



Cytoponction thyroïdienne en technique monocouche : expérience de diagnostic rapide en un jour

C. Cugnet Anceau^{a*} (Dr), A. Gazeu^b (Mme), L. Ravella^c (Dr), L. Maillard^d (Dr), JC. Lifante^e (Pr), M. Decaussin-Petrucci^f (Dr)

^a Service Endocrinologie Diabétologie Nutrition CHU Lyon Sud, Pierre Benite, FRANCE

^b Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Lyon Sud, Pierre Benite, FRANCE

^c Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Lyon Sud, Pierre-Benite, FRANCE

^d Service de chirurgie endocrinienne, CHU Lyon Sud, Pierre-Benite, FRANCE

^e Service de chirurgie endocrinienne, CHU Lyon Sud, Pierre-Bénite, FRANCE

^f Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Lyon Sud, Cancer Research Center of Lyon, INSERM 1052 CNRS5286, Université Lyon 1, Pierre-Benite, FRANCE

Introduction :

La découverte d'un ou de plusieurs nodules thyroïdiens est une situation fréquente et source d'inquiétude pour les patients. Plus de 90% de ces nodules sont bénins. La cytoponction thyroïdienne est l'examen de référence pour classer ces nodules et décider la prise en charge. En raison de l'inquiétude des patients, des délais et des demandes des cliniciens, une expérience de cytoponction thyroïdienne en un jour a été mise en place à l'hôpital Lyon Sud, centre de référence en pathologie thyroïdienne.

Méthodes :

Les patients étaient accueillis en hôpital de jour en endocrinologie. Ils ont tous eu une cytoponction sous échographie (Figure n°1).

La cytologie était orientée vers un circuit d'urgence dédié, permettant une technique en monocouche en 2h (Figure n°2).

Le pathologiste référent analysait le prélèvement, rédigeait le compte – rendu, disponible immédiatement dans le dossier médical du patient, consultable par les cliniciens. Une réunion téléphonique entre les différents intervenants a été organisée pour chaque patient, pour une décision collégiale avant annonce de la prise en charge.

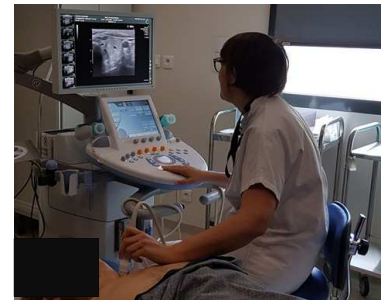


Figure n°1: Cytoponction sous échographie

Etude:

Entre juin 2018 et mars 2020, 80 patients ont bénéficié de cette expérience:
→ 92 nodules ont été ponctionnés.

Le score EU-TIRADS de ces nodules en échographie cervicale était:

-EU-TIRADS 3 pour 53 nodules (29,9 mm en moyenne)

-EU-TIRADS 4 pour 22 nodules (25,7 mm en moyenne)

-EU-TIRADS 5 pour 17 nodules (17,5 mm en moyenne).

Les résultats cytologiques étaient :

Bethesda 1 pour 19 cas (20,65%)

Bethesda 2 pour 46 (50 %)

Bethesda 3: 19 (20.65 %)

Bethesda 4 : 2 (2.17 %)

Bethesda 5: 1 (1.09 %)

Bethesda 6: 5 (5.43 %)



Figure n°2: Cytologie en technique monocouche 2h

La chirurgie a été recommandée pour 21 cas, dont 14 ont déjà été opérés.

Le diagnostic anatomopathologique définitif était :

-pour les nodules bethesda 1-2 : 6 cas d'hyperplasie nodulaire et diffuse

-pour les nodules bethesda 3: 1 adénome microvésiculaire, 1 nodule hyperplasique, 1 NIFTP, et 1 carcinome papillaire

-pour les nodules bethesda 5-6: 4 carcinomes papillaires

Deux patients avec des nodules Bethesda 6 n'ont pas été opérés à ce jour en raison de la présence d'un autre cancer synchrone découvert (adénocarcinome pulmonaire et leucémie lymphoïde chronique).

Pour 20 patients, un contrôle cytologique a été recommandé.

Pour 39 patients, un suivi clinique et échographique leur a été proposé.

Un questionnaire de satisfaction a pu être réalisé chez 27 patients: 92% des patients ont répondu OUI à la question bonne appréciation générale sur l'ensemble de la prise en charge.

Discussion :

Le diagnostic rapide en cytoponction thyroïdienne est une méthode peu utilisée, en dehors de l'évaluation de la quantité de matériel analysable pour la ponction en étalement. Aucune expérience de diagnostic rapide en technique monocouche n'a été décrite dans la littérature. L'objectif était ici de rendre un diagnostic rapide, à la demande des cliniciens, et des patients confrontés à l'angoisse de l'attente du diagnostic et de limiter les déplacements des patients.

Nous avons pu mettre en place le diagnostic rapide en un jour en cytoponction thyroïdienne, grâce à la coopération de tous les soignants impliqués et la création d'un réseau spécifique.

Le service d'anatomie et cytologie pathologique a organisé une filière « extemporané » pour l'enregistrement, la technique, l'analyse et le rendu du résultat.

Nos résultats montrent une répartition classique entre les différentes catégories du Bethesda. Il y a néanmoins plus de Bethesda 3 (20% contre environ 10% décrit dans la littérature) mais moins de Bethesda 4 (2% contre 6-10%), ce qui correspond à la proportion habituelle dans notre région d'endémie goitreuse.

Concernant les patients opérés, il existe une très bonne corrélation entre le diagnostic cytologique et histologique.

Conclusions:

Le diagnostic rapide en cytoponction thyroïdienne est possible en technique en monocouche. Il permet d'éviter de multiples consultations, et de diminuer le délai au diagnostic, source d'angoisse pour le patient. Ce diagnostic nécessite l'organisation d'une filière spécifique, en collaboration avec tous les acteurs impliqués dans la prise en charge.