



## Article Original

## Les Hyperthyroïdies à Abidjan : Aspects Cliniques, Biologiques, Thérapeutiques et Évolutifs à Propos de 399 Cas

*Clinical features, management and outcome of hyperthyroidism in Abidjan: a report of 399 cases*

Koffi Dago P<sup>1</sup>, Fagnidi F<sup>1</sup>, Lokrou A<sup>1</sup>; Danho J<sup>1</sup>, Abodo J<sup>1</sup>, Hue A<sup>1</sup>, Yao A<sup>1</sup>; Koffi G<sup>2</sup>, Kouamé N<sup>3</sup>

1. Service d'endocrinologie diabétologie CHU Yopougon Abidjan cote d'ivoire

2. Service de Biochimie du CHU de Cocody Abidjan

3. Service de Radiologie et Médecine Nucléaire du CHU de Yopougon Abidjan Côte d'Ivoire

### Auteur correspondant

Dr Koffi Dago Pierre,  
Endocrinologue diabétologue.  
Mail: [akradag2004@gmail.com](mailto:akradag2004@gmail.com)  
Tel : 0022577070062

**Mots-clés :** hyperthyroïdie, Goitre, Basedow, Abidjan.

**Keywords:** hyperthyroidism, goiter Basedow, Abidjan

### RÉSUMÉ

**Objectif.** Décrire le profil clinique, thérapeutique et évolutif des hyperthyroïdies à Abidjan, Côte d'Ivoire. **Patients et méthodes.** Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective portant sur des dossiers de patients suivis pour hyperthyroïdie à la consultation d'endocrinologie du CHU de Yopougon durant la période de Janvier 2002 au 31 Décembre 2017. **Résultats.** L'hyperthyroïdie a concerné 399 patients sur un total de 1590 cas de thyropathies, soit une prévalence de 25% avec une incidence annuelle de 24.9 cas par an. L'âge moyen des patients était de 33± 10,6 ans (16-59 ans). Le contexte de stress a été retrouvé dans 50% des cas. Les étiologies de l'hyperthyroïdie étaient la maladie de Basedow dans 309 cas (77,44%), le nodule toxique dans 75 cas (18,79%), le goitre multi nodulaire secondairement toxique dans 10 cas (2,5%) et 5 cas de goitre basedowifié. Un cas de cardiomyopathie a été enregistré. Les anticorps anti récepteurs de la TSH ont été recherchés dans 50 cas (16,18%) des patients avec maladie de Basedow. L'évolution sous traitement médical a été marquée par des rechutes dans neuf cas. La thyroïdectomie a été faite dans 31 cas (55,35%). Quatre patients ont été perdus de vue. Un cas de décès par cardiomyopathie a été observé. **Conclusion.** L'étiologie de l'hyperthyroïdie est dominée par la maladie de Basedow et à un moindre degré le nodule toxique. Le traitement est essentiellement médical.

### ABSTRACT

**Objective.** To report clinical features, management and outcome of patients with hyperthyroidism in Abidjan. **Patients and methods.** This was a transversal descriptive retrospective study of patients who were followed up for hyperthyroidism at Yopougon's Teaching hospital from January 2002 to December 31<sup>st</sup> 2017. Our data of interest were: clinical presentation etiology, biological profile, management and outcome. **Results.** We recruited 399 patients. The hospital prevalence of hyperthyroidism was 25%. The average age was 33 +/-10, 6 years (16-59 years). A context of stress was found in 50% of cases. The etiologies of hyperthyroidism were Basedow's disease in 309 cases (77, 44%), toxic nodule in 75 cases (18, 79%), multinodular goiter secondarily toxic in 10 cases (2, 5%) and one case of goiter secondarily hyperthyroid. One case of cardiomyopathy was recorded. The anti-TSH-receptor antibodies were assessed in 50 cases (16, 18%) of patients with Basedow's diseases. During evolution under treatment, nine patients had relapses. Thyroidectomy was done in 31 patients (5, 01%). Four patients were lost to follow up. One case of death related to cardiomyopathy was recorded. **Conclusion.** The main etiology of hyperthyroidism in our setting is Basedow's disease and to a lesser degree toxic nodule. The treatment is usually medical.

### INTRODUCTION

L'hyperthyroïdie désigne l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde. Celui-ci accroît la production hormonale et conduit à un état d'intoxication par les hormones thyroïdiennes (ou thyrotoxicose). L'hyperthyroïdie affecte 1 à 2% de la population adulte féminine, mais n'épargne pas l'enfant, le sexe masculin et le sujet âgé. On peut être amené à évoquer cette situation dans une variété très considérable de circonstances et la confirmation par des dosages hormonaux est aisément obtenue (dosage de la thyroïdostimuline : TSH et la forme libre de la triiodothyronine (T3L) et de la tétraiodothyronine (T4L) (1). L'étiologie des hyperthyroïdies est dominée par la

maladie de Basedow dans 61% au Congo (2) et dans 82% au Cameroun (3). Mais, il peut s'agir aussi d'un nodule toxique (7,6%), d'un goitre multi nodulaire secondairement toxique (19,6%), d'hyperthyroïdie iatrogène ou liée aux thyroïdites (1). La présence d'une hyper vascularisation à l'échographie doppler de la glande thyroïde témoigne de la persistance d'un processus thyroïdostimulant, alors que sa disparition est en faveur de la guérison de la maladie de Basedow (4). En Côte d'Ivoire, comme dans de nombreux pays de l'Afrique Subsaharienne, le traitement de l'hyperthyroïdie se heurte à des obstacles et se limite au traitement médical et à la

chirurgie. Beaucoup d'examen complémentaires pouvant concourir au bon suivi du traitement ne sont pas réalisés du fait des conditions financières difficiles des patients. Ce qui explique de nombreux cas de rechutes et de complications que l'on rencontre pendant la prise en charge des hyperthyroïdies. De nombreux travaux de thèse ont été réalisés dans notre service. Mais ceux-ci tardent à être publiés. L'objectif de ce présent travail est de décrire les aspects clinique, thérapeutique, et évolutif des hyperthyroïdies au CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale à visée descriptive, sur dossiers de patients, qui s'est déroulée sur une période de quinze ans de Février 2002 à Décembre 2017 dans le service de consultation d'endocrinologie diabétologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Yopougon, Abidjan. Le diagnostic positif des hyperthyroïdies a été évoqué, à l'examen clinique par la présence de signes de thyrotoxicose (amaigrissement rapide contrastant avec une conservation de l'appétit, tremblement, tachycardie permanente, des palpitations) et confirmé par le dosage de la thyroestimuline (TSH abaissée généralement inférieur à 0,01 mUI/l) et celles des hormones périphériques (T4L et T3L élevées). Le diagnostic étiologique était fondé sur des critères cliniques et paracliniques ; pour la maladie de Basedow, par la présence d'une ophtalmopathie basedowienne et des titres d'anticorps anti récepteur de la TSH accrus dans 97% (pour ceux ayant réalisé le dosage des anticorps), à l'échographie thyroïdienne pour les nodules toxiques. Les patients atteints de la maladie de Basedow ont été traités par le carbimazole ou par son métabolite actif, le thiamazole pendant 18 mois à 2 ans. Ceux qui avaient un goitre multi nodulaire toxique ou un adénome toxique ont été traités médicalement par les antithyroïdiens de synthèse pendant une durée ne dépassant pas trois mois avant d'être opérés. La surveillance a été réalisée en fonction de la nature du traitement. Elle a été clinique (poids, fréquence cardiaque, régression des signes de thyrotoxicose) et biologique (NFS tous les 10 jours pendant les deux premiers mois, TSH et T4L). La rémission a été définie par l'absence totale des signes cliniques et biologiques de la thyrotoxicose et la rechute par la réapparition des signes cliniques alors que le sujet a été déclaré guéri ou en rémission. Le traitement chirurgical était une thérapeutique radicale capable d'assurer la guérison. Il s'est agi d'une thyroïdectomie totale plutôt que subtotal dans la maladie de Basedow, et du goitre multi nodulaire toxique. Une loboisthmectomie a été réalisée dans le nodule toxique.

## RÉSULTATS

### Aspects épidémiologiques

Au total 1590 cas de thyropathies dont 399 cas d'hyperthyroïdies ont été colligés pendant la période d'étude soit une prévalence de 25% d'hyperthyroïdie avec une incidence annuelle de 24,09 cas/an. L'âge moyen des patients était de 33 +/- 10,6 ans. Le sex ratio (F/H) était de 6,1 en faveur des femmes.

## Aspects cliniques

**Tableau I : Répartition selon la symptomatologie (n=399)**

Symptômes	Effectif	%
Amaigrissement	350	87,7
Asthénie	100	25,06
Thermophobie	310	77,6
Palpitation (tachycardie)	290	72,68
Tremblements permanents	180	45,11
Exophtalmie bilatérale	250	62,65
Nervosité, insomnie	88	22,05
Myasthénie proximale	91	22,08

L'amaigrissement, la thermophobie, et la tachycardie étaient prépondérants respectivement dans 87,7 ; 77,6 et ; 72,68 % de cas dans un contexte de stress dans 50% des cas.

**Tableau II : Répartition selon les signes spécifiques de la maladie de Basedow (n=309)**

Signes spécifiques de la maladie de Basedow	Effectif	%
Exophtalmie bilatérale	306	99,0
Rétraction palpébrale	300	97,1
Goitre vasculaire	150	48,6
Myxœdème pré-tibial	100	32,36
Acropathie	4	1,29

L'exophtalmie (99,0%), la rétraction palpébrale (97,1%) et le goitre vasculaire (48,6%) étaient les signes majeurs de la maladie de Basedow retrouvée dans notre série.

**Tableau III : Répartition des patients selon l'étiologie de l'hyperthyroïdie (n=399)**

Étiologie	Effectif	%
Maladie de Basedow	309	77,44
Nodule toxique	75	18,79
Goitre multinodulaire toxique	10	2,5
Goitre basedowifié	5	1,25

L'étiologie de l'hyperthyroïdie était dominée par la maladie de Basedow dans 77,4% des cas, avec la présence de goitre dans 20 cas (6,45%).

### Aspects biologiques

La moyenne de la valeur de TSH était de (0,45mUI/ml) avec un écart type de 0,25 au moment du diagnostic celle de T4 libre était de 54,81 pmol/L avec un écart type de 62,37. Il s'agissait de :

TSH = 0,45 +/- 0,25 mUI/ml avec extrême de 01 et 03 mUI/ml.

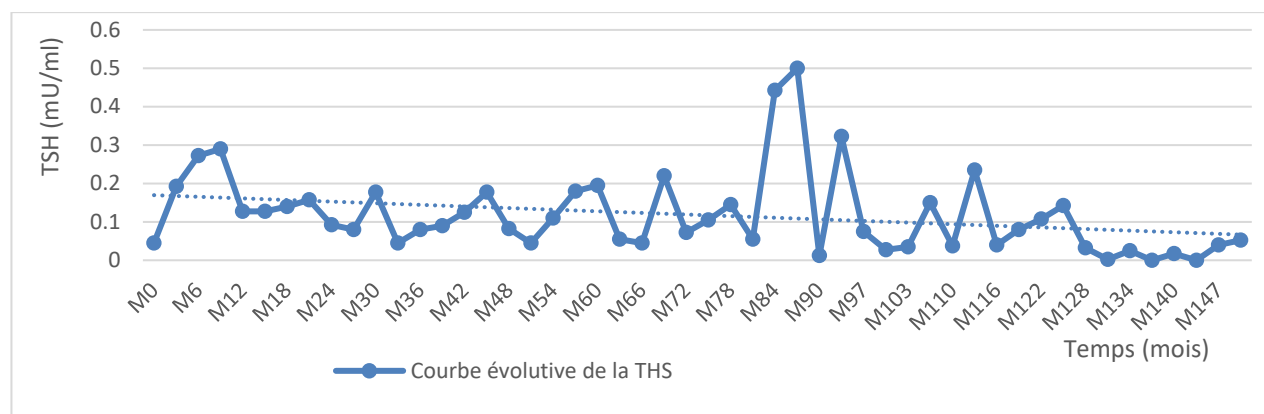
T4 libre : 54,81 pmol/l +/- 62,37 avec des extrêmes de 0,65 et 532,72.

Les anticorps anti récepteurs de TSH ont été retrouvés chez 50 patients.

### Aspects thérapeutiques et évolutifs

Au total, 46,5% des patients ont achevé leur traitement ; parmi ceux-ci, 77,19% ont bénéficié d'un traitement médical ( carbimazol :71,42% ou thiamazol :28,85%). La chirurgie a été dans une proportion de 5,01% des cas.

La thyroïdectomie a été suivie d'une hypothyroïdie dans 15 cas (48,3%)



**Figure 1** : courbe évolutive de la TSH en fonction du temps.

Le taux de TSH s'est normalisé moins rapidement que les hormones thyroïdiennes. La normalisation s'est faite en six mois en augmentant de 0,045 mU/ml à 0,2725 mU/ml. Cette augmentation s'est poursuivie jusqu'à neuf mois (0,29mU/ml) puis le taux s'est stabilisé autour de taux moyen de 0,123 mU/ml.

Neuf cas de rechutes, quatre patients perdus de vue et un cas de décès par cardiomyopathie ont été enregistrés.

L'exophtalmie maligne était retrouvée dans deux cas. Un cas de grossesse en cours de traitement avec mort fœtale à la 20<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

## DISCUSSION

### Aspects épidémiologiques

Nous avons reçu 1590 patients en consultations pour pathologie thyroïdienne dont 399 étaient en hyperthyroïdies, soit une prévalence de 25%. Ces mêmes données ont été retrouvées dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Ainsi au Sénégal, Fall (5) rapportait une prévalence de 10% chez les patients de plus de 50 ans, Monabeka au Congo (5) énonçait une prévalence de 20% proche de celle retrouvée dans notre étude. Quant à Sidibé au Mali (6), elle rapportait une prévalence de 9,6%. La prédominance féminine de l'hyperthyroïdie se retrouvait avec un sexe ratio de 6,1 dans notre étude. Des résultats similaires ont été rapportés par Diane (7) et Djrolo (9) qui énonçaient respectivement un sex ratio de 7,3 et 8 en faveur des femmes. La moyenne d'âge dans notre étude était de 32 ans chez les femmes et de 42,8 ans chez les sujets de sexe masculin. Monabeka (2) rapportait un âge moyen de 34 ans proche de celui retrouvé chez les sujets de sexe féminin dans notre travail.

### Aspects cliniques et étiologiques

Sur le plan clinique, le syndrome de thyrotoxicose était dominé par l'amaigrissement dans 87,7%, suivi des palpitations dans 72,68% des tremblements dans 45,11% des cas. Dans l'étude de Diane (7) les symptômes similaires ont été retrouvés notamment l'amaigrissement dans 39,8% et les tremblements dans 33,3%. En revanche dans l'étude de Akossou (10), la tachycardie était le symptôme le plus fréquent dans 72%. Quant à Yassine (11), il rapportait principalement des palpitations et l'amaigrissement respectivement dans 29% et 34% des

cas. Les fréquences élevées des signes de thyrotoxicose dans notre étude pourraient s'expliquer par un retard du diagnostic lié en grande majorité à la méconnaissance des signes de la thyrotoxicose par les médecins généralistes dans les hôpitaux de base, qui ne posent pas le diagnostic dès les premières consultations. Le stress a été retrouvé dans notre étude, dans 50% des cas. Proust-Lemoine (1) affirme que l'hyperthyroïdie survient volontiers au décours d'un choc émotionnel (deuil, séparation, déménagement) ou d'un épisode de la vie génitale (puberté, grossesses, ménopause). Diane (7) rapportait un facteur déclenchant la maladie de Basedow dans 42,6% des cas. Dans notre travail, les signes oculaires étaient dominés par la rétraction palpébrale dans 97,1% suivi de l'asynergie oculo-palpébrale dans 35,71% des cas. L'exophtalmie maligne était retrouvée dans deux cas. Konan (8) rapportait un cas d'une exophtalmie sévère chez une patiente de 42 ans, ayant bénéficié dans le même temps opératoire d'une thyroïdectomie et d'une décompression orbitaire, aboutissant à un excellent résultat à 18 mois. Diane (7) estimait l'exophtalmie à 63%. Quant à Lokrou (12), il estimait sa fréquence à 70%. En ce qui concerne Fall (5) l'exophtalmie avait une fréquence de 80,6%. La maladie de Basedow constitue la cause la plus fréquente et la plus expressive des hyperfonctionnements thyroïdiens. Elle associe typiquement un goitre, une exophtalmie et des signes de thyrotoxicose (1). Dans notre étude, la maladie de Basedow représentait 77,44% des causes d'hyperthyroïdies. Elle était associée au goitre dans 20 cas soit 6,45% des cas et touchait préférentiellement les femmes dont l'âge moyen était de 32 ans avec des extrêmes de 16 et 53 ans. Toutes les études africaines portant sur l'hyperthyroïdie rapportaient que la maladie de Basedow demeurait l'étiologie la plus fréquente. Ainsi Chareï (13) et Yassine (11) rapportaient respectivement des taux de 76,15% et 81% de maladie de Basedow dans leurs études. Quant à Monabeka (2) et Akossou (9), ils estimaient la maladie de Basedow respectivement à 61% et 74%. En revanche Abodo (14) rapportait 28,2% de maladie de Basedow venant en deuxième position par rapport aux nodules thyroïdiens. En ce qui concerne le nodule toxique, le diagnostic était évoqué lorsqu'en présence de signes de thyrotoxicose, un nodule thyroïdien

était perçu cliniquement (4). Dans notre étude le nodule toxique était retrouvé dans 18,79% des cas. Ce résultat est supérieur au taux de 7,6% de nodule toxique rapporté par Monabeka (2). Cependant, notre chiffre est de loin inférieur au taux de 40% de nodule toxique rapporté par Chareï (13). Les anticorps anti récepteurs de la TSH (ARTSH) avaient été réalisés chez 50 patients et étaient positifs chez 100% des patients présentant la maladie de Basedow. Dans la série de Diane (7), 28 cas de maladie de Basedow avaient été confirmés par le dosage des ARTSH. Le dosage des anticorps n'était pas systématiquement réalisé du fait des conditions financières difficiles de nos patients limitant ainsi la réalisation de ces examens immunologiques dans notre pays. Dans notre étude le traitement médical était constitué par le carbimazole et son métabolite actif le thiamazole dans respectivement 71,42% et 28,85%. Ces antithyroïdiens en synthèse ont eu pour effet de restaurer l'euthyroïdie en inhibant la synthèse hormonale notamment par blocage de la thyroperoxydase. Dans l'étude de Diane (7), les antithyroïdiens de synthèse ont été prescrits chez 100% des cas de la maladie de Basedow. La rémission a été obtenue au bout de 18 mois de traitement bien suivi, dans 75,55% des cas et dans 20% des cas, on observait une rechute. Le dosage des ARTSH ont un intérêt certains dans la reconnaissance étiologique et la rémission de la maladie de Basedow, mais son coût financier élevé en limite son utilisation (14) dans nos contrées. De même la présence d'une hyper vascularisation à l'échographie Doppler de la glande thyroïde témoignait de la persistance d'un processus thyroïdien alors que sa disparition était en faveur de sa guérison (15) Le traitement chirurgical avait concerné 31 patients. Il s'agissait d'une thérapie radicale capable d'assurer la guérison (16). La thyroïdectomie totale était suivie d'une hypothyroïdie dans 15 cas soit 48,3%. Dans l'étude de Yassine (16) la thyroïdectomie était totale chez 140 patients présentant un goitre multihétéronodulaire et les complications post opératoires étaient marquées par l'hypothyroïdie (129 cas) et par l'hypoparathyroïdie (6 cas). Bah M au Mali rapportait neuf cas de thyroïdectomie (17). En principe, la grossesse n'est pas recommandée chez les sujets médicalement traités pour maladie de Basedow. Cependant l'affection concerne souvent des femmes jeunes qui n'ont pas le souhait de retarder excessivement le moment des procréations. Dans notre étude une femme a été enceinte en cours de traitement avec mort fœtale dans la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée posant ainsi le problème de la gestion d'un projet de grossesse chez la Basedowienne.

## CONCLUSION

L'étiologie des hyperthyroïdies reste dominée par la maladie de Basedow dans 77,44% des cas. Les rechutes dans neuf cas, les perdus de vue et les complications (cardiomyopathie : 1 cas) sont présentes au cours du traitement et du suivi. La gestion du projet de grossesse chez la basedowienne doit occuper une place importante dans nos consultations des patientes jeunes atteintes de la maladie Basedow afin de faciliter le bon déroulement de la grossesse.

## RÉFÉRENCES

- 1- Proust-Lemoine Maladie de Basedow. In Wémeau J.L. la Maladie de la thyroïde. Elsevier Masson 2014 : 89-97
- 2- Monabeka HG., Bouenizabila E.,Andzouotto F., Prise en charge des hyperthyroïdies au CHU de Brazzaville, Congo. Bull. Soc. Pathol Exot 2005 ; 98,2 : 91-3
- 3- Nouedoui C, Moukouri E, Juimo AG, Les hyperthyroïdies à Yaoundé, Cameroun. Quelques aspects épidémiologiques et thérapeutiques, bilan de notre expérience. Med. Afr.Noire 1999 ; 46, 4 : 192-8
- 4- Wémeau J.L, Viallettes B, Schienger J.L, hyperthyroïdies. In : Wémeau J.L, Endocrinologue, diabète, métabolisme et nutrition pour le patient. Paris : Elsevier Masson 2004 ; 60-4
- 5- Fall I, Sow-Touré H, Sow AM, hyperthyroïdies après 50 ans en milieu Sénégalais. Expérience d'un service de médecine interne. Ann. Endocrinol 2014 ; 75,6 :502-3
- 6- Sidibé A.T, Dembélé M., Diarra AS., Bocoum AI., Mousseni E. hyperthyroïdies chez l'enfant. Expérience d'un service de médecine interne au Mali. Ann. Endocrinol 2007 ; 68, 2:177-8.
- 7- Diane N, Faye A, Ndao AC, Djiba B, Ndongo S. Aspects épidémiologique, clinique thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en médecine interne au CHU de Ledantec Dakar (Sénégal). Pan Afr.J. Med 2016, 25 : 64-8.
- 8- Konan EK, Kouassi FX, Bakary M, Ankotché A. Chirurgie en un temps d'une exophtalmie Basedowienne africaine sévère présentation d'un cas clinique Rev de Stomatologie et chir. Maxillo.faciale 2012 ; 113,5 :378-81.
- 9- Djrolo F, Arode DG, Attolou V, hyperthyroïdies : Aspects cliniques et biologiques à propos de 72 cas observés à Cotonou (Benin). Le Bénin Médical 2000 ; 14 :130-33.
- 10- Akossou SY, Naporn A, Goch-Akue E. Les difficultés de la prise en charge de la thyrotoxicose en Afrique Noire. Ann.Endocrinol 2001,62 :516-20
- 11- Yassine I, Damoune I, Ouahadi HEL, Adjé F. Profil de l'hyperthyroïdie au service d'endocrinologie du CHU de Fes (à propos de 181 cas). Ann.Endocrinol 2015 ; 76,4 :427-167.
- 12- Lokrou A. Cardiothyroïdie compliquant la maladie de basedow : étude de 7 cas à Abidjan. Med.Afr.Noire 1992 ; 39 :321-4.
- 13- Chareï N, Mourouni M, Diouri A, Hattouaoui ELM. Cardiothyroïdie dans la région de Marrakech, A propos de 36 cas. Ann cardiologie angéologie 2009 ; 58,3 :135-8.
- 14- Abodo J., Keli E,Kouassi F, Koffi Dago P, Hue A, Lokrou, Profil des Pathologies thyroïdiennes en Afrique Subsaharienne à propos de 503 cas. Ann. Endocrinol 2016, 77,4 : 411 P286.
- 15- Zoulat G, Zbaoh R, Derrous S, Ouleyzaal H, Boukhris F. Les hyperthyroïdies : que nous apportent les examens biologiques ? Ann Endocrinol 2016, 77,4 : 386 P195
- 16- Yassine I, Elkhadir S, Ouahadi H, Adjé F, Profil de l'hyperthyroïdie chirurgicale : à propos de 166 cas. Ann. Endocrinol 2016 ; 77,4 : 328 P 208
- 17- Bah M ; Sow DS ; Traoré B ; Kanté F ; Berté B ; Dramé B ; Dao K ; Ouologuem N ; Sidibé AT. Hyperthyroïdie à l'hôpital du Mali. Med Afr Noire2018, 65,3 :131-136