

NODULES THYROIDIENS EN 2013

Dr Valérie Brulport Cerisier

Définition : hypertrophie localisée de la thyroïde

palpable
et/ ou identifié

Première manifestation d'une dystrophie
plurinodulaire avec le temps

De différentes structures : kyste , adénome ,
structure mixte , cancer , foyer localisé de
thyroïdite

Les enjeux de la prise en charge sont:

diagnostiques

thérapeutiques

économiques

médicolégaux

Prévalence nodules

SI APPORTS IODES SUFFISANTS

Chez la femme:

5,3 % à 6,4 %

Chez l'homme

0,8 à 1,6 %

LA PREVALENCE DES NODULES AUGMENTENT

Avec l'âge

Avec la palpation plus systématique

Avec la réalisation des échographies

Avec la découverte d'incidentalomes

suite aux dopplers artériels 9,4 %

suite aux scanners et IRM 16 %

Les facteurs prédisposants à la survenue de nodules

Facteurs constitutionnels : âge, sexe féminins , parités et surcharges pondérales

Maladies monogéniques : NEM2 ou CMT familiale (mutation du gène RET)

Maladie de COWDEN (mutation du gène PTEN)

Polypose colique familiale

Autres facteurs : formes familiales de cancers papillaires et acromégalies

Radiothérapie externe : risque x 3 à faible dose

Irradiation accidentelle

Les modes de découvertes

La palpation systématique : plus facile chez les sujets maigres , plus difficiles pour les cous courts

La palpation d'une adénopathie jugulocarotidienne

L'apparition brutale d'un nodule douloureux : hématocele

Le contexte de thyroïdite chronique ou subaiguë

Le bilan d'une TSH indosable

L'exploration cervicale radiologique et vasculaire

Nodules et grossesse

10% des femmes enceintes sont porteuses d'un ou de nodules

Durant la grossesse, on note une augmentation de la taille de nodules de 40 à 50%

du nombre (11 à 20%)

Liée à la carence en iode durant la grossesse mais également aux oestrogènes

Idéalement bilan avant et après

Si doute cytoponction durant grossesse

Période de révélation de carcinome papillaire avec une évolutivité classique

Nodules et grossesse

La grossesse augmente t elle le risque de cancer?

oui dans certaines études mais tous reconnaissent un biais de sélection

a priori le risque n'est pas modifié

les facteurs hormonaux de stimulation: hormone de croissance prolactine et HCG

Donc stratégie identique avec échographie +/-

Nodule et maladie de Basedow

Nodules dans 12 % des cas

10 % sont des nodules sont cancéreux

Pas de sur risque mais palpation rigoureuse

Palpation a répéter après la phase aigue

Nodule et thyroidite

2 entités : thyroidite diffuse et nodule : hyperplasie simple adénome kyste
cancer

thyroidite nodulaire ou sein d'une thyroidite ou d'un parenchyme
normal

Souvent nodules fermes +/- associées à une ou des adénopathies

Souvent ponction d'interprétation difficile

Pas d'augmentation du risque de cancer

Sauf une entité forme sclérosante diffuse plurifocale et invasif avec AC anti
TPO

Nodule et enfants

Très rare

Découvert rarement à la palpation ou lors d'une échographie

Cancer plus fréquent

Surtout si irradiation très précoce

Temps de latence de 5 à 10 ans

Cancer papillaire de grandes tailles multifocales avec effractions et extinction ganglionnaires

Biologie et nodules

Le dosage systématique de la TSH
si basse à coupler à un dosage de T3L
uniquement pour repérer un nodule toxique

Ne pas doser la thyroglobuline
uniquement en post opératoire dans la surveillance
du cancer différencié

Les anticorps anti TPO et Ac anti thyroglobuline dans un contexte de
thyroïdite

Le dosage de calcémie

Le dosage de la calcitonine

Intérêt de la calcitonine

Beaucoup de controverses

Si normal à ne pas renouveler

Le CMT représente 0,18 % des cancers

15 à 200 nouveaux cas par an

Le taux est plus haut chez l'homme qui ont ou fument beaucoup

Si le taux est modérément augmenté : nouveau dosage au bout de 3 à 12 mois

si le taux s'abaisse ne plus faire le dosage

Risques évolutifs nodule (s)

L'augmentation volumétrique : souvent inexorable mais pas toujours un signe de malignité

Le risque compressif (trachéal , oesophagien)

Le passage en toxicité pour les nodules chauds: 4 % an

Le risque de cancer

Nodules toxiques

Donc nodule chaud à la scintigraphie et TSH indosable

10% des nodules

10% des causes d'hyperthyroïdie

Augmentent avec l'âge

Isolé ou dans un contexte de goitre toxique

Histologie bénigne

Traitement du nodule toxique

2 thérapeutiques :

dose d'iode radioactive

retour le plus souvent en euthyroidie
souvent diminution volumétrique du

nodule

chirurgie thyroïdienne (avec plus ou moins une

préparation

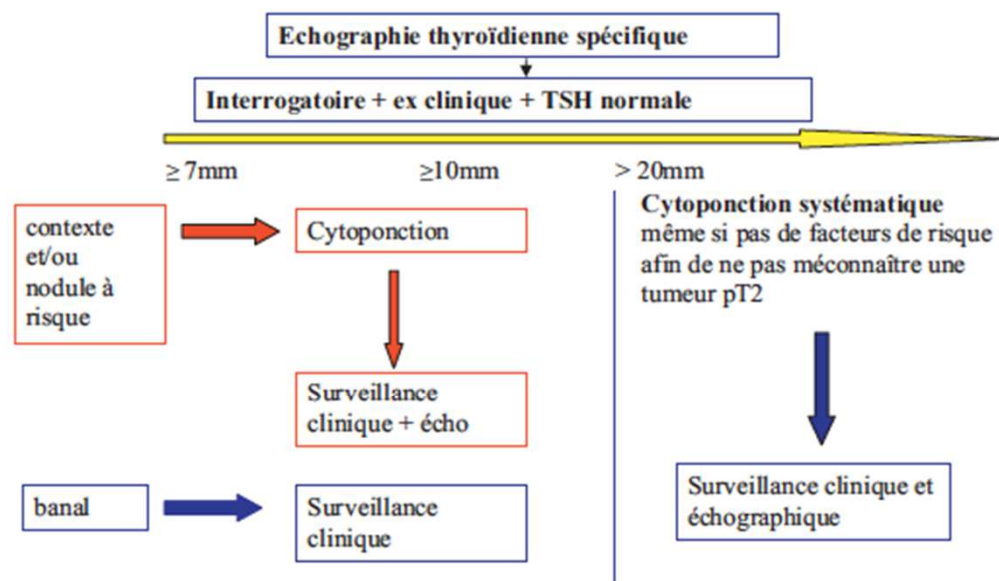
par anti thyroïdien de

synthèse

pas de traitement unique médicamenteux car

récidivé systématiquement à l'arrêt

RECOMMANDATIONS SFE 2011



* contexte clinique à risque :

- Antécédent de radiothérapie externe dans l'enfance
- Histoire familiale de CMT ou NEM2
- Antécédent personnel ou familial de maladie de Cowden, de Polypose Familiale, de Complexe de Carney, de syndrome de Mc Cune-Albright
- Taux de Calcitonine basal élevé à deux reprises
- Nodule accompagné d'une adénopathie suspecte
- Nodule découvert dans le cadre de l'évaluation d'une métastase prévalente.

**nodule à risque

- Nodule ayant augmenté de 20 % en volume (ou dont deux dimensions au moins ont augmenté de 2 mm au moins) depuis la dernière estimation de taille.
- Nodule ayant au moins deux des critères échographiques de suspicion suivants : solide et hypoéchogène, microcalcifications, limites/bords imprécis, forme plus haute que large, vascularisation de type IV.
- Nodule repéré à l'occasion d'un 18FDG-TEP avec une zone d'hypermétabolisme focal
- Nodule pour lequel une cytoponction préalable a été réalisée avec une réponse de type « non significatif »

***présence d'au moins 2 signes échographiques suspects

- Nodule ayant au moins deux des critères échographiques de suspicion suivants : solide et hypoéchogène, microcalcifications, limites/bords imprécis, forme plus épaisse (diamètre anteropostérieur) que large (diamètre transverse), vascularisation de type IV.

Intêret du traitement freinateur

Le traitement freinateur a pour but de créer une hyperthyroïdie

De plus en plus controversé

Effets indésirables : cardiaques (rythmiques)
osseux (ostéopénie)

Déconseillé à partir de 50 ans

Nodules et cancers thyroïdiens

Ils représentent seulement 5% de tous les nodules

Le risque est indépendant de la taille

Le nodule unique est plus à risque

Ils prédominent:

chez l'homme

avant 20 ans et après 60 ans

la taille n'influence pas mais la prudence s'impose au delà de 3 –4 cm

Les cancers occultes sont très fréquents

Les marqueurs cliniques de cancer en présence d'un nodule

Âge <16 ans et > 65 ans

Sexe masculin

Hérédité de cancer papillaire CMT ou NEM2

Coincidence avec maladie de Cowden, polyadénomatose familiale

Antécédents d'irradiation cervicale

Nodule d'apparition récente ou rapidement évolutif

Adénopathie proximale

Paralysie récurrentielle

Nodules et cancers thyroïdiens

↳ Incidences chez
la femme

7,5/100 000/an

↳ Incidences chez
l'homme

2,2/100 000/an

Nodules et cancers thyroïdiens

Globalement : cancers de bon pronostic pour les formes bien différenciés

0,3 % des décès par an en France (environ 400 /an)

La prévalence des cancers dits de rencontre est de 5 à 10%

L'augmentation de la prévalence touche surtout les microcarcinomes papillaires

Lors d'études autopsiques : 2,5 à 37 % de microcancers

Cancers thyroïdiens

Cancer papillaire

Cancer vésiculaire

Cancer papillo vésiculaire

Cancer insulaire

Cancer anaplasique

Lymphome

Mais histologiquement : tumeurs de potentiel malin incertain, adénomes atypiques, tumeurs oncocytaires

Cancers thyroïdiens

Le traitement pour les formes différenciées repose sur l'IRA
thérapie curative

sous défreinage médicamenteux
sous TSH recombinante ou THYROGEN

Après accord RCP

3 mois après thyroïdectomie totale

Avec isolement de 4 jours

Bilan à 6 mois après dose décidé au RCP

Doses itératives possibles (maximum 5)

Cancers thyroïdiens

Ensuite traitement freinateur à vie pour les formes agressives
à revoir au bout de 10 ans pour les autres

TSH indosable

Surveillance TSH Thyroglobuline et Ac anti thyroglobuline tous
les 6 mois

Pour les microcarcinomes : maintenir la TSH entre 0,5 à 2 avec la
même surveillance