

Thyroidite de Riedel à propos de 3 cas

A. Bouzid^a (Pr), I. Bouheraoua^b (Dr), N. Fafa^a (Pr), D. Meskine^a (Pr)

^a Laboratoire d'endocrinologie & métabolisme Alger 1. Service d'endocrinologie EPH Bologhine, Alger, ALGÉRIE ;

^b Service d'endocrinologie EPH Bologhine, Alger, ALGÉRIE

INTRODUCTION

Appelée aussi thyroïdite sclérosante ou thyroïdite fibreuse invasive, la thyroïdite de Riedel (TR) est extrêmement rare, elle résulterait de processus auto-immuns inflammatoires évoluant vers la fibrose. Cette fibrose thyroïdienne extensive constitue souvent une manifestation locale d'un processus fibrotique systémique et touche également les tissus voisins.

Objectifs : décrire à travers 3 observations les caractéristiques cliniques et évolutives de cette pathologie.

OBSERVATIONS

Observation 1

Patiente âgée de 43 ans, a consulté pour gêne respiratoire. L'examen clinique retrouve un goitre multinodulaire (GMN) compressif sans signes de dysthyroïdie.

Le scanner cervicothoracique (SCT) révèle une masse hypo dense thyroïdienne à prédominance isthmolobaire gauche en contact intime avec la partie antérolatérale de la trachée avec petites adénomégalies latéro-cervicales droites. La patiente est opérée mais étant donné que la masse était indissociable de la trachée, il n'a été pratiqué que de simples biopsies, dont l'étude histologique confirme le diagnostic de TR. La patiente est mise sous corticothérapie maintenue depuis 2 ans. Malgré le goitre compressif, l'évolution est restée stable avec corticothérapie au long court.

Observation 2

Patiente de 77 ans porteuse d'un GMN évoluant depuis quelques années en euthyroïdie. Elle est opérée devant une cytoponction suspecte.

L'examen anatomopathologique a conclu à une TR. L'évolution était favorable, la patiente est décédée plus d'une dizaine d'années plus tard suite à une fracture du col du fémur.

Observation 3

Patiente de 53 ans consulte pour goitre évoluant depuis 3 ans, ayant augmenté rapidement de volume. Le SCT retrouve un volumineux goitre compressif associé à une masse médiastino-pulmonaire gauche adénopathies latéro-cervicales et sus-claviculaire gauches. La cytoponction est revenue en faveur d'une TR. La biopsie écho guidée de la masse médiastinale montre un tissu fibroscléreux évoquant une progression médiastinale de la TR. L'étude cytologique du liquide d'aspiration bronchique de même que biopsie bronchique n'ont pas retrouvé de cellules malignes. La patiente a été mise sous corticothérapie. L'évolution est marquée par une diminution modérée de la taille du goitre et régression des signes compressifs mais avec installation d'une symptomatologie respiratoire faite de dyspnée d'effort et parfois au repos stable depuis deux ans.

DISCUSSION

- ❖ Décrite pour la première fois par Bernhardt Riedel en 1883 sous le terme d'eisenharte struma(1), La thyroïdite de Riedel représente 0,06% des goitres opérés à la Mayo Clinic entre 1920 et 1955 (2). Elle représente la forme la plus rare de thyroïdite chronique. Elle touche préférentiellement la femme d'âge moyen. Elle est exceptionnelle chez l'enfant.
- ❖ Sa physiopathologie est inconnue, elle pourrait représenter la localisation thyroïdienne d'une maladie fibrosante systémique (3).
- ❖ Cliniquement, la maladie se traduit par un goitre de volume variable, augmentant rapidement de taille devenant compressif, dur fixé au plan profond et superficiel, posant un problème de diagnostic différentiel avec un cancer indifférencié ou un lymphome à forme sclérosante (4).
- ❖ Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire est discret, les anticorps antithyroïdiens peuvent être présents, la fonction thyroïdienne est variable en fonction du degré de destruction du tissu thyroïdien, la thyroglobuline est normale ou parfois élevée (5).
- ❖ A la scintigraphie, le goitre est hypofixant avec des plages froides. A l'échographie, le goitre est hypoéchogène à limites floues.
- ❖ L'imagerie (tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique) précise le degré d'invasion des tissus adjacents.
- ❖ La cytoponction à l'aiguille fine ne permet pas de trancher entre une néoplasie (cancer indifférencié et lymphome) et une composante fibreuse d'une thyroïdite chronique.
- ❖ L'examen anatomopathologique de la glande thyroïde est l'élément clé du diagnostic, il montre un tissu dur et avasculaire avec une fibrosclérose dépassant la capsule et envahissant les structures adjacentes. Les critères diagnostiques microscopiques sont : 1) un processus fibro-inflammatoire d'une partie ou de la totalité de la glande; 2) l'extension de la fibrose à travers la capsule thyroïdienne vers les structures anatomiques voisines; 3) destruction partielle ou complète du parenchyme thyroïdien affecté.
- ❖ Il n'y a pas de traitement spécifique de la thyroïdite de Riedel, la chirurgie quand c'est possible, est le seul traitement capable de lever la compression et confirmer le diagnostic. La corticothérapie a été proposée en cas de forme évolutive, de même pour le tamoxifène.
- ❖ L'évolution est variable, parfois sévère du fait l'extension des lésions, une fibrose extrathyroïdienne apparaît dans les 10 ans qui suivent l'épisode initial(6). Toutefois une stabilisation est possible, les rechutes sont rares. Parmi nos 3 patientes, celle qui a bénéficié d'une thyroïdectomie totale avait le pronostic le plus favorable et la plus longue durée d'évolution.

CONCLUSION

Le pronostic de la TR est souvent satisfaisant, malgré quelques décès par compression des structures de voisinage.

Références

- (1) Riedel BM. Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren führende Entzündung der Schilddrüse. Verh Dtsch Ges, Chir, 1896, 25 :101-105
- (2) Woolf PD. Thyroiditis Med Clin North Am, 1985, 69 : 1035-1048
- (3) Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE, Thyroiditis. N Engl J Med, 2003, 348: 2646- 2655.
- (4) Vigouroux C, Escourrolle H,
- (5) Baudin E, Bosq Jgiquel C, Schlumberger M, Parmentier C. Thyroïdite de Riedel. Presse Méd 1989; 18: 825-7.
- (6) Schneider RJ, Orbital involvement in Riedel's struma. Can J Ophthal 1976;11: 87-90.