



# Complications de l'hyperthyroïdie de l'adulte au CHU Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso

## Complications of hyperthyroidism in adults at the Sourô SANOU University Hospital in Bobo-Dioulasso

Yempabou Sagna<sup>1,2</sup>, Aude Prisca Nateg-Wendé Parkouda<sup>2</sup>, Kiswendsida Ella Manuella Saloukou<sup>3</sup>, Wend Pagnangde Abraham Hermann Bagbila<sup>1,2</sup>, Pierre Raogo Kaboré<sup>4</sup>, Lassina Séré<sup>5</sup>, Carole Gilberte Kyelem<sup>1,2</sup>, Macaire Sanpawendé Ouedraogo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Nazi BONI, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. <sup>2</sup> Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. <sup>3</sup> Centre Hospitalier Régional de Koudougou, Burkina Faso. <sup>4</sup> Hôpital de District de Pissy, Ouagadougou, Burkina Faso. <sup>5</sup> CHU de Tengandogo, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

### RÉSUMÉ

**Introduction :** L'hyperthyroïdie est une pathologie fréquente en endocrinologie. Ses complications sont fréquentes et souvent graves. Au Burkina Faso, la prise en charge se heurte à des problèmes de disponibilité de spécialistes et d'examens paracliniques. Déterminer les aspects diagnostiques et thérapeutiques des complications de l'hyperthyroïdie de l'adulte au CHU Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso. **Patients et méthode :** Étude rétrospective descriptive incluant les patients adultes porteurs d'une hyperthyroïdie compliquée ayant nécessité une hospitalisation du 01/08/2020 au 01/08/2022. **Résultats :** Seize patients (âge moyen  $45,7 \pm 10,62$  ans ; sex-ratio H/F 0,23) ont été inclus. La maladie de Basedow et le goitre multinodulaire toxique étaient suspectés chez 25 % et 31,25 % des patients respectivement. Les complications étaient : cardiomyopathie (56,25 %), crise aiguë thyrotoxique (25 %), paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique, thrombose veineuse cérébrale et déshydratation sévère (6,25 % chacune). Tous ont reçu un traitement médical par antithyroïdiens de synthèse associé au traitement spécifique de chaque complication. L'évolution a été favorable chez 13 patients (81,25 %) ; 3 patients (18,75 %) sont décédés. **Conclusion :** La cardiomyopathie et la crise aiguë thyrotoxique étaient les principales complications. La formation des urgentistes pourrait améliorer la prise en charge. **Mots-clés :** hyperthyroïdie compliquée, cardiomyopathie, crise aiguë thyrotoxique, paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique, Bobo-Dioulasso

### ABSTRACT

**Introduction:** Hyperthyroidism is a common condition in endocrinology. Its complications are frequent and often severe. In Burkina Faso, management is hampered by limited availability of specialists and laboratory tests. To determine the diagnostic and therapeutic aspects of complicated hyperthyroidism in adults at the Sourô SANOU University Hospital in Bobo-Dioulasso. **Patients and method:** A retrospective descriptive study including adult patients with complicated hyperthyroidism requiring hospitalization from 1 August 2020 to 1 August 2022. **Results:** Sixteen patients (mean age  $45.7 \pm 10.62$  years; male-to-female ratio 0.23) were included. Graves' disease and toxic multinodular goiter were suspected in 25% and 31.25% of patients, respectively. Complications were: cardiomyopathy (56.25%), acute thyrotoxic crisis (25%), thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis, cerebral venous thrombosis and severe dehydration (6.25% each). All patients received synthetic antithyroid drugs plus specific



Correspondence : Yempabou Sagna

Email: [my\\_sagna@yahoo.fr](mailto:my_sagna@yahoo.fr)

Received: 22 July 2026/ Accepted: 20 September 2026 / Published : 15 October 2026



treatment for each complication. Outcome was favorable in 13 patients (81.25%); 3 patients (18.75%) died during hospitalization. **Conclusion:** Cardiothyreosis and acute thyrotoxic crisis were the main complications. Training of emergency physicians could improve patient care. **Keywords :** complicated hyperthyroidism, cardiothyreosis, acute thyrotoxic crisis, thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis, Bobo-Dioulasso

## 1. Introduction

L'hyperthyroïdie désigne l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde qui se traduit généralement par l'élévation durable des hormones thyroïdiennes libres plasmatiques [1]. En Afrique subsaharienne, la prévalence globale de l'hyperthyroïdie reste inconnue. Néanmoins certaines données hospitalières sur l'hyperthyroïdie sont rapportées à des fréquences variables d'un pays à un autre [2–5]. On distingue trois grandes classes d'urgences thyroïdiennes : les urgences endocriniennes et systémiques (la cardiothyroïse, le coma myxoédémateux, la crise aiguë thyrotoxique, la paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique, l'ophtalmopathie basedowienne et la thyroïdite avec encéphalopathie de Hashimoto) ; les urgences mécaniques compressives ; et les complications graves des traitements thyroïdiens requérant une intervention urgente [6].

Parmi les hyperthyroïdies compliquées, la cardiothyroïse est la plus fréquente et la crise aiguë thyrotoxique la plus redoutable [1]. Au Burkina Faso comme dans la plupart des pays Sub-sahariens, la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hyperthyroïdie compliquée se heurte non seulement à des problèmes de disponibilité de spécialistes (endocrinologues, internistes, urgentistes), mais aussi de disponibilité et d'accessibilité de certains examens paracliniques ainsi que le coût élevé des médicaments pour la majorité des populations.

Il existe néanmoins peu d'études sur l'hyperthyroïdie compliquée, la plupart d'entre elles se focalisant uniquement sur l'une ou l'autre seulement des complications mais pas de l'ensemble. Cette étude avait donc pour but de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'hyperthyroïdie compliquée de l'adulte au CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso.

## 2. Patients et méthode

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive allant du 01 Août 2020 au 01 Août 2022 portant sur tous les patients âgés de 18 ans ou plus et hospitalisés dans les services de médecine interne, et de cardiologie du CHUSS de Bobo-Dioulasso une hyperthyroïdie confirmée sur un prélèvement sanguin: Thyroid Stimulating Hormone ultra-sensible ou TSHus basse, et des hormones thyroïdiennes libres (tétraiodothyronine libre ou T4L et/ou triiodothyronine libre ou T3L) normales ou élevées (Valeurs normales des laboratoires: TSHus 0,27-4,7

mUI/L, T4 libre 7,85-20,2pmol/L ou 0,7-1,5ng/dl, T3 libre 3,34-5,14 pmol/L ou 2,3-4,1 pg/ml). Les patients ont été inclus consécutivement. Le critère de jugement principal était l'hospitalisation pour une situation urgente liée à l'hyperthyroïdie et nécessitant une prise en charge immédiate [1].

Les critères diagnostiques des complications étaient les suivants :

- Cardiothyroïse : hyperthyroïdie associée au moins à l'une des atteintes cardiaques suivantes : insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne, troubles du rythme ou de la conduction.
- Crise aiguë thyrotoxique : hyperthyroïdie avec un score de Burch-Wartofsky  $\geq 45$
- Paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique : hyperthyroïdie avec apparition brutale d'une paralysie flasque dans un contexte d'hypokaliémie
- Déshydratation sévère : signes de choc hypovolémique, altération de la conscience, oligoanurie, insuffisance rénale aiguë.

N'ont pas été inclus les patients pour lesquels les éléments du dossier ne permettaient pas de conclure à une hyperthyroïdie ou à une complication et ceux qui étaient hospitalisés pour un motif n'ayant pas de lien avec l'hyperthyroïdie.

La collecte des données a été faite sur des fiches de collecte individuelle à partir des dossiers des malades. Le diagnostic porté sur les registres d'hospitalisation a servi de base pour identifier les patients hospitalisés pour une hyperthyroïdie. Les variables mesurées comportaient des renseignements sur l'identité du malade, ses antécédents, les données cliniques et paracliniques, le traitement, la durée d'hospitalisation, le service d'hospitalisation et l'évolution.

Les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi-info version 7 2.4.0. Les graphiques ont été construits par le logiciel Excel 2013. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne plus ou moins écart-type. Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion.

Nous avons obtenu l'autorisation de la direction de l'hôpital avant le début de la collecte. Toutes les données recueillies pendant la collecte ont été traitées de manière

confidentielle et n'ont été utilisées que pour notre étude uniquement. La grille STROBE, adaptée aux études observationnelles rétrospectives, a été utilisée.

### 3. Résultats

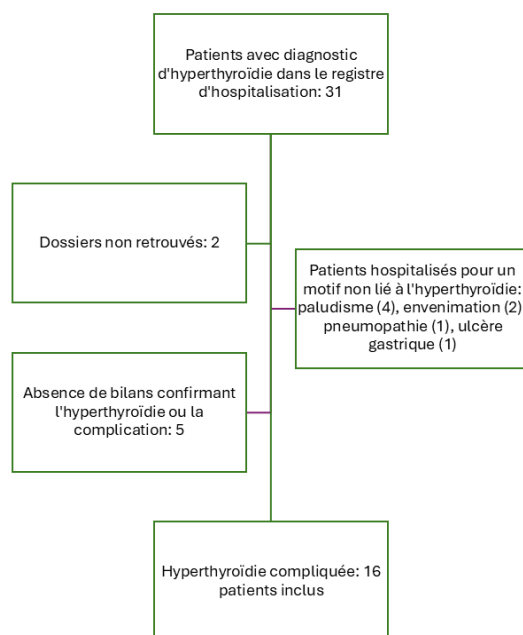
Du 01 Août 2020 au 01 Août 2022, 31 patients hospitalisés pour une hyperthyroïdie ont été recensés, parmi lesquels 21 cas (67,74%) d'hyperthyroïdie compliquée (Figure1).

Seulement 16 patients (07 en cardiologie et 09 en médecine interne) avaient un dossier clinique exploitable et ont constitué notre échantillon d'étude. Tous les

patients avaient transité par les urgences médicales. Il n'a pas été retrouvé de cas dans les autres services.

Ils avaient un âge moyen de  $45,7 \pm 10,62$  [26-64] ans pour un sex ratio H/F de 0,23. Treize patients (81,25%) avaient un niveau socioéconomique bas et 12 (75%) résidaient en zone urbaine. Le délai entre le début de la symptomatologie et la consultation aux urgences variait de 5 jours à plus de 4 mois.

Parmi les 16 patients, 15 (93,75%) avaient une T4L élevée, 10 (62,5%) une T3L élevée. Il y avait 1 cas d'hyperthyroïdie à T3L uniquement. La complication révélait l'hyperthyroïdie dans 13 cas (81,25%). Il y avait une hypertension artérielle connue chez 4 patients (25%) et un diabète de type 2 chez un patient (6,25%).



**Figure 1 : Diagramme d'inclusion des patients.**

Les signes généraux comprenaient entre autres la fièvre (68,75%), un amaigrissement majeur (87,5%) et une asthénie intense (62,5%). Sur le plan cardiovasculaire on retrouvait une tachycardie régulière dans 62,5% des cas, une tachyarythmie dans 25% des cas et une dyspnée stade III ou IV dans 68,75%. Parmi les signes digestifs on distinguait des douleurs abdominales et des vomissements respectivement chez 31,25% des patients pour chaque. Sur le plan neuromusculaire, il y avait de l'agitation ou une nervosité dans 18,75% des cas et un tremblement des extrémités dans 25% des cas. Le tableau I donne la répartition des signes cliniques observés. Un goitre ou des nodules thyroïdiens étaient retrouvés chez 14 patients (87,5%).

Sur le plan biologique l'hyperthyroïdie était confirmée chez tous les patients. Une anémie a été retrouvée chez 11 patients (68,75%) parmi lesquels 5 cas sévères ayant nécessité une transfusion sanguine. Les anomalies

biologiques non spécifiques de l'hyperthyroïdie sont regroupées dans le tableau II.

Les étiologies suspectées étaient le goitre multinodulaire toxique chez 5 patients (31,25%), la maladie de Basedow chez 4 patients (25%), le nodule toxique chez un patient (06,25%) et une thyroïdite chez un autre patient (06,25%). L'étiologie n'a pas été évoquée chez les 5 autres patients.

Nous avons retrouvé 4 groupes de complications de l'hyperthyroïdie. Le 1er groupe était la cardiomyopathie thyroïdienne diagnostiquée chez 9 patients (56,25%) toutes de sexe féminin et d'un âge moyen de 44 ans. Cette cardiomyopathie était à type d'arythmie complète par fibrillation atriale (4 patientes) et d'insuffisance cardiaque globale (5 patientes). La crise aiguë thyrotoxique constituait le 2ème groupe et a été retrouvée chez 4 patients (3 de sexe féminin) avec un âge moyen de 53 ans ayant un éréthisme cardiovasculaire non décompensé et des signes généraux importants. Le score moyen de

Burch-Wartofsky était de 52,5. Les autres complications étaient représentées par un cas de paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique chez un patient de 38 ans, un cas de thrombose veineuse cérébrale révélant une hyperthyroïdie dans un contexte d'HTA équilibrée et de diabète de type 2 non équilibré chez une patiente de 61 ans, et un cas de thyrotoxicose compliquée de déshydratation sévère chez un patient de 28 ans. Les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives

des cas d'hyperthyroïdie compliquée sont regroupées dans le tableau III.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical par antithyroïdiens de synthèse (thiamazole) associé au traitement spécifique de chaque complication. L'évolution clinique a été favorable chez 13 patients (81,25 %) et 3 patients (18,75 %) sont décédés en cours d'hospitalisation.

**Tableau I : Répartition des signes cliniques d'hyperthyroïdie observés**

| Groupe de signes         | Type de signe              | Effectif (%) |
|--------------------------|----------------------------|--------------|
| <b>Généraux</b>          | Fièvre                     | 11 (68,75)   |
|                          | Amaigrissement majeur      | 14 (87,5)    |
|                          | Asthénie intense           | 10 (62,5)    |
|                          | Hypersudation/thermophobie | 8 (50)       |
|                          | Déshydratation sévère      | 3 (18,75)    |
|                          | Pâleur conjonctivale       | 8 (50)       |
| <b>Cardiovasculaires</b> | Tachycardie régulière      | 10 (62,5)    |
|                          | Tachyarythmie              | 4 (25)       |
|                          | Dyspnée stade III ou IV    | 11 (68,75)   |
|                          | Précordialgies angineuses  | 2 (12,5)     |
| <b>Neuromusculaires</b>  | Agitation/nervosité        | 3 (18,75)    |
|                          | Prostration                | 1 (6,25)     |
|                          | Algies diffuses            | 2 (12,5)     |
|                          | Tremblement des extrémités | 4 (25)       |
|                          | Signe du tabouret          | 2 (12,5)     |
|                          | Tétraparésie               | 1 (6,25)     |
| <b>Digestifs</b>         | Douleurs abdominales       | 5 (31,25)    |
|                          | Vomissements               | 5 (31,25)    |
|                          | Diarrhée                   | 1 (6,25)     |

**Tableau II : Répartition des anomalies biologiques non spécifiques de l'hyperthyroïdie**

| Paramètres                        | Effectif (%) |
|-----------------------------------|--------------|
| <b>Anémie</b>                     | 11 (68,75)   |
| <b>Leucopénie</b>                 | 2 (12,5)     |
| <b>Thrombopénie</b>               | 2 (12,5)     |
| <b>Hyperleucocytose</b>           | 2 (12,5)     |
| <b>Hypokaliémie</b>               | 3 (18,75)    |
| <b>Hyponatrémie</b>               | 1 (6,25)     |
| <b>Cytolyse hépatique modérée</b> | 5 (31,25)    |

**Tableau III : Caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des cas d'hyperthyroïdie compliquée**

| Complication                                                 | Effectif (%) | Résumé clinique                                                                                                                                                                                                                                                               | Traitement                                                              | Évolution                                 |
|--------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Cardiothyroèses</b>                                       | 9 (56,25)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexe F</li> <li>– Âge moyen 44 [26-64] ans</li> <li>– Antécédent d'HTA : 7 patients</li> <li>– Signes majeurs : dyspnée stade III ou IV, tachyarythmie</li> <li>– Diagnostic : électrocardiogramme, échographie cardiaque</li> </ul> | Bêta-bloquants, Digoxine, Molsidomine, Énoxaparine, Thiamazole, Oxygène | 1 décès (64 ans), 8 évolutions favorables |
| <b>Crise aiguë thyrotoxique</b>                              | 4 (25)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexe F (3), M (1)</li> <li>– Âge moyen 53 [45-61] ans</li> <li>– Signes majeurs : sueurs profuses, tachycardie, fièvre, asthénie</li> <li>– Diagnostic : orage clinique, score de Burch-Wartofsky</li> </ul>                         | Bêta-bloquants, Thiamazole, Prednisone, Paracétamol, Antibiotiques      | 1 décès, 3 évolutions favorables          |
| <b>Paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique</b>      | 1 (6,25)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexe M</li> <li>– Âge 38 ans</li> <li>– Signes majeurs : amaigrissement, palpitations, tremblements des extrémités</li> <li>– Diagnostic : hypokaliémie à 2,8 mmol/L</li> </ul>                                                      | Chlorure de potassium, Thiamazole                                       | Évolution favorable                       |
| <b>Thrombophlébite cérébrale révélant une hyperthyroïdie</b> | 1 (6,25)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexe F</li> <li>– Âge 61 ans</li> <li>– ATCD : HTA, diabète de type 2</li> <li>– Signes majeurs : céphalées intenses et vomissements post-prandiaux</li> <li>– Diagnostic : angioscanner cérébral</li> </ul>                         | Paracétamol, Énoxaparine, Oxygénothérapie, Thiamazole                   | Décès                                     |
| <b>Thyrotoxicose compliquée de déshydratation sévère</b>     | 1 (6,25)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexe M</li> <li>– Âge 28 ans</li> <li>– Signes majeurs : amaigrissement, vomissements, diarrhée, déshydratation sévère</li> <li>– Diagnostic : clinique</li> </ul>                                                                   | Réhydratation, alimentation hypercalorique hyperprotidique, Thiamazole  | Évolution favorable                       |

ATCD : antécédent ; F : féminin ; HTA : hypertension artérielle ; M : masculin

## 4. Discussion

Notre étude a rencontré les aléas habituels des études rétrospectives sur dossier papier en Afrique (dossiers non retrouvés ou incomplets). Le caractère monocentrique et le mode de recrutement rétrospectif sous-estiment donc largement la fréquence réelle de l'hyperthyroïdie compliquée. La non prise en compte des données manquantes ainsi que l'absence de causalité directe pour certaines complications constituent des limites de notre étude. Néanmoins cette étude donne un aperçu global de cette pathologie, mettant en lumière sa réalité et la nécessité d'un état d'alerte des urgentistes qui sont souvent la porte d'entrée de ces patients.

Sur le plan général de l'hyperthyroïdie, les données sociodémographiques ne diffèrent pas de ce qui est rapporté dans d'autres études en Afrique et ailleurs : l'âge moyen autour de la quarantaine, la prédominance du sexe féminin et les étiologies dominées par la maladie de

Basedow et le goitre multinodulaire toxique [1–5,7]. La fréquence des principaux signes cliniques (généraux, cardiovasculaires, neuromusculaires et digestifs) que présentaient nos patients avec hyperthyroïdie compliquée ne diffère pas de ce qui est décrit pour la forme typique de l'hyperthyroïdie [1,8]. Par contre l'intensité de ces signes (que nous n'avons pas évalués) est l'élément qui devrait attirer le clinicien dans ce contexte d'urgences [1,6].

Les facteurs décrits comme prédictifs de l'hyperthyroïdie compliquée sont entre autres l'âge avancé et le retard à la consultation, le taux élevé des hormones thyroïdiennes et la présence d'une anémie [6,8].

La proportion élevée des formes compliquées dans notre étude est probablement en lien avec le biais de recrutement, les formes non compliquées étant habituellement suivies en ambulatoire et donc non hospitalisées. Parmi les urgences endocriniennes et systémiques de l'hyperthyroïdie, la cardiothyroèse est la plus fréquente [6,9] comme nous l'avons également

trouvé. Cette prédominance s'explique d'une part par le tropisme cardiaque des hormones thyroïdiennes, le taux très élevé de ces hormones et aussi par le retard diagnostique [10,11] de l'hyperthyroïdie comme c'est le cas en Afrique sub-saharienne [2,5,7,12] ou encore le sexe féminin [11]. Sur le plan clinique comme dans notre étude, cette cardiomyopathie se manifeste principalement par une insuffisance cardiaque et une fibrillation atriale [1,9,11,13–15]. L'évolution est en général favorable sous traitement précoce et bien conduit [10]. Néanmoins le décès peut survenir favorisé par l'âge avancé et la présence d'une pathologie cardiaque antérieure. C'est ainsi qu'il a été noté par exemple un taux de décès de 7,14% à Bobo-Dioulasso [9], 5% à Ouagadougou [14], 16% à Bamako [13], et 3,3% à Dakar [11].

La crise aiguë thyrotoxique est une thyrotoxicose sévère heureusement exceptionnelle mais engageant le pronostic vital [1,16]. En plus des antithyroïdiens de synthèse, le traitement inclut l'administration de bêtabloquants, de corticoïdes et l'utilisation d'iode [17]. La mortalité est élevée du fait de la défaillance multiviscérale [1] comme cela a été le cas chez 2 de nos 4 patients. De plus, la non-disponibilité de l'iode dans notre contexte limite la prise en charge. Un facteur déclenchant (non recherché chez nous) est souvent retrouvé ; chirurgie thyroïdienne non préparée, thyrotoxicose négligée, interruption du traitement antithyroïdien, infection intercurrente, traumatisme cervical, traitement par l'iode 131 [1].

La paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique est décrite principalement chez des hommes [1] comme ce fut notre cas. Elle est beaucoup plus décrite dans les populations asiatiques [18,19] mais quelques cas sont de plus en plus retrouvés en Afrique notamment au Sénégal [20]. Les épisodes sont déclenchés par l'exercice physique ou l'alimentation et s'accompagnent d'une hypokaliémie [1]. Les urgentistes devraient donc garder à l'idée qu'une paralysie des membres inférieurs d'installation brutale et d'allure périphérique peut être en rapport avec un trouble métabolique sévère et non avec une affection neurologique. Une hypokaliémie dans ce contexte devrait imposer le dosage de la TSHus [19].

L'hyperthyroïdie est responsable d'un état d'hypercoagulabilité pouvant expliquer la survenue de thromboses [21]. Elle constitue un facteur suspect devant la survenue de complications comme la thrombose veineuse cérébrale chez notre patiente qui a conduit à la découverte de son hyperthyroïdie. Mais notre patiente avait d'autres facteurs de risques thrombotiques que sont le diabète et l'HTA ; nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude le lien de causalité ici entre l'hyperthyroïdie et la thrombophlébite cérébrale.

La déshydratation sévère de notre dernier cas pourrait être expliquée par les signes digestifs au premier plan qu'il présentait. Au cours d'une hyperthyroïdie, la survenue d'une diarrhée, de douleurs abdominales, de vomissements doit faire craindre l'évolution vers une

forme grave [1]. Toutefois, il s'agit encore là d'une association pour laquelle le lien de causalité ne peut être affirmé à ce stade.

## 5. Conclusion

L'hyperthyroïdie compliquée est un diagnostic d'urgence. La prise en charge en Afrique sub-saharienne pourrait être facilitée par le diagnostic et le traitement précoces de l'hyperthyroïdie. La formation des médecins urgentistes pourrait participer à l'amélioration de cette prise en charge.

## Déclarations

**Conflits d'intérêts :** aucun

**Financement :** aucun

**Contribution des auteurs :** Conceptualisation (YS, EMS, WPAHB, PRK, LS, CGK et MSO) ; validation (YS, CGK et MSO) ; collecte des données (APN-WP) ; analyse formelle (YS, EMS) ; gestion des données (APN-WP) ; rédaction — préparation du premier jet (APN-WP, LS, PRK, EMS) ; rédaction — révision et correction (YS et WPAHB) ; supervision (MSO). Tous les auteurs assument la responsabilité de l'intégralité du contenu de ce manuscrit et ont approuvé sa soumission.

## Approbation éthique

Autorisation de la direction de l'hôpital obtenue avant la collecte. Données traitées de manière confidentielle.

## Références

1. Borson-Chazot F, Lasolle H, Castellnou S, et al. Hyperthyroïdie. EMC Endocrinol Nutr. 2021;32(3):1–12.
2. Dia AD, Dia DG, Tall CT, et al. Les Hyperthyroïdies à Saint-Louis du Sénégal. Health Sci Dis. 2022;23(3):30–3.
3. Monabeka HG, Bouenizabila E, Ondzotto G. Prise en charge des hyperthyroïdies au CHU de Brazzaville. Bull Soc Pathol Exot. 2005;98(2):91–3.
4. Djourlo F, Avode DG, Attolou V. L'hyperthyroïdie : aspects cliniques et biologiques à Cotonou. Bénin Méd. 2000;14:130–3.

5. Koffi DP, Fagnidi F, Lokrou A, et al. Les Hyperthyroïdies à Abidjan. *Health Sci Dis*. 2019;20(6):23–6.

6. Andronikof M. Urgences thyroïdiennes. *EMC Urgences*. 2015;24-132-A-10.

7. Nouedoui C, Moukouri E, Juimo AG, et al. Les hyperthyroïdies à Yaoundé. *Médecine Afr Noire*. 1999;46(4):193–8.

8. Ben Mrad F, Charfi N, Rekik N, et al. Facteurs prédictifs de l'hyperthyroïdie sévère et compliquée. *J Inf Médicale Sfax*. 2006;11(12):27–31.

9. Yaméogo AA, Yaméogo NV, Compaoré YD, et al. La cardiomyopathie au CHU de Bobo-Dioulasso. *Pan Afr Med J*. 2012;11:38.

10. Lillevang-Johansen M, Abrahamsen B, Jørgensen HL, et al. Duration of Hyperthyroidism and Cardiovascular Risk. *Thyroid*. 2019;29(3):332–40.

11. Diédhiou D, Sow D, Lèye MM, et al. Cardiothyreosis: Risk Factors and Clinical Profile. *Open J Intern Med*. 2017;7(1):1–11.

12. Akossou SY, Napporn A, Goeh-Akue E, et al. Les difficultés de la prise en charge de la thyrotoxicose en Afrique noire. *Ann Endocrinol*. 2001;62(6):516–20.

13. Diallo B, Sanogo K, Diakité S, et al. La cardiomyopathie à l'hôpital du Point G. *Mali Méd*. 2004;19(2):22–7.

14. Drabo JY, Niakara A, Bama J. Cardiomyopathie : étude de 61 cas au CHU de Ouagadougou. *Louvain Méd*. 2003;122:S285–6.

15. El Hattoui M, Chareï N, Mouniri M, et al. Cardiomyopathies dans la région de Marrakech. *Ann Cardiol Angéiol*. 2009;58(3):135–8.

16. Chafik A, El Mghari G, El Ansari N. Les urgences thyroïdiennes : à propos de 4 cas. *Ann Endocrinol*. 2016;77(4):393.

17. Bourcier S, Coutrot M, Schmidt M. Crise aiguë thyrotoxique en réanimation. *Méd Intensive Réanim*. 2024;33(2):141–52.

18. Verma V, Kumar Y, Kotwal N, et al. Thyrotoxic periodic paralysis: a retrospective study from India. *Indian J Med Res*. 2020;151(1):42.

19. Thiry C, Simon M, Atlan C. Paralysie périodique thyrotoxique. *Ann Fr Méd Urgence*. 2017;7(6):392–3.

20. Sow M, Diagne N, Djiba B, et al. Paralysie périodique hypokaliémique thyrotoxique chez deux femmes noires africaines. *Pan Afr Med J*. 2020;37.

21. Brahem Z, Bedoui I, Zaouali J, et al. Thrombose veineuse cérébrale et hyperthyroïdie. *Ann Endocrinol*. 2017;78(4):341.

**How to cite this article :** Sagna Y, Parkouda APN-W, Saloukou KEM, et al. *Complications de l'hyperthyroïdie de l'adulte au CHU Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso*. *Baobab Health*. 2026;1(2):55-61

**DOI :** <https://doi.org/10.68500/bh.v1i2.3>