

Bialisme

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITÉ SALAH BOUBNIDER CONSTANTINE 3  
FACULTÉ DE MEDECINE  
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

**THEME**

**DÉPISTAGE DES DYSTHYROIDIES  
CHEZ LA FEMME JEUNE**

**Réalisé par:**

Moudjari Hadjer      Mebarki Lamis  
Gharrez Hassina      Derouiche Rayene

**Dirigé par:**

Dr. Hanachi Sabah      MCA en biochimie      CHU constantine

**Jury d'Evaluation :**

Dr. Sifi Karima      MCA en biochimie      CHU Constantine  
Dr. Zekri Salima      MA en biochimie      EHS Daksi

-Juin 2018-

## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>1-2</b>
<b>Partie bibliographique</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre I : La glande thyroïde</b>	<b>4</b>
1- Historique	5
2- Anatomie	5
2-1- morphologie	5
2-2- Situation de la glande	6
2-3- Vascularisation de la glande	6
2-3-1- Artères thyroïdiennes	7
2-3-2- Veines thyroïdiennes	7
2-4- Innervation de la glande	7
2-5- Lymphatique	7-9
3- Histologie	9
4- Les hormones thyroïdiennes	9
4-1- Définition	10
4-2- Structure des hormones thyroïdiennes	10
4-3- Les éléments indispensables à la synthèse hormonale	11
4-4- Les étapes de la synthèse hormonales	11
4-4-1- Transport de l'iodure dans la thyroïde	11-12
4-4-2- L'iodation de la thyroglobuline	13-14
4-4-3- La synthèse hormonale	15
5- Transport et métabolisme des hormones	15
5-1- Transport des hormones thyroïdiennes	15
5-2- Métabolisme et élimination des hormones thyroïdiennes	16
6- Mécanisme d'action des hormones thyroïdiennes	17
7- Les rôles des hormones thyroïdiennes	17
7-1- Effet sur les métabolismes	17
7-2- Effets spécifiques au niveau des différents tissus	17
8- La régulation de la synthèse des hormones thyroïdiennes	18
8-1- La régulation centrale	18
8-2- Le rôle de l'iode dans la régulation	19
<b>Chapitre II : Les dysthyroïdies</b>	<b>20</b>
A- L'hypothyroïdie	20
1- Définition	20
2- Classification	21
3- Signes cliniques	21
3-1- Troubles cutanéopharyngiens et infiltration cutanéomuqueuse	22
3-2- Signes d'hypo-métabolisme	23
4- Signes biologiques	23
4-1- Bilan hormonal	24
4-2- Bilan non spécifique	24
5- Etiologies	24

5-1- L'hypothyroïdie d'origine primaire	24
5-1-1- Thyroïdite auto-immune ou thyroïdite chronique lymphocytaire	25
TLC	25
a- Thyroïdite d'Hashimoto	25
b- Thyroïdite atrophique ou Myxœdème idiopathique	25
c- Thyroïdite auto-immune du post-partum (PP)	26
5-1-2- Thyroïdite non auto-immune	26
a- La thyroïdite subaiguë de De Quervain	26
b- Thyroïdite du post-partum sans anticorps	26
c- Thyroïdite iatrogène	26
d- Autres thyroïdites	27
5-2- L'hypothyroïdie d'origine centrale	28
B- L'hyperthyroïdie	28
1- Définition	28
2- Classification	28
3- Signes clinique	29
3-1- Syndromes de thyrotoxicose	30
4- Signes biologiques	30
4-1- Bilan hormonal	30
4-2- Bilan non spécifique	31
5- Etiologies	31-32
5-1- Maladie de Basedow (GRAVE'S DISEASE)	33-34
5-2- Nodule hyper-sécrétant	34
5-3- Hyperthyroïdies iatrogènes	34
5-4- Thyroïdite subaiguë de De Quervain	35
5-5- Hyperthyroïdies par mutation (somatiques) du récepteur de la TSH	35
5-6- Formes hypophysaires	35
5-7- Thyroïdite du post-partum	35
5-8- Chez la femme enceinte	36
5-9- Etiologies rares	37
C- Démarche diagnostique des disthyroïdies	37
1- Méthodes diagnostiques de laboratoire	37
1-1- Bilan hormonal	37
a- Thyréostimuline (TSH)	37
b- Thyroxine (T4)	38
c- Triiodothyronine (T3)	38
1-2- Bilan immunologique	38
a- AC anti-TPO (Thyroperoxydase)	39
b- AC anti-TG (Thyroglobuline)	39
1-3- Bilan morphologique	39
a- L'échographie thyroïdienne	39
b- La scintigraphie thyroïdienne	39
2- Approche diagnostique	39
2-1- Hypothyroïdie	41-42
2-2- L'hyperthyroïdie	43
3- Moyens thérapeutiques disponibles	

<b>Partie pratique</b>	<b>44</b>
<b>Matériel et Méthodes</b>	<b>45</b>
1- Patients et méthodes	46
1-1-Type d'étude	46
1-2- Population d'étude	46
1-3- Méthodologie	46
1-3-1- Le questionnaire	46
1-3-2- Les prélèvements sanguins	46
1-3-3- Les dosages biologiques	47
a- Dosage biologique de la TSH	47-49
b- Dosage biologique de la LT3	49-51
c- Dosage biologique de la LT4	51-54
<b>Résultats</b>	<b>55</b>
1- Description de la série d'étude	56
1-1- Répartition de la population d'étude selon l'âge	56
1-2- Répartitions de la population d'étude selon l'indice de masse corporelle (IMC)	56
2- Répartition de la population d'étude selon les antécédents familiaux	57
3- Association avec d'autres pathologies	58
4- Répartition de la population d'étude selon les symptômes	59-60
5- Répartition de la population d'étude selon la variation du poids	61
6- Données biologiques	62
6-1- Résultats du dosage de la TSH	62
6-2- Résultats de la T4L	62
6-3- Résultats de la T3L	63
<b>Discussion</b>	<b>64</b>
1- Description de la population	65
2- Les caractéristiques biologiques de la population d'étude	65-67
<b>Conclusion</b>	<b>68-69</b>
<b>Résumé</b>	
<b>Abstract</b>	
<b>Références bibliographique</b>	
<b>Annexes</b>	



<b>Présenté par :</b> <b>Moudjari Hadjer</b> <b>Gharrez Hassina</b>	<b>Mebarki Lamis</b> <b>Derouiche Rayene</b>	<b>Année universitaire : 2017/2018</b>
<b>Dépistage des dysthyroïdies chez la femme jeune</b>		
<b>Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de Docteur en pharmacie</b>		
<p><b>Résumé</b></p> <p>La prévalence des dysthyroïdies chez la jeune femme demeure non encore suffisamment connue dans notre population.</p> <p>L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence des dysthyroïdies chez une population adulte jeune comprenant 40 femmes.</p> <p>Nos avons mené à cet effet, une étude prospective a visée descriptive chez une population étudiante de jeunes femmes présumées saines dont la moyenne d'âge était de <math>24.35 \pm 1.33</math> ans avec des extrêmes allant de 23 à 30 ans.</p> <p>Toutes les femmes avaient rempli un questionnaire contenant tous les renseignements nécessaires à l'étude et ont bénéficié d'un bilan biologique incluant notamment la FT4, FT3 et la TSH.</p> <p>Selon nos résultats, la répartition de notre population selon l'IMC montre que : 5% de nos sujets avaient un IMC inférieur à <math>18 \text{ kg/m}^2</math> (maigres), 75% avaient un IMC entre 18 et <math>25 \text{ kg/m}^2</math> (normale), 15% avaient un IMC entre 25 et <math>30 \text{ kg/m}^2</math> (en surpoids) et 5% avaient un IMC supérieur à <math>30 \text{ kg/m}^2</math> (obèse).</p> <p>En ce qui concerne les antécédents familiaux, 25 (62.50%) soit la majorité n'ont rapporté aucun antécédent familial, seulement 15 (37.50 %) ont des membres de leur famille atteints d'une affection thyroïdienne tandis que pour les antécédents pathologiques personnels, (2.50%) avaient une pathologie sous jacente représentée par le diabète de type I.</p> <p>Les résultats des dosages hormonaux ont révélé un taux moyen de TSH égale à <math>1.9413 \pm 0.8824 \mu\text{UI/ml}</math>, tout nos 40 sujets présentaient des taux normaux de TSH et étaient donc en euthyroïdie, le taux moyen de la T4 était égale à <math>12.5263 \pm 1.7540 \text{ ng/dl}</math>, et toute notre population d'étude avait des taux de T4 dans les normes, le taux moyen de la T3 était égale à <math>5.0568 \pm 6.7822 \text{ pg/ml}</math>; parmi nos sujets, 1.6% avaient un taux de T3 inférieur aux normes, 0.8% un taux de T3 supérieurs aux normes et 97.6% des taux normaux.</p> <p>Selon ces résultats aucune dysthyroïdie n'a été retrouvée dans notre population d'étude.</p> <p>D'autres études devraient être menées dans les autres tranches d'âge pour déterminer la prévalence réelle des dysthyroïdies dans notre population. Ces études doivent être multicentriques pour prendre en compte les distributions régionales du statut en iode qui est un élément déterminant du statut thyroïdien.</p>		
<b>Mots-clés :</b> Dysthyroïdie, Hyperthyroïdie, Hypothyroïdie, TSH, T3, T4, Bilan thyroïdien.		
<b>Laboratoire de Biochimie CHU Constantine</b>		
<b>Laboratoire de recherche : Laboratoire de biologie et génétique moléculaire (FMUC3)</b>		
<b>Date de soutenance : 27/06/2018</b>		