

Thyroïdite de Riedel

La thyroïdite de Riedel est une affection exceptionnelle qui se caractérise par une fibrose dense et invasive de la glande thyroïde et des tissus environnants (1, 2). Son étiopathogénie reste encore discutée. Elle pose un double problème diagnostique et thérapeutique. En effet, Ses caractéristiques cliniques conduisent souvent à évoquer un carcinome anaplasique de la thyroïde ou un lymphome. Les données scintigraphiques, échographiques, cytologiques ne sont que rarement concluantes et le diagnostic nécessite le plus souvent la réalisation d'une biopsie chirurgicale pour éliminer l'hypothèse d'une lésion maligne.

Nous rapportons deux nouvelles observations de thyroïdite de Riedel.

Observations

Observation 1 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers (pas de diabète, pas de cas similaires dans la famille), originaire du Nord Ouest, qui a consulté pour une tuméfaction cervicale antérieure rapidement évolutive, depuis 6 mois, sans signes de dysthyroïdie, ni signes compressifs (pas de dysphonie ni dysphagie ni dyspnée) et sans altération de l'état général. Par ailleurs la patiente n'avait pas de signes respiratoires ou signes abdominaux aigus associés. L'examen cervical a révélé la présence d'un nodule basio-cervical antérieur latéralisé à gauche, mobile à la déglutition, faisant 4 cm de grand axe, de consistance pierreuse mais indolore. Il n'y avait pas d'adénopathies cervicales palpables. A la laryngoscopie indirecte, les cordes vocales étaient mobiles. L'examen otologique, rhinologique ainsi que l'examen général étaient sans particularités. L'échographie thyroïdienne a confirmé la présence d'un nodule isthmo-basilaire gauche hypo échogène hétérogène faisant 4x5cm de grand axe. Ce nodule était froid à la scintigraphie au technicium 99. La radiographie du thorax était sans anomalies. Sur le plan hormonal, le bilan thyroïdien était normal (TSH = 0,42UI/mL et FT4 = 1,53dL/mU). Une cervicotomie était alors décidée et en per opératoire, la glande thyroïde paraissait dure englobant la trachée et l'axe vasculaire gauche du cou, il ne persistait qu'une petite languette de tissu thyroïdien sain polaire supérieur droit. Devant l'impossibilité de disséquer la glande, il a été décidé de faire une biopsie en quartier d'orange. L'examen extemporané et l'examen anatomopathologique définitif ont conclu qu'il s'agissait d'une thyroïdite fibreuse de Riedel. La patiente a été alors adressée pour une prise en charge en endocrinologie où il a été décidé de la mettre sous Cortancyl® à la dose 15cp/j pendant deux mois. L'évolution était favorable avec régression totale de la tuméfaction thyroïdienne au bout de deux mois de traitement corticoïde.

Observation 2 :

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans sans antécédents pathologiques personnels particuliers (pas de diabète) et sans notion de cas similaires dans la famille qui présente depuis deux

mois une odynophagie évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Le patient présentait des sueurs nocturnes et un amaigrissement chiffré à 4kg en un mois. Il n'y avait pas de dysphonie ou de dyspnée associées. A l'examen, le patient était subfébrile à 37,9°C. L'examen ORL a révélé la présence d'un goitre multi nodulaire où le plus gros nodule était médio-lobaire droit et faisait 3cm de grand axe. Les nodules étaient très fermes, mobiles à la déglutition et indolores. Il n'y avait pas d'adénopathies cervicales associées. A la nasofibroscopie, les cordes vocales étaient saines et mobiles et les sinus piriformes libres. Le reste de l'examen ORL ainsi que l'examen pleuro-pulmonaire et abdominal sont sans particularités. A la biologie, il existait un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 93 (à la 1ère heure), une CRP à 48mgr/l et une fibrinogénémie élevée à 5,79gr/L. Le bilan hormonal (FT4, TSH) était normal. L'échographie thyroïdienne a confirmé la présence d'un goitre diffus multi nodulaire de contours irréguliers et d'échostructure hétérogène avec un volumineux nodule de 28mm hétérogène entouré d'un liséré hypoéchogène. Une tomодensitométrie cervicale a été demandée et a confirmé la présence du goitre. La radiographie du thorax est normale. Le patient a été opéré et en per opératoire, la glande thyroïde était multi nodulaire dure, très adhérente aux plans musculaires. Par ailleurs, il existait des adénopathies récurrentielles bilatérales. Au premier temps, une loboisthctomie droite a été pratiquée et l'examen extemporané a révélé une thyroïdite de Riedel. Il a été décidé alors de faire une totalisation thyroïdienne. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique définitif a confirmé le diagnostic de thyroïdite de Riedel. Le patient a été mis sortant sous L-thyroxine à la dose de 150 Îgr/l puis adressé en endocrinologie où une corticothérapie lui a été préconisée à la dose de 12 comprimés de Cortancyl® par jour pendant 2 mois. L'évolution était favorable avec 3 ans de recul.

Conclusion

La thyroïdite de Riedel peut simuler par son tableau clinique et ses difficultés opératoires un cancer thyroïdien. L'étude anatomopathologique après l'exploration chirurgicale redresse le diagnostic. La chirurgie permet la décompression rapide des organes de voisinage. De plus, la thyroïdectomie totale pourrait prévenir les récides. Bien que difficile, la chirurgie semble donc constituer une aide précieuse au diagnostic et une balise thérapeutique nécessaire dans la prise en charge de la thyroïdite de Riedel d'autant plus que la corticothérapie au long court n'est pas dénuée de risque et d'effets indésirables.

Références

1. Moline J; Ferry C. ; Putelat R. Et Al. La thyroïdite de Riedel. Rapport de la Société de Chirurgie. Lyon, Mai 1979.
2. Baudin E. ; Bosq J. ; Gicquel C. ; Schlumbergerm ; Parmentier C. Thyroïdite de Riedel. Presse Méd 1989 ; 16 : 18.

Zaïnine Rim, Sethom Anissa, Kharat S, Tabbabi S, Beltaïef N, Sahtout Samia, Besbes Ghazi

Service ORL et Chirurgie Maxillo-faciale. Hôpital la Rabta
Faculté de Médecine. Tunis. Tunisie
Université Tunis El Manar