

# **NODULE THYROÏDIEN**

**bilan**

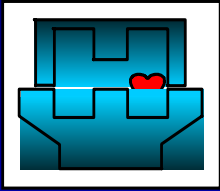
**indications opératoires**

**DESC de chirurgie viscérale**

**POITIERS mai 2001**

**K.Pautrat**





# HISTOLOGIE

## Tumeurs primitives épithéliales bénignes : adénomes

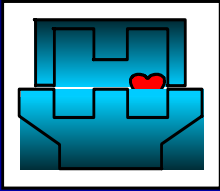
- **macro ou normo vésiculaires** 60-70%
- **micro vésiculaires et trabéculaires** 10%
- **oncocytaires** 1-3%
- **atypiques** 1-3%

## Tumeurs primitives épithéliales malignes : carcinomes

- **papillaires** 45-75%
- **vésiculaires** 10-40%
- **médullaires** 3-10%
- **indifférenciés** 3-10%

## Autres tumeurs ( 3 à 8% des cancers)

- **tumeurs primitives conjonctives malignes**
- **lymphomes, thymomes, paragangliomes, métastases ...**



# CANCER THYROIDIEN

**But**      **dépistage de cancers**

**Rare - bon pronostic**

**Incidence annuelle**      **femme : 3,1 / 100 000**

**homme : 1,9 / 100 000**

**Bon pronostic**

**cancer différenciés**

**age < 40 ans**

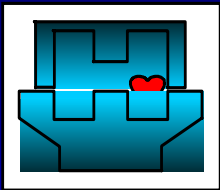
**Survie à 10 ans**

**cancer différenciés : 80%**

**Facteurs de risque**

**carence d'iode**

**irradiation dans l'enfance**



# BILAN PARACLINIQUE

**BUT** Réunir des arguments en faveur du caractère bénin ou malin d'un nodule afin de poser une éventuelle indication chirurgicale

## BILAN PARACLINIQUE

biologique

**TSH us**

**T4 libre**

**Ac antithyroglobuline**

**Thyrocalcitonine**

**ACE uniquement si calcitonine élevée**

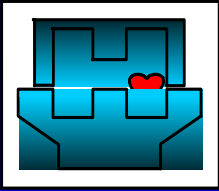
imagerie

**Echographie thyroïdienne**

**Scintigraphie thyroïdienne**

cytologie

**Cytoponction**



# BIOLOGIE

**TSHus**                    **méthode sensible de première intention**

**T4libre**                    **dosage uniquement quand la TSH us est ↗ ou ↘**

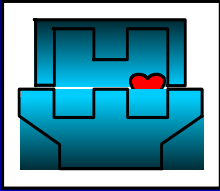
**Ac ANTITHYROGLOBULINE** **si TSHus aN**

## **CALCITONINE**

**pratique courante avec une très bonne sensibilité et spécificité  
malgré les recommandations de l'ANDEM :**

- signes évocateurs de CMT**
- ATCD familiaux de CMT**
- NEM**
- signes évocateurs de malignité**

**ACE**                    **si calcitonine élevée**



# IMAGERIE

## ECHOGRAPHIE

**Avantages** confirme la présence du nodule, sa taille, son siège  
précise la nature  
analyse le parenchyme adjacent, recherche gg  
guide une cytoponction

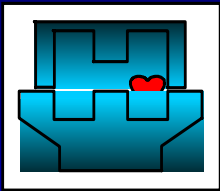
**Inconvénients** opérateur dépendant  
aucun caractère formel de malignité

## SCINTIGRAPHIE

**2 types** iode 123, technétium 99

**Avantages** fiable, peu opérateur dépendant

**Inconvénients** pas de diagnostic de malignité (90% des nodules hypo ou iso sont bénins)  
un nodule hyper n'élimine pas un K



# CYTOPONCTION

**Geste anodin, sans danger, examen clé, opérateur dépendant**

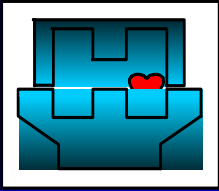
**Sensibilité 95 à 100% et spécificité 50%**

**Technique rigoureuse, réalisée avec une aiguille fine**

**2 à 3 ponctions par nodule**

**→ malin, suspect, tumeur folliculaire, bénin, non significatif**

	<b>bénin</b>	<b>malin</b>
<b>densité cellulaire</b>	<b>faible</b>	<b>forte</b>
<b>anisocytose anysocaryose</b>	<b>absence</b>	<b>présence</b>
<b>noyaux</b>	<b>ronds</b>	<b>irréguliers</b>
<b>Inclusions claires intranucléaires</b>	<b>absence</b>	<b>présence</b>



# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE 1

## CLINIQUE

**approche clinique essentielle**

**interrogatoire**

**ATCDs**

**irradiation dans l'enfance**

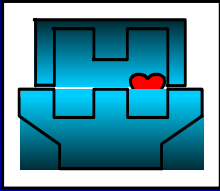
**histoire du nodule**

**examen clinique**

**taille, consistance, régularité,  
fixité, signes de compression, gg**

**Si nodule >1 cm, sans contexte clinique, sans signe évocateur**

**→ TSHus - calcitonine - échographie - cytoponction**



# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE 2

**TSHus (systématique pour toutes les équipes)**

**↗ : exploration d'une hypothyroïdie**

**↘ : exploration d'une hyperthyroïdie focale (scintigraphie)**

**N : poursuite des investigations**

## **ECHOGRAPHIE**

**soit nodule entièrement kystique**

**surveillance clinique et échographique**

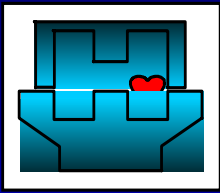
**ponction du kyste**

**ttt chirurgical si  $>$  à 3 - 4cm**

**gène ou récurrence après ponction**

**évolution rapide**

**autres cas cytoponction du nodule**



# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE 3

## CYTOPONCTION

bénin     **simple surveillance**

malin     **→ chirurgie**

folliculaire ou oncocytaire

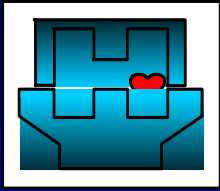
**seul l'histologie définitive permet de déterminer le caractère malin ou bénin**

**→ chirurgie**

suspect   **→ chirurgie**

non significatif   **pas de deuxième cytoponction systématique**

**→ chirurgie**



# INDICATIONS CHIRURGICALES

**Nodules entièrement kystiques**

**taille > 3 - 4 cm**

**gène clinique**

**récidive, évolution rapide**

**Nodules supérieurs à 1 cm**

**cytologie maligne**

**folliculaire, suspecte**

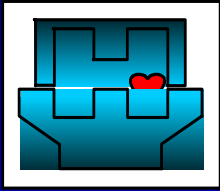
**non significatif**

**Nodules solitaires autonomes**

**toxique**

**→ Chirurgie lobo-isthmectomie réglée**

**examen extemporané si possible**



# CONCLUSION

**Nodule thyroïdien isolé**

**découverte fréquente**

**évolution de la prise en charge**

**Echographie - cytoponction - dosages TSH et TCT**

**nature étiologique**

**Chirurgie**

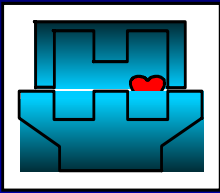
**seule solution pour nodule > 1 cm**

## Références

Proye C, Dubost C. Endocrinologie chirurgicale 1991 ; 2 : 46-49

ANDEM. La prise en charge diagnostique du nodule thyroïdien. 1995

Visset J, Chigot J-P. Le traitement chirurgical du cancer du corps de la thyroïde 1998 : 33-36



**Nodule > 1 cm**

**Basse**

**TSH us**

**Elevée**

**Scintigraphie**  
**Bilan hyperthyroïdie**

**Normale**

**Bilan**  
**hypothyroïdie**

**Echographie**

**Kystique**

**Autre cas**

**Chirurgie**

**Cytoponction**

**(> 3cm, récurrence,  
évolution rapide)**

**Chirurgie**  
**(Malin, suspect)**

**Surveillance**  
**Bénin**

**Surveillance**  
**annuelle**