



Groupe d'Imagerie Bray-Albâtre

CYTOPONCTION D'UN NODULE DE LA THYROÏDE.

Madame, Monsieur,

Une cytoponction vous a été prescrite.

Une information vous est fournie sur le déroulement de l'examen et de ses suites.

N'oubliez pas de nous fournir votre dossier radiologique complet si disponible avec les anciennes mammographies afin de permettre la comparaison.

1 – Présentation :

La cytoponction est un prélèvement à l'aiguille d'un nodule thyroïdien de façon échoguidée.

La cytoponction permet de sélectionner les nodules à opérer afin d'éviter le plus possible d'interventions pour nodule bénin en méconnaissant le moins possible de cancers.

2 – Préparation de l'examen :

N'hésitez pas à fournir le maximum de renseignement qui paraîtraient importants et à nous informer de toute maladie notable.

Vous devez informer le médecin quant à la prise de médicament fluidifiant le sang car la prise doit être modifiée ou arrêtée pour limiter le risque hémorragique.

2 – Le jour de l'examen :

Veillez-vous présenter 15 minutes avant votre heure de rendez vous pour réaliser votre accueil et votre enregistrement avant le début de l'examen.

Veillez apporter la liste des documents nécessaires :

- Ordonnance de votre médecin ou convocation du dépistage organisé EMMA.
- La liste de vos médicaments.
- Vos examens biologiques récents.
- Les anciens examens de mammographie si disponible pour la surveillance.

Nous vous conseillons pour être à l'aise d'aller aux toilettes juste avant l'examen.

N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement.

3 – Déroulement de l'examen :

La patiente est allongée sur un lit en décubitus.

Une désinfection de la peau et une anesthésie locale seront réalisées dans un premier temps.

Une fine aiguille à prélèvement est introduite à la peau.

Le guidage de l'aiguille est réalisé de façon échoguidée.

Des prélèvements sont alors réalisés au niveau du nodule.

Il existe 4 types de résultats :

Groupe I : cytologie formellement bénigne : adénomes colloïdes macrovésiculaires.

Groupe II : cytologie douteuse: :lésions folliculaires (adénomes microvésiculaires ou trabéculaires); malignité affirmée à l'histologie dans 15 à 30 % de ces cytologies; lésions atypiques (malignité dans 25 à 50 % des cas) thyroïdite, nodules vésiculaires dystrophiques.

Groupe III : cytologie maligne : cancer, lymphome.

Groupe IV : cytologies non significatives : les cellules glandulaires sont en nombre insuffisant, ne permettant pas un diagnostic cytologique fiable.

Elles correspondent à une lésion maligne dans 10 à 20 % des cas. Lorsqu'elles sont répétées, elles deviennent significatives dans 50 % des cas;

10 à 15 % des nodules n'auront jamais de diagnostic cytologique malgré la répétition des prélèvements.

Les patients du groupe III sont opérés d'emblée.

Les patients du groupe I bénéficient d'une surveillance clinique et échographique. La cytoponction est répétée au bout d'un an.

Pour les patients du groupe II la discussion intègre l'ensemble des éléments cliniques et paracliniques pour rechercher des éléments de suspicion de malignité qui orientent alors vers une intervention.

Les patients du groupe IV sont reponctionnés.

Si les prélèvements restent non déterminants, les patients sont opérés.

En cas de nodules multiples, une échographie de repérage minutieuse est indispensable pour trier les nodules à ponctionner car il est difficile de ponctionner plus de trois nodules par séance. On utilise les critères de suspicion échographique de malignité pour vérifier d'abord les nodules les plus suspects. Les cytologies du groupe I sont confirmées par un second prélèvement quelques mois plus tard. Les autres nodules seront prélevés ultérieurement. Si d'autres nodules apparaissent au cours de la surveillance, ils auront le même bilan.

Extrait d'une page intéressante (publié sur Swissmed.ch, mais qui n'est plus en ligne) :

Les résultats de 7 études sur 1200 patients confirment les données suivantes:

- Fiabilité: 85-95%
- Faux négatif: 6%
- Faux positif: 4%

Il est important de savoir que:

- Dans 80% des cas le résultat cytologique indique la nature (bénigne ou maligne) de la lésion.
- Dans 20% des cas le résultat est indéterminé ou suspect.

Enfin il faut rappeler que:

- Environ 80% des lésions sont bénignes
- Environ 5% sont malignes

Le reste est partagé entre les prélèvements de mauvaise qualité ou insuffisants et des résultats indéterminés. Pour ces deux dernières catégories il est impératif de répéter la CAF. 20% des résultats cytologiques indéterminés ou suspects sont classés malins, à l'examen définitif, après la chirurgie.

Les prélèvements insuffisants ou inadéquats se rencontrent surtout au niveau des nodules de moins de 1 cm et de plus de 4 cm, des nodules hémorragiques ou des kystes. Une nouvelle ponction des kystes après aspiration du contenu a fourni dans 50% des cas un matériel adéquat pour les cytopathologues

Même si la seule méthode sûre « à 100% » pour déterminer la nature d'un nodule jusqu'à la dernière cellule reste l'opération suivie d'une analyse histologique, la cytoponction est un excellent moyen pour affiner le diagnostic (évitant d'opérer préventivement TOUS les nodules, qui concernent plus de 10% de la population !)

4 – Désagréments éventuels :

Dans l'immense majorité des cas, l'examen se déroule sans complication aucune.

Il peut y avoir des douleurs résiduelles.

Le risque hémorragique est très faible.

Cordialement.

Groupe D'Imagerie Bray Albâtre.