

Article original

Caractéristiques Cliniques et Biologiques de l'Hyperthyroïdie à N'Djamena

Clinical and laboratory features of hyperthyroidism in N'Djamena

Dionadji M¹. ; Abbas O². ; Mbero M².

¹: Endocrinologue (Service d'Endocrino-diabétologie de l'Hôpital Général de Référence Nationale(HGRN)/Faculté de Sciences de La santé Humaine) ;

² : Médecin généraliste. Service d'Endocrino-diabétologie (HGRN))

Auteur correspondant : Mbainguinam Dionadji B.P. 2997- Ndjamen - Tchad. Email : dmbainguinam@hotmail.fr

RÉSUMÉ

INTRODUCTION. L'hyperthyroïdie est une des pathologies thyroïdiennes la plus fréquente. Ses manifestations cliniques et biologiques sont fonction de leurs étiologies et parfois du stade de découverte. Ainsi connaître ses caractéristiques est un atout pour une prise en charge rapide, dans un contexte où le plateau technique est pauvre.

MÉTHODES. Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant une période de 03 ans (Novembre 2010 – Novembre 2013). Tous les dossiers des patients avec pathologie thyroïdienne, vus en ambulatoire ou en hospitalisation dans le service d'Endocrino-diabétologie ont été identifiés. Puis nous avons sélectionné ceux avec un diagnostic d'hyperthyroïdie et leurs données cliniques et paracliniques ont été analysées.

RÉSULTATS. Sur 236 dossiers évalués, 125 (soit 53%) étaient des patients hyperthyroïdiens dont 100 (soit 80%) femmes et 25 (soit 20%) hommes. L'âge moyen était de 35,7 ans, 34,8 ans chez les femmes et 39,7ans chez les hommes.

Les signes cliniques les plus fréquents étaient : goitre (97,6%), tachycardie (91,2%), amaigrissement (80,8%), tremblement des extrémités (71,2%), myasthénie (64%), exophtalmie (38,4%) et hypersudation (31,2%). Sur le plan hormonal, l'hyperthyroïdie à triiodothyronine et tétraiodothyronine combinée était prédominante (84% des cas), suivie de celle avec tétraiodothyronine (13,6%). Les principales étiologies étaient les suivantes: maladie de Basedow (38,4%), goitre multinodulaire (31,2%), nodule toxique (18,4%) et thyroïdites (9,6%).

CONCLUSION. Les signes cliniques classiques sont évidents chez nous à cause du retard de consultation et des difficultés de diagnostic précoce lié aux manques des moyens d'investigation. La maladie de Basedow est la première étiologie du goitre multinodulaire et du nodule toxique. Enfin le dosage de la tétraiodothyronine libre est suffisant pour poser le diagnostic d'hyperthyroïdie dans notre contexte de moyens limités.

MOTS CLÉS. Hyperthyroïdie, Hormones thyroïdiennes, HGRN (N'djamena-Tchad)

SUMMARY

INTRODUCTION. Hyperthyroidism is one of the most common thyroid diseases. The clinical and biological manifestations depend on etiologies and the stage of discovery. The objective of the study was to describe the clinical and biological profile of hyperthyroidism in a developing country.

METHODS. This was retrospective study covering a period of 03 years (November 2010 - November 2013). All records of patients with thyroid diseases seen as outpatient or inpatient in the Endocrinology-Diabetology Service were analyzed. Those with hyperthyroidism were selected and clinical and biological data analyzed.

RESULTS. Among 236 cases evaluated, 125 (53 %) were hyperthyroid patients of which 100 (80%) women and 25 (20%) men, a sex ratio of 0.2. The average age was 35.7 years. It was 34.8 and 39.7 years respectively in the female and male.

The most common clinical signs were: goiter (97.6%), tachycardia (91.2%), weight loss (80.8%), tremor of the extremities (71.2%), myasthenia (64%), proptosis (38.4%), and sweating (31.2%). combined elevation of triiodothyronine and tetraiodothyronine was predominant (84% of cases), followed by isolated elevation of tetraiodothyronine (13.6%).

The main causes of hyperthyroidism were: Graves (38.4%), multinodular goiter (31.2%), toxic thyroid nodule (18.4%) and thyroiditis (9.6%).

CONCLUSION. The classic clinical presentation is evident because of the consultation delay and late diagnosis related to the lack of modern tools. Graves' disease is the most common etiology followed by multinodular goiter and toxic thyroid nodule. Dosage of free tetraiodothyronine is sufficient to make the diagnosis of hyperthyroidism in our context of limited resources.

KEYWORDS. Thyreotoxicosis, clinical, laboratory, HGRN (N'djamena-Chad)

INTRODUCTION

L'hyperthyroïdie ou hyperfonctionnement du parenchyme thyroïdien, est une pathologie thyroïdienne qui entraîne une hypersécrétion prolongée d'hormones thyroïdiennes, avec des manifestations cliniques et/ou biologiques de thyrotoxicose [1]. Elle affecte 1 à 2 % de la population mondiale et prédomine largement dans le sexe féminin (sex-ratio 1/8) [2]. Mais au Tchad nous ne disposons pas d'une description précise du profil clinique et biologique de ces patients. Cette étude avait pour objectif de combler ce vide en décrivant les caractéristiques cliniques et biologiques de l'hyperthyroïdie à N'Djamena.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, couvrant une période de trois (03) ans (novembre 2010 à novembre 2013). Elle a porté sur 236 dossiers des patients de deux sexes, suivis ou hospitalisés dans le service d'endocrinodiabétologie de l'HGRN. Tous les dossiers comportant le diagnostic hormonal d'hyperthyroïdie, ont été analysés. Les paramètres collectés étaient le motif de consultation, les signes cliniques, les aspects échographiques, le profil hormonal et les modalités du traitement. L'analyse a été effectuée avec le logiciel SPSS 18. Le test statistique utilisé a été le test de Khi2 pour les variables qualitatives et le t student pour la comparaison des moyennes. Une valeur de $p < 0,005$ a été considérée comme statistiquement significative.

RÉSULTATS

Sur les 1956 dossiers analysés, 236 soit 12,06% avaient un diagnostic d'une pathologie thyroïdienne. Parmi les 236 dossiers, 125 (soit 53%) étaient des patients hyperthyroïdiens dont 100 femmes (80%) et 25 hommes (20%).

L'âge moyen était de 35,78 ans (+/-12,49) dont 34,8 ans (+/-12,7) dans le sexe féminin et 39,7 ans (+/-11,1) chez les hommes.

Motifs de consultation.

Les motifs de consultation étaient constitués par le goitre (64%), les signes généraux (asthénie), le catabolisme (amaigrissement) et les signes cardiovasculaires (palpitation) (tableau I)

Tableau I : motifs de consultation.

Motifs de consultation	N	%
Goitre	151	64
Palpitation	132	56
Asthénie	122	52
Amaigrissement	107	45
Signes oculaires	49	21
Douleur cervicale antérieure	11	5
Autres	25	11

Symptomatologie clinique

Sur le plan clinique, la manifestation la plus fréquemment retrouvées étaient le goitre (98%). Il était type 2 selon Perez dans 57% des cas et dans 43,44%

des cas, il s'agissait de goitres multi nodulaires. Les autres signes étaient les signes généraux (asthénie), les symptômes cardiovasculaires et de catabolisme (tableau II)

Tableau II: manifestations cliniques de l'hyperthyroïdie.

Signes cliniques	N	%
Goitre	122	97,6
Tachycardie	114	91,2
Amaigrissement	101	80,8
Tremblement des extrémités	89	71,2
Myasthénie	80	64
Exophtalmie	48	38,4
Hypersudation	39	31,2
Diarrhée	34	27,2
Douleur cervicale	7	5,6
Fièvre	6	4,8
Prise de poids	2	0,8
Autres signes d'IC	2	0,8

Aspects para cliniques de l'hyperthyroïdie

1/ Échographie

Dans notre population d'étude, 73 sujets ont bénéficié d'une échographie. Sur le plan de l'échogénicité, la structure était hétérogène dans 38 cas (52%), kystique dans 12 cas (16%), homogène dans 22 cas (30%). Seul, un examen (1%) était normal.

2/ Profil hormonal dans l'hyperthyroïdie

Dans notre étude, la sécrétion hormonale chez les hyperthyroïdiens était généralement mixte, les triiodothyronines (T3) et les tétraiodothyronines (T4) étant concomitamment sécrétées dans 105 cas (84%). Les tétraiodothyronines (T4) étaient sécrétées seules dans 17 cas (14%), et les triiodothyronines (T3) seules dans seulement trois cas (2%).

Étiologies

Les étiologies de l'hyperthyroïdie retrouvées dans notre série étaient dominées par la maladie de Basedow et le goitre multi nodulaire toxique respectivement dans 38,4% et 31,2% de cas (Tableau V). Il y avait une prédominance féminine dans toutes les étiologies, sans que cette différence soit statistiquement significative.

Tableau V : étiologies de l'hyperthyroïdie selon le sexe.

Étiologies	N	Homme N(%)	Femme N(%)
Basedow	48	18(37,5)	30 (62,5)
Goitre multi nodulaire	39	3 (7,7)	36 (92,3)
Nodule toxique	23	4 (17,4)	19 (82,6)
Thyroïdite	12	0	12 (100)
Iatrogène	3	0	3 (100)
Total	125	25 (20)	100 (80)

Modalités du traitement.

Le traitement classique comprenant l'association carbimazole +Propranolol était fréquemment utilisé. Quelque soit le traitement utilisé (médical ou

chirurgical), le carbimazole était toujours présent (**Tableau VI**).

Tableau VI : modalités de traitement.

Types de traitements	N	%
Carbimazole +Propranolol	61	48,8
Carbimazole seul	33	26,4
Carbimazole + chirurgie	29	23,2
Carbimazole + Lugol	2	1,6
Total	125	100

DISCUSSION

Motifs de consultation

Les principaux motifs de consultation fréquemment retrouvés étaient le goitre (64%), la palpitation (55,9%), l'asthénie (51,7%), l'amaigrissement (45,3%) et les signes oculaires (20%). Monabeka & al au Congo avaient retrouvé dans leur série, 50,7% de goitre ; 11,6% de palpitation ; 9,2% d'amaigrissement et 2,5% d'asthénie [3]. Ces discordances entre nos données et celles du Congo seraient liées au stade évolutif de la maladie, au moment de la consultation ou d'hospitalisation, dans chacun de nos échantillons.

Fréquence de l'hyperthyroïdie

L'hyperthyroïdie était la forme de dysthyroïdies la plus observée (53%) dans notre série. Nouedoui & al à Yaoundé au Cameroun avait retrouvé 24% [4]. Elle était plus fréquente chez les femmes avec sexe ratio de 4 en faveur de ces dernières. Les différences observées entre nos données, s'expliqueraient par le fait que l'étude du Cameroun était réalisée dans un service de chirurgie. Or dans ce service, généralement les patients arrivent après équilibre hormonale pour une intervention. Et la prédominance féminine est classique dans la thyroïdopathie en général.

L'âge moyen était globalement de 35,78 ans (+/-12,49). Il était de 34,8 ans (+/-12,7) dans le sexe féminin et 39,7 ans (+/-11,1) chez les hommes. Nos résultats étaient superposables à ceux de **Monabeka & coll.**, qui avaient rapporté dans leur série que l'âge moyen était de 30,9 ans pour les femmes et 39,8 ans pour les hommes [5]. Ceci pourrait s'expliquer par la jeunesse de nos deux populations d'étude.

Signes cliniques

Les principales manifestations cliniques étaient la tachycardie (91,2%), l'amaigrissement (80,8%), le

tremblement des extrémités (71,2%) et la myasthénie (64 %). **Sani & coll.** avaient obtenu 94,6% de palpitation, 94,6% pour le tremblement des extrémités et 81% pour l'amaigrissement [6], et **Nouedoui & coll.** dans leur série avaient retrouvé 64% pour des tremblements des extrémités ; 82% pour la tachycardie; 97% pour l'amaigrissement et 92% pour la myasthénie [4]. Ces divergences s'expliqueraient par la terminologie utilisée et la qualité de la tenue de nos dossiers.

Profil hormonal

Dans notre étude, tous les patients avaient réalisé le bilan hormonal thyroïdien. Nous avons retrouvé une hyperthyroïdie à FT4 et FT3 combinées dans 105 cas (84%), une hyperthyroïdie isolée, soit à FT4 ou à FT3, a été retrouvée dans respectivement 13,6% et 2,4%. **Sani & al.**, au Niger en 2006, avaient également observé la prédominance de l'élévation simultanée des fractions T4 et T3 libre [6]. Cette observation était conforme à la littérature, où on trouvait que l'hyperthyroïdie à FT3 isolée est rare (<5% de toutes les hyperthyroïdies) [7]

Étiologies

Les étiologies de l'hyperthyroïdie étaient variées, mais dominées par la maladie de Basedow [1, 8,9]. Dans notre série elle avait représenté 38,4%, suivie de goitre multinodulaire toxique (31,2%) et le nodule toxique (18,4%). Nos résultats étaient bien différents de ceux retrouvés par Mbandiga au Congo qui étaient : 72,1% de Basedow; 16,7% de nodule toxique et 2,8% de goitre multinodulaire toxique [1]. Ces différences observées pourraient s'expliquer par le mode de recrutement de nos patients et peut être la mauvaise tenue de dossiers, puisqu'il s'agissait des études rétrospectives.

CONCLUSION

Les caractéristiques sémiologiques classiques étaient patentes à cause du retard de consultation et aux difficultés de diagnostic précoce liée aux manques des moyens d'investigation. La maladie de Basedow était la première étiologie observée suivie de goitre multipolaire et nodule toxique. Selon l'étude, le dosage de la FT4 suffirait pour poser le diagnostic positif d'hyperthyroïdie dans notre contexte.

RÉFÉRENCES

[1]. **Mbandinga H, Nkoua JL, Kibeke P, Bikakdou G.** Hyperthyroïdies : aspects étiologiques et cliniques sur 72 cas au CHU de Brazzaville. Med, Afri Noire 1997; 44 : 342-4.
 [2]. **Wemeau JL.** Hyperthyroïdie : Etiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat 1998; 48: 1377-85.
 [3]. **Monabeka HG, Ondzotta G, Peko JF, Kibeke P, Bouenizabila E, Nsakala-kibangou N.** La pathologie thyroïdienne au centre universitaire de Brazzaville. Cahier santé. 15 (1) 2005 37-40.
 [4]. **Nouedoui C & al.** Les hyperthyroïdies à Yaoundé – Cameroun. Quelques aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques. Méd Afr Noire : 1999, 46 (4).
 [5]. **Monabeka HG, Bouenizabila E, Ondzotto G.** Prise en charge des hyperthyroïdies au CHU de Brazzaville, Congo. Bull Soc Pathol Exot, 2005, 98, 2, 91-93

[6]. **Sani R, Adehossi E, ADA A, Kadre S R, Bako H, Bazira L.** Evaluation du traitement chirurgical des hyperthyroïdies : Etude prospective sur 37 cas opérés à l'hôpital de Niamey au Niger. Méd Afr Noire, 2006; 53(11): 582-86.
 [7]. **Dabon-Almirante CL, Surks MI.** Clinical and laboratory diagnosis of thyrotoxicosis. Endocrinol Metab Clin North Am 1998 :25-35.
 [8]. **Collège des Enseignant d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques.** Hyperthyroïdie [En line] 2010-2011[consulté le 23/12/2013]; 18p. Consultable à l'URL : <http://vf.univ-nantes.fr/endocrinologie/enseignement/item248/cours.pdf>
 [9]. **Djrolo F & al.** L'hyperthyroïdie: Aspect clinique et biologique .A propos de 18 cas. Med. Afr Noire 1993, 40 : 527-9.