



ARTICLE ORIGINAL

Quel diagnostic l'anatomopathologiste peut-il porter en présence d'une thyroïdite sclérosante ?

What diagnosis can be made by the pathologist in a case of sclerosing thyroiditis?

Jean-Jacques Michels*, Cécile Blanc-Fournier

Service d'anatomie pathologique, centre François-Baclesse, avenue du Général-Harris, 14076 Caen cedex 5, France

Accepté pour publication le 10 juin 2008

Disponible sur Internet le 23 août 2008

MOTS CLÉS

Thyroïdite ;
Fibrose ;
Thyroïdite de Riedel ;
Thyroïdite de
Quervain ;
Thyroïdite
sclérosante
multifocal

KEYWORDS

Thyroiditis;
Fibrosis;
Riedel's thyroiditis;
de Quervain's
thyroiditis;

Résumé Bien que la classification des thyroïdites semble bien établie, des problèmes de diagnostic différentiel entre la thyroïdite de Riedel, la thyroïdite sclérosante d'Hashimoto et la thyroïdite de de Quervain dans sa forme sclérosante peuvent se poser. Nous avons revu 18 cas de thyroïdite avec sclérose, étiquetés thyroïdite de Riedel dans cinq cas, thyroïdite de de Quervain dans cinq cas et thyroïdite sclérosante d'Hashimoto dans huit cas. Il apparaît que seuls deux cas diagnostiqués thyroïdite de Riedel sont caractéristiques, sans ambiguïté diagnostique. Trois cas de thyroïdite de de Quervain et quatre cas de thyroïdite sclérosante d'Hashimoto présentaient une extension de la fibrose dans le tissu fibro-adipeux périthyroïdien pouvant poser le problème du diagnostic différentiel avec une thyroïdite de Riedel frustrée. Le diagnostic précis du type de thyroïdite avec sclérose reste difficile, car les trois pathologies présentent des points communs. Lorsque les lésions sont caractéristiques, le diagnostic est sans difficulté. Cependant, il apparaît dans notre étude que la moitié des diagnostics restent histologiquement difficiles à classer. Il vaut mieux alors se limiter au diagnostic de thyroïdite sclérosante sans plus de précision, l'histologie n'étant pas suffisamment caractéristique pour permettre de préciser le cadre de la thyroïdite.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The pathology of thyroiditis seems well-established with a recognized classification based on clinical and pathological features. However, problems of differential diagnosis remain between both Riedel's and Quervain's thyroiditis and sclerosing Hashimoto's thyroiditis: these entities sometimes lack the characteristic histological pattern, and the clinico-biological data are not always available to the pathologist. We re-examined 18 cases of thyroiditis with sclerosis, retrieved from our files, diagnosed as Riedel's thyroiditis in five cases, Quervain's thyroiditis in five other cases and sclerosing Hashimoto thyroiditis in eight cases. Only two diagnosed cases

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jj.michels@baclesse.fr (J.-J. Michels).

Multifocal sclerosing thyroiditis

of Riedel's thyroiditis were pathognomic. Three cases of Quervain's thyroiditis and four cases of sclerosing Hashimoto's thyroiditis presented a slight or moderate extension of the fibrosis in perithyroidal soft-tissues, raising the differential diagnosis of an incipient Riedel's thyroiditis. A definite diagnosis of the type of thyroiditis with sclerosis remains difficult, because all three pathologies present common points. In cases with a characteristic pattern, the diagnosis is straightforward. However, it appears in our study that half of the diagnoses remain ambiguous, because of the existence of histological features common to different entities. In these cases, we think the diagnosis of sclerosing thyroiditis NOS would be more appropriate, the histology not being sufficiently characteristic to make a more specific diagnosis.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La pathologie thyroïdienne inflammatoire paraît codifiée depuis des décennies, avec une classification des thyroïdites qui semble unanimement acceptée et qui différencie bien les diverses entités. On distingue classiquement les entités suivantes :

- les thyroïdites aiguës infectieuses dont le diagnostic est clinique et qui ne sont ni opérées ni biopsiées ;
- la thyroïdite de Hashimoto, très fréquente, qui ne pose, dans sa forme classique, ni problèmes cliniques ni problèmes d'interprétation histologique, mais qui peut poser dans sa forme sclérosante multifocale des problèmes de diagnostic différentiel avec une thyroïdite de Riedel ;
- les thyroïdites sub-aiguës comportant diverses formes : la thyroïdite granulomateuse de de Quervain (d'origine virale), la thyroïdite du post-partum (d'origine auto-immune), la thyroïdite liée aux cytokines ou à l'Amiodarone, la thyroïdite post-radique (Iode131 ou radiothérapie) ; leur diagnostic est clinique et elles ne sont donc ni biopsiées ni opérées ; seule la thyroïdite de de Quervain est susceptible d'être biopsiée à un stade tardif ;
- la thyroïdite de Riedel, dont la forme classique peut être cliniquement inquiétante du fait de la dyspnée et/ou dysphagie et qui peut être alors biopsiée ou opérée afin d'exclure un carcinome.

Lorsque le pathologiste analyse la lésion, il ne dispose pas toujours de l'histoire clinique, l'interrogatoire peut avoir été succinct ainsi que le bilan biologique. Des problèmes de diagnostic différentiel se posent alors en cas de thyroïdite sclérosante entre la thyroïdite de Riedel, la thyroïdite d'Hashimoto sclérosante et la thyroïdite de de Quervain dans sa forme sclérosante, surtout quand contrairement à ce qui est classiquement décrit, certaines de ces lésions présentent des aspects de plusieurs de ces pathologies.

Matériel et méthodes

Une recherche a été effectuée à partir des comptes rendus faisant état de thyroïdites pour récupérer les cas de thyroïdites avec sclérose correspondant aux thyroïdites d'Hashimoto sclérosantes appelées thyroïdites sclérosantes multifocales et de thyroïdites de Riedel. Nous avons retrouvé cinq cas diagnostiqués comme thyroïdite de Riedel, cinq cas comme thyroïdite de de Quervain et huit cas comme thyroïdite sclérosante. Ces cas ont été revus et analysés en reprenant les données du compte-rendu opératoire, du bilan biologique et en évaluant la quantité de fibrose, son extension dans les tissus mous, la présence de vascula-

rite et de granulomes. En effet, la présence de granulomes est classiquement utilisée comme argument principal pour porter le diagnostic de thyroïdite de de Quervain, alors que l'extension dans les tissus mous périthyroïdiens de la fibrose est un critère majeur du diagnostic de thyroïdite de Riedel. Nous avons également recherché l'association à une fibrosclérose multifocale (fibrose rétropéritonéale, médiastinale, lacrymale, pulmonaire, parotidienne, pseudotumeur orbitaire, cholangite sclérosante) qui est décrite dans environ un tiers des cas, ainsi que la présence de signes de vascularite, également décrits dans ce contexte.

Résultats

Les 18 cas de thyroïdite concernaient 17 femmes et un homme, âgés de 28 à 73 ans (moyenne de 42,25 ans). Les patients ayant le diagnostic de thyroïdite de Riedel étaient âgés de 42 à 61 ans (moyenne de 48,6 ans), ceux ayant le diagnostic de thyroïdite de de Quervain de 29 à 73 ans (moyenne de 48,2 ans) et ceux ayant le diagnostic de thyroïdite sclérosante de 37 à 61 ans (moyenne de 44,8 ans). Dix-sept des 18 cas ont été adressés pour pathologie nodulaire de la thyroïde. Deux des cas diagnostiqués comme thyroïdite de Riedel sont caractéristiques, avec lors de l'intervention une masse indurée et une extension manifeste aux muscles et organes adjacents (trachée, voire œsophage). À l'étude histologique, elles présentent une fibrose inflammatoire mutilante, détruisant quasi complètement le parenchyme dans un cas et ne laissant subsister que de rares vésicules dans le second cas avec métaplasie malpighienne (Fig. 1). Il existe des signes focaux de vascularite à cellules géantes (Fig. 2), d'inflammation marquée dans un cas et modérée dans le second. Un des deux patients présentait une hypothyroïdie franche et le second était euthyroïdien. Dans deux autres cas diagnostiqués comme thyroïdite de Riedel, lors de l'intervention, la thyroïde apparaissait dure, inflammatoire avec des adhérences et des difficultés de dissection mais sans infiltration patente des structures adjacentes. La fibrose inflammatoire était moins marquée à l'examen histologique que dans les deux cas précédents, mais restait au moins focalement mutilante. Un cas présentait des granulomes situés à l'interface entre la fibrose et le tissu thyroïdien non atteint. Dans l'autre cas, les granulomes étaient peu nombreux et la fibrose présentait des signes d'extension focale au tissu adipeux (muscles non envahis). Les deux patientes étaient euthyroïdes et un patient avait des anticorps anti-TG. La dernière patiente était suivie depuis 18 ans pour thyroïdite chronique et goître multinodulaire avec discrète hyperthyroïdie. À l'examen microscopique, la thyroïde était

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128836>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128836>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)