

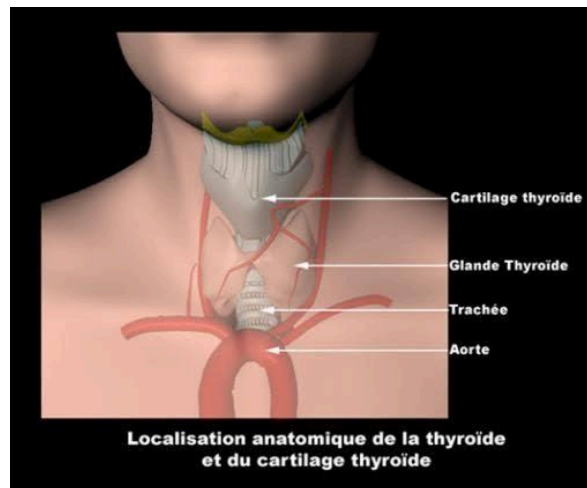
Sémiologie de la glande thyroïde/Examen des Aires ganglionnaires

La sémiologie endocrinienne est l'étude des anomalies et des pathologies des glandes endocriniennes qui sont : la glande thyroïde, la glande surrénale, et le métabolisme glucidique.

Rappel anatomo-physiologique :

La thyroïde est une glande à sécrétion interne, elle est située à la face antérieure du cou, devant la trachée.

NB : Si la thyroïde augmente du volume, elle risque de comprimer la trachée.



Le corps thyroïdien sécrète les hormones T3 et T4, qui augmentent l'activité métabolique de toutes les cellules de l'organisme.

Cette sécrétion est réglée par une stimulation hypophysaire TSH, elle-même sous la dépendance de la TRH hypothalamique.

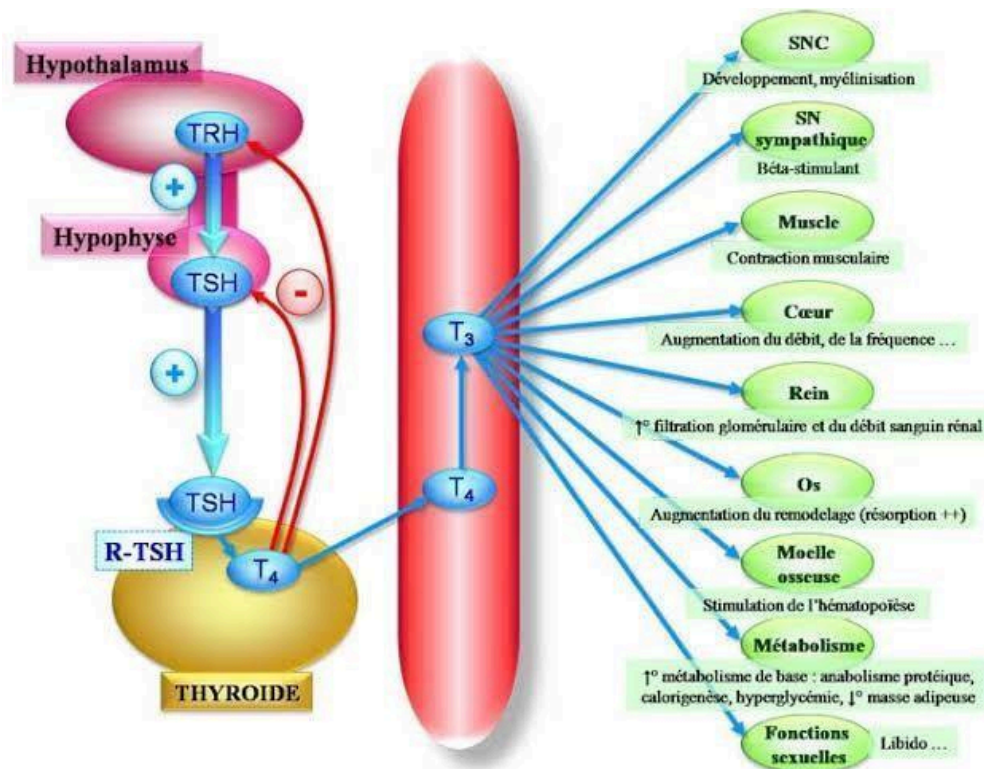
NB : La TSH est une hormone facilement dosée dans le sang, maintenant on dose la TSHus.

L'iode est amené au pôle apical de la cellule, il est incorporé à la thyroglobuline puis la thyroperoxydase (TPO) qui va catalyser l'oxydation de l'ion iodure, cette enzyme est importante puisqu'elle est souvent la cible d'anticorps dans les maladies auto-immunes de la thyroïde.

Le manque d'iode dans l'eau et dans l'alimentation provoque le goitre, c'est l'exemple des gens qui habitent dans les hautes altitudes (grande Kabylie) dont l'eau est dépourvue en iode car il est loin de la mer, ainsi que l'alimentation vendue dans des sachets exposés au soleil qui détruit l'iode.

Dans la thyroïdite chronique lymphocytaire, des anticorps attaquent l'enzyme ce qui entraîne un effondrement des hormones périphériques (T3 et T4) et aboutit à une hypothyroïdie.

Action des hormones thyroïdiennes :



L'examen clinique :

La thyroïde est accessible à l'examen clinique (inspection, palpation, auscultation).

Technique de l'examen :

De face : on se plaçant derrière le sujet, sujet en position assise, pour les sujets alités ou comateux, on fait remonter le lit. On pratique la palpation de l'isthme et des deux lobes, en faisant fléchir et incliner la tête du sujet vers le côté examiné (pour relâcher le muscle sterno-cléido-mastoïdien).

Cette palpation se fait au repos, en utilisant les pulpes des 4 doigts, puis pendant le mouvement de déglutition en faisant boire au sujet des petits gorgée d'eau. Normalement la thyroïde est mobile avec les mouvements de déglutition. Ceci permet de mettre en évidence une augmentation du volume ou la présence d'un nodule thyroïdien.

Si la glande est fixe lors des mouvements de déglutition, c'est une affection maligne (cancer).

Il faut aussi palper les aires ganglionnaires sus-claviculaires, sous mentonnières, rétro-occipitales et jugulo-carotidiens.

La palpation permet de rechercher un frémissement (Thrill) qui est la traduction d'un souffle à l'auscultation, où l'existence d'adénopathies.



L'auscultation recherche un souffle au niveau de la thyroïde qui témoin de l'hypervascularisation de la glande, on demande au patient de bloquer la respiration en inspiration et on ausculte.

Résultats :

A l'état normal : le corps de la thyroïde n'est pas visible et n'est pas palpable. Tout thyroïde qui n'a pas une forme normale s'appelle un goitre.

Les anomalies morphologiques de la thyroïde :

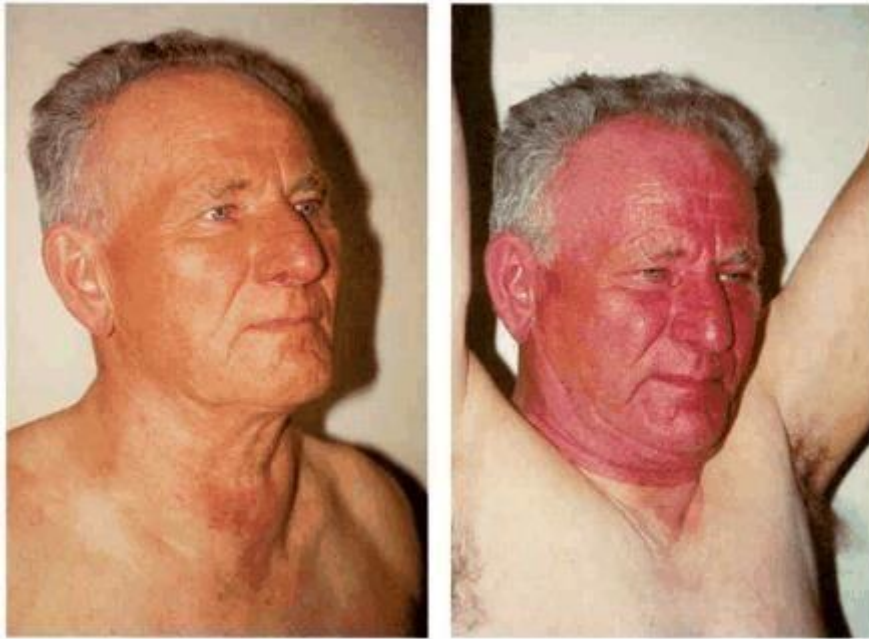
■ **Goitre** : c'est toute augmentation du volume de la thyroïde, il existe plusieurs types de goitre :

- Goitre simple : augmentation du volume de la thyroïde sans signe inflammatoire, cancéreuse, ni de signes de dysthyroïdie, il existe :
- Goitre endémique : fréquence élevée dans une région (ex : grande Kabylie)
- Goitre sporadique : isolée
- Goitre simple diffus : selon son volume on distingue :
 - Type 1 : Palpable
 - Type 2 : Visible à l'inspection.
 - Type 3 : Énorme
- Goitre nodulaire : le plus souvent on retrouve un nodule unique.

Manœuvre de Pemberton :

Le patient assis, lève les bras au-dessus de sa tête, si la tête devient violacée cela signifie un goitre thyroïdien compressif.

Rappel : anatomiquement la thyroïde est située en avant de la gaine vasculaire contenant l'artère carotide commune qui vascularisera toute la tête, ainsi un goitre compressible peut entraîner une compression de la gaine qui empêche la vascularisation céphalique, visible via la manœuvre de Pemberton.



◦ Le goitre avec dysfonctionnement thyroïdien.

■ **Le cancer** : tuméfaction thyroïdienne très dure, fixe au plan profond, pouvant s'accompagner de :

- Signes de compression :

De la trachée entraînant une dyspnée

De l'œsophage entraînant une dysphagie.

Du nerf récurrent entraînant une dysphonie -

Des adénopathies cervicales.

Cancers de la thyroïde : les symptômes et le diagnostic :

Les cancers de la thyroïde se manifestent principalement par un nodule le plus souvent découvert à la palpation du cou, ou lors d'examens d'imagerie.

Ce nodule est généralement indolore et non gênant.

Dans certains cas, il peut modifier la voix qui devient alors rauque. Il peut aussi être responsable de la formation d'un goitre.

En pratique, Les cancers papillaires s'étendent facilement aux ganglions mais ils ne conduisent que rarement à la formation de métastases.

Les cancers folliculaires donnent surtout des métastases osseuses et pulmonaires.

Examen des aires ganglionnaires :

Une adénopathie est définie par l'augmentation de taille pathologique d'un ganglion lymphatique.

Evolution de façon aiguë (<21 j) ou chronique (> 21-30 j)

Au niveau du cou, il existe plusieurs chaînes ganglionnaires cervicales drainant les différents territoires.

L'objectif de ce cours est de savoir reconnaître une adénopathie devant une tuméfaction cervicale, argumenter les principales étiologies, et justifier les examens complémentaires nécessaires.

L'adénopathie est la cause la plus fréquente de tuméfaction cervicale, surtout latérale, le diagnostic positif repose sur un faisceau d'arguments cliniques (interrogatoire et examen clinique) et paracliniques (guidés par les données de l'examen).

Le médecin doit apprécier les caractéristiques de l'adénopathie qui sont :

- La taille.
- L'état de sensibilité (Douloureuse à la palpation).
- La mobilité.
- La consistance (mou ou dure) - Le nombre.
- Le siège.
- Le caractère aiguë ou chronique.

L'interrogatoire est primordial, il précise :

- **Les antécédents :**

- Radiothérapie dans l'enfance.
- Tuberculose, prise de lait cru, fromage frais, alimentation par produit de chasse ou de pêche artisanale.
- Intervention ayant porté sur la face ou le cuir chevelu (épithélioma ou mélanome)
- Date d'apparition et conditions de survenue (épisode inflammatoire ou infectieux, apparition progressive ou brutale).
- signes fonctionnels évoquant une lésion primitive dans les voies aérodigestives supérieures : odynophagie, otalgie, dysphagie, dysphonie, amaigrissement. - signes fonctionnels évoquant une hémopathie : prurit, sueur nocturne, amaigrissement.
- l'âge et le facteur racial.

L'examen clinique est centré sur l'adénopathie :

- Inspection, peau en regard.
- palpation : diamètre, localisation, consistance, mobilité, douleur, palpation de toute la région cervicale.
- examen ORL complet.
- Examen général : recherche d'une hépto-splénomégalie.

