

PANORAMA DES HYPERTROPHIES THYROÏDIENNES EN CHIRURGIE VISCÉRALE AU CHU DE YOPOUGON.

COULIBALY A.¹, SORO K.G¹, YAPO P.¹, KOFFI G.M.², EHUA S.F.³

- 1- Maître-Assistant
- 2- Assistant-Chef de clinique
- 3- Professeur Titulaire

Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU de Yopougon

Correspondance : Dr SORO Kountélé Gona, Service de Chirurgie Générale et Digestive
CHU de Yopougon 01 BP 7660 Abidjan 01, Tél : 05 87 44 55
E-mail : kountelegona@hotmail.com

RÉSUMÉ

Contexte : La prise en charge première de l'hypertrophie thyroïdienne par l'endocrinologue avant la référence au chirurgien a probablement modifié les aspects cliniques et histologiques dans les différents service de chirurgie qui gèrent cette pathologie.

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et histologiques de l'hypertrophie thyroïdienne dans un service de chirurgie viscérale.

Matériel et méthodes : L'étude retrospective concernant une période de 10 ans (janvier 1992 à décembre 2002) a porté sur 111 dossiers de patients colligés dans le service de Chirurgie digestive du CHU de Yopougon. Une fiche d'enquête a permis l'exploitation des dossiers. Les variables étudiées étaient épidémiologiques cliniques et paracliniques.

Résultats : L'affection concernait 1,17 % des patients suivis et opérés dans le service durant la période d'étude. Il y avait 86 femmes contre 25 hommes soit un sex-ratio égal à 0,29. Le pic de fréquence (57,66 %) était situé entre 20 et 40 ans. L'âge moyen était de 38,72 ans (extrêmes : 16 et 74 ans) dans 10,81 % des cas (n = 11) un antécédant de goitre familial était retrouvé. L'atteinte était bilatérale dans 54,05 % des cas et sans différence significative entre les localisations gauche et droite. L'hypertrophie était présente dans 24,33 % des cas. Dans 93 % des cas, la tumeur était bénigne. Elle était maligne dans 7,9% des cas avec une prédominance (75 %) des carcinomes papillaires.

Conclusion : La possibilité de transformation maligne impose une prise en charge diligente des formes en euthyroïdie par le chirurgien.

MOTS-CLÉS : THYROÏDE, HYPERTROPHIE THYROÏDIENNE, EPIDÉMIOLOGIE, CLINIQUE, HISTOLOGIE, CHIRURGIE VISCÉRALE, ABIDJAN

SUMMARY

Background : The management of the patients with thyroid hypertrophy by the endocrinologist before the surgeon has probably modified the clinical and histopathologic features of this disease in the different surgery services which receive these patients.

Objective : Report the épidémiologic, clinical and histopathologic features of the thyroid hypertrophy in a service of visceral surgery.

Methodology : The retrospective study concerning a 10 years period (january 1992 to december 2002) was about 111 files of patients gathered in the service of digestive surgery in university teaching hospital of Yopougon. The variables studied were epidemiologic, clinical and paraclinic.

Results : The disease concerned 1,17 % of the patients who have been followed in the service during the study period. There was 86 females and 25 males, the sex-ratio was 0,29. The pick of frequency (57,66 %) was located between 20 and 40 years.

The mean age was 38,72 years (extremes 16 and 74 years). In 10.81% of the cases (n = 11) a familial goiter antecedent was noticed. The lesion was bilateral in 54.05 % of the cases and there was not a meaningful difference between left and right localizations. Hyperthyroidism was present in 24.33 % of the cases. In 93% of the cases the tumour was benign. It was a malignant tumour in 7.9 % of the cases. The papillary carcinomas were predominant (75%) in such malignant cases.

Conclusion : The probability of malignant transformation command a prompt management of the euthyroidic forms by the surgeon.

KEY WORDS : THYROID, THYROID HYPERTROPHY, EPIDEMIOLOGY, CLINIC, HISTOLOGY, GENERAL SURGERY, ABIDJAN

INTRODUCTION

L'hypertrophie thyroïdienne est une pathologie bien connue dans les services d'endocrinologie mais aussi en milieu de chirurgie viscérale et d'ORL. Dans la gestion d'une hypertrophie thyroïdienne, la tendance actuelle relègue le chirurgien au 2^{ème} rang après l'endocrinologue. Par conséquent, le chirurgien reçoit des patients déjà traités médicalement par les médecins endocrinologues. Cette prise en charge 1^{ère}, suivie de la répartition des patients candidats à une chirurgie, entre les différentes spécialités chirurgicales, a fait baisser la fréquence¹¹ et probablement modifié les aspects cliniques et histologiques dans ces services. Notre objectif était de présenter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et histologiques de cette affection dans un service de chirurgie viscérale.

I- PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective effectuée dans le service de Chirurgie Générale et Digestive du CHU de Yopougon. Elle a porté sur 111 patients suivis et opérés durant une période de 10 ans allant de janvier 1992 à décembre 2002. Chaque dossier a été exploité à l'aide d'une fiche d'enquête préalablement établie permettant le recueil des données épidémiologiques cliniques et paracliniques. L'évaluation des différents éléments était basée sur les données de l'interrogatoire, de l'examen physique et sur les résultats des examens paracliniques (imagerie et biologie). Le test de Khi 2 a été utilisé comme test statistique de comparaison.

II- RÉSULTATS

II-1 AU PLAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Sexe et âge

La population féminine était majoritairement touchée avec 77,48% (n = 86) contre 22,52% (n = 25) chez les hommes, soit un sex-ratio de 0,29. Le goitre était plus fréquent dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans avec 57,66% (n = 64). L'âge moyen était de 38,72 ans (extrêmes : 16 et 74 ans) : tableau n°I.

Antécédents

Un antécédent de goitre familial a été retrouvé dans 10,81% des cas (n = 11). Quatre de nos patients (2 hommes et 2 femmes) soit 3,6% avaient un antécédent personnel de thyroïdectomie. Il s'agissait de deux maladies de Basedow en hyperthyroïdie. Chez l'une des 2 patientes une lobo-isthmectomie gauche avait été réalisée 6 ans plus tôt et chez l'autre une lobectomie gauche 3 ans plus tôt. Les 2 autres patients étaient en euthyroïdie et avaient subi une lobectomie gauche 10 ans plus tôt pour l'un et une lobectomie droite 4 ans plus tôt pour l'autre. Chez ces 2 derniers patients l'hypertrophie intéressait un seul lobe. Aucune notion d'irradiation cervicale antérieure ni de prise de médicaments goitrigènes n'a été retrouvée.

Tableau n°I : Répartition des patients selon l'âge

Age (an)	Effectif	Pourcentage
< 20	7	06,31
[20 - 40[64	57,66
[40 - 60[30	27,02
> ou = 60	10	09,01
Total	111	100

Le pic de fréquence est située entre 20 et 40 ans (57,66%).

II-2 AU PLAN CLINIQUE

Motif de consultation

Le problème esthétique représentait le motif de consultation le plus fréquent (71,17%) suivi des signes de compression (11,72%). Chez 1 patient, la métastase d'une tumeur maligne de la thyroïde a été révélatrice : tableau n°II.

Tableau n°II : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction cervicale inesthétique	79	71,17%
Signes de compression (dysphonie, dysphagie)	13	11,72%
Exophtalmie	6	5,40%
Tremblement	3	2,70%
Amaigrissement	2	1,81%
Douleur cervicale	7	6,30
Métastase	1	0,90%
Total	111	100%

Le principal motif de consultation est la tuméfaction cervicale antérieure esthétique (71,17%).

Examen Physique

Les patients se rangeaient entre les stades Ib et III de la classification de l'OMS. Cet examen distinguait en outre 71 goitres bilatéraux (64%), 39 goitres unilatéraux (35,13%) et une strumite (0,9%). Par ailleurs, deux patients présentaient des adénopathies cervicales. L'examen ORL avec exploration des cordes vocales a été effectué chez 20 patients, soit 18%. Il avait permis de mettre en évidence une parésie chez 13 patients, soit 11,7% de l'ensemble des patients et 65% des 20 patients ayant subi cet examen.

II-3 CONCERNANT LES EXPLORATIONS PARACLINIQUES

Imagerie

La radiographie cervicale a été réalisée chez 24 patients et a mis en évidence dans 37,5 % (n = 9) une déviation trachéale et dans 25% des calcifications thyroïdiennes. La radiographie du thorax a retrouvé 2 cas de goitre plongeant sur les 111 patients, soit 1,80%. L'échographie cervicale a permis de mieux décrire la structure de toute la glande et de préciser le siège de l'hypertrophie au sein de la glande. L'atteinte de toute la glande prédominait (tableau n°III).

Dans plus de la moitié des cas 54,05% (n = 60) l'hypertrophie thyroïdienne était diffuse. Dans moins de 1% des cas l'isthme était atteint seul alors que les lobes gauche et droit étaient atteints individuellement dans des proportions sensiblement égales.

Tableau n° III : Répartition des patients selon le siège des lésions

Siège des lésions	Effectif	Pourcentage
Lobe gauche	24	21,63
Lobe droit	26	23,42
Isthme	01	0,90
Toute la thyroïde	60	54,05
Total	111	100

Dans plus de la moitié des cas l'atteinte est bilatérale (54,05%). Il n'y a pas de différence sensible entre les lobes droit et gauche.

Aspects anatomopathologiques

Le type histologique a été précisé chez 101 patients. Chez les 10 autres patients le résultat de la pièce opératoire n'a pas été obtenu (tableau n°IV). Les tumeurs bénignes représentaient 92,1% de l'ensemble des hypertrophies thyroïdiennes. Parmi les tumeurs bénignes, l'adénome colloïde était la forme la plus fréquente avec 64,28% (n = 54). Dans ces formes colloïdes, le type mixte (macro et micro vésiculaire) prédominait avec 44,44% des cas (n = 24). Dans 7,9% des cas (n = 8) l'hypertrophie thyroïdienne était maligne. Le carcinome papillaire représentait la forme la plus fréquente des tumeurs malignes de la thyroïde avec 75% (n = 6) soit 5,9% de l'ensemble des hypertrophies thyroïdiennes.

Tableau n° IV : Répartition des patients selon le type histologique

Tumeur	Type histologique	Effectif	Pourcentage
Tumeurs bénignes	Adénome macro vésiculaire colloïde	22	21,8
	Adénome macro vésiculaire kystique	10	9,9
	Adénome micro vésiculaire colloïde	15	14,8
	Adénome mixte colloïde	30	29,7
	Adénome fœtal remanié	04	3,9
	Goitre basedowien	12	11,9
Tumeurs malignes	Carcinome papillaire	06	5,9
	Carcinome vésiculaire	01	1
	Carcinome trabéculo-vésiculaire	01	1
Total		101	100

Les adénomes mixtes colloïdes sont les plus fréquents parmi les formes bénignes (n = 30). Les carcinomes papillaires dominent les formes malignes.

Les données biologiques

La thyrostimulating hormon (TSH) a été dosée chez 109 patients. Elle était normale dans 75,67% des cas (n = 84) et était abaissée en faveur d'une hyperthyroïdie dans 24,33 % des cas (n = 25). Aucun cas d'hypothyroïdie n'a été décelé. Le dosage du cholestérol total a été effectué chez 44 patients. Le taux était normal dans 66% des cas (n = 29) abaissé dans 25% des cas (n = 11) et augmenté dans 9% des cas (n = 4). La calcémie pré-opératoire a été dosée chez 52 patients. L'hypocalcémie a été retrouvée dans 13,46% des cas (n = 7). La calcémie était normale chez les 45 autres patients (86,54%). Les dosages de la thyroglobuline, de la calcitonine et des anticorps antiperoxydases n'ont pas été réalisés.

III- DISCUSSION

A l'instar de notre étude, bien d'autres auteurs^{1,3,5,10,12,13} avaient déjà rapporté la prédominance féminine dans la population des sujets ayant une hypertrophie thyroïdienne. Cette tendance féminine est probablement liée aux variations hormonales durant la période d'activité génitale dans cette catégorie de la population générale. Ce même facteur expliquerait la fréquence dans la tranche d'âge de 20 à 40 ans comme l'ont rapporté certaines études^{4,9}. Cette logique tient du fait que c'est dans cette fourchette d'âge que les femmes, population cible, subissent une forte imprégnation hormonale car elles sont en pleine activité génitale. Casanelli et coll.²

rapportent une moyenne d'âge largement supérieure (47,7 ans) à la notre. L'explication est que leur étude s'est intéressée aux formes plongeantes de goitre. De ce fait, les patients ne consultaient pas pour le problème esthétique mais plutôt, pour des complications à type de compression. C'est ce qui justifie le stade tardif du diagnostic dans leur étude.

La force de liaison entre l'hérédité et la survenue d'un goitre est certes diversement appréciée, mais elle est cependant prouvée par certaines études¹⁰. Avec 10,81 % (n = 11) l'antécédent familial de goitre était lié de façon significative à la survenue d'un goitre dans la descendance. Mais, il ne faut pas perdre de vue le rôle des aliments et des boissons carencées en iodes. Dans notre étude, ce paramètre n'a pu être étudié. Nous pensons que les thyroïdectomies trop économes, dans le souci de préserver une fonction thyroïdienne suffisante sont responsables de nos récives (03,6%). C'est également ce qu'ont affirmé La Gamma⁸ et Faïk⁵ (p = 0,0001). A cela, il faut ajouter l'influence du gène dans la récive (p<0,04). Les patients jeunes (age < 50 ans) ont tout le temps de développer une récive après thyroïdectomie partielle. Pour ces mêmes auteurs, une thyroïdectomie partielle sur un goitre diffus et bilatéral fait courir au patient un risque élevé de récive. Cela s'expliquerait par le parenchyme potentiellement pathologique laissé en place par crainte d'une hypothyroïdie. Il n'y a pas de différence significative entre les lobes gauche et droit pour le siège de l'hypertrophie thyroïdienne.

Par contre, l'atteinte bilatérale des 2 lobes était statistiquement significative ($p = 0,000$). Cela est lié à la prédominance des formes bénignes où l'hypertrophie est diffuse.

La proportion des formes malignes de notre étude (7,9%) est en concordance avec la littérature africaine^{6,10,12}. En effet, pour ces auteurs, la prévalence des formes malignes au sein des hypertrophies thyroïdiennes toutes natures confondues, varie de 7,3% à 11,7%. Cela justifie d'évoquer et rechercher une tumeur maligne de la thyroïde surtout lorsqu'il s'agit d'un nodule thyroïdien. Parmi les formes malignes, le carcinome papillaire représente la forme la plus fréquente dans notre série. C'est ce que rapporte la littérature^{6,7,12} à l'instar de notre étude.

La prise en charge initiale par l'endocrinologue contribue à réduire le taux des formes en dysthyroïdie au profit des formes en euthyroïdie. Cependant, cette prédominance des formes en euthyroïdie explique la longue tolérance des hypertrophies thyroïdiennes ce qui fait qu'on les découvre aux stades III et IV de la classification de l'OMS, soit pour des complications à type de compression soit pour un problème esthétique. C'est aussi probablement ce retard au diagnostic qui favoriserait la dégénérescence maligne majorant ainsi le taux des cancers thyroïdiens.

CONCLUSION

Au terme de notre travail réalisé au service de Chirurgie Viscérale du CHU de Yopougon et portant sur le panorama des hypertrophies thyroïdiennes, il ressort que l'hypertrophie thyroïdienne est une affection courante qui touche essentiellement la femme (sex-ratio = 0,29). Elle affecte particulièrement les sujets jeunes dont l'âge est compris entre 20 et 40 ans et qui ont un antécédent de goitre familial. L'atteinte bilatérale est fréquente. Elle est bénigne dans 92,1% des cas et maligne dans 7%. Les formes en euthyroïdie dominent le tableau des hypertrophies thyroïdiennes en chirurgie viscérale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Alufohai E.F., Odusanya O.O. Augmented local anaesthesia in selected cases of thyroidectomy in rural practice. *Nigerian Journal of clinical practice*, june 2004, vol 7 (1); 31-32.
- 2- Casanelli JM, Keli E, Yapo P et coll. Notre expérience de la chirurgie du goitre plongeant : à propos de 44 cas. *Rev. Afr. Chir.* 1999, 2 : 131-134.
- 3- Chigot J.P., Ménégaux F., Keopadabsy K. et coll. Cancer de la thyroïde chez les hyperthyroïdiens. *Presse Med* 2000 ; 29 : 1969-72.
- 4- Conessa CL. Sissoko B., Faye M. Les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'hôpital principal de Dakar (à propos de 155 interventions). *Médecine D'Afrique Noire*, 2000, 47 (3), 157-160.
- 5- Faïk M., Ehirichiou A., Elsayegh H. et coll. La chirurgie itérative de la thyroïde : expérience d'un service hospitalo-universitaire Marocain. *Rev. Franç. Endocrinol. Clin.* 1999, 40, 2 (mars-avril).
- 6- Hill A. G., Mwangi I., Wagana L. Thyroid disease in a rural Kenyan hospital. *East African Medical Journal* Vol. 81 n° 12 december 2004.
- 7- Khairy G.A. Solitary thyroid nodule : the risk of cancer and the extent of surgical therapy. *East African Medical Journal* vol. 81 n° 9 september 2004.
- 8- La Gamma A., Letoquart J.P., Kunin N. et coll. Facteurs prédictifs de récurrence nodulaire après thyroïdectomie pour goitre. *J. Chir. (Paris)*, 1994, 131, n°2, p.66-72
- 9- Ouoba K., Sanou D., Wandaogo A. Et coll. Les complications de la chirurgie thyroïdienne (à propos de 104 thyroïdectomies au CHU de Ouagadougou). *Cahiers d'ORL.-T. XXXIII n° 3*, 178-182.
- 10- Sano D., Ouoba K., Wandaogo A. et coll. Problèmes posés par la chirurgie du corps thyroïde au Burkina Faso, à propos de 83 cas. *Med. Trop.* 1995 ; 55 : 51-54.
- 11- Tanon-Anoh MJ, Yoda M, Akre A et coll. La Chirurgie de la pathologie thyroïdienne bénigne en ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale au CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire). *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-Fac.* Vol.11, n°1, 2004, pp11-15.
- 12- Yangni-Angaté A., Loubière R., Etté M. et coll. Les hypertrophies thyroïdiennes en Côte d'Ivoire ; à propos de 120 cas observés au CHU de Treichville-Abidjan. *Ann. Univ. Abidjan, série B (Médecine)*, tome xv, 1980.
- 13- Zahiri K., Lakhroufi A., Chehab F. et coll. Goitre multi-hétéronodulaire bénin ; à propos de 78 cas. *Médecine du Maghreb* 1997 n°64.