

## **INFORMATIONS AUX PATIENTS**

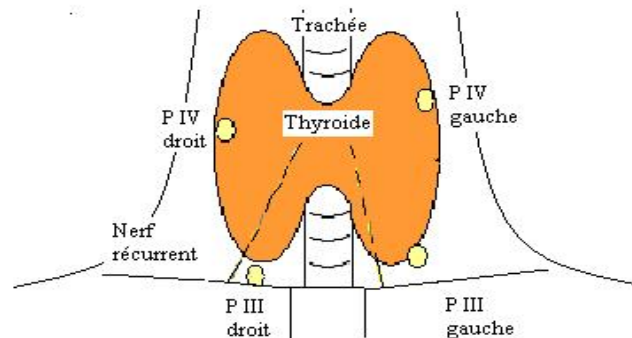
### **LA THYROÏDE**

**Dr Lionel Charbit**

Madame, Monsieur,

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

### **De quoi s'agit-il ?**



#### **Vue du cou 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.

La thyroïde secrète des **hormones** qui interviennent dans de nombreux métabolismes, et sa régulation est assurée par une autre hormone (TSH) sécrétée par la glande hypophyse, située à

la partie inférieure du cerveau. Les glandes parathyroïdes régulent le taux de calcium sanguin (calcémie).

## *Différentes maladies de la thyroïde*

La chirurgie peut-être indiquée dans différentes maladies thyroïdiennes, soit à cause d'un hyperfonctionnement (**hyperthyroïdie**), soit du fait d'un **goitre** compressif (augmentation de volume de la glande), d'un ou de **nodule(s)** ou d'un **cancer**. Selon la nature de cette maladie, sa localisation, votre âge, votre endocrinologue et/ou médecin traitant, le chirurgien décidera de l'étendue exacte de la résection nécessaire et donc du type de thyroïdectomie, partielle (lobectomie), subtotale ou totale.

## *Opérations*

L'opération se fait sous anesthésie générale. L'incision est horizontale, assez basse, située dans les plis naturels du cou, de telle sorte que la cicatrice devienne peu visible avec le temps. Après avoir écarté les muscles barrant la glande, le chirurgien aborde la loge de la thyroïde, dont il résèque tout ou partie :

- **Lobo-ithmectomie** = exérèse d'un lobe et de l'isthme (nodule unilatéral)
- **Thyroïdectomie sub-totale** = exérèse de la quasi-totalité de la glande, laissant juste un mur postérieur (hyperthyroïdie)
- **Thyroïdectomie totale** = exérèse de la totalité de la glande.

En cas de suspicion de cancer, un examen histologique (microscopique) peut-être réalisé pendant l'intervention, afin de confirmer le diagnostic et de poser l'indication d'une **thyroïdectomie totale**.

En fin d'intervention, un petit drain aspiratif est laissé en place, puis la peau refermée par des agrafes. L'intervention dure entre 40 minutes et 2 heures.

## *Complications post-opératoires*

Réalisée par des opérateurs formés à sa spécificité, la chirurgie de la thyroïde ne comporte que très peu de complications. Les deux risques spécifiques sont liés à la proximité immédiate des glandes parathyroïdes et des nerfs récurrents.

Suite au traumatisme opératoire, les **glandes parathyroïdes** peuvent s'arrêter temporairement de fonctionner, ce qui induit une baisse de la **calcémie**, ayant pour conséquences possibles des fourmillements des extrémités, voire des crises de tétanie. Cette complication est facilement évitée par le dosage régulier du calcium sanguin et traitée, le cas échéant, par la prise quotidienne de calcium. Les **hypocalcémies** définitives ne se rencontrent qu'en cas de résection des quatre glandes parathyroïdes, situation exceptionnelle liée à l'existence d'un volumineux cancer ou à des conditions locales très inflammatoires. En règle générale, le traitement par du calcium est interrompu dans les 21 jours suivant l'opération.

La blessure d'un **nerf récurrent** ou une simple dissection à son contact peut occasionner la paralysie de la **corde vocale** correspondante, modifiant ainsi le timbre de la voix. Cette **paralysie** est souvent transitoire, mais peut faire l'objet d'une rééducation orthophonique, afin d'assurer une récupération plus rapide et presque complète. Dans des mains entraînées, cette complication ne survient que dans 2% des thyroïdectomies. Quelquefois, en présence d'un cancer invasif, le nerf doit être sacrifié pour des raisons carcinologiques. L'atteinte bilatérale des nerfs récurrents est exceptionnelle mais peut entraîner des **troubles de la déglutition**, voire une **asphyxie** (corde vocales paralysées en position de fermeture) obligeant à pratiquer une trachéotomie en urgence.

L'**hématome compressif**, heureusement rarissime, est la seule urgence vitale de cette chirurgie, impose une réintervention en urgence, pour l'évacuer et pour faire l'hémostase du vaisseau à l'origine du saignement.

Enfin, l'**infection** de la plaie est exceptionnelle (moins de 1%) et sans gravité.

## *En pratique*

Vous entrez à l'hôpital la veille au soir ou le matin de l'opération. Les douleurs post-opératoires sont généralement modérées, pareil à celles d'une angine. Vous pouvez vous réalimenter le soir même. Le drain est retiré 24 à 48 h après l'opération. 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 entre le 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> jour. L'instauration ou la reprise d'un traitement par des hormones thyroïdiennes aura été préalablement discuté avec votre médecin et/ou votre endocrinologue. Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation à 1 mois.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.