

Un profil thyroïdien particulier

La résistance aux hormones thyroïdiennes

L. Oukit, G. El Mghari, N. El Ansari

Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques et nutrition
Université Cadi Ayyad. CHU Mohamed VI. Marrakech.

Introduction

- Un bilan thyroïdien perturbé est un motif fréquent de consultation en endocrinologie.
- Les tableaux typiques d'hypo ou d'hyperthyroïdie, rencontrés mènent à des investigations étiologiques classiques.
- Que ce soit l'hypothyroïdie périphérique ou centrale, hyperthyroïdie périphérique ou centrale.
- Dans certaines situations inhabituelles, le profil rencontré peut être atypique.
- **Nous en rapportons un cas.**

Observation

- Fillette de 6 ans
- Hospitalisée pour bilan d'un goitre
- Consanguinité au premier degré et forte consanguinité dans la famille.
- Antécédent : thyroïdectomie totale chez la mère sans oposubstitution et sans signes de dysthyroïdie.
- A l'interrogatoire :
 - Bon développement psychomoteur,
 - Hyperactivité et mauvais résultats scolaires
 - Goitre évoluant sur un an sans signes de thyrotoxicose ni de compression, pas d'hypoacousie.
- A l'examen :
 - Goitre grade 3, mou, homogène, sans thrill ni souffle
 - Tachycardie à 111 bpm
 - Poids à 16kg, dans la moyenne et une légère avance staturale.
- Au bilan biologique:
 - TSH normale
 - Taux de LT4 élevée à 4 reprises: valeurs en ascension sur les 4 prélèvements [Tableau 1].
 - L'hypophysogramme : un taux de prolactine et de cortisol normaux.
 - A l'échographie cervicale: Goitre homogène, avec vascularisation normale.
 - A La scintigraphie thyroïdienne: goitre modéré de fixation très intense, sans nodule.

- L'IRM hypophysaire était sans anomalie (Fig 1).
- Bilan de la mère : TSH normale à 1,74 mU/l, LT4 élevée à 41,9 pmol/l.

- Le diagnostic de syndrome de résistance central aux hormones thyroïdiennes avait été retenu.

Tableau 1 : Evolution des valeurs de TSH, T4 et T3 durant l'hospitalisation

Date	TSH (mU/l)	T4 (pmol/l)	T3 (pmol/l)
J-7	0,63	29,32	
J0 (en hospitalier)	1,88	55,2	17,5
J2 (en hospitalier)	2,92	58	
J10 (en hospitalier)		56,2 (sous 10mg carbimazol)	17,7

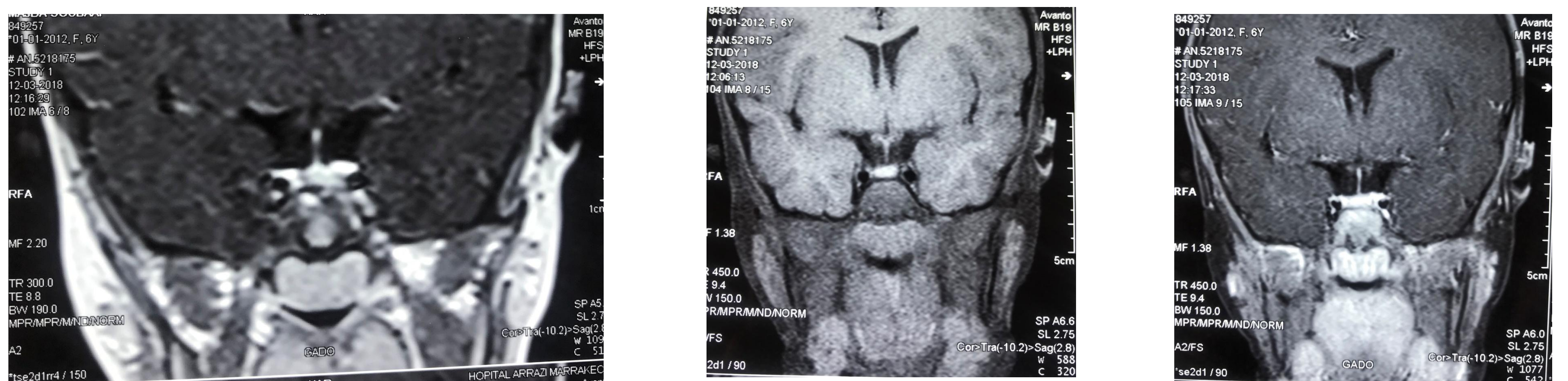


Figure 1 : IRM hypophysaire ne révélant pas la présence d'adénome hypophysaire

Discussion

- Le syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes : entité rare, peu symptomatique.
- Insensibilité des tissus aux hormones thyroïdiennes.
- Dans notre cas : syndrome de résistance **hypophysaire**.
- A évoquer comme diagnostic différentiel d'un adénome thyrotrope devant (Tableau 2):
 - TSH non freinée et un taux d'hormones périphériques augmenté,
 - Surtout devant une forte consanguinité (caractère autosomique dominant).
- Le diagnostic est génétique, peu réalisé en pratique courante.
- Le traitement n'est pas codifié: de l'abstention à la thyroïdectomie et est basé pour la présence de signes de thyrotoxicose.

Tableau 2 : Différents profils d'une sécrétion inappropriée de TSH

	Origine tumorale : Adénome hypophysaire	Origine non tumorale : Résistance aux hormones thyroïdiennes		
		Généralisé	Hypophysaire	Périphérique
Hypophyse	Présence d'un adénome	Normale	Normale	Normale
TSH	Augmentée ou normale	Augmentée ou normale	Augmentée ou normale	Normale
Thyroïde	Goitre	Goitre	Goitre	Normale
Hormones périphériques	Augmentées	Augmentées	Augmentées	Normales
Etat métabolique	Thyrotoxicose	Eumétabolisme	Thyrotoxicose	Hypométabolisme

Conclusion

- Le bilan thyroïdien est à interpréter en fonction du contexte.
- Le syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes en constitue un profil à ne pas omettre.

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt