

Présentation du Volume 12 de la Revue Africaine de Médecine Interne
Overview of Volume 12 of the RAFMI (Revue Africaine de Médecine Interne)

Pr Madoky Magatte DIOP
Rédacteur en Chef

Ce volume couvre une variété de sujets essentiels dans le vaste domaine de la Médecine Interne, y compris, donc, les maladies auto-immunes, les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires et d'autres conditions médicales spécifiques à divers contextes africains. Il est structuré en deux numéros, contenant des articles originaux et également des parcours diagnostiques trompeurs, d'une riche diversité géographique. Ces cas cliniques se concentrent sur des étiologies complexes et des défis médicaux. Ainsi, les pays concernés par ces productions scientifiques sont le Cameroun, le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée (Conakry), le Mali, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Togo.

Les thèmes concernent principalement des anomalies du métabolisme glucidique et leur impact sur le risque cardiovasculaire, sur la sphère ORL (avec le pernicious SAOS ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil), la survenue de l'insuffisance rénale, et par conséquent l'opportunité de l'éducation thérapeutique et de la contraception dans leur cadre. Les hémorragies périnatales et l'anémie ont été traitées, ainsi que la problématique des néoplasies et infections. Les articles ont également impliqué le contexte de travail libéral, ainsi que la qualité de vie des patients ayant d'autres problèmes endocriniens.

En résumé, le volume 12 de la *Revue Africaine de Médecine Interne* illustre l'engagement croissant des chercheurs et praticiens africains pour relever les défis sanitaires au niveau continental. Les travaux présentés offrent une plateforme cruciale pour le partage des connaissances et l'amélioration des pratiques cliniques en Afrique.

BONNE LECTURE

This volume covers a variety of essential topics in the broad field of internal medicine, including autoimmune diseases, metabolic disorders, cardiovascular diseases, and other medical conditions specific to various African contexts. It is structured in two issues, featuring original articles and diagnostic case studies with a rich geographical diversity. These clinical cases focus on complex aetiologies and medical challenges. The countries covered by these scientific publications are Cameroon, Senegal, Benin, Burkina Faso, Guinea (Conakry), Mali, Ivory Coast, Niger, and Togo.

The topics mainly concern carbohydrate metabolism abnormalities and their impact on cardiovascular risk, ENT issues (including the harmful OSAS or obstructive sleep apnea syndrome), the onset of kidney failure, and therefore the opportunity for therapeutic education and contraception within their framework. Perinatal haemorrhages and anaemia were addressed, as well as the issue of neoplastic and infectious conditions. The publications also covered the context of private practice, as well as the quality of life of patients with other endocrine problems.

In summary, volume 12 of the RAFMI illustrates the growing commitment of African researchers and practitioners to addressing continental health challenges. The presented studies offer a crucial platform for knowledge sharing and improvement of clinical practices in Africa.

HAPPY READING

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Anomalies du métabolisme glucidique et risque cardiovasculaire chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique suivis à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun** 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
 2. **Evaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infraclinique au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Saint-Louis** 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
 3. **Effets d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'évolution du diabète de type 2 chez les patients suivis à Parakou en 2023** 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
 4. **Anémie sévère en Médecine Interne au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
 5. **Prise en charge des syndromes coronariens aigus en milieu libéral au Sénégal** 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
 6. **Evaluation du profil tensionnel par mesure ambulatoire de la pression artérielle chez une population apnéique** 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
 7. **Dyslipidémie chez les patients diabétiques de type 2 à Conakry** 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
 8. **Covid Long : Aspects cliniques et paracliniques** 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goïta IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
 9. **Association entre maladies rénales et parodontites : revue systématique de la littérature de 2010 à 2022** 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
 10. **L'hirsutisme à Dakar : aspects cliniques, étiologiques et impact sur la qualité de vie** 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
 11. **Facteurs de décompensations aiguës du diabète à l'Hôpital Régional de Conakry** 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
 12. **Early experience of penile prosthesis for erectile dysfunction in Senegal** 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM
- ## CAS CLINIQUES
13. **Une péricardite avec embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides : à propos d'un cas et revue de la littérature** 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 14. **Tuberculose péritonéale simulant une néoplasie avancée ovarienne chez la femme : difficulté diagnostique et apport de la coelioscopie : à propos de 5 observations** 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébègo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
 15. **Quand l'histologie fait défaut : deux cas de cancer papillaire de la thyroïde révélés huit ans après thyroïdectomie** 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
 16. **Cancer thyroïdien sur un goître plongeant chez un sujet âgé : à propos d'un cas** 118-125
Kouassi L, Toure KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. *Glucose metabolism abnormalities and cardiovascular risk in patients with systemic lupus erythematosus followed at the Yaoundé Central, Cameroon* 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. *Evaluation of cardiovasculaire risk and subclinical athrosclerosis during rheumatoid arthritis in Saint-Louis* 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. *Effects of a therapeutic education program on the outcome of type 2 diabetes in patients monitored in Parakou in 2023* 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. *Severe anemia in Internal Medicine at the Ouahigouya Regional University Hospital Center* 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. *Management of acute coronary syndromes in private practice settings in Senegal* 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. *Evaluation of blood pressure profile by ambulatory blood pressure measurement in a population with sleep apnea* 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. *Dyslipidemia in type 2 diabetic patients in Conakry* 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. *Long Covid: clinical and paraclinical aspects* 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goita IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. *Association between kidney disease and periodontitis: systematic review from 2010 to 2022* 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. *Hirsutism in Dakar: clinical and aetiological aspects and impact on quality of life* 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. *Factors of acute decompensation of diabetes at the Conakry Regional Hospital* 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. *Expérience initiale de la prothèse pénienne pour dysfonctionnement érectile au Sénégal* 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CLINICAL CASES

13. *Pericarditis with pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome: a case report and review of the literature* 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. *The role of exploratory laparoscopy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian neoplasia* 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébéogo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. *When histology is lacking: two cases of papillary thyroid cancer revealed eight years after thyroidectomy* 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. *Thyroid cancer on a dipping goiter in an age subject: about a case* 118-125
Kouassi L, Touré KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B



Cancer thyroïdien sur un goitre plongeant chez un sujet âgé : à propos d'un cas

Thyroid cancer on a dipping goiter in an elderly subject: about a case

Kouassi L¹, Koné S¹, Acko UV³, Tanoh KE², Koné F¹, Kouamé GR¹, Touré KH¹,
Yapa GSK¹, Acho JK¹, Gboko KKL¹, Sako K¹, Keïta O¹, Ouattara B¹.

1. Service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire)
2. Service de radiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire)
3. Service de médecine Interne et gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré, Abidjan (Côte d'Ivoire).

Auteur correspondant : Docteur Lauret KOUASSI / E-mail : lawretk@gmail.com

Résumé

Le goitre est très répandu dans le monde, cependant les gros goitres ne se rencontrent que dans les pays sous-développés. Dans ce contexte, leur prise en charge est entravée par plusieurs obstacles, notamment le manque d'examen disponibles et l'étiologie, qui est souvent identifiée avec du retard.

Quant au suivi à long terme, il peut être aussi freiné par le manque d'éducation des patients. Ce qui contribue à la progression de la maladie thyroïdienne vers des formes plus compliquées. En effet, avec l'allongement de l'espérance de vie, la prévalence du goitre plongeant chez les patients âgés est devenue plus fréquent. Le goitre plongeant est souvent associé à une modification des hormones thyroïdiennes cependant, leur spécificité chez les personnes âgées repose sur la présence de symptômes plus subtils et une présentation atypique, souvent attribués au vieillissement normal. Il expose le patient au risque de compression des organes voisins mettant en jeu le pronostic vital du patient. Dans ce contexte, le carcinome thyroïdien est de survenue rare et est généralement de bon pronostic. Le carcinome papillaire de la thyroïde est la tumeur maligne endocrinienne la plus courante chez les personnes âgées. Il est moins agressif et il a tendance à se développer et à métastaser lentement pouvant même s'étendre à la peau. Le traitement de choix du carcinome papillaire de la thyroïde est la chirurgie, suivie d'une ablation à l'iode radioactif chez certains patients et d'un traitement à la thyroxine chez la plupart des patients.

Mots clés : cancer thyroïdien - goitre plongeant - sujet âgé.

Summary

Goiter is very widespread in the world, however large goiters are only found in underdeveloped countries. In this context, their management is hindered by several obstacles, notably the lack of available examinations and etiology, which is often identified with delay.

As for long-term monitoring, it can also be hindered by the lack of patient education. Which contributes to the progression of thyroid disease towards more complicated forms. Indeed, with the increase in life expectancy, the prevalence of diving goiter among elderly patients has become more frequent. Diving goiter is often associated with a change in thyroid hormones, however, their specificity in elderly people is based on the presence of more subtle symptoms and atypical presentation, often attributed to normal aging. It exposes the patient to the risk of compression of neighboring organs, which is life-threatening. In this context, thyroid carcinoma is rare and generally has a good prognosis. Papillary thyroid carcinoma is the most common endocrine malignant tumor in older adults. It is less aggressive and tends to develop and metastasize slowly, even spreading to the skin. The treatment of choice for papillary thyroid carcinoma is surgery, followed by radioactive iodine removal in some patients and thyroxine treatment in most patients.

Keywords : thyroid cancer - plunging goiter - elderly.



Introduction

Le goitre est une affection cosmopolite [1] caractérisée par une augmentation diffuse de la glande thyroïde. On parle de goitre plongeant lorsque la limite inférieure de la thyroïde atteint ou dépasse le plan des vaisseaux sous-claviers. Cette forme est rare [2] et est fréquemment associée à un déséquilibre hormonal, en particulier une élévation des hormones thyroïdiennes [3]. Ses principales complications sont liées à la compression des structures adjacentes, notamment de l'œsophage, des vaisseaux sous-claviers, et surtout de la trachée, ce qui peut entraîner une détresse respiratoire aiguë engageant le pronostic vital du patient [4]. Chez les personnes âgées, la prévalence des troubles néoplasiques thyroïdiens augmente avec l'âge [5]. De plus, les troubles fonctionnels thyroïdiens sont fréquents et leur diagnostic est souvent complexe en raison de présentations atypiques et de la présence de comorbidités variées [2]. L'hyperthyroïdie chez les personnes âgées peut se manifester de manière atypique, sous la forme d'une thyrotoxicose apathique. Cette dernière se caractérise par une dépression, une léthargie et une perte de poids. Certains patients âgés peuvent même présenter une encéphalopathie thyrotoxique, marquée par une agitation et une confusion [5].

Nous rapportons le cas d'une femme âgée présentant un cancer thyroïdien sur un goitre plongeant associé à une hyperthyroïdie.

Observation

Nous avons reçu madame K.A. le 20 juillet 2023, ménagère, analphabète et âgée de 71 ans. Elle vit dans des conditions socio-économiques très modestes, dans un village du centre de la Côte d'Ivoire, à environ 50 km de la ville de Bouaké. Dans ses antécédents, cette dame était porteuse d'une tuméfaction antéro-cervicale ancienne, apparue progressivement lorsqu'elle était jeune, avant de devenir gênante et de provoquer ainsi

une dysphagie et une dyspnée, mais pas de dysphonie, plus de 40 ans plus tard. La patiente n'avait jamais consulté de structure hospitalière pour ces symptômes, ayant uniquement eu recours à des traitements traditionnels (décoctions de plantes, guérisseurs) sans amélioration. Aucun antécédent familial de goitre n'a été retrouvé, ni de prise de médicaments thyrotoxiques, d'exposition au lithium ou d'intoxication tabagique.

L'interrogatoire a révélé des algies diffuses, de l'insomnie, une asthénie et un amaigrissement progressif non chiffré. Cependant, elle ne signalait ni palpitations, ni nervosité, ni hypersudation, ni tremblements. D'autres signes de dysfonctionnement thyroïdien, tels que frilosité, constipation ou bradycardie, étaient également absents. La patiente rapportait également des lésions nodulaires disséminées et douloureuses évoluant depuis environ un an.

Le 24 juillet 2023, dans la nuit, Madame K.A. a été admise aux urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké pour des propos incohérents d'apparition brutale, sans notion de fièvre.

À l'examen physique, on notait une température de 36 °C, un pouls de 70 battements par minute, un poids de 47,2 kg pour une taille de 162 cm soit un indice de masse corporelle (IMC) à 18 kg/m². Son score de Glasgow était de 14 sur 15 et elle présentait une nuque souple. On notait également l'absence des signes de signe de Kernig et de Brudzinski, ainsi que de déficit moteur ou de crises convulsives. Son état général était coté à OMS 4.

Nous notions la présence d'un volumineux goitre asymétrique, prédominant au niveau du lobe gauche, occupant toute la région antérieure du cou. Il était de consistance ferme, indolore, à surface régulière (figure 1), et présentait des signes de compression tels que dyspnée, dysphagie, mais pas de dysphonie.



Figure 1 : Goitre volumineux à prédominance gauche

On notait aussi une masse latéro-cervicale de consistance ferme, d'environ 3 cm de diamètre, fixe par rapport au plan profond d'environ, indolore. Au plan cutané on notait des lésions

nodulaires de tailles variables (environ une vingtaine de lésions), douloureuses ; certaines étaient mobiles par rapport aux plans profonds et d'autres non fixées (figure 2).



Figure 2 : nodules cutanés situés sur le membre supérieur gauche et la cuisse droite.

Elles étaient de consistances fermes parfois indurées. Ces lésions touchaient les membres supérieurs, sur la cuisse droite et le cuir chevelu. L'examen pulmonaire a révélé une fréquence respiratoire à 24 cycles/mn, sans signes de détresse. A l'examen, les poumons étaient libres. L'examen de l'abdomen était sans particularité. Ailleurs, on notait des conjonctives colorées et l'examen des autres appareils était sans particularité (ostéo-articulaire, neurologique, gynéco-obstétrique).

Le bilan biologique réalisé a montré une thyroestimuline (TSH) normale à 1,739 μ UI/ml (N. 0,3 - 4,5 μ UI/ml) et une élévation des hormones thyroïdiennes avec une triiodothyronine (T3I) à 27,47 pg/ml (N. 2,0 - 4,2

pg/ml) et la thyroxine (T4I) à 20,58 pg/ml (N. 8,9 - 17,2 pg/ml). On notait également une discrète anémie, avec un taux d'hémoglobine à 11,7 g/dl, une microcytaire, un volume globulaire moyen (VGM) = 78,1 fL et une teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine (TCMH) = 26,3 pg. Les résultats de la calcémie et de la calcitonine sérique n'étaient pas parvenus.

Une échographie thyroïdienne a montré un goitre hétéronodulaire plus marqué à gauche avec des adénopathies satellites. Une radiographie pulmonaire de face a révélé une opacité médiastinale antéro-supérieure, faisant suspecter un goitre plongeant, et une opacité interstitielle dans le tiers moyen du parenchyme pulmonaire gauche (figure 3).

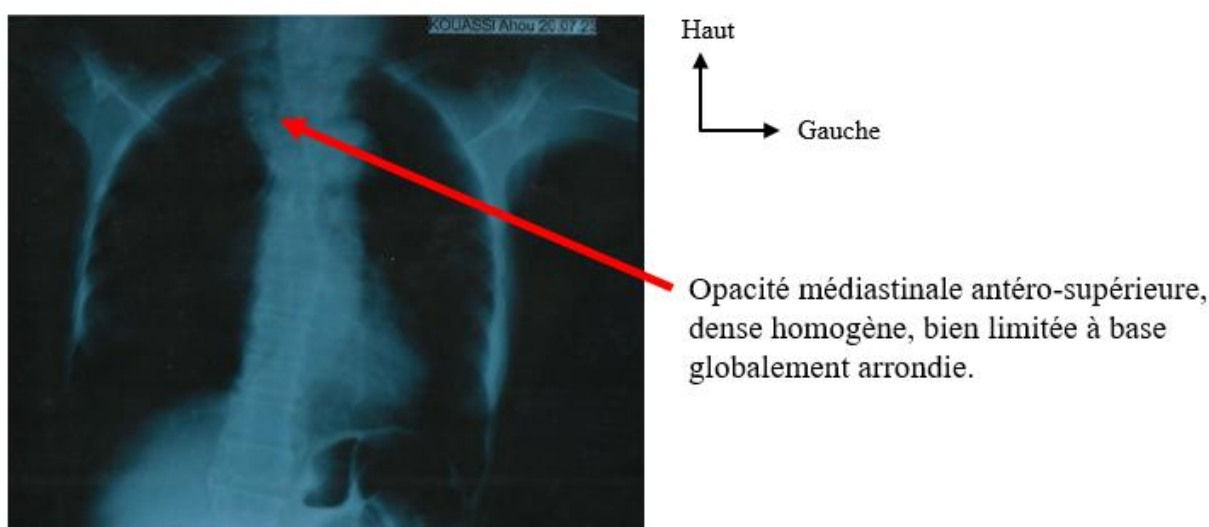


Figure 3 : Radiographie pulmonaire de face montrant une opacité médiastinale antéro-supérieure faisant suspecter un goitre plongeant.

La scintigraphie thyroïdienne n'étant pas réalisable à Bouaké, une imagerie par tomodensitométrie a montré au niveau cervical, une volumineuse masse hétérocalcifiée aux

dépens de la glande thyroïde avec effet de masse sur les structures de voisinage ainsi qu'une thrombose étendue de la veine jugulaire gauche (figure 4, 5 et 6).

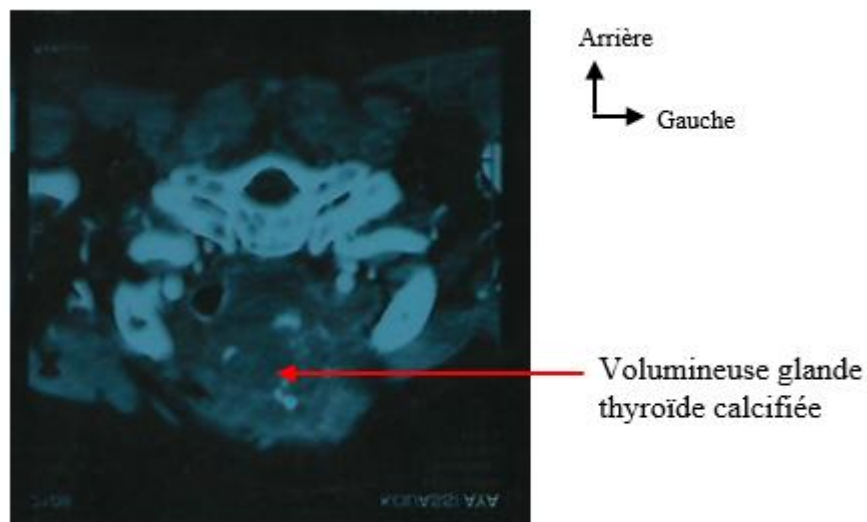


Figure 4 : Tomodensitométrie cervicale montrant sur une coupe transversale (C4) une volumineuse masse hétérocalcifiée aux dépens de la glande thyroïde.

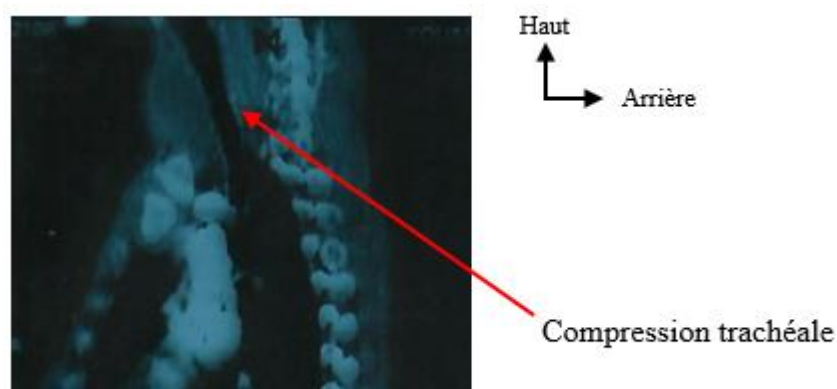


Figure 5 : Tomodensitométrie cervico-thoracique montrant sur une coupe sagittale une volumineuse masse aux dépens de la glande thyroïde avec compression trachéale

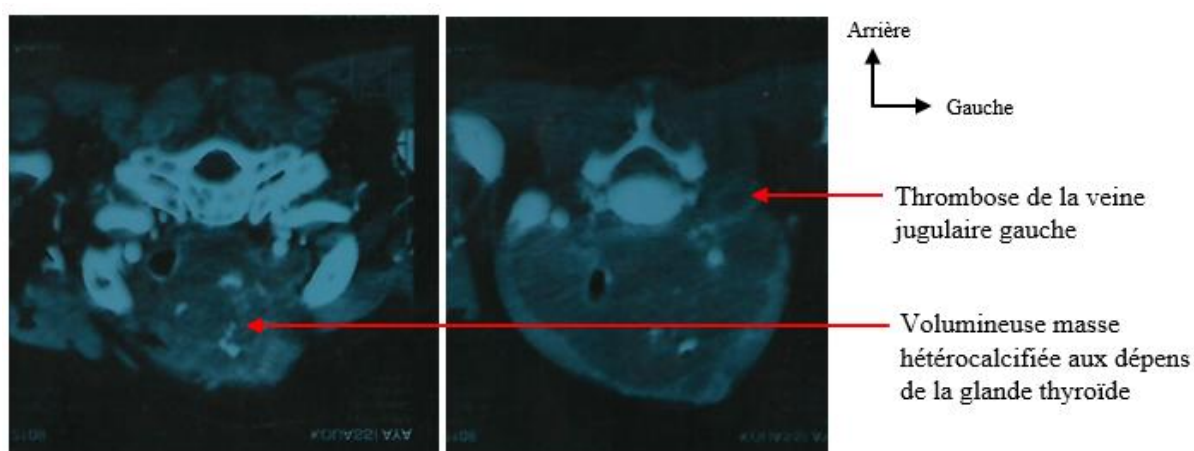


Figure 6 : Tomodensitométrie cervicale montrant sur une coupe transversale (C3-C4) une volumineuse masse hétérocalcifiée aux dépens de la glande thyroïde avec une thrombose de la veine jugulaire gauche.

A l'étage thoracique on notait au niveau du champ pulmonaire droit en son tiers moyen une masse latéro-thoracique, dense globalement ovale, à limite mal définie, d'environ 6 cm de

grand axe, accolée à la paroi externe et une masse arrondie d'environ 3 cm de diamètre à l'apex, ainsi que de multiples nodules pulmonaires bilatéraux (figure 7).

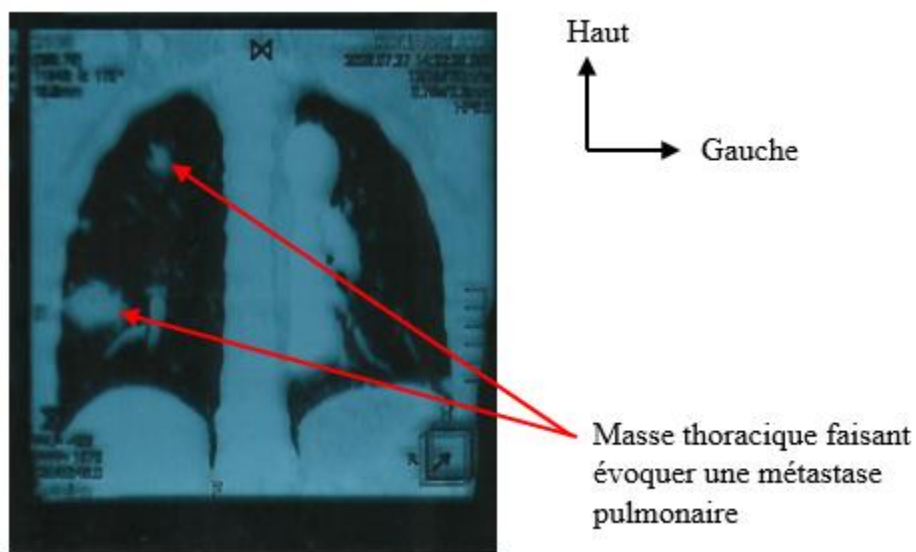


Figure 7 : Tomodensitométrie thoracique montrant sur une coupe frontale (T10) montrant une masse latéro-thoracique, dense globalement ovalaire à mal limitée, d'environ 6 cm de grand axe, accolée à la paroi externe et une masse arrondie d'environ 3 cm de diamètre à l'apex, ainsi que de multiples nodules pulmonaires bilatéraux.

Une tomodensitométrie cérébrale ne montrait pas d'images de métastases. Ailleurs, l'échographie abdominale et pelvienne était sans particularité. La nasofibroscope n'a pas pu être réalisée.

Hospitalisée au service de médecine interne, un traitement incluant des corticoïdes, des antalgiques et un antithyroïdien de synthèse, associé à d'autres mesures adjuvantes, a été initié. La patiente est malheureusement décédée au deuxième jour d'hospitalisation dans l'attente d'une prise en charge chirurgicale.

Cependant, une cytoponction thyroïdienne qui avait été réalisée en urgence s'était révélée non contributive. Une biopsie cutanée, dont les résultats sont parvenus un mois après le décès, a révélé un aspect histologique évocateur de métastase cutanée d'un carcinome papillaire thyroïdien.

Discussion

Toute augmentation de volume de la glande thyroïde est considérée comme un goitre, indépendamment de sa fonction (euthyroïdienne, hypothyroïdienne ou hyperthyroïdienne) et de ses modifications morphologiques et quelle qu'en soit la cause [4]. La prévalence des goitres dans la population mondiale est importante, estimée à 15,8% en 2003 pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1] ; notamment dans les zones de carence endémique en iode [6]. Cependant, cette prévalence se réduit dans les pays où l'apport iodé est adéquat. Les gros goitres ne sont actuellement rencontrés que dans les pays sous-développés [1]. Les explorations hormonales, morphologiques, immunologiques, cytologiques et radio isotopiques ne sont pas toujours accessibles compte tenu de leur coût mais aussi

de leur disponibilité [7]. De ce fait, l'étiologie est difficilement connue [7]. Ces difficultés logistiques auxquelles s'associent les difficultés financières, la méconnaissance de la maladie par la population et du manque de dépistage précoce [8], conduisent à un retard diagnostique [8]. Quant au suivi à long terme, il peut être aussi freiné par le manque d'éducation des patients [7, 8] et ce qui contribue à la progression de la maladie thyroïdienne vers des formes plus compliquées. En effet, un fort taux d'analphabétisme, est le plus souvent rapporté par les auteurs africains. D'ailleurs, une étude récente (2020-2021) sur les thyropathies au CHU de Bouaké (en Côte d'Ivoire) a rapporté dans une prévalence de 54,8% de patients analphabètes ou de niveau d'instruction faible [8].

Aucune structure anatomique n'empêche le goitre dans son évolution, de se développer dans l'entrée thoracique. Aussi, la croissance thyroïdienne sous-sternale entraîne une luxation des structures anatomiques adjacentes [6]. L'extension du goitre se fait donc préférentiellement vers les zones de moindre résistance ainsi, la localisation droite est plus fréquente en raison de l'absence d'obstacle anatomique à la progression du goitre de ce côté contrairement au côté gauche où la descente sera gênée par les gros vaisseaux [9]. Ainsi, en cas d'absence ou de retard de la prise en charge ces goitres s'exposent à la compression de plusieurs structures médiastinales [6, 9]. En effet, une compression trachéale entraîne des syndromes de détresse respiratoire chronique et des infections intercurrentes des voies respiratoires supérieures peuvent conduire à une insuffisance respiratoire aiguë [10]. De même, celle de l'œsophage est responsable d'une



dysphagie le plus souvent mais aussi peut entraîner des varices œsophagiennes dont la rupture pouvant occasionner un saignement. Les goitres substernaux provoquent rarement des épanchements pleuraux, notamment des chylothorax et des épanchements péricardiques résistants au traitement [6]. Au plan cardiovasculaire, la compression veineuse est responsable d'un syndrome de la veine cave supérieure secondaire à une compression par un goitre sous-sternal peut se compliquer d'une thrombose veineuse [6]. La compression artérielle provoqué par de gros goitres sous-sternaux provoquent parfois une hypoperfusion cérébrale et un accident vasculaire cérébral. L'atteinte des nerfs peut être à l'origine de paralysies récurrentes et phréniques, ainsi que du syndrome de Horner [6]. Toutes ces complications font donc du goitre plongeant compressif est une urgence au traitement.

Cependant selon la littérature, les goitres plongeants sont rares [4] et la prédominance féminine est classiquement retrouvée. L'âge moyen des patients rapporté dans certaines séries se situe au-delà de la cinquième décade [3]. En effet, avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, le diagnostic du goitre intrathoracique chez les patients âgés sont devenus plus fréquents [11]. De nombreux changements morphologiques et physiologiques de la thyroïde au cours du processus de vieillissement sont bien connus [12]. Une spécificité des maladies thyroïdiennes chez les personnes âgées, différente essentiellement de celle observée chez les sujets plus jeunes, repose sur la présence de symptômes plus subtils, souvent attribués au vieillissement normal. Ces troubles de la thyroïde sont difficiles à diagnostiquer et à traiter en raison de présentations atypiques et de la présence d'une grande variété de conditions comorbides [5, 12]. L'interprétation des tests de la fonction thyroïdienne nécessite un examen attentif des comorbidités et des médicaments interférant avec les tests de la fonction thyroïdienne [5]. En effet, en présence d'un goitre ancien, une augmentation du taux sérique d'hormones thyroïdiennes avec est généralement due à une pathologie thyroïdienne. Dans ces conditions, les concentrations sériques de thyrostimuline (TSH) sont supprimées par un feedback négatif sur l'hypophyse [13]. Ainsi, la découverte de concentrations sériques élevées de thyroxine (T4) et de tri-iodothyronine (T3) chez un patient présentant une TSH normale ou élevée devant un

goitre plongeant, est inattendue ou inappropriée et pourrait être jugée discordante [13, 14]. De ce fait, il est donc nécessaire de répéter les dosages avec au besoin la nécessité de changer de laboratoire en vue d'écarter les erreurs de laboratoire mais aussi pour confirmer l'origine extra thyroïdienne de l'étiologie de cette dysfonction thyroïdienne. Toutefois, un tel résultat biologique nécessite une évaluation endocrinienne plus approfondie, mais fait aussi suspecter une pathologie hypothalamo-hypophysaire notamment un adénome à TSH ou plus rarement un syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes [14]. Ces causes sont très peu probables du fait de leur rareté [13, 14]. La présence d'un adénome hypophysaire sécrétant est parfois associée à la sécrétion d'autres hormones notamment, l'hormone de croissance (15%) ou la prolactine (10%) et ces patients sont généralement thyrotoxicques à l'examen clinique [13]. Quant au syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes, sa présentation clinique est marquée par des signes cardiaques notamment, la tachycardie, les palpitations et les troubles du rythme cardiaque qui sont fréquentes. Des tests biochimiques supplémentaires et génétiques sont alors nécessaires afin de mieux caractériser le diagnostic [13, 15].

L'incidence du cancer sur un goitre est rare [4]. En effet, au regard de la littérature, Le cancer de la thyroïde est assez rare, représentant 1% des cancers [16] et il est le plus courant des tumeurs malignes endocriniennes. Son incidence annuelle varie considérablement selon la zone géographique, l'âge et le sexe [17]. Ces cancers de la thyroïde sont classés selon l'origine histologique des cellules et selon leur degré de différenciation : les cancers peuvent être bien différenciés (papillaires et folliculaires) ou peu différenciés (médullaires et anaplasiques) [18]. Ils présentent des aspects cliniques et évolutifs variés selon leur origine histologique et sont généralement de bon pronostic [16]. Représentant environ 70 à 80% des cancers de la thyroïde, le carcinome papillaire de la thyroïde est la tumeur maligne de la thyroïde la plus courante. Le carcinome papillaire de la thyroïde est le type de cancer le moins agressif, car il a tendance à se développer et à métastaser lentement [19]. Le carcinome papillaire de la thyroïde (CPT) est la tumeur maligne endocrinienne la plus courante chez les personnes âgées [12]. Ils ont généralement un excellent pronostic, avec des taux de survie à 10 ans



supérieurs à 90% à 95% [12, 20]. Le traitement de choix du carcinome papillaire de la thyroïde est la chirurgie, suivie d'une ablation à l'iode radioactif (iode 131) chez certains patients et d'un traitement à la thyroxine chez la plupart des patients [20]. Ce pendant dans notre contexte, la chirurgie est le seul choix suivi d'un traitement à la thyroxine.

Conclusion

Le goitre plongeant est de survenue rare et s'installe habituellement au-delà de la cinquième décennie, se voyant également chez le sujet âgé. Son évolution peut s'accompagner d'un dysfonctionnement de la thyroïde dont les manifestations chez le sujet âgé sont atypiques et d'une rare dégénérescence en cancer, de bon pronostic par ailleurs. Toutefois, le retard de prise en charge d'un goitre plongeant cancérisé, expose le patient au risque de compression des organes de voisinage mettant en jeu son pronostic vital.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Saïdou A. Quelle prise en charge pour les gros goitres ? expérience de l'Hôpital National de Niamey. *Journal de Chirurgie et Spécialités du Mali*, 2021 ; 1(1) : 1-7
2. Díez JJ. Goiter in adult patients aged 55 years and older: etiology and clinical features in 634 patients. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2005; 60(7): 920-923
3. Mesli SN, Regagba D, Tidjane A, Bouallou F, Abi-Ayad C. Le goitre plongeant à Tlemcen dans l'ouest algérien : aspect clinique et thérapeutique de 1996-2014. *Pan African Medical Journal*, 2015 ; 21(1) : 1-8
4. Illé S, Didié J, Bako I, Rachid S. Les Goitres Plongeants : Aspects Épidémiologiques, Cliniques, Radiologiques Et Thérapeutiques. *European Scientific Journal*, 2016 ; 12 : 305-31
5. Ajish TP, Jayakumar RV. Geriatric thyroidology: An update. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2012; 16(4): 542-547
6. Anders HJ. Compression syndromes caused by substernal goiters. *Postgraduate medical journal*, 1998; 74(872): 327-329
7. Abodo J, Yao A, Koffi-Dago P et al. Caractéristiques des thyropathies en Côte d'Ivoire. *Health Sciences and Disease*, 2019 ; 20(6) : 18-22
8. Koné F, Koné S, Kouassi L et al. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des maladies thyroïdiennes à Bouaké (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine de Médecine Interne*, 2023 ; 10(1-2) : 26-32
9. Traibi A, Kettani S, Ouarssani A, Hachimi MA. Difficultés anesthésiques et chirurgicales des goitres plongeants : à propos de 16 cas. *Adv Thorac Dis*, 2018 ; 1(2) : 1-6
10. Nun AB, Soudack M, Best LA. Retrosternal thyroid goiter: 15 years experience. *IMAJ-RAMAT GAN-*, 2006; 8(2): 106-109
11. Huang WC, Huang CH, Hsu HS et al. Intrathoracic goiter in elderly patients. *International Journal of Gerontology*, 2013; 7(1): 8-12
12. Gesing A, Lewiński A, Karbownik-Lewińska M. The thyroid gland and the process of aging; what is new? *Thyroid research*, 2012; 5(1): 1-5
13. Holdaway IM. Elevated thyroid hormone levels with normal or raised thyroid-stimulating hormone: a diagnostic and therapeutic dilemma. *Internal Medicine Journal*, 2001; 31(7): 379-381
14. Portmann L, Gomez F, Flattet A. TSH<<inappropriée>> : Des situations banales à l'adénome hypophysaire à TSH (adénome thyroïdienne). *Revue médicale suisse*, 2012 ; 8 : 2187-2191
15. Illouz F, Briet C, Mirebeau-Prunier D et al. Cardiac complications of thyroid hormone resistance syndromes. In: *Annales d'Endocrinologie*. Elsevier Masson, 2021: 167-169
16. Touati MM, Aljalil A, Darouassi Y et al. Les carcinomes de la thyroïde : profils épidémiologique, clinique et thérapeutique, à propos de 102 cas. *Pan African Medical Journal*, 2015 ; 21(1) : 1-5



17. Pacini F, Castagna MG, Brilli L, Pentheroudakis G. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2012; 23: 110-119
18. Schneider DF, Chen H. New developments in the diagnosis and treatment of thyroid cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2013; 63(6): 373-394
19. Nguyen QT, Lee EJ, Huang MG et al. Diagnosis and treatment of patients with thyroid cancer. *American health & drug benefits*, 2015; 8(1): 30-40
20. Haddad RI, Bischoff L, Ball D et al. Thyroid carcinoma, version 2.2022, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2022; 20(8): 925-951