

# 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

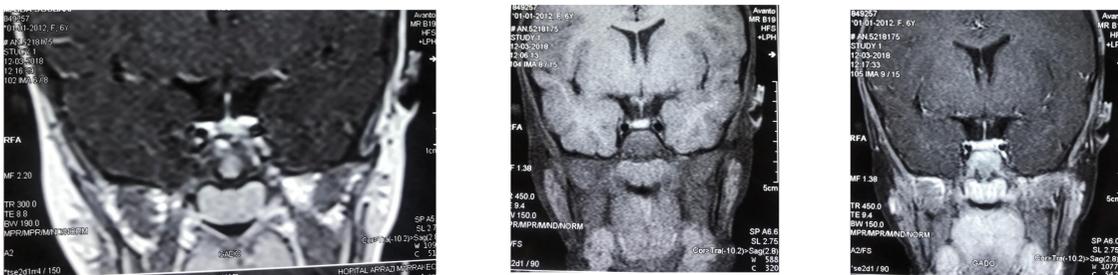


Figure 1 : IRM hypophysaire ne révélant pas la présence d'adénome hypophysaire

### 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
<b>Hypophyse</b>	Présence d'un adénome	Normale	Normale	Normale
<b>TSH</b>	Augmentée ou normale	Augmentée ou normale	Augmentée ou normale	Normale
<b>Thyroïde</b>	Goitre	Goitre	Goitre	Normale
<b>Hormones périphériques</b>	Augmentées	Augmentées	Augmentées	Normales
<b>Etat métabolique</b>	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