

# Les thyroïdectomies au centre hospitalier national de Pikine-Dakar (CHNP) : indications et résultats chez 417 patients.

*Thyroidectomies performed in the national hospital of Pikine-Dakar : indications and results on 417 patients*

Lèye A<sup>1</sup>, Ndiaye N<sup>1</sup>, Lèye YM<sup>1</sup>, Diack N D<sup>1</sup>, Ndour M A<sup>1</sup>, Fall B<sup>1</sup>, Gaye K<sup>1</sup>, Elfajri S<sup>1</sup>, Niass A<sup>1</sup>, El Bou O I<sup>2</sup>, Séné I<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service de Médecine Interne/Endocrinologie, Centre Hospitalier National de Pikine, faculté de médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar Sénégal.

<sup>2</sup>Service de Médecine Interne, Hôpital de l'Amitié-Arafat, Nouakchott-Mauritanie.

<sup>3</sup>Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Centre Hospitalier National de Pikine, faculté de médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar Sénégal

## RESUME

**Objectif :** L'objectif de ce travail était de rapporter les indications et les résultats de la pratique de la chirurgie thyroïdienne au CHNP.

**Patients et méthodes :** il s'agissait d'étude rétrospective et descriptive sur une période de 6 ans. Les dossiers de tous les patients opérés de thyroïdectomie durant cette période ont été colligés.

**Résultats :** Au total, 417 dossiers de thyroïdectomies avaient été colligés sur 1563 interventions chirurgicales pour pathologie ORL (soit une prévalence de 26,67%). Le sex-ratio H/F était de 0,06 (394F/23H). L'âge moyen était 38,82 ans. Une notion de goitre familial était retrouvée chez 40 patients soit 9,6% des cas. Sept patients avaient des antécédents de chirurgie thyroïdienne. La maladie de Basedow était la deuxième indication (21,3%) après les goitres hétéro-multi nodulaires (46,7%). La voie d'abord était une cervicotomie antérieure en cravate de Kocher. Cinq types de gestes ont été réalisés chez nos patients en fonction du diagnostic préopératoire et de l'exploration chirurgicale. Une thyroïdectomie totale dans 69% (n=288), une lobo-isthmectomie droite 16% (n=66), une lobo-isthmectomie gauche 9,6% (n=40), une isthmectomie dans 1,7% (n=7), une thyroïdectomie subtotale dans 2,9% (n=12) et enfin une thyroïdectomie totale élargie dans 0,7% (n=3). Quinze cas de cancer thyroïdiens étaient retrouvés et 2 cas de métastases ganglionnaires. Avec le recul opératoire, une issue favorable avait été retrouvée chez 63,3% (n=264) des patients. Elle était restée indéterminée chez les 36,7% (n=153). La morbidité était de 10,7%. Deux cas (0,5%) de décès avaient été recensés.

**Mots clés :** Thyroïdectomie, goitre multi nodulaire, Basedow.

## SUMMARY

**Objective :** The objective of this study was to report indications and results of the practice of thyroid surgery at the National Hospital of Pikine.

**Patients and methods:** We performed a retrospective descriptive study over a 6 years period. Records of all patients undergoing thyroidectomy during this period were reviewed. **Results:** We collected 417 records from a total thyroidectomy 1563 surgery for ENT pathology (showing a prevalence of 26.76%). The M / F sex ratio was 0.06 (394F/23H). The average age was 38.82 years [6 - 79]. Past of family goiter was found in 40 patients or 9.6% of cases. Seven patients had a history of thyroid surgery. Graves' disease was the second Indication for thyroidectomy after the hetero multinodular goiters (46.7%).The preferred choice was an incision in cervicotomy cravat Kocher. Five types of gestures were performed in our patients according to the preoperative diagnosis and surgical exploration. A total thyroidectomy in 69% (n = 288), a right loboisthmectomie 16% (n = 66), a left loboisthmectomie 9.6% (n = 40), an isthmectomy in 1.7% (n = 7), a subtotal thyroidectomy in 2.9% (n = 12) and finally 0.7% in total expanded thyroidectomy (n = 3). Fifteen cases of thyroid cancer were found and 2 cases of lymph node metastasis .With the procedure hindsight, a favorable outcome was found in 63.3% (n = 264) of patients. It remained unknown in 36.7% (n = 153). Morbidity was 10.7%. Two cases (0.5%) deaths were identified.

**Keywords :** Thyroidectomy, multinodular goiter Graves disease

## INTRODUCTION

Dans des mains bien entraînées, la chirurgie thyroïdienne est associée à une faible morbidité et virtuellement aucune mortalité. Néanmoins, le résultat opératoire peut être entaché de complications locales et spécifiques sérieuses, dont la fréquence est liée à l'étendue de la résection pratiquée [1]. L'objectif de ce travail était de rapporter les indications et les résultats de la pratique de la chirurgie thyroïdienne au centre hospitalier national de Pikine.

## PATIENTS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive sur une période de 6 ans allant du 1er avril 2007 au 31 juin 2013. Elle avait pour cadre le CHNP qui est un hôpital de niveau 3 de la banlieue de Dakar Sénégal ouvert en 2006. Les dossiers de tous les patients opérés de thyroïdectomie durant cette période avaient été revus. La collecte des dossiers s'était faite à partir des registres du bloc opératoire, du registre de la consultation ORL et des dossiers de la réanimation. Deux dossiers avaient été exclus car incomplets (absence de données cliniques et paracliniques). Sur tous les dossiers retenus nous avons recueilli les données démographiques (âge, sexe, antécédents et terrains), diagnostiques (diagnostic pré et post opératoire) thérapeutiques (anesthésie, voie d'abord et type d'intervention) et évolutifs

(durée d'hospitalisation, morbidité opératoire, résultats de l'examen anatomo-pathologique et mortalité).

Les données avaient été saisies et analysées dans le logiciel Epi Info (version 3.3.2 du 9 février 2005).

## Données démographiques

Nous avons colligé, 417 dossiers de thyroïdectomies sur un total de 1563 interventions chirurgicales pour pathologie ORL. Les thyroïdectomies étaient représentées 27% de la chirurgie ORL. Le sex-ratio H/F était de 0,06 (394F/23H). L'âge moyen était 38,82 ans [6- 79ans. La tranche d'âge de 30 à 39 ans était la plus représentée (135 patients).

Une notion de goitre familial avait été retrouvée chez 40 patients soit 9,6% des cas. Nous avons détectés 7 cas d'antécédent de chirurgie thyroïdienne non documenté. Parmi eux, 4 patients présentaient un goitre hétéro-multinodulaire (GHMN) et 3 patients avaient un nodule thyroïdien isolé d'un lobe. Les autres antécédents retrouvés étaient le diabète (14 cas), l'hypertension artérielle (24 cas), une cardiopathie hypertensive chez 5 patients, éthylisme (2cas) et tabagisme (3 patients).

## Diagnostic pré-opératoire

Le tableau I illustre de la distribution des diagnostics préopératoires retenus.

**Tableau I :** répartition des patients en fonction du diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
<i>Goitre hétéro-multinodulaire</i>	195	46,7%
<i>Maladie de Basedow</i>	89	21,3%
<i>Goitre hétéro-multinodulaire basedowifé</i>	28	6,7%
<i>Nodule isolé d'un lobe</i>	84	20,1%
<i>Nodule isolé de l'isthme</i>	8	2%
<i>Goitre endémique</i>	11	2,6%
<i>Adénome toxique</i>	2	0,5%
<b>Total</b>	<b>417</b>	<b>100%</b>

## Cytoponction

La cytoponction avait été réalisée sous contrôle échographique chez 4 patients. Les résultats de la cytologie étaient une hyperplasie épithéliale bénigne, une lésion kystique bénigne, lésion épithéliale avec atypie cellulaire modérée et cellules néoplasiques. L'examen histologique des pièces opératoires n'a pas été retrouvé.

## Données thérapeutiques

Tous les patients de notre série avaient bénéficié

d'une anesthésie générale avec intubation orotrachéale. La voie d'abord était une cervicotomie antérieure chez tous les patients. Les résultats de l'exploration chirurgicale n'étaient reportés que dans 353 dossiers patients (tableau II).

**Tableau II : Résultats de l'exploration chirurgicale**

Diagnostic	Exploration chirurgicale(353)
<i>Nodule isolé</i>	91
<i>Goitre multinodulaire</i>	170
<i>Goitre diffus homogène</i>	84
<i>Goitre homogène+ un nodule</i>	7
<i>Adénopathies</i>	2

La répartition des gestes effectués pour chaque diagnostic nous est donnée par le tableau III. Parmi les 7 patients qui présentaient des antécédents de chirurgie thyroïdienne, 6 avaient bénéficié d'une totalisation.

**Tableau III : distribution en fonction des gestes chirurgicaux pour chaque diagnostic**

Gestes	GHMN	Basedow	GHMN basedowifié	Nodule isolé isthme	Nodule isolé lobe	Adénome toxique	Goitre endémique
<b>isthmectomie</b>	-	-	-	100%	-	-	-
<b>Lobo-isthmectomie</b>	-	-	-	-	96,7%	100%	10%
<b>Thyroïdectomie</b>	-	9,2%	-	-	-	-	-
<b>subtotale</b>							
<b>Thyroïdectomie totale</b>	99,3%	90,8%	100%	-	3,3%	-	90%
<b>Thyroïdectomie totale élargie avec curage ganglionnaire</b>	0,7%	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le drainage de la loge thyroïdienne avait été réalisé chez 409 patients, soit 98% des cas. Le délai d'ablation du drain variait entre 1 et 4 jours. Le délai moyen d'ablation était de 1,95 jour.

#### Evolution

La durée d'hospitalisation moyenne variait entre 1 et 6 jours. Elle était de 2 jours en moyenne.

La durée de suivi post- opératoire était variable (de moins d'un mois à 1 an).

Les suites opératoires étaient simples chez 63,3% (n=264) des patients. Elles étaient restées indéterminées chez les 36,7% (n=153).

Quelques complications avaient été notées.

Ces complications avaient bien évoluées sous traitement sauf les chéloïdes. Seulement 3 avaient bien évolué après une infiltration locale de corticoïdes. Le tableau IV récapitule les morbidités opératoires observées.

Deux décès étaient recensés. Il s'agissait d'une patiente qui présentait un cancer thyroïdien avec des métastases pulmonaires. L'autre patiente présentait un adénome toxique et était décédé d'un cancer du col de l'utérus.

**Tableau IV : Récapitulatif des complications postopératoires**

Complications	Effectif	Pourcentage
<i>Atteinte récurrentielle</i>	1	0,2%
<i>Décompensation d'un Diabète</i>	1	0,2%
<i>Dyspnée-dysphonie</i>	9	2,1%
<i>Hématome</i>	3	0,7%
<i>Hémorragie</i>	8	2%
<i>Hypocalcémie</i>	8	2%
<i>Poussée hypertensive</i>	6	1,4%
<i>Hypothyroïdie</i>	13	3%
<i>Chéloïde</i>	9	2,1%

Les résultats des examens anatomopathologiques étaient disponibles chez 202 patients soit 48,4%. Une atteinte bénigne avait été retrouvée chez 185 patients (91,6% des cas).

L'atteinte thyroïdienne était maligne dans 15 cas : adénocarcinome(2), carcinomes papillaires(4), carcinomes vésiculaires(4), microcarcinome vésiculaire(1), microcarcinome papillaire(3) et micro-foyers carcinomateux sur thyroïdite d'Hashimoto(1). Les 66,6% étaient des GHMN.

## **DISCUSSION :**

Cette étude nous a permis d'apprécier de façon rétrospective, les indications, la morbidité et les résultats de la thyroïdectomie chez 417 patients. La nette prédominance féminine et la moyenne d'âge de 38 ans de nos patients sont des données classiques de la pathologie thyroïdienne. Les études qui ont été faites en Afrique et dans le monde ont démontré que les pathologies thyroïdiennes étaient plus fréquemment retrouvées chez les sujets jeunes âgés de 30 à 40 ans [2, 3, 4, 5,6]. Cela est en rapport avec l'influence des stéroïdes sexuels [7]. Notre étude rapporte un nombre de femmes supérieur de 17,13 fois à celui des hommes.

Les antécédents familiaux de goitre retrouvés chez 40 patients sont en accord avec les données de la littérature. Les études de paires de jumeaux ainsi que celles recherchant une agrégation familiale des goitres simples ou nodulaires démontrent le poids de la génétique [8].

Les indications de la thyroïdectomie étaient les goitres hétéro-multinodulaires (53,4%) dont 46,7% étaient en euthyroïdie, la maladie de Basedow (21,3%), les nodules isolés (22,1%), les adénomes toxiques (2,6%) et les goitres endémiques (0,5%). Cette distribution des indications est superposable aux données de la littérature. Dans la série de Madieng et coll [6] les GHMN ont représenté 50,5%, les nodules isolés 30,1% et les goitres homogènes 19,4%. Dans la série de Vignikin et coll[9] les goitres multi- hétéro nodulaires représentaient 71,09%, les goitres uni ou bi-nodulaires 10,24%, les kystes thyroïdiens 3,37%, la maladie de Basedow 9,90% et les cancers thyroïdiens 5,39%.

Dans la série d'Aytac et coll [10] en Turquie en 2005, les indications étaient représentées par le goitre multi-nodulaire 64%, le nodule solitaire 17,5%, la maladie de Basedow (17,2%) et le carcinome thyroïdien (1,3%).

Pour Ayache S. et coll [10], le goitre multi-

nodulaire était la pathologie la plus rencontrée (80%). Dans la série de HILL AG. et coll [10], il y a eu 47% de goitre multi-nodulaire et 13% de maladie de Basedow.

Tous les cas de de GHMN avaient bénéficié d'une thyroïdectomie totale. Cette posture avait été adoptée dans le but d'éviter les récives mais aussi une deuxième intervention dans le cas d'un diagnostic histologique de cancer. En effet, 66,6% des néoplasies étaient cachées sous le diagnostic de GHMN. Cette attitude est partagée par plusieurs auteurs [11, 12,13]. Dans la série de Madieng et coll [6], une préférence de la thyroïdectomie subtotale et de la lobisthmectomie (83,6%) était retrouvée pour la prise en charge des goitres nodulaires.

Une thyroïdectomie totale fut réalisée chez 90,8% des patients atteints de la maladie de Basedow alors que la thyroïdectomie subtotale n'a été effectuée que dans 9,2% des cas. Les récives après thyroïdectomie subtotale bilatérale sont parfois très difficiles à contrôler, ce qui amène alors à la thyroïdectomie totale [14].

Tous les patients atteints de nodule thyroïdien isolé ou d'adénome toxique ont eu une lobisthmectomie ou une thyroïdectomie en accord avec les recommandations actuelles [15].

Dans notre étude, tous les patients qui présentaient une adénopathie avaient également eu un curage ganglionnaire thérapeutique. Ce curage ganglionnaire était bénéfique chez l'un des patients, car a permis de stopper l'évolution de la maladie. Cependant, nous n'avons pas pu obtenir le statut anatomopathologique des adénopathies pour déterminer s'il s'agissait ou non d'envahissement. Les études réalisées au Maroc [16] ont montré qu'il n'y a pas eu de rechute chez les patients ayant subi une thyroïdectomie en un temps avec curage ganglionnaire prophylactique pour cancer différencié de la thyroïde. Dans le même groupe, les patients qui n'avaient pas bénéficié d'un curage ganglionnaire avaient fait une rechute dans 14 % des cas.

La durée d'hospitalisation était de 2 jours en moyenne. Elle était déterminée en fonction du délai d'ablation du drain et des suites opératoires. Elle est comparable aux études qui ont été faites aux Etats Unis [17] et en Côte d'Ivoire [18] où la durée était respectivement de 2,5 et 2 jours. Dans les séries décrites au Sénégal [4,6,] et au Niger [19] cette durée variait entre 4 et 7 jours.

Seuls 5 % des nodules thyroïdiens sont malins. L'examen cytologique par ponction à l'aiguille fine constitue le meilleur procédé pour leur reconnaissance diagnostique [20]. Le diagnostic de cancer thyroïdien n'avait pu être posé qu'en poste opératoire ; seul 4 patients avaient

bénéficiés de cytoponction à l'aiguille. Les suites opératoires ont été simples chez 63,3% des patients (n=264). Elle était restée indéterminée chez les 36,7% (n=153). La morbidité était de 10,7%. Le tableau V représente les complications postopératoires rapportées dans la littérature.

Auteurs	Madieng (sénégal) [6]	Casanelli (Côte d'ivoire) [18]	Conessa (Sénégal) [4]	Notre série
<b>Complications</b>				
Hémorragies	1%	2%	1,9%	2,7%
Complications infectieuses	0,3%	0%	0%	0,4%
Hypocalcémie post-opératoires	0,7%	0%	3%	2%
Hypoparathyroïdie définitive	0,5%	0%	3%	0%
Atteinte récurrentielle	2,7%	0%	3,8%	0,2%
Hypothyroïdie	1%	-	-	3,1%
Hyperthyroïdie	0,5%	-	-	0,7%

Les chéloïdes sont plus fréquents chez le sujet de race noire et constitue une disgrâce esthétique. Nous en rapportons un taux de 2,1%. Une prévalence de 11% a été décrite par Conessa [3].

## CONCLUSION

La thyroïdectomie constitue un traitement radical dans la pathologie thyroïdienne nodulaire et dans certaines situations de dysthyroïdie auto-

immune. Actuellement la prise en charge des nodules thyroïdiens est bien codifiée grâce à l'élaboration de critères échographiques standardisés et de l'apport de la cytoponction à l'aiguille pour le dépistage des nodules suspects. La faible proportion de néoplasies thyroïdiens retrouvés après thyroïdectomie chez nos patients montre la nécessité de promouvoir les méthodes non invasives afin d'éviter les thyroïdectomies systématiques.

## RÉFÉRENCES

1. Adamina .M, Oertli.D. Prise en charge chirurgicale du nodule thyroïdien Rev Med Suisse 2003 ; 2438.
2. Agoda-Koussema LK, Adjenou K, Amana B, Goeh-Akue KE, Djagnikpo O, Gbinu K et al. Aspects échographiques des anomalies de la glande thyroïde, à propos de 134 cas. Médecine d'Afrique Noire 2008;55(11): 573-78.n.
3. Bouree P, Ouedraogo S, Tapsoba T L. Apport de l'échographie dans le diagnostic de la pathologie thyroïdienne au Burkina Faso, à propos de 54 cas. Médecine d'Afrique Noire 2009;56(3):129-32CZ.
4. Conessa C L, Sissokho B, Faye M. Les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'Hôpital Principal de Dakar : à propos de 155 interventions Médecine d'Afrique Noire 2000;47(3):157-60.
5. Cougard P, Tizon LO, Balestra L, Dancea R, Goudet P. Thyroïdectomie endoscopique par approche médiane avec insufflation gazeuse: analyse des 100 premiers patients. J Chir 2007;144(4):297-300.
6. Dieng P, Cissé M, Ndour MD, Konaté I, Touré AO, Ka O, Dia A, Touré CT. Les thyroïdectomies au sein d'un service de de chirurgie générale. A propos de 402 patients opérés. Rev. Afr. Chir. Spéc. 2010. Vol. 004N°009Sept/Déc : 5-10.
7. Tran Ba Huy P, Kania R. Thyroïdectomie. EMC 2004; 46-460:1-15.
8. Raverot G. Goitre diffus et nodules thyroïdiens. Collection Hippocrate-Endocrinologie métabolisme, 2005 ; 241(11) ; 1-12.
9. Vignikin- Yéhouéssi B, Flatin M, Vodouhès J . Place de la thyroïdectomie en pratique ORL au CNHU de Cotonou. Rev. CAMES - Série A, Vol. 06,2008
10. Ayache S, Tramier B, Chatelain D, Mardyla N, Benhaim T, Strunski V. Evolution de la chirurgie thyroïdienne vers la chirurgie totale à propos de

- 735 cas. Annal d'otorynolaryngologie, chirurgie cervico-faciale 2005; 122(3): 127-33.
11. Efremidou El, Papageorgiou MS, Liratzopoulos N, Manolas KJ The efficacy and safety of total thyroidectomy in the management of benign thyroid disease: a review of 932 cases. Can J Surg 2009;52(1):33-44.
12. Leenhardt L, Ménégaux F, Franc B, Hoang C, Salem S, Bernier MO, Fédiaevsky LD, Marois EL, et al. Cancers de la thyroïde. EMC 2005.10-008-A-50;1-27.
13. Tschantz P, Sohrabi N, Dojcinovic S , Chevre F. Indications et techniques chirurgicales dans la maladie de Basedow, le goitre multinodulaire et les cancers thyroïdiens. Rev Med Suisse 2001; 121; 337-39.
14. Guevara N, Castillo L, Santini J. Indications opératoires en pathologie nodulaire thyroïdienne. Fr ORL 2005; 86:1-9.
15. Leenhardt M, Schmitt D, Chigot A. Chirurgie thyroïdienne itérative: indications et résultats. La presse médicale 1997.26 ; 1850-54.
16. Mouaden A, Guerrouj H, Amrani M, El, Boumaaza W, Ghfir I, Rais Ben N. Valeur pronostique du curage ganglionnaire prophylactique dans le cancer différencié de la thyroïde. EMC Médecine Nucléaire 2011 (35) 522-527.
17. Bhattacharyya N, Fried MP. Assessment of the morbidity and complications of total thyroidectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 128: 389-92.
18. Casanelli JM, Blegole C, N'Dri J Aboua G, Moussa B, Keli E, N'Guessan H A. Les complications de la chirurgie thyroïdienne au CHU de Treichville : à propos de 149 interventions. Médecine d'Afrique Noire 2007;54(5):245-48.
19. Sani 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 National de Niamey - Niger Med Afr Noire 2006;53(11):581-86.
20. Wémeau JL, Sadoul JL, d'Herbomez M. Recommandations de la Société Française d'Endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med. 2011;40: 793-826.