



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



H.I.A BEGIN
Chirurgie Viscérale

MC B MALGRAS
MP A-C EZANNO

MC L. MONTAGLIANI
MP A. AIME
MP X GIUDICELLI

MP C. BREVART
MP C. SCHEIWE

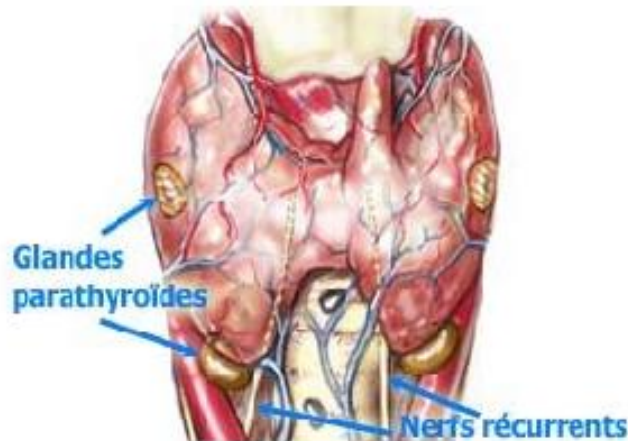
FICHE D'INFORMATION PATIENT « THYROÏDECTOMIE »

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Qu'est-ce que la thyroïde ?

La thyroïde est constituée de deux lobes ovales (droit et gauche) réunis par une partie centrale, l'isthme, la thyroïde est très souvent comparée à un papillon. La glande thyroïde normale pèse 10 à 20 grammes et mesure 4 à 6 cm de haut et 2 à 6 cm de large. C'est une glande « endocrine » c'est à dire qu'elle secrète des hormones (T3 et T4). L'iode est un élément indispensable à la fabrication de ces hormones thyroïdiennes ; il est apporté essentiellement par l'alimentation.

Cette glande est située à la partie basse du cou. Elle a des rapports étroits avec *les nerfs récurrents* (contrôle des cordes vocales) et *les glandes parathyroïdes*.



Dans quelle pathologie on propose une chirurgie thyroïdienne ?

Une intervention chirurgicale est fréquemment proposée pour traiter une pathologie nodulaire thyroïdienne bénigne ou maligne. L'indication de la chirurgie est en général portée sur :

- * La taille du ou des nodules de la thyroïde
- * Le résultat de la cytoponction du ou des nodules (nodule suspect de cancer)
- * L'existence d'une gêne fonctionnelle.
- * La maladie de Basedow

• But de l'intervention

L'ablation d'une portion ou de la totalité de la thyroïde s'adresse à de nombreuses maladies bénignes ou malignes (cancer).

Les gestes chirurgicaux réalisés au niveau de la thyroïde sont :

- * La lobectomie : ablation d'un seul lobe thyroïdien.
- * La lobo-isthmectomie : ablation d'un lobe et de l'isthme thyroïdien.
- * La thyroïdectomie totale : ablation de toute la glande (2 lobes).

Lorsque la pathologie thyroïdienne ayant motivé la chirurgie est limitée à un lobe, une lobectomie est pratiquée, associée à une ablation de l'isthme de votre thyroïde. La simple ablation d'un nodule («énucléation») n'a plus d'indication à l'heure actuelle.

Lorsque la pathologie est bilatérale, c'est tout ou presque toute la thyroïde qui sera enlevée afin de vous guérir définitivement du mauvais fonctionnement de votre thyroïde (Basedow, goitre multinodulaire toxique), ou d'analyser l'ensemble des nodules qui déformaient votre thyroïde (goitre multinodulaire).

• Comment se déroule l'opération ?

Dans la mesure où vous ne présentez pas de problème de santé majeur, il s'agit d'une intervention sans risque vital important. Vous pourrez vous alimenter dès que les effets de l'anesthésie se seront atténués, c'est-à-dire le soir même de l'intervention ou le lendemain matin si vous étiez nauséux.

L'intervention durera entre une et deux heures et nécessite une anesthésie générale. L'incision cutanée horizontale se fera à la partie antéro-inférieure du cou si possible dans un pli cutané.



En cas de cancer, la thyroïdectomie totale est la règle +/- associée à un curage ganglionnaire. Un monitoring du/des nerfs récurrents est réalisé en per opératoire (pour vérifier leur bon fonctionnement)

Un ou plusieurs *drainages aspiratifs* peuvent être mis en place en fonction du geste réalisé ; leur ablation est réalisée au bout de 2 jours.

Pendant les 24 premières heures suivant l'intervention, vous aurez l'impression d'avoir une grosse angine vous gênant pour parler et avaler. Ceci est en rapport avec la sonde d'intubation mis en place lors de votre anesthésie. Elle compte un dispositif pour que votre chirurgie repère les nerfs récurrents afin de les respecter.

Vous aurez également mal au niveau de la cicatrice, mais rapidement ces troubles vont disparaître. Pendant cette période qui dure habituellement quelques jours, prenez les antalgiques qui vous ont été prescrits à votre sortie. Vous pouvez en effet souffrir au niveau de votre cou (surtout si vous avez déjà une arthrose), dans la poitrine derrière le sternum et avoir mal à la tête. Ceci s'explique par la position dans laquelle vous serez opéré (tête légèrement en arrière). Parfois, vous ressentirez également des douleurs au niveau des oreilles, comme dans une otite. En général, tous ces troubles disparaissent en quelques jours.

Vous quitterez le service d'hospitalisation en principe le lendemain ou le surlendemain .Une consultation post opératoire avec votre chirurgien est proposée un mois après l'intervention.

Quels sont les risques d'une chirurgie de la thyroïde ?

• Complications précoces :

- * **Hématome compressif** du cou imposant une réintervention en urgence (moins de 1%)
- * **Les troubles de la voix** : Si votre voix change après l'intervention, ceci ne sera généralement que transitoire. Dans quelques cas, il est cependant nécessaire de faire quelques séances de rééducation de la voix. Les troubles graves et définitifs sont exceptionnels (moins de 1%). Les troubles de la voix sont dus à la chirurgie au voisinage du nerf de la voix ou à une inflammation du larynx (résultat de l'irritation causée par le tube anesthésique). En cas d'altération vocale marquée, un examen laryngoscopique est demandé à nos confrères ORL à la recherche de la paralysie d'une corde vocale. Une atteinte du nerf récurrent peut parfois causer une raucité ou une faiblesse de la voix plus tenace: ceci est cependant un événement rare et évitable. Occasionnellement, lorsqu'il y a un cancer, le nerf récurrent est détruit, envahi par le cancer. Dans ces cas, la perte du nerf est inévitable si on veut enlever complètement la tumeur. En cas d'atteinte du nerf récurrent, une dyspnée (gêne respiratoire, notamment à l'inspiration et à l'effort), ou des troubles de la déglutition (fausses routes alimentaires faisant tousser, en particulier lors de la prise de boissons) peuvent coexister avec les troubles de la voix. Tous ces troubles régressent en même temps dans la plupart des cas. Les paralysies bilatérales sont exceptionnelles (moins de 1 pour 1000 interventions).
- * **Une chute du calcium dans le sang («hypocalcémie»)**. Parfois, et seulement si l'intervention a porté sur les 2 côtés de la thyroïde (thyroïdectomie totale, subtotalaire ou quasitotale), il se produit une baisse du taux de calcium dans le sang qui entraîne quelques troubles, notamment des fourmillements autour de la bouche, dans les mains et les pieds. Généralement, tout rentre dans l'ordre en quelques jours ou en quelques semaines, spontanément ou après administration transitoire de calcium par la bouche. Ce n'est que dans environ 1% des cas que du calcium devra être prescrit à vie. Ceci est dû au fait que des petites glandes parathyroïdes (au nombre de quatre, chacune mesurant seulement 4 à 6 millimètres de grand axe), intimement accolées à la glande thyroïde, doivent transitoirement récupérer de la dissection minutieuse que fera le chirurgien pour les préserver (en cas d'impossibilité anatomique de dissection, le chirurgien pourra même aller jusqu'à vous les retransplanter dans un muscle du cou pour diminuer les risques d'hypocalcémie prolongée).

Au total les risques existent, mais ils sont très faibles et les complications définitives ne se rencontrent que chez moins de 2% des patients opérés. Même lorsqu'elles ne récupèrent pas ces complications sont toujours soignables, parfois au prix d'un traitement à vie (calcium et vitamine D pour les hypocalcémies) ou d'une rééducation de la voix.

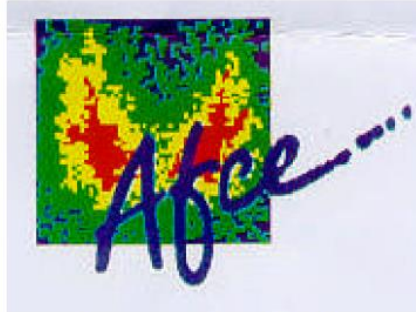
• Rares complications liées à toute chirurgie cervicale

- * Hématome superficiel
- * Infection de la cicatrice (moins de 0.5%)
- *

Le traitement par les hormones thyroïdiennes

En règle générale, si vous avez été opéré d'un nodule, vous n'aurez besoin d'aucun traitement après l'intervention et ceci même si on vous a retiré la moitié de la glande thyroïde. Le reste suffit largement pour mener une vie absolument normale et l'intervention n'aura donc aucune conséquence, sauf bénéfique, sur votre état général.

Si vous avez bénéficié d'une thyroïdectomie bilatérale/ totale, un traitement par les hormones thyroïdiennes vous sera prescrit à vie. Ce geste chirurgical peut nécessiter un *traitement substitutif* pour compenser l'absence de sécrétion hormonale. Un traitement substitutif si nécessaire prescrit.



Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne