

Nodule de la thyroïde

Comment l'explorer ?

Septembre 2021

Une grosseur au niveau de votre thyroïde a été découverte. Vous avez peut-être un nodule. Ce document vous informe sur ce qu'est un nodule de la thyroïde et sur les examens qui permettent de le caractériser. Il complète vos échanges avec votre médecin ; il ne remplace pas son avis. Les informations qu'il contient s'appuient sur les données scientifiques les plus récentes.

Le nodule de la thyroïde : de quoi parle-t-on ?

Un nodule thyroïdien est une grosseur localisée dans la glande thyroïde.

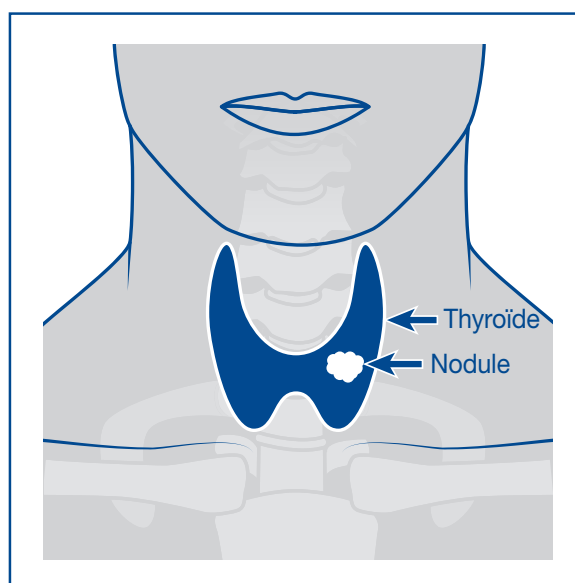
Il est le plus souvent indolore, ne provoque pas de symptôme et est découvert lors de la palpation du cou (par vous ou votre médecin) ou lors d'un examen d'imagerie pour une autre cause (par exemple écho-Doppler des carotides, scanner thoracique, etc.).

Les nodules sont très fréquents dans la population générale (jusqu'à 50 % des personnes en échographie), notamment chez la femme, et leur fréquence augmente avec l'âge.

Ils peuvent être uniques ou multiples sans que cela change la façon de les explorer.

Ils sont d'évolution lente et leur prise en charge est rarement urgente.

Dans au moins 90 % des cas, les nodules sont bénins et ne nécessitent, au terme d'un bilan, qu'une simple surveillance.



Pourquoi le médecin vous propose-t-il de réaliser une échographie ?

La découverte d'un nodule nécessite, sans urgence, une consultation avec votre médecin traitant. Celui-ci va recueillir certaines informations utiles pour l'exploration de ce nodule. Il va vous interroger, notamment sur vos antécédents, palper votre cou pour déterminer les caractéristiques du nodule (dureté, mobilité, taille) et rechercher des ganglions anormaux. À ce stade, une prise de sang pour doser la thyroïdostimuline (TSH) et une échographie de la thyroïde seront demandés.

La TSH (*Thyroid Stimulating Hormone*)

C'est une hormone présente dans le sang, qui sert à réguler le fonctionnement de la thyroïde. Quand la quantité d'hormones thyroïdiennes est insuffisante (par exemple, en cas de thyroïdite de Hashimoto), la TSH s'élève et augmente la production de ces hormones. La TSH baisse quand la thyroïde produit trop d'hormones.

L'échographie va permettre d'explorer la thyroïde, de déterminer la localisation des nodules, leur taille, leurs caractéristiques, et d'identifier éventuellement un aspect évocateur de cancer.

Ces caractéristiques sont résumées dans un score appelé EU-TIRADS. En fonction de ce score ET de la taille des nodules, le médecin vous proposera de réaliser ou non une cytoponction pour préciser la nature des nodules.

Les nodules observés pendant l'examen seront reportés sur un schéma qui servira de référence pour le suivi.

L'échographie de la thyroïde

Il s'agit d'un examen indolore, non invasif, non irradiant, sans contre-indication et ne nécessitant pas de préparation particulière.

Lors de votre rendez-vous d'échographie, il faut penser à apporter le résultat du dosage de TSH, vos ordonnances avec votre traitement et les éventuelles échographies ou cytoponctions précédentes.

Certains nodules ne nécessitent pas d'exploration, notamment lorsqu'ils sont petits ou découverts par hasard sur une imagerie.

Il est alors utile de discuter avec votre médecin des avantages et des inconvénients de la poursuite des examens.

Le cancer de la thyroïde

Dans 5 à 10 % des cas, les nodules peuvent correspondre à un cancer. Ce sont généralement des cancers de bon pronostic, peu agressifs, d'évolution lente.

Le plus souvent, aucune cause n'est retrouvée. Néanmoins, certains facteurs prédisposent à ces cancers :

- exposition à une irradiation durant l'enfance (liée à une radiothérapie ou à une irradiation accidentelle) ;
- existence ou antécédent de cancer de la thyroïde chez un membre de sa famille ;
- certaines maladies génétiques rares.

Quels autres examens peuvent être nécessaires ?

Si la TSH est abaissée

Votre médecin va vous proposer de réaliser une scintigraphie de la thyroïde en plus de l'échographie. En effet, il est possible qu'un nodule fabrique trop d'hormones thyroïdiennes (nodule hyperfonctionnel ou « chaud »). Seule la scintigraphie permettra de mettre en évidence ce type de nodule.

La scintigraphie consiste à injecter un produit faiblement radioactif qui se fixe temporairement sur les cellules thyroïdiennes et permet de visualiser l'activité de la thyroïde. C'est un examen indolore qui n'est contre-indiqué qu'en cas de grossesse ou d'allaitement.

Si la TSH est normale ou élevée

Si le nodule est de petite taille et ne présente aucune caractéristique suspecte à l'échographie, une surveillance par un examen médical et par échographie est suffisante pour ne pas méconnaître une augmentation importante de la taille du nodule. La fréquence de cette surveillance sera déterminée avec votre médecin.

Si le nodule est de taille significative et en fonction de son score EU-TIRADS à l'échographie, votre médecin va vous proposer de réaliser, sans urgence, une cytoponction pour examiner les cellules au microscope. Cet examen permet d'évaluer le caractère bénin ou non du nodule et de déterminer la conduite à tenir ultérieure. La cytoponction est indispensable avant toute chirurgie de la thyroïde pour des nodules.

La cytoponction peut également servir à évacuer le liquide d'un nodule kystique devenu trop gros et gênant.

La cytoponction des nodules

C'est un geste simple, généralement peu ou pas douloureux (comparable à une prise de sang), qui consiste à introduire à travers la peau une aiguille très fine dans le nodule. Plusieurs ponctions peuvent être nécessaires pour recueillir suffisamment de cellules. Plusieurs nodules peuvent être ponctionnés lors d'un seul rendez-vous. Le plus souvent, la cytoponction est réalisée en s'aidant de l'échographie pour mieux cibler les zones à ponctionner. Elle ne nécessite pas d'anesthésie locale, la douleur étant modérée, comparable à celle d'une prise de sang.

L'examen dure 15 à 20 minutes et ne requiert pas d'hospitalisation. Une fois celui-ci terminé, il est possible de reprendre immédiatement ses activités personnelles/professionnelles.

Les principaux inconvénients sont la survenue d'un inconfort/d'une légère douleur, voire d'un malaise vagal (sueurs, nausées), d'une ecchymose (un « bleu », qui disparaît généralement spontanément en quelques jours). Les autres complications sont exceptionnelles.

Si vous êtes atteint d'un trouble de la coagulation ou si vous prenez un traitement pour fluidifier le sang (traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire comme l'aspirine par exemple), il est nécessaire d'en parler à votre médecin et au médecin qui réalisera la cytoponction lors de la prise de rendez-vous. Ils vous indiqueront les précautions à prendre. Lors de votre rendez-vous, il faudra aussi penser à apporter le résultat du dosage de TSH, vos ordonnances avec votre traitement et les éventuelles échographies ou cytoponctions précédentes.

Et ensuite ?

En fonction du résultat de la cytoponction et de l'échographie, votre médecin peut vous proposer :

- une surveillance par un examen médical et par échographie pour apprécier l'évolution du nodule ;
- une nouvelle cytoponction, d'autres examens complémentaires ou une consultation spécialisée avec un endocrinologue en cas de résultat non concluant de la cytoponction, ou en cas de modification du nodule/des symptômes ;
- une intervention chirurgicale qui sera à discuter si :
 - le résultat de la cytoponction évoque un cancer. La chirurgie consiste alors à retirer tout ou partie de la thyroïde (et non pas seulement le nodule) et éventuellement les ganglions du cou. C'est l'analyse du tissu retiré qui permettra avec certitude de confirmer ou non le diagnostic de cancer,
 - le nodule n'est pas suspect de cancer mais sa taille importante entraîne une gêne pour avaler, pour respirer ou pour parler.

Comme toute intervention, la chirurgie de la thyroïde comporte des risques (hématome, troubles de la voix, baisse du calcium dans le sang, ces complications étant le plus souvent transitoires). **Par ailleurs, une ablation totale de la thyroïde nécessite un traitement à vie par hormones thyroïdiennes.** Cela peut être le cas même après une ablation partielle.

Il est nécessaire que vous consultiez votre médecin en cas de modification des symptômes (aggravation ou nouveaux symptômes) et notamment si apparaît une gêne pour avaler, pour respirer ou pour parler ou si vous percevez une augmentation de taille du nodule ou des ganglions du cou.

i Pour aller plus loin

Les informations de la HAS

→ disponibles sur www.has-sante.fr

Le soutien des associations d'usagers

→ Association française des malades de la thyroïde
www.asso-malades-thyroide.org

→ Vivre sans thyroïde
www.forum-thyroide.net

→ Union pour la prévention et la gestion des crises sanitaires
www.upgcs.org

Ce document a été élaboré par des professionnels de santé et des membres d'associations de patients concernés par le sujet. Il a été rédigé selon les connaissances disponibles à la date de sa publication qui sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr