Rôle de la surcharge en fer post transfusionnelle dans la survenue de l'hypothyroïdie chez les patients porteurs d'hémoglobinopathie

N Guirat , R Kouki , M Ouederni , M Ben Khaled , F Mellouli , M Bejaoui.
Service d'immuno-hématologie pédiatrique. Centre national de greffe de moelle osseuse de Tunis. Tunisie.

INTRODUCTION

L'hypothyroïdie est l'une des endocrinopathies les plus fréquentes au cours de la béta-thalassémie majeure (béta-TM). Sa prévalence est estimée entre 6 et 30%. L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs de risque de sa survenue.

METHODES

Il s'agit d'une étude prospective enrôlant deux groupes de patients porteurs d'hémoglobinopathie : un groupe porteur de béta-TM polytransfusés (28 patients) et un autre suivi pour syndrome drépanocytaire majeur (30 patients). Pour chaque patient étaient identifiés des paramètres démographiques et hématologiques (nombre total de transfusions, taux d'hémoglobine et de ferritinémie moyens). La fonction thyroïdienne était évaluée par la mesure des taux circulants de thyroxine totale (FT4) et de l'hormone thyréostimulante hypophysaire (TSH) complétée par les dosages des anticorps antithyroïdiens (AAT),cholestérol et triglycérides. Une hypothyroïdie fruste (HF) est définie par une TSH isolément augmentée et supérieure à 5 mUI/L avec un taux de FT4 normal. Une $IRMT_2$* hépatique et cardiaque est réalisée de façon systématique au-delà de l'âge 10 ans pour les patients porteurs de béta-TM et une ostéodensitométrie après l'âge de 5 ans. Une chélation combinée est indiquée en cas d'hypothyroïdie.

RESULTATS

Aucun parmi les patients suivis pour syndrome drépanocytaire majeur n'avait présenté une hypothyroïdie. Une hypothyroïdie était retrouvée chez six patients porteurs de béta-TM polytransfusés, à un âge moyen de 17±3,14 ans. Il s'agit d'une hypothyroïdie fruste dans tous les cas avec un taux moyen de TSH de 5,97 ±1,31 m UI/L. Les AAT étaient négatifs dans tous les cas. Une seule patiente avait bénéficié d'un traitement hormonal substitutif par lévothyroxine**.**

Tableau 1: Facteurs influençant la survenue d' hypothyroïdie

Paramètres étudiés	**P**
Nombre total de transfusions	**0,02**
Taux d'hémoglobine (Hb) moyen (g/dl)	**NS**
Hb post transfusionnelle (g/dl)	**NS**
Consommation sanguine (ml/kg/an)	**0,03**
Ferritinémie moyenne (ng/ml)	**0,00**

Dans les autres cas le traitement chélateur combiné avait permis la normalisation du bilan thyroïdien. Les facteurs qui influencent la survenue de l'hypothyroïdie sont résumés dans le Tableau 1. Une endocrinopathie associée était retrouvée dans tous les cas (Figure1) .

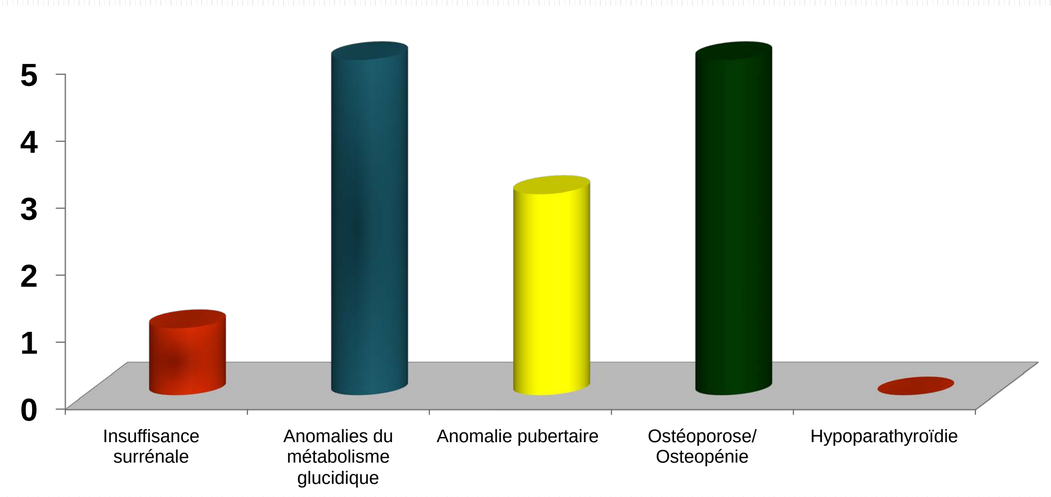

Figure 1: Endocrinopathie associée

COMMENTAIRES

La thérapie transfusionnelle fait partie de la prise en charge de la béta-TM. Cependant en l'absence de chélation adaptée, le risque de surcharge martiale est majeur notamment au niveau des glandes endocrines. La glande thyroïde est l'un des organes cibles de cette surcharge et se manifeste essentiellement au-delà de la 1ère décennie. Il s'agit essentiellement d'une HF d'où l'intérêt des dosages systématiques des hormones thyroïdiennes .La prévalence relativement basse retrouvée dans notre série pourrait être expliquée par le jeune âge de la majorité de nos patients . La prise en charge initiale passe par le renforcement du traitement chélateur par une chélation combinée . Le recours au traitement hormonal substitutif n'est indiqué qu'en cas d'hypothyroïdie avérée ou HF avec TSH > 10 mUI/l plus ou moins associée à une hypercholestérolémie ou une élévation des anticorps antithyroïdiens. Le traitement repose sur la lévothyroxine. .

CONCLUSIONS

L'hémochromatose secondaire post transfusionnelle représente une cause méconnue de survenue d'hypothyroïdie chez les patients porteurs de béta-TM. On insiste sur l'intérêt de combiner les agents chélateurs de fer en cas d'hypothyroïdie fruste.

Conflits d'intérêt: Aucun.