



## Article Original

## Les Thyroïdites à l'Hôpital du Mali: Aspects Diagnostiques, Thérapeutiques et Évolutifs

*Thyroiditis at Hospital du Mali: diagnosis, treatment and outcome*

Sow DS<sup>1</sup>, Mariko M<sup>1</sup>, Traoré D<sup>2</sup>, Koné D<sup>1</sup>, Traoré B<sup>1</sup>, Traoré N<sup>1</sup>, Togo A<sup>3</sup>, Sidibé AT<sup>1</sup>

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Les thyroïdites ont des étiologies multiples aussi bien inflammatoires, auto-immunes qu'infectieuses et leurs tableaux cliniques et biologiques sont d'une grande diversité. Le but de notre étude est de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des thyroïdites à Bamako. **Patients et Méthode.** Nous avons mené une étude transversale descriptive avec recueil rétrospectif (janvier 2011 à décembre 2017) et prospectif (janvier 2018 à décembre 2018), soit une période de huit ans. Elle a eu lieu dans le service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali. **Résultats.** Parmi 1650 patients présentant une pathologie thyroïdienne, 50 (3%) avaient une thyroïdite. Leur moyenne d'âge était de 36,18 ± 12,38 ans. Le sexe féminin représentait 92 % (n=46/50). En effet, 82% des patients avaient consulté pour goitre avec douleur cervicale et 14% pour des signes d'hyperthyroïdie. Les auto anticorps anti thyroïdiens ont été positifs dans respectivement 82% et 38%. Les principaux types de thyroïdites retrouvées étaient la thyroïdite de Hashimoto (82%); la thyroïdite subaiguë (12%) et la thyroïdite aiguë (6%). Sur le plan thérapeutique, tous les patients atteints de thyroïdite subaiguë ont été mis sous anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ce traitement était associé aux antibiotiques probabilistes en cas de thyroïdite aiguë infectieuse (6%) ou aux bêtabloquants cardiosélectifs en cas de Hashitoxicose (30%). Les patients ayant une hypothyroïdie dès le diagnostic (52%) ont été mis sous lévothyroxine. Sur le plan évolutif, 41 (82%) patients ont évolué vers l'hypothyroïdie définitive et 9 (18%) patients vers une euthyroïdie. **Conclusion.** Les thyroïdites sont des pathologies thyroïdiennes auto immunes dans la plupart des cas. La fréquence hospitalière était de 3,03%. Sa prise en charge est fonction de l'étiologie et des manifestations cliniques et ou biologiques.

1. Service Médecine/  
Endocrinologie de l'Hôpital du  
Mali, Bamako
2. Service de Médecine interne de  
Point G, Bamako, Mali
3. Centre de Santé de référence de  
la commune I, Bamako, Mali

#### Auteur correspondant :

Dr Sow Djeneba Sylla

Adresse e-mail :

[djnbasy1@yahoo.fr](mailto:djnbasy1@yahoo.fr)

Tel : (00223)66732281

**Mots-clés :** Thyroïdite,  
Épidémiologie, Diagnostic,  
Traitement, Évolution, Hôpital du  
Mali

**Keywords:** Thyroiditis,  
Epidemiology, Diagnosis,  
Treatment, Evolution, Hospital of  
Mali

### ABSTRACT

**Introduction.** Etiologies of thyroiditis are multiple and may be inflammatory, autoimmune or infectious. More over clinical presentation, biological profile and outcome are quite varied. The aim of our study was to report the clinical presentation, the management and outcome of thyroiditis in Mali. **Patients and methods.** We conducted a cross sectional descriptive study with retrospective (January 2011 to December 2017) and prospective (January 2018 to December 2018) collection. The 8-year study took place in the medicine and endocrinology department of the hospital in Mali. **Results.** We collected 1650 patients with thyroid disease. Fifty of them had thyroiditis (3.03%). Their mean age was 36.18 ± 12.38 years. The female sex represented 92% (n = 46/50). Forty-one patients (82%) consulted for goiter with cervical pain and 7(14%) for signs of hyperthyroidism. The anti-thyroid autoantibodies, namely the anti-TPO and anti-Tg antibodies, were positive in 82% and 38%, respectively. The types of thyroiditis were Hashimoto's thyroiditis (82%), subacute thyroiditis (12%) and acute thyroiditis (6%). Concerning treatment, nonsteroidal anti-inflammatory drugs were administered to 6 (12%) patients with subacute thyroiditis. This treatment was associated with probabilistic antibiotics in case of acute infectious thyroiditis (6%), or with cardio-selective beta-blockers to the patients with Hashitoxicosis (30%). Patients with hypothyroidism (52%) were administered levothyroxine. As far as outcome is concerned, 82% patients progressed to definitive hypothyroidism and 18% patients to euthyroidism. **Conclusion.** In our setting, thyroiditis is an autoimmune disease in most cases. The hospital frequency is 3.03%. The management depends on the etiology and clinical and / or biological manifestations.

### INTRODUCTION

Les thyroïdites représentent un vaste ensemble de pathologies thyroïdiennes, liées à des étiologies aussi bien inflammatoires ; auto-immunes qu'infectieuses,

comportant des évolutions cliniques et biologiques très diverses [1]. Les thyroïdites sont, avec les goitres, les affections endocriniennes les plus fréquentes. Cependant la thyroïdite chronique auto-immune dans sa forme

mineure atteint 10 à 15% des femmes de la cinquantaine [2]. Certaines formes ont une expression clinique facilement reconnue, comme la phase douloureuse de la thyroïdite de De Quervain, alors que d'autres ne sont identifiées que par un examen histologique ou cytopathologique sans aucune manifestation préalable, comme la thyroïdite lymphocytaire ou de Hashimoto [3]. Les moyens de diagnostic des thyroïdites en plus de la clinique sont la biologie (dosage des anticorps anti thyroïdiens et des hormones thyroïdiennes), l'échographie thyroïdienne, la scintigraphie thyroïdienne, l'examen anatomopathologique des pièces opératoires ou la cytoponction. Comme toute inflammation, la thyroïdite peut être de nature aiguë, subaiguë et chronique et souvent se présenter sous une forme nodulaire [4]. La prise en charge se fait en fonction de l'étiologie et les phases de la maladie. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens restent le traitement de base des thyroïdites. L'hormonothérapie substitutive, l'antibiothérapie, ou les bêtabloquants non cardiosélectifs sont introduits en fonction de leur nécessité. L'évolution est souvent favorable sur quelques mois au détriment d'un inconfort important. Cette évolution est raccourcie par un traitement anti-inflammatoire qui accélère la guérison. La gravité est liée aux conséquences de la dysfonction thyroïdienne qui met en jeu le pronostic vital (le coma myxœdémateux, les complications cardiovasculaires et la crise aiguë thyrotoxique) [2]. Devant l'ampleur du problème et l'absence de données épidémiocliniques au Mali, nous avons entrepris ce travail, avec pour buts d'étudier d'une part les caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques des thyroïdites, et d'autre part les approches diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des thyroïdites dans le service de médecine et d'endocrinologie de l'Hôpital du Mali.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive, avec recueil rétrospectif et prospectif des données de huit années de pratique dans la prise en charge des pathologies thyroïdiennes dans le service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali. Elle s'est déroulée du janvier 2011 à décembre 2017 (période rétrospective) et de janvier 2018 à Décembre 2018 (période prospective). Étaient inclus dans notre étude, tous les patients présentant les signes cliniques et biologiques d'une thyroïdite. L'échantillonnage était exhaustif. L'étude a porté sur 1650 patients présentant une pathologie thyroïdienne suivis en ambulatoire ou hospitalisés dans notre service. Cela nous a permis de recueillir les données sociodémographiques, notamment l'âge (ans), le sexe, la résidence (origine géographique), l'ethnie et la profession. Les antécédents personnels et familiaux de maladies auto-immunes, de dysthyroïdies, de prise médicamenteuse ou d'irradiation cervicale ont été recherchés. Les signes cliniques de dysthyroïdies (hyperthyroïdie et hypothyroïdie) et la présence de syndromes inflammatoires, de douleurs antécervicales, des signes généraux (fièvre, asthénie, myalgie) ont également été recherchés. Un examen minutieux de la

glande thyroïde à la recherche d'un goitre, de nodules ou d'adénopathies a été effectué. Les données biologiques ont concerné le dosage de la TSHus, la FT4, les anticorps anti-thyroïdiens (anti-thyroperoxydases et anti-thyroglobulines), la CRP, la NFS-VS. L'échographie thyroïdienne était réalisée pour apprécier la morphologie de la glande thyroïde (son écho structure, son échogénicité et son volume). Les données thérapeutiques ont été enregistrées également : il s'agit de l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), d'antibiotiques, de bêtabloquants non cardio sélectifs et d'une substitution hormonale par lévothyroxine.

L'évolution de la thyroïdite a été appréciée par les données cliniques (les signes d'hypothyroïdie ou les signes de restauration de la fonction thyroïdienne antérieure) et paracliniques (THSUS, VS, CRP, auto anticorps antithyroïdiens). La présence de signes d'une hypothyroïdie était en faveur de l'évolution vers une thyroïdite chronique auto-immune (thyroïdite d'Hashimoto). Le retour rapide à l'euthyroïdie témoignait de soit une thyroïdite aiguë infectieuse ou une thyroïdite subaiguë de De Quervain (ou une thyroïdite iatrogène).

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS version 21.0 for Windows. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne  $\pm$  écart type, tandis que les variables qualitatives sont exprimées en proportions.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques générales

Au total, 1650 patients présentant une pathologie thyroïdienne ont été recrutés. Cinquante d'entre eux avaient une thyroïdite soit une fréquence hospitalière de 3,03%. La moyenne d'âge était de  $36,18 \pm 12,38$  ans. Les patients ayant une tranche d'âge de 21 à 40 ans représentaient 62,0% (n=31). Le sexe féminin représentait 92,0% (n=46/50) avec un sex ratio de 0,11. 36 patients (soit 72,0%) résidaient à Bamako.

### Aspects cliniques et biologiques

Quatre-vingt-deux pourcent des patients (n= 41/50) avaient consulté pour goitre plus douleur antécervicale, 14% (n=7/50) pour des signes d'hyperthyroïdie, 2% (n=1/50) pour des signes d'hypothyroïdie et 2% (n=1/50) pour un syndrome inflammatoire. Vingt-deux (44%) patients avaient un antécédent familial de goitre et 24% (n=12/50) un antécédent de maladie auto-immune familiale. 50% des patients avaient un bilan thyroïdien normale, cependant ils étaient suivis pour hyperthyroïdie dans 30% (n=15/50) et l'hypothyroïdie 20% (n=14). Les anticorps anti-thyroperoxydases (antiTPO) et anti-thyroglobulines (antiTg) étaient positifs avec respectivement 82% (n=41/50) et 38% (n=19/50). La CRP était positive chez 64% (n=32) de nos patients. Une hyperleucocytose a été retrouvée chez 20,45% (n=27/50) avec polynucléaires neutrophiles élevés dans 9,09% (n=12/50) des cas. L'échographie thyroïdienne avait mis en évidence une glande thyroïde hétérogène dans 82% (n=41) des cas et hypo échogène dans 68% (n=34) des cas. Les différents types de thyroïdites retrouvées étaient, la thyroïdite chronique auto-immune (thyroïdite

d'Hashimoto) 82% (n=41/50) suivis de la thyroïdite subaiguë 12% (n=6/50) et de la thyroïdite aiguë infectieuse 6% (n=3/50).

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude**

Variables	Population d'étude N=50
<b>Sexe (M/F) n (%)</b>	4 (8,0) versus 46 (92,0) (sex ratio 0,11)
<b>Moyenne âge (ans)</b>	36,18 ± 12,38(34-82)
<b>Motifs de consultation n (%)</b>	
– goitre + douleur antécervicale	41 (82)
– signes d'hyperthyroïdie	7 (14,0)
– signes d'hypothyroïdie	1 (2,0)
– syndrome inflammatoire	1 (2,0)
<b>Antécédents familiaux n (%)</b>	
– goitre	22 (44,0)
– dysthyroïdie	1 (2,0)
– maladie auto immune	12 (24,0)
– aucun	15 (30,0)
<b>Profil fonctionnel thyroïdien n(%)</b>	
– hyperthyroïdie	15 (30,0)
– euthyroïdie	25 (50,0)
– hypothyroïdie	10 (20,0)
<b>Positivité des anticorps anti thyroïdiens n (%)</b>	
– AcantiTPO	41 (82,0)
– AcantiTg	19 (38,0)
<b>Bilan inflammatoire n (%)</b>	
– CRP	32 (64,0)
– Hyperleucocytose	27 (20,45)
<b>Échographie thyroïdienne n (%)</b>	
– hétérogène	41 (82,0)
– hypoéchogène	34 (68,0)
<b>Types de thyroïdites n (%)</b>	
– thyroïdite chronique (Hashimoto)	41 (82,0)
– thyroïdite aiguë infectieuse	3 (6,0)
– thyroïdite subaiguë	6 (12,0)
– thyroïdite iatrogène	0 (0,0)
<b>Prise en charge n (%)</b>	
– anti-inflammatoire non stéroïdien	6 (12,0)
– antibiotique probabiliste	
– bêtabloquant non cardio-sélectif	3 (6,0)
– hormone thyroïdienne (lévothyroxine)	15 (30,0) 26 (52,0)
<b>Évolution n (%)</b>	
– thyroïdite chronique (Hashimoto)	41 (82,0)
– euthyroïdie	9 (18,0)

### Aspects thérapeutiques et évolutifs

Pour la prise en charge, 12% (n=6/50) des patients étaient mis sous anti-inflammatoire non stéroïdien. Ce traitement était associé soit à une antibiothérapie probabiliste dans 6% (n=3/50) des cas (thyroïdite aiguë infectieuse), ou aux bêtabloquants non cardio-sélectifs dans 30% (n=15/50) des cas (thyroïdite chronique auto-immune en phase hyperthyroïdie). Tous les patients en hypothyroïdie avaient été mis sous lévothyroxine 52% (n=26/50).

Vingt-quatre patients (82%) ont évolué vers une hypothyroïdie définitive (Hashimoto) et 18% (n=9/50) vers une euthyroïdie (thyroïdite aiguë et subaiguë).

## DISCUSSION

### Aspects méthodologiques

Notre étude a porté sur 1650 patients présentant une pathologie thyroïdienne suivis en ambulatoire et ou hospitalisés dans le service médecine et endocrinologie de l'hôpital du Mali (Bamako). Il s'est agi d'une étude descriptive, avec recueils rétrospectif et prospectif des données de huit années de pratique dans la prise en charge des thyroïdopathies. Ce travail avait pour buts, d'étudier non seulement les caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques, mais également d'étudier les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des thyroïdites à l'hôpital du Mali.

### Limites

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à des difficultés :

- Le recueil rétrospectif des données responsable de manque de certains renseignements notamment les signes cliniques, paracliniques, évolutifs et le traitement reçu par les patients,
- Le coût élevé de certains examens complémentaires (TSHus, FT4, les anticorps antithyroïdiens (anti-TPO, anti-Tg, anti-rTSH), l'échographie thyroïdienne),
- Les perdus de vue constatés lors du suivi des patients pouvant être responsable de manque de données pour l'évolution de la thyroïdite.

Toutefois, notre étude a permis une première approche épidémiologique et diagnostique des thyroïdites, mais également le suivi à court, moyen et long terme en vue d'une prise en charge ultérieure des cas d'hypothyroïdies.

### Données sociodémographiques

Le sexe féminin a représenté 92% avec un sex-ratio de 0,09. Ce résultat corrobore avec celui de ChabchoubG et al.[5] qui ont obtenu un sex ratio de 0,08. Cette prédominance féminine dans l'atteinte thyroïdienne est confirmée par d'autres auteurs [6, 7, 8]. Cela pourrait s'expliquer par le rôle des hormones sexuelles en particuliers les estrogènes dans l'immunité. De nombreuses études ont montré également le rôle aggravant des œstrogènes et bénéfique des androgènes dans les maladies auto immunes. Les œstrogènes favorisent la réponse immunitaire humorale par un effet régulateur sur le lymphocyte T et B illustré par une prolifération de lymphocyte B et des lymphocytes helper (Th2) induisant ainsi une production de certains lymphokines (IL-4, IL-5 et IL-6) et des anticorps [9]. La moyenne d'âge de nos patients était de 36,18±12,38 ans. La tranche d'âge 21-40 ans représentait 62%. Nos résultats corroborent avec ceux de la littérature [10,11]. Cela s'expliquerait par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période de procréation chez les femmes au cours de laquelle toutes les hormones atteignent leur pic de sécrétion.



### Données cliniques et paracliniques

Dans notre étude, le goitre associé à la douleur cervicale était le principal motif de consultation des patients dans 82%. Ce résultat est supérieur à celui de Sonja S.L [12] qui avait trouvé 70% dans son étude. Le goitre associé à la douleur est le signe d'appel habituel dans la majorité des cas de thyroïdites lymphocytaires chroniques, tel que retrouvé par Graepi-Dulac J et al. [13]. Aucun patient n'avait un antécédent de prise médicamenteuse à savoir (lugol, amiodarone, lithium) ni de produits radioactifs ainsi que de produit de contraste. L'antécédent familial de goitre a été retrouvé chez 44% des patients parmi lesquels 2% avait un antécédent de dysthyroïdie familiale. Cette fréquence de la dysthyroïdie est très basse par rapport à celui de Ely M.M [14] qui a trouvé un antécédent de dysthyroïdie familiale chez 20% des patients dans son étude.

Au diagnostic de la thyroïdite, la TSHus était élevée chez 20% avec une FT4 basse chez 28% chez nos patients témoignant ainsi une hypothyroïdie. Ce résultat est différent de celui de Sonja S.L [12] qui a trouvé 70% de TSH élevé et 30% de FT4 basse. Les anticorps anti-TPO et anti-Tg étaient positifs chez nos patients avec respectivement 82% et 38%. Dans l'étude de Sonja S.L [12], les anticorps antithyroïdiens étaient élevés avec respectivement 100% (antiTPO) et 40% (anti-Tg). Chabchoub G et al. [5] ont retrouvé une élévation des anticorps antithyroïdiens soit 64,5% (antiTPO) et 48,6% (antiTg). Cette variabilité des résultats pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon de ces différentes études. Dans tous les cas, l'augmentation des anticorps anti thyroïdiens à des titres variables témoigne le caractère auto-immun dans l'atteinte thyroïdienne auto-immune chez ces patients. La CRP était élevée dans 64% des cas associée à une hyperleucocytose 20,45% chez nos patients. Ce résultat concorde avec celui de Graepi-Dulac J et al. [13]. Cela témoigne le caractère inflammatoire et parfois infectieux souvent présent à la phase initiale de la maladie. Tous nos patients ont bénéficié d'une échographie thyroïdienne. L'aspect de la glande était hypo échogène dans 68% (n=34) des cas et hétérogène dans 82% (n=41) des cas. Ce résultat est confirmé par Sonja S.L [12]. L'échographie de la thyroïde est l'exploration morphologique de première intention dans l'atteinte du fonctionnement de la glande thyroïde. Ces aspects sont fréquemment décrits dans l'atteinte thyroïdienne auto-immune.

### Aspects thérapeutiques et évolutifs

Le traitement des thyroïdites dépend de l'étiologie et des manifestations cliniques. Classiquement le traitement est basé sur les AINS et les bêtabloquants lorsqu'il existe des signes hyperthyroïdies (Hashimoto en phase d'hyperthyroïdie). Dans notre série, le traitement était fait d'AINS dans 12% des cas (thyroïdite subaiguë); d'antibiotique probabiliste 6% (thyroïdite aigue infectieuse); de bêtabloquants 30% (Hashitoxicose). Cinquante-deux pourcent de nos patients ont été mis sous lévothyroxine dès le diagnostic de la thyroïdite. Ce résultat est différent de celui de Sonja S.L [12] chez qui 70% des patients ont été traités par lévothyroxine dès le

diagnostic et 10% des patients en euthyroïdie n'ont pas bénéficié d'un traitement hormonal.

Vingt-quatre patients (82%) ont évolué vers une hypothyroïdie définitive (Hashimoto) et 18% (n=9) vers une euthyroïdie (thyroïdite aiguë ou subaiguë).

### CONCLUSION

Les thyroïdites sont des pathologies thyroïdiennes auto-immunes dans la plupart des cas. Leur prévalence est sous-estimée par le manque de diagnostic précoce et le coût élevé des dosages hormonaux et des anticorps anti thyroïdiens dans nos pays à ressources limités.

### RÉFÉRENCES

1. Wémeau J.L., Carnaille B., Marchandise X. Traitement des hyperthyroïdies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Endocrinologie-Nutrition, 2007, 10-003-A-40.
2. F. Duron, E. Dubosclard, E. Ballot, C. Johanet. Thyroïdites. EMC-Endocrinologie 1(2004), p: 3-18
3. Monaco F. Classification of Thyroid Diseases: Suggestions for a revision. J Clin Endocrinol Metab, 2003; 88:1428-32.
4. Davies TF. Ord-Hashimoto's disease: Renaming a common disorder-again. Thyroid 2003;13:317.
5. G. Chabchoub, M. Mnif, A. Maalej, N. Charfi, H. Ayadi, M. Abid. Etude épidémiologique des maladies auto-immunes thyroïdiennes dans le Sud Tunisien. Ann. Endocrinol., 2006 ; 67, 6 : 591-595.
6. Henri Germain Monabeka et al. La pathologie thyroïdienne au centre hospitalier universitaire de Congo Brazzaville. Cahiers Santé. 2005 ; 15 : 37-40.
7. Wémeau J.L., Cardot-Bauters C., Herboz-Boidein M., Périmenis P., Céphise-Velayoudom F.L. Hyperthyroïdie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Endocrinologie-Nutrition, 2006, 10-003-A-10.
8. Schlienger J.L. Hypothyroïdie acquise de l'adulte. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Endocrinologie-Nutrition, 10, 2001, 11 p : 10-005-B
9. Mook. CC, Lau CS. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus. J Clin Pathol 2003;56:481-90.
10. Estaquio C, Castetbon K, Valeix P. Maladies thyroïdiennes dans la cohorte SU-VI-MAX. Estimation de leur incidence et des facteurs de risque associés, 1999-2002. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire et Université Paris 13, août 2009, 58 p.
11. Wémeau J.L. Epidémiologies des maladies de la thyroïde. Les maladies de la thyroïde. Paris : Masson ; 2010. p:49-52.
12. Sonja S.L. La thyroïdite d'Hashimoto chez l'enfant : à propos de 10 cas. Thèse de Médecine, Limoges, 1999 ; N°183.
13. Graepi-Dulac J; Orgiazzi J. Thyroïdites. EMC- Endocrinologie-Nutrition 2015 ;12(2) :1-12 [Article 10-008-A-40].
14. Ely MM. Profil épidémiologiques des thyroïdites médicamenteuses CHU-FES (Région FES Boulmane). Thèse de Médecine, FES, 2016 ; N°046-16.