

FICHE

Quiz sur l'exploration d'un nodule thyroïdien – Outil d'auto-évaluation pour les professionnels de santé

Validé par le collège - 9 septembre 2021

Ce quiz est destiné aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des nodules et autres pathologies thyroïdiennes (médecins généralistes, endocrinologues, radiologues, médecins nucléaires, anatomo-cytopathologistes, chirurgiens de la thyroïde, oncologues, gériatres, médecins internistes).

Il vise à évaluer ses connaissances concernant l'exploration d'un nodule thyroïdien. Il peut être utilisé avant et après avoir consulté les recommandations figurant dans la fiche « Exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte : Pertinence et critères de qualité de l'échographie, pertinence de la cytoponction échoguidée » (HAS, 2021).

Plusieurs réponses sont possibles pour chaque question. Les réponses attendues figurent à la fin du document.

Questions générales

Question n°1 : Quelles sont les affirmations exactes concernant l'échographie thyroïdienne ?

- a. C'est l'examen le plus sensible pour la détection des nodules.
- b. Elle ne permet pas de distinguer de façon fiable le ganglion normal de l'adénopathie métastatique.
- c. Elle permet de quantifier le risque de malignité d'un nodule.
- d. Elle permet d'identifier les nodules purement kystiques qui ne sont pas cancéreux.

Question n°2 : Quelles sont les affirmations exactes concernant la cytoponction thyroïdienne ?

- a. Elle doit être de préférence échoguidée.
- b. Ses résultats doivent être rendus selon la classification de Bethesda.
- c. Elle ne peut pas être répétée pour un nodule donné.
- d. Elle nécessite obligatoirement une anesthésie locale.
- e. Il est possible de ponctionner plus d'un nodule lors de la même séance.
- f. Un traitement anticoagulant est une contre-indication formelle.

Question n°3 : Quelles sont les affirmations exactes concernant le cancer thyroïdien ?

- a. L'âge moyen au diagnostic est de 50 ans.
- b. Son incidence est en augmentation depuis plus de trente ans.
- c. C'est un cancer le plus souvent de bon pronostic.
- d. Les deux principaux facteurs de risque identifiés sont l'exposition aux radiations ionisantes, surtout dans l'enfance, et un contexte génétique ou familial particulier.
- e. La mortalité par cancer de la thyroïde est en augmentation lente et régulière depuis trente ans.

Cas cliniques

Cas clinique n° 1

Que pensez-vous de cette description nodulaire dans un compte rendu d'échographie ? « Présence d'un nodule dans le lobe gauche, mesurant 12 × 11 × 9 mm (600 mm³), hypodense, sans halo, présentant une vascularisation visible. »

- a. Est suffisamment précise.
- b. N'utilise pas le vocabulaire du lexique échographique.
- c. Ne permet pas de classer le nodule dans le score EU-TIRADS.¹
- d. La description de l'aspect du nodule est accessoire, seule compte sa taille.

Cas clinique n° 2

Vous conseillez à un de vos patients de faire réaliser une cytoponction d'un nodule échographiquement suspect en lui recommandant de se munir de l'échographie qui a montré ce nodule au sein d'une thyroïde multinodulaire complexe. Il n'y a pas de schéma de repérage ni de numérotation nodulaire. Avant de réaliser la cytoponction, le confrère réalise d'abord une échographie diagnostique complète avec caractérisation, schéma et numérotation nodulaire. Quelle est votre réaction ?

- a. Vous pensez qu'il aurait dû se contenter de réaliser la cytoponction que vous aviez conseillée, la description du nodule suspecte étant précise sur l'échographie initiale.

¹ European Thyroid Association, Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, et al. European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. Eur Thyroid J 2017;6(5):225-37. Téléchargeable gratuitement sur <https://www.karger.com/Article/FullText/478927>

- b. Vous approuvez son attitude, car cette échographie détaillée servira de base à la surveillance échographique ultérieure, notamment grâce au schéma de repérage et à la numérotation nodulaire et qu'elle a permis de ponctionner le ou les nodules les plus pertinents.
- c. Vous pensez que cette nouvelle échographie est superflue, car le nodule suspect est palpable et que la cytoponction aurait pu se faire sans échoguidage.

Cas clinique n° 3

En cas de nodule suspect EU-TIRADS 5 de 13 mm dont la cytoponction échoguidée a montré un résultat cytologique bénin (Bethesda II) :

- a. Vous préconisez une échographie de contrôle dans un an.
- b. Vous demandez une nouvelle cytoponction échoguidée dans un délai de quelques mois (et pas moins d'un mois après la cytoponction initiale).
- c. Vous demandez un dernier contrôle échographique dans cinq ans avant d'interrompre la surveillance.

Cas clinique n° 4

Question 1

Un nodule thyroïdien médiolobaire gauche a été découvert chez une de vos patientes, âgée de 46 ans, lors d'un écho Doppler des troncs supra-aortiques que vous aviez demandé, car la patiente présente une hypercholestérolémie et une intoxication tabagique. Vous avez alors fait doser la TSH qui est normale à 3,78 mUI/l et une échographie thyroïdienne qui conclut : « Présence d'un nodule solitaire médiolobaire gauche de 16 × 11 × 9 mm (800 mm³), classé EU-TIRADS 3, sans adénopathie cervicale associée, pour lequel un contrôle échographique dans un an peut être proposé. » La patiente ne présente pas d'antécédent personnel ou familial thyroïdien. Quelle est votre attitude ensuite ?

- a. Vous demandez une cytoponction échoguidée, car il s'agit d'un nodule solitaire à TSH normale et qu'il mesure plus de 15 mm de grand diamètre.
- b. Vous demandez une nouvelle échographie à six mois pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'un nodule à croissance rapide.
- c. Vous suivez l'avis de l'échographiste et demandez une nouvelle échographie dans un an.

Question 2

Vous revoyez cette patiente au bout d'un an avec sa nouvelle échographie, dont voici la conclusion : « Légère augmentation du nodule connu EU-TIRADS 3 (17 × 13 × 10 mm soit 1 100 mm³) et apparition d'un nodule polaire supérieur droit classé EU-TIRADS 5 de 5 × 4 × 3 mm (30 mm³) sans adénopathie satellite visible. Une échographie de contrôle peut être envisagée dans douze à dix-huit mois. » Quelle est votre attitude ?

- a. Vous sollicitez un avis spécialisé endocrinologique pour une éventuelle surveillance active.
- b. Sachant que les nodules EU-TIRADS 5 sont très souvent cancéreux, et compte tenu de l'inquiétude de la patiente alimentée par les renseignements qu'elle a trouvés sur internet, vous demandez une cytoponction du nodule droit.
- c. Vous demandez une scintigraphie, car si le nodule droit était hyperfixant, cela exclurait presque tout risque de malignité.

Cas clinique n° 5

Question 1

Un patient de 55 ans, sans facteur de risque de cancer thyroïdien, que vous suivez depuis plusieurs années pour un nodule thyroïdien gauche, vous revoit avec sa nouvelle échographie réalisée par le même échographiste, dont voici la conclusion : « ... Le nodule lobaire gauche est en augmentation significative, mesurant maintenant 21 × 13 × 11 mm soit 1 500 mm³. Il est toujours classé en EU-TIRADS 3. Une cytoponction est indiquée à son niveau. » Quelle est votre attitude ?

- Vous adressez le patient en consultation auprès d'un chirurgien, car la croissance rapide du nodule gauche vous inquiète.
- Vous demandez une cytoponction sur le nodule lobaire gauche.
- Vous conseillez une simple échographie de contrôle dans un an, car les nodules EU-TIRADS 3 sont rarement cancéreux.

Question 2

Une cytoponction échoguidée est réalisée sur le nodule lobaire gauche dont le résultat est : « Le matériel cytologique est en quantité suffisante. L'aspect est celui d'un néoplasme folliculaire (Bethesda IV) ». Quelle est votre attitude ?

- Vous adressez votre patiente à un endocrinologue ou à un chirurgien pour une discussion médico-chirurgicale de l'indication opératoire.
- Vous demandez une nouvelle cytoponction dans un délai de trois à six mois.
- Vous demandez une nouvelle échographie dans un an.

Cas clinique n° 6

Question 1

Il s'agit d'un patient de 36 ans chez lequel un nodule thyroïdien a été découvert fortuitement sur un scanner thoracique lors du bilan d'un emphysème pulmonaire. L'échographie que vous avez alors recommandée a montré un nodule solitaire lobaire droit de 16 × 12 × 8 mm (770 mm³), classé EU-TIRADS 4. Il n'y a pas d'adénopathie visible. La TSH est à 3,34 mUI/l. Il n'y a pas d'antécédent thyroïdien personnel ou familial. Le radiologue conseille une cytoponction du nodule. Quelle est votre attitude ?

- Vous demandez la cytoponction.
- Vous demandez une échographie de contrôle dans un an en signalant au patient que la cytoponction sera réalisée en cas d'augmentation de la taille du nodule.
- Vous adressez directement le patient au chirurgien, car le nodule est déjà gros, solitaire et qu'il s'agit d'un homme.

Question 2

La cytoponction réalisée n'a pas trouvé suffisamment de cellules thyroïdiennes, le résultat est non contributif (Bethesda I). Que conseillez-vous ?

- Une échographie de contrôle dans un an, suivie d'une nouvelle cytoponction uniquement en cas d'augmentation de la taille du nodule.
- Une nouvelle cytoponction dans quelques mois (et pas moins d'un mois après la cytoponction initiale).
- Une scintigraphie au cas où le nodule serait autonome, car un certain nombre de ces nodules autonomes ne modifient pas le taux de TSH.

Question 3

La nouvelle cytoponction, réalisée comme la première sous échoguidage, retrouve un aspect non contributif (Bethesda I). Quelle est votre attitude ?

- Vous demandez une 3^e cytoponction.
- Vous conseillez une simple échographie à un an de la première.
- Vous sollicitez un avis spécialisé auprès d'un endocrinologue.

Réponses attendues

Questions générales

	Réponse(s) attendue(s)	Commentaires
Question n°1	a, c, d	L'échographie est l'examen de référence pour caractériser le nodule thyroïdien. Elle permet d'identifier les ganglions cervicaux suspects et d'indiquer une cytoponction.
Question n°2	a, b, e	La cytoponction est un geste simple, peu ou pas douloureux qui ne nécessite pas d'anesthésie locale généralement. Lors d'une procédure, plusieurs ponctions dans un nodule peuvent être réalisées et plusieurs nodules peuvent être ponctionnés. Un traitement anticoagulant n'est pas une contre-indication formelle ; il nécessite une évaluation au cas par cas de la balance bénéfique/risque.
Question n°3	a, b, c, d	Depuis les années 1980, l'incidence des cancers de la thyroïde a augmenté alors que la mortalité a régulièrement diminué. Cette augmentation d'incidence est expliquée en partie par l'amélioration des méthodes diagnostiques qui peuvent détecter des micro-cancers, peu évolutifs, sans impact sur l'espérance de vie.

Cas cliniques

	Réponse(s) attendue(s)	Commentaires
Cas clinique n°1	b, c	La description du nodule aboutissant au score EU-TIRADS est nécessaire. Celui-ci est construit à partir des quatre signes de forte suspicion : forte hypoéchogénéité, contours micro-lobulés ou spiculés, forme dysharmonieuse, micro-calcifications. L'indication de cytoponction dépend du score EU-TIRADS et de la taille du nodule à l'échographie.

Cas clinique n°2	b	Le compte-rendu d'échographie doit comporter le nombre de nodules significatifs avec leur numérotation (qui doit toujours rester la même au fil des examens) et un schéma avec la localisation de chaque nodule, de manière à pouvoir surveiller échographiquement l'évolution de ces nodules. L'échoguidage de la cytoponction est recommandé, y compris en cas de nodule palpable, surtout dans le cas d'une thyroïde multinodulaire.
Cas clinique n°3	b	Il s'agit d'une discordance entre l'aspect échographique suspect du nodule (EU-TIRADS 5) et la cytologie bénigne (Bethesda II). Une nouvelle cytoponction est dans ce cas indiquée.
Cas clinique n°4		
Question 1	c	En cas de nodule EU-TIRADS 3, de plus grand diamètre ≤ 20 mm, la cytoponction n'est pas recommandée ; une surveillance échographique est préconisée au plus tôt un an après l'échographie initiale.
Question 2	a	En cas de nodule EU-TIRADS 5, de plus grand diamètre ≤ 10 mm, un avis endocrinologique spécialisé est requis pour une éventuelle surveillance active. La cytoponction n'est pas systématique. La scintigraphie n'est pas recommandée en cas de TSH normale.
Cas clinique N°5		
Question 1	b	En cas de nodule EU-TIRADS 3, de plus grand diamètre > 20 mm, la cytoponction est recommandée ; elle est indispensable avant toute chirurgie.
Question 2	a	En cas de cytologie évocatrice de néoplasme folliculaire (Bethesda IV), une 2ème cytoponction n'est pas indiquée. Une discussion médico-chirurgicale est requise afin de proposer au patient plusieurs options comme la réalisation de tests moléculaires, voire la chirurgie pour pouvoir réaliser l'analyse histologique.
Cas clinique n°6		
Question 1	a	En cas de nodule EU-TIRADS 4, de plus grand diamètre > 15 mm, une cytoponction est recommandée ; elle est indispensable avant toute chirurgie.
Question 2	b	En cas de cytologie initiale non contributive (Bethesda I), une nouvelle cytoponction est recommandée.
Question 3	c	En cas de 2ème cytologie non contributive (Bethesda I), un avis endocrinologique spécialisé est recommandé afin de proposer au patient plusieurs options comme la surveillance clinique et échographique, la réalisation d'une micro-biopsie, ou la chirurgie pour réaliser l'analyse histologique.

Ce document présente les points essentiels de la publication : Quiz sur l'exploration d'un nodule thyroïdien – Outil d'auto-évaluation pour les professionnels de santé, Une fiche sur la pertinence de l'échographie et de la cytoponction thyroïdienne et un document d'information pour les patients sont disponibles sur le site. septembre 2021
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr