

K.BOUTRAIH , S,HASNASSI , O OULGHOUL, M VHEHBOUNI, Y LAKHDAR , O BENHOUMAD , Y ROCHDI , A RAJI Servive d'ORL et de chirurgie cervico-faciale , Centre hospitalier Universitaire Mohammed VI , MARRAKECH , MAROC

## INTRODUCTION

L'hypothyroïdie sévère est une affection rare qui peut se compliquer de myxœdème. La localisation du myxœdème au niveau des voies aérodigestives supérieures est une urgence nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. L'objectif de cette observation est de présenter un cas de myxœdème des voies aériennes supérieures qui s'est associé à une embolie pulmonaire létale avec ses particularités diagnostiques et la prise en charge entreprise.

## MATERIELS ET METHODES

Nous rapportons le cas d'un myxœdème des voies aériennes supérieures associé à une embolie pulmonaire létale avec revue des données de la littérature

## RESULTATS

- Patient de 60 ans, diabétique type II sous insuline, qui présente un mois avant une infiltration de la région cervicale associée à une dysphonie. Cette symptomatologie s'est compliquée par une dyspnée inspiratoire persistante avec ronflement nocturne.
- À son admission, le patient était conscient, apyrétique. Son pouls était régulier avec une fréquence de 92 battements par minutes et sa tension artérielle était à 105/60 mm Hg.
- La région cervico-faciale était le siège d'une infiltration sous-cutanée non fluctuante sans signe inflammatoire en regard sans œdème des membres inférieures. La langue et l'oropharynx étaient œdématiées..
- La Nasofibroscope a objectivé un œdème diffus de tout le pharynx étendu à l'étage sus-glottique du larynx qui empêchait la visualisation de la glotte (Figure 1).
- La TDM cervico-faciale a montré une infiltration de la graisse cervicale sans collection décelable ainsi qu'un infiltrat de la paroi pharyngo-laryngée responsable d'une importante réduction de la lumière pharyngo-laryngée (Figure 2).
- Une trachéotomie en urgence a été réalisée.
- Un bilan complémentaire a été réalisé: la protéine C-réactive était à 17 mg/ml avec des leucocytes à 5000/mm<sup>3</sup>, la vitesse de sédimentation était à 5mm à la 1ère heure.
- Une TDM thoracique a objectivé un épanchement pleural bilatérale associé à une lame d'épanchement péricardique (Figure 3),confirmé par le complément échographie trans-thoracique.
- Le dosage de « thyroid stimulating hormone » ultrasensible (TSHus) était de 29 pmol/L avec un taux de L-thyroxine libre (FT4) de 0,3 pmol/L. Le bilan de maladie de système était négatif (notamment la recherche des anticorps anti-nucléaires et le dosage des compléments du C1inh et du CH50). Le diagnostic de myxœdème secondaire à une hypothyroïdie a été retenu. Aucune cytoponction ou biopsie thyroïdienne n'a été réalisée.

Le patient a reçu une corticothérapie intraveineuse à base de dexaméthasone à la dose de 10mg toute les 8 heures avec adaptation des doses d'insulinothérapie. La levothyroxine a été administrée par voie orale à dose initiale de 50µg/j puis augmentation des doses par palier de 12,5 µg/semaine. Une anticoagulation préventive à base d'héparine non fractionnée été aussi démarrée vu que le patient été grabataire. L'évolution a été marqué d'une diminution progressive de l'œdème cervicale. Cependant, au 16ème jour d'hospitalisation, le patient a présenté une dyspnée aigue associée à des douleurs thoraciques. La TDM thoraciques et la scintigraphie pulmonaire ont révélé une embolie pulmonaire bilatérale des deux branches de l'artère pulmonaire . Le malade a été mis sous anticoagulant curative par héparine non fractionnée et transféré en réanimation médicale. L'aggravation de son état respiratoire a nécessité une ventilation mécanique et un drainage continu de l'épanchement pleural et de l'épanchement péricardique. Le malade n'a pas présenté d'amélioration et est décédé après sept jours. Aucune autopsie n'a été réalisée.



Figure 1: vue endoscopique du larynx qui montre un œdème l'étage sus glottique, de l'épiglotte et des aryénoïdes



Figure 2: TDM cervicale en coupe axiale qui montre une infiltration œdémateuse obstruant la filière laryngée



Figure 3: scanner cervico-thoracique en coupe coronale qui montre l'infiltration des parties molles cervicale avec un épanchement pleuropéricardique et une embolie pulmonaire bilatérale

## Conclusion

Le myxœdème des voies aériennes supérieures est une complication rare de l'hypothyroïdie. Son diagnostic fait appel à l'endoscopie, l'imagerie et le dosage de la TSH. Son diagnostic et sa prise en charge est médico-chirurgicale et doivent être précoce afin de prévenir le décès du patient.

## Références

Vijay Bidkar, Ashok Naik, Roshan J, Anita BS. Myxoedema of Upper Airway: A Rare Cause of Stridor. Journal of case reports. 2013;3(2):249-253. Google ScholarWartofsky L. Myxedema Coma. Endocrinol Metab Clin N Am. 2006 Dec;35(4):687-98. PubMed | Google ScholarVijay Bidkar, Ashok Naik, Roshan J, Anita BS. Myxoedema of Upper Airway: A Rare Cause of Stridor. Journal of case reports. 2013;3(2):249-253. Google Scholar