

THYROIDITES



INTRODUCTION / DÉFINITION :

- Le terme de thyroïdite signifie « l'inflammation de la thyroïde ».
- Il regroupe un grand nombre d'affections de mécanisme différent (inflammatoire, infectieux, auto-immun). Leurs présentations cliniques est très polymorphes.
- On peut distinguer (tableau 1) :
 - Thyroïdites aiguës
 - Thyroïdites subaigües
 - Thyroïdites chroniques



- Tableau n°1 : Classification des thyroïdites
- **1. Thyroïdites aiguës suppurées**
- **2. Thyroïdites subaiguës**
 - - Thyroïdite granulomateuse subaiguë (thyroïdite de de Quervain)
 - - Thyroïdite lymphocytaire subaiguë (ou thyroïdite indolore ou silencieuse)
- Thyroïdite du post-partum
- Thyroïdites iatrogènes (interféron et interleukine 2, lithium)
- Thyroïdite subaiguë toxique : amiodarone
- Thyroïdite subaiguë traumatique (chirurgicale, après ponction
 - -traumatisme externe)
- Thyroïdite subaiguë radique (iode 131, irradiation externe)
- **3. Thyroïdites chroniques**
 - - Thyroïdite chronique auto-immune (thyroïdite de Hashimoto)
 - - Thyroïdite fibreuse (thyroïdite de Riedel)



1) THYROÏDITES AIGUËS INFECTIEUSES (1)

- Elles sont très rares.
- Elles s'observent chez l'enfant et l'adulte,
- Elles sont favorisées par l'immunodépression (hémopathies, Sida, corticothérapie...) ou une cause locale (otite, cancer ORL).
- Le plus souvent d'origine bactérienne (surtout staphylocoque, streptocoque, mais aussi klebsielle, salmonelle, *Haemophilus*, bacille tuberculeux, mycose, voire tréponème), plus exceptionnellement virale, mycosique ou parasitaire.
- La persistance d'une fistule entre la thyroïde et le sinus pyriforme est à évoqué en cas de récurrence.



1) THYROÏDITES AIGUËS INFECTIEUSES (2)

Clinique :

- Le début est brutal, elle se manifeste par une masse thyroïdienne douloureuse, généralement unilatérale parfois fluctuante associée à un syndrome infectieux.
- Des signes compressifs sont fréquents.

Biologie :

- Un syndrome inflammatoire important
- Bilan thyroïdien normal

Imagerie :

- Scintigraphie thyroïdienne: une zone hypofixante (froide)
- L'échographie cervicale: montre une lésion hétérogène, hypo-échogène, kystique, et repère l'éventuelle abcédation.
- La ponction permet la mise en évidence du germe et la prescription d'une antibiothérapie adaptée.

Le traitement : antibiothérapie, le drainage chirurgical est nécessaire au stade d'abcès.

Evolution :

se fait vers la guérison.

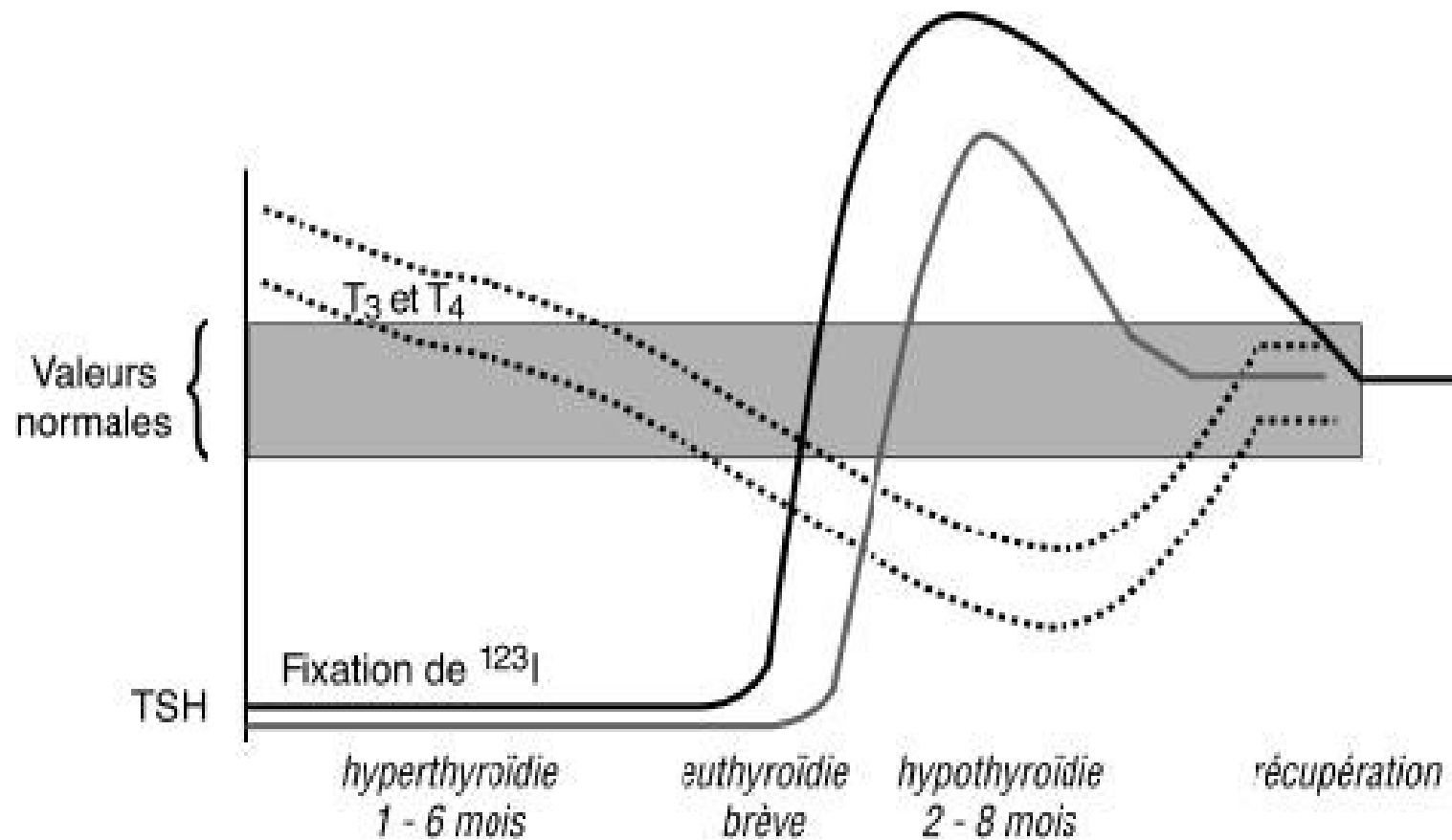


2) THYROÏDITES SUBAIGUËS (1)

- Toutes les thyroïdites subaiguës sont susceptibles d'avoir le profil hormonal suivant
- *La première phase* est celle d'une **hyperthyroïdie** due à la **lyse des cellules thyroïdiennes** et à la libération dans le sang de leur contenu : le rapport T4/T3 est physiologique et la thyroglobuline (Tg) est élevée.
- *La deuxième phase* est celle de **l'hypothyroïdie**
- La récupération de la fonction thyroïdienne est progressive.
- Cette évolution se fait en général sur 3 à 6 mois, mais elle peut être plus prolongée.



FIGURE 1 *ÉVOLUTION D'UNE THYROÏDITE SUBAIGUË.*



2) THYROÏDITES SUBAIGUËS (1)

2.1) Thyroïdite subaiguë de De Quervain

La thyroïdite subaiguë de De Quervain, ou thyroïdite granulomateuse, constitue un processus inflammatoire limité de la thyroïde, probablement d'origine virale, survient souvent sur un terrain de susceptibilité génétique HLA-B35.

Clinique :

- Survient typiquement, 3 à 6 semaines après un épisode infectieux rhinopharyngé, de nombreux virus ont été incriminés : coxsackie, oreillons, influenzae, common cold, adénovirus, etc.
- Appariation de douleurs cervicales antérieures souvent intenses, irradiant vers les mâchoires, les oreilles, les muscles cervicaux, s'accompagnant volontiers de dysphagie. Il existe une hyperthermie à 38–39,5 °C, une asthénie, parfois des signes cliniques modérés de thyrotoxicose. La thyroïde est hypertrophiée de façon diffuse, parfois un peu asymétrique, ferme et surtout électivement douloureuse, difficilement palpable.

Biologie :

- Un syndrome inflammatoire intense (VS et CRP élevées).
- Bilan thyroïdien perturbé : une hyperthyroïdie puis se succède une période d'hypothyroïdie plus ou moins intense et prolongée, avant le retour à l'euthyroïdie et la *restitutio ad integrum*. Généralement, il n'y a pas d'accroissement du titre des anticorps antithyroïdiens.



2) THYROÏDITES SUBAIGUËS (2)

2.1) Thyroïdite subaiguë de De Quervain

L'imagerie :

- L'échographie cervicale révèle une glande hypertrophiée, hypo-échogène, peu vasculaire.
- La scintigraphie est blanche : absence de fixation de l'iode 123 ou du technétium 99m et de visualisation du papillon thyroïdien.

Traitement :

- Il est symptomatique : anti-inflammatoires non stéroïdiens parfois corticoïde.
- Si l'hyperthyroïdie est très symptomatique les β -bloquants sont utiles.
- Une hormonothérapie thyroïdienne substitutive transitoire peut être nécessaire à la phase d'hypothyroïdie.



2) THYROÏDITES SUBAIGUËS (2)

2.1) Thyroïdite lymphocytaire subaiguë

Ces thyroïdites sont aussi appelées thyroïdites silencieuses ou indolores, pour les distinguer de la TGSA de de Quervain.

elles associées aux groupes HLA DR3 et DR5.

Thyroïdite lymphocytaire subaiguë sporadique :

Clinique : peu bruyante, se manifestant au début par une hyperthyroïdie modérée et inconstamment un goitre de petite taille, ferme et indolore.

Biologie : Des anticorps anti-Tg et/ou anti-TPO sont présents dans plus de la moitié des cas,

Scintigraphie : la captation de l'isotope est très faible, voire nulle (permet de poser le diagnostic différentiel de maladie de Basedow).

L'évolution se fait vers la résolution spontanée après une phase inconstante d'hypothyroïdie mais l'hypothyroïdie définitive ou les récurrences sont possibles.

Le traitement est symptomatique : b-bloquants en phase d'hyperthyroïdie, hormones thyroïdiennes en phase d'hypothyroïdie si ces épisodes sont mal supportés.



2) THYROÏDITE SUBAIGUË (3)

Thyroïdite du post-partum (TPP) :

La TPP est une variété de thyroïdite silencieuse, définie comme une dysfonction thyroïdienne transitoire ou permanente survenant dans la première année suivant un accouchement et due à une inflammation thyroïdienne d'origine auto-immune.

Elle peut aussi survenir après une fausse couche. Il s'agit d'une affection très fréquente.

Clinique : une phase d'hyperthyroïdie en général de courte durée et peu marquée, qui peut être isolée, ou suivie d'une phase d'hypothyroïdie souvent plus prolongée et plus symptomatique pouvant prendre l'aspect d'une dépression du post-partum.

Biologie : bilan hormonal perturbé

Echographie cervicale: hyperéchogenecité

Scintigraphie : est blanche

Traitement symptomatique : b-bloquants si l'hyperthyroïdie est mal supportée, thyroxine lorsque l'hypothyroïdie est patente



2) THYROÏDITES SUBAIGUËS (4)

Thyroïdites iatrogènes

Certaines thyropathies iatrogènes relèvent d'un mécanisme de thyroïdite.

Thyropathies liées à l'amiodarone

- L'amiodarone interfère avec la fonction thyroïdienne par plusieurs mécanismes (: elle inhibe la monodéiodase de type 1 et perturbe les dosages chez les patients euthyroïdiens (discrètes élévations de la TSH et de la thyroxine libre en début de traitement, mais T3 libre normale) ; il s'agit d'un produit fortement chargé en iode; elle est susceptible d'interférer avec l'immunité thyroïdienne et/ou d'avoir un rôle toxique direct et de provoquer des thyroïdites.

Hypothyroïdies à l'amiodarone

- Elles surviennent dans la majorité des cas chez des patients porteurs d'anticorps antithyroïdiens.
- Le traitement substitutif par levothyroxine, sans arrêter l'amiodarone qui est souvent indispensable.

Hyperthyroïdies à l'amiodarone

- Deux types d'hyperthyroïdies à l'amiodarone ont été décrits. (tableau 2)



Deux types d'hyperthyroïdie à l'amiodarone^a.

	Type 1	Type 2
Antécédent thyroïdien	Oui (goitre autonome)	Non
Échographie	Goitre multinodulaire	± normale (hypoéchogénicité)
Échodoppler	Vascularisation+ / ++	Pas d'hypervascularisation
Captage de l'iode	Absent/normal/augmenté	Absent
Anticorps antithyroïde	±	Absent
Pathogénie	Hyperthyroïdie à l'iode	Thyroïdite cytolytique
Rémission spontanée	Non	Possible
Première ligne de traitement	Antithyroïdien (± KClO ₄)	Prednisone
Traitement complémentaire	Probable	Non
Hypothyroïdie séquellaire	Non	Possible



2) THYROÏDITES SUBAIGUËS (5)

- **Thyroïdites iatrogènes**
- Thyropathies liées aux cytokines
- Elles peuvent survenir durant le traitement par interféron ou après l'arrêt de ce dernier.
- Des mécanismes auto-immuns sont plutôt incriminés, plus rarement d'une toxicité directe de la molécule d'interféron sur la thyroïde.
- *Clinique*: on peut avoir soit une
- Hypothyroïdie : est le plus souvent régressive à l'arrêt du traitement, ou plus rarement définitive ;
- Hyperthyroïdie : transitoire suivie d'une hypothyroïdie secondaire (présence d'anticorps antithyroperoxydase, scintigraphie blanche).
- Des dysfonctions thyroïdiennes ont également été décrites au cours des traitements par interleukine 2 ou interféron β .



2) THYROÏDITES SUBAIGUËS (6)

- **Thyroïdites iatrogènes**
- *Thyropathies liées au lithium*
- Les traitements prolongés par lithium peuvent être responsables d'hypothyroïdies, d'hyperthyroïdies et très fréquemment de thyroïdites silencieuses.
- ***thyroïdites physiques :***
- Irradiation de la thyroïde au cours de la radiothérapie, ingestion d'I131
- Agression mécanique de la thyroïde : chirurgie, traumatisme, cytoponction, ceinture de sécurité



3) THYROÏDITES CHRONIQUES (1):

1) Thyroïdites lymphocytaires auto-immunes :

La thyroïdite de Hashimoto

C'est une thyroïdite chronique autoimmune.

Elle survient le plus souvent chez la femme, entre 30 et 60 ans.

Le goitre est caractéristique de la maladie : habituellement de volume modéré, homogène à peine irrégulier, indolore, très ferme.

Au stade initial, la fonction thyroïdienne est le plus souvent préservée l'évolution se fait vers l'hypothyroïdie patente et l'atrophie progressive de la glande. Parfois il existe d'emblée une hypothyroïdie modérée. Très rarement, il existe une phase thyrotoxisque initiale, transitoire, régressant rapidement ou évoluant vers l'hypothyroïdie.



Biologie : La présence de titres considérablement accrus d'anticorps antithyroperoxydase (dans 98 % des cas) est caractéristique de la maladie.

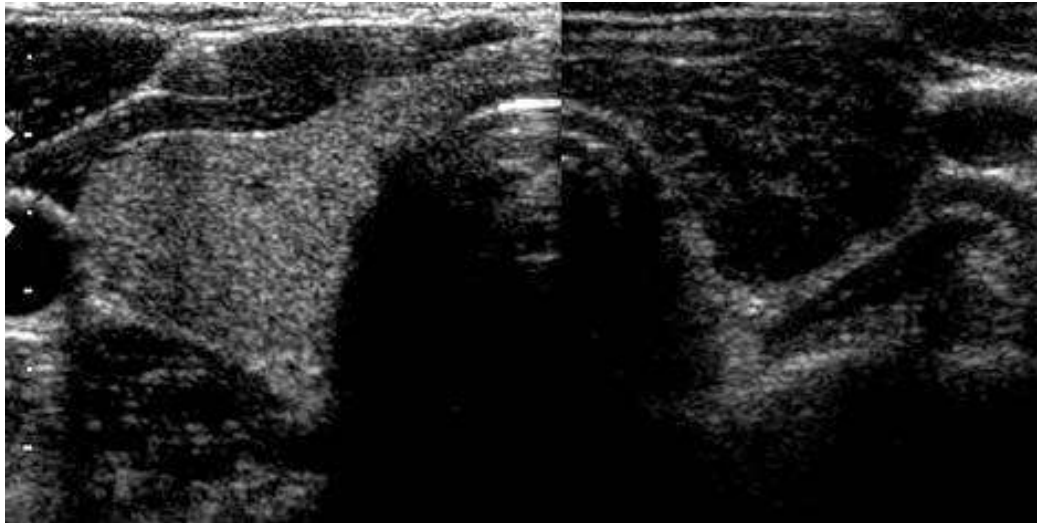
L'échographie révèle une thyroïde hypertrophiée dans son ensemble, globalement hétérogène avec des plages hypoéchogènes plus ou moins bien limitées et des zones pseudonodulaires.

Scintigraphie, la fixation serait hétérogène « en damier ».

Le traitement de la thyroïdite de Hashimoto repose sur l'administration d'hormone thyroïdienne, à dose substitutive.



COMPARAISON PARENCHYME NORMAL (IMAGE GAUCHE) ET
HYPOÉCHOGÈNE (IMAGE DROITE).



3) THYROÏDITES CHRONIQUES (1):

La thyroïdite lymphocytaire chronique de l'adolescent

- Elle constitue une variante de la thyroïdite de Hashimoto. Elle se manifeste vers l'âge de 10 à 15 ans, par un goitre diffus et ferme et la présence d'anticorps antithyroperoxydase.

La thyroïdite atrophique :

- C'est la première cause des hypothyroïdies acquises de l'adulte. Elle survient électivement chez la femme après la ménopause, ou à distance des accouchements, mais n'épargne pas l'homme et l'enfant.



Caractéristiques des deux principaux syndromes de polyendocrinopathies auto-immunes (PEA) ^a.

	PEA type 1	PEA type 2
Prévalence	1/20 000 (Finlande, Iran, Sardaigne, très rare ailleurs)	1/20 000
Transmission génétique	Autosomique récessive (mutation du gène <i>AIRE</i>)	Autosomique dominante (prédisposition polygénique)
Ratio femme/homme	1	3
Âge de début	Maladie pédiatrique	30–40 ans
Atteintes principales	Candidose cutanéomuqueuse Hypoparathyroïdie Insuffisance surrénalienne	Auto-immunité thyroïdienne (75 %) Diabète de type 1 Insuffisance surrénalienne
Atteintes associées	Dystrophie dents et ongles Vitiligo Alopécie Diabète de type 1 Hypogonadisme Auto-immunité thyroïdienne (4 %) Hépatopathie auto-immune	Vitiligo Maladie de Biermer Maladie cœliaque Insuffisance ovarienne



3) THYROÏDITES CHRONIQUES (2):

2) Thyroïdite de Riedel

- La thyroïdite chronique de Riedel, encore appelée thyroïdite sclérosante ou thyroïdite fibreuse, est exceptionnelle. Elle réalise une fibrose extensive du parenchyme thyroïdien qui finit par déborder les limites de la capsule thyroïdienne et constituer une fibrose envahissante du cou, sinon du médiastin. Son étiologie n'est pas connue.
- *Clinique* : un goitre de volume variable mais surtout très dur, « pierreux » ou « ligneux ». Celui-ci devient progressivement fixé et responsable de signes compressifs. Le diagnostic différentiel est le carcinome anaplasique.
- *Biologie* : bilan thyroïdien normal rarement une hypothyroïdie. Les anticorps antithyroïdiens sont en règle générale absents.
- *Traitement* : corticoïde, chirurgie.

