

HYPOTHYROIDIE PROFONDE REVELEE PAR UNE INSUFFISANCE RENALE :

2 nouvelles observations

ORY J .P°- BEMMERZOUK A.°°- BARBAT S.°- MOHN A.° - FAURE C.°- MESSICA O.°

° Médecine Interne

°° Néphrologie

I INTRODUCTION

- Les circonstances clinico-biologiques amenant au diagnostic d'hypothyroïdie sont extrêmement variées, extrêmement variables.

- Les deux observations rapportées rappellent que l'expression clinique d'une hypothyroïdie, même profonde, peut être très discrète.

- Dans le cadre de bilans systématiques, la découverte d'une élévation du taux de créatinine doit amener à contrôler la qualité de la fonction thyroïdienne.

II OBSERVATIONS

1ère observation :

Mr B., né le 31 décembre 1979, est adressé devant la découverte d'une insuffisance rénale (créatininémie à 150 $\mu\text{mol/l}$) dans un contexte asthénique très sévère.

La première consultation est effectuée le 9 novembre 2010, en Unité de Néphrologie.

Il est alors découvert une rhabdomyolyse avec un probable caractère chronique et le taux de CPK est 2600 unités. Il faut signaler que le jeune patient avait été préalablement dépisté comme présentant une dyslipidémie avec un cholestérol à 4,80 g, un LDL à 3.76 g et des triglycérides à 2,27 g. Ceci avait amené à la prescription d'une statine.

Celle-ci d'ailleurs ne sera consommée que pendant 2 mois 1/2, suivant ce que le patient rapportera.

Quoi qu'il en soit, l'identification d'une hypothyroïdie sévère avec une TSH à 173 mUI/l et une T4 intitrable a amené au transfert en Médecine Interne.

Outre la dyslipidémie pré-citée et l'hypothyroïdie profonde, le patient présente un franc surpoids, avec un BMI à 30. Il n'y a pas d'hypertension associée, la tension étant mesurée à 127/83 avec une fréquence spontanée à 67, sans irrégularité. Il n'existe pas de protéinurie associée et la microalbuminurie a été mesurée à 11 mg/24 h. Il n'y a pas de diabète. Il existe une rhabdomyolyse à caractère chronique avec un taux de CPK mesuré à presque 3000. L'auto-immunité antithyroïdienne est diffuse avec un taux d'anticorps anti-

thyroglobuline supérieur à 4000, des anticorps anti TPO supérieurs à 600, mais aussi présence surprenante d'anticorps anti-récepteur de la TSH à 81.4.

L'échographie thyroïdienne va revenir étonnement normale, avec un lobe droit mesurant 20 mm x 23 mm x 30 mm et un lobe gauche mesurant 22 mm x 19 mm x 31 mm. Aucune image nodulaire. Vascularisation de la glande classée normale. Aucune calcification. Aucune adénopathie.

L'opothérapie de correction est introduite de manière progressive.

A 3 mois, l'équilibre est obtenu avec 125 µg de LEVOTHYROX®.

La fonction rénale est redevenue strictement normale avec une clairance estimée à 134 ml/min et une créatininémie à 100 µmol/l. La rhabdomyolyse a disparu.

2ème observation :

Mr R., né le 2 mai 1957 a été hospitalisé en février 2013, devant la découverte d'une créatininémie à 161 µmol/l chez un patient par ailleurs, antérieurement traité pour hypertension artérielle (traitement par calcium bloqueur) présentant des œdèmes des membres inférieurs d'apparition récente.

La T4 est intitrable, inférieure à 0,6 pmol/l pour une normale entre 11 et 22. La TSH est mesurée à 157 mUI/l.

Il existe une hypercholestérolémie avec un taux à 6,59 mmol, une triglycémie à 1,72 mmol. Le LDL est élevé à 4,76 mmol.

Il existe donc une découverte de touche rénale légèrement protéinurique (0,9 g/24h) chez un patient présentant un passé d'hypertension.

Et c'est dans le cadre de la recherche étiologique de cette insuffisance rénale d'apparition brutale qu'est découverte une thyroïdite avec une hypothyroïdie avérée, puisque la TSH est à 157 mUI/l liée à une auto-immunité diffuse avec des anticorps antithyroglobuline supérieur à 3000 et des anti TPO à 187.

L'aspect échographique thyroïdien ne permettra pas d'identifier le moindre nodule. La glande est de petite taille avec une échostructure plutôt hypoéchogène. Le lobe droit est à 39 mm x 10 mm x 15 mm, le lobe gauche à 34 mm x 8 mm x 14 mm.

Une opothérapie progressive est introduite.

A 4 mois : disparition de la microprotéinurie, créatininémie à 90 µmol/l équivalent à une clairance estimée à 100 ml/min. Profil lipidique strictement normalisé avec un cholestérol total à 1,5 g/l. LDL parfait à 0,8 g/l. Niveau tensionnel normal sous traitement par Calcium bloqueur. Opothérapie d'équilibre à 112,5 µg de LEVOTHYROX au quotidien.

III DISCUSSION :

1) Dans le premier cas rapporté, l'hypothyroïdie est probablement un peu plus ancienne que dans la deuxième observation. La rhabdomyolyse avait un caractère

chronique. Cette dernière pourrait répondre d'une néphrite tubulo-interstitielle chronicisée mais, qui va totalement disparaître après la correction progressive du déficit hormonal.

2) Dans le second cas, l'existence d'une microprotéinurie est en faveur d'une participation glomérulaire.

Toutefois, la récupération totale chez l'un et l'autre patient, ne nous a pas amené à proposer la réalisation d'une PBR qui pourtant eut été la seule façon d'étayer les hypothèses.

Le constat d'une insuffisance rénale est toujours un événement inquiétant à la fois pour le patient, mais également pour le médecin devant pendre en charge ce patient. Alors il convient de rester avec un esprit pratique.

IV CONCLUSION :

L'hypothyroïdie est une cause probablement insuffisamment connue d'insuffisance rénale. Elle mérite recherche systematique.

Le traitement permet une réversibilité néphrologique complète, pourvu que précocement diagnostiquée.

Résumé P 622