

Thyroïde et cas particuliers

Marc Klein
Service d'Endocrinologie
CHU de Nancy

Thyroïde et grossesse



Anomalies thyroïdiennes au cours de la grossesse

Prévalence des dysthyroïdies :

2 à 5 % de la population générale

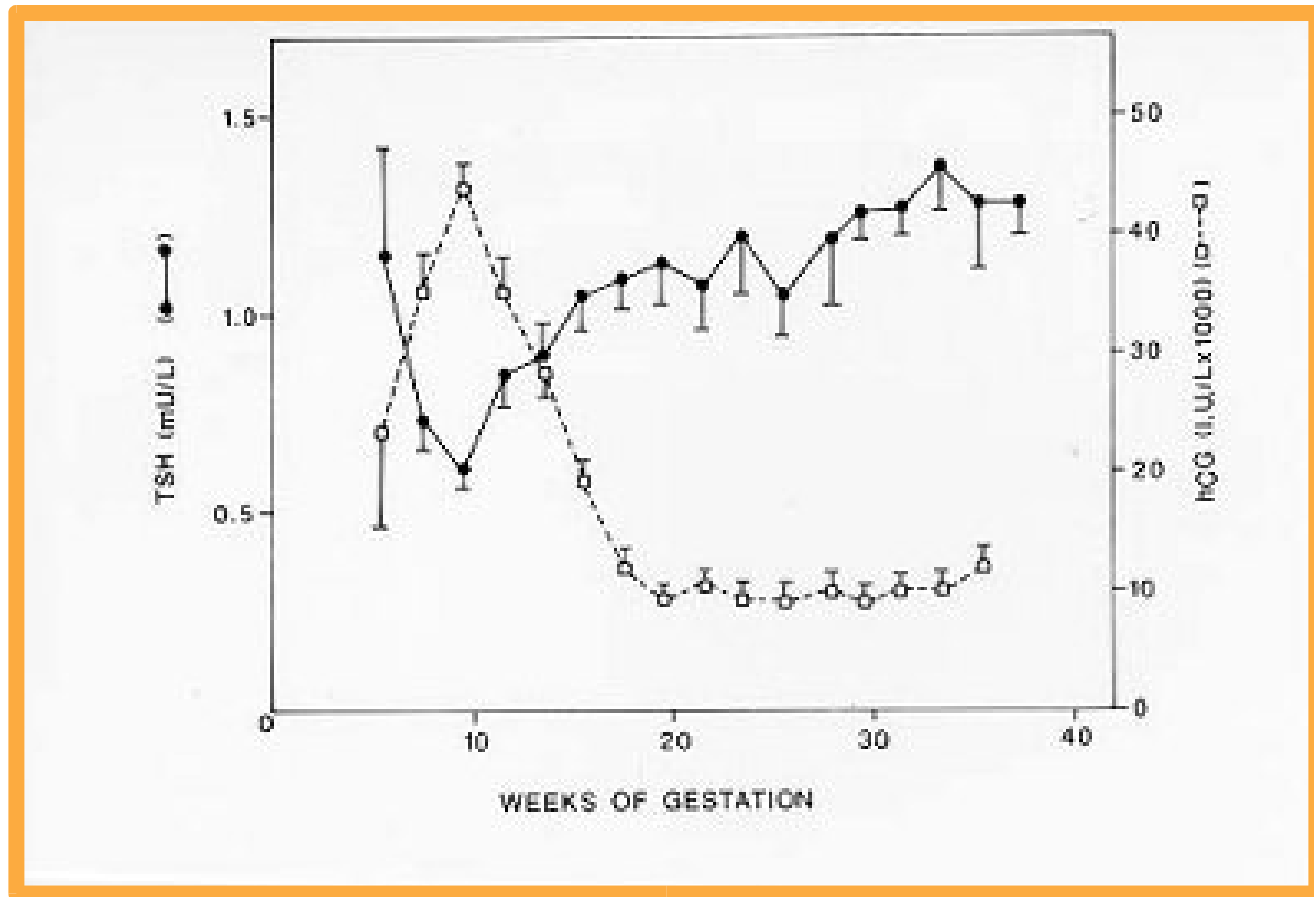
1 à 2 % des femmes en âge de procréer

2 ‰ des grossesses → hypothyroïdie

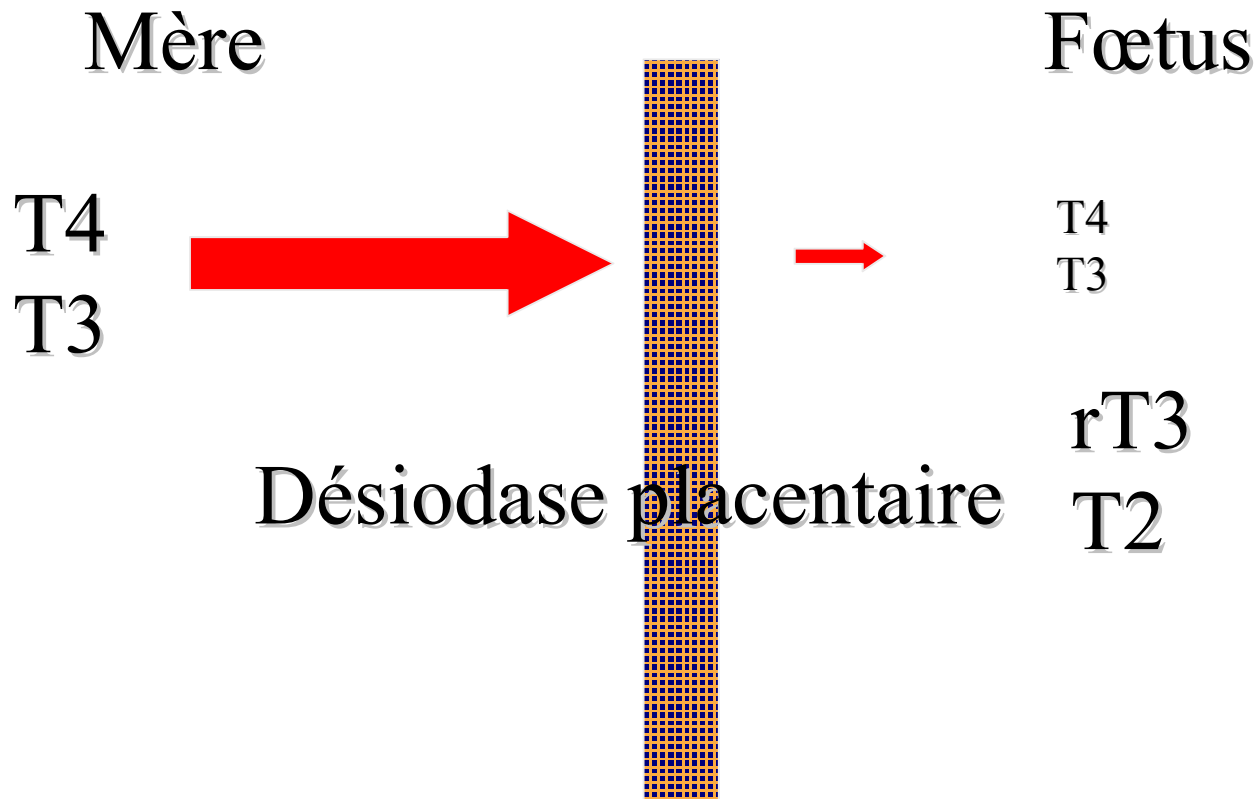
6 ‰ des grossesses → hyperthyroïdie

Pas de pathologie spécifique de la grossesse

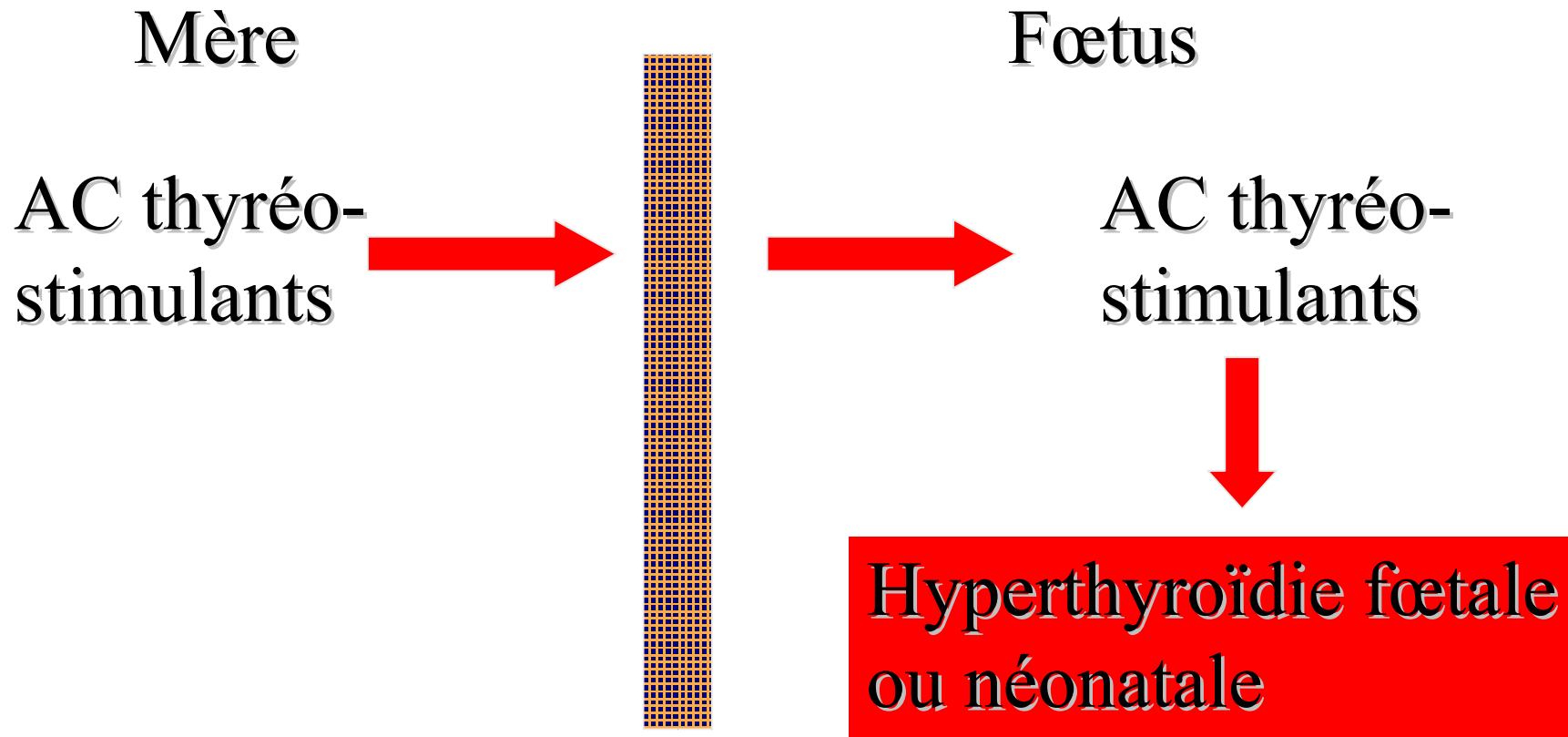
Evolution de la TSH et action thyroïdienne des hormones gonadochorioniques (HCG)



Passage transplacentaire des hormones thyroïdiennes



Passage transplacentaire des autres facteurs agissant sur la thyroïde



Pathologies thyroïdiennes et grossesse

Hyperthyroïdie et grossesse

Hypothyroïdie et grossesse

Hyperthyroïdie et grossesse (I)

Prévalence : 0,05-0,2 %

mortalité néonatale

petit poids de naissance

prématurité



Amélioration fréquente du Basedow
aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestre

Rebond fréquent après l'accouchement

Hyperthyroïdie et grossesse (II)

Diagnostic de l'hyperthyroïdie chez la mère

Clinique

Signes sympathiques ou hyperthyroïdie ?

Savoir rechercher des signes évocateurs :
goitre homogène soufflant,
signes orbitaires
myxoedème pré-tibial

Hyperthyroïdie et grossesse (III)

Diagnostic de l'hyperthyroïdie chez la mère

Diagnostic positif

Biologie

T4L

TSH

Diagnostic étiologique

Clinique

biologie (AC)

échographie



Scintigraphie = C.I.

Hyperthyroïdie et grossesse (IV)

Traitement de l'hyperthyroïdie maternelle

Mère

ATS



Dose minimale efficace
PTU

moins passage
inhibition de désiodase
0 effet tératogène



Fœtus



Inhibition de la
synthèse hormonale
foetale



**Goitre foetal
Hypothyroïdie**

Hyperthyroïdie et grossesse (V)

Traitement de l'hyperthyroïdie maternelle

Repos

Sédatifs

-bloquants

Chirurgie : devenue exceptionnelle

Hyperthyroïdie et grossesse (VI)

Traitement et allaitement

l'allaitement est classiquement déconseillé

Si malgré tout Ttt par ATS :

PTU

juste après la têtée

Hypothyroïdie et grossesse

2 ‰ des grossesses ↔ hypothyroïdie

Diagnostic de l'hypothyroïdie chez la mère

Clinique

Grossesse ou hypothyroïdie ?

(constipation, asthénie, crampes, rétention)

bradycardie,

prise pondérale excessive inexpiquée,

sécheresse cutanée doivent attirer l'attention.

Hypothyroïdie et grossesse (II)

Traitement Lévothyroxine orale

Appréciation du bon équilibre thyroïdien :

clinique

poids,

sensation de bien-être de la patiente

dosages de la T4L plasmatique

(proche de la limite $>$ de la N)

de la TSH

normale.

Conséquences foetales de l'hypothyroïdie maternelle

anomalies congénitales } chez les enfants
mortalité périnatale } nés de mère
développement anormal } hypothyroïdienne

anomalies du développement psychomoteur

Conséquences foetales (II) de l'hypothyroïdie maternelle

Physiopathologie

Passage transplacentaire d'IgG bloquantes

Examens complémentaires

échographie chez le fœtus

Traitement

injections intra-amniotiques
de 120 à 500 µg de thyroxine
toutes les 1 à 2 semaines

Après l'accouchement

Rebond de l'hyperthyroïdie basedowienne

Thyroïdite du post-partum

Dysthyroïdies de la personne âgée

Pb du terrain



Hyperthyroïdie



hypothyroïdie

Basedow rare

Fréquence des nodules toxiques

Formes trompeuses

apathétique

prise de poids

Formes induite (amiodarone)

Privilégier irathérapie

Dysthyroïdies de la personne âgée

Pb du terrain



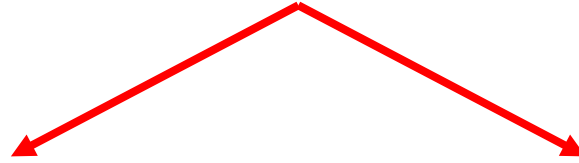
Hyperthyroïdie



hypothyroïdie

Penser au risque coronarien sous jacent
Ne pas hésiter à hospitaliser
Traitement très progressif
Coronaro-protection
Pb du goitre

Dysthyroïdies de l'enfant



Hyperthyroïdie

hypothyroïdie

Basedow

Formes trompeuses

apathétique

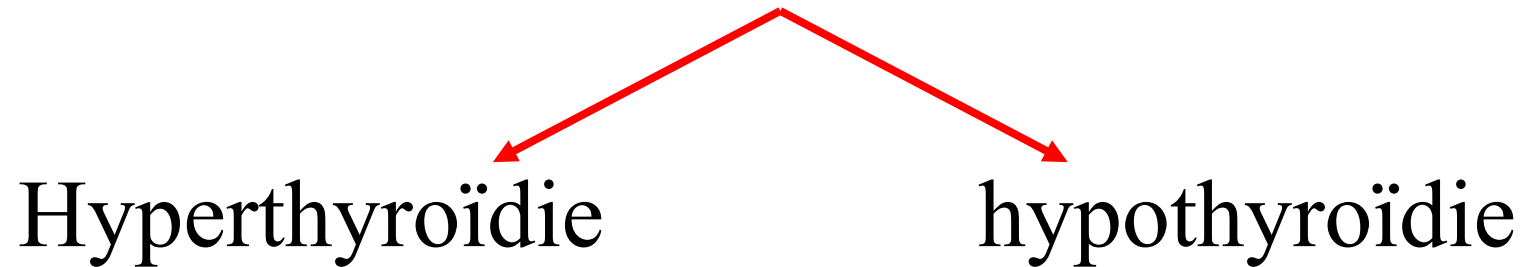
prise de poids

accélération de la cinétique de croissance

troubles de la scolarité

Iradthérapie sans danger

Dysthyroïdies de l'enfant



Pb de la forme néonatale
Hypothyroïdies syndromiques
Symptomatologie pédiatrique
retard de croissance
problèmes scolaires
joue peu

Hyperthyroidies gravissimes



Définitions

Crise aiguë thyrotoxique

Hyperthyroïdie sur terrain débilité
(sujet âgé, polypathologie, cardiopathie, myasthénie...)

Gravité fonctionnelle (orbitopathies)

Clinique (I)

Tachycardie extrême ou TACFA

HTA systolique avec pouls très frappé

Auscultation cardiaque hyperdynamique :

éclat de B1

majoration de la composante pulmonaire de B2,

souffle systolique fonctionnel (haut débit)

Insuffisance cardiaque, angor

Téguments chauds, érythémateux,

Sueurs profuses sauf en cas de déshydratation

Hépatomégalie sensible

+/- ictère (de mauvais pronostic)

Clinique (II)

Fièvre

Troubles digestifs

Goitre paradoxalement calme

Faiblesse musculaire proximale
ou tableau myasthéniforme

Troubles des fonctions supérieures:

fluctuation de l'humeur

delirium

stupeur

coma



Symptomatologie

thyroïdienne au second plan

Causes déclenchantes

Geste chirurgical thyroïdien

Irathérapie

Arrêt d'un traitement anti-thyroïdien

Traumatisme thyroïdien (palpation vigoureuse)

Infection

Poussée auto-immune

Complication d'un diabète sous-jacent

Stress psychologique

Événement cardiovasculaire

Toxémie gravidique

Surdosage thérapeutique en hormones thyroïdiennes

Traitement



PAS DE RETARD à la prise en charge

Conditionnement du patient

Transfert rapide en USI ou réanimation

Traitement

Curatif

Traitement symptomatique

Traitement de l'hyperthyroïdie

- bloquer la production hormonale
- limiter l'action des hormones thyroïdiennes
- accélérer l'élimination des hormones

Traitement de la cause déclenchante

Place de la chirurgie de sauvetage

Prévention

Repos

Préparation soigneuse à la thyroïdectomie

- ATS
- -bloquants
- lugol

Préparation soigneuse à l'irathérapie

- ATS
- -bloquants

Eviter salicylés et hydantoïnes

Pronostic

Crise thyrotoxisque

Généralement fatale en l'absence de traitement

Mortalité de 10 à 30 % malgré le traitement

