

Le nodule thyroïdien

Sylvie Pellicciotta
Service de médecine de premier recours
16 avril 2008

Présentation du cas

- Mme N, 44 ans
- Antécédents; Schizophrénie paranoïde, dyslipidémie traitée par statins, tabagisme actif à 20 UPA
- Consulte début janvier pour des ADP sous-angulo-mandibulaire droite.
- Dans le cadre du bilan, un US du cou est effectué

Présentation du cas

- US du cou: 2 adénomes de 7,7 mm au niveau lobe thyroïdien droit.
- Proposition du radiologue: compléter l'examen par une scintigraphie thyroïdienne
- Attitude face à la découverte fortuite d'un ou plusieurs nodules thyroïdiens?

Le nodule thyroïdien

Plan

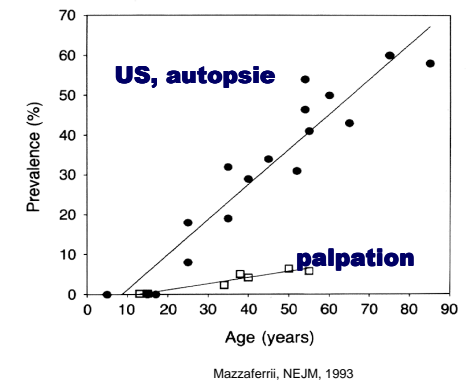
- Épidémiologie
 - Fréquence du nodule thyroïdien
 - Histologie du N.T.
 - Le cancer nodulaire
- Quels nodules investiguer et comment
 - La TSH
 - La scintigraphie thyroïdienne
 - L'échographie
 - La ponction à l'aiguille fine

Epidémiologie

- Importance clinique: exclure un cancer
- Forte prévalence: 5 à 20 % de la population à un nodule palpable de plus de 1 cm. 16 à 67% de sujets de population non sélectionnée ont 1 N.T. > 2 mm à l'US
- Autopsies: 40 à 50 % de la population

Le nodule thyroïdien

- 40% dans la population générale
- 20% à 30 ans
- 50% à 60 ans
 - Facteurs de risques
- Age
- Sexe féminin
- Carence iodée
- Atcd de radiothérapie
- Anamnèse familiale



Etiologie des nodules thyroïdiens

- **Bénin (95% des cas)**
 - nodule colloïde
 - Hashimoto
 - Kystes
 - Adénomes folliculaires (macro ou microfolliculaire et cellulaire)
 - Adénome à cellule de Hurthle
- **Malin(5%)**
 - Carcinome papillaire
 - Carcinome folliculaire
 - Carcinome médullaire
 - Lymphome
 - Métastases (seins, rein...)

Le carcinome thyroïdien

- 4 à 6,5% des nodules thyroïdiens
- En CH, l'incidence annuelle, tout âge confondu:
 - 0,9/100 000 hommes et de 1,6/100 000 femmes
 - Mortalité: 31,4 hommes et 57,4 femmes par an en Suisse, soit 0,3% et 0,8% respectivement des décès sur néoplasie
- La majorité des néoplasies thyroïdiennes est constituée des carcinomes papillaires (75% à 80%) et folliculaires (15%).

Le carcinome thyroïdien

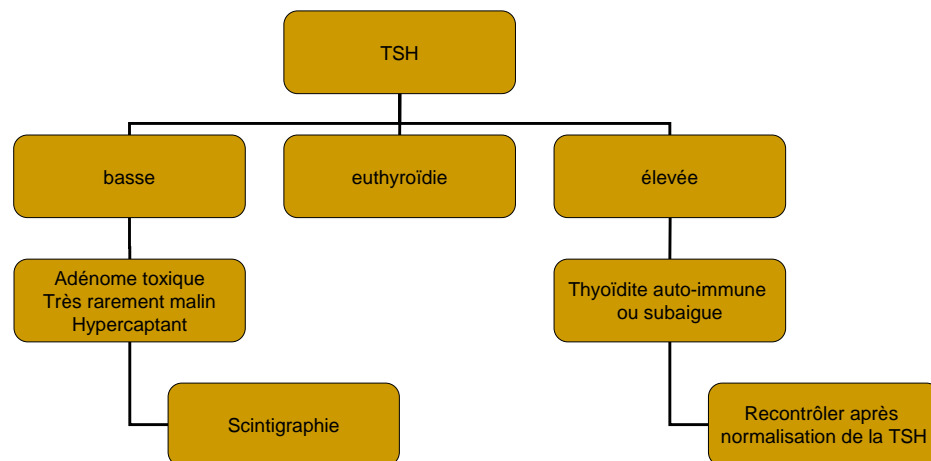
- Facteurs de risques
 - Adultes de moins de 20 ans et plus de 60 ans
 - Antécédents de radiations au niveau de la tête et du cou
 - Anamnèse familiale: cancer de la thyroïde, MEN-2
 - Sexe masculin
 - ADP cervicales
 - Augmentation de taille d'un nodule

Prise en charge

Quel nodule investiguer?

- Tout nodule de plus de 1 cm
- les microcarcinomes n'entraînent pas de néoplasie d'importance clinique et la mortalité des cancers papillaires < 1,5 cm est presque nulle.
- Suivi échographique régulier des nodules infracentimétriques est indispensable
- SAUF si irradiation cervicale ou prédisposition familiale

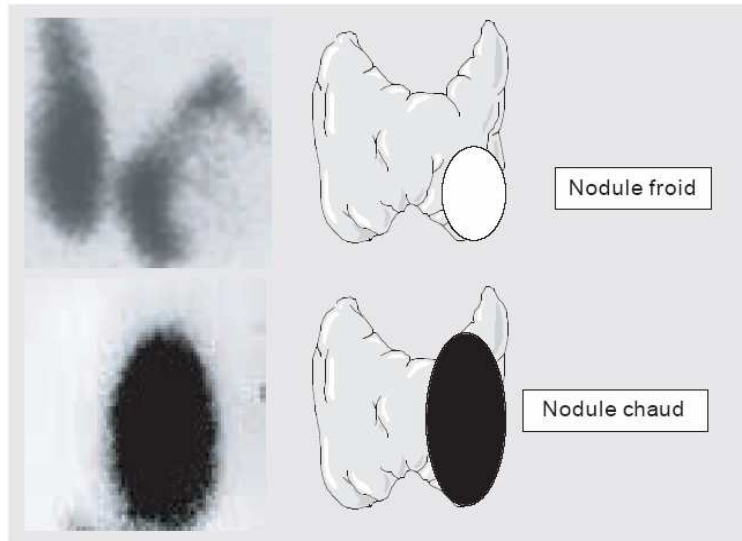
Comment investiguer un N.T.?



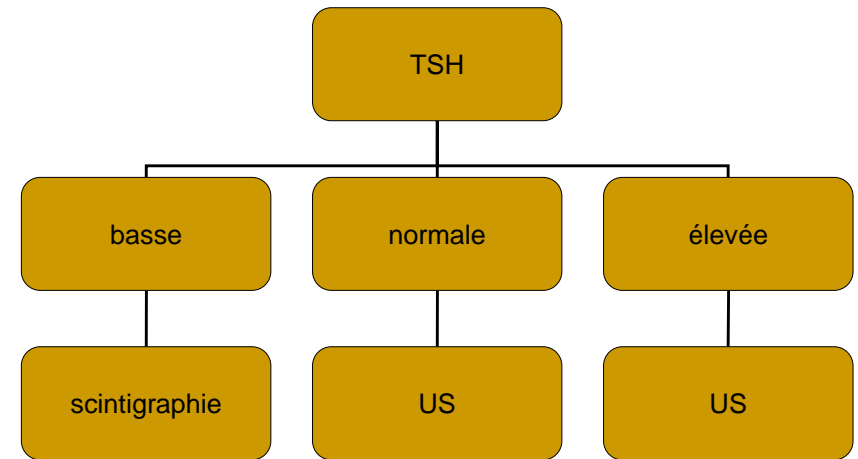
Prise en charge

Scintigraphie

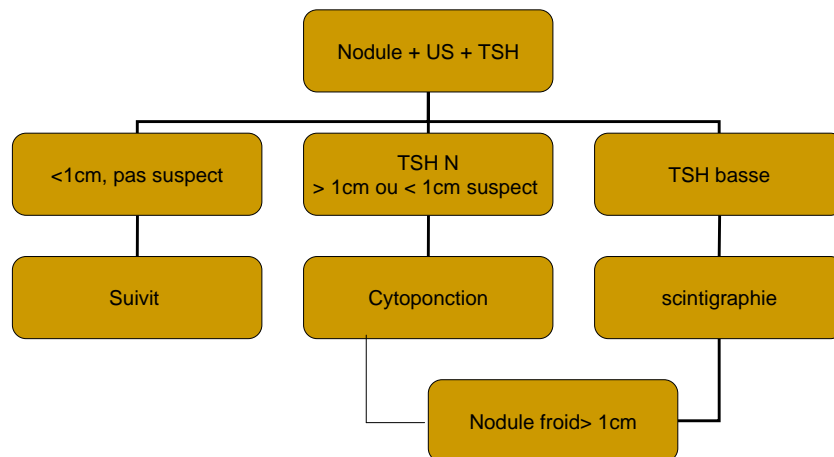
- Peu discriminante dans l'exploration des nodules thyroïdiens hormis pour les nodules à TSH basse
- Un nodule euthyroidien est non fonctionnel, donc froid. Les nodules fonctionnel, chaud sont très rarement malin
- Seuls 5 à 10 % des nodules sont chauds. La grande majorité des nodules sont froids et la grande majorité des cancers apparaissent comme froid



Le nodule thyroïdien Prise en charge



Prise en charge



Prise en charge l'échographie

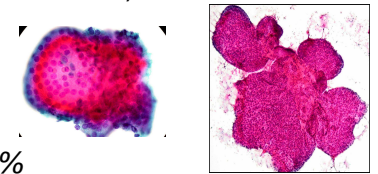
- Permet de définir l'origine d'une masse cervicale
- Ne permet pas de distinguer une lésion maligne d'une lésion bénigne
- Nodule suspect: bord mal délimité, vascularisation centrale, microcalcifications
- Permet de suivre l'évolution d'un nodule

Prise en charge les nodules euthyroïdiens

- Analyse cytologique de la ponction à l'aiguille fine

Prise en charge du nodule thyroïdien La cytoponction

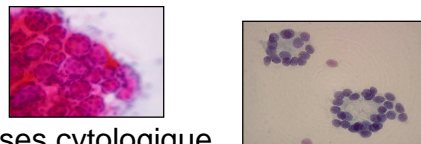
- Sensibilité et spécificité de > 95%
- Permet de classer les nodules selon leur caractère:
 - *Prélèvement est insuffisant*
 - 10% des cas
 - nature du nodule (fibrose, colloïde)
 - *Macrofolliculaire:*
 - *Bénin*
 - 60% des cas
 - *Malignité à l'histologie : 1%*



macrofollicule

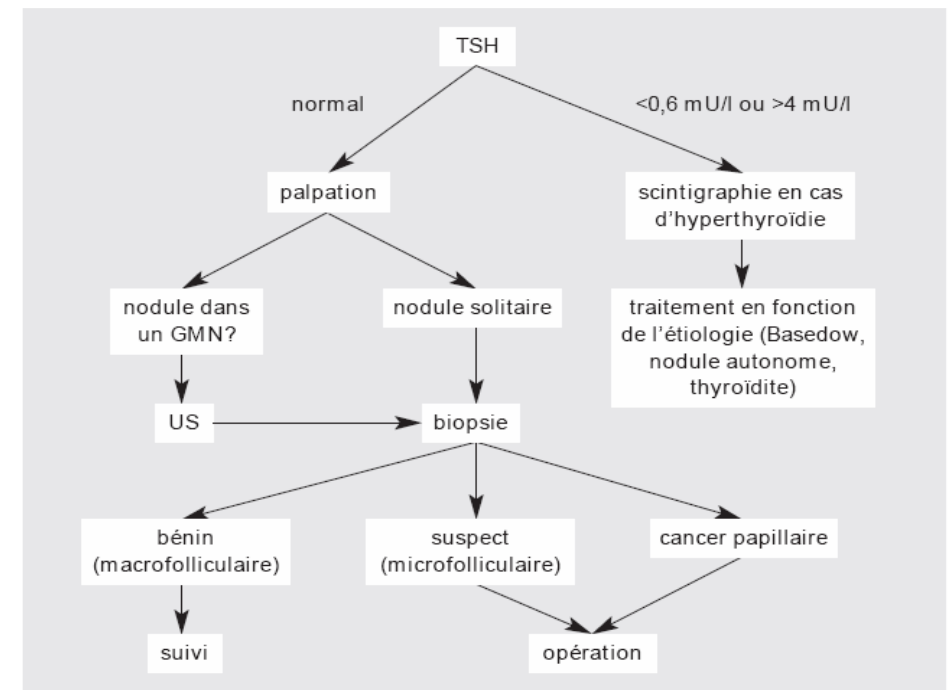
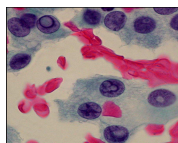
□ *Microfolliculaire:*

- Suspect
- 10 à 20% des analyses cytotogique
- La cytologie ne permet pas de distinguer entre un adénome folliculaire bénin (90 à 95%) et un carcinome malin (5 à 10%) -> histopathologie (invasion vasculaire ou capsulaire)



□ *Papillaire*

- *Malin*



Notre patiente...

- Nodule < 1cm, aspect échographique non suspect, TSH normale...
- Attitude?

Take home messages

- Après avoir écartée une dysthyroïdie avec le dosage de la TSH, la cytologie est le meilleur examen pour sélectionner les nodules à opérer
- Tout nodule thyroïdien > à 1 cm doit être investigué. Taille > 4 cm -> chirurgie
- Suivi des nodules < 1cm: contrôle échographique régulier

Bibliographie

- 1/Revue Médicale Suisse, No-5621
 - 2/Levi F, La Vecchia C, Randimbison L. Cancer mortality in Switzerland, 1990-1994. Soz- Praventivmed 1997 ; 42 : 37-54.
 - 3/Castro MR, Gharib H. Thyroid nodules and cancer. When to wait and watch, when to refer. Postgrad Med 2000
 - 4/Up to date
 - 5/Petite C, Meier C. Nodules thyroïdiens et goitres: le traitement chirurgical. Schweiz Med Forum 2004;4:1090-1096
- Merci à P. Meier pour ses recommandations!

Dépistage systématique?

- 40% de nodule dans la population générale
 - 10% de cytologie papillaire
 - 20% de cytologie microfolliculaire -> suspecte
 - thyroïdectomie chez 12% de la population
 - Genève; 500.000 personnes
 - 60.000 thyroïdectomies
 - Décès par cancer de la thyroïde: 2,5 personnes
 - Mortalité: 5/ 1Mio
- ->1 vie sauvée pour 20.000 thyroïdectomie