

« Un diagnostic peut en cacher un autre »

par le Dr Aurore GIRARD*

* Médecin généraliste
1200 Woluwé-Saint-Lambert
aurore.girard@ssmg.be

L'auteure déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Après les fêtes de fin d'année, M^{me} Martin, institutrice primaire âgée de 31 ans, me contacte pour des informations concernant une potentielle contamination COVID.

En ce début de nouvelle année, M^{me} Martin a reçu un appel du tracing COVID lui signalant qu'elle a été en contact avec un cas positif. Elle me questionne sur les modes de contamination car elle n'a rencontré personne pendant les vacances en dehors de sa fille et se demande si le contact pourrait être un de ses élèves. Elle prend RDV pour son testing qui sera réalisé 2 jours plus tard.

Des symptômes...

Le lendemain de son test, elle présente des myalgies, des céphalées, mais aucun symptôme ORL. Le diagnostic semble tout trouvé : une infection COVID-19 ! Cependant, le lendemain, le résultat du test arrive : négatif !

Entre-temps, les symptômes persistent avec apparition d'épisodes de pics fébriles objectivés à 38,3°C. La patiente me recontacte 3 jours plus tard car elle s'inquiète de son état de santé, se sent très affaiblie et incapable de retourner devant ses élèves.

À l'examen clinique, la patiente est afébrile, présente une tension artérielle à 100/70 mmHg, un pouls à 80 bpm et une saturation à 99 % à l'air ambiant. L'auscultation est strictement normale.

En accord avec la patiente, un suivi attentif de l'évolution est programmé.

Trois jours plus tard, M^{me} Martin rappelle. Nouveaux symptômes : des épisodes de tachycardie (mesurés par la patiente à 148 bpm) et une sensation d'essoufflement. La fièvre persiste en pics intermittents. L'asthénie et les myalgies se maintiennent.

Je la revois alors en consultation. À l'examen clinique, elle est afébrile, sa tension artérielle est de 110/70 mmHg, son pouls à 142 bpm et sa saturation à 98 % à l'air ambiant. L'auscultation est strictement normale.

Je décide alors de faire un 2^e test COVID et une analyse sanguine.

ABSTRACT

Clinical story of a 31-year-old patient with symptoms looking like a COVID infection turning out to be a thyrotoxic crisis.

Keywords :
hyperthyroidism, thyrotoxic crisis, Graves' disease.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'une patiente de 31 ans avec symptômes compatibles avec une infection COVID qui se révéleront être une crise thyrotoxicque.

Mots-clés : hyperthyroïdie, crise thyrotoxicque, maladie de Basedow-Graves.

Résultats d'analyse

TSH < 0,1 mU/L [0,27 - 4,2] et T4 à 48 pmol/L [12-22].

Madame Martin présente donc une crise thyrotoxicque. Une scintigraphie thyroïdienne est réalisée en urgences et ramène une image compatible avec une maladie de Basedow. Les anticorps anti-TSH sont positifs. Un traitement est initié par bêtabloquants et antithyroïdiens de synthèse.

Hyperthyroïdie

La maladie de Basedow-Graves est la cause la plus fréquente d'hyperthyroïdie. Elle est plus fréquente chez les femmes que les hommes et peut apparaître à tout âge. Elle est causée par une interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux conduisant à la formation d'anticorps activateurs de récepteurs de la thyrotropine qui induisent une surproduction d'hormones thyroïdiennes.

L'aggravation de la maladie de Basedow-Graves peut entraîner une crise thyrotoxisque, une urgence endocrinienne potentiellement mortelle avec des signes et symptômes sévères de thyrotoxicose et de décompensation multiorganique.

La présentation clinique des patients atteints d'une maladie de Basedow-Graves varie en fonction de l'âge d'apparition, de la gravité et de la durée de l'hyperthyroïdie, du sexe et des comorbidités.

Les patients présentent généralement des symptômes et des signes ≥ 1 parmi :

- **signes d'hyperthyroïdie** tels que palpitations, tremblements, perte de poids ou transpiration ;
- goitre ;
- **manifestations extrathyroïdiennes** de l'auto-immunité sous-jacente, y compris une orbitopathie, une dermopathie thyroïdienne (également appelée myxœdème pré tibial) et rarement une acropachie (caractérisée par un gonflement des tissus mous en particulier les doigts et les orteils).

Les personnes âgées peuvent avoir une présentation atypique, consistant en une humeur dépressive, une fatigue et une perte de poids (hyperthyroïdie apathique) ou une fibrillation auriculaire de novo.

Le diagnostic de la maladie de Basedow-Graves est basé sur les caractéristiques cliniques et les anomalies biochimiques.

Le diagnostic de maladie de Basedow-Graves est posée en cas de thyrotoxicose (TSH effondrée et T4 libre ou T3 totale / libre élevé ou normal) si :

- les anticorps anti-récepteurs TSH sont présents ;
- ou les résultats de la scintigraphie thyroïdienne montre une augmentation homogène de l'absorption.

Prise en charge

1. Administrer des bêtabloquants aux patients présentant une thyrotoxicose symptomatique, en particulier les patients âgés et les patients dont la fréquence cardiaque au repos est > 90 bpm ou avec une maladie cardiovasculaire concomitante, jusqu'à ce que les taux d'hormones thyroïdiennes soient normalisés (forte recommandation).
2. Traiter l'hyperthyroïdie avec des médicaments antithyroïdiens, de l'iode radioactif ou une thyroïdectomie (forte recommandation).

→ **Les médicaments antithyroïdiens** sont préférables en tant que traitement de 1^{re} intention pour normaliser la production d'hormones thyroïdiennes chez les femmes enceintes (dans ce cas préférer le PTU), les patients avec une orbitopathie thyroïdienne active et les patients avec une forte probabilité de rémission (maladie bénigne, petit goitre, Ac négatif ou à faible titre). Au cours du traitement, une surveillance de la numération et de la formule sanguine est recommandée hebdomadairement (pour le risque d'agranulocytose) pendant les 6 premières semaines de traitement.

→ **La thyroïdectomie** peut être préférée comme traitement de 1^{re} intention pour une compression symptomatique, un gros goitre, des glandes thyroïdiennes avec une absorption relativement faible d'iode radioactif, une malignité thyroïdienne documentée ou suspectée, une hyperparathyroïdie coexistante nécessitant une intervention chirurgicale, en particulier si les taux d'Ac anti-TSH sont particulièrement élevés et les patients avec une orbitopathie active trop sévère.

→ **Le traitement par iode** radioactif sera privilégié dans le traitement des nodules toxiques pour lesquels le traitement médicamenteux est peu efficace ou en l'absence de réponse aux antithyroïdiens de synthèse. Il est généralement utilisé et donne rapidement de bons résultats. Le traitement par iode radioactif est contraindiqué chez les femmes enceintes et chez celles qui allaitent. Une contraception est recommandée tout au long du traitement et pendant les mois qui suivent. Les hommes traités devraient attendre au moins trois mois avant de procréer.

Retour à la situation clinique

Actuellement, M^{me} Martin va beaucoup mieux sous antithyroïdiens de synthèse et bêtabloquants. Son contrôle biologique n'est pas tout à fait normalisé. Un traitement par iode radioactif sera prochainement initié.

Bibliographie

1. Bartalena L, Chiovato L, Vitti P. Management of hyperthyroidism due to Graves' disease : frequently asked questions and answers (if any). *J Endocrinol Invest.* 2016 Oct ; 39 (10) : 1105-14. doi : 10.1007/s40618-016-0505-x. Epub 2016 Jun 18. PMID : 27319009.
2. Pearce EN. Diagnosis and management of thyrotoxicosis. *BMJ.* 2006 Jun 10 ; 332 (7554) : 1369-73. doi : 10.1136/bmj.332.7554.1369. PMID : 16763249 ; PMCID : PMC1476727.
3. Kravets I. Hyperthyroidism : Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* 2016 Mar 1 ; 93 (5) : 363-70. PMID : 26926973.
4. Derdelinckx L. Que faire face à un taux de TSH isolement anormal ? *RMG* 04-2012, 292, 8-14.