

5 Thyroïdites

L'hypoéchogénicité est la caractéristique échographique commune aux diverses affections regroupées sous le terme de thyroïdites. Leurs étiologies et symptomatologies sont par ailleurs bien différentes.

Nous décrivons par ordre de fréquence décroissante :

- les thyroïdites lymphocytaires. (ancienne dénomination : thyroïdite chronique) ;
- la thyroïdite subaiguë ;
- la thyroïdite aiguë ;
- la thyroïdite fibreuse.

Thyroïdites lymphocytaires

Ces affections, en relation – à un titre variable – avec des perturbations immunitaires, se présentent soit sous une forme chronique (maladie de Hashimoto), soit sous une forme subaiguë (thyroïdite silencieuse et thyroïdite du post-partum). Outre l'origine immunitaire, elles ont en commun des perturbations hormonales sur un mode volontiers biphasique. Elles seront de ce fait exposées au chapitre 6 « Dysthyroïdies ».

Thyroïdite subaiguë de De Quervain-Crile ou thyroïdite granulomateuse

Clinique et biologie [12]

Volontiers saisonnière (automne – printemps), la thyroïdite subaiguë (TSA) est une affection se développant dans un contexte viral (épisode rhinopharyngé banal). Elle n'est pas immunisante (mais rarement récidivante).

La douleur domine le tableau clinique, irradiant de la région thyroïdienne vers les oreilles.

Le goitre est modéré et inconstant. Dans un contexte asthénique et volontiers fébrile, la thyroïde est spontanément douloureuse avec douleur renforcée lors de la palpation.

Les stigmates biologiques d'inflammation sont quasi constants.

L'hyperthyroïdie est habituelle au stade initial.

Une hypothyroïdie séquellaire est parfois décrite.

Échographie [9]

Comme l'est la palpation préalable, l'examen échographique est inconfortable pour le patient et doit de ce fait être aussi rapide que possible avec une main légère, tout en étant complet. On distingue deux aspects échographiques différents selon le stade évolutif.

Phase initiale

L'hypertrophie parenchymateuse est variable, en général modérée (fig. 5.1).

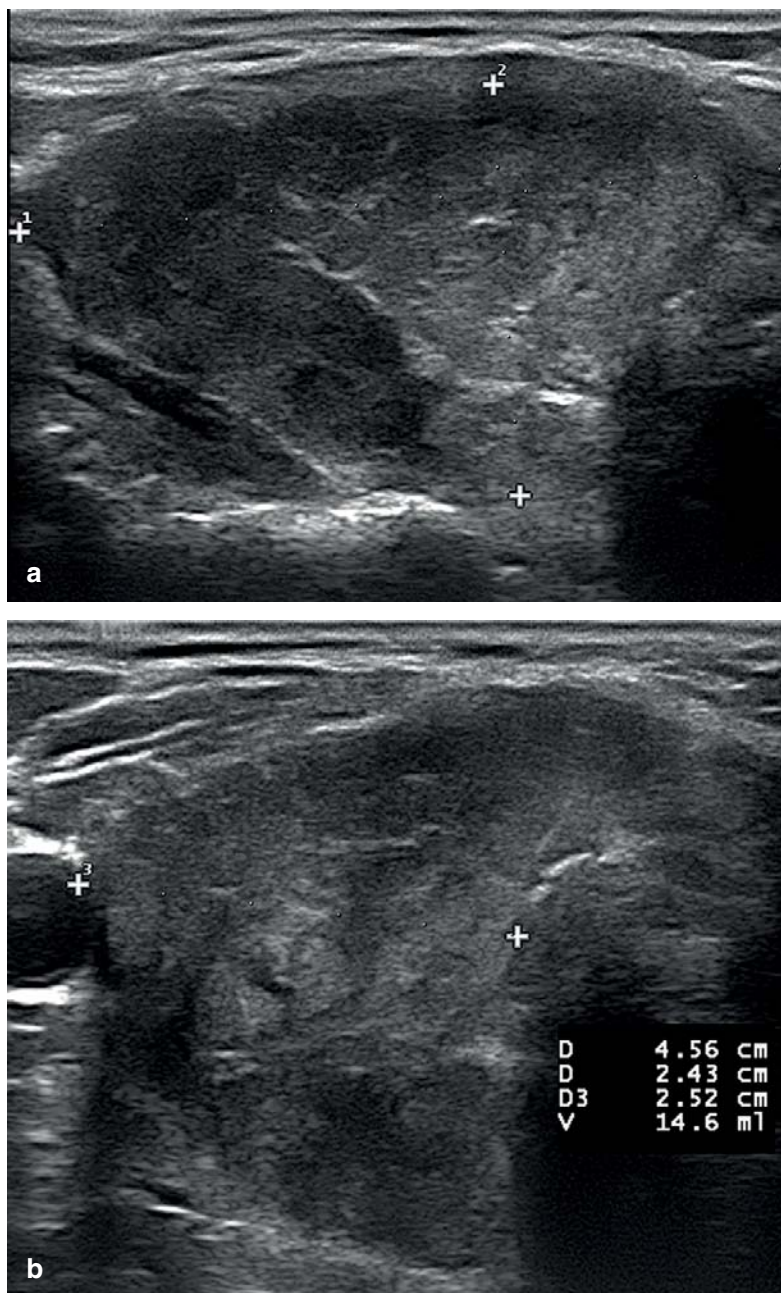


Figure 5.1

Thyroïdite subaiguë.

Hypertrophie modérée du lobe droit : coupes longitudinale (a) et transversale (b).

L'absence d'hypertrophie initiale augure une hypothyroïdie secondaire [5].

Le parenchyme est hétérogène. L'hypoéchogénicité touche classiquement plus de 75 % de la glande, les régions apico-externes étant le plus souvent atteintes (fig. 5.2).

Les limites avec le parenchyme sain sont floues (aspect en « tache de bougie ») (fig. 5.3). Les zones les plus inflammatoires sont parfois anéchogènes.

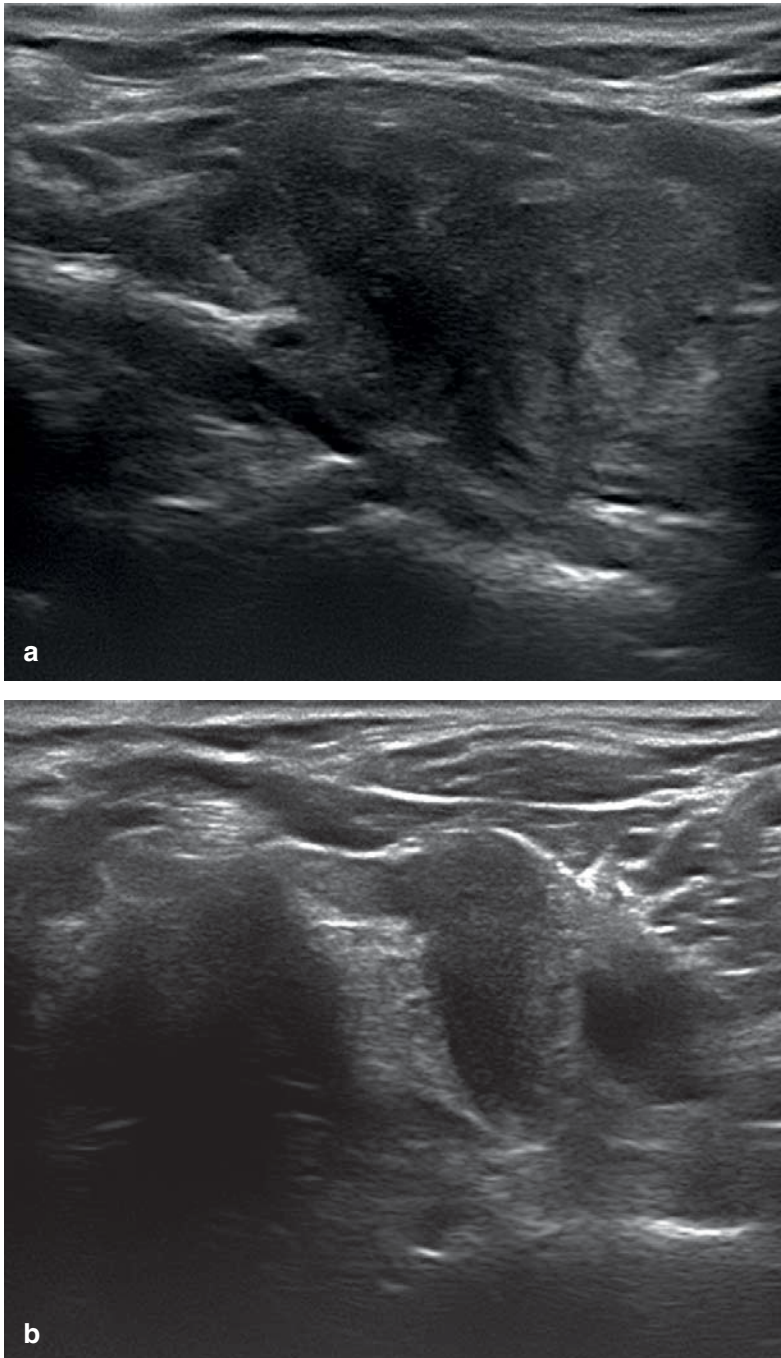


Figure 5.2

TSA : échographie mode B.

Coupe longitudinale du lobe droit (a) et transversale (b).

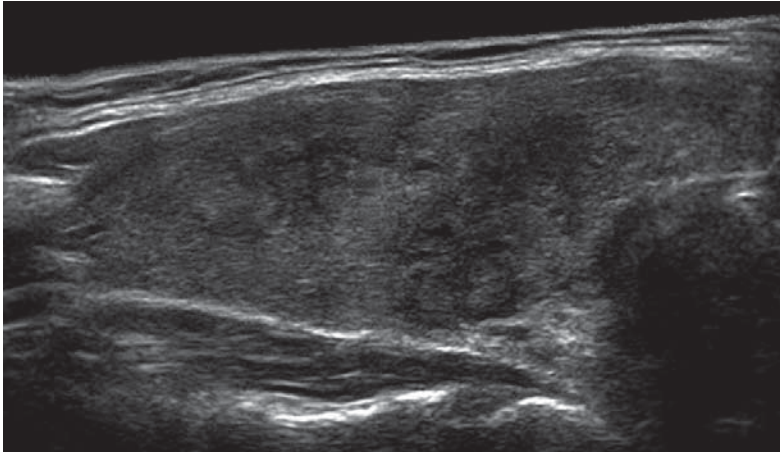


Figure 5.3

TSA : échographie mode B.

Coupe longitudinale du lobe droit : aspect en « tache de bougie ».

La méconnaissance du phénomène inflammatoire peut amener à décrire des nodules. Si la ponction est réalisée, elle est d'interprétation difficile [3, 22].

En écho-Doppler couleur, les zones hypoéchogènes sont le plus souvent peu vascularisées (fig. 5.4), voire avasculaires [8] et les vitesses circulatoires enregistrées sur les artères afférentes ne sont pas accélérées [13] (fig. 5.5).

Une dureté notable dans les zones inflammatoires a été signalée en élastographie [16] (fig. 5.6).

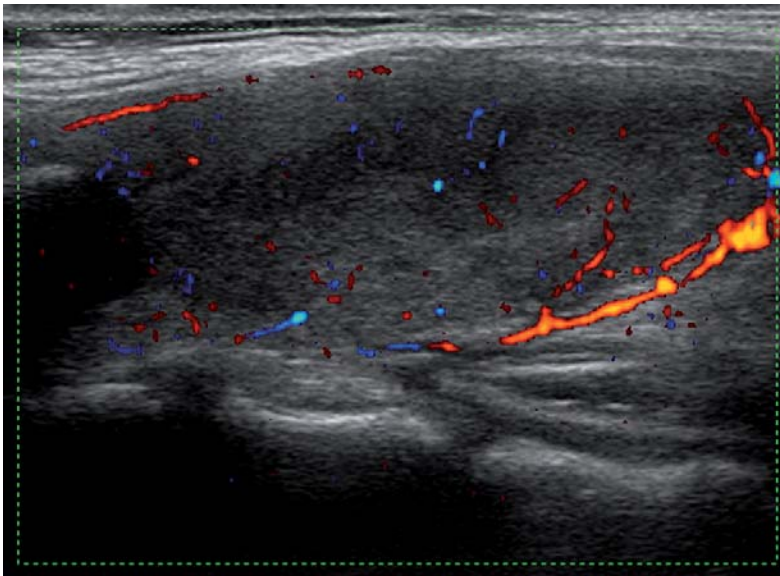


Figure 5.4

TSA au stade initial : écho-Doppler couleur.

Coupe longitudinale du lobe droit : zones hypoéchogènes peu vascularisées.

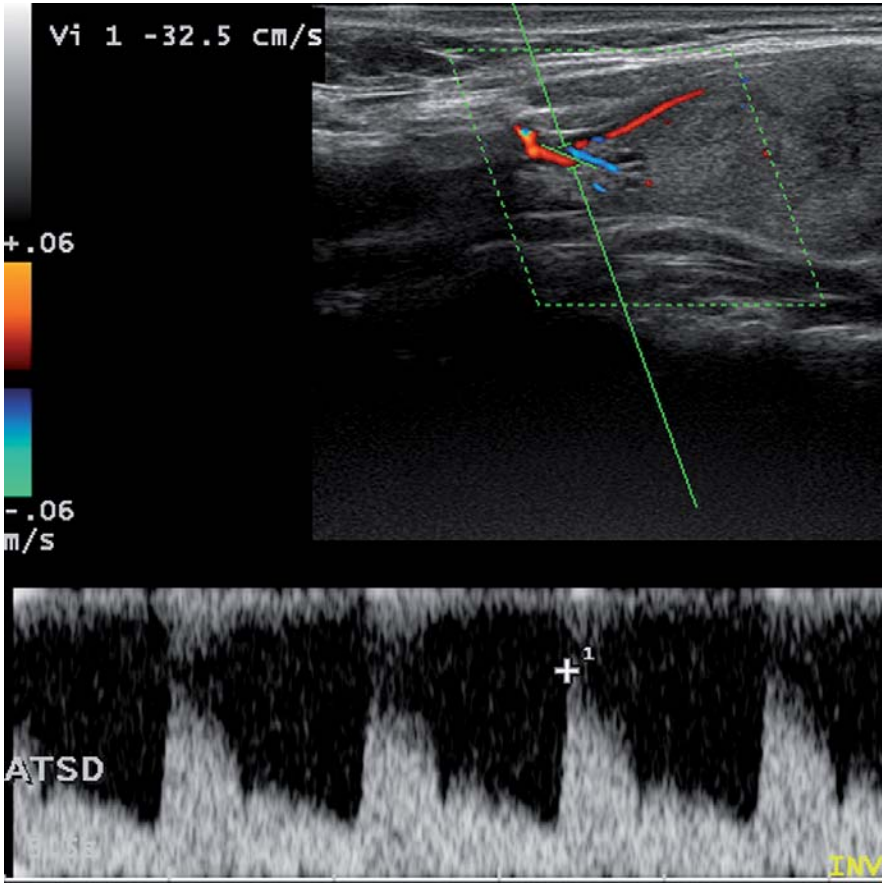


Figure 5.5
 TSA au stade initial : écho-Doppler pulsé.
 Vitesses circulatoires non accélérées.

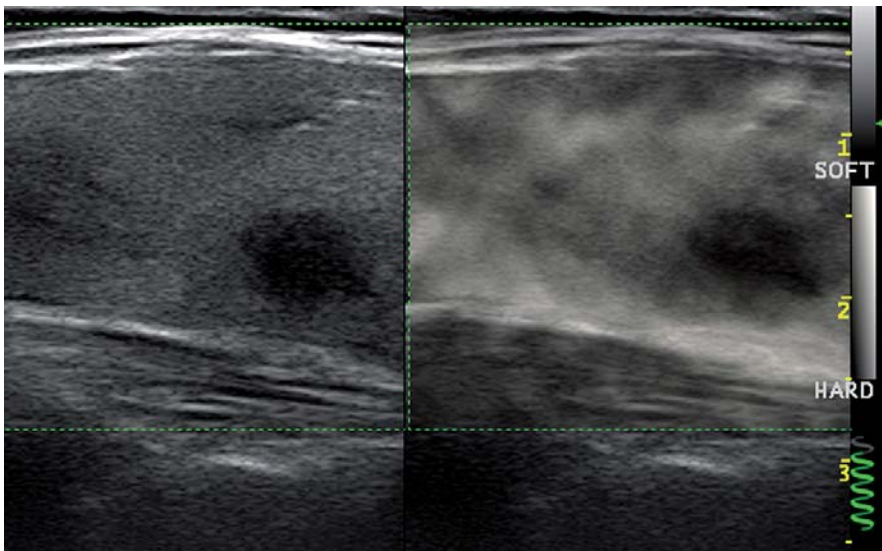


Figure 5.6
 TSA forme focale : élastographie de contrainte.
 Dureté de la zone inflammatoire.

La durée de cette première phase varie en fonction de l'intensité de l'atteinte et des traitements mis en œuvre [20].

Phase de récupération

L'échogénicité va progressivement se normaliser (fig. 5.7). Le parenchyme peut rester hétérogène longtemps après sédation des phénomènes douloureux et généraux (jusqu'à un an).

Les zones de thyroïdite vont retrouver une vascularisation normale voire intense (fig. 5.8).

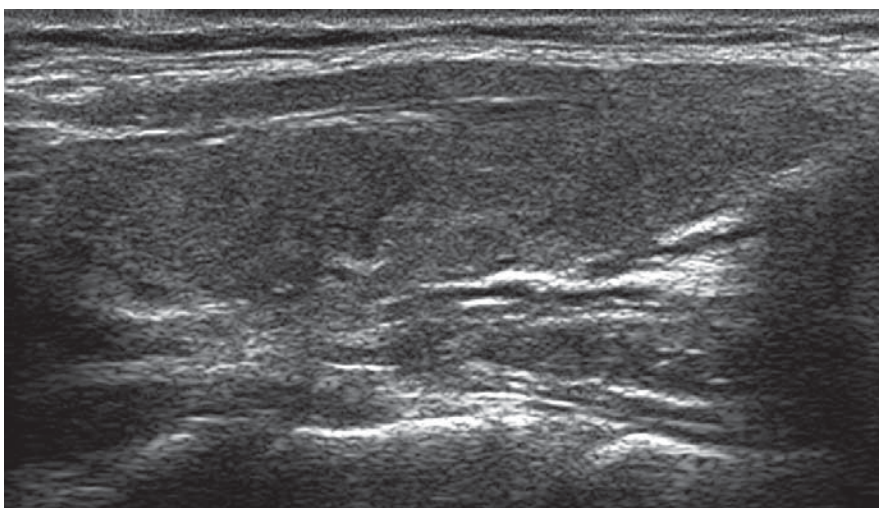


Figure 5.7
TSA, phase de récupération : échographie mode B.
Coupe longitudinale du lobe droit.

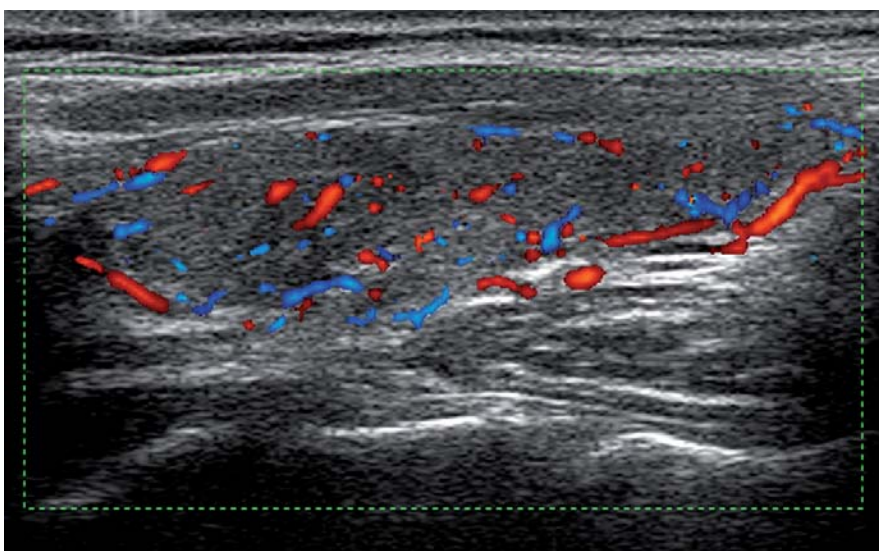


Figure 5.8
TSA, phase de récupération : échographie Doppler couleur.
Coupe longitudinale du lobe droit.

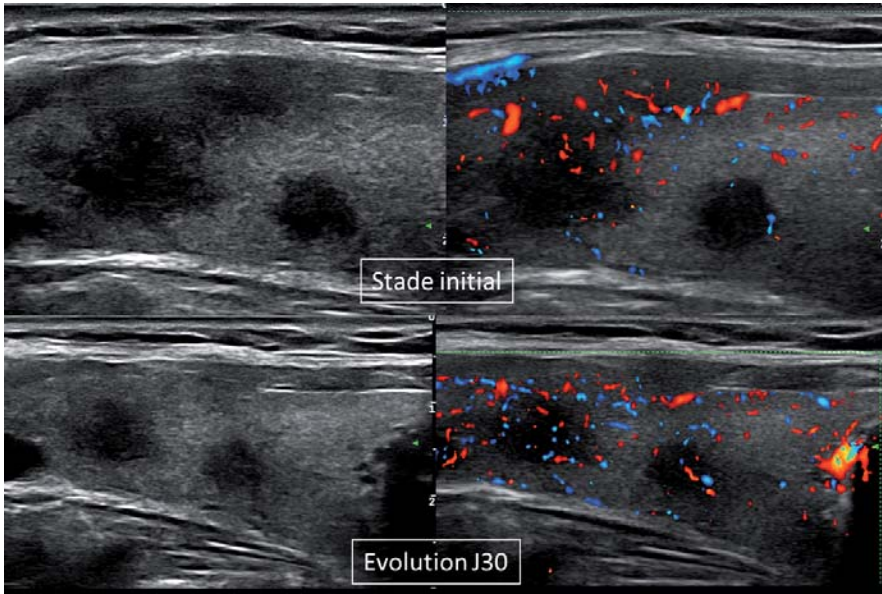


Figure 5.9
TSA, forme focale : évolution en mode B et Doppler couleur.

Formes cliniques

- Thyroïdite focale : zone inflammatoire circonscrite, douloureuse (fig. 5.9).
- Thyroïdite « à bascule » : phase initiale sur l'un des lobes, le second devenant inflammatoire pendant la phase de récupération du premier.
- Thyroïdite récidivante : la fréquence de récurrence est très variable selon les publications [2, 11].
- Évolution vers l'hypothyroïdie : assez fréquente lorsque l'hypertrophie parenchymateuse initiale est absente [5] (fig. 5.10).

Thyroïdites aiguës

Il s'agit d'un abcès thyroïdien dont la forme suppurée est devenue exceptionnelle depuis l'avènement des antibiotiques. Toutefois, on peut encore les rencontrer dans certaines occasions :

- fistules avec le sinus piriforme (forme pédiatrique) [21] ;
- origine hémotogène (sepsis) [17] ;
- post-ponction ou cytoponction [10, 11].

L'agent causal est bactérien, viral, mycosique ou parasitaire [19]. L'immunodéficience est un facteur favorisante important.

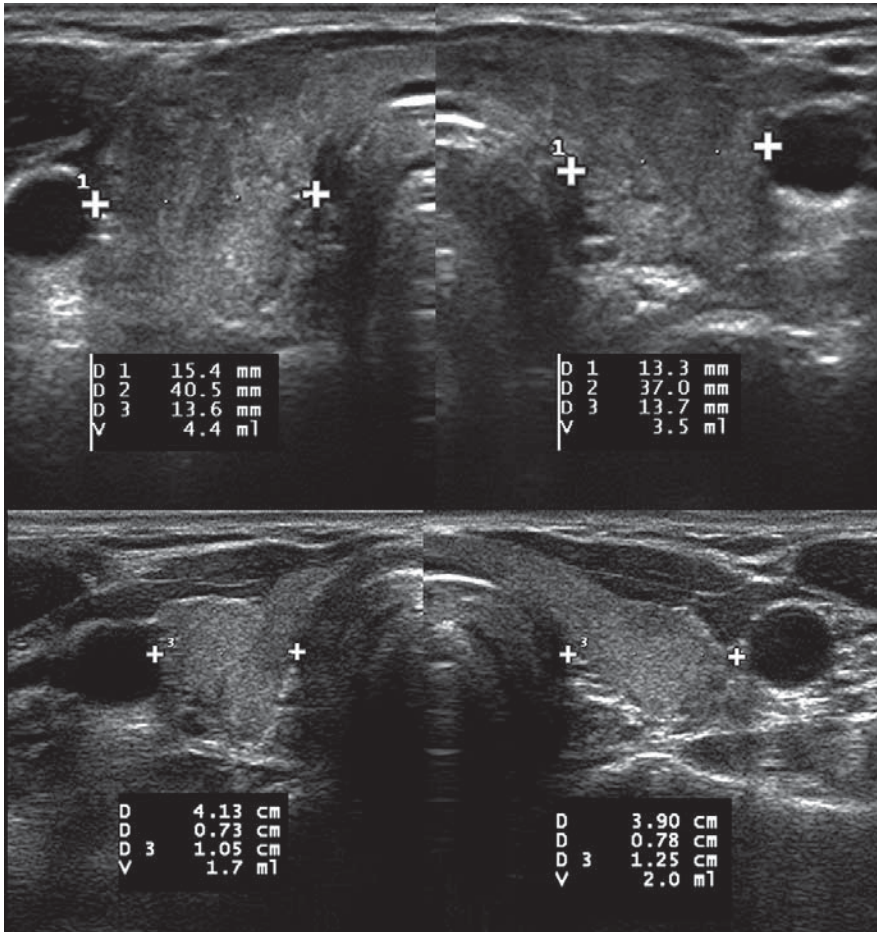


Figure 5.10

TSA, forme évolutive.

Évolution atrophique d'une glande non hypertrophiée initialement.

Le tableau clinique est dominé par la douleur locale, les signes infectieux et l'altération de l'état général. Le passage de la sonde est extrêmement douloureux.

Phase présuppurative

L'aspect échographique est celui d'une thyroïdite subaiguë [1].

Phase de collection

La zone abcédée est très hypoéchogène, hétérogène avec des limites floues. Les artefacts en « queue de comète » témoignent de l'épaisseur du pus. Le parenchyme autour de l'abcès est hétérogène (fig. 5.11).

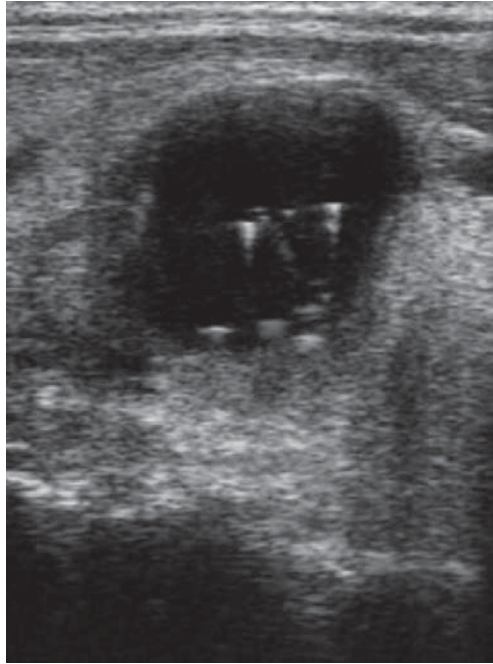


Figure 5.11

Thyroïdite aiguë au stade de collection : échographie mode B.
Coupe longitudinale de la base du lobe droit.

Évolution

On assiste généralement à une restitution *ad integrum* du parenchyme thyroïdien après drainage (par ponction à l'aiguille le plus souvent) et antibiothérapie adaptée (fig. 5.12).

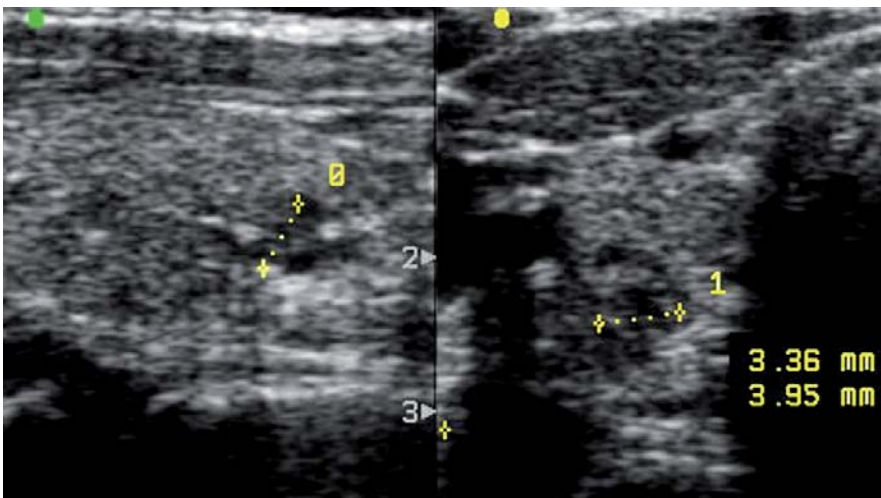


Figure 5.12

Évolution d'une thyroïdite aiguë : échographie mode B.
Coupe longitudinale de la base du lobe droit : au 6^e mois, il ne reste qu'une petite cicatrice.

Thyroïdite fibreuse de Riedel

C'est une affection très rare, touchant préférentiellement la femme d'âge moyen et se présentant comme une zone inflammatoire extensive, engainant l'axe carotidien et la trachée. Elle peut évoluer isolément ou être associée à d'autres fibroses extensives (fibrose rétropéritonéale ou pseudo-tumeur orbitaire [6] par exemple). Elle est sensible à la corticothérapie.

L'échographie révèle des zones très hypoéchogènes et hétérogènes (fig. 5.13) avec présence d'adénopathies (fig. 5.14). Elles sont peu vascularisées (fig. 5.14).

L'apport de l'élastographie sera sans doute appréciable. Une récente étude réalisée en onde de cisaillement et couplée avec la TEP fait état d'une dureté singulière au niveau des zones concernées [18] (fig. 5.15).

Le caractère engainant pour les structures de voisinage est tout à fait évocateur [15].

Cet aspect peut orienter vers un cancer anaplasique, mais l'âge de survenue des deux affections est très différent. L'aspect cytologique n'est pas spécifique, et ne permet pas toujours d'éliminer un cancer. Pour certains auteurs, seule l'histologie donne le diagnostic avec certitude [7, 14].

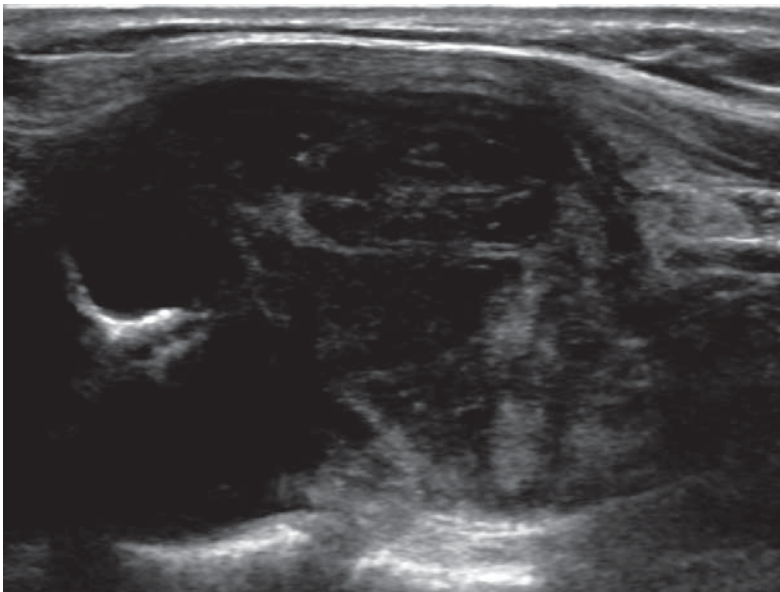


Figure 5.13
Thyroïdite de Riedel : échographie mode B.
Apex du lobe gauche.

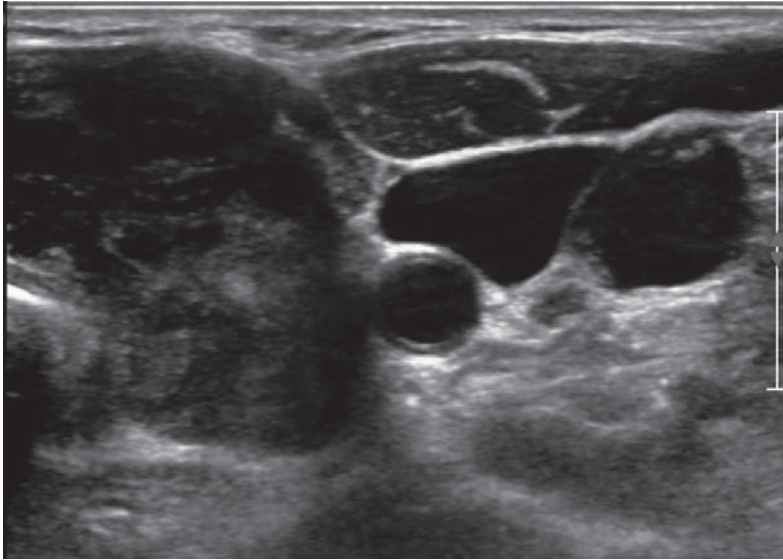


Figure 5.14

Thyroïdite de Riedel : aspect de l'apex en transversal avec présence d'une adénopathie du territoire G3.

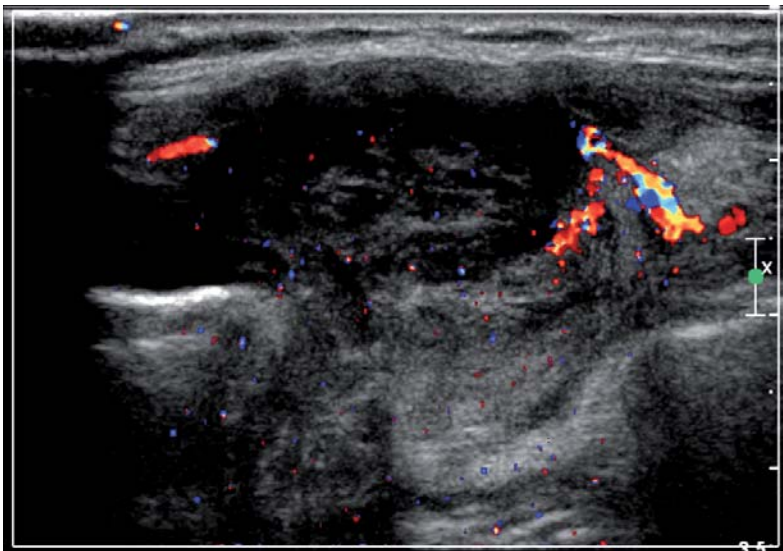


Figure 5.15

Thyroïdite de Riedel : aspect échodoppler couleur.

Références bibliographiques

- [1] Ahuja AT et al. The role of ultrasound and oesophagography in the management of acute suppurative thyroiditis in children associated with congenital pyriform fossa sinus. Clin Radiol 1998 ; 53 : 209-11.
- [2] Benbassat CA et al. Subacute thyroiditis : clinical characteristics and treatment outcome in fifty-six consecutive patients diagnosed between 1999 and 2005. J Endocrinol Invest 2007 ; 30 : 631-5.

- [3] Chang TC et al. Three-dimensional cytomorphology in fine needle aspiration biopsy of subacute thyroiditis. *Acta Cytol* 2004 ; 48 : 155-60.
- [4] Chen HW et al. Secondary infection and ischemic necrosis after fine needle aspiration for a painful papillary thyroid carcinoma : a case report. *Acta Cytol* 2006 ; 50 : 217-20.
- [5] Cordray JP et al. [Frequency of hypothyroidism after De Quervain thyroiditis and contribution of ultrasonographic thyroid volume measurement]. *Ann Med Interne (Paris)* 2001 ; 152 : 84-8.
- [6] Egsgaard Nielsen V et al. A rare case of orbital involvement in Riedel's thyroiditis. *J Endocrinol Invest* 2003 ; 26 : 1032-6.
- [7] Harigopal M et al. Fine-needle aspiration of Riedel's disease : report of a case and review of the literature. *Diagn Cytopathol* 2004 ; 30 : 193-7.
- [8] Hiromatsu Y et al. Color Doppler ultrasonography in patients with subacute thyroiditis. *Thyroid* 1999 ; 9 : 1189-93.
- [9] Kunz A et al. De Quervain's subacute thyroiditis – colour Doppler sonography findings. *Ultraschall Med* 2005 ; 26 : 102-6.
- [10] Nishihara E et al. Acute suppurative thyroiditis after fine-needle aspiration causing thyrotoxicosis. *Thyroid* 2005 ; 15 : 1183-7.
- [11] Nishihara E et al. Clinical characteristics of 852 patients with subacute thyroiditis before treatment. *Intern Med* 2008 ; 47 : 725-9.
- [12] Omori N et al. Association of the ultrasonographic findings of subacute thyroiditis with thyroid pain and laboratory findings. *Endocr J* 2008 ; 55 : 583-8.
- [13] Ota H et al. Quantitative measurement of thyroid blood flow for differentiation of painless thyroiditis from Graves' disease. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007 ; 67 : 41-5.
- [14] Papi G, LiVolsi VA. Current concepts on Riedel thyroiditis. *Am J Clin Pathol* 2004 ; 121 Suppl:S50-63.
- [15] Perez Fontan FJ et al. Riedel thyroiditis : US, CT, and MR evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1993 ; 17 : 324-5.
- [16] Ruchala M et al. Sonoelastography in de Quervain thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 2011 ; 96 : 289-90.
- [17] Sicilia V, Mezitis S. A case of acute suppurative thyroiditis complicated by thyrotoxicosis. *J Endocrinol Invest* 2006 ; 29 : 997-1000.
- [18] Slman R et al. Ultrasound, Elastography and FDG-PET/CT imaging in Riedel's thyroiditis : report of two cases. *Thyroid* 2011 ; 21 : 799-804.
- [19] Su DH, Huang TS. Acute suppurative thyroiditis caused by *Salmonella typhimurium* : a case report and review of the literature. *Thyroid* 2002 ; 12 : 1023-7.
- [20] Vulpoi C et al. [Contribution of ultrasonography in the evaluation of subacute thyroiditis]. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 2001 ; 105 : 749-55.
- [21] Yamada H et al. Nine cases of piriform sinus fistula with acute suppurative thyroiditis. *Auris Nasus Larynx* 2002 ; 29 : 361-5.
- [22] Zacharia TT et al. Gray-scale and color Doppler sonographic findings in a case of subacute granulomatous thyroiditis mimicking thyroid carcinoma. *J Clin Ultrasound* 2002 ; 30 : 442-4.