RAFMI



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2026, JUIN - VOLUME 13 (1-2)

Correspondance

Secrétariat
E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.raf-mi.org
Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse
UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès
Ex 10ème RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Pr Michel Assane NDOUR (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;

2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de téléfax et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.
Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.
La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.

2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.

3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.
Les références (thèses et mémoires) ne sont pas acceptées.
Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.
Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.
Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.
Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.
Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.
Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.
Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.
Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.
Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi
Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante **(revueafricainemi@gmail.com)** et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne **(raf-mi.org).**

IV. Publication
Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

LETTRE A L'EDITEUR

1. **Optimisation de la prise en charge intégrée entre ophtalmologistes et internistes** **7-10**
   Wane AM, Dieng M, Mbengue M, Badji MD, Lagnane M

ARTICLES ORIGINAUX

2. **Issues maternelles et fœtales des grossesses au cours des maladies auto-immunes systémiques au Sénégal : étude rétrospective multicentrique (2008-2024)** **11-17**
   Ndao Awa Cheikh, Diagne Nafissatou, Faye Atoumane, Fall Birame Codou, Dieng Mohamed, Ndour Michel Assane, Ndongo Souhaïbou, Pouye Abdoulaye

3. **Déterminants de la qualité de vie des patients atteints de lupus systémique au Cameroun** **18-25**
   Eloundou Onomo Paul, Same Bebey Francine, Nkoro Grâce, Balle Sadjo Emmanuel, Doun Fouda, Minko Gaelle, Tcheumagam Kelly, Akah Ghandi, Mawo Alida, Ekoumkang Valérie, Mvoe Sophie, Onambele Inès, Bisseh Vanessa, Halle Marie Patrice

4. **Profil épidémiologique, clinique et nosologique des maladies systémiques auto-immunes et auto-inflammatoires au service de Médecine Interne de l'Hôpital Abass Ndao de Dakar : résultats initiaux d'un registre hospitalier** **26-34**
   Ndour MA, Dieng M, Diouf OBK, Ndiaye M, Niang MA, Ndao AC, Nassour H, Sow D, Diallo IM, Halim C, Gadji FK, Ndoye M, Diembou M, Mbow K, Diop O, Djiba B, Diedhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M

5. **Caractéristiques épidémiologiques, clinicoimmunologiques et évolutives du lupus érythémateux systémique à l'Hôpital National de Zinder (Niger)** **35-44**
   Garba AA, Brah S, Alkassan Y, Issa AK, Daou M, Ousmane TMA, Mamadou AK, Adehossi E

6. **Profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique de l'hypothyroïdie primaire en Médecine Interne au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal) : étude rétrospective de janvier 2011 à avril 2023** **45-50**
   Diagne N, Ndao AC, Sow D, Faye A, Djiba B, Ndour MA, Diédhiou D, Sarr A, Mbaye MN, Pouye A

7. **Niveau de connaissance et facteurs associés à l'interprétation de l'électrocardiogramme de surface par les étudiants en médecine de l'université de Thiès** **51-59**
   Kouanou VDU, Akanni SC, Dione J-MA, Tankpinou Zoumenou H, Seck M, Mbaye A, Affangla DA

8. **Post-stroke central neuropathic pain in Sub-Saharan Africa: insights from a Cameroonian referral hospital**
   Magnerou Annick Melanie, Gams Massi Daniel, Gueumekane Lamou Bila Eric, Vessah Njoya Ahmed, Kenmegne Caroline, Sini Victor, Kuate Tegueu Callixte, Mapoure Njankouo Yacouba **60-68**

9. **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des accidents vasculaires cérébraux chez les sujets jeunes à l'hôpital régional de Thiès : étude descriptive rétrospective.** **69-75**
   Guèye AD, Sow K, Diallo BM, Latoundji AA, Ndiaye Y, Marone Z, Dièye R, Diagne R, Ba I, Berthé A, Diop MM, Ka MM

10. **Audit du dispositif de prévention et de contrôle de l'infection au niveau des postes de santé : Hygiène des mains et Ports des gants** **76-86**
    Sidibé M, Diouf ML, Ngom NF, Fortes L, Lawson ATD-D

CAS CLINIQUES

11. **Particularités de la Sarcoïdose médiastino-pulmonaire en Médecine interne au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) : à propos d'une Série de 11 Cas** ***87*-93**
    Kpata Djami Pindjou M, Konan NM, Lobah YG, Yapa GS, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe FL, Acko UV, Binan Y

12. **Évolution d'une myosite inflammatoire indifférenciée vers une scléromyosite : illustration du continuum des connectivites.** **94-98**
    Ndao AC, Diagne N, Faye A, Ndour MA, Dieng M, Pouye A

CONTENTS

LETTER TO EDITOR

1. ***Optimization of integrated management between ophthalmologists and internists: diagnostic and structural Issues*** ***7-10***
   Wane AM, Dieng M, Mbengue M, Badji MD, Lagnane M

ORIGINAL ARTICLES

2. ***Maternal and foetal outcomes of pregnancy in systemic autoimmune diseases in Senegal: a multicenter retrospective study (2008-2024)*** ***11-17***
   Ndao AC, Diagne N, Faye A, Fall BC, Dieng M, Ndour MA, Ndongo S, Pouye A

3. ***Determinants of quality of life in patients with systemic lupus in Cameroon*** ***18-25***
   Eloundou OP, Same BF, Nkoro G, Balle SE, Doun F, Minko G, Tcheumagam K, Akah G, Mawo A, Ekoumkang V, Mvoe S, Onambele I, Bisseh V, Halle MP

4. ***Epidemiological, clinical and nosological profile of systemic autoimmune and autoinflammatory diseases in the Internal Medicine Department of Abass Ndao Hospital in Dakar: initial results of a hospital registry*** ***26-34***
   Ndour MA, Dieng M, Diouf OBK, Ndiaye M, Niang MA, Ndao AC, Nassour H, Sow D, Diallo IM, Halim C, Gadji FK, Ndoye M, Diembou M, Mbow K, Diop O, Djiba B, Diedhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M

5. ***Epidemiological, clinical, immunological and outcomes characteristics of systemic lupus erythematosus at the National Hospital of Zinder (Niger)*** ***35-44***
   Garba AA, Brah S, Alkassan Y, Issa AK, Daou M, Ousmane TMA, Mamadou AK, Adehossi E

6. ***Epidemiological, Clinical, Biological, and Etiological Profile of Primary Hypothyroidism in the Department of Internal Medicine at the Abass Ndao Hospital in Dakar (Senegal): A Retrospective Study from January 2011 to April 2023*** ***45-50***
   Diagne N, Ndao AC, Sow D, Faye A, Djiba B, Ndour MA, Diédhiou D, Sarr A, Mbaye MN, Pouye A

7. ***Level of Knowledge and Factors Associated with the Interpretation of Surface Electrocardiograms by Medical Students at the University of Thiès*** ***51-59***
   Kouanou VDU, Akanni SC, Dione J-MA, Tankpinou Zoumenou H, Seck M, Mbaye A, Affangla DA

8. ***Douleur neuropathique centrale post-AVC en Afrique subsaharienne : expérience d'un hôpital de référence Camerounais*** **60-*68***
   Magnerou AM, Gams MD, Gueumekane LBE, Vessah NA, Kenmegne C, Sini V, Kuate TC, Mapoure NY

9. ***Epidemiological, clinical and etiological profile of stroke in young adults at the Thiés Regional Hospital: a retrospective descriptive study*** ***69-75***
   Guèye AD, Sow K, Diallo BM, Latoundji AA, Ndiaye Y, Marone Z, Dièye R, Diagne R, Ba I, Berthé A, Diop MM, Ka MM

10. ***Audit of Infection Prevention and Control Practices at Health Posts: Hand Hygiene and Glove Use*** **76-*86***
    Sidibé M, Diouf ML, Ngom NF, Fortes L, Lawson ATD-D

CLINICAL CASES

11. ***Mediastino-Pulmonary Sarcoidosis in Internal Medicine at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire): A Series of 11 Cases*** ***87-93***
    Kpata DPM, Konan NM, Lobah YG, Yapa GS, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe FL, Acko UV, Binan Y

12. ***Evolution of an Undifferentiated Inflammatory Myopathy into Scleromyositis: illustrating the Continuum of Connective Tissue Diseases.*** ***94-98***
    Ndao AC, Diagne N, Faye A, Ndour MA, Dieng M, Pouye A



Profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique de l'hypothyroïdie primaire en Médecine Interne au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal) : étude rétrospective de janvier 2011 à avril 2023

Epidemiological, Clinical, Biological, and Etiological Profile of Primary Hypothyroidism in the Department of Internal Medicine at the Abass Ndao Hospital in Dakar (Senegal): A Retrospective Study from January 2011 to April 2023

Diagne N[1], Ndao AC[1], Sow D[2], Faye A[1], Djiba B[1], Ndour MA[2], Diédhiou D[2], Sarr A[2], Mbaye MN[2], Pouye A[1]

1. **Clinique médicale I médecine interne Hôpital Aristide Le Dantec**
2. **Clinique médicale II Hôpital Abass Ndao**

Auteur correspondant : Pr Nafissatou DIAGNE / E-mail : nafissatoud@hotmail.com

Résumé

Introduction : L'hypothyroïdie primaire est une endocrinopathie fréquente caractérisée par un déficit en hormones thyroïdiennes responsable d'un ralentissement du métabolisme. Cependant, les données épidémiologiques et clinico-biologiques restent insuffisamment documentées en Afrique subsaharienne, notamment au Sénégal. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et étiologiques des patients suivis pour hypothyroïdie primaire au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée de janvier 2011 à avril 2023.Ont été inclus tous les patients présentant une hypothyroïdie primaire confirmée biologiquement et disposant d'un dossier médical exploitable. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques et étiologiques ont été analysées.

Résultats : Au total, 303 dossiers patients ont été colligés. L'âge moyen était de 43,6 ± 13,2 ans, avec une nette prédominance féminine (94,8%). Le délai de consultation dépassait un an chez 46,5% des patients. Les principaux motifs de consultation étaient l'asthénie (42,6%) et la constipation (36,1%). Une anémie était observée chez 38,7% des patients. L'hypothyroïdie franche représentait 72,2% des cas. Les anticorps anti thyroperoxydase étaient positifs chez 48,8% des patients. La principale étiologie était la thyroïdite de Hashimoto (74,8%). Une comorbidité était retrouvée chez 44,4% des patients, dominée par l'hypertension artérielle (13,6%), la dyslipidémie (8,6%) et le diabète sucré (7,3%)

Conclusion : L'hypothyroïdie primaire touche majoritairement les femmes d'âge moyen dans notre contexte. Les causes auto-immunes, notamment la thyroïdite de Hashimoto, prédominaient. Le retard diagnostique observé souligne l'importance d'un diagnostic plus précoce et d'un meilleur accès aux explorations hormonales.

Mots clés : Hypothyroïdie primaire - Hashimoto - Auto-immunité - Sénégal.

Summary

Introduction: Primary hypothyroidism is a common endocrinopathy characterized by a deficiency in thyroid hormones, leading to a slowing of metabolism. However, epidemiological and clinico-biological data remain insufficiently documented in sub-Saharan Africa, particularly in Senegal. The objective of this study was to describe the epidemiological, clinical, and biological profile of patients with primary hypothyroidism followed at the Abass Ndao Hospital in Dakar.

Methods: This was a retrospective descriptive study conducted from January 2011 to April 2023. All patients with biologically confirmed primary hypothyroidism and usable medical records were included in the study. Sociodemographic, clinical, biological and etiological data were analyzed.

Results: 303 patients were included. The mean age was 43.6 years, with a marked female predominance (94.8%). The consultation delay was over one year in 46.5% of patients. Asthenia (42.6%) and constipation (36.1%) were the main reasons for consultation. Anemia was observed in 38.7% of patients. Overt hypothyroidism accounted for 72.2% of cases. Anti-TPO antibodies were positive in 48.8% of patients. The main etiology was Hashimoto's thyroiditis (74.8%). A comorbidity was found in 44.4% of patients, predominantly hypertension (13.6%), dyslipidemia (8.6%) and diabetes mellitus (7.3%)

Conclusion: Primary hypothyroidism mainly affects middle-aged women in our setting. Autoimmune causes, particularly Hashimoto's thyroiditis, constitute the main etiology. The significant diagnostic delay underscores the need for early screening, improved access to hormonal testing, and increased public awareness.

Keywords: Primary hypothyroidism - Hashimoto's - Autoimmunity - Clinical profile - Senegal.

Introduction

L'hypothyroïdie est une affection endocrinienne fréquente caractérisée par une diminution de la production des hormones thyroïdiennes, entraînant un ralentissement généralisé du métabolisme. Sa prévalence est estimée entre 1 et 5% dans la population générale et augmente avec l'âge, particulièrement chez la femme **[1, 2]**.

L'hypothyroïdie primaire, qui résulte d'une atteinte intrinsèque de la glande thyroïde, représente la forme la plus fréquente de la maladie. Dans les régions à apport iodé suffisant, la thyroïdite de Hashimoto constitue l'étiologie prédominante **[3, 4]**. Dans les régions où la carence iodée persiste, celle-ci demeure une cause majeure d'hypothyroïdie et de goitre endémique **[5]**.

Sur le plan clinique, l'hypothyroïdie se caractérise par un tableau polymorphe dominé par les signes d'hypo métabolisme. Cependant, la symptomatologie est souvent progressive, fruste et peu spécifique, expliquant des retards diagnostiques fréquents **[6]**. Le diagnostic repose principalement sur le dosage de la TSH et de la T4 libre, la TSH élevée constituant le marqueur biologique principal de l'hypothyroïdie primaire **[6, 11]**. L'hypothyroïdie est également associée à plusieurs anomalies métaboliques, notamment une dyslipidémie athérogène, une anémie et des troubles glucidiques, augmentant significativement le risque cardiovasculaire. **[7, 9, 17, 18]**.

Au Sénégal, et en Afrique Sub-Saharienne peu d'études ont décrit de manière détaillée le profil global des patients atteints d'hypothyroïdie primaire. L'objectif de cette étude menée entre janvier 2011 et avril 2023 était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et étiologiques des patients suivis pour hypothyroïdie primaire au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar

Matériels et Méthodes

Type et cadre de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Abass Ndao à Dakar (Sénégal). La période d'étude s'étendait de janvier 2011 à avril 2023, soit 12 ans et 4 mois.

Population d'étude

L'étude a inclus tous les patients suivis pour hypothyroïdie primaire durant la période d'étude. Au total, 303 dossiers patients présentant une hypothyroïdie primaire ont été colligés.

Critères d'inclusion

Étaient inclus les dossiers des patients présentant une hypothyroïdie primaire retenue sur des arguments cliniques et biologiques, qu'ils soient nouvellement diagnostiqués ou déjà sous traitement substitutif par lévothyroxine au moment de l'évaluation. Les paramètres hormonaux analysés correspondaient au bilan disponible lors du recueil des données.

Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus les dossiers des patients présentant une hypothyroïdie centrale ainsi que les dossiers incomplets ou inexploitables.

Variables étudiées

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et ont concerné :

Données sociodémographiques

- Age
- Sexe

Données cliniques

- Antécédents
- Délai de consultation
- Motifs de consultation
- Constantes à l'entrée (pression artérielle, pouls)
- Manifestations cliniques

Données biologiques

- Hémogramme
- Bilan lipidique
- Glycémie à jeun
- Hémoglobine glyquée
- TSH
- T4 libre (FT4)
- Anticorps anti-TPO

Données étiologiques

- Thyroïdite de Hashimoto
- Thyroïdite chronique atrophiante
- Thyroïdite du post-partum
- Etiologie non retrouvée

Données évolutives

- Evolution sous traitement
- Statut hormonal après 3 mois
- Statut hormonal après 9 mois

Définition des variables

L'hypothyroïdie primaire était définie par une élévation de la TSH associée à une diminution de la T4 libre. Les données hormonales analysées correspondaient au bilan disponible au moment de l'inclusion dans l'étude, qu'il s'agisse du bilan diagnostique initial ou d'un bilan de suivi chez les patients déjà traités.

L'obésité était définie par un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m². Une obésité abdominale pouvait également être retenue devant un tour de taille élevé malgré un IMC normal.

L'hyperglycémie était définie par une glycémie à jeun ≥ 1,26 g/L.

L'hypothyroïdie modérée était définie par une TSH comprise entre 10 et 20 mUI/L; hypothyroïdie sévère : TSH > 20 mUI/L

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages.

Résultats

Au total, 303 dossiers des patients atteints d'hypothyroïdie primaire ont été colligés durant la période d'étude. Une nette prédominance féminine était observée avec 287 femmes (94,8%) contre 16 hommes (5,2%), soit un sex-ratio de 0,06.

L'âge moyen était de 43,6 ± 13,2 ans avec des extrêmes de 13 à 74 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 40-49 ans (32,3%). Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation médicale était supérieur à un an chez 46,5% des patients. L'asthénie constituait le principal motif de consultation, retrouvée chez 42,6% des patients, suivie de la constipation (36,1%).

Les manifestations cliniques observées étaient dominées par les signes d'hypométabolisme et les signes d'infiltration cutanéo-muqueuse.

Tableau I : Principales manifestations cliniques observées chez les patients atteints d'hypothyroïdie primaire (n = 303)

Catégories cliniques	Manifestations	Effectif (n)	Fréquence (%)
Signes d'hypométabolisme	Asthénie	129	42,6
	Constipation	109	36,1
	Prise de poids	47	15,5
	Frilosité	37	12,3
Signes d'infiltration cutanéo-muqueuse	Œdème du visage	35	11,6

Plusieurs anomalies biologiques non spécifiques ont été observées dans notre série. Une anémie était retrouvée chez 60 patients (38,7%). Parmi les profils anémiques, l'anémie microcytaire était la plus fréquente, suivie de l'anémie normocytaire.

Des anomalies du métabolisme lipidique ont également été observées, notamment une hypercholestérolémie chez 23,9% des patients et une hypertriglycéridémie chez 11% des patients. Concernant le métabolisme glucidique, une hyperglycémie à jeun était retrouvée chez 7,75% des patients, tandis que la majorité des patients présentait une glycémie normale.

Tableau II : Anomalies biologiques non spécifiques

Anomalies biologiques	**Effectif (n)**	**Pourcentage (%)**
Anémie	117	38,7
Hypercholestérolémie	72	23,9
Hypertriglycéridémie	33	11
Hyperglycémie	23	7,7

Au moment de l'évaluation, la TSH était élevée chez 292 patients (96,4%), normale chez 10 (3,3%) et basse chez 1 (0,3%). La normalisation de la TSH observée chez certains patients s'expliquait par un traitement substitutif déjà instauré avant l'évaluation biologique. La T4 libre était diminuée chez 72,2% des patients, correspondant aux formes d'hypothyroïdie franche, tandis que 25,5% présentaient une T4 libre normale, compatible avec une hypothyroïdie subclinique.

Tableau III : Profil hormonal des patients atteints d'hypothyroïdie primaire

Paramètre hormonal	**Résultat biologique**	**Effectif (n)**	**Pourcentage (%)**
TSH	Élevée	291	96,4
	Normale	10	3,3
	Basse	1	0,3
T4 libre (FT4)	Basse	219	72,2
	Normale	77	25,5
	Élevée	7	2,3

L'hypothyroïdie modérée constituait la forme la plus fréquente, retrouvée chez 48,3% des patients, tandis que l'hypothyroïdie sévère concernait 30,2% des patients.
Les anticorps anti-TPO étaient positifs chez 148 patients (48,8%).

Parmi eux, 135 dossiers des patients présentaient au moins une comorbidité, soit 44,4%, contre 168 patients (55,6%) sans comorbidité. L'hypertension artérielle constituait la comorbidité la plus fréquente, retrouvée chez 13,6% des patients, suivie de l'obésité (11,9%).

Tableau IV : Comorbidités associées à l'hypothyroïdie primaire

Comorbidités	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Hypertension artérielle	41	13,6
Obésité	36	11,9
Dyslipidémie	26	8,6
Diabète sucré	22	7,3
Maladies auto-immunes associées	10	3,2
Au moins une comorbidité	135	44,4

La principale cause d'hypothyroïdie primaire dans notre série était la thyroïdite de Hashimoto, retrouvée chez 74,8% des patients, suivie de la thyroïdite chronique atrophiante dans 23,8% des cas et de la thyroïdite du post partum dans 1,3% des cas
Tous les patients étaient traités par lévothyroxine. Après 3 mois de traitement, 51,7% des patients étaient en euthyroïdie. Après 9 mois, 67,1% des patients avaient un équilibre hormonal, traduisant une bonne efficacité du traitement substitutif.

Limites

Notre étude présentait certaines limites méthodologiques liées à son caractère rétrospectif et hospitalier. Certains dossiers étaient incomplets, notamment concernant les explorations immunologiques, le bilan lipidique ou le suivi évolutif. De plus, tous les patients ne disposaient pas systématiquement d'un dosage des anticorps anti-TPO ou d'un bilan hormonal complet au moment du diagnostic. Le caractère monocentrique de l'étude limite également l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population sénégalaise. Cependant, malgré ces difficultés, cette étude a permis de décrire le profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique de l'hypothyroïdie primaire dans un centre de référence de Dakar sur une longue période de plus de 12 ans.

Discussion

Dans cette étude hospitalière, l'hypothyroïdie primaire concernait majoritairement des femmes jeunes à d'âge moyen. La nette prédominance féminine observée (94,8%) concorde avec les données internationales rapportant une fréquence 5 à 10 fois plus élevée chez la femme **[1, 2]**. Cette susceptibilité est expliquée par des facteurs hormonaux, génétiques et immunologiques favorisant les maladies auto-immunes thyroïdiennes, notamment la thyroïdite de Hashimoto **[3, 4]**. En Afrique subsaharienne, des résultats similaires ont été rapportés par Seck au Sénégal retrouvaient une prédominance féminine marquée **[10]** et Ogbera au Nigeria rapportaient plus de 80% de femmes **[11]**.
L'âge moyen de 43,6 ans est inférieur à celui observé dans plusieurs cohortes européennes où l'hypothyroïdie est plus fréquente après 60 ans **[1, 2]**. Par contre cet âge moyen est comparable aux données africaines par Seck **[10]**. Cette différence pourrait refléter une pyramide des âges plus jeune en Afrique, un recrutement hospitalier ciblant des formes symptomatiques et un sous-diagnostic des sujets âgés.
Le délai de consultation supérieur à un an chez près d'un patient sur deux traduit un retard diagnostique important. L'OMS souligne également ce problème dans les pays à ressources limitées **[5]**.Ce constat est fréquent dans les pays à ressources limitées où persistent Près de la moitié des patients consultaient après plus d'un an. Ces observations sont similaires à celles de Diop et al. au Sénégal **[12]** et d'Ogbera au Nigeria **[11]**.
L'asthénie et la constipation constituaient les principaux motifs de consultation. Ces signes sont classiquement rapportés dans la littérature et reflètent le ralentissement métabolique induit par le déficit hormonal thyroïdien **[6]**. Ces résultats sont similaires avec ceux retouvés par Chaker et al. **[2]**. Les études sénégalaises confirment la prédominance du syndrome d'hypométabolisme **[10]**. Le caractère non spécifique des symptômes explique le retard diagnostique et le sous-diagnostic des formes sub-cliniques.
Concernant les anomalies biologiques, la fréquence élevée de l'anémie (38,7%) est

comparable aux données africaines. Diop **[12]** avait également observé une fréquence élevée d'anémie chez les patients présentant des endocrinopathies. Sur le plan physiopathologique, Elle est multifactorielle : diminution de l'érythropoièse, carence martiale, déficit en vitamine B12 et effet direct des hormones thyroïdiennes **[13, 14]**.

Les anomalies lipidiques retrouvées sont bien décrites, confirmant l'impact métabolique de l'hypothyroïdie. La réduction de l'expression des récepteurs LDL et le ralentissement du catabolisme lipidique favorisent l'hypercholestérolémie et majorent le risque cardiovasculaire **[15, 17, 18]**. Cela démontre l'association entre hypothyroïdie et dyslipidémie athérogène, augmentant le risque cardiovasculaire.

Au moment de l'évaluation, la TSH était élevée chez 96,4% des patients, normale chez 3,3% et basse chez 0,3%. Les données récentes confirment que le diagnostic de l'hypothyroïdie primaire repose essentiellement sur la biologie, avec une élévation de la TSH comme marqueur principal **[7]**. La normalisation de la TSH observée chez certains patients s'explique par un traitement substitutif déjà instauré, la TSH constituant le principal paramètre de suivi thérapeutique **[8]**.

La prédominance des formes franches (72,2%) est un marqueur indirect de retard diagnostique. En revanche, dans les pays occidentaux, Chaker et al. **[2]** rapportent une fréquence plus élevée des formes sub-cliniques en raison du dépistage systématique.

La forte positivité des anticorps anti-TPO (48,8%) et la prédominance de la thyroïdite de Hashimoto (74,8%) soulignent la transition épidémiologique observée dans plusieurs pays africains après amélioration de l'apport iodé, avec recul relatif des causes carentielles et augmentation des formes auto-immunes diagnostiquées **[3, 4]**. En Afrique, Seck et al. **[10]** notent une augmentation des pathologies auto-immunes thyroïdiennes. Cette évolution pourrait traduire une transition épidémiologique liée à l'amélioration de l'apport iodé et à un meilleur accès au diagnostic.

La fréquence des comorbidités (44,4%), notamment l'hypertension artérielle et l'obésité, est comparable aux données africaines pouvant être expliquée par l'association fréquente avec la dyslipidémie, l'insulinorésistance et l'inflammation **[7, 8, 18]**. Diop et al. **[12]** soulignent l'association fréquente entre endocrinopathies et facteurs de risque cardiovasculaire. Pearce et al. **[8]** confirment également ce lien dans les études européennes. Cette association reflète le chevauchement fréquent entre hypothyroïdie, syndrome cardiométabolique et insulinorésistance.

L'évolution favorable sous lévothyroxine confirme les données de la littérature **[2]** rappellent que la substitution hormonale permet une normalisation du profil biologique. Cependant, l'observance reste un défi majeur en Afrique expliquant les déséquilibres persistants, comme rapporté par Seck et al. **[10]**. Certains facteurs peuvent expliquer cette situation comme le coût élevé, le suivi irrégulier et parfois l'automédication

Conclusion

L'hypothyroïdie primaire touchait principalement les femmes d'âge moyen dans notre série. Les formes auto-immunes, dominées par la thyroïdite de Hashimoto, constituaient l'étiologie principale. Le retard diagnostique important souligne la nécessité d'un dépistage plus précoce et d'une amélioration de l'accès aux explorations hormonales. Cette étude contribue à une meilleure connaissance du profil de l'hypothyroïdie primaire au Sénégal et pourrait servir de base à de futures études multicentriques en Afrique subsaharienne.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Vanderpump MPJ. The epidemiology of thyroid disease. Br Med Bull. 2011; 99: 39-51**
2. **Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. The Lancet. 2017; 390: 1550-1562**
3. **Caturegli P, De Remigis A, Rose NR. Hashimoto thyroiditis. Autoimmun Rev. 2014; 13: 391-397**
4. **McLeod DS, Cooper DS. Thyroid autoimmunity. Endocrine. 2012; 42: 252-265**
5. **World Health Organization. Iodine status worldwide. Geneva: WHO; 2004**
6. **Garber JR et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism. Endocr Pract. 2012; 18: 988-1028**
7. **Biondi B, Cooper DS. Subclinical thyroid dysfunction. Endocr Rev. 2008; 29: 76-131**
8. **Pearce SHS et al. ETA guideline. Eur Thyroid J. 2013; 2: 215-228**
9. **Rodondi N et al. Subclinical hypothyroidism and cardiovascular risk. JAMA. 2010; 304: 1365-1374**
10. **Seck SM et al. Profil des maladies thyroïdiennes à Dakar. Pan African Medical Journal. 2013**



11. **Ogbera AO et al. Thyroid diseases in Africa. Indian J Endocrinol Metab. 2011**
12. **Diop SN et al. Endocrinopathies au Senegal. Med Afr Noire. 2018**
13. **Das KC, Mukherjee M. Anemia in hypothyroidism. J Assoc Physicians India. 1975**
14. **Fein HG, Rivlin RS. Anemia in thyroid disease. Am J Med. 1975**
15. **Duntas LH. Thyroid disease and lipids. Thyroid. 2002, 12(4): 287-293**
16. **Hollowell JG et al. Serum TSH in US population. J Clin Endocrinol Metab. 2002**
17. **aylor PN, Albrecht D, Scholz A, Gutierrez-Buey G, Lazarus JH, Dayan CM et al. Hypothyroidism. *Lancet*. 2024; 403(10433): 1265-1278**
18. **Zúñiga D et al. Hypothyroidism and cardiovascular disease. Cureus. 2024**
19. **Eram F et al. Anaemia associated with hypothyroidism. Curr Med Imaging. 2024**
20. **Olejarz M et al. Lipoprotein alterations in endocrine disorders. Front Endocrinol. 2024**

Date de soumission : 24/04/2026
Date d'acceptation : 08/05/2026