

HYPOTHYROIDIE INFRACLINIQUE REVELEE PAR UN COMPRESSION CUBITALE BILATRALE AU COUDE (à propos d'un cas)

L Rabehi, S Azzoug, F Chentli
Service Endocrinologie et Maladies métaboliques, CHU Beb El Oued, Alger

INTRODUCTION

.Le syndrome du nerf cubital ou ulnaire ou coude correspondant à la compression du nerf cubital au niveau du coude, dans sa gouttière épitrochléo-olécrânienne. Cette neuropathie périphérique représente après le canal carpien le 2^e syndrome canalaire le plus fréquent et pourtant souvent méconnu. Dans la majorité des cas, il est idiopathique. Les autres formes sont secondaires à toute gêne du coulissage du nerf dans sa gouttière. Son diagnostic souvent tardif est essentiellement clinique confirmé par EMG. Source d'inconfort et d'invalidité pour le patient, ce syndrome peut évoluer vers la perte de la fonction de la main nécessite un diagnostic précoce. Son traitement peut être conservateur ou fait appel à la chirurgie dont les résultats ne sont pas certains. Aucun des cas décrit dans la littérature n'a été imputé à l'hypothyroïdie comme cause, du moins pas dans sa forme infra-clinique. Le terme infra-clinique est impropre. Nous illustrons à travers cette observation l'originalité du mode révélateur et la morbidité de l'hypothyroïdie infra clinique, chez un jeune patient, on insistait sur l'intérêt du dépistage car le traitement substitutif permet l'amélioration clinique et évite une prise en charge lourde.

OBSERVATION

Patient âgé de 35 ans, cadre administratif. A consulté pour acropareshésies des deux membres supérieurs évoluant depuis 6 mois d'intensité croissante sans notion de traumatisme (paresthésies des pulpes des doigts, fourmillement et décharges électriques à point de départ le coude). Dans ses antécédents familiaux on retrouve une hypothyroïdie postopératoire chez le père pour goitre basodowii.

L'examen clinique retrouve : une surcharge pondérale BMI 29kg/m², TA normale. La palpation cervicale ne retrouve pas de goitre. Au niveau des deux membres supérieurs, il n'y avait pas de malformation apparente ni signes inflammatoires, les paresthésies siègent à la face dorsal et palmaires du 5 et 4^e doigt dans sa moitié externe associées à une hypoesthésie, le signe de Tunnel et la manœuvre cubitale d'hyper flexion étaient positifs. Au terme, le syndrome canalaire cubital a été classé stade I de Mac Gowan confirmé par EMG qui objective une atteinte sensitivo-motrice du nerf cubital au coude plus marquée à gauche.

L'enquête étiologique comportant radiographie des coudes, échographie et echo-doppler des membres supérieurs, bilan métabolique général et inflammatoire est revenue sans anomalies. Le bilan thyroïdien retrouve une hypothyroïdie infra clinique TSH : 6,79 u UI/ml (0,27-4,2), anticorps anti Tg positif 9218 UI/ml (10-115). L'échographie cervical un aspect de thyroïdite. L'indication opératoire a été posée par l'orthopédiste mais nous avons décidé de mettre le patient sous faible dose de lévothyrox LT4 : 50ug/j ayant permis la normalisation de la TSH et l'amélioration de la symptomatologie. L'évolution a été marquée par le passage à l'hypothyroïdie patente TSH : 51,81uUI/ml, FT4 8,59pmol avec reprise de la symptomatologie canalaire. Après réajustement thérapeutique sous LT4 :112,5ug, la réévaluation à 3mois, retrouve amélioration clinique et normalisation de l'EMG en regard d'une euthyroïdie biologique.

DISCUSSION

Le syndrome canalaire cubital scc est une neuropathie périphérique fréquente qui vient en 2^e position après le syndrome du canal carpien. Son incidence est estimée à 24,7 par 100000 dans la population générale. Il se traduit par des acropareshésies des deux membres supérieurs siégeant dans le territoire d'innervation cubital c'est à dire le 5^e et la moitié externe du 4^e doigt suivies d'une apparition progressive d'hypoesthésie, les troubles moteurs sont tardifs.

Son diagnostic est essentiellement clinique, il est classé en trois stades selon le degré du déficit sensitivomoteur. Il est confirmé par EMG du membre supérieur. Les autres explorations radiologie standard, scanner et IRM du coude permettent de s'assurer de l'intégrité anatomique du coude. Notre patient était classé stade I de Mac Gowan avec diminution de la vitesse de conduction nerveuse plus marquée à gauche à EMG.

Les causes du SCC sont variées. Microtraumatisme directe ou indirecte professionnel du coude (sportifs, menuisiers). Luxation récidivante du nerf cubital dans une gouttière malformée. Fractures du coude. Anomalie d'insertion musculaire. Compression par un kyste synovial ganglion ou éperon osseux. Cause inflammatoires (arthrite, arthrose, polyarthrite rhumatoïde). Cause métabolique tel le diabète sucré et la goutte. Endocrinopathie telle l'acromégalie. Cause générale, une étude avait montré l'augmentation du risque avec diminution du BMI chez la femme et augmentation de l'âge chez l'homme. Il reste idiopathique dans 30 à 50 % des cas. Notre patient était jeune et aucune de ces causes n'a été retrouvée.

Devant le caractère bilatéral et les antécédents familiaux l'exploration a été complétée par la réalisation d'un bilan hormonal qui retrouve une hypothyroïdie infra clinique en rapport avec une thyroïdite. Auto-immune

Les manifestations neurologiques sont habituelles dans l'hypothyroïdie patente et ancienne. Il s'agit généralement mais non exclusivement de neuropathie périphérique dont le plus commun est le syndrome du canal carpien qui peut être révélateur, habituellement bilatéral et plus fréquent chez la femme après 50ans. Les autres manifestations neurologiques centrales sont plus rares dominées par le syndrome cérébelleux.

Nous avons revu les cas de SCC rapportés dans la littérature en série limitée, aucun n'a été attribué à l'hypothyroïdie, le cas de notre jeune patient est un mode de révélation pas commun de l'hypothyroïdie infra clinique.

L'hypothyroïdie infra clinique est définie biologiquement par l'élévation du taux de la TSH en regard d'une hormonémie périphérique (FT3/FT4) normale. Sa prévalence est estimée à 1- 10%. Elle dépend du seuil de la TSH retenue. Elle est plus fréquente chez femme et augmente avec l'âge, Pour une TSH à 4 m UI/l elle touche 10,8% des femmes de plus de 55ans. Pour une TSH> 6 m UI/l touche 7,5 % des femmes et 2,8 des hommes. Au-delà de 75ans elle est retrouvée chez 21% des femmes et 16% des hommes. Ceci peut suggérer l'absence d'intérêt de dépistage avant 50ans et pourtant notre patient est jeune.

L'hypothyroïdie infra clinique relève des mêmes étiologies que l'hypothyroïdie patente. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une thyroïdite chronique de Hashimoto. Les anticorps anti TPO sont retrouvés dans plus de la moitié des cas. Le goitre est deux fois plus fréquent que la population générale. Notre patient en plus des antécédents familiaux, avait une thyroïdite auto-immune avec AC antiTg positif sans goitre.

Le passage de l'hypothyroïdie infra clinique à l'hypothyroïdie patente est proportionnel au titre des anticorps antithyroïdien et la valeur de la TSH. Ce passage estimé à 5-10% par an est souvent lent. Chez notre patient le passage à l'hypothyroïdie patente était rapide au bout de trois mois.

L'hypothyroïdie infra clinique est souvent de découverte fortuite ou à l'occasion d'un bilan pratiqué devant des symptômes non spécifiques: hypercholestérolémie, crampes et paresthésies, fatigue, constipation, prise de poids, infertilité et trouble du cycle. Le syndrome canalaire carpien a été décrit surtout dans les formes patentes. Notre patient n'avait aucun de ces symptômes, le bilan thyroïdien a été motivé surtout par les antécédents familiaux, ce qui souligne l'importance de l'histoire familiale.

L'expression de l'hypothyroïdie infra clinique dépend d'un certain degré de la susceptibilité individuelle et du train notamment l'âge. Fruste elle ne demeure pas moins sans complications, en effet elle est responsable de perturbation du bilan lipidique, altération des performances cardiovasculaires, troubles cognitifs, troubles neuromusculaires et altérations des paramètres EMG comme le cas de notre patient. Tous ces troubles sont réversibles ou améliorables sous hormonothérapie. Chez notre patient l'implication de l'hypothyroïdie été retenue devant l'aggravation de la symptomatologie lors de passage à l'hypothyroïdie patente en parallèle à l'élévation de la TSH et l'amélioration clinique-électrique sous lévothyrox. Cette évolution favorable a permis d'éviter au patient la chirurgie.

CONCLUSION

L'hypothyroïdie infra clinique est une pathologie fréquente qui peut se traduire par des plaintes somatiques diverses et parfois inhabituelles. Le Syndrome du canal cubital au coude du sujet jeune en est l'exemple et peut être révélateur. Elle doit être recherchée devant le caractère bilatéral non habituel de certains tableaux pathologiques pour lesquels l'enquête étiologique habituelle est revenue négative, surtout devant une histoire personnelle ou familiale de dysauto-immunité notamment thyroïdienne. Son TRT permet de rétablir les désordres cliniques et d'éviter parfois une prise en charge lourde.

References bibliographiques

1-Fimés Y, Chammas M, Roux JL. Syndromes canalaire et des défilés. Encycl Méd Chir. Appareil locomoteur, 15-005-A-10.

2-Raluca Pais1, Daniela Fodor1, Teodor Fisher, Bilateral cubital tunnel syndrome: Case report with review of the literature. Medical ultrasonography; Vol 11(2);P 31-36.