

NODULES THYROÏDIENS ET CANCERS DE LA THYROÏDE

Bilan de deux années d'activité chirurgicale

J.P. SQUIFFLET¹, D. HERMAN¹, H. PIESSEVAUX¹, C. CHATZOPOULOS¹, P. GIANELLO¹,
L. PIRET^{†2}, J. RAHIER³, C. BECKERS² et G.P.J. ALEXANDRE¹

Mots clés : chirurgie des glandes endocrines, nodule thyroïdien, cancer thyroïdien

INTRODUCTION

La pathologie nodulaire de la glande thyroïde, fréquemment rencontrée dans nos régions (1, 2), pose le problème du suivi des patients porteurs de nodules thyroïdiens et de l'attitude que le médecin doit adopter face à ces nodules : surveillance ou exérèse ? L'intérêt particulier qui leur est porté résulte du risque, variable — selon les auteurs de 5 à 20 % — que ces nodules ne renferment une lésion maligne (3, 4). De nombreux examens paracliniques ont donc été proposés afin d'approcher ou d'exclure ce diagnostic : scintigraphies conventionnelles à l'iode radioactif ¹²³I ou au technétium (5), échographies (6-8), tomographies informatisées (9), résonance magnétique nucléaire (10), scintigraphie au thallium (11), ponctions biopsies (12) et enfin, ponction dirigée à l'aiguille fine avec analyse cytologique (13-16).

Aucun d'entre eux n'a malheureusement un pouvoir de détection absolu ; de plus, ces examens doivent être répétés dans le temps au fur et à mesure du vieillissement de la lésion (17, 18).

Dès lors, il nous est apparu opportun de faire le bilan de notre activité chirurgicale thyroïdienne de deux années et de tenter de nous positionner aujourd'hui par rapport au problème suivant : une attitude d'exérèse systématique de tout nodule thyroïdien n'entraîne-t-elle pas une exérèse abusive de lésions non malignes ?

Ne doit-on pas mettre en balance la morbidité opératoire avec la valeur des examens paracliniques même s'ils manquent de sensibilité et de spécificité ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Du 1^{er} décembre 1986 au 1^{er} décembre 1988, 723 explorations cervicales ont été pratiquées chez 717 patients présentant une pathologie thyroïdienne (tableau I).

TABLEAU I

Répartition des 717 patients ayant bénéficié d'une ou plusieurs explorations cervicales (723 interventions) selon le diagnostic ou l'indication préopératoire

Nodule solitaire	329 (45.9 %)
Goitre multinodulaire	319 (44.5 %)
Hyperthyroïdie	62 (0.6 %)
CMT	4 (0.6 %)
Ganglions métastatiques	3 (0.4 %)
Total	717 patients

Trois cent vingt-neuf patients (45,9 %) nous ont été adressés pour traitement chirurgical d'un nodule solitaire de la glande thyroïde, 319 présentaient un goitre multi-

¹ Service de Chirurgie des Glandes Endocrines,

² Service d'Endocrinologie et de Médecine Nucléaire

³ Service d'Anatomie Pathologique,

Cliniques Universitaires St-Luc (UCL), 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles.

Tirés à part : J.P. Squifflet.

analyse cytologique, peu performante dans notre expérience de deux ans, peut apporter des renseignements utiles dans des circonstances particulières, tout en gardant à l'esprit que le diagnostic microscopique du cancer thyroïdien est histologique et non cytologique.

En raison d'une morbidité faible, le traitement du nodule thyroïdien en 1991 reste donc chirurgical.

SUMMARY

Thyroid Nodules and Cancers. Revue of two Year Activities

Seven hundred twenty three operations for thyroid disease were performed on 717 patients over a two year period in the department of Endocrine Surgery. 71% of

these patients had neoplastic lesions. If we consider only the 228 patients who had solitary nodules (without peroperative associated lesions), the incidence of neoplasm increases upto 9,2%, while it is only 5,7% in patients with diffuse goiter.

In 27,5% of the cases of thyroid neoplasm, peroperative analysis on thyroid tissue is falsy encouraging; yet such analysis reassures 92% of the patients overall.

Peroperative fine needle aspiration — of little impact in our two years experience — can bring interesting informations in particular circumstances, while keeping in mind that microscopic diagnosis of thyroid cancer is histological and not cytological.

Because of their low morbidity, solitary nodules are still beter treated surgically in 1991.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ROJESKI M.T., GHARIB H. — Nodular thyroid disease, evaluation and management. *N Engl J Med* 313: 428-436, 1985.
2. LAMBERT M., PIRET L. — How should we proceed when a thyroid nodule is palpated? *Acta Clin Belg* 39: 322-324, 1984.
3. MC CALL A., JAROSZ H., LAWRENCE A.M., PALOYAN E. — The incidence of thyroid carcinoma in solitary cold nodules and in multinodular goiters. *Surgery* 100: 1128-1132, 1986.
4. The solitary thyroid nodule (Editorial) — *Lancet* 2: 870-871, 1985.
5. MASSIN J.P., PLANCHON Z., PEREZ R. — The comparison of 99-mc pertechnate and 131-I scanning of thyroid nodules. *Clin Nucl Med* 2: 324-333, 1977.
6. SOLBIATI L., VOLTERRANI L., RIZZATO G. — The thyroid gland with low uptake lesions: evaluation by ultrasound. *Radiology* 155: 187-191, 1985.
7. CARROLL B. — Asymptomatic nodules: incidental sonographic detection. *Am J Radiol* 133: 499-501, 1982.
8. KATZ J.F., KANE R.A., REYES J., CLARKE M.P., HILL T.C. — Thyroid nodules: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 151: 741-745, 1984.
9. SILVERMAN P.M., NEWMAN G.I., KOROBKIN M., WORKMAN J., MOORE A.V., COLEMAN R.E. — Computed tomography in evaluation of thyroid disease. *Am J Radiol* 141: 897-902, 1984.
10. STARK D.D., CLARK O.H., MOSS A.A. — Magnetic resonance imaging of the thyroid, thymus and parathyroid glands. *Surgery* 96: 1083-1091, 1984.
11. OCHI H., SAWA H., PUKUDA T., INOUE Y., NAKAJIMA H. — Thallium-201 chloride thyroid scintigraphy to evaluate benign and/or malignant nodules. *Cancer* 50: 236-240, 1982.
12. BROUGHAN T.A., ESSELSTYN C.B. — Large-needle thyroid biopsy: still necessary. *Surgery* 100: 1138-1140, 1986.
13. AL-SAYER H.M., KRUKOWSKI Z.H., WILLIAMS V.M., MATHESON N. — Fine needle aspiration cytology in isolated thyroid swellings: a prospective two year evaluation. *Br Med J* 290: 1490-1492, 1985.
14. BLOCK M.A., DAILEY G.E., ROBB J.A. — Thyroid nodules indeterminate by needle biopsy. *Am J Surg* 146: 72-78, 1983.
15. HAWKINS F., BELLIDO D., BERNAL C., RIGOPOLLOU D., RUIZ VALDEPENAS M.P., LAZARO E., PERES-BARRIOS A., DE AGUSTIN P. — Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of the thyroid cancer and thyroid disease. *Cancer* 59: 1206-1209, 1987.
16. BACKDAHL M., WALLUN G., LOWHAGEN T., AUER G., GRANBERG P. — Fine-needle biopsy cytology and DNA analysis. Their place in the evaluation and treatment of patients with thyroid neoplasms. *Surg Clin North Am* 67: 197-211, 1987.
17. PATTON M. — Solitary cold nodule. *J Nucl Med* 26: 461, 1985.
18. RAMANNA L., WAXMAN A., BRACHMAN N. — Correlation of thyroglandular measurements and radioiodine scans in the follow-up of patients with differentiated thyroid cancer. *Cancer* 55: 1525-1529, 1985.
19. PROYE C., LECOMTE-HOUCKE M., DA COUTO FERREIRA-BRANCO F., DECOULX M., LEFEBVRE J., FOSSATI P. — Examen cytologique et examen extemporané du nodule thyroïdien. Point de vue du consommateur. Les abandonner ou les associer? *Rev Fr Endocrinol Clin* 30: 275-278, 1989.
20. HALL T.L., LAYFELD L.J., PHILIPPE A., ROSENTHAL D.L. — Sources of diagnostic error in fine-needle aspiration of the thyroid. *Cancer* 63: 718-725, 1989.

21. PEPPER G., ZWICKLER D. and ROSEN Y. — Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid nodule. *Arch Intern Med* 149: 594-596, 1989.
22. WATKINS E., BELL G.O., SNOW J.C., ADAMS H.D. — Incidence and current management of post-thyroidectomy hypoparathyroidism. *JAMA* 182: 140-146, 1962.
23. SEDGWICK C.E. — Surgical Technique. In: *Surgery of the thyroid gland*. Dunphy J.E. Editor. W.B. Saunders Company (Philadelphia): 170-201, 1974.
24. BELL R.M. — Thyroid carcinoma. *Surg Clin North Am* 66: 13-30, 1986.
25. LANG W., GEORGH Y. — Minimal invasive cancer in the thyroid. *Clin Oncol* 1: 527-537, 1982.
26. MAZZAFERRI E.L., YOUNG R.L., BERTED J.E., KEMMERER W.T. and PAGE C.P. — Papillary thyroid carcinoma: the impact of therapy in 576 patients. *Medicine* 56: 171, 1977.

Manuscrit reçu le 27 août 1990; accepté définitivement le 6 novembre 1991.