

# Hyperthyroïdie et Surcharge Iodée

B Helal, J Clerc, L Groussin, JM Thillois, H Monpeyssen

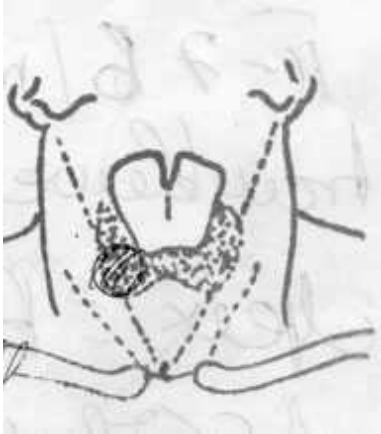
## CAS CLINIQUE

Club Thyroïde Ile de France  
Samedi 14 mai 2011

## Contexte Clinique

- Patient né en juillet 1951
- P : 85 kgs pour 1.85 m
- En 1985 : Artériopathie des membres inférieurs, faisant
  - découvrir une Hypercholestérolémie
  - Interrompre un tabagisme (15 PA)
- Episodes de Tachycardie en 1988

# Consultation de 1988



Palpation : petit goitre symétrique  
impression d'un petit nodule droit

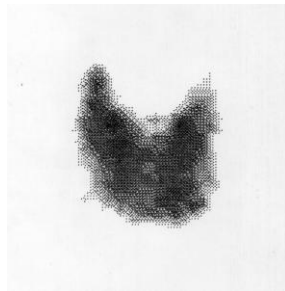
Échographie (septembre 1988):

LD : 58 \* 22 \* 18

LG : 47 \* 17 \* 20

Échostructure homogène  
nodule « échogène » de 8 mm lobaire droit

Scintigraphie au MO7



*Petit goitre « hétérogène »  
d'environ 20 ml*

14.3 % à 2 H

## Consultation de 1988 (2)

### ■ Biologie :

- TSH : 0.83 mU/L
  - T4L : 17 pM/L (14 – 28)
  - T3 L : 10.0 pM/L (4.2 – 11.2)
  - Test au TRH :
    - TSH0 : 0.83
    - TSH30 : 6.05
    - TSH60 : 5.22

Conclusion : goitre hétérogène simple micronodulaire  
Recommandation surveillance

# Evènements évolutifs (1)

- **1999** : découvert d'une HTA
- **Janvier 2000** : épisode de tachycardie supraventriculaire
- **Mars 2002** : passage en flutter auriculaire
  - Introduction d'un traitement par amiodarone
- **Avril 2003** : récurrence du flutter
  - Ablation radiofréquence du flutter
  - Juin 2003 : arrêt de l'amiodarone
    - TSH : 0.73 mU/L

# Evènements évolutifs (2)

## ➤ Fin 2003 :

– redémarrage de la tachycardie, associée à des tremblements, un amaigrissement

- Biologie thyroïdienne :

- TSH : 0.01 mU/L
- FT4 : 25.8 pM/L (10 – 20)
- FT3 : 10.5 pM/L (3.5 – 8.0)
- Iode urinaire : 1639 nM/L

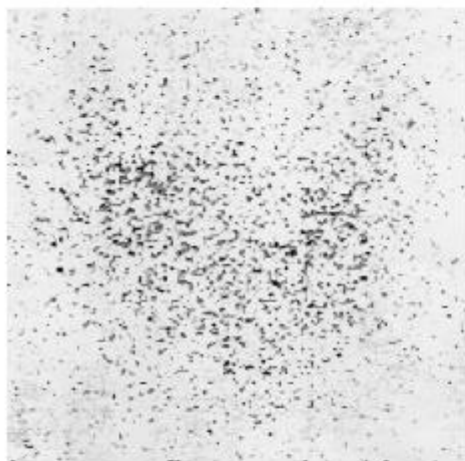
*Quels sont les mécanismes adaptatifs à la surcharge iodée ?*

*Quelle cinétique d'élimination pour l'amiodarone ?*

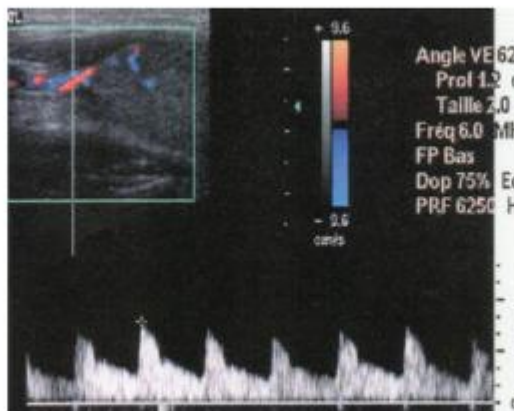
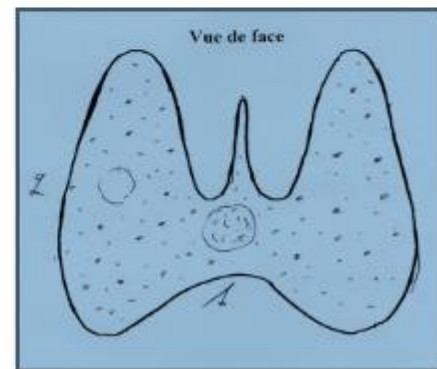
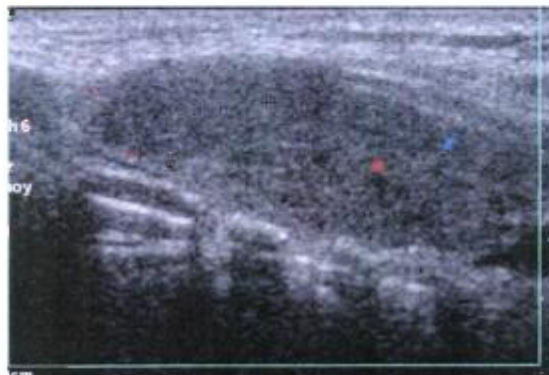
*Bilan thyroïdien normal après charge en amiodarone*

L Groussin

# Imagerie de décembre 2003



$^{123}\text{I}$  : 2.3 % à 2h00



Volume : 21 ml

N1 : 13\*11\*7

N2 : 8\*8\*6

Parenchyme normoéchogène

Vascularisation normale

Vitesse : 35 cm/s

# Diagnostic en 2003

- Comment typer cette hyperthyroïdie ?
- Imagerie des HIA et Classification
  - Aspect en échographie Doppler
    - H Monpeyssen
  - Aspect en scintigraphie quantifiée
    - J Clerc

*Que diriez vous finalement : HIA type 1, type 2 ou type 3 ?*



# Traitement et évolution

- Introduction en décembre 2003 d'un traitement par :
  - Cortancyl : 40 mg/ j
  - Carbimazole 40 mg /
    - Autres médicaments : celectol, coaprovel, plavix, isoptine.

Évolution biologique défavorable en mars 2004 :

FT4 : 50 pM/L

FT3 : 15.8 pM/L

*Quelle attitude thérapeutique préconiser, sachant que :*

*la tolérance cardiaque demeure bonne sous Celectol*

*la tolérance générale est médiocre (amaigrissement, fatigue, tremblements..)*

# Que faire sur le plan thérapeutique?

- Lionel : Faut-il arrêter
  - arrêter, poursuivre ou augmenter le cortancyl?

Quelle est la cinétique de guérison habituelle par le traitement médical bien conduit?

Que faire des antithyroïdiens de synthèse?

Les arrêter?

Augmenter la posologie?

Préférer le Proracyl au Carbimazole ?

# La situation en Avril 2004

- On décide de :
  - Changer le carbimazole par 9 cps/j de PRORACYL
  - Augmenter la posologie du cortancyl à 60 mg/j
    - Associée à un protecteur gastrique
  - Surveiller la biologie
    - un mois plus tard (~ 6 mois d'évolution), on a :
      - FT4 : 40.0 pM/L
      - FT3 : 9.3 pM/L

*Quelle attitude : poursuivre le traitement médical ?  
avoir recours à un traitement d'exception ?*

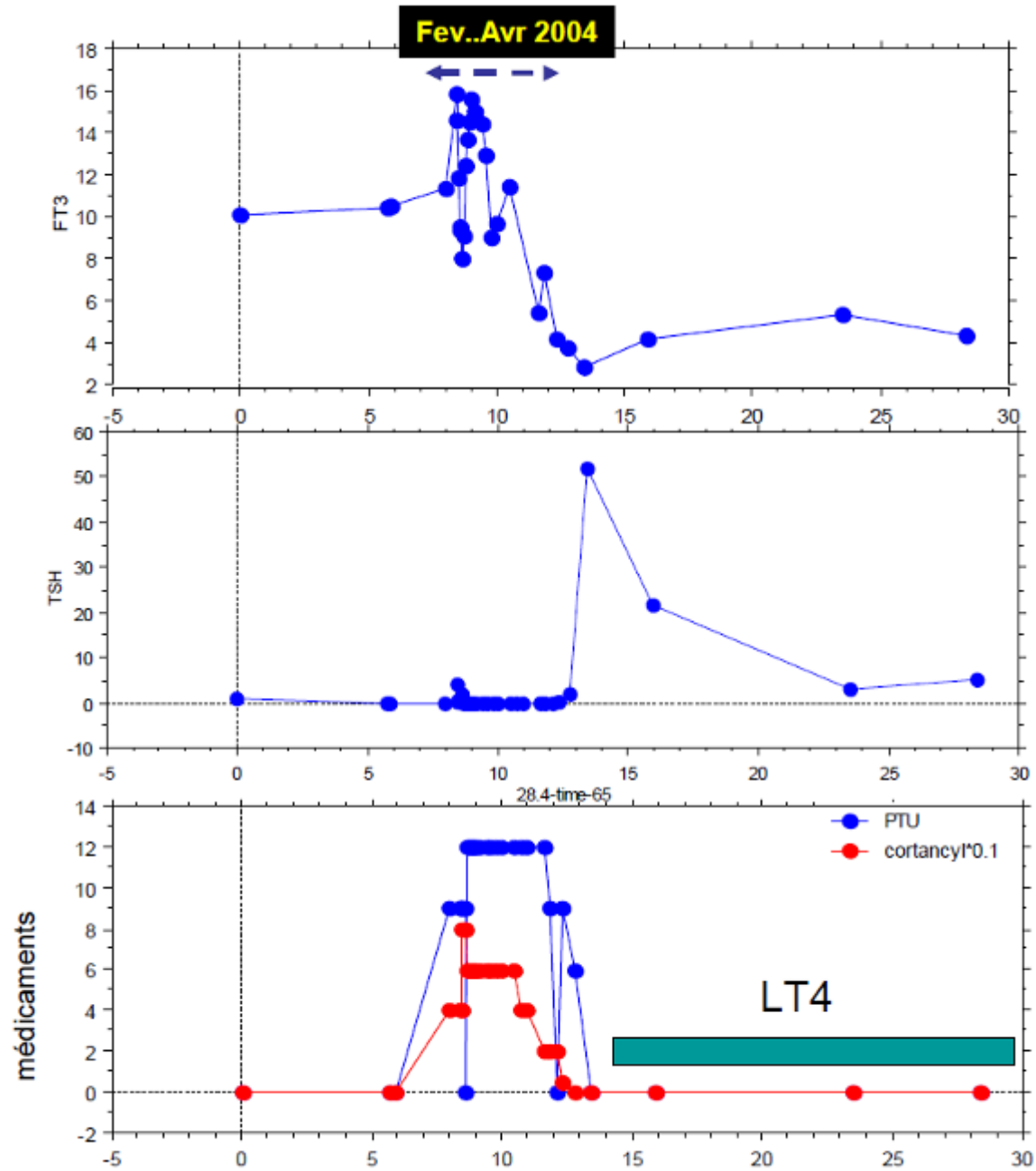
# Les traitements d'exception des HIA

- Chirurgie métabolique
  - Indications et principaux résultats
    - JM Thillois
- Plasmaphérèse ?
- $^{131}\text{I}$  en surcharge iodée ?
  - J Clerc

# Evolution du patient

- Un traitement d'exception a été réalisé
- L'évolution est finalement favorable en 3 mois

*Les données évolutives sont présentées sur la plaque suivante  
a votre avis quel traitement a été utilisé ?*



*Temps en mois*

# Après la tempête

- Quand et comment traiter par  $^{131}\text{I}$  en cas d'évolution favorable par traitement conventionnel ?
  - B. Helal
- Quels sont les risques ou les critères de réintroduction de l'amiodarone ?
  - L. Groussin

# **Discussion sur la prise en charge des HIA**