

LA THYROÏDECTOMIE PARTIELLE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTHYROÏDIE DE LA MALADIE DE BASEDOW

PARTIAL THYROIDECTOMY IN THE TREATMENT OF GRAVES'DISEASE

KELI E, BAKARY M, KONAN JN, KEITA M, BLEGOLE OC, CASANELLI J-M

Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne du CHU de Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire



Correspondance : KELI Elie

Maître de conférences agrégé ;
06 Bp 1923 Abidjan 06; Tel : (0225) 09969218
E mail : gbeliekeli@gmail.com

RÉSUMÉ

Le contrôle chirurgical de l'hyperthyroïdie dans la maladie de Basedow (MB) se fait par Thyroïdectomie subtotale (TST) ou par Thyroïdectomie quasi totale (TQT). Nous avons analysé l'efficacité des deux méthodes dans cette étude.

But : comparer la qualité du contrôle de la MB par TST et par TQT.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective multicentrique comparative des malades opérés par TST ou TQT dans la MB. Le critère de jugement était le statut hormonal postopératoire. L'euthyroïdie était considérée comme un bon résultat.

Résultats : l'effectif des opérés était n=42, sujets féminins n=31 (73,80%) et masculins n=11 (26,19%), âgés de 21 à 57 ans (m=36 ans). L'indication opératoire était justifiée pour : échec des antithyroïdiens de synthèse (ATS) n=21 (50%), volumineux goitre n=9 (21,42%), défaut de compliance aux ATS n=7 (16,66%), refus des ATS n=5 (11,90%). Les deux échantillons TST (n=32) et TQT (n=10) présentaient des différences non-significatives concernant le sexe et l'âge [sexe F/M : TST=26/6 vs TQT :5/5, p=0,09 et âge : TST=34, 22±8,07 vs TQT :38, 10±6,98, p=0,13]. Les différences observées selon le statut hormonal étaient significatives, l'euthyroïdie était plus fréquente après TST [TST n=2 (28,57%)<TQT n=5 (71,42%), p=0,01] et l'hypothyroïdie était plus fréquente après TQT [n=5 (71,42%) vs n=2 (28,57%), p=0,01].

Conclusion : la TST contrôle mieux l'hyperthyroïdie dans la MB que la TQT dans cette étude.

MOTS-CLÉS : MALADIE DE BASEDOW, THYROÏDECTOMIE SUBTOTALE, THYROÏDECTOMIE QUASI TOTALE, HYPERTHYROÏDIE, HYPOTHYROÏDIE.

ABSTRACT

Surgical treatment of Graves'disease in our practice is performed by Subtotal thyroidectomy (STT) or by Near-total thyroidectomy (NTT). We analyzed the efficacy of these procedures in this study.

Aim: to compare the quality of Graves'disease hyperthyroidism control by STT or NTT.

Material and methods: Retrospective comparative study of patients operated either by STT or NTT. The main indicator was post-operative thyroid hormone level and euthyroidism was the clinical goal.

Results: Patients number was 42 with 31 females (73,80%) and 11 males (26,19%), age range 21-57 years (m = 36). Surgery was performed because of failing in antithyroid drug therapy n=21 (50%), proeminent goiter n=9 (21,42%), non-compliance to medical treatment n=7 (16,66%), refusal of antithyroid drug n=5 (11,90%). The two groups STT n=32 and NTT n=10 were not significantly different according sex and age [sex F/M: STT 26/6 vs NTT 5/5, p=0.09; age: STT 34,22±8,07 vs NTT 38,10±6,98, p=0,13]. Differences according hormonal level were significant, incidence of euthyroidism was higher among STT [n=29 (85,30%) vs n=5 (14,70%), p=0,01], incidence of hypothyroidism was higher after NTT [n=5 (71,42%) vs n=2 (28,57%), p=0,01].

Conclusion: STT provide a better control on Graves'disease hyperthyroidism than NTT in this study.

KEY-WORDS: GRAVES'DISEASE, SUBTOTAL THYROIDECTOMY, NEAR-TOTAL THYROIDECTOMY, HYPERTHYROIDISM, HYPOTHYROIDISM.

INTRODUCTION

La maladie de Basedow (MB) ou maladie de Graves Basedow (MGB) résulte d'un désordre immunologique : le blocage du récepteur à la TSH du thyrocyte par un auto anticorps, à l'origine de la synthèse et de l'hypersecretion des hormones thyroïdiennes et de l'hyperplasie de la glande. Cette donnée est admise et bien établie [1, 2]. A l'inverse, la stratégie thérapeutique fait l'objet de controverses. Les traitements de première ligne, notamment les antithyroïdiens de synthèse (ATS) ne font pas l'unanimité ; on leur fait le reproche de fréquentes récurrences : ils sont prônés en Europe [3,4]. Quant à l'iode radioactif, qui a la faveur des auteurs nord-américains, son traitement (iode radio-actif) s'accompagne d'un taux important d'hypothyroïdies définitives [2] ; la tendance actuelle est de le réserver au traitement des récurrences [5].

La chirurgie n'échappe pas à cette controverse et oppose deux courants de pensée. Les radicaux, partisans de la thyroïdectomie totale, visent l'hypothyroïdie en postopératoire [6], et les conservateurs défendent la thyroïdectomie partielle et visent l'euthyroïdie [7]. Dans notre expérience, cette thyroïdectomie partielle fait appel soit à la thyroïdectomie subtotale (TST), soit la thyroïdectomie quasi totale (TQT) et notre attitude au quotidien oscille entre l'une et l'autre, sans critère de choix strict pour l'une ou l'autre attitude.

Le but de cette étude était d'évaluer la qualité du résultat fonctionnel après TST et TQT au cours de la MB dans deux centres hospitaliers d'Abidjan.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique réalisée à l'hôpital militaire d'Abidjan (HMA) et au Centre Hospitalier Universitaire de Treichville (CHUT), couvrant la période de mars 1998 à mars 2014. Les données exploitées avaient été extraites des fiches d'observation, des registres de compte-rendu opératoires et des registres d'hospitalisation.

Les critères de sélection des patients étaient de deux ordres : diagnostic d'une maladie de Basedow, basé sur l'existence d'un goitre diffus, d'une exophtalmie et d'une hyperthyroïdie affirmée sur une baisse de la TSHus et /ou une élévation de la T4L. Le second critère était le recours à la TST ou à la TQT comme traitement. Ces deux techniques se caractérisaient par une hémithyroïdectomie

associée à une lobectomie controlatérale subtotale, laissant en place un moignon thyroïdien évalué à 3g de thyroïde résiduelle. Dans la TST, le moignon provient de la face postérieure du lobe, nous le définissons comme « mur postérieur ». C'est l'opération de Dunhill [8]. Dans la TQT, le moignon est laissé au pôle supérieur du lobe et nous lui attribuons le terme de « clochette ».

Les patients porteurs d'un goitre baséowifié n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le critère de jugement était le statut hormonal postopératoire, dosé un mois après la thyroïdectomie et confirmé sur au moins trois autres contrôles sur une période de trois ans. L'euthyroïdie était considérée comme un succès, tandis que l'hypothyroïdie ou l'hyperthyroïdie étaient considérées comme un échec.

L'analyse statistique était effectuée par test de Student et test de Kruskal-Wallis.

RESULTATS

Sur cette période de 16 ans, 42 patients avaient été opérés pour MB. Les résultats globaux sont reportés dans le tableau I.

Le taux global de succès est de 80,9%, tandis que le taux d'échec est de 19,1% avec une hyperthyroïdie et sept cas d'hypothyroïdie. La rechute a été diagnostiquée quatre ans après une TST. Une totalisation a été faite, par l'ablation du « mur postérieur ».

Tableau I : Caractéristiques de la série

CARACTERISTIQUES	EFFECTIF	%
Sexe		
F	31	73,8
M	11	26,2
Age		
Extrêmes	[21 - 57]	
m	36,16±7,52	
Indications		
Echec ATS	21	50
Goitre inesthétique	09	21,4
Défaut de compliance	07	16,6
Refus ATS	05	12
Chirurgie		
TST	32	76,2
TQT	10	23,8
Statut hormonal		
Euthyroïdie	34	80,9
Hypothyroïdie	7	16,7
Hyperthyroïdie	1	2,4

TST : Thyroïdectomie subtotale TQT : Thyroïdectomie quasi totale

Le nombre des patients ayant subi une TST étaient de 32 (76,19%) et 10 pour la TQT (23,80%). Le sex-ratio F/H était de 4,33 dans le groupe TST et de 1 dans le groupe TQT avec $p = 0,09$. L'âge moyen était de 34,22 avec une déviation standard de 8,07 dans le groupe TST contre 38,10 avec une déviation standard de 6,98 avec $p=0,13$. Ces données sont rapportées dans le tableau II.

Les résultats hormonaux montrent que l'euthyroïdie est retrouvée chez 29 opérés (85,3%) dans le groupe TST et chez cinq opérés (50%) dans le groupe TQT avec $p = 0,01$. Une hypothyroïdie post-opératoire était diagnostiquée chez deux patients du groupe TST et cinq du groupe TQT avec $p=0,01$. Ces données sont rapportées dans le tableau II.

Tableau II : comparaison des résultats selon les groupes TST et TQT

	TST	TQT	P
N	32	10	
Sexe : F/M	26/6	5/5	0,09
Age (m)	34,22 ± 8,07	38,10 ± 6,98	0,13
Euthyroïdie	29 (85,3%)	5 (14,7%)	0,01*
Hypothyroïdie	2 (28,57%)	5 (71,42%)	0,01*
Hyperthyroïdie	1 (100%)	0	0,01*

*Valeurs de p significatives

COMMENTAIRES

Dans notre expérience, la TST permet d'obtenir un meilleur contrôle de l'hyperthyroïdie que la TQT dans la maladie de Basedow, avec un meilleur équilibre de l'euthyroïdie. A l'opposé, le groupe TQT présente un taux plus bas d'opérés en euthyroïdie et un taux plus élevé d'hypothyroïdie. Cette prévalence de l'hypothyroïdie dans le groupe TQT semble conforme à l'objectif initial de cette modalité technique, celui d'atténuer la radicalité de la thyroïdectomie totale [9].

Dans cette série, l'euthyroïdie est observée chez 90,6% des opérés par TST ; ce résultat est superposable aux résultats d'autres auteurs pratiquant cette technique [2]. Le taux d'euthyroïdie après TST varie selon ces auteurs de 54% à 91% dans le traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

La TST s'accompagne cependant d'un taux d'échec qui varie de 5,2% à 39% pour ce qui est des cas d'hypothyroïdie et de 3,1% à 7% pour les récurrences post-opératoires de la maladie de Basedow [2, 4, 10, 11].

La fréquence des hypothyroïdies dans cette étude de l'ordre de 6,2% est comparable aux taux d'hypothyroïdie de la littérature [10]. Le recours dans cette situation à une hormonothérapie substitutive est une charge financière pour les patients africains. Ce facteur financier est une variable qui influence la qualité du programme de surveillance nécessaire en présence d'une hypothyroïdie.

A l'opposé, la récurrence de la maladie de Basedow ou sa persistance est un échec pour le patient qui reste soumis au même traitement qu'avant la chirurgie. La ré-intervention en chirurgie thyroïdienne est toujours techniquement à risque. Il n'a pas été noté de trouble fonctionnel récurrentiel dans notre cas.

La TQT de réalisation technique plus aisée, offre l'avantage d'une ré-intervention moins risquée pour les nerfs récurrents mais s'avère moins efficace à contrôler l'hyperthyroïdie.

Si la TST à la faveur de nombreux auteurs, la controverse porte sur le volume de tissu thyroïdien qu'on conserve: le moignon restant.

Il n'y a pas de consensus sur le volume à préserver pour le moignon. La TQT laisse en place un moignon de 1g alors que la TST préserve environ 3g [8]. Cette absence de consensus tient aussi de la difficulté à mesurer de façon indiscutable le poids du moignon préservé. Cela se retrouve à travers les expériences rapportées par différents auteurs. Vincent et al en Inde [2], laissent un moignon de 6g, quand Tae-Yong et al en Corée [12] préserve un moignon variant de 4 à 5g ; tous ces volumes étant supérieurs à celui de 3g en vigueur dans cette étude. La détermination par double pesée comparative s'avère une possible méthode objective de quantification du moignon [4].

Les partisans de la TST se répartissent en plusieurs groupes. La technique utilisée dans cette étude est celle de Dunhill, qui associe une lobectomie totale et une lobo-isthmectomie subtotale. Le moignon est unique et son volume est défini de principe à 3g [8]. D'autres défenseurs de la TST réalisent une lobectomie subtotale bilatérale, qui elle va laisser 2 moignons sous forme de murs postérieurs pour préserver les récurrents et les glandes parathyroïdes [7, 10, 13].

A ce groupe de défenseurs de la TST qui prônent un moignon de taille standard, s'opposent des chirurgiens ayant une attitude plus éclectique. La taille du moignon serait modulée soit en fonction

du poids global du goitre [3], soit en fonction de l'âge du malade [6, 14] ou alors selon le taux sérique d'anticorps [2]. Ces variations du volume du moignon d'un auteur à l'autre soulignent la grande disparité des choix pour le traitement chirurgical par thyroïdectomie partielle dans la maladie de Basedow. Il n'y a pas de volume idéal standard pour le moignon thyroïdien, de plus les résultats sont variables à long terme [15,16].

La valeur fonctionnelle du moignon thyroïdien pourrait être multifactorielle : anthropométrique tel que le volume du moignon, immunologique tel que le taux d'anticorps et enfin cellulaire tel que le degré d'infiltration lymphocytaire du tissu thyroïdien.

CONCLUSION

Dans cette étude, le traitement chirurgical de la MB vise l'euthyroïdie, l'accès à une hormonothérapie substitutive à vie reste pour l'heure inadapté au contexte socio-culturel des patients. Le choix entre TST et TQT était lié aux conditions opératoires et à la pratique de l'opérateur. La comparaison des deux groupes d'opérés démontre que la TST assure une euthyroïdie chez la plupart des patients, tandis que la TQT s'accompagne d'un taux d'échec plus élevé. Le contrôle chirurgical de l'hyperthyroïdie de la MB est mieux assuré par la TST dans cette étude.

REFERENCES

1. PEARCE EN and al. Treatment Options for Graves'Disease: a Cost-effectiveness Analysis. *Journal of the American College of Surgeons* 2009;209(2):170-9
2. SUGINO K, NAGAHAMA M and al. Changes in the Thyroid Function of Graves'Disease Patients Treated by Subtotal Thyroidectomy. *Endocr J* 2012;59(12):1115-20
3. AL-SHOUMER KAS, GHARIB H. Hyperthyroidism: Toxic Nodular Goiter and Graves'Disease. In: Gregory W Randolph Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands. 2nd ed, Philadelphia: Elsevier Saunders 2013, P52-59
4. DIGONNET A, WILLEMSE E, DEKEYSER C, VANDELDELDE L, MICHEL M, GLINOER D, LARSIMONT D, ANDY G. Near-total Thyroidectomy is an Optimal Treatment for Graves' Disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010;267(6):955-60
5. STALBERG P, SVENSSON A, HESSMAN O, AKERSTROM G, HELLMAN P. Surgical Treatment of Graves' Disease: Evidence-based Approach. *World J Surg* 2008;32(7):1269-7
6. CHI SY, HSEI KC, SHEEN-CHEN SM, CHOU FFA. A Prospective Randomized Comparison of Bilateral Subtotal Thyroidectomy versus Unilateral Total and Contralateral Subtotal Thyroidectomy for Graves' Disease. *World J Surg* 2005;29(2):160-2 [PUBMED: 15650802]
7. CHRISTOPHER R MCHENRY, CHUNG-YAU LO. (2013).The Surgical Management of Hyperthyroidism. In: Gregory W Randolph Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. P85-94
8. LE CLECH G, CAZE A, MOHR E, BOUILLOUD F, COMMESSIE JF. Surgery for Graves'Disease. A review of 378 cases. *Fr ORL* 2005;86:10-6
9. TAE-YONG SUNG, YON SEON KIM, SOOK HYUN LEE and al. Surgical Treatment of Graves'Disease : Comparison between Total Thyroidectomy and Subtotal Thyroidectomy. *J Korean Surg Soc* 2009;77(2):82-7
10. VINCENT PJ, GARG MK, SINGH Y, BHALLA VP, DATA SGS. Subtotal Thyroidectomy in the Management of Graves'Disease. *MJAFI*2001;57:203-206
11. ESCOBAR-JIMENEZ F, FERNANDEZ-SOTO ML, LUNA-LOPEZ V, QUESADA-CHARNECO M, GLINOER D. Trends in Diagnostic and Therapeutic Criteria in Graves' Disease in the Last 10 Years. *Postgrad Med J* 2000;76:340-44 doi:10.1136/pmj.76.896.340
12. HERMANN M and coll. Early Relapse after Operation for Graves'Disease: Postoperative Hormone Kinetics and Outcome after Subtotal, Near-total and Total Thyroidectomy. *Surgery* 1998;124(5):894-900
13. AL-ADHAMI A, SNAITH AC, CRAIG WL, KRUKOWSKI ZH. Changing Trends in Surgery for Graves'Disease: a cohort comparison of those having Surgery intended to Preserve Thyroid Function with those having Ablative Surgery. *J Otolaryngol Head and Neck Surgery* 2013;42:3715.
14. LEPNER U, SEIRE I, PALMISTE V, KIRSIMAGI U. Surgical Treatment of Graves' Disease: Bilateral Subtotal Thyroidectomy might still be the Preferred Option. *Medicina (Kaunas)* 2008;44(1):22-6
15. BILOSI M, BINQUET C, LALANE-MISTRICH ML, BRUN J-M, COUGARD P. La Thyroïdectomie Subtotale Bilatérale de Réduction reste-t-elle indiquée dans la Maladie de Basedow ? *Ann Chir* 2002 ;127(2) :115-20
16. LEE AJ, GRUMBACH MM, CLARCK OH. Controversy in Clinical Endocrinology. The Optimal Treatment for Pediatric Graves' disease is Surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2008;92(3):801-3