



*Dysthyroïdies en milieu hospitalier à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : à propos de 143 cas*

*Dysthyroidism in hospitals in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): about 143 cases*

Bagbila Wend Pagnangdé Abraham Hermann<sup>1,3,4</sup>, Sagna Yempabou<sup>1,3,4</sup>, Traore Solo<sup>5</sup>, Ouedraogo Victor<sup>2,3,4</sup>, Some NAB<sup>1</sup>, Traore Djalil<sup>1</sup>,  
Kyelem G. Carole<sup>1,3,4</sup>, Yameogo T. Marceline<sup>1,3,4</sup>, Ouedraogo S. Macaire<sup>1,3,4</sup>

1. Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

2. Service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

3. Institut Supérieur des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

4. Université Nazi Boni

5. Université de Ouahigouya

Auteur correspondant : Bagbila Wend Pagnangdé Abraham Hermann / Tel : 71665138 / E-mail: bagbilaabraham@outlook.fr

## Résumé

**Introduction :** Les thyroépathies ont une épidémiologie mal connue en Afrique, variant en fonction des diversités des populations, des facteurs environnementaux et de la génétique. Les dysthyroïdies comprennent les hypothyroïdies et les hyperthyroïdies.

**Objectif :** Décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et paracliniques des dysthyroïdies chez les patients suivis dans le service de médecine interne du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHU-SS) de Bobo-Dioulasso.

**Patients et Méthode :** Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive portant sur les patients présentant une dysthyroïdie en ambulatoire dans le service de médecine interne du CHUSS. L'étude couvrait la période du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2022. Les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques ont été collectées à partir des registres de consultation et des fiches de suivi des patients.

**Résultats :** Au total, 143 patients ont été inclus dans l'étude sur un total de 11623 patients vus en consultation externe soit une prévalence hospitalière de 1,23%. L'hyperthyroïdie et l'hypothyroïdie représentaient respectivement 87,41% (n=125) et 12,59% (n=18) des cas. Le goitre multinodulaire toxique (GMNT) était l'étiologie principale des hyperthyroïdies et la thyroïdite de Hashimoto celle des hypothyroïdies respectivement dans 43,20% (n=54) et dans 44,44% (n=8). Les antithyroïdiens de synthèse étaient le traitement des hyperthyroïdies dans 96,00% des cas et l'opothérapie celui de toutes les hypothyroïdies dans notre contexte. Des signes de compressions du goitre à type de dyspnée, dysphonie et dysphagie étaient rapportés respectivement dans 4,8% (n=6), 0,80% (n=1) et 3,2% (n=4).

**Conclusion :** Les dysthyroïdies étaient caractérisées dans notre contexte par une proportion importante des hyperthyroïdies représentées par les GMNT et la maladie de Basedow. Les hypothyroïdies étant sous-estimées dans notre contexte.

**Mots clés :** Dysthyroïdie - Hyperthyroïdie - Hypothyroïdie - Bobo-Dioulasso - Burkina Faso.

## Summary

**Introduction:** Thyreopathies have a poorly understood epidemiology in Africa, varying according to population diversities, environmental factors and genetics. Dysthyroidism includes hypothyroidism and hyperthyroidism.

**Objective:** To describe the sociodemographic, clinical and paraclinical characteristics of dysthyroidism in patients treated in the internal medicine department of the Sourô Sanou University Hospital (CHU-SS) in Bobo-Dioulasso.

**Patients and Methods:** This was a descriptive cross-sectional study of patients with dysthyroidism followed up on an outpatient basis in the internal medicine department of the CHUSS. The study covered the period from January 1, 2019 to December 31, 2022. Sociodemographic, clinical and paraclinical data were collected from consultation registers and patient follow-up sheets.

**Results:** A total of 143 patients were included in the study out of a total of 11623 outpatients, representing a hospital prevalence of 1.23%. Hyperthyroidism and hypothyroidism accounted for 87.41% (n=125) and 12.59% (n=18) of cases respectively. Toxic multinodular goiter (TMG) was the main etiology of hyperthyroidism and Hashimoto's thyroiditis of hypothyroidism in 43.20% (n=54) and 44.44% (n=8) respectively. Synthetic antithyroid drugs were used to treat hyperthyroidism in 96.00% of cases, and opotherapy for all hypothyroidism in our setting. Signs of goiter compression such as dyspnoea, dysphonia and dysphagia were reported in 4.8% (n=6), 0.80% (n=1) and 3.2% (n=4) respectively.

**Conclusion:** Dysthyroidism was characterized in our setting by a high proportion of hyperthyroidism, represented by GMNT and Graves' disease. Hypothyroidism was underestimated in our context.

**Key words:** Dysthyroidism - Hyperthyroidism - Hypothyroidism - Bobo-Dioulasso - Burkina Faso.



## Introduction

La pathologie thyroïdienne est la deuxième endocrinopathie la plus fréquente après le diabète sucré [1]. Les dysthyroïdies désignent l'ensemble des affections thyroïdiennes caractérisées par un trouble de la sécrétion permanente des hormones thyroïdiennes.

La prévalence des dysthyroïdies en Europe a été évaluée à 3,82% dont 3,05% et 0,75% pour l'hypothyroïdie et l'hyperthyroïdie, respectivement [2]. En Afrique subsaharienne (ASS), l'épidémiologie se résume à des données parcellaires ainsi que des séries hospitalières rapportant des prévalences diversement appréciées [3-8]. L'étiologie prédominante en ASS est le goitre endémique favorisé par la carence en iode [9]. Des politiques d'apport d'iode œuvrent dans nos régions depuis des années pour prévenir cette carence en population [10]. Mais l'épidémiologie des dysthyroïdies en ASS est mal connue et appréciée diversement [11]. En effet, la pauvreté des populations dans un d'absence de couverture médicale et l'insuffisance du plateau technique limitent les explorations à visée diagnostique et étiologique.

Au Burkina Faso l'insuffisance de données a motivé la conduite de cette étude dans le but d'initier un registre des endocrinopathies en général et des dysthyroïdies en particulier dans le service de médecine interne du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHU-SS) de Bobo-Dioulasso et améliorer l'offre des soins desdits patients.

## Patients et Méthode

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée dans le service de médecine interne du CHU-SS du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2022. Étaient inclus tous les patients reçus en consultation externe de médecine interne et présentant des signes cliniques de dysthyroïdies et confirmés par le dosage de la thyroïdostimuline ultrasensible (TSHus). Les données cliniques et paracliniques ont été collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé à partir des dossiers des patients. Le consentement verbal éclairé a été recueilli auprès des patients.

Les variables renseignées concernaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, profession, lieu de résidence) les antécédents personnels et familiaux (pathologie thyroïdienne, HTA, diabète sucré), les signes cliniques à l'admission, les signes biologiques de dysthyroïdies. L'hyperthyroïdie biologique était définie par une TSHus plasmatique inférieure à 0,4 UI/L.

L'hypothyroïdie biologique était définie une TSHus plasmatique supérieure à 4 UI/L et des taux de T4L et T3L normale ou abaissé.

## Analyse statistique

Après vérification de la qualité des questionnaires et des logiques de remplissage, les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Info dans sa version 7.2.5.0. Une analyse descriptive des données a été faite.

## Considérations éthiques

Pour protéger la confidentialité des patients, le questionnaire était anonyme.

## Valeur scientifique de l'étude

L'étude apporte une valeur ajoutée aux travaux de recherche portant sur les dysthyroïdies.

## Valeur sociale de l'étude

Cette étude contribue à l'amélioration de la prise en charge et au bien-être des patients ayant une dysthyroïdie. L'étude n'a pas eu d'impact sur les valeurs sociales ou morales des patients.

## Risques et bénéfices

Les patients inclus dans l'étude ne courraient pas de risque particulier. Les conclusions de l'étude pourraient permettre la mise en route de mesures préventives et thérapeutiques des dysthyroïdies, desquelles découlera une amélioration de la prise en charge des patients ayant une dysthyroïdie.

## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques

En quatre (04) ans d'étude, nous avons colligé 143 cas de dysthyroïdies sur 11623 consultations dans le service de médecine interne soit une fréquence hospitalière de 1,23%. L'hyperthyroïdie et l'hypothyroïdie représentaient respectivement 87,41% (n=125) et 12,59% (n=18) des cas. L'âge moyen des patients présentant une dysthyroïdie était de 46,86 +/-14,52 ans (extrêmes : 6-81 ans). Le sex-ratio (hommes/femmes) était de 0,17 soit 2 hommes pour 10 femmes. La tranche d'âge ]30-60] représentait 88,81% (n=103) des patients de la cohorte. Les patients présentant une dysthyroïdie étaient non scolarisés dans 55,24% (n=79) des cas et provenaient des zones urbaines dans 85,31% (n=122) des cas. Parmi les patients scolarisés, les niveaux d'instruction du primaire et du secondaire étaient rapportés respectivement chez 9,09% (n=13) et 27,97% (n=40). Les professions « Ménagères » et « Fonctionnaires » étaient représentées dans des proportions respectives de 45,45% (n=65) et de 15,38% (n=22).

Une pathologie thyroïdienne était présente chez 2,79% (n=4) des patients dont le goitre et l'hypothyroïdie dans 1,39% (n=2) chacun.

Une hypertension artérielle et un diabète sucré étaient présents respectivement chez 14,69% (n=21) et 6,99% (n=10) des patients.

Le tableau I répartit les patients selon les caractéristiques sociodémographiques des patients présentant une dysthyroïdie.



### Caractéristiques cliniques

Les manifestations cliniques étaient la circonstance de découverte des dysthyroïdies dans 95,18% des cas (n=136).

Dans l'hyperthyroïdie, les signes cliniques les plus fréquents au diagnostic étaient les palpitations, l'amaigrissement et les tremblements respectivement dans 72% (n=90), 54,4% (n=68) et 21,6% (n=27).

Dans l'hypothyroïdie, les signes cliniques étaient l'asthénie, la prise de poids et la frilosité respectivement dans 55,55% (n=10), 16,66% (n=3) et 11,11% (n=2).

Un goitre était présent chez 87,41% (n=125) des patients. Une douleur cervicale était rapportée par 14,69% des patients. Des signes de compressions à type de dyspnée, de dysphonie et de dysphagie étaient présents respectivement dans 4,8% (n=6), 0,80% (n=1) et 3,2% (n=4).

**Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques**

Manifestations	Fréquence		
	Hyperthyroïdie %(n)	Hypothyroïdie %(n)	Total n
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>			
<b>Age</b>	47,16	44,77	46,86 +/-14,52
<b>Sexe</b>			
Homme	11,88 (17)	2,79 (4)	14,69 (21)
Femme	75,52 (108)	9,79 (14)	85,31 (122)
<b>Profession</b>			
Ouvrier	0 (0)	0,69 (1)	0,70 (1)
Ménagère	41,95 (60)	3,43 (5)	45,45 (65)
Commerçant	12,58 (18)	0,69 (1)	63,64 (19)
Fonctionnaire	13,98 (20)	1,39 (2)	14,38 (22)
Elève/Étudiant	6,9 (10)	6,99 (1)	7,69 (11)
Agriculteur	4,19 (6)	0 (0)	4,19 (6)
Autres*	7,69 (11)	5,59 (8)	63,64 (19)
<b>Provenance</b>			
Zone Urbaine	74,12 (106)	11,18 (16)	85,31 (122)
Zone rurale	13,28 (19)	1,39 (2)	14,69 (21)
<b>Niveau de scolarisation</b>			
Non scolarisé	58,4 (73)	4,19 (6)	55,24 (79)
Primaire	7,2 (9)	2,79 (4)	9,09 (13)
Secondaire	27,2 (34)	4,19 (6)	27,97 (40)
Supérieur	7,2 (9)	1,39 (2)	7,69 (11)

\*pasteur, prêtre, marabout

### Caractéristiques paracliniques

#### Bilan hormonal

Dans l'hyperthyroïdie, la TSHus était basse chez tous les patients. Le taux moyen de la TSHus était de 0,08+/-0,08 mUI/L avec des extrêmes de 0,001 et 0,37 mUI/L. La valeur moyenne de la Thyroxine (T4L) et de la Tri-iodothyroxine (T3L) était respectivement de 85,85 pmol/L (Extrêmes : 4,43 et 1277) et 22,17 pmol/L (Extrêmes : 0,55 et 206).

Dans l'hypothyroïdie, la valeur moyenne de la TSHus était de 153,24 mUI/L (Extrêmes : 1,34 et 1149 mUI/L). La valeur moyenne de la Thyroxine (T4L) et de la Tri-iodothyroxine (T3L) était

respectivement de 6,44 pmol/L (Extrêmes : 1,0 et 18,85) et de 1,57 pmol/L (Extrêmes : 0,3 et 5,15).

Quinze (15) patients ont pu réaliser les anticorps anti récepteurs de la thyroïdine (TRAK). La valeur moyenne des TRAK était de 15,02 UI/L (Extrêmes : 1,17 ; 48). Ces TRAK étaient positifs chez 7 patients soit 46,66%.

Les anticorps antithyroperoxydase (antiTPO) étaient réalisés chez 6 personnes soit 33,33% des hypothyroïdies. La valeur moyenne des antiTPO était de 414,66 UI/L (Extrêmes : 8 ; 1630). Ils étaient positifs dans 62,5% (n=5) des cas.

Le tableau II répartit les patients selon le bilan hormonal.



**Tableau II : Répartition des patients selon le bilan hormonal**

	Moyenne	Basse n(%)	Normale n(%)	Elevée n(%)
<b>Hyperthyroïdie</b>				
TSH us N=125 (mUI/l)	0,08	125(100)	0 (0)	0 (0)
T4L (pmol/l) N= 113	85,85	5(4,42)	36 (31,85)	72 (63,71)
T3L (pmol/l) N=90	22,17	14 (15,55)	30 (33,33)	46 (51,11)
<b>Hypothyroïdie</b>				
TSH us N=18 (mUI/l)	153,24	0	1 (5,55)	17 (94,44)
T4L (pmol/l) N=12	6,44	7 (58,33)	5 (41,66)	0
T3L (pmol/l) N=8	2,55	7 (87,5)	1 (14,28)	0

**Bilan morphologique**

Une échographique thyroïdienne a été réalisée chez 96,50% (n=138) des patients. Un goitre était rapporté chez 87,41% (n=125) des patients. Une atrophie thyroïdienne était notée chez 2,17% (n=3) des patients. Le goitre était uninodulaire chez 14,40% (n=18) et multinodulaire chez 44,80% (n=56) des patients. Les goitres avec une échostructure homogène dans 20,00% (n=25) et hétérogène dans 80,00% (n=100). Une hypervascularisation était notée chez 48,00% (n=60) des cas.

**Aspects étiologiques**

Les étiologies des hyperthyroïdies étaient dominées par le goitre multinodulaire toxique dans 39,86% (n=54), la maladie de Basedow dans 33,56% (n=48) et le nodule toxique dans 9,80% (n=4). Les causes des hypothyroïdies sont représentées par la thyroïdite de Hashimoto chez 5,6% (n=8) des dysthyroïdies, la thyroïdite atrophique chez 3,59% (n=5) et l'hypothyroïdie post thyroïdectomie chez 2,79% (n=4). Le tableau III répartit les patients présentant une dysthyroïdie en fonction de l'étiologie.

**Tableau III : Répartition des patients selon l'étiologie de la dysthyroïdie**

Etiologies	Effectifs n	Pourcentage %
Etiologies de l'hyperthyroïdie	125	87,41
Goitre multinodulaire toxique	57	39,86
Maladie de Basedow	48	33,56
Nodule toxique	14	9,80
Thyroïdite subaiguë de De Quervain	3	2,09
Thyroïdite post partum	1	0,70
Hyperthyroïdie induite par l'amiodarone	1	0,70
Surdosage des hormones thyroïdiennes	1	0,70
Etiologie de l'hypothyroïdie	18	12,58
Thyroïdite de Hashimoto	8	5,60
Hypothyroïdie post thyroïdectomie	4	2,79
Thyroïdite atrophique	5	3,49
Postpartum	1	0,70

**Aspects thérapeutiques**

Le traitement à base d'antithyroïdiens de synthèse était utilisé chez 96% (n=120) associé à un traitement hormonal substitutif dans 0,8% (n=1) des cas. Les patients en hypothyroïdie bénéficiaient d'une hormonothérapie substitutive dans 100% des cas.

**Discussion**

Cette étude nous a permis de décrire le profil de la dysthyroïdie en milieu hospitalier. Dans notre étude, l'hyperthyroïdie était la dysthyroïdie la plus fréquente (87,41%). Cette proportion hospitalière élevée en faveur des hyperthyroïdies était la



tendance dans toutes les études africaines [5, 6]. Dans les grandes études africaines de prévalence, l'hyperthyroïdie prenait l'ascendant marquée par la prédominance du goitre endémique [9, 11]. Le sex ratio dans notre étude était de 0,17 en faveur des femmes. Cette prédominance féminine était rapportée dans la littérature [1-3, 5, 6, 6-9, 11-13]. La dysthyroïdie demeure une pathologie féminine. L'âge moyen des patients dans notre étude était de 46,86 ans. Dans les séries hospitalières africaines, l'âge moyen était de 43 ans au Congo Brazzaville [13], de 45,76 ans au Togo [4], 40 ans au Mali [5]. La pathologie thyroïdienne est une pathologie prédominante de la quarantaine d'âge [13]. La prédominance de la profession « Ménagères » 45,45% pourrait être en relation avec la prédominance féminine des dysthyroïdies dans notre étude. Dans notre étude, une hypertension artérielle et un diabète sucré étaient présents respectivement chez 14,69% et 6,99% des patients. Balaka et coll. au Togo rapportaient une hypertension artérielle dans 25,5% des cas et un diabète sucré dans 8,5% des cas. Les hyperthyroïdies peuvent constituer un facteur de décompensation de ces comorbidités associées. Dans notre étude, les manifestations cliniques étaient la circonstance de découverte des dysthyroïdies dans 95,18% des cas.

La symptomatologie des dysthyroïdie est polymorphe. Dans l'hyperthyroïdie, les signes cliniques les plus fréquents étaient les tremblements, l'amaigrissement et les palpitations respectivement dans 21,60% , 54,40% et 72,00%. Cette symptomatologie clinique est également dans la littérature avec cependant des proportions variables [3, 5, 5-8, 13, 14].

Dans l'hypothyroïdie, les signes cliniques rapportés étaient l'asthénie, la prise de poids et la frilosité respectivement dans 55,55%, 16,66% et 11,11%. Ces signes sont également dans littérature. A ceux-ci, il faut ajouter le myxœdème, la bradycardie qui sont identifiés comme signes principaux également dans des proportions variées dans la littérature [5, 5, 6, 8]. Un goitre était présent chez 87,41% des patients. Le goitre était présent dans 49,00% au Niger [6], dans 69,10% au Togo [4] et 51,70% au Congo Brazzaville. Ces proportions inférieures à celle de notre étude pourraient s'expliquer par le fait d'un biais de recrutement. Des signes de compressions à type de dyspnée, de dysphonie et de dysphagie étaient présents respectivement dans 4,80%, 0,80% et 3,20%. Le plateau technique insuffisant , l'absence de couverture médicale, le cout onéreux des explorations spécialisées et radiologiques entraînent un retard de diagnostic avec comme conséquence la survenue de goitres compressifs et de goitres endémiques en Afrique [9, 10]. L'exophtalmie était présente chez 33,33%

parmi les patients présentant une maladie de Basedow. En Guinée, Kaké [8] rapportait une exophtalmie dans 20,50% et en Côte d'Ivoire, Dago [7] rapportait une exophtalmie dans 99% des patients présentant une maladie de Basedow. L'exophtalmie dans la maladie de Basedow peut précéder ou survenir pendant ou après la maladie elle-même [15].

Dans notre étude, la TSHus était basse chez tous les patients présentant une hyperthyroïdie. L'effondrement de la TSH est la règle dans l'hyperthyroïdie [3-5, 5, 13, 14]. Les anticorps antirécepteurs de la TSH étaient réalisés chez 31,25%.

Les anticorps anti récepteurs de la TSH (TRAK) étaient réalisés chez 31,25%. Dans la sous-région ouest africaine, les taux de réalisation des TRAK étaient de 28,57%, 12,53% et 74% respectivement au Togo [4], en Côte d'Ivoire [7] et en Guinée Conakry [8].

Le taux de réalisation des anticorps antithyroperoxydases (AntiTPO) était de 33,33 dans notre étude. Ce taux était de 50% en Guinée Conakry [8].

Les TRAK ont une valeur diagnostique dans la maladie de Basedow et les antiTPO dans la thyroïdite de Hashimoto [15, 16]. Le plateau technique national insuffisant entraîne la réalisation de ces bilans à l'extérieur du pays avec un cout onéreux.

Les étiologies principales des hyperthyroïdies dans notre étude étaient le GMNT dans 38,86%, la maladie de Basedow dans 33,56% et l'adénome toxique dans 9,80%.

Ces trois étiologies étaient retrouvées dans les études africaines avec cependant des variations de proportions faisant de l'une l'étiologie la plus prépondérante [12, 13, 15]. En effet, En Côte d'Ivoire, la maladie de Basedow représentait 77,44% des étiologie des hyperthyroïdies patients, le GMNT 2,5% et l'adénome toxique dans 18,79% [7]. En Guinée Conakry, la maladie de Basedow représentait 59,38% et la GMNT 29,69% [8]. Au Congo Brazzaville, la maladie de Basedow était rapportée dans 60,8% des cas suivi du GMNT dans 19,2% puis de l'adénome toxique dans 7,1% [13]. Au Togo, le GMNT était rapporté chez 51,66% et la maladie de Basedow dans 45,80% [4].

Les causes de l'hypothyroïdie étaient dominées par la thyroïdite de Hashimoto dans 5,60%, la thyroïdite atrophique dans 3,49% et l'hypothyroïdie post-thyroïdectomie 2,79%. Au Togo, l'hypothyroïdie post-thyroïdectomie était prédominante avec 51,11% suivi de thyroïdite de Hashimoto avec 31,11% [4]. Au Congo Brazzaville cette prédominance pour la l'hypothyroïdie post -thyroïdectomie a été renouvelée avec une proportion



de 64,00%. En Guinée Conakry, cette même tendance de la prédominance de l'hypothyroïdie post thyroïdectomie a été observée dans 44,84% des cas [8]. La littérature est unanime sur la prédominance des deux principales étiologies à savoir la thyroïdite de Hashimoto et l'hypothyroïdie post -thyroïdectomie totale[4, 8, 13].

Les antithyroïdiens de synthèse étaient utilisés dans 96,00% associés à une hormonothérapie substitutive (HS) dans 0,80% des cas pour le traitement des hyperthyroïdies et l'opothérapie dans tous les cas d'hypothyroïdie. Balaka au Togo utilisaient les ATS dans 98,30% des cas associé à une HS dans 3,30% des cas et l'opothérapie dans 93,33% des hypothyroïdies [4]. Au Mali, Kanté rapportait l'utilisation des ATS dans 94,00% des cas associé à une HS dans 1,30% et l'opothérapie dans 95,20% [5]. Les antithyroïdiens de synthèse demeurent le premier choix thérapeutique dans nos pays à ressources limités et l'opothérapie celui de référence pour l'hypothyroïdie.

Les limites de notre étude étaient le recrutement hospitalier et le caractère rétrospectif. Cependant ces données étaient intéressantes car elles offrent une analyse descriptive des dysthyroïdies permettant la réalisation d'études ultérieures.

### Conclusion

Les dysthyroïdies sont une pathologie non négligeable dans notre pratique quotidienne. Cette étude nous a permis de décrire la sémiologie, les étiologies et la possibilité thérapeutiques des dysthyroïdies dans notre contexte ayant une note particulière sur l'insuffisance de ressources diagnostiques et thérapeutiques dans un environnement de pauvreté des patients doublé d'une absence de couverture sanitaire. Cette étude est riche d'enseignement et ouvre la voie à des perspectives d'études ultérieures pour une amélioration de l'offre des soins. Elle interpelle également sur l'urgence d'amélioration du plateau technique et de politiques diligentes en faveur des populations pauvres.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### REFERENCES

1. Yassine I, Damoune I, Ouahabi HE, Ajdi F. Profil de l'hyperthyroïdie au service d'endocrinologie du CHU de Fès (à propos de 181 cas). *Ann Endocrinol.* 2015 ; 76(4) : 427

2. Garmendia Madariaga A, Santos Palacios S, Guillén-Grima F, Galofré JC. The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014; 99(3): 923-31
3. Diagne N, Faye A, Ndao AC, Djiba B, Kane BS, Ndongo S et al. Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en Médecine Interne au CHU Ledantec Dakar (Sénégal). *Pan Afr Med J.* 2016 ; 25(6) : 1-5
4. Balaka A, Tchamdja T, Kodjo K, Djalogue L, Djagadou KA, Nemi KD et al. Dysthyroïdies en milieu hospitalier à Lomé (Togo). *Rev Afr Médecine Interne.* 2022 ; 9(1) : 38-43
5. Kanté F, Bah M, Sow DS, Coulibaly KBD, Berté B, Djeugoué PN et al. Les dysthyroïdies à l'hôpital du Mali. *Ann Endocrinol.* 2016 ; 77(4) : 377
6. Brah S, Sani MAM, Daou M, Andia A, Malam-Abdou B, Bakasso R et al. Les Dysthyroïdies dans le Service de Médecine Interne de l'Hôpital National de Niamey - Niger. *Health Sci Dis.* 2016 ; 17(4) : 36-40
7. Koffi DP, Fagnidi F, Lokrou A, Danho J, Abodo J, Hue A et al. Les Hyperthyroïdies à Abidjan : Aspects Cliniques, Biologiques, Thérapeutiques et Évolutifs à Propos de 399 Cas. *Health Sci Dis.* 2019 ; 20(6) : 23-6
8. Kake A, Diallo MM, Sylla D, Diallo A, Camara I, Keita A et al. Pathologie thyroïdienne au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry en Guinée. *Rev Afr Médecine Interne.* 2020 ; 7(2-1) : 32-7
9. Sidibé EH. Thyroid diseases in sub-Saharan Africa. *Sante Montrouge Fr.* 2007; 17(1): 33-9
10. Orgiazzi J. [Multinodular goiter: natural history]. *Ann Chir.* 1999; 53(3): 233-6
11. Anne-Claire N. Épidémiologie des maladies de la thyroïde. In: *Les maladies de la thyroïde.* 2e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2022. (Monographies).
12. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, Appleton D, Bates D, Clark F et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Wickham Survey. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1995; 43(1): 55-68



13. Monabeka HG, Ondzotto G, Peko JF, Kibeke P, Bouenizabila E, Nsakala-Kibangou N. La pathologie thyroïdienne au Centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Cah Santé. 2023 ; 15(1) : 37-40
14. Ouedraogo Anatole Jean Innocent. Les hyperthyroïdes : Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs à propos de 21 cas. [Thèse de médecine]. [Ouagadougou] : Université de Ouagadougou ; 1998
15. Borson-Chazot F, Lasolle H, Castellnou S, Abeillon-du Payrat J. Hyperthyroïdie. Endocrinol - Nutr. 2021 ; 32(3) : 1-12
16. Laboureau S, Briet C, Rohmer V. Hypothyroïdie primitive acquise de l'adulte. EMC-Endocrinol-Nutr. 2018 ; 29(3) : 1-8

Date de soumission : 8 décembre 2025  
Date d'acceptation : 9 décembre 2025