

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

Université des Sciences  
Techniques et de Technologie  
de Bamako (U.S.T.T.B)

Faculté de Médecine  
et d'Odonto -  
Stomatologie (FMOS)



Titre : Itinéraire diagnostique et thérapeutique des patients suivis pour maladies thyroïdiennes au centre hospitalier universitaire de Conakry

## MEMOIRE

Présenté et soutenu le 19 /01/ 2023

Par Docteur **Elhadj Zainoul BAH**

Pour l'obtention du Diplôme de spécialisation d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Année Académique : 2022-2023

N° : ...../.....

### JURY

*Président du jury : Professeur DJROLO François Membre du Jury :*

*Professeur DRABO Joseph Youssouf*

*Directeur de mémoire : Professeur SIDIBE Assa TRAORE*

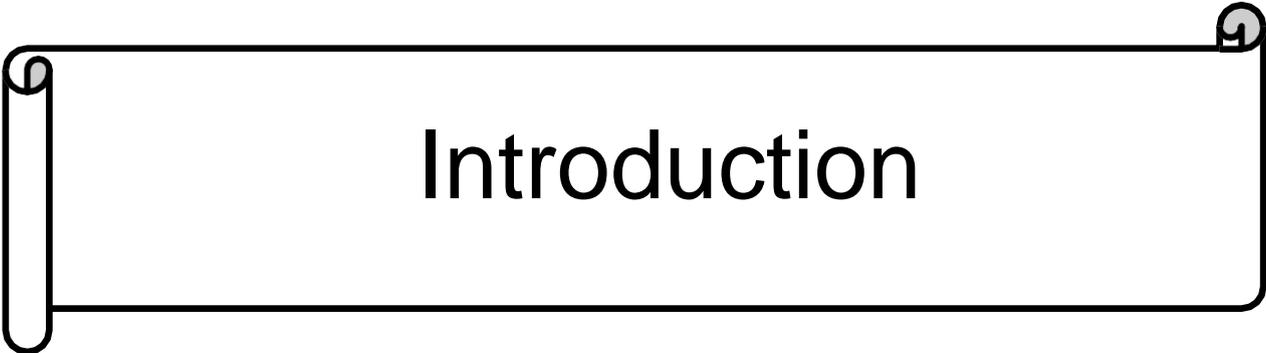
Table des matières	
Liste des Tableaux .....	3
Introduction.....	5
Objectif général .....	6
Objectifs spécifiques .....	7
A. Cadre de l'étude .....	9
B. Type et durée d'étude .....	9
C. Population cible .....	9
D. Population d'étude .....	9
E. Echantillonnage .....	9
F. Collecte de données .....	10
□ Définition opérationnelle des variables de l'étude .....	10
□ Méthodes de collecte de données .....	12
G. Saisie et analyse des données .....	15
H. Considérations éthiques .....	15
I. Limites et difficultés .....	15
I. Résultats .....	17
A. Résultats pour l'objectif 1 .....	18
B. Résultats pour l'objectif 2 .....	20
Discussion .....	24
Références .....	36
Résumé .....	38

## Abréviations

MMN :	Maladies Métaboliques et Nutrition
Ac anti TPO :	Autoanticorps antithyroperoxydase
Anti-Tg :	Autoanticorps anti-thyroglobuline
Anti-TPO :	Autoanticorps antithyroperoxydase
ATS :	Anti Thyroïdien de Synthèse
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMC :	Centre médical communal
CRP :	Protéine C Réactive
CS :	Centre de santé
CSA :	Centre de santé amélioré
ECG :	Electrocardiogramme
GMN :	Goitre Multi Nodulaire
GMNT :	Goitre Multi Nodulaire Toxique
HTA :	Hypertension Artérielle
ORL :	Oto-Rhino Laryngologie
PS :	Poste de santé
T3L	Triiodothyronine libre
T4L	Thyroxine libre
TDM :	Tomodensitométrie
TRAK :	Autoanticorps anti-récepteurs de la TSH
TSH :	Thyroid Stimulating Hormon
VS :	Vitesse de Sédimentation

## Liste des Tableaux

N°	Titre	Page
I.	Caractéristiques générales des participants	19
II.	Diagnostic positif	20
III.	Nombre moyen de consultations effectuées et délai moyens du début des symptômes au diagnostic par type de maladie thyroïdienne	
IV.	Fréquence des structures et services consultés avant le diagnostic	
V.	Fréquence des motifs de consultation avant le diagnostic	
VI.	Nombre de cas hospitalisés et de recours à la tradithérapie avant le diagnostic par type de maladie thyroïdienne	21
VII.	Diagnostic posé/traité avant le contact avec le service	
VIII.	Mécanisme de contact avec le service	
IX.	Examens spécifiques réalisés avant d'être en contact avec le service	22
X.	Diagnostic étiologique suivi dans le service	
XI.	Type de derniers examens réalisés	
XII.	Durée de suivi par diagnostic étiologique	23
XIII.	Traitement spécifique et lieu d'approvisionnement en médicaments	
XIV.	Médecin traitant dans le service actuel de suivi	
XV.	Aspects évolutifs de la maladie	
		24



# Introduction

## Introduction

Reconnaître les maladies par leurs symptômes, leurs signes et les distinguer les unes des autres est appelé diagnostic [1]. Au cours de certaines maladies rares ou méconnues de tous, le patient est victime d'errance médicale et de souffrance psychologique le fait qu'il va de services en services sans qu'un diagnostic ne soit posé et donc ne soit pris en charge en temps utile, ces conditions font que le patient a du mal à être compris par le corps médical et les services sociaux [2].

Faisant références aux maladies courantes, la rareté d'une maladie entraîne des problèmes spécifiques comme le manque d'information, la difficulté à trouver un spécialiste, le retard de diagnostic, l'indisponibilité des traitements, l'accès aux soins sociaux, le handicap et l'isolement [3].

Les manifestations cliniques au stade précoce d'évolution des maladies correspondent rarement à un tableau complet d'une maladie. Les pathologies thyroïdiennes peuvent présenter différents profils de fonction thyroïdienne, soit une hyperthyroïdie, une euthyroïdie ou une hypothyroïdie. A titre d'exemple, les patients atteints de certaines formes comme la Thyroïdite de Hashimoto ont une évolution clinique variable et sont pour la plupart cliniquement euthyroïdiens, certains sont hypothyroïdiens et quelques-uns sont hyperthyroïdiens [4]. Les professionnels de santé (médecins généralistes et les paramédicaux) qui sont les premiers contacts avec les malades disposent de moyens de diagnostic limités. Soixante-dix pour cent (70%) de leurs consultations concernent des tableaux non caractéristiques d'une maladie [5] ; situations devant lesquelles ils sont amenés à décider dans un temps relativement court. L'incertitude diagnostique est omniprésente en médecine générale [6], certaines situations peuvent être complexes et engendrer du stress pour le médecin et pour le patient.

Les affections thyroïdiennes sont soit à l'origine soit une conséquence de certaines pathologies avec lesquelles elles interagissent se manifestant par une clinique polymorphe et aspécifique. Des liens entre maladies thyroïdiennes et symptômes psychiques sont décrits [7]. Les dysthyroïdies peuvent donc affecter différents appareils et/ou systèmes [8] [9] [10],

rendant le tableau clinique plus complexe voir un retard du diagnostic et de la prise en charge. Ces derniers aspects étant alors multidimensionnels, pourraient être précédés d'un itinéraire du patient très particulier pour le diagnostic et la prise en charge des cas de pathologies de la glande thyroïde.

A l'issue des consultations, les soignants de premier recours (médecins généralistes et paramédicaux) se trouvent dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie de la situation et/ou de son évolution vers une maladie. Ils ne peuvent aboutir à un diagnostic de maladie que dans 30% des cas [5]. En première intention, différents moyens sont utilisés pour évaluer la fonction et la structure de la glande thyroïde. C'est le dosage de la TSH (*thyroid stimulating hormon*) et de l'hormone thyroïdienne T4 libre [11] et les techniques d'imagerie comme la tomodensitométrie (TDM) et l'échographie [12]. Pour établir la cause sous-jacente de l'anomalie structurelle ou fonctionnelle de la thyroïde, d'autres examens sont nécessaires comme l'anatomie pathologie, le dosage des facteurs inflammatoires (VS/CRP) et des anticorps dirigés contre le récepteur de la thyroïdostimuline, les peroxydases thyroïdiennes ou la thyroglobuline [13].

Le niveau d'information du médecin sur les signes et symptômes des maladies thyroïdiennes, la disponibilité et l'accessibilité aux moyens et techniques de diagnostic pourraient être des facteurs péjoratifs de la réalité du défaut d'accès rapide au diagnostic et les conséquences relatives que subissent les patients thyroïdiens. Ainsi, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans un pays à ressources limitées et l'absence de données publiées sur ce sujet en Guinée ont motivé le choix de ce thème intitulé : *Itinéraire diagnostique et thérapeutique des patients suivis pour maladie thyroïdienne au centre hospitalier universitaire (CHU) de Conakry.*

## **Objectif général**

L'objectif général de cette étude était de contribuer à l'amélioration de la détection précoce et la prise en charge des maladies thyroïdiennes

## **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques étaient :

1. Décrire le parcours des patients avant le diagnostic de maladies thyroïdiennes,
2. Décrire les aspects thérapeutiques post diagnostic de maladies thyroïdiennes.

Pour mener cette étude, le plan ci-dessous a été adopté :

Introduction

Chapitre I : Méthodes

Chapitre II : Résultats

Chapitre III : Discussion

Conclusion

Annexes

Références

# I. Méthodes

## **A. Cadre de l'étude**

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Conakry a servi de cadre à cette étude. Le CHU est constitué de 3 (trois) hôpitaux nationaux qui sont Ignace deen, Donka et Sino-Guinéen, situés tous au centre-ville de Conakry (capitale de la République de Guinée), dans les Communes de Kaloum, de Dixinn et de Ratoma respectivement.

Les services potentiels censés diagnostiquer et/ou prendre en charge les maladies thyroïdiennes sont pour l'essentiel l'Endocrinologie, la Cardiologie, la Chirurgie, la Médecine générale, la Gynéco-obstétrique et l'Oto-Rhino Laryngologie (ORL).

## **B. Type et durée d'étude**

Il s'agissait d'une transversale, qualitative de type descriptif dont la collecte de données a duré 6 (six) mois allant du 01 Mai au 30 Octobre 2022.

## **C. Population cible**

L'étude a ciblé tous les patients hospitalisés ou suivis pour une maladie thyroïdienne.

## **D. Population d'étude**

- **Définition de la population d'étude :** L'étude a porté sur les patients de tout âge, porteurs d'une anomalie anatomique et/ou fonctionnelle de la glande thyroïde qui avaient consulté au CHU de Conakry durant la période de collecte de données.

## **E. Echantillonnage**

Au démarrage de l'enquête, nous n'avons pas fixé un nombre de sujets à atteindre, nous avons été donc exhaustif en recrutant tous cas de maladie thyroïdienne rencontré recruté au cours de la période de collecte de données. Les participants sont recensés au cours de leurs consultations primaires et pendant les rendez-vous de suivi en tenant compte de leur aptitude physique et

psychique pour être interrogés et examinés ; les patients inaptes étaient revus lors des rendez-vous ultérieurs.

## F. Collecte de données

### ❖ Définition opérationnelle des variables de l'étude

- L'âge : c'est le temps exprimé en années révolues depuis la naissance du patient jusqu'à la date de participation à l'étude,
- Sexe : correspond à l'ensemble des caractères permettant de distinguer l'homme et la femme, c'est le sexe masculin ou féminin,
- Provenance : résidence habituelle qui peut s'agir de rural ou urbain,
- Banlieue de Conakry : regroupe les provenances de Coyah et de Dubréka,
- Profession : c'est l'activité régulière exercée par le patient. Les ménagères sont les personnes qui avaient pour principale activité le ménage ; les chauffeurs sont les personnes qui ont comme activité la conduite d'un engin roulant. Etudiant/élève correspondent aux personnes qui fréquentent un établissement d'enseignement supérieur, professionnel, primaire ou secondaire pendant l'enquête. Les fonctionnaires : correspondent aux personnes qui avaient un emploi et salarié en secteur privé ou public. Les marchands étaient les personnes qui avaient pour principale activité le commerce ou la vente. Ouvriers : ont été regroupés dans cette catégorie les mécaniciens, les informaticiens, les plombiers, les frigoristes, les menuisiers, les électriciens,
- Situation matrimoniale : a permis de répartir les patients en 2 catégories : les sujets marié(e)s et les sujets non marié(e)s. Sont groupés dans la catégorie non marié(e)s les sujets divorcé(e)s, les veuf (ve)s et les sujets célibataires,
- Niveau d'instruction : désigne le niveau de savoir ou de connaissance du patient ; les sujets scolarisés regroupent l'ensemble des personnes qui ont fréquenté une institution d'enseignement scolaire, technique et/ou professionnelle et les sujets non scolarisés sont ceux qui n'ont pas fréquenté une des précédentes institutions d'enseignement,

- Motifs de consultation avant le diagnostic : Ce sont les symptômes pour lesquels le malade a consulté pour la première fois avant que le diagnostic ne soit porté,
- Lieu de consultation avant le diagnostic : c'est la structure de santé de 1<sup>er</sup>, de 2<sup>ème</sup> ou du 3<sup>ème</sup> niveau que le malade a consulté avant d'être suivi dans le service de suivi actuel. Il peut s'agir de l'indigénat,
- Nombre de consultations effectuées avant le diagnostic : C'est la somme des visites médicales effectuées pour les symptômes de la maladie avant son diagnostic,
- Services consultés avant le diagnostic : C'est le nombre de services consultés au moins une fois avant que le diagnostic de pathologie thyroïdienne ne soit retenue,
- Nombre d'hospitalisations effectuées avant le contact avec le service : C'est la somme des hospitalisations effectuées pour les symptômes de la maladie avant son diagnostic,
- Examens spécifiques réalisés avant d'être en contact avec le service : C'est l'ensemble des examens effectués en rapport avec la dysthyroïdie avant d'être reçu dans le service de suivi actuel. Ces examens considérés par ici sont le bilan hormonal thyroïdien, l'imagerie thyroïdienne, le bilan inflammatoire et immunologique de la thyroïde.
- Diagnostic posé/traité avant le contact avec le service : C'est la maladie supposée cause des symptômes pour lesquels le malade a consulté avant d'être suivi dans le service actuel de suivi,
- Mécanisme de contact avec le service actuel de suivi : C'est le canal par lequel le malade a pris connaissance du service ou a été contact avec ce dernier,
- Durée d'évolution des symptômes avant le contact avec le service : Période qui s'étend entre le début des symptômes et le premier contact avec le service actuel de suivi,
- Diagnostic de suivi dans le service : C'est la cause sous-jacente de la maladie thyroïdienne faisant objet de traitement et/ou de suivi dans le service actuel. Différents cas de figure peuvent se présenter ; il peut s'agir des anomalies structurelles de la thyroïde avec troubles fonctionnels (Goitre multinodulaire toxique, nodule chaud, maladie de basedow, thyroïdite de Hashimoto ou de Dequervin), ou sans troubles fonctionnels (Goitre simple, cancer, nodule froid)

- Durée de suivi en mois dans le service : c'est la période qui s'étend du moment de l'annonce du diagnostic de maladie thyroïdienne jusqu'au jour de l'enquête. Elle peut s'étendre de quelques jours à plusieurs années.
- Dernier bilan réalisé : Fait cas aux examens de sang et d'imagerie réalisés dans le cadre du diagnostic ou de la surveillance thérapeutique. A la recherche des complications ou de précisions diagnostiques le malade peut être emmené à réaliser des examens ciblant les organes et systèmes de l'organisme. C'est notamment les hormones thyroïdiennes, l'anatomie pathologie, les imageries, l'immunologie, les facteurs inflammatoires, le bilan métabolique et l'hématologie.
- Traitement spécifique : ce sont les moyens médicaux ou non qui sont employés ou en cours d'utilisation ciblant la maladie thyroïdienne chez le patient au moment de l'enquête. Il s'agit de la chirurgie, des anti thyroïdiens de synthèse, des hormones thyroïdiennes, des bêtabloquants, du recours à l'indigénat ou d'une simple surveillance et de conseils hygiéno-diététiques.
- Lieu d'approvisionnement en médicaments : C'est l'endroit où le patient se procure de ses médicaments. Il est possible que ce soit à la pharmacie locale, au marché public ou l'importation (de l'extérieur du pays). Par contre ces options de réponses ne sont pas applicables pour des patients déclarés guéris ou suivis sans médicaments du fait qu'ils aient été opérés et sont sous surveillance clinique au moment de l'enquête.
- Médecin traitant dans le service : c'est le professionnel qui assure les prescriptions et le suivi du malade. Il peut s'agir d'un médecin généraliste, d'un endocrinologue ou spécialiste d'autres domaines.
- Evolution de la maladie : l'évolution fait référence à l'état du malade le moment de l'enquête. Guéri, sous surveillance médicale seule, sous traitement ou en rupture de traitement
- Répercussions/conséquences : c'est l'impact négatif sur le plan social, économique et conjugal engendré par la maladie.

## ❖ Méthodes de collecte de données

- **Sources de données** : Les données ont été recueillies à partir de l'entretien direct structuré, les cahiers/carnets ainsi que les dossiers de suivi des patients.
  
- **Support de collecte de données** : Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête (voir annexes) qui comprend (3) trois parties. La première partie qui porte sur les caractéristiques sociodémographiques des participants (âge, sexe, profession, résidence, situation matrimoniale, niveau d'instruction, la situation du logement et le revenu) leurs comorbidités ; la deuxième partie porte sur le parcours pré diagnostic (motifs de consultation avant diagnostic, lieu de consultation avant le diagnostic, nombre de consultations effectuées, services consultés, nombre d'hospitalisations effectuées, notion de recours à la tradithérapie, examens spécifiques réalisés avant d'être en contact avec le service suivi actuel du patient, diagnostic posé/traité avant le contact avec ce service, mécanisme de contact avec ce service, durée d'évolution des symptômes avant le diagnostic) et la troisième partie qui est le parcours post diagnostic (diagnostic de suivi, durée de suivi en mois, dernier bilan réalisé, traitement spécifique, lieu d'approvisionnement en médicaments, médecin traitant, évolution, complications/conséquences liées à la maladie).
  
- **Technique de collecte de données** : Pour les patients vus sur site, nous avons procédé à l'entrevue structurée direct de chacun pour une durée de 5 à 15 minutes. Cette entrevue permettait à l'enquêteur de recueillir les données sociodémographiques et liées à la maladie, ensuite vérifier le dossier/cahier de suivi du patient. Pour les sujets enquêtes par téléphone, l'enquêteur cherchait d'abord à confirmer que le numéro de téléphone est joignable et obtient un répondant (patient lui-même ou un de ses proches qui le connaît mieux), ensuite il renseigne la fiche d'enquête à partir des données figurant dans le registre et enfin il recontacte le répondant pour compléter les données manquantes.

Les sujets ont été recrutés aux endroits où se déroulent les activités de consultations et d'hospitalisations des services ciblés. En amont, les médecins et les surveillantes de ces services ont été informés et sollicités à contribuer afin d'identifier tous les cas de maladies thyroïdiennes vus à ces lieux. Ainsi, les sujets participants à l'étude ont été donc identifiés et contactés à travers les registres de suivi disponibles aux services ou pendant leurs hospitalisations ou consultations aux rendez-vous de suivi. Les patients enrôlés dans les registres de ces services cibles qui n'avaient pas de rendez-vous à l'hôpital pendant la période de collecte de données ont été contactés et entretenus par téléphone pour leur proposer de rendez-vous sur site ou réaliser l'enquête par téléphone le cas échéant.

○ **Collecte de données par objectif**

Pour décrire le parcours des patients avant le diagnostic de maladies thyroïdiennes, nous avons collecté les variables suivantes : les motifs de consultation avant le diagnostic ; le lieux ou structures consultés avant le diagnostic ; le nombre de consultations effectuées avant le diagnostic de maladie thyroïdienne ; le services consultés avant le diagnostic ; le nombre d'hospitalisations effectuées avant le diagnostic de maladie thyroïdienne ; le examens spécifiques réalisés avant d'être vu et diagnostiqué dans le service de suivi actuel ; le diagnostic posé/traité avant le contact avec le service de suivi actuel ; le mécanisme de contact avec le service ; le durée d'évolution des symptômes avant le contact avec le service de suivi actuel.

S'agissant du second objectif qui consistait à décrire les aspects thérapeutiques post diagnostique de maladies thyroïdiennes, les variables collectées sont : le diagnostic de maladie thyroïdienne retenu suivi dans le service actuel de traitement ; la durée de suivi en mois depuis le diagnostic ; le dernier bilan réalisé ; le traitement spécifique ; le lieu d'approvisionnement en médicaments ; le profil du médecin traitant ; l'état du malade aux dernières nouvelles et les répercussions/Conséquences de la maladie.

- **Critères de sélection** : Ont été inclus dans cette étude tous les patients ayant donné leur consentement, porteurs de maladie thyroïdienne suivis dans les services, admis en consultation externe ou vu au site sur rendez-vous ou ayant accepté l'entretien par téléphone.
- **Critères de non inclusion** : Le critère de non inclusion à cette étude était le non consentement des patients à y participer.

## **G. Saisie et analyse des données**

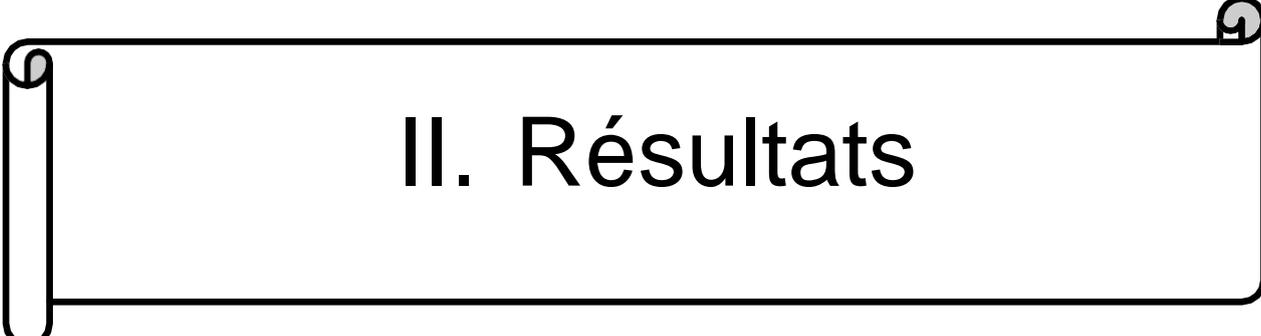
La saisie et l'analyse des données ont été faite par le logiciel Epi-info.7. Des analyses croisées sont ensuite effectuées entre les diagnostics positifs ou étiologiques et certaines observations pour mieux décrire les résultats et les comparer aux données de la littérature.

## **H. Considérations éthiques**

L'accord des patients et leur consentement verbal libre et éclairé ont été obtenus le jour de l'enquête avant l'administration du questionnaire. La confidentialité des données est assurée par l'anonymat au cours du traitement et de l'analyse des données.

## **I. Limites et difficultés**

Au cours de cette étude, des limites et difficultés suivantes ont été observées, c'est notamment l'absence de registre patients thyroïdiens dans certains services de soins, le manque de références pour les quelques sujets enregistrés dans ces registres. Ainsi, les sujets recrutés sont essentiellement de la file active des services de l'endocrinologie, de cardiologie, de l'ORL et d'une clinique spécialisée en endocrinologie.



## II. Résultats

**I. Résultats**

Tableau I : Caractéristiques générales des participants, N=79 sujets

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pour cent</b>
<b>Moyenne d'âge (années)</b>	43,8 ± 15,6	-
<b>Sexe</b>		
- Féminin	68	86,1%
<b>Profession</b>		
- Artisans	30	38,0%
- Diplômé(e)	7	8,9%
- Enseignant(e)	7	8,9%
- Marchand(e)	12	15,2%
- Ménagère	23	29,1%
<b>Milieu de Vie Habituelle</b>		
- Rural	8	10,1%
- Urbain	71	89,9%
<b>Résidence</b>		
- Conakry (dans les 5 Communes)	53	67,1%
- Banlieue de Conakry (Dubréka et Coyah)	10	12,7%
- Intérieur du Pays	16	20,3%
<b>Niveau d'Instruction</b>		
- Non scolarisé(e)s	21	26,6%
- Scolarisé(e)s	58	73,4%
<b>Situation Matrimoniale</b>		
- Marié(e)	53	67,1%
- Non marié(é) = Veufs/ves et divorcé(é)s	26	32,9%
<b>Situation du Logement</b>		
- Non précisé	4	5,1%
- Vit chez un tuteur (fils/parents ou amis)	16	20,3%
- Vit chez soi	40	50,6%
- Vit en location	19	24,1%
<b>Activité génératrice de revenu (AGR)</b>		
- Aucune	32	40,5%
- Entrepreneur(e)	3	3,8%
- Exerce un métier/petit commerce	18	22,8%
- Pensionnaire	4	5,1%
- Salarié(e)	22	27,8%
<b>Comorbidités</b>		
- Diabète	18	22,8%
- HTA/Cardiopathie	20	25,3%
- Autres*	18	22,78%

\*Drépanocytose, Hépatite-B, Rhumatisme articulaire aiguë, Asthme, VIH

Tableau II : Diagnostic positif

Diagnostic	Effectif, N=79	Pour cent
Goitre/Nodules simples	18	22,78%
Hyperthyroïdie	48	60,76%
Hypothyroïdie	13	16,46%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,00%</b>

### A. Résultats pour l'objectif 1

Décrire le parcours des patients avant le diagnostic de maladies thyroïdiennes

Tableau III : Nombre moyen de consultations effectuées et délai moyens du début des symptômes au diagnostic par type de maladie thyroïdienne

Maladie Thyroïdienne	Effectif N=79	Délai moyen en mois* entre le début des symptômes et la 1 <sup>ère</sup> consultation	Nombre moyen de consultation avant le diagnostic	Délai moyen en mois* entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et le diagnostic
Goitre/Nodules simples	18	36 ± 65,4	2,5 ± 2,6	6,4 ± 13,0
Hyperthyroïdie	48	16 ± 27,2	4,1 ± 3,6	5,4 ± 13,4
Hypothyroïdie	13	9 ± 9,7	2,2 ± 1,5	13,7 ± 23,7

\*1 mois = 30 jours

Tableau IV : Fréquence des structures et services consultés avant le diagnostic

Structures/Services	Effectif	Pour cent
<b>Structures consultées avant le diagnostic</b>		
- CHU/Hôpital National	25	31,7%
- Clinique/Cabinet médical	22	27,9%
- CMC/CSA/Hôpital Préfectoral	1	1,3%
- CS/PS	1	1,3%
- Hôpital Régional	6	7,6%
<b>Services consultés avant le diagnostic</b>		
- Médecine générale	41	51,9%
- Cardiologie	9	11,4%
- Chirurgie	12	15,2%
- Pneumologie	3	3,8%
- ORL	5	6,3%
- Gynécologie	2	2,5%
- Endocrinologie	14	17,7%
- Soins de santé primaires	13	16,5%
- Ne sait pas	4	5,1%

CMC : Centre médical communal ; CSA : Centre de santé amélioré ; CS : Centre de santé ; PS : Poste de santé

Tableau V : Fréquence des motifs de consultation avant le diagnostic

Motifs	Effectif	Pour cent
Signes de Compression	5	6,3%
Signes d'hypothyroïdie	7	8,9%
Signes hyperthyroïdie	48	60,8%
Découverte fortuite	22	27,9%
Goitre simple	29	36,7%

Tableau VI : Nombre de cas hospitalisés et de recours à la tradithérapie avant le diagnostic par type de maladie thyroïdienne

Maladie Thyroïdienne	Goitre/Nodules simple n=18	Hyperthyroïdie n=48	Hypothyroïdie n=13	Total N=79
<b>Notion d'hospitalisation</b>				
- NON	11 (61,1%)	35 (64,8%)	8 (61,5%)	54 (68,4%)
- OUI	7 (38,9%)	13 (52,0%)	5 (38,5%)	25 (31,6%)
<b>Recours à la tradithérapie</b>				
- NON	16 (88,9%)	31 (64,6%)	11 (84,6%)	58 (73,4%)
- OUI	2 (11,1%)	17 (35,4%)	2 (15,4%)	21 (26,6%)

Tableau VII : Diagnostic posé/traité avant le contact avec le service

Diagnostic posé/traité	Effectif	Pour cent
Paludisme	16	19,0%
Salmonellose	10	11,9%
Goitre	11	13,1%
Diabète	7	8,3%
HTA	11	13,1%
Tuberculose	2	2,4%
Nodules	1	1,2%
Ne sait pas	14	31,0%
Autres	26	19,0%

Soixante-cinq (65) sujets sont concernés

Tableau VIII : Mécanisme de contact avec le service

Mécanisme de contact	Effectif, N=79	Pour cent
A oublié	2	2,5%
Radio/Télévision	2	2,5%
Référé par un collègue	3	3,8%
Référé par un patient	12	15,2%
Référé par un Professionnel	58	73,4%
Venu soi même	2	2,5%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Tableau IX : Examens spécifiques réalisés avant d'être en contact avec le service

Type d'examen	Effectif	Pour cent
Ac thyroïdiens (TRAK, TPo, Tg)	3	3,80%
Anapath	2	2,53%
ECG	9	11,39%
TDM Cervicale	2	2,53%
Echo Cervicale	34	43,04%
TSH/T4L/T3L	55	69,62%

\*Ac = Anticorps ; ECG = Electrocardiogramme ; TDM = Tomodensitométrie cérébrale ; TRAK = Ac anti-TSH ; TPo = Thyroperoxidase ; Tg = Thuréoglobuline

## B. Résultats pour l'objectif 2

Décrire les aspects thérapeutiques post diagnostique de maladies thyroïdiennes

Tableau X : Diagnostic étiologique suivi dans le service

Diagnostic étiologique	Maladie Thyroïdienne			Total N=79
	Goitre/Nodules simples n=18	Hyperthyroïdie n=48	Hypothyroïdie n=13	
GMN*	10 (55,6%)	15 (83,3%)	0 (0,0%)	25 (31,64%)
Iatrogène	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (61,5%)	8 (10,13%)
Maladie de Basedow	1 (5,6%)	17 (94,4%)	0 (0,0%)	18 (22,78%)
Nodule Toxique	0 (0,0%)	1 (2,1%)	0 (0,0%)	1 (1,27%)
Non confirme	7 (31,8%)	13 (59,1%)	2 (9,1%)	22 (27,85%)
Thyroïdite de De Quervain	0 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (3,80%)
Thyroïdite de Hashimoto	0 (0,0%)	1(50,0%)	1(50,0%)	2 (2,53%)

\*GMN = Goitre multi-nodulaire

Tableau XI : Type de derniers examens réalisés

Type d'examen	Effectif, N=79 sujets	Pour cent
TSH/T4L/T3L	72	91,1%
Anapath	2	2,5%
ECG	9	11,4%
Echo Cervicale	36	45,6%

Tableau XII : Durée de suivi par diagnostic étiologique

<b>Diagnostique étiologique</b>	<b>Effectif, N=79</b>	<b>Durée moyenne en mois</b>
GMN	25	22,45 ± 26,3
Iatrogène	8	13,8 ± 20,7
Maladie de Basedow	18	18,9 ± 21,2
Nodule toxique	1	18,2
Non confirmé	22	4,5 ± 8,8
Thyroïdite de De Quervain	3	24,3 ± 12,2
Thyroïdite de Hashimoto	2	18,3 ± 8,6

*GMN : Goitre multinodulaire*

Tableau XIII : Traitement spécifique et lieu d'approvisionnement en médicaments

	<b>Effectif, N=79</b>	<b>Pour cent</b>
<b>Traitement spécifique</b>		
- Lévothyroxine	15	19,0%
- Surveillance seule	19	24,1%
- Chirurgie	7	8,9%
- Bêtabloqueur	16	20,3%
- ATS	41	51,9%
- Corticoïde	1	1,3%
- Autres	6	7,6%
<b>Lieu d'approvisionnement en médicaments</b>		
- Officine privée	52	65,8%
- Officine publique	6	7,6%
- Marché non agréé	0	0,0%
- N'a pas de médicaments	18	22,8%
- Extérieur du pays	4	5,1%

Tableau XIV : Médecin traitant dans le service actuel de suivi

<b>Médecin traitant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pour cent</b>
Cardiologue	2	2,5%
Chirurgien	1	1,3%
Endocrinologue	73	92,4%
Généraliste	1	1,3%
ORL	2	2,5%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,0%</b>

Tableau XV : Aspects évolutifs de la maladie

Aspects	Fréquence, N=79	Pour cent
<b>Notion de récurrence de la maladie</b>		
- Non	73	92,4%
- Oui	6	7,6%
<b>Etat du patient aux dernières nouvelles</b>		
- Asymptomatique	15	19,0%
- Non contrôlé	20	25,3%
- Rémission complète	12	15,2%
- Rémission sous traitement	32	40,5%
<b>Répercussions/Conséquences de la maladie</b>		
- Rupture des relations sociales	11	13,9%
- Perte d'emploi ou de l'AGR	9	11,4%
- Divorce	2	2,5%
- Aucune	59	74,7%

\*AGR = *Activité génératrice de revenue*



## III. Discussion

## Discussion

Les données rapportées dans cette étude sont les premières en Guinée en ce qui concerne l'itinéraire diagnostique et thérapeutique des patients suivis pour maladie thyroïdienne. Nous allons discuter nos résultats selon le profil sociodémographique, le profil clinique, le parcours du patient avant le diagnostic de maladie thyroïdienne, les aspects thérapeutiques post diagnostic, en fin les répercussions et conséquences de la maladie.

### ❖ Profil sociodémographique

Faisant référence à la moyenne d'âge nos patients, ces derniers sont semblables aux patients d'autres études précédentes réalisées en Guinée intéressant la maladie thyroïdienne. La moyenne d'âge de nos patients est de  $43,7 \pm 28$  ans. Des études sur les patients thyroïdiens réalisées ailleurs en Afrique ont rapporté une moyenne d'âge similaire. En Guinée, A. KAKE et collaborateurs [14], [15] avaient rapporté des moyennes d'âge de  $41,81 \pm 14,25$  ans et  $47 \pm 16$  ans. Il y a peu d'hommes dans cette étude (24%) soit un sexe ratio femmes/hommes = 6,18. Il est décrit dans la littérature que les troubles fonctionnels thyroïdiens sont 10 fois plus fréquents chez la femme que chez l'homme [16]. Deux (2) femmes sur 10 recrutées au cours de nos enquêtes sont des ménagères.

Parmi les 20,3% des sujets inclus dans cette étude vivant à l'intérieur du pays, 10,1% habitent en milieu rural. Cette faible proportion (10,1%) des patients vus pour dysthyroïdie qui ont pour lieu de vie habituel le milieu rural pourrait s'expliquer par l'insuffisance d'accès aux diagnostic clinique et paraclinique. Cette situation a pour effet la sous-estimation de l'ampleur réelle de la pathologie thyroïdienne en Guinée, surtout à l'intérieur du pays. Lorsqu'on sait que la cause la plus fréquente des troubles thyroïdiens dans le monde est la carence en iode [16] et à Conakry ainsi que dans nos régions les principales sources d'iode (poissons et sel alimentaire) s'approvisionnent le plus souvent aux mêmes marchés locaux ; il est dans ces conditions logique d'hypothéquer cette insuffisance d'accès au diagnostic. Des résultats d'enquêtes réalisées dans les quatre régions naturelles, Haute Guinée, Moyenne Guinée, Guinée Forestière et Basse Guinée montrent une prévalence de carence en iode à 70% [17].

## ❖ **Caractéristiques cliniques**

La moitié (48,1%) des participants avaient une comorbidité dont le diabète et une cardiopathie/hypertension artérielle (HTA) avec des proportions respectives de 22,8% et de 25,3%. L'association dysfonction thyroïdienne plus diabète et dysfonction thyroïdienne plus maladies cardiovasculaires est décrite. Chez un même patient, le diabète sucré et le dysfonctionnement de la thyroïde ont souvent tendance à coexister ; l'hypothyroïdie et l'hyperthyroïdie sont plus fréquentes chez les patients diabétiques de type 2 [18]. Des auteurs sénégalais [19] s'intéressant aux aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie de Basedow rapportent que la principale complication était à type de cardiomyopathie retrouvée chez 11,1% des patients dans leur étude. Le lien entre diabète et maladie thyroïdienne réside autour de l'hyperinsulinisme. L'excès chronique d'insuline révèle l'effet mitogène de l'insuline et induit une hyperplasie des thyrocytes en stimulant la division cellulaire et prolonge la survie cellulaire en induisant des effets anti-apoptotiques [20]. Dans notre cas, il peut s'agir des maladies préexistantes d'une part lorsque c'est le cas des anomalies thyroïdiennes d'ordre anatomique se caractérisant par des nodules ou goitres non fonctionnels. De l'autre part le diabète et l'HTA pourraient être des complications de la pathologie thyroïdienne sous-jacente ; c'est notamment le cas de l'hyperthyroïdie quel que soit la forme étiologique. Ce dernier cas de figure s'explique par le rôle physiologique des hormones thyroïdiennes ; elles agissent sur le cœur et le système circulatoire par majoration de l'effet inotrope myocardique, du rythme cardiaque et une vasodilatation périphérique entraînant une augmentation du débit cardiaque [21].

Parlant du diagnostic positif pour lequel nos patients sont suivis, nous avons observé trois variétés. Ce sont les goitres/nodules simples (22,78%), l'hypothyroïdie (16,46%) et l'hyperthyroïdie (60,76%) qui est de loin la maladie thyroïdienne la plus rencontrée dans notre étude. Cette observation qui corrobore avec les études antérieures portant sur la thyroïde en Guinée [14] [22], est une évidence à partir de laquelle nous soulignons que l'hyperthyroïdie est la forme clinique de dysthyroïdie assez couramment diagnostiquée dans nos structures de soins à travers le pays. Quant aux goitres et nodules non fonctionnels, ils sont découverts

fortuitement et représentent 27,9% de notre population d'étude. Ceci sous-entend que d'autres cas de goitres et nodules non diagnostiqués existent. Cet état de fait serait favorisé par le fait que les patients soient asymptomatiques, en effet ils s'ignorent et soient peu préoccupés par leur goitre et consultent moins. Faisant le lien entre carence en iode et dysfonction thyroïdiennes, regardant ainsi la prévalence de la carence iodée à l'échelle nationale qui est mesurée à 70% [17], une étude à large échelle pourraient montrer une proportion plus importante des cas de goitres et de nodules non fonctionnels en Guinée. Nos résultats sont différents de ceux d'une étude épidémiologique des maladies de la thyroïde qui rapporte que, les goitres constituent la plus fréquente des maladies de la thyroïde et leur prévalence atteignait 23 % des femmes adultes, 3 % des hommes [23].

#### ❖ **Parcours du patient avant le diagnostic de maladie thyroïdienne**

Les pathologies thyroïdiennes amènent tardivement les patients à consulter en Guinée. Dans nos observations, les sujets souffrant d'une telle affection font au minimum 9 mois avant d'avoir recourir à une structure de soins pour des fins de diagnostic. Notre étude montre que ce temps perdu avant le diagnostic est variable selon le type de dysthyroïdie. En moyenne, les porteurs de goitres/nodules simples, d'hyperthyroïdie et d'hypothyroïdie font 36 ; 16 et 9 mois respectivement avant de procéder à une première consultation médicale. Cette situation n'est pas un paradoxe en soit, car la pathogénèse d'un goitre multinodulaire englobe trois périodes suivantes. Période d'hyperplasie folliculaire diffuse, période de prolifération nodulaire focale et période d'acquisition de l'autonomie fonctionnelle. Au cours de la première et deuxième période, le goitre est plus ou moins visible et asymptomatique. Quand bien même, les taux de progression d'un goitre multinodulaire simple à un goitre multinodulaire toxique et le temps nécessaire à son développement ne sont pas connus avec précision ; une hyperthyroïdie de 9 à 10% se développèrent entre 7 à 12 ans [24]. Quel que soit l'anomalie de la fonction thyroïdienne, les patients traversent une phase asymptomatique puis subclinique, moments pendant lesquels seulement un examen de TSH ou d'imagerie peut détecter la maladie. Arrivé au stade évolué de la maladie, ce sont les signes qui amènent les patients à consulter, comme ce fut le cas dans cette étude. Exception faite pour les cas de découverte fortuite (27,9%), tous

les autres sujets ont eu leur consultation motivée soit par des signes de compression (6,3%), des signes d'hypothyroïdie (8,9%), des signes hyperthyroïdie (60,4%) et de goitre (36,7%). Ces signes sont aux premiers vus évocateurs d'anomalies structurelles ou fonctionnelles de la glande thyroïde. Notre constat est que ces maladies sont méconnues par les professionnels de santé des structures de premier et deuxième niveau.

Nous avons remarqué que les patients ont un parcours sinusoïdal avant de connaître le statut de leur fonction thyroïdienne. Avant d'arriver dans le service d'endocrinologie, ils consultent en premier recours aux centres hospitaliers universitaires de Conakry (31,7%). A ces endroits, les malades consultent en majorité (51,9%) aux services de médecine générale, de cardiologie (11,4%) et de chirurgie (15,2%). Peu de sujets consultent directement dans le service d'endocrinologie (17,7%). Nous totalisons entre 2 à 4 consultations effectuées par patient avant que sa maladie ne soit évoquée et 31,6% ont été hospitalisés. Les sujets étaient traités à tort et principalement pour paludisme (19,0%), HTA (13,1%), Salmonellose (13,1%) et Diabète (8,3%). Partant de la première consultation au diagnostic, les malades trainent pour avoir accès au diagnostic. Les hyperthyroïdiens et hypothyroïdiens font un temps relativement court 5,4 ; 6,4 mois avant que le diagnostic ne soit posé. Tandis que les cas de goitres/nodules simples font deux fois plus ce temps de parcours (13,7 mois) avant que le diagnostic ne soit porté avec certitude.

Cette errance médicale et retard diagnostique trouve son explication dans la littérature. Les symptômes d'hypersécrétion ou d'hyposécrétion d'hormones thyroïdiennes dont les effets sont ressentis à plusieurs organes, appareils et systèmes de l'organisme [7]–[10]. Ainsi, une proportion de 31,0% des sujets ne se rappellent pas des diagnostics ayant entraîné des soins et d'hospitalisation antérieurs au diagnostic de leur maladie thyroïdienne. Ils sont suivis depuis un temps relativement long pendant lesquels une perte de mémoire peut survenir. Il est intéressant de remarquer que, dans leurs parcours à la recherche de soins, 1 sujet sur 3 de ces patients a fait recours à la tradithérapie. Ce type de recours est beaucoup plus accentué chez les cas hyperthyroïdiens soit 35,4% de ces malades comparés à l'hypothyroïdie et au goitre simple. Cette observation est différente des estimations de l'Organisation mondiale de la santé

qui note 80 % de recours à la médecine traditionnelle chez la population Ouest Africaine. Par contre, notre résultat corrobore aux données d'une recherche sur l'Afrique de l'Ouest en matière de l'usage de la médecine traditionnelle. Cette étude rapporte que la médecine traditionnelle a été utilisée comme premier recours aux soins par 25 % à 50 % des populations de leur étude [25]. D'autres auteurs traitant le sujet des tradipraticiens en Afrique francophone justifient cette légitimité culturelle et sociale par l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels et le faible pouvoir d'achat des population [26].

Les mécanismes de contact entre les patients et le service d'endocrinologie sont dominés par le référencement par les agents de santé (73,4%) et l'orientation par les patients (15,3%) déjà souffrant de dysthyroïdie. Cela serait le reflet de collaboration multidisciplinaire entre collègues travaillant aux centres hospitaliers universitaires. Ces structures sont vraisemblablement le premier recours des patients de notre étude. D'autres mécanismes et canaux de contact avec le service existent pour des proportions globalement faibles (moins de 4%). Ces mécanismes et canaux sont essentiellement la radio/télévision, l'orientation par un collègue et être venu soit même.

Nos enquêtes montrent qu'avant que ces patients n'arrivent dans le service d'endocrinologie, la TSH (69,7%), l'échographie cervicale (43,0%) et l'ECG (11,4%) sont les examens les plus demandés par les professionnels référant ces patients. Ces deux premiers examens sont réalisés en première intention pour le diagnostic positif, l'appréciation de l'échostructure et le volume de la glande thyroïde, son expansion au voisinage ainsi que sa tendance compressive. Quant à l'ECG, il est pratiqué chez l'ensemble des sujets référés à partir du service de cardiologie. Ces maladies seraient suivies là pour une HTA/cardiopathie et cet examen de routine est l'un des moyens de diagnostic de ce service. En seconde intention l'étiologie auto-immune est recherchée par le dosage des auto-anticorps thyroïdiens (3,8%), les caractères bénin ou malin ont également été évalués par l'examen anatomopathologique du matériel de cytoponction de la glande thyroïde (2,5%). Les patients vus avec un bilan d'auto-immunité thyroïdienne au premier contact de leur médecin de suivi actuel sont des cas diagnostiqués hors pays où la capacité diagnostique est mieux améliorée que la Guinée. C'est précisément en Europe d'où

ils sont orientés à prendre attache au service d'endocrinologie dès leur retour au bercail pour un suivi éventuel.

### ❖ Aspects thérapeutiques post diagnostic de maladie thyroïdienne

L'analyse de nos données montre que les derniers examens réalisés par les patients comparativement à ceux effectués avant le diagnostic ont varié peu. Le nombre de cas d'anatomie pathologie, d'ECG et d'échographie cervicale réalisés sont restés pratiquement intacts par rapport aux cas avant le diagnostic. Pour ce qui est du dosage hormonal thyroïdien, il est le seul bilan répété pour 91,1% contre 69,7% de nos patients avant le diagnostic. Alors que la mesure des taux d'hormone thyroïdiennes évaluant la fonction de la glande thyroïde est le principal marqueur de succès thérapeutique des patients soumis aux antithyroïdiens de synthèse ou à la substitution par lévothyroxine. Une étude épidémiologique des maladies thyroïdiennes en Afrique noire montre que l'étendue de ces pathologies est sous optimale en raison du sous-diagnostic [27].

Au-delà du diagnostic positif de la maladie, le travail du médecin spécialiste consiste à rechercher l'étiologie, dépister les complications précoces afin de justifier le traitement et établir un calendrier prévisionnel de soins. Dans notre étude, 27,9% des sujets n'ont pas eu accès au diagnostic étiologique. Dans ces conditions, le médecin pourrait avoir du mal à se prononcer sur l'évolution et le pronostic et les malades seraient moins édifiés par rapport à leur maladie. La pauvreté du bilan paraclinique post diagnostic positif de nos patients témoigne que pour les cas où l'étiologie est établie, la stratégie serait basée sur l'anamnèse et le contexte clinique évocateur. L'illustration parfaite de cette approche peut être bien comprise à travers la description des cas de maladies de Basedow, de la Thyroïdite de Hashimoto et de l'hypothyroïdie iatrogène disponibles dans la littérature [24], [28], [29]. Ainsi, nous avons observé dans nos résultats 22,8% de cas de maladie de Basedow affirmés contre seulement 3,8% de dosage des auto-anticorps thyroïdiens effectué. Les données de certaines recherches montrent qu'en Afrique les profils d'anticorps des cas de suspects d'auto immunité thyroïdienne ne sont pas connues [27]. La suite de notre analyse montre 10,13% de cas

d'hypothyroïdie iatrogénie notifiés comparé à 8,9% cas de chirurgie thyroïdienne et une proportion de 15,2% des consultations effectuées en chirurgie avant le contact avec le service d'endocrinologie. La démarche diagnostique globale qui a abouti à ces étiologies est basée sur des arguments épidémiologiques et cliniques. Concernant les étiologies de goitre multinodulaire toxique (22,8%) et le goitre simple (8,8%), les arguments échographiques seraient en leur faveur.

Nos patients sont suivis pendant de longues durées allant de quelques mois à plusieurs années. En se basant sur la durée moyenne de suivi, on constate que les plus anciens patients sont ceux traités pour goitre multinodulaire toxique (26,7 mois) suivi des cas de maladie de Basedow (18,9 mois). Les goitres/nodules simples, la thyroïdite de Hashimoto et les nodules toxiques sont sous soins et surveillance médicale pendant 18,2 mois. Pour le cas spécifique des goitres, leur évolution imprévisible jusqu'à l'acquisition ou non d'une autonomie fonctionnelle et les récurrences pouvant survenir après une période de rémission peut expliquer cette longue durée de suivi. La maladie Basedow quant à elle, son délai de suivi dans notre étude est compris dans l'intervalle de temps 12 à 24 mois de suivi rapporté par une étude menée au Sénégal portant sur la même maladie [28].

Sur le continent Africain, le traitement pharmacologique et chirurgical sont les plus utilisés pour la prise en charge des troubles thyroïdiens [25]. Dans notre étude, les options thérapeutiques exploitées chez nos patients sont la surveillance paraclinique seule, la chirurgie thyroïdienne, les médicaments modulateurs de la fonction thyroïdienne et d'autres traitement adjuvant comme les vitamines et les antianémiques. Parmi les sujets sous traitement médicamenteux, 65,8% s'approvisionnent aux officines privées contre 7,6% aux officines publiques de la place et 5,1% par importation à partir de l'extérieur du pays. A partir de nos observations, nous avons déduit que nos patients pauvres qu'il soient, or 40,0% sont sans activité génératrice de revenu seraient exposés à des ruptures de traitement dues à leur faible pouvoir d'achat et le cout élevé des médicaments en officine privé. Notre période d'enquête coïncident au moment des réformes engagées en Guinée dans le secteur pharmaceutique qui vise à réduire le nombre de grossistes importateurs de médicaments. Ainsi, la chirurgie

thyroïdienne et les médicaments modulateurs de la fonction thyroïdienne ne sont pas pris en charge dans le cadre de la gratuité dans notre pays à l'image de la césarienne et d'autres maladies transmissibles [30]. Cet ensemble d'éléments sont des facteurs de l'élévation des couts du traitement et des médicaments dans les officines privées.

Les patients recrutés étaient majoritairement suivis par un endocrinologue 92,4%. Lorsqu'on compare cette proportion à celle des patients thyroïdiens ayant consulté initialement au service d'endocrinologie (17,7%), on s'en rend compte que ces malades sont des cas référés à partir d'autres services ou des soins primaires. Une étude sur les problèmes de prise en charge de la thyrotoxicose en Afrique noire souligne la nécessité de l'intervention de plusieurs spécialistes et une collaboration efficace des patients [31]. Cette attitude permettrait d'optimiser l'offre de soins.

Sept virgule six pourcent des cas de récurrence sont rapportés par les participants de cette étude. Dans la littérature, des taux de récurrence à 50% après traitement médical par antithyroïdiens de synthèse et de 20 à 30 % de la thyroïdite de De Quervain sont rapportés [28], [29]. Des facteurs génétiques sont incriminés, une corrélation entre le taux de récurrence de la thyroïdite de De Quervain chez les patients porteur de HLA-B\*18:01 plus HLA-B\*35 est démontrée [29]. D'autant plus que l'étiologie n'est pas établie pour 4,5% de nos patients, pour autant la prédiction de la suite thérapeutique et l'évaluation du risque de récurrence de ces sujets serait difficile. Des cas de rechutes pourraient survenir donc après rémission complète.

Aux dernières nouvelles, les patients étaient à des états cliniques différents. Ils sont non contrôlés (25,3%), en rémission sous traitement (40,5%) et en rémission complète (15,2%).

### ❖ Répercussions et conséquences de la maladie thyroïdienne

Au sein de notre population d'étude, les répercussions et conséquences des troubles thyroïdiens sont d'ordre conjugal, social et économique. Du fait de leur maladie, 2,5% ont divorcé, 13,9% ont vécu une rupture des relations sociales et 11,4% ont perdu leur emploi ou activité génératrice de revenu. Une étude portant sur la thyrotoxicose a rapporté des difficultés

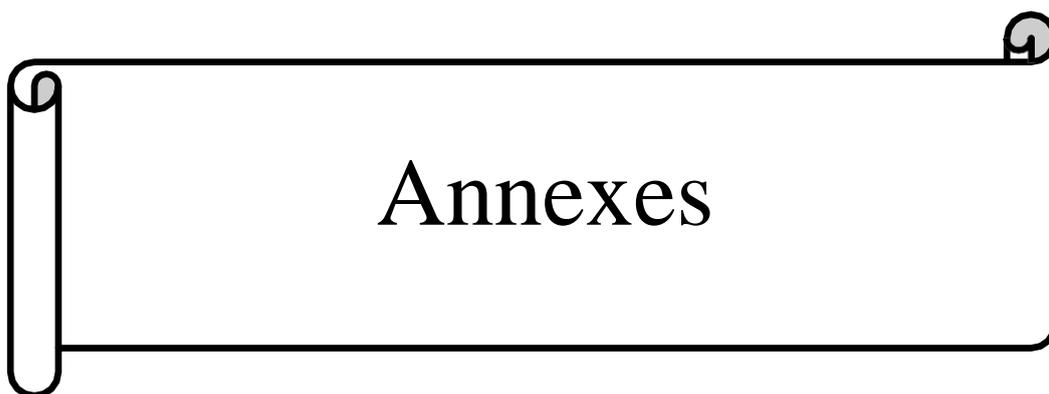
similaires sur le plan financières et économiques ; ces auteurs soulignent que ce sont des difficultés non spécifiques à la maladie [31]. Cette hypothèse semble se confirmer même dans notre cas, or nos patients habitent sous tutelle (20,3%) et en location (24,1%) et sans activité génératrice de revenu (40,5%). Cet état d'extrême précarité de nos sujets est corrélé à l'état de pauvreté de notre pays. De l'autre côté, le caractère clinique de la maladie de basedow dont l'exophtalmie et le goitre est défigurant, si à cela s'ajoutent les difficultés de prise en charge intégrant la contraception pour de longue durée sans occulter les couts de soins, la maladie peut être embarrassante pour les ménages au point d'entraîner de divorce.

## **Conclusion**

Les troubles thyroïdiens affectent différents appareils et/ou systèmes rendant le tableau clinique plus complexe voir un retard du diagnostic et de traitement. Ces derniers aspects étant alors multidimensionnels, pourraient être précédés d'un itinéraire patient très particulier pour le diagnostic et la prise en charge des cas de pathologies de la glande thyroïde.

Les patients de cette étude sont semblables aux autres études réalisées en Guinée sur la thyroïde. En 6 mois nous avons collecté et analysé des données ayant permis de comprendre que les pathologies thyroïdiennes sont peu connues par les professionnels de soins de premier et deuxième niveau. Les patients ont un parcours sinusoïdal et consultent plusieurs fois avant que le diagnostic ne soit posé tardivement. Ils ont fait usage de la tradithérapie et ont à plusieurs reprises été hospitalisés et traités pour des diagnostics parfois erronés. Le bilan paraclinique est pauvre et les médicaments s'acquièrent en officine privé pour l'essentiel.

Les répercussions et conséquences des troubles thyroïdiens rapportées par les patients de cette étude sont d'ordre conjugal, social et économique.



Annexes

## Annexes

### Fiche d'enquête

Mettre les réponses dans les espaces vides correspondants et cocher la ou les réponses correspondantes

N° fiche : \_\_\_\_\_/ N° du Dossier : \_\_\_\_\_/ Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022 . Lieu de recrutement : \_\_\_\_\_

1. Nom et Prénoms : \_\_\_\_\_; Téléphone : \_\_\_\_\_; Téléphone personne contacte \_\_\_\_\_
2. Age : \_\_\_\_\_ans ; 3. Sexe : Masculin /\_/; Féminin /\_/
4. Profession : Marchand(e) /\_/; Ménagère /\_/; Cultivateur (trice) /\_/; Enseignante /\_/; Diplômé /\_/; Autres : \_\_\_\_\_
5. Résidence habituelle : Rurale /\_/; Urbaine /\_/;
6. Commune (si Conakry) : Kaloum /\_/; Dixinn /\_/; Matam /\_/; Ratoma /\_/; Matoto /\_/; Dubréka /\_/; Coyah /\_/; Intérieur pays /\_/
7. Niveau d'instruction : Non scolarisé /\_/; Primaire /\_/; Secondaire /\_/; Supérieur /\_/
8. Situation matrimoniale : Marié(e) /\_/; Non marié(e) /\_/ 9. Situation du logement : Vit en location /\_/; Vit chez soi /\_/; Vit chez un tuteur (parents, amis, voisins) /\_/; .....
10. Activités génératrices de revenu : Salarié /\_/; Exerce un métier /\_/; Entrepreneur /\_/; Marchand (e) /\_/; Aucune /\_/
11. Comorbidités : Aucune /\_/; Diabète /\_/; HTA /\_/; Autres \_\_\_\_\_

12. Quels sont les signes qui vous avaient emmené à consulter pour la 1 <sup>ère</sup> fois de l'histoire de votre maladie avant le diagnostic de votre maladie de thyroïde ?	Hypersudation ; Asthénie physique ; Fièvre ; Céphalée ; Amaigrissement ; Palpitation ; Goitre ; Infertilité ; Avortement ; Dysphagie ; Protrusion oculaire ; prise de poids ; .....
13. Vous aviez fait combien de temps avec vos symptômes avant la première consultation ?	.....
14. Quels sont les lieux ou structures que vous avez consultés avant le diagnostic de votre maladie ?	Tradithérapie ; Extérieur du pays .....
15. Quel professionnel de santé que vous avez vu en premier recours ?	Médecin généraliste ; Infirmier ; ATS ; .....
16. Vous avez consulté combien de fois avant qu'on n'évoque votre maladie de thyroïde ?	..... fois
17. Quels service(s) que vous avez consultés avant le diagnostic de votre maladie de thyroïde ?	Chirurgie ; ORL ; Pneumo ; Médecine ; Gynécologie ; Indigénat ; Soins primaires ; Ne sait pas ; .....
18. Vous avez été hospitalisé combien de fois avant le diagnostic de votre maladie de thyroïde ?	.....fois
19. Combien de fois vous avez fait recours à la tradithérapie	.....fois
20. Quel (s) diagnostic (s) ont été évoqué/traité (s) avant le contact votre service de suivi actuel ?	Paludisme ; Salmonellose; Tuberculose ; Diabète ; HTA ; .....
21. Quel (s) examens spécifiques de la thyroïde demandés par le professionnel de santé qui a référé le patient avant d'être vu et diagnostiqué dans le service de suivi actuel ?	TSH ; T4L/T3 ; Echographie cervicale ; TDM cervicale ; Ac anti TPO ; Ac anti Tg ; Ac anti TRAK ; Cytoponction et Anapath ; CRP ; VS ; .....
22. Il y a y eu combien de temps depuis que vous êtes suivi dans ce service ?	.....
23. Comment vous avez été en contact avec le service actuel de suivi de votre maladie de thyroïde ?	Référé par un professionnel ; Radio/Télévision ; Orienté par un malade ; .....
24. Quel est le délai entre la première consultation et le diagnostic actuel de maladie thyroïdienne ?	.....
25. Quel diagnostic Positif de maladie thyroïdienne retenu et suivi dans le service actuel de traitement ?	Hyperthyroïdie ; Hypothyroïdie ; Goitre/nodules ; Cancers ; .....
26. Y a-t-il eu de confirmation para clinique de l'étiologique de votre maladie thyroïdienne retenue ?	Oui ; Non
27. Quel diagnostic étiologique de maladie thyroïdienne retenue et suivi pour lequel vous êtes suivi ?	Maladie de Basedow ; Thyroïdite de Hashimoto ; Thyroïdite de De Quervain ; Nodule toxique ; GMNT ; Cancer ; Goitre simple ; .....
28. Veuillez me montrer votre dernier bilan réalisé	TSH ; T4L/T3L ; TDM cervicale ; ECG ; Radio pulmonaire ; cytoponction et anapath ; .....
29. Quel est le traitement actuel que vous avez pour votre maladie de thyroïde ?	ATS ; Lévothyroxine ; Corticoïde ; Béta bloquant ; Chirurgie ; Surveillance seule ; Iode radioactif ; .....
30. Quels sont les lieux où vous vous approvisionnez en médicaments ?	Officine publique ; Officine privée ; Marché non agréé ; Approvisionnement à l'étranger ; Non applicable ; ...
31. Quel médecin qui vous suit actuellement ?	Endocrino, Cardio, Chirurgie, ORL, Gynéco ; Interne ; Généraliste ; .....
32. Quel est votre état actuel ?	Rémission complète, Rémission sous traitement ; Non contrôlé ; .....
33. Notion de récurrence	Oui ; Non
34. Quelles répercussions/conséquences avez-vous eu suite à votre Maladie ?	Rupture des relations sociales ; Divorce ; Perte d'emploi ; .....
35. Quelle (s) difficultés liées au diagnostic et au traitement de votre maladie de thyroïde que vous avez rencontrées ?	- <b>Diagnostic</b> : Problème d'orientation ; coût élevé des consultations/traitements - <b>Thérapeutique</b> : Faible disponibilité des médicaments dans les pharmacies locales ; faible capacité du patient à réaliser le bilan de suivi ; impossibilité de réaliser certains examens de suivi en Guinée ; .....

## Références

- [1] R. Session, “(<https://www.academie-medecine.fr/?>,” pp. 1–14, 2022.
- [2] I. S. Une, “Maladies rares et errance médicale Pour aider les personnes en errance médicale :,” pp. 1–2, 2022.
- [3] A. H. T, S. Pavan, C. Vicard, T. Heuyer, S. Pavan, and C. Vicard, “La santé et le parcours de vie des patients atteints de maladies rares : résultats du baromètre français 2015,” pp. 1–10, 2022.
- [4] B. Ersoy, K. Y. Seniha, D. Kızılay, M. Yılmaz, and Ş. Coşkun, “Diagnostic difficulties by the unusual presentations in children and adolescents with hashimoto thyroiditis,” *Ann. Pediatr. Endocrinol. Metab.*, vol. 21, no. 3, pp. 164–168, 2016, doi: 10.6065/apem.2016.21.3.164.
- [5] Société Française de Médecine Générale, “Le Dictionnaire des Résultats de consultation,” pp. 1–48, 2017.
- [6] 127-133. Arciniegas Paspuel, O. G., Álvarez Hernández, S. R., Castro Morales, L. G., & Maldonado Gudiño, C. W. (2021). Intelligencia emocional en estudiantes de la Universidad Autónoma de Los Andes. *Revista Conrado*, 17(78), “Gérer l’incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d’outils d’aide à la gestion de l’incertitude diagnostique. Directeurs,” p. 6, 2021.
- [7] D. Hermann and W. Hower, “Tester l’association entre le dysfonctionnement thyroïdien et le groupe de diagnostic psychiatrique dans une zone carencée en iode Résumé,” vol. 29, no. 6, pp. 444–449, 2021.
- [8] D. Nsame, “Try out PMC Labs and tell us what you think . Learn More . Maltraitance scolaire et maladie de Basedow : à propos d’un cas Résumé Patient et observation,” pp. 15–18, 2021.
- [9] R. F. Duyff, J. Van Den Bosch, D. M. Laman, B. J. Potter Van Loon, and W. H. J. P. Linssen, “Neuromuscular findings in thyroid dysfunction: A prospective clinical and electrodiagnostic study,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 68, no. 6, pp. 750–755, 2000, doi: 10.1136/jnnp.68.6.750.
- [10] S. Malik and P. R. Cohen, “Viligo-Associated Autoimmune Disorders: A Woman With Viligo and Incipient Hypothyroidism,” *Cureus*, pp. 1–9, 2021, doi: 10.7759/cureus.19164.
- [11] D. M. Besson and Dr Patrick Mever, “Hypothyroïdie en médecine de premier recours,” *Rev. Med. Suisse*, vol. 2306, no. 6, 2010.
- [12] B. Nickel, J. P. Brito, and R. Moynihan, “Expériences des patients concernant le diagnostic et la prise en charge du microcarcinome papillaire de la thyroïde : une étude,” pp. 1–40, 2021.
- [13] “Le bilan biologique thyroïdien”.
- [14] A. Kaké, “Maladie thyroïdienne au CHU de Conakry , Guinée,” pp. 1–11, 2022.
- [15] O. De, L. A. Societe, and A. D. E. Medecine, “LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE ISSN : 2337-2516 Articles originaux,” vol. 6, 2019.
- [16] I. Relations, “Les femmes et les maladies thyroïdiennes L’hyperthyroïdisme chez la femme,” pp. 1–11, 2022.

- [17] “X6958F04 @ www.fao.org.” [Online]. Available: <https://www.fao.org/3/x6958f/X6958F04.htm>
- [18] S. Kalra and S. Aggarwal, “Dysfonction thyroïdienne et diabète sucré de type 2 : stratégies de dépistage et implications pour la prise en charge,” vol. 10, no. 6, pp. 2035–2044, 2022.
- [19] N. Diagne *et al.*, “Epidemiological, clinical, therapeutic and evolutive aspects of Basedow-Graves disease in the Department of Internal Medicine at CHU Aristide Le Dantec, Dakar (Senegal),” *Pan Afr. Med. J.*, vol. 25, p. 6, 2016, doi: 10.11604/pamj.2016.25.6.7868.
- [20] I. Yildirim Simsir, S. Cetinkalp, and T. Kabalak, “Review of Factors Contributing to Nodular Goiter and Thyroid Carcinoma,” *Medical Principles and Practice*, vol. 29, no. 1, pp. 1–5, 2020. doi: 10.1159/000503575.
- [21] A. Imprimer, “Troubles cardiovasculaires d ’ origine thyroïdienne Résumé,” pp. 1–2, 2022.
- [22] “Goitre\_aspects\_epidemiologique\_clinique.pdf.”
- [23] J.-L. Wémeau, “Épidémiologie Des Maladies De La Thyroïde,” *Les Mal. la Thyroïde*, pp. 70–75, 2022, doi: 10.1016/b978-2-294-77583-3.00007-1.
- [24] M. T. Unlu, “Goitre multinodulaire non toxique : de l ’ étiopathogénie au traitement,” vol. 56, no. 1, pp. 21–40, 2022, doi: 10.14744/SEMB.2022.56514.
- [25] M. D. Mariam, O. N. Djeneba, D. Mireille, and E. Koumavi, “La Mesure De L ’ Usage De La Médecine Traditionnelle En Afrique De L ’ Ouest,” pp. 42–56, 2018.
- [26] Patrick Juvet Lowé Gnintedem, “Le tradipraticien, acteur marginalisé de la santé publique en Afrique francophone,” pp. 6–9, 2018, [Online]. Available: [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/12/06/le-tradipraticien-acteur-marginalise-de-la-sante-publique-en-afrique-francophone\\_5393535\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/12/06/le-tradipraticien-acteur-marginalise-de-la-sante-publique-en-afrique-francophone_5393535_3212.html)
- [27] A. O. Ogbera and S. F. Kuku, “Épidémiologie des maladies thyroïdiennes en Afrique,” vol. 15, no. Suppl 2, pp. 10–11, 2022.
- [28] “Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en Médecine Interne au CHU Ledantec Dakar (Sénégal) - PMC.pdf.”
- [29] M. Stasiak, “Le risque de récurrence de la thyroïdite subaiguë dépend du HLA,” vol. 20, no. 5, pp. 1–13, 2022.
- [30] M. De, L. A. Sante, P. De, R. Du, and S. De Sante, “REPUBLIQUE DE GUINEE ===== Travail-Justice-Solidarité =====,” pp. 1–4, 2015.
- [31] “[ Problèmes de prise en charge de la thyrotoxicose en Afrique noire : l ’ expérience togolaise ],” vol. 62, no. 6, p. 11845026, 2022.

## Résumé

**Introduction :** Les pathologies thyroïdiennes sont soit à l'origine soit une conséquence de certaines pathologies avec lesquelles elles interagissent se manifestant par une clinique polymorphe et aspécifique. Elles affectent différents appareils et/ou systèmes rendant le tableau clinique plus complexe voir un retard du diagnostic et de traitement. Ces derniers aspects étant alors multidimensionnels, pourraient être précédés d'un itinéraire patient très particulier pour le diagnostic et la prise en charge des cas de pathologies de la glande thyroïde.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif dont les données ont été collectées du 01 Mai au 30 Octobre 2022. Elle avait porté sur les patients suivis pour maladies thyroïdiennes au CHU de Conakry. Les objectifs étaient de décrire le parcours du patient avant le diagnostic et les aspects thérapeutiques

**Résultats :** Les sujets étaient 86,1% des femmes avec un âge moyen  $43,7 \pm 28$  ans. Sur l'effectif, 67,85% avait une comorbidité dont le diabète et/ou l'HTA/cardiopathie. Ils sont suivis pour goitres/nodules simples (22,78%), hypothyroïdie (16,46%) et hyperthyroïdie (60,76%). Ils font au minimum 9 mois avant d'avoir recourir à une structure de soins. Les services de médecine générale des CHU de Conakry sont le premier recours (51,9%) de ces sujets. Ils consultent 2 à 4 fois avant que le diagnostic ne soit évoqué. Les hyperthyroïdiens, les hypothyroïdiens et les goitres/nodules simples font 5,4 ; 6,4 et 13,7 mois respectivement avant que le diagnostic ne soit posé. Ont été hospitalisés 31,6%, et traités principalement pour paludisme (19,0%), HTA (13,1%), Salmonellose (13,1%) et Diabète (8,3%). Un tiers des patients a fait recours à la tradithérapie avant d'être en contact avec le service d'endocrinologie par référencement (73,4%). Au moment de notre enquête, les patients étaient 25,3% non contrôlés, 40,5% en rémission sous traitement et 15,2% en rémission complète.

**Conclusion :** Cette étude a permis de montrer un parcours pré diagnostique et aspects thérapeutiques particuliers concernant les patients suivis pour pathologies thyroïdiennes en Guinée.