

LES CANCERS THYROÏDIENS EN ORL AU CNHU-HKM DE COTONOU

ADJIBABI W.¹, AVAKOUDJO F.², LAWSON A. S. ¹, MEDJI S.¹, YEDE C¹., HOUNKPATIN S H R³, FLATIN M.³, VODOUNHE U .² ,BOURAIMA F.[†]

1-Centre Hospitalier Universitaire HKM de Cotonou ; 2-Centre Hospitalier Universitaire Zone Suru-Léré ; 3-Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou-Alibori

THYROID CANCERS IN ENT DEPARTMENT OF CNCHU-HKM OF COTONOU

ADJIBABI W.1, AVAKOUDJO F.2, LAWSON A.S.1, MEDJI S.1, YEDE C1, HOUNKPATIN S H R.3, FLATIN M3, VODOUNHE U.2, BOURAIMA F.3

1- Cotonou HKM Teaching Hospital (CNHU-HKM); 2. Suru-Lere District Teaching Hospital; 3. Borgou-Alibori Regional Teaching Hospital

Résumé

Introduction

Les cancers thyroïdiens sont rares et surtout papillaires. Ce travail avait pour objectif d'étudier les cancers thyroïdiens pris en charge dans le service ORL du CNHU-HKM de Cotonou au Bénin.

Méthode : Etude rétrospective allant de 2001 à 2018 soit une période de 17 ans. Ont été inclus les patients porteurs d'une tumeur thyroïdienne ayant réalisé une échographie cervicale, le dosage des hormones thyroïdiennes, la thyroglobulinémie et la thyroid stimulated Hormon (TSH).

Le bilan préopératoire a été classique. Les hyperfonctions ont été traitées par antithyroïdiens de synthèse avant la chirurgie.

Radiographie pulmonaire et échographie hépatique ont été pratiquées chez tous les patients. Ils ont bénéficié de thyroïdectomie totale ou lobo-isthmectomie associée parfois à un curage ganglionnaire et drainage aspiratif. La surveillance a été longue pour détecter les récurrences tumorales et l'équilibre hormonal.

Résultats

Au total 34 cas ont été colligés, soit une prévalence de 2 cas par an. Le sexe féminin a été prédominant 27/34, soit un sex-ratio de 0,26. L'âge moyen a été de 39,43 ans (18 ans à 68 ans). A l'échographie 6 cas de nodule unique (17,65%) et 28 cas de nodules multiples (82,35%). S'agissant de leur taille 5 avaient moins d'un cm (14,7%) et 16 supérieur à 4 cm (47,07%). Des adénopathies cervicales bilatérales ont été retrouvées chez 2 patients. Au plan thérapeutique, Il a été réalisé une thyroïdectomie totale dans 24 cas (70,59%), une loboisthmectomie 10 cas (29,41%); un curage ganglionnaire 2 cas, une irathérapie complémentaire 1 cas. Au plan histopathologique, il a été identifié un Carcinome papillaire 29 cas (85,29%) un carcinome papillaire et adénocarcinome 3 cas (8,83%), un carcinome vésiculaire 1 cas (2,94%) et un carcinome anaplasique 1 cas (2,94%). Un cas de récurrence a été noté lors de la Surveillance.

Conclusion : les cancers thyroïdiens sont rares et leur type est surtout le carcinome papillaire. Le sujet jeune de sexe féminin a été plus atteint. L'examen clinique et l'échographie permettent de retrouver des nodules de taille variable. La thyroïdectomie totale avec surveillance carcinologique permet une survie importante.

Mots clés : Thyroïde cancer nodules thyroïdectomie Echographie.

N° ISSN/IBN

Executive Summary

Introduction

Thyroid cancers are rare and especially papillary. The objective of this work was to study thyroid cancers treated in the ENT department of CNHU-HKM in Cotonou, Benin.

Method : Retrospective study from 2001 to 2018, i.e. a period of 17 years. The study focused on patients with thyroid tumor who performed cervical ultrasound thyroid hormone thyroglobulin TSH. The preoperative assessment was classic. Hyper functions were treated with synthetic anti-thyroid agents before surgery. Pulmonary radiography and hepatic ultrasound performed in all patients. Total thyroidectomy or Thyroid lobectomy sometimes associated with lymph node cleaning and suction drainage. Monitoring was lengthy to detect tumor recurrence and hormonal balance.

Results

Epidemiology Prevalence 2 cases per year Female Sex 27/34 or 0.26 Average Age 39.43 years (18 to 68 years)
Ultrasound Single nodule 6 cases 17.65% Several 28 cases 82.35%
Less than 1 cm 5 (14.7%), greater than 4 cm 16 (47.07% Bilateral cervical adenopathy in 2 patients.
Total thyroid surgery 24 cases (70.59%) Thyroid lobectomy 10 cases (29.41%); lymph node cleaning 2 patients; Complementary Iri therapy 1 case
Histopathology Papillary carcinoma 29 cases (85.29%) Papillary carcinoma and adenocarcinoma: 3 cases (8.83%) Vesicular carcinoma 1 case (2.94%) Anaplastic carcinoma 1 case (2.94%)
Monitoring 1 case of recurrence

Conclusion :Rare thyroid cancers, especially papillary carcinoma. Young female subject more affected. Clinical examination and ultrasound allow to find nodules of variable size. Total thyroidectomy with carcinological monitoring allows significant survival.

Key words : Thyroid, cancer, thyroid surgery, Ultrasound.

Introduction : Les tumeurs et/ou tuméfactions de la glande thyroïde sont fréquentes et sont dominées par les goitres. Les nodules représentent une entité considérable mais rarement cancéreux. Ils sont retrouvés chez 20 à 76% de la population générale dont 95% de nodules bénins [1]. En France, l'incidence des cancers thyroïdiens a été de 0,9 à 5,2 pour 100.000 habitants. Ce taux est sous-estimé puisque les résultats autopsiques font état de 10% pouvant atteindre 30% dans les régions riches en iode. Les microcancers dans leur forme papillaire sont largement incriminés, et diagnostiqués surtout chez le sexe féminin [2].

L'échographie cervicale reste le moyen d'exploration de choix pour mieux apprécier les nodules et les classer selon le système EU-TIRADS. Le risque de malignité est plus important dans les deux derniers scores 4 et 5, ce qui impose une démarche thérapeutique pour son éradication et sa surveillance [3]. Au Bénin, la cytoponction ne fait pas partie de l'arsenal diagnostique vu le faible niveau économique de la population et l'insuffisance du plateau technique. Les différentes publications réalisées à ce jour ont concerné surtout la pathologie tumorale thyroïdienne bénigne et non les cancers. Ce travail avait pour objectif d'étudier les cancers thyroïdiens au CNHU-HKM de Cotonou, plus spécifiquement de décrire les aspects épidémiologiques, de déterminer les aspects échographiques, de proposer une attitude thérapeutique tenant compte de nos réalités d'exercice.

1°) Méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective couvrant la période de 2001 à 2018 soit 17 ans. Ont été inclus les dossiers des patients ayant présenté une tuméfaction antéro-cervicale basse. Ils ont bénéficié d'une échographie cervicale qui a mis en évidence un ou plusieurs nodules au sein des lobes thyroïdiens. La tomodensitométrie cervicothoracique a été pratiquée pour des prolongements endothoraciques couplée à une radiographie standard des poumons en position debout. Les dosages des hormones

thyroïdiennes et de la TSH ont été systématiques, de même que la calcémie, le cholestérol total et la thyroglobulinémie.

Tous les patients ont été opérés après avoir réalisé des examens préopératoires classiques, la stabilisation hormonale dans certains cas et un bilan d'extension tumorale.

La technique opératoire a été une thyroïdectomie totale ou loboisthmectomie selon le cas. Un curage a été associé lorsqu'une adénopathie a été palpable ou retrouvée à l'imagerie médicale.

Un drain de Redon a été mis en place dans les loges à la fin de l'intervention puis retiré à J2 ou plus en fonction de la quantité des sérosités recueillies.

Une opothérapie hormonale substitutive définitive a été indiquée en cas d'hypothyroïdie post-opératoire. Les patients ont été hospitalisés pendant soixante douze heures puis revus à J7, J15 puis tous les deux mois pendant la première année. Cette surveillance a été poursuivie tous les 3 mois la deuxième année et tous les 6 mois l'année suivante. Au cours de cette surveillance un examen clinique, paraclinique et échographique a été réalisé à la recherche d'atteinte récurrentielle, parathyroïdienne, de récurrence tumorale, de chéloïdes et dosage de thyroglobulinémie.

2°).Résultats

2.1- Epidémiologie

2.1.1- Fréquence

De 2001 à 2018, 34 patients ont été opérés de cancers thyroïdiens soit une prévalence de 2 cas par an.

2.1.2 Sexe

Le sexe féminin était touché à hauteur de 79,41% C'est-à-dire 27 patientes avec une sex-ratio de 0,26.

2.1.3 Age

L'âge des patients variait de 18 ans à 68 ans avec une moyenne de 39,43 ans.

2.2 Aspects échographiques

2.2.1 Nombre de nodules

L'échographie a objectivé un nodule unique chez 6 patients soit 17,65% et plusieurs nodules chez 28 patients soit 82,35%.

2.2.2 Taille des nodules

Le tableau I résume les différentes tailles observées

Tableau I : Taille des nodules

	Inf à 1cm	sup à 1 et inf à 2 cm	de 2 à 4 cm	sup à 4 cm
Effectif	5	9	4	16
Pourcentage (%)	14,7	26,47	11,76	47,07

Deux patients avaient présenté des adénopathies cervicales.

La TDM a été indiquée dans deux cas de goitre endothoracique.



Avant chirurgie

Figure 1: Aspect scanographique de cancer thyroïdien cervico-thoracique

2.3 Aspects thérapeutiques

La thyroïdectomie totale a été pratiquée chez 24 patients soit 70,59% et une loboisthmectomie chez 10 patients soit 29,41%.



Après chirurgie

Figure 2: Aspect scanographique de cancer thyroïdien cervico-thoracique

Un curage ganglionnaire cervical s'est imposé chez 2 patients.

Une patiente a bénéficié d'une irathérapie complémentaire.

2.4. Résultats anatomopathologiques

La nature histologique des lésions est consignée dans le tableau II.

Tableau II : Résultats anatomo-pathologiques

	Carcinome papillaire	Carcinome papillaire et adénocarcinome	Carcinome Vésiculaire	Carcinome anaplasique
Effectif	29	3	1	1
Pourcentage (%)	85,29	8,83	2,94	2,94

2.5-Evolution

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez tous les patients.
Un cas de récidence a été noté. Le recul a varié de 1 à 16 ans.

3. Discussion

Les carcinomes différenciés thyroïdiens sont rares et occupent 1% des cancers. Ils sont surtout représentés par le carcinome papillaire. Pour Hartl et Russ [1] les nodules thyroïdiens sont observés dans 20% à 76% de la population générale dont 95% sont bénins. L'incidence des cancers thyroïdiens en France varie de 0,9 à 5,2 pour 100.000 habitants [2]. Dans notre étude deux cas par an ont été relevés. Ce faible taux hospitalier ne couvre pas tous les centres qui assurent la prise en charge des tumeurs thyroïdiennes. Le sexe féminin est le plus touché, variant de 3 femmes pour un homme [4] à 5 pour 1 [5].

La sex-ratio de 0,26 signalé dans ce travail se situait entre les deux résultats sus-cités, superposable aux données des atteintes thyroïdiennes en général.

L'adulte jeune de la quarantaine était touchée avec prédilection mais le carcinome thyroïdien peut se voir à tout âge.

De 18 ans à 68 ans dans cette étude, il a concerné des sujets de 18 à 79 ans dans une étude niçoise [5]. Il est découvert par le patient ou de façon fortuite à l'échographie. Celle-ci permet

de préciser la structure, le volume, le siège, la cartographie des nodules et éventuellement la présence d'adénopathies et conclut à une classification EU-TIRADS [6]. Dans cette étude la glande thyroïde était multinodulaire dans 82,35% des cas et uninodulaire dans 17,65% des cas. Le risque de détection de cancer est plus élevé dans les glandes multinodulaires dès lors que la classification EU-TIRADS atteint les scores 4 ou 5. Les goitres multinodulaires sont le siège de prédilection des microcarcinomes papillaires [7].

Toutes les tailles de nodule peuvent être le siège de cancer. Les micronodules ont été moins fréquents dans notre travail le diagnostic ayant été posé tardivement au stade de nodule de taille supérieure ou égale à 1 cm voire 4 cm (47,07% des cas).

Pour Riss J.C et coll sur 770 patients opérés de carcinome papillaire 54% étaient des microcarcinomes [5].

La chirurgie reste l'approche thérapeutique adaptée à nos conditions d'exercice en Afrique et fait appel à la thyroïdectomie totale associée au curage ganglionnaire au cas où il existe des adénopathies. La plupart des auteurs préconisent une thyroïdectomie totale devant tout nodule suspect et tout goitre multinodulaire à score EU-TIRADS élevé [8,9].

Dans notre étude 70,5% des patients ont bénéficié d'une thyroïdectomie totale avec un curage ganglionnaire bilatéral dans deux cas.

La loboisthmectomie a été pratiquée dans les autres cas et le diagnostic histopathologique a été connu sur pièce d'exérèse.

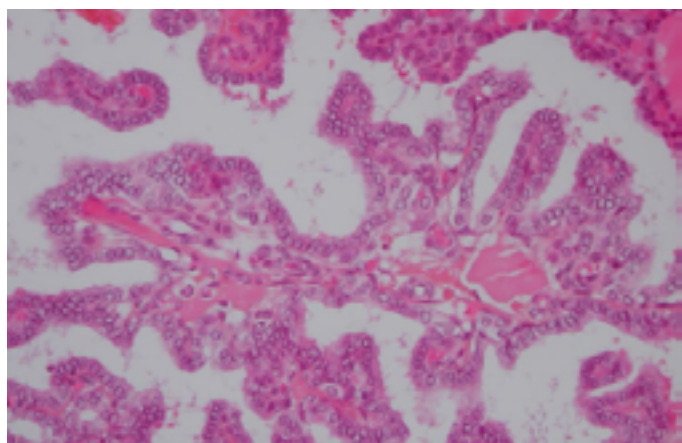


Figure 3: Aspect microscopique de cancer thyroïdien (carcinome papillaire).

Selon Zheng et coll [10] et Kuscu O et coll [11] il n'existe pas de différence significative entre les deux techniques.

Pour notre part une loboisthmectomie a été suffisante devant un micronodule unilatéral sans adénopathie avec surveillance régulière. Le goitre multinodulaire comportant un carcinome papillaire ou tout nodule cancéreux de taille supérieure à 1 cm impose une thyroïdectomie totale.

Actuellement les complications post-opératoires de la thyroïdectomie sont minimisées du fait d'un apprentissage de qualité et le monitoring du nerf laryngé inférieur. Les paralysies récurrentielles sont moins fréquentes de même que les hypocalcémies définitives. Nous avons colligé un cas de récurrence tumorale en rapport avec un carcinome papillaire à extension thoracique. Elle n'a pu bénéficier d'irathérapie complémentaire du fait d'un plateau technique limité.

Pour les auteurs américains tels que Cooper et coll et l'American Thyroid Association (ATA) la totalisation isotopique n'est plus indiquée en l'absence des facteurs de mauvais pronostic. Une surveillance échographique et

thyroglobulinémique peut être suffisante [12].

Une seule patiente a bénéficié d'iode radioactif complémentaire du fait de la survenue d'une adénopathie cervicale de 1,5 cm au cours de la surveillance.

Conclusion

Les cancers thyroïdiens sont rares et se présentent souvent dans leur forme papillaire. Ils touchent l'adulte jeune des deux sexes avec une prédilection pour le sexe féminin. Le moyen diagnostique standard reste l'échographie qui permet d'objectiver une glande multinodulaire ou parfois uninodulaire concluant à une classification EU-TIRADS. La thyroïdectomie totale est plus indiquée et tient compte de l'analyse des résultats échographiques. Les suites opératoires sont simples, le suivi est long pour détecter d'éventuelles récurrences.

Références

- 1- Dana Hartl, Gilles Russ. Goitres et nodules thyroïdiens bénins chez l'adulte in Du nodule thyroïdien au cancer : diagnostic et traitement. Monographies amplifon ; 2018 ; 64 :51-61.
- 2- Isabelle Raingard, Renaud Garrel. Chirurgie de la thyroïde et de la parathyroïde in les micrographies amplifon 2006 ; 41 : 14
- 3- Sophie Bidanlk, Elisabeth Girard, Marie Attard. Le nodule thyroïdien : Rôle essentiel de l'échographie in Du nodule thyroïdien au cancer : diagnostic et traitement. Monographies amplifon ; 2018 ; 64 :15-25
- 4- Colonna M, Bossard N, Guizard A V et coll. Descriptive epidemiology of thyroid cancer in France : incidence, mortality and sursurvival. Ann Endocrinol (Paris).2007;71:95-101
- 5- J-C Riss, I.Peyrottes, E. Chamorey et coll. La multifocalité des microcarcinomes papillaires de la thyroïde a-t-elle un impact pronostique ? A propos de 160 cas. Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 2012 ; 129 : 208-212.

- 6- G.Russ, V. LE GUEN. Echographie et pathologie nodulaire thyroïdienne : ce que le chirurgien doit attendre à l'échographie thyroïdienne in Pathologies chirurgicales de la glande thyroïde,2012 : 89-116.
- 7- B.Uhliarova, A. Hajtman. Total thyroidectomy : safe and adequate treatment for papillary microcarcinoma of the thyroid gland. B-ENT 2016; 12(2):119-124.
- 8- Pisello F.,Gercia G., Sciumè C. et coll. Total thyroidectomy of choice in papillary microcarcinoma. G chir. 2007; 28 (1-2): 13-9.
- 9- Bombil I., Bentley A., Kruger et coll. Incidental cancer in multinodular goiter post thyroidectomy S.Afr.J.Surg.2014;52 (1):5-9.
- 10- Zheng W, LiJ, LV P et coll. Treatment efficacy between total thyroidectomy and lobectomy for patients with papillary thyroid microcarcinoma: A Systemic review and meta-analysis. Eur J Surg Oncol.2018 Nov; 44 (11):1679-1684. doi:10.1016/j.
- 11- O.Kuscu, O Onay , B. Kayahan et coll. The rising incidence of papillary thyroid microcarcinoma and is completion surgery necessary or not? Otolaryngol 2016; 70(3) : 15-9.
- 12- Cooper DS, Doherty G M, Haugen Br et coll. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2006; 16:109-42.