

# ***LES THYROIDITES***





**Thyroïdites** –affections se caractérisant par un infiltrat inflammatoire de la glande

**Etiologie:** - infectieuse  
- autres (lymphocytaire, granulomateuse, fibreuse)



# Thyroïdites aiguës

- suppurées
- non suppurées

# Thyroïdites subaiguës

- granulomateuse (de Quervain)
- lymphocytaire

# Thyroïdites chroniques

- lymphocytaire (de Hashimoto)
- fibreuse (de Riedel)



# Thyroïdite aiguë suppurée

- Inflammation aiguë à étiologie infectieuse  
(streptocoque hémolytique, staphylocoque doré, pneumocoque, salmonelle, escherichia coli )
- anatomie pathologique
  - macroscopique- congestion, foyers de nécrose et suppuration
  - Microscopique -infiltrat pmn, lymphocytes, invasion bactérienne, nécroses, abcès –guérison avec fibrose



# Tableau clinique

- Signes généraux de l'infection
  - Douleurs, tachycardie, fièvre, courbature
- Signes locaux de l'inflammation
  - Hypertrophie modérée, adénopathie latéro-cervicale
- Ex. paracliniques
  - leucocytose
  - tests de la fonction thyroïdienne- parfois T3 T4 élevées , atc antithyroïdiens : normal
- ★ Echo - hypoéchogénéité
- Ponction à aiguille fine



# Diagnostic

- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel – thyroïdite subaiguë de Quervain, congestions thyroïdiennes de grossesse, phlegmon du cou, hémorragies interstitielles ou intrakystiques, début aigu du néoplasme thyroïdien



# Evolution , complications

- Evolution - abcédation
- Complication - rupture d'abcès (peau, oesophage, trachée, médiastin), thrombophlébites v. jugulaire int, oedème laryngien, septicémie, strumites suffocantes, disséquantes, gangréneuses.
- Guérison - euthyroïdie



# Traitement

- Médical – anti-inflammatoires ,  
antibiotiques, antalgiques
- Chirurgical:
  - Drainage de l'abcès
  - lobectomie subtotale



# Thyroïdite subaiguë granulomateuse

- Inflammation douloureuse, évolution auto-limitée, destruction de l'épithélium folliculaire et formation de follicules pseudo-tuberculeux.
- Fr. 2,5% ; 30-50 ans
- Etiologie - virale? Auto-immune?



# Anatomie pathologique

## □ Macroscopique

- hypertrophie, dure, blanche / jaunâtre sur section
- localisée, étendue

## □ Microscopique

- Destruction de l'architecture folliculaire normale et apparition d'un infiltrat inflammatoire;
- Granulome – agglomération de cellules géantes autour des follicules thyroïdiens dégénérés.



# Diagnostic

- T3, T4, TSH, les iodoprotéines
- Clinique – douleur, fièvre, asthénie
- Ex. paracliniques - VSH, hyper-/hypo-euthyroïdie
- Dg. Dif. – pharyngite aiguë, thyroïdite suppurée, thyroïdite de Hashimoto, cc thyroïdien



# Evolution , traitement

- Ev. auto-limitée
- Guérison sans séquelles
- Traitement
  - corticothérapie, anti-inflammatoires
  - hormonothérapie
  - radiothérapie ext.
  - chirurgical – (rarement)



**Thyroïdite subaiguë lymphocytaire** (thyroïdite silencieuse, indolore, post-partum, etc)

- Etiologie non précisée
- Morphopathologie – infiltration lymphocytaire, diffuse ou focale, follicules thyroïdiens collabés ou détruits



# Clinique, traitement

- Début brusque, hypertrophie thyroïdienne, sans douleur; hyperthyroïdie à rémission
- VSH normal, T4 T3 élevées
- Evolution vers la rémission
- Traitement - médical, chirurgical (rarement)



# Thyroïdite chronique lymphocytaire auto-immune (Hashimoto)

- Hakaru Hashimoto 1912
- Maladie auto-immune à évolution traînante
- Incidence 0,3-1,5/1000 habitants



# Etioopathogénie

- Auto-immune mixte, prédominance des mécanismes humoraux
- Atc. Contre les antigènes thyroïdiens
- Fréquence accrue des maladies auto-immunes
- Facteur génétique HLA-DR3, HLA-DR5



# Anatomie pathologique

## □ Macroscopique

- gl. hypertrophiée (localisée/généralisée)
- pâle, blanche-grisâtre, vascularisation réduite

## □ Microscopique

- Infiltration lymphocytaire
- Lésions folliculaires
- fibrose



# Clinique

Début insidieux, hypertrophie

- ☐ Consistance ferme
- ☐ Douleur vague, discomfort
- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ Association: Addison, DZ, insuff. ovarienne/testiculaire



# Examens paraclinique

- ☐ VSH normal ou modérément augmenté
- ☐ Les tests de floculation sont positifs
- ☐ TSH accrue , T3 T4 basses
- ☐ Scintigraphie – fixation non uniforme
- ☐ atc anti-thyroïdiens dans 90-95% des cas
- ☐ Ponction à aiguille fine



# Diagnostic

- Dg. positif
- Dg. différentiel
  - Goître simple
  - néoplasme



# Evolution, complications

- ☐ Evolution très lente
- ☐ Compressions
- ☐ Hypothyroïdisme (en règle générale)



# Traitement

- Traitement médical non spécifique
  - hormonothérapie
- Traitement chirurgical
- Goître volumineux
- Adénopathie latéro-cervicale
- forme active
  - Esthétique
  - Bon pronostic



# Thyroïdite chronique ligueuse de Riedel, invasive





# Définition

- ❑ Inflammation chronique
- ❑ Transformation scléreuse comprenant aussi les structures adjacentes
- ❑ B. Riedel 1896 – tuméfaction à dureté de fer
- ❑ Fréquence très rare
- ❑ F/B 4/1
- ❑ Mécanisme auto-immun



# Anatomie pathologique

## □ Macroscopique

- Tissu fibreux dur, blanchâtre-ivoire, grince lors de la section
- Envahit les fascias du cou , les muscles, la trachée, l'oesophage, les vaisseaux et les nerfs
- Microscopique: follicules thyroïdiens en petit nombre et à dimensions réduites, écrasés par un tissu fibreux dense
- Extension au -delà de la capsule – caractère invasif



# Tableau clinique

- ☐ Début insidieux
- ☐ Hypertrophie asymétrique, dureté extrême
- ☐ Mobilité réduite, fixation dans les plans profonds
- ☐ limites glandulaires imprécises
- ☐ compressions - trachée, oesophage, nerfs récurrents, disparition du pouls carotidien



# Tableau clinique

- ☐ Dyspnée
- ☐ Dysphonie, dysphagie
- ☐ Bon état général
- ☐ hypothyroïdie 25-30%
- ☐ Hypoparathyroïdie



# Examens paracliniques

- ☐ L normale
- ☐ VSH peut être accrue
- ☐ T3T4 normale
- ☐ scintigraphie – zone d'hypofixation
- ☐ écho
- ☐ Ponction à aiguille fine



# Traitement

- Médical – hormonothérapie
- Chirurgical – les interventions extensives ont été abandonnées
- Pronostic – réservé, mortalité de plus de 10% par asphyxie