

LETTRE A L'EDITEUR

**DOULEURS CERVICALES ANTÉRIEURES :  
SAVOIR PENSER A LA THYROÏDITE SUBAIGUË DE  
DE QUERVAIN**

M.P. NTYONGA-PONO \*

**RÉSUMÉ**

**L'auteur rapporte un cas probable de thyroïdite subaiguë de De Quervain et rappelle les principaux signes cliniques et para cliniques de cette affection supposée être d'origine virale.**

*Mots clés : Thyroïdite de De Quervain.*

**SUMMARY**

**The author reports a probable case of subacute De Quervain's thyroiditis and recall the main clinical and para clinical symptoms of this disease likely caused by viruses.**

*Key words : Thyroiditis - De Quervain.*

- Une hyperthyroïdie avec T4 libre à 30,15 pmol /l ( N.9 à 20), T3 à 3,67 nmol/l (N. 0,95 à 2,50) et TSH < 0,05 micro U I/ml (N. 0,25 à 5).
- Une hypertrophie thyroïdienne avec une large zone d'hypodensité au sein du lobe gauche interprétée comme une plage de nécrose. Elle avait aussi ramené une numération formule sanguine montrant 6800 G.B./ mm<sup>3</sup> dont 62% de polynucléaires neutrophiles, un taux d'hémoglobine à 11,6g / 100 ml; la V.S était de 37 mm à la 1<sup>o</sup> heure, mais ces examens étaient tardifs par rapport au début des troubles. Quand nous l'avons reçue cette patiente se plaignait de douleurs cervicales antérieures qui avaient débuté dans un contexte fébrile avec polymyalgies; elle était en bon état général plutôt obèse (80 kgs/1 m 60) mais ignorait son poids antérieur, apyrétique. On notait un discret tremblement des extrémités avec des mains moites, il n'y avait pas de troubles oculaires. L'examen cardio-vasculaire révélait des bruits du coeur réguliers, un peu rapides à 96/mm, une tension artérielle normale à 140/80 mm Hg. La glande thyroïde était modérément hypertrophiée, ferme, encore douloureuse avec une gêne à la déglutition. Il n'y avait pas d'adénopathie cervicale satellite. Il n'y avait pas non plus de troubles digestifs et l'examen clinique était par ailleurs normal. L'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale, les explorations isotopiques ne se font pas à Libreville. Mme D. ayant un certain revenu, nous avons pu demander que le dosage des anticorps antithyroïdiens soit effectué à Paris qui a trouvé des résultats négatifs : Anticorps anti-thyroglobuline 30 U I/ml (positif au delà de 130 U I/ml), et anti corps anti-thyroperoxydase 50 U I/ml (positif au delà de 65 U I/ml). Sur le plan thérapeutique nous avons simplement mis cette patiente sous salicylés et β Bloquants, un nouveau contrôle hormonal étant prévu un mois plus tard. L'évolution a été cliniquement favorable avec sédation des douleurs et les nouveaux dosages ont montré que Mme D. passait plutôt en hypothyroïde avec une T4 libre qui a baissé de 30,15 à 6,7 pmol/l alors que

**INTRODUCTION**

La thyroïdite subaiguë décrite par De Quervain en 1904 (2), est la cause la plus fréquente de douleurs cervicales antérieures dans l'aire thyroïdienne (8) et représente environ 5% de la pathologie thyroïdienne (3). Dans sa forme classique d'évolution triphasique, cette affection pose peu de problèmes de diagnostic ; il existe cependant des formes atypiques dans la symptomatologie et l'évolution (6,9) pouvant conduire à des erreurs. Nous avons suivi une jeune femme qui a failli être opérée de sa thyroïde mais dont le tableau clinique et para clinique illustre assez bien cette thyroïdite.

**CAS CLINIQUE**

Mme D.R âgée de 44 ans nous a été adressée en Mai 1995 pour un avis pré-chirurgical au sujet d'une hypertrophie thyroïdienne modérée et douloureuse. Cette symptomatologie avait débuté deux mois plus tôt et la malade avait bénéficié d'une exploration hormonale et échographie de sa thyroïde qui a montré les résultats suivants :

\* Endocrinologue, service de Médecine interne «B», Centre hospitalier de Libreville B.P. 7369 Libreville (Gabon).

Abréviations : T4 = Thyroxine, T3 = Tri iodothyronine, TSH = hormone

thyroïdienne, pmol/l = picomoles/litres, UI = Unité Internationales, G.B. = Globules blancs, N. = Normales, V.S. = Vitesse de Sédimentation, HLA = Human Leucocytes Antigen.

la TSH augmentait de moins 0,05 à 4,57 micro UI/ml. Un mois plus tard la normalisation est amorcée (T4 libre à 9,5 pmol/l et TSH à 4,2 micro UI/ml), 6 mois après les résultats étaient inchangés et un an après notre patiente était en euthyroïdie (T4 libre 10 pmol/l et TSH 2,63 micro UI/ml) avec une échographie thyroïdienne normale.

### COMMENTAIRES

La thyroïdite de De Quervain est une affection inflammatoire de la glande thyroïde qui touche le plus souvent la femme d'âge moyen (2,8), et qui se manifeste typiquement par des douleurs cervicales antérieures irradiant vers les mâchoires, les oreilles, les muscles du cou, accompagnées souvent d'une dysphagie (3,9). On peut penser à une pharyngite d'autant plus que l'affection survient souvent au décours d'une atteinte des voies respiratoires; cependant un examen clinique approfondi permet de retrouver une glande thyroïde hypertrophiée, douloureuse. Le diagnostic repose sur l'association des éléments cliniques susmentionnés et para-cliniques notamment : un syndrome inflammatoire avec accélération de la V.S., une perturbation hormonale thyroïdienne avec hyperthyroïdie (7) à la phase initiale dans 50% des cas suivie d'une hypothyroïdie avec normalisation ultérieure. On note aussi une baisse de la captation de l'iode radioactif à moins de 3% (2), qui se traduit par une cartographie blanche (3). Les anticorps anti-thyroïdiens ne sont pas élevés contrairement aux thyroï-

dites auto-immunes. L'échographie non indispensable au diagnostic, peut apporter des éléments intéressants (1,4). Quant à l'examen histologique après cytoponction, il est rarement demandé, mais dans certains cas confirme le diagnostic par la mise en évidence d'une thyroïdite granulomateuse avec cellules géantes (2,10). Pour ce qui est de notre patiente, elle présentait des signes cliniques évocateurs d'une thyroïdite subaiguë et les dosages hormonaux montrant une évolution triphasique, ont conforté notre hypothèse diagnostique d'autant plus que les anticorps antithyroïdiens étaient négatifs et que la malade a bien répondu au traitement médical. L'absence d'exploration isotopiques nous prive d'un élément de diagnostic et pronostic important car le retour à la normale de la captation thyroïdienne de l'iode radioactif serait le meilleur critère de guérison (2). Le typage HLA ne se faisant pas non plus à Libreville, nous n'avons pu déterminer à quel groupe elle appartient, car on sait que chez les causasiens cette affection survient le plus souvent chez les sujets du groupe HLA-B35 et aussi HLA-B67 décrit au Japon (5).

### CONCLUSION

La thyroïdite subaiguë de De Quervain dans sa forme typique est une affection facile à reconnaître et à traiter, l'évolution étant le plus souvent spontanément favorable. Cependant, des formes atypiques existent et dans 5% des cas environ (2,9) une hypothyroïdie peut persister, ce qui justifie une surveillance prolongée.

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - G. BENKER, T. OLBRICHT, R. WINDECK, R. WAGNER, H. ALBERS, S. LEBERBOGEN, H.G. HOFF and D. REINWEIN  
The sonographical and functional sequelae of De Quervain's subacute thyroiditis.  
Acta Endocrinologica (Copenh) 1988, 117 : 435 - 441.
- 2 - J. LECLERE  
Thyroïdites subaiguës. Dans La THYROÏDE : J. LECLERE, J. ORGIAZZI, B. ROUSSET, J.L. SCHLIENGER, J.L. WÉMEAU.  
Exp. Scientifique. Fr. 1993, 573 p : 331 - 335.
- 3 - R. MARECHAUD  
Thyroïdites.  
Editions techniques Encycl. Med. Chir (Paris - France), Endocrinologie - Nutrition 10008, A 40, 1992, 10 p.
- 4 - R.C. MARTIN DU PAN  
Hyperthyroïdie puis hypothyroïdie à la suite d'une tuméfaction douloureuse de la thyroïde : Thyroïde auto-immune ou de De Quervain ?  
Rev. Med. Suisse Romande 1994, 114 : 347 - 349.
- 5 - N. OHSAKO, H. TAMAI, T.SUDO, T. MAKUTA, H. TANAKA, K. KUMA, A. KIMURA, T. SASAZUKI.  
Clinical characteristics of subacute thyroiditis classified according to human leucocyte antigen typing.  
J. Clin. Endocrinol. Metab, 1995, 80 (12) : 3653 - 3656.
- 6 - S.A. PETER  
Painful subacute thyroiditis (De Quervain's thyroiditis).  
J. Nat. Med. Assoc, 1992, 84 (10) : 877 - 879.
- 7 - M. RIEU et H. BRICAIRE  
Les hyperthyroïdies : Aspects étiologiques.  
Editions techniques Encycl. Med. Chir (Paris - France) Glandes Nutrition, 10003 A30 9 - 1984, 12 p.
- 8 - R. SAKIYAMA.  
Thyroiditis : a clinical review.  
Am. Fam. Phys., 1993, 48 (4) : 615 - 621.
- 9 - M.F. SCHUBERT, D.S. KOUNTZ  
Thyroiditis. A disease with many faces.  
Postgrad Med, 1995, 98 (2) : 101 - 3, 107 - 8, 112.
- 10 - R. VOLPE  
The management of subacute (De Quervain's) thyroiditis.  
Thyroid 1993, 3 (3) : 253 - 255.