

Une analyse rétrospective de 75 nodules thyroïdiens indéterminés opérés

P. Huynh^a (Dr), C. Ghander^b (Dr), C. Bigorgne^c (Dr), G. Herve^c (Dr), F. Tissier^c (Dr), JL. Golmard^d (Dr), G. Russ^b (Dr), C. Tresallet^e (Pr), F. Menegaux^e (Pr), L. Leenhardt^b (Pr), C. Buffet^b (Dr)

^a Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes, FRANCE ; ^b Unité Thyroïde - Tumeurs Endocrines, Groupe Hospitalier et Faculté de Médecine (GHFM) Pitié-Salpêtrière, Institut du Cancer, Université Pierre et Marie Curie, Paris, FRANCE ; ^c Service d'Anatomopathologie, GHFM Pitié-Salpêtrière ; ^d Département de Biostatistiques, GHFM Pitié-Salpêtrière ; ^e Service de Chirurgie Générale et Digestive, GHFM Pitié-Salpêtrière, Institut du Cancer.

Introduction / Objectifs

Dans environ 22% des cas, le résultat de la cytoponction à l'aiguille fine des nodules thyroïdiens est classé "indéterminé" (classification Bethesda) (1) : atypie ou lésion folliculaire de signification indéterminée (ASI/LFSI), néoplasme folliculaire/suspicion de néoplasme folliculaire (NF/SNF) et suspect de malignité (SM). L'examen extemporané (EE) en per-opératoire peut permettre de guider le chirurgien dans la décision d'élargir ou non le geste chirurgical d'un nodule thyroïdien classé indéterminé. Cependant, son utilisation en routine reste controversée.

Objectifs : évaluer les performances de l'examen extemporané (EE) des nodules thyroïdiens "indéterminés" à la cytoponction et son impact sur l'étendue de la chirurgie thyroïdienne dans un centre de référence.

Patients and Méthodes :

Analyse rétrospective de 244 résultats de cytologies étudiées de janvier 2014 à octobre 2015 classées indéterminées. **75 nodules thyroïdiens** ont été opérés avec réalisation d'un EE. Les résultats possibles de l'EE étaient "bénin", "malin" ou "attendre l'examen définitif", c'est à dire non contributif.

	Résultats, nombre (%)
Total des patients opérés	73
Total des nodules analysés	75
Age (ans)	52,21 (±15,35)*
Sexe (F/M)	55 (73%) / 20 (27%)
Exposition antérieure aux radiations	6 (7%)
Histoire familiale	nd
TSH (n = 59; mUI/L)	1,86 (±1,03)*
Multifocalité	39 (55%)
Taille du nodule (mm)	24,08 (±12,57)*
TIRADS score 3	6 (8%)
4A	38 (50%)
4B	26 (35%)
nd	5 (7%)

Tableau 1. Caractéristiques de la population ;

* moyenne (± déviation standard) ; TSH : thyrotropin ; nd : no data

Résultats :

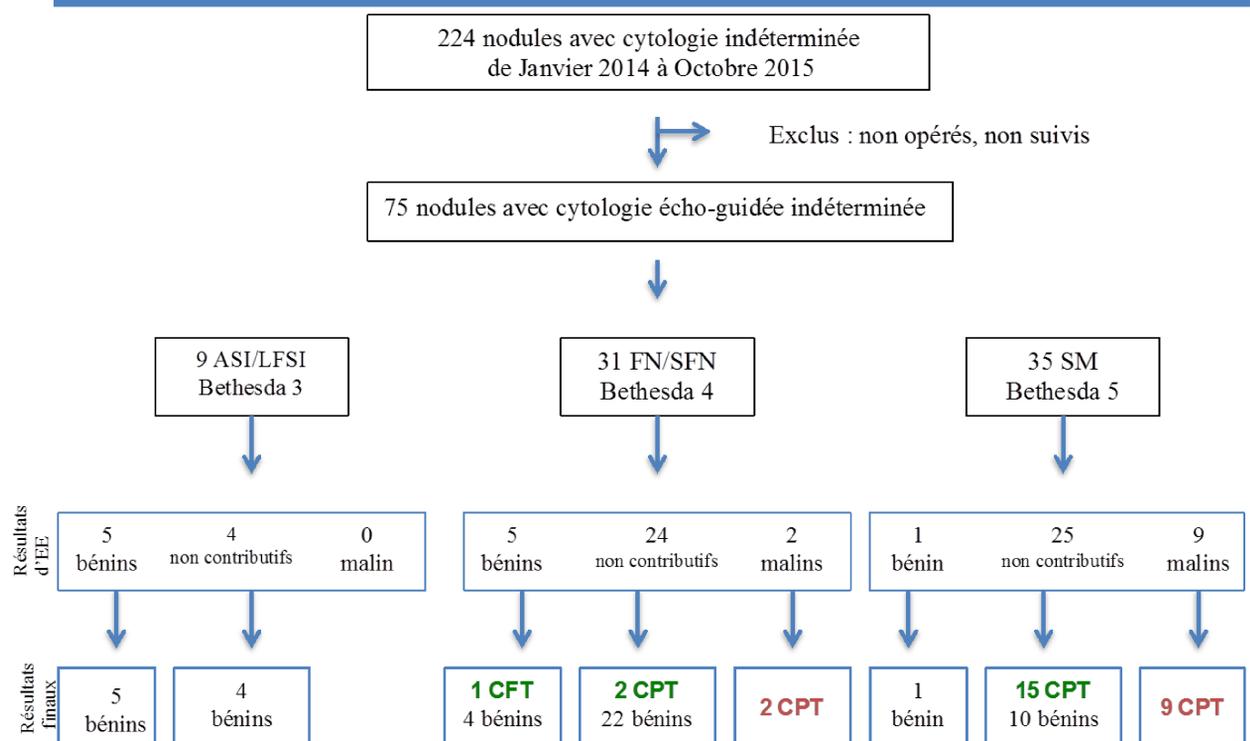


Figure 2. Résultats des l'analyse des 75 nodules ; CFT : Carcinome Folliculaire Thyroïdien, CPT : Carcinome Papillaire Thyroïdien

Résultats :

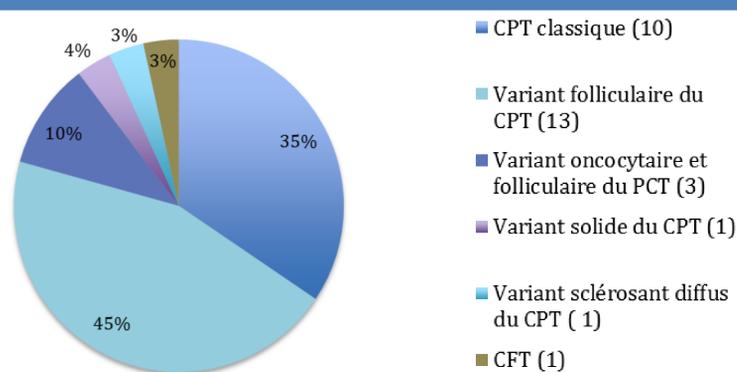


Figure 1. Résultats histologiques des cancers thyroïdiens.

CPT : Carcinome Papillaire Thyroïdien, CFT : Carcinome Folliculaire Thyroïdien

Résultats Histologiques	29 Carcinomes	46 Bénins
11 Malins	11	0
11 Bénins	1	10
53 Non Contributifs	17	36

Tableau 2. Comparaison entre le résultat de l'examen extemporané (EE) et le diagnostic histologique des 75 nodules opérés

	Sensibilité (IC95%)	Spécificité (IC95%)	VPP (IC95%)	VPN (IC95%)
Calcul excluant les "non contributifs"	91.7% (0.62-1.00)	100% (0.68-1.00)	100% (0.69-1.00)	90.91%(0.60-1.00)
Rendement=29.33%				
Calcul incluant les "non contributifs" en tant qu'erreurs	37.93%(0.23-0.56)	21.74%(0.12-0.36)		

Tableau 3. Sensibilité et spécificité calculés par 2 approches statistiques différentes

~La prévalence de cancer thyroïdien est de 39% dans cette étude.

~71% des EE ont une réponse non contributive.

~Dans la catégorie Bethesda 3 (n=9), le faible nombre de cas ne permet pas de conclure.

~Dans la catégorie Bethesda 4 (n=31), 40% des carcinomes sont diagnostiqués par l'EE, avec un taux de malignité de 16%.

~Dans la catégorie Bethesda 5 (n=35), 37% des carcinomes sont diagnostiqués par l'EE, avec un taux de malignité élevé à 68%.

~Les résultats de l'EE ont permis un élargissement adéquat du geste en per-opératoire (thyroïdectomie totale + curage) chez 15% des patients opérés. Seulement 4% des patients ont dû être réopérés. Dans la catégorie Bethesda 5, peu de reprises chirurgicales ont été réalisées du fait qu'une thyroïdectomie totale est habituellement effectuée en première intention.

Conclusion :

Les guidelines de l'American Thyroid Association parues début 2016 recommandent une lobectomie dans la catégorie Bethesda 3 et 4 si le nodule est unilatéral. La thyroïdectomie totale est conseillée en cas de suspicion de malignité, de taille > 4 cm, de critères échographiques suspects, d'antécédents familiaux ou personnels à risques. Il n'y a pas de consigne précise sur la pratique de l'EE ni sur celle du curage ganglionnaire (4). Peu d'études récentes, seulement 5 répertoriés, étudient la sensibilité de l'EE dans les cytologies indéterminées, celles-ci obtiennent une sensibilité variant de 17 à 66% (3-7). Notre étude trouve une sensibilité de 37,9% ce qui concorde avec la littérature. Cependant les modes de calcul étant variables dans les différentes études, il est difficile de comparer les résultats. Dans notre étude, le taux d'EE non contributifs des nodules indéterminés est de 71%, ce qui est plus élevé que les données rapportées dans la littérature (38-68%) (4,8).

La performance de ce test semble différer en fonction des sous catégories de Bethesda. Dans la catégorie Bethesda 3, il est difficile de conclure en raison de la taille réduite de l'échantillon. Dans la catégorie Bethesda 4, l'EE ne permet pas de distinguer l'adénome folliculaire du carcinome folliculaire. L'EE semble être utile dans la catégorie Bethesda 5. Ces résultats nous encouragent à entreprendre une étude avec un plus grand nombre de cas qui permettra une analyse plus précise.