

# TOUS LES NODULES CHAUDS A LA SCINTIGRAPHIE

## SONT-ILS RASSURANTS ?

D. BEN SELLEM, L. ZAABAR, B. DHAOUADI, B. LETAIEF, M.F. BEN SLIMENE

Service de Médecine nucléaire, Institut Salah Azeïz, Tunis, Tunisie

### INTRODUCTION

Les nodules thyroïdiens posent souvent un problème diagnostique de nature.

Aucun des examens disponibles (scintigraphie, échographie cervicale et biologie) ne permettait d'apporter des arguments discriminatifs pour identifier les nodules suspects de malignité.

Les nodules thyroïdiens chauds à la scintigraphie sont réputés être bénins. La prévalence de leur association à un cancer thyroïdien varie de 3 à 10 % selon les séries les plus récentes.

**Le but de cette étude est de rapporter des cas de cancers différenciés de la thyroïde survenus au sein d'un nodule hyperfonctionnel à la scintigraphie.**

### PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant cinq patients (quatre femmes et un homme) qui présentaient un goitre augmentant progressivement de volume.

L'âge médian était de 37 ans (avec des extrêmes allant de 17 à 52 ans).

Des signes d'hyperthyroïdie clinique et biologique étaient présents chez 3 patients. Les deux autres étaient en euthyroïdie biologique. Aucun signe compressif n'a été observé.

Tous les malades ont été explorés par une scintigraphie thyroïdienne, réalisée 20 à 30 minutes après l'injection IV de 111 MBq (3 mCi) de pertechnétate de sodium.

### RESULTATS

Les images scintigraphiques obtenues ont montré la présence de nodules thyroïdiens chauds dans tous les cas :

- \* Un nodule chaud et extinctif toto-lobaire droit dans 2 cas (figure 1) ;
- \* Un nodule chaud et non extinctif lobaire droit dans un cas (figure 2) ;
- \* Un gros nodule chaud médio-lobaire gauche dans un cas (figure 3) ;
- \* Un goitre hétéro-multinodulaire (GHMN) (avec plusieurs nodules chauds) (figure 4).



figure 1

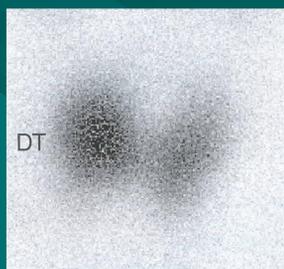


figure 2

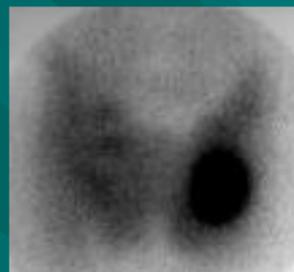


figure 3

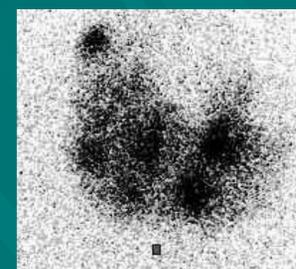


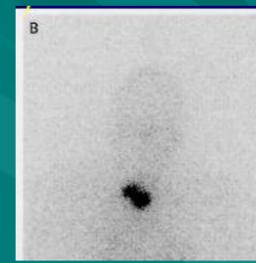
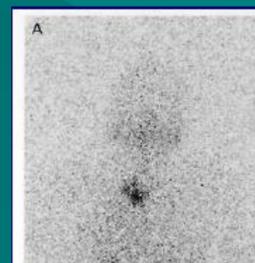
figure 4

La prise en charge était double, un volet médical par équilibrage de l'hyperthyroïdie par de faibles activités d'iode 131 et un volet chirurgical : 4 loboisthmectomies (droites dans 3 cas et gauche dans un cas) et une thyroïdectomie totale d'emblée dans le seul cas de GHMN.

L'histologie définitive a conclu à des carcinomes différenciés de souche vésiculaire dans tous les cas, d'où la totalisation thyroïdienne chez les 4 premiers patients.

Tous les patients ont bénéficié d'un balayage cervico-thoracique (BCT) diagnostique 72h après l'ingestion de 185 MBq (5 mCi) d'<sup>131</sup>I, d'un dosage de la thyroglobuline et d'au moins une cure d'irathérapie.

**BCT diagnostique (post 185 MBq d'<sup>131</sup>I) :**  
Hyperfixation cervicale intense ;  
Absence de foyer de fixation thoraco-pulmonaire.



### DISCUSSION

- Contrairement à l'iode radioactif (marqueur idéal de l'hormonogénèse thyroïdienne), le <sup>99m</sup>Tc est capté par les cellules thyroïdiennes mais non l'organifié. En effet, 5 à 8 % des nodules thyroïdiens fixent le technétium mais sont froids aux isotopes radioactifs de l'iode.
- Plus de 90 % des nodules thyroïdiens malins sont froids, mais moins de 10 % des nodules froids sont malins : la sensibilité est élevée mais la spécificité est faible.
- Les nodules chauds présentent moins de 10 % des nodules thyroïdiens malins.
- Nécessité d'un examen diagnostique dont la valeur prédictive négative est élevée: **la cytoponction.**

### CONCLUSION

Le caractère hyperfonctionnel d'un nodule thyroïdien à la scintigraphie est **faussement rassurant**. En effet, le risque de malignité de ces nodules chauds est certes négligeable, mais sans néanmoins être nul.

Il ne faut pas hésiter à mettre une aiguille fine (cytoponction), qui est un examen non invasif et fiable qui permet de détecter les nodules thyroïdiens malins.