

# CARDIOTHYREOSE COMPLIQUANT LA MALADIE DE BASEDOW ETUDE DE 7 CAS A ABIDJAN

A. LOKROU\* - J.C. KOFFI\*

## RESUME

La cardiothyreose est la complication la plus fréquente de la Maladie de Basedow en Côte d'Ivoire. Dans ce rapport nous décrivons les principales caractéristiques de sept cas de cardiothyreose associés à la Maladie de Basedow. Ils ont représentés par l'arythmie complète par fibrillation auriculaire (28,5 % des cas), l'insuffisance coronaire (42,8 %) et l'insuffisance cardiaque, surtout droite ou globale (42,8 %). Par contre aucun trouble de la conduction n'a pu être observé. Les mesures thérapeutiques, exclusivement médicales, ont été efficaces à court terme.

## SUMMARY

Cardiac abnormalities in patients with Graves' disease in Abidjan. Report of 7 cases.

Cardiac abnormalities are the main troubles associated with Graves' disease in Côte d'Ivoire. This study is aimed at outline the main features of those abnormalities. Our casuistic is based on two cases of arrhythmia (28,5 %), three of myocardial infraction (42,8 %) and three others of cardiac failure (42,8 %). We used exclusive medical treatment with total efficiency at short term.

## INTRODUCTION

Les cardiothyreoses compliquent surtout le cours évolutif des "goitres thyrotoxiques" en raison même de l'âge plus avancé des patients concernés. Ainsi dans la série de D. Mellièrre et coll. (5), 70 % des cas de cardiothyreoses sont dues à ces causes. De même 36 % des goitres multihétéronodulaires et 18 % des adénomes toxiques se compliquent de cardiothyreoses contre seulement 7 % des cas de maladie de Basedow. Il faut néanmoins rappeler que la cardiothyreose est le fait de l'hyperhormonémie thyroïdienne et peut par conséquent compliquer tous les types d'hyper-

thyroïdie y compris la maladie de Basedow.

Le but de ce travail préliminaire est de rendre compte des caractéristiques de 7 cas de cardiothyreoses associés à la maladie de Basedow.

## I - MATERIEL ET METHODE

Les cas présentés ici ont été extraits d'un lot de 50 dossiers de maladie de Basedow colligés entre le 1er janvier 1986 et le 31 décembre 1990.

Le diagnostic de cardiothyreose a été porté sur la confrontation de trois ordres d'arguments :

- cliniques,
- électrocardiographiques,
- échocardiographiques (si nécessaire).

Celui d'hyperthyroïdie basedowienne a été aisé en raison de l'aspect caricatural des tableaux cliniques réalisés (tableaux n° 1 et 2) et des données biologiques (tableaux n° 3 et 3 bis).

Tableau I : Répartition des patients selon les signes de thyrotoxicose

| Signes                   | Nombre sur 50 | Pourcentage |
|--------------------------|---------------|-------------|
| Amaigrissement           | 33            | 66          |
| Tachycardie              | 41            | 82          |
| Thermophobie             | 13            | 26          |
| Moiteur cutanée          | 26            | 52          |
| Hypersudation            | 27            | 54          |
| Polyphagie               | 8             | 16          |
| Polydipsie               | 15            | 30          |
| Diarrhée                 | 10            | 20          |
| Signe du Tabouret        | 17            | 34          |
| Tremblement              | 36            | 72          |
| Précordialgie            | 5             | 10          |
| Palpitations             | 18            | 36          |
| Instabilité émotionnelle | 13            | 26          |
| Aménorrhée               | 13            | 26          |

\* Département d'endocrinologie et maladies métaboliques  
01 BP V 166 ABIDJAN 01 (Côte d'Ivoire)

**Tableau II : Répartition des patients selon les signes propres de la maladie de Basedow**

| Signes                         | Nombre sur 50 | Pourcentage |
|--------------------------------|---------------|-------------|
| Goitre diffus                  | 47            | 96          |
| Caractère vasculaire du goitre | 28            | 56          |
| Exophtalmie                    | 35            | 70          |
| Rétraction palpébrale          | 16            | 32          |
| Asynergie oculo-palpébrale     | 6             | 12          |
| Acropathie                     | 2             | 4           |
| Myxoedème pré-tibial           | 7             | 14          |

**Tableau III : Données hormonales du groupe I**

| Dosages pratiqués | Résultats<br>(Valeurs moyennes) | Normes     |
|-------------------|---------------------------------|------------|
| T4 Totale         | 21,02 µg÷dl                     | 5 - 11     |
| I.T.L.            | 36,96                           | 3,9 - 13,6 |
| T.S.H. ultra-sen- | 0,80 mu/l                       | 0,5 - 4    |

**Tableau III Bis : Données hormonales du groupe II**

| Dosages Pratiqués | Résultats<br>(Valeurs moyennes) | Normes      |
|-------------------|---------------------------------|-------------|
| T3 Totale         | 5,47 nanomol/l                  | 1,20 - 2,50 |
| T4 libre          | 184,88 nanomol/l                | 8 - 26      |

**II - RESULTATS**

Le tableau n° 4 résume les caractéristiques de nos patients.

La surmorbidité féminine y est exclusive. L'âge moyen est de 41, 14 ans avec des extrêmes à 25 et 74 ans.

La durée moyenne d'évolution des symptômes est de 20, 14 mois (extrêmes : 1 mois et 96 mois).

La répartition des cardiomyopathies est la suivante :

- Arythmie complète par fibrillation auriculaire : 2 cas (28,5 %)
- Insuffisance coronaire : 3 cas (42,8 %)
- Insuffisance cardiaque : 3 cas (42,8 %).

**Tableau IV : Caractéristiques du patient Basedowien en Côte d'Ivoire**

| Critères       | Caractéristiques  |
|----------------|---|
| Epidémiologies | - Sexe = Féminin ++<br>- Age = Environ 35 ans en moyenne<br>- Niveau socio-économique = modeste ++<br>- Origine géographique = urbaine ++ ; Parfois zone d'endémie goitreuse.   |
| Cliniques      | - Thyrotoxicose typique ++<br>- Signes propres dominés par :<br>* ophtalmopathie<br>* goitre vasculaire<br>Au total : tableau clinique caricatural.   |
| Paracliniques  | - Fractions totales et/ou libres des hormones thyroïdiennes actives considérablement augmentées.<br>- Test dynamique (T.R.H.) caduc de ce fait<br>- T.S.H. Problématique.   |
| Evolutifs      | - Fréquence relativement élevée des cardiomyopathies.   |
| Thérapeutiques | - Option médicale séduisante parce que :<br>* réticence des malades vis à vis de la chirurgie<br>* excellente tolérance des antithyroïdiens de synthèse<br>Mais obérée par :<br>* sa durée et son coût excessifs favorisant l'observation de ce traitement et la perte de vue du patient.<br>- Chirurgien = solution de sécurité. |

**Tableau V : Cardiomyopathie**

| Cas | Sexe | Age | Durée des Symptômes | Nature de la Cardiomyopathie               | Evolution sous Traitement                       |
|-----|------|-----|---------------------|--|---|
| 1   | F.   | 25  | 6 Mois              | Insuffisance coronaire                     | Favorable                                       |
| 2   | F.   | 26  | 8 ans               | Insuffisance cardiaque droite + Infarctus  | Perdue de vue                                   |
| 3   | F.   | 35  | 2 ans               | Insuffisance Cardiaque gauche              | Non favorable au traitement médical après 3 ans |
| 4   | F.   | 36  | 1 mois              | Tachyarythmie par extrasystole auriculaire | Favorable                                       |
| 5   | F.   | 44  | 1 mois              | Fibrillation auriculaire                   | Favorable                                       |
| 6   | F.   | 48  | 1 an                | Insuffisance cardiaque globale + Infarctus | Bonne évolution puis perdue de vue              |
| 7   | F.   | 74  | 1 mois              | Fibrillation auriculaire                   | Non favorable                                   |

Aucun cas de trouble de la conduction n'a été observé. De même aucune cardiopathie préexistante n'a été relevée chez nos patientes.

Enfin les mesures thérapeutiques appliquées à la cardiomyopathie ont été classiques (9) et celles de l'hyperthyroïdie ont été exclusivement médicales.

### III - COMMENTAIRES

La cardiomyopathie est une complication réputée rare en Afrique. En effet sa prévalence a été établie à 0,76 % des affections observées en milieu cardiologique (3). Dans la série de Mellièrre et coll. (5) 40 cas de cardiomyopathie ont été relevés sur un total de 300 hyperthyroïdies opérées (13,3 %). Cette prévalence est proche de la nôtre (14 %). La fréquence dans la littérature varie de 10 à 60 % (8). La prédominance du sexe féminin est un fait classique.

En effet la complication cardiaque intéresse 82,8 % des patients de sexe féminin dans le travail de P. Koaté et Coll (3). Dans notre série nous avons déjà signalé l'exclusivité du recrutement féminin. L'âge moyen rapporté ici corrobore l'assertion des auteurs sénégalais qui ont affirmé que celui-ci est plus bas chez les parents africains (42 ans et 5 mois contre 55 ans en Occident).

Au plan clinique, deux faits sont à souligner :

- l'absence de cardiopathie préexistante chez nos patientes, probablement en raison de leur relatif jeune âge ;

- la prévalence relativement faible des troubles du rythme. En effet les taux des cardiomyopathies préexistantes varient de 38 % à 72 % dans la littérature internationale et est de 45,7 % dans la série de P. Koaté et Coll. Par ailleurs, la revue générale de J. cl. Valcke et Coll (8) rappelle les fréquences respectives suivantes :

- troubles du rythme : 70 % des cardiomyopathies
- insuffisance cardiaque : 4 à 50 % (avec une moyenne de 10 %)
- insuffisance coronarienne : 0,5 % à 20 % (avec une moyenne de 12 %).

Enfin, au plan de l'évolution traitée, nos mesures thérapeutiques ont été exclusivement médicales selon les modalités décrites par B. Verges et J. Joly (9). L'évolution à court terme a été satisfaisante dans 57,1 % des cas avec cependant un nombre relativement élevé de patientes perdues de vue.

### CONCLUSION

A l'instar de l'hyperthyroïdie elle-même, la cardiomyopathie n'est guère étrangère à nos patients en Côte d'Ivoire. Les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de ces cas de complications cardiaques corroborent celles de la littérature internationale et africaine en particulier et soulignent une fois de plus l'universalité de l'hyperthyroïdie.

### BIBLIOGRAPHIE

1 - DUCLOUX M.-J. COURBIL-R. SALAUN-Y. MERRIEN-J. RODIER-J.P. DERRIEN-PH. NORMAN-A. MONNIER  
Panorama des affections thyroïdiennes à l'Hôpital principal de 1972 à 1975.  
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Igue frse, 1979, 21, 3 : 271-276.

2 - HEULIN A.-C. DONNE-H. BAUBION  
Complications cardiaques de l'hyperthyroïdie. Manifestations cliniques et hémodynamiques.  
Concours Méd., 1983, 105, 34 : 3601-3602.

3 - KOATE P.-R. N'DOYE-S. DIOUF-M. BADIANE-A. SARR-M. TARAFAF  
Place et aspects de la cardiomyopathie chez le Sénégalais à propos de 35 cas hospitaliers.  
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Igue frse, 1976, 21, 3 : 249-256.

4 - LOKROU A.  
La maladie de Basedow en Côte d'Ivoire. Réflexions à propos de 32 cas.  
Rev. fr. Endocrinol. Clin., 1990, 31, 2 : 151-156.

5 - MELLIÈRE D.-G. SCATTOLINI-V. GERMAIN-A. SALVAT  
Evolution de 300 hyperthyroïdies opérées dont 40 cardiomyopathies.  
Nouv. Presse Méd., 1980, 9, 31 : 2121-2124.

6 - PUTELAT R.-B. VERGES  
Complications cardiaques des hyperthyroïdies. Aspects cliniques et diagnostic.  
Rev. fr. Endocrinol. Clin., 1985, 26, 4-5 : 369-375.

7 - THIEBLOT P.-I. BRAZZALOTTO-S. MOINADE  
Maladie de Basedow : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques de deux populations. Patients suivis en consultation et patients hospitalisés.  
Rev. fr. Endocrinol. Clin., 1981, 28, 2 : 133-138.

8 - VALCKE J.CL.-O. DE LABARRIERE  
Cardiomyopathies. Rev. Prat., 1987, 37, 40 : 2426-2432.

9 - VERGES B.-J. JOLY  
Traitement des complications cardiaques des hyperthyroïdies.  
Rev. fr. Endocrinol. Clin., 1985, 26, 4-5 : 377-381.