

Les dysthyroïdies chez l'hémodialysé chronique

H. ZRIKEM*, I. MHIRIG*, Y. HSSAINE**, A. JAHDAOUI*, M. CHETTATI**, W. FADILI**, I. LAOUAD**, S. ABOULMAKARIM*

* Service de Biochimie Clinique, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

** Service de Néphrologie-Hémodialyse-Transplantation rénale, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction

Les dysthyroïdies en hémodialyse chronique sont représentées essentiellement par le « syndrome de la maladie euthyroïdienne ». Ce dysfonctionnement endocrinien constitue un facteur de morbi-mortalité cardiovasculaire et sa physiopathologie reste insuffisamment élucidée. Les cas d'hyperthyroïdie sont, en revanche, rares.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective auprès de 50 malades hémodialysés chroniques suivis à l'hôpital IBN TOFAIL de MARRAKECH afin de déterminer leur profil thyroïdien. Les patients sous traitement pouvant interférer avec la fonction thyroïdienne (antithyroïdiens, lithium, amiodarone, rifampicine) ont été exclus de l'étude.

Résultats

Il s'agit de 28 femmes et 22 hommes, d'âge moyen 49 ± 17 ans. L'IMC moyen était de $22,60 \pm 5$ kg/m². L'ancienneté moyenne en hémodialyse était de $123,6 \pm 60$ mois. La néphropathie initiale était indéterminée dans 41% des cas (figure 1). La valeur moyenne du KT/V était de $1,36 \pm 0,3$. Les résultats du bilan biologique sont affichés sur le tableau 1. Le dosage des hormones thyroïdiennes a révélé que 15,5 % des patients avaient une TSHus élevée définissant une hypothyroïdie biologique (avec FT4I normale chez 4 patients et diminuée chez 3 patients). Une diminution isolée de la FT4I a été notée chez 22.2 % des patients. Tous les patients étaient en euthyroïdie clinique. L'échographie cervicale réalisée chez tous les patients a objectivé un goitre multi nodulaire dans 15.5% et une hypotrophie thyroïdienne dans 6.6% des cas. Parmi les patients en hypothyroïdie biologique, 5 (soit 11.1 %) étaient sous traitement substitutif hormonal à base de L-thyroxine. L'hypothyroïdie biologique n'était pas substituée chez 12 patients (soit 26.6 %) car le taux de TSH n'était pas très élevé ou normal. L'étude comparative des malades euthyroïdiens et hypothyroïdiens a révélé que le syndrome inflammatoire, l'âge avancé et la durée prolongée en hémodialyse sont des facteurs de risque liés à l'hypothyroïdie biologique (tableau 2).

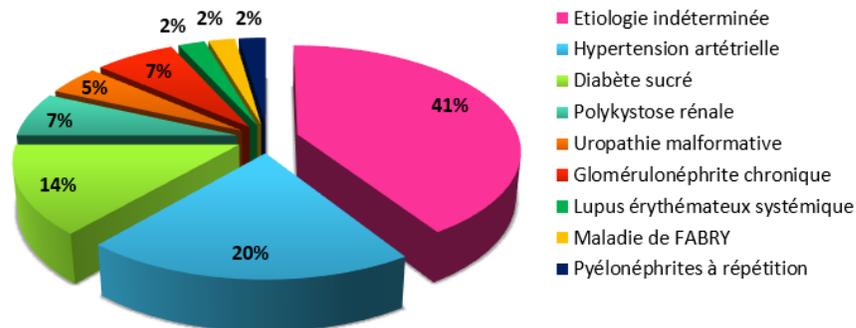
Tableau 1 : Résultats du bilan biologique exprimés en moyenne \pm Ecart-type

| | | |
|-----------------------|--------------|-------------------------|
| Hémoglobine | | 9,74 \pm 2,15 g/dL |
| Bilan phosphocalcique | PTH | 616,8 \pm 325.1 pg/mL |
| | Calcémie | 89,27 \pm 12,75 mg/L |
| | Phosphorémie | 53 \pm 16.09 mg/L |
| CRP | | 16.3 \pm 6 mg/L |
| Albumine | | 42,5 \pm 6,8 g/L |
| Cholestérol total | | 1,67 \pm 0,47 g/L |

Tableau 2 : La valeur P associée aux facteurs de risque des dysthyroïdies chez l'hémodialysé chronique

| | |
|--------------------------------|-------|
| Syndrome inflammatoire | 0,025 |
| Age avancé | 0,010 |
| Durée prolongée en hémodialyse | 0,003 |

Figure 1 : Les étiologies de la néphropathie initiale chez nos patients



Discussion

Le rein joue un rôle important dans la sécrétion, le métabolisme et l'élimination des hormones thyroïdiennes. Les études ont montré que l'insuffisance rénale chronique est responsable de la perturbation du métabolisme périphérique des hormones thyroïdiennes, ceci serait secondaire à la réduction leur conversion périphérique du fait de la diminution de l'activité de la 5'-déiodinase de type I, à la réduction de leur liaison à la thyroglobuline et à l'accumulation d'un iode inorganique secondaire à la diminution de l'excrétion rénale de l'iode [1]. La prévalence de l'hypothyroïdie primaire varie de 9% à 25% des cas. L'hyperthyroïdie est exceptionnellement retrouvée chez l'HDC. La prévalence est similaire à celle retrouvée dans la population générale (environ 1% de la population), elle est considérée comme une cause de résistance de l'anémie à l'érythropoïétine recombinante. Cette hypothyroïdie biologique est associée à une euthyroïdie clinique [2]. Le volume de la glande thyroïdienne augmente chez les patients insuffisants rénaux chroniques. Le goitre est fréquemment retrouvé chez cette population [3]. La baisse de FT3, est souvent associée à une durée longue en dialyse, à une acidose, à des marqueurs d'inflammation et à des marqueurs d'altération endothéliale [1][4]. Les résultats de notre travail avoisinent nettement ceux de la littérature.

Conclusion

Les données de la littérature concernant les dysthyroïdies chez les HDC restent actuellement pauvres, conduisant à des prévalences très variables. Il n'existe pas de consensus concernant la prise en charge des HDC porteurs de dysthyroïdies et la substitution hormonale n'est pas toujours indiquée. Un dépistage systématique annuel au moins s'avère donc nécessaire chez l'HDC.

References

- [1] M. Ponsoye, R. Paule, V. Gueutin, G. Deray, and H. Izzedine, "Rein et dysthyroïdies," *Nephrol. Ther.*, vol. 9, no. 1, pp. 13–20, 2013
- [2] L. B. Najoua Zbiti, Hakima Rhou, Fatima Ezaitouni, Naima Ouzeddoune, Rabia Bayahia, "Les dysthyroïdies chez l'hémodialysé chronique," *Pan Afr. Med. J.*, vol. 7, no. 3, 2010
- [3] E. M. Kaptein, "Thyroid hormone metabolism and thyroid diseases in chronic renal failure," *Endocr. Rev.*, vol. 17, no. 1, pp. 45–63, 1996
- [4] C. Zoccali, G. Tripepi, S. Cutrupi, P. Pizzini, and F. Mallamaci, "Low triiodothyronine: A new facet of inflammation in end-stage renal disease," *J. Am. Soc. Nephrol.*, vol. 16, no. 9, pp. 2789–2795, 2005