

# Le dilemme du traitement de la maladie de Basedow : alternative entre 2 options non satisfaisantes

Tt « médical »  
ATS

---

Durée / compliance  
Effets indésirables  
**Rechute: 51-68%**

Tt « radical »  
Chir. / IRA

---

Effets indésirables  
(chirurgie)  
Hypothyroïdie  
**→ Tt L-T4 à vie**

Mais, ces 2 options sont-elles non satisfaisantes de façon équivalente ?

## Recommandations (suite):

“Once the diagnosis has been made, the treating physician and patient should have a comprehensive discussion of each of the treatment options, including the logistics, benefits, expected speed of recovery, drawbacks, potential side effects and cost.

This sets the stage for the physician to make recommendations based on **best clinical judgment** and allows the final decision to reflect the **personal values and preferences of the patient.**”

(ATA/AACE Guidelines for the Treatment of Patients with Hyperthyroidism, 2011)

restauration de l'euthyroïdie

Diagnostic de l'hyperthyroïdie basedowienne

Tt ATS d'attaque  
- 4 à 12 semaines -

Ré-évaluation  
- compliance  
- stratégie

Tt « médical »  
ATS ~ 18 mois

Tt « radical »

**attention à l'hypothyroïdie précoce**

# Traitement par ATS

Tt ATS d'attaque  
- 4 à 12 semaines -

Dose initiale

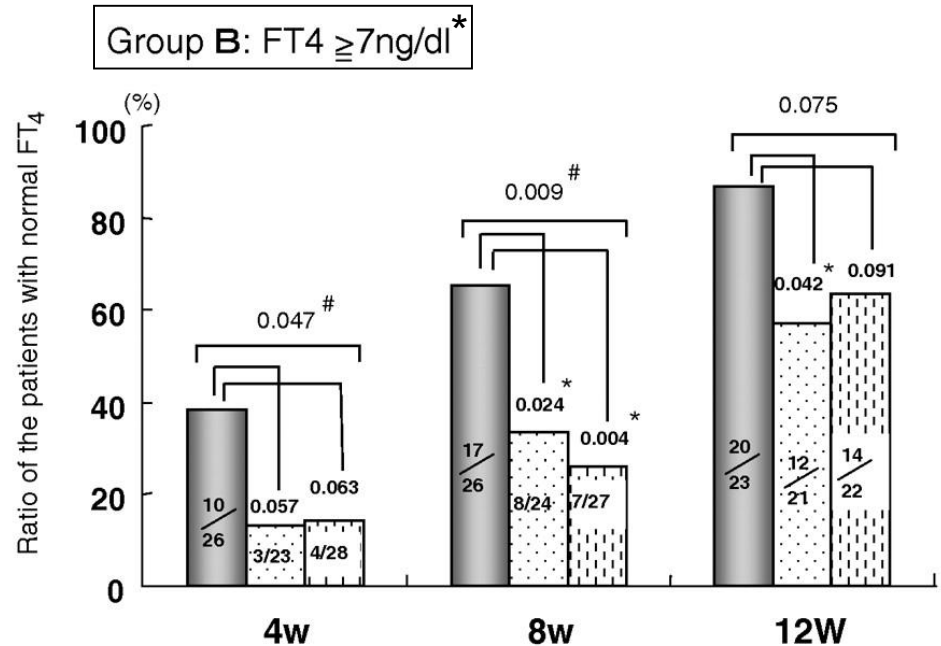
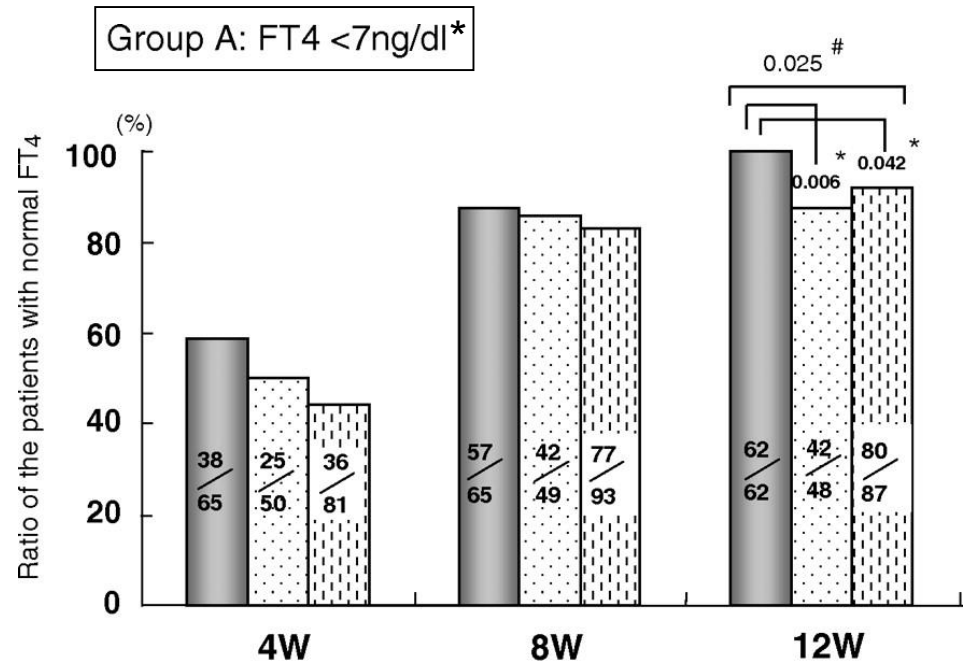
MMI: 15-30 mg/j

CBZ: 20-40 mg/j

Euthyroïdie en 4-12 semaines, fonction de

- sévérité initiale
- taille de la glande
- statut iodé
- dose de l'ATS

Efficacité comparée  
**du MMI, 30 ou 15 mg/j**  
 et du PTU, 300 mg/j.  
 (% patients avec  
 FT4 < 21,9 pmol/l)



\*7 ng/dl = 90 pmol/l

# Indications de Thyroïdectomie dans la maladie de Basedow

- gros goitre
  - par défaut (des autres traitements)
  - formes récidivantes ( $^{131}\text{I}$  non souhaitable)
  - suspicion de nodule cancéreux
  - forme grave aiguë
  - orbitopathie sévère (?)
- 
- cas de la grossesse
  - cas des enfants et adolescents



(Iraci et Fux-Otta, NEJM, 2009)

Patiente de 42 ans: palpitations, anxiété, tremblements, perte de poids.  
Diagnostic de maladie de Basedow 15 ans plus tôt, traitement par antithyroïdien pendant 10 ans, arrêté 5 ans auparavant.  
Augmentation progressive du volume du cou et apparition récente de dyspnée et de dysphagie sans dysphonie.

Examen: goitre (manœuvre de Pemberton; scanner)  
atrophie musculaire proximale  
rétraction palpébrale, myxoedème pré-tibial

TSH < 0.004  $\mu$ U/ml, T3 > 9,2 nmol/l (1,1-3,1), FT4: 77,2 pmol/l (10,3-24,5)  
A-TPO > 1000 IU/ml, TRAb: 70% (< 14%)

Refus de la thyroïdectomie et de l'iode radioactif. Reprise du traitement antithyroïdien.

# Maladie de Basedow et Thyroïdectomie

- Rapidité d'effet
- Meilleure probabilité de l'éradication de l'hyperthyroïdie, surtout en cas de goitre important
- Récidive exceptionnelle
  
- Equipe chir / paramédic hautement entraînée
- Risque faible mais non nul de complications, surtout chez les sujets jeunes
- Hypothyroïdie post-opératoire
- Coût significatif
  
- Tt ATS préalable pour restaurer l'euthyroïdie
- Bonne indication en cas de nodule suspect
- A discuter pendant la grossesse en cas d'intolérance aux antithyroïdiens



# Maladie de Basedow : modalité du traitement préparatoire (1)

## Préparation « médiate »

- antithyroïdien
  - . carbimazole (attaque : 20-40 mg/j)
  - . PTU/benzylthiouracile (attaque : 150-300 mg/j)
  - . 6-12 semaines
  - . dose constante (+ I-T4) ou dégressive
  - . surveillance → allergie
    - hématologie
    - hypothyroïdie iatrogène
- cardio-vasculaire symptomatique ( $\beta$ -bloqueur ; autres)
- sédatif

# Maladie de Basedow : modalités du traitement préparatoire (2)

## Préparation « immédiate »

- vérification de l'euthyroïdie
  - maintien de l'antithyroïdien  $\pm$  l-T4
  - équilibre cardio-vasculaire
  
- sédation de la thyroïde...la question du Lugol
  - Lugol « fort » à 5 % (I<sup>2</sup>: 1g, IK: 2 g, qsp 20 ml)
  - 5 gouttes x 3/jour/10-15 j
  - surveillance « vasculaire » de la thyroïde: clinique, écho-doppler
  
- chronologie rigide : respect du « compte à rebours »

# Maladie de Basedow : variantes de préparation médicamenteuse (3)

- Autres modalités
    - $\beta$ -bloqueur seul
    - $\beta$ -bloqueur + Lugol « fort » | non recommandées
  - Échecs de la préparation conventionnelle
    - échappement après Lugol
    - formes sévères « résistantes » aux antithyroïdiens
      - . adolescents/jeunes femmes ;
      - . mauvaise adhérence au traitement
      - . traitement antithyroïdien prolongé
- hyperthyroïdie à T3 et goitre ++

**Trois Observations de maladie de Basedow  
Sévère...**

## Maladie de Basedow sévère - Cas 1

Patiente 35 ans, maladie de Basedow initialement banale, mais “traînant” depuis plusieurs semestres sous ATS, la patiente refusant tout traitement radical

Allergie cutanée au Néomercazole, remplacement par le PTU

Retour de vacances - 1 mois - en Tunisie

- hyperthyroïdie intense (compliance ?)
- goitre 100 g, vasculaire
- amélioration passagère par  $\beta$ -bloqueur, mais asthme

Discussion thérapeutique

- nécessité d'un traitement radical, thyroïdectomie
- préparation
  - . lugol
  - . perchlorate
  - . autre ?

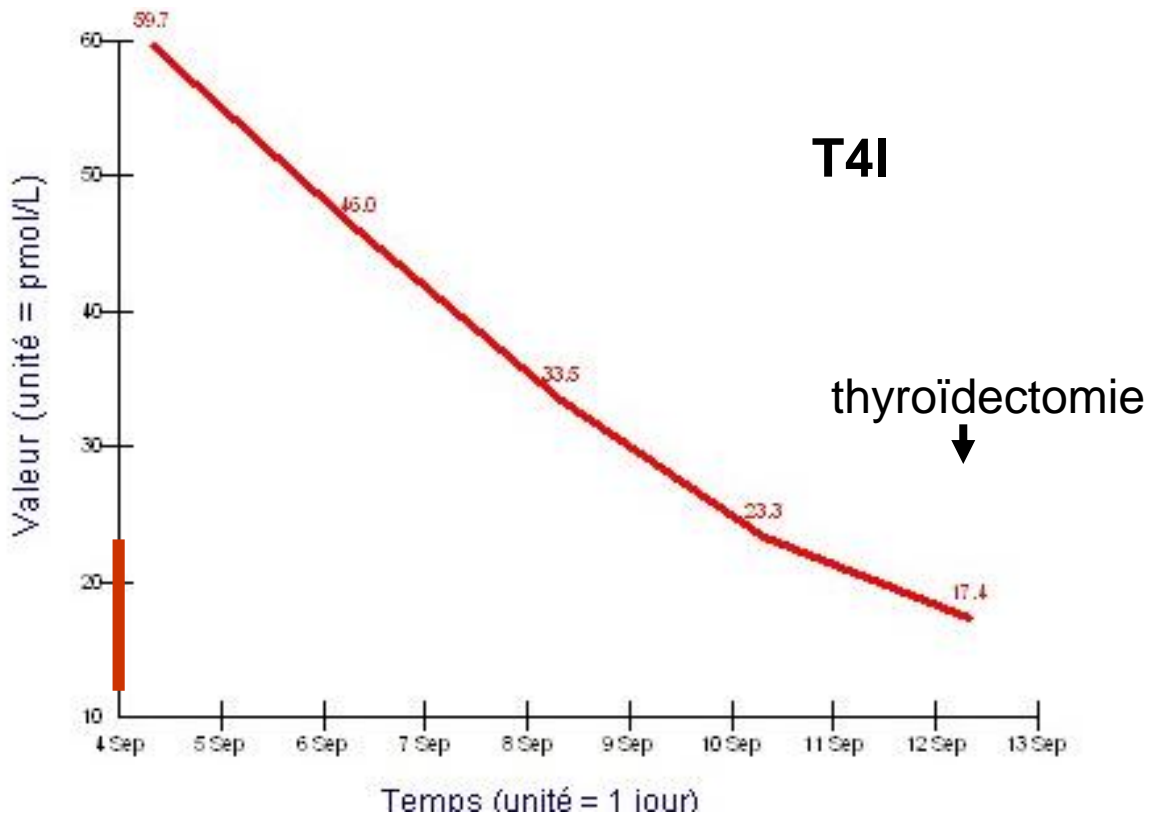
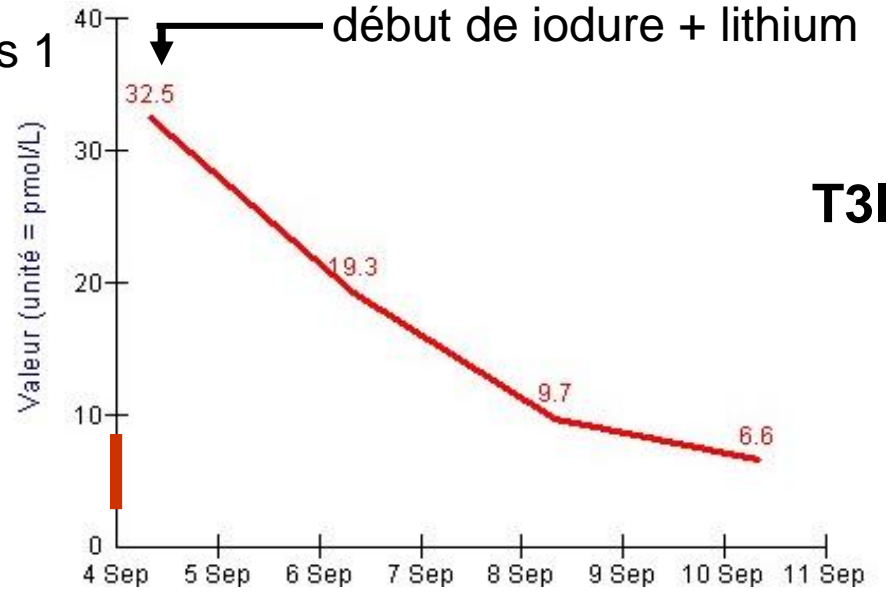
# Maladie de Basedow sévère - Cas 1

Maladie de Basedow  
devenue sévère par  
insuffisante efficacité  
des ATS



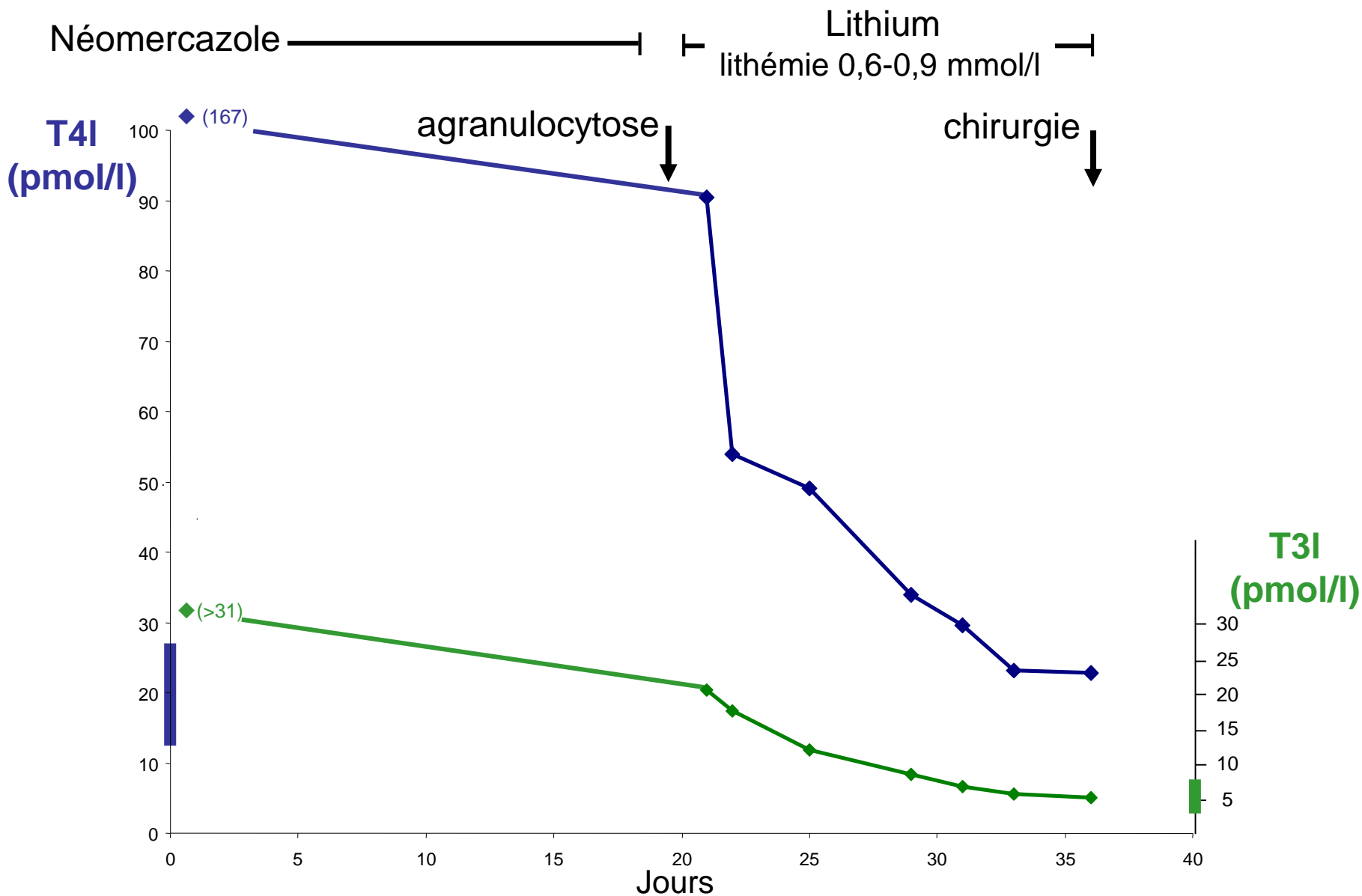
- Hospitalisation  
et  
triple traitement
- antithyroïdien
  - iodure
  - lithium

(observation Ph. Moulin)



# Cas 2

## Mme Jan..., 33 ans, maladie de Basedow sévère, 2ème rechute



Mme Men...38 ans

Délai de 7 mois entre hyperthyroïdie et début du NMZ

Lithium (mg)

ClO<sub>4</sub><sup>-</sup> (mg)

Lugol (gouttes)

Prednisone (mg)

NMZ (mg)

lithémie 0,7 mmol/l

800

60-80

60

40

60

80

100

40

hospit. ↓

chirurgie ↓

