

## LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU IGNACE DEEN DE CONAKRY.

<sup>1</sup>TOURE.A ; <sup>1</sup> DIALLO.A.T ; <sup>2</sup>CAMARA. L.M ; <sup>1</sup>TOURE.F.B ; <sup>1</sup>CAMARA.N.D

<sup>1</sup> Service de chirurgies générales, et <sup>2</sup> Service de pneumo-phtisiologie CHU Ignace Deen

Tirés à part : [dratouci@yahoo.fr](mailto:dratouci@yahoo.fr) et [aissatoutaran@yahoo.fr](mailto:aissatoutaran@yahoo.fr)

**RESUME :** Les auteurs rapportent leur expérience dans la chirurgie thyroïdienne sur 192 patients admis et opérés en cinq ans dans le service de Chirurgie Générale du CHU Ignace Deen de Conakry. Ces patients représentaient 3,13% des 6139 interventions chirurgicales pratiquées au cours de la période d'étude. Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif allant du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 2001, portant sur les aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et histologique. Le geste opératoire effectué a été 86 lobo-isthmectomies gauches (44.17%), 41 lobo-isthmectomies droites (21.35%), 58 thyroïdectomies subtotaux (30.21%), 7 thyroïdectomies totales (3.65%). Les résultats obtenus ont été bons dans 99,48%. Un cas de décès a été enregistré, représentant 0,52%. Le but de l'étude était d'apprécier les résultats de la chirurgie thyroïdienne et de ressortir les éléments de mauvais pronostic de cette chirurgie dans leur service.

**Mots clés:** Thyroïdectomie-éléments pronostiques

**SUMMARY:** authors bring back their experience in surgery thyroïdienne patient sur 192s admitted and operated in five years in tea service of General Surgery of him FALLEN Ignace Deen Conakry of. These patients represented 3, 13% of tea 6139 surgical interventions exercised during tea period of survey. It was about has retrospective survey of descriptive type going from January 1st, 1997 at 31 décembre 2001, structural one aspects epidemiological, clinic, therapeutic and histologique. Tea done operative gesture was 86 lefts loboisthmectomieseses (44.17%), 41 rights loboisthmectomieseses (21.35%), 58thyroïdectomies subtotaux (30.21%), 7 thyroïdectomies total (3.65%). Tea gotten results were good in 99, 48%. To slot of death has been recorded, representing 0, 52%. Tea goalkeeper of tea survey was to appreciate results of surgery thyroïdienne and to take out again elements of bad prognostication of this surgery in their service.

**Key word:** Thyroïdectomy, Pronostics

### INTRODUCTION

Le goitre est une affection cosmopolite, sa fréquence et ses différentes variétés cliniques varient selon les pays, les régions. En Allemagne, pays où la prophylaxie iodée n'est pas légalisée, l'incidence du goitre est de 15% chez les sujets en âge de service militaire [1]. En Autriche, le goitre atteint 30 à 50% de la population, malgré la prophylaxie iodée [1]. Au Etat Unis d'Amérique, l'incidence est de 1 à 7 % en âge du service militaire [1]. e niveau de développement, en particulier l'absence de l'autosuffisance alimentaire, le cadre physique montagneux et/ou enclavé de l'Afrique sont autant de facteurs qui y influencent la pathologie thyroïdienne [2]. Dans le sud Est du Gabon, une enquête a fait découvrir des goitres chez 38% des écoliers et 34,37% des adultes [3]. Le goitre est une affection fréquente en république de Guinée; .sa prévalence nationale est de 63,6 %; il se rencontre dans les quatre régions naturelles du pays aux proportions suivantes : 40,6 % en Basse Guinée (qui est la région côtière), 76,1% en Moyenne Guinée( qui est la région des montagnes), 73,6 % en Haute Guinée (qui est la région des savanes), et 74,1 % en Guinée Forestière (région des forêts)[4]. Il sévit à l'état endémique dans certaines régions administratives[4]. Le manque d'iode dans l'alimentation serait responsable de la genèse de cette maladie; Notre service est un centre de référence qui reçoit un nombre important de goitreux venant des différentes régions et de

divers autres services du pays.. Les malades ne consultent généralement qu'après une longue période d'évolution de leur goitre, après avoir en vain essayé diverses médications dans d'autres structures sanitaires ou dans la pharmacopée traditionnelle, toutes différentes d'un malade à un autre, d'une pratique à une autre, et parfois ces malades sont vus au stade de complications associées. Les différents examens (échographie, cytoponction,) effectués ne permettent pas dans tous les cas de présumer de la nature histologique. Le risque de malignité, le volume du goitre (stade 3 et 4) restent les principaux motifs de recours à la chirurgie. Devant cette disparité dans la prise en charge, il nous a paru intéressant de faire une évaluation de ce que nous faisons dans notre service. Le but de ce travail était d'apprécier les résultats des thyroïdectomies que nous avons réalisées dans le service et de ressortir les éléments du mauvais pronostic.

### MATERIEL ET METHODE.

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale du CHU Ignace Deen de Conakry du 1<sup>er</sup> Janvier 1997 au 31 Décembre 2001. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients admis et opérés dans le service pour un goitre thyroïdien au cours de la période considérée. Les supports pour la collecte des données ont été les registres de consultation, les dossiers individuels des malades, les registres de comptes rendus opératoires. Les paramètres de

l'étude ont été épidémiologiques, clinique, thérapeutique, histologique, et pronostique.

Le diagnostic a été essentiellement clinique reposant sur la classification de l'OMS [5] et portant sur l'un ou la totalité des lobes thyroïdiens. :

- Stade 1, goitre non visible mais palpable dont la taille est inférieure au pouce de l'examineur.
- Stade 2, goitre visible lorsque le cou du malade est en extension.
- Stade 3, goitre visible à 10m, le cou du malade en position normale.
- Stade 4, goitre volumineux.

Les limites de cette étude ont porté sur les examens para cliniques : certains examens tels la scintigraphie thyroïdienne, la tomodensitométrie, voire la biopsie extemporanée, ne sont pas pratiqués dans notre hôpital ; d'autres, telle que l'échographie, bien que faisables n'ont pas été réalisés en raison de leur coût onéreux pour les malades qui en ont eux même la charge.

Le dosage des hormones T4, T3, TSH n'a été pratiqué que dans les hyperthyroïdies cliniques.

La radiographie cervicale a été faite seulement dans les goitres au stade volumineux.

Par ailleurs, une consultation pré opératoire pluridisciplinaire selon la nécessité (en cardiologie, endocrinologie, O R L, et en pneumologie) était demandée. Dans la rédaction de l'article seul le pneumologue a participé. Tous les malades devaient être opérés en euthyroïdie (après au besoin un traitement médical préopératoire selon les cas) et sous anesthésie générale avec intubation oro trachéale. Toutes les pièces d'exérèse étaient adressées et examinées au laboratoire d'anatomie pathologique.

## RESULTATS

### Sur le plan épidémiologique

Pendant la période d'étude, 6139 actes chirurgicaux ont été pratiqués dans le service parmi les quelles 192 thyroïdectomies, soit 3,130%. Ces thyroïdectomies concernaient 152 femmes et 40 hommes, avec un sexe ratio d'environ 4 femmes pour 1 homme. L'âge moyen des patients était de 40 ans avec des extrêmes de 1 à 78 ans ; les tranches d'âge les plus touchées se situaient entre 21 et 60 ans. La répartition des patients selon leur provenance géographique était de 41 cas pour la Basse Guinée avec 21,35% ; 82 cas pour la Moyenne Guinée, soit 42,71% ; 48 cas pour la Haute Guinée avec 25% et 21 cas pour la Guinée Forestière avec 10,94 %.

### Au plan clinique

Le motif de consultation était une tuméfaction antéro cervicale disgracieuse pour 127 patients, soit 66,14 % ; des signes d'hyperthyroïdie pour 45 patients, soit 23,44% ; et des signes de compression mécaniques chez 20 patients soit 10,42 %.

**Tableau I** : Répartition selon le stade du goitre

Stade	Nombre de cas	%
1	0	0
2	12	5.25
3	87	45.31
4	93	48.44
Total	192	100

La durée d'évolution de la maladie avant la consultation était en moyenne de 14 ans avec des extrêmes de 7 mois et 55 ans.

Le siège du goitre était le lobe gauche dans 86 cas avec 44,80%, bilatéral dans 65 cas avec 33,85% et sur le lobe droit dans 41 cas avec 21,35%.

**Au niveau des examens para cliniques**, le dosage des TSH, T3 et T4 a été réalisé dans les cas d'hyperthyroïdie clinique (45 cas soit 23,44%);

Les examens biologiques préopératoires standard ont été effectués systématiquement chez tous les malades ; La radiographie cervicale et thoracique a été réalisée devant tout goitre volumineux, (105 cas soit 54.69%). Tous les malades ont bénéficié d'une consultation pré opératoire pluridisciplinaire selon la nécessité (en cardiologie, endocrinologie, O R L, et en pneumologie).

### Au plan Thérapeutique

Les malades avaient bénéficié d'un traitement médical avant et après la chirurgie selon le type de goitre.

Des mesures générales ont été appliquées à tous les cas d'hyperthyroïdies avant l'intervention :

- arrêt de travail de 2 semaines à un mois, hospitalisation dans les formes sévères (asthénie majeure, amaigrissement, altération de l'état général) ou compliquée (cardiaque, psychique) ;
- anxiolytique (Lexomil : ¼ comprimé trois fois par jour)
- les  $\beta$  - bloquants (Propranolol : 1/2 comprimé trois fois par jour)
- anti- thyroïdiens de synthèse : Carbimazole (Néomercazol 30 à 60 mg par jour) ;

Onze (11) malades ont reçu un traitement iodé en préopératoire, 4 une transfusion sanguine iso groupe et iso rhésus, tous ont eu une antibio-prophylaxie per opératoire, et des corticoïdes.

**Tableau II** : Répartition selon le geste chirurgical réalisé

Geste	Nombre de cas	%
Lobo-isthmectomie gauche	86	44.79
Lobo-isthmectomie droite	41	21.35
Thyroïdectomie subtotale	58	30.21
Thyroïdectomie totale	7	3.65
Total	192	100

La voie d'abord a été antéro cervicale de Kocher chez tous les malades ; Une trachéotomie « de sécurité » a été réalisée en fin d'intervention chez 3 malades présentant une trachéo malacie.

**Tableau III :** Répartition selon le type histologique de goitre

Type de goitre	Toxiq ue	Non Toxique	Total	%
Goitre diffus	20	36	56	29.17
Goitre hétéro multi nodulaire	16	65	81	42.19
Kyste thyroïdien	0	10	10	5.21
Basedow	14	0	14	7.29
Thyroïdites	2	0	2	1.04
Cancer	6	0	6	3.12
Total	63	129	192	100

L'examen a révélé 6 cas de cancers thyroïdiens (3,12%) chez des femmes en hyperthyroïdie, dont 5 provenaient de la moyenne Guinée, zone à forte endémicité goitreuse. Il s'agissait de 5 carcinomes papillaires et d'1 carcinome folliculaire.

Les pièces restantes étaient d'aspect bénin et représentaient 96,88% de la série (Les cas de cancers ont été convoqués pour totalisation de thyroïdectomie, les cas de thyroïdite tuberculeuse ont été soumis à un traitement médical spécifique selon le protocole d'un service de pneumo-phtysiologie).

**Les suites opératoires** immédiates ont été marqué par:

Un cas de décès par détresse respiratoire a été enregistré au 2<sup>ème</sup> jour post opératoire chez un malade âgé de 50 ans, porteur pendant 20 ans d'un goitre de stade 4 ;

Une morbidité portant sur 1 cas d'hématome compressif qui a nécessité une reprise au bloc opératoire, 3 cas de saignement persistant constaté par les drains aspiratifs et qui s'est arrêté après 72 heures, 1 cas de suppuration pariétale, 6 cas de parésies récurrentielles transitoires, 1 cas d'hypocalcémie transitoire traitée par du Gluconate de Calcium parentérale-

Les suites secondaires ont été sans particularité ; il n'a pas été observé par exemple de récurrence goitreuse.

**La durée moyenne de séjour hospitalier** a été de 7 jours avec des extrêmes de 4 et 10 jours.

## DISCUSSION

### Sur le plan épidémiologique

Du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 2001, 6139 patients ont été hospitalisés et opérés dans le service de chirurgie général de l'hôpital National Ignace Deen, dont 192 cas de goitre, soit 3,13 % . Il s'agissait de 152 hommes et 40 femmes (avec un sex. ratio d'un homme pour 4 femmes), âgés en moyenne de 40 ans.

Les malades provenaient majoritairement des régions montagneuses du pays, où est observée une forte endémicité goitreuse liée probablement à la carence iodée déjà observée dans ces zone par des études antérieures[4]

### Sur le plan clinique

Les consultations ont été tardives dans notre série, après une évolution de 14 ans en moyenne, au stade de volumineuse tuméfaction disgracieuse, ou de complications. **Le diagnostic** a été essentiellement clinique en raison de la non disponibilité ou de la non accessibilité des examens complémentaires à visée diagnostique.

### Au plan Thérapeutique

Tous nos malades ont été opérés en euthyroïdie et ont bénéficié d'une consultation pluridisciplinaire (cardiologie, endocrinologie, ORL, pneumologie). 11 de nos malades soit 5,73% étaient sous un traitement iodé à base de lugol ou de capsule iodée avant d'opter pour la chirurgie.

Ils ont été opérés sous anesthésie générale et intubation trachéale.

En per-opératoire tous ont reçu des antibiotiques et 4 d'entre eux ont été transfusés pour anémie carencielle sur un goitre stade 4; les corticoïdes ont été donnés dans les cas d'hyperthyroïdies.

La lobo isthmectomie gauche a été la plus pratiquée dans notre série, 86 fois, soit 44,79 % suivi de la thyroïdectomie subtotale 58 fois, soit 30,21%.

Nos résultats étaient différents de ceux de BARRY [6] au CHU de Donka qui a réalisé 56.52% thyroïdectomies subtotaux. Dans la série de MAKEIEFF [7], la thyroïdectomie totale a été la plus pratiquée : 33.24%. Dans sa série, cette thyroïdectomie totale était indiquée pour les goitres multi nodulaires de petite taille et des goitres volumineux bilatéraux.

### Selon le type histologique du goitre :

Dans cette étude nous avons observé 6 cas de goitre malin (soit 3,12%) chez les femmes en hyperthyroïdie et 186 goitres bénins (96,88 %). Parmi ces cancers, cinq cas de carcinome papillaire ont été révélés à l'étude histologique. Toutes ces malades vivaient en zone d'endémie goitreuse (Moyenne Guinée) leur âge était compris entre 40 et 60 ans. Un carcinome folliculaire a également été observé chez une malade vivant en dehors de la zone d'endémie goitreuse. Nos résultats histologiques corroborent avec ceux du registre national de cancers [8] et ceux de Proye et coll. [9] qui ont rapporté 2% de cancers dans une série de 105 malades opérés pour goitres plongeants. BARRAULT et GARDON [10] ont enregistré, dans une série de 185 goitres opérés, 3 cancers papillaires et 1 folliculaire. Ces constats ont été les mêmes que ceux de MAKEIEFF [7] et DRAVO [5]. Il ressort de toutes les études histologiques que les cancers papillaires et folliculaires sont les plus fréquents dans les tumeurs malignes du corps

thyroïde. Ils ont représenté respectivement 70 et 15 % de tous les carcinomes thyroïdiens [11].

Des goitres toxiques ont été enregistrés chez 63 malades dont 14 étaient des cas de BASEDOW.

Les goitres multihétéronodulaires ont été les plus fréquents, 81 cas soit 42,19% suivis des goitres diffus 56 cas soit 29,17 %. CASANOVA [12] et PROYE [9] ont rapporté dans leurs séries respectives une prédominance des goitres hétéromulti-nodulaires.

#### Les suites opératoires :

Tous les malades ont reçu des antibiotiques et des anti-inflammatoires en post opératoire. Nous avons enregistré un cas d'hématome compressif qui a nécessité une reprise au bloc pour hémostasie et 3 cas de persistance du saignement en nappe de la loge thyroïdienne non important (10ml par jour en moyenne) qui, drainé par un drain aspiratif, a tari après 72 heures. L'évolution de la maladie était supérieure à 15 ans chez tous ces malades. Le risque d'hémorragie post opératoire impose une étroite surveillance du cou dans les 72 premières heures [13]. Quant à la suppuration post opératoire, 1 cas a été observé (au huitième jour post opératoire) par nous et 7 cas ont été rapportés à Donka [6].

La parésie récurrentielle transitoire a été de 6 cas dans notre série. WINDSTROEM [14] en a rapporté 8,3 % dans une série de 144 malades. Cette parésie récurrentielle est très désagréable pour le malade ; elle régresse très vite pour ne laisser aucune séquelle [1]. Son incidence est faible dans la chirurgie pour lésions bénignes, moins de 1% ; et plus élevée dans la chirurgie des cancers jusqu'à 15 % [15]. Ses conséquences fonctionnelles sont invalidantes ; troubles de la phonation, de la déglutition. La prévention de cet accident repose sur le repérage et si nécessaire, la dissection soigneuse du nerf récurrent. Nous n'avons pas observé de paralysie récurrentielle définitive dans notre série. MAKEIEF [7] et WINDSTROEM [14] ont trouvé respectivement 0,9 % (série de 358 malades) et 1,4 % (série de 144 malades). Des cas d'hypocalcémies tardives n'ont pas été notés dans notre série ; par contre il y a eu 4 cas d'hypocalcémies précoces qui ont bénéficié d'un traitement symptomatique au calcium par voie parentérale, ou de calcium par voie orale dans les manifestations mineures. Ces hypocalcémies transitoires ont régressé plus ou moins rapidement. Des formes frustes ont été décrites [1] et s'exprimeraient tardivement à l'occasion de certains états accroissant la demande calcique, posant alors le problème de leur devenir lointain. Il ne nous a pas été possible de réaliser les tests dynamiques à distance chez nos malades. Dans la littérature, l'hypoparathyroïdie temporaire a été rapportée dans environ 10 % des cas ; elle est souvent asymptomatique et volontiers méconnue ; dans environ 1% des cas, elle était définitive [13]. Les

hypothyroïdies post opératoires sont des états clinico-biologiques témoins. La cure chirurgicale des goitres, telle que nous l'avons réalisée, n'a engagé le plus souvent que des hypothyroïdies infra cliniques. Nous n'avons pas eu de malades avec un tableau sévère d'hypothyroïdie. Les six malades chez lesquels a été réalisée une thyroïdectomie totale pour cancer, ont été soumis à la L-thyroxine à vie. Nous n'avons pas enregistré de récurrence goitreuse. Tous les malades ont été vus 6 mois après la chirurgie ; 60% à 24 mois après chirurgie ; seulement 30% en 2001. AGRANE [1] à Alger, a noté 48 cas de récurrence dans une série de 1199 malades.

Un cas de décès a été noté dans notre série. Il s'agissait d'un malade âgé de 50 ans porteur d'un goitre au stade 4 de la classification de l'OMS évoluant depuis 20 ans avec les signes d'hyperthyroïdie. En per opératoire, il présentait une trachéomalacie ; la mort est survenue dans un tableau de détresse respiratoire au deuxième jour post opératoire, il n'avait pas bénéficié de trachéotomie.

La mortalité fut elle même longtemps importante, atteignant 20 % au début du siècle. Elle est aujourd'hui nulle ou quasi nulle : 1 décès par médiastinite suppurée parmi 7500 thyroïdectomies de la série de YVES CHAPUIS [13]. Elle était en 1971 de 0,3 % dans une série Américaine portant sur 24000 thyroïdectomies [16].

**Les éléments de mauvais pronostic** dans notre série ont été l'âge des malades, l'ancienneté et le stade clinique du goitre, la limite dans les examens para clinique à visée diagnostique notamment l'échographie qui, couplés à la clinique, peuvent présager de la nature histologique du « goitre » que l'examen histologique de la pièce confirmera. Les complications ont été observées chez les malades âgés porteurs de tares, chez ceux ayant un goitre au stade 4 de l'OMS ou en hyperthyroïdie, ou chez ceux dont l'examen a révélé que le « goitre » était un cancer, ou associé à un cancer.

#### Durée moyenne d'hospitalisation.

La bénignité habituelle des suites opératoires nous a fait raccourcir la durée de séjour hospitalier.

La durée moyenne de séjour a été de 7 jours avec des extrêmes de 4 et 10 jours. Dans la série de HUBINOIS et COLL [17] elle a varié entre 5 et 10 jours avec une moyenne de 8 jours, alors que dans celle de Agrane [1], elle a été de 2 à 3 jours.

#### CONCLUSION :

Geste courant pour une pathologie fréquente, la chirurgie thyroïdienne telle que pratiquée dans notre service nous a donné 99,48% de bons résultats. L'obtention de ces résultats a été favorisée par la prise en charge multidisciplinaire pré opératoire des malades et par la minutie dans l'exécution de l'acte chirurgical. Nous avons observé des facteurs

prédictifs de mauvais pronostic tels que l'évolutivité de la tuméfaction, son ancienneté et son volume, la limite dans la réalisation d'examen para cliniques décisifs dans le diagnostic préopératoire et la découverte de lésions malignes à l'histologie.

#### REFERENCES

- 1 AGRANE. D : Goitres hétéromulti-nodulaires : Les problèmes chirurgicaux. Thèse de Doctorat en science médicale. Université d'Alger (1994).
- 2 .SIDIBE E.H : pathologie thyroïdienne en Afrique Noire. Une revue de la littérature récente dans revue française d'endocrinologie clinique, nutrition et métabolisme 1997 :**38**, (2) 143-148
3. NTOUGA FONON M.P.B. : données d'une enquête sur la prévalence du goitre dans une localité du Sud Est du Gabon Med. Afr Noire, 1993, **40**, (8-9) ,543-546.
4. L'Enquête Nationale sur l'endémie goitreuse en Guinée réalisée en 1994 par le Ministère de la santé département épidémiologie
- 5 DRAVO : Epidémiologie et prise en charge des goitres en milieu hospitalier à Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire 1995 :**42**, (3)152-157.
6. BARRY M.B. Les Goitres : Fréquence, clinique et traitement au CHU de Donka. Thèse pour le Doctorat en Médecine 2001
- 7 MAKEIEFF : Goitres hétéromulti-nodulaires : Attitudes chirurgicales. Pathologie thyroïdienne 1998 : **33** (3) 151-157.
- 8 Registre National des Cancers : Service d'anatomie pathologique du CHU Donka (Conakry) 1990.
- 9 PROYE. C, GREGOIRE. M et LAGACHE. G : Les goitres plongeants : Considérations anatomocliniques et chirurgicales à propos de 105 observations. Lyon chirurgical : 1982 : **78**(1) 19-25.
- 10 BARRAULT.S, GARDON.J, LEGUILLOU.C : Les goitres plongeants et médiastinaux. Ann. Oto-Laryng. (Paris), 1986 : **103**,597-601
- 11 BOUTIN. J. M, VERDY. M : Nodules thyroïdiens : L'importance du diagnostic. Adapté de MAZZAFERRI, E.L. : N. Engl, J Med 328 :554,1993
- 12 CASANOVA, MONCHY, CONTANA : Pathologie thyroïdienne en nouvelle Calédonie JFORL 1995 :**44**, (5) 321-325
- 13 YVES CHAPUIS : Risques et complications de la chirurgie thyroïdienne. Revue du praticien (Paris) 1996 : **46** ,2325-2329.
- 14 WIDISTROEM : Paralysie des cordes vocales après chirurgie pour goitre in Acta-Oto-laryngologica ; 1973 : **75**, (4) 370-371.
- 15 YVES REZNIK : stratégie diagnostic d'un nodule thyroïdien, la revue du praticien (Paris) 1996 :**46** ,2331-2334.

16 FALK S. A .Thyroïd disease : Endocrinology, surgery, nuclear medicine and radiotherapy. New York Raven press, Ltd, 1990:593-623.

17 HUBINOIS, MONGENET, REYNER : Les goitres hétéro nodulaires. Nouvelles presses médicales 1982 : **11**, (12), 923-926.