

PATHOLOGIES THYROÏDIENNES : LES BONS REFLEXES

TRoubles DE LA FONCTION : (HORS URGENCES MÉDICALES AVEC COMPLICATIONS ET PÉDIATRIE)

	IMAGERIE	RECOURS AU SPECIALISTE
HYPERTHYROÏDIE (SCREENING OU CLINIQUE)		
1. EXCLURE SURDOSAGE EN L-THYROXINE (CHIRURGIE ?)	NON	NON si résolu
2. PRÉSENCE DE GOITRE OU NODULE		
a. Maladie de Basedow/Graves	scintigraphie	OUI (<15j)
b. Goitre douloureux - de Quervain	scintigraphie	OUI (<15J)
c. Post-partum	scintigraphie	OUI (<15j)
d. Nodule isolé : adénome autonome	scintigraphie	OUI (<1 mois)
e. Goitre multinodulaire	scintigraphie	OUI (<1 mois)
3. ABSENCE DE GOITRE		
a. Exclure contamination iodée	scintigraphie	OUI (<1 mois)
b. Prise de médicaments : p.ex. amiodarone	scintigraphie	OUI (<1 mois)
c. Hyperthyroïdie gravidique	NON	OUI (<8j)
d. Thyrotoxicose factice	scintigraphie	OUI (<1 mois)
e. Autres diagnostics (rares)	Voir spécialiste	OUI (<15j)
HYPOTHYROÏDIE (SCREENING OU CLINIQUE)		
1. Exclure insuffisance de substitution	NON	NON si résolu
2. Rechercher thyroïdite auto-immune (Hashimoto)	NON – si Ac +, échographie de screening non urgente	OUI (<2 mois)
3. Goitre : carence en iode, troubles de l'hormonogénèse, phase initiale de la thyroïdite d'Hashimoto (rare)	scintigraphie	OUI (<15j)
ANTICORPS ANTITHYROÏDIENS AU COURS D'UN SCREENING		
1. Habituellement si pas d'hypothyroïdie, ne rien faire, suivre la TSH annuellement	échographie de screening non urgente	NON
2. En cas de grossesse/projet de grossesse : la TSH doit rester inférieure à 2 µU/ml	NON	OUI (< 8 semaines d'aménorrhée)

NODULES, GOITRES ET KYSTES...

PRÉSENTATION

- Nodule d'apparition brutale (heures ou jours) : hémorragie intrakystique, exclure thyroïdite subaiguë unilatérale **(I)**
- Nodule symptomatique, rapidement évolutif (semaines, mois) : une tumeur maligne doit être exclue **(II)**
- Nodule de découverte fortuite : échographie carotidienne, cervicale pour autre raison, Ct-scan, PET-scan : bilan nécessaire mais pas urgent **(III)**

SIGNES CLINIQUES DE SUSPICION :

- Nodule ferme, adhérent, peu mobile par rapport aux plans superficiel et profond
- Croissance rapide, indolore, ganglions latéro-cervicaux, signes de compression locale, voix rauque
- Antécédents d'irradiation : p.ex. maladie de Hodgkin, exposition à l'I-131 (p.ex. migrants de l'Est nés avant 1987)

BILAN INITIAL :

- **Biologie :**
 - TSH basse (pas nécessairement supprimée), T3I élevée chez les sujets de plus de 60 ans
 - anticorps antithyroïdiens : nodules fréquents et fluctuants dans les thyroïdites auto-immunes
- **Echographie : le cœur de la mise au point**
 - Conditions techniques : examen complet avec une sonde adaptée – noter la taille des lobes, leur volume- noter les nodules et leurs caractéristiques – Doppler indispensable pour une bonne analyse – ponction à bref délai si suspicion
 - Quand :
 - **(I)** dans les jours qui viennent, symptômes, utilité d'une ponction évacuatrice
 - **(II)** endéans les 3-4 semaines
 - **(III)** endéans les deux mois, rassurer (sauf si d'emblée critères échographiques suspects ou intense captation au PET-CT [FDG])
 - **Caractéristiques suspectes** : solide, très hypoéchogène, contours flous, microcalcifications, vascularisation centrale artérielle,...
- **Scintigraphie thyroïdienne (de préférence iode-123)**
 - En cas de TSH basse ou T₃I élevée : recherche d'adénome autonome ou toxique (incidence augmente avec l'âge)
 - En cas de nodule échographiquement borderline, scintigraphie peu utile pour les nodules < 1 cm
 - *Un nodule froid est suspect de cancer mais la plupart des nodules froids ne sont pas des cancers*