

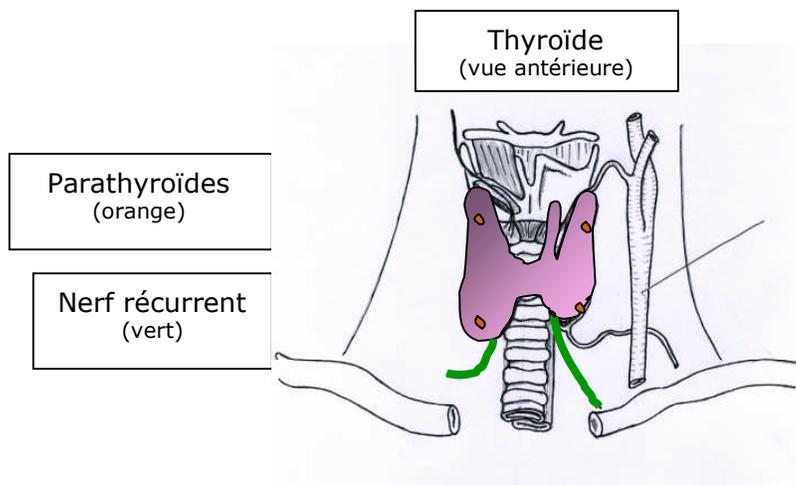
Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne

Note d'information au patient

Vous allez être opéré de 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. 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 sécrète 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. La thyroïde est sous la dépendance d'une autre glande, l'hypophyse, qui stimule son fonctionnement par une hormone appelée TSH. Ainsi, la sécrétion des hormones thyroïdiennes T4 et T3 est régulée de telle façon que la quantité fabriquée réponde aux besoins de l'organisme.



Comment explorer la thyroïde ?

La palpation permet d'apprécier la consistance et la taille de la thyroïde et recherche des « nodules », c'est-à-dire des tuméfactions arrondies dans la thyroïde.

Les examens complémentaires utiles sont le dosage des hormones (T3, T4, TSH) dans le sang, l'échographie, la cytoponction de nodules à l'aiguille fine pour examen cytologique, et, dans certains cas, la scintigraphie.

A quoi sert la thyroïde ?

La thyroïde n'est utile que par les hormones qu'elle sécrète (T3 et T4). Elle pourra donc, si nécessaire, être retirée en totalité à condition de la remplacer par des hormones sous la forme de comprimés ou de gouttes administrés par voie orale.

Les hormones thyroïdiennes à l'âge adulte interviennent dans la régulation du cœur, de l'intestin, dans la production de chaleur, ainsi que dans le métabolisme (c'est-à-dire la transformation) des graisses et des sucres.

C'est pourquoi si la thyroïde ne produit pas assez d'hormones (**hypothyroïdie**), il peut apparaître une constipation, une frilosité, une prise de poids. A l'opposé, si elle en produit trop (**hyperthyroïdie**) cela entraînera des palpitations, des sueurs, un amaigrissement.

Organe ou système	Hormones thyroïdiennes	
	Augmentées = hyperthyroïdie	Diminuées = hypothyroïdie
Cœur	Il s'accélère, on peut ressentir des palpitations	Il se ralentit et grossit
Muscles	Ils se contractent et se fatiguent plus vite	Ils se ralentissent ; on peut ressentir des crampes
Tube digestif	Le transit s'accélère avec parfois de la diarrhée	Le transit se ralentit avec possibilité de constipation
Peau	Elle est chaude et moite	Elle est froide, épaisse, écaillée
Cerveau et humeur	Excitation et agressivité	Trou de mémoire, dépression
Poids	Amaigrissement par fonte de graisse et de muscles	Prise de poids par rétention d'eau
Vie sexuelle	Le désir est souvent diminué ; les règles restent souvent normales	Le désir est diminué ; il y a souvent arrêt des règles

Quelles maladies thyroïdiennes opère-t-on ?

Les affections thyroïdiennes sont extrêmement fréquentes, surtout chez la femme, puisqu'on estime que près de 40% de la population féminine (et 10% de la population masculine) présentent une anomalie de la thyroïde.

La majorité ne nécessite qu'une simple surveillance, d'autres un traitement médical. Dans certains cas rares, une intervention chirurgicale est cependant nécessaire.

Si vous êtes atteint d'une **hyperthyroïdie (maladie de Basedow)** qui a résisté au traitement médical ou a rechuté après son arrêt, si vous désirez une grossesse ou si votre thyroïde est très volumineuse, la chirurgie est indiquée.

Elle consistera à vous retirer la totalité ou quasi-totalité de votre thyroïde. Elle vous guérira de votre hyperthyroïdie dans plus de 99% des cas et vous percevez une amélioration considérable de votre état. Après l'intervention, vous devez prendre pendant toute votre vie un traitement hormonal thyroïdien sous forme de comprimés, facile à équilibrer. Cet équilibre peut demander plusieurs mois pour être obtenu. Il faut également que vous sachiez enfin que la chirurgie ne fera pas toujours disparaître complètement les problèmes oculaires (exophtalmie) que vous pouvez présenter.

Il existe une autre forme **d'hyperthyroïdie** qui est la conséquence d'un **nodule « chaud » ou toxique**. Dans ce cas, la chirurgie consiste à retirer le côté de la thyroïde où siège le nodule. Enfin, certains **goitres multinodulaires sont toxiques**. Les indications chirurgicales sont larges afin de guérir l'hyperthyroïdie, d'en supprimer le retentissement cardiaque potentiel, et d'analyser les nodules.

Une affection thyroïdienne fréquente est le **nodule « froid » unique**. Le caractère « froid » du nodule étant actuellement très théorique puisque les indications des scintigraphies ont diminué, il s'agit de nodules uniques à bilan thyroïdien normal (taux normal des hormones thyroïdiennes dans votre sang). A part quelques kystes qui peuvent être ponctionnés et de petits nodules solides qui peuvent être surveillés, la plupart de ces nodules doivent être opérés. Il n'existe en effet aucun traitement médical pour les faire régresser, ils augmentent volontiers de volume et deviennent gênants, enfin et surtout quelques-uns d'entre eux sont ou deviendront des cancers.

L'intervention en cas de nodule unique, consiste à retirer le côté de la thyroïde où siège le nodule et, le plus souvent, à l'examiner au microscope en salle d'opération. Si le nodule est bénin, aucun geste supplémentaire ne sera effectué. Si par hasard, un **cancer** est découvert (le risque est d'environ 20 à 25% chez les malades opérés), il faudra alors retirer toute votre thyroïde et parfois prélever les ganglions lymphatiques qui l'entourent puis, dans certains cas, vous administrer, au minimum un mois plus tard, de l'iode radioactif par voie orale sous la forme d'une gélule (une seule prise au cours d'une hospitalisation d'une durée minimale de 2 jours). Le pronostic de ce type de cancer est excellent avec pratiquement 100% de guérison définitive s'il a été découvert précocement. Une surveillance régulière sera cependant nécessaire pendant toute votre vie.

Enfin, vous pouvez être porteur d'un goitre. Lorsque les **goitres multinodulaires** sont volumineux, ils risquent de comprimer les organes voisins en provoquant des troubles respiratoires ou de la voix (déviation ou rétrécissement de la trachée), ou une gêne à la déglutition (par compression de l'œsophage). La chirurgie est là encore est nécessaire. Le risque de cancer est beaucoup plus faible que dans les nodules isolés (environ 15% des malades opérés). Après l'intervention qui consiste à retirer la totalité ou la quasi-totalité de la thyroïde, un traitement à vie par les hormones thyroïdiennes vous sera prescrit.

Quelles opérations sont habituellement effectuées ?

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).

L'hospitalisation, l'anesthésie, l'opération

1° En ce qui concerne **l'hospitalisation**, nous vous demandons, sauf cas particulier, de venir la veille de l'intervention, dans l'après-midi. Auparavant, vous serez passé au service des admissions prendre vos papiers d'entrée.

Si vous possédez des documents médicaux concernant votre état de santé actuel ou antérieur, nous vous serons reconnaissants de les apporter avec vous. La dernière échographie thyroïdienne est souvent très utile pour votre chirurgien.

Avant l'intervention vous aurez, seulement si l'Anesthésiste l'a jugé si nécessaire, quelques prises de sang, un électrocardiogramme, une radiographie pulmonaire.

2° Vous **serez opéré** en principe le lendemain de votre admission.

L'intervention durera entre une et deux heures et nécessite une anesthésie générale, sauf exception. 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.

Nous vous demanderons de vous lever et de marcher dès le lendemain de l'intervention, d'éviter de croiser vos jambes lorsque vous êtes assis, et de ne mettre qu'un oreiller lorsque vous êtes couché afin de ne pas avoir le cou trop fléchi et ainsi pour vous permettre de bien tousser et de cracher si vous en ressentez le besoin.

3° Vous **quitterez le service d'hospitalisation** en principe le lendemain ou le surlendemain (1^{er} ou 2^{ème} jour postopératoire) de l'intervention sans agrafes, sans drain.

En quittant le service, l'infirmière vous transmettra :

- ❖ Vos papiers administratifs de sortie
- ❖ Les modalités d'un traitement antalgique et hormonal éventuel
- ❖ Un arrêt de travail si nécessaire
- ❖ Un bon de transport si nécessaire
- ❖ Un rendez-vous

Pendant les 24 premières heures suivant l'intervention, vous aurez l'impression d'avoir une grosse angine vous gênant pour parler et avaler. 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.

4° **Consultation postopératoire**. Nous vous reverrons une fois en consultation à la fin de votre convalescence et en principe vous n'aurez besoin d'aucune autre consultation avec nous. Une surveillance par votre médecin traitant ou votre endocrinologue est par contre indispensable.

Si vous avez quitté le service d'hospitalisation avec une ordonnance pour un traitement hormonal, une autre ordonnance vous sera remise pour un prélèvement de sang à effectuer quelques semaines plus tard et dont vous montrerez le résultat lors de votre consultation postopératoire.

Lors de cette consultation, nous vous remettons, si vous le souhaitez, votre compte rendu opératoire, le résultat de l'analyse de votre thyroïde et le compte rendu de votre hospitalisation.

Les suites opératoires

Elles sont habituellement très simples

La cicatrice

Vous conserverez bien sûr une cicatrice qui, pendant quelques semaines, sera assez visible, parfois entourée d'un œdème (gonflement), surtout au-dessus. Cet œdème est tout à fait normal. Il s'accroît souvent à partir des 3^{ème} ou 4^{ème} jours postopératoires, c'est-à-dire après votre retour à domicile. L'œdème postopératoire est caractéristique de toute cicatrice, mais probablement plus visible au niveau du cou...

Vous pouvez réduire rapidement cet œdème et assouplir vous-même votre cicatrice par des **petits massages circonférentiels** à débiter lorsqu'elle n'est plus douloureuse. Dans tous les cas, ne mettez pas de pommade avant le 10^{ème} jour.

Vous ne devez pas mouiller la cicatrice pendant quelques jours, et vous devez éviter les semaines suivantes le contact avec des vêtements en tissu synthétique ainsi que l'utilisation de produits de beauté colorés. Enfin, le soleil pouvant entraîner une pigmentation permanente, il est recommandé pendant plusieurs mois d'utiliser un écran total.

Après quelques mois, si vous cicatrisez bien, on ne verra que très peu votre incision. Il ne faut pas s'inquiéter de l'aspect de la cicatrice dans les premiers jours voire dans les premières semaines, car l'aspect définitif (cicatrice quasi invisible) n'est attendu qu'à partir de plusieurs mois.

Une formation de cicatrices dites « chéloïdes » peut rarement se produire. Elles peuvent être améliorées par une prise en charge spécifique.

Gêne cervicale

Pendant toute votre convalescence (d'une durée d'un mois au maximum) et peut être pendant un peu plus longtemps, vous pourrez garder une petite gêne pour avaler, une voix un peu enrouée. Ces troubles disparaîtront par la suite.

Les risques opératoires

N'oubliez pas **qu'ils sont très faibles** et qu'ils dépendent de facteurs variés : la pathologie opérée (les risques sont accrus en cas de réintervention, d'hyperthyroïdie ou de cancer étendu), vous-même (si vous prenez des médicaments susceptibles de faire saigner par exemple), et bien sûr le chirurgien, plus il est expérimenté, moins le risque est élevé.

Certains risques sont communs à tout acte chirurgical : hématome superficiel ou infection de la cicatrice (moins de 0.5%)

D'autres sont plus spécifiques à la chirurgie de la thyroïde

Hématome compressif du cou imposant une réintervention en urgence (moins de 1%)

Les troubles de la voix

Contrairement à une opinion répandue, vous ne devriez garder à distance aucun trouble pour parler. 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. Les symptômes vocaux disparaissent en quelques semaines ou quelques mois. La récupération peut être accélérée par la prescription de quelques séances de rééducation auprès d'une orthophoniste. Ceci est cependant rarement nécessaire. 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). Ces complications graves peuvent avoir pour conséquence une réintubation pendant quelques jours, voire la confection d'une trachéotomie transitoire ou d'un geste ORL afin d'élargir l'espace entre les deux cordes vocales.

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, subtotale 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.

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

Quelles hormones thyroïdiennes prescrit-on?

L'hormone thyroïdienne la plus fréquemment prescrite est la **lévothyroxine** ou **L-T4**. La dose à prendre chaque jour est variable suivant les personnes (taille, poids, âge, étendue de la thyroïdectomie), **entre 50 et 200 microgrammes (μg) par jour**. Il n'est pas utile de donner de la T3 (autre hormone thyroïdienne) car la L-T4 administrée sous forme de comprimé ou de gouttes se transforme dans l'organisme en T3.

Quand et comment prendre les hormones thyroïdiennes?

La L-T4 a une durée d'action de huit jours. Il est préférable de prendre le(s) comprimé(s) le matin à jeun, ¼ h avant le petit déjeuner. Son absorption en est meilleure. 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 : ne prenez pas une double dose le lendemain, mais reprenez votre traitement à la dose normale.

Quels effets indésirables peut-on ressentir?

La L-T4 est une hormone de synthèse. C'est exactement la même que la T4 naturelle. Elle peut donc être associée à tous les autres traitements dont vous pouvez avoir besoin. Il existe des interactions médicamenteuses qui sont exceptionnelles. Compte tenu des légers déséquilibres hormonaux au cours des 2 ou 3 premiers mois postopératoires, il est recommandé de surveiller son alimentation pendant cette période (pas trop grasse ni trop calorique). Une fois l'équilibre hormonal obtenu, il n'y a pas de régime alimentaire à suivre.

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.