

---

## **Les nodules thyroïdiens découverts à l'échographie**

### **Que faut-il en faire?**

La conduite à tenir face à un nodule thyroïdien est un problème fréquent en pratique. Si la palpation du cou est la circonstance de découverte classique, la découverte en est de plus en plus souvent faite lors d'une échographie cervicale demandée pour une toute autre cause. Quelle est la valeur de ces découvertes fortuites, que l'on qualifie d'incidentalomes (de plus en plus fréquentes à tous les niveaux, hépatique, rénal, voire surrénal, avec la multiplication des examens échographiques) ? Une étude américaine récente de la Mayo Clinic<sup>1</sup> nous apporte des informations sur la valeur de l'examen clinique thyroïdien, la fréquence des incidentalomes thyroïdiens, et leur risque de malignité.

L'étude est basée sur une analyse de la littérature sur 15 ans dans les principales revues de langue anglaise concernant les nodules non palpables, complétée d'une revue d'articles sélectionnés antérieurs à cette date, et d'une revue des bibliographies de divers ouvrages. Sur 135 articles, ont été retenues 3 études de données d'autopsie, 11 études comparant des données échographiques et cliniques. Il n'a pas été retrouvé d'études de suivi de nodules de découverte échographique.

L'examen clinique permet de détecter les nodules de plus de 1 cm. Il n'y a pas d'études qui séparent les tenants de l'examen clinique de face ou de dos. L'examen clinique peut être en défaut pour les nodules profonds ou postérieurs, et dans les coussinets courts ou gras. L'examen est particulièrement dépendant de l'expérience, et la variabilité entre observateurs est en bonne partie liée à l'expérience. Même avec expérience, la clinique ne peut détecter les nodules de moins de 1 cm. Une étude comparant échographie et clinique montre que la moitié des nodules échographiques n'avaient pas été perçus cliniquement, 1/3 de ceux-ci avaient cependant plus de 2 cm.

Les données d'autopsie chez 821 personnes (à la Mayo Clinic) qui avaient un examen clinique normal montrent 49,5% des nodules thyroïdiens, dont 35% mesuraient plus de 2 cm. Une autre étude en trouve dans 32% des cas.

L'échographie est capable de détecter des nodules de 1 à 3 mm. Et les comparaisons avec les données anatomiques montrent une sensibilité de 89% et une spécificité de 84%. En cas de nodule cliniquement isolé, un ou plusieurs autres nodules sont trouvés dans 20 à 60% des cas selon les études, dont la plupart ont moins de 1 cm. Un, ou plusieurs nodules échographiques purs sont découverts chez 40 à 67% des patients sans pathologie thyroïdienne aux USA. Les chiffres sont plus bas hors des USA: 27% en Finlande, 19% en Belgique.

Le risque de cancer est faible: un cancer est retrouvé selon les études dans 0,45% à 13% avec une moyenne de 4%. Une fréquence plus importante est trouvée dans les zones à risque (Japon, Hawaï), ou chez les patients qui ont eu une irradiation locale (32 à 57%). Mais le point important est le bon pronostic de ces cancers qui sont à marche lente.

Les auteurs concluent en soulignant la très grande fréquence des incidentalomes thyroïdiens, l'absence de données précises sur le potentiel de malignité de ces nodules non palpables. Ils retiennent la rareté de la malignité (moins de 5%), le bon pronostic de ces cancers et leur croissance très lente. De ce fait ils proposent une stratégie de simple surveillance clinique pour les nodules de moins de 1,5 cm, sans biopsie ni exérèse chirurgicale. Pour les nodules de plus de 1,5 cm, et chez les patients qui ont des antécédents d'irradiation cervicale, une histoire familiale de cancer thyroïdien ou des anomalies échographiques suspectes, ils conseillent une ponction cytologique pour éliminer un cancer. Ils ne conseillent pas de traitement frénateur avec L.thyroxine.

Ces recommandations rejoignent les recommandations très claires et précises établies par un groupe multidisciplinaire réuni par l'ANDEM en 1995<sup>2</sup> précisant que le diagnostic de nodule thyroïdien repose sur la palpation, que les nodules de moins de 1 cm ne doivent pas être explorés d'emblée, mais simplement suivis cliniquement. Le traitement hormonal frénateur n'a pas fait la preuve de son utilité. Aucune donnée ne permet de préciser le rythme de la surveillance: il est proposé 6 mois à un an au début puis, plus espacé.

Il faut retenir que leur malignité est très rare. Lorsqu'elle existe, le pronostic est excellent. La lenteur de l'évolution justifie la simple surveillance clinique, et une attitude plus active uniquement lorsque le nodule devient palpable.

1 - Tan GH, Gharib H. Thyroid incidentalomas: management approaches to non palpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. *Ann. Int. Med.* 1997, 126, 3, 226-231

2 - ANDEM. Recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge diagnostique du nodule thyroïdien. ANDEM, 1995, 14 p

*Numéro 55 du 27 mars 1997*