

COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE DE L'HYPERTHYROÏDIE

ADJIBABI W.¹, AMOUSSA - HOUNKPATIN K.¹, *LAWSON AFOUDA S.¹, AVAKOUDJO F.¹, HOUNKPATIN S.H.^{R2},
VIGNIKIN-YEHOUESSI B.¹, VODOUHÈ S.J.¹, HOUNKPÈ Y.Y.C.¹

1 - Service ORL-CCF du CNHU-HKM/Cotonou - Bénin. 2 - Service ORL-CCF du CHD-B/ Parakou Bénin.
*Adresse postale : 0 3 BP 3196 Cotonou /Tel : 97 68 82 37/ Email : olatundeother@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Le but de ce travail a été d'analyser les aspects épidémiologiques et d'identifier les complications de la chirurgie de l'hyperthyroïdie. **Méthode d'étude :** Etude rétrospective du 1er Janvier 1995 au 31 décembre 2004 incluant les dossiers des patients présentant une hyperthyroïdie stabilisée et ayant subi une thyroïdectomie quel qu'en soit la technique ; ces dossiers comportaient les complications et/ou séquelles liées à la chirurgie. Le suivi post opératoire a été étiqueté d'immédiat (J1 à J60), de moyen terme (J60 à J180), de long terme (J180 et plus). Ont été exclus les complications liées à la chirurgie des cancers thyroïdiens. **Résultats :** 70 dossiers sur 546 thyroïdectomies ont été retenus. 87,1% des patients ont subi une thyroïdectomie subtotale. Les complications immédiates étaient : les hypocalcémies 17,1%, une dyspnée laryngée, une toux, un hématome cervical, une dysphonie et une dysphagie. A moyen terme : les chéloïdes et cicatrices hypertrophiques 40%, et les hypothyroïdies 17,1%. A long terme : les chéloïdes et cicatrices hypertrophiques 40% des cas, les hypoparathyroïdies 2,9% et les hypothyroïdies 17,1%. **Conclusion :** Les complications de la chirurgie de l'hyperthyroïdie sont minimisées lorsque le geste est exécuté par un chirurgien spécialisé. Toutefois, les chéloïdes restent l'apanage du mélanoderme.

Mots clés : Hyperthyroïdie – chirurgie – complications.

SUMMARY

Introduction: The aim of this study was to analyse the epidemiological aspects and to identify the complications of hyperthyroidism surgery. **Method:** It was a retrospective study from January 1st, 1995 to December 31 st 2004 included patients who presented a stabilized hyperthyroidism and undergo a thyroidectomy whatever the technique. Cases included complications and / or after-effects related to surgery. Follow-up was immediate (J1 to J60), medium-dated (J60 to J180), and long term (J180 and more). Was excluded complications related to thyroid cancers. **Results:** We regrouped 70 cases of 546. 87.1% of patients sustained total thyroidectomy. Immediate complications was: hypocalcemiae 17.1%, laryngeal dyspnoea, a cough, a cervical bruise, a dysphonia and a dysphagia. Medium-dated complications was: cheloid and hypertrophic scar 40%, hypothyroidy 17.1%. Long term complications was: cheloid and hypertrophic scar 40%, hypoparathyroidy 2.9%, hypothyroidy 17.1%. **Conclusion:** Complications of hyperthyroidism surgery are minimized when it's made by a qualified surgeon. However, cheloid are the privilege of melanoderma's subject.

Key words: Hyperthyroidism – surgery – complications.

INTRODUCTION

Les hyperthyroïdies représentent 15 à 20% des pathologies thyroïdiennes. La maladie de Basedow est l'hyperthyroïdie la plus fréquente, et intéresse 1 à 2% de la population générale [1;2]. La prise en charge de ces hyperthyroïdies est variable selon les continents [3]. Elle est isotopique pour les américains et médicochirurgicale pour les européens. La présente étude a été entreprise afin d'analyser les aspects épidémiologiques et d'identifier les complications de la chirurgie de ces hyperthyroïdies.

1-MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective du 01/01/1995 au 31/12/2004 réalisée dans le service d'ORL-CCF du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. Elle a concerné les patients présentant des complications et/ou séquelles de chirurgie thyroïdienne. L'état des cordes vocales a été vérifié par l'endoscopie laryngée la veille de la chirurgie thyroïdienne précédée d'une stabilisation bioclinique. Le dosage de la calcémie a été pratiqué chez tous les patients la veille de la chirurgie et 72 heures après. Etaient porteurs d'une hypocalcémie les patients dont le taux de calcium

sanguin était inférieur ou égal à 80 mg/L, pour un taux normal variant entre 90 et 105 mg/L. Quel que soit le type de thyroïdectomie, l'intervention consiste à pratiquer une incision arciforme classique dite en cravate de Kocher à concavité supérieure de 5 à 10 cm, à deux travers de doigts au dessus de la fourchette sternale. On réalise deux lambeaux ; un supérieur dont le décollement se fait au-delà du cartilage thyroïde et un inférieur ne dépassant pas une ligne horizontale qui relie les extrémités internes des deux clavicules. L'aponévrotomie verticale et la réclinaison des muscles sous hyoïdiens superficiels et profonds permettent l'exposition de la glande thyroïde. La thyroïdectomie subtotale a été pratiquée lorsque la glande thyroïde présentait dans son ensemble une hypertrophie diffuse. La thyroïdectomie totale a été réalisée pour des goitres multihétéronodulaires et la loboisthmectomie en cas d'hypertrophie lobaire avec ou sans nodule [4]; un compte rendu détaillé précisait l'état de la trame vasculaire, le respect ou non des nerfs récurrents et des parathyroïdes. Le drainage de la loge thyroïdienne a été assuré par une mèche mise en place pendant 48 heures, puis un pansement a été fait tous les 2 jours permettant d'évacuer un épanchement sérohématique. La sortie de

l'hôpital a été autorisée au 4ème jour post-opératoire et le malade revu une semaine plus tard pour appréciation de la cicatrisation et ablation de fils. Une surveillance post opératoire a été instaurée à J30, J60, J180 et au delà. Au cours de cette surveillance ont été appréciés:

- les variables suivantes : le poids, la tension artérielle, le pouls et la température ;
- l'état clinique du patient : le faciès du patient, l'état de la cicatrice, l'état respiratoire, la qualité de la voix et l'état des cordes vocales à l'endoscopie ;
- les paramètres biologiques que sont la calcémie, et le dosage des hormones TSH, FT4, FT3. Etaient retenus comme étant en hyperthyroïdie les patients dont les taux de FT4 sont supérieurs ou égal à 1,70ng/dl pour une norme variant entre 0,70 et 1,56ng/dl avec une TSH effondrée pour une normale comprise entre 0,25 et 7,0mU/mL et en hypothyroïdie ceux dont les taux de FT4 sont inférieurs ou égal à 0,50ng/dl.

Les complications ont été classées en 3 périodes [5]. Etaient étiquetées de complications immédiates toutes celles observées avant J60. Les complications à moyen terme étaient situées entre J60 et J180 et celles qui durent au-delà de J180 étaient étiquetées de long terme.

2- RÉSULTATS

546 dossiers de tuméfaction thyroïdienne ont été colligés, dont 99 cas d'hyperthyroïdie soit 18,1%. Seuls 70 répondaient aux critères sus cités.

Le plus jeune était âgé de 14 ans et le plus âgé 61 ans, avec une moyenne de 37 ans. Le sexe féminin était prédominant (94,3%).

Les différentes techniques chirurgicales utilisées étaient : la thyroïdectomie subtotale (87,1%), la thyroïdectomie totale (8,6%), la loboisthmectomie (4,3%).

Les complications immédiates sont représentées dans le Tableau I. Les complications à moyen terme sont regroupées dans le Tableau II ci-après.

Tableau I : Répartition des patients selon les complications immédiates

| | Nombre | Pourcentage% |
|--------------------------|--------|--------------|
| Hypocalcémie transitoire | 12 | 17,1 |
| Dyspnée transitoire | 4 | 5,7 |
| Toux | 4 | 5,7 |
| Hématome cervical | 3 | 4,2 |
| Dysphonie transitoire | 3 | 4,2 |
| Dysphagie | 2 | 2,8 |
| Choc hypovolémique | 1 | 1,4 |

L'absence d'amélioration des chéloïdes et la non régression des cicatrices hypertrophiques et les hypothyroïdies ont constitué les complications à long terme. Les hypoparathyroïdies n'ont persisté que dans 2,9% des complications, les hypothyroïdies, les chéloïdes et cicatrices hypertrophiques sont restées à un taux inchangé comme signalé dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon les complications à moyen terme

| | Nombre | Pourcentage% |
|------------------------------------|--------|--------------|
| Chéloïdes/cicatrice hypertrophique | 28 | 40,0 |
| Hypoparathyroïdie transitoire | 12 | 17,1 |
| Hypothyroïdie transitoire | 12 | 17,1 |
| Toux | 5 | 7,1 |
| Dysphagie | 4 | 5,7 |
| Dyspnée | 1 | 1,4 |

3 - DISCUSSION

L'hyperthyroïdie est une pathologie thyroïdienne fréquente sous tous les cieux. La fréquence de 18,1% trouvée dans notre étude s'inscrit dans les proportions de 15,9 à 20% signalées dans la littérature [2,6]. Il s'agit d'une pathologie de l'adulte jeune d'âge moyen variant entre 38 et 45 ans [2,7] ; elle n'est pas rare chez l'enfant et l'adolescent [3,8]. La prédominance féminine juvénile est reconnue dans la littérature et serait liée à la grande activité génitale, période au cours de laquelle une importante quantité d'hormones thyroïdiennes serait libérée dans la circulation générale [9].

La prise en charge de l'hyperthyroïdie relève de moyens médicaux et chirurgicaux. Cette chirurgie n'est pas exempte de complications qui peuvent se manifester immédiatement, à moyen ou à long terme.

Les complications immédiates sont dominées par les hémorragies retrouvées entre 0 et 3,2 % [5]. Elles peuvent être constatées en per opératoire et imposer une hémostase d'urgence. Mais souvent, il s'agit d'un hématome cervical compressif dont le diagnostic est fait au cours de la surveillance du malade en salle de réveil devant une dyspnée et une augmentation du volume du cou. Une reprise chirurgicale est indiquée dans des cas entraînant une détresse respiratoire [1,10].

L'apparition des crampes et de fourmillements en rapport avec une hypocalcémie est relativement fréquente. Le pourcentage d'hypocalcémie retrouvé dans notre série a été comparable au 13,28 % signalé par Bilosi [11]. Ce taux peut atteindre 59,46 % et pourrait s'expliquer par une ischémie transitoire ou une sidération des glandes parathyroïdes [1]. Quant aux manifestations transitoires, elles ont connu une évolution favorable. La présence d'un méchage, d'un pansement compressif et/ou d'un épanchement sérohématique serait la cause.

L'atteinte récurrentielle varie de 1 à 2,3 % [2,3]. Elles sont souvent unilatérales et transitoires, consécutives à un étirement ou à une compression. Son risque de survenue peut atteindre 17% dans les reprises chirurgicales ou lors des récidives [5]. Rarement, elles sont bilatérales lors des reprises chirurgicales ou des curages récurrentiels pour cancer. Dans notre série, aucune paralysie récurrentielle n'a été notée.

L'hypothyroïdie définitive est un état morbide attendu, variable selon la technique chirurgicale. Un moignon compris entre 6 et 10 grammes représente un compromis satisfaisant entre le risque de récurrence et celui d'une hypothyroïdie [5]. Pour notre part, le taux

d'hypothyroïdie a été faible compte tenu du moignon pesant approximativement 5 grammes laissé à chaque pôle supérieur.

Le risque d'hypoparathyroïdie définitive peut être minimisé par le respect de l'artère thyroïdienne inférieure qui assure l'essentiel de l'apport vasculaire. Il a été de 2,5% pour Ben Gamra [12], résultat identique au nôtre.

Par contre, les chéloïdes et les cicatrices hypertrophiques demeurent un problème cosmétique à résoudre, surtout chez le mélanoderme.

CONCLUSION

L'hyperthyroïdie est une pathologie fréquente de l'adulte jeune de sexe féminin et son traitement repose dans nos contextes sur une thyroïdectomie totale ou partielle.

Les complications liées à cette chirurgie sont généralement l'hypothyroïdie et la paralysie récurrentielle. Cette dernière a été nulle dans notre série et le risque parathyroïdien préoccupant. La fréquence élevée des chéloïdes dans notre pratique incite à la recherche des facteurs étiopathogéniques prédictifs.

RÉFÉRENCES

- 1- Biet A, Zaatar R, Strunski V, Page C. Complications postopératoires dans la thyroïdectomie totale pour maladie de Basedow : comparaison avec la chirurgie des goitres non Basedowiens. Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale 2009 ;126 :190-195.
- 2- Viot A, Babin E, Bequignon A, Vadillo M, Valdazo A. Chirurgie de l'hyperthyroïdie : à propos de 43 patients. Rev Laryngol. 2003 ;124(2) :117-125.
- 3- Leclech G, Caze A, Mohr E, Bouillaud F, Commessie JF. Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Revue officielle de la société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou 2005;86 :10-6.
- 4- Tran Ba Huy P, Kania R. Thyroïdectomie. Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales-Tête et cou, 46-460, 2002, 16p.
- 5- Martin F, Caporal R, Tran Ba Huy P. Place de la chirurgie dans le traitement de l'hyperthyroïdie. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 1999;116(4) :184-194.
- 6- Huang SM, Lee CH, Chou FF, Liaw KY, Wu TC. Characteristics of thyroïdectomy in Taiwan. J. Formos Med Associ. 2005;104(1):6-11.
- 7- Mbadinga H, Nkoua JL, Kibeke P, Bikandou G, Nsakala-Kibangou N. Hyperthyroïdie: aspects étiologiques et cliniques. Etude de 72 cas au CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire 1997;44(6) :342-344.
- 8- Mokhashi SH, Desai U, Desai MP. Hyperthyroïdism in children. Indian J Pediatric 2000; 67(9):653-656.
- 9- Linquette M. Syndrome d'hyperfonctionnement thyroïdien in: précis d'endocrinologie. Masson, Paris 1973 :232-260.
- 10- Ayache S, Mardyla N, Tramier B, Strunski V. Complications post-opératoires et facteurs prédictifs dans une série de 117 thyroïdectomies totales pour goitre cervico-thoraciques. Rev laryngol Otol Rhinol 2008 ; 129(3) :181-189.
- 11- Bilosi M, Binquet C, Goudet P, Lalanne-Mistrih ML, Brun JM, Cougard P. La thyroïdectomie subtotale bilatérale de réduction reste t-elle indiquée dans la maladie de Basedow ? Annales de chirurgie : Paris 2002;127(2) :115-120.
- 12- Ben Gamra O, Rezig N, Kharrat S, Zribi S, Mbarek Ç, El Khedim A. Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Etude rétrospective à propos de 40 cas. Tunisie médicale 2004 ; 82(1) :25-28.