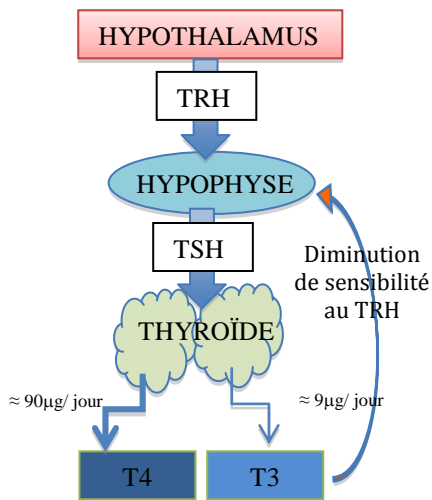


MEDICAMENTS DE LA PATHOLOGIE THYROÏDIENNE

Les hormones thyroïdiennes (Thyroxine ou T4, triiodothyronine ou T3) sont essentielles au développement du cerveau pendant la vie embryonnaire et à la croissance normale. Chez un individu sain, leur production physiologique est finement régulée afin de maintenir une concentration sanguine stable, nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. Elles interviennent sur la fonction de tous les organes et le contrôle du métabolisme. Un déficit ou un excès de leur production entraînera donc des effets systémiques multiples. Leur libération est stimulée par une glycoprotéine d'origine hypophysaire, TSH, dont la libération est, de son côté, sous le contrôle d'un tripeptide hypothalamique, la TRH (figure). Une hypothyroïdie se manifesterait par une diminution globale du métabolisme (bradycardie, constipation, prise de poids, ralentissement psychomoteur...), au contraire, une hyperthyroïdie serait responsable d'un hyper métabolisme (tachycardie, tremblements, insomnie, amaigrissement...). La glande thyroïde produit essentiellement la T4 (t_{1/2} vie 7 jours). La forme active semble cependant la T3 (T_{1/2} vie 1,5 jours) en effet, la T4 est en partie transformé en T3 par les récepteurs des cellules cibles. Leur synthèse est étroitement régulée par des mécanismes de rétrocontrôle exercés au niveau hypophysaire et hypothalamique.



On distingue deux principales pathologies thyroïdiennes :

- Les hypothyroïdies, caractérisées par un déficit de sécrétion des hormones thyroïdiennes (T4 libre basse), d'origine primaire en cas d'atteinte de la glande thyroïde (TSH élevé), ou secondaire en cas d'atteinte de l'hypophyse (TSH normale ou basse) ;
- Les hyperthyroïdies, sont définies par une augmentation de la sécrétion des hormones thyroïdiennes : T4 et ou T3 libre élevées, TSH basse ou indétectable.

Pour l'utilisation thérapeutique, la T4 est la plus utilisée. T3 est certes la forme active mais l'administration de T4 permet de maintenir un niveau plasmatique plus uniforme, car sa dégradation est très lente. Pour en améliorer la biodisponibilité, il convient d'administrer cette hormonothérapie substitutive à jeun (une demi-heure avant le petit-déjeuner).

❖ La Lévothyroxine (*posologie* : 1,5 à 1,7 µg/Kg) est le traitement substitutif de choix des hypothyroïdies. La posologie est atteinte progressivement en augmentant par paliers de 25 microgrammes la dose administrée afin de prévenir le risque de cardiopathie ischémique, notamment chez le sujet âgé ou présentant une pathologie cardiaque. L'objectif à atteindre chez le sujet jeune est la normalisation de la TSH dans le cas d'une hypothyroïdie primaire et des valeurs T4 dans les limites de la normale chez le sujet plus âgé.

❖ Le traitement des hyperthyroïdies fait appel aux antithyroïdiens de synthèse (ATS), à forte dose durant un traitement d'attaque de 1 à 2 mois, suivie d'une réduction de la posologie en entretien de 12 à 18 mois. La tendance actuelle est le maintien d'une forte dose d'ATS en traitement d'entretien sous réserve de l'association de l'ATS à la Lévothyroxine, dans le but de compenser l'hypothyroïdie induite.

L'objectif est l'obtention d'une euthyroïdie stable par normalisation de la T4 libre et de la T3 libre.

Attention aux risques d'interactions médicamenteuses en cas de prise d'autres médicaments pouvant :



✓ interférer avec l'exploration de la fonction thyroïdienne : LDopa IV, Bromocriptine, Sérotonine, Vérapamil, corticoïdes, antagonistes dopaminergiques, Théophylline, Spirinolactone, hydroxyde d'Alumine, sulfate ferreux, Sucralfate, Propranolol, Amiodarone, produits de contraste iodée...

✓ interférer avec la Lévothyroxine : Carbamazépine, barbituriques, Phénytoïne, Griseofulvine, Rifampicine, Colestyramine...

PRINCIPAUX MEDICAMENTS :

DCI	Spécialités	Posologie
Hormones thyroïdiennes		
Lévothyroxine (L-T4)	LEVOTHYROX Comp. séc 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175 et 200 µg	A dose progressive en 1 prise par jour à jeun <i>AD</i> : 25 à 200µg/j <i>ENF</i> : 3 à 4µg/j <i>BB</i> : 3 à 6 µg/j (gtte)
	L-THYROXINE Sol. buv5µg/gtte Conservation au frigo	
	L-THYROXINE injectable 200µg/ml	Voie IV lente ou IM : 100µg /jour
Liothyronine (L-T3)	CYNOMEL Comp. séc 25µg	A dose progressive en 2 à 3 prise/j <i>AD</i> : 75µg/j
Tiratricol (analogue de la L-T3)	TEATROIS Comp. séc 0,35 mg	<i>AD</i> : 2 à 5 comp/j en 3 à 4 prises
Association L-T4 et L-T3	EUTHYRAL 100µg L-T4 +20µg L-T3	Dose progressive 1 prise/ jours le matin à jeun <i>AD</i> : ¼ à ½ comp/j
Antithyroïdiens de synthèse (ATS)		
Carbimazole	NEO-MERCAZOLE comp.séc. 5 et 20 mg	Traitement d'attaque : 20 à 60 mg/j en 1 ou 2 prises aux repas pd 1 à 2 mois Traitement d'entretien : 5 à 20 mg/j en 1 prise pd 12 à 24 mois
Thiamazole	THYROZOL Comp. 5, 10, 20 mg	<i>AD</i> : 10 à 40 mg/j en 1 prise <i>ENF</i> : 0,5mg/Kg/j
Benzylthiouracile	BASDENE Comp.séc 25 mg	Traitement d'attaque : 150 à 200 mg/j en 2 ou 3 prises aux repas pd 1 à 2 mois Traitement d'entretien : 100 mg/j en 1 à 2 prises pd 12 à 18 mois
Propylthiouracile	PRORACYL Comp.séc 50 mg	Traitement d'attaque : 200 à 400 mg/j en 2 ou 3 prises aux repas pd 1 à 2 mois Traitement d'entretien : 50 à 200 mg/j en 1 à 2 prises pd 12 à 18 mois

CONSEILS AU PATIENT

HYPOTHYROÏDIE

- Le patient doit être informé que le traitement des hypothyroïdies est le plus souvent un traitement substitutif à vie.
- Le patient doit pouvoir connaître les signes d'hypothyroïdie en cas de sous dosage (asthénie, prise de poids, frilosité, constipation) et d'hyperthyroïdie (perte de poids, tremblements, palpitations, irritabilité, insomnie, diarrhée) en cas de surdosage.
- En cas d'oubli d'une prise de Lévothyroxine, il ne faut pas doubler la prise suivante.

HYPERTHYROÏDIE

- Le repos, la relaxation et un sommeil de bonne qualité sont nécessaires. Il convient dans certains cas d'associer dans un premier temps aux ATS des anxiolytiques, hypnotiques afin de juguler les manifestations de l'hyperthyroïdie jusqu'à efficacité du traitement par ATS.
- Le patient doit pouvoir reconnaître les signes d'hypothyroïdies et d'hyperthyroïdie.

Le patient doit être informé du risque d'agranulocytose lors d'un traitement par ATS : interrompre en cas de fièvre ou d'angine et contrôler la NFS.

SAKO Nouhoum : nouhoum.sako@yahoo.fr

BOUNFOUR Touda

BAROUDJIAN Barouyr

Références : guide pharmaco clinique 2011 (le Moniteur) ; guide pharmco 11eme édition (Lamare) ; atlas de poche de pharmacologie 4eme édition (lavoisier) ; precis de pharmacologie du fondamentale à la clinique (université de Montréal).