

Conduite à tenir  
devant  
un nodule de la thyroïde en  
fonction de son score Tirads

## Indications de l'échographie de la thyroïde

- Pas de dépistage dans la population générale
- Interrogatoire :
  - ATCD familiaux : Kc médullaire, papillaire.
  - ATCD d'irradiation cervicale.
- Ex clinique : Nodule ou Goitre / adénopathie cervicale / signe de dysthyroïdie
- Découverte fortuite : Doppler, Scanner, TEP
- Couplée au dosage de la TSH

# Tirads

Thyroid Imaging Report And  
Database System

- Standardisation de la description du nodule
- Evaluation du risque de cancer
  - Tirads 1 : normal
  - Tirads 2 : bénin
  - Tirads 3 : risque Kc < 2-4%
  - Tirads 4 : risque Kc : 6 à 17%
  - Tirads 5 : risque Kc : 25 à 87%

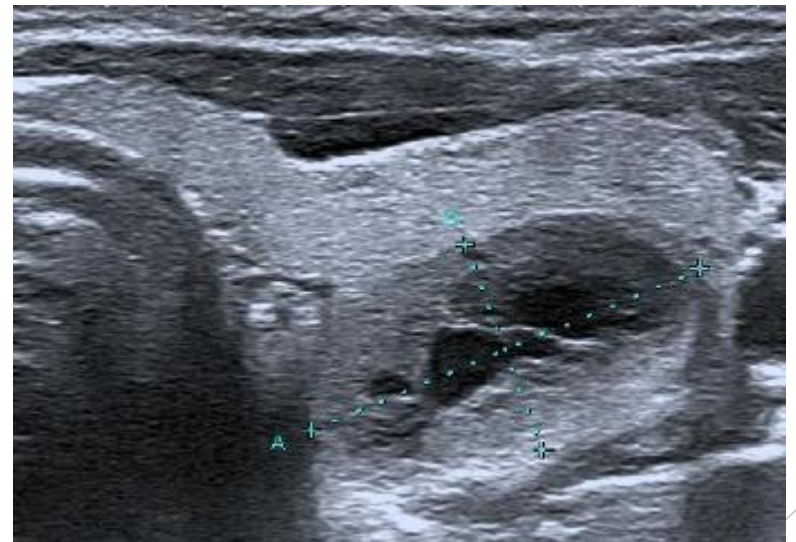
# Standardisation de la description du nodule thyroïdien

<b>Nodule</b>	<b>Suspect</b>	<b>Non suspect</b>
<b>Forme</b>	Non ovale	oblongue
<b>Contours</b>	Flous, irréguliers, festonnés	Nets
<b>Fortement hypoéchogène</b>	Oui	Non
<b>Calcifications</b>	Oui	Non

Au moins un signe suspect = Tirads 5 -> Ponction

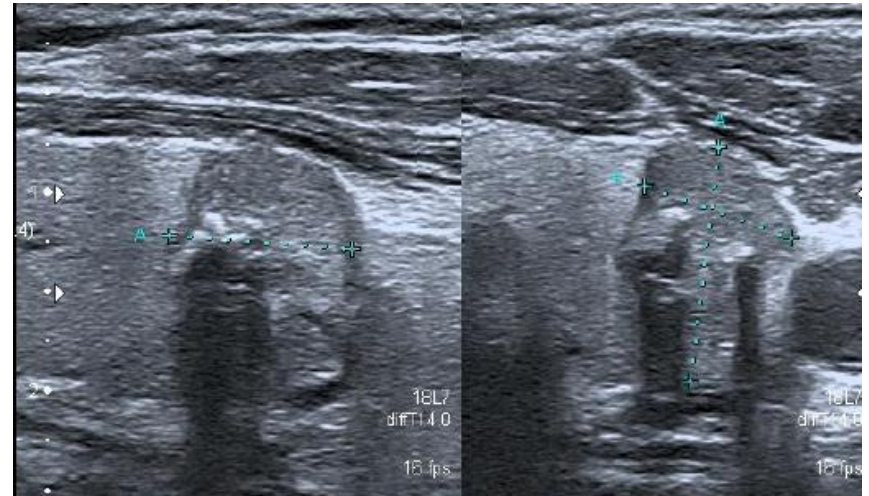
- Forme ovale

Tirads

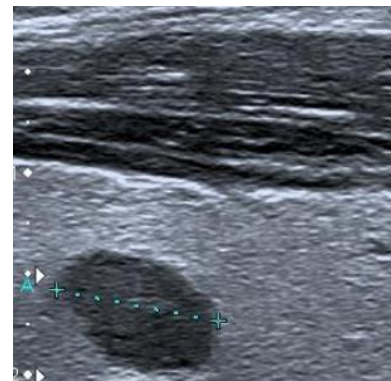


Nodule Suspect

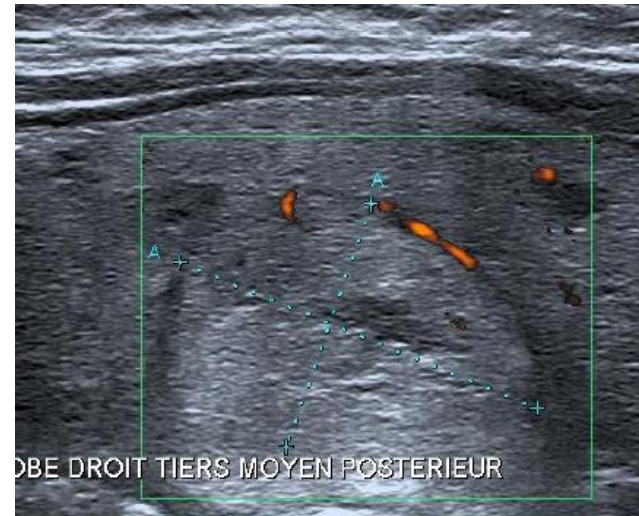
TIRADS 5 (RISQUE ↗) (5% DES NODULES)



TIRADS 5 (RISQUE ↗)

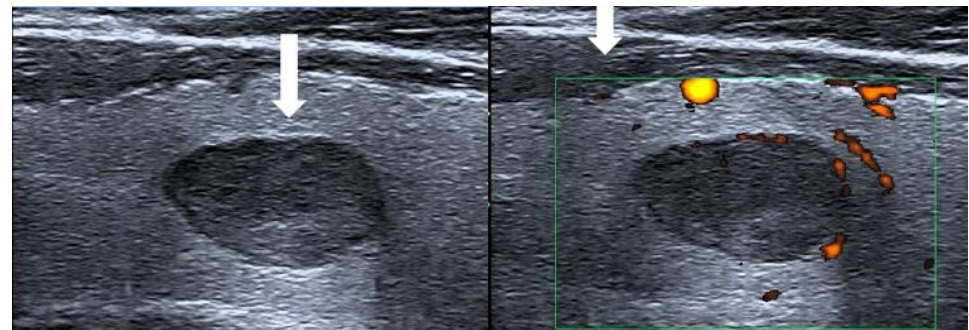


TIRADS 3 (RISQUE ↘) (63% DES NODULES)



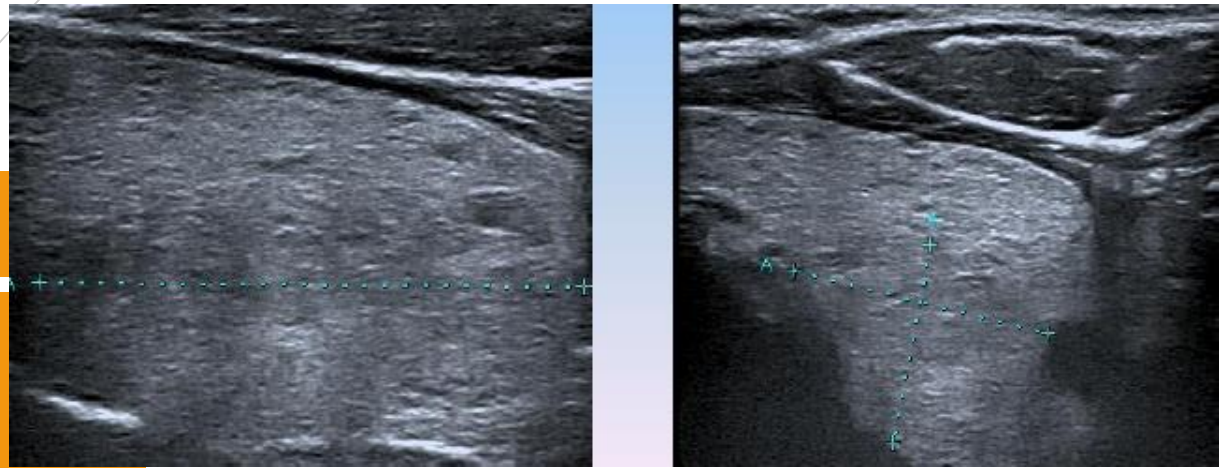
Nodule faiblement suspect

TIRADS 4 (RISQUE →) (27% DES NODULES)



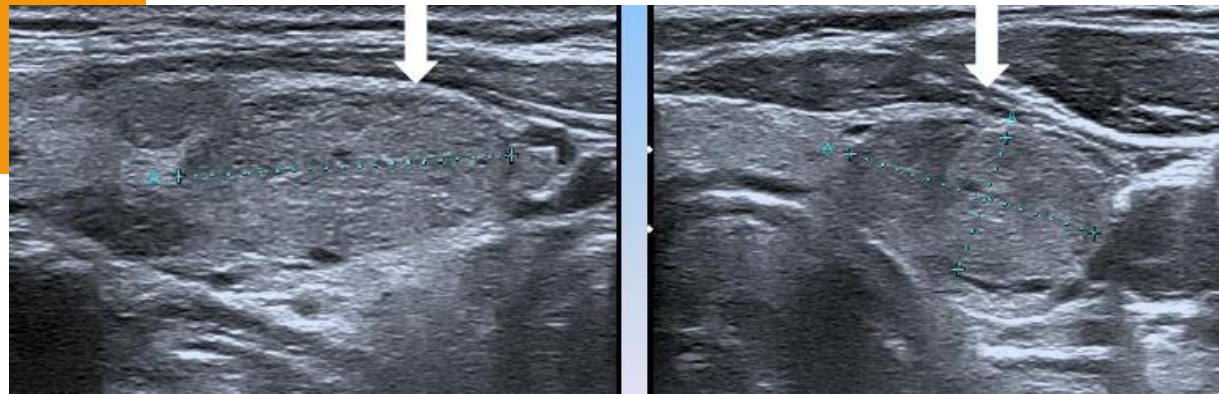


TIRAD 3



Nodule non  
suspect

TIRAD 3



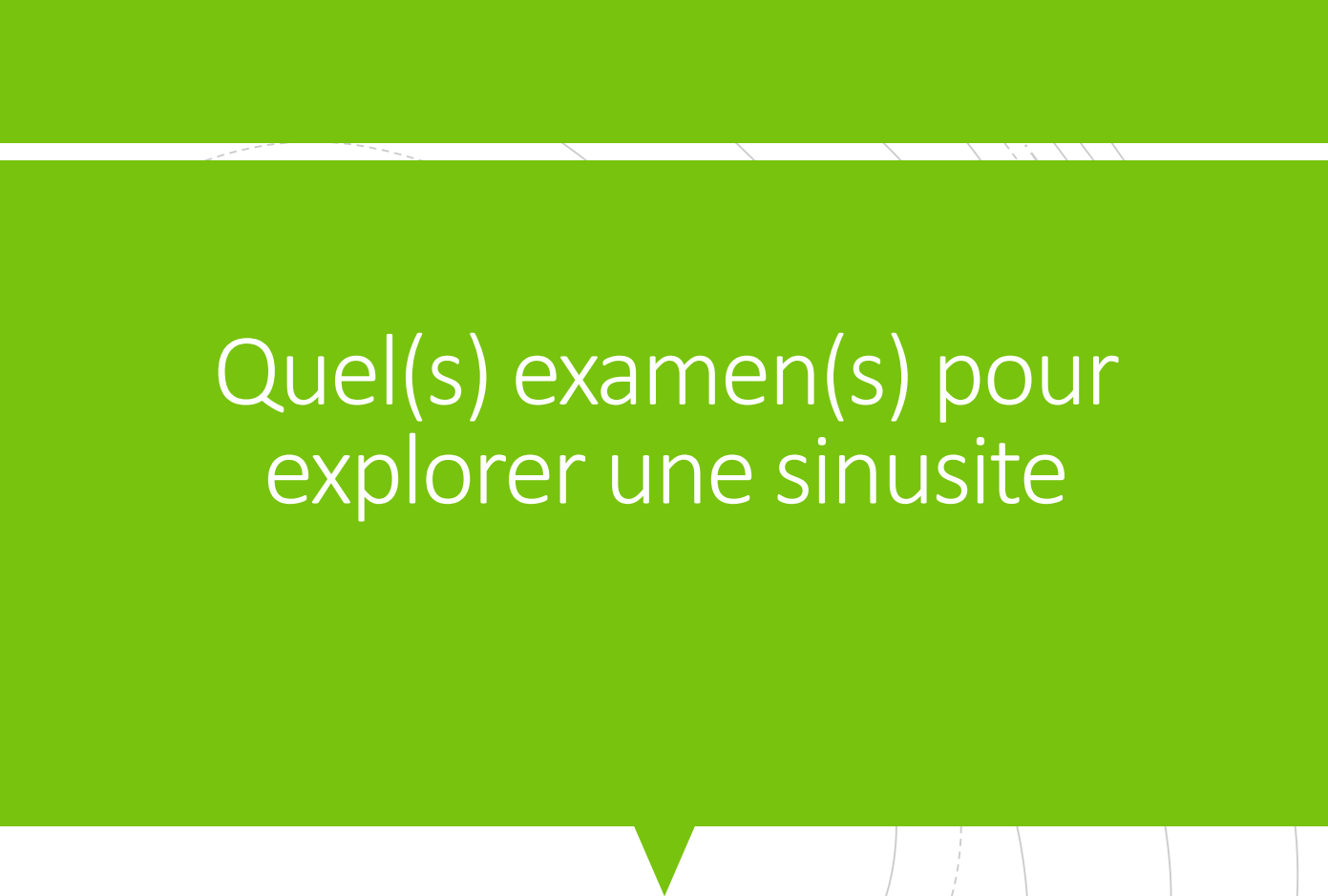


## Indications à la ponction

- Ponction cytologique ( $\neq$  microbiopsie)
- Le couple : Echographiste-Cytologiste qui vérifie la cellularité du produit de ponction.
- TSH normale.
- Nodule Tirads 5 (> à 1 critère suspect)
- Nodule Tirads 4 > 10 mm. (modérément hypoéchogène - sans critère suspect)
- Nodule Tirads 3 > 20 mm.

## Surveillance après Ponction

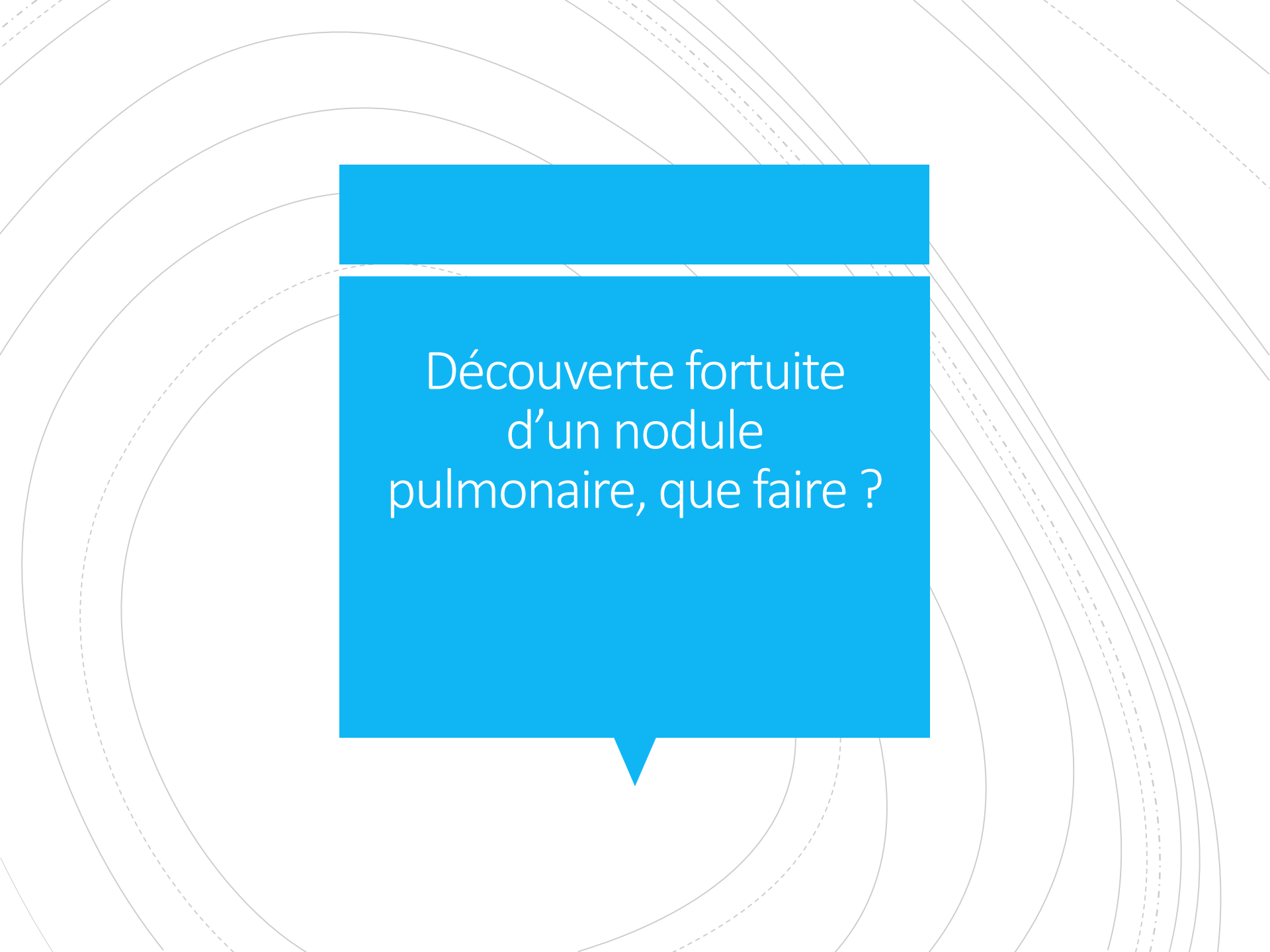
- Suivi par échographie à 6-18 mois puis à 3-5 ans.
- Nouvelle ponction si :
  - Nodule ↗ de plus de 20% en 1 an (+2mm dans chaque diamètre).
  - Apparition d'un caractère suspect.



Quel(s) examen(s) pour  
explorer une sinusite

## Bilan d'une sinusite

- Sinusite aiguë
  - Aucun examen
  - Scanner sans injection (low dose) si résistance au Tt
  - Radiographie des sinus : non indiqué
- Sinusite chronique
  - Scanner sans injection (low dose) :
    - Identifie l'atteinte des sinus et son étendue
    - Recherche des variantes de la normale
    - Recherche un foyer infectieux dentaire
  - Panoramique dentaire



Découverte fortuite  
d'un nodule  
pulmonaire, que faire ?

Découverte  
fortuite nodule  
pulmonaire

Nodule solide

## Taille

Taille	Probabilité de malignité
$\leq 5$ mm	0.1 – 1 %
5 – 10 mm	1 – 30 %
8 – 10 mm	10 – 30 %
> 10 mm	30 – 80 %



Découverte  
fortuite nodule  
pulmonaire

## Nodule solide

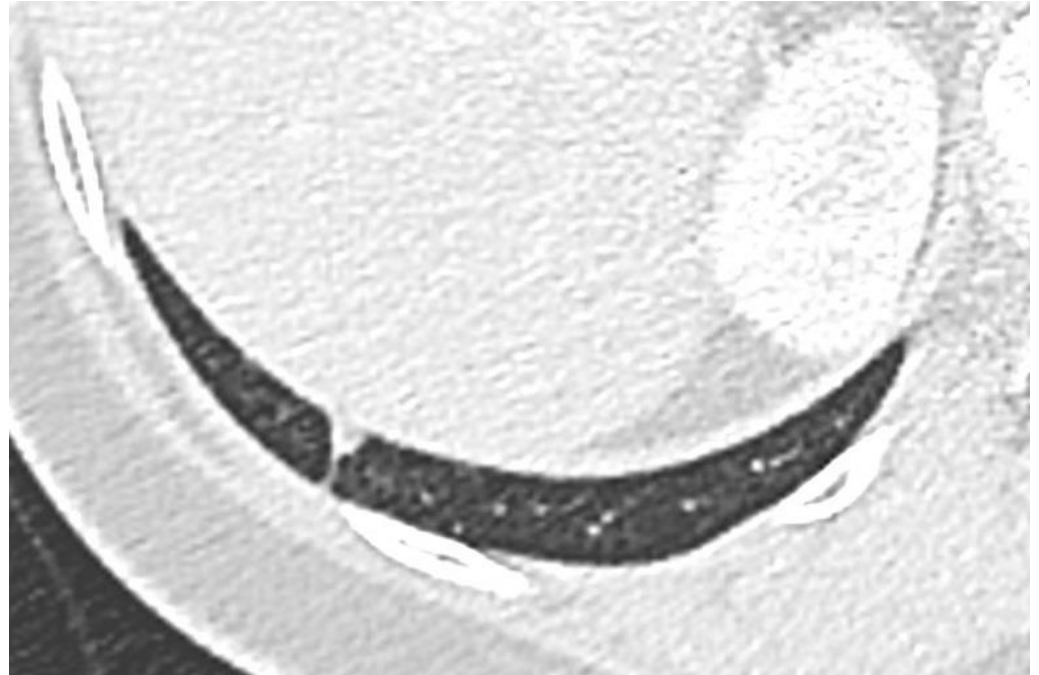
Taille nodule en mm	Patient à faible risque	Patient à haut risque
≤ 4	Pas de suivi	TDM à 12 mois
4 - 6	TDM à 12 mois	TDM 6-12 mois puis 18-24 mois
6 - 8	TDM 6-12 mois puis 18-24 mois	TDM 3, 9 et 24 mois, TEP et/ou Biopsie
> 8	TDM 3, 9 et 24 mois, TEP et/ou Biopsie	

Découverte  
fortuite nodule  
pulmonaire

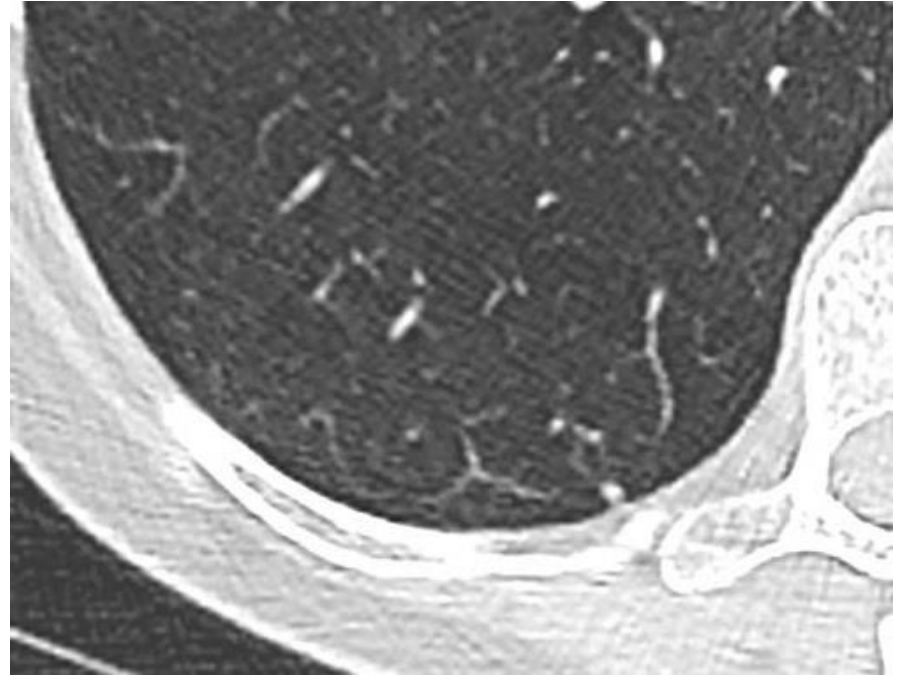
## Temps de croissance

Type anatomo-pathologique	Temps de doublement
Carcinome épidermoïde périphérique	122 j +/- 68
Adénocarcinome avec composante bronchiolo-alvéolaire	384 j +/- 212
Carcinome bronchiolo-alvéolaire	567 j +/- 168
Hyperplasie alvéolaire atypique	988 j +/- 470

Micronodule  
bénin



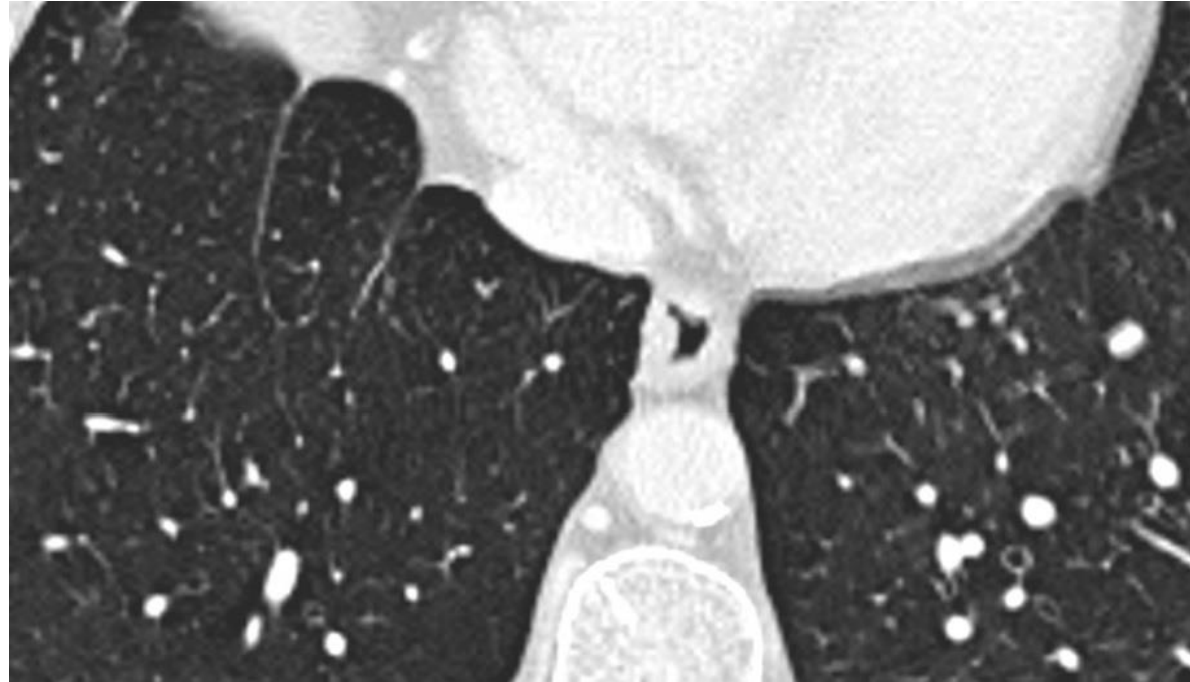
Micronodule  
bénin



Evolution d'un  
micronodule



Evolution d'un  
micronodule





Evolution d'un  
micronodule



Evolution d'un  
micronodule

