

Thyroïdite de Riedel associée à une fibrose médiastinale et rétropéritonéale

Riedel's thyroiditis associated with mediastinal and retroperitoneal fibrosis

Said Azzoug, Farida Chentli

Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques, CHU Bab El Oued, Alger – Algérie

Correspondance à :

Dr. Said AZZOUG

saidazzoug@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSc.2015.2223>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Résumé : La thyroïdite de Riedel est une pathologie fibrosante rare qui s'associe parfois à d'autres pathologies fibrosantes comme rapporté dans l'observation qui suit. **Observation :** Mme B.F consulte à l'âge de 44 ans pour un goitre de consistance dure pierreuse suspecte ; l'échographie cervicale retrouve un goitre nodulaire calcifié suspect avec des adénopathies satellites, la cytoponction retrouva une hyperplasie lympho-réticulaire non spécifique. La patiente a été opérée retrouvant une thyroïde infiltrant les muscles préthyroïdiens ; les biopsies avec l'étude histologique étaient en faveur d'une thyroïdite de Riedel, la patiente développa par la suite une hypothyroïdie qui fut substituée. Six années plus tard, la patiente développa une toux et un syndrome cave supérieur, le scanner thoracique retrouva un aspect de fibrose médiastinale, la patiente a été mise sous corticoïdes avec une bonne évolution clinique et une stabilisation des lésions sur le plan radiologique. Par la suite, après plusieurs années et suite à des douleurs lombaires droites l'IRM abdominale retrouva une fibrose rétropéritonéale engainant l'uretère droit. **Conclusion :** La thyroïdite de Riedel s'intègre parfois dans une atteinte fibrosante multi systémique qu'il faudrait rechercher et traiter afin d'améliorer le pronostic du patient.

Mots clés : Thyroïdite de Riedel ; fibrose médiastinale ; fibrose rétropéritonéale.

ABSTRACT

Background: Riedel's thyroiditis is a rare sclerosing thyroiditis which may be associated with fibrosis elsewhere, as shown in this cas. **Case report:** We reported here the case of a 44 years old woman who presented for a stony hard thyroid. Ultrasonography showed nodular goiter with calcifications and enlargement of regional lymph nodes. Needle aspiration of the thyroid gland found a non-specific lymphoreticular hyperplasia. Thyroid biopsy was performed showing patterns of Riedel's thyroiditis with extensive fibrosis involving perithyroid tissues, the patient developed later on a secondary hypothyroidism that has been substituted. Six years later, the patient presented with cough and superior cava syndrome. Thoracic CT-scan showed mediastinal fibrosis. The patient was treated with corticosteroids with clinical improvement. Several years later, the patient developed right back pain; magnetic resonance imaging was in favor of retroperitoneal fibrosis, covering the right ureter. **Conclusion:** Riedel's thyroiditis is sometimes associated with other sclerosing disease that is important to screen for, in order to improve the prognosis.

Keywords: Riedel's thyroiditis; mediastinal fibrosis; retroperitoneal fibrosis.

التهاب الغدة الدرقية او داء ريدل المرتبط بتليف المنصف وخلف الصفاق

المخلص: التهاب الغدة الدرقية او داء ريدل هو اضطراب مليف نادر يرتبط أحيانا مع أمراض تليفية أخرى كما ورد في الملاحظة التالية. **الملاحظة:** السيدة ف ب البالغة من العمر 44 عاما تقدمت للفحص بسبب انتفاخ صلب على مستوى الرقبة يشبه تضخم الغدة الدرقية. اظهرت الموجات فوق الصوتية تضخم للغدة الدرقية عقيدية متكلسة مع اعتلال العقد الليمفاوية، كما اظهر التحليل المخبري للعينة تضخم الخلايا الليمفاوية الشبكية غير محدد. لم تظهر الجراحة سوى غدة درقية متسللة خلال العضلات المحاورة لها. الخزعات فقط، وكذا الدراسة النسيجية كانتا لصالح داء ريدل. اصيبت المريضة لاحقا بقصور الغدة الدرقية مما استدعى العلاج الدوائي البديل. بعد مرور ست سنوات اصيبت المريضة بسعال ومتلازمة الوريد الأجوف العلوي، واطهرت الاشعة المقطعية للصدر لتليف المنصف. وضعت المريضة تحت علاج بالستيرويدات حيث كان التطور السريري جيدا ومستقرا عند الفحص الإشعاعي. بعد مرور عدة سنوات وبسبب آلام في أسفل الظهر الأيمن تم العثور عن طريق الفحص بالرنين المغناطيسي على مستوى البطن لتليف خلف الصفاق الذي أدى الى تغليف الحالب الأيمن. **الخلاصة:** التهاب الغدة الدرقية (داء ريدل) يكون في بعض الأحيان جزء من تليف متعدد النظام ينبغي السعي لتشخيصه ومعالجته لتحسين تطور المريض.

كلمات البحث: التهاب الغدة الدرقية ريدل، تليف المنصف، تليف خلف الصفاق.

Pour citer l'article :

Azzoug S, Chentli F. Thyroïdite de Riedel associée à une fibrose médiastinale et rétropéritonéale. *Batna J Med Sci* 2015;2(2):200-202. <https://doi.org/10.48087/BJMSc.2015.2223>

INTRODUCTION

La thyroïdite de Riedel ou thyroïdite fibrosante est une pathologie très rare qui peut parfois s'associer à d'autres pathologies fibrosantes. Nous rapportons à ce propos l'observation d'une patiente qui présente une thyroïdite de Riedel associée à une fibrose médiastinale et une fibrose rétropéritonéale.

OBSERVATION

Mme B.F aux antécédents de *situs inversus* complet (avec le cœur, la rate et l'estomac à droite et le foie à gauche) consulte à l'âge de 44 ans pour un goitre avec gêne cervicale. A l'examen clinique, il y avait un goitre de type Ib, de consistance dure, pierreuse, sensible avec adénopathie sous-maxillaire, la patiente était en euthyroïdie clinique. L'échographie cervicale retrouva un goitre nodulaire calcifié suspect avec des adénopathies satellites, la thyroïde était hypofixante à la scintigraphie au Tc^{99m}. La cytoponction retrouva une hyperplasie lympho-réticulaire non spécifique. Le bilan hormonal était normal, les anticorps antithyroïdiens (anti-thyroperoxydase et anti-thyroglobuline) étaient négatifs, la vitesse de sédimentation était accélérée à 50 mm, le reste du bilan biologique était sans anomalies. La patiente a été opérée, le chirurgien retrouva une thyroïde fibreuse infiltrant les muscles préthyroïdiens, seules des biopsies multiples ont été réalisées. L'étude histologique était en faveur d'une thyroïdite de Riedel. La patiente a présenté une paralysie récurrentielle gauche transitoire et une hypothyroïdie qui fut substituée. La patiente a été mise en post opératoire sous corticothérapie : prednisone à doses dégressives pendant six mois ce qui a entraîné une nette amélioration de la gêne cervicale et une diminution de la taille du goitre. Six années plus tard, la patiente développa une toux et un syndrome cave supérieur, le scanner thoracique avait mis en évidence une coulée hypodense de densité tissulaire avec des calcifications, se rehaussant modérément après l'injection de produit de contraste iodé, s'étendant de l'orifice cervico-thoracique jusqu'à la bifurcation du tronc de l'artère pulmonaire engainant les vaisseaux de la gerbe aortique réalisant un aspect de fibrose médiastinale (figure 1). La patiente a été mise sous corticoïdes à doses dégressives avec une dose d'entretien de 5 mg/j de prednisone avec une bonne évolution clinique et une stabilisation des lésions sur le plan radiologique. Treize ans plus tard, soit dix neuf ans après le diagnostic de la thyroïdite de Riedel et suite à des douleurs lombaires droites, une échographie abdominale a été faite retrouvant une urétéro-hydronephrose droite complétée par une IRM abdominale qui retrouva une fibrose rétropéritonéale engainant l'uretère droit.

DISCUSSION

Rapportée pour la première fois par Semple en 1864, et décrite en détail par Riedel en 1894, la thyroïdite de Riedel (TR) est la forme la plus rare des thyroïdites. Elle se caractérise par une fibrose thyroïdienne extensive. Son incidence est estimée à environ 1.06 cas pour 100 000 habitants et elle représente 0,06% des thyroïdectomies dans la série de la *Mayo Clinic* [1]. Cette fibrose thyroïdienne peut être isolée ou s'intégrer dans un processus fibrosant systémique [2] comme ce fut le cas chez notre patiente. La TR prédomine chez la femme avec un *sex ratio* de 3 à 4 femmes pour un homme, elle affecte les sujets âgés entre 30 et 50 ans



Figure 1 : TDM thoracique : Fibrose médiastinale engainant la trachée et les vaisseaux de la gerbe aortique.

[3], notre patiente était âgée de 44 ans au moment du diagnostic. Le processus inflammatoire fibrotique intéresse la glande thyroïde et les tissus périthyroïdiens tels les muscles, la trachée, les vaisseaux, les nerfs et les glandes parathyroïdes. Une hypoparathyroïdie est rapportée dans 10% environ des cas de TR [3]. La fibrose thyroïdienne et périthyroïdienne donne cette consistance dure, pierreuse à la palpation cervicale et qui pose un problème de diagnostic différentiel avec le cancer anaplasique de la thyroïde. A l'étude histologique, le tissu thyroïdien normal est remplacé par un tissu fibreux dense au sein duquel on retrouve des cellules inflammatoires faites de lymphocytes, d'éosinophiles et de plasmocytes. Confirmer le diagnostic de TR nécessite d'éliminer la présence à l'étude histologique de cellules malignes et de thyroïdite granulomateuse. Le diagnostic différentiel avec l'exceptionnel sarcome thyroïdien peut parfois être difficile [4].

Cliniquement, la TR se manifeste par un goitre dur associé à des signes compressifs à type de dyspnée, dysphagie ou dysphonie rencontrées dans 30 à 50% [3]. La fibrose extensive entraîne une diminution progressive de la fonction thyroïdienne, une hypothyroïdie est observée chez une grande partie des patients. Outre la fibrose, la coexistence d'une thyroïdite d'Hashimoto explique la fréquence de l'hypothyroïdie dans la TR. Dans la série de la *Mayo Clinic*, 74% des patients étaient en hypothyroïdie et parmi les 10 patients évalués pour les anticorps antithyroïdiens, 9 avaient des anticorps positifs [3]. L'étiologie de la TR reste discutée, certains la considèrent comme une forme clinique de la thyroïdite d'Hashimoto, une forme évolutive de la thyroïdite subaiguë ou un désordre inflammatoire thyroïdien primitif [5]. Récemment, il a été rapporté que la TR est une des manifestations cliniques de la maladie systémique liée aux IgG4 et caractérisée par l'infiltration par des cellules plasmocytaires IgG4+ et la fibrose de multiples organes dont la glande thyroïde [6]. Comme observé chez notre patiente qui présentait en plus de la TR une fibrose médiastinale et une fibrose rétropéritonéale, 38% des sujets qui présentent une TR ont une fibrose d'un autre organe [3]. Cette atteinte fibrotique peut intéresser le médiastin, le rétropéritoine, l'orbite, le pancréas, les voies biliaires et d'autres organes. Le traitement de la TR reste non codifié. Le traitement chirurgical vise à lever la compression et surtout confirmer le diagnostic histologique grâce aux prélèvements biopsiques. L'exérèse chirurgicale est le plus souvent partielle à cause de la fibrose et malgré le caractère limité de la chirurgie les complications sont fréquentes comme ce fut le cas chez notre patiente. Le traitement médical est empirique et fait appel soit aux glucocorticoïdes soit au Tamoxifène. Les

glucocorticoïdes sont souvent le traitement médical de première intention [7] ; ils entraînent une amélioration de la symptomatologie compressive comme rapporté chez notre patiente et sont d'autant plus efficaces qu'ils sont prescrits précocement. Le Tamoxifène a également été utilisé avec succès dans la TR [8], il agirait par la stimulation de la production de TGF β qui est un facteur inhibiteur des fibroblastes.

CONCLUSION

La thyroïdite de Riedel peut parfois s'intégrer dans une atteinte fibrosante multisystémique qu'il faudrait rechercher et traiter précocement afin d'améliorer le pronostic du patient.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Hay ID. Thyroiditis: a clinical update. *Mayo Clin Proc* 1985 ; 60: 836-843
2. de Lange WE, Freling NJ, Molenaar WM, Doorenbos H. Invasive fibrous thyroiditis (Riedel's struma): a manifestation of multifocal fibrosclerosis? A case report with review of the literature. *Q J Med* 1989 ; 72:709-717
3. Fatourehchi MM, Hay ID, McIver B, Sebo TJ, Fatourehchi V. Invasive fibrous thyroiditis (Riedel's thyroiditis): the Mayo Clinic Experience 1976–2008. *Thyroid* 2011; 21:765-772
4. Torres-Montaner A, Beltra'n M, Romerode laOsa A, Oliva H. Sarcoma of the thyroid region mimicking Riedel's thyroiditis. *J Clin Pathol* 2001; 54:570-572
5. Hennessey JV. Riedel's Thyroiditis: A Clinical Review. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96: 3031-3041
6. Dahlgren M, Khosroshahi A, Nielsen GP, Deshpande V, Stone JH. Riedel's thyroiditis and multifocal fibrosclerosis are part of the IgG4-related systemic disease spectrum. *Arthritis Care Res.* 2010; 62(9): 1312-8
7. Perimenis P, Marcelli S, Leteurtre E, Vantghem MC, Wemeau JL. [Riedel's thyroiditis: current aspects.] *Presse Med* 2008 ; 37:1015-1021
8. Wang CJ, Wu TJ, Lee CT, Huang SM. A misdiagnosed Riedel's thyroiditis successfully treated by thyroidectomy and tamoxifen. *J Formos Med Assoc.* 2012 ;111(12):719-23

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

