

---

Nodule thyroïdien et Hyperparathyroïdie primaire

# LE STAFF

# THYROÏDE ET PARATHYROÏDE

---

# CAT DEVANT UN NODULE THYROÏDIEN

Consensus SFE 2022

---

---

# MODE DE DÉCOUVERTE

- 84% de manière fortuite (Doppler TSA ou TDM...) ou incidentalome TEP FDG.
  - Palpation ou autopalpation, gêne clinique (dysphonie, dysphagie)
  - Nodule thyroïdien ≠ masse cervicale
  - Pas d'indication de dépistage systématique car nodule fréquent et 95% d'entre eux sont bénins (patient à risque: ATCD de radiothérapie cervicale ou sd prédisposition génétique)
  - Quand faut il réaliser une échographie de la thyroïde ??
    - Nodule ou goitre découvert à la palpation clinique ou sur une autre imagerie
    - Hyperthyroïdie: TSH basse
    - NE pas faire d'échographie systématique en cas hypothyroïdie
-

# QUEL BILAN DEVANT UN NODULE

- Réaliser un dosage de TSH (+/- calcitonine pour éliminer CMT cout 70B soit 18€)
- Evaluer sa morphologie => avec une « bonne » échographie avec classification EU TIRADS
- Classification EU TIRADS
  - EUTIRADS 5 si  $\geq 1$  des 4 signes majeurs
    - Hypoéchogénicité marquée /Forme non ovale
    - Contours irréguliers/ Microcalcifications
  - EU TIRADS 4 modérément hypoéchogène
  - EU TIRADS 3 isoéchogène
  - EU TIRADS 2 : kyste ou spongiforme

Le système Européen: EU-TIRADS			
Russ et al. ETJ 2017			
RECOMMANDATION EU-TIRADS	SCORE TIRADS	SIGNIFICATION	RISQUE DE MALIGNITE VERSUS HISTOLOGIE en %
	1	EXAMEN NORMAL	
R2	2	BENIN	$\approx 0$
R3	3	FAIBLE RISQUE	2% - 4%
R4	4	RISQUE INTERMÉDIAIRE	6% - 17%
R5	5	RISQUE ELEVÉ	26% - 87%



# EU-TIRADS 5: RISQUE ELEVÉ

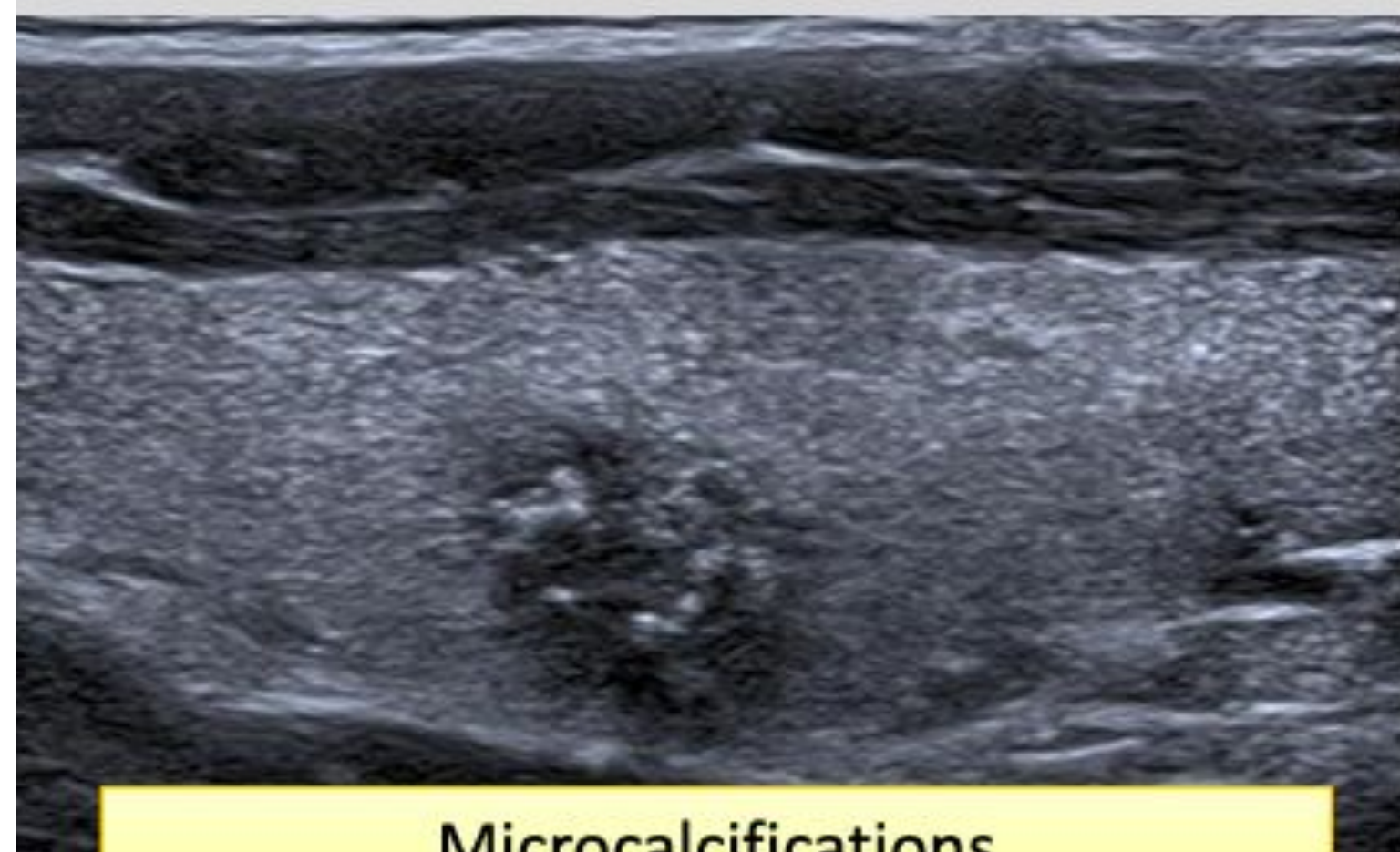
Kim AJR 2002



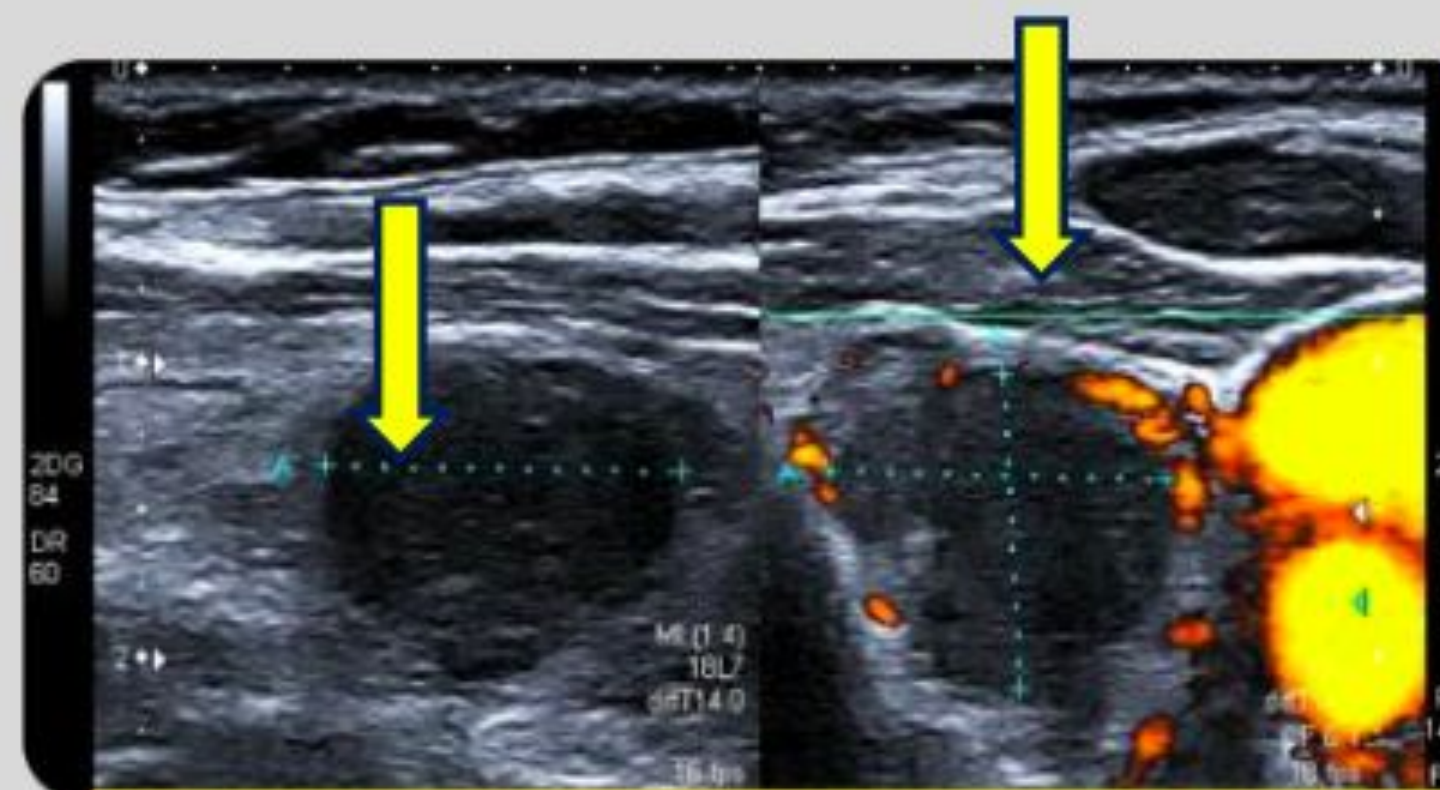
Forme non ovale  
Sensibilité: 14-76% Spécificité: 40-99%



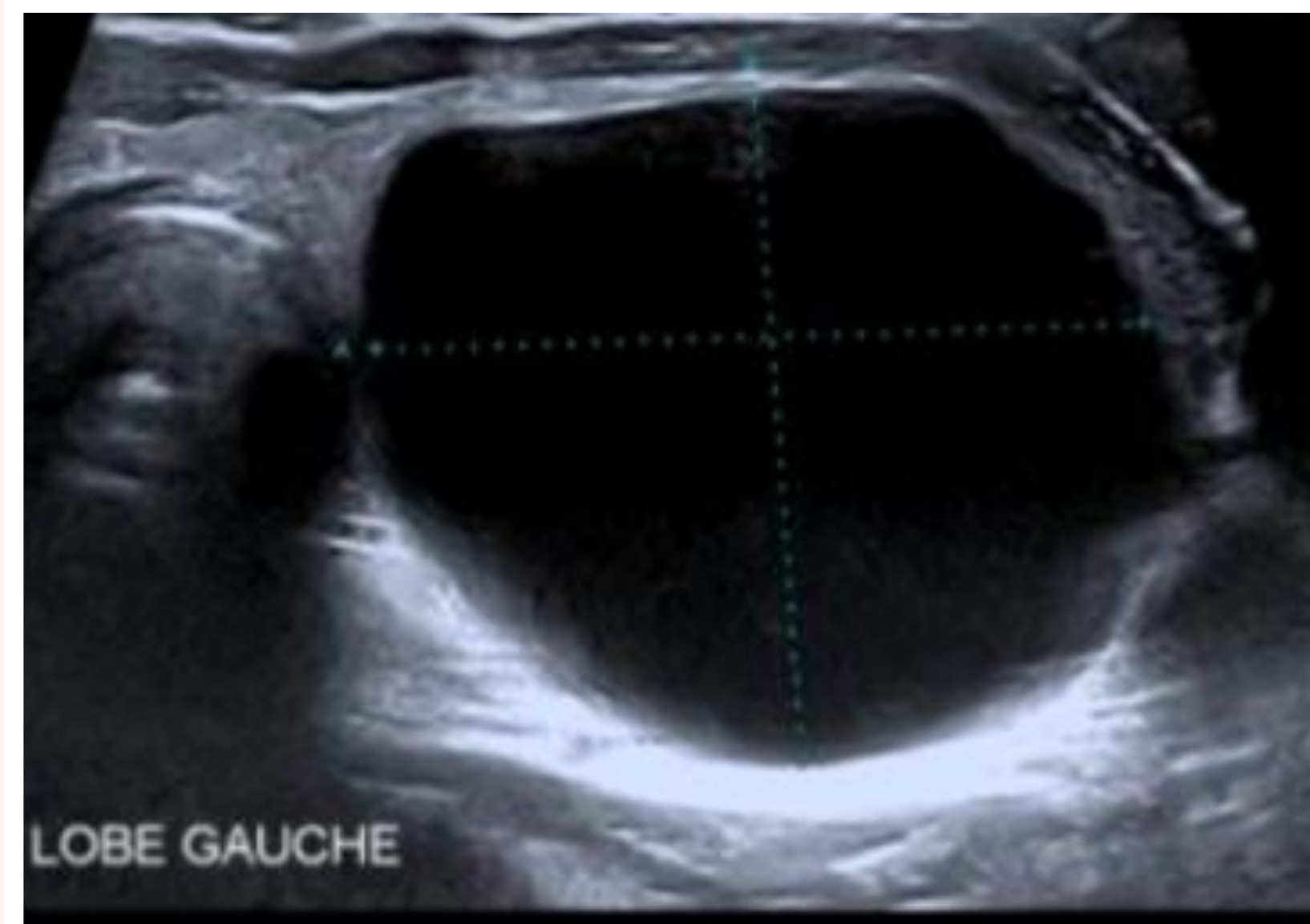
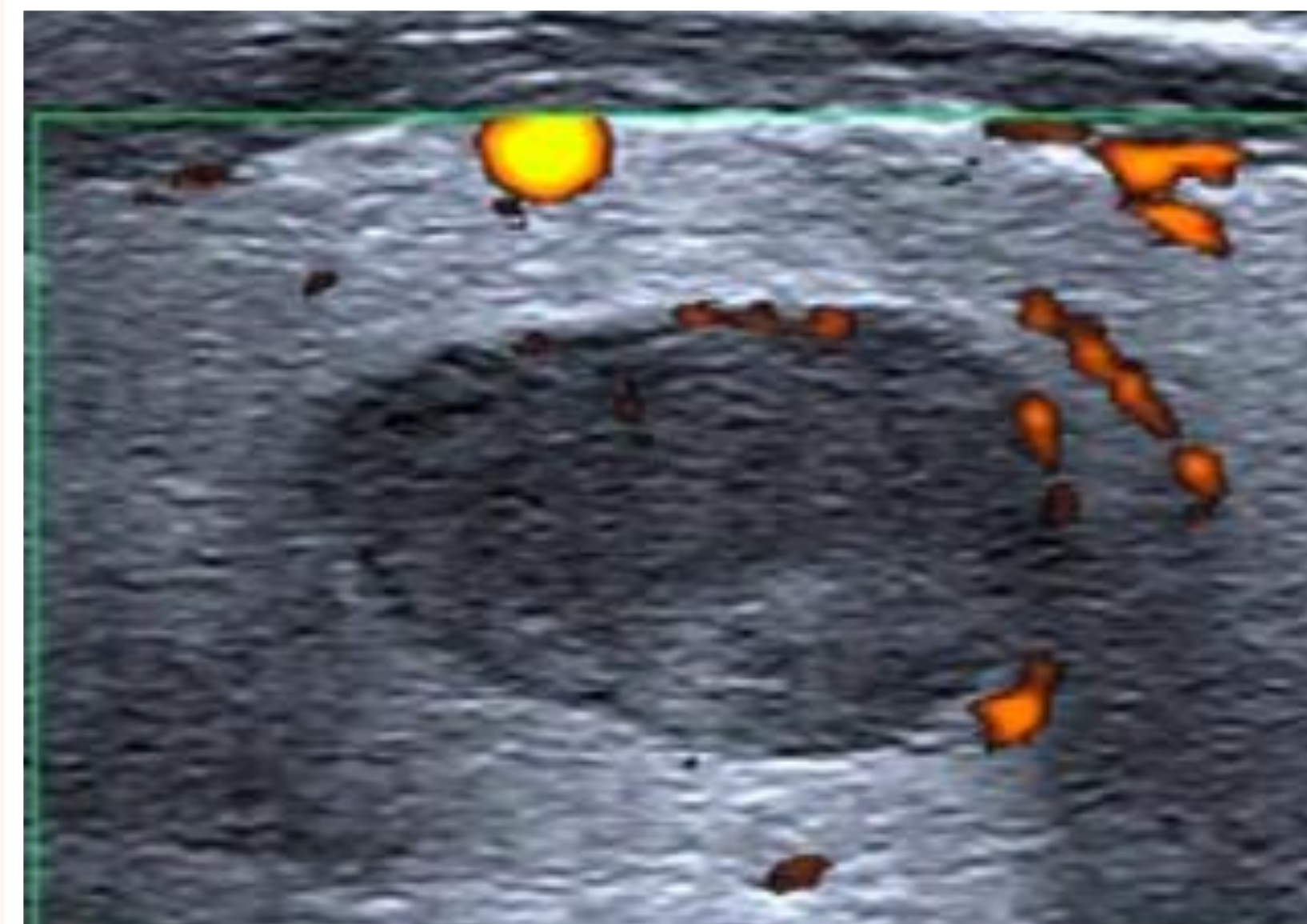
Contours irréguliers  
Sensibilité: 22-55% Spécificité: 81-99%



Microcalcifications  
Sensibilité: 29-71% Spécificité: 67-99%



Hypoéchogénicité marquée  
Sensibilité: 17-41% Spécificité: 92-100%





---

# QUAND ADRESSER À L'ENDOCRINO ?

- Si TSH basse
- Si le nodule présente une indication de cytoponction
- Si volumineux nodule ou goitre nodulaire avec gêne associée/ compression: dysphagie, dysphonie, douleur...
- Si calcitonine augmentée

# QUAND FAUT IL RÉALISER UNE CYTOPONCTION ?

Objectif: rechercher un carcinome papillaire

- En cas nodules kystiques (hématocele) à visée évacuatrice +/- alcoolisation si gêne clinique
- Nodule EU TIRADS 3 > 20mm
- Nodule EU TIRADS 4 > 15mm
- Nodule EU TIRADS 5 > 10mm
- Point de vigilance si nodule > 40mm
- Si TSH basse => pas de cytoponction en 1er
  - Uniquement si nodule froid en scinti

## INDICATIONS DE CYTOPONCTION

La taille du nodule guide l'indication de la cytoponction

**≤ 10mm**

- Recherche de primitif:
  - d'une métastase distante
  - d'un ganglion suspect\*
- Score 5 si:
  - Augmentation de taille
  - Juxta – capsulaire (≤2mm)
  - Polaire supérieur ?
  - Multifocalité suspectée ?
  - Age < 40 ans ?

**> 10mm**

EU-TIRADS 5

**> 15mm**

EU-TIRADS 4, 5

**> 20mm**

- EU-TIRADS 3 à 5
- Kyste simple si compressif

---

# SUIVI DES NODULES

- Ne pas surveiller trop souvent les nodules par échographie
  - Si nodule <10mm (sauf EU TIRADS 4 et 5) : aucune surveillance échographie systématique
  - Sinon refaire à 1 an puis si stable dans 2-3ans
  - L'augmentation de taille n'est pas un signe de malignité : 30 % des nodules bénins grossissent !
  - Surveillance clinique annuelle et TSH annuelle paraît pertinent
-



---

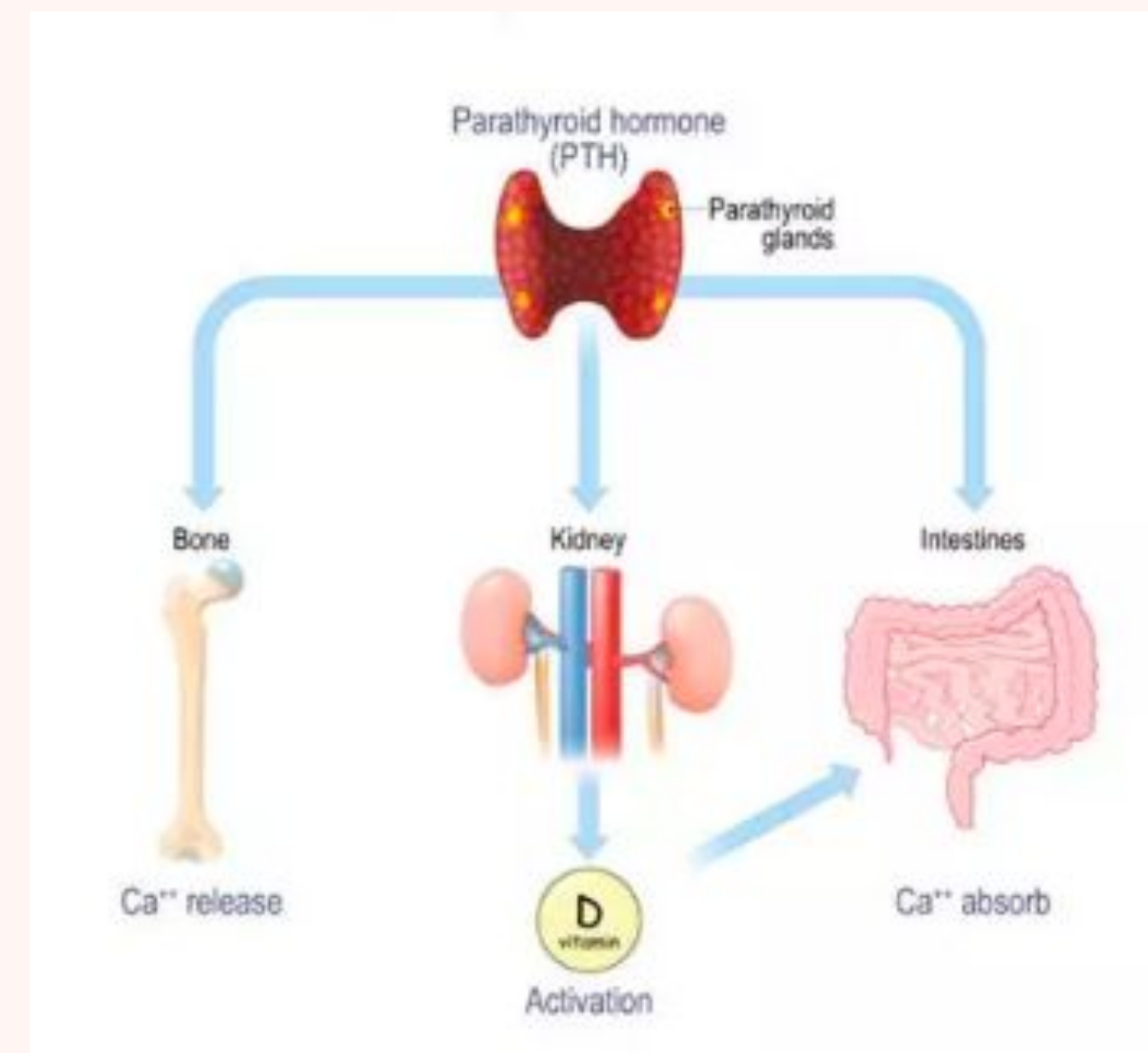
# HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE

Selon conférence de consensus SFE 2024

---

# DEVANT UNE HYPERCALCÉMIE COMMENT SAIT ON QUE C'EST UN PROBLÈME PARATHYROIDIEN ?

- Dosage de PTH
- anormalement normale ou haute en regard d'une hypercalcémie





---

# BILAN COMPLET

- Calcémie totale ou corrigée à albumine ?
    - Calcémie totale suffit sauf si hypoalbuminémie <25g/L utilisé calcémie ionisée (mais pb préanalytique)
  - Phosphore (normal ou bas)
  - Créatinine avec calcul DFG (IRnC est une cause HPT tertiaire)
  - 25OH vitamine D (remboursée dans ce cadre HAS)
    - Eliminer une carence qui fait monter la PTH (HPT secondaire)
  - Calciurie et créatininurie sur 24h
    - Eliminer une hypocalciurie (diag différentiel HHF)
-

---

# BILAN MORPHOLOGIQUE ?

- PAS EN SYSTEMATIQUE : uniquement si indication opératoire
  - Indications opératoires théoriques
    - Calcémie  $> 0,25\text{mmol/l}$  au dessus valeur haute (en pratique  $> 2,8\text{mmol/L}$ )
    - Retentissement OS: ATCD de fracture ostéoporotique et /ou Tscore  $< -2,5\text{DS}$   $\Rightarrow$  faire DMO
    - Retentissement rénal: lithiase rénale (TDM non inc), IRC  $< 60\text{ml/Min}$  , calciurie sur 24h  $> 250\text{mg}$  chez femme ou  $> 300\text{mg}$  chez homme
    - Age  $< 50\text{ans}$
  - Quelles imageries: Echographie + TEP choline (ou scinti MIBI)
-



# HYPERCALCÉMIE SÉVÈRE

- Hypercalcémie sévère/maligne > 3,50mmol/l ou bien d’installation brutale
- Signes de gravité ECG : bradycardie, raccourcissement du QTc, torsade de pointe
  - Autres signes cliniques : SPUPD, insuffisance rénale, signes digestifs (nausées) , pancréatite, douleurs musculaires ou osseuses, asthénie, HTA, céphalées, confusion
- Traitement en 1<sup>er</sup> intention
  - Biphosphonates en IV (adapté DFG) + hydratation
- Ttt médical: Cinacalcet (MIMPARA®)
  - Augmente la sensibilité du CaSR
  - Action lente (pls jours)
  - El: nausées , vomissement, asthénie

diminuant la sécrétion de PTH et en bloquant la réabsorption tubulaire rénale

	Dose en fonction de la fonction rénale				Délai d'action (normalisation calcémie)	Durée d'action (médiane)	Délai avant nouveau traitement
	DFG > 90 ml/mn	DFG 60-89 ml/min	DFG 30-59 ml/min	DFG < 30 ml/min			
Acide zoledronique	4 mg	50-60 : 3,5 mg 40-49 : 3,3 mg 30-39 : 3,0 mg		Non recommandé	2-3 jours	30-40 jours	7 jours
Acide pamidronique	60-90 mg	60-90 mg	60-90 mg	30-60 mg	2-4 jours	11-14 jours	2-3 semaines
Denosumab	60 mg	60 mg	60 mg	60 mg	3-10 jours	104 jours	7 jours

---

Merci pour votre attention

# A VOS QUESTIONS



Et autres suggestions !