

La cardiomyopathie thyroïdienne, cause rare de cardiomyopathie dilatée réversible : Cas clinique et revue de la littérature

Messaouda DJOUHRI, Professeur en Cardiologie, Service de Médecine Interne, CHU de Douéra, Alger, Algérie

- Imane GUETTAF, Assistante en Médecine interne, service de Médecine Interne , CHU de Douera, Alger, Algérie
- Meriem CHARIFI, MCA en Médecine Interne, Service de Médecine Interne ,CHU de Douéra, Alger, Algérie
- Nour El Houda DJELLALI, Résidente en Médecine Interne, Service de Médecine interne, CHU DOUERA, Alger, Algérie
- Ahcene, CHIBANE, Professeur chef de Service, Service de Médecine Interne, CHU de Douéra Alger, Algérie

Introduction

la cardiopathie thyrotoxique, appelée aussi cardiomyopathie dilatée, est une complication rare de l’hyperthyroïdie, elle se distingue des autres cardiopathies par sa réversibilité potentielle. Nous présentons à travers cette observation le cas d’un patient qui a présenté une hyperthyroïdie compliquée d’une cardiomyopathie dilatée à fraction d’éjection réduite avec une fibrillation atriale (FA) ayant régressée sous traitement de l’insuffisance cardiaque (IC) associé au traitement spécifique.

Observation

C’est un patient âgé de 50 ans, hospitalisé pour un tableau d’insuffisance cardiaque globale faisant suite à une symptomatologie faite de dyspnée d’effort et de palpitations qui a évolué pendant plus d’un mois.

L’électrocardiogramme a montré une FA avec une cadence ventriculaire moyenne à 130 bpm (Fig 1).

L’échocardiographie transthoracique (ETT) a mis en évidence un ventricule gauche (VG) dilaté avec un DTD à 62 mm, non hypertrophié et une fraction d’éjection (FE) altérée à 30 % sans troubles de la cinétique segmentaire. Les deux oreillettes étaient dilatées avec une insuffisance mitrale (IM) grade III ainsi qu’une insuffisance tricuspidienn (IT) grade II (Fig 2, 3). Le bilan biologique standard était sans anomalies, le bilan hormonal a retrouvé une TSH effondrée, FT4 à 55 pg/ml. Les AC anti-TSH étaient positifs. Le diagnostic de cardiopathie thyrotoxique secondaire à la maladie de Basedow a été retenu. L’IC a été jugulée par le Furosémide en intraveineux relayé par voie orale en plus du traitement classique de l’ICFEr et la FA a été ralentie et anti coagulée. Un traitement à base de Benzylthiouracile a été instauré.

L’évolution était marquée par la disparition progressive des signes cliniques de l’IC avec la normalisation des taux du TSH et le FT4 et un retour en rythme sinusal.

Des contrôles écho cardiographiques effectués ont marqué une amélioration de la FE : augmentée à 45 % à 08 mois et à 60 % à 16 mois avec normalisation de la taille des oreillettes, une réduction des diamètres du VG et une diminution du grade de l’insuffisance mitrale (Fig 4 et 5). Le Holter ECG fait deux ans après a montré un rythme sinusal permanent avec fréquence moyenne à 65 bpm et 2 brefs épisodes de FA dont la plus longue était de 2, 50 secondes.

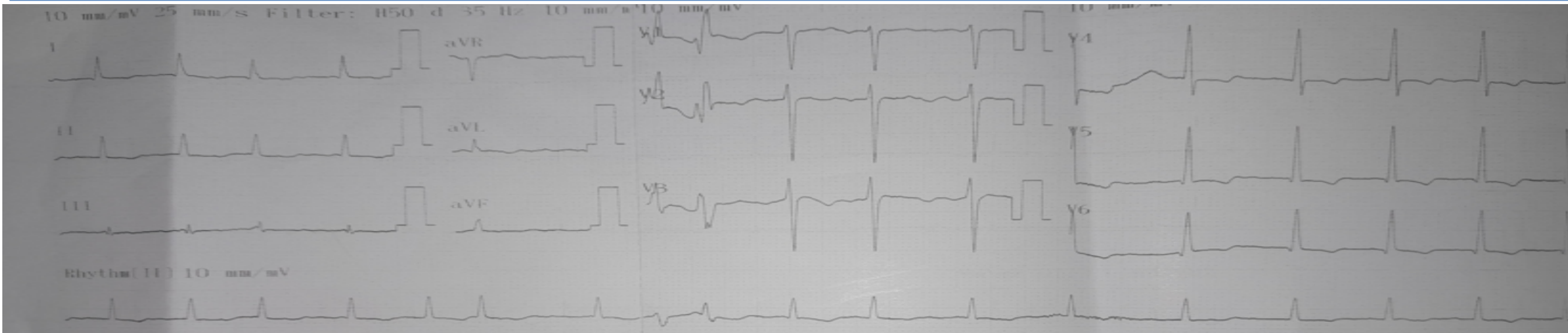


Fig 1: ECG du patient en FA

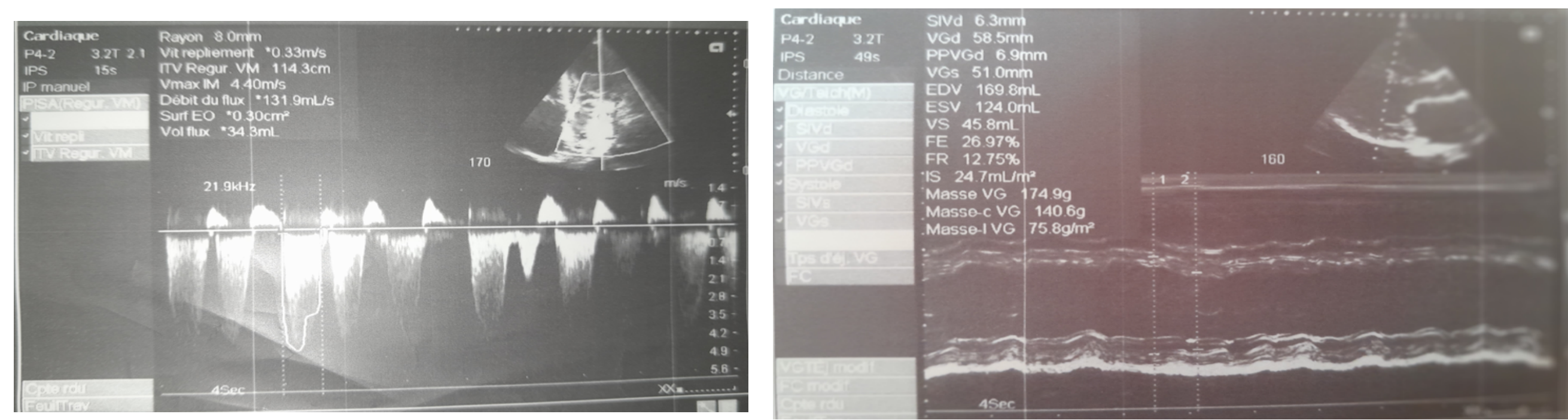


Fig 2: ETT: IM grade 3

Fig 3: ETT: VG dilaté, FE basse

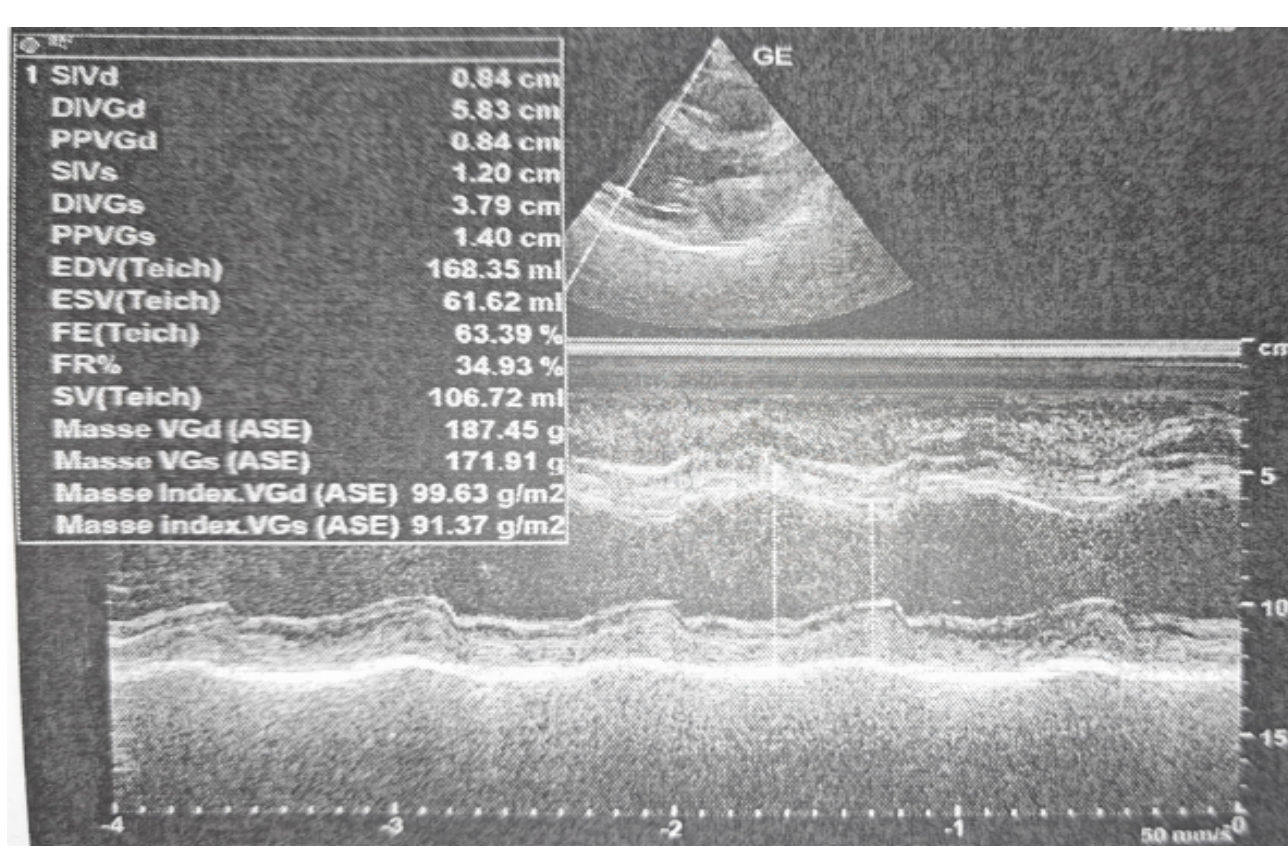


Fig4: ETT: normalisation de la FE

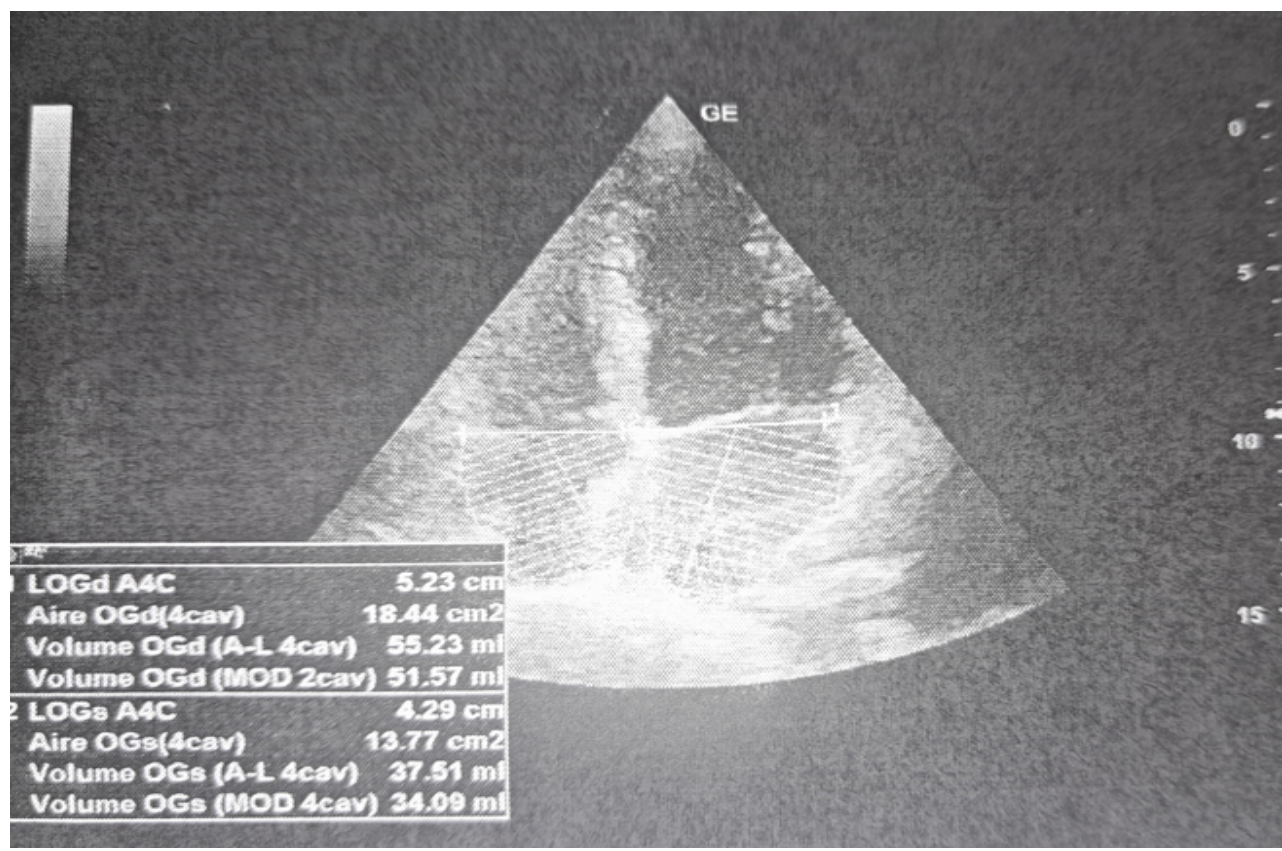


Fig5: ETT: normalisation de la taille des oreillettes

Discussion

La cardiomyopathie thyrotoxique est caractérisée par des dégâts myocardiques engendrés par les effets toxiques des hormones thyroïdiennes secrétées en excès.

Leurs effets cardiaques principaux sont chronotropes, inotropes positifs et vasodilatateurs périphériques.

L’exposition au long terme entraine une augmentation de la masse ventriculaire gauche, de la rigidité artérielle, de la taille de l’oreillette gauche, une dysfonction diastolique puis systolique du ventricule gauche [1]. Parmi les hyperthyroïdiens, 6% se présentent avec une insuffisance cardiaque congestive, dont la moitié est associée à une dysfonction systolique du ventricule gauche [2]. Le tableau clinique est celui d’une IC globale d’emblée ou à prédominance droite avec œdèmes des membres inférieurs qui peuvent masquer l’amaigrissement inhérent à l’hyperthyroïdie [3]. A l’ECG, l’hyperthyroïdie se complique dans 9 à 22 % des cas de FA, ce qui peut constituer un facteur d’aggravation de la cardiomyopathie thyrotoxique et est associée à une morbidité plus importante résultant essentiellement en la survenue d’accidents emboliques [3].

Cette situation où une FA est associée -situation la plus fréquente- rend l’attribution de la cardiomyopathie dilatée au seul effet direct des hormones thyroïdiennes difficile, puisqu’il peut s’agir aussi tout simplement d’une cardiomyopathie rythmique. Cependant, même cette dernière entité est due au trouble du rythme secondaire à l’hyperthyroïdie et toutes les deux peuvent être réversibles en traitant l’hyperthyroïdie causale. Dans deux séries [2], chez deux tiers des patients la CMD était réversible en traitant l’hyperthyroïdie, c’était le cas de notre patient, alors qu’un tiers ont gardé une dysfonction ventriculaire gauche après l’obtention d’une euthyroïdie. Selon certains auteurs, cette dysfonction systolique sévère traduirait certainement l’ancienneté de la cardiomyopathie, le caractère tardif du diagnostic et donc la réduction sévère de la réserve contractile myocardique.

Conclusion

La cardiomyopathie dilatée peut être associée à un mauvais pronostic, l’hyperthyroïdie en constitue l’une des causes potentiellement réversibles. Son dépistage devant toute découverte d’une cardiomyopathie dilatée est recommandé. Une prise en charge précoce et adéquate améliorera son pronostic.

Références bibliographiques

1. Ariachery A. Thyroid dysfunction and the heart. Thyroid res pract. 2013 ;10(4):24- 5.

2. Siu CW , Yeung CY, Lau CP, Kung AW , Tse HF. Incidence, clinical characteristics and outcome of congestive heart failure as the initial presentation in patients with primary hyperthyroidism. Heart 2007 ;93(4):483-7

3.Lillevang-Johansen M, Abrahamsen B, Jorgensen HL et al. Excess mortality in treated and untreated hyperthyroidism is related to cumulative periods of low serum TSH. J clin endocrinol metab, 2017 ;102 :2301-2309.