

REVUE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DU TOGO

JOURNAL DES MEDECINS, PHARMACIENS, VETERINAIRES ET BIOLOGISTES

1. PRESIDENT D'HONNEUR

S. E. Faure Essozimna GNASSINGBE
Président de la République Togolaise

2. COMITE D'HONNEUR

ADUAYOM Messan Adjimado
Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche

AGBA Charles Kondi
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé Publique

3. COMITE SCIENTIFIQUE

3.1. Directeur Scientifique : N'DAKENA K.

Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lomé

AGBETRA A.
d'ALMEIDA A.
AMEDOME A.
ASSIMADI K.
EDEE M.

GNAMEY D. K.
JAMES K.
KEKEH K.
NAKPANE N.
KESSIE K.

3.2. Rédacteur en Chef : GNAMEY D. K.

3.3. Comité de rédaction

AGBERE A.
AGBO A.
ATAKOUMA A.

LOCOH-DONOU G.
NAPO-KOURA G.

SOUSSOU B.
VOVOR A.

3.4. Comité de lecture

AKPADJA K.
ASSIMADI K.
AYITE A.
BAETA S.
BAKONDE B.
BALO K.

BALOGOU A.
BRUCE-AHLONKO T.
DOVI-AKUE J.P.
GRUNITZKY K.
KPEMISSI T.
MIJIYAWA M.

N'DAKENA K.
PRINCE-DAVID M.
SEGBENA A.
TATAGAN AGBI K.
TCHANGAI-WALLA K.
TEKOU A.

4. COMITE DE PATRONAGE

AGBOTON H. (Cotonou)
ALVEZ M. (Brésil)
ANGATE Y. (Abidjan)
ATTISSO M. (Montpellier)
BEAU A. (Nancy)
BERTRAND E. (Marseille)
CABANNE F. (Dijon)
CAMAIN R. (Nice)
COPE O. (Boston)
DEBRE B. (Paris)

DELBARRE F. (Paris)
DESNOS M. (Paris)
DIEBOLD B. (Sénégal)
DIOP M. (Sénégal)
DIOUF S. M. (Sénégal)
GUERMONPRIEZ J.L. (Paris)
GUIZE L. (Paris)
HAGEGE A. A. (Paris)
HOUNTONDJI A. (Cotonou)
JOHNSON A. (Recteur U.L.)

MARSHALL J.O (San Diego)
MONEKOSSO G. L. (OMS)
OLIVIERA M. (Gabon)
PAYET M. (Paris)
PENE P. (Marseille)
SCHULTZE (Bonn)
SIDI D. (Paris)
SICARD A. (Paris)
WAREMBOURG H. (Lille)
WERTHEIMER (Lyon)

et le Président de la Société Médicale et Biologique du Togo

5. SECRETARIAT DE LA REDACTION : GOEH-AKUE E. Tél : +(228) 9167979

Président : GNAMEY D. K.

Secrétaires Généraux : GOEH AKUE E. et ANOUKOUM T.

Nouvelles brèves : DENKE A.

Rédaction : Revue des Sciences Médicales et Biologiques du Togo

B.P. : 1515 Lomé

Publicité : GNAMEY D. K. B.P. : 1515 Lomé Tél : +(228) 9282768

SOMMAIRE

	Pages
EDITORIAL	4
SINUSITES MAXILLAIRES CHRONIQUES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE : ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 70 CAS COLLIGES A L'HOPITAL NATIONAL DE NYAMEY BOKO E., ABDOU D.	5-9
TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DE L'ADULTE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DE LOME GOEH AKUE E., SADJI D., BARAGOU S., DAMOROU F., ASSOUC., SOUSSOU BL.....	13-19
ANALYSE DES POTENTIALITES BIOMEDICALES AU TOGO : RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES OUWASSI K. D. C., ANOUKOUUM T., EDOH K.	23-26
INSUFFISANCE RENALE AIGUE (IRA) : ASPECTS CLINIQUE ET ECHOGRAPHIQUE A PROPOS DE 24 CAS ADJÉNOU K.V., GOEH AKUE E., AGODA K., N'TIMON B., KOSSIDZE K., DOUGBLO S., SONHAYE L., N'DAKENA K.....	29-32
LA CHIRURGIE DES HYPERTHYROÏDIÉS AU CNHU HKM COTONOU ADJIBABI W., BIAOU O., MEHINTO D.K., BALLE M.C., LOKOSSOU T., HOUNKPATIN-AMOUSSA K., HOUNKPE Y.Y. C.	35-39
PREVALENCE DE L'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TOKOIN DE LOME GOEH AKUE E., DAMOROU F., BARAGOU S., NOAMESHIE A.A., ASSOUC., SOUSSOU BL.....	43-51
L'HYPERTENSION ARTERIELLE CHEZ LE DIABETIQUE AU TOGO PREVALENCE, FACTURES DE RISQUE ASSOCIES : ETUDE MULTICENTRIQUE DAMOROU F., PESSINABA S., LAWSON B., GOEH AKUE E., BARRUET E., SOUSSOU BL., TCHOUA E., AMEDEGNATO D.	55-62
PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE A L'HÔPITAL SECONDAIRE DE BE DAMOROU F., PESSINABA S., TOGBOSSI E., GOEH AKUE E., BARAGOU R., BARIKA Y., SOUSSOU BL.	65-71
LYMPHOME DE BURKITT ADJIBABI W., LOKOSSOU T., BIAOU O., ALAMOU S., AVAKOUDJO F., HOUNKPATI S.R., BALLE MC., HOUNKPE Y.Y.C.	75-78
LES FRACTURES TRAUMATIQUES DE LA FACE ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES A PROPOS DE 99 CAS AU CHU DE LOME- TOKOIN AMANA B., KPÉMISSI E., AGODA P., BOKO E., AMOUSSOU G., AGODA-KOUSSÉMA L., AMAGLO S.	81-86
CŒUR MALFORMATION ET CYTOGENETIQUE GNAMEY D.K.	
VALVE DE L'URETRE POSTERIEURE	
DIABETE ET GENETIQUE GNAMEY D.K.	89-91
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	
INSTRUCTIONS AUX AUTEURS	
NOUVELLES BREVES	
DENKE A.	

LA CHIRURGIE DES HYPERTHYROÏDIÉS AU CNH HKM COTONOU

ADJIBABI W.¹ ; BIAOU O.² ; MEHINTO DK.³ ; BALLE M.C.⁶ ;
LOKOSSOU Th.⁵ ; HOUNKPATIN-AMOOUSSA K.⁴ ; HOUNKPE YYC.¹

INTRODUCTION

La pathologie thyroïdienne tumorale est fréquente. Les hyperthyroïdies représentent 15 à 20% de ces tumeurs [1] et sont dominées par la maladie de Basedow. Leur traitement est isotopique pour les américains, médicochirurgical pour les européens [2]. Le présent travail vise à faire le point de la prise en charge chirurgicale des hyperthyroïdies après un traitement médical de stabilisation.

METHODE DE TRAVAIL

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les dossiers des patients présentant une tuméfaction thyroïdienne et vus en consultation Oto-Rhyno-Laryngologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga du 1^{er} Janvier 1995 au 31 Décembre 2004. Ont été inclus les dossiers des patients comportant :

- un bilan échographique et hormonal
- un traitement médical anti-thyroïdien de stabilisation
- un compte rendu opératoire de thyroïdectomie
- un examen anatomo-pathologique confirmant l'hyperfonction
- une surveillance post opératoire

Ont été exclus les dossiers des patients qui ont présenté un goitre euthyroïdien, un cancer thyroïdien, des nodules sans hyperfonction et des dossiers incomplets.

Ont été étudiés :

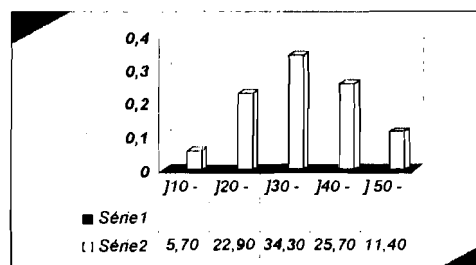
- les paramètres épidémiologiques et cliniques
 - les résultats échographiques et hormonaux
 - les résultats des techniques chirurgicales
- Les aspects évolutifs favorables et les complications (immédiates jusqu'à J60, à moyen terme J60-J180 et à long terme .

RESULTATS

Fréquence

Durant la période d'étude, 546 cas de tuméfactions thyroïdiennes ont été recensés parmi lesquels 99 cas d'hyperthyroïdies soit 18,1%. Seulement 70 répondaient aux critères sus cités.

Age



Graphique 1 : Répartition des patients selon l'âge

L'âge des patients variait entre 14 et 61 ans avec une moyenne de 37 ans.

Sexe

Les deux sexes étaient concernés avec une prédominance féminine (94,3%). La sex-ratio a été de 16 femmes pour 1 homme.

Manifestations cliniques

Les signes cliniques associés à la tuméfaction thyroïdienne ont été notés dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Répartition des patients selon les signes cliniques

Signes cliniques	Nombre	Pourcentage (%)
Tachycardie	61	87,1
Maigreur	50	71,4
Moiteur des mains	48	68,6
Exophtalmie	43	61,4
Asthénie	43	61,4
Palpitation	42	60
Tremblement	35	50
Irritabilité	24	34,3
Oedème pré tibial	10	14,3
Diarrhée	9	12,5
Dyspnée	7	10
Fièvre	6	8,6

Résultats échographiques et hormonaux

A l'échographie cervicale 61,4% des patients avaient une hypertrophie glandulaire diffuse, 38,6% une hypertrophie nodulaire. Au plan hormonal 45,7% des patients avaient un taux de la fraction libre de tétra iodothyronine (FT4) compris entre le normal et son double, 48,6% entre le double et le quadruple et 5,7% au-delà (la norme étant de 0,8 à 2 ng/dl). Tous les patients avaient un taux de thyreo stimulating hormone effondré (taux normal = 0,5 à 4 mU/ml) et avaient bénéficié d'un traitement médical de stabilisation à base d'antithyroïdiens de synthèse et de bêta bloquant. La durée du traitement variait entre 5 jours et 3 ans.

Résultats des techniques chirurgicales

L'incision de cervicotomie a été pratiquée dans un pli du cou, à deux travers de doigts du creux sus-sternal. Une antibio-prophylaxie (750 mg de céphalosporine de 2^{ème} génération) a été réalisée systématiquement au début et à la fin de l'intervention. Après dissection des muscles sous hyoïdiens et aponévrotomie médiane et verticale, la glande a été abordée par ses pôles inférieurs avec respect des nerfs récurrents et des parathyroïdes (sauf dans 1 cas d'hypertrophie) :

- 87,1% des patients avaient bénéficié d'une thyroïdectomie subtotale laissant en place un moignon de deux grammes environ à chaque pôle supérieur
- 8,6% des patients d'une thyroïdectomie totale
- 4,3% d'une lobo-isthmectomie



Thyroïdectomie totale pour goitre basedowien

Aspects anatomo-pathologiques

La maladie de Basedow était retrouvée dans 62,8%, les nodules en hyperfonction dans 37,2% des cas. Le poids de la pièce opératoire variait entre 16,5 et 394,7g avec une moyenne de 103,8g

Aspects évolutifs

L'euthyroïdie a été obtenue dans 82,9% des cas, sans aucune récurrence d'hyperfonction. Les complications ont été classées dans les tableaux II et III.

Tableau II : Répartition des patients selon le type de complication immédiate présentée

Complications	Nombre	Pourcentage (%)
Hypocalcémie	12	17,1
Dyspnée laryngée	4	5,7
Toux	4	5,7
Hématome cervical	3	4,2
Dysphonie	3	4,2
Dysphagie	2	2,8
Choc hypovolémique	1	1,4

La dysphonie a été transitoire et une amélioration de la dyspnée a été notée.

Tableau III : Répartition selon le type de complication à moyen terme

Complications	Nombre	Pourcentage (%)
Chéloïde	28	40
Hypoparathyroïde transitoire	12	17,1
Hypothyroïde transitoire	12	17,1
Toux	5	7,1
Dysphagie	4	5,7
Dyspnée	1	1,4

Les chéloïdes et les cicatrices hypertrophiques ont été fréquentes.

Complications à long terme ou tardives

Les chéloïdes, les cicatrices hypertrophiques et les hypothyroïdies n'ont pas régressé ; par contre 14,2% des hypoparathyroïdies avaient régressé.

DISCUSSIONS

Aspects épidémiologiques

Fréquence

Les hyperthyroïdies sont fréquentes. Dans la série de Viot elles représentaient 15,9%, dans celle de Huang 20% [1, 3]. Les 18,1% de notre série sont comparables à ces résultats. Ces hyperthyroïdies sont dominées par la maladie de Basedow. Celle-ci représentait 62,8% des hyperthyroïdies dans notre étude ; ce taux est inférieur à celui de MBADINGA et de NOUEDOUI qui ont noté respectivement une fréquence de 72,2% et 82%. Les travaux de ces derniers n'ont concerné que les patients traités médicalement [4, 5]. La fréquence des goitres nodulaires était estimée à 46,5% selon les travaux de Viot [1]. Ce taux était supérieur aux 37,2% que nous avons trouvés.

Sexe

La nette prédominance féminine dans les hyperthyroïdies est signalée dans la littérature. Celle-ci est superposable à la prédominance féminine dans la pathologie thyroïdienne en général [2, 4, 5, 6].

Age

L'âge moyen des hyperthyroïdies a été de 38 ans pour Mbadinga et de 45 ans pour Viot [4, 1]. Il a été de 37 ans dans notre série.

L'hyperthyroïdie est une pathologie de l'adulte jeune d'âge compris entre 30 et 50 ans Cette même constatation a été faite dans notre étude [5]. Néanmoins elle peut se rencontrer à tout âge. Ainsi dans la série de Le Clech, le plus jeune avait 16 ans et le plus âgé 68 ans [7]. Des hyperthyroïdies ont été décrites chez des enfants âgés de 5 à 12 ans [8] et chez les adultes âgés de 55 à 75 ans [9]. Dans notre étude l'âge variait de 14 à 61 ans.

La prédominance juvénile féminine constatée dans nos travaux et dans les différentes études pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit de périodes de grandes activités génitales où l'organisme féminin est inondé d'hormones stéroïdiennes [10].

Signes cliniques et paracliniques

Au plan clinique, les motifs de consultation sont dominés par ordre de fréquence par l'amaigrissement, l'asthénie, les palpitations, la nervosité et la polyphagie pour Nouedoui. La tuméfaction antéro-cervicale, la tachycardie, l'exophtalmie signalée par ce même auteur ont

été retrouvés dans le même ordre décroissant [5]. Au plan paraclinique, seuls l'effondrement de la TSH et l'augmentation de FT4 sont utiles [2, 5, 1]. L'échographie cervicale a permis l'orientation étiologique et guidé la technique opératoire.

Aspects thérapeutiques

Traitement médical

Le traitement médical des hyperthyroïdies permet d'obtenir une euthyroïdie transitoire avant l'acte chirurgical. La durée de ce traitement a été variable dans notre série de 5 jours à 3 ans. Dans les séries de Viot et Martin, elle a été de 4 à 6 semaines [1, 2].

Cet important écart entre leur série et la nôtre était lié à l'origine des malades, à l'insuffisance de leur pouvoir d'achat et à la phobie de l'anesthésie et de la chirurgie chez nous au Bénin. En effet, la plupart des patients proposés pour la prise en charge chirurgicale ont été adressés par le service d'endocrinologie où ils avaient été soumis à un traitement médical long et onéreux.

Traitement chirurgical

Le choix de la technique chirurgicale de l'hyperthyroïdie dépend des résultats de l'échographie et de l'étiologie probable de l'hypertrophie. La thyroïdectomie subtotale a été largement réalisée dans notre série comme dans celle de Le Clech et de Werga-Kjellman [7, 11]. Bilosi l'a pratiquée dans tous les cas de maladie de Basedow [12]. Par contre, Viot préfère une thyroïdectomie totale pour minimiser le risque de récurrence fonctionnelle et instituer rapidement l'opothérapie [1].

Dans notre étude, comme dans celles de Martin [2] et de Viot [1] la lobectomie est réservée au nodule unique tandis que la thyroïdectomie totale a été pratiquée pour les goitres multinodulaires sans tissu sain. Pour des raisons culturelles, socio économiques, d'accès et d'observance des traitements médicaux, la thyroïdectomie subtotale semble mieux adaptée à nos réalités de pays à moyens limités.

Evolution

L'évolution post opératoire est classiquement favorable. On obtient une euthyroïdie durable après 5ans voire 10 ans dans 40 à 70% des cas [13]. Les résultats de notre étude sont supérieurs à ces taux. L'opothérapie substitutive

a été obligatoire chez 17,1% des patients qui avaient une hypothyroïdie définitive. Cette fréquence a été de 20% pour Gemsenjager, 39% pour Le Clech et Bilosi et 55% pour Ben Gamra.[13, 7, 12, 14]. La faible proportion d'hypothyroïdie observée dans notre série pourrait être liée à la technique opératoire qui laissait au pôle supérieur de chaque lobe un moignon d'environ 2g, d'assez bonne vascularisation. La fréquence des récidives de l'hyperthyroïdie est corrélée à la quantité de tissu thyroïdien laissée en place [2, 12, 11, 7]. Elle a été nulle dans notre étude comme dans celle de Viot en 2005 [1].

❖ L'hématome cervical compressif est généralement retrouvé dans les complications immédiates de thyroïdectomie. Il est estimé entre 0 et 3,2% [2]. Les 2,8% de notre série ont été comparables à ces résultats. La dyspnée laryngée, la toux, la dysphonie et la dysphagie ont été transitoires et étaient liées à l'épanchement séro hématisé et au méchage créant ainsi une compression et une irritation de l'axe trachéo-oesophagien et récurrentiel.

L'hypocalcémie a été fréquemment signalée dans la littérature. Bilosi avait noté 17 cas dans les suites immédiates de 128 thyroïdectomies [12]. Cette fréquence est plus importante dans les thyroïdectomies totales. Dans notre série elle était aussi élevée, 12 cas pour 70 thyroïdectomies.

❖ A moyen terme les complications sont dominées par les cicatrices chéloïdes, l'hypoparathyroïdie et l'hypothyroïdie. Pour Cannoni, les risques récurrentiels et parathyroïdiens sont de moins de 1% lorsque l'intervention est confiée à un chirurgien très spécialisé [15]. L'hypoparathyroïdie était de 2,8% dans notre étude, semblable aux 2,5% de Ben Gamra [14].

❖ Quant à la paralysie récurrentielle définitive, elle a été retrouvée dans 1% des cas pour le Clech, 1,2% pour Gemsenjager et 2,3% pour Viot [7, 13, 1]. Elle a été nulle dans notre série. Les chéloïdes ont été fréquemment notées chez nos patients (40%). Elle est l'apanage de la peau noire, probablement liée au fort taux de mélanine qui accentue le vice de cicatrisation. L'injection de corticoïdes in situ en per et en post opératoire devrait réduire son incidence.

CONCLUSION

L'hyperthyroïdie est une pathologie fréquente qui touche surtout l'adulte jeune de sexe féminin. La symptomatologie clinique est très

évocatrice confirmée par l'effondrement de TSH et une augmentation de FT4. L'étiologie est dominée par la maladie de Basedow traitée par thyroïdectomie subtotale voire totale. Les complications sont l'hypothyroïdie, l'hypoparathyroïdie et les chéloïdes.

L'administration systématique de corticoïdes in situ en per et post opératoire devrait réduire la fréquence de ces cicatrices vicieuses.

REFERENCES

- VIOT A., BABIN E., BEQUIGNON A., VADILLO M., VALDAZO A. Chirurgie de l'hyperthyroïdie : à propos de 43 patients. Rev. laryngolog. 2003 ; 124 (2) : 117-125
- 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
- HUANG SM., LEE CH., CHOU FF., LIAW KY., WU TC. Characteristics of thyroidectomy in Taiwan. J Formos Med Associ. 2005; 104 (1) : 6-11
- MBADINGA H., NKOUA J. L., 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
- NOUEDOUI C., MOUKOURI E., JUIMO A.G., DONG A ZOK F., PAGBE J.J., SOSSO M., MUNA W. Les hyperthyroïdies à Yaoundé-Cameroun. Quelques aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques : bilan de notre expérience. Médecine d'Afrique Noire 1999 ; 46(4) : 193-198
- PELIZZO MR., TONIATO A., GIRELLI ME., GRIGOLETTO R., BERNANTE P., PAGETTA C., BUSNARDO B. Which thyroidectomy in Basedow disease. Minerva chir. 1996. 51 (12) : 1071- 1077
- LE CLECH G., CAZE A., MOHR E., BOUILLOUD 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 : 10-16
- MOKHASHI MH, DESAI U., DESAI MP. Hyperthyroïdism in children. Indian J. Pediatr. 2000; 67 (9) : 653-656
- DIEZ J. J. Hyperthyroïdism in patients older than 55 ans : an analysis of the etiology and management. Gerontology. 2003; 49 (5) : 316-323

10. LINQUETTE M. ET ALL. Syndrome d'hyperfonctionnement thyroïdien in précis d'endocrinologie. Masson, Paris, 1973 : 232-260
11. WERGA- KJELLMAN P., ZEDENIUS J., TALLSTEDT L., TRAIK F., LUNDELL G., WALLIN G. Surgical treatment of hyperthyroidism a ten year experience. *Thyroid*. 2001; 11 (2): 187-192
12. BILOSI M., BINQUET 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 ? *Annales de chirurgie : Paris* 2002 ; 127 (2) : 115-120
13. GEMSENJAGER E., VALKO P., SCHWEIZER I. Basedow disease. From subtotal to total thyroidectomy. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 2002; 91 (6) : 206-215
14. BEN GAMRA O., REZIG N., KHARRAT S., ZRIBI S., MBAREK C., 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
15. CANNONI M., DEMARD F. Les nodules thyroïdiens du diagnostic à la chirurgie. Arnette, Paris, 1995

RESUME

Nous avons réalisé une étude rétrospective du 1^{er} Janvier 1995 au 31 Décembre 2004 dans le service d'ORL du CNHU HKM pour évaluer l'apport de la chirurgie dans la prise en charge de l'hyperthyroïdie.

Matériel de Méthode : Ont été inclus les dossiers des patients comportant un bilan échographique et hormonal, un traitement médical antithyroïdien, un compte rendu opératoire de thyroïdectomie et un examen anatomopathologique confirmant l'hyperfonction.

Résultat : 70 cas / 546 répondaient à ces critères. La moyenne d'âge était de 37 ans (21 à 50 ans), la sex-ratio de 16,5, la durée du traitement variait entre 5 jours et 3 ans ; 87,1% des patients ont bénéficié d'une thyroïdectomie subtotale, 8,6% d'une totale et 4,3% d'une lobo isthmectomie. L'euthyroïdie a été obtenue dans 82,9% des cas. L'évolution a été marquée par :

● Complications immédiates : hypocalcémie 17,1%, dyspnée laryngée 5,7%, toux 5,7%, hématome cervical 4,2%, dysphonie 4,2%, dysphagie 2,8%

● Complications à moyen terme : chéloïde 40%, hypoparathyroïdie transitoire 17,1% hypothyroïdie 17,1% Complications à long terme : chéloïde 40%, hypothyroïdie 17,1%, hypoparathyroïdie 2,9%. La thyroïdectomie garde une place de choix dans les indications d'hyperthyroïdie au CNHU HKM de Cotonou.

Mots clés : Hyperthyroïdie Basedow, thyroïdectomie subtotale

SUMMARY

Methods: We reported a retrospective work from January 1st 1995 to December 31st 2004. All patients had ultrasonography, hormonal, histology, medical treatment and surgery results.

Results: 70 cases to 546 were selected. The mean age was 37 years (21 - 50); sex ratio 16.5; duration of ant thyroid agent 5 days to 3 years; subtotal thyroidectomy was performed in 87.1% total in 8.6% and loboisthmectomy 4.3%.

Surgery of hyperthyroid have a low morbidity: hypocalcaemia 17.1% laryngeal dyspnoea 5.7% cough 5.7% haematoma 4.2% dysphonia 4.2% dysphagea 2.8%. In a middle follow-up : cheloid 40% Hypoparathyroidism 17.1% Hypothyroidism 17.1%.

In a long follow-up: cheloid 40% Hypothyroidism 17.1% Hypoparathyroidism 2.9%. Those results encourage us to realise thyroidectomy in hyperthyroidism.

Key words: Hyperthyroidism -Basedow - Subtotal thyroidectomy.

Adresse des auteurs

- 1 Service ORL/CCMF CNHU HKM
BP : 386 Cotonou BENIN Email: wadjib27@yahoo.fr
- 2 Service de radiologie au CNHU HKM
- 3 Service de chirurgie viscérale CNHU HKM
- 4 CES ORL CCF CNHU HKM
- 5 Service Anesthésie Réa CNHU
- 6 Université de Parakou BENIN