

Thyroïdite de Riedel:

Une surprise diagnostique peropératoire

Dr H. CHAHED^a, Dr M.A. CHAABOUNI^a, Dr A. MEDIOUNI^a, Pr F. KANOUN^b, Dr A. ZHANI^c, Pr G. BESBES^a

^a Service ORL et chirurgie maxillo-faciale ^b Service endocrinologie ^c Service Anatomopathologie
Hôpital de la RABTA, Tunis .Tunisie

Introduction

La thyroïdite de Riedel est une pathologie rare caractérisée par une fibrose extensive de la thyroïde et des tissus adjacents. L'étiopathogénie est non encore élucidée. Le diagnostic pré opératoire est souvent difficile.

Nous discutons à partir de deux observations les caractéristiques cliniques et les modalités de prise en charge.

Observations

- Observation1:

Patient âgé de 55 ans qui a consulté pour dysphagie avec amaigrissement récent.

L'examen a montré un goitre nodulaire dur, associé à des adénopathies cervicales centimétriques.

L'échographie a montré un goitre multinodulaire avec des adénopathies d'allure inflammatoire. A la TDM cervicale, le goitre se rehaussait de façon hétérogène (Figure 1).

Une thyroïdectomie totale a été réalisée malgré la dissection laborieuse.

L'examen anatomopathologique a montré des remaniements fibreux avec des foyers de scléro-hyalinose étouffant les vésicules thyroïdiennes et se confond avec la capsule confirmant le diagnostic de thyroïdite de Riedel.

-Observation2:

Patiente âgée de 48 ans, suivie pour goitre avec hypothyroïdie équilibré sous traitement, a présenté une augmentation rapide de la taille du goitre avec des signes de compression. L'examen a montré une hypertrophie pierreuse plongeante du lobe gauche de la thyroïde, sans adénopathies palpables.

Ce nodule avait des signes échographiques de présomption de malignité. A la TDM il se rehaussait façon homogène et refoule les structures adjacentes.

L'exploration chirurgicale a montré une thyroïde pierreuse infiltrant les tissus adjacents dont la dissection était impossible. Les biopsies ont confirmé le diagnostic de thyroïdite de Riedel. La patiente était mise sous Prednisone 20mg/j. Le recul était de 2 ans avec une stabilité des lésions.

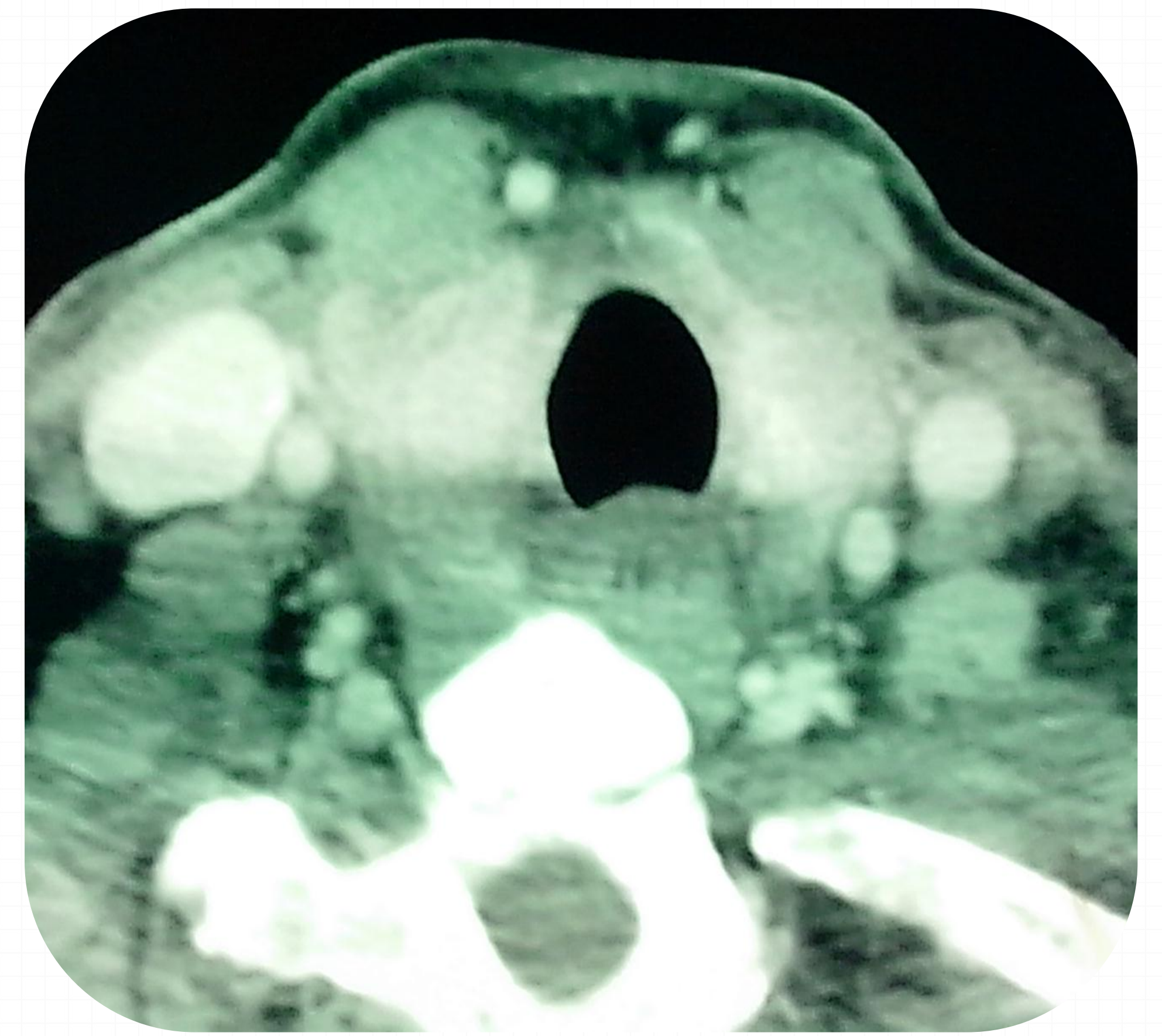


Fig1: Goitre multi nodulaires diffus surtout au dépens du lobe droit qui se rehaussait de façon hétérogène associé à des adénopathies d'allure inflammatoire

Commentaires

① **Clinique:** la thyroïdite de Riedel se manifeste par un goitre de consistance pierreuse, augmentant rapidement de volume associé à des signes de compressions.

② **Biologie** non spécifique: 64% euthyroidie, 32% hypothyroïdie et 4% hyperthyroïdie.

Les anticorps anti thyroïdien positifs dans 45 à 67% des cas

③ **Imagerie:**

*Echographie: goitre extensif hypo échogène hypo vasculaire

*TDM: goitre hypo dense infiltrant, non rehaussé au PDC

④ **Cytoponction à l'aiguille fine:** souvent acellulaire et peu représentative

⑤ **Diagnostic différentiel+++:** cancer de la thyroïde, lymphome de la thyroïde, thyroïdite de Hashimoto.

⑥ **La chirurgie** est très délicate. (tissu fibreux qui adhère aux structures adjacentes). La thyroïdectomie est non recommandée

⑦ Fibrose extra thyroïdienne: 38% rétro péritoine, le médiastin , l'orbite, voies biliaire, canal lacrymal, glande parotide....

⑧ La corticothérapie reste le traitement le plus codifié: 10 à 20mg pendant 4 à 6mois. Elle permet de stabiliser la maladie et de soulager les signes compressifs

⑨ Autres alternatives thérapeutiques : Tamoxifène

Conclusion

Le tableau clinique de la thyroïdite de Riedel est souvent celui d'une pathologie maligne. Les données scintigraphiques, radiologiques et cytologiques sont rarement concluantes. Le diagnostic serait une surprise anatomopathologique.

La thyroïdectomie n'est pas recommandée. La corticothérapie reste le traitement le plus codifié.