



2ème Session Visioconférence

29/06/2021

Objectifs :

- Diagnostics
Echographiques
Cytologiques
- Conduites à tenir – Recommandations
- Nouvelles solutions diagnostiques et thérapeutiques



2ème Session Visioconférence

29/06/2021

Programme Session n°2 :

- Que faire des cytoponctions non diagnostiques (BETHESDA 1)

Catégorie 1 BETHESDA

Non diagnostique

Quelle conduite à tenir ?



Dr Laetitia COLLIN

Medipath Toulouse

l.lacoste-collin@medipath.fr

Dr Sébastien FONTAINE

Clinique Rive Gauche

IUCT - Oncopole

Dr Slimane ZERDOUD

IUCT - Oncopole

Cas clinique

Mme P. 36 ans

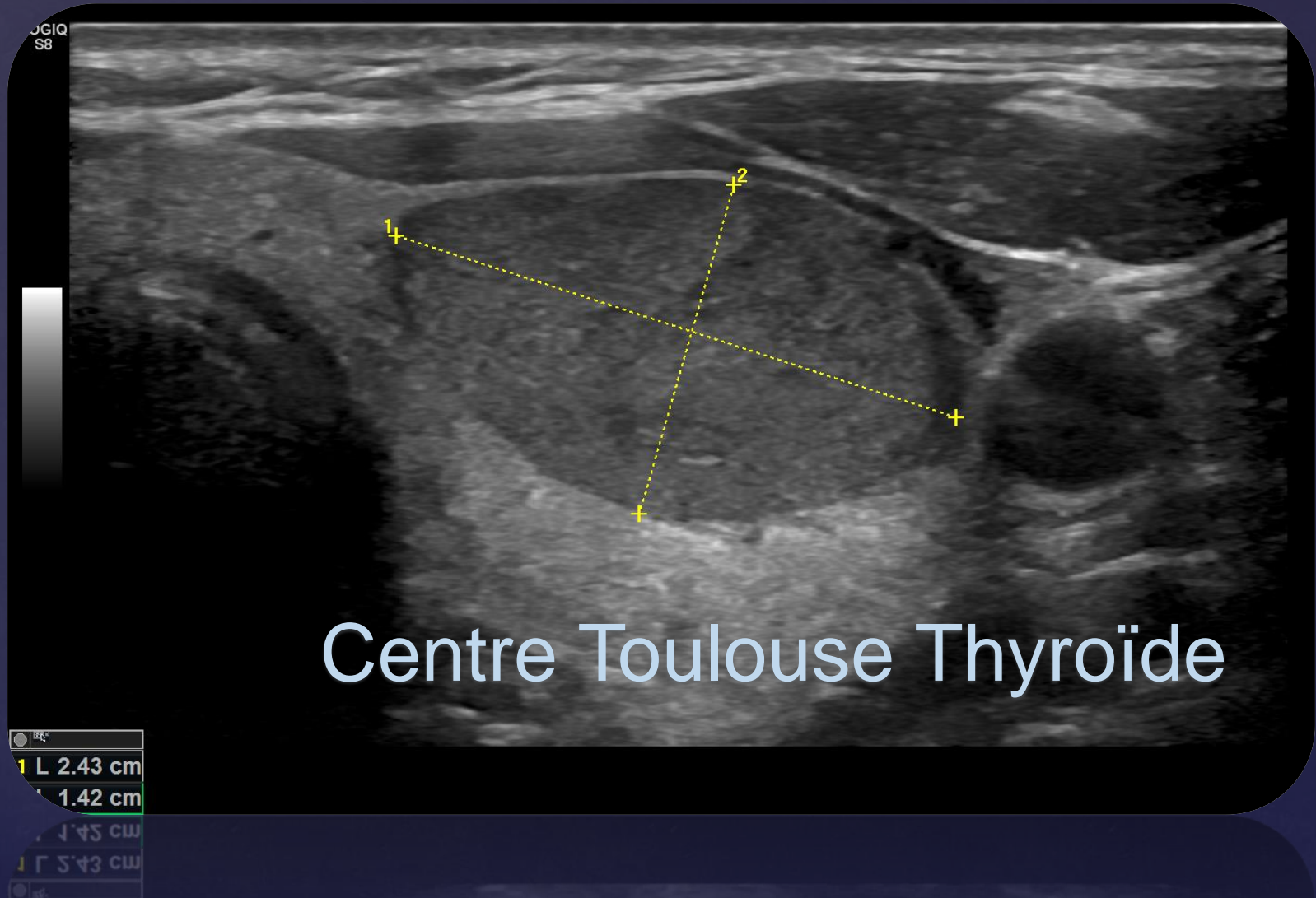
Découverte fortuite sur une IRM cervicale d'un nodule de 24mm du lobe droit non connu antérieurement. Pas de gêne cervicale.

Biologie normale : TSH = 1,24uU/ml

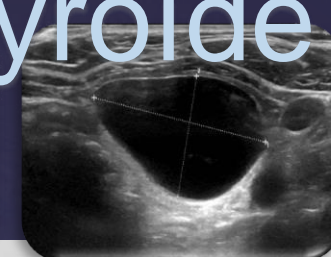
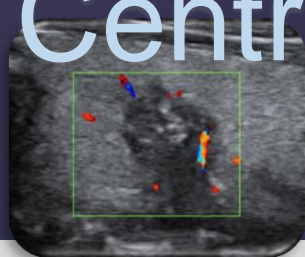
Mode de découverte (n = 962 nodules)		Cytologie maligne*
Nodule palpé par le patient	16%	6.5 %
Nodule non palpé par le patient	84%	4.5%
- Imagerie (doppler, TDM, IRM, TEP-FDG)	33%	
- Palpation / médecin	24%	
- Dysthyroïdie	14%	
- Autre	13%	

* Cytoponction faite pour 66% des cas

Cas clinique



Centre Toulouse Thyroïde



Forme non ovale
Contours irréguliers
Microcalcifications
Hypoéchogénéité marquée

Modérément
hypoéchogène

Entièrement
Isoéchogène ou
Hyperéchogène

Anéchogène
ou entièrement
spongiforme

Risque élevé
EU-TIRADS 5

Risque
intermédiaire
EU-TIRADS 4

Risque faible
EU-TIRADS 3

Bénin
EU-TIRADS 2

Risque 26-87%
4% des nodules

Risque: 6-17%
28% des nodules

Risque 2-4%
63% des nodules

Risque ≈ 0%
5% des nodules

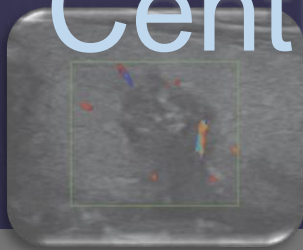
Dès 7-10 mm

> 15 mm

> 20 mm

> 20 mm +
compression

Centre Toulouse Thyroïde



Forme non ovale
Contours irréguliers
Microcalcifications
Hypoéchogénéité marquée

Risque élevé
EU-TIRADS 5

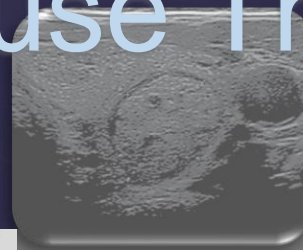
Risque 26-87%
4% des nodules



Modérément
hypoéchogène

Risque
intermédiaire
EU-TIRADS 4

Risque: 6-17%
28% des nodules



Entièrement
Isoéchogène ou
Hyperéchogène

Risque faible
EU-TIRADS 3

Risque 2-4%
63% des nodules



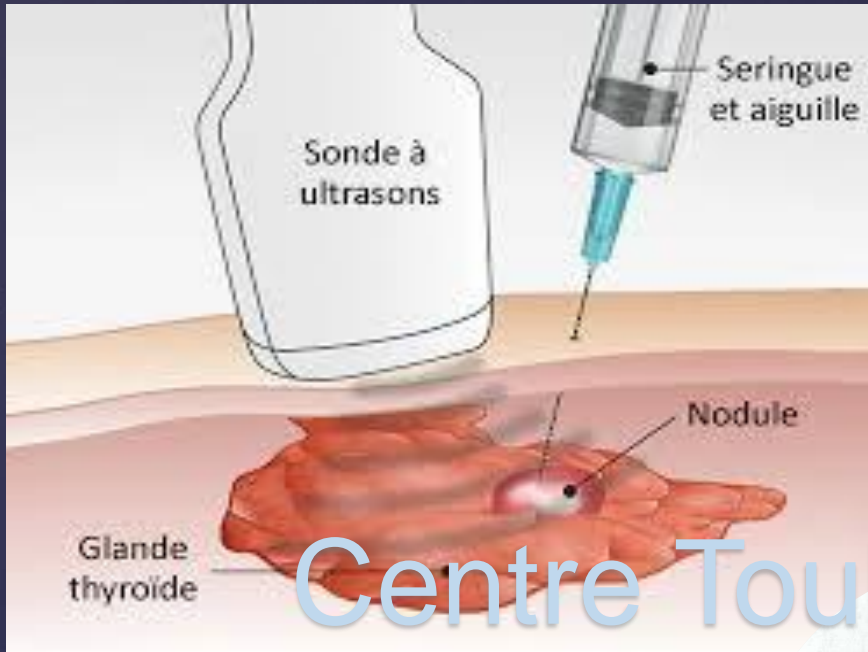
Anéchogène
ou entièrement
spongiforme

Bénin
EU-TIRADS 2

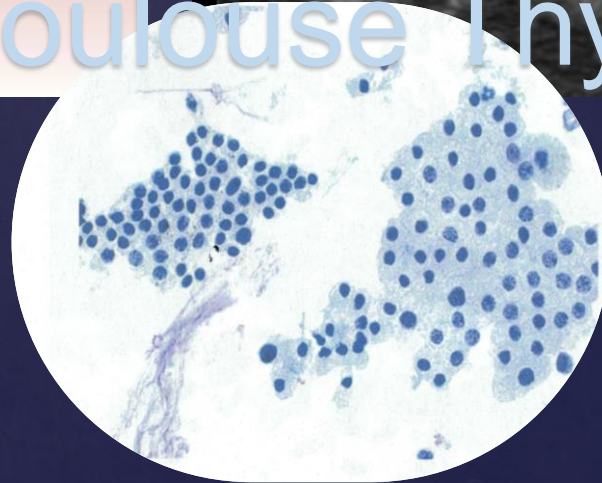
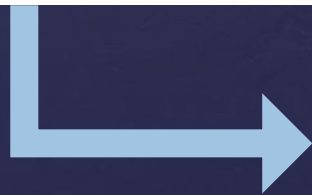
Risque ≈ 0%
5% des nodules

> 15 mm

Cytoponction échoguidée



Centre Toulouse Thyroïde



2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology

Diagnostic Category	ROM if NIFTP not cancer	ROM if NIFTP is cancer	Management
Nondiagnostic/unsatisfactory Cyst fluid only Acellular specimen Other: Obscuring factors	5–10%	5–10%	Repeat fine needle aspiration under ultrasound guidance
Benign Benign follicular nodule Chronic lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis, in proper clinical setting Granulomatous (subacute) thyroiditis	0–3%	0–3%	Clinical and US follow-up until two negative
Atypia of undetermined significance/ follicular lesion of undetermined significance	6–18%	10–30%	Repeat FNA, molecular testing, or lobectomy
Follicular neoplasm/ suspicious for a follicular neoplasm (Specify if Hürthle cell type)	10–40%	25–40%	Molecular testing, lobectomy
Suspicious for malignancy	45–60%	50–75%	Lobectomy or near-total thyroidectomy
Malignant Papillary thyroid carcinoma Medullary thyroid carcinoma Poorly differentiated carcinoma Undifferentiated (anaplastic) carcinoma Squamous cell carcinoma Carcinoma with mixed features Metastatic malignancy Non-Hodgkin lymphoma Other	94–96%	97–99%	Lobectomy or near-total thyroidectomy

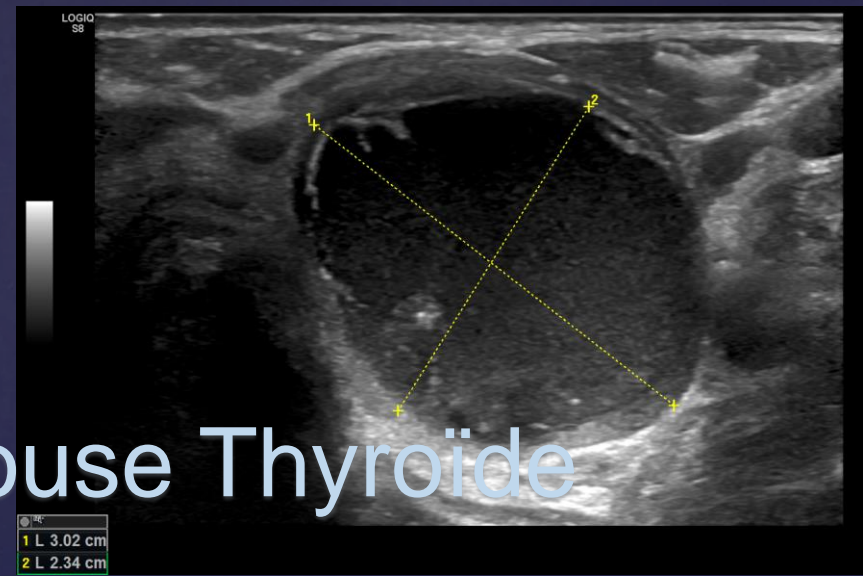
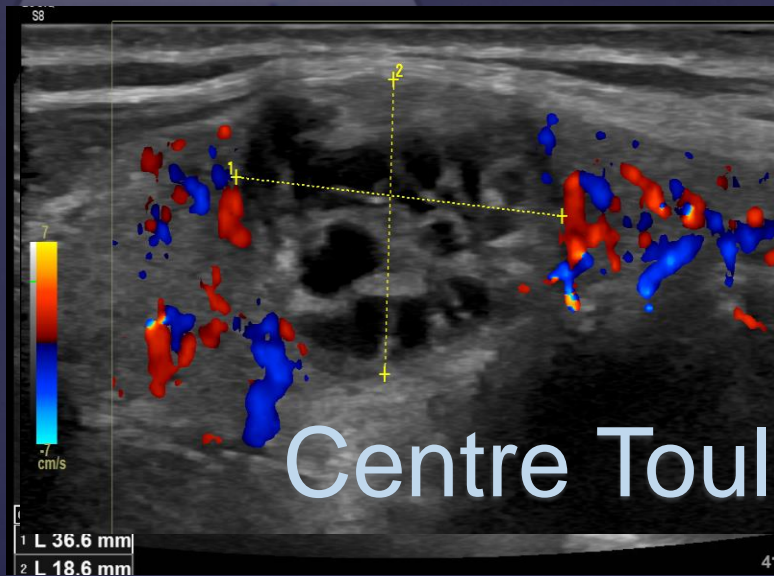
2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology

Diagnostic Category	ROM if NIFTP not cancer	ROM if NIFTP is cancer	Management
Nondiagnostic/unsatisfactory Cyst fluid only Acellular specimen Other: Obscuring factors	5–10%	5–10%	Repeat fine needle aspiration under ultrasound guidance
Benign Benign follicular nodule Chronic lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis, in proper clinical setting Granulomatous (subacute) thyroiditis	0–3%	0–3%	Clinical and US follow-up until two negative
Atypia of undetermined significance/ follicular lesion of undetermined significance	6–18%	10–30%	Repeat FNA, molecular testing, or lobectomy
Follicular neoplasm/ suspicious for a follicular neoplasm (Specify if Hürthle cell type)	10–40%	25–40%	Molecular testing, lobectomy
Suspicious for malignancy	45–60%	50–75%	Lobectomy or near-total thyroidectomy
Malignant Papillary thyroid carcinoma Medullary thyroid carcinoma Poorly differentiated carcinoma Undifferentiated (anaplastic) carcinoma Squamous cell carcinoma Carcinoma with mixed features Metastatic malignancy Non-Hodgkin lymphoma Other	94–96%	97–99%	Lobectomy or near-total thyroidectomy

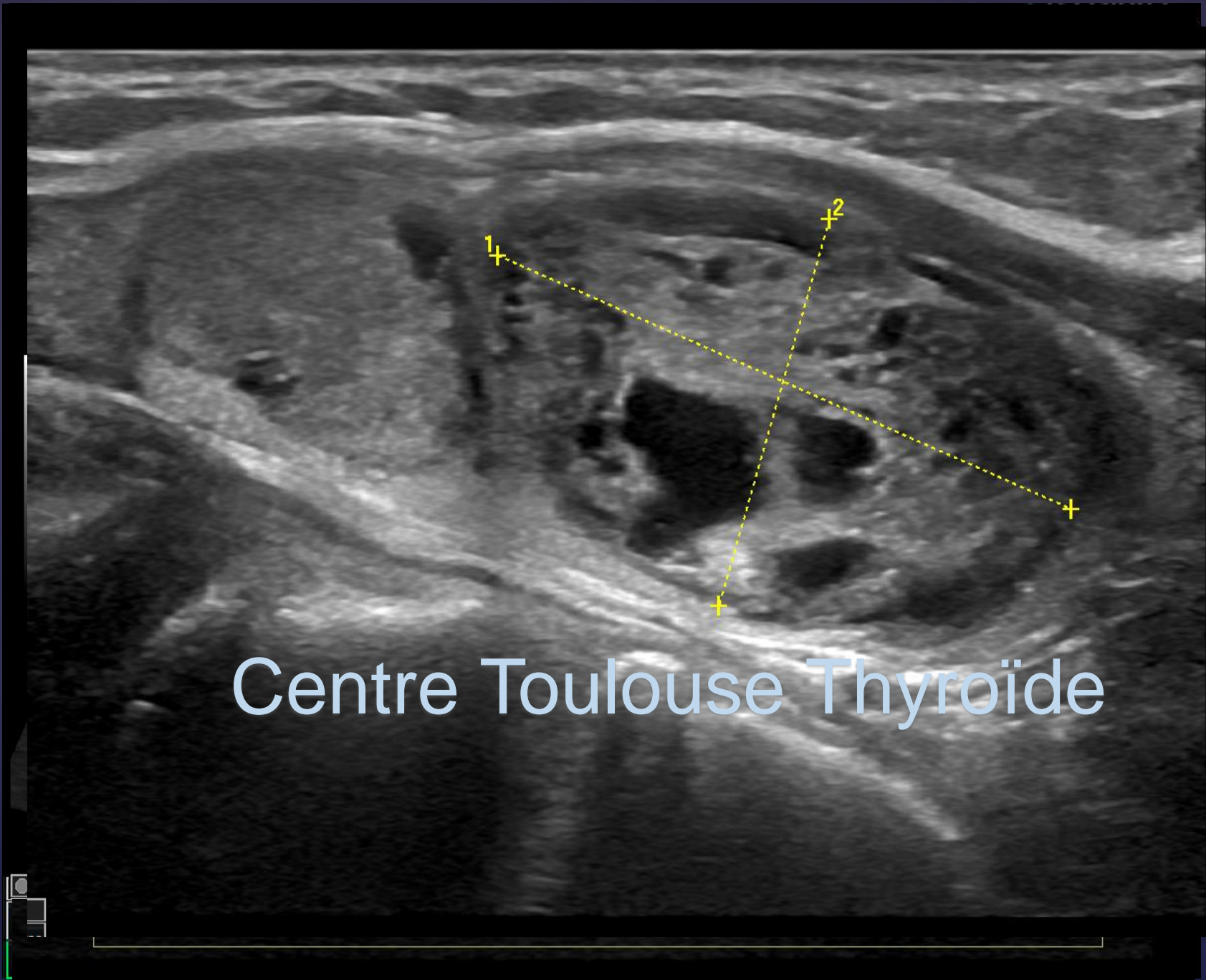
Nodule non contributifs de façon « attendue »



- Kyste pur (ou simple)
- Nodule spongiforme



Centre Toulouse Thyroïde



Centre Toulouse Thyroïde

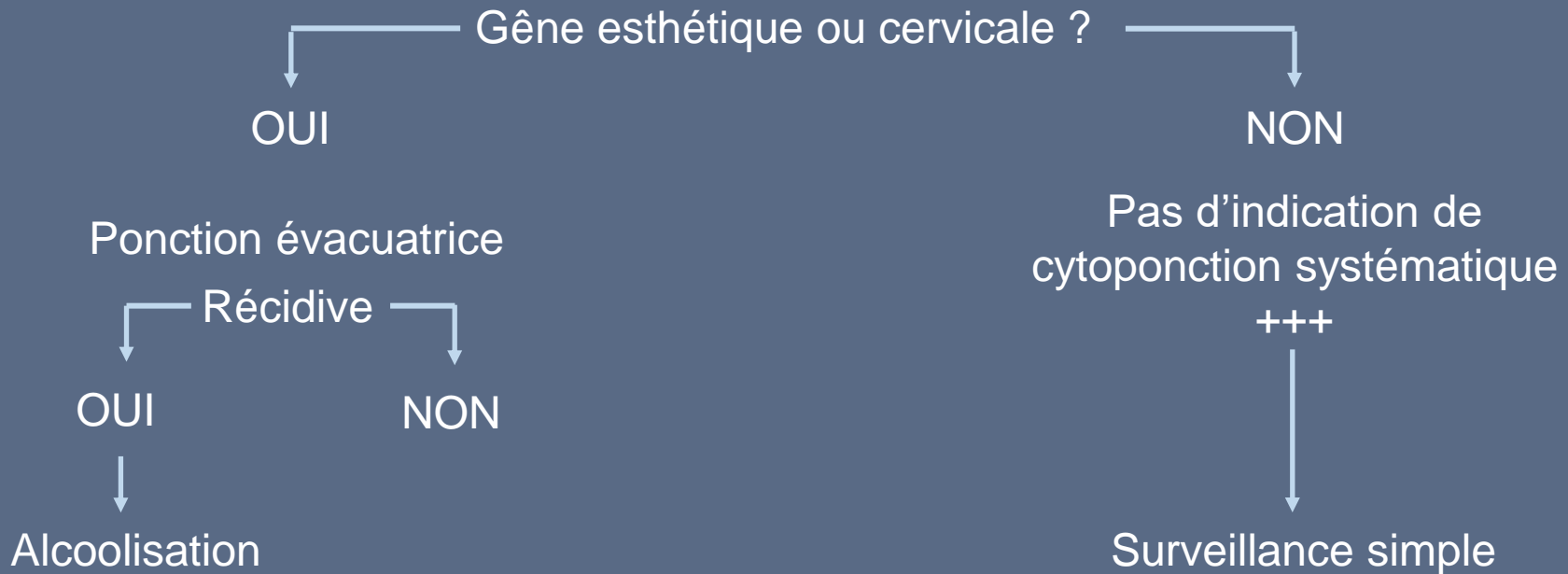
Nodule non contributifs de façon « attendue »



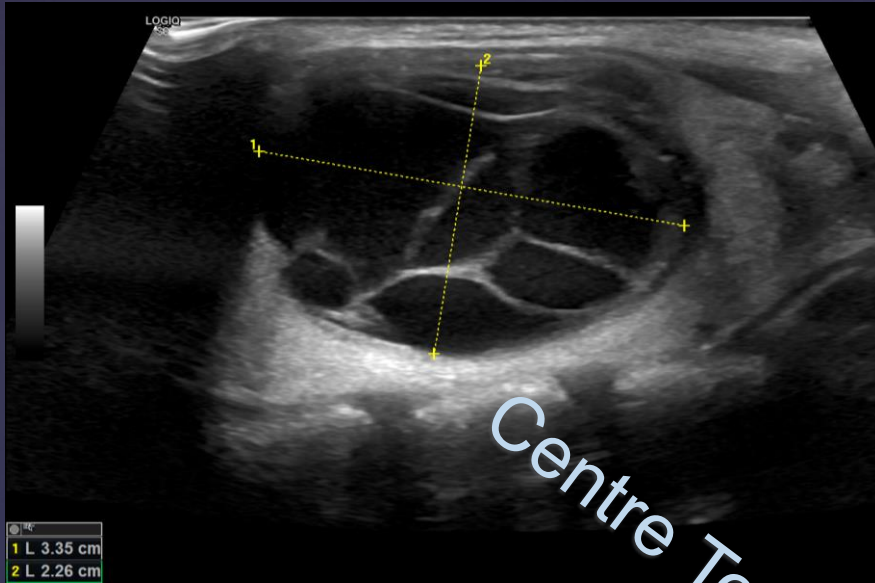
- **Kyste pur (ou simple)**
- Nodule spongiforme

Centre Toulouse Thyroïde

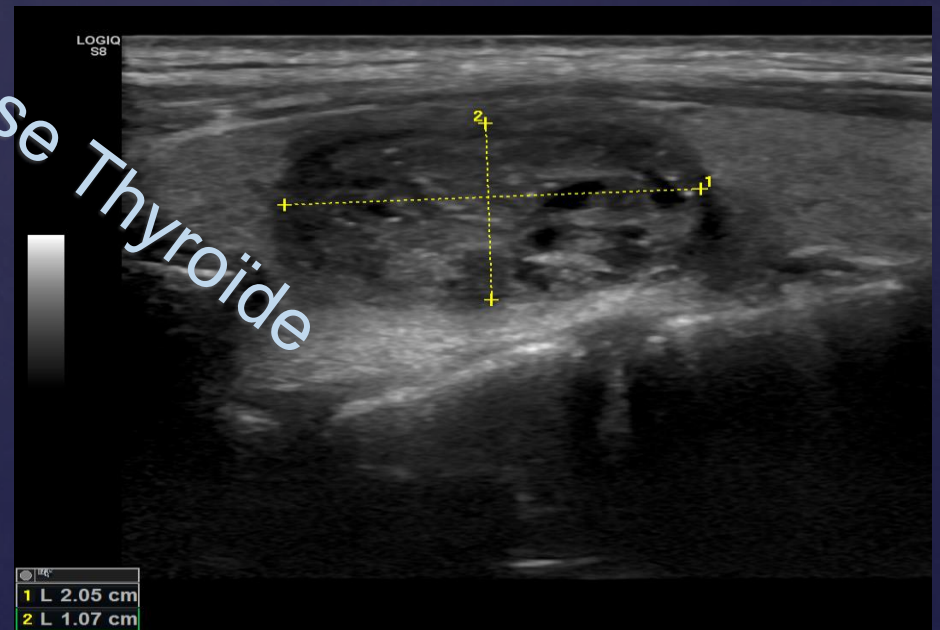
Kyste pur



Nodule non contributifs de façon « attendue »



Alcoolisation à 1 mois



Nodule non contributifs de façon « attendue »



- Kyste pur (ou simple)
- **Nodule spongiforme**

Centre Toulouse Thyroïde

Nodule spongiforme

Gêne esthétique ou cervicale ?

OUI

Thermo-ablation par RF ou
Chirurgie

Cytoponction si
portion tissulaire
significative

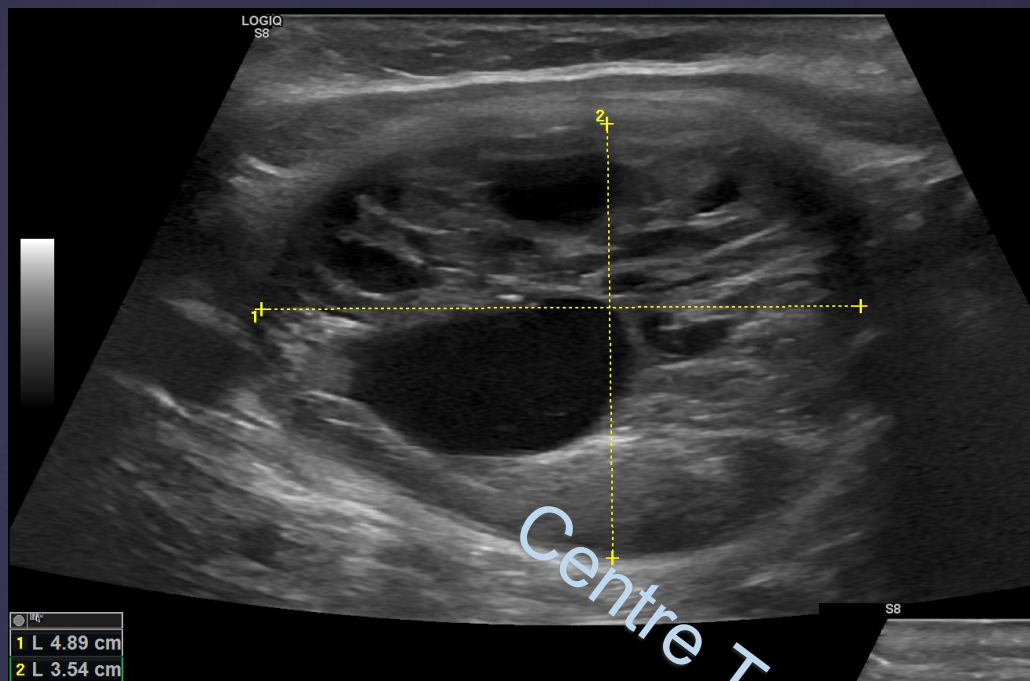
NON

Pas d'indication de
cytoponction systématique

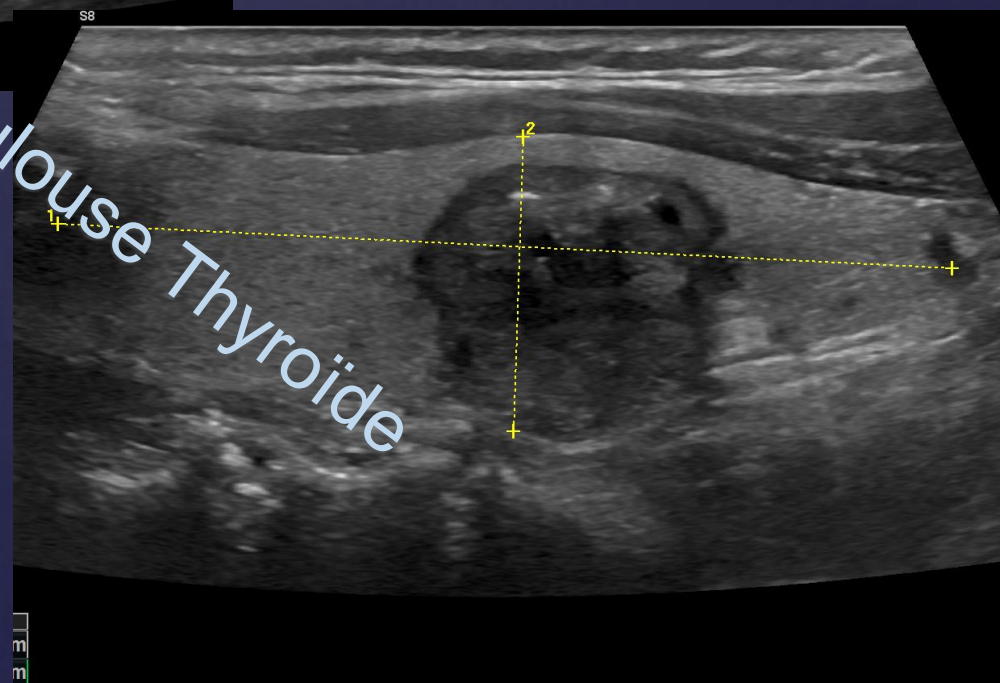
+++

Surveillance simple

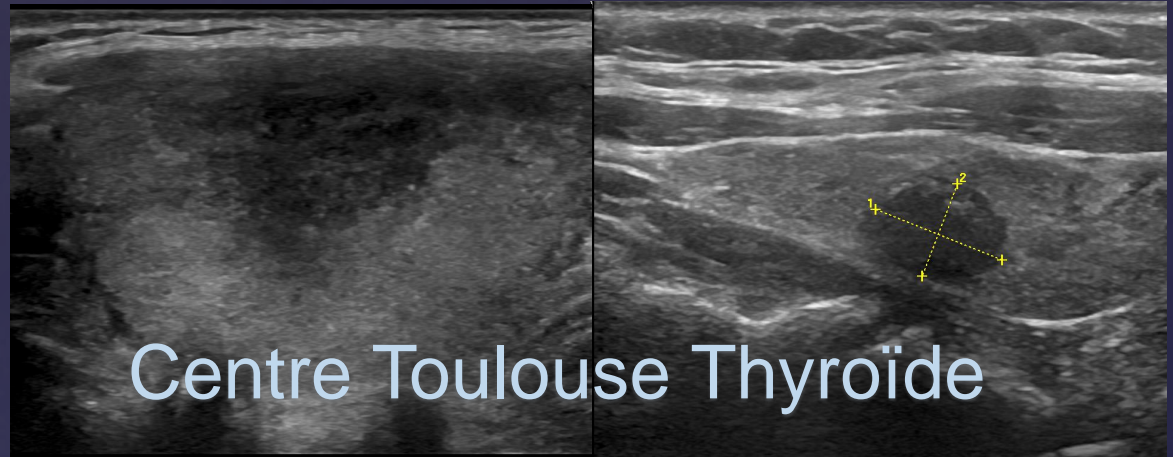
Nodule non contributifs de façon « attendue »



Thermo-ablation à 1 mois



Nodule non contributifs de façon « attendue »



- **Nodule toxique**

Pas d'indication systématique de cytoponction si toxicité en scintigraphie et absence de critères forts de malignité à l'échographie.

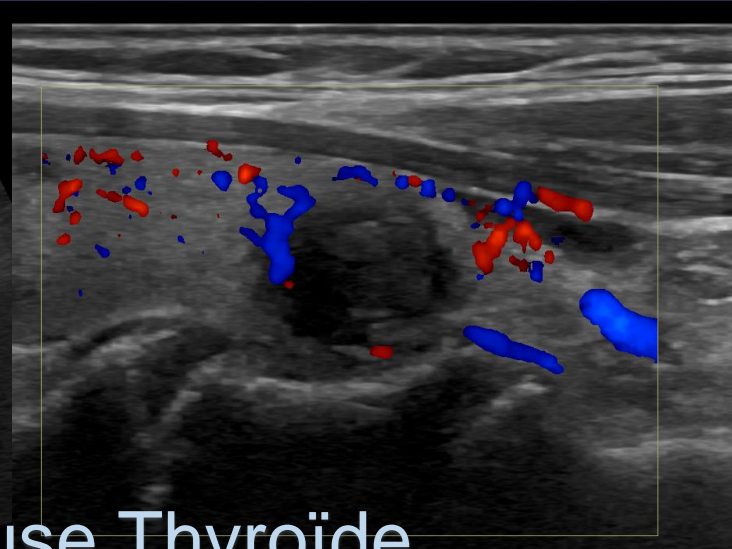
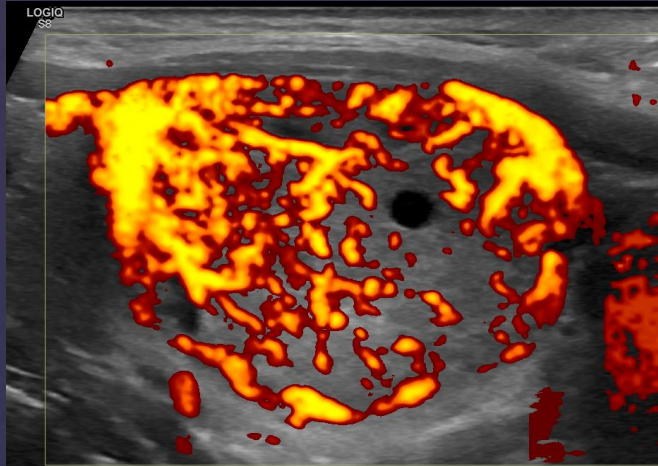
- **Nodule de résorption**

Importance de l'historique +++ : Kyste ayant évolué vers la résorption.

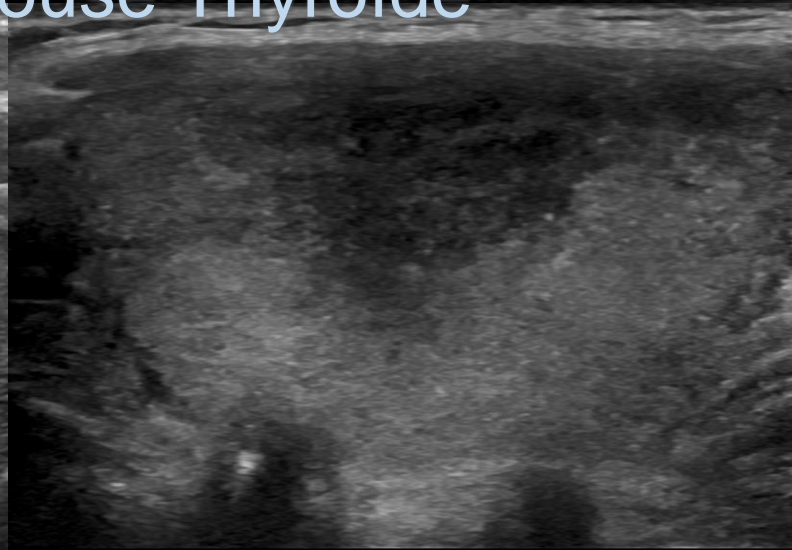
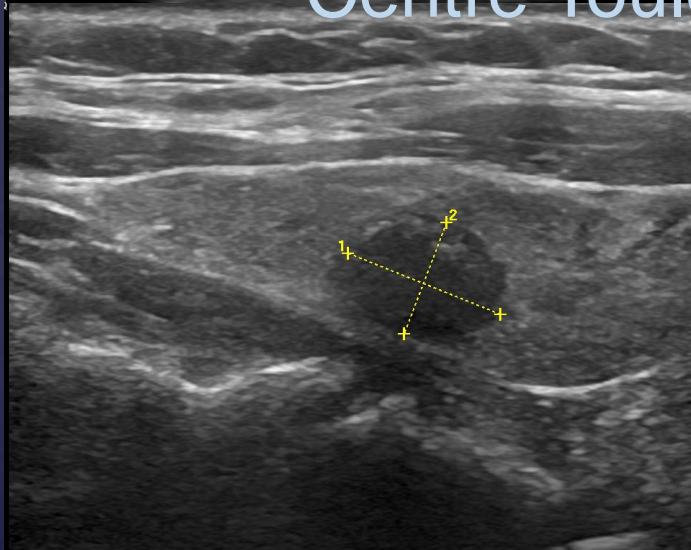
- **Nodule inflammatoire** sur thyroïdite sub-aiguë ou auto-immune

Importance du contexte clinique +++

Nodule non contributifs de façon « attendue »



Centre Toulouse Thyroïde



Nodule non contributifs de façon « attendue »



Facteurs de non-contributivité

Facteurs techniques :

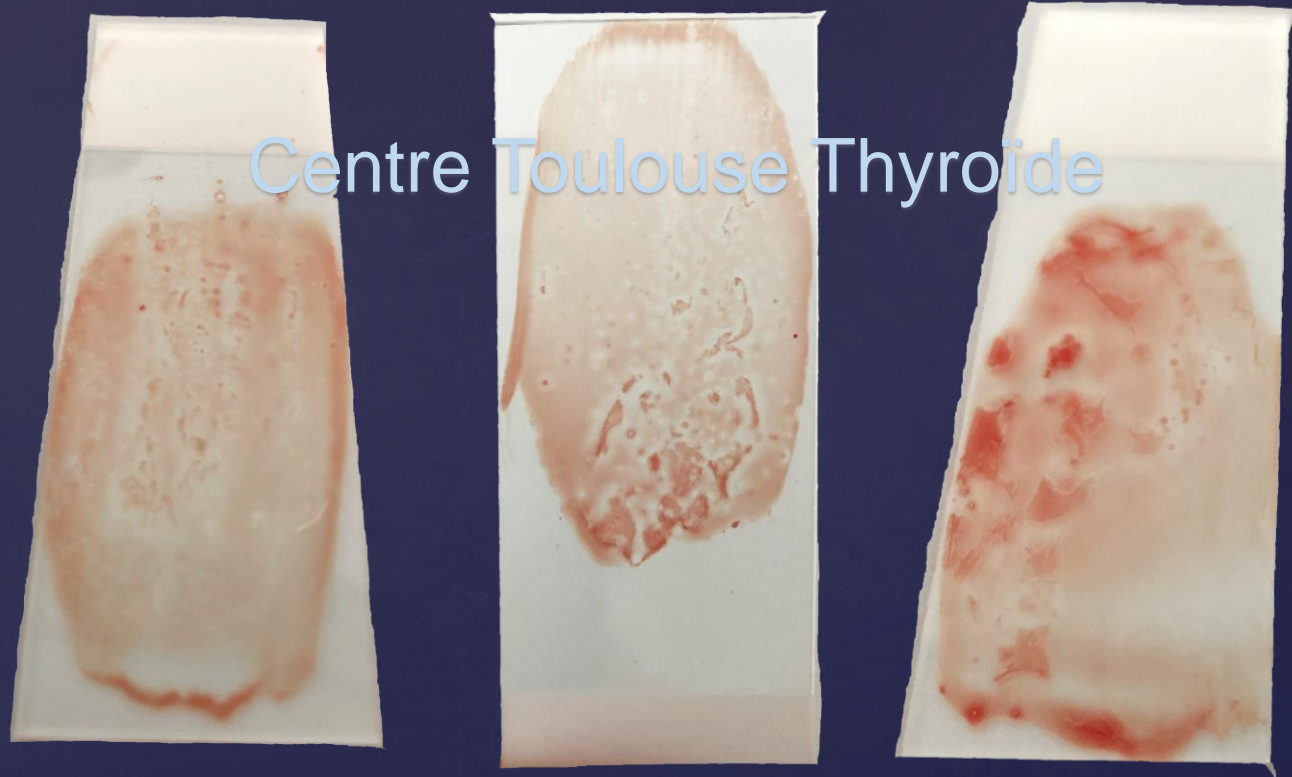
- Matériel mal adapté : Utiliser des aiguilles fines de 25 ou 27G, Capillarité > Aspiration, Radiaire, Milieu liquide
- Habitude du préleveur : Courbe d'apprentissage longue

Facteurs structurels :

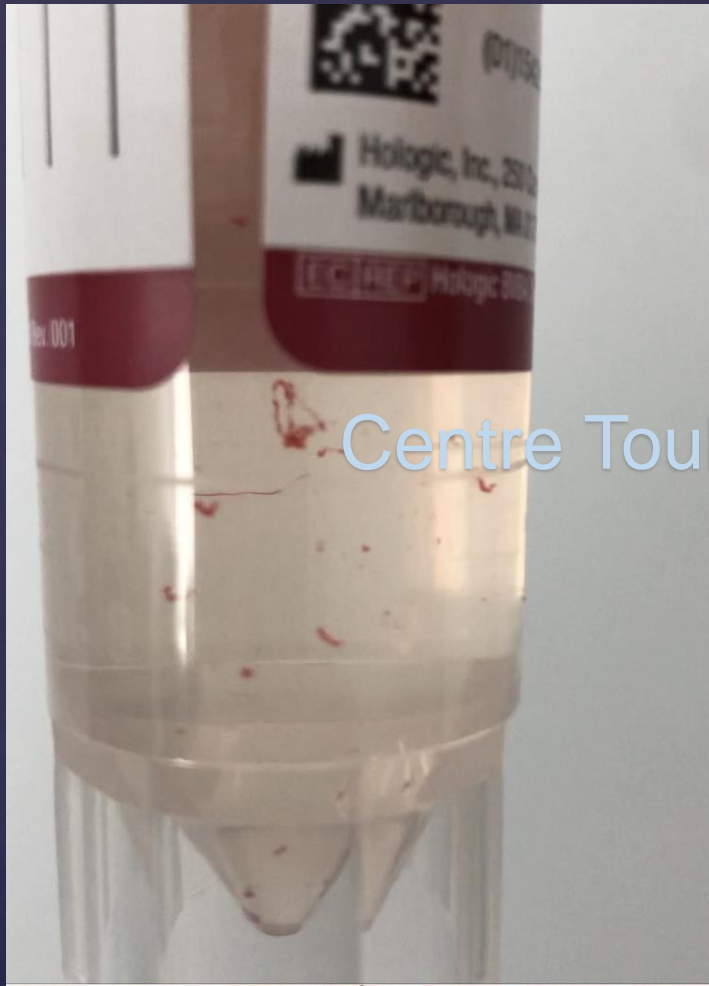
- Nodule mixte en partie spongiforme, peu tissulaire
- Nodule hypervascularisé, Nodule toxique
- Nodule de résorption de kyste, nodule inflammatoire

Nodule non contributif « problématique »

Facteurs techniques : Expérience du préleveur



Nodule non contributif « problématique »



Centre Toulouse Thyroïde

Nodule non contributif « problématique »

1. Recommandation BETHESDA :

Renouveler la cytoponction en centre « expert »

2. Alternatives en cas de Non Diagnostic à deux reprises

« Non évaluable par cytoponction »

Microbiopsie : OUI, MAIS

Volume minimum nécessaire > 2cm grand axe ; > 1cm épaisseur

Moins fiable que la cytologie pour caractériser le nodule +++

Pas de classification de référence

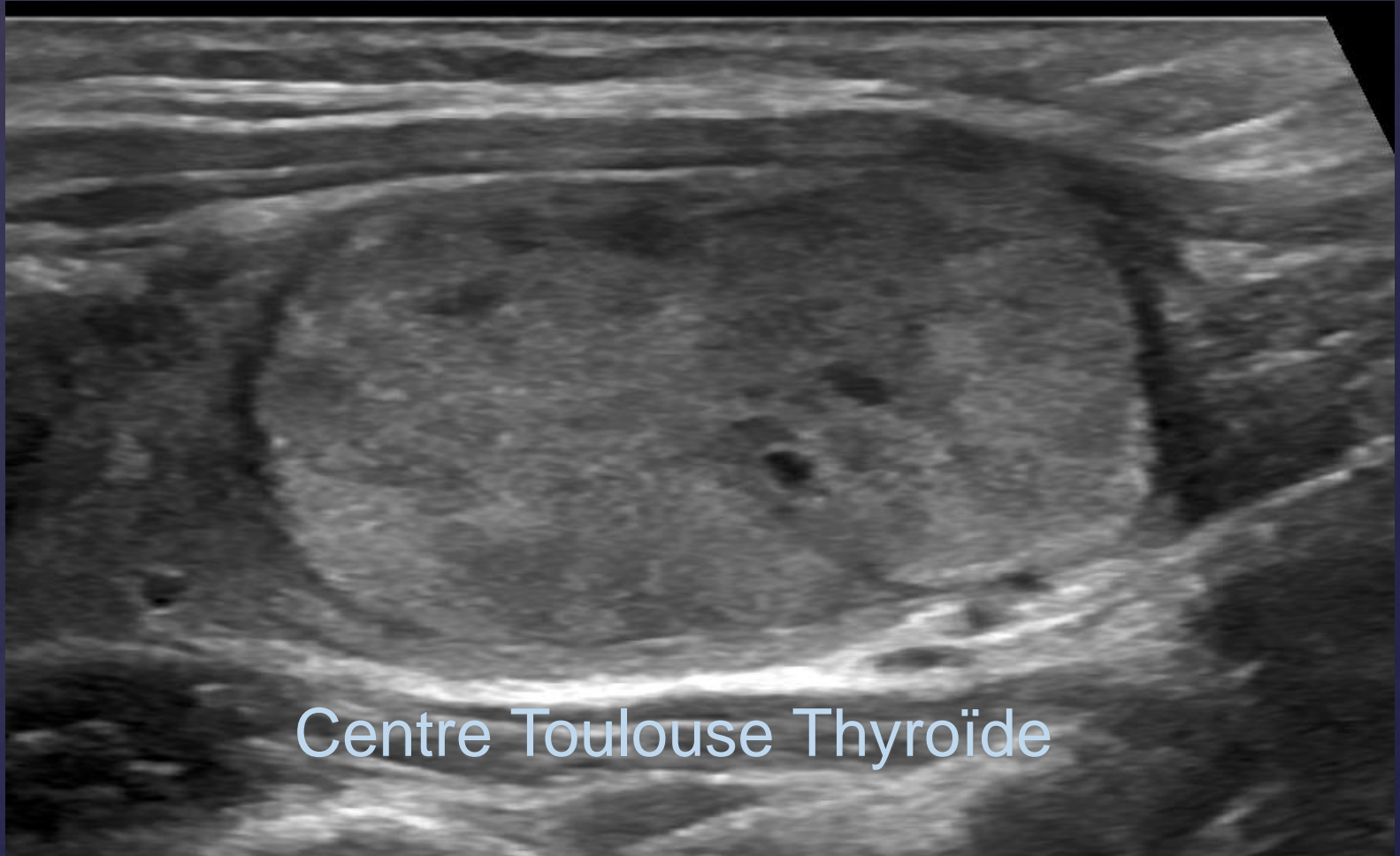


- Intérêt en dernier recours

- Indication particulière pour suspicion de lymphome et anaplasique

Centre Toulouse Thyroïde

Nodule non contributif « problématique »



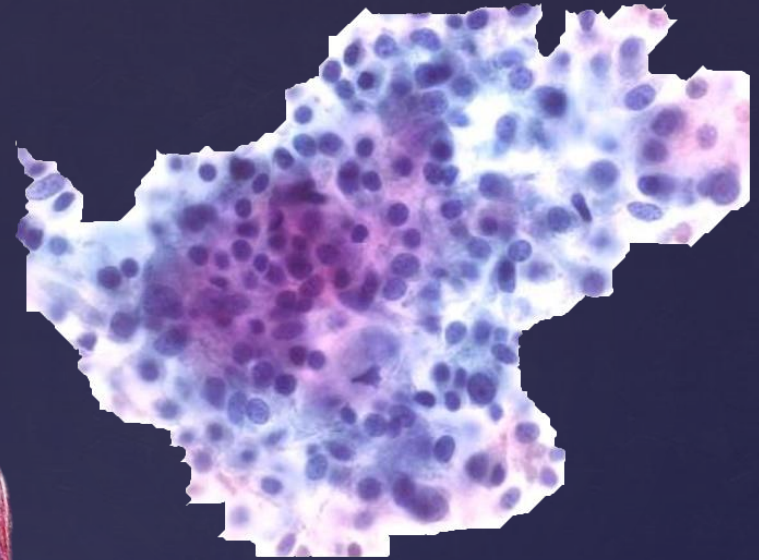
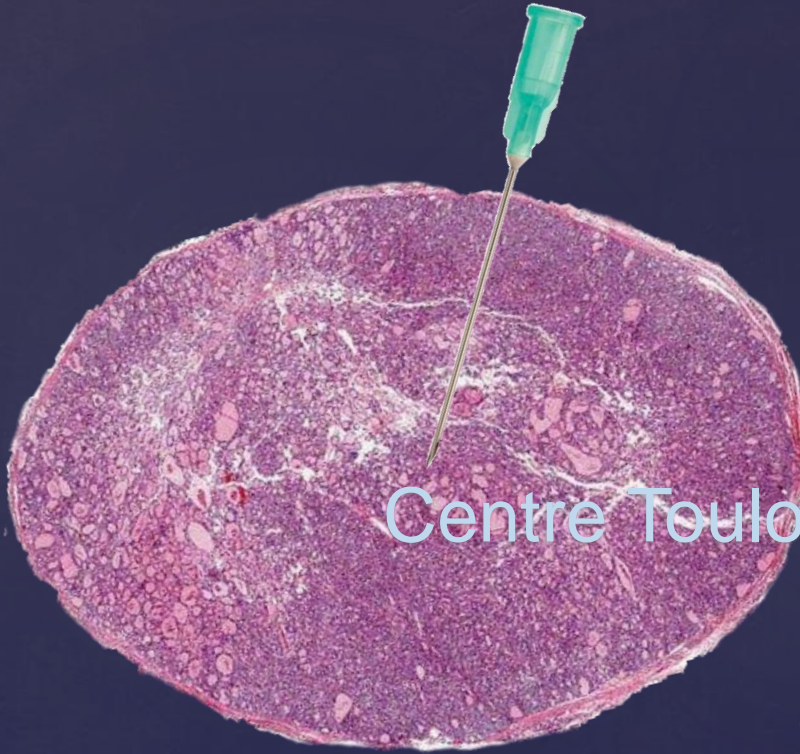
Centre Toulouse Thyroïde

Nodule non contributif « problématique »

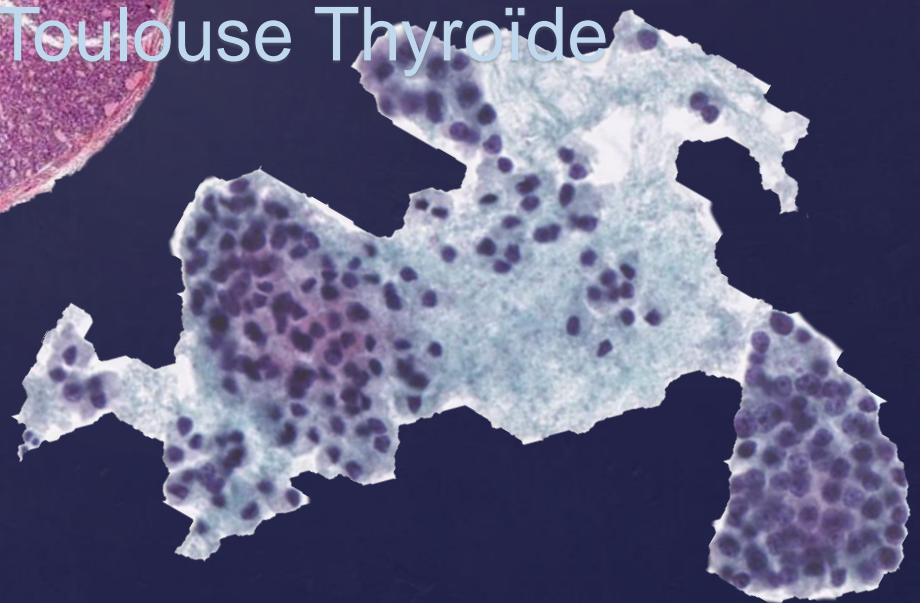


Centre Toulouse Thyroïde

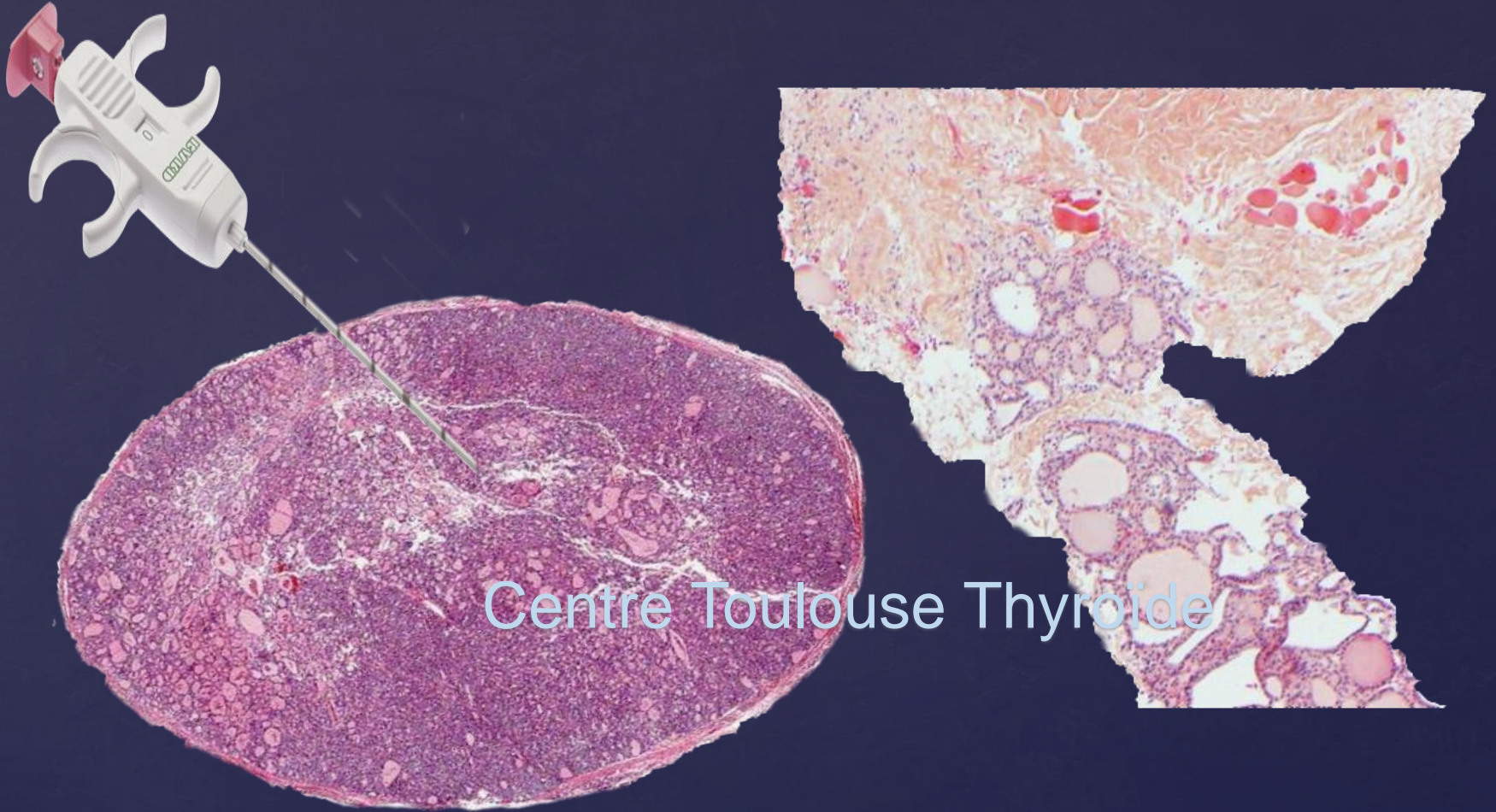
Nodule non contributif « problématique »



Centre Toulouse Thyroïde

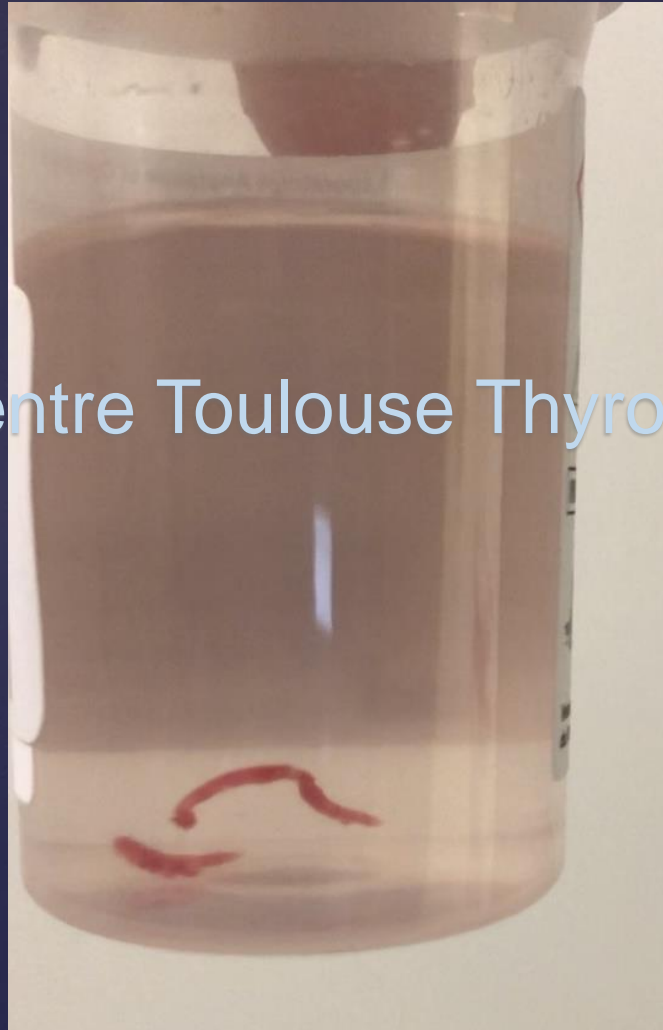


Nodule non contributif « problématique »



Nodule non contributif « problématique »

Centre Toulouse Thyroïde



Nodule non contributif « problématique »

2. Alternatives en cas de Non diagnostic à deux reprises :

- Bilan multi-modal :

Combinaison de plusieurs examens pour aboutir à un score de risque

Echographie – Cytologie +/- Biologie moléculaire – Scintigraphie Iode 123 ou MIBI/Tc – Biologie

Intérêt en cas en terme de **Valeur Prédictive Négative** pour autoriser la surveillance simple.

Faible Valeur Prédictive Positive : Discussion de chirurgie en cas de doute persistant

Centre Toulouse Thyroïde

- ✓ Le **couple Echographie + Cytologie** reste la meilleure évaluation du risque de malignité du nodule thyroïdien
- ✓ Certains nodules restent cependant « **non évaluables par la cytologie** » et sont associés à un **risque de malignité de 5 à 10%**
- ✓ D'autres alternatives existent pour préciser le diagnostic et décider entre la surveillance ou la chirurgie : **Microbiopsie, Evaluation multi-modale**
- ✓ La **chirurgie reste le dernier recours pour le diagnostic**
- ✓ Pour les **nodules indéterminés en cytologie**, la règle reste **l'expertise anatomopathologique complète**.
- ✓ **L'évaluation multi-modale** peut être discutée dans des situations de : limitation vis-à-vis de la chirurgie, faible grade TIRADS, faible volume