

Hyperthyroïdies

Dr .A.Bouhelassa.

Le 28/11/2021

Objectifs pédagogiques :

- ✓ Diagnostiquer une Thyrotoxicose.
- ✓ Connaître les principales causes de l'hyperthyroïdie.
- ✓ Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Plan :

1. Introduction / Définition
2. Épidémiologie
3. Diagnostic clinique
4. Examens complémentaires
5. Diagnostic étiologique
6. Formes cliniques
7. Traitement

1. Introduction :

L'hyperthyroïdie constitue l'ensemble des troubles liés à l'hyper fonctionnement de la glande thyroïde. Les hyperthyroïdies se caractérisent par une production excessive et inappropriée des hormones thyroïdiennes.

2. Épidémiologie:

C'est une pathologie relativement fréquente. La prévalence de l'hyperthyroïdie est élevée mais variable selon les pays (0,2 à 1,9 % toutes causes confondues).
Plus fréquente chez les femme: Sex-ratio F/H est d'environ 7.

3. Diagnostic clinique :

L'intensité des manifestations cliniques dépend du degré de la thyrotoxicose, sa durée, son étiologie et du terrain (Age, Comorbidités...).

Le Syndrome de thyrotoxicose regroupe l'ensemble des manifestations dues à un excès d'hormones thyroïdiennes sans présumer de l'étiologie.

❖ **Syndrome de Thyrotoxicose:**

➤ **Troubles cardiovasculaires:**

- ✓ Tachycardie persistante au repos , palpitations.
- ✓ Dyspnée d'effort, parfois.
- ✓ Augmentation de l'intensité des bruits du cœur (éréthisme), parfois un souffle systolique de débit. Pouls vibrant.
- ✓ Élévation de la PA systolique, parfois.

➤ **Troubles neuropsychiques:**

- ✓ Nervosité excessive, agitation psychomotrice, labilité de l'humeur.
- ✓ Tremblement fin et régulier des extrémités .
- ✓ Fatigue générale.
- ✓ Troubles du sommeil.
- ✓ Formes psychiatriques, parfois (Confusion mentale, agitation extrême...)

➤ **Thermophobie:** Avec hyper sudation, mains chaudes et moites.

➤ **Amaigrissement:** Contrastant avec une polyphagie, une anorexie peut se voir chez le sujet âgé.

➤ **Manifestations cutanées:** Troubles des phanères, onycholyse...

➤ **Autres manifestations fréquentes:** Polydipsie , amyotrophie (prédominant aux racines) , diminution de la force musculaire (signe du tabouret). Accélération du transit.

➤ **Signes osseux:** Risque accru d'ostéoporose et de fractures.

➤ **Manifestations rares:** Gynécomastie et troubles du cycle chez la femme.

4. Examens complémentaires :

A. Bilan hormonal : (Confirmation de la Thyrotoxicose)

- ✓ TSH (En 1ère intention): Effondrée.
- ✓ T4L : (En 2ème intention): Élevée, apprécie le degré de l'hyperthyroïdie.
- ✓ T3L (Si T4 normale), hyperthyroïdie à T3.

B. Signes biologiques non spécifique :

- ✓ Diminution du Cholestérol et des Triglycérides.
- ✓ Discrète hyperglycémie (parfois), aggravation d'un diabète associé.
- ✓ Élévation des enzymes hépatiques.
- ✓ Anémie Hypochrome (sans carence martiale).
- ✓ Leuco neutropénie avec lymphocytose relative.

C. Bilan étiologique :

- ✓ **Biologiques:** En fonction de l'orientation clinique: Dosage des TRAK, Anticorps anti TPO, Anticorps anti TG, Tg...
- ✓ **Échographie thyroïdienne:** à la recherche de signe de thyroïdite, vascularisation, nodules...
- ✓ **Scintigraphie thyroïdienne:** surtout indiquée en cas de suspicion de nodules toxiques...

5. Diagnostic étiologique :

A. Maladie de Basedow / Grave's Disease:

La cause la plus fréquente de l'hyperthyroïdie chez la femme jeune (1,9 % des femmes et 0,4 % des hommes).

C'est une maladie auto-immune due à des anticorps stimulant le récepteur de la TSH. Elle peut être associée à d'autres maladies auto-immunes.

Elle évolue spontanément par poussées, suivies de rémissions.

Dans sa forme typique, la maladie de Basedow associe: Signes de thyrotoxicose, un goitre, et des manifestations oculaires (Ophtalmopathie ou orbitopathie Basedowienne).

- ✓ **Goitre:** Importance variable, diffus, homogène, élastique, vasculaire (présence d'un souffle à l'auscultation de la thyroïde).
- ✓ **Ophtalmopathie:** Inconstante, le tabac constitue un facteur de risque et d'aggravation important. Inflammation des muscles orbitaires, des tissus péri-oculaires et de la graisse rétro-orbitaire. Sans relation avec le degré de thyrotoxicose. Liée à la présence d'anticorps antirécepteurs de la TSH. Peut précéder, accompagner ou suivre la thyrotoxicose.

Manifestations ophtalmologiques:

- Rétraction palpébrale et/ou une asynergie oculopalpébrale.
- Signes inflammatoires : hyperhémie conjonctivale larmoiement, picotements, photophobie.
- Exophtalmie, réductible dans les formes non compliquées.
- Œdème des paupières.
- Inflammation de la conjonctive avec chémosis.
- Limitation du mouvement du regard par atteinte d'un ou plusieurs muscles, pouvant occasionner une diplopie.

L'orbitopathie Basedowienne peut mettre en jeu le pronostic visuel+++

Diagnostic:

- Dosage des TRAK (AC anti récepteurs de la TSH)+++
- Scintigraphie thyroïdienne: (si TRAK basse, dosage non disponible, diagnostic douteux): Hyperfixation diffuse et homogène.
- Echographie thyroïdienne: Glande globalement hypoéchogène et très vascularisée. Permet aussi de rechercher un nodule associé.

B. Nodules thyroïdiens Hypersécrétants:

Ces nodules constituent la première cause d'hyperthyroïdie chez le sujet âgé. Ils se traduisent par un syndrome de Thyrotoxicose pur, sans atteinte oculaire.

Il n'est pas rare qu'ils soient révélés par une complication cardiaque.

➤ Goitre multinodulaire toxique:

Le GMN toxique constitue l'évolution naturelle des GMN anciens. L'hyperthyroïdie peut être déclenchée par un apport massif d'iode (examen avec produit de contraste iodé, médicament).

Examen clinique: retrouve un goitre multinodulaire.

Echographie : +++ permet de confirmer la présence de nodules, de préciser leurs caractéristiques (notamment les signes de malignité)

Scintigraphie: Alternance de plages chaudes (Hyper fixation) et froides.

➤ **Adénome toxique:**

Examen clinique permet de palper un nodule unique.

Echographie: confirme le nodule et précise ses caractéristiques.

Scintigraphie: nécessaire au diagnostic : hyperfixation de l'isotope au niveau du nodule, le reste du parenchyme est hypo fixant ou froid ou « éteint » (en raison de la diminution de la TSH).

C. Autres hyperthyroïdies:

- **Thyrotoxicose iatrogène** : Iode (produits de contraste, Amiodarone), Immuno modulateurs (Interféron)
- **Factice (Hormones thyroïdiennes)**: Tg (Thyroglobuline) effondrée et Scintigraphie blanche.
- **Thyroidites (Phase initial)**: Thyroïdite du post partum, Hashimoto (Rarement) : (AC TPO+++ , TRAK-), De Quervain.
- **Hyperthyroïdie gestationnelle transitoire** .
- **Causes rare**: Adénome hypophysaire thyroïdienne, résistance aux hormones thyroïdienne (TSH inadaptée, normale ou élevée), goitre ovarien.

6. Formes cliniques :

- **Formes compliquées (Complications de la Thyrotoxicose) :**
 - **Complications cardiaques (cardiothyroïdose)**: Troubles du rythme cardiaque: FA (rares avant 40ans), Insuffisance cardiaque: +/- associée à une FA, à prédominance droite, à débit élevé ou normal. Aggravation ou révélation d'une insuffisance coronaire.
 - **Crise aiguë thyrotoxicose**: Exceptionnelle, peut mettre en jeu le pronostic vital. Elle peut se voir en cas de thyroïdectomie sans préparation médicale.
Elle se manifeste pas une exacerbations des signe d'hyperthyroïdie, fièvre, déshydratation, troubles cardiovasculaires et neuropsychiques.
 - **Formes musculaires**: Se voient surtout chez le sujet âgé , pouvant le confiner à un état grabataire, aggravées par la dénutrition.
 - **Ostéoporse**: Femmes ménopausées, surtout le rachis avec un risque de tassement vertébral
- **Forme de l'enfant**: Une avance staturale et de la maturation osseuse peuvent se voir. Elle peut se manifester par une hyperactivité invalidante pour la scolarité.
- **Femme enceinte**: La maladie de Basedow et la thyrotoxicose gestationnelle sont les deux causes les plus fréquentes. Il y a un passage trans placentaire des TRAK (Risque d'hyperthyroïdie fœtale) et un passage trans-placentaires des antithyroïdiens de synthèse (Risque d'hypothyroïdie fœtale). Intérêt d'une contraception efficace chez la femme Basedowienne +++
- **Sujet âgé**: La Thyrotoxicose peut évoluer à bas bruit. Elle peut se manifester uniquement par une altération de l'état général, fonte musculaire et Insuffisance cardiaque. Il faut savoir penser à une Hyperthyroïdie (Qui peut être fruste) devant des troubles du rythme ou une insuffisance cardiaque.
Le Nodule toxique ou GMN toxique sont les causes les plus importantes.

7. Traitement :

a. Moyens thérapeutiques :

- **Moyens non spécifiques:** Repos, B bloquant (Avlocardyl®), sédatifs, contraception chez la jeune femme.
- **Antithyroïdiens de synthèses (ATS):** Méthimazole et apparentés : Carbimazole (Néomercazole®), méthimazole (Thyrozol®). Thio-uraciles : Propylthio-uracile (Propylex®), benzylthio-uracile (Basdène®).
Risque d'Aggranulocytose (rare, moins de 0,1%, surveillance FNS)
- **Chirurgie:** Thyroïdectomie totale (en Euthyroïdie, après préparation médicale): Basedow et GMN toxique, peut être partielle pour un Adénome toxique.
- **Iode radioactif (I 131):** détruit la thyroïde ou les zones hyperactives par irradiation interne ciblée. Contre indiquée chez la femme enceinte (contraception pendant au moins 6 mois après)

b. Indications :

Les Thyrotoxicoses sont habituellement traitées en ambulatoire.

Les situations urgentes nécessitant une prise en charge immédiate, voire une hospitalisation:

- ✓ Crise aiguë Thyrotoxique.
- ✓ Cardiothyroïse chez une personne âgée ou atteinte de maladie cardiaque.
- ✓ Orbitopathie maligne.
- ✓ Forme cachectisante du vieillard.

Les indications dépendent de l'étiologie:

➤ **Maladie de Basedow:**

- Traitement médical est souvent proposé en première intention. Il doit être poursuivi 12 à 18 mois. Dose minimale efficace ou Block and replace (Association avec Levothyroxine) .

-- Traitement radical: Souvent proposé, si une rechute survient:

- ✓ Chirurgie en cas de gros goitre.
- ✓ Radio-iode, notamment chez les personnes âgées.

- Dans tous les cas, la surveillance des patients doit être prolongée : des récurrences ou une hypothyroïdie peuvent survenir des années après l'épisode initial.

➤ **Adénome toxique et goitre multi nodulaire toxique:**

Le traitement médical seul ne peut obtenir la guérison (pas de rémission spontanée).

Les traitements possibles sont: Chirurgie, Iode 131I (si nodule bénin), Le risque d'hypothyroïdie secondaire est moindre que dans la maladie de Basedow (le reste du parenchyme est « éteint » par l'adénome toxique et ne fixe pas l'iode 131I).

➤ **Thyroïdite subaiguës:** Généralement , traitement symptomatique.

Références :

- *Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, Elsevier Masson, 5^{ème} édition 2021.*
- *Philippe Chanson, Jacques Young, Traité d'endocrinologie, , Lavoisier Médecine, 2^{ème} édition 2019.*
- *Williams, Textbook of Endocrinology, 14th edition, 2020.*