



# Hypothyroïdie révélée par une insuffisance rénale



S. Derbel<sup>1</sup>, Y. Cherif<sup>1,2</sup>, F. Ben Dahmen<sup>1</sup>, M. Mrouki<sup>1,2</sup>, M. Lajmi<sup>1</sup>, H. Mejri<sup>3</sup>, M. Abdallah<sup>1,2</sup>

1-Service de Médecine Interne- hôpital régional de Ben Arous-Yesminet, Ben Arous, TUNISIE

2-Faculté de Médecine de Tunis- université Tunis El Manar, Service de Médecine Interne- hôpital régional de Ben Arous-Yesminet, Ben Arous, TUNISIE ;

3-Service des consultations externes, hôpital régional de Ben Arous- Yesminet, Ben Arous, TUNISIE

## Introduction:

L'atteinte rénale au cours de l'hypothyroïdie périphérique (HP) est rare. Diverses manifestations sont rapportées telles qu'une insuffisance rénale (IR) aiguë ou chronique ou une atteinte glomérulaire.

Nous rapportons deux observations où une HP profonde était diagnostiquée lors du bilan étiologique d'une IR.

## Observation1:

Il s'agit d'un patient âgé de 51 ans hospitalisé pour exploration d'une IR chronique. L'examen clinique objectivait une bradycardie, une macroglossie, des réflexes ostéo-tendineux faibles, une sécheresse cutanée et des doigts boudinés. Le bilan biologique montrait une clairance de la créatinine à 43 ml/min, une hypercholestérolémie à 9,86 mmol/l et une augmentation des CPK à 775 UI/l. Le bilan thyroïdien objectivait une TSH à 164,178  $\mu$ UI/ml et une FT4 indétectable. La protéinurie de 24h et la recherche des ATPO étaient négatives. Le bilan immunologique était négatif ainsi que les sérologies des hépatites virales B et C. L'échographie cervicale a montré une hypotrophie thyroïdienne. Le diagnostic d'HP profonde a été retenu. Un traitement substitutif par L-thyroxine était prescrit avec une amélioration clinique et biologique.

## Observation2:

Il s'agit d'un patient âgé de 41 hospitalisé pour exploration d'une IR chronique (clairance de la créatinine à 20,44 ml/min) associée à une protéinurie à 1,84g/24h. Un ralentissement psychomoteur et un œdème palpébral ont été constatés à l'examen clinique. Le bilan biologique montrait une anémie normochrome normocytaire à 11g/l et une augmentation du taux des CPK à 243UI/l. Le bilan thyroïdien montrait un taux de TSH à 491  $\mu$ UI/l et de FT4 < 0,3 pmol/L. Le bilan immunologique était négatif en dehors d'un taux d'ATPO égal à 210.8 UI/ml. L'échographie cervicale a montré un aspect de thyroïdite. Le diagnostic d'HP profonde a été retenu. Un traitement substitutif par L-thyroxine était instauré avec une amélioration clinique et biologique sans normalisation de la fonction rénale.

## Discussion:

Bien que rare, l'IR aux cours de l'HP est rapportée dans la littérature. Elle a été décrite initialement au cours de la rhabdomyolyse dans le cadre d'une myopathie thyroïdienne.

La physiopathologie de l'atteinte rénale au cours de l'HP est multifactorielle. Les hormones thyroïdiennes influencent le fonctionnement de tous les organes du corps et tout dysfonctionnement est responsable de troubles métaboliques. Ainsi, l'élévation de la créatinine retrouvée dans nos observations pourrait être expliquée par différents mécanismes: la rétention hydrosodée, les modifications histologiques ou de la perfusion rénale mais aussi la rhabdomyolyse. En effet il existe une corrélation significative entre le taux de créatinine et le taux des CPK. Ceci a été démontré par une étude concernant 37 patients.

Le traitement permet une réversibilité néphrologique complète si précocement instauré.

## Conclusion:

L'HP est une cause insuffisamment connue d'IR, méritant une recherche systématique. Le traitement hormonal substitutif permet l'amélioration des manifestations cliniques, biologiques et histologiques.