

PONCTION DES NODULES DE LA THYROÏDE : INFORMATIONS

Les nodules de la thyroïde sont très répandus et concernent près de 40% de la population générale. Leur fréquence augmente avec l'âge (environ 20% des femmes de 30 ans et 50% des femmes de 60 ans). La grande majorité de ceux-ci mesure quelques millimètres et ne nécessite pas d'examen particulier. Lorsqu'un nodule mesure plus de 10-15 mm et qu'il ne produit pas d'hormone thyroïdienne en excès, une ponction – appelée cytoponction – est proposée. Le but de cette ponction est de déterminer la nature du nodule tenant compte du fait que près de 95% d'entre eux sont bénins (appelés adénomes) alors que 5% sont des cancers (appelés carcinomes).

La consultation multidisciplinaire des nodules thyroïdiens regroupe 3 types de médecins spécialistes: endocrinologues (Dr P.Meyer et Dre S.Gaillard), pathologue (Dr M.Bongiovanni) et chirurgien (Dr F.Triponez).

La consultation débute par une échographie de la thyroïde réalisée par l'un des médecins endocrinologues pour identifier le(s) nodule(s) à ponctionner. La ponction se déroule alors de la façon suivante :

- le patient est allongé sur le dos.
- le médecin désinfecte la région du cou puis anesthésie la peau à l'endroit où doit se faire la ponction.
- en utilisant l'échographie pour bien voir et guider l'aiguille, le médecin effectue la ponction au moyen d'une fine aiguille. Il effectue avec celle-ci de petits allers-retours dans le nodule de manière à ce que des cellules remontent dans l'aiguille. La ponction dure quelques secondes puis l'aiguille est retirée.
- pour obtenir assez de cellules analysables, chaque nodule doit être ponctionné 3 à 4 fois.
- durant la ponction, le patient doit, si possible, éviter d'avaler ou de parler pour ne pas faire bouger la thyroïde.
- une ponction de la thyroïde n'entraîne généralement pas de douleurs importantes. Il peut y avoir une discrète sensation de brûlure au moment de l'anesthésie puis une gêne, parfois légèrement douloureuse, au moment de la ponction. Des complications de type saignement ou infection sont rarissimes.
- lorsque les ponctions sont terminées, la peau est désinfectée et un simple sparadrap est appliqué.

Le matériel prélevé dans l'aiguille est directement préparé et analysé par le médecin pathologue. Après 15-30 minutes, un résultat préliminaire peut être donné. S'il n'y a pas assez de cellules analysables, nous profitons de l'anesthésie encore efficace pour effectuer 2 ponctions supplémentaires. Si le matériel prélevé est suffisant, le patient discute alors avec l'un des médecins endocrinologues du résultat de l'examen.

L'analyse des cellules (cytologie) donne 3 résultats possibles :

1. Nodule bénin (adénome): c'est la situation la plus fréquente (70%). Les cellules ont un aspect normal et forment des sortes de « boules » appelées macrofollicules. Dans ce

cas, le nodule est généralement contrôlé par un examen clinique et une échographie environ 1x/année. Si le nodule reste de taille stable et qu'il n'entraîne pas de gêne esthétique ou fonctionnelle (difficultés à avaler ou respirer,...), il est juste surveillé. S'il grandit de manière significative et provoque des symptômes, il est parfois ponctionné une seconde fois et/ou opéré.

2. Nodule malin (carcinome) : un nodule d'emblée malin est diagnostiqué dans 5-10% des ponctions. Il porte le nom de carcinome papillaire. Les cellules ont un aspect caractéristique avec des grands noyaux clairs qui contiennent des sillons et des sortes de « bulles » à l'intérieur. Le traitement d'un carcinome de la thyroïde consiste à enlever par chirurgie toute la thyroïde puis, dans la majorité des cas, à donner un traitement complémentaire par du iode radioactif. Ce traitement est très simple (une capsule à avaler), efficace et a très peu d'effets secondaires (ce n'est pas une chimiothérapie !). Le seul véritable inconvénient est qu'il nécessite une hospitalisation de 3 à 5 jours dans une chambre « protégée » (pas de visite possible), le temps que le corps élimine la radioactivité. Lorsque la thyroïde est retirée totalement, un traitement substitutif d'hormone thyroïdienne (généralement 1 comprimé tous les matins à jeun) devra être poursuivi à vie.

3. Nodule suspect : dans 20% des ponctions, les cellules ont un aspect apparemment normal, mais elles forment de petites « boules » appelées microfollicules (qui sont donc différents des macrofollicules retrouvés dans les adénomes bénins). Dans ces cas, il n'est pas possible de savoir s'il s'agit d'un nodule bénin (appelé adénome folliculaire) ou d'un nodule malin (appelé carcinome folliculaire), raison pour laquelle le nodule est qualifié de suspect. Les statistiques montrent qu'un nodule suspect est bénin dans 75% des cas et malin dans 25% des cas. Le problème vient du fait que seule l'analyse du nodule dans sa totalité permet d'en déterminer la nature réelle. Par conséquent, il est généralement recommandé d'opérer tout nodule suspect tout en sachant que 3 fois sur 4, il s'agira d'un nodule bénin. S'il y a des nodules des 2 côtés, l'ablation totale de la thyroïde est généralement proposée d'emblée et un traitement substitutif est débuté après l'opération. Si la thyroïde ne contient qu'un seul nodule, l'opération consiste à enlever la moitié de la thyroïde. Au cas où le nodule s'avère finalement bénin, il n'y a en principe pas besoin de prendre un traitement de substitution. Par contre, si le nodule est malin, une nouvelle opération doit être programmée afin de retirer la thyroïde restante. Dans ce cas, comme vu ci-dessus, un traitement complémentaire d'iode radioactif ainsi qu'une substitution hormonale à vie seront alors proposés.

A la fin de la consultation, si le résultat de la ponction nécessite une intervention chirurgicale, le Dr Triponez, spécialiste en chirurgie endocrinienne, est également à disposition pour venir expliquer l'opération et répondre aux questions.

En conclusion, une ponction de nodule thyroïdien est effectuée afin de rechercher un éventuel cancer de la thyroïde qui, rappelons-le, est beaucoup plus rare qu'un nodule bénin. Il est important de noter que les cancers de la thyroïde ont un comportement très différents des cancers retrouvés dans d'autres organes. En effet, ils évoluent généralement très lentement et ont un très bon pronostic. Ceci signifie que la majorité d'entre eux va pouvoir être guérie par un traitement approprié (chirurgie + iode radioactif) et que la mortalité liée aux cancers thyroïdiens est très rare.