

B. Cou (parties molles) Pour le rachis cervical, voir sections C et K

Sommaire

01 B	Nodule thyroïdien palpable et goitre euthyroïdien	1
02 B	Surveillance au long cours des nodules thyroïdiens de plus de 10 mm et des goitres	2
03 B	Hyperthyroïdie	3
04 B	Hypothyroïdie de l'adulte	3
05 B	Goitre plongeant diagnostic.....	4
06 B	Goitre plongeant avant traitement	4
07 B	Hyperparathyroïdie	4
08 B	Souffle carotidien asymptomatique	4
09 B	Masse cervicale d'origine inconnue.....	5
10 B	Obstruction du flux salivaire.....	5
11 B	Masse salivaire	5
12 B	Sécheresse buccale, maladie du tissu conjonctif	6
13 B	Dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire	6

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
-------------------	--------	------------------------	--------------	------

B. Cou (parties molles)

Pour le rachis cervical, voir sections C et K

01 B	Nodule thyroïdien palpable et goitre euthyroïdien (TSHémie normale) – Phase diagnostique En cas d'hyperthyroïdie, voir 03B	Echographie	Indiqué [B]	Les nodules thyroïdiens sont très fréquents, majoritairement bénins et d'évolution chronique. L'inventaire manuel des nodules a une sensibilité et une reproductibilité médiocres, de sorte que l'imagerie est le plus souvent utile, de première intention. L'échographie confirme l'existence du (des) nodule(s), précise leur type et leur localisation et peut montrer un goitre. Elle oriente parfois vers d'autres pathologies thyroïdiennes (thyroïdite auto-immune). Au terme de ce premier bilan (clinique, dosage de la TSH et échographie thyroïdienne) on s'orientera vers : (a) une simple surveillance, (b) une scintigraphie thyroïdienne, (c) une cytoponction à l'aiguille fine, (d) une cytoponction échoguidée.	0
	En cas d'hypothyroïdie, voir 04B	Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	En cas de nodule de plus de 10 mm, on peut faire une scintigraphie à la recherche d'un nodule et/ou d'un goitre autonomisés afin d'optimiser la surveillance et de préciser les nodules relevant d'un prélèvement cytologique (nodules non fonctionnels). La scintigraphie oriente parfois vers d'autres pathologies thyroïdiennes (thyroïdite auto-immune, pathologie liée aux apports iodés).	I/II
		Cytologie	Indiqué [A]	La cytologie à l'aiguille fine est l'examen de référence pour le diagnostic du cancer. Elle peut être réalisée avec ou sans échoguidage en fonction des caractéristiques cliniques et d'imagerie du (des) nodule(s) à prélever	0
		Cytologie échoguidée	Examen spécialisé [B]	Les nodules difficiles à palper, les micronodules chez les sujets à risque (irradiation cervicale, cancers familiaux), doivent être prélevés par échoguidage.	0

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Surveillance au long cours des nodules thyroïdiens de plus de 10 mm et des goitres 02 B	Echographie	Indiqué [C]	L'échographie est utile à la surveillance morphologique des nodules, notamment des nodules difficilement palpables et en cas d'atteinte multinodulaire. La majorité (90%) des nodules (cytologie négative, euthyroïdie) et des goitres doivent être surveillés au long cours. Les incidentalomes infra-centimétriques ne nécessitent qu'une surveillance clinique. La surveillance par le dosage de la TSH plasmatique des nodules hypofixants, la cytologie des nodules hyperfixants et la surveillance échographique régulière des micronodules sont généralement peu utiles.	0
	Scintigraphie	Indiqué [B]	La scintigraphie est utile si elle n'a pas été faite initialement, pour optimiser la surveillance. On fera une surveillance par le dosage plasmatique de la TSH, en cas de nodule chaud et/ou de goitre autonomisé. On fera une surveillance par échographie et/ou cytologie en cas de nodule froid. La scintigraphie n'est pas un examen de surveillance régulière.	I/II
	Cytologie	Indiqué [C]	Pour de nombreux auteurs, la cytologie doit être réitérée une fois (2 déterminations), si le résultat du premier prélèvement est normal (bénin).	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose	
03 B	Hyperthyroïdie	Scintigraphie	Indiqué [A]	Le diagnostic d'hyperthyroïdie doit être démontré biologiquement. La scintigraphie est l'examen de référence pour distinguer les grandes variétés cliniques d'hyperthyroïdie: maladie de Basedow, goitre nodulaire et secondairement toxique, thyroïdites (subaiguës ou auto-immunes) et hyperthyroïdies avec surcharge iodée. Elle apporte des informations morphologiques et fonctionnelles sur d'éventuels nodules et permet d'indiquer un traitement par iode 131.	I/II
		Echographie	Indiqué [C]	L'échographie est utile pour préciser l'inventaire nodulaire et guider la thérapeutique. Couplée au doppler, l'échographie peut orienter le diagnostic étiologique de l'hyperthyroïdie.	0
04 B	Hypothyroïdie de l'adulte (pour l'enfant, voir 13M)	Echographie	Indiqué [C]	Le diagnostic d'hypothyroïdie doit être confirmé biologiquement et le dosage des anticorps anti-thyropéroxydase (ATPO) est alors souvent utile pour préciser l'étiologie (thyroïdite auto-immune). En cas d'anomalie à la palpation, l'échographie est indiquée pour infirmer ou démontrer l'existence de nodules, mesurer le volume thyroïdien et apprécier l'échogénicité (diminuée en cas de thyroïdite auto-immune).	0
		Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Lorsqu'aucune étiologie n'est retrouvée, la scintigraphie est indiquée en seconde intention pour préciser le diagnostic étiologique (cause transitoire ou permanente) et orienter la thérapeutique (hypothyroïdie congénitale à révélation tardive, surcharge iodée, thyroïdite ...).	I/II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Goitre plongeant diagnostic 05 B	Scintigraphie Echographie	Indiqué [C] Indiqué [C]	En présence d'un goitre plongeant, l'échographie et la scintigraphie permettent de visualiser l'extension rétro-sternale et d'identifier d'éventuelles zones autonomes (scintigraphie).	I/II 0
Goitre plongeant avant traitement 06 B	TDM sans injection de produit de contraste	Indiqué [C]	Avant intervention thérapeutique (chirurgie, iode 131), la TDM sans injection de produit de contraste iodé ou l'IRM sont utiles pour caractériser morphologiquement l'extension rétro-sternale du goitre, mettre en évidence une compression trachéale et en quantifier le rétrécissement.	II
	IRM	Indiqué [C]		0
Hyperparathyroïdie 07 B	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie et la scintigraphie (MIBI-99mTc) aident à la localisation pré-opératoire. IRM indiquée si échec de l'échographie et/ou de la scintigraphie.	0
	Scintigraphie	Indiqué [B]		I/II
Souffle carotidien asymptomatique 08 B	Echo-doppler des vaisseaux cervico-encéphaliques	Indiqué [B]	L'échographie avec doppler couleur fournit des données fonctionnelles et morphologiques sur les troncs supra-aortiques et authentifie l'origine carotidienne du souffle.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Masse cervicale d'origine inconnue 09 B	Echographie	Indiqué [C]	L'échographie (avec ou sans doppler couleur) permet une approche topographique et étiologique.	0
	IRM ou TDM	Examens spécialisés [C]	En seconde intention, on proposera une IRM (tumeur parotidienne...) ou une TDM cervico-thoracique et une endoscopie des voies aéro-digestives supérieures (adénopathie néoplasique).	0 III
Obstruction du flux salivaire 10 B	Echographie	Indiqué [C]	Dans un premier temps, une échographie des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs est indiquée; cette technique permet également d'exclure une autre cause de tuméfaction cervicale.	0
	Sialographie	Examen spécialisé [C]	N'est pas indiquée car irradiante et invasive. Donc à proscrire	II
	RS ou TDM sans injection	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	En cas de calculs du plancher buccal.	I II
Masse salivaire 11 B	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est extrêmement sensible. Elle doit être pratiquée en première intention. Elle est d'intérêt limité dans l'exploration des masses profondes (lobe profond de la parotide et plus généralement lésions des espaces profonds de la face).	0
	IRM	Examen spécialisé [C]	L'IRM est indiquée pour explorer l'extension des masses du lobe profond de la parotide ou les masses récidivantes après traitement chirurgical.	0
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	La TDM peut être utilisée en complément, à la recherche de destructions osseuses associées (mandibule - base du crâne).	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Sécheresse buccale, maladie du tissu conjonctif 12 B	Echographie ou Scintigraphie ou sialoMR	Examens spécialisés [C]	Assez rarement demandés. Le sialogramme peut être utile au diagnostic mais la scintigraphie des glandes salivaires permet une meilleure évaluation fonctionnelle. La sialographie par IRM peut être également utilisée.	0 II 0
Dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire 13B	RS	Non indiqué [B]	Les radiographies simples seraient le plus souvent normales.	I
	Panoramique dentaire	Examen spécialisé [B]	Réalisé systématiquement pour éliminer une autre cause (séquelle de fracture, lésion évolutive, cause dentaire, origine salivaire).	I
	IRM	Examen spécialisé [B]	La symptomatologie résulte souvent d'un dysfonctionnement du disque articulaire lié à une anomalie d'occlusion qui nécessite un traitement fonctionnel. L'IRM est la meilleure imagerie directe de ces dysfonctionnements. Elle n'est utile que dans les formes articulaires (ne doit pas être réalisée en cas de forme musculaire) ou lorsqu'une chirurgie est envisagée.	0
	TDM	Examen spécialisé [B]	Utile uniquement pour l'évaluation de l'arthrose secondaire.	II