**STENOSE ŒSOPHAGIENNE COMPLETE APRES UNE THYROÏDECTOMIE POUR UN GOITRE BENIN : UN RAPPORT DE CAS**

**Peter SD\*, Sule AZ, Ugwu BT, Ojo EO, Njem JM, Adighije PF, Omolabake BI, Dung NJ.**

Département de Chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire de Jos, Jos, Nigeria

**\*Auteur Correspondant: Dr. Solomon D. Peter Email:** [**solomoves6@yahoo.com**](mailto:solomoves6@yahoo.com)

**Conflit d’intérêt:** Aucun

**Subvention reçue:** Aucune

**RÉSUMÉ**

La lésion œsophagienne entraînant une sténose est une maladie redoutée dont l'évolution clinique et le pronostic dépendent de l'étiologie, de la reconnaissance précoce et d'un traitement rapide et efficace. Généralement, une lésion œsophagienne iatrogène se produit pendant les procédures endoscopiques et souvent dans un œsophage malade. Bien que rare, des blessures peuvent survenir pendant la thyroïdectomie. Nous présentons donc le cas d'une femme nigériane présentant une sténose œsophagienne complète résultant d'une lésion œsophagienne subie lors d'une thyroïdectomie.

**Mots-clés:** sténose œsophagienne, post thyroïdectomie

**Introduction**

La thyroïdectomie est une intervention chirurgicale courante qui est parfois lourde de complications allant de saignements légers à des complications potentiellement mortelles graves telles que l'obstruction des voies respiratoires(1,2). En raison de l'emplacement profond de l'œsophage derrière la trachée et de sa protection par les structures adjacentes, les blessures à elle pendant la thyroïdectomie pour les pathologies bénignes sont rares. Dans la littérature, une lésion œsophagienne et / ou une formation de rétrécissement à la suite d'une thyroïdectomie ont été signalées principalement après une intervention chirurgicale pour un goitre malin(2). Thyroïdectomie totale; en particulier pour les goitres récurrents, pourrait poser un risque accru(2-8). Des lésions œsophagiennes pendant la thyroïdectomie peuvent également survenir dans un œsophage malade, une infiltration œsophagienne par des tumeurs thyroïdiennes ou une thyroïdectomie réalisée par des praticiens inexpérimentés (1,5,6).

Nous présentons un cas de lésion œsophagienne et de rétrécissement ultérieur référé à notre centre après une thyroïdectomie pour un goitre bénin et non toxique.

**Rapport de Cas**

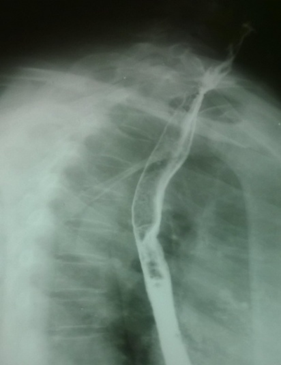
Une commerçante de 39 ans a été référée au Centre hospitalier universitaire de Jos (JUTH) Jos, Nigéria, en raison de son incapacité indolore à avaler à la fois des liquides et des solides d'une durée de six mois après une thyroïdectomie dans un autre hôpital tertiaire. Avant la thyroïdectomie, la patiente avait un goitre à croissance lente d'une durée de 4 ans sans symptômes obstructifs ou toxiques. Immédiatement après la thyroïdectomie, elle a développé un gonflement du cou, de la fièvre et une incapacité à avaler, nécessitant le drainage d'un abcès du cou et une gastrostomie d'alimentation. Tous les repas se sont ensuite déroulés par le tube de gastrostomie.

L’examen a révélé une cicatrice d’incision au col cicatrisé (Kocher) sans signe d’inflammation ou de fistule, et une sonde de gastrostomie dans le quadrant supérieur gauche de l’abdomen. Son indice de masse corporelle (IMC) était de 19,8 kg / m². La déglutition au baryum a montré une sténose œsophagienne complète au niveau des vertèbres C7 / T1 (Fig.1.) et la partie distale de l'œsophage n'a donc pas pu être visualisée. Le bilan de laboratoire était dans la limite normale. Une aspiration à l'aiguille fine des tissus thyroïdiens restants sous guidage échographique était compatible avec un goitre bénin; ses tests de la fonction thyroïdienne et son électrocardiogramme étaient tous dans les limites normales.

Elle a été rapidement préparée et a eu une exploration du cou 7 mois après sa thyroïdectomie. Lors de l'exploration, une suture de soie a été trouvée resserrant l'œsophage à la vertèbre C6 et attachée au tissu thyroïdien restant; la lumière œsophagienne était complètement obstruée par le tissu fibreux à C6. Les extrémités proximale et distale de l'œsophage ont été mobilisées, le segment sténosé de l'œsophage, mesurant environ 2 cm, a été réséqué et une anastomose de bout en bout des extrémités saines a été effectuée sur une sonde naso-gastrique; un drain a été inséré. Elle a eu une fuite légère du site anastomotique pendant une semaine qui s'est scellée spontanément. Le drain a été retiré le dixième jour postopératoire. L'histologie de la portion œsophagienne réséquée a révélé un œsophage normal avec fibrose. L'hirondelle au baryum 6 semaines après la chirurgie a montré un œsophage patent sans fuite (Fig.2). L'alimentation de la gastrostomie a été inversée 6 mois après la résection œsophagienne et l'anastomose sans complications. La patiente est restée asymptomatique pendant deux ans après l'inversion de la gastrostomie.



**Fig.1: Repas préopératoire au baryum, montrant une sténose complète (flèche)**



**Fig.2: Repas de baryum post-opératoire, montrant un œsophage patent**

**Discussion**

La sténose œsophagienne après thyroïdectomie est rare(13). La recherche documentaire a montré que des lésions œsophagiennes après thyroïdectomie sont survenues dans quelques cas après thyroïdectomie pour tumeur maligne avec goitre bénin non toxique (2-6,14). La patiente en étude n’a pas eu des signes suggérant des malignités et l’histopathologie était consistent avec goitre bénin non toxique. La thyroïdectomie partielle pour le goitre simple a été réalisée par un autre chirurgien consultant d'où elle a été référée à notre centre.

Les blessures à l'œsophage et à toute structure d'ailleurs pendant la thyroïdectomie sont évitées autant que possible en disséquant les tissus et en plaçant les sutures sous une vision directe. Aucun tissu ne doit être excisé ou ligaturé sans d'abord confirmer l'identité. Si une lésion de l'œsophage se produit pendant la thyroïdectomie, les principes fondamentaux comprennent l'identification du site, la réparation primaire, la prévention de la salissure, un drainage adéquat, l'utilisation d'antibiotiques appropriés et une nutrition adéquate par la suite (6,9). Lorsqu'une sténose œsophagienne se développe, la prise en charge dépendra du type (9). Pour une sténose œsophagienne simple, courte (<2 cm), focale et droite, ou suffisamment large pour permettre le passage d'un endoscope de diamètre normal, ou compatible avec la technique standard de dilatation en bougie ou en ballon, une simple résection peut suffire. Cependant, pour les rétrécissements œsophagiens complexes qui sont, par exemple, longs, multiples, tortueux, empêchant le passage d'un endoscope de diamètre normal, ou causés par une ingestion caustique, une lésion par radiation ou une thérapie photo-dynamique, le traitement est plus difficile et est associé à un taux de récidive plus élevé(10, 12).

Notre patiente avait une sténographie iatrogène simple, à court segment et focale. La dilatation et/ou l'endoprothèse n'étaient pas des options en raison de la nature complète de la sténose. Elle a eu une résection de la courte sténose avec une anastomose de bout en bout de l'œsophage. Les autres options incluent une stricturoplastie par patch utilisant un lambeau cutané cervical, des lambeaux myocutanés ou des lambeaux libres de l'avant-bras radial, ou la résection de l'œsophage et le remplacement par un conduit gastro-intestinal, en particulier pour une sténose complexe ou un œsophage malade (9,11).

La patiente a eu une fuite mineure du site d'anastomose qui a été gérée de façon conservatrice. Une autre complication courante après une réparation/anastomose œsophagienne est la formation d'une nouvelle sténose. Notre patiente n'avait aucun signe clinique ou radiologique de formation d'une nouvelle sténose au cours de la période de suivi de 24 mois. L'inversion de la gastrostomie a été retardée de 6 mois après la réparation de l'œsophage en tant que filet de sécurité pour dilater l'œsophage à travers la gastrostomie si une sténose se développait. La patiente a maintenant été suivie pendant 24 mois sans dysphagie, mais si cela devait se produire à l'avenir, la dilatation serait une option viable (9,10,12).

Ce cas est une occurrence rare de rétrécissement œsophagien complet après une thyroïdectomie pour un goitre bénin. Le mécanisme de la lésion était iatrogène par ligature de l'œsophage, probablement dans le but de parvenir à une hémostase. Ce cas souligne la nécessité de faire preuve de prudence pour éviter les lésions œsophagiennes pendant la thyroïdectomie, même en cas de maladie bénigne. En cas de blessure à l'œsophage, les procédures standards décrites dans ce rapport de cas doivent être suivies.

**Références**

1. Rosato L, Avenia N, Bernante P, De Palma M, Gulino G, Nasi PG, et al. Complications de la chirurgie thyroïdienne: analyse d'une étude multicentrique sur 14 934 patients opérés en Italie sur 5 ans. *Revue mondiale de chirurgie*. 2004; 28: 271-276.

2. Lombardi CP, Raffaelli M, De Crea C, Traini E, Oraganao L, Sollazzi L, et al. Complications en chirurgie thyroïdienne. *Minerva Chir* 2007; 62: 395-408.

3. Shah SSH, Khan A. Évaluation des complications de la thyroïdectomie totale. *Revue de chirurgie* Pakistan 2005; 10: 24-26.

4. Goncalves FJ, Kowalski LP. Complications chirurgicales après une chirurgie thyroïdienne effectuée dans un hôpital de cancérologie. Chirurgie Otholaryn 2005; 132: 490-494.

5. Flynn M, Lyon KJ, Tartar JW. Complications locales après résection chirurgicale pour cancer de la thyroïde. *Revue américaine de chirurgie* 1994; 168: 404-407.

6. Ozer MT, Demirbas S, Harlak A, Ersoz N, Eryilmaz M, Centiner S. Une complication rare après thyroïdectomie: Perforation de l'œsophage: à propos d'un cas. Acta Chir Belg. 2009; 109: 527-530.

7. Mullick T, Falk GW. Sténoses œsophagiennes: étiologie et diagnostic. Tech Gastrointest Endosc.2001; 3: 128-134.

8. Ozbas S, Kocak S, Aydintug S, Cakmak A, Demirkiran MA, Wishart GC. Comparaison des complications de la thyroïdectomie subtotale, quasi totale et totale dans la prise en charge chirurgicale du goitre multinodulaire. Endocr J. 2005; 52: 199-205.

9. Siersema PD. Options de traitement pour les rétrécissements œsophagiens. Nat Clin Pract Gastroenteral Hepatol. 2008; 5: 142-152.

10. Lee SH. Le rôle de l'endoprothèse œsophagienne dans la gestion non chirurgicale des rétrécissements œsophagiens. Br J Radiol. 2001; 74: 891-900.

11. Zhao D, Gao X, Guan L, Su Wu, Gao J, Liu C, et al. Greffe jéjunale gratuite pour la reconstruction de défauts de l'hypo-pharynx et de l'œsophage cervical suite aux résections du cancer. J Gastrointest Surg.2009; 13: 1368-1372.

12. Thon Y, Kocak E, Dincer D, Koklus S. Facteurs affectant le succès de la dilatation endoscopique en bougie de la sténose œsophagienne induite par les radiations. Dig Dis Sci. 2012;57:424-428.

13. Hanwei P, Steven JW, Weixiong L. Complications rares après thyroïdectomie-sténose œsophagienne cervicale: rapport de cas et revue de la littérature. Monde J Surg Oncol.2014; 12: 308.

14. Filho JG, Kowalski LP. Complications postopératoires de la thyroïdectomie pour le carcinome thyroïdien différencié. Am J Otolaryngol.2004; 25: 225-230.