

Profil épidémiologique, clinique et étiologique des goitres à Saint Louis (Sénégal) *Epidemiological, clinical and etiological profile of goiters in Saint Louis (Senegal)*

Dia D G¹, Tall H², Tendeng J N², Dia A D¹, Dieng I L M², Konaté I¹

¹UFR des Sciences de la Santé, Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal

²Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis, Sénégal

Résumé

Introduction

Les goitres représentent une pathologie à très forte prévalence avec 15% de la population mondiale concernée. Au Sénégal, la chirurgie constitue une partie très importante de la prise en charge. L'objectif principal est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, et étiologiques des goitres au service d'ORL de l'hôpital régional de Saint-Louis.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur une période de 06 ans (2006-2012) portant sur 81 dossiers. Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'une thyroïdectomie dans le service durant la période d'étude. Tous les patients dont les dossiers étaient incomplets ou non retrouvés n'ont pas été inclus dans notre étude. Les logiciels informatiques EPI INFO et Excel ont été utilisés pour la collecte et le traitement des données.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 40 ans (extrêmes entre 11 et 85 ans) avec un sexe ratio de 0,05. Sur le plan clinique, la tuméfaction cervicale antérieure était retrouvée avec une durée d'évolution moyenne de 2 ans et demie. Le dosage de la TSH était réalisé chez tous les patients. Une euthyroïdie était relevée dans 88,9% cas (72 malades), une hypothyroïdie dans les 1,2%(8 malades) et une hyperthyroïdie chez 9,9% des patients (1 malade). L'échographie thyroïdienne a été faite chez 97,5% des patients.

Sur le plan chirurgical, les gestes effectués se répartissaient entre les lobo-isthmectomies (43,1%), les thyroïdectomies subtotaux (9,8%), les thyroïdectomies totales (46,91%). Les patients en hyperthyroïdie ont été au préalable traités par ATS pendant une durée variable selon le cas. Les gestes effectués se répartissaient entre les lobo-isthmectomies (35 patients soit 43,1%), les thyroïdectomies subtotaux (8 patients soit 9,8%), les thyroïdectomies totales (38 patients soit 46,91%). Les suites opératoires étaient simples chez tous les patients. L'histologie était bénigne pour 88,9% des pièces opératoires et retrouvait un adénocarcinome dans 11,1 %.

Conclusion

Notre étude confirme la prédominance féminine de la pathologie thyroïdienne. La thyroïdectomie qui est de mieux en mieux codifiée occupe une place de choix dans la prise en charge. Elle offre l'avantage de contourner le problème de l'inobservance thérapeutique et aussi des ruptures de stocks dans nos contrées.

Mots-clé : dysthyroïdie, thyroïdectomie, saint louis, sénégal.

Summary

Context

Goiters account for a very high prevalence disease. It affects 15% of the world population. In Senegal, surgery is a very important part of the management.

Our aim is to determine epidemiological, clinical, and etiological aspects of goiters at the regional hospital of St. Louis.

Patient and methods

We conducted a descriptive retrospective study over a period of 06 years (2006-2012) on 81 records. Were included all patients who underwent thyroidectomy in our service during the study period. All patients whose records were incomplete or not found were not included in our study.

Computer software EPI INFO and Excel were used for collection and processing of data.

Results

The average age of our patients was 40 years (extremes between 11 and 85 years-old) with a sex ratio at 0.05. Clinically, anterior cervical swelling was found with around 2 years as average development period. Blood level of TSH was performed in all patients. 88.9% (72 patient) were found in euthyroid , 1.2 %(8 patients) in hypothyroidism and 9.9% (1 patient) in hyperthyroidism. Thyroid ultrasound was performed in 97.5 % of patients. Surgical gestures performed were: lobo - isthmectomy (43.1%), subtotal thyroidectomy (9.8%), and total thyroidectomy (46.91 %). Postoperative course was uneventful in all patients. The histological examination was benign for 88.9 % of surgical specimens and adenocarcinoma was found in 11.1%.

Conclusion

Our study confirms the female predominance for thyroid's pathology. Thyroidectomy is getting better codified and occupies so, an important place for the global care.

It is a way for overcoming problem of non-compliance and stockouts during such long term treatment.

Keywords : thyroid disease, thyroidectomy, saint louis, Senegal.

Introduction

Le goitre définit une augmentation de volume du corps thyroïde. Toutes étiologies confondues, les goitres représentent une pathologie à très forte prévalence puisqu'elle touche environ 15% de la population mondiale, avec des variations importantes liées aux zones géographiques, à l'environnement et au sexe (avec une prédominance féminine avérée) et à l'âge. La chirurgie reste actuellement une option importante dans le traitement de certaines affections thyroïdiennes, en particulier dans le cadre de l'oncologie. Elle constitue également le choix thérapeutique devant des tableaux de volumineux nodules, de goitre multi nodulaire et d'hyperthyroïdie [1, 2].

Au Sénégal, le recours à la chirurgie pour la prise en charge des thyroépathies, est fréquent, du fait d'exigences économiques [1].

Ainsi nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de 06 ans.

L'objectif principal était d'étudier le profil épidémiologique, clinique et étiologique des goitres au service d'ORL du centre hospitalier

régional de Saint Louis.

Méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur une période de 06 ans (de 2006 à 2012). Tous les patients ayant consulté pour goitre suivi d'une thyroïdectomie, dans le service durant la période d'étude ont été inclus. Le bilan paraclinique était orienté par la clinique et comprenait : le dosage la thyrostimuline, l'échographie cervicale et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Le logiciel informatique Epi Info 6 a été utilisé pour la collecte et le traitement des données.

Résultats

• Données épidémiologiques

Notre série comptait 4 hommes et 77 femmes, soit un sexe ratio de 0,05.

L'âge de nos patients était compris entre 11 et 85 ans avec une moyenne de 40ans. La tranche d'âge la plus représentative était comprise entre 30 et 49 ans.

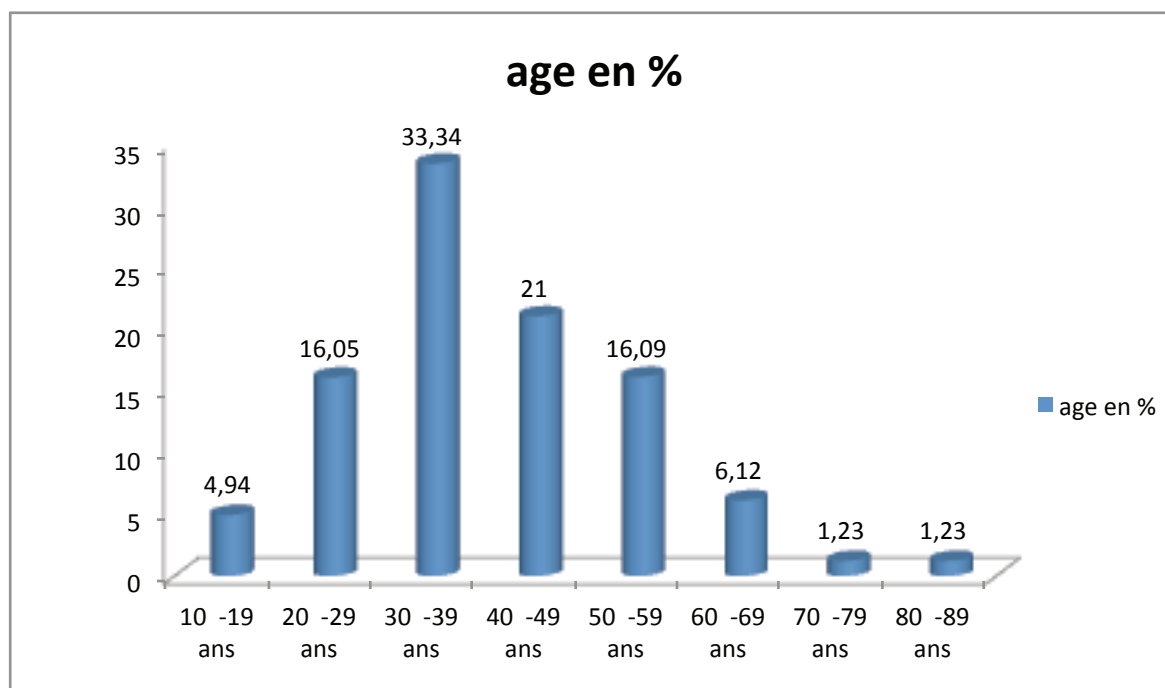


Figure 1 : répartition des patients par tranche d'âge

• Données cliniques

o Les caractéristiques du goitre

- Siège

Dans notre étude 46 des patients avaient des goitres diffus soit 56,8% ; 34 une localisation lobaire avec 20 cas de goitre lobaire droit (soit 24,7% des patients) et 14 cas de goitre lobaire gauche (soit 17,2% des patients). Un (01) des patients avaient un goitre isthmique soit 1,2% des patients.

- Consistance

Sur l'ensemble des patients étudiés, un avait un goitre dur et tous les autres à savoir les 80 patients avaient un goitre ferme.

- Caractère nodulaire

Le caractère nodulaire du goitre était retrouvé chez 69 patients, soit 85,2% des patients.

- Caractère vasculaire

9 patients présentaient un caractère vasculaire de leur goitre, soit 11,1% des patients.

- Caractère mobile

80 patients avaient une mobilité transversale du goitre.

- Caractère compressif

L'examen clinique fait chez nos patients n'avait retrouvé que 5 cas de goitre compressif, soit 6,2% des patients. Les stigmates de la compression étaient représentés par la dysphagie et la dysphonie

- Durée d'évolution

La durée d'évolution du goitre chez les patients était comprise entre 1 et 180 mois avec une moyenne de 30,2 mois.

o Les signes de dysthyroïdie

Dans notre étude, aucun de nos patients n'avait présenté des signes d'hypométabolisme, mais 9 patients soit 11,1% présentaient des signes de thyrotoxicose.

o Les signes associés

Comme signes associés, 8 patients présentaient une exophtalmie associée au goitre soit 9,8% des patients.

• Données paracliniques

- Dosage de la TSH

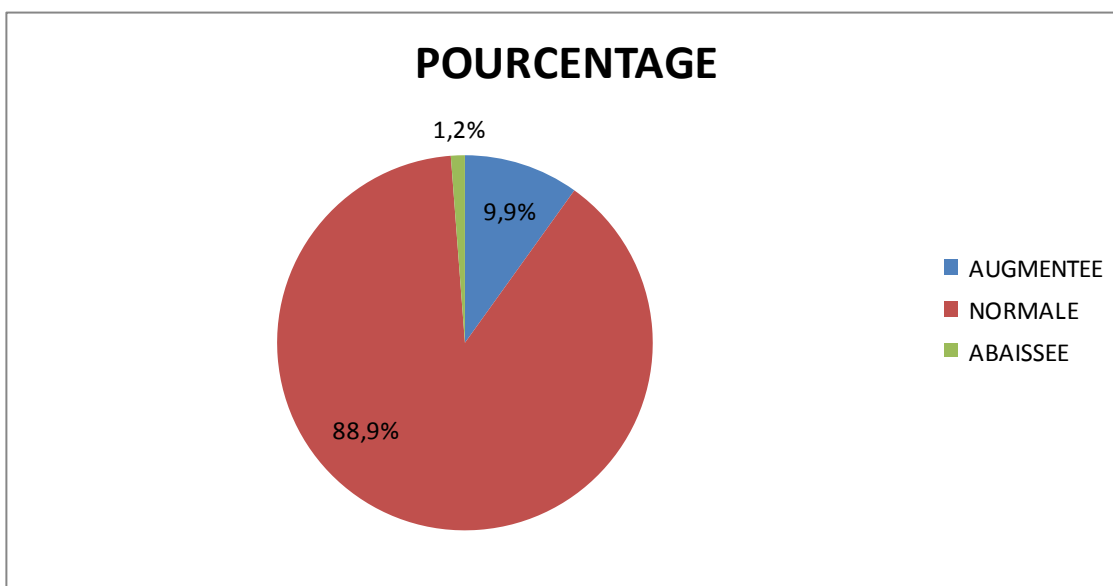


Figure 2 : Résultats du dosage de la TSH

- Echographie cervicale

Sur l'ensemble de l'échantillon 79 patients ont bénéficié d'une échographie cervicale, soit

97,5% des patients.

La répartition des goitres en fonction du siège est représentée au niveau de la figure 3.

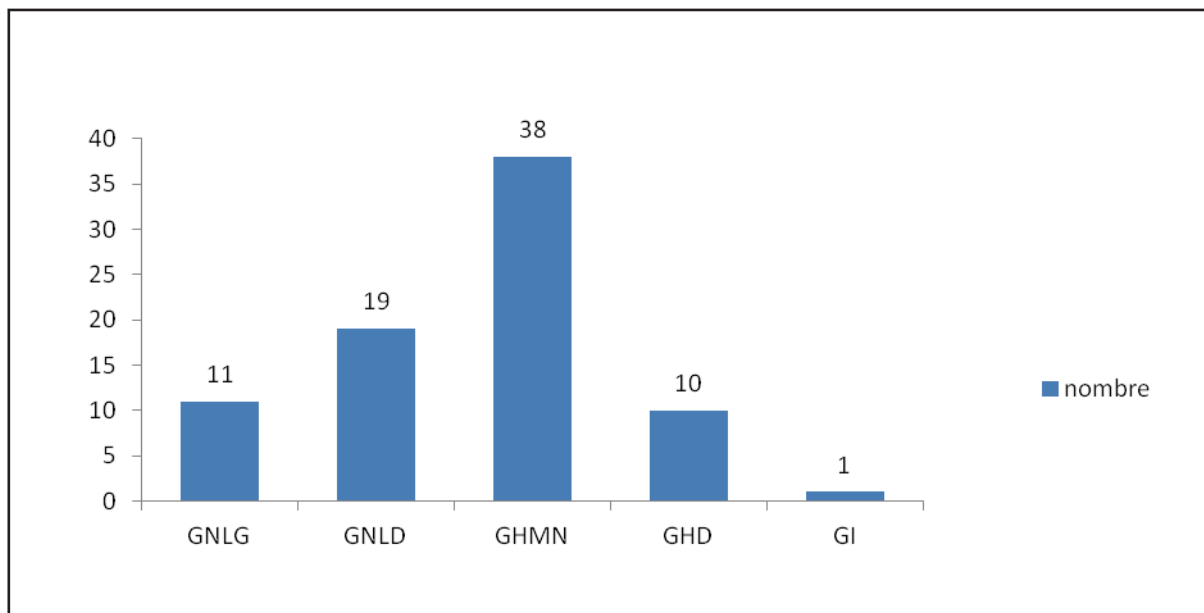


Figure 3 : répartition des goitres selon le siège.
 GNLG : Goitre Nodulaire Lobaire Gauche
 GNLD : Goitre Nodulaire Lobaire Droit
 GHMN : Goitre HétéroMulti Nodulaire
 GHD : Goitre Homogène
 GI : Goitre Isthmique

1. Les thyroïdectomies et suites opératoires

Sur les 81 thyroïdectomies faites chez nos patients, nous avons recensé 4 types de gestes

réalisés. Le Tableau I récapitule l'ensemble des gestes réalisés.

Tableau I : Récapitulatif des gestes chirurgicaux effectués.

GESTE CHIRURGICAL	NOMBRE	POURCENTAGE (n=81)
Lobo-isthmectomie droite	22	27,1%
Lobo-isthmectomie gauche	13	16,%
Thyroïdectomie totale	38	47%
Thyroïdectomie subtotale	8	9,9%
TOTAL	81	100%

- La durée d'hospitalisation

Elle variait entre 2 et 4 jours, avec une moyenne de 2,25 jours.

- Les suites opératoires

Les suites étaient simples chez tous les patients, aucun d'entre eux n'a présenté de complications dans les suites opératoires.

Dans notre étude 81 patients ont bénéficié d'une chirurgie de la glande thyroïde et aucun décès n'a été enregistré.

- L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire

Sur l'ensemble des 81 thyroïdectomies réalisées, 18 patients ont bénéficié d'un examen histologique de la pièce opératoire soit 22,2%. La répartition de la conclusion de l'histologie est représentée sur le **tableau II**.

Tableau II : Résultats de l'histologie des pièces opératoires

HISTOLOGIE	NOMBRE	POURCENTAGE (n=18)
Adénocarcinome thyroïdien	2	11,1%
Adénome thyroïdien	12	66,7%
Thyroïdite d'Hashimoto	4	22,2%
Total	18	100%

Discussion

Dans notre étude le pic de fréquence se situe entre 30 et 49 ans avec une moyenne de 40 ans. Les études menées en Afrique et ailleurs ont retrouvé un âge moyen qui tourne autour de 40 ans [1, 2, 3, 4, 5].

La pathologie thyroïdienne a une prédominance féminine confortée par la littérature [1, 2, 4, 5, 6]. Elle explique le nombre plus important de femme chez qui l'indication opératoire est posée. Notre étude a mis en évidence cette prédominance.

La durée d'évolution des thyroïdites est longue chez nos patients avec une moyenne de 2 ans et demie. Cependant cette durée d'évolution reste inférieure à celles décrites en Afrique et qui varie entre 5,8 ans et 7 ans [1, 2, 3].

Le principal signe clinique retrouvé dans notre étude est la tuméfaction cervicale antérieure qui est présente chez tous les patients de la série et ceci se confirme dans d'autres séries au Sénégal et en Afrique [1, 2, 3, 5, 7, 8].

Dans notre étude, nous avons retrouvé des signes de compression chez les patients porteurs de goitre hétéronodulaire : la dysphagie (3,7% ; n=3), la dysphonie 1,2 (% ; n=1) sont les stigmates cliniques de cette compression. Cette complication est du reste retrouvée dans une autre étude menée à Dakar, où les signes de compression étaient présents chez 6,9% des patients [1].

L'exophtalmie quant à elle est plus spécifique de la maladie de Basedow. Dans notre série 9,8% (n=8) des patients opérés présentaient une exophtalmie. Ce pourcentage d'exophtalmie ne s'éloigne pas de la littérature [1, 4, 8].

Au total, 88,9% de nos patients étaient en euthyroïdie, cette nette prédominance de l'euthyroïdie est en partie liée au fait que l'équilibre biologique était toujours recherché par un traitement médical avant la programmation de la chirurgie. Toutefois, notre série comportait en majorité des goitres nodulaires (n=60 soit 85,2 %).

Cette fréquence élevée de l'euthyroïdie que nous

avons retrouvée est d'ailleurs confirmée par d'autres études menées à Dakar, mais aussi aux USA. Elle était comprise respectivement entre 70 et 80% [1, 3, 9, 10].

Les dysthyroïdies sont représentées par les hyperthyroïdies et les hypothyroïdies : 9,9% était en hyperthyroïdie. Ces valeurs sont plus faibles en comparaison avec celles décrites par Dieng [3]. Cependant, la fréquence que nous avons décrite reste dans la fourchette retrouvée dans la littérature.

Dans notre étude, 1,2% présentaient une hypothyroïdie tandis qu'une autre étude menée à Dakar [1] avait environ le quadruple (5,7%) L'échographie thyroïdienne a été réalisée chez 79 patients, soit 97,5 %. Notre étude retrouve une prépondérance de goitre multinodulaire en accord avec les données de la littérature [1, 3] Durant la période d'étude, 81 chirurgies thyroïdiennes ont été réalisées, et 4 gestes principales ont été effectués : la lobo-isthmectomie gauche ou droite, la thyroïdectomie totale et subtotale.

Le geste chirurgical est fonction de la localisation des nodules et de l'aspect du reste du parenchyme. L'objectif étant de toujours faire une exérèse des zones pathologiques en laissant en place le parenchyme sain selon la faisabilité.

La lobo-isthmectomie est réalisée en cas de nodules occupant tout le lobe, si les deux lobes sont intéressés avec un parenchyme sain une thyroïdectomie totale est réalisée.

Dans la littérature les principales indications des goitres nodulaires étaient la Lobo-isthmectomie, la thyroïdectomie subtotale et la thyroïdectomie totale. La place de choix de la lobo-isthmectomie dans la prise en charge de la pathologie thyroïdienne, surtout si elle intéresse une partie de la glande, fait un large consensus [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. D'autres auteurs recommandent une exérèse plus radicale en raison du risque de malignité qui accompagne la pathologie nodulaire [9, 12, 13, 15, 17, 18].

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série est de 2 jours. Elle était sensiblement plus importante pour Ndour [1] avec (3,4 jours).

En occident le patient peut rejoindre son domicile au second jour après l'intervention comme décrit par Guerrier [19].

Les suites étaient simples pour les 81 thyroïdectomies. Aucun patient n'a présenté de complications dans les suites opératoires. Le pourcentage décrit dans d'autres études au Sénégal tourne autour de 7 % [3].

La mortalité dans la chirurgie thyroïdienne est rare. Plusieurs séries ont décrit une mortalité nulle [1, 18]. L'étude de Ndour [1] a noté une mortalité de 0.5.

Dans notre série, 18 patients (22,2%) avaient une histologie exploitable. Dieng [3] avait une contribution de l'histologie chez 59,3% des

patients de sa série. Dans une autre étude faite à Dakar 87,5% d'histologies exploitables étaient retrouvées [1].

L'examen histologique de la pièce opératoire doit être systématique après la thyroïdectomie. Cette disponibilité de l'examen anatomopathologique n'est pas encore dans la routine, avec nos plateaux techniques, mais renforce la qualité des soins.

CONCLUSION

La pathologie thyroïdienne est fréquente au Sénégal avec une prédominance des goitres hétéro-multinodulaires.

La chirurgie de la thyroïde reste une alternative crédible dans la prise en charge avec des résultats probants mais l'approche doit être multidisciplinaire.

RÉFÉRENCES

1. Dieng M, Cissé M, Ndour MD, Konaté I, Touré AO, Ka O, Dia A, et al. Indications et résultats des thyroïdectomies réalisées au sein d'un service de chirurgie générale. A propos de 402 patients opérés Rev.Afr.Chir.Spéc.2010 ; 4(9):24-27
2. Darre T, Amegbor K, Amana.B, Pegbessou F, Lawson S et al. Profil histopathologique des tumeurs du corps thyroïde .Médecine d'Afrique noire 2014;61(5):249-251
3. Dieng M, Ndour O, Ka O, Konate I, Dia A, Toure CT. Traitement chirurgical des hyperthyroïdies de la maladie de Basedow et du goitre nodulaire basedowifié. Revue Afrique de chirurgie 2006;9(2):38-41.
4. Keita. M, Diango D, Traore C, Kamati B, Mohamed A et al. Les goitres bénins en ORL : aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques J.Tunor 2007;18:16-19.
5. Makeief M, Marler F, Khudjadze M, Garrel R, Campette L. Les goitres plongeants a propos de 212 cas. Ann chir 2000;125:18-25
6. Myriem B. Les goitres plongeants a propos de 41 cas, université de FES Thèse médecine Fès 2011 N° 60
7. Ndour O. Traitement chirurgical de la maladie de Basedow : A propos d'une étude consécutive de 97 patients opérés à la clinique chirurgicale du CHU Aristide Le Dantec. Thèse médecine Dakar 2004 No 80.
8. Touré A, Diallo A T, Camara L M, Toure F B, Camara N D. La chirurgie thyroïdienne : expérience du service de chirurgie générale du CHU de Conakry. Mali medical 2006; 21:23-27
9. Miccoli P, Berti P, Raffaelli M, Materazzi G, Baldacci S, Rossi G. Comparison between minimally invasive video-assisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy: a prospective randomized study. Surgery 2001; 130:1039-43.
10. Muller P E, Jakoby R, Heinert G, Spelsberg F. Surgery for recurrent goiter: its complications and their risk factors. Eur J Surg 2001;167:816-21.
11. Bernard G, Michel Z, Guy L, José S. Chirurgie de la thyroïde et de la parathyroïde. Ann chir 2006;41:27-30
12. Bilosi M, Biquet C, Goudet P, Lalanne-Mistrih M L, Brun J M, Cougard P. La thyroïdectomie subtotale bilatérale de réduction reste-t-elle indiquée dans la maladie de Basedow ? Ann Chir 2002;127:115-20.
13. Cougard P, Osmak L, Goudet P. La thyroïdectomie endoscopique. J Chir 2005;142(6):375-77.
14. Atoini F, Zidane A, Traibi A. Traitement chirurgical des goitres plongeants: A propos de 27 patients. Journal de Chirurgie Viscérale 2009;146(2):229-231.
15. Leger A. Diagnostic et traitement. Pathologie thyroïdienne. Médecine science 2001;45:1-99
16. Monabeka H, Peka J F, Kibeka P, Bouenizabida E, Nsakalakangou N. La pathologie thyroïdienne au CHU de Brazzaville Cahier santé 2005;15(1):37-40.
17. Petite C, Meier AC. Nodules thyroïdiens et goitres : le traitement chirurgical. Schwiez Med Forum 2004; 4:1090-96.
18. Tresallet C, Chigot J-P, Menagaux F. Comment prévenir la morbidité récurrentielle en chirurgie thyroïdienne ? Ann chir 2005;9:150-153.
19. Guerrier B, Zanaret M, Le Clech G, Santini J. Chirurgie de la thyroïde et de la parathyroïde édition Amplifon 2006;41:208.