Les complications de la chirurgie thyroïdienne
A propos de 662 cas

W.zirari, A.Raji*

*Service d'ORL.CHU Momammed VI. Marrakech

ملخص

لقد تطورت جراحة الغدة الدرقية كبيرا على مدى السنوات العشرين الاخيرة مما ساهم في التخفيف من حدوث مضاعفات. ومع ذلك ، فإن هذه المخاطر تبقى دائما موجودة ، ولاينبغي التقليل من شأنها. يقترح الكتاب تحليلا ل51 مضاعفات سجلت في سلسلة من 662 مريضا. هذه دراسة بأثر رجعي على 662 عملية للغدة الدرقية أجريت خلال الفترة الممتدة من يناير 2002 إلى ديسمبر 2007 في قسم الأنف والحنجرة بمستشفى الأنطاكي بمراكش. تم تحليل البيانات باستخدام برنامج إحصائي للعلوم الاجتماعية. شملت السلسلة662 عملية للغدة الدرقية منها 446 عملية استئصال كلي للغدة الدرقية و216عمليةاستئصال جزئي . تم تشريح 1108 عصب حنجري و ما لا يقل عن 2000 غدة جاردرقية. شملت مضاعفات العصب الحنجري 7 مرضى : 6 إصابات مؤقتة و من جانب واحد (0.9 ٪) و إصابة واحدة دائمة و من جانب واحد (0.15 ٪). وقد عانى 27 مريضا (4.08 ٪) من نقص انتقالي في نشاط الغدد الجاردرقية، و مريضين (0.3 ٪) من نقص دائم في نشاطها. وقد ضمت الدراسة 8 حالات من النزيف أثناء الجراحة (1.2 ٪)، حالتين من القيلة مباشرة بعد الجراحة (0.3 ٪) و 5 حالات من تعفن الجرح الجراحي. جراحة الغدة الدرقية هي الآن عملية جراحية مقننة. وقد انخفضت بشكل كبير مخاطر حدوث مضاعفات خلال السنوات العشرين الأخيرة من خلال تطبيق صارم للجراحة خاصة في التحديد المنهجي للأعصاب الحنجرية والغدد الجاردرقية. مضاعفات العصب الحنجري تتراوح بين0٪و4 %ونقص نشاط الغدد جاردرقية بين 1.6 ٪ و 50 ٪. وأصبح شلل العصب الحنجري الثنائي والنزيف القاتل أمور استثنائية. تبين النسبة المنخفضة للمضاعفات في دراستنا، أن تطبيق التقنية نفسها لجميع التدخلات الجراحية للغدة الدرقية من قبل نفس فريق الجراحين يمكن أن تقلل من خطر حدوث مضاعفات. جراحة الغدة الدرقية هي جراحة مثيرة للاهتمام، وقد انخفضت مضاعفاتها بفضل توحيد أسلوب الجراحة.

الكلمات الأساسية استئصال كلي للغدة الدرقية - العصب الحنجري - الغدد جار درقية

Résumé La chirurgie thyroïdienne a considérablement évolué au cours des vingt dernières années permettant de diminuer les risques de complications, cependant ces risques sont toujours présents et ne doivent en aucun cas être minimisés. Les auteurs proposent une analyse de 51 complications survenues lors d'une série de 662 patients.
Il s'agit d'une étude rétrospective sur 662 interventions thyroïdiennes réalisées de janvier 2002 à décembre 2007 dans le service d'ORL et chirurgie cervicofaciale du centre hospitalier de Marrakech. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du SPSS.
Notre série a concerné 662 thyroïdectomies dont 446 thyroïdectomies totales et 216 loboisthméctomies, soit 1108 cas de nerfs récurrents et au moins 2000 parathyroïdes disséqués. Nous avons colligé huit cas d'hémorragie peropératoire (1,2%), deux hématomes (0,3%) en postopératoire immédiat et cinq cas d'infection de la plaie opératoire (0,75%). La morbidité récurrentielle a concerné 7 patients, sous forme de 6 atteintes unilatérales temporaires (0,9%), et une atteinte unilatérale définitive (0,15%). Vingt sept patients (4,08%) ont présenté une hyporparathyroïdie transitoire, et deux (0,3%) ont présenté une hypoparathyroidie définitive. La chirurgie thyroïdienne est désormais une chirurgie réglée. Le risque de complications a été largement réduit durant les vingt dernières années grâce à la rigueur dans l'exécution des gestes chirurgicaux notamment dans le repérage systématique des nerfs récurrents et des parathyroïdes. La morbidité récurentielle oscille entre 0 et 4% celle de l'hypoparathyroïdie entre 1,6%et 50%. Les paralysies récurentielles bilatérales ainsi que les hémorragies létales sont devenus exceptionnelles. Le faible pourcentage de complications, dans notre série, montre qu'en appliquant la même technique chirurgicale pour toutes les interventions thyroïdiennes par la même équipe de chirurgiens il est possible de réduire le risque de complications. La chirurgie thyroïdienne est une chirurgie particulièrement intéressante qui a vu ses complications diminuées grâce à une codification précise de la technique chirurgicale.
Mots clés thyroïdectomie - nerf récurrent - parathyroïdes

Abstract Thyroid surgery has evolved considerably over the last twenty years. This has reduced the risk of complications. However, these risks are always present and should never be minimized.
The authors propose an analysis of 51 complications occurred during a series of 662 patients. This is a retrospective study on 662 thyroidectomy performed from January 2002 to December 2007 in the ENT University hospital of Marrakech. Data analysis was performed using SPSS. Our series has involved 662 thyroidectomy with 446 total thyroidectomy and 216 hemithyroidectomy. 1108 cases of recurrent nerves and 2000 parathyroid glands dissected at least. Laryngeal morbidity has involved seven patients as 6 with unilateral and temporary affect (0.96%), and one final and unilateral affect (0.15%). Twenty seven patients (4.08%) presented a transitional hypoparathyroidism and two (0.3%) presented a definitive hypoparathyroidism. we have reported eight cases of intraoperative bleeding (1.2%), two hematomas (0.3%) in the immediate postoperative period and five cases of infection of the wound (0.75%). Thyroid surgery is now an elective surgery. The risk of complications was significantly reduced during the last twenty years through the rigorous enforcement of surgery particularly in the systematic identification of the recurrent nerves and parathyroid glands. The laryngeal morbidity ranges from 0 and 4%, that of hypoparathyroidism between 1.6% and 50%. The bilateral laryngeal paralysis and lethal hemorrhages became exceptional. The low percentage of complications in our series, shows that applying the same technique for all surgical interventions thyroid by the same team of surgeons can reduce the risk of complications. Thyroid surgery is a surgery particularly interesting which saw its complications lessened by a precise codification of surgical technique.
Key-words thyroidectomy - recurrent nerve - parathyroid

Introduction

La chirurgie thyroïdienne a vu son champ d'action s'élargir considérablement dans les dernières décennies. Elle a connu une évolution spectaculaire avec moins de complications. En effet, la chirurgie thyroïdienne au début du XXème siècle était considérée comme une intervention chirurgicale de tous les dangers : accidents hémorragiques cataclysmiques, fréquentes tétanies postopératoires, paralysies récurrentielles, infections,….

Actuellement ces complications ont diminué grâce à une meilleure préparation médicale et endocrinienne des patients avant l'intervention

[1], à l'amélioration des techniques anesthésiques et chirurgicales notamment celles du repérage et de la dissection des nerfs récurrents et des parathyroïdes avec une hémostase parfaite [2]. Cependant la chirurgie thyroïdienne comporte encore un risque de complications. Le but de notre travail est d'analyser les complications observées chez nos malades à travers une série de 662 thyroïdectomies.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse des dossiers des patients opérés d'une pathologie thyroïdienne dans le service d'ORL et chirurgie cervicofaciale du centre hospitalier de Marrakech sur une période allant de janvier 2002 à décembre 2007. L'étude de l'évolution a été faite après convocation des malades. L'hyporparathyroïdie était définie par une calcémie inférieure à 80mg/l, elle était considérée définitive lorsqu'elle persiste au delà de 6mois, la paralysie récurrentielle était considérée définitive en l'absence de récupération complète au 12ème mois postopératoire.Notre série comprenait 662 patients,dont 620 femmes(93,7%) et 42 hommes(6,3%), l'âge moyen était de 46ans (10-82ans), l'indication opératoire était un nodule thyroïdien dans 131 cas (19,78%), un goitre dans 495 cas (74,78%), la maladie de basedow dans 27 cas (4,07%) et une suspicion de cancer dans 9cas (1,36%).Les 662 actes chirurgicaux qui ont été fait étaient : 446 thyroïdectomies totales (67,4%) et 216 loboisthmectomies (32,6%). L'analyse des résultats anatomopathologique n'a été possible que chez 491 malades (74,2%). La pathologie bénigne était majoritaire avec 77 adénomes (15,68%), 358 dystrophies thyroïdiennes (72,91%), 25 cas de maladies de basedow (5,09%) et 9 cas de goitre basedowifié (1,84%), la pathologie maligne représentait 4,48%.

Résultats

La morbidité récurrentielle a concerné sept patients sous forme de six paralysies unilatérales transitoires (0,9%) et une paralysie unilatérale définitive (0,15%),ils étaient tous de sexe féminin d'un age qui variaient entre 33 à56 ans, le maître symptôme était une dysphonie postopératoire, nous n'avons eu aucun cas de diplégie laryngée ,ces patients ont été tous opérés pour un goitre,ce qui représente un pourcentage de 1,41 % par rapport à l'ensemble des goitres opérés et le geste chirurgical a consisté en une thyroïdectomie totale chez 5 patients soit 1,12% des thyroidectomies réalisées et une loboisthmectomie chez 2 patients soit à 0,92% des loboisthmectomies réalisées, les nerfs récurrents ont été vus et disséqués dans 5 cas et dans 2 cas ils n'ont pas été cités dans le compte rendu opératoire. Vingt-sept patients ont présenté une hypoparathyroidie transitoire (4,08%),ils étaient tous de sexe féminin,d'un âge qui variaient de 23 à 56 ans, un traitement calcique d'une durée moyenne de sept semaines était alors prescrit, deux patients ont présenté une hypoparathyroidie définitive (0,3%) ayant nécessité un traitement vitamino calcique de plus de 2 ans, le geste chirurgical a consisté en une thyroïdectomie totale pour une maladie de basedow chez 3 malades soit 11,11%de l'ensemble des malades opérés pour une maladie de basedow, et pour un goitre multinodulaire chez 26 malades ce qui représente un pourcentage de 5,25% de l'ensemble des patients opérés pour un goitre. Les autres complications retrouvées dans notre série comprenaient : huit hémorragies peropératoires (1,2%), 4 de ces patients ont été opérés pour un goitre volumineux, l'hémorragie ayant nécessité une transfusion chez 6 patients, deux hématomes (0,3%) qui ont été drainés, cinq cas d'infection (0,75%) ; Aucun accident anesthésique n'a été déploré et la mortalité était nulle.

Tableau I : tableau récapitulatif des complications de la chirurgie thyroïdienne dans notre série

Complication	nombre de cas	%
Hypoparathyroidie transitoire	27	4,08%
Hypoparathyroidie définitive	2	0,3%
Paralysie recurrentielle unilatérale transitoire	6	0,9%
Paralysie recurrentielle unilatérale définitive	1	0,15%
Paralyisie recurrentielle bilatérale	0	0%
Hémorragie peropératoire	8	1,2%
Hématome postopératoire	2	0,3%
infection	5	0,75%

Discussion

La chirurgie thyroïdienne a considérablement évolué au cours des vingt dernières années permettant de diminuer les risques de complications, cependant ces risques sont toujours présents et ne doivent en aucun cas être minimisés.

La fréquence des paralysies récurrentielles post-thyroïdectomies est difficile à comparer car les séries ne sont pas homogènes. Cette fréquence varie de 3 à 4% pour les atteintes unilatérales transitoires, les formes définitives concernent moins de 1% des patients [1]. La plupart des auteurs s'accordent sur l'importance du repérage du nerf récurrent dans la prévention des lésions récurrentielles au cours de la chirurgie thyroïdienne [2, 3]. Il doit s'effectuer de

l'émergence mediastinale du nerf jusqu'à son entrée dans le larynx [3], mais ce repérage n'est pas toujours facile du fait des variations anatomiques : les bifurcations extra laryngés et la non récurrence du nef laryngé, les techniques de repérage par neurostimulation ne réduisent pas ce risque [3, 4], a coté des facteurs anatomiques, ils s'ajoutent d'autres facteurs qui influencent la survenue de paralysie récurrentielle, la pathologie opérée influence clairement l'incidence de la lésion nerveuse. Le risque de paralysie récurrentielle est plus important dans les thyroïdectomies pour cancer que dans les pathologies bénignes, ou lorsqu'il existe une thyroïdite chronique ou une maladie de basedow [3]. Les reinterventions chirurgicales augmentent le risque de paralysie récurrentielle, le taux de lésion nerveuse en cas de reprise chirurgicale peut atteindre 20% [5]. Le type de l'intervention chirurgicale ne modifie pas ce risque [5, 6], aucun type d'intervention n'est à l'abri des complications récurrentielles.

Après chirurgie thyroïdienne l'incidence de l'hypoparathyroidie transitoire varie de 1,6 à 50% [1], l'hyperparathyroïdie définitive concerne moins de 2% des thyroïdectomies [1], nos chiffres sont comparables à ces données. Son diagnostic repose sur le bilan phosphocalcique réalisé au cours des deux premiers jours postopératoires, en présence d'une hypocalcémie, le bilan est complété par le dosage de la parathormone et de la 25-OH vitamine D. Le dosage différé de la calcémie et de la phosphorémie entre le 7ème et le 14 éme jours postopératoires constitue un critère prédictif de la survenue d'une hypoparathyroidie définitive après thyroïdectomie [7]. La survenue d'une hypoparathyroidie peut être influencée par plusieurs facteurs : le curage ganglionnaire et la reintervention chirurgicale semblent augmenter ce risque [3, 8], dans notre série aucun de nos malades n'avait eu une reintervention ou un curage ganglionnaire. Selon Blondeau [9] et Gouillat [9] le risque d'hypoparathyroidie et plus élevé après une cure chirurgicale pour un goitre multinodulaire en comparaison avec une cure chirurgicale d'un nodule thyroïdien. A.biet et Sarpell [5] ont trouvé que l'hypoparathyroidie transitoire était plus fréquente après chirurgie pour maladie de basedow qu'après chirurgie pour une autre cause, au contraire Chinag et al [5] ne retrouvaient pas de différence significative concernant le taux d'hypoparathyroidie transitoire après thyroïdectomie pour Basedow ou non Basedow. Il y a peu de risque d'hypoparathyroidie en cas de loboisthmectomie, en fait il y a 4 parathyroïdes, deux de chaque coté et si certaines sont lésées, celles qui restent sont fonctionnelles. Dans notre série les cas d'hypoparathyroidie sont apparus suite à une thyroïdectomie totale. La prévention de l'hypoparathyroidie repose sur le respect des glandes parathyroïdes et de leur vascularisation, de réaliser des ultraligatures au contact du parenchyme thyroïdien [5] et d'auto transplanter les parathyroïdes devascularisées dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien [10, 5, 2].

Lors de la chirurgie thyroïdienne le risque hémorragique doit être pris en compte. L'hémorragie se situe fréquemment au niveau des artérioles qui accompagnent les récurrents dans le larynx ou au niveau des veines thyroïdiennes inférieures, les raisons en sont multiples : ligature mal exécutée ou ayant glissé sous la traction des écarteurs et un réveil agité. Dans notre série nous avons colligé huit cas d'hémorragies peropératoires (1,2%) cette fréquence varie de 0,83 à 1,92% selon certains auteurs [11, 6]. L'hématome postopératoire peut représenter un danger majeur, non ou insuffisamment drainé, susceptible de devenir rapidement compressif ,une asphyxie aigue peut survenir brutalement, l'ouverture de la plaie opératoire mais surtout de la loge thyroïdienne peut constituer le geste salvateur permettant d'intuber le patient et d'éviter une trachéotomie [12] .selon plusieurs auteurs l'hématome postopératoire est plus fréquent que l'hémorragie peropératoire, dans notre série nous l'avons noté dans deux cas (0,3%) ce taux est proche de celui rapporté par Mansouri [13] : 0,33% et loin des données rapportées par K.Ouoba, Coudray [10], R.Bergamaschi [11] : 3,84%,2%,et 1,6%. Un goitre volumineux ou plongeant augmente le risque de complications hémorragiques [13]. En effet dans notre étude 100% des malades qui ont présenté des complications hémorragiques avaient un goitre dont 50% un goitre volumineux et 50% un goitre plongeant.

Sans être une complication spécifique de la chirurgie thyroïdienne, les infections postopératoires méritent d'être rapportées .nous avons eu cinq cas d'infections postopératoires (0,75%) ce taux est proche de celui rapporté par R.Bergamaschi [11].

Conclusion

Malgré le progrès réalisé dans la chirurgie thyroïdienne, les complications sont toujours présentes. Les atteintes récurrentielles et parathyroïdiennes sont les plus redoutables, doivent toujours être présents à l'esprit. Une dissection méticuleuse avec identification des nerfs récurrents et respect de la vascularisation parathyroïdienne, et une attention peropératoire soigneuse permettent de minimiser le taux de ces complications. Cette attention lors de la chirurgie doit être redoublée en opérant certaines pathologies thyroidiennes qui comprennent plus de risque que d'autre :maladie de basedow,cancer thyroidien,et goitre plongeant.

Références

1-Lebuffe J, Andrieu T, Jany B, Carnaille B, Vollet B. Anésthésie réanimation dans la chirurgie de la glande thyroide. Encycl Méd Chir 2009;36:590-597.

2-Montagne S, Brunaud L, Bresler L, Tartuaux JM, Boissel P. Comment prévenir la morbidité chirurgicale

de la thyroidectomie totale pour goitre multinodulaire euthyroidien. Ann Chir 2002;127:449-55.
3-Trésolet C, Chagot JP, Menegaux F. Comment prévenir la morbidité récurrentielle en chirurgie thyroidienne. Ann Chir 2006;131:149-153.
4-Ouledahmed M, Lions C, Wey PF, Eve O, Pons Y. Lésion récurrentielle après thyroidectomie : faut-il réaliser un monitorage peropératoire ?. Ann Fr Anésth réa 2006;25:909-910.
5-Ayache S, Tramier B, Chatelain D, Mardya N, Benham T, Strunski V. Evolution de la chirurgie thyroidienne vers la thyroidectomie totale. Ann otorhinolaryngol chir cervicofac 2005;122:127-133.
6-Prim MP, Diego JI, Hardisson D, Madero R,Gavilan J. Factors related to nerve injury and hypocalcemia in thyroid gland surgery. Otolaryngol Head Neck surg 2001;124:111-114.
7-Jafari M, Pattou F, Soudan B, Devos M, Truant S, Mohieddine T. Etude prospective des facteurs prédictifs précoces de la survenue d'hypocalcémie définitive après thyroidectomie totale. Ann Chir 2002;127:612-618.
8-Peix JL, Lifante JC. Curages cervicaux et cancers thyroidiens. Ann Chir 2003;128:468-474.
9-Blondeau PL. Les risques fonctionnels de la chirurgie thyroidienne. Ann Chir 1973;27:1121-1130.
10-Coudray C, Lienhardt PY, Conradi A, Seghir A, Dero M, Berier C. L'hypoparathyroidie après chirurgie thyroidienne. Ann otorhinolaryngol Chir cervicofac 1994;111:189-195.
11-Bergamaschi R, Becouaran G, Rouceray J, Arnaud J. Morbidity of thyroid surgery. Amer J Surg 1998;176:71-75.
12-Sherpeel P. Anesthésie réanimation dans la chirurgie de la glande thyroide. Encycl Méd Chir 1995;36:590-580.
13-Chapus Y. Risques et complications de la chirurgie thyroidienne. Rev Prat 1996;46:2325-9.