

Conduite à tenir devant un nodule thyroïdien

L'échographie est l'examen clé pour la caractérisation du nodule et sa prise en charge.

BRUNO LISSAK, 75015 PARIS

1. Les nodules thyroïdiens correspondent le plus souvent à des lésions bénignes : adénome, kyste, foyer de thyroïdite. Les étiologies malignes (5 % des cas) sont représentées par les carcinomes papillaires, vésiculaires, anaplasiques, médullaires, les lymphomes et les métastases.

2. Dans un premier temps, il est nécessaire de caractériser la fonction thyroïdienne par le dosage de la TSH. Si la plupart des nodules n'entraînent pas de retentissement sur la fonction thyroïdienne, certains peuvent sécréter des hormones thyroïdiennes, avec comme première conséquence l'abaissement de la TSH (nodule toxique ou prétoxique). Enfin, d'autres nodules peuvent correspondre à des foyers de thyroïdite avec élévation de la TSH.

3. L'échographie thyroïdienne est aujourd'hui l'examen clé dans l'exploration d'un nodule, permettant sa mesure, sa caractérisation (échogénicité, limites, vascularisation, présence de calcification, homogénéité, solide ou liquide, association à des adénopathies suspectes), la détermination de son score EU-Tirads pour savoir s'il doit être ponctionné, l'établissement d'une cartographie, le suivi de l'évolution et la réalisation de la cytoponction échoguidée.

4. La scintigraphie thyroïdienne n'est plus systématique, la plupart des nodules à TSH normale ne fixant pas l'iode. En revanche, lorsque la TSH est basse, cet examen permet de poser le diagnostic de nodule toxique ou prétoxique et d'éviter une cytoponction car ces nodules sont bénins. Un traitement par iode radioactif doit être alors discuté.



5. La cytoponction thyroïdienne est l'examen de référence pour déterminer quels nodules doivent être vérifiés chirurgicalement. Elle se fait le plus souvent sous échographie, de façon à bien cibler le nodule, ou sa partie solide dans les formes mixtes. Sur un nodule bien palpable et solide, elle peut être pratiquée directement. Elle permet d'affecter un risque de malignité pour chaque catégorie lésionnelle dans la classification de Bethesda.

Elle est proposée pour les nodules de plus de 20 mm à titre systématique ; entre 7 et 19 mm, elle ne sera pratiquée qu'en cas de score EU-Tirads au moins égal à 4, ou en cas de contexte clinique particulier (antécédent d'irradiation cervicale, histoire familiale de néoplasie thyroïdienne). Toutefois, entre 7 et 14 mm devant un score EU-Tirads de 4 sans contexte particulier, certains experts ne recommandent pas de cytoponction systématique.

6. Le dosage de la thyrocalcitonine retrouve un taux élevé en cas de cancer médullaire de la thyroïde (CMT). Il est à pratiquer en cas d'antécédent familial de CMT, de flush, de diarrhée, de nodule

suspect, si une intervention chirurgicale est envisagée même en cas de suspicion de carcinome thyroïdien non médullaire.

7. Les résultats de la cytoponction conduisent à proposer la vérification chirurgicale du nodule dans quatre cas indiscutables, dans la terminologie de la classification de Bethesda :

- suspicion de néoplasie folliculaire ;
- suspicion de néoplasie à cellules de Hürthle ;
- suspicion de malignité ;
- malignité.

La terminologie « atypies/lésions vésiculaires de signification indéterminée » conduit à répéter la ponction dans les six mois et, s'il y a une confirmation de ces aspects, à proposer la chirurgie.

Toutefois, des équipes proposent la pratique d'une biopsie dans ces conditions pour éviter une chirurgie inutile.

8. Des nodules suspects cliniquement ou échographiquement, une élévation de la thyrocalcitonine, des signes compressifs de la région cervicale (dysphonie, dyspnée, dysphagie), des nodules non accessibles à la ponction sont également des indications opératoires.

9. Le traitement frénateur est d'efficacité inconstante sur la régression ou le ralentissement de la croissance des nodules. Le traitement par l'éuthyroxine dans un but de freinage de la TSH reste controversé ; la balance bénéfice-risque doit être régulièrement réévaluée.

10. La surveillance repose sur la palpation, l'évolution échographique, la répétition éventuelle de la cytoponction, le dosage de TSH à des fréquences variables selon l'évolution : six mois, douze mois, dix-huit mois, puis tous les deux à trois ans.

RÉFÉRENCE

Recommandations de la Société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med 2011;40:793-826.

Le Dr Bruno Lissak déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.