



Cas Clinique

Goitre Historique Compressif Plongeant : À Propos d'un Cas

Historical Compressive Plunging Goiter : A Case Report

Zaghre N¹, Kaba M.K.², Bargo C.R.³, Goueta A.E.², Bambara C.N.², Nao E.E.M.², Sereme M³, Ouedraogo B.P.¹, Gyebre Y.M.C.²

1. Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
2 Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du Centre hospitalier universitaire de Bogodogo
3 Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du Centre hospitalier universitaire de Tengandogo (CHU-T)

Auteur correspondant :

KABA Mohamed Karfalla
Email : kabamohamedkarfalla@gmail.com
Tél : +226 67 06 25 16

Mots clés : Goitre Compressif, Thyroïdectomie, Burkina Faso

Key words: Compressive Goiter, Thyroidectomy, Burkina Faso

RÉSUMÉ

Le goitre nodulaire est un problème de santé publique. En effet 5 à 10% de la population mondiale présente un nodule thyroïdien palpable. Il peut évoluer vers un goitre multi nodulaire compressif et plongeant constituant une urgence par asphyxie. Nous rapportons le cas d'un patient de 69 ans venu consulter pour une dyspnée laryngée sur un goitre plongeant et compressif. à travers cette forme caricaturale rare, nous faisons brève revue de la littérature.

ABSTRACT

Nodular goiter is a public health problem. Between 5% and 10% of the population have a palpable thyroid nodule. In a few instances, nodular goiter may develop into a compressive and plunging multi-nodular goiter that is an emergency due to asphyxia. We report the case of a 69-year-old patient who presented with laryngeal dyspnea due to a plunging and compressive goiter and we discuss the relevant literature.

INTRODUCTION

Le goitre est une augmentation diffuse du volume de la glande thyroïde. La prévalence du goitre simple concerne environ 10 % de la population adulte [1]. Il peut être multi nodulaire constituant un des modes de révélation fréquente [2]. Le goitre est habituellement cervical mais peut avoir un développement intra thoracique vers le médiastin, prenant ainsi le nom de goitre plongeant pouvant entraîner une asphyxie par compression trachéale[1]. Le retard de consultation entraîne l'évolution progressive de la tuméfaction cervicale à l'origine des goitres historiques dans notre contexte. Nous rapportant un cas de goitre multi-nodulaire compressif et plongeant chez un patient de 69 ans pour rappeler les modalités diagnostique et thérapeutique.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas de D.H, 69 ans aux antécédents de goitre familial reçu en consultation au service d'ORL/CCF du CHUYO pour tuméfaction cervicale antérieure de façon progressive depuis 20 ans associée à une dyspnée stade 2 de chevalier Jackson évoluant depuis 2 mois, sans dysphagie ni dysphonie. On ne notait pas de signes de dysthyroïdies.

Il présentait un bon état général, un bon état de conscience avec les constantes hémodynamiques stables. L'examen a

retrouvé une masse cervicale antérieure (figure 1) ascensionnant à la déglutition d'environ 16 cm de grand axe, indolore, ferme, mobile par rapport au plan profond et la peau en regard était saine, les aires ganglionnaires étaient libres.

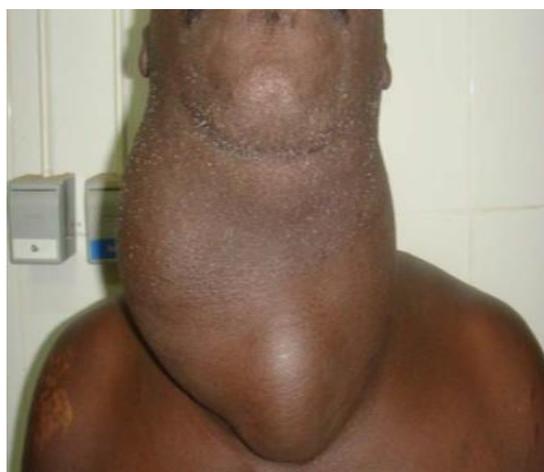


Figure 1 : En pré opératoire (volumineuse tuméfaction cervicale)

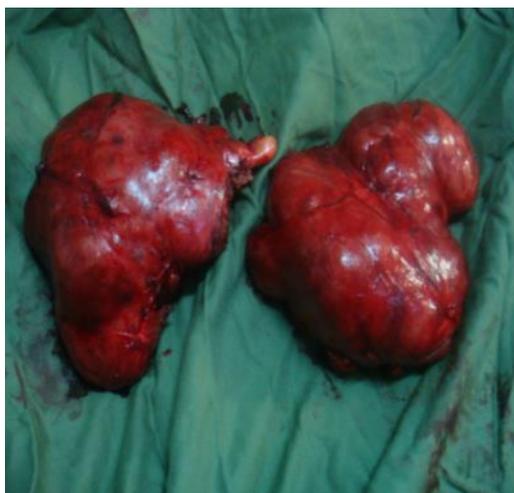


Figure 2 : pièce opératoire (thyroïde)



Figure 4 : TDM cervico-thoracique (pré opératoire)



Figure 3 : cicatrisation post-opératoire

La TDM (figure 4) a retrouvé une volumineuse masse tissulaire plus développée au dépend des deux lobes thyroïdiens et compressive avec une déviation de la trachée à droite et légèrement plongeant dans le médiastin supérieur sur 30mm. Notre patient était en euthyroïdie (T3, T4 et TSH normaux). L'exploration chirurgicale a mis évidence une glande thyroïde augmenté de volume, hypervascularisé (figure 2). Nous avons procédé à une thyroïdectomie totale avec contrôle des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdes. Les suites opératoires ont été simples (figure 3) et le contrôle hormonal (FT4, TSHus) ainsi que la calcémie étaient normaux. L'histologie a conclu à un adénome vésiculaire.

DISCUSSION

La fréquence des goitres varie, mais ils sont relativement courants. On estime que le goitre touche environ 5 % de la population mondiale [3]. Le goitre plongeant représente entre 1% et 30% des patients ayant subi une thyroïdectomie et entre 3% et 12% de toutes les masses médiastinales [3]. Cette variabilité est due au fait que la définition d'un goitre plongeant n'est pas univoque. Plusieurs critères ont été proposés pour définir le caractère plongeant d'un goitre. La plus couramment employée considère comme plongeant tout goitre ne siégeant pas dans la région cervicale en position opératoire et ayant un prolongement inférieur à plus de deux travers de doigt sous le manubrium sternal nécessitant des manœuvres d'extraction particulières [3]. Une définition objective et reproductible a été proposée par les auteurs français reposant sur les données de la tomodynamométrie et l'imagerie par résonance magnétique attribuant le caractère plongeant au goitre dont la limite inférieure atteint ou franchit le plan des vaisseaux sous claviers [3]. Ce qui était le cas de notre patient.

Notre patient était âgé de 69 ans et la durée d'évolution de la tuméfaction cervicale était d'une vingtaine d'années. L'âge moyen des goitres cervicaux est de 40 ans, alors que pour les goitres plongeants il varie de 56 à 72 ans [4]. Ceci peut être expliqué par la lenteur de la migration des goitres dans le thorax. De plus, notre cas concernait un homme, ce qui s'écarte de la littérature où une prédominance féminine est rapportée [5 ;6].

Le goitre multinodulaire peut être toxique ou non toxique. En cas de goitre multinodulaire toxique, le patient présente davantage des signes et des symptômes cardiovasculaires qui incluent des palpitations, une fibrillation auriculaire et d'autres tachyarythmies nécessitant une hormonothérapie avant la prise en charge chirurgicale[7].

En revanche, le goitre multinodulaire non toxique présente davantage de symptômes de compression telle qu'une dyspnée par compression trachéale, une dysphonie par compression du nerf récurrent, une dysphagie par compression œsophagienne voire un syndrome cave

supérieur par compression veineuse profonde [8]. La dyspnée est le principal signe fonctionnel compressif, tous types confondus, d'effort ou de repos [4]. Dans notre cas, le patient était en euthyroïdie et la dyspnée était le seul signe de compression. La croissance progressive et insidieuse du goitre est souvent responsable d'une dyspnée d'installation progressive. Cependant la compression trachéale peut prendre une forme aiguë secondaire à une augmentation brutale du volume de la glande par une hémorragie intra cystique ou une dégénérescence pouvant conduire à l'asphyxie.

Le scanner est l'examen radiologique préopératoire de référence [4,11]. C'est le scanner qui affirme l'extension thoracique. Il permet d'apprécier le nombre de prolongements, leur importance, leur contenu solide ou kystique et leur position par rapport aux vaisseaux et à l'axe aérodigestif.

En raison du risque de complications compressives, de malignité et même de mort subite, l'excision chirurgicale est le traitement de choix, même en l'absence de signes cliniques [9]. La thyroïdectomie totale est de règle devant un goitre multi nodulaire bilatérale compressif et plongeant telle a été le cas de notre patient. L'anesthésiste doit anticiper une intubation difficile. La grande majorité des goitres cervico médiastinaux peut être réséquée en toute sécurité par une incision cervicale exclusive, bien qu'une approche cervico-thoracique combinée puisse être nécessaire dans 2 % des cas [10]. La morcellation doit être évitée afin de réduire le risque de saignement et en raison de la présence possible d'un carcinome occulte dans la glande [11].

La morbidité de la chirurgie du goitre plongeant varie dans la littérature de 4 à 12% incluant une lésion du nerf récurrent, une hypoparathyroïdie et les complications respiratoires liées à un hématome compressif ou à une trachéomalacie qui représente une complication rare [10]. Dans notre cas, les suites opératoires immédiates ont été simples et l'évolution a été favorable.

CONCLUSION

Les goitres multi nodulaire compressif et plongeant sont des urgences du fait de l'asphyxie dont ils sont responsables, les goitres historiques sont relativement

fréquents en zone d'endémie, la prise en charge est chirurgicale suivie d'opothérapie.

Conflit d'intérêts.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

1. Clémencot A, Jnan M, Koszutski M. Détresse respiratoire aiguë : un cas de goitre thyroïdien compressif. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. 1 juin 2018 ;30(1) :38-40.
2. Azzoug S, Chentli F. Pathogénie du goitre nodulaire. *Revue Marocaine de Santé Publique*. 2015; 2(2) : 24-28
3. Hazem Z, Amina A, Imen B, Mahdi A, Sarra M, Henda N, et al. Surgical management of intrathoracic goiters: 20 years experience. *Int Surg J*. 23 sept 2020;7(10): 3198-3204
4. Benbakh M, Abou-elfadl M, Rouadi S, Abada RL, Roubal M, Mahtar M. Goitres plongeants : expérience du service à propos de 50 cas. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. Févr 2016;133(1):17-20
5. Berté B, Traoré B, Bah M, Diallo MB, Traoré D, Djibo A, et al. Étude épidémiologique et clinique des goitres multinodulaires toxiques dans le service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali de Bamako. *Annales d'Endocrinologie*. 1 sept 2016;77(4):377-8.
6. Abodo J, Yao A, Koffi-Dago P, Hué A. Caractéristiques des thyropathies en Côte d'Ivoire. *health sciences and disease*. 14 oct 2019;20(6):18-22.
7. Diagne N, Faye A, Ndao AC, Djiba B, Kane BS, Ndongo S, et al. Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Basedow en Médecine Interne au CHU Ledantec Dakar (Sénégal). *Pan Afr Med J*. 14 sept 2016 ;25 :6p.
8. Seymour Schwartz I, Charles Brunnicardi F, Dana Andersen K, Timothy Billiar R, David Dunn L, John Hunter G et al. *Schwartz's Principles of Surgery: 9th ed. The Mc Graw Hill Companies*. 2015 ; 9 : 1343-1374.
9. Di Crescenzo, M. Vitale, L. Valvano, F. Napolitano, A. Vatrella, P. Zeppa, et al., Surgical management of cervico-mediastinal goiters: our experience and review of the literature, *Int. J. Surg*. 2016 Apr ;28 : 47-53.
10. M. Doulaptsi, A. Karatzanis, E. Prokopakis, et al., Substernal goiter: treatment and challenges. Twenty-two years of experience in diagnosis and management of substernal goiters, *Auris Nasus Larynx*. 2019 Apr ;46 (2) :246-251
11. W.K. Wong, et al., Management of retrosternal goiter: retrospective study of 72 patients at two secondary carecenters, *Auris Nasus Larynx*. 2019 Feb ;46 (1):129-134