
NODULES THYROIDIENS

DIFFÉRENTES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Dr Julia SAVEL et Dr Delphine Gaye

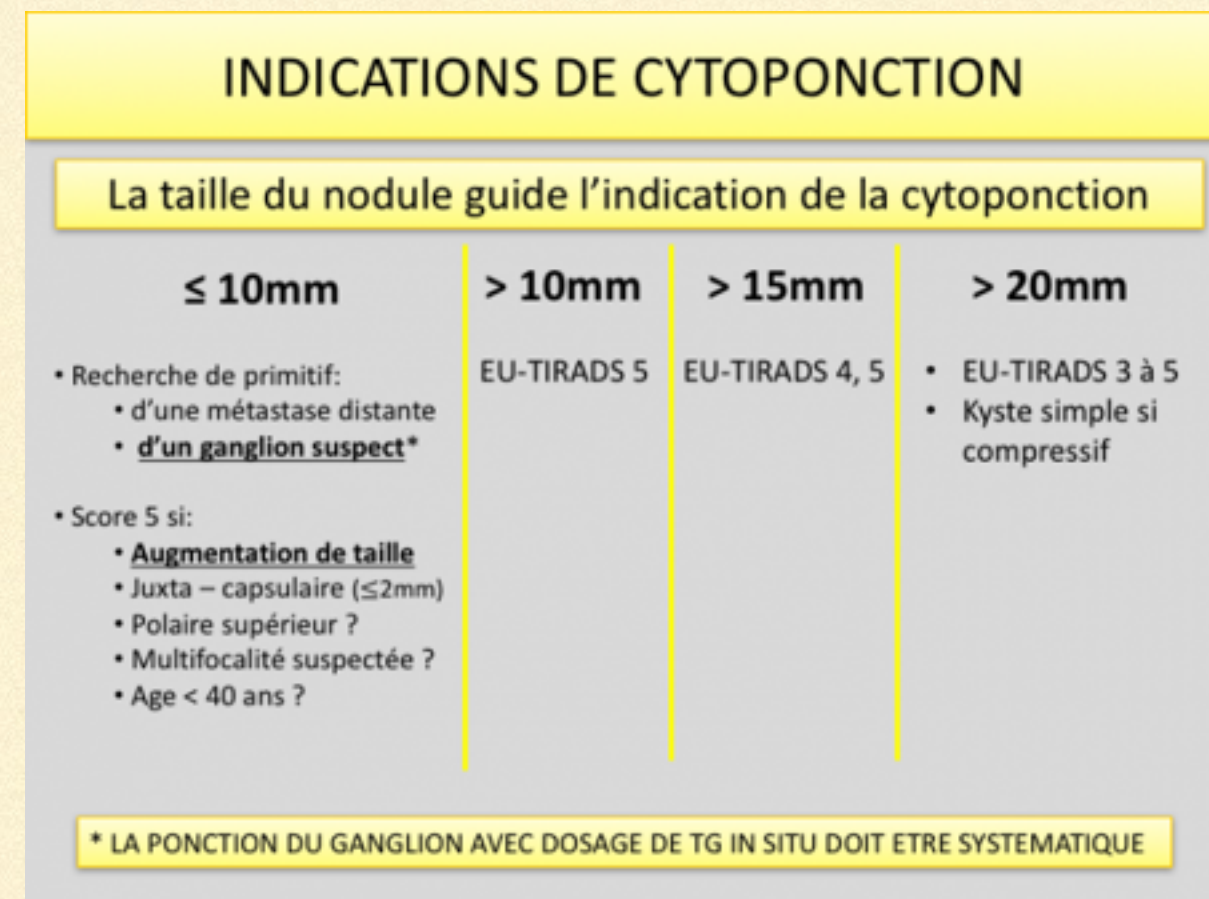
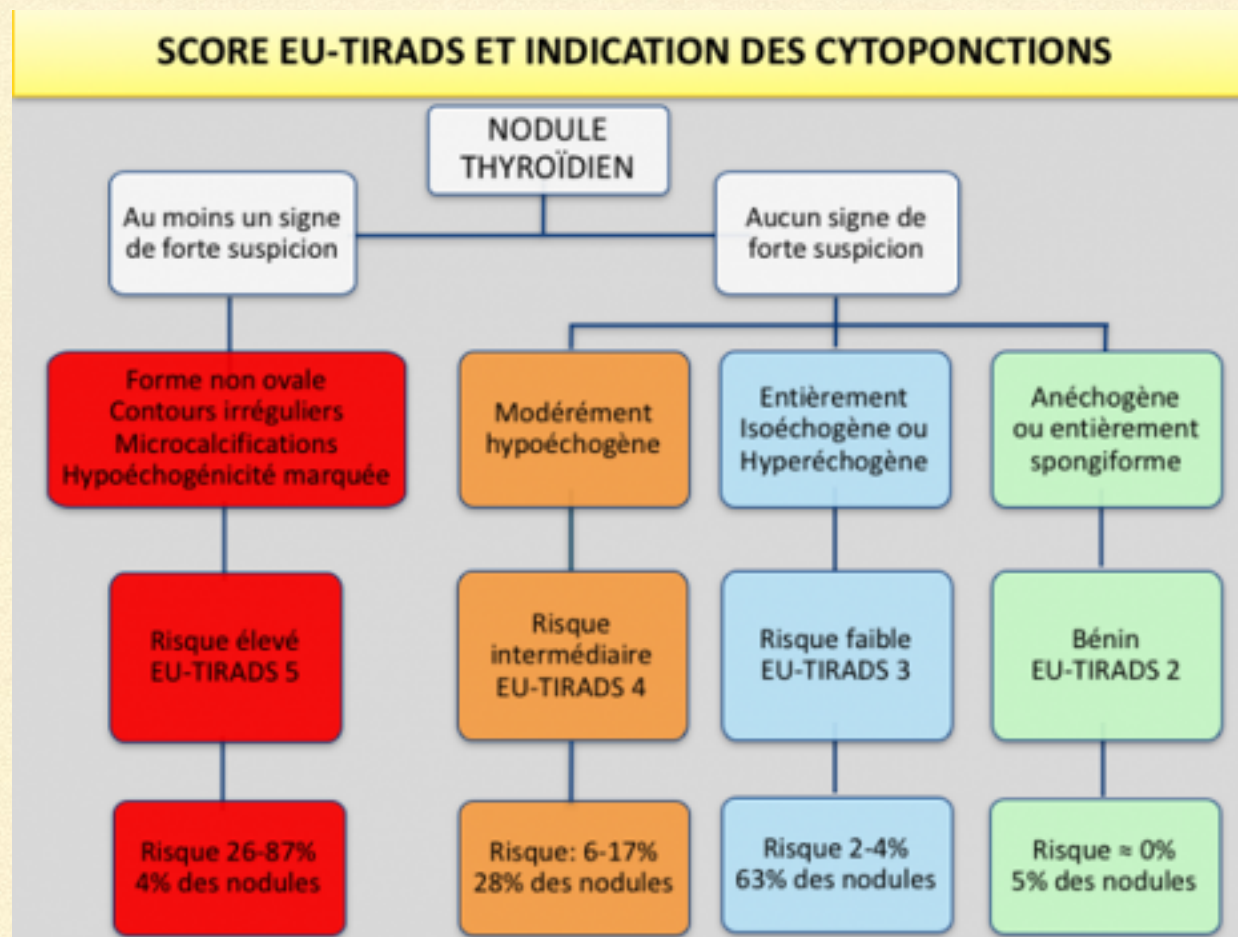
LA PATHOLOGIE NODULAIRE THYROÏDIENNE

- Pathologie très fréquente
 - Le plus souvent : surveillance car on sait que 95 % des nodules sont en réalité BENINS
 - Spontanément après 5 ans: 1/3 régressent (d'au moins 50 % du volume), 1/3 stabilisent, 1/3 augmentent (au moins 15 %)
 - Les prises en charges sont motivées par:
 - risque cancer (5% des nodules...)
 - Hyperthyroïdie
 - gêne mécanique, et/ou esthétique
-

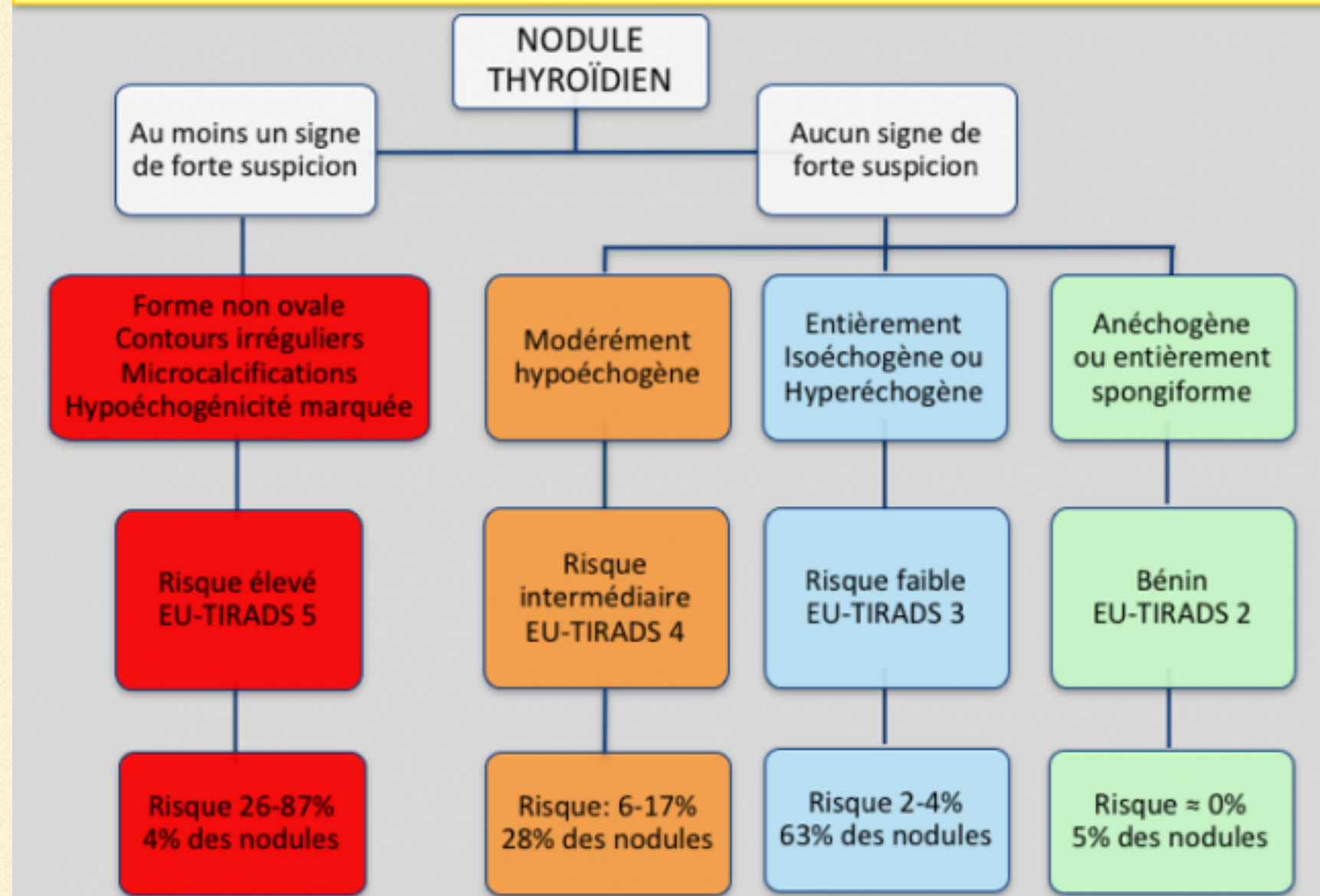
-
-
- Différents types de traitement:
 - médicamenteuse, LT4 (peu de place pour la freination, sauf patients jeunes avec goitres...)
 - chirurgicale (35000 thyroïdectomie totales par an, environ 15 % de cancer, 25 % thyroidopathie, le reste nodules benins...)
 - Irathérapie
 - Ablation non chirurgicales autres: Radio-fréquence, Alcoolisation, (HIFU/echothérapie, laser...)
-

NODULE ET CANCER ?

- Contexte clinique et familial éventuel.
- Evaluation risque à l'échographie, puis +/- cytologie



SCORE EU-TIRADS ET INDICATION DES CYTOPONCTIONS



INDICATIONS DE CYTOPONCTION

La taille du nodule guide l'indication de la cytoponction

$\leq 10\text{mm}$

- Recherche de primitif:
 - d'une métastase distante
 - **d'un ganglion suspect***
- Score 5 si:
 - **Augmentation de taille**
 - Juxta – capsulaire ($\leq 2\text{mm}$)
 - Polaire supérieur ?
 - Multifocalité suspectée ?
 - Age < 40 ans ?

> 10mm

EU-TIRADS 5

> 15mm

EU-TIRADS 4, 5

> 20mm

- EU-TIRADS 3 à 5
- Kyste simple si compressif

* LA PONCTION DU GANGLION AVEC DOSAGE DE TG IN SITU DOIT ETRE SYSTEMATIQUE

Diagnostic Category	if NIFTP not cancer	if NIFTP is cancer	Management
Nondiagnostic/unsatisfactory Cyst fluid only Acellular specimen Other: Obscuring factors	5–10%	5–10%	Repeat fine needle aspiration under ultrasound guidance
Benign Benign follicular nodule Chronic lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis, in proper clinical setting Granulomatous (subacute) thyroiditis	0–3%	0–3%	Clinical and US follow-up until two negative
Atypia of undetermined significance/ follicular lesion of undetermined significance	6–18%	10–30%	Repeat FNA, molecular testing, or lobectomy
Follicular neoplasm/ suspicious for a follicular neoplasm (Specify if Hürthle cell type)	10–40%	25–40%	Molecular testing, lobectomy
Suspicious for malignancy	45–60%	50–75%	Lobectomy or near-total thyroidectomy
Malignant Papillary thyroid carcinoma Medullary thyroid carcinoma Poorly differentiated carcinoma Undifferentiated (anaplastic) carcinoma Squamous cell carcinoma Carcinoma with mixed features Metastatic malignancy Non-Hodgkin lymphoma Other	94–96%	97–99%	Lobectomy or near-total thyroidectomy

-
-
- EU-TIRADS 2: pas de cyto-ponction, surveillance.
 - EU-TIRADS 3 à 5: cyto-ponction en fonction taille:
 - Bethesda 5 et 6 : prise en charge chirurgicale certaine
 - Bethesda 2: surveillance, puis éventuelle prise en charge en fonction de la taille, évolution
 - nodules supérieur à 4 cm: proposition chirurgicale systématique ? cyto n'est pas fiable au delà de 4 cm ? (en réalité pas de diminution de fiabilité si plusieurs passages, notamment en zone suspectes)
 - la radio-fréquence peut être proposée (si évolution taille, compression)
 - Les autres ?
 - contrôle cytologique (Bethesda 1 et 3) / puis +/- surveillance
 - parfois scintigraphie de seconde intention pourrait être proposer pour les Bethesda 1, 3 et 4 (on trouvera 10 % de nodules fixants qui seront certainement Benin)
-

NODULE ET HYPERTHYROÏDIE (+/- FRUSTE)

- Adénome toxique
 - Efficacité de l'Irathérapie:
 - diminution volumétrique attendu avec Irathérapie environ 30 %
 - 80-85 % de normalisation de la TSH à un an (adénomes toxique/goitre multi-nodulaire)
 - risque d'hypothyroïdie secondaire environ 25 % sur le long terme.
 - Choix entre Ira-thérapie/**chirurgie**: évaluation risque opératoire, taux de fixation....
 - choix souvent lié au patient et son médecin.
 - lobectomie: 45 % hypothyroïdie à terme.
 - Place de la **Radio-fréquence** ?
 - en cas de refus des propositions d'Irathérapie et/ou Chirurgicales
 - efficacité fonctionnelle: 30 à 60 % dans la mesure où l'ablation est considérée « complète ».
 - efficacité volumétrique: diminution 70 %
-

NODULES ET GÊNE MÉCANIQUE ET/OU ESTHÉTIQUE

- Indication chirurgicale en première intention
 - La **radio-fréquence** peut être proposer en seconde intention en cas de refus de la chirurgie:
 - efficacité sur la taille: diminution environ 80 % (parfois plusieurs séances, diminution progressive)
 - Ne pas oublier de proposer **alcoolisation** pour nodules kystiques symptomatiques
 - nécessité d'une cytologie Bénigne si alcoolisation d'un nodule kystique avec portion tissulaire.
-

INDICATION/CONTRE INDICATION RADIO-FREQUENCE

- La Radio-fréquence reste pour le moment une proposition de seconde intention
 - « INDICATIONS »
 - Macro-nodule responsable d'une gêne mécanique ou esthétique chez un patient refusant la chirurgie dont l'évaluation échographie et cytologique nous oriente de manière certaine vers un nodule BENIN
 - pas de volume « minimal » mais le nodule doit être symptomatique, et/ou évolutif
 - nodule tissulaire majoritairement
 - 2 cytologies BENIGNES
 - faisabilité technique (organes de voisinage)
 - CONTRE-INDICATION
 - les NON INDICATIONS (nodule kystique majoritaire, cytologies autres que bénignes...)
 - pas d'autre nodule supérieur à 2 cm.
 - générales: pace maker, troubles de la coagulation
 - non-coopération du patient...
-