

CAT devant une hypothyroïdie



Présenté par Dr Nacer

Plan du cours:

I-Définition/épidémiologie

II-physiopathologie

III-diagnostic positif

IV-diagnostic différentiel

V-diagnostic étiologique

VI-la prise en charge

VII-les complications

Plan du cours:

VIII-le pronostic

IX-le dépistage

X-prévention

I-définition/épidémiologie:

1-définition:

- ✓ Il y a un déficit quantitatif ou qualitatif en hormones thyroïdiennes

2-épidémiologie:

- ✓ Touche 1/4000 naissance
- ✓ Prédominance féminine

II-physiopathologie:

- ✓ **La carence en hormones thyroïdiens entraine:**
 - un défaut de maturation somatique surtout squelettique et neurologique
 - Baisse de la calorigénese avec une hypothermie central et périphérique
 - Une baisse du métabolisme de base:
 - Lenteur des mouvements
 - Une bradycardie avec une baisse du débit cardiaque
 - Ralentissement psychique

II-physiopathologie:

- Une accumulation des mucopolysaccharides synthétisé en excès et non métabolisé entraîne infiltration de tous les tissus surtout téguments, muscles squelettiques et le cœur

III-diagnostic positif:

1-la clinique:

- ✓ Selon l'intensité du déficit en hormones , début pré ou post natal et l'étiologie:
- ✓ Deux formes: hypothyroïdie congénitale, variété tardive

A- hypothyroïdie congénitale: nouveau né et NRS; tableau est précoce et complet:

- ✓ Grossesse prolongé dépassant 42 semaines
- ✓ Macrosomie avec une taille et un Pc normal
- ✓ Elimination tardive du 1 er méconium après H24
- ✓ FA large, FP ouverte voir large
- ✓ Une chevelure abondante, foncé, épais recouvert de sébum

III-diagnostic positif:

- ✓ Un visage infiltré, des traits grossiers
- ✓ Anneau ombilicale large, voir une hernie ombilicale avec un abdomen distendu, flasque et luisant
- ✓ Peau froide, sèche, infiltré, marbré avec livedo annulaire et une desquamation importante
- ✓ Ictère prolongé
- ✓ Anorexie rebelle contrastant avec un gain pondérale
- ✓ Une constipation tenace
- ✓ Une respiration difficile et bruyante avec des fausses routes secondaire au trouble de la déglutition et succion
- ✓ Hypothermie
- ✓ Retard du développement psychomoteur

III-diagnostic positif:

- ✓ Retard statural
- ✓ Hypotonie musculaire
- ✓ Une bradycardie modérée, souffle systolique dans 70% des cas
- ✓ Retard d'éruption dentaire
- ✓ Bébé calme et dort tout le temps

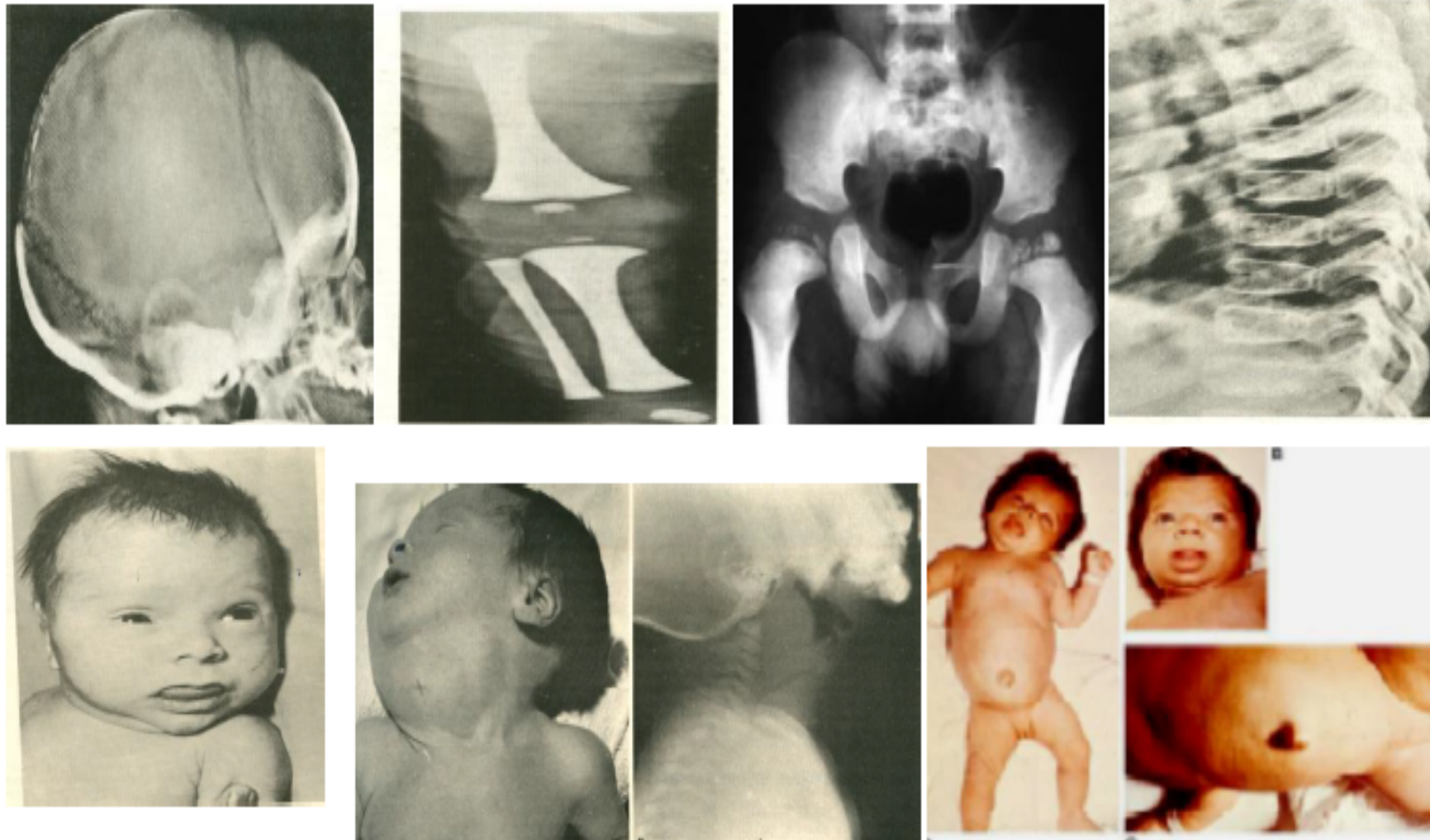
B-variété tardive:

- ✓ rare, diagnostic plus difficile, âge au alentour de la puberté
- ✓ Plus l'installation est tardive et plus le retentissement sur le développement psychomoteur est moindre
- ✓ Le tableau est fait de:

III-diagnostic positif:

- Retard statural isolé ou avec une obésité parfois juste une hypertrophie de certaines masses musculaire
- Retard pubertaire parfois une puberté précoce
- Déficience de l'email dentaire= destruction précoce de l'email dentaire
- Constipation chronique
- Tendance a la somnolence et une lenteur dans l'idéation
- Le développement intellectuel est souvent normal
- Une frilosité

III-diagnostic positif:



III-diagnostic positif:

2-la paraclinique:

- ✓ Densification de la base du crane
- ✓ Retard de l'âge osseux
- ✓ Une déformation de certains os:
 - Accentuation de l'angulation des cols fémoraux
 - Pour les vertèbres lombaires: aspect en sabot ou marche d'escalier
- ✓ Une densification exagérer du squelette: liseré dense en rapport avec une minéralisation excessive ou ralentissement de ostéolyse physiologique
- ✓ Dysgénésie épiphysaire: aspect grignoté

III-diagnostic positif:

- ✓ **Dosage hormonal:**
 - FT3 et FT4 basse
 - Pour la TSH:
 - Si hypothyroïdie primitive= périphérique =augmenté
 - Si hypothyroïdie secondaire=centrale=normal ou rarement basse
- ✓ **Perturbation biologique secondaire a l'hypothyroïdie: en rapport avec hypo métabolisme:**
 - Anémie
 - Bilan lipidique augmenté dans 50% des cas

III-diagnostic positif:

- Une hypoglycémie
- Une augmentation des enzymes musculaires
- Hypercalcémie avec risque de néphrocalcinose

IV-diagnostic différentiel:

1-durant la période néonatale:

- ✓ Les autres étiologies de l'ictère prolongé
- ✓ Une macrosomie=nouveau né de mère diabétique
- ✓ Devant constipation: mucoviscidose, maladie d'hirshprung

2-période NRS:

- ✓ La trisomie 21

3-période enfant : la forme tardive=petite taille

- ✓ Les autres étiologie du retard statural

V-diagnostic étiologique:

1-enquete étiologique:

- ✓ Palpation de la thyroïde a la recherche d'un goitre ou nodule
- ✓ Une échographie cervicale
- ✓ Une scintigraphie thyroïdienne a l'iode 123 et Tc99
 - Thyroïde absente=athyréose
 - Position ectopique
 - Préciser le type de fixation:
 - Forte en cas de défaut d'organification de l'iode
 - Faible dans la majorité des cas
 - Nulle=défaut de captation hormonal

V-diagnostic étiologique:

- ✓ Bilan biologique:
 - Dosage de la thyroglobuline effondré en cas d'athyréose
 - Iodémie et iodurie pour détecter les surcharge d'iode
 - Test a la TRH:
 - Si réponse ample et retardé=atteinte hypothalamique
 - Si faible ou absente =atteinte hypophysaire

2-les étiologies:

A- hypothyroïdie acquise:

- ✓ Sont plus rares avec une symptomatologie fruste au début
- ✓ Les étiologies sont:

V-diagnostic étiologique:

❖ **Les maladies auto-immunes: thyroïdite lymphocytaire chroniques**

- ✓ Cause rare l'hypothyroïdie représente 20% des cas
- ✓ Cause la plus fréquente de goitre sporadique chez l'enfant
- ✓ Rare avant l'âge de 5 ans, touche surtout les filles
- ✓ Atteinte inflammatoire initial de la glande et une hyperplasie avec une évolution vers la fibrose
- ✓ Les signes d'hypothyroïdie surviennent 10 ans après le début
- ✓ Peut s'associer a d'autre pathologie auto-immune
- ✓ FT4 basse et une TSH augmentée
- ✓ Anticorps antithyroïdiens positifs

V-diagnostic étiologique:

- ❖ Hypothyroïdie secondaire a une thyroïdectomie partielle ou total:
- ❖ Administration d'agents antithyroïdiens
- ❖ Après irradiation pour une tumeur de la tête ou du cou
- ❖ Cystinose:
 - Infiltration de la glande par les cristaux de cystine entraînant sa destruction progressive
 - FT3 et FT4 normaux , TSH augmenté
- ❖ IRC
- ❖ Un syndrome néphrotique
- ❖ Une infiltration thyroïdienne:
 - Histicytose X
 - La sarcoïdose, amylose

V-diagnostic étiologique:

B-hypothyroïdie congénitale:

❖ Périphérique:

✓ Défaut de formation de la glande: ectopie ou athyréose:

- Tableau complet après l'âge de 2 à 3 mois
- FT4 et FT3 effondré; thyroglobuline indosable
- Absence de tissu thyroïdien à l'échographie et la scintigraphie

✓ Ectopie thyroïdienne:

- Tableau clinique moins grave
- Sécrétion résiduelle assure une meilleure protection du SNC du fœtus
- Diagnostic après 2 ans voir plus en absence de dépistage
- FT3 et FT4 basses, TSH augmentée, fixation d'iode faible
- La scintigraphie précise le siège

V-diagnostic étiologique:

- ✓ **Troubles congénitaux de l'hormonogénèse:**
 - Transmission autosomique récessive
 - Cas similaire dans la fratrie
 - Goitre inconstant
 - On a 5 types
- ✓ **Syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes:**
 - Hypothyroïdie avec ou sans goitre
 - FT4 et FT3 augmentés; TSH normal
- ✓ **Ingestion maternelle de goitrigène et iode**
- ❖ **Centrale:**
 - ✓ Malformative ou non
 - ✓ Test à la TRH, généralement associé à d'autres déficiences

VI-la prise en charge:

- ✓ Basé sur l'opothérapie substitutive à vie et la prise en charge de l'enfant et de sa famille, car il s'agit d'une maladie chronique.

1-Le but :

- ✓ Obtenir un état d'euthyroïdie.
- ✓ Rétablir les grandes fonctions métaboliques.
- ✓ Restaurer le niveau de maturation neuronale.
- ✓ ±Rattraper le retard statural.

VI-la prise en charge:

2-Présentation :

- ✓ L-Thyroxine gtte \square 150 μ g/ml, soit 5 μ g/gtte.
- ✓ L-Thyroxine Cp : 100 μ g.
- ✓ L-Thyroxine inj : amp : 1cc=100 μ g.
- ✓ Lévothyrox Cp : 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175 μ g.

3-Conduite de traitement :

A- symptomatique :

- ✓ MEC si DR
- ✓ Constipation=laxatif.
- ✓ Surinfection=ATB adapté
- ✓ Goitre compressif=0,5 μ g de thyroxine.
- ✓ Corticothérapie associée si origine centrale
- ✓ Insister sur l'allaitement maternel.

VI-la prise en charge:

B-TRT spécifique :

❖ Hypothyroïdies congénitales

✓ Traitement d'attaque :

▪ Chez Le NNE dépisté:

- Dose initiale : une prise unique le matin de : 10-15 $\mu\text{g/kg/j(Cp)}$ Ou 5-8 $\mu\text{g/kg/j}$ en gttes.
- Si trouble de déglutition ou DR : donner 75% de la dose totale en IV.
- Cette dose normalise le taux de T4 au bout de 15j (6-9 $\mu\text{g/dl}$) et le taux de TSH (<5 mUI/L ou au mieux 0,5-2mUI/l) en moins de 30 j.
- Cette dose est ajustée au bout de 3-4 semaines de telle sorte que le T4 soit entre 6-9 $\mu\text{g/dl}$.

VI-la prise en charge:

✓ **Traitement d'entretien :**

- À partir de la dose moyennes efficace, la posologie est adaptée 3 à 4 fois/an en fonction des critères cliniques, radiologiques (âge osseux) et biologiques : T4 doit se situer dans la zone normale (6-9µg/dl), et TSH <4 unités/ml.
- La posologie a tendance à baisser avec le temps, et en fonction de l'âge. elle n'est plus différente de celle de l'adulte chez le grand enfant : 2,5 µg/kg/j

❖ **Hypothyroïdies acquises :**

- ✓ La dose d'attaque est de 2 à 7 µg/kg/j ou 100 µg /m²/j
- ✓ Puis adaptée 3 à 4 fois/an en fonction des critères cliniques, radiologiques (âge osseux) et biologiques : T4 doit se situer dans la zone normale, et TSH < 4 unités/ml.

VI-la prise en charge:

4-Surveillance :

A-de la Maladie:

- ✓ CHD, T°.
- ✓ Examen cardio-vasculaire+++.
- ✓ Etat neurologique : éveil, comportement.
- ✓ Examen pleuro-pulmonaire.
- ✓ Poids et transit.
- ✓ Examen somatique complet.
- ✓ FT4 et TSH à J15 du traitement.

B-du traitement :

- ✓ Signes de surdosage et sous dosage.
- ✓ Effets secondaires.

VII-les complications:

1-les complications a court terme:

- ✓ Coma très rarement
- ✓ Détresse respiratoire par compression par un goitre
- ✓ Convulsion par trouble métabolique
- ✓ Fausse route, risque d'asphyxie et PNP d'inhalation
- ✓ Hypercalcémie = néphrocalcinose et lithiase
- ✓ Décompensation cardiaque et arythmie
- ✓ Lié au TRT: sous ou surdosage= dosage hormonale et ajustement thérapeutique

2-les complications a long terme:

- ✓ Pronostic mental=le plus important

VII-les complications:

- ✓ Des troubles psychiques
- ✓ Retard et trouble du langage, une surdité
- ✓ Asynergie oculomotrice
- ✓ Risque de retard pubertaire
- ✓ Récupération de l'âge osseux dans les 3 ans dans 80% des cas
- ✓ Pour la croissance statural:
 - Taille définitive normal dans 75 a 80% des cas
 - Rattrapage de la taille en moins de 2 ans
 - Retard statural dysharmonieux si PEC inadéquate

VIII-le pronostic:

1-immédiat: dépend de

- ✓ La gravité du tableau initial
- ✓ Étiologie=athyréose
- ✓ Précocité du Dc et du TRT
- ✓ Possibilité de complications: troubles métaboliques

2-ulterieur:

- ✓ Dépend de l'assiduité et la précocité du traitement dominé par les séquelles neurosensorielles

IX-le dépistage néonatal:

- ✓ Intéresse tous les nouveau né
- ✓ Technique:
 - Entre j5 et j6 de vie: FT4 et/ou TSH
 - Prélèvement de sang du talon du pieds sur un papier buvard
 - Bonne sensibilité et spécifité
 - Ne détecte que les hypothyroïdie d'origine périphérique, l'origine centrale échappe au test

X-la prévention:

- ✓ Le conseil génétique
- ✓ Un TRT anténatal chez le fœtus si:
 - Mère a déjà mit au monde un hypothyroïde avec trouble de l'hormonosynthèse héréditaire
 - Mère traité par les antithyroïdiens de synthèse
 - Mère ayant reçu une forte dose d'iode radioactif pour cure de cancer
- ✓ Injection de thyroxine à travers l'utérus dans le LA ou le muscle fœtale



Merci!