

## GOITRE SIMPLE ET TDCI (troubles de la carence iodée)

- le goitre simple est toute hypertrophie thyroïdienne en euthyroïdie ne relevant ni d'un cancer, ni d'un processus inflammatoire (thyroïdite)
- 2 types : le goitre isolé dit sporadique et le goitre à incidence très élevée dit goitre endémique

### Facteurs étiologiques :

- augmentation de sécrétion de THS (le goitre serait une hypothyroïdie compensée)
- les facteurs favorisants sont :
  - **manque d'iode exogène** : ex zone d'endémie en Algérie
  - **manque d'iode endogène** : troubles de l'hormonosynthèse thyroïdienne, effet de substances goitrigènes (choux, navet)
  - **insuffisance en iode endogène par l'augmentation de la demande** : goitre juvénile
  - **manque d'hormones libres par augmentation des protéines de transport de T4** : augmentation de synthèse de TGBC en cas de **grossesse et hyperœstrogénie**
  - **un excès en iode peut également donner un goitre** : blocage de la synthèse hormonal par concentration intra thyroïdienne élevée

### Anapath :

- au départ hypertrophie épithéliale + accumulation de substance colloïde
- puis remaniement du tissu conjonctif + développement de tissu fibreux,
- constitution de nodule d'allure kystique avec zone de nécrose et souvent de contenance hémorragique
- son aspect est homogène au début, l'aspect polymorphe apparaît avec la transformation micro et macro kystique puis nodulaire

### Clinique :

- au début : hypertrophie diffuse de consistance ferme élastique
- le goitre peut être compressif (dyspnée, dysphagie, dysphonie, souffle à l'auscultation)
- le goitre peut être mou : goitre colloïde ou dur : goitre scléreux
  - **type Ia** : glande palpable non visible en hyper extension du coup
  - **type Ib** : glande palpable, visible en hyper extension du coup
  - **type II** : glande palpable et visible
  - **type III** : glande très augmentée de volume
- pas d'ADP, pas de douleurs, glande mobile avec la déglutition pas de signes de dysthyroïdie
- selon topographie
  - **goitre plongeant** : pôle inférieur rétro-sternale, souvent compressif
  - **goitre endothoracique** : partie supéro-interne du médiastin

### Diagnostic :

- clinique, radiographie, dosage hormonale, scintigraphie, échographie

### Evolution :

- réversible sous traitement précoce, sinon évolue vers la nodularisation, cette évolution peut être émaillée de complications :
  - infections, hémorragies (douloreuses), signes de compression, dysthyroïdie
- **pas de transformation maligne, le carcinome est coexistant**

### CAT :

### 1) goitre diffus de taille modéré de début récent :

- traitement de choix lévothyroxine LT4, à doses progressives jusqu'à atteindre 150µg/j (traitement freinateur du taux de TSH)
- si amélioration au bout de 3mois : poursuite du traitement pendant 2ans
- si échec : surveillance tous les 6mois (s'il augmente de volume => chirurgie)

### 2) goitre compliqué : chirurgie

### 3) chez la femme enceinte :

- attendre l'accouchement si goitre petit et peut symptomatique
- si goitre symptomatique ou augmente de volume : administration de petites doses d'hormones thyroïdienne jusqu'à l'accouchement
- si complications importantes : intervention chirurgicale au 2<sup>ème</sup> trimestre ou IVG

### 4) chez le nourrisson

- lévothyroxine 25 à 50 µg/j, éliminer une hypothyroïdie congénitale

## Goitre endémique :

- zone d'endémie s'étendant de Cherchell à Jijel avec fréquence élevée dans les villages isolés en altitude
  - Médéa, Sétif, Tlemcen, Nedroma, et Kala
  - près de 2milliards de personnes atteintes dans le monde
  - la carence iodée (Afrique, Chine, Indonésie, Inde, Amérique latine, a moindre fréquence en France Allemagne Belgique Italie)
  - touche à égalité les deux sexes avec prédominance féminine après la puberté
- **endémie mineure** : iodurie 50-100µg/jr
- **endémie modérée** : iodurie 25-49µg/j
- **endémie sévère** : iodurie < 25µg/j

### ♦ Physiopathologie :

- lors de la carence iodé il y'a augmentation de sécrétion de TSH => augmentation du volume de la thyroïde
- diminution de l'iodurie, augmentation de sécrétion de T3 par rapport à T4 afin d'économiser l'utilisation de l'iode => augmentation des rapports MIT/DIT et T3/T4
- lorsque ce mécanisme d'adaptation est dépassé => hypothyroïdie
- donc : T3↑ ou ↗, T4↘, TSH↗, iodurie ↘

### ♦ Interactions avec d'autres facteurs :

#### 1) facteurs endogène

- carence compliquée par les substances goitrigènes (manyok, choux, navet, E.coli)
- malnutrition => diminution de l'absorption iodée, diminution de synthèse de Tg et de protéine de transport d'iode

#### 2) facteurs exogènes :

- facteurs génétiques
- la prévalence est calculée chez les enfants d'âge scolaire (si >5% => endémie)
- en plus du goitre la carence iodée est responsable de trouble du développement du SNC et de la fonction de reproduction

## TDCI

### 1) chez le fœtus :

- avortement, MIU, anomalies congénitales (**surdi-mutité**) morbi-mortalité augmentées
- crétinisme neurologique (sans hypothyroïdie), crétinisme myxœdémateux (avec hypothyroïdie)
- le crétinisme endémique se définit selon 3 critères :
  - **critères d'ordre épidémiologiques** : se voit dans les **zones d'endémie sévère** (iodurie  $<25\mu\text{g}/\text{j}$ )
  - **critères d'ordre cliniques** : arriération mentale irréversible avec troubles neurologiques variées (Sd pyramidal, cérébelleux...) avec ou sans goitre avec ou sans hypothyroïdie
  - **critères d'ordre préventif** : il existe une prophylaxie iodée qui a éradiqué le crétinisme endémique dans certain pays

### 2) nouveau né :

- **goitre néonatale, hypothyroïdie congénitale** (cause de retard mental irréversible si elle n'est pas dépistée et traitée avant le 1<sup>er</sup> mois)

### 3) enfant et adolescent :

- **goitre, hypothyroïdie juvénile, diminution des facultés intellectuelles,**
- **retard des développements physiques**

### 4) adulte :

- goitre, faculté mentale réduite
- les cancers thyroïdiens de mauvais pronostic sont plus fréquents dans les zones à carence iodée

## Prophylaxie :

- iodation du sel de table
- injection en IM d'huile iodée dans les zones d'endémie sévère
- parmi les incidents de cette prophylaxie : hyperthyroïdie chez le sujet âgé