



## Article Original

# Caractéristiques des Thyropathies en Côte d'Ivoire

## *Features of thyroid disease in Cote d'Ivoire*

Abodo J<sup>1</sup>, Yao A<sup>2</sup>, Koffi-Dago P<sup>3</sup>, Hué A<sup>4</sup>, Danho J<sup>5</sup>, Ahoussi JB<sup>6</sup>, Ahomagnon S<sup>7</sup>, Sanogo M<sup>8</sup>, Traoré M<sup>9</sup>

1-9 : Service d'Endocrinologie-  
Diabétologie, CHU de  
Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

**Auteur correspondant :** Jacko Abodo.  
Email : jackorhedoor71@gmail.com  
contact+225 07454517

**Mots-clés :** thyropathies- dysthyroïdie-  
goitre euthyroïdien- traitement radical.

**Key words:** thyropathies- dysthyroidism-  
euthyroid goitre- radical treatment

### RÉSUMÉ

**Objectifs.** Décrire les caractéristiques et la prise en charge des maladies de la thyroïde en Côte d'Ivoire. **Méthodologie.** Étude transversale rétrospective à visée descriptive de 2002 à 2018 de patients admis pour pathologie thyroïdienne. **Résultats.** 1379 dossiers de thyropathies ont été colligés soit une moyenne annuelle de 81,1 patients. La moyenne d'âge des patients était de 40 ans avec une sur morbidité féminine (86,8%). Le goitre constituait le principal motif de consultation (70,9%). Les maladies de la thyroïde étaient dominées par la maladie de Basedow (57,5%) alors que les goitres multinodulaires concernaient 45,4% des cas. Les hypothyroïdies post-thyroïdectomie représentaient 72,4% des cas. En ce qui concerne le traitement des hyperthyroïdies, il était essentiellement médical (86,9%) reposant sur les antithyroïdiens de synthèse. Dans 6,6% des cas, le traitement a été chirurgical. Les patients hypothyroïdiens ont bénéficié d'une hormonothérapie substitutive. La surveillance constituait la thérapie de choix des goitres euthyroïdiens (72,9%). **Conclusion.** Les affections thyroïdiennes sont dominées par les hyperthyroïdies et les goitres euthyroïdiens. Leur prise en charge associe essentiellement la correction du dysfonctionnement hormonal et plus rarement la chirurgie.

### ABSTRACT

**Objective.** To describe the main features and management of thyroid diseases in Côte d'Ivoire. **Material and methods.** This was a cross sectional retrospective descriptive study covering the period 2002 to 2018. All patients admitted for thyroid pathology were included. **Results.** 1379 thyroid disease records were collected, representing an annual average of 81.1 patients. The average age of the patients was 40 years with a female dominance (86.8%). Goitre was the main reason for consultation (70.9%). The main thyroid disease was Graves' disease (57.5%). Multinodular goiters accounted for 45.4% of cases, and post-thyroidectomy hypothyroidism was seen in 72.4% of cases. The treatment of hyperthyroidism was mainly medical (86.9%), based on synthetic antithyroid drugs. Surgery was done on 6.6% of cases. Hypothyroid patients were treated with hormone replacement therapy. Surveillance was the therapy of choice for euthyroid goiters (72.9%). **Conclusion.** The main thyroid diseases in our setting are hyperthyroidism and euthyroid goiters. Their management combines correction of hormonal dysfunction and rarely surgery.

### INTRODUCTION

Depuis quelques décennies l'on assiste à l'expansion des maladies chroniques telles que le diabète sucré, l'hypertension artérielle mais aussi les affections thyroïdiennes. De physiopathologie parfois complexe, la pathologie thyroïdienne constitue le premier motif de consultation en endocrinologie. C'est une affection qui touche surtout la femme adulte jeune du fait de son corollaire d'auto-immunité. En Afrique, la prise en charge des thyropathies reste souvent entravée par les moyens d'investigations mais surtout la durée du suivi. En effet, les explorations hormonales, morphologiques, immunologiques, cytologiques et radio isotopiques ne sont pas toujours accessibles compte tenu de leur coût. De

ce fait, le diagnostic étiologique de certitude est difficilement obtenu. Par ailleurs, le suivi d'un patient porteur d'une pathologie thyroïdienne est le plus souvent long voir même à vie. Plusieurs travaux réalisés en Afrique ont mis en évidence la répercussion des difficultés financières sur la prise en charge de la maladie thyroïdienne. Ainsi, BALDE notait que le coût élevé des explorations et l'indigence des patients limitaient la possibilité de réalisation de bilans complémentaires [1]. AKOSSOU quant à lui, évoquait, outre les difficultés financières, d'énormes problèmes de compliance et d'éducation [2].

Hormis ses difficultés, les affections thyroïdiennes sont tout de même étiquetées et traitées avec les moyens disponibles. L'objectif de ce travail était donc de décrire

les affections thyroïdiennes rencontrées en cote d'ivoire et d'en préciser la prise en charge thérapeutique en vue de l'améliorer.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

### Cadre de l'étude

Ouvert en 2002, le Service d'Endocrinologie Diabétologie (SED) est situé au sein du centre hospitalier universitaire de Yopougon situé au nord de la capitale économique de la Côte d'Ivoire, Abidjan. Ce service reçoit des patients de toutes les couches sociales et de tous types de nationalités. Les activités de soins sont réparties en consultation, hospitalisation et éducation thérapeutique. Le SED constitue le centre de référence de la prise en charge des affections endocriniennes et métaboliques en Côte d'Ivoire.

### Patients

Notre travail a porté sur les dossiers de patients porteurs d'une affection thyroïdienne venus en consultation dans le

Service d'endocrinologie Diabétologie du CHU de Yopougon durant la période d'étude.

### Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive portant sur 17 années de consultation (de 2002 à 2018). Le recueil des données concernant chaque patient s'est fait à partir du dossier de consultation, puis elles ont été enregistrées sur une fiche d'enquête individuelle informatisée conçue à cet effet. Nous nous sommes intéressés aux paramètres sociodémographiques (âge, sexe, zone de résidence, région d'origine) diagnostiques (diagnostic retenu), thérapeutiques et évolutifs.

Les données recueillies ont été saisies grâce au logiciel EPI DATA 3.1 et analysées grâce au logiciel EXCEL 2007. Les tableaux, graphiques et figures ont été réalisés à partir des logiciels EXCEL et WORD de Microsoft office 2007.

## RESULTATS

Durant ces 17 années de consultations, 1379 patients (85,5% ivoiriens) ont consulté pour une affection thyroïdienne. La répartition du nombre de patients selon l'année de la première consultation montre une augmentation du nombre de consultation au fil des années (figure 1). Les patients originaires du sud et du centre de la Cote d'Ivoire étaient majoritaires (47,1%).

La pathologie thyroïdienne concernait majoritairement les sujets de sexe féminin (86,8%) et l'âge moyen était de 40 ans avec un pic de fréquence pour la tranche d'âge allant de 31 à 65 ans (68,9%). Le motif principal de consultation chez 70,9% de ses patients était l'hypertrophie thyroïdienne (goitre), constatée par le patient lui-même ou son entourage. Après exploration clinique et para clinique, il ressortait que 40,5% d'entre eux étaient en hyperthyroïdie (figure 2) et 43,1% avaient un goitre ou un nodule thyroïdien euthyroïdien.

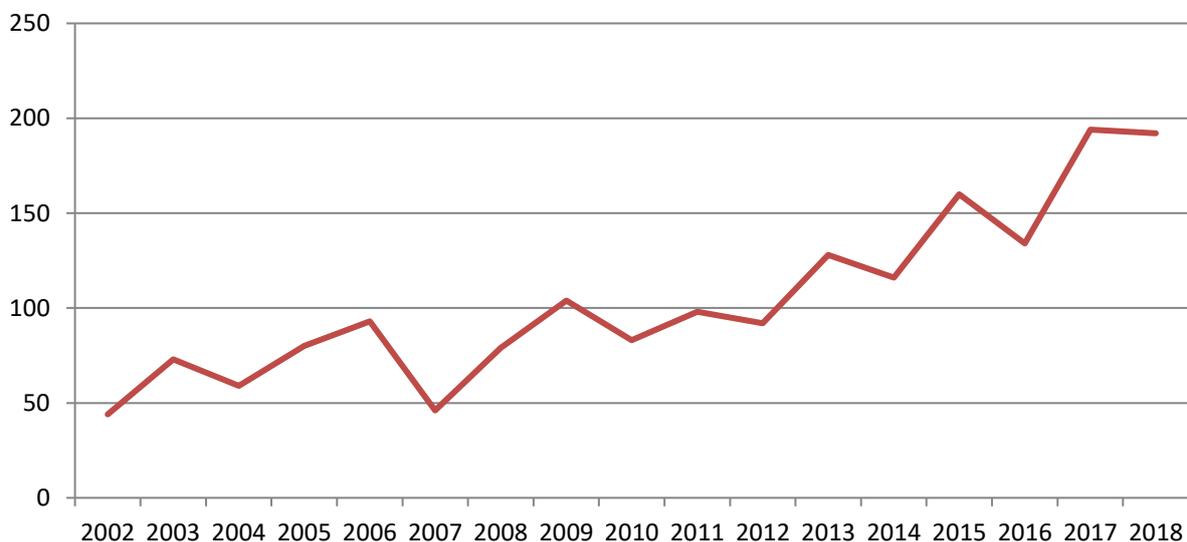


Figure 1 : Évolution du nombre de patients selon l'année.

Concernant la recherche étiologique (tableau 1), les hyperthyroïdies étaient dominées par la maladie de Basedow (57,5%); 72,4% des patients venus pour hypothyroïdie avaient subi une thyroïdectomie. La thyroïdite de Hashimoto était la plus fréquente des causes d'inflammation de la thyroïde (42,2%) et 45,4% des goitres et nodules eu thyroïdiens étaient des goitres multihétéronodulaires. 60,8% des goitres simples étaient des goitres sporadiques. La prise en charge de la maladie thyroïdienne dans notre contexte était fonction du diagnostic retenu mais également de l'arsenal thérapeutique disponible (tableau 1). Pour les hyperthyroïdies, le traitement médical a été prescrit chez 86,9% des patients contre seulement 6,6% de chirurgie. Ce traitement médical ne faisait appel qu'aux antithyroïdiens de synthèse précisément le carbimazole (85,7%).

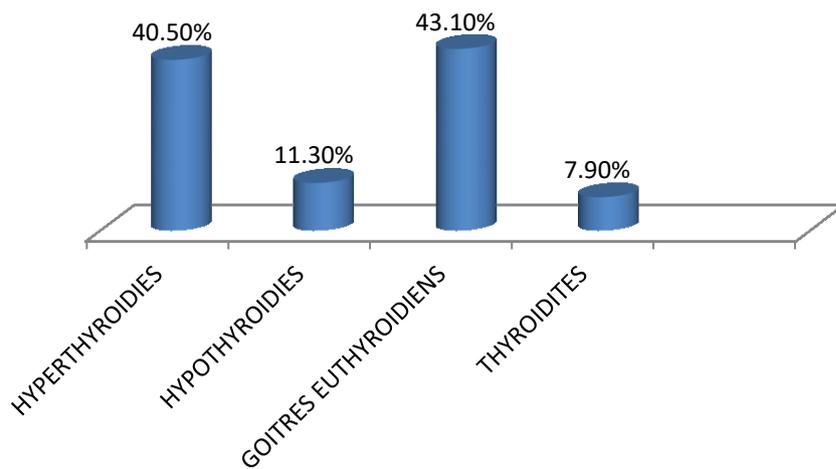


Figure 2 : Typologie des affections thyroïdiennes.

Quant aux hypothyroïdies, la prise en charge a consisté surtout en la mise en route d'une hormonothérapie substitutive en général à vie. Contrairement aux patients dont les thyropathies étaient accompagnées de dysthyroïdie, les patients porteurs de goitres et nodules euthyroïdiens ne bénéficiaient que d'une surveillance (72,9%) ou d'une chirurgie thyroïdienne (17,5%). En ce qui concerne la prise en charge des thyroïdites, celle-ci était fonction de l'étiologie (tableau 1). Cependant, nous avons constaté que le

diagnostic de thyroïdite de Hashimoto était principalement posé au stade d'hypothyroïdie (65,2%) et seulement 65,2% des patients avaient réalisé le dosage des auto-anticorps anti-thyropéroxydase qui étaient revenus positif chez 86,7% d'entre eux. Les thyroïdites infectieuses ont été prises en charge par une antibiothérapie fait de bêta lactamines dans la majorité des cas.

Paramètres	Goitres euthyroïdiens (n= 594)	Hyperthyroïdies (n=558)	Hypothyroïdies (n=156)	Thyroïdites (n=109)
Age moyen (ans)	41,9	36,7	43,4	43,9
Sex ratio	0,15	0,12	0,2	0,10
Typologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>goitre multi nodulaire (45,4%)</li> <li>nodule thyroïdien (17,3%)</li> <li>goitre simple (17,2%)</li> <li>kyste thyroïdien (12,4%)</li> <li>adénome thyroïdien (5,9%)</li> <li>cancer thyroïdien (1,8%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>maladie de basedow (57,5%)</li> <li>goitre multi hétéronodulaire toxique (33,3%)</li> <li>goitre basedowfié (4,6%)</li> <li>adénome toxique (3,4%)</li> <li>hyperthyroïdie iatrogène (0,7%)</li> <li>cancer thyroïdien (0,5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>post-thyroïdectomie (72,4%)</li> <li>thyroïdite de Hashimoto (24,3%)</li> <li>hypothyroïdie congénitale (3,3%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>de Hashimoto (42,2%)</li> <li>aigue bactérienne (32,2%)</li> <li>de De Quervain (18%)</li> <li>de Riedel (5%)</li> <li>de post partum (2,6%)</li> </ul>
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>surveillance (72,9%)</li> <li>chirurgie thyroïdienne (17,5%)</li> <li>hormonothérapie (8,5%)</li> <li>supplémentation iodée (1,1%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>antithyroïdiens de synthèse (86,9%)</li> <li>chirurgie thyroïdienne (6,6%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hormonothérapie (92,9%)</li> <li>surveillance (7,1%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>anti inflammatoires (42,2%)</li> <li>hormonothérapie (36,6%)</li> <li>antibiothérapie (32,1%)</li> <li>chirurgie thyroïdienne (6,42%)</li> <li>antithyroïdiens de synthèse (5,5%)</li> <li>corticothérapie (4,5%)</li> <li>surveillance (3,6%)</li> </ul>
Évolution	<ul style="list-style-type: none"> <li>perdu de vu (92,1%)</li> <li>favorable (7,9%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>perdu de vu (70,5%)</li> <li>favorable (29,5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>perdu de vu (88,4%)</li> <li>favorable (11,6%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>perdu de vue (83,4%)</li> <li>favorable (16,6%)</li> </ul>

**DISCUSSION**

Depuis la création du service d'Endocrinologie Diabétologie du CHU de Yopougon, le nombre de patients venus en consultation d'endocrinologie pour pathologie

thyroïdienne augmente progressivement avec une ascension plus importante ces dernières années. En effet, depuis 2016, plusieurs réunions scientifiques organisées

par des organisations non gouvernementales et/ ou des sociétés savantes ont permis de mieux faire connaître cette affection aux praticiens et ainsi d'en faciliter le diagnostic. La prédominance féminine constatée dans notre étude est rapportée par plusieurs travaux en Afrique [3,4]. L'âge moyen de 40 ans de nos patients a également été retrouvé par DIATOU et al. au Sénégal [5]. La prédominance de patients vivants dans la ville d'Abidjan s'explique par la proximité de ceux-ci du centre de suivi; cependant 23,2% d'entre eux venaient de d'autres villes cela met en évidence un manque de décentralisation des centres de diagnostic et de prise en charge des thyropathies.

Les hyperthyroïdies étaient l'affection thyroïdienne la plus rencontrée avec comme étiologie principale la maladie de Basedow. Ce constat a été fait dans plusieurs travaux en Afrique [6,7]. Le diagnostic de la maladie de Basedow était essentiellement clinique basé sur la présence d'au moins un signe propre de la maladie. Il s'agissait surtout de l'exophtalmie (86%). Seulement 9 % des patients ont pu réaliser l'examen à la recherche des anticorps anti-récepteurs de la TSH du fait du coût élevé de cet examen. Le traitement médical constituait la thérapie de choix et ne faisait appel qu'aux antithyroïdiens de synthèse comme c'était le cas dans les travaux de BENNOUR [8]. Le traitement par iode radioactif n'a pas été prescrit car non disponible dans notre pays. Les cas d'hyperthyroïdies non classées étaient liés à la non réalisation du bilan étiologique du fait du coût onéreux de celui-ci. Concernant les hypothyroïdies, la thyroïdectomie totale ou subtotalaire était la principale cause dans notre contexte comme l'attestent les travaux de MONABEKA et al. au Congo [9]. En revanche, SIDIBE et al. au Sénégal avait incriminé l'atrophie thyroïdienne spontanée [10] alors que SIMONIN et al. en France rapportait la thyroïdite de Hashimoto comme principale cause [11]. Ce taux élevé d'hypothyroïdie post-opératoire pourrait s'expliquer par le retard de consultation de notre population car MELLIERE et al. avaient remarqué que celle-ci était fréquente après exérèse de goîtres volumineux [12].

La prévalence de l'hypothyroïdie en Côte d'Ivoire est passée de 6% en 2014 [12] à 11,3% dans nos travaux. Cette croissance rapide est due à la mise en place d'une collaboration étroite entre endocrinologue et chirurgien d'une part et pédiatre d'autre part. Ainsi les patients thyroïdectomisés sont systématiquement adressés en endocrinologie pour le suivi post opératoire et les cas d'hypothyroïdies de l'enfant sont traités conjointement par le pédiatre et l'endocrinologue. A l'instar de ce qui est prescrit dans la littérature nos patients avaient bénéficié d'un traitement médical substitutif.

Les thyroïdites sont des états inflammatoires d'origine auto-immune ou infectieuse. Dans notre étude, l'on note une prédominance des thyroïdites auto-immunes avec comme chef de file la thyroïdite de Hashimoto. Celles-ci étaient surtout diagnostiquées au stade d'hypothyroïdie du fait de la non spécificité des signes; ce qui fait errer le diagnostic au stade initial de la maladie. Les thyroïdites infectieuses quant à elles survenaient dans un contexte d'immunodépression (diabète, infection à VIH) et étaient prise en charge par une antibiothérapie probabiliste et ou

dirigée. Hormis ces cas habituels, nous rencontrons parfois des formes particulières sur le plan sémiologique et évolutif c'est ainsi que nous avons un cas de forte suspicion de thyroïdite à IGG4 dont la confirmation est en cours.

Les hypertrophies thyroïdiennes avec statut hormonal normal posent un véritable problème de prise en charge dans notre contexte. L'analyse des dossiers de consultation de près de deux décennies montre que l'arsenal thérapeutique des praticiens devant des patients porteurs de goitre eu thyroïdiens se limitait surtout à la surveillance. En cas de traitement radical, seul la chirurgie pouvait être proposée à ses patients; celle-ci n'étant pas toujours bien reçue par le patient par crainte d'avoir une cicatrice cervicale inesthétique et/ou une hypothyroïdie postopératoire. L'avènement de la thermo ablation des nodules thyroïdiens bénins par radio fréquence ou laser pourrait permettre d'améliorer cette prise en charge et limiter la chirurgie thyroïdienne qu'aux nodules suspects de malignité [14]. La cytoponction thyroïdienne permettrait de faire la part entre les nodules bénins et malins [15]. Il en est de même pour les kystes thyroïdiens qui récidivent très souvent après évacuation. Le traitement des kystes par alcoolisation (échoguidée ou non) réduirait considérablement le risque de récurrence. [16]

Ces différentes techniques peu invasives mais radicales pourraient permettre de révolutionner la prise en charge des goîtres et réduire le taux de réalisation de la chirurgie thyroïdienne avec son risque d'hypothyroïdie. Dans notre contexte, le goitre simple est le plus souvent sporadique comme en témoigne les travaux de COULIBALY [13] cela laisse comprendre que la carence iodée ne serait pas nécessairement la principale cause de goitre simple.

## CONCLUSION

Les affections thyroïdiennes sont fréquentes en milieu endocrinologique. La recherche étiologique n'est pas toujours concluante compte tenu du coût onéreux des explorations. La prise en charge reste encore limitée qu'à la correction du désordre hormonale et/ou à la chirurgie. L'apport de nouvelles techniques facilement réalisables et peu invasive pourrait révolutionner la prise en charge de ses affections.

## RÉFÉRENCES

- 1-BALDE N, DIALLO M, CAMARA A, BAH D. Hyperthyroïdie à Conakry: particularités cliniques et thérapeutiques Ann. Univ. Marien Ngouabi 2007, 8, 5:23-27.
- 2- AKOSSOU S.Y, NAPPORN A.A, HILLAH A, SOKPOH-DIALLO K, AMEDEGNATO M.D. Les difficultés de la prise en charge des thyrotoxicoses en Afrique Noire: l'expérience du Togo. Louvain Méd. 2000, 119 :314-316.
- 3- AGODA-KOUSSEMA L, ADJENOUK, AMANA B, GOEH AKUE K. Aspects échographiques des anomalies de la thyroïde propos de 134 cas: Med d'Afrique Noire 2008.
- 4- EL HASSANE SIDIBE, Thème: thyropathies en Afrique subsaharienne. Cahiers santé 2007, 17, 1.

- 5- DIATOU GUEYE DIA, HADY TALL, JACQUES NOËL TENDENG, AMADOU DIOP DIA, IBRAHIMA LOUIS MARTIN DIENG, IBRAHIMA KONATE. Profil épidémiologique, clinique et étiologique des goitres à Saint Louis. *Revue Africaine de médecine Interne* 2016, 3, 1
- 6- ISSELMOU O, MOUAMAR M, YOUBA M, & ABDOULAYE, L. Aspects épidémiologiques et prise en charge des hyperthyroïdies en Mauritanie : à propos de 185 cas. Elsevier Masson In *Annales d'Endocrinologie*. 2013, 74 : 346.
- 7- MONABEKA H, BOUENIZABILA E, & ONDZOTTO G. Prise en charge des hyperthyroïdies au CHU de Brazzaville, Congo. *Bull Soc Pathol. Exot*, 2005, 98(2) : 91-93.
- 8- BENNOUR M. maladie de basedow: aspects thérapeutiques et évolutifs. *Annales d'Endocrinologie*, 2017, 78 : 334
- 9- MONABEKA G H et Coll, : pathologie thyroïdienne au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. *cahiers santé* 2005, 15, 1
- 10- SIDIBE E. H., LAMIN F., AHMEDOU M. Caractéristiques cliniques de l'hypothyroïdie primaire à Dakar à propos de 37 observations. *Cahier Santé* 1997, 7:291-295
- 11- SIMONIN R. ; SAMBUC R. ; SOLIVARES-DONNAT J. Les hypothyroïdies frustes. *Rev. Fr. Endocrinol. Clin.* 1984, 25, 1 : 11-18.
- 12- MELLIERE D. ; ETIENNE G. ; MAHMOUD M. Nodules thyroïdiens hypofixants cliniquement banals, quelles indications ? A propos de 2678 nodules froids opérés. *Sem. Hôp. Paris* 1990, N°1329-1334
- 13- COULIBALY T. F. Bilan de 28 années de consultation endocrinienne et métabolique aux CHU de Treichville et de Yopougon de 1986 à 2014 : aspects de la pathologie thyroïdienne. [Mémoire de Certificat d'études spéciales d'endocrinologie, métabolisme et nutrition]. Abidjan Université Felix Houphouët Boigny 2015, p1- 1
- 14- A Ben Hamou, E Ghanassia, S Espiard et al. Efficacité et sécurité de l'ablation de 200 nodules thyroïdiens bénins : comparaison de deux techniques (radiofréquence et laser). *Annales d'endocrinologie*, 2018, 79(4) : 206
- 15- L. Leenhardt Conduite à tenir devant un nodule thyroïdien. *journal de radiologie*, 2009, 90(3) : 354-58
- 16- B. Vergés, P. Buffer, S. Baillet-Rudoni et al. Traitement des kystes thyroïdiens par alcoolisation non-échoguidée. *Annales d'Endocrinologie*, 2011, 72, (3) : 203-207.