

Thyroïdites

I. Introduction – Définition :

- La thyroïdopathie : 2ème pathologie la plus fréquente en endocrinologie
- La thyroïde pèse environs 20 g et secrète des hormones (T3 et T4) à effets pléiotropes
- Thyroïdopathie : variable (dysthyroïdie, pathologie nodulaire et goitre, cancer, thyroïdite...)
- **Thyroïdite** = inflammation de la thyroïde (saine)
- **Strumite** = inflammation sur un goitre
- Elle regroupe des affections thyroïdiennes d'étiologie, de présentation clinique et d'évolution extrêmement variées.
- Les circonstances de découverte sont également très diverses : goitre ou nodule, dysthyroïdies ou fortuitement par un dosage biologique.
- Un diagnostic étiologique précis : permettre une prise en charge thérapeutique adaptée.

II. Épidémiologie :

- Les estimations de l'incidence et de la prévalence de la thyroïdite de Hashimoto sont variables.
- Une incidence de 1/1000 a été proposée ainsi qu'une prévalence de 8/1000
- À l'âge de 50 ans, jusqu'à 30% des femmes ont des AC spécifique de la thyroïde qui sont élevés.

III. Physiopathologie :

Conséquences fonctionnelles de la thyroïdite :

1. Libération des hormones thyroïdiennes : risque d'hyperthyroïdie
2. Infiltration du parenchyme thyroïdien (cellules immunitaires) : risque d'hypertrophie thyroïdienne
3. Destruction du parenchyme thyroïdien : risque d'hypothyroïdie
4. Destruction du parenchyme thyroïdien : risque d'hypotrophie
5. Libération de la Tg

IV. Circonstances de révélation :

- ▀ Goitre
- ▀ Nodule
- ▀ Douleurs cervicale
- ▀ Syndrome compressif cervical
- ▀ Dysthyroïdie
- ▀ Fortuite (biologie ou radiologie)
- ▀ Dépistage

V. Classification :

On peut classer ces maladies selon :

- a. La physiopathologie :
 - Infectieuse
 - Auto-immune
 - Iatrogène
- b. Le statut thyroïdien hormonal :
 - Euthyroidie,
 - Hyperthyroidie,
 - Hypothyroidie
- c. Le mode d'installation :
 - Thyroïdites aiguës,
 - Subaiguës
 - Chroniques

A. Thyroïdite aiguë infectieuse (ou thyroïdite purulente) :

- ✓ Souvent d'origine bactérienne, beaucoup plus exceptionnellement d'origine virale, mycosique ou parasitaire.
- ✓ Rare
- ✓ Touche l'enfant et l'adulte jeune et favorisée par un contexte d'immunodépression (hémopathies, SIDA, corticothérapie...) ou une cause locale (cancer oto-rhino-laryngologique, fistule chirurgicale...)
- ✓ **Cliniquement :**
 - Le début est brutal d'un syndrome infectieux et des signes inflammatoires locaux
 - Une masse thyroïdienne douloureuse, généralement unilatérale, parfois fluctuante avec des signes compressifs
- ✓ **L'échographie :**
 - Montre une lésion hétérogène, hypoéchogène, kystique, plus caractéristique à la phase de constitution de l'abcès.
 - La ponction permet le diagnostic, la mise en évidence du germe et la prescription d'une antibiothérapie adaptée.
- ✓ **PEC :**
 - Antibiotiques +/- drainage chirurgical au stade d'abcès.

B. Thyroïdite subaiguë de De Quervain :

La thyroïdite subaiguë de De Quervain représente une **réaction inflammatoire de la thyroïde secondaire à une infection virale.**

- ✓ **Contexte de survenue :**
 - 2 à 6 semaines après un épisode infectieux rhinopharyngé

✓ **Clinique :**

- Douleurs cervicales antérieures souvent intenses, irradiant vers les mâchoires, les oreilles, les muscles cervicaux, s'accompagnant volontiers d'une dysphagie.
- Il existe un contexte fébrile, 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 :**

- Il existe à la phase initiale un syndrome inflammatoire biologique intense et une hyperthyroïdie modérée avec **élévation de la thyroglobuline**.
- Les anticorps antithyroïdiens sont généralement absents.

✓ **Radiologie :**

- L'échographie révèle une glande hypertrophiée, hypoéchogène.
- La scintigraphie (iode 123 ou technétium 99m) est blanche (absence de fixation).

✓ **Évolution :**

Plusieurs aspects :

- Hyperthyroïdie suivie d'hypothyroïdie plus au moins prolongée (4 à 6 semaines) puis retour à l'euthyroidie.
- Quelques cas d'hypothyroïdies définitives sont décrits.
- Les récurrences sont exceptionnelles.

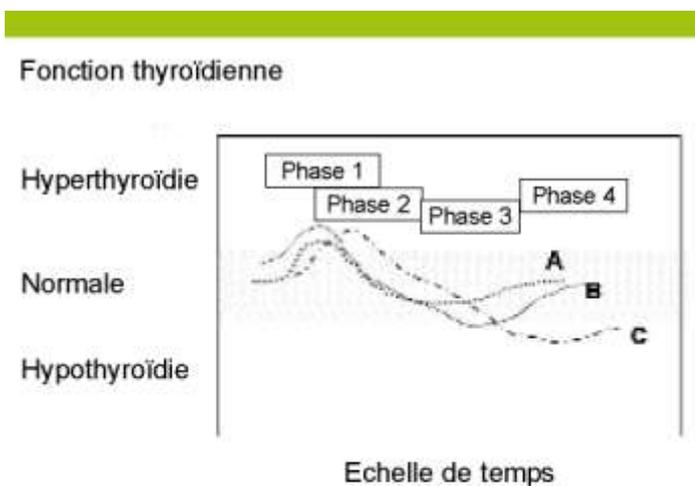


Figure 1. Caractéristiques des évolutions de la fonction thyroïdienne lors de thyroïdite subaiguë

Evolution de trois patients différents :

- A : hyperthyroïdie brève et transitoire, sans autre dysfonction.
- B : hyperthyroïdie transitoire avec hypothyroïdie transitoire spontanément résolutive.
- C : hyperthyroïdie transitoire avec hypothyroïdie persistante.

✓ PEC :

- Le traitement vise à limiter les phénomènes inflammatoires et douloureux par des AINS dans les formes d'intensité modérée, plus rarement corticoïdes dans les formes sévères ou rebelles.
- Une hormonothérapie thyroïdienne substitutive transitoire peut être nécessaire à la phase d'hypothyroïdie.

C. Thyroïdites chroniques :**Thyroïdites lymphocytaires auto-immunes :**

Les thyroïdites lymphocytaires auto-immunes regroupent :

- La thyroïdite de Hashimoto
- La thyroïdite lymphocytaire chronique de l'adolescent
- La thyroïdite atrophique
- La thyroïdite silencieuse ou indolore
- La thyroïdite auto-immune asymptomatique

Caractères en commun des thyroïdites lymphocytaires auto-immunes :

- Un terrain familial
- Une prédisposition génétique
- Des facteurs favorisants environnementaux
- La possibilité d'associations à d'autres maladies auto-immunes
- La présence d'anticorps circulants dirigés contre les antigènes thyroïdiens
- Pas de traitement spécifique

a. La thyroïdite de Hashimoto :

- ✓ La thyroïdite de Hashimoto survient le plus souvent chez la femme (sex-ratio 6/1), entre 30 et 60 ans.
- ✓ Il s'agit d'une maladie auto-immune spécifique d'organe
- ✓ Caractérisée par des Ac anti thyroïdiens et une infiltration lymphocytaire de la thyroïde avec destruction du parenchyme thyroïdien (risque d'hypothyroïdie)
- ✓ **Clinique :**
 - Un goitre est caractéristique de la maladie : habituellement de volume moyen, homogène ou modérément bosselé, indolore, très ferme, non vasculaire.
 - Au stade initial, la fonction thyroïdienne est le plus souvent préservée.
 - Dans 15 % des cas existe une hypothyroïdie modérée.
 - Chez 5 % des patients, on peut observer une phase thyrotoxique transitoire, régressant rapidement ou évoluant vers l'hypothyroïdie.
 - L'association d'autres maladies auto-immunes est possible (vitiligo, anémie de Biermer, maladie cœliaque...)

✓ **Biologie :**

Anticorps anti-thyroperoxydase (Ac anti-TPO) très élevés est caractéristique de la maladie (mais non spécifiques).

✓ **Radiologie :**

- L'échographie révèle une thyroïde hypertrophiée dans son ensemble, globalement hétérogène
- Au fil des années, l'évolution se fait vers l'hypothyroïdie patente et l'atrophie progressive de la glande.
- L'apparition d'un lymphome thyroïdien (1 % des cas) est rare mais possible

✓ **Traitement :**

- Le traitement est substitutif et repose sur l'administration d'hormone thyroïdienne, à dose substitutive.
- Chez la femme jeune, il faut garder à l'esprit l'augmentation des besoins en hormones thyroïdiennes au cours de la grossesse et la nécessité d'augmenter la posologie du traitement dès le diagnostic de grossesse.

b. 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,

✓ **Clinique :**

- Un goitre important diffus et ferme et la présence d'anticorps anti-TPO.
- L'euthyroïdie est généralement respectée, et une hypothyroïdie initiale n'est pas nécessairement définitive.

✓ **Traitement :**

Le traitement par hormone thyroïdienne peut permettre la régression du volume du goitre et atténuer les stigmates d'auto-immunité si hypothyroïdie.

c. La thyroïdite atrophique ou myxœdème spontané de l'adulte :

✓ 3 fois plus fréquente que la thyroïdite de Hashimoto

✓ Résulte de destruction progressive de la glande par une thyroïdite lymphocytaire auto-immune.

✓ Pour certains, c'est une forme évoluée de la thyroïdite de Hashimoto

✓ **Clinique :**

- Signes d'hypothyroïdie
- Absence de goitre
- Ac antithyroïdiens : très élevés au début, puis absents après plusieurs années d'évolution

✓ **Traitement :**

Hormonothérapie substitutive à vie

d. La thyroïdite silencieuse indolore du postpartum :

- ✓ Auto-immune
- ✓ Survient entre l'accouchement et la 1ère année postpartum
- ✓ **Clinique :**
 - Goitre ferme non dur, indolore, non vasculaire
 - Thyrotoxicose : signes modérés d'hyperthyroïdie sans ophtalmopathie
- ✓ **Paraclinique :**
 - Syndrome inflammatoire : très modéré
 - Hyperthyroïdie modérée : ↑ FT3 FT4 avec ↓ TSH
 - Ac antithyroïdien : légèrement élevés taux faibles
 - Scintigraphie thyroïdienne (CI grossesse et allaitement) : blanche

e. La thyroïdite auto-immune asymptomatique :

- ✓ Elle prédomine chez la femme caractérisée par la présence d'anticorps antithyroïdiens et un aspect hypoéchogène et hétérogène du parenchyme thyroïdien en échographie.
- ✓ Asymptomatique
- ✓ L'évolution vers l'hypothyroïdie est possible et justifie une surveillance annuelle de la TSH.
- ✓ Risques : les sujets sont particulièrement exposés au risque de thyroïdite silencieuse du postpartum ou d'une hypothyroïdie iatrogène.

f. Les thyroïdites chroniques sans signes d'auto-immunité :**◆ Thyroïdites spécifiques :**

Exceptionnelles

Tuberculeuse, syphilitique, parasitaire (Kyste hydatique de la thyroïde), sarcoïdose

◆ Thyroïdite chronique ligneuse ou fibreuse de Riedel :

Maladie fibreuse thyroïdienne associée à d'autres manifestations fibreuses d'étiologie inconnue.

- Exceptionnelle.
- Son étiologie n'est pas connue.
- Elle est fréquemment associée à d'autres manifestations fibreuses : fibrose médiastinale ou rétropéritonéale, fibrose des glandes salivaires ou lacrymales, cholangite sclérosante, pseudotumeur de l'orbite.

Clinique :

- Goitre de volume variable mais surtout induré, « pierreux », « ligneux », fixé parfois compressif posant un diagnostic différentiel avec le le carcinome anaplasique.
- L'euthyroïdie est généralement préservée, mais on peut observer une hypothyroïdie en cas de processus très extensif et de destruction massive

Paraclinique :

- Il peut exister un syndrome inflammatoire biologique modéré.
- Les anticorps antithyroïdiens sont en règle générale absents.

PEC :

- La chirurgie est souvent difficile et rarement curative, elle permet de lever les phénomènes compressifs.
- Les traitements médicaux (corticothérapie, antiestrogènes) sont imparfaitement codifiés.

D. Thyroïdites iatrogènes :

Certaines thyroidopathies iatrogènes relèvent d'un mécanisme de thyroïdite.

▪ Liées à l'amiodarone :

Deux mécanismes :

- un mécanisme de thyroïdite auto-immune préalable : il s'agit d'une atteinte lésionnelle liée à la réduction de la masse parenchymateuse fonctionnelle : évolution vers l'hypothyroïdie
- un mécanisme de thyroïdite iodée, survenant sur une glande thyroïde préalablement saine : évolution vers hyperthyroïdies

▪ Liées aux cytokines : 9 % des patients traités par interféron alpha. peut donner une hyper ou une hypothyroïdie.**▪ Liées au lithium****▪ Radiques :** traitement radiométabolique par iode 131**VI. Points forts :**

- ☑ La thyroïdite aiguë infectieuse est une affection rare, d'origine le plus souvent bactérienne, parfois favorisée par un contexte d'immunodépression, une malformation locale ou une néoplasie de voisinage.
- ☑ Dans la thyroïdite subaiguë de De Quervain, la symptomatologie est dominée par les douleurs cervicales et le syndrome inflammatoire.
- ☑ Il existe plusieurs formes de thyroïdites auto-immunes, qui diffèrent par leur expression clinique et leur mode évolutif.
- ☑ La thyroïdite de Riedel est exceptionnelle et se manifeste par un goitre de consistance extrêmement dure pouvant en imposer pour un carcinome anaplasique de la thyroïde.
- ☑ Les traitements par amiodarone, lithium ou interféron peuvent se compliquer d'atteintes thyroïdiennes dont certaines relèvent d'un mécanisme de thyroïdite.