



Article Original

La Maladie de Basedow à Brazzaville : Aspects Cliniques et Diagnostiques

Grave's Disease in Brazzaville: Clinical Presentation and Diagnosis

Elilié Mawa Ongoth^{1,3}, Chidas Nkou-Ompa¹, Ghislain Andzouana Mbamognoua^{1,3}, Mayanda Laure Ohouana^{1,3}, Auguste Tserie-Tsoba^{2,3}, Aymande Okoumou-Moko¹, Yvonne Dinghat¹, Severin Eloi Nkoua¹, Paulin Kibéké¹, Evariste Bouenizabila^{1,3}, Henri Germain Monabéka^{1,3}

Affiliations

1. Service de Maladies Métabolique et Endocriniennes, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
2. Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
3. Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI, Brazzaville, Congo.

Auteur correspondant

Farel Elilié Mawa Ongoth, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI.
Email : elieongothfarel@gmail.com
Téléphone : 00242 06 979 65 39

Mots clés : Maladie de Basedow, Epidémiologie, diagnostic, Brazzaville.
Key words: Grave's disease, Epidemiology, diagnosis, Brazzaville.



RÉSUMÉ

Introduction. La maladie de Basedow est une pathologie auto-immune affectant la glande thyroïde, caractérisée par un syndrome de thyrotoxicose associée un goitre diffus et une orbitopathie. Le but de ce travail est de décrire les aspects cliniques et diagnostiques de la maladie de Basedow au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, menée dans le service de Maladies Métaboliques et Endocriniennes du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, incluant les patients âgés d'au moins 18 ans, suivis en ambulatoire ou hospitalisés pour maladie de Basedow durant la période allant de Janvier 2016 à Juin 2023. **Résultats.** Notre échantillon était composé de 57 patients avec une prédominance féminine (85,96 %). Les motifs de consultations les plus fréquents étaient un goitre (70,17%), une exophtalmie (61,40%) et un amaigrissement (52,63%). Le syndrome de thyrotoxicose était présent chez 92,98% des patients. Les signes spécifiques de la maladie de Basedow retrouvés étaient le goitre vasculaire (70,17%) et l'exophtalmie bilatérale (61,40%). Une hyperthyroïdie périphérique biologique patente était confirmée dans 92,98% de cas. Le dosage de la T4 (Thyroxine) libre avait permis de conclure à une hyperthyroïdie périphérique franche avec FT4 élevée chez 92,98% de cas. La présence d'anticorps circulants stimulant la thyroïde n'a été notée que chez les 7,02% des patients ayant pu réaliser le bilan immunologique. La cardiomyopathie était présente dans 10,53% de cas. **Conclusion.** La maladie de Basedow est l'étiologie la plus fréquente d'hyperthyroïdie à Brazzaville avec un tableau clinique composée d'une association entre un syndrome de thyrotoxicose, un goitre vasculaire et une exophtalmie.

ABSTRACT

Introduction. Basedow's disease is an autoimmune disorder affecting the thyroid gland, characterized by a syndrome of thyrotoxicosis associated with diffuse goiter and orbitopathy. The aim of this study is to describe the clinical and diagnostic features of Basedow's disease at the University Hospital Center of Brazzaville. **Methodology.** This was a descriptive retrospective study conducted in the Metabolic and Endocrine Diseases department of the University Hospital Center of Brazzaville, including patients aged 18 years and older, followed as outpatients or hospitalized for Basedow's disease from January 2016 to June 2023. **Results.** Our sample consisted of 57 patients, predominantly female (85.96%). The most common reasons of consultation were goiter (70.17%), exophthalmos (61.40%), and weight loss (52.63%). The syndrome of thyrotoxicosis was present in 92.98% of patients. The specific signs of Basedow's disease found were vascular goiter (70.17%) and bilateral exophthalmos (61.40%). Biochemically confirmed peripheral hyperthyroidism was present in 92.98% of cases. Measurement of free thyroxine (T4) levels allowed us to conclude that there was frank peripheral hyperthyroidism with elevated FT4 levels in 92.98% of cases. The presence of circulating thyroid-stimulating antibodies was only noted in 7.02% of patients who underwent immunological testing. Cardiac thyrotoxicosis was present in 10.53% of cases. **Conclusion.** Basedow's disease is the most common etiology of hyperthyroidism in Brazzaville, characterized by a clinical presentation consisting of an association between thyrotoxicosis, vascular goiter, and exophthalmos.

POUR LES LECTEURS PRESSÉS**Ce qui est connu du sujet**

La maladie de Basedow est une pathologie auto-immune affectant la glande thyroïde.

La question abordée dans cette étude

Aspects cliniques et diagnostiques de la maladie de Basedow au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. Les femmes étaient les plus touchées (85,96 %).
2. Le syndrome de thyrotoxicose était présent chez 92,98% des patients.
3. Une hyperthyroïdie périphérique biologique patente était confirmée dans 92,98% de cas.
4. Le dosage de la T4 (Thyroxine) libre a révélé une hyperthyroïdie périphérique franche avec FT4 élevée chez 92,98% de cas.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Sensibilisation du personnel soignant à la reconnaissance du tableau clinique typique de cette maladie afin de permettre une prise en charge précoce.

INTRODUCTION

L'hyperthyroïdie est un trouble endocrinien marqué par un hyperfonctionnement de la glande thyroïde occasionnant une production excessive d'hormones thyroïdiennes. Elle est riche en sémiologie et représente un des motifs fréquents de consultation en endocrinologie. La maladie de Basedow constitue l'étiologie la plus fréquente d'hyperthyroïdie et de thyrotoxicose. Il s'agit d'une maladie auto-immune due à des auto-anticorps stimulant le récepteur de la TSH (thyroid stimulating hormone) [1, 2]. La première description de cette affection a été faite en 1834 par Robert James Graves (médecin irlandais), d'où son appellation « Graves' disease » chez les anglo-saxons, puis en 1840 par Karl Von Basedow (médecin allemand), à la base de son appellation la plus répandue en Europe « maladie de Basedow » [2, 3]. La prévalence de cette affection est variable selon les régions dans le monde [2, 4]. La maladie de Basedow survient généralement sur un terrain génétiquement prédisposé et présente une sémiologie riche associant un syndrome de thyrotoxicose, à un goitre vasculaire et des manifestations extra-thyroïdiennes notamment orbitaires et pré-tibiales. Un facteur émotionnel intense pourrait favoriser son éclosion [1,2,5]. Son diagnostic est facilement établi devant les données cliniques et la confirmation de l'hyperthyroïdie périphérique par le bilan hormonal. La détermination des taux sériques d'auto-anticorps stimulant le récepteur de la TSH (TRAK) et l'échographie thyroïdienne constituent également des éléments d'exploration paracliniques à inclure dans la démarche diagnostique [6, 7]. La positivité des TRAK aide à la confirmation de l'origine auto-immune de l'affection [2, 4]. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et diagnostiques de la maladie de Basedow au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service de Maladies Métaboliques et Endocriniennes du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. L'étude a concerné les patients âgés d'au moins 18 ans, suivis en ambulatoire ou hospitalisés pour maladie de Basedow durant la période allant de Janvier 2016 à Juin 2023. Le diagnostic de la maladie de Basedow a été retenu devant la présence d'un syndrome de thyrotoxicose clinique et un profil hormonal d'hyperthyroïdie périphérique (TSH diminué, FT4 élevé). Ces deux critères étaient obligatoirement associés à un goitre vasculaire et/ou une exophtalmie et/ou une positivité des auto-anticorps antirécepteurs de la TSH (TRAK). Les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête et évaluées. Le logiciel Microsoft Excel version 2016 a servi à la saisie des données et la construction des graphiques. Le logiciel Epi Info version 7.2.5.0 avait été utilisé pour l'analyse statistique. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type ou médiane et quartiles (en fonction de la distribution). Les variables qualitatives ont été présentées en effectif et proportion.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 126 patients étaient admis en consultation ou hospitalisation dans le service pour hyperthyroïdie. Parmi eux 79 présentaient une maladie de basedow, soit 62,69% des cas. L'étude a porté sur 57 patients répondant aux critères d'inclusion et disposant d'un dossier médical complet. L'âge médian était de 38 ans avec des extrêmes de 18 et 59 ans. La population d'étude était formée de 48 femmes (85,96 %) et 8 hommes (14,04%). La répartition des patients selon la profession est représentée dans la **figure 1**.

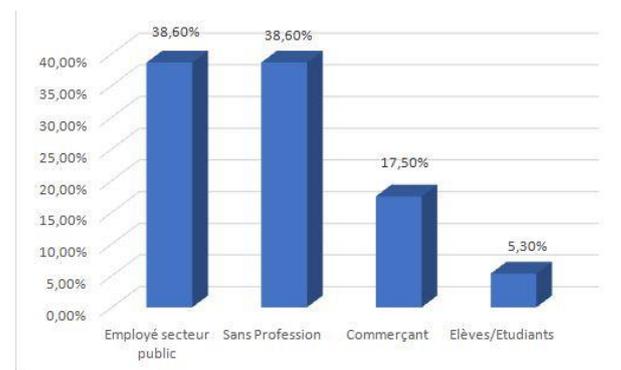


Figure 1. Secteurs d'activité et profession des patients

Les patients étaient d'un niveau d'instruction primaire (22,81%), secondaire (43,86%) et supérieur (33,33%). La répartition des patients selon le motif de consultation est présentée dans le **tableau I**.

Tableau I. Motif de consultation des patients

Motif de consultation	N	%
Goitre	40	70,17
Exophtalmie	35	61,40
Maigrissement	30	52,63
Tremblements des	16	28,07
Extrémités + Troubles de sommeil		

Le syndrome de thyrotoxicose clinique était retrouvé chez 92,98 % des patients. Les signes spécifiques de la maladie de Basedow étaient un goitre vasculaire (70,17%) et une exophtalmie bilatérale (61,40%) pour l'exophtalmie. Aucun patient ne présentait un myxœdème pré tibial ou une acropathie. Sur le plan paraclinique la TSH étaient diminuée chez l'ensemble des patients. Le dosage de la T4 (Thyroxine) libre avait permis de conclure à une hyperthyroïdie périphérique franche avec FT4 élevée chez 92,98% de cas et une hyperthyroïdie fruste (T4 libre normale) dans 7,02% de cas. La positivité des autoanticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAK) a été observé chez 4 patients (7,02%) ayant pu réaliser ce bilan immunologique. La maladie de Basedow était associée au diabète sucré dans 3,5% de cas et à l'HTA dans 8,77% de cas. La cardiomyopathie était retrouvée dans 10,53% de cas. Aucun patient n'avait présenté une orbitopathie maligne ou une crise aiguë thyrotoxique.

DISCUSSION

La maladie de Basedow constitue est une maladie auto-immune de la glande thyroïde causée par des auto-anticorps stimulants dirigés contre le récepteur de la TSH sur les cellules folliculaires thyroïdiennes [8,9]. L'action de ces auto-anticorps est responsable d'un hyperfonctionnement de l'organe conduisant à une thyrotoxicose et hypertrophie de la glande thyroïde [5]. La maladie de Basedow présente une incidence annuelle de 20 à 30 cas pour 100 000 individus et une prévalence de 0,3 à 0,5 % dans les zones géographiques ne présentant pas de carence en iode. Elle constitue la cause la plus fréquente des hyperthyroïdies périphériques [8,9,10]. Dans une étude prospective descriptive incluant 1572 patients avec hyperthyroïdie, réalisée en France en 2016, Goichot B et al [11] montraient que la maladie de Basedow était l'étiologie la plus courante et représentait 73,3% de cas. En Suède, dans une étude prospective et multicentrique intéressant 2916 patients avec un diagnostic d'hyperthyroïdie porté, Abraham-Nordling M et al [12] retrouvaient que la maladie de Basedow représentait 75% de l'ensemble des étiologies d'hyperthyroïdie. Des résultats similaires sont également rapportés dans plusieurs pays africains. Ainsi la maladie de Basedow représente 72% des hyperthyroïdies au Sénégal et 82% au Cameroun [1]. Dans notre série, la maladie de Basedow représentait 62,69% de l'ensemble des hyperthyroïdies durant la période d'étude. Ce résultat se rapproche des ceux des travaux antérieurs réalisés dans le même service par Mbandinga H et al [13] en 1997 et Monabéka et al en 2005 [14], qui notaient respectivement une fréquence hospitalière de la maladie de Basedow de l'ordre de 72,2% et 60,8%. La maladie de Basedow est par prédilection une pathologie thyroïdienne affectant la femme jeune [5]. Burch HB et al [8] apportaient qu'environ 3% des femmes et 0,5 % des hommes développent la maladie de Basedow au cours de leur vie et que l'incidence maximale de la maladie se produirait chez les personnes âgées de 30 à 60 ans. La nette prédominance féminine de la maladie est rapportée dans plusieurs séries [1, 7, 11]. Goichot et al en al [11] en France retrouvait une proportion de 85% de femmes

parmi les patients présentant une maladie de Basedow avec une moyenne d'âge de 43 ans lors d'un premier diagnostic de la maladie de Basedow et de 44 ans dans les cas de récurrence. Dans une étude rétrospective descriptive étudiant les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie de Basedow, Diagne N et al [7] au Sénégal objectivaient une nette prédominance féminine de l'ordre de 88% chez des patients ayant un âge moyen de 34,6 ans. Des résultats similaires ont été retrouvés dans notre série où les patients avaient un âge médian de 38ans avec une population d'étude formée de 85,96% de femmes.

Le motif conduisant les patients avec maladie de Basedow à consulter, est variablement rapporté par les auteurs dans la littérature [1, 5, 7]. Le goitre constituait le principal motif de consultation dans notre travail comme dans la série Ivoirienne [1]. Ces résultats divergent avec ceux rapportés par Diagne N et al [7] au Sénégal qui retrouvaient les palpitations et l'amaigrissement comme principaux motifs de consultation dans respectivement dans 46,3% et 39,8% de cas. La maladie de Basedow présente généralement une expression clinique riche comprenant une variété de symptômes et des signes physiques entrant le cadre du syndrome de thyrotoxicose. Ce syndrome de thyrotoxicose associé à de fréquence variable à d'autres manifestations spécifiques comme le goitre vasculaire, l'ophtalmopathie et le myxœdème pré tibial, contribuent à évoquer le diagnostic de la maladie de Basedow [2,5, 8]. Ce syndrome est la traduction des conséquences de l'excès des hormones thyroïdiennes au niveau des tissus cibles [5]. Dans notre série, ce syndrome de thyrotoxicose était retrouvé dans 92% dans de cas. Diagne N et al [7] au Sénégal retrouvaient la présence du syndrome de thyrotoxicose chez 93,5% de l'ensemble des patients avec maladie de Basedow. Yao A et al [1] en Côte d'Ivoire, retrouvaient quant à eux, la présence du syndrome de thyrotoxicose chez 86,6% des patients. La présence des signes spécifiques de la maladie de Basedow aidant à porter le diagnostic, est diversement rapporté par les auteurs dans la littérature [1, 5, 7]. Dans notre série, les signes spécifiques de la maladie de Basedow retrouvés étaient le goitre vasculaire (70,17%) et une exophtalmie bilatérale (61,40%). Koffi Dago P et al [15] en Côte d'Ivoire retrouvaient parmi les signes spécifiques de la maladie de Basedow, un goitre vasculaire (48,6%), une exophtalmie bilatérale (99%), un myxœdème pré tibial (32,36%). Dans la série sénégalaise, les signes spécifiques de la maladie de Basedow retrouvés étaient l'exophtalmie (78,7%), le goitre vasculaire (et le 45,7%) myxœdème pré tibial (2,8%) [7]. Le diagnostic de la maladie de Basedow est facilement porté devant un forme typique marquée par la présence, chez une femme jeune de l'association d'un syndrome de thyrotoxicose à un goitre diffus vasculaire, une orbitopathie et un bilan hormonal thyroïdien montrant un profil d'hyperthyroïdie périphérique (TSH basse et T4 libre élevée) [2, 5, 16]. Cette démarche diagnostique a été pratiquée dans notre série comme par plusieurs auteurs africains [1, 7, 15]. En cas de présentation clinique non typique, il est souhaitable d'avoir recours à l'échographie ou la

scintigraphie thyroïdienne selon les facilités et le plateau technique du centre [5,16]. La positivité des auto-anticorps anti récepteurs de le TSH (TRAK), confirme l'origine auto-immune de l'affection thyroïdienne. La détermination des titres d'auto-anticorps anti-récepteurs de la TSH peut être à des fins diagnostiques et d'évaluation du traitement et de la rémission de la pathologie thyroïdienne [5,16,17]. Dans notre série la présence de la triade thyrotoxicose, goitre vasculaire et orbitopathie, avait contribué à évoquer le diagnostic de la maladie de Basedow dans 92,98% de cas. La positivité des TRAK n'a été notée que chez les 7,02% des patients ayant pu réaliser le bilan immunologique. Ce faible niveau de réalisation du bilan immunologique pourrait s'expliquer par la non disponibilité de ce dosage localement. La maladie de Basedow peut dans son évolution, exposer à des complications comme une cardiomyopathie, une crise aiguë thyrotoxicque, une orbitopathie maligne [5,18, 9]. Dans notre série, la cardiomyopathie était la seule complication était la cardiomyopathie dans 10,53% de cas. Les données de la littérature montrent que la fréquence de la cardiomyopathie varie de 10 à 60% . En fonction du mode de recrutement des patients, en milieu cardiologique ou endocrinologique [1, 2]. D. Diédhiou et al [20] à Dakar rapportaient la présence de la cardiomyopathie chez 9,8% des patients avec hyperthyroïdie. Diagne N et al [7] retrouvaient dans leur étude la cardiomyopathie chez 11,1% des patients avec maladie de Basedow. Ils notaient également un cas d'orbitopathie maligne et une absence de cas de crise aiguë thyrotoxicque, non retrouvée également dans notre étude.

CONCLUSION

La maladie de Basedow reste la principale cause d'hyperthyroïdie dans notre contexte. Elle concerne majoritairement la femme jeune et présente une sémiologie souvent riche marquée par une association fréquente du syndrome de thyrotoxicose à un goitre diffus et une orbitopathie. La présence des signes spécifiques de la maladie de Basedow rend le diagnostic facile.

CONFLIT D'INTERET

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Yao A, Ahoussi JB, Koffi-Dago et al. Aspects Thérapeutiques et Évolutifs de la Maladie de Basedow à l'Hôpital Militaire d'Abidjan (Cote d'Ivoire). *Health Sci. Dis.* 2000 ; 21 (3) : 70-73
2. Wémeau JL, Klein M, Sadoul JL, Briet C, Vélayoudom-Céphise FL. Graves' disease: Introduction, epidemiology, endogenous and environmental pathogenic factors. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2018 ;79(6):599-607.
3. Syrenicz A. Etiopathogenesis and diagnostics of autoimmune thyroid diseases. *Thyroid Res.* 2015 ; 8(1):26.
4. Hoang TD, Stocker DJ, Chou EL, Burch HB. 2022 Update on Clinical Management of Graves Disease and Thyroid Eye Disease. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2022 ;51(2) :287-304.
5. Subekti I, Pramono LA. Current Diagnosis and Management of Graves' Disease. *Acta Med Indones.* 2018 ;50(2) :177-182.
6. Bartalena L. Diagnosis and management of Graves disease: a global overview. *Nat Rev Endocrinol.* 2013 ;9(12) :724-34
7. Diagne N, Faye A, Ndao AC, Djiba B, Kane BS, Ndongo S, Pouye A. Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en Médecine Interne au CHU Ledantec Dakar (Sénégal). *Pan Afr Med J.* 2016 ;25 :6
8. Burch HB, Cooper DS. Management of Graves Disease: A Review. *JAMA.* 2015 Dec 15;314(23):2544-54
9. Cho YY, Kim B, Choi D, Kim CH, Shin DW, Kim JS, Park SJ, Kim SW, Chung JH, Han K, Kim TH. Graves' disease, its treatments, and the risk of atrial fibrillation : A Korean population-based study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 ;13 :1032764.
10. Kwon H, Jung JH, Han KD, Park YG, Cho JH, Lee DY, et al. Prevalence and annual incidence of thyroid disease in Korea from 2006 to 2015: A nationwide population-based cohort study. *Endocrinol Metab* 2018 ; 33 :260-7.
11. Goichot B, Caron P, Landron F, Bouée S. Clinical presentation of hyperthyroidism in a large representative sample of outpatients in France : relationships with age, aetiology and hormonal parameters. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2016 ;84(3) :445-51.
12. Abraham-Nordling M, Byström K, Törring O, Lantz M, Berg G, Calissendorff J, Nyström HF, Jansson S, Jörneskog G, Karlsson FA, Nyström E, Ohrling H, Orn T, Hallengren B, Wallin G. Incidence of hyperthyroidism in Sweden. *Eur J Endocrinol.* 2011 ;165(6) :899-905.
13. Mbadinga H, JCN, PK Hyperthyroïdie: aspects étiologiques et cliniques: étude de 72 cas au CHU de Brazzaville Congo. *Médecine d'Arique Noire.* 1997 ; 44(6) : 342-344
14. Monabeka H G, Bouenizabila E, Ondzotto G. Prise en charge des hyperthyroïdies au CHU de Brazzaville, Congo. *Bull Soc Path Exot* 2005 ; 98 : 91-93.
15. Koffi Dago P, Fagnidi F, Lokrou A et al. Les Hyperthyroïdies à Abidjan : Aspects Cliniques, Biologiques, Thérapeutiques et Évolutifs à Propos de 399 Cas. *Health Sci. Dis.* 2019 ; 20 (6) : 23-26
16. Hoang TD, Stocker DJ, Chou EL, Burch HB. 2022 Update on Clinical Management of Graves Disease and Thyroid Eye Disease. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2022 ; 51(2):287-304.
17. Dwivedi SN, Kalaria T, Buch H. Thyroid autoantibodies. *J Clin Pathol.* 2023 ;76(1):19-28.
18. Bartalena L, Piantanida E, Gallo D, Lai A, Tanda ML. Epidemiology, Natural History, Risk Factors, and Prevention of Graves' Orbitopathy. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020; 11:615993.
19. Antonelli A, Fallahi P, Elia G, Ragusa F, Paparo SR, Ruffilli I, Patrizio A, Gonnella D, Giusti C, Virili C, Centanni M, Shoenfeld Y, Ferrari SM. Graves' disease: Clinical manifestations, immune pathogenesis (cytokines and chemokines) and therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2020 ;34(1) :101388
20. Diédhiou, D., Sow, D., Lèye2, M.M., Diallo, I.M., Bodian, M., Ndoure, M.A., Bouary, E., Mbaye, M.N., Sarr, A. and Diop, S.N. Cardiothyreosis: Risk Factors and Clinical Profile. *Open J. Intern.* 2017 ; 7 :1-11.