

Goitre hypothyroïdien compressif chez une enfant en Côte d'Ivoire

Yao Atteby JJ¹, Enoh J¹, Cisse L¹, Binan A², Ankotché A³, Niamké G¹
Azagoh KR¹, Ouattara J¹, Koné D¹, Niangué BM¹

1. Service de pédiatrie, 2. Service de Médecine Interne CHU de Treichville
3. Service d'endocrinologie CHU de Yopougon, Côte d'Ivoire

Med Trop 2009 ; 69 : 71-72

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent une forme primitive de goitre hypothyroïdien volumineux et compressif, de découverte tardive chez une fillette de 4 ans. Le retard statur pondéral et psychomoteur considérable est irréversible. Le traitement a consisté en un apport de L-thyroxine. Le dépistage systématique en période néonatale doit être promu dans les pays en développement.

MOTS-CLÉS • Goitre. Hypothyroïdie néonatale. Détresse respiratoire.

HYPOTHYROID GOITER WITH TRACHEAL COMPRESSION IN A CHILD IN COTE D'IVOIRE

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe a case involving a primary form of hypothyroid goiter with tracheal compression discovered late in a four-year-old child. Slowing of height and weight gain and mental retardation was irreversible. The child was treated using L-thyroxin. Systematic screening for hypothyroidism during the neonatal period is recommended in developing countries.

KEY WORDS • Goiter. Neonatal hypothyroidism. Respiratory distress.

L'hypothyroïdie néonatale est devenue une affection rarissime dans les pays industrialisés en raison d'un dépistage précoce réalisé dès la naissance (1, 2). Dans les pays en développement, il est rarement effectué, de ce fait des formes caricaturales d'hypothyroïdie sont observées (3, 4).

Observation

Une enfant âgée de 4 ans de sexe féminin était hospitalisée en pédiatrie pour une détresse respiratoire aiguë et un volumineux goitre. Le passé néonatal était sans particularité : accouchement par voie basse d'un nouveau né eutrophique à terme (poids de naissance à 3 200 g). Dès l'âge de 3 mois étaient apparues progressivement une tuméfaction cervicale antérieure et une stagnation de la courbe pondérale. A l'admission un goitre multinodulaire non vasculaire et ferme était observé (Fig. 1). Un important retard statur pondéral avec un poids à 9,5 kg, une taille de 77 cm, un périmètre crânien à 47 cm, un périmètre brachial à 15 cm, une température à 36°C et l'absence de dentition étaient constatés. La fontanelle antérieure était encore présente avec une discrète dysmorphie faciale (nez écrasé, macroglossie avec ouverture buccale permanente) (Fig. 2). Le retard psychomoteur s'exprimait par l'absence de langage, des pleurs rauques et par une stature limitée à la position assise sans appui. L'absence de réaction aux stimuli sonores faisait suspecter une hypoacousie. L'auscultation révélait de nombreux râles bronchiques bilatéraux. La radiographie thoracique montrait une cardiomégalie et une déviation de la trachée. L'échographie confirmait l'hypertrophie bilatérale de la glande thyroïde avec à droite 2 nodules et à gauche 1 nodule. Le dosage des hormones thyroïdiennes affirmait l'hypothyroïdie majeure : T3L = 0,361 pmol/L (normale 0,846 - 2,02



Figure 1. Goitre volumineux.



Figure 2. Dysmorphie faciale avec macroglossie.

• Correspondance : attebyjj@yahoo.fr

• Article reçu le 05/07/2008, définitivement accepté le 15/01/2009.

ng/ml), T4L = 0,830 pmol/L (normale 66 - 181 nmol/l), TSH > 100 mUI/L (normale 0,270 - 4,20 µmol). L'enfant bénéficiait de L thyroxine : 5µg/kg/j soit 50 µg/j (10 gouttes/j) en deux prises associée à la dexaméthasone : 100 gouttes /j en prise unique. On observait une régression de la détresse respiratoire sans involution du goitre. La fillette ne pouvait être opérée du fait de contingences familiales.

Discussion

L'hypothyroïdie congénitale est liée à une anomalie du métabolisme de la glande thyroïde caractérisée par une insuffisance d'hormones thyroïdiennes quelle qu'en soit la cause (2). Elle touche un nouveau né sur 4000 en occident (1, 2). Le goitre congénital se caractérise par l'augmentation de volume de la glande thyroïdienne chez l'enfant. Il peut être associé à une hypothyroïdie (2). En Europe et aux USA (5, 6), le dépistage est systématique à la naissance par le dosage de la TSH après la réalisation d'un prélèvement d'une goutte de sang sur papier buvard au niveau du talon, entre le 2ème et le 5ème jour de vie. En Afrique par contre le dépistage n'est pas courant (3) ; d'où les diagnostics tardifs faits devant un syndrome dysmorphique et/ou un retard staturo-pondéral. L'hypothyroïdie est une cause évitable de retard mental chez l'enfant (1, 3, 4).

Les étiologies sont diverses et regroupées en trois grands groupes (2, 5,7) :

- Les anomalies primitives du fonctionnement de la glande thyroïde ;

- Les causes extra thyroïdiennes par anomalie de l'axe hypothalamo-hypophysaire ou par résistance périphérique de la glande aux hormones thyroïdiennes ;

- Les hypothyroïdies transitoires d'origine toxique (iode, ATS).

En l'absence de dépistage, c'est autour du 3^e mois que la maladie va se manifester (2, 3, 5).

Les signes sont marqués par un ralentissement de la vitesse de croissance, une hypotonie, un retard des acquisitions psychomotrices, des difficultés alimentaires, une hypothermie, une constipation, un cri rauque et une macroglossie.

Dans notre observation, ces symptômes étaient associés à un goitre compressif entraînant une détresse respiratoire qui a été le principal motif d'hospitalisation. Le goitre n'est pas toujours associé aux signes d'hypothyroïdie chez l'enfant (2) par contre, l'on

retrouve des cas familiaux dans les formes primitives. La prise de substances goitrigènes au cours de la grossesse par la mère est plus difficile à mettre en évidence ; les mères ont l'habitude d'utiliser des traitements traditionnels dont on ne connaît pas toujours la composition chimique (4).

La prise en charge, en dehors de complications, consiste en l'apport à vie d'hormones thyroïdiennes de synthèse, notamment de L thyroxine. Ce traitement est une urgence et doit être instauré précocement avant les 6 premières semaines de vie (2, 6, 7). Il nécessite un ajustement régulier des doses grâce au contrôle de la TSH (6, 7). Une prise en charge tardive compromet le devenir intellectuel de l'enfant ; on parle de crétinisme. Le développement statural et pondéral par contre peut se faire avec parfois une taille définitive réduite et un poids normal ou subnormal ; il existe souvent un retard pubertaire.

Conclusion

L'hypothyroïdie congénitale quoique rare, doit être dépistée à la naissance en raison de son retentissement irréversible sur la croissance staturale et le développement psychomoteur.

Dans les pays en développement, il faut l'inscrire dans les stratégies de dépistage.

Références

1. Jain V, Agarwal R, Deorari AK, Paul VK. Congenital hypothyroidism. *Indian J Pediatr* 2008; 75 : 363-7.
2. Rovet J, Daneman D. Congenital hypothyroidism : a review of current diagnostic and treatment practices in relation to neuropsychologic outcome. *Paediatr Drugs* 2003; 5 : 141-9.
3. El Hassane Sidibé. Réflexions sur le retard mental et le crétinisme de l'hypothyroïdie congénitale et de la carence des minéraux à l'état de traces. *Sante* 2007; 17 : 41-50.
4. Simsek E, Karabay M, Kocabay K. Neonatal screening for congenital hypothyroidism in West Black Sea area, Turkey. *Int J Clin Pract* 2005; 59 : 336-41.
5. LaFranchi SH, Austin J. How should we be treating children with congenital hypothyroidism ? *J Pediatr Endocrinol Metab* 2007; 20 : 559-78.
6. Setian NS. Hypothyroidism in children : diagnosis and treatment. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83 : S209-16.
7. Levallois P, Chartrand J, Gringras S. Etude descriptive des résultats du programme de dépistage de l'hypothyroïdie congénitale de trois municipalités québécoises en fonction de l'utilisation du dioxyde de chlore comme désinfectant de l'eau potable (1993 -1998). Bulletin d'information Saint Laurent Vision 2000, 26 p.