

Nodule thyroïdien chez l'enfant : Faut-il inciser ?

M.El Mekkaoui – K.Ayyad - Z.El Hafi - Z.Arkoubi - R.Bencheikh - A.Benbouzid - A.Oujillal - L.Essakalli

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, HSR, CHU Ibn Sina, Rabat.

Abstract

Les nodules thyroïdiens sont généralement retrouvés chez les adultes avec une prise en charge bien codifiée. Cependant, ils peuvent être présents chez la population pédiatrique avec une fréquence de 1,5 %. Ils sont alors caractérisés par leur agressivité et leur risque de malignité dans un quart des cas, d'où l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce. L'objectif de notre travail est de préciser les caractéristiques du nodule thyroïdien chez l'enfant, de décrire leur pronostic et leur profil évolutif et enfin de déterminer les indications chirurgicales.

Méthodes et matériels:

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 18 cas de nodule thyroïdien de l'enfant opérés au service d'ORL-CCF du CHU Avicenne de Rabat, s'étalant sur une durée de 5 ans entre janvier 2018 et janvier 2023.

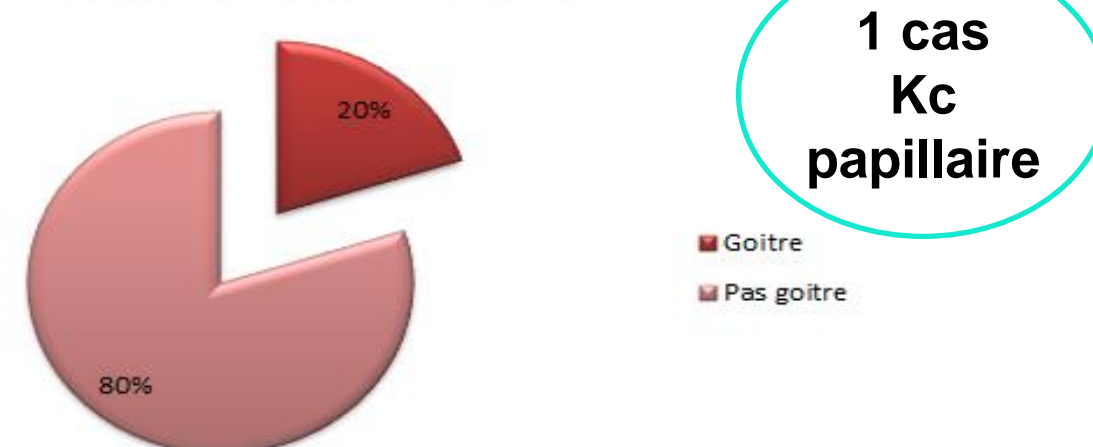
- Critères d'inclusion: patients traités chirurgicalement.
- Critères d'exclusion: Patients perdus de vue, dossiers inexploitable.

Résultats:

Epidémiologie:

- Age moyen: 15 ans (extrêmes: 8-17 ans)
- Sexe: prédominance féminine (SR=2)
- Origine géographique: Milieu urbain 8cas/ montagneux 4 cas / rurale 3 cas.
- Antécédents personnels: Absence de syndrome de Pendred ou d'irradiation

Antécédents familiaux



Clinique:

- Principal motif de consultation: tuméfaction basi-cervicale: 89% des cas
- Evolution rapide: 22% des cas.
- Absence de dysphonie, de dyspnée, de dysphagie ou de douleurs.
- Signes d'hypothyroïdie : 2cas.
- Présence d'ADPs cervicales chez 11% des cas.
- La nasofibroskopie était normale (100%).

Histologie définitive:

Maligne (28%) : Carcinome papillaire: 4 cas/ carcinome peu différencié: 1cas.

Bénigne (72%): Adénome thyroïdien: 8 cas / Nodule hyperplasique: 4 cas / Thyroïdite d'hashimoto: 1cas.

Paraclinique:

- **Echographie cervicale (100%):** Nodule thyroïdien unique: 72%. GHMN: 28% des cas. Taille des nodules : 1 à 4cm (3,5 cm en moy). 2 cas d'ADPs jugulo-carotidiennes.
- **TDM cervico-thoracique:** Réalisée chez les 2 cas présentant des ADPs. Nodules pulmonaires évoquant une localisation secondaire: 1 cas .
- **Bilan thyroïdien:** 89% euthyroïdie, 11% hypothyroïdie.
- **Cytoponction:** 78% des cas. Bethesda I:22% / Bethesda III: 28% / Bethesda V: 28%.

Evolution:

- **Suites opératoires** simples: 87% Hypocalcémie transitoire 13% Patients adressés en endocrinologie.
- **A moyen et a long terme:** Absence de récurrence pour les cas 5 cas de Kc papillaires. Le cas de Kc peu différencié a été adressé en oncologie puis perdu de vue.

Eutirads IV: 50%
Eutirads III: 39%
Eutirads V: 11%

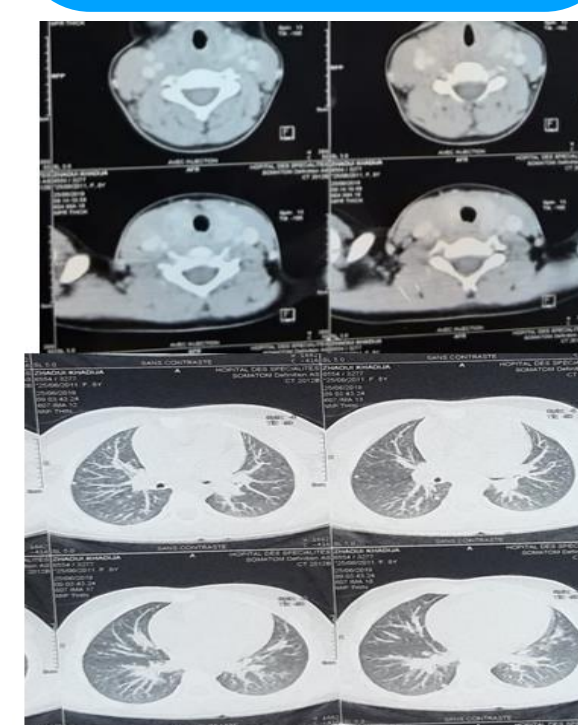


Figure 1: ADP cervicales bilatérales et nodules et micronodules pulmonaires évoquant une localisation secondaire

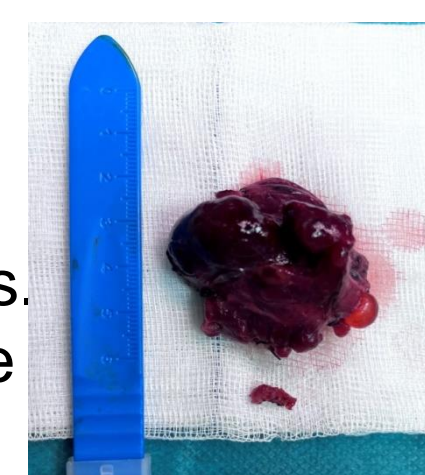


Figure 2: Pièce opératoire.

Discussion:

Les nodules thyroïdiens sont rares chez l'enfant. Cependant, le risque de malignité est plus élevé que chez l'adulte (26% VS 5%). Une prédominance féminine est retrouvée dans la majorité des séries[1]. Les facteurs de risque décrits: des antécédents familiaux de nodules thyroïdiens /cancer de la thyroïde, une carence iodée, une exposition aux radiations, des antécédents de pathologie thyroïdienne et une élévation de la TSH [2]. Selon plusieurs séries, Le risque de carcinome différencié de la thyroïde est 2,5 fois plus élevé chez les enfants ayant des antécédents familiaux de maladie thyroïdienne bénigne et 4 fois plus élevé chez les enfants ayant des antécédents familiaux de CDT [2]. La cytoponction est indiquée devant tout nodule thyroïdien en cas d'augmentation de sa taille, de présence de signes de malignité cliniques/ radiologiques ou des facteurs de risque indépendamment de la taille [3]. Concernant la classification Bethesda, le risque de malignité dans le sous groupe III est plus élevé chez l'enfant par rapport à l'adulte (15% VS 7,5%), d'où l'intérêt de les opérer [3].

La PEC est bien codifiée; en cas de faible risque de malignité, une surveillance est préconisée. En cas d'augmentation de la taille du nodule ou bien celle-ci est > 4cm, le choix se pose entre cytoponction et chirurgie. Les goitres volumineux, compressifs et/ou plongeants sont une indication de chirurgie. Une isthmolobectomie est indiquée en cas de nodules multiples unilatéraux alors qu'une thyroïdectomie totale est indiquée en cas de goitre avec nodules multiples bilatéraux, volumineux.. Tout nodule suspect de malignité doit être opéré[3]. Un curage ganglionnaire central bilatéral est indiqué en cas de CDT associé à des métastases ganglionnaires. Il est systématique en cas de CMT. Un curage latéral est indiqué en présence d'ADPs cliniquement ou à l'imagerie [3].

Conclusion:

La prise en charge des nodules thyroïdiens en pathologie pédiatrique n'est pas rare et doit être précise. La surveillance est obligatoire avec chirurgie précoce en cas de doute sur la malignité. Certains enfants sont encore diagnostiqués trop tardivement alors que la prise en charge des nodules malins est bien codifiée et avec une survie très satisfaisante.

Références

- [1] Lagay ER, Baertschiger RM, Dinauer C, Francis GL, Malek MM, Lautz TB, et al. Pediatric differentiated thyroid carcinoma: an update from the APSA cancer committee. J Pediatr Surg. 2020. [2] Mihailovic J, Nikoletic K, Srbovan D. Recurrent disease in juvenile differentiated thyroid carcinoma: prognostic factors, treatments, and outcomes. J Nucl Med 2014.[3]. G.Francis, S.Waguespack, A.Bauer, G.Thompson, S.Yamashita: Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, 2015.