



Mardi 12 septembre 2017



Revisiter la thyroïde !!!

Corrigé et commentaires...

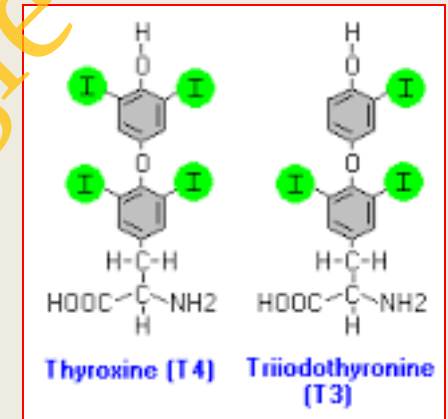
F Despert

Tours

Un peu de physiologie ...

Question 1 - L'hormone thyroïdienne active est :

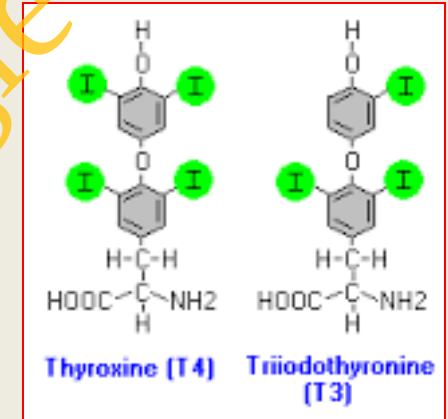
1. La T4
2. La T3
3. Les deux, de façon équivalente
4. Je ne sais pas ...



Un peu de physiologie ...

Question 1 - L'hormone thyroïdienne active est :

1. La T4
2. La T3
3. Les deux, de façon équivalente
4. Je ne sais pas ...

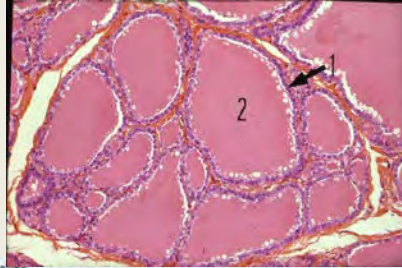


Commentaire

- Le récepteur des HT est sensible à la T3, la T4 est très faiblement fixée.

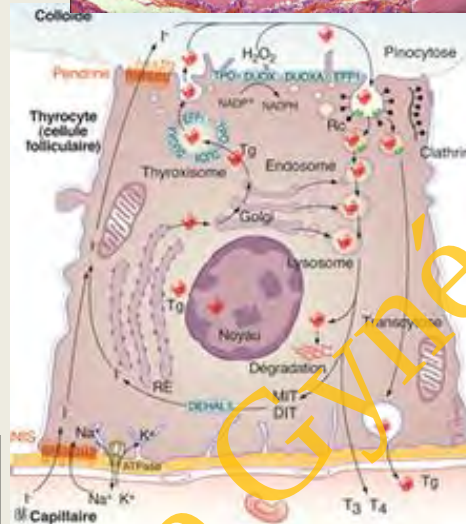
La T3 est l'hormone active

Synthèse des Hormones thyroïdiennes



2 - Transfert iodeure vers colloïde
Pendrine
ATPase

1 - Entrée de l'iodeure
Symporteur Na/I :NIS



3 - Organification de l'iodeure en iode dans la cellule folliculaire et fixation sur 16 des 134 des résidus tyrosine de la Thyroglobuline.
Formation de di-iodo-tyrosine et mono-iodo-tyrosine qui sont condensés soit en T4 (2 di-iodo T), soit en T3 (di-iodoT + monoT)
Thyropoxydase
Enzyme DUOX (*Fournisseur de H2O2*)

4 - Stockage de la thyroglobuline iodée dans le follicule

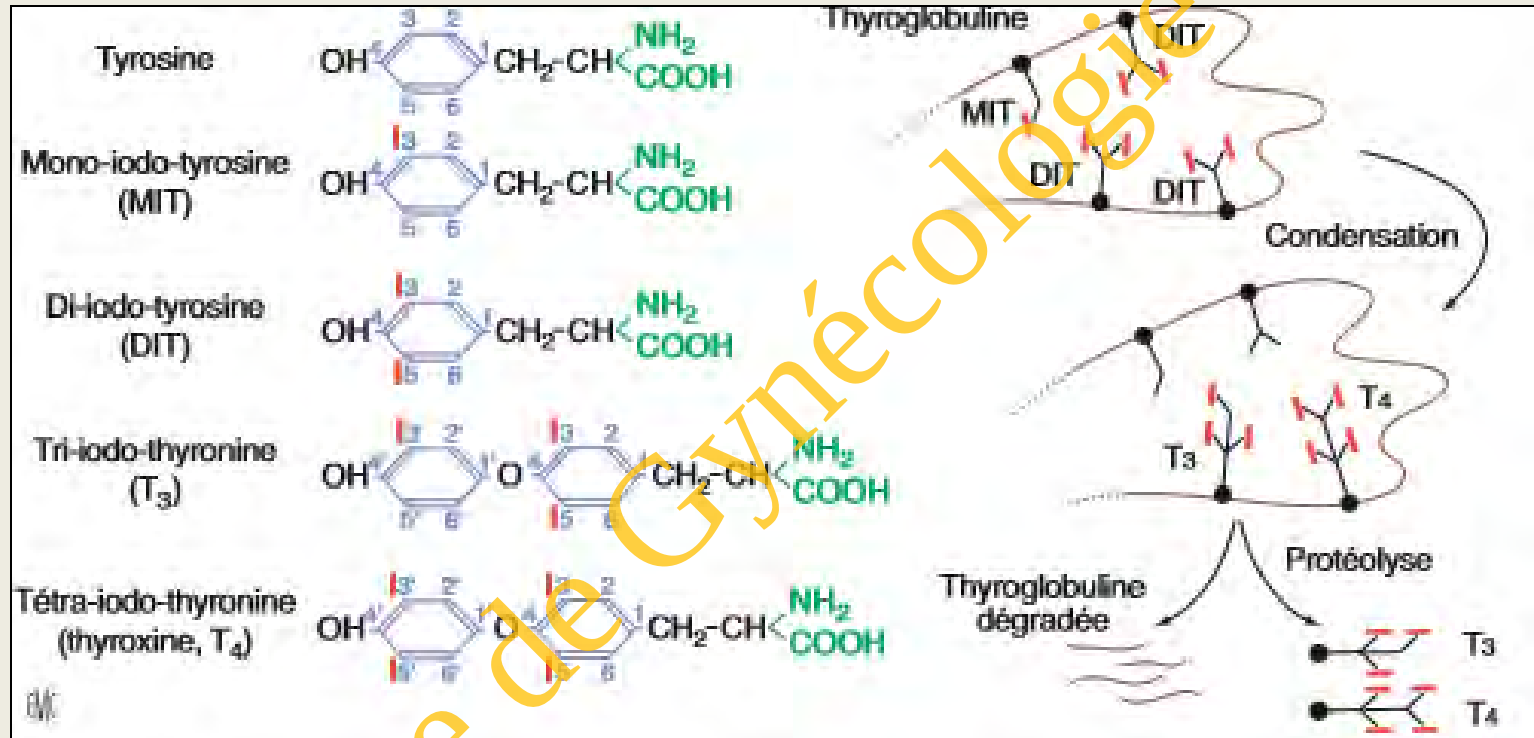
Troubles de l'hormonosynthèse

- 1 - mutations thyroglobuline,
- 2 - transporteur d'iode/sodium,
- 3 - thyropoxydase,
- 4 - pendrine,
- 5 - DUOX

5 - Réabsorption de la TGB iodée et libération des H Thyr. par les lysosomes
Endopeptidases

6 - Libération des H Thyr. dans la circulation
Transporteurs

Synthèse des Hormones thyroïdiennes



Un peu de physiologie ...

Question 2 - La T3, hormone active, provient principalement :

1. De la glande thyroïde
2. De la désiodation de la T4 à la périphérie
3. Par un autre mécanisme
4. Je ne sais pas...

Collège de Gynécologie CVL

Un peu de physiologie ...

Question 2 - La T3, hormone active, provient principalement :

1. De la glande thyroïde
2. **De la désiodation de la T4 à la périphérie**
3. Par un autre mécanisme
4. Je ne sais pas...

Commentaire

- La glande thyroïde sécrète 80% de T4 et 20% de T3, la plupart de la T3 circulante provient de la désiodation de la T4 réalisée par divers tissus du corps.

Un peu de physiologie ...

Question 3 - Chez l'enfant le "*gold standard*" du diagnostic de l'hypothyroïdie est le dosage de:

1. TSH
2. FT4 (= *Free T4*, ou *T4 L = T4 libre*)
3. FT3
4. Je ne sais pas

Collège de Gynécologie CVL

Un peu de physiologie ...

Question 3 - Chez l'enfant le "*gold standard*" du diagnostic de l'hypothyroïdie est le dosage de:

1. TSH
2. **FT4 (= Free T4, ou T4 L = T4 libre)**
3. FT3
4. Je ne sais pas

Commentaires

- Le dosage de TSH informe sur un dysfonctionnement de la glande thyroïde: la glande sécrète insuffisamment de T4 et la réponse de l'axe thyroïdarien est une augmentation de la sécrétion de TSH (feed back+).
- Le dosage de FT4 renseigne à la fois sur le dysfonctionnement de la glande et sur celui de l'axe thyroïdarien, il est donc informatif quelle que soit la cause de l'hypothyroïdie, centrale (Ex : Craniopharyngiome) ou périphérique (Ex: Thyroïdite).

Un peu de physiologie ...

Question 4 – Chez l'embryon et le fœtus la thyroïde ne sécrète des HT qu'à partir de la 20^{ème} semaine, aussi le développement cérébral de l'embryon ne nécessite pas d'Hormones Thyroïdiennes?

1. Vrai
2. Faux
3. Je ne sais pas

Collège de Gynécologie

Un peu de physiologie ...

Question 4 – Chez l'embryon et le fœtus la thyroïde ne sécrète des HT qu'à partir de la 20^{ème} semaine, aussi le développement cérébral de l'embryon ne nécessite pas d'Hormones Thyroïdiennes?

1. Vrai
2. **Faux**
3. Je ne sais pas

Commentaire

- Le développement cérébral humain nécessite de la T3, mais celle-ci ne passe pas la barrière placentaire, ce que fait la T4 qui est désiodée dans les cellules cérébrales et fournit la T3 nécessaire 'in situ'.

Un peu de physiologie ...

Question 5 – La barrière placentaire permet le passage de :

1. La TSH
2. La T4
3. La T3
4. Les anticorps anti-thyroïde
5. Je ne sais pas

Collège de Gynécologie CVL

Un peu de physiologie ...

Question 5 – La barrière placentaire permet le passage de :

1. La TSH
2. **La T4**
3. La T3
4. **Les anticorps anti-thyroïde**
5. Je ne sais pas

Commentaire

- La barrière placentaire laisse passer la T4 et les Ac anti-thyroïde.

Un peu de physiologie ...

Question 6 : En cas de carence iodée profonde chez une femme gestante le risque pour l'enfant d'avoir un retard mental est important, en relation principalement avec :

1. La carence iodée du Fœtus
2. Le manque de T4 chez la mère
3. Le manque de T3 chez la mère
4. Je ne sais pas



Collège de Gynécologie CML

Un peu de physiologie ...

Question 6 : En cas de carence iodée profonde chez une femme gestante le risque pour l'enfant d'avoir un retard mental est important, en relation principalement avec :

1. La carence iodée du Fœtus
2. **Le manque de T4 chez la mère**
3. Le manque de T3 chez la mère
4. Je ne sais pas



Commentaires

- La mère, carencée en iode, l'économise aussi elle synthétise peu de T4 qui consomme 4 atomes d'iode et préférentiellement de la T3. Or la T3 ne passe pas la barrière placentaire et la T4 de la mère est insuffisante.
- Le cerveau de l'embryon se développe mal d'où un retard mental irrécupérable, même si le traitement est mis en place dès la naissance ...
- La carence en iode du fœtus participe également à la pathologie.

Un peu de physiologie ...

Question 7 : Quels aliments apportent l'iode nécessaire à l'organisme? 2 réponses exactes

1 - Le lait et les produits laitiers



2 – Les produits carnés



3 – Brocolis, radis



4 – Les crustacés et poissons



5 - Je ne sais pas

Un peu de physiologie ...

Question 7 : Quels aliments apportent l'iode nécessaire à l'organisme? 2 réponses exactes

- 1 - Le lait et les produits laitiers
- 2 – Les produits carnés
- 3 – Brocolis, radis
- 4 – Les crustacés et poissons
- 5 - Je ne sais pas



Commentaires

Niveaux et sources d'apport

- D'après l'étude INCA2, les apports moyens en iode se situent à 126 $\mu\text{g/j}$ chez les adultes et 106 $\mu\text{g/j}$ chez les enfants.
- Le **lait, les produits laitiers** sont les aliments qui contribuent le plus à l'apport total en iode de la population en raison de leur consommation élevée (26% chez les adultes et 34% chez les enfants). Les **poissons et crustacés** contribuent également de façon importante aux apports en iode : 13,3% des apports pour les adultes et 9,8% des apports pour les enfants. Les œufs apportent également de l'iode.
- Les ANC chez les enfants de 1-3 ans sont de 80 $\mu\text{g/j}$, chez les enfants de 4-6 ans de 90 $\mu\text{g/j}$, chez les enfants de 7-9 ans et 120 $\mu\text{g/j}$ et à partir de 10 ans les ANC sont de 150 $\mu\text{g/j}$.
- La grossesse s'accompagne d'un besoin supplémentaire en iode qui perdure lorsque l'allaitement maternel est pratiqué (L'ANC est de 200 $\mu\text{g/j}$).
- Attention à un excès de produits goitrigènes : ce sont tous ceux de la famille des crucifères (tous les choux y compris le **brocoli**, les rutabagas, les **radis**, les navets, etc.). Ils contiennent des molécules, appelées thiocyanates, qui activent l'excrétion de l'iode dans les urines.

Apports iodés conseillés

Âge	ANR* (µg/jour)	AMT** (µg/jour)
Enfant 1 à 3 ans	90	200
Enfants 4 à 8 ans	90	300
Enfant 9 à 13 ans	120	600
Adolescent 14-18 ans	150	900
Adulte 19-30 ans	150	1100
Adulte 31-50 ans	150	1100
Adulte 51-70 ans	150	1100
Adulte plus de 70 ans	150	1100
Grossesse	220	- 18 ans : 900 + 18 ans : 1100
Allaitement	290	- 18 ans : 900 + 18 ans : 1100

*Apport nutritionnel recommandé
 **AMT : apport maximal tolérable

Contenus en iode de divers aliments

Aliments	Portions	Quantités (µg)
Sel de table, iodé	5 ml (1 c. à thé/6 g)	380
Morue, cuite	100 g (3 ½ oz)	116
Aiglefin	100 g (3 ½ oz)	116
Fromage cottage	250 ml (1 tasse)	65
Fèves de soja (soya)	60 ml (1/4 tasse)	60
Yogourt, nature	175 g (3/4 tasse)	58
Lait (entier, 2%, 1%, écrémé, chocolat)	250 ml (1 tasse)	52-62
Biscuits soda	10	44
Pain (seigle, blé entier, blanc)	1 tranche (35 g)	17-32
Haricots (blancs, noirs), cuits	175 ml (3/4 tasse)	46-53
Oeuf, cuit	2 gros	48-52



Un peu de physiologie ...

Question 8 : Les sels de mer comme ceux de Guérande ou de l'île de Ré sont meilleurs pour la santé que les sels du commerce car:

1. Ils sont plus riches en iode
2. Ils contiennent beaucoup d'oligo éléments en plus de l'iode
3. Cette affirmation est fausse
4. Je ne sais pas





Un peu de physiologie ...

Question 8 : Les sels de mer comme ceux de Guérande ou de l'île de Ré sont meilleurs pour la santé que les sels du commerce car:

1. Ils sont plus riches en iode
2. Ils contiennent beaucoup d'oligo éléments en plus de l'iode
3. **Cette affirmation est fausse**
4. Je ne sais pas

Commentaires

- Les sels de mer sont ramassés et stockés en plein soleil, celui-ci entraîne une sublimation de l'iode qui disparaît alors ... les sels du commerce sont enrichis en iode, ce sont eux qu'il faut préférentiellement utiliser, surtout chez les femmes enceintes!
- Teneurs en iode du sel iodé du commerce : $60 \mu\text{g/g}$ contre $1,3 \mu\text{g/g}$ pour du sel non iodé...



Un peu de physiologie ...

Question 9 : En France le dépistage de l'hypothyroïdie congénitale est basée sur le dosage à J3 chez le nouveau né de :

1. FT4
2. TSH
3. TSH et FT4
4. FT3
5. Je ne sais pas



Un peu de physiologie ...

Question 9 : En France le dépistage de l'hypothyroïdie congénitale est basée sur le dosage à J3 chez le nouveau né de :

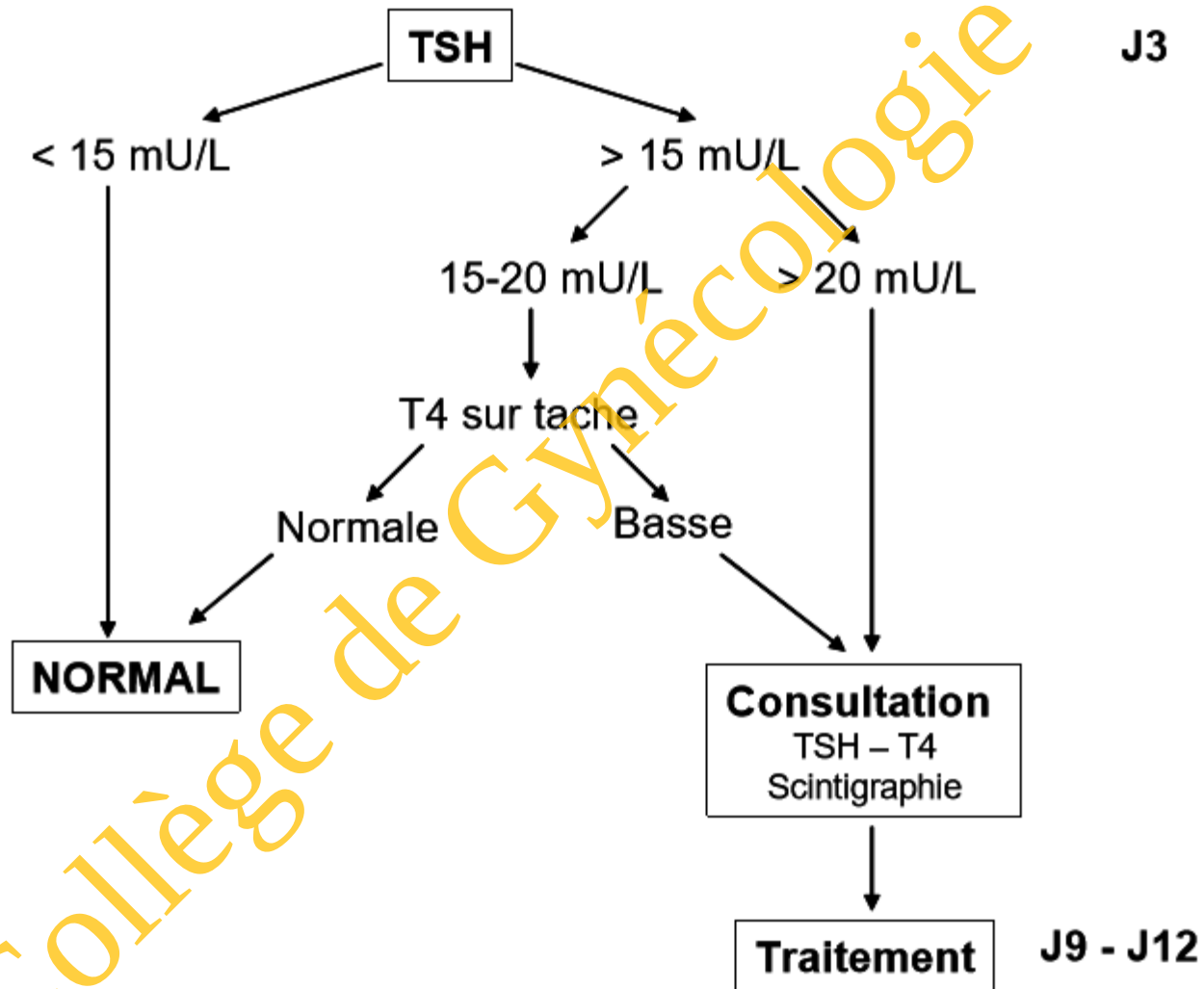
1. FT4
2. TSH
3. TSH et FT4
4. FT3
5. Je ne sais pas



Commentaires

- Le dépistage repose sur le dosage de TSH, il ne met donc en évidence que les hypothyroïdies d'origine périphérique qui touchent un enfant sur 3000 en France, contre 1 sur 10 à 15 000 avec une hypothyroïdie par anomalie haute.
- Le dépistage "laisse passer" les hypoT4 d'origine centrale. Le dépistage ne met donc pas à l'abri d'une HypoT4 congénitale +++

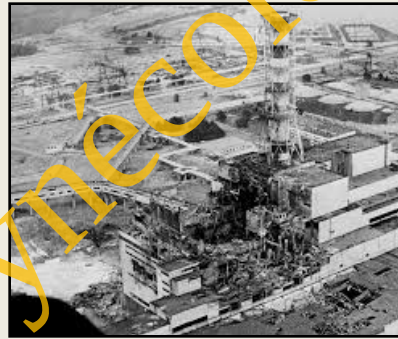
Dépistage de l'hypothyroïdie Organigramme



Un peu de physiologie ...

Question 10 : Lors de l'accident de Tchernobyl en 1986, d'importantes quantités d'iode radioactif sont émises et à l'origine de cancer de la thyroïde, surtout chez les enfants Ukrainiens et Belarus. Le passage du nuage radioactif en France a-t'il entraîné une légère, mais notable, augmentation des cancers thyroïdiens?

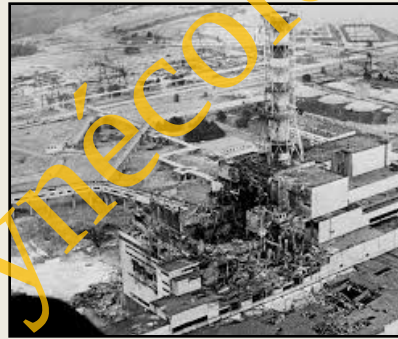
1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas



Un peu de physiologie ...

Question 10 : Lors de l'accident de Tchernobyl en 1986, d'importantes quantités d'iode radioactif sont émises et à l'origine de cancer de la thyroïde, surtout chez les enfants Ukrainiens et Belarus. Le passage du nuage radioactif en France a-t'il entraîné une légère, mais notable, augmentation des cancers thyroïdiens?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas



Commentaires

- L'irradiation naturelle en France est de 2,4 mSv/an. Aucun effet néfaste n'est noté pour des valeurs < 100 mSv. Le passage du nuage apporte 0,08 mSv : on passe de 2,4 mSv à 2,48 mSv!!! En Allemagne, on compte la radio activité différemment : c'est l'augmentation qui est prise en compte, donc on passe de 0 à 0,11 mSV ce qui est considéré comme notable, mais négligeable en quantité, moins de 5% de la radioactivité naturelle... Exit ***"l'arrêt du nuage à la frontière"***!
- Aucune augmentation des cancers de la thyroïde attribuable à Tchernobyl...

Cas cliniques

Collège de Gynécologie CVL

Cas clinique n° 1 Aurélia

- Aurélia a 4 jours. Elle est née à terme, sa mère a une thyroïdite de Hashimoto (TCL) connue et traitée depuis plusieurs années.
- Elle vient de sortir de la maternité
- PN = 3,350kg, TN = 49 cm Examen clinique normal.
- Sa mère vous consulte pour “faire le bilan” à son bébé du fait de sa maladie de la thyroïde, comme elle l’avait fait à son frère ...

Question 11 : Quel bilan préconisez-vous?

1. Dosage TSH et FT4
2. Dosage Ac anti-thyro-peroxydase (TPO)
3. Dosages TSH et FT4 et Ac antiTPO
4. Aucun dosage
5. Les 3 dosages à 10-15 jours de vie

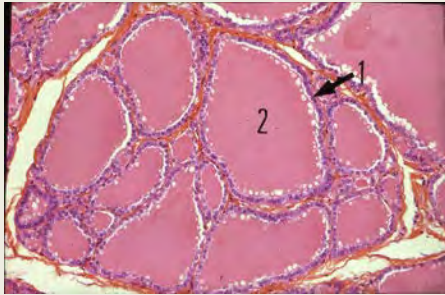
Cas clinique n° 1 Aurélia

- Aurélia a 4 jours. Elle est née à terme, sa mère a une thyroïdite de Hashimoto (TCL) connue et traitée depuis plusieurs années.
- Elle vient de sortir de la maternité
- PN = 3,350kg, TN = 49 cm Examen clinique normal.
- Sa mère vous consulte pour “faire le bilan” à son bébé du fait de sa maladie de la thyroïde, comme elle l’avait fait à son frère ...

Question 11 : Quel bilan préconisez-vous?

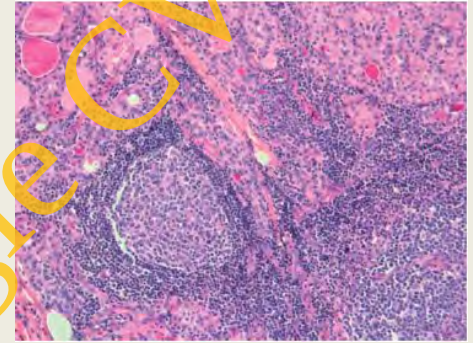
1. Dosage TSH et FT4
2. Dosage Ac anti-thyro-peroxydase (TPO)
3. Dosages TSH et FT4 et Ac antiTPO
4. **Aucun dosage**
5. Les 3 dosages à 10-15 jours de vie

Cas clinique n° 1 Aurélia



Aucun dosage...

Commentaires



- Les Ac anti TPO sont des **marqueurs** de l'atteinte des cellules thyroïdiennes qui sont détruites par les lymphocytes T et libèrent la TPO.
- Les Ac anti-thyroïde passent la barrière placentaire mais n'ont pas d'effets néfaste sur la thyroïde du bébé.
- La TCL est une maladie auto-immune en rapport avec un dérèglement de l'immunité cellulaire.
- Exceptionnellement il peut y avoir des anticorps anti récepteurs de la TSH bloquants. Mais dans ce cas le dépistage réalisé à J3 le montrera : HypoT4 à TSH élevée.

Cas clinique n°2 Marie Christine



Cette fillette consulte pour petite taille: -3,4 DS

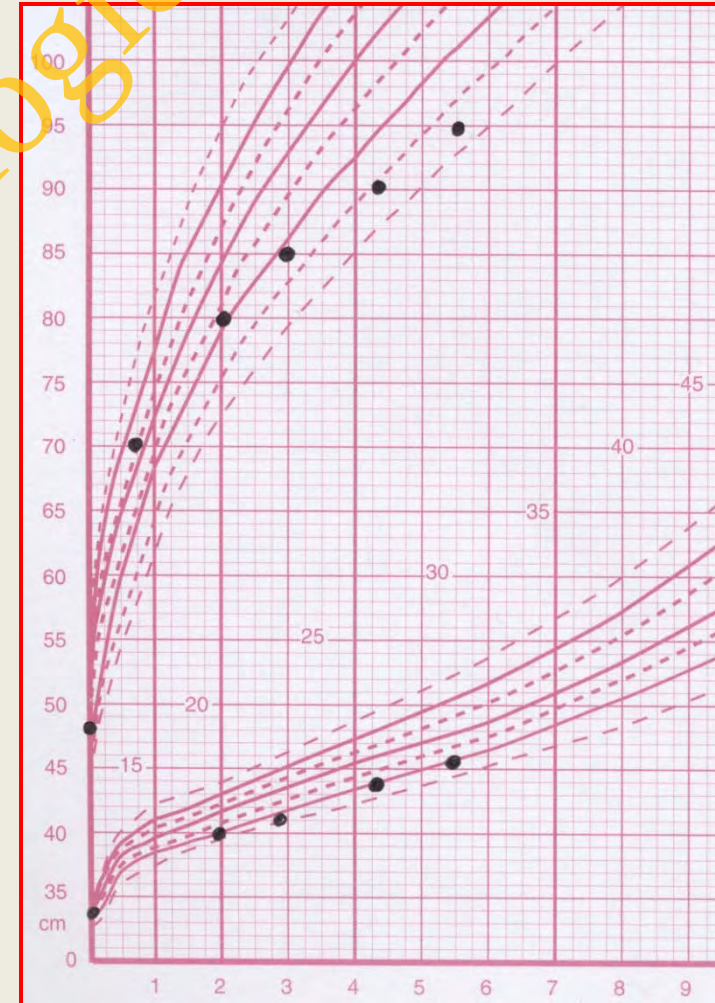
Examen clinique : voir visage

Aucun antécédent notable

Le médecin a fait doser la TSH = 2,1UI/l

Question 12 - La courbe de croissance Taille /poids vous interroge car, ce qui est vrai:

- 1 - L'enfant grossit bien ce qui élimine une pathologie grave.
- 2 - Le fait que l'enfant ralentisse sa croissance et grossisse élimine une cause digestive.
- 3 - L'aspect des courbes vous fait immédiatement évoquer un groupe particulier de causes.
- 4 - La normalité de la TSH vous permet d'éliminer une cause thyroïdienne.
- 5 - Je ne sais pas



Cas clinique n°2 Marie Christine



Cette fillette consulte pour petite taille: -3,4 DS

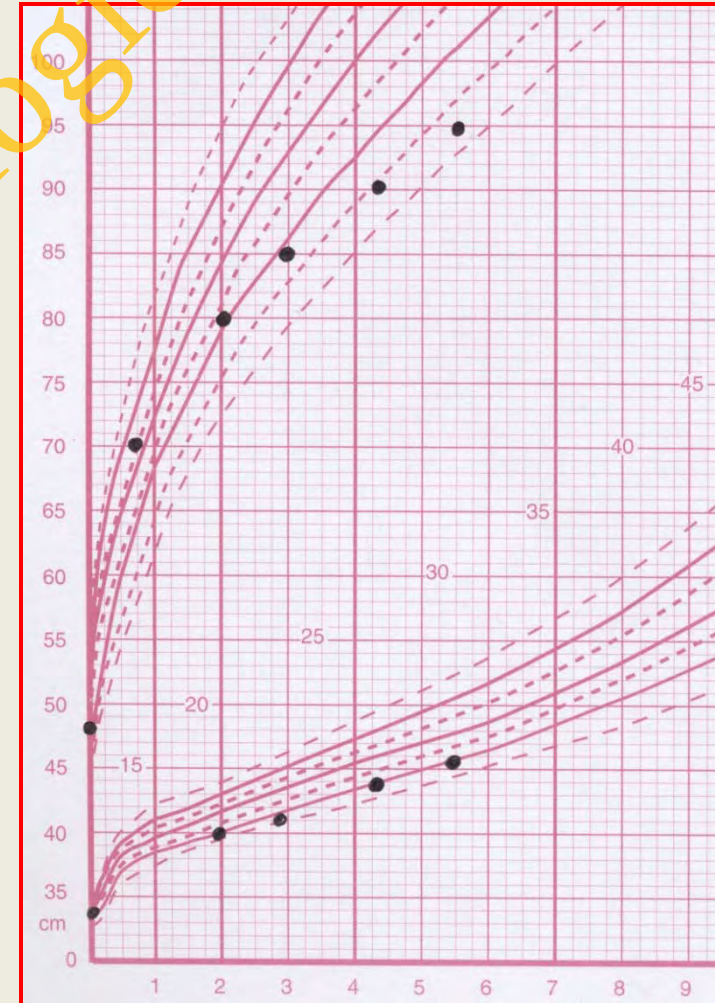
Examen clinique : voir visage

Aucun antécédent notable

Le médecin a fait doser la TSH = 2,1UI/l

Question 12 - La courbe de croissance Taille /poids vous interroge car, ce qui est vrai:

- 1 - L'enfant grossit bien ce qui élimine une pathologie grave.
- 2 – Le fait que l'enfant ralentisse sa croissance et grossisse élimine une cause digestive.
- 3 – L'aspect des courbes vous fait immédiatement évoquer un groupe particulier de causes.
- 4 – La normalité de la TSH vous permet d'éliminer une cause thyroïdienne.
- 5 - Je ne sais pas



Cas clinique n°2 Marie Christine

Commentaires

- Le fait que l'enfant grossisse n'élimine pas une cause grave...
- Une cause digestive est éliminée.
- La comparaison courbe taille/courbe poids est quasi pathognomonique d'un **problème endocrinien** : Hypothyroïdie, déficit GH, hypercortisolisme ou d'un syndrome de Turner chez la fille.
- La valeur basse de la TSH permet d'éliminer une hypoT4 périphérique, mais pas d'une cause centrale.

Cas clinique n°2 Marie Christine

Question n°13 Que proposez-vous prioritairement pour avancer dans le diagnostic?

1. Radios osseuses à la recherche d'anomalies ostéo-cartilagineuses.
2. Dosage d'IGF1
3. Dosage du cortisol libre urinaire
4. Dosage de FT4
5. Dosage d'hormone de croissance sous stimulation
6. Je ne sais pas

Cas clinique n°2 Marie Christine

Question n°13 Que proposez-vous prioritairement pour avancer dans le diagnostic?

1. Radios osseuses à la recherche d'anomalies ostéo-cartilagineuses.
2. Dosage d'IGF1
3. Dosage du cortisol libre urinaire
- 4. Dosage de FT4**
5. Dosage d'hormone de croissance sous stimulation
6. Je ne sais pas

Commentaire:

- Le dosage à réaliser est celui de la FT4 qui confirme la situation d'hypoT4 quelle qu'en soit la cause : centrale ou périphérique.



Cas clinique n° 3 Sophia

- La mère de Sophia a une **maladie de Basedow** connue depuis 3 ans au début de la grossesse.
- Elle reçoit un traitement par PTU, les TRAK (Ac anti récepteurs) en début de grossesses sont élevés : 20 fois la normale.
- A 22 semaines un goitre fœtal est mis en évidence qui, ne faisant pas sa preuve, nécessite une ponction du cordon : mise en évidence d'une **Hyperthyroïdie fœtale** → Augmentation de PTU et normalisation du goitre.
- Le reste de la grossesse s'est bien déroulé.
- Déclenchement de l'accouchement à 37 SA
- Naissance d'une fille pesant 2430g.
- Enfant cliniquement euthyroïdienne.

Question 14 : A la naissance vous réalisez un bilan FT4,TSH qui montre une euthyroïdie, quel élément du bilan vous manque?

1. Dosage de Ac anti TPO et anti TGB
2. Recherche les lymphocytes stimulants ou bloquants
3. Dosage des TRAK
4. Echographie thyroïdienne du Nné
5. Je ne sais pas





Cas clinique n° 3 Sophia

- La mère de Sophia a une **maladie de Basedow** connue depuis 3 ans au début de la grossesse.
- Elle reçoit un traitement par PTU, les TRAK (Ac anti récepteurs) en début de grossesses sont élevés : 20 fois la normale.
- A 22 semaines un goitre fœtal est mis en évidence qui, ne faisant pas sa preuve, nécessite une ponction du cordon : mise en évidence d'une **Hyperthyroïdie fœtale** → Augmentation de PTU et normalisation du goitre.
- Le reste de la grossesse s'est bien déroulé.
- Déclenchement de l'accouchement à 37 SA
- Naissance d'une fille pesant 2430g.
- Enfant cliniquement euthyroïdienne.

Question 14 : A la naissance vous réalisez un bilan FT4,TSH qui montre une euthyroïdie, quel élément du bilan vous manque?

1. Dosage de Ac anti TPO et anti TGB
2. Recherche les lymphocytes stimulants ou bloquants
3. **Dosage des TRAK**
4. Echographie thyroïdienne du Nné
5. Je ne sais pas

Commentaire

Le dosage à réaliser est celui des **TRAK** = Ac fixant le récepteur de la TSH, Ac stimulant qui traverse la barrière placentaire et risque de provoquer une hyperT4 chez l'enfant.



Cas clinique n° 3 Sophia

Sophia naît avec un poids de 2430g, elle est cliniquement euthyroïdienne.

Question 15 : Quels “risques” pour l’enfant?

1. Hypothyroïdie
2. Hyperthyroïdie
3. Aucun
4. Je ne sais pas

Collège de Gynécologie CVL

Cas clinique n° 3 Sophia

Sophia naît avec un poids de 2430g, elle est cliniquement euthyroïdienne.

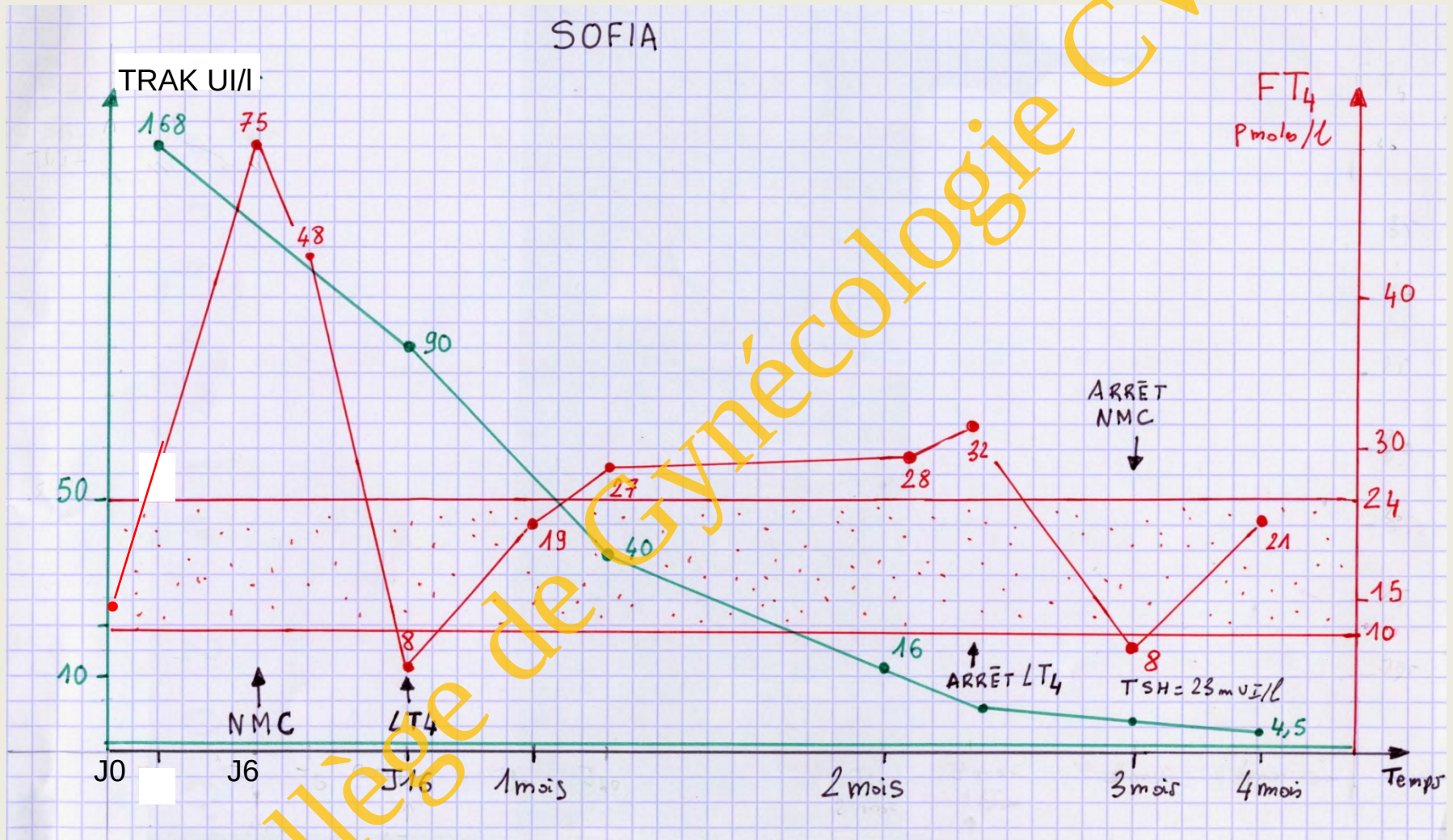
Question 15 : Quels “risques” pour l’enfant?

1. Hypothyroïdie
2. Hyperthyroïdie
3. Aucun
4. Je ne sais pas

Commentaires

- Dans la mesure où les TRAK sont positifs, risque d'**hyperthyroïdie** quand les ATS seront éliminés.
- Si les TRAK sont à des taux faibles ou négatifs, risque **d'hypoT4 transitoire**.

SOFIA



Guérison après 4 mois

Cas clinique n° 3 Sophia

Commentaires

- **Epidémiologie**
 - 1% des femmes enceintes ont une maladie de Basedow évolutive ou un ATCD de cette maladie. Seulement 1% des nouveau-nés auront une dysthyroïdie à la naissance.
- **Prise en charge d'une femme ayant une maladie de Basedow, 3 situations:**
 - 1 - **Femme guérie par traitement médical avant la grossesse.**
 - Euthyroïdie contrôlé avant la grossesse.
 - Dosage des TRAK en début de grossesse. Si négatif, pas de risque fœtal.
 - 2 - **Femme guérie par traitement radical avant la grossesse.**
 - Dosage des TRAK au 1^{er} trimestre, si positif à renouveler entre 20 et 24 SG.
 - Si TRAK > 3 fois la normale : risque d'hyperthyroïdie fœtale : écho fœtales répétées à partir de 18 semaines puis toutes les 4 semaines : goitre?
 - L'apparition d'un goitre fœtal signe la stimulation de la glande par les TRAK : donner à la mère un ATS à visée fœtale pour faire régresser le goitre. Le traitement maternel par T4 sera maintenu.

Cas clinique n° 3 Sophia

Commentaires

Prise en charge d'une femme ayant une maladie de Basedow (suite)

3 - Femme ayant une maladie de Basedow active:

- Nécessité d'un traitement freinateur en vue de la maintenir en légère hyperthyroïdie.
- Le **PTU** est recommandé en début de grossesse, plutôt que le **Néomercazole**, car moins à risque d'entraîner des malformations fœtales. Utiliser les doses les plus faibles possibles d'ATS. Surveillance de la FT4 toutes les 4 semaines.
- Pendant la grossesse, dans la plupart des cas, la situation immunologique s'améliore et le traitement freinateur peut être diminué et même arrêté dans 30 à 60% des cas au 2^{ème} trimestre.
- Si les **TRAK** sont > 3 fois la normale (>5 UI/L) : surveillance du fœtus.

Cas clinique n° 3 Sophia

Commentaires

A la naissance : enfant de mère traitée par ATS

- Sur le sang du cordon bilan TSH, FT4, TRAK
- Cliniquement plusieurs situations possibles ...
 - 1 – L'enfant naît **euthyroïdien**, (TRAK bas) et y reste : situation la plus fréquente.
 - 2 – L'enfant naît **hypothyroïdien** : il est sous l'influence des ATS de sa mère qu'il va éliminer en quelques jours avec deux évolutions possibles :
 - soit il devient **euthyroïdien** et le reste. (TRAK bas)
 - soit il passe en **hyperthyroïdie** : les TRAK présents à des valeurs > 5UI/L stimulent la glande : Tt par ATS chez le nné pendant 3 à 4 mois.
 - 3 – L'enfant d'emblée est en **hyperthyroïdie** +++ attention si la FT4 est > 35 pmol/L.
Traitement par ATS
En cas de tachycardie simple : Tt par bêta bloquant + Valium
En cas d'insuffisance cardiaque, pas de propranolol , mais diurétiques et digitaliques dans un premier temps.

Seulement 1% des enfants naissant d'une mère basedowienne auront une dysthyroïdie, car pendant la grossesse la maladie se met le plus souvent en rémission.

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

- Aucun ATCD grave
- Angine virale en mai avec fatigue persistante au décours.
- Bilan sanguin fait par son médecin en juillet :
 - NFS normale, Sero Dg MNI négatif
 - TSH < 0.03 mUI/l FT4 = 43.4 pmol/l
- Ac anti-thyroperoxydase: 341 UI/ml
- AC anti-thyroglobuline: 103 UI/ml

Poids: 38kg800 (- 2,58 DS/taille) Taille: 164,8 cm (+1,12 DS/âge) BMI: 14,3 Kg/m²

Pouls: 110/min. TA: 13/8

Pas de symptomatologie en dehors d'une fatigue notable.

Examen clinique normal, pas de goitre palpé.

Question 16

Face à cette situation quels diagnostics évoquez-vous?

1. Thyroïdite chronique lymphocytaire (Hashimoto) ?
2. Maladie de Basedow
3. Thyroïdite de Riedel
4. Thyroïdite granulomateuse de de Quervain

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

- Aucun ATCD grave
- Angine virale en mai avec fatigue persistante au décours.
- Bilan sanguin fait par son médecin en juillet :
 - NFS normale, Sero Dg MNI négatif
 - TSH < 0.03 mUI/l FT4 = 43.4 pmol/l
- Ac anti-thyroperoxydase : 341 UI/ml
- AC anti-thyroglobuline : 103 UI/ml

Poids: 38kg800 (- 2,58 DS/taille) Taille: 164,8 cm (+1,12 DS/âge) BMI: 14,3 Kg/m²

Pouls: 110/min. TA: 13/8

Pas de symptomatologie en dehors d'une fatigue notable.

Examen clinique normal, pas de goitre palpé.

Question 16

Face à cette situation quels diagnostics évoquez-vous?

1. Thyroïdite chronique lymphocytaire (Hashimoto) ?
2. Maladie de Basedow
3. Thyroïdite de Riedel
4. Thyroïdite granulomateuse de de Quervain

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Commentaires

Pour mémoire le bilan réalisé a montré:

- TSH<0.03mUI/l FT4 = 43.4 pmol/l
- Ac anti-thyroperoxydase: 341 UI/ml
- AC anti-thyroglobuline: 103 UI/ml

Question n°17

Quel examen vous manque pour préciser votre diagnostic?

1. Dosage de calcitonine?
2. Dosage de TRAK?
3. Dosage de T4 totale?
4. Dosage de thyroglobuline?

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Commentaires

Pour mémoire le bilan réalisé a montré:

- TSH<0.03mUI/l FT4 = 43.4 pmol/l
- Ac anti-thyroperoxydase: 341 UI/ml
- AC anti-thyroglobuline: 103 UI/ml

Question n°17

Quel examen vous manque pour préciser votre diagnostic?

1. Dosage de calcitonine?
2. **Dosage de TRAK?**
3. Dosage de T4 totale?
4. Dosage de thyroglobuline?

Réponse

Dosage des TRAK, ici positifs

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Le dosage de TRAK étant positif, vous posez le diagnostic de maladie de Basedow et vous traitez la jeune fille par Néomercazole, après un mois de traitement, elle va mieux, mais reste fatiguée.

- Poids: 38kg700 contre 38,800 un mois avant
- Pouls: 80/min
- Examen clinique normal.
- FT4: 18,8 pmol/l TSH à 0,009 mUI/l

Question n°18

Que pensez-vous de son bilan?

1. Traitement sans doute insuffisant car TSH effondrée.
2. Traitement efficace
3. Je ne sais pas

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Le dosage de TRAK étant positif, vous posez le diagnostic de maladie de Basedow et vous traitez la jeune fille par Néomercazole, après un mois de traitement, elle va mieux, mais reste fatiguée.

- Poids: 38kg700 contre 38,800 un mois avant
- Pouls: 80/min
- Examen clinique normal.
- FT4: 18,8 pmol/l TSH à 0,009 mUI/l

Question n°18

Que pensez-vous de son bilan?

1. Traitement sans doute insuffisant car TSH effondrée.
2. Traitement efficace
3. Je ne sais pas

Commentaire

Traitement efficace, ne rien changer.

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Vous revoyez Marion 3 mois plus tard pour son suivi :

- Enfant déprimée, fatigue intense, mange de moins en moins. Aménorrhée depuis 2 mois. Poids : 37 kg400. contre 38 kg700 à la sortie
- Examen clinique normal, mais se plaint de douleurs dorsales basses et du membre inférieur gauche de façon diffuse. Pas de réveil nocturne à l'interrogatoire.

Bilan : TSH 7,7 mUI/l, FT4 12,7 pmol/l

Question n°19

Que pensez-vous de son bilan sanguin? Peut-il expliquer l'état de fatigue persistant?

1. Oui car la TSH est élevée : hypoT4
2. Non
3. Je ne sais pas

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Vous revoyez Marion 3 mois plus tard pour son suivi :

- Enfant déprimée, fatigue intense, mange de moins en moins. Aménorrhée depuis 2 mois. Poids : 37 kg400. contre 38 kg700 à la sortie
- Examen clinique normal, mais se plaint de douleurs dorsales basses et du membre inférieur gauche de façon diffuse. Pas de réveil nocturne à l'interrogatoire.

Bilan : TSH 7,7 mUI/l, FT4 12,7 pmol/l

Question n°19

Que pensez-vous de son bilan sanguin? Peut-il expliquer l'état de fatigue persistant?

1. Oui car la TSH est élevée : hypoT4
2. Non
3. Je ne sais pas

Commentaire

La FT4 est dans les valeurs normales, la TSH est légèrement augmentée mais < 10 mUI/l . Ces résultats ne permettent pas de retenir l'hypoT4 comme explicative de la situation.

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Vous complétez le bilan

NFS Hb 11,7 g/dl, GB 11 400 (9100 PN, 1600 Ly) Plaquettes 719 000.

Ionogramme sanguin: Na 137 mmol/l, K 4 mmol/l, RA 27 mmol/l. Prot 89 g/l, créat 68 mmol/l
CRP 243 mg/l VS: 54 mm

Question n°20

La maladie de Basedow peut-elle expliquer l'état inflammatoire de Marion?

1. Oui?
2. Non
3. Parfois, si complication ?

Commentaire

Non, en aucune façon, même en cas de cancer de la thyroïde ...

Le bilan centré sur l'atteinte de l'état général et les douleurs vont permettre de mettre en évidence un Lymphome avec dissémination osseuse et cérébrale!

Un train peut en cacher un autre!!!

Cas clinique n°4 Marion 16 ans

Vous complétez le bilan

NFS Hb 11,7 g/dl, GB 11 400 (9100 PN, 1600 Ly) Plaquettes 719 000.

Ionogramme sanguin: Na 137 mmol/l, K 4 mmol/l, RA 27 mmol/l, Prot 89 g/l, créat 68 mmol/l
CRP 243 mg/l VS: 54 mm

Question n°20

La maladie de Basedow peut-elle expliquer l'état inflammatoire de Marion?

1. Oui?
2. **Non**
3. Parfois, si complication ?

Commentaire

Non, en aucune façon, même en cas de cancer de la thyroïde ...

Le bilan centré sur l'atteinte de l'état général et les douleurs vont permettre de mettre en évidence un Lymphome avec dissémination osseuse et cérébrale!

Un train peut en cacher un autre!!!

***Merci de votre
participation!***

Collège de Gynécologie CVL