

L'URGENCE THYROIDIENNE EXISTE -T- ELLE ENCORE ?



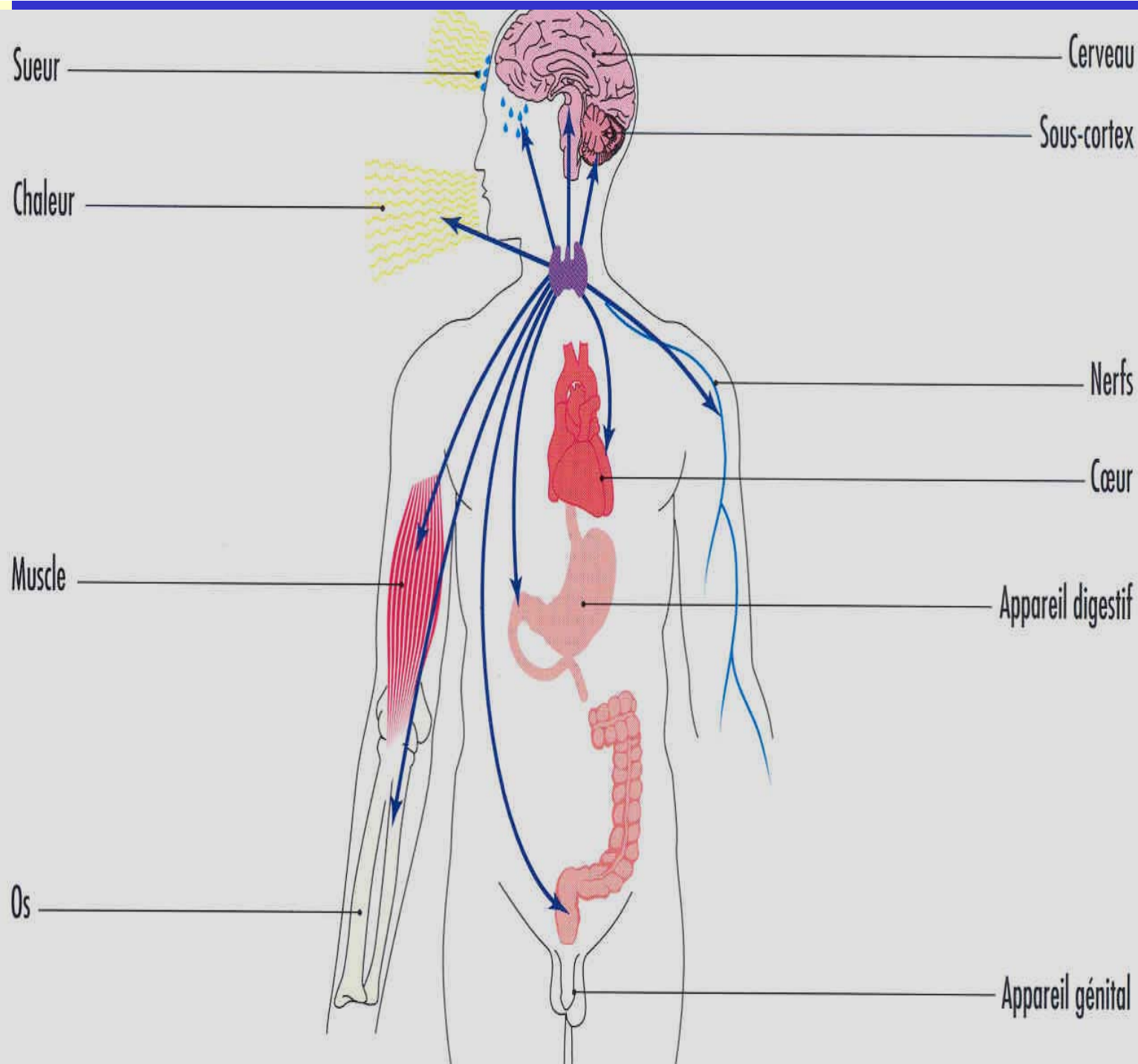
FEKI MNIF MOUNA
SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE SFAX



Effet des hormones thyroïdiennes



Hyperthyroïdie



Hyperthyroïdie

Maladie de Basedow

Goitre multinodulaire toxique : plus rare

Hyperthyroïdie induite par l'iode (Cordarone®)

Différents tableaux peuvent se voir :

Une cardiomyopathie

Une crise aiguë thyrotoxisque

Une forme psychique (psychomyopathie)

Une paralysie périodique thyrotoxisque



Cardiothyréose

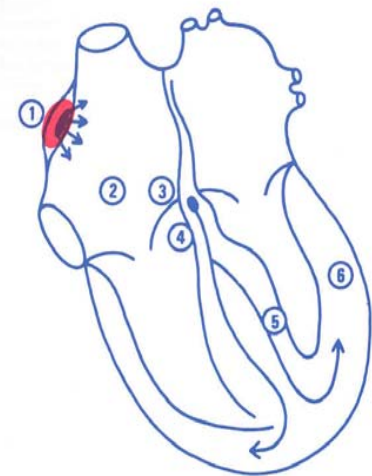
Sujet âgé et/ou ayant une cardiopathie sous
jacente

Troubles du rythme
Insuffisance cardiaque
Insuffisance coronaire

Troubles du rythme : 1/3 des cas

Résistants aux digitaliques, répondent au β bloquants; réversibles après correction de l'hyperthyroïdie

Tachycardie paroxystique



Arythmie complète par fibrillation auriculaire

9 à 22 % des hyperthyr. (0,4 % pop.générale)

Parfois révélatrice de l'hyperthyroïdie.

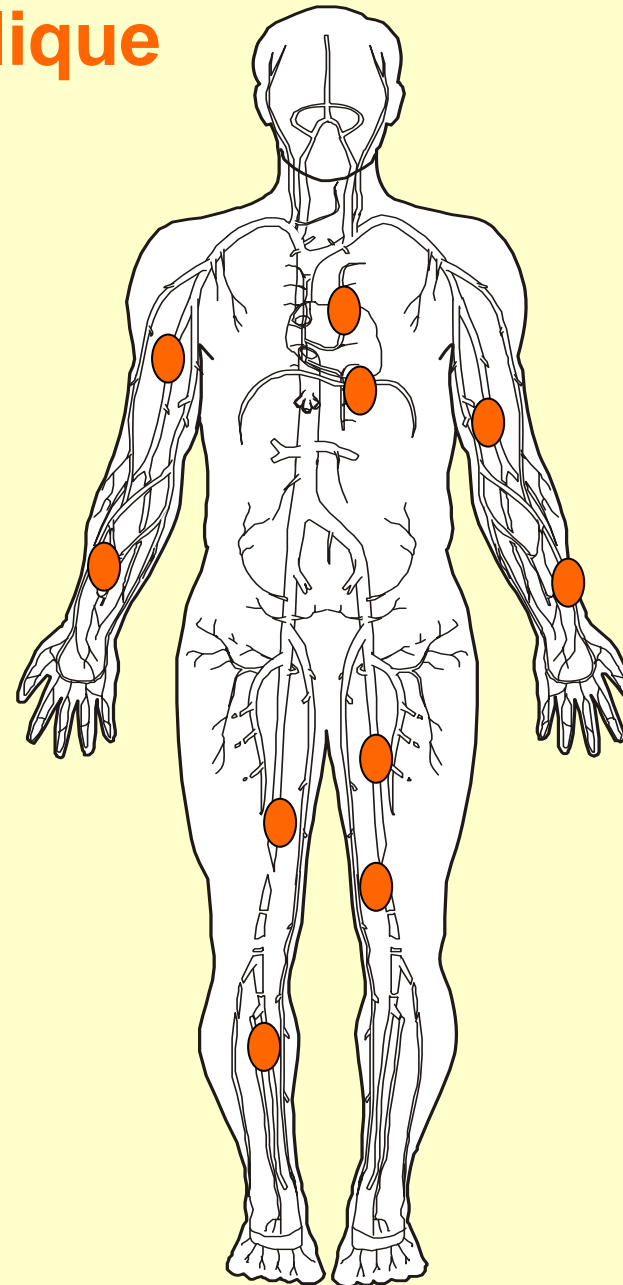
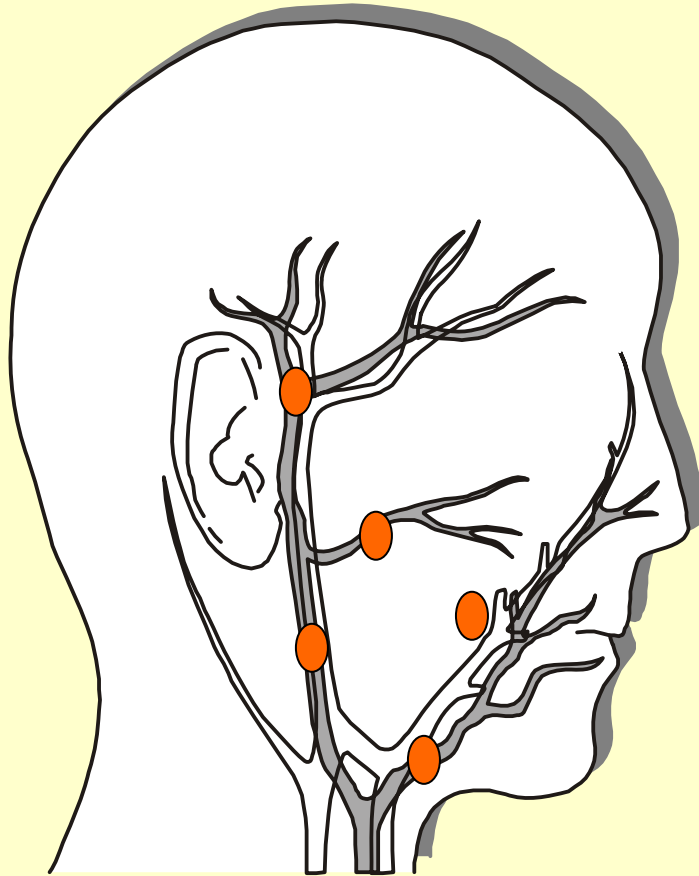
Fréquence augmente avec l'âge :

25 % au delà de 60 ans



Le risque thromboembolique

+++ 12 %



Insuffisance cardiaque

Incidence \simeq 4 - 6 % des
hyperthyroïdies Sujet âgé

Souvent précédée d'une FA

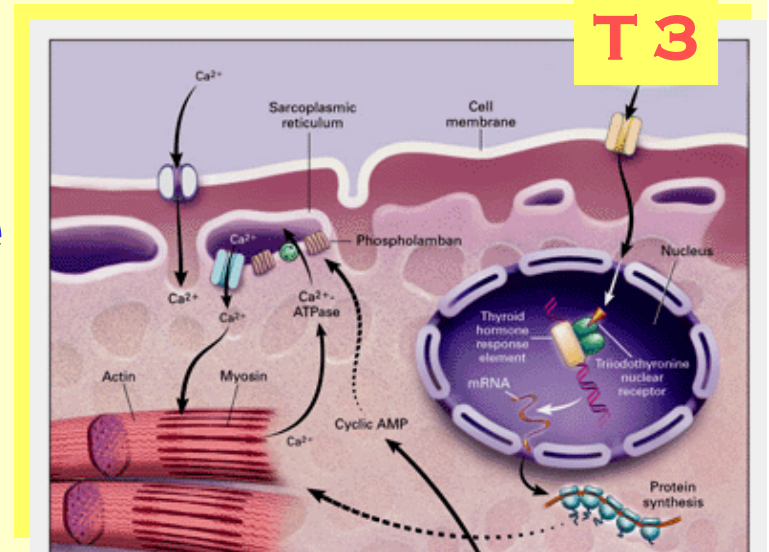
Tableau clinique

Insuffisance cardiaque globale ou à
prédominance droite

Débit cardiaque élevé , VC élevée

Mains chaudes et moites

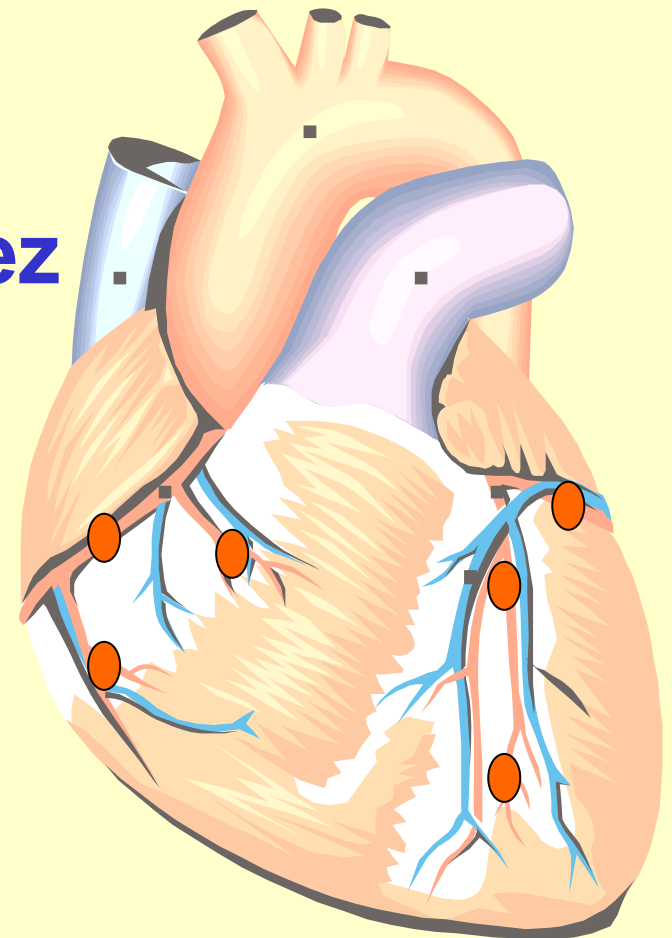
Résistance aux ttt classiques digitalo-
diurétiques.



Insuffisance coronaire

Insuffisance coronaire méconnue chez un sujet âgé souvent en arythmie.

L'IDM reste exceptionnel chez un sujet jeune indemne de cardiopathie.



Crise aiguë thyrotoxisque

Maladie de Basedow +++

**Spontanée ou le plus souvent après
un facteur déclenchant**

Facteurs déclenchants

Arrêt du traitement par ATS

Maladie intercurrente

Accouchement

Surcharge iodée

**Préparation médicale insuffisante
avant traitement radical**

Clinique

Majoration des signes d'hyperthyroïdie

Troubles cardio-vasculaires

Tachycardie sinusale supra-ventriculaire (200/mn)

Pouls radial bondissant

ACFA avec insuffisance cardiaque à débit élevé

TA élevée surtout la systolique

Fièvre 40 – 41° C

en dehors d'une infection

Sueurs profuses  déshydratation

Troubles digestifs

Douleurs abdominales ,vomissements ,
diarrhée



déshydratation



collapsus et état de choc

Troubles neuromusculaires et psychiques

Tremblement, faiblesse musculaire intense

Troubles de la déglutition.

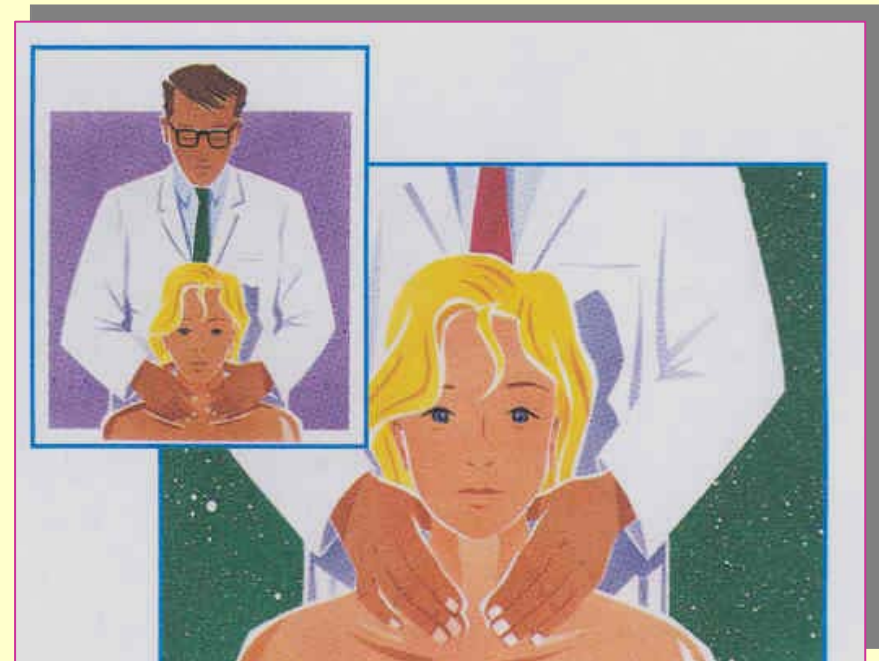
Agitation, confusion, délire

Stupeur et coma.

Signes en faveur de l'étiologie d'hyperthyroïdie

Exophtalmie avec un goitre vasculaire:
Maladie de Basedow

Goitre multinodulaire



Éléments biologiques

Leuconeutropénie

Hyperglycémie avec acétonurie

Hypercalcémie

Transaminases et phosphatases alcalines ↑

FT4 ↑↑↑

TSH ↓↓↓

Traitement de la crise aiguë

URGENCE MEDICALE ++++

Traitement de l'hyperthyroïdie

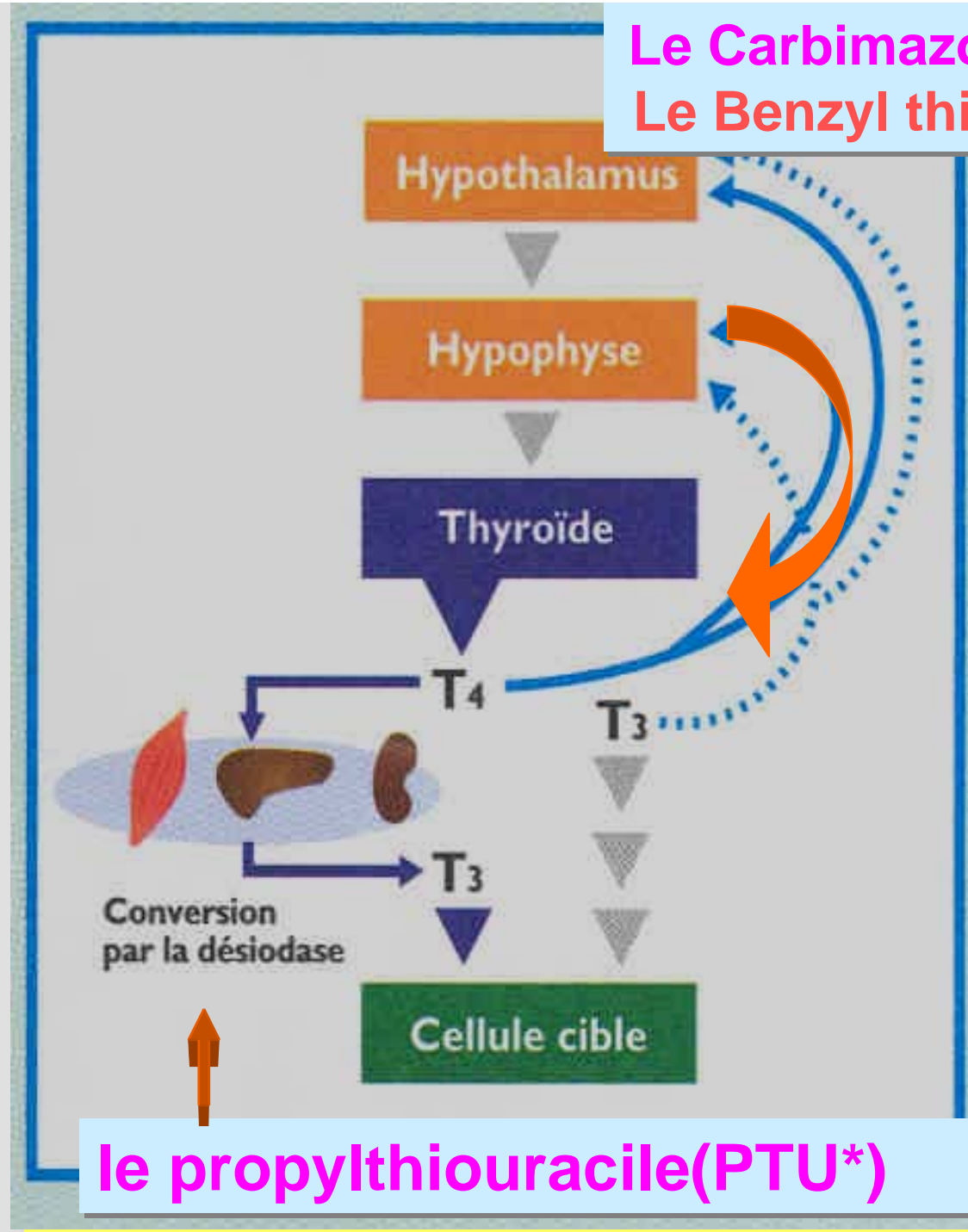
Maladie de Basedow

Inhibition de la synthèse des hormones
thyroïdiennes (ATS) :

sonde gastrique



Le Carbimazole(Néomercazole)
Le Benzyl thiouracil (Basdène*)



le propylthiouracile(PTU*)

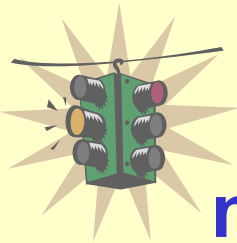
Basdène ₂₅

J1 : dose de charge (6 à 8 cp = 150 à 200 mg)
sonde G

+ 6 à 8cp / jour en 3 à 4 prises

≥ **J2** : 6 à 8cp / jour en 3 à 4 prises

Surveillance: NFS  **agranulocytose**



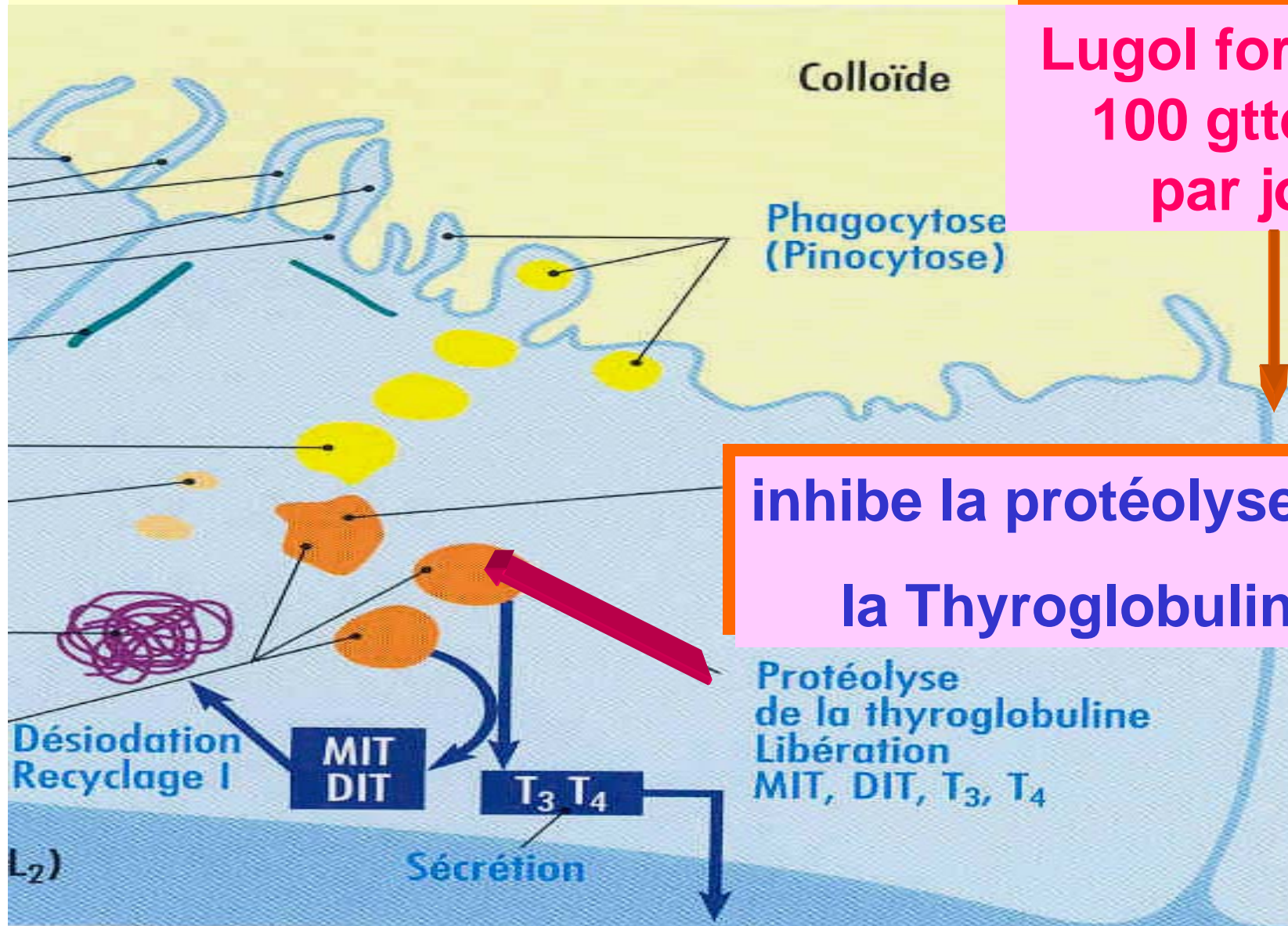
Arrêt du traitement si
neutropénie < 1200 PNN/mm³



Inhibition de la libération des hormones thyroïdiennes **Surcharge iodée**

**Lugol fort à 5 %
100 gttes x3
par jour**

**inhibe la protéolyse de
la Thyroglobuline**

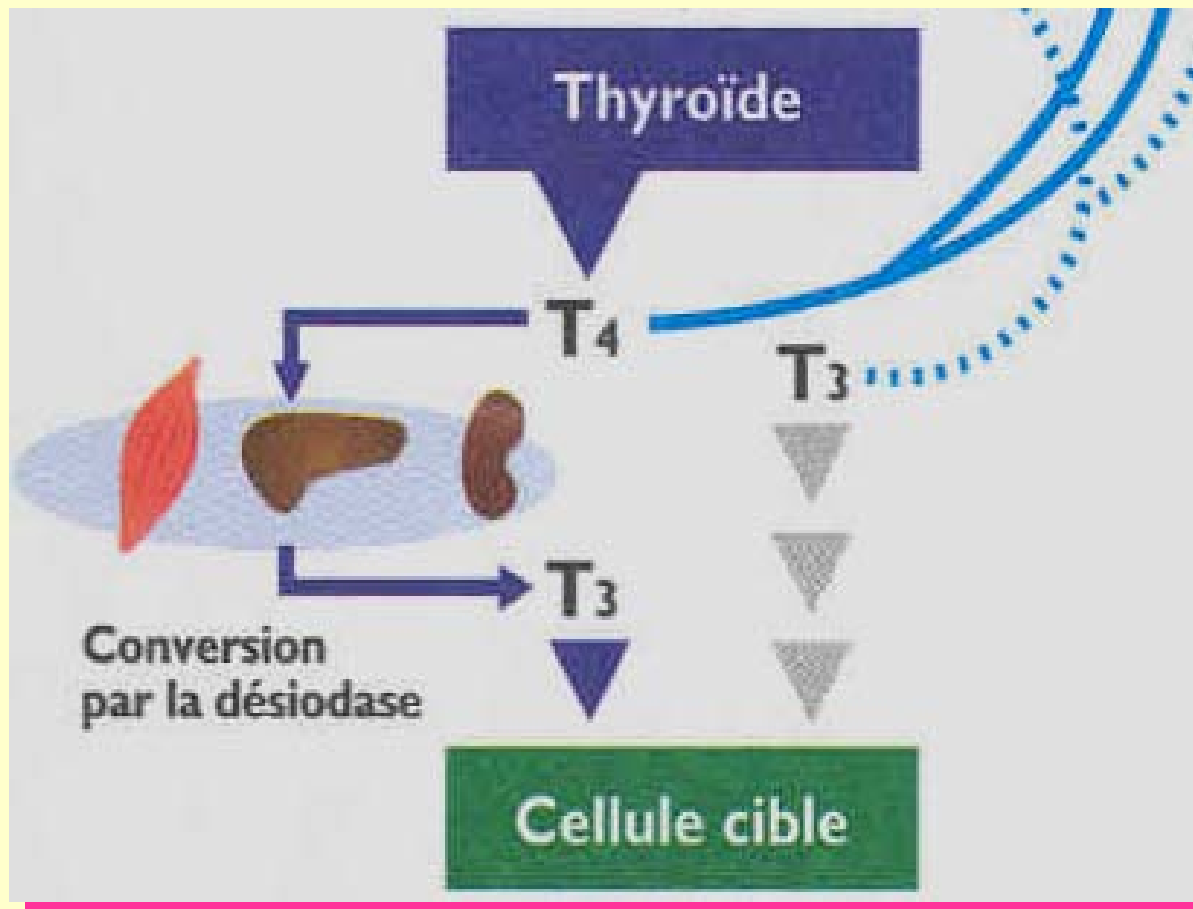


Inhibition de la désiodation de T4 en T3

Glucocorticoïdes

Hémisuccinate d'hydrocortisone : par voie IV

200 – 400 mg/j



Hyperthyroïdie induite par la Cordarone®

**Les antithyroïdiens de synthèse
inefficaces sauf le PTU**

Les corticoïdes :

**Action anti-inflammatoire sur les lésions
folliculaires thyroïdiennes**

Diminution de la désiodation de T4 en T3.

Traitement des troubles cardio-vasculaires

β **Bloquants** ↓ la tachycardie, stabilisent l'angor,
↓ signes d'hyperthyroïdie, action sédative

Le propranolol (Avlocardyl) : ↓ désiodation de T4
en T3

Voie orale : 40 mg ou plus 4 à 6 fois/j

seringue électrique : 0,5 mg/heure après une
dose de charge de 1 mg en 1 minute.

Réanimation générale

Sédation par phénobarbital accélère le catabolisme de T3 et T4.



Réfrigération externe



Les salicylés sont à éviter (augmentent la concentration des hormones libres).



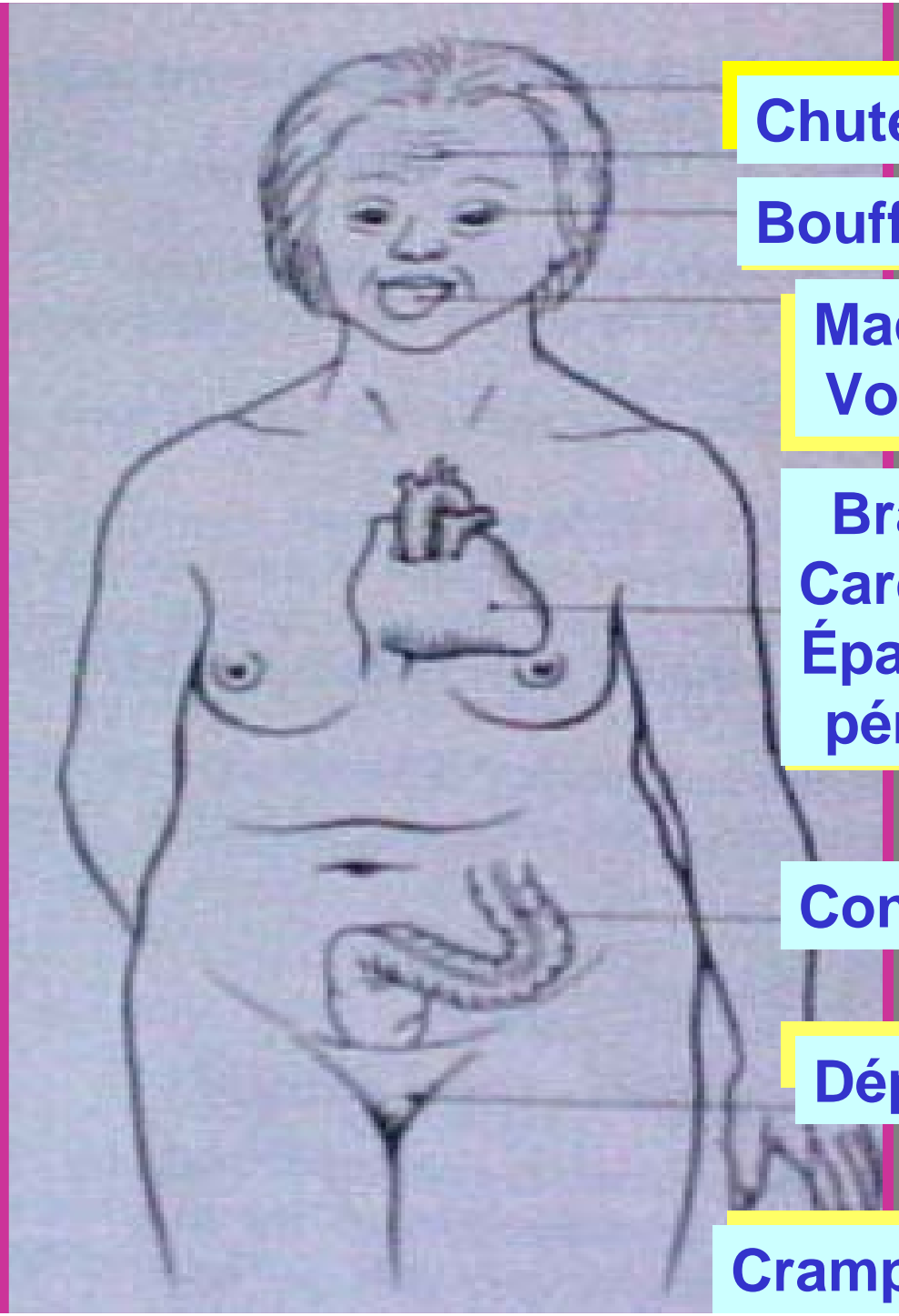
Réhydratation

Oxygénothérapie

Anticoagulants systématiques en cas de fibrillation auriculaire

Traitement du facteur déclenchant

Hypothyroïdie



Chute des cheveux

Bouffissure du visage

**Macroglossie
Voix rauque**

**Bradycardie
Cardiomégalie
Épanchement
péricardique**

Constipation

Dépilation

Crampes musculaires

Coma myxoedémateux

Complication rare mais très grave

<1 cas pour 1000

mortalité voisine de 50 %

Circonstances de survenue

femme âgée

inaugural

Arrêt du traitement hormonal substitutif

Infection

Accident cardio-vasculaire

exposition au froid

chirurgie

Symptomatologie clinique

Trouble de la conscience

Patient calme, hypotonique, sans signes neurologiques de localisation, ROT ralentis ou abolis.

Atténuation de la vigilance, une obnubilation, torpeur



Coma profond

Troubles neurovégétatifs

Hypothermie : 32 – 35°C jusqu'à 24°C (S.gravité)

Son absence  infection associée

**Bradypnée avec parfois pauses respiratoires
→ insuffisance respiratoire aigue.**

Hypoxie, acidose respiratoire et hypercapnie



cause de décès précoce

Signes cardio-vasculaires

Bradycardie sinusale

Hypotension artérielle voire collapsus

**ECG : allongement de l'espace QT,
microvoltage, troubles de conduction
auriculo-ventriculaire ,ischémie**

**Epanchement péricardique, atteinte
myocardique , épaissement du septum
interventriculaire**

Signes cliniques d'hypothyroïdie



Biologie

Retentissement périphérique

Hypo Na⁺ < 110 mmol/l

Hématocrite et protides ↓

Anémie normochrome normocytaire

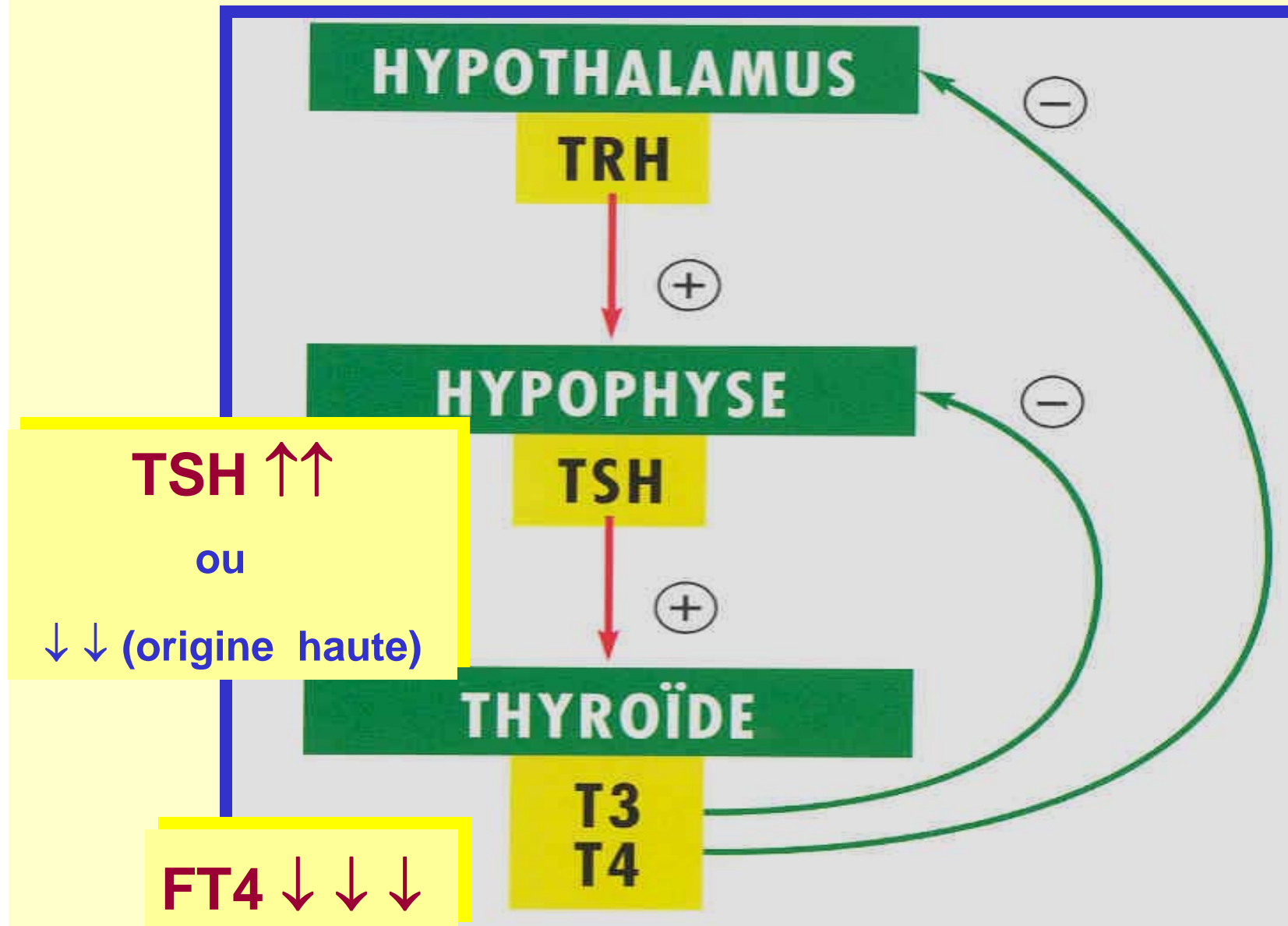
CPK , transaminases,LDH ↑

Hypoglycémie rare

Thrombopénie , leucopénie

Hypoxie , hypercapnie , acidose respiratoire

Confirmation de l'hypothyroïdie



Traitement

Restauration du taux d'hormones thyroïdiennes

L thyroxine (LT4) : voie veineuse (non disponible)
voie digestive / SG +++

J1 → dose de charge : 300 – 500 µg

≥ J2 : 150 à 200 µg par jour

Réanimation générale



oxygénothérapie par sonde nasale

**intubation ou trachéotomie parfois
nécessaire**

Éviter les dépresseurs respiratoires

Réchauffement passif : simple couverture

Monitoring ECG indispensable

Une insuffisance coronaire +++

Corticothérapie

insuffisance surrénalienne associée

HSHC : 400 – 600 mg /jour



Eau et électrolytes

Restriction hydrique

Sérum glucosé si hypoglycémie.

Transfusion sanguine si anémie sévère

Alimentation

risque de vomissements et d'inondation
pulmonaire

Le Pronostic du coma myxœdémateuse reste sévère : Age avancé

Comp cardiovasculaires, tr ventilatoires

Polypathologie

Il est amélioré par l'administration rapide et à fortes doses d'hormones thyroïdiennes malgré un risque cardiaque.

La prévention +++

Éducation du patient et de son entourage

(traitement substitutif à vie)

Insuffisance coronaire

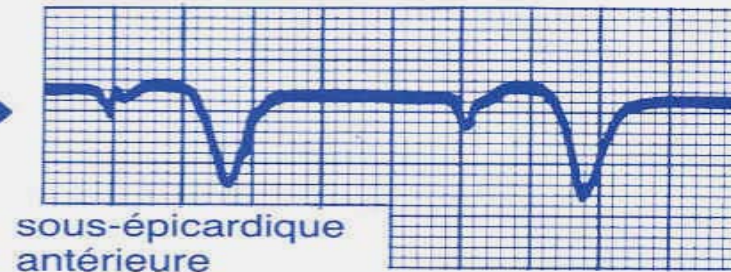
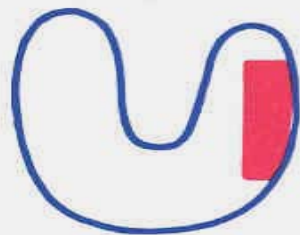
Hypercholestérolémie

Diminution de l'apport d'oxygène,



Insuffisance coronaire

Elle peut être démasquée par un traitement hormonal substitutif



CONCLUSION



**Les formes graves des dysthyroïdies
sont rares**

Les urgences

**hyperthyroïdiennes : Troubles du rythme
Insuffisance cardiaque
Crise aiguë thyrotoxisique**

Hypothyroïdiennes : coma myxœdémateux +++

insuffisance coronaire

CONCLUSION

Les dosages hormonaux (facilement réalisables) ne doivent toutefois pas retarder l'institution d'une thérapeutique appropriée

La prise en charge thérapeutique de ces formes graves est urgente , souvent en milieu de réanimation puis en milieu spécialisé

