

Série rétrospective de nodules thyroïdiens classés Bethesda IV :

La prise en compte des critères TIRADS améliore-t-elle l'évaluation de ces nodules



O. Gilly^a (Dr), S. Lassale^b (Dr), I. Peyrottes^c (Dr), J. Sanglier^d (Dr), V. Hofman^b (Dr), N. Guevarra^e (Dr), P. Hofman^b (Pr), J. Santini^e (Pr), JL. Sadoul^f (Pr)

^a CHU, Nîmes, FRANCE ; ^b Laboratoire de pathologie Clinique et Expérimentale CHU Nice, Nice, FRANCE ; ^c Laboratoire d'Anatomopathologie, Centre Antoine Lacassagne, Nice, FRANCE ; ^d Service d'imagerie, Centre Antoine Lacassagne, Nice, Nice, FRANCE ; ^e Institut Universitaire de la Face et du Cou, Nice, Nice, FRANCE ; ^f Service d'Endocrinologie-Diabétologie, CHU Nice, Nice, FRANCE

Introduction :

La prise en charge des nodules thyroïdiens repose sur la sélection échographique des nodules à ponctionner, sélection améliorée par la classification TIRADS. La cytoponction classe les nodules selon leur probabilité de risque de cancer (classification de Bethesda). Les nodules classés III et IV exposent à des chirurgies en excès. Nous avons évalué les nodules classés Bethesda IV et l'impact de la classification TIRADS.

Patients et méthode:

Analyser l'apport de la classification TIRADS dans la prise en charge des nodules avec cyto-ponction classée Bethesda IV. Etude observationnelle rétrospective de janvier 2010 à mai 2015, CHU et CNLCC Nice. Ayant inclus 233 patients avec Nodule Bethesda IV, dont 185 ont été opérés. 67 patients ont bénéficiés d'une étude TIRADS.

Résultats:

- Population: 74,6% femmes ; 174 F / 59 H. Age moyen 54,3 +/- 15A (médiane : 57 ans ; 17-88 ans)
- Taille moyenne nodules 2,17 +/- 1,14 cm (méd : 1,90 cm ; 0,50-8,00 cm),
- Parmi tous les nodules, 79,4% (185) ont été opérés.
- Les résultats anatomopathologiques: 30 cancers (16,2%), 6 tumeurs de potentiel malin incertain (3,2%) et 149 nodules bénins (80,6%). 13 micro-carcinomes papillaires fortuits (7%).
- Evaluation TIRADS: 94 patients évaluation TIRADS (40,3%)
 - 67 patients opérés et 11 cancers (16,9%)
 - La proportion de cancer est crescendo avec le statut TIRADS.
 - Pas de lien statistique significatif entre le statut TIRADS et le fait d'avoir un cancer (p=0,327)
 - 27 patients avec TIRADS et Bethesda IV non opérés
 - Pas de significativité entre la présence ou l'absence d'une évaluation TIRADS et la probabilité de cancer (p=0,95)
- TIRADS « bénins » (2, 3, 4A) et TIRADS « malins » (4B et 5), on retrouve une sensibilité de 72,7%, spécificité de 60,7%, valeur prédictive positive de 26,7% et **valeur prédictive négative de 91,9%**.

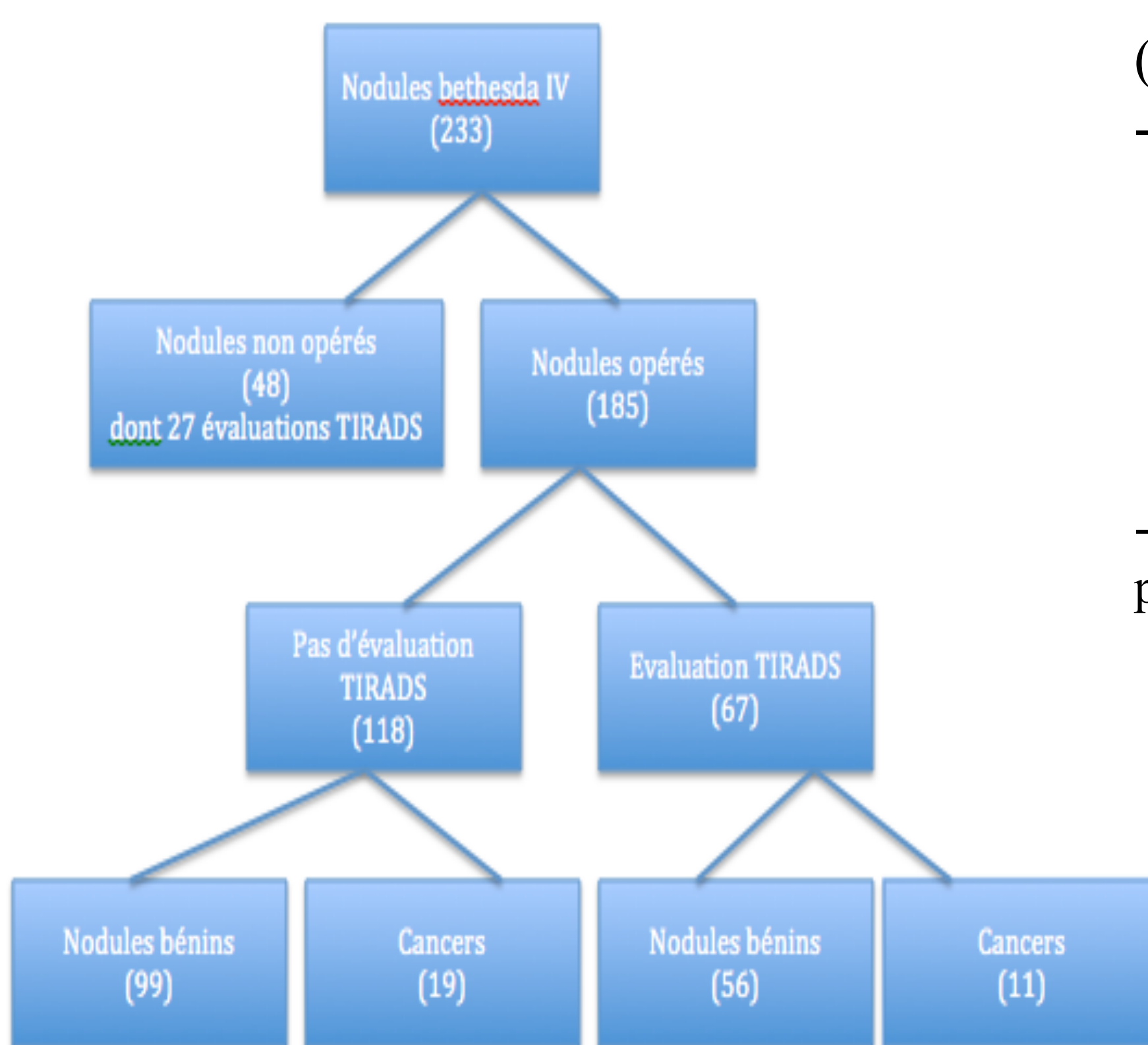


Figure 1 : Flowchart de notre étude

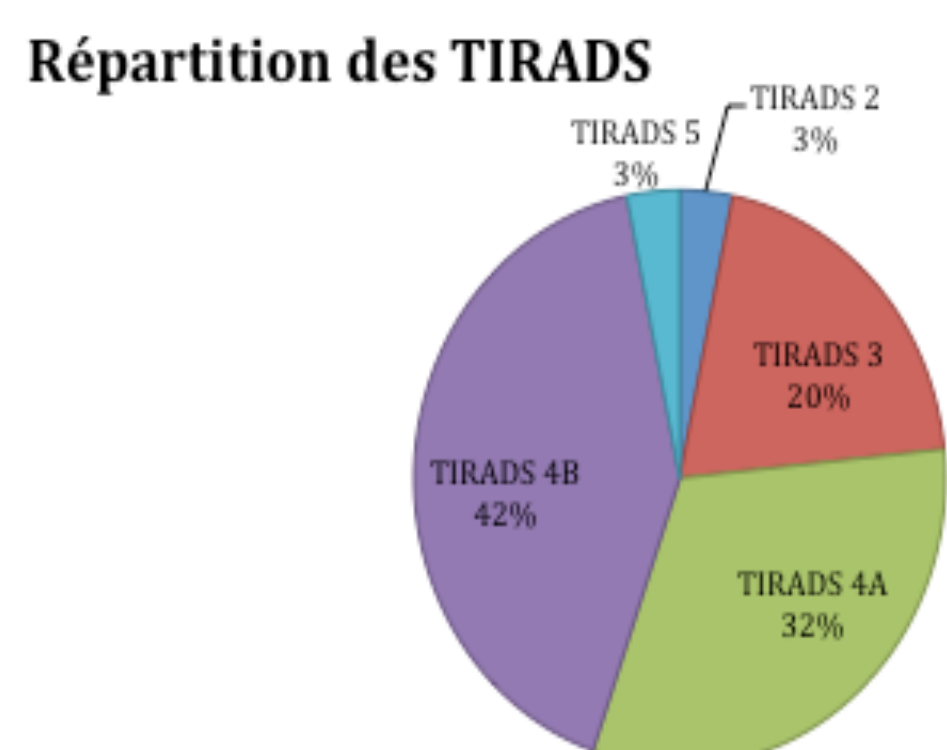


Figure 3 : Répartition des TIRADS

TIRADS	Nb de cas	Bénin	Malin	Pourcentage de malin (%)
2	2	2	0	0
3	12	11	1	8,3
4a	23	21	2	8,7
4b	27	21	6	22,2
5	3	1	2	66,7
Total	67	56	11	16,9

Tableau 1 : proportion de nodules bénins et malins selon le stade TIRADS

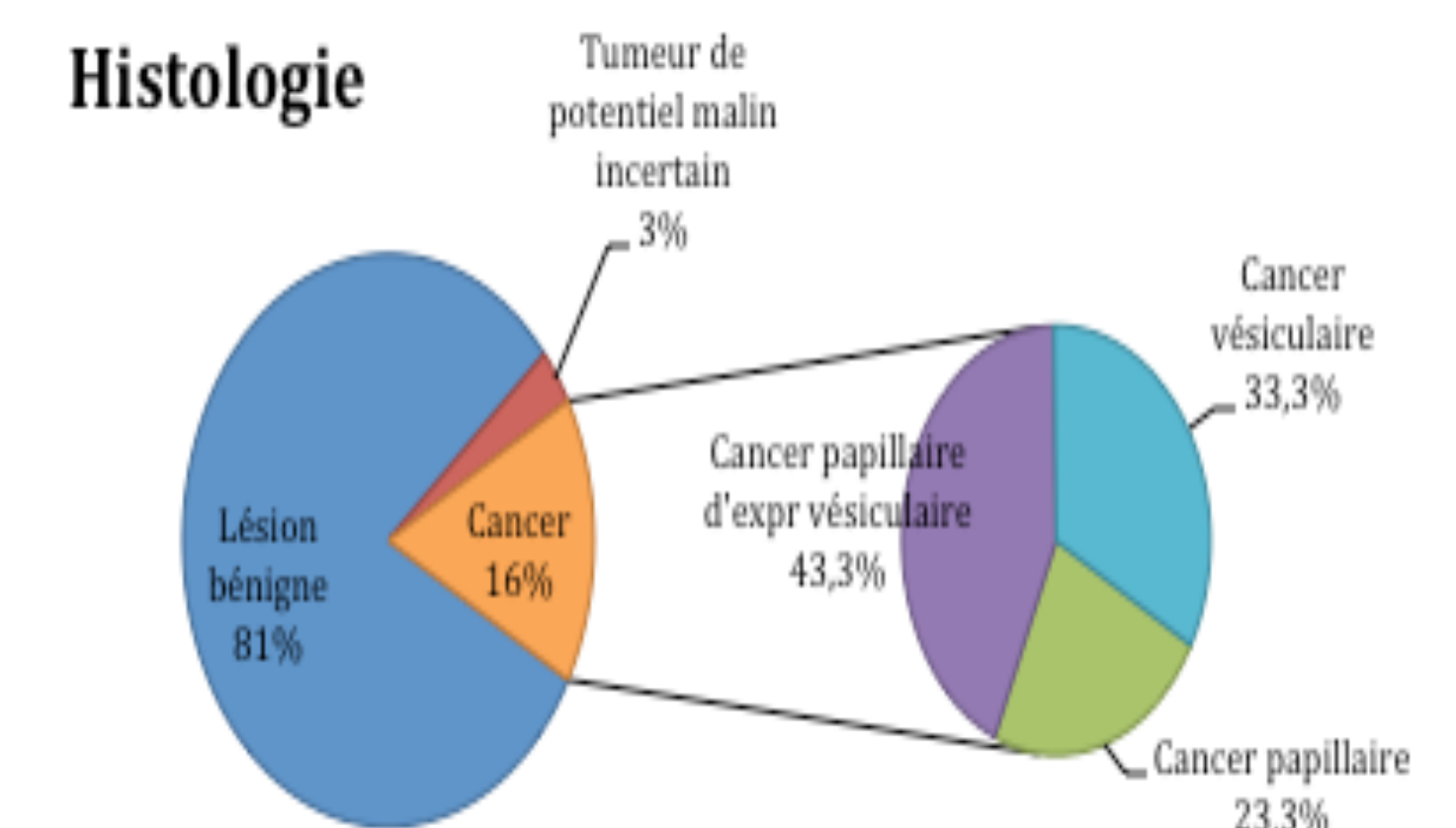


Figure 2 : Répartition des types histologiques

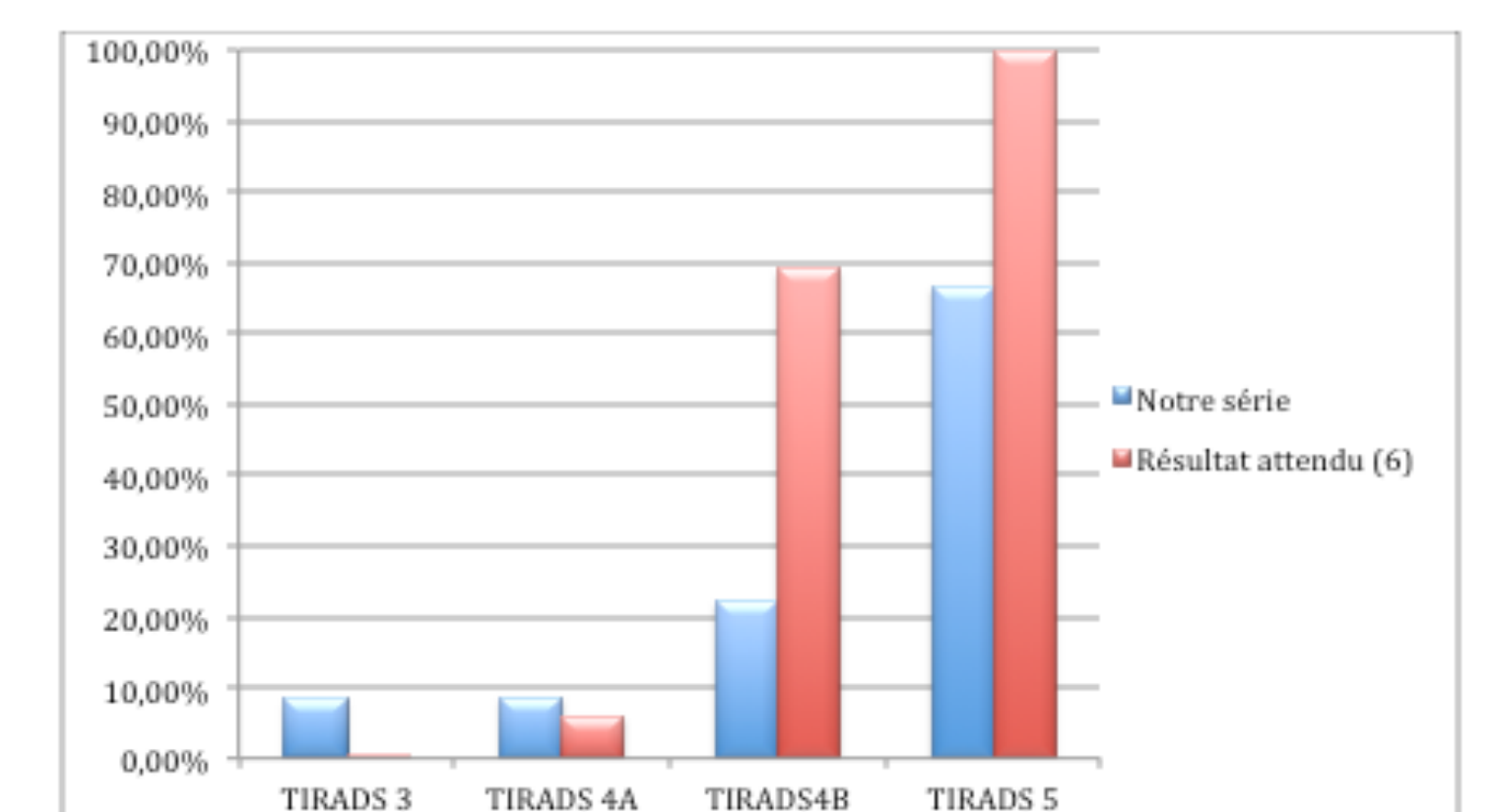


Figure 4 : Pourcentage de cancer de notre série par rapport classification TIRADS de G. RUSS

Discussion et propositions:

- Les données épidémiologiques de cette série sont comparables à celle de la littérature.
- La fréquence de cancer se retrouve dans les valeurs basses de celle attendue, mais est variable selon les séries.
- Le type de cancer en accord avec les limites de la cytoponction, essentiellement des lésions vésiculaires ou papillaires d'expression vésiculaire.
- Il existe une corrélation entre le score TIRADS et cancer sans que l'on puisse le mettre en évidence de façon statistiquement significative, du fait du manque de puissance de notre étude.
- Nous retrouvons une VPN de 91,9%.
- Dans la littérature il a été montré une conduite à tenir adaptée en fonction du statut TIRADS en fonction des groupes de Bethesda après cytoponction, permettant de retrouver des cancers dans les nodules bénins en cytologie, d'opérer les TIRADS suspect (4B et 5) et de surveiller les TIRADS non suspect (3, 4A) pour les Bethesda IV (cf tableau 2)
- Propositions:
 - On propose de réaliser une étude avec nodules classés Bethesda IV et résultats histologiques, avec échantillon significatif
 - Différencier TIRADS « bénins » (3, 4A) surveillance et TIRADS « malins » (4B et 5) lobectomie (critères de taille, d'âge...)
 - Préciser place des autres techniques: études médico-économiques

Tableau 2 : Propositions selon TIRADS dans d'autres études publiées

	Bethesda	Nombre	Propositions
Chng et al 2015	IV	497	Chirurgie pour les 4B et 5
Yoon et al 2016	III	192	Rapport entre malignité et TIRADS pour AUS et pas les FLUS
Moon et al 2015	II	1398	Reponctionner les 4B et 5

Conclusion :

Ces données, concordantes avec la littérature, confirment un grand nombre de chirurgie inutile. Nous n'avons pas mis en évidence l'apport de la classification TIRADS dans la sélection des nodules à opérer, sans doute du fait d'un faible effectif ; en effet, seulement 40 % des nodules de cette série avaient été classés en TIRADS. Des études prospectives doivent être menées pour démontrer l'importance de la classification TIRADS dans les nodules thyroïdiens classés Bethesda IV.

Bibliographie :

Moon HJ. Ann Surg Oncol. 2014 ; 21 : 1898-1903. Moon H J. Radiology. 2015 ; 274 (1) : 287-295; Chng C L. Clinical Endocrinology 2015 ;83, 711-716. Yoon JH. Clinical Endocrinology. 2016 ;0 : 1-8. Russ G.. Ultrasonography. 2016 ; 35 :25-38.