



Cas clinique

Hypothyroïdie primaire : à propos d'un cas révélé par un goitre chez un nouveau-né

Primary hypothyroidism: a case revealed by goiter in a newborn

A Kaboré/Ouédraogo^{*1}, T Sam¹, K Nagalo¹, H Savadogo¹, L Toguyeni¹, G Kinda¹, L Dao¹, O Guira², Diarra Yé¹

Résumé

L'hypothyroïdie est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques liées à l'absence ou à la diminution de la sécrétion des hormones thyroïdiennes. Elle peut être primaire ou acquise. L'hypothyroïdie primaire peut être à révélation néonatale ou tardive. Les signes de la forme néonatale sont peu évocateurs. Parmi ces signes le goitre est relativement rare. Non traitée, la gravité de l'hypothyroïdie est liée au retard mental et intellectuel qui survient chez les enfants qui en sont atteints. Nous rapportons un cas d'hypothyroïdie congénitale révélé par un goitre chez un nouveau-né.

Mots-clés : hypothyroïdie congénitale, goitre, nouveau-né.

Abstract

Hypothyroidism is the condition of thyroid hormone deficiency. It can be primary or acquired. Primary hypothyroidism can be congenital or late onset. The symptoms of congenital hypothyroidism may go unnoticed in newborns. Among these symptoms goiter is relatively rare. Untreated, hypothyroidism can lead to poor mental and intellectual development in children. We report a case of congenital hypothyroidism revealed by a goiter in a newborn.

Keywords: congenital hypothyroidism, goiter,

newborn.

Introduction

L'hypothyroïdie est un dysfonctionnement de la glande thyroïde dans le sens d'une production insuffisante d'hormones thyroïdiennes [1]. En période néonatale, les manifestations cliniques sont souvent peu évocatrices, ce qui rend le diagnostic difficile. Parmi ces manifestations, le goitre est relativement peu fréquent en période néonatale [2]. Les complications liées à cette pathologie sont essentiellement le retard mental et intellectuel [3, 4,5], le retard de croissance statural [6].

Pour réduire l'incidence de ces complications, de nombreux pays développés ont mis en place la stratégie de dépistage néonatal systématique [7,8]. Au Burkina Faso, ce dépistage systématique n'est pas encore réalisable et très peu d'études ont été consacrées à l'hypothyroïdie congénitale. C'est dans un tel contexte que nous rapportons le présent cas d'hypothyroïdie congénitale révélé par un goitre chez un nouveau-né.

Cas clinique

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin reçu à 11 jours de vie pour une tuméfaction cervicale antérieure qui a augmenté progressivement de taille depuis la naissance.

A l'interrogatoire, la mère a signalé également une difficulté respiratoire et d'alimentation, une somnolence exagérée depuis la naissance, un cri faible et monotone, une constipation. La grossesse aurait été bien suivie. Les parents du nouveau-né ne sont pas consanguins. La mère, porteuse d'un goitre de type I de la classification de l'OMS [9], n'aurait pas pris un traitement hormonal. Elle n'aurait pas été exposée à des radiations ionisantes ou à d'autres toxiques. Il n'y a pas de goitre chez les six frères et sœurs du nouveau-né.

A l'examen à l'admission, le nouveau-né avait un poids de 3000 g, une taille de 50 cm, un périmètre crânien de 35 cm. La température était de 36,7 °C, la fréquence respiratoire de 66 cycles/min., la fréquence cardiaque de 130 battements/min, la saturation périphérique en oxygène (SpO₂) de 96 % à l'air ambiant et la tension artérielle (TA) de 80/60 mm Hg aux deux bras. La peau était marbrée mais non infiltrée. L'examen du cou a montré un goitre type II (Figure 1) de la classification OMS [9] à surface lisse, de consistance ferme, n'adhérant pas au plan superficiel ni au plan profond. Par ailleurs, on notait une hypotonie modérée et une hernie ombilicale.

Devant cette symptomatologie, l'hypothèse d'hypothyroïdie congénitale fut évoquée puis confirmée par le dosage de la Thyroxin Stimulating Hormone (TSH) qui était supérieure à 100 mUI/L (valeurs seuils 0,25 à 5 mUI/L). Le taux de l'hormone tétra-iodothyroxine (T₄) était de 2,84 pmol (valeurs usuelles de 4 à 9 pmol/l), celui de la tri-iodothyroxine (T₃) de 0,56 pmol (valeurs usuelles de 9 à 20 pmol/l). L'iodémie était de 78,8 µg/l (valeur normale 40 à 100 µg/l).

Un bilan d'orientation a objectivé un taux d'anticorps

anti-thyroperoxydase à 7 UI/ml, un taux d'anticorps anti-thyroglobuline à 11 UI/ml.

Une échographie thyroïdienne a montré un goitre homogène d'un volume de 13 cm³. Le lobe droit mesurait 20x17x40 mm soit un volume de 7 cc, et le lobe gauche 21x16x36 mm soit un volume de 6 cc. Les radiographies standards du poignet (Figure 2) et

(Figure 3) montraient la présence de tous les points d'ossification osseuse.

Le traitement à base de levothyroxine en comprimé a été instauré à la posologie de 8 µg/kg/jour avec une dégression jusqu'à un an.

Le nouveau-né a été revu une fois par semaine pendant le premier mois, puis une fois par mois pendant trois mois, ensuite tous les six mois. Au cours du premier trimestre, l'évolution était favorable avec une disparition progressive du goitre, un développement psychomoteur normal et une croissance staturo-pondérale normale (Tableau 1).

Pendant les mois suivants, le développement psychomoteur et la croissance sont restés normaux. L'enfant a marché à un an et le goitre a disparu cliniquement au bout de 9 mois après la première consultation. Une échographie de contrôle de la thyroïde n'a pas pu être réalisée.

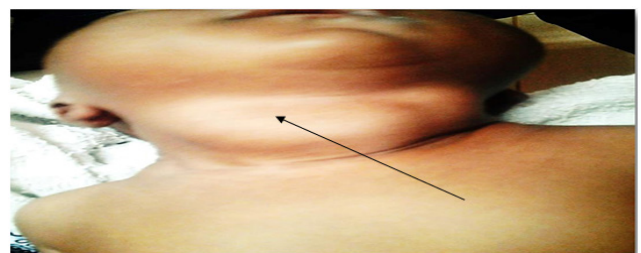


Figure 1 : masse antérolatérale du cou faisant évoquer un goitre chez un nouveau-né de 11 jours

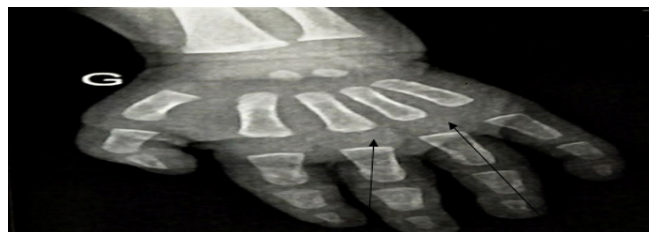


Figure 2 : Radiographie standard du poignet gauche montrant les points d'ossification chez un nouveau-

né de 11 jours de vie.

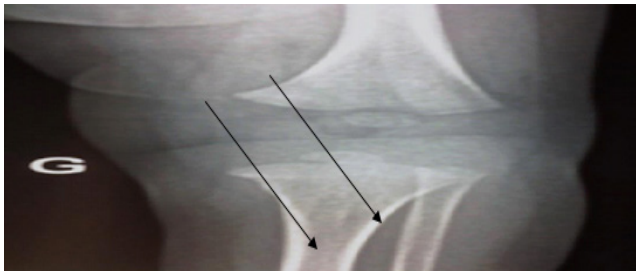


Figure 3 : Radiographie standard du genou gauche montrant les points d'ossification tibiale supérieure et fémorale inférieure chez un nouveau-né de 11 jours

Tableau I : Evolution des paramètres anthropométriques du nouveau-né atteint d'hypothyroïdie congénitale au cours des visites de suivi.

Date	Poids (kg)	Taille (cm)	PC* (cm)
14/10/2016	3,715	51	35
16/11/2016	4,805	53	36
15/12/2016	5,310	55	38

*PC : périmètre crânien. La croissance staturale pondérale était normale au cours du premier trimestre.

Discussion

L'incidence de l'hypothyroïdie congénitale n'est pas connue au Burkina Faso. En Afrique, les données sont variables d'un pays à un autre. Zahidi et al. [10] en 2002 au Maroc ont noté une fréquence d'un cas pour 1138 naissances vivantes. En 2015, Niang et al. [3] au Sénégal ont noté une incidence de deux cas par an en moyenne. Par contre, en France, Barry et al. [8] ont enregistré 2631 cas d'hypothyroïdie congénitale dans une étude rétrospective portant sur le dépistage néonatal systématique entre 2002 et 2012. Cela prouve que la faible incidence de cette pathologie dans les pays en développement [3,10] pourrait évoluer avec un dépistage systématique.

Un dépistage et une prise en charge précoces de l'hypothyroïdie congénitale permettraient de réduire également les complications, notamment le retard mental et intellectuel [4,11,12]. Ce traitement

précoce devrait être instauré au cours des deux premières semaines de vie pour avoir de bons résultats [1].

Le dépistage systématique se fait au troisième jour de vie par le test de Guthrie [7]. Dans le cas que nous décrivons, l'âge de dépistage était de 11 jours. Dans les cas décrits par Rifai et al. [13] au Maroc et Niang et al. [3] au Sénégal, l'âge moyen de dépistage était respectivement de 40 jours et 54 mois. Dans ces études en Afrique, on note ainsi un retard de diagnostic qui compromet le pronostic mental et intellectuel des enfants.

L'antécédent maternel de goitre dans notre cas est retrouvé également par d'autres auteurs [3,13]. L'hypothyroïdie serait plus fréquente chez les nouveau-nés ayant des antécédents familiaux de pathologies thyroïdiennes. Un goitre néonatal doit faire rechercher une pathologie induite telle qu'une intoxication maternelle par l'iode suite à une médication prescrite ou à une automédication pendant la grossesse [1]. L'hypothèse d'une carence maternelle en iode ne peut être éliminée. En effet, les carences en iode sont majorées pendant la grossesse [2,14] et pourraient être à l'origine de goitre chez la mère et d'hypothyroïdie avec goitre chez le nouveau-né [2].

En dehors du goitre, les autres symptômes cliniques étaient évocateurs chez le cas que nous rapportons. La somnolence, la faiblesse de la succion, la constipation, la hernie ombilicale et l'hypotonie ont été retrouvées par d'autres auteurs [8,10].

Devant ces signes, l'hypothyroïdie doit être évoquée et confirmée par le dosage de la TSH qui va montrer des taux élevés (> 100 mUI/L chez notre cas). Barry et al. [8] avaient noté dans leur série que 65,7 % des nouveau-nés hypothyroïdiens avaient une TSH supérieure ou égale à 100 mUI/L. Le dosage de la TSH est le premier examen à visée diagnostique qu'il faut demander en cas de suspicion d'hypothyroïdie congénitale. Le taux bas des autres hormones thyroïdiennes (T4 et T3) vient confirmer ce diagnostic. La valeur très élevée de la TSH

chez ce nouveau-né serait en faveur d'une origine thyroïdienne de l'hypothyroïdie congénitale. Cette origine pouvant être une athyréose, une ectopie glandulaire [15] ou une dysgénésie thyroïdienne [8]. L'échographie réalisée chez ce nouveau-né permis d'éliminer ces hypothèses en montrant une glande en place. Les autres examens, notamment le dosage des anticorps anti-thyroperoxydase et des anticorps anti-thyroglobuline dont la valeur était normale, confirment le caractère primaire du cas présenté. Cependant, un bilan étiologique biologique n'a pu être réalisé. Ces étiologies à rechercher sont entre autres l'hypothyroïdie maternelle [14] ou les troubles de l'hormonogénèse [3,13]. Malgré la réalisation d'examens spécialisés de biologie moléculaire [8,13] l'étiologie n'est pas toujours retrouvée [8] mais cela ne devrait pas retarder la mise en route du traitement.

Ce traitement est basé sur la lévothyroxine que nous avons administré sous forme de comprimés (à écraser et diluer) dosés à 50 µg, la forme solution buvable n'étant pas disponible dans notre contexte. Dans la littérature, la lévothyroxine sous forme solution buvable est la forme préconisée. La dose initiale recommandée est de 8 à 12 µg/kg/j [1]. Notre patient a reçu une dose initiale de 8 µg/kg/j soit 25 µg/j. Compte tenu de l'éloignement de l'hôpital (100 km) et de l'indigence des parents, le bilan biologique de contrôle a été réalisé à trois mois et est revenu normal. Le goitre avait disparu à trois mois de vie et le développement psychomoteur était normal. Par ailleurs, les points d'ossification présents sur la radiographie du genou et du poignet attestent que notre cas ne serait pas sévère. Cette évolution rapidement favorable dans ce cas nous fait évoquer le diagnostic d'hypothyroïdie transitoire [1,10], mais la surveillance du développement mental jusqu'à l'âge de trois ans reste recommandée [4,12].

Conclusion

L'hypothyroïdie est la maladie endocrinienne la plus fréquente en période néonatale. Ce cas rapporté montre encore la nécessité de prévenir le goitre maternel et l'hypothyroïdie congénitale par la supplémentation en iode [5] chez la femme enceinte. Mieux, un dépistage systématique en période néonatale permettrait de situer la place de cette pathologie dans notre contexte de travail et de prévenir les complications.

*Correspondance :

Aissata Kaboré/ Ouédraogo
sita_kab@yahoo.fr

Disponible en ligne: 17 Février 2020

1. Service de pédiatrie médicale : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou (Burkina-Faso)
2. Service de médecine interne : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina – Faso).

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Zernichow PC, Polak M. pathologie de la thyroïde. In: Bourillon A. Collection pour le praticien, Pédiatrie. 6è édition Paris: Masson Elsevier ; 2011. pp298-301.
- [2] Bricaire L, Groussin L. Pathologies thyroïdiennes et grossesse. Rev Med Interne 2015;36:203-10.
- [3] Niang B, Fall AL, Ba ID, Keita Y, Ly ID, Ba A. Hypothyroïdie congénitale à Dakar à propos de 28 cas. Pan Afr Med J2016; 25:46.
- [4] Baysal B T, Baysal B, Genel F, Erdur B, Ozbek E, Demir K et al. Neurodevelopmental outcome of children with congenital hypothyroidism diagnosed in a national program in turkey.

Indian Pediatr 2017; 54 (5):381-4

[5] Patey-Pina S, Heriel - Gascou M, Borsou-chazot F. Bénéfices et risques d'une supplémentation en iode des femmes enceintes : une revue des études observationnelles et expérimentales en régions de carences iodée légère à modérée. Rev Epidemiol Santé Pub 2014;62:65-74.

[6] Sidibé EH, Ndiaye-Coulibaly N B, Diop M, Diane F. Petites tailles à Dakar : à propos de 28 cas : profil étiologique et affections associées. J Pediatr Pueric 2005;18:182-6.

[7] Viadaillet M, Baumann C .Dépistages biologiques systématiques chez le nouveau-né. In: Bourrillon A. Collection pour le praticien, Pédiatrie. 6è édition Paris : Masson Elsevier ; 2011. pp140-143.

[8] Barry Y, Goulet V, Coutant R, Cheillan D, Delmas D, Roussey M et al. Hypothyroïdie congénitale en France : analyse des données recueillies lors du dépistage néonatale de 2002 à 2012. Bull Epidémiol Heb 2015;(15-16):239-47.

[9] OMS. Sources des données et critères d'inclusion pour la base de données sur la carence en iode. Recommandations de l'OMS.[consulté le 15 janvier 2018].

www.who.int/vmnis/database/iodine/iodine_data_sources/fr/

[10] Zahidi A, Thimou A, Ibn Majah M, El Abbadi N, Mestassi M, Draoui Met al. Dépistage néonatale de l'hypothyroïdie congénitale par dosage de la TSH et de la T4. Maroc Med 2002; 24 (1): 5-7.

[11] Grosse SD, Van Vliet G. Prevention of intellectual disability through screening for congenital hypothyroidism: how much and at what level. Arch Dis Child 2011; 96(4):374-9.

[12] Lafranchi SH. Approach to the diagnosis and treatment of neonatal hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab 2011;96(10):2959-67.

[13] Rifai K, Benkacem M, Gaouzi A, Touzani A, Chebraoui L. Hypothyroïdie congénitale par mutation inactive du récepteur de TSH : à propos d'une forme familiale. Ann Endocrinol 2015;76(4):414-5.

[14] Caron P. Carence iodée : épidémiologie, conséquences, prophylaxie au cours de la grossesse et l'allaitement. J Pediatr Pueric 2007;20:9-13.

[15] El-Mazouni Z, El-Wadedeth I, Gaouzi A. Ectopie thyroïdienne chez l'enfant. J Pediatr Pueric 2011;24:133-5.

Pour citer cet article

A Kaboré/Ouédraogo, T Sam, K Nagalo, H Savadogo, L Toguyeni, G Kinda, et al. Hypothyroïdie primaire : à propos d'un cas révélé par un goitre chez un nouveau-né. Jaccr Africa 2020; 4(1): 217-221