



# *Traitement des dysthyroïdies*

**Séminaire 23-24 juin 2006**



## *En cas de thyrotoxicose*

- **Parer au plus pressé**
- **Avis cardiologique et Anticoagulants en cas d'ACFA (HBPM et relais AVK)**
- **Bétabloquants non cardiosélectifs ( propranolol)**
- **Sédatifs (hydroxyzine ATARAX® si pas de Ci aux anticholinergiques)**
- **Si maladie de Basedow**  
**Antithyroïdiens de synthèse**



## *Antithyroïdiens de synthèse*

- Carbinazole (NEO-MERCAZOLE®) cp à 5 et 20 mg (30 à 60mg/j en doses d'attaque, puis décroissance jusqu'à 5mg)
- Benzylthiouracile (BASDENE®) Cp à 25mg (50 à 600mg/j)
- Propylthiouracile (pharmacie hospitalière)
  
- Inhibent la synthèse hormonale par blocage de la thyroperoxydase ( 10 à 15 jours de délai d'action)
  
- **Effets indésirables :**
  - leucopénie, agranulocytoses brutales(0,2 à 0,5%)
    - surveillance NFS en début et reprise de traitement tous les 10 j pdt 2 mois et en cas de fièvre ou d'angine)
  - Érythème, urticaires,
  - Arthralgies, épigastralgies, hépatites..



## *Suivi biologique d'une hyperthyroïdie Traitement par antithyroïdiens de synthèse (ATS)*

- **durée totale en moyenne 18 mois**
- **surveillance de la NFS et des plaquettes indispensable tout au long du traitement :**
  - tous les 10 jours pendant les 2 premiers mois,
  - puis lors de chaque contrôle de la fonction thyroïdienne tout au long du traitement
  - lors de la survenue d'une infection fébrile notamment ORL.
- **Surveillance hépatique**
- **phase d'acquisition de l'euthyroïdie**
  - 4 semaines après instauration du traitement, **T4L**  
ou de la T3L (si hyperthyroïdie à T3)
  - euthyroïdie est affirmée par la normalisation de la T4L (ou de la T3L) dont le dosage est répété selon la clinique
  - **TSH inutile** à cette phase du traitement. (ANAES 2000)



## *Suivi biologique d'une hyperthyroïdie Traitement par antithyroïdiens de synthèse (ATS)*

- **phase d'entretien (euthyroïdie obtenue)**
  - Si ATS seul,
    - dosage de T4L (ou T3L) est à répéter (en fonction des données cliniques) pour adapter la dose des ATS.
  - Si ATS à dose fixe + hormones thyroïdiennes associées pour compenser une hypothyroïdie iatrogène doser la TSH et la T4L (ou T3L) tous les 3 à 4 mois durant toute la période de traitement restante
- **anticorps antirécepteurs de la TSH utile dans la prédiction d'une récurrence de la maladie de Basedow (grade B).**
  - si élevés à la fin du traitement médical, la rechute est quasi inéluctable et précoce. (ANAES 2000)



## *À long terme*

- **surveillance annuelle**
  - clinique et
  - biologique en cas d'anomalie clinique (TSH, T4L ou T3L)
- **dans les 2 à 3 années suivant l'arrêt du traitement en raison du risque de récurrence.** (ANAES 2000)



## ***Suivi biologique d'une hyperthyroïdie Traitement par iode radioactif***

- **toutes les 4 à 6 semaines : T4L (ou T3L) durant les 3 premiers mois de traitement.**
- **Ensuite selon la situation clinique.**
  - risque important d'hypothyroïdie à moyen ou à long terme, =>TSH et T4L dans les 3 à 6 mois qui suivent le traitement.
- **surveillance annuelle : TSH seule (hypothyroïdie iatrogène ou récurrence de l'hyperthyroïdie).**



## *Suivi biologique d'une hyperthyroïdie Traitement chirurgical*

**Après thyroïdectomie,**

- **la surveillance postopératoire = dosage de la TSH et de la T4L dès le premier mois,**
- **puis tous les 3 mois pendant 1 an.**
- **ensuite surveillance annuelle (TSH).**



## *Suivi biologique d'une hyperthyroïdie fruste ou infraclinique*

**= diminution isolée de la TSH.**

- **En cas d'abstention thérapeutique,**
- **suivi clinique et biologique (TSH complété ou pas par T4L et T3L)**
  - à 3 mois
  - puis tous les 6 mois,



## *Dans les thyroidites subaigues*

- **Antinflammatoire non stéroïdiens**
- **ou corticothérapie ( suivant importance du syndrome inflammatoire et circonstances)**
  
- **Suivant la dysthyroidie**
  - **Levothyroxine**
  - **Ou beta bloquants**



## ***Traitement de l'hypothyroïdie*** ***Hormones thyroïdiennes***

<b>L- thyroxine comprimés</b>	<b>LEVOTHYROX® cp à 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175 et 200 µg</b> <b>L- THYROXINE ® cp à 100µg</b>
<b>L- thyroxine solution</b>	<b>L- THYROXINE ® ROCHE 5 µg/gtte</b> <b>L- THYROXINE ®injectable 200µg/amp</b>
<b>L- triiodothyronine</b>	<b>CYNOMEL cp à 25 µg</b>
<b>Association L- thyroxine - L- triiodothyronine</b>	<b>EUTHYRAL (L- THYROXINE 100 µg + L- triiodothyronine 20 µg)</b>
<b>Tiratricol (analogue de la triiodothyronine de demie-vie très brève)</b>	<b>TEATROIS</b>



## *Interactions avec L-T4*

- **Rifamicine et anticonvulsivants accentuent le métabolisme = doses plus élevées nécessaires**
- **Debut de traitement par cholestyramline**
- **Sucralfate, anti-acides avec hydroxyde d'alumine**
- **Sulfates ferreux , carbonate de calcium, protéines de soja**
- **Efficacité diminuée par la grossesse ou le début d'un THS**
- **Prise à jeun à distance d'autres médicaments ( ou 2 heures apres un repas)**



## *Adaptation du traitement de l'hypothyroïdie*

- **Par la TSH uniquement**
- **( sauf hypothyroïdie d'origine centrale : T4L)**