

Conduite à tenir et orientation diagnostique devant un goitre

M. Benkacem^{1*}, H. Iraqi², M.H. Gharbi²

¹ Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger, Université Abdelmalek Essaadi, Tanger

² Service d'Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques, CHU Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat

* Benkacem.mariem@gmail.com

Le goitre est défini par une augmentation du volume de la thyroïde [1], diffuse et homogène à la phase initiale tend à devenir hétérogène et nodulaire. Il s'agit d'une pathologie extrêmement fréquente, endémique dans les régions de carence iodée ou sporadique.

Sa pathogénie fait intervenir de multiples facteurs, essentiellement la TSH et la carence iodée, en plus d'autres facteurs extrinsèques (polluants, aliments, ...) et intrinsèques (génétiques, mutations somatiques, ...) [2].

La prise en charge va de la simple surveillance à la thyroïdectomie totale. La démarche diagnostique vise à chercher une dysthyroïdie, une néoplasie, ou des phénomènes compressifs.

Orientation diagnostique

La démarche diagnostique a pour but de reconnaître le goitre, le caractériser, d'identifier et de différencier le goitre symptôme induit par une pathologie thyroïdienne sous jacente (maladie de basedow, thyroïdite auto immune -AI-) d'un goitre idiopathique simple ou compliqué. Elle est basée sur :

- ▶ La clinique : étape essentielle de la démarche diagnostique ;
- ▶ L'anamnèse : cherche les antécédents familiaux de goitre et de dysthyroïdie, un antécédent personnel d'irradiation cervicale, l'origine ethnique et géographique, l'ancienneté et l'évolutivité du goitre, les signes orientant vers une complication (signes de compression, augmentation rapide de volume, signes de dysthyroïdie).

L'examen clinique

L'inspection permet d'apprécier si le goitre est visible et cherche les signes inflammatoires en regard.

La palpation affirme le goitre si la surface d'un lobe est supérieure à la surface de la dernière phalange du pouce du patient, elle permet aussi d'estimer le volume du goitre (mesure du périmètre cervical et classification de l'OMS : tableau I), précise sa consistance (souple, ferme, dure), sa sensibilité ainsi que le caractère homogène ou nodulaire du parenchyme thyroïdien.

Tableau I : Classification clinique des goitres selon les critères de l'OMS (1994)

Grade	Critères
0	Pas de goitre palpable ou visible
1	Goitre palpable, non visible lorsque le cou en position normale Présence de nodule(s)
2	Goitre visible le cou en position normal

L'auscultation peut permettre de révéler un éventuel souffle holosystolique qui oriente vers une maladie de basedow.

L'examen clinique doit chercher aussi un éventuel retentissement compressif du goitre, des signes cliniques de dysthyroïdie et il doit vérifier les aires ganglionnaires.

La paraclinique

Le bilan minimal comporte une échographie cervicale et un dosage de la TSH, les autres examens paracliniques seront demandés en fonction de l'orientation clinique :

► Echographie cervicale : examen de référence dans l'exploration du goitre, quantifie les dimensions de la glande thyroïde et son volume, précise les caractéristiques du parenchyme thyroïdien et des nodules (si ils existent) et leurs classification selon un score de risque appelé EUTIRADS classé du plus bénin au plus malin (Tableau II), permet aussi d'étudier les structures adjacentes et les aires ganglionnaires et de guider la cytoponction si indication.

Tableau II : Classification EUTIRADS et risque de malignité [2]

Catégorie	Caractéristiques échographiques	Risque de malignité (%)
EU-TIRADS 1 : normal	Pas de nodules	nul
EU-TIRADS 2 : bénin	Kyste simple Nodule spongiforme	≅ 0
EU-TIRADS 3 : faible risque	Oval, régulier, isoechogène/ hyperechogène Aucun signe de forte suspicion	2-4
EU-TIRADS 4 : risque intermédiaire	Oval, régulier, modérément hypoechogène Aucun signe de forte suspicion	6-17
EU-TIRADS 5 : haut risque	Au moins un signe de forte suspicion : - Forme irrégulière - Contours irréguliers - Microcalcifications - Hypoéchogénicité marquée (et solide)	26-87

EU-TIRADS : *European Thyroid Imaging Reporting and Data System*

► TSH : à demander en première intention pour évaluer la fonction thyroïdienne, confirme l'euthyroïdie si résultat normal.

► Autres examens biologiques :

- T4 et T3 si dysthyroïdie,
- Iodurie si suspicion de carence iodée,
- Anticorps anti thyroperoxydase, anticorps anti récepteurs de la TSH si hyperthyroïdie,
- Calcitonine si nodule à risque ou contexte à risque (Tableau III). La calcémie vérifie l'absence d'hyperparathyroïdisme primaire associé surtout si l'indication chirurgicale est posée [5].

Tableau III : Indication du dosage de la calcitonine [4]

- Dans un contexte héréditaire connu de cancer médullaire de la thyroïde, de flush, de diarrhée motrice.
- En cas de suspicion de malignité (nodule cliniquement, échographiquement ou cytologiquement suspect).
- De principe avant toute intervention pour goitre ou nodule.

Le dosage de la thyroglobuline (Tg) n'est pas indiqué dans le cadre diagnostique (recommandations ATA 2015) [3], sauf si situation de métastases diffuses [4].

Autres examens complémentaires :

- Scintigraphie thyroïdienne : réservée aux situations d'hyperfonctionnement thyroïdien pour reconnaître les foyers d'hyperfixation et vérifier l'éventuelle accessibilité au traitement radioisotopique.
- Radiographie thoracique : à la recherche du caractère plongeant du goitre.
- TDM ou IRM cervicothoraciques : sont réservées à l'évaluation préopératoire si goitre plongeant. L'IRM est préférée au scanner pour l'appréciation de l'extension du prolongement médiastinal et les rapports viscéraux.
- Cytoponction : en cas de goitre diffus si suspicion de malignité (croissance rapide, consistance dure). Pour les nodules, les indications sont détaillées dans la figure 1 [2].

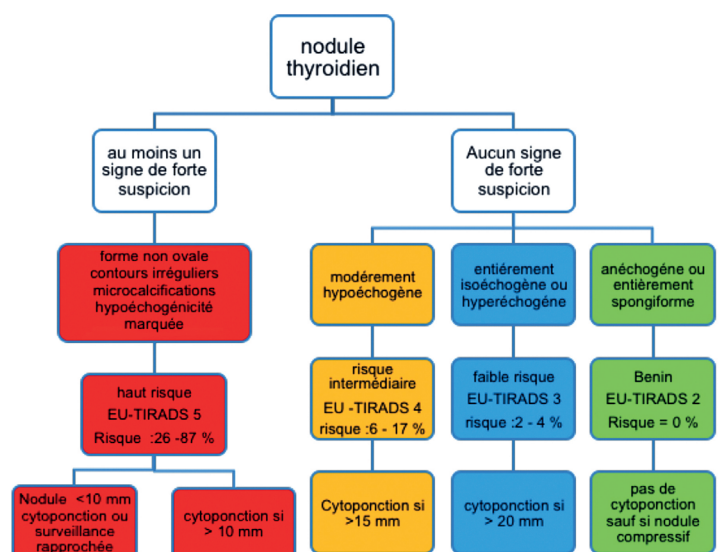


Figure 1 : Score EU-TIRADS et indications de la cytoponction [2]

Au terme de cette évaluation clinique et ces explorations, il est possible d'éliminer un goitre symptôme (maladie de basedow, thyroidite auto-immune, ...) et de distinguer un goitre simple défini comme une hypertrophie diffuse de la thyroïde, normofonctionnelle, non inflammatoire et non cancéreuse [5], d'un goitre compliqué (Figure 2).

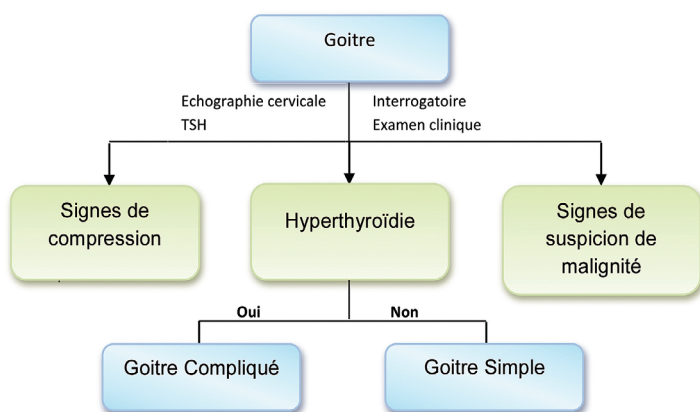


Figure 2 : Orientation diagnostique devant un goitre

Prise en charge thérapeutique

Surveillance

C'est l'option proposée chez les patients totalement asymptomatiques euthyroïdiens. Elle est basée sur l'évaluation clinique par l'interrogatoire, la palpation de la loge thyroïdienne et la mesure du périmètre cervical. La TSH est demandée au stade nodulaire, tous les six mois à 1 an. L'échographie est recommandée en cas d'évolutivité, ou si les caractéristiques initiales de certaines des formations nodulaires le justifient [5]. Le recours à la cytoponction est justifié en suivant les guidelines de l'European Thyroid Association (ETA 2017) [2].

Supplémentation en iode

Elle vise à assurer un apport iodé optimal (150 ug/j chez l'adulte) et à restaurer le pool iodé intra thyroïdien. Il s'agit d'une approche logique dans les pays de carence iodée et son efficacité est analogue à celle de l'hormonothérapie selon l'enquête française du groupe de recherche sur la thyroïde. Cependant, cette étude n'a pas pu démontrer son efficacité dans la prévention

des récives à l'arrêt du traitement en plus du risque d'accentuation de phénomènes d'auto-immunité et d'émergence d'hyperthyroïdies [5-7], surtout au stade de goitre nodulaire, ce qui limite son utilisation à visée thérapeutique. Son intérêt est surtout à visée préventive surtout dans les familles à risque de pathologie thyroïdienne, et notamment de goitres simples, où il est recommandé d'augmenter la charge en iode : consommation des produits de la mer, de sel enrichi en iode et prise de comprimés d'iodure (100 µg/j) [8].

Traitement freinateur par La thyroxine

Il a pour but la normalisation du volume thyroïdien. Il est prescrit à une posologie de 1,3–1,5 mg/kg/j pour atteindre un objectif de la TSH entre 0,2 et 0,6 mU/l et est indiqué seulement en cas d'hypertrophie homogène récente du sujet jeune [9]. L'efficacité du traitement est jugée sur le volume thyroïdien : palpation de la glande, mesure du périmètre cervical et éventuellement réévaluation échographique. Cependant, cette attitude thérapeutique n'est pas justifiée chez la majorité des patients, et en particulier chez les femmes post-ménopausiques et est contre-indiquée chez les patients ayant une TSH < 0,5 mU/l, un goitre multinodulaire constitué, présentant une ostéoporose, une pathologie cardiaque ou une affection chronique intercurrente en raison du risque d'augmentation de la morbidité et la mortalité cardiovasculaires [5].

Dans tous les cas, la prescription d'un traitement frénateur par la lévothyroxine doit être précédée d'une évaluation de la balance risque bénéfique à l'échelle individuelle.

Traitement par iode radioactif

Il s'agit d'une alternative thérapeutique raisonnable en cas de contre-indication absolue ou relative à la chirurgie, notamment chez les sujets âgés souffrant d'atteinte cardiaque, de troubles du rythme, sous anticoagulants, ne présentant pas d'anomalie morphologiquement suspecte de malignité [10].

Il est administré généralement par voie orale. Le choix de l'activité administrée est imparfaitement codifié. La dose absorbée ordinairement souhaitée est de 50 à 150 Gy (proche de 80 Gy). L'activité administrée tient compte du poids de la glande et de l'intensité de la fixation de l'isotope [5].

C'est une option efficace pour le traitement des goitres

sur le plan fonctionnel et morphologique avec une bonne tolérance et peu d'effets secondaires.

Traitement chirurgical

La chirurgie est justifiée en cas de goitre compliqué : suspect (devant des critères cliniques, échographiques ou cytologiques), toxique ou compressif. Le geste chirurgical de référence est la thyroïdectomie totale. Le risque récurrentiel et parathyroïdien est faible chez les équipes expérimentées, estimé respectivement à moins de 1 % et 1 à 2 % [5]. La thyroïdectomie totale doit être suivie d'une hormonothérapie substitutive.

Indications

Les indications sont détaillées dans la figure 3.

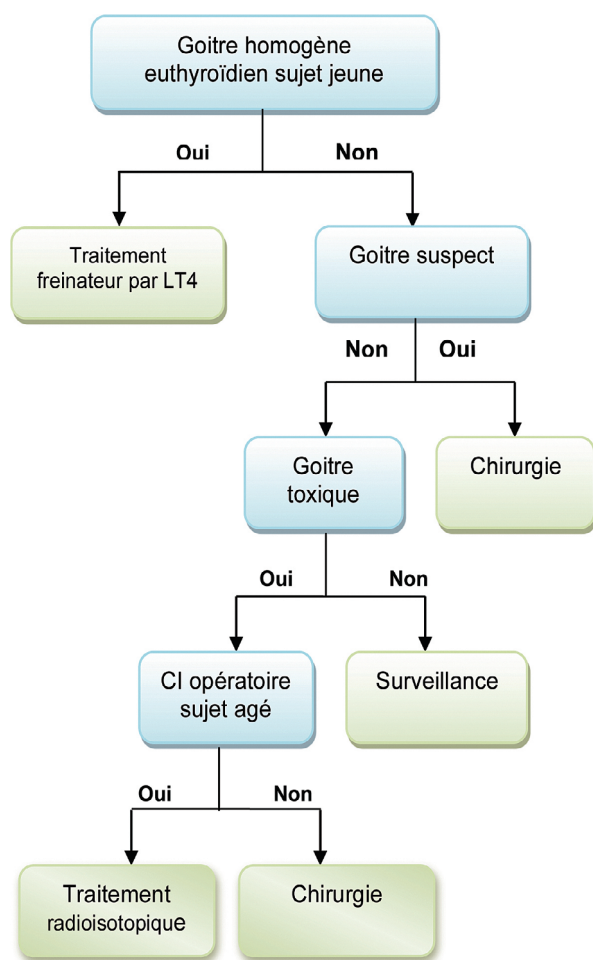


Figure 3 : Principes de prise en charge thérapeutique des goitres

Conclusion

Motif fréquent de consultation, le goitre est une pathologie habituellement bénigne qui peut prendre de multiples aspects. Son développement est lié pour une grande part à la carence iodée, dont la correction reste le meilleur traitement préventif. Il est important de bien connaître la démarche diagnostique et les principes de prise en charge thérapeutique du goitre, dont les indications doivent être posées de manière rationnelle.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Guitard-Moret M et al. Goitre simple. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). 2009;10-007-A-10.
2. Russ G et al. European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. Eur Thyroid J. 2017;6(5):225-37.
3. Haugen BR et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26(1):1-133.
4. Wémeau JL et al. Recommandations de la Société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med. 2011;40:793-826.
5. Wémeau JL. Prise en charge thérapeutique des goitres. Presse Med. 2011;40:1147-54.
6. Wémeau JL et al. A French multicentric prospective randomised evaluation of levothyroxine, potassium iodide, and levothyroxine + potassium iodide in the management of non nodular simple goiters; 307 patients. European Thyroid Association Annual Meeting. Edinburgh 18-22 October 2003.
7. Papanastasiou L et al. The effect of iodine administration on the development of thyroid autoimmunity in patients with nontoxic goiter. Thyroid. 2000;10:493-7.
8. Wémeau JL. Goitre simple. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Traité de Médecine Akos. 2009;3-0450.
9. Duron F. Hormonothérapie thyroïdienne frénatrice. Principes et modalités pratiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Endocrinologie-Nutrition. 2007;10-009-B-10.
10. Velayoudom FL et al. Iode 131 comme traitement des goitres bénins. Presse Med. 2005;34:94-100.