

Epanchement péricardique en pré-tamponnade révélant une hypothyroïdie : deux observations au Congo

Ikama MS¹, Kimbally-Kaky G¹, Dilou-Bassemouka L¹, Kibéké P², Ekoba J¹, Nkoua JL¹

1. Service de Cardiologie,

2. Service des maladies métaboliques et endocriniennes,
CHU-Brazzaville, Congo

Med Trop 2011 ; 71 : 295-297

RÉSUMÉ • Nous rapportons deux observations d'épanchement péricardique en pré-tamponnade révélant une hypothyroïdie. Il s'agissait de deux femmes, âgées respectivement de 47 et 46 ans, présentant un épanchement péricardique abondant et d'évolution prolongée. Le tableau clinique d'hypothyroïdie, fruste dans le premier cas et assez évocateur dans le second, a été confirmé par les dosages hormonaux. Le traitement a consisté en un drainage péricardique chirurgical et en une substitution hormonale à doses progressivement croissantes. L'évolution a été favorable dans les deux cas avec un retour en euthyroïdie. L'état clinique des deux malades était satisfaisant avec un recul de 5 mois pour la première et de trois mois pour la seconde. Nous soulignons la rareté de cette complication de l'hypothyroïdie prolongée et la nécessité d'y penser devant un épanchement péricardique abondant, longtemps bien toléré, en l'absence de tout contexte inflammatoire et/ou infectieux.

MOTS-CLÉS • Epanchement péricardique. Hypothyroïdie. Congo.

PERICARDIAL EFFUSION WITH PRETAMPONADE LEADING TO DIAGNOSIS OF HYPOTHYROIDISM: TWO CASES IN CONGO

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe two cases of pericardial effusion with pre-tamponade leading to diagnosis of underlying hypothyroidism. Both patients were women with large longstanding pericardial effusion. The first patient was 47-years-old and the second was 46. Diagnosis of hypothyroidism, whose clinical features were equivocal in the first case and frank in the second, was confirmed by hormone tests. Treatment consisted of pericardial drainage and hormone replacement therapy with increasing doses. Outcome was favorable in both cases with restoration of euthyroidism. Clinical status was satisfactory in both cases with a follow-up of five months in the first patient and three months in the second. Pericardial effusion with pretamponade is an exceptional complication of prolonged hypothyroidism that should be considered in patients presenting with large longstanding but well tolerated pericardial effusion with no evidence of infection or inflammation.

KEY WORDS • Pericardial effusion. Hypothyroidism. Congo.

Les effets des hormones thyroïdiennes sur le système cardiovasculaire sont multiples. Au cours de l'hypothyroïdie, les principales complications constitutives du cœur myxoédémateux sont l'angine de poitrine, l'hypertension artérielle diastolique, l'allongement de l'intervalle QT, les blocs auriculo-ventriculaires et, rarement, l'épanchement péricardique (1, 2). Dans la littérature africaine, peu d'observations en rapport avec la pathologie péricardique au cours de l'hypothyroïdie ont été rapportées (3). Au Congo, dans un travail portant sur les péricardites liquidiennes (4), aucun cas d'hypothyroïdie n'avait été mentionné. Nous rapportons ici deux cas d'épanchement péricardique en pré-tamponnade, révélateurs d'une hypothyroïdie.

Observations

Une femme âgée de 47 ans, était admise dans le service de cardiologie du CHU de Brazzaville pour une dyspnée d'effort, associée à des douleurs thoraciques rétro-sternales amplifiées par l'inspiration profonde et soulagées par l'antéflexion, évoluant depuis environ trois semaines.

Une thyroïdectomie subtotale avait été réalisée trois ans auparavant pour un goitre multinodulaire et aucun traitement hormonal substitutif n'avait été envisagé en postopératoire. L'interrogatoire ne retrouvait pas de notion de contagement tuberculeux.

À l'admission, la patiente était modérément dyspnéique, apyrétique. Elle pesait 62 kg pour une taille de 1,65 m (IMC 22,8 kg/m²). La pression artérielle était à 130/100 mm Hg et la fréquence cardiaque régulière à 84 bpm. Les veines jugulaires étaient turgescents et il existait une hépatomégalie (flèche hépatique 15 cm) douloureuse. L'auscultation cardiaque notait un assourdissement des bruits du cœur, l'examen pleuro-pulmonaire mettait en évidence une matité et un silence auscultatoire aux bases. Les phanères et téguments étaient normaux, les aires ganglionnaires étaient libres.

L'ECG s'inscrivait en rythme sinusal régulier, et objectivait des troubles diffus de la repolarisation à type d'inversion des ondes T, sans microvoltage. La radiographie thoracique de face montrait une importante cardiomégalie avec index cardiothoracique à 0,75, et un épanchement pleural gauche (figure 1). L'échocardiographie mettait en évidence un volumineux épanchement péricardique circonferentiel comprimant le ventricule droit, et une dilatation de la veine cave inférieure.

Le drainage péricardique chirurgical a ramené 1 500 mL d'un liquide citrin riche en protéines (47 g/L), contenant 1 510 éléments blancs par mm³ dont 58 % de polynucléaires et 39 % de lymphocytes, sans germe à l'examen direct et dont la culture n'a pu être réalisée.

• Correspondance : groupeims@yahoo.fr

• Article reçu le 15/10/2010, définitivement accepté le 21/03/2011

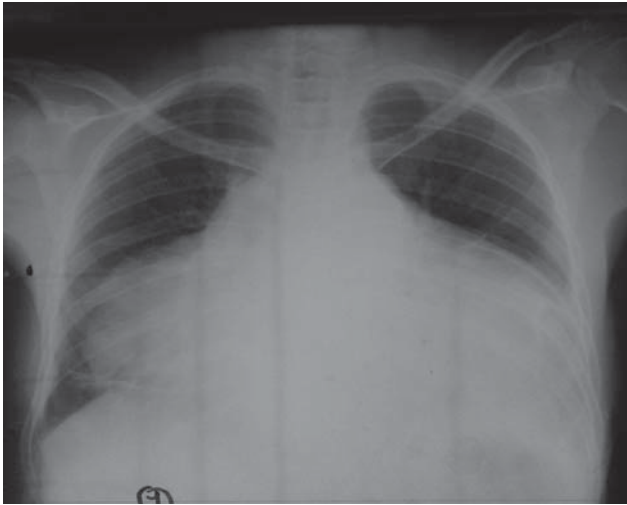


Figure 1. Radiographie thoracique de face. Cardiomégalie piriforme, épanchement pleural gauche (observation n°1).

L'hémogramme montrait une anémie microcytaire hypochrome (Hémoglobine : 11,2 g/dL, VGM : 75 μ^3 , TGMH : 24,2 pg) et des leucocytes à 8 300/mm³. La vitesse de sédimentation était à 68 mm, et le profil lipidique était normal. La sérologie VIH était négative. Le bilan hormonal objectivait une hypothyroïdie : T4 libre : 0,84 ng/L, TSH : 9,7 mUI/L (normes respectives : 6 - 19 ng/L et 0,5 - 4,8 mUI/L).

Le traitement médical consistait en une opothérapie substitutive à doses progressivement croissantes. L'euthyroïdie était obtenue deux mois après l'administration de Lévothyrox® à la posologie de 100 μ g/j et l'état de la malade était satisfaisant après un recul de cinq mois.

L'autre femme âgée de 46 ans, était admise dans le service de cardiologie pour une dyspnée d'aggravation progressive évoluant depuis une année environ. L'interrogatoire ne retrouvait aucun antécédent pathologique particulier.

A l'admission, la malade était peu dyspnéique, apyrétique, pesant 54 kg pour une taille de 1,55 m (IMC 22,5 kg/m²). La pression artérielle était à 100/70 mm Hg, la fréquence cardiaque régulière à 60 bpm. Il y avait une turgescence spontanée des veines jugulaires, une hépatomégalie (flèche 16 cm) et des œdèmes des membres inférieurs. L'auscultation cardiaque retrouvait un assourdissement des bruits du cœur, sans frottement péricardique. L'examen pleuro-pulmonaire mettait en évidence une légère matité des bases. On notait une diminution de la pilosité axillaire et pubienne, une peau sèche, une pâleur jaunâtre, une bouffissure du visage, et les aires ganglionnaires étaient libres.

L'ECG inscrivait un rythme sinusal régulier et des troubles diffus de la repolarisation à type d'aplatissement et d'inversion des ondes T. La radiographie thoracique de face montrait une cardiomégalie avec un aspect de cœur en carafe. L'échocardiographie objectivait un épanchement péricardique circonférentiel et des signes de compression débutante du ventricule droit (figure 2).

Le drainage péricardique chirurgical ramenait 1 560 mL d'un liquide citrin, riche en protéides (61 g/L), contenant 526 éléments blancs à prédominance de polynucléaires (98 %), sans germe à l'examen direct et dont la culture n'a pu être réalisée.

L'hémogramme montrait une discrète anémie normocytaire normochrome (Hémoglobine : 11,3 g/dL), et des leucocytes à 7 400/mm³. La vitesse de sédimentation était à 30 mm, et le profil lipidique normal. La sérologie VIH était négative. Le bilan hormonal

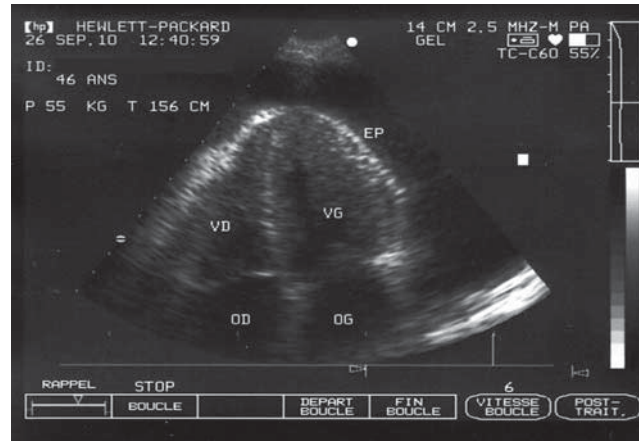


Figure 2. Echocardiogramme bidimensionnel en coupe apicale quatre cavités. Noter l'épanchement péricardique abondant, circonférentiel (observation 2).

thyroïdien objectivait une hypothyroïdie avec abaissement de la T4 libre à 0,78 ng/L et élévation de la TSH à 19,1 mUI/L (normes respectives : 6 - 19 ng/L et 0,5 - 4,8 mUI/L).

Une opothérapie substitutive à doses progressivement croissantes était instituée. Sortie au 21^{ème} jour compte tenu d'une bonne évolution clinique et radiologique, la patiente était réadmise trois semaines plus tard pour la récurrence d'un épanchement péricardique abondant, rapportée à une mauvaise observance thérapeutique. Un nouveau drainage péricardique était réalisé, et la dose journalière de Lévothyrox® majorée progressivement jusqu'à 125 μ g/j permettait le retour en euthyroïdie. L'état clinique était bon au troisième mois du suivi.

Discussion

Les épanchements péricardiques volumineux, compressifs et symptomatiques constituent une complication rare au cours de l'hypothyroïdie (1).

L'hypothyroïdie est volontiers l'apanage de la femme au-delà de la quarantaine comme pour nos observations. Le diagnostic d'hypothyroïdie est en règle facile dans sa forme typique, caractérisée par des signes généraux, neuro-musculaires, digestifs, cutanéomuqueux et phanériens évocateurs. Cependant, le diagnostic peut être difficile dans les formes frustes ou débutantes (5). Chez nos deux malades, les manifestations cliniques en faveur d'une hypothyroïdie étaient soit frustes (observation n°1), soit présentes et marquées par les troubles cutanéomuqueux et phanériens (observation n°2).

Les épanchements péricardiques liés à une hypothyroïdie sont volontiers abondants et longtemps bien tolérés sur le plan hémodynamique et fonctionnel en raison de leur lente constitution. Comme illustré par nos observations, il semble qu'ils soient plus liés à la durée qu'à la profondeur de l'hypothyroïdie. La fréquence cardiaque est habituellement ralentie, et la pression artérielle normale ou peu élevée. L'état général est en règle conservé en dehors d'une classique asthénie et l'apyrexie constante (5, 6). La symptomatologie fonctionnelle de l'épanchement péricardique myxœdémateux est dominée par la dyspnée d'effort, fréquente, parfois associée à des précordialgies. Ces dernières doivent être distinguées de l'angine de poitrine en raison de l'association possible avec l'athérosclérose coronaire (5, 6). Chez nos deux malades, l'absence de gêne fonctionnelle importante et l'évolution vers un tableau de

pré-tamponnade témoignent de la constitution lente de l'épanchement sur une longue période allant jusqu'à environ une année dans le second cas. L'atteinte des autres séreuses (plèvre et péritoine) est parfois associée (7), pouvant réaliser un véritable tableau d'anasarque, conduisant alors à discuter une insuffisance cardiaque.

Les anomalies ECG, radiologiques et échocardiographiques sont communes aux épanchements péricardiques abondants, quelle qu'en soit l'étiologie (5, 6). Le liquide, obtenu par ponction péricardique ou pleurale est en général citrin, pauvre en cellules, riche en protéides et en lipides, comme dans nos deux cas (5).

L'évolution sous opothérapie substitutive est habituellement favorable en quelques semaines (5). Des récurrences sont possibles au cours des premiers mois du traitement hormonal (8). Une telle récurrence a été observée chez notre deuxième malade dans un contexte de mauvaise observance thérapeutique, et a nécessité un second drainage. Chez nos deux malades, l'épanchement péricardique était apparemment de nature uniquement myxoédémateuse. Cependant, la rare coexistence d'une cause virale a été rapportée, pouvant favoriser la décompensation hémodynamique de l'épanchement myxoédémateux préexistant (9, 10). Dans tous les cas, il importe de s'assurer de l'absence d'infection par le VIH, et d'évoquer de principe l'origine tuberculeuse devant un épanchement péricardique évolutif et mal toléré.

Conclusion

L'hypothyroïdie prolongée est une cause rare d'épanchement péricardique qui doit être recherchée systématiquement, notamment en l'absence de tout contexte inflammatoire et/ou infectieux. Le diagnostic, suspecté devant les arguments anamnestiques (antécédents de dysthyroïdie ou de chirurgie thyroïdienne), cliniques

et échographiques (épanchement liquidien abondant, longtemps bien toléré), doit être confirmé par les dosages hormonaux. L'évolution, en règle favorable sous opothérapie substitutive, peut être émaillée de récurrences.

Références

1. Klein M, Pascal V, Aubert V, Weryha G, Danchin N, Leclère J. Coeur et thyroïde. *Ann Endocrinol* 1995 ; 56 : 473-86.
2. Levy PY, Corey R, Berger P, Habib G, Bonnet JL, Levy S, *et al.* Etiologic diagnosis of 204 pericardial effusions. *Medicine* 2003 ; 82 : 385-91.
3. Bennani SL, Oukerraj L, Loubaris M, Haddour N, Bouhouch R, Cherti M, *et al.* Pleuro-péricardite en pré-tamponnade révélatrice d'une hypothyroïdie. *Med Maghreb* 2004 ; 113 : 5-8.
4. Nkoua JL, Tsombou B, Bouramoué C. Péricardites liquidiennes non rhumatismales : étiologies, évolution et relation avec l'infection à VIH. *Cardiol Trop* 1999 ; 25 : 3-6.
5. Vacheron A, Le Feuvre C, Di Matteo J. Manifestations cardiovasculaires des maladies endocriniennes et des troubles métaboliques. In : Vacheron A, Le Feuvre C, Di Matteo J. *Cardiologie* 3e édition, Expansion Scientifique Publications 1999 ; 506-13.
6. Loire R, Pinede L. Péricardites aiguës et épanchements non inflammatoires du péricarde. *EMC Cardiologie-Angéiologie*, 11-015-A-10. 1999 ; 14p.
7. Stepanenko OS, Hrinchenko TS. Polyserositis in a female patient with hypothyroidism. *Lik Sprava* 1997 ; 1 : 108-11.
8. Karu AK, Khalife WI, Houser R, VanderWoude J. Impending cardiac tamponade as a primary presentation of hypothyroidism: case report and review of literature. *Endocr Pract* 2005 ; 11 : 265-71.
9. Gupta R, Munyak J, Haydock T, Gernsheimer J. Hypothyroidism presenting as acute cardiac tamponade with viral pericarditis. *Am J Emerg Med* 1999 ; 17 : 176-8.
10. Elikowski W, Malek M, Ziemnicka K, Koscianski A, Kalawski R. Cardiac tamponade in hypothyroidism. Probability of coexisting viral pericarditis - a case report. *Kardiologia Pol* 2005 ; 62 : 575-8.

