

Manifestation cutanées associées à des formes graves de maladie de Basedow

Autor(en): **Welti, H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **23 (1967)**

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307699>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Manifestations cutanées associées à des formes graves de maladie de Basedow

H. WELTI, Paris

C'est un fait bien connu que les troubles de fonctionnement des glandes endocrines semblent jouer un rôle important dans la genèse de certaines manifestations cutanées observées dans les maladies les plus diverses. Il en est tout particulièrement ainsi pour l'hyperthyroïdie. Il était donc intéressant de rechercher quels étaient les troubles cutanés que présentaient les nombreux basedowiens que nous avons opérés, et quelle avait été l'action de nos larges thyroïdectomies sur l'évolution de ces troubles. Leur disparition après chirurgie sera en effet la preuve, l'on pourrait dire expérimentale, de leur origine.

Les perturbations cutanées des basedowiens sont variées. Avant tout, insistons sur leurs *troubles vasomoteurs*. Leur peau est chaude en raison d'une hyperthermie qui existe sur tout leur corps, mais qui est particulièrement importante au niveau de la plante des pieds et de la paume des mains. Par suite d'une hyperhydrose marquée, leur peau est également humide et moite. Le médecin note tout cela dès son premier contact avec le malade lorsqu'il lui serre la main. Nous attachons même à cette main basedowienne, chaude et humide, une grande valeur diagnostique, les mains froides et sèches étant au contraire des mains d'hypothyroïdie.

Ces chaleurs et ces sudations sont parfois la raison qui décide le malade à l'intervention chirurgicale; nous rappellerons à ce propos les pianistes que nous avons opérés parce que le jeu de leurs doigts était troublé sur un clavier rapidement mouillé par leur sueur.

Notons également les mycoses intercommissurales et digitales des doigts et des orteils. La chaleur et l'humidité facilitent la macération de la peau et il en résulte des lésions suppuratives subaiguës, qui disparaîtront après guérison de l'hyperthyroïdie par thyroïdectomie. Les succès obtenus étant habituels, nous pouvons les promettre avant l'opération. La fréquence de ces dermatoses humides dans l'hyperthyroïdie contraste d'ailleurs avec leur absence dans le myxœdème [1].

Chez les basedowiens aux réactions vasomotrices excessives, *les troubles allergiques de la peau* sont fréquents. Signalons tout d'abord les intolérances médicamenteuses, celles fréquentes à l'iode, avec iodides, également celles plus rares aux antithyroïdiens de synthèse. Surtout, insistons sur les crises d'urticaire. Elles peuvent être très importantes et imposer des restrictions

gênantes de l'alimentation. Ces crises urticariennes disparaissent souvent après thyroïdectomie en même temps que l'hyperthyroïdie. Avec J. J. WELTI nous avons étudié plusieurs cas démonstratifs [2].

Chez une de nos malades, en même temps que la maladie de Basedow s'était développée, des crises d'urticaire étaient survenues, de plus en plus fréquentes. Avec l'aggravation de l'hyperthyroïdie, elles étaient également devenues plus sévères et la malade s'était trouvée dans l'obligation de supprimer de son alimentation non seulement les mollusques, les langoustes, les œufs, les fraises mais aussi des aliments au début mieux tolérés, le lait, les œufs et les viandes. Après thyroïdectomie, en même temps que l'hyperthyroïdie rétrocéda, les crises d'urticaire disparurent : l'alimentation put à nouveau être normale et cette femme, qui dirigeait un grand restaurant, nous témoigna, à ce point de vue, une reconnaissance au moins aussi grande que pour la disparition de son hyperthyroïdie.

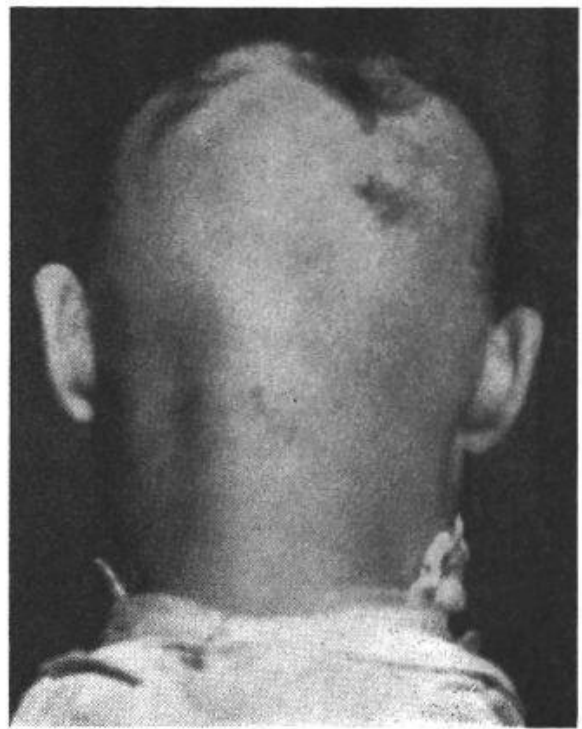
Rappelons les *prurits* parfois très intenses. Ils s'observent chez les urticariens mais aussi chez d'autres basedowiens ne présentant pas d'urticaire. Ils étaient plus souvent observés autrefois, car aujourd'hui, les malades nous sont adressés plus tôt et mieux préparés par les antithyroïdiens. Ces prurits, parfois intolérables, avec leurs lésions de grattage plus ou moins infectées, disparaissent rapidement après thyroïdectomie, confirmation de leur origine thyroïdienne.

Les troubles de la *pigmentation cutanée* sont fréquents chez les basedowiens. Il peut s'agir de plaques brunâtres localisées à la face, et mentionnons les hyperpigmentations de la région oculo-palpébrale qui constituent le signe de Jellinek. Mais les plaques de rousseur, les taches brunâtres peuvent également se développer sur le tronc et sur les membres. Rappelons plus spécialement le vitiligo déjà signalé par Trousseau dans une clinique consacrée à la maladie de Basedow. Les plaques blanches apigmentées, entourées de placards brunâtres peuvent être très étendues. Toutefois, la fréquence du vitiligo dans l'hyperthyroïdie est discutée. Alors que certains admettent une proportion de 10%, par contre, chez 500 malades choisis parmi nos plus anciens opérés et étudiés par notre élève PUECHGUIRAL [3], le pourcentage de vitiligos n'est que de 0,2%. Et dans notre statistique actuelle, relative à des malades opérés plus précocement et présentant des hyperthyroïdies dans l'ensemble moins intenses, le pourcentage serait encore moindre. Comme l'avait remarqué SAINTON, ces vitiligos apparaissent ou s'aggravent en même temps que l'hyperthyroïdie se développe. Mais après guérison de cette dernière par la chirurgie, ils sont loin de toujours rétrocéder. Un résultat très favorable observé chez une de nos opérées nous avait rendu optimiste, d'autant plus que chez cette malade la guérison se maintenait plusieurs années plus tard, avec la même absence de taches brunâtres après exposition au soleil. Depuis cette époque, nous avons noté de nombreux insuccès et nous n'osons plus faire entrevoir à nos opérés ni améliorations même partielles, ni absence d'apparition de nouvelles plaques de vitiligo.

En ce qui concerne les poils et les cheveux, le blanchiment est fréquent. La mèche blanche basedowienne est bien connue et SAINTON, en provoquant le blanchiment des plumes de gallinacés par hyperthyroïdisation, a bien



a



b



c

Fig. 1. - a) et b). Chute des cheveux avec plaques de pelade dans une maladie de Basedow sévère. - c) Etat de la repousse des cheveux 1 an après l'opération.

étudié le problème [4]. Le blanchiment peut d'ailleurs intéresser non seulement les cheveux mais également d'autres régions pileuses, les cils, les sourcils, la barbe, les poils du pubis. Dans certains cas, le blanchiment pourrait rétrocéder après guérison de l'hyperthyroïdie, mais nous ne nous souvenons pas d'opéré qui nous aurait témoigné de la reconnaissance à ce point de vue.

La chute des cheveux est également fréquente, avec repousse habituelle après thyroïdectomie, mais il peut y avoir décalage avec chute des cheveux, ne se manifestant qu'après l'opération pour disparaître par la suite. Comme pour le blanchiment, une prédisposition familiale est souvent retrouvée et les cheveux tombés ne repoussent pas toujours après guérison de l'hyperthyroïdie.



Fig. 2. Oedème des jambes d'origine basedowienne.

Nous avons observé un cas d'alopecie après développement de plaques de pelade chez une jeune fille atteinte d'un Basedow sévère. Les images reproduites (Fig. 1a-c) sont instructives. Mais si en même temps que les sourcils, les cheveux repoussèrent après thyroïdectomie, quelques années plus tard et, bien que l'hyperthyroïdie soit restée guérie, ils tombèrent à nouveau, ce qui n'empêcha d'ailleurs pas la malade de devenir coiffeuse.

En terminant nous voudrions insister sur *la fréquence des œdèmes basedowiens*. Dans leur forme la plus habituelle, il s'agit d'œdèmes trophiques, durs, ne prenant pas le godet, bilatéraux et siégeant en avant de la malléole interne et à la partie inférieure de la face tibiale de la jambe. Ces œdèmes qui s'accompagnent d'une certaine induration du derme sont extrêmement fréquents et leur présence est utile au diagnostic: ils disparaissent après thyroïdectomie, à condition que l'opération soit assez précoce. Mais lorsque les malades sont opérés tardivement, également, dans les formes plus graves, ces œdèmes, qui s'accompagnent alors d'un épaissement du derme avec manque de souplesse des téguments sur les parties plus profondes, persistent. Bientôt même la gaine fibreuse qui entoure peu à peu la jambe et la partie inférieure de la cuisse, en gênant la circulation lymphatique de retour, s'oppose à toute amélioration (Fig. 2). Il en résulte une tuméfaction étendue des chevilles jusqu'à la cuisse avec parfois peau suintante, érythème et hypertrichose.

D'autres œdèmes doivent être signalés, car ils sont de même nature. Mentionnons *les œdèmes du corps, du cou et de la face, qui se développent chez des jeunes filles atteintes de maladie de Basedow*. Malgré la sévérité de leur hyperthyroïdie et en raison de ces œdèmes, ces malades ne maigrissent pas mais prennent du poids en même temps que la maladie se développe. Là



Fig. 3. Oedèmes orbitaires et palpébraux d'une exophtalmie maligne.

encore, lorsque l'opération est faite sans trop tarder, les œdèmes disparaissent au fur et à mesure que les symptômes d'hyperthyroïdie rétrocedent [5].

Par ailleurs, signalons *les œdèmes péripalpébraux* [6], particulièrement développés dans certaines exophtalmies et qui peuvent alors, en raison des compressions qu'ils exercent sur le nerf optique, provoquer des exophtalmies malignes (Fig. 3).

Ces différents œdèmes sont souvent considérés comme d'origine hypophysaire. Leur disparition après thyroïdectomie montre que l'hyperthyroïdie en est responsable malgré peut-être l'intervention d'un relais hypophysaire. Il ne s'agit d'ailleurs pas de myxoœdèmes localisés, comme certains l'ont admis. Toutefois, chez ces malades, la thyroïdectomie tout en devant être très large, comme pour toute maladie de Basedow, ne doit pas être excessive pour ne pas provoquer un myxoœdème. En effet, celui-ci, surajouté, rendrait plus difficile la disparition du trophœdème préexistant. Une pathogénie semblable, œdème préexistant aggravé par œdème d'hypothyroïdie, est sans doute valable pour expliquer les exophtalmies malignes qui se développent tardivement après traitement par l'iode 131.

En conclusion, il est nécessaire d'insister sur l'intérêt d'un traitement énergique et précoce pour faire disparaître les manifestations cutanées de l'hyperthyroïdie. Lorsque ces dernières ne sont pas déjà trop étendues au moment de l'opération et lorsque l'hyperthyroïdie est encore relativement récente, un rapide succès est habituel. Toutefois, et tout particulièrement en ce qui concerne les œdèmes cutanés, la suppression du tissu thyroïdien ne doit pas être excessive afin d'éviter la production de myxoœdème. A ce point de vue, la chirurgie est un traitement idéal, car même avec des thyroïdectomies très larges, elle permet de ménager une quantité suffisante de glande. Avec l'iode 131, un tel dosage est impossible, d'où la persistance d'œdèmes et la fréquence de résultats thérapeutiques moins satisfaisants.

Résumé

L'auteur rappelle l'intérêt des manifestations cutanées qui s'observent dans la maladie de Basedow. Après avoir signalé les mains chaudes et moites de ces malades, il attire l'attention sur les dermatoses humides qui sont favorisées par l'hyperthermie locale et la sudation. Les troubles allergiques de la peau, les éruptions consécutives à des intolérances médicamenteuses, l'urticaire, le prurit sont ensuite envisagés. L'auteur mentionne alors les troubles de pigmentation de la peau, en particulier le vitiligo puis le blanchiment des cheveux et leur chute précoce. Dans un cas personnel, il fut consécutif à des plaques de pelade. Il termine en étudiant les œdèmes trophiques, en particulier ceux des membres, et insiste sur l'intérêt soulevé par leur traitement.

Schlußfolgerung

Es ist notwendig, die Bedeutung zu unterstreichen, welche einer energischen und frühzeitigen Behandlung für das Abklingen der cutanen Erscheinungen der Hyperthyreose zukommt. Wenn diese im Zeitpunkt der Operation noch nicht zu stark verbreitet sind und solange die Hyperthyreose noch relativ jung ist, tritt in der Regel ein rascher Erfolg ein. Die Entfernung von thyreoidalem Gewebe soll jedoch, ganz besonders mit Rücksicht auf die Hautödeme, nicht zu tiefgreifend sein, um die Bildung von Myxödemem zu vermeiden. Von diesem Gesichtspunkt aus ist die Chirurgie eine ideale Behandlungsmaßnahme, erlaubt sie es doch, selbst bei sehr ausgedehnten Thyreoidektomien eine ausreichende Menge der Drüse zu erhalten. Mit I^{131} ist eine solche Dosierung unmöglich, daher die Hartnäckigkeit der Ödeme und die Häufigkeit weniger befriedigender therapeutischer Resultate.

Conclusioni

Per concludere è necessario di insistere sull'importanza di un trattamento energetico e precoce per eliminare le manifestazioni cutanee dell'ipertiroidismo. Se al momento dell'operazione tali manifestazioni non sono troppo estese e se l'ipertiroidismo è ancora relativamente recente si ottiene generalmente un successo rapido. D'altra parte, e specialmente per quanto concerne gli edemi della pelle, non bisogna eliminare troppo tessuto della tiroide; questo per evitare il mixedema. Sotto questo punto di vista il trattamento chirurgico è da considerarsi ideale dato che anche nel caso di tiroidectomie estese si può salvare una quantità sufficiente della ghiandola. Un tale dosaggio esatto non è invece possibile con lo iodio 131, ragion per cui si osservano persistenza degli edemi e risultati terapeutici meno soddisfacenti.

Conclusion

The importance is emphasised of an energetic and precocious treatment to remove the cutaneous symptoms of hyperthyroidia. If these symptoms

are not too extensive at the moment of the operation, and if the hyperthyroidia is relatively recent, it is usual to achieve a rapid success. In any case, and in particular in cases of cutaneous oedema, suppression of the thyroid tissue should not be excessive, in order to avoid producing myxoedema. From this point of view, surgery is the ideal treatment, since even with very large thyroidectomies it is possible to leave a sufficiently large quantity of the gland. With iodine 131, such dosage is impossible, with persistence of the oedema and a frequency of therapeutically less satisfactory results with very large thyroidectomies it is possible to leave a sufficient quantity of the gland. With iodine 131, such dosage is impossible, with persistence of the oedema and a frequency of therapeutically less satisfactory results.

1. DE QUERVAIN F. et WEGELIN C.: *Der endemische Kretinismus. Die Haut und ihre Anhänge*, p. 49. Springer, Berlin/Wien 1936.
2. WELTI H. et WELTI J. J.: *A propos de l'urticaire des basedowiens et de sa disparition après thyroïdectomie subtotale*. Bull. Soc. Thér. (Paris) 1937, no. 7.
3. PUECHGUIRAL A.: *Manifestations cutanées associées à des formes graves de maladie de Basedow*. Thèse, Paris 1938. Jouve & Cie., Paris 1938.
4. SAINTON P., SIMONNET H. et BROUHA L.: *Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale*, p. 321. Masson & Cie, Paris 1952.
5. LAROCHE G.: *La puberté*, p. 127-130. Masson & Cie. Paris 1938.
6. WELTI H. et OFFRET G.: *Trépanation décompressive de l'orbite pour exophtalmie maligne basedowienne*. Mém. Acad. Chir. 68, nos. 26 et 27 (1942).
7. WELTI H. et OFFRET G.: *Indications et techniques de la trépanation décompressive de l'orbite dans le traitement des exophtalmies malignes basedowiennes*. Lyon chir. 38, 542-544 (1943).
8. WELTI H. et ROTH P.: *Contribution à l'étude du test de la métamorphose des amphibiens appliqué aux maladies du corps thyroïde*. Ann. Endocr. (Paris) 6, no. 1 (1946).

Adresse de l'auteur: Dr. H. Welti, Chirurgien des Hôpitaux, 55, rue de Varenne, Paris.