

# Conduite à tenir devant un nodule thyroïdien

Dr Jean Baptiste Finel  
Pr Antoine Hamy

---

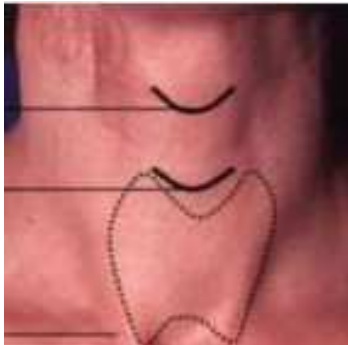
# Cas clinique

- Femme de 40 ans sans antécédent personnel et familial vous consulte pour une voussure cervicale



- nodule de 3 cm en regard de l'isthme thyroïdien
- Souple
- Mobile
- Pas d'adénopathie palpable

# Examen clinique



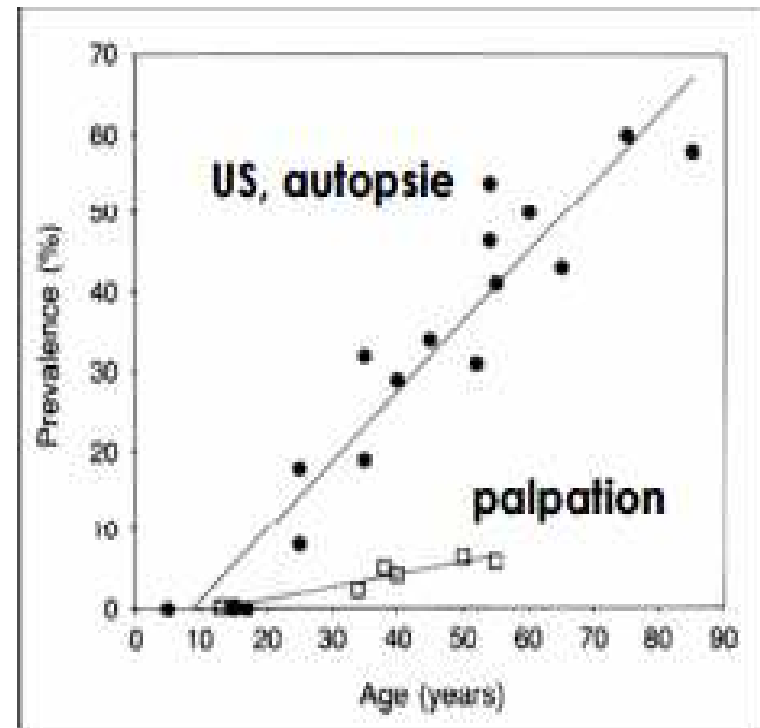
Une thyroïde sans nodule ne se palpe pas et ne se voit pas

## Que dites vous à la patiente?

1. Les nodules sont rares à 40 ans
2. Le risque de malignité devant la découverte d'un nodule est de 20%
3. Les nodules sont présents majoritairement chez la femme
4. Le sexe féminin et l'âge de 40 ans sont des facteurs de risque de malignité

# Prévalence des nodules thyroïdiens

- Population générale 40%
- Prévalence de 30% à 40 ans
- Prévalence de 50% à 60 ans
- Incidence 3/1 (F/H)



# Incidence des cancers

- Nodules cancéreux dans 5% des cas

<i>Benign</i>	
Multinodular goiter	}
Hashimoto's thyroiditis	
Simple or hemorrhagic cysts	
Follicular adenomas	
Subacute thyroiditis	
	<b>95%</b>
<i>Malignant</i>	
Papillary carcinoma 75%	}
Follicular carcinoma 15%	
Hürthle cell carcinoma	
Medullary carcinoma	
Anaplastic carcinoma	
Primary thyroid lymphoma	
Metastatic malignant lesion	
	<b>5%</b>

# Facteurs de risques de malignité

- Syndromes familiaux
- Age < 20 ans ou > 70 ans
- Sexe masculin
- Nodule dur ou fixé
- Paralysie corde vocale ( dysphonie-dysphagie-dyspnée)
- Taille nodule > 4cm
- ATCD radiothérapie dans l'enfance
- ADP cervicales

## Que dites vous à la patiente?

1. Les nodules sont rares à 40 ans
2. Le risque de malignité devant la découverte d'un nodule est de 20%
3. Les nodules sont présents majoritairement chez la femme
4. Le sexe féminin et l'âge de 40 ans sont des facteurs de risque de malignité



## Quels examens complémentaires pratiquez-vous en 1<sup>ère</sup> intention ?

1. Dosage de thyroglobuline
2. Échographie cervicale
3. Dosage de T3
4. Dosage de TSH
5. Calcémie
6. Scintigraphie à l'I123
7. Calcitonine

# Examens complémentaires

- Devant un nodule thyroïdien 3 examens à réaliser en première intention:
  - TSH
  - Echographie cervicale
  - Calcémie

## Pourquoi une échographie cervicale?

- Confirmer la nature thyroïdienne du nodule
- Définir le nombre et la taille des nodules
- Préciser la composition du nodule (kyste?)
- Rechercher les critères de suspicion pour sélectionner les nodules à ponctionner
- Rechercher des ADP cervicales
- Guider la cytoponction

# Signes échographiques de malignité

- Plus épais que large
- Contours irréguliers
- Microcalcifications
- Fortement hypoéchogène
- Indice de rigidité anormal



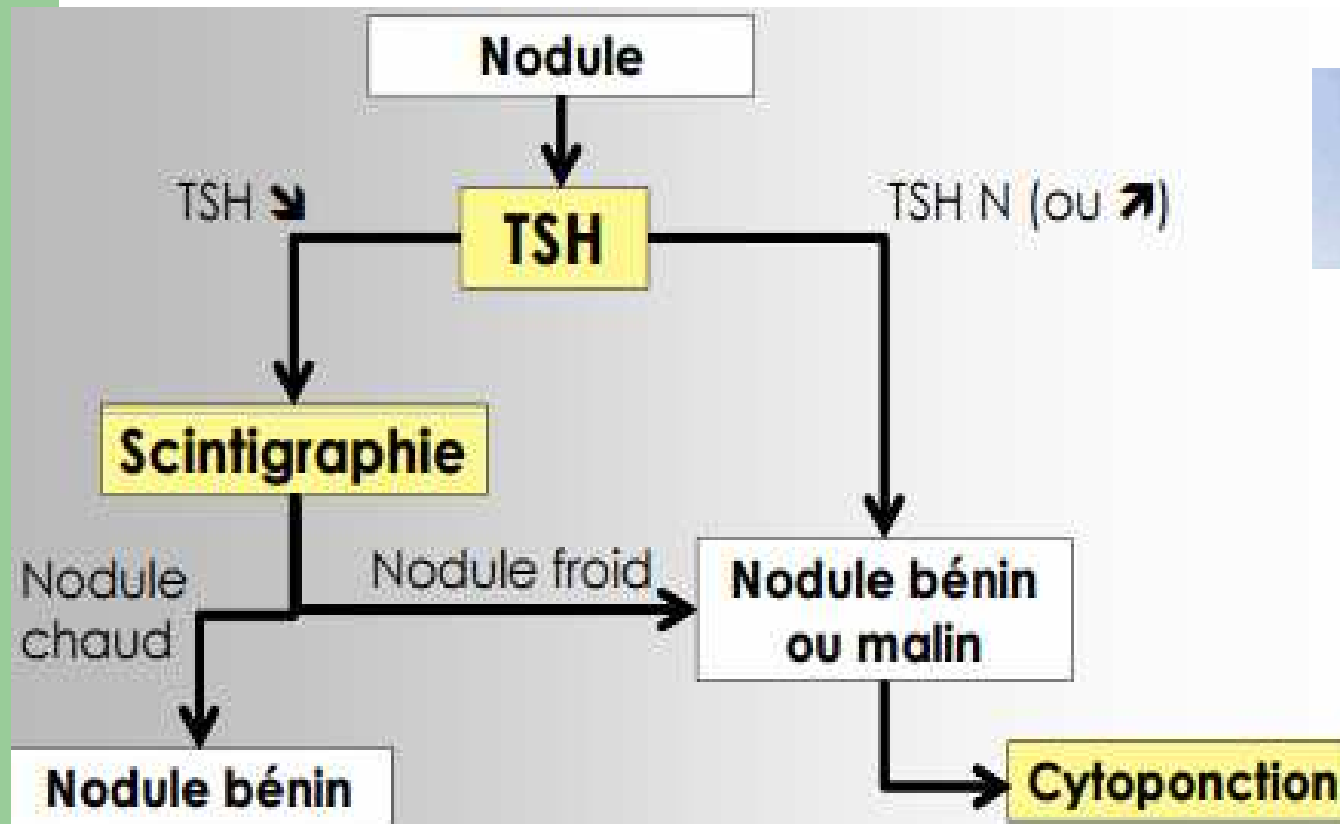
Aspect bénin



Aspect malin

Score Ti RADS de 1 à 5 ( score de 5 = 100% de malignité)

# Pourquoi doser la TSH?



Nodule froid



GMN

# Autres dosages biologiques

- Calcitonine (S-)
  - Histoire familiale de CMT et de NEM2
  - Symptômes évocateurs (diarrhée, flush)
  - Suspicion de malignité à l'échographie
  - En pré-opératoire
- Calcémie (S+)
  - Recherche d'une pathologie parathyroïdienne associée (HAS)
  - Age > 75 ans
- Thyroglobuline (S-)
  - Marqueur utilisé pour le suivi des cancers thyroïdiens opérés et traités par Iode 131

## Quels examens complémentaires pratiquez-vous?

- Dosage de thyroglobuline
- Échographie cervicale
- Dosage de T3
- Dosage de TSH
- Calcémie
- Scintigraphie à l'I123
- Calcitonine

**L'échographie retrouve un nodule de 2 cm discrètement hypoéchogène avec une TSH normale. Que faites vous?**

1. Une cytoponction écho-guidée
2. Une scintigraphie à l'iode 131
3. Une échographie de contrôle
4. Une prise en charge chirurgicale
5. Un contrôle échographique à 1 an



# Quels nodules ponctionner ?

- Taille supérieure à 2 cm
- Si taille comprise entre 0.7 et 2 cm et:
  - Soit une augmentation de 20% de la taille entre deux échographies
  - Soit deux critères échographiques de malignité
  - Soit un facteur de risque de malignité

# Quels résultats attendre de la cytoponction?

- Classification de Bethesda (1 à 6)

Catégories	Fréquence	Malignité à l'histologie	Attitude
Matériel insuffisant	10%	<5%	Re-ponction
Bénin (macrofolliculaire)	60%	1%	Suivi clinique et US
Lésion/atypies de signification indéterminée	10%	5-15%	Re-ponction, suivi ou chirurgie
Suspect de néoplasie folliculaire (microfolliculaire)	10%	20-30%	Chirurgie
Suspect de carcinome papillaire (PTC)	3%	50%	Chirurgie
Malin (PTC)	7%	100%	Chirurgie

30% de prise en charge chirurgicale

**L'échographie retrouve un nodule de 2 cm discrètement hypoéchogène avec une TSH normale. Que faites vous?**

1. Une cytoponction écho-guidée
2. Une scintigraphie à l'iode 131
3. Une échographie de contrôle
4. Une prise en charge chirurgicale
5. Un contrôle échographique à 1 an



# Sources

- Recommandations
  - Américaine (ATA 2009)
  - Européenne (ETA 2010)
  - Française (HAS 2010)
  - Française (SFE 2011)
  
- **Merci de votre attention**