

HYPERTHYROIDIES :

ASPECTS ETIOLOGIQUES ET CLINIQUES

ETUDE DE 72 CAS AU CHU DE BRAZZAVILLE (CONGO)

H. MBADINGA*, J.L. NKOUA**, P. KIBEKE*, G. BIKANDOU***, N. NSAKALA-KIBANGOU*

RESUME

Les auteurs, sur 286 dossiers de pathologie thyroïdienne en milieu hospitalier congolais, ont relevé 72 cas d'hyperthyroïdie, soit 25,1 % sur les critères principalement cliniques, d'évolution sous thérapeutique appropriée, rarement paracliniques.

Les variétés étiologiques identifiées sont : maladie de Basedow : 52 cas soit 72,1 % ; adénome toxique ; 2 cas soit 2,8 % ; goitre multi-hétéronodulaire toxique : 2 cas soit 2,8 % ; hyperthyroïdies isolées, sans goitre ni exophtalmique : 4 cas soit 5,5 % ; goitre basedowifié : 2 cas soit 2,8 % ; une mélanodermie généralisée a été observée dans 14 cas (19,4 %).

Mots-clés : *Hyperthyroïdie, maladie de Basedow, mélanodermie, cardiomyopathie, diabète sucré, goitre, exophtalmique.*

I - INTRODUCTION

Les hyperthyroïdies sont caractérisées par une hypersécrétion des hormones thyroïdiennes par tout ou partie du parenchyme thyroïdien. Grâce aux moyens modernes de diagnostic : dosages hormonaux par méthode radio-immunologique et immuno-enzymatique ; scintigraphie, échographie ainsi que l'analyse des données sémiologiques, on peut porter ce diagnostic avec une précision acceptable (5, 8, 10).

Nous rapportons notre expérience des aspects cliniques et étiologiques de l'hyperthyroïdie en l'absence de la plupart de ces moyens de diagnostic.

II - MATERIELS ET PATIENTS

1 - Méthodes

Nous avons revu les 286 dossiers de tous les malades hospitalisés dans notre service entre janvier 1984 et décembre 1990 pour atteinte de la glande thyroïdienne. Parmi ces

* Service des Maladies métaboliques et endocriniennes (Pr MBADINGA-MUPANGU) - BP 2725 CHU BRAZZAVILLE.

** Service de Médecine Interne et de Cardiologie (Pr. BOURAMOUE) -

dossiers, nous notons 72 cas soit 25,1 % d'hyperthyroïdie sur les critères suivants :

1.1 Critères d'inclusion

a) Dossier médical complet avec :

- . argument clinique en faveur d'une thyrotoxicose associée ou non à des signes oculaires, à un goitre ou à un nodule,
- . arguments paracliniques : augmentation du taux des hormones thyroïdiennes (T3, T4), diminution de la T.S.H. dans les cas où le dosage a été possible,
- . évolution favorable sous antithyroïdiens de synthèse.

b) Hospitalisation obligatoire dans le service pendant au moins 15 jours.

c) Age des malades compris entre 5 et 65 ans.

1.2. Critères d'exclusion

- a) Dossier médical incomplet soit par la pauvreté des arguments cliniques, et/ou l'absence de dosage des hormones thyroïdiennes et de la T.S.H.
- b) Refus de l'hospitalisation pour différentes raisons.
- c) Malades âgés de moins de 5 ans et de plus de 65 ans.

2. Malades

Sur la base de ces critères, nous avons retenu 72 malades composés de 63 femmes (87,5%) et de 9 hommes (12,5%), âgés en moyenne de $38,4 \pm 3,1$ ans (extrêmes : 5 et 65 ans). Il s'agit de 65 Congolais, 2 Tchadiennes, 3 Sénégalaises, 2 Rwandaises.

III. RÉSULTATS

1) Variétés étiologiques

Les variétés étiologiques suivantes, ont été identifiées : la maladie de Basedow concerne 46 femmes et 6 hommes

CHU Brazzaville.

*** Chirurgie digestive (Pr. MASSENGO).

âgés en moyenne de $37,5 \pm 13,3$ ans (extrêmes : 5 et 65 ans) et représente 72,2%. Les adénomes toxiques (16,7%), ont été identifiés chez 11 femmes et 1 homme âgés en moyenne de $34,9 \pm 10,7$ (extrême : 25 et 62 ans). Dans 2 cas (2,8%), il s'agit d'un goitre hétéro-multinodulaire chez un homme de 47 ans et une femme de 54 ans. Nous notons 4 cas d'hyperthyroïdie sans goitre (5,5%) deux cas de goitre basedowifié (2,87%).

2) Aspects cliniques

Les signes majeurs de l'hyperthyroïdie les plus fréquents sont : la thermophobie : 47 cas (65%) les troubles psychiques à type de nervosité, d'insomnie : 39 cas (54,1%) et l'asthénie : 25 cas (34,7%), dont 16 cas avec signe du tabouret. Des arthralgies et des vertiges sont présents dans 3 cas. Les signes physiques sont classiques, ceux de thyrotoxicose. Parmi ces signes, nous notons 14 cas (19,4%) de mélanodermie dont 11 fois, au cours de la maladie de Basedow et 4 fois au cours de l'adénome toxique. L'exophtalmie est maligne dans 4 cas. Dans tous les cas d'hyperthyroïdie non basedowienne, nous notons un important amaigrissement. La prise pondérale est présente dans 5 cas de maladie de Basedow dont 4 femmes et 1 homme, avec des âges compris entre 17 et 32 ans. Le diagnostic de la maladie de Basedow est affirmé sur l'association d'une thyrotoxicose à un goitre diffus, vasculaire, homogène et/ou à une exophtalmie. Trois des 52 cas de maladie de Basedow ne présentent pas de goitre, mais on note chez ces malades une exophtalmie maligne. La thyrotoxicose associée à un nodule thyroïdien isolé, identifié à la palpation de la région cervicale est étiquetée comme adénome toxique.

Nous retenons le diagnostic de goitre multihétéronodulaire toxique dans deux cas en présence d'un volumineux goitre d'aspect hétérogène à la palpation. Les troubles musculaires, sont présents dans 16 cas avec signe de tabouret positif, traduisant une myopathie thyrotoxique dans 3 cas (4,1%).

Nous rapportons 5 cas d'amyotrophie avec déficit moteur, abolition des réflexes ostéotendineux et un cas de paralysie totale des membres inférieurs chez une dame de 35 ans, admise pour pertes de connaissance à répétition, d'évolution favorable sous antithyroïdien de synthèse.

IV. COMMENTAIRES

Les étiologies des hyperthyroïdies sont variées (10). Elles

sont dominées par la maladie de Basedow (6, 8, 10) comme dans notre étude où elle représente 72,2%. La place des autres variétés paraît modeste. Ainsi, les adénomes toxiques représentent 16,7% des hyperthyroïdies dans notre expérience, contre 25,6% pour RIEU et BRICAIRE (10), les goitres multihétéronodulaires toxiques 2,8% contre 4,7% pour les mêmes auteurs (10). Dans 4 cas, la variété étiologique d'hyperthyroïdie n'est pas précisément étiquetée.

Nous regroupons cette variété dans «les hyperthyroïdies sans goitre» dans 5 cas (5,5%). En l'absence de l'ophtalmopathie et du goitre, nous n'excluons pas la maladie de Basedow, puisqu'il existe des formes se résumant essentiellement à la présence isolée de signes de thyrotoxicose. Dans ce cas, des examens plus spécialisés, mais pour le moment irréalisables au Congo, pourraient contribuer à affirmer l'origine auto-immune de cette pathologie. Enfin, deux fois sur goitre récidivant, nous notons une hyperthyroïdie sans exophtalmie, que nous classons comme goitre basedowifié.

Les aspects cliniques sont en majorité les mêmes que ceux classiquement décrits (8, 10). Nous notons une mélanodermie généralisée, dans 14 cas (19,4) qui fait discuter une insuffisance surrénalienne lente. Elle serait due à une hypersécrétion d'A.C.T.H. ou de substance ACTH-LIKE (2,3). En l'absence de dosages du Cortisol plasmatique, d'A.C.T.H. des céstostéroïdes sanguins ou urinaires, l'amélioration du tableau clinique grâce au seul traitement de l'hyperthyroïdie, permet d'établir que la mélanodermie est en rapport avec l'hyperthyroïdie.

La cardiomyopathie, complication classique de l'hyperthyroïdie, ce d'autant plus que le malade est âgé et présente une cardiopathie préexistante (9), est rare parmi nos cas comme dans les autres travaux africains (4,5). L'âge jeune des malades, la fréquence faible des adénomes toxiques, et le possible biais du recrutement lié à l'existence d'un service de cardiologie, expliquent cette rareté.

Dans 5 cas de maladie de Basedow, nous notons une prise pondérale paradoxale imputable à une polyphagie. Hyperthyroïdie s'accompagne dans notre étude, d'une élévation chronique de la glycémie dans 3 cas, réalisant un véritable diabète sucré de type isulino dépendant, chez des sujets sans antécédents familiaux de diabète et une diminution de tolérance au glucose, dans 10 cas avec des glycémies

variant entre 1,2 et 1,4 g/l à jeun et entre 1,40 et 2 g/l à la 120^e minute après l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (H.G.P.O).

Les manifestations neuro-musculaires se présentent sous forme de myopathie thyrotoxique, de paralysie totale des membres inférieurs avec pertes de connaissance à répétition d'évolution favorable sous antithyroïdien de synthèse chez une jeune dame (7).

IV. CONCLUSION

Les hyperthyroïdies ne sont pas rares dans nos régions. Les variétés étiologiques et cliniques, superposables à celles de la littérature comportent une fréquence élevée de la mélanodermie, une rareté de la cardiomyopathie. Le diagnostic se fonde principalement sur les critères cliniques, rarement paracliniques en Afrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. M.P. DELPORTE, R. BENAYOUM, J.C. WILLER, M. THOMAS.
Les atteintes musculaires et nerveuses au cours de la maladie de Basedow.
Sem. Hop. Paris. 1977.53.
2. F. CALLACHERT, L. HELLMAN, J. FINKELTEIN, K. YOSHIDA,
D.E. WEIZMAN, H.D. ROFFWARG, D. FUKUSHIMA.
Hyperthyroidism and cortisol secretion in man.
J. Clin Endocrinol Metab. 1972 ; 919-921.
3. J.C. HILTON, W.C. BLACK, W. ATHOS, V. MC HUGH.
Increased ACHT-LIKE activity in plasma of patients with thyrotoxicosis.
J. Clin Endocrinol Metab. 1962 ; 22 : 950.
4. P.R. KOATE, S. NDOYE, M. DIOUF, A. BADIANE, M. SAR.
Place et aspects de la cardiomyopathie chez les Sénégalais.
A propos de 35 cas hospitaliers.
Bull Soc. Med. Afrique Noire Langue Français 1976 ; 21 : 249-256.
5. A. LOKROU, J.C. KOFFI.
Cardiomyopathie compliquant la maladie de Basedow. Etude de 7 cas à
Abidjan.
Med. Afr. Noire 1992 ; 39 : 321-314.
6. H. MBADINGA-MUPANGOU, G. KAYA GANGZIMI, J.C.
MITSINGOU.
Bilan de la pathologie thyroïdienne à l'hôpital Général de Brazzville de
1981 à 1983.
Afrique Médicale 1987 ; 20 : 509-510.
7. H. MBADINGA-MUPANGOU, J.L. NKOUA.
Hyperthyroïdie révélée par des pertes de connaissance à répétition.
Méd. Afr. Noire 1988 ; 35 : 405-406.
8. I.P. NDIAYE, M. NUEYE, J.M. DAUMENS, M. DUMAS.
Manifestations de l'hyperthyroïdie.
Bull. Soc. Med. Afr. Noire. Langue Français 1976 ; 21 : 263-268.
9. PUTELAT, B. VERGES.
Complications Cardiaques des Hyperthyroïdies. Aspects cliniques et
diagnostiques.
Rev. Fr. Endocrinol Clini 1991 ; 133-138.
10. M. RIEU, H. BRICAIRE.
Les hyperthyroïdies, Aspects étiologiques.
Encyl. Med. Chir. (Paris-France). Glandes endocrines Nutrition 10003 0
30 9-1984, 12P.