

UNE CARDIOTHYRÉOSE RÉVÉLATRICE D'UNE MÔLE HYDATIFORME

L. Marchand^a, P. Chabert^a, E. Chaudesaygues^a, M. Grasse^a, J. Graepi-Dulac^b, JF. Aupetit^a

^a Service de cardiologie, Centre hospitalier St Joseph et St Luc, Lyon; ^b Service d'endocrinologie, Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, Villefranche-Sur-Saône

Contact : lucien.marchand@chu-lyon.fr

Introduction : La cardiomyopathie est définie par la présence d'une complication cardiaque (trouble du rythme supra-ventriculaire, insuffisance cardiaque ou angor) dans un contexte d'hyperthyroïdie.

Une maladie gestationnelle trophoblastique (MGT) est une rare complication de la grossesse, comportant des formes bénignes (môles hydatiformes) et malignes (tumeurs trophoblastiques gestationnelles).

Une hyperthyroïdie peut être observée en cas de MGT, car l'hCG produite par la tumeur molaire présente une homologie de structure avec la TSH. Cependant la cardiomyopathie est exceptionnelle dans ce cas.

Observation : Une patiente de 42 ans a été adressée aux urgences devant une dyspnée. Le bilan objectivait un œdème pulmonaire aigu, l'ECG montrait une tachycardie sinusale. L'hCG était très élevée à 762 878 UI/l (N<5). Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a révélé une volumineuse tumeur utérine et a permis d'éliminer une embolie pulmonaire (Figure 1). L'échocardiographie n'a pas montré d'anomalie valvulaire ni de dysfonction ventriculaire gauche mais un hyperdébit cardiaque. L'anamnèse et le bilan complémentaire étaient en faveur d'une hyperthyroïdie périphérique (TSH indétectable, T4L élevée à 45 pmol/l (N<22), T3L élevée à 20 pmol/l (N<6)). La recherche d'anticorps anti-thyroïdiens était négative, la morphologie thyroïdienne était normale à l'échographie. Une MGT a été évoquée devant la masse utérine et le taux d'hCG (cette élévation du taux d'hCG était donc responsable de l'hyperthyroïdie, compliquée d'une insuffisance cardiaque).

Un traitement par bêtabloquant et antithyroïdien de synthèse (carbimazole 20 mg par jour) a été administré jusqu'à ce que soit pratiquée une hystérectomie totale. L'examen anatomo-pathologique a conclu à une môle hydatiforme de forme complète non-invasive de 10,5 cm. Le taux d'hCG est revenu à la normale en 12 semaines, les bilans cardiologique et thyroïdien se sont rapidement normalisés (Figure 2).

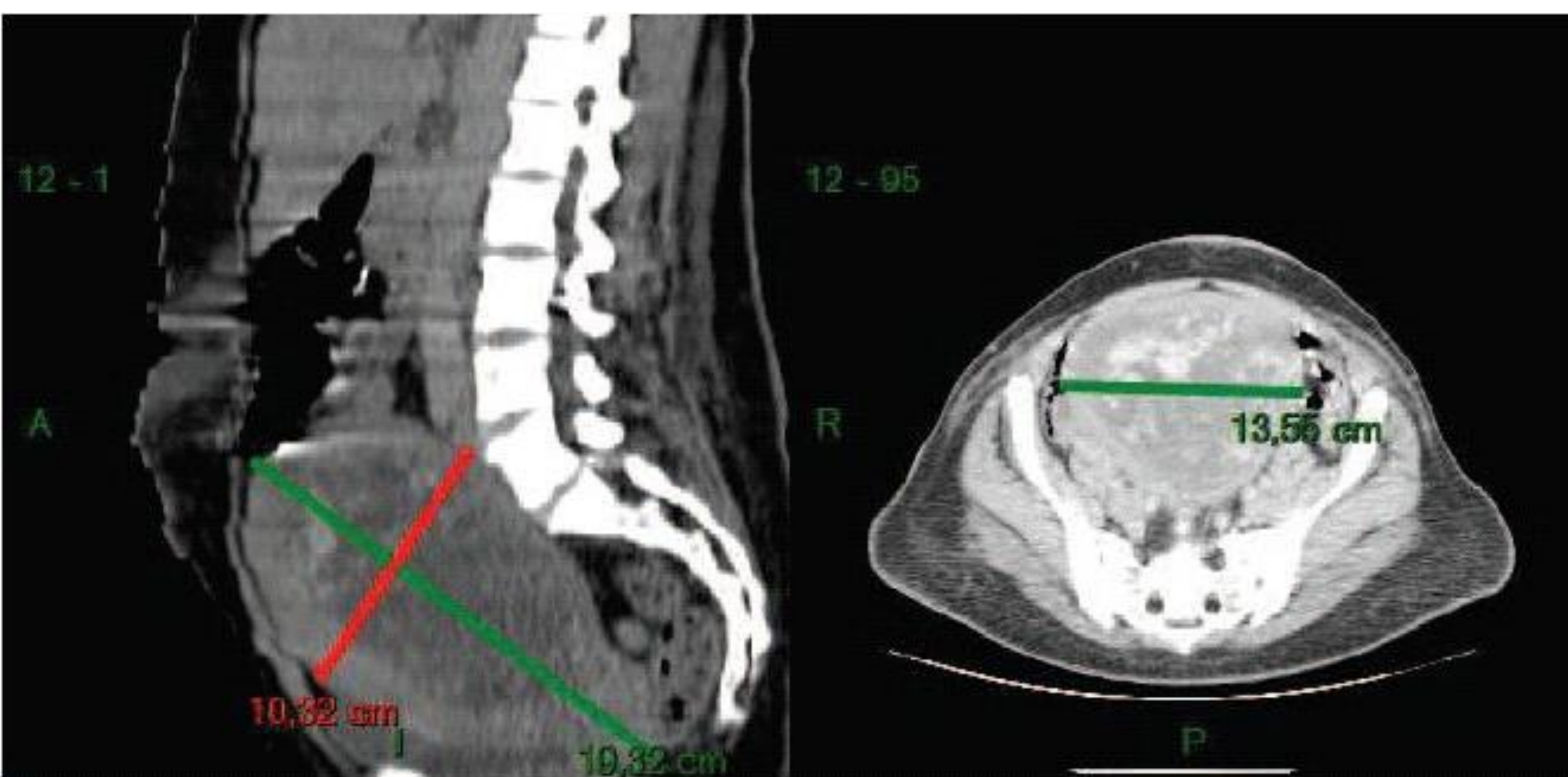


Figure 1: Scanner pelvien en coupe sagittale (gauche) et transversale (droite) objectivant une masse utérine de 13,5 cm de diamètre

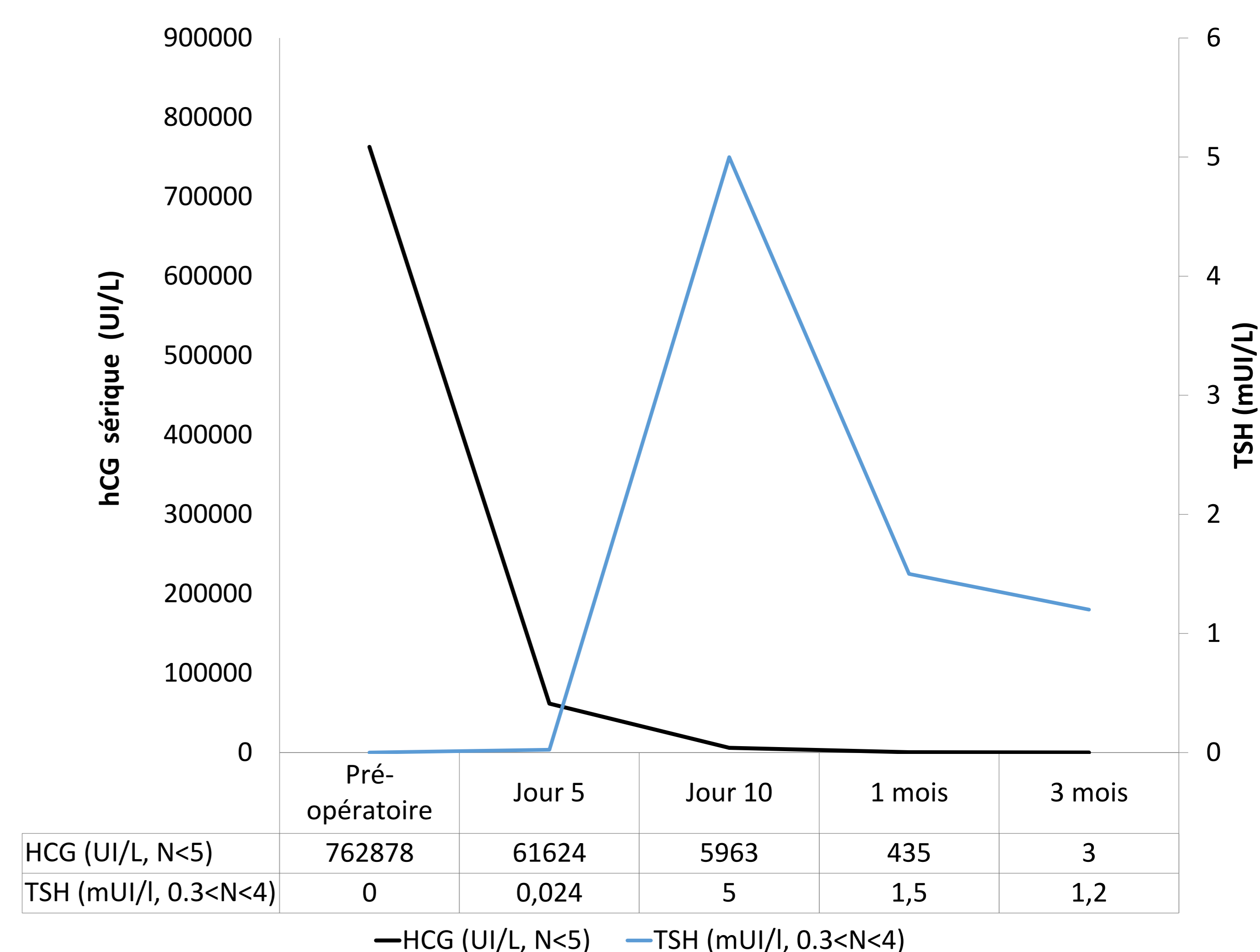


Figure 2: Evolution du taux d'hCG et de la TSH en post-opératoire

Conclusion : Le dosage de l'hCG aux urgences chez une femme en âge de procréer peut avoir un grand intérêt diagnostique!