

# Profil anatomopathologique de nodules thyroïdiens opérés

M.M. Benghani<sup>a</sup>, I. Maharrar<sup>b</sup>, A. Messai<sup>b</sup>, B. Ould-Gacem<sup>b</sup>, I. Houalef<sup>b</sup>, M. Belkorissat<sup>c</sup>,  
I. Fazaz<sup>b</sup>, M.I. Benlahouel<sup>b</sup>, M. Safi<sup>b</sup>, K. Faraoun<sup>b</sup>, T. Benkhelifa<sup>b</sup>, Z. Benzian<sup>b</sup>, F. Mohammedi<sup>b</sup>

a: Service d'endocrinologie clinique Laribère. CHU Oran b: Service d'endocrinologie-diabétologie clinique Laribère. CHU Oran. c: Service d'épidémiologie. EHS Canastel.

## Introduction/objectifs

Motif fréquent de consultation, le nodule thyroïdien regroupe un large éventail de lésions qui diffèrent tant sur le plan histologique que pronostique. Bien que rares (5% des cas), les nodules cancéreux doivent être identifiés et réséqués et leur méconnaissance est la hantise des praticiens endocrinologues et des chirurgiens.

L'objectif de notre travail est de déterminer le profil anatomopathologique des nodules thyroïdiens réséqués suivis au sein de notre service et d'en décrire leurs caractéristiques cliniques et paracliniques respectives.

## Patients et méthode

Etude rétrospective descriptive sur dossiers de patients thyroïdectomisés suivis au sein de notre service entre janvier 1987 et décembre 2013. Les critères d'inclusion étaient la présence d'au moins une formation nodulaire ayant été réséquée au cours d'une thyroïdectomie avec résultat documenté de l'examen histologique. Les paramètres évalués sont : l'âge moyen au diagnostic, sexe, origines, antécédents familiaux et personnels, données cliniques, morphologiques, de laboratoire ainsi que les résultats de l'examen anatomopathologique et éventuelles complications post opératoires. Le traitement des données s'est effectué par le logiciel SPSS version 17.

## Résultats

Nous avons étudié **195** observations de patients thyroïdectomisés - dont seulement 2 cas de sexe masculin - qui présentaient au moins une formation nodulaire du corps thyroïde, solitaire (41,5% des cas) ou dominante au sein d'une multiplicité nodulaire (58,5%). L'âge moyen au diagnostic est de **43 ans**. Les âges extrêmes représentent 10% des cas (<16ans ou ≥ 65ans). 26,7% des cas sont originaires d'une zone d'endémie goitreuse et 10,8% y demeurent. Un antécédent familial de thyropathie est retrouvé dans 34% des cas (dont un seul cas de cancer thyroïdien) sans aucune notion de cancer médullaire, ni de néoplasie endocrinienne multiple, maladie génétique (Cowden, Carney) ou d'irradiation cervicale pendant l'enfance.

### Résultats 2

Caractéristiques des nodules :

A la palpation, les nodules siégeaient électivement en basilobaire (31%) ensuite en totolobaire (26%) et en médiolobaire(23%), et mesuraient en moyenne 24mm. La consistance était ferme dans deux tiers des cas et les signes compressifs présents dans 14% des cas.

Trois quarts des patients étaient en euthyroïdie et les anticorps anti thyroperoxydase étaient positifs dans 22 % des cas (Tableau1).

Le siège échographique électif était également basilobaire (33%) puis médiolobaire (25%) et totolobaire (23%), plus rarement isthmique et apical. Un tiers des nodules était hypoéchogène. Le halo périphérique était absent ou incomplet dans trois quarts des cas et l'échostructure hétérogène dans 61% des nodules( tableau 2).

### Résultats 4

Résultats de l'étude anatomopathologique: Les nodules étaient de nature adénomateuse dans 44,6% des cas, colloïde dans 22% des cas; le processus de thyroïdite lymphocytaire est retrouvé dans 11,3%, le taux de cancers est de 12,8% (48% pour chacun des 2 types de souche folliculaire et 4% de médullaire soit un cas), les 10% restants se partagent entre lésions kystiques, basedowiennes, oncocytaires et autres thyroïdites (Figure 2). En post opératoire, l'hypothyroïdie intéressait 86,7% des cas, l'hypocalcémie 17,4% des cas et la dysphonie 2,5 % des cas.

La différence de proportions des données démographiques, anamnestiques, cliniques, biologiques et échographiques n'était pas significative en dehors du diamètre moyen du nodule malin qui était plus important que celui du nodule bénin (29 contre 26 mm) et l'échostructure hétérogène significativement plus fréquente dans les lésions cancéreuses (figure 3).

## Discussion

L'âge moyen dans notre série se situe dans la fourchette de ceux rapportés par la plupart des études (35-59 ans). Par contre le sex-ratio (97,5femmes/1homme) est très éloigné des chiffres habituels (5-24/1) car il s'agit dans notre cas d'une série de 195 dossiers exploitables sélectionnés sur un nombre de 1255 observations ou le sex-ratio est de l'ordre de 12 femmes /1 homme.

Les profils histopathologiques du nodule thyroïdien rapportés dans la littérature sont très hétérogènes en terme de fréquence des types de lésions bénignes. L'adénome vésiculaire peut constituer 10% des lésions dans des séries du Moyen-orient et peut aller jusqu'à 80% en Europe [4,5,6,7,10]. Cependant, toutes les études s'accordent sur la prédominance des lésions bénignes. La fréquence des cancers allant de 3 à 20% des séries chirurgicales [1] (12,8% dans notre étude).

De nos jours, la fréquence de l'hypocalcémie post opératoire immédiate varie entre 5 et 35% et celle de la dysphonie entre 2 et 8%, ce qui est compatible avec nos résultats. [12,13,14.]

### Résultats 3

La cytoponction à l'aiguille fine, réalisée chez 144 cas, était bénigne dans 94 cas, de signification indéterminée dans 7 cas, suspecte dans 23 cas et maligne dans 6 cas (Tableau 3). L'indication opératoire était posée surtout devant l'importance ou l'augmentation du volume du nodule, les résultats de la cytoponction et sur la multiplicité nodulaire (figure 1). La thyroïdectomie était totale dans 71% des cas.

Tableau 1: Statut sécrétoire

Fonction thyroïdienne	Hypothyroïdie : 10% Euthyroïdie : 75% Hyperthyroïdie : 15%
TSH(μUI/ml)	3,156 ± 11,469
AC Anti TPO+	22,22%
AC Anti TG	16,66%

Tableau 2: Signes échographiques

Halo incomplet/absent	74%
Hétérogénéité	61%
Microcalcifications	21%
Adénopathies	14%
Nécrose	12%
Mal limité	8,6%

Tableau 3: Cytoponction

Non représentative	10
Bénigne	94
Lésion folliculaire de signification indéterminée	7
Tumeur folliculaire	4
Lésion suspecte de malignité	23
Maligne	6

Figure 1 : Indications opératoires

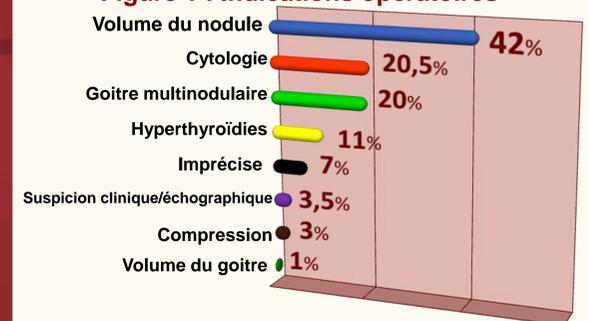


Figure 2: Diagnostics anatomopathologiques

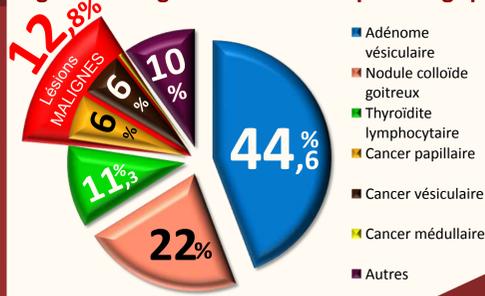
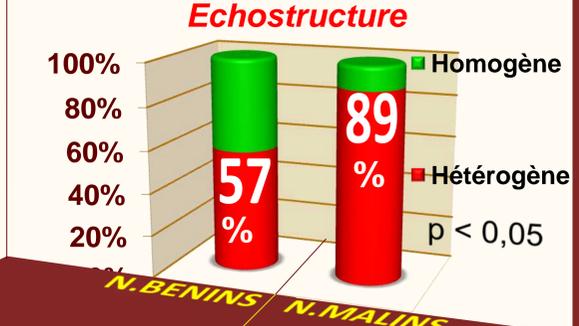


Figure 3: Lésions bénignes vs lésions malignes



## Conclusion

La pathologie nodulaire thyroïdienne, affection essentiellement féminine, est dans la grande majorité des cas de nature bénigne, dominée largement par les dystrophies adénomateuses, colloïdes et inflammatoires. Dans notre étude, l'aspect hétérogène du nodule à l'échographie est associé à la malignité. Les complications post opératoires sont dominées par l'hypothyroïdie et l'hypocalcémie. La sanction chirurgicale n'est pas toujours à visée carcinologique et tient compte d'autres éléments (volume, statut sécrétoire, esthétique, souhait du patient...). Ces données rappellent l'intérêt de mettre en balance les bénéfices et les risques pour choisir entre surveillance et chirurgie.

## Références

1. Wémeau & al. Recommandations de la SFE pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med 2011 ; 40: 793-826  
2. Lin JD & al. Thyroid cancer in the thyroid nodules evaluation by US and FNA  
3. Cap J & al. Sensitivity and specificity of the FNAB of the thyroid  
4. Toure & al. Nodules thyroïdiens: à propos de 230 cas opérés au CHU de Conakry.  
5. Sima & Ezzat. Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology in thyroid lesions.  
6. Uzma Bukhari, Saleem Sadiq. Histopathological Audit of Goiter: A Study of 998 Thyroid Lesions  
7. Salameh SL & al. Histopathological pattern of Thyroid Lesions in Western Region of Saudi Arabia. 40(6): 580-586. 2009

8. Gharib & Goellner. Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: an appraisal. Ann Intern Med. 1993 Feb 15;118(4):282-9.  
9. Al-Hureibi KA & al. The epidemiology, pathology, and management of goiter in Yemen. Ann Saudi Med. 2004 Mar-Apr;24(2):119-23.  
10. Pathologie thyroïdienne bénigne. Module intégré Néphrologie Endocrinologie. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes  
11. J.-L. Wémeau. Nodule thyroïdien. Traité d'endocrinologie. Flammarion 2007.  
12. Edwin Kaplan & al. Surgery of the thyroid gland. Thyroid disease manager.mht  
13. Koumaré AK & al. Goitres bénins en chirurgie au Mali (à propos de 815 cas). e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2002, 1(4): 1-6  
14. J.-L. Peix, J.-C. Lifante. Morbidité de la chirurgie thyroïdienne. Paris 27-28 novembre 2009.