

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, JUIN - VOLUME 11 (1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D’EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d’Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d’Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d’Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d’Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d’Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d’honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d’Ivoire)
Président d’honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• **articles originaux :**

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• **articles de synthèse :**

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• **cas cliniques :**

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• **actualités thérapeutiques :**

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• **lettres à la rédaction :**

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• **articles d'intérêt général :**

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• **articles d'opinion :**

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• **courrier des lecteurs :**

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• **images commentées :**

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373–379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (**revueafricainemi@gmail.com**) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (**rafmi.org**).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1.	Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic étiologique du syndrome sec : étude descriptive transversale	7-13
	Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S	
2.	Maladie de Basedow et grossesse : à propos de 189 cas colligés au Centre Hospitalier Abass Ndao	14-21
	Ndour MA, Gadjji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M	
3.	Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cardiomyopathies en milieu hospitalier dakarois : étude bicentrique rétrospective	22-27
	Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A	
4.	Aspects diagnostique et thérapeutique du mal de Pott de l'enfant et de l'adolescent en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody	28-33
	Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	
5.	Profil épidémio-clinique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU de Conakry	34-38
	Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY	
6.	Prévalence de la maladie rénale chronique chez le sujet diabétique au centre de protection maternelle et infantile de Sokoura à Bouake en 2021	39-48
	Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, TIA Weu Mélanie, Ouattara B	
7.	Comas non traumatiques du sujet âgé dans un service de médecine interne	49-55
	Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B	

CAS CLINIQUES

8.	Angio-oedème héréditaire à propos d'une famille au Niger	56-64
	Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E	
9.	Atteinte cutanée et ophtalmologique d'une hépatite B chronique associées à des ANCA de type MPO : est-ce une vascularite ?	65-71
	Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E	
10.	Atteintes neurologiques centrales et périphériques associées à une infection virale à la dengue : à propos d'un cas au Service de Neurologie du Centre Hospitalier National De Pikine	72-76
	Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H	
11.	La péricardite aiguë, un mode exceptionnel de présentation de la maladie de Still de l'adulte	77-79
	Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V	
12.	Syndrome douloureux abdominal révélateur d'une thrombose insolite à localisation portale : à propos de 2 cas	80-83
	Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK	
13.	Syndrome malin des neuroleptiques révélateur d'une hyperthyroïdie primaire chez une femme de 54 ans : à propos d'un cas	84-87
	Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA	
14.	Tuberculose compliquant l'évolution d'une leucémie myéloïde chronique. A propos de deux cas dans le service d'hématologie du CHU de Cocody	88-93
	Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G	

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. <i>Role of accessory salivary gland biopsy in the etiological diagnosis of dry syndrome: a descriptive Crosssectional study</i>	7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S	
2. <i>Basedow's disease and pregnancy: 189 cases from the Abass Ndao Hospital Center</i>	14-21
Ndour MA, Gadji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M	
3. <i>Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cardiothyreosis in the hospital of Dakar: a two-center retrospective study</i>	22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A	
4. <i>Diagnostic and therapeutic aspects of Pott's disease in children and adolescents in rheumatology hospitalization at Cocody University Hospital</i>	28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	
5. <i>Epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Conakry University Hospital</i>	34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY	
6. <i>Prevalence of chronic kidney disease in diabetic subjects at the Sokoura Maternal and Child Protection Center in Bouake in 2021</i>	39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, Tia Weu M, Ouattara B	
7. <i>Non-traumatic comas in the elderly subject in an internal medicine department</i>	49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B	

CASES REPORTED

8. <i>Hereditary angioedema in a family from Niger</i>	56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E	
9. <i>Cutaneous and ophthalmological symptoms of chronic hepatitis b associated with MPO ANCA: is it vasculitis?</i>	65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E	
10. <i>Central and peripheral neurological disorders associated with dengue viral infection: a case report from the Neurology Department of the Pikine National Hospital Center</i>	72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H	
11. <i>An acute and outstanding pericarditis as revelation of adult-onset Still's disease</i>	77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V	
12. <i>Cases of acute abdominal pain highlighting 2 unexpected portal thrombosis</i>	80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK	
13. <i>A case of hyperthyroidism diagnosed during a neuroleptic malignant syndrome in a 54 year-old woman</i>	84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA	
14. <i>Occurrence of tuberculosis during the follow-up of leukemias. Illustration in a hematology department</i>	88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G	



Syndrome malin des neuroleptiques révélateur d'une hyperthyroïdie primaire chez une femme de 54 ans : à propos d'un cas

A case of hyperthyroidism diagnosed during a neuroleptic malignant syndrome in a 54 year-old woman

Tieno H^{1,3}, Bognounou R^{1,3}, Nacanabo WM², Seghda TAA², Samadoulougou KA^{2,3}

1. Service de médecine Interne d'endocrinologie métabolisme et nutrition du CHU-Bogodogo

2. Service de cardiologie du CHU-Bogodogo

3. Université Joseph Ki Zerbo, UFR/SDS Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondant : Dr Wendlassida Martin NACANABO

Résumé

La découverte d'une pathologie endocrinienne au cours d'une psychose aiguë, bien que rare, n'est pas exceptionnelle. Nous rapportons un cas d'hyperthyroïdie primaire révélée par un syndrome anxio-dépressif à la faveur d'un syndrome malin des neuroleptiques. Il s'agit d'une patiente de 54 ans hypertendue connue et suivie depuis deux ans sous Amlodipine et également suivie depuis environ quatre mois sous neuroleptiques (Halopéridol, Phénergan) pour un syndrome dépressif. Elle a été admise pour altération de l'état général, palpitations, fièvre, hypersialorrhée, aphasie et tremblement de repos évoluant depuis l'initiation du traitement neuroleptique. Les examens clinique et paracliniques ont permis de retenir le diagnostic d'hyperthyroïdie primaire révélée par un syndrome malin des neuroleptiques. L'initiation des antithyroïdiens de synthèse (Thiamazole) et des bêtabloquants (Propanolol) concomitante à l'arrêt des neuroleptiques (Halopéridol, Phénergan), a entraîné une évolution favorable avec un retour de l'état de conscience à la normale, l'amendement complet des signes de thyrotoxicose et du syndrome malin au bout de 02 semaines.

Mots clés : hyperthyroïdie - dépression - syndrome malin.

Summary

The discovery of endocrine pathology during acute psychosis, although rare, is not exceptional. We report a case of primary hyperthyroidism revealed by an anxiety-depressive syndrome at the onset of neuroleptic malignant syndrome. The case involved a 54-year-old patient with known hypertension who had been on Amlodipine for two years and had also been on neuroleptics (Haloperidol, Phenergan) for about four months for a depressive syndrome. She was admitted for altered general condition, palpitations, fever, hypersialorrhea, aphasia and rest tremor, which had been evolving since the initiation of neuroleptic treatment. Clinical and paraclinical examinations led to the diagnosis of primary hyperthyroidism revealed by neuroleptic malignant syndrome. The initiation of synthetic antithyroid drugs (Thiamazole) and beta-blockers (Propanolol) concomitant with the discontinuation of neuroleptics (Haloperidol, Phenergan), resulted in a favourable evolution with a normal return to consciousness, complete improvement of thyrotoxicosis signs and malignant syndrome after 2 weeks.

Key words: hyperthyroidism - depression - malignant syndrome.

Introduction

La survenue d'une psychose aiguë au cours des pathologies endocriniennes n'est pas exceptionnelle. Le développement des examens neuroendocrinologiques a permis d'identifier de nombreuses anomalies neuroendocriniennes chez des patients atteints de troubles psychiatriques [1]. Les hyperthyroïdies s'accompagnent de manifestations somatique et psychiatrique se traduisant par une symptomatologie similaire à un trouble anxieux, surtout en présence d'un terrain psychopathologique qui peut être un facteur favorisant [2]. Les atteintes organiques sont dominées par les symptômes cardiaques dont la hantise est l'installation d'une cardiomyopathie [3]. Ignorer cette association sémiologique conduit à un retard dans le diagnostic, privant ainsi le patient de certaines thérapies efficaces [4]. Nous rapportons un cas d'hyperthyroïdie primaire révélée par un syndrome anxio-dépressif, à la faveur d'un syndrome malin des neuroleptiques.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 54 ans avec comme facteur de risque cardiovasculaire une hypertension artérielle évoluant depuis deux ans sous Amlodipine et comme facteur de risque thromboembolique la sédentarité. Elle était depuis environ quatre mois sous neuroleptiques (Halopéridol, Phénergan) pour un syndrome dépressif associant isolément, amaigrissement, tristesse de l'humeur, propos

incohérent et des idées noires. Elle a été admise pour altération de l'état général, palpitations, fièvre, hypersialorrhée, aphasie et tremblement de repos évoluant depuis l'initiation du traitement neuroleptique. L'examen clinique notait une altération de la conscience (Score de Glasgow à 9/15 soit E₄V₂M₂), un syndrome de thyrotoxicose, un goitre (figure 1), une fièvre à 40.4°C et une tachycardie. Le bilan thyroïdien notait le taux de Thyroïde Stimulating Hormone (TSH) à 0,0000 mUI/L, la tétra thyroxine (FT₄) à 78 ng/L et la tri thyroxine (FT₃) à 20 ng/L. A l'hémogramme une bicytopenie associant une anémie modérée normochrome à 10,6 g/dL et une thrombopénie à 101000/Ul a été observée. Le ionogramme sanguin, la créatininémie et les transaminases sériques étaient normaux. L'échographie cervicale a trouvé un aspect en faveur d'un goitre diffus anodulaire hypervascularisé (figure 2). A l'électrocardiogramme, une tachycardie sinusale régulière à 130 cycles par minute a été observée. Le diagnostic d'hyperthyroïdie primaire révélée par un syndrome malin des neuroleptiques a été retenu. La prise en charge a consisté à l'arrêt des neuroleptiques (Halopéridol, Phénergan), l'initiation des antithyroïdiens de synthèse (Thiamazole) et de bêtabloquants (Propanolol). L'évolution était favorable avec un éclaircissement de la conscience, l'amendement complet des signes de thyrotoxicose et du syndrome malin des neuroleptiques au bout de 02 semaines.



Figure 1 : image montrant un goitre

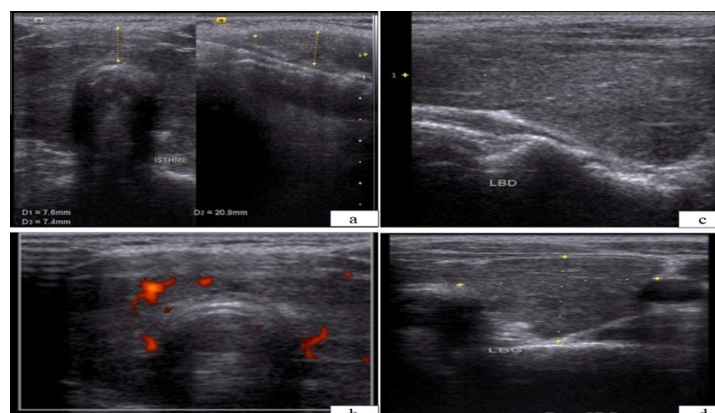


Figure 2 : Aspect échographique de goitre diffus anodulaire hypervascularisé



Discussion

Les manifestations psychiatriques, peuvent révéler certaines endocrinopathies, comme l'hyperthyroïdie. La symptomatologie se caractérise généralement par un syndrome dépressif, une agitation et une anxiété. Les troubles psychotiques d'allure confuso-délirant se rencontrent plutôt en cas de poussées aiguës ou de phases terminales d'hyperthyroïdie [5]. Une enquête transversale portant sur 41 patients, et menée dans ce cadre, a révélé que 80% présentaient des manifestations anxio-dépressives, tandis que 75% présentaient des signes d'hyperthyroïdie clinique [5]. Cela témoigne d'une forte association des manifestations psychotiques au cours des endocrinopathies, notamment l'hyperthyroïdie. Dans cette situation, l'utilisation de neuroleptiques, notamment lorsque les doses ne sont pas tolérées par le patient, peut conduire à l'apparition d'un syndrome malin des neuroleptiques. Cette éventualité bien que rare a été décrite par Fan Zhang [6] chez un adolescent de 17 ans présentant une dysthyroïdie. Il s'agit d'une urgence psychiatrique dont l'incidence varie entre 0,02% et 3% chez les patients prenant des neuroleptiques avec une mortalité estimée entre 10% et 20% [7].

La dépression au cours de l'hyperthyroïdie est le plus souvent décrites chez la femme de la quarantaine. En effet, Idam [8] a rapporté, en 2016, un âge moyen de 39 ans $\pm$ 5 ans, avec une prédominance féminine dans 89% des cas. Ce constat est en accord avec le sexe féminin de notre patiente, bien que son âge avancé témoigne de la possibilité d'un diagnostic tardif. D'autres cas de retard diagnostic ont été rapportés par de nombreux auteurs comme Köhl [9] qui a rapporté le cas d'une patiente de 56 ans sans antécédent psychiatrique connu, ayant présenté un épisode psychotique aigu associé à une hypothyroïdie profonde [9].

Toutes les modifications de l'axe thyroïdien peuvent s'accompagner de dépression. En effet, les données de la littérature ne rapportent pas de différence significative entre l'association à une hypothyroïdie ou une hyperthyroïdie. Idam [8] a ainsi trouvé dans 54% des cas, une association de la dépression à une hyperthyroïdie contre 46% à une hypothyroïdie. Par contre, les résultats de Alzahrani [10] mettent en exergue 59,6% de dépression chez les patients présentant une hypothyroïdie et l'hyperthyroïdie. Le dosage des hormones thyroïdiennes s'avère nécessaire pour permettre une intervention rapide sachant que les dysthymies précèdent souvent la dysfonction thyroïdienne.

Les manifestations cardiaques des hyperthyroïdies sont très variables dans la littérature. La tachycardie et l'érythisme vasculaire sont les signes majeurs de

la cardiomyopathie. Chez notre patiente le retentissement cardiaque était dominé par les palpitations intermittentes. Toutefois, une expertise cardiologique n'a pas été faite chez cette patiente. Les palpitations constituent la principale circonstance de découverte de l'hyperthyroïdie comme étayée par l'étude de Rouf [11] en 2016, avec 78,8% de cas.

La prise en charge de cette thyrotoxicose est bien conduite avec des antithyroïdiens de synthèse (ATS) et des bêtabloquants. Auparavant il était recommandé d'y associer de l'iode non-radioactif afin d'éviter un relargage d'hormones thyroïdiennes [12]. Le propylthiouracil est préféré aux autres car il bloquerait de surcroît la conversion périphérique de T3 en T4. Le propranolol est le bêtabloquant recommandé mais la survenue de complications à type d'insuffisance cardiaque conduit à revoir cette indication en préférant les médicaments de courte durée d'action tels que l'Esmolol [13].

Conclusion

La thyrotoxicose est une pathologie fréquente, avec un retentissement systémique notamment cardiaque. La composante psychiatrique de sa sémiologie peut être au premier plan et faire égarer le diagnostic. Une atteinte organique, en particulier endocrinienne, doit être éliminée devant des symptômes psychiatriques.

Consentement

Nous avons obtenu le consentement éclairé de la patiente et de sa famille du patient pour la réalisation de cette étude.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Aarab C, Hammani Z, Aalouane R, Yassari M, Rammouz I. Psychose aiguë secondaire à une dysthyroïdie : à propos de 2 cas. *Pan Afr Med J.* 2016 ; 25 : 216
2. El Mir K, El Bouchai W, Chlihane R, Barrimi M. Crises d'angoisses aiguës révélant une maladie de Basedow ou « maladie de Graves » : à propos d'un cas. *Inf Psychiatr. Montrouge : John Libbey Eurotext ;* 2021 ; 97(1) : 79-82
3. Yazidi M, Ezzaouia K, Madhi W, Oueslati I, Ouarda F, Murali S et al. Anomalies cardiaques associées à l'hyperthyroïdie : étude clinique, structurelle et rythmique. *Ann Cardiol Angéiologie* 2023 ; 72(2) : 101579



4. Danion C, Domenech P, Demily C, Franck N. Symptômes psychotiques dans les affections médicales générales de l'adulte. EMC - Psychiatr. 2007 ; 4 : 1-9
5. Medhaffar K, Mnif F, Mnif M, Chaâbane A, Charfi N, Abid M. Épisode confusionnel révélant une hyperthyroïdie : à propos d'un cas. Ann Endocrinol. 2014 ; 75(5) : 506
6. Zhang F, Kanzali P, Rubin V, Paras C, Goldman J. Neuroleptic malignant syndrome with thyroid disorder. Medicine (Baltimore). 2017 ; 96(39) : e8191
7. Shalev A, Hermesh H, Munitz H. Mortality from neuroleptic malignant syndrome. J Clin Psychiatry. US: Physicians Postgraduate Press; 1989; 50(1): 18-25
8. Idam H, Sara H, Madjidanem P, Kyal N, Fatima L, Abdellatif E. Évaluation de la dépression chez les patients présentant une dysthyroïdie. Ann Endocrinol. 2023 ; 84(5) : 594
9. Köhl S, Lutchmaya M, Ray P. Troubles psychiques révélant une hypothyroïdie profonde. Ann Fr Médecine D'urgence. 2019 ; 9(4) : 242-4
10. Alzahrani HS, Alshabnan RA, Mokhtar FM, Aleisa AI, AlHedaithi NA, Alotaibi GK et al. Assessment of Saudi Society's Knowledge Regarding Hypothyroidism and Its Neuropsychiatric Clinical Manifestations. Healthc Basel Switz. 2023; 11(2): 277
11. Rouf S, Aynaou H, Bouziane M, Harroudi T, Latrech H. Le profil de l'hyperthyroïdie dans la région de l'oriental. Ann Endocrinol. 2016 ; 77(4) : 382
12. Thirion M, Percheron S, Mira J. Thyrotoxicose. Réanimation. 2006 ; 15(6) : 497-505
13. Ngo AS-Y, Lung Tan DC. Thyrotoxic heart disease. Resuscitation. août 2006; 70(2): 287-90