

# Cours De Résidanat

## Sujet: 40

### Les hypothyroïdies de l'adulte et de l'enfant

#### Objectifs

1. Expliquer les mécanismes physiopathologiques des hypothyroïdies congénitales et acquises
2. Expliquer les répercussions physiopathologiques des hypothyroïdies en fonction de l'âge de survenue de la maladie
3. Réunir les éléments anamnestiques et cliniques permettant de suspecter le diagnostic positif des hypothyroïdies en fonction de l'âge (nouveau-né, nourrisson, enfant, adulte)
4. Décrire les moyens d'exploration fonctionnelle hormonale d'une hypothyroïdie : dosages statiques et dynamiques
5. Décrire les formes compliquées des hypothyroïdies en appréciant leur degré de gravité
6. Distinguer sur le plan clinique et paraclinique une hypothyroïdie périphérique d'une hypothyroïdie centrale
7. Réunir les éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques permettant de rattacher une hypothyroïdie périphérique à son étiologie
8. Reconnaître les particularités cliniques, paracliniques et évolutives des hypothyroïdies selon le terrain (âge, sexe, grossesse)
9. Rechercher, chez un patient présentant une hypothyroïdie d'origine auto-immune, les affections associées.
10. Préciser les particularités cliniques, paracliniques et évolutives de l'hypothyroïdie fruste (infraclinique)
11. Planifier la stratégie thérapeutique d'une hypothyroïdie en fonction du niveau périphérique ou central de l'atteinte, de sa sévérité, de son étiologie et du terrain du patient.
12. Planifier la surveillance au long cours, clinique et paraclinique d'une hypothyroïdie traitée
13. Procéder à l'éducation thérapeutique d'un patient traité pour hypothyroïdie
14. Décrire les modalités évolutives de l'hypothyroïdie congénitale en indiquant les éléments du pronostic

## INTRODUCTION:

L'hypothyroïdie est définie par l'ensemble des signes cliniques et biologiques, engendrés le plus souvent par un défaut de synthèse des hormones thyroïdiennes ou exceptionnellement par une résistance tissulaire périphérique à celles-ci.

C'est une endocrinopathie fréquente. Elle peut toucher toutes les tranches d'âge. Deux formes cliniques majeures peuvent être distinguées :

- **L'hypothyroïdie congénitale**, dont la prévalence est d'environ 1 sur 3500 naissances, représente la principale cause évitable de retard mental et l'anomalie congénitale endocrinienne la plus fréquente. Dans certaines régions du monde, la carence en iode maternelle et fœtale est pourvoyeuse d'un grand nombre d'hypothyroïdies fœtales, néonatales et de l'enfant.
- **L'hypothyroïdie acquise**, qui touche surtout le grand enfant et l'adulte. Elle atteint 1 à 10% de la population, selon les régions du monde. Elle est plus fréquente chez les femmes. La prévalence augmente avec l'âge dans les 2 sexes et dépasse 15% chez le sujet de plus de 60 ans.

La maladie peut être due à une anomalie **primitive** du fonctionnement de la glande thyroïde (hypothyroïdie primaire, **hypothyroïdie périphérique**). Elle peut être **secondaire** à une insuffisance hypothalamo-hypophysaire (insuffisance thyrotrope ou hypothyroïdie centrale).

Sur le plan clinique, le début insidieux explique le retard fréquent au diagnostic. Le diagnostic est facilement évoqué en présence d'une hypothyroïdie franche (myxœdème) et confirmé par les dosages hormonaux.

Le diagnostic tardif expose le patient aux complications, principalement au retard mental irréversible chez l'enfant et aux complications cardiovasculaires chez l'adulte.

L'hypothyroïdie nécessite un traitement substitutif à vie avec une surveillance régulière et au long cours. Le dépistage néonatal systématique dans la plupart des pays industrialisés a transformé le pronostic mental des enfants atteints d'hypothyroïdie.

## II. PHYSIOPATHOLOGIE:

### A. MECANISME DES HYPOTHYROÏDIES

#### 1. Mécanismes des hypothyroïdies congénitales :

40.1 La glande thyroïde est la première structure endocrine reconnaissable chez le fœtus

vers la 12<sup>ème</sup> semaine de gestation. Toutefois, la production des hormones thyroïdiennes par la thyroïde fœtale est immature jusqu'à 16-18 SA. Avant cette date, ce sont les hormones thyroïdiennes maternelles qui, en traversant le placenta, vont jouer le rôle le plus important dans la maturation du système nerveux central du fœtus. Seule, la T4 maternelle traverse la barrière placentaire.

Ainsi, même si la production des hormones thyroïdiennes par la thyroïde fœtale est décelable à partir de 18 SA, l'axe hypothalamo-hypophysio-thyroïdien demeure largement immature jusqu'au troisième trimestre et même au-delà de la naissance, surtout chez le prématuré.

Les hypothyroïdies congénitales, **présentes dès la naissance**, peuvent être permanentes ou transitoires.

### **1.1.- Pathogénie de l'hypothyroïdie congénitale permanente :**

#### **1.1.1.- Les hypothyroïdies congénitales permanentes primaires :**

Elles peuvent être dues à une anomalie du développement de la glande thyroïde, à un trouble de l'hormonosynthèse ou exceptionnellement à une résistance à la TSH.

##### ➤ *Dysgénésies thyroïdiennes (85%)*

Les anomalies du développement de la thyroïde, englobent:

- Les athyréoses, caractérisées par l'absence de tissu thyroïdien (20%).
- Les ectopies thyroïdiennes (60%), par défaut de migration de l'ébauche thyroïdienne, de localisation le plus souvent sublinguale.
- Plus rarement, les hypoplasies et les hémiagénésies thyroïdiennes (10%). Elles sont sporadiques dans la majorité des cas. Toutefois des formes familiales ont été rapportées dans 2 à 5% des cas, suggérant leur origine génétique.

##### ➤ *Troubles de l'hormonosynthèse (10%)*

Ce sont des affections héréditaires se transmettant selon le mode autosomique récessif et pouvant toucher toutes les étapes de la synthèse (*Figure 1*), de la sécrétion et de l'action des hormones thyroïdiennes.

La glande thyroïde est en place, de taille normale, voire augmentée, réalisant un goitre.

L'hypothyroïdie est de degré variable.

Ces troubles englobent des défauts de :

- captation des iodures,
- oxydation de l'iodure en iode,
- organification des iodures,
- synthèse de la thyroglobuline,

- désiodation des iodotyrosines...

➤ Résistance à la TSH

Rare, due à des mutations inactivatrices du récepteur de la TSH.

**1.1.2.- L'hypothyroïdie congénitale permanente centrale (insuffisance thyroïdienne d'origine hypothalamo-hypophysaire) :**

Isolée ou entrant dans le cadre d'un hypopituitarisme. Liée à :

- Des anomalies embryologiques du développement hypothalamo-hypophysaire (syndrome d'interruption de la tige pituitaire).
- Des anomalies génétiques : mutations de facteurs de transcription impliqués dans le développement et la fonction de l'antéhypophyse, mutations inactivatrices du récepteur de la TRH, ou de la sous unité bêta de la TSH.

**1.1.3.- L'hypothyroïdie « périphérique » par résistance aux hormones thyroïdiennes**

Liée à une **mutation des récepteurs aux hormones thyroïdiennes** (mutations inactivatrices du récepteur bêta de la triiodothyronine (TR β)) ou à **des anomalies du transport tissulaire** de ces hormones.

**1. 2.- Pathogénie de l'hypothyroïdie congénitale transitoire:**

L'hypothyroïdie transitoire est le plus souvent secondaire à une origine environnementale ou iatrogénique:

Ø La carence en iode reste une cause importante d'hypothyroïdie sévère transitoire chez le nouveau-né, pouvant être associée à un goitre.

- Une surcharge iodée liée à des agents antiseptiques iodés appliqués au nouveau-né ou à la femme enceinte ou allaitante peut entraîner une hypothyroïdie transitoire chez le nouveau-né, surtout prématuré.
- Le traitement maternel par les antithyroïdiens de synthèse qui traversent la barrière placentaire, peut entraîner un blocage de la synthèse hormonale et provoquer la formation d'un goitre et le développement d'une hypothyroïdie chez le fœtus.
- Le passage transplacentaire d'anticorps anti thyroïdiens maternels bloquant les récepteurs de la TSH, du fait d'une thyroïdite auto-immune maternelle est rare (< 2% des hypothyroïdies congénitales) et induit une hypothyroïdie néonatale transitoire.
- L'exposition d'une femme enceinte à l'iode radioactif peut léser la thyroïde fœtale.
- L'immaturation de l'axe thyroïdien chez le prématuré induit un profil hormonal d'insuffisance thyroïdienne.

## 2. Mécanismes des hypothyroïdies acquises:

L'hypothyroïdie acquise peut être primitive (périphérique) ou centrale.

### 2.1. Atteinte primitive de la thyroïde (hypothyroïdie primaire):

Il s'agit d'une destruction acquise de la thyroïde par :

*a- Un processus auto-immun* (thyroïdite lymphocytaire chronique de Hashimoto (avec goitre), thyroïdite atrophique):

La thyroïde est le siège d'une infiltration lympho-plasmocytaire diffuse pouvant s'organiser en follicules lymphoïdes avec fibrose inter-lobulaire aboutissant à l'atrophie, qui va détruire progressivement le tissu thyroïdien fonctionnel. La destruction cellulaire résulte de phénomènes cytotoxiques induits par les auto-anticorps anti-thyroperoxydase (anti-TPO).

La thyroïdite lymphocytaire chronique est une maladie auto-immune spécifique d'organe, qui associe, sur le plan physiopathologique :

- o *une prédisposition génétique* : HLA B8 DR3 dans la forme atrophique et HLA DR5, DR3 et D4 dans la forme avec goitre.
- o *un défaut héréditaire de la surveillance immune*, conduisant à la production:
  - d'anticorps anti-thyroglobuline (anti-Tg) : présents chez 90 % des sujets atteints de thyroïdite de Hashimoto, plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et dont la prévalence augmente avec l'âge.
  - d'anticorps anti-thyroperoxydase (anti-TPO) : dirigés contre l'enzyme clé de l'hormonosynthèse : la thyroperoxydase. Ils sont présents chez 90 % des patients atteints de thyroïdite de Hashimoto et ont un effet cytotoxique sur les cellules thyroïdiennes. Leur présence est corrélée à l'apparition d'une hypothyroïdie.
- o *l'intervention de facteurs environnementaux*:

La prévalence des thyroïdites auto-immunes augmente en cas de :

- consommation élevée d'iode.
- radiations ionisantes : catastrophe nucléaire de Tchernobyl, bombardements atomiques de Hiroshima et Nagasaki au cours de la seconde guerre mondiale, radiothérapie cervicale pour cancer du cavum...

Certaines thyroïdites auto-immunes (thyroïdite subaigüe silencieuse et thyroïdite du post-partum) sont responsables d'une hypothyroïdie transitoire : les phénomènes cytotoxiques induits par les auto-anticorps anti-TPO sont suivis par la régénération des vésicules et la reconstitution d'une architecture thyroïdienne normale.

***b- D'autres thyroïdites non auto-immunes peuvent entraîner une destruction du parenchyme thyroïdien:***

- o Soit par une **atteinte granulomateuse transitoire**, dans le cas de la thyroïdite subaiguë de De Quervain:
  - De nombreux virus ont été incriminés : coxsackie, oreillons, influenzae, adénovirus, etc.
  - La présence de divers anticorps antithyroïdiens (anti-TPO, anti-Tg, anti-RTSH) est possible au début de la maladie mais ils n'ont pas de rôle pathogène et témoignent seulement de la libération d'antigènes par les thyrocytes lysés. Une association avec le groupe HLA-Dw35 a été rapportée.
  - Sur le plan anatomopathologique : l'atteinte commence par des phénomènes inflammatoires, qui régressent en laissant la place à une fibrose plus ou moins marquée, suivie par la régénération des vésicules et la reconstitution d'une architecture normale.
- o Soit par une infiltration fibreuse définitive du parenchyme thyroïdien, c'est le cas de la thyroïdite de Riedel : il s'agit d'une fibro-sclérose avasculaire dépassant la capsule, envahissant les structures de voisinage avec inflammation lymphoplasmocytaire. L'hypothyroïdie, inconstante, traduit la destruction complète de la glande.

***c- La carence iodée est une cause fréquente d'hypothyroïdie dans de nombreuses régions du monde, notamment les régions montagneuses, éloignées du littoral.***

***d –Les hypothyroïdies iatrogènes :***

- Après **chirurgie thyroïdienne** avec résection de la totalité de la glande
- Après traitement isotopique par <sup>131</sup>Iode
- Après **radiothérapie cervicale**
- Causes médicamenteuses :
  - L'apport massif d'**iode** peut bloquer l'organification de l'iode. La thyroïde se protège contre un excès aigu en iode par une suppression de la métabolisation de l'iode, l'effet Wolff-Chaikoff. Les sources principales de surcharge

iodée sont l'amiodarone et les produits de contraste radiologiques. Le risque d'une hypothyroïdie induite par l'iode est plus élevé en présence d'une maladie de la thyroïde préexistante, notamment une thyroïdite auto-immune. Après l'arrêt de l'amiodarone, la régression de l'hypothyroïdie est inconstante.

- **Le lithium** : utilisé dans le traitement des psychoses maniaco-dépressives. Comme l'iode, le lithium peut révéler une thyroïdite auto-immune.
- **Les cytokines (interféron)** : utilisées essentiellement dans le traitement des hépatites chroniques virales. L'hypothyroïdie est la conséquence d'une exacerbation d'une thyroïdite auto-immune latente.
- **Les antithyroïdiens de synthèse** : en cas de surdosage ou de traitement inadapté à l'évolution de la maladie.
- Une cause pharmacologique relativement récente d'hypothyroïdie iatrogène est le traitement par les **inhibiteurs de la tyrosine kinase**, plus particulièrement le **sunitinib**, employé couramment dans certains cancers, comme le cancer du rein et les GIST, qui peut induire une hypothyroïdie par la réduction de la vascularité glandulaire et l'induction de l'activité de la désiodinase de type 3.

### **2.2. Hypothyroïdie acquise centrale (insuffisance thyroïdienne) :**

défaut de stimulation de la glande thyroïde par la TSH sécrétée par les cellules thyroïdienne de l'hypophyse (origine hypophysaire) ou défaut de sécrétion de la TRH (origine hypothalamique). Elle est en général acquise chez l'adulte, secondaire à une maladie hypophysaire ou hypothalamique (tumorale, vasculaire, post-chirurgicale, post-radique, granulomateuse, auto-immune, traumatique...).

## **B. CONSEQUENCES DE L'HYPOTHYROÏDIE:**

### **1. Infiltration des tissus de l'organisme à l'origine d'un myxœdème:**

L'hypothyroïdie occasionne une infiltration des tissus par des glycosaminoglycanes (acide hyaluronique et sulfate B de chondroïtine) dans la peau, les phanères, les

muqueuses, les séreuses, les muscles et le cœur... Elle a notamment pour conséquences, une infiltration cutanéomuqueuse ferme et élastique. Il existe également une altération de la fonction ventilatoire secondaire à des facteurs obstructifs (macroglossie) et mécaniques (myopathie musculaire respiratoire et épanchement pleural).

## **2. Hypométabolisme:**

- diminution du métabolisme basal et de la consommation en oxygène, avec diminution de la température centrale,
- diminution du catabolisme lipidique avec une diminution de la lipoprotéine lipase et du turn-over des LDL à l'origine d'une hyperlipidémie athérogène,
- diminution de la masse protéique musculaire,
- hypotonie vésiculaire,
- diminution du péristaltisme intestinal,
- diminution de l'érythropoïèse avec diminution de l'absorption du fer et des folates,
- baisse de l'adhésivité plaquettaire et diminution de certains facteurs de la coagulation,
- ralentissement du métabolisme glucidique pouvant entraîner des hypoglycémies
- ralentissement du métabolisme hydrominéral : diminution la filtration glomérulaire et du débit sanguin rénal, expliquant les œdèmes.

## **3. Effet sur la peau :**

- défaut de conversion des caroténoïdes en vitamine A, induisant une coloration jaune-orangée, plus marquée au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds.
- baisse de la sécrétion sudoripare et sébacée induisant une sécheresse cutanée.

## **4. Effets cardio-vasculaires:**

- perte des effets inotrope et chronotrope des hormones thyroïdiennes, occasionnant une diminution de la fréquence cardiaque et du débit cardiaque au repos (mais qui augmentent à l'effort),



- diminution de la force contractile et de l'apport d'oxygène au myocarde,
- augmentation des résistances périphériques au repos (mais qui diminuent à l'effort), induisant une augmentation de la pression artérielle diastolique et une diminution de la vascularisation des tissus.

#### **5. Effets sur la fonction de reproduction:**

- Le déficit en hormones thyroïdiennes entraîne indirectement une insuffisance gonadotrope, expliquée par la stimulation de la sécrétion hypothalamique de TRH (par feedback négatif), responsable de l'augmentation de la sécrétion de prolactine, d'où des troubles de la fonction sexuelle dans les 2 sexes.
- Le déficit en hormones thyroïdiennes entraîne chez la femme adulte une altération de la sécrétion de progestérone, à l'origine de troubles du cycle menstruel.

#### **6. Autres effets:**

- augmentation du volume plasmatique par sécrétion inappropriée d'ADH, à l'origine d'une hyponatrémie de dilution.

#### **7. Conséquences physiopathologiques spécifiques à l'enfant:**

Les hormones thyroïdiennes sont indispensables au développement du système nerveux central et à la croissance osseuse.

##### **7.1.- Développement du système nerveux central :**

Le développement normal du cerveau in utero et après la naissance dépend fortement d'un apport adéquat en hormones thyroïdiennes. Une hypothyroïdie peut être responsable de :

- *Déficit du système visuel* : secondaire à une altération des zones possédant des récepteurs aux hormones thyroïdiennes (thalamus, cortex strié ou occipital et lobe pariétal postérieur).
- *Troubles de la mémoire* : L'hippocampe, impliqué dans la mémoire, est très vulnérable à une carence en hormones thyroïdiennes dans la période post-natale précoce.
- *Retard psychomoteur et lenteur intellectuelle* : En cas de déficit en hormones thyroïdiennes, la transmission neuronale est perturbée en raison de la réduction de la myéline dans le cortex.

## 7.2. - Croissance et développement du squelette:

Chez le fœtus, les hormones thyroïdiennes ne sont pas indispensables à la croissance, mais elles le sont à la différenciation et à la maturation osseuse. Leur absence s'accompagne d'un retard d'apparition des points d'ossification épiphysaires.

Durant la période postnatale, les hormones thyroïdiennes deviennent indispensables à la croissance et continuent à contrôler la maturation et la différenciation osseuses. Elles agissent en synergie avec l'hormone de croissance (GH). Cette dernière favorise la chondrogénèse et la croissance du cartilage, tandis que les hormones thyroïdiennes permettent la maturation et l'ossification du cartilage. En outre, elles favorisent la sécrétion de GH et potentialisent les effets de l'IGF-1. Chez l'enfant, l'hypothyroïdie congénitale peut être responsable d'un nanisme dysharmonieux.

## III. ETUDE CLINIQUE:

La présentation clinique varie avec l'âge.

### A. SIGNES CLINIQUES CHEZ L'ADULTE:

#### **Type de description: forme complète et non compliquée de l'hypothyroïdie par myxœdème primitif de la femme adulte.**

Il s'agit de la situation la plus fréquente. Le début est insidieux, lentement progressif.

#### 1. Signes généraux:

- Asthénie physique avec lenteur et limitation des activités quotidiennes.
- Asthénie psycho-intellectuelle avec trouble de la mémoire, lenteur de l'idéation, désintérêt et somnolence diurne, avec une tendance dépressive.
- Frilosité.
- Prise de poids modeste contrastant avec une anorexie.

#### 2. Signes cutanéomuqueux et phanériens:

Ils sont caractéristiques de l'hypothyroïdie. Ils sont dominés par le **myxœdème**.

##### ➤ Myxœdème:

C'est une infiltration cutanéomuqueuse pseudo-œdémateuse, ferme et élastique, ne prenant pas le godet (faux œdème), entraînant un aspect caractéristique:

- visage arrondi, bouffi, paupières enflées, lèvres épaissies, nez élargi,
- mains et pieds infiltrés avec doigts boudinés,
- comblement des creux sus-claviculaires et axillaires,
- infiltration des muqueuses : macroglossie, voix rauque, ronflement, hypoacousie, vertiges et bourdonnements d'oreilles.

➤ Troubles cutanés et phanériens:

- peau sèche, froide, desquamante, avec tendance à l'hyperkératose des genoux et des coudes,
- diminution de la sudation,
- teint caroténoïde (jaune orangé) des paumes des mains et des plantes des pieds,
- cheveux et ongles secs, fragilisés et cassants.
- chute du tiers externe des sourcils (signe de la « queue des sourcils»).
- Raréfaction de la pilosité axillaire et pubienne

**3. Signes cardio-vasculaires:**

- bruits du cœur assourdis,
- bradycardie,
- tendance à l'hypotension artérielle systolique. Cependant, il peut exister une HTA diastolique modérée, d'où un pincement de la différentielle.

**4. Signes neuro-musculaires:**

- crampes musculaires et myalgies
- baisse de la force musculaire prédominant au niveau des ceintures scapulaire et pelvienne (signe du tabouret positif).
- parfois, on peut observer une pseudo-hypertrophie musculaire, du fait de l'infiltration des masses musculaires.
- **ralentissement** des réflexes ostéo-tendineux.
- syndrome du canal carpien.
- plus rarement, paresthésies des extrémités en rapport avec une neuropathie périphérique.

**5. Autres signes:**

- **Signes ostéo-articulaires** : Arthrose touchant surtout les grosses articulations : genoux, poignets, chevilles. Epanchements articulaires fréquents contenant un liquide visqueux, riche en acide hyaluronique.
- **Signes digestifs** : Constipation, ballonnement abdominal fréquent, lithiase vésiculaire et manifestations dyspeptiques.
- **Baisse de la libido**. La **galactorrhée** est fréquente chez la femme.
- L'examen respiratoire est normal dans cette forme non compliquée.
- La palpation cervicale constate **l'absence de goitre**, dans cette forme prise comme type de description.

- L'examen recherchera des signes cliniques d'une **maladie auto-immune associée** (exemple : vitiligo).

## **B. SIGNES CLINIQUES CHEZ L'ENFANT:**

### **1. - Les hypothyroïdies à révélation précoce :**

La grossesse se déroule généralement sans incidents. Toutefois, on note dans certains cas, une diminution des mouvements actifs fœtaux et une prolongation du terme au-delà de 42 SA, un hydramnios et une bradycardie fœtale.

À la naissance, seuls 1 à 4% des cas sont diagnostiqués cliniquement. Le nouveau-né peut n'avoir aucun symptôme à la naissance (probablement en raison du passage transplacentaire des hormones thyroïdiennes maternelles et d'une production thyroïdienne résiduelle chez certains patients).

Le tableau clinique est exceptionnellement complet d'emblée. Le tableau n'a pas le temps d'évoluer dans les pays où le dépistage néonatal est réalisé au 3<sup>ème</sup> jour. Toutefois, au fur et à mesure que les hormones thyroïdiennes maternelles sont métabolisées, les manifestations cliniques s'installent.

Le diagnostic peut parfois être évoqué devant de **petits signes retrouvés dès la naissance** :

- taille de naissance inférieure à la normale contrastant avec un poids normal ou élevé,
- persistance d'un lanugo dorso-lombaire abondant et d'une chevelure abondante fournie, dense et bas implantée,
- cerne bleuâtre péribuccal et périnariaire,
- **élargissement des fontanelles antérieure et postérieure,**
- **ictère néonatal prolongé** (durée supérieure à 8 jours).
- élimination tardive du premier méconium au-delà de 24 heures

Le tableau clinique devient **évident** au cours des **deux ou trois premiers mois** :

- troubles digestifs : anorexie et **constipation** opiniâtre,
- **macroglossie** responsable de troubles de la succion et de la déglutition avec des fausses routes
- difficultés respiratoires avec une respiration nasale bruyante
- raucité du cri par infiltration myxoédémateuse des cordes vocales et du larynx,

- **hypotonie musculaire abdominale** avec une hernie ombilicale,
- **fontanelle antérieure très large**,
- tendance à l'hypothermie.

Le comportement anormal de l'enfant, qui est trop sage, ne pleure pas, dort trop bien, s'endort lorsqu'il tète, inquiète rarement l'entourage. Il en résulte une stagnation pondérale et surtout staturale.

**A la fin du troisième mois** se trouve réalisé le tableau du **myxœdème congénital précoce**, associant :

- retard statural **dysharmonieux** avec **brachyskélie** et poids excessif pour la taille,
- dysmorphie faciale par immaturité de l'étage moyen avec faciès infiltré et **macroglossie**, lèvres entrouvertes, nez ensellé à la base et épaissi à son extrémité,
- abdomen distendu,
- anomalies cutanées avec peau sèche, épaissie et infiltrée, peu colorée.
- **retard des acquisitions psychomotrices.**

Ce tableau de « crétinisme hypothyroïdien » désormais historique, a disparu dans les pays qui ont mis en place un programme de dépistage néonatal. Ce dépistage n'est pas encore réalisé en Tunisie.

## **2. - Les formes à révélation tardive**

Elles correspondent le plus souvent aux ectopies thyroïdiennes dont le volume et les sécrétions hormonales sont initialement compatibles avec une croissance normale ou subnormale, mais qui s'épuisent progressivement. Le tableau peut être celui d'une hypothyroïdie franche mais, le plus souvent, les signes d'insuffisance thyroïdienne sont discrets et/ou isolés.

- Le **retard statural à vitesse de croissance ralentie, classiquement dysharmonieux, avec brachyskélie et hypertrophie de certaines masses musculaires** (mollets) est souvent au premier plan.
- Un retard d'éruption dentaire
- Une baisse du rendement scolaire, avec lenteur de l'idéation,
- Une frilosité et une constipation récentes,
- Une dépilation et une infiltration discrètes,
- Un retard pubertaire.

## IV. EXAMENS PARACLINIQUES

### A. - EXAMENS COMPLEMENTAIRES D'ORIENTATION:

Ils témoignent du retentissement de l'hypothyroïdie.

40.8

#### 1. - Examens biologiques :

- Anémie modérée, normocytaire et normochrome, plus rarement macrocytaire ou microcytaire,
- Hypercholestérolémie avec élévation du LDL-cholestérol et baisse du HDL-cholestérol. Une hypertriglycéridémie est possible,
- Tendance à l'hyponatrémie ( $\leq 135$  mmol/l),
- Les enzymes musculaires (CPK, LDH) peuvent être élevées de même que les enzymes hépatiques (ASAT, ALAT),
- Une hyperprolactinémie modérée ( $> 25$  ng/ml) est fréquente,
- Parfois, élévation de l'acide urique.

2. – *Examens cardiovasculaires* : incluant l'ECG, la radiographie du thorax et l'échographie cardiaque au besoin. Cette exploration permet de rechercher les 3 composantes du cœur myxoédémateux:

- Bradycardie sinusale,
- péricardite
- insuffisance coronarienne.

#### 3. – Examens radiologiques:

Ils ont un intérêt dans l'hypothyroïdie congénitale.

a- Le **retard de la maturation osseuse (signe constant)** :

- A la naissance, on note sur les radiographies du bassin, du genou et du pied, un **retard d'apparition des points d'ossification** normalement présents à la naissance, qui signe le début anténatal de l'hypothyroïdie.
  - Point fémoral inférieur (Béclard).
  - Point tibial supérieur (Todd).
  - Cuboïde.
  - Point astragalien.
- Plus tard, on note un retard de l'âge osseux, qui est plus important que le retard statural.

**(âge osseux < âge statural < âge chronologique).**

L'évaluation de l'âge osseux au-delà de l'âge de 2 ans, se fait sur une

radiographie de la main et/ou du coude comparée à un Atlas de référence (le plus utilisé est l'Atlas de Greulich et Pyle).

b- **La dysgénésie épiphysaire bilatérale et symétrique**, siège au niveau de la tête fémorale, qui est aplatie et fragmentée (pseudo-ostéochondrite). Les cols fémoraux sont courts et en coxavara.

c- Autres signes radiologiques:

- La radiographie du crâne peut montrer: des **sutures béantes**, une **condensation de la base du crâne**, une **persistance des os wormiens**, ou une **selle turcique ballonnée**.
- Les radiographies du rachis peuvent montrer des vertèbres cunéiformes et une densification anormale.

## B. - BILAN HORMONAL DE CONFIRMATION :

Le diagnostic positif de l'hypothyroïdie repose sur le dosage hormonal de base (**TSH et FT4**).

1. - Le **dosage ultrasensible (us) de la TSH par la méthode immunoradiométrique (IRMA)** est l'examen de référence. Il est réalisé de première intention. Les prélèvements veineux peuvent être faits à n'importe quel moment de la journée, les variations nyctémérales

Un taux de TSH élevé ( $> 10$  mU/l) avec un taux de FT4  $<$  la limite basse du laboratoire ( $< 9$  pmol/l) confirme l'hypothyroïdie primaire dans sa forme franche et permet d'en apprécier la profondeur.

n'ayant pas de répercussion en clinique. Dans l'hypothyroïdie primaire, la TSH us est généralement  $> 10$  mU/l.

2. - Le **dosage de thyroxine libre (FT4)** : La découverte d'une élévation de la TSH doit être contrôlée par un dosage de FT4 par méthode radio-immunologique (RIA).

- Le dosage de T3 libre n'a pas intérêt pour le diagnostic positif de l'hypothyroïdie.

- Le test de stimulation de la TSH par la TRH n'a plus de place dans le diagnostic positif, avec l'avènement des dosages ultrasensibles.

**Chez l'enfant**, les valeurs sont différentes de celles de l'adulte. Elles sont régulièrement décroissantes avec l'âge et il faut donc interpréter les

valeurs en fonction de celui-ci.

- En pratique, on demande un dosage de la thyroxine libre FT4 et un dosage de la TSH (VN = 0,3 à 5  $\mu$ U/ml). Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence de taux abaissés d'hormones thyroïdiennes dans le plasma, associées à une TSH de base souvent très élevée (> 50  $\mu$ U/ml), en cas d'hypothyroïdie primaire franche. La TSH est normale ou basse (inappropriée aux taux des hormonémies périphériques) en cas d'hypothyroïdie secondaire.

### **C.- EXAMENS PARACLINIQUES A VISEE ETIOLOGIQUE:**

Ces examens ne sont pas utiles au diagnostic positif :

**1. - Le dosage des anticorps antithyroïdiens :** aide au diagnostic de maladie auto-immune thyroïdienne.

- Les anticorps anti-TPO, positifs dans 75% des cas, constituent un test biologique plus sensible que les anticorps anti-Tg, qui sont positifs dans 50 % des cas.

- Les anticorps anti-récepteur de la TSH bloquants peuvent aussi être positifs dans 20% des cas.

**2. - L'iodémie ou l'iodurie** ont un intérêt dans les formes liées à une carence iodée ou une surcharge iodée.

**3. - Les examens morphologiques** sont inutiles dans la majorité des hypothyroïdies primaires de l'adulte, mais ont un intérêt étiologique chez l'enfant.

➤ Echographie cervicale: précise l'emplacement, le volume et l'aspect de la glande thyroïde. C'est un examen performant sur le plan morphologique.

Dans la thyroïdite auto-immune de Hashimoto, on observe une thyroïde hypoéchogène, globuleuse, avec des travées hyperéchogènes et des contours bosselés. La vascularisation est variable, mais rarement intense.

Dans les troubles enzymatiques de l'hormonogénèse thyroïdienne, elle montre un parenchyme glandulaire homogène ou hétérogène et la présence de formations pseudokystiques.

➤ Scintigraphie de la thyroïde: indispensable pour le diagnostic



étiologique. C'est un examen fonctionnel qui permet un diagnostic étiologique plus précis que l'échographie. La scintigraphie à l' $^{131}\text{I}$  ou à l' $^{123}\text{I}$  donne des informations fonctionnelles plus précises, mais la scintigraphie au  $^{99\text{m}}\text{Tc}$  est plus souvent utilisée du fait de la meilleure disponibilité du radiotraceur.

La scintigraphie précise la présence ou l'absence de tissu glandulaire, son siège : normal ou ectopique et son volume : normal, augmenté (goitre) ou diminué (hypoplasie). Le tissu thyroïdien étant parfois présent mais non fixant, cet examen peut être pris en défaut.

Sa réalisation ne doit jamais retarder le début du traitement. La scintigraphie devrait être effectuée avant d'instituer le traitement ou au plus tard dans la semaine qui suit le début du traitement. Si elle n'a pas pu être faite avant le début du traitement, on peut arrêter le traitement sans risque pendant 1 mois, à partir de l'âge de 4 ans.

4. - **Autres explorations** : Des explorations plus spécialisées seront demandées en fonction du contexte clinique:
- Test à la TRH : il garde un intérêt dans la réévaluation des hypothyroïdies congénitales traitées.
  - Dosage de la thyroglobuline : son taux reflète l'existence ou non de tissu thyroïdien fonctionnel.
  - Biopsie thyroïdienne
  - Plus rarement, étude génétique en présence de cas familiaux
  - Test au perchlorate, à la recherche d'une trouble de l'organification de l'iode.

## V. FORMES CLINIQUES

### A. FORMES SYMPTOMATIQUES

#### 1. - Hypothyroïdie fruste:

- L'hypothyroïdie fruste, ou *occulte* ou *infraclinique*, est définie biologiquement par l'association d'un **taux de TSH élevé au-delà d'une limite fixée généralement à 4 mUI/l**, et d'un **taux normal de T4 libre**, en présence ou non de signes cliniques d'hypothyroïdie. **Ce taux doit être confirmé par un deuxième dosage réalisé un à 3 mois après le premier.**

- Lorsque le taux de TSH est  $< 10$  mU/l, la majorité des patients sont asymptomatiques.
- Aucun autre examen complémentaire n'est nécessaire pour **confirmer le diagnostic** d'hypothyroïdie fruste. Le test de stimulation par la TRH n'a plus de place dans cette indication. S'il est réalisé, il peut montrer une réponse explosive de la TSH  $> 20$  mU/l.
- Les Ac anti-TPO sont utiles dans cette forme, pour en préciser l'étiologie et prendre une décision thérapeutique.
- La **prévalence** de cette forme fruste est plus élevée chez les femmes âgées de plus de 60 ans, dans les zones de carence endémique en iode, en cas d'antécédents de dysthyroïdie ou de prise de médicaments pouvant induire une hypothyroïdie (amiodarone, lithium, interféron).
- Bien qu'infra-clinique, cette forme d'hypothyroïdie peut avoir des **répercussions cliniques et/ou biologiques**, notamment:
  - Cardiaques : altération de la fonction diastolique et réduction des capacités contractiles à l'effort, réversibles sous traitement substitutif.
  - Neuro-psychiatriques : des troubles mnésiques, des troubles de l'humeur de type dépression et des problèmes de concentration semblent être plus prévalents chez les patients âgés avec une hypothyroïdie infraclinique.
  - Sur le profil lipidique : la dyslipidémie est la perturbation la plus fréquente et souvent révélatrice de l'hypothyroïdie, quelle qu'en soit la forme : élévation de la cholestérolémie totale et du LDL-cholestérol, partiellement réversibles après traitement substitutif.

Les **recommandations pour le dépistage** varient selon les Sociétés savantes. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de la Société Française d'Endocrinologie en 2007 précisent:

- Il n'y a pas lieu de réaliser un dépistage systématique de l'hypothyroïdie fruste.
- Un dépistage ciblé est indiqué dans les situations à risque:
  - femme âgée de plus de 60 ans, ayant des antécédents de maladie thyroïdienne,

- patients originaires de zones d'endémie
- présence d'anticorps antithyroïdiens
- antécédents de chirurgie ou d'irradiation thyroïdienne ou cervicale
- traitements à risque thyroïdien (amiodarone, lithium, interféron ou autres cytokines).

**Evolution des hypothyroïdies frustes :**

- 1/3 des cas : stabilité du statut hormonal (hypothyroïdie fruste persistante).
- 1/3 des cas : normalisation spontanée du taux de TSH.
- 1/3 des cas : évolution vers une hypothyroïdie avérée (la présence d'anticorps anti-TPO, le niveau initial d'élévation de la TSH et un antécédent d'irradiation cervicale sont des facteurs prédictifs importants d'évolution vers l'hypothyroïdie avérée).

*La décision thérapeutique doit tenir compte des répercussions cliniques et biologiques et du risque d'évoluer vers une hypothyroïdie avérée.*

**2. - Formes monosymptomatiques trompeuses :**

Hypothyroïdies révélées par un seul signe pouvant égarer le diagnostic :

- Syndrome œdémateux
- Syndrome dépressif
- Syndrome aménorrhée-galactorrhée
- Syndrome du canal carpien
- Syndrome d'apnées du sommeil
- Trouble du rythme, bloc auriculo-ventriculaire isolé
- Anémie résistante au traitement martial
- Hypercholestérolémie.

**3. - Goitre fœtal/néonatal:**

Certaines étiologies d'hypothyroïdie congénitale s'accompagnent d'un goitre. Le diagnostic est le plus souvent précoce, dès la naissance, voire dès la période fœtale à l'échographie anténatale. Ce goitre peut occasionner une détresse respiratoire par compression de la trachée ainsi que des troubles de la déglutition.

## **B. - FORMES SELON LE TERRAIN**

### **1. - Forme de l'homme:**

Elle est évoquée, en plus du tableau de myxœdème, devant les troubles de la fonction sexuelle : baisse de la libido, dysfonction érectile et infertilité.

### **2. - Forme de la femme enceinte**

- L'hypothyroïdie au cours de la grossesse est estimée à 0,5% pour la forme patente et 2 % pour la forme fruste. Dans la majorité des cas, l'hypothyroïdie relève d'un mécanisme auto- immun : elle est liée à une thyroïdite auto-immune asymptomatique, dont témoigne la présence d'anticorps anti-TPO ou anti-Tg. Elle peut également être la conséquence d'une carence en iode modérée ou sévère.

La grossesse peut révéler une forme fruste, par incapacité de la thyroïde d'accroître sa production hormonale, à l'occasion des besoins spécifiques de la grossesse.

Le diagnostic d'hypothyroïdie est difficile pendant la grossesse, du fait de la similitude des symptômes avec ceux rapportés au cours de la grossesse (prise de poids, asthénie, constipation...).

- Le diagnostic biologique repose sur le dosage de la **TSH**, car la FT4 diminue physiologiquement au cours du 2<sup>ème</sup> et du 3<sup>ème</sup> trimestre.

- L'hypothyroïdie, quelle qu'en soit l'étiologie, expose au cours de la grossesse à des complications maternelles et fœtales: fausses couches précoces, anémie, hypertension artérielle, hématome rétro-placentaire, rupture prématurée des membranes, hémorragie de la délivrance... De plus, la présence d'anticorps anti TPO est fortement associée à la survenue d'avortements spontanés.

- Une augmentation des doses de L- thyroxine et une surveillance rapprochée de la fonction thyroïdienne (tous les mois) sont recommandées, dès le diagnostic de grossesse chez la femme traitée pour hypothyroïdie.

- Le dépistage de l'hypothyroïdie chez une femme enceinte est indiqué en cas de:

- signes cliniques évocateurs, tel un goitre,
- contexte auto-immun, tel un diabète de type 1,
- contexte thyroïdien personnel ou familial : antécédent de

dysthyroïdie, d'intervention chirurgicale sur la thyroïde ou notion d'élévation des anticorps antithyroïdiens.

### 3. - **Forme du sujet âgé**

L'hypothyroïdie du sujet âgé est fréquente : 5 à 15% après l'âge de 65 ans. Le diagnostic est difficile en raison de la fréquence des formes pauci-symptomatiques et de la similitude des manifestations du vieillissement avec celles de l'hypothyroïdie (ralentissement psychique, troubles mnésiques, hypoacousie, frilosité, réduction des activités quotidiennes...). Elle est souvent diagnostiquée au stade de complications. L'étiologie la plus fréquente est le myxœdème primitif.

## C.- FORMES ETIOLOGIQUES :

40.7

### 1. Les hypothyroïdies primaires:

#### 1.1. - Hypothyroïdies primaires congénitales permanentes:

a) **Dysgénésie thyroïdienne**: 70 à 85 % des hypothyroïdies congénitales. Elles sont 2 à 3 fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons.

- **Athyroïse** : Elle donne un tableau grave dès la naissance, responsable du myxœdème de l'enfant. Les hormones thyroïdiennes sont indétectables et la TSH est très élevée. Le diagnostic est confirmé par l'échographie thyroïdienne, la scintigraphie et le dosage de thyroglobuline qui confirment l'absence de parenchyme thyroïdien.

- **Ectopie** : la plus fréquente. Le tissu glandulaire est situé sur le trajet du canal thyroïdien, le plus souvent au niveau de la base de la langue. Les signes d'hypothyroïdie se déclarent à des âges variables en raison d'une sécrétion hormonale résiduelle variable. Le diagnostic est confirmé par l'échographie thyroïdienne et la scintigraphie, qui montrent la présence de parenchyme thyroïdien en dehors de la loge thyroïdienne.

b) **Troubles de l'hormonogénèse** : 10 à 15%

L'âge du diagnostic est variable allant de la période néonatale à l'âge pubertaire. L'interrogatoire révèle souvent la notion de cas familiaux. La transmission est généralement autosomique récessive.

Cliniquement :

- Les signes d'hypothyroïdie sont de gravité variable, selon l'importance du déficit hormonal.
- Ils s'associent souvent à un goitre. le plus souvent homogène, parfois nodulaire surtout en cas de diagnostic tardif.
- Le volume du goitre diminue sous traitement.

Selon le niveau de blocage enzymatique, on distingue **6 types** :

- **Défaut de captation des iodures:** par mutations du symporteur iode-sodium (NIS), entraînant l'impossibilité de prélever l'iode du plasma vers la cellule thyroïdienne.
- **Défaut d'oxydation et d'organification de l'iode:** c'est le trouble le plus fréquent. Il est secondaire à une déficience de la thyroperoxydase (pendrine).
- **Mutation du gène de la pendrine** (syndrome de Pendred, associant un goitre avec ou sans hypothyroïdie et une surdité neurosensorielle bilatérale).
- **Défaut de couplage des tyrosines.**
- **Troubles de la synthèse ou de l'hydrolyse de la thyroglobuline.**
- **Défaut de la déshalogénase ou de la désiodinase...**

Le diagnostic de trouble de l'hormonogénèse repose sur la scintigraphie, en association au test au perchlorate, qui permet de distinguer un trouble complet (baisse de la captation de l'iode de 85 à 90%), d'un trouble partiel (baisse de 10 à 15%). L'étude systématique des défauts spécifiques n'est pas réalisée en routine car elle n'influe ni sur le conseil génétique ni sur le traitement. Les analyses de génétique moléculaire peuvent être réalisées en présence de cas familiaux ou de phénotypes suggestifs.

**c) Résistance à la TSH :**

Maladie rare, secondaire à des mutations du récepteur de la TSH (pseudo-hypothyroïdie). La TSH est élevée, la T4 est normale ou abaissée. Absence de captation à la scintigraphie thyroïdienne. La thyroglobuline est détectable, à l'opposé de l'athyréose.

**d) « Résistance » aux hormones thyroïdiennes:**

- **Résistance aux hormones thyroïdiennes :** par des mutations inactivatrices du récepteur bêta de la triiodothyronine (TR  $\beta$ ) qui apparaissent de novo, ou sont transmises de façon autosomique dominante. Ne constitue pas une cause

d'hypothyroïdie au sens propre. La distribution tissulaire variable des deux types de récepteurs aux hormones thyroïdiennes ( $TR\alpha$  et  $TR\beta$ ), peut induire des signes d'hypométabolisme dans certains tissus et des signes thyrotoxiques dans d'autres.

- **Anomalie du transport des hormones thyroïdiennes** (mutation du transporteur 8 de monocarboxylate (MCT8), un transporteur spécifique de l'hormone thyroïdienne T3).

### 1.2 - Hypothyroïdies primaires congénitales transitoires

- **Une hypothyroïdie, même légère, chez une femme enceinte** induira une atteinte du potentiel psycho-intellectuel de son enfant, en l'absence de dysfonctionnement thyroïdien chez celui-ci.

Trois à 25 pour mille de toutes les femmes enceintes sont ou deviennent hypothyroïdiennes. L'hypothyroïdie durant la grossesse est le plus souvent dûe à une thyroïdite auto-immune préexistante ou induite par la grossesse.

Elle peut aussi être liée à :

- une carence en iode sévère : L'apport en iode chez la femme enceinte devrait atteindre un minimum de 200  $\mu\text{g}/\text{jour}$ . En cas de carence en iode très précoce au cours de la grossesse, les nourrissons peuvent présenter un retard de croissance important, des traits du visage grossiers, un retard intellectuel et une spasticité.
- un traitement maternel par les antithyroïdiens de synthèse pour une maladie de Basedow.
- le passage transplacentaire d'anticorps contre le récepteur de la TSH
  - un traitement par des médicaments riches en iode au cours de la grossesse (amiodarone, antitussifs...),

Une surveillance systématique de la fonction thyroïdienne et de la présence des auto-anticorps antithyroïdiens doit être faite avant et pendant la grossesse.

### 1.3. -- Les hypothyroïdies primaires acquises :

#### a) *Thyroïdites auto-immunes :*

Trois entités apparentées sont possibles :

#### ➤ *Thyroïdite lymphocytaire chronique atrophique ou myxœdème primitif:*

- Pathologie fréquente essentiellement féminine, surtout après la ménopause, d'installation insidieuse.
- Elle donne le tableau clinique d'hypothyroïdie évoluée décrit dans la forme type d'hypothyroïdie de l'adulte, associé à une thyroïde de volume réduit.

- Le diagnostic positif de l'hypothyroïdie repose sur les dosages de base de TSH et T4. - Le diagnostic étiologique est difficile à ce stade, car le titre des anticorps antithyroïdiens diminue au fil du temps, parallèlement à la diminution de la masse parenchymateuse thyroïdienne fonctionnelle. Ils sont habituellement négatifs à ce stade d'atrophie thyroïdienne.

➤ *Thyroïdite lymphocytaire chronique de Hashimoto:*

Maladie thyroïdienne la plus fréquente. Elle correspond à la forme hypertrophique des thyroïdites lymphocytaires chroniques.

- Elle prédomine chez la femme et son incidence est plus élevée quand les apports alimentaires sont riches en iode. Chez l'enfant et l'adolescent surtout, cette forme de thyroïdite représente l'étiologie la plus fréquente de goitre sporadique depuis que le déficit en iode a disparu.

**Clinique :**

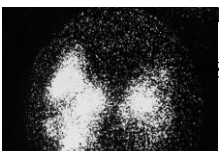
- Elle est évoquée en présence d'un petit goitre constant, diffus, parfois asymétrique, indolore, de volume modéré, de consistance particulière: ferme ou élastique, hétérogène, habituellement non compressif, parfois granuleux ou pseudonodulaire.

- L'évolution du goitre est très variable : stabilité, atrophie progressive ou plus rarement, augmentation du volume pouvant mimer une maladie tumorale.

**Le diagnostic :**

- Le dosage de T4 libre et TSH. La fonction thyroïdienne est rarement perturbée initialement et le malade peut longtemps rester asymptomatique. Une phase transitoire d'hyperthyroïdie est possible (Hashitoxicose). L'évolution naturelle se fait vers l'hypothyroïdie, d'abord préclinique puis plus franche au fil du temps.
- Le diagnostic étiologique repose sur le dosage des Ac anti-TPO, présents à un titre élevé (positifs dans 95 % à 100 % des cas). La détermination des anticorps anti-Tg est peu utile car leur positivité et leur taux sont moindres que ceux des anti-TPO. Les Ac anti-RTSH type bloquants sont encore plus rares. Le titre des anticorps antithyroïdiens, initialement franchement élevé, diminue au fil du temps.
- L'échographie thyroïdienne est inutile lorsque le goitre est diffus. En présence d'un goitre nodulaire, l'aspect échographique est caractéristique : thyroïde modérément augmentée de volume, hypoéchogène, hétérogène, d'aspect pseudo-nodulaire.

scintigraphie n'est pas nécessaire au diagnostic. Si elle est réalisée, elle montre





une fixation hétérogène avec des images trompeuses de pseudo-nodules, de fixation variable (aspect en damier).

➤ Thyroïdite subaigüe silencieuse ou indolore:

Elle touche surtout la femme entre 30 et 50 ans. L'hypothyroïdie est habituellement transitoire. Les Ac anti-thyroidiens sont positifs dans 50% des cas. La scintigraphie est blanche (captation du radiotracer basse ou effondrée, en l'absence de surcharge iodée). Une évolution vers l'hypothyroïdie permanente est observée dans 20 % des cas.

**La thyroïdite du post-partum (TPP) :** est une variante de la thyroïdite subaigüe silencieuse ou de la thyroïdite de Hashimoto, survenant dans le post-partum.

Elle est définie comme une dysfonction thyroïdienne transitoire ou permanente survenant dans la première année suivant un accouchement ou une fausse couche.

Il s'agit d'une affection fréquente (5 à 9 % des accouchées). La prévalence est plus élevée chez les diabétiques de type 1, les femmes porteuses d'anticorps en début de grossesse, les fumeuses et les femmes ayant présenté un épisode identique lors d'une grossesse précédente.

Le diagnostic de TPP repose sur:

- l'existence d'une phase courte de thyrotoxicose débutant le plus souvent 1-4 mois après l'accouchement, précédant l'hypothyroïdie, souvent méconnue mais qu'un interrogatoire soigneux permet de suspecter,
- Le diagnostic est le plus souvent envisagé en présence d'un goitre et/ou une hypothyroïdie.
- Le dosage de la TSH, complété par le dosage des hormones thyroïdiennes, confirme l'hypothyroïdie. Il est indispensable au cours du suivi.
- La présence d'anticorps anti-TPO. La forte prévalence des Ac anti-TPO en début de grossesse est en faveur d'une thyroïdite auto-immune préexistante, qui reste latente pendant la grossesse en raison de la tolérance immunitaire induite par la gestation, puis subit un rebond dans le post- partum.
- Eventuellement l'absence de fixation à la scintigraphie en phase thyrotoxique (mais la scintigraphie est contre-indiquée chez la femme allaitante).

Evolution : Elle est souvent transitoire (70 % des cas), avec retour à une fonction

thyroïdienne normale au bout d'un an, en moyenne. Le passage à l'hypothyroïdie définitive est possible. Le risque de récurrence au décours des grossesses suivantes est important (70 %).

➤ *Le diagnostic de thyroïdite auto-immune, affection au carrefour des maladies auto-immunes, implique la recherche chez le malade et son entourage d'autres maladies auto-immunes, entrant dans le cadre:*

- **Des polyendocrinopathies auto-immunes (PEAI) de type 1 :** pouvant associer à la thyroïdite de Hashimoto (18% des cas), une hypoparathyroïdie, un diabète de type 1 (DT1), une maladie d'Addison et/ou une candidose chronique récidivante. Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence d'une mutation du gène AIRE.
- **Des PEAII de type 2 :** pouvant associer à la thyroïdite de Hashimoto, essentiellement une insuffisance surrénale auto-immune (maladie d'Addison), un DT1, une insuffisance ovarienne. L'association à la thyroïdite de Hashimoto d'une maladie d'Addison constitue le **syndrome de Schmidt**.
- **D'un syndrome auto-immun multiple :** un screening des maladies auto-immunes est nécessaire à la recherche d'un **vitiligo** (facilement diagnostiqué par l'examen clinique), d'une **anémie de Biermer** (macrocytose, myélogramme, Ac anti-cellules pariétales gastriques, fibroscopie digestive), d'un **syndrome de Gougerot Sjogren** (test de Shirmer, facteur rhumatoïde, Ac anti-SSA et anti-SSB), d'une **myasthénie** (EMG, test à la prostigmine, Ac anti R-Acétylcholine et anti-muscles striés), d'une **maladie cœliaque** (Ac anti-peptides désamidés de la gliadine, anti-transglutaminase et anti-endomysium, biopsie jéjunale), d'une **cirrhose biliaire primitive** (Ac anti-mitochondries)...

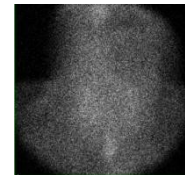
**b) Thyroïdites non auto-immunes:**

➤ *Thyroïdite subaiguë de De Quervain:*

- Elle survient le plus souvent quelques semaines après un épisode banal d'une affection des voies respiratoires supérieures.
- Le tableau clinique initial est très polymorphe et peut faire errer le diagnostic.

L'hypothyroïdie passe généralement cliniquement inaperçue. Elle succède à une phase de thyrotoxicose discrète à rechercher par l'interrogatoire : palpitations, fatigue, tremblement ou perte de poids, souvent peu identifiés par le patient.

Pendant la phase thyrotoxique, les signes locaux et généraux inflammatoires sont au



N° Validation 0840201958

premier plan : cervicalgies uni ou bilatérales irradiant vers les oreilles ou la mandibule, dysphagie, myalgies, état fébrile d'importance variable, sudation nocturne...

- La scintigraphie est blanche.
- L'hypothyroïdie est habituellement transitoire. Elle peut persister dans 1 à 5% des cas. La durée totale d'évolution n'excède pas 4 à 6 mois. La guérison est spontanée et l'évolution peut être raccourcie par le traitement anti-inflammatoire. Des récurrences sont possibles, dans environ 20% des cas.

➤ Thyroïdite chronique de Riedel

- Elle est extrêmement rare. Elle touche surtout la femme.
- Elle représente la localisation thyroïdienne d'une maladie fibro-scléreuse, pseudo-tumorale, localisée ou généralisée.
- Elle est à évoquer devant un goitre dur, souvent fixé, adhérent aux organes de voisinage, compressif (troubles de la déglutition, dyspnée et douleurs). L'hypothyroïdie secondaire à une fibrose disséquante étendue peut s'associer à une hypoparathyroïdie. D'autres manifestations de fibrose parfois associées, sont évocatrices du diagnostic (médiastinale, rétropéritonéale, glandes salivaires et lacrymales...)

c) **Hypothyroïdies iatrogènes**

➤ Hypothyroïdie post-chirurgicale:

L'hypothyroïdie peut être secondaire à une thyroïdectomie totale ou subtotale, quelle qu'en soit l'indication, facilement retrouvée à l'interrogatoire.

➤ Hypothyroïdie après traitement à l'iode radioactif (IRA-thérapie):

L'hypothyroïdie peut survenir après traitement par <sup>131</sup>Iode. Le risque d'hypothyroïdie est fonction de la dose administrée. La fréquence à un an atteint 60% si la dose d'<sup>131</sup>Iode > 15 mCi.

On distingue :

- L'hypothyroïdie transitoire précoce, survenant 2 à 6 mois après une IRA-thérapie, généralement précédée d'une phase thyrotoxique.
- L'hypothyroïdie définitive, dont l'incidence augmente avec le temps.

➤ Hypothyroïdie post radique (radiothérapie externe):

Le risque d'hypothyroïdie est aussi fonction de la dose administrée.

N° Validation 0840201958

Elle est plus fréquente chez les sujets jeunes, de sexe féminin et lors d'une radiothérapie associée à une chimiothérapie ou à un apport iodé important et chronique (lymphographie).

Elle se voit particulièrement au cours de l'irradiation pour maladie de Hodgkin, lymphome, ou cancer de la sphère ORL (cancer du cavum).

Le délai d'apparition est variable de 3 mois à 6 ans.

Une irradiation de 30 à 50 Gy entraîne une hypothyroïdie chez 25 à 50% des sujets au bout de 10 ans. Un antécédent de radiothérapie impose donc une surveillance régulière et prolongée de la fonction thyroïdienne (TSH) car le risque de survenue d'hypothyroïdie est d'autant plus important que le recul est important.

➤ *Hypothyroïdie secondaire à une prise médicamenteuse:*

Plusieurs médicaments peuvent être à l'origine d'une hypothyroïdie, surtout les produits iodés, le lithium et l'interféron.

*d) Maladies infiltratives de la thyroïde:*

La localisation thyroïdienne des lymphomes, leucémies, granulomatoses (tuberculose, sarcoïdose, histiocytose), amylose est rare. Elle sera évoquée en présence de signes systémiques spécifiques, associés à une hypothyroïdie.

## 2. Les hypothyroïdies centrales : insuffisance thyroïdienne

40.6

L'hypothyroïdie centrale est, en général, cliniquement **moins sévère** que l'hypothyroïdie périphérique. Les symptômes habituellement rapportés sont : une asthénie, des maux de tête, des troubles de la fonction sexuelle. **L'absence d'infiltration myxoédémateuse** est un signe négatif très évocateur. L'hyponatrémie est plus profonde, car aggravée par une insuffisance corticotrope associée.

Le diagnostic positif repose sur **une FT4 basse et une TSH normale, basse ou modérément élevée (inappropriée)**. La TSH peut être discrètement élevée (jusqu'à 10 mUI/l), en cas d'atteinte hypothalamique ou en cas de syndrome de Sheehan.

Le test de stimulation à la TRH n'est pas nécessaire au diagnostic.

Le **déficit thyroïdienne est rarement isolé**. Son diagnostic implique l'exploration des autres axes hypophysaires à la recherche d'autres déficits associés.

Les principales causes sont :

**- Congénitales chez l'enfant :**

**L'hypothyroïdie centrale congénitale** est très rare (1/100 000 naissances vivantes). Elle peut être secondaire à un déficit en TRH (hypothalamique) ou à un déficit en TSH (hypophysaire).

N° Validation 0840201958

Les signes cliniques sont rarement précoces et souvent modérés se résumant à un retard statural isolé.

Elle s'associe presque toujours à d'autres déficits d'hormones hypophysaires dans le cadre d'un pan-hypopituitarisme plus ou moins complet, lié à :

- Un syndrome d'interruption de la tige hypophysaire
- Des mutations inactivatrices du récepteur de TRH ou de facteurs de transcription hypophysaire (Pit-1, Pro-Pit 1, LHX 3, HESX-1).

L'insuffisance thyroïdienne est plus rarement isolée, liée à des mutations inactivatrices du récepteur de la TRH, ou de la sous unité bêta de la TSH.

**- Acquis chez le grand enfant et l'adulte:**

- **tumorales** (macroadénome hypophysaire, craniopharyngiome...),
  - **iatrogènes** (chirurgie ou radiothérapie de la région hypothalamo-hypophysaire),
  - **vasculaire** (syndrome de Sheehan)
  - traumatiques,
  - infiltratives (sarcoidose, histiocytose, tuberculose).
- L'imagerie (IRM) hypothalamo-hypophysaire est l'examen clé pour le diagnostic étiologique.

**D. - FORMES COMPLIQUÉES :**

En l'absence de traitement, l'évolution est insidieuse. L'hypothyroïdie s'aggrave progressivement et expose à la survenue possible de complications:

**1.- Complications cardiovasculaires :**

- *Troubles de la conduction* à type de BAV ou de bloc de branche. Ils sont rares et régressifs sous traitement substitutif.
- *Insuffisance coronaire* : Elle est souvent asymptomatique, masquée par la bradycardie, mais elle risque de se démasquer sous traitement substitutif. Elle est principalement à craindre chez le sujet âgé.
- *Péricardite myxœdémateuse* : le plus souvent représentée par un épanchement péricardique minime, généralement bien toléré. La tamponnade est rare. Le diagnostic est évoqué cliniquement et radiologiquement (cardiomégalie) et confirmé par l'échographie cardiaque (épanchement péricardique).
- *Cardiomyopathie myxœdémateuse* : donne rarement une

insuffisance cardiaque, se voit surtout en cas de cardiopathie sous-jacente.

## **2.- Complications respiratoires : syndrome d'apnées du sommeil :**

Il touche 25% des patients. Il se manifeste par des ronflements nocturnes entrecoupés d'éveils en sursaut, une somnolence diurne. Il expose à un risque de morbidité cardio-vasculaire et de mort subite. Le diagnostic est posé grâce à la polysomnographie.

## **3.- Complications musculaires :**

Myopathie avec hypertrophie musculaire diffuse. La biologie montre une élévation importante des CPK et LDH. Elle peut être majorée par l'utilisation abusive de statines prescrites pour une hypercholestérolémie secondaire à une hypothyroïdie non diagnostiquée.

## **4.- Complications neuro-psychiatriques :**

- Accès paranoïaque
- Hallucinations auditives et visuelles
- Tendances dépressives et suicidaires.

Ces complications psychiatriques peuvent être révélatrices et doivent conduire au dépistage de l'hypothyroïdie, dont le traitement permet généralement la régression de ces signes sans recours aux psychotropes.

- Syndrome cérébelleux, vestibulaire.
- Encéphalopathie de Hashimoto : rare, survient plus fréquemment chez les femmes. Les manifestations neurologiques sont variées : les troubles cognitifs sont les plus fréquents, associant amnésie antérograde et désorientation temporo-spatiale. Une épilepsie est également fréquente. L'installation de ces troubles est rapide et associée à un syndrome confusionnel. Les caractéristiques de cette affection sont : l'association à des titres souvent très élevés d'anticorps antithyroïdiens ainsi que son caractère cortico-sensible (amélioration des symptômes par un traitement aux corticoïdes).

## **5.- Coma myxœdémateux :**

- Le coma myxœdémateux est une urgence thérapeutique. La mortalité est de 20 à 30%.

- C'est une pathologie rare qui survient habituellement chez un sujet âgé, souvent de sexe féminin, hypothyroïdien non traité ou après l'arrêt intempestif du traitement. Il est favorisé par le froid, une infection, une pathologie intercurrente (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque ou respiratoire, etc.) ou la prise de certains médicaments (amiodarone, anesthésiques, bêtabloquants, diurétiques, tranquillisants, perfusions intempestives...).
- Il est évoqué devant l'installation d'un coma calme avec une hypothermie centrale sévère et une défaillance cardio-pulmonaire. Les signes classiques d'hypothyroïdie sont présents.
- Sur le plan biologique, l'élévation de la TSH et la baisse de la FT4 s'associent à une hyponatrémie sévère ( $< 120$  mmol/l), une hypoxie, une hypocapnie, une augmentation des enzymes musculaires (CPK et LDH), une hypoglycémie et une anémie.
- La prise en charge doit se faire en urgence, en unité de soins intensifs. Le meilleur traitement reste préventif.

#### **6. – Complications de l'hypothyroïdie congénitale:**

Sans traitement, l'hypothyroïdie congénitale entraîne un retard de croissance et un ralentissement important du développement psychomoteur et des apprentissages. Les enfants non diagnostiqués et non traités développent un nanisme dysharmonieux et souffrent d'un déficit intellectuel irréversible sévère et d'une baisse de l'audition. Ces troubles peuvent être prévenus par le dépistage systématique à la naissance et le traitement précoce des enfants dépistés.

#### **Facteurs qui conditionnent le pronostic:**

- **Facteurs liés à la maladie:**

*a-Etiologie* : Dans les formes traitées tardivement, le pronostic mental des nouveau-nés avec athyréose (absence totale de sécrétion d'hormones thyroïdiennes) est plus sévère que celui des nouveau-nés avec ectopie thyroïdienne, chez lesquels persiste un certain degré de sécrétion thyroïdienne fœtale. Cette différence entre les deux groupes disparaît lorsque les nouveau-nés sont dépistés systématiquement et traités précocement à fortes doses.

*b-Sévérité initiale* : Elle est jugée sur la combinaison des taux de T4 au moment du diagnostic et du degré de maturation osseuse évalué par la surface épiphysaire.

- **Facteurs liés au traitement:**

*a- Age du début du traitement* : Un traitement institué avant l'âge de 1 mois permet de préserver le pronostic neurologique.

*b- Dose initiale* : Chez le nouveau né, de doses fortes de L Thyroxine (10-15 µg/kg/j) permettent une amélioration du QI, évalué à l'âge de 6-8 ans.

*c- Observance thérapeutique* : Il faut insister sur ce point avec les parents. Une mauvaise observance est suspectée si la TSH reste élevée (> 20 mU/l) au bout de 4 semaines de traitement.

*d- Délai de normalisation de la TSH* : La normalisation du taux de T4 est généralement rapidement obtenue sous traitement, alors que celle du taux de TSH nécessite parfois plusieurs mois. Ceci serait dû, soit à un sous-dosage thérapeutique, soit à l'existence d'un rétrocontrôle hypothalamo-hypophysaire anormal à la période néonatale. La normalisation rapide de la TSH (avant 1 mois) permet une amélioration de la mémoire et de la concentration.

## VI. TRAITEMENT

Les objectifs thérapeutiques varient en fonction du terrain et de l'origine de l'hypothyroïdie.

### A. – MOYENS THERAPEUTIQUES

#### 1. - *L-thyroxine* : *LT4*

C'est la forme de réserve, qui est convertie en T3. Elle est préférée à la T3, du fait de:

- Son absorption digestive rapide, meilleure lorsqu'elle est prise **à jeun**.
- Sa demi-vie de 7 jours. Une **prise quotidienne** garantit une concentration plasmatique stable même en cas d'oubli occasionnel.
- Elle ne passe pas la barrière placentaire. Elle est retrouvée dans le lait maternel mais ne contre-indique pas l'allaitement.

Présentations:

- L-thyroxine : cp à 100 µg, gouttes à 5 µg, ampoule injectable à 200 µg.



- Lévothyrox® : cp à 25, 50, 75, 100 et 150 µg.
  - Berlthyrox® : cp à 50, 100 et 150 µg.
- interactions médicamenteuses : potentialisation des AVK et des antidépresseurs, diminution de l'effet des hypoglycémifiants. La cholestyramine (Questran\*) diminue l'absorption des hormones thyroïdiennes.
- Les besoins en hormones thyroïdiennes sont majorés en cas d'obésité, de grossesse, d'association à certains médicaments (pansements digestifs, inhibiteurs de la pompe à protons, sel ferreux, estrogènes), en cas de maladies associées (maladie cœliaque), d'une déperdition hormonale (dialyse, syndrome néphrotique), ou d'un excès de catabolisme (médicaments inducteurs enzymatiques).

## 2. - L Triiodothyronine (LT3)

- La LT3 (CYNOMEL®, cp à 25 µg), n'a qu'une seule indication : remplacement temporaire de la LT4, arrêtée 1 mois avant la réalisation d'une scintigraphie corps entier à l'<sup>131</sup>iode, sous «stimulation par la TSH» chez les sujets ayant subi une thyroïdectomie totale pour cancer thyroïdien. La demi vie courte de la LT3 permet de ne l'arrêter que 15 jours avant l'examen. Son utilisation a diminué dans les pays disposant de la TSH recombinante pour la stimulation thyroïdienne.
- La préparation contenant LT3 + LT4 (EUTHYRAL®) n'est pas commercialisée en Tunisie. Elle a peu d'intérêt puisque la T3 endogène provient de la conversion périphérique de la T4.

40.11

## B. -INDICATIONS

### 1. - Stratégie thérapeutique dans la forme non compliquée du sujet adulte:

Avant d'initier le traitement, il faut dépister et instituer le traitement d'une éventuelle insuffisance coronarienne ou d'une insuffisance surrénalienne ou d'une anémie profonde.

La posologie initiale peut être forte d'emblée (50 µg/j) puis augmentée par palier de 25 µg tous les 15 jours, jusqu'à obtenir une TSH dans les limites normales. La dose habituelle est de 100 à 150 µg/j (1,5 à 2 µg/kg/j). Cette posologie est indépendante de

40.13

l'étiologie.

Le patient doit être **éduqué** sur les éléments suivants:

- Le traitement est substitutif, à vie. Toute interruption du traitement aboutit à la rechute de l'hypothyroïdie.
- Il n'y a pas de consignes diététiques spécifiques à l'hypothyroïdie,
- Le traitement de l'hypothyroïdie ne nécessite de la part du patient aucune auto-surveillance ou auto-adaptation du traitement (contrairement au traitement substitutif de l'insuffisance surrénalienne ou du DT1).
- La prise est unique, le matin à jeun, à distance de toute alimentation (au moins 30 minutes avant le petit-déjeuner).

## 2. – Autres indications thérapeutiques:

### ➤ *Hypothyroïdie fruste:*

Il n'existe pas de bénéfices argumentés, d'un point de vue clinique ou biologique, de la substitution par L-thyroxine de l'hypothyroïdie fruste, lorsque la valeur de TSH est < 10 mUI/l et que le risque de conversion en hypothyroïdie franche est réduit.

En pratique, trois situations sont à distinguer :

- risque élevé de conversion (TSH > 10 mUI/l et/ou présence d'anti-TPO) : le traitement est recommandé.
- risque faible de conversion (TSH < 10 mUI/l et absence d'anticorps anti-TPO) : il est recommandé de surveiller la TSH à 6 mois puis tous les ans.
- risque intermédiaire (TSH entre 4 et 10 mUI/l) : l'instauration d'un traitement peut se discuter devant:
  - la présence d'anticorps anti-TPO ou de signes cliniques très évocateurs d'hypothyroïdie,
  - une hypercholestérolémie.

### ➤ *Forme du sujet âgé ou atteint d'insuffisance coronarienne:*

Hospitalisation pour surveillance quotidienne, clinique et ECG, chez les sujets les plus fragiles. Le traitement doit être instauré très progressivement, sous surveillance clinique et électrique. La dose initiale doit être faible : 12,5 µg/j de LT4.

L'association éventuelle, en l'absence de contre indication, d'un bêtabloquant cardio-sélectif à faible dose (car la clairance métabolique des médicaments est diminuée), d'un

N° Validation 0840201958

antiagrégant plaquettaire, de dérivés nitrés et de vasodilatateurs (avec prudence car accentuent la bradycardie et l'hypotension artérielle) peut être envisagée en cas d'insuffisance coronaire. L'augmentation des doses de LT4 doit être très lente par paliers de 12,5 µg par mois, après examen clinique et ECG. La dose moyenne chez le sujet âgé est de 1,3 µg/kg/jour.

➤ Chez la femme enceinte

Les besoins en L-thyroxine des femmes enceintes hypothyroïdiennes augmentent d'environ 30 à 50 % entre le début et la fin de la grossesse. Il est donc très important de surveiller et d'adapter précocement le traitement. Le traitement se justifie dès que la TSH est > 4 mUI/l. Son objectif est d'obtenir une TSH inférieure à 2,5 mUI/l avant la conception et au 1<sup>er</sup> trimestre puis inférieure aux valeurs normales aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres.

Lorsque l'hypothyroïdie est diagnostiquée pendant la grossesse, l'augmentation de la dose de thyroxine doit être immédiate et adaptée au taux de TSH :

- 25 à 50 µg de plus si la TSH est entre 5 et 10 mUI/l.
- 50 à 75 µg de plus si la TSH est entre 10 et 20 mUI/l.
- et 100 µg de plus si la TSH est supérieure à 20 mUI/l.

➤ Dans les thyroïdites autoimmunes associées à l'insuffisance surrénalienne (syndrome de Schmidt) : il faut commencer par substituer l'insuffisance surrénalienne puis substituer l'insuffisance thyroïdienne.

➤ Hypothyroïdie centrale : Avant le traitement de l'insuffisance thyroïdienne, la fonction corticotrope doit être correctement substituée du fait des risques de décompensation surrénalienne aiguë. Pour cela on commencera par l'hydrocortisone à la dose de 15 à 20 mg/j et au bout de 3 jours, on associe la L-Thyroxine. Les besoins en L-thyroxine augmentent avec certains traitements associés, dans ce contexte : estrogènes et hormone de croissance (GH).

➤ Coma myxœdémateux: il nécessite un traitement urgent en unité de soins intensifs.

**L'opothérapie substitutive** doit être rapidement instaurée. La posologie initiale peut être :

- soit une forte dose d'emblée de L-thyroxine (bolus IV de 300-500 µg suivi d'une prise journalière de 50-100 µg per os ou par sonde gastrique),

- soit une faible dose de L-thyroxine (25 µg/j) à augmenter progressivement (toutes les semaines).

**Le traitement symptomatique** comprend :

- Correction des troubles ventilatoires : oxygénothérapie
- Réchauffement externe passif progressif: chambre à 25°C, couvertures...
- Correction des troubles hydroélectrolytiques par des solutés iso ou hypertoniques
- Correction des troubles circulatoires et cardiovasculaires par des concentrés globulaires ou des solutés de remplissage en cas de collapsus.
- Traitement du facteur déclenchant: antibiotiques en cas d'infection, restriction hydrique en cas d'hyponatrémie...

**Le traitement par Hydrocortisone** est préconisé d'emblée en IV (50 à 100 mg/8 heures pendant 24 à 48 heures, puis dégression) avant l'institution du traitement par hormones thyroïdiennes, dans l'hypothèse d'une éventuelle insuffisance surrénale associée.

➤ Hypothyroïdie de l'enfant : L'opothérapie doit être précoce et quotidienne. Le but du traitement est de pouvoir assurer la maturation cérébrale et rattraper le retard statural.

Il s'agit d'un traitement à vie, en dehors des cas d'hypothyroïdie transitoire où il peut être arrêté au bout de quelques semaines.

La dose est variable en fonction de l'âge (*Tableau I*) et doit être adaptée en fonction des résultats des examens de surveillance (TSH).

### **3. - Traitement des hypothyroïdies transitoires:**

➤ TPP : Le traitement de la TPP est facile:

L-thyroxine à doses progressives lorsque l'hypothyroïdie est patente. Il est souhaitable de faire un essai de réduction et/ou d'arrêt du traitement, au bout d'un an de traitement, dans l'hypothèse d'une forme régressive.

La femme doit être avertie de la récurrence possible après une nouvelle grossesse.

➤ thyroïdite subaiguë de De Quervain : Le traitement est symptomatique et repose sur les anti-inflammatoires. Le choix du traitement dépend de l'intensité du tableau clinique.

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens : Aspirine = 1 à 2 g/j.
- Dans les formes hyperalgiques avec syndrome inflammatoire important, on peut avoir recours à la corticothérapie : Prednisone : 20 à 30 mg/j x 2 semaines puis dégression progressive. Les corticoïdes sont efficaces en 1 à 2 jours sur les symptômes douloureux mais le maintien de fortes doses pendant 4 à 6 semaines est souvent nécessaire. Ils doivent être diminués très progressivement, en fonction de l'évolution de la VS, pour être arrêtés après 3 à 6 mois, voire plus en cas d'amorce de rechute.

Il n'est pas utile de proposer un traitement substitutif durant la phase d'hypothyroïdie transitoire.

➤ *hypothyroïdie secondaire à l'amiodarone* : l'attitude thérapeutique «idéale» serait de suspendre le traitement. A l'arrêt de l'amiodarone, 60% des patients redeviennent spontanément euthyroïdiens dans les deux à quatre mois. Toutefois, si la cardiopathie sous-jacente justifie le maintien de l'amiodarone, celle-ci peut être poursuivie parallèlement à la substitution par lévothyroxine.

## VII. SUIVI ET SURVEILLANCE:

### A. - CLINIQUE:

#### Chez l'adulte :

Lorsque le traitement de l'hypothyroïdie est bien conduit, il permet une amélioration spectaculaire avec la régression progressive des signes cliniques, l'amélioration de la qualité de vie ainsi que la prévention des complications.

La surveillance est essentiellement clinique au début :

- Poids,
- pouls (tachycardie en cas de surdosage),
- Signes d'hypothyroïdie (asthénie...)
- Tolérance coronarienne au traitement : ECG. systématique avant chaque augmentation des doses chez les sujets fragiles.

#### Chez l'enfant :

Un traitement substitutif régulier, précoce et bien conduit permet :

- La récupération de la croissance staturale dans 75 à 80% des cas

- La récupération de la croissance osseuse, se fait lentement au bout de 3 ans.
- La puberté se déroule souvent normalement chez les malades traités, parfois on peut noter une puberté différée ou paradoxalement précoce.
- Sur le plan moteur, neurologique et sensoriel, il persiste souvent des séquelles neurologiques, d'importance variable : maladresse des mouvements, défaut de coordination motrice, tremblement, retard du langage, surdité...

De façon globale, le pronostic mental est satisfaisant dans 20 à 40 % des cas. Il dépend surtout de la précocité du traitement et des données de l'échographie.

Il faut surveiller :

- La courbe de croissance (poids et taille),
- L'âge osseux sera contrôlé à la fin de la première année de traitement puis de façon plus espacée.
- Les tests psychomoteurs seront faits tous les ans.

### **B. - BIOLOGIQUE:**

- Examens courants : NFS, bilan lipidique.

- En cas d'hypothyroïdie périphérique : la surveillance se fait par la **TSH**. Cet examen est demandé toutes les 4 à 6 semaines tant que la posologie définitive n'est pas établie. Des dosages plus fréquents sont inutiles, une hormonémie stable n'étant pas obtenue avant 6 semaines.

Une fois le traitement d'entretien établi : dosage annuel de TSH.

- En cas d'hypothyroïdie centrale : la surveillance se fait par:

- le dosage de **FT4**, qui doit se situer dans le tiers supérieur de la normale.
- éventuellement de la FT3, si le dosage est disponible.
- la TSH est habituellement basse avec ou sans traitement : **son dosage est sans intérêt.**

- Chez l'enfant:

**En cas d'hypothyroïdie congénitale**, le traitement par la L-thyroxine 10 à 15 µg/kg per os, 1 fois/jour doit débuter immédiatement et doit être étroitement surveillé. Ce dosage vise à ramener rapidement (en 2 semaines) le taux sérique de T<sub>4</sub> à la moitié supérieure

N° Validation 0840201958

de la plage normale pour l'âge (entre 10 et 15  $\mu\text{g/dL}$ ) et à réduire rapidement (en 4 semaines) la TSH ( $< 10 \mu\text{U/l}$ ).

Par la suite, les objectifs thérapeutiques sont une TSH  $< 5 \mu\text{U/l}$  et une T4 maintenue dans la moitié supérieure de la zone normale pour l'âge.

**Après l'âge de 1 an**, la posologie de départ habituelle de L-thyroxine est de 4 à 6  $\mu\text{g/kg}$  per os, 1 fois/jour, adaptée de manière à maintenir les taux de T<sub>4</sub> et de TSH dans les limites de la normale pour l'âge. Ce protocole est également utilisé dans l'hypothyroïdie acquise de l'enfant.

**Chez le grand enfant ou l'adolescent**, la posologie initiale est de 2 à 3  $\mu\text{g/kg}$  per os, 1 fois/jour.

Le traitement de remplacement thyroïdien doit être administré uniquement sous forme de comprimé, qui peut être broyé et transformé en pâte pour les bébés. Il ne doit pas être administré en même temps qu'une formule au soja, ou avec des suppléments de fer ou de Ca, qui peuvent tous diminuer l'absorption de l'hormone thyroïdienne.

### Surveillance

Les enfants sont surveillés plus étroitement pendant les premières années de vie:

- Tous les 1 à 2 mois au cours des 6 premiers mois
- Tous les 3 à 4 mois entre l'âge de 6 mois et de 3 ans
- Tous les 6 à 12 mois de l'âge de 3 ans à la fin de la croissance

Les enfants plus âgés peuvent être surveillés plus fréquemment en cas d'inquiétudes à propos de l'observance. Après un ajustement de la posologie chez l'enfant plus âgé, les taux de TSH et de T<sub>4</sub> sont mesurés au cours des 6 à 8 semaines suivantes.

## VIII. PREVENTION

40.11

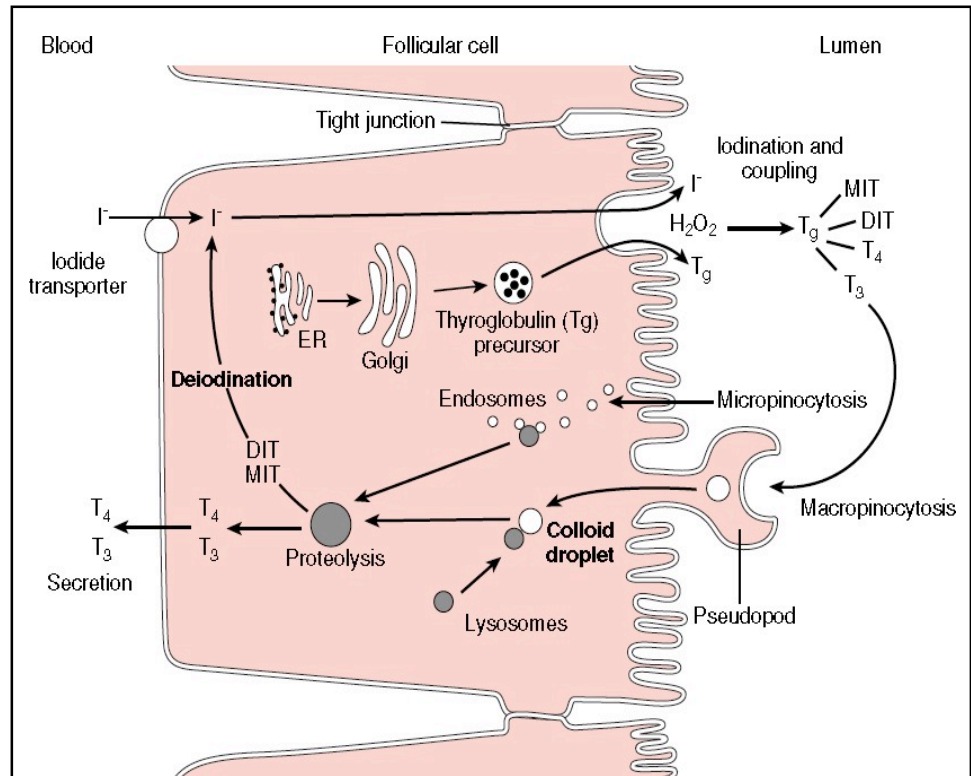
**Le dépistage néonatal** est le seul moyen qui permette un diagnostic et un traitement précoce de l'hypothyroïdie congénitale. Il est obligatoire dans de nombreux pays, en raison de la fréquence élevée de l'hypothyroïdie congénitale, de la difficulté du diagnostic clinique précoce et du coût élevé de la prise en charge de l'encéphalopathie thyroéoprive.

Il consiste à prélever, à J5 de vie, au niveau du talon nettoyé à l'éther, une goutte de sang recueillie sur un papier buvard, afin de doser la TSH.

C'est un dosage fiable, peu coûteux, qui permet de diagnostiquer et de traiter les enfants avant l'âge de 30 jours.

- Si le taux de TSH est  $< 15 \mu\text{UI/ml}$ , le dépistage est négatif.

- Si  $15 < \text{taux de TSH} < 40 \mu\text{UI/ml}$ , il faut refaire un 2<sup>ème</sup> dosage de la TSH.
- Si le taux de TSH est  $> 40 \mu\text{UI/ml}$ , il faut débiter le traitement le plus tôt possible.



**Figure 1 :** Etapes de la synthèse des hormones thyroïdienne  
*(Considine R.V « chapter 33 : the Thyroid gland ». Medicalphysiology. Edition 2003. P599)*

**Tableau I :** Doses de L-thyroxine en fonction de l'âge  
*(Wassner AJ. PediatricHypothyroidism: Diagnosis and Treatment. PaediatrDrugs. 2017 Aug;19(4):291–301)*

Age	Dose de L thyroxine ( $\mu\text{g/ kg/jour}$ )
<b>0 à 3 mois</b>	10 à 15 $\mu\text{g/ kg/jour}$
<b>3 à 12 mois</b>	6 à 10 $\mu\text{g/ kg/jour}$
<b>1 à 3 ans</b>	4 à 6 $\mu\text{g/ kg/jour}$
<b>3 à 10 ans</b>	3 à 5 $\mu\text{g/ kg/jour}$
<b>10 à 16 ans</b>	2 à 4 $\mu\text{g/ kg/jour}$
<b>&gt; 16 ans</b>	1,6 $\mu\text{g/ kg/jour}$