

Traitements d'exception des HIA

Thyroïdectomie métabolique

➤ Traitement isotopique (^{131}I)

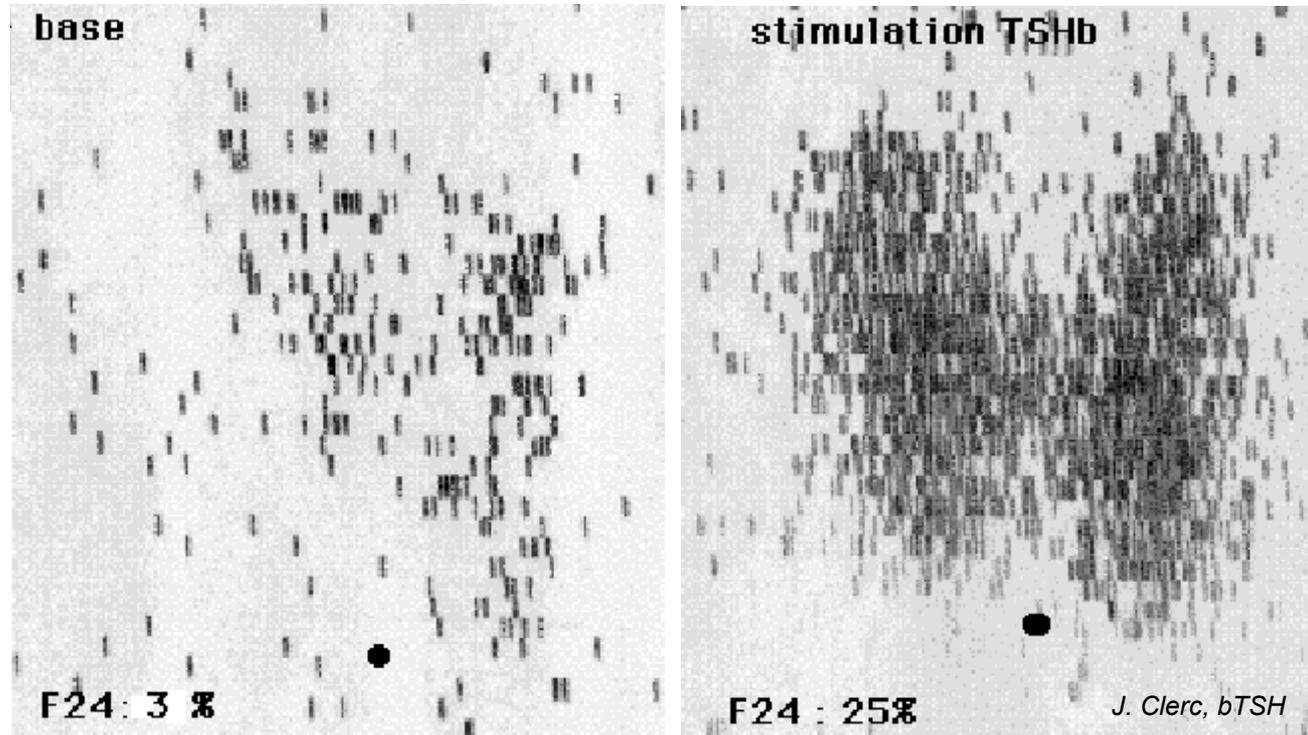
Problématique clinique (1)

- Hyperthyroïdies à fixation spontanée basse
 - Les HIA type 2
 - fixent encore moins que les HIA type 1
 - Ont un volume glandulaire sub-normal (< 20 ml)
 - Ne répondent pas en principe aux ATS (pas d'organification)
 - ¹³¹I direct ne fonctionne pas (sauf en fin d'évolution, si la TSH remonte)
 - Les HIA de type 1 / 3
 - Ont une organification partiellement préservée
 - Action partielle des ATS probable si la scinti montre un contraste
 - Ont un volume glandulaire normal ou haut, donc un stock hormonal souvent plus élevé, facteur de moins bon pronostic.
 - ¹³¹I direct fonctionne mal (notamment si la dose absorbée prévisionnelle est < 40 Gy)

Problématique clinique (2)

- Evolution prolongée (> 5 semaines) est observée dans 20 % des cas
 - Sous traitement médical bien conduit
 - GLC (0.5 à 1 mg kg⁻¹ j⁻¹) : types 2 et 3
 - Antithyroïdiens (Proracyl ou carbimazole) : type 1
 - Association : formes intriquées fréquentes (type 3)
- Problème médical complexe, pouvant engager le pronostic, notamment :
 - Du fait de la cardiopathie sous jacente
 - Du fait du retentissement général (amaigrissement..)
 - Du fait d'une co-morbidité sévère
- Parfois, simple souhait d'introduire ou de réintroduire l'amiodarone, en hyperthyroïdie modérée, bien tolérée

Les HIA sont stimulables par la TSH:
Utilisation historique de la bTSH dans les HIA (type 2)



Iodémie : 9460 nM / l (N < 760) - FT4 : 84 pM/l (N < 29)

Stratégie ablative dans les HIA (type 2)

Procéder à une ablation isotopique après ré-induction de la fixation par un faible stimulation par la rhTSH

Bénéfice : réinduction d'un captage significatif, autorisant ou accélérant le retour à la normale, après administration d'¹³¹I.

Risques

élévation des hormones libres d'environ 30 %
durant environ une semaine
plus important en cas de goitre ou de type 1
fonction de la posologie de rhTSH (0.03 à 0.1 mg)

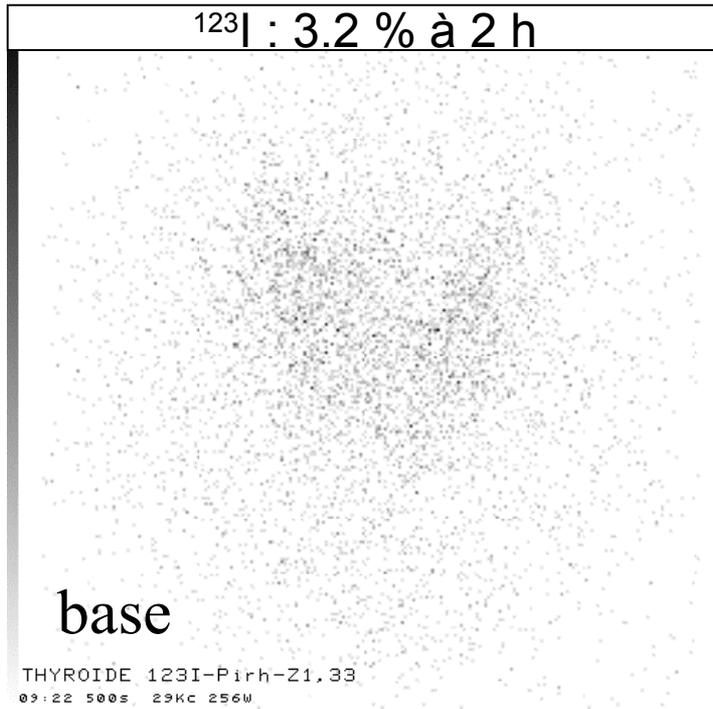
Conséquences :

contrôler la FT3 avant la stimulation
Proracyl + glucocorticoïdes en post dose
béta-bloquants

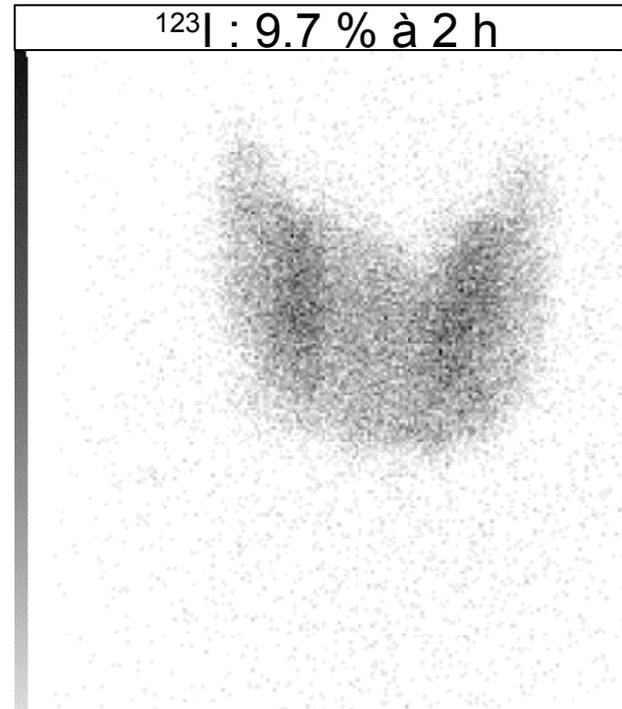
Décision à peser en RCP avec information au patient

Surveillance à programmer vers le pic hormonal (J3 - J7)

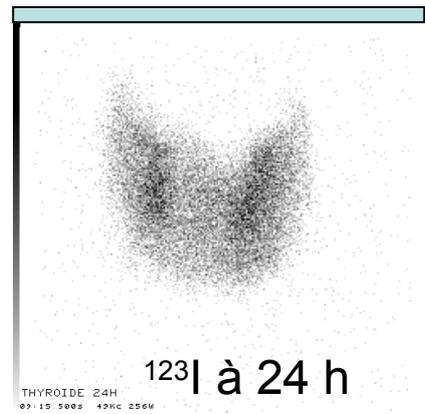
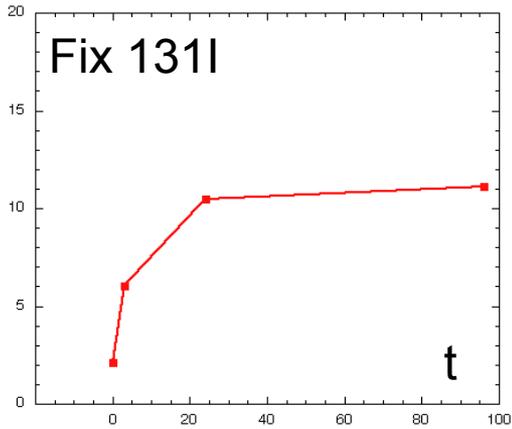
Utilisation de la rhTSH dans les HIA : retour au cas clinique



Avant rhTSH



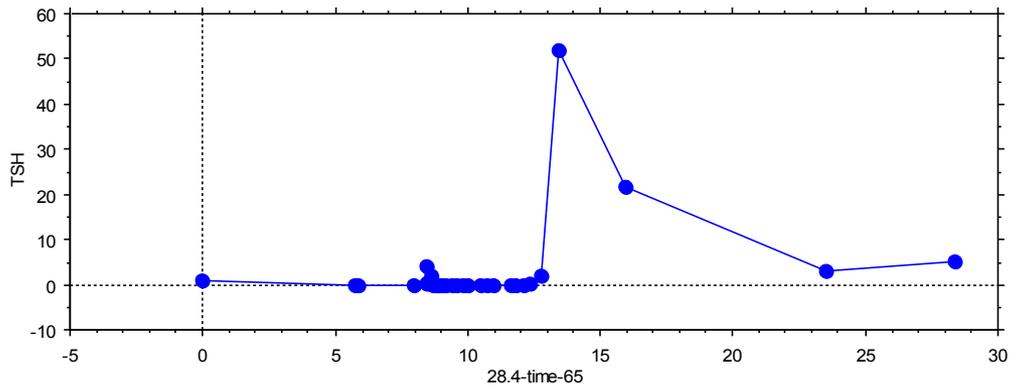
24 h après rhTSH



Réduction médicamenteuse > ¹³¹I (J. Clerc)

Grade hormonal	A	B	C	D
FT3 (pM/L)	> 6.5	< 6.5	< 6.5	< 6.5
FT4 (pM/L)	> 22.7	> 22.7	< 22.7	< 22.7
TSH (mU/L)	< 0.1	< 0.35	< 0.35	> 0.35

Grade	GLC mg/kg.j	PTU cps/j
A	0.5 à 1	9 à 12
B	0.3	6
C	0.15	0 à 3
D	0	0



rhTSH et ^{131}I dans les HIA (type 2)

- Traitements très spécialisés
 - De seconde intention après échec du traitement médical bien conduit
 - Surveillance cardiologique & endocrinologique
- Ablation ^{131}I plus précoce :
 - dépistage de l'autonomie par ^{123}I quantifiée dans les populations à risque

*Vous pouvez me contacter en cas de patient pouvant relever de ces traitements :
jerome.clerc@cch.aphp.fr*