

Item 240 Hyperthyroidie

Hyperthyroïdie : la clinique

Signes généraux

Asthénie
Amaigrissement

Thermogénèse

- Sueurs
- Polydipsie
- Mains moites
- Thermophobie

Yeux

Rétraction palpébrale

CV

Tachycardie
Palpitations
HTA systolique
I cardiaque droite

Gynéco

Gynécomastie
Troubles des règles

Neuro-ψ

Troubles humeur
Troubles sommeil
Tremblement fin
Confusion
Agitation

Digestif

accélération du transit ou diarrhée motrice

Muscle

Amyotrophie proximale
(signe du tabouret)



Quels sont **les signes de gravité de la thyrotoxicose** à rechercher?



A : fièvre, déshydratation

B : confusion, troubles neuropsychiques

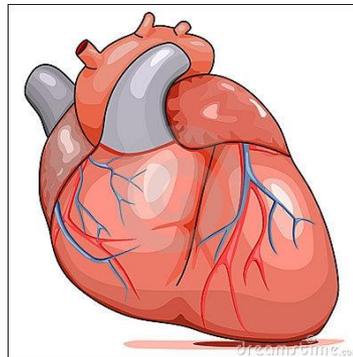
C : troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque droite, insuffisance coronarienne

D : atteinte des muscles du carrefour laryngé : dysphagie, fausses routes, dysphonie

E : cachexie

> Crise aiguë thyrotoxique, cardiomyopathie

Hospitalisation en urgence en milieu spécialisé



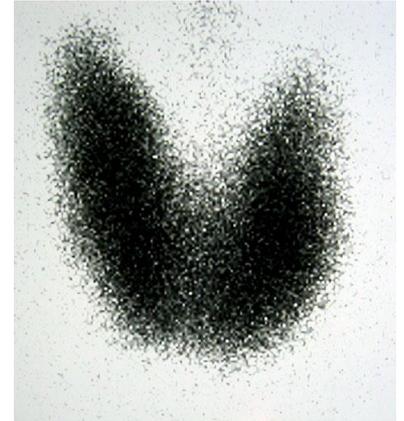
Etiologies des hyperthyroïdies

- **Augmentation de la synthèse hormones thyroïdiennes**
 - Maladies auto-immunes : Basedow
 - Hyperthyroïdie gestationnelle transitoire
 - Nodule toxique ou GMN toxique
- **Destruction vésiculaire avec libération hormones thyroïdiennes**
 - Thyroïdites subaigües (De Quervain)
 - Thyroïdite PP (silencieuse), Hashimoto
 - Surcharge iodée
- **Apport exogène d'hormones thyroïdiennes**
 - Thyrotoxicose factice

Etiologies des hyperthyroïdies

Maladie de Basedow

- Fréquence
jusqu'à 1.9% des femmes dans certaines séries
Sex ratio F/H = 10
- Pathologie auto-immune
Production par des lymphocytes B d'Ac-anti-Récepteur de la TSH
- Clinique :
Hyperthyroïdie
Goitre (+/-) homogène indolore
Orbitopathie
- Imagerie
Echographie : Hypoéchogène
Scintigraphie : Hyperfixation diffuse et homogène
- Examens complémentaires
TRAK + (Spécificité 99%)



Etiologies des hyperthyroïdies

Nodule(s) hypersécrétant(s)

- Unique ou multiples
- Origine

Evolution d'un goitre multinodulaire

Mutation somatique au niveau du Récepteur de la TSH ou de la protéine G couplée

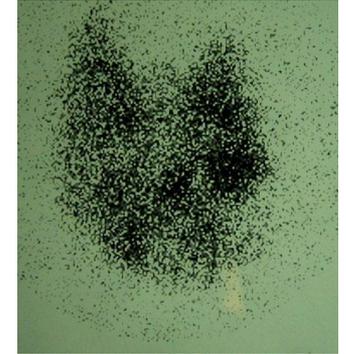
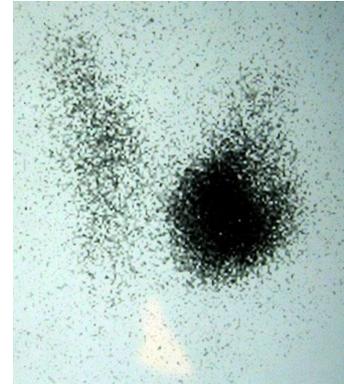
- Clinique

Syndrome de thyrotoxicose pure

- Imagerie

Echographie

Scintigraphie : hyperfixation au niveau du nodule et reste du parenchyme éteint



Etiologies des hyperthyroïdies

Thyrotoxicose gestationnelle transitoire

- Origine

Effet stimulant de l'HCG

- Fréquence

2% des grossesses

- Clinique

1er trimestre Nervosité, Vomissement
transitoire

PAS DE SCINTIGRAPHIE!!!

Etiologies des hyperthyroïdies

Thyrotoxicose gestationnelle transitoire

- Origine

Effet stimulant de l'HCG

- Fréquence

2% des grossesses

- Clinique

1er trimestre Nervosité, Vomissement
transitoire

PAS DE SCINTIGRAPHIE!!!

Etiologies des hyperthyroïdies

- **Cordarone-surcharge iodée (= hyperthyroïdie à la cordarone de type 2)**

- Mécanisme

Par apport massif d'iode (50 à 100 x les apports quotidiens recommandés) : lyse des thyrocytes ou augmentation de la synthèse hormonale

- Conséquences

Effet normal : T4I élevée (inhibition de la désiodase I), T3I normale et TSH normale ou légèrement élevée

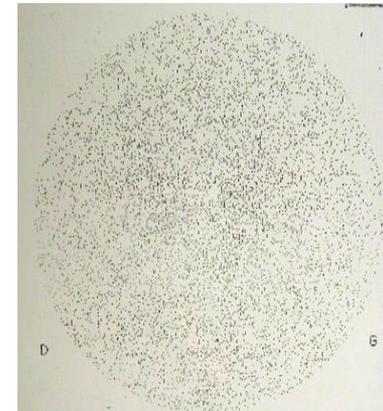
Hyperthyroïdie : TSH effondrée, T4I élevée

Scintigraphie : absence de fixation sauf si survient sur pathologie thyroïdienne préexistante

- **Extraits thyroïdiens (Toxicose factice)**

Dosage de la Thyroglobuline : effondrée

Scintigraphie : absence de fixation



Etiologies des hyperthyroïdies

Thyroidites subaiguës de DE QUERVAIN

- Origine virale
- Clinique

Thyroïde douloureuse

Etat inflammatoire dans un contexte grippal

Phase initiale d'hyperthyroïdie suivie d'une phase d'hypothyroïdie frustrée et transitoire

- Examens complémentaires

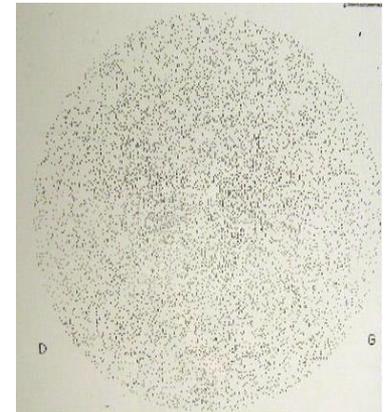
CRP

- Imagerie

Scintigraphie blanche

- Traitement

Anti-inflammatoires (AINS ou corticoïdes)



Etiologies des hyperthyroïdies

Thyroïdite du post-partum

- Origine auto-immune (Infiltration lymphocytaire)

- Fréquence

6% des grossesses

- Clinique

Phase d'hyperthyroïdie transitoire vers le **2ème mois**

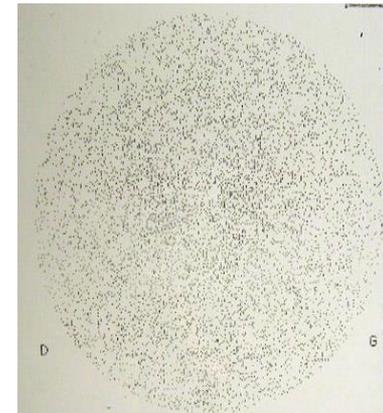
Suivie d'une phase d'hypothyroïdie transitoire ou définitive (20%)

- Imagerie

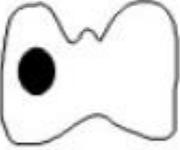
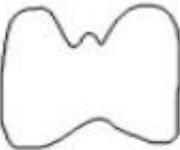
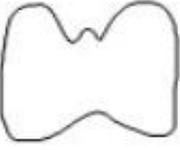
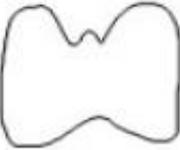
scintigraphie blanche (ci allaitement)

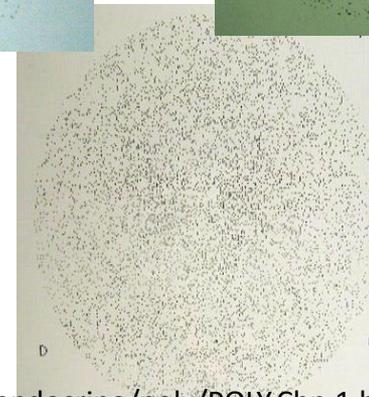
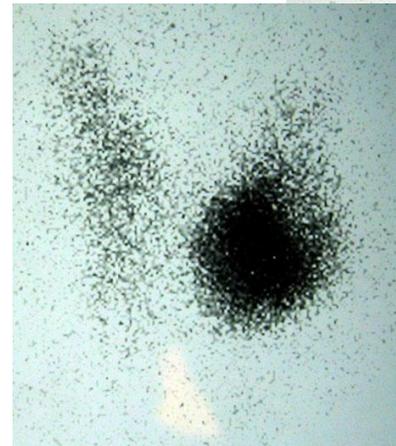
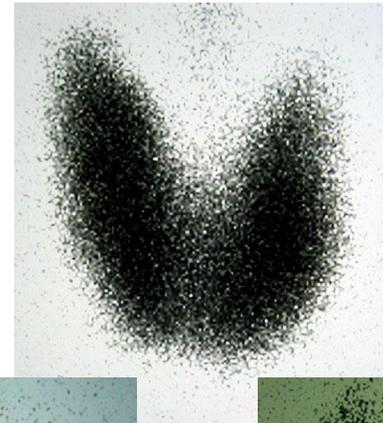
- examen complémentaire

ATPO +



Aspect scintigraphique selon l'étiologie de l'hyperthyroïdie

	<u>Augmentation de la synthèse hormonale</u> -Maladie de Basedow - Causes rares : dépendante de l'hCG, dépendante de la TSH Goitre toxique familial non auto-immun
	Nodule toxique
	Goitre multinodulaire toxique
	Hyperthyroïdie induite par l'iode
	<u>Destruction vésiculaire</u> Thyroïdite sub-aigue Thyroïdite silencieuse Thyroïdite Interféron ou amiodarone
	<u>Administration exogène d'hormones Thyroïdienne</u> Thyrotoxicose factice Thyrotoxicose iatrogène



Examens complémentaires

Diagnostic positif :

TSH puis T4l, puis (si T4l normale) T3l : confirmation diagnostic positif hyperthyroïdie avec TSH, évaluation sévérité et évolution ultérieure sous traitement avec T4l et T3l

Diagnostic étiologique :

Ac anti TPO, Ac anti RTSH

Echographie cervicale

Scintigraphie Tc 99 (en l'absence de grossesse)

Evaluation retentissement :

± formes sévères : glycémie, calcémie, SGOT, SGPT

± ECG

Traitement

- Repos (AT)
- Anxiolytiques
- β bloquant non cardiosélectif (Propanolol 60 à 160 mg/j)
- Contraception +++
- Arrêt du tabac +++

- ATS :

Carbimazole (Néomercazole[®]) 20 à 60 mg/j

Methimazole (Thyrozol[®]) 10 à 40 mg/j

Propylthiouracyle (Proracyl[®]) 300 à 600 mg/j (cp à 50 mg)

Normaliser T4I, à surveiller /4sem

Risque : agranulocytose



Traitement

➤ **Basedow**

TRT médical 18 à 24 mois : ATS dose minimale efficace ou ATS forte dose + LT4 : guérison 50 % (suivi TSH 1/ mois)

TRT radical : chirurgical (thyroïdectomie totale) ou isotopique (grossesse CI pdt 6 mois, ! orbitopathie) mais hypothyroïdie secondaire

> **Nodule ou GMN toxique**

TRT chirurgical ou isotopique

Surveillance du traitement par ATS :

– Efficacité :

T4 libre (ou la T3 libre en cas d'hyperthyroïdie à T3) à la 4e semaine.
Après obtention euthyroïdie : T4l et TSH tous les 3 à 4 mois.

– Tolérance :

NFS tous les 10 jours pendant les 2 premiers mois

- **En urgence** : avertir le patient d'arrêter le traitement et de faire une NFS en cas de fièvre élevée : risque **agranulocytose**, brutale (immunoallergique), rare (0,1 % de tous les traitements) mais grave.

Maladie de Basedow et grossesse

Grossesse à éviter si basedow connu et non guéri

- Risque de FC, accouchement prématuré, de RCIU
- Risque de thyrotoxicose et HTA
- **Passage trans-placentaire Ac anti RTSH** : risque d'hyperthyroïdie foétale ou néonatale
- **Passage trans-placentaire ATS** : risque de goitre ± hypothyroïdie

Si basedow guéri (qq soit traitement reçu) :

dosage Ac antiRTSH début de grossesse ++ pour surveillance ultérieure

Messages clés Hyperthyroïdie-Maladie de Basedow

- Le premier examen à demander devant une clinique évocatrice d'hyperthyroïdie est une **TSH**, suivi des dosages de T4l et T3l.
- Des **signes de gravité** sont à rechercher devant toute hyperthyroïdie : **crise aiguë thyrotoxique** : fièvre, déshydratation, confusion, troubles neuropsychiques, cachexie, **cardiothyroïdose** : troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque droite, insuffisance coronarienne, atteinte des muscles du carrefour laryngé.
- Certains éléments clinique orientent vers l'étiologie maladie de Basedow : terrain, goitre vasculaire, orbitopathie, myxoedème pré tibial.
- Les examens complémentaires sont à demander selon l'orientation étiologique : anticorps, échographie, scintigraphie
- Le traitement spécifique fait le plus souvent appel aux **antithyroïdiens de synthèse** en première intention.
- Une **contraception** doit être prescrite en cas de maladie de Basedow évolutive, présence d'anticorps, avec les ATS.
- La survenue d'une grossesse doit faire mettre en place un suivi spécialisé multidisciplinaire
- **L'orbitopathie basedowienne** peut être compliquée et nécessiter un recours à des traitements spécifiques. Elle doit bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire.