

# LES ANOMALIES HEMATOLOGIQUES DANS L'HYPOTHYROIDIE AEM HADDAM, D MESKINE Service endocrinologie BOLOGHINE ,Alger, Algerie

## INTRODUCTION

Différentes anomalies hématologiques sont rapportées dans l'hypothyroïdie; Elles résultent de l'effet des hormones thyroïdiennes sur l'hématopoèse

## OBJÉTIF

Rapporter la fréquence des anomalies hématologiques retrouvées dans l'hypothyroïdie

Population, méthodologie

150 patients avec hypothyroïdie non traitée ont bénéficié d'une exploration thyroïdienne (FT4, TSHus, AC antiTPO, échographie cervicale) et hématologique (NFS, TIBC, ferritinémie). Le bilan était complété en fonction des résultats. Les patients avec ATCDS de pathologies hématologiques ou ayant reçu des médicaments retentissant sur l'hématopoèse

## RÉSULTATS

70% des patients avaient des anomalies à type d'anémie 60%, de leucopénie 6% et de thrombocytopénie 4%. 1/3 ont une anémie microcytaire (28%). Les anémies normocytaires normochromes représentent 20%. 10% sont des anémies macrocytaires

Après 6 mois de traitement substitutif par LT4, 11% anémiques ont gardé leur trouble. Par contre, la leucopénie et la thrombopénie ont disparu totalement.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Les HT affectent l'hématopoïèse en agissant sur le nombre de GR et sur le métabolisme du fer et cela est réalisé par un double mécanisme :

- 1- Une action trophique directe médiée par des récepteurs érythroblastiques pour les HT.
- 2- Stimulation de la sécrétion d'EPO en réponse à une consommation accrue de l'oxygène par l'effet métabolique de ces hormones (Wajcman, 1992).

Les HT exercent de façon générale une action positive sur l'érythropoïèse, en favorisant la prolifération et la différenciation terminale des cellules (Coulon, 2010).

L'augmentation ou la diminution des hormones thyroïdiennes est susceptible d'augmenter ou de diminuer la cellularité de la moelle osseuse et le nombre de GR circulants

Dans l'hypothyroïdie, la réduction de l'érythropoïèse et la masse globulaire totale résultent d'une diminution de l'effet trophique direct des HT et de la diminution de la sécrétion de l'EPO qui se traduit principalement par une anémie de forme variée, qui peut avoir plusieurs étiologies (Wajcman, 1992) :

- L'anémie normocytaires normochromes : D'origines centrales liées à des troubles de l'érythropoïèse en absence de déficit en Fer, en B12 ou en folates.
- L'anémie macrocytaire : La plus fréquente au cours de l'hypothyroïdie, elle est liée soit à une anomalie lipidique membranaire, soit à une origine auto-immune entraînant un déficit en vitamine B12 et en folates.
- L'anémie microcytaire : En raison de troubles martiaux, pouvant être expliqués par les ménorragies qui caractérisent l'hypothyroïdie (Laboureau-Soares Barbosa et al., 2009). L'intensité de l'anémie est liée à l'ancienneté de l'hypothyroïdie. Le traitement substitutif de celle-ci la corrige lentement et progressivement en 03 à 06 mois (Wajcman, 1992).

La persistance des troubles hématologiques sont le fait de pathologie auto-immune associées