

## **PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE BASEDOW DE L'ENFANT**

**Professeur Juliane Léger**

Université Paris VII, Service d'Endocrinologie Pédiatrique, Centre de Référence Maladies Endocriniennes de la Croissance, AP-HP, Hôpital Robert Debré, 48 Bd Serurier, Paris, France

La maladie de Basedow est une maladie rare et sévère chez l'enfant. La majorité des patients sont traités médicalement par des antithyroïdiens de synthèse. La rémission prolongée de la maladie est moins fréquente que chez l'adulte puisqu'elle survient chez seulement 30% des enfants après 2 ans de traitement. La thyroïdectomie subtotale ou le traitement par iode radioactif sont les deux alternatives thérapeutiques. Les antithyroïdiens de synthèse (ATS) utilisés sont les thionamides. La posologie initiale est de 0,5 à 0,8 mg/kg/jour et au maximum de 30-40 mg/jour, avec des posologies efficaces en une seule prise par jour. Après 2 à 4 semaines, quand la sécrétion des hormones thyroïdiennes est bloquée et leurs taux circulants normalisés, les doses des ATS sont progressivement diminuées de 30 à 50%. Il semble n'exister aucun bénéfice à maintenir une dose élevée d'ATS associée à une thérapie de substitution par L-thyroxine. Au contraire, des études récentes ont montré que le maintien de doses élevées d'ATS augmente la survenue des effets indésirables liés au traitement (dose-dépendants).

La rémission de la maladie de Basedow est liée à la restauration de l'euthyroïdie plutôt qu'à l'action immunosuppressive des ATS. L'hyperthyroïdie peut renforcer les mécanismes auto-immuns qui entraînent une augmentation de la production d'auto-anticorps TSHr et par conséquent une aggravation de l'hyperthyroïdie. Une fois que ce cercle vicieux est arrêté par le traitement ATS entraînant la restauration de l'état d'euthyroïdie, la rémission de la maladie peut être obtenue progressivement. Habituellement, la durée requise du traitement par les ATS pour obtenir la rémission de la maladie est plus longue chez l'enfant que chez l'adulte et est actuellement estimée au moins à 2-8 ans, après le maintien d'un équilibre stable de la fonction thyroïdienne. L'identification de facteurs prédictifs de la rechute devrait améliorer la prise en charge des enfants en déterminant ceux pour lesquels un traitement médical prolongé serait nécessaire puisque le taux de rémission augmente avec la durée du traitement (50% après 8 ans de traitement). L'adhérence au traitement est un enjeu important dans la prise en charge et devrait être améliorée par des stratégies appropriées d'éducation thérapeutique.

La surveillance à long terme reste nécessaire particulièrement chez la femme en raison du risque rare d'hyperthyroïdie fœtale et néonatale induit par la persistance de la maladie avec des titres élevés d'anticorps antirécepteur TSH stimulants, et dont la prise en charge est essentielle pour améliorer le déroulement de la grossesse, l'état de santé du fœtus et du nouveau-né ainsi que son pronostic développemental.

### **References**

- 1- Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* 2016; 26: 1343-1421.
- 1- Harvengt J, Boizeau P, Chevenne D, et al. Triiodothyronine-predominant Graves' disease in childhood: detection and therapeutic implications. *Eur J Endocrinol* 2015; 172: 715-23.
- 2- Rivkees SA, Stephenson K, Dinauer C. Adverse events associated with methimazole therapy of graves' disease in children. *Int J Pediatr Endocrinol* 2010; 176970: 1-4.
- 3- Ohye H, Minagawa A, Noh JY, et al. Antithyroid drug treatment for graves' disease in children: a long-term retrospective study at a single institution. *Thyroid* 2014; 24: 200-7.
- 4- Leger J, Gelwane G, Kaguelidou F, Benmerad M, Alberti C. Positive impact of long-term antithyroid drug treatment on the outcome of children with Graves' disease: national long-term cohort study. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97: 110-9.
- 5- Diana T, Brown RS, Bossowski A, et al. Clinical relevance of thyroid-stimulating autoantibodies in pediatric graves' disease-a multicenter study. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: 1648-55.
- 6- Léger J, Carel JC. Arguments for the prolonged use of antithyroid drugs in children with Graves' disease. *Eur J Endocrinol* 2017; 177: R59-67