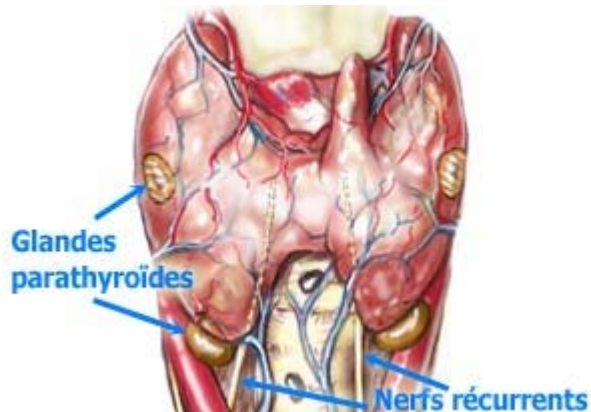


Cette note est destinée à répondre à la plupart des questions que vous vous posez si vous devez être opéré de la thyroïde ou des parathyroïdes. **Elle ne saurait être exhaustive ni normative: votre chirurgien, votre anesthésiste vous fourniront des renseignements plus adaptés à votre propre situation.**

Anatomie et physiologie



La thyroïde sécrète des hormones, indispensables à la santé, qui interviennent à de nombreux niveaux. Sa régulation est assurée par une autre hormone (la TSH) sécrétée par une glande située à la face inférieure du cerveau.

Située à la partie inférieure du cou, **la thyroïde** a, schématiquement, une forme de papillon, comportant un mince corps central et deux ailes latérales appelées lobes. Elle est en contact avec des éléments essentiels:

la trachée et l'œsophage en arrière, qui sont entourés en avant par la thyroïde.

les glandes parathyroïdes : elles sont au nombre de 4, de quelques millimètres de diamètre, disposées à la face postérieures des lobes thyroïdiens. Leurs emplacements et parfois leurs nombres sont variables. Elles servent à réguler le taux de calcium sanguin (la calcémie) .

Les nerfs récurrents : ils sont situés en arrière des lobes thyroïdiens et commandent la mobilité des cordes vocales.

Plusieurs maladies

Diverses maladies thyroïdiennes doivent être traitées par la chirurgie : une hypersécrétion hormonale (hyperthyroïdie), un nodule (sorte de grosseur de taille variable) suspect d'être cancéreux, un goitre, c'est-à-dire une grosse glande thyroïde comportant souvent de multiples nodules. Selon la nature de cette maladie, son étendue et votre âge, votre médecin, votre endocrinologue, et en définitive votre chirurgien décideront de l'étendue exacte de la résection nécessaire. Cette résection s'appelle une thyroïdectomie: elle peut porter sur un seul lobe (lobectomie) ou sur les deux et donc être partielle, subtotale ou totale.

Les glandes parathyroïdes peuvent être à l'origine de tumeurs (presque toujours bénignes) qui provoquent une élévation du taux de calcium sanguin ce qui peut provoquer des complications parfois graves osseuses, cardiaques, rénales, neurologiques... Le plus souvent une seule glande est en cause (il s'agit d'un adénome) et il est nécessaire de retirer la glande incriminée après l'avoir localisée précisément par des examens préopératoires. Parfois plusieurs glandes parathyroïdes sont en cause (il peut s'agir d'adénomes multiples ou d'une hyperplasie des quatre glandes). Le but du traitement est alors de retirer les adénomes multiples ou d'effectuer une réduction du volume des parathyroïdes.

L'opération

L'opération se fait sous anesthésie générale. L'incision est horizontale, assez basse. Située dans un pli de la peau du cou, elle devient habituellement très fine avec le temps et donc très peu visible. Après avoir sectionné, ou refoulé, les muscles situés devant la glande, le chirurgien libère progressivement, la partie à retirer, en liant de nombreux petits vaisseaux. En cas de besoin, un examen histologique (analyse au microscope) est réalisé pendant l'intervention, dès que la zone malade a été prélevée. Cela permet, avec une fiabilité de 95% environ de savoir si la zone en question est cancéreuse ou non, et guide la suite de l'opération.

En fin d'intervention un petit drain aspiratif est mis en place. La peau est refermée par des fils résorbables ou des agrafes. L'opération dure de une à deux heures. Les pertes sanguines sont habituellement minimales, de l'ordre de 50 ml.

Dans certains cas, cette chirurgie, surtout parathyroïdienne, peut être réalisée sous contrôle d'une caméra (c'est une cervicoscopie) ou sous anesthésie locale par une voie élective.

Les risques et les conséquences

La chirurgie thyroïdienne est bien standardisée. Réalisée minutieusement par des chirurgiens entraînés à sa spécificité elle ne comporte que peu de risques de complications. L'infection de la plaie est très rare (moins de 1%) et sans gravité autre qu'un inconfort et un retard de cicatrisation. Les deux risques spécifiques sont liés à la proximité immédiate des glandes parathyroïdes et des nerfs récurrents.

Parathyroïdes

Les enlever n'a de conséquence durable que si les quatre sont retirées, ce qui ne peut se produire qu'en cas de thyroïdectomie totale (et concerne alors 1% des malades). Cette complication oblige à suivre indéfiniment un traitement pour compenser la chute de la calcémie. En revanche, il est courant d'observer une baisse modérée et transitoire de la calcémie, due à une "sidération" des glandes, qui ne dure que quelques jours.

Récurrents

La blessure d'un nerf récurrent occasionne la paralysie de la corde vocale correspondante, ce qui modifie la voix. Une rééducation orthophonique permet habituellement une récupération presque complète. Cette complication ne survient, dans des mains entraînées, que dans 2% des thyroïdectomies. Parfois, et il ne s'agit alors pas d'une complication de la chirurgie, mais d'une nécessité imposée par la maladie, le nerf doit être sacrifié délibérément (c'est le cas de certains cancers).

La fonction thyroïdienne

Selon votre maladie et l'étendue de la thyroïdectomie des hormones thyroïdiennes vous seront prescrites à votre sortie. C'est habituellement un traitement à vie. Mais la quantité d'hormones thyroïdienne doit être adaptée à votre cas. Le traitement est débuté à une dose empirique et sera adapté ultérieurement par votre médecin en fonction d'un dosage de TSH réalisé quelques semaines après l'intervention.

Le cas particulier de la chirurgie des parathyroïdes

Après l'ablation d'un adénome parathyroïdien, une hypocalcémie transitoire est constante pendant quelques jours. Elle correspond au délai que vont mettre les glandes restantes à reprendre une activité normale. Elle peut nécessiter un traitement substitutif habituellement de quelques semaines.

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille au soir ou le matin de l'opération. Votre cou sera badigeonné avec un désinfectant ne contenant pas d'iode (pour ne pas gêner d'éventuels examens ultérieurs, comme une scintigraphie).

La douleur post-opératoire est généralement modérée : douleur cervicale, souvent dans la nuque, sensation d'angine ou de torticolis. Elle est calmée par des injections faites dans votre perfusion, parfois une injection de morphine la première nuit. Vous pouvez boire le soir même, manger le lendemain.

Le drain sera retiré 24 à 48 h après l'opération. La plaie est laissée à l'air à la 24e heure. Si des agrafes cutanées sont présentes, elles doivent être enlevées rapidement, au 4e jour, pour ne pas laisser de traces. Vous pouvez prendre une douche dès le 2e jour.

La cicatrice est un peu tuméfiée, dure, pendant 2 à 3 semaines. Vous ne devez pas l'exposer au soleil tant qu'elle est rouge (3 à 9 mois). En effet, le soleil stimule la cicatrisation et ferait élargir ou pigmenter votre cicatrice.

Vous quitterez l'hôpital entre le 2e et 4e jour. Vous serez fatigué pendant une quinzaine. Vous pourrez reprendre vos activités entre le 8e et le 25e jour post-opératoires. Le chirurgien vous reverra alors en consultation.

Dr Rémi Houdart
Septembre 1998

Dr Henri Mosnier 2005

Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris
www.hopital-dcss.org