

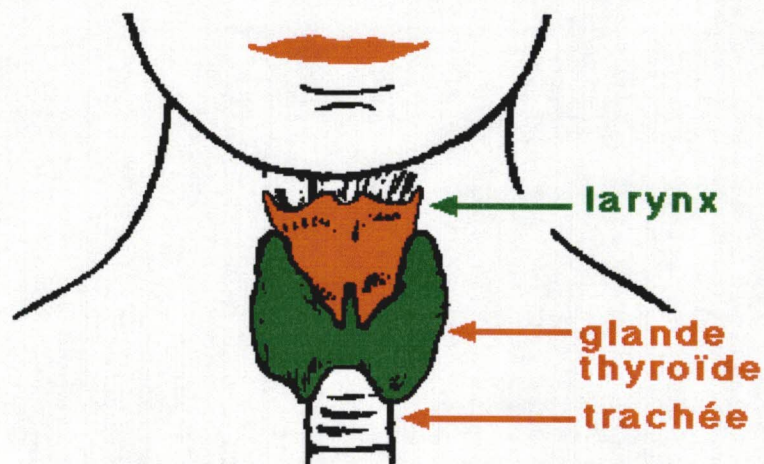
CHIRURGIE DE LA THYROÏDE

Une chirurgie de la thyroïde vous a été proposée.

Cette note a été préparée pour vous donner quelques informations sur les conditions qui nécessitent sa réalisation.

Après avoir pris connaissance de ce document, vous aurez probablement d'autres questions à poser à votre chirurgien. N'hésitez pas à l'interroger.

La glande thyroïde est une glande endocrine. Elle produit l'hormone thyroïdienne qui règle la vitesse avec laquelle l'organisme exerce ses fonctions essentielles. L'iode est le composant principal de l'hormone thyroïdienne. Il provient de l'eau et de plusieurs aliments. Dans certaines régions du monde pauvres en iode, il doit être ajouté au sel ou au pain. La glande thyroïde est située devant la trachée. Elle est constituée d'un lobe droit et d'un lobe gauche, joints par l'isthme.



LES MALADIES DE LA THYROÏDE

Les maladies de la glande thyroïde sont très fréquentes. Souvent, il s'agit d'une production excessive (hyperthyroïdie) ou insuffisante (hypothyroïdie) d'hormone. Une augmentation de volume de la thyroïde est appelée généralement « goitre ». Il peut intéresser toute la glande (goitre diffus) ou seulement une ou plusieurs parties, sous forme de nodules (goitre nodulaire). Il arrive que les nodules soient présents en grand nombre. Ce "goitre multi-nodulaire" vient probablement du métabolisme anormal de l'iode. Cependant, la thyroïde peut fonctionner normalement même en présence d'un goitre ou d'un nodule. Chez une minorité de patients, les nodules thyroïdiens sont parfois hyperactifs et entraînent l'hyperthyroïdie.

Le problème majeur, devant l'apparition d'un nodule de la thyroïde, est d'éliminer une tumeur maligne (cancer de la thyroïde) qui est rare (moins de 10% de tous les nodules), mais qui nécessite un traitement spécifique. Pour cela tous les nodules de la thyroïde doivent être signalés au médecin, pour éliminer un dysfonctionnement de la glande ou la présence d'une tumeur maligne (cancer).

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA THYROÏDE

Plusieurs examens peuvent être réalisés pour le diagnostic des maladies de la thyroïde. Le médecin et le chirurgien choisissent ceux qui sont le mieux adaptés à chaque patient :

- Dosage des hormones thyroïdiennes : nécessite une simple prise de sang.
- Echographie : examen sûr et non douloureux qui utilise les ultrasons.
- Scintigraphie : utilise l'iode radioactif et permet d'obtenir une « cartographie » de la glande qui met en évidence les nodules qui ne fonctionnent pas (nodule froid) ou qui fonctionnent trop (nodule chaud).
- Cytoponction : il s'agit d'une ponction du nodule à l'aide d'une aiguille très fine. C'est un examen sans danger, très peu douloureux, qui permet l'analyse du contenu du nodule. Cette analyse permet ensuite de faire le choix du traitement le plus adapté.

LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA THYROÏDE

La plupart des maladies de la thyroïde peuvent être traitées médicalement. Les antithyroïdiens permettent de soigner l'hyperthyroïdie due à une activité excessive de la glande. Les nodules thyroïdiens, le plus souvent bénins, sont traités par l'administration d'hormone thyroïdienne, ce qui permet de « freiner » la glande et l'évolution du nodule. C'est le traitement « supprimeur » ou « freinateur », qui est prescrit pour quelques mois.

La chirurgie devient nécessaire dans des circonstances très précises :

- Augmentation de volume d'un ou plusieurs nodules malgré le traitement médical.
- Apparition de symptômes comme : douleurs, gêne à la déglutition, modification de la voix ou simplement problème esthétique.
- En cas de maladie de Basedow, échec du traitement médical.
- Présence de cellules malignes ou suspectes à la cytoponction.

LA CHIRURGIE DE LA THYROÏDE

La chirurgie de la thyroïde est toujours réalisée sous anesthésie générale.

Le plus souvent l'intervention consiste en l'ablation totale (thyroïdectomie totale) ou partielle (lobectomie) de la glande.

En présence de nodules multiples localisés dans les deux lobes de la glande, l'intervention consiste le plus souvent en l'exérèse complète de la thyroïde (thyroïdectomie totale). Dans ce cas, un traitement substitutif à base d'hormone thyroïdienne, sous forme de comprimé, est prescrit à vie. Ce traitement n'a pas de contre-indication et n'interfère pas avec la prise d'autres médicaments.

En présence de nodules qui intéressent seulement un lobe de la glande, on en réalise l'ablation (lobectomie) en épargnant le reste de la glande.

Parfois on peut décider de réaliser un examen anatomo-pathologique immédiat de la pièce. En fonction des résultats, le chirurgien peut alors décider de procéder à l'ablation du reste de la glande.

Votre chirurgien discutera ces options avec vous avant l'intervention, lors de la consultation.

Rarement, un petit drain est laissé dans la plaie à la fin de l'intervention. La plaie est fermée par des agrafes métalliques.

RISQUES DE LA CHIRURGIE DE LA THYROÏDE

Malgré toutes les précautions prises, il peut se produire, au cours de la chirurgie thyroïdienne comme dans toute opération chirurgicale, des incidents rares. Ils surviennent le plus souvent en cas de goitre volumineux.

Certaines complications peuvent survenir PENDANT l'opération :

- réaction à l'anesthésie,
- saignement,
- blessure des nerfs récurrents : il s'agit de deux petits nerfs d'environ 2 mm d'épaisseur, localisés de part et d'autre de la trachée, derrière la thyroïde. Ils innervent les cordes vocales. La blessure d'un nerf récurrent peut être responsable d'une voix « cassée » dite aussi « bitonale ». La voix peut redevenir normale après des séances d'orthophonie mais l'altération peut parfois être définitive.
- blessure des glandes parathyroïdes : il s'agit de petites glandes, normalement en nombre de 4, situées derrière la thyroïde. Leur ablation involontaire peut être responsable d'une carence en calcium dans le sang, le plus souvent temporaire et nécessitant un traitement médical.

D'autres complications peuvent survenir APRES l'opération :

- Un saignement post-opératoire qui peut obliger à une nouvelle opération en urgence pour évacuer l'hématome,
- une infection de la cicatrice.

APRES L'INTERVENTION

Des douleurs post-opératoires modérées sont possibles. Des médicaments très efficaces sont disponibles, administrés de façon systématique.

A la sortie de l'hôpital

La sortie est possible dès le 2^{ème} jour après l'intervention. Les agrafes sont enlevées, la cicatrice est laissée à l'air. Des médicaments contre la douleur ainsi que le traitement hormonal éventuel sont prescrits. Un contrôle hormonal ainsi qu'une consultation avec le chirurgien sont prévus un mois après.

Quand faut-il contacter son chirurgien ?

Outre les contrôles post-opératoires portés à votre connaissance, vous devez absolument contacter votre médecin si vous constatez une des situations suivantes :

- fièvre persistante,
- frissons,
- saignements,
- toux qui persiste ou des difficultés respiratoires,
- suintement de liquide par la cicatrice.

Vous êtes invité(e) à lire ce document très attentivement.

Ce document est destiné à informer le patient dans la mesure du possible et ne peut aborder tous les aspects de la chirurgie visée.

Votre chirurgien répondra par ailleurs à toutes vos questions et vous serez invité(e) à signer un document « Consentement éclairé ».

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE THYROÏDECTOMIE DE L'ADULTE

Madame, Monsieur,

La thyroïdectomie consiste en l'ablation partielle ou totale de la glande thyroïde, glande endocrine (qui fabrique des hormones) située dans la partie antéro-inférieure et médiane du cou.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de **lire attentivement ce document d'information**. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention peut avoir plusieurs buts :

- préciser la nature d'un ou de plusieurs nodules décelés au niveau de la thyroïde.
- enlever tout ou partie de la glande en raison d'un mauvais fonctionnement, non contrôlé par le traitement médical.
- enlever tout ou partie de la glande en raison de son volume et des risques de compression des structures avoisinantes
- prévenir la survenue d'un cancer en cas de risque génétique prouvé (terrain familial de néoplasie endocrinienne multiple)

REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention se déroule habituellement sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à toutes vos questions relatives à sa spécialité.

L'incision cutanée est horizontale, située dans la partie basse et médiane du cou, si possible dans un pli cutané naturel.

La longueur de l'incision sera adaptée au type d'intervention ainsi qu'au volume de la glande (goître).

Selon l'intervention proposée, il s'agira de réaliser :

- l'exérèse d'un nodule isolé (énucléo-résection),
- une lobo-isthmectomie, à savoir l'ablation de la moitié de votre glande thyroïde,
- une thyroïdectomie sub-totale,
- une thyroïdectomie totale.

Une analyse tissulaire sous microscope du ou des nodules pourra être demandée pendant l'intervention (examen extemporané, avec analyse immédiate mais résultat non définitif et dont la fiabilité n'est pas de 100%) afin de préciser la nature de la tumeur et modifier l'étendue du geste opératoire.

En cas de tumeur maligne, la thyroïdectomie totale est de règle, et sera associée à l'ablation des ganglions situés dans la région du cou d'une part, et le long de la trachée d'autre part, en fonction du bilan initial. Ce geste nécessitera d'agrandir l'incision chirurgicale en cas d'ablation des ganglions latéraux de votre cou.

Un ou plusieurs drains seront habituellement mis en place selon l'importance de l'intervention chirurgicale.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Dans les suites immédiates, comme dans tout acte opératoire, une complication hémorragique extériorisée peut survenir ; elle peut nécessiter une ré-intervention pour stopper l'hémorragie.

Un hématome post-opératoire peut être constaté. Il faut souligner la gravité particulière d'un hématome comprimant la trachée pouvant gêner la respiration. Il nécessitera en urgence une nouvelle intervention pour évacuer l'hématome.

La position opératoire peut être responsable de douleurs cervicales habituellement transitoires.

Il peut exister une douleur à la déglutition durant quelques jours.

En cas de thyroïdectomie totale, on peut observer des crampes, des fourmillements dans les mains ou les pieds, liés à un dysfonctionnement des glandes para-

thyroïdes, par chute du taux de calcium dans le sang. Ces troubles sont habituellement transitoires et nécessitent un traitement médical.

RISQUES SECONDAIRES

L'ablation totale ou quasi-totale de la glande thyroïde impose un traitement substitutif à vie pour compenser l'absence de sécrétion hormonale.

En cas d'ablation partielle de la glande thyroïde, il convient de contrôler la sécrétion thyroïdienne par un bilan biologique réalisé à distance de l'intervention (en fonction des résultats, une hormonothérapie pourra être prescrite).

La cicatrice peut présenter des adhérences ou devenir épaisse.

COMPLICATIONS EXCEPTIONNELLES

GRAVES

ET/OU

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Deux complications sont particulières à la chirurgie de la glande thyroïde, par atteinte des nerfs récurrents (destinés à l'innervation des cordes vocales) :

- Troubles de la voix : ils peuvent être immédiat ou se manifester secondairement. Habituellement ces troubles sont transitoires. Ces troubles de la voix peuvent s'accompagner de troubles de la déglutition et d'une gêne respiratoire à l'effort.
- Troubles de la respiration : ils peuvent être graves et nécessiter une assistance ventilatoire, voire une trachéotomie ou un geste chirurgical laryngé.

Il convient aussi de mentionner les complications exceptionnelles que sont la nécrose de la trachée en cas de thyroidectomie totale et la fuite de lymphes en cas de geste ganglionnaire associé.