

# Les thyroïdites



L. F. OUCHERIF, M. SEMROUNI, Z. ARBOUCHE,  
Service d'Endocrinologie et de Diabétologie,  
CHU Isaad Hassani, Béni Messous, Alger.

## Résumé

Les thyroïdites représentent un ensemble de pathologies inflammatoires thyroïdiennes, liées à des étiologies variables, avec une présentation clinique et biologique ainsi qu'une évolution très diverses. Leur fréquence varie selon l'étiologie : la plus fréquente est la thyroïdite auto-immune : thyroïdite de Hashimoto, subaiguë lymphocytaire ou du post-partum ; la thyroïdite aiguë infectieuse et la thyroïdite fibreuse de Riedel sont exceptionnelles.

## Abstract

Thyroiditis comprises a large group of inflammatory conditions of thyroid with various clinical and biological presentation. Autoimmune thyroiditis is the most frequent cause. Other etiologies include postviral and infections ; chronic sclerosing form termed Riedel thyroiditis, granulomatous causes, radiation-induced and drug induced thyroiditis.

### >>> Mots-clés :

Thyroïdite, inflammation, auto-immune, virale.

### >>> Key-words :

Thyroiditis, inflammatory, auto-immune, viral

## Définition :

Thyroïdite est un terme qui désigne une inflammation de la thyroïde, de présentation clinique et biologique variable, et de cause variable :

1. Thyroïdite auto-immunes : Thyroïdite silencieuse, Thyroïdite du post-partum,
2. Thyroïdite lymphocytaire chronique de Hashimoto.
3. Thyroïdite aiguë : infectieuse,
4. Thyroïdite subaiguë : Thyroïdite granulomateuse de De Quervain.
5. Thyroïdite Fibreuse de Riedel
6. Thyroïdite iatrogènes, autres

### 1. Thyroïdites auto-immunes :

#### A. Thyroïdite lymphocytaire chronique de Hashimoto :

C'est la thyroïdite auto-immune la plus fréquente (10 % chez l'adulte, 40 % des goitres de l'adolescent). Son étiopathogénie associe des facteurs génétiques (transmission autosomique dominante/modalités polygéniques multifactorielles à pénétrance variable gènes CTLA4, HLA DR5 DR3 DR4 DQ B8) et environnementaux (rôle E2, iode, radiations), induisant une réponse immunitaire cellulaire et humorale. Elle a une nette prédominance féminine (Sex-ratio : 7-15F/1H), avec un pic entre 30-50ans mais peut survenir à n'importe quel âge (adolescence).

#### Clinique :

Goitre diffus, ferme, granité, indolore (rarement sensible), parfois nodulaire ou atrophique (surtout chez la femme ménopausée). Les signes de dysthyroïdie sont souvent absents au début, rarement se présente par une hyperthyroïdie : Hashitoxcosis (5 %).

Une cassure de la courbe de croissance est observée dans la forme pédiatrique.

La Thyroïdite d'Hashimoto s'intègre parfois dans un ensemble de poly-endocrinopathies auto-immunes PEA type2 (hypothyroïdie + insuffisance surrénalienne + DT1 ou autre maladie auto-immune), ou PEA type1 (APE-CED : Addison, hypoparathyroïdie, candidose, autre).

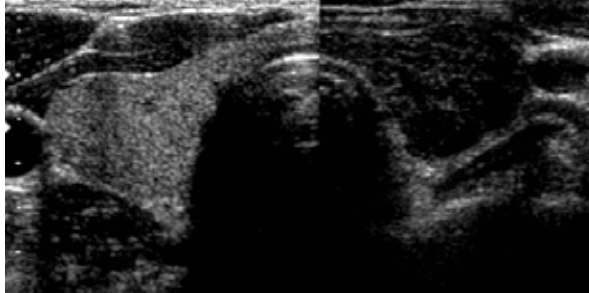
**Le bilan paraclinique :** Les AcantiTPO sont positif dans presque 100 % des cas, les AcantiTg dans 90 % des cas (10 % sujets sains), les Ac bloquants anti récepteur de la TSH (TRAB) sont positifs dans 10 % des cas.

**L'échographie :** Aspect hypoéchogène, pseudonodulaire, et à la scintigraphie, la fixation est hétérogène.

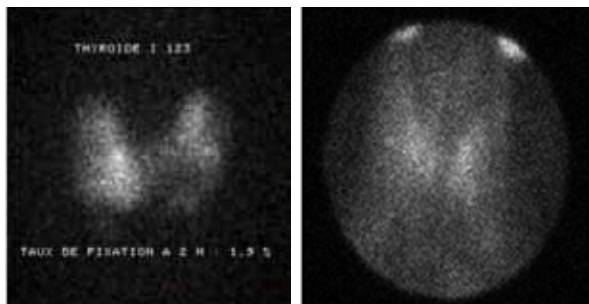
L'étude histologique retrouve une infiltration lymphocytaire diffuse à centres germinatifs et des vésicules thyroïdiennes altérées avec fibrose et cellules oxyphiles (ou cellules de Hurtle).

Le traitement repose sur le traitement hormonal substitutif par Lévothyroxine ; il n'existe pas de traitement étiologique.

L'évolution se fait vers l'hypothyroïdie définitive, certaines complications ont été exceptionnellement rapportées : encéphalite d'Hashimoto (causalité discutée), orbitopathie (2 %), lymphome(LMNH).



Echographie : Thyroïde Normale Échographie : Thyroïde Hypoéchogène



Scintigraphie : Fixation hétérogène Scintigraphie : Hypofixation

### **B. Thyroïdite subaiguë lymphocytaire sporadique : (Thyroïdite silencieuse ou indolore).**

Il s'agit d'une thyroïdite auto-immune avec une prédisposition génétique (haplotype HLA DR4 DR5), et une

légère prédominance féminine (sex-ratio : 2/1). Elle représente 1 à 23 % des causes d'hyperthyroïdies.

**Présentation clinique :** Souvent pauci-symptomatique : petit goitre ferme, élastique, indolore, sans signes inflammatoires, associés à des signes discrets d'hyperthyroïdie, suivie d'hypothyroïdie modérée, parfois l'hypothyroïdie est révélatrice.

**Sur le plan paraclinique :** La TSH est variable selon la phase évolutive. Les anticorps antiTPO sont positifs dans 60 % des cas à des taux plus faibles que la thyroïdite d'Hashimoto, les anticorps antiTg sont positifs dans 30 % des cas. La scintigraphie est blanche.

L'aspect histologique est le même que celui de la thyroïdite de Hashimoto mais de façon plus discrète, réversible.

Le traitement par antithyroïdiens de synthèse est souvent inutile ; parfois les bêtabloquants sont indiqués en phase d'hyperthyroïdie et la levothyroxine en phase d'hypothyroïdie si celle-ci est patente.

### **C. Thyroïdite du post-partum :**

Elle se définit comme une thyroïdite auto-immune transitoire ou permanente survenant dans l'année suivant un accouchement ou un avortement (responsable de 80 % des hyperthyroïdies du post-partum).

Sa prévalence est de 5-7 % des accouchements. Celle-ci augmente à 15 % en cas de diabète type 1, et à 50 % chez les femmes ayant des anticorps antiTPO positifs. Le risque de récurrence est de 70 % lors des grossesses ultérieures.

**Clinique et évolution :** idem Thyroïdite silencieuse.

### **2. Thyroïdite aigue infectieuse :**

Très rare, vu la résistance de la thyroïde aux infections, il faut donc rechercher une cause locale : malformation congénitale du sinus piriforme chez l'enfant, persistance du canal thyroïdienne, cancer ORL, immunodépression, ou exceptionnellement, contamination lors d'une cytoponction.

Elle est souvent d'origine bactérienne (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, BGN, salmonelle), mais peut être virale ou fongique.

**Clinique :** Le tableau clinique est dominé par une douleur cervicale brutale et intense, des signes inflammatoires locaux et signes infectieux avec parfois altération de l'état général.

**Biologie :** Le bilan retrouve un syndrome infectieux (hyperleucocytose) et inflammatoire franc (VS accélérée, CRP élevée) ; mais la fonction thyroïdienne est souvent normale (hypothyroïdie secondaire rare) .

Léchographie montre des zone hypoéchogènes, hétérogènes, ou un abcès. La réalisation d'un transit baryté et d'une fibroscopie peut être justifiée en cas de suspicion de fistule du sinus piriforme. La cytoponction en cas d'abcès montre une nécrose et suppuration et permet d'identifier l'agent infectieux en cause.

Le choix du traitement antibiotique est dicté par l'identification de l'agent infectieux, ou antibiotique à large spectre. Un drainage est indiqué en présence d'un abcès. Évolution : elle est souvent favorable après traitement approprié précoce. La guérison est alors totale, de façon exceptionnelle certaines complications peuvent survenir : choc septique, gangrène, médiastinite, fistulisation, compression, hypothyroïdie, récurrence (16%).

**3. Thyroïdite subaiguë :** thyroïdite granulomateuse de De Quervain (thyroïdite de Crile ou à cellules géantes).

La thyroïdite subaiguë (TSA) est une affection rare (< 5 % des pathologies thyroïdiennes), se développant dans un contexte viral (épisode rhinopharyngé banal), volontiers saisonnière (automne/printemps), avec prédominance féminine (sex-ratio : 2-6/1), et parfois une prédisposition génétique (HLA B 35).

**Clinique :** La TSA se traduit par des cervicalgies avec goitre diffus ferme, douloureux, associé ou non à des signes inflammatoires et des signes généraux (fébricule, asthénie), et précédée 2 à 4 semaines avant par une rhinopharyngite virale. Ce tableau s'accompagne de signes de dysthyroïdie évoluant classiquement en 4 phases : Hyperthyroïdie modérée (20-50 %), Euthyroïdie, Hypothyroïdie (3-6 semaines), retour à l'euthyroïdie = restitution Ad integrum (quelques semaines à un mois).

En phase d'hyperthyroïdie peut se poser le problème de diagnostic différentiel avec la maladie de Basedow (MB).

#### Biologiquement :

L'hyperleucocytose et le syndrome inflammatoire sont modérés. Les anomalies thyroïdiennes sont variables selon le stade évolutif. Les anticorps anti thyroïdiens sont négatifs ou peu élevés.

Léchographie retrouve un goitre hypoéchogène, peu vascularisé, ne fixant pas à la scintigraphie (≠maladie de Basedow). La cytoponction est d'interprétation délicate (confusion avec un cancer).

L'aspect histologique retrouve un œdème avec lyse vésiculaire et infiltrat inflammatoire, associé à un granulome à cellules géantes multinucléés et de la fibrose, ces signes sont réversibles à la guérison.

Le traitement : fait appel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou rarement aux corticoïdes (prednisone 0,5 mg/kg) dans les formes hyperalgiques pendant 6 à 12 semaines jusqu'à 6 mois. Cette thyroïdite peut se compliquer d'une hypothyroïdie définitive dans 5 % des cas et rarement paralysie des cordes vocales, le taux de récurrence est de 2,3 %/an.



Thyroïdite subaiguë de De Quervain

#### 4. Thyroïdites iatrogènes/médicamenteuses :

- Amiodarone = médicament riche en iode, analogie structurale avec t4: ↘ conversion t4 en t3 ; il y a 2 type de thyroïdites sous amiodarone :

Hyperthyroïdie par surcharge iodée type 1 : sur thyroïde pathologique, scintigraphie : fixante, traitement : anti-thyroïdiens de synthèse.

Hyperthyroïdie par surcharge iodée type 2 : sur thyroïde saine : destruction cellules thyroïde > relargage des hormones thyroïdiennes, scintigraphie : hypofixation (blanche), IL6 ↗, traitement : corticothérapie.

- Lithium (↘ protéolyse Tg → diminution HT → hypothyroïdie parfois goitre, très rare : hyperthyroïdie), interféron, interleukine.

- Nouvelle classe d'immunosuppresseurs (Ipilumab, Pembrolizumab, Alectuzumab), taux élevé de thyroïdites et de dysthyroïdies surtout si les anticorps anti-TPO sont positifs avant traitement.

- Irradiations, irathérapie, chirurgie thyroïdienne.



Scintigraphie Blanche : Surcharge iodée

### 5. Thyroïdite fibreuse de Riedel :

Thyroïdite très rare (0,06 %), dont la pathogénie reste méconnue : processus auto-immun aboutissant à une inflammation et une fibrose (2/3 Acanthithyroidiens +) ou localisation thyroïdienne d'une maladie fibrosante systémique ?

**Clinique :** se présente comme un goitre indolore rapidement évolutif, dur, pierreux fixé au plan profond et superficiel, compressif (faisant craindre un carcinome), sans ADP. Une hypothyroïdie est retrouvée dans 1/3 des cas, l'hyperthyroïdie est rare.

**L'exploration :** goitre hypoéchogène à limites floues, avec invasion des structures de voisinage à la TDM. La cytoponction ne peut pas trancher (thyroïdite chronique, lymphome, carcinome indifférencié), le diagnostic est porté par l'étude histologique de la pièce opératoire.

**Traitement :** souvent la thyroïdectomie totale s'impose, vu la compression ou le doute diagnostique, mais parfois une corticothérapie à forte dose prolongée est nécessaire. Le pronostic est en général bon mais parfois décès par compression, une fibrose extra thyroïdienne est possible.

	Terrain	Clinique	Biologie	Morphologie	Évolution
Thyroïdite aiguë Infectieuse	Immunodéprimé Malformations	Douleur cervicale Signes généraux et inflammatoires	Syndrome infectieux et inflammatoire Bilan thyroïdien : Normal	Écho : zone hypo échogènes, hétérogènes, ou abcès	Souvent favorable
Thyroïdite subaiguë : granulomateuse de quervain	Contexte viral Prédominance Féminine	Goitre douloureux, signes inflammatoires dysthyroïdie	Hyperleucocytose d'inflammation. TSH variable AntiTPO/Tg : peu ↗	Echo : goitre hypoéchogène Scintigraphie : ne fixe pas	Hypothyroïdie définitive (5 %) récidive : 2,3%/an.
Thyroïdite subaiguë lymphocytaire : Thyroïdite silencieuse	Auto-immune prédisposition Génétique prédominance féminine	Petit goitre indolore, signes d'hyperthyroïdie, puis hypothyroïdie	TSH variable AntiTPO+( 60%) (taux plus faibles que T. Hashimoto)	Scintigraphie : blanche.	Favorable, Risque de récidive
Thyroïdite du postpartum	Après accouchement ou avortement	Idem T silencieuse			
Thyroïdite Lymphocytaire Chronique de Hashimoto	Auto-immune (génétiques et/ou environnement) +-Poly endocrino Pathie auto-immune	Goitre diffus ferme indolore, parfois nodulaire ou atrophique. Dysthyroïdie	AntiTPO : + acantiTG:+ TRAB(10%).	Écho : hypo échogène scintigraphie fixation hétérogène (en damier).	Hypothyroïdie définitive
T. Fibreuse De Riedel	Auto-immune ou inflammation Ou fibrose Systémique	Goitre indolore , dur pierreux fixé ,compressif	Syndrome inflammatoire ac AntiTPO/Tg : parfois positif.	Invasion structures de voisinage.	Souvent bon parfois décès par compression +-fibrose extra thyroïdienne

**Date de soumission :**1<sup>er</sup> Avril 2018.**Liens d'intérêts :**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Références :**

1. J.L. Wemeau. Les maladies de la thyroïde. 2010
2. Williams. Textbook of endocrinology. 2016.
3. Rom J Morphol Embryol 2017, Cytological, histopathological and immunological aspects of auto-immune thyroiditis.
4. Échographie de la thyroïde. 2013

**Contrôlez vos connaissances !****1. La thyroïdite d'Hashimoto est caractérisée par (CM) :**

- A. Origine auto immune
- B. Infiltrat lymphocytaire à l'histopathologie
- C. Evolution aigue
- D. Evolution vers l'hypothyroïdie
- E. Prédominance masculine

**2. La thyroïdite aigue est généralement caractérisée par (RF) :**

- A. Une hyperleucocytose
- B. Un goitre compressif
- C. Une atteinte de l'état général
- D. L'absence de dystroïdie
- E. Une guérison sans séquelles

**3. La thyroïdite du post-partum (RF) :**

- A. Est une thyroïdite auto-immune
- B. Survient chez les femmes avec anticorps anti-TPO positifs.
- C. Evolue vers une hypothyroïdie définitive.
- D. Peut se traduire par une phase d'hyperthyroïdie puis d'hypothyroïdie.
- E. L'hypothyroïdie est habituellement transitoire

**4. La thyroïdite de De Quervain est caractérisée par : (RJ)**

- A. Etiologie bactérienne.
- B. Goitre généralement compressif
- C. Scintigraphie thyroïdienne blanche
- D. Origine auto immune
- E. Evolution vers l'hypothyroïdie définitive

Réponses au quizz sur  
[www.el-hakim.net](http://www.el-hakim.net)

Retrouvez les numéros de 1 année 2018 sur  
[www.el-hakim.net](http://www.el-hakim.net)



# Bionorm<sup>®</sup>

Répaglinide

Équilibrer  
et **Ajuster...**

