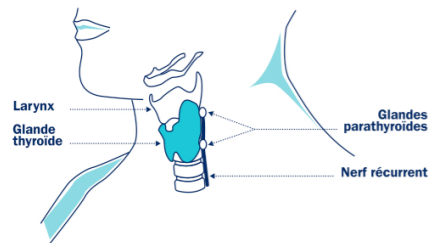


Schéma de la glande thyroïde (vue de face)

La glande thyroïde sécrète les hormones thyroïdiennes appelées communément T₃ et T₄ (3 ou 4 atomes d'iode). L'iode est l'élément principal, indispensable à la fabrication des hormones thyroïdiennes. Il est apporté essentiellement par l'alimentation. Ces hormones sont indispensables à la régulation de fonctions importantes de l'organisme comme :

- Le rythme cardiaque
- La motricité de l'intestin
- La température du corps
- La transformation des graisses et des sucres
- L'appétit, l'humeur et le sommeil
- L'équilibre du poids corporel
- La croissance chez l'enfant



Visualisation des glandes parathyroïdes

Avant l'intervention

Il est vivement recommandé d'arrêter de fumer 1 mois avant l'intervention, ce qui aura pour effet de diminuer le taux de complications post-opératoires et favorisera une meilleure cicatrisation.

Vous rencontrerez successivement, en consultation, le chirurgien et l'anesthésiste. Plusieurs examens tels qu'un bilan biologique, un électrocardiogramme, une radiographie du thorax doivent être pratiqués avant l'intervention. De plus, une évaluation de la mobilité des cordes vocales sera réalisée avant l'intervention et pratiquée par un médecin ORL. Parfois, la veille de l'intervention, un contrôle échographique de la thyroïde s'avèrera nécessaire.

Hôpital Erasme • Route de Lennik 808 - B - 1070 Bruxelles
T 02 555 31 11 - M webmaster@erasme.ulb.ac.be

Service de Chirurgie thoracique et thyroïdienne
Secrétariat d'hospitalisation T 02 555 35 16
Secrétariat médical T 02 555 39 43
Consultations T 02 555 37 73

Polyclinique du Lothier
Quai aux Pierres de Taille 16 - B - 1000 Bruxelles
T 02 221 87 11 - F 02 221 87 02
M polyclinique.lothier@erasme.ulb.ac.be

Polyclinique de Nivelles
Rue des Conceptionnistes 3 - B - 1400 Nivelles
T 067 84 06 92 - F 067 84 06 91
M policlinique.nivelles@erasme.ulb.ac.be

www.erasme.ulb.ac.be

Hôpital
Erasme



ULB

Sommaire

- La glande thyroïde
- Avant l'intervention
- Les différentes interventions
- Après l'intervention
- A votre retour à domicile
- La consultation post opératoire
- Lexique des termes médicaux

Traitement chirurgical de la glande thyroïde

Service de Chirurgie thoracique et thyroïdienne

« Quel motif comme a-t-il de souhaiter une longue vie-swan de pouvoir être utile au plus grand nombre ? » ERASME (1466-69 - 1936)



Editeur responsable : Patrick Goblet et Jean-Paul Van Vooren
Hôpital Erasme ULB - Route de Lennik 808 - B - 1070 Bruxelles
08/2014 • Graphisme : © Geluck, Suykens & Partners • 23804/0



La chirurgie de la glande thyroïde

Les affections thyroïdiennes sont fréquentes et d'une grande diversité, surtout chez la femme. Cependant, toutes ne relèvent pas de la chirurgie.

Comprendre les explications qui vous sont données et s'en souvenir est parfois difficile. Ce document complète ce que les médecins vous ont dit.

Vous avez rencontré en consultation différents médecins spécialistes (endocrinologue, chirurgien, médecin isotopiste, ORL) qui, à l'issue du bilan réalisé, ont pris la décision de vous proposer un traitement chirurgical.

A chaque dysfonctionnement thyroïdien correspond une intervention chirurgicale spécifique.

La glande thyroïde

La glande thyroïde est située à la base du cou. Elle est constituée de deux lobes ovales disposés de part et d'autre de la trachée (forme de papillon). Ceux-ci sont réunis par une partie centrale appelée isthme.

La glande thyroïde pèse normalement 10 à 25 grammes et son volume oscille entre 10 et 25 ml. Chaque lobe mesure 4 à 6 cm de haut et 1 à 2 cm de large.

Les différentes interventions

Vous serez opéré(e) sous anesthésie générale, le lendemain de votre admission ou le jour même si vous avez opté pour une “Same Day Admission”.

Quel que soit le type de résection thyroïdienne, l’incision chirurgicale sera horizontale, située à la base du cou et, si possible, dans un pli naturel de la peau. La longueur de l’incision sera adaptée au volume de la glande.

Le type d’intervention chirurgicale sera différent selon votre affection:

En cas d’hyperthyroïdie par maladie de Basedow

L’intervention consiste en l’ablation de la totalité de la glande thyroïde. Dès le lendemain, il ne sera plus nécessaire de prendre les médicaments anti-thyroïdiens (Strumazol ou PTU). Mais il sera indispensable d’initier un traitement de substitution consistant en l’administration d’hormones thyroïdiennes (Elthyrone, L-Thyroxine, Euthyrox par ex.).

Si vous souffrez de problèmes oculaires liés à la maladie de Basedow (exophtalmie), ceux-ci ne disparaissent pas toujours complètement après la chirurgie. En revanche, ils sont toujours stabilisés sinon améliorés. Quoiqu’il en soit, ces modifications sont habituellement tardives par rapport à l’acte chirurgical.

En cas d’hyperthyroïdie liée à un adénome

Si cet adénome est unique, seul le lobe contenant l’adénome est retiré. La prise d’hormones thyroïdiennes est rarement nécessaire au long cours mais parfois temporairement pendant quelques semaines en post-opératoire le temps qu’une fonction thyroïdienne normale se restaure.

Si cet adénome est inclus dans un goitre multinodulaire, l’entièreté de la glande sera retirée et un traitement hormonal substitutif s’avérera nécessaire.

En cas de nodule thyroïdien unique sans dysfonctionnement thyroïdien

Le lobe thyroïdien contenant le nodule est retiré et analysé au microscope pendant l’intervention :

- Si le nodule est bénin, aucun geste supplémentaire n’est effectué
- Si le nodule est malin, toute la glande thyroïde est retirée ainsi que les ganglions localisés autour de la glande thyroïde (curage ganglionnaire du compartiment central du cou).

Le plus souvent, vous bénéficierez quelques semaines plus tard d’un traitement complémentaire à base d’iode radioactif et ensuite une prise quotidienne d’hormones thyroïdiennes sera instaurée.

En cas de goitre multinodulaire

L’ablation de toute la glande thyroïde est pratiquée. La prise de comprimés d’hormones thyroïdiennes sera également indispensable par la suite.

Quelle que soit l’intervention chirurgicale réalisée, le chirurgien prend un soin particulier à préserver, d’une part, les nerfs des cordes vocales (nerfs récurrents) et, d’autre part, à visualiser les glandes parathyroïdiennes. Ce sont de petites glandes situées en arrière de la glande thyroïde. Elles interviennent dans la régulation du taux sanguin de calcium (calcémie). Un ou deux drains aspiratifs sont habituellement mis en place pendant l’intervention. Ils seront retirés le lendemain matin. Ce retrait est indolore.

Après l’intervention

Surveillance post-opératoire

Après l’intervention, vous transiterez quelques heures en salle de réveil avant de rejoindre l’unité d’hospitalisation. Exceptionnellement, si cela s’avère nécessaire, vous passerez la nuit en salle de réveil pour surveillance. Durant les suites post-opératoires immédiates peuvent survenir les complications suivantes :

- Un hématome qui peut parfois nécessiter une ré-intervention pour procéder à son évacuation. Cette complication est rare (< 1% des cas).
- Si au cours de votre hospitalisation, vous percevez des fourmillements ou des picotements autour de la bouche, dans les mains ou les pieds, prévenez immédiatement l’infirmier(ère). Une prise de sang et une administration de calcium peuvent être nécessaires. Ce phénomène sans gravité est lié à la dissection des glandes parathyroïdes (hypocalcémie) et disparaît spontanément après quelques jours ou quelques semaines. Il perdure rarement et, dans ce cas, il nécessitera l’administration de vitamine D.
- Il peut survenir une modification de la voix liée à la dissection des nerfs récurrents. Ce trouble est habituellement transitoire et la mobilité des cordes vocales sera contrôlée. Dans certains cas, si celui-ci persiste, une rééducation orthophonique (logopédie) peut être indiquée pendant plusieurs semaines afin d’accélérer la récupération de votre voix. Une altération définitive de la voix peut persister dans moins de 1% des cas.

Traitement contre la douleur

A votre réveil, vous ressentez une douleur qui s’apparente à une angine. Afin d’y remédier, vous bénéficiez de l’administration de médicaments contre la douleur (antalgiques). Les douleurs de la nuque (dues à la position de votre cou en extension pendant l’opération) sont également soulagées

par la prise d’anti-inflammatoires et/ou par des séances de kinésithérapie.

Le lendemain matin, après les soins infirmiers et le retrait des drains, vous pourrez vous alimenter normalement. En cas de thyroïdectomie totale, une prise de sang sera réalisée pour contrôler le taux de calcium sanguin.

A votre retour à domicile

La sortie de l’hôpital se fait généralement le lendemain dans le courant de l’après-midi, parfois il est nécessaire de prolonger la surveillance encore pendant 24h.

Au moment de votre sortie, notre secrétaire vous fournira les documents suivants : un rapport provisoire d’hospitalisation à remettre à votre médecin, un rendez-vous en consultation pour pratiquer l’ablation du fil cutané, une ordonnance d’hormones thyroïdiennes et de calcium (si nécessaire).

Si, dans les jours qui suivent l’intervention, vous présentez de la fièvre (T° > 37,2°) et/ou des douleurs vives au niveau du site opératoire, contactez notre service.

La consultation post-opératoire

Huit à dix jours après l’opération, vous serez revu en consultation de chirurgie afin de contrôler la cicatrice et de pratiquer le retrait du fil endermique. Si les résultats histologiques (analyse au microscope du prélèvement de votre thyroïde) sont disponibles, ils vous seront communiqués.

Environ un mois après l’intervention, vous devrez rencontrer votre endocrinologue et pratiquer un contrôle biologique de la fonction thyroïdienne afin d’en assurer l’équilibration.

La cicatrice

En fin d’intervention, la cicatrice a été refermée avec le plus grand soin en utilisant des techniques de chirurgie esthétique. N’oubliez pas que le résultat esthétique de la cicatrice n’est acquis qu’entre 6 et 12 mois après l’intervention.

A remarquer que, pendant plusieurs semaines, il peut persister un gonflement au niveau de la cicatrice (bosse) surtout au-dessus et une induration du site opératoire qui peut parfois gêner la déglutition. Ces phénomènes sont une évolution normale de l’intervention. Ils disparaissent spontanément au bout de quelques mois.

Au cours des semaines qui suivent l’intervention, certaines personnes pourront présenter une altération de la cicatrisation de la plaie opératoire (cicatrice hypertrophique ou chéloïde) en fonction du patrimoine génétique de l’individu (bassin méditerranéen, Afrique). Des traitements dermatologiques seront nécessaires.

Le lexique des termes médicaux

Adénome

Tumeur bénigne développée aux dépens de la glande.

Anesthésie

Acte qui consiste à endormir et rendre insensible un patient (anesthésie générale) ou une partie de son corps (anesthésie locale).

Bénin/bénigne

Se dit d’une tumeur non cancéreuse.

Drains aspiratifs

Dispositif permettant l’évacuation des sérosités en période post-opératoire.

Exophtalmie

Saillie anormale du globe oculaire hors de l’orbite.

Goitre

Augmentation du volume de la glande thyroïde.

Hématome

Accumulation localisée de sang dans un tissu.

Hyperthyroïdie

Hyperfonctionnement de la glande thyroïde.

Iode radioactif

Gélule absorbée par la bouche contenant de l’iode radioactif. Traitement complémentaire après chirurgie. Indiqué dans certains cancers de la thyroïde. Une partie de l’iode se fixe sur les cellules thyroïdiennes et les détruit par le rayonnement qu’il émet.

Maladie de Basedow

Variété d’hyperthyroïdie s’accompagnant habituellement d’un goitre diffus (sans nodule) et parfois de complications oculaires.

Malin/maligne

Se dit d’une tumeur cancéreuse.

Nodule

Masse de tissu, plus ou moins arrondie. Peut être palpable ou découverte par des méthodes radiologiques. La plupart sont des anomalies bénignes.

Pluridisciplinarité

Qui fait intervenir plusieurs spécialités médicales.

Rééducation orthophonique

Rééducation des troubles de la voix.