



Facteurs prédictifs des récurrences après traitement médical de la maladie de Basedow au CHU de Yopougon, Côte d'Ivoire.

Predictive factors of relapses after medical treatment of Graves' disease in Ivory Coast.

Mato I^{1*}, Yao A¹, Ousmane I², Moussa H³, Mahaman Yacoubou Abdoul R⁴, Ousmane S⁵, Abodo J¹.

Reçu le 1-01-2025

Accepté le 3-12-2025

Publié le 30-12-2025

Mots-clés

Basedow, récurrence, score GREAT, Côte d'Ivoire.

Résumé

Introduction : La récurrence de la maladie de Basedow traitée par les antithyroïdiens de synthèse est fréquente. L'identification et l'évaluation des marqueurs de risque de récurrence sont nécessaires pour optimiser la prise en charge. L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs de récurrence de la maladie de Basedow au CHU de Yopougon en Côte d'Ivoire.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude analytique avec une collecte rétrospective menée de Janvier 2002 à Décembre 2018 (17 ans) incluant 239 patients traités par les antithyroïdiens de synthèse pour un premier épisode de la maladie de Basedow. Les données socioépidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évaluatives ont été recueillies.

Résultats : Sur les 239 patients, 18,41 % (n = 44) avaient présenté une récurrence. L'âge moyen était de $32,6 \pm 13$ ans, avec une prédominance féminine (72,72 % ; n = 32). La tranche d'âge de 16-30 ans était la plus représentée (52,27% ; n = 23). L'exophtalmie maligne est le seul facteur significativement associé à la récurrence ($p < 0,05$). Les autres facteurs étudiés n'étaient pas significativement associés. Le score GREAT s'est révélé peu discriminant dans notre étude.

Conclusion : le taux de récurrence est de 18,41%. L'exophtalmie maligne était le seul marqueur de risque de récurrence indépendant retrouvé. L'utilisation de ce score de GREAT semble inapplicable dans ce contexte.

Keywords

Basedow, recurrence, score GREAT, Côte d'Ivoire.

Abstract

Introduction : Recurrence of Graves' disease treated with synthetic antithyroid drugs is frequent. The identification and evaluation of recurrence risk markers are necessary to optimize management. The objective of this work was to study the factors of Graves' disease recurrence at the Yopougon University Hospital (CHU) in Côte d'Ivoire.

Materials and Methods : This was an analytic study with retrospective data collection conducted from January 2002 to December 2018 (17 years), including 239 patients treated with synthetic antithyroid drugs for a first episode of Graves' disease. Socio-epidemiological, clinical, biological, therapeutic, and evaluative data were collected.

Results: Out of 239 patients, 18.41% (n = 44) presented with a recurrence. The mean age was 32.6 ± 13 years, with a female predominance (72.72%; n = 32). The 16-30 age group was the most represented (52.27%; n = 23). Malignant exophthalmos was the only factor significantly associated with recurrence ($p < 0.05$). The other factors studied were not significantly associated. The GREAT score proved to be poorly discriminatory in our study.

Conclusion : The recurrence rate is 18.41%. Malignant exophthalmos was the only independent risk marker for recurrence found. The use of the GREAT score seems inapplicable in this context.

Introduction

La maladie de Basedow (MB) est une affection auto-immune de la thyroïde qui, dans sa forme typique, se manifeste par une hyperthyroïdie, un goître diffus, homogène dans environ 25 à 50 % des cas et une ophtalmopathie endocrinienne [1-4]. Elle prédomine nettement chez la femme, avec un pic d'incidence entre 40 et 60 ans, bien qu'elle puisse survenir à tout âge [3,5]. Le diagnostic repose sur l'association de signes cliniques et échographiques d'hyperthyroïdie et de la mise en évidence d'anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAb) [3,4]. Le traitement initial repose dans la majorité des cas, sur un traitement médicamenteux à base d'antithyroïdiens de synthèse (ATS). La durée du traitement est généralement de 12 à 18 mois permettant d'obtenir une rémission complète dans 40 à 60 % des cas [1,5-7]. Toutefois, la récurrence survient dans 30 à 50 % des cas généralement au cours des deux premières années suivant l'arrêt des ATS [8,9]. À l'échelle internationale, plusieurs facteurs ont été identifiés comme prédictifs de récurrence notamment le jeune âge, le sexe féminin, un volume thyroïdien élevé, des taux initiaux très élevés de T4 libre et de TRAb, la persistance de TRAb après le traitement, la sévérité clinique initiale de l'hyperthyroïdie [1,3-5]. Afin de mieux prédire le risque de récurrence, le score GREAT (Graves' Recurrent Events After Therapy), un outil d'évaluation de la récurrence a été développé, et validé dans plusieurs cohortes européennes [3,4]. Cependant, en Afrique subsaharienne, peu de données sur la récurrence de la MB sont disponibles et la performance de ce score reste incertaine [10-14]. En Côte d'Ivoire, ce volet n'a pas été suffisamment abordé de manière systématique et l'évaluation des facteurs prédictifs de récurrence de la MB après traitement à base des ATS par le score GREAT reste limitée. Il demeure incertain si les facteurs de risque décrits en Europe ou en Asie sont transposables dans notre contexte. Alors quels sont les facteurs prédictifs de récurrence de

la maladie de Basedow après traitement par ATS dans la population suivie au Centre Hospitalier (CHU) de Yopougon en Côte d'Ivoire? Quelle est leur concordance avec le score prédictif GREAT? L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs de récurrence de la maladie de Basedow traitée par antithyroïdien de synthèse au CHU de Yopougon en Côte d'Ivoire.

Matériels et méthodes

Type et cadre d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale avec une collecte rétrospective menée sur la période allant de Janvier 2002 à au 31 à Décembre 2018 (17 ans). Elle portait sur des patients traités et suivis pour leur premier épisode de la MB. Le service d'Endocrinologie Diabétologie (SED) du CHU de Yopougon d'Abidjan en Côte d'Ivoire a servi de cadre d'étude.

Population d'étude

Etaient inclus, tous les patients suivis pour un premier épisode de la MB traitée par ATS durant la période de notre étude.

Etaient exclus de notre étude :

- Toute hyperthyroïdie non diagnostiquée comme MB et traitée par ATS durant la période de notre étude.
- Tout patient qui était traité pour la récurrence de la maladie de Basedow avec dossier médical incomplet.

Affiliations :

- 1 Service d'Endocrinologie-Diabétologie, CHU de Yopougon, Abidjan, (Côte d'Ivoire).
- 2 Service de Cardiologie de l'Hôpital national de Zinder (Niger)
- 3 Service de Dermatologie de l'Hôpital régional de Dosso (Niger)
- 4 Laboratoire clé de la province du Hubei pour l'étude et le traitement des maladies rénales, faculté de médecine, université polytechnique du Hubei, Huangshi (Chine)
- 5 Services de Dermatologie Hôpital national de Niamey (Niger).

***Auteur correspondant** : Dr Mato Iliassou
Email: mato.iliassou77@gmail.com

- Tout patient vu pour la première fois durant la période d'étude alors qu'il était déjà en phase de récurrence.
- Tout patient perdu de vue avant la fin de la période minimale de suivi définie par le protocole.

Les limites de notre étude: Beaucoup des dossiers médicaux des patients traités pour MB par ATS étaient incomplets, mais aussi le caractère rétrospectif de l'étude.

Les sources et collecte des données: La collecte des données a été faite sur des fiches informatisées à partir des dossiers de consultation et d'hospitalisation.

Les variables étudiées étaient sociodémographiques et anamnestiques (l'âge, le sexe, le statut matrimonial, la provenance, le niveau socioéconomique, les antécédents personnels (l'intoxication tabagique, le facteur déclenchant la récurrence rapportée par les patients) et les antécédents familiaux de thyropathies; cliniques (les signes thyrotoxiques et les signes spécifiques de la MB); paracliniques (TSHus, T4L, anticorps anti-récepteur de la TSH (TRAb) et les résultats de l'échographie thyroïdienne) et thérapeutiques.

Définitions opérationnelles [1,2]

La Récurrence était définie par la réapparition de la maladie de Basedow après une période de rémission complète.

La rémission est le maintien d'un état d'euthyroïdie clinique et biologique pendant au moins 12 mois après l'arrêt des ATS.

L'échec thérapeutique par ATS est caractérisé par l'incapacité à obtenir ou maintenir une euthyroïdie durable par persistance d'hyperthyroïdie sous traitement bien conduit. Exophtalmie maligne est une forme sévère et menaçante de l'orbitopathie dysthyroïdienne exposant à un risque de perte visuelle irréversible et nécessitant une prise en charge urgente [1,2].

Le score GREAT (Graves' Recurrent Events After Therapy) est un score pronostique obtenu par la somme de quatre paramètres : (Age + taux T4L + taux d TRAb + le stade OMS du goitre) pour prédire le risque de récurrence de la maladie de Basedow [3,4] (**Tableau I**).

Tableau I : Score GREAT : Outil d'évaluation du risque de récurrence de la MB.

Paramètres	Critères	Points
Age	< 40 ans	+1
	≥ 40 ans	0
FT4 initiale	< 40 pmol/L	+1
	≥ 40 pmol/L	0
TRAb (anticorps anti-récepteurs de la TSH)	< 6 UI/L	0
	6-19,9 mUI/L	+1
	> 19,9 mUI/L	+2
Stade OMS du goitre	Stade I	0
	Stade II ou III	+1
Points maximum		— — 6
Classe GREAT	Nombre total des points	risque de récurrence
CLASSE I	0 à 1 point	33,8%
CLASSE II	2 à 3 points	59,4%
CLASSE III	4 à 6 points	73,6%

Plus le score calculé (nombre total des points obtenus) d'un patient traité par ATS est élevé plus il a un risque élevé de récurrence. Ce score permet de choisir précocement la stratégie thérapeutique de façon personnalisée soit pour la poursuite des ATS, ou le recours au traitement radical (le recours à l'iode radioactif ou à la chirurgie thyroïdienne). Ainsi les patients sont classés en 3 groupes de risque différents de récurrence :

- Classe I (score calculé de 0 à 1) ou classe à risque faible. Ce groupe est sensible au traitement médical par ATS.

- Classe II (score calculé de 2 à 3) ou classe à risque modéré de récurrence moins sensible que le groupe de la classe 1 au traitement médical par ATS et plus apte au traitement radical.

- Classe III (score calculé de 4 à 6) ou classe à risque élevé de récurrence. Cette classe est d'emblée orientée vers un traitement radical [3,4].

Le traitement des données et l'analyse statistique des données ont été faits sur le logiciel EPI info7. Les logiciels EXCEL et WORD de Microsoft Office 2010 avaient permis la réalisation des tableaux. Le test de KHI² était utilisé pour faire les associations entre les variables :

- Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du χ^2 de Pearson ou du test de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient faibles ;
- L'âge a été dichotomisé avec un seuil fixé à 45 ans, considérant un âge < 45 ans comme jeune et ≥ 45 ans comme âge avancé ;
- Les variables biologiques quantitatives ont été dichotomisées selon les valeurs de référence du laboratoire :
- TSH supprimée si < 0,1 mUI/L ;
- TSH non supprimée si ≥ 0,1 mUI/L ;
- T4L élevée si > 19 pmol/L ;
- T4L normale entre 9 et 19 pmol/L ;
- TRAb positifs si ≥ 1,75 UI/L et négatifs si < 1,75 UI/L.

Analyse univariée et multivariée

Dans un premier temps, une analyse univariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs potentiellement associés à la récurrence de la maladie de Basedow.

Dans un second temps, toutes les variables associées à la récurrence avec une valeur de $p < 0,20$ en analyse univariée ont été introduites dans un modèle de régression logistique multivariée, afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à la récurrence après ajustement sur les variables de confusion potentielles. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Au total, 239 patients traités par les ATS pour la maladie de Basedow étaient colligés. Parmi ces patients, 44 avaient récidivé soit 18,41 % et 137 patients étaient en rémission complète (57,32%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition de l'ensemble de nos patients traités selon l'évolution thérapeutique.

Cas enregistrés	Effectifs	%
<i>Récidive</i>	44	18,41
<i>Rémission</i>	137	57,32
<i>Perdus de vue</i>	38	15,90
<i>Hypothyroïdie</i>	11	4,60
<i>Echec au traitement</i>	9	3,77
Total	239	100

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen était de $32,58 \pm 13,2$ ans (extrêmes : 16-76 ans). La tranche d'âge de 16 à 30 ans était la plus touchée par la récurrence avec 52% des cas ($n=23$). Les femmes représentaient 72,70 % ($n=32$), avec un sex-ratio homme/femme de 0,29. Les célibataires constituaient 65,90 % des cas ($n=29$). Les patients provenaient d'Abidjan dans 98,53 % ($n=43$). Les patients avec un statut socio-économique moyen occupaient 65,90 % ($n=29$). L'intoxication tabagique était retrouvée dans 9,09 % des cas ($n=4$). Le stress lié au deuil avec 22,72% ($n=10$) et le stress secondaire aux conflits familiaux avec 20,45% ($n=9$), (figure 1).

Données cliniques

Récurrence selon les signes cliniques généraux

Tous nos patients avaient présenté un syndrome thyro-toxique dominé par les signes cardiovasculaires que sont la palpitation et la tachycardie retrouvées respectivement dans 84,94 % ($n=37$) et 73 % ($n=32$). L'amaigrissement était retrouvé dans 71,13 % ($n=31$).

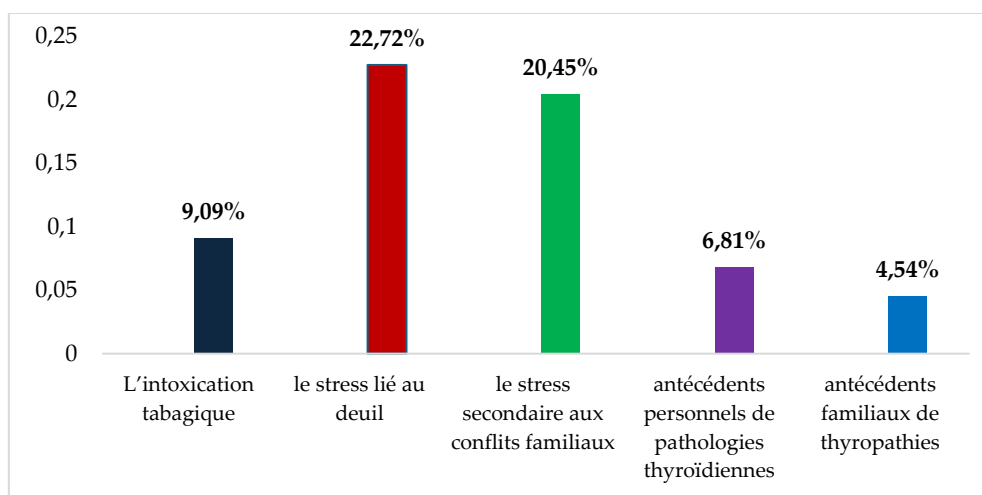


Figure 1 : Répartition des patients selon les antécédents.

Récidive selon les signes spécifiques de la MB.

Parmi les signes spécifiques de la MB, les manifestations oculaires avaient concerné 72,60 % (n= 32) des cas dont l'exophtalmie bénigne représentait 63,60 % (n=28) et l'exophtalmie maligne 9,09 % (n=4), **Figure 2**.

Le goitre était présent dans 95,45 % (n=42) et le stade II du goitre selon la classification de l'OMS était le plus retrouvé (70,45 %, n= 31) ; **Figure 3**.



Figure 2 : Un cas d'exophtalmie maligne apparue au cours traitement Sources (CHU Yopougon).

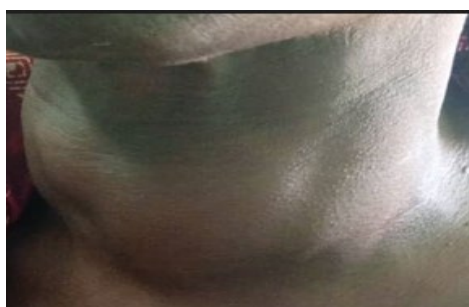


Figure 3 : Un cas de goitre stade II selon la classification de l'OMS dans la MB. Sources (CHU Yopougon)

Données paracliniques

Au plan biologique, le taux de TSH ultrasensible (TSHus) était effondré dans 95,45% (n=42). Le taux moyen de TSHus était de $0,17 \pm 0,15$ mUI/L. Le taux de T4 libre était très élevé dans 84,09% (n=37) avec une moyenne de 98,02 pmol/L (extrêmes 27 à 528,70 pmol/L). Seuls 12 patients sur les 44 récurrences avaient bénéficié du dosage de TRAb avec un taux moyen de 18,29 UI/L (extrêmes 10 à 24,20 UI/L). Concernant les résultats échographiques, Le goitre hypervasculaire occupait 52,08% (n=25).

Données thérapeutiques

Le traitement classique basé sur la prise des ATS sans les associés aux hormones thyroïdiennes de synthèse était la stratégie thérapeutique la plus retrouvée (75 %, n = 44). La durée du traitement de plus de 24 mois occupait 63.65 %, (n=28) avec une moyenne de $31,52 \pm 19,86$ mois.

Evaluation des facteurs de risque de récurrence avec le score GREAT

Parmi les 44 patients avec récurrence, 27,20 % (n=12) satisfaisaient aux critères d'évaluation du score GREAT (12 patients avaient les 4 paramètres disponibles pour le calcul du score GREAT).

Sur les 12 patients évalués, 58,33 % (n = 7) étaient dans la classe 1. Les patients de la classe 3 représentaient 41,67 % de cas (n = 5).

Aucun des 12 patients évalués n'était dans la classe 2 du score GREAT (**Tableau III**).

Tableau III : Evaluation Aucun des 12 patients évalués n'était dans la classe 2 du score GREAT

Score GREAT		n	%
Score	Classification		
[0 à 1]	classe 1	7	58,33
[2 à 3]	classe 2	0	0
[4 à 6]	classe 3	5	41,67

Tableau IV : Résultats de l'évaluation des facteurs de risque de récurrence par le test du Khi²

Facteurs	χ^2	p (χ^2)	p (Fisher)	OR (brut)	IC (95%) OR
Age <40 vs ≥40	0,67	0,41	0,34	1,50	[0,68-3,32]
Sexe H vs F	0,00	1,00	1,00	1,02	[0,45-2,31]
Goitre stade II-III vs I	3,07	0,08	0,059	2,27	[0,98-5,29]
Stress (présent vs absent)	0,00	1,00	1,00	1,08	[0,38-3,09]
Exophtalmie maligne (présent vs absent)	5,83	0,016	0,013	13,6	[1,48-125,2]
TSH effondrée < 0,1mUI/L vs ≥ 0,1 mUI/L	0,00	1,00	1,00	1,19	[0,32-4,49]
T4L 9 à 19 pmol/l vs >19 pmol/L	0,00	1,00	1,00	1,11	[0,29-4,19]
TRAb positifs < 1,75UI/L vs ≥ 1,75UI/L	1,72	0,19	0,13	1,86	[0,83-4,14]

OR ajusté : odds ratio ajusté issu de la régression logistique multivariée IC95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Tableau V : Les facteurs de risque de récurrence par la régression logistique multivariée (OR ajustés).

Facteurs	OR ajusté	IC 95%	p
Âge <45 ans	1,23	[0,50-3,00]	0,65
Sexe Féminin	0,01	[0,42-2,42]	0,98
Goitre stade II-III	1,89	[0,77-4,61]	0,16
Présence de stress	1,09	[0,36-3,29]	0,87
Exophtalmie maligne	9,45	[1,01-88,1]	0,049
TSH effondrée	1,05	[0,25-4,36]	0,95
T4L élevé	1,12	[0,28-4,41]	0,87
TRAb positif	1,40	[0,56-3,50]	0,47

OR ajusté : odds ratio ajusté issu de la régression logistique multivariée

Résultats Après ajustement multivarié, l'exophtalmie maligne demeure le seul facteur indépendamment associé à la récurrence, multipliant le risque par près de 9 (OR ajusté = 9,45; p = 0,049).

Discussion

La présente étude avait pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs de récurrence de la maladie de Basedow après traitement médical par antithyroïdiens ATS et d'évaluer la pertinence du score GREAT dans le contexte ivoirien.

Prévalence de la récurrence

Le taux de récurrence observé dans notre série est de 18,41 % après un suivi moyen de 31,5 ± 19,8 mois. Ce taux est inférieur à ceux rapportés dans plusieurs études nord africaines et internationales avec un taux de récurrence après traitement par ATS variant entre 30 et 50 % [1,2,8-10]. En effet, Ben Othman et al., [9] en Tunisie avaient rapporté 37,1 % et Bouziane T et al., au Maroc avaient trouvé 30,5% [10]. Par contre, nos résultats se rapprochent de ceux rapportés dans certaines études ivoiriennes antérieures, notamment celles de Yao A et al., avec 12,5% [11] et D'Abdel Kerim avec 16,1% [12] suggérant une spécificité régionale

ou une pratique thérapeutique locale tendant vers des traitements prolongés. Deux hypothèses peuvent expliquer cette divergence favorable. La première repose sur la durée moyenne de traitement dans notre étude qui était de $31,5 \pm 19,8$ mois qui est largement supérieure aux recommandations classiques de 12 à 18 mois. Une durée prolongée d'ATS est connue pour favoriser une meilleure immunomodulation et réduire le risque de rechute comme suggéré dans la littérature [1-5 16]. Par ailleurs, nos critères d'inclusion stricts, limités au premier épisode de maladie de Basedow, ont probablement exclu des patients à profil multirécidivant, ce qui peut également contribuer à un taux de récurrence plus faible.

Profil sociodémographique et génétique concernant le profil des patients, la tranche d'âge de 16 à 30 ans est la plus touchée par la récurrence corroborant la notion classique que le jeune âge soit un facteur de mauvais pronostic, comme souligné par Sana et al., [13]. Contrairement aux données internationales [3,4-6], l'âge n'est pas ressorti comme un facteur statistiquement significatif en analyse multivariée dans notre travail ($p=0,65$). Nous rapportons par contre une faible fréquence d'antécédents familiaux de thyropathies (9,09 %), un chiffre inférieur aux données sénégalaises situées entre 17-18 % [13, 14]. Cela pourrait refléter un biais de déclaration (méconnaissance des certains antécédents importants par les patients) plutôt qu'une réelle différence génétique, soulignant la difficulté de l'anamnèse précise dans notre contexte (étude rétrospective).

Au plan clinique le rôle central de l'orbitopathie auto-immune. L'analyse multivariée a mis en évidence que l'exophtalmie maligne est le facteur prédictif le plus robuste avec un p significatif ($p=0,049$). Ce résultat est cohérent avec la physiopathologie de la maladie : une atteinte orbitaire sévère témoigne d'une auto-immunité agressive et de taux élevés d'anticorps stimulants, augmentant le risque

d'échec du traitement médical. Concernant le goitre, bien que le stade II-III montre une tendance à augmenter le risque ($OR \approx 1,89$), l'association n'a pas atteint la significativité statistique ($p=0,16$) possiblement par manque de puissance statistique. **Sur le plan biologique**, la suppression de la TSH et l'élévation de la T4L n'étaient pas associées de façon significative à la récurrence, contrairement à certaines données de la littérature [1-5, 10, 16-18]. Une limite majeure de notre analyse réside dans la faible disponibilité du dosage des anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAb), réalisé chez seulement 12 patients en récurrence. Le manque du dosage de ces anticorps, probablement lié aux contraintes économiques limite notre capacité à confirmer le rôle pronostique majeur des TRAb décrit dans la littérature occidentale [5,15]. **Inadéquation du score GREAT** l'évaluation du score GREAT dans notre cohorte montre une discordance importante: 58,3 % des patients ayant récidivé étaient classés "Classe I" (faible risque de récurrence). Alors que ce score a montré une bonne capacité prédictive de la récurrence dans des cohortes européennes, notamment dans les études de Vos et al. et Struja et al. [3,4 , 16,17]. Cette faible performance prédictive dans notre contexte s'explique par deux facteurs, dont l'indisponibilité des TRAb (score GREAT accorde un poids important au titre des anticorps TRAb). En l'absence de cette donnée pour la majorité des patients, le score est artificiellement sous-estimé). Ensuite interviennent les spécificités raciales et environnementales avec des seuils définis dans les populations caucasiennes ou asiatiques pour l'âge où le taux de T4L ne sont peut-être pas transposables à la population noire africaine.

Limites et Biais :

Biais de sélection et d'information le manque de certaines données importantes (notamment les TRAb et le tabagisme) dû au caractère rétrospectif de l'étude a réduit la puissance

statistique et empêcher l'application du score GREAT à l'ensemble de l'échantillon.

Biais de recrutement nous avons mené une étude monocentrique, en recrutant probablement les formes les plus sévères ou compliquées de la MB, ce qui pourrait influencer les caractéristiques cliniques observées.

Facteurs de confusion l'observance thérapeutique, jouant un rôle majeur dans la récurrence n'a pas pu être totalement contrôlée (donnée difficile à quantifier de façon rétrospective).

Implications cliniques les résultats obtenus ont des implications directes pour notre pratique. Devant la difficulté à utiliser le score GREAT par manque de TRAb, le clinicien ivoirien doit se baser sur la clinique, et essentiellement sur la présence d'une exophtalmie maligne, pour identifier les patients à haut risque de récurrence. Un traitement médical prolongé (au-delà de 24 mois), avec une surveillance accrue ou une discussion précoce d'un traitement radical devrait être envisagée pour ces patients. Cette étude plaide pour une amélioration de l'accès aux dosages des TRAb, utile pour affiner le pronostic de cette maladie.

Enfin il est important de souligner les forces après les limites de ce travail pour nuancer la portée.

Forces la durée prolongée de notre étude à 17 ans avait permis de reculer suffisamment pour observer les récurrences tardives et l'homogénéité de la prise en charge au sein d'un service de référence.

Conclusion

Le taux de récurrence de la maladie de Basedow traitée par les antithyroïdiens de synthèse était de 18,41 % dans notre contexte. Seule l'ophtalmopathie maligne constitue le principal facteur prédictif indépendant de récurrence de la maladie de Basedow traitée par les antithyroïdiens de synthèse. Le score GREAT n'est pas approprié dans le contexte ivoirien.

Une adaptation des scores pronostiques aux réalités africaines est nécessaire.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Lanzolla G, Marinò M, Menconi F. Graves disease: latest understanding of pathogenesis and treatment options. *Nat Rev Endocrinol*. 2024;20(11):647-60.
2. Hoang TD, Stocker DJ, Chou EL, Burch HB. 2022 Update on Clinical Management of Graves Disease and Thyroid Eye Disease. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2022;51(2):287-304.
3. Struja T, Fehlberg H, Kutz A, Brodmann Maeder M, Melmer A, Meier C, et al. Can we predict relapse in Graves' disease? Results from a prospective multicenter study. *Eur J Endocrinol*. 2017;176(1):87-97.
4. Vos XG, Smit N, Endert E, Tijssen JG, Wiersinga WM. Pattern and predictors of recurrence of Graves' hyperthyroidism after antithyroid drug treatment. *Eur J Endocrinol*. 2016 May;174(5):653-62.
5. Philippe J. La maladie de Basedow. *Rev Med Suisse*. 2009;5(204):764-8.
6. Weetman AP. Graves' disease. *N Engl J Med*. 2000;343(17):1236-48.
7. Sturny Z, Struja T, Cornelius J, Müller B, Schuetz P. Nouvel outil décisionnel dans le traitement de la maladie de Basedow. *Rev Med Suisse*. 2018;14(607):1014-8.
8. Tatishvili S, Buffet C. Nouvelles perspectives pour le diagnostic et le pronostic de la maladie de Basedow. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2018;79(Suppl 1):S31-9.
9. Ben Othman R, Yazidi M, Rejeb O, Chaker F, Chihaoui M, Slimene H, et al. Facteurs de risque de rechutes de la maladie de Basedow traitée par antithyroïdiens de synthèse. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2016;77(4):383-8.
10. Bouziane T, Larwanou MM, Elouahabi H. Facteurs prédictifs de rechute de la maladie de Basedow traitée par antithyroïdiens de

- synthèse : à propos de 72 cas. *Ann Endocrinol* (Paris). 2017;78(4):331-6.
11. Yao A, Ahoussi JB, Koffi D, Hue A, Danho J, Abodo J, et al. Aspects thérapeutiques et évolutifs de la maladie de Basedow à l'Hôpital Militaire d'Abidjan (Côte d'Ivoire). *Health Sci Dis*. 2020;21(3):71-6.
 12. Abdelkerim M. Schéma « Block and Replace » dans la prise en charge de la maladie de Basedow au service d'endocrinologie-diabétologie du CHU de Yopougon d'Abidjan [Mémoire de DES]. Abidjan : Université Félix Houphouët-Boigny; 2020.
 13. Sana M. Maladie de Basedow : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs [Thèse de médecine]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2015.
 14. Diop S, Halim A, Leye A, Ka MM. Aspects psychoaffectifs et manifestations psychiatriques dans la maladie de Basedow : à propos de 104 cas au Sénégal. *Rev CAMES Sante*. 2011;12:62-4.
 15. Coulet O, Kraemer P, Leyral G, Cloatre G. Prise en charge de la maladie de Basedow en milieu tropical : expérience du CHA Bouffard (Djibouti). *Med Trop* (Mars). 2004;64(2):192-4.
 16. Wiersinga WM. Graves' disease: can it be cured? *Endocrinol Metab* (Seoul). 2019;34(1):29-38.
 17. Effraimidis G. Predictive scores in autoimmune thyroid disease: are they useful? *Eur J Endocrinol*. 2019;181(3):R125-36.