

PRISE EN CHARGE DES GOÎTRES EN CHIRURGIE «A» DU CHU DU POINT G**Management of goiters in surgery «A» department of the university hospital Point G**

Koumaré S¹, Soumaré L¹, Sacko O¹, Camara M¹, Koïta A¹, Keïta S¹, Camara A¹, Sissoko M¹, Togo S², Ouattara M A², Dicko H³, Coulibaly B⁴, K Singaré⁵, A DEMBELE⁶, Sanogo ZZ¹, Sangaré D¹.

(1) Service de Chirurgie «A» du CHU du Point G ; (2) Service de Chirurgie Thoracique Hôpital du Mali ; (3) Service d'anesthésie Réanimation CHU du Point G ; (4) Service de Chirurgie «B» du CHU du Point G ; (6) Service ORL CHU Gabriel Touré ; (5) Institut Ophtalmologique Tropical de l'Afrique, (IOTA) ;

Auteur correspondant : Dr Sékou Bréhima Koumaré, Service de Chirurgie «A» du CHU du Point, Praticien Hospitalier. Tel : (+223) 66780597. BP : 333. Fax : (223)2229790. Email : sekou_koumare@yahoo.fr

RESUME

Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge chirurgicale des goîtres dans le service de chirurgie «A» du CHU du Point G, à Bamako. **Patients et méthode:** il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée dans le service de chirurgie «A» du CHU du POINT G, de Janvier 2007 à Août 2014. Ont été inclus dans l'étude tous les patients reçus et opérés pour goitre. N'ont pas été retenus les patients opérés pour un kyste du tractus thyroïdienne, les abcès cervicaux, les traumatismes du cou, et les dossiers incomplets. Les patients ont été suivis pendant un an en postopératoire. Les aspects sociodémographiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques, ainsi que les suites opératoires ont été les paramètres d'étude. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 21. Le test statistique utilisé a été le Khi 2. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. **Résultats :** un total de 378 dossiers de patients ont été colligés. La thyroïdectomie a représenté 6,2% (378 cas) sur 6027 interventions. L'âge moyen était de 41,99 ans avec un écart type de 13,58. Les extrêmes étaient de 3 ans et 85 ans. Le sex ratio était de 7,22 en faveur du sexe féminin. La tuméfaction antero-cervicale était le motif de consultation le plus fréquent avec 97,07% des cas ($n = 367$). Nous avons recensé 118 cas (31,22%) de goitre en hyperthyroïdie refroidie, 211 cas (55,82%) de goitre euthyroïdien, 7 cas (1,85%) de néoplasie de la thyroïde, un cas (0,3%) d'hypothyroïdie. L'histologie a permis de mettre en évidence un adénome micro-macro vésiculaire dans 16,1% des cas (61 patients); un adénocarcinome dans 0,7% des cas (3 patients); un carcinome papillaire dans 1,1% des cas (4 patients). Les patients de classe ASA I et ASA II étaient majoritaires avec respectivement 248 cas ; 65,60%, et 120 cas ; 31,74%. Les techniques chirurgicales les plus réalisées étaient la thyroïdectomie subtotalaire (181 ; 49,7%), l'isthmo-lobectomie (126 ; 33,3%), une thyroïdectomie totale (11; 2,9%); une sternotomie dans un cas de goitre endothoracique. Une hémorragie était notée dans 12,7% des cas (45 patients) en peropératoire. Les suites opératoires à un mois étaient simples dans 91,79% ($n=347$) et une lésion transitoire du nerf récurrent dans 2% des cas (1 patient). Les suites opératoires à un an étaient simples chez 94,17% ($n=356$) des patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,18 jours. Six décès ont été enregistrés (1,7%). **Conclusion :** la chirurgie des goîtres est relativement fréquente dans le service de chirurgie «A» du CHU du POINT G. Une bonne préparation et une meilleure surveillance post opératoire pourraient aider à minimiser les complications post opératoires. **Mots clés :** goitre, chirurgie, CHU du Point G, Bamako.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the surgical treatment of goiter in the «A» surgical department of the University Hospital Point G in Bamako. **Patients and Methods:** This was a retrospective and descriptive study in the «A» surgical department of the University Hospital POINT G from January 2007 to August 2014. Were included in the study all the patients operated for goiter. The patients who underwent surgery for other thyroid diseases were not selected. Postoperatively patients were followed for one year. The sociodemographic, clinical, para-clinical, therapeutic aspects and the postoperative course were the study parameters. Data analysis was performed on SPSS 21. The Chi square test was used for the statistical analysis. A p-value inferior to 0.05 was considered statistically significant. **Results:** A total of 378 patient's records were collected. Thyroidectomy represented 6.2% (378 cases) over 6027 operations. The mean age was 41.29 years with a standard deviation of 13.58. Extreme were 3 and 85 years. The sex ratio was 7.22 in favor of women. The frequent reason for consultation was the antero-cervical tumor with 97.07% of cases ($n = 367$). We identified 118 cases (31.22%) of goiter in cooled hyperthyroidism patients, 211 cases (55.82%) of euthyroid goiter, 7 cases (1.85%) of the thyroid neoplasia and one case (0.3%) of hypothyroidism goiter. Pathological histology helped to highlight a micro-vesicular macro adenoma in 16.1% of cases (61 patients); adenocarcinoma in 0.7% of cases (3 patients) and papillary carcinoma in 1.1% of patients (4 patients). The patients classify ASA I and ASA II represented the majority with respectively 248 cases (65.60%) and 120 cases (31.74%). The most performed surgical techniques were subtotal thyroidectomy ($n=181$; 49.7%), the isthmo-lobectomy (126; 33.3%), total thyroidectomy ($n=11$; 2.9%) and sternotomy in one case of endothoracic goiter.

Intraoperative complications were marked by hemorrhage in 12.7% of cases (45 patients). The postoperative one month follow up was uneventful in 91.79% (n = 347) and transient recurrent nerve injury was found in 2% of cases (1 patient). In one year follow up the postoperative outcome was good in 94.17% (n = 356) of patients. The mean hospital stay was 4.18 days. Six deaths were recorded (1.7%). **Conclusion:** Goiter surgery is relatively common in the surgery 'A' department of Point G University hospital. Good patient's preparation and a better postoperative monitoring could help to minimize postoperative complications. **Keywords:** goiter, surgery, CHU Point G, Bamako

INTRODUCTION

Le goitre est une hypertrophie localisée ou généralisée du corps de la thyroïde [1]. Affection fréquente, le goitre est la pathologie endocrinienne la plus répandue dans le monde [2]. En France environ 50000 thyroïdectomies sont réalisées chaque année [3]. Les complications post thyroïdectomies sont rares et sont marquées par les lésions récurrentielles permanentes dans 1-3,5% des cas, l'hypocalcémie dans 1-4% des cas, l'hémorragie dans 0-6,5% des cas, l'hématome compressif dans 0-1% des cas [4].

Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge chirurgicale des goîtres dans le service de chirurgie «A» du CHU du Point G, à Bamako.

PATIENT ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée dans le service de chirurgie «A» du CHU du POINT G, de Janvier 2007 à Août 2014. Ont été inclus dans l'étude tous les patients reçus et opérés pour goitre. N'ont pas été retenus les patients opérés pour un kyste du tractus thyroïdienne, les abcès cervicaux, les traumatismes du cou, et les dossiers incomplets. Le protocole de préparation à la chirurgie a comporté un bilan hormonal thyroïdien, une échographie thyroïdienne, une radiographie cervicale de face et de profil, un bilan pré opératoire (Numération Formule Sanguine, glycémie, créatininémie, groupage rhésus, taux de prothrombine, et la Calcémie), une consultation ORL et d'anesthésie. La voie d'abord était la cervicotomie antérieure transversale type Kocher avec ou sans section musculaire.

Les patients ont été suivis pendant un an en postopératoire. Les aspects sociodémographiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques, ainsi que les suites opératoires ont été les paramètres d'étude. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 21. Le test statistique utilisé a été le Khi 2. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

Un total de 378 dossiers de patients opérés pour goitre ont été colligés. En 7 ans et 8 mois, 12050 consultations ont été réalisées dans le service, 378 étaient des goîtres (3,1%). La thyroïdectomie a représenté 6,2% (378 cas) sur 6027 interventions. L'âge moyen était de 41,99

ans avec un écart type de 13,58. Les extrêmes étaient de 3 ans et 85 ans. Le sexe ratio était de 7,22 en faveur du sexe féminin.

Les patients sont venus d'eux-mêmes en consultation dans 53,40% (n=202). La durée d'évolution du goitre était de un an dans 37,83% des cas (n=143), 35,43% en 2 ans (n=134), et plus de 2 ans dans 26,71% des cas (n=101). La tuméfaction antéro-cervicale était le principal motif de consultation avec 97,07% (n= 367). En préopératoire les taux d'hormone thyroïdienne étaient perturbés chez 138 patients (36,5%). Nous avons retenu comme diagnostic, 118 cas (31,22%) de goitre en hyperthyroïdie refroidie, 235 cas (62,16%) de goitre euthyroïdien, 7 cas de suspicion (1,85%) de néoplasie de la thyroïde, un cas (0,3%) d'hypothyroïdie, 17 cas de maladie de Basedow (4,49%). Les signes d'hyperthyroïdie étaient marqués par le tremblement fin des extrémités chez 51/118 patients (13,5%). Le goitre était bilatéral dans 34,1% des cas (129 patients). L'examen histologique a permis de mettre en évidence un adénome micro-macro vésiculaire dans 16,1% des cas (61 patients); un adénocarcinome dans 0,7% des cas (3 patients); un carcinome papillaire dans 1,1% des cas (4 patients).

La taille du goitre mesurée sur le diamètre transversal variait de 4 cm à 8 cm chez 200 patients (52,9%). Elle était supérieure à 8 cm chez 124 patients (32,8%), et inférieure à 4 cm chez 54 patients (14,3%). **La photo 2** montre un volumineux goitre multi nodulaire.

L'échographie thyroïdienne a été réalisée chez tous les patients, avec aspect de goitre hétérogène dans 193 cas (51%), un goitre homogène dans 173 cas (46%). Des images de calcifications et de kystes étaient retrouvées respectivement dans 5 cas (1,32%), et 6 cas (1,58%). La radiographie cervicale de face a montré une déviation trachéale chez 136 (38,63%) patients. Une compression trachéale et une calcification de la glande étaient notées sur le cliché de profil dans respectivement 2,27% (8 cas), et 11,64% (41 cas). Les patients de classe ASA I et ASA II étaient les plus représentés avec respectivement (248 cas ; 65,60%, et 120 cas ; 31,74%).

Le traitement médical a consisté à l'administration d'antithyroïdiens de synthèse, de bêtabloquants et de tranquillisants dans les cas des goîtres hyperthyroïdiens et de la

maladie de Basedow chez 135 patients (35,71%).

Les techniques chirurgicales les plus réalisées étaient la thyroïdectomie sub-totale (190 ; 50,26%), l'isthmo-lobectomie (126 ; 33,3%), une thyroïdectomie totale (11; 2,9%), une biopsie (2 ; 0,52%), un drainage (8, 2,29), et une sternotomie dans un cas de goitre endothoracique.

Une hémorragie est survenue dans 12% des cas (n=45) en peropératoire. Les suites opératoires immédiates étaient marquées par 9 cas de dysphonie (2,5%); 8 cas d'infection (2,2%); 5 cas d'hypocalcémie (1,4%). Six décès ont été enregistrés (1,7%) dont 2 survenus en peropératoire par arrêt cardiaque et 4 cas par complications néoplasiques.

Les suites opératoires à un mois étaient simples dans 91,79% (n=347). Les troubles de la voix ont été notés dans 8 cas (2,2%), hypocalcémie dans 6 cas (1,17%), hypothyroïdie dans 2 cas (0,5%), retard de cicatrisation dans 6 cas (1,17%).

Après un an une dysphonie persistante était notée dans 3 cas (0,8%), une hypocalcémie dans 1 cas (0,2%), une hypothyroïdie dans 1 cas (0,2%), une cicatrice chéloïde dans 11 cas (3,1%). Elles étaient simples chez 356 patients (94,17%). La durée moyenne de séjour hospitalier était de 4,18 jours avec des extrêmes de 1 jour et 21 jours. En postopératoire 56 patients ont séjournés en réanimation pour une durée moyenne de 16 jours. **La photo 3** indique une exposition du nerf récurrent gauche en peropératoire.

DISCUSSION

La fréquence de 6,2% de thyroïdectomie réalisée dans notre étude est supérieure à celle retrouvée par Sanogo ZZ dans le même service en 2012 (4,5%) [5] avec un $p > 0,05$. Cette étude s'est intéressée uniquement aux cas de goitre en hyperthyroïdie. En 7 ans nous avons réalisé 378 thyroïdectomies alors qu'en un an en France, 50000 thyroïdectomies sont réalisées. Cette différence peut s'expliquer par la prise en charge précoce des pathologies thyroïdiennes au stade infra clinique mais aussi par la qualité des moyens diagnostiques. Dans la majorité des cas les patients sont vus tard en consultation (235 ; 62,14%) après une année d'évolution du goitre. Ils sont opérés pour des raisons de dysthyroïdie, d'esthétique et de compression trachéale. Les goîtres de volume important sont rencontrés dans notre contexte d'exercice. En Occident ils sont rares du fait des consultations précoces des patients [6]. L'âge moyen des patients était de 41,99 ans avec des extrêmes 3 ans et 85 ans. Cet âge varie de 36 ans à 50 ans dans les données de la littérature [5, 7, 8, 9]. Le goitre est une pathologie de l'adulte jeune. Le sex ratio dans notre étude était de 7,22 en faveur du sexe

féminin. Cette notion est retrouvée dans la littérature [7, 9, 10]. Par ailleurs Touré A et Coll ont trouvé que le sex féminin serait un facteur de risque pour la survenue de la pathologie thyroïdienne en raison de l'action des œstrogènes sur la grossesse [11]. La taille du goitre variait de 4 cm à 8 cm dans notre série. Selon certains auteurs, cette taille variait de 7 cm à 9 cm [3, 5, 8]. Les volumineux goîtres (taille > 8 cm) sont sources de difficultés d'intubation et d'hémorragie peropératoire qui nécessitent souvent une reprise chirurgicale [10].

La thyroïdectomie subtotalaire était la technique la plus utilisée (190 ; 50,26%). La même technique a été utilisée par plusieurs auteurs africains [5, 7, 8, 12, 13].

Dans notre contexte Africain, le choix est difficile entre la thyroïdectomie subtotalaire et totale en 1^{ère} intention. En Occident certains auteurs ont privilégié la thyroïdectomie totale depuis des années [1, 2, 4]. D'après ces auteurs, la thyroïdectomie totale expose aux mêmes risques de mortalité et de morbidité que la subtotalaire et préviendrait le risque de récurrence en cas tumeur. La thyroïdectomie totale est réalisée en cas de cancers confirmés dans la plupart des séries africaines [7, 8, 12, 13]. En Afrique l'observance du traitement est difficile à cause du faible revenu des populations.

L'examen anatomopathologique de la pièce de thyroïdectomie a permis de mettre en évidence 7 cas de cancer de la thyroïde, soit 2%. Parmi ces malades, 3 sont décédés par suites de complications néoplasiques, 1 au cours de son hospitalisation et les autres ont été convoqués pour la totalisation mais ont été perdus de vue. Les cancers thyroïdiens sont rares et représentent 1% des tumeurs malignes [3]. Les femmes sont plus fréquemment atteintes que les hommes. En France 50.000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année et l'incidence est en augmentation dans les pays développés [2]. Les principales hausses de cette incidence sont respectivement le vieillissement de la population, l'amélioration des outils de surveillance des nodules thyroïdiens, l'élargissement des indications de thyroïdectomie totale. Mais aussi à l'optimisation des techniques d'histopathologie qui permettent de diagnostiquer des tumeurs de taille millimétrique [14]. La disponibilité de l'examen extemporané pourrait aider à poser l'indication d'une thyroïdectomie totale et éviterait à coup sûr une double intervention chirurgicale.

Les suites opératoires ont été simples chez 356 patients en un an (94,17%). La chirurgie du goitre est en général simple dans des mains expertes.

Le taux de complication liée à l'hémorragie dans notre étude était de 12%. Ce taux est

supérieur à ceux retrouvés par A Togo (4%), et N Christou (6,5%). Il existe une différence statistiquement significative avec un $p < 0,05$ [8, 15]. Cette différence s'explique par le fait que ces études ont concerné uniquement les goîtres hyperthyroïdiens. Le taux d'hypocalcémie transitoire était 0,2% en postopératoire après un an. Dans la littérature il varie de 1,6 à 50% d'après M Jafari [16]. L'hypocalcémie transitoire ou définitive après chirurgie thyroïdienne est une complication habituelle après thyroïdectomie partielle, subtotale ou totale. L'exérèse du parenchyme parathyroïdien et la dévascularisation des glandes parathyroïdes au moment de la dissection sont les mécanismes habituellement responsables de l'hypocalcémie [17]. La dysphonie transitoire était de 0,8% après un an. Rostat et coll ont rapporté 0,4% dans leur étude [18], $p > 0,05$. La paralysie récurrentielle constitue avec l'hypothyroïdie définitive la principale source de morbidité après thyroïdectomie [4]. Ce risque serait plus important dans les thyroïdectomies pour cancers que dans les pathologies bénignes [10]. Quelles que soient les différentes variations du trajet du nerf récurrent, une exposition large et un champ opératoire aussi exsangué que possible devraient permettre le repérage et la préservation du nerf récurrent [19]. La durée moyenne de séjour hospitalier a été de 4,11 jours pour nos patients. Cette durée varie de 1 à 6,27 jours pour certains auteurs [3, 19]. La chirurgie du goitre en ambulatoire est possible en Europe [19]. Ce n'est pas encore le cas dans notre pratique.

CONCLUSION

La chirurgie des goîtres est relativement fréquente dans le service de chirurgie «A» du CHU du POINT G. Une bonne préparation et une meilleure surveillance post opératoire pourraient aider à minimiser les complications post opératoires.

REFERENCES

- 1- Lubrano D, Levy-Chazal N, Araya Y, Avisse C. Recherche du nerf laryngé inférieur ou récurrent lors d'une lobectomie thyroïdienne. *Ann Chir* 2002 ; 127: 68-72.
- 2-Cannoni M, Demard F. Les nodules thyroïdiens, du diagnostic à la chirurgie. In : rapport à la société française d'oto-rhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciale. *Ann chir* 2002 ; 127:68-721.
- 3-Kang A, Grant C, Thompson G. Current treatment of nodular goiter with hyperthyroidism (Plummer's disease): Surgery versus radioiodine. *Surgery* 2002; 132:916-23.
- 4- Spanknebel K, Chabot JA, Oigiogi M, Cheurg K, Lee S, Allendorf J, Logerfo P. Thyroidectomy using local anesthesia, a report of 1025 cases over 16 years. *Am Coll Surg* 2005; 201(3): 375- 85.

- 5-Sanogo ZZ, Koïta AK, Koumaré S, Keïta S, Saye Z, Camara M, et coll. Prise en charge chirurgicale des goîtres hyperthyroïdiens à Bamako. *Mali Med* 2012;27(2):1-4

- 6- Colack T, Akca T, Kanik A, Yapici O, Aydin S. Total versus subtotal thyroidectomy for the management of benign multinodular goiter in an endemic region. *Anz J. Surg* 2004; 74(11): 974- 978.

- 7- Sanni R, Adehossi E, Ada A, Kadre Sabo R, Bako H, Bazira L. Evaluation du traitement chirurgical des hyperthyroïdies : Etude prospective sur 37 cas opérés à l'hôpital de Niamey au Niger. *Med Afr Noire* 2006; 53(11): 582-86.

- 8-Togo A, Samaké BM, Kanté L, Traoré A, Diakitè I, Dembélé BT et col. Le goitre bénin hyperthyroïdien dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. *J Afr Chir* 2013; 2(3):122-126.

- 9-Rios A, Rodriguez J, Balsalobre M. Results of surgery. *Surg Today*, 2005; 35: 901-6.

- 10- Dener C. Complications rates after operations for benign thyroid disease. *Acta Otolaryngol* 2002; 4:1090-6.

- 11-Touré A, Diallo A T, Camara L M, Touré 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):23-26.

- 12- Drabo Y J, Ouandogo B J, Kaboré J, Sawadogo S, Chabrier J. Maladie de Basedow: Aspects diagnostiques et thérapeutiques. Expérience du service de Médecine Interne de Ouagadougou. *Semaine des hôpitaux de Paris* 1994 ; 70(3-4) :75-80.

- 13-Mbandinga H, Nkoua JL, Kibeke P, Bikadou G. Hyperthyroïdies : aspects étiologiques et cliniques sur 72 cas au CHU de Brazzaville. *Med Afr Noire* 1997; 44 : 342-4.

- 14- Ducarme G. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Beaujon, APHP, Université Paris VII. *La revue de médecine interne* 2007; 28:314-321.

- 15- N Christou, M Mathonnet. Quelles sont les complications après thyroïdectomie totale. *J Chir Viscérale* 2013 ; 4 (150): 276-284.

- 16- M Jafari, F Pattou, B Soudan, M devos, S Truant, T Mohiedine et coll. Etude prospective des facteurs prédictifs précoces de la survenue d'hypocalcémie définitive après thyroïdectomie bilatérale. *Ann Chir* 2002 ; (127) :612-618.

- 17- Tran Ba Huy P, Kania R. Thyroïdectomie. *EMC-chirurgie*. June 2004 ; 3 (1) : 187-210.

- 18-Rosta, L, N Avenia, P Bernante. Complications of thyroïde surgery ; analysis of a multicentric study on 14934 patientys operated in Italy over 5 years. *Wordld J Surg* 2004 ; (28) : 271-276

- 19- F Menegaux. Thyroïdectomie ambulatoire : recommandations de l'association française de Chirurgie endocrinienne (AFCE). Enquête sur

les pratiques actuelles. J Chir Viscérale 2013;
150:185-192.



PHOTO N°1 : Cervicotomie antérieure transversale basse type Kocher



Photo N°3 : exposition du nerf récurrent gauche en peropératoire

IMAGE N°2 : Goître volumineux, multi nodulaire