

Introduction:

La thyroïdite subaigüe, est la cause la plus fréquente de douleurs cervicales antérieures dans l'aire thyroïdienne et représente environ 5% de la pathologie thyroïdienne . Dans sa forme classique d'évolution triphasique, cette affection pose peu de problèmes de diagnostic ; il existe cependant des formes atypiques dans la symptomatologie et l'évolution pouvant conduire à des erreurs. Nous rapportons le cas d'une patiente, atteinte d'une maladie de Gilbert chez qui une thyroïdite sub-aigüe de Quervain a été évoquée devant une accentuation de son ictère et un contexte infectieux trainant.

Observation:

Patiente âgée de 36 ans diagnostiquée avec une maladie de Gilbert . Deux mois avant , la patiente a présenté une accentuation de son ictère avec fièvre à 38- 39 ° C sans foyer infectieux évidents et sans prise médicamenteuse récente. Devant la présence d'un goitre douloureux la patiente nous a été adressée.

A l'examen : fièvre à 39 ° C, ictère conjonctival, goitre homogène vasculaire douloureux.

Bilan biologique: un syndrome inflammatoire biologique, une hyper-bilirubinémie à prédominance libre et une hyperthyroïdie biologique .

Les anticorps anti-TPO et anti RTSH sont négatifs , les anti-Thyroglobuline positifs . Les sérologies virales sont négatives.

Tableau N°1: Explorations biologiques

Bilan	Résultats
CRP	86 mg/l
Vitesse de sédimentation	110
Bilirubine libre	87 µmol/l
Bilirubine conjuguée	14µmol/l
TSHus	0,011 µUI/ l
FT4	37,7pmol/L

Les explorations morphologiques sont en faveur d'une thyroïdite sub-aigüe de Quervain : thyroïde hétérogène, hypervascularisée avec des plages hypo-échogènes à l'échographie et à la scintigraphie une fixation thyroïdienne très faible.

Une corticothérapie à la dose de 0,5 mg/kg/j a été entamé avec une bonne évolution clinique et biologique (disparition du syndrome inflammatoire et restitution de la fonction thyroïdienne (le traitement par acide salicylique est à éviter vu qu'il est métabolisé par les enzymes UGT1A1, UGT1A3 ce qui peut être à l'origine d'une hépato-toxicité.

Discussion:

L'association douleur antéro-cervicale, signes généraux, syndrome inflammatoire marqué et hypofixation nette à la scintigraphie thyroïdienne signe la thyroïdite subaigüe de De Quervain. Il existe une hyperthyroïdie dans environ 20 % des cas à la phase aiguë, transitoire, d'intensité en général modérée, que nous avons pu objectiver. Elle est due à la libération accrue d'hormones, à partir des cellules thyroïdiennes détruites lors de la phase inflammatoire.

La guérison survient dans la grande majorité des cas, soit spontanément soit sous traitement anti-inflammatoire (corticoïde, aspirine, ou AINS), qui accélère la guérison (chez notre patiente le traitement par acide salicylique est à éviter vu qu'il est métabolisé par les enzymes UGT1A1, UGT1A3 ce qui peut être à l'origine d'une hépato-toxicité) . L'évolution ultérieure peut se faire vers l'hypothyroïdie, qui est le plus souvent transitoire.

Conclusion:

Le diagnostic d'une thyroïdite subaigüe de Quervain est souvent aisé devant un contexte clinique évocateur. Cependant devant des tableaux atypiques il faut savoir l'évoquer notamment dans le cadre de fièvre au long cours afin d'instaurer rapidement un traitement adéquat en tenant compte du terrain.