

# **Place de la chirurgie dans la pathologie thyroïdienne au Mali en 1981**

## **THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 1982  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par Sékou DRAME  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

### **Examineurs:**

**PRESIDENT :** Professeur André GOUAZE

Professeur Ag. Abdoulaye Ag RHALY

**MEMBRES** Professeur Ag. Bernard DUFLO

Professeur Ag. Abdel Karim KOUMARE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNE ACADÉMIQUE 1980-1981

Directeur Général	: Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	: Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	: Monsieur Sory COULIBALY
Econome	: Monsieur Dioncounda SISSOHO
Conseiller Technique	: Professeur Agr. Philippe RAFOUÉ

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Sadio SYLLA	: Anatomie
- Francis MIRANDA	: Biochimie
- Michel QULLIOI	: Immunologie
- Humbert GIONO-BARBER	: Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELIN	: Biochimie
- Jean-Paul MAETINEAUD	: Physiologie
- Michel POUSSET	: Matière médicale
Docteur Bernard LANDRIEU	: Biochimie
- Gérard TOURAME	: Psychiatrie
- Jean DELMONT	: Santé publique
- Boubacar GISSE	: Toxicologie-Hydrologie
Madame Paula GIONO-BARBER	: Anatomie-Physiologie Humaines
- Thérèse FARES	: Anatomie-Physiologie Humaines

\*

\*

\*

**PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO**

---

Professeur Aliou BA	: Ophtalmologie
- Bocar SALL	: Anatomie-Orthopédie-Traumatologie
- Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
- Mohamed TOURE	: Pédiatrie
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière médicale
- Mamadou-Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine légale
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye AG-RHALY	: Médecine Interne
- Sidi Yaya SIMAGA	: Santé publique
- Siné BAYO	: Histologie-Embryologie-Anatomie path.
- Abdel Karim KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie générale
- Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
- Mamadou-Koréfssi TOURE	: Cardiologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie
- Bernard DUFOLO	: Pathologie médicale-Neurologie-Hémat.
- Robert COLOMAR	: Gynécologie-Obstétrique
- Oumar GULIBALY	: Chimie organique
Professeur Adama SISSOKO	: Zoologie
- Bouba DIARRA	: Microbiologie
- Salikou SANOGO	: Physique
- Niamanto DIARRA	: Mathématiques
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière médicale
- Mamadou-Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine légale
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye AG-RHALY	: Médecine Interne
- Sidi Yaya SIMAGA *	: Santé publique
- Siné BAYO *	: Histologie-Embryologie-Anatomie path.
- Abdel Karim KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie générale
- Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
- Mamadou-Koréfssi TOURE	: Cardiologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie

**ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

-----

Docteur <del>Abderhamane Sidèye</del> MAIGA	: Parasitologie
- Sory KEITA	: Microbiologie
- Yaya FOFANA	: Hématologie
- Sory Ibrahima KABA	: Santé publique
- Moctar DIOF	: Sémiologie chirurgicale
- Balla COULIBALY	: Pédiatrie-Médecine du Travail
- Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
- Boubacar CISSE	: Dermatologie
- Souleymane DIA	: Pharmacie chimique
- Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
- Sanoussi KONATE	: Santé publique
- Issa TRAORE	: Radiologie-Physique
- Mme SY(Assitan)SOW	: Gynécologie

**CHARGES DE COURS**

=====

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Sémiologie chirurgicale
- Boukassoum HAIDARA	: Galénique-Diététique
- Philippe JONCHERES	: Urologie
- Hamadi Mody DIALL	: Galénique-Chimie analytique
- Aliou KEITA	: Galénique
- Saïbou MAIGA	: Galénique
Monsieur <del>Cheick Tidiani</del> TANDIA	: Hygiène du milieu
Docteur Abdoulaye DIALLO	: Gestion-Législation
Professeur N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie vég.
- Souleymane TRAORE	: Physiologie générale

-----

A notre Père,  
A notre Mère  
Toute notre déference

A mes Frères et Soeurs  
Malié DRAME Tacko DRAME  
Ibrahim DRAME Kangné DRAME  
Djibril DRAME  
Doua DRAME

Vous nous avez assisté aux moments les plus difficiles de nos études  
Vous trouverez ici l'expression de toute notre reconnaissance  
Bien fraternellement

A Kaourou DOUCOURE

Tu as été pour moi un modèle et j'ai toujours bénéficié du sens que tu as du travail, tu as suivi avec un intérêt soutenu nos études de médecine.

Je te remercie chaleureusement de tes fraternels encouragements.

A Feu Hamou SOUMARE

J'aurais tant aimé que tu savoures le couronnement de tous les efforts.

Mais la mort t'a si précocement arraché à moi.

Pour l'amour que tu m'as toujours porté, repose en paix.

A l'Elhadji Nima TRAORE et sa Famille.

Tout au long des cycles secondaires et supérieurs de nos études, vous avez été pour nous comme un Père, une Mère et des Frères.

Soyez convaincus de notre profonde reconnaissance pour la parfaite intégration dont nous avons été l'objet au sein de votre famille,

A la famille Mamadou SANGARE à Sogniko,  
Filiales considérations.

A Notre Fiancée Nagnouma SANGARE dite "Ené"

Nous avons partagé les mêmes peines et les mêmes joies au cours de mes études médicales. Tu nous as mis dans les conditions les plus favorables pour la réalisation de ce travail qui est aussi à toi.  
Indefectible attachement.

...../.....

A mes Amis

Alakana TRAORE, Sidy SANGARE

A tous les amis de Sogeniko

Qu'ils trouvent ici l'expression sincère de notre amitié.

A Mohomodou F. MAIGA

Boubacar S. DICKO

Mohamed Ag BENDECH

Oumar SEMEGA

A tous les amis de l'E.N.M.P.

A toute la promotion 1976-1981.

En souvenir de nos études de médecine que vous avez contribué à rendre mémorable. Nous vous dédions très amicalement ce travail.

A toute la Direction de l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie du Mali.

A tous les Etudiants

Merci

~~A tout le personnel du Service de Chirurgie B de l'Hôpital du Point "G"~~

A tout le personnel du Service de médecine IV de l'Hôpital du Point "G"

Sincères remerciements

A Mr. Amadou CAMARA et Madame

en souvenir des heures laborieuses pour la mise en page de ce travail.

Au Président de notre jury le Professeur ~~...~~ GOUAZE A.

Vous êtes pour nous ce grand Maître lointain mais combien efficace par vos riches écrits.

C'est de votre auguste personne que vient avant tout l'inspiration du présent travail qui est de ce fait le vôtre.

Nous regrettons très amèrement de ne vous connaître qu'à travers vos riches articles. Vous êtes cet homme admiré de tous et dont on parle qui a si brillamment marqué son siècle.

Vous avez bien voulu honorer de votre présence pour juger ce travail.

Pour toute votre sollicitude, veuillez recevoir ici l'expression de nos remerciements sincères et de notre respectueuse reconnaissance.

Au Professeur Agrégé Abdoulaye Ag HALY

Nous garderons longtemps un souvenir ému de la franche collaboration dont nous avons été témoin et qui existe si heureusement entre vous et notre Patron le Professeur KOUMARE.

Nous sommes tout impressionné tant par la précision et l'abondance des connaissances que vous nous avez communiquées ; que par la qualité exceptionnelle de vos rapports avec les malades. Tout au long de nos études médicales vous avez toujours fait preuve à notre égard d'une grande compréhension et vous n'avez cessé de nous impressionner par votre sens aigu de la clinique et par votre assiduité au travail.

Nous vous remercions sincèrement d'avoir avec constance et bonhomie suivi ce travail qui est aussi le votre et nous vous prions de croire à notre indéfectible attachement.

Au Professeur Agrégé Bernard DUFLO.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail qui est aussi le votre.

Cette participation désintéressée nous a donné l'occasion d'apprécier le dévouement que vous avez dans le travail. Nous sommes heureux que vous soyez parmi nos juges. Votre acceptation de juger ce travail est la preuve de votre disponibilité.

Veillez trouver dans le présent traité l'expression de toute notre considération.

A notre Maître de thèse le Professeur Abdel Karim KOUMARE.

Vous nous avez proposé et inspiré sur le sujet que nous traitons.

Votre abnégation et votre disponibilité nous ont marqué pendant tout le temps que nous sommes restés à vos côtés dans le service. Ce contact permanent, nous a permis de bénéficier de vos indispensables conseils.

Soyez convaincus de notre profond attachement.

I N T R O D U C T I O N

Une bonne partie de notre pays est située sous le 14ème Parallèle, zone d'endémie de goitre dont l'incidence est supérieure à 10 % ( ), côte d'alerte de l'Organisation Mondiale de la Santé .

Des travaux ( 21 ) ( 72 ) ( 107 ) ( 108 ) ( 116 ) ( 124 ) ont été effectués dans la recherche des étiologies, de la prophylaxie et de l'impact socio-économique du goitre chez les individus de cette zone.

Depuis les études célèbres de LEON PALES ( 1948 - 1950 ), jusqu'aux enquêtes menées par l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali, toutes les dispositions logiques et à la portée de nos ressources ont été évoquées afin de diminuer l'incidence du goitre endémique.

Il est connu de tous que le meilleur traitement du goitre endémique est sa prévention. Mais quand cette prévention n'est pas faite et parfois malgré celle-ci, certains goitres endémiques peuvent devenir très inesthétiques, voire compressifs. Il y a lieu alors de poser l'indication chirurgicale. Par ailleurs l'indication opératoire reste formelle pour tous les nodules thyroïdiens.

Les objectifs de ce travail sont :

- Dégager les signes sur lesquels il faut poser les indications opératoires devant une tumeur thyroïdienne dans un pays sans scintigraphie et examen anatomopathologique extemporané.

- Définir une conduite à tenir avant et après la chirurgie thyroïdienne.

- Retrouver et suivre tous les malades opérés de goitre.

- Connaître la morbidité de la chirurgie thyroïdienne.

Tous les malades étudiés ont été opérés dans le Service de Chirurgie "B" de l'Hôpital du Point-"G" du Mali dirigé par le Professeur Agrégé ABDEL KARIM KOUmare.

Nous avons pu recueillir 50 malades de Janvier 1979 au 1er Novembre 1980 et de Août 1981 à Novembre 1981 ( le Service ayant été fermé de Novembre 1980 à Juillet 1981 ).

H I S T O R I Q U E

1/ D'après P. LANGER ( 77 )

L'idée du goitre en tant que tumeur du cou remonte dans les temps les plus anciens. Dans la Grèce antique et l'Égypte ancienne, elle était traitée chirurgicalement il y a de cela 3 milliennaires.

CELSE ( 25 avant Jésus ) a décrit une tumeur "bronchocèle" du cou située "entre la peau et le Larynx qui n'est que charnue ou peut contenir une substance comparable au miel quelquefois même des petits os mêlés à des cheveux" et il préconisait l'incision comme traitement.

Au temps de l'Empereur Justinien Ier (environ 550 après Jésus Christ), tous les Chirurgiens étaient d'avis que seuls les goitres kystiques étaient une indication chirurgicale.

Au Xème siècle Albucasis un des plus grands chirurgiens arabes distinguait les goitres congénitaux et acquis. Il pensait que seuls ces derniers étaient du ressort de la chirurgie à condition toutefois qu'ils ne soient pas trop importants.

A cette époque , il était souvent difficile de savoir si la tuméfaction est un goitre endémique ou un adénome toxique et les opinions différaient à ce sujet.

Au XVIème siècle REALDUS COLCMBUS décrivait le myxoedème opératoire comme complication de la thyroïdectomie.

Le vrai visage de la chirurgie thyroïdienne est d'une période assez récent. Jusqu'en 1930, la chirurgie thyroïdienne se limitait à des actes très réduits tels la ponction d'un nodule kystique. C'est avec le développement de l'anatomie, de la physiologie, les connaissances plus approfondies de la physiopathologie du goitre, l'amélioration des techniques chirurgicales et l'épanouissement de l'anesthésie-réanimation que la chirurgie thyroïdienne a pris un tournant décisif. Ce progrès a été beaucoup plus net avec l'avènement de l'exploration isotopique thyroïdienne.

...../.....

2/.- EN AFRIQUE

- En 1964 MOURALI N. ( 89 ) faisait une analyse du traitement des goitres à propos de 130 Observations .

- En 1971 GUEYE M ( 54 ) dans sa thèse analysait 66 malades opérés à Abidjan.

- En 1976 TOURE P. ( 126 ) et collaborateurs parlaient des nodules froids thyroïdiens à propos de 170 cas opérés à Dakar .

- En 1976 DUGLOUX M ( 45 ) faisait un panorama des affections thyroïdiennes à l'Hôpital principal de Dakar de 1972 à 1975,

3./.- AU MALI

Plusieurs études médicales ( 107 ) ( 108 ) ( 116 ) ( 72 ) ( 124 ) ( 21 ) ) ont été effectuées dans le domaine de la pathologie thyroïdienne.

Par contre peu de travaux ont été menés dans le domaine purement chirurgical.

-----

RAPPEL ANATOMIQUE

Nous n'insisterons que sur les points qui ont une importance en chirurgie thyroïdienne.

### I. EMBRYOLOGIE (140 )

La thyroïde commence à se développer dès la troisième semaine (17ème - 24ème jour ), à partir d'un épaissement endoblastique médian, au niveau du futur siège du tuberculum impair du 3ème arc branchial .

Cet épaissement, forme une invagination dirigée en bas appelée diverticule thyroïdien. L'extrémité de celui-ci se renfle et donne les lobes latéraux de la thyroïde. Vers la 7ème semaine, la thyroïde atteint sa place définitive.

La migration du diverticule thyroïdien explique les thyroïdes ectopiques.

- Vers la base de la langue : migration insuffisante.
- Vers le thorax : migration excessive.

### 2. ASPECT, MORPHOLOGIE, TOPOGRAPHIE ( 31 )

Le volume du corps thyroïde est sujet à de nombreuses variations individuelles et est fonction de l'âge. Son poids normal est de 25 à 30 grammes, avec des extrêmes allant de 10 à 60 grammes.

Plus intéressante à considérer est la morphologie de la glande qui s'oppose par ses variations au schéma répandu d'un papillon aux ailes étalées. Dans 65 % des cas environ chez l'adulte , les lobes latéraux sont réunis par un isthme large et mince donnant à l'ensemble un aspect en H. Mais il arrive que l'isthme soit plus court, haut et épais. A l'inverse, dans le type dit foetal, les lobes latéraux s'accolent en V sur la ligne médiane sans isthme individualisé. Enfin l'isthme peut manquer, remplacé par un tractus conjonctif.

Quelque soit l'aspect, le lobe droit est souvent plus volumineux que le gauche. Les particularités morphologiques rendent compte de l'assymétrie de l'image obtenue en scintigraphie thyroïdienne, notamment de la possibilité d'un trou isthmique sans signification pathologique.

Sillons et incisures, parfois très développés, peuvent isoler surtout à la face postérieure des lobes latéraux et près des pôles inférieurs, de véritables lobules arrondis ou ovalaires, toujours rattachés cependant au corps de la glande par un pédicule large ou étroit. Par leur aspect ou leur siège, ils peuvent en imposer pour un adénome parathyroïdien mais avant la décision histologique, la reconnaissance de la base d'implantation les reliant au parenchyme thyroïdien est un élément qui ne trompe en général pas.

Des lobules à prolongements retro-trachéaux ou retro-laryngés ont été décrits.

### 3./ TOPOGRAPHIE PAR RAPPORT AU LARYNX ET A LA TRACHÉE

En position basse, les lobes latéraux se moulent en tenaille sur les faces antérieure et latérale de la trachée, l'isthme répond aux troisième et quatrième anneaux. Sur un cou en rectitude, la moitié inférieure de la glande est masquée par les articulations sterno-claviculaires et le manubrium sternal : un nodule polaire inférieur peut échapper à l'examen.

Moins souvent le corps thyroïde est en position haute : l'isthme masque les deux premiers anneaux et une partie du cartilage cricoïde, les lobes sont plaqués contre le larynx. En état pathologique, cette situation peut faciliter la découverte et l'examen des lésions mais compliquer l'isolement et le contrôle vasculaire du pôle supérieur, plus profond et plus haut et exposer davantage à la contusion, à la blessure de la branche inférieure de laryngé supérieur.

Dans la moitié des cas, la position est moyenne : isthme en regard des deuxième et troisième anneaux, libérant le premier, lobes repondant pour moitié à la trachée pour moitié au larynx; dans cette éventualité, les pôles supérieurs le droit souvent plus haut que le gauche, affleurent le bord postérieur du cartilage thyroïdien, l'inférieur répond au cinquième voire au sixième anneau trachéal sur la tête en hyperextension. Ainsi en position normale et selon cette situation la partie inférieure du corps thyroïde est elle masquée par la saillie des tendons d'insertions des muscles sterno-cleidonastoïdiens, .....,/.

le manubrium et les articulations. Par contre, la tête étant en extension, le corps thyroïde s'éloigne simultanément du menton et du manubrium sternal, son relief devient visible, surtout en cas d'hypertrophie. Mais cette facilité d'examen et d'exposition dépend de la souplesse du rachis cervical.

Ces considérations topographiques peuvent amener le chirurgien à adopter le niveau d'une cervicotomie.

#### 4./- RAPPORT DU CORPS THYROÏDE, DE LA TRACHÉE ET DU LARYNX, MOYENS DE FIXITÉ .

La mobilité du corps thyroïde avec les moyens de déglutition, signe caractéristique des tumeurs et hypertrophies thyroïdiennes, signe la solidité des connexions qui unissent le corps thyroïde à la trachée, cette dernière étant elle-même solidaire de l'œsophage.

A côté des moyens de fixité propres au corps thyroïde : lames vasculaires conjonctifs périthyroïdiens, contact intime avec les muscles, le corps thyroïde est fixé à la trachée par des condensations conjonctives denses décrites sous le nom de ligaments (GRUBER) développées aux dépens de ce qu'il est convenu d'appeler le fascia périthyroïdien.

4.1.- Le ligament médian de GRUBER ou ligament suspenseur est une lame conjonctive fibreuse, courte, épaisse qui unit le bord supérieur à la face postérieure de l'isthme dans sa partie haute aux premiers anneaux trachéaux aux ligaments interannulaires, au ligement cricotrachéal et à la saillie médiane du cricoïde. A l'opposé, la face postérieure de l'isthme, dans sa partie inférieure adhère par un tissu plus lâche qui explique l'utilité de sa libération de bas en haut au cours de la thyroïdectomie. Au contact de ce ligament courent les anastomoses artérielles et veineuses susisthmiques et sous-isthmique plus ou moins importantes qui nécessitent une hémostase élective avant la section du ligament.

...../.....

4.2.- Les ligaments latéraux internes : Se détachent, certes du bord postéro-interne des lobes latéraux mais surtout de la face interne de ce lobe à sa partie supérieure, réalisant une zone d'adhérence plus ou moins dense et serrée selon les cas avec les trois ou quatre premiers anneaux trachéaux et les ligaments interannulaires correspondants. Dans l'épaisseur de ce "ligament", à sa partie postérieure chemine la branche interne de l'artère thyroïdienne inférieure, les rameaux trachéaux et oesophagiens venus de cette artère et les branches homonymes issues du nerf récurrent (laryngé inférieur). Le nerf lui-même (ou ses branches de division) est amarré à la face postérieure de cette lame qui constitue en quelque sorte une frontière de sécurité. C'est pourquoi la libération d'un lobe latéral de dedans en dehors doit être prudente, sauf pour garder une "lame de sécurité" ou après une dissection complète du nerf en particulier dans sa terminaison. Le nerf, masqué par ses trousseaux fibreux, peut également avoir à souffrir soit d'une ligature appuyée, soit d'une électrocoagulation.

En arrière du nerf et à la jonction entre la face interne concave du lobe et sa face postérieure, cette lame devient plus lâche. Le contact avec ce dernier est en fait plus ou moins intime. Il faut savoir que dans les goitres et notamment le Basedow, cette arête, surtout dans la partie supérieure du lobe, émet un prolongement, parfois volumineux, latéro-retro-oesophagien et surtout retropharyngien. Il est souvent difficile du fait de cette lame et de sa coloration de saisir la limite entre le parenchyme thyroïdien et l'oesophage. C'est ainsi qu'une dissection imprudente et brutale peut conduire à une plaie oesophagienne. Une Section timorée à l'inverse peut laisser en place un excès de tissu hyperfonctionnel.

...../.....

## 5./.- RAPPORTS ANTERIEURS

Ils intéressent au plus haut point le clinicien qui examine et le chirurgien qui cherche à accéder à la loge thyroïdienne.

La peau de la face antérieure du cou, parfois siège de plis transversaux, est fine, bien vascularisée, cicatrice facilement et donne de belles cicatrices si l'on respecte quelques règles élémentaires. Elle est doublée d'un tissu cellulo-graisseux tantôt assez dense, tantôt lâche.

De part et d'autre de la ligne médiane jusqu'à la saillie des muscles sterno-cleido-mastoïdiens apparaissent les veines jugulaires antérieures rarement uniques, souvent doubles ou plus divisées, tantôt volumineuses, tantôt fines parfois absentes, toujours asymétriques. Elles sont comprises dans l'épaisseur de l'aponévrose cervicale superficielle. Leur section-ligature conduit à la face profonde de cette dernière et au plan de décollement utilisé pour découvrir l'enveloppe musculaire antérieure : latéralement et en superficie, la saillie volumineuse des muscles sterno-cléidomastoïdiens (chef sterno-mastoïdien) dans l'espace qu'ils limitent, contiennent les muscles sterno-hyoïdiens fins, rubanés, unis sur la ligne médiane par la ligne blanche. En arrière du sterno-hyoïdien il y a le muscle sterno-thyroïdien dont le bord interne se confond volontiers par sa coloration brun rouge clair avec le corps thyroïde et dont la reconnaissance constitue cependant la clef du clivage.

## 6./.- LES LAMES VASCULAIRES

6.1.- La lame latérale : Il s'agit de la veine thyroïdienne moyenne. Elle est unique, parfois dédoublée, surtout très inconstante. Cette veine unit la partie moyenne au lobe près de son bord postérieur à la veine jugulaire interne.

6.2. La lame Supérieure : Assez lâche, adhérent aux fibres les plus postérieurs du sterno thyroïdien, dépourvue de graisse, contient les artères et veines thyroïdiennes supérieures.

6.3.- La lame thyroïdienne inférieure est plus dense, plus épaisse car elle contient de la graisse ; surtout elle est plus profonde que la lame latérale. Elle contient dans son épaisseur les branches de division de l'artère thyroïdienne inférieure, des veines thyroïdiennes inférieures, les troncs collecteurs lymphatiques latéraux inférieurs et parfois une parathyroïde. Elle est traversée profondément par le nerf récurrent ou laryngé inférieur protégé par une expansion trachéale plus dense, fibreuse qui va se fixer sur la face latérale de la trachée.

6.4.- La lame médiane : Antérieure prétrachéale, fixée au bord inférieur de l'isthme , en continuité avec les lames précédentes, épaisse, grasseuse, elle contient les veines thyroïdiennes médianes, l'artère thyroïdienne inconstante de NEUBAUER des éléments lymphatiques, parfois des parathyroïdes. Elle plonge derrière le manubrium, enveloppe le tronc veineux brachio-céphalique et se perd à la face antéro-supérieure du péricarde.

Dans la lobectomie, la section des lames supérieures, moyenne et médiane est la clef de la mobilisation thyroïdienne. La lame inférieure et postérieure sera soit respectée ( lobectomie subtotale ) , soit disséquée dans un premier ou dernier temps par ligature élective après repérage des nerfs récurrents (lobectomie totale ou quasitotale ).

L'espace perithyroïdien est donc un plan de clivage idéal qui permet de libérer la face postérieure des lobes. C'est cette dernière qui intéresse au plus haut point le chirurgien car c'est à son niveau que vient s'épanouir l'artère thyroïdienne inférieure, que se tapissent les glandes parathyroïdes, que montent les nerfs laryngés inférieurs ( récurrents ).

...../.....

7./.- RAPPORTS AVEC LE RECURRENT OU NERF LARYNGE INFÉRIEUR ( 7 )

Nous insisterons sur ce rapport car il est fondamental en chirurgie thyroïdienne.

7.1.- Dans la loge thyroïdienne :

A droite il est compris dans la loge viscérale du cou et répond :

- En dedans, à la partie postérieure de la face latérale de la trachée et du bord inférieur du cartilage cricoïde.

- En dehors à la partie interne de la face postérieure du lobe latéral auquel il est adhérent et souvent de façon fort intime. Cette adhérence tient d'une part aux tractus conjonctifs constituant le ligament latéral de GRÜBER, d'autre part par les branches de terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure.

Par ailleurs, à ce niveau, le nerf est toujours accompagné de sa chaîne ganglionnaire, alors que les parathyroïdes inférieures sont situées en arrière du pôle inférieure du lobe latéral plus externe de 1 à 2 cm.

A gauche : Il est vertical et situé dans l'angle dièdre trachéo-oesophagien. Il apparaît dans le fond d'une petite région triangulaire limitée en dedans par la trachée, en dehors par la carotide primitive, en haut par le bord inférieur du corps thyroïde.

C'est à ce niveau à l'intérieure de la loge viscérale, au-dessous du ligament de GRÜBER, que le recurrent croise l'artère thyroïdienne inférieure, rapport capital à préciser en se rappelant que le nerf recurrent (laryngé inférieur) droit est presque toujours situé sur un plan plus antérieur que le recurrent gauche, le droit étant classiquement préartériel.

7.2.- Au delà du ligament de GRÜBER

Le nerf s'engage sous le bord inférieur du muscle constricteur inférieur du pharynx en arrière de la saillie que forme l'articulation entre la corne inférieure du cartilage thyroïde et la face latérale du cricoïde. Cette saillie constitue le repère de terminaison du nerf. Entre ce repère supérieur et l'inférieur constitué par le croisement de l'artère et du nerf, on définit la classique "ligne recurrentielle" qui représenterait le trajet juxta-thyroïdien du nerf.

### 7.3. Au niveau du ligament de GRUBER

Ce ligament amarre de court le bord postérieur de la thyroïde à la trachée et le recurrent ( laryngé inférieur) est situé au contact de ce ligament, qui se trouve en traction pendant l'intervention lorsque le lobe latéral est attiré en avant et en dedans. A la partie supérieure de ce ligament , le nerf peut être entouré surtout à droite par un prolongement glandulaire retrornerveux.

La division du recurrent: le chirurgien doit retenir

- que cette division est une cause supplémentaire de risque pour le nerf
- que dans la fourche de division du nerf se trouve souvent une artère
- qu'il n'y a pas de dualité fonctionnelle en relation avec la dualité morphologique.

Les variations du trajet : Elles sont rares, le plus souvent droites et sont représentées par un recurrent droit en variété haute qu'on appelle "recurrent non recurrent". Dans cette anomalie de trajet le nerf court le danger d'être lié avec des vaisseaux thyroïdiens supérieurs.

### 8./.- LES PARATHYROIDES :

Au nombre de quatre, il est classique de distinguer les parathyroïdes en inférieures et supérieures. Elles sont groupées en arrière de la partie inférieure du lobe thyroïdien latéral dans l'épanouissement de l'artère thyroïdienne inférieure en dehors du recurrent ( laryngé inférieur). Savoir reconnaître ces glandes est indispensable lorsqu'on est amené à intervenir sur le corps thyroïde. Pour cette reconnaissance, plusieurs points particuliers sont à retenir:

- Les parathyroïdes sont presque toujours indépendantes de la capsule thyroïdienne

- Une parathyroïde saine a souvent sinon toujours des connexions graisseuses

...../.....

- Enfin et cela constitue le point le plus important, chaque parathyroïde est irriguée par une seule artère et leur irrigation est de type terminal. Ce vaisseau nourricier est un point de repère fondamental.

- L'artère thyroïdienne inférieure est la voie principale d'irrigation des glandes parathyroïdes, d'où la contre indication opératoire de faire la ligature systématique de cette artère surtout en cas de thyroïdectomie totale ou subtotale.

## 9.- VASCULARISATION ( 31 )

### 9.1.- Artères thyroïdiennes

La vascularisation artérielle du corps thyroïde est une des plus importantes de l'économie: 3 fois celle du cerveau, 6 fois celle du rein. Elle est assurée par les deux artères thyroïdiennes supérieures, les deux artères thyroïdiennes inférieures, une artère thyroïdienne moyenne accessoire, grêle et inconstante.

9.1.1.- L'artère thyroïdienne supérieure: volumineuse, naît de la carotide externe, aborde le pôle supérieur du lobe latéral et se divise en trois branches:

- interne, descendant sur le versant interne du pôle supérieur. Donne parfois naissance à une petite artère laryngée qui amarre le lobe et dont la section permet de dégager le segment polaire.

- postérieure qui s'anastomose avec une branche homologue venue de l'inférieure ;

- Externe, la plus grêle, pour la face antéro-externe du lobe.

9.1.2.- L'artère thyroïdienne inférieure: branche la plus interne du tronc thyro-bicervico-scapulaire ( ou tronc thyrocervical). Elle se divise en trois branches :

- inférieure qui formera l'anastomose sous-isthmique

- postérieure qui forme l'anastomose longitudinale rétrolobaire.

- interne enfin, flexueuse cheminant dans l'épaisseur du ligament latéral, pénètre la face interne du lobe et abandonne des branches à la trachée et à l'oesophage.

9.1.3. L'artère thyroïdienne moyenne, inconstante, naît de la crosse de l'aorte ou du tronc artériel brachio-céphalique et se termine dans l'isthme.

Par leurs anastomoses sus, sous isthmiques et postérieures, ces artères constituent un véritable cercle artériel périthyroïdien. Ces anastomoses, importantes pour un même lobe, grêles d'un lobe à l'autre, sont complétées par de nombreuses anastomoses intraglandulaires.

#### 9.2.- Les veines thyroïdiennes :

Elles forment à la surface du corps thyroïde le plexus thyroïdien. Ce réseau se déverse en :

- veine thyroïdienne supérieure ( parallèle et postérieure à l'artère) qui va dans la veine jugulaire interne, par le tronc thyrolinguopharyngo-facial ou directement à la hauteur du pôle supérieur; cette branche veineuse peut être alors source inopinée d'hémorragie lors de la libération du pôle supérieur.

- La ou les veines thyroïdiennes inférieures qui se déversent dans la partie basse de la veine jugulaire interne.

- La veine thyroïdienne moyenne ; inconstante, formée de une ou deux branches plus ou moins volumineuses, selon les cas et surtout l'état fonctionnel du lobe de taille normale, elle prend dans les hypertrophies une direction antéropostérieure après avoir cheminé plaquée contre la glande. Cette disposition peut gêner l'hémostase.

#### 9.3.- Les lymphatiques du corps thyroïdes ( 7 )

Les travaux de ROUVIERE sur les lymphatiques ont été en grande partie confirmés par les travaux modernes de CASIRAGHI d'une part et de HUREAU, HIDDEN, ALEXANDRE qui ont cependant apporté des éléments non négligeables sur le mode de drainage lymphatique du corps thyroïde.

...../.....

9.3.1.- Les conceptions classiques :

9.3.1.1.- Les collecteurs médians inférieurs: Ils drainent la partie inférieure de l'isthme pour gagner la chaîne ganglionnaire prétrachéale transversale et de là, vont habituellement vers la chaîne récurrentielle; d'autres, plus rarement, se rendent vers les ganglions médiastinaux supérieurs.

9.3.1.2.- Les collecteurs médians supérieurs : Ils drainent la partie supérieure de l'isthme et la partie médiane ou voisine des lobes latéraux.

9.3.1.3.- Les collecteurs latéraux : Ils sont nombreux :

- les supérieurs suivent le pédicule thyroïdien supérieur pour se rendre vers les ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne.
- les moyens se dirigent soit vers les ganglions antérieurs et moyens soit vers les ganglions externes de la chaîne jugulaire interne.
- les collecteurs inférieurs se dirigent vers les ganglions inférieurs et externes.

Ces vaisseaux lymphatiques latéraux pour gagner les ganglions externes et la chaîne jugulaire interne, doivent croiser les autres éléments du paquet vasculonerveux du cou.

Il est important d'insister sur le mode de croisement retrovasculaire point très important du point de vue chirurgical. On a coutume de l'opposer au mode de croisement préartériel des veines thyroïdiennes moyennes qui viennent se terminer sur la face antérieure de la veine jugulaire interne. Le croisement réalise une véritable pince vaine-lymphatique de l'axe carotidien.

9.3.1.4. Les collecteurs postérieurs : Les éléments postéro-inférieurs se drainent vers la chaîne récurrentielle tandis que les collecteurs postéro-supérieurs présents dans le 1/5 des cas se jettent dans un ganglion retro-pharyngien latéral.

...../.....

### 9.3.2. Apports des travaux modernes

Ils précisent :

- le drainage sus isthmique direct vers les éléments supérieurs de la chaîne jugulaire interne.
- le drainage sous isthmique direct vers les ganglions médiastinaux supérieurs ( 6 cas sur 33 )
- le drainage préférentiel des éléments supérieurs vers les ganglions externes de la chaîne jugulaire interne près de la chaîne spinale.
- le mode de croisement retro-vasculaire des collecteurs latéraux supérieurs et inferoexternes.
- le drainage vers la partie basse de la chaîne jugulaire interne et vers la chaîne cervicale transverse en suivant l'artère thyroïdienne inférieure.
- le drainage vers les ganglions retro-pharyngés, latéral à partir du pôle supérieur ( CASIRIGHI : 8 cas sur 33 )

De ces différentes notions découle le problème du drainage croisé. Le croisement peut s'effectuer :

- au niveau du parenchyme par le réseau sous capsulaire;
- par des anastomoses des collecteurs médians;
- par le drainage controlatéral des collecteurs médians et parfois d'un collecteur latéral.

## 10./.- MODIFICATIONS DE L'ANATOMIE NORMALE DANS LES THYROIDES PATHOLOGIQUE

10.1.- Dans certains goitres plongeants le pédicule supérieur peut se trouver en regard du cricoïde. Dans ces cas, il ne faut pas lier les vaisseaux thyroïdiens, supérieurs avant d'avoir isolé et disséqué le récurrent et surtout avoir repéré le cricoïde dont le bord inférieur est le maître repère en chirurgie thyroïdienne.

10.2.- Dans certaines proliférations tumorales supérieures, le trajet du nerf récurrent (laryngé inférieur) peut être modifié, celui-là étant reporté en dehors ou en avant en particulier du côté droit; en effet c'est à droite que le nerf a le plus de chance de deraper sur une tuméfaction lobaire postérieure et se trouver sur la face latérale du goitre.

10.3.- En cas de goitre bilobé, surtout droit, il faudra rechercher le recurrent ( laryngé inférieur ) dans le sillon qui sépare les deux masses lobaires.

10.4.- Il est classique de dire que le recurrent (laryngé inférieur) gauche le plus vulnérable aux agressions médicales et le droit à l'agressivité du chirurgien. Ses variations de trajet normales et pathologiques, ses rapports artériels ( dans la fourche artérielle), ses rapports veineux, font de ce nerf un nerf à haut risque chirurgical. Ces risques sont toujours accrus dans les reprises de thyroïdectomies.

10.5.- Les goitres volumineux sont remarquables par la taille de leurs vaisseaux nourriciers et par l'aplatissement des muscles sous hyoïdiens résultant de la poussée antérieure.

NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION N°1.-

Ast. S... 47 ans F. Barbara originaire de Bamako  
Venue d'elle même pour goitre.

Histoire :

. 1948 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou après le mariage.

- Sans signes de compression, sans douleur
- Se plaint de nervosité, thermophobie, palpitation .

20-12-1978, Elle se présente dans le Service.

- Signes généraux : (S.G. ) Assez bon état général , pèse 58 Kg.  
pour 1m63 . Pouls 110/mn. T.A. : 14/7.

- Signes Physiques ( S.P. ) :

- Goitre médian de 8 cm. de diamètre fixe adhérent aux muscles sterno-cleido-mastoi-dien et aux trapeziens, bien limité, stade IV avec un périmètre cervical de 42 cm., indolore.

- Pas d'adénopathie palpable.

- Bilan habituel normal :

- Bilan spécifique : Calcémie : 90 mg/l. R.A. = 340 ms.

- Radiographie du cou face et profil : macrocalcification pas de déviation trachéale.

- Elle n'a suivi aucun traitement médical.

1-C2-1979 : Compte Rendu Opératoire (C.R.O. ) : Incision type KOCHER

- Il existe :

- Un goitre presque médian isthmique gauche semblant bénin, sans ganglion cervical.

- A droite : lobe normal.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN

- Isthmolo-bectomie gauche .

- Le récurrent et les parathyroïdes gauches n'ont pas été vus mais ont été probablement conservés .

- Vérification de l'hémostase

- Fermeture plan par plan au catgut sur une lame de DELBET, agrafes sur la peau.

- Suites simples

- Histologie : prolifération de vésicules dilatées remplies d'une substance colloïde homogène et éosinophile .

6/02-1979: Sortie .

Vue en consultation le 3-04-1979, Cicatrice opératoire visible à 1mètre va bien. Pouls 88/mn. T.A. : 13/7 voix normale .O.R.L. normal. R.A.:320 ms.

Vue à domicile le 8/09/1981 : Cou normal, cicatrice opératoire invisible. Pouls 80/mn. T.A. : 12/7, voix normale . Poids 63 Kgs.

Résumé :

- Goitre isthmolobaire gauche avec signes d'hyperthyroïdie chez une femme de 47 ans en bon état général.

On a pratiqué une isthmolo-bectomie gauche ( Goitre colloïde homogène et éosinophile)

- Suites simples : disparition des signes d'hyperthyroïdie.

OBSERVATION n°2.-

Djé. S... F. 55 ans , ménagère Bambara, originaire de Bougouni.  
Adressée par un Infirmier pour goitre.

Histoire :

- . 1975 apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.
- Sans signes de compression, sans douleur.
- Se plaint de tachycardie, palpitation, amaigrissement subjectif.
- . 31-01-1979. Elle se présente dans le Service.
- S.G. : Bon état général pèse 60 Kg. pour lm65. T.A.:11/8  
pouls :120/mn.
- S.P. : - Goitre nodulaire du lobe droit bien limité liquidien (kystique) de 10 cm. de hauteur et de 11 cm. de largeur, mobile, indolore avec un périmètre cervical de 38 cm.
- Pas d'adénopathie palpable.
- Bilan habituel normal
- Bilan spécifique :- Radiographie du cou face et profil : déviation trachéale à gauche, macro et microcalcification. ORL normal, calcémie 80 mg. R A 320 ms.
- Elle n'a suivi aucun traitement médical préalable .
- . 4/02/1979. C.R.O. : Incision type KOCHER
- Il existe :
- A droite nodule kystique de 8 cm. de diamètre
- A gauche lobe normal.
- On pratique :
- La ligature des différents pédicules au LIN
- Isthmlobectomie totale droite extracapsulaire
- Reperage et conservation des parathyroïdes droites et du récurrent droit.
- Vérification de l'hémostase
- Fermeture des parois plan par plan au catgut sur une lame de DELBET, agrafes sur la peau. Poids de la pièce : 900 g.
- Suites simples sans traitement particulier
- Histologie : Goitre macrovésiculaire .
- . 13-02-79, Sortie: Voix normale , cicatrice opératoire vue à lm50.
- Vue en consultation le 26/03/1979 , ORL normal , TA : 12/8  
Pouls : 88/mn.
- Vue à domicile le 3/09/1981 à Bamako; va bien , pouls 84/mn.TA:13/7.  
Poids: 62 Kgs.

Résumé :

- Femme de 35 ans en bon état général
- Présentant un nodule thyroïdien kystique droit avec signe d'hyperthyroïdie.
- Isthmlobectomie droite (goitre macrovésiculaire )
- Suites simples : disparition des signes d'hyperthyroïdie.

...../.....

OBSERVATION n°3.

M<sup>lle</sup> PE. S... F. 50 ans , ménagère , minianka, originaire de Sikasso.

Accompagne son mari malade à Bamako dans notre Service et profite de cette occasion pour se faire traiter de son goitre.

Histoire

. 1969 - Apparition progressive d'une tuméfaction à la face antérieure du cou avec périodes de poussée après la 3ème grossesse.

- Sans signes de compression, sans douleur

- Se plaint de tachycardie, de palpitation, thermophobie nervosité.

. 14-01-1979, elle se présente dans notre Service.

- S.G. : Bon état général pèse 53 Kgs. pour 1m62 .Pouls 90/mn  
T.A. 15/8.

- S.P. : -Goitre volumineux nodulaire de 13 cm. de hauteur et de 26 cm. de largeur type IV peu mobile indolore.

- Pas d'adénopathie palpable.

- Par ailleurs cette femme présente un ulcère phagédémique au niveau du pied droit.

- Bilan habituel:normal

- Bilan spécifique : calcémie : 95mg/l . ORL normal , R A 280 ms.

Radiographie du cou face et profil. Pas de déviation trachéale pas de calcification.

. 6/02/1979 : C R C : Incision type KOCHER

- Il existe :

- à droite lobe thyroïdien augmenté de volume hypervascularisé pas de ganglion.

- à gauche lobe thyroïdien augmenté de volume hypervascularisé pas de ganglion.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN

- Une isthmolobectomie totale droite et subtotale gauche conservant le pôle supérieur.

- Les récurrents et les parathyroïdes ont été vus et conservés

- Vérification de l'hémostase

- Fermeture plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET, agrafes sur la peau.

- En outre greffe d'un ulcère phagédémique du pied droit, Poids de la pièce 800 gs.

- Suites simples sans traitement particulier

. Histologie : Goitre macrofolliculaire .

. 13/02/1979, sortie : va bien

- Vue en consultation le 20-02/1979: cou normal , jambe droite : échec partiel de la greffe mais veut se contenter de cela.

- Revue à domicile le 7/08/1981, cicatrice visible à 2 mètres pouls : 84/mn. T A : 14/7.

Résumé :

- Femme de 50 ans en bon état général.

- Présentant un goitre volumineux nodulaire avec signes d'hyperthyroïdie

- Thyroïdectomie subtotale, (goitre macrofolliculaire )

- Suites simples : disparition des signes d'hyperthyroïdie.

OBSERVATION n°4.-

SIT. K.. F. 18 ans , ménagère Bambara, originaire de Bougouni.  
Adressée par un Infirmier pour goitre.

Histoire

- . 1975 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou avec périodes de poussée au cours des règles.
- Sans signes de compression sans douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

31-01-1979, elle se présente dans notre Service.

- S.G.: Bon état général pèse 62 Kg. pour 1m65 . Pouls 88/mn. T A 13/8.
  - S P.: - Goitre volumineux type IV de 17 cm. de largeur sur 12 cm. de hauteur bien limité mobile avec prédominance droite, indolore périmètre cervical de 48 cm.
  - Pas d'adénopathie palpable.
  - Bilan habituel:normal
  - Bilan spécifique : R A : 320 ms. , calcémie 80 mg/l:ORL normal
- Radiographie du cou face et profil: déviation tracheale à gauche, pas de calcification.

- Elle n'a suivi aucun traitement médical.

.17/02/1979, C R C : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A droite : lobe thyroïdien hyperplasique , homogène, pas de ganglion.
  - A gauche : lobe thyroïdien hypotrophique .
- On pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Isthmlobectomie droite extracapsulaire emportant deux nodules thyroïdiens de 7 cm. de largeur sur 6 cm. de hauteur chacun. Cette isthmlobectomie a été très difficile.
  - Vérification de l'hémostase.
  - Le recurrent et les parathyroïdes ont été vus et conservés.
  - Fermeture paroi plan par plan au catgut sur une lane de DELBET et agrafes sur la peau.
- Suites simples : petite infection ayant spontanément disparu sans traitement . ORL normal. R A : 300 ms.

Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire

le 26/02/1979 , sortie sans traitement particulier, plaie très bien cicatrisée .

- Vue à domicile le 7 Juin 1981 : pouls 82/mn. TA: 12/7 voix normale . Poids 63 Kg.

Résumé :

- Femme de 18 ans en bon état général
- Présentant un nodule thyroïdien droit sans signe endocrinien.
- Isthmlobectomie droite ( goitre colloïde macrofolliculaire
- Suites simples .

OBSERVATION n°5.-

Mar. D... F. 38 ans , Peulh, ménagère originaire de Bamako.

Venue d'elle-même pour goitre nodulaire droit avec paralysie récurrentielle gauche.

Histoire

. 1974 apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou .

- Se plaint de dysphonie, thermophobie tachycardie , tremblements, nervosité , moiteurs des mains.

.14/03/1979, elle se présente dans notre Service.

- S.G. : Bon état général pèse 62 Kg. pour Im64, pouls 92/mn.  
T A 13/8.

- S.P. :

- Goitre nodulaire droit de 5 cm. de hauteur et 8 cm. de largeur , mobile, indolore avec un périmètre cervical de 46 cm.

- Pas de ganglion palpable.

- Par ailleurs souffle systolique au foyer mitral, pilosité au menton.

- Antécédents:

- Existence de goitre chez sa soeur

- Occlusion intestinale opérée suivie de trouble de la voix.

- Bilan habituel (B.H. ) : normal.

- Bilan spécifique (B.S. ) : ORL : paralysie récurrentielle gauche

Radiographie du cou face et profil: pas de calcification, pas de déviation tracheale, calcémie 90 mg/l. R A 320:ms.

. Diagnostic : Nodule thyroïdien droit avec signes d'hyperthyroïdie , associé à la paralysie récurrentielle gauche ( inexplicée ) .

On essaye donc de rechercher d'abord la cause de cette paralysie récurrentielle gauche . Mais la malade est découragée par le nombre des examens complémentaires . Elle ne revient donc plus en consultation.

Résumé :

- Femme de 38 ans en bon état général

- présentant un nodule thyroïdien droit avec paralysie récurrentielle gauche et signes d'hyperthyroïdie.

- On explore d'abord la paralysie récurrentielle gauche.

- Mais la malade est perdue de vue avant l'opération.

...../.....

OBSERVATION N°6.-

Awa. D., F. 55 ans ancienne ménagère Saracolé , originaire de Banamba.  
Venue d'elle-même pour goitre et tumefaction de la jambe gauche.

Histoire :

. 1939 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou sans période de poussée évidente.

- Sans signes de compression ni douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

18/04/1979, elle se présente dans notre Service.

- S.G. : Bon état général pèse 60 Kgs. pour 1m63.  
Pouls 88/min. T.A. : 11/7
- S.P. :

-Goitre diffus de 20 cm. de hauteur sur 40 cm. de largeur type IV soufflant , indolore avec un périmètre cervical de 56 cm.  
-Pas d'adénopathie palpable.

- B.H. : normal
- B.S. : - R A 320 ms., ORL : mobilité des cordes vocales

Radiographie du cou face et profil : déviation tracheale à droite.

. 25/5/1979: C R O : Incision type KOCHER .

- Il existe :
  - A droite un goitre totolobaire augmenté de volume hyper-vascularisé .
  - A gauche goitre totolobaire hypervascularisé.
- On pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Isthmololectomie totale gauche
  - Le recurrent et les deux parathyroïdes ont été vus et conservés.
  - Lobectomie subtotale ~~droite~~ conservant un médaillon postérieur près du recurrent et des parathyroïdes.
  - Vérification de l'hémostase.
  - Fermeture des parois plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET agrafes sur la peau. Poids de la pièce 700 g.

- Suites: Simples sans traitement particulier

- Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire et microfolliculair

7/06/1979, sortie : Plaie parfaite

- Vue à domicile le 11/06/1979, va bien cicatrice visible à 1m50  
- Revue à domicile le 3/04/1981 à Bamako, Se porte bien , cou normal , T A : 12/7 . Pouls 76/min.

. Résumé :

- Femme de 55 ans en bon état général
- Présentant un goitre volumineux bilatéral sans signes endocriniens
- Thyroïdectomie subtotale ( goitre macro et microfolliculaire )
- Suites simples.

OBSERVATION n°7.-

Dio.. S.... F.... 40 ans ménagère Barbara , originaire de Diofla .

Adressée par le Docteur TOURE pour tumeur à la face antérieure du cou et dyspnée paroxystique nocturne.

Histoire :

. 1974, apparition progressive d'une tumeur à la face antérieure du cou après arrêt des règles avec :

- Signes de compression ( dysphonie, dyspnée)
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie .
- Sans douleur.

. 30/5/1979, elle se présente dans notre Service sous les Conseils du Docteur TOURE

- S.G.: Mauvais état général pèse 46 Kgs. pour 1m64 T.A.:11/6  
Pouls 88/mn.

- S.P.:

- Goitre nodulaire gauche de 17 cm. de diamètre bien limité mobile, indolore avec périmètre cervical de 48 cm.

- Pas d'adénopathie palpable.

- Par ailleurs, on note un gros foie non douloureux, circulations collatérales, oedèmes des membres inférieurs mous, indolores gardant le godet.

- Elle n'a suivi aucun traitement médical antérieur

- B H : normal

- B S : O R L : paralysie récurrentielle gauche . Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite & pas de calcification.

24/6/1979, C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A gauche : un goitre diffus hypervasculaire, bien limité sans adénopathie de 13 cm. de hauteur sur 10 cm. de largeur.

A droite lobe normal.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN

- isthmolobectomie extracapsulaire gauche en conservant le récurrent. Les parathyroïdes ne sont pas vues.

- Vérification de l'hémostase .

- Fermeture de la paroi plan par plan au catgut sur une lame de DELBET , agrafes sur la peau. Poids de la pièce 750 g.

- Suites simples :

- Histologie : Prolifération vésiculaire contenant une colloïde plutôt pâle avec absence de dégénérescence maligne. Goitre macrofolliculaire et microfolliculaire.

. 1er/7/1979 sortie va bien , voix normale .

8 /8/1979 vue en consultation cicatrice opératoire belle n'a plus de dyspnée ni d'oedème des membres inférieurs. O.R.L cordes vocales mobiles.

3/8/1981 vue à domicile à Diofla cicatrice opératoire visible à 1 mètre, cou normal , poids 52 Kgs., pouls 86/mn. T.A. : 13/7.

. Résumé :

- Femme de 40 ans ayant des dyspnées nocturnes plus oedèmes des membres inférieurs et nodule thyroïdien gauche.
- Isthmolobectomie gauche ( goitre macro et microfolliculaire )
- Suites simples disparition de la dyspnée et des oedèmes des membres inférieurs.

OBSERVATION n° 3.-

Mar. S... F. 23 ans, Ménagère, Sarakollé originaire de Banamba.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1969 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou avec des poussées plus marquées au cours des règles,

- Sans signes de compression, sans douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

23/5/1979: elle se présente dans notre Service.

- S G : Mauvais état général pèse 46 Kg. pour 1m63  
Pouls 86/mn. T A : 11/6.

- S P :

- Goitre volumineux de 10 cm. de hauteur sur 12 cm. de largeur fixe adhérent à la peau, aux muscles sterno-cleido-mastoïdiens et aux trapéziens, indolore avec un périmètre cervical de 48 cm.

- Adénopathies cervicales gauches depuis 2 ans indolores, multiples le long du sterno-cleido-mastoïdien gauche.

- B H: Normal

- B S : R A: 280 ms, calcémie 90 mg: ORL : normal. Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite, pas de calcification.

8/6/1979 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A gauche : un nodule de 8 cm. de diamètre avec de multiples ganglions le long du plexus brachial et de la jugulaire interne.

- A droite : lobe hyperplasique.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN

--Isthmlobectomie gauche avec curage ganglionnaire le long du plexus brachial et de la jugulaire interne.

- Lobectomie subtotale droite conservant le pôle supérieur

- Les récurrents et les parathyroïdes sont vus et conservés

- Vérification de l'hémostase

- Fermeture paroi plan par plan au catgut sur 2 lames de DELBET, agrafes sur la peau.

- Suites simples : Sans traitement particulier

- Histologie : Les fragments examinés sont le siège d'une structure thyroïdienne remaniée par endroits par une prolifération carcinomateuse, réalisant des formations glandulaires. Métastases ganglionnaires d'un adénocarcinome bien différencié de la thyroïde. Il s'agit d'un cancer papillaire de la thyroïde.

Sortie le 20/6/ 1979, C R L normal, calcémie 90 ng/l.

Vue en consultation le 7/4/1980 : va bien, poids 54 Kg, TA: 12/6

Pouls : 86/mn.

Vue à domicile le 2/8/1981 à Banamba : Début d'augmentation du périmètre cervical 42 cm, pas d'adénopathie palpable, voix normale, pouls : 90/mn. T A : 11/7, Poids 53Kgs, refuse de venir à Banako pour contrôle.

Résumé :

- Femme de 23 ans en mauvais état général
- Goitre nodulaire gauche avec adénopathies multiples
- Thyroïdectomie subtotale ( cancer papillaire de la thyroïde )
- Suites simples, va bien depuis 28 mois.

OBSERVATION n°9.-

Fou. S... M. 22 ans , Etudiant, Peulh , originaire de Bougouni  
Adressé par le Professeur Ag.RHALY pour goitre.

Histoire :

. 1975: apparition progressive d'une : tumefaction à la face  
antérieure du cou avec gêne à la deglutition.

- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.
- Pas de dyspnée, pas de dysphonie.

3/4/1979, il se présente dans notre Service sous les Conseils du  
Professeur Ag-RHALY.

- S.G. : Bon état général, pèse 58 Kg.pour 1 m63 TA : 12/7  
pouls 60/mm. ,

- S.P. :

- Goitre nodulaire droit : on note au pôle supérieur un  
nodule de 3cm. de diamètre et au pôle inférieur un nodule de 4 cm. de diamètre.  
Il ne semble rien exister à gauche, pas de douleur à la palpation.

- Pas d'adénopathie palpable

- B H : normal

- B S : Calcémie 70 mg/l , RA : 240 ms, ORL normal , voix  
normale. Radiographie du cou face et profil: pas de déviation trachéale , pas  
de calcification.

.8/7/1979 , C R O : Incision type KOHER

- Il existe :

- A droite : 2 nodules de 3cm. de diamètre chacun , durs  
siégeant aux pôles supérieur et inférieur.

- A gauche lobe normal.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN

- Isthmlobectomie droite extracapsulaire avec repereage  
du recurrent droit et de la parathyroïde polaire inférieure droite.

- Verification de l'hémostase.

- Fermeture plan par plan au catgut sur une lame de DELBET  
agrafes sur la peau.

.16/7/1979 , sortie: Suites simples sans traitement particulier.

- Histologie : Le nodule thyroïdien est entouré d'une capsule  
épaisse de fibrose plus ou moins hyalinisée et contenant de nombreux foyers  
de calcification: thyroïdite de RIDDEL

- Vu en consultation le 26/7/1979 : va bien , ORL normal  
RA 260 ms.

- Vu à l'Ecole le 23/7/1981 : se porte bien : TA : 13/7,  
pouls 80/mm., voix normale

- VU à l'Ecole le 27/9/1981 : se porte bien : cicatrice  
opératoire invisible.

Résumé :

- Etudiant en Médecine de 22 ans en bon état général
- Présentant 2 nodules thyroïdiens droits
- Isthmlobectomie droite ( Thyroïdite de RIDDEL )
- Suites simples.

OBSERVATION n°10.-

Mah. D.. F. 40 ans , ménagère malinké , originaire de Bamako.  
Adressée par le Professeur Aly GUINDO pour goitre multinodulaire.

Histoire :

. 1959 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou, avec périodes de poussées au cours des grossesses.

- Se plaint de dysphonie.
- Tachycardie, diarrhée, nervosité, thermophobie, tremblements moiteur des mains, discrète exophtalmie bilatérale.

. le 20/4/1979, elle se présente dans le Service du Professeur GUINDO qui lui prescrit : Basedène 3c/jour pendant deux mois, puis Lugol 30 gouttes par jour pendant un mois.

. Le 27/6/1979 , elle se présente dans notre Service sous les Conseils du Professeur GUINDO. Ce jour après traitement; on constate que les tremblements , la moiteur des mains, la thermophobie , la diarrhée ont disparu. Mais se plaint de tachycardie, de dysphonie.

- S.G. : Bon état général pèse 66 Kgs. pour 1m67, pouls 116/mn.  
T A : 16/9.

- S P. :  
- Goitre nodulaire bilatéral avec prédominance au lobe droit de 10 cm. de hauteur et 22 cm. de largeur type IV., périmètre cervical 56 cm., indolore

- Pas d'adénopathie palpable.
- B.H.:normal
- B S : après traitement médical : R A = 320 ms. Calcémie 90 mg/l. Radiographie du cou face et profil : déviation tracheale à gauche. ORL : paresie récurrentielle droite.

10/7/1979 , C R O : Incision type KOCHER.

Il existe :

- A droite un goitre multinodulaire de 10 cm. de diamètre
- A gauche un goitre multinodulaire de 7 cm. de hauteur sur 5 cm. de largeur.
- On pratique
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Lobectomie subtotalaire gauche conservant une petite lame postérieure et une lobectomie droite extracapsulaire.
  - Les parathyroïdes et les récurrents ont été vus et conservés.
  - Vérification de l'hémostase :
  - Fermeture plan par plan au catgut sur 2 lames de DELBE agrafes sur la peau.

Ce goitre était très hémorragique légèrement inflammatoire malgré une préparation d'un mois au Lugol, poids de la pièce 1 200 grammes.

- Histologie : Goitre colloïde macro et micro folliculaire,.

. Le 16/7/1979 , sortie , voix normale.

- Vue en consultation le 20/8/1979, ORL normal, Calcémie 85mg,  
R A : 300 ms., pouls 90 , T A 15/9.

- Vue à domicile le 5/6/1981 : cicatrice invisible T A 16/9  
pouls 88/mn.

Résumé :

- Femme de 40 ans en bon état général
- Présentant un goitre volumineux bilatéral type BASEDCW
- Thyroïdectomie subtotalaire (Goitre macro et micro folliculaire )
- Suites simples.

OBSERVATION n°11.-

Ami. D... F. 23 ans , ménagère Sarakollé , originaire de Banamba.  
Adressée par un Infirmer de notre bloc Opératoire pour Goitre.

Histoire :

. 1971 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou , avec périodes de poussées au cours des grossesses.

- Sans signes de compression ni douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. Le 13/6/1979, elle se présente dans notre Service.

- S.G. : Bon état général pèse 60 Kgs, pour Im64, pouls 88/mm.  
T A 13/9

- S.P. :

- Goitre nodulaire droit de 9 cm. de diamètre , sans induration, bien limité, mobile, indolore type IV avec un périmètre cervical de 42 cm.

- Pas d'adenopathia palpable.

- B H : normal

- B S : R A : 320 ms, calcémie : 80 ng. ORL normal

. La 23/7/1979, C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A droite : un goitre nodulaire lobaire supérieur de 6 cm. de diamètre.

- A gauche : lobe normal .

:

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN

- Repérage des parathyroïdes et du recurrent

-Isthmlobectomie extracapsulaire droite.

- En fin d'intervention, un geste malencontreux au niveau du ligament de GRUBER entraîne la section du recurrent aux ciseaux, on pratique la suture à l'oeil nu par 3 points.

- Vérification de l'hémostase

- Fermeture paroi plan par plan au catgut sur une lame de DELBET, agrafes sur la peau.

- Suites simples :

- Histologie : Glande intensément hyperplasique et cellulaire, faite de follicules petits et agglomérés, bordés par un épithélium plutôt cubique. Ces follicules sont pour la plupart vides de colloïdes. Il s'agit de thyrotoxicose primitive.

.31/7/1979 : Elle sort . ORL paralysie recurrentielle droite .

29/7/1980 , vue en consultation, voix normale, ORL : cordes vocales mobiles.

- Vue le 6/9/1981 : voix normale , poids :61 Kg. T.A. 12/7  
Pouls 84/mm.

Résumé :

- Femme de 23 ans en bon état général
- Présentant un goitre nodulaire droit
- Isthmlobectomie droite ( goitre thyrotoxicose à l'histologie)
- Section accidentelle du recurrent : Suture : Succès.

OBSERVATION n°12.-

Bel. D.. F. 30 ans , Barbara  
Venue d'elle même pour goitre.

Histoire :

. Fevrier 1979 apparition progressive d'un nodule thyroïdien à la face antérieure du cou.

- Légèrement douloureux , sans signes de compression
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie .

Le 17/7/1979, elle se présente dans notre Service.

- S G : Bon état général pèse 53 Kg. pour 1m62, pouls 82/mn. T A : 12/8.

- S P :

- Goitre nodulaire gauche de 14 cm. de diamètre type III souple, mobile, douloureux .

- Pas d'adénopathie palpable.

- B H : normal

- B S : CRL normal ,Radiographie du cou face et profil, pas de déviation brachéale , pas de calcification.

Le 25/7/1979 : C R O : Incision type KOCHER

Il existe :

- A Gauche un nodule totolobaire de 3 cm. de diamètre environ sans adénopathie . Le recurrent et les parathyroïdes sont vus.

- A Droite lobe normal.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN

- Isthmlobectomie gauche

- Le recurrent et les parathyroïdes sont conservés

- Vérification de l'hémostase

- Drainage de la loge par une lame de DELBET, poids de la pièces 800 g.

- Fermeture plan par plan au catgut, agrafes sur la peau.

- Suites simples

- Histologie : Remaniement important de la glande thyroïde envahie par un infiltrat inflammatoire dont de nombreux hystiocytes spermeux. Il s'agit de thyroïdite.

La malade dès sa sortie est perdue de vue.

Résumé :

- Femme de 30 ans en bon état général

- Présentant un goitre nodulaire gauche (de 800 g.)

- Isthmlobectomia extracapsulaire gauche (thyroïdite )

- Suites simples.

...../.....

OBSERVATION n°13.-

Gus., B. M. , 22 ans, Peulh originaire de Djenné.

Venu de lui-même pour goitre.

Histoire :

. 1972 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression, sans douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. 18/7/1979, il se présente dans notre Service.

- S G : Bon état général pèse 58 kg. pour Im63, pouls 86/mn  
TA 11/7

- S P :

- Goitre diffus homogène non soufflant de 12 cm. de hauteur sur 18 cm. de largeur, mobile, indolore bien limité.
- Pas d'adénopathie palpable.

- B H : normal

- B S : RA : 280 ms, calcémie 80 mg. , ORL: normal .

Radiographie du cou face et profil: macrocalcification pas de déviation trachéale.

. 2/8/1979 : C R C : Incision type KOCHER .

- Il existe :

- A droite: Lobe thyroïdien hyperplasique de 7 cm. de diamètre avec de multiples micronodules .
- A gauche : un goitre diffus inflammatoire de 7 cm. de diamètre.

- Cn pratique :

- La ligature des différents pedicules au LIN
- Le repérage des récurrents
- Une lobectomie subtotale extracapsulaire gauche, en conservant un médaillon postérieur , une seule parathyroïde a été repérée.
- Isthmlobectomie droite .
- Les pedicules inférieurs sont largement respectés pour la vascularisation des parathyroïdes.
- Vérification de l'hémostase
- Fermeture paroi plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET, agrafes sur la peau. Poids de la pièce 700 :

- Suites : En postopératoire nous avons noté une infection broncho-pulmonaire ayant nécessité un traitement médical. Voix bitonale . L'examen ORL fait 4 jours après l'opération trouve une paresie récurrentielle droite.

- Histologie : Goitre bénin inflammatoire macrofolliculaire surtout au niveau du lobe gauche.

14/8/1979 , sortie :

- Vu le 7/9/1979 , voix devenue normale , pouls 88/mn.

T A : 13/7, calcémie : 90 mg/l cicatrice opératoire visible à 2 mètres.

4/1/1981 , vu à domicile à Banako, pouls 86/mn. Poids 60 Kgs. TA 12/7.

Résumé :

- Homme de 22 ans en bon état général
- Présentant un goitre diffus homogène euthyroïdien
- Thyroïdectomie subtotale( goitre inflammatoire macrofolliculaire )
- Suites simples mis à part une infection broncho-pulmonaire et une paresie récurrentielle droite transitoire.

OBSERVATION n°14.-

Sal.. M.. F. 14 ans Elève , minianka , originaire de Koutiala .  
Adressée par le professeur DUFLO pour goitre multinodulaire.

Histoire :

. 1977 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression, sans douleur.
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. 1979, elle consulte le Professeur DUFLO qui lui prescrit de la thyroxine 1 mg. par jour pendant deux mois. Ce traitement n'a donné aucun résultat satisfaisant.

3/8/1979 , elle se présente dans le Service sous les Conseils du Professeur DUFLO

- S.G. : Bon état général, pèse 42 Kgs. pour 1m63 , pouls 90/mn T.A. 11/5.

- S.P. :  
- Goitre multinodulaire volumineux de 13 cm. de hauteur et 17 cm. de largeur, mobile avec un périmètre cervical de 46 cm. , indolore.  
- pas d'adénopathie palpable.

- B.H. : normal  
- B.S. : RA : 360 ms, calcémie 80 mg, ORL normal . Radiographie du cou face et profil : macrocalcification , pas de deviation trachéale.

14/8/1979 : C R O : Incision type KOCHER

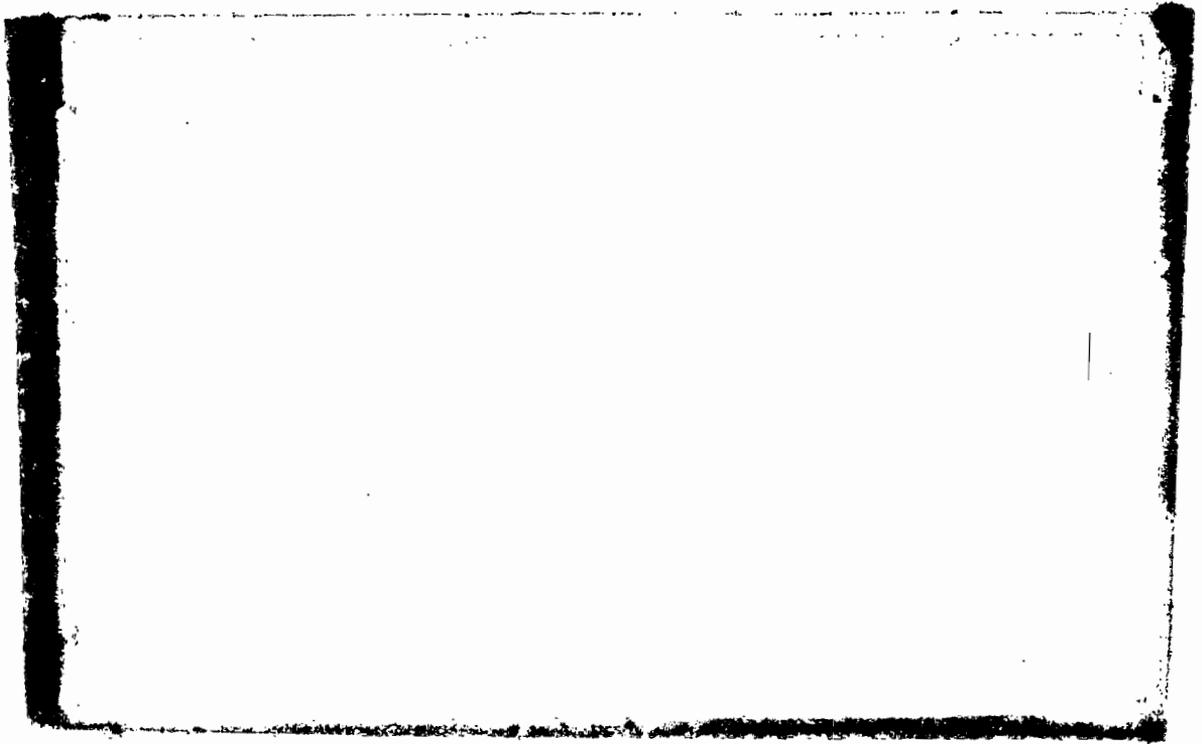
- Il existe :
  - A droite : 3 gros nodules de 3 à 4 cm. de diamètre chacun, de multiples adénopathies le long de jugulaires qui ne semblent pas néoplasiques.
  - A gauche : Lobe hyperplasique avec de multiples micronodules.
- On pratique :
  - La ligature des différents pedicules au LIN
  - Lobectomie subtotale droite conservant le pôle supérieur.
  - Isthmololectomie gauche extracapsulaire compte tenu de l'impossibilité de garder une seule portion du lobe gauche.
  - Les recurrents et les parathyroïdes sont vus et conservés
  - Fermeture plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET après vérification soigneuse de l'hémostase. Poids de la pièce 900 g.

- Suite : En post-opératoire , la malade envoyée aux urgences avec sa sonde d'intubation avant son réveil, mord celle-ci et s'asphyxie progressivement parce qu'elle n'avait pas de canule dans la bouche mise par l'anesthésiste et l'Infirmier stagiaire qui prenait la garde pour la première fois dans une salle de reveil a découvert la malade sans T.A. ni pouls avec un visage cyanique.

Histologie : Les prélèvements du lobe droit comme du lobe gauche montrent une prolifération de petites vesicules vides ou remplies d'une colloïde souvent pâle. L'épithélium glandulaire est plutôt cubique. Les ganglions prélevés ne montrent qu'une hyperplasie.

Résumé : Goitre euthyroïdien chez une fille de 14 ans en bon état général ayant subi une thyroïdectomie subtotale, décédée une heure après l'opération à cause de l'obstruction de la sonde d'intubation. (Goitre colloïde micro-folliculaire).

Photo de la sonde d'intubation a yant causé la mort de notre malade  
(Observation N° 14).



OBSERVATION n°15.-

Oum. C.. F. 28 ans ménagère malinké, originaire de Bamako.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

Junin 1979 - apparition progressive d'un nodule thyroïdien à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression, sans douleurs
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

25/7/1979, elle se présente dans notre Service .

- S.G. : Bon état général pèse 52 Kgs. pour Im62 T A 12/7  
Pouls 86/mn.
- S P :
- Goitre nodulaire gauche de 12 cm. de diamètre indolore , mobile . Sans adénopathie palpable.
- B H : normal
- B S : R A 320 ms. calcémie 100 mg/l. ORL normal . Radiographie du cou face et profil: pas de déviation trachéale , pas de calcification

24/9/1979 : C R G : Incision type KOCHER

- Il existe :
- A gauche : un nodule du pôle supérieur
- A droite : lobe normal.
- On pratique :
- La ligature des différents pédicules au LIN
- Isthmlobectomie gauche , le nodule a 10 cm. de diamètre .
- Reperage du récurrent gauche et conservation des parathyroïdes.
- Vérification de l'hémostase
- Drainage de la loge gauche par un drain tubulé.
- Fermeture plan par plan au catgut, agrafes sur la peau
- Suites simples sans traitement particulier.
- Histologie : Goitre colloïde macro et microfolliculaire en foyer hémorragique du lobe gauche.

1/10/1979, sortie :

- Vue le 3-8-1981 , ORL normal , calcémie 90 mg.pouls 82/mn.  
T A:13/7, voix normale.
- Vue à domicile le 5/9/1981: cou normal, poids 54 Kgs.

Résumé :

- Femme de 28 ans en bon état général
- présentant un goitre nodulaire gauche
- Isthmlobectomie gauche ( goitre macro et microfolliculaire )

OBSERVATION n°16.-

Haw. D., 43 ans F. Sarakollé .

Adressée par le Professeur AG-RHALY pour BASEDOW

Histoire :

. 1969 - apparition progressive d'une tuméfaction à la face antérieure du cou

- Se plaint de thermophobie, palpitation, exophtalmie, diarrhées paroxystiques mais sans amaigrissement.
- Le goitre et les signes d'hyperthyroïdie subissaient des poussées aiguës surtout pendant les grossesses ( 3 grossesses )
- Après le dernier accouchement , les signes sont devenus insupportables.

1978, elle consulte le Professeur Ag-RHALY qui retient le diagnostic de BASEDOW et prescrit : Basedène 6 c/j. ; Valium "10" 1 c/j; Lugol fort 40 gouttes/jour . Au bout de trois mois les signes regressent mais incomplètement.

1979, elle arrive dans notre Service pour traitement chirurgical. A son arrivée elle présentait :

S.G. : bon état général pèse 60 Kgs. pour 1m61 , pouls 100/mm  
T A 13/8.

S.P. : Goitre volumineux bilatéral de 14 cm. de diamètre soufflant  
Il existe encore un tremblement discret .

On note : une exophtalmie énorme : 55 mm à l'appareil de  
HERTEL ( normale inférieure ou égale à 17 )

La malade déclare une diplopie et une vision très faible .

Devant la persistance de quelques signes d'hyperthyroïdie, on demande à la malade de continuer son traitement anti-thyroïdien qu'elle doit elle même acheter. Malheureusement au bout de 15 jours de traitement son Basedène est épuisé et elle n'arrive pas à en trouver dans toute la République du Mali. Après 15 jours sans Basedène, la tachycardie recommence de plus belle et surtout l'exophtalmie s'aggrave d'autant plus qu'il s'y associe une conjonctivite bilatérale.

Nous l'adressons donc au Service d'Ophtalmologie où elle a subi l'ablation des deux yeux. Elle sort de ce Service et est perdue de vue.

Résumé :

- Femme de 43 ans en bon état général
- Présentant un basedow de longue date qui, à l'occasion d'un arrêt de traitement aux antithyroïdiens de synthèse (rupture de stocks) a présenté une exophtalmie maligne entraînant la perte des deux yeux.

...../.....

OBSERVATION N°17.-

Mam. S... M. 32 ans blanchisseur, Bambara originaire de Bamako.  
Venu de lui-même pour goitre.

Histoire :

. 1971 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou, mais gardant le même volume depuis environ 5 ans.

- Sans signes de compression ni douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie .

26/9/1979, il se présente dans le Service

- S G : Assez bon état général pèse 64 Kg. pour 1m65, pouls 88/mn
- T A: 13/3.
- S P :

- Goitre diffus bilatéral peu mobile type IV de 14 cm. de largeur et 10 cm. de hauteur pas de douleur à la palpation du goitre.

--Pas d'adénopathie palpable

- Par ailleurs lépreux connu sous traitement, retraction des doigts des deux mains.

- B H : normal

- B S : R A 280 ns, calcémie 100 mg. Radiographie du cou, face et profil: pas de déviation trachéale, pas de calcification. ORL normal .

10-10-1979, C R O : Incision type KOCNER

- Il existe :

- A gauche un goitre totolobaire

- A droite un goitre totolobaire

- On pratique

- La ligature des différents pédicules au LIN

- Une isthmolobectomie gauche avec conservation d'une lame thyroïdienne postérieure .

- Une lobectomie totale droite.

- Les 4 parathyroïdes et les 2 récurrents ont été vus et conservés.

- Fermeture plan par plan au catgut sur 2 lames de DELBET après vérification soigneuse de l'hémostase et agrafes sur la peau. Poids de la pièce : 300 g.

- Suites simples : Sans traitement particulier

- Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire.

le 17/10/1979 sorti : O R L normal, voix normale, T A 13/7, Pouls 86/mn.

- Vu. en consultation le 27/11/1979 : va bien calcémie 90 mg/l

- Vu. à Domicile le 13/3/ 1981, pouls 86/mn, T A : 12/7, cou normal

Résumé :

- Homme de 32 ans lépreux connu en bon état général
- Présentant un goitre diffus bilatéral
- Thyroïdectomie subtotalaire ( Goitre colloïde macrofolliculaire )
- Suites simples

...../.....

OBSERVATION N°13.-

Cum. T... F. 43 ans , ménagère , Bambara.  
Venue d'elle-même pour goitre douloureux.

Histoire :

. 1949 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou avec des périodes de poussées aiguës au cours des grossesses.

- Sans signes de compression
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie
- Douleur de la tumefaction au cours des grossesses.

3/10/1979 , elle se présente dans notre Service.

- S G : Bon état général pèse 63 Kg. pour lm64 , pouls 88/mm  
T A : 13/8.
- S P :

- Goitre nodulaire gauche volumineux type IV de 8 cm. de hauteur et 10 cm. de largeur, mobile, bien limité avec un périmètre cervical de 37 cm. , douloureux à la palpation.

- Pas d'adénopathie palpable.

- B H : normal

- B S : R A: 320 ms, calcémie : 90mg/l, GRL : normal . Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite, pas de calcification.

- Elle n'a suivi aucun traitement médical préalable.

27/10/1979 C R C : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A gauche un goitre totolobaire gauche semblant bénin sans ganglion cervical.
- A droite : lobe normal.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN
- Une isthmolobectomie gauche extra capsulaire
- le récurrent et les parathyroïdes gauches sont vus sont vus et conservés.
- Vérification de l'hémostase.
- Fermeture paroi plan par plan au catgut sur une lame de DELBET, agrafes sur la peau.

- Suites simples : sans traitement particulier.

- Histologie : Goitre bénin colloïde macro-folliculaire

7/11/79 : sortie : voix normale , pouls 88/mm. TA/13/7

- Vue en consultation le 7/12/1979: va bien cicatrice opératoire visible à 2 mètres. O R L normal. Poids 64 Kgs.

- Vue à domicile à Bamako le 25/9/1981 , pouls 76/mm, T A:13/6  
Cicatrice opératoire invisible.

Résumé :

-Femme de 43 ans en bon état général

- Goitre nodulaire gauche

-Isthmolobectomie gauche ( goitre bénin colloïde macrofolliculaire

-Suites simples .

Bin. T., F. 30 ans malinké . originaire de Kita.

Adressée par le Service de Médecine IV pour fracture spontanée du col du fémur gauche.

Histoire : Depuis 10 ans, apparition progressive d'une tuméfaction à la face antérieure du cou.

A son entrée dans notre Service on constate :

- Une diarrhée motrice très importante 10 à 15 selles liquides par jour, le ris mangé à midi peut sortir par l'anus dans les minutes qui suivent sans être digéré.
- Déshydratation extrême avec asthénie importante.
- Goitre bilatéral formé de multiples nodules avec de multiples adénopathies cervicales.

- S G : Très mauvais état général , pèse 40 Kg. pour 1m65  
pouls : 110/min, T A : 10/6.
- H H : non fait
- B S : calcémie 90 mg/l.

On pose alors le diagnostic de cancer thyroïdien avec métastases au niveau du col du fémur gauche.

2/3/1980 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A gauche : 2 petits nodules de 5 cm de diamètre chacun
- A droite : 1 petit nodule de 3 cm. de diamètre environ.

- On pratique :

- Une lobectomie gauche extra-capsulaire avec exérèse de quelques ganglions jugulo-carotidiens gauches après ligature des différents pédicules au LIN .

- Lobectomie subtotale extracapsulaire droite conservant le pôle supérieur. Les récurrents et les parathyroïdes ne sont pas recherchés.

- Suites Simples : Calcémie 90 mg, ORL non fait

- Histologie : Prolifération carcinomateuse en amas ou en cordons dans un ~~xi~~ important stroma amyloïde: carcinome médulaire à stroma amyloïde avec métastase ganglionnaire.

La diarrhée a disparu au bout de trois jours. Trois semaines après l'intervention, l'état général ne s'est pas bien amélioré d'autant qu'elle avait présenté des escarres.

On a demandé aux parents de la malade de venir en consultation, ils ont tous refusé bien que l'une de ses soeurs présente elle aussi un goitre.

Il nous a pas été possible de doser la calcémie.

Un mois après elle meurt par suite de cachexie.

- Résumé :

- Femme de 30 ans en très mauvais état général
- Présentant un goitre bilatéral avec adénopathies multiples  
T<sub>3</sub> N<sub>2b</sub> M<sub>1</sub>.
- Thyroïdectomie subtotale (cancer nodulaire avec métastases)
- Suites simples , mais décédée un mois après par suite de cachexie

OBSERVATION N°19.-

Hat... K. F. 24 ans , Ménagère Sarakollé , originaire de Koulikoro.

Histoire :

.1972- apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression ni douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

31/10/1979, elle se présente de notre Service.

- S G. : bon état général pèse 57 Kgs. pour Im64 T A: 12/8, pouls 76/mr
- S P. :
  - Goitre volumineux multinodulaire bilatéral à prédominance droite de 13 cm. de hauteur et 16 cm. de largeur mobile, bien limité, stade IV avec un périmètre cervical de 45 cm. sans douleur
  - Pas de ganglion palpable
- B H : normal
- B S : Calcémie 100 mg, C R L : normal . Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à gauche, pas de calcification .

10/11/1979: C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A gauche 2 nodules de 7 à 8 cm. de diamètre chacun
  - A droite : un goitre totolobaire
- Cn pratique :
  - A droite la ligature des différents pédicules au LIN . Lobectomie totale extra-capsulaire .
  - A gauche : Ablation de deux nodules
  - Les 4 parathyroïdes et les 2 récurrents sont vus et conservés.
  - Fermeture parois plan par plan sur 2 lames de DELBET après vérification de l'hémostase, agrafes sur la peau.
- Suites simples : sans traitement particulier.
- Histologie : Goitre macro et microfolliculaire .

18/11/1979: Sortie : voix normale , RA 340 ms. Poids 60 Kgs.

- Vue à domicile à Bamako le 29/8/1981 : pouls 88/mm, T.A:14/7 voix normale.

Résumé :

- Femme de 24 ans en bon état général
- Présentant un nodule totolobaire droit et deux nodules gauches
- Isthmololectomie droite et encléation résection des deux nodules gauches ( Goitre micro macrofolliculaire ).
- Suites simples.

...../.....

OBSERVATION n°20.-

Cum. D... F. 80 ans, ancienne ménagère, peulh, originaire de Bamako.  
Adressée par aide-Soignante de Maternité de l'Hôpital du Point-"G" pour  
goitre suintant.

Histoire :

. 1951 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure  
du cou

- Sans signes de compression, sans douleur.

. 1963 - apparition de petits nodules au voisinage de la tumefaction avec  
douleur, ulcération dysphagie, surdité.

- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

.5/12/1979: Elle se présente dans notre Service

- S G : Mauvais état général pèse 56 Kgs. pour 1m62  
Pouls: 88/mn, T A : 15/8.

- S P :

- Goitre nodulaire droit suintant de 14 cm. de hauteur  
et 16 cm. de largeur avec un périmètre cervical de 56 cm.  
adhérant à la peau, aux muscles sternocléidomastoïdiens et  
aux trapeziens, indolore.

- Adénopathies multiples jugulo-carotidiennes dont certaines  
visibles dès l'inspection.

- B H : normal

- B S : R A : 280 ns, calcémie : 100 mg/l. Radiographie du cou  
face et profil: déviation trachéale à gauche, macro et microcalcification.

Diagnostic : Thyroïdite très évoluée ? ou cancer de la thyroïde ?

- Vue à domicile le 27/9/1981 : refus de tout acte de soin, malade  
très réticente. Goitre toujours suintant, ulcération beaucoup plus étendue.

- Résumé

- Femme de 80 ans en mauvais état général

- Présentant un goitre volumineux avec de multiples  
adénopathies (thyroïdite ?).

- Refuse de se faire opérer.

...../.....

OBSERVATION n°21.-

Mar. D... F. 22 ans, Peulh, originaire de Djéné.

Venue d'elle-même pour tumeur sus-claviculaire gauche et goitre nodulaire gauche.

Histoire :

. 1973 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou. Sans signes de compression, sans douleur, sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. 1973. - Elle consulte un Médecin à l'Hôpital du Point-"G" qui lui prescrit un traitement médical inconnu. Pas de résultat satisfaisant.

Elle consulte un Chirurgien à l'Hôpital de Kati qui propose l'exploration de la masse sus-claviculaire. Elle refuse.

Consulte un Chirurgien cette fois-ci à l'Hôpital Gabriel TOURE qui lui prescrit un traitement médical inconnu.

Puis est apparue une palpitation : à cet effet, elle consulte un Médecin à l'Hôpital Gabriel TOURE qui lui prescrit du palpipax

. 1976 - Elle consulte un Chirurgien à l'Hôpital du Point-"G" qui l'adresse à un autre Médecin du Point-"G", celui-ci retient le diagnostic de lipome ou d'angiome sus-claviculaire gauche plus goitre, ce dernier est traité par : Base-dène 4 comprimés par jour pendant deux mois Lugol 10 gouttes 3 fois par jour pendant un mois, Tranxène 1 comprimé/jour ( le soir au coucher ) pendant 2 semaines .

Elle consulte enfin un Médecin à l'Hôpital Gabriel TOURE qui constate un souffle de la masse sus-claviculaire et fait la ponction. Ce liquide bactériologiquement stérile donne comme résultat: liquide de couleur maron chocolat, nombreux leucocytes.

26/12/1979, Elle se présente dans notre Service car la masse sus-claviculaire augmentait de volume et l'obligeait de porter un foulard autour du cou.

- S.G. : Bon état général, poids 51 Kgs. pour Im62, pouls 88/mm  
T A 12/7.

- S P. : Goitre : Tumeur sus-claviculaire gauche de 10 cm. de diamètre, goitre de 6cm. de diamètre, mobile cervico-mediastinal gauche plus souffle continu à renforcement systolique sus-claviculaire bilatéral, prédominant dans la région gauche et dans la région médiane .

-Adénopathies multiples surtout gauches, mobiles, indolores.

- B H : normal

- B S : Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite, macrocalcification au dessus de la clavicule .RA : 260 ms, calcémie:100mg

4/1/1980 C R O .

- Incision sus-claviculaire gauche ablation monobloc d'une tumeur de 6 cm. de diamètre polylobée en dehors du sternocléidomastoïdien qui contient un liquide noir café. On a posé le diagnostic de cancer de la thyroïde macroscopiquement, il devait être confirmé le jour suivant par l'histologie.

6/1/1980 : Incision type KOCHER

- Il existe : A gauche: Une tumeur thyroïdienne ~~plongeante~~, bien encapsulée énormément vascularisée, adhérente à la carotide primitive gauche, des ganglions à le long de la chaîne recurrentielle en particulier un ganglion de 3 cm. de diamètre polylobé. A droite: lobe augmenté de volume, hypervascularisé.

- On pratique : La ligature des différents pédicules au LIN, une lobectomie totale gauche avec curage ganglionnaire le long de la chaîne recurrentielle, une lobectomie subtotale droite conservant une petite lame postérieure. Les 2 recurrents et les 4 parathyroïdes sont vus et conservés, vérification de l'hémostase, fermeture plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET, agrafes sur la peau. Poids : 720 g.

OBSERVATION n°21 ( suite )

- Suites simples : Sans traitement particulier .
- Histologie : Adénocarcinome papillaire du lobe gauche  
Parenchyme thyroïdien droit normal  
Métastase ganglionnaire d'un cancer d/ papillaire  
de la thyroïde.
- Sortie le 24/1/1980 : Va bien , pouls 82/mm, T A 13/7. Poids 53 Kg.
  - Vue le 25/5/ 1980 : cicatrice cheloïdienne vue à 2 mètres
  - Vue le 9/7/1980 : CRL normal
  - Vue le 5/8/1981 : Se porte bien O R L normal ; cou normal  
voix normale.
- Résumé :
  - Femme de 22 ans en bon état général
  - Présentant un goitre nodulaire gauche malin plus masse  
sus-claviculaire gauche ( métastase )
  - Thyroïdectomie subtotale avec curage ganglionnaire (adénocarcinome  
papillaire de la thyroïde.
  - Suites simples : Va bien depuis 22 mois.

...../.....

OBSERVATION n°22.-

Haw. C. F. 19 ans, barbara, Ménagère, originaire de Bamako.  
Venue d'elle-même pour Goitre.

Histoire :

. 1973 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression sans douleur.
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie

. 7/11/1979, elle se présente dans notre Service.

- S G : Assez bon état général pèse 54 Kg. pour Im62 . Pouls:80/mn  
T A 15/8

- S P :

- Goitre volumineux nodulaire droit bien limité, indolore, mobile, de 10 cm. de hauteur sur 18 cm. de largeur avec un périmètre cervical de 52 cm.

-Pas d'adénopathie palpable .

- B H : normal

- B S : CRL : mobilité des cordes vocales ; Radiographie du cou, face et profil : macrocalcifications.

5/2/1980 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A droite : un goitre totolobaire
- A gauche : lobe normal

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN
- Une isthmolobectomie droite extracapsulaire
- Les parathyroïdes et le récurrent droits sont vus et

conservés.

- Vérification de l'hémostase

- Fermeture de la paroi plan par plan au catgut sur une lame de DELBET, agrafes sur la peau. Poids de la pièce 1 200 grammes.

- Suites simples : sans traitement particulier.

- Histologie : Goitre macrofolliculaire

le 11/2/1980 : sortie : va bien .

- Vue le 19/2/1980 en consultation, cicatrice opératoire visible à 3 mètres. CRL normal.

- Vue à domicile le 11/7/1981, se porte bien, T A 14/7  
Pouls 82/mn, pèse 62 Kgs. cou normal

Résumé :

- Femme de 19 ans en bon état général
- Présentant un goitre nodulaire droit ( de 1 200 g)
- Isthmolobectomie droite ( goitre colloïde macrofolliculaire)
- Suites simples.

OBSERVATION n°23.-

Kou D. 27 ans F. Ménagère Peulh, originaire de Kita.  
Adressée par le Docteur TOURE pour goitre plus tachycardie .

Histoire :

-1965- apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Se plaint de tachycardie, palpitation, diarrhée, nervosité, insomnie.
- Sans signes de compression

14/1/1980, elle se présente dans notre Service sous les Conseils du Docteur TOURE,

- S G : Mauvais état général pèse 50 Kgs. pour lm67, pouls: 104/mm, T A : 13/8.
  - S P :
    - Goitre nodulaire cervicomédiastinal peu mobile de 12 cm. de hauteur sur 26 cm. de largeur avec un périmètre cervical de 56 cm. indolore.
    - Pas d'adénopathie palpable.
  - B H : normal
  - B S : R A 240 ms, Calcémie 90mg/l , ORL : cordes vocales mobiles.
- Radiographie du cou face et profil : opacité thyroïdienne déviation tracheale vers la gauche. Radiographie du thorax: Goitre plongeant cervico-médiastinal.

6/2/1980 C R C : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A droite : nodule totolobaire de 10 cm. de diamètre, mobile, indolore, pas de ganglion.
  - A gauche : lobe normal.
- On pratique :
  - Ligature des différents pédicules au LIN
  - Isthmlobectomie droite
  - Les 2 parathyroïdes et le recurrent sont vus et conservés
  - Vérification de l'hémostasie.
  - Fermeture plan par plan au catgut sur une lame de DELBET, agrafes sur la peau.
- Suites simples : sans traitement particulier.
- Histologie : Goitre colloïde macro et microfolliculaire.

. 18/2/1980 : sortie : suites simples :

- Vue en consultation le 27/2/1980: ORL : normal : RA 260ms. pouls 92/mm. T A 13/7. Poids : 59 Kgs.
- Vue le 4/1/1981 à domicile : va bien T A : 13/8. pouls 88/mm voix normale.

- Résumé :

- Femme de 27 ans en mauvais état général
- Présentant un goitre nodulaire droit avec tachycardie irréductible.
- Isthmlobectomie droite ( goitre colloïde macro et micro folliculaire.
- Suites simples : disparition de la tachycardie.

OBSERVATION n°24.-

Sou... B.... M. 34 ans , cultivateur Sénoufo , originaire de Sikasso.  
Venu de lui-même pour goitre.

Histoire :

. 1966- apparition progressive d'une tuméfaction à la face antérieure du cou.

. 1971 - apparition d'un ganglion cervical gauche . Se plaint de dyspnée , dysphagie, dysphonie, douleur . Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. 12/2/ 1980: Il se présente dans notre Service.

S.G. : Mauvais état général , pèse 59 Kg. pour 1m63

T A 12/9, pouls 76/mn.

S.P. : Goitre nodulaire bilatéral plus marqué au lobe gauche , douloureux à la palpation de 13 cm de hauteur et 13 cm. de largeur adhérent à la peau au muscle sternocléidomastoïdien, fixe, avec adénopathies cervicales multiples dont une à gauche visible dès l'inspection.

Par ailleurs on note une hépatomégalie discrète douloureuse (métastases hépatiques ? ), des râles pulmonaires (métastases pulmonaires ?)

- B H : normal

-B S : RA 360 ms, ORL: normal , Radiographie du cou : déviation trachéale à droite , microcalcification. Radiologie du thorax: accentuation de la tramé broncho-vasculaire, comblement du sinus costo-diaphragmatique droit, ombre hépatique visible.

24/2/ 1980 : Incision type KOCHER

- Il existe : A gauche : un goitre totolobaire très suspect avec de multiples ganglions cervicaux. A droite goitre hypervascularisé.

- On pratique : La ligature des différents pédicules au LIN, lobectomie totale gauche, exérèse extracapsulaire ; la tumeur à 10 cm. de diamètre fixée au pôle inférieur du lobe gauche , elle est unique adhère à la trachée à l'oesophage et au sterno-cléidomastoïdien gauche. On pratique une ablation de toutes les adhérences avec curage ganglionnaire jugulocarotidien trapezien et sternal. Les 2 récurrents et les 4 parathyroïdes sont vus et conservés . Lobectomie subtotale droite conservant le pôle inférieur. Vérification de l'hémostase fermeture plan par plan au catgut sur 2 lames de DELBET, agrafes sur la peau. Poids de la pièce 800 g.

- Suites simples : Sans traitement particulier

- Histologie : La tumeur: prolifération carcinomateuse d'un tissu thyroïdien (lobe gauche)

Le ganglion: il est le siège de nombreux massifs tumoraux cernés par un stroma fibro-inflammatoire. Il s'agit d'éléments volumineux , à cytoplasme abondant à noyau ovale , régulier à chromatine finement fispesée : métastase ganglionnaire d'un carcinome indifférencié d'origine thyroïdienne.

3/3/1980 : Sortie . ORL normal , RA : 320 ms , calcémie : 90 mg.

- Vu en consultation le 17/5/ 1980 : va bien , TA :13/7 Poids 58Kg  
Pouls 82/ mn.

8/10/1981 : Information reçue selon laquelle le malade est décédé au mois de Juillet 1981 par suite d'une infection pulmonaire .

- Résumé :

- Homme de 34 ans en mauvais état général

- Présentant un goitre nodulaire bilatéral T<sub>3</sub> N<sub>2b</sub> M<sub>1</sub>

- Thyroïdectomie subtotale ( carcinome indifférencié de la thyroïde )

- Suites simples

- Décédé 18 mois après l'opération ( métastases pulmonaires ? hépatiques ?

OBSERVATION n°26.-

Mod., S., M, 40 ans bambara .  
Venu de lui-même pour goitre.

Histoire :

- . 1960 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou .
  - Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.
- . 1979 augmentation rapide du volume du goitre.
- . Mars 1980: Consulte dans notre Service : Il présentait alors
  - Un goitre nodulaire droit de 7 cm. de diamètre siégeant au pôle inférieur plongeant, cervico-médiastinal.
  - Quelques adénopathies satellites cervicales droites.
  - B H. : normal
  - B S. : O R L : pas fait , radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à gauche , pas de calcifications.
- . Mars 1980 C R O : Incision type KOCHER
  - Il existe :
    - A droite : un nodule polaire inférieur de 6 cm. de diamètre qui plonge légèrement dans le thorax. Les adénopathies ne semblent pas être des métastases. Le récurrent et les parathyroïdes sont vus et conservés .
    - A gauche : lobe normal.
  - On pratique :
    - La ligature des différents pédicules au LIN
    - Une isthmolobectomie droite
    - A la coupe le nodule est manifestement bénin
    - Drainage de la loge par une lame de DIEBET après vérification de l'hémostase.
    - Fermeture de la paroi plan par plan au catgut , agrafes sur la peau.
  - Suites simples :
  - Histologie : Goitre colloïde macro et microfolliculaire.
  - Sorti sans traitement et n'est plus revu en consultation.
- Résumé :
  - Homme de 40 ans en bon état général
  - Présentant un goitre nodulaire polaire inférieur droit
  - Isthmolobectomie droite (goitre colloïde macro et micro-folliculaire.
  - Suites simples.

...../.....

OBSERVATION n°27.-

Fil... C.. F. 30 ans, Ménagère bambara, originaire de Baguinda.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1970: - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou

- Se plaint de dysphagie, dysphonie, douleur,
- Amaigrissement subjectif
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. 9/4/1980 : Elle se présente dans notre Service

- S G : Bon état général pèse 59 Kg. pour 1m63, T A 14/9  
Pouls : 100/mn.
- S P :

- Goitre lobaire gauche de 7 cm. de hauteur sur 12 cm. de largeur fixe, douloureux, adhérent à la peau et au muscle sternocléido mastoïdien, non soufflant, périmètre cervical 44 cm.

- Adénopathie cervicale homolatérale douloureuse à la palpation.

- Par ailleurs tumefaction à la face postérieure du genou droit (métastases osseuses ?)

- B H : normal

- B S : 320 ms, calcémie : 90mg/l, ORL: normal, Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite, pas de calcification.

.24/4/1980 : C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A gauche : une tumefaction totolobaire plus ganglions le long des vaisseaux jugulo-carotidiens.
- A droite lobe thyroïdien normal

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN
- Une Isthmlobectomie gauche extracapsulaire avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien.
- Lobectomie subtotale droite conservant le pôle supérieur
- Les 2 récurrents et les 4 parathyroïdes sont vus et conservés.
- Vérification de l'hémostase
- Fermeture plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET, agrafes sur la peau.

- Suites simples : Sans traitement particulier.

- Histologie : Adénocarcinome vésiculaire de la thyroïde avec de nombreuses anomalies cytonucléaires.

Sortie le 2/5/1980 : Se porte bien, petite dysphonie, ORL paresie récurrentielle.

2/7/1980 : Vue en consultation : Calcémie : 90mg/l. TA:13/7 -Pouls 90/mn.

3/9/1980 : Vue en consultation : C R L normal

13/8/1981 : Vue à domicile, va bien voix normale, Se plaint de dyspnée d'effort lorsqu'elle pile le mil pendant longtemps  
Pouls 86/mn., T A : 12/7.

- Résumé :

- Femme de 30 ans en bon état général
- Présentant un goitre lobaire gauche malin T<sub>3</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>.
- Thyroïdectomie subtotale plus curage ganglionnaire ( cancer vésiculaire de la thyroïde)
- Suites simples : Va bien depuis 18 mois.

OBSERVATION n°23.-

Fat. K. F. 22 ans, ménagère malinké , originaire de Koulikoro.,  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1977 - apparition rapide d'une tumefaction à la face antérieure du cou après un accouchement.

- Sans signes de compression ni douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie

. le 11/6/1980 , elle se présente dans notre Service. On notait alors :

- Un goitre nodulaire median mobile de 4 cm. de hauteur et 5 cm. de largeur, indolore , avec un périmètre cervical de 32 cm., bien limité.

- Pas d'adénopathie palpable
- B H : normal
- B S : RA = 300 ns. , ORL = nobilité des cordes vocales .

Radiographie du cou face et profil : pas de calcification, pas de déviation trachéale.

24/4/1980 C.R.OI: Incision type KOCHER sous anesthésie locale.

- Il existe :
  - A droite : lobe normal
  - A gauche : lobe normal
  - Au lobe médian: un petit nodule isthmique,

-On pratique :

- Une ablation du nodule
- Verification de l'hémostase
- Fermeture plan par plan au catgut, agrafes sur la peau

26/4/1980 sortie sans aucun trouble : suites simples.

- Histologie : Goitre macrofolliculaire.
- Vue le 5/7/1980: va bien , ORL normal.
- Vue à domicile le 3/5/1981 : se porte bien,voix normale  
T A 12/7, pouls 76/mm. Poids 49 Kg.

Résumé :

- Femme de 22 ans en bon état général
- Présentant un petit nodule isthmique
- Ablation du nodule sous anesthésie locale (goitre macrofolliculaire)
- Suites très simples.

...../.....

OBSERVATION n°29.-

Fat., D., F. 28 ans malinké originaire de Bamako,  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1978 : - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure  
du cou au cours de sa première grossesse.

- Se plaint de thermophobie, tremblements
- Sans signes de compression, sans douleur

12/9/1978 , elle se présente dans notre Service .

- S G : bon état général pèse 62 Kg. pour Im64 TA 12/8  
pouls 98/mn.
- S P :

- Goitre nodulaire droit de 10 cm , de hauteur et 12cm.  
de largeur, mobile, bien limité avec un périmètre cervical de 33 cm, indolore  
- pas d'adénopathie.

- Elle n'a suivi aucun traitement médical préalable.
- B H : normal

- S : RA : 260 ns., CRL normal , calcémie 80 ng/l. Radiogfa-  
phie du cou face et profil : pas de déviation trachéale , pas de calcifications

27/5/1980 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A droite : un goitre totolabaire semblant bénin sans  
ganglion cervical .
  - A gauche : lobe normal .
- On pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Une isthmolobectomie droite .
  - Vérification de l'hémostase
  - Fermeture plan par plan au catgut sur une lame de DELBET  
agrafes sur la peau.
- Suites simples : sans traitement particulier.
- Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire

3/6/1980 sortie : va très bien :

10/8/1981 vue à son lieu de travail : va bien cicatrice opératoire  
invisible , pouls 84/mn. TA:13/7. Poids 63 Kgs.

Résumé :

- Femme de 28 ans en bon état général
- Goitre nodulaire droit avec signe d'hyperthyroïdie
- Isthmolobectomie droite ( goitre colloïde macrofolliculaire.
- Suites simples.

...../.....

OBSERVATION N°30.-

Pin. D... F. 35 ans , Ménagère , Peulh, originaire de Bamako.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire

. 1970 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression ni douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

21/5/1980, elle se présente dans notre Service .

- S G : Bon état général pèse 49 Kg. pour 1m60, TA:16/9, pouls 92/m
- S P :

- Goitre nodulaire droit de 10 cm. de hauteur sur 17 cm. de largeur avec un périmètre cervical de 48 cm. bien limité, fixé au muscle sternocleidomastoïdien et à la peau, indolore, stade IV.

- Pas d'adénopathie palpable.

- B E : Normal

- B S : RA:280 ms; CRL: mobilité des cordes vocales . Radiographie du cou, face et profil : déviation trachéale à gauche, pas de calcification thyroïdienne.

30/6/1980 , C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A droite un goitre totolobaire
- A gauche lobe normal

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN
- Isthmlobectomie totale droite
- Les 2 parathyroïdes et le récurrent droits sont vus et conservés.
- Vérification de l'hémostase.
- Fermeture plan par plan au catgut sur une lame de DELBET agrafes sur la peau.

- Suites simples .

- Histologie : Goitre colloïde microfolliculaire.

8/7/1980 : Sortie : va bien voix normale

- Vue en consultation le 18/7/1980: va bien : Poids 50 Kg. Pouls 84/m. T A : 14/8.

- Vue à domicile le 3/8/1981 : se porte bien; cou normal.

Résumé :

- Femme de 35 ans en bon état général
- Présentant un goitre nodulaire droit
- Isthmlobectomie droite (goitre colloïde microfolliculaire )
- Suites simples.

...../.....

OBSERVATION n°31.-

Ous. C.. M., 45 ans , Originaire de Bamako.

Adressé par le Docteur TOURE, pour goitre compressif (trouble de la voix)

Histoire :

- . 1935 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou
  - Depuis quelques mois apparition et aggravation progressive d'une dyspnée d'effort qui ne l'inquiète pas.
  - Se fait consulter par le Docteur TOURE en cardiologie. Celui-ci prescrit un traitement digitalodiurétique pendant quelques mois. Au cours de ce traitement est apparue une voix bitonale. Devant le goitre et ce trouble de la voix, la cardiologue nous l'adresse.

30/4/1980, elle se présente dans notre Service.

- Elle ne présente cliniquement aucun signe d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie.
- S G : Bon état général pèse 53 Kg. pour 1m67  
TA:11/6, pouls 88/mm.
- S P :
  - Goitre nodulaire gauche de 13 cm. de hauteur et de 14cm. de largeur fixe adhérent aux muscles sternocléido-mastoïdien et trapezien.
  - Sans ganglion palpable.
- B H : normal
- B S : RA: 320 ms; ORL: mobilité des cordes vocales. Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite, il n'y a pas de calcification.

1/7/1980 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A droite lobe thyroïdien normal
  - A gauche un goitre totolobaire, l'oesophage est laminé.
- Cn pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Isthmlobectomie gauche
  - Le recurrent et les 2 parathyroïdes sont vus et conservés
  - il n'y a pas de ganglion.
  - Vérification de l'hémostase
  - Fermeture plan par plan au catgut sur une lame de DELBE avec agrafes sur la peau.
- Suites simples.
- Histologie: Goitre microfolliculaire dissocié par une importante substance hyaline.

3/7/1980 Sorti : Sans traitement particulier (même pas digitalo- diuretiq

- Vu en consultation le 20/7/1980 : ORL normal , RA:340 ms.  
TA : 14/7, pouls 86/mm. Poids 56 Kg.
- Vu à son lieu de travail le 9/6/1981 : TA:13/7, pouls:84/mm,  
Poids : 60 Kg. Coeur cliniquement normal, cou normal.

-Résumé:

- Homme de 45 ans insuffisant cardiaque
- présentant un nodule thyroïdien gauche avec trouble de la voix et examen ORL normal.
- Isthmlobectomie gauche ( Goitre microfolliculaire )
- Suites simples, disparition de l'insuffisance cardiaque, voix normale.

OBSERVATION n°32.-

Mar. D. F. 26 ans, Peulh , originaire de Bamako.  
Venu d'elle-même pour Goitre.

Histoire :

. 1970 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou avec périodes de poussée au cours des grossesses.

- Sans signes de compression ni douleur
- Se plaint d'amaigrissement de 4 Kg. en 10 mois, de diarrhée, nervosité .

2/7/1980 , elle se présente dans notre Service.

- S G : Bon état général pèse 62Kg. pour 1m62 TA:12/8,pouls/88/mn.
- S P :
  - Goitre nodulaire droit de 7 cm. de hauteur sur 5 cm. de largeur peu mobile avec un périmètre cervical de 34 cm.
  - Adénopathie latérale jugulo-carotidienne droite
  - Pas de douleur à la palpation.
- Antécédent :
  - Goitre chez sa soeur
  - Appendicectomie à Kati en 1971, Hépatite virale en 1975,

Grossesse en 1979

- B H : normal
- B S : -Scintigraphie thyroïdienne à Dakar : important nodule froid. RA : 320 ms, calcémie : 90 mg/l, ORL :normal.

Radiographie du cou face et profil : pas de déviation trachéale, ni de calcification.

7/9/1980 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe
  - A droite : un goitre totolobaire droit semblant bénin avec ganglion jugulo-carotidien
  - A gauche lobe normal.
- On pratique :
  - La ligature des différents pédicules au ... LIN
  - Une isthmolobectomie extracapsulaire droite
  - Le récurrent et les parathyroïdes droits sont vis et conservés.
  - Vérification de l'hémostase
  - Fermeture plan par plan au catgut sur une lame de DELBET, agrafes sur la peau.
- Suites simples
- Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire

Sortie le 13/9/1980 sans traitement particulier.

- Vue le 12/12/1980 : va bien ORL normal , RA: 320 ms.

Le 29/5/1981 : va bien cicatrice opératoire visible à 1 mètre.

- Résumé :

- Femme de 26 ans , Docteur en Médecine en bon état général
- Présentant un goitre nodulaire droit froid
- Isthmolobectomie droite extracapsulaire ( goitre colloïde macrofolliculaire)
- Suites simples.

...../.....

OBSERVATION n°33.-

Ami. D. F. 25 ans minianka , ménagère , originaire de Banako.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire

. 1970 - apparition progressive d'une tumescence à la face antérieure du cou avec période de poussées au cours des grossesses.

- Se plainte de dyspnée, de tachycardie.

6/8/1980 , elle se présente dans notre Service.

- S G : Bon état général, pèse 58Kg. pour 1m64, Pouls 96/mn.  
T A : 12/7.

- S P :

- Goitre nodulaire droit bien limité mobile de 10 cm. de hauteur sur 10 cm. de largeur pas de douleur.

- Pas d'adénopathie palpable.

- B H : normal

- B S : RA : 34Cms, calcémie 80mg/1, ORL normal . Radiographie du cou, face et profil : ne montre pas de calcification ni de déviation trachéale.

9/8/1980 C R C : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A droite 2 nodules

- A gauche un nodule polaire inférieur

- On pratique

- La ligature des différents pédicules au LIN

- Isthmlobectomie droite et énucléation résection du nodule polaire inférieur gauche.

- Les 2 parathyroïdes et le recurrent droits ont été vus et conservés.

- Les 2 parathyroïdes et le recurrent gauches ont été préservés.

- Vérification de l'hémostase.

- Fermeture plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET agrafes sur la peau.

- Suites simples : Sans traitement particulier

- Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire.

Sortie le 15/8/1980 : ORL normal, pouls : 88/mn , TA : 12/7

- Vue le 15/9/1980: Voix normale cicatrice opératoire visible à 1m50.

- Vue à domicile le 15/9/1981 : Poids : 60Kgs. , pouls:82/mn  
TA 13/7, voix normale.

Résumé :

- Femme de 25 ans en bon état général

- Présentant un goitre nodulaire droit avec signe d'hyperthyroïdie

- Isthmlobectomie droite et énucléation résection d'un nodule polaire inférieur gauche ( goitre colloïde macrofolliculaire)

- Suites simples .

...../.....

OBSERVATION n°34.-

Ous... C.. M. 45 ans , Sarakollé, originaire de Banako.

Adressé par le Professeur DUFLO pour goitre compressif

. 1980 - Apparition rapide depuis trois mois d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Se plaint de signes de compression très nets ( dysphagie, voix bitonale, respiration bruyante ( Wheezing entendu à 3 mètres )

- Multiples adénopathies cervicales bilatérales.

- S G : Bon état général pèse 59Kg. pour 1m63  
Pouls 82/mm. T A : 12/7.

- S P :

- Goitre bilatéral de 15 cm. de diamètre environ  
douloureux à la palpation, adhérent aux muscles et à la  
peau.

- Adénopathies cervicales bilatérales.

- B H : non fait .

- B S : non fait

. Septembre 1980: Biopsie sous anesthésie locale d'une adénopathie cervicale.

- Histologie : Prolifération carcinomateuse, compacte, lobulée par des travées fibro-inflammatoires . A la périphérie de certaines coupes on note une différenciation glandulaire de forme très précoce des vésicules thyroïdiennes mais sans aucun contenu colloïde visible; carcinome indifférencié d'origine thyroïdienne.

- Devant la rapidité des lésions et l'aspect histologique on s'abstient d'intervenir .

- Le malade sort de l'Hôpital avec un traitement médical et meurt un mois après sa sortie.

- Résumé :

- Homme de 45 ans en bon état général

- Présentant un goitre très suspect avec des multiples adénopathies cervicales : T<sub>3</sub> N<sub>2b</sub> M<sub>0</sub>

- Biopsie ( cancer indifférencié de la thyroïde ) traitement médical .

- Meurt un mois après sa sortie.

...../.....

OBSERVATION N°35.-

Ma... T.. 56 ans , ménagère bambara originaire de Bamako.

Adressée par le Professeur DUFLO pour thyrotoxicose et ulcère duodenal rebel au traitement médical.

Histoire :

. 1960 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- 1964 - Périodes de poussées aiguës avec les grossesses ( après la 4ème )
- Se plaint de dyspnée, dysphonie
- Amaigrissement subjectif, insomnie.
- Tachycardie, palpitation thermophobie, tremblements nervosité.

.7/6/1981 : Consulte le Professeur DUFLO pour douleurs épigastriques  
- Découverte d'un ulcère du duodenum à la fibroscopie du 12 Juin 1981 (n°2318 ) d'où un traitement médical anti-ulcéreux qui est malheureusement resté sans effet.

22/7/1981 elle se présente dans notre Service sous les Conseils du Pr.DUFLO

- Elle présentait alors les mêmes signes fonctionnels
- S G : mauvais état général pèse 46 Kgs pour 1m66
- T A/13/6, pouls : 132/mn.
- S P :
  - Goitre multinodulaire bilatéral type IV de 16 cm. de hauteur sur 22 cm. de largeur, peu mobile, bien limité indolore.
  - pas de ganglion palpable
  - Exophtalmie moyenne retard de clignotement des yeux
  - Ailleurs l'auscultation du coeur montre un souffle systolique au foyer mitral avec éclat de B<sub>2</sub>

du 23/7/1981 elle a suivi le traitement médical suivant : Lugol fort 40 gouttes par jour , Tranxène : 400 mg/jour , Visken: 1 comp./jour. Ce traitement a ramené le pouls à 86/mn. avec diminution des tremblements et la moiteur des mains.

- B H : normal
- B S : E C G montre des extrasystoles , ORL normal, RA : 320 ms. Calcémie : 85mg/l. Radiographie du pou face et profil : pas de calcification , pas de déviation trachéale

3/9/1981 C R C : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A gauche un goitre multinodulaire allant de la parotide à la clavicule .
  - A droite un goitre multinodulaire allant de la parotide à la clavicule.
- On pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Lobectomie gauche extra-capsulaire et intracapsulaire dans sa partie postérieure, compte tenu du non repérage des parathyroïdes)
  - Isthmolobectomie droite , le récurrent et les parathyroïdes ont été vus et conservés.
  - Repérage des récurrents. Ce repérage a été facile, le droit croisé en avant et en arrière par l'artère.
  - Vérification de l'hémostase.
  - Drainage par deux lames de DELBET
  - Fermeture en trois au catgut.
  - Perte de sang 500 CC environ , poids de la pièce:980g.

- suites simples : Sans traitement particulier mis à part une petite infection de la loge qui a regressé sous traitement médical.

- Histologie : Goitre Basedowien .

. Sortie le 22/9/1981 : va bien

- Vue le 14/10/1981 : cordes vocales mobiles, calcémie 100mg/l, plaie opératoire suintante (lymphorrhée surinfectée)

- Résumé : Femme de 56 ans en mauvais état général,

- Présentant un goitre multinodulaire bilatéral de très gros volume
- Thyroïdectomie subtotale (goitre Basedowien de 980g.)
- Suites simples mis à part 1 surinfection de la loge. ..../....

OBSERVATION n°36.-

Nam., K. F. 15 ans Bambara, originaire de Bamako.

Adressée par le Prof. AG-RHALY pour maladie de BASEDOW équilibrée.

Histoire :

1978-apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

18/2/1981: Consulte le Prof. AG-RHALY. Elle présentait ce jour :

- une tachycardie à 108/mn, thermophobie, tremblements, insomnies, céphalées, exophtalmie sévère, moiteur des mains, dysphonie, amaigrissement subjectif. Elle pesait ce jour 57 Kg. pour 1m62, TA: 19/8.

Le Prof. AG-RHALY retient le diagnostic de maladie de BASEDOW. Il prescrit un traitement médical: Basedène 4 c/jour; Viskène 3comp/jour, Librium 3com/j pendant deux mois, Ensuite Néomercazole 6comp/jour, Viskène 3 com/jour, Librium 2 comp/jour pendant deux mois. Puis arrêt de ce traitement et : Lugol fort 15 gouttes matin, midi et soir pendant 3 semaines. Elle pesait alors 80 Kgs. pour 1m62, pouls : 89/mn, T A : 14/8.

- B H : normal

- B S : après traitement médical : RA:320 ms: calcémie 95mg/l, ORL normal. Radiographie du cou face et profil : normale.

23/7/1981, elle se présente dans notre Service sous les Conseils du Prof. AG-RHALY. Les signes de Basedow ont diminué sous traitement médical: pas de moiteur, pas de tremblements, pas de céphalées, sommeil régulier, exophtalmie nette, pouls : 92/mn. Bon état général, pèse 80Kg. pour 1m64, pouls 92/mn. TA:15/8.

- S P: Goitre diffus plus important à droite, type IV de 13 cm. de hauteur sur 14 cm. de largeur non douloureux, soufflant avec un périmètre cervical de 56 cm. Pas d'adénopathie palpable, exophtalmie nette, léger retard de clignotement des yeux.

24/8/1981 C R C : Incision type KOCHER .

- Il existe : - A gauche: un lobe thyroïdien légèrement augmenté de volume induré grâce à l'iode mais hypervascularisé avec un prolongement retro-pharyngé cervical. A droite un lobe thyroïdien un peu plus gros encore hypervascularisé dont le pôle supérieur remonté très haut sur le cartilage thyroïde atteignant l'os hyoïde.

- On pratique : - La ligature des différents pédicules au LIN; une Isthmlobectomie gauche en conservant qu'un demi gramme de thyroïde qui adhère intimement au récurrent; Une Isthmlobectomie droite conservant un médaillon postérieur. Les parathyroïdes et le récurrent gauches ont été vus et conservés. Hémostase soigneuse drainage par deux lames de DELBET. Fermeture paroi plan par plan au catgut, agrafes sur la peau. Poids de la pièce : 840 g.

- Suites simples sans traitement particulier.

- Histologie : parenchyme thyroïdien présentant de nombreuses vésicules de taille variable bordés par un épithélium cylindrique actif. La colloïde est très pâle. Goitre Basedowien.

Sortie le 3/9/1981 : va bien, ORL normal, pouls 80/mn, poids 80Kg. L'exophtalmie a beaucoup régressé.

- Vue le 18-9-1981, calcémie 80 ng., ORL : normal, pouls 82/mn  
T A 14/7, voix normale.

Résumé :

- Fille de 15 ans en bon état général
- Présentant une maladie de Basedow équilibrée par le traitement médical.
- Thyroïdectomie subtotale.
- Suites simples.

OBSERVATION n°37.-

Sal. D. M. 36 ans , malinké , originaire de Kayes.  
Adressé par le Prof. AG-RHAYLY pour goitre multinodulaire.

Histoire :

. 1974:-apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou

- Sans signe de compression, sans douleur
- Sans signe d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie

.5/5/1981 , consulte le Prof. AG-RHAYLY qui lui prescrit de l'extrait thyroïdien 5 centigrammes (1 comprimé ) par jour pendant 1 mois.

23/7/1981 se présente dans notre Service sous les conseils du Prof. AG-RHAYLY.

- S G : Bon état général pèse 72Kg. pour 1m72, pouls 84/mn.TA:15/8
- S P :
  - Goitre multinodulaire gauche volumineux de 11cm. de hauteur et 14 cm. de largeur type IV, cervicomédiastinal, soufflant avec un périmètre cervical de 54 cm. pas de douleur.
  - pas d'adénopathie palpable.
- B H : normal
- B S : RA :28C m", ORL: normal, voix normale.Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite.Radiographie du thorax: opacité thyroïdienne supérieure se projetant sur le sommet pulmonaire.

. 28/7/1981 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A gauche : un nodule au pôle inférieur de 11cm. de large et de 7 cm. de hauteur.
  - A droite lobe thyroïdien normal.
- Cn pratique :
  - La ligature des différents pedicules au LIN
  - Isthmlobectomie gauche extra-capsulaire
  - Les parathyroïdes et le recurrent gauche sont vus et conservés
  - Vérification de l'hémostase
  - Fermeture paroi plan par plan au catgut sur une lame de DELBET et agrafes sur la peau .Poids 900 g.
- Suites simples sans traitement particulier
- Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire;

. 4/8/1981 Sortie : suites simples ; va bien

- Vu le 13/8/1981 , ORL normal, pouls :82/mn.TA:14/7  
Poids 73 Kgs. Cicatrice opératoire visible à 2 mètres.
- Vu à domicile à Bamako le 24/9/1981: va bien T A: 14/8  
Pouls :80/mn. Cicatrice visible à 2 mètres.

. Résumé :

- Homme de 36 ans bon état général
- Présentant un gros goitre nodulaire gauche cervicomédiastinal de 900 g
- Isthmlobectomie gauche (Goitre colloïde macro folliculaire)
- Suites simples.

...../.....

OBSERVATION n°38.-

Ser. T. F. 35 ans , Ménagère Barbara, originaire de Bamako.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1956 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou avec périodes de poussées aiguës au cours des grossesses.  
- Se plaint de dyspnée, dysphonie, dysphagie  
- Thermophobie, tremblements, nervosité, importante moiteur des mains.

12/8/1981 : Elle se présente dans notre Service.

- S G : Assez bon état général pèse 48 Kgs. pour 1m64  
Pouls 90/mn. TA:14/8.  
- S P :  
- Goitre nodulaire droit bien limité fixe avec un périmètre cervical de 40 cm., 11 cm. de hauteur et 14 cm. de largeur type IV sans douleur.  
- pas de ganglion palpable  
- B H : normal  
- B S : Calcémie : 80 mg; ORL : paralysie récurrentielle droite.  
RA:320 ns; Radiographie du cou face et profil: macrocalcification pas de déviation trachéale.  
- Traitement médical :Lugol fort 15 gouttes matin, midi et soir pendant 10 jours avant l'intervention :

3/9/1981 C R O : Incision type KOCHER :

- Il existe :  
- A droite: un goitre nodulaire totolobaire  
- A gauche : Goitre multinodulaire totolobaire.  
- Cn pratique :  
- La ligature des différents pédicules au LIN  
- Une isthmolobectomie droite  
- Une lobectomie subtotale gauche conservant une petite portion du pôle supérieur.  
- Les deux récurrents et les 4 parathyroïdes ont été vus et conservés.  
- Vérification de l'hémostase  
- Fermeture paroi plan par plan au catgut sur deux lames de DELBET, agrafes sur la peau. Poids 1 200 g.  
- Suites simples: sans traitement particulier  
- Histologie : Prolifération de follicules de taille relativement importante; remplies d'une colloïde homogène : goitre colloïde macrofolliculaire

. 8/9/1981 : Sortie : suites simples :

- Vue le 17/9/1981 : va bien, voix normale , pouls 86/mn.  
T A 13/7, Poids : 47 Kg. 500  
Vue le 23/9/1981 : va bien ORL : cordes vocales mobiles  
pouls 88/mn. T A : 12/7 . Poids 48 Kg. cicatrice opératoire visible à 3 mètres.

- Résumé :

- Femme de 35 ans en assez bon état général  
- Présentant un goitre nodulaire bilatéral de 1 200 grammes avec paralysie récurrentielle droite et signes d'hyperthyroïdie  
- Thyroïdectomie subtotale ( Goitre colloïde macro-folliculaire)  
- Suites simples:sans paralysie récurrentielle.

...../.....

OBSERVATION n°39.-

Kad .. D. F. 25 ans, Ménagère peulh, originaire de Sansanding.  
Venue d'elle-même pour goitre

Histoire :

1961:- apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression ni douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie

2/3/1981 , elle se présente dans notre Service.

- S G : Bon état général pèse 51Kg, pour 1m63  
T A 13/8, pouls 76/mm.
- S P :
  - Goitre nodulaire droit de 11cm. de hauteur sur 13 cm. de largeur, indolore avec un périmètre cervical de 48 cm. type IV/
  - pas d'adénopathie palpable
  - pas d'exophtalmie
- B H : normal
- B S : Calcémie 85 mg/l RA : 360 ms:ORL: normal . Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à gauche, pas de calcification.

5/9/1981 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A gauche : un nodule thyroïdien cécile de 6 cm. de diamètre fixé sur la partie moyenne du lobe thyroïdien.
  - A droite : un nodule thyroïdien au pôle supérieur de 4 cm. de diamètre.
- On pratique :
  - Devant l'importance de l'hémorragie et l'impossibilité d'endormir parfaitement la maladie par défaut de produit anesthésique adéquat, on n'explore pas le côté droit. On ne pratique pas de lobectomie complète. On se contente donc de pratiquer une exérèse du nodule .
  - Vérification de l'hémostase
  - Drainage de la loge par une lame de DELBET
  - Fermeture plan par plan au catgut et agrafes sur la peau.
- Suites simples : sans traitement particulier.
- Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire.

Sortie le 20/9/1981 : Suites simples , TA:13/9, Poids 52 Kg., pouls82/mm. ORL normal.

- Vue en Consultation le 27/9/1981: cicatrice visible à 3 m., va bien , TA:12/9 , pouls 81/mm. Poids 52 Kg.
- Vue en consultation le 7/10/1981 : Sa porte bien.

- Résumé :

- Femme de 25 ans bon état général
- Goitre nodulaire droit
- Devant des problèmes hémorragique et anesthésique
- On pratique une exérèse du nodule. Goitre macrofolliculaire
- Suites simples

...../.....

OBSERVATION N°40.-

MAT... N. 23 ans F. Somono, Ménagère, originaire de Koutiala.  
Adressée par le Prof. AG-RHALY pour goitre basedowifié équilibré par le traitement médical.

Histoire :

. 1979- apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression, sans douleur sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. Juin 1979- Traitement traditionnel dont le détail est inconnu, sans succès

. 1980 - apparition d'une dyspnée, hyperémotivité, thermophobie, moiteur des mains, amaigrissement subjectif, tachycardie, palpitation nervosité, tremblements, exophtalmie importante.

Juin 1981: Elle se présente dans le Service du Prof. AG-RHALY qui retient le diagnostic de goitre basedowifié et prescrit :Viskène 3 comp/jour, valium "10" 2 comp/jour du 5 au 12-6-1981: disparition de la moiteur.

Néomercazole 6 comp/j, Viskène 2comp/jour du 13-6-1981 au 17-7-1981  
pouls :72/mm. TA/13/8, poids 65Kg. à la date du 18/7/1981.

- 24/08/1981: équilibrée : pouls : 76/mm, TA:13/8 Poids 67 Kgs,RA :32Oms après traitement médical.

. 10/9/1981 : Elle se présente dans notre Service sous les conseils du Prof. AG-RHALY. Elle présente ce jour : disparition de la moiteur, disparition du thrill, sommeil régulier .

- S G : Bon état général pèse 69 Kg/ pour Im63,pouls 72/mm.TA:13/8

- S P : Goitre multinodulaire bilatéral plus important à gauche bien limité de 14 cm. de hauteur et 17 cm. de largeur, peu mobile type IV, indolore. Pas d'adénopathie palpable, exophtalmie importante : 32 mm à l'appareil de HERTEL.

- B H : normal

- B S : RA : 320 ms(après traitement médical), calcémie :90mg/l  
ORL normal . Radiographie du cou face et profil : pas de calcification thyroïdienne ni déviation majeure de l'ombre trachéale.

.20/9/1981 : C R C : Incision type ROCHER

- Il existe : - A gauche : lobe thyroïdien très dur, hypervascularisé, recurrent unique retrovasculaire et retroparathyroïdien.- A droite: lobe thyroïdien très dur hypervascularisé avec nodule thyroïdien polaire supérieur de 3 cm. de diamètre.

- On pratique : Agnôche: la ligature des différents pédicules au LIN. Lobectomie totale extra-capsulaire conservant le recurrent et les parathyroïdes. A droite: ligature des différents pédicules au LIN, lobectomie extracapsulaire subtotale laissant un petit médaillon postérieur empêchant de voir les parathyroïdes droites, le recurrent droit est vu et conservé. Hémostase du médaillon thyroïdien au LIN et par coagulation. Drainage des deux loges par deux lames de DELBET. Fermeture paroi plan par plan au catgut, agrafes sur la peau:Poids 920 g.

- Suites simples, Histologie : Goitre colloïde macrofolliculaire.

Sortie le 26/9/1981 : va bien, pouls 76/mm, ORL normal, TA 13/7.

- Vue consultation le 7-10/1981 : va bien cicatrice visible à 3 m. exophtalmie = 25 mm à l'appareil de HERTEL, calcémie 81mg/l.

- Résumé :

- Femme de 23 ans en bon état général
- Présentant un goitre multinodulaire basedowifié équilibré par le traitement médical.
- Thyroïdectomie subtotale (Poids 920g) goitre colloïde macrofolliculaire.
- Suites simples malgré une infection broncho-pulmonaire post-opératoire.

OBSERVATION n°41.-

Ami... T. F. 50 ans , ménagère Bambara, originaire de Dio.  
Adressée par le Docteur SIDIBE pour goitre multinodulaire.

Histoire :

1963 - Apparition progressive d'une tuméfaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression, sans douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie

.1965 - Apparition d'une dyspnée

.1966 - Se plaint de dysphonie, dyspnée, dysphagie Wheezing entendu à 5 m.

- Amaigrissement subjectif très important.

20/9/1981 , consulte le Docteur SIDIBE à l'Hôpital Gabriel TOURE

23/9/1981 , elle se présente dans ~~la~~ notre Service sous les conseils du Docteur SIDIBE .

- S G : Mauvais état général pèse 56 Kg. pour Im67  
T A : 11/7 , pouls :88/mn.

- S P :

- Goitre multinodulaire plus important à gauche homogène dans son ensemble de 13 cm. de hauteur et 20 cm. de largeur fixe adhérent à la peau aux muscles sternocléido-mastoïdiens et aux trapéziens, douloureux à la palpation soufflant.

- Adénopathies jugulocarotidiennes et sous-maxillaires bilatérales indolores.

- Ailleurs : râles pulmonaires ( métastases pulmonaires ? )  
Douleurs ostéoarticulaires ( métastases osseuses ? )  
Lésions cutanées erythémato-vesiculeuses (métastases cutanées ?

- B E : normal

- B S :Radiographie du cou face et profil: volumineuse opacité thyroïdienne refoulant la trachée à droite.

Radiographie du thorax : goitre endothoracique avec métastases pulmonaires probables.

29/9/1981 , Ponction à l'aiguille ramenant une petite carotte.

- Histologie : On note une disparition totale du parenchyme thyroïdien remplacé par une prolifération de cellules à noyaux vésiculeux, à cytoplasme clair : carcinome thyroïdien indifférencié.

14/10:1981 : Décédée pendant la nuit par suite d'asphyxie aiguë.

- Résumé :

- Femme de 50 ans en mauvais état général
- Présentant un goitre nodulaire gauche manifestement malin très évolué avec de multiples métastases T<sub>3</sub> N<sub>2b</sub> M<sub>1</sub>
- Biopsie (carcinome thyroïdien indifférencié
- Décédée par suite d'asphyxie aiguë.

...../.....

OBSERVATION n°42.-

Man .. D.. F. 50 ans, ménagère peulh , originaire de Baraouli .  
Adressée par le Prof. AG-RHALY pour néo de la thyroïde connu.

Histoire :

. 1960 :- apparition progressive d'une tuméfaction thyroïdienne droite, avec périodes de poussées au cours des grosses. Se plaint de dysphagie, dysphonie, dyspnée ; douleur , amaigrissement important mais subjectif.

. 1968 : Exérèse thyroïdienne à Mopti par le Docteur SCH.

. 1972 : apparition progressive de la tuméfaction thyroïdienne avec des signes de compression ( dysphagie, dysphonie).

. 1972 : Reintervention : Thyroïdectomie subtotale à Kati par le Docteur SIMAGA.

..1978 : Reapparition de la tumefaction thyroïdienne avec des signes de compression, respiration bruyante, dysphonie ( voix bitonale) dysphagie et un amaigrissement important.

. 1981 : Consulte le Prof. AG-RHALY pour tumefaction thyroïdienne déjà opérée deux fois. Celui-ci retient le diagnostic de cancer de la thyroïde et prescrit de l'extrait thyroïdien 5 cg. 2 comprimés par jour pendant 3 mois et du cortancyl , 1 comprimé par jour pendant 3 mois.

1/8/1981 , elle arrive dans notre Service sous les conseils du prof. AG-RHALY. Elle présentait ce jour-là Une dyspnée, dysphonie, gêne à la déglutition, amaigrissement.

S.G. : Mauvais état général , pèse 51 Kgs pour 1m66  
Pouls 85/mn, T A : 18/10.

S P .: Goitre nodulaire lobaire droit, fixe de 14cm. de hauteur sur 17 cm. de largeur avec un périmètre cervical de 48 cm, douloureux, adhérent à la peau, aux muscles sternocléidomastoïdiens, goitre type IV soufflant. Pas d'adénopathie palpable, exophtalmie : Syndrome de CLAUDE BERNARD HORNER à droite.

B H : normal

B S : RA 320 ms. Radiographie du cou: déplacement de la trachée à gauche et en avant par la tumeur, microcalcification, O RI= paralysie du récurrent droit , radiographie du thorax : multiples nodules pulmonaires (métastases ?)

20/9/1981 C R C : Incision type KOCHER

- Il existe : A droite une tumeur de 12 cm. de diamètre environ qui va du maxillaire droit à la clavicle droite. Macroscopiquement la malignité est évidente. Elle a envahi les muscles sous hyoïdiens et même la peau en certains endroits. Latéralement la veine jugulaire droite est envahie complètement, la paroi de la carotide droite est infiltrée ainsi que la X droit, pas de ganglions palpables ou visibles. A gauche , multiples nodules manifestement néoplasiques.

- On pratique : La ligature de la jugulaire interne droite, de l'artère thyroïdienne inférieure droite à son origine ainsi que la thyroïdienne supérieure à son origine. Ablation prudent de proche en proche de la tumeur et on finit par s'apercevoir que la tumeur infiltre intimement la trachée. On décide donc d'arrêter là l'exérèse ( les 3/4 de la tumeur avaient été résequés ) . Hémostase très difficile mais soigneuse de la trachée de section. Fermeture paroi plan par plan sur 2 grosses lames de DELBET au LIN, agrafes sur la peau poids de la pièces 1 2 00 g.

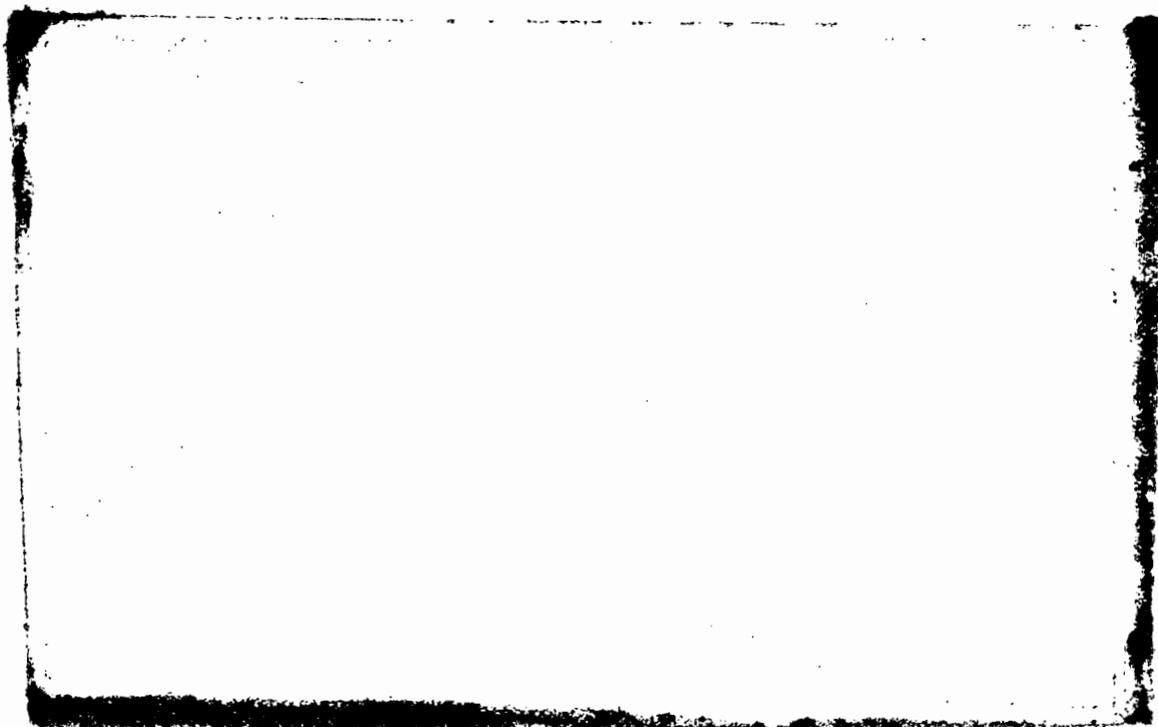
- Suites simples : Sans traitement particulier .

- Histologie : L'architecture de la thyroïde a disparu, remplacée par une prolifération microtrabéculaire et microacinéuse de cellules à noyaux vésiculeux. Carcinome thyroïdien de type compact.

Sortie le 10/10: 1981 . va bien , voix normale.

- Résumé : Femme de 50 ans en mauvais état général, déjà opérée 2 fois pour cancer de la thyroïde . Revient avec une grosse tumeur thyroïdienne T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>1</sub> . Exérèse de la tumeur (3ème intervention) , carcinome thyroïdien vésiculaire. Suites simples.

Photo de notre malade avant la 3ème intervention (Cancer de la  
Thyroïde) déjà opérée 2 fois : Observation n°42



OBSERVATION n°43.-

Fad. D.. M.. 33 ans , Malinké , originaire de Kita.  
Adressé par le Prof. AG-RHALY pour tumeur kystique droite probablement  
thyroïdienne plus adénopathies cervicales multiples.

Histoire :

. 1961 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure  
du cou.

- Sans signes de compression, sans douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. 1974 - apparition d'une dysphagie, amaigrissement subjectif, adénopathie  
cervicale droite.

. 4/10/1981 Consulte le Prof. AG-RHALY.

7/10/1981 Il se présente dans notre Service sous les conseils du Prof.  
AG-RHALY.

- S G : Bon état général , pèse 57 Kg. pour 1m63.  
pouls 80/mn, TA : 13/8.
- S P :- Goitre nodulaire (kystique?) du lobe droit de 8 cm. de  
hauteur et 10 cm. de largeur, souple, mobile, indolore,
  - Adénopathies cervicales multiples le long du sternocléi-  
domastoïdien, indolores, petites, périmètre cervical = 36 cm. , pas d'exophtalmie.
- B H : normal
- B S : Voix normale . Radiographie du cou face et profil: devia-  
tion trachéale à gauche, pas de calcification.

19/10/1981 CR O : Incision type KOCHER.

- Il existe :
  - A droite un nodule de 5cm. de diamètre environ siégeant  
au pôle supérieur, des adénopathies satellites.
  - A gauche lobe normal.
- Cn pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Isthmolebectomie à droite
  - Reperage du recurrent droit qui est pré-vasculaire
  - Le nodule a un contenu semi-liquide.
  - Les parathyroïdes ne sont pas recherchées
  - Vérification de l'hémostase
  - Drainage de la loge droite par une lane de DELBET
  - Fermeture paroi plan par plan au catgut en 3 plans et  
agrafes sur la peau. Poids 700 g.
- Suites simples
- Histologie : Goitre microvesiculaire

Sorti le 25/10/1981 : va bien

- Vu le 6/11/1981 , ORL: cordes vocales mobiles.

- Résumé :

- Homme de 33 ans en bon état général
- Présentant un goitre kystique polaire supérieur du lobe droit
- Isthmolebectomie droite (Goitre microvesiculaire )
- Suites simples

...../.....

OBSERVATION n°44.-

Bad... K. F.. 17 ans , Sarakollé, originaire de Banamba.  
Envoyée par le Professeur TOURE pour BASEDOW.

Histoire :

. 1975 - apparition d'une tumefaction à la face antérieure du cou. Se plaint de tachycardie, dyspnée d'effort, amaigrissement .  
. 1978 - Consulte le Prof. AG-RIALY qui lui prescrit un traitement médical non précisé par la malade.  
. 1979 - apparition d'une exophtalmie avec tachycardie , thermophobie, tremblements.  
. 13/5/1980 : Consulte le Prof. TOURE qui l'hospitalise pour cardiopathie thyroïdienne. Elle reçoit; cedilanide 15 gttes 2 fois par jour , lasilix 2 comprimés par jour, Néomercazole 3 comprimés par jour pendant 20 jours . Elle sort de l'hôpital et continue son traitement médical en externe.

8/9/1981 , Réhospitalisée en cardiologie pour hyperthyroïdie sur insuffisance mitrale : se plaint de vertiges, dyspnée, hypersudation exophtalmie importante, altération de l'état général, douleurs thoraciques. Pouls 138/mn, T A : 15/8, souffle systolique au foyer mitral: décompensation cardiaque à type d'insuffisance ventriculaire gauche chez une malade présentant une valvulopathie mitrale et une hyperthyroïdie.

21/10/1981 : Elle arrive dans notre Service .

On constate une nette amélioration des signes : plus de vertiges pas de dyspnée, amélioration de la tachycardie, par contre exophtalmie importante

- S G : Amaigrissement : Pèse 50 Kg. pour 1m62., pouls 96/mn. TA:13/7

- S P :

- Goitre diffus homogène plus important à droite avec à l'intérieur des petits nodules. Périnètre cervical 32 cm.

- Exophtalmie = 19 mm de chaque côté à l'appareil de HERTEL

- Diagnostic : BASEDOW actuellement sous traitement médical.

- Résumé

- Femme de 17 ans en mauvais état général

- Présentant une maladie de basedow

- Actuellement sous traitement médical.

...../.....

OBSERVATION n°45.-

Fla. N... F. 45 ans, bambara, originaire de Bougouni  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1978- apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou

- Sans signes de compression, sans douleur
- Se plaint de tachycardie, palpitation, nervosité, tremblements thermophobie, moiteur des mains

.23/9/1981 : Elle se présente dans notre Service .

- S G : Assez bon état général, pèse 52 Kg. pour 1m63  
T A 14/7, pouls 92 par minute.

- S P :

- Goitre nodulaire bilatéral de 32 cm. de haut et 34 cm. de large fixe, souple soufflant, bien limité; indolore type IV.
- Pas d'adénopathie palpable, pas d'exophtalmie
- B H : normal
- B S : déviation trachéale à gauche, ORL normal

26/10/1981 C R O : Incision type KOCHEK

- Il existe :

- A droite : un goitre nodulaire de 8 cm. de largeur, pas d'adénopathie.
- A gauche : lobe normal

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN
- Isthmlobectomie droite extra-capsulaire très facile
- le recurrent et les 2 parathyroïdes sont vus et conservés
- Rapprochement des Sterno-cleido-mastoïdien au catgut chrome, comblant ainsi la cavité.
- Exerèse de 6 cm. de peau en hauteur
- Vérification de l'hémostase.
- Fermeture de la paroi plan par plan au catgut sur 2 lames de DELBET, agrafes sur la peau. Poids de la pièce 1200g. Transfusion 1 fl. de sang de 500 CC, perte de sang 300 CC.

- Suites simples, histologie : Goitre macrovésiculaire.

31/10/1981 Sortie : va bien, pouls 76/mm. T A 13/7. , voix normale.

- Résumé :

- Femme de 45 ans en bon état général
- Présentant un goitre nodulaire droit avec signe d'hyperthyroïdie
- Isthmlobectomie droite (poids 1 200 g) goitre macrovésiculaire
- Suites simples .

...../.....

OBSERVATION n°46.-

Rok. N... F. 18 ans , Sonono, originaire de Bamako.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1977 - apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou

- Sans signes de compression, sans douleur
- Se plaint de thermophobie, tachycardie , tremblement, moiteur des mains nervosité.

16/9/1981 : elle se présente dans notre Service :

- S G : bon état général pèse 62 Kg. pour Im63, pouls :90/mn  
T A 13/7.
- S P :
  - Goitre nodulaire gauche de 8 cm. de diamètre , mobile, indolore, non soufflant, périmètre cervical 32 cm.
  - pas d'adénopathie palpable , pas d'exophtalmie.
- Elle n'a suivi aucun traitement médical au préalable.
- B H : normal
- B S : CRL normal : Radiographie du cou, face et profil : normale

Résumé :

- Femme de 18 ans en bon état général
- Présentant un goitre nodulaire gauche avec signes d'hyperthyroïdie
- Perdue de vue avant l'opération.

...../.....

OBSERVATION n°47.-

Fat. T. , 9 ans F.

Adressée par le Service de Médecine IV pour tumeur thyroïdienne bilatérale plus adénopathie cervicale bilatérale.

Histoire :

- Depuis 3 ans apparition progressive d'une tumefaction a la face antérieure du cou, sans signes de compression, sans signes d'hyperthyroïdie , ni d'hypothyroïdie.

A son arrivée dans notre Service elle présentait plusieurs nodules thyroïdiens bilatéraux durs indolores mobiles , chaque nodule faisant environ 3 à 4 cm. de diamètre et surtout de chaque côté on palpe de multiples adénopathies latéro-cervicales dures.

On pose donc le diagnostic de tumeur maligne de la thyroïde.

- B H : normal

- B S : normal

C R O : Cervicotomie en cravate type KOCHER

- Le recurrent et les parathyroïdes sont bien vus de chaque côté.

- On pratique :

- A droite : lobectomie extracapsulaire très facile avec curage ganglionnaire très facile.

- A gauche : lobectomie extracapsulaire laissant un gros fragment polaire supérieur. Les recurrences et les 4 parathyroïdes sont conservés.

- Vérification de l'hémostase

- Fermeture paroi plan par plan au catgut , agrafes sur la peau.

- Suites simples : Sans traitement particulier

- Histologie : Parenchyme thyroïdien présentant de larges follicules remplis d'une colloïde pâle, vasculaire en périphérie. Entre ces éléments on note un important granulome, thyroïdite subaiguë granulomateuse sur un fond de thyrotoxicose primitive.

- Sortie le 6ème jour après l'opération; CRL normal, calcémie normale.

Revient en Consultation après un mois , puis perdue de vue.

- Résumé :

- Fille de 9 ans en bon état général

- Présentant un goitre nodulaire bilatéral

- Thyroïdectomie subtotale (Thyroïdite )

- Suites simples

OBSERVATION n°43.-

MaF... B... 34 ans, F. bambara, originaire de Sikasso.

Adressée par un Infirmier de la cardiologie pour goitre .

Histoire :

- . 1976 : -apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou avec des périodes de poussées aiguës au cours des grossesses.
  - Sans signes de compression, sans douleur
  - Se plaint de thermophobie, nervosité, amaigrissement, vertiges, palpitation.
- . Septembre 1981 : apparition d'une dyspnée d'effort.
- . 28/10/1981 : Elle se présente dans notre Service . On notait ce jour :
  - la moiteur des mains , un tremblement discret
  - S G : Assez bon état général pèse 40 Kg.pour lm63.TA:13/7  
Pouls :100/mn.
  - S P :
    - Goitre nodulaire droit de 6 cm. de diamètre, légèrement plongeant, indolore, peu mobile, pas d'adénopathie palpable
    - périmètre cervical : 33 cm.
    - En outre à l'auscultation on note un souffle discret au niveau du goitre.
  - B H : normal
  - B S : RA : 200ms, ECG: 100/mn. Radiographie du cou, face et profil: Goitre plongeant sans calcification , sans déviation trachéale.

10/11/1981 C R C : Incision type KOCHER

- Il existe :
  - A droite un goitre nodulaire polaire inférieur de 4 cm. de diamètre plongeant cervicomédiastinal
  - A gauche lobe normal.
- On pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LÉN
  - Isthmlobectomie extracapsulaire droite
  - Le recurrent est vu, gros, unique et ~~retrovasculaire~~.
  - Les 2 parathyroïdes sont vues et conservées.
  - Vérification de l'hémostase
  - Drainage de la loge par une petite lame de DELBET
  - Fermeture de la paroi plan par plan au catgut, agrafées sur la peau.
- Suites simples: Sans traitement particulier.
- Histologie : Goitre macrofolliculaire.

Sortie le 20/11/1981 : Va bien, pouls 60/mn. T A 12/6, Poids. 46Kg.  
voix normale .

- Résumé :

- Femme de 34 ans en assez bon état général
- Présentant un goitre lobaire plongeant cervico-médiastinal
- Isthmlobectomie extracapsulaire droite (goitre macrofolliculaire )
- Suites simples

OBSERVATION n°49.-

Amf. D... 30 ans, banbara, originaire de Bamako.  
Venue d'elle-même pour goitre.

Histoire :

. 1977- apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Se plaint de dysphagie de dyspnée.
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie
- Pas d'exophtalmie, mais se plaint de photophobie .

28/10/1981: Elle se présente dans notre Service.

- S G : Bon état général pèse 62 Kgs. pour Im64, pouls :84/mn, T A: 12/7.
- S P :
  - Goitre volumineux, multinodulaire, bilatéral peu mobile, peu douloureux, de 11cm. de diamètre avec un périmètre cervical de 33 cm.
  - pas d'adénopathie palpable
- B H : normal
- B S : RA : 260 ns, Radiographie du cou face et profil: déviation trachéale à droite.

16/11/1981 C R O : Incision type KOCHER :

- Il existe :
  - A gauche un goitre lobaire semblant bénin avec un important goitre de la pyramide de la loupette qui faisait croire à un lobe thyroïdien droit.
  - A droite lobe normal.
- On pratique :
  - La ligature des différents pédicules au LIN
  - Une Isthmlobectomie extracapsulaire gauche
  - Le récurrent est bien vu unique et rétrovasculaire
  - Les 2 parathyroïdes ne sont pas vues mais ont été probablement conservées
  - Vérification de l'hémostase
  - Drainage de la loge par une lame de DELBET
  - Fermeture paroi plan par plan ( en deux plans) au catgut, agrafes sur la peau.
  - Perte de sang 500 CC, pas de transfusion.

- Suites simples : Sans traitement particulier

Sortie le 24/11/1981 : voix normale , se porte bien.

- Histologie: Goitre colloïde macrofolliculaire.

- Résumé :

- Femme de 30 ans en bon état général
- Présentant un goitre multinodulaire gauche
- Isthmlobectomie extracapsulaire gauche  
( Goitre colloïde macrofolliculaire )
- Suites : simples.

OBSERVATION n°50.-

Cum. S.... 26 ans , peulh, originaire de Bamako.

Adressée par une Sage-Femme du Point-"G" pour Goitre.

Histoire :

. 1970- apparition progressive d'une tumefaction à la face antérieure du cou.

- Sans signes de compression, sans douleur
- Sans signes d'hyperthyroïdie ni d'hypothyroïdie.

. 1977- Consulte aux grandes endémies. On prescrit du Lugol pendant 6 mois (posologie inconnue) sans résultat satisfaisant.

. 1979 - Apparition d'une nervosité, moiteur des mains, tachycardie.

. 9/9/1981 : Elle se présente dans notre Service .

- S G : Bon état général , pèse 54 Kgs pour 1m62, pouls 108/mm  
T A : 12/8.

- S P :

- Goitre nodulaire gauche de 17 cm. de diamètre, mobile, indolore avec un périmètre cervical de 32 cm., pas d'adénopathie palpable, pas d'exophtalmie .

- B H : normal

- B S : RA : 280 ms. Radiographie du cou: face et profil ; goitre plongeant , pas de calcification pas déviation trachéale.

17/11/1981 C R O : Incision type KOCHER

- Il existe :

- A gauche: un goitre nodulaire totolobaire de 10cm. de diamètre, légèrement plongeant
- A droite : lobe normal.

- On pratique :

- La ligature des différents pédicules au LIN
- Isthmololectomie extracapsulaire gauche
- Le recurrent est bien vu, pré-vasculaire, pré-trachéal entre l'isthme et le lobe thyroïdien gauche.
- Les parathyroïdes sont bien vues sous le pôle inférieur gauche.
- Vérification de l'hémostase
- Fermeture parai plan par plan ( en deux plans ) au catgut, agrafes sur la peau. Perte de sang: 100 CC.

- Suites simples : Sans traitement particulier

Histologie :Goitre macrofolliculaire

- Résumé :

- Femme de 26 ans en bon état général
- Présentant un goitre nodulaire gauche
- Isthmololectomie extra-capsulaire gauche (goitre macrofolliculaire)
- Suites : simples

T R A I T E M E N T

1 - CHIRURGICAL

1-1 - Matériels

Nous Opérons dans une Salle dont l'éclairage est médiocre. Notre boîte de thyroïdectomie comprend : Une lame de bistouri, une pince à disséquer de longueur moyenne à griffe et une pince à disséquer de longueur moyenne sans griffe, un bistouri électrique (qui parfois fait défaut), une paire de Scissors de mayo courbe, quatre pinces de KOCHNER Courbes dont deux avec griffe; une paire d'écarteurs de PARABEUF et quatre pinces à champs. Nous disposons que de 4 champs carrés d'un mètre de côté dont un pour la table à instrument.

Nous ne disposons ni de champs de bordure, ni d'écarteurs Orthostatiques ni d'aspirateurs, ni d'assistant muet. Nous n'avons même pas assez de sparadraps pour fixer la tête du malade en hyperextension.

1-2 - Technique Opératoire des Goitres benignes (non suspects).

Nous pratiquons toujours une incision type KOCHNER. Après incision Cutanée et incision du paucier du cou, nous ligaturons les veines jugulaires antérieures au catgut avant de les sectionner puis nous procédons à un décollement cutané entre les veines et l'aponévrose cervicale superficielle. Nous incisons la ligne blanche pour aborder la loge thyroïdienne.

Du côté droit, nous disséquons le lobe thyroïdien gauche en commençant si possible par le repérage du récurrent et des deux parathyroïdes, puis du côté gauche, nous disséquons de la même façon le lobe thyroïdien droit avec repérage du récurrent et des parathyroïdes.

Après exploration complète de la thyroïde, on décide de pratiquer soit une isthmolobectomie extracapsulaire, soit une thyroïdectomie subtotale.

- Dans le cadre d'une Isthmolobectomie extracapsulaire :

On pratique la ligature très élective des différentes branches de l'artère thyroïdienne inférieure au LII, puis la ligature des différentes branches de l'artère thyroïdienne supérieure. Ces deux gestes permettent d'exterioriser presque complètement le lobe. Après l'exteriorisation du lobe, on pratique la section des différents ligaments qui relient l'isthme thyroïdien à la trachée. Ces ligaments étant accompagnés par des petites branches vasculaires, on doit donc procéder à une hémostase très attentive avant la section en faisant très attention au nerf récurrent.

Après libération de l'isthme on peut procéder à la section qui nécessite quelques points d'hémostase. L'intervention se termine par la vérification générale de l'hémostase, suivie du drainage de la loge par une lame de DELBET puis la fermeture se fait plan par plan au catgut en rapprochant d'abord les muscles sous hyoïdiens (muscles sternothyroïdiens) au catgut puis la suture des muscles paucier du cou au catgut 00 ou 000 et agrafes sur la peau.

- Dans le cadre d'une thyroïdectomie subtotale :

D'un côté on procède à la lobectomie extracapsulaire, de l'autre on procède à une lobectomie subtotale. Pour cela, on conserve soit le pôle supérieur avec son artère polaire supérieure, soit une lame postérieure en conservant la branche postérieure de l'artère thyroïdienne inférieure et la branche postérieure de l'artère thyroïdienne supérieure. Cette thyroïdectomie subtotale est faite avec un soin particulier pour les deux nerfs récurrents dont la conservation est fondamentale car la paralysie récurrentielle bilatérale peut entraîner rapidement la mort, accident que les anciens confondaient avec une trachéomalacie actuellement très contestée. Cette thyroïdectomie subtotale doit préserver au moins une glande parathyroïde et sa vascularisation car une lésion des 4 parathyroïdes entraînerait rapidement une hypocalcémie grave.

Dans le cadre des énormes goitres le repérage des parathyroïdes est parfois très difficile. D'où l'intérêt dans ces cas de laisser en place la face postérieure de la capsule thyroïdienne pour avoir une plus grande chance de respecter les parathyroïdes.

Dans quelques cas exceptionnels, on peut être amené à pratiquer l'enucléation d'un nodule suivie ou non de la capitonnage de la cavité de ce nodule.

1-3 - Techniques Opératoire des Goitres malins

- Pour la tumeur : Nous pratiquons le plus souvent une incision en U et presque toujours une thyroïdectomie subtotale.

- Pour les adénopathies : Nous pratiquons une exérèse des ganglions macroscopiquement visibles.

- Pour les adhérences aux organes de voisinage (muscles, vaisseaux du cou, trachée, oesophage), nous pratiquons une ablation de toutes les adhérences mais nous respectons surtout la trachée et l'oesophage. Par contre il nous est arrivé de lier unilatéralement une veine jugulaire interne qui était envahie. Quant aux muscles envahis, leur exérèse ne nous pose aucun problème.

2 -- M E D I C A L

2-1 -- Goitre bénin avec signes d'hyperthyroïdie

Il est important pour les goitres avec signes d'hyperthyroïdie et surtout pour les BASEDOW. Dès que nous hésitons entre Goitre hyperthyroïdien banal et BASEDOW, nous considérons et traitons le malade comme étant une maladie de BASEDOW, étant donné que nous ne disposons pas de scintigraphie. Ce traitement dans les cas peu évolués se réduit à une prescription de LUGOL fort 40 gouttes par jour en quatre prises et VALIUM\*20mg par jour ou gardenal 20cg par jour. Dans les cas de maladie de BASEDOW évidentes, nous associons au traitement précédent du BASEDENE\*(6 à 12 Comprimé par jour) ou du nicomercazole\*(à la même posologie) associé au viskén (1 à 4 comprimés par jour) et surtout nous isolons le malade. Nous poursuivons ce traitement médical pendant au moins un mois et nous n'hospitalisons et n'intervenons que quand le malade a un pouls inférieur ou égal à 80 par minute, que quand il ne tremble plus et que quand il a la main sèche. La thérapeutique mensuelle préopératoire est au moins égale à 7.000 F.M. Sachant que rares sont les malades qui peuvent dépenser cette somme tous les mois ~~car~~ ceci pendant plusieurs mois, l'indication opératoire peut être posée dans un but économique. Sachant que le malade doit payer son prix d'hospitalisation, les perfusions le DOLOSAL\*, le phenergan\*, Aspégic\*. Ceci le reviendrait en viron à 26.000F soit le prix de 3 à 4 mois de traitement médical.

Très souvent en post opératoire nous maintenons au moins pendant 24 à 48 heures les malades sous une perfusion abondante avec une association de DOLOSAL\*, de LARGACTYL\*, de PHENERGAN\* et d'ASPEGIC\*.

Pour les Goitres endémiques diffus :

-- Chez l'enfant, ils sont adressés en médecine interne pour une thérapeutique médicale : LUGOL, LIPIODOL, THYROXINE, EXTRAITS THYROIDIENS en fonction des cas.

-- Chez l'adulte tous les goitres endémiques diffus sont d'abord traités en médecine interne.

-- Nous posons l'indication opératoire lorsque : Chez l'adulte le goitre euthyroïdien inesthétique reste stationnaire ou augmente de volume voire devient compressif sous traitement médical.

Les thyroidites sont d'abord traitées en médecine interne, nous n'opérons que les cas qui évoluent vers un ou plusieurs modules résiduels.

Pour les malades ayant une euthyroidie, la réanimation prè, per et post opératoire se réduit à un seul flacon de serum glucosé à 5% de 500cc. En sachant que le malade doit payer : son valium\*, sparadrap, son serum glucosé, son prix d'hospitalisation, il payera 10.000 à 15.000 F.M. en moyenne. Nous ne transfusions aucun malade mis à part les cancers thyroïdiens, car ceux-ci présentent un goitre extracapsulaire très évalué, hémorragique.

Par ailleurs à la sortie de tous nos malades, nous leur prescrivons du "JONCTUM" comprimés en raison de 6 comprimés par jour et pommade de "JONCTUM" (3 massages par jour) et cela pendant 1 à 2 mois. Mais compte tenu du coût très élevé du "JONCTUM" comprimé (coût du traitement mensuel : 20.000 F.M.) par rapport au gain du malin moyen (moins de 20.000 F.M. par mois), nous ne prescrivons plus que du "JONCTUM" pommade ou "HYDROCORTISONE" pommade. Ces prescriptions nous ont permises d'éviter jusqu'à ce jour toute cicatrice disgracieuse.

#### 2-2 - Goitres Malins

- Nous ne procédons à aucun traitement médical complémentaire après thyroïdectomie subtotale pour cancer de la thyroïde du fait que nous ne disposons pas d'iode<sup>131</sup> ni même de scintigraphie pour constater la "Carte blanche".

- Ne faisant pas de thyroïdectomie totale nous n'avons donc pas besoin de prescrire de T3 ou T4 ou surtout d'extrait thyroïdien substitutif freinant en même temps la sécrétion de T.S.H.

- Mais pour les cancer de la thyroïde arrivant en poussée aiguë avec signes compressifs, nous préférons les préparer à l'intervention en prescrivant pendant environ une semaine de corticoïde à forte doses plus des antibiotiques et de l'extrait thyroïdien à faible dose pour diminuer la poussée aiguë de l'œdème compressif.

#### 2-3 - Tous les Goitres opérés :

Ils sont renvoyés en post opératoire en médecine interne pour un traitement complémentaire surtout lorsqu'il s'agit de malade ayant un goitre endémique. Mais les malades ne voient malheureusement l'intérêt de cette surveillance.

COMMENTS

## 1 - COMMENTAIRE GENERAL

### 1-1 - Définition

Nous entendons par Goitre : toute tumefaction localisée de la thyroïde (nodule) ou toute augmentation diffuse de la thyroïde visible quand la tête est en extension (C'est au moins le G1 de la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, O.M.S.). Dans ces cas chaque lobe du goitre diffus est plus gros que la dernière phalange du pouce de son porteur.

### Classification des goitres selon l'O.M.S :

Goitre groupe 0 (G<sub>0</sub>) = Sujet sans goitre. Par définition ce sont tous ceux dont la thyroïde n'est pas 4 à 5 fois augmentée de volume par rapport à la normale. En pratique lorsque le volume de la glande est nettement inférieur à la phalange distale du pouce de son porteur.

Goitre groupe 1 (G<sub>1</sub>) = Thyroïde facilement palpable et visible lorsque la tête est rejetée en arrière la glande est sensée dépasser 4 à 5 fois son volume normal bien qu'elle ne soit pas visible quand la tête est en position normale.

Goitre groupe 2 (G<sub>2</sub>) = Sujets à goitre aisément visible la tête en position normale. L'hypertrophie est de volume moyen.

Goitre groupe 3 (G<sub>3</sub>) = Goitre monstrueux. Ils sont parfois de taille à constituer un obstacle mécanique à la respiration et au port des vêtements.

Goitre groupe 4 (G<sub>4</sub>) = Ce sont les goitres nodulaires. Dans ce groupe même les petits nodules sont inclus dans un but significatif. Le nodule étant considéré par nombre d'auteurs comme potentiellement néoplasique.

### 1-2 - Fréquence.

Nous avons opéré 43 goitres en 25 mois. Cette fréquence ne reflète en rien celle des goitres chirurgicalement curables au Mali compte tenu du fait qu'une minorité accepte une simple consultation. C'est ainsi que dans le district de Bamako où la fréquence du goitre atteint 50 à 70% (TOGCLA-124) ce qui fait environ 300.000 malades est assez notable par rapport au nombre de consultant dans le seul service d'endocrinologie (Service du Professeur AG RHALLY) qui ne reçoit pas plus de 100 malades atteints de goitre par an. Ce qui montre le bas niveau d'éducation sanitaire de la population (TOGCLA-124) d'autant qu'on sait que 1,8% de ces malades ont un Goitre type IV (Soit environ 3.000 malades) et devraient au moins consulter un médecin.

1-3 - Causes

Pour les Goitres endemiques les travaux de AG RHALY (108) (109) et de KONATE (72) ont mis en évidence la cause majeure des goitres endemiques au Mali. Elle est surtout due à un déficit en iode des eaux de consommation.

A signaler que CARRISSON cité par JAMBON (69) fait intervenir en plus le rôle favorisant de la consommation d'arachide.

Pour les malades présentant des goitres non endemiques, les causes exactes ne sont pas aussi précisément élucidées. KONATE (72) BCCUM (21) SCUMANO (116).

1-4 - Sexe

Sur 50 malades nous trouvons 41 femmes soit 82%. TOGCLA F. (124) trouve 75% de femmes en campagne de masse sur 854 goitreux. BCCUM (21) l'estime à 83% sur 79 cas. GUEYE M. (54) à Abidjan trouve 82,7% de femmes sur 81 malades hospitalisés. En Europe, FANTINC (47) trouve 87,20% de femmes sur 422 cas. Ces chiffres nous montrent au Mali comme partout ailleurs que dans la pathologie thyroïdienne le sexe féminin domine très largement.

1-5 - Age :

Nos malades ont âgés de 9 à 80 ans avec une moyenne d'âge de 35 ans. BCCUM (21) trouve un âge moyen de 30 à 35 ans en milieu hospitalier à Bamako (Mali). GUEYE M. (54) sur 66 cas opérés à Abidjan (Côte d'Ivoire) estime l'âge moyen à 36 ans. En Europe, FANTINC (47) trouve un âge moyen de 34 ans. Ces chiffres se rapprochent de nos résultats.

1-6 - Siège

Sur 50 malades nous trouvons 34% de siège bilatéral, 32% du côté droit, 28% du côté gauche, 6% diffus. GUEYE M. (54) trouve 24,6% du côté droit 15,6% du côté gauche, 11,1% isthme, 50,7% diffus. Ces résultats montrent la non prédominance de la pathologie d'un lobe par rapport à l'autre (pas de différence significative entre le côté droit et le côté gauche). Ce qui est confirmé par les travaux de APPALX (7) 32% de siège bilatéral, 30% du côté droit, 29% du côté gauche, 9% diffus sur 1.686 cas opérés. FANTINC (47) trouve 35% de siège bilatéral 29% du côté droit, 30% du côté gauche, 6% diffus sur 422 cas opérés.

1-7 - Anatomo - Pathologie

Sur 43 malades opérés nous trouvons 8 cancers soit 18,3% TCGCLA (124) dans sa thèse estime que la prévalence du cancer est de 0,58% sur 854 goitreux (enquête portant sur 1.370 malins) en campagne de masse en se basant uniquement sur l'aspect clinique. L'application de AG RHALY (108) basée sur l'étude histologique de 99 pièces opératoires réalisée à l'institut national de Biologie humaine de 1969 à 1979 estime que la fréquence du cancer serait de 6,06%. GUEYE M. (54) trouve 2 cancers sur 19 pièces opératoire étudiées histologiquement parmi 66 cas opérés. APPALX (7) trouve 17% de cancers (345 cancers sur 1.686 cas opérés). FANTINE (45) trouve 7,10% de cancers (30 cas sur 422 cas opérés dans le service du Professeur BARBIER à Poitiers France).

Le résultat de TCGCLA (124) ne concerne que les cancers cervicaux (TNM?). Mais ce pourcentage ne regroupe pas l'ensemble des différents stades du cancer (T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>) certainement plus nombreux.

Les résultats rapportés par AG RHALY (108) sont à interpréter dans leur contexte:

- Certains chirurgiens Malins ne font pas d'analyse systématique des pièces opératoires ou alors elles ne sont faites que devant les cas suspects.
- D'autres n'interviennent même pas sur les goitres manifestement malins.

2 -- GOITRES BENINS :

2-1 -- Fréquence

81,3%

Sur les 43 malades opérés 35 sont des tumeurs bénignes soit 73% des cas si l'on se fie à leur résultats histologiques. TOGCLA (124) en campagne de masse trouve 99,42% de tumeurs bénignes en se basant uniquement sur l'aspect clinique (enquête portant sur 1.370 malades rapportant 854 goitres). D'après la publication de AG RHALY (108) basée sur l'étude histologique des pièces opératoires réalisée à l'I.N.B.H. à Bamako les tumeurs bénignes font 93,94% sur 99 examens anatomo-pathologiques. MOURALI (89) trouve 85% de lésions bénignes sur 130 prélèvements. En France APPALX (7) sur plusieurs publications associées trouve 73% de tumeurs bénignes sur 1.886 cas opérés. FANTINO (47) rapporte 92,90% de tumeurs bénignes sur 422 cas opérés dans le service du Professeur BRADIER à Poitiers.

La fréquence du cancer thyroïdien par rapport aux tumeurs bénignes est fonction du recrutement de chaque service.

Parmi nos tumeurs bénignes : 54,6% sont des goitres euthyroïdiens (dont 14,2% sont des thyroïdites 11,9% sont des Basedow, sur 45,4% de goitres avec signes d'hyperthyroïdie (BASEDOW exclu) TOGCLA (124) trouve 0,35% de Basedow, 1,05% d'hypothyroïdie, et 98,90% d'euthyroïdiens en campagne de masse. FANTINO (47) trouve 59,9% de nodules froids, 5,6% de thyroïdites, 34,44% nodules fixants (Basedow + Toxiques + chauds).

2-2 -- Clinique :

2-2-1 -- La Tumeur : le diamètre moyen de nos tumeurs est de 16 cm avec un minimum de 8cm et un maximum de 34cm (poids maximum du goitre 1.250g). Ces chiffres montrent l'importance de l'hypertrophie chez les malades que nous opérons. GUYE M. (54) trouve 16cm comme diamètre moyen de ses 66 cas opérés. Nous savons qu'en Europe on ne voit presque plus de goitres de plus de 5 à 10cm de diamètre. Mieux on y opère plus fréquemment les goitres de 2 à 4cm de diamètre.

Ces gros goitres que nous opérons ne posent pas plus de techniques opératoires que les petits nodules. Mais il n'est pas étonnant que nous trouvions 3 signes de compressions dont 2 paralysies récurrentielles pré-opératoire (dont une a régressé en postopératoire et l'autre a refusé l'intervention) et une dysphagie. Nous ne trouvons pas de publication mentionnant de fait. Car partout ailleurs les malades sont opérés avant ces complications.

2-2-2 - Signes endocriniens :

- Nous posons le diagnostic de goitre avec signes d'hyperthyroïdie d'après les signes suivants : Tachycardie supérieure ou égale à 90 par minute, amaigrissement (en sachant que ce signe est subjectif car au Mali le malade ne se pèse presque jamais), thermophobie, tremblement, diarrhée. (mais ce signe est rarement trouvé chez le malien qui est généralement constipé), rouleur des mains.

- Lorsque ces signes sont associés à une exophtalmie, nous évoquons alors le diagnostic de la maladie de Basedow surtout si le malade a par ailleurs un goitre diffus, hypervasculaire.

A signaler que certains de nos malades ont eu une mesure de leur exophtalmie à partir de l'exophtalmomètre de HERTEL. Si cet appareil trouve un chiffre supérieur à 16mm chez la femme et 18mm chez l'homme on dit alors qu'il y a exophtalmie. Mais il semble qu'on ne peut affirmer des chiffres pathologiques en dessous de 25mm. Cet examen a donc peu de valeur diagnostique.

D'après ces définitions nous avons trouvé 5 sujets présentant la maladie de Basedow et 14 sujets hypothyroïdiens sans maladie de BASEDOW. En campagne de masse TOGCLA (124) dans une population "normale" trouve sur 854 goitreux 0,35% de Basedow. BCCCUH (21) sur 79 malades trouve 10,25% de Basedow. GUYE M. (54) sur 66 cas opérés à Abidjan trouve seulement 3 Basedow.

Nous retenons le diagnostic de goitre euthyroïdien lorsque la clinique ne retrouve aucun signe d'hyperthyroïdie. Ainsi nous avons pu trouver 23 malades euthyroïdiens soit 54,6% (dont 6 thyroïdites).

2-3 - Signes paracliniques :

2-3-1 - La Scintigraphie thyroïdienne : Elle est fondamentale dans les pays développés, surtout pour détecter les petits nodules froids (à cause du risque de cancer) et les nodules chauds ou toxiques à cause du fait que certains de ces malades dans ces pays peuvent être traités médicalement (surtout la maladie de Basedow). Cet examen ne nous a pas été indispensable pour poser nos indications opératoires.

2-3-2 - Dosages hormonaux : ( $T_3$ ,  $T_4$ , T.S.H) : Ces examens ne sont pas faisables au Mali actuellement. Ils ne nous semblent pas indispensables pour une indication chirurgicale. Ils auraient pu permettre de faire la part entre goitres euthyroïdiens et hyperthyroïdiens et préciser si les troubles sont d'origine hypophysaire ou non. Mais ces examens ont un coût très élevé.

N°	Age	Sexe	Siège	Durée	Evolution	Dimension Goitre Poids	Clinique (S.F.)	O.R.L.	Traitement	Type Histologi- que	Complications	Suites
4	18ans	F	D	7 ans	17 Cm	-	N	Isthmlobectomie droite	Colloïde macrofolliculaire	-	Va bien depuis 32 mois	
6	55ans	F	Bilat.	40 ans	20 Cm 700 g	-	N	Thyroïdectomie Subtotale	Colloïde macrofolliculaire	-	Va bien depuis 25 mois	
7	40ans	F	G	3 ans	17 Cm 750 g	-	-	Isthmlobectomie G	Macro et micro folliculaire	-	Va bien depuis 25 mois	
14	14ans	F	Bilat.	2 ans	17 Cm 900 g	-	N	Thyroïdectomie Subtotale	Colloïde micro- folliculaire	Obstruction Sonde, Décédée	-	
15	28ans	F	G	3 mois	12 Cm	-	N	Isthmlobectomie G	Goitre macro et micro follicu- laire	-	Va bien depuis 18 mois	
17	32ans	M	Diffus	8 ans	14 Cm 800 g	-	N	Thyroïdectomie Subtotale	Colloïde macro- folliculaire	-	Va bien depuis 17 mois	
18	43ans	F	G	30 ans	10 Cm	-	N	Isthmlobectomie G	Macrofollicu- laire	-	Va bien depuis 17 mois	
19	24ans	F	Bilat.	7 ans	8 Cm	-	N	Isthmlobectomie D + résection nodule G	Macrofollicu- laire	-	Va bien depuis 17 mois	
22	19ans	F	D	2 ans	18 Cm 1200 g	-	N	Isthmlobectomie D	Macrofillicu- laire	-	Va bien depuis 15 mois	
23	27ans	F	D	15 ans	26 Cm	-	N	Isthmlobectomie D	Macro et micro folliculaire	-	Va bien depuis 15 mois	
26	40ans	M	D	20 ans	6 Cm	-	-	Isthmlobectomie D	Macro et micro folliculaire	-	Va bien depuis 15 mois	
30	35ans	F	D	10 ans	17 Cm	-	N	Isthmlobectomie D	Microfollicu- laire	-	Va bien depuis 14 mois	
32	26ans	F	D	10 ans	7 Cm	-	N	Isthmlobectomie D	Macrofollicu- laire	-	Va bien depuis 13 mois	
37	36ans	M	G	7 ans	14 Cm 900 g	-	N	Isthmlobectomie G	Macrofollicu- laire	-	Va bien depuis 3 mois	
39	25ans	F	G	20 ans	18 Cm	-	N	Excrèse nodule	Macrofollicu- laire	-	Va bien depuis 2 mois	
43	33ans	M	D	20 ans	10 Cm	-	N	Isthmlobect. D	Microvésiculaire	-	Va bien depuis 1 mois	
49	30ans	F	G	4 ans	11 Cm	-	-	Isthmlobectomie G	Colloïde macro- folliculaire	-	Va bien depuis 1 mois	

N°	Age	Sexe	S. FONCTIONNELS					Siège No- mètre	Durée Traite- ment médical Pré-Op.	Traitement Chirurgical	Durée traitement médical Post-Op.	Complications	Histologie	Suites
			Thermo	Coeur	Anaig	Trblmt	Moie- teur							
1147	ans	F	+	110	+	-	-	G. 8cm	-	Isthmololect.G	5 jours	T=38° II=120 pendant 3j.	Macrofol- liculaire	Va bien depuis 25 mois
2155	ans	F	-	120	+	-	-	D. 10 Cm P. 90G	-	Isthmololect.D	3 jours	-	Macrovési- culaire	Va bien depuis 24 mois
3150	ans	F	+	90	-	+	-	Bilat. 126cm:80G	-	Thyroïdectomie Subtotale	4 jours	T=39° II=100 pendant 2j.	Macrofol- liculaire	Va bien de- puis 23m.
5130	ans	F	+	90	+	+	+	D. 8cm Paral. Rec IG.	-	-	-	-	-	-
10140	ans	F	+	110	+	+	+	Bilat. 122cm 120G	3 mois	Thyroïdectomie Subtotale	5 jours	T=39° II=110 pendant 3j.	Macro et Microfoll.	Va bien de- puis 22m.
23127	ans	F	-	104	+	+	-	D. 26cm	-	Isthmololect.D	10 jours	T=38° II=112 pendant 4j.	Macro et Microfoll.	Va bien de- puis 20m.
29120	ans	F	+	110	-	+	-	D. 12cm	-	Isthmololect.D	9 jours	-	Macrofoll.	Va bien de- puis 15m.
31145	ans	M	+	100	+	+	-	G. 14cm	-	Isthmololect.G	3 jours	-	Microfoll.	Va bien de- puis 14m.
33125	ans	F	-	96	+	+	-	D. 10cm 1.200G.	-	Isthmololect.D	7 jours	-	Macrofoll.	Va bien de- puis 14m.
38135	ans	F	+	90	+	+	+	Bilat. 14cm PR. Droite	10 jours	Thyroïdectomie Subtotale	5 jours	T=39° II=98 pendant 4j.	Macrofoll.	Va bien de- puis 2 m.
45145	ans	F	+	92	+	+	+	Bilat. 34cm P. = 1250G.	10 jours	Thyroïdectomie Subtotale	5 jours	T=39° II=100 pendant 2j.	Macrovési- culaire	Va bien de- puis 1 m.
46110	ans	F	+	90	-	+	+	G. 8cm.	-	-	-	-	-	-
48134	ans	F	+	100	+	+	+	D. 6cm.	-	Isthmololect.D	9 jours	-	Macrofoll.	Va bien de- puis 1 m.
50126	ans	F	+	100	++	++	-	G. 7cm.	6 mois	Isthmololect.G	5 jours	T=39° II=100 pendant 3j.	Macrofoll.	Va bien de- puis 1 m.

TABLEAU N° 2 GOITRES AVEC SIGNES D'HYPERTHYROIDIE

N°	Age	Sexe	S. FONCTIONNELS-				S. PHYSIQUES			Durée	Traitement		Durée Trai-	Complication	Histologie	Suites
			Thermo	Coeur	Maig	Moiteud	Exoph	Goitre	Traitement		Chirurgical	ement mé-				
16	43ans	F	+	120	+++	++	-	Multi nodulaire bilatéral	10 mois							
35	56ans	F	+	132	+	+	+	Multi nodulaire 22 Cm 1900 g.	2 mois	Thyroidectomie Subtotale	14 jours	Abcès de la loge	Goitre Basedowien	Va bien depuis 3 mois		
36	15ans	F	+	108	+	+	++	Diffus 13cm 640g	5 mois	Thyroidectomie Subtotale	4 jours	T=39° Tl=90 pendant 3j. petit héma- tome de la loge	Goitre Basedowien	Va bien depuis 2 mois		
40	23ans	F	+	120	+	+	++	Multi nodulaire bilatéral 17cm 920g	3 mois	Thyroidectomie Subtotale	5 jours	T=39° Tl=130 pendant 3j. Infection bronchopul- monaire	Goitre Basedowien	Va bien depuis 2 mois		
44	17ans	F	++	102	++	+	+	Diffus 7cm triple	3 ans							

TABLEAU N° 3 NOS BASEDCW

N°	Age	Sexe	Siège	Durée Evolution	Dimension Poids	Clinique (S.F)	C.R.L	Traitement	Type Histologique	Complications	Suites
9	22 ans	M	D	4 ans	4 Cm	--	--	Isthmololectomie droite	Thyroidite de RIDEU	--	Va bien depuis 27 mois
11	23 ans	F	D	8 ans	9 Cm	--	N	Isthmololectomie droite	Thyroidite	Paralysie recurrentielle droite transitoire	Va bien depuis 25 mois
12	30 ans	F	G	1 ans	14 Cm Poids 800g	Douleur du cou	N	Isthmololectomie gauche	Thyroidite	--	Va bien depuis 24 mois
13	22 ans	M	Bilateral	7 ans	18 Cm Poids 700g	--	N	Thyroidectomie Subtotale	Goitre inflammatoire macrofolliculaire	--	Va bien depuis 23 mois
20	80 ans	F	D	30 ans	18 Cm	--Douleur --Dysphagie --Ulcération --Surdité	--	--	--	--	--
47	9 ans	F	Bilateral	3 ans	4 Cm	--	N	Thyroidectomie Subtotale	Thyroidite Subaiguë	--	N'est plus revue après sa sortie de l'hôpital

TABLEAU N° 4 NOS THYROIDITES

2-3-3 -- Calcémie : Son dosage préopératoire est utile pour suivre en postopératoire les malades qui ont eu des thyroïdectomies subtotaales.

2-3-4 -- Reflexogramme Achilléen : Cet examen est très simple. Il permet de classer les goitres en hyperthyroïdiens (chiffre inférieur à 260 millisecondes) en euthyroïdiens (chiffre compris entre 240ms et 360ms) et en hypothyroïdiens (chiffre supérieur à 360ms). Le R.A est fonction de l'âge du sujet. Un sujet jeune a un R.A plus court que celui d'un sujet âgé. Un grand nombre de nos malades n'ont pas pu profiter de cet examen à cause d'une panne d'appareil. Compte tenu de son résultat fiable et de son coût peut élevé, il serait souhaitable que cet appareil puisse fonctionner. Mais il ne semble pas être indispensable au Mali pour la chirurgie thyroïdienne.

2-3-5 -- Anticorps Antithyroïdiens : Cet examen permet le diagnostic de thyroïdite de HASHIMOTO. Cette thyroïdite relève plutôt du traitement médical. Nous ne recevons en chirurgie que les nodules secondaires de cette thyroïdite. Donc le dosage d'anticorps antithyroïdiens n'est pas indispensable pour l'indication opératoire d'autant plus que l'examen anatomo pathologique postopératoire révèle leur nature.

2-3-6 -- Examen Otorhinolaryngologique : Cet examen permet simplement de détecter les lésions récurrentielles préopératoires dans le simple but de savoir le pourcentage exact de lésion récurrentielle postopératoire.

2-3-7 -- Radiographie pulmonaire : Elle rentre dans le cadre du bilan préanesthésique mais permet aussi de détecter les cervico-médiastinaux, les médiastino-cervicaux et les médiastinaux purs.

2-3-8 -- Radiographie du Cou : Cet examen est utile surtout dans nos pays et rentre dans le cadre du bilan préanesthésique pour détecter les déviations et compressions trachéales, il permet aussi de détecter des macro-calci-fications qui en général permet de rassurer sur la benignité d'un goitre; en sachant que les micro-calci-fications se voient surtout dans le cancer de la thyroïde.

2-3-9 -- Examen anatomopathologique : Il est capital pour le chirurgien. Il est dommage que nous ne pouvons pas disposer d'un examen extemporané pour faire la part entre les petites tumeurs bénignes et les petites tumeurs malignes. Mais compte tenu du prix de cet appareil, de la fréquence de sa demande, des risques d'erreurs (FANTINO (47) trouve sur 13 cancers histologiques environ 77% d'erreurs), l'existence de cet appareil ne semble pas être une priorité.

2-3-10 → Les autres examens :

- La lipemie et la cholestérolémie : Sont d'interprétation très difficile au Mali à cause du fait que les malades sont hyponutris, or les résultats de ces dosages se réfèrent à ceux de l'Europe. BOCCUM (21).

- L'échographie : Cet examen malgré les résultats de PLANIOL (95) ne semble pas promettant en Europe en dehors des nodules kystiques. FANTINO (47). Or, si l'on décide d'opérer même les nodules kystiques, cet examen n'a donc pas sa valeur.

- Thermographie : Malgré les publications de PLANIOL (95) cet examen ne semble pas être fiable pour faire la part entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. FANTINO (47).

- Metabolisme de Base : Il est abandonné en Europe. Compte tenu du coût de cet appareil et des difficultés d'avoir un résultat fiable, il nous semble qu'au Mali cet examen n'est pas indispensable.

3 -- GOITRES MALINS

3-1 -- Fréquence :

Nous avons opéré 8 cancers sur 43 malades opérés soit 17%. MCURALI (89) sur 130 opérés trouve 15% de cancers. GUEYE M. (54) trouve 2 cancers sur 19 pièces opératoires étudiées (mais sur 66 malades opérés). DUCLUX (45) sur 113 malades hospitalisés 64 ont été opérés; Sur 18 nodules thyroïdiens il trouve 5 cancers (soit 5 cancers sur 64 malades mais ces 5 cancers ont été trouvés dans la série des nodules). HANEGRAM et collaborateurs (60) sur 600 goitres opérés dans la clinique de NAIRABI de 1964 à 1969 trouvent 66 cancers soit 11%. TOURE P. et collaborateurs (126) sur 170 nodules froids opérés à Dakar trouvent 34 cancers soit 20%. Au ZAIRE, DE SMET M.P (41) sur 173 goitres nodulaires trouve 1% de cancer.

En Europe : LEGIER (79) dit que 14 à 20% des nodules froids sont cancéreux. APPALIX (7) sur plusieurs publications associées trouve 17% de cancers sur 2.031 cas opérés. REYNIER (106) sur 1.419 thyroïdectomies trouve 115 cancers soit 8,10%. FANTING (47) sur 422 cas étudiés dans le service du Professeur BARBIER à POISSIERS trouve 30 cancers soit 7,10%.

Nos chiffres ne sont pas du tout comparables à ceux des autres auteurs. Comme nous le montre le tableau N° 5, la fréquence du cancer thyroïdien est fonction du recrutement de chacun.

3.2 -- Clinique :

3.2-1 -- Classification T.N.M. de l'organisation Mondiale de la Santé

Suivant la classification T.N.M. la lésion peut être définie par ses aspects macroscopiques.

T<sub>0</sub> : pas de tumeur palpable.

T<sub>1</sub> : Tumeur unique, limitée à la glande. Pas de limitation de la mobilité, ni de déformation de la glande, ni d'anomalie du scintillogramme pour une glande normale à la palpation.

T<sub>2</sub> : Tumeurs multiples ou unique, déformant la glande. Mobilité intacte.

T<sub>3</sub> : Tumeur s'étendant au delà de la glande, l'extension étant révélée par fixation ou infiltration des structures environnantes.

TABLEAU N° 5 : Pourcentage des Cancers thyroïdiens  
en fonction du nombre de thyroïdectomies

AUTEURS	Nombre de Thyroïdectomies	Nombre de Nécs	Pouocntagos
SOUSTELLE 1970 (117)	1.139	104	9,13%
BLONDEAU 1973 (16)	1.000	98	9,8%
REYNIER 1973 (103)	1.419	115	8,10%
APPAIX et COLL 1975 (7)	2.031	345	17%
BARBIER (Thèse PANTINO) 1977 (47)	420	30	7,1%
NOS CHIFFRES 1981*	43	8	17%

\* Nos résultats ne sont pas comparables à ceux des autres auteurs compte tenu du nombre peu élevé de nos malades.

- N : Adénopathie régionale.
- N<sub>0</sub> : Pas d'adénopathie palpable.
- N<sub>1</sub> : Adénopathie homolatérale mobile.
- N<sub>1a</sub> : Adénopathies considérées comme non envahies.
- N<sub>1b</sub> : Adénopathies considérées comme envahies.
- N<sub>2</sub> : Adénopathies controlatérale ou bilatérale mobile.
- N<sub>2a</sub> : Adénopathies considérées comme non envahies.
- N<sub>2b</sub> : Adénopathies considérées comme envahies.

M. Métastases à distance

- M<sub>0</sub> : Pas de signe clinique de métastase à distance.
- M<sub>1</sub> : Métastase à distance.

Devant la difficulté de respecter cette classification, le Professeur BARBIER dans la thèse de FANTINO (47) a proposé la classification suivante :

- Cancers cliniques : Tous les cancers évidents cliniquement ou en peropératoire.

- Cancers histologiques : Tous les cancers découverts à l'examen histologique extemporané ou à l'examen anatomopathologique quelques jours après l'opération.

D'après la classification T.N.M., tous nos cancers sont des T<sub>3</sub>. D'après la classification du Professeur BARBIER tous nos cancers sont cliniques et particulièrement extracapsulaires, tandis que BARBIER trouve 43,30% de cancers histologiques et 56,7% de cancers cliniques dont 26,7% de cancers intracapsulaires et 30% de cancers extracapsulaires. En 1974 REYNIER (106) sur 115 cancers thyroïdiens trouve 65% de cancers histologiques.

3-2-2 - Signes de Compressions :

4/8 (50%) de nos tumeurs malignes présentent des signes de compression (1 paralysie récurrentielle, 3 malades présentant : des troubles respiratoires et 1 dysphagie). Ce qui représente des formes actuellement rares en Europe. Ainsi sur 30 cancers, BARBIER dans la thèse de FANTINO (47) rapporte 5 cas (soit 16,66%). En 1974 REYNIER (106) sur 115 cas opérés ne rapporte que 11 cas (soit 10%).

3-2-3 -- Signes de métastases :

- Métastases ganglionnaires : Nous avons 7 malades sur 8 (87,5% des cas) qui ont des N(+) particulièrement des N<sub>2b</sub> selon la classification T.N.M. BARBIER (dans la thèse de FANTINE) (47) rapporte 12 cas sur 30 malades soit 40%.

- Métastases tissulaires : Nous avons 3 métastases tissulaires sur 8 (soit 37,5%) alors que BARBIER trouve 6 cas sur 30 soit (20%).

Tous ces chiffres montrent le retard avec lequel nous voyons nos malades d'où le mauvais pronostic de ceux-ci.

3-3 -- Examens Paracliniques :

3-3-1 -- Scintigraphie : Elle ne permet pas de faire le diagnostic de cancer de la thyroïde mais permet surtout de suivre un malade qui a eu une thyroïdectomie totale pour cancer et chez qui on veut obtenir une "Carte blanche". Nous n'avons pas les moyens de pratiquer cet examen. C'est une des raisons pour lesquelles nous ne pratiquons pas de thyroïdectomie totale.

3-3-2 -- Dosages hormonaux : Le dosage de T<sub>3</sub> T<sub>4</sub> n'est pas indispensable en carcinologie thyroïdienne. Mais celui de T.S.H. peut être utile pour l'indication de la prescription de l'opothérapie pour freiner une hypersecretion de T.S.H. pouvant stimuler une métastase.

3-3-3 -- Calcémie : Le dosage de la calcémie est indispensable en préopératoire pour contrôler le fonctionnement parathyroïdien de ces malades qui ont une thyroïdectomie totale ou subtotalaire pour cancer de la thyroïde.

3-3-4 -- Reflexogramme Achilléen et le dosage de l'anticorps antithyroïdique : ne sont pas d'un grand intérêt.

3-3-5 -- La Radiographie Pulmonaire : permet de rechercher des métastases pulmonaires.

3-3-6 -- La Radiographie du Cou : C'est un examen important qui permet de rechercher les déviations de la trachée et les microcalcifications permettant d'évoquer radiologiquement les cancers thyroïdiens.

3-3-7 -- La Scintigraphie Osseuse : permet de rechercher des métastases osseuses occultes. Mais nous n'avons pas les moyens de l'effectuer.

3-3-8 -- Examen Anatomopathologique : C'est un examen capital nous n'avons pas malheureusement les moyens de pratiquer un examen extemporané en Salle d'opération. C'est pour cela que quand les signes cliniques ne sont pas évidents en préopératoire, nous préférons pratiquer la biopsie d'une adénopathie satellite pour examen histologique dont on a le résultat au bout de 3 à 7 jours. Ce qui nous permet rapidement en cas de malignité de pratiquer la thyroïdectomie subtotalaire.

Quand nous analysons nos résultats anatomopathologiques nous constatons : 2 cas de cancer papillaire (soit 25%); 2 cas de cancer vésiculaire (soit 25%); 3 cas de cancer indifférencié (soit 37,5%); 1 cas de cancer médullaire (soit 12,5%). AG RHALY (108) dans sa publication basée sur l'étude histologique de 99 goitres réalisée à l'I.N.B.H. de Bamako de 1969 à 1979 trouve 6 cancers parmi ceux-ci 4 adénocarcinomes papillaires, 2 épithéliomas massifs. Au KENYA HANEGRAAF (60) sur 66 cancers trouve 32 cancers papillaires, 25 cancers folliculaires, 5 cancers anaplasiques, et 4 autres types de cancers. A Dakar TOURÉ P. et collaborateurs (126) sur 34 cancers trouve 17 carcinomes vésiculaires (soit 50%); 11 carcinomes papillaires; 6 carcinomes indifférenciés.

En Europe : GERARD Marchant et CABANNE (24) trouvent 37,7% de cancers vésiculaires, 37,5% de cancers papillaires; 16,4% de cancers anaplasiques; 7,2% de cancers médullaires, 0,5% de cancers épidermoïdes; 0,4% d'autres types de cancers sur 1.524 cas de cancers. En 1972 REYNIER (106) sur 115 cas de cancers trouve 34,8% de cancers vésiculaires, 46% de cancers papillaires, 9,5% de cancers anaplasiques, 1,7% de cancers médullaires, 0% de cancer épidermoïde, 7,8% d'autres types de cancers. En 1977 FANTINO (47) sur 30 cancers trouve 36,66% de cancers vésiculaires, 26,66% de cancers papillaires, 30% de cancer indifférencié, 0% d'autres types de cancer.

Le nombre élevé de nos cancers anaplasiques explique par là même l'abondance spectaculaire et oblige le malade à ce faire consulter.

3-3-9 - Echothermographie : Elles ne permettent pas d'après FANTINO (47) de trancher nettement entre cancer thyroïdien et tumeur bénigne. Nous pensons que cet examen n'est donc pas indispensable surtout dans nos pays.

L'analyse de ces résultats montre que le cancer médullaire est rare. Inconnu avant 1958, HAZARD (63), ALLANIC (4) et BRICAIRE (22) écrivent en accord avec "l'American Goiter Association" que ce cancer peut être :

- Cliniquement banal, à type de nodule thyroïdien isolé, froids à la scintigraphie.

- Associé à d'autres pathologies dont la plus classique est le phéochromocytome ou syndrome de SIIPPLE (114). Mais l'on peut aussi rencontrer une neurofibromatose, une hyperplasie, ou des adénomes parathyroïdiens, un syndrome de CUSHING ou encore une diarrhée motrice.

Depuis 1968, biologiquement, on sait que la tumeur sécrète de la calcitonine. Chez les sujets atteints de ce cancer, le taux plasmatique de cette hormone est anormalement élevé et son dosage est un excellent critère diagnostique.

N°	Age	Sexe	Siège	Durée	Evolution	Compressions	Diamètre T.N.M.	Traitement	Complications Postopératoires	Type Histologique	Survie
8	23 ans	F	G	10 ans			10 Cm T <sub>3</sub> N <sub>2b</sub> M <sub>0</sub>	Thyroïdectomie Subtotale	-	Papillaire	Va bien depuis 28 mois
21	22 ans	F	G	6 ans			8 Cm T <sub>3</sub> N <sub>2b</sub> M <sub>0</sub>	Thyroïdectomie Subtotale Poids : 720g	-	Papillaire	Va bien depuis 22 mois
24	34 ans	M	Bilateral	14 ans	Trachée, Oeso- phage récur- rent G		12 Cm T <sub>3</sub> N <sub>2b</sub> M <sub>1</sub> (Foie? Pou- mon?)	Thyroïdectomie Subtotale Poids : 800g	-	Indifférencié	Décédé 12 mois après l'Opéra- tion
25	30 ans	F	Bilateral	10 ans	Trachée		5 Cm T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>1</sub> (Col du fémur)	Thyroïdectomie Subtotale	-	Médullaire	Décédée 1 mois après l'Opéra- tion
27	30 ans	F	G	10 ans	Oesophage, recurrent G		10 Cm T <sub>3</sub> N <sub>2b</sub> M <sub>0</sub>	Thyroïdectomie Subtotale	-	Vesiculaire	Va bien depuis 18 mois
42	50 ans	F	Bilateral Idéjà Opé- rée 2fois	21 ans	Trachée Recurrent G		15 Cm T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	Exercice de la tumeur 3ème intervention Poids 1200g	Envahissement cutané par la tumeur	Vesiculaire	Va bien depuis 3 mois
34	35 ans	M	Bilateral	3 mois	Trachée (Wheezing) Oesophage		15 Cm T <sub>3</sub> N <sub>2b</sub> M <sub>0</sub>	-	-	Indifférencié	Décédé avant l'Opération
41	50ans	F	Bilateral	18 ans	Trachée (Wheezing) Oesophage Recurrent G		15 Cm T <sub>3</sub> N <sub>2b</sub> M <sub>1</sub> (Poumon, Os)	-	-	Indifférencié	Décédée avant l'Opération

TABLEAU N° 6 NOS CANCERS

HISTOLOGIE	A U T E U R S					NOS CHIFFRES
	REYNIER 1972 : 115 cas (106)	CABINNE et MARCHANT 1974 : 524 cas (24)	BARBIER (Thèse FANTL- INO) - 39 cas 1977 (47)	HANEGRAAF 1970 : 66 cas NAIROBI (60)	TOURE 1976 : 34 cas (126)	
VESICULAIRE	34,8%	37,7%	36,6%	48,48%	50%	25%
PAPILLAIRE	46%	37,5%	26,6%	37,9%	32,35%	25%
ANAPLASIQUE	9,5%	16,4%	30%	7,57%	17,65%	37,5%
MEDULLAIRE	1,7%	7,2%	3,33%	0%	0%	12,5%
EPIDERMOÏDE	0%	0,5%	3,33%	0%	0%	0%
AUTRES	7,8%	0,4%	0%	6,05%	0%	0%

TABLEAU N° 7 TUMEURS MALIGNES EN FONCTION DU TYPE HISTOLOGIQUE.

\* - Nos chiffres ne sont pas comparables à ceux des autres auteurs

Il est prouvé actuellement que le cancer de la thyroïde à stroma amyloïde est une maladie héréditaire à transmission autosomique dominante. Cette notion implique la pratique du dosage plasmatique de la calcitonine, au besoin après épreuve de stimulation chez l'ensemble des sujets d'une famille quand l'un des membres en est atteint.

D'après WILLIAMS (135) et beaucoup d'autres auteurs, la radiothérapie et l'iode 131 ne font aucun effet sur le cancer thyroïdien.

La thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire bilatéral est la thérapeutique à proposer dans tous les cas. Le patient opéré est l'objet d'une surveillance régulière par dosage réitéré de la calcitonine afin de dépister au plus tôt une rechute de la maladie.

Mais la thérapeutique la plus efficace est une intervention chirurgicale préventive basée sur le dosage de la calcitonine. FANTINO (47).

Nous avons un malade atteint de cancer médullaire de la thyroïde, une enquête dans la famille a retrouvé que 2 des enfants de cette famille ont chacun un goitre nodulaire, mais ils ont tous refusé de venir à l'hôpital pour subir une exploration biologique.

#### 4 - COMMENTAIRES SUR LE TRAITEMENT

##### 4-1 - Materiels :

Les difficultés matérielles allongent énormément le temps opératoire. si l'on veut diminuer au maximum les complications préopératoires et postopératoires.

##### 4-2 - Techniques :

La dissection et repérage du récurrent avant toute ligature nous semble un geste très important pour éviter les lésions du nerf, surtout devant les énormes goîtres qui entraînent souvent d'importantes modifications anatomiques. Certains auteurs : HALSTED et JOLL cité par APPALX (7) continuent encore à éviter cette dissection et voient rarement de nerf récurrent. Ils sont en accord avec MCCRE qui en 1939 écrivait que "le nerf est si fragile qu'il suffit par fois de la regarder pour le paralyser". Cette phrase a été pendant longtemps unanimement admise (TRUFFERT, BLOCH, BEARD, FRANCILLON, JOURDAN). Mais actuellement un grand nombre d'auteurs défend rigoureusement l'intérêt de la dissection première du nerf récurrent ( SOUSTELLE (117); BLCHDEAU (17); LAHEY (76), HAWE(62) ; REYNIER (106) LUNDGREN (81) PARNIELX; CATTELL (30); BARBIER (10); ROULLEAU (112).

Pour le drainage il semble actuellement que la préférence va vers le drainage par 1 drain de redon aspiratif qui éviterait quelques cicatrices disgracieuses. Faute de ce moyen, nous sommes obligés d'utiliser des lames de DELBET. Malgré cela nous n'avons aucune cicatrice disgracieuse. Ce si peut être grâce à la prévention par la pommade de "Jonctum" au niveau de la cicatrice.

##### 4-3 - Indications pour les tumeurs bénignes :

- Devant tout nodule unilatéral nous pratiquons une isthmolobectomie extracapsulaire car nous ne savons pas à priori s'il n'y a pas dans ce nodule une dégénérescence.

- Devant de multiples nodules bilatéraux nous pratiquons une isthmolobectomie extra capsulaire unilatérale associée à une lobectomie subtotalaire contrôlatérale. Le fragment de thyroïde laissé en place est soit le pôle supérieur ou le pôle inférieur ou une lame postérieure. Ceci en fonction du siège du tissu thyroïdien sain, du repérage facile ou non du récurrent et du pédicule qui vascularise les parathyroïdes.

##### 4-4 - Indications pour les tumeurs malignes :

Pour les cancers de la thyroïde, nous ne pouvons pas faire des thyroïdectomies totales comme en Europe et surtout nous ne cherchons pas à obtenir une "carte blanche" parce que nous n'avons pas d'iode 131 et surtout nos malades ne pourront pas suivre une opothérapie à vie par manque de moyens financiers et par indiscipline.

4-5 - Traitement médical pour les tumeurs bénignes :

En préopératoire, les tumeurs bénignes euthyroïdiennes ou avec hyperthyroïdie sans signe de BASEDOW ne suivent aucun traitement. Mais les maladies de BASEDOW suivent en médecine un traitement préparatif d'au moins un mois sinon plus. Par contre dans le cas où on hésite entre un BASEDOW et une hyperthyroïdie simple, nous traitons systématiquement le malade en préopératoire comme s'il s'agissait d'une maladie de BASEDOW. Nous sommes obligés d'adopter cette attitude par manque de moyens fiables d'exploration. Dans les mêmes conditions certains auteurs comme GUEYE M. (54) à Abidjan dans sa thèse proposent une hospitalisation de 15 jours préopératoires pendant lesquels le malade reçoit des hémostatiques, phase précédée par un mois de traitement au LUGOL et aux Bixbituriques.

Nous pensons que cette attitude est excessive dans le cadre des goitres euthyroïdiens et peut être insuffisante dans le cadre des maladies de BASEDOW; d'où le risque élevé de crises thyrotoïxiques postopératoires dans cette statistique (5 crises thyrotoïxiques sur 66 malades opérés soit 7,5%).

En postopératoire nous adressons tous nos malades en médecine interne pour une surveillance à la recherche de complications tardives. Mais les malades ne voient malheureusement pas l'intérêt de cette surveillance et de ce traitement complémentaire.

4-6 - Traitement médical des Goitres malins :

Comme nous l'avons dit plus haut, nous ne procédons à aucun traitement complémentaire après thyroïdectomie subtotale plus curage ganglionnaire. Nous savons qu'actuellement en Europe le traitement est dans un grand nombre de formes histologiques une thyroïdectomie totale complétée par une physiothérapie. Nous ne pouvons pas disposer de ce traitement complémentaire et ayant affaire à des malades indisciplinés (qui ne suivent pas régulièrement leur opothérapie substitutive), nous sommes obligés de laisser en place un fragment de tissu thyroïdien supposé sain.

5 - COMPLICATIONS

5-1 - Complications Précoces

5-1-1 - Décès :

Sur les 43 malades opérés nous avons noté 1 décès par asphyxie aigue dans les heures qui ont suivi l'opération à cause de l'obstruction de la sonde d'intubation soit 2,3%. GUEYE M. (54) à Abidjan dans sa thèse sur 66 malades opérés trouve 6 décès soit 11%. Le Professeur DEVELLE sur 98 goitres opérés à l'hôpital du Point "G" du Mali trouve 2 décès soit 2,6%.

En Europe FANTINO (47) sur 420 cas opérés trouve 1,42% de décès. YOVANOVITCH (139) sur 1.500 cas opérés trouve 0,93% de décès.

MCURALI (89) sur 130 cas opérés trouve 0,7% de décès.

5-1-2 - Dyspnée :

Sur les 43 malades opérés nous n'avons enregistré aucun cas de dyspnée. GUEYE M. (54) signale un cas de dyspnée sérieux ayant subi une trachéotomie d'urgence sur 66 cas opérés à Abidjan.

5-1-3 - Crise Thyrotoxisique

Nous n'avons trouvé aucun cas de crise thyrotoxisique. GUEYE M. (54) trouve 5 crises thyrotoxisiques sur ses 66 malades.

5-1-4 - Paralysies récurrentielles

Nous avons noté une seule paralysie récurrentielle postopératoire sur les 43 malades opérés. Cet accident est survenu sur une thyroïdite. Or il est bien connu d'après BLONDEAU (17), SCUSTELLE (117), REYNIER (104) que le risque récurrentiel est plus élevé en cas de thyroïdite. Mais au bout d'un an cette paralysie récurrentielle a régressé. GUEYE M. (54) sur 66 cas opérés dit n'avoir aucune paralysie récurrentielle; mais il ne fait aucun examen C.R.L. postopératoire.

En Europe HAWE (62) sur 1.246 cas opérés trouve 14% de paralysie récurrentielle, SCUSTELLE (117) sur 1.720 cas trouve 7,46% de paralysie récurrentielle. FANTINO (43) sur 420 cas trouve 4,5% de P.R., BLONDEAU (16) sur 1.000 cas trouve 3,5% de P.R. BLONDEAU (17) estime que le risque est diminué par la dissection du nerf, il trouve 3% de P.R. après lobectomie totale contre 6,5% de P.R. pour la même statistique. LUNDGREN (81) sur 1.121 goitres opérés trouve 0,8% de P.R. CATTEL (30) sur 4.795 cas opérés trouve 0,7% de P.R. LAHEY et HOOVER (76) sur 3.000 cas opérés estiment seulement le risque récurrentiel à 0,3% après dissection systématique. RIDDEL (110) sur 1.700 cas opérés trouve

44 P.R soit 2,2%. LAHEY (75) rapporte une statistique de 22.700 thyroïdectomies dans laquelle 10.000 cas les plus récents n'avaient entraîné aucune paralysie (mais il n'y avait pas de contrôle laryngé systématique).

Pour ce qui nous concerne, nous faisons systématiquement un examen laryngologique chez tous nos malades en préopératoire et en postopératoire; ce qui nous a permis de diagnostiquer 2 P.R préopératoires dont une a regressée après l'opération mais l'autre a refusé toute intervention. Cette paralysie est paradoxale pour nous, mais pour APPAIX (7) elle est relativement fréquente.

En postopératoire 3 malades ont eu une voix bitonale pendant quelques jours mais l'examen C.R.L effectué au 8è ou 15è jour s'est avéré normal. Un autre malade a présenté une paresie récurrentiel à l'examen C.R.L précoce sans modification de la voix, l'examen C.R.L effectué une semaine plus tard a montré une mobilité normale des cordes vocales. Nous n'avons pas retenu ces incidents dans le chapitre des complications.

Compte tenu du nombre peu élevé de nos malades, nos résultats ne sont pas comparables à ceux des autres auteurs.

COMPLICATIONS	A U T E U R S						
	YCVANVITCH	BLONDEAU	SCUSTELLE	BARBIER	GUERRE M.	DEMBERGINOS	
	1960:1500 cas (139)	1973 : 1000 cas (16)	1973 : 1720 cas (119)	(Thèse FAN-THO 47) 1977:420cas	1971:66 cas (54)	1967 et 1969 : 198cas	Chiffres 1981 143cas*
DECES	0,93%			1,42%	11%	2,6%	2,3%
DYSPNEE					1,7%		
CRISE THYREO... TOXIQUE					7,5%		
PARALYSIES RECURRENTIELLES	2%	3,5%	7,46%	4,5%			2,3%

TABLEAU N° 8 Complications postopératoires précoces :

Décès, dyspnée, crise thyrotoxicque, P.R.

\* Nos chiffres ne sont pas comparables à ceux des autres auteurs.

5-1-5 -- Les Hematomes

Sur les 43 malades opérés nous n'avons noté aucun cas d'hématome. GUEYE M. (54) dans sa thèse sur 66 cas opérés à BIDJAN trouve 5 cas d'hématome qui ont nécessité un drainage postopératoire soit 7,5%.

En Europe : SOUSTELLE (119) sur 1.720 cas note 1,1% d'hématomes, FANTINO (47) sur 420 cas opérés dans le service du Professeur BARBIER à Poitiers note 0,71% d'hématomes. BLONDEAU (16) sur 1.000 cas opérés trouve 0,5% d'hématomes. YOVANOVITCH (139) sur 1.500 cas opérés trouve 0,26% d'hématome. REYNIER (106) sur 1.300 cas trouve 0% d'hématome.

5-1-6 -- Les Absces

Malgré l'absence de champs de bordure et malgré l'importance du volume des goitres que nous opérons, nous n'avons noté que deux abcès postopératoires. Ces abcès sont survenus sur des goitres qui pesaient chacun plus de 1.000 grammes. Pour éviter ces abcès, nous pratiquons maintenant une résection cutanée proportionnelle au volume du goitre. GUEYE M. (54) sur 66 malades opérés trouve 5 abcès soit 7,5%. En Europe YOVANOVITCH (139) sur 1.500 cas trouve 1% d'abcès, FANTINO (47) sur 420 cas trouve 0,47% d'abcès.

5-1-7 -- Hypoparathyroïdie précoce

Elle ne se voit qu'après thyroïdectomie totale ou subtotala. Nous n'avons eu aucune hypoparathyroïdie précoce. Mais le chiffre de nos malades est peu élevé. FANTINO (47) sur 420 malades opérés par le Professeur BARBIER, ne trouve aucun cas d'hypoparathyroïdie grave après thyroïdectomie. Mais par contre 1,42% de ces malades ont présenté une calcémie inférieure à 80mg/l avec ou sans signes cliniques d'hypoparathyroïdie fruste. BLONDEAU (16) sur 1.000 thyroïdectomie trouve 3,8% d'hypocalcémie précoce (Calcémie inférieure à 75mg associée à des signes fonctionnels nets). Si nous considérons la fréquence de l'hypoparathyroïdie par rapport aux thyroïdectomies totales et subtotala, BARBIER (10) a 5,04% d'hypoparathyroïdie biologique (Calcémie inférieure à 80mg/l avec ou sans signes cliniques). Mais il ne signale aucune crise majeure parathyroïdienne.

Pour notre part nous avons 3 malades qui ont présenté en postopératoire une calcémie inférieure à 80mg/l (70mg, 75mg, 75mg) sans aucune crise tétanique malgré l'absence de toute thérapeutique. Mais il faut signaler que la calcémie dosée en préopératoire à montre un chiffre inférieur à 80mg/l chez 2 malades (75mg, 75mg). Compte tenu des problèmes techniques de dosage de cette calcémie et du fait que nous ne connaissons pas le taux minimum tolérable du malien sans crise tétanique, nous n'avons pas donc juger utile de traiter les malades

qui ont une calcémie inférieure à 80mg. A signaler d'ailleurs que un malade en préopératoire avait une calcémie égale à 75mg/l et une semaine après l'opération cette calcémie a été retrouvée à 65mg/l bien que ce malade ait une lobectomie.

**TABLEAU N° 9** COMPLICATIONS PRECOCES : Hématomes, Absès, Hypoparathyroïdie précoce.

COMPLICATIONS	A U T E U R S							Nos	Chiffres
	YOVANOVITCH	BLONDEAU	SOUSTELLE	RENNIER	BARBIER	GUEYE M.	FANTINO		
	1960: 1500 cas (139)	1973 : 1000 cas (16)	1973 : 1720 cas (119)	1974 : 1300 cas (106)	(Tgèse) 1977 : 420 cas (47)	1971 : 66 cas (54)	1981	143 cas*	
HEMATOMES	0,26%	0,5%	1,1%	0%	0,71%	7,5%	0%		
ABCES	1%				0,47%	7,5%	4,6%		
HYPOPARATHYROIDIE PRECOCE		3,8%			Grave: 0% Mineure: 5,04%				

\* Nos chiffres ne sont pas comparables à ceux des autres auteurs.

5-2- Complications tardives

5-2-1 - Cicatrices :

Sur les 43 malades opérés nous n'avons noté pour le moment aucune cicatrice chéloïdienne ni hypertrophique. Nous pensons que cela est dû probablement à l'utilisation systématique chez tous nos malades de la pommade de "Jonctum". GUEYE M. (54) dans sa thèse sur 66 malades opérés trouve 5 cicatrices chéloïdiennes soit 7,5%. En Europe YOVANOVITCH (139) trouve 0,8% de cicatrices chéloïdiennes sur 1.500 cas opérés. FANTINO (47) sur 420 cas opérés trouve 0,51% de cicatrices chéloïdiennes, 4,6% d'adhérences et 8,6% d'œdème du lambeau supérieur.

5-2-2 - Hypothyroïdies

Nous n'avons pas assez de recul pour la constater chez nos malades. Les résultats des hypothyroïdies sont difficilement comparables d'un auteur à l'autre à cause du fait qu'on ne devrait déterminer cette complication que par rapport au nombre de thyroïdectomies totales et subtotaux car une lobectomie unilatérale a fortiori une caudéctomie nodulaire ne devraient jamais donner une hypothyroïdie. Par contre une thyroïdectomie totale pratiquée

pour cancer donnera toujours une hypothyroïdie qui ne doit pas être considérée comme une complication.

Par ailleurs la fréquence de l'hypothyroïdie d'après REMNIER (106) augmente avec le temps (et cette fréquence est plus élevée biologiquement que cliniquement). Ainsi FANTINO (47) en étudiant les malades du Professeur BARBIER trouve 3,12% d'hypothyroïdie clinique fruste au bout de 1 à 5 ans et en ne prenant en compte que les thyroïdectomies subtotaales pour tumeurs bénignes. REMNIER (101) sur 1.500 thyroïdectomies trouve 8% d'hypothyroïdie biologique sur des malades ayant un à plusieurs années de recul (mais ce chiffre contient des lobectomies voire même des évulsions isolées qui ne devraient pas donner d'hypothyroïdie donc à exlure de la statistique). YOVANOVITCH (139) sur 1.500 cas trouve 2,13% d'hypothyroïdie. ABBES (1) sur 128 goitres euthyroidiens opérés trouve 3 hypothyroïdies mineures soit 2,2%. DOUMITH (43) sur 200 cas étudiés estime que les hypothyroïdies sont rares dans le BASEDOW (2% des cas). VIARD (130) sur 37 cas de goitres endothoraciques opérés trouve 5 hypothyroïdies soit 13,4%.

#### 5-2-3 - Hypoparathyroïdie tardive

Nous n'avons aucun cas d'hypoparathyroïdie clinique chez nos patients opérés mais le nombre de nos malades est peu élevé. FANTINO (47) ne trouve qu'un cas sur 420 soit 0,2%. La statistique de REMNIER (102) rapporte le même pourcentage. Mais VIRENQUE (131) trouve 1% d'hypoparathyroïdisme chronique (définitive). (YOVANOVITCH (139) sur 1.500 interventions trouve 0,65% d'hypoparathyroïdie et COLCOCK (34) 0,05% sur 2.000 opérés, mais ces auteurs ne précisent pas de façon nette leurs critères). GOULD (53) sur 140 cas ne constate aucune hypoparathyroïdie après thyroïdectomie totale. THOMPSON et HAINES relèvent 5,4% dans les thyroïdectomies totales simples et 8,2% d'hypoparathyroïdie dans les thyroïdectomies totales complétées d'un curage récurrentiel bilatéral.

#### 5-2-4 - Recidives :

Nous n'avons pas assez de recul pour les constater. En Afrique nous n'avons pas pu trouver de référence mentionnant ce fait. En Europe FANTINO (47) trouve 0,51% de recidive sur 420 malades opérés dans le service du Professeur BARBIER à Poitiers. Il trouve que ce pourcentage est faible par rapport à ceux des autres auteurs malgré qu'ils pratiquent pas d'hormonothérapie postopératoire systématique.

TABLEAU N° 10 COMPLICATIONS TARDIVES : Hypothyroïdie, Cicatrices, hypoparathyroïdie tardive.

COMPLICATIONS	A U T E U R S				Nos chiffres
	YCVANOVITCH 1960 : 1500 cas (139)	REYNIER 1974 : 1.300 cas (106)	VIREMQUE (131)	BARBIER (Thèse FANTINO) 1977:420 cas (47)	
HYPOTHYROIDIE	2,13%	8%		3,12%	0% Pour le moment
CICATRICE CHELCLIDE	0,8%			0,5%	0%
HYPOPARATHYROIDIE		0,2%	1%	0,2%	0% Pour le moment
RECIDIVES				0,51%	

\* Nos chiffres ne sont pas comparables à ceux des autres auteurs.

D'autres incidents et complications sont possibles. GUEYE M. (54) sur 66 cas opérés à ABIDJAN a noté une phlébite traitée par du tromexane\*.

WELTH (134) sur 16.000 thyroïdectomies a observé 3 embolies pulmonaires.

Nos résultats ne sont pas comparables à ceux trouvés ailleurs à cause du petit nombre de nos malades et du peu de recul. Le Tableau N° 11 récapitule toutes les complications postopératoires et illustre ce fait. Ils objective mieux les résultats trouvés par les autres auteurs.

	NOVAKOVICHTH 1960 : 1500 cas (139)	BIONDEAU 1973 : 1000 cas (16)	SOUSTELLE 1973 : 1720 cas (119)	REMYER 1974 : 1300 cas (106)	BARBIER (Thèse FAMILI- NO) 1977 : 1420 cas (47)	GUENY M. 1971 : 66 cas (54)	INOS CHIFFRES 1981 : 43 cas *
COMPLICATIONS							
DECES	0,93%				1,42%	1%	2,3%
INFECTION ABCES	1%				0,47%	7,5%	4,6%
ORDEME DU LAMBEAU SUPERIEUR	2%				8,69%		0%
PARALYSIES RECUB- RANTES	2%	3,5%	7,46%		4,5%		2,3%
HERANDEES	0,26%	0,5%	1,1%	0%	0,74%	7,5%	0%
CIGAMPTICS CHELOIDES	0,8%				0,54%	7,5%	0%
GROSSSES ADHERENCES	3%				4,60%		0%
HYPOTHYROIDIE	2,13%			8%	3,12%		0% Pour le moment
HYPOPARATHYROIDIE		3,8%		0,2%	0,2%		0% Pour le moment
RECIDIVE					0,51%		0% Pour le moment

TABLEAU No. 11 : RECAPULANTIF DES COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES

\* Nos résultats ne sont pas comparables à ceux des autres auteurs compte tenu du nombre peu élevé de nos malades et du peu de recul.

6 - CAS PARTICULIERS

6-1 - Goitre de l'Enfant

6-1-1 - Fréquence

Les goitres de l'enfant ici sont le plus souvent des goitres endémiques. Sur les 43 malades opérés nous avons noté 3 cas de moins de 20 ans soit 6,9%. Parmi ceux-ci nous n'avons noté aucun cancer. Le seul décès enregistré sur les 43 malades est un enfant de 14 ans. De Janvier 1981 à Octobre 1981, 98 malades goitreux se sont faits consulter dans le service du Professeur AG RHALY, parmi ceux-ci 16 avaient moins de 20 ans soit 16,72%. En campagne de masse TOGOLA (124) sur 854 goitreux trouve 595 cas de moins de 20 ans soit 69% des cas. En 1960 WILSON et ASPER cités par APPALIX (7) ont observé 37 cas de cancers chez des enfants de moins de 15 ans. En 1963 CANAVESE (28) sur 132 cas de cancers trouve 10% des sujets de moins de 25 ans et 4,5% des sujets de moins de 18 ans. En 1969 CLARK (32) reunit 13 cas de cancers thyroïdiens survenus avant 15 ans et observés en 6 ans. En 1970, HARNES (61) a observé 58 cas de cancer thyroïdien chez l'enfant à l'université de ANN ARBOR. En 1977 FANTINO (47) sur 422 cas opérés dans le service du Professeur BARBIER à Poitiers trouve 29 de moins de 20 ans dont 25 étaient des tumeurs bénignes. Comme nous le constatons la pathologie chirurgicale du goitre de l'enfant est surtout dominée par les cancers thyroïdiens en Europe. Cette importance du cancer thyroïdien de l'enfant n'est pas encore autant signée en Afrique; est-ce dû à la rareté de la radiothérapie chez l'enfant dans nos pays? ou alors cette radiothérapie est elle excecive en Europe?

6-1-2 - Clinique

D'après le Professeur BARBIER (10) les goitres de l'enfant sont le plus souvent des goitres diffus, simples thyroïdoses réactionnelles à traiter médicalement. Rarement il s'agit de goitre toxique. Il faut savoir chez l'enfant s'inquiéter en présence d'un goitre nodulaire. Très souvent ces goitres sont cancéreux (S'accompagnent classiquement de multiples adénopathies; Celles-ci pouvant même précéder l'apparition du nodule).

Leur traitement évite autant que possible la thyroïdectomie totale qui risque d'entraîner des troubles graves de la croissance.

6-2 - Les Goitres Plongeants

6-2-1 - Fréquence

Parmi nos 43 malades opérés, nous avons trouvé 2 goitres plongeants soit 4,6%. En Afrique, nous n'avons pu trouver aucune référence mentionnant la pathologie chirurgicale du goitre plongeant. D'après les résultats

enregistrés en Europe, cette pathologie est surtout dominée par le risque de dégénérescence et les complications postopératoires. Ainsi en 1973 GANDON (50) sur 34 cas de goitres plongeants trouve 12% de malignité. En 1974 CCURAUD (36) sur 105 cas de goitres plongeants trouve 3% de malignité. En 1977 VIARD (130) sur 37 cas opérés 3 étaient des tumeurs malignes. En postopératoire il a noté 1 décès, 3 cas de paralysie récurrentielle, 2 tétaniques, 5 hypothyroïdies. En 1977 GUIBERT (56) sur 40 goitres à développement thoracique estime que 95% des goitres plongeants peuvent être extirpés par voie cervicale. Il trouve 20% de paralysies récurrentielles postopératoires et pense que le pronostic de ces goitres est surtout fonction de la nature histologique. Il trouve 12,5% de lésions cancéreuses, 0% de décès. En 1977 FANTINO (47) sur 65 goitres plongeant opérés dénombre 2 paralysies récurrentielles soit 3,07%. BLONDEAU (17) trouve 7% de paralysies récurrentielles parmi les goitres plongeants.

#### 6-2-2 -- Clinique

D'après le Professeur BARBIER (10) ils occupent une place spéciale dans les indications de la chirurgie. En effet quelque soit leur nature et la présence ou non des troubles de compression, ils représentent une indication majeure de la chirurgie. Ne peuvent être considérés comme tels que ceux qui plongent notablement en position opératoire, dépassant de deux travers de doigts la clavicule et s'étendant dans le médiastin.

On les classe en cervicomédiastinaux (la majeure partie du goitre est cervicale) et médiastino cervicaux (la majeure partie du goitre est médiastinale). Ils sont à différencier des goitres endothoraciques purs ou goitre médiastinal pur qui sont comme les définit MERLIER (84) autonomes ou ectopiques, entièrement thoraciques sans connexion parenchymateuse avec la thyroïde cervicale dans le cas où celle-ci existe.

Cependant il y a des goitres migrants reliés au corps thyroïde par du parenchyme glandulaire. Ils migrent soit en avant, soit en arrière des vaisseaux.

- Les goitres plongeants peuvent toujours être opérés, par cervicotomie simple mais avec un risque récurrentiel plus élevé.

- Les goitres médiastinaux purs, qui sont rares, sont à opérer par sternotomie.

### 6-3 - Les thyroidites

#### 6-3-1 - Fréquence

BLOND EAU (16) sur 1.000 intervention trouve 1,9% de thyroidites. REYNIER (106) sur 141 interventions trouve 0,4%. SOUSTELLE (117) sur 1.183 intervention ne signale aucune thyroidite. En 1970 HELMAN (64) fait état de 207 cas de thyroidites. En 1977 FANTINO (47) sur 422 cas opérés trouve 21 thyroidites soit 4,73%.

En ce qui nous concerne, sur les 50 malades étudiés nous avons trouvé 42 tumeurs benignes dont 6 thyroidites soit 14,2%.

#### 6-3-2 - Clinique

##### 6-3-2-1 - Les Thyroidites aigues non spécifiques (7)

Elles revêtent habituellement l'aspect de tumeur factice thyroïdienne d'installation rapide avec manifestations douloureuses locales : dysphagies, inflammations cutanées, signes généraux importants, adénopathies cervicales inflammatoires. Ces thyroidites peuvent évoluer sans suppuration, mais habituellement elles évoluent vers l'abcédation et la thérapeutique sera l'incision drainage combinée avec un traitement antibiotique approprié.

Les germes en cause sont variés mais les plus fréquemment rencontrés sont : Le streptocoque hémolytique, le pneumocoque, le staphylocoque et plus rarement les salmonelles et l'hémophilus influenzae.

Ces thyroidites sont rarement isolées mais sont habituellement secondaires à des infections le plus souvent de voisinage : amygdalienne pharyngées, pulmonaires. Elles peuvent également survenir au cours des septicémies.

##### 6-3-2-2 - Les Thyroidites chroniques non spécifiques :

C'est plus une entité anatomo-pathologique que clinique. Elles peuvent s'observer comme une manifestation secondaire de thyroidites aigues traitées aux antibiotiques sans drainage ou se présentent comme d'emblée des affections chroniques survenant alors plus souvent sur des corps thyroïdes goitreux que sur les corps thyroïdes antérieurement sains. Les germes en cause sont les mêmes que précédemment.

Nous n'avons trouvé aucun cas de thyroidite chronique non spécifique.

##### 6-3-2-3 - Les Thyroidites chroniques spécifiques

- Les thyroidites tuberculeuses : L'atteinte du corps thyroïde au cours de la tuberculose est exceptionnellement isolée. Cette localisation se rencontre surtout secondairement à des localisations pulmonaires ou osseuses en particulier.

6-4 -- Les Réinterventions

Elle sont rares en matière de chirurgie thyroïdienne. Nous avons dû opérer une seule malade qui avait été déjà opérée deux fois dans d'autres hôpitaux pour cancer de la thyroïde. Cette femme présentait déjà avant intervention une paralysie récurrentielle, qui n'a bien entendu pas regressé en postopératoire.

Le risque récurrentiel de ces réinterventions est très élevé. SCUSTELLE (119) estime le risque récurrentiel à 15% dans les réinterventions. REYNIER (106) trouve 10%, BLONDEAU (16) trouve 13%, MEURMAN trouve 10%.

7-7 Problèmes posés par la surveillance des malades

Sur les 43 malades opérés nous avons pu en suivre 40 soit 93% et cela parfois après de multiples efforts (convocations multiples voire consultation a domicile du malade).

Ce taux de suivie est relativement satisfaisante par rapport à celui de FANTINO (47) qui dans sa thèse na pu retrouver que 70,51% de ses malades; mais le nombre de malades à rechercher était beaucoup plus important.

On peut estimer l'importance de cet effort quand on connaît la fréquence de changement d'adresse au Mali, le nombre de maisons sans numéro, voire même des rues sans numéro et cela même à BAMAKO.

CONCLUSIONS GENERALES

La chirurgie thyroïdienne au Mali doit être considérée comme une intervention bénigne qu'il faut savoir pratiquer malgré l'absence de scintigraphe, de dosages hormono-thyroïdiens et d'examen anatomo-pathologique extemporané.

Compte tenu de cette situation inconfortable, nous avons voulu à partir de ces quelques malades, marquer un temps de réflexion.

Sur les 50 malades vus en consultation chirurgicale, 82% étaient des femmes.

Sur les 50 malades nous avons opéré 43, chez lesquels nous avons trouvé 83% de tumeurs bénignes, 17% de tumeurs malignes (2 vésiculaires, 2 papillaires, 3 indifférenciés, 1 médullaire).

1 - Dans le cadre des tumeurs bénignes :

1-1 - Nous avons 54,6% de malades euthyroïdiens sur 42 tumeurs bénignes (dont 14,2% de thyroïdites) et 45,4% d'hyperthyroïdiens (dont 11,9% de BASEDOW).

1-2 - Tous les malades opérés avaient un goitre dont le volume était au moins supérieur à celui d'une orange (6 cm de diamètre). Un grand nombre avait un goitre de plus de 10cm de diamètre (tête d'un nouveau-né). Le diamètre maximum retrouvé a été de 34cm avec un poids de 1.250 grammes.

1-3 - Dans les suites opératoires nous avons eu un décès (Sonde d'intubation bouchée), erreur qui ne se reproduira probablement plus d'autant que nous travaillons maintenant avec un médecin anesthésiste-réanimateur.

2 - Dans le cadre des tumeurs malignes :

2-1 - Tous nos malades sont de T<sub>3</sub> (dans la classification T.N.M. de l'Organisation Mondiale de la Santé) et des "cancers cervicaux". Nous n'avons aucun nodule cancéreux microscopique.

2-2 - 4 (sur 8) de nos malades avaient des signes de compressions (récurrent, trachée, oesophage). C'est pour cette raison que nous n'avons pu opérer que 6 malades (sur les 8).

2-3 - Nous n'avons eu aucune mortalité opératoire ni de morbidité postopératoire (mais nous avons peu de malades).

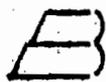
2-4 - 5 (sur 6) des malades opérés ont une survie égale ou supérieure à un an, malgré l'absence de toute thérapeutique complémentaire.

Nos résultats sont satisfaisants par rapport aux statistiques africaines. Ils montrent la bénignité de la chirurgie thyroïdienne. Mais le peu de malades opérés ne nous permet pas de tirer une conclusion définitive ni de comparer valablement ces chiffres à ceux des pays nantis.

Ce travail nous permet tout de même de poser la conduite thérapeutique suivante :

- Il faut opérer au Mali actuellement (en 1981)
  - Tout goitre endémique compressif,
  - Tout nodule thyroïdien avec signes d'euthyroïdie (à cause du risque de cancer),
  - Presque tous les nodules thyroïdiens avec signes d'hyperthyroïdie (à cause du problème cardiaque et des difficultés thérapeutiques de ces nodules),
  - Tous les malades présentant une maladie de BASEDOW et qui ne peuvent pas supporter les frais d'une thérapeutique médicale,
  - Tous les malades présentant une maladie de BASEDOW et qui sont indisciplinés ou qui seront difficiles à suivre à cause de l'éloignement (en sachant que la chirurgie de la maladie de BASEDOW donne moins d'hypothyroïdie que le traitement médical).
- En cas d'intervention sur la thyroïde au Mali actuellement (1981) :
  - Il faut pratiquer au moins une isthmolobectomie et au maximum une thyroïdectomie subtotale (toute exérèse doit systématiquement être adressée au laboratoire d'histopathologie) toute exérèse thyroïdienne doit être précédée d'une dissection du récurrent. Lors de toute thyroïdectomie subtotale, il faut voir et conserver jalousement au moins une parathyroïde.
  - Il vaut mieux éviter les thyroïdectomies totales dans les cancers en l'absence d'une possibilité thérapeutique complémentaire efficace. Donc devant un cancer de la thyroïde diagnostiqué en pré ou per opératoire, on pratiquera une thyroïdectomie subtotale avec curage ganglionnaire de nécessité. On s'abstiendra comme nous l'avons fait devant un cancer de la thyroïde envahissant la trachée ou les 2 veines jugulaires.

- Devant un cancer de la thyroïde diagnostiqué en postopératoire, la réintervention ne semble pas indispensable si l'isthme n'est pas envahi (surtout en cas de goitre papillaire) bien que nous sachions que le cancer de la thyroïde est souvent multicentrique.



BIBLIOGRAPHIE

1. ABBES M., BOURGEON A., ETIENNE A., RICHELME H.  
La Chirurgie des goitres euthyroïdiens  
Ann Chirur 1974, 28, (9), PPC 735 - 742
2. ABBES M., BOURGEON A., CLERMONT C., TOUBOL J., RICHELME H.  
A propos de 87 hyperthyroïdies opérées.  
Ann Chirur 1974, 28, (9), PPC 743 - 751
3. ABBES M., BOURGEON A., LEBRETON E, TRAN-DIN KHIEM, RICHELME H  
Place de la thy roïdectomie totale dans le traitement du cancer thyroïdien  
Ann Chirur 1974, 28, (9) PPC 753 - 762.
4. ALLANIC H., LORCY Y., LEVERGER J.C.  
Le cancer de la thyroïde à Stroma amyloïde  
Conc. med. 1977, 99, 22, 3623 - 3631
5. ANDRE P. ET SENECHAL G.  
Le nodule thyroïdien, Problèmes actuels d'O.R.L.  
Maloine Ed Paris 1967 247 - 264.
6. ANDRE P., PINEL J. ET LACCOURREYE H  
Les indications thérapeutiques dans les cancers du corps thyroïde.  
Conférence Collège de médecine Hôpitaux de PARIS, BOUCICAUT, 1974.
7. A. APPAIX, P. ANDRE, J. GAILLARD, J. PINEL, J. GANDON, A. PECH, Y. DEJEAN ET  
J.P. HAGUENAUER  
La Chirurgie du corps thyroïde  
Société d'O.R.L. et de pathologie cervico faciale  
Librairie Arnette 1975, 317 Pages.
8. ARMAND - D -  
Le module froid thyroïdien malin  
Thèse médecine Lyon, 1976
9. ATTIE J., KHALIF R. ET SPECKLER R.  
Elective neck dissection in papillary carcinoma of the thyroid  
American journal of surgery, 1971, 122, 4, 464 - 471.
10. BARBIER J.  
La place de la chirurgie en pathologie thyroïdienne  
Bordeaux medical Février 1968 n°2, 209 - 214.
11. BARRIETY M., BONNIOT R. ET BARRIETY J.  
Sémiologie médicale  
Initiation à la médecine, 4è Edition Masson et Cie PARIS VIè 1974, 399 - 400

12. BASTENIE (P.A.) ET KOWALEWSK (K)  
La valeur de la thyroxine dans la prévention de la crise post opératoire de l'hyperthyroïdie.  
Acta chirurgica Belgica, 1948, 47, N°2, 77 - 89.
13. BEAHS. O and VANDEBROUKE D.  
Complications of Secondary thyroidectomy  
Sur gynecol obst, 1963, 117, 535 - 539.
14. BERHIZENE F., KRESHANN J., OLIVIER J., ET FOURNIER M.  
Le fonctionnement de l'axe hypophyso-thyroïdien au cours des thyroïdites Subaigues.  
Ann. Endocr PARIS, 1975, 36, 169 - 170.
15. BLOCK M., MILLER M. and HORN  
Carcinoma of the thyroid after external radiation to the neck in adults  
Amjourn of Surg, 1969, 5, 118, 764 - 769.
16. BLONDEAU, P. LEDUC J., FOUILLEAU P. ET RENE L.  
Les risques fonctionnels de la chirurgie thyroïdienne.  
Etude d'une Serie de 1000 interventions le risque récurrentiel.  
Ann. Chir, 1973, 27, (8), PPG. 771 - 780.
17. BLONDEAU PH.  
La chirurgie thyroïdienne actuelle.  
Risques récurrentiels et para thyroïdiens.  
Nouv. Presse med., 15 Déc. 1973, 2, n°45, 3007 - 3008.
18. BLONDEAU P.  
Rapports entre récurrent et thyroïdienne inférieure  
Journal., 1971, 102, 5, 397 - 414.
19. BLONDEAU PH. , LEDUC J., RENE L.  
Plaidoyer pour la dissection complète du nerf récurrent dans la lobectomie thyroïdienne totale.  
Mem acad chir 1971., 97, 446.
20. BLONDIN S.  
Chirurgie du corps thyroïde  
monogr chir (collection Henri Mondor)  
Masson et Cie Ed PARIS VIè, 1955, 203 - 207
21. BOCOUM A.  
Contribution à l'étude de la pathologie de la thyroïde en milieu hospitalier à Bamako  
Thèse médecine Bamako 1979, N°28.

22. BRICAIRE H., SCHALSON G.  
Le cancer thyroïdien à stroma amyloïde.  
Revue du Praticien 1969, XIX, n° 15, 1343 - 2355
23. BUCKWALTER J.  
Surgical treatment of thyroid carcinoma.  
Arch. Surg., 1969, 97, 579 - 585
24. CABANNE F., GERARD MARCHANT  
L'expérience anatomopathologique du groupe coopérateur des cancers thyroïdiens de l'O.E.R.T.C.  
Ann Endocr. 1974, 35, n°4, 463 - 468
25. CABARROT E., ESTRADE J., BECADE P., BRU A. ET LUCOT H.  
Notre expérience actuelle de la chirurgie thyroïdienne  
(à propos de 255 interventions récentes)  
Revue Med. TOULOUSE, S. 1975, XI, PP 309 - 321
26. CACHIN Y., GERARD MARCHANT R., MICHEAU C., RICHARD J. ET VANDEBROUK C.  
L'extension laryngée et trachéale des cancers de la glande thyroïde.  
J.F. O.R.L., 1972, 21, 571 - 574.
27. CANARELLI J.P., GAFFURS J. BOVE N., QUICHAUD J., STOPPA R.  
Les dysembryanes thyroïdiens  
A propos d'une observation chez l'adulte  
Ann chir 1979 Vol 33 n°2 113 - 116
28. CANAVESE R.  
Les cancers du corps thyroïde ; à propos de 132 observations.  
Thèse médecine Marseille 1963.
29. CARAYON ET COLLABORATEURS  
A propos d'une Serie de 174 affections thyroïdienne vérifiées chez l'africain.  
Bull soc, med afr. Noire langue française 1963, 11, 4, 825 - 827
30. CATTELL, R.B.  
Surgical treatment of hyperthyroidism  
Surg. Patrice of the Laheyclin 1963
31. CHAPUIS Y.  
Anatomie du corps thyroïde.  
Encycl med. chir Paris 10002 A - 10, 4-5-11
32. CLARK R., HILL C. and WHITE E.C.  
Results of treatment of thyroid cancer by radical Surgery, in Hedinger C.E, UICC  
Monograph Series, 1969, 12, 259 - 265.

33. CLARK O. GREENSPAN F.S., COGGS G.C., GOLDMAN L.  
Evaluation of Solitary cold thyroid nodules by echography and thermography  
Am. J. Surg. U-S-A., 1975, 130, n°2, 206 - 211.
34. COLOOK B.P.  
Modern indications for thyroidectomy  
Am J. of Surg, 1971, 122, 3, 296 - 299.
35. CORDIER G. GARNIER H. SAVOIE J.C. REYNIER J.  
La chirurgie du module thyroïdien en fonction de la cartographie.  
Presse med., 1963, 71, n°38, 1807 - 1809
36. COURAUD, BRUNETEAU, VERGNOLLES M.  
Les goitres endothoraciques, problèmes diagnostiques et thérapeutiques  
à propos d'une expérience personnelle de 105 cas.  
Brd. méd., 1974, 7, n°18, 2705 - 2716.
37. CRILLE G.  
Changing and results in patients with papillary carcinoma of the thyroid.  
Surg. Gynec obstet, 1971, 132, 3, 460 - 468.
38. DARGENT M. ET COLON J.  
Metastases médiastinales et pulmonaires des cancers du corps thyroïde  
J.F. O.R.L. 1972, 21, 583 - 584.
39. DEBAIN J.I.  
Faut-il opérer tous les modules froids du corps thyroïdes ?  
cahiers de med. , 1973, 14, 6, 417 - 418
40. DEGROOT L. and PALOYAN E.  
Thyroid carcinoma and radiation A Chicagoendemic  
J.A.M.A. 1973, 225, 5, 487 - 491.
41. DE SMET M.P.  
Anatomie pathologique du goitre endémique.  
Serie de monographie O.M.S. N°44, Genève 1962, 327 - 362.
42. DOCI R., PICOTTI S., GRECO M., CASCINELLI N.  
Long term results of surgical treatment of thyroid cancer  
Ann - Radiol, 1977, 20, 775 - 778.
43. DOUMITH R., DE MONEVERDE J.P. et VALLÉE G.  
Traitement par l'Iode 131 de 200 cas d'adenomes toxiques thyroïdiens.  
Intérêts des doses modérées.  
Nouvelle Presse med, 1974, 3, 15 939 - 942.

44. DUBOST C.  
Goitres plongeants endothoraciques  
A propos de 50 observations  
Entretiens de Bichat, Pitié Salpêtrière Chirurgie Paris 1975, 83 - 88
45. DUGLOUX M., COURBIL J., SALAUN R., MERRIEN Y. et Collaborateurs.  
Panorama des affections thyroïdiennes à l'Hôpital principal de Dakar de 1972 à 1975.  
Bull. Sc med afr Noire Française 1976, 21, 3, 271 - 276.
46. ESSELS TYN C. and CRILE G.  
Indication for cirurgical therapy in thyroid diseases.  
Semin Nucl. med 1971, 1, 4, 474 - 480.
47. FANTINO Jean Jack  
Expérience de six ans de chirurgie thyroïdienne  
(à propos de 422 interventions)  
Thèse med. Poitiers 1977 SN°
48. FOURMAN P.  
Insuffisance thyroïdienne après thyroïdectomie et dans la steatorrhée  
Path-Biol 1962, 10, 12, 1013-1020.
49. FRECHE C.  
Résultats de la Section Chirurgicale et de la réparation du nerf récurrent.  
Sem. Hôp. PARIS 1968, 44, 2, 115.
50. GANDON J.  
Les goitres plongeants (à propos de 34 cas),  
Entretiens de RICHAT O. R. L., 1973, 389 - 390
51. GERARD -- MARCHANT R.  
Nomenclature et classification histopathologiques des épithéliomas primitifs  
du corps thyroïde (306 observations).  
J. de chirurgie 1970, 100, 61 - 66
52. GILBERT -- DREYFUS, SAVOIE J.C., JUNGERS P.  
Adénomes thyroïdiens toxiques  
Sem. hôp PARIS, 1963, 39, 81-83
53. GOULD E. HIRSH E. and FRECHER I.  
Complications arising in the courses of thyroïdectomy.  
Arch. Surg., 1965, 90, 81-85.
54. GUEYE (M.)  
Les goitres endémiques en Côte d'Ivoire, aspects épidémiologiques, étiologiques,  
cliniques et thérapeutiques à propos d'une enquête portant sur 1479 Sujets et  
de 87 cas en milieu hospitalier.  
Thèse med. Abidjan 1971, N°23.

56. GUIBERT B., RIVIER R., BRAILLON G. et LATARJET M.  
A propos de 40 cas de goitre à développement thoracique.  
Lyon Chirur Mars-Avril 1977, Tome 73, N°2 120 - 124
57. GUINET P., NAVARRO D.  
Les indications thérapeutiques dans les métastases du cancer thyroïdien.  
Lyon Chirur., 1978, 74 242, 657 - 662.
58. GUINET P., TOURNIAIRE J., GUILLAUD M.; CHALENDAR D.  
Adénome toxique et cancer thyroïdien  
Ann Endocr, 1971, 32, 513-521.
59. HAHNEMANN S. and FRISS Th.  
Latent parathyroid insufficiency following thyroidectomy  
Acta medica Scand, 1974, 170, 6, 711 - 719.
60. HANEGRAAF TH. A.C., Mc GILL P.C.  
Prevalence and geographical distribution of endemic goiter in Eastern Africa.  
E. Afr. Med. J. (1970); 47-61
61. HARNES J.K. THOMPSON N.W. and NISHIYAMA R.H.  
Child hood thyroid carcinoma  
Arch Surg. 1971, 102, 4, 278 - 284.
62. HAWE P. and LOTHIAU R.  
Recurrent laryngeal nerve injury during thyroidectomy  
Surg. Gynec. obst. 1960, 488 - 495.
63. HAZARD J.S., HAW-K W., CRILE G.J.  
Medullary carcinoma of the thyroid : a clinical pathological entity.  
J. chirur. endocr. 1959, 19, 152 - 161
64. HELLMANN P.  
Treatment of thyroiditis : observations from 207 cases collected during the  
period, 1960 - 1968  
Acta med. Scand 1970, 187, 323, 329
65. HELLEGOUARCH R.  
Enquête épidémiologique sur le goitre endémique au Mali  
Doc. Dactyl, ORANA, DAKAR 1968, 7
66. HUGUES A. MARRE D., RENAUD- SALLIS J.L., CHARLES G.  
Nécessité de la thyroïdectomie totale dans le traitement du cancer du corps  
thyroïde.  
Bordeaux Medic. 1974, 7, N°8 2683 - 2694

67. HUTTER R., FRASSELL E. and FOOTE F.  
Elective radical neck dissection an assessment of use in the managements  
of papillary thyroid cancer.  
Cancer jourm. for clinicians, 1970, 20, 2, 87, 93
68. JAMBON B., FRANCOIS (LE) P., VERNEHEY M., GUEGUEN et COUILLIOT M.F.  
Teneur en iode et acide cyanhydrique de quelques aliments dans une region  
d'endemie goitreuse (Est - Cameroun)  
Afr. med., 1978, 159, 257 - 253.
69. JOB. J.C.  
Carence en iode et aliments Goitrigènes  
Gazette med de France, 1967, 74, (13) :, 3283 - 3290.
70. KANE P.A., KUAKUVI N., N'DIAYE P.D., MENVE P., N'DOYE R., FALL M. et SANKALE M.  
Miliaire pulmonaire révélatrice d'un cancer thyroïdien chez une fillette de 7 ans  
Bull Soc med. afri. Noire Française 1976, 21, 3, 289 - 293.
71. KLOTZ H.P.  
L'hypoparathyroidisme des thyroidectomisés.  
Vie médicale, 1970, 51, 3957 - 3962.
72. KONATE Lasséni  
Etiologies et prophylaxie du goitre endémique : Projets de prophylaxie au Mali  
Thèse medecine Bamako 1978 n°10.
73. LACOUR J. GENIN J.  
Etude de 116 cas de cancers du corps thyroïde traités chirurgicalement à  
l'Institut Gustave - Roussy entre 1951 et 1964.  
mem. Acad - chir 1966, 92, 281 - 290
74. LACOUR J., GERARD - MARCHANT R. et GENIN J.  
Diagnostic et traitement chirurgical des cancers thyroïdiens primitifs  
J. Chir, 1966, 92, 4, 331 - 350
75. LAHEY HARE ET WARREN  
Le cancer de la thyroïde.  
Annales of Surgery 1940, 112, P = 247 - 261
76. LAHEY F. HOOVER  
Découverte du recurrent dans les opérations thyroïdiennes.  
Surg. Gynec obstet 1944, 78, 239
77. LANGER P.  
HISTOIRE du Goitre. In goitre endémique  
monogr. OMS Genève 1962 44.

78. LEFORT G., COMMENGES M., DUCOS M. DENECHAUD, RIVEL J. LATAPIE J.L.  
Goitre ovarien au cours d'une maladie de Basedow. Rôle des immunoglobulines  
thyreostimulantes  
Nouvelle presse médicale Juin 1981, 10, 26, 2209
79. LEGER H. et DEMINIERE C.  
Eléments Anatomico-Pathologiques de malignité dans le diagnostic de quelques  
cas difficiles.  
Bordeaux médical Novembre 1974 n° 18 2695 - 2697.
80. LIECHLY R., SAFARIE SHIRAZI. S. and SOFER R.  
Carcinoma of the thyroid in children  
Surg. Gynec. Obst., 1972, 34, 525 - 598.
81. LUNDGREN A. et HELMAN P.  
Chirurgie de la grande thyroïde. Premiers résultats opératoires dans 1732 cas  
de goitre.  
Acta chir. Scand., 1958, 114, 4, 252 - 261.
82. MAHOUDEAU J.A., LETELLIER P.  
Conduite à tenir devant une hyperthyroïdie.  
Cuest medical, 1980, 33, 18, 999 - 1004
83. MARCHETTA F.C.  
Modified neck dissection for carcinoma of thyroid gland  
Am. Journ. Surg. 1970, 120, 10, 452 - 455
84. MERLIER M. et ESCHAPASSE H.  
Les goitres à développement thoracique  
J.B. Baillière, PARIS, 1973
85. MICHEL LEQUESNE, DANIEL ALAGILLE et Collaborateurs  
Element de Pathologie medicale  
5è Edition - Flammarion Medecine - Sciences PARIS Vè 1971 13 -14.
86. MICHIE W., STOWERS J.M., FRAZE S.C. and GUNN A.  
Thyroidectomy and the parathyroids  
Brit J. Surg, 1965, 52, 7, 503 - 514
87. MOOSMAN D.A., DEWEESE M.S.  
The external Laryngeal nerve as related to thyroidectomy  
Surg. Gynecol - obst, 1968, 127, 104 - 1016.
88. MONDESERT C., ARMAND D., VUILLARD P., DUPRIEUX-BERGER N. BERLIER J.L., BAK D.,  
SOUSTELLE J. BOUCHET A.  
Pronostic des cancers thyroïdiens. Extra-capsulaires opérés.  
Annales de chirurgie 1980 Vol 34, N°7 453 - 459.

89. MOURALI (N), ESSAFI ; SCAMLAM et MEILLAU (A).  
Traitement chirurgical des goitres  
(à propos de 130 observations)  
TUNISIE Med 1964, 2 = 125 - 41
90. PAGES A. et PERAL DI R.  
Le carcinome médullaire du corps thyroïde  
Arch. - Anat - path, 1972, 20, n°3, 307 - 333
91. PALLES LEON  
Le Goitre endémique en A.O.F. d'après les enquêtes du Service de Santé en  
1948 et 1950.  
In Pathologie comparative des population de l'AOF III  
Direct Générale Santé Publique, Dakar 1953 51 pages.
92. PASERO G.P. MATTEAZZI F. et TRONCHETTI F.  
Syndrome de custring paraneoplasique Secondaire à tumeur thyroïdienne.  
Ann. Endocr. PARIS 1975, 36, 37.
93. PAYET M., SANKALE M., KONATE P., BRESSON Y.  
Sur le cas de cardiomyopathie en milieu africain au Sénégal  
Bul Soc méd. af. Noire Langue Française 1966, 11, 4, 828 - 839
94. PEMBERTON (U - V) et KING  
Tumeurs malignes de la grande thyroïde  
Surgery, Gynecology and obstetrics, 1939, 39 P 417 - 430
95. PLANIOL TH., GARNIER G., POURCELOT.  
L'association de la thermographie et de l'échographie bidimensionnelle à la  
Scintigraphie dans l'étude des modules froids thyroïdiens.  
Ann. Radiol., 1971, 14 (9-10), 695 - 708
96. PARNEIX M., GRENET J. et DURANDEAU A.  
Les raisons de la lobectomie totale et de la dissection Récurrentielle  
à propos de 100 thyroïdectomies  
Bordeaux medical Novembre 1974 n°18 2671 - 2676.
97. PRAKASH A., LALIT K. SHARMA, KOSHAL A., RAO S.P. and AHUJA M.M.S.  
Nodular Goitre in Northern India a clinicopathological Profile of the 306 patient  
Aust 1975, N-Z J. Surg, Vol. 45, N°2, 197 - 201
98. PROYE C., LAGACHE G. et Collaborateurs  
Le nodule thyroïdien Hyperfixant et extinctif.  
Traitement chirurgical. Etude retrospective de 102 observations.  
Ann. Chirur 1980 Vol 34 n°1 5 - 10

99. REDON H., COLON J.  
Lobectomie thyroïdienne totale contre Subtotale  
Presse médicale 22 Janv. 1972, n°4, 265 - 267
100. REFFETOFF S., HARRISON J. and KARANFILSKI B.  
Continuing occurrence of thyroid carcinoma after irradiation to the neck in  
infancy and childhood.  
New-Engl. of med 1975 292, 4, 172 - 175.
101. REYNIER J.  
Indication et techniques d'intervention de la chirurgie thyroïdienne.  
Rev. med. 25 Mai 1970, 11, N°21 1231 - 1238.
102. REYNIER J. et BERNARD J.L.  
Maladie de Basedow : indications, techniques et résultats du traitement chirur-  
gical.  
Chirurgie, 1972, 98, 25 - 34
103. REYNIER J. et LAURLAN C.  
Les nerfs laryngés en chirurgie thyroïdienne  
Chirurgie 1973, 99, 241 - 246
104. REYNIER J., LAURLAN C.  
Les nerfs laryngés en chirurgie thyroïdienne  
Ann. chir., Mars 1974, 28, N°3 189 - 195.
105. REYNIER J., VALLEE G. et DEMAY C.  
Notre attitude face au module froid cancéreux.  
Ann. D'Endocr. PARIS 1974, 35, 457 - 462.
106. REYNIER J.  
Les préceptes de la chirurgie thyroïdienne.  
La thyroïde (M. ZARA), Connaissances acquisitions, perspectives.  
L'expansion scientifique française, 1974, III, 447 - 517.
107. HALY A.A. FOFANA Y.  
Goitre endémique dans le cercle de Bamako (étude au niveau des écoles fondamen-  
tales de Kati, Dio et Néguela).  
Mali-Médical, 1975, 1, (1) ; 47 - 51.
108. HALY A.A.  
Goitre endémique au Mali  
Mali médical tome IV n°1 1981 23 - 25.
109. RICHARDSON J.E., BEAUGLE J.M., BROWN G.L. AND DONLACH I.  
Thyroid cancer in young patients in Great Britain.  
Br. J. Surg. 1974, Vol 1, n°2 85 - 89

110. RIDDEL  
Thyroidectomy : prevention of bilateral recurrent nerve palsy.  
Brit Journ. Surg. 1970, 57, 1, 1 - 11
111. ROGERS J., LINDBERG E., HILL C. and GELMAN E.  
Spindle and Giant cell carcinoma of thyroid : a different therapeutic approach.  
cancer, 1974, 34, 4, 1328, -1332
112. HULLEAU P. BLONDEAU P. et TROTOUK J.  
Le risque récurrentiel en chirurgie thyroïdienne (étude d'une série de 100 interventions)  
Ann oto-laryng 1973, 90, 9, 519.
113. HUSSEL M.A., GILBERT E.F. SAESCHKE W.F.  
Prognostic features of thyroid cancer.  
cancer, 1975, 36, 553 - 559.
114. SIFFLE J.H.  
The association of pheochromocytoma with carcinoma of the thyroid gland  
Amer J. med. 1961, 31, 163 - 166.
115. SMITH F.  
The case for thyroidectomy for nodular goiter  
Surgery 1969, 65, 4, 603 - 607
116. SOUMANO M.  
Contribution à l'étude du Goitre endémique dans l'arrondissement de Néguela.  
Thèse, méd. Bamako, 1976.
117. SOUSTELLE J., VINCENT F.  
Le risque récurrentiel en chirurgie thyroïdienne.  
SIMEP Editions, 1970 Volume 1
118. SOUSTELLE J., VUILLARD P., POUSET G., DUMURGIER C., SETIEYL.  
L'insuffisance de l'enucléation dans le traitement de certains adénomes thyroïdiens toxiques.  
Lyon Chir, 1973, 69, 4, 202 - 266
119. SOUSTELLE J., VUILLARD P., VINCENT F. TAPISSIER J.R., Mme BAULLEUX D.  
Les complications hémorragiques post opératoires en chirurg. thyroïdienne.  
Lyon Chir. 1973, 69 n°5, 347 - 349
120. SOUSTELLE J. POUSET G., BEHHEZENE F.  
La chirurgie des nodules froids thyroïdiens (847 cas)  
Lyon méd. 1973, 230 n°14, 145 -154.

121. THOMAS C. and BUCKWALTER J.A.  
Poorly differentiated neoplasms of the thyroid gland.  
Annals of Surgery 1973, 117, 5, 632 - 692.
122. THOMAS C.G., JR; M.D. BUCWALTER J.A., STAAB E.V. KERR C.Y M.S.  
Evaluation of dominant thyroid Masses  
Départ of sur and Radiol University of North carolina School. 1976 463 - 469
123. THOMPSON N.W., NAINESS J.K.  
Complications of total thyroïdectomy for carcinoma  
Surg. Gynecol obst 1971, 131, 861 - 868.
124. TOGOLA FAYIHI  
Goitre endémique au Mali : Enquête épidémiologique et biologique dans les  
Régions de Koulikoro et Ségou.  
Thèse med. Bamako, 1978 n° 22.
125. TOLLEFSEN H.  
Follicular carcinoma of thyroid  
Am. Surg, 1973, 126, 10 523 - 528.
126. TOURE P. MENYE P. et Collaborateurs.  
Nodules thyroïdiens froids  
(à propos de 170 cas opérés).  
Bull - Soc med. afr. Noire Langue française, 1976, 21, 3, 277 - 284.
127. THOTOUX J.  
Indications thérapeutiques dans les cancers du corps thyroïde.  
E.M.C. instantanés médicaux, 1977, 42, 2, 33 - 34.
128. TUBLANA M., MONNIER J.P. et BERGLERON C.  
Radiothérapie externe dans le traitement des cancers du corps thyroïdien.  
Ann Endocr Paris 1974, 35, 485 - 486.
129. VANDEN M.F., HOVE VADENS BROUCKE., DE VISSCHER M. et ALEXANDRE G.  
Activité sécrétoire des nodules théroïdiens froids non cancéreux. Etude in  
vitro.  
Ann - Endocr. Paris 1974, 35, 601 - 605.
130. VLAHD H. PUTELAT R., BARAULT J.F. et BEURHHERET G.  
Les goitres endo thoraciques. (à propos de 37 cas opérés).  
Lyon Chirur. Mars Avril 1977 Tome 73 n°2 125 et 128.
131. VIRENQUE J. et GAUBERT J.  
Remarques anatomiques sur la vascularisation artérielle des parathyroïdes.  
De la tetanie après thyroïdectomie.  
Presse med, 1962, 70, 50, 2394 - 2397.

132. WADE J.S., GOODALL P., DEANE L., DAUNCEY T.M. and FOURMAN P.  
The course of partial parathyroid insufficiency after thyroidectomy.  
Brit J. Surg. 1965, 52, 497 - 503.
133. WELTI H.  
Cancer de la thyroïde classification et pronostic d'une série de 603 cas  
Presse med. 1968, 76, 42, 2003 - 206.
134. WELTI H.  
Problème veineux en chirurgie thyroïdienne  
Mem. Acad. Chir. 1968, 94, 1-2-3, 83 - 89.
135. WILLIAMS E. BROWN G., DONLACH J.  
Pathological and surgical findings in a Series of 67 cases of medullary carcinoma of the thyroid.  
J. Clin. Pathol, 1966, 19, 103 - 113.
136. WINSHIP T. and ROSVOLI R. V.  
Thyroid carcinoma in childhood final report on a 20 years study  
Clin Proc child Hosp, 1970, 26, 327 - 348
137. WOOLNER L.B, BEAHERS O.H. BLACK B.M., Mc CONAHEY W.M. and KEATING F.R.  
Long term Survival Rates, in thyroid cancer.  
U.I.C.C. monograph Series, 1969, 12, 326 - 331.
138. WRIGHT H., BURROW G., SPAUL DINGS and SHEAHAN D.  
Current therapy of thyroid nodules  
Surg. Clin. North Amer, 1974, 54, 2, 277 - 288
139. YOVANOVITCH B.Y.  
Complications des thyroïdectomies : étude statistique à propos de 1500 observations.  
Presse med., 1960, n°57, 2227 - 2229.
140. ZARA A.  
Embryologie : Données morphologiques, Physiologiques et physiopathologiques.  
La Thyroïde (M. ZARA), Connaissances acquisitions perspectives, I.  
Exp. Scient. Fr., 13 - 34.

## S O M M A I R E

	<u>P A G E S</u>
Première partie	INTRODUCTION ..... 1
Deuxième partie	HISTORIQUE ..... 3
Troisième partie	NOS OBSERVATIONS ..... 20
Quatrième partie	TRAITEMENT ..... 74
Cinquième partie	COMMENTAIRES ..... 79
	1 GENERAL ..... 80
	2 Goitres Benins ..... 83
	3 Goitres malins ..... 91
	4 Traitement ..... 99
	5 Complications ..... 101
	6 Cas particuliers ..... 108
	7 Problèmes posés par la surveillance des malades ..... 115
Sixième partie	CONCLUSIONS GENERALES ..... 116
Septième partie	BIBLIOGRAPHIE ..... 120

S E R M E N T

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et 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.

Admis dans 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.

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 !