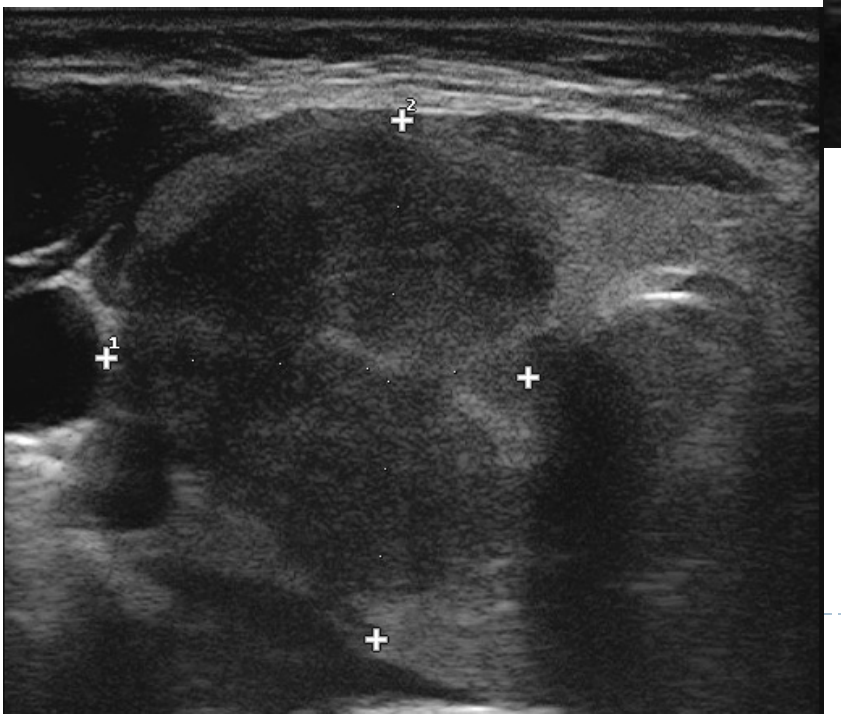
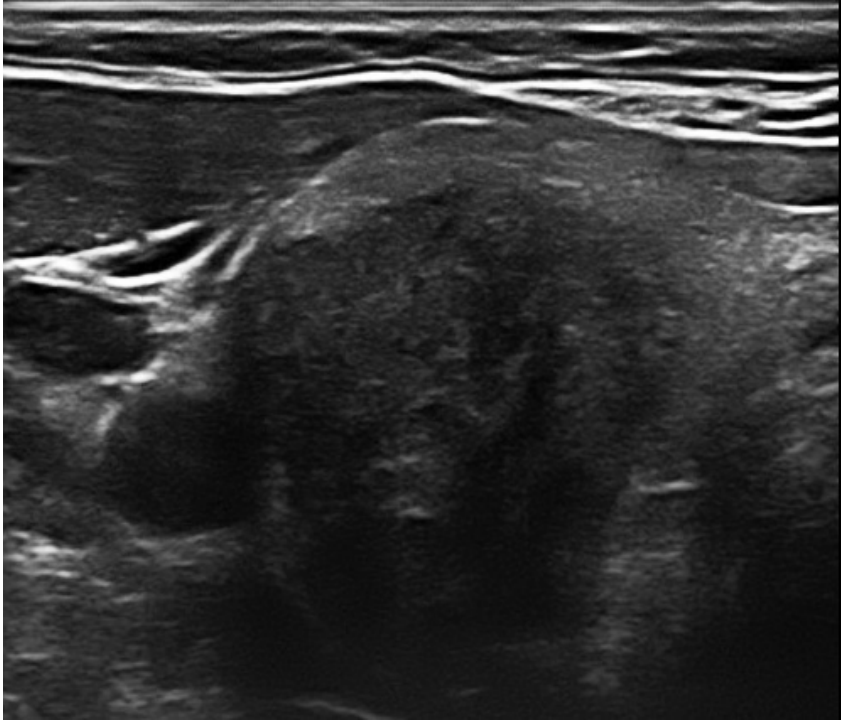


Cas clinique:
TIRADS 5 (confirmé) et Bénin !!

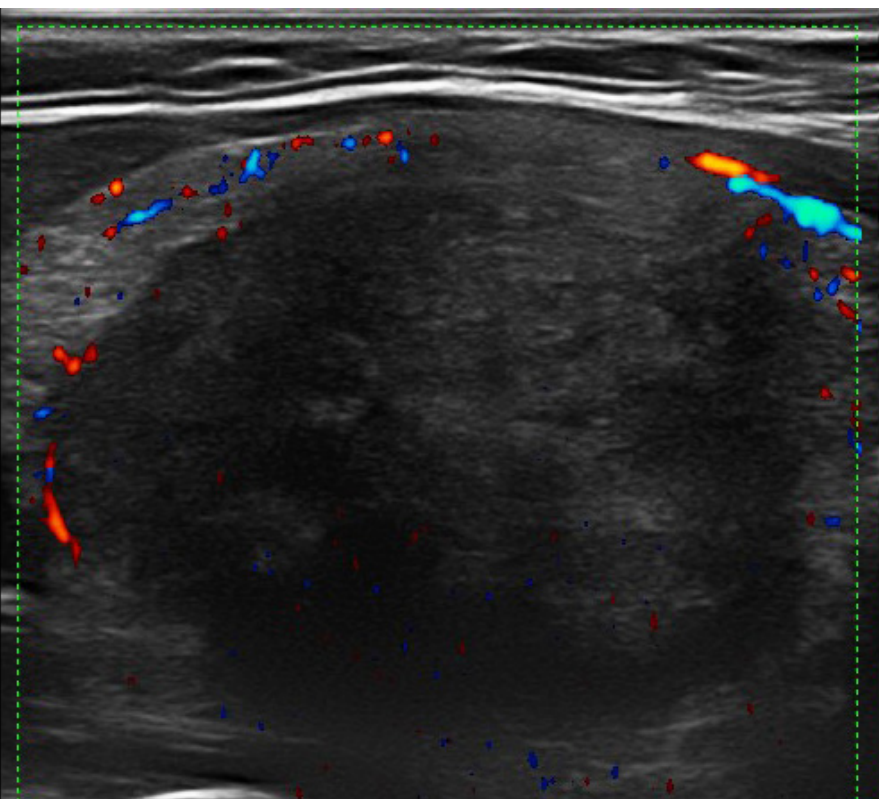
Hervé MONPEYSSEN

C H. 42 ans

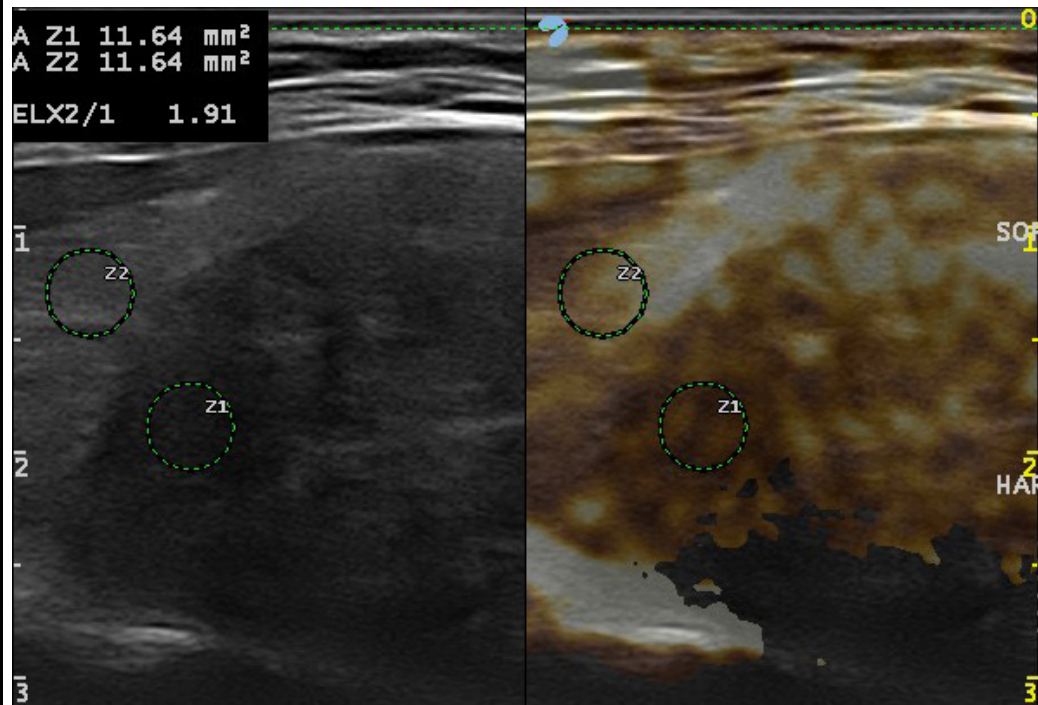
- ▶ Adressée par chirurgien pour bilan pré chirurgical tumeur
TIRADS 5
- ▶ Famille RAS
- ▶ Porteuse d'un très gros myome. Troubles du cycle
- ▶ TTT 0 Tabac 0 Aménorrhée
- ▶ Cytologie N° I JF Collet : indéterminé inhabituel



Fortement hypoéchogène
Plus épais que large
Limites floues, spiculées



A Z1 11.64 mm²
A Z2 11.64 mm²
ELX2/1 1.91



Avasculaire
rigide



La structure palpable est localisée à la partie inférieure du lobe droit de la thyroïde, déformant ses contours, mesurant 25 mm x 27 mm x 35 mm. Volume 12,5 ml.

C'est une formation très fortement hypoéchogène avec des limites irrégulières un peu spiculées.

Il est en contact avec la capsule antérieure sans effraction.

L'indice de dureté est modérément élevé.

+ épais que large

Il n'y a quasiment aucune vascularisation intra-nodulaire.

La forte hypoéchogénicité et les contours irréguliers le positionnent en TIRADS 5.

Il n'y a pas de structure ganglionnaire suspecte dans les territoires de drainage.

Le nodule gauche mesure 11 mm x 5 mm x 7 mm. Volume 0,22 ml, il est classé TIRADS 3.

Naissance de la carotide primitive droite à droite de l'axe trachéal.

Pas de structure solide ou liquide dans le territoire sous-isthmique ou du tractus thyroïdienne.

CONCLUSION :

- Volumineuse formation de lobe droit de la thyroïde, classée TIRADS 5.
- Quelques réserves sont toutefois émises sur ce score, compte tenu de l'absence totale de vascularisation intra-nodulaire.

Merci de m'avoir adressé Mme pour bilan pré opératoire d'une tumeur thyroïdienne récemment mise en évidence.

Elle est nettement palpable de consistance assez ferme et a des caractéristiques échographiques fortement suspectes.

Il est vrai qu'elle est fortement hypoéchogène avec des contours irréguliers et relativement rigide en élastographie. La conjonction de ces trois caractéristiques la positionne d'emblée en TI RADS5.



Merci de m'avoir adressé Mme [] pour bilan pré opératoire d'une tumeur thyroïdienne récemment mise en évidence.

Elle est nettement palpable de consistance assez ferme et a des caractéristiques échographiques fortement suspectes.

Il est vrai qu'elle est fortement hypoéchogène avec des contours irréguliers et relativement rigide en élastographie. La conjonction de ces trois caractéristiques la positionne d'emblée en TIRADS5.

Je suis toutefois très étonné de ne trouver aucune vascularisation intra nodulaire ni aucun ganglion satellite.

Je rejoins tout à fait les conclusions de J [] qui s'étonne de cet aspect très inhabituel.

Merci de m'avoir adressé Mme [] pour bilan pré opératoire d'une tumeur thyroïdienne récemment mise en évidence.

Elle est nettement palpable de consistance assez ferme et a des caractéristiques échographiques fortement suspectes.

Il est vrai qu'elle est fortement hypoéchogène avec des contours irréguliers et relativement rigide en élastographie. La conjonction de ces trois caractéristiques la positionne d'emblée en TI RADS5.

Je suis toutefois très étonné de ne trouver aucune vascularisation intra nodulaire ni aucun ganglion satellite.

Je rejoins tout à fait les conclusions de J [] qui s'étonne de cet aspect très inhabituel.

Je pense qu'avec plus de temps on aurait pu réaliser une biopsie thyroïdienne qui aurait sans doute été contributive.

L'examen histologique extemporané sera bien sur tout à fait important.

L'aspect histologique, pourrait faire discuter une thyroïdite à IGG4 ou une thyroïdite d'Hashimoto dans une forme fibreuse plus qu'une tumeur myo-fibroblastique inflammatoire dans une forme sclérosante ou une tumeur fibreuse.

Il n'y a pas de prolifération tumorale maligne. Pas de thyroïdite lymphocytaire associée.

Présence d'une para-thyroïde de rencontre contro-latérale.

Pas de métastase ganglionnaire au niveau de la chaîne récurrentielle (dix ganglions) communiquée mono-bloc.

Dr O

COMPTE-RENDU COMPLEMENTAIRE D'IMMUNOHISTOCHEMIE DU 16/07/14

Technique d'immuno-peroxydase en trois couches sur coupes déparaffinées.

Cyto-Kératine :*Test effectué avec l'anticorps Cyto-kératine de Dako (clone AE1/AE3). Anticorps prédilué DAKO. Automate DAKO*

Contrôle positif sur les structures épithéliales enchassées dans la prolifération fibro inflammatoire. Pas de cellules tumorales mises en évidence.

CD99 :*Test effectué avec l'anticorps CD99 de Dako, (clone D33). Anticorps prédilué Dako. Automate DAKO.*

Positivité de la prolifération fusiforme pour l'anticorps.

BCL2 :*Test effectué avec l'anticorps BCL2 de DAKO. (Clone 124). Anticorps prédilué DAKO. Automate DAKO*

Positivité sur l'infiltrat lymphoïde. Totale négativité de la composante à cellules fusiformes.

CD34 :*Test effectué avec l'anticorps CD34 de Dako (clone QBEND-10). Anticorps prédilué DAKO. Automate DAKO*

Positivité des parois vasculaires. Négativité des cellules fusiformes.

CD79 :*Test effectué avec l'anticorps CD79 de Microm, (clone SP18), dilution au 1/300 . Automate Ventana BenchMark, kit DAB, démasquage CC2 court.*

Mise en évidence de très nombreux plasmocytes marqués par l'anticorps.

CONCLUSION :

Pas d'argument en faveur d'une tumeur myo fibroblastique.

L'aspect histologique est compatible avec une thyroïdite à IgG4 ou avec une thyroïdite d'Hashimoto dans une forme fibrosante.

Les lames sont communiquées pour expertise.

Deux types de thyroïdite ont été rattachés au spectre de la maladie liée aux IgG4, d'une part la thyroïdite de Riedel, d'autre part la variante fibreuse de la thyroïdite d'Hashimoto. Ce qui permet de distinguer ces deux types de thyroïdite est la présence de lésions de thyroïdite lymphocytaire dans le parenchyme adjacent à la zone fibreuse dans la variante fibreuse de la thyroïdite lymphocytaire. On note notamment la présence d'une métaplasie oxyphile de l'épithélium. Par ailleurs, cette variante est caractérisée par la présence constante d'une métaplasie épidermoïde plus ou moins floride.

La thyroïdite de Riedel, elle se caractérise par une fibrose majeure ponctuée d'éléments inflammatoires et comportant des lésions de phlébite oblitérante ou non. Cette pathologie diffuse constamment aux tissu péri thyroïdiens (d'où son appellation thyroïdite fibreuse invasive).

Sur les lames que vous nous avez adressées, le territoire fibreux est constitué par une fibrose collagène storiforme ponctuée d'éléments lymphoplasmocytaires mais également de polynucléaires éosinophiles. On observe quelques images d'atteinte vasculaire. Le parenchyme adjacent présente un discret infiltrat lymphocytaire essentiellement retrouvé à la lisière de la zone fibreuse. Par ailleurs, les vésicules ne présentent pas de territoire de métaplasie oxyphile ou malpighienne.

La fibrose dans la limite des lames adressées semble cependant limitée à la thyroïde sans diffusion aux tissus périthyroïdiens.

L'étude immunohistochimique avec l'anticorps anti Ig4 met en évidence dans les » hotspo »t 12 plasmocytes IgG4 /HPF. Il n'y a pas de consensus pour le nombre de plasmocytes IgG4 nécessaires pour rattacher les lésions de thyroïdite à la maladie liée aux IgG4 mais dans les articles princeps(Arthritis Care and Research ; 2010), le nombre de plasmocytes IgG4 variait de 8 à 53 par champ au fort grossissement.)

Au total, je pense que l'aspect morphologique est plus celui d'une thyroïdite de Riedel que d'une thyroïdite lymphocytaire dans sa variante fibrosante. L'aspect morphologique ainsi que la présence d'un nombre suffisant de plasmocytes IgG4 selon la littérature est morphologiquement compatible avec une maladie liée aux IgG4. Ce diagnostic doit cependant être pluridisciplinaire. Ceci incite à doser les IgG4 sanguins (élevés dans 70% des cas de maladies liés aux IgG4) et à rechercher d'autres localisations de la maladie.

Merci de m'avoir adressé Mme [] pour bilan pré opératoire d'une tumeur thyroïdienne récemment mise en évidence.

Elle est nettement palpable de consistance assez ferme et a des caractéristiques échographiques fortement suspectes.

Il est vrai qu'elle est fortement hypoéchogène avec des contours irréguliers et relativement rigide en élastographie. La conjonction de ces trois caractéristiques la positionne d'emblée en TI RADS5.

Je suis toutefois très étonné de ne trouver aucune vascularisation intra nodulaire ni aucun ganglion satellite.

Je rejoins tout à fait les conclusions de J [] qui s'étonne de cet aspect très inhabituel.

Je pense qu'avec plus de temps on aurait pu réaliser une biopsie thyroïdienne qui aurait sans doute été contributive.

L'examen histologique extemporané sera bien sur tout à fait important.

On ne peut éliminer sur cet aspect une thyroïdite de RIEDEL.

Bilan complémentaire recherche de maladie fibrosante associée

▶ TDM TAP

- ▶ Absence d'anomalie évolutive et absence de fibrose rétro-péritonéale.

Bilan complémentaire recherche de maladie fibrosante associée

▶ TDM TAP

▶ TEP-FDG

- ▶ Une fixation bilatérale et symétrique des muscles orbitaires et des nerfs optiques d'allure habituelle, sans aspect d'infiltration sur le TDM en regard.

" Renforcement de fixation très modéré musculaire diffus, sans foyer ponctuel suspect sur l'ensemble des muscles explorés.

" Absence de foyer suspect par ailleurs, notamment ganglionnaire sus- et sous-diaphragmatique, pulmonaire, hépatique, surrénalien ou osseux.

Bilan complémentaire recherche de maladie fibrosante associée

- ▶ TDM TAP
- ▶ TEP-FDG
- ▶ Echo-cardiogramme
 - ▶ Ventricule gauche non dilaté non hypertrophié de bonne fonction systolique segmentaire et globale. FEVG 61% en Biplan. Pressions de remplissage basses.
Oreillette gauche non dilatée.
Absence de valvulopathie mitro-aortique significative.
Aorte initiale non dilatée.
Cavités droites non dilatées. Bonne fonction systolique du VD.
PAP non chiffrable.
Péricarde sec.

Traitement

- ▶ Euthyral* x 1
- ▶ Orocal* x 2
- ▶ Uvedose * / 1 ampoule par mois

Chuchotements de l'ITC

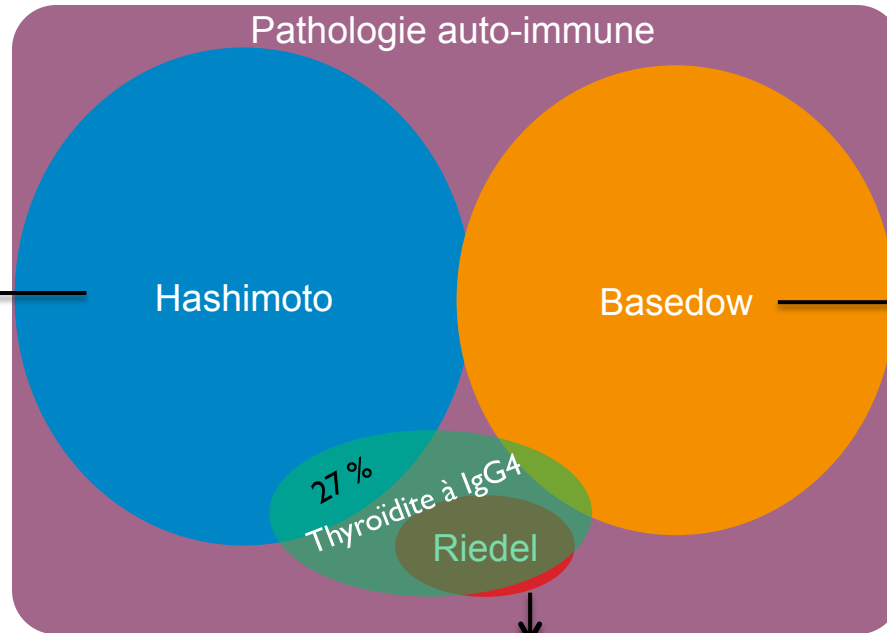
Imagerie non scintigraphique et
Interventionnel non chirurgical



- ▶ Hervé MONPEYSSEN
- ▶ Thyroïdologue
- ▶ American Hospital
Paris

Maladie à IgG4 (3)

Thyroïde et maladie à IgG4



Série de Li Y et al. ←

- 105 patients
- 27 % thyroïdites IgG4+

→ Série de Takeshima K et al.

- 109 patients
- 6,4 % IgG4+
- Hypothyroïdie après ATS

↓
Série de Fatourehchi et al.
The Mayo Clinic Experience

- 21 patients
- 90 % IgG4+

- **Marque diagnostique : nombre IgG4 > 20 cellules/champ ; ratio IgG4/IgG > 30 %**
- **Cliniquement : goitre volumineux avec hypoéchogénéicité diffuse en échographie**
- **Rare atteinte systémique**