

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 23/10/08

Secrétaire : Dr TRAN

Modérateur : Dr BONFILS

Temps 1 exemples :

- **Problèmes soulevés par le groupe**

- Dossier 1 : cancer colorectal (modalités de surveillance : HAS 2008) , infection urinaire chez l'homme (la cystite chez l'homme existe-t-elle ? Intérêt des PSA dans les infections urinaires chez l'homme) , gastrite chronique (rythme des FOGD)
- Dossier 2 : RP , traumatisme digital
- Dossier 3 : otite séreuse (revue prescrire : rien faire sauf si retentissement scolaire)
- Dossier 4 : certificat d'accident du travail , syndrome du burn out , certificat coups et blessures : ITT qu'est ce que c'est ?
- Dossier 5 : RP
- Dossier 6 : certificat de non contre indication sportive (comment faire ?) , dépistage de THC urinaire (www.drogues-gouv.fr : MILDT-dépistage des drogues : THC urinaire positif à 3 à 5 jours en usage occasionnel , 30 à 70 jour en usage régulier , drogues et la loi ...) (repérage précoce de l'usage nocif de cannabis : www.inpes.sante.fr)
- Dossier 7 : rhinite allergique : homéopathie
- Dossier 8 : infection urinaire (AFSSAPS juin 2008 : ABT infections urinaires communautaires de l'adulte) (faut il traiter les cystites ?)

Question 1 : Définition et évaluation d'une ITT

Question 2 : Intérêt d'un traitement ABT dans la cystite aigue simple non compliquée de la femme en dehors de la grossesse

- **Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe**
- **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Dr Cousin Testard , avenue D'espemils Chatou : dermato nouvellement installée
Centre Chirurgical Chatou : des réponses adaptés pour des « petites chirurgies viscérales et orthopédiques »

Dr Man pour les épaules : Centre Chirurgical Chatou

Dr Desmoineau : orthopédiste membre supérieur , Versailles

Dr Barberon : pour les tumeurs glomiques

les hyperspecialistes du neurinome : ORL Beaugeon

les hyperspecialistes des acouphènes : Beaugeon

Dr Bouzac : échographie thyroïde , av de Courcelle

Dr Lepeintre , Dr Gaillard : neurochirurgie Foch

Temps 3

- **synthèse des cas compliqués**
- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**
- **autres...**

Synthèse des cas compliqués :

Faut il traiter un helicobacter pylori non compliqué , asymptotique ? Probablement oui

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1. Dépistage des cancers de la thyroïde en soins primaires

il n' y a pas d'évaluation du dépistage des cancers de la thyroïde : la palpation est très peu sensible (15%) si patient asymptotique : « dépistage des troubles de la thyroïde et des cancers thyroïdiens chez les adultes asymptotiques » Marie Dominique Beaulieu (annexe 3)

2. Névralgie cervico-brachiale : CAT

consensus du groupe : AINS ou AIS , antalgiques , collier cervical , repos réassurance du patient , et théoriquement attendre 6 semaines avant imagerie en vu d'une éventuelle infiltration stéroïdes épurale ou d'un chirurgie

Choix du cas clinique pour la prochaine fois : 10 ème du 23 octobre

Annexe 1

Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble

<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/> 1/8

Cancers de la thyroïde

Docteur Olivier CHABRE

Avril 2003

1. Introduction

La plupart des cancers thyroïdiens ont une évolution lente, une extension le plus souvent loco-régionale,

et un bon pronostic. Cependant certains se compliquent de métastases à distance d'autres ont une extension très rapide. L'incidence des carcinomes thyroïdiens est de 0,5 à 10 pour 100 000 hab/an (moins de 1% de l'ensemble des cancers). Ils représentent en tout 3 à 4% des nodules thyroïdiens palpables, qui se retrouvent chez 10 % d'une population adulte.

2. Les cancers différenciés de la thyroïde

2.1. Définition, épidémiologie

Le terme cancer différencié est réservé aux cancers qui se développent à partir des cellules thyroïdiennes vésiculaires (=thyrocytes), et qui ont gardé plusieurs caractéristiques des thyrocytes : sensibilité à la TSH, captation de l'iode, sécrétion de thyroglobuline (par contre ils secrètent très peu d'hormones thyroïdiennes),. Ils prédominent chez l'adulte jeune : âge moyen 45 ans, exceptionnel avant 10 ans. Prédominance féminine 2/1. Les irradiations

cervicales dans l'enfance sont un facteur de risque (d'où l'augmentation du cancer thyroïdien papillaire chez les enfants vivant au voisinage de la centrale de Chernobyl en 1986). On distingue les carcinomes (>10mm) des microcarcinomes(<10mm) : ces derniers sont beaucoup plus fréquents que les carcinomes (5 à 36% des adultes à l'autopsie), mais ils ont un potentiel évolutif très faible.

- cancer papillaire : 70 % des cancers thyroïdiens. Les cellules tumorales ont des anomalies nucléaires caractéristiques, sur lesquelles repose le diagnostic. Le tissu tumoral est généralement organisé en papilles (axe conjonctivo-vasculaire central, bordé d'une couche de cellules). Le cancer papillaire est souvent multifocal. Son évolution est généralement lente et loco-régionale : intra-thyroïdienne et lymphatique. Environ 65% des patients porteur d'un carcinome papillaire (>10mm) ont des métastases ganglionnaires cervicales lors du diagnostic. Deux à 10% ont des métastases à distance, le plus souvent : pulmonaires (en général miliare, plus rarement tumeurs nodulaires).

- cancer vésiculaire (appelé follicular en anglais) : 20 % des cancers thyroïdiens. Les anomalies nucléaires du cancer papillaire sont absentes, l'architecture est vésiculaire. Le diagnostic différentiel avec l'adénome peut être difficile. La malignité est affirmée par le caractère invasif vis-à-vis de la capsule ou des vaisseaux thyroïdiens, ou par la présence de métastases. A l'opposé du cancer papillaire celles-ci se font fréquemment par voie hématogène (poumons, os, cerveau), plutôt que lymphatique).

2.2. Présentation clinique

Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble

<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/2/8>

- Il s'agit le plus souvent d'un nodule thyroïdien palpable, indolore, peu évolutif, consistance variable, mais généralement ferme. Parfois le nodule n'est pas palpable (particularités anatomiques), et il est alors découvert fortuitement par échographie. On admet qu'il ne doit être pris en compte que si il atteint 1cm (et il est alors le plus souvent palpable.) car sinon c'est un micro-carcinome.
- On retrouve rarement des signes de forte suspicion de malignité: consistance très ferme ou dure, irrégulière, adénopathie cervicale palpable, dysphonie (paralysie récurrentielle), voire dysphagie, adhérence aux tissus environnants, évolution rapide.
- Contexte euthyroïdien.
- Plus rarement un cancer thyroïdien différencié peut être découvert par une métastase à distance (d'un cancer vésiculaire).

2.3. Explorations diagnostiques d'un nodule thyroïdien, à la recherche d'un cancer

2.3.1. TSH

Dans les cancers elle est généralement normale, car les cancers thyroïdiens synthétisent peu ou pas d'hormones thyroïdiennes (donc pas d'hyperthyroïdie), et il est très rare qu'ils détruisent tout le parenchyme thyroïdien normal (donc pas d'hypothyroïdie). Cependant il peut arriver qu'un patient soit porteur à la fois d'un cancer thyroïdien et d'une dysthyroïdie.

2.3.2. « Cytoponction » (Examen cytologique du produit de cytoponction à l'aiguille fine)

L'examen se fait par ponction du nodule (sans anesthésie) avec une aiguille très fine, puis aspiration et étalement sur lame. Si le nodule est difficile à palper la ponction doit être guidée par échographie. La valeur de l'examen dépend de l'entraînement des médecins responsables de la cytoponction (endocrinologue, ou radiologue) et de la lecture des lames (anatomopathologiste). En de bonnes mains la cytoponction est le meilleur examen pour distinguer un cancer d'un nodule bénin (spécificité et sensibilité >95%). Très performante pour le carcinome papillaire (grâce aux anomalies nucléaires), elle peut être prise en défaut dans les carcinomes vésiculaires, et médullaires. Quatre résultats sont possibles : bénin (env 70%), malin (env 5%), suspect (env 10%) et non informatif (env 15% : la cytoponction n'a pas ramené suffisamment de cellules). Les résultats malins et suspects conduisent à une thyroïdectomie, les non informatifs doivent être ponctionnés sans délai. Par principe les nodules dits bénins seront reponctionnés une fois, dans un délai d'un an.

2.3.3. Echographie

Les cancers thyroïdiens sont presque toujours hypoéchogènes. Cependant la plupart des nodules thyroïdiens (bénins et malins) sont hypoéchogènes. Le caractère hypoéchogène a donc une bonne sensibilité, mais une très faible spécificité pour le diagnostic de cancer thyroïdien. Un nodule hyperéchogène (rare) a un risque très faible d'être un cancer. Les nodules anéchogènes, qui sont des vrais kystes ont un risque de malignité nul, mais ils sont rares. Au total la détermination des caractéristiques échogènes d'un nodule apporte peu au diagnostic de cancer thyroïdien. Cependant l'échographie garde un intérêt : elle permet de découvrir des nodules >1cm mais non palpables pour des raisons anatomiques. Elle est nécessaire pour guider la cytoponction des nodules difficiles ou impossible à palper.

2.3.4.Scintigraphie thyroïdienne à l'Iode 123 ou Technetium 99

Les carcinomes thyroïdiens sont capables de capter de l'iode, mais beaucoup moins que le tissu thyroïdien avoisinant : ce sont presque toujours des nodules hypofixants, c'est à dire « froids » Cependant 80% des nodules thyroïdiens (bénins et malins) sont froids : il est faux de considérer qu'un nodule froid a un risque élevé d'être un cancer. Comme le caractère hypoéchogène en échographie, le caractère « froid » en scintigraphie a une bonne sensibilité, mais une très faible spécificité pour le diagnostic de cancer thyroïdien. Les nodules chauds (iso ou hyperfixants) ont un risque très faible d'être un cancer. Se souvenir que parmi ces nodules chauds les nodules toxiques (hyperfixant et extinctifs) peuvent être facilement dépistés par le dosage de la TSH, qui est toujours abaissée.

Au total comme l'échographie, la scintigraphie a peu d'intérêt dans le diagnostic du cancer

Thyroidien.

2.3.5.La thyroglobuline (Tg) circulante

Les carcinomes thyroïdiens différenciés secrètent de la thyroglobuline, mais pas plus que les thyrocytes normaux. Le dosage de la Tg n'a donc aucun intérêt pour le diagnostic de malignité d'un nodule : avant thyroïdectomie ce dosage est inutile. Par contre après thyroïdectomie totale (suivi d'une destruction isotopique des reliquats) pour cancer différencié la Tg constitue un excellent marqueur pour le suivi. En effet si le patient a une sécrétion détectable de thyroglobuline alors qu'il n'a plus de thyroïde, c'est qu'il y a une métastase. Pour que le dosage de thyroglobuline soit interprétable il faut s'assurer de l'absence d'anticorps anti-thyroglobuline, qui peuvent interférer dans le dosage et être à l'origine de faux négatifs. Le dosage d'anticorps anti thyroglobuline doit donc être demandé systématiquement en même temps que le dosage de la Tg.

2.3.6.La calcitonine

La calcitonine a une très grande sensibilité pour une forme rare de cancer de la thyroïde, le cancer médullaire. Le cancer médullaire n'est pas classé dans les cancers « différenciés » de la thyroïde car il n'est pas développé à partir des thyrocytes, mais, à partir des cellules C, qui secrètent de la calcitonine (cf. plus loin). Le dosage de la Calcitonine est également d'une assez bonne spécificité pour le cancer médullaire, ce qui fait qu'il est

supérieur à la cytoponction pour ce diagnostic rare. Comme la présentation clinique du cancer médullaire est souvent celle d'un nodule thyroïdien sans particularité certains défendent la pratique du dosage systématique de la calcitonine devant tout nodule, pour permettre le diagnostic du cancer médullaire à un stade encore curable chirurgicalement.

2.3.7. En conclusion : stratégie du diagnostic du cancer thyroïdien devant un nodule

Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble

<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/4/8>

L'algorithme diagnostique que nous proposons repose sur les examens systématiques suivants : clinique, TSH, cytoponction. Il n'y a pas encore de consensus sur la pratique du dosage systématique de la calcitonine.

2.4. Evolution et facteurs pronostics des carcinomes différenciés

La survie globale à 10 ans des patients (traités) adultes d'âge moyen est 80 à 95% à 10 ans. 5 à 20% des patients ont des récives loco-régionales, 10 à 15% ont des métastases à distance. Dans le groupe de patients ayant moins de 45 ans, un cancer bien différencié, et pas de métastases au diagnostic initial la mortalité liée au cancer est <2% après 25 ans de suivi. Ce groupe représente plus de 50% des patients.

Après 45 ans, ou avec un cancer moins différencié, la mortalité globale est de 30% à 25 ans.

Au total 80 à 85% des patients sont à faible risque de décès de leur cancer thyroïdien. Les principaux facteurs de risque de récive sont l'âge (<16 ans ou >45 ans); l'extension initiale, le type histologique (vésiculaire moins bon que papillaire), le degré de différenciation et l'existence de variantes histologiques de moins bon pronostic (Hurtle, Insulaire, sclérosant diffus...)

2.5. Traitement du cancer différencié

2.5.1. Il est d'abord chirurgical

Le geste thyroïdien est le plus souvent une thyroïdectomie totale car, même dans les cancers papillaires de bon pronostic, ce geste donne un taux de récive loco-régionale plus faible qu'un geste unilatéral (le cancer papillaire est souvent multifocal). On peut discuter un geste limité à une lobo-isthmectomie uniquement dans les formes d'excellent pronostic: âge <45 ans, cancer papillaire <1,5cm unifocal et intralobaire, et dans les microcarcinomes. Dans les cancers papillaires le geste thyroïdien est complété d'un curage ganglionnaire cervical homolatéral: récurrentiel et sus-claviculaire systématique, jugulo-carotidien haut si le précédent est positif ou si il y a des adénopathies palpables dans cette région. Dans les cancers vésiculaires ou l'invasion lymphatique est plus rare le curage ganglionnaire est moins systématique et guidé sur les éventuelles adénopathies palpables. Dans tous les cas le curage bilatéral n'est nécessaire que si le cancer est bilatéral.

2.5.2. Destruction (totalisation) isotopique à l'iode 131

Lorsqu'il y a eu thyroïdectomie totale, le geste est complété par une destruction (totalisation) isotopique à l'iode 131 (la dose est en général 100 mCi). Cette irradiation se

fait généralement un mois après la chirurgie, sans avoir donné de traitement substitutif. En effet le patient est alors en hypothyroïdie avec TSH élevée, ce qui stimule la captation de l'iode des résidus cervicaux et des éventuelles métastases (on rappelle que les cellules carcinomateuses sont généralement sensibles à la TSH). L'administration d'Iode 131 après chirurgie permet de révéler d'éventuelles métastases loco-régionales ou à distance passées inaperçues avant la chirurgie. Lorsque ces métastases sont de petites tailles l'iode 131 permet également de les traiter. Si elles sont de grande taille il faut discuter une nouvelle chirurgie, éventuellement radioguidée (sonde de détection peropératoire). L'intérêt de la totalisation chirurgicale et isotopique est que, après ces traitements, toute sécrétion de thyroglobuline est synonyme de métastase: la thyroglobuline devient ainsi un marqueur privilégié du suivi. Le marqueur le plus sensible étant le dosage de la sous stimulation par la TSH. Pour cela on peut soit arrêter de façon transitoire le traitement freinateur par Levothyroxine soit administrer de la TSH recombinante (Thyrogen).

2.5.3. Traitement freinateur par levothyroxine

Le traitement chirurgical et/ou isotopique est suivi d'un traitement médical freinateur par levothyroxine (LT4) : il s'agit d'administrer de la LT4 non pas seulement à une dose substitutive qui remplace la sécrétion thyroïdienne après thyroïdectomie, mais à une dose suffisante pour freiner la sécrétion de TSH (TSH <0,1 uUI/ml) : Il est donc nécessaire de donner une dose légèrement supérieure à la dose substitutive : on crée une thyrotoxicose périphérique très modérée. La logique de ce traitement est d'empêcher la stimulation de la croissance d'éventuelles micro-métastases (on rappelle une nouvelle fois qu'elles ont généralement des récepteurs à la TSH). Il ne faut pas pour autant mettre les patients en thyrotoxicose franche: les objectifs sont d'avoir une TSH <0,1 uUI/ml avec T4 libre doit être à la limite supérieure de la normale, ou T3 libre normale. La dose nécessaire de levothyroxine varie de 1,8 à 2,4 ug/kg/j (diminue avec l'âge). Les effets indésirables du traitement freinateur sont modestes : légère augmentation de la fréquence cardiaque, ce qui augmente cependant le risque de fibrillation auriculaire chez les personnes âgées ou prédisposées. Il y a également un certain risque d'ostéoporose. Du fait de ces effets indésirables on peut se contenter d'un freinage plus modéré de la TSH (0,1 à 0,4 UI/ml) dans les formes de très bon pronostic avec thyroglobuline indosable sous défreination. En effet le risque de récurrence très bas ne justifie alors pas les effets indésirables modérés d'un traitement freinateur « maximum ».

3. Les cancers anaplasiques de la thyroïde

3.1. Définition

Egalement développés à partir du thyrocyte, ils sont caractérisés par leur dédifférenciation et leur agressivité. Ils représentent 5 à 15 % des cancers thyroïdiens. Ils se voient généralement après 50 ans et représentent probablement l'évolution d'un cancer différencié (papillaire) non traité.

L'histologie est faite de cellules géantes, monstrueuses, envahissant et détruisant les structures thyroïdiennes normales. Elles ne produisent pas de Tg, ne fixent pas l'iode, n'expriment pas de récepteurs à la TSH.

3.2. Clinique

- la tumeur : manifeste, d'évolution rapide (quelques semaines) volumineuse (> à 3 cm) adhérente aux plans profonds et superficiels, extrêmement dure, parfois légèrement inflammatoire.
- une dysphonie, une gêne à la déglutition peuvent se manifester précocement.
- Des ganglions sont volontiers palpables.
- Des signes généraux : asthénie, amaigrissement, anorexie, fébricule sont souvent présents.

3.3. Diagnostic

Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble

<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/6/8>

- La TSH est souvent normale, parfois légèrement élevée (hypothyroïdie par destruction du tissu normal)
- la cytologie signe le diagnostic, et permet le diagnostic différentiel avec les lymphomes et cancers secondaires.
- La trachéoscopie, l'examen ORL, la radio pulmonaire et la TDM thoraco-cervicale précisent l'extension.

3.4. Evolution

- Spontanée : décès en quelques semaines ou mois, sur un mode essentiellement local (envahissement, compression, rupture des gros vaisseaux).
- La chirurgie complétée par un protocole de radiothérapie externe accélérée et une chimiothérapie peuvent repousser l'échéance de quelques mois, voire année. L'évolution se fait quand même vers le décès par récurrence locale ou métastases à distance. La mise en place d'une prothèse endotrachéale permet de lutter contre la compression trachéale tumorale.

4. Le cancer médullaire de la thyroïde (CMT)

4.1. Définition et épidémiologie

5 à 8 % des cancers de la thyroïde. Tumeur des cellules C (parafolliculaires) de la thyroïde qui sécrètent la calcitonine (CT). Il existe des formes sporadiques ou génétiques familiales (30% des CMT).

Les formes familiales sont soit isolées (CMT familial isolé) soit associées à un syndrome de néoplasie endocrine multiple (NEM) de type 2 : NEM2A = CMT+ phéochromocytome +/- hyperparathyroïdie, NEM2B =CMT+neuromatose cutanéomuqueuse et syndrome Marfanoid +/-phéochromocytome, +/-hyperparathyroïdie.

Toutes les formes de CMT familial (isolé, 2A, 2B) sont dues à la présence d'une mutation du gène RET (localisé sur l'autosome 10). Mutation germinale dominante, qui peut se rechercher sur une simple prise de sang (ADN leucocytaire). Le risque de transmission de la mutation à l'enfant est de 50%. Donc dans les formes familiales de CMT: un dépistage très précoce est possible en identifiant les enfants qui ont reçu la mutation de RET. Ces enfants auront un traitement préventif radical : thyroïdectomie totale à une âge très jeune, qui dépend du type de mutation (à 3 ans pour la mutation la plus fréquente).

4.2. Histologie, caractère sécrétoire, évolution

Immuno-histochimie positive pour la Calcitonine et l'ACE. Il peut y avoir sécrétion d'autres hormones par la tumeur (ex : ACTH). Dans les formes sporadiques la tumeur est souvent unique, dans les formes familiales elle est généralement bilatérale ou associée à une hyperplasie des cellules C. Le CMT se voit à tout âge, il est caractérisé par sa diffusion lymphophile extrêmement précoce (métastases ganglionnaires cervicales présentes chez 90% des patients porteurs d'un CMT clinique), et un potentiel métastatique à distance (foie, poumon, os). Il est de moins bon pronostic que les cancers différenciés thyrocyte. La survie globale à 10 ans des patients traités est de 70%.

4.3. Clinique

Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble

<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/7/8>

Le nodule thyroïdien, +/- adénopathies sont souvent les seules manifestations. On peut retrouver des signes liés à une lésion de NEM 2 associé (ex phéochromocytome) ou à une sécrétion endocrine par le CMT (troubles du transit (diarrhée), flushs, voire syndrome de Cushing)).

4.4. Examens

- TSH normale.
- Au stade de nodule palpable la CT de base est en général largement au dessus de la normale ($N < 10$ pg/ml) et elle est stimulable par la pentagastrine.
- L'ACE est souvent élevé (ce n'est pas un critère sensible ni spécifique cependant).
- La scintigraphie (non indispensable) retrouverait un nodule froid.
- La cytologie confirme le diagnostic mais elle peut être prise en défaut, elle est moins sensible que le dosage de la CT.

4.5. Traitement

Chirurgie difficile réservée à des équipes expertes. Thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire cervical extensif qui est impérativement bilatéral dans les formes familiales (récurrentiel + jugulo-carotidien). Avant chirurgie il faut avoir éliminé systématiquement un phéochromocytome, qui devrait être traité en premier.

Comme les cellules C normales ou tumorales ne fixent pas l'iode, il n'y a bien sûr pas de traitement par l'iode 131 du cancer médullaire de la thyroïde.

4.6. Dépistage et prise en charge des CMT familiaux

Il est fondamental de rechercher une forme familiale devant tout CMT, même apparemment isolé. Cette recherche demande chez l'individu un examen clinique (syndrome Marfanoïde, neuromatose, signes de phéochromocytome..) et un dosage de calcémie, PTH, dérivés méthoxylés. Il faut établir un arbre généalogique et déterminer la CT de base et si possible sous stimulation par la pentagastrine chez les apparentés au 1er degré. L'avènement de la génétique a simplifié ce dépistage: si une mutation de RET est identifiée chez un individu elle pourra être rapidement recherchée (sur le sang périphérique) chez les autres membres de sa famille.

5. Les tumeurs rares de la thyroïde

5.1. Lymphomes

Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble

<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/8/8>

Soit lymphome primitif de la thyroïde soit localisation secondaire d'un lymphome généralisé. 2 à 3 % des tumeurs thyroïdiennes. La majorité des lymphomes primitifs se développent à partir d'une thyroïdite auto-immune (Thyroïdite de Hashimoto). Sujets âgés (souvent 70 ans), prédominance féminine 3/1. Ils se présentent comme des nodules froids évolutifs avec parfois hypothyroïdie et signes compressifs.

Le diagnostic repose sur l'étude immunohistochimique (population monomorphe du clone lymphocytaire responsable).

Le traitement et le pronostic sont celui du lymphome: traitement chirurgical réservé aux petites tumeurs, radiothérapie externe et chimiothérapie.

5.2. Cancers secondaires

Ce sont des cancers extrathyroïdiens avec envahissement de la thyroïde. Le primitif est généralement un cancer du colon, reins, seins, poumon, ou mélanome. Le plus souvent ces cancers sont déjà diagnostiqués, leur généralisation est connue et l'apparition d'une tumeur de la thyroïde n'est qu'un épiphénomène. Il peut rarement exister des problèmes diagnostiques (métastase précoce).

Annexe 2

REFERENTIELS

CAT devant un nodule thyroïdien ●●●

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au 7 décembre 2001.

▶ Généralités p1

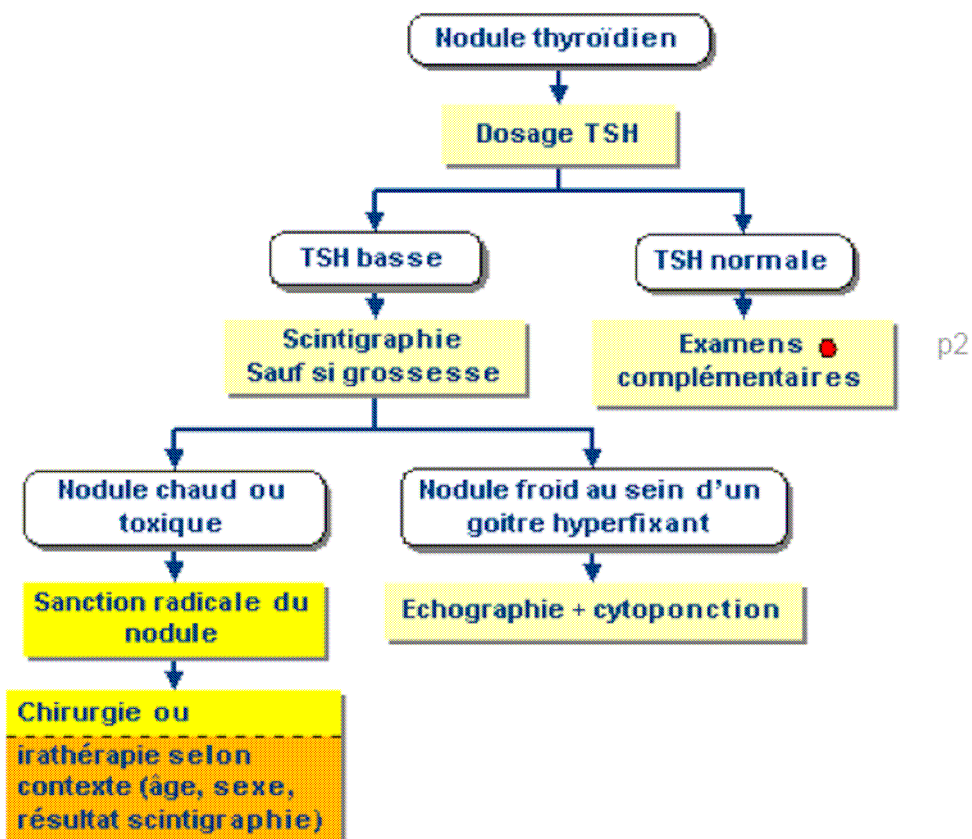
▶ Bilan complémentaire p2

▶ Nodule suspect p3

Date de révision : 13 février 2002

Aspects généraux

Ce référentiel propose la conduite à tenir face à un nodule thyroïdien.



■ Examens complémentaires devant un nodule non hyperthyroïdien

L'ANAES autorise trois portes d'entrées pour explorer un nodule thyroïdien non hyperthyroïdien. Ces trois voies n'ont toutefois pas la même pertinence.

- ▶ L'**échographie** qui représente le prolongement de la main du clinicien et qui permet d'apprécier la nature kystique, solide ou mixte du nodule, sa taille et sert de base pour déterminer la cinétique évolutive du nodule est un examen intéressant.
- ▶ La **cytoponction thyroïdienne à l'aiguille fine** est l'examen clé pour déterminer la nature suspecte ou non d'un nodule thyroïdien. Elle peut être couplée ou non à l'échographie.
- ▶ La **scintigraphie thyroïdienne** n'a d'intérêt qu'en présence d'une hyperthyroïdie. La notion de nodule froid étant devenue désuète (seuls 5 % des nodules sont cancéreux, et les nodules cancéreux sont aussi bien des nodules isofixants que des nodules hypofixants ou froids, et même quelquefois hyperfixants).

a

■ Nodules thyroïdiens suspects

Les caractéristiques suivantes rendent suspect un nodule thyroïdien :

▶ Anamnèse

- ◆ Antécédents d'irradiation cervicale au cours de l'enfance
- ◆ Antécédents familiaux de cancer médullaire de la thyroïde (CMT) uniquement pour les CMT Cf. référentiel "Thyroïde cancer à calcitonine NEM2"
- ◆ Age < 20 ans ou > 60 ans
- ◆ Sexe masculin

▶ Caractéristiques cliniques du nodule

- ◆ Croissance du nodule (surtout si traitement par lévothyroxine)
- ◆ Consistance (nodule dur, ligneux ou adhérent)
- ◆ Taille > 3 cm

▶ Symptomatologie associée

- ◆ Adénopathies cervicales
- ◆ Dysphagie
- ◆ Dysphonie

▶ Exemples complémentaires

- ◆ Richesse vasculaire au doppler
- ◆ Nodule hypoéchogènes à l'échographie

Annexe 3

Dépistage des troubles de la thyroïde et des cancers thyroïdiens chez les adultes

Asymptomatiques :

Rédigé par Marie-Dominique Beaulieu, MD, MSc, FCFP1 `a partir de documents préparés pour le U.S. Preventive Services Task Force2
Cancers thyroïdiens

Les avantages de la détection précoce des cancers thyroïdiens sont mal connus. Les patients diagnostiqués aux premiers stades de la maladie présentent un meilleur taux de survie à cinq ans. Aucun essai comparatif n'a démontré que les personnes asymptomatiques détectées dans le cadre d'un programme de dépistage ont de meilleurs résultats que celles qui ont consulté à cause de l'apparition de symptômes. Rien ne permet

de conclure qu'une palpation systématique du cou puisse avoir un impact majeur sur l'histoire naturelle de ce cancer peu fréquent.

Recommandations émanant d'autres sources

Peu d'organisations canadiennes ont fait des recommandations sur le dépistage des maladies thyroïdiennes. Le U.S. Preventive Services Task Force ne recommande pas le dépistage chez les adultes asymptomatiques.

Conclusions et recommandations : Hyperthyroïdie et hypothyroïdie

On ne possède pas encore suffisamment de données pour recommander l'inclusion du dépistage de l'hyperthyroïdie et de l'hypothyroïdie chez les adultes asymptomatiques (Recommandation C). Toutefois, des enquêtes épidémiologiques et des essais cliniques ont démontré clairement qu'une importante proportion des personnes considérées comme atteintes de la maladie à l'état infra-clinique présentaient en fait quelques symptômes. Étant donné la prévalence élevée de l'hypothyroïdie chez les femmes péri-ménopausées et ménopausées, il y a lieu d'être très vigilant et de recourir abondamment au dosage très sensible de la TSH même en présence de symptômes vagues et subtils. Les essais randomisés ont en effet montré que ces patientes peuvent bénéficier d'un traitement précoce. Paradoxalement, les femmes de plus de 75 ans ont été exclues de la plupart des études sur l'efficacité du traitement précoce ; elles font cependant toujours l'objet d'un dépistage de la part de nombreux médecins.

Cancers thyroïdiens

Rien n'indique qu'une palpation systématique du cou par le médecin ait un impact quelconque sur l'issue de la maladie, mais d'autres évaluations restent à faire à ce sujet (Recommandation C).

Questions non résolues (recherches à entreprendre)

L'efficacité du dépistage et du traitement précoce de l'hypothyroïdie chez les femmes apparemment asymptomatiques devrait être évaluée dans le cadre d'un essai comparatif randomisé rigoureux. Cet essai serait des plus précieux s'il permettait de déterminer l'efficacité d'un programme de dépistage chez les femmes très âgées, de même que chez les femmes d'âge moyen et péri-ménopausées. Il faudrait également déterminer l'intervalle de dépistage idéal.