

Evaluation de la pathologie Nodulaire Thyroïdienne

Une Place de choix pour
la Cytoponction Echoguidée

Pathologie nodulaire thyroïdienne

- Définitions :
 - Formation arrondie ou ovale +/- homogène
 - taille $>$ ou $=$ 8-10 mm
 - Fonction de la définition échographique (2-3 mm)
 - Sonde de 13MHz prévalence de 34.7 %
 - Sonde de 7.5 Mhz prévalence de 14.5 %
 - Définitions du patient, du clinicien, du radiologue

Pathologie nodulaire thyroïdienne

- Prévalence :
 - 20 à 50 % selon les populations étudiées (femmes de + de 50 ans +++) – 10 x plus importante à l'échographie qu'à l'examen clinique
 - 5 à 10 % de ces nodules seraient carcinomateux
 - SU.VI.MAX nodules de 3-57 mm chez 14.5 % population
 - 16.8 % femmes (35-60 ans)
 - 11 % hommes (45-60)
- Augmentant avec l'âge et indépendante de l'apport iodé

Pathologie nodulaire thyroïdienne

- Facteurs de risque

- Age (risque de dystrophie augmente avec l'âge)
- Carence iodée (surtout pour goitre)
- Sexe féminin
- Tabac
- Grossesse et multiparité d'autant plus si carence iodée
- Irradiation cervicale durant l'enfance (10 premières années +++)
- Facteurs environnementaux (pesticides ...)
- Facteurs génétiques
- Mutation de RET pour Carcinomes médullaires familiaux

Pathologie nodulaire thyroïdienne

- Contextes cliniques évocateurs mais non pathognomoniques
 - Survenue brutale d'un nodule tendu et douloureux facilement palpable = hématocèle
 - Syndrome grippal et thyroïde ou nodule douloureux dans une thyroïdite subaiguë
 - Hyperthyroïdie clinique évocatrice d'un nodule toxique
 - Nodule pierreux avec signes compressifs (récurrentiel ou trachéal) avec adénopathies cervicales
 - Le plus souvent fortuit (Incidentalome thyroïdien)

Pathologie nodulaire thyroïdienne

Nodules thyroïdiens – Arguments pronostiques

| | Plutôt suspect | Plutôt bénin |
|--------------------|---|---|
| Clinique | Homme Enfant ou sujet âgé Antécédent d'irradiation cervicale Taille > 3 cm Ovale, plus haut que large Dur Irrégulier | Femme Rond Mou Régulier |
| Echographie | Hypoéchogène Contours irréguliers Halo incomplet Hypervascularisé (III et IV) Microcalcifications Adénopathies | Hyperéchogène Caractère kystique Halo complet Avasculaire Multiplicité des nodules ? |
| Cytologie | Abondance cellulaire Anomalies cytonucléaires Inclusions nucléaires | Cellules bien différenciées |

Pathologie nodulaire thyroïdienne

- Consensus de prise en charge ?
 - Examen clinique cervical
 - Interrogatoire (F.d.Risque, mode de découverte)
 - Echographie :
 - **Localisation** avec schéma – nodules numérotés repris lors des examens ultérieurs
 - **Mesures** (l x h x e x 0.5) inclure le halo dans la mesure
 - **Forme**
 - **Échostructure** : liquide - mixte - solide
 - **Échogénicité** : hypo – iso – hyper
 - **Contours** (halo périphérique)
 - **Calcifications** : augmentent risque de cancer
 - Macro = x 2
 - Micro = x 3 surtout si nombreuses ou groupées (calcosphérites et pap)
 - **Vascularisation**

Pathologie nodulaire thyroïdienne

- TSHus +/- Ac anti TPO si contexte personnel ou familial auto immun
- Calcitonine
- Plus de place pour la scintigraphie sauf si hyperthyroïdie
- Plus d'intérêt du dosage de la Tg (et Ac anti Tg) sauf si :
 - Découverte masse cervicale après chirurgie totale + I131 pour cancer
 - Ponction d'une adénopathie dans la surveillance cancer thyroïdien (dosage dans le liquide de rinçage)

Pathologie nodulaire thyroïdienne

- Cytoponction échoguidée :
 - Equipe entraînée = environ 6 examens/ semaine
 - Se 85-98 % - Sp 78 - 99 %
 - V.P.Neg 96-98 %
 - Diminue par 4 le recours à la chirurgie
 - Augmente la prévalence des cancers après intervention à 30 %
 - Repère 50 à 95 % des cancers
 - Simple peu vulnérant, peu de risque (!! Anticoagulants)
 - 4 résultats possibles :
 - **Malin** (5 %)
 - Bénin (70 %)
 - **Douteux** (15 %) => 25 à 50 % de cancers
 - **Non significatif** (10%) => à renouveler

Pathologie nodulaire thyroïdienne

Recommandations pour la Cytoponction Echoguidée de Nodules > 1 cm

| Aspects échographiques | Recommandation pour la cytoponction |
|--|---|
| Microcalcifications | Fortement recommandée si > 1 cm |
| Solide (ou à prédominance solide) ou microcalcification | Fortement recommandée si > 1.5 cm |
| Mixte à prédominance solide ou bourgeon solide intra kystique | Recommandée si > 2 cm |
| Aucun signe précédent mais augmentation de volume | Recommandée |
| Presque entièrement kystique et aucun des signes cités au dessus sans augmentation de volume | Non indiquée |
| Nodules multiples | Recommandée sur 1 ou plusieurs nodules et sélection sur critères pour nodule unique |

La cytoponction n'est pas nécessaire dans les goitres diffus multinodulaires avec de multiples nodules coalescents d'aspect similaire. La présence d'adénopathies associées doit conduire à la cytoponction de l'adénopathie et du nodule homolatéral.

d'après Frates (Radiology 2005) pour incidentalomes thyroïdiens

Pathologie nodulaire thyroïdienne

Surveillance

Indications chirurgicales

Alternatives