

Hypothyroïdie

Définition

- Déficit qualitatif ou quantitatif en hormones thyroïdiennes T3 et T4

Intérêt

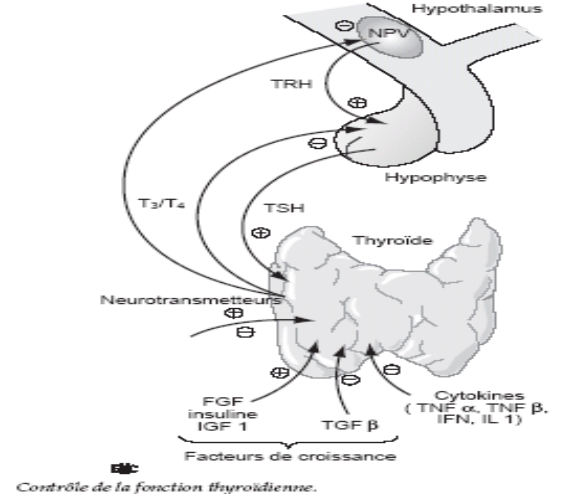
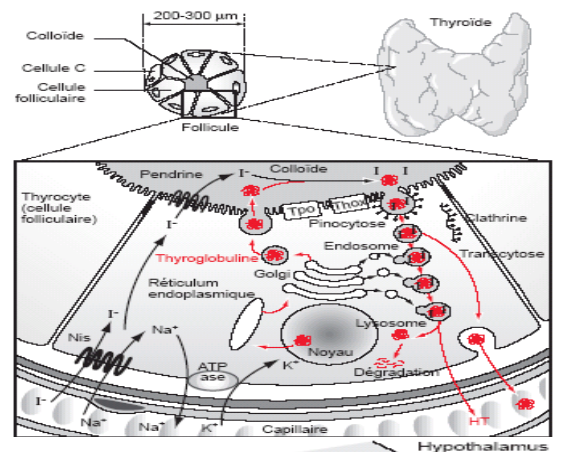
- Fréquence
- Gravité
- Diagnostic et traitement précoce

Physiologie thyroïdienne

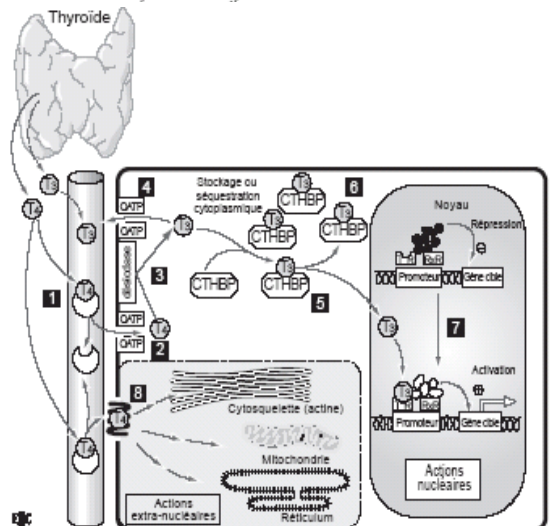
- Étape thyroïdienne (métabolisme des hormones thyroïdiennes).
- Régulation de l'activité thyroïdienne.
- Rôle des hormones thyroïdiennes

Formes cliniques

- **Hypothyroïdie congénitale** : myxœdème
 - **A la naissance** : excès de poids par rapport à la taille, peau infiltrée, retard d'élimination du méconium
 - **A la première semaine** : morphologie caractéristique avec un faciès grossier, peau infiltrée avec nez aplati, bouche ouverte et macroglossie (grosse langue), voix rauque, ictère prolongé (au-delà de la première semaine), peau marbrée avec desquamation importante, fontanelle antérieure large, abdomen flasque avec hernie ombilicale, constipation constante, troubles du comportement, hypothermie jusqu'à 36°C
 - **Après quelques mois** : le tableau se complète avec un retard de la croissance évident, dysharmonieux : poids souvent correct, faciès grossier évocateur avec de grosses lèvres, voix rauque, peau sèche, brachyskelie (membres courts par rapport au tronc), diminution de la libido
- **Hypothyroïdie infantile post-natale** : la plus fréquente, survient quelques mois après la naissance et associe : poids correct, constipation, troubles du comportement, l'enfant est très calme. Les signes apparaissent progressivement au niveau du visage puis se généralisent à tout le corps.
- **Hypothyroïdie juvénile** : survient au-delà de 2 ans. Le déficit est en règle partiel et associe : myxœdème important avec un aspect "en pacha de bistre", retard de la croissance, obésité, somnolence exagérée, baisse du rendement scolaire



Contrôle de la fonction thyroïdienne.



3 Étapes du mode d'action des hormones thyroïdiennes.

Diagnostic

- **Hypothyroïdie primaire** (T3 et T4 ↓, TSH ↑) → scintigraphie thyroïdienne
 - Absence de fixation → athyréose
 - Fixation ectopique → ectopie
 - Fixation normale → plusieurs étiologies
- **Hypothyroïdie haute** (T3 et T4 ↓, TSH ↓) → épreuve au TRH
 - Hypothyroïdie hypophysaire secondaire
 - Hypothyroïdie hypothalamique tertiaire

Etiologies

Les causes les plus fréquentes sont :

- **Dysgénésie thyroïdienne** : de type athyréose et surtout ectopie thyroïdienne, au niveau de la base de la langue.
- **Hypothyroïdie avec thyroïde en place**
- **Hypothyroïdie avec goitre** : par trouble héréditaire de l'hormonogénèse, notamment la thyroïdite d'Hashimoto, associant des signes inflammatoires très importants avec déficit isolé en TSH d'origine centrale. C'est une insuffisance globale pouvant être tumorale ou le plus souvent idiopathique avec retard de l'âge osseux.
- **Hypothyroïdie tertiaire aux médicaments**
- **Prise d'iode**

Examens paracliniques

- **Radiologie** : retard de la maturation osseuse : âge osseux < âge statural < âge réel, densification exagérée des os, dysgénésie épiphysaire, déformation des os, altération dentaire, cardiomégalie.
- **ECG** : révèle des troubles de la repolarisation.
- **Dosage hormonal** (TSH, T3 et T4) : confirme le diagnostic.
- **Biologie** : anémie normochrome fréquente, hypercholestérolémie, hypercalcémie

Traitement

- **L-Thyroxine** : 5 µg/kg (10 µg/m²), à augmenter progressivement pour arriver après 10-15 jours à 10 µg/m² en prise unique ou 15 µg/m² en 2 prises par jour

Surveillance

- Pouls (tachycardie = signe de toxicité), poids, taille, âge osseux, troubles digestifs, dosages hormonaux chaque 3 mois

Evolution

- Sous traitement, la taille et l'âge osseux se normalisent avant l'âge de 3 ans avec risque d'arthrose et de séquelles psychiques.
- Tout retard de traitement induit un retard définitif de la croissance

Conclusion

- Intérêt d'un dépistage néonatal

