

Hyperthyroïdie à l'amiodarone réfractaire au traitement médical chez un patient de 31 ans atteint d'une cardiopathie congénitale avec ventricule unique.

AF. Herrou¹, A. Radu¹, S. Czernichow¹

¹ Service de nutrition, UF Endocrinologie-Diabétologie, HEGP, Paris

Introduction :

L'hyperthyroïdie à l'amiodarone est une pathologie potentiellement grave, en raison des troubles du rythme qu'elle peut engendrer, en particulier en cas de cardiopathie sous-jacente.

Cas clinique :

Le cas présenté est un patient de 31 ans atteint d'une cardiopathie congénitale de type ventricule unique. L'amiodarone a été introduite au décours de plusieurs épisodes d'arythmie supra-ventriculaire, très mal tolérés sur le plan clinique.

Un premier épisode d'hyperthyroïdie à l'amiodarone de type 2 est rapporté en 2014, traité initialement par fortes doses de benzylthiouracile, traitement maintenu à la dose de 25 mg x 2 par jour jusqu'à récemment. L'amiodarone a été arrêtée puis réintroduite à plusieurs reprises, en raison des récurrences d'arythmie.

L'hyperthyroïdie récidive en janvier 2018 (TSH effondrée, T4L à 5.5xN).

Le médecin traitant augmente les doses de benzylthiouracile à 150 mg par jour, et une thyroïdectomie est programmée en semi-urgence.

Le patient est hospitalisé 48H avant la chirurgie, et le bilan préopératoire retrouve une TSH effondrée et une T4L indosable. Après concertation multidisciplinaire, il est décidé de repousser l'intervention chirurgicale de quelques jours. Malgré l'introduction de 600 mg propylthiouracile et corticoïdes à 0.5 mg/kg, la T4 libre reste au-dessus de la limite du dosage du laboratoire. Deux séances de plasmaphérèse sont réalisées permettant d'obtenir une T4 à 4,5N.

La chirurgie est réalisée le 12 mars 2018.

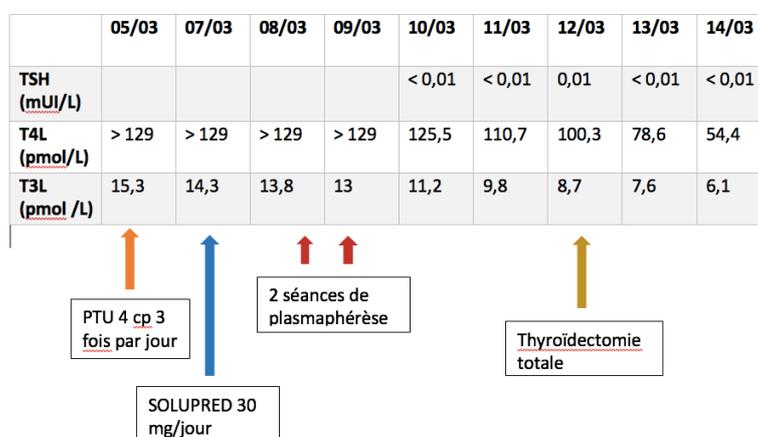
Sur le plan étiologique, l'échographie thyroïdienne pré-opératoire retrouve un petit goître (21 mL), sans nodule visualisé et sans hyperhémie au doppler couleur.

L'aspect per-opératoire est celui d'une thyroïde d'aspect violacé et globalement indurée.

L'examen anatomopathologique retrouve une thyroïdite lymphocytaire marquée avec des lésions de colloïdophagie, soit un résultat en faveur d'une thyroïdite sous-jacente.

Les TRAK et la scintigraphie thyroïdienne n'ont pas été réalisés en pré-opératoire.

Les suites opératoires ont été simples avec une amélioration clinique très rapide.



Discussion :

La balance bénéfique risque entre la mauvaise tolérance de l'arythmie chez ce patient cardiopathe et les risques de la thyroïdectomie totale ont fait prendre la décision de réaliser l'intervention chirurgicale malgré le risque anesthésique et une hyperthyroïdie non contrôlée par tous les moyens connus actuellement.

