

Nodules bénins de la thyroïde La révolution de la thermoablation

Paris Match | Publié le 18/07/2015 à 20h00 | Mis à jour le 19/07/2015 à 16h48

[Vanessa Boy-Landry](#)

Les techniques de thermoablation peuvent faire disparaître les nodules bénins sans procéder à l'ablation de la thyroïde. DR

Le Dr Hervé Monpeyssen est thyroïdologue à l'Hôpital américain de Paris, deuxième centre au monde à proposer la thermoablation à ses patients, une technique de pointe qui permet de conserver sa thyroïde. Il nous explique en quoi elle est une avancée majeure dans le traitement des nodules bénins thyroïdiens.

Paris Match. Il semble que beaucoup de femmes sont concernées par les problèmes thyroïdiens. Dans quelle proportion?

Dr Hervé Monpeyssen. En effet, 75% des femmes auront au cours de leur vie des problèmes thyroïdiens en relation avec le fonctionnement de la glande ou avec le développement de nodules, bénins le plus souvent. Les nodules peuvent survenir précocement, augmentent en nombre et en volume avec l'âge, et on estime que 60% des femmes après 60 ans sont porteuses d'au moins un nodule

Quelle est la proportion de nodules bénins ?

La très grande majorité des nodules sont bénins et on devrait pouvoir se contenter de les surveiller. C'est grâce aux importants progrès diagnostics du couple échographie spécialisée/cytoponction échoguidée, que l'on peut dans 85% des cas dire au patient si le nodule est bénin ou si c'est un cancer. Il reste 15% des cas où seule la chirurgie est capable de faire la part des choses.

Doit-on retirer un nodule, même s'il est bénin?

Classiquement, on avait l'habitude de les retirer quand leur grand axe était supérieur à 2 cm. Depuis que l'on peut affirmer qu'un nodule est bénin, on sait qu'on est en droit de le laisser en place, jusqu'à une taille de 4 cm voire plus. Mais cette évolution de pensée n'a pas été perçue par l'ensemble des médecins français.

“Chaque année on opère 15 000 patients qui n'auraient pas besoin de l'être”

Vous voulez dire qu'on opère trop?

Il y a encore des chirurgiens qui posent une indication opératoire pour un nodule de 2 cm, parfois même sans s'être assuré de sa nature bénigne ou maligne. Aujourd'hui, en France, on procède chaque année à 45 000 thyroïdectomies (ablation de la thyroïde), partielles ou totales. Sur ce nombre, on trouve 7 000 cancers qui vont occasionner 350 décès. Notons au passage que c'est un cancer que l'on sait très bien soigner. On opère donc plus de 35 000 personnes pour une pathologie bénigne. Parmi elles, il y a bien sûr des indications indiscutables (goitres volumineux, compressifs pour les autres organes, thyroïdes “truffées” de nodules, maladie de Basedow...). Mais on peut dire que tous les ans, on opère au moins 15 000 patients porteurs

d'un ou plusieurs nodules, qui ne sont pas concernés par l'éventualité du cancer, de la gêne, du préjudice esthétique ou fonctionnel. On les opère alors qu'ils n'auraient pas besoin de l'être. C'est d'ailleurs une réflexion des tutelles qui nous alertent depuis quelques années. En période de restrictions budgétaires, on ne peut plus se permettre d'opérer des patients au motif de la chirurgie préventive.

Les risques liés à la chirurgie

Quels sont les risques liés à l'acte chirurgical?

La chirurgie expose à trois complications potentielles (qui sont obligatoirement exposées par le chirurgien en consultation pré-opératoire). La première est l'atteinte des glandes parathyroïdes, situées au contact de la thyroïde et qui peuvent de ce fait être lésées lors de la chirurgie (surtout lors d'une thyroïdectomie totale). Le traitement de l'insuffisance hormonale ainsi générée est souvent difficile à équilibrer. La deuxième concerne les problèmes de voix, que les chirurgiens savent éviter dans la très grande majorité des cas, mais certaines atteintes vocales sont à signaler. Le troisième problème, qu'on traite trop souvent de mineur, c'est la cicatrice à la base du cou, pas toujours esthétique. Les techniques de chirurgie robotique permettent d'y palier. Par ailleurs, quand on a retiré toute la thyroïde, on est obligé de donner une substitution hormonale quotidienne et définitive, la L-thyroxine. Les ablations partielles ne mettent pas à l'abri de cette obligation thérapeutique puisque 44% des lobectomies thyroïdiennes (ablation de la moitié de la thyroïde) nécessitent un traitement définitif. Généralement, obtenir l'équilibre ne pose pas de problème, mais il y a parfois des situations plus délicates.

“La thermoablation permet de traiter uniquement le nodule, sans toucher au reste de la thyroïde”

Quels sont les avantages, pour les patients, des techniques de thermoablation que vous pratiquez?

On traite uniquement le nodule sans toucher au reste de la thyroïde. Ce n'est pas un acte chirurgical: les patients entrent à 12h30, sortent à 18 heures, et peuvent travailler le lendemain. Il n'y a pas d'anesthésie générale. Pour les patients et les caisses de sécurité sociale, c'est “gagnant-gagnant”: pas d'arrêt de travail, pas d'hospitalisation, pas de traitement de substitution définitif. C'est finalement beaucoup moins onéreux pour la société qu'une chirurgie.

[A lire: Le témoignage d'une patiente qui a bénéficié de la thermoablation au laser](#)

Parlez-nous de ces techniques...

Elles concernent les nodules qui deviennent volumineux, gênants, disgracieux ou qui évoluent rapidement, et qui sont assurément bénins. Elles utilisent le même principe physique: l'élévation de la température au niveau du nodule, qui carbonise sa zone centrale et détruit ses vaisseaux périphériques ; il va donc régresser en volume sans possibilité de regrossir ensuite. Le patient bénéficie d'une anesthésie locale et d'une sédation consciente, éventuellement d'une hypnose. **La technique du laser** consiste à introduire dans le nodule, au travers d'aiguilles, des fibres qui vont conduire l'énergie lumineuse, et donc produire de la chaleur. Ce geste dure entre 15 et 30 minutes. **La radiofréquence** utilise une aiguille qui délivre directement l'énergie thermique. C'est un geste plus court et destiné à des nodules plus volumineux. **L'échothérapie ou HIFU**, est une technique non intrusive qui utilise le pouvoir

calorifique des ultrasons focalisés. Tous ces actes sont entièrement échoguidés: l'opérateur suit en permanence sur son écran la pointe de l'aiguille ou le faisceau ultrasonore afin de rester à distance des organes de voisinage.

Quel est le bénéfice attendu de ces techniques?

On peut espérer une réduction très importante du volume du nodule (entre 40 et 90%), selon sa nature, sa localisation, la technique employée, et le temps qu'on y passe. Une fois traité, le nodule n'a plus les moyens de regrossir.

“Ces techniques s'appliqueront demain aux pathologies cancéreuses”

Aujourd'hui, ces techniques de pointe ne sont pas prises en charge. Le seront-elles demain?

Elles sont prises en charge en Corée, dans certaines régions d'Italie, mais pour ce qui concerne la France, nous sommes dans une période de transition: c'est un dossier en attente. Quelques rares mutuelles commencent à s'y intéresser, mais pour le patient, ces procédures facturées entre 2500 et 3000 euros représentent un investissement important.

Peuvent-elles s'appliquer aux pathologies cancéreuses?

Oui, principalement pour certaines métastases de cancers thyroïdiens qui échappent aux traitements conventionnels. On pourra assurément les traiter par thermoablation, mais les protocoles d'étude doivent démarrer. Certaines équipes envisagent même de traiter dans l'avenir les nodules thyroïdiens malins.