

# ***CONDUITE A TENIR DEVANT UN NODULE DE LA THYROÏDE***

***FREDERIC BRACCINI***

\* Groupe médico-chirurgical  
25 avenue Jean MEDECIN  
0600 NICE

L'attitude à adopter devant la découverte d'un nodule thyroïdien revient à sélectionner les patients à opérer en laissant passer le moins possible de nodule suspect.

La découverte d'un nodule thyroïdien est une éventualité fréquente. La prévalence clinique dans la population générale varie entre 2,5 et 4% selon les séries. Mais cette prévalence est multipliée par 10 si l'on considère les nodules de découverte échographique ! Le nodule thyroïdien isolé pose toujours l'éternel problème de son identité histologique, avec en toile de fond la possibilité d'un adénocarcinome dont la fréquence se situe entre 5 et 10 %.

Le nodule thyroïdien unique et isolé se définit sur le plan macroscopique par l'existence d'une formation arrondie du corps thyroïde qui se mobilise à la déglutition.

Il est plus fréquent chez la femme, le sujet âgé, les sujets vivant en zone de carence iodée ou ayant subi une irradiation de la région cervicale dans l'enfance. Sa découverte est le plus souvent fortuite plus rarement devant des signes de dysthyroïdies, des signes compressifs ou des complications tumorales à distance. Cependant de plus en plus souvent il s'agit d'une découverte échographique dont la résolution diagnostique est de l'ordre du mm.

L'interrogatoire fera préciser des facteurs de risque de malignité : ATCD de cancer médullaire, de néoplasie endocrinienne multiple de type II (Syndrome de Sipple), ou l'existence d'irradiation cervicale dans l'enfance. Il importe également de noter la date d'apparition, l'évolutivité du nodule, l'existence de signes fonctionnels locaux (douleur, dysphonie) ou généraux (bouffées vasomotrice, diarrhée...).

L'examen clinique est essentiel, en se plaçant derrière le patient et en lui demandant de déglutir. Le seuil de palpation est variable selon la topographie du nodule et l'habitude du praticien. Il est de l'ordre du cm.

On appréciera les caractéristiques du nodule et on complétera la palpation par l'examen des aires cervicales. La mobilité des cordes vocales fait également partie du bilan clinique.

Même s'ils n'ont aucune valeur formelle, certains éléments cliniques doivent faire évoquer la malignité :

L'âge : avant 20 ans et après 40 ans

Le sexe masculin

La consistance dure et irrégulière du nodule

La fixité du nodule et le caractère saillant sous la peau

Le siège isthmique, polaire supérieur et postérieur

L'immobilité d'une corde vocale

Des adénopathies cervicales suspectes

L'ensemble des constatations cliniques sera consigné sur un schéma

Afin d'affiner la stratégie thérapeutique, le praticien devra s'aider d'examens complémentaires mis à sa disposition (biologie, imagerie, cytoponction)

Les prélèvements biologiques :

Systématiques ils comprennent les hormones thyroïdiennes (T3I, T4I, TSH us), un bilan phosphocalcique et le dosage de la thyrocalcitonie (cancer médullaire).

Les anticorps anti-thyroïde sont demandés en cas de contexte évocateur de thyoïdite.

La thyroglobuline n'a aucune valeur diagnostique, son intérêt se situant dans la surveillance des cancers différenciés opérés.

L'échographie thyroïdienne (PHOTO 1)

Son intérêt est essentiel :

-confirmer le diagnostic de nodule et en préciser les caractéristiques (taille, situation, échogénicité)

-étudier la morphologie du reste du parenchyme (nodule isolé ou non)

-examiner les aires cervicales à la recherche d'adénopathies suspectes

Elle permet également de guider une éventuelle cytoponction.

Son rôle est également important dans la surveillance des nodules que l'on ne choisit pas d'opérer.

La scintigraphie thyroïdienne au technétium (PHOTO 2)

Son intérêt a beaucoup diminué ces dernières années face à la sensibilité des dosages biologiques. Elle ne se justifie actuellement qu'en cas d'hyperthyroïdie (nodule toxique).

### Le Scanner

Il a peu d'intérêt dans le « nodule simple » mais trouve sa place dans le bilan d'extension des cancers (**PHOTO 3**) et dans les volumineux nodules compressifs (**PHOTO 4**).

### La cytoponction

Examen indispensable du bilan. Elle représente pour de nombreux auteurs l'examen clef de la stratégie thérapeutique.

Sa sensibilité s'est nettement améliorée depuis l'utilisation d'anticorps monoclonaux anti-péroxydase (ACM 47).

Le but de cette cytologie est de préciser le type de pathologie en cause et en cas de tumeur d'en différencier la nature.

Elle nécessite pour sa réalisation une technique irréprochable et des cytologistes expérimentés pour en interpréter les résultats. Elle est réalisée à l'aiguille fine, avec ou sans aspiration et éventuellement écho-guidée.

Deus à trois ponctions en moyenne par nodule sont effectuées pour obtenir cinq ou six placards cellulaires.

Cette cytoponction permet de se retrouver schématiquement dans 3 situations :

- *Cytologie bénigne* (75% des cas).

Elle peut autoriser une surveillance et sera répétée un an plus tard.

- *Cytologie douteuse* (20%).

Elle impose un nouveau contrôle ou le plus souvent une indication chirurgicale.

- *Cytologie maligne* (5%).

Elle impose le contrôle chirurgical.

### Remarques :

*Cytologie non contributive :*

Dans une proportion non négligeable (18,5% selon Cannoni) cette cytoponction n'est pas interprétable (cellules insuffisantes, cytologie hémorragique, « ponction blanche »).

### *Fiabilité*

Cet examen est grevé de 3% de faux positif (correspondant pour l'essentiel à des ponctions de thyroïdites lymphocytaires ou aux oncocytomes), mais surtout de 5% de faux négatifs.

## ATTITUDE PRATIQUE

Même s'il n'existe pas actuellement de schéma type adopté par tous il est possible de suivre une démarche logique qui permettra d'opérer le moins possible à titre diagnostic.

En cas de nodule non palpable de découverte échographique (inférieur à 1 cm) il n'existe aucune indication chirurgicale sous réserve d'un contrôle biologique de TCT.

En cas de nodule palpable (supérieur à 1 cm) :

- *Si le nodule présente des critères cliniques suspects* (cf. supra) , la chirurgie doit être envisagée.
- *Si le nodule ne présente pas de caractéristiques cliniques suspects*, les examens paracliniques prennent toute leur valeur.

En cas d'euthyroïdie, la cytoponction est déterminante. Elle autorise la surveillance en cas de cytologie bénigne, et conduit à l'intervention en cas de cytologie maligne ou suspecte.

En cas d'hyperthyroïdie, la scintigraphie confirme le nodule toxique dont le traitement s'appuie sur la lobectomie chirurgicale.

En cas d'hypothyroïdie, la cytoponction sélectionne les malades à opérer, notamment ceux porteurs de thyroïdites de Hashimoto (association pathologiques avec les lymphomes).

## EN CONCLUSION

Le nodule thyroïdien pose toujours le problème de son contenu histologique. L'attitude thérapeutique doit restée dépendante des examens paracliniques et en premier lieu de la cytoponction si l'on dispose de cytologistes entraînés. Cependant seule l'intervention chirurgicale permet de lever tous les doutes devant un nodule de plus d'1 cm **(PHOTO 5)**.

## COMMENTAIRES DES PHOTOS

Photo 1 : Echographie de la thyroïde

Photo 2 : Scintigraphie. Nodule toxique (extinctif).

Photo 3 : Scanner : Cancer anaplasique de la thyroïde avec extension endotrachéale (flèche).

Photo 4 : scanner: Volumineux nodules hypodense (flèche) au sein d'un goitre.

Photo 5 : pièce de thyroïdectomie totale.

## BIBLIOGRAPHIE

1- CANNONI M, DEMARD F.

Les nodules thyroïdiens, du diagnostic à la chirurgie. Rapport de la société française d'ORL et de pathologie cervico-faciale. Ed. Arnette, 1995 ; 302 p.

2- HENRY JF. Commentaires sur l'évaluation clinique du nodule thyroïdien isolé. Ann. Endocrinol. (Paris). 1993 ;54 :230-1.

3- BRACCINI F et all. Attitude pratique devant un nodule thyroïdien isolé. Journal Français d'ORL 1998 ;47 (4) : 256-60.