

Hyperthyroïdie

Colloque MPR 06.02.2013

Dr Michel GOUMAZ, endocrinologue installé
Dre Maud CAMP, interniste SMPR

15.03.13

1

Cas clinique 1

- ▶ Patiente de 40 ans qui vous consulte en raison d'un certain malaise ces dernières semaines avec fatigue, irritabilité, trouble du sommeil et parfois même des bouffées de chaleur. Elle a mis cela sur le compte d'une ménopause débutante, mais son cycle n'a pas changé.
- ▶ Au status : TA 140/85mmHg, pls 90/min, peau sans particularité, conjonctives légèrement érythémateuses, palpation de la thyroïde sans particularité
- ▶ Labo : TSH supprimée et T3-T4 haute
- ▶ Suspicion de maladie de Basedow car femme jeune et symptômes oculaires

15.03.13

2

Questions au spécialiste

▶ A ce stade, faut-il référer la patiente au spécialiste ?

- *Plutôt oui. Pour*
 - compléter le bilan avec un US
 - donner des explications sur la maladie (ophtalmopathie)
 - mettre en place le traitement

Crise thyrotoxique:

- Répercussions hémodynamiques :
 - tachyrythmie
 - insuffisance cardiaque décompensée
 - ischémie myocardique

▶ Dans quel délai ?

- seule urgence=thyrotoxicose=rarissime
- mais pour le confort du patient, RDV dans les 10 jours

Signes neuropsychologiques :

- état confusionnel
- décompensation maniaque

▶ Faut-il lancer des examens complémentaires en attendant le RDV ?

- rajouter sur le labo les TRAB (généralement les laboratoires gardent le sang qq jours)
- la plupart des endocrinologues feront l'US thyroïdien eux-mêmes
- pas besoin de scintigraphie initialement

Wuerzner K et coll. Les dysthyroïdies en médecine de premier recours Rev Med Suisse. 2010 Dec 1;6(273):2306, 2308-11. PubMed PMID: 21207724.

15.03.13

3

Causes d'hyperthyroïdie

Endogène

90%

- ▶ Maladie de Basedow 60-70%
- ▶ Goitre multinodulaire toxique 20-30%
- ▶ Adénome toxique <10%

10%

▶ Thyroïdites

- Subaiguë (De Quervain)
- Post Partum

Exogène

▶ Induite par l'iode

- Amiodarone
- Produite de contraste

▶ Médicamenteuse

▶ Actinique

▶ Factice (p.ex.: produits amaigrissants)

▶ Iatrogène (p.ex.: sur-prescription)

(env 30% des patients traités pour une hypothyroïdie se retrouve en hyperthyroïdie!)

15.03.13

4

Rares causes d'hyperthyroïdie

- ▶ Adénome hypophysaire sécrétant de la TSH (TSHome)
- ▶ Tumeurs trophoblastique
 - Mole hydatidiforme
 - Choriocarcinome
- ▶ Struma ovarii
- ▶ Cancer thyroïdien métastatique fonctionnel

15.03.13

5

Manifestations cliniques

Symptômes

Perte de poids
Palpitations, dyspnée
Intolérance à la chaleur, thermophobie, sudation
Faiblesse musculaire, fatigabilité
Nervosité, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, difficultés de sommeil
Dysfonction érectile, diminution de la libido, dysménorrhée
Perte de cheveux, ongles cassants
Boulimie, diarrhées, selles liquides
Irritation oculaire, larmoiement, œdème périorbitaire, diplopie

Signes physiques

Tachycardie
Troubles du rythme cardiaque
Hypertension systolique
Erythème palmaire, onycholyse, aplatissement et amincissement des ongles (ongles de Plummer), myxoedème pré tibial, <i>clubbing</i>
Goitre thyroïdien homogène, frémissement à la palpation, souffle thyroïdien systolodiastolique
Brillance du regard, retard oculo-palpébral, exophtalmie, irritation de la conjonctive, œdème palpébral
Hyperréflexie avec décontraction musculaire raccourcie, tremblements, force musculaire proximale diminuée
Gynécomastie
Hyperactivité motrice, nervosité

Philippe J. La maladie de Basedow en 2009 Rev Med Suisse. 2009 Apr 8;5(198):764-8. PubMed PMID: 19418977.

15.03.13

6

Symptômes d'hyperthyroïdie

Prédominant dans la maladie de Basedow:

clinique souvent « bruyante »

- ▶ Fatigue, perte de poids, palpitations et labilité émotionnelle (apparition souvent rapide)
- ▶ Ophtalmopathie (uniquement avec Basedow)

Prédominant dans les autres diagnostics:

clinique souvent plus progressive

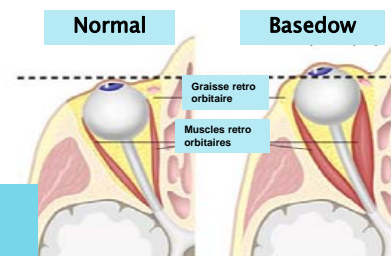
- ▶ Perte de poids lente, fatigue
- ▶ Parfois très fruste

Ophtalmopathie dans le Basedow

clinique: 30-50%

imagerie: > 80%

Précède l' hyperthyroïdie dans 20% des cas!

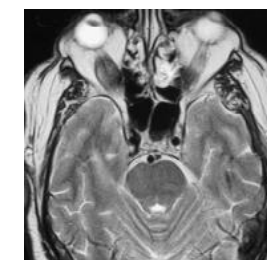


Basedow

Afin de limiter l'importance de l'ophtalmopathie:
- arrêt tabagisme
- ne pas sur traiter (éviter la hausse de la TSH)



≠ Hyperthyroïdie



Dia empruntée à Dr Patrick Meyer

Bilan biologique

Que faire en plus de la TSH/T4libre/T3libre?

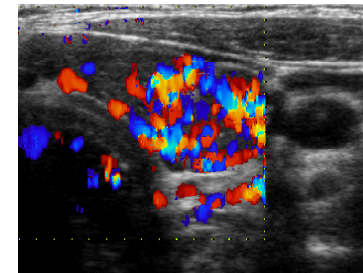
- ▶ TRAB
- ▶ Pas besoin de doser anti TPO, thyroglobuline, T4 et T3 totales
- ▶ VS (si suspicion de thyroïdite de De Quervain)
- ▶ Glycémie (stimulation de la néoglucogénèse et de la glycogénolyse)
- ▶ Calcémie et phosphatase alcaline (car remodelage osseux)
- ▶ Enzymes hépatiques (car hyperthyroïdie per se et carbimazole font des perturbations des TH)
- ▶ Leucocyte (car risque leucopénie avec carbimazole)

15.03.13

9

Echographie

- ▶ Identifie les nodules
- ▶ Utilité du doppler (état hypermétabolique ou thyroïdite)



Hypervascularisation ++

→ Basedow



Nodule

→ Fonctionnel ou pas?

L'US est surtout utile dans les thyroïdes nodulaires, mais aide peu à préciser l'étiologie de l'hyperthyroïdie

Dia empruntée à Dr Patrick Meyer

Scintigraphie (⁹⁹Tc, ¹²³I)

- ▶ Captation basse (thyroïdite) ou élevée (état hypermétabolique)
- ▶ Nodule chaud/froid

Normal

Thyroïdites

Surcharge iodée: attendre 3 mois après CT, et 9-12 mois après stop Cordarone !

Basedow

Adénome toxique

GMN → US utile!

Dia empruntée à Dr Patrick Meyer

Et le traitement ?

- ▶ Faut-il entreprendre immédiatement un traitement ?
 - Pas d'antithyroïdiens d'emblée avant le bilan complet et le RDV chez l'endocrinologue
 - Traitement symptomatique si besoin en attendant ce RDV (bétabloquant, somnifère,...)
- ▶ Et une fois que la patiente sera stable, qui fait le suivi (MPR ou spécialiste) ?
 - La recherche de la bonne dose de Néo Mercazole® est une affaire d'expérience donc il est préférable que l'endocrinologue suive le patient, généralement à 6 sem puis 1x/3 mois durant 1 an .

15.03.13

12

Traitement initial du Basedow

▶ Thionamides

- Carbimazole (*Néo Mercazole*®)
- Methimazole (*n'existe pas en Suisse*)
- Propylthiouracil (*Propycil*®)

Effets secondaires:

- souvent transitoire: fièvre, rash, urticaire, arthalgies.
 - très rarement: agranulocytose, hépatotoxicité.
- N.B. : pas de surveillance biologique conseillée, mais si EF ou maux de gorge, chercher agranulocytose.

▶ Bêta bloqueur

- Propranolol (*Inderal*®)
- Atenolol (*Tenormin*®)
- Metoprolol (*Beloc Zok*®, *Lopresor*®, *Meto Zerok*®)

En cas d'hyperthyroïdie, la clearance des médicaments est augmentée!

15.03.13

13

Exemple de traitement d'une maladie de Basedow

▶ Carbimazole (*Néo Mercazole*®):

- Si $T4_{libre} > 30 \text{ nmol/l}$ et/ou $T3_{libre} > 10 \text{ pmol/L}$:
 - 45 mg (9 cps en 1, 2 ou 3 prises) par jour pendant 15 jours, suivi de
 - 30 mg (6 cps en 1, 2 ou 3 prises) par jour pendant 15 jours, suivi de
 - 15 mg (3 cps en 1, 2 ou 3 prises) par jour pendant 15 jours

- ▶ À 6 sem: rendez-vous avec premier contrôle de la fonction thyroïdienne
- ▶ Obtention fréquente de l'euthyroïdie puis adaptation de la dose

- Si $T4_{libre} < 30 \text{ nmol/l}$ et $T3_{libre} < 10 \text{ pmol/l}$

- ▶ Dose de charge plus modeste ou dose fixe plus modeste sur la durée des 6 semaines
- ▶ Puis adaptation de la dose selon la fonction thyroïdienne obtenue

▶ Propranolol (*Inderal*®)

- ▶ de 10 mg /jour (1 cp) jusqu'à 3 x 40 mg /jour en fonction de l'amélioration de la tachycardie.
- ▶ Peut en général être diminué voir stoppé en 3 à 6 semaines en raison de l'amélioration concomitante de la fonction thyroïdienne

Autres traitements

Utilisation plus rare et spécifique

- ▶ Iode
- ▶ Perchlorate de Potassium
- ▶ Lithium
- ▶ AINS
- ▶ Glucocorticoïdes

15.03.13

15

Traitement récurrence Basedow

▶ Evolution du Basedow

- Rémission 45–50% à 1 an (patient reste euthyroïdien à l'arrêt du carbimazole!)
- Récidive 50–55%, vitesse de récurrence fluctuante
- Existence de récurrence très tardive (nouvelle maladie de Basedow?)

▶ Traitement de la récurrence

- reprise du carbimazole (mais peu de chance d'être curatif en prolongeant le traitement au delà de 12–18 mois)
- Iode radioactif: I131 (ablatif ou non)
- Chirurgie

Patient avec s/p Basedow: penser à contrôler la TSH, 3–4 sem. après un CT injecté

15.03.13

16

Cas clinique 2

- ▶ Patient de 70 ans que vous suivez régulièrement pour une HTA et un DM2 bien équilibrés. Au dernier contrôle, vous notez qu'il a perdu 4 kg sans changer son alimentation.
- ▶ Au status : TA 130/90 mmHg, pouls irr. irr. à 105/min, ausc cardio-pulmonaire sp, thyroïde : agrandie avec palpation de deux petits nodules de 1 cm environ.
- ▶ Dans le petit bilan, vous dosez la TSH :
 - TSH basse mais pas supprimée
 - T3 et T4 dans la norme
- ▶ dx=hyperthyroïdie subclinique ou infraclinique

15.03.13

17

Questions au spécialiste

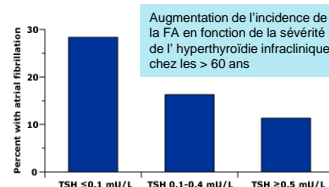
- ▶ Quels diagnostics étiologiques évoquer?
- ▶ Quel bilan faire ?
- ▶ Quel seuil pour traiter ?
- ▶ Et si on trouve les mêmes valeurs de TSH/T3/T4 chez une femme de 40 ans ?
- ▶ Quelles options thérapeutiques ?

15.03.13

18

Hyperthyroïdie infraclinique

- ▶ Définition:
 - TSH diminuée (surtout <0.1)
 - T4 et T3 dans la norme
- ▶ Recontrôler TSH/T3/T4 après qq semaines (car parfois transitoire!)
- ▶ Bilan: faire un US thyroïdien
- ▶ Fréquence importante (> 65 ans: 0.7-3.2%)
 - autonomisation progressive d'un goitre multinodulaire (GMN)
 - surcharge en iode (CT, amiodarone) sur
- ▶ Corrélation avec:
 - Mortalité globale
 - Mortalité liée aux coronaropathies
 - Fibrillation auriculaire: risque stratifié
 - Démence
 - Ostéoporose



*Wiersinga WM Eur J Inter Med 2011 Aug; 22(4):324-9

*Collet TH Arch Intern Med 2012; 172:799-809

*Sawin CT Low serum thyrotropin concentrations as a risk factor for atrial fibrillation in older persons. N Engl J Med. 1990; 323(19):1249-52. PMID: 7935681.

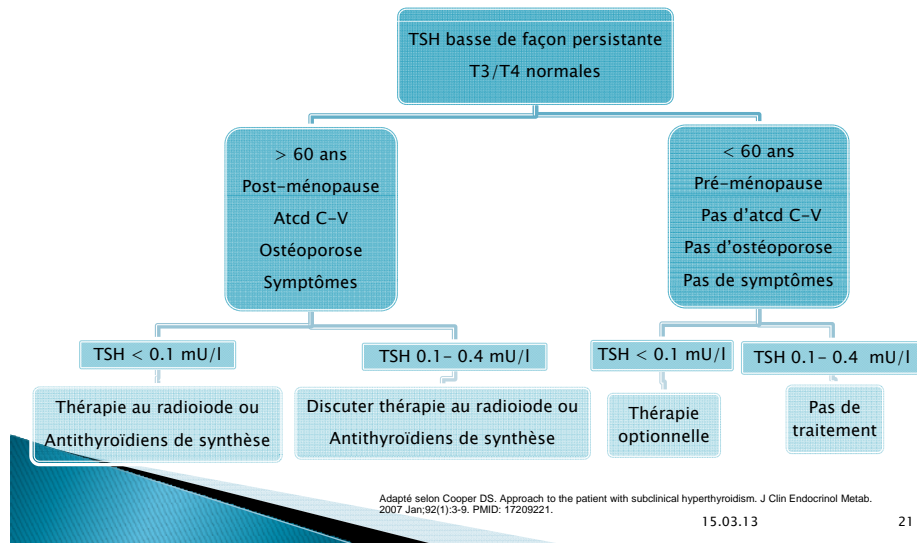
Prise en charge de l'hyperthyroïdie infraclinique

- ▶ Envisager traitement si:
 - ▶ risque cardio-vasculaire car risque de fibrillation auriculaire (FA)
 - ▶ risque ostéoporose
 - ▶ symptômes d'hyperthyroïdie
- ▶ Si aucun risque C-V ou ostéoporose ni symptôme: ad suivi TSH/T3-T4 à 4-6 sem
 - Si correction : ok
 - Si stable : poursuivre contrôles itératifs, à espacer par la suite (traitement envisageable selon clinique)
 - Si augmentation T3-T4 : envisager contrôle chez endocrinologue en vue d'un traitement
- ▶ Options thérapeutiques:
 - si bonne espérance de vie: traitement définitif par iode radioactif ou opération puis substitution
 - Si espérance de vie courte : antithyroïdiens de synthèse (Néo Mercazole®) au long cours, puis une fois que la dose est trouvée, contrôle TSH 1x/6mois

15.03.13

20

Evaluation et traitement de l'hyperthyroïdie infraclinique



Hyperthyroïdie et FA

- ▶ Contrôler la TSH
 - À la découverte d'une FA
 - Avant d'introduire de l'amiodarone
 - 1x/6 mois durant un ttt d'amiodarone (risque d'hypo- et d'hyperthyroïdie)
- ▶ En cas de FA et hyperthyroïdie concomitante, il faut traiter l'hyperthyroïdie avant de tenter une cardioversion

15.03.13

22

Take home message

- ▶ Avoir le seuil de recherche d'hyperthyroïdie assez bas
- ▶ Le traitement est plutôt une affaire de spécialiste, mais pour le MPR il faut rappeler:
 - Risque d'agranulocytose avec Neo Mercazole®: pas de dosage régulier, mais y penser si notre patient a de la fièvre
 - Traitement d'une hyperthyroïdie infraclinique à envisager si > 60 ans, risque cardio-vasculaire et risque ostéoporose, ou symptômes.

15.03.13

23