

## **CRISE AIGUE THYROTOXIQUE DU POST PARTUM COMPLIQUEE**

### **D'UNE INSUFFISANCE HYPOPHYSAIRE**

#### **A PROPOS D'UN CAS**

Y. Lakhoua, K. Khiari, N. M'chirgui, N. Ben Abdallah  
Service de Médecine Interne A- Endocrinologie.  
Hôpital Charles Nicolle. Tunis-Tunisie.

#### **INTRODUCTION**

Des troubles endocriniens sont souvent d'origine auto-immunes peuvent survenir dans le post partum.

Nous rapportons l'observation d'une femme qui a présenté dans le post partum une crise aiguë thyrotoxique et une insuffisance hypophysaire.

#### **OBSERVATION**

Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans qui a présenté au cours de sa première grossesse une toxémie gravidique, accouchement par césarienne en janvier 2013. En post partum elle a présenté un syndrome dépressif et elle a été hospitalisée un mois après son accouchement au service de réanimation dans un tableau de choc cardiogénique et encéphalopathie métabolique avec des signes cliniques et biologiques d'hyperthyroïdie sans exophtalmie. Le diagnostic de thyrotoxicose aiguë a été retenu. Le tableau clinique c'est compliqué d'une myocardite et de syndrome néphrotique.

L'échographie cervicale a montré une thyroïde augmentée de volume de contours bosselés d'échostructure hétérogène et de vascularisation accentuée. Les anticorps anti-TPO, anti-TG et anti récepteurs à la TSH étaient négatifs

Pour l'hyperthyroïdie l'évolution sous antithyroïdien de synthèse(ATS) et bêtabloquant était favorable avec normalisation de la fonction cardiaque et le syndrome néphrotique a régressé spontanément avec annulation de la biopsie rénale.

Les ATS ont été arrêtés après 3 mois de traitement devant l'apparition d'une hypothyroïdie, mais l'hypothyroïdie a persisté et le bilan était en faveur d'une atteinte centrale (contrôlé à plusieurs reprises TSH 2.27 $\mu$ UI/ml -VN=0.35 à 4.94- FT4 0.56 -VN=0.7à 1.48 ng/dl-), l'interrogatoire de la patiente a noté une asthénie importante, une aménorrhée secondaire de 9 mois (retour des couches Mars2013), une hypotension à l'examen clinique et un amaigrissement. Une insuffisance hypophysaire a été suspecté confirmer par le bilan hormonal ; (Insuffisance corticotrope : cortisol<0.8nmol/l et thyrotrope : TSH3.4 $\mu$  UI/ml et FT4 0.6 ng/dl).

L'IRM hypophysaire trouve une hypophyse de signal et de rehaussement homogène avec une hauteur diminuée (2mm) et des contours supérieurs concaves donnant l'aspect d'une hypophyse hypoplasique.

## COMMENTAIRE

La grossesse entraîne des variations physiologiques de la fonction thyroïdienne avec une fréquence élevée de pathologies thyroïdiennes auto-immunes au post partum.

Notre patiente présente un problème de diagnostic étiologique :

### 1-Etiologie de l'hyperthyroïdie

Devant la sévérité du tableau clinique (crise aiguë thyrotoxique et insuffisance cardiaque) le diagnostic de la maladie de Basedow est le plus probable, mais la malade ne présente pas d'exophtalmie, le goitre est non vasculaire, les AC Anti TSH sont négatives et c'est surtout l'évolution rapidement favorable avec disparition du goitre laisse récuser ce diagnostic.

Le principal diagnostic différentiel c'est la thyroïdite auto-immune du post partum et la scintigraphie thyroïdienne est le meilleur élément de diagnostic mais non faite chez notre patiente.

L'aspect échographique de la thyroïde et la disparition rapide du goitre sont en faveur de la thyroïdite auto-immune.

### 2-Etiologie de l'insuffisance hypophysaire

Deux diagnostics peuvent être discutés :

- \* Le syndrome de Sheehan peu probable devant l'absence d'une hémorragie de la délivrance avec retour des couches normale.

- \* Le plus probable est une hypophysite auto-immune dans le contexte de notre patiente et l'aspect de l'IRM hypophysaire