

INTRODUCTION

La thyroïdite de Riedel constitue une forme rare des thyroïdites chroniques, elle conduit souvent à évoquer cliniquement un carcinome anaplasique de la thyroïde ou un lymphome, nous rapportons les observations de deux cas de thyroïdite de Riedel.

observations

Observation n 1 :

Patiente de 39 ans, qui présentait un goitre dont le volume augmentait rapidement, l'examen clinique notait un goitre dure. la TSH était correcte, l'échographie cervicale avait montré un goitre multinodulaire (le plus grand nodule de 38mm). La patiente avait bénéficié d'une réduction tumorale (thyroïdectomie subtotale). L'exploration chirurgicale avait révélé une thyroïde fibreuse fixe adhérente à la trachée avec envahissement des muscles sous hyoïdiens, l'examen extemporané avait mis en évidence une tumeur à cellules fusiformes pouvant correspondre à un carcinome anaplasique. Une étude immunohistochimique avait confirmé le diagnostic de la thyroïdite de Riedel. La patiente fut mise sous corticothérapie faible dose avec bonne évolution clinique.

Observation n 2 :

Patiente de 43 ans, avec ATCD de mastectomie pour carcinome infiltrant du sein, sous tamoxifène, qui consultait pour un goitre dur, l'examen clinique avait mis en évidence un goitre modéré de consistance élastique la patiente avait bénéficié d'une thyroïdectomie totale et dont l'examen anatomopathologique était en faveur d'une thyroïdite de Riedel. L'évolution était très favorable, et ceci est probablement dû à la prise du tamoxifène par la patiente.

DISCUSSION

La thyroïdite de Riedel constitue une forme rare de thyroïdite chronique se caractérisant par une fibrose extensive de la glande thyroïde intéressant non seulement celle-ci mais également les tissus avoisinants.(1) Son étiopathogénie demeure inconnue. Son diagnostic est anatomopathologique (2).

La thyroïdite de Riedel conduit souvent à évoquer cliniquement un carcinome anaplasique de la thyroïde ou un lymphome : goitre ligneux, fixé aux plans profonds, compressif.

Les données scintigraphiques, échographiques, cytologiques ne sont que rarement concluantes. Le diagnostic de thyroïdite de Riedel nécessite alors le plus souvent la réalisation d'une biopsie chirurgicale pour éliminer l'hypothèse d'une lésion maligne.

L'imagerie de choix est la tomodensitométrie cervicomédiastinale recommandée lors du diagnostic et dans le cadre de la surveillance pour le bilan d'extension.

La thyroïdectomie ou dissection du cou est en principe non recommandée.

En l'absence de compréhension de la pathogénie de la maladie, l'approche thérapeutique est empirique et imparfaite. La corticothérapie s'avère efficace en phase constitutive de la maladie, d'intérêt plus controversé au-delà. Des petites doses sont conseillées (10 à 20 mg par jour) pendant 4 à 6 mois, éventuellement maintenues au long cours si elles s'avèrent efficaces (1). Le tamoxifène est une bonne alternative, à débiter à 20 mg × 2 par jour et à diminuer selon les effets indésirables à 10 mg × 2 par jour. La place des thérapeutiques anti-TNF α , immunosuppressives dans les formes localisées ou plus générales d'une maladie fibrosante, est encore imparfaitement codifiée (3).

CONCLUSION

En l'absence de compréhension de la pathogénie de la maladie, l'approche thérapeutique est empirique et imparfaite. La corticothérapie s'avère efficace en phase constitutive de la maladie, Le tamoxifène constitue une bonne alternative thérapeutique.

REFERENCES

1. **Pierrette Perimenis**, Sophie Marcelli , Thyroïdite de Riedel : aspects actuels, [La Presse Médicale, Volume 37, Issue 6, Part 2](#), June 2008, Pages 1015–1021
2. Madiha Mahfoudhi, **Thyroïdite de Riedel**, *The Pan African Medical Journal*. 2015;20:290. [doi:10.11604/pamj.2015.20.290.6593](#)
3. Wang CJ, Wu TJ, Lee CT, Huang SM. A misdiagnosed Riedel's thyroiditis successfully treated by thyroidectomy and tamoxifen. *J Formos Med Assoc*. 2012 111(12):719-23