
CHAPITRE 21:

Hyperthyroïdie/orbitopathie dysthyroïdienne

Pr F. Mouriaux, CHU de Rennes

Plan du chapitre

- I 371 Définition
- II Syndrome de thyrotoxicose
- III Étiologie des hyperthyroïdies
- IV Formes cliniques des thyrotoxicoses selon le terrain
- V Traitement des thyrotoxicoses
- VI Orbitopathie dysthyroïdienne

Ce chapitre a été écrit de façon conjointe avec les endocrinologues.

Dans ce polycopié national du Collège des ophtalmologistes universitaires de France, nous n'aborderons qu'une partie du sujet de l'hyperthyroïdie et focaliserons notre attention sur la partie VI (orbitopathie dysthyroïdienne).

Situations cliniques de départ

- 2 – Diarrhée.
- 17 – Amaigrissement.
- 21 – Asthénie.
- 24 – Bouffées de chaleur.
- 25 – Hypersudation.
- 26 – Anomalies de la croissance staturo-pondérale.
- 41 – Gynécomastie.
- 42 – Hypertension artérielle.
- 50 – Malaise/perte de connaissance.
- 61 – Syndrome polyuro-polydypsique
- 63 – Troubles sexuels et troubles de l'érection.

- 74 – Faiblesse musculaire
- 94 – Troubles du cycle menstruel.
- 135 – Troubles du sommeil, insomnie ou hypersomnie.
- 138 – Anomalie de la vision.
- 139 – Anomalies palpébrales
- 141 – Sensation de brûlure oculaire.
- 143 – Diplopie.
- 148 – Goitre ou nodule thyroïdien.
- 152 – œil rouge et/ou douloureux.
- 165 – Palpitations.
- 166 – Tachycardie.
- 178 – Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique.
- 194 – Analyse du bilan thyroïdien.
- 195 – Analyse du bilan lipidique.
- 200 – Dyscalcémie.
- 208 – Hyperglycémie.
- 225 – Découverte d'une anomalie cervico-faciale à l'examen d'imagerie médicale.
- 372 230 – Rédaction de la demande d'un examen d'imagerie.
- 231 – Demande d'un examen d'imagerie.
- 233 – Identifier/reconnaître les différents examens d'imagerie.
- 251 – Prescrire des corticoïdes par voie générale ou locale.
- 257 – Prescrire une contraception et contraception d'urgence.
- 279 – Consultation de suivi d'une pathologie chronique.
- 284 – Consultation de suivi et éducation thérapeutique d'un patient avec hypothyroïdie.
- 306 – Dépistage et prévention ostéoporose.
- 314 – Prévention des risques liés au tabac.
- 320 – Prévention des maladies cardiovasculaires.
- 328 – Annonce d'une maladie chronique.
- 339 – Prescrire un arrêt de travail.
- 352 – Expliquer un traitement au patient (adulte, enfant, adolescent).
- 354 – Évaluation de l'observance thérapeutique.

Hierarchisation des connaissances

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Identifier une urgence	Connaître les signes cliniques évocateurs d'une crise aiguë thyrotoxique
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître la prévalence de l'hyperthyroïdie
A	Définition	Définitions de l'hyperthyroïdie et de la thyrotoxicose
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d'une hyperthyroïdie
A	Diagnostic positif	Connaître les critères diagnostiques d'une maladie de Basedow
A	Diagnostic positif	Connaître les critères diagnostiques d'un nodule hypersécrétant
A	Diagnostic positif	Connaître l'interprétation des dosages hormonaux
B	Diagnostic positif	Connaître les critères diagnostiques d'une hyperthyroïdie iatrogène
B	Diagnostic positif	Connaître les complications possibles de l'ophtalmopathie dysthyroïdienne : neuropathie optique compressive, kératite d'exposition
B	Diagnostic positif	Connaître les signes biologiques spécifiques (anticorps anti-récepteurs de la TSH) et non spécifiques
A	Étiologie	Connaître les trois étiologies les plus fréquentes d'hyperthyroïdie
B	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique d'une hyperthyroïdie
B	Examens complémentaires	Connaître les principaux examens complémentaires en ophtalmologie et leurs indications
B	Examens complémentaires	Indications de la scintigraphie thyroïdienne et de l'échographie

Vignette clinique de départ

Mademoiselle V., âgée de 68 ans, fumeuse, vous consulte car, depuis 3 mois, elle trouve qu'elle a de gros yeux avec sensation de grains de sable depuis 3 semaines. Depuis hier, la sensation de grains de sable s'est accentuée.

373 Elle a été opérée de l'appendicite dans l'enfance et a eu des séances de rééducation orthoptique il y a 4 ans. Elle vous signale aussi la présence concomitante d'une perte de poids de 6

kg non expliquée, puisque son alimentation n'a pas évolué depuis. Elle fume 1 paquet par jour depuis 20 ans. Elle vous dit aussi qu'elle est épuisée depuis 1 mois.

Il existe à l'examen une diplopie dans le regard vers le haut associée à une rougeur oculaire en regard de l'insertion des muscles droits horizontaux.

La TA est à 135/85 mmHg. Elle pèse 53 kg pour 1,72 mètre.

Son pouls est à 105 bat/min.

Vous évoquez une maladie de Basedow. Vous recherchez à l'interrogatoire et à l'examen les autres signes d'une thyrotoxicose. Ses séances d'orthoptie et sa diplopie sont liées à une orbitopathie dysthyroïdienne. Si elle est présente, vous quantifiez l'exophtalmie et vous vérifiez qu'il n'existe pas de complication cornéenne ou neuro-optique.

Vous orchestrez un bilan biologique hormonal, un bilan clinique général, cardiovasculaire et neuropsychique.

I Définition



L'hyperthyroïdie constitue l'ensemble des troubles liés à l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde.

Le syndrome de thyrotoxicose correspond aux conséquences de l'excès d'hormones thyroïdiennes au niveau des tissus cibles, quelle que soit sa cause (par exemple un excès d'hormones thyroïdiennes exogènes).



La prévalence de l'hyperthyroïdie est élevée, mais variable selon les pays (0,2 % à 1,9 % toutes causes confondues). Le sex-ratio femme/homme est d'environ 7.

II Syndrome de thyrotoxicose

A Manifestations cliniques



L'intensité des manifestations cliniques dépend du degré de la thyrotoxicose, de sa durée et du terrain.

C'est l'association de plusieurs troubles qui fait évoquer le diagnostic. Ceux-ci sont présentés par ordre de fréquence dans le **tableau 21.1**.

Tableau 21.1**A Principaux signes et symptômes associés à la thyrotoxicose chez l'adulte.**

Symptômes et signes cliniques	Fréquence
Tachycardie de repos	96 %
Nervosité	93 %
Asthénie	88 %
Palpitations	86 %
Amaigrissement avec polyphagie	83 %
Thermophobie	82 %
Hypersudation	80 %
Tremblement	73 %
Dyspnée d'effort	73 %
Fatigabilité musculaire, amyotrophie	70 %
Polyexonération	35 %
Prurit	18 %
œdème des membres inférieurs	13 %
Fibrillation auriculaire	10 %

Source : CEEDMM, 2021.

1 Troubles cardiovasculaires

Les troubles cardiovasculaires se caractérisent par :

- une tachycardie régulière, sinusale, persistant au repos, avec palpitations et parfois dyspnée d'effort;
- une augmentation de l'intensité des bruits du cœur (éréthisme), avec parfois un souffle systolique de débit;
- un pouls vibrant;
- et parfois une élévation de la pression artérielle (PA) systolique.

2 Troubles neuropsychiques

Ces troubles sont caractérisés par :

- une nervosité excessive, une agitation psychomotrice et une labilité de l'humeur;
- un tremblement fin et régulier des extrémités;
- une fatigue générale;

- des troubles du sommeil.

3 Thermophobie

La thermophobie est accompagnée d'une hypersudation, avec les mains chaudes et moites.

4 Amaigrissement

Cet amaigrissement est rapide et souvent important, contrastant avec un appétit conservé ou augmenté (polyphagie).

5 Autres manifestations fréquentes

- Polydipsie : conséquence de l'augmentation de la production de chaleur.
- Amyotrophie : prédominant aux racines et accompagnée d'une diminution de la force musculaire (« signe du tabouret »).
- Augmentation de la fréquence des selles par accélération du transit.

6 Manifestations rares

B Rarement sont retrouvés : gynécomastie chez l'homme (par augmentation de la protéine porteuse des stéroïdes sexuels SHBG, voir Item 246 – Gynécomastie) et troubles des règles (de tous types) chez la femme; mais la fertilité est conservée.

B 374 375 Diagnostic

1 Confirmation de la thyrotoxicose

A La TSH est l'examen de première intention (recommandations de la Société française d'endocrinologie [SFE], 2016).

Lorsque la TSH est basse, on dose en deuxième intention la T4L pour apprécier l'importance de la thyrotoxicose.

Lorsque l'hyperthyroïdie est cliniquement évidente, il est possible de demander en première intention la TSH et la T4L pour ne pas retarder la prise en charge.

Le dosage de T3L n'est nécessaire que si la T4L est normale, afin de rechercher une hyper-thyroïdie à T3.

B La TSH est constamment effondrée en cas d'hyperthyroïdie, en dehors de deux pathologies extrêmement rares, s'accompagnant de TSH inappropriée (TSH normale ou augmentée avec T4L et/ou T3L augmentée) : adénome hypophysaire à TSH et résistance aux hormones thyroïdiennes (liée à une mutation du récepteur p aux hormones thyroïdiennes). Le profil hormonal très inhabituel doit faire évoquer ces deux étiologies.

2 Signes biologiques non spécifiques

Les perturbations suivantes sont inconstantes, mais peuvent révéler la maladie :

- diminution du cholestérol et des triglycérides (fonction des chiffres antérieurs);
- discrète hyperglycémie (parfois) et, surtout, aggravation d'un diabète associé;

- élévation des enzymes hépatiques;
- leuconeutropénie avec lymphocytose relative.

III Étiologie des hyperthyroïdies

A

Une fois le diagnostic de thyrotoxicose établi, se pose la question de son origine, car les causes sont nombreuses. Parfois, le diagnostic est évident cliniquement (présence d'une orbito-pathie, par exemple, évocatrice d'une maladie de Basedow); dans d'autres cas, le diagnostic s'appuie sur des examens complémentaires.

A. Hyperthyroïdie d'origine auto-immune : la maladie de Basedow (*Graves' disease*)

Il s'agit de la cause la plus fréquente d'hyperthyroïdie chez la femme jeune.

B

Elle atteint 1,9 % des femmes et 0,4 % des hommes (soit 1 % de la population).

A

Les caractéristiques de cette maladie sont les suivantes :

- c'est une maladie auto-immune due à des anticorps stimulant le récepteur de la TSH;
- elle est parfois associée à d'autres maladies auto-immunes, chez le patient ou dans sa famille;
- elle évolue sous forme soit d'un épisode unique (40 % à 50 % des cas), soit récidivant (50 % à 60 % des cas).

1 Diagnostic

Lorsqu'il existe des manifestations oculaires spécifiques, le diagnostic de maladie de Basedow est certain. Dans ce cas, la mesure des anticorps antirécepteurs de la TSH (TRAK) n'est pas indispensable pour le diagnostic, mais utile pour apprécier l'importance du phénomène auto-immun.

376

En l'absence de manifestations orbitaires, le diagnostic repose en première intention sur la mesure des TRAK : un titre élevé permet d'affirmer la maladie de Basedow.

B

En revanche :

- il n'est pas indiqué d'en suivre l'évolution en cours de traitement;
- en fin de traitement médicamenteux par antithyroïdien de synthèse, un titre élevé d'anticorps antirécepteurs de TSH est un facteur prédisposant à la rechute, tandis que leur disparition ne permet pas d'affirmer la guérison.

Lorsque le titre des anticorps antirécepteurs de TSH est en dessous du seuil de positivité, la scintigraphie est indiquée pour faire le diagnostic étiologique (sauf en cas de grossesse ou d'allaitement qui la contre-indique). Celle-ci montre une hyperfixation diffuse et homogène de l'isotope.

L'écho-Doppler thyroïdien peut constituer une alternative, notamment en cas de grossesse. Il retrouve une glande globalement hypoéchogène et très vascularisée.

B Autres étiologies

A

(Voir polycopié d'endocrinologie.)

IV Formes cliniques des thyrotoxicoses selon le terrain

(Voir polycopié d'endocrinologie.)

V Traitement des thyrotoxicoses



Les thyrotoxicoses sont habituellement traitées en ambulatoire, mais il faut identifier les situations urgentes nécessitant une prise en charge immédiate, voire une hospitalisation. Les situations urgentes sont :

- une crise aiguë thyrotoxique, exceptionnelle;
- une cardiomyopathie chez une personne âgée ou atteinte de maladie cardiaque;
- une orbitopathie maligne;
- une forme cachectisante du vieillard.

A Moyens thérapeutiques

1 Non spécifiques

Les moyens non spécifiques sont :

- le repos (arrêt de travail éventuel en fonction du retentissement de la maladie);
- les bêta-bloquants, avec respect des contre-indications habituelles; ils agissent rapidement et permettent d'attendre l'effet des traitements spécifiques; le propranolol (Avlocardyl®) est souvent choisi car il est non cardiosélectif – il réduit la tachycardie, mais aussi les tremblements;
- une contraception efficace chez la femme en âge de procréer.

2 Spécifiques



(Voir polycopié d'endocrinologie.)

3 **377** Focus sur les principes thérapeutiques de la maladie de Basedow



La première étape est toujours de restaurer l'euthyroïdie par un traitement antithyroïdien de synthèse (ATS). L'indication thérapeutique (traitement médical pendant 12 à 18 mois ou traitement radical par chirurgie ou iode radioactif) doit ensuite être discutée avec le patient, en lui expliquant les avantages et inconvénients des différentes solutions thérapeutiques.

Aucun traitement de la maladie de Basedow n'est parfait, puisqu'aucun n'agit sur la cause de la maladie.

Le traitement médical est souvent proposé en cas de première poussée de maladie de Basedow. Il doit être poursuivi 12 à 18 mois. Chez l'enfant et l'adolescent, le risque de récurrence est plus important, ce qui nécessite des traitements prolongés de 2 à 4 ans.

En dehors de la grossesse, l'ATS recommandé est le carbimazole ou son apparenté, le méthimazole. Après traitement médical bien conduit par ATS, une rechute survient dans 40 % à 50 % des cas.

Si une rechute survient, on peut discuter avec le patient de trois stratégies : la thyroïdectomie ou le traitement par iode radioactif – ces deux derniers entraîneront une hypothyroïdie définitive –, ou la poursuite du traitement par ATS au long cours.

VI Orbitopathie dysthyroïdienne

A Généralités

A Le mot « orbitopathie » est plus juste que le mot ophtalmopathie, car il s'agit d'une atteinte de l'orbite (muscles oculomoteurs et graisse orbitaire). Dans la très grande majorité des cas, l'orbitopathie complique une maladie de Basedow (appelée maladie de Grave ou *Grave's disease* dans les pays anglo-saxons). L'atteinte de l'orbite peut aussi s'inscrire, plus rarement, dans le cadre d'une thyroïdite auto-immune de Hashimoto.

B Les anticorps antirécepteur de la *thyroid stimulating hormone* (TSH), qui stimulent la thyroïde, agissent également sur les muscles oculomoteurs et la graisse orbitaire, augmentant ainsi leurs volumes.

L'atteinte orbitaire survient chez 25 % des patients qui ont une maladie de Basedow; en d'autres termes, 75 % des patients atteints d'une maladie de Basedow n'auront jamais d'orbitopathie. L'orbitopathie est bilatérale dans 75 % des cas. Elle survient quasi en même temps que l'hyperthyroïdie dans 80 % des cas. Dans 10 % des cas, l'atteinte orbitaire la précède, et dans 10 % des cas, elle apparaît plus tard, alors que le patient est déjà traité pour sa maladie thyroïdienne. Il est donc important d'informer ces patients des premiers symptômes oculaires afin que leur éventuelle apparition les conduise à consulter rapidement.

B Manifestations ophtalmologiques

1 Signes orbitaires : l'exophtalmie

A L'exophtalmie est le signe le plus classique dans l'orbitopathie dysthyroïdienne. Cette exophtalmie est bilatérale chez 75 % des patients (**fig. 21.1**). Elle est symétrique ou asymétrique. Classiquement, en l'absence d'activité inflammatoire, elle est axile, non pulsatile, réductible et indolore. Elle est secondaire à l'hypertrophie des muscles oculomoteurs et/ou de la graisse orbitaire. Elle est mesurée par l'ophtalmométrie. On utilise en général l'ophtalmo-mètre de Hertel (**fig. 21.2**). En cas d'exophtalmie, l'ophtalmométrie est supérieure à 21 mm.

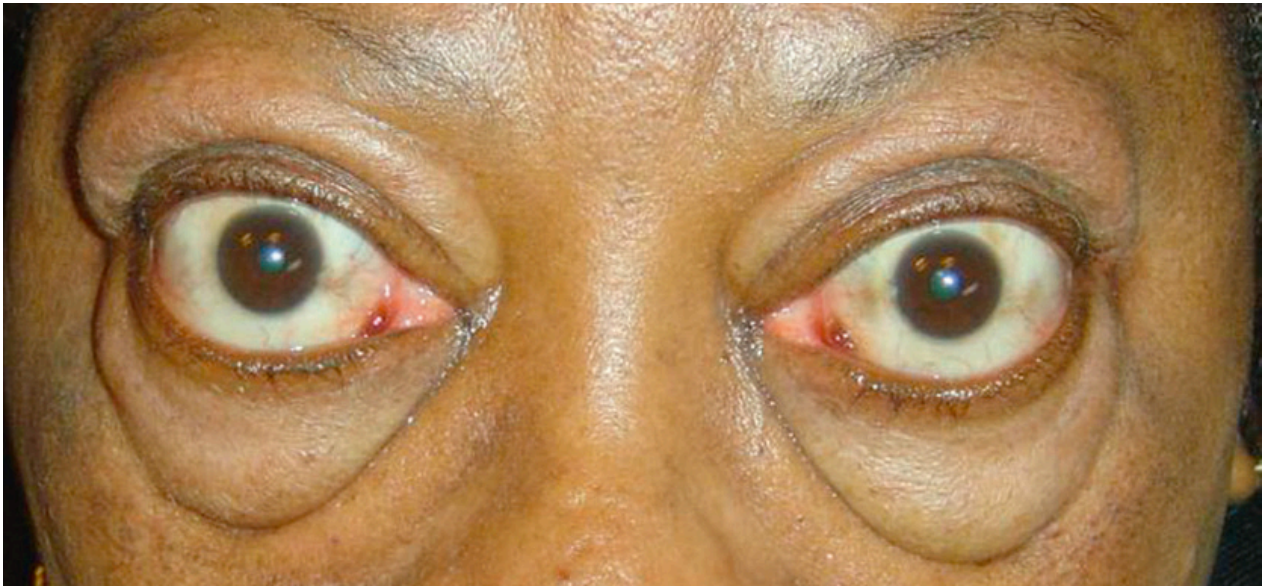


FIG. 21.1 Exophtalmie bilatérale chez une patiente ayant une orbitopathie de Basedow.

Le volume des paupières supérieures et inférieures est augmenté (aspect de poche palpébrale dû à l'augmentation de la graisse palpébrale).

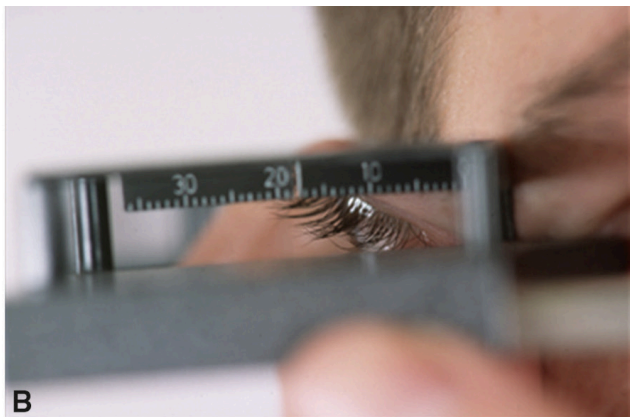
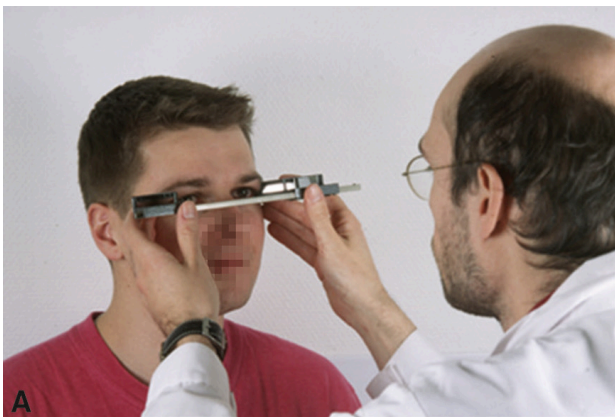


FIG. 21.2 A, B. L'ophtalmométrie de Hertel mesure le degré d'exophtalmie.

2 378 Signes palpébraux

Les signes palpébraux sont les suivants :

- la rétraction des paupières (**fig. 21.3**), qu'il s'agisse de la paupière supérieure et/ou de la paupière inférieure avec asynergie oculopalpébrale vers le bas, c'est-à-dire que la paupière supérieure ne descend pas correctement dans le regard vers le bas;

B



FIG. 21.3 Rétraction de la paupière supérieure droite chez une patiente ayant une orbitopathie de Basedow (pas d'exophtalmie).

- œdème inflammatoire des paupières (**fig. 21.4**);

B



FIG. 21.4 œdème de paupière inflammatoire.

Les quatre paupières sont gonflées et rouges.

- diminution de la fréquence du clignement;
- lagophtalmie, c'est-à-dire impossibilité de fermer la paupière complètement, ce qui peut entraîner une kératite par sécheresse de la cornée (**fig. 21.5**).



FIG. 21.5 Lagophthalmie ou insuffisance de fermeture de l'œil.

Le risque est l'apparition d'une atteinte de la cornée.

3 **379** Troubles oculomoteurs

Il s'agit d'une myosite. Lors de la phase inflammatoire, le muscle est inflammatoire. Une douleur lors de la mobilisation du globe est classique. Lors de la phase séquellaire, le muscle est fibrosé et se rétracte. L'atteinte musculaire se manifeste par la survenue d'une diplopie binoculaire (**fig. 21.6**) avec une déviation oculaire (strabisme).



FIG. 21.6 Trouble oculomoteur chez un patient ayant une orbitopathie de Basedow.

Les yeux ne sont pas dans l'axe car il y a une myosite; le patient voit double (diplopie).

4 Autres

L'hypertonie oculaire est fréquente. Elle est estimée entre 5 % et 15 % des patients ayant une orbitopathie dysthyroïdienne. Cette hypertonie n'est pas synonyme de glaucome. La rougeur de la conjonctive et l'inflammation de la conjonctive (chémosis) signent l'activité inflammatoire de la maladie.

C 380 Complications

B

Quand les complications sont majeures, on parle d'orbitopathie maligne. L'atteinte cor-néenne est une complication liée le plus souvent à l'exophtalmie et à la rétraction de la paupière supérieure avec insuffisance de fermeture (lagophtalmie; voir [fig. 21.5](#)). Elle peut être minime à type de kératite ([fig. 21.7A,B](#)) et peut également aboutir à une perforation cor-néenne dans les cas les plus graves.

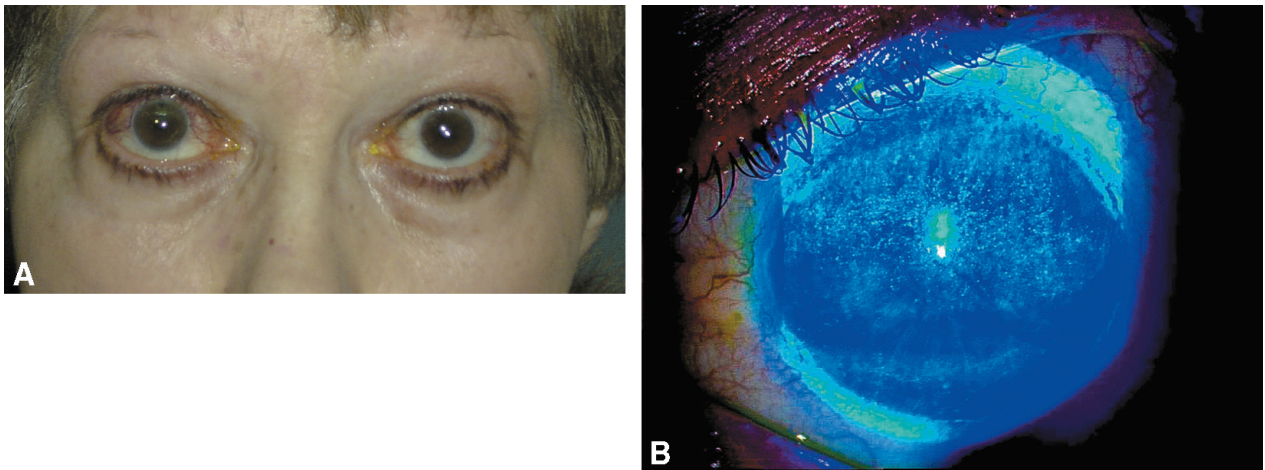


FIG. 21.7 A, B. Complication cornéenne à type d'ulcération droite liée à l'importante exophtalmie empêchant la fermeture complète de la paupière.

L'orbitopathie dysthyroïdienne peut se compliquer d'une neuropathie optique compressive. Cette neuropathie peut être secondaire à une compression directe des muscles de l'apex.

Ces deux complications (atteinte de la cornée et neuropathie optique) justifient un traitement par bolus de méthylprednisolone à forte dose et/ou une chirurgie à type de décompression orbitaire



et/ou des traitements médicaux ciblés.

D Examens complémentaires

B

L'imagerie est essentielle pour mieux comprendre le mécanisme de l'orbitopathie. Le scanner et l'IRM sont complémentaires (**fig. 21.8**). Ils peuvent conforter le diagnostic d'exophtalmie, et objectiver les rapports entre les nerfs optiques et les muscles à l'apex orbitaire en cas de neuropathie optique.

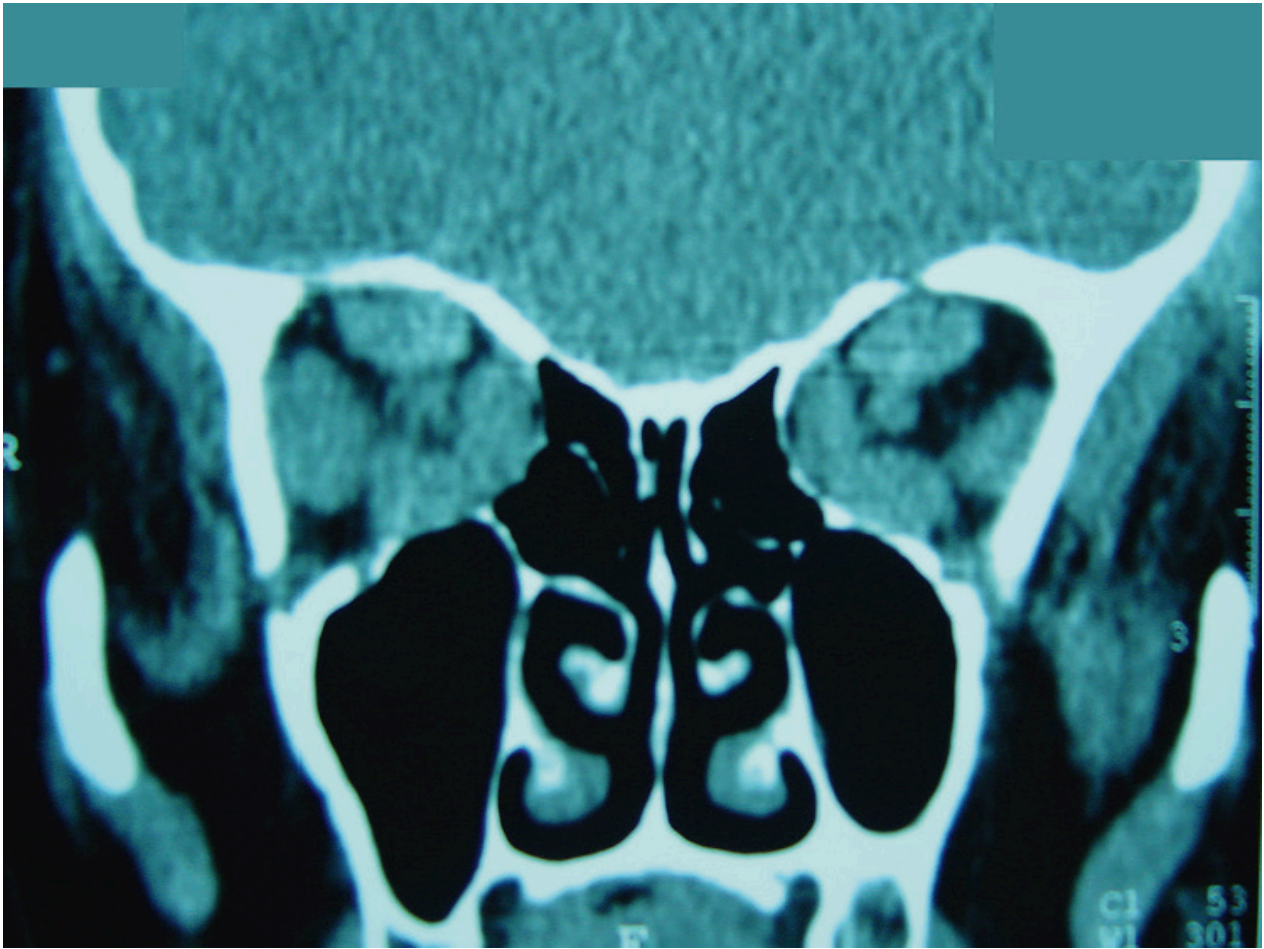


FIG. 21.8 Tomodensitométrie de la partie postérieure de l'orbite en coupe coronale montrant des gros muscles au contact des nerfs optiques.

L'appréciation de la neuropathie optique se fait par l'examen des pupilles (recherche d'un déficit pupillaire afférent), du champ visuel, de la vision des couleurs, de la tomographie par cohérence optique et des potentiels évoqués visuels.

E **381** Traitement de l'orbitopathie

1 Traitement médical

Le traitement antithyroïdien n'a aucun effet direct sur l'orbitopathie, qui n'est pas due à la thyrotoxicose, mais l'obtention de l'euthyroïdie en évitant le passage en hypothyroïdie peut améliorer l'état orbitaire. L'arrêt du tabac est indispensable, car celui-ci est fortement impliqué dans la physiopathogénie de cette maladie et l'aggrave.

Les traitements oculaires locaux consistent à améliorer la symptomatologie de ces patients, qui se plaignent de troubles de la surface oculaire (picotements, brûlures) secondaires à la rétraction de la paupière supérieure, de l'exophtalmie et d'un moindre clignement. Un traitement par des substituts lacrymaux (larmes, gels, etc.) est donc très utile chez ces patients. Le traitement par sélénium peut aussi être utile dans les formes modérées.

En cas de diplopie avec un trouble oculomoteur modéré, on propose des prismes et/ou une chirurgie.

2 Quand proposer un traitement anti-inflammatoire ?

Un traitement anti-inflammatoire est indiqué quand il y a une inflammation (e-fig. 21.9).

Un traitement anti-inflammatoire, par bolus de méthylprednisone à forte dose, est proposé en cas de complications majeures (neuropathie optique, ulcère de cornée).

Un traitement anti-inflammatoire, par bolus de méthylprednisone à dose modérée, est indiqué quand il y a une inflammation orbitaire sans complication majeure et doit être débuté le plus rapidement possible.

La radiothérapie externe peut également être proposée dans les cas corticorésistants. Son effet est moins rapide que la corticothérapie.

3 Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est de trois types :

- une chirurgie de décompression orbitaire afin d'augmenter le volume orbitaire – cette décompression peut être uniquement osseuse ou peut également enlever de la graisse (lipectomie);
- la chirurgie des muscles oculomoteurs quand la diplopie ne peut pas être appareillée par les prismes;
- la chirurgie des paupières : chirurgie de la rétraction des paupières et/ou blépharoplastie, c'est-à-dire ablation du tissu cutané et graisseux excessif.

382

Points clés

- **A** L'orbitopathie basedowienne nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.
- L'orbitopathie dysthyroïdienne recouvre différentes atteintes cliniques. Si l'exophtalmie en est la manifestation la plus classique, d'autres signes sont fréquents comme les troubles oculomoteurs et les signes inflammatoires.
- **B** L'examen de l'orbitopathie devra prendre en considération tous les signes possibles et sera donc un examen ophtalmologique systématique qui recherchera les différentes atteintes citées afin de permettre une classification de cette orbitopathie. Des complications graves, en particulier la neuropathie optique, peuvent émailler l'évolution et nécessitent un suivi régulier, notamment du champ visuel, de l'exophtalmo-métrie et de l'oculomotricité.
- Le traitement des orbitopathies dysthyroïdiennes est d'abord un traitement médical visant à stabiliser l'hyperthyroïdie et améliorer l'état oculaire des patients. Dans les formes sévères d'orbitopathies – associant des signes œdémateux importants, une exophtalmie importante, des troubles oculomoteurs sévères –, des traitements médicaux par voie générale, principalement une corticothérapie ou d'autres traitements (radiothérapie ou chirurgie), peuvent être utilisés.

- L'orbitopathie maligne se définit par les complications majeures cornéennes et de neuropathie, et nécessite une prise en charge et un traitement urgents pluridisciplinaires.

► Compléments en ligne



QRU 1

Parmi ces signes sémiologiques, quels sont ceux observés dans l'orbitopathie dysthyroïdienne, quelle est la réponse juste ?

- A Énophthalmie
- B Augmentation du clignement
- C Syndrome sec oculaire
- D Sclérite
- E Ptosis



QRU 2

Lors d'une atteinte oculo-motrice dans l'orbitopathie de Basedow, quelle est la réponse juste ?

- A La diplopie dans le regard vers le bas et constante
- B La douleur lors des mouvements oculaires est possible
- C La diplopie est monoculaire
- D L'atteinte disparaît sous traitement anti-inflammatoire
- E Le muscle devient atone



QRM 3

À propos des complications de l'orbitopathie dysthyroïdienne, quelles sont les réponses justes ?

- A Ulcération de cornée
- B Exophtalmie
- C Neuropathie optique
- D Myosite
- E Rétraction de la paupière

► 383 Réponses

QRU 1

Réponse : C.

Le syndrome sec est secondaire à la rareté du clignement et d'un clignement non complet source d'une lagophthalmie. La cornée va donc « sécher » et entraîner une kératite à prédominance inférieure.

QRU 2

Réponse : B.

La diplopie existe lorsque l'atteinte est importante, elle peut donc être absente dans les formes minimes de myosite. Les muscles le plus souvent atteints sont le droit médial et le droit inférieur. La

douleur est classique lors de la phase inflammatoire de la maladie. La myosite peut s'atténuer lors du traitement mais ne disparaît pas complètement, le muscle devenant fibrosé et se rétracte.

QRM 3

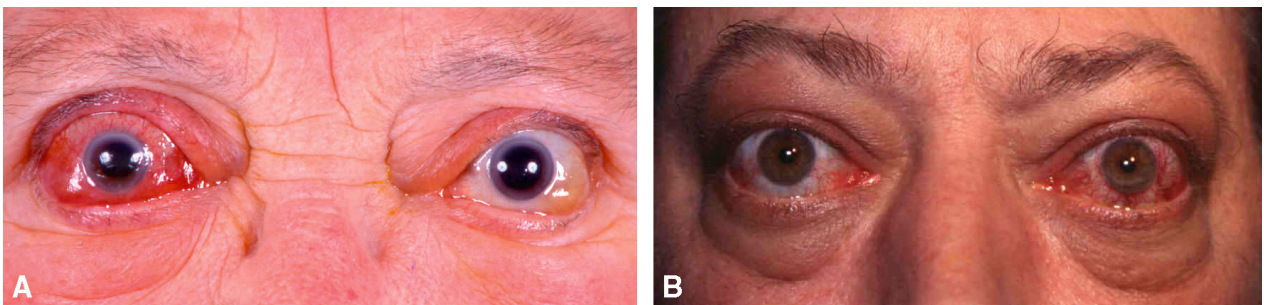
Réponse : A, C.

L'exophtalmie, la myosite et la rétraction de la paupière sont des signes sémiologiques l'orbitopathie. Les deux complications graves à connaître sont les complications cornéennes et la neuropathie optique compressive.

► Compléments en ligne

Des compléments numériques sont associés à ce chapitre. Ils sont indiqués dans le texte par un picto. Pour voir ces compléments, connectez-vous sur <http://www.em-consulte.com/e-complements/478662> et suivez les instructions.

B



E-FIG. 21.9 A, B. Patients ayant une Orbitopathie inflammatoire nécessitant un traitement antiinflammatoire.