

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Brèves Communications

Ictère révélant une hyperthyroïdie : A propos d'une observation au Centre Hospitalier National de Nouakchott.

Jaundice revealing hyperthyroidism : About one observation in National Hospital Center of Nouakchott.

Auteurs :
Mohamed L. Dahiya[1], Sidi E. Baba[1], Mohamed M. DAHI[2], Abdelwedoud Sidi[1], Wolo Coulibaly[1].

Auteur correspondant :
Mohamed Lemine Dahiya
E-mail : dahiya.mohamed@yahoo.fr

Services :
[1]Sevice de médecine interne CHN Nouakchott.
[2]Servide ORL CHN Nouakchott.

Article Info

Soumis :
le 19/09/2016
Dernière correction :
le 23/11/2016
Accepté :
le 20/04/2017

Résumé

Introduction :

les atteintes hépatiques au cours des hyperthyroïdies sont diverses et de physiopathologie non élucidée en dehors de celles observées au cours des cardiothyréoses ou liées au traitement. Cette observation décrit un cas d'ictère franc au cours d'une hyperthyroïdie.

Observation :

il s'agit d'une patiente de 60 ans, diabétique équilibrée sous mesures hygiénodiététiques seules. Elle s'est présentée pour un amaigrissement important non chiffré et une asthénie physique. L'examen trouvait un ictère et une tachycardie. La biologie montrait : glycémie à 1.16 g/l, HbA1C à 6.2 %, bilirubine totale à 66 µmols/l, bilirubine conjuguée à 53 µmols/l, bilirubine libre à 13 µmols/l. Le bilan thyroïdien montrait :TSHus < 0,005 mUI/l , FT4 libre à 42.4 pmols/l, Ac anti-TPO à 1268 UI/l (N<12), les Ac antithyroidiens à 8 UI/l (N<35). l'échographie abdominale était dans les normes. l'ictère avait disparu et les bilirubines sont revenus aux normes après un mois sous Carbimazole 50mg/jours.

Conclusion :

la cholestase intrahépatique n'est pas rare au cours des hyperthyroidies.il convient de la rechercher devant une cholestase inexpliquée.

Mots clés :ictère, cholestase, hyperthyroidie.

Abstract

Introduction :

liver damages during hyperthyroidism are miscellaneous and of unexplained pathophysiology beyond those observed in cardiothyreosis or related to treatment. This observation describes a plain jaundice case during hyperthyroidism.

Observation:

She is a 60 year old patient, she is balanced diabetic under hygienic dietary measures alone. She came due to an unencrypted significant weight loss and physical fatigue. Medical examination revealed jaundice and tachycardia. Biology showed: glucose 1.16 g/l, HbA1c 6.2 %, total bilirubin to 66 µmols/l, conjugate bilirubin to 53 µmols/l, free bilirubin to 13 µmols/l. The thyroid examinations showed: TSHus <0.005 mIU/l, free FT4 42.4 pmols/l, anti-TPO Ac 1268 IU/l (N < 12), anti-thyroid Ac 8 IU/l (N < 35) . Abdominal ultrasound was within standards. Jaundice vanished and bilirubin came back to the standards after a month under Carbimazole 50mg/day.

Conclusion:

Intrahepatic cholestasis is not scarce during hyperthyroidism. It should be sought for before an unexplained cholestasis.

Keywords : jaundice, cholestasis, hyperthyroidism.

Introduction :

les hormones thyroïdiennes (HT) jouent un rôle essentiel dans le métabolisme pour répondre aux besoins énergétiques de l'organisme [1].

Le catabolisme des HT périphériques par glucorono- et sulfoconjugaison et par désamination se produit au niveau dufoie. L'excès des HT entraine des anomalies hépatiques qui sont de physiopathologie mal connue jusqu'à nos jours. Parmi ses anomalies on peut citer : l'albuminémie abaissée, l'élévation des transaminases et des Phosphatases Alcalines et l'élévation des Bilirubines [2],[3]. Il s'agit en général d'anomalies minimes sans traduction clinique. Cette observation décrit un cas rare d'ictère franc révélant une hyperthyroidie.

Observation :

il s'agit d'une patiente de 60 ans qui présentait un amaigrissement important non chiffré, une dyspnée à l'effort et une asthénie physique intense. Comme antécédent elle était connue pour un diabète type 2 depuis 1 an équilibré sous mesures hygiéno-diététiques. Il n'y avait pas d'antécédent de tabagisme ni de consommation d'alcool. Elle ne prenait aucun médicament de synthèse ni de phytothérapie. A l'examen elle était apyrétique, il y'avait un ictère franc et une tachycardie. Il n'y avait pas d'exophtalmie ni de goitre. L'abdomen était souple et sans organomégalie. La biologie montrait : TSHus < 0.05 mUI/l, FT4 libre à 42,4 pmol/l (N 9 -20), glycémie à jeun a 1.16g/l, HbA1c à 6.2%, créatininemie à 6 mg/l, CRP à 7mg/l, bilirubine totale à 66 µmol/l, bilirubine conjuguée (directe) 53 µmol/l, Bilirubine libre (indirecte) à 13µmol/l, TGO (ASAT) à 39 UI/l, TGP (ALAT) à 36 UI/l. l'hémogramme : GB à 6000/mm^3, Hb à 11.2 g/dl, VGM à 70 fl et plaquettes à 146 000/mm^3. Les Ac Antithyroglobulines étaient à 8 UI/l(N<35), les AC Antithyroperoxydases à 1268 UI/l (N<12), les Ac Antinucléaires étaient négatifs et l'Ag Hbs était négatif. L'échographie cervicale montrait une thyroïde multinodulaire de volume normal. la scintigraphie n'était pas disponible. L'ECG montrait une tachyarythmie par fibrillation auriculaire (TACFA).

L'échographie cardiaque ne montrait pas de thrombus. La Radiographie du thorax ne montrait pas de cardiomégalie. L'échographie abdominale était normale, le foie était homogène de taille normale. La patiente a été mise sous Carbimazole 50mg /jour. Après un mois de traitement, l'ictère avait disparu et le bilan de contrôle montrait : la bilirubine totale à 17 µmol/l, la bilirubine conjuguée à 12µmol/ l et la TSHus était à 0.05 mUI/l.

Discussion :

notre patiente présentait un amaigrissement important et un ictère. Le bilan hépatique montrait une cholestase intrahépatique sans cytolyse ni perturbation de la fonction hépatique. La tachycardie au repos orientait la demande d'un bilan thyroïdien. L'ECG montrait une tachyarythmie par fibrillation auriculaire (TACFA). Le bilan thyroidien montrait une hyperthyroïdie franche :TSHus < 0.05

mUI/, FT4 libre à 42,4 pmol/l (N 9 -20). Le bilan auto-immun montrait des Ac anti-TPO à 1268 UI/l (N<12) les Ac antithyroïdiens à 8 UI/l (N<35). L'échographie montrait une thyroïde de volume normal multihétéronodulaire. Devant ces données, il s'agit d'un goitre multinodulaire toxique compliqué d'une TACFA. Il n'y avait pas d'insuffisance cardiaque. La radiographie du thorax ne montrait pas de cardiomégalie, l'échocardiographie ne montrait pas de perturbation de la fonction systolique. L'échographie abdominale était dans les limites des normes. Ceci écartait une cholestase par obstacle. Notre patiente ne prenait aucun médicament ni de phytothérapie pour évoquer une étiologie médicamentesue ou toxique. L'AgHbs était négatif. Le taux normal des transaminases écartait toute hépatite aigue infectieuse ou non infectieuse. Devant ces arguments, nous avons retenu une cholestase intrahépatique secondaire à l'hyperthyroidie.

La cholestase sévère au cours de la thyreotoxicose en dehors toute défaillance cardiaque est décrite par Greenberg NJ et col.[4]. Elle n'est pas rare ou cours des hyperthyroïdies. Ashkar FS et col trouvait 33 cas (6.4%) d'ictère dans une série de 570 cas d'hyperthyroïdie[5]. L'ictère n'a pas de corrélation avec l'intensité de la thyreotoxicose, Il s'observe dans les hyperthyroïdies franches [6,7] et il peut s'observer et être révélateur dans les hyperthyroïdies infracliniques [8]. la physiopathologie de la cholestase n'est pas claire. Pour certains auteurs ces anomalies sont l'effet toxique direct des hormones thyroïdiennes sur les hépatocytes [9], pour d'autres auteurs, cette cholestase est la conséquence d'une hypoxie relative des hépatocytes qui ne répondent pas à cette situation de métabolisme accéléré [10]. La prise en charge est étiologique. L'ictère disparait sous Antithyroïdiens de Synthèse (ATS) seules [4],[5],[6]. La Rifampycine est introduite en association avec les ATS par certaines équipes, sans preuve de supériorité [8]. Chez notre patiente, l'ictère a disparu et les bilirubines sont revenues aux normes après un mois sous ATS. Elle à été mise sous Propranolol et AVK par le cardiologue. Une thyroidectomie totale à été réalisée après un an de suivi. En conclusion ce premier cas d'hyperthyroidie révélé par un ictère franc décrit à Nouakchott concorde avec les données de la littérature. La cholestase dans les hyperthyroïdies est une complication bénigne. Elle n'a pas de prise en charge spécifique et répond rapidement au traitement par ATS. Il convient de rechercher une hyperthyroïdie dans les cas d'ictères inexpliqués, avant de demander d'examens coûteux parfois non disponibles (tel que les sérologies virales et ou la recherche d'une auto-immunité), ou invasifs parfois inutiles comme la biopsie hépatique.

Les auteurs de cet article ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

[1]. Wémeau Jean-Louis: les maladies de la thyroide. Elsevier Masson 2010 ;9-10.

[2]. Thompson P, Strum D, Boehm T, Wartosfsky L: Abnormalities of liver function tests in thyrotoxicosis. Mil Med 1978; 143:548-551.

[3]. Sola J, Pardo-Mindan FJ, Zozaya J, Quirga J, Sangro B, Prieto J: Liver changes in patients with hyperthyroidism. Liver 1991; 11:193-197.

[4].Greenberger NJ, Milligan FD, DeGroot LJ, Isselbacher KJ: Jaundice and thyrotoxicosis in the absence of congestive heart failure. A study of four cases. Am J Med 1964;36:840-846.

[5].Ashkar FS, Miller R, Smoak WM, Gilson AJ : Liver disease in hyperthyroidism. South Med J 1971;64:462-465.

[6].Viallard J.F, TABARIN A, Neau D, Longy-Boursier M: Hyperthyroidism with severe intrahepatic cholestatsis. Dig Dis Sci 1999;44:2001-2002.

[7]. Regelmann MO, Miloh T, Arnon R, Morotti R, Kerkar N and Rapaport R: Grave's Disease Presenting with Severe choléstatsis. Thyroid 2012; 22;4:437-439.

[8].Soylu A, Taskale MG, Ciltas A, Kalayci M, Kumbasar AB. Intrahepatic cholestatsis in subclinical and overt hyperthyroidism: two case reports. J Med Case Reports 2008; 2:116.

[9].Hull K, Horenstein R, Naglieri R, Munir K, Ghany M, Celi FS. Two cases of thyroid strom-associated cholestatic jaundice. Endocr Pract 2007;13:476-480.

[10].Yao JD, Gross JB JrLdwig J, et al. Cholestatic jaundice in hyperthyroidism. Am J Med 1989;86:619-20.