

Highlight anniversaire: endocrinologie

Deux pas en avant, un pas en arrière: en somme, une avancée

Prof. Dr méd. Beat Müller

Abteilung für Endokrinologie, Diabetologie und Metabolismus, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Aarau, Aarau

Mon cœur a depuis toujours été gouverné par les hormones. Émerveillé durant mes études, j'ai ensuite appris des patients, dans la pratique clinique et également tenté de générer de nouvelles connaissances au cours des dernières décennies et finalement, dans cet article, je me permets de mettre en lumière les développements majeurs qui ont, selon moi, marqué la médecine de la glande thyroïde et la médecine nutritionnelle.

La thyroïde: malade ou rendue malade?

Durant les études, nous apprenons que les tumeurs «malignes», en tant que cancers à potentiel métastatique, doivent être traitées de manière agressive. Pour les tumeurs bénignes, l'adage «hâte-toi lentement» serait en revanche plus opportun. Au plus tard durant la formation postgraduée clinique, nous apprenons, espérons-le, que cette mentalité du «tout noir ou tout blanc», qui s'applique si souvent et en particulier pour les cancers de la thyroïde, n'est pas «state of our art».

Les progrès accomplis au cours du dernier millénaire au niveau du diagnostic clinique, du diagnostic de laboratoire et du diagnostic d'imagerie ainsi qu'au niveau des techniques opératoires et périopératoires, mais également le traitement à l'iode radioactif et le traitement suppressif par lévothyroxine ont sans nul doute contribué à une amélioration du pronostic des cancers thyroïdiens différenciés diagnostiqués cliniquement [1].

En revanche, le bien-fondé d'un dépistage échographique à large échelle des incidentalomes thyroïdiens est controversé. Ainsi, en 2003, dans la «Papillon-Initiative» allemande conduite avec 90 000 (sic!) personnes supposées n'avoir aucun problème thyroïdien, dépendant de la fréquence du transducteur (7,5–13 Mhz), des nodules de plus de 0,5 centimètre de diamètre ont été détectés par échographie chez 33–68% des personnes examinées [2]. Parmi elles, 15 (sic!), c.-à-d. tout juste 0,02%, carcinomes papillaires invasifs histologiquement confirmés, en partie avec des métastases ganglionnaires, ont été détectés «grâce» au dépistage par échographie. Il a été recommandé de procéder à une évaluation complémentaire de tous les nodules de plus d'1,3 centimètre de diamètre détectés par échographie au moyen d'une ponction à l'aiguille fine et, le cas échéant, d'un examen histologique [3]. Cela a popularisé la devise avantageuse pour les chirurgiens et pour l'économie hospitalière «any doubt, cut it out».

On oublie toutefois que la formation de nodules dans la thyroïde vieillissante, tout comme la formation de rides cutanées, est en soi normale! Avec des examens d'imagerie de la glande thyroïde, nous multiplions les rares «vrais malades» en une multitude de «malades imaginaires», pour employer les termes de Molière. Pour les bons chirurgiens, le taux de complications de la strumectomie est d'environ 2%, autrement dit environ 100× supérieur à la prévalence des cancers de la thyroïde détectés par dépistage. Une étude réalisée en Corée du Sud a montré de façon saisissante les conséquences négatives d'un dépistage thyroïdien à large échelle par échographie [4]. Ainsi, pas moins de 90% de tous les cancers de la thyroïde étaient le résultat d'un surdiagnostic! «Chosen wisely»?

Au cours des dernières années, il y a également eu des nouveautés au niveau du traitement à l'iode radioactif post-strumectomie. C'est ainsi qu'une dose d'irradiation plus faible et moins toxique a été recommandée en cas de cancer thyroïdien différencié [5]. Cette recommandation a été motivée par un rapport efficacité/effets indésirables défavorable, des xérostomies accablantes avec lésions dentaires mutilantes ayant été observées suite au traitement à l'iode radioactif [6].

Un problème fondamental inhérent aux études scientifiques portant sur les «malignomes» thyroïdiens est néanmoins que l'histologie est toujours considérée à tort comme le «gold standard». Toutefois, lorsque des «carcinomes» thyroïdiens sont diagnostiqués fortuitement par histologie lors de l'autopsie chez 10–20% des personnes âgées décédées sans problèmes thyroïdiens connus, alors l'histologie dans le diagnostic du cancer de la thyroïde est au mieux un «standard de tôle rouillée». Seule la survie sans complication spécifique à la maladie sur au minimum 5 à 10 ans est probante pour estimer véritablement la malignité biologique, qui est la seule pertinente. Et nous ne savons toujours pas si et à quel point la cytologie, l'histologie et la biologie sont corrélées entre elles pour les tumeurs thyroïdiennes.



Beat Müller

Alimentation pendant les maladies graves

La malnutrition associée à la maladie, définie comme un déficit ou un déséquilibre d'énergie, de protéines et d'autres nutriments, entraîne une sarcopénie avec des troubles fonctionnels musculo-squelettiques et a une influence négative sur le devenir clinique.

Par le biais d'une évaluation systématique lors de l'admission à l'hôpital, une malnutrition est diagnostiquée au moyen du score Nutritional Risk Screening (NRS) chez environ un tiers de tous les patients polymorbides, souvent âgés [7]. Chez ces patients nécessitant une hospitalisation, qui sont pour certains très gravement malades, le médecin doit-il forcer une alimentation énergétique ou, au contraire, tenir compte du manque d'appétit et la retarder?

Nous connaissons le risque de syndrome de renutrition inappropriée en cas d'alimentation standard non contrôlée [8]. Les personnes nécessitant des soins intensifs qui, conformément aux lignes directrices «européennes», ont reçu une alimentation parentérale à teneur calorique accrue couvrant les besoins présentaient une mortalité accrue par rapport à celles chez lesquelles l'alimentation parentérale a été retardée durant la première semaine conformément aux lignes directrices «américaines» [9]. Il se pose dès lors la question de savoir s'il ne faudrait pas également adopter une approche de «jeun» prolongé guidé par l'appétit pour les patients les plus souvent hospitalisés, gravement malades mais ne nécessitant pas de soins intensifs [10]. L'étude multicentrique randomisée EFFORT, conduite avec plus de 2000 patients polymorbides hospitalisés, a évalué l'effet d'un plan nutritionnel forcé individualisé [11]. Fait réjouissant, contrairement à la médecine intensive, l'alimentation forcée individuelle, le plus souvent entérale, a permis d'éviter un décès pour 37 personnes traitées et une complication pertinente pour 25 personnes traitées chez ces patients hospitalisés en raison d'une maladie aiguë [12].

Et qu'en est-il des patients métaboliques-obèses suralimentés que nous rencontrons dans notre consultation ambulatoire? Chez ces patients, la chirurgie bariatrique rétrécissant l'estomac et l'intestin, avec malabsorption entérale consécutive, est supérieure à nos efforts de thérapie nutritionnelle conservatrice parfois soutenue par un traitement médicamenteux en termes d'amélioration du syndrome métabolique et des paramètres cardiovasculaires [13].

Il sera très intéressant de voir ce qui se passera lorsque ces personnes actuellement encore alertes et moins obèses grâce à la chirurgie bariatrique deviendront au cours des prochaines décennies âgées, polymorbides et malnutries et qu'elles devront faire l'objet d'une hospitalisation aiguë.

Malgré tous nos efforts, nous ne pourrons alors probablement guère plus les alimenter efficacement par voie entérale compte tenu de leur tractus gastro-intestinal mutilé!

Ce que nous avons déjà accompli ...

Nos connaissances au sujet de la nature bénigne ou maligne des nodules survenant fréquemment dans la thyroïde se sont relativisées au cours des deux dernières décennies en ce qui concerne l'interprétation des clichés échographiques et des résultats cytologiques et histologiques, mais aussi en ce qui concerne la pose de l'indication d'opérations et les directives de suivi post-opératoire. Une évolution dans le bon sens, semble-t-il.

Au cours des deux dernières décennies, la médecine nutritionnelle est également devenue une discipline spécialisée cliniquement pertinente basée sur l'évidence, y compris grâce à des études helvétiques. L'établissement récemment reconnu par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) d'une formation approfondie interdisciplinaire «nutrition clinique», avec une formation postgraduée structurée, est une reconnaissance bien méritée pour cette discipline autrefois négligée et parfois moquée.

... et ce qui reste encore à faire

Au vu de la très bonne survie à long terme des personnes atteintes de cancers thyroïdiens différenciés par rapport à la population générale, une nouvelle entité d'adénome thyroïdien papillaire s'imposerait. Des études randomisées à long terme visant à vérifier cette hypothèse avec des preuves à l'appui sont nécessaires, mais malheureusement, de telles études ne sont attractives ni pour les doctorants ambitieux ni pour les professeurs établis.

Dans l'Antiquité, Hippocrate disait: «Que la nourriture soit ton médicament et le médicament ta nourriture». Nous savons aujourd'hui qu'il avait raison! Il sera intéressant de voir en 2050 si les interventions bariatriques de 2021 feront plus de mal que de bien aux patients post-bariatriques âgés souffrant de malnutrition due à la maladie.

Enfin et ceterum censeo, il nous faudra à l'avenir également faire preuve d'un esprit critique teinté d'humour à l'égard des éminences grisonnantes et des études observationnelles [14].

Disclosure statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.08940>.

Correspondance:
Prof. Dr méd. Beat Müller
Abteilung für
Endokrinologie,
Diabetologie und
Metabolismus
Kantonsspital Aarau AG
Tellstrasse 25
CH-5001 Aarau
[beat.mueller\[at\]ksa.ch](mailto:beat.mueller[at]ksa.ch)