

UE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs

Hyperthyroïdies

Dr. C. NOZIERES





Hypothalamus

Post-hypophyse

Anté-hypophyse

OCYTOCINE

ADH

Thyréotrope

TSH

Thyroïde

Corticotrope

ACTH

Surrénale

Somatotrope

GH

Os

Gonadotrope

LH/FSH

Ovaires
Testicules

Lactotrope

PROLACTINE

Sein

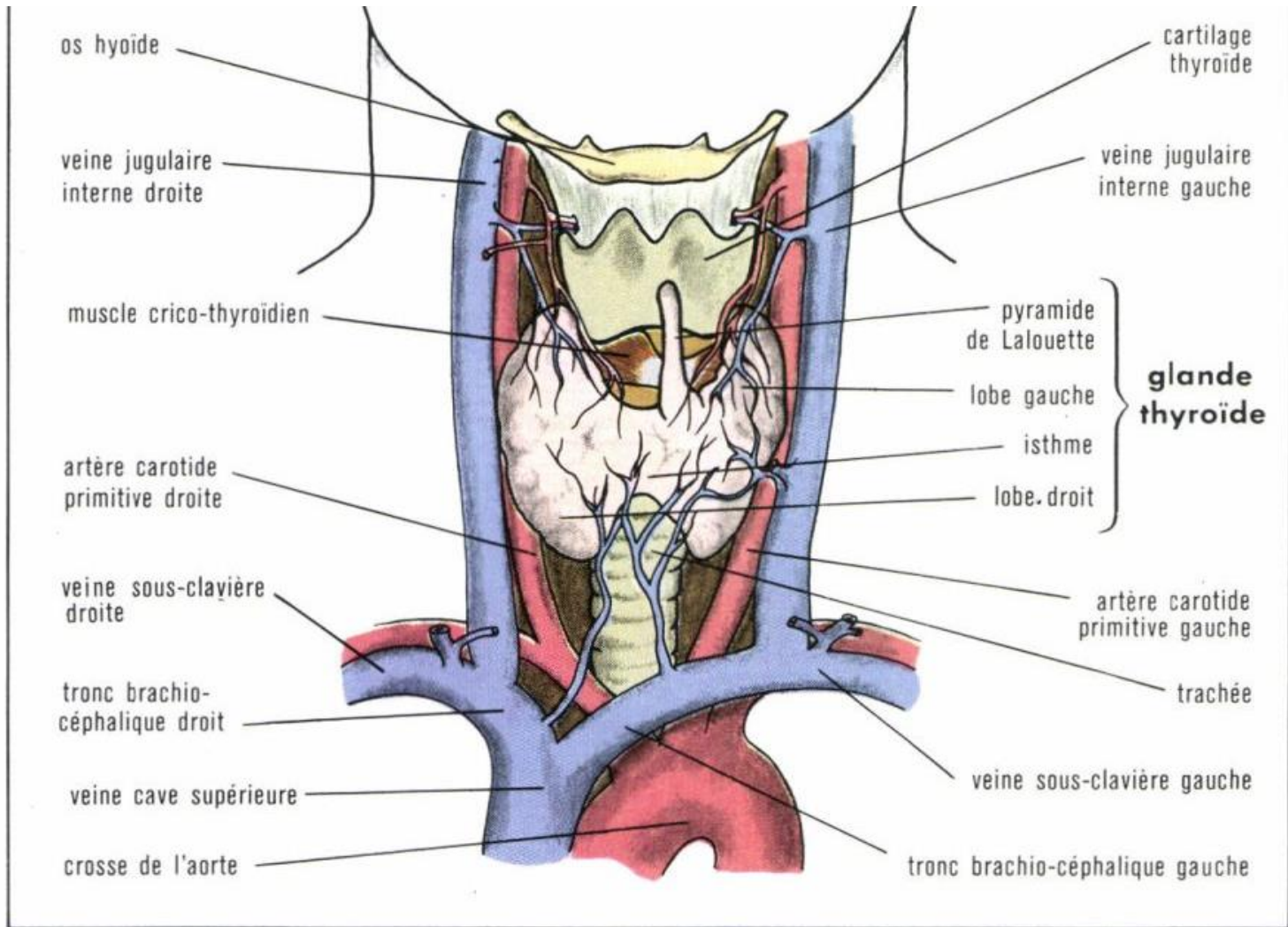
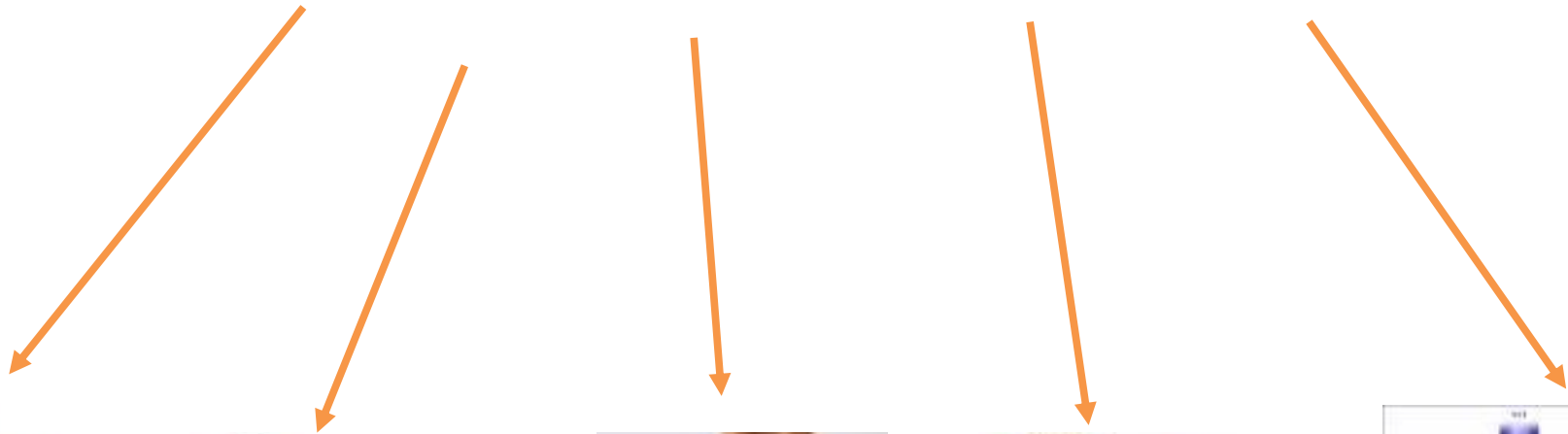
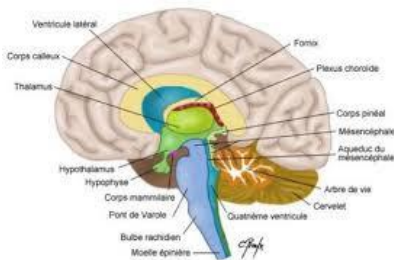


Schéma anatomique de la glande thyroïde.

RÔLE DES HORMONES THYROÏDIENNES



Cardio-vasculaire



Développement cognitif



Métabolisme des graisses



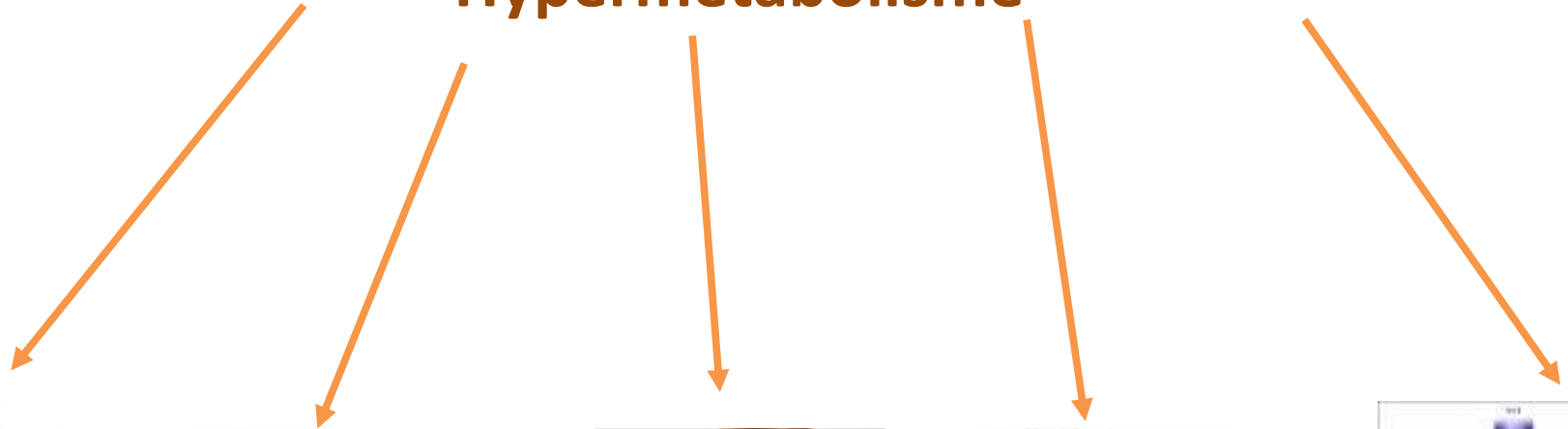
Métabolisme osseux



Métabolisme hépatique

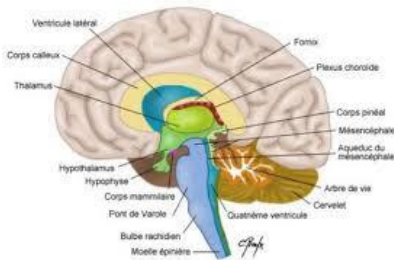
RÔLE DES HORMONES THYROÏDIENNES

Hypermétabolisme



Cardio-vasculaire

Inotropes +
Tachycardie



Développement cognitif

Troubles de l'humeur



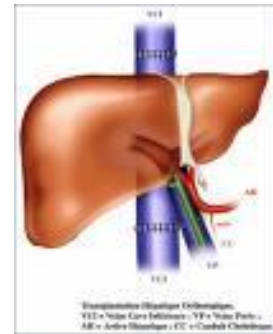
Métabolisme des graisses

Amaigrissement



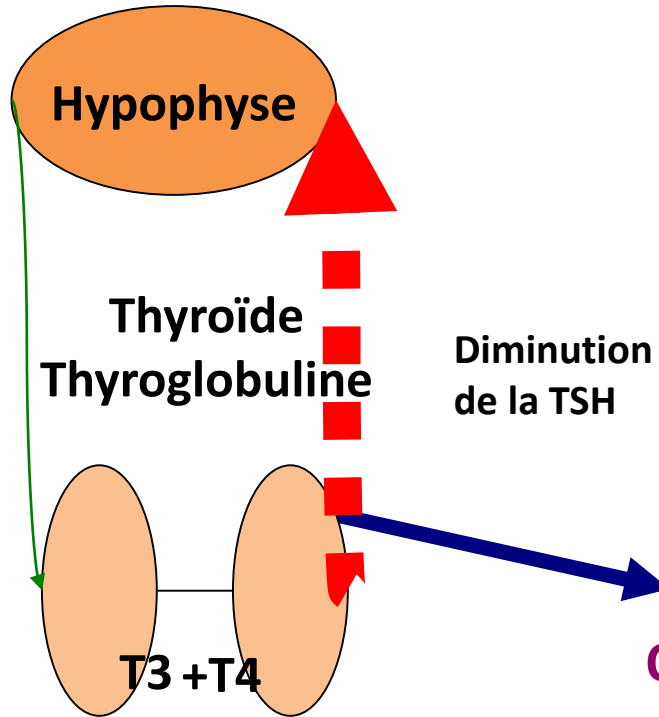
Métabolisme osseux

Hypocalcémie
Ostéoporose-
Fractures



Métabolisme hépatique

Anomalie du bilan
hépatique
Diarrhées

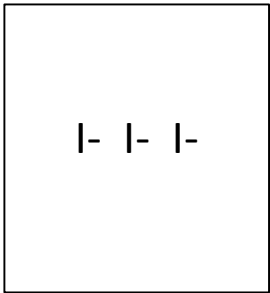


Origine périphérique

TSH effondrée,

T3, T4 augmentée

RETROCONTRÔLE



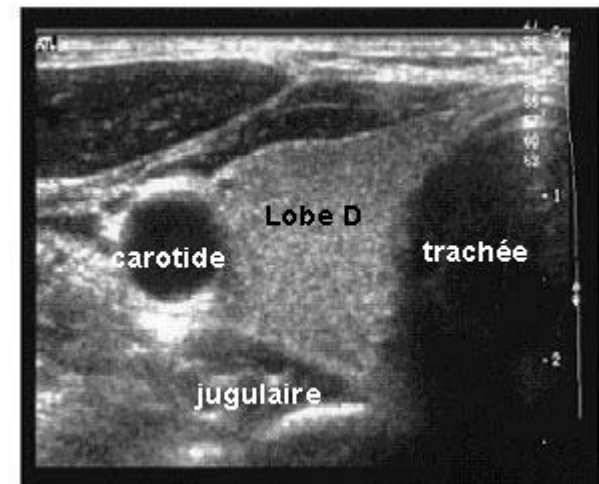
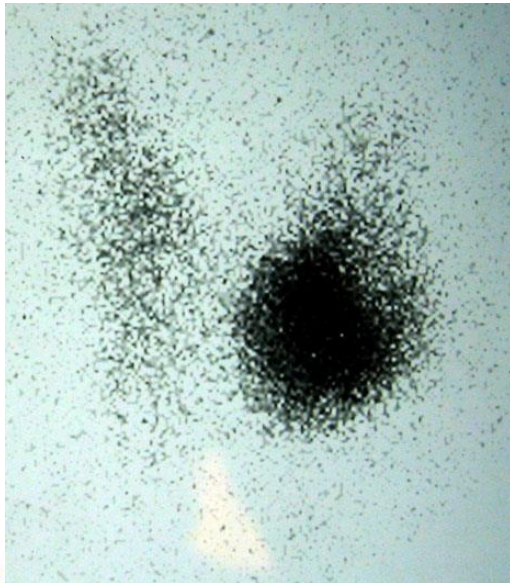
EXAMENS PARACLINIQUES UTILES

Biologie :

- T3I,T4I, TSH
- Iodémie, iodurie
- Anticorps: selon orientation clinique.

Imagerie :

- Échographie: morphologie, structure
- Scintigraphie à l'I131: fonction, activité sécrétoire



NODULE

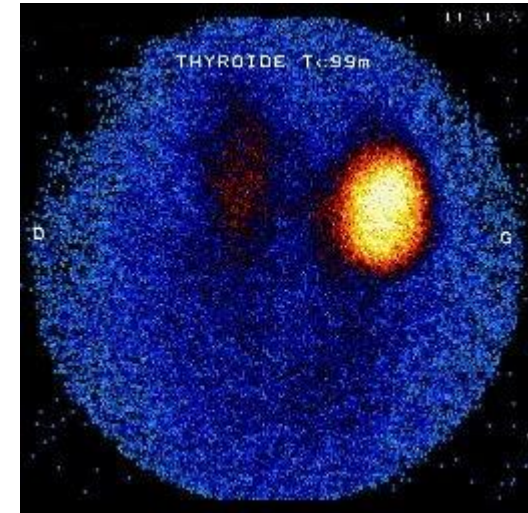
- Anomalie du tissu de soutien
- Circonstance de découverte, prise d'iode ? compression? ATCD ?
- Palpation: isolé ou multiples ? Adénopathie ?
- Recherche de signes d'hypo ou hyperthyroïdie
- Cytoponction sous échographie



ADÉNOMES TOXIQUES

AUTONOMISATION, pas de régulation

- Nodule thyroïdien
- Manifestations cardio-vasculaires+++
- Scintigraphie : fixation électorive du nodule avec extinction du reste de la glande



MALADIE DE BASEDOW

- Goitre diffus
- Signes oculaires
- Terrain : femmes jeunes ou 50-60 ans
- Association à d'autres maladies auto-immunes



THYROÏDITES

- Relargage massif d'hormones dans la circulation sanguine :
 - En lien avec une infection virale
 - Auto-immunes

IATROGÈNE

- IODE et surcharge iodée
- Prise médicamenteuse, contexte psychologique





TRAITEMENT DES HYPERTHYROÏDIES PÉRIPHÉRIQUES

- TRT symptomatique : repos, bêta-bloquants, sédatifs
- Médicaments spécifiques : antithyroïdiens de synthèse (ATS): **Néomercazole[®]**, **Propylex[®]**:
 - Effets secondaires hématologiques et hépatiques





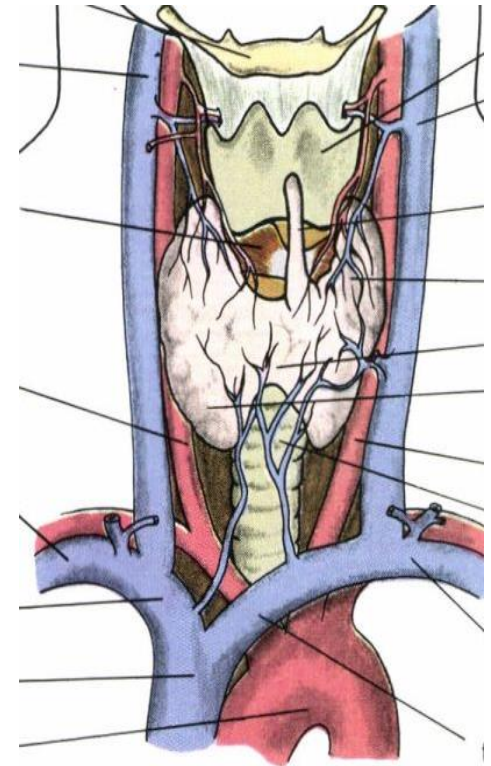
TRAITEMENT DES HYPERTHYROÏDIES PÉRIPHÉRIQUES

- Iode radioactif :
 - Hypothyroïdie fréquente ensuite (calcul de dose)
 - Effets lents
 - CI grossesse et moins de 50 ans sauf adénome toxique



Chirurgie thyroïdectomie totale ou partielle

- En euthyroïdie
- Hypothyroïdie (Lévothyrox)
- Complications post-opératoire : paralysie récurrentielle, hématome suffocant, hypocalcémie



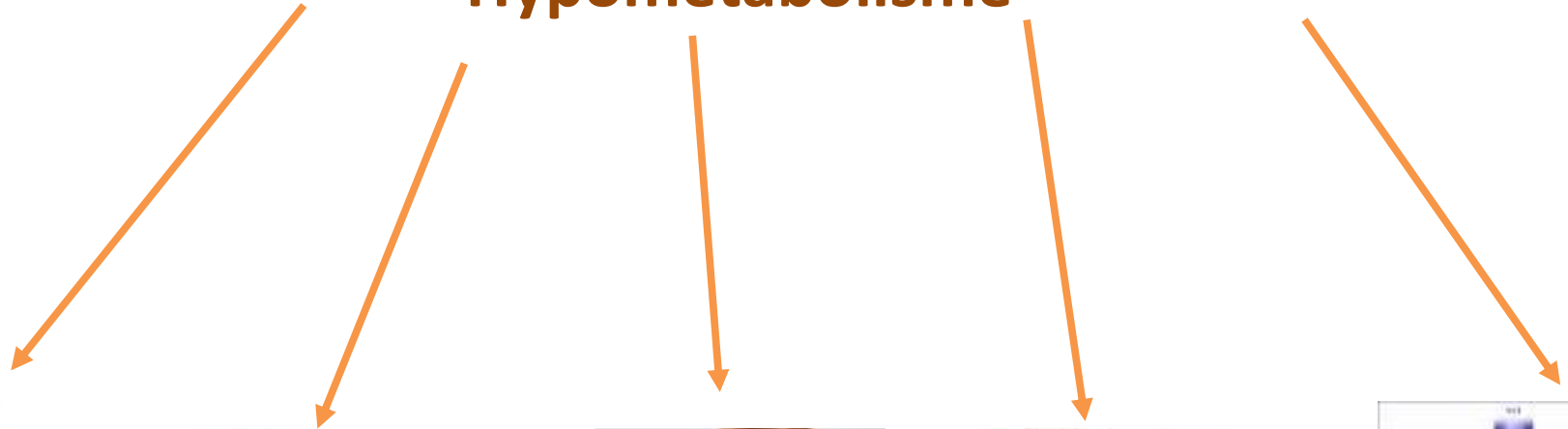
UE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs

HYPOTHYROÏDIES

Dr. C. NOZIERES

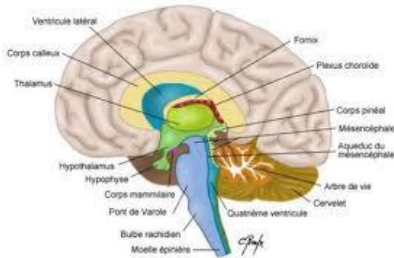
RÔLE DES HORMONES THYROÏDIENNES

Hypométabolisme



Cardio-vasculaire

Bradycardie



Développement cognitif

Apathie
Indispensable au devpt
Psychomoteur de l'enfant
DEPISTAGE SYSTEMATIQUE A LA
NAISSANCE



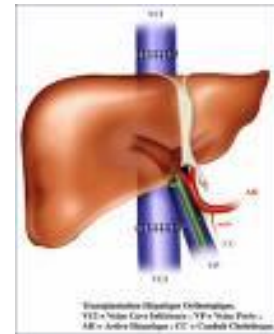
Métabolisme des graisses

Prise de poids oedemes



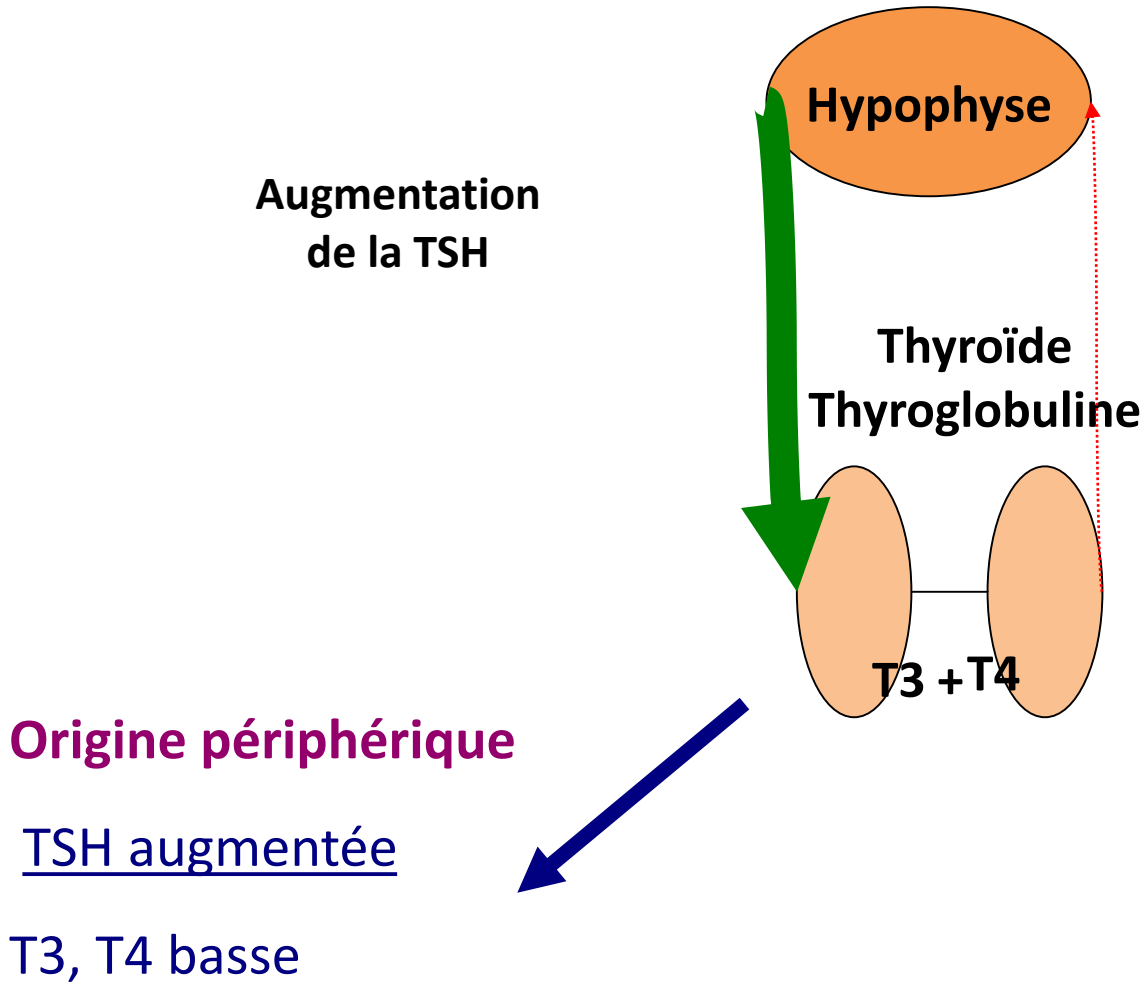
Métabolisme osseux

Troubles de
croissance chez
l'enfant



Métabolisme hépatique

Constipation



Auto- immunes

- **Thyréose involutive** : femme, post-ménopause,
- **Thyroidite d'Hashimoto** : origine auto-immune
- Autres **thyroïdites**

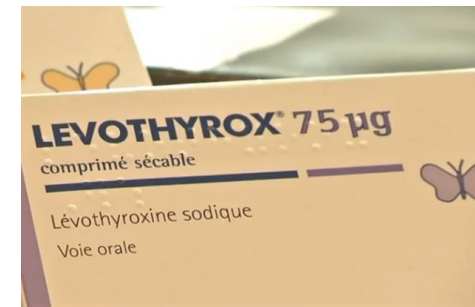
Iatrogènes

- **Cordarone®**, lithium, (ATS, chirurgie, iode)
- **Carence** en Iode

A vie

Introduction progressive: risque de décompensation de cardiopathie

- Pas d'urgence sauf si coma myxoedémateux
- L-T4 le plus souvent: Lévothyrox[®], adapté au poids, substitution progressive
- 1 prise par jour, le matin à jeun
- ! absorption faible, ! aux prises conjointes (Fer, pansements gastriques..)
- Surveillance par dosage de la TSH

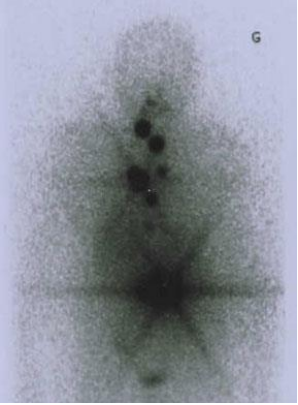


A RETENIR

- Présentation des dysthyroïdies PERIPHERIQUES
- Surveillances par la TSH : ↘ HYPER
↗ HYPO
- Retentissement sur autres organes



- Regarder l'ordonnance, interaction avec autres médicaments.



UE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs

Cancers thyroïdiens

Dr. C. NOZIERES

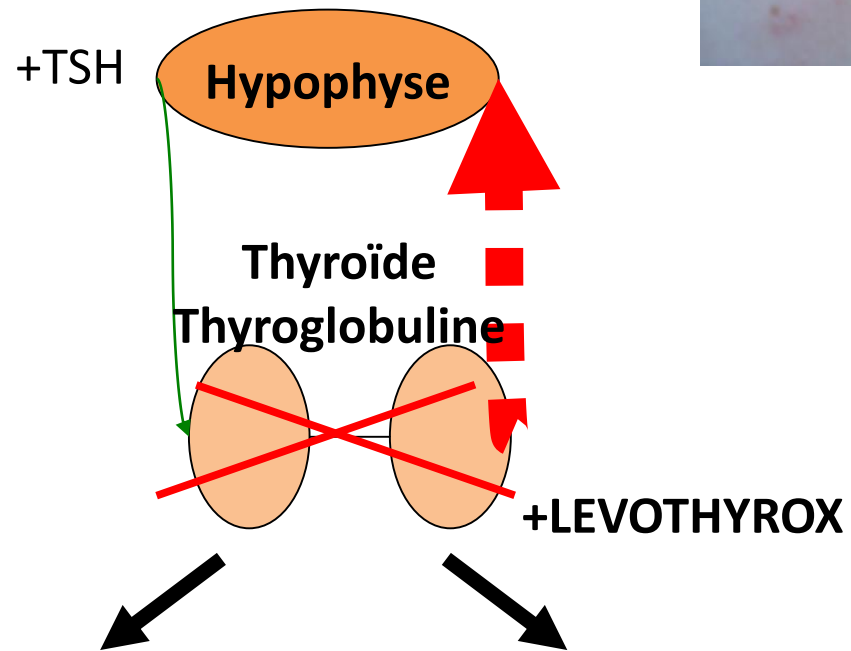
CLINIQUE ET PARACLINIQUE

- **Nodule** (10% des nodules = cancer)
- Adénopathie, compression locale (radio de trachée)
- Euthyroïdie
- Échographie et cytoponction
- Évolution lente
- Plusieurs types de cancers



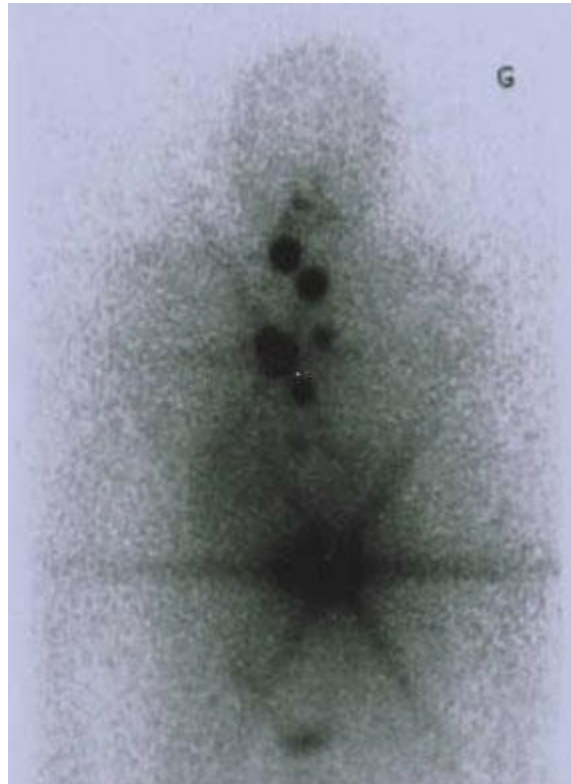
ELÉMENTS DE THÉRAPEUTIQUE

- Chirurgie: thyroïdectomie totale, chirurgie de métastase
- Totalisation par Iode radioactif
- Traitement par Lévothyrox à vie



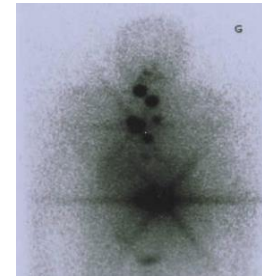
ELÉMENTS DE THÉRAPEUTIQUE

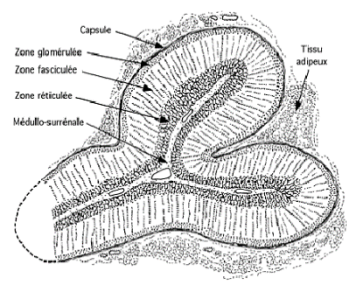
- Totalisation isotopique



A RETENIR

- Cancer thyroïdien :
 - Chirurgie
 - Évolution lente
 - Irathérapie

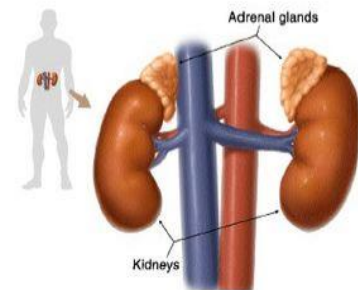


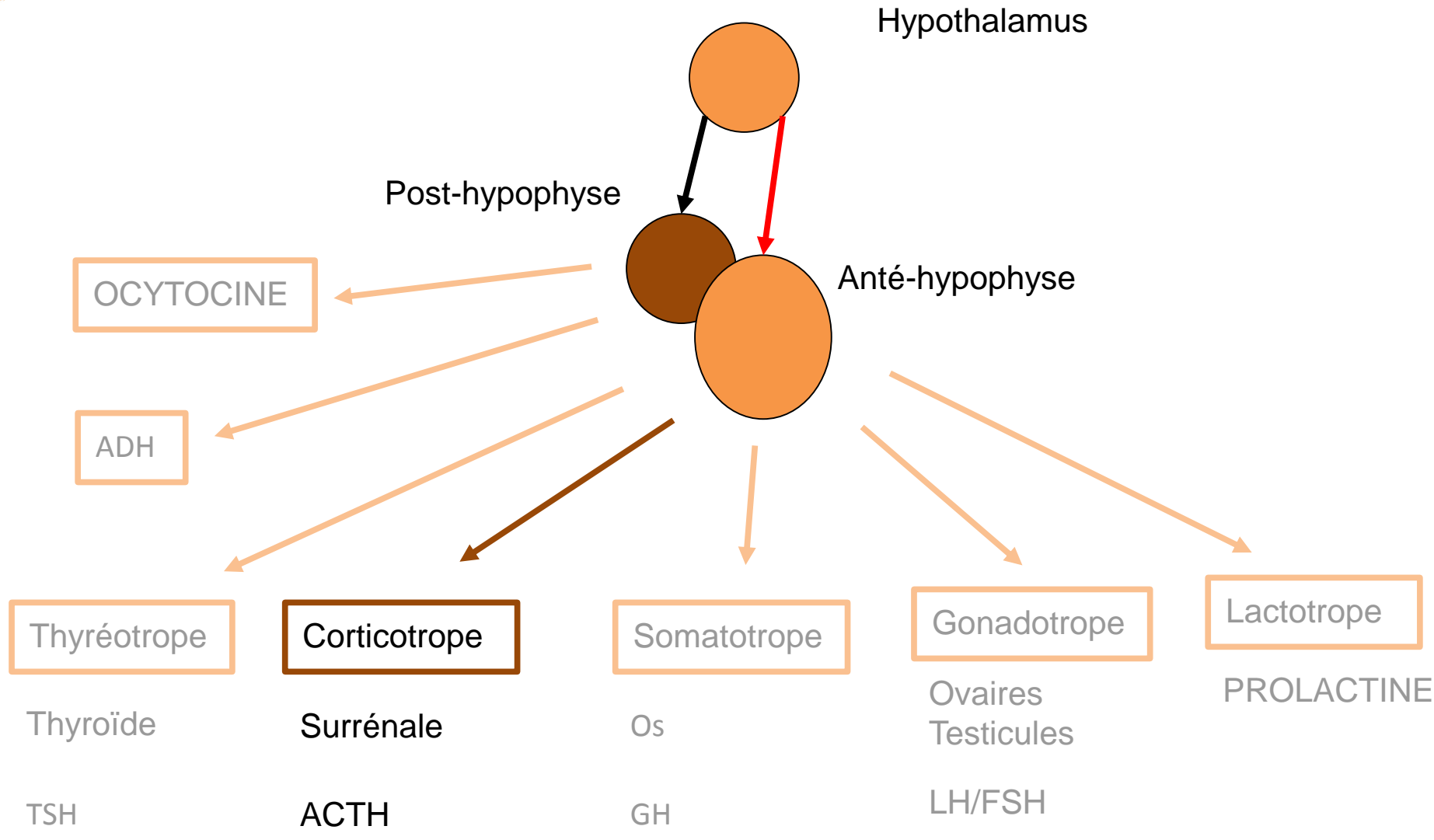


JE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs

Insuffisance surrénalienne aigüe

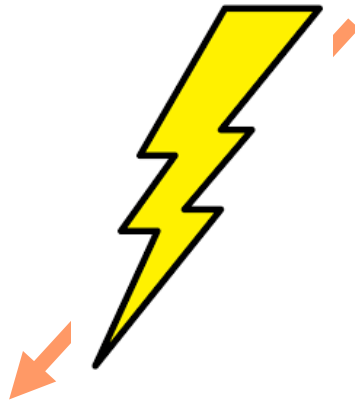
Dr. C. NOZIERES





RÔLE DU CORTISOL (1)

RÉPONSE au STRESS



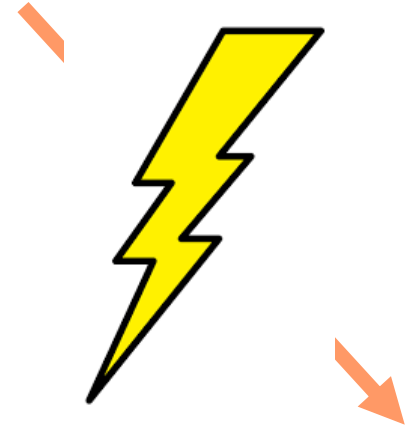
Métabolisme

Augmente la glycémie
Catalyse les protéines



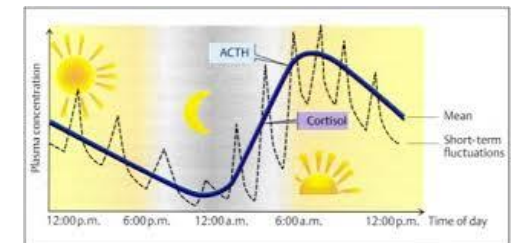
Volémie

Maintient la tension



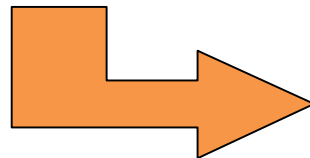
Système nerveux

Réveil



SITUATIONS CHRONIQUES

- Excès de cortisol : Syndrome de Cushing
 - Origine hypophysaire Maladie de Cushing
 - Autres origines
- Défaut chronique de cortisol : insuffisance surrénalienne
 - Origine auto immune, surrénalienne chronique : Maladie d'Addison.
 - Autres origines



Non au programme, non abordé.

CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE AIGUË :



Facteurs de décompensation

- Méconnaissance du diagnostic:
 - « insuffisance surrénalienne initiale »
- Arrêt du traitement substitutif :



Lorsque les patients sont à jeun

- Arrêt brutal d'une corticothérapie prolongée
- Insuffisance relative/besoins: stress, infection, traumatisme
- Régime sans sel, diurétique, chaleur...

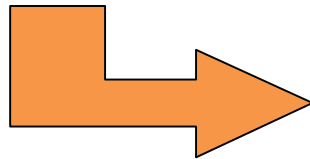


CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE AIGUË :



Signes cliniques aspécifiques

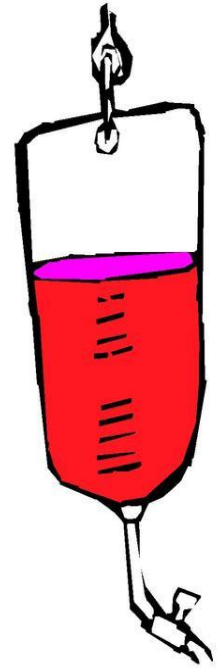
- Fièvre, Asthénie
- Déshydratation globale, Hypotension artérielle
- Douleurs abdominales « pseudo-chirurgicales », nausées, vomissements



Pronostic vital engagé
par déshydratation



TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE AIGÜE

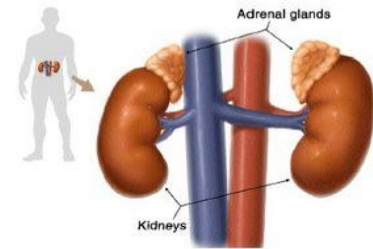


- **Réhydratation massive :**
 - Par glucosé + sérum salé
- **Hormonothérapie substitutive :**
 - IV
 - Forte dose le 1 jour puis dose décroissante



A RETENIR

- Insuffisance surrénalienne aigüe :
- Pronostic vital engagé
- Traitement par hydrocortisone injectable en urgence



Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : **Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1**
Soutien financier : **Région Rhône-Alpes** dans le cadre de l'**UNR-RA**

