένων και τυχών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν.

Όπως αναφέρει η Nord, ο Hans J. Vermeer ονομάζει τη θεωρία του *θεωρία του Σκοπού*, μια θεωρία στοχευμένης δράσης. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία κύριος παράγοντας που καθορίζει τον στόχο μιας μετάφρασης είναι ο παραλήπτης, δηλαδή ο δέκτης για τον οποίο προορίζεται το κείμενο-στόχος. (Vermeer 1987). Αργότερα, το 1990 ο Vermeer έκανε μια διάκριση ανάμεσα στο σκοπό και τον στόχο του κειμένου-στόχος. Ο σκοπός ορίζεται ως το τελικό αποτέλεσμα που επιθυμεί να επιφέρει το δρών υποκείμενο μέσω μιας δράσης (Vermeer 1986 α:239). Ο στόχος από την άλλη, ορίζεται από τον Vermeer, ως ένα προσωρινό στάδιο στη διαδικασία της επίτευξης ενός σκοπού. Με βάση αυτή τη θεωρία, σκοπός του ιατρικού οδηγού είναι αφότου ο αναγνώστης διαβάσει τον ιατρικό οδηγό να έχει μια πλήρη εικόνα για τον καρκίνο του θυρεοειδούς, ενώ ο στόχος του οδηγού είναι επικοινωνήσει στον αναγνώστη τα χαρακτηριστικά του καρκίνου του θυρεοειδούς και τους τρόπους αντιμετώπισής του.

Κατά την διαδικασία μετάφρασης ενός ειδικού κειμένου δεν είναι λίγες οι δυσκολίες στις οποίες θα πρέπει να ανταπεξέλθει ο μεταφραστής. Σε κάθε διαδικασία μετάφρασης ανεξαρτήτως του είδους κειμένου, ο μεταφραστής οφείλει να κατέχει σε πολύ καλό βαθμό τόσο την μητρική του γλώσσα, όσο και την γλώσσα στην οποία καλείται να μεταφράσει. Παρόλο αυτά, όταν πρόκειται για ένα ειδικό κείμενο, και στην περίπτωση της εργασίας μου ιατρικό κείμενο, ένα επιπλέον βάρος για τον μεταφραστή είναι ότι χρειάζεται να κατέχει γνώσεις σχετικές με το κείμενο που καλείται να μεταφράσει. Αυτό συμβαίνει επειδή ο μεταφραστής πρέπει να έχει την κρίση της αντίληψης του τι διαβάζει, να μπορεί να το κατανοήσει, ώστε να έχει την απαραίτητη ευελιξία και να μπορέσει αντίστοιχα να προχωρήσει στο κομμάτι της μετάφρασης.

Αρχικά, η γλώσσα του κειμένου-πηγή είναι ειδική. Όπως αναφέρουν οι Βαλεοντής και Π.Γ. Κριμπάς, ειδική είναι η γλώσσα που χρησιμοποιείται σε ένα θεματικό πεδίο, η οποία περιλαμβάνει ένα υποσύνολο της γενικής γλώσσας και χαρακτηρίζεται από την χρήση ίδιων γλωσσικών μέσων έκφρασης, το βασικότερο από τα οποία είναι το

ορολόγιο ή, αλλιώς, η ορολογία του θεματικού πεδίου: δηλαδή το σύνολο των όρων με τους οποίους παριστάνονται (κατασημαίνονται) όλες οι έννοιες, οι μονάδες γνώσης, του θεματικού πεδίου (Βαλεοντής & Κριμπάς, 2014).

Ένα από τα κύρια και πιο συχνά προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει αργότερα ο μεταφραστής, κατά τη διαδικασία μετάφρασης ενός ιατρικού, ή γενικότερα τεχνικού κειμένου, είναι αυτό της ορολογίας. Κύριες γλώσσες προέλευσης της ιατρικής ορολογίας στο παρελθόν υπήρξαν τα λατινικά, κυρίως στον τομέα της ανατομίας, και τα ελληνικά κυρίως στον τομέα της παθολογίας. Είναι πολύ φυσιολογικό πλήθος ιατρικών όρων να προέρχεται από τα ελληνικά καθώς ο Ιπποκράτης, ή σύμφωνα με τον Αριστοτέλη ο «Μέγας Ιπποκράτης», ήταν από τους πρώτους ιατρούς του οποίου η συνεισφορά θα μείνει ανεκτίμητη στην ανθρωπότητα. Έτσι, χάρη στο έργο του, τόσο στο πεδίο της Ανατομίας όσο και της Παθολογίας, οι όροι έχουν κυρίως ελληνική ετυμολογία. Παρόλο αυτά, καθότι ο κλάδος των επιστημών, των τεχνολογιών, και της ιατρικής αναπτύσσονται και εξελίσσονται ραγδαία με την πάροδο του χρόνου, έτσι και η γλώσσα σαν ζωντανός οργανισμός οφείλει να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα ώστε να επιτελεί τον σκοπό της. Επομένως, είναι αναγκαία η δημιουργία νέας ορολογίας ή ο εμπλουτισμός αυτής που ήδη υπάρχει και χρησιμοποιείται. Ενώ λοιπόν, η Αγγλία κυριαρχεί στον χώρο της Γενετικής, και γενικότερα στις Ιατρικές Επιστήμες, οι περισσότεροι νέοι όροι της ιατρικής ορολογίας προέρχονται από μεταφορά πρωτότυπου όρου από τα αγγλικά, χωρίς να αποκλείονται άλλες γλώσσες. (Κεραμίδας 2015)

Σύμφωνα με την Παριανού η Ελληνική γλώσσα έχει αρκετά υψηλό βαθμό ορολογικής βεβαιότητας, κάτι το οποίο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ένας όρος που έχει πρόσφατα εισαχθεί στο λεξιλόγιο, παρέχει λίγο χρόνο στους ορολόγους ώστε αυτοί να καταλήξουν σε μια μετάφραση. (Παριανού 2003) Επομένως, προκειμένου να ξεπεραστούν αυτά τα ορολογικά προβλήματα και να μεταφραστούν οι όροι, σύμφωνα με τον Κεραμίδα, «συνήθης μηχανισμός απόδοσης ξένης ορολογίας στα ελληνικά είναι η σύνθεση σύμπλοκων όρων, κυρίως πολυλεκτικών, αλλά και κυρίως μονολεκτικών. Μάλιστα, η πλειονότητα των όρων αυτών έχει προέλθει από δάνεια, κατά κύριο λόγο μεταφραστικά, με χρήση γενικής πτώσης». (Κεραμίδας 2015:112)

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω πρόκειται για έναν ιατρικό οδηγό, ο οποίος απευθύνεται στον μέσο αναγνώστη, επομένως στοχεύει στην δημιουργία μιας ουσιώδους επικοινωνίας με τον αναγνώστη, ώστε να μεταλαμπαδεύσει το περιεχόμενό του με ακριβή τρόπο, χωρίς να του προκαλέσει ασάφεια και ερωτηματικά. Καθότι λοιπόν, το ύφος των ιατρικών κειμένων διαφέρει ανάλογα με τον σκοπό που εξυπηρετούν και το κοινό που απευθύνονται, και εφόσον ο συγκεκριμένος οδηγός δεν είχε κάποιο επίσημο ιατρικό ύφος, αλλά απευθύνεται σε έναν απλό μέσο αναγνώστη, το ύφος δεν αύξησε ιδιαίτερα τον βαθμό δυσκολίας του κειμένου κατά την μετάφραση. Επομένως, παρόλο που κατά γενική ομολογία τα τεχνικά κείμενα, και πόσο μάλλον τα ιατρικά τείνουν να έχουν έναν ιδιαίτερο βαθμό δυσκολίας λόγω του επίσημου ύφους, η μεταφραστική δυσκολία ως προς το ύφος του

κειμένου, ήταν ότι έπρεπε να διατηρηθεί η απλότητά του, η οποία στοχεύει στο να είναι κατανοητή και όχι δυσνόητη από τον μέσο αναγνώστη.

Σύμφωνα με τον Wilss (Μπατσαλιά & Σελλά-Μάζη, 1994:108-109): μεταφραστική δυσκολία συναντάμε όταν δεν είναι δυνατή μία λεξιλογική ή συντακτική μία προς μία αντιστοίχιση μεταξύ του κειμένου-πηγή και του κειμένου-στόχος, διότι, στην περίπτωση αυτή, μία τέτοια «λέξη προς λέξη» μετάφραση θα επέφερε αρνητικά μεταφραστικά αποτελέσματα.

Πριν ξεκινήσω να σχολιάζω τα μεταφραστικά προβλήματα και τις μεταφραστικές δυσκολίες που έπρεπε να αντιμετωπίσω κατά την μετάφραση του ιατρικού οδηγού, θα ήθελα να αναφερθώ στις υποκειμενικές δυσκολίες που συνάντησα. Πρώτον, η μεγαλύτερη δυσκολία σε αυτό το μεταφραστικό ταξίδι, το οποίο θέλησα να ακολουθήσω, ήταν η επιλογή μου να μεταφράσω ένα ιατρικό κείμενο ,που επικεντρώνεται και αναλύει τομείς του καρκίνου του θυρεοειδούς. Καθότι σπουδάζω την επιστήμη της μετάφρασης το αντικείμενο του κειμένου που επέλεξα μου ήταν άγνωστο, με αποτέλεσμα να χρειαστεί να ανατρέξω σε πλήθος βιβλιογραφικών πηγών, άρθρων και μελετών, επίσημων και ανεπίσημων, προκειμένου να αποκτήσω γνώσεις και να μπορέσω να κάνω ορθότερη επιλογή όρων, και κατ'επέκταση αποτελεσματικότερη μετάφραση. Η δεύτερη υποκειμενική δυσκολία προέκυψε εξαιτίας της πανδημίας του κορονοϊού, λόγω της οποίας δεν μπόρεσα να χρησιμοποιήσω την βιβλιοθήκη του Ιονίου Πανεπιστημίου και να έχω πρόσβαση σε πλήθος λεξικών, καθώς και σε αξιόπιστες βιβλιογραφικές πηγές, που θα καθιστούσαν την έρευνά μου πιο καθολική και έγκυρη.

Συνεχίζοντας στον σχολιασμό των μεταφραστικών προβλημάτων και δυσκολιών, θα ήθελα να διευκρινίσω ότι θα προσπαθήσω να τα σχολιάσω βασιζόμενη στην θεωρία των Vinay & Darbelnet (1958). Οι επτά μεταφραστικές τεχνικές που ανέπτυξαν είναι οι εξής: 1) «Το δάνειο» 2) «το έκτυπο» 3)«την κατά λέξη μετάφραση» 4) «τη μετάταξη» 5) «τη μετατροπία» 6) «την ισοδυναμία» και 7) «την προσαρμογή». Συνέχισαν χωρίζοντας αυτές τις τεχνικές στην άμεση μετάφραση (δάνειο, έκτυπο, κατά λέξη μετάφραση, και στην έμμεση μετάφραση (μετάταξη, μετατροπία, ισοδυναμία, προσαρμογή). Αναλυτικότερα δάνειο (emprunt) είναι η αυτούσια μεταφορά ενός λεξήματος, έκτυπο (calque) είναι ένα σύνταγμα το οποίο διατηρεί την δομή της γλώσσας-πηγής και το νόημά του μεταφέρεται κατά λέξη, μετάταξη (transposition) αντικατάσταση ενός μέρους του λόγου περνώντας από τη μία γλώσσα στην άλλη χωρίς να αλλάζει η σημασία του, μετατροπία (modulation) είναι η μεταφορά του νοήματος από διαφορετική οπτική από την γλώσσα-πηγή, ισοδυναμία (equivalence) είναι η μεταφραστική τεχνική η οποία εστιάζει στην εύρεση αντίστοιχων επιφωνημάτων, ιδιωτισμών, παροιμιών, ρητών, εκφράσεων κ.λπ., προσαρμογή (adaptation) εύρεση αντίστοιχης πολιτισμικής ιδιαιτερότητας λόγω διαφοράς πολιτισμών μεταξύ της γλώσσας-πηγής και της γλώσσας-στόχου.

Μια από της δυσκολίες που συνάντησα ήταν η μετάφραση του αρκτικόλεξου RCP, το οποίο στεκόταν μόνο του στο κείμενο χωρίς κάποια επεξηγηματική παρένθεση. Στο

γλωσσάρι του οδηγού το RCP αναφερόταν ως Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, αλλά μια κατά λέξη μετάφραση δεν θα έβγαζε κανένα νόημα στα ελληνικά, ειδικά εφόσον δεν υπάρχει κάποιος αντίστοιχος φορέας στην Ελλάδα. Διαβάζοντας, λοιπόν, περισσότερα για το RCP, αντιλήφθηκα ότι επρόκειτο για μια ένωση, στην οποία επαγγελματίες των επιστημών υγείας συζητούν για την κατάσταση κάποιου ασθενή, ψάχνουν να βρουν την κατάλληλη θεραπεία, αναλύουν τα πιθανά θετικά ή αρνητικά ενδεχόμενα, προκειμένου να ενημερωθεί ο ασθενής και να ακολουθήσει μια θεραπεία ειδικά προσαρμοσμένη στα δικά του δεδομένα. Συνοπτικά, θεώρησα ότι πρόκειται για μια ένωση στην οποία οι ιατροί ανταλλάσσουν απόψεις και αποφάσισα να διατηρήσω το αρκτικόλεξο RCP ως έχει στο μετάφρασμα και δίπλα σε παρένθεση να το επεξηγήσω ως Ένωση Διεπιστημονικής Ανταλλαγής Απόψεων.

Εν συνεχεία, προσπαθώντας να είμαι πιστή στην μεταφραστική ισοδυναμία συναντώντας την πρόταση «l'analyse extemporanée ne permet pas de conclure», απέφυγα την κατά λέξη μετάφραση καθώς αυτή θα οδηγούσε παρερμηνεία, και επέλεξα να το μεταφράσω ως «η επιτόπια ανάλυση δεν οδηγεί σε συμπέρασμα». Χρησιμοποίησα την τεχνική της μετάταξης, καθώς το ρήμα conclure μετατράπηκε σε ουσιαστικό και μεταφράστηκε ως συμπέρασμα.

Έπειτα, η πρόταση «guider la prise en charge de cette complication», όπως και στα προηγούμενα παραδείγματα, δεν θα έβγαζε κανένα νόημα αν την μετέφραζα κατά λέξη. Έτσι, θεώρησα ότι το «guider la prise en charge» θα ήταν καλύτερο να μεταφραστεί ως «να αντιμετωπιστεί». Σε αυτό το σημείο χρησιμοποίησα την τεχνική της μετατροπίας καθώς υπάρχει μετατροπή της ενεργητικής φωνής στο κείμενο-πηγή σε παθητική φωνή στο κείμενο στόχο. Επίσης, πρόκειται και για την τεχνική της ισοδυναμίας καθώς το νόημα μιας ολόκληρης έκφρασης αποδίδεται με δυο λέξεις, χωρίς το ίδιο να παραποιείται.

Επίσης, μπαίνοντας στην διαδικασία να μεταφράσω ένα ιατρικό κείμενο που στοχεύει στην ορθή ενημέρωση του αναγνώστη σχετικά με τον καρκίνο του θυρεοειδούς, συνειδητοποίησα πόσο σημαντικό είναι να δώσω πολύ προσοχή ακόμη και στην μετάφραση των άρθρων. Είναι πολύ σημαντικό από την μεριά του μεταφραστή να μπορεί να κατανοήσει την χρησιμότητα όλων των μερών του λόγου που μπορεί να υπάρχουν σε μια πρόταση, και να μπορεί να αναγνωρίσει ποια στοιχεία επιτρέπεται να παραλειφθούν και ποια όχι, προκειμένου να έχει ένα άρτιο αποτέλεσμα που θα προσανατολίζει ορθά τον αναγνώστη χωρίς να του δημιουργεί κενά και ασάφειες, ή ακόμη χειρότερα χωρίς να του επικοινωνεί λανθασμένες πληροφορίες. Ένα τέτοιο παράδειγμα που συνάντησα στο κείμενο-πηγή είναι η πρόταση «Ils sont provoqués par une atteinte des nerfs qui paralyse les deux cordes vocales», την οποία μετέφρασα «Προκαλούνται από την προσβολή νεύρου που παραλύει τις δυο φωνητικές χορδές». Στην περίπτωση, λοιπόν, που παραλειφθεί η μετάφραση του άρθρου les, το μήνυμα θα σταλεί ημιτελές, καθώς ο μέσος αναγνώστης, στον οποίο απευθύνεται αυτός ο ιατρικός οδηγός, μπορεί να μην γνωρίζει ότι ο άνθρωπος διαθέτει δυο χορδές

συνολικά, και να θεωρήσει ότι από την προσβολή του νεύρου που παραλύει δυο φωνητικές χορδές από το σύνολο, ενώ στην πραγματικότητα τις παραλύει όλες.

Σχολιάζοντας τα προβλήματα ορολογίας που συνάντησα, θα ήθελα πρώτα να αναφερθώ στο τι είναι ορολογία και τι όρος. Η ορολογία είναι η επιστήμη που έχει ως αντικείμενο την εξέταση και ανάλυση όρων (Χαραλαμπίδης, 2011). Ο κλάδος της ορολογίας, δηλαδή, ασχολείται και μελετά όρους και έννοιες, την χρήση τους και την σημασία τους σε ένα συγκεκριμένο θεματικό πλαίσιο. Σύμφωνα με την Cabré (στο Packeiser, 2009:55) «Ένας όρος είναι μια μονάδα με παρόμοια γλωσσικά χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούνται σε έναν ειδικό τομέα. Από γλωσσικής άποψης, μια λέξη είναι μια μονάδα που χαρακτηρίζεται από την κατοχή μιας φωνητικής μορφής, μιας απλής ή σύμπλοκης μορφολογικής δομής, γραμματικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων, και μιας έννοιας που περιγράφει την κατηγορία στην οποία ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ανήκει. Ένας όρος είναι επίσης μια μονάδα που παρουσιάζει τα ίδια χαρακτηριστικά.» Όταν αναφερόμαστε στον όρο, εννοούμε μια λέξη που ανήκει σε εξειδικευμένο λεξιλόγιο και επομένως, χρησιμοποιείται στις επιστήμες αλλά και σε ορισμένα επαγγέλματα. Όρους, λοιπόν, οι άνθρωποι δεν χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας επικοινωνία αλλά τους συναντάμε σε εγχειρίδια, σε επιστημονικά βιβλία και άρθρα, σε συμβόλαια, και μπορούν να γίνουν κατανοητοί ή να χρησιμοποιηθούν ορθά μόνο από όσους έχουν την αντίστοιχη ειδική γνώση και εμπειρία που απαιτείται.

Ένα από τα πρώτα προβλήματα ορολογίας που αντιμετώπισα ήταν η μετάφραση του όρου follicule. Κατά την έρευνα σε λεξικά και ηλεκτρονικές πηγές οι πρώτοι όροι που μου εμφανίζονταν ήταν ωοθυλάκιο, θύλακας και θυλάκιο. Μου ήταν πολύ εύκολο να απορρίψω το ωοθυλάκιο καθώς δεν σχετίζεται με τον θυρεοειδή. Για να καταλήξω ανάμεσα στον θύλακα και στο θυλάκιο δυσκολεύτηκα αρκετά καθώς δεν μπορούσα να βρω κάποιον αξιόπιστο ορισμό τους στο διαδίκτυο. Για αυτό ανέτρεξα στο μικρό λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας του κ. Μπαμπινιώτη, στο οποίο ο θύλακας ερμηνεύεται ως θήκη ή περίβλημα οργάνων του σώματος και το θυλάκιο ως κοίλωμα βλεννογόνου αδένα. Με βάση το συγκεκριμένο επέλεξα τον όρο θυλάκιο καθώς στην πρόταση αναφέρεται ότι τα κύτταρα ομαδοποιούνται και οργανώνονται σε μικρές σφαίρες, επομένως δεν θα μπορούσε να είναι ο θύλακας καθώς ο ρόλος του είναι διαφορετικός.

Ένα παρόμοιο πρόβλημα ορολογίας ήταν η μετάφραση του cancer médullaire καθώς και πάλι βρέθηκα ανάμεσα σε δύο επιλογές, στον μυελοειδή καρκίνο και στον μυελώδη καρκίνο. Οι ελληνικές βιβλιογραφικές πηγές στις οποίες μπορούσα να ψάξω διαδικτυακά ήταν δυστυχώς ελάχιστες. Τον όρο μυελοειδή καρκίνο τον βρήκα στο ΙΑΤΕ, παρόλο αυτά ψάχνοντας παραπάνω βρήκα ένα κείμενο οδηγιών του ΕΟΠΕ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ) το οποίο αναφέρονταν στον μυελώδη καρκίνο και επομένως αποφάσισα να χρησιμοποιήσω αυτή την απόδοση θεωρώντας τον ΕΟΠΕ πιο αξιόπιστη πηγή.

Ένα λάθος στο οποίο υπέπεσα και μου επισύναψε ο καθηγητής και επόπτης της εργασίας μου κύριος Παπαβασιλείου ήταν η μετάφραση του lobectomie ως λοβοτομή. Παρασυρόμενη από την φαινομενικά κοινή τους ρίζα θεώρησα, χωρίς να κάνω σωστή έρευνα, ότι επρόκειτο για δάνειο και πως χωρίς δεύτερη σκέψη η κατάλληλη μετάφραση ήταν η λοβοτομή, ενώ στην πραγματικότητα η συγκεκριμένη είναι μια χειρουργική επέμβαση που χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν για την αντιμετώπιση ψυχικών παθήσεων και διανοητικών διαταραχών. Ύστερα από μια έρευνα, την οποία όφειλα να είχα κάνει εξ αρχής είδα πως η λοβοτομή στα γαλλικά είναι lobotomie, ενώ η λοβεκτομή, που εν τέλει χρησιμοποίησα, lobectomy.

Μια άλλη δυσκολία που συνάντησα και οφειλόταν στην ορολογία ήταν η μετάφραση του όρου analyse extemporanée. Ψάχνοντας τον όρο στην σελίδα της IATE και της SYSTRAN τα αποτελέσματα των αναζητήσεων ήταν ταχεία βιοψία και ανάλυση χρόνου, αντίστοιχα. Έχοντας διαβάσει καλά το κείμενο και εφόσον σε αυτό το σημείο είχα διαβάσει πολλά σχετικά κείμενα με τον καρκίνο του θυρεοειδούς μπορούσα να αντιληφθώ ότι εάν χρησιμοποιούσα κάποιον από τους παραπάνω όρους θα χανόταν το νόημα. Με βάση το συγκεκριμένο θεώρησα ότι ουσιαστικά επρόκειτο για μια επιτόπια ανάλυση, η οποία όπως αναφέρεται και στο κείμενο «Le chirurgien peut demander qu'un analyse soit effectuée pendant l'opération», επομένως δεν επρόκειτο για μια προγραμματισμένη εξέταση αλλά για γρήγορη τεχνική που επιτρέπει στον ιατρό να προσαρμόσει την κίνησή του σύμφωνα με τα αποτελέσματα. Για αυτό το λόγο επέλεξα να μεταφράσω τον όρο ως επιτόπια ανάλυση, ώστε ο έλληνας αναγνώστης να κατανοήσει σωστά την πρόταση και κατά συνέπεια την διαδικασία, όπως αυτή αναφέρεται στο κείμενο.

Συμπερασματικά, σε αυτό το μεταφραστικό ταξίδι συνειδητοποίησα ακόμη περισσότερο την χρησιμότητα, την αναγκαιότητα και την αναγκαιότητα του επαγγέλματος του μεταφραστή. Το καθήκον του μεταφραστή δεν έγκειται στην απλή μεταφορά λέξεων από την μια γλώσσα στην άλλη, αλλά στην μεταφορά και στην ερμηνεία ιδεών, μηνυμάτων, πληροφοριών και γνώσεων. Επιπλέον, για να έχει την ικανότητα ο μεταφραστής να κάνει μια ολοκληρωμένη μετάφραση, είναι πολύ σημαντική η έρευνα που θα κάνει πριν ξεκινήσει η διαδικασία της μετάφρασης. Αυτή η έρευνα μπορεί να περιλαμβάνει αναζήτηση και χρήση ηλεκτρονικής και έντυπης βιβλιογραφίας, ώστε να έχει το απαραίτητο γνωστικό υπόβαθρο, είτε λεπτομερή έρευνα της κουλτούρας στην οποία καλείται να μεταφράσει ορθά τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της γλώσσας (επιφωνήματα, ιδιωματισμοί, παροιμίες, ρητά, εκφράσεις κ.λπ).

Εν κατακλείδι, η διεκπεραίωση αυτής της εργασίας αποτέλεσε μια σημαντική δοκιμασία πάνω στην ιατρική μετάφραση, αλλά και εξέχουσα πηγή γνώσης ως μία ακαδημαϊκή δραστηριότητα. Οι εμπειρίες που αποκόμισα ήταν εποικοδομητικές και σίγουρα θα μου φανούν χρήσιμες στην μετέπειτα πορεία μου στον χώρο της μετάφρασης, και ιδιαίτερα στον τομέα της ιατρικής μετάφρασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Βαλεοντής, Κ. (2004). Ο «Αναλογικός κανόνας» χρήσιμο ορολογικό εργαλείο στη διαγλωσσική μεταφορά γνώσης, Ελληνική Εταιρεία Ορολογίας (ΕΛΕΤΟ)
- Μπατσαλιά, Φ. & Σέλλα-Μάζη. Ε. (1994). Γλωσσολογική προσέγγιση στη θεωρία και τη διδακτική της μετάφρασης. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Κεντρωτής Γ., Θεωρία και πράξη της μετάφρασης (2000), εκδόσεις Δίαυλος
- Κεραμίδας Σ.Γ. (2015). Ζητήματα ορολογίας στην τεχνική μετάφραση, Εκδόσεις Δίαυλος
- Παριανού Α., Ειδική γλώσσα και η αναζήτηση νέας ορολογίας κατά τη μεταφραστική διαδικασία, Αθήνα 2003
- Τσίγκου Α.Μ. Μαρία, Γλωσσολογία & Μετάφραση, εκδόσεις Δίαυλος 2011
- Χαραλαμπίδης, Χ. (2011). Λεξικογραφία και ορολογία: Συμπεράσματα από τη σύγκριση δύο σύγχρονων νεοελληνικών λεξικών. ΕΛΕΤΟ – 8ο Συνέδριο «Ελληνική Γλώσσα και Ορολογία», 10-12 Νοεμβρίου 2011.

Ξενόγλωσση

- Christiane Nord, Η μετάφραση ως στοχευμένη δραστηριότητα, Εκδόσεις Δίαυλος, Αθήνα 2014
- Vinay, J.P. & Darbelnet, J. (1958). “Translation Procedures”, in Andrew Chesterman (ed.), Readings in translation theory. Helsinki: Oy Finn Lectura. Pp.61-69
- Packeiser K. (2009) The General Theory of Terminology: A Literature Review and a Critical discussion Ανακτήθηκε στις 21 Ιουνίου 2020, από http://studenttheses.cbs.dk/bitstream/handle/10417/655/kirsten_packeiser.pdf?sequence=1

Έντυπα Λεξικά

- Πατάκης, Γαλλοελληνικό λεξικό, Εκδόσεις Πατάκη
- Γαλλοελληνικό λεξικό, Ροσγοβάς, 2008
- Le Robert Pratique
- Μικρό λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, Γ. Μπαμπινιώτης, Κέντρο Λεξικολογίας
- Αγγλοελληνικό και ελληνοαγγλικό λεξικό των ιατρικών όρων, Γεωργίου Ι. Μιχαηλίδη, Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας

Ηλεκτρονικά Λεξικά

- <http://www.acronymfinder.com>
- <http://iate.europa.eu/>
- <https://www.cnrtl.fr/>
- <https://www.linguee.fr/francais-grec>
- <http://www.eleto.gr/gr/reception.htm>