

Groupe 4 (Sémiologie) (coefficient 1) (1/4 d'heure)

Mme A, 30 ans, mère d'un enfant de 2 ans, consulte pour altération de l'état général: depuis 3 mois, elle a perdu près de 8kg malgré une faim permanente, elle est insomniaque, énervée et n'arrive plus à se concentrer. Elle se plaint de diarrhée avec plusieurs selles par jour. A l'examen : elle pèse 52 kg pour 1,70 m, les mains sont moites et tremblantes. La fréquence cardiaque est à 110/mn, régulière, avec souffle systolique éjectionnel latéro-sternal gauche. Il existe un goitre d'allure homogène, soufflant à l'auscultation. Les yeux sont rouges et larmoyants, les paupières gonflées d'œdème. Devant ce tableau, vous évoquez une hyperthyroïdie.

- 1) Parmi les éléments de l'énoncé, lesquels peuvent s'intégrer dans le syndrome de thyrotoxicose ?
- 2) Il existe chez cette patiente des signes cliniques orientant vers une étiologie particulière de l'hyperthyroïdie. Quels sont ces signes et vers quelle étiologie orientent-ils ?
- 3) Quelles autres manifestations oculaires non citées dans le texte devez-vous rechercher ?
- 4) Quels dosages hormonaux demandez-vous
 - a. Pour affirmer le diagnostic d'hyperthyroïdie et qu'en attendez-vous ?
 - b. Pour savoir quel est l'importance de l'hyperthyroïdie
- 5) S'il n'y avait pas de signes cliniques d'orientation, quels examens complémentaires pourriez-vous demander pour préciser l'étiologie de l'hyperthyroïdie? Qu'en attendez-vous?

- 1) La thyrotoxicose est liée à l'excès d'hormones thyroïdiennes. Ici, il y a :
 - une tachycardie à 110bpm avec un souffle éjectionnel latéro-sternal gauche (érithisme cardiovasculaire). Il s'agit des signes de cardiomyopathie, signes les plus constants de l'hyperthyroïdie.
 - un amaigrissement avec appétit conservé (voir même polyphagie).
 - des signes neuropsychiques : insomnie, énervement, troubles de la concentration
 - tremblements des mains**
 - thermophobie avec les mains moites.
 - accélération du transit avec une diarrhée
- 2) Il existe un goitre d'allure homogène, soufflant à l'auscultation (ce qui signifie qu'il est très vascularisé). De plus, on nous indique que les yeux sont rouges et larmoyants (signes d'ophtalmopathie) et que les paupières œdématisées. Ces signes orientent vers une maladie de Basedow : il s'agit d'une maladie auto-immune où les auto-anticorps se fixent au récepteur de la TSH et mimant son action. Ils ont également le même rôle trophique que la TSH, ce qui crée le goitre homogène et bien vascularisé.
- 3) On doit également chercher des signes d'exophtalmie : protrusion du globe oculaire, bilatérale, plus ou moins symétrique, réductible, mesurable à l'ophtalmomètre de HERTEL. On cherche aussi une rétraction palpébrale (surtout paupière supérieure) : l'iris est entièrement découvert ce qui donne un regard fixe et brillant. Elle

s'accompagne d'une asynergie oculopalpébrale : la paupière supérieure ne suit pas l'œil lors du regard vers le bas (signe de De Graefe). Ces troubles oculaires donnent le regard « tragique » basedowien.

- 4) a) Pour affirmer le diagnostic d'hyperthyroïdie, on doit faire doser la TSH. La TSH est l'hormone stimulant la thyroïde et elle subit un rétrocontrôle négatif par la T3. Hors, ici, la thyroïde est hyper stimulée par les auto-anticorps, il y a beaucoup de T3 produite, ce qui freine la sécrétion de TSH. On devrait donc trouver un taux de TSH effondré.

b) Pour connaître l'importance de l'hyperthyroïdie, on peut doser la T4 libre et la T3 (pas systématiquement demandée). Elles seront augmentées.

- 5) Pour préciser l'étiologie de l'hyperthyroïdie, il faut tout d'abord déterminer si elle est d'origine haute ou basse : pour cela, on dose la TSH, elle sera **normale ou** haute pour une origine haute (hypophysaire), basse pour une origine basse (thyroïdienne). Si elle est haute, il faut demander une IRM cérébrale pour mettre en évidence un adénome hypophysaire.

Si elle est basse : on demande une échographie thyroïdienne. On trouvera une augmentation diffuse, hypoéchogène du corps thyroïde dans la maladie de Basedow (mais l'échographie n'est que rarement utile dans un Basedow). Elle nous permet aussi de localiser des nodules ou des kystes et d'en apprécier la taille, la vascularisation et la présence éventuelle de calcifications. En cas de nodule unique, elle permet aussi de vérifier l'existence du lobe controlatéral.

On demandera ensuite une scintigraphie thyroïdienne à l'iode 123 ou au technétium 99m afin d'apprécier si les nodules sont chauds (hyperfixation), toxiques (hyperfixation et reste de la thyroïde éteint), froids (hypofixation) ou hyperfixation globale dans la maladie de Basedow.

Une scintigraphie blanche est possible dans une hyperthyroïdie par thyroïdite subaiguë (lyse des cellules) ou par intoxication à l'iode (en raison de la saturation) ou par prise d'hormones thyroïdiennes (thyroïde freinée par rétrocontrôle)

Pour objectiver la maladie de Basedow, on peut demander de doser les anticorps antithyroïdiens : les anticorps anti thyroglobuline, anti-peroxydase mais aussi et surtout anti-récepteur à la TSH : les TSI.

Pour éliminer une hyperthyroïdie induite par l'iode, on peut faire un dosage de la réserve en iode (une telle étiologie est plutôt iatrogène et le diagnostic repose plutôt sur l'interrogatoire...)

On peut également rechercher une thyroïdite subaiguë de De Quervain. On recherchera alors un syndrome inflammatoire (NFS, CRP).