

2. Mukhopadhyay S, Shrimpton AE, Jones LA, Nsouli IS, Abraham NZ. Carcinoma of the urinary bladder following cyclophosphamide therapy. Arch Pathol Lab Med 2004; 128:e8-e11.

Monia Tangour¹, Ehsen Ben Brahim¹, Satia Sallam², Selma Abdelmoula¹, Samia Chatti-Dey¹

*Department of Pathology, M. T. Maamouri Hospital, Nabeul
Department of Urology, La Rabta Hospital, Tunis. Tunisia
Tunis El Manar University*

Ascite exsudative révélant une thyroïdite de Hashimoto et une cirrhose biliaire primitive

Les étiologies des ascites exsudatives sont dominées par la carcinose et la tuberculose péritonéale. Les maladies de système et l'ascite à éosinophiles sont des causes plus rares d'ascite exsudative. L'ascite exsudative myxoédémateuse a été rapportée dans 4% des cas d'hypothyroïdie. Elle était inaugurale dans moins 1% des cas [1]. Nous rapportons un cas d'ascite exsudative révélant une thyroïdite auto-immune (Hashimoto) et une cirrhose biliaire primitive.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 71 ans, aux antécédents de cardiopathie hypertensive avec une arythmie par fibrillation auriculaire sous anti vitamine K non associé à l'amiodarone, d'accident vasculaire cérébral fronto-pariétal gauche et de splénectomie il y a 17ans. Elle a également développé 5 mois avant son hospitalisation et suite à un surdosage en anti-vitamine K un hématome du psoas, de la fosse iliaque droite avec une compression de l'uretère droit et dilatation des cavités excrétrices. Elle était admise pour exploration d'une ascite isolée de grande abondance. La biologie avait montré une cytolyse à 2N prédominant sur les Aspartates aminotransférases, une cholestase avec des phosphatase alcalines et des gamma-glutamyl-transpeptidase à 1,5N, le taux de prothrombine était à 87% et l'albuminémie à 36g / l avec une hypergammaglobulinémie à 27,5g. La numération formule sanguine a montré une hémoglobine à 10.5g, des globules blancs à 9900 / mm³ et des plaquettes à 250000 / mm³. Elle avait également une hypercholestérolémie à 6 mmol/l. Le liquide d'ascite était exsudatif avec protides à 27 g/l et une cellularité variable de 70 à 540 éléments blancs dont 70% de lymphocytes. La recherche de bacille de Koch dans le liquide d'ascite, dans les crachats et les urines était négative. L'intradermo-réaction à la tuberculine était négative. La radiographie du thorax était sans anomalie. Les veines sus-hépatiques étaient normales à l'échographie doppler abdominale. A l'échographie cardiaque la fonction du ventricule gauche était de 66% avec absence de dilatation des cavités cardiaques droites et un péricarde sec. Elle a eu également une gastroscopie, une coloscopie et une

tomodensitométrie thoraco-abdominale qui n'ont pas objectivé de lésion tumorale. Mais à l'imagerie le foie était dysmorphique avec présence de varices œsophagiennes grade II à l'endoscopie. Dans le cadre du bilan étiologique, Les sérologies virales B et C étaient négatives ainsi que les anticorps anti-nucléaires et anti-muscle lisse alors que les anticorps anti-mitochondries de type M2 étaient positifs à 1/400. Les IgM étaient à 3N. Le diagnostic d'une cirrhose biliaire primitive est retenu mais n'expliquait pas la présence de cette ascite exsudative à cellularité variable. Devant l'ascite inexpliquée, une hypercholestérolémie associées à l'existence au scanner abdominal d'un volumineux hématome en voie de liquéfaction siégeant au niveau du psoas droit de 8 x 6 cm et au niveau de la gouttière pariéto colique jusqu'à la fosse iliaque droite de 11 x 6 cm, nous avons suspecté une hypothyroïdie. Un bilan thyroïdien a été alors fait confirmant le diagnostic en objectivant un taux de TSH > 100UI/ml et un taux de la FT4 < 0,4 ng/dl. Les anticorps anti-microsomiaux étaient positifs à un taux de 1/200. Les anticorps anti-thyroglobuline étaient positifs à 1/60. L'échographie de la loge thyroïdienne a montré un goitre multi nodulaire. La patiente a été mise sous lévothyroxine avec régression progressive du myxoédème et normalisation du bilan thyroïdien. L'échographie de contrôle à 3mois du début de traitement substitutif a montré un assèchement du liquide d'ascite. Elle a été mise sous propranolol comme prévention primaire de la rupture des varices œsophagiennes. Après un recul de 12 mois, la patiente est bien équilibrée sous traitement substitutif. Elle n'a pas refait de syndrome ascitique avec disparition de l'hématome abdominale et du psoas.

Conclusion

Une ascite isolée, riche en protides avec une cellularité variable, peut être révélatrice d'une hypothyroïdie. Les troubles de la perméabilité capillaire associés à l'hypothyroïdie semblent être le mécanisme impliqué dans la pathogénie de l'ascite. L'hormonothérapie substitutive entraîne une disparition de l'ascite. La méconnaissance du diagnostic ou le retard diagnostique sont source d'explorations inutiles et dans de rares cas peuvent conduire au décès du malade dans un tableau de coma myxoédémateux. D'où l'intérêt du dosage de la thyroxine et de la thyrostimuline dans le bilan étiologique d'une ascite de cause indéterminée et particulièrement chez les sujets âgés et maladie dysimmunitaire associée tel que une cirrhose biliaire primitive.

Références

1. Ji JS, Chae H, Cho YS, Ki HK: Myxedema Ascites: Case Report and Literature Review. J Korean Med Sci 2006; 21: 761-4

Leila Mouelhi, Leila Abbes, Insaf BelHadj Ali*, Fatma Houissa, Haifa Mekki, Majd Ben Rjeb, Slim Bouzaidi, Mohamed Salem, Radhouane Debbeche, Adel Khedher, Taoufik Najjar.

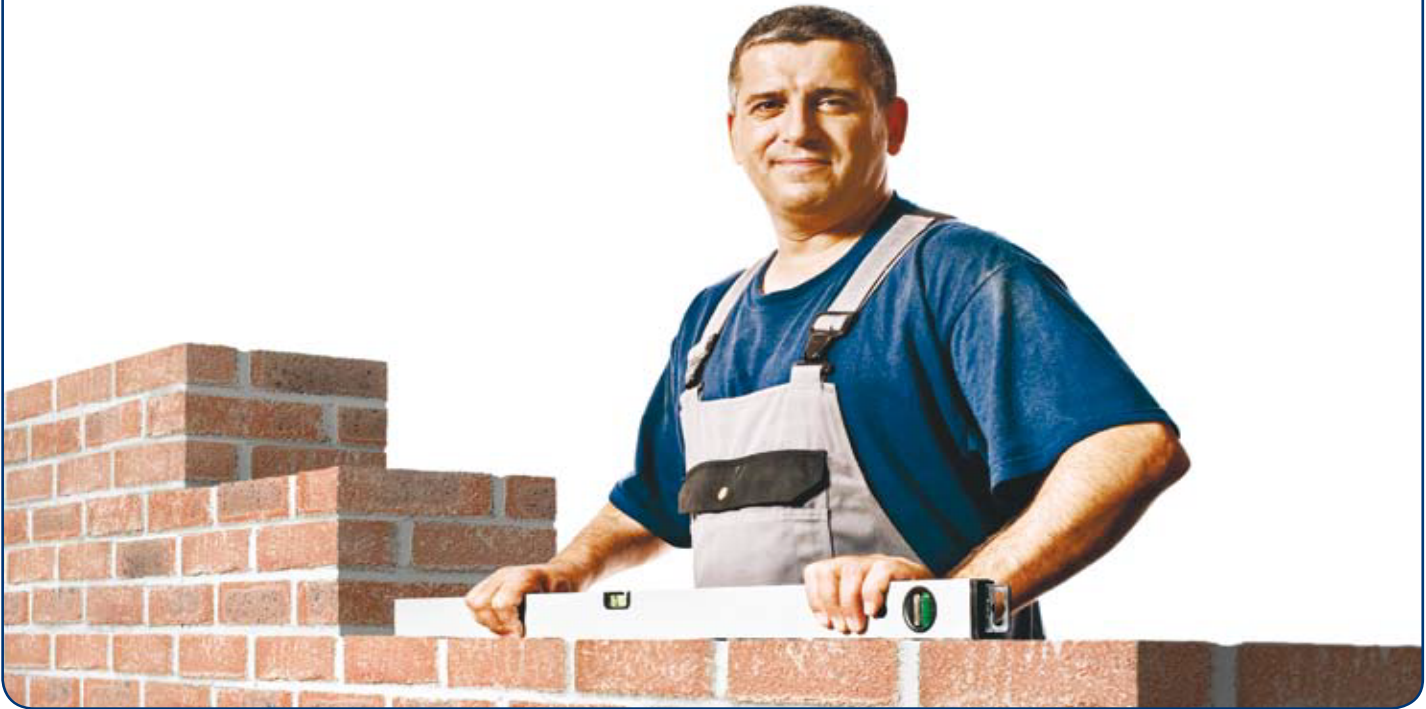
Service de Gastro-entérologie. Hôpital Charles Nicolle. .

**Service de Médecine Interne. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie.*

Université Tunis El Manar

Intensification efficace, sûre et commode

TU NM105-03/2009



100 U/ml NovoMix® 30 FlexPen® Suspension injectable en stylo pré-rempli Composition qualitative et quantitative : Insuline aspartate soluble/ insuline aspartate* sous forme de cristaux de protamine 100 U/ml dans un rapport de 30/70 * produite par la technique de l'ADN recombinant sur *Saccharomyces cerevisiae*. Une unité d'insuline aspartate correspond à 6 nmol, 0.035 mg d'insuline aspartate anhydre exempt de sel. Un stylo prérempli contient 3 ml, soit 300 U. **Forme pharmaceutique :** Suspension injectable. **Données cliniques :** Indications thérapeutiques : **Traitement du diabète.** Posologie et mode d'administration : NovoMix® 30 présente un délai d'action plus rapide que l'insuline humaine biphasique et doit généralement être administré immédiatement avant un repas. Si nécessaire, NovoMix® 30 peut être injecté peu après un repas. **Administration :** NovoMix® 30 est administré par voie sous-cutanée. Comme pour toutes les insulines, la durée d'action varie en fonction de la dose, du site d'injection, du débit sanguin, de la température et de l'intensité de l'activité physique. L'influence des différents sites d'injection sur l'absorption de NovoMix® 30 n'a pas été étudiée. NovoMix® 30 ne doit jamais être administré par voie intraveineuse. Les troubles rénaux ou hépatiques peuvent réduire les besoins en insuline. NovoMix® 30 peut être utilisé chez les enfants et adolescents âgés de 10 ans ou plus lorsque l'insuline prémélangée est préconisée. Pour les enfants de 6 à 9 ans il existe des données cliniques limitées. Les effets de NovoMix® 30 n'ont pas été étudiés chez l'enfant de moins de 6 ans. **Dose recommandée :** La dose de NovoMix® 30 dépend de chaque individu et est déterminée en fonction des besoins du patient. Chez les patients diabétiques de type 2, NovoMix® 30 peut être administré seul ou en association avec des antidiabétiques oraux, lorsque la glycémie est insuffisamment contrôlée par ces antidiabétiques oraux seuls. Pour les patients diabétiques de type 2, la dose initiale de NovoMix® 30 recommandée est de 6 U au petit-déjeuner et de 6 U au dîner (repas du soir). NovoMix® 30 peut également être initié en une injection par jour de 12 U au dîner (repas du soir). Lorsque NovoMix® 30 est utilisé en une injection par jour et que la dose atteint 30 unités, il est généralement recommandé de passer à deux injections par jour en répartissant à part égale la dose

du petit déjeuner et la dose du dîner (repas du soir). Un passage à 3 injections par jour de NovoMix® 30 peut être initié en toute sécurité à partir de deux injections par jour en répartissant la dose du matin en une dose le matin et une dose à midi. Les besoins quotidiens peuvent être plus élevés chez les patients qui présentent une insulino-résistance (due à l'obésité par exemple) ou plus faibles en cas de production d'insuline endogène résiduelle. Chez les patients diabétiques de type 1, les besoins individuels en insuline se situent généralement entre 0,5 et 1,0 Unité/kg/jour. Ils peuvent être couverts en partie ou en totalité par NovoMix® 30. Les besoins journaliers en insuline peuvent être plus élevés chez les patients présentant une résistance à l'insuline (due à l'obésité par exemple) et plus faibles en cas d'insulinosécrétion endogène résiduelle. NovoMix® 30 peut être utilisé chez les sujets âgés ; cependant l'expérience de l'utilisation de NovoMix® 30 en association avec les ADO chez les patients de plus de 75 ans est limitée. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'insuline aspartate ou à l'un des excipients. Hypoglycémie. **Grossesse et allaitement :** L'expérience clinique relative à l'usage de NovoMix® 30 pendant la grossesse est limitée. Les études sur la reproduction animale n'ont révélé aucune différence entre l'insuline aspartate et l'insuline humaine en termes d'embryotoxicité ou d'effets tératogènes. L'administration de NovoMix® 30 pendant l'allaitement ne fait l'objet d'aucune restriction. L'insulinothérapie de la femme allaitante n'implique aucun risque pour le bébé. Cependant, il pourra être nécessaire d'ajuster la posologie de NovoMix® 30. **Précautions particulières de conservation :** A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C) à distance du compartiment de congélation. Ne pas congeler. NovoMix® 30 FlexPen® en cours d'utilisation ou gardé en réserve : peut être conservé à température ambiante (inférieure à 30°C) jusqu'à 4 semaines. Au-delà, tout produit non utilisé doit être jeté. **Présentation :** Boîtes de 5 stylos préremplis. **Fabriqué par** Novo Nordisk A/S Novo Allé DK-2880 Bagsvaerd, Danemark **Novo Nordisk Tunisie SARL** Immeuble FAJR, 3ème étage, Rue du Lac Lochness Les Berges du Lac - 1053 Tunis - Tunisie **Tel : +216 71 965 154** **Fax : +216 71 965 073**

Références : 1. Boehm BO, Home PD, Behrend C. Premixed insulin aspart 30 vs premixed human insulin 30/70 twice daily: a randomized trial in type 1 and type 2 diabetic patients. *Diabet Med* 2002; 19: 393-399. 2. Shestakova M et al. Transferring type 2 diabetes patients with uncontrolled glycaemia from biphasic human insulin to biphasic insulin aspart 30: experiences from the PRESENT Study. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 3209-3214. 3. Boehm B et al. Long-term efficacy and safety of biphasic insulin aspart in patients with type 2 diabetes. *Eur J Intern Med* 2004; 15: 496-502. 4. Boehm M et al. Safety and efficacy of 4 years management with biphasic insulin aspart in people with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. *Diabetologia* 2003; 46(Suppl. 2):A269. 5. Raskin P, Rojas, Hu P et al. INITIATE Study. Comparison of Twice-Daily Biphasic Insulin Aspart 70/30 with Once-Daily InsulinGargine in Patients with Type 2 DM on Oral Antidiabetic Agents. *Diabetes Care* 28:260-265, 2005. 6. Étude 1-2-3 Garber AJ et al. *Diabetes Obes Metab* 2006; 8:58-66 7. Rissler J et al. Evaluation of the injection force dynamics of a modified prefilled insulin pen. Data on file 2008. 8. Asakura T et al. Dosing accuracy of two insulin pre-filled pens. *Curr Med Res Opin* 2008; 24(5): 1429-1434. 9. Hänel H et al. Differences in the Dose Accuracy of Insulin Pens. *J Diabetes Sci Technol* 2008; 2(3): 478-481.

Une intensification efficace, sûre et commode avec la même insuline et le même système d'injection

- Plus efficace et mieux toléré que l'IHB^{1, 2, 3, 4}
- Meilleur contrôle vs insuline glargine⁵
- 77% des patients atteignent un taux d'HbA_{1c} < 7% avec NovoMix® 30⁶



Maintenant disponible en nouvelle génération FlexPen® :

- Nouveau : moins de force à l'injection vs SoloSTAR®⁷
- Nouveau : stylo coloré pour un repérage facile
- Dose plus précise que SoloSTAR®^{8, 9}



NovoMix® 30 FlexPen®
(insuline aspartate biphasique)