

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE (THYROÏDE)

Réf. POSTE-THY-04 · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

GOITRE & NODULE THYROÏDIEN — conduite à tenir

Objet

Évaluer un goitre/nodule thyroïdien, stratifier le risque de malignité (EU-TIRADS, Bethesda) et orienter vers surveillance, cytoponction ou chirurgie.

CAT diagnostique

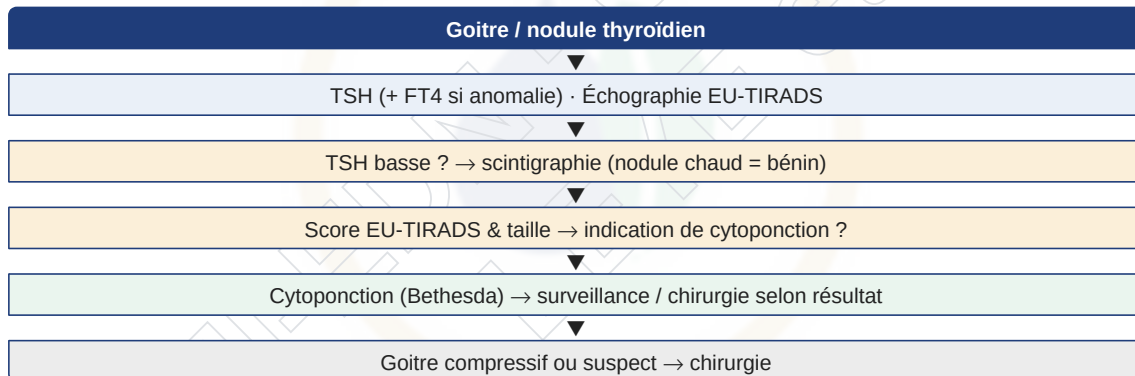
1. Signes cliniques

- **Circonstances** : tuméfaction cervicale, gêne, découverte fortuite à l'imagerie ; palpation (taille, consistance, mobilité, adénopathies).
- **Signes de compression** : dyspnée, dysphagie, dysphonie (atteinte récurrentielle) → caractère suspect.
- **Signes de dysfonction** : rechercher une thyrotoxicose (nodule toxique) ou une hypothyroïdie associée.
- **Éléments de suspicion clinique** : nodule dur, fixé, croissance rapide, adénopathie, paralysie récurrentielle, antécédent d'irradiation cervicale, contexte familial (CMT/NEM-2).

2. Signes paracliniques

- **TSH** = examen biologique de 1^{re} intention (oriente la stratégie) ; FT4 (± FT3) si anomalie ; calcitonine si suspicion de carcinome médullaire/NEM-2.
- **Échographie thyroïdienne** = pivot : taille, écho-structure, et **score EU-TIRADS** (échogénicité, contours, forme plus haute que large, calcifications, extension).
- **Scintigraphie** : **uniquement si TSH basse** (recherche d'un nodule autonome « chaud » → risque de malignité faible).
- **Cytoponction écho-guidée** selon EU-TIRADS et taille (TIRADS 5 ≥ 10 mm, TIRADS 4 ≥ 15 mm) ; résultat exprimé en **classification de Bethesda** (I à VI).

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Nodule bénin (Bethesda II)** : surveillance clinique et échographique ; pas de L-T4 freinatrice systématique.
- **Nodule toxique / autonome** : ATS puis traitement radical (I-131 ou lobectomie).
- **Goitre multinodulaire compressif** : thyroïdectomie ; I-131 possible selon volume et contexte.
- **Cytologie suspecte/maligne (Bethesda IV–VI)** : chirurgie (lobo-isthmectomie ou thyroïdectomie totale) ; prise en charge oncologique spécialisée.
- **Goitre simple** : correction d'une carence iodée, surveillance ; chirurgie si compression/préjudice esthétique.

Surveillance

- Nodule bénin : échographie de contrôle (intervalle selon le risque) ; nouvelle cytoponction si croissance significative ou modification échographique.
- Post-thyroïdectomie : substitution L-T4, calcémie (hypoparathyroïdie), mobilité des cordes vocales.

Points de vigilance

- Une calcitonine élevée évoque un carcinome médullaire (dépister une NEM-2).
- Ne pas indiquer de scintigraphie si la TSH est normale/élevée (non contributive).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Échographie cervicale = examen clé et accessible ; structurer le compte-rendu en EU-TIRADS.
- Cytoponction écho-guidée réalisable au lit/échographe ; à défaut de cytologiste, organiser la téléexpertise/lecture différée.
- Privilégier la chirurgie pour les goitres compressifs là où l'I-131 est indisponible ; supplémentation iodée en zone de carence.