



Cardiomyopathie dilatée : une complication rare de l'hypocalcémie. à propos de deux cas

Naima BOUZNAD(1), Ghizlane EL MGHARI(1), Nawal EL ANSARI(1), Mustapha EL HATTAOUI(2)

(1) Service d'Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques. Laboratoire PCIM. FMPM.CHU Mohamed VI. Marrakech,
(2) Service de Cardiologie.CHU Mohamed VI. Marrakech



Introduction:

La cardiomyopathie dilatée (CMD) est une complication grave et rare de l'hypocalcémie chronique méconnue, dont les étiologies sont multiples et dominées par l'hypoparathyroïdie. La particularité de cette entité de CMD revient au fait qu'elle est réversible à des degrés différents après la correction de l'hypocalcémie, cette réversibilité dépend de la précocité et de l'efficacité de sa prise en charge. L'incidence de cette complication est rare du fait de la prise en charge précoce de toute hypocalcémie. Nous rapportons deux cas d'hypoparathyroïdie post-chirurgicale compliquées de CMD.

Observation 1:

- D.M âgée de 56 ans, ayant comme antécédent une thyroïdectomie il y a 14 ans.
- **Motif de consultation:** crises convulsives généralisées d'installation brutale dans un contexte d'apyrexie.
- **L'examen clinique :** une hypotension artérielle à 90/60 mmHg, un souffle diastolique coté 4/6 au foyer mitral, un signe de Chvostek, de Trousseau positifs et à l'examen ophtalmologique une cataracte bilatérale.
- Un scanner cérébral a été réalisé en urgence montrait des calcifications des noyaux gris centraux évoquant un syndrome de Fahr.
- L'électrocardiogramme (ECG) inscrivait un rythme régulier et sinusal.
- La radiographie pulmonaire visualisait une cardiomégalie.
- L'échocardiographie transthoracique (ETT) montrait une cardiomyopathie dilatée prédominante sur les cavités gauches associée à une hypokinésie globale avec une dysfonction systolique, la fraction d'éjection était de 39 %.
- **Au bilan biologique:** calcémie à 40 mg/L, phosphorémie à 98mg/L, et le dosage de la parathormone intact (PTH-I) était bas à 8 pg/ml
- L'évolution a été marquée par l'amélioration de la fonction cardiaque à ETT et une fraction d'éjection systolique passée à 60 %.

Observation 2:

- Patiente de 29 ans, ayant comme antécédent une thyroïdectomie totale il y a 10 ans.
- **Motif de consultation :** des crises de tétanie d'installation brutale précédées par des fourmillements, des crampes musculaires et des paresthésies survenant d'une façon intermittentes et paroxystique depuis 5 ans. Ainsi c'est une patiente qui n'était pas connue porteuse d'hypoparathyroïdie.
- **L'examen clinique :** objectivait des crises de tétanie avec des crampes musculaires diffuses, un signe de Chvostek positif, la pression artérielle était à 90/60 mmHg, l'auscultation cardiaque trouvait un souffle systolique 3/6 en regard de l'apex.
- La radiographie du thorax montrait une cardiomégalie.
- ECG montrait une tachycardie sinusale, des ondes T négatives et un intervalle QT allongé.
- L'ETT objectivait une CMD, une hypokinésie globale et une fraction d'éjection à 28 %.
- **Au bilan biologique :** une hypocalcémie à 32 mg/l, le PTH-I était bas à 10,50 pg/ml.
- L'évolution sous traitement a été marqué par l'amélioration des paramètres clinique avec une amélioration partielle de la fonction cardiaque à ETT et une fraction d'éjection systolique passée à 42%.

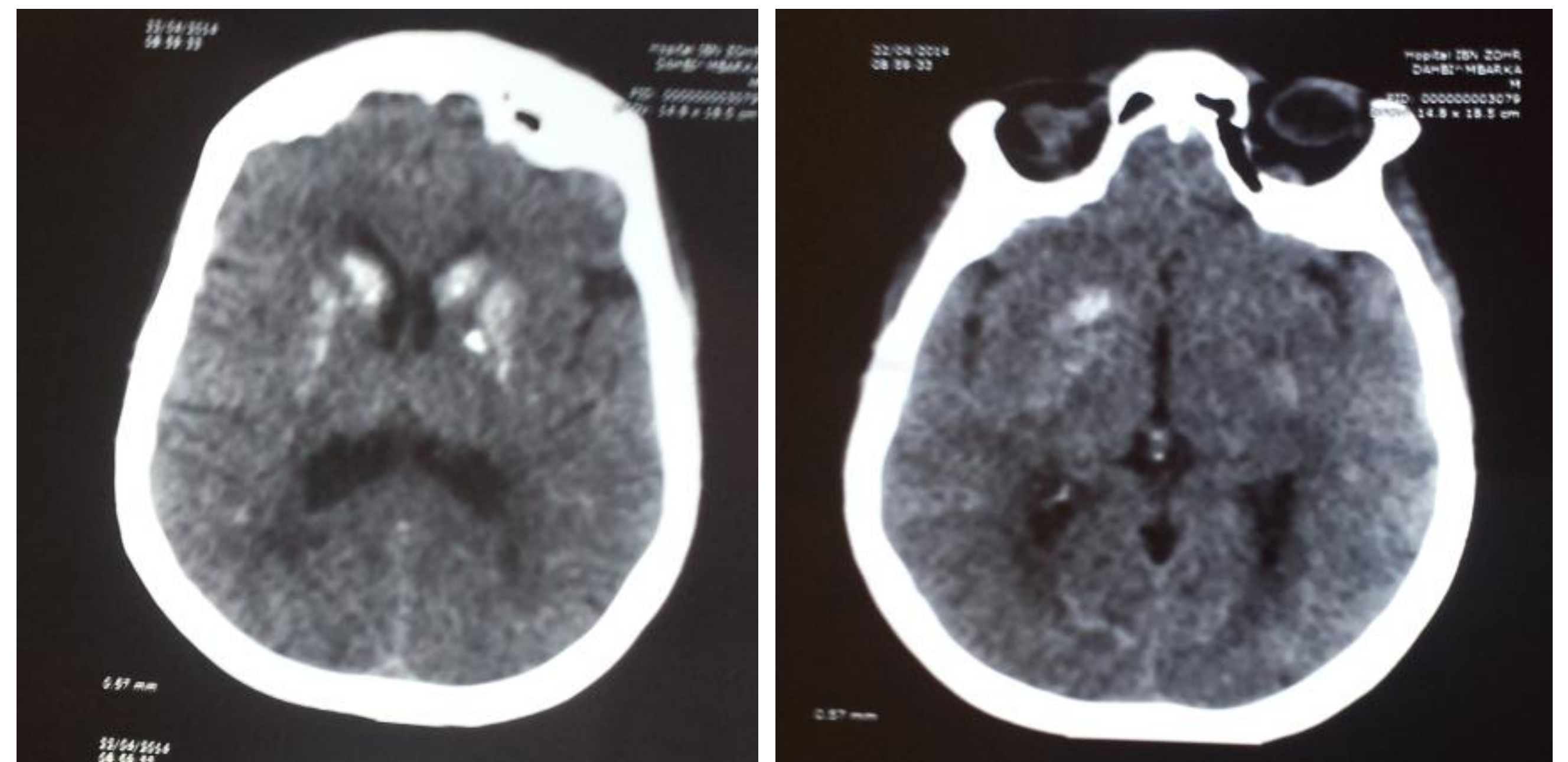


Figure 1 : Calcification des noyaux gris centraux en rapport avec le syndrome de Fahr

Commentaire:

- Les manifestations cardiaques liées à l'hypocalcémie chronique, sont rencontrées chez des patients dont l'hypocalcémie est profonde.
- le calcium qui est un médiateur central de l'activation électrique et des échanges ioniques, de ce fait, l'hypocalcémie entraîne une diminution de la force contractile du myocarde. Elle se manifeste principalement par l'hypotension artérielle, les troubles du rythme divers principalement la bradycardie, la fibrillation ventriculaire, l'allongement de l'intervalle QT sur l'ECG associé à des modifications non spécifiques du segment ST et de l'onde T (comme c'est le cas chez la 2ème patiente) ou une insuffisance cardiaque
- L'incidence de l'insuffisance cardiaque secondaire à la cardiomyopathie dilatée hypocalcémique est très rare dans la pratique clinique.
- Dans les deux observations, l'hypocalcémie est découverte au stade de l'insuffisance cardiaque compliquant une CMD évoluée à bas bruit.
- Le traitement à ce stade est réfractaire aux agents pharmacologiques inotropes seuls et réversible à la correction de l'hypocalcémie par des apports calciques et par le métabolite actif de la vitamine D.
- la particularité de l'insuffisance cardiaque d'origine hypocalcémique est la récupération souvent complète de la fonction myocardique après correction de l'hypocalcémie comme c'est le cas chez nos deux patientes.

Conclusion:

- La cardiomyopathie dilatée hypokinétique est une complication rare mais grave de l'hypocalcémie, qui relève l'importance d'une surveillance du bilan phosphocalcique de façon systématique après une chirurgie thyroïdienne, et la prescription d'une substitution vitaminocalcique si besoin.
- Sa prise en charge repose sur la substitution en calcium et en vitamine D active, avec une surveillance cardiologique étroite.
- Son évolution est marquée par la régression plus ou moins complète de l'insuffisance cardiaque.

Bibliographie:

- 1- **Une cardiomyopathie dilatée réversible.** FA. Miftah, J. Kheyi, H. Bouzelmat, A. Chaib. Press Med, 2013 ;42 :1292-94
- 2- **Crises épileptiques révélant des anomalies du métabolisme phosphocalcique.** F. Hmami . Revue neurologique xxx(2014)xxx – xxx
- 3- **A case of hypocalcemia induced dilated Cardiomyopathy.** JK. Sung et al. J Cardiovasc Ultrasound 2010;18(1):25-27