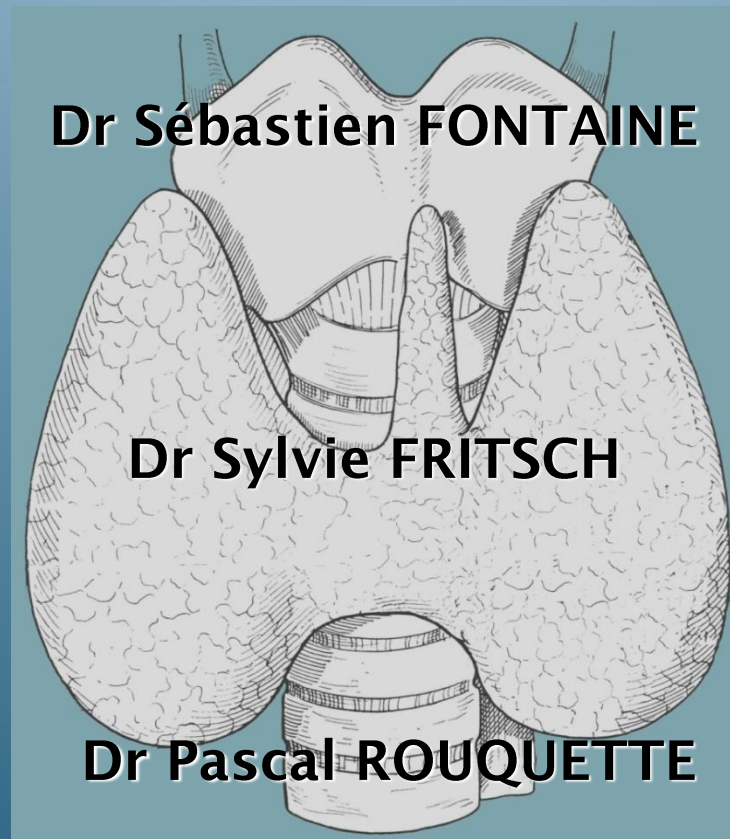


Nodule Thyroïdien en 2017

Réunion Café DUCUING



Programme

1.Epidémiologie

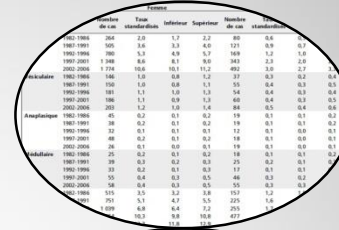
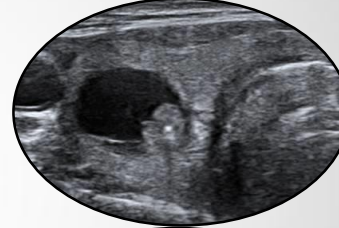


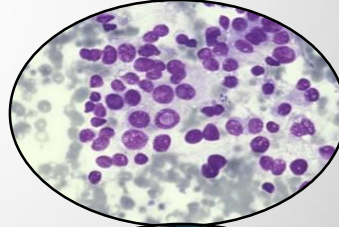
Table showing thyroid cancer statistics (Taux standardisés, Nombre de cas, etc.) for various years and regions. The table is organized into columns for 'Taux standardisés', 'Nombre de cas', and 'Taux standardisés'.

Année	Taux standardisés	Nombre de cas	Taux standardisés
1980-1984	2.0	1.7	2.2
1985-1989	2.0	1.7	2.2
1990-1994	2.0	1.7	2.2
1995-1999	2.0	1.7	2.2
2000-2004	2.0	1.7	2.2
2005-2009	2.0	1.7	2.2
2010-2014	2.0	1.7	2.2
2015-2019	2.0	1.7	2.2
2020-2024	2.0	1.7	2.2

2.Evaluation échographique



3.Expertise cytologique



4.Chirurgie thyroïdienne



PREVALENCE DU NODULE THYROIDIEN

Pathologie très fréquente +++

- NODULE CLINIQUE :

4 à 7%

- Plus fréquent chez la femme 1/3
- Augmente avec Age

- Fréquence du cancer de thyroïde :

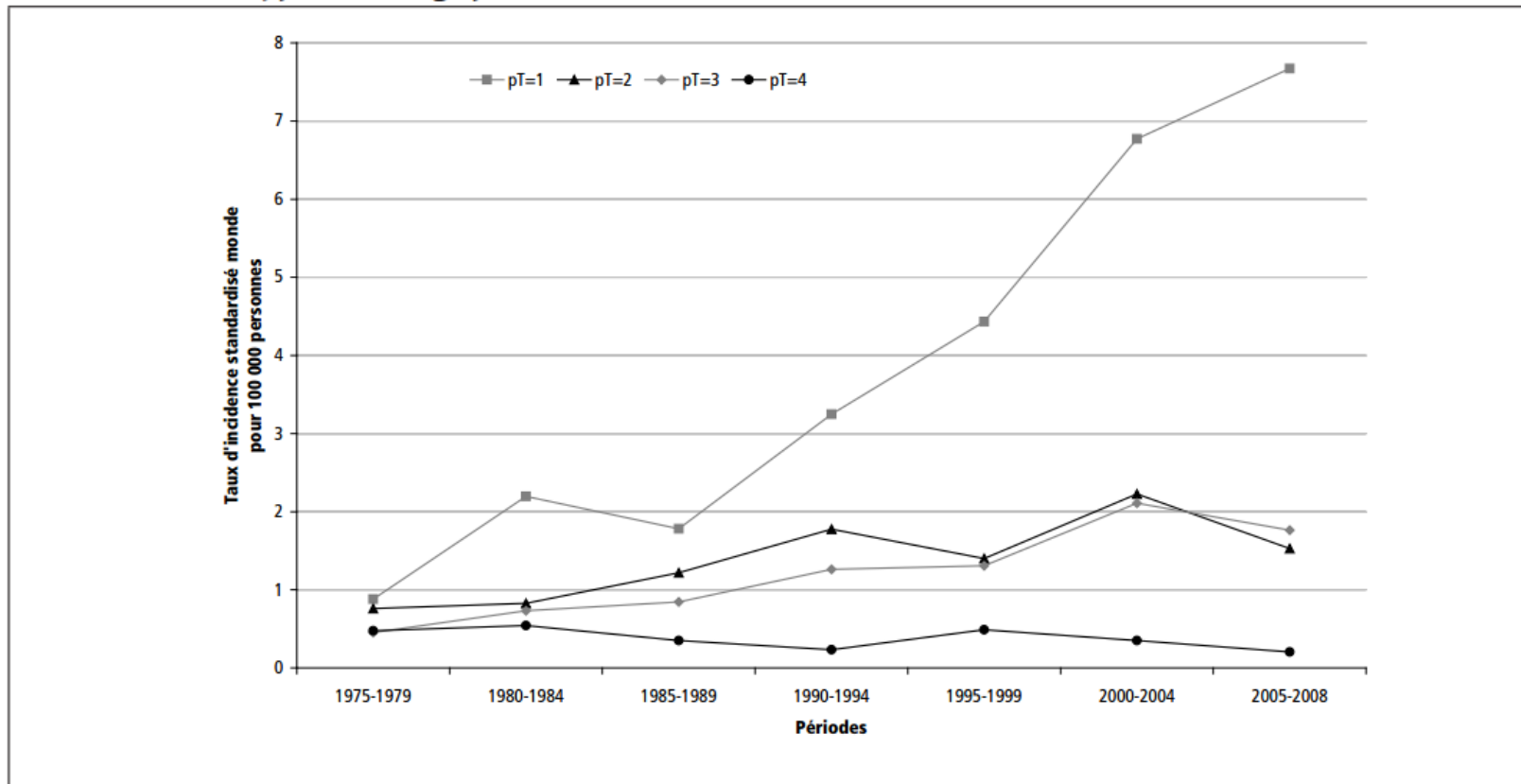
5 % des nodules cliniques

Facteurs de risques : homme, âge < 20 ans, antécédent d'irradiation, antécédent familial de cancer de la thyroïde

Signes suspects : modification de la voix, ganglion, nodule dur, croissance rapide
+ Echographie suspecte
+ Cytologie suspecte

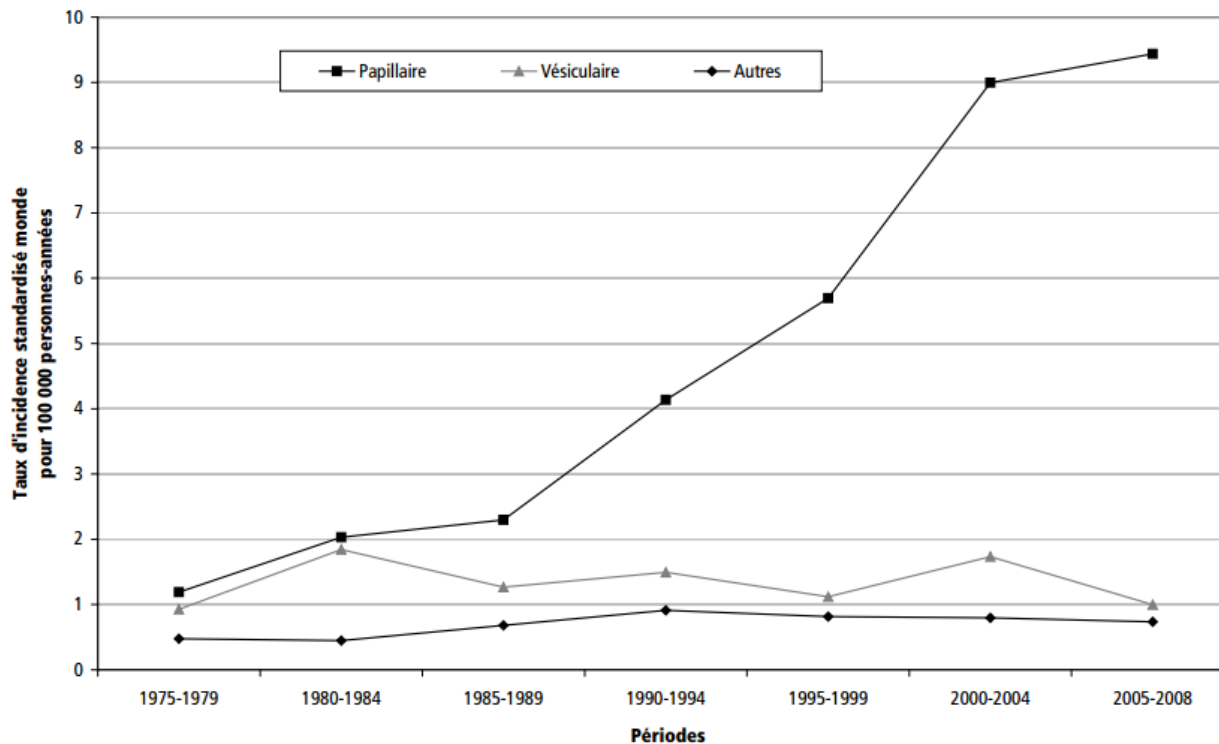
Quelques éléments épidémiologiques...

Évolution du taux d'incidence (standard monde) pour 100 000 personnes-années en fonction du stade (tout type histologique)



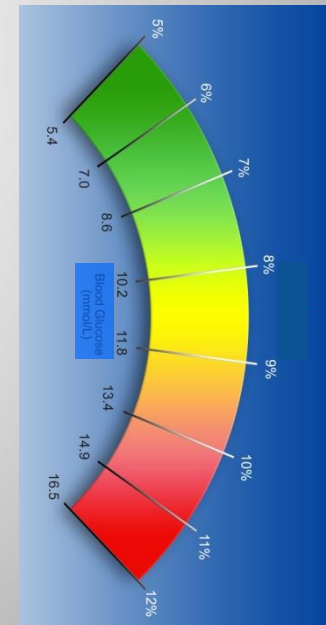
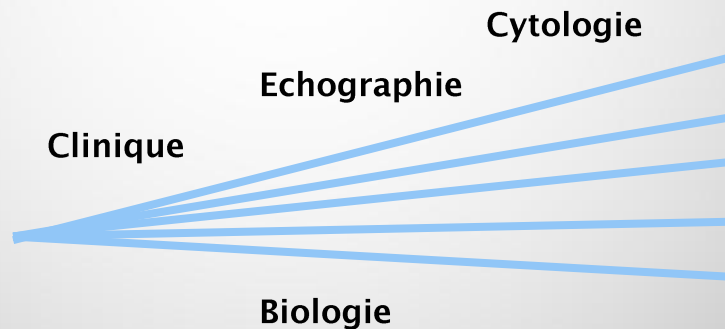
Quelques éléments épidémiologiques...

Évolution du taux d'incidence (standard monde) pour 100 000 personnes-années en fonction du type histologique, tous sexes



Objectifs dépistage :

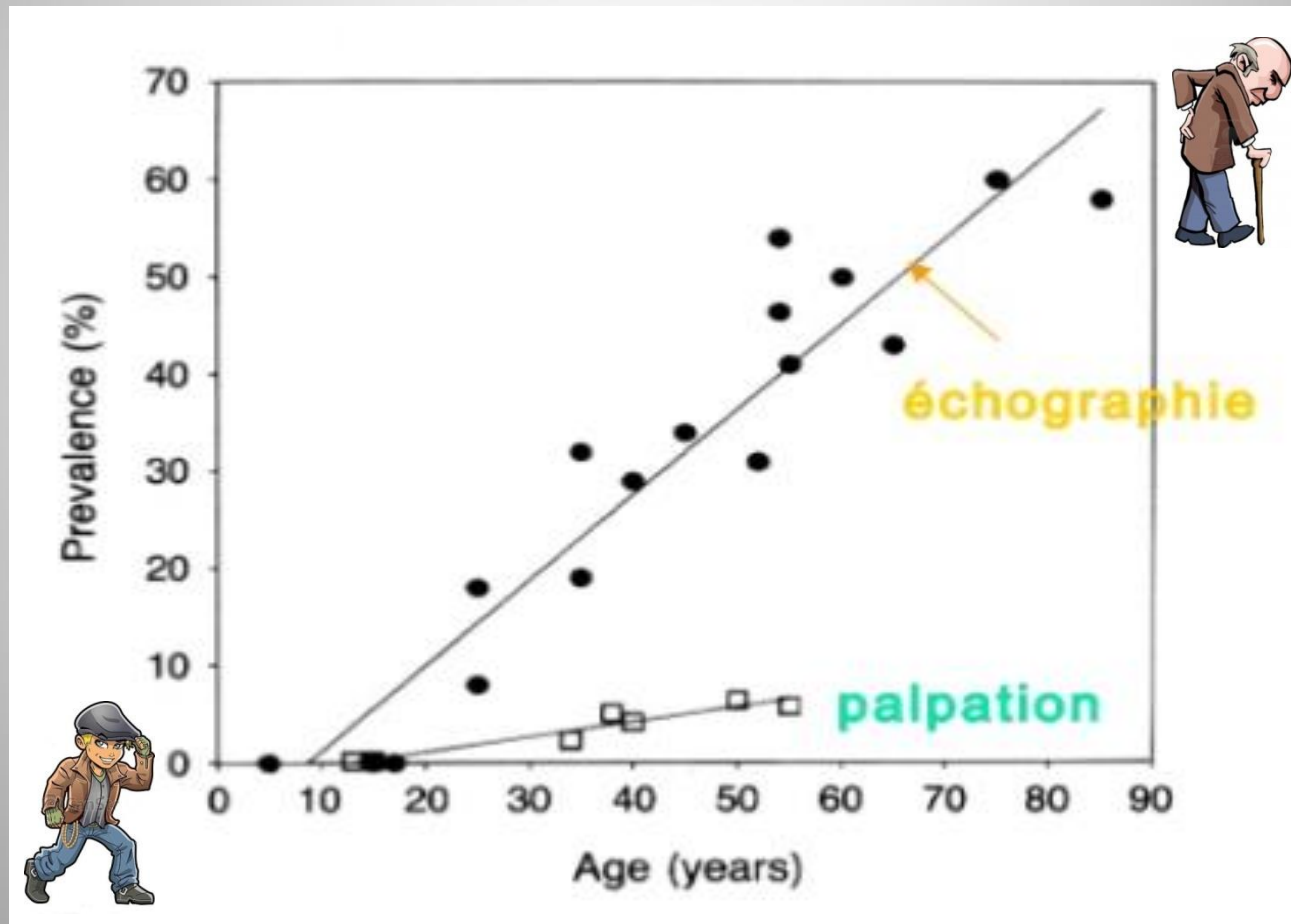
- Identifier les **nodules à risque** de carcinome thyroïdien
- Sélectionner les **nodules à opérer**



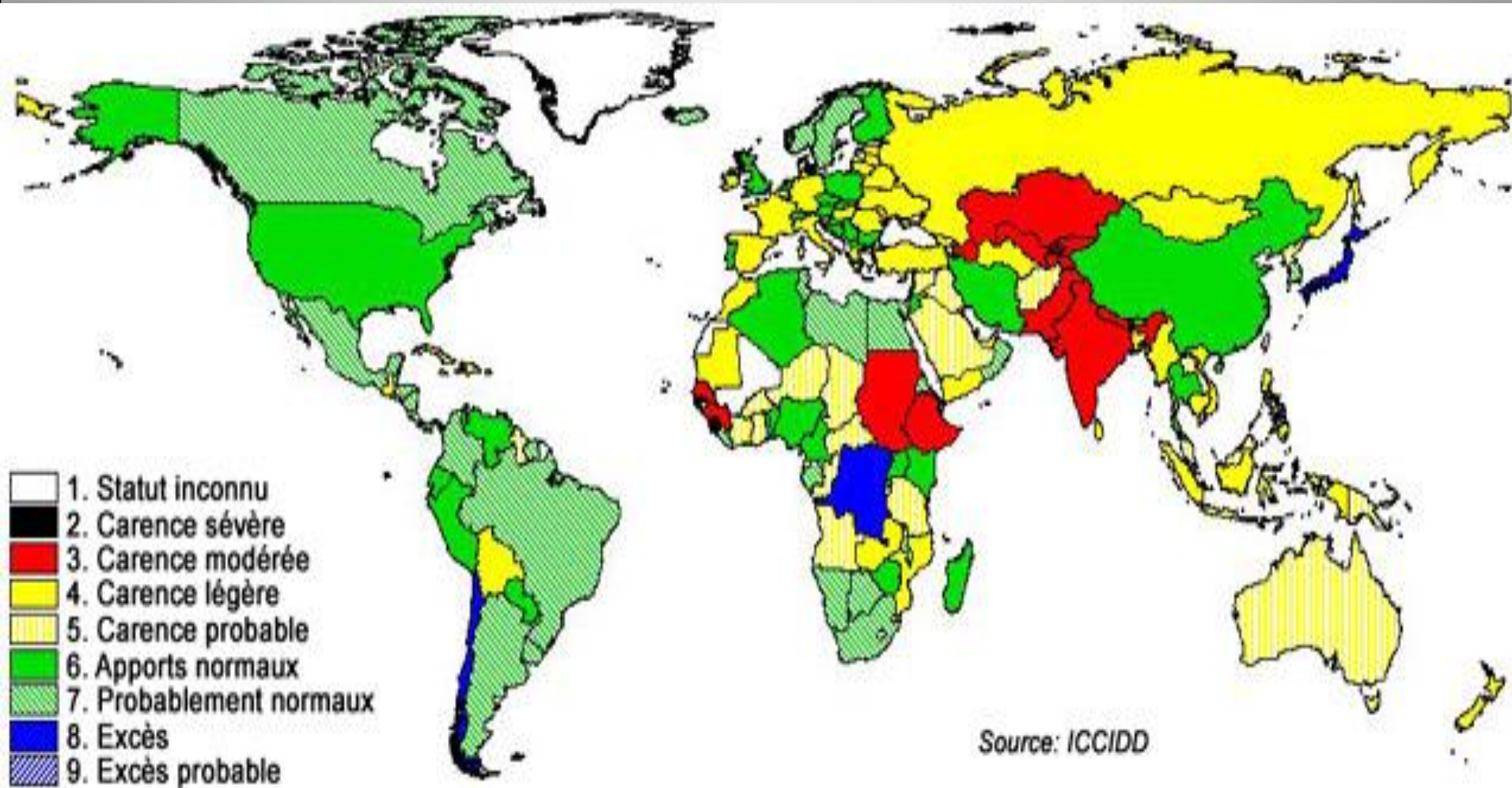
Nodule thyroïdien – Pathologie fréquente

+++

Fréquence Nodule thyr. : dépend **Age** et **Sexe**



Fréquence Nodule thy. : dépend Carence iodée



Nodule thyroïdien – Dépistage du cancer de la thyroïde

- Fréquence du cancer de thyroïde :

5 % des nodules cliniques

Facteurs de risques :

-Homme



-Age < 20 ans



-Antécédent d'irradiation



-Antécédent familial de cancer de la thyroïde

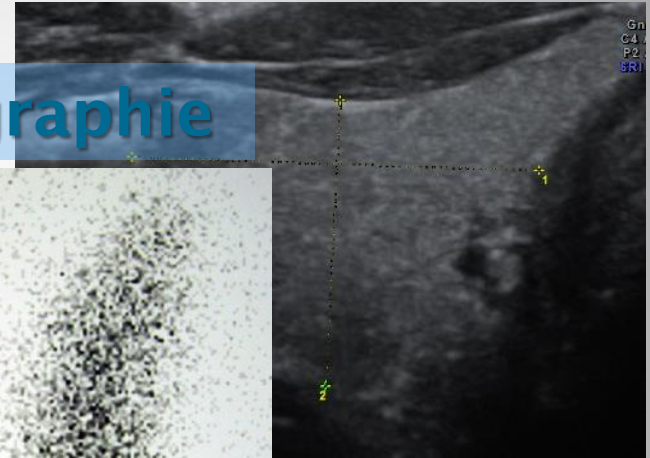


Moyens de dépistage

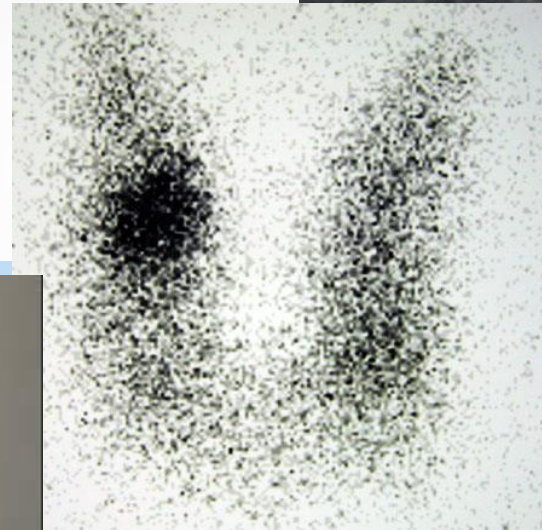
Clinique



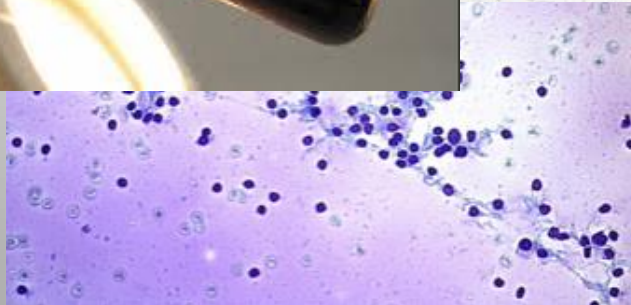
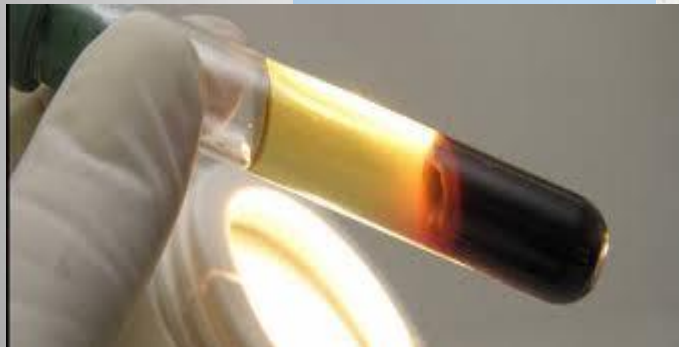
Echographie



Scintigraphie



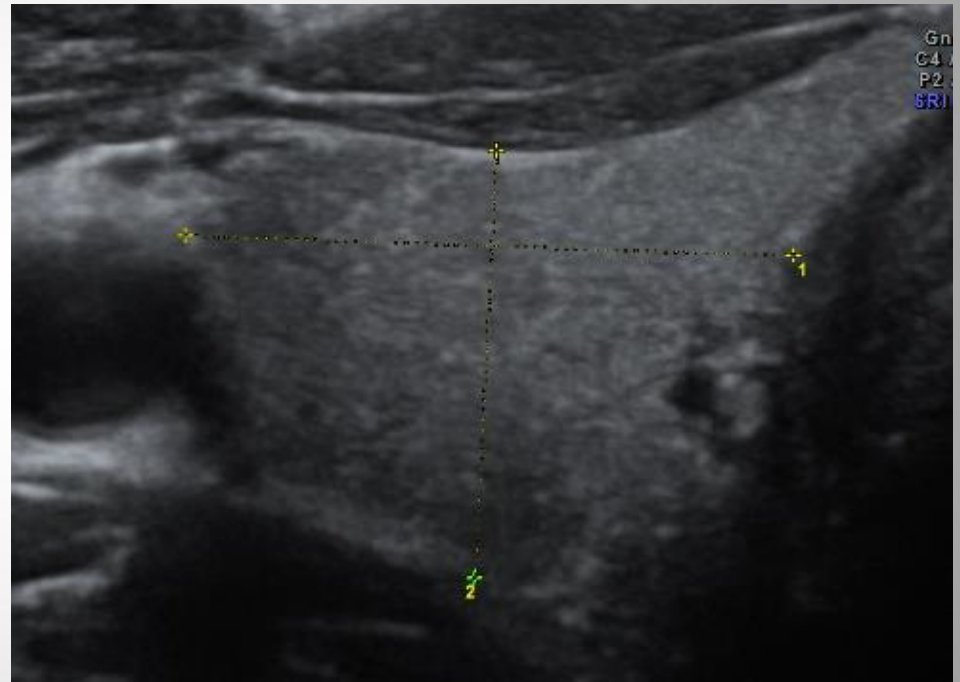
Biologie



EVALUATION ECHOGRAPHIQUE

= Examen de référence de première intention +++

- Mensurations
- Contours
- Echostructure
- Microcalcifications
- Vascularisation au doppler



Classification TI-RADS

SCORE TI-RADS	SIGNIFICATION	RISQUE DE MALIGNITE (%)
1	EXAMEN NORMAL	0 à 7%
2	BENIN	
3	TRES PROBABLEMENT BENIN	
4A	FAIBLE SUSPICION DE MALIGNITE	
4B	FORTE SUSPICION DE MALIGNITE	50 à 90%
5	PRATIQUEMENT CERTAINEMENT MALIN	

ASPECTS BENINS

TRES PROBABLEMENT

- Aucun des cinq signes forts
- Isoéchogène
- Hyperéchogène

SCORE 3

CONSTAMMENT

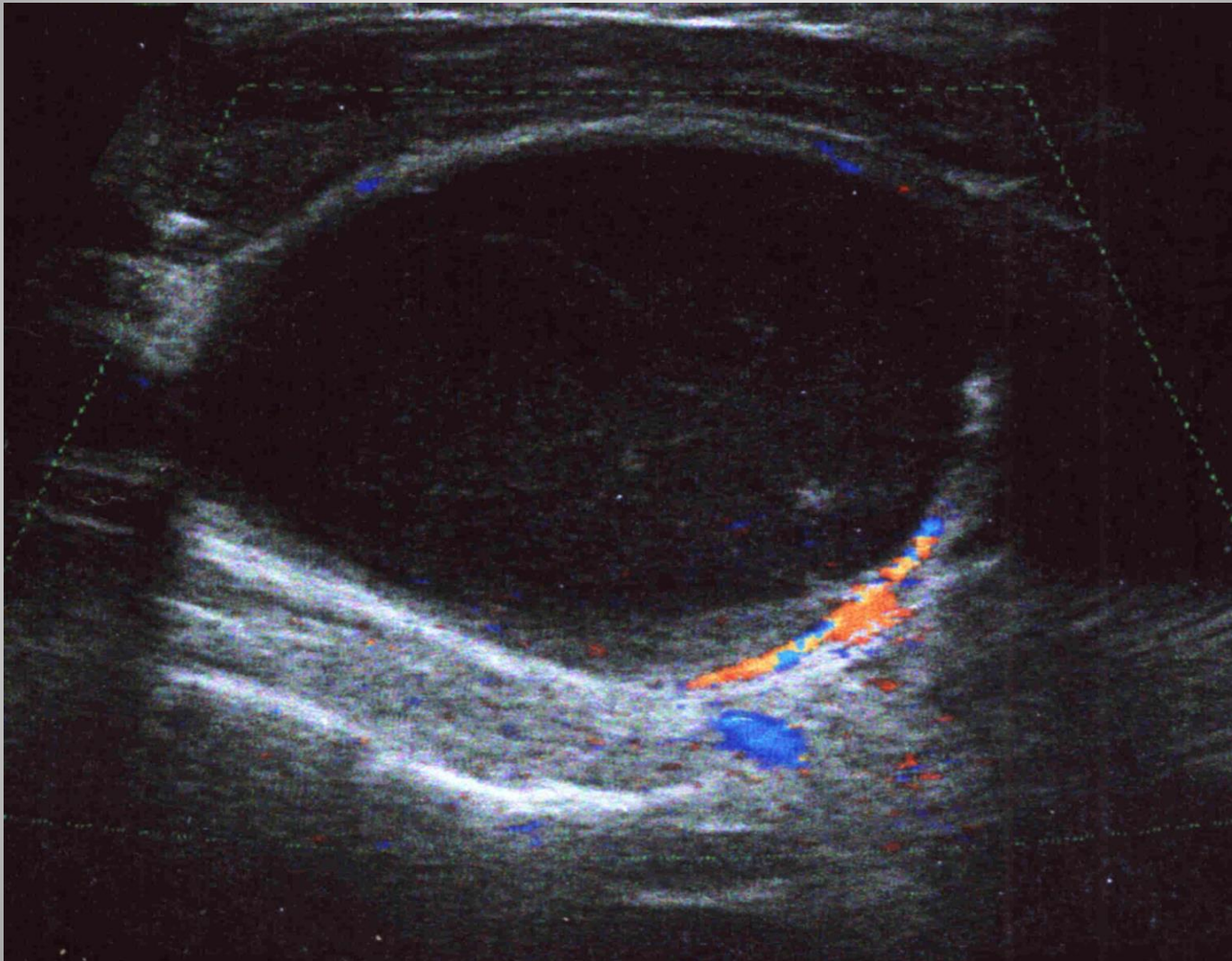
- Kyste simple
- Nodule spongiforme
- "White knight"
- Macrocalcification isolée
- Thyroïdite subaigüe typique
- Amas isoéchogènes confluent

SCORE 2

Spongiforme



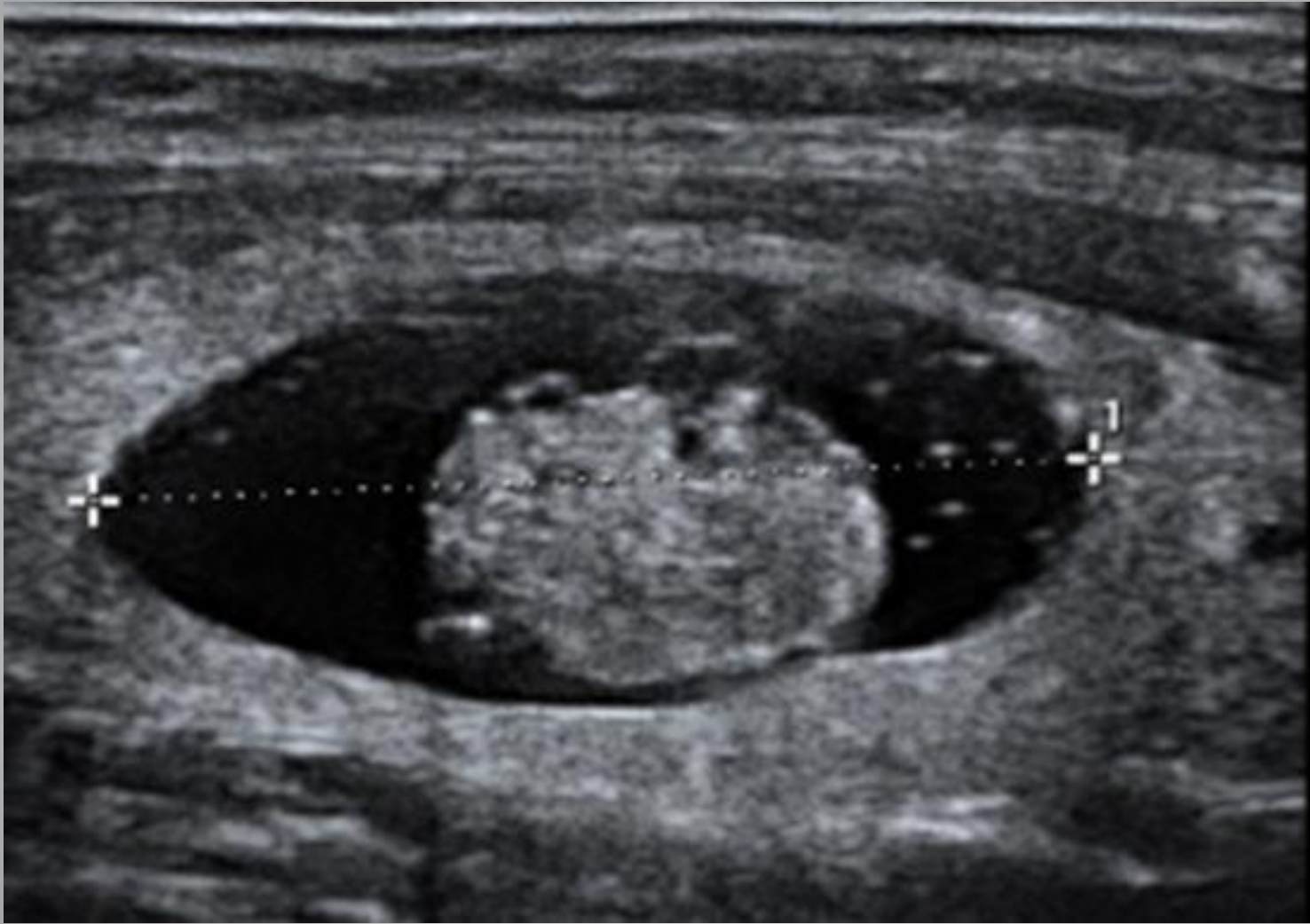
Kyste pur



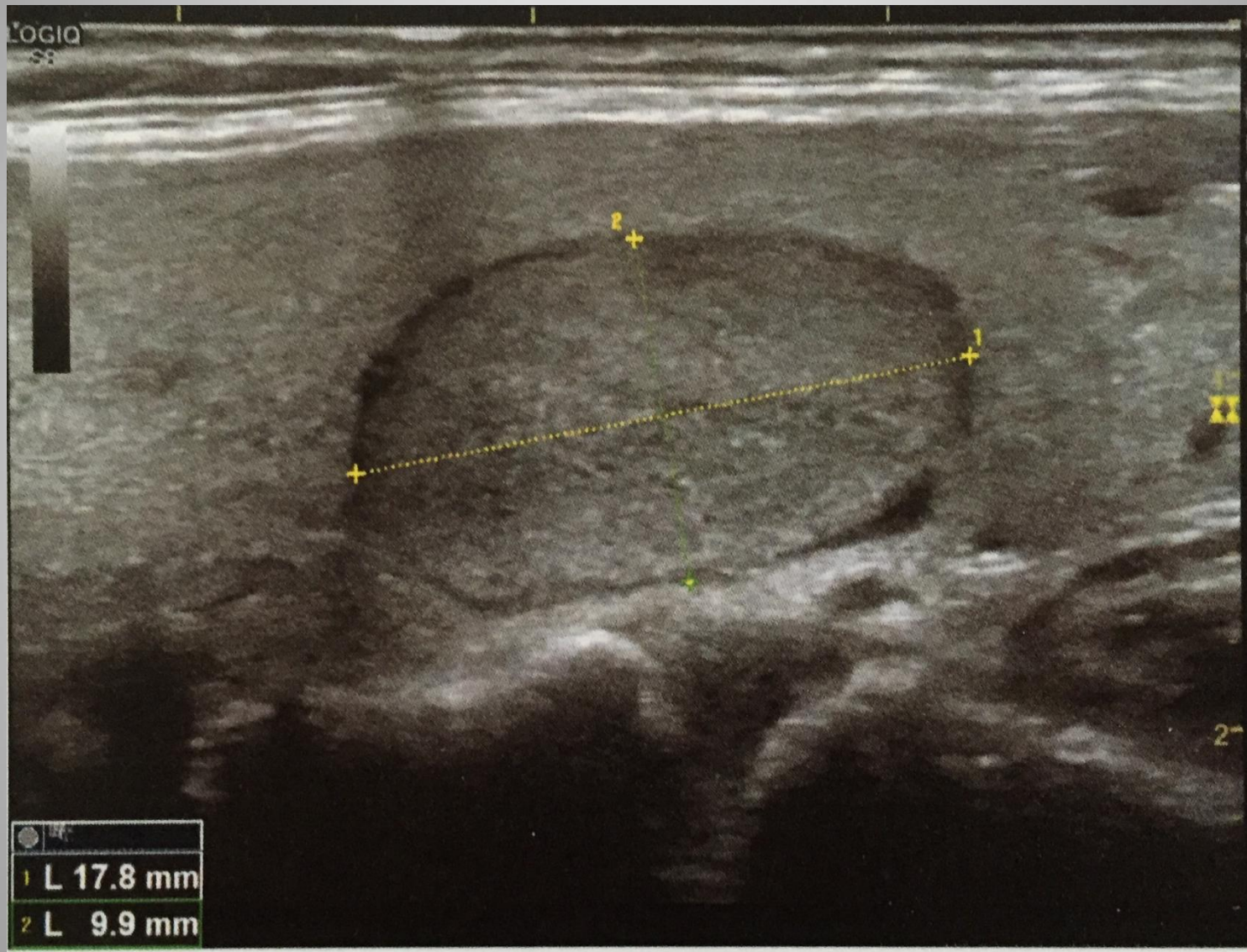
Kyste pur



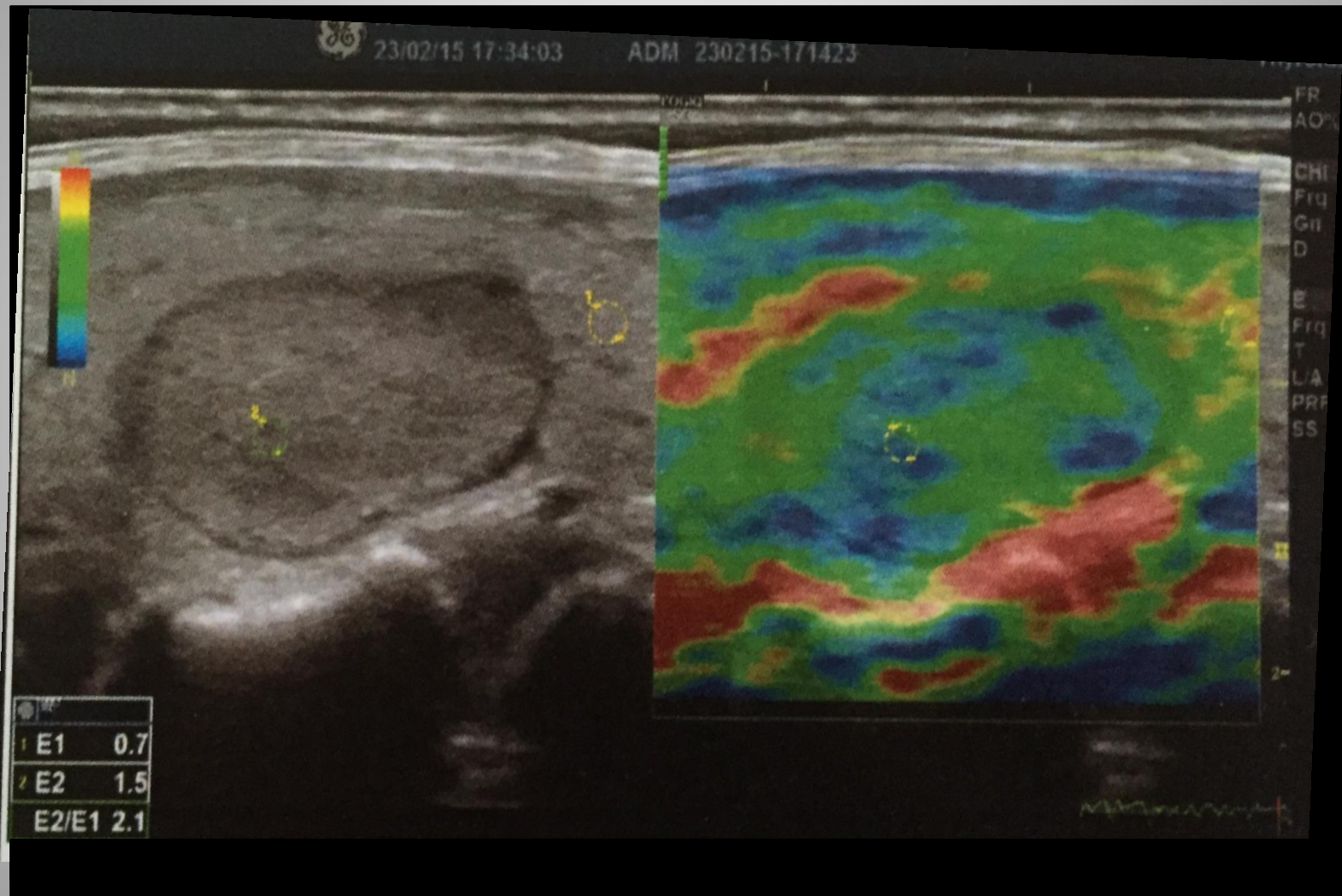
Nodule mixte



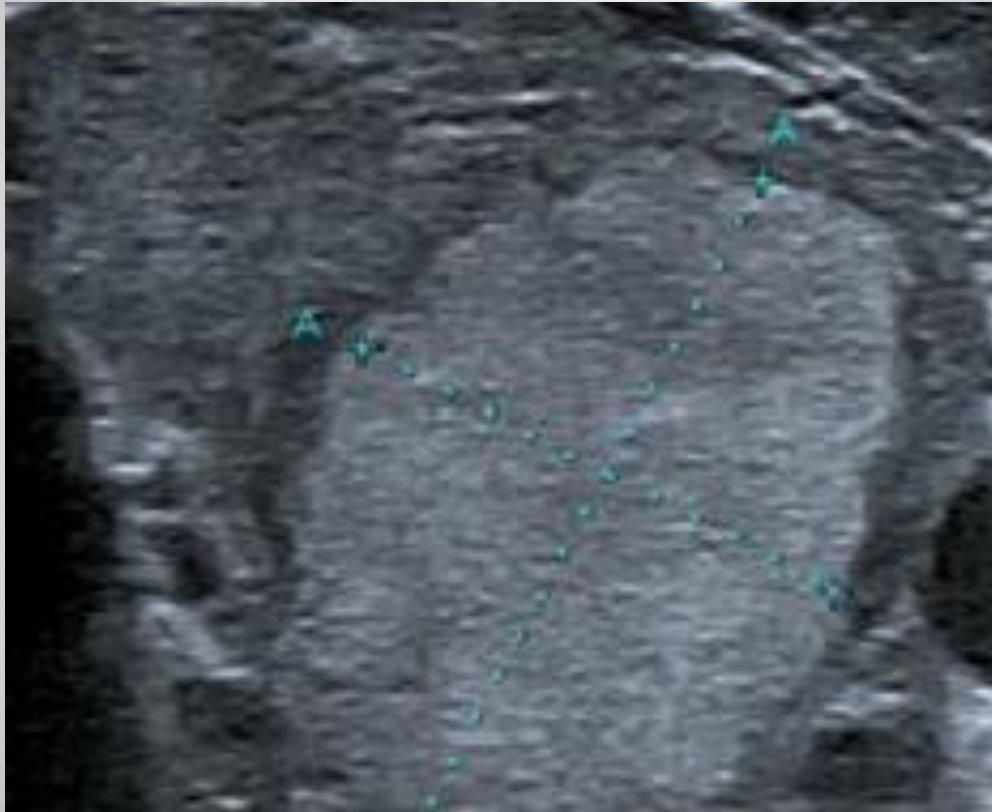
Isoéchogène



Isoéchogène



Hyperéchogène



LOGIQ
S8

2

4

	
1	L 24.8 mm
2	L 17.2 mm

ASPECTS SUSPECTS

Principe : le signe le plus péjoratif l'emporte toujours

FORTEMENT SUSPECT

- Plus épais que large
- Contours irréguliers
- Microcalcifications
- Fortement hypoéchogène
- Indice de rigidité anormal

- 1 ou 2 signes
- Pas d'adénopathie

SCORE 4B

- 3 à 5 signes
et/ou
- adénopathie(s)

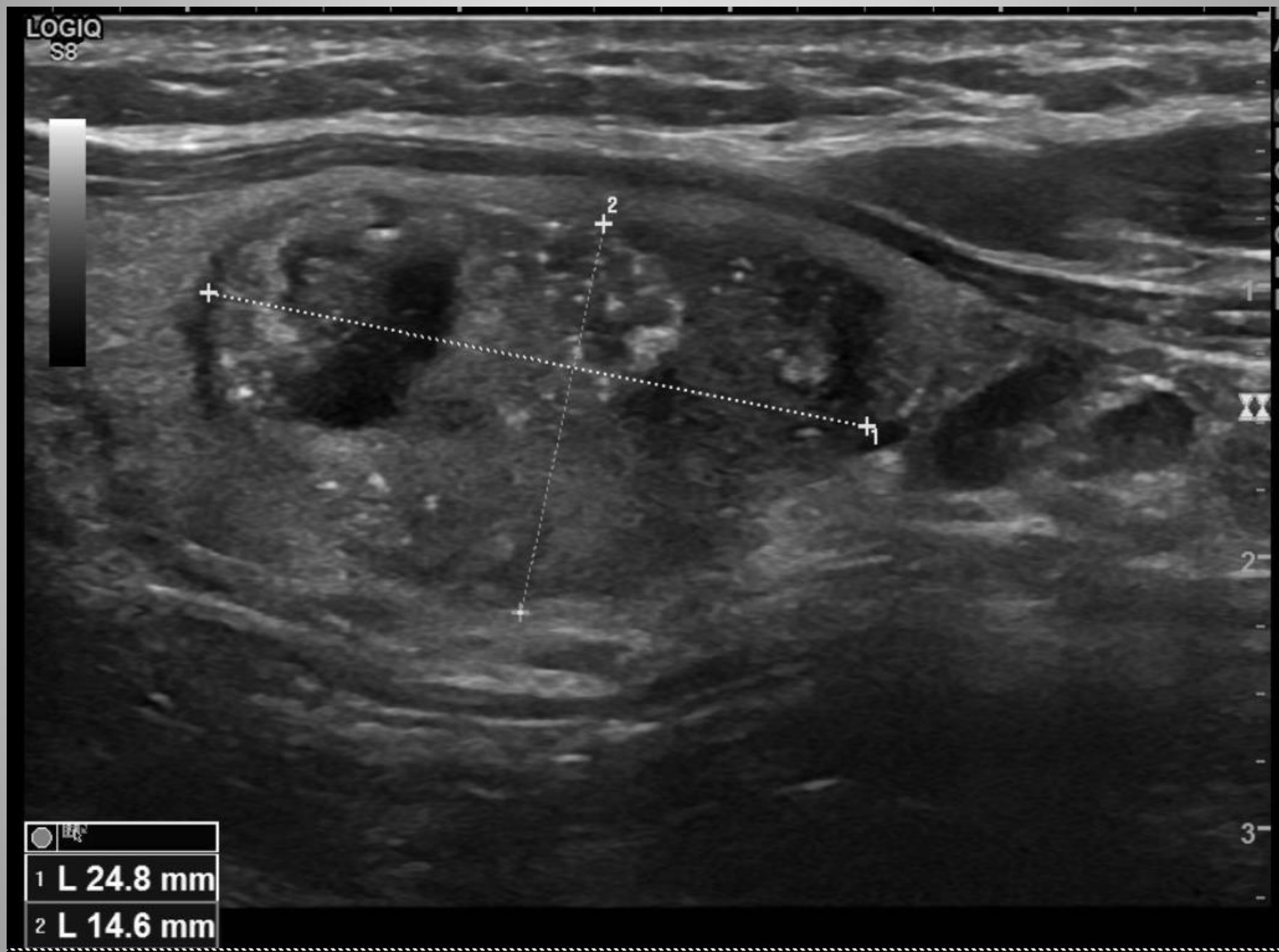
SCORE 5

FAIBLEMENT SUSPECT

- Aucun des cinq signes forts
- Modérément hypoéchogène

SCORE 4A

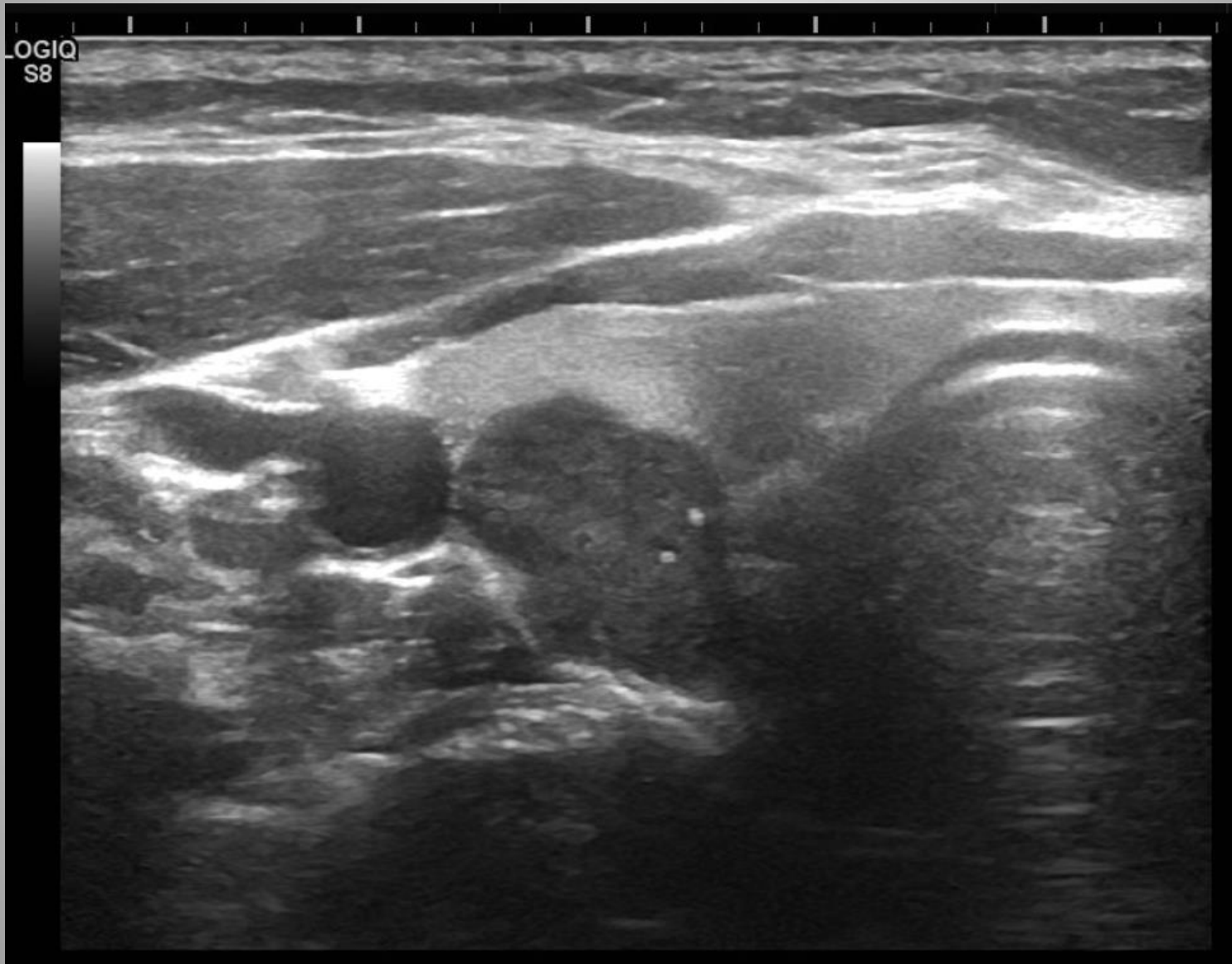
Microcalcifications



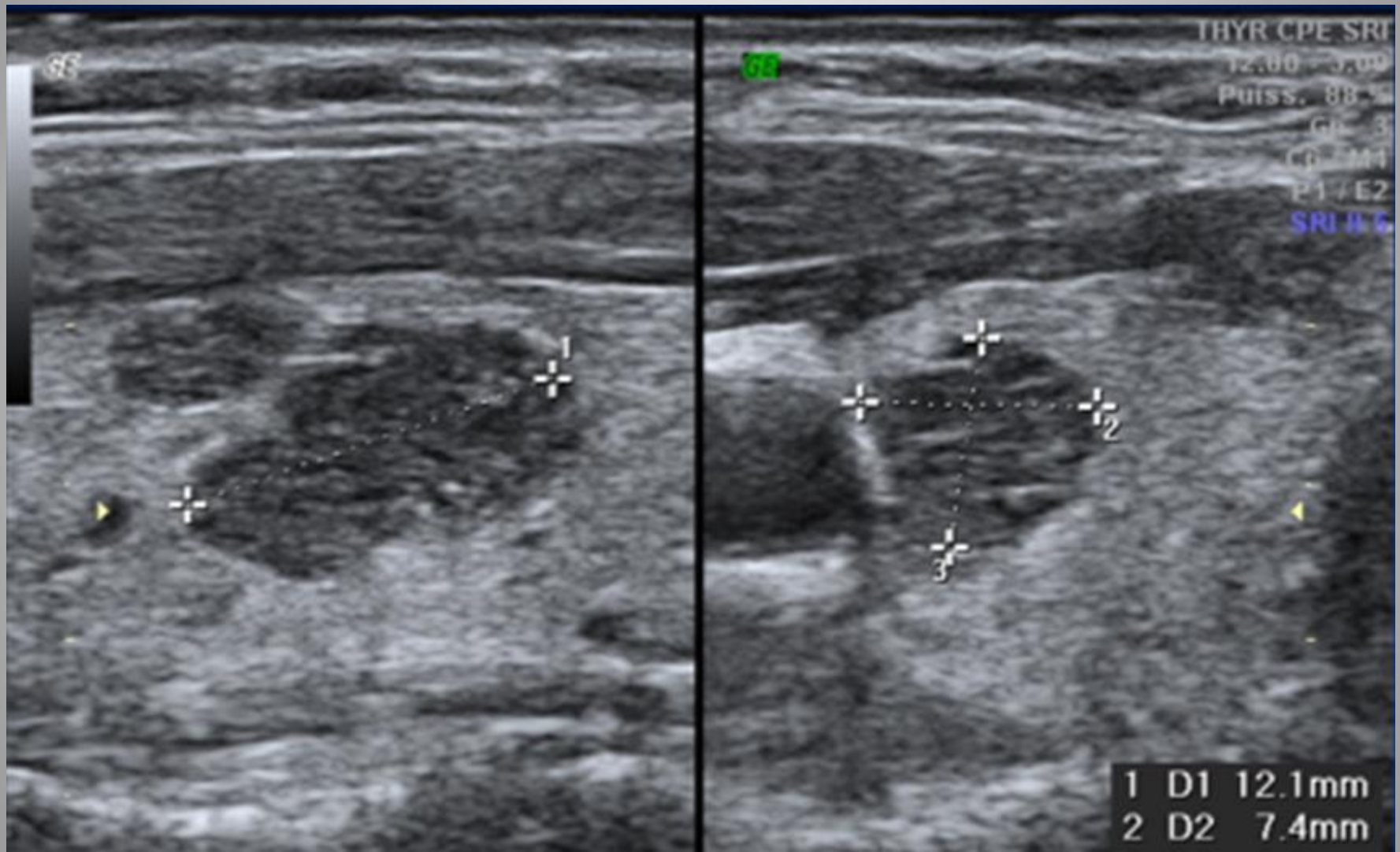
Microcalcifications



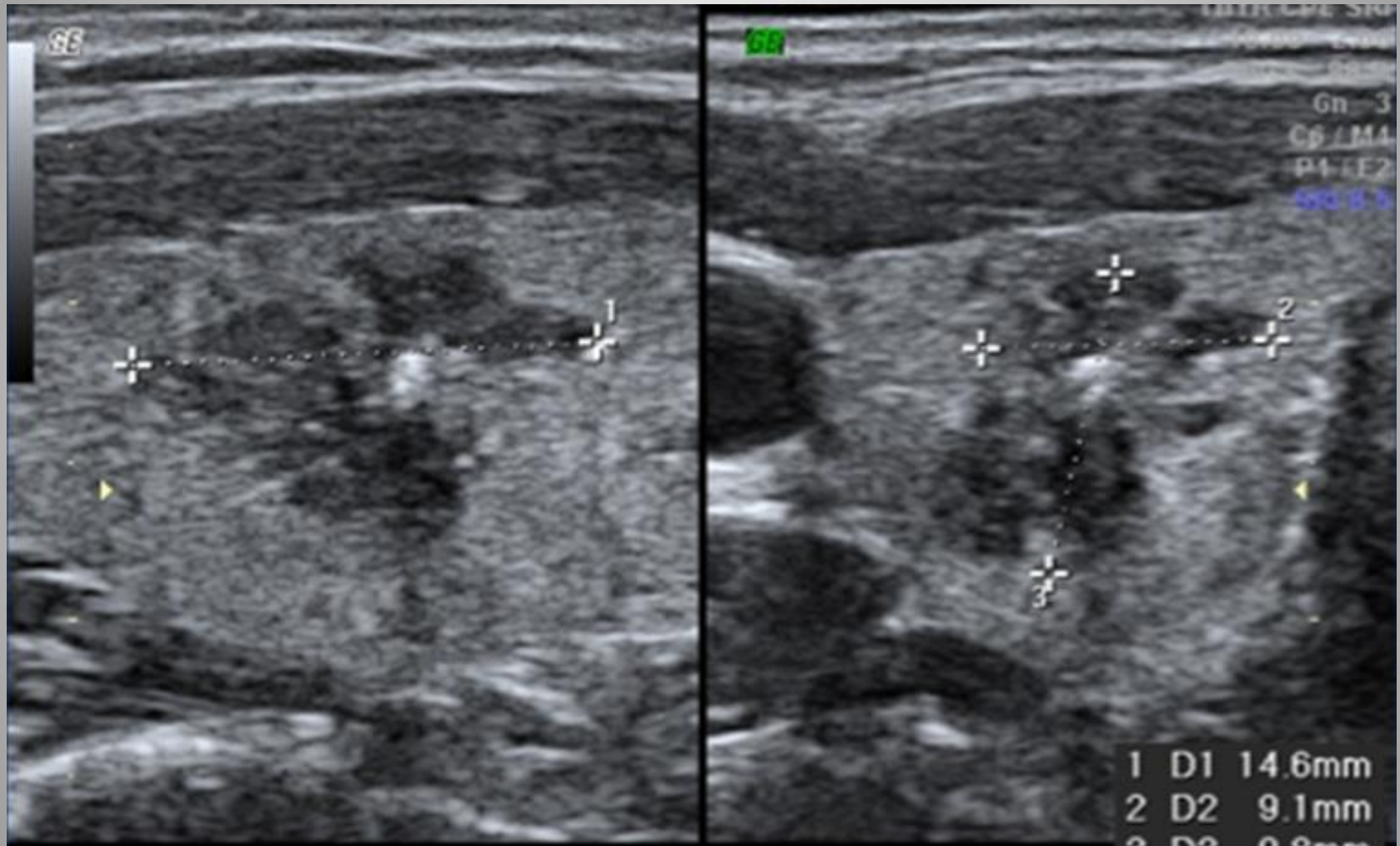
Contours irréguliers



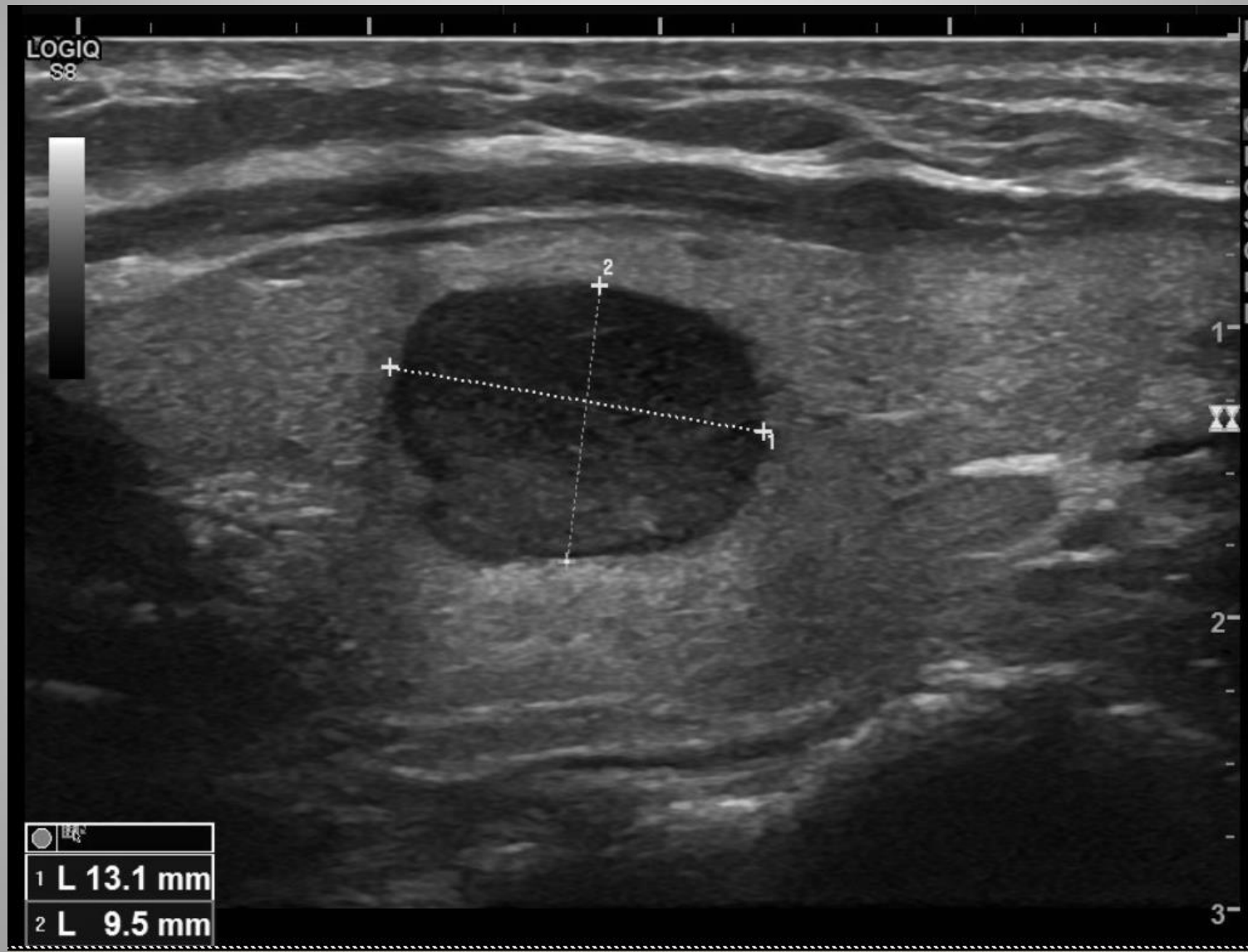
Contours irréguliers



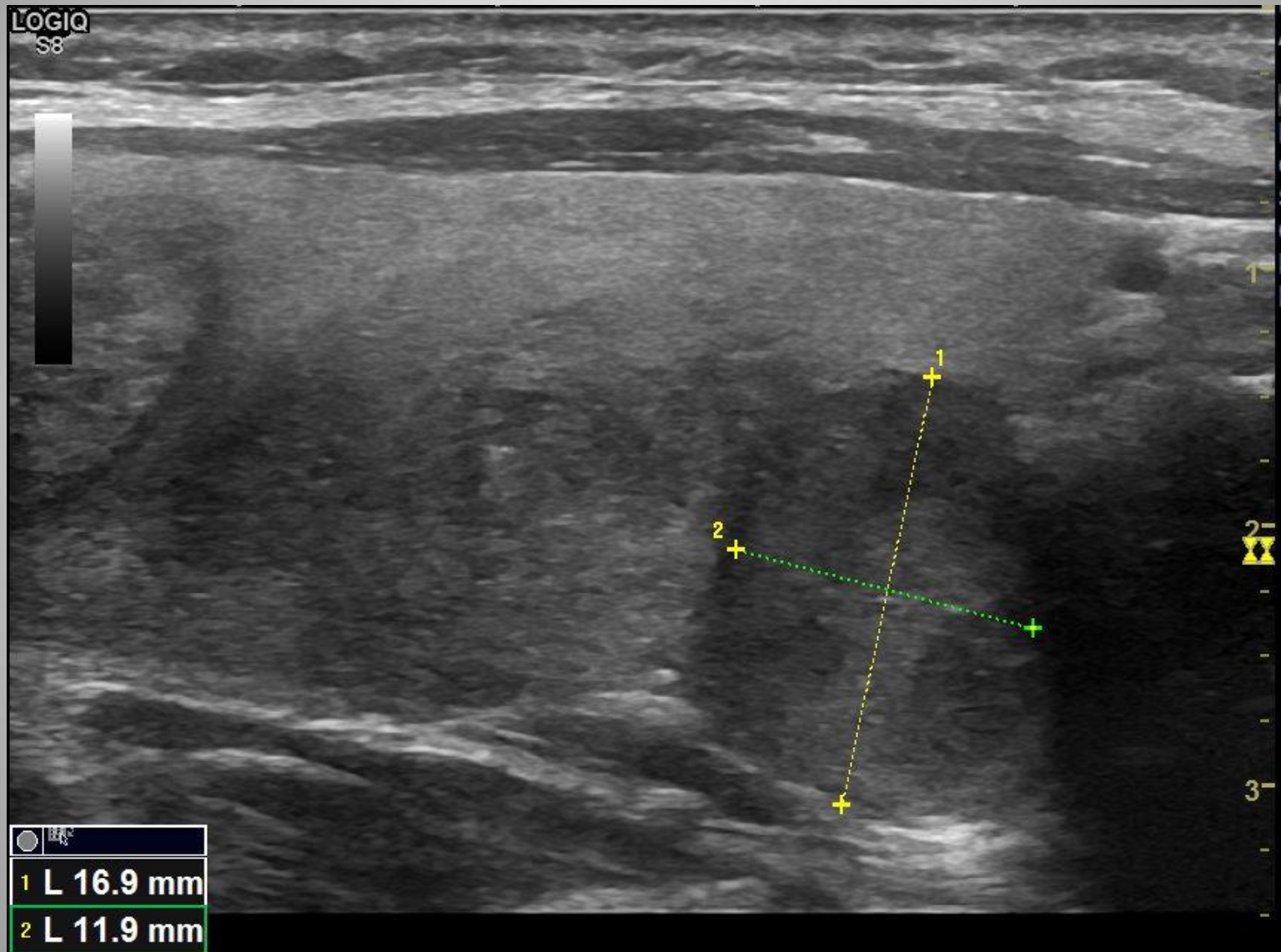
Contours irréguliers



Fortement hypoéchogène



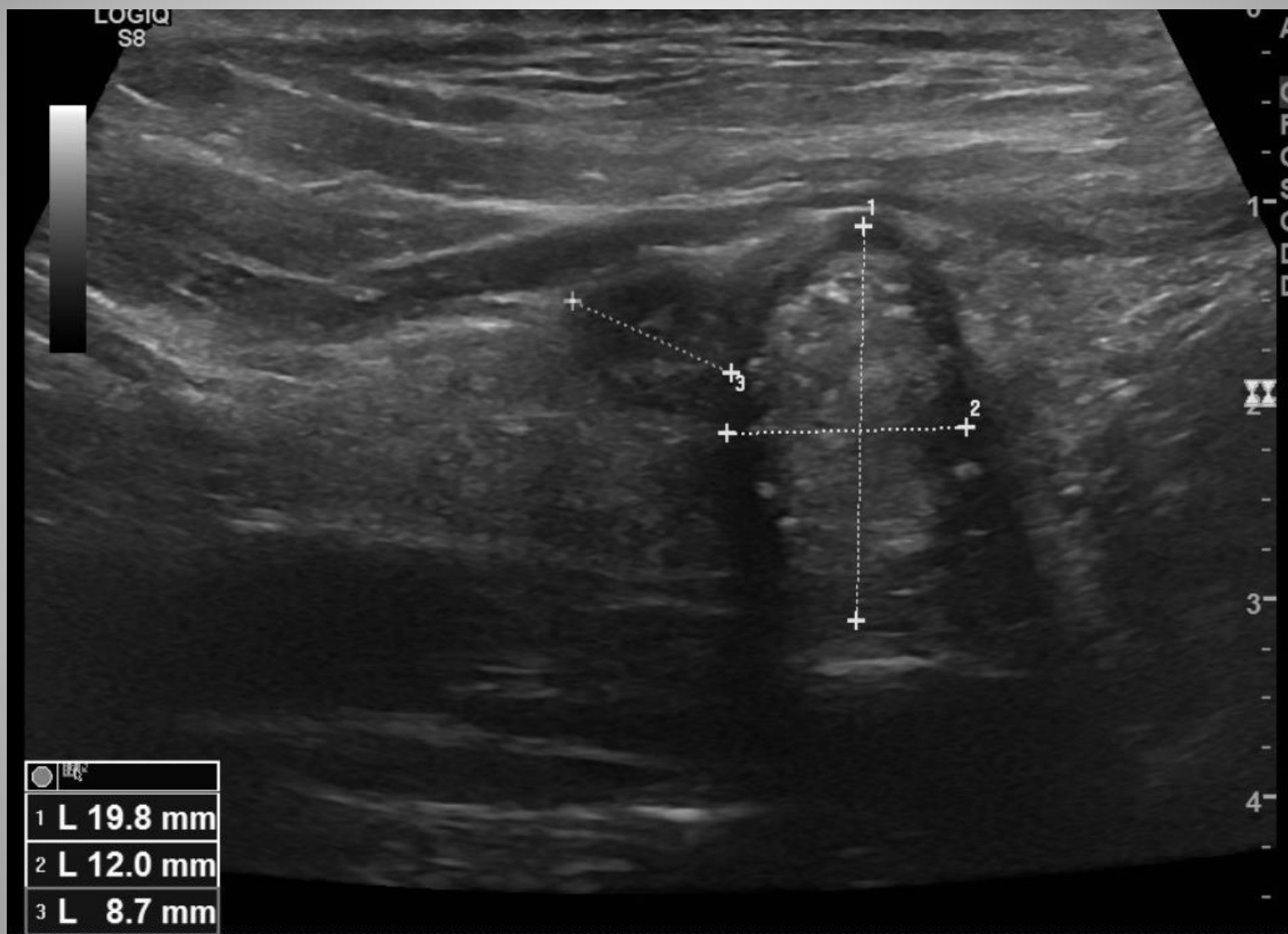
Epaisseur/Largeur > 1



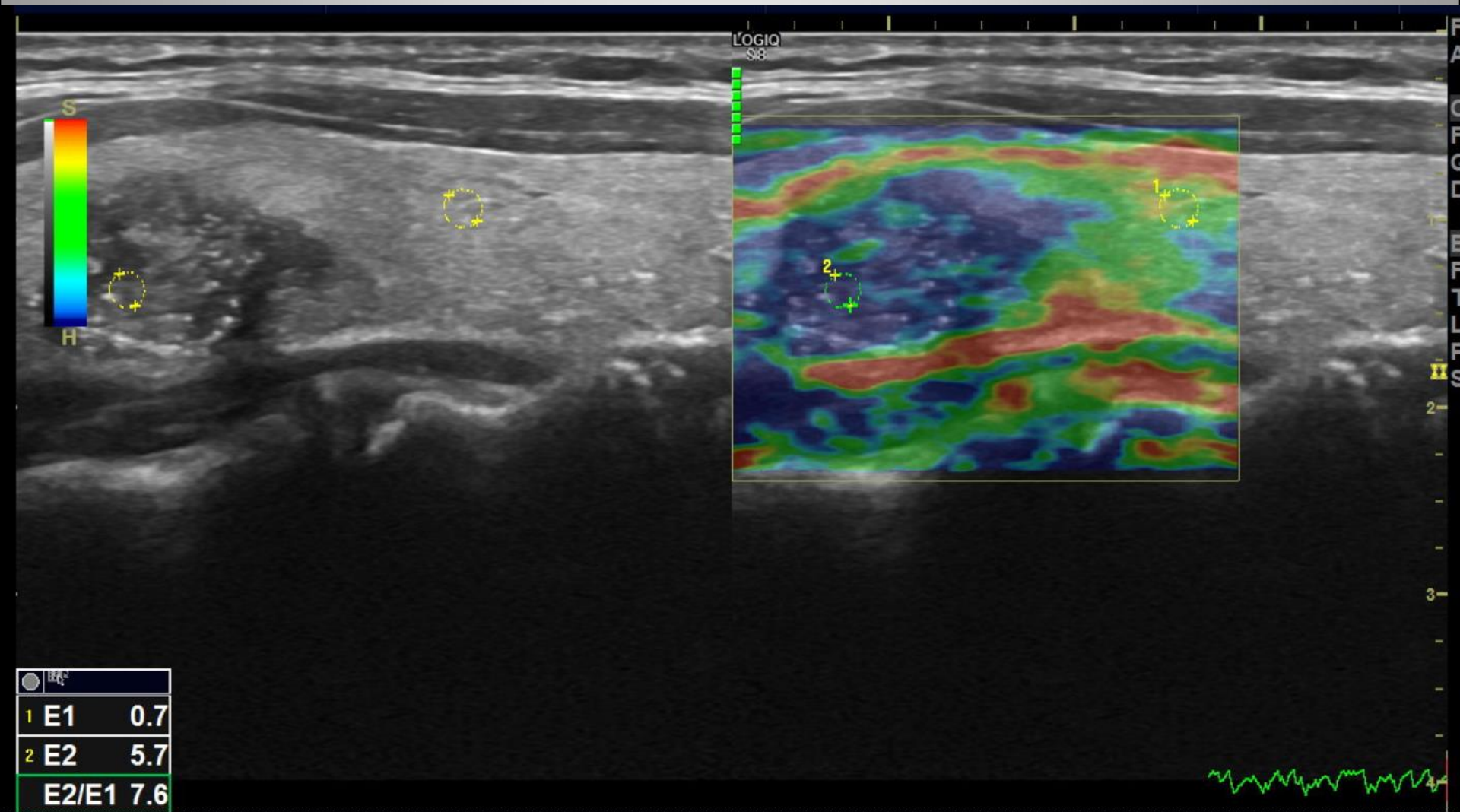
Epaisseur/Largeur > 1



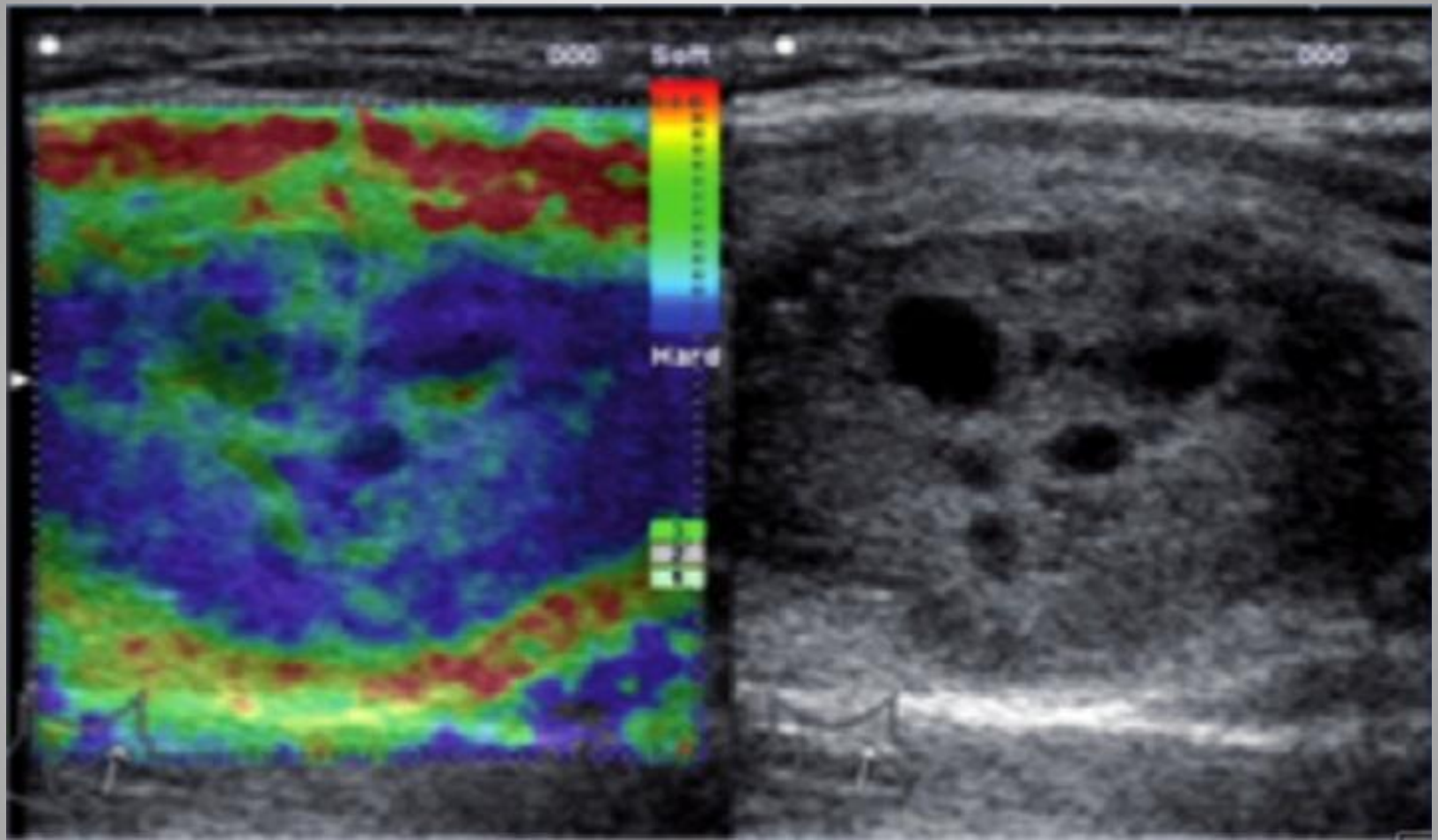
Epaisseur/Largeur > 1

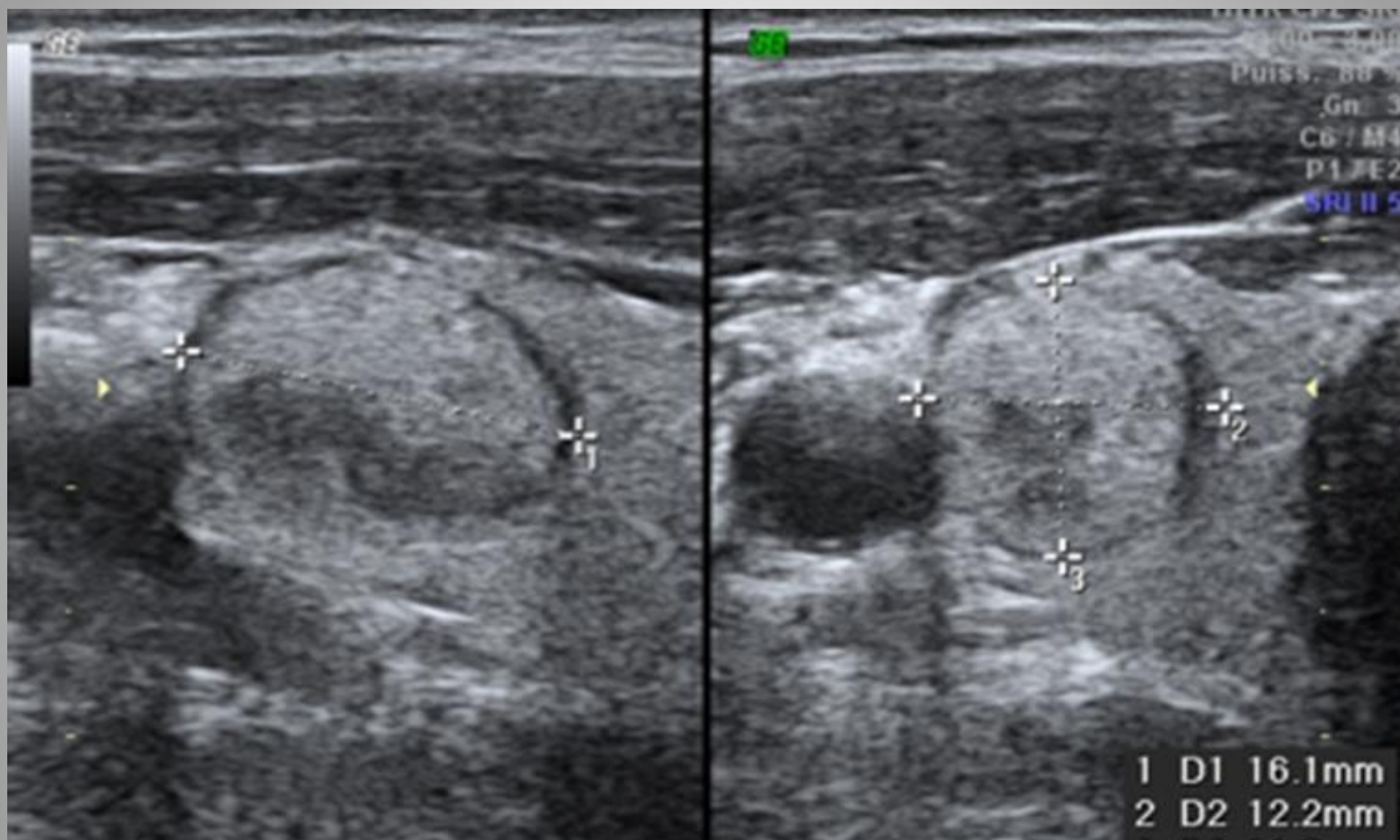


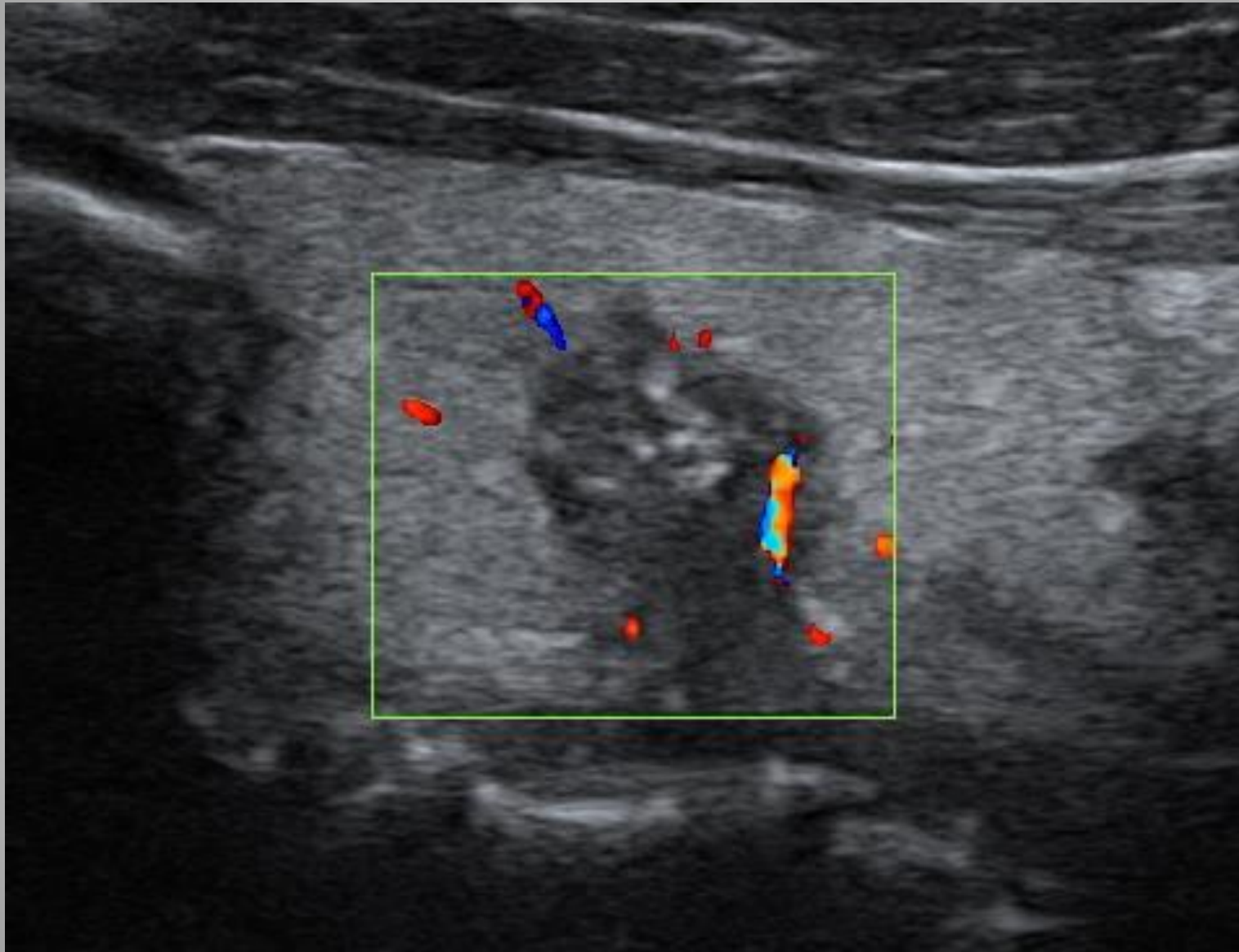
Densité forte en élastographie



Densité forte en élastographie





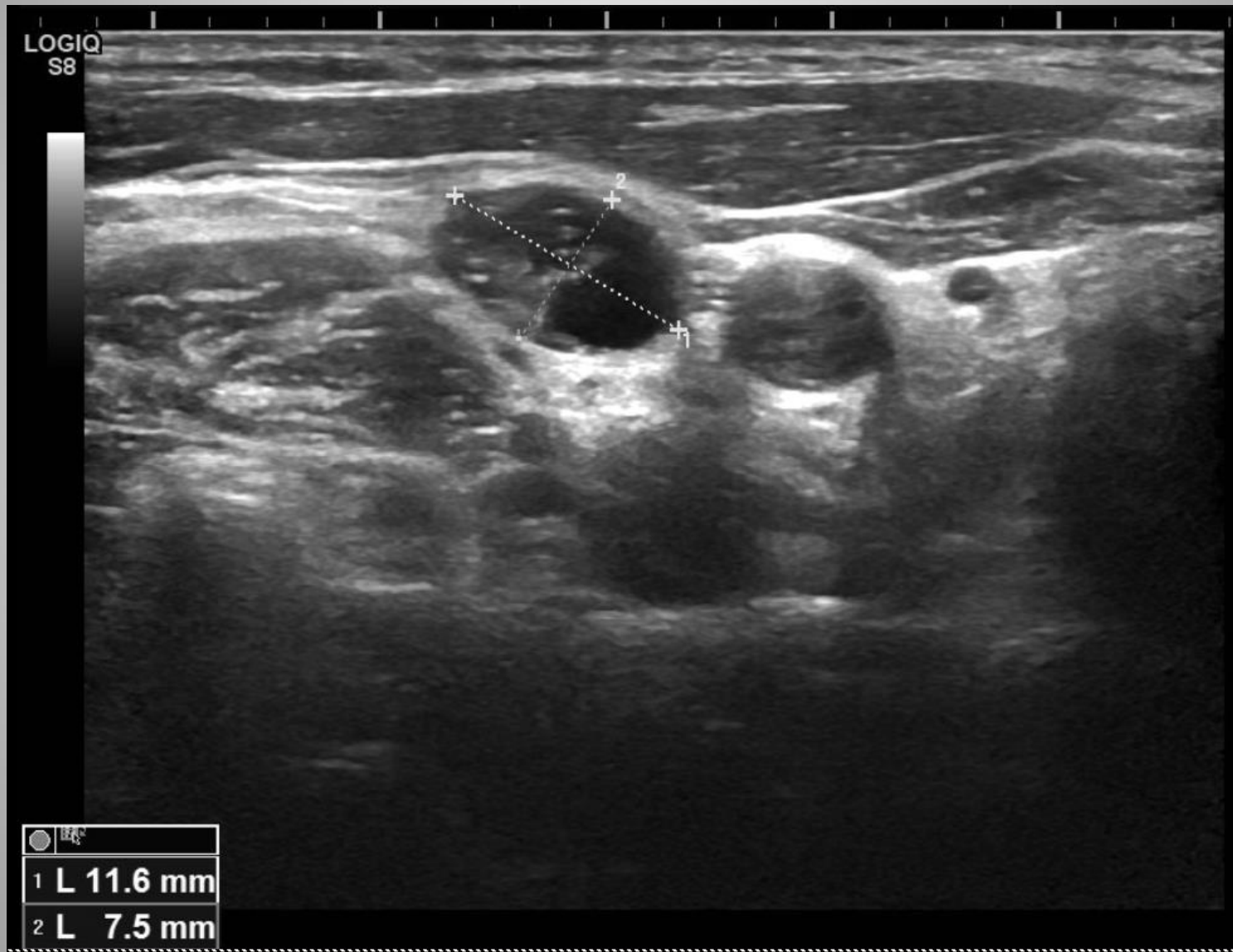


	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Microcalcifications (pas de taille)	59	86	71	80
Contours irréguliers	55	83	60	80
Hypoéchogénicité marquée	26	94	68	74
Plus épais que large	33	93	67	75
GLOBALE	94	66	56	96

Chercher Adénopathies



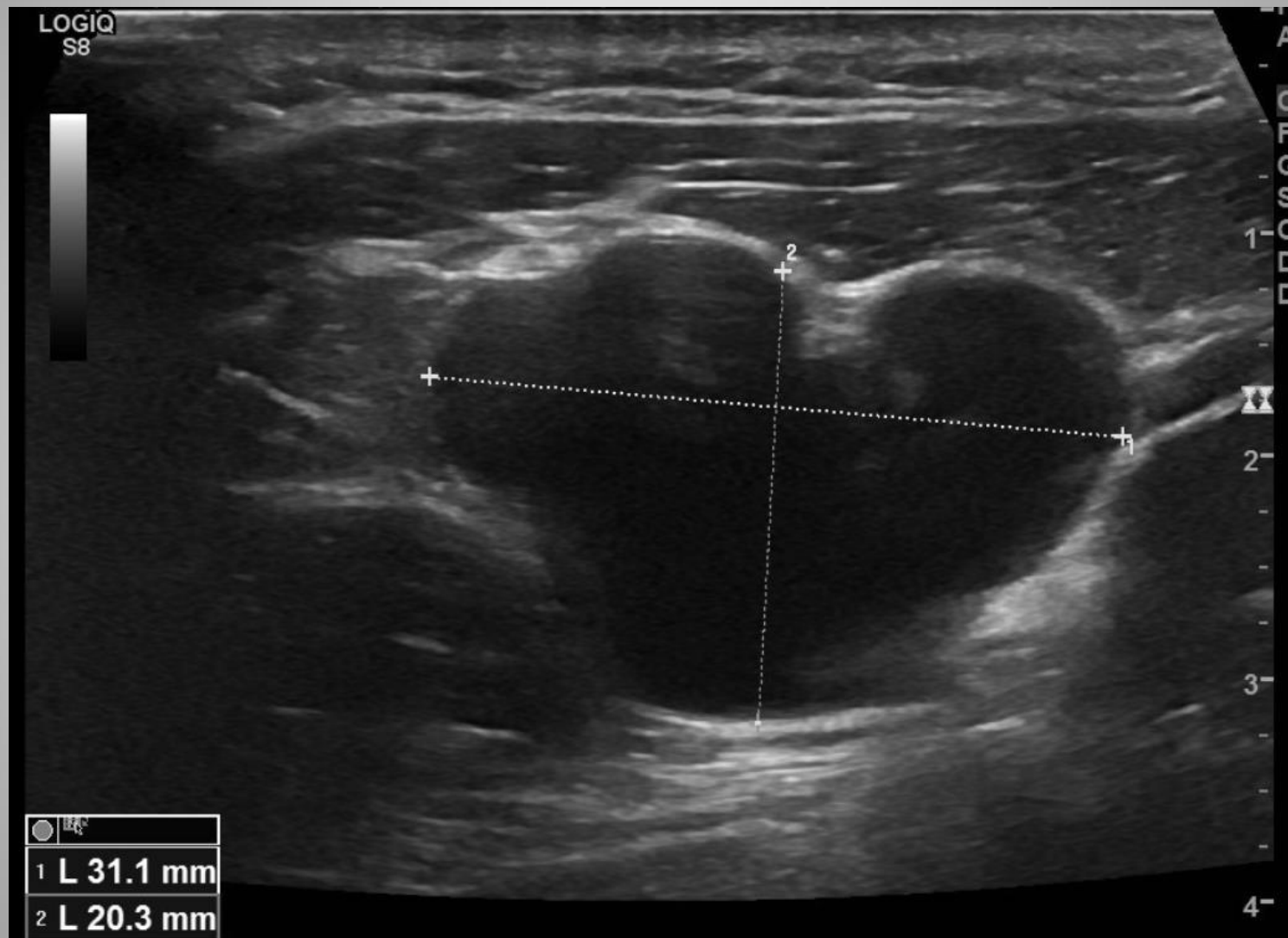
Chercher Adénopathies



Chercher Adénopathies



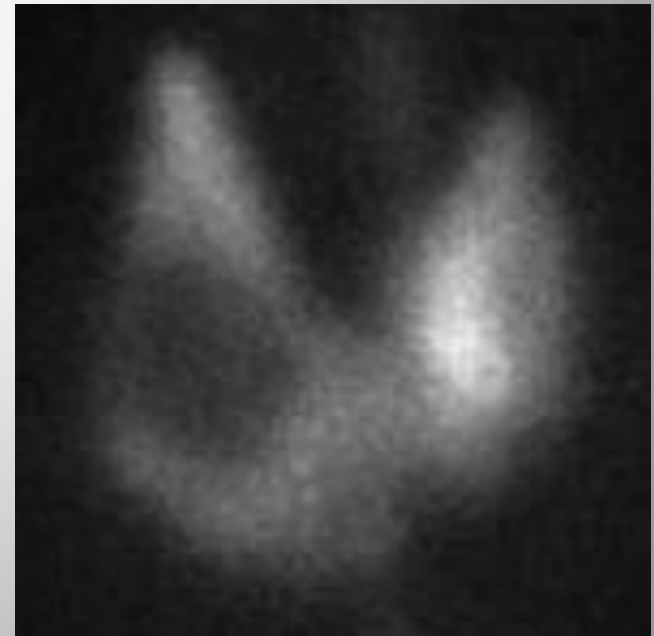
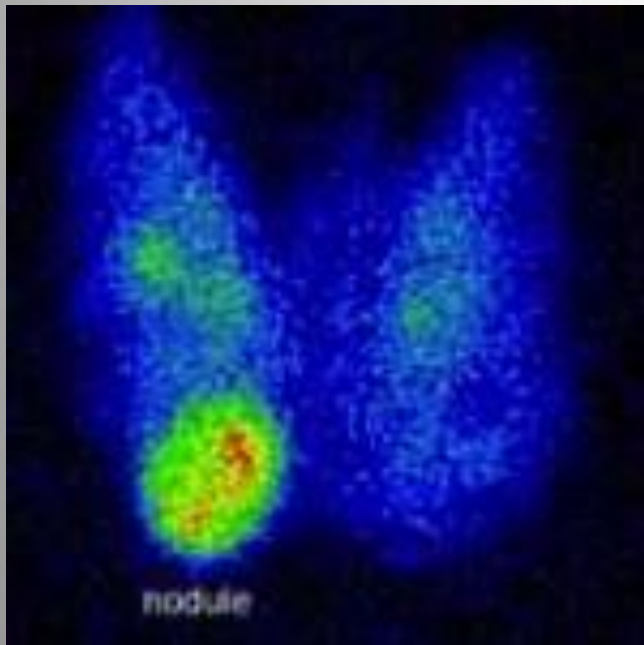
Chercher Adénopathies



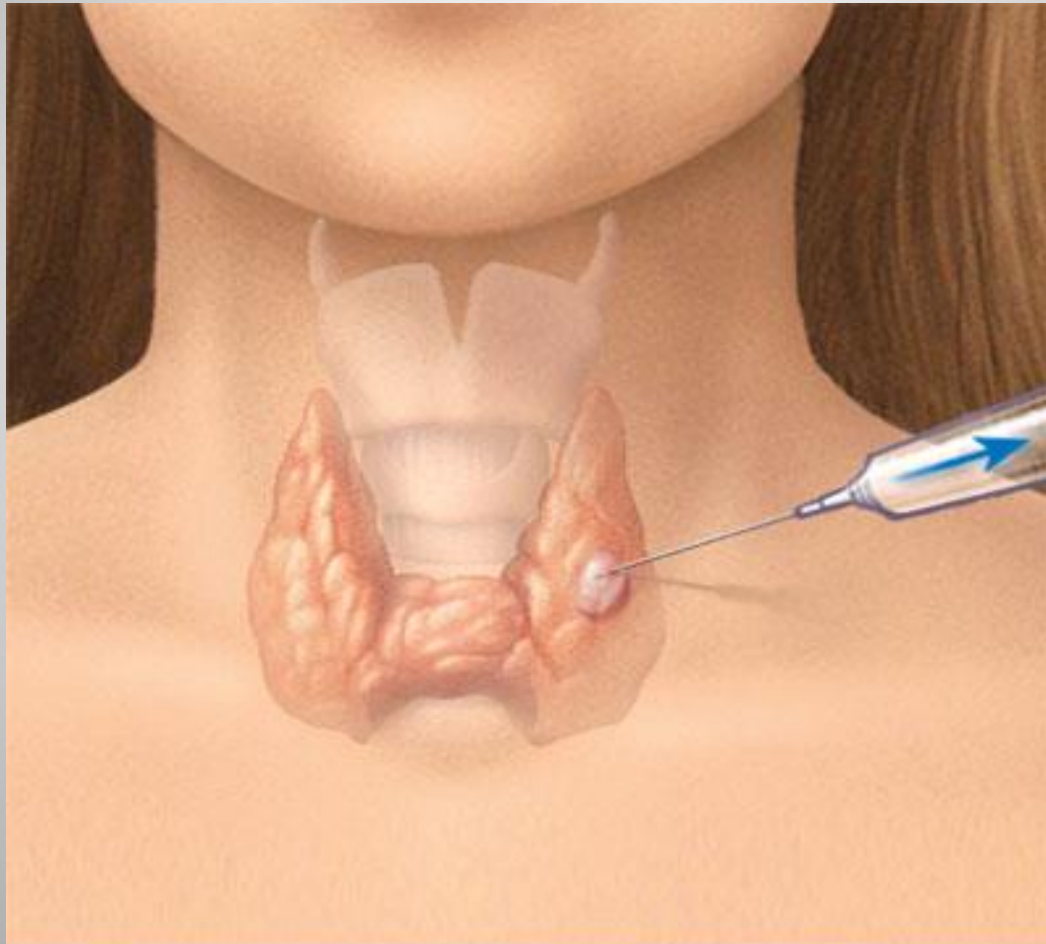
Compte rendu détaillé - TIRADS

		Nodule N1	Nodule N2	Nodule N3
Grand axe				
Contours	Réguliers			
	Irréguliers			
	Flous			
Forme	Ovale			
	E/L > 1			
Capsule hypoE	Visible			
	Non visible			
Echostructure	Hypoéchogène			
	Isoéchogène			
	Hyperéchogène			
	Kystique			
	Mixte			
Vascularisation	Périphérique			
	Centrale			
	Mixte			
Elastographie	Normale			
	Pathologique			
TIRADS				

**LA SCINTIGRAPHIE NE FAIT PLUS PARTIE DE
L'EVALUATION DE LA DYSTROPHIE NODULAIRE EN
L'ABSENCE D'HYPERTHYROÏDIE**



EVALUATION CYTOLOGIQUE



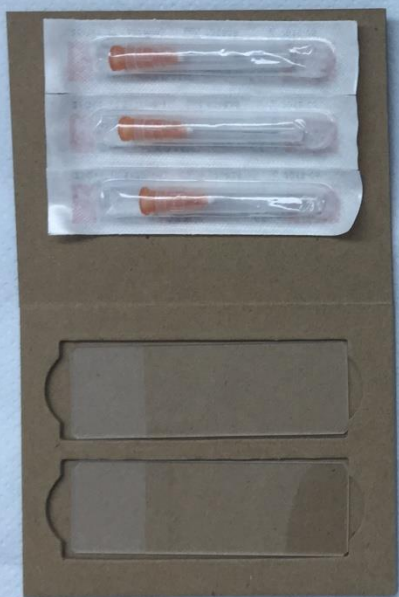
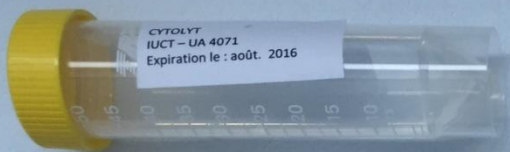
© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Nodules à ponctionner : (ATA 2014)

- Nodule > 1cm avec forte suspicion de malignité à l'échographie (**TIRADS Groupe 5**)
- Nodule > 1cm avec suspicion intermédiaire de malignité à l'échographie (**TIRADS Groupe 4a et 4b**)
- Nodule > 1,5cm avec faible suspicion de malignité à l'échographie (**TIRADS Groupe 3**)
- Nodule > 2cm avec très faible suspicion de malignité à l'échographie (**TIRADS Groupe 2**)

Recommandations de bonne pratique de la cytoponction thyroïdienne

- Ponction à la palpation ou **sous échographie**
- Aiguille fine de **25G à 27G**
- Aspiration par **capillarité**
- Etalement immédiat sur **lames** +/- rinçage dans un liquide de conservation des cellules type **CYTOLYT**
- 2 à 3 passages par nodules
- Lu par un(e) **cytologiste formée** à la cytologie thyroïdienne



Aspect typiquement bénin ou suspect.
Principe : le signe le plus péjoratif l'emporte toujours

Aspect bénin :

- kyste simple
- Nodule spongiforme
- « White knight »
- Macrocalcification isolée
- Thyroïde subaiguë typique
- Amas de nodules isoéchogènes confluent

Score 2

Surveillance

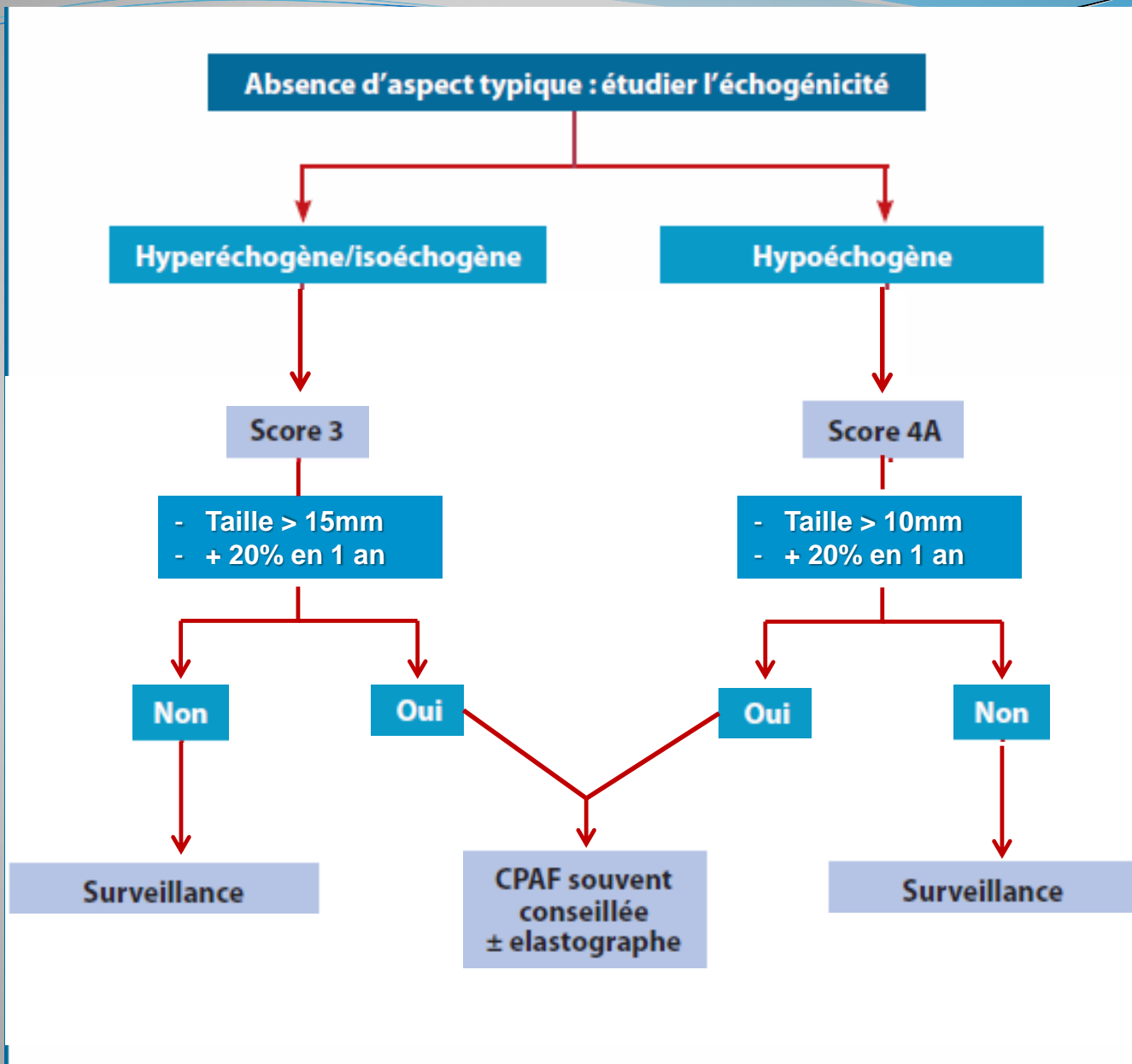
Aspect suspect :

- Hypoéchogénicité marquée
- Microcalcifications
- Contours irréguliers ou lobulés
- Plus épais que large

**1 ou 2 signes et pas
de ganglion suspect
Score 4B**

**3 ou 4 signes et/ou
ganglion suspect
Score 5**

CPAF obligatoire





DAURIAC, Sylviane
15160-11-11-23-10

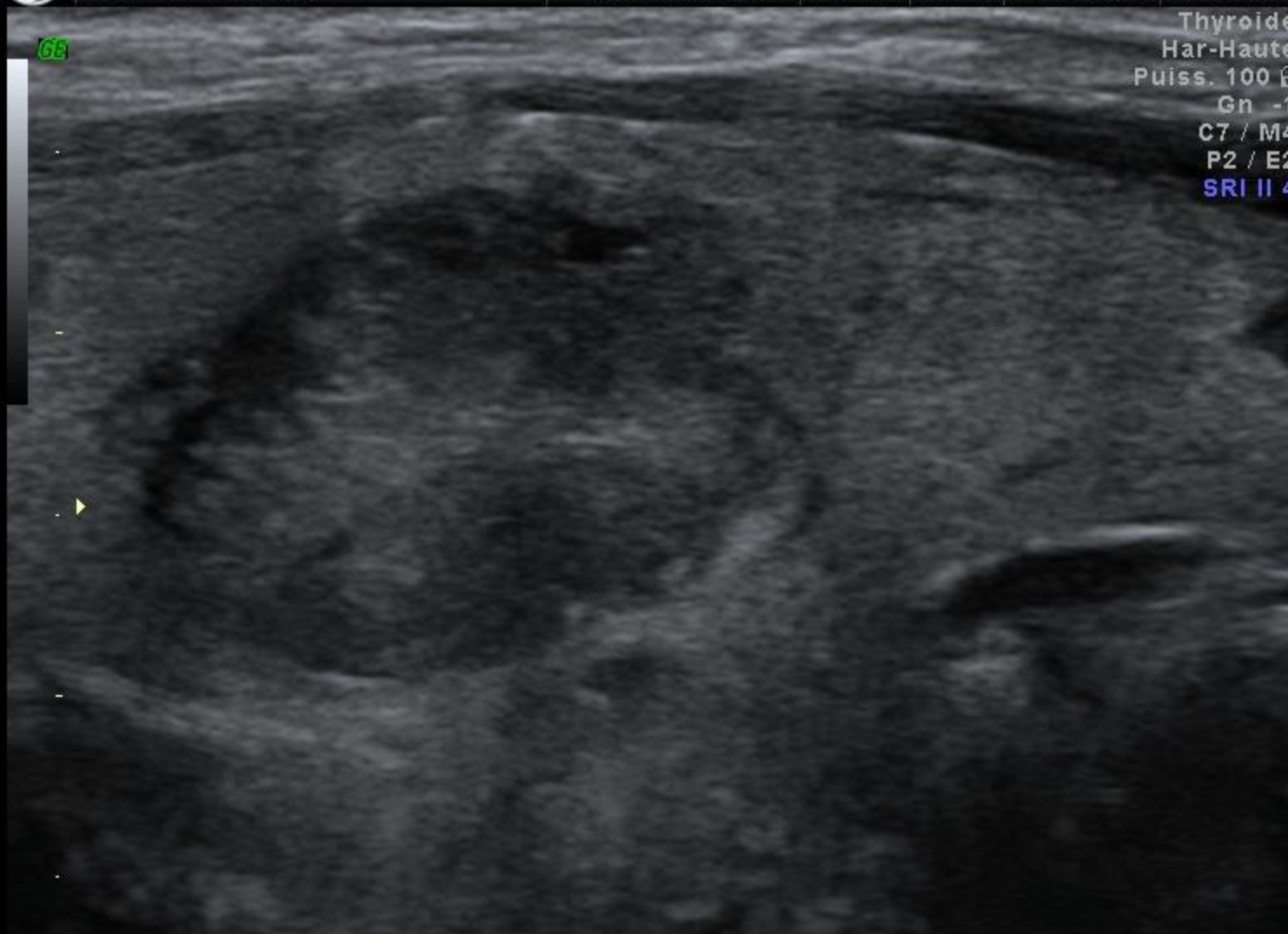
M12L-H/P M
2.7cm / 40Hz

MI 1.0
TIs 0.2

HOPITAL JOSEPH DUCUING
Dr FO 23.11.2011 13:01:23

66

Thyroïde
Har-Haute
Puiss. 100 W
Gn -1
C7 / M4
P2 / E2
SRI II 4



5.0 sec



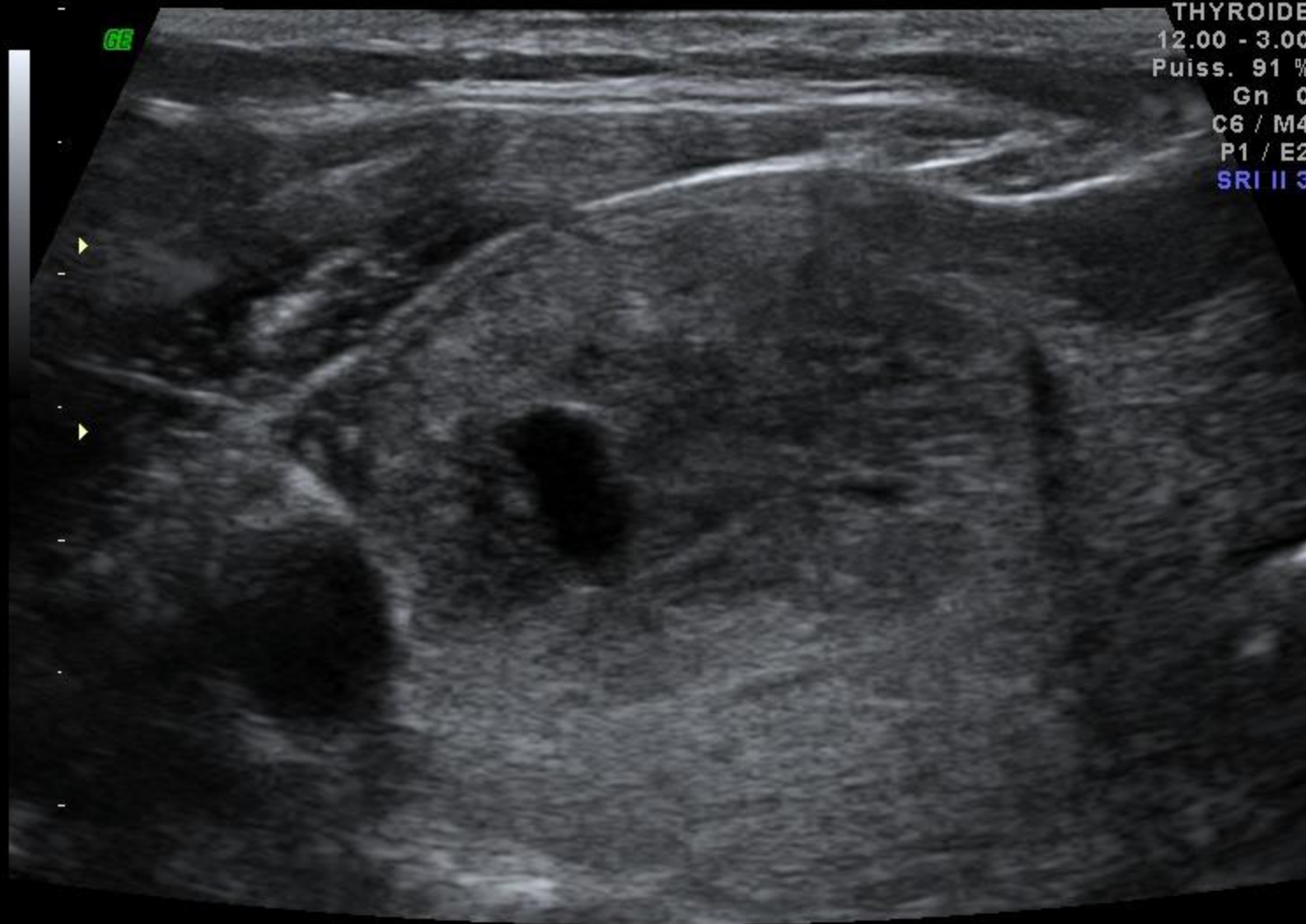
RUFFIE, Martine
12359-13-10-08-7

SP 6-12/P M
3.5cm / 37Hz

MI 0.9
TIs 0.1

HOPITAL JOSEPH DUCUING
FONT 08.10.2013 13:07:42

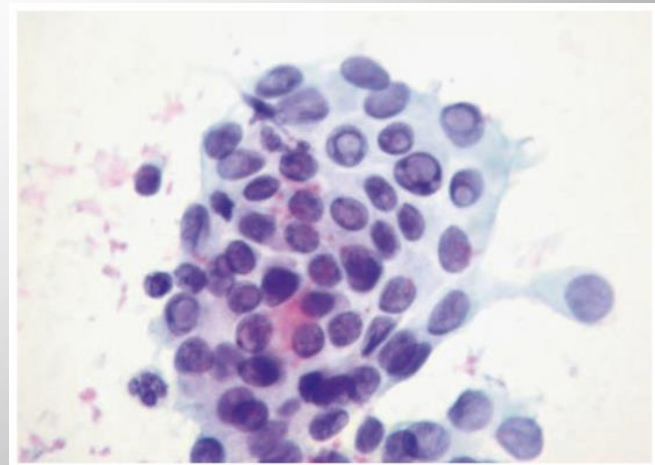
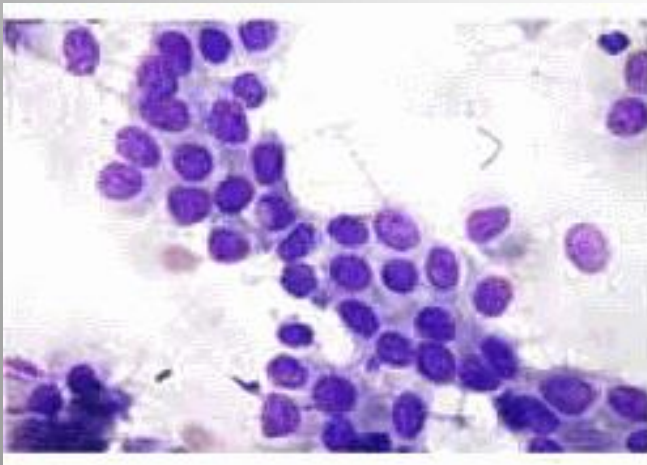
THYROIDE
12.00 - 3.00
Puiss. 91 %
Gn 0
C6 / M4
P1 / E2
SRI II 3



5.5 sec

Catégories de BETHESDA

Catégorie diagnostique Bethesda		Prévalence	Risque de malignité	Attitude clinique recommandée
I	Non diagnostique ou non satisfaisant	2-32%	1-4%	Répéter la PAF*
II	Bénin	65-74%	0-3%	Suivi clinique
III	Atypies de signification indéterminée ou lésion folliculaire de signification indéterminée	3-18%	5-15%	Répéter la PAF
IV	(Suspicion de) néoplasie folliculaire	6-13%	15-30%	Lobectomie
V	Suspect de malignité (par exemple: carcinome papillaire)	2-8%	60-75%	Lobectomie ou thyroïdectomie**
VI	Malin (carcinome papillaire, carcinome anaplasique, carcinome médullaire, métastase, lymphome...)	3-8%	97-99%	Dépend du diagnostic (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)

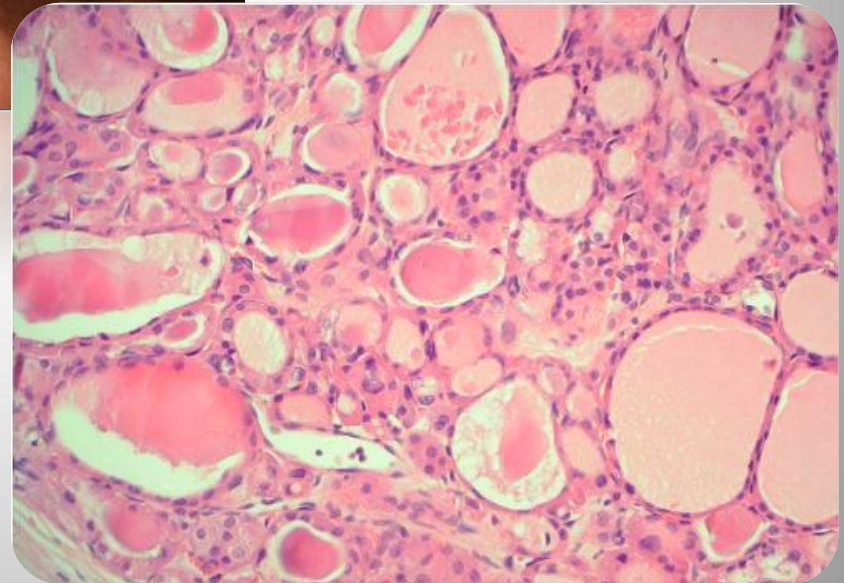


Microbiopsie au Trocard semi-automatique 18G



Indications :

- Nodule non contributif en cytologie conventionnelle à deux reprises (**BETHESDA 2**)
- Nodule avec atypies de signification indéterminée (**BETHESDA 3**)



CONCLUSION – TAKE HOME MESSAGE

- Nodule thyroïdien : pathologie fréquente
- > 90% des patients ont une maladie bénigne
- Tous les nodules thyroïdiens ne justifient pas la chirurgie
- Sélection des nodules suspects de carcinome : échographie couplée en fonction du résultat à la cytoponction :
 - Classification des nodules **TIRADS**
 - Expertise cytologique **BETHESDA 2010**
 - Microbiosie en recours

Bien sûr, nos conseils ne pourront en aucun cas remplacer l'avis d'un médecin !

Vivre sans thyroïde : Bienvenue

BIENVENUE sur notre site !

« **Vivre sans Thyroïde** », c'est

- une **association de patients** (loi 1901), reconnue d'intérêt général.
- Nous oeuvrons pour défendre au mieux les intérêts des patients atteints de dysfonctionnements thyroïdiens, et pour une meilleure connaissance et prise en charge des maladies thyroïdiennes - voir les **objectifs de l'association**
- L'association gère notamment un forum de discussion et d'entraide, pour permettre aux patients de trouver des informations, du soutien et des échanges d'expérience :
→ **Forum de discussion**

Vous trouver

→ **FAQ, Foire**

Vous pourrez
d'autres sites

Si vous désirez

✓ **s'inscrire**

Première visite
venue !

Toutes les pages

Utilisateurs

Se connecter

Connexion

↑ Revenir en haut

Utilisateurs:

Mot de passe:

☐ Se connecter automatiquement

Connexion

Je ne peux pas me connecter

→ **S'inscrire**

est conforme aux principes
Charte HON/HAS.
Vérifiez ici.



L'association Vivre sans Thyroïde
est membre de:



Vivre sans Thyroïde

... ou avec une thyroïde en mauvais état

Site d'information et d'échange « par et pour les patients »

- Un **site Internet**, créé par une patiente et animé par des patients, avec des informations (« Foire aux Questions ») et un forum de discussion, où l'on peut échanger avec d'autres patients, poser des questions, trouver des réponses, des explications, une écoute, du soutien ...
- Une **association loi 1901**, qui gère le site Internet, organise des conférences et rencontres et essaie de défendre au mieux l'intérêt des malades

