

La prise en charge d'un goitre compressif chez une femme enceinte Management of a compressive goiter in a pregnant woman

Ridal Mohammed, Abbasi Hassan, Aissaoui Fouad, Alami Mohamed Noredine

Service ORL, CHU Hassan II - Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Sidi Mohamed Ben Abdallah - Fès, Maroc

RÉSUMÉ

Les médecins d'urgence reçoivent fréquemment des patients atteints d'une pathologie de la thyroïde. Cependant, il est rare que ces troubles mettent la vie du patient en danger. La compression des voies aériennes supérieures due à une augmentation du volume d'une tumeur bénigne de la thyroïde peut nécessiter un traitement chirurgical urgent.

Nous rapportons un cas d'une femme enceinte qui a été admise pour un goitre compressif avec dyspnée laryngée, qui exigeait une thyroïdectomie totale en urgence.

La thyroïdectomie urgente chez la femme enceinte peut être réalisée si on respecte les précautions nécessaires.

Mots-clés

Goitre, grossesse, thyroïdectomie.

SUMMARY

Emergency physicians frequently encounter patients with thyroid disease. However, it is unusual for these thyroid disorders to create acute, life-threatening situations. Critical airway compression attributable to benign thyroid enlargement may occur suddenly and require urgent treatment.

Case report: We report a case of pregnant women who was admitted for compressive goiter with laryngeal dyspnea, which required emergency total thyroidectomy.

Conclusion: Urgent thyroidectomy in pregnant women can be performed if we respect the precautions.

Key - words

Goiter, pregnancy, thyroidectomy.

Le but de ce travail est, à travers d'un cas de goitre compressif chez une femme enceinte, de rappeler les modalités de la réalisation d'une thyroïdectomie totale en urgence, qui doit être multidisciplinaire et exigeant l'association ORL, obstétricien, radiologue et anesthésiste réanimateur et sans morbidité ni pour la maman ni pour le fœtus.

OBSERVATION

Une patiente de 38 ans, 7 gestes, 6 parts, 6 enfants vivants, enceinte à 34 semaines d'aménorrhée, s'est présentée aux urgences avec un goitre volumineux occupant toute la face antérieure du cou, évoluant depuis 20 ans qui est devenu compressif depuis 2 mois avec une dyspnée laryngée (la saturation de l'oxygène à l'air ambiant au repos à 85%) ayant nécessité le recours à l'oxygénothérapie. Ailleurs, la patiente a rapporté une dysphagie au solide mais sans dysphonie associée.

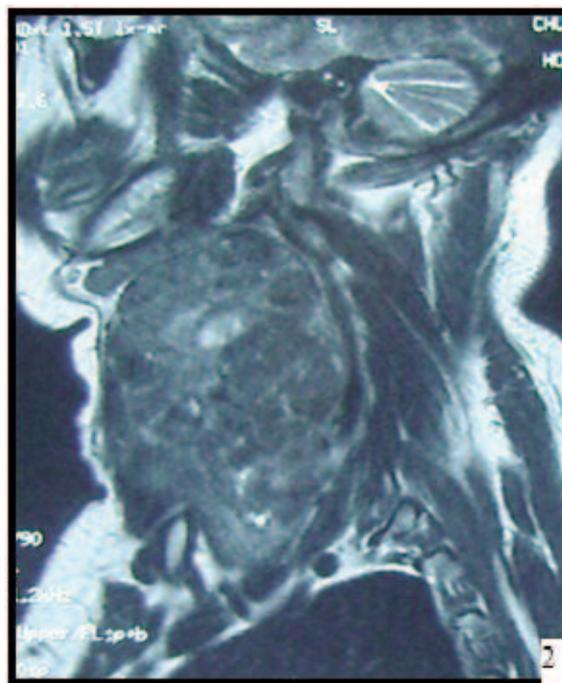
L'interrogatoire n'a pas révélé d'antécédents familiaux de goitre, ni d'irradiation dans l'enfance. L'examen clinique a trouvé un énorme goitre occupant toute la région antérieure du cou sans adénopathies. La patiente était en euthyroïdie clinique et biologique (TSH et FT4 normaux).

Le fait que la TDM est contre-indiquée chez la femme enceinte, une IRM du cou faite a objectivé un goitre multi-nodulaire avec des composantes kystiques (Figure 1 et 2), comprimant, sans envahir, de façon régulière le larynx et la trachée dont le maximum de rétrécissement est de 5mm de diamètre. Le goitre est plongeant et dépasse 1 cm le niveau des clavicules.

Figure 1 : IRM en coupe axiale (1) et coronale (2) objectivant une thyroïde augmentée de volume, complètement occupée par de multiples kystes et comprimant le larynx et la trachée.



Figure 2 : IRM en coupe axiale (1) et coronale (2) objectivant une thyroïde augmentée de volume, complètement occupée par de multiples kystes et comprimant le larynx et la trachée.



Vu la non amélioration de la dyspnée, la patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie totale en urgence (Figure 3), après une préparation par une corticothérapie pour éviter la prématurité pulmonaire du fœtus et une tocolyse pour éviter un déclenchement du travail, les suites ont été simples.

L'examen anatomo-pathologique était en faveur d'une hyperplasie thyroïdienne nodulaire bénigne. La patiente a été mise sous traitement hormonal substitutif (L thyroxine) et a été adressé aux obstétriciens pour surveillance et suivi. L'accouchement était à terme par voie basse après 6 semaines de la thyroïdectomie qui a donné naissance d'un nouveau né de sexe féminin avec un score d'Appgar à 10/10 et en euthyroïdie biologique.

Figure 3 : Pièce de la thyroïdectomie totale



DISCUSSION

L'association d'une pathologie thyroïdienne et grossesse est relativement fréquente [1-5]. L'augmentation du volume thyroïdien au cours de la grossesse est une notion connue depuis l'antiquité. Elle est retrouvée chez 80% des femmes enceintes et elle est de 10 à 15% en l'absence de carence en iode et de 20 à 35% en cas de faible carence en iode et beaucoup plus si la carence est plus importante [1,5]. En fait la grossesse favorise par l'augmentation en besoin des hormones thyroïdiennes, et les variations hormonales qui l'accompagnent une augmentation de l'activité fonctionnelle de la glande thyroïde, et le remaniement nodulaire des goitres, et potentiellement la croissance d'éventuels nodules cancéreux [1,2,4].

La chirurgie de la thyroïde, en cas de grossesse, est indiquée dans les cas mettant en jeu le pronostic vital maternel et/ou fœtal (goitres volumineux comprimant l'œsophage ou la trachée, état d'hyperthyroïdie difficile à équilibrer comme le cas de maladie de Basedow) à tout moment, préférentiellement au cours du deuxième trimestre pour éviter l'avortement du premier trimestre, et

l'accouchement prématuré du troisième trimestre [1,4]. Elle est aussi indiquée au cours de la grossesse pour le carcinome médullaire [5]. Les particularités de cette chirurgie nécessitent une préparation préopératoire, pour éviter un accouchement prématuré et ses complications par l'administration de corticoïdes, et une tocolyse en per-opératoire, avec une surveillance étroite en monitoring utéro-fœtal et analgésie satisfaisante souvent à base de paracétamol par voie parentérale.

CONCLUSION

La grossesse constitue une épreuve pour la glande thyroïde. Celle-ci possède d'importantes capacités d'adaptation qui lui permettent dans l'ensemble de faire face à l'accroissement des besoins hormonaux, à l'appauvrissement de la charge en iode. Mais des déséquilibres sont possibles, ce qui n'est pas sans conséquence sur la situation maternelle et fœtale. Tout l'intérêt de la consultation préconception et prénatale et son rôle de détecter ses pathologies précocement et les traiter dans le temps et par le moyen optimal.

Références

- 1- Wémeau JL, Herbomez M, Perimenis P, Vélayoudom FL: Thyroïde et grossesse, EMC-Endocrinologie 2005;2: 105-20.
- 2- Wémeau JL, Do Cao C. Nodule thyroïdien, cancer et grossesse. Ann Endocrinol 2002;63:438-42.
- 3- Ducarme G, Bertheratb J, Vuillardc E, Polakd M, Guibourdenchec J, Luton D: Pathologies thyroïdiennes et grossesse. Rev Med interne, 2007;28:314-21.
- 4- Lazarus JH. Thyroid disorders associated with pregnancy: etiology, diagnosis and management. Treat Endocrinol. 2005;4:31-41.
- 5- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid 2011;21:1081-127.