

Thyroïdites

Thyroïdites	Subaiguës		Chroniques	
	Granulomateuse de De Quervain	Lymphocytaire	Hashimoto	Riedel
Étiologie	Douloureuse Serait d'origine virale (VAS) Prédisposition : HLA BW 35 Evolution triphasique	Indolore, silencieuse, passe inaperçue, prévalence difficile à évaluer Evolution triphasique (↑ ⇒ ↓ ⇒ récup : 3/3-6/6-12 mois respectivement)	Cause la plus fréquente d'hypothyroïdie Prédisposition : HLA DR 3 et DR 5 Destruction folliculaire à médiation cellulaire. Ac anti : -NIS, -TG, -TPO, -R-TSH	Thyroïdite sclérosante ou fibreuse invasive, non inflammatoire, non auto- immune
Terrain	Femme 40-50 ans	Femme en post-partum Adolescent	Femme 50 ans 1 ^{ère} cause d'hypothyroïdie	Femme d'âge moyen
	Précédée d'un syndrome grippal Douleur cervicale: - irradiations: mâchoire, oreilles - début progressif ou brutal Signes inflammatoires d'intensité variable	Thyroïdite : - du post-partum : 6 premiers mois post- partum (5% des grossesses) - juvénile, de l'adolescence - subaiguë lymphocytaire, hors cadre Silencieuse , peu bruyante	Forme goitreuse ou atrophique Infiltration lymphoplasmocytaire Auto-immunité : - Basedow ⇒ 10 ans après ⇒ Hashimoto - orbitopathie dysthyroïdienne	Signes de compression Extension de la fibrose aux muscles antérieurs du cou et aux organes de voisinage Absence de fièvre Absence d'adénopathies
Goitre	ferme non dur douloureux à la palpation non compressif	Inconstant, s'il est présent : Ferme, indolore De petite taille	Ferme irrégulier Indolore Dimensions variables	Dur pierreux Indolore Compressif
dysthyroïdie	Phase 1 : thyrotoxicose (50%) Phase 2 : hypothyroïdie	Phase 1 : thyrotoxicose Phase 2 : hypothyroïdie (rare : 10%)	Euthyroïdie longtemps conservée Hyperthyroïdie rare Hypothyroïdie définitive (évolution)	
Sd infla	Important : VS, CRP ↑ Leucocytose normale	Absent ou modéré	Absent ou minime	Absent
TSHus	Phase initiale : diminuée Évolution : normalisation	Phase initiale : diminuée Évolution : normalisation ou augmentation	Normale ou élevée	Normal
Ac	non ou faible taux	non ou faible taux - anti-TPO, -anti-TG, -anti-RTSH Anti-TPO + (ECN)	oui, taux élevés -anti-TPO - anti-TG	non
Échographie	Plages hypoéchogènes à contours flous, hypovascularisées alternant avec des plages de parenchyme sain	Volume : variable Hypoéchogénéité diffuse irrégulière HyperVx et vitesses circulatoires ↑	Goitre hypoéchogène hétérogène Contours bosselés lobulés festonnés Vx ↑ puis ↓ +/- nodule ou lymphome	
Scintigraphie	Blanche	Blanche	Hypofixation hétérogène => bloanche	Normofixation
traitement	AINS, corticoïdes Béta bloquants si hyperthyroïdie mal tolérée	Hyperthyroïdie > bêta bloquants Hypothyroïdie > substitution hormonale	Hypothyroïdie avérée ou infra clinique Substitution hormonale	Chirurgie pour lever la compression
Evolution	Guérison et restitution ad integrum en 3 mois	Phase inconstante d'hypothyroïdie Récupération ad-intégrum 6-12 mois Possibilité de : - hypoTH définitive 10% - récidives	- thyroïdite atrophique - ↑ du volume et compression - transformation lymphomateuse ⇒ surveillance régulière	Atteinte fibro-scléreuse généralisée possible

Devant toute thyroïdite évoquer comme facteur déclenchant :

Iode : peut décompenser toutes les thyroïdites

Interféron : peut décompenser / provoquer toutes les thyroïdites auto-immunes

Avant mise sous IFN => chercher anti-TPO

Astuces : De Quervain => vain V for virus and ain for pain Q like a granuloma

Meddah Chahrazad Loubna