

Incidentalomes thyroïdiens

Léopoldine Bricaire-Dubreuil

Hôpital Cochin

Service d'endocrinologie et maladies métaboliques

Samedi 21 janvier 2017

Prévalence

*

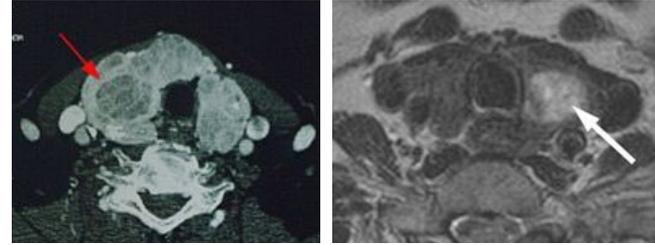


♀5%-♂1%

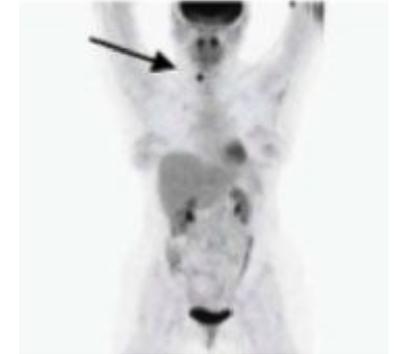
Risque cancer*



67%



15%



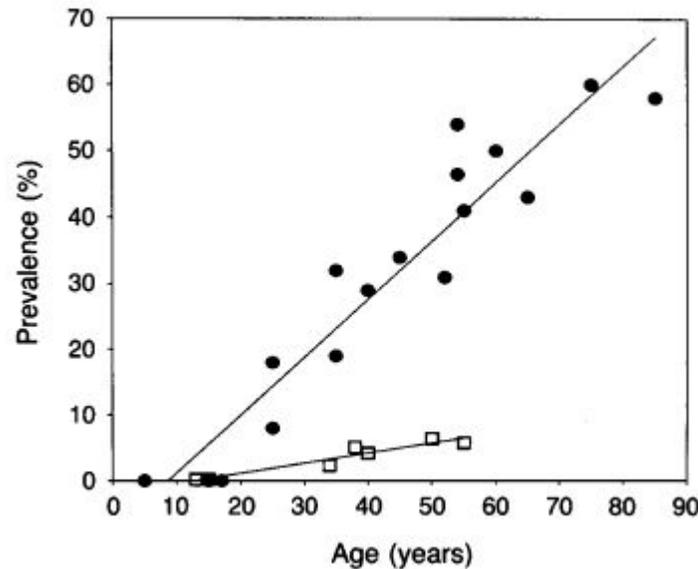
1-2%

30%

K thyroïdiens primitifs +++

5-13%

- Augmente avec:
- Age
- Femme
- Parité



Mazaffferri et al, *NEJM* 1993
Russ et al, *Eur Thyroid J* 2014
ATA guidelines, 2015

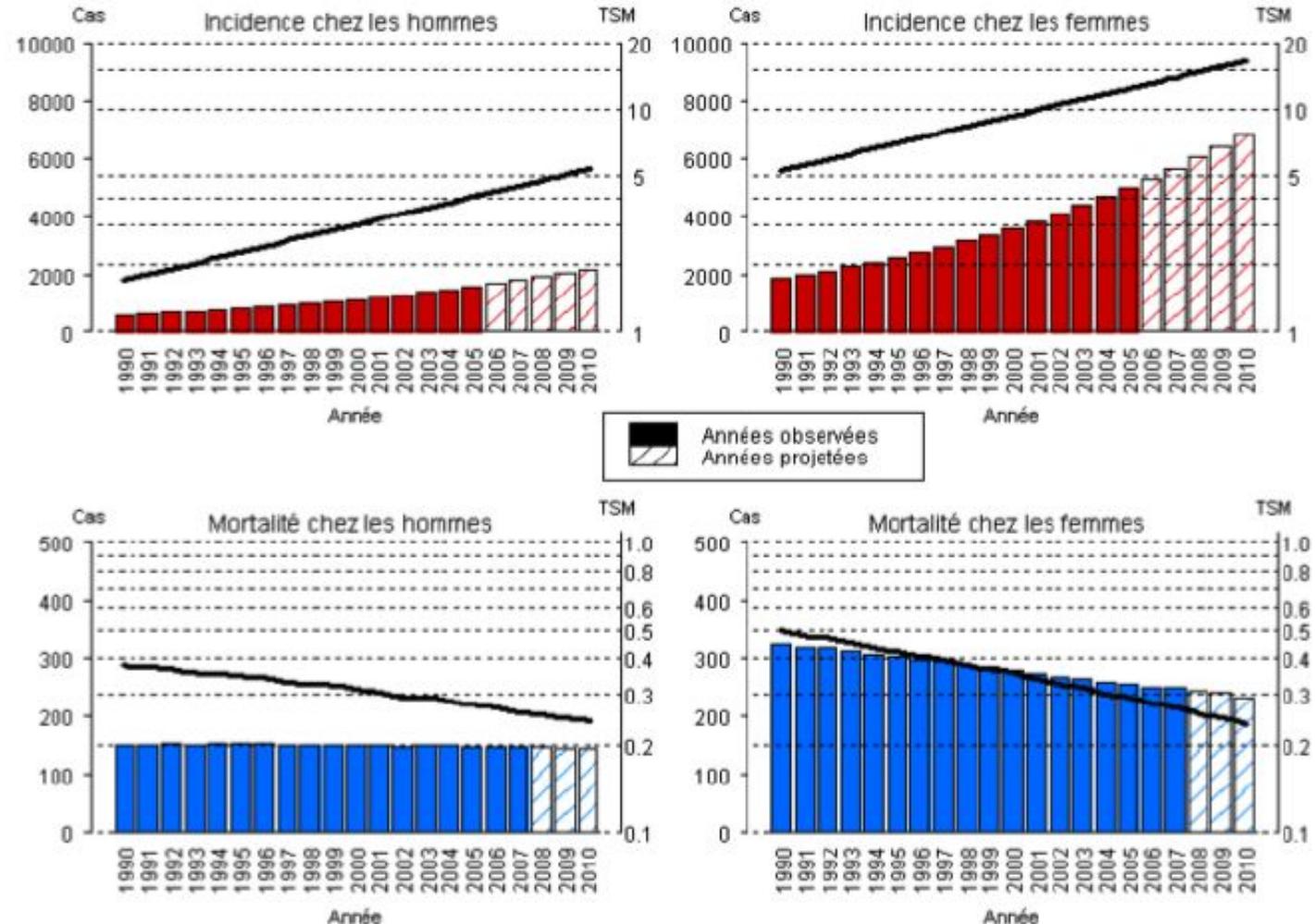
Epidémiologie des cancers de la thyroïde



5% des nodules
1,3% des cancers

1990-2010
Augmentation incidence

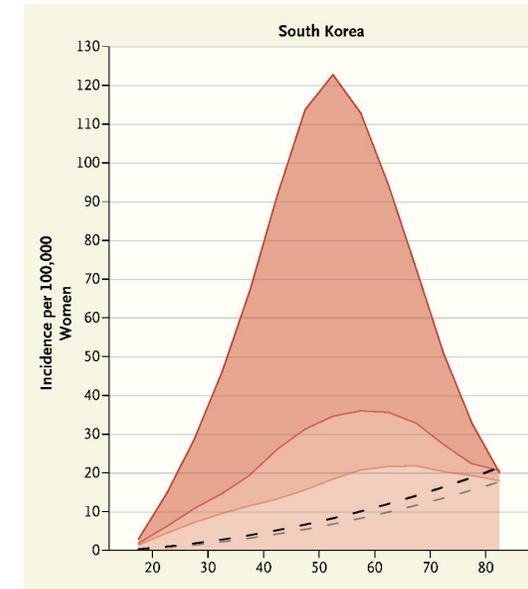
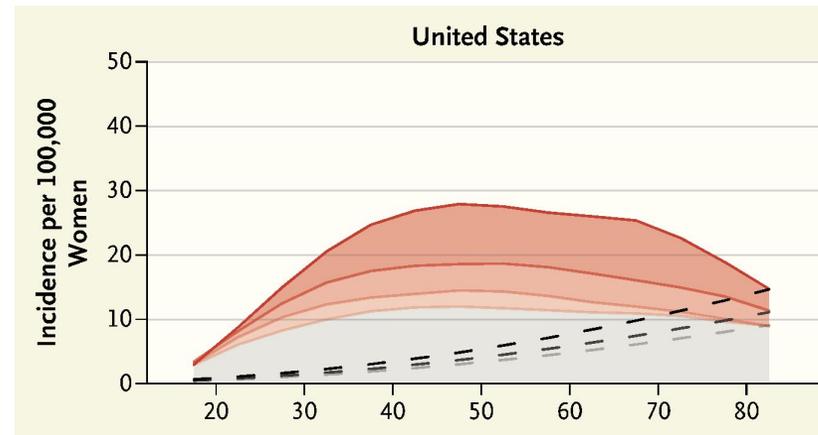
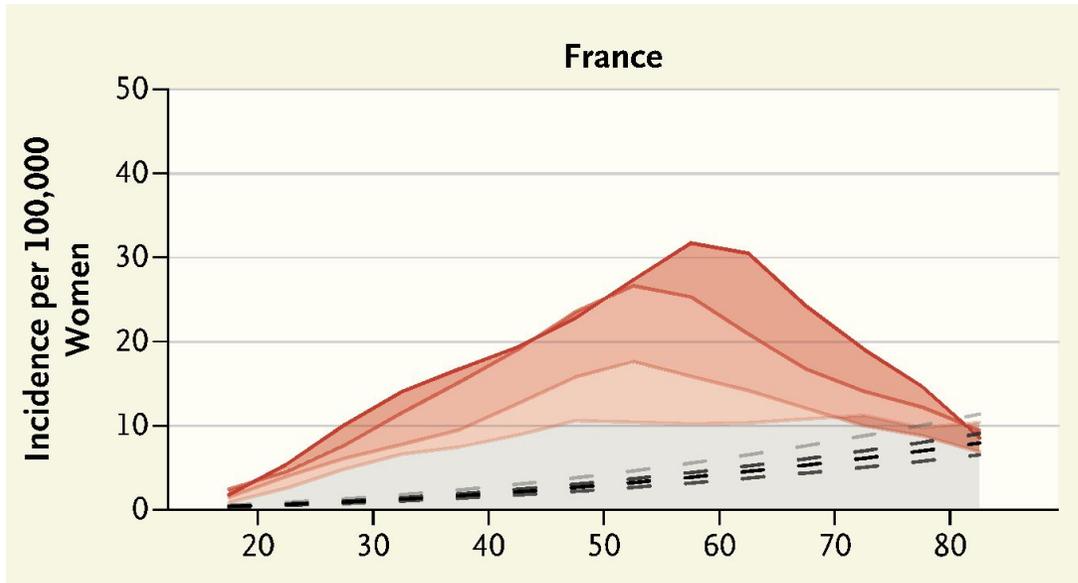
F 18,6/100 000
H 6,2/100 000



INVS - 2010: Évolution de l'incidence du cancer de la thyroïde en France métropolitaine - Bilan sur 25 ans

Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis

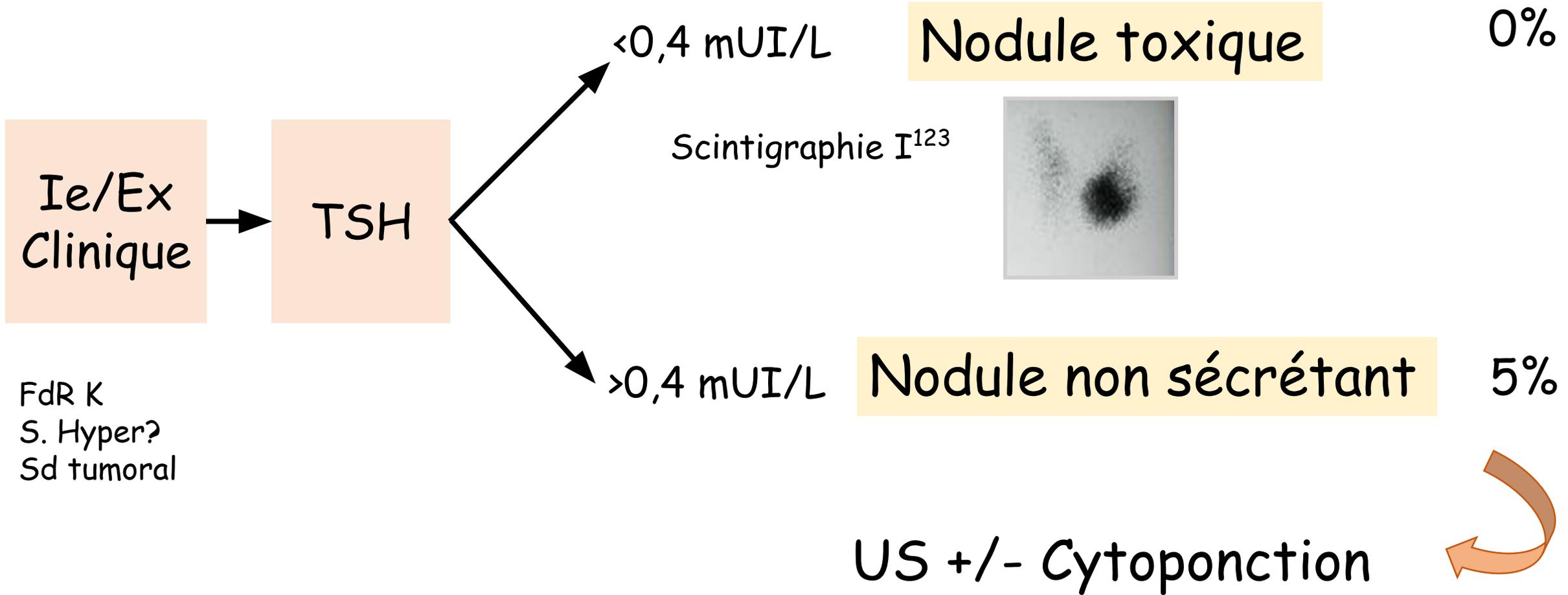
Salvatore Vaccarella, Ph.D., Silvia Franceschi, M.D., Freddie Bray, Ph.D., Christopher P. Wild, Ph.D., Martyn Plummer, Ph.D., and Luigino Dal Maso, Ph.D.



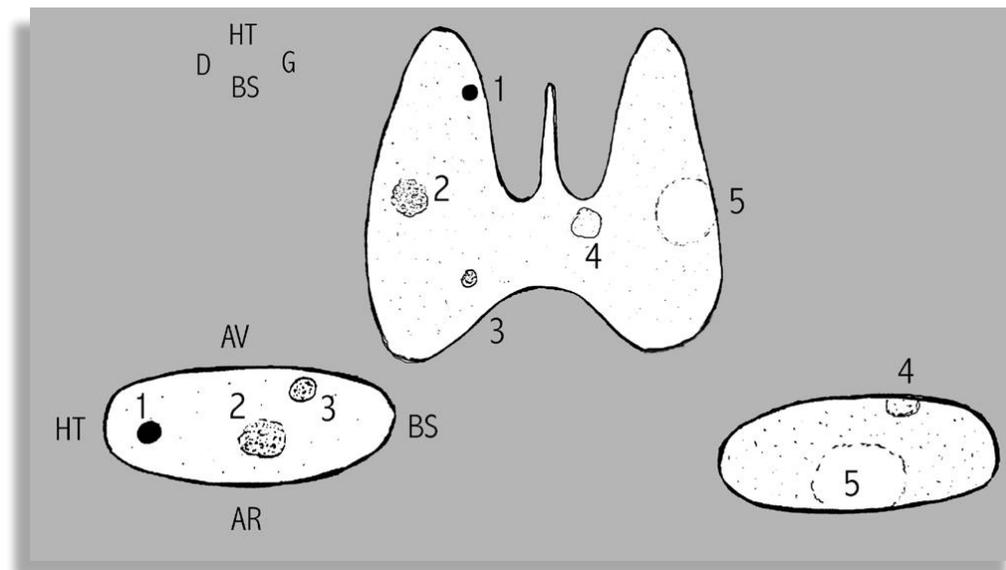
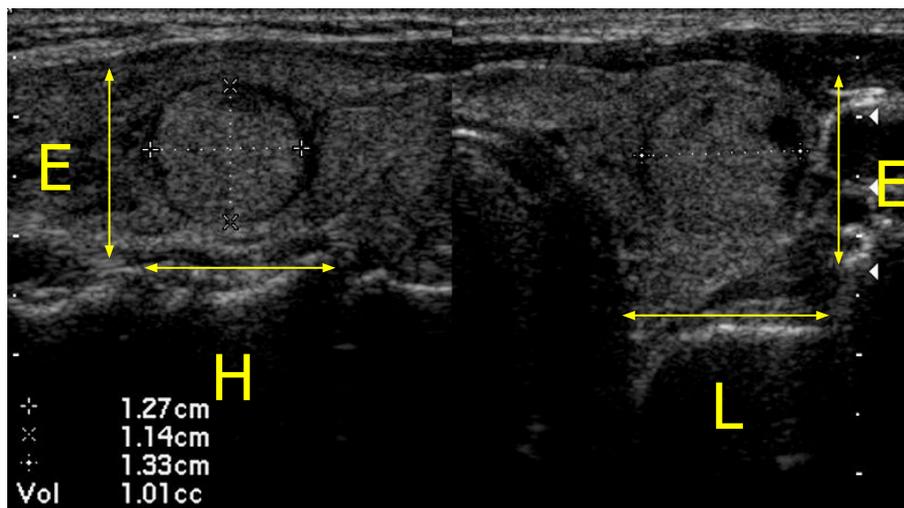
Observed	Expected
— (dark red)	- - - 2003-2007
— (medium red)	- - - 1998-2002
— (light red)	- - - 1993-1997
— (orange)	- - - 1988-1992

Conduite à tenir

Risque K



Echographie thyroïdienne



Schéma

- 3 diamètres + volume
- Numérotation
- Localisation dans les 3 plans

Stratification risque malignité en fonction de critères échographiques combinés

Thyroid Imaging-Reporting And Data System: TIRADS

SCORE TI-RADS	SIGNIFICATION	RISQUE DE MALIGNITE (%)
1	EXAMEN NORMAL	
2	BENIN	≈ 0
3	TRES PROBABLEMENT BENIN	0.25
4A	FAIBLE SUSPICION DE MALIGNITE	6
4B	FORTE SUSPICION DE MALIGNITE	69
5	PRATIQUEMENT CERTAINEMENT MALIN	≈ 100

Aspect bénin

Constamment bénins:

- kyste simple
- nodule spongiforme
- «white knight»
- macrocalcification isolée
- thyroïdite subaiguë typique
- amas de nodules isoéchogènes confluents

score TIRADS2

Surveillance

Très probablement bénins:

- Isoéchogène ou hyperéchogène
- Homogène
- Aucun des 5 signes forts de suspicion

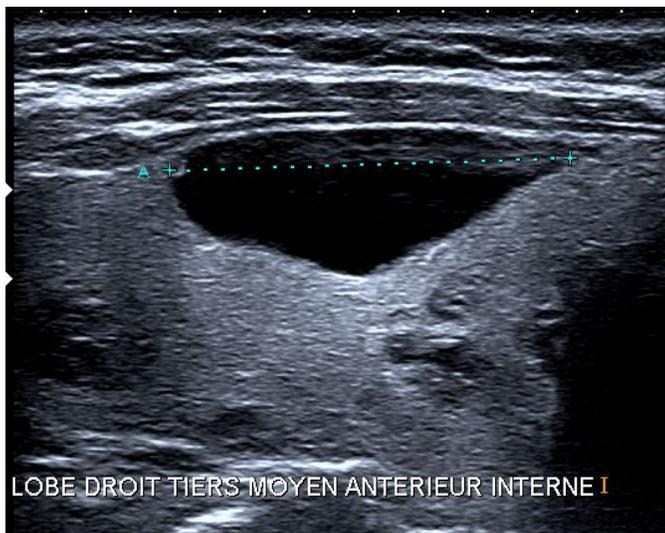
score TIRADS3

Cytoponction si:

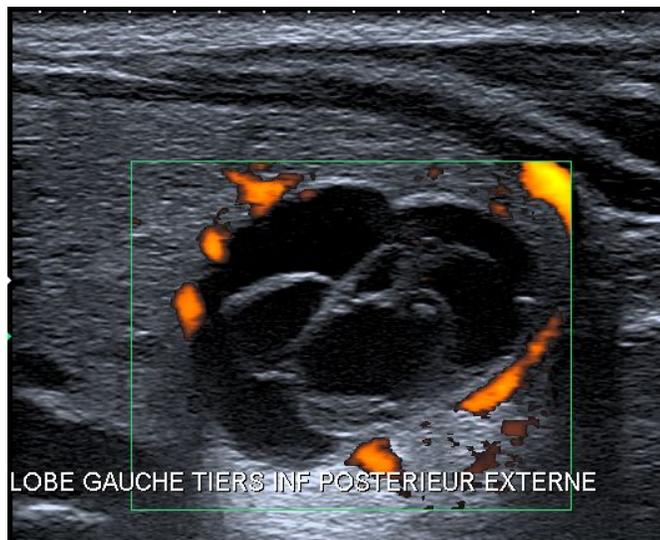
>20 mm

Augmentation taille

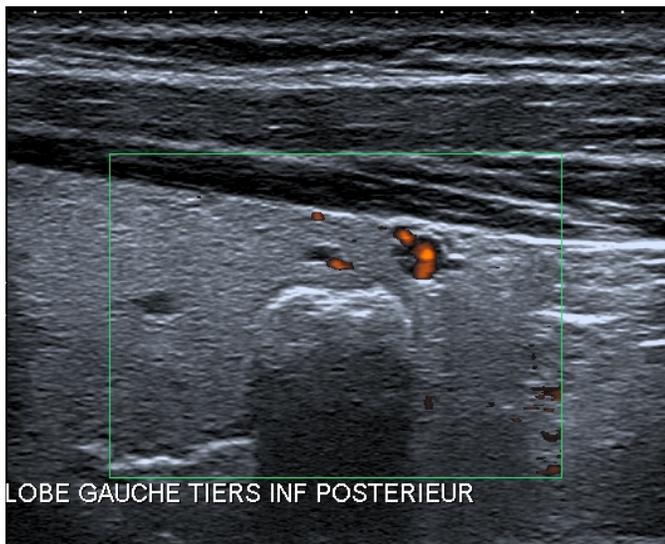
TI-RADS 2



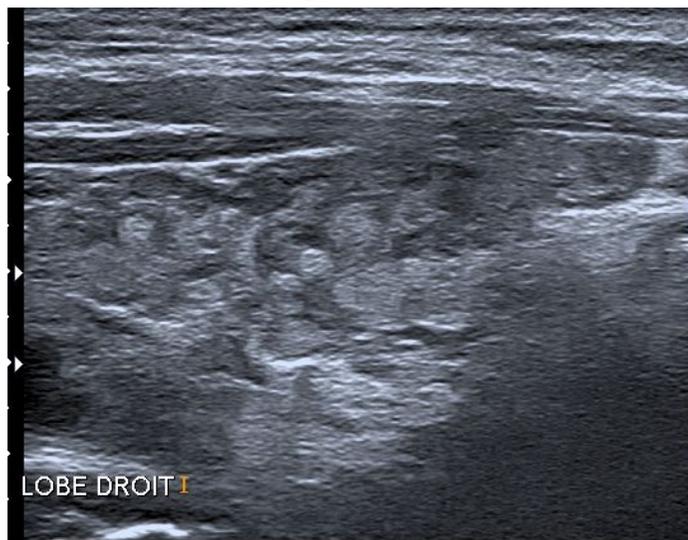
Kyste simple



Spongiforme

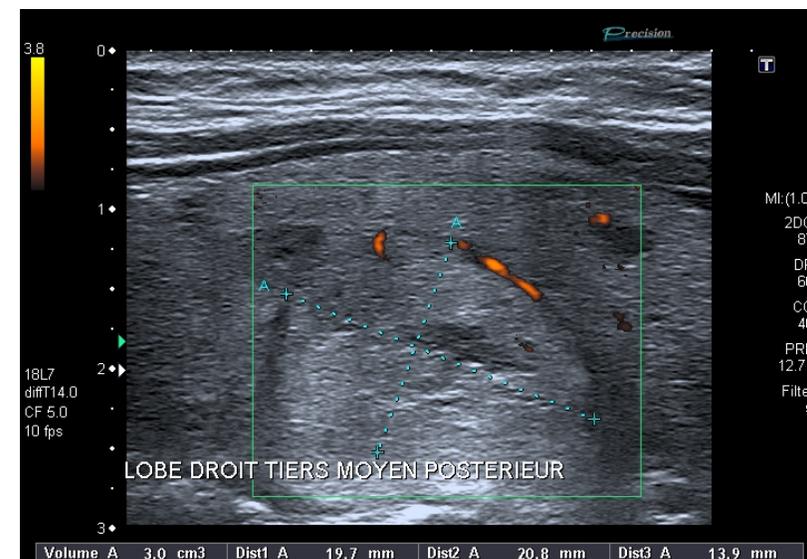


Macrocalcification



White Knight

TI-RADS 3



Aspect suspect

Le signe le plus fort l'emporte toujours...

Faiblement suspects:

- Hypoéchogène solide ou mixte
- Aucun des 5 signes forts de suspicion

score **TIRADS4A**

Cytoponction:
>10 mm

Fortement suspects:

- Hypoéchogénicité marquée
- Microcalcifications
- Contours irréguliers
- Plus épais que large
- Dur en élastographie

1 ou 2 signes: **score TIRADS4B**

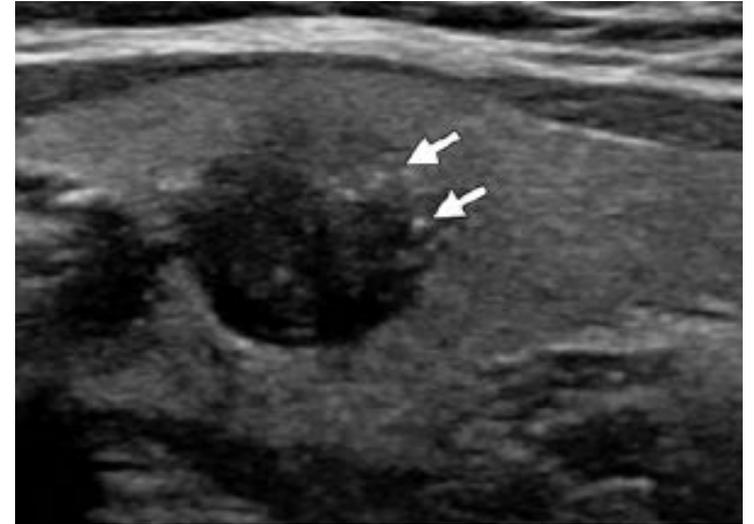
3 à 5 et/ou ganglion suspect: **score TIRADS5**

Cytoponction si:
>7 mm, toute taille si adénopathie

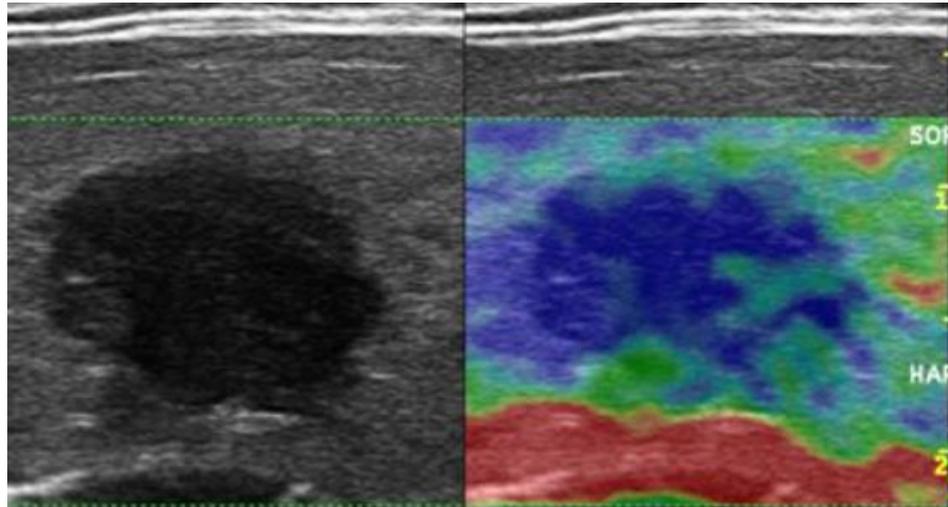
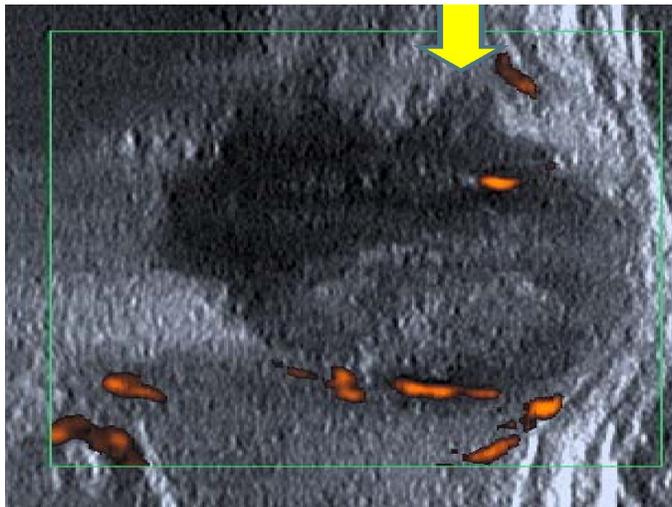
TIRADS 4A



TIRADS 5



TIRADS 4B



Yoon et al

Russ et al

Cytoponction à l'aiguille fine

La taille du nodule guide l'indication



≥ 7mm

Cytoponction si:

- Contexte à risque
- Recherche If (méta à distance, ganglion suspect)
- Fixation 18-FDG PET/CT
- TIRADS4B/5 si:
Juxta-capsulaire
Polaire supérieur
Multifocalité
<40 ans

≥10mm

Cytoponction si:
TIRADS4A/4B/5

> 20mm

Cytoponction systématique

- Tout score TIRADS 3 à 5
- Kyste simple si compressif

Terminologie de Bethesda 2010.

Cochand-Priollet et al. *Ann Pathol* (2012) 32, 177-183.

	Terminologie	Risque de malignité	Conduite à tenir
I <15%	Non diagnostique	?	Nodule solide: nouvelle cyto à 3 mois Nodule kystique: voir selon clinique et US
II 60%	Bénin	0-3%	Contrôle US à 6-18 mois d'intervalle sur 3 à 5 ans
III <7%	Atypies de signification indéterminée Lésion folliculaire de signification indéterminée	5-15%	2 ^{ème} ponction à 3-6 mois
IV 6-11%	Néoplasme folliculaire	15-30%	Chirurgie: lobectomie
V 2-8%	Suspect de malignité	60-75%	Chirurgie: lobectomie ou TT
VI 5-8%	Malin	97-99%	Chirurgie: TT

Evolution des nodules, cyto bénigne

Volume

1567 nodules

N=994 patients

1 à 4 nodules avec US ou cyto bénigne

Prospectif sur 5 ans

Croissance: 11% nodules

Stable: 75,8%

Diminution: 13,1%

Nouveaux nodules: 93 patients

Autonomisation

4% par an

Corrélation

- taille (3cm)
- multinodularité

Cancer

Cancers:

n=5 nodules (0,3%)

dont 2 ayant

Grossi

n=1 sur nouveaux
nodules

Recommandations de suivi ATA 2016

Cytologie
bénigne

Critères US	Fortement suspect TIRADS4B/5	Faible ou intermédiaire TIRADS4A ou 3	Très faible TIRADS2
Cyto bénigne	Nouvelle cyto dans les 12 mois	Nouvelle US dans les 12-24 mois	Nouvelle US >2 ans
2 cyto bénignes	Surveillance US discutée		

Recommandations de chirurgie ATA 2016

Cytologie
maligne

- US du lobe contrôlatéral et des aires ganglionnaires
- Nodule >1 cm: TT
- Nodule <1 cm, intrathyroïdien (0 ATCD irradiation dans enfance):
OK lobectomie seule
- Nodules bilatéraux: TT

Quels nodules traiter?

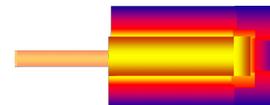
Nodule euthyroïdien chirurgie

- Cytologie
 - maligne ou douteuse
 - Cytologies répétées non contributives sur un nodule solide ou mixte (15% de cancer)
- Augmentation de volume malgré des cytologies bénignes
- Hématocèle volumineux récidivant
- Signes compressifs, gêne esthétique
- Calcitonine >100 pg/ml

Nodule autonome

- Chirurgie
- Iode radioactif

HIFU, laser,
radiofréquence, éthanol



Merci pour votre écoute