

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Article Original

Les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques de l'hypothyroïdie périphérique de l'adulte en Mauritanie.

Epidemiological, clinical and etiological aspects of primary hypothyroidism in Mauritanian adult.

Auteurs :
Mohamed Moustapha[1], Sidi Abdalla balla[2], Abdelwedoud Mokhtar[3]; Isselmou Abdelhamid[4]

Auteur correspondant : Mohamed Moustapha
Adresse E-mail: ouldhayani@gmail.com

Affiliation des auteurs :

[1] Service de Médecine interne hôpital Cheikh Zayed, Nouakchott
[2] Hôpital Régional d'Atar
[3] CHN, Nouakchott
[4] Fondation Mohamed Abdallahi Zein pour le Diabète

Article Info

Soumis : le 09/01/2018
Accepté : le 20/08/2018

Résumé

Introduction :

L'objectif de ce travail est de décrire les profils épidémiologiques, cliniques, étiologiques de l'hypothyroïdie primaire de l'adulte en Mauritanie.

Méthodes

C'est une étude rétrospective des patients atteints d'hypothyroïdie primaire chez l'adulte, entre 2008 et 2010 dans le service de médecine interne du centre hospitalier de Nouakchott. Le diagnostic d'hypothyroïdie primaire était posé sur une augmentation de TSH associée ou non à une baisse de la T4 libre.

Résultats

Soixante-douze patients ont été inclus, 61 femmes et 11 hommes. La moyenne d'âge des patients était de 42 ans (de 21 à 70 ans). La symptomatologie était dominée par l'asthénie, le myxœdème, le ralentissement psychomoteur, la pâleur cutanéo-muqueuse et la constipation. La TSH était supérieure à 50 micro UI/ml dans 30% des cas, la FT4 était basse dans 75%. Les étiologies étaient dominées par la thyroïdite de Hashimoto dans 52,8% des cas, la thyroïdite idiopathique dans 27,8% et iatrogène dans 19,4%..

Conclusion :

l'hypothyroïdie périphérique est une pathologie relativement rare en Mauritanie, diagnostiquée tardivement sur des symptômes d'hypométabolisme. Les étiologies sont dominées par la thyroïdite de Hashimoto, la thyroïdite idiopathique et la chirurgie thyroïdienne

Mots clés : Hypothyroïdie • thyroïdite de Hashimoto • Adulte • Mauritanie

Article original

Abstract

Introduction :

The purpose of this study is to describe the epidemiological, clinical and etiological profiles of primary hypothyroidism in Mauritanian adults.

Methods :

This is a retrospective study of adult patients with primary hypothyroidism between 2008 and 2010 in the department of internal medicine in Mauritanian National Hospital Center. The diagnosis of primary hypothyroidism was based on an increase in TSH associated with or without decrease free T4.

Results :

There were 72 patients, 61 women and 11 men. The average age of patients was 42 years (21 - 70 years). Symptoms was dominated by asthenia, myxedema, psychomotor retardation, pallor and constipation, TSH was greater than 50uU/ml (0.5-6) in 30% of cases, FT4 was low in 75%, etiologies were dominated by Hashimoto thyroiditis in 52.8% of cases, idiopathic in 27.8% and iatrogenic in 19.4%

Conclusion :

Primary hypothyroidism is a relatively rare disease in Mauritania, diagnosis done late based on symptoms of hypometabolism, etiologies are dominated by Hashimoto thyroiditis and thyroid surgery.

Keywords : Hypothyroidism • Hashimoto Disease • Adult • Mauritania

INTRODUCTION

L'hypothyroïdie se caractérise par l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques liées à l'absence ou à la diminution durable de la production et de l'activité des hormones thyroïdiennes (HT). L'hypothyroïdie primaire est l'affection thyroïdienne la plus fréquente. elle est le plus souvent auto-immune[1]. Elle peut aussi être iatrogène

Aucun travail ne s'était jusque-là intéressé à l'hypothyroïdie en Mauritanie. L'objectif de ce travail est de décrire les profils épidémiologiques, cliniques, étiologiques de l'hypothyroïdie primaire de l'adulte en Mauritanie.

PATIENTS ET METHODES

C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur les dossiers de patients atteint d'hypothyroïdie périphérique chez l'adulte, pris en charge entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010 dans le service de médecine interne du centre hospitalier de Nouakchott

Critères d'inclusion : Etaient inclus les dossiers complets de patients suivis dans le service de médecine interne, chez qui le diagnostic biologique d'hypothyroïdie primaire était documenté.

Critères de non inclusion : n'étaient pas inclus les dossiers de patients suspects d'hypothyroïdie mais non confirmés, les dossiers incomplets, les cas d'hypothyroïdies centrales. Le diagnostic d'hypothyroïdie primaire était posé sur une augmentation de la TSH associée ou non à une baisse de la T4 libre.

Outils de collecte de données

Les données ont été recueillies sur des fiches de recueil de données conçues à cet effet et comportant les éléments suivants :

- **Les données épidémiologiques** : L'âge, le sexe, les antécédents
- **Les données cliniques et paracliniques** : le délai de consultation, les signes cliniques à l'admission, Le bilan biologique non spécifique (hémogramme, bilan lipidique), le bilan hormonal (TSH ultra sensible, T4 libre, T3 libre), le dosage des anticorps antithyroïdiens, les données de l'échographie cervicale et les étiologies retenues :

Il s'agit d'une analyse descriptive de l'hypothyroïdie périphériquepar rapport aux déterminants

Article original

épidémiologiques, cliniques, paracliniques et étiologiques. La saisie et l'analyse de données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

RESULTATS

Les 72 dossiers de patients retenus étaient répartis en 61 femmes (n : 84,7%) et 11 hommes (n : 15,3%). Le sex-ratio (femme/homme) était de 5.5. La moyenne d'âge des patients était de 42 ans avec des extrêmes de 21 et 70 ans. La tranche d'âge comprise entre 31 et 50 ans était prédominante et concernait 66,6% des cas. La répartition des malades selon le délai consultation est représentée dans le **tableau I**. Les signes clinques sont résumés dans le **tableau II**. L'hémogramme était réalisé chez 36 patients. Le taux d'hémoglobine moyen était de 10,3 g/dl avec des extrêmes de 6,8 et 14,6 g/dl. Une anémie était objectivée chez 23 patients; soit une fréquence 63,8%

Le bilan lipidique était réalisé chez 38 patients. Le taux du cholestérol moyen était de 2,4 g/l avec des extrêmes de 1 et 4,1 g/l. Une hypercholestérolémie était retrouvée chez 27 patients, soit 71% des cas

Dans notre série de 72 cas, il s'agissait d'une hypothyroïdie périphérique par atteinte de la glande (58 cas) et d'une hypothyroïdie périphérique iatrogène (14 cas).

Dans les étiologies primaires par atteinte thyroïdienne, il s'agissait de :

- 38 cas (52,8%) de thyroïdite de Hashimoto : les anticorps anti-thyroperoxydase étaient positifs 31 fois sur 34 dosages (91,2%) et les anticorps anti-thyroglobuline 27 fois sur 33 dosages effectués (81,8%). Nous avons noté une association avec un syndrome de Gougerot-Sjögren chez un homme de 65 ans et avec un vitiligo chez 3 patients.

- L'étiologie idiopathique (atrophie thyroïdienne), sans anticorps antithyroïdiens a été incriminée chez 20 patients (27,8%). Parmi les étiologies iatrogènes retrouvées dans 14 de nos dossiers : treize patients avaient subi une thyroïdectomie (Onze pour un goitre multinodulaire toxique et deux pour une maladie de Basedow).

Le dernier patient de notre série avait reçu un traitement isotopique par de l'iode radioactif.

Tableau I : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai consultation	Nombre (n =72)	Pourcentage (%)
< 1 an	12	16,7
De 1 à 5 ans	34	47,2
Au-delà de 5 ans	26	36,1
Total	72	100

Tableau II : Répartition des signes cliniques

SIGNES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE (%)
Asthénie	29	40,3
Pâleur des muqueuses	27	37,5
Constipation	25	34,7
Myxœdème	40	55.5
Prise de poids	18	25
Raucité de la voix	13	18
Frilosité	12	16 ,7
Bradycardie	11	15,3
Peau sèche	11	15,3
Dyspnée d'effort	9	12,5
Chute de cheveux	7	9,7
Anorexie	6	8,3
Amaigrissement	4	5,6
Ralentissement psychomoteur	17	23,6
Paresthésies	9	12,5
Somnolence	7	9,7
Trouble de la mémoire	3	4,2
Crampes musculaires	7	9,7
Faiblesse musculaire	10	13,8

Tableau III : Variation des valeurs de la TSH et de la T4L

Taux de TSH (µUI/ml)	Nombre de cas (n = 72)	Pourcentage (%)
Valeurs normales	0	0
4 < TSH < 10µ UI/ml	21	29,1
10 < TSH < 50 µUI/ml	29	40,2
TSH > 50 µ UI/ml	22	30,5

Taux de T4L (pg/ml)	Nombre de cas (n = 56)	Pourcentage (%)
Normal (9-18)	14	25
Bas (< 8)	42	75

Tableau IV : Représente les principaux signes cliniques rapportés dans notre série en comparaison avec d'autres séries africaines.

	Notre série	Sidibé [11]	Djoro [14]	Leye [13]
Asthénie	40,3	40	39	63.15
Pâleur des muqueuses	37,5			
Constipation	34,7	54		46.8
Myxœdème	55.5			73
Prise de poids	25	18	45	
Raucité de la voix	18	48	15	26
Frilosité	16 ,7	32		26
Bradycardie	15,3		24	47
Peau sèche	15,3	16	6	
Dyspnée d'effort	12,5			
Chute de cheveux	9,7			57.9
Ralentissement Psychomoteur	23,6			
Faiblesse musculaire	13,8			

DISCUSSION

La prévalence : nos 72 cas d'hypothyroïdie périphérique colligés entre 2008 et 2010 dans le service de médecine interne au centre hospitalier de Nouakchott représentent une prévalence hospitalière de 8,24% de la pathologie thyroïdienne sur une population de 873 malades.

C'est une étude rétrospective et non une cohorte mais en Afrique subsaharienne, il n'existe pas des données épidémiologiques hospitalières exactes. La fréquence de l'hypothyroïdie est variable en fonction des critères cliniques et biologiques utilisés, avec une fréquence de 0,05 à 23% [2-5]

La prévalmence est environ 8 fois plus élevée en Europe et en Amérique du Nord, certainement lié à un dépistage plus systématique et plus précoce [6-9] .

L'âge : L'âge de nos malades variait de 21 à 70 ans avec une moyenne de 42 ans. Au moment du diagnostic, certains avaient plus de 30 ans avec un pic d'incidence entre 31 et 50 ans (66,6%). Ceci confirme ainsi la constatation selon laquelle l'hypothyroïdie primaire de l'adulte prédomine dans la 5ème décennie.

Ceci est dû en partie au développement de la fibrose et de l'atrophie thyroïdienne avec le vieillissement [8]. L'âge moyen retrouvé dans notre série est en conformité avec les résultats de l'étude de Zebidi et coll.[10], enTunisie. Ces auteurs rapportaient une moyenne d'âge de 42 ans. En Algérie, Bakiri et coll. [8] rapportaient une moyenne d'âge de 40 ans. Sidibéet coll.[11] au Sénégal avait retrouvé un pic d'incidence de 79% entre 40 et 50 ans, avec une moyenne d'âge de 45,6 ans.

Le sexe : La prédominance féminine retrouvée dans notre série est concordante avec les données de la littérature [5, 12]

Le délai de consultation : au moment du diagnostic, les signes d'hypothyroïdie évoluait chez nos malades depuis 5,9ans en moyenne. D'autres auteurs comme Sidibé et coll[11], Leye et coll[13] au Sénégal avaient rapporté une durée moyenne de 6,6 ans et 4,1 ans respectivement Yazback et coll[12] a rapporté une durée moyenne de 6 ans. Selon ces mêmes auteurs [11-13], ce retard du diagnostic s'explique presque toujours par l'installation progressive et le début insidieux de la maladie.

Les signes cliniques : les principaux signes cliniques rapportés dans notre série en comparaison avec d'autres séries africaines sont représenté dans Le tableau IV. Les symptômes sont nombreux mais sont peu sensibles et peu spécifiques [15, 16]. Dans la littérature, une grande variabilité des signes fonctionnels et physiques est notée selon le recrutement. Une telle variabilité tient sans doute aux critères d'inclusion des patients et au délai plus long de diagnostic de l'hypothyroïdie. De plus, dans notre étude et dans la plupart des données de la littérature, les symptômes de l'hypothyroïdie, quoique variables d'une série à l'autre, sont positivement corrélés à l'ancienneté et à la sévérité de l'hypothyroïdie[17]

Dans notre série, le goitre a été trouvé dans 31,9% des cas. Dans la littérature, les résultats varient selon les services de recrutement : 7% aux USA [18], 10,6% au Maroc [19] et 17% au Sénégal[11].

Aspects paracliniques : l'anémie représente une circonstance de découverte de l'hypothyroïdie. Elle est le plus souvent modérée, macrocytaire et arégénérative. Des formes hypochromes microcytaires, normochromes normocytaires, mais aussi sévères sont décrites dans la littérature. Elle est due entre autres à la réduction des besoins périphériques en oxygène, à la baisse de sécrétion de l'érythropoïétine, au déficit en folates et en vitamine B12 et aux

spoliations sanguines [20]. Cette anémie a été observée chez 63,8% de nos patients. Cette valeur est comparableà celle des études d'Idrissi et coll. 21] qui avaient rapporté des taux de 60%.- L'hypercholestérolémie est majorée par l'augmentation de son absorption intestinale et est volontiers révélatrice : 70% des femmes de plus de 40 ans ayant une hypercholestérolémie supérieure à 3,6 g/l ont une hypothyroïdie. Parmi elles, la fréquente et classique hypercholestérolémie comporte une augmentation des LDL[6] avec risque élevée d'athosclérose

Dans notre série, sans spécifier sa nature, l'hypercholestérolémie a été retrouvée dans 71% des cas. Ce taux reste comparable aux 59% et 66,6% respectivement rapportés par Bertrand et coll. [22] et Idrissi et coll [21]. En revanche, Djrolo et coll.[14], au Bénin avaient retrouvé un taux supérieurs à 2 g/l dans 82% des cas. Dans tous les cas, l'hypercholestérolémie au cours de l'hypothyroïdie est de constatation courante et en fait un élément d'orientation diagnostique positif bien que non spécifique[6],

- Chez les 56 patients chez qui la T4 libre était dosée, nous avons retrouvé des taux normaux dans 25 % et basse dans 75 % des cas. Un dosage normal de T4 libre n'élimine pas pour autant une hypothyroïdie. Il pourrait s'agir d'une hypothyroïdie infraclinique[18] et dans ce cadre, c'est plutôt la TSH plasmatique qui sera élevée. Ainsi, l'abaissement de la T4 libre est d'autant plus important que l'hypothyroïdie est ancienne et profonde. Ceci avait été retrouvé avec des degrés variables dans notre série.

- Le dosage de la TSH est l'examen de référence et constitue la clé du diagnostic de l'hypothyroïdie [9]. Ce dosage a révélé des valeurs supérieures à 50 µUI/ml chez 30,5% des patients, une valeur intermédiaire entre 10 et 50 µUI/ ml chez 40,2% des patients, alors que chez 29,1% d'entre eux, le taux de TSH était compris entre 4 et 10 µUI/ ml. Une série sénégalaise de Sidibé et coll.[11] rapporte un taux moyen de TSH à 63,74 ± 51,01µUI/ ml.

Aspects étiologiques

- La thyroïdite de Hashimoto représentait l'étiologie la plus importante, puisqu'elle touche 52,8% des patients. Lafréquence de pathologie auto-immune est basse voire nulle dans des séries du Bénin [14] et du Congo[4]. L'atrophie thyroïdienne a été observée chez 27,8% des cas. D'autres auteurs, notammentYazbeck et coll.[12] et Sidibé [11]avaient rapporté des taux plus élevés, à 62% et 66,6% des cas respectivement. Une étude africaine[19] a trouvé une prévalence de plus de 50% desanticorps anti-thyroïdiens, Chaieb et coll [25] en Tunisie ont trouvé un taux d'Ac anti-TPO de et AC anti-TG. De 78 et 42% respectivement.

- Les causes iatrogènes représentent 19,4% des étiologies des hypothyroïdies périphériques dans notre série. Parmi ces hypothyroïdies iatrogènes, 92,8% étaient secondaires à une thyroïdectomie. Ce chiffre d'hypothyroïdie iatrogène est proche de 16,6%,déjà rapporté par Sidibé [11] au Sénégal Djrolo et coll.[14] et Monabekaet coll.[4] retrouvaient 85% et 100 % d'hypothyroïdies iatrogènes, dominées par la thyroïdectomie. Cependant une prévalence de 31,3% était rapportée par Yazbeck et coll[12] en France.

La fréquence de l'hypothyroïdie périphérique était de 9% parmi les pathologies thyroïdiennes. L'âge moyen de survenue était de 42 ans. La prédominance féminine était nette (84,7%).

Conclusion : l'hypothyroïdie périphérique est une pathologie relativement rare dans notre pays. Cette fréquence faible est du probablement à l'absence de dépistage. Elle est souvent diagnostiquée tardivement sur des signes cliniques d'hypométabolisme. Les étiologies sont dominées par la thyroïdite de Hashimoto et secondaire à la chirurgie thyroïdienne.

Références

[1] Chaker, L., et al., Hypothyroidism. Lancet, 2017.

[2] Monabeka, H.G., et al., [Thyroid disorders in the Brazzaville Teaching Hospital]. Sante, 2005. 15(1): p. 37-40.

[3] Sidibe el, H., [Thyroid diseases in sub-Saharan Africa]. Sante, 2007. 17(1): p. 33-9.

[4] Monabeka, H.G. and A. Bandoho-Mombo, [Hypothyroidism among adults in Congo: report of 23 cases]. Dakar Med, 2001. 46(1): p. 43-5.

[5] Ogbera, A.O., O. Fasanmade, and O. Adediran, Pattern of thyroid disorders in the southwestern region of Nigeria. Ethn Dis, 2007. 17(2): p. 327-30.

[6] Canaris, G.J., et al., The Colorado thyroid disease prevalence study. Arch Intern Med, 2000. 160(4): p. 526-34.

[7] Vanderpump, M.P., The epidemiology of thyroid disease.
Br Med Bull, 2011. 99: p. 39-51.

[8] Hollowell, J.G., et al., Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J Clin Endocrinol Metab, 2002. 87(2): p. 489-99.

[9] Garmendia Madariaga, A., et al., The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab, 2014. 99(3): p. 923-31.

[10] Zebidi, A., et al., [Hormonal parameters and water-electrolyte disorders in primary hypothyroidism]. Tunis Med, 1993. 71(8-9): p. 379-86.

[11] Sidibe el, H., L. Fall, and A.M. Sow, [Clinical characteristics of primary hypothyroidism in Dakar. Apropos of 37 cases]. Sante, 1997. 7(5): p. 291-4.

[12] Yazbeck, R., et al., [Primary hypothyroidism in the adult older than 60 years. Characteristics and follow-up after initiation of replacement treatment in hospital]. Presse Med, 2001. 30(24 Pt 1): p. 1193-8.

[13] Leye, A., et al., [Non iatrogenic primary hypothyrodism in adults at Le Dantec Hospital : clinical features, diagnosis and treatment. Review of 19 cases]. Dakar Med, 2004. 49(2): p. 110-3.

[14] Djrolo, F., et al., [Hypothyroidism: clinical and etiological aspects in Cotonou (Republic of Benin)]. Sante, 2001. 11(4): p. 245-9.

[15] Carle, A., et al., Hypothyroid Symptoms Fail to Predict Thyroid Insufficiency in Old People: A Population-Based Case-Control Study. Am J Med, 2016. 129(10): p. 1082-92.

[16] Carle, A., et al., Hypothyroid symptoms and the likelihood of overt thyroid failure: a population-based case-control study. Eur J Endocrinol, 2014. 171(5): p. 593-602.

[17] Canaris, G.J., J.F. Steiner, and E.C. Ridgway, Do traditional symptoms of hypothyroidism correlate with biochemical disease? J Gen Intern Med, 1997. 12(9): p. 544-50.

[18] Watanakunakork C, Hodges R.E, Evans J.L. Myxoedéma: a story of 400 cases. Arch. Int.Me.1965; 116:186.

[19] Lakmili A. Hypothyroïdie primaire de l'adulte. Thèse Méd. Rabat.1987 ; n°87.

[20] Schlienger JL. Hypothyroïdie acquise de l'adulte. Encycl. Méd. Chir, Endocrinologie–Nutrition. 2001 ; 10005-B-10, 11p.

[21] Idrissi I. Evaluation de la prise en charge de l'hypothyroïdie primaire de l'adulte (à propre de 12 cas colligés au service de médecine interne du CHU A. Le Dantec). Thèse Ph. Dakar 2002 ; n°19.

[22] Bertrand F, Pras P, Bayand J.M, Khayat C et coll., Hypothyroïdie et hyperthyroïdie du sujet âgé. A propos de 74 observations. Sem Hôp (Paris).1990 ; 66 :13-8.

[23] Peeters, R.P., Subclinical Hypothyroidism. N Engl J Med, 2017. 376(26): 2556-2565.

[24] Kuria, J.G. and A. Amayo, Prevalence of anti-thyroid antibodies in patients with primary thyroid disorders. East Afr Med J, 2008. 85(9): p. 459-62.

[25] Chaieb, L., et al., [Antithyroid antibodies. Prevalence in primary hypothyroidism in Central Tunisia].Ann Endocrinol (Paris), 1991. 52(5): p. 331-3.