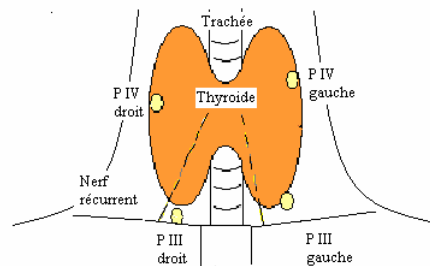


INFORMATIONS AUX PATIENTS
CHIRURGIE DES GLANDES PARATHYROÏDES
Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre aux questions fréquentes concernant la chirurgie des glandes parathyroïdes. Il s'agit d'un document n'abordant que des principes généraux, sans être exhaustif, ni normatif.

De quoi s'agit-il ?



Région cervicale vue de face

Située à la partie inférieure du cou, la thyroïde est schématiquement en forme de papillon, comportant un mince corps central (isthme) et deux ailes latérales (lobes). La glande a un contact étroit avec les glandes parathyroïdes et se situe en avant de la trachée et des deux nerfs récurrents, qui commandent la mobilité des cordes vocales. On compte en général 4 glandes parathyroïdes :

- 2 glandes parathyroïdes droites, supérieure (P IV, ainsi nommée parce qu'elle dérive de la 4^{ème} poche branchiale embryonnaire) et inférieure (P III droite).
- 2 glandes parathyroïdes gauches, supérieure (P IV gauche) et inférieure (P III gauche).

L'une ou plusieurs de ces glandes peuvent être en position ectopique, parfois très à distance de leur localisation habituelle (contre l'oesophage ou dans le médiastin).

Ces glandes sont impliquées dans l'équilibre phospho-calcique, sécrètent de la parathormone (PTH) , une hormone hypercalcémiant.

Maladie : hyperparathyroïdie primaire

L'hyperparathyroïdie primaire est la cause la plus fréquente d'hypercalcémie, plus fréquente à partir de 50 ans et chez la femme. L'hyperparathyroïdie primaire est due à la production excessive et inappropriée de parathormone (PTH) par :

- Un **adénome**, le plus souvent unique, localisé dans une glande parathyroïde.
- Une **hyperplasie** diffuse des 4 glandes ou des adénomes multiples dans 10-15% des cas.
- Un **cancer** dans moins 1% des cas.

La maladie est souvent asymptomatique, découverte fortuitement lors d'un examen de sang. Les formes symptomatiques sont plus rares (forme rénale ou osseuse, hypertension, douleurs digestives, fatigue). Le **diagnostic biologique** est posé devant une augmentation de la calcémie (hypercalcémie) avec une élévation inappropriée de PTH. Le **diagnostic topographique** est aidé par l'échographie et la **scintigraphie** (meilleure méthode de localisation parathyroïdienne).

Le **traitement** est chirurgical, nécessite un chirurgien entraîné, est suivi le plus souvent d'une guérison définitive. Il comporte néanmoins des échecs, en raison d'adénomes impossibles à trouver (ectopiques) ou multiples.

Risques en l'absence de traitement

À court terme, le risque est l'hypercalcémie aiguë qui peut être mortelle. À long terme, l'hyperparathyroïdie peut avoir des conséquences osseuses et/ou rénales (calculs ou insuffisance rénale).

Opérations

L'adénome unique peut-être traité sous anesthésie locale, sous réserve qu'il y ait une positivité et une concordance entre l'échographie et la scintigraphie. L'intervention est

précédée d'un repérage échographique (échographiste entraîné), sur lequel l'incision (2-3 cm) est réalisée après avoir pratiqué l'anesthésie locale. Il s'agit en général d'une lésion de 5-10 mm, dont l'exérèse est authentifiée pendant l'intervention, par des dosages de PTH et un examen microscopique de la pièce chirurgicale (examen extemporané). Le taux de PTH dans le sang chute dès l'ablation de l'adénome.

Dans tous les autres cas, et *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'une hyperplasie, on doit réaliser une **intervention sous anesthésie générale**, avec une incision à la face antérieure du cou. L'intervention consiste à localiser les 4 glandes pour en réaliser l'exérèse de 3,5 et n'en laisser qu'une demi.

Cette voie d'abord sous anesthésie générale doit également être préférée pour un adénome en position ectopique.

Complications post-opératoires

La **guérison** est définitive dans la majorité des cas. Une **hypocalcémie** post-opératoire peut s'observer, le plus souvent transitoire. L'hypocalcémie définitive est exceptionnelle.

La **paralysie du nerf récurrent** est très rare, mais peut occasionner la paralysie de la **corde vocale** correspondante, en modifiant ainsi le timbre de la voix. Cette **paralysie** est souvent transitoire, et peut faire l'objet d'une rééducation orthophonique, afin d'assurer une récupération plus rapide et complète.

La **récidive de l'hyperparathyroïdie** est possible, lorsqu'il existe des adénomes multiples méconnus avant l'intervention (10%), ou ectopiques.

L'hématome et **l'infection** sont exceptionnels.

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille au soir (anesthésie générale) ou le matin de l'opération (anesthésie locale). Les douleurs post-opératoires sont généralement modérées, pareil à celles d'une angine. Vous pouvez vous réalimenter le soir même. Dans les interventions sous anesthésie générale, les agrafes sont desserrées le premier jour, puis remplacées le second par des petites bandes collantes, pour que la cicatrice soit la moins visible possible. Lorsque la cicatrisation est complète, des massages locaux peuvent améliorer le résultat esthétique. En

l'absence de complication, vous quittez l'hôpital le 2^e jour. Dans les interventions sous anesthésie locale, la peau est refermée avec un fil résorbable et vous sortez le jour même ou le lendemain.

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier. **Alertez votre médecin si vous constatez :**

- **secrétions purulentes** au niveau des incisions ou rougeur locale
- **fièvre**
- **douleurs** intenses qui ne sont pas calmées par les antalgiques usuels