

# LES THYROIDITES

Module d'Endocrinologie  
5<sup>ème</sup> année de médecine

---

PR KHELIL

MCA EN ENDOCRINOLOGIE – DIABÉTOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TLEMCCEN

# Plan du cours

---

I- Définition

II- Les thyroïdites aiguës

III- Les thyroïdites sub-aiguës

IV- Les thyroïdites chroniques

# I- Définition

---

Thyroïdite = inflammation de la thyroïde

Ensemble d'affection de mécanisme différent: iatrogène, infectieux, auto-immun dvp au sein de la thyroïde.

On distingue:

- Les thyroïdites aiguës
- Les thyroïdites sub-aiguës
- Les thyroïdites chroniques

# II- Les thyroïdites aiguës

---

Moins de 0.5% de la path thyroïdienne

Résultent d'une infection:

- Bactérienne( staph, strepto, E-coli...)
- Virale: HIV, fièvre Q, maladie des griffes de chat.
- Fongique
- Parasitaire

---

## **Type de description :La thyroïdite tuberculeuse**

- Rare, au cour d'une miliaire
- Début moins brutal
- Masse thyroïdienne dure, rapidement croissante, prête à confusion avec un cancer indifférencié
- A la ponction: inflam peu spécifique avec nécrose et infiltrat inflm, le recherche de BK peut éviter la chirurgie.

---

**-Cliniquement:**

Abcès thyroïdien fébrile avec dlr cervicales lancinantes irradiant vers les oreilles et la mâchoire accentuées par la déglutition avec signes imfl locaux.

Signes de compression: dyspnée, dysphonie , dysphagie.

La palpation est très douloureuse.

---

**-Biologie:**

Elévation des PNN et de la VS

Hormonémie thyroïdienne dans les normes

-Echo: zones hypoéchogènes

-Scintigraphie: image froides +/- diffuses et aspécifiques

---

## - **Complications**

Infectieuse: médiastinite, fistule dans les organes voisins

Mécanique: trbles respiratoires

Vasculaire : thrombose

Nerveuse: paralysie des cordes vocales

Endocrine: hypothyroïdie

-TRT: ATB voir drainage chirurgical avec thyroïdectomie totale pour éviter les récives.

- **Attention des CTC**

# II- Les thyroïdites sub- aiguës

---

## 1/ Thyroïdite de De-Quervain:

Ou pseudo granulomateuse, virale,  
pseudoTBCeuse.

- Survient sur terrain grippal ou infection des VAsup.
- Association au gpe HLA DW35
- Clq: sy grippal 2 à 6 semaines avant

Sy dlreux vif de la région cervicale ant  
irradiant vers les régions maxillaires et  
auriculaires

---

Thyroïde modérément augmentée de volume , ferme avec dlr à la palpation.

Febricule, myalgie, asthénie

Sur le plan biologique:

Sy inflm: VS accélérée, CRP élevée

Hormonémie : hyperthyroïdie avec TG élevée

Echo: plage hypoéchogène +/- diffuses

Scinti: carte blanche

---

Evolution:

1- Phase d'hyperthyroïdie initiale

2- Phase d'euthyroïdie

3- Phase d'hypothyroïdie brève ou définitive

TRT:

Symptomatique avec AINS, CTC (1mg/kg/j pdt 4 à 6 semaines puis diminution progressive)

BBlocants si hyperthyroïdie gênante

---

## 2/ Thyroïdite indolore:

Maladie auto immune proche de l'Hashimoto

HLADR3, DR4, DR5

Clq: goitre ferme et indolore

Hyperthyroïdie modérée peut passer

inaperçue

Bio: VS NI, Ac anti TPO peu élevé et TSH basse

Scinti: carte blanche au début

Evolution: guérison spontanée en 2 à 4 semaines

Hypothyroïdie transitoire frq avec un goitre qui

peut persister

---

### 3/ Thyroïdite du post-partum:

5 à 10% des femmes en PP

Peut récidiver à chaque grossesse ou abrt

Surtout si autres path auto immunes ex:DS type1

HLA DR3,DR4, DR5

CLQ: idem que thyroïdite indolore avec une hypothyroïdie qui peut être plus prolongée et plus marquée

---

Dg +: contexte clq+ Ac anti TPO +++++

En phase d'hyperthyroïdie le dg différentiel se fait avec la maladie de Basedow( dosage des TRAB pose de dg)

Dépistage si ATCD de DS type 1, ATCD F de path thyroïdienne et ATCD de TPP

---

#### 4/ Thyroïdites iatrogènes:

- a) Cytokines: interféron A, interféron B surtout si path thyroïdienne pré existante ou sur thyroïde saine. Peuvent entrainer une hypo ou hyperthyroïdie.
- b) Lithium: rôle toxique, entraine surtout une hypothyroïdie( modifie le statut immunitaire et révèle une thyroïdite auto immune latente

---

c) Amiodarone:

Interfère avec l'immunité thyroïdienne

Role toxique direct

Inhibe la désiodase I, il entraîne:

- Une hypothyroïdie: surtout si thyroïdite auto immunes/djacente avec un Ac anti TPO+. L'arrêt de l'amiodarone n'est pas indispensable avec rajout de LT4 pour l'hypothyroidie.

---

- Une hyperthyroïdie: sur thyroïde saine ou path, l'arrêt de l'amiodarone est important, les ATS ne sont pas indiqués, les CTC peuvent inhiber la désiodase.

d) Thyroïdite radique ou traumatique:

Irradiation ext: cancer ORL

Irradiation int: I 131 entraînant une hypo définitive ou transitoire par radiolyse des vésicules thyroïdiennes.

# III- Thyroïdites chroniques

---

## 1/ Thyroïdite de Riedel:

1% des thyroïdites

Etiologie inconnue, de mauvais Pc

Dg différentiel: lymphome ou cancer anaplasique

Histo: fibrose extensive de la thyroïde

CLQ: goitre dure , pierreux localisé puis extensif avec signes compressifs( dyspnée, dysphagie et dysphonie)

---

Bilan: HT nle ou hypothyroïdie

Sy inflm modéré

Echo: Plages hétérogènes

Scinti: Plages froides +/- importantes

TRT: CTC sans intérêt

Chirurgie décompressive

---

## 2/ Thyroïdite d'Hashimoto:

- La plus frq des thyroïdites surtout chez la femme entre 30 et 50 ans

- Origine auto immune

- HLA B8, DR3 et DR5

- Anapath:

- \* Forme goitreuse avec thyroïde augmentée de volume , thyroïde blanc nacré avec diminution du volume des C folliculaires remplacées par des C de Hürthle et des lympho-plasmocytes

- \* Forme atrophique: fibrose+++

---

- Clq: ATCD P et F de pathologie thyroïdienne ou auto immune

Le goitre est en GI diffus , ferme et indolore avec ou sans nodule+  
signes d' hypothyroidie

Dans 5% des cas, on peut avoir une thyrotoxicose inaugurale fugace.

- Bio: Ac anti TPO et anti Tg +++

TSH élevée et FT4 basse

- Echo: aspect hypoechogène , elle précise la taille et la présence de  
nodules

---

- Evolution:

Hypothyroïdie définitive avec risque lymphome

dans 1% des cas

- TRT:

- Substitutive à base de lévothyrox, si le goitre est volumineux ou avec des nodules +++, il faut proposer un trt chirurgical.