

CANCER DE LA THYROÏDE EN CHIRURGIE « B » A L'HOPITAL DU POINT « G ».

Cancer of thyroid in the service of surgery «B» at Point «G» Hospital

Sissoko F., Ongoība N., Traoré D., Traoré M. F., Kamaté B., Sidibé A T., Djénéba D., Traoré A. dit Diop., Koumaré A. K.

Adresse pour correspondance : filifing3@yahoo.fr

RESUME

Les publications africaines sur le cancer de la thyroïde sont rares, surtout celles portant sur les résultats à moyen et long termes de cette affection.

Nos objectifs étaient de :

- déterminer la fréquence du cancer de la thyroïde dans le service de chirurgie « B »
 - déterminer le pronostic du cancer de la thyroïde traité en chirurgie B à court, moyen et long termes.
- Notre étude rétrospective, descriptive a couvert une période allant de 1979 à 2004. La visite à domicile des patients a été effectuée pour recueillir les renseignements.

Ainsi 65 sujets ont été colligés dont 84,6% de sexe féminin. La moyenne d'âge a été de 45,4 ans avec un écart type de 17,7 ; les extrêmes étaient 9 et 80 ans.

Les signes de compression ont été notés dans 50 cas (soit 77%). Une euthyroïdie a été observée dans 95,9% ; tandis que l'hyperthyroïdie a été notée dans 4,1%. L'immobilité des cordes vocales a été notée chez 3 malades (soit 4,6%). Nous nous sommes abstenus de tout traitement chirurgical dans 17 cas à cause du stade très avancé.

Nous avons effectué 48 thyroïdectomies dont 81,3% de thyroïdectomie subtotale. Le curage ganglionnaire complet a été effectué dans 9 cas (soit 13,8%). Aucune complication per-opératoire n'a été observée.

Le carcinome papillaire a été trouvé dans 38,7%, le carcinome vésiculaire dans 32,3%, et les autres formes histologiques dans 29%.

Les suites opératoires ont été simples dans 68,7%.

Nous avons observé 90,4% de survie à 5 ans et 81,6% à 10 ans chez les malades opérés.

Nous recommandons d'avantage la pratique de la cytoponction en vue d'améliorer le pronostic des cancers de la thyroïde.

Mots clés : thyroïde - cancer - pronostic.

SUMMARY

The African publications on the cancer of thyroid are rare, especially those bearing on the results with means and long terms of this affection.

Our objectives were of:

- to determine the frequency of the cancer of thyroid in the service of surgery " B "
- to determine the forecast of the cancer of the thyroid treaty in surgery B with short, average and long terms.

Our retrospective, descriptive study covered one period going of 1979 with 2004. La visit in residence of the patients was carried out to collect the information.

Thus 65 subjects were gathered including 84, 6% of female sex. The average age was 45, 4 years with a standard deviation of 17, 7; the extremes were 9 and 80 years

The signs of compression were noted in 50 cases (either 77%). A thyroid normal was observed in 95, 9%; while the hyperthyroidism was noted in 4, 1%. The immobility of the vocal cords was noted among 3 patients (either 4, 6%). We abstained from any surgical treatment in 17 cases because of the very advanced stage.

We carried out 48 thyroïdectomy including 81, 3% of thyroïdectomy subtotal. The complete ganglionic clearing out was carried out in 9 cases (either 13, 8%). No per-operational complication was observed.

Papillary carcinom was found in 38, 7%, histological carcinom vésicular in 32, 3%, and the other forms in 29%.

The operational continuations were simple in 68, 7%.

We observed 90, 4% of survival at 5 years and 81, 6% to 10 years among operated patients.

We recommend of advantage the practice of the cytoponction in order to improve the prognosis of cancers of the thyroid one.

Key words: thyroid - cancer - prognosis.

INTRODUCTION

Le cancer de la thyroïde est une prolifération tumorale maligne développée aux dépens des tissus de la glande thyroïde ; que cette prolifération soit différenciée (épithélioma,

papillaire ou vésiculaire), indifférenciée (anaplasique) ou médullaire [1].

La fréquence de cette affection par rapport aux goitres opérés varie selon les auteurs :
- En Europe, elle varie est de 2 % à 5 % [2].

- En Afrique, sa fréquence est de 12,2% selon TOURE au Sénégal [3], de 7,3 % selon Sano [4].

- Au Mali nous avons trouvé une fréquence de 4% dans le service de chirurgie B de l'Hôpital du point G en 1989 [5].

La clinique, l'échographie, la scintigraphie et surtout la cytoponction à l'aiguille fine sont les éléments clés du diagnostic dont la confirmation doit être nécessairement histologique. Le traitement chirurgical du cancer de la thyroïde fait l'objet de controverses. Les types histologiques peuvent entraîner des différences d'attitude quant à l'étendue de la thyroïdectomie. Les cancers différenciés sont en général d'un bon pronostic. Tandis que le cancer anaplasique est très agressif et de mauvais pronostic [6].

Devant la rareté de publications Africaines et Maliennes dans les revues internationales sur le cancer de la thyroïde et encore moins celles portant sur le suivi à long terme, nous avons initié ce travail.

Nos objectifs étaient de :

- déterminer la fréquence du cancer de la thyroïde en chirurgie B,
- décrire les aspects cliniques et para cliniques du cancer de la thyroïde en chirurgie B,
- décrire le traitement, le suivi à court, moyen et long termes du cancer de la thyroïde en chirurgie B.

2. METHODE

Nous avons mené un travail rétrospectif descriptif des cancers de la thyroïde de 1979 à 2004 dans le service de la chirurgie B de l'Hôpital du point G.

Ont été inclus dans l'étude :

- tout malade ayant consulté pour « goitre » ou « tuméfaction antéro-cervicale » avec diagnostic histologique de cancer de la thyroïde.

- tout goitre, en l'absence de preuve histologique, qui a présenté les signes cliniques évidents de cancer à savoir :

- une adhérence aux plans profond et superficiel,
- un signe de compression (dyspnée, trouble de la voix),
- *une adénopathie cervicale et/ou métastases tissulaires.

* aspect de peau d'orange en regard de la tumeur

Les goitres ou tuméfactions antéro-cervicales pour lesquels les examens cliniques et/ou para cliniques n'ont pas évoqué le diagnostic de cancer thyroïdien n'ont pas été pris en compte.

La collecte des données a duré 6 mois. Nous avons exploité les anciens dossiers des malades, les registres de consultation et les cahiers de compte rendu opératoires.

Nous avons recueilli les informations sur les malades opérés par des visites à domicile pour ceux résidant à Bamako ou par les "personnes contactes" pour ceux habitant en dehors de Bamako.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi info version 6.04. Les tests statistiques du Khi2 avec un seuil de signification si $p \leq 0,05$ ont permis les comparaisons des pourcentages.

3. RESULTATS

Nous avons colligé 65 cas de cancer de la thyroïde qui ont représenté 8,8% des goitres opérés (N= 850). Parmi ces cancers 55 sujets étaient de sexe féminin (soit 84,6%); 10 sujets étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge a été de 45,4 ans avec un écart type de 17,7 ; des extrêmes de 9 et 80 ans.

3.1. Les aspects cliniques et para cliniques : Les motifs de consultation les plus fréquents ont été : un goitre (46,2%) ou une tuméfaction antéro-cervicale (46,2%). Les signes de compression étaient présents dans 50 cas (soit 75,4%). Il y avait 10 patients qui étaient déjà opérés pour goitre.

L'euthyroïdie a été observée dans 95,9% et l'hyperthyroïdie dans 4,1%.

L'immobilité des cordes vocales a été notée chez 3 malades (soit 4,6%).

La radiographie pulmonaire de face a montré des métastases pulmonaires dans 59,3 %. La radiographie du cou était normale dans 28,6 %, présentait des calcifications avec une déviation trachéale dans 24,6%, et une compression et/ou une déviation trachéale dans 52,4%.

L'échographie thyroïdienne a révélé des adénopathies cervicales dans 70,6%.

Parmi les 65 cas de cancers vus dans notre étude, 29 étaient " histologiques" soit 44,6%.

Le carcinome papillaire a été le plus fréquemment rencontré soit 38,7%, suivi du carcinome vésiculaire soit 32,3%; Le carcinome indifférencié ou anaplasique a été le moins fréquent soit 3,3%.

Les métastases ganglionnaires ont été observées dans 62,5%. Elles ont été pulmonaires dans 29,1%, osseuses dans 4,2% et hépatiques dans 4,2%.

3.2. Les aspects thérapeutiques :

Nous avons opéré 48 malades (soit 74%). Les autres malades (n= 17) présentaient des cancers évolués.

Il a été effectué 39 thyroïdectomies subtotaux, 6 isthmolobectomies et 3 thyroïdectomies totales.

Le curage ganglionnaire complet a été réalisé dans 9 cas (soit 13,8%).

Quatre malades ont eu un traitement complémentaire à la thyroxine (dont les 3 cas de thyroïdectomie totale).

Les suites opératoires avant 30 jours ont été simples dans 68,7%. Nous avons recensé : 3 cas d'hémorragie, une atteinte récurrentielle dans 2 cas, une lésion trachéale dans 1cas, une infection du site opératoire dans 5 cas et des troubles de la voix sans lésion récurrentielle dans 4 cas.

Le taux de survie global à 5 ans a été de 90,4%. Le taux de survie global à 10 a été de 81,6%.

4. DISCUSSIONS

La fréquence du cancer de la thyroïde de notre étude ne diffère pas de façon significative de celui des autres auteurs (tableau I)

Le carcinome papillaire a été le plus fréquent dans notre étude soit 38,7%. Ce résultat se rapproche de celui de certains auteurs [12] Suisses qui ont trouvé 45,04% de carcinome papillaire. La différence n'est pas significative car $p = 0,34$

Comme pour l'ensemble des auteurs, les cancers de la thyroïde sont dominés par les formes papillaires et vésiculaires. Les autres formes histologiques étant relativement moins fréquentes.

Parmi les 65 cas de cancer thyroïdien, 36 étaient « cliniques » soit 55,4%. Dans les séries de certains auteurs [8,9], ce taux a été respectivement de 40 et 56,7%. La différence est significative car $p = 0,001$; cette différence semble être liée aux stades auxquels les malades consultent.

La basse fréquence de cancers indifférenciés dans nos résultats, peut être expliquée par le fait que ces cancers indifférenciés évoluent vite et les malades consultent dans le service à un stade avancé, donc ne sont pas opérés.

Le diagnostic de cancer a été confirmé à l'examen anatomo-pathologique. Mais nous n'avons pas bénéficié de la pratique d'examen histologique extemporané.

Notre taux de thyroïdectomie subtotale (81,3%) a été important car nous avons pris en compte :

- l'astreinte absolue de l'hormonothérapie substitutive que nos patients ne sont pas en mesure d'assurer financièrement,
- la nécessité de compléter la thyroïdectomie totale par un traitement par l'iode 131 qui n'est pas disponible au Mali de nos jours.

Le taux de survie global à 5 ans a été de 90,4% dans notre étude ; ce résultat se rapproche de celui de certains auteurs [13] qui ont trouvé 92,2% car $p = 0,73$. Cependant notre taux de survie global à 5 ans est supérieur à celui de Vini et coll [14] qui ont trouvé 75% ; la différence est significative car $p = 0,01$

Le taux de survie global à 10 a été de 81,6%. Ce résultat ne diffère pas de celui de certains auteurs [13] qui ont trouvé 89,6% car $p = 0,08$. Par contre, il est supérieur à celui d'autres auteurs [14] qui ont trouvé 50% ; $p < 0.05$

Ces différences peuvent s'expliquer par le stade évolutif du cancer, le type histologique.

CONCLUSION

Nous pensons que devant une tumeur thyroïdienne non suspecte à l'examen clinique, une thyroïdectomie peut être acceptée.

REFERENCES :

- 1- ANDRIEU J M, COLONNA P. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. Med espace: Ed ESTEM, Paris 1997; 69:51-8.
- 2 - BLONDIN S. Chirurgie du corps thyroïde. Masson et Cie, 1955 ; 58-120.
- 3 - TOURE M. Les cancers de la thyroïde (à propos de 50 observations). These med. Dakar 1979, n°54.
- 4 - SANO D, OUABA K, WANDAOGO A, SANOU A, SOUDRE B R. Problème posés par la chirurgie du corps thyroïde au Burkina Faso, à propos de 83 cas. Méd. tro1995; 55 :51-54.
- 5 - YENA S. Evaluation de 10 ans de chirurgie thyroïdienne dans le service de chirurgie B de l'Hôpital du point G. These med. Bamako 1989; n° 5.
- 6 - BLONDEAU Ph, BROCARD M, RENE L. Les risques fonctionnels de la chirurgie thyroïdienne : étude d'une série de 1000 interventions. Ann de chir1976; 27(11):1121-1130.
- 7 - BLONDEAU Ph. La chirurgie du corps thyroïde en 1984. Rev Praticien 1984,41:2160-2181.
- 8 - REYNIER J, VALLEE G. Cancers thyroïdiens. Indications et résultats thérapeutiques. Nouv. Presse. Méd.1979:8189-193.
- 9 - FONTANIO. Expérience de six ans de chirurgie thyroïdienne (à propos de 422 interventions). These med Poitiers, France 1977.
- 10 - RODIER D, JANSER J C .190 cancers de la thyroïde. J. Chir Paris1988;125(4):249-254.
- 11 - BARRAULT S. Les cancers du corps thyroïde. Conc Medical 1988; 3(110):2700-2705.
- 12 - TRIPONEZ F, SIMON S, ROBERT J, ANDEREGGEN E, USSEL M, BOUCHARDY C ET al. Cancers de la thyroïde : expérience genevoise. Ann Chir 2001 ; 126 : 969-76
- 13 - SEBASTIEN SO, GONZALE JM, PARICIO PP, PEREZ JS, FLORES DP, MADRONA AP et al. Papillar thyroid carcinoma:prognostic index for survival including the histological variety.Arch surg2000;135(3):287-7.
- 14 - VINI L, HYER SL, MARSHALL J, A'HERN R, HARMER C. Log-term result in elderly patients with differentiated thyroid carcinoma.Cancer2003;97(11):2736-42.

Tableau I Fréquence du cancer de la thyroïde selon les auteurs

Auteurs	Année	Effectif	%
Blondeau (7)	1987	98	9,8
Reyner (8)	1971	115	8,1
Fantino (9)	1977	30	7,1
Rodier (10)	1973	190	8,7
Barrault (11)	1988	179	9,8
Chirurgie B	2004	65	8,8

Khi2 : 2 ; ddl :7 ; p :0,996