

Quand penser à la thyroïde aux urgences ?

Auteurs : J. ISSOUANI (A), S. JIDANE(B), H. SRIFI(A), M.A. GUERBOUB(A), L. BELYAMANI(B), G. BELMEJDOUB(A)

(a) Service d'Endocrinologie-Diabétologie de l'HMIMV, Université Mohamed V Souissi, Rabat.

(b) Service des Urgences de l'HMIMV, Université Mohamed V Souissi, Rabat.

Introduction :

Surnommée la « grande imitatrice », la thyroïde a une portée sur tous les appareils et systèmes, les urgences thyroïdiennes sont des pathologies rares mais graves. Elles surviennent le plus souvent chez des patients ayant une affection thyroïdienne connue. Leur reconnaissance repose sur des éléments anamnestiques et cliniques. Le traitement doit être mis en route avant le résultat des dosages hormonaux. Le facteur déclenchant doit toujours être recherché.

Les manifestations d'une dysfonction thyroïdienne peuvent aller du symptôme isolé à un état de choc avec engagement du pronostic vital à court terme.

L'objet de ce travail est de décrire dans un premier temps les principaux symptômes et dysfonctions d'organes en rapport avec une dysthyroïdie, puis de présenter les urgences thyroïdiennes qui bien que rares constituent une véritable urgence vitale.

Demarche diagnostique :

Anamnèse

Le plus souvent c'est un patient ayant une pathologie thyroïdienne connue. Chez qui il existe un facteur déclenchant : infectieux, coronaire, intervention chirurgicale, modification de traitement.

Examen clinique (1,2,3)

Tableau clinique	Crise thyrotoxique	Myxœdème
Cardiaque	Tachycardie ACFA Insuffisance cardiaque Aggravation d'une insuffisance coronaire	Bradycardie Hypotension Défaillance hémodynamique
Signes généraux	Asthénie Faiblesse musculaire Tremblements Hyperthermie Sueurs	Œdèmes Froideur des extrémités Hypothermie Hypoventilation d'origine centrale
Digestif	Douleur abdominale Diarrhée Nausées, vomissements Ictère	Syndrome occlusif
Neurologique	Troubles des fonctions supérieures Convulsions.	Troubles de la vigilance Coma

Examens biologiques (1,2,3)

Examens biologiques	Crise thyrotoxique	Myxœdème
Bilan thyroïdien (TSH, T3, T4)	Ne pas attendre le résultat pour traiter	
NFS	Leuconéutropénie.	Anémie
Ionogramme	Hyperglycémie	Hyponatrémie (SIADH)
Calcémie	Haute	
Troponine	Souffrance coronaire	
Bilan hépatique	Élévation transaminases	
Hémocultures, ECBU	Recherche de facteur déclenchant infectieux	

Imagerie

- ECG qui recherchera des troubles du rythme ou des signes en faveur d'une Ischémie.
- Radiographie de thorax à la recherche de foyer infectieux, ou d'épanchements.
- Échographie cardiaque en cas de myxœdème qui recherchera un épanchement péricardique.

Quand penser à la thyroïde aux urgences ?

Auteurs : J. ISSOUANI (A), S. JIDANE(B), H. SRIFI(A), M.A. GUERBOUB(A), L. BELYAMANI(B), G. BELMEJDOUB(A)

(a) Service d'Endocrinologie-Diabétologie de l'HMIMV, Université Mohamed V Souissi, Rabat.

(b) Service des Urgences de l'HMIMV, Université Mohamed V Souissi, Rabat.

Les urgences thyroïdiennes :

La crise aiguë thyrotoxique (1, 7, 8, 9, 10)

La crise aiguë thyrotoxique (CAT) est définie comme une exacerbation brutale d'une hyperthyroïdie.

C'est une complication grave des hyperthyroïdies, qui peut mettre en jeu le pronostic vital dont la mortalité est de 10 à 30%, quasi constante en l'absence de traitement. Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge et du degré de la défaillance multi-viscérale qui en découle. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique qui se fait de plus en plus rare.

Ses causes sont mal connues, plusieurs facteurs semblent être en cause :

- Une augmentation rapide et brutale du taux d'hormones thyroïdiennes ;
- Une hyperactivité du système sympathique ;
- Une amplification de la réponse cellulaire aux hormones thyroïdiennes.

Un facteur déclenchant est souvent retrouvé (infection, geste chirurgical, hyper ou hypoglycémie, accident ischémique, stress émotionnel important). La présentation clinique associe plusieurs défaillances. Le patient présente une hyperthermie avec sueurs et déshydratation. Ceci est associé à une cardiomyopathie (FA, arythmies ventriculaires, hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), hypotension orthostatique, insuffisance cardiaque à prédominance droite, insuffisance coronarienne) et des troubles neuropsychiques (agitation, obnubilation, crise comitiale, coma). Des symptômes digestifs peuvent être associés (vomissements, diarrhées, occlusion intestinale, ictère voir défaillance hépatique).

Le coma myxœdémateux (2, 6, 7, 8, 9)

C'est une insuffisance thyroïdienne profonde et prolongée. Cette complication est actuellement rare. Un facteur déclenchant est souvent retrouvé (infection, chirurgie, traitement sédatif ou antidépresseur). Il s'agit d'un coma calme avec bradycardie, bradypnée, hypothermie, hypotension, des réflexes lents et décomposés, sans signes de focalisation, et sans étiologie évidente au bilan. Des épisodes convulsifs sont décrits. La ponction lombaire (PL) peut parfois montrer une hyperprotéinorachie. Une hyponatrémie est constamment retrouvée. Le pronostic du coma myxœdémateux est sévère (15 à 60 % de mortalité).

L'encéphalopathie de Hashimoto (8, 11)

Elle représente une cause émergente bien moins connue des urgences. Sa présentation clinique est très variable. Le tableau peut être aigu, subaigu ou chronique. On peut retrouver une détérioration des fonctions cognitives, des convulsions, des pseudo-accidents vasculaires cérébraux ou un coma.

L'orbitopathie basedowienne (1, 5, 8)

C'est une urgence marquée par une rétraction palpébrale, une exophtalmie, des signes inflammatoires locaux, un œdème des paupières, une limitation des mouvements du regard par atteinte d'un ou plusieurs muscles pouvant entraîner une diplopie et une baisse de l'acuité visuelle. Dans certains cas, un traitement médico-chirurgical peut être mis en place pour éviter une perte de l'acuité visuelle.

La paralysie périodique hypokaliémique (8,12)

Il s'agit aussi d'une complication de plus en plus rare. Elle se caractérise par des épisodes d'hypokaliémie accompagnés de faiblesse musculaire. On la retrouve en cas d'hyperthyroïdie. Elle est due à une entrée de potassium dans les cellules sous l'effet des hormones thyroïdiennes qui augmentent l'activité Na-K-AT-Pase au sein des muscles squelettiques.

Les urgences compressives La présence d'un goitre (7, 8, 9)

Représente une véritable urgence chirurgicale du fait de la présence de symptômes de compressions sur la trachée et/ou l'œsophage (dysphonie, dysphagie, dyspnée). Le tableau peut mimer une crise d'asthme ou d'un œdème aigu du poumon (OAP).

Traitement :

Traitement symptomatique (1,2,3)

- Crise aiguë thyrotoxique :
Réhydratation par du sérum physiologique.
Traitement de l'hyperthermie par les antipyrétique et le refroidissement (vessies de glace).
Correction des troubles électrolytiques notamment l'hypercalcémie.
En cas d'agitation et/ou convulsions, sédation par le diazépam.
- Myxœdème :
Restriction hydrique : sérum physiologique 50 à 100 mL si Na + < 120 mmol/L.
Réchauffement progressif.
Support ventilatoire pour compenser l'hypoxie et la désaturation en cas de détresse respiratoire liée à l'œdème pulmonaire.
Corticothérapie à base d'HSHC, à raison de 50 à 100 mg/6 à 8 h, pour compenser l'hypométabolisme corticosurrénalien fonctionnel.

Traitement spécifique :

- Crise aiguë thyrotoxique : (3)
Antithyroïdiens de synthèse : Propylthiouracile (PTU) cp 50 mg : dose de charge de 1 g puis 200 mg/4 à 6 h ou carbimazole (Neo-Mercazole®) à la dose de 20 mg/4 à 6 h. Il existe un risque d'agranulocytose rare mais grave ; qui impose une surveillance étroite de la numération.

Quand penser à la thyroïde aux urgences ?

Auteurs : J. ISSOUANI (A), S. JIDANE(B), H. SRIFI(A), M.A. GUERBOUB(A), L. BELYAMANI(B), G. BELMEJDOUB(A)

(a) Service d'Endocrinologie-Diabétologie de l'HMIMV, Université Mohamed V Souissi, Rabat.

(b) Service des Urgences de l'HMIMV, Université Mohamed V Souissi, Rabat.

Bétabloquants : S'opposent à l'hyperadrénergisme et inhibent la conversion T4 en T3. En général on utilise le Propanolol à raison de 60 à 80 mg/4 h per os ou bolus de 0,5 à 1 g en IV lente puis 4 à 8 mg/h au PSE ou bien, l'Esmolol, bolus de 250 à 500 µg/kg suivi de 50 à 100 µg/kg/min au PSE. Sa demi-vie courte ; utilisé surtout si la fonction cardiaque est limitée.

Corticoïdes : Préviennent l'insuffisance surrénale fonctionnelle ; inhiberaient la conversion T4 en T3. On utilise l'HSHC, bolus de 300 mg IV puis 100 mg/8 h. Ou la Dexaméthasone 2 mg IV ou per os toutes les 6 h.

• **Myxœdème :** traité par un traitement substitutif à base de L-thyroxine (T4), amp. 200 µg/mL (bolus 200 à 500 µg puis 25 à 100 µg/j) ; ou la liothyronine (T3), Cynomel® comprimé à 25 µg qui a une action rapide et une demi-vie courte ; sinon association T3 + T4 (Euthyral®) comprimés, 20 µg T3 + 100 µg T4.



Fig 1 : Goître multihétéronodulaire bénin compressif

Conclusion :

Les tableaux cliniques des dysthyroïdies sont souvent trompeurs, y compris ceux des formes graves. Celles-ci, heureusement rares, constituent une urgence thérapeutique et on peut ne pas attendre la preuve biologique de la dysthyroïdie pour entreprendre le traitement.

La mortalité des dysthyroïdies graves reste néanmoins assez élevée, malgré des traitements bien conduits, dont les modalités ont peu varié ces dernières années.

Références :

1. Société Française d'Endocrinologie. Hyperthyroïdie. Site internet : <http://www.sfendocrino.org/article/398/item-246-ndash-hyperthyroïdie>.
2. Société Française d'Endocrinologie. Hypothyroïdie. Site internet : <http://www.sfendocrino.org/article/399/item-248-ndash-hypothyroïdie>.
3. Urgences thyroïdiennes Dominique Pateron, Maurice Raphaël, et Albert Trinh-Duc Méga-guide pratique des urgences, Fiche 73, 478-481
4. Ae Lee K., Taek Park K., Min Yu H., Yong Jin H., Sun Baek H., Sun Park T. Subacute thyroiditis presenting as acute psychosis: a case report and literature review. *Korean J Intern Med* 2013 ; 28 : 242-6.
5. Soeters M.R., Van Zeijl C.J., Boelen A., Kloos R., Saeed P., Vrisendorp T.M., Mourits M.P. Optimal management of Graves orbitopathy: a multidisciplinary approach. *Neth J Med* 2011 ; 69 suppl (7) : 302-8.
6. Boileau E. L'urgence thyroïdienne : la grande imitatrice !. *Le Médecin du Québec* 2012 ; 47 suppl (2) : 49-56.
7. Andronikof M. Urgences thyroïdiennes. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Urgences* 2014 ; 24-132-A 10.
8. Papi G., Corsello S.M., Pontecorvi A. Clinical concepts on thyroid emergency. *Frontiers in endocrinology* 2014 ; 5 suppl (102) : 1-11.
9. Wanczuk W. Myocardial infarction and shock associated with thyrotoxicosis. *Anesteziol Intens Ter* 2010 ; 42 suppl (3) : 142-6.
10. Tzakas P, Sit SW. Progressive impairment of cognition and motor function: Hashimoto encephalopathy. *Can Med Ass Jour* 2011 ; 183 suppl (8) : 495-7.
11. Lin Y.C., Wu C.W., Chen H.C., Chen H.Y., Lu C.J., Kuo W.R., Chiang F.Y. Surgical treatment for thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis: case report. *World Jour of Surg Onc* 2012 ; 10 suppl (21) : 1-3.
12. Lionet A., Barsmau J., Azar R. Paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxicque chez un Caucasiens. *Néphrology* 2004 ; 25 suppl (1) : 29-32.
13. Bula G., Paliga M., Koziolok H., Mucha R., Gawrychowski J. Acute respiratory failure in goitre patients qualified for operative treatment. *Enokrynol Pol* 2013 ; 63 suppl (3) : 215-9.