

Faut-il donner un traitement thyroïdien frénateur aux nodules thyroïdiens ?

Nous avons l'an dernier analysé la conduite à tenir devant un nodule thyroïdien découvert à l'échographie, dont la fréquence peut atteindre 30 à 50% des personnes, alors que la clinique, qui reste l'examen de référence en pratique, ne les trouve que chez 4 à 7%¹. Nous avons noté que l'usage classique du traitement thyroxinien frénateur n'avait pas fait la preuve de son utilité. Une revue générale américaine² de ce problème et la parution récente d'une synthèse récente de l'ANDEM³, très documentée, sur la prise en charge du nodule thyroïdien nous amènent à préciser cette question.

- Le traitement frénateur, avec chute de la TSH, peut avoir plusieurs objectifs:

- **identifier la nature bénigne** du nodule: la réduction du nodule sous thyroxine n'est pas un argument pour la bénignité, sa persistance ou son augmentation ne l'est pas pour la malignité; par contre le traitement thyroxinien n'aggrave pas un éventuel cancer. A l'opposé le consensus est établi sur la fiabilité de la ponction cytologique pour le diagnostic de bénignité ou de malignité.

- **réduire la taille du nodule** pour 2 raisons:

- limiter le taux de faux négatifs de la cytologie. En fait si le taux de faux négatifs varie de 1 à 10%, il est au maximum de 2% dans les équipes entraînées. La meilleure solution est de confier son patient à une équipe entraînée.

- éviter la chirurgie. En fait souvent le placebo s'accompagne d'une réduction de cette taille, les mesures étant cependant assez imprécises. Le traitement thyroxinien n'entraîne sous cet angle au total pas plus de 20% de réponse, même avec TSH totalement freinée. En pratique sur un nodule étiqueté bénin, la simple surveillance est aussi utile et sans danger.

- **prévenir la croissance de nodules** existants. L'histoire naturelle des nodules thyroïdiens est mal connue. Des études on peut conclure que sans traitement, 50% des nodules régressent ou disparaissent, 30% restent stables et moins de 20% augmentent. Pour ceux-ci on peut proposer une nouvelle ponction ou la chirurgie. Seules des études contrôlées pourraient dire si le traitement frénateur est bénéfique. Il n'y en a pas actuellement.

- **prévenir la récurrence des nodules** après chirurgie. Il ne s'agit pas ici du traitement substitutif, nécessaire en cas de thyroïdectomie totale ou de TSH post-opératoire élevée. Il s'agit du traitement frénateur après lobectomie, dont l'indication est largement admise, surtout en cas de dystrophie multinodulaire. Cette attitude est fondée sur des études non contrôlées. Les récurrences spontanées, dans la plupart des études, se situent entre 10 et 25% des cas, dépendant en partie de l'importance de l'excision. Parmi 5 études contrôlées randomisées récentes comparant, après chirurgie, traitement frénateur et placebo, 4 ne montrent pas de différence entre les deux. Une seule est positive, mais en zone de carence iodée.

A coté du bénéfice éventuel du traitement thyroxinien, il importe de se poser la question de ses éventuels **effets délétères**, sachant que le traitement est utilisé à dose supra-physiologique, de façon à avoir un effet supprimeur de la TSH.

- **Le risque osseux** est le premier, mais le moins bien connu. La thyroxine à dose suppressive (mais pas à dose substitutive) peut induire une diminution de la densité osseuse appréciée dans les études par ostéodensitométrie, sans qu'il y ait pour l'instant de preuve d'augmentation des fractures. Cela doit inciter à la prudence en cas de traitement frénateur bloquant totalement la TSH, surtout chez la femme après la ménopause, et peut conduire à adjoindre une surveillance complémentaire.

- **Le risque cardiaque** est celui de troubles du rythme. On sait que les personnes âgées qui ont une TSH basse (en l'absence de dysthyroïdie avérée) font 3 fois plus de fibrillation auriculaire que les autres. On ne sait pas ce qu'il en est dans le cas de traitement thyroxinien frénateur.

En conclusion, devant l'absence de toute preuve de bénéfice attribuable au traitement frénateur et la possibilité d'effets délétères, Gharib conseille de ne pas donner de thyroxine et d'en rester au suivi clinique, sauf en cas d'hypothyroïdie prouvée. Les conclusions de l'ANDEM sont les mêmes sur les faits, plus nuancées sur l'exclusion absolue du traitement thyroxinien, prenant en compte l'inquiétude du patient, et la possibilité que le traitement thyroxinien dédramatise la surveillance. Mais cela reste avant tout un problème de relation médecin-malade et de rapport bénéfice risque.

1 - Bibliomed. Les nodules thyroïdiens découverts à l'échographie. Que faut-il en faire ? 1997, n° 55

2 - Gharib H, Mazzaferri EL. Thyroxine suppressive therapy in patients with nodular thyroid disease. Ann. Int. Med. 1998, 128, 5, 386-394

3 - ANDEM. La prise en charge diagnostique du nodule thyroïdien. Recommandations pour la pratique clinique. Editions Norbert Attali. 1997, 256 p

Mots clé: thyroïde, nodule, thyroxine

Numéro 104 du 14 mai 1998