Un goitre très atypique…

F. Defrance (1), H. Topolinski (1), C. Gillot (1), L. Vanhove (1), C. Lemaire (1), E. Leteurtre (2), B. Bouchindhomme (2), R. Caiazzo (3)

(1) Service d'endocrinologie, CH Béthune, (2) Service d'd'anatomie pathologique, CHRU de Lille, (3) Service de chirurgie endocrinienne, CHRU de Lille

Introduction :

Introduction :
Le goitre rapidement évolutif et compressif peut être difficile à prendre en charge. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un goitre atypique qui avait fait évoquer un lymphome thyroïdien.

Observation :

La patiente, âgée de 68 ans était adressée en consultation spécialisée pour un goitre compressif évolutif en 3 mois, avec dyspnée, voix rauque. Cliniquement, le goitre était globuleux, dur, avec signes compressifs (cornage, manoeuvre de Pemberton, dyspnée), et associé à une thyroïdite franche (ATPO >8000 UI/L, N<30) et une TSH à 20 µUI/ml.
En échographie, il était volumineux (130 ml), extrêmement hypoéchogène et hétérogène, globuleux, sans nodule franc, prédominant à droite, non vasculaire et sans adénopathie. Le scanner confirmait la compression trachéale (Fig. 2). On notait par ailleurs une calcitonine négative, mais la ß2 µglobuline 2,9 mg/L (<2), et les LDH 270 UI/L (<250) étaient douteux. La cytoponction était classée Bethesda 3. En TEP (Fig. 3), il s'agissait d'un volumineux goitre hypermétabolique prédominant à droite (SUV 9 mg/L). Devant ces atypies était proposée une biopsie chirurgicale (sans cible précise) qui montrait une thyroïdite plasmocytaire majeure.

Evolution :

Malgré la normalisation de la TSH sous Lévothyrox, ni le volume du goitre ni les signes compressifs n'étaient modifiés, justifiant une thyroïdectomie à visée décompressive et diagnostique sur le goitre. Les différentes étiologies alors évoquées sont décrites dans la Figure 4. Les suites ont été simples et l'anatomopathologie a confirmé une « simple » Thyroïdite lymphocytaire.

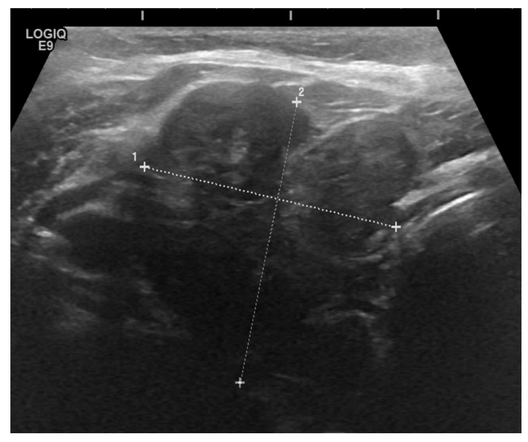

Fig. 1 : Echographie thyroïdienne
Goitre globuleux hypoéchogène hétérogène

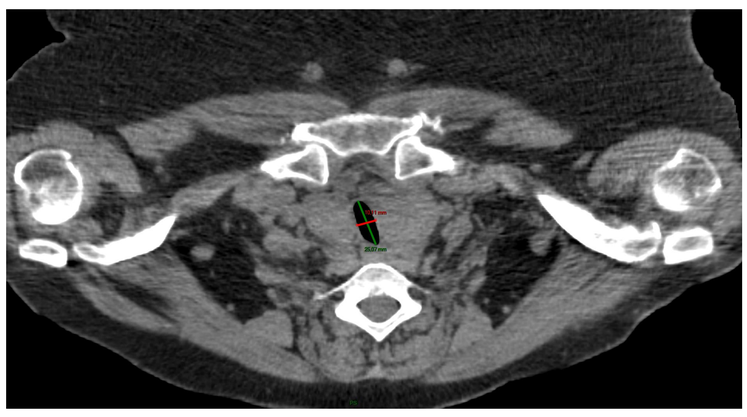

Fig. 2 : Scanner cervical
Goitre compressif sur la trachée

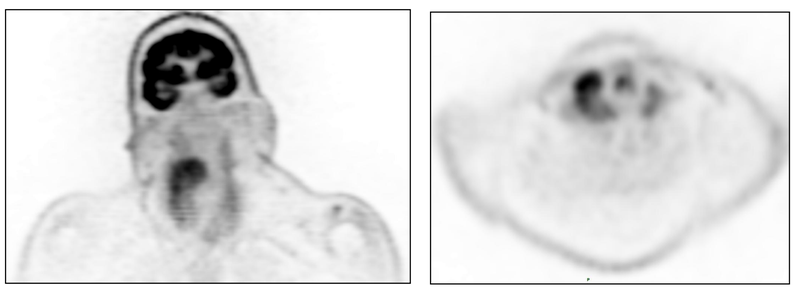

Fig. 3 : TEP
Fixation thyroïdienne intense asymétrique

Lymphome thyroïdien

+	Signes échographiques ß2globuline et LDH+ ATPO +
-	Evolution assez lente Pas d'autre adénopathie

Thyroïdite de Riedel/maladie à IgG4

+	Signes compressifs Hypothyroïdie
-	Echographie Scanner ATPO + } Rapports vasculaires

Anaplasique

+	Hypothyroïdie modérée
-	Évolution assez peu rapide Masse non fixée Hypovasculaire

Thyroïdite d'Hachimoto

+	Hypothyroïdie ATPO +++ Echographie
-	Caractère évolutif compressif

Fig. 4 : TEP
Arguments positifs et négatifs pour les différentes étiologies évoquées

Discussion :

Ce cas illustre la potentielle sévérité clinique des thyroïdites d'Hashimoto (1) qui peuvent amener à une indication de thyroïdectomie quand elles sont d'évolution rapide, compressives, ou en cas de doute concernant un lymphome (80% de thyroïdite associée (2)), entité rare hétérogène (3), pour laquelle on connaît le faible apport de la cytoponction (3, 4).

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

(1) Wormer BA, Am J Surg, 2001
(2) Aozasa, Cancer 1986)
(2) Xie Y, Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao. 2017
(3) Bostancı H, Turk J Med Sci. 2