



## Article Original

## L'Hypothyroïdie en Pratique Médicale à Bamako au Mali

*Hypothyroidism in medical practice in Bamako, Mali*

Dao K<sup>1</sup>, Ongoiba O<sup>9</sup>, Togo M<sup>1</sup>, Saliou M<sup>1</sup>, Sissoko M<sup>10</sup>, Diallo S<sup>5</sup>, Sy D<sup>2</sup>, Traore D<sup>2</sup>, Cissoko M<sup>2</sup>, Sangare D<sup>8</sup>, Dembele IA<sup>2</sup>, Tolo N<sup>6</sup>, Malle M<sup>2</sup>, Landoure Sékou<sup>2</sup>, Doumbia AA<sup>11</sup>, Kéita K<sup>2</sup>, Camara BD<sup>7</sup>, Konate I<sup>3,4</sup>, Cisse Sékou Mamadou<sup>8</sup>, Soukho A Kaya<sup>2</sup>, Thiam S<sup>10</sup>, Dollo I<sup>10</sup>, Diakite M<sup>10</sup>, Guindo H<sup>10</sup>, Coulibaly A<sup>10</sup>, Maiga Y<sup>5</sup>.

## RÉSUMÉ

**Introduction.** L'hypothyroïdie primaire par atteinte de la glande thyroïde est rarement décrite dans les publications médicales africaines à l'exception, certes, de quelques allusions qui y sont faites lors de l'étude du goitre endémique. **Patients et méthodes.** Une étude de type prospective a été menée de Septembre 2008 à Septembre 2009, parmi les patients venant à la consultation ou hospitalisés dans le service de Médecine interne, de chirurgie du CHU du Point G et d'un cabinet médical (DIDI NI TATA) spécialisé en endocrinologie. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les signes cliniques d'hypothyroïdie et le dosage de la thyroïdostimuline. Les paramètres pris en compte étaient d'ordre sociodémographique, clinique et étiologique. **Résultats.** Nous avons recensé 71 cas d'hypothyroïdie qui se répartissaient en 10 hommes (âge moyen : 40,8) et 61 femmes (âge moyen : 41,5). Les signes cliniques associaient l'hypométabolisme (constipation : 9,85%, bradycardie : 23,94%, asthénie physique : 4,22%), le syndrome cutanéomuqueux (raucité de la voix : 48%, bouffissure du visage : 1,4%, prise de poids : 15,49%, peau sèche : 5,63%) et le syndrome neuromusculaire (crampes des membres inférieurs : 5,63%, céphalées : 7,15%). Les principales étiologies retrouvées étaient par ordre de fréquence la iatrogénie (68,4%), la thyroïdite de Hashimoto (11,4%) et l'hypothyroïdie congénitale (10%). **Conclusion.** L'hypothyroïdie primaire est une réalité en milieu hospitalier malien. Cette affection, traditionnellement rapportée dans les études de santé publique et confinée aux foyers de goitre endémique, fait désormais son apparition dans les milieux cosmopolites africains, où elle garde une forme clinique encore patente.

## ABSTRACT

**Background.** Primary hypothyroidism is rarely described in African medical publications with the exception, of course, a few allusions that are made in the study of endemic goitre. **Patients and methods.** A prospective study was conducted among patients coming to the consultation or hospitalized in the service of internal medicine, surgery of the Point G CHU and the cabinet medical DIDI NI TATA in Torokorobougou from September 2008 to September 2009. The inclusion criteria were clinical signs of hypothyroidism and thyroid stimulating hormone dosage. The parameters taken into account were sociodemographic, clinic (hypometabolism, Mucocutaneous and neuromuscular syndrome) and etiological (supply: after capture of ATS, thyroidectomy; Hashimoto's Thyroiditis of postpartum; congenital; disorders of the hormonogenesis). **Results.** The 71 cases are divided in 10 men (average age: 40.8) and 61 women (average age: 41.5) which the majority of the Sarakolé. Clinical signs associated the hypometabolism (constipation: 9.85%, bradycardia: 23.94%, physical asthenia: 4.22%), Mucocutaneous syndrome (hoarseness: 48%, puffiness of the face: 1.4%, weight gain: 15.49%, dry skin: 5.63% and neuromuscular syndrome (cramps of the lower limbs: 5.63%, headache: 7.15%).) In the field of biology, analyses have included the TSH (us), the FT4, ant-thyroid antibodies of synthesis but also blood glucose, cholesterol and in some cases, the PUA. The etiologies consisted of supply: 68.4% (after taking of ATS, thyroidectomy), congenital hypothyroidism: 10%, of Hashimoto's Thyroiditis: 11.4%, of postpartum Thyroiditis: 4.3%, disorders of the hormonogenesis: 5.7%. **Conclusion.** Primary hypothyroidism is a reality in Mali. This affection, traditionally reported in studies of health public but confined to the homes of endemic goitre, now made its appearance in African cosmopolitan circles, where it keeps an even overt clinical form.

1. Service de Médecine interne, CHU Gabriel Toure, Bamako, Mali
2. Service de Médecine interne CHU-Point G, Bamako, Mali
3. Service de Maladies infectieuses, CHU Point-G, Bamako, Mali
4. Faculté de médecine et d'odontostomatologie, de l'USTTB, Mali
5. Service de Neurologie CHU Gabriel Toure, Bamako, Mali
6. Service de Médecine interne CHU de Kati, Mali
7. Service de Médecine interne Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali
8. Service de Médecine interne Hôpital Fousseyni N'DAOU de Kayes, Mali
9. Service de chirurgie générale Hôpital régional de Tombouctou, Mali
10. Hôpital régional de Gao, Mali
11. Hôpital régional de Sikasso, Mali

## Auteur correspondant :

Dr Karim Dao

Service de Médecine interne  
CHU Gabriel Touré, de Bamako,  
Mali

Tel : (00223) 76 08 09 29,

E-mail : [akdao07@yahoo.fr](mailto:akdao07@yahoo.fr)**Mots-clés :** Hypothyroïdie, Bamako-Mali**Keywords.** Hypothyroidism,  
Bamako-Mali

**POINTS SAILLANTS****Ce qui est connu du sujet**

L'hypothyroïdie est réputée rare en Afrique. Au Mali, très peu d'études ont été faites sur ce sujet

**La question abordée dans cette étude**

Les manifestations cliniques et biologiques et les principales étiologies de l'hypothyroïdie à Bamako.

**Ce que cette étude apporte de nouveau**

À Bamako, les principaux signes cliniques de l'hypothyroïdie sont la bradycardie la raucité de la voix et la prise de poids. Les principales étiologies sont l'iatrogénie, la thyroïdite de Hashimoto et l'hypothyroïdie congénitale.

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

Poursuivre les études sur l'hypothyroïdie au Mali et renforcer le dépistage de cette pathologie qui semble sous-évaluée.

**INTRODUCTION**

L'hypothyroïdie se définit par une diminution de la production des hormones thyroïdiennes liée à un hypofonctionnement de la glande thyroïde incapable de satisfaire les besoins de l'organisme [1].

En Afrique noire, la pathologie thyroïdienne est dominée par les troubles dus à la carence iodée [2]. Posant en général un véritable problème de santé publique, ces troubles ont de tout temps mobilisé l'attention des organisations internationales sanitaires et ont de ce fait été l'objet de nombreuses études [3, 4]. Mais, si la carence iodée est une cause bien connue d'hypothyroïdie, les manifestations cliniques patentes sont rarement d'emblée au premier plan dans cette pathologie de carence dont la principale manifestation reste le goitre endémique. En dehors de la carence iodée, le syndrome d'hypothyroïdie, résultat d'une insuffisance ou d'une absence de production d'hormones thyroïdiennes est pourtant une affection fréquente mais pas assez souvent diagnostiquée. En effet, si à la phase tardive le tableau clinique associant un syndrome d'infiltration cutanéomuqueuse et un syndrome d'hypométabolisme est souvent évocateur et permet de conduire au diagnostic, les signes au début sont frustes, peu spécifiques et souvent banalisés, d'abord par le patient lui-même, ensuite par son entourage. Parfois, tous ces signes sont mis sur le compte de l'âge, voire d'un début de dépression. Il est vrai que ces symptômes ne sont pas uniquement liés à un problème de la thyroïde, mais cette éventualité ne doit pas être écartée, surtout après la ménopause. Il s'ensuit que, au début, le diagnostic d'hypothyroïdie peut facilement passer inaperçu dans les pays en développement où les conditions socio-économiques ne permettent pas de développer une stratégie de dépistage systématique. En effet, le dosage de la thyroïdostimuline hormone (TSH), moyen privilégié de dépistage de l'hypothyroïdie primaire, n'a été disponible que récemment dans nombre de pays et reste encore d'accessibilité financière difficile. Ainsi, en dehors du contexte de la carence iodée, les données épidémiologiques, même hospitalières, sur

l'hypothyroïdie sont rares en Afrique noire comme l'a souligné récemment Sidibé [5].

Cela explique que cette affection a été longtemps considérée comme rare, au point que les revues de la littérature concernant les endocrinopathies en Afrique n'en faisaient même pas mention [6]. Il est donc important que, dans nos pays, le praticien soit attentif aux conditions ainsi qu'aux symptômes et signes, même d'allure banale, pouvant conduire au diagnostic de l'hypothyroïdie car le traitement, souvent d'administration facile, permet de corriger toutes les manifestations. Par ailleurs, l'hypothyroïdie non traitée apparaît comme un facteur de risque cardio-vasculaire souvent méconnu [6].

Au Mali, très peu d'études ont été faites sur les hypothyroïdies. Pour combler ce vide, l'objectif du présent travail est donc de rapporter les manifestations cliniques et biologiques de l'hypothyroïdie et les principales étiologies observées chez les patients suivis dans notre pratique quotidienne hospitalière.

**PATIENTS ET METHODES**

Il s'agit d'une étude prospective transversale sur un (1) an, qui s'est étendue d'août 2008 à août 2009 dans le service de médecine interne, le service de chirurgie du CHU du Point G et au cabinet médical « DIDI NI TATA », spécialisé en endocrinologie à Torokorobougou, à Bamako en commune V.

Ont été inclus dans cette étude, tous les patients vus en consultation externe ou hospitalisés dans les dits services, présentant les signes cliniques d'hypothyroïdie, confirmée par le dosage d'hormone thyroïdienne (TSH ultra-sensible (us)>4,7Mu/l). Les données de l'interrogatoire, de l'examen physique, des examens complémentaires ainsi que le diagnostic étiologique, le traitement entrepris et l'évolution ont été mentionnés sur une fiche d'enquête standardisée.

Nous avons eu recours au consentement verbal ou écrit des malades concernés par l'étude. Les données recueillies ont été tenues confidentielles, destinées uniquement à des fins d'études. Elles ont été saisies et analysées respectivement à l'aide du logiciel Word office 12 et celui du logiciel SPSS version 16.

**RESULTATS****Aspects épidémiologiques**

Un total de 71 patients présentant une hypothyroïdie a été inclus dans cette étude. En fonction du sexe, ils se répartissaient en 61 femmes pour 10 hommes, soit un *sex ratio* de 1/6. L'âge moyen était de 45,7 ans pour l'ensemble des patients avec des extrêmes de 2 et 71 ans. La moyenne d'âge des femmes était de 40,4 ans et celle des hommes de 45,8 ans. (Cf. Tableau I)

**Aspects cliniques**

Le motif de consultation le plus fréquent était «la tuméfaction antéro-cervicale» avec un taux de 53,51 %. Les signes cliniques d'hypothyroïdie les plus retrouvés étaient : la bradycardie, la prise de poids, la constipation, les céphalées et les crampes des membres inférieurs avec des taux respectifs de 23,94 % ; 15,49 % ; 9,85 % ; 7,15 % et 5,63 % (Cf. Tableau II).

**Tableau I : Répartition des malades selon l'âge, le sexe et le diagnostic retenu.**

Diagnostic de l'hypothyroïdie		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Iatrogénie	Après prise d'ATS	5	37	49
	Post-chirurgicale	0	7	
Thyroidites	Hashimoto	0	8	11
	post-partum	0	3	
Congénitale		4	3	7
Troubles de l'hormonogénèse		1	3	4

  

Répartition des malades selon le sexe et l'âge.					
Tranche d'âge (année)	Homme		Femme		
	Nombre	%	Nombre	%	
0-10	3	30	2	3,27	
11-20	2	20	5	8,24	
21-30	3	30	10	16,39	
31-40	1	10	13	21,31	
41-50	1	10	23	37,70	
51-60	0	0	3	4,91	
61-70	0	0	4	6,55	
71-80	0	0	1	1,63	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	

Selon le diagnostic retenu la iatrogénie était la plus dominante avec un taux de 68,96 %.

#### Aspects paracliniques

La TSH (us) était élevée chez tous les malades soit 100%, la FT4 abaissée chez certains (90%) et normales chez d'autres (10%).

La glycémie était basse chez 13 patients soit 18,30%, l'hypercholestérolémie a été observée chez 15 malades soit 21,12%. Par contre l'hyperuricémie n'était observée que chez seulement 8 patients soit 11,26%.

#### Aspects étiologiques

Les étiologies retrouvées étaient par ordre de fréquence la iatrogénie : 68,4% (après prise d'ATS ou thyroïdectomie) suivie de thyroïdite de Hashimoto (11,4%), d'hypothyroïdie congénitale (10%), de troubles de l'hormonogénèse (5,7%) et de thyroïdite du post-partum (4,3%). (Cf. **Tableau I**).

**Tableau II: Répartition des malades selon les signes cliniques et le traitement de l'hypothyroïdie**

Signes d'hypothyroïdie	Effectif	Pourcentage
Bradycardie	17	23,94
Prise de poids	11	15,49
Constipation	7	9,85
Céphalées	5	7,15
Crampes des membres inférieurs	4	5,63
Peau sèche	4	5,63
Voix rauque	3	4,22
Cheveux secs cassants	3	4,22
Mains sèches	3	4,22
Asthénie	3	4,22
Mains froides	3	4,22
Apathie	2	2,81
Bouffissure du visage	1	1,4
Ongles cassants	1	1,4
Anorexie	1	1,4
Macroglossie	1	1,4
Signe du sourcil	1	1,4
Frilosité	1	1,4

  

Répartition des malades selon la nature du traitement médical.			
Nature du traitement	Effectif	Pourcentage	
Lévothyroxine	50	70,4	
Diminution de la dose d'ATS	13	18,3	
Arrêt momentané de l'ATS	7	9,9	
Carbimazole+Lévothyrox	1	1,4	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	

#### Aspects thérapeutiques

La Lévothyroxine était la plus utilisée dans 70,4 % des cas suivi de la diminution de la dose d'ATS dans 18,3% des cas et de l'arrêt momentané de l'anti-thyroïdien de synthèse (ATS) dans 9,9% des cas. On notait l'association Carbimazole+Lévothyrox dans 1,4% des cas. (Cf. **Tableau II**)

#### DISCUSSION

##### Aspects méthodologiques et les limites de l'étude

L'étude s'est intéressée à des patients suivis en consultation ou en hospitalisation dans le service de médecine interne, et de chirurgie du Centre hospitalier universitaire (CHU) du Point G et d'un cabinet médical spécialisé en endocrinologie. Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée de Septembre 2008 à Septembre 2009. Le diagnostic d'hypothyroïdie a été retenu sur la présence d'une symptomatologie évocatrice lorsqu'elle existe, confirmée par le dosage du taux plasmatique de la TSH.

Le retard des dosages hormonaux dans les laboratoires, le coût élevé des examens (hormones, imagerie) pourraient expliquer l'absence de certains résultats. D'autre part la méconnaissance de la maladie par la population, et la «tradithérapie» ont retardé la prise en charge.

##### Aspects sociodémographiques

Un total de 71 patients présentant une hypothyroïdie ont été inclus dans cette étude qui s'est étendue sur une période d'une année. En fonction du sexe, ils se répartissaient en 61 femmes pour 10 hommes, soit un *sex ratio* 1/6. Ces résultats paraissent légèrement surestimés par rapport à ceux trouvés au Cotonou en 2001 (1 homme pour 4 femmes) [2] et au Sénégal en 1997 (1 homme pour 4 femmes) [5]. Mahamane Sani M et al [7], trouve une fréquence encore plus élevée (1 homme pour 10 femmes). Cette prédominance féminine en atteinte thyroïdienne est confirmée par tous les auteurs [8, 9].

C'est ainsi que, pour Larsen *et al.* [10], l'hypothyroïdie acquise affecte 2 % des femmes adultes et 0,1 à 0,2 % des hommes adultes en Amérique du Nord.

**Tableau III : Tableau comparatif des étiologies des hypothyroïdies selon la littérature.**

	Djrolo [32]		Sidibé [4]		Notre série : Mali	
	Etiologies	Nombre	Etiologies	Nombre	Etiologies	Nombre
<b>Hypothyroïdie primaire</b>	Thyroïdectomie	23	Thyroïdectomie	11	ATS	<b>42</b>
	Iode Radioactive	2	Atrophie	13	Thyroïdites	<b>11</b>
	Thyroïdites	2	Thyroïdite	1	Thyroïdectomie	<b>7</b>
			G+vilitigo	1	H.congénitale	<b>7</b>
			GMN	1	Trbl.Hormonogénèse	<b>4</b>
		Basedow	1			
		G. diffus	9			
<b>Hypothyroïdie centrale</b>	T.Hypophysaire	4	-			-
	Synd Sheehan	2				
<b>Total</b>		<b>33</b>		<b>37</b>		<b>71</b>

L'âge de prédilection se situe entre 40 et 50 ans avec une moyenne de 39,74 ans; un mode de [40-49] et des extrêmes de 2 et 71 ans. Ces données sont tout à fait conformes aux données de la littérature internationale [1, 8, 11, 12]. Dans sa série de 37 cas d'hypothyroïdie primaire rapportés à Dakar, Sidibé [5] trouve également des âges moyens comparables aux nôtres (41,5 ans pour les femmes et 40,8 ans pour les hommes) ; Djrolo [2] à Cotonou (moyenne d'âge des femmes est de 40,4 ans et celle des hommes de 45,8 ans) et Mahamane Sani M et al [7] à Niamey 40,1±9,1 ans.

La comparaison avec les tranches d'âge d'autres auteurs n'a pu être possible à cause de l'inégalité des classes d'âge choisies. Dans la population générale la prévalence moyenne est de 1 à 2% chez les femmes et de 0,1% chez les hommes [1213]. Ce taux est plus important dans les zones d'endémie goitreuse d'Afrique centrale.

Dans une étude réalisée au Mali par Sissoko [1314], l'endémie goitreuse occupait 5 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti) et le District de Bamako. Ces données concordent avec les nôtres car parmi les patients reçus en consultation, 62,3% viennent de Bamako et étaient majoritairement des Sarakolés originaires de la région de Kayes. Cela pourrait s'expliquer par la facilité d'accès des patients aux structures de soins.

### Aspects cliniques

Les signes cliniques d'hypothyroïdie les plus retrouvés dans notre étude étaient : la bradycardie, la prise de poids, la constipation, les céphalées et les crampes des membres inférieurs avec des taux respectifs de 23,94% ; 15,49% ; 9,85% ; 7,15% et 5,63%. Pour Mahamane Sani M et al [7], c'étaient l'asthénie (61,1%), la prise de poids (51,9%), la constipation (48,1%) et la lenteur intellectuelle (35,2%).

L'hypothyroïdie est une pathologie plus fréquente qu'elle ne paraît, notamment chez les femmes et les personnes âgées [1112], mais le diagnostic est moins fréquemment posé du fait du caractère insidieux de l'affection [1415]. Les signes caractéristiques facilement reconnaissables n'apparaissent que tardivement au cours de l'évolution de la maladie. Les signes de début sont souvent frustes et non spécifiques [2]. Dès lors, la fréquence des manifestations cliniques est très variable d'un auteur à l'autre et même parfois d'une période à l'autre avec le même auteur.

Cette variation de la fréquence des manifestations cliniques de l'hypothyroïdie en fonction des auteurs est probablement liée au fait que les diagnostics sont établis à des stades d'évolution très variés de la maladie.

Beaucoup de signes cliniques retrouvés dans la littérature [7, 98, 10] à des fréquences élevées ont été moins retrouvés dans notre étude et à des fréquences assez faibles. Cela pourrait s'expliquer par la durée courte de notre étude, comparativement à celles des auteurs européens [9, 810] et africains [2, 5] dont les études se sont étendues sur de nombreuses années.

### Aspects étiologiques : (Cf. Tableau III).

Selon Utiger [9], l'hypothyroïdie primaire est de loin la forme la plus fréquente et représente plus de 95 % des cas. Notre étude confirme cette observation. En effet nous n'avons pas eu de cas d'hypothyroïdie centrale contrairement à certains auteurs [2]. En plus, l'analyse des cas d'hypothyroïdie primaire retrouve, comme il est rapporté dans la littérature [8, 9], une forte proportion d'étiologie auto-immune qui a été observée huit fois sur 71 (12,5 %), comparable à celle de Mahamane Sani M et al [7] 9 fois sur 54 (16,6%). Devant un tel constat, on pourrait conclure que la thyroïdite auto-immune est fréquente à Bamako, détectée par le dosage régulier des anticorps antithyroïdiens faisable à Bamako dans cette étude de 2009. Fréquence de thyroïdites

Par contre aucun cas signalé par Sidibé [5], pour Djrolo [2] : 2 cas mais selon lui ces patients auraient bénéficiés du dosage d'anticorps anti-thyroïdiens ailleurs.

La thyroïdectomie n'est apparue dans notre série que dans 7 cas sur 71. Il s'agit d'une cause bien connue d'hypothyroïdie mais par contre, la fréquence observée dans notre travail est nettement inférieure par rapport à celle rapportée par d'autres pays africains (11 cas sur 37) [5], 23 cas sur 33 [2], **plus de la moitié soit 51,9% des cas pour Mahamane Sani M et al [7]**. Au Bénin, aucun cas d'hypothyroïdie par prise d'ATS n'a été rapporté [2], par contre, elle s'est apparue comme l'étiologie la plus fréquente dans notre série. Un certains nombre de situations peuvent expliquer cela :

- La non-faisabilité du dosage d'hormones thyroïdiennes dans les régions favorisant une mauvaise adaptation du traitement anti-thyroïdien à l'évolution de la maladie hyperthyroïdienne ;
- Le manque du respect du rendez-vous par les patientes sous ats suivis pour maladie de basedow une fois cliniquement améliorées ;
- Les difficultés financières pour accéder aux structures de soins surtout pour celles venant des régions.

### Aspects paracliniques

Les hormones thyroïdiennes se caractérisaient par leurs concentrations inférieures à la normale. Pour la T4 totale,

les concentrations variaient de 3,05 à 60,63nmol/l avec une concentration moyenne de 16,70(normale : 64-141nmol/l).

La thyroestimuline ultra-sensible TSH (us) peut être élevée ou basse selon que l'origine de l'hypothyroïdie soit périphérique (primitivement thyroïdienne) ou centrale (secondaire à une atteinte hypothalamo-hypophysaire) [78]. Elle a été dosée chez tous les malades. Elle variait de 6,6 à 305mUI/l, sa valeur moyenne était de 85,9(normale : 0,20 à 3,50305mUI/l). Ces données sont confirmées par celles des auteurs africains [2, 5, 27] et européens [9, 810]. Les auto-anticorps antithyroïdiens (anti-thyropéroxydase et anti-thyroglobuline) nous ont permis de poser le diagnostic de thyroïdite auto-immune chez 8 de nos malades sur 71 soit 12,5%, contrairement à Djrolo qui a noté seulement 2 cas sur 27 soit 7,4%, [2] d'ailleurs, selon lui, ces deux malades auraient bénéficié de ces dosages dans un autre pays.

Si les dosages hormonaux constituent des tests de confirmation du diagnostic, l'hypothyroïdie s'accompagne d'autres anomalies biologiques telles l'hypercholestérolémie, l'hypoglycémie, l'hyperuricémie. Les anomalies métaboliques comme l'hypoglycémie, l'hypercholestérolémie et l'hyperuricémie sont habituelles dans l'hypothyroïdie [14, 15, 716, 8]. Dans notre étude nous avons noté 21,12% d'hypercholestérolémie, 18,30% d'hypoglycémie, et 11,26% d'hyperuricémie. Cependant, les auteurs africains [2, 5, 2] n'ont pas fait cas d'hyperuricémie ou d'hypoglycémie.

#### Aspects thérapeutiques et évolutifs :

La Lévothyroxine LT4 représente le traitement de choix de l'insuffisance thyroïdienne en raison de sa longue durée d'action qui garantit une concentration constante même si le malade oublie occasionnellement une prise médicamenteuse [10, 78, 11].

Dans notre étude, la Lévothyroxine LT4 a été la plus utilisée dans 70,4% des cas ce qui confirme les données de la littérature [7, 168, 17, 18]. Les antithyroïdiens de synthèse ont été arrêtés ou diminués de dose avec rajout de Lévothyroxine jusqu'à correction de l'hypothyroïdie dans 28,2% des cas.

Dans notre étude chez tous les patients hypercholestérolémiques (n=15) le traitement a débuté progressivement à la dose de 12,5 µg ou 25 µg toutes les 3 à 4 semaines jusqu'à l'obtention de la dose totale de 125 µg/jour.

Dans notre étude, des cas de coma myxœdémateux ou le passage à l'hyperthyroïdie après traitement n'ont pas été

#### CONCLUSION

Exceptées celles liées à la carence en iode, les hypothyroïdies apparaissent comme une pathologie peu étudiée en Afrique noire. Dans les rares études qui s'y sont intéressées, leur fréquence est probablement sous-estimée du fait, d'une part, du caractère peu spécifique des symptômes au début et, d'autre part, de la non-disponibilité en routine des dosages hormonaux spécifiques.

Les signes et symptômes observés au Mali ne semblent pas présenter un caractère particulier mais leur fréquence paraît plutôt sous-évaluée et seule une étude prospective s'étendant sur plusieurs années permettra d'obtenir les chiffres réels aboutissant à un dépistage systématique.

#### REFERENCES

1. Dr Gérard RAVAROT. Hypothyroïdie. La Collection Hippocrate, Endocrinologie 2005 ; 11-248 :1-15.
2. François Djrolo, Fabien Houngbé, Vénérand Attolou, Bernice Hountondji, Kisito Quenum, Alexis Hountondji. Hypothyroidism: clinical and etiological aspects in Cotonou (Republic of Benin).2001; 4:245-49.
3. P. Kouame 1-5, G. Bellis 2, F. ROUX 3, J.R. Delafosse 4, A. Chaventre 5. Choix des indicateurs et de la prophylaxie selon la gravité des troubles dus à la carence iodée (tdci) : État de la question. Médecine d'Afrique Noire : 1999 ; 46 (1).
4. Pierre Adou, David Aka, Michèle Aké, Marcel Koffi, Ambroise Tébi, Alimata Jeanne Diarra-Nama. Evaluation de la teneur en iode du sel alimentaire à Abidjan (Côte d'Ivoire).2002;1 :18-21.
5. Sidibé EH, Fall L, Sow AM. Caractéristiques cliniques de l'hypothyroïdie primaire à Dakar. À propos de 37 observations. Med Af noire1997;7:291-4.
6. Burgi U, Gerber H, Peter HJ. Clinical aspects, diagnosis and drug therapy of hypothyroidism. Schweiz Med Wochenschr 1995;125 :1489-94.
7. Mahamane Sani, M., Eloge, E., Ada, A., Brah, S., Malam-Abdou, B., Daou, M., Andia, A., & Adehossi, E. Étiologies des Hypothyroïdies de l'Adulte à l'Hôpital National de Niamey(Niger). HEALTH SCIENCES AND DISEASE, (2017) ; 19(1). Consulté à l'adresse <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/992>
8. Jaffiol C. Hypothyroïdie de l'adulte. In : La thyroïde - De la physiologie cellulaire aux dysfonctions - Des concepts à la pratique clinique, 6<sup>e</sup> édition. Paris : Expansion Scientifique Française, 1992 : 395-403.
9. Utiger RD. Hypothyroidism. In: De Groot Leslie J, ed. Endocrinology, 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1989: 702-21.
10. Larsen PR, Davies TF, Hay ID. Thyroid hormone deficiency. In : Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Reed Larsen P, eds. Williams Textbook of Endocrinology, 9th edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998: 460-75.
11. J. Larry Jameson, Anthony P Weetman. Hypothyroïdie. Dans : Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, eds. Harrison principes de médecine interne, 15<sup>ème</sup> Edition. Paris: Flammarion; 2002.p.2066-69.
12. Dr Gerard RAVAROT. Hypothyroïdie. Encycl. Méd. Chir (Elsevier, Paris), EMC-Endocrinologie-nutrition 5 (2006)1-4
13. Sawin CT, Castelli WP, Hershman JM, et al. The aging thyroid. Thyroid deficiency in the Framingham Study. Arch Int Med 1985; 145:1386-8.
14. Sissoko KM. Evaluation des goitres chez les élèves de certaines écoles du district de Bamako. Thèse, médecine, Bamako, 2002 ; N°02M147.
15. Hazar J, Perlemuter H. Abrégé d'endocrinologie, 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson & Cie, 1983 : 119-139.
16. M. Linquette. Précis d'endocrinologie, 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson, 1973 : 262-286.
17. C. Frances. Hypothyroïdie de l'adulte et de l'enfant. In : Pierre Godeau, Serge Hersen, Jean-Charles Piette.eds.Traite de médecine interne, 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Flammarion ; 2004.p.1957-69.
18. Robert H. Williams. Traité d'endocrinologie, 6<sup>e</sup> édition. Paris : Flammarion, 1972 :261-88.