

Thyroidites de l'enfant, croissance et puberté

F. Bouferoua^{*a} (Dr), A. Ladjouz^b (Dr), Z. Zeroual^c (Pr), N. Bouterfas^d (Dr), N. Benhalla^c (Pr)

^a CHU Benmessous, Alger, ALGÉRIE ; ^b CHU Bab eloued, Alger, ALGÉRIE ; ^c CHU Bénmessous, Alger, ALGÉRIE ; ^d CHU Bénmessous, Alger, ALGÉRIE

Introduction

La thyroidite autoimmune (TAI) est la cause la plus fréquente de l'hypothyroïdie acquise chez l'enfant.
L'impact sur le neurodéveloppement et la croissance est lié étroitement au degré du déficit en hormones thyroïdiennes

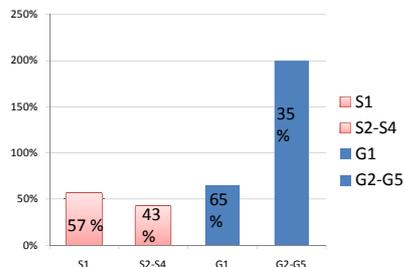
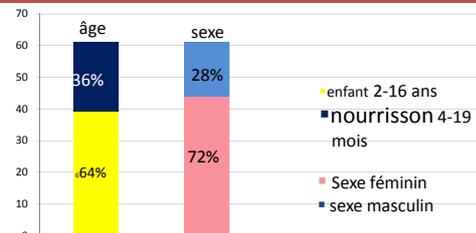
Méthodes

- Etude rétrospective longitudinale sur une période de 10 ans: 2005- 2015
- Critères d'inclusion
- signes cliniques de dysthyroïdie
- bilan hormonal en faveur d'une hypo ou hyperthyroïdie ± Ac antiTPO (+)
- ± échographie thyroïdienne

Objetifs de l'étude

- Etudier les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives de nos patients
- Evaluer la croissance et le stade pubertaire au cours de l'évolution

Résultats



Histoire familiale de pathologie thyroïdienne= 41 %
Age moyen au diagnostic : 8.75 ans

Examen clinique

Signes cliniques patents d'hypothyroïdie	10
Examen clinique normal	24
Retard pubertaire	02
Retard statural	10
Goitre isolé	09

Répartition / âge- sexe

Etiologies

Syndrome de Down	23 cas	16 cas: hypothyroïdie subclinique
		7 cas: hypothyroïdie franche
		1 cas: hashitoxicose
DT1	13	4 cas: hypothyroïdie subclinique
		8 cas: euthyroïdie à Ac antiTPO (+)
Hashimoto	20 cas	
Autres abérations chromosomiques	05 cas	

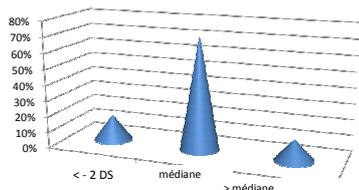
Biologie

Pathologie	Cas	Filles	Garçons
Hypothyroïdie franche	26 cas	19 filles	7 garçons
Hypothyroïdie subclinique	27 cas	16 filles	11 garçons
hyperthyroïdie	02 cas	01 fille	01 garçon
Euthyroïdie	6 cas	4 cas	2 cas
AC antiTPO (+)	44 cas	27 filles	17 garçons

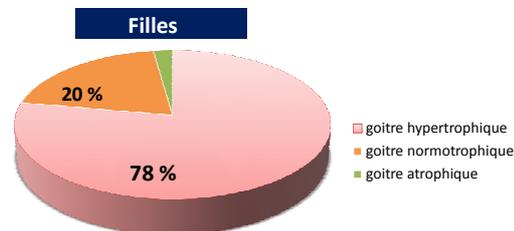
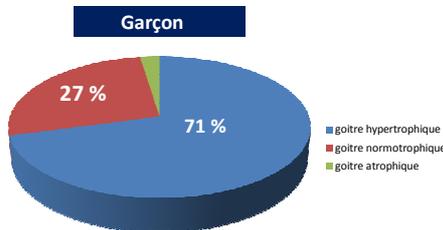
AO < AC : 01 cas (T21 exclue)

Croissance

Croissance staturale



Taille / SDS



Echographie thyroïdienne

Substitution/ lévothyroxine

A1:: 96%: 1.92 µg/Kg/j ±0.6

B1:100%: 1.87µg/Kg/j ±0.47

P= 0.002

P= 0.05

A2-A3:3%: 0.98µg/Kg/j ±0.32

P= 0.01

B2-B3: 12%:0.95 µg/Kg/j ±0.33

Evolution

Recul moyen: 4ans et 4 mois (3 mois- 9ans)

Euthyroïdie (sous traitement)	48
Guérison	13
Hypothyroïdie définitive	26
Retard statural définitif	06 (Sd de Down)

Commentaires

- Une histoire familiale de pathologie thyroïdienne est présente dans la moitié des cas .
- L'hypothyroïdie subclinique ou franche est la manifestation la plus fréquente de la thyroidite chez l'enfant.
- L'association à d'autres maladies auto-immunes est fréquente.
- Le développement pubertaire est normal pour l'âge
- Maturation osseuse normale pour l'âge
- Nécessité de petites doses de levothyroxine chez les enfants de sexe masculin en âge prépubère et pubère en comparaison avec leurs paires dans le sexe féminin .
- Le retard de croissance au diagnostic et en cours d'évolution est rare.
- Le traitement de l'hypothyroïdie subclinique n'est pas systématique, laissant discussion en fonction des paramètres cliniques et biologiques
- L'évolution peut être transitoire ou définitive

Conclusion

- ❑ La TAI de l'enfant est rare, souvent asymptomatique
- ❑ Il faut savoir y penser devant des signes de dysthyroïdie, une anomalie de croissance ou de puberté.
- ❑ Sa fréquence sur des terrains particuliers et l'impact du traitement sur la pathologie initiale a rendu nécessaire son dépistage systématique
- ❑ L'impact sur la croissance et la puberté est faible

Bibliographie

- 1- Amino N.,Tada.,- Autoimmune thyroid disease/thyroiditis.L.J.De Groot endocrinology philadelphia WB Saunders; 1995: 726-4
- 2- Fatourehchev,Aniszewski J.P.,- clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort. J clin endocrinol metab 2003;88:2100-50
- 3-Huber G.,Staub J.J.,Merier.,- Prospective study of the spontaneous course of subclinical hypothyroidism : prognostic value of thyrotropin,thyroid reserve and thyroid antibodies. J clin endocrinol metab 2002. 87: 3221-6