

CONDUITE A TENIR DEVANT UN NODULE THYROÏDIEN

Q.Charbonnier – Hôpital R.Salengro – 02.04.2012

généralités (1)

- ▣ Lésion parenchymateuse
- ▣ Diagnostic clinique
- ▣ Découverte fortuite



généralités (2)

- Incidence élevée
 - Echo : 15-50%
- Examen clinique – bilan hormonal
 - Orientation lésion bénigne / maligne
 - Complications locales
 - Caractère fonctionnel
 - 10% des nodules thyroïdiens
- 90 % restant : 5 % de lésions malignes

épidémiologie

Prévalence clinique 3.2-4.2 %

Prévalence échographique 20-30 %

Prédominance féminine F/H = 6.6/1

épidémiologie

K Thyroïde : 1.3 % de l'ensemble des cancers

Mortalité : 0.3/100000/an

circonstances de découverte

- Autodiagnostic, examen de routine
- Atcd perso/familiaux
- Plainte fonctionnelle : complication
 - Dysphonie, dyspnée, dysphagie, douleur
 - Thyréotoxicose
 - Diarrhées, bouffées vasomotrices

interrogatoire

- Age
- Atcd perso d'irradiation
- Atcd familiaux
- Signes fonctionnels : complications
- Modification de taille

examen physique

- Cervical : taille, nombre, aspect des nodules
- Signes locaux de malignité
- Adénopathies
- Signe inflammatoire locaux
- Signes compressifs
- Signes de dysthyroïdie
- Examen général (opérabilité)

bilan paraclinique - biologique

- TSH : systématique
 - Normale
 - Basse : hyperthyroïdie, origine nodulaire
- Calcitonine : non recommandée systématiquement
 - Bon marqueur tumoral CMT
 - Rare, mauvais pronostic
 - Faible coût
 - Si suspicion clinique de nodule malin
- T4 libre
- NFS, CRP selon présentation clinique

bilan paraclinique - morphologique

- Echographie cervicale : 1^{ère} intention
 - État du parenchyme thyroïdien
 - Inventaire des nodules, taille
 - Chaines ganglionnaires
 - Arguments bénignité/malignité des nodules/adénopathies

bilan paraclinique - cytologique

- Cytoponction thyroïdienne
 - 15-20 % non contributive
 - 4 % maligne
 - 60-70 % bénigne
 - 10-20 % douteuse

- Pb : cytoponction non contributive/douteuse
 - 20 % de cancers

- Valeur formelle que si positive

scintigraphie thyroïdienne

- Nodule thyroïdien palpable, TSH normale
 - Recommandation grade C HAS
- Hyperthyroïdie prouvée biologiquement (TSH x 2 et T4)
 - Recommandation grade A
 - Basedow, GMHNT, Surcharge iodée
 - Nodule toxique extinctif / non extinctif

TDM cervico médiastinale

- Non systématique
- Non injecté
- Goitre plongeant rétro sternal (grade C)
- Compressif

prise en charge thérapeutique (1)

- Nodules avec TSH basse
 - Hyperthyroïdie infra-clinique : évolution lente vers une forme clinique, impact cardio-vasculaire de la thyrotoxicose.
Discussion traitement freinateur
 - Hyperthyroïdie avérée : traitement par ATS préparatoire avant traitement radical

prise en charge thérapeutique (2)

- Nodules avec Calcitonine élevée
 - Stimulation à la pentagastrine
 - Si > 200 pg/ml : confirme le CMT : Thyroïdectomie totale - curage
 - Si 35-200 : micro CMT ou hyperplasie à cellules C (pré-CMT, K Papillaire, thyroïdite, supra-physiologique).
 - A interpréter en fonction de l'ensemble des données

prise en charge thérapeutique (3)

■ Nodules avec symptomatologie compressive



- Confirmation et précision : Évaluation clinique ORL +/- Pneumo
- Prise en charge radicale (Chirurgie surtout ou Iodothérapie)
- En euthyroïdie si nodule fonctionnel

prise en charge thérapeutique (4)

- Nodules ni compressifs ni sécrétant
 - Suspicion clinique forte de malignité
consistance/âge jeune/irradiation/croissance
 - Cytologie maligne
 - Cytologie douteuse et signes échographiques ou hypofixation
 - Cytologie non contributive (2) et signes écho/hypofixation
 - Adénopathie suspecte, métastase synchrone
 - Pour certains : nodule > 10mm, calcifié
 - Prise en charge chirurgicale : Lobo-isthmectomie / EE +/-
totalisation et curage

prise en charge thérapeutique (5)

- Abstention chirurgicale de première intention : pas de preuve histologique
 - Evaluation diagnostique rassurante
 - Suspicion de malignité à « faible risque »
 - Pb : fiabilité de la cytoponction
 - Choix du patient
 - Surveillance clinique et échographique régulière

prise en charge thérapeutique (6)

- Place du traitement freinateur :
 - Non consensuel
 - A discuter devant un nodule peu suspect
 - Pas au delà de 6 mois
 - Efficacité ?
 - Souvent préalable à la chirurgie

surveillance à moyen et long terme

- Modalités personnalisées
- Progressivement espacée
- Réévaluation clinique à 6 mois puis annuelle
- Contrôle échographique à 6 mois
- Cytoponction de contrôle à 1 an
- Modification clinique : échographie
- Modification échographique : cytoponction

