

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE THYROÏDECTOMIE DE L'ADULTE

Madame, Monsieur,

La thyroïdectomie consiste en l'ablation partielle ou totale de la glande thyroïde, glande endocrine (qui fabrique des hormones) située dans la partie antéro-inférieure et médiane du cou.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse.

Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques, résultats de cytoponction notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention peut avoir plusieurs buts :

- Préciser la nature d'un ou de plusieurs nodules décelés au niveau de la thyroïde.
- Enlever tout ou partie de la glande en raison d'un mauvais fonctionnement, non contrôlé par le traitement médical, ou devant une mauvaise tolérance du traitement médical.
- Enlever tout ou partie de la glande en raison de son volume et des risques de compression des structures avoisinantes
- Prévenir la survenue d'un cancer en cas de risque génétique prouvé (terrain familial de néoplasie endocrinienne multiple)

REALISATION DE 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).

Selon l'intervention proposée, il s'agira de réaliser :

- Une lobo-isthmectomie, à savoir l'ablation de la moitié de votre glande thyroïde,
- Une thyroïdectomie sub-totale,
- Une thyroïdectomie totale.
- Une isthmectomie : ablation de la partie médiane de la glande

Le neuromonitorage peropératoire des nerfs laryngés récurrents, situés à proximité, est souvent réalisé notamment en cas de chirurgie bilatérale pour adapter le geste opératoire, en fonction de la réponse à la stimulation du nerf destiné aux cordes vocales.

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, l'ablation de ganglions situés dans la région du cou à proximité d'une part, et le long de la trachée d'autre part sera associée au geste thyroïdien, et complétée en fonction du bilan

initial par l'ablation de ganglions latéraux de votre cou qui nécessitera alors d'agrandir la cicatrice.

Une « totalisation », c'est-à-dire une ablation de toute la glande thyroïde peut aussi être indiquée en fonction de la nature de la tumeur dans le même temps opératoire ou dans un second temps.

Un ou plusieurs drains seront habituellement mis en place selon l'importance de l'intervention chirurgicale.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Dans les suites immédiates, comme dans tout acte opératoire, une complication hémorragique extériorisée peut survenir ; elle peut nécessiter une ré-intervention pour stopper l'hémorragie.

Cette ré-intervention est habituellement réalisée en urgence en raison du risque respiratoire que fait courir un hématome comprimant la trachée.

La position opératoire peut être responsable de douleurs cervicales habituellement transitoires. Il peut exister une douleur à la déglutition durant quelques jours ou semaines.

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. Ils peuvent aussi nécessiter une supplémentation par voie intra veineuse et faire prolonger l'hospitalisation.

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 devenir épaisse et disgracieuse. Il existe souvent des adhérences qui pourront faire l'objet de massages par vos soins.

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 de la voix peuvent s'accompagner de troubles de la déglutition, des fausses routes et d'une gêne respiratoire à l'effort.

- Troubles de la respiration : ils peuvent être graves et nécessiter une assistance ventilatoire, voire une trachéotomie ou un geste chirurgical laryngé lorsque le geste opératoire concerne les deux lobes thyroïdiens.

Il convient aussi de mentionner les complications exceptionnelles que sont la nécrose de la trachée en cas de thyroïdectomie totale et la fuite de lymphes en cas de geste ganglionnaire associé.

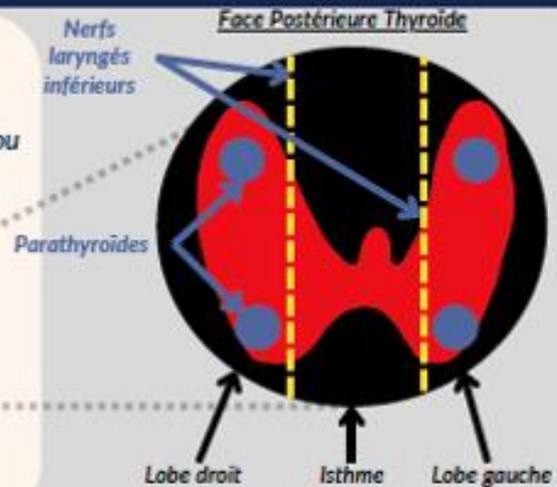
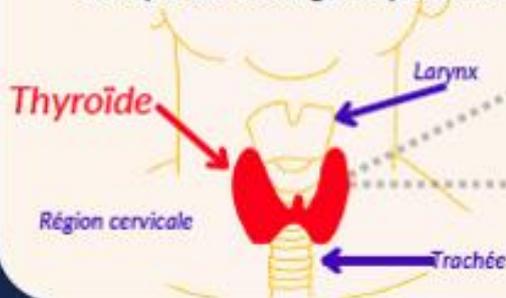
THYROÏDECTOMIE

Ablation partielle ou totale de la glande thyroïde.

Illustration : Marine Alexis

But de l'intervention

- Identifier un ou plusieurs nodules
- Si la glande ne fonctionne pas bien (en excès)
- Si la glande est volumineuse et comprime la trachée ou l'oesophage
- Si risque familial ou génétique de cancer thyroïdien



Avant l'intervention



Rendez-vous Anesthésiologue



- Antidépresseurs / Anticoagulants
- Tabac



Réalisation de l'intervention

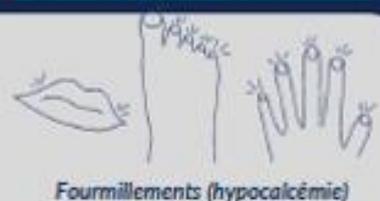
- Sous anesthésie générale et monitoring des nerfs laryngés. Selon l'intervention proposée :
 - Exérèse d'un nodule isolé (énucléo-réssection),
 - Lobo-isthmectomie (ablation de la moitié de votre glande),
 - Thyroïdectomie sub-totale ou totale (ablation de la totalité de la glande).



- Incision cutanée (pointillée) dans la partie basse et médiane du cou, dans un pli cutané, de longueur adaptée (volume, type intervention).

- Analyse immédiate dans certains cas (résultats non définitifs, non fiable à 100%).

Risques de l'intervention



Fourmillements (hypocalcémie)



Calcium si hypocalcémie

Levothyrox (si ablation totale)



Modification de la voix (paralysie des cordes vocales)

Difficultés à respirer (hématome, paralysie des cordes vocales)



- Cicatrice hypertrophique
- Adhérences.

