

**Pôle ONCCHIRURGIE DIGESTIVE, UROLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, ORL et STOMATOLOGIE**

**Chirurgie viscérale et digestive**

Chirurgie oncérologique, endocrinienne et bariatrique

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

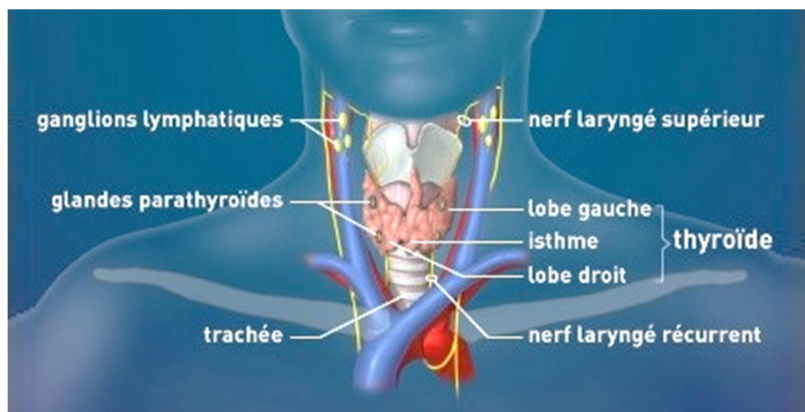
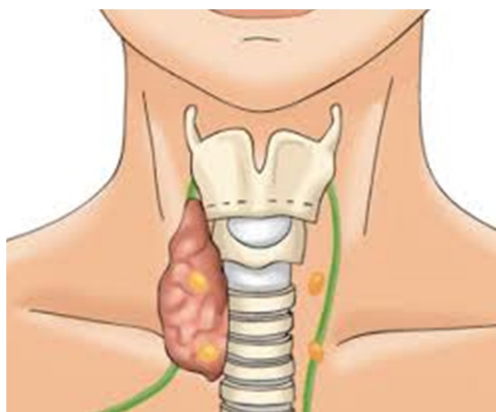
Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

**OU EST SITUE LA THYROÏDE ?**

La **thyroïde** est située sur le devant du cou. Elle monte et redescend lorsqu'on avale. Constituée de deux lobes ovales (droit et gauche) réunis par une partie centrale, l'isthme, la thyroïde est très souvent comparée à un papillon.

Elle joue un rôle important dans notre organisme puisqu'elle régule notre métabolisme hormonal entre autre, notre humeur, notre sommeil, notre poids et notre vie sexuelle.

Cette glande sécrète des hormones thyroïdiennes (T3-T4) dont leurs taux sont régulés par le cerveau et plus précisément par une autre glande qu'on appelle l'hypophyse, qui stimule son fonctionnement par une hormone appelée TSH.



**BUTS DE L'INTERVENTION ?**

La thyroïdectomie peut avoir **plusieurs buts** :

- Une maladie de Basedow qui résiste à un traitement médical ou a rechuté après son arrêt, si vous désirez une grossesse ou si la thyroïde est volumineuse.
- Un nodule chaud ou toxique, responsable d'hyperthyroïdie
- Un goitre multi-nodulaire toxique

- Un nodule froid unique. A part quelques kystes qui peuvent être ponctionnés ou des petits nodules qui peuvent être surveillés, la plupart de ces nodules doivent être opérés. En cas de nodule unique, l'intervention consiste à retirer le côté de la thyroïde où siège ce nodule et pratiquer un examen extemporané. En fonction des résultats de cet examen, des gestes complémentaires pourront être effectués, notamment une thyroïdectomie totale avec ou sans curage ganglionnaire.
- Goitre multi-nodulaire volumineux, pouvant comprimer les organes voisins, provoquant parfois des troubles respiratoires ou de la voix ou une gêne à la déglutition.

## QUELLES OPERATIONS SONT HABITUELLEMENT PRATIQUÉES ?

Lorsque la pathologie thyroïdienne ayant motivée 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 DEROULE 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).

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 mis en place selon l'importance de l'intervention chirurgicale.

## QUELS SONT LES RISQUES EN RAPPORT AVEC L'INTERVENTION ?

- **Risques immédiats**

Complication hémorragique extériorisée : elle peut nécessiter une ré-intervention pour stopper l'hémorragie

Hématome post-opératoire : 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.

Douleurs cervicales : habituellement transitoires

En cas de thyroïdectomie totale, on peut observer des crampes, des fourmillements dans les mains ou les pieds, liés à un dysfonctionnement des glandes parathyroïdes, 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 (chéloïde).

- **Complications graves et / ou exceptionnelles**

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 sont dû à la chirurgie au voisinage du nerf récurrent. En cas d'altération vocale marquée, un examen laryngoscopique peut être demandé à la recherche de la paralysie d'une corde vocale.
- Troubles de la respiration (en cas de thyroïdectomie totale) : ils peuvent être graves et nécessiter une assistance ventilatoire, voire une trachéotomie ou un geste chirurgical laryngé.
- Trouble du nerf : en cas d'atteinte des nerfs récurrents, une dyspnée ou des troubles de la déglutition peuvent coexister avec des troubles de la voix. Les paralysies du nerf bilatéral sont exceptionnelles (1/10 000). 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.

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.

## TRAITEMENT PAR HORMONES THYROIDIENNES

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, un traitement par les hormones thyroïdiennes vous sera prescrit à vie.**

### Quand et comment prendre les hormones thyroïdiennes ?

L'essentiel est de prendre l'hormone thyroïdienne une fois par jour régulièrement. Si vous avez oublié de prendre votre comprimé, ce n'est pas grave.

### Comment surveiller le traitement ?

Par une consultation médicale à intervalles réguliers fixés par le médecin. Par des dosages hormonaux périodiques de T4 et surtout de TSH.