

Prise en charge des hyperthyroïdies au CHU de Brazzaville, Congo.

H. G. Monabeka (1)*, E Bouenizabila (1) & G. Ondzotto (2)

(1) Service des maladies métaboliques et endocriniennes CHU Brazzaville, Congo.

(2) Service d'ORL CHU Brazzaville, Congo.

*Correspondance : Dr Henri Germain MONABEKA, BP : 5249, Ouenzé Brazzaville CONGO. E-mail : germainmonabeka@yahoo.fr

Manuscrit n° 2680. "Clinique". Reçu le 19 avril 2004. Accepté le 15 février 2005.

Summary: Treatment of hyperthyroidisms in Brazzaville Teaching Hospital, Congo.

Between January 1994 and December 2003, a total of 118 patients (M/F = 1/13) with thyrotoxicosis was studied at the endocrine and metabolic diseases unit of the Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, in Congo. 72 patients (61%) had Graves' hyperthyroidism, 23 (19.6%) had toxic multinodular goitre while the rest had toxic adenoma (7.6%), and thyroiditis (4.2%). The mean age was 26.6 +/- 7.9 years for Graves' cases and 49.4 +/- 9.3 years for toxic multinodular goitre cases. The clinical presentation was similar to other reported series. Thirty-seven patients (31.3%) did not return after the first admission. All patients responded to carbimazole therapy and no major side-effect was recognized. Ten patients (8.5%) underwent subtotal thyroidectomy, among them one developed hypothyroidism a year later. The result of this study shows that thyrotoxicosis is not a rare condition in Congo.

Résumé:

De janvier 1994 à décembre 2003, 118 patients présentant une hyperthyroïdie ont été étudiés dans le service des maladies métaboliques et endocriniennes du CHU de Brazzaville au Congo. Soixante seize patients (61 %) avaient la maladie de Basedow, 23 (19,6 %) un goitre multinodulaire toxique. Le reste présentait un adénome toxique dans 7,6 % des cas et une thyroïdite dans 4,2 % des cas. La moyenne d'âge était de 26,6 ans +/- 7,9 ans pour la maladie de Basedow, alors qu'elle était de 49,4 ans +/- 9,3 pour les malades présentant un goitre toxique. Les présentations cliniques ne différaient pas de celles rapportées dans la littérature. Trente sept (31,3 %) patients ont été perdus de vue après la première hospitalisation. Tous les patients ont été traités en première intention par le carbimazole. Dix patients (8,5 %) ont subi une thyroïdectomie subtotale et la moitié a développé quelques années plus tard une hypothyroïdie. Ces résultats montrent que l'hyperthyroïdie n'est pas une affection rare au Congo.

hyperthyroidism
aetiology
treatment
hospital
Brazzaville
Congo
Sub-Saharan Africa

hyperthyroïdie
étiologie
traitement
hôpital
Brazzaville
Congo
Afrique intertropicale

Introduction

L'hyperthyroïdie est la deuxième affection thyroïdienne rencontrée après le goitre (3, 5). Son diagnostic est posé à l'examen clinique, et confirmé par le dosage des hormones thyroïdiennes libres plasmatiques (T4 libre et/ou T3 libre) et de la thyroïdostimuline (TSH) (8). Les étiologies de la thyrotoxicose sont de loin dominées par la maladie de Basedow. Mais il peut s'agir aussi d'un goitre ou d'un adénome toxique, d'une surcharge iodée ou d'une thyroïdite. Au Congo, comme dans beaucoup d'autres pays d'Afrique Noire, le traitement de l'hyperthyroïdie se heurte à de nombreux obstacles et se limite au traitement médical et à la chirurgie. Ce qui explique les nombreux cas de complications que l'on rencontre avant et pendant la prise en charge de la maladie (1, 2, 9). Le but de ce travail est d'identifier les problèmes que pose la prise en charge des hyperthyroïdies au Congo.

Patients et méthodes

Méthodes

C'est une étude transversale sur dossiers qui s'est déroulée sur une période de 10 ans, de janvier 1994 à décembre 2003 dans le service des maladies métaboliques et endocriniennes du Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. Le diagnostic positif des hyperthyroïdies a été orienté, à l'examen clinique, par la présence d'au moins trois signes de thyrotoxicose (amaigrissement, tremblement, tachycardie) et confirmé par les dosages hormonaux (T4l ou T3l élevées) et celle de la thyroïdostimuline (TSH abaissée). Le diagnostic étiologique a été fondé sur les critères cliniques pour la maladie de Basedow par la présence des signes oculaires, à l'échographie pour les goitres et nodules toxiques. La surcharge iodée a été évoquée à l'interrogatoire : utilisation des produits de contraste ou prise de l'amiodarone. Les patients présentant la maladie de

Basedow ont été traités médicalement par la carbimazole pendant au moins 18 mois. La durée de traitement était très variée, allant de 18 à 30 mois dans les cas de cardiomyopathie. Ceux qui avaient un goitre multinodulaire toxique ou un adénome toxique ont été traités médicalement pendant une période ne dépassant pas trois mois, à la recherche de l'euthyroïdie, avant d'être opérés. Les patients présentant une thyrotoxicose par surcharge iodée n'ont pas eu de médication. La surveillance a été réalisée en fonction de la nature du traitement : les éléments de surveillance ont été clinique (poids, fréquence cardiaque, palpation du goitre) et biologique (NFS, T4l et TSH). La rémission a été définie par l'absence totale des signes cliniques et biologiques de la thyrotoxicose et la rechute par l'apparition des signes cliniques alors que le sujet a été déclaré guéri. La chirurgie était indiquée après échec du traitement médical, ou devant l'apparition des signes d'intolérance médicamenteuse, ou celle de la cardiomyopathie.

Patients

Sur un effectif total de 567 patients ayant consulté pendant la période d'étude pour une pathologie thyroïdienne, 293 sujets (51,7 %) avaient un goitre ou un nodule simple, et 118 sujets (20,8 %) présentaient une hyperthyroïdie. Ils se répartissaient en 9 hommes (7,6 %) et 109 femmes (92,4 %). L'âge moyen pour l'ensemble de nos patients était de 34 ans, avec des extrêmes de 18 et 71 ans.

Résultats

Fréquence, âge et sexe

L'hyperthyroïdie a été diagnostiquée chez 118 sujets en dix ans, soit 11,8 cas par an, dominée par le sexe féminin (sex ratio 13/1). La moyenne d'âge des sujets de sexe masculin étaient de 39,8 ans, alors que celui des sujets de sexe féminin étaient de 30,9 ans. Les patients présentant un goitre multinodulaire toxique étaient les plus âgés dans cette étude (âge moyen : 49,7 ans), comparés à ceux qui avaient un nodule toxique (âge moyen : 36,1 ans) et ceux qui avaient la maladie de Basedow.

Aspects nosologiques et étiologiques

L'hyperthyroïdie a été la deuxième affection thyroïdienne après le goitre et les nodules simples. Le reste des affections thyroïdiennes était constitué par des thyroïdites (13,8 %), des hypothyroïdies (7,4 %), des cancers de la thyroïde (0,7 %). Dans 5,6 % des cas, la pathologie thyroïdienne n'était pas précise. Les différentes étiologies de la thyrotoxicose figurent dans le tableau I.

Tableau I.

Etiologies des hyperthyroïdies de la population étudiée.
Aetiologies of hyperthyroidisms in the studied population.

étiologie	n = 118	%
maladie de Basedow	72	61
goitre multinodulaire toxique	23	19,6
nodule toxique	9	7,6
thyroïdite	5	4,2
surcharge iodée	1	0,8
non précisée	8	6,8

Complications

Parmi ces patients, il y en avait 13, soit 11 % des cas, qui avaient une cardiomyopathie et deux, soit 1,7 %, qui présentaient une exophtalmie maligne. Un patient a présenté une

forme psychiatrique. Dans les antécédents, on a retrouvé 7 cas familiaux d'hyperthyroïdie, dont 5 cas de maladie de Basedow, et deux cas d'association avec le diabète de type 1.

Dosages hormonaux

Les dosages hormonaux ont été effectués dans les différents laboratoires privés de la ville, où chaque hormone dosée coûte 10 000 francs CFA. Seul le dosage de la T4l a été retrouvé chez tous nos patients. La T3 et la TSH ont été réalisées chez respectivement 24 (20,3 %) et 69 patients (58,5 %). Il y a eu des discordances entre la TSH et la T4l chez 11 patients : nous avons privilégié les résultats de l'examen clinique.

Aspects thérapeutiques

Des 118 malades admis, 37, soit 31,3 %, ont été perdus de vue après la première hospitalisation. Le carbimazole a été le seul anti-thyroïdien de synthèse utilisé, car seule molécule disponible. Le suivi des patients n'a pas toujours été régulier. Seuls 58 patients (49,2 %) présentant la maladie de Basedow ont pu suivre le traitement pendant au moins 18 mois. Nous avons obtenu une rémission dans 37 cas (64 %), et une rechute après au moins 6 mois chez 21 patients (36 %). Nous avons noté deux cas d'agranulocytose lors du traitement par carbimazole. Vingt et un patients (17,8 %) ont été opérés : il s'agit de 11 patients présentant la maladie de Basedow, 7 cas de goitre multinodulaire toxique et 3 cas de nodule solitaire toxique. Dans les suites opératoires, nous avons noté deux cas de crise aiguë thyrotoxicose, dix cas (48 %) d'hypothyroïdie et deux cas de tétanie. Après la thyroïdectomie, sept patients présentent toujours des signes de thyrotoxicose. Chez l'ensemble des patients, nous avons eu 4 décès liés essentiellement à l'insuffisance cardiaque. Dans cette étude, quatre femmes présentant la maladie de Basedow ont été enceintes : ces grossesses se sont déroulées normalement jusqu'à l'accouchement. Les hommes inclus dans le présent travail ont été traités médicalement, mais il persiste chez trois d'entre eux une exophtalmie.

Commentaires

Le diagnostic positif de l'hyperthyroïdie a été orienté par les signes cliniques, confirmé par les dosages hormonaux, et ne diffère pas de ce qui est rapporté dans la littérature (2, 3, 6). Cependant, il y a souvent un retard au diagnostic lié d'une part aux insuffisances du personnel paramédical et médical des hôpitaux de base, qui ne font pas le diagnostic dès les premières consultations, d'autre part, à l'inaccessibilité au centre hospitalier et universitaire, seul cadre possédant des médecins spécialistes dans plusieurs pays africains (1). Comme dans les autres études (3, 6, 8), la maladie de Basedow est de loin l'étiologie la plus fréquente, touchant particulièrement les femmes jeunes. Les éléments de mauvais pronostic des hyperthyroïdies sont l'âge, la grossesse et le sexe masculin. L'association grossesse et hyperthyroïdie n'est pas rare, et l'étiologie la plus rencontrée est la maladie de Basedow (4, 7). Tel est le cas dans ce travail. Les complications telles que la toxémie gravidique, l'hypotrophie et la mortalité fœtale, rapportées par certains auteurs, n'ont pas été retrouvées dans cette série, probablement du fait du petit nombre de femmes enceintes.

La complication de l'hyperthyroïdie la plus rencontrée reste la cardiomyopathie. Sa fréquence est diversement appréciée : de 10 à 60 % selon le type de recrutement endocrinologique ou cardiologique, en moyenne de 20 % (8). Les cardiomyopathies

sont plus volontiers observées au cours des adénomes toxiques et des goitres multinodulaires toxiques qu'au cours de la maladie de Basedow. Dans cette série, le goitre multinodulaire prédomine, suivi de la maladie de Basedow, puis de l'adénome toxique. Nos résultats se rapprochent de ceux rapportés par plusieurs auteurs africains (6, 9).

Dans nos conditions d'exercice, les choix thérapeutiques sont très limités. Le carbimazole a été le seul antithyroïdien de synthèse utilisé. En cas de contre-indication ou d'échec, nous n'avions recours qu'à la chirurgie. L'hypothyroïdie a été la complication la plus fréquente.

Au Congo, comme dans beaucoup de pays d'Afrique noire, l'absence de structure et de spécialistes en médecine nucléaire vient s'ajouter aux nombreux handicaps déjà cités et réduire considérablement les chances de succès dans le traitement des hyperthyroïdies.

La mortalité globale des hyperthyroïdies est de 3% : elle va de 0 à 1 % dans les formes simples et elle est de 7,5 % dans les cardiomyopathies (8). Dans la présente étude, la principale cause de mortalité a été la cardiomyopathie. Le taux de mortalité faible dans cette série est lourdement biaisé car 31,3 % des patients ont été perdus de vue.

Conclusion

Cette étude a permis de situer l'importance de la prise en charge précoce des hyperthyroïdies. Elle nécessite la vulgarisation des dosages hormonaux et leur bonne interprétation, la formation et une bonne collaboration

multidisciplinaire, associant médecin généraliste, chirurgien-ORL, anesthésiste et endocrinologue. Les facteurs limitants du traitement et de la surveillance sont le coût des dosages hormonaux et la durée du traitement.

Références bibliographiques

1. AKOSSOU SY, NAPORN A, GOEH-AKUE E & coll. Les difficultés de la prise en charge de la thyrotoxicose en Afrique Noire. *Ann. Endocrinol.*, 2001, **62**, 516-520.
2. AMEH EA & NMADU PT. Thyrotoxicosis in Zaria, Nigeria: an update. *East Afr Med J.* 1997, **74**, 433-434.
3. DJROLO F, AVODE DG, ATTOLOU V & al. L'hyperthyroïdie : aspects cliniques et biologiques. A propos de 72 cas observés à Cotonou (Bénin). *Le Bénin Médical*, 2000, **14**, 130-133.
4. FLORENCE-UHL C. Hyperthyroïdie et grossesse. *Ann Endocrinol* 2001, cahier **1**, 50-51.
5. MBADINGA-MUPANGU H, KAYA NG & MITSINGOU JC - Bilan de la pathologie thyroïdienne à l'Hôpital Général de Brazzaville de 1982 à 1983. *Afr Méd*, 1987, **26**, 509-510.
6. MENGUISTU M. Thyrotoxicosis in an Ethiopian teaching hospital. *Trop. Geogr. Med.*, 1991, **43**, 276-282.
7. MOSNIER-PUDAR H, ESCOUROLLE H, BERTAGNA X & LUTON J.P. Thyroïde et grossesse. *Rev Franç Endocrinol Clin*, 1990, **31**, 347-352.
8. TOURNAIRE J. Hyperthyroïdie : étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic et traitement. *Rev. Prat.* (Paris), 1988, **38**, 1753-1759.
9. WADE B, TIENDREBEOGO AJ, & CHARLES D. Les cardiomyopathies : à propos de 16 observations sénégalaises. *Méd Afr Noire*, 1999, **46**, 251-257.