

MINISTRE DE L' ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



=====]]=====

UNIVERSITE DE BAMAKO

*Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto Stomatologie*



Année Universitaire 2009-2010

TITRE

Thèse N° / ___ /

***Strumite dans le service de
chirurgie « B » du CHU point
G :47 cas***

THESE

présentée et soutenue publiquement le / /2010

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

par **Monsieur Souleymane N'gory COULIBALY**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : Pr. Zimogo Zié SANOGO

Membres : Dr. SIDIBE Assétou FOFANA

Dr. Drissa TRAORE

Directeur : Pr. Filifing SISSOKO

BISMILLAH RAHAMANI RAHIM
AU NOM DE DIEU, LE TOUT MISERICORDIEUX
LE TRES MISERICORDIEUX
LOUANGE A ALLAH SEIGNEUR DES CIEUX ET DE LA
TERRE

DEDICACES :

Au nom de Dieu, clément et Miséricordieux, je dédie ce travail :

-A mon père Feu N'gory Coulibaly

Ce travail est le fruit de tes souffrances, tes inquiétudes et ton courage.

Les mots me manquent pour te qualifier, tout ce que j'aurai à dire ne saurait exprimer à fond le sacrifice et l'endurance que tu as subie pour nous élever.

Votre ambition était notre réussite.

Que la terre vous soi légère.

-A ma mère Sadio Traore

Grâce à l'éducation que tu nous as transmise très tôt, nous avons appris le sens du respect de soi, de l'autre et du travail bien fait.

Qu'ALLAH le Tout Puissant te récompense.

-A mes tantes :

Konwélé Traore, Nacou Coulibaly

Veillez trouver ici ma grande et respectueuse reconnaissance et l'assurance de ma profonde affection.

-A mes frères et sœurs :

**Diarratigui, Toumey, Niele, Fadacoro, Ténèba, sèba, sèdio, Siradié, Nia ,
Dounaké, Mamoutou, Tiéssame, Mamadou, Couni, Doussouba, Fansery,
Diodio, Dassé, sitan, Ousmane, Famory, Soungoura, Koulikoro.**

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Je prie le tout puissant de fructifier davantage nos relations. Amen !

-Aux parents défunts :

Vous nous avez quittés très tôt, nous continuons à prier tous les jours pour le repos éternel de vos âmes.

A ma Fiancée Mariam Diarra

Tu as toute ma reconnaissance, ma gratitude, mes remerciements pour la bonne réalisation de cette thèse qui est et qui restera la tienne.

REMERCIEMENTS

A Dieu, Le Tout Puissant, Le Clément, L'Omniscient, L'Omnipotent, Le Miséricordieux, pour m'avoir guidé, et donner la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

A MES MAÎTRES :

Pr Abdoul Karim Koumare, Pr Filifing SISSOKO, Pr Nouhoum ONGOIBA, Dr Drissa TRAORÉ, Dr Babou Ba, Dr Guideré Tembely, Dr Siaka Diallo

Ce travail est le fruit de votre encadrement.

A tout le personnel du service de chirurgie « B »

Pour votre remarquable collaboration.

A MES COLLÈGUES THÉSARDS DU SERVICE DE CHIRURGIE B :

Bakary Keïta, Mamoutou Diarra, SouleymaneThiam, Mamadou Coulibaly, Soumana Sanogo

Votre bonne conduite dans la société m'a beaucoup inspiré, que le Miséricordieux nous gratifie le succès dans toutes nos démarches.

Amen !

AUX FAMILLES : Diarra à Massantola et Baguinéda , **Traoré** à Ségou et Dianguinébougu, **Balique** à Baco Djicoroni et **Coulibaly** à Koulouba.

A MES AMIS DE MASSANTOLA ET DE BAMAKO

Aliou Kamissoko, Aly Mohamed, Sidiki Fomba, Sidibe, Alassane Traoré, Dianguina, Bôh, Gouagnon, Gouaflo Diarra , Mahamadoun Diabaté.

A notre maître et Président du jury

Monsieur le professeur Zimogo Zié SANOGO

Maître de conférence agrégé en chirurgie à la FMPOS.

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique et votre qualité humaine font de vous un maître respecté et écouté. Permettez-nous de vous adresser notre respectueuse gratitude.

A notre maître et juge

Monsieur le Docteur Drissa TRAORE.

Maître assistant en chirurgie générale,

Cher maître,

Votre simplicité, votre disponibilité, votre courage et votre esprit de science font de vous un exemple.

Recevez ici notre reconnaissance pour la qualité des enseignements que nous avons reçus de Vous.

Cher maître, nous Vous souhaitons bonne continuation pour la réalisation de vos rêves. **AMEN**

A notre maître et juge

Docteur SIDIBE Assétou FOFANA.

Infectiologue.

Praticienne Hospitalière au CHU du Point G.

Cher maître,

C'est un grand honneur de Vous voir siéger dans ce jury.

Votre rigueur dans le travail, Votre esprit de méthode et d'organisation, Votre simplicité, Votre abord facile ont forcé notre admiration.

Soyez rassurée cher maître de notre reconnaissance et profonde estime.

A notre maître et directeur de thèse

Monsieur le Professeur Filifing SISSOKO.

Maître de conférence à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Cher maître,

La simplicité qui vous caractérise, votre disponibilité tout au long de ce travail, le degré de désir que vous avez à nous apprendre , à modeler nos modestes connaissances resteront en nous.

Nous vous remercions infiniment pour tous les efforts que vous avez consentis pour que ce travail arrive à terme.

A notre maître Pr Abdel Karim KOUMARE

Professeur titulaire à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie de Bamako.

Spécialiste en chirurgie générale et vasculaire, anatomie et organogénèse, pédagogie et en recherche.

Chef de service de chirurgie « B » du CHU du point "G"

Professeur d'anatomie et pathologies chirurgicales à la faculté de médecine , de pharmacie et d'odonto stomatologie de Bamako.

Chevalier de l'ordre national du Mali.

Membre associé de l'académie Française de chirurgie.

Président de l'association de chirurgie d'Afrique Francophone (ACAF).

Palme académique du conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur.

Directeur général de l'institut Africain de formation en pédagogie et en recherche, évaluation en science de la santé (IAFPRESS).

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Vos immenses qualités de pédagogue, votre expérience dans la pratique chirurgicale, la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre rigueur,

vos amour du travail presque parfait, nous forcent l'estime et l'admiration.

Vous avez fait grandir en nous le désir de devenir médecin à votre image.

Nous sommes fier de compter parmi ceux combien nombreux dont vous guidez les premiers pas et qui pour faire honneur, n'aspirent qu'à œuvrer à

vos côtés afin procurer davantage de santé aux populations de ce pays.

ABREVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire
Cm : Centimètre
DIT : Di iodo tyroxine
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d' Odonto-Stomatologie
g : Gramme
G : Gauche
Ht : Haut
µg: Micro gramme
mm :millimètre
mmol/l : millimole par litre
MIT : Mono iodo tyrosine
N : Nombre
NB : noté bien
P : Probabilité
Post : Postérieure
T3 : Tri iodo thyroxine
T4 : Tétra iodo thyroxine
TBA : Thyroxine binding albumine
TBG : Thyroxine binding globuline
TBPA: Thyroxine binding pre albumin
99m Tc: Technétium 99 métastable
Tg: thyroglobuline
TRH : thyrotropin releasing hormone
TSH: Thyro stimulating hormone
VIH: Virus immun huminodéficiente
VS: Vitesse sédimentation

SOMMAIRE.

	Pages
I.INTRODUCTION.....	1
2.GENERALITES	3
2.1. Définition :.....	3
2.2. Intérêt.....	3
2.3. Anatomie	3
2.4. Embryologie.....	11
2.5. Physiologie :.....	12
2.6. Pathogénie	14
2.7. Signes :.....	15
2.8.Diagnostic :.....	18
2.9. Traitement :.....	20
3. METHODOLOGIE :.....	22
4. RESULTATS :.....	24
5. COMMENTAIRES ET DISCUSION :.....	49
6. CONCLUSION ET RECOMMADATIONS :.....	56
Annexes	
REFERENCES BIBLOGRAPHIQUES.....	57
Fiche d'enquête.....	61
Résumé	65
Serment d'HYPOCRATE.....	66

INTRODUCTION

Une strumite est une inflammation de la glande thyroïde accompagnée des signes infectieux survenant sur un goitre sous-jacent [1].

La strumite a été décrite pour la première fois par Théodore Kocher en 1879 comme étant une inflammation de goitre, mais il n'apporta cependant aucune preuve expérimentale [1].

C'est une maladie rare, sa fréquence n'est pas bien connue. Elle touche aussi bien l'homme que la femme. Sa pathogénie n'est pas bien connue en dehors d'un foyer infectieux et le goitre par le remaniement tissulaire pourrait être à son origine [2].

Négligée, cette affection est susceptible de se compliquer [3]. Traitée tôt l'évolution se fait vers la guérison; sans traitement elle abouti à la formation d'un abcès. A ce stade le traitement repose sur la lutte anti-infectieuse par l'incision et drainage.

L'hypertrophie du corps thyroïdien est une affection fréquente dominée par le goitre endémique qui touche environ 1,6 milliards de personnes dans le monde [4].

Aux Amériques : Il existe 60 millions de goitreux en Amérique latine [4].

En Asie : L'Indonésie compte 100 millions de goitreux, la Chine 400 millions et l'Inde 400 millions [4].

En Europe : 97 millions de goitreux ont été recensés en 1992. Dans les pays ne bénéficiant pas d'une prévention iodée (Europe du Sud, centrale et de l'Est) la prévalence du goitre pouvait dépasser 50 % dans certaines régions [4].

En Afrique : Plus de 100 millions de personnes en sont atteintes. Et les pays les plus touchés sont : le Mali, le Cameroun, la République démocratique du Congo, la Zambie, la Tanzanie, le Soudan, le Burkina Faso, le Madagascar. A Gourma au Burkina Faso la prévalence du goitre endémique était de l'ordre de 70-90% sur 355 patients examinés pris au hasard [5].

Au Mali : Le goitre endémique a une prévalence variant de 50 à 70 % selon les régions [6]. Yéna [7], a trouvé une fréquence de 2,24 % de strumite chez les malades porteurs de goitre d'aspect bénin au cours de l'évaluation de la chirurgie du goitre dans le service de chirurgie « B » à l'Hôpital National du Point "G" en 1989. Vita [8] en 1998 a trouvé que la strumite représente 0,16 % des consultations et 0,48 % des interventions chirurgicales en chirurgie « B » à l'Hôpital National du Point "G".

Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet que ce soit en Occident ou en Afrique. Au Mali une étude a été effectuée sur la strumite par Vita en 1998. Cette étude qui a été une première au Mali a porté sur 26 cas en 14 ans ; donc un nombre assez réduit. Il nous est paru utile d'entreprendre ce travail sur 27 ans afin d'étudier la fréquence de cette affection en nous fixant les objectifs suivants :

L'objectif général était :

- Etudier la strumite dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point "G".

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Déterminer la fréquence des strumites dans le service de chirurgie « B ».
- Décrire le tableau clinique des strumites dans le service de chirurgie « B ».
- Décrire les méthodes de traitement de la strumite dans le service de chirurgie « B ».
- Evaluer le devenir des malades atteints de strumite à court, moyen et long terme dans le service de chirurgie « B ».

2.GENERALITES :

2.1. Définition : [1 ; 9]

Le terme strumite désigne toute atteinte inflammatoire accompagnée des signes infectieux survenant sur un goitre sous-jacent. Elle se distingue des thyroïdites qui sont les états inflammatoires atteignant un corps thyroïde antérieurement sain.

2.2. Intérêt :

C'est une maladie rare, sa fréquence n'est pas bien connue. Elle représente 2,24 % des malades porteurs de goitre d'aspect bénin[7]. La fréquence de l'atteinte thyroïdienne de la tuberculose est estimée à 0,1–0,4 % de toutes les localisations de la maladie[10].

2.3. Anatomie : [11]

2.3.1. Anatomie macroscopique

2.3.1.1 Morphologie et aspect de la thyroïde :

La forme de la thyroïde saine est très variable selon le sujet :

Vue en antérieur, elle représente un « h » majuscule dont les deux jambages seraient inclinés en bas et en dedans, tandis que la barre transversale serait abaissée. Les jambages représentent les lobes, la barre transversale l'isthme. Du bord supérieur de l'isthme part chez les trois quarts des individus un prolongement long et grêle; qui se porte en haut sur la face antérieure du larynx, c'est la pyramide de Lalouette ou lobe pyramidal.

Sur une coupe transversale, le corps thyroïde représente un fer à cheval dont la concavité en arrière embrasse la trachée et l'œsophage. Les dimensions moyennes du corps thyroïde sont les suivantes : 5 cm de hauteur, 7cm de largeur, 5mm d'épaisseur au niveau de l'isthme et 15 à 20mm au niveau des lobes ; et à un poids de 25 à 30 grammes avec des extrêmes allant de 10 à 60 grammes. La glande est moins développée chez l'homme que chez la femme.

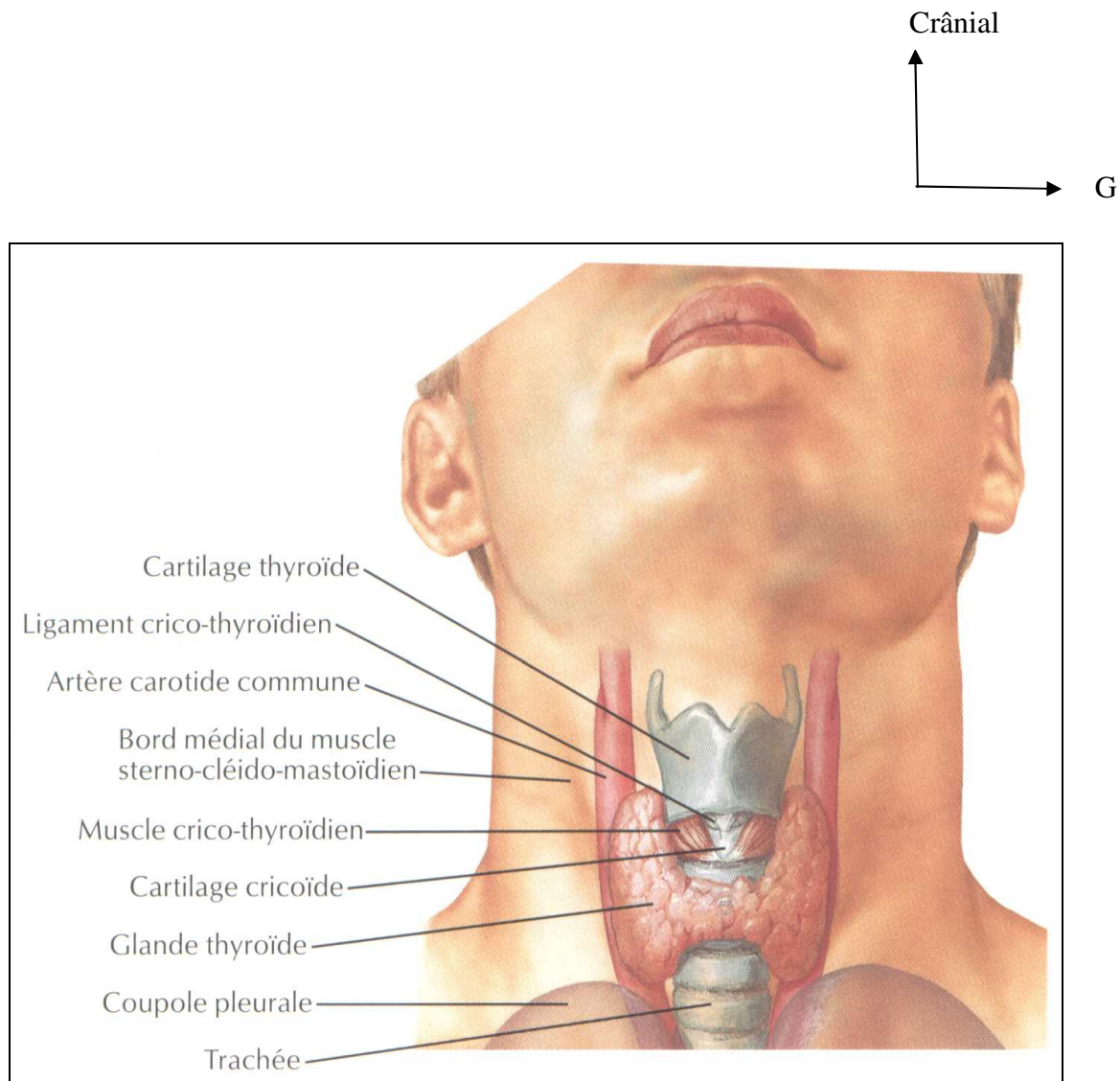


Figure 1 : situation de la glande thyroïde dans le cou [12]

2.3.1.2. Moyens de fixité de la thyroïde :

La glande est située à la face antérieure du cou, à l'union de son 1/3 inférieur avec ses 2/3 supérieurs. Elle est en avant et sur les côtés du larynx et de l'œsophage encadré entre les deux régions carotidiennes. Elle est maintenue en place :

Par une enveloppe fibro-conjonctivale émanée des aponévroses cervicales.

Par des ligaments médians et latéraux ; sortent de tractus fibreux courts et serrés qui la fixent au cartilage thyroïde ; c'est grâce à ces ligaments que la thyroïde se déplace avec les mouvements de la trachée et les mouvements de la déglutition.

2.3.1.3. Les rapports de la thyroïde :

Ils sont multiples, on retiendra essentiellement :

2.3.1.3.1. La loge thyroïdienne :

Elle est dans une gaine, à l'intérieur de laquelle, elle est entourée d'une capsule bien individualisée. La gaine et la capsule sont séparées par un espace cellulaire, constituant un plan de clivage, qui permet de séparer le corps thyroïde de sa gaine. Ce plan de clivage est net en avant et en dehors, limité en arrière par l'adhérence de la glande à la trachée et aux pédicules vasculaires et nerveux.

2.3.1.3.2. Les rapports à l'intérieur de la gaine :

Ce sont essentiellement le nerf laryngé récurrent, les parathyroïdes et les vaisseaux de la thyroïde.

Le nerf laryngé récurrent est classiquement plus superficiel à droite qu'à gauche. Il monte dans le sillon trachéo-œsophagien en longeant la partie postérieure de la face latérale de la trachée. On lui distingue trois segments : En dessous du ligament médian (ligament de Grubler) il rentre en rapport avec la face postérieure du lobe latéral où il croise les branches de l'artère thyroïdienne inférieure de façon très variable, tronculaire ou ramifiée. Là il est rétrovasculaire, intermédiaire ou prévasculaire.

Au niveau du ligament médian, il est profondément situé au contact du bord postérieur du lobe latéral.

Dans son segment terminal, il se dégage du lobe latéral et disparaît sous le constricteur inférieur du pharynx.

Les parathyroïdes, elles ont un rapport étroit avec la thyroïde. Ce sont de petites glandes endocrines situées sur la face postérieure du lobe latéral. Elles sont doubles de chaque côté et sont symétriques. Elles sont en dehors de la capsule, mais à l'intérieur de la gaine, elles mesurent 8-9 mm de long, 4-5 mm d'épaisseur.

Les supérieures sont inconstantes dans leur siège et se trouvent sur le bord postéro interne des lobes latéraux et au dessus du point de pénétration de l'artère thyroïdienne supérieure.

Les inférieures sont constantes sur le même bord postéro interne en dehors des nerfs laryngés récurrents, au dessous de la terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure.

2.3.2. Anatomie microscopique :

La glande thyroïde est enveloppée d'une capsule bien individualisée fait d'un tissu conjonctif qui envoie par sa face profonde des prolongements à l'intérieur de la glande, qui se trouve ainsi divisée en lobule.

Le parenchyme thyroïdien est formé de lobules résultant de la coalescence des follicules thyroïdiens (ou vésicules thyroïdiennes). Les follicules thyroïdiens constituent l'unité fonctionnelle de la thyroïde. Ils sont grossièrement sphériques d'un diamètre de 300 microns environ. Les espaces inter folliculaires sont remplis de tissus conjonctifs, contenant un réseau dense de capillaires sanguins.

Chaque vésicule est une sphère creuse, dense, formée d'une assise de cellules épithéliales : les thyrocytes limitant une cavité centrale remplie de substance colloïdale. La colloïde dans laquelle sont stockés les hormones thyroïdiennes est un gel semi visqueux contenant de la thyroglobuline (Tg) et d'autres protéines iodées. Normalement les cellules thyroïdiennes sont grossièrement cubiques. Leurs morphologies changent selon l'état de stimulation et d'activité du follicule. Les cellules d'un follicule au repos sont aplaties avec une grande cavité centrale et une accumulation de colloïde. Lorsque le follicule est soumis sous la stimulation de la TSH, les cellules augmentent de hauteur, prennent un aspect « palissadique » et la taille de la cavité se réduit.

Les follicules d'une même thyroïde sont très Hétérogènes en taille et en activité.

L'activité fonctionnelle de la thyroïde commence vers la fin de la 12^{ème} semaine de vie embryonnaire, quand deviennent visibles les premiers follicules remplis de colloïde.

La thyroïde renferme d'autres types de cellules, autres thyrocytes, les C qui représentent 1 à 2 % de l'ensemble des cellules thyroïdiennes réparties, soit

entre la membrane et sécrètent la thyrocalcitonine, ainsi que de nombreux autres peptides.

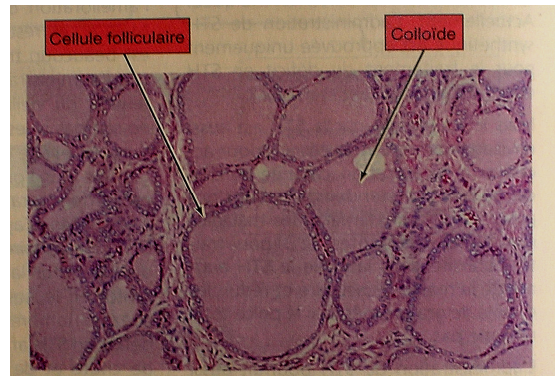


Figure 2: Anatomie microscopique de la thyroïde [13]

2.3.3. Vascularisation et innervation :

2.3.3.1. Artérielle :

La vascularisation artérielle de la thyroïde est l'une des plus importantes de l'organisme : 3(trois) fois celle du cerveau et 6(six) fois celle du rein.

Elle est assurée par l'artère thyroïdienne supérieure, inférieure une de chaque côte et une artère thyroïdienne moyenne, unique, grêle et inconstante.

-l' artère thyroïdienne supérieure : branche de la carotide externe, aborde le lobe latéral dans sa partie supérieure et se divise soit au contact de la glande soit à distance en 3(trios) branches : interne, externe et postérieure.

-l'artère thyroïdienne inférieure : branche la plus interne du tronc thyro-cervical née de l'artère sous claviculaire se divise à la face postérieur du pôle inférieur du lobe en 3(trois) branches : interne, postérieure et externe. Elle rentre en rapport avec le nerf laryngé récurrent et les parathyroïdes.

-l' artère thyroïdienne ima ou moyenne (artère de Neubauer) inconstante et unique. Elle naît de la crosse aortique ou le tronc brachio-céphalique et se termine dans l'isthme.

2.3.3.2. Les veines :

Trois systèmes veineux principaux drainent le sang de la thyroïde et forment à sa surface un riche plexus, se sont :

-La veine thyroïdienne supérieure, satellite de l'artère homologue, se jette soit directement dans la jugulaire interne, soit par l'intermédiaire du tronc thyro-lingo-facial.

-Les veines thyroïdiennes moyennes, qui sont collatérales à la jugulaire interne.

-Les veines thyroïdiennes inférieures, qui se jettent dans le tronc veineux brachio-céphalique gauche.

2.3.3.3. Les lymphatiques :

Dans l'ensemble, les troncs collecteurs lymphatiques du corps thyroïde sont satellites des veines thyroïdiennes.

-Les collecteurs supérieurs et latéraux, dont les uns vont aux nœuds lymphatiques cervicaux profonds supérieurs de la chaîne jugulaire interne.

-Les collecteurs inférieurs et postérieurs gagnent la chaîne récurrentielle. Il existe par ailleurs des connections sans relais ganglionnaires entre le réseau thyroïdien et plexus muqueux de la trachée. Elles rendent compte de l'envahissement trachéal dans certains cancers. Il existe aussi une possibilité de drainage croisé.

Crânial

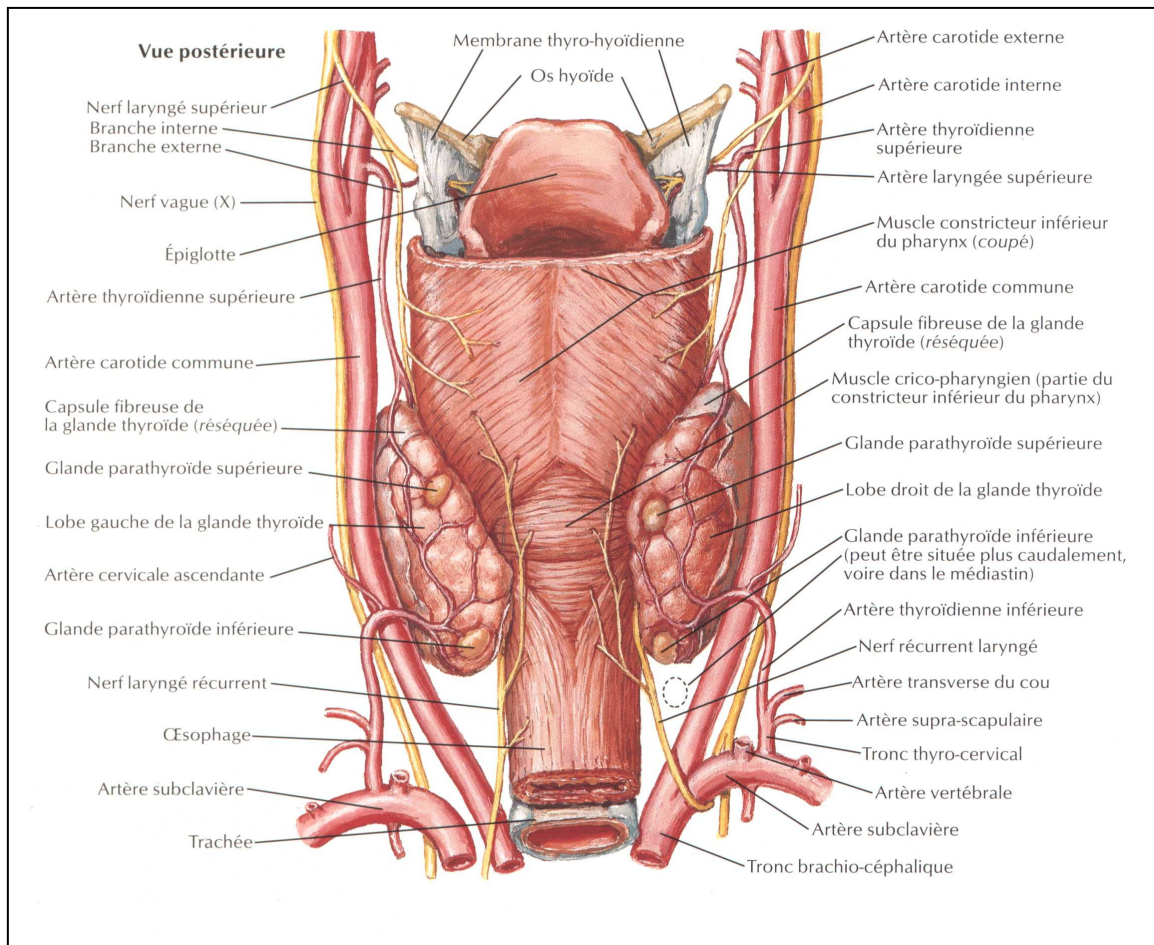
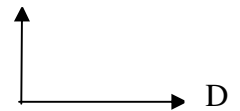


Figure 3 : Vue postérieure de la glande thyroïde [12]

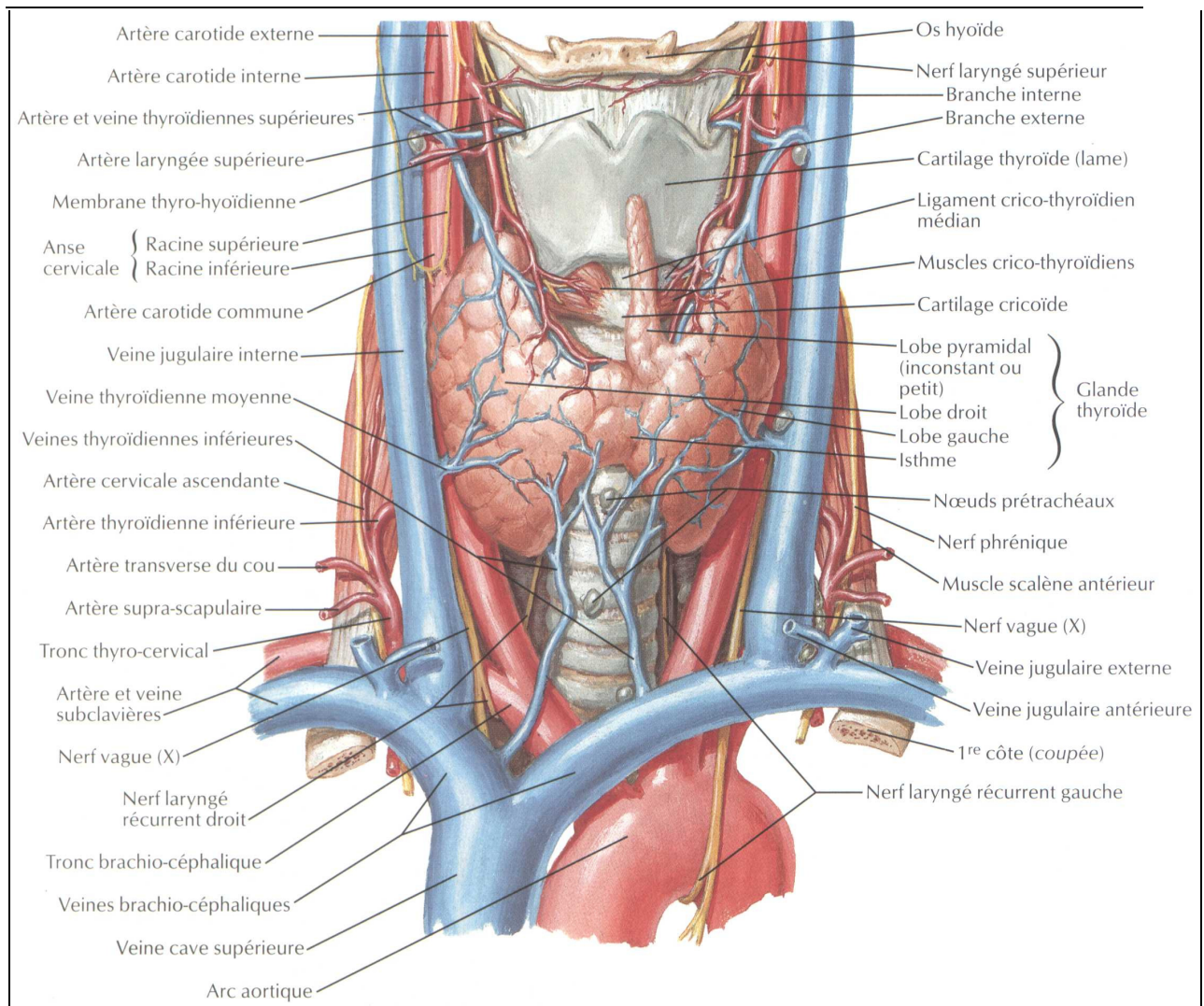
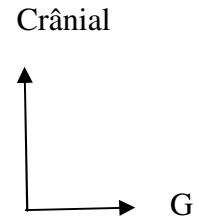


Figure 4: vue antérieure de la glande thyroïde [12]

2.3.3.4. Les nerfs de la thyroïde :

Deux réseaux nerveux innervent le corps thyroïde :

Le réseau parasympathique, par les filets de nerfs laryngé supérieur et récurrent.

Un réseau sympathique, par les rameaux vasculaires des nœuds cervicaux profonds (supérieur et moyen) accompagnant les artères thyroïdiennes inférieure et supérieure.

2.4. Embryologie :

La thyroïde est d'origine chordo-mésoblastique ou endoblastique, qui s'insinue entre les deux feuillets déjà différenciés, ectoblaste et l'endoblaste.

L'ébauche de la thyroïde apparaît à la troisième semaine de vie embryonnaire vers le 17^{ème} jour, à partir d'un épaississement du plancher de larynx primitif entre la 1^{ère} poche et la 2^{ème} poche brachiale. Elle gagne sa place définitive à la 7^{ème} semaine, en avant de la trachée. Sa migration crée un pédicule creux, la reliant au plancher de l'intestin appelé canal thyroéglosse. Puis la glande s'étale transversalement en deux lobes latéraux réunis par un isthme sous la forme d'un « y » renversé.

Le reste du canal s'obstrue et forme le tractus thyroéglosse, qui normalement régresse en totalité. Dans certains cas, il peut persister partiellement et être à l'origine de kystes médians du cou, appelés kystes du tractus thyroéglosse. Le point de départ du tractus thyroéglosse laisse à la base de la langue une dépression appelée foramen caecum et sa terminaison donnera naissance au lobe pyramidal ou pyramide de Lalouette. Chez le fœtus la thyroïde est en place vers la 10^{ème} semaine de vie et est capable de synthétiser des hormones thyroïdiennes. L'une des anomalies les plus fréquentes de la migration de l'ébauche thyroïdiennes est l'ectopie thyroïdienne, tels tissus thyroïdiens aberrants cervicaux, thoraciques ou ovariens.

2.5. Physiologie : [11]

La glande thyroïde a pour rôle de synthétiser, stocker, libérer en fonction des besoins périphériques les hormones thyroïdiennes.

Chez le fœtus et le nourrisson les hormones thyroïdiennes jouent un rôle fondamental dans le développement du système nerveux central et la croissance.

Chez l'adulte elles augmentent le métabolisme général, stimulent les systèmes cardiovasculaire, neuromusculaire et végétatif.

2.5.1. Biosynthèse :

2.5.1.1. La glande thyroïde et l'iode :

Chez l'homme soumis à un régime iodé normal la glande pèse en moyenne 15 à 20 g, soit sensiblement 0,03 % du poids corporel. Son poids varie beaucoup avec l'âge et surtout l'alimentation. La glande renferme un ensemble de vésicules closes : les follicules ou acini, dont la paroi est constituée d'un épithélium continu, cubique qui entoure la colloïde, laquelle renferme la quasi-totalité de l'iode thyroïdien. Les acini constituent l'unité sécrétoire de la thyroïde.

L'alimentation apporte l'iode sous forme minérale et organique. Après sa transformation en iodure, il est absorbé par le tractus gastro-duodenal, d'où il passe dans le sang, avant d'être extrait par la glande au sein de laquelle s'effectue la synthèse des hormones iodées.

Le besoin journalier minimum de l'homme est d'environ de 125 µg (microgramme) d'iode.

2.5.1.2. La captation des iodures :

La fixation thyroïdienne des iodures a été étudiée in vivo et in vitro. Il y a deux mécanismes de captation de l'iodure.

L'un correspond à une simple diffusion. Il est physiologiquement négligeable.

L'autre correspond à un transfert actif par lequel la glande accumule l'iode.

Puisqu'il intervient aussi au niveau d'autres organes.

Cependant le corps thyroïde concentre non seulement l'iode minéral, mais aussi, bien que plus faiblement d'autres éléments parmi lesquels le brome (Br-), le technétium, le rhénium...

Ces réactions de fixation des iodures et divers anions, font intervenir de l'énergie, ATP (adénosine triphosphate)

2.5.1.3. L'oxydation de l'iodure et l'iodation de la thyroxine :

L'oxydation de l'iodure en iode actif se fait sous l'influence d'un enzyme qui est la peroxydase stimulée par la TSH.

L'iodation se fait à partir de l'iode organique pour former successivement la monoiodothyroxine (MIT) et la Di-iodothyroxine (DIT).

2.5.1.4. La thyroxinogénèse.

La biosynthèse des iodothyronines aux dépens des iodothyrosines se ramène à plusieurs éventualités.

-La tétra-iodo thyroxine (T4) résulterait du couplage de deux molécules de di-iodo thyroxines (DIT).

-La tri-iodo thyroxine (T3) dériverait de la condensation d'une molécule de MIT.

A l'équilibre, les proportions des divers acides aminés iodés, bien que variables, sont pour la MIT 7 %, la DIT 45 %, la T4 45 % et 3 % pour la T3.

Les hormones thyroïdiennes circulent dans le sang, en grande partie, liées par une liaison réversible à des protéines plasmatiques, qui leur permettent d'atteindre leur site d'action. Ces protéines porteuses sont au nombre de trois :

-La TGB (thyroxin binding globulin) globuline liée à la T4.

-La TBPA (thyroxin binding pre albumin).

-La TBA (thyroxin binding albumin).

2.5.1.5. Régulation :

La régulation de la sécrétion des hormones thyroïdiennes est assurée principalement par la TSH (Thyreostimulating-Hormone). La TSH est une hormone sécrétée par l'antéhypophyse et qui est sous la dépendance de la TRH (Thyrotropin Release hormone) sécrétée au niveau de l'hypothalamus.

La TSH est réglée par la sécrétion des hormones thyroïdiennes, par un mécanisme de « feed- back » : rétrocontrôle.

Ainsi, une augmentation des concentrations sanguines de T4 et ou de T3 diminue la sécrétion de la TSH ; une diminution de la T4 et ou de la T3 augmente la sécrétion de la TSH.

Le principal facteur de contrôle de sécrétion de TSH est la TRH.

En outre il existe d'autres facteurs de régulation tels que le système enzymatique propre à la thyroïde, capable aussi de stimuler l'hormonogénèse.

2.6. Pathogénie :[2]

La rareté de l'infection de la thyroïde a été attribuée à l'unique isolation anatomique de la glande et à son riche système de drainage de sang et de la lymphe [10 ; 14]. La haute teneur d'iode dont bénéficie la glande thyroïde exerce un rôle protecteur contre l'infection [2 ; 14 ; 15].

L'infection est causée par des agents bactériens (germes pyogènes ou mycobactéries). Les plus fréquents sont le staphylocoque doré, le streptocoque β hémolytique, pneumocoque et parfois des salmonelles, des colibacilles et des germes anaérobies provenant de la flore buccale ou de la sphère génitale, urinaire ou digestif.

La présence d'un foyer infectieux même a été évoquée comme facteur prédisposant [2 ; 14].

L'infection via la voie lymphatique avait été suggérée par certains auteurs, pendant que d'autres avaient favorisés la possibilité d'une infection hématogène [2].

Le rôle de goitre dans la pathogénie de strumite n'est pas bien connu mais son existence est un facteur déterminant [2 ; 3].

2.7. Signes :

2.7.1. Forme typique :

Abcès thyroïdien collecté encore dénommée strumite abcédée, est une atteinte infectieuse rare du tissu thyroïdien généralement d'origine bactérienne.

2.7.2. Circonstance de découverte :

L'attention est attirée sur le corps thyroïde soit par des signes locaux au niveau de la région cervicale antérieure, soit par des signes généraux traduisant l'inflammation causale et son éventuel retentissement endocrinien.

2.7.3. Signes fonctionnels :

C'est avant tout un goitre ancien ayant augmenté récemment de volume, parfois d'apparition récente, indolore au début, accompagné des signes de retentissement thyroïdien. Il peut s'agir de signes discrets évocateurs d'une hyperthyroïdie : thermophobie, palpitation, nervosité, hypersudation, crampes musculaires, amaigrissement parfois c'est l'aspect évoquant hypothyroïdie : frilosité, constipation, modification cutaneo phanérienne, ralentissement idéomoteur.

Plus tard des signes inflammatoires locaux s'y associent.

Son installation est marquée par des douleurs cervicales antérieures, d'apparition spontanée, très intense, permanente, irradiant vers les mâchoires et les oreilles.

Cette douleur est exacerbée par la pression et limite la déglutition et les mouvements du cou.

Des signes de compression des organes de voisinage tels que dysphonie, dysphagie haute, exceptionnellement dyspnée peuvent être notées.

2.7.4. Signes physiques :

Il s'agit d'un goitre en règle douloureux, spontanément et à la palpation, de consistance indurée et ou fluctuante dans un contexte infectieux.

Des complications cutanées en regard de la tuméfaction sont observées à savoir rougeur chez le sujet à peau claire et augmentation de la chaleur locale.

On peut parfois observer des adénopathies satellites de caractère inflammatoire.

2.7.5. Examens complémentaires :

2.7.5.1. Dosage hormonal :

Le taux des hormones thyroïdiennes est normal, sauf dans les cas où l'hyperthyroïdie ou l'hypothyroïdie observée dépend, soit de la nature de la pathologie thyroïdienne préexistante, soit de la sévérité du syndrome infectieux. Ce dysfonctionnement est transitoire.

2.7.5.2. Scintigraphie thyroïdienne :

La traduction scintigraphique de la strumite est très diverse pouvant aller d'un aspect normal jusqu'à l'aspect hétérogène. Avec le Tc 99m qui est l'isotope le plus couramment utilisé en raison de ses avantages on observe une zone hypofixation au sein d'une glande de fixation modérée.

2.7.5.3. Numération formule sanguine et vitesse de sédimentation :

Elle montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La mesure de la vitesse de sédimentation reste le test le plus habituellement utilisé pour déceler une réaction inflammatoire. Toute infection peut s'accompagner d'un syndrome inflammatoire, mais une vitesse de sédimentation normale ne permet pas d'éliminer une infection évolutive. L'abcès est parmi les causes infectieuses les plus fréquentes à l'origine

d'élévation de la vitesse de sédimentation. La vitesse de sédimentation est accélérée dans tout les cas.

2.7.5.4. Examen bactériologique :

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des germes responsables lors de l'examen bactériologique de pus recueillis par la ponction ou par le drainage.

2.7.5.5. Echographie thyroïdienne :

Elle montre une hypoéchogénicité plus généralisée, mais respectant toujours des territoires sains. Elle confirme la présence d'épanchement liquidien.

2.7.6. Evolution et complication :

L'évolution sous antibiotique au stade du début se fait vers la guérison sans séquelle. Non traitée, elle peut se fistuliser à la peau ou comprimer et s'étendre aux organes de voisinage.

2.8. Diagnostic :

2.8.1. Diagnostic positif :

Le goitre est en règle douloureux, spontanément et à la palpation, de consistance indurée et ou fluctuante dans un contexte infectieux. Dans certains cas par la présence d'une tuméfaction antéro cervicale fistulisée à la peau avec écoulement de pus.

2.8.2. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel comporte toutes les masses antéro cervicales inflammatoires :

2.8.2.1. La thyroïdite sub aigüe de De Quervain :

Ici la symptomatologie est précédée d'un épisode de pharyngite. Il s'agit d'une douleur d'apparition progressive et siégeant dans la région thyroïdienne, irradiant vers l'angle de la mâchoire, les oreilles.

L'examen retrouve un goitre diffus ou localisé, douloureux, de consistance ferme.

L'examen anatomopathologique met en évidence une infiltration des follicules par les cellules de type mononucléaires. A la longue les follicules présenteront un noyau central de colloïde entouré par les cellules géantes polynucléaires. L'ensemble donne un aspect granulomateux caractéristique.

2.8.2.2. La thyroïdite lymphocytaire d'Hashimoto :

Elle atteint presque exclusivement la femme dans 90 % des cas. Il s'agit de goitre augmentant rapidement de volume, douloureux à la palpation, de consistance ferme, surface lisse.

Le diagnostic repose sur l'augmentation des taux d'anticorps anti-thyroglobuline et l'examen anatomopathologique met en évidence une importante infiltration lymphoïde sous forme d'îlots à centre clair.

2.8.2.3. Abscesses thyroïdiennes récidivantes de l'enfant :

Il s'agit d'une tuméfaction latéro- cervicale le plus souvent à gauche, récidivante, accompagnée de signes inflammatoires et infectieux, de consistance fluctuante précédée d'une angine.

L'échographie confirme l'existence d'une collection liquidienne. La laryngo-hypopharyngoscopie montre un orifice au fond du sinus piriforme homolatéral à la lésion.

Le traitement doit faire appel à l'exérèse de la malformation et fermeture de la communication anormale après avoir incisé et drainé l'abcès.

2.8.2.4. Tumeurs malignes de la thyroïde :

Il s'agit d'un goitre ou d'un nodule isolé augmentant de volume, de consistance ferme dure ou pierreuse, douloureuse à la palpation, souvent fixée aux structures voisines si bien qu'il se déplace peu au moment de la déglutition. On note la présence d'adénopathies cervicales et des signes de compression cervicale.

Le diagnostic est évoqué par la clinique et confirmé par l'examen anatomopathologique.

2.8.3. Diagnostic étiologique :

Ponction aspiration permettait, au moment de leur admission, ou lors du drainage de réaliser des prélèvements de pus à visée bactériologique pour le diagnostic étiologique.

2.9. Traitement :

2.9.1. But :

Lutter contre l'infection et l'inflammation en diminuant les signes locaux tels que douleur, l'hyperthermie

2.9.2. Moyens : Sont

- Médicaux
- Chirurgicaux

2.9.3. Méthodes :

2.9.3.1. Méthodes médicales :

Le traitement repose sur l'administration d'antibiotiques à fortes doses par voie générale, aux quels on peut associer des anti-inflammatoires. Ils améliorent rapidement les manifestations cliniques mais ne modifient pas l'évolution de l'affection sous-jacente.

Ce traitement doit être réservé au stade initial de la maladie.

2.9.3.2. Méthodes chirurgicales :

Toute strumite au stade d'abcès diagnostiqué, doit être considéré comme une urgence et incisé immédiatement afin d'éviter les complications. L'antibiothérapie à visée curative est inefficace, elle peut parfois freiner momentanément l'évolution, mais favoriser probablement aussi l'extension à bas bruit [16]. L'emploi des antibiotiques est donc rejeté formellement. Il faut intervenir le plus rapidement possible.

Le traitement consiste dans un premier temps à réaliser sous anesthésie générale une cervicotomie antérieure en plein milieu fluctuant, le pus jaillit sous pression et on profitera de cet instant pour faire un prélèvement pour l'examen bactériologique. A l'aide de l'index la cavité est doucement explorée, pour permettre une évacuation complète de pus et un drainage de la cavité, une lame de gant sera laissée en place pendant quelques jours pour permettre l'expression de pus résiduel. Dans les suites opératoires l'antibiothérapie doit être dirigée contre les germes à Cocci gram positif [14],

elle sera ajustée rapidement dès la réception du résultat de l'antibiogramme. L'intervention de la pathologie sous-jacente est référée après cicatrisation de la plaie, ce qu'on appelle l'intervention à deux temps.

2.9.4. Indications :

Stade de début : traitement médical.

Stade d'abcès : traitement chirurgical.

2.9.5. Pronostic :

Le pronostic est généralement bon grâce au traitement général et local : il est seulement déterminé par la sévérité de la maladie primitive.

3. METHODOLOGIE :

3.1. Type , période et lieu d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de Janvier 1983 à Décembre 2009 (soit 27 ans). Il s'agissait d'une compilation d'anciens dossiers des malades ayant consulté dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point "G" et souffrant de strumite.

3.2. Les critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude tout les patients ayant consulté pour tuméfaction antéro-cervicale chez qui le diagnostic d'une strumite a été posé par les moyens cliniques, complété par des examens paracliniques. Les patients ayant consulté pour tuméfaction antéro-cervicale chez qui la présence de pus a été constaté en per opératoire ont également été pris en compte.

3.3. Les critères de non inclusion :

Les malades ayant consulté dans le service de chirurgie « B » pour tuméfaction antéro cervicale sans signe de collection purulente et dont l'intervention chirurgicale n'a pas trouvé de pus n'ont pas été inclus. Les dossiers inexploitable ont été également mis à l'écart.

3.4. L'enquête :

3.4.1. La phase de conception et de confection de la fiche enquête :

Nous avons élaboré une fiche comprenant 80 variables réparties en 5 rubriques :

- Une partie administrative :

Permettant de collecter les renseignements sur l'état civil du patient et son adresse.

- Une partie clinique :

Comprenant =

- les signes d'infection.
- les signes d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie.
- les signes de compression.
- une partie para clinique : le dosage hormonal, la scintigraphie, l'échographie, la bactériologie, la numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation.
- Une partie thérapeutique : médicale et chirurgicale.
- Une partie évolutive.

3.4.2. L'étape de collecte des données :

Les données ont été collectées à partir des dossiers, des registres de consultation et des registres de compte rendu opératoire des malades qui ont été vus en consultation dans le service de chirurgie « B » et présentant une strumite qu'ils soient opérés ou non.

3.4.3. La phase d'enquête sur le terrain :

L'enquête sur le terrain avait pour but de retrouver tous les malades à domicile ou les personnes –contact résidant à Bamako .

Nous avons fait du porte à porte dans la zone ou dans le quartier indiqué dans les cas où l'adresse n'a pas été précisée.

Lorsque l'intéressé ou la personne "contact " résidait hors de Bamako nous nous sommes limités aux renseignements contenus dans le dossier.

3.4.4. La phase de saisie et d'analyse des données :

La saisie des données a été effectuée par nous mêmes sur le logiciel Epi info et SPSS .

Les tests statistiques utilisés ont été le test Khi2 et le test exact de Fischer pour les petits effectifs. La différence était statistiquement significative si $p \leq 0,05$.

4. RESULTATS :

4.1. Aspects épidémiologiques :

Nous avons recensé 47 cas de strumite en 27 ans soit une moyenne de 1,74 cas/an $\pm 1,85$.

Le sexe féminin a représenté 74,5 % de nos malades.

Le sex-ratio a été de 2,91 en faveur des femmes.

La tranche d'âge [46-60] ans était la plus représentée avec 29,8 %, l'âge moyen était de 43,74 ans $\pm 17,46$.

L'âge moyen des femmes a été de 44,71 ans $\pm 17,88$, avec des extrêmes de 15 et 89 ans. Chez l'homme l'âge moyen a été 41,31 ans $\pm 16,31$, les extrêmes de 15 et 70 ans.

Les pathologies thyroïdiennes ont représenté 8,1 % des consultations (N=3134).

Les pathologies thyroïdiennes ont représenté 14,6 % de l'ensemble des interventions chirurgicales (N=1603).

La strumite a représenté 0,12 % des consultations et 0,39 % des interventions chirurgicales. Elle a représenté 1,49 % de l'ensemble des consultations pour la pathologie thyroïdienne et 2,74 % de l'ensemble des actes chirurgicaux sur la thyroïde.

4.1.2. Répartition des malades selon l'ethnie :

Dans notre série les Bambaras ont représenté 44,8 % des cas ,suivi des Malinkés avec 19,1 %.

7.1.3. Répartition des malades selon la principale occupation :

Tableau I : Répartition des malades selon la principale occupation :

Principale occupation	Effectif	Pourcentage
Ménagère	34	72,4
Cultivateur	6	12,8
Commerçant (e)	3	6,4
Fonctionnaire	1	2,1
Berger	1	2,1
Elève	1	2,1
Autres	1	2,1
Total	47	100

Les ménagères ont été les plus nombreuses avec 72,4 % des cas.

4.1.4. Répartition des malades selon la résidence :

Tableau II : Répartition des malades selon la résidence des malades :

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	18	38,3
Koulikoro	11	23,4
Segou	7	14,9
Sikasso	5	10,7
Kayes	4	8,5
Mopti	1	2,1
Tombouctou	1	2,1
Total	47	100

La résidence des malades était Bamako pour 38,3 %.

4.1.5. Répartition des malades selon mode le recrutement :

Nous avons reçu 61,7 % de nos malades en consultation ordinaire et 38,3 % en urgence.

4.1.6. Répartition des malades selon la fréquence :

Tableau III : Fréquence des strumites selon les années :

Année	Effectif	Pourcentage
1983	1	2,1
1984	0	0
1985	0	0
1986	0	0
1987	2	4,2
1988	0	0
1989	0	0
1990	3	6,4
1991	1	2,1
1992	1	2,1
1993	6	12,8
1994	3	6,8
1995	3	6,4
1996	6	12,8
1997	1	2,1
1998	3	6,4
1999	5	10,7
2000	2	4,2
2001	0	0
2002	1	2,1
2003	2	4,2
2004	1	2,1
2005	2	4,2
2006	0	0
2007	0	0
2008	0	0
2009	4	8,5
Total	47	100

Nous avons reçu en moyenne 1,74 cas/an.

4.1.7. Répartition des malades en fonction du mode d'orientation :

Tableau IV : Répartition des malades selon la référence :

Référence	Effectif	Pourcentage
Médecin	24	51,1
Venu de lui-même	21	44,7
Infirmier	2	4,2
TOTAL	47	100

Les malades étaient adressés par des médecins dans 51,1 % des cas. A noter que 21 malades (soit 44,7 %) étaient venus d'eux-mêmes.

4.2. Aspects cliniques :

4.2.1. Répartition des malades selon le motif de consultation :

La tuméfaction antéro cervicale a été le motif de consultation pour tous les malades (soit 100 %). Elle était douloureuse dans 57,4 %, non douloureuse dans 30,1 % et fistulisée avec suppuration dans 8,5 %.

4.2.2. Répartition des malades selon la durée d'évolution du goitre :

Tableau V : Répartition des malades selon la durée d'évolution du goitre (en année) :

Durée d'évolution du goitre (en année)	Effectif	Pourcentage
< 1	9	19,2
[1 - 5]	10	21,3
[6 - 10]	8	17
[11 - 15]	5	10,6
[16 - 20]	5	10,6
> 21	10	21,3
Total	47	100

Les goitres avaient évolués depuis plus de 5 ans dans 59,5 %.

La durée moyenne a été de 14,81 ans \pm 15,24.

La durée d'évolution la plus longue dans notre série était de 70 ans, le goitre évoluait depuis la puberté.

4.2.3. Répartition des malades selon la durée d'évolution de la strumite avant la consultation :

Tableau VI : Répartition des malades selon la durée d'évolution de la strumite avant la consultation (en jours) :

Durée d'évolution avant la consultation (en jours)	Effectif	Pourcentage
[1 - 20]	20	42,6
[21 - 40]	11	23,4
[41 - 60]	11	23,4
[61 - 80]	0	00,0
[81 - 100]	2	4,2
[101 - 120]	3	6,4
TOTAL	47	100

La durée moyenne d'apparition de la strumite avant la consultation en chirurgie « B » était de 36,71 jours \pm 28,33.

4.2.4. Répartition des malades en fonction de la durée entre goitre et strumite :

Tableau VII: Répartition des malades selon la durée d'évolution du goitre et le début de la strumite (en années) :

Durée d'évolution entre goitre et strumite (en année)	Effectif	Pourcentage
≤ 5	21	44,7
[6 - 10]	6	12,8
[11 - 15]	6	12,8
[16 - 20]	3	6,3
≥ 25	11	23,4
Total	47	100

Les malades avaient un goitre d'évolution inférieure à 5 ans avant la strumite dans 44,7 %.

4.2.5.Répartition des malades selon les signes cliniques de l'inflammation :

Tableau VIII : Répartition des malades selon les signes cliniques de l'inflammation .

Signes inflammatoires	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction	47/47	100
Douleur cervicale	44/47	93,6
Chaleur locale	34/47	72,3
Rougeur	Non précisée	000

La tuméfaction était présente dans 100 % des cas suivie de la douleur cervicale dans 93,6 % des cas .

NB : Un malade peut avoir plusieurs signes.

4.2.6.La répartition des malades selon le dysfonctionnement thyroïdien selon la clinique :

L'euthyroïdie clinique a été trouvée chez 35 malades (soit 74,5 %).

12 malades (soit 25,5 %) étaient en hyperthyroïdie clinique.

L'hypothyroïdie clinique n' a pas été observée.

4.2.7. Répartition des malades selon les signes de compression :

Tableau IX : Répartition des malades selon les signes de compression :

Signes de compression	Effectif	Pourcentage
Dysphonie	16/47	34
Dysphagie	13/47	27,6
Dyspnée	12/47	25,5

Sur les 47 cas 20 ne présentaient aucun signe de compression.

NB : Un malade peut avoir plusieurs signes.

4.2.8. Répartition des malades selon le degré de la température corporelle :

Tableau X : Répartition des malades selon la température corporelle :

Température corporelle	Effectif	Pourcentage
$\leq 37,5^\circ$	10	32,3
$> 37,5^\circ$	21	67,7
Total	31/47	100

p : 0,39

La température supérieure $37,5^\circ$ pour 67,7 % des malades.

La température corporelle n'était pas prise où inconnue pour 16 malades.

4.2.9. Répartition des malades selon les dimensions du tour du cou :

Tableau XI: Répartition des malades selon la mesure du tour du cou (en centimètres) :

Tour du cou (cm)	Effectif	Pourcentage
[31 - 40]	17	48,6
[41 - 50]	14	40,0
[51 - 60]	4	11,4
Total	35/47	100

Le tour du cou était précisé chez 35/47 malades, en moyenne 42,66 cm \pm 6,99.

4.2.10. Répartition des malades selon le diamètre de la tuméfaction antéro cervicale :

Tableau XII : Répartition des malades selon le diamètre de la tuméfaction antéro cervicale (en centimètres) :

Diamètre (cm)	Effectif	Pourcentage
[2 - 6]	6	16,8
[7 - 11]	12	33,3
[12 - 16]	12	33,3
[17 - 21]	3	8,3
≥ 22	3	8,3
Total	36/47	100

p = 0,143

Le diamètre était précisé chez 36/47 malades. La valeur moyenne du diamètre de la tuméfaction a été de 15,15 cm ± 8,11.

4.2.11. Répartition des malades selon la consistance de la tuméfaction antéro cervicale :

Tableau XIII : Répartition des malades selon la consistance de la tuméfaction antéro cervicale :

Consistance	Effectif	Pourcentage
Fluctuante	30	63,8
Ferme ou Dure	17	33,2
Total	47	100

p=0,06

La consistance de la tuméfaction était fluctuante dans 63,8 % des cas.

4.2.12. Répartition des malades selon la topographie de la tuméfaction :

Tableau XIV : Répartition des malades selon la topographie de la tuméfaction antéro cervicale :

Topographie	Effectif	Pourcentage
Lobe gauche	19	40,4
Bilatérale	17	36,2
Lobe droit	9	19,1
Isthmique	2	4,3
Total	47	100

p=0,82

Le lobe gauche a été le siège de la tuméfaction dans 40,4 % des cas suivi des deux lobes 36,2 %.

7.2.13. Répartition des malades selon les antécédents médicaux et chirurgicaux :

Tableau XV : Répartition des malades selon les antécédents médicaux et Chirurgicaux :

Antécédents médicaux et chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Sans particularités	32	68,2
Hypertension artérielle	5	10,6
Bilharziose	4	8,5
Cataracte bilatérale	3	6,4
Abcès du bras	1	2,1
Panaris	1	2,1
Ulcère gastrique	1	2,1
Total	47	100

Les malades n'avaient pas de particularités d'antécédents dans 68,2 %.

7.2.14. Répartition des malades selon les pathologies associées :

Dans notre série 6,4 % des patients avaient une pathologie associée à la strumite, soit un cas de kyste de l'ovaire gauche et deux cas de séropositivité au VIH.

7.3. Aspects paracliniques :

7.3.1. Répartition des malades selon le dosage hormonal :

Tableau XVI : Répartition des malades selon le dosage hormonal :

Hormones	T3		T4		TSH	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Euthyroïdie	15	31,9	23	48,9	23	48,9
Hyperthyroïdie	3	6,4	4	8,5	4	8,5
Hypothyroïdie	1	2,1	1	2,1	1	2,1
Non fait	28	59,6	19	40,5	19	40,5
Total	47	100	47	100	47	100

p=0,21

L'euthyroïdie a été trouvée dans 48,9 % des cas dans notre série, suivie d'hyperthyroïdie avec 8,5 % des cas. Le dosage hormonal a été pratiqué dans 59,5 % des cas.

Hyperthyroïdie : C'est l'ensemble des troubles au niveau des tissus cibles liées à une hypersécrétion non freinable des hormones thyroïdiennes iodées : la Tétraiodo thyroxine(T4)et la Triiodo thyroxine(T3).

Hypothyroïdie : Il s'agit de la présence d'un goitre associé à la baisse des taux d'hormones thyroïdiennes.

4.3.2. Répartition des malades selon la glycémie :

Tableau XVII : Répartition des malades selon la glycémie :

Glycémie	Effectif	Pourcentage
Normale	13	72,3
Hypoglycémie	4	22,2
Hyperglycémie	1	5,5
Total	18	100

Dans notre série la glycémie a été normale dans 72,3 % des cas. La glycémie a été pratiquée dans 38,3 % des cas.

4.3.3. Répartition des malades selon le taux des globules blancs :

Tableau XVIII : Répartition des malades selon le taux des globules blancs :

Globules blancs	Effectif	Pourcentage
Normale	11	55,5
hyperleucocytose	9	45,0
Leucopénie	0	0,0
Total	20	100

Le nombre des globules blancs a été normal chez 55,5 % des malades. Cet examen a été pratiqué dans 42,6 % des cas.

4.3.4. Répartition des malades selon la vitesse de sédimentation :

Tableau XIX : Répartition des malades selon la vitesse de sédimentation :

Vitesse de sédimentation	Effectif	Pourcentage
Accélérée	18	94,7
Normale	1	5,3
Total	19	100

Elle a été effectuée chez 19 malades (soit 40,6 %), la vitesse était accélérée dans 94,7 % des cas.

4.3.5. Répartition des malades selon les germes en cause :

Tableau XX : Répartition des malades selon les germes en cause :

Germes	Effectif	Pourcentage
Salmonelles	4	28,6
Staphylocoque	3	21,5
Stérile	3	21,5
Streptocoque	1	7,1
<i>Echerichia coli</i>	1	7,1
<i>Proteus mirabilis</i>	1	7,1
Serratia	1	7,1
Total	14	100

Les Salmonelles ont été trouvées dans 28,6 % des cas.

4.3.6. Répartition des malades selon l'aspect scintigraphique :

La scintigraphie a été effectuée chez 5 malades soit 10,6 % des cas. Le goitre était isofixant dans 4 cas et hypofixant dans 1 cas.

4.3.7. Répartition des malades selon le résultat de l'échographie

cervicale :

L'échographie cervicale a été réalisée chez 18 patients (soit 38,3 %). Le goitre était le siège d'un abcès dans 6 cas (soit 12 %) ; hétérogène 9 cas (soit 20,1 %), homogène 3 cas (soit 6,4 %) et hypo-échogène dans 1 cas (soit 2,1 %).

4.3.8. Répartition des malades selon la radiographie du cou :

La radiographie a été réalisée chez 11 malades 23,4 %. Elle a montré une image normale dans 6 cas, de calcification dans 3 cas et de compression dans 2 cas.

4.4. Aspects thérapeutiques :

4.4.1. Répartition des malades selon le type de traitement antérieur :

Tableau XXI : Répartition des malades selon le type de traitement suivi avant leur arrivée en chirurgie « B » :

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Médical	29	61,7
Sans traitement	14	29,8
Traditionnel	4	8,5
Total	47	100

Les patients ont reçu un traitement médical avant d'arriver dans le service sans amélioration des signes fonctionnels dans 29 cas (soit 61,7 %).

4.4.2. Répartition des malades selon le traitement médical entrepris dans notre service :

Tableau XXII: Répartition des malades selon le traitement médical associé entrepris dans notre service :

Traitement	Effectif	Pourcentage
Sans traitement	32	68,1
Antibiotique	10	21,3
Antibiotique + anti-inflammatoire	5	10,6
Total	47	100

Le traitement antibiotique a été réalisé dans 21,3 % des cas.

NB : Le traitement des trois cas hyperthyroïdies et le cas hypothyroïdie avait été institué après la guérison de l'infection.

4.4.3. Répartition des malades selon le traitement chirurgical entrepris dans notre service :

Tableau XXIII: Répartition des malades selon le traitement chirurgical entrepris dans notre service :

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Opérés	44	93,6
Non opérés	3	6,4
Total	47	100

Les malades ont été opérés dans 93,6 % des cas et traités médicalement dans 6,4 % des cas.

4.4.4. Répartition des malades selon le mode du traitement chirurgical :

Tableau XXIV: Répartition des malades selon le mode du traitement chirurgical :

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Opérations programmées	23	52,3
Opérés en urgence	21	47,7
Total	44	100

Les malades ont été opérés dans 52,3 % des cas 24 heures après leurs consultation dans le service et 47,7 % ont été opérés en urgence.

4.4.5. Répartition des malades selon le traitement chirurgical en un seul temps :

Tableau XXV : Répartition des malades selon le traitement chirurgical en un seul temps :

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Incision	39	88,6
Thyroïdectomie subtotale	5	11,4
Total	44	100

Le traitement chirurgical qui consistait à l'incision drainage a été réalisé dans 88,6 % des cas et la thyroïdectomie subtotale dans 11,4 % .

4.4.6. Répartition des malades atteints de strumite selon le traitement chirurgical en deux temps :

Pour les 44 malades ayant subi incision et drainage, 6 malades sont revenus pour le traitement du goitre.

4.4.7. Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation post opératoire :

Tableau XXVI : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation post opératoire (en jours) :

Durée (en jour)	Effectif	Pourcentage
2 - 7	11	25
8 - 13	22	50
14 - 19	5	11,4
20 - 25	2	4,5
≥ 25	4	9,1
Total	44	100

La durée d'hospitalisation post opératoire moyenne a été de 12,33 jours \pm 10. Dans notre série 75 % des patients ont eu un séjour post opératoire inférieur ou égal à 13 jours. La durée d'hospitalisation était supérieure 14 jours lorsque nos malades avaient une persistance de suppuration ou dans l'attente d'une deuxième opération pour thyroïdectomie.

4.5. Evolutions et suites :

4.5.1. Evolution des malades opérés :

4.5.1.1. Les suites immédiates :

Tableau XXVII : Répartition des malades selon les suites immédiates :

Suites immédiates	Effectif	Pourcentage
Simple	44	100
Infection de la paroi	0	0
Paralysie récurrentielle	0	0
Total	44	100

Les suites ont été simples dans 100 % des cas.

Le taux de mortalité et de morbidité post opératoire ont été nul.

4.5.1.2. Les suites à un mois :

Les suites à un mois ont été marquées par la persistance de la suppuration chez 7 malades soit 15,9 %.

4.5.1.3. Les suites à trois mois :

La suppuration persistait chez un malade à trois mois.

4.5.1.4. Les suites à six mois :

Les suites à six mois ont été marquées par deux cas de retard de cicatrisation, l'un qui présentait une fistulisation de l'œsophage cervical sur cancer et l'autre par la persistance de suppuration vu en consultation régulière.

4.5.2. Evolution des malades traités médicalement :

Un malade traité médicalement a été perdu de vue à 2 mois et 2 autres ont été revus à 1 mois ,3 mois et 6 mois en consultation avec disparition des signes infectieux et de la douleur.

4.5.3. Evolution d'après l'enquête sur le terrain :

L'enquête nous a permis de retrouver 17 malades soit 85 % (ceux de Bamako et les non résidents de Bamako par les personnes "contact") dont 16 opérés et un traité médicalement. Ces patients avaient un recul de 1 à 13 ans.

4.5.3.1. Les suites à un an :

Les suites ont été simples chez 39 malades, 3 malades ont été perdus de vue et 1 malade décédé de cancer du tiers moyen de l'œsophage.

4.5.3.2. Les suites à deux ans :

Les suites ont été simples chez 15 malades.

Il y a eu 2 décès à cause de cancer du tiers moyen de l'œsophage et l'autre d'un arrêt cardiaque.

4.5.3.3. Les suites de cinq à dix ans :

Pour les 17 malades ayant un recul de 5 à 13 ans 15 malades avaient des suites simples et 2 (deux) sont décédés à cause de cancer du tiers moyen de l'œsophage et l'autre d'un arrêt cardiaque.

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

5.1. METHODOLOGIE :

L'enquête de suivi post opératoire à long terme nous a permis de revoir sur le terrain 85 % des malades. La méthodologie utilisée était de rechercher les malades à domicile pour ceux résidant à Bamako et ou les personnes "contact" pour les malades qui n'habitaient pas Bamako.

Cette méthode semble être la mieux indiquée dans le suivi à long terme. Le taux de 85 % est, peu différent de ceux d'autres travaux réalisés dans notre service : 96,23 % pour Dembélé I [20] ; 72,50 % pour Yéna S [7] ; 88,89 % pour N'gariel K [21] ; 95,50 % pour Diallo K [18] ; 94,70 % pour Diallo Y [22] ; 88,89 % pour Vita [8].

La convocation par écrit, masse media (radio ou télévision) ou le classique rendez vous post opératoire a été jugé inefficace au cours des enquêtes antérieures effectuées dans le service (Tounkara A: 0,6 %) [23].

Dans les pays développés, la méthodologie utilisée pour retrouver des patients opérés consiste à convoquer les malades par écrit. Wassmer [24] en utilisant cette méthodologie a revu 69 % de ses patients de la même façon que Youg [25] qui a revu 62,5 %.

5.2. Aspects épidémiologiques :

5.2.1. Place de la strumite dans le service de chirurgie « B » :

La strumite est loin d'être exceptionnelle en Afrique au sud du Sahara. Nous avons observé dans notre étude 47 cas en 27 ans. Vita[8] 1998 avait trouvé 26 cas en 14 ans au cours de l'étude des strumites dans le service de chirurgie «B » du Point "G". Drabo [26] et P Yapo et coll [9] ont respectivement trouvé 2 cas en 4 ans et 8 cas en 17 ans.

La revue de la littérature mondiale en 1983 nous a rapporté 35 cas en 80 ans [2].

Nous avons observé une augmentation de la fréquence de consultations des strumites et des goitres à partir de 1990. Cet essor pourrait être lié à l'amélioration de plateau technique du CHU du Point "G".

5.2.2. Age :

Les malades étaient jeunes en majorité car 66,45 % des patients avaient moins de 50 ans. L'âge moyen des malades a été de 43,74 ans. Vita [8] avait trouvé un âge moyen de 44,19 ans. Dans l'étude, la strumite a été rare avant 15 ans et après 60 ans. Sa faible prévalence au delà de 60 ans pourrait s'expliquer en général par l'espérance de vie courte de la population africaine au Sud du Sahara dont la moyenne est de 49 ans.

5.2.3. Sexe :

Dans notre série le sex-ratio a été de 2,91 soit 3 femmes pour un homme. Vita [8] avait trouvé un sex-ratio 2,25 en faveur des femmes. Ce rapport serait lié à la classique prédominance féminine dans la pathologie du goitre [2 ; 27 ; 28].

5.3. Aspects cliniques :

5.3.1. Sur le motif de consultation :

Des études ont trouvé que certaines zones, à travers le territoire Malien ont des prévalences de goitre dépassant 50 % [7 ; 29].

Dans le cadre des strumites la tuméfaction antéro cervicale douloureuse a été le motif de consultation le plus fréquent (soit 56,7 %) .Vita [8] avait trouvé 65,38 % de tuméfaction antéro cervicale douloureuse comme motif de consultation. Ce motif a été trouvé par d'autres auteurs [2 ; 30].

5.3.2. Sur la durée d'évolution du goitre :

La durée d'évolution prolongée du goitre entraîne l'augmentation progressive de volume et de remaniement tissulaire par l'apparition de nodules pouvant donner lieu à l'infection [9 ; 31]. Cette tendance de la modification de la structure glandulaire a été trouvée par Panas [30].

La durée d'évolution moyenne de goitre a été de 14,9 ans avant la consultation dans notre série. Berger et Coll. [2] avaient trouvé des extrêmes allant de 2 à 24 ans.

Dans certaines régions au Sud du Sahara le goitre est considéré comme étant une marque de beauté pour la jeune fille, ce qui serait à l'origine de son évolution prolongée [26]. Cette conception serait un facteur de risque qui influencerait l'apparition de l'infection.

5.3.3. Sur la symptomatologie :

La durée moyenne d'apparition de la symptomatologie précédant le diagnostic de la strumite a été de 36,71 jours. Cette courte durée pourrait s'expliquer par l'apparition des manifestations fonctionnelles qui conduisent les malades à la consultation [26].

Il peut s'agir d'une douleur vive au niveau de la région thyroïdienne, associée à des signes inflammatoires locaux, de la fièvre et des signes de compression [2 ; 30].

C'est ainsi que la douleur cervicale a été trouvée dans 93,6 % des cas suivie de la chaleur locale 72,3 % et de la fièvre dans 70,2 %. Berger et coll. [2] ont trouvé 100 % des cas de douleur locale ; 92 % de cas de fièvre et 72 % de cas de chaleur locale. Vita [8] a trouvé la douleur cervicale dans 96,15 % des cas, chaleur locale 88,92 % des cas et la fièvre dans 76,92 % de cas ($p=0,93$). Nous avons trouvé le dysfonctionnement à type d'hyperthyroïdie dans 12 cas (25,5 %), ce qui concorde avec les données de la littérature [2 ; 30]. Dans certains cas ce dysfonctionnement paraît transitoire. Nous n'avons pas trouvé de cas dans notre série où la strumite était précédée d'une suppuration de voisinage, d'une infection de tractus thyroïdienne comme l'ont démontré d'autres auteurs [2]. Mais dans tous les cas, les strumites étaient précédées d'un goitre ayant évolué depuis longtemps.

5.3.4. Sur la localisation et la consistance :

La revue de la littérature [2] nous rapporte que le lobe gauche a été le siège le plus fréquent de la strumite, ce qui est en accord avec nos résultats. Villegas E et col. en Espagne [33] et Vita [8] avaient trouvé que le lobe thyroïdien gauche était le plus souvent atteint ($p:0,82$). Ces données contredissent celles de Panas [30] qui avait trouvé que les strumites étaient localisées au niveau du lobe droit.

La consistance a été jugée fluctuante dans 63,8 % des cas, ferme 19,2 % dans et dure dans 17 % des cas, dans notre série. La fermeté du nodule thyroïdien peut traduire la présence de néoplasie quant elle est trouvée. Cependant, cette fermeté n'exclut pas un abcès thyroïdien quant l'œdème et l'induration des tissus environnants masquent la fluctuation [22].

5.4. Aspects paracliniques :

Les examens complémentaires n'ont pas été réalisés chez un grand nombre de nos malades, cela pourrait s'expliquer par le mode de recrutement : 76,92 % de nos patient ont été opérés en urgence.

Sur les 12 cas d'hyperthyroïdie observés cliniquement, 4 ont été confirmés biologiquement. En plus la sérologie VIH était positive dans deux cas. Selon certains auteurs [34], la strumite serait associée au diabète, au cancer et au VIH. Les germes les plus fréquemment trouvés par les auteurs sont : les staphylocoques, les streptocoques, les pneumocoques, les salmonelles. Nous avons isolé plus fréquemment les salmonelles (8,6 %), les staphylocoques (6,4 %) et les streptocoques (2,1 %), contrairement à certaines auteurs [14], nos prélèvements de pus n'étaient pas poly microbiens.

5.5. Aspects thérapeutiques :

5.5.1. Sur le traitement médical :

Le traitement médical est indiqué au début de la maladie [2]. Six de nos malades ont été traités médicalement. Les suites ont été favorables dans deux cas. La mauvaise appréciation du stade évolutif de l'infection, la non identification des germes responsables et leurs sensibilités aux antibiotiques, peuvent expliquer l'échec du traitement médical.

5.5.2. Traitement chirurgical :

Comme plusieurs auteurs [2 ; 9], nous avons pratiqué l'incision et le drainage en première intention dans 39 cas (83 %) ; la pathologie sous-jacente a été opérée en seconde intention dans 6 cas (17 %) pour thyroïdectomie subtotale.

Panas [30] par contre préconise la lutte anti-infectieuse et le traitement de la pathologie sous-jacente au même moment.

Parmi nos malades, quatre ont bénéficié de la thyroïdectomie d'emblée.

5.6. Suites opératoires :

5.6.1. Evolution des malades opérés :

5.6.1.1. Suites précoces :

Le taux de décès post opératoire dans notre étude était nul. Selon Berger et coll. [2], la mortalité peut atteindre 20 %.

Au cours du séjour hospitalier, nous avons noté 8 cas de persistance de la suppuration (soit 17 %).

5.6.1.2. Suites à moyen terme : (3-6 mois)

Les suites ont été simples, nous avons enregistré 42 cas de suites simples (soit 95,5 %) et deux cas de retard de cicatrisation (soit 4,5 %). Nous n'avons pas enregistré de cas de récurrence.

5.6.1.3. Evolution à long terme :

Le manque des données des autres auteurs ne nous permet pas de discuter nos résultats. Nous avons 2 cas de décès sur 17 malades qui avaient des reculs de 5 à 13 ans. A noter que ces décès n'étaient pas imputés à la strumite. Jusqu'à leurs décès nos 2 malades n'ont pas présenté de complication post opératoire.

5.6.1.4. Evolution des malades non opérés :

Un malade traité médicalement a été perdu de vue, un autre a été revu à un recul de 1 an, ne se plaignait de rien, le 3^{ème} malade a été revu à un recul de 5 ans. Le traitement médical a entraîné la disparition de la tuméfaction antéro cervicale et des signes cliniques. La revue de la littérature [1] fait cas de traitement médical au stade de début avec une nette amélioration.

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

La strumite est parmi les affections thyroïdiennes les plus rares, causées par des agents bactériens. L'infection est toujours précédée d'un goitre ayant évolué depuis longtemps. Seule la présence de pus lors de l'incision, la ponction permet d'affirmer le diagnostic.

Le traitement chirurgical : après guérison du processus infectieux et inflammatoire par l'incision et le drainage on pratiquera au besoin l'intervention de la pathologie sous jacente. Mais une persistance de l'infection après drainage peut conduire à pratiquer une thyroïdectomie ± totale.

Au terme de ce travail, nous faisons quelques recommandations :

Aux autorités :

- Contribution à la prévention du goitre par l'iodation des sels de cuisine et ou de l'eau.
- Instauration de l'assurance maladie pour tous.

Aux techniciens socio sanitaires :

- Sensibilisation des populations à consulter le personnel médical devant toute tuméfaction antéro cervicale.
- Contribution à la prévention du goitre par l'iodation des sels de cuisine et ou de l'eau.

Aux médecins :

- Référence des malades aux chirurgiens devant toute suspicion d'un abcès sur goitre.
- Contribution à la prévention du goitre par l'iodation des sels de cuisine et ou de l'eau.

Aux chirurgiens :

- Demande systématique d'un bilan hormonal afin de déceler un éventuel dysfonctionnement thyroïdien devant toute tuméfaction antéro cervicale douloureuse.
- Demande d'un examen bactériologique devant tout prélèvement de pus.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BENAROYO L The research of Théodore Kocher on the etiology of osteomyelitis and acute struma.

Journal article Switzerland 1992; 49(2): 151-160

2. BERGER S A, ZONSZEIN J, VILLAMENA P, MITTEMAN N.

Infection, diseases of the thyroïde gland.

Rev Infect Dis Chicago 1983 ; 5(2) : 108-122.

3. LATAPIE J L ET LEFORT G.

Les goitres simples.

Encycl. Méd. Chir.(Paris-France),glande endocrines.10002 A10 ,3-1989.

4.YVES M,WAINSTEN J P,VERA L. Larousse médicale Paris (France)

Larousse 2006.1219p

5. DRABO Y J, DEMBELE S M, OUANDAOGO J, OUMINGA R M.

Problème du goitre endémique: cas de 3 villages du département de Tibga (Gourma- Burkina Faso). Médecine d'Afrique Noire 1992;39 (11) :737-40.

6. TOGOLA FAYIRI. Goitre endémique, problème de santé publique au Mali. (Enquêtes épidémiologique et biologique effectuées dans les région de Koulikoro, Ségou et dans la district de Bamako).

These Med Bamako 1978 ; N°78M22

7. YENA S Evaluation de 10 ans de chirurgie thyroïdienne dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital Nationale du Point G

These Med Bamako 1989; N°89 M5.

8. VITA M F Etude des strumites dans le service de chirurgie « B » à l'hôpital national du Point "G": 26 cas.

These Med Bamako 1998; P 58 N 45

9 YAPO P, EHUA S F, SORO K G, KANGA M J B

Thyroidites suppurées de l'adulte.

Journal chir 2009 ; 228-229

10. EL MALKI H O, EL ABSI M, MOHSINE R, AÏT TALEB K, CHEFCHAOUNI M C, OULBACHA S, IFRINE L, BELKOUCHI A, EL ALAOU H, MAAOUNI A, BALAFREJ S

La tuberculose de la thyroïde. Diagnostic et traitement.

Ann Chir 2002 ; 127 : 385-7

11. KEÏTA IBROUHIMA Etude des goitres bénins dans le service de chirurgie « B » du CHU Point G de 1989 à 2007.

These Med Bamako 2009; P 82 N 374

12. NETTER F H. Atlas de l'anatomie humaine. 4^{ème} édition Paris Masson 2007;628p.

13. KEITA I. Les goitres nodulaires hyperthyroïdiens dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du Point G de 1980 à 2004.

These Med Bamako; N°08 M227

14. CONTENCIN P H, AUGUI O, GAUDEMAR I, HELARDO P.

Abcès thyroïdiens récidivants et malformations du sinus piriforme.

Ann Chir 1997; 51 : 76-81

15. LECLERC P, DUCARNE C, TENIERE P, HOUDENT C, WOLF LM.

Thyroidite suppurée : à propos d'un cas.

Rev Med 1986 ; 7 : 519-521

16. SARLES JC. Suppuration anales et peri-anales.

Encycl Med Chir (Paris France).Tech chir Appareil digestif. 40690.4.4.06.

17. BERNARD S. Exploration de la glycémie

Biochimie clinique Paris: Maloine ,1989 383p.

18. DIALLO K. Hernies inguinales traitées par la technique de Shouldice en chirurgie « B » à l'hôpital National du Point G. A propos de 123 cas.

These Med Bamako 1996; P 88 N 38

19 ABBES K, KHABIR A, CHTOUROU I, SAMET FAKHFAKH I, GOUIAA N, BAHRI I, DHOUIB H, GHORBEL A, SELLAMI BOUDAWARA T

Lésion inhabituelle de la thyroïde.

Journal de Mycologie Médicale 2007 ; 17 : 198-201

20. DEMBELE I. Etude rétrospective sur 119 cas de hernies inguinale opérées à Bamako et à Kati.

These Med Bamako 1988; P 100 N 15

21. NGARIAL K. Etude des cancers colorectaux dans le service de chirurgie « B » à l'hôpital National de Point G à Bamako. A propos de 96 cas.

These med Bamako 1995; N°95M32

22. DIALLO Y. Etude des varices des membres inférieurs dans le service de chirurgie « B » à l'hôpital National du Point G.

These Med Bamako 1997; P 88 N 10

23. TOUNKARA A. Evaluation de 10 ans de cure de hernie de l'haine dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du Point G .

These Med Bamako 1989; N°89 M6

24. WASSMER F A, MEYER P, KOHNER. Faut-il opérer les hernies inguinales bilatérales en un temps . Ann chir 1988; 42(4): 185-186.

25. YONG DAVID V. Comparaison of local spinal and general anesthesia for herniorrhaphy. Am J Surg. 1987; 153(1) : 560-563.

26. DRABO Y J, THEOPHILE T, OUABA K, OUMINGA R M. Epidémiologie et prise en charge thérapeutique des goitres en milieu hospitalier à Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire 1995 ; 42(3) : 1843-1848.

27. FANTIMO J K. Expérience de six ans de chirurgie thyroïdienne. These Med Poitiers. France:1977.

28. JAFFIOL C, PEREZI N, BALDET L, CHAPAT M, LAPINSKI H. Etude du goitre endémique dans la région de la Kara (Togo) étude des facteurs étiologiques. Bull acad nat. Med 1992 ; 176(4) : 557-565.

29. BOCOUM AÏSSATA.

Contribution à l'étude de la pathologie de la glande thyroïde en hospitalier à Bamako. These Med Bamako 1979; N°79 M 28.

30. PANAS N, ZGHEIB A, DESAIVE, WAGEMANS H, BECKERS A.

Abcès thyroïdien à streptocoque pneumoniae associé à un goitre toxique. A propos d'un cas. Ann chir 1991 ; 45(5) : 429-431.

31. WEMEAU J L. Goitre diffus et nodule thyroïdien. Orientation diagnostique. Rev Prat.1994 ; 44(19): 2653-2656.

32. PATTEL JC. Goitres simples.

Pathologies chirurgicales 3^e édition : Masson 1978 : 355-358.

33. VILLEGAS E, VICARIO F R, SOLANO L D, VICUNA L R , COBO T R , MIGUEL F. Acute suppurative thyroiditis and klebsiela pneumoniae sepsis. A case report and review of the literature. *Revista clinica Espanola* 1992 ; 190(9) : 458-459.

34. MARECHAUD R. Thyroïdites. Edit Tech. *Encycl Med Chir (Paris-France). Endocrinologie Nutrition.* 10004 A40.1992.10p.

Fiche d'enquête

STRUMITE (abcès sur goitre)

- Q1 fiche d'enquête N° /_/_/_/_/
- Q2 Numéro du dossier du malade /_/_/_/_/_/
- Q3 Date de consultation /_/_ /_/_ /_/_/
- Q4 Nom Prénom _____
- Q5 Age /_/_/_/_/
- Q6 Sexe 1/M 2/F /_/_
- Q7 Adresse habituelle _____
- Q8 Contacte à Bamako _____
- Q9 Région de provenance /_/_/_/
- 1/Kayes 2/Koulikoro 3/Sikasso 4/Ségou 5/Mopti 6/Tombouctou 7/Gao
8/Kidal 9/Bamako 10/Indéterminé
11/Autre à préciser _____
- Q10 Cette région fait parti des zones d'endémie goitreuse..... /_/_/
- 1/Oui 2/Non 9/Indéterminé
- Q11 Ethnie..... /_/_/
- 1/Bambara 2/Sarakolé 3/Peulh 4/Malinké 5/Sonhrai 6/Autre 9/Indéterminé
7/Autres à préciser _____
- Q12 Etat matrimonial..... /_/_/
- 1/Marie(e) 2/Célibataire 3/Divorcé(e) 4/Veuf (ve) 9/Indéterminé
- Q13 Principale occupation /_/_/
- 1/Ménagère 2/Cultivateur 3/Manœuvre 4/Commerçant(e) 5/Gros commerçant
6/Cadre moyen 7/Cadre supérieur 8/Ouvrier 9/Indéterminé
11/Autres à préciser _____
- Q14 Nationalité : 1/Malienne 9/Indéterminé /_/_/
- 2/Autres à préciser _____
- Q15 Adresse(e) par : 1/Médecin 2/Infirmier(e) 3/Venu de lui-même..... /_/_/
- 4/Autres à préciser _____
- Q16 Mode de recrutement : 1/Urgence 2/Consultation 9/Indéterminé /_/_/
- 3/Autres à préciser _____
- Q17 Catégorie d'hospitalisation /_/_/
- 1/Non hospitalise 2/Catégorie 1^{ère} 3/Catégorie 2^{ème} 4/Catégorie 3^{ème}
- Q18 Durée d'hospitalisation préopératoire (en jours)..... /_/_/_/
- Q19 Durée d'hospitalisation post-opératoire (en jours)..... /_/_/_/
- Q20 Motif de consultation /_/_/_/
- 1/Tuméfaction antéro-cervicale douloureuse 2/Adénopathie cervicale 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q21 Durée d'évolution antérieur du goitre (en année)..... /_/_/_/
- Q22 Durée évolution de la strumite avant la consultation (en jours)..... /_/_/_/
- Q23 La durée entre l'apparition du goitre et de la strumite (en année)..... /_/_/_/
- Q24 Signes d'hyperthyroïdies /_/_/_/
- 1/Insomnie 2/Palpitation 3/Nervosité 4/Thermophobie 5/Diarrhée
6/Moiteur des mains 7 Hypersudation 8/Amaigrissement 10/Tremblement des
Extrémités 9/Indéterminé
- Q25 Signes d'hypothyroïdies /_/_/_/
- 1/Frilosité 2/Prise de poids 3/Constipation 4/Queue de sourcil
5/Cassure des cheveux 6/Asthénie 7/Somnolence

Strumite dans le service de chirurgie « B » du CHU point G

- Q26 Antécédent de goitre : 1/Notion de goitre familial 2/Récidive 3/Aucun/___/
- Q27 Antécédent médicaux...../___/
- 1/HTA 2/Asthme 3/Ulcère 4/Diabète 5/HIV 6/Allergie
- Q28 Signes inflammations /___/
- 1/Douleur cervicale 2/Chaleur locale 3/Fièvre
- 4/Aucun 9/Indéterminé
- 5/Autres à préciser _____
- Q29 Signes de compressions : 1/Dysphonie 2/Dysphagie 3/Dyspnée 4/Aucun /___/___/
- Q30 Traite par qui : 1/Médecin 2/Infirmier(e) 3/Aucun 9/Indéterminé..... /___/
- 4/Autres à préciser _____
- Q31 Evolution : 1/Favorable 2/Défavorable 9/Indéterminé...../___/
- Q32 Habitude socio alimentaire : 1/Choux 2/Manioc 9/Indéterminé/___/
- Q33 Contraception : 1/Orale 2/Injectable 3/Autres 9/Indéterminé..... /___/
- Q34 Etat général : 1/Bon 2/Moyen 3/Altéré 9/Indéterminé/___/
- Q35 Poids et taille : /___/___/Kg /___/___/m
- Q36 Température...../___/___/°
- Q37 Pouls/___/___/ Pul/min
- Q38 Tension artérielle : Max /___/___/ mmHg Min /___/___/ mmHg
- Q39 Tour du cou /___/___/ Cm
- Q40 Diamètre longitudinal de la tuméfaction/___/___/ Cm
- Q41 Diamètre transversal de la tuméfaction/___/___/ Cm
- Q42 Sensation de la chaleur au niveau de la tuméfaction/___/___/
- 1/Oui 2/Non 9/Indéterminé
- Q43 Consistance de la tuméfaction douloureuse...../___/
- 1/Molle 2/Elastique 3/Ferme 4/Dure 5/Fluctuante 6/Autres 9/Indéterminé
- 7/Autres à préciser _____
- Q44 Topographie de la tuméfaction douloureuse/___/
- 1/Lobe droit 2/Lobe gauche 3/Isthme 4/Bilatérale
- 5/Pyramide de Lalouette 6/Autres 7/1+3 8/2+3 9/Indéterminé
- Q45 Mobilité à la déglutition : 1/Oui 2/Non 9/Indéterminé/___/
- Q46 Dosage hormonal T3 fait ou non fait...../___/___/
- Q47 Dosage hormonal T4 fait ou non fait...../___/___/
- Q48 Dosage hormonal TSH fait ou non fait...../___/___/
- Q49 Echographie thyroïdienne fait ou non fait...../___/___/
- 1/Homogène 2/Hétérogène 3/Iso-echogène 4/Anéchogène
- 5/Volumineuse abcès 9/Indéterminé
- Q50 Scintigraphie thyroïdienne fait ou non fait...../___/___/
- 1/Iso fixation 2/Hypofixation 3/Hyperfixation 9/Indéterminé
- 4/Autres à préciser _____
- Q51 Nombre de globule blanc fait ou non fait...../___/___/___/
- Q52 VS 1^{ère} Heure fait ou non fait/___/___/ min
- Q53 Glycémie fait ou non fait...../___/___/
- Q54 Germe en cause...../___/___/
- 1/Streptocoque 2/Staphylocoque 3/Pneumocoque 4/Salmonelle
- 5/hémophilus Influenzae 7/Aucun 9/Indéterminé
- 6/Autres à préciser _____
- Q55 Sensibilité germe en cause fait ou non fait.....
- Sensible à _____
- Résistant à _____

Strumite dans le service de chirurgie « B » du CHU point G

- Q56 Radiographie du cou faite ou non faite/___/
1/Normal 2/Calcification 3/Compression trachéale 9/Indéterminé
4/Autres à préciser _____
- Q57 Traitement Médical fait ou non fait/___/
1/Antibiotiques 2/Anti-inflammation 3/Antalgique
4/Corticoïde 9/Indéterminé
5/Autres à préciser _____
- Q58 Traiter par qui : 1/Médecin 2/Infirmier(e) 9/Indéterminé...../___/
3/Autres à préciser _____
- Q59 Produit _____
- Q60 Posologie _____
- Q61 Durée/___/
- Q62 Evolution : 1/Favorable 2/Défavorable 9/Indéterminé... .. /___/
- Q63a Traitement chirurgical : 1/Oui 2/Non/___/
- Q63b Par qui : 1/Médecin 2/Chirurgien 3/Infirmier(e) 9/Indéterminé.... /___/
- 4/Autres à préciser _____
- Q64 Méthode/___/
1/Incision +drainage 2/Isthmectomie 3/Isthmolobectomie D 4/Isthmolobectomie G
5/Thyroïdectomie subtotal
- Q65 Complication per opératoire...../___/
1/Hémorragie 2/Atteinte du recurrentielle 3/Aucun 9/Indéterminé
4/Autres à préciser _____
- Q66 Suites immédiates..... /___/
1/Simple 2/hématome 3/Paralysie recurrentielle 4/Infection 5/Décès
6/Aucun 9/Indéterminé
7/Autres à préciser _____
- Q67 Suites UN MOIS après/___/
1/Hématome 2/Infection 3/Dysphonie 9/Indéterminé
4/Autres à préciser _____
- Q68 Mode de suivi à UN MOIS...../___/
1/Venu de lui-même 2/Sur convocation 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q69 Suites TROIS MOIS après/___/
1/Hyperthyroïdie 2/Hypothyroïdie 3/Hypocalcémie
3/Autres à préciser _____
- Q70 Mode de suivi à TROIS MOIS...../___/
1/Venu de lui-même 2/Sur convocation 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q71 Suites SIX MOIS après...../___/
1/Hyperthyroïdie 2/Hypothyroïdie 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q72 Mode de suivi à SIX MOIS/___/
1 /Venu de lui-même 2/Sur convocation 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q73 Suites UN AN après/___/
1/Venu de lui-même 2/Sur convocation 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q74 Mode de suivi à UN AN...../___/
1/Venu de lui-même 2/Sur convocation 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____

Strumite dans le service de chirurgie « B » du CHU point G

- Q75 Suites à DEUX ANS après...../___/___/
1/Hyperthyroïdie 2/Hypothyroïdie 3/Récidive 4/Décès
5/Cicatrice chéloïde 9/Indéterminé
6/Autres à préciser _____
- Q76 Mode de suivi à DEUX ANS...../___/___/
1/Venu de lui-même 2/Sur convocation 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q77 Suites CINQ ANS...../___/___/
1/Hyperthyroïdie 2/Hypothyroïdie 3/Récidive 4/Décès 5/Cicatrice chéloïde
9/Indéterminé
6/Autres à préciser _____
- Q78 Mode de suivi à CINQ ANS...../___/___/
1/Venu de lui-même 2/Sur convocation 9/Indéterminé
3/Autres à préciser _____
- Q79 Suites DIX ANS après...../___/___/
1/Hyperthyroïdie 2/Hypothyroïdie 3/Récidive 4/Décès
5/Cicatrice chéloïde 9/Indéterminé
6/Autres à préciser _____
- Q80 Mode de suivi à DIX ANS...../___/___/
1/Venu de lui-même 2/Sur convocation 3/Domicile 9/Indéterminé
4/Autres à préciser _____

RESUME DE LA THESE

Nom : **COULIBALY**

Prénom : **Souleymane N'gory**

Titre : Etude des strumites dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G.

Année : 2009-2010.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Chirurgie.

RESUME :

L'insuffisance de données cliniques sur la strumite au Mali a été le principal motif de ce travail.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, effectuée de 1983 à 2009.

Nous avons colligé 47 cas de strumite parmi lesquels il y avait 35 femmes (soit 74,5 %) et 12 hommes (soit 24,5 %) avec un sex-ratio de 2,9 à prédominance féminine. L'âge moyen des malades a été de 44,71 ans (+17,46) avec des extrêmes de 15 ans et 89 ans. La strumite a représenté 0,12 % des consultations et 0,40 % des interventions chirurgicales. Le motif de consultation a été la tuméfaction douloureuse antéro-cervicale dans 57,4 %, non douloureuse dans 30,1 % et fistulisée dans 8,5 %. La durée d'évolution moyenne des signes infectieux a été de 36,7 jours et celle du goitre de 14,8 ans. Un cas d'hypothyroïdie et 4 cas d'hyperthyroïdies ont été observés. L'euthyroïdie biologique a été notée dans 23 cas. Une incision-drainage a été pratiquée dans 88,6 % des cas. La thyroïdectomie (11,4 %) a été effectuée en cas d'échec du traitement par incision-drainage. A noter que 3 malades (6,4 %) ont été traités médicalement. L'enquête sur le terrain a consisté à aller chercher les patients à domicile pour le suivi à long terme, ce qui nous a permis de retrouver 85 % des malades. Les suites ont été simples chez tous les malades.

Mots-clés : strumite-goitre-drainage-thyroïdectomie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !