

Prise en charge des nodules thyroïdiens fortuitement découverts lors de la scintigraphie MIBI pour hyperparathyroïdie primaire

Dr D. Drui^a, Dr T. Greilsamer^b, Dr C. Blanchard^b, Dr C. Ansquer^c, Dr AS. Delemazure^d, Dr E. Mourrain Langlois^d,
Dr M. Le Bras^a, Dr C. Caillard^b, Pr B. Cariou^a, Pr F. Kraeber Bodere^c, Pr E. Mirallié^e

^a Service d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes, Nantes ; ^b Clinique de Chirurgie Digestive et Endocrinienne (CCDE), Institut des Maladies de l'Appareil Digestif (IMAD), Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes, Nantes ; ^c Service de Médecine Nucléaire, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes, Nantes ; ^d Service de Radiologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes, Nantes ; ^e Clinique de Chirurgie Digestive et Endocrinienne (CCDE), Institut des Maladies de l'Appareil Digestif (IMAD), Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes

Introduction

Les examens de localisation pré opératoire d'hyperparathyroïdie primaire sont l'échographie cervicale et la scintigraphie au MIBI marqué au 99 Tc. Alors que l'échographie a une sensibilité de 65% , la scintigraphie au MIBI à une sensibilité de 80-90% avec une spécificité supérieure à 90%. Les faux positifs de la scintigraphie au MIBI peuvent être des cancers différenciés de la thyroïde, connus comme pouvant capter le MIBI. Par ailleurs 15 à 75% des patients présentant une hyperparathyroïdie primaire ont aussi une pathologie nodulaire thyroïdienne.

Patients et méthodes

Etude rétrospective, au CHU de Nantes, incluant tous les patients opérés d'hyperparathyroïdie, ayant eu une scintigraphie au MIBI préopératoire et une thyroïdectomie pour nodule, entre 2001 et 2013. La scintigraphie était réalisée selon un protocole de double marquage (70 MBq 99-Tc and 700 MBq 99-Tc-MIBI). Les données échographiques ont été revues rétrospectivement pour permettre une classification selon le score TI-RADS (TI-RADS 2, 3, 4A et 4B: nodules considérés non suspects, TI-RADS 4C et 5: considérés comme suspects). L'indication de thyroïdectomie totale était retenue si: le nodule thyroïdien avait une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: >2 cm et/ ou critères échographiques péjoratifs et/ ou fixation au MIBI (sans fixation au Tc) et/ ou goitre multinodulaire.

Résultats

683 patients ont été opérés d'hyperparathyroïdie primaire.

→179 patients ont eu une thyroïdectomie associée au geste parathyroïdien.

→137 patients (dont 117 femmes), avec un âge moyen de 63,2 (±12.8) ans ,répondaient aux critères d'inclusion

* 63 thyroïdectomies totales

* 74 lobectomies

Les données anatomopathologiques étaient les suivantes:

- parathyroïde: 96 adénomes, 34 hyperplasies, 4 carcinomes

- thyroïde: 36 carcinomes différenciés de la thyroïde (CDT) soit un diagnostic de CDT dans 26,3% des cas

dont 32 papillaires de forme vésiculaire

avec une taille médiane de 6.5 mm (0.3-22)

23/36 étaient des micro carcinomes (pT1a)

Tableau 1 : Résultats scintigraphie au MIBI

	Cancers N= 36	Pathologies bénignes N = 101	total	
MIBI positif	22	22	44	50% de cancers
MIBI négatif	14	79	93	15% de cancers

Figure 1:

La scintigraphie au MIBI prédit un CDT avec

- une sensibilité de 61%

- une spécificité de 78%

La VPP est de 50% et la VPN est de 85%.

Tableau 2 : Résultats échographie cervicale

	Cancers N= 36	Pathologies bénignes N= 101	total	
Échographie suspecte	28	20	48	58% de cancers
Échographie non suspecte	8	81	89	9% de cancers

L'échographie prédit un CDT avec

- une sensibilité de 78%

- une spécificité de 80%

La VPP est de 58% et la VPN est de 91%.

Parmi les 137 patients, 44 (32%) avaient un nodule MIBI+ (dont 22 cancers).

61% des cancers étaient MIBI+ (22/36).

22% des nodules bénins étaient MIBI+ (22/101).

La taille médiane des cancers MIBI+ était de 15 mm (9-22) versus 2 mm (0,3-17) pour les cancers MIBI- (p=0,03).

Les 8 patients avec un nodule non suspect en échographie et qui avaient un CDT, présentaient tous une fixation du nodule à la scintigraphie au MIBI.



Figure 1: patiente présentant 3 CDT papillaires de forme vésiculaire : un de 22 mm dans le lobe thyroïdien droit et deux de 7 mm et 3 mm dans le lobe gauche

Conclusion et perspective

L'échographie cervicale et la scintigraphie au MIBI préopératoires permettent, outre la localisation parathyroïdienne, une évaluation de potentiels nodules thyroïdiens associés. La scintigraphie au MIBI peut détecter des cancers « non suspects » en échographie.

Les limites de notre étude sont: étude mono centrique rétrospective (avec classification échographique TI-RADS rétrospective), des modifications survenues dans la protocole de scintigraphie au MIBI entre 2001 et 2013 et la présence majoritaire de microcarcinomes papillaires thyroïdiens.

Néanmoins nous conseillons la réalisation d'une cytologie pour les nodules thyroïdiens découverts fortuitement sur une scintigraphie MIBI afin de discuter d'une thyroïdectomie associée au geste parathyroïdien.