

Prise en charge d'un patient
euthyroïdien porteur d'un nodule EU-
TIRADS 3 cytologiquement bénin de
40 mm :

place de la chirurgie

Risque de malignité échographique
(EU-TIRADS 3) de 2 à 4 %, cytologique
(Bethesda II) \leq 3 %

N'oublions jamais la clinique :

La présence d'une dysphonie, le caractère dur et fixé du nodule, la présence de ganglions cervicaux doivent remettre en cause le caractère bénin du nodule.

De même, l'augmentation de la taille du nodule, un changement de l'aspect échographique, la discordance entre une échographie suspecte et une cytologie bénigne doivent éveiller l'attention.

Arguments en faveur de la chirurgie

- Compression des structures aéro-digestives (dysphagie, dyspnée)
- Antécédent d'irradiation cervicale
- Le caractère plongeant du lobe concerné (TDM)
- Le désir du patient

Recommandations de l'ATA 2014 :

- La chirurgie doit être considérée pour un nodule qui augmente de volume, bénin à la cytologie, ≥ 4 cm et symptomatique.
- Les nodules non symptomatiques méritent d'être simplement surveillés.

Quel geste chirurgical ?

- Macronodule solitaire → lobectomie
- Macronodule au sein d'un goitre multinodulaire → lobectomie ou thyroïdectomie totale (nodules controlatéraux > 10 mm)

Madame F. 34 ans

Nodule thyroïdien gauche apparu il y a 4 ans après la naissance de son fils.

Cytologie en 2017 : aspect folliculaire bénin.

Cytologie en septembre 2020 : aspect kystisé, non significatif.

Examen clinique en novembre 2020 : nodule thyroïdien gauche et adénopathie sous digastrique gauche.

Echographie et cytoponction :

- Nodule de 37x25x20 mm EU-TIRADS 3 dont la cytologie est Bethesda III (ASI compte tenu de la présence d'une organisation en massifs denses avec quelques atypies nucléaires à type de déformation par pression réciproque sans anomalie chromatinienne sur fond colloïde kystique abondant).
- Adénopathie de 19x15x7 mm d'aspect échographique suspect d'atteinte secondaire et dont la cytoponction est en faveur d'un carcinome papillaire avec Tg in situ > 500 mg/ml.

Monsieur T. 35 ans

Nodule thyroïdien gauche EU-TIRADS 3, bénin
à la cytoponction.

Récusé à la RCP pour une TA (nodule solide et
évolutif chez un homme jeune),

Lobectomie thyroïdienne gauche

- Nodule de 60x50x38 mm
- NIFT-P (capsule intacte)
- Découverte d'un embole veineux
=> Carcinome papillaire d'architecture vésiculaire

En conclusion :

Un nodule thyroïdien ≥ 4 cm, bénin à la cytoponction et non traité justifie une surveillance clinique, échographique +/- cytologique.