Défi diagnostic

En collaboration avec le Collège québécois des médecins de famille



Le nodule thyroïdien, simplifié...

Harold Dion, MD, CCMF, FCMF

Le cas de Nicole

Une femme de 42 ans vient vous consulter parce qu'elle a noté une bosse sur son cou, du côté droit. Elle n'a pas de douleur et nie tout symptôme relié à un dysfonctionnement thyroïdien.

À l'examen clinique, vous palpez une tuméfaction assez mobile au niveau de la glande thyroïde, de 2,5 cm par 3,5 cm, sans adénopathie.

Comment cette patiente doit-elle être évaluée?

Tableau 1

Les données cliniques suggérant un diagnostic de cancer thyroïdien

Risque élevé

- Antécédents familiaux d'un cancer médullaire thyroïdien
- · Croissance tumorale rapide
- Nodule assez ferme ou dur
- Nodule fixe
- Paralysie des cordes vocales
- Lymphadénopathie
- Métastases

Risque modéré

- Âge : moins de 20 ans ou plus de 70 ans
- · Sexe masculin
- Antécédents d'irradiation de la tête ou du cou
- Nodule de moins de 4 cm de diamètre ou partiellement kystique
- Symptômes de compression (dysphagie, dysphonie, voix rauque, dyspnée et toux)

La pierre angulaire

L'interrogatoire et l'examen clinique demeurent la pierre angulaire dans l'évaluation du patient présentant un nodule thyroïdien et, parfois, les trouvailles suggèrent une possibilité de cancer thyroïdien (tableau 1).

La présence de 2 facteurs de risque ou plus indiquant un soupçon clinique élevé, le risque d'être atteint d'un cancer de la glande thyroïde approche 100 %. Cependant, seule une minorité de patients présentant un nodule cancéreux ont des signes et des symptômes qui peuvent aussi être présents chez les patients atteints d'un trouble thyroïdien bénin.

Que rechercher à l'évaluation?

Les nodules d'un diamètre inférieur à 1 cm ne nécessitent pas d'examen supplémentaire. Quant aux autres, il est essentiel de déterminer leur nature.

Le seul test biologique qui est recommandé de façon systématique est la recherche de l'hormone de stimulation de la glande thyroïde (TSH). Si le taux est inférieur à la normale, la thyroxine libre (T4) est ensuite mesurée afin de documenter la présence et, le cas échéant, la gravité de l'hyperthyroïdie. Si la TSH est augmentée, la recherche d'anticorps antithyroïdiens et antimicrosomiaux devrait être effectuée afin de diagnostiquer la thyroïdite d'Hashimoto.

La scintigraphie : fonctionnel ou non le nodule?

La scintigraphie est utilisée pour déterminer si le nodule est fonctionnel (ce qui représente environ 10 % des nodules, lesquels sont presque toujours bénins) ou non fonctionnel (constituant 90 % des nodules, parmi lesquels 5 à 8 % sont malins). Deux types de

Défi diagnostic

scintigraphies thyroïdiennes peuvent être pratiquées : la scintigraphie au technétium 99 ou à l'iode 131. Celle à l'iode est préférée, car 3 à 8 % des nodules qui semblent fonctionnels avec le technétium peuvent apparaître non fonctionnels à la technique de l'iode et peuvent donc être cancérigènes.

L'échographie

L'échographie permet de différencier une lésion kystique (qui a un faible risque de malignité) d'une lésion solide (ayant 5 % de risque d'être maligne). Celle-ci permet aussi d'effectuer des

techniques de diagnostic (comme une biopsie à l'aiguille fine) ainsi que des techniques thérapeutiques (aspiration kystique, laser, etc.).

Dans le cas d'un nodule bénin, il importe de réévaluer le nodule tous les 6 à 24 mois.

La biopsie à l'aiguille fine

L'aspiration à l'aiguille fine, faite par des mains d'experts, fournit l'information la plus directe et précise sur le nodule thyroïdien. Cette technique, qui peut être effectuée en clinique externe, est peu coûteuse et facile à maîtriser. L'utilisation

de cette technique permet de diminuer le nombre de thyroïdectomies d'environ 50 %.

Une fois le nodule localisé (par palpation ou par échographie), le médecin y insère une aiguille très fine pour en retirer quelques cellules, qu'il étend par la suite sur une lamelle de verre. L'analyse de ces cellules en pathologie permet de déterminer si le nodule est bénin ou cancéreux.

Quels sont les traitements?

Dans le cas d'un nodule bénin, en règle générale, aucun traitement n'est requis. Par contre, il importe de réévaluer le nodule tous les 6 à 24 mois, pour s'assurer qu'il ne grossit pas (palpation du cou, mesure de la TSH et biopsie à l'aiguille fine si le nodule grossit ou en présence de signes suspects).

Le nodule bénin fonctionnel est traité préférablement à l'iode 131 (avec la chirurgie comme option), surtout si le nodule est très gros ou partiellement kystique, si le patient est jeune, ou si le taux de TSH est abaissé, ou encore si une hyperthyroïdie franche est présente.

Enfin, si la biopsie démontre des cellules néoplasiques, on doit procéder à une résection complète de la thyroïde.



Le **Dr Dion** est médecin de famille, Clinique médicale l'Actuel, Montréal. Il est également président du conseil d'administration du Collège québécois des médecins de famille.

À retenir

En résumé, pour le patient qui se présente avec un nodule, comme le cas mentionné dans la vignette, la préoccupation principale est d'exclure la possibilité d'un cancer de la thyroïde. L'évaluation initiale devrait inclure la mesure de la TSH et la biopsie à l'aiguille fine, préférablement guidée par l'échographie. Avec un traitement approprié, le taux de survie à un cancer thyroïdien est un des meilleurs.

Références disponibles — contactez Le Clinicien à : clinicien@sta.ca