

LES HYPERTHYROÏDIES

- signes cliniques et biologiques en rapport avec une élévation durable des hormones thyroïdiennes plasmatiques => thyrotoxicose
- prévalence 0,2 à 1 %, prédominance féminine avec fréquence élevée en péripubertaire, grossesse et après la ménopause
- causes ; Sd de Basedow, goitre multi-nodulaire toxique

Clinique :

→ thyrotoxicose :

1) manifestations générales :

- amaigrissement : précoce, rapide avec diminution de la masse adipeuse et musculaire avec appétit conservé, anorexie le plus souvent chez le sujet âgé
- thermophobie : température cutanée élevée, hypersudation, polydipsie

2) manifestations cardiovasculaires : réversibles sous traitement

- tachycardie : permanente même pendant le sommeil, exagéré par l'émotion
- éréthisme cardiovasculaire : pouls bondissant, choc de pointe important, PAS augmentée

3) manifestations neuromusculaires :

- asthénie, fatigabilité, amyotrophie (signe du bourrelet)
- tremblement des extrémités, ROT vifs
- perte de l'attention, insomnie, trouble de l'humeur (anxiété, irritabilité, agitation)

4) manifestations digestives :

- diarrhée, rarement ictère

5) manifestations gonadiques :

- femme : oligoménorrhée, aménorrhée, diminution de la fertilité, avortement, APS
- homme : diminution de la libido, gynécomastie
- enfant : retard pubertaire, croissance pubertaire et osseuse accélérées

6) manifestations osseuses :

- déminéralisation osseuse, douleurs osseuses

7) manifestations cutanées :

- peau souple et fine, cheveux fins et fragiles, prurit précoce

8) manifestations oculaires :

- rétraction de la paupière supérieure fréquente dans la maladie de Basedow

9) manifestations biologiques :

- glycémie légèrement augmentée, hypocholestérolémie, hypoalbuminémie, hypercalcémie, hypercalciurie, augmentation des TGO, Gamma GT, et PA
- NFS : le plus souvent normale parfois anémie

→ **goitre :**

- thyroïde augmentée de volume de taille normale ou diminué
- le goitre est nodulaire ou diffus, ferme ou élastique
- son caractère vasculaire suggère l'hyperthyroïdie

Paraclinique

1) Bilan hormonal :

- FT3, FT4 augmentées
- TSHus est diminuée voir indétectable, test TRH/TSH inutile
- La TSH peut être normale ou élevée dans certains cas
- Il peut exister une disproportion dans l'élévation des HT
 - FT3 élevé dans les zones de carence iodée, adénome toxique
 - FT4 augmenté dans les zones riches en iode

2) scintigraphie thyroïdienne Tc_{99m}, I₁₂₃ :

- souvent indispensable

3) échographie cervicale :

- en complément de la scintigraphie, apprécie les caractères de la thyroïde

4) anti corps anti thyroïdien ACAT :

- AC anti thyroperoxydase (AC anti TPO)
- AC anti thyroglobuline (AC anti Tg)
 - Augmenté dans les atteintes auto-immunes
- AC anti TSH = TSI
 - Augmenté dans la maladie de Basedow

5) Iodurie :

- élevée en cas de surcharge iodée

Etiologies :

1) maladie de Basedow :

- auto-immune : production par les LB d'AC anti récepteurs TSH
- ces AC se lient aux récepteurs TSH, ont le même effet que TSH => ↑T3, T4 avec rétrocontrôle négatif inopérante
- la plus fréquente, touche la femme jeune surtout
- peut être associée à d'autres manifestations AI : DID, vitiligo, LED...
- comprend trois volets
 - **syndrome de thyrotoxicose** : non spécifique d'intensité variable
 - **goitre** : modéré, diffus et symétrique, élastique, indolore et vasculaire (SS), parfois nodulaire
 - **manifestation extra thyroïdiennes pathognomoniques** :
 - a. **ophtalmopathie Basedowienne** : 40%
- **bilatérale asymétrique** sans relation avec le degré de thyrotoxicose
- secondaire à l'atteinte auto-immune et l'infiltration lymphocytaire
 - photophobie larmoiement, sensation de sable dans les yeux
 - rougeur conjonctivale + œdème palpébral
 - réaction palpébrale => **ouverture maximum permanente des yeux**
 - **exophtalmie, regard fixe et brillant**

- troubles oculomoteurs et de convergence par rétraction musculaire
- asynergie oculo-palpébrale
- b. myxœdème pré-tibial :
- rare mais **spécifique de la MB**
- placard rouge induré sur la face antérieure de la jambe, touche parfois les chevilles
- c. acropathie Basdeowienne :
- épaissement des doigts et orteils

➤ **le diagnostic de MB est posé devant :**

- manifestations oculaires spécifiques
- fixation diffuse et homogène à la scintigraphie + glande hypoéchogène et très vascularisée, la recherche de TSI ne sont pas nécessaire au diagnostic

2) nodule toxique :

- tumeur bénigne unique autonome au sein d'un parenchyme sain
- diagnostic évoqué devant : thyrotoxicose pure, nodule thyroïdien + thyroïde diminuée de volume
- diagnostic confirmé par :
 - biologie : augmentation des HT et diminution de la TSHus
 - scintigraphie : **nodule chaud extinctif** (reste de la glande ne fixe pas l'iode)

3) goitre multi-nodulaire toxique :

- fréquente chez le sujet âgé
- pauci symptomatique dominée par les complications cardiovasculaires
- goitre ferme dure irrégulier avec plusieurs nodules +/- compressifs
- Dc confirmé par :
 - Biologie : HT élevés (FT4), TSHus diminuée
 - Scintigraphie : **alternance en plaques chaudes et froides aspect en damier**

4) thyroïdite :

- destruction du parenchyme avec libération d'HT entraînant une thyrotoxicose transitoire
- scintigraphie blanche ou hétérogène
- **AC anti TPO, et anti Tg élevée**

5) thyrotoxicose induite par l'iode : (amiodarone+++)

- **iodurie élevée**, scintigraphie blanche ou hyperfixation localisée

6) thyrotoxicose factice :

- **prise volontaire d'HT**
- signes thyro-toxiques isolés, pas de goitre et scintigraphie blanche

7) hyperthyroïdie néoplasique :

- sécrétion ectopique extra thyroïdienne exemple môle hydatiforme (BHCG = THS like)
- HT élevée + THS normale ou élevée, IRM/TDM

8) adénome thyroïdienne :

- très rare, sécrétion primitive de THS
- HT élevée + THS normale ou élevée, IRM/TDM révèle l'adénome

Démarche diagnostic : ze résumé

- examen clinique
- dosage TSHus + FT3, FT4
 - ➔ TSHus diminuée + FT3, FT4 augmentés => scintigraphie au Tc
 - Hyperfixation diffuse => AC anti thyroïdien +/- échographie => maladie de Basedow
 - Hyperfixation nodulaire => échographie => adénome toxique ou GMNT
 - Fixation faible voir nulle => échographie, VS, iodurie, AC TPO, AC Tg => thyrotoxicose induite par l'iode ou factice, thyroïdite
 - ➔ TSH élevée ou normale + FT3, FT4 augmentés => IRM/TDM => adénome hypophysaire

Formes cliniques :

1) sujet âgé :

- discrète souvent associée a une cardio-toxicose

2) forme de la femme enceinte :

- prématurité et mortalité néonatale élevées
- risque d'hyperthyroïdie néonatale car passage des TSI=> tachycardie irritabilité petit goitre
- les antithyroïdiens de synthèse traversent le placenta avec risque d'hypothyroïdie fœtale

3) forme de l'enfant :

- troubles du comportement avec diminution du rendement scolaire

Complications :

1) crise aiguë thyrotoxique :

- décompensation d'une thyrotoxicose non connue ou mal traitée par une affection intercurrente
- tachyACFA, défaillance cardiaque, fièvre, agitation, obnubilation voir coma, douleurs abdominales...
- grave, mortelle, à prévenir

2) cardiotoxicose :

- tachyACFA avec risque embolique
- insuffisance cardiaque : répond au traitement de l'hyperthyroïdie
- insuffisance coronaire : aggravé ou révélée

3) myopathies thyrotoxiques :

- fatigabilité extrême parfois pseudo paralysie
- amyotrophie de la racine des membres et des ceintures

4) complications osseuse :

- déminéralisation osseuse

5) troubles psychiques :

- dépression, attaque de panique, hallucinations

6) exophtalmie maligne :

- syndrome œdémateux majeure
- menace de la vision par atteinte de la cornée ou compression du nerf optique

Traitement :

1) traitement médical :

➤ traitement symptomatique :

- repos, (H) si nécessaire, régime hypercalorique
- sédatifs (benzodiazépines, tranxène), Béta bloquant (CI : UGD, IC globale, asthme)

➤ traitement par les antithyroïdiens de synthèse ATS :

- néomérazole, basdène
- 9-12cp/jr, diminuer les doses 2cp/mois puis maintien d'une dose d'euthyroïdie
- Effets secondaires : ictère, syndrome infectieux, agranulocytose (risque majeur rare)
- Surveillance clinique, FT3/FT4, NFS/2semaines au début et si fièvre

2) traitement chirurgical :

- chirurgie de réduction, préparation par les ATS pour obtenir une euthyroïdie
- risque de lésion du nerf récurrent, hypothyroïdie et lésion des parathyroïdes
 - lobéctomie => nodule toxique
 - thyroïdectomie totale ou subtotale si GMNT
 - thyroïdectomie totale : maladie de Basedow

3) ira-thérapie

- I₁₃₁ détruit les zones hyperfixantes
- en sandwich entre les ATS
- effets tardifs dans 3 à 6 mois
- CI : femme jeune, grossesse, ophtalmopathies malignes

4) indications :

➤ maladie de Basedow :

- Première poussée : ATS + B bloquant pendant 18 à 24 mois + surveillance (risque de récurrence dans les 2ans)
- Deuxième poussée : traitement radical => préparation pas ATS + chirurgie (sujet jeune, gros goitre), ira-thérapie (petit goitre, sujet âgé)
- En cas de cardio-toxicose : chirurgie d'emblée

➤ nodule toxique et GMNT :

- préparation par les ATS + traitement radical d'emblée (chirurgie ou ira-thérapie)

➤ thyroïdite : B bloquant + AINS

➤ autres : selon l'étiologie (arrêt HT en cas d'HT factice, ablation d'adénome...)

5) traitement de l'atteinte oculaire :

- symptomatique avec collyres humidifiants
- CTC en cas de signes inflammatoires importants
- Chirurgie envisagée au stade de compression