

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU GOITRE: À PROPOS DE 100 CAS

SURGICAL MANAGEMENT OF GOITER: ABOUT OF 100 CASES.

CASANELLI J M¹, KÉITA M¹, GOHO M¹, KELI E², KOUASSI A², BONNY R¹, AHUE K¹, N'GUESSAN H A¹

1-Service de chirurgie générale digestive et endocrinienne, CHU de Treichville Abidjan.

2-Service de chirurgie générale et viscérale, Hôpital militaire d'Abidjan.

Correspondance : Dr CASANELLI D'ISTRIA Jean Marie

Maître de conférences agrégé

Service de chirurgie générale digestive et endocrinienne

Bp V 3 CHU de Treichville / 04Bp 644 Abidjan 04

Mail : casanelli@voila.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Le goitre constitue un motif fréquent de consultation dans les services de chirurgie en Afrique noire. Le but de ce travail était de rapporter l'expérience chirurgicale des auteurs dans la prise en charge du goitre et d'évaluer leurs résultats.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans. Elle a concerné les dossiers de patients opérés de goitre à l'hôpital militaire d'Abidjan (HMA). Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats : 100 patients ont été retenus : 78 femmes et 22 hommes d'âge moyen 39,8 ans. Les bilans cliniques et paracliniques ont objectivé 85 goitres euthyroïdiens et 15 goitres hyperthyroïdiens. Le geste chirurgical a été, une lobectomie droite ou gauche chez 54 patients, une thyroïdectomie subtotale chez 22 patients, une thyroïdectomie quasi-totale chez 6 patients, une thyroïdectomie totale chez 10 patients, une enucléorésection chez 5 patients, une isthmectomie chez 1 patient et une cervicotomie exploratrice chez 2 patients. La morbidité concernait 19 patients et se répartissait ainsi : 3 cas d'hématomes compressifs ; 5 cas de parésies récurrentielles transitoires, 8 cas de complications parathyroïdiennes transitoires, 1 cas de suppuration de la plaie opératoire et 2 cas de cicatrices chéloïdes. La mortalité était nulle. L'histologie réalisée dans 73 cas a mis en évidence un goitre colloïde dans 55% des cas. Aucune tumeur maligne n'a été retrouvée.

Discussion : Dans les pays en développement l'exérèse thyroïdienne partielle représente l'option thérapeutique la plus utilisée dans la chirurgie du goitre bénin à cause des difficultés d'accès à l'hormonothérapie.

Conclusion : l'exérèse thyroïdienne partielle reste une option privilégiée pour le traitement du goitre bénin.

MOTS CLÉS : THYROÏDE - GOITRE - CHIRURGIE - EXÉRÈSE PARTIELLE.

SUMMARY

Introduction : Goiter is a frequent reason for consultation in surgical departments in Black Africa. The aim of this study was to report the authors experience in the surgical treatment of goiter and evaluate their results.

Patients and methods: This is a retrospective study over a period of 10 years. It concerned the records of patients operated on goiter at the Abidjan military hospital (HMA). The parameters studied were epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and progressive.

Results : 100 patients were included: 78 women and 22 men with an average age of 39.8 years. There were 85 euthyroid goiters and 15 hyperthyroid goiters. The surgical procedure was a right or left isthmolobectomy in 54 patients, a subtotal thyroidectomy in 22 patients, a near total thyroidectomy in 6 patients, a total thyroidectomy in 10 patients, an enucleoresection in 5 patients, an isthmectomy in one patient and a cervicotomy in 2 patients. Morbidity rate was 19% (19 cases): compressive hematoma in 3 cases; transient recurrent laryngeal paresis in 5 cases, parathyroid transient complications in 8 cases, infection of the operated area in one case and a wound cheloid in 2 cases. Mortality rate was 0%. Histology carried out in 73 cases showed a colloid goiter in 55% of cases. No malignancy was found.

Discussion: in developing countries, partial thyroid exeresis is the most widely used treatment in benign goiter surgery because accessibility to the thyroid hormone is not easy

Conclusion: in our practice, partial thyroid exeresis remains a treatment of choice for benign goiter.

KEY WORDS: THYROID - GOITER - SURGERY - PARTIAL THYROID EXERESIS.

INTRODUCTION

Le goitre constitue un motif fréquent de consultation dans les services de chirurgie en Afrique noire ^[1,2]. Le volume du goitre associé à une dysthyroïdie et le risque de malignité sont les principales indications de la chirurgie ^[2]. En Côte d'Ivoire, la chirurgie occupe une place de choix dans le traitement de l'hypertrophie thyroïdienne.

Le but de ce travail était de rapporter notre expérience de la prise en charge chirurgicale du goitre et d'en évaluer les résultats.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur tous les cas de goitres opérés à l'hôpital militaire d'Abidjan (HMA), de janvier 2001 à décembre 2010.

Pour chaque dossier, les données suivantes ont été prises en compte : l'âge, le sexe, les antécédents pathologiques, les manifestations cliniques, les examens paracliniques, le traitement chirurgical et les suites post-opératoires. Le diagnostic a été fait à partir des données de l'examen clinique et du bilan paraclinique.

Ont été exclus, les dossiers incomplets et les patients opérés pour récidives de goitre. Au terme de cette étude, 100 dossiers ont été retenus.

RÉSULTATS

Les patients se répartissaient en 78 femmes et 22 hommes, d'âge moyen 39,8 ans (extrêmes: 13 et 82 ans). 18 patients avaient des antécédents familiaux de goitres; 40 patients avouaient consommer du manioc de façon régulière.

Au plan clinique, 78 patients ont consulté pour tuméfaction cervicale antérieure disgracieuse avec des signes de compression dominés par la dysphonie chez 11 patients.

Le bilan échographique retrouvait un goitre hétéromultinodulaire chez 79 patients, un goitre nodulaire chez 6 patients et une hypertrophie thyroïdienne globale et homogène chez 15 patients.

Le bilan hormonal thyroïdien retrouvait 85 patients en euthyroïdie et 15 patients en hyperthyroïdie (essentiellement une maladie de Basedow).

Au plan thérapeutique, seuls les 15 patients en hyperthyroïdie ont bénéficié d'une préparation de 8 mois à base de carbimazole (60mg/j) associé à du propranolol (40mg : 1/2 comprimé 2 fois par jour). La voie d'abord exclusive a été une cervicotomie antérieure de Kocher chez tous les malades. Les gestes chirurgicaux ont été : 54 loboisthnectomies droites ou gauches, 22 thyroïdectomies subtotaux, 6 thyroïdectomies quasi-totales, 10 thyroïdectomies totales, 5 enucléoréssections, 1 isthnectomie et 2 cervicotomies exploratrices, terminés sur un drainage aspiratif de type redon dans 98% des cas.

Une opothérapie à base de levothyroxine a été instituée chez 12 patients (10 après thyroïdectomie totale et 2 après thyroïdectomie quasi-totale). L'examen anatomopathologique des pièces opératoires, réalisé chez 73 patients, a retrouvé un goitre colloïde bénin dans 55% des cas, un goitre parenchymateux dans 16% des cas, un goitre kystique dans 7% des cas et un adénome vésiculaire dans 4% des cas. Aucune tumeur maligne n'a été retrouvée.

La morbidité a porté sur 3 cas d'hématomes compressifs qui ont nécessité une reprise au bloc opératoire, 5 cas de parésies récurrentielles transitoires régressives au bout de 3 mois, 8 cas de complications parathyroïdiennes transitoires (fourmillements, crampes), régressives au bout de trois mois, 1 cas de suppuration de la plaie opératoire et 2 cas de cicatrices chéloïdes.

Le suivi moyen des malades était de 6 mois: 2 patients âgés de 68 et 82 ans sont décédés au bout de 3 mois des suites de l'évolution d'une tumeur inextirpable, probablement maligne de la thyroïde.

DISCUSSION

La prise en charge chirurgicale du goitre passe par deux étapes importantes: pré-opératoire et per-opératoire.

PREMIÈREMENT : ETAPE PRÉ-OPÉRATOIRE

Elle est dominée par le bilan morphologique du goitre avec comme examen clef, l'échographie thyroïdienne. C'est l'examen de référence pour décrire l'échostructure du parenchyme thyroïdien, les caractères des nodules (nombre, taille, échostructure, échogénicité, contours) et la présence d'adénopathies ^[3]. Dans notre série, on notait un goitre multihétéronodulaire dans 79% des cas ; superposable aux 78% de goitres mul-

tihétéronodulaires de la série de Thomucsch et al en Allemagne [4]. L'échographie peut permettre de modifier le geste chirurgical initialement prévu : thyroïdectomie totale alors que la maladie est cliniquement monolobaire.

DEUXIÈMENT : ETAPE PER OPÉRATOIRE

Dans notre pratique, elle comporte toujours une exploration complète manuelle et visuelle de la loge thyroïdienne, en cas de goitre monolobaire, pour réduire le risque de récurrence tumorale à long terme.

L'exérèse chirurgicale est fonction des constatations per-opératoires : hypertrophie diffuse ou globale de la thyroïde et de la nature de la maladie thyroïdienne (hyperthyroïdie, goitre bénin, cancer etc....).

En cas de goitre hétéromultinodulaire euthyroidien, notre attitude, identique à celle des auteurs comme Koumaré et Touré, favorables à une exérèse thyroïdienne partielle [1,2], s'oppose à la thyroïdectomie totale quasi systématique des occidentaux afin de diminuer le recours à l'hormonothérapie à vie. Dans la majorité des pays africains, à faible revenu et où l'accès aux pharmacies privées est parfois difficile, il est souvent illusoire de prescrire un traitement hormonal à vie et espérer un bon résultat.

Les gestes d'exérèse partielle, réalisés dans 90% des cas dans notre travail, sont superposables aux 100% et 95% d'exérèses partielles des séries de Koumaré et Touré [1,2].

Dans le cadre de la maladie de Basedow, notre intervention de choix est la thyroïdectomie quasi-totale, laissant une clochette appendue au pédicule thyroïdien supérieur équivalent de la thyroïdectomie subtotale réalisée par Dieng à Dakar [5]. Nous réservons la thyroïdectomie totale comme Marescaux [6], aux sujets jeunes, présentant une maladie de Basedow avec immunopathie sévère.

LES SUITES OPÉRATOIRES

• Le risque hémorragique

Il constitue le risque le plus préoccupant de l'intervention car il met en jeu le pronostic vital du malade par obstruction trachéale due à l'hématome. Sa fréquence varie entre 0,01 et 1,9% selon les auteurs [7,8]. Dans notre série, on notait 3 cas d'hématomes asphyxiques : 2 fois après thyroïdectomie subtotale et 1 fois après loboisthmectomie.

En fin d'intervention, pour s'assurer d'une hémostase parfaite de la loge thyroïdienne, nous y administrons quelques millilitres d'hexomédine® solution afin d'apprécier la coloration du liquide. Il est impératif, pour l'anesthésiste, de réveiller le malade en "douceur" pour éviter que ce dernier ne rompe les ligatures préexistantes lors d'un réveil "mouvementé".

• Le risque nerveux

Il a été le souci principal de tous les opérateurs. La recherche du nerf récurrent avec reconstitution de son trajet jusqu'à sa pénétration dans la filaire laryngée doit être systématique.

Dans notre série, nous avons observé 5 cas de dysphonies transitoires dues à un œdème dans le territoire du nerf, en rapport avec l'électrocoagulation. Ce taux est superposable à celui de la littérature internationale qui varie entre 0,1 et 15% [7]. La prévention de l'atteinte du nerf récurrent repose sur une bonne connaissance de son anatomie et surtout sur l'utilisation parcimonieuse du bistouri électrique.

• La complication parathyroïdienne

Le risque parathyroïdien est fréquent après exérèse thyroïdienne bilatérale et peut atteindre 37% selon Blondeau [9].

Dans notre série, nous avons noté 8 cas de complications parathyroïdiennes transitoires. La prévention des hypoparathyroïdies repose avant tout sur le respect des glandes parathyroïdes et surtout, de leur vascularisation par ligature des branches de l'artère thyroïdienne inférieure près du parenchyme thyroïdien. Le risque d'hypoparathyroïdie impose d'intégrer le dosage de la calcémie dans le bilan pré-opératoire de tout goitre et dans sa surveillance à long terme surtout après exérèse thyroïdienne bilatérale.

CONCLUSION

L'exérèse thyroïdienne partielle reste une option privilégiée pour le traitement du goitre bénin dans notre contexte pour éviter la prescription systématique d'hormone thyroïdienne.

L'amélioration des résultats passe par une bonne codification de la technique opératoire.

RÉFÉRENCES

- 1-KOUMARE A K, SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETE S, TRAORE DIOP A K, BAGAYOKO T B, SIDIBETRAORE A, DEMBELE M, TRAORE N A, 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.
- 2-TOURE A, DIALLO A T, CAMARA L M, TOURE F B, CAMARA N D. La chirurgie thyroïdienne : expérience du service de chirurgie générale du CHU IGNACE DEEN de Conakry. *Mali med* 2006; 21(3): 23-27.
- 3-MATHONNET M. Exploration des nodules thyroïdiens; rôle de l'échographie pré-opératoire. *Ann Chir* 2006; 134: 577-582.
- 4-THOMUSCSCH O, SEKULLA C, DRALLE H. Quality assurance study in thyroid gland surgery. Initial comparative intermediate term results for benign thyroid gland surgery. *Zentrabl Chir* 2000; 125: 192-195.
- 5-DIENG M, NDOUR O, KA O, KONATE I, DIA A, TOURE C T. Traitement chirurgical des hyperthyroïdies de la maladie de Basedow et du goitre nodulaire basedowifié. *Rev Afr Chir* 2006; 9(2): 38-41.
- 6-MARESCAUX J. Thyroid. «*In : Endocrinologie chirurgicale. PROYE C H., DUBOST C., MC GRAW-HILL.*» Paris 1991; 13-53.
- 7-CHAPUIS Y. Risques et complications de la chirurgie thyroïdienne. *Rev Prat (Paris)* 1996; 46: 2325-2329.
- 8- CONESSA C L, SISOKO B, FAYE M. Les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'hôpital principal de DAKAR à propos de 155 interventions. *Med Afr Noire* 2000 ;47 :157-160.
- 9-BLONDEAU P H. La chirurgie du corps thyroïde en 1984. *Rev Prat(Paris)* 1984; 72: 67-71.