

Hyperthyroïdie Hypothyroïdie

		Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie	
Introduction		Femme Fréquence élevée, différente selon les pays	Femme Fréquente, prévalence ↑ avec l'âge Primaire ou secondaire Congénitale redoutable, dépistage possible Adulte : auto-immunité	
Etiologies	Causes	Maladie de Basedow Nodules hypersécrétants Goitre multi-hétéro-nodulaire Adénome toxique Thyroïdites (phase initiale) Paranéoplasique, goitre ovarien, adénome thyroïdite, résistance aux hormones thyroïdiennes	Primitive +++	Secondaire
	Iatrogènes	Iodo-induite Thyrotoxicose factice Interféron	Thyroïdites Carence en iode Iatrogène Causes rares : - maladies infiltratives (hémochromatose, lymphome, TB, sarcoïdose) - congénitales De la grossesse	Tumeur hypothalamique craniopharyngiome Macro-adénome hypophysaire Traumatisme crânien : rupture de la tige Post opératoire M. infiltrative : hémochromatose, sarcoïdose, histiocytose Hypophysite lymphocytaire auto-immune Syndrome de Sheehan Selle turcique vide Congénitale mutations
Manifestations Cliniques	SG	Amaigrissement net fréquent contrastant avec appétit conservée/polyphagie - 2 exceptions : ⇒ prise de poids (25%) si apports > dépenses : femme jeune ⇒ anorexie : sujet âgé Hyperthermie, thermophobie Hypersudation : transpiration avec mains chaudes et moites Polydipsie parfois polyurie : ↑ chaleur ⇒ polydipsie ⇒ polyurie (inconstante) Prurit	Prise du poids modérée (infiltration myxoédémateuse) contrastant avec une anorexie Hypothermie, frilosité Perte de la sudation Adipsie Asthénie permanente	
	Neuro-Psy	T. humeur : - irritabilité - syndrome maniaque - syndrome dépressif T. sommeil : insomnie Agitation permanente, nervosité Tremblements fin permanent des extrémités (signe de serment) Enfants : T. comportements alimentaires, difficultés scolaires ROT vifs Rétraction de la paupière supérieure découvrant l'iris avec asnergie oculo-palpébrale (maladie de Basedow +++)	Ralentissement physique : lenteur, asthénie, limitation des activités Ralentissement psychique : - syndrome dépressif, syndrome maniaque, indifférence - syndrome démentiel : sujet âgé Ralentissement intellectuel (attention, mémoire, idéation) ROT ↓	

	Cardio-vasculaires	Palpitations Dyspnée d'effort ⇒ démasque une insuffisance coronaire Tachycardie sinusale au repos, exagérée à l'effort ⇒ FA, IC à débit ↑ Eréthisme cardiovasculaire : - choc de pointe et frémissement - bruits du cœur claqués - HTA systolique (PA diastolique normale : vasodilatation périphérique)	Précordialgies ⇒ Péricardite myxoedémateuse Masque une insuffisance coronaire par ↓ consommation en O ₂ du myocarde Bradycardie + assourdissement des bruits du cœur Hypertrophie myocardique asymétrique Epanchement cardiaque HTA (perte de l'effet vasodilatateur et ↑ résistances périphériques)					
	Appareil digestif	Polyphagie, anorexie chez le sujet âgé Amaigrissement Accélération du transit : - diarrhée motrice - disparition d'une constipation	Anorexie Prise du poids Ralentissement : - constipation - disparition d'une diarrhée préexistante - diarrhée paradoxale possible Atonie œsogastrique, iléus paralytique, mégacolon : forme extrêmes Lithiase vésiculaire dyspepsie, météorisme					
	Gonades	Femme : aménorrhée secondaire, troubles des règles Homme : gynécomastie, impuissance Fertilité conservée	Aménorrhée secondaire, troubles de la libido, dépilation, infertilité Hypométabolisme ⇒ insuffisance gonadotrope fonctionnelle Hyperprolactinémie : ↓ HT profonde ⇒ ↑ TRH ⇒ + c lactotropes ⇒ ↑ PRL					
	Appareil locomoteur	Muscles : faiblesse musculaire, amyotrophie, signe du tabouret ⇒ Pseudo-myopathie prédominant aux racines Os : Ostéoporose à long terme, parfois révélatrice, rachidienne ++	Signes en rapport avec l'infiltration myxoedémateuse si hypothyroïdie primaire (tableau suivant)					
	Complications	Cardiothyroïse (T. rythme, I. cardiaque, I. coronaire : aggravat°/révélat°) Crise aiguë thyrotoxique Ostéoporose	CardioV (T. conduction, Péricardite myxoedémateuse, I. coronaire) Syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil Coma myxoedémateux Comorbidités auto-immunes					
	TSH en 1^{ère} intention devant	Amaigrissement Diarrhée chronique (motrice +++) Gynécomastie, impuissance Ostéoporose	Syndrome dépressif ou démentiel Constipation chronique Hyperprolactinémie Syndrome du canal carpien Syndrome d'apnée de sommeil					
Paraclinique	Hormonale spécifique	TSH seul en 1 ^{re} intention, fT4 et fT3 en 2 ^{ème} intention		TSH seul en 1 ^{re} intention, fT4 en 2 ^{ème} intention, FT3 n'a pas d'intérêt				
		TSH	fT4, fT3	Hperthyroïdie		TSH	fT4	Hypothyroïdie
		↓	↑	Primaire		↑	↓	Primaire patente
		↑	↑	Secondaire, résistance aux HT		↑	N	Fruste ou infra-clinique
					Inadaptée N ou ↓	↓	Secondaire : insuffisance thyroïdienne	
	Non spécifiques	FNS : leuconéutropénie avec lymphocytose relative Bilan hépatique : Cytolyse, cholestase anictérique Ionogramme : hypercalcémie et hypercalciurie Glycémie : Hyperglycémie (ITG ou déséquilibre d'un diabète connu) Bilan lipidique : hypocholestérolémie et TG ↓ (chiffres antérieurs) Bilan osseux : ↑ ostéocalcine et PAL (remodelage osseux)	FNS : anémie normocytaire normochrome arégénérative Peut s'associer à une maladie de Biermer (auto-immunité) Ionogramme : ↓ Na ⁺ de dilution par opsiurie Glycémie : tendance à l'hypoglycémie Bilan lipidique : dyslipidémie Enzymes musculaires : Sd myogène ↑ CPK, LDH, ASAT, Aldolase					
	Visée Etiologie	Anticorps : TRAK Echographie cervicale Scintigraphie	Anti-corps : - anti TPO - anti TG Echographie cervical Scintigraphie : atyréose, éctopie thyroïdienne					

Traitement	Symptomatique	Etiologique	Substitution hormonale : Lévothyroxine sunthétique PO Posologie indépendante de 'étiologie : (en $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{J}$) - enfant \Rightarrow 2 - adulte \Rightarrow 1,7 - sujet âgé \Rightarrow 1,3 Le matin à jeun, 30 minutes avant le petit déjeuner Coronarien ou sujet âgé : surveillance clinique et ECG - commencer par 12,5 $\mu\text{g}/\text{J}$ puis - augmenter par palier de 2-3 semaines de 12,5 $\mu\text{g}/\text{J}$
	Repos, arrêt de travail Régime hyperprotidique Sédatif Béta bloquants non cardio-sélectifs	Anti-thyroïdiens de synthèse (ATS) : - carbimazole - PTU : PropylThioUracyl - Benzylthiouracile Chirurgie : thyroïdectomie subtotale ou totale IRA thérapie à I 131 (CI chez femme enceinte)	

Hypothyroïdie : signes d'infiltration myxœdémateuse caractéristique de l'hypothyroïdie primaire

Troubles cutané-phanariens	Infiltration cutanée et sous cutanée	Infiltration muqueuse	Infiltration neuromusculaire
Peau sèche, froide, squameuse, cireuse Carotidermie des paumes et des plantes Ongles fragiles cassants striés Cheveux secs épaissis tombant facilement Dépilation diffuse (queue de sourcils) Erythrose des pommettes, cyanose des lèvres	Prise pondérale modérée Œdème ferme ne prenant pas le godet : Visage rond bouffi pâle, front épaissi, paupières gonflés, nez épaté, lèvres épaissi. Faux œdème comblant les creux sus claviculaire et axillaire. Extrémités : mains, pieds, doigts boudinés Syndrome du canal carpien	Hypoacousie, bourdonnements Ronflements \Rightarrow apnée de sommeil Macroglossie Dysarthrie, voie rauque	Syndrome myogène : +++ Myalgies, crampes Déficit musculaire : racines +++ Pseudo-hypertrophie musculaire Lente décontraction musculo-tendineuse Enraidissement matinal Dysarthrie débit lent de la parole M. respiratoires \Rightarrow apnée de sommeil M. intestinaux \Rightarrow constipation

Hypothyroïdie primaire \Rightarrow \downarrow T3, T4 \Rightarrow \uparrow TSH \Rightarrow stimule les fibroblastes \Rightarrow production de glycosaminoglycane GAG \Rightarrow infiltration myxœdémateuse

Grossesse et thyroïde

	Hyperthyroïdie		Hypothyroïdie
Introduction	<p>Thyrotoxicose gestationnelle transitoire</p> <p>2 % des grossesses</p> <p>Absence d'anticorps</p> <p>hCG ⇒ R-TSH ⇒ ↑ HT</p> <p>T1: apparition</p> <p>20 SA : regression</p>	<p>Maladie de Basedow</p> <p>0,2%</p>	<p>Carence iodée par ↑ besoin</p> <p>Thyroïdite auto-immune +++ (20% des femmes DT1) 3% des grossesses</p> <p>Thyroïdite post-partum 5% des grossesses</p> <p>Hormones thyroïdiennes maternels indispensables à la formation du système nerveux dès le stade de neurulation 3^{ème} semaine (thyroïde foetale n'est pas encore formée)</p>
Diagnostic	<p>Femme sans ATCD particuliers et souvent asymptomatique+++</p> <p>Signes de thyrotoxicose : discrets</p> <ul style="list-style-type: none"> - tachycardie permanente - absence de prise du poids - Hyperemesis gravidarum : vomissements incoercibles - perte de poids - anomalies ioniques et/ou métaboliques <p>Paraclinique :</p> <p>TSH ↓,</p> <p>fT4/fT3 normales hautes ou élevées</p> <p>TRAK et anti-TPO : négatifs</p> <p>Echographie thyroïdienne: normale ou goitre modéré (carence en iode)</p> <p>Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - β-bloquant- antiémétique - T. hydro-électrolytiques - rarement ATS 	<p>Apparition durant la grossesse : rare</p> <p>Sous trt par ATS ⇒ risque du passage transplacentaire des ATS et des TRAK</p> <p>Traitée par ATS ou trt radical en euthyroïdie ⇒ risque de rechute, passage TRAK</p> <p>Traitée trt radical sous Levothyrox ⇒ risque d'hypothyroïdie et passage TRAK</p>	<p>Hypothyroïdie connue avant la grossesse ⇒ adapter et optimiser le trt</p> <p>Inconnu ⇒ précocité du dg et de PEC</p> <ul style="list-style-type: none"> - facteurs de risque ⇒ doser TSH - signes cliniques ou biologique d'hypothyroïdie
Conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • De la thyrotoxicose avec passage transplacentaire des hormones : - Mère: cardiomyopathie, crise aiguë thyrotoxique, MAP, HTA et prééclampsie - RCIU, prématurité, souffrance foetale aiguë, mort foetale in utero - Hyperthyroïdie néonatale rare et modérée (passage des hormones maternelles minime) • Du traitement avec passage transplacentaire des ATS : - Mère: effets secondaires des ATS (agranulocytose!!). - Goitre foetal et néonatal - Hypothyroïdie foetale et néonatale • Du passage transplacentaire des TRAK : - Goitre foetal et néonatal - Hyperthyroïdie néonatale 	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la grossesse : infertilité • Sur la grossesse : - Fausse couche - HTA gravidique et pré-éclampsie - Anémie - MAP - Hémorragie de la délivrance (inertie utérine). • Sur le fœtus : - RCIU, prématurité - Souffrance foetale aiguë, mort foetale in utero • Sur l'enfant (indépendamment du fonctionnement de la thyroïde foetale) - Retard mental d'autant plus sévère que la carence a été sévère et prolongée. - Goitre néonatal, détresse respiratoire transitoire 	

Meddah Chahrazad Loubna