



Les urgences thyroïdiennes : à propos de 4 cas

A Chafik, G El Mghari ,N El Ansari

Service d'Endocrinologie Diabétologie et des Maladies métaboliques, CHU Mohamed VI, Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad. Marrakech. Maroc



INTRODUCTION

- La crise aiguë thyrotoxique (CAT) est définie comme une exacerbation brutale des signes de thyrotoxicose.
- C'est une complication grave des hyperthyroïdies
- peut mettre en jeu le pronostic vital
- le pronostic dépend de la rapidité de prise en charge et du degré de la défaillance multi-viscérale qui en découle.
- Urgence diagnostique et thérapeutique qui se fait de plus en plus rare.

MATERIEL ET METHODES:

- Étude transversale
- Service d'endocrinologie diabétologie CHU Mohammed VI de Marrakech. Maroc
- Les cas de crise aiguë thyrotoxique colligés au service

RESULTATS:

- Il s'agit de quatre cas de CAT
- Toutes les patientes étaient de sexe féminin
- Les éléments cliniques et para-cliniques sont résumés dans le tableau 1
- la prise en charge a consisté en :
 - mise en condition
 - et les antithyroïdiens de synthèse à forte dose 100mg/j
 - mesures adjuvantes: réhydratation , héparinothérapie, bêtabloquants
 - et traitement du facteur déclenchant

Evolution et aspects pronostic de ces cas de CAT :

- Ils différaient d'une patiente à l'autre:
- Dans le premier cas la facilité relative du diagnostic devant l'association acidocétose diabétique inaugurale du diabète de type 1 avec le tableau d'une maladie de Basedow a permis une prise en charge rapide avant l'installation des défaillances multi-viscérales et donc une bonne évolution.
- Chez la deuxième patiente le pronostic était cardiovasculaire vu l'installation de trouble du rythme cardiaque aggravé par la sévérité du facteur déclenchant: l'infection pulmonaire. On note une bonne évolution après une prise en charge prolongée.
- Dans le troisième cas l'absence d'antécédent de thyroopathie et de goitre avait retardé le diagnostic avec installation rapide d'une défaillance multi systémique(cardiaque, hépatique) aboutissant malheureusement au décès de la patiente en milieu de réanimation où elle a été admise pour troubles de conscience.
- Enfin la survenue de la crise au cours de l'hospitalisation a permis un bon essor chez la quatrième patiente, malgré la survenue de l'insuffisance cardiaque aiguë

COMMENTAIRE

- La CAT est une urgence thyroïdienne grave devenue rare
- Malgré une prise en charge adéquate, elle reste greffée d'une mortalité pouvant aller jusqu'à 30% selon la littérature.
- Dans notre série ce taux était de 25%.
- Nous retenons de ces cas cliniques que le pronostic des CAT dépendait surtout du délai diagnostique conditionné par le contexte clinique, la rapidité du traitement et de la défaillance systémique associée .
- C'est « la grande simulatrice » qu'il faudrait évoquer au moindre doute afin de garantir un meilleur pronostic.

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4
âge	20 ans	50 ans	52 ans	56 ans
antécédents	RAS Pas de diabète connu	goitre nodulaire depuis 15 ans	Diabétique depuis 10 ans	•Diabétique et hypertendue •Tabagique chronique
Circonstance de découverte	•troubles de conscience • tableau polymorphe: vomissement, tremblement intense, palpitations, fièvre et amaigrissement important	•Agitation, •diarrhées et vomissement • signes respiratoires • fièvre et AEG	Cétose diabétique avec vomissement persistant	Survenue brutale au cours d'une hospitalisation pour bilan d'amaigrissement
Tableau clinique	- IMC à 16 Kg/m ² -Fc=130 bpm - T° 39°c -acidocétose diabétique - exophtalmie -goitre modéré homogène avec thrill vasculaire	-Déshydratation -polypnée -Fc=126 bpm, -goitre volumineux battant	-Déshydratation -T° 38,5 -Tachycarde -Syndrome confusionnel - thyroïde non palpable	-IMC=16 Kg/m ² -Fc= 180 bpm -Insuffisance cardiaque gauche -Tremblement des extrémités -thyroïde palpable hétérogène
Para-clinique	•TSH < 0,05µUI/ml • T4 à 35,68 pmol/l • Glycémie à 4g/l acidocétose diabétique • échographie cervicale :goitre homogène, hypo-échogène •ECG: tachycardie sinusale • ETT normale	-T4 à 39mUI/L -ECG : ACFA -ETT normale -échographie: goitre multi-hétéro-nodulaire -Rx thorax: foyer pulmonaire	-TSH: 0,01 µUI/ml -T4 à 40 pmol/l -ECG tachycardie sinusale 140 bpm -ETT ininterprétable devant la tachycardie importante	-échographie cervicale: thyroïde hyper-vascularisée + nodules -TSH:0,038 µUI/ml -T3:16pg/ml (2,50- 3,90) -ECG tachycardie -ETT sans anomalie

Tableau 1: aspects cliniques et para-cliniques des CAT