

# Abcès thyroïdien à streptocoque pneumoniae associé à un goitre nodulaire toxique

A propos d'un cas

N. PANAS<sup>1</sup>, A. ZGHEIB<sup>1</sup>, C. DESAIVE<sup>2</sup>,  
H. WAGEMANS<sup>3</sup>, A. BECKERS<sup>1</sup>

PANAS N., ZGHEIB A., DESAIVE C., WAGEMANS H., BECKERS A. — Abcès thyroïdien à streptocoque pneumoniae associé à un goitre nodulaire toxique. A propos d'un cas. *Ann Chir*, 1991, 45, n° 5, 429-431.

**RÉSUMÉ :** Un cas de thyroïdite aiguë suppurée associée à un goitre nodulaire toxique est rapporté par les auteurs en raison de son caractère exceptionnel. Le traitement chirurgical a été nécessaire du fait de l'importance des signes inflammatoires locaux et généraux provoqués par cette association.

**MOTS-CLÉS :** Pneumocoque. — Goitre nodulaire toxique. — Abcès thyroïdien. — Thyroïdite aiguë suppurée.

PANAS N., ZGHEIB A., DESAIVE C., WAGEMANS H., BECKERS A. — Report of a case of *Streptococcus pneumoniae* thyroid abscess associated with a toxic nodular goiter. (*In French*). *Ann Chir*, 1991, 45, n° 5, 429-431.

**SUMMARY :** An unusual case of acute suppurative thyroiditis in association with toxic nodular goiter is reported by the authors. Surgical therapy was necessary due to the severity of the local and systemic inflammation induced by this association.

**KEY-WORDS :** Pneumococcus. — Toxic nodular goiter. — Thyroid abscess. — Acute suppurative thyroiditis.

La découverte d'un abcès thyroïdien développé sur un goitre nodulaire toxique est une éventualité exceptionnelle qu'il nous a été donné d'observer récemment. A notre connaissance, aucun cas semblable n'a été décrit à ce jour dans la littérature.

## OBSERVATION

Mme G., âgée de 75 ans, célibataire, a été explorée en avril 1984 pour asthénie, palpitations et tuméfaction cervicale. On concluait, à l'époque, à l'existence d'une hyperthyroïdie sur adénome toxique basal droit avec hypertension artérielle modérée. La biologie montrait alors une augmentation de la T4 libre, une TSH basse non stimulable par la TRH, aucun signe d'auto-immunité n'était présent. La scintigraphie thyroïdienne (<sup>123</sup>I), révéla la présence d'un nodule chaud basal droit dans le contexte d'un goitre hétérogène.

On ne relevait pas de prise de médicaments ou de produits iodés ; pas de dysthyroïdie dans la famille.

La malade, refusant la proposition d'une thérapeutique par <sup>131</sup>I est alors équilibrée par prophyllthiouracyl (50 mg 2 × par jour) ; parallèlement, un régime hyposodé et de l'aténolol (100 mg/jour en une prise) ont été prescrits pour tenter de normaliser la pression artérielle.

Le 21 janvier 1988, la malade a été hospitalisée pour une tuméfaction d'apparition brutale de la région inféro-latérale droite du cou survenue quelques jours auparavant, dans un contexte de syndrome pseudo-grippal avec anorexie, fièvre à 38 °C et dysphagie.

A l'examen clinique, l'attention a été d'emblée attirée par une tuméfaction de 3 cm de diamètre au niveau de la face inféro-latérale du lobe thyroïdien droit ; tuméfaction indurée, rougeâtre, sensible au contact, manifestement inflammatoire.

Le reste de l'examen n'a révélé qu'un souffle de sclérose orificielle aortique déjà connu.

La radiographie thoracique a montré un élargissement du médiastin supérieur et une déviation de la trachée vers la gauche.

L'échographie (fig. 1) et la scintigraphie ont montré un volumineux goitre endothoracique avec transformations froides et hypoéchogènes intrathyroïdiennes droites.

1. Service d'Endocrinologie,
2. Service de Chirurgie,
- CHU Sart-Tilman (B 35), 4000 SART TILMAN/LIÈGE 1 (Belgique).
3. Médecin Généraliste, LIÈGE.

Tirés à part : Dr A. Beckers.

Manuscrit reçu à la Rédaction le 24 juillet 1990.

Accepté par les Comités de Lecture et de Rédaction le 3 octobre 1990.

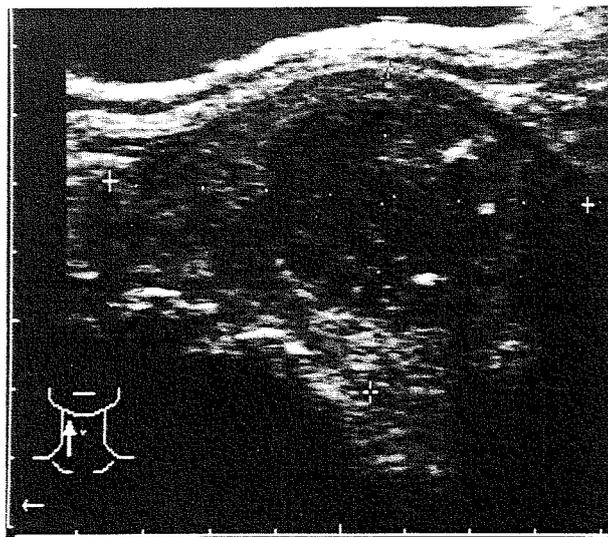


Fig. 1. — Échographie thyroïdienne. L'ensemble du lobe droit est hypoéchogène. En position centrale, on observe une lésion bien encapsulée, encore plus hypoéchogène, correspondant à l'adénome. Il existe quelques zones échogènes au sein de la formation kystique et correspondant à des débris nécrotiques ; trois zones hyperéchogènes dans la partie inférieure du kyste correspondent à des calcifications.

Fig. 2. — Thyroid ultrasonography. All of the right lobe is hypoechoic. A well encapsulated, even more hypoechoic lesion can be seen in the centre, corresponding to the adenoma. Several echoic zones can be seen within the cystic formation, corresponding to necrotic debris. Three hyperechoic zones in the inferior part of the cyst correspond to calcifications.

Sur le plan biologique a été constatée une hyperthyroïdie manifeste (T3 libre : 11,7 pg/ml ; T4 libre : 33,7 pg/ml et une thyroglobulinémie augmentée : 249 ng/ml). Parallèlement a été noté un syndrome inflammatoire majeur (V.S. : 137 mm l/h ; fibrinogène 6,33 g/l) avec une anémie normochrome, normocytaire (10,5 g/100 ml) et un taux d'antigène carcino-embryonnaire inférieur à 2 ng/ml (N : 0 à 5).

Une ponction à l'aiguille réalisée au pôle supérieur de la tuméfaction, a ramené du pus, sans toutefois réussir à obtenir un affaissement complet du nodule.

L'examen cytologique a montré des polynucléaires neutrophiles en voie de nécrose à champ couvert. L'examen direct a révélé la présence de cocci gram positifs identifiés à la culture comme des Streptococques Pneumoniae. Un traitement anti-bactérien par voie systémique a été institué.

La malade a été opérée 12 jours plus tard, devant la persistance de lésions inflammatoires locales.

A l'intervention, existait un volumineux lobe thyroïdien droit profondément remanié par l'infection, adhérent au plan musculaire. Ce lobe était creusé d'une cavité d'environ 3 cm de diamètre, remplie de pus, avec une capsule correspondant aux limites de l'adénome. Le goitre lui-même était plongeant. Une hémithyroïdectomie droite a été réalisée.

## DISCUSSION

La thyroïdie aiguë suppurée, déjà rare, est devenue exceptionnelle depuis l'ère de l'antibiothérapie [5, 8, 12]. Cette rareté serait due à la résistance de la glande thyroïde aux infections [12, 15], elle-même résultant d'une riche vascularisation, et enfin du pouvoir bactéricide de l'iode et de la thyroxine [5, 12]. La difficulté de la propagation d'une infection à la glande thyroïde est illustrée par l'expérience de Womack [15] qui après injection de cultures pures de streptococques et de staphylocoques dans l'artère thyroïdienne supérieure des chiens, n'a observé que rarement des supurations.

TABLEAU I. — Contrôle des paramètres biologiques.

TABLE I. — Laboratory parameters.

	1 <sup>er</sup> février 1988	16 mars 1988	Valeurs normales		
T <sub>3</sub> l	11.7	4	2.4	— 6.1	pg/ml
T <sub>4</sub> l	33.7	11.2	7	— 14.4	pg/ml
Thyroglobuline	249	< 5	5	— 35	ng/ml
Ac. antimicrosom.	0	0	0	— 500	U/ml
Ac. antithyroglob.	10	10	0	— 50	ui/ml
TBIl	0	3	0	— 20	%
TSH	0'	0.6	< 0.4	— 4	μU/ml
	15'	0.6			
	30'	0.6			
	90'	0.6			
G.R.	3.55	5.02	3.94	— 5.15	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
Hb	10.5	14.4	12.2	— 15.9	g/100ml
Ht	30.6	45.3	36.5	— 46.9	%
G.B.	8.8	5.3	4.3	— 10.6	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Neutrophiles	94.5	59.6	41	— 83	%
Lymphocytes	5.0	30.3	11	— 53	4
Basophiles	0.5	1.3	0	— 1.5	%
Neutr. absolue	8.32	3.16	2.08	— 8.89	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Lymph. absolue	0.44	1.61	0.80	— 3.60	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Plaquettes	528	244	140	— 450	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
Fibrinogène	6.33	3.90	1.87	— 3.67	g/l
V.S.	137	91	0	— 10	mm/h
Ferritine	546	200	12	— 120	ng/ml
Cholestérol total	1.01	2.52	1.80	— 3.30	ng/ml
CEA	< 2	—	0	— < 5	ng/ml

L'invasion de proche en proche par voie lymphatique d'une suppuration avoisinante [10, 13] ou l'envoi d'un embol septique par voie hématogène [10, 13] est parfois rapporté. Dans ces cas, le même germe est identifié au sein du parenchyme thyroïdien, au niveau du foyer primaire ou dans le sang. Dans le cas rapporté ici, les ganglions adjacents à la thyroïde n'étant pas atteints, il paraît peu probable qu'une dissémination lymphatique à partir d'un foyer pharyngé ou dentaire puisse s'être produite. Le fait que la patiente soit édentée et que l'examen ORL soit normal plaident dans le même sens. Par ailleurs, on ne relevait aucun foyer infectieux pulmonaire.

D'autres facteurs favorisant l'infection de la thyroïde comprennent une plaie pénétrante [5], l'infection du tractus thyroïdienne [5] — le plus souvent rencontrée chez l'enfant — ou enfin une modification de la structure glandulaire. Cette dernière situation se trouve chez notre patiente.

Les germes les plus fréquemment cités sont : des Streptocoques (notre cas), des Klebsiella, des Salmonella (15) et l'*Eikenella corrodens* [4], plus rare encore. La glande thyroïde est le siège d'une tuberculose [11], de mycobactéries, de mycoses ou de parasites disséminés à partir d'un autre foyer [2, 6, 7, 12, 13].

La thyroïdie aiguë pyogénique est d'apparition brutale. Elle se manifeste par une douleur vive au niveau de la région thyroïdienne, associée à des signes inflammatoires locaux, de la fièvre, une dysphagie [2, 10, 14, 15]. L'ensemble de cette symptomatologie était présente chez notre patiente. Cependant, dans la thyroïdite granulomateuse et la transformation carcinomateuse d'un goitre nodulaire, la même image clinique de douleur thyroïdienne localisée peut être retrouvée. Adams [2] rapporte 30 % de carcinomes thyroïdiens dans une série de goitres nodulaires suivis pendant 30 ans ; la fermeté d'un nodule thyroïdien est suggestive de néoplasie quand elle est retrouvée. Cependant, cette fermeté n'exclut pas un abcès thyroïdien quand l'œdème et l'induration des tissus environnants masquent la fluctuation [10]. Enfin, la symptomatologie peut être évocatrice, au départ du moins, d'une nécrose intra-nodulaire [8]. Dans notre cas, ce dernier phénomène était envisageable et pouvait être éventuellement retenu comme facteur favorisant de la surinfection.

Altmeier [1] observe dans de nombreuses thyroïdites aiguës suppurées des lésions thyroïdiennes de type adénomateux. Le lobe thyroïdien le plus souvent atteint est le lobe gauche. Ces constatations sont retrouvées dans le cas que nous rapportons, mais l'atteinte portait sur le lobe droit. Compte tenu de l'absence de lésions infectieuses au niveau du lobe gauche, il semble bien exister un lien pathogénique entre l'infection et l'adénome.

Les thyroïdites suppurées aiguës sont associées à des syndromes cliniques divers : goitres euthyroïdiens, nodules froids, isofixants, hypothyroïdie ou hyperthyroïdie [3, 5].

L'association d'abcès thyroïdiens et d'hyperthyroïdie (c'est le cas pour notre malade) est particulièrement rare [3].

L'intervention chirurgicale a paru nécessaire chez notre patiente étant donné la non-résolution de la tuméfaction après ponction et l'importance des signes inflammatoires locaux et systémiques. Hawbacker [9] et d'autres [10, 14] conseillent la même attitude dans des situations comparables.

L'intervention chirurgicale démontre une infection pyogène aiguë confirmée par des résultats bactériologiques et histologiques ; elle permet une guérison définitive des deux pathologies, endocrinienne et infectieuse, comme en témoigne l'évolution ultérieure.

Ainsi, il semble souhaitable de rechercher plus systématiquement cette association ; la description et l'étude de nouveaux cas pourraient aider à la compréhension des liens existant entre ces deux pathologies.

## CONCLUSION

Parmi les affections thyroïdiennes, les thyroïdites aiguës suppurées sont des plus rares. En dehors d'un foyer infectieux sous-jacent, une cause locale intraglandulaire devrait être recherchée, en particulier le goitre nodulaire.

Le goitre nodulaire toxique peut constituer un facteur favorisant ; la lobectomie semble nécessaire devant la gravité des signes cliniques et l'évolution imprévisible de cette association.

## RÉFÉRENCES

1. ALTEMEIER W.A. — Acute pyogenic thyroiditis. *Arch Surg*, 1950, 61, 76-85.
2. ADAMS H.D. — Carcinoma in nodular goiter of childhood. *Postgrad Med*, 1968, 43, 136-139.
3. BURGER S.A., ZOUSZEIN J., VILLANEMA P., MITTMAR N. — Infectious diseases of the thyroid gland. *Rev Infect Dis*, 1983, 5, 108-122.
4. CHENG A.P., MAN D.W., FRENCH G.L. — Thyroid abscess caused by *Eikenella Corrodens*. *J Infec*, 1988, 16, 181-185.
5. DUCABLE G., CAILLET J., WATHELET J., TESTART J., WINCKLER C. — Dyspnée aiguë par thyroïdite aiguë suppurée. *Anesth Analg Réan*, 1979, 36, 347-349.
6. EVENGARD B., JULARDER I. — Suppurative *Staphylococcus Aureus* thyroiditis. *Scand J Infect Dis*, 1986, 8, 483-485.
7. FULE R.P., SAAJI A.M. — Isolation of *Salmonella Paratyphi A* from thyroid abscess. *Indian J Med Sci*, 1989, 43, 95-96.
8. HAMBURGER J. — The various presentation of thyroiditis. *Ann Intern Med*, 1986, 104, 219-224.
9. HAWBAKER E.L. — Thyroid abscess. *Am Surg*, 1971, 37, 290-292.
10. HENDRICK J.W. — Diagnosis and treatment of thyroiditis. *Ann Surg*, 1956, 144, 176-178.
11. JOHNSON A.G., PHILLIPS M.E., THOMAS R.J. — Acute tuberculosis abscess of thyroid gland. *Brit J Surg*, 1973, 60, 668-669.
12. LECLERC P., DUCARNE C., TENIÈRE P., HOUDENT C., WOLF L.M. — Thyroïdite suppurée : à propos d'un cas. *Rev Med Interne*, 1986, 7, 519-521.
13. RICH J.E., MENDELMAN P.M. — Acute suppurative thyroiditis in pediatric patients. *Pediatr Infect Dis*, 1987, 6, 936-940.
14. VAN DALEM J.L., HENNEN G. — Les thyroïdites. *Rev Med Liège*, 1985, 15, 372-389.
15. WOMACK N.A. — Thyroiditis. *Surgery*, 1944, 16, 770-782.