

Etude du retentissement musculaire de l'hypothyroïdie périphérique

M. Mallek^{*a} (Dr), R. Marrekchi^a (Dr), F. Hadjkacem^b (Dr), D. Ghorbel^b (Dr), M. Abid^b (Pr), K. Jamoussi^a (Pr)

^a Laboratoire de biochimie CHU Hédi Chaker. Sfax-Tunisie, Sfax, TUNISIE ;

^b Service d'endocrinologie-diabétologie CHU Hédi Chaker. Sfax-Tunisie, Sfax, TUNISIE

Introduction

Les manifestations musculaires sont habituelles au cours de l'hypothyroïdie périphérique, mais la myopathie se limite le plus souvent à des signes cliniques discrets,

Bien qu'il soit rare qu'une myopathie inaugure le diagnostic d'hypothyroïdie, le bilan biologique reste toutefois indispensable.

Notre objectif est d'étudier les taux des enzymes musculaires au bilan initial lors de la primo découverte d'une hypothyroïdie périphérique.

Materiel et méthodes

Etude rétrospective incluant 20 patients hospitalisés au service d'endocrinologie diabétologie durant les années 2016-2017 pour prise en charge d'une hypothyroïdie périphérique de primo découverte. Un bilan biologique était réalisé chez ces patients comportant le dosage de la créatine kinase (CK), des transaminases, de l'urée et de la créatinine plasmatiques.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 58,55 ans (28-88ans) avec un sexe ratio(F/H)de 1,85. La TSH moyenne était de 100,8 mUI/L (13,99-327,55 mUI/L).

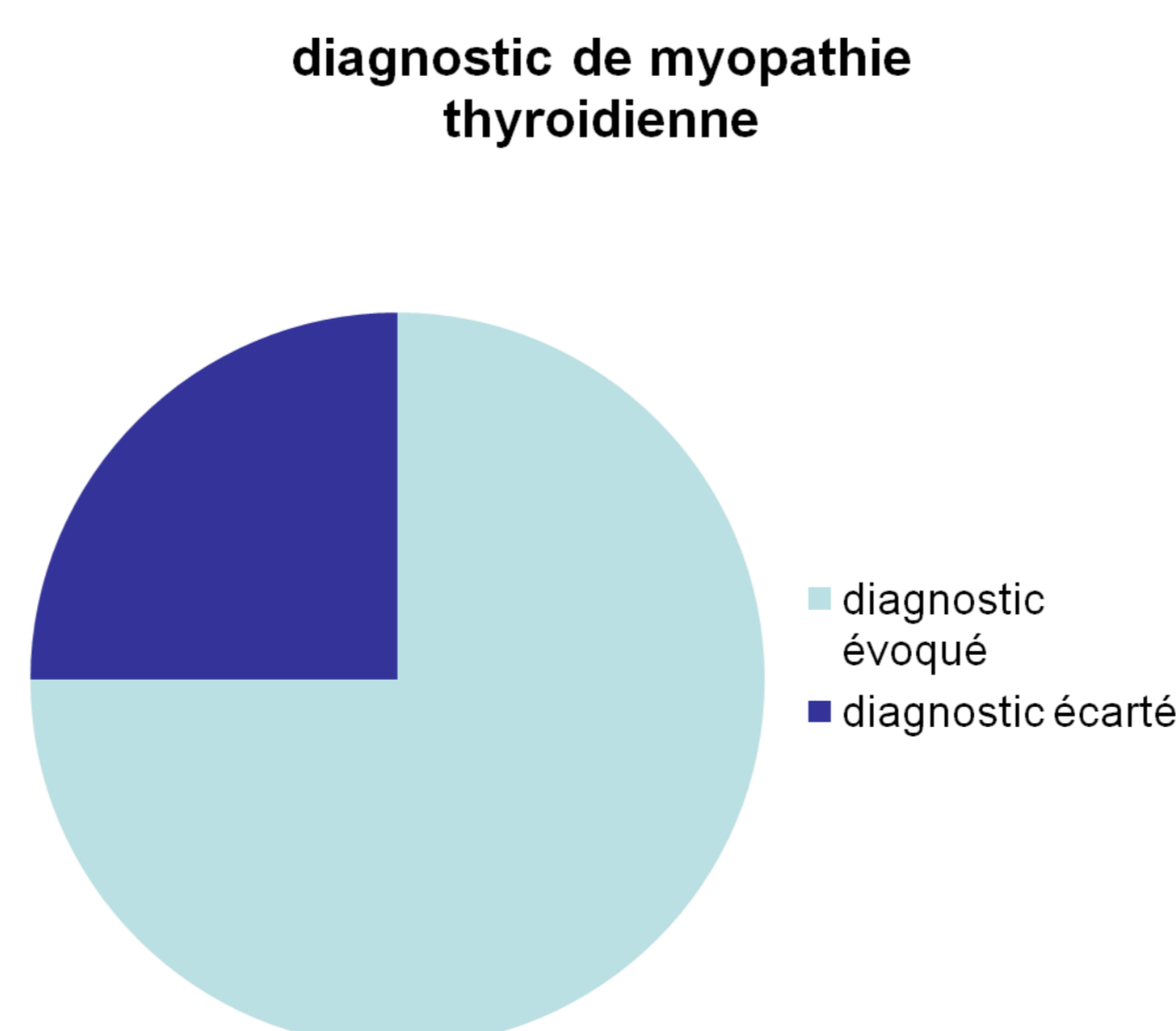
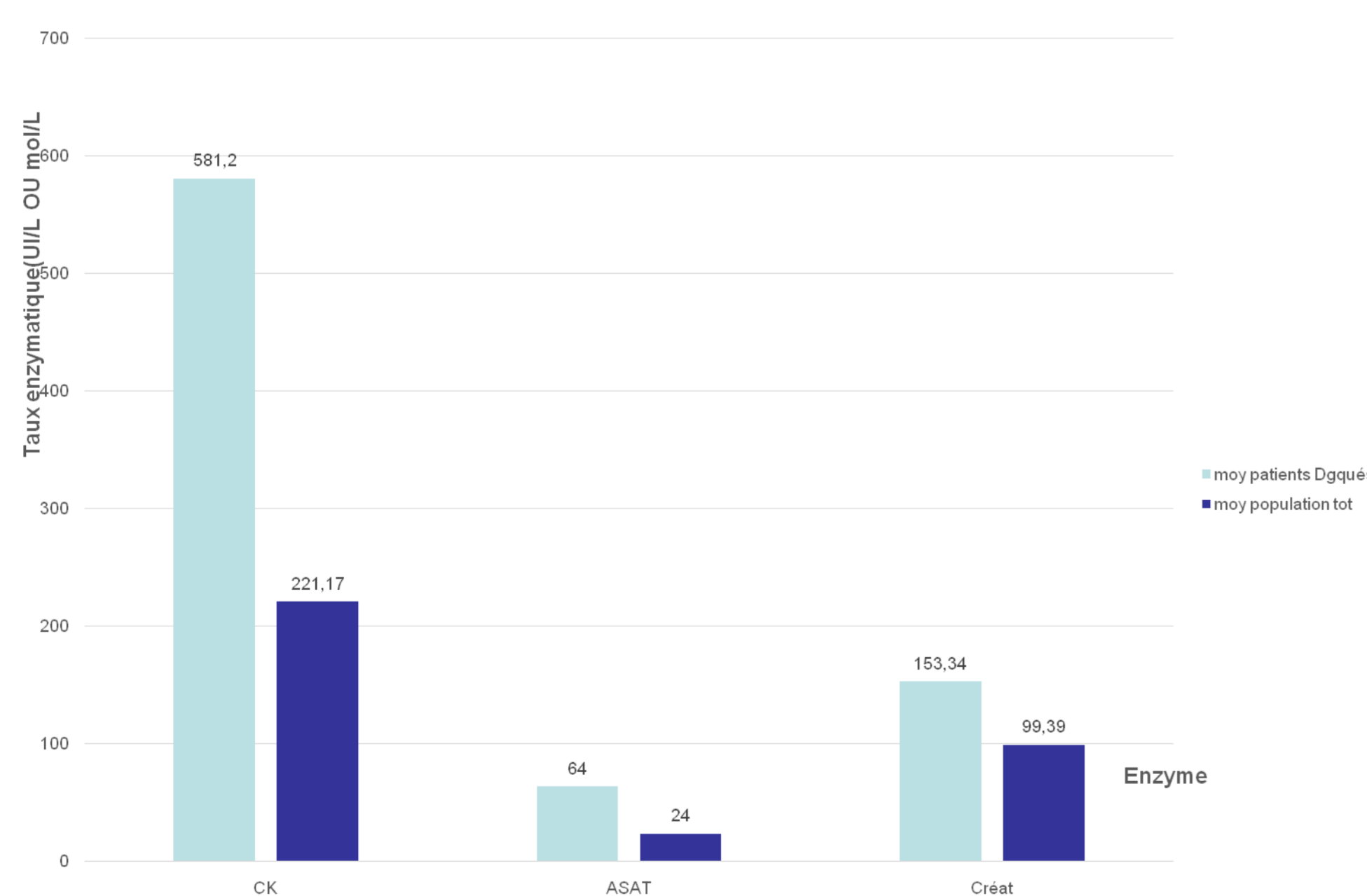
L'hypothyroïdie était secondaire à une thyroïdite de Hashimoto dans tous les cas (Anticorps antithyroperoxydase positifs).

Les valeurs moyennes de la CK, de l'aspartate aminotransférase (ASAT) et de la créatininémie étaient respectivement de 221,17 UI/L (22-796 UI/L), 23,94 mUI/L(8-83 UI/L) et 99,39 μ mol/L(44-232 μ mol/L). Les valeurs de l'urée plasmatique et de l'alanine aminotransférase étaient dans les limites des valeurs usuelles.

Age	Sexe	TSH	CPK	ASAT	ALAT	Urée	Créat
48	F	100	197	24	13	6,4	84
54	F	305	502	35	20	4,4	99
75	F	60	54				
69	M	14,94	76	17	10	8,2	122
50	M	100	90	10	18		108
63	F	42,78	22	12	24	15,8	68
71	F	175,75	546	45	21		75
51	F	154,6	717	83	92		69
88	M	19,07	83	8	16		
73	M	88,06	796	31	31	9,5	129,73
82	M	100		27	22	13,7	149
10,5	F	100					
29	M	90	99	11	15	5,8	59
29	F	13,99	31	29	23	3,7	44
77	F	55,77	63	9	15	15,3	232
61	F	47	45	9	5	8,6	77
78	F	22,63	26	17	21	9,8	134
31	F	327,55	68	18	13	5,2	79,6
73	F	98,13	345	22	16	9,9	61

Le diagnostic de myopathie thyroïdienne a été évoqué chez 25% des patients présentant des myalgies avec $TSH_m = 164,3$ mUI/L des indurations musculaires. Ces patients présentaient une hypothyroïdie profonde avec un taux moyen de TSH égal à 164,3 mUI/L(88-305 mUI/L) .

Parmi ces derniers, 25% ,10% et 20% avaient respectivement des taux élevés de CK(moyenne =581,2 UI/L (345-796 UI/L)) , d'ASAT (moyenne=64 UI/L (45-83 UI/L))et de la créatinémie(153,34 μ mol/L (122-232 μ mol/L))



Discussion

Le bon nombre de troubles musculaires qui peuvent être observés cliniquement dans le dysfonctionnement de la thyroïde contraste avec la pénurie de connaissances concernant les mécanismes d'action des hormones thyroïdiennes.

Les hormones thyroïdiennes augmentent simultanément la phosphorylation oxydative dans les mitochondries et l'activation du glycogène phosphorylase. Ils modifient les propriétés de la membrane cellulaire sans modifier notablement le cytoplasme (lumière et électron microscopiquement).

L'apparence et le nombre d'unités motrices dans chaque muscle dépend de l'imprégnation hormonale. Cependant, ces diverses actions ne révèlent pas si les récepteurs de l'hormone thyroïdienne sont dans le muscle ou si ils agissent par l'intermédiaire d'un facteur trophique neuronal.

La place des médicaments hypolipémiants reste discutés essentiellement pour les hypothyroïdies frustes avec un risque cardio-vasculaire élevé.

Conclusion

La myopathie thyroïdienne étant souvent cliniquement discrète, des examens complémentaires sont souvent nécessaires pour établir son diagnostic.