

Prise en charge chirurgicale de la maladie de Basedow au CHU Sylvanus Olympio

Surgical management of Graves' disease at the Sylvanus Olympio's teaching hospital

B. Amana¹, EP. Pegbessou¹, W. Dolou², W. Foma¹, E. Amana³, SLA. Lawson², T. Darre¹, K. Amegbor¹, E. Boko¹, E. Kpemissi¹.

¹ Faculté des sciences de la santé de l'Université de Lomé

² Faculté des sciences de la santé de l'Université de Lomé

³ Ancien interne des hôpitaux, CHU Sylvanus Olympio,

Reçu: 31 Juillet 2020; Accepté: 18 Mai 2021; Publié en ligne: 31 Octobre 2021

RÉSUMÉ

Objectif: L'objectif de cette étude est d'évaluer notre prise en charge chirurgicale des maladies de Basedow.

Méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive de 10 ans, réalisée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-maxillo-faciale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Ont été inclus dans cette étude des patients pris en charge chirurgicalement pour une maladie de Basedow.

Résultats: Nous avons colligé 62 cas de maladies de Basedow, ce qui représentait 13,25% des goitres. Soixante patients étaient de sexe féminin, soit un sex ratio (H/F) de 0,03. L'âge moyen des patients était de 37,61 ans; avec des extrêmes de 15 et 65 ans. La tuméfaction antéro-cervicale, les signes d'hyperthyroïdie, exophtalmie ont été notés dans tous les cas. Le dosage des hormones thyroïdiennes a permis d'objectiver une hyperthyroïdie chez tous les patients. L'échographie a noté une hypertrophie globale, homogène et hyper vasculaire de la glande thyroïde dans 100% des cas. La thyroïdectomie subtotale a été le geste chirurgical pratiqué à tous les patients.

Conclusion: La maladie de Basedow est relativement fréquente dans notre pratique, elle survient chez le sujet adulte féminin. La thyroïdectomie subtotale est la technique chirurgicale réalisée. Même si nous n'avons pas assez de complications, nous devons progressivement évoluer vers la thyroïdectomie totale pour éviter les récurrences,

Mots-clés: Goitre, hyperthyroïdie, maladie de Basedow, thyroïdectomie.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to evaluate our surgical management of Graves' disease.

Methods: This was a 10-year descriptive retrospective study, carried out in the ENT and cervico-maxillofacial surgery department of the Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé. Patients treated with surgery for Graves' disease were included in this study.

Results: We collected 62 cases of Graves' disease, which represented 13.25% of goiters. Sixty patients were female, for a sex ratio (M / F) of 0.03. The mean age of the patients was 37.61 years; with extremes of 15 and 65 years. Antero-cervical swelling, signs of hyperthyroidism, exophthalmos were noted in all cases. The thyroid hormone assay revealed hyperthyroidism in all patients. Ultrasound noted overall, homogeneous and hypervascular hypertrophy of the thyroid gland in 100% of cases. Subtotal thyroidectomy was the surgical procedure performed on all patients. Subtotal thyroidectomy was the technique used by all patients after medical preparation. The postoperative period was marked by a compressive hematoma in 6.45%; transient hypocalcemia in 6.45%; non-compressive hematoma in 4.83%.

Conclusion: Graves' disease is relatively common in our practice, it occurs in adult female subjects. Subtotal thyroidectomy was the surgical technique performed. Even if we do not have serious complications, we must gradually progress to total thyroidectomy to avoid recurrence

Keywords: Goiter, hyperthyroidism, Graves' disease, thyroidectomy.

INTRODUCTION

La glande thyroïde est le siège de nombreuse pathologie dont les pathologies inflammatoires. La maladie de Basedow est une pathologie thyroïdienne auto-immune. Elle associe un goitre homogène vasculaire, des signes

de thyrotoxicose et parfois une exophtalmie [1]. Sa prise en charge est multidisciplinaire et plusieurs options s'offrent aux médecins: médicale, chirurgicale ou l'utilisation de l'iode radioactif [2]. Plusieurs paramètres entrent en jeu quant au choix d'une option thérapeutique, la difficulté majeure est comment

éviter les récurrences et l'hypothyroïdie. La chirurgie de la Maladie de Basedow est particulièrement délicate et source de complications. Nous avons entrepris cette étude dont le but est d'évaluer notre prise en charge chirurgicale, en s'intéressant aux aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive de 10 ans (1er janvier 2008 au 31 décembre 2017), réalisée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-maxillo-faciale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Ont été inclus dans cette étude des patients porteurs d'un goitre, dont les examens cliniques et paracliniques ont permis de diagnostiquer une maladie de Basedow (les signes cliniques d'hyperthyroïdie confirmée par le dosage des hormones thyroïdiennes et l'exophtalmie étaient retenus.) et pris en charge chirurgicalement sans distinction de sexe, ni de volume. Les malades étaient pris en charge sur le plan médical par les endocrinologues et les internistes pendant 12 à 18 mois. La résistance au traitement médical, le caractère nodulaire de la glande et le volume de la glande thyroïde (critère esthétique) étaient des indications chirurgicales. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, la clinique, les examens paracliniques, le type d'intervention, la nature histologique, les suites opératoires et l'évolution. Les données ont été collectées manuellement sur une fiche d'enquête à partir des observations médicales, des registres de comptes rendu opératoires et d'histologie. Les données ont été analysées par le logiciel Epi info dans sa version 7.1.2.0 et les résultats sont mis en forme par Excel 2013.

RÉSULTATS

Sur 468 cas de goitre, 62 cas étaient des maladies de Basedow, ce qui représentait 13,25% des goitres et 6,2 cas par année. Soixante patients étaient de sexe féminin, soit un sex ratio (H/F) de 0,03. L'âge moyen des patients était de 37,61ans; avec des extrêmes de 15 et 65 ans. La tranche d'âge de 30 à 39 ans représentait 21 cas (33,87%) (Figure 1).

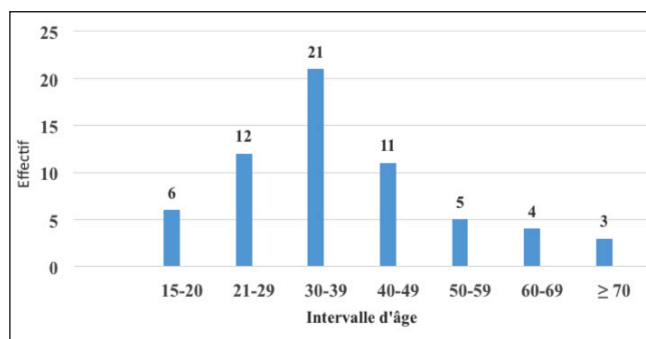


Figure 1: repartition, des patients selon l'âge.

La tuméfaction antéro-cervicale, les signes d'hyperthyroïdie, exophtalmie ont été notés dans tous les cas (Figure 2).

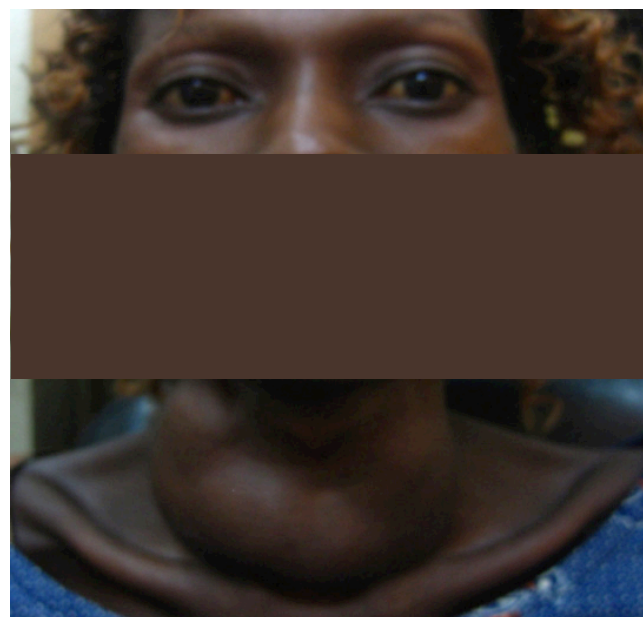


Figure 2: Maladie de Basedow chez une patiente (flèche: exophtalmie, étoile: goitre; triangles: signe amaigrissement)

Le dosage des hormones thyroïdiennes (FT3, FT4) et de l'hormone de stimulation thyroïdienne (TSH) a permis de révéler 100% des cas d'hyperthyroïdie. L'échographie a objectivé une hypertrophie globale, homogène et hyper vasculaire de la glande thyroïde dans 100% des cas. La radiographie cervicale était normale dans 58 cas (93,55%), on notait une déviation de la trachée dans 4 cas (6,45%). La thyroïdectomie subtotale était le geste chirurgical pratiqué pour tous les patients. Il s'agissait d'une thyroïdectomie subtotale avec conservation d'un moignon aux deux pôles supérieurs dans 55 cas (88,71%) et conservation d'un moignon en un pôle dans 7 cas (11,29%). Les suites opératoires ont été marquées par un hématome compressif dans 4 cas (6,45%), une hypocalcémie transitoire dans 4 cas (6,45%), hématome non compressif dans 3 cas (4,83%) (Tableau I). Tous les hématomes ont été drainés, l'hypoparathyroïdie a été traitée par du calcium et une rééducation orthophonique pour la dysphonie. A l'histologie, toutes les pièces opératoires étaient bénignes (Tableau II). Avec un recul de 12 mois, l'évolution a été marquée par une euthyroïdie pour tous les patients, aucune récurrence n'a été notée.

Tableau I: Complications post opératoires

Complications	Effectifs	Pourcentage (%)
Hématome non compressif	4	6,45
Hypocalcémie transitoire	4	6,45
Hématome compressif	3	4,83
Dysphonie définitive	1	1,61
Hypothyroïdie définitive	1	1,61



Tableau II: Répartition des types histologiques de la maladie de Basedow

Type histologique	Effectif	Pourcentage (%)
A. macro vésiculaires	28	45,16
A. normo et macro vésiculaires	10	16,13
A. Micro et macro vésiculaires	9	14,52
A. Micro et normo vésiculaire	7	11,29
A. micro vésiculaires	5	8,07
A. Normo vésiculaires	2	3,22
A. Vésiculo trabéculaires	1	1,61
Total	62	100,00

A.=adénome

DISCUSSION

La fréquence de la maladie de basedow parmi les goitres opérés a été de 13,25% et était semblable à celle d'autres études [2, 3]. Notre fréquence de 12,35% est semblable à celle de certains auteurs [3, 4]. La maladie de Basedow affecte l'adulte jeune féminin. La moyenne d'âge dans notre étude était de 37,61 ans avec des extrêmes de 11 et 65 ans avec un sex ratio de 0,3. Dans la littérature on trouve des chiffres semblables avec une moyenne d'âge entre 30 et 40 ans [3, 4]. Sur le plan diagnostique le goitre diffus, l'hyperthyroïdie et l'exophtalmie font le diagnostic avec l'échographie qui confirme le caractère vasculaire de la glande [5, 6], avec le TSH basse et FT4 élevée. Le dosage d'anticorps anti récepteur TSH n'est pas nécessaire au diagnostic, intervient dans le diagnostic différentiel des goitres basedowifiés et goitre multinodulaire toxique [7]. Avant la prise en charge chirurgicale, une euthyroïdie a été obtenue par les antithyroïdiens de synthèse pendant au moins 12-18 mois. La résistance au traitement médical, le caractère nodulaire de la glande et le volume de la glande thyroïde (critère esthétique) étaient des indications chirurgicales. Le choix thérapeutique dépend de plusieurs facteurs [8]: Des facteurs personnels: tels que l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, le degré d'éloignement de l'habitat par rapport au centre de soins. Des facteurs liés à la maladie: à savoir la sévérité de l'hyperthyroïdie, l'échec du traitement médical, les contre-indications à la chirurgie, l'apparition éventuelle de leucopénie sous ATS, les caractéristiques du goitre, la sévérité de l'exophtalmie...

Les avantages et les inconvénients respectifs de chaque type de traitement.

A côté de ces indications on peut également ajouter l'importance du plateau technique du milieu. Le traitement de la maladie de Basedow repose sur trois méthodes: médicale, chirurgicale et l'irathérapie. Le consensus semble être trouvé quant au traitement médical qui est souvent le traitement de première intention [2, 7, 9]. Les avis sont partagés quant au choix à faire entre la thyroïdectomie et l'irathérapie [10-13]. Nous avons pratiqué une thyroïdectomie subtotale à 100%, comme certains auteurs [14, 15]. D'autres réalisent la thyroïdectomie totale [1, 16]. La thyroïdectomie totale est préférée à cause du risque de récurrence après une thyroïdectomie subtotale. La chirurgie des récurrences est une source de complication

[8, 17]. Nous pratiquons la thyroïdectomie subtotale avec de rares complications, même si le recul n'est pas suffisant. Le choix de la thyroïdectomie subtotale dans cette étude est conditionné par la crainte d'hypothyroïdie. Après une thyroïdectomie totale, l'opothérapie étant prescrite à vie, certains patients, malgré les explications des médecins et avec leurs conditions socio-économiques, n'acceptent pas poursuivre le traitement, source d'éventuelles complications plus tard. Actuellement, pour certaines équipes, l'hypothyroïdie n'est plus considérée comme une complication de la maladie de Basedow [8] c'est pourquoi ces équipes optent pour un traitement par l'iode radioactif [18]. Elle aboutit à une hypothyroïdie sans complication majeure, alors que la thyroïdectomie donne également de l'hypothyroïdie associée aux risques chirurgicaux. L'association cancer et maladie de Basedow est rare [19]. Elle doit attirer notre attention lorsque la glande thyroïde comporte des nodules. Aucun cas de cancer n'a été noté dans cette étude.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de faire le point sur la prise en charge chirurgicale de la maladie de Basedow dans notre pratique. La maladie de Basedow survient généralement chez le sujet féminin. La préparation médicale des patients est une étape très importante qui diminue les complications opératoires de la thyroïdectomie. La thyroïdectomie subtotale est la technique chirurgicale réalisée. Même si nous n'avons pas assez de complications, nous devons progressivement évoluer vers la thyroïdectomie totale pour éviter les récurrences,

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.



REFERENCES:

1. Biet A, Zaatari R, Strunski V, Page C. Complications postopératoires dans la thyroïdectomie totale pour maladie de Basedow: comparaison avec la chirurgie des goîtres non basedowiens. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2009; 126: 190 – 5
2. Ali Sellem et al. Irathérapie dans la maladie de Basedow: place et efficacité. *Pan Afr Med J.* 2020;36:341. [doi:10.11604/pamj.2020.36.341.21623]
3. Barbuscia M, Querci A, Tonante A, Paparo D, Taranto F, Ilacqua A, et al. Total thyroidectomy in Basedow-Graves' disease treatment: our experience. *G Chir* 2015; 36(3): 117–21.
4. Yassine I, Rchachi M, El Ouahabi H, Ajdi F. Profil de la maladie de basedow au CHU de Fès:(à propos de 35 cas). *Ann Endocrinol* 2015;76(4):427.
5. Koike E, Noguchi S, Yamashita H, Murakami T, Ohshima A, Kawamoto H, et al. Ultrasonographic characteristics of thyroid nodules. *Arch Surg* 2001; 136: 334-7.
6. Mathonnet M. Exploration des nodules thyroïdien: l'échographie préopératoire *Ann chir* 2006; 131: 577-82
7. Orgiazzi J. Traitement de la maladie de Basedow: problématiques actuelles *Presse Med.* 2011; 40: 1155 – 62
8. Ali IH, Khiari K, Chérif L, Abdallah NB, Maïz HB, Hajri H, et al. Traitement de la maladie de Basedow: 300 cas. *Presse Med* 2004; 33: 17-21
9. Burch HB, Burman KD, Cooper DS. A 2011 survey of clinical practice patterns in the management of Graves' disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(12): 4549-58.
10. Sundaresh V, Brito JP, Thapa P, Bahn RS, Stan MN. Comparative Effectiveness of Treatment Choices for Graves' Hyperthyroidism; A Historical Cohort Study. *Thyroid.* 2017;27(4): 497-505.
11. Sundaresh V, Brito JP, Wang Z, Prokop LJ, Stan MN, Murad M, et al. Comparative Effectiveness of Therapies for Graves' Hyperthyroidism: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98(9): 3671-7.
12. Andrade VA, Gross JL, Maia AL. The effect of methimazole pretreatment on the efficacy of radioactive iodine therapy in Graves' hyperthyroidism: one-year follow-up of a prospective, randomized study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(8): 3488-93.
13. Ogunjobi KO, Ejeh JE, Adedapo KS, Eniojukan JF. Effectiveness of fixed dose radioactive iodine (RAI) for the treatment of hyperthyroidism; experience of a teaching hospital in South West Nigeria. *Mol Imaging Radionucl Ther.* 2013;22(2): 36-41.
14. Lepner U, Seire I, Palmiste V, Ü Kirsimägi. Surgical treatment of Graves' disease: subtotal thyroidectomy might still be the preferred option. *Medicina* 2008;44:22–6.
15. Casanelli JM, Keli E, Keita M, N'dri J, Aboua G, Bogni P, et al. Notre approche chirurgicale de la maladie de Basedow: à propos de 32 cas au CHU de Treichville. *Med Afr Noire* 2010; 57: 24-6.
16. Bojic T, Paunovic I, Diklic A, Zivaljevic V, Zoric G, Kalezic N, et al. A Total thyroidectomy as a method of choice in the treatment of Graves' disease- analysis of 1432 patients. *BMC Surg* 2015; 1-5.
17. Palit TK, Miller CC, Miltenburg DM. The efficacy of thyroidectomy for Graves' disease: A meta-analysis. *J Surg Res* 2000; 90: 161-5.
18. Mbodj M, Guerrouj H, Amjad I, Raïs NAB. Apport de l'iode 131 dans le traitement de la maladie de Basedow dans le service de médecine nucléaire de l'hôpital Ibn Sina de Rabat. *Med Nuc* 2009; 33(10):592–8
19. Mssrouri R, Benamr S, Essadela, Mdaghri J, Mohammadine El H, Lahlou MK, et al. Maladie de Basedow et cancers différenciés de la thyroïde. *J Chir* 2008;145 (3):244-6.