

PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE BASEDOW EN MILIEU TROPICAL (EXPERIENCE DU CHA BOUFFARD DE DJIBOUTI)

O. COULET, P. KRAEMER, G. LEYRAL, G. CLOATRE

Med Trop 2004; **64** : 192-194

RESUME • Au travers de leur expérience au CHA Bouffard de Djibouti, fondée sur la situation sanitaire locale, les auteurs privilégient le traitement chirurgical pour la maladie de Basedow. Les différents arguments médicaux et économiques de choix thérapeutiques sont développés, permettant au lecteur de les adapter à sa situation locale.

MOTS-CLES • Maladie de Basedow - Thyroïdectomie - Opothérapie - Djibouti.

MANAGEMENT OF GRAVE'S DISEASE IN THE TROPICS (EXPERIENCE AT BOUFFARD ARMY HOSPITAL CENTER IN DJIBOUTI)

ABSTRACT • Based on their experience in managing Grave's disease at the Bouffard Army Hospital Center within the local health care context in Djibouti, the authors advocate surgery as the first line treatment. Medical and economical factors supporting this preference are discussed so that readers can adapt them to his own local context.

KEY WORDS • Grave's disease - Thyroidectomy - Opoththerapy - Djibouti.

La maladie de Basedow est une hyperthyroïdie d'origine dysimmunitaire. En l'absence de véritable traitement étiologique, le traitement ne peut être que symptomatique. Les moyens thérapeutiques sont les antithyroïdiens de synthèse, l'iode radioactif et la chirurgie. L'objectif de cette note technique est de donner au travers de notre expérience à Djibouti les arguments de choix thérapeutiques pratiques que le lecteur adaptera à sa situation locale.

POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES EN MILIEU TROPICAL

En milieu tropical, le traitement par iode radioactif est rarement disponible pour des raisons socio-économiques. La survenue d'une hypothyroïdie définitive à 10 ans dans près de 80% des cas, s'installant de façon retardée, est un élément à prendre en compte (1).

Les antithyroïdiens de synthèse (ATS) permettent de contrôler la sécrétion thyroïdienne. Leur utilisation est contraignante. Ils nécessitent un traitement prolongé (3 à 4 ans), une très bonne observance de la part des patients, et la

surveillance des lignées sanguines. De plus l'adaptation des doses est problématique en cas grossesse. Dans 50 % des cas, la maladie de Basedow récidive dans un délai de 6 ans après l'arrêt du traitement. Ces éléments font des ATS une thérapeutique mal adaptée à la prise en charge du Basedow en milieu tropical.

Les indications classiques du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow sont :

- la rechute après traitement aux ATS ou iode radioactif ;
- échec, intolérance, non observance des ATS ;
- thyrotoxicose ou exophtalmie sévère ;
- goître volumineux ;
- désir de grossesse.

L'avantage principal du traitement chirurgical est la guérison rapide de la maladie par rapport aux ATS et à l'iode radioactif. Les inconvénients sont la morbidité liée au risque récurrentiel et parathyroïdien ainsi que la nécessité d'une opothérapie substitutive à vie en cas de thyroïdectomie totale.

THYROÏDECTOMIE TOTALE OU SUBTOTALE ?

La thyroïdectomie subtotale peut permettre de guérir la maladie tout en évitant l'opothérapie substitutive. Elle consiste à laisser en place le strict nécessaire de tissu thyroïdien assurant l'euthyroïdie. La difficulté de l'intervention réside dans la détermination de la masse de tissu thyroïdien à laisser en place. Le volume idéal est l'équivalent d'un fragment de 4 à 6 g de tissu thyroïdien réséqué (2, 3). En pratique

• Travail du Service ORL et chirurgie cervico-faciale (O.C., Spécialiste du SSA) et du Service médecine et pathologie tropicale (P.K., G.L., G.C., Spécialistes du SSA), Centre Hospitalier des Armées Bouffard, Djibouti.

• Correspondance : O. COULET, Service ORL et chirurgie cervico-faciale, Centre Hospitalier des Armées Bouffard, Djibouti.

• E-mail : olivier.coulet@hotmail.com

• Article sollicité.



Figure 1 - Goître et exophtalmie de maladie de Basedow.

2 techniques existent, la technique du mur postérieur et la technique des clochettes.

La technique du mur postérieur, consiste à laisser une ou deux lames postérieures de tissu thyroïdien. Cette technique a des inconvénients majeurs (4) :

- en cas de nécessité de réintervention, le risque récurrentiel et parathyroïdien est important ;
- l'appréciation de la masse thyroïdienne résiduelle est difficile ;
- la réalisation de la tranchée thyroïdienne dans la glande hypertrophiée et hémorragique peut être dangereuse vis-à-vis des éléments qu'elle est sensée protéger.

La technique des clochettes consiste à laisser un ou deux moignons de pôle supérieur sur le pédicule thyroïdien supérieur. Le risque sur le récurrent en cas de réintervention peut être minimisé en éloignant ce moignon du nerf en plaçant par exemple au travers des muscles sous-hyoïdiens.

Les inconvénients de la thyroïdectomie subtotale sont toutefois importants :

- la détermination du reliquat thyroïdien nécessite une grande habitude. Dans l'absolu, il vaut mieux en enlever trop, mais dans ce cas l'objectif d'exempter le patient de l'opothérapie n'est pas atteint. Cependant, avec 4-5g de tissu thy-

roïdien la moitié des patients nécessitent encore une opothérapie complémentaire (3) ;

- le taux de récurrences est de l'ordre de 6 à 14% selon les séries (3). Leur traitement est difficile, en particulier devant l'absence de service de médecine nucléaire dans la plupart des pays tropicaux ;

- elle nécessite un suivi prolongé de 3 à 4 ans, toujours délicat en milieu tropical, pour juger de la stabilité de l'euthyroïdie (5).

La thyroïdectomie totale, de réalisation technique plus simple, a le grand avantage de guérir définitivement la maladie.

L'augmentation de la morbidité par rapport à la thyroïdectomie subtotale, souvent évoquée, tant sur le plan récurrentiel que sur le plan parathyroïdien n'est en fait pas statistiquement significative(3). Elle ne peut donc pas être évoquée comme inconvénient. En revanche l'opothérapie définitive est le réel inconvénient de la technique. Il faut s'adapter au pays et au patient.

On ne peut envisager la thyroïdectomie totale que si l'approvisionnement en hormones est possible et continu. Ce qui est en règle le cas en milieu urbain. Le facteur économique est relatif. A Djibouti, 100 µg de Levothyrox® par jour pendant un mois reviennent à environ 600 FDJ, soit moins d'une journée de travail, le SMIC étant d'environ 22000 FDJ par mois. En comparaison, ceci représente encore 3 allers et retours de transport en commun pour traverser toute la ville, un trajet en taxi ou 6 repas simples dans un restaurant de quartier. Pour beaucoup de djiboutiens, ce prix est raisonnable par rapport à d'autres médicaments usuels beaucoup plus onéreux. La solidarité familiale comme partout en Afrique pallie souvent aux difficultés individuelles. Mais chez les grands démunis et une grande partie de la population rurale, cette somme peut être une charge intolérable. Enfin, il faut se méfier des contrefaçons de médicaments, mais aussi de la conservation de ceux-ci. En effet le Levothyrox® doit être conservé à moins de 30°, et à Djibouti où les températures sont supérieures une grande partie de l'année, il est courant de devoir doubler la dose pour obtenir l'euthyroïdie, sans que cela soit un problème d'observance.

Le coût de la chirurgie est très variable et ne peut être pris en compte dans notre discussion car il dépend de la structure de soins où l'intervention est réalisée.

PRÉPARATION À LA CHIRURGIE

Le but de la préparation médicale à la chirurgie est d'obtenir l'euthyroïdie clinique et biologique. La TSH n'est pas un marqueur valable d'euthyroïdie car elle reste basse alors que l'hormonémie est devenue normale. Cette préparation comporte :

Un ATS, type carbimazole (Néo-mercazole®) à raison de 20mg (4 comprimés de 5mg), 3 fois par jour.

Un bêtabloquant, de préférence le propranolol (Avlocardyl®) qui en plus de son action inhibitrice sur les récepteurs adrénergiques, a une action inhibitrice sur la trans-

formation périphérique de T4 en T3. On prescrit la dose qui permet de maintenir une fréquence cardiaque entre 60-80 par minute au repos. Soit 1/2 à 1 comprimé à 40mg, 2 à 3 fois par jour.

Un traitement sédatif, par exemple Lexomil® 1/4 comprimé matin et midi, et 1/2 le soir.

Ce traitement médical est relativement onéreux : 6900 FDJ par mois (Néo-mercazole® seul: 4060 FDJ).

La durée de la préparation est de l'ordre de 6 à 8 semaines. Le patient est vu par le chirurgien 10 jours avant la chirurgie pour mise sous lugol fort (5%), à la dose de 10 à 20 gouttes 3 fois par jour. En effet, il a été démontré par des mesures doppler chez des patients atteints de maladie de Basedow, que l'administration de lugol diminuait le débit sanguin thyroïdien facilitant ainsi la chirurgie (6). Dans notre expérience, nous le proposons systématiquement, certains cliniciens réservant le lugol aux cas de thyrotoxicose et d'inefficacité des ATS.

EN POST-OPÉRATOIRE

Le sevrage des bêta-bloquants se fait en une semaine de façon progressive. Au cours du premier mois, on débute la supplémentation hormonale pour les thyroïdectomies totales. En se basant sur la dose théorique journalière de 1,7 µg de Levothyrox® par kilogramme, en débutant à 80 % de la dose et en adaptant ensuite la posologie aux dosages hebdomadaires. De même on suit la calcémie et la phosphorémie de façon hebdomadaire en traitant les hypoparathyroïdies transitoires si elles sont symptomatiques par calcium, plus ou moins vitamine D si ce traitement est disponible et nécessaire.

CONCLUSION

En milieu tropical la prise en charge de la maladie de Basedow est toujours problématique. Elle nécessite la bonne compliance du patient et la possibilité d'un suivi clinique et biologique avec des contraintes économiques. Par ailleurs toutes les alternatives thérapeutiques sont rarement réunies. Notre expérience au CHA Bouffard de Djibouti est de privilégier la thyroïdectomie totale qui est le seul traitement toujours curatif et rapide, au prix d'une opothérapie substitutive à vie. La thyroïdectomie subtotalaire est à notre avis à réserver en cas de difficultés locales d'approvisionnement en hormones thyroïdiennes ou si les conditions socio-économiques du patient ne permettent pas d'envisager l'opothérapie.

RÉFÉRENCES

- 1 - GIBOLD C, DELISLE MJ, MAES B *et Coll* - Traitement des hyperthyroïdies par l'iode radioactif. Evolution des méthodes et difficultés de surveillance. *Presse Med* 1988; **17** : 1397-1400.
- 2 - RUAUX CH, LE PENNEC D, GODEY B *et Coll* - Bourdinière J. Traitement chirurgical dans la maladie de Basedow. *J. Fr d'ORL* 1997; **46** : 39-43.
- 3 - BILOSI M, BINQUET C, GOUDET P *et Coll* - La thyroïdectomie subtotalaire bilatérale de réduction reste-t-elle indiquée dans la maladie de Basedow ? *Rev Officielle Soc Fr d'ORL* 2002; **73** : 8-12.
- 4 - TRAN BA HUY P - Thyroïdectomies. Ed Techniques. *Encycl Med Chir - Techniques chirurgicales Tête et cou* 1993, n°46-460, 15 p.
- 5 - KUMA K, MATSUZUKA F, KOBAYASHI A *et Coll* - Natural course of Grave's disease after subtotal thyroïdectomy and management of patients with postoperative dysfunction. *Am J Med Sci* 1991; **302** : 8-17.
- 6 - CHANG DC, WHEELER MH, WOODCOCK JP *et Coll* - The effect of preoperative Lugol's iodine on thyroid blood flow in patients with Graves' hyperthyroidism. *Surgery* 1987; **102** : 1055-1061.