

Une rhabdomyolyse sévère révélant une hypothyroïdie périphérique

R. Amri^a (Mme), H. Sahli^a (Mme), I. Ben Ahmed^a (Mme), H. Tounsi^{*a} (Mme), B. Ben Amrou^a (Mme), R. Jazi^b (M.)

^a SERVICE DE MEDECINE INTERNE, HÔPITAL MOHAMED TAHER MAAMOURI, Nabeul, TUNISIE ; ^b SERVICE DE DIALYSE, HÔPITAL MOHAMED TAHER MAAMOURI, Nabeul, TUNISIE

INTRODUCTION :

Les manifestations musculaires sont habituelles au cours de l'hypothyroïdie, mais la myopathie se limite le plus souvent à des signes cliniques discrets accompagnés d'une simple élévation des enzymes musculaires. Par contre, la rhabdomyolyse sur hypothyroïdie; décrite pour la première fois en 1979; est un diagnostic rare à notre connaissance(1). Ce syndrome touche principalement l'homme, surtout entre 20 et 60 ans avec une incidence particulière chez les individus d'origine japonaise (2).

Nous rapportons un cas de rhabdomyolyse sévère associé à une insuffisance rénale et une altération de l'état général secondaire à une hypothyroïdie.

OBSERVATION :

Patient âgé de 63 ans, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisé pour myalgies, asthénie, anorexie et constipation, Évoluant depuis trois mois.

L'examen clinique notait un patient asthénique, bradycarde à 60 b/ min, présentant un l'examen de la loge cervicale n'a pas révélé de goitre. Le bilan biologique retrouvait une créatinine phosphokinase à 3661 UI/l, une lactate déshydrogénase à 957 UI/l, des ASAT à 258 UI/l et ALAT à 127 UI/l, et une insuffisance rénale fonctionnelle minime. L'électrophorèse des protéines, l'ionogramme sanguin, l'acide urique, le bilan phosphocalcique, et la protéinurie de 24 heures étaient normaux. La biopsie musculaire montrait un tissu musculaire strié de morphologie normale. L'échographie cardiaque transthoracique et la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne montrait une péricardite de moyenne abondance. Le bilan étiologique de la rhabdomyolyse a éliminé : les causes infectieuses, toxiques et iatrogènes, une myopathie d'effort, une myopathie héréditaire, une myosite auto-immune. Parmi les causes métaboliques, une hypothyroïdie était suspectée devant le myxœdème généralisé, la mimique réduite, les lèvres inférieures éversées, la bradycardie, le microvoltage électrique cardiaque, et l'épanchement péricardique. Et le diagnostic était confirmé devant une TSHus à 100 UI/l et une FT4 à 0,69 pmol/l.

Le traitement substitutif hormonal a permis la normalisation du bilan musculaire, rénal et hépatique et la régression des signes musculaires.(fig1)

DISCUSSION :

La rhabdomyolyse secondaire à l'hypothyroïdie est un phénomène rare. Il s'agit d'une myonécrose aiguë qui se manifeste par une élévation sérique des enzymes de la lyse musculaire. Pour la plupart des auteurs, il existe un facteur favorisant cette rhabdomyolyse. Le plus souvent, l'exercice musculaire ou un traitement hypolipémiant semble précipiter ce phénomène; Cependant, dans de très rares cas, aucun facteur précipitant n'a pu être mis en évidence (1).comme c'était le cas de notre patient, nous n'avons trouver aucun facteur favorisant. Dans la littérature, l'électromyographie (EMG) ainsi que la biopsie musculaire ont été pratiqués dans quelques cas. L'examen anatomopathologique était pour la plupart normal, comme le cas de notre patient, ou montrant parfois quelques anomalies légères et non spécifiques (3, 4). Alors que l'EMG montrait une atteinte myogène, neurogène ou mixte (5). La myolyse dans l'hypothyroïdie serait secondaire à des modifications des fibres musculaires avec transformation des fibres rapides de type II en fibres lentes de type I, de dépôts de glycosaminoglycans et d'accumulation de lipides (1, 6). Mais la physiopathologie de l'augmentation de la créatine kinase sérique reste incertaine

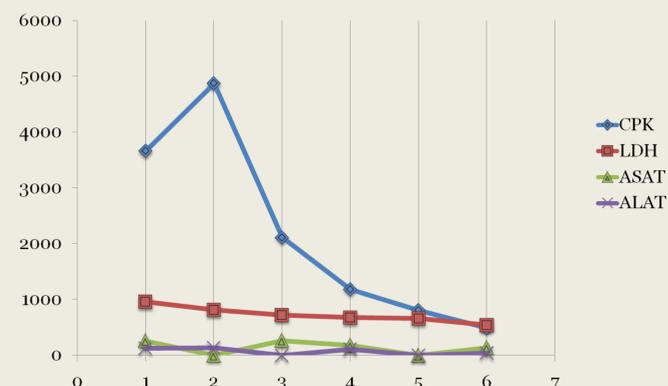


Fig 1 : évolution des enzymes musculaires avant et après traitement.

CONCLUSION :

Une rhabdomyolyse massive secondaire à une hypothyroïdie est un phénomène exceptionnel.

Le tableau clinique est fait de myonécrose aiguë (myalgies, faiblesse musculaire, crampes,...) associés aux symptômes de l'hypothyroïdie qu'il faut rechercher.

Références :

1. Kisakol G, Tunc R, Kaya A.— Rhabdomyolysis in a patient with hypothyroidism. Endocrine journal, 2003, 50 , 221-223
2. Robbins.— Anatomie Pathologique. 3ème édition française. Padoue, Italie, Piccin. 2000, 1537-1538
3. Mastaglia FL, Laing NG.— Investigation of muscle disease. J Neurol Neurosurg Psy, 1996, 60, 256-274.
4. Weber JC, Dufour P, Maloïsel F, et al.— Myopathie thyroïdienne hypertrophique après irradiation en mantelet pour une maladie de Hodgkin. Une observation. RevMed Interne, 1991, 12, 205-208.
5. Cruz MW, Tendrich M, Vaisman M, et al.— Electroneuromyography and muscular findings in 16 primary hypothyroidism patients. Arq neuropsiquiatri, 1996, 54, 12-18.
6. Lochmüller H, Reimers CD, Fischer P, et al.— Exerciseinduced myalgia in hypothyroidism. Clinical investigator, 1993, 71, 999-1001.