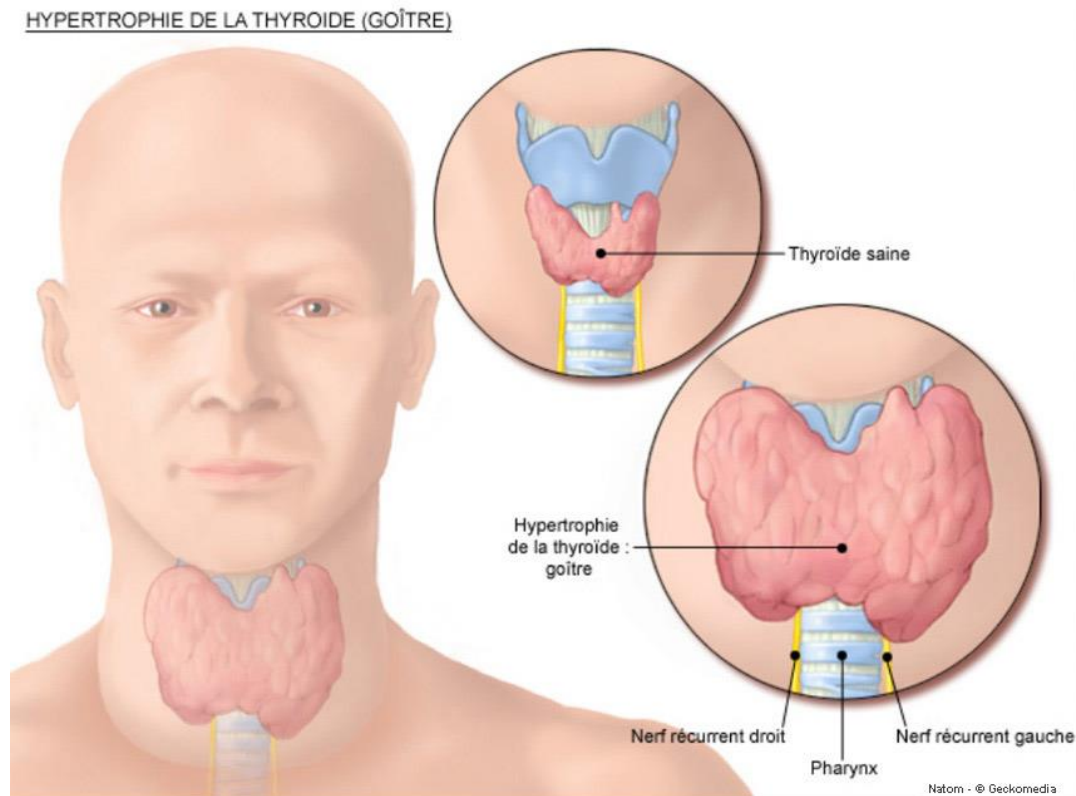


Goitre : quelle approche diagnostique ?

Cécile Bétry (interne de 4ème semestre – Lyon)

Définition

- Croissance anormale du tissu thyroïdien



Définition

- Définition clinique
 - Thyroïde bien visible
 - Thyroïde entièrement palpable
 - OMS : taille des lobes > première phalange du pouce du patient
- Définition échographique
 - $V > 18$ ml chez femme / $V > 20$ ml chez l'homme

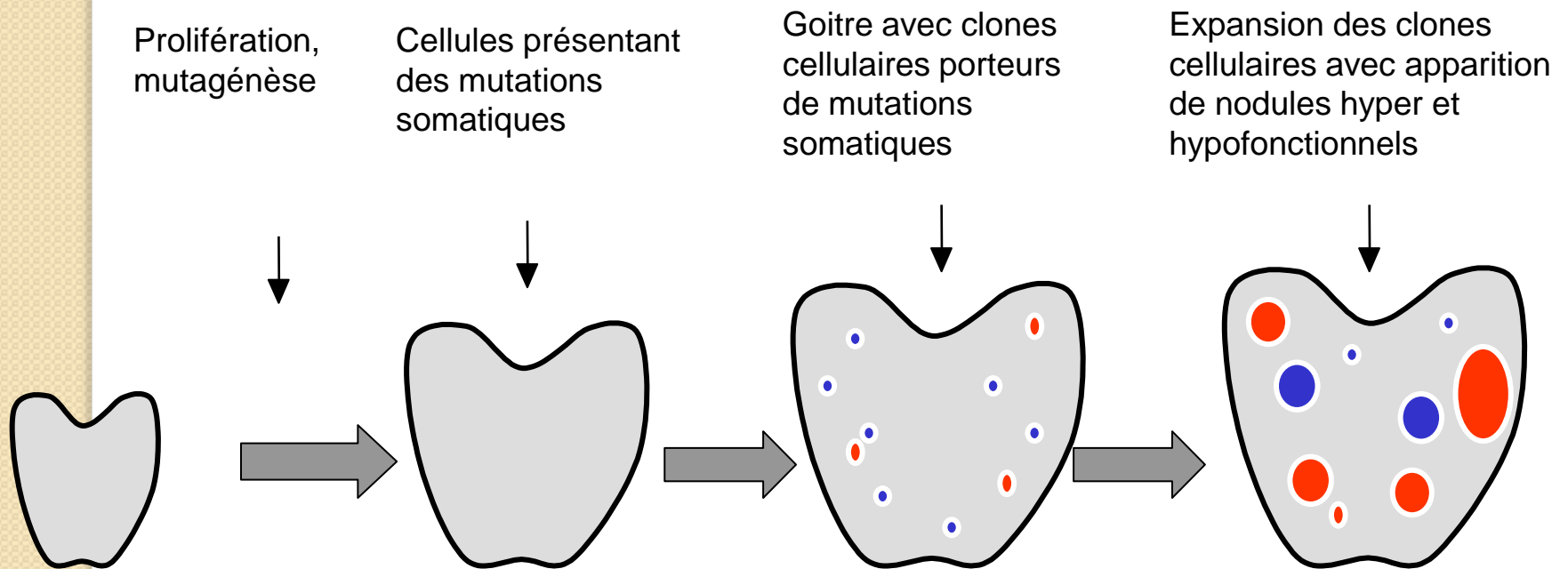


Physiopathologie

- Le goitre simple
 - Facteurs nutritionnels = carence iodée
 - Hyperplasie pour assurer la synthèse hormonale
 - Facteurs génétiques
 - Facteurs hormonaux = œstrogènes
 - Favorisent l'hyperplasie épithéliale
 - Réduisent l'entrée de l'iode dans la thyroïde
 - Grossesse ++
 - Tabac
 - présence de thiocyanate qui est un compétiteur de l'iode
- Autres goitres
 - Stimulation des récepteurs de la TSH
 - Augmentation de la TSH → Thyroïdite d'Hashimoto
 - Présence de TRAK → Maladie de Basedow

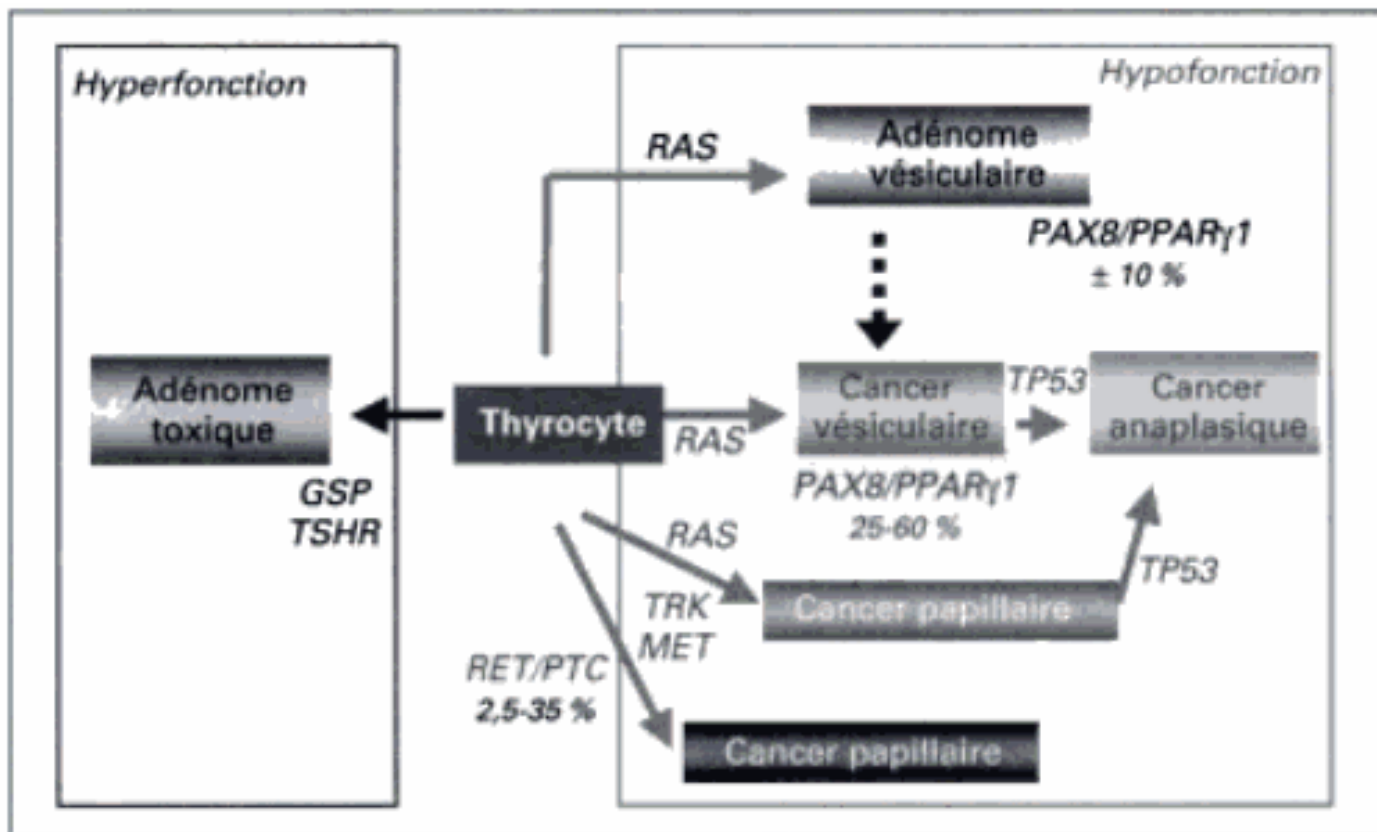
Physiopathologie

- Du goitre simple → goitre multinodulaire



Physiopathologie

- Mutation au sein de la thyroïde



Etiologie

- Goitre simple
 - Diffus
 - Multinodulaire ++
- Thyroïdite
 - Hashimoto ++
 - De Quervain
 - Lymphocytaire du post-partum
- Goitre toxique
 - Adénome sécrétant
 - Basedow ++
- Maladies infiltratives
 - Thyroïdite de Riedel
 - Histiocytose
 - Sarcoidose
- Tumeurs
 - Cancers anaplasiques
 - Lymphome

Démarche diagnostique

- Mode de découverte
 - Examen clinique systématique +++ (patient asymptomatique)
 - Examen échographique +/- découverte fortuite (DTSA)
 - Hypothyroïdie / Hyperthyroïdie sous jacente
 - Signes compressifs

Démarche diagnostique

- Objectifs
 - Affirmer le goitre
 - Caractériser le goitre
 - Déterminer la ou les cause(s)
 - Evaluer la fonction thyroïdienne
 - Rechercher de signes compressifs
 - Evaluer d'éventuels nodules

Démarche diagnostique

- Affirmer le diagnostic et caractériser le goitre
 - Examen clinique
 - Inspection : goitre ?
 - Palpation
 - Volume
 - Consistance (souple / ferme / dure)
 - Sensibilité
 - Homogène / Nodulaire
 - ADP ?
 - Auscultation : souffle / frémissement (thrill)



Démarche diagnostique

- Affirmer le diagnostic et caractériser le goitre
 - Eliminer les diagnostic différentiels
 - adénopathie cervicale
 - métastase d'un cancer solide
 - kyste du tractus thyroïdienne
 - adénome parathyroïdien
 - Echographie thyroïdienne
 - Evaluation morphologique
 - Echogénicité
 - Caractéristiques des nodules
 - ADP ?

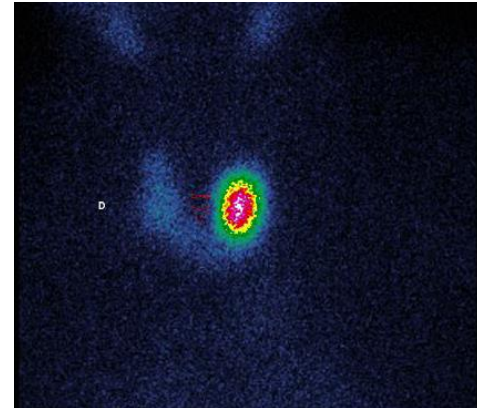


Démarche diagnostique

- Démarche étiologique
 - Interrogatoire
 - Origine ethnique et géographique
 - Apports iodés
 - Ancienneté et évolutivité
 - ATCD familiaux de goitre et dysthyroïdie
 - Irradiation cervicale ?
 - Exposition nucléaire
 - Signes cliniques évocateurs
 - Basedow = élastique / **homogène** / thrill
 - Hashimoto = ferme / **hétérogène**
 - Thyroïdite de De Quervain = ferme / **douloureux**
 - Thyroïdite du post-partum = petit / ferme / homogène

Démarche diagnostique

- Démarche étiologique
 - Recherche d'une dysthyroïdie
 - Examen clinique ++
 - TSH ++
 - Si augmentée -> T4 +/- TPO
 - Si diminuée -> T4 +/- T3 -> scintigraphie
 - Selon contexte
 - CRP



Démarche diagnostique

○ Compression

• Clinique

- nerf récurrent :
 - Dysphonie
 - Troubles de la déglutition
- œsophage : dysphagie
- trachée : dyspnée
- douleurs-gêne cervicale
- syndrome cave supérieur

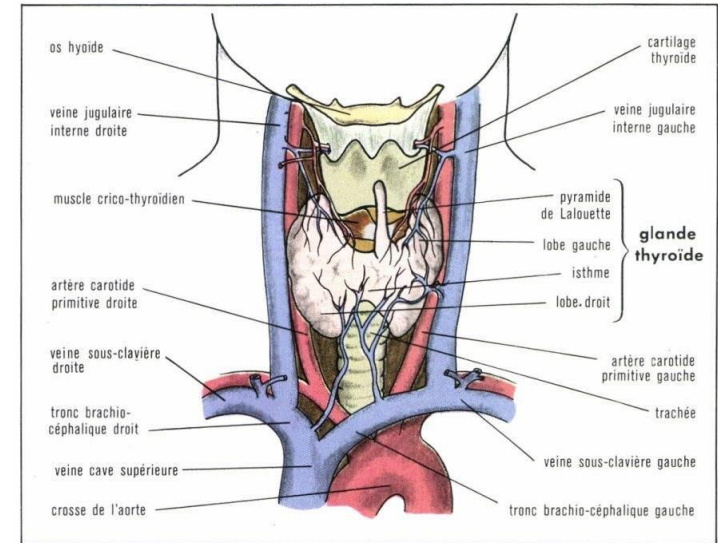
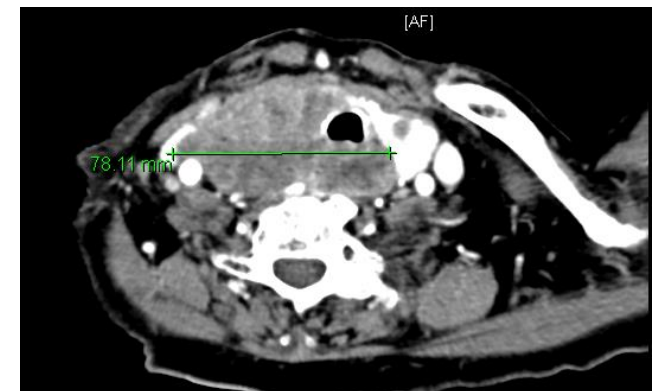
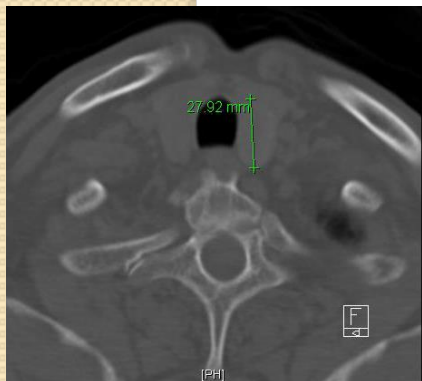


Schéma anatomique de la glande thyroïde.

• Paraclinique

- Radio de trachée +/- thorax
- TDM cervical non injecté
- IRM cervical



Démarche diagnostique

- Evaluation des nodules
 - Echographie +/- cytoponction
 - Critères échographiques de malignité ++
 - Solide et hypoéchogène
 - Limites/bords imprécis
 - Forme plus épaisse que large
 - Microcalcifications
 - Vascularisation intra-nodulaire
 - Cytoponction à l'aiguille fine
 - contexte à risque
 - ATCD de RTE dans l'enfance
 - Histoire familiale de CMT ou NEM2
 - Taux de calcitonine élevé à 2 reprises
 - ADP suspecte associée
 - nodule associé à une métastase
 - nodule à risque
 - cliniquement : dur / compression / augmentation de volume rapide
 - 2 critères échographiques de malignité (cf supra)
 - hyperfixation au PET-TDM
 - cytologie initiale : non contributive / lésion vésiculaire de signification indéterminée
 - **goitre multinodulaire : cytoponction si nodule dominant > 2 cm (sauf si kystique pur) / contexte ou nodule à risque**