

LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE EN ORL A ABIDJAN

THYROID SURGERY BY ORL IN ABIDJAN

N'GOUAN J M^{1,2}, TÉA Z B^{1,2}, KOFFI-N'GUESSAN L^{1,2}, YÉPIE A¹,
KOUASSI A¹, ETTÉ-AKRÉ E E^{1,2}, ADJOUA R P^{1,2}

1- CHU de Cocody, Service ORL, Abidjan, Côte d'Ivoire

2- Département Tête et Cou, UFR Sciences Médicales Université Cocody Abidjan

Correspondance : TEA Zékou Basilide

22 BP 774 Abidjan 22, Mail: baztea@yahoo.fr, Cel : 00 225 45 818 622

RÉSUMÉ

But : Décrire l'expérience ORL de la chirurgie thyroïdienne à Abidjan.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude descriptive rétrospective multicentrique, réalisée sur une période de 7 ans dans les trois services d'ORL et de CCF des CHU d'Abidjan (janvier 2000 à février 2007).

Résultats: Vingt huit (28) thyroïdectomies ont été réalisées (1,83 %). La moyenne d'âge était de 38 ans. 92,9 % des patients étaient des femmes. Les nodules thyroïdiens multiples constituaient 60,7% des indications. La thyroïdectomie partielle a été réalisée dans 20 cas (71,4%). Dans 53,57 %, il s'agissait d'une loboisthmectomie. Le nerf récurrent a été disséqué dans 25 % des cas. Les suites opératoires ont été marquées par cinq paralysies récurrentielles dont quatre temporaires (17,85%) et un définitif (3,5%), deux cas d'hématomes et une cicatrice chéloïde.

Conclusion : La thyroïdectomie est peu pratiquée en ORL à Abidjan. Les indications et les techniques chirurgicales restent néanmoins classiques. La réduction des complications observées passe une maîtrise de l'anatomie cervicale et des techniques chirurgicales.

MOTS CLÉS : THYROÏDECTOMIE, CHIRURGIE, THYROÏDE, COMPLI-CATIONS, INDICATIONS, TECHNIQUE

SUMMARY

Objective: To describe the ENT experience of thyroid surgery in Abidjan.

Materials and methods: It is about a multicentric cross-sectional study, carried out over one 7 years period in the different services of head and neck surgery of the teaching hospitals of Abidjan, from January 2000 to February 2007.

Results: Twenty eight (28) thyroid surgeries were carried out over 7 years on a total of 1525 interventions (1,83%). The average age was 38 years. Female sex prevailed, with 92,9% of the cases. A unilateral thyroid surgery was carried out among 17 patients. it was bilateral among 11 patients. The loboisthmectomy was carried out in 53,57% of the cases; followed total thyroid surgery with 28,57% of the cases. The patients were operated with research of recurrent laryngeal nerve in 25% of the cases. Temporary an permanent recurrent laryngeal nerve palsy rates were 17,85% and 3,5 %. Other complications included haematoma (2), keloid scar (1). No case of hypo parathyroidie was observed.

Conclusion: thyroid surgery is not performed in ENT surgery activity in Abidjan. Indication and surgery technical are however classic. To reduce complication, surgeons have to now very well anatomy and surgery technical of thyroidectomy.

KEY WORDS: THYROÏDECTOMY, SURGERY, THYROID, COMPLICATIONS, INDICATIONS, TECHNICAL

INTRODUCTION

La chirurgie thyroïdienne ou thyroïdectomie peut être simple ou complexe selon l'indication et l'expérience du praticien. Sa pratique impose une connaissance parfaite de l'anatomie cervico-faciale mais aussi une maîtrise des variétés anatomopathologiques. Ces dernières sont en effet déterminantes dans les modalités d'exérèse carcinologique de la glande en cas de malignité. L'utilisation du monitoring et de la vidéo-chirurgie a révolutionné cette chirurgie dans la recherche-préservation des pédicules vasculo-nerveux et glandes parathyroïdes d'une part et d'autre part dans le respect des impératifs esthétiques.

Malgré ces moyens, les complications demeurent et sont dominées par la paralysie récurrentielle et l'hémorragie ^[1].

En Côte d'Ivoire, la chirurgie thyroïdienne a longtemps été le fait des chirurgiens viscéraux ^[2]. Le développement de la chirurgie cervico-faciale a permis que cette intervention soit d'avantage réalisée par les ORL ^[3].

L'objectif général de cette étude était de décrire l'expérience ORL de la chirurgie thyroïdienne. Les objectifs secondaires étaient de décrire les aspects épidémiologiques, les indications, les techniques et les résultats post opératoires.

MATERIEL ET METHODE

C'est une étude descriptive rétrospective multicentrique, réalisée dans les services d'ORL des CHU d'Abidjan et qui intéresse la période de janvier 2000 à février 2007. Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'une thyroïdectomie et ayant un dossier médical complet. Tous les cas référés d'autres services chirurgicaux pour une complication post-thyroïdectomie ont été exclus. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les indications, les techniques opératoires, les complications. Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête et traitées selon EPI info.6.

RESULTATS

EPIDÉMIOLOGIE

Vingt huit (28) thyroïdectomies ont été réalisées pour 1525 interventions soit une proportion de 1,83 %. L'âge moyen des personnes opérées était de 38 ans. Les extrêmes variaient de 17 ans à 71 ans. 92,9% des thyroïdectomies ont été faites chez des femmes soit un sex-ratio de 0,08.

INDICATIONS

28 patients opérés dont 17 pour une thyroïde multihétéronodulaire, 8 patients pour un nodule froid et 4 patients un goitre diffus. Il n'y avait pas de lésion suspecte de malignité.

La décision opératoire a été prise au terme d'un bilan diagnostique qui comprenait, une échographie dans 28 cas, une cytoponction dans 4 cas et une scintigraphie dans un cas.

La cyto ponction n'a pas mis en évidence des cellules néoplasiques.

TYPES D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Tableau I : Répartition des patients selon le type d'intervention chirurgicale réalisés

Types de chirurgie		N	%
Chirurgie partielle (71,42 %)	<i>Lobectomie</i>	01	7,14
	<i>Loboisthmectomie</i>	15	53,57
	<i>Thyroïdectomie</i> <i>sub totale</i>	03	10,71
Chirurgie totale (28,58 %)	<i>Thyroïdectomie</i>	8	28,58
	<i>totale</i>		
Total		28	100

28 thyroïdectomies ont été réalisées dont 20 thyroïdectomies partielles (71,4 %) et 8 thyroïdectomies totales (28,6 %).

Les thyroïdectomies partielles comprenaient deux lobectomies, 15 loboisthmectomies, 3 thyroïdectomies subtotaux. Le récurrent a été identifié dans 7 cas (dans 25 %).

COMPLICATIONS

Tableau II: Répartition des complications immédiates

Complications	N	%
Paralysie récurrentielle	5	71,42
Hématome	2	28,57
Cicatrice chéloïde	1	14,28

Les suites opératoires immédiates ont été marquées par 5 cas de paralysie récurrentielle unilatérale dont une définitive, deux hématomes compressifs et une cicatrice chéloïde. Ces complications faisaient suite soit à une loboisthmectomie soit à une thyroïdectomie totale. L'hypocalcémie et la paralysie des nerfs laryngés supérieurs n'ont pas été relevées.

Les paralysies récurrentielles transitoires ont toutes régressé sous corticothérapie associée à des séances de rééducation orthophonique.

Les deux cas d'hématomes compressifs observés faisaient suite à une lobo-isthmectomie et ont nécessité dans un cas un pansement et dans l'autre, une reprise chirurgicale immédiate. Une hémostase a été réalisée dans le même temps sur le moignon thyroïdien à l'origine du saignement.

DISCUSSION

La chirurgie de la thyroïde peut être simple ou complexe en fonction de l'indication opératoire. Les premiers à en avoir eu l'expérience sont les chirurgiens viscéraux. Casanelli [2] rapporte une expérience de 149 thyroïdectomies en 3 ans dans le seul service de chirurgie viscérale du CHU de Treichville. L'expérience ORL est beaucoup plus récente si l'on tient compte des données de la littérature [3, 4]. La chirurgie thyroïdienne tient une faible place dans l'activité chirurgicale des ORL, 1,83% dans notre série et 13 % chez Tanon [3].

Si l'on s'en tient aux données épidémiologiques, la chirurgie de la thyroïde est une chirurgie de la femme adulte jeune [2,3,4,5,6]. Cela serait lié à l'influence des stéroïdes sexuels chez la femme [4].

INDICATIONS

Toutes les indications étaient bénignes et tous les patients opérés étaient en euthyroïdie. Mais, il peut arriver d'opérer des patients en hyperthyroïdie comme le rapportent Conessa [4] et Casanelli [2]. Dans ce cas, une préparation médicale [1] jointe à un repos de quelques jours avant l'intervention s'avère indispensable. C'est tout l'intérêt d'une collaboration étroite avec le médecin-anesthésiste lors de la décision opératoire [5].

Les goitres étaient prédominants (75%), particulièrement dans leur forme multi nodulaire (60,7%). Cette tendance est rapportée par plusieurs auteurs, Africains [2, 4, 5,7] et Européens [5,8] avec des prévalences qui varient de 27 à 53,43%. Par contre, pour Alesina [9] et Byrd [10], le nodule thyroïdien est l'indication la plus fréquente. Le goitre et le nodule thyroïdien sont deux motifs fréquents de consultation [11] avec des prévalences qui sont respectivement de 10% et 25 %.

Dans notre pratique, l'échographie est le principal moyen d'investigation (92,9 %). La scintigraphie est peu demandée car trop coûteuse et peu disponible du fait de la difficulté d'approvi-

sionnement en produits radioactifs. D'ailleurs, les indications des examens complémentaires comme la scintigraphie et la cytoponction sont sujets à controverse [5].

TYPES ET TECHNIQUES CHIRURGICALES

La loboisthmectomie a prédominé dans notre série (53,7%) comme c'est le cas avec Casanelli [2] 37,6 % et Megherbi [12] 24,21%. Watkinson [13], rapporte une prédominance de la lobectomie (64,33%) sur une série de 1113 patients. Pour d'autres [3,4,7,14], c'est la thyroïdectomie subtotale qui a souvent été pratiquée.

Ces données traduisent une seule et même réalité. Le choix du type d'intervention et de la technique chirurgicale dépendent de plusieurs critères ou facteurs : indication, plateau technique, type histologique, expérience du chirurgien mais et surtout de l'appréciation per opératoire. Le caractère partiel, total ou élargie de la thyroïdectomie se détermine donc au cas par cas.

Ces critères font que la thyroïdectomie peut être simple ou complexe. En l'absence de lésion maligne, de goitre plongeant dans notre série, les thyroïdectomies dans notre série ont été simples.

COMPLICATIONS

Paralysie récurrentielle

Elle reste la hantise du chirurgien. Cinq cas (17,85%) ont été observés dont 4 transitoires (14%) et une paralysie définitive (3,5%). La paralysie définitive est à craindre surtout lorsqu'elle est bilatérale. Elle constitue alors une urgence qui peut imposer une trachéotomie. Dans notre cas, il s'agissait d'une atteinte unilatérale.

Le risque récurrentiel peut être diminué selon le plateau technique (utilisation d'un monitoring ou non), la technique utilisée et l'expérience du chirurgien. Il n'est jamais nul cependant. Dans les séries ouest africaines, Casanelli [2] n'a noté aucune complication. Dans certaines séries américaines et européennes, il varie de 0,4 à 3,2% [9,13]. Pour le chirurgien débutant, la dissection de la glande thyroïde au contact de la capsule est la meilleure astuce pour éviter le récurrent. Cependant, la recherche et la dissection doit être systématique pour la majorité des auteurs [1,2,3,4] et nous sommes de cet avis. Dans notre série, cette recherche a manqué dans 75%, ce qui peut expliquer le taux élevé de paralysie récurrentielle (17,85%) même si dans 80% ces paralysies ont toutes régressé.

Hémorragies

Les complications hémorragiques cataclysmiques sont devenues exceptionnelles [6]. Nous avons observées deux hématomes compressifs (7,14 %). L'un a été jugulé en réalisant un pansement compressif et l'autre a nécessité une reprise opératoire avec hémostase sur le moignon thyroïdien.

La littérature rapporte peu de complications hémorragiques : Casanelli [2] Ouoba [6], et Conessa [4] ont respectivement noté 2 %, 1,9% et 6,73% dans leurs séries.

Pour des auteurs nord américain et Européen [9,10,15], le recours à la chirurgie minimale invasive permettrait de réduire ce risque par l'utilisation soit de la chirurgie video-assistée, soit de la chirurgie endoscopique, soit encore par l'utilisation du dissecteur ultrasonique.

Dans notre contexte, nous appliquons la méthode classique : ligature soigneuse des vaisseaux au contact de la capsule, hémostase minutieuse des moignons thyroïdiens et drainage post opératoire.

Hypocalcémie

Contrairement à Casanelli [2], nous n'avons observé aucun signe clinique d'hypocalcémie ; par ailleurs le dosage de la calcémie qui devrait être systématique après toute chirurgie thyroïdienne bilatérale, n'a pas été réalisé dans notre étude.

Dans la littérature, des auteurs tels Conessa [4], Ouoba [6], Yehouessi [7] et Megherbi [12] notent une faible incidence de cette complication avec des taux respectifs de 3%, 1,92%, 0,1% et 4,2%.

Une des clés pour la préservation des parathyroïdes reste la préservation de leur vascularisation par la ligature sélective des branches de l'artère thyroïdienne inférieure, au contact de la glande.

La cicatrice chéloïde

Nous en avons rapporté un cas (3,6%). Casanelli [2] n'en a pas trouvé; par contre Conessa [4] trouve un taux de 11%. La survenue de chéloïde est le fait d'une mauvaise cicatrisation du patient et non liée à la qualité de l'incision.

Il existe plusieurs procédés pour la prendre en charge une fois observée. Dans notre série, l'infiltration aux corticoïdes retard a permis une régression totale comme le c'est la cas chez Conessa [4].

Pour la prévention de cicatrice disgracieuse, des auteurs [1,2] préconisent une incision de Ko-

cher basse réalisée avec décollement de lambeaux prenant le plastyma et une réparation correcte de ces derniers lors de la fermeture cutanée.

CONCLUSION

La pathologie thyroïdienne est fréquente mais la chirurgie thyroïdienne reste limitée dans les activités de l'ORL à Abidjan. Les indications, les techniques et les complications restent classiques. Une amélioration du plateau technique et surtout la recherche systématique et la préservation des récurrents permettraient une réduction des complications.

REFERENCES

1. TRAN BA HUY P. Thyroïdectomies *Edition techniques-Encycl Med Chir (Paris-France), Technique chirurgicales-Tête et Cou*, 46-460, 1993,15p
2. CASANELLI JM, BLEGOLE C, N'DRI J, ABOUA G, MOUSSA B, KELI E, N'GUESSAN H A. Les complications de la chirurgie thyroïdienne au CHU de Treichville à propos de 149 interventions. *Med.Afr. Noire* 2007 ; 54(5) :245-248.
3. TANON-ANOH MJ, YODA M, AKRË A, KOUASSI M, ETTË-AKRË E, KOUASSI B. La chirurgie de la pathologie thyroïdienne bénigne en ORL et Chirurgie Cervico-faciale au CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2004 ; 11(1) :11-15.)
4. CONESSA CL, SISSOKHO B, FAYE M. Les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'hôpital principal de Dakar à propos de 155 interventions. *Medecine d'Afrique Noire* : 2000,47 (3) :157-160.
5. TROTOUX J, AIDAN D. Tumeurs du corps thyroïde. *EMC* 20-875-A-10 (1997)
6. OUOBA K, SANO D, WANDAOGO A, DRABO Y, CISSE R, SANOU A, SOUDRE B R. Les complications de la chirurgie thyroïdienne (à propos de 104 thyroïdectomies au CHU de Ouagadougou). *Les cahiers d'ORL*.1998; 3 :178-182.
7. YEHOUESSI-VIGNIKIN B, VODOUHE S-J, BIOT-CHANE I, HOUNKPE Y Y C, MEDJI A L P. Thyroïdectomie à propos de 527 cas de chirurgie thyroïdienne au CNHU de Cotonou. *Louvain Med.* 2000;119 :S301
8. RAFFAELI M, BELLANTONE R, PRINCI P, DE CREA C, ROSSI ED, FADDA G, LOMBARDI CP. Surgical treatment of thyroid diseases in elderly patients. *Am J Surg.* 2010 oct; 200(4):467-72
9. ALESINA PF, SINGAPOREWALLA RM, ECKSTEIN A, LANHER H, WALZ MK. Is minimally invasive, video-assisted thyroidectomy feasible in grave's disease? *Surgery.*2011 Apr; 149(4): 556-60

10. BYRD JK, NGUYEN SA, KETCHAM A, HORNIG J, GILLESPIE MB, LENTSCH E. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy versus conventional thyroidectomy: a cost-effective analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010 Dec; 143(6): 789-94.
11. BERNARD G, ZANARET M, LE CLECH G, SANTINI J. Mise au point sur la pathologie thyroïdienne. In : les monographies amplifon. Chirurgie de la thyroïde et de la parathyroïde, n°41. Montfermeil : amplifon ; 2006. p13-55
12. MEGHERBI MT, GRABA A, ABID L, OULMANE D, SAIDANI M, BENABADJI R. Complications et séquelles de la chirurgie thyroïdienne bénigne. *Journal de Chirurgie.* 1992, vol.129, n°1, pp. 41-46.
13. WATKINSON JC. Fifteen years' experience in thyroid surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010 Oct; 92(7):541-7
14. KOUMARÉ AK, SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETÉ S, TRAORÉ DIOP AK, BAGAYOGO TB, DOUMBIA D, COULIBALY Y, SIDIBÉ-TRAORÉ A, DEMBELÉ M, TRAORÉ HA, BAYO S. Goitres bénins en chirurgie au Mali (à propos de 815 cas). *e-mémoire de l'Académie nationale de Chirurgie*, 2002;1(4) :1-6.
15. WILHELM T, METZIG A. Endoscopic minimally invasive thyroidectomy (eMIT): a prospective proof-of-concept study in humans. *World J Surg.* 2011 Mar;35(3):543-51