

L'hypothyroïdie centrale

Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et étiologiques

A. LAHLOU ; S. ELKHADIR ; H. EL OUAHABI ; F.AJDI

Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques CHU Hassan II. Fès. Maroc

Introduction:

L'hypothyroïdie centrale ou insuffisance thyroïdienne est beaucoup plus rare que l'hypothyroïdie primaire, avec une prévalence estimée à 0,005%. Il existe le plus souvent un contexte de pathologie hypophysaire qui permet de poser le diagnostic.

Objectif de l'étude :

Le but de notre travail est de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et étiologiques de l'hypothyroïdie centrale (HC).

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 52 patients, hospitalisés au service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès, présentant une hypothyroïdie centrale secondaire à une atteinte hypothalamo-hypophysaire.

Résultats:

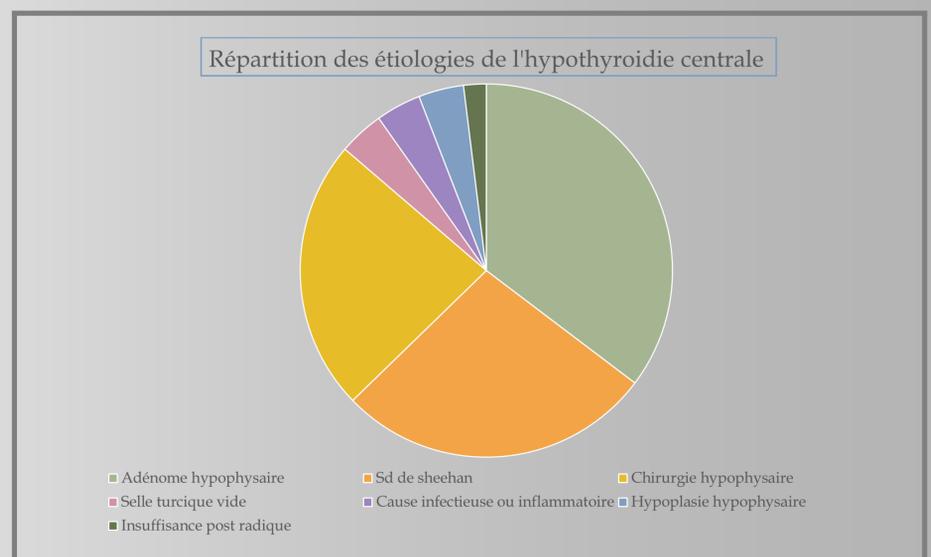
L'âge moyen des patients était de 39ans, avec une prédominance féminine (67,3% des cas). L'hypothyroïdie centrale était découverte dans le cadre : d'une aménorrhée secondaire dans 25% des cas, d'un syndrome tumoral hypophysaire dans 23% des cas, d'une évaluation post opératoire dans 21% des cas, d'une asthénie dans 15% des cas, d'un retard staturo-pondéral chez 5 patients et des malaises hypoglycémiques chez 2 autres. Tous les patients avaient une LT4 basse, avec une TSH normale dans 84% des cas et basse dans 16% des cas. Une insuffisance : corticotrope, gonadotrope et somatotrope était notée dans 94%, 85% et 9,4% des cas respectivement. La prolactine était élevée chez 13 malades. Les étiologies étaient : un adénome hypophysaire dans 35,2% des cas, un syndrome de Sheehan dans 27,4% des cas, une chirurgie hypophysaire dans 23,5% des cas, une cause infectieuse ou inflammatoire, une selle turcique vide et une hypoplasie hypophysaire chez deux patients chacune, une hypothyroïdie centrale post radique chez un autre. Tous les patients étaient mis sous L-thyroxine et avaient bénéficié d'une surveillance par LT4.

Conclusion:

L'hypothyroïdie centrale est une pathologie rare, dont le diagnostic peut être difficile en raison de symptômes non spécifiques; la situation clinique est en fait le plus souvent inverse : contexte de tumeur de la région sellaire, dépistage systématique après traitement, symptômes évocateurs d'hypopituitarisme qui conduisent au bilan thyroïdien avec le dosage obligatoire de T4L.

Références:

- 1- Marie-Laure Rodes ; Insuffisance antéhypophysaire acquise de l'adulte : problème diagnostique et thérapeutique ; Annales d'Endocrinologie 74 (2013) 3–12.
- 2- S. Daada et al ; Hypothyroïdies : aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques dans un service de médecine interne; Annales d'Endocrinologie 74 (2013) 345–377.
- 3- A. Mzabi et al ; Hypothyroïdies : aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques dans un service de médecine interne; Annales d'Endocrinologie 73 (2012) 306–335
- 4- J.-M. Kuhn et al ; Insuffisance antéhypophysaire; EMC-Endocrinologie 2 (2005) 148–170.



Discussion:

L'insuffisance thyroïdienne reste une pathologie rare; constitue moins de 5% des hypothyroïdies [1] et représente 4,3% et 3% des cas selon les études de Daada et Mzabi [2,3]. Son diagnostic peut être difficile en raison de symptômes non spécifiques (asthénie) [1]. L'association de certains symptômes incluant frilosité, apathie, constipation, bradycardie est assez évocatrice. Il n'y a habituellement pas d'infiltration myxoedémateuse, hormis une discrète bouffissure du visage, la peau est sèche et on note une dépilation plus ou moins importante des aisselles, du pubis et des sourcils [4].

Le diagnostic repose sur le dosage de la T4 libre (T4L) et la TSH. Le taux de T4L est en général bas. Une diminution de la T4L de plus de 20% au cours du temps tout en restant normale, avec un taux de TSH normal ou bas, peut constituer un critère diagnostique d'hypothyroïdie centrale infra-clinique car la variabilité intra-individuelle des concentrations de T4L ne dépasse pas 10 %. Le taux de TSH est bas ou normal mais il peut être légèrement augmenté (4 à 10m UI/L) dans 10 à 20% des cas [1]. Tous nos patients avaient une LT4 basse, avec une TSH normale ou basse.

Elle s'inscrit dans le cadre d'une maladie hypothalamo-hypophysaire. Ce qui rejoint nos résultats puisque toutes les étiologies sont d'origine hypophysaire.

Le traitement substitutif par L-thyroxine est instauré avec l'objectif d'obtenir un taux de T4L dans la moitié supérieure des normes du laboratoire. Le dosage de la TSH est inutile car un taux bas pourrait être interprété à tort comme un surdosage [1,4].