



Biopsie des nodules thyroïdiens par aspiration à l'aiguille fine

Déterminer quand elle est nécessaire

Jin Soo A. Song Robert D. Hart MD FRCSC

Depuis quelques décennies, l'incidence du cancer de la thyroïde s'est emballée de manière alarmante; le cancer de la thyroïde est devenu un problème courant de diagnostic et de prise en charge en soins de première ligne. Le cancer papillaire de la thyroïde représente la plupart des cas détectés, soit 85%^{1,2}. Ce taux croissant de diagnostics est grandement dû aux avancées en matière d'imagerie qui permettent la détection précoce de tumeurs subcliniques. En effet, l'échographie à haute résolution détecte les nodules chez 19 à 68% des personnes sélectionnées au hasard¹. Malgré le taux élevé de dépistage, le taux de mortalité découlant de ces tumeurs endocrines est demeuré stable, avec un excellent pronostic, puisque 99% des patients dont le nodule est de moins de 20 mm sont vivants à 20 ans². Il importe donc d'établir un juste équilibre entre le dépistage et l'intervention afin de réduire au minimum la morbidité et la mortalité, sans soumettre le patient à un bilan et à une anxiété injustifiés. Pour bien stratifier le risque potentiel de malignité, les constatations échographiques doivent être corroborées aux observations pertinentes de l'anamnèse clinique et de l'examen

physique afin de déterminer quels nodules doivent être soumis à la biopsie par aspiration à l'aiguille fine. Nous présentons ici un résumé concis des observations dont il faut tenir compte lors de la détermination des nodules qui exigent une investigation plus approfondie.

Quand une investigation plus approfondie est-elle nécessaire?

L'investigation des nodules thyroïdiens suspects repose sur l'échographie de la thyroïde et la biopsie par aspiration à l'aiguille fine fondée sur le tableau clinique (Tableau 1). Une grande probabilité de cancer de la thyroïde basée sur l'anamnèse clinique et l'examen physique devrait entraîner une échographie pour déterminer si le nodule est admissible à la biopsie par aspiration à l'aiguille fine en fonction de sa taille et de ses caractéristiques échographiques. Les observations découlant de l'anamnèse clinique qui augmentent la probabilité de malignité sont: la croissance rapide d'une masse dans le cou, la radiothérapie de la tête et du cou, la radiothérapie du corps entier aux fins de greffe de moelle osseuse, les antécédents familiaux de carcinome de

Tableau 1. Catégorisation des nodules en fonction du degré de caractéristiques suspectes et probabilité de malignité

CARACTÉRISTIQUES DU NODULE	SEUIL DE LA TAILLE POUR UNE AAF	PROBABILITÉ DE MALIGNITÉ
Forts soupçons Nodule solide hypoéchogène ou élément hypoéchogène solide d'un nodule partiellement kystique avec ≥ 1 des caractéristiques suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • Bordures irrégulières (infiltration, microlobulées) • Microcalcification • Forme plus haute que large • Calcification du pourtour avec petite extrusion de tissus mous • Présence évidente d'une extension extrathyroïdienne 	≥ 1,0 cm	> 70-90%
Soupçons intermédiaires Nodule solide hypoéchogène avec bordure lisse sans ce qui suit: <ul style="list-style-type: none"> • Microcalcifications • Extension extrathyroïdienne • Forme plus haute que large 	≥ 1,0 cm	10-20%
Faibles soupçons Nodule solide iso-échogène ou hyperéchogène, ou nodule partiellement kystique avec région solide excentrique sans aucune caractéristique échographique	≥ 1,5 cm	5-10%
Très faibles soupçons Spongiforme ou partiellement kystique sans aucune caractéristique échographique	≥ 2,0 cm	< 3%
Nodules purement kystiques	Biopsie non nécessaire	< 1%


AAF—aspiration à l'aiguille fine.

la thyroïde ou les syndromes de cancer de la thyroïde (p. ex. néoplasies endocriniennes multiples de type 2, polyposse adénomateuse familiale, maladie de Cowden)¹. Les constatations pertinentes à l'examen physique évoquant la malignité sont: la dysphonie, la dysphagie, la dyspnée, la lymphadénopathie régionale et la fixation du nodule sur les tissus environnants¹. Le bilan initial doit inclure la mesure du taux sérique de thyroïdostimuline (TSH) dans les cas d'un nodule de plus de 1 cm dans toute dimension, puisque les récentes lignes directrices de l'American Thyroid Association rapportent un lien positif entre le taux sérique de TSH et le risque accru de malignité du nodule et de stades avancés du cancer de la thyroïde¹. En outre, des études antérieures ont estimé à 16% les chances de malignité lorsque le taux de TSH est en deçà de 0,06 mUI/L; à 25% lorsque le taux se situe entre 0,4 et 1,39 mUI/L; et à 52% lorsque le taux est supérieur à 5,00 mUI/L³.

En ce qui a trait à l'échographie, certaines constatations sur les clichés peuvent aider à confirmer la décision quant aux nodules qui justifient une biopsie par aspiration à l'aiguille fine. Les microcalcifications, le caractère hypoéchogène, les bordures irrégulières, une forme plus haute que large, l'invasion des structures normales et la lymphadénopathie sont toutes des caractéristiques indépendantes évoquant la malignité¹. Lorsqu'on envisage des caractéristiques suspectes, le diagnostic de travail doit aussi inclure la thyroïdite d'Hashimoto, puisqu'elle peut imiter une lésion maligne. Des signes d'infection récente des voies respiratoires supérieures, une douleur cervicale, des marqueurs d'inflammation élevés, la fièvre, l'enflure et des symptômes d'hypothyroïdie évoquent tous cette affection inflammatoire bénigne⁴. Par ailleurs, des rapports d'imagerie montrant un nodule en majeure partie kystique, des dépôts de cholestérol formant des foyers ponctués, échogènes avec artefacts en anneau ou en queue de comète, des débris solides avec cloisons donnant une apparence spongiforme, et une croissance lente sont liés aux nodules thyroïdiens bénins¹. Une composition très kystique serait particulièrement rassurante, puisque les rapports ont cité que 88% des cancers de la thyroïde sont uniformément solides ou présentent des modifications kystiques minimales de moins de 5%; les modifications kystiques marquées de plus de 50% sont survenues dans à peine 2,5% des cancers, dont tous avaient de nombreuses autres constatations échographiques suspectes⁵. Le **Tableau 1**

présente un résumé de ces recommandations, y compris la catégorisation des nodules en fonction du degré de caractéristiques suspectes et la probabilité de malignité. Si les résultats de cytologie d'une biopsie par aspiration à l'aiguille fine sont non diagnostiques, la biopsie doit être répétée avec guidage échographique et évaluation cytologique sur place.

Conclusion

Vu l'incidence croissante des cas de cancer de la thyroïde, mais un taux inchangé de mortalité, la prise en charge conservatrice mettant l'accent sur la surveillance est le consensus pratique dans la prise en charge des nodules thyroïdiens. Cela nécessite de corroborer les constatations cliniques et d'imagerie afin de déterminer s'il est nécessaire de procéder à une biopsie par aspiration à l'aiguille fine. Au bout du compte, puisque la plupart des cas sont bénins et que la malignité évolue souvent de manière indolente, le recours judicieux à l'investigation cytologique et la prise en charge conservatrice sont essentiels dans la pratique clinique optimale. 

M. Song est étudiant et le **D^r Hart** est professeur agrégé, tous 2 à la Division d'otolaryngologie – Chirurgie de la tête et du cou à l'Université Dalhousie à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et coll. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult Patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016;26(1):1-133.
- Brito JP, Morris JC, Montori VM. Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours. *BMJ* 2013;347:f4706.
- Haymart MR, Repplinger DJ, Levenson GE, Elson DF, Sippel RS, Jaume JC, et coll. Higher serum thyroid stimulating hormone level in thyroid nodule patients is associated with greater risks of differentiated thyroid cancer and advanced tumor stage. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93(3):809-14. Publ. en ligne du 26 déc. 2007.
- Lee YS, Kim HK, Chang H, Kim SM, Kim BW, Chang HS, et coll. Diagnostic thyroidectomy may be preferable in patients with suspicious ultrasonography features after cytopathology diagnosis of AUS/FLUS in the Bethesda system. *Medicine (Baltimore)* 2015;94(51):e2183.
- Eun NL, Yoo MR, Gweon HM, Park AY, Kim JA, Youk JH, et coll. Thyroid nodules with nondiagnostic results on repeat fine-needle aspiration biopsy: which nodules should be considered for repeat biopsy or surgery rather than follow-up? *Ultrasonography* 2016;35(3):234-43. Publ. en ligne du 6 mars 2016.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2018;64:e76-7

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **February 2018** issue on **page 127**.

Nous encourageons les lecteurs à nous faire connaître certaines de leurs expériences vécues dans la pratique: ces trucs simples qui permettent de résoudre des situations cliniques difficiles. Vous pouvez proposer en ligne des articles dans Praxis à <http://mc.manuscriptcentral.com/cfp> ou par l'intermédiaire du site web du MFC à www.cfp.ca sous « Authors and Reviewers ».