



Service de chirurgie
et transplantation abdominale

LA CHIRURGIE DE LA GLANDE THYROÏDE



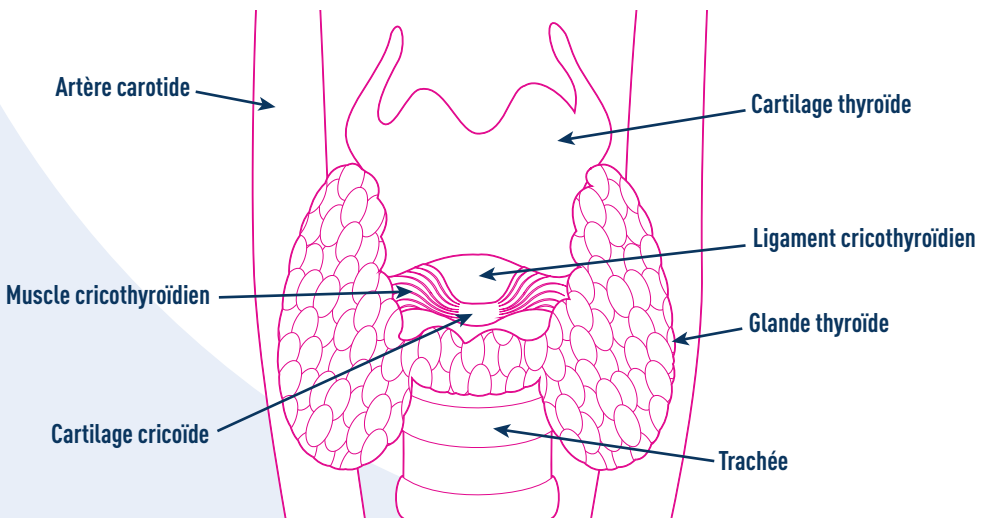
Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

BROCHURE
À L'ATTENTION DES PATIENTS
ET DE LEUR FAMILLE

La thyroïde est une glande endocrine située dans le cou devant le larynx. Ses fonctions sont multiples et consistent essentiellement à harmoniser le fonctionnement de l'organisme grâce à la production des hormones thyroïdiennes.

La thyroïdectomie est envisagée soit en raison d'un goitre compressif, d'une tumeur maligne ou de nodules (bénins dans leur majorité) soit en raison d'un fonctionnement excessif de la glande non contrôlé par le traitement médical. La découverte d'un ganglion peut aussi être révélateur d'une tumeur maligne de la glande et conduire à son ablation.

On appelle **lobectomie thyroïdienne** l'intervention qui consiste à l'ablation de la moitié de la glande et la **thyroïdectomie totale** celle qui ne laisse pas de tissu thyroïdien résiduel. Le **curage ganglionnaire** est pratiqué en plus de la thyroïdectomie totale dans certains cas de cancers et consiste en l'exérèse des ganglions lymphatiques situés autour de la glande et des gros vaisseaux qui traversent la région du cou.



Consultation préparatoire à l'intervention chirurgicale

La consultation de chirurgie est une **étape essentielle** dans la démarche pour une intervention chirurgicale. Votre chirurgien revoit avec vous l'ensemble des **documents** que vous lui apportez et le bilan ayant conduit au diagnostic de la maladie thyroïdienne. Il vous examine, vous interroge sur votre état de santé et vos antécédents et vous explique les raisons qui vous mènent à bénéficier d'une intervention chirurgicale et le **type d'intervention** prévue.

C'est pendant la consultation que vous posez à votre chirurgien l'ensemble des questions concernant l'opération et des réponses claires vous sont données.

Au terme de la consultation, la date opératoire est fixée en fonction du degré d'urgence et de votre disponibilité. Tous les efforts sont déployés pour que vous soyez opéré(e) dans les meilleures conditions. Muni(e) d'une demande officielle d'hospitalisation, vous vous adressez au Service de **planification des séjours hospitaliers** situé au rez-de-chaussée des cCiniques pour y remplir les formalités administratives liées à votre hospitalisation et au type de chambre que vous souhaitez occuper. La date pour la visite de l'anesthésiste est aussi fixée lors de cet entretien.

Visite de l'anesthésiste et examens pré intervention (EPI)

La visite de l'anesthésiste est **obligatoire** avant toute opération. Le risque opératoire y est évalué et les examens (prise de sang, radiographie, examen cardiaque) jugés nécessaires à votre sécurité opératoire y sont effectués (ou programmés). Il vous est demandé de préciser le **traitement** que vous prenez habituellement et surtout de préciser si vous êtes **allergique** (latex, médicaments, produits divers...).

D'une manière conventionnelle, la majorité des interventions thyroïdiennes se déroulent sous **anesthésie générale**. L'anesthésie générale suppose la mise en place d'un tube dans la trachée pour assurer la ventilation des poumons et un contrôle des fonctions cardiaques et respiratoires. Cependant, il est possible de procéder à une thyroïdectomie en évitant l'anesthésie générale grâce à l'**hyposédation**. L'hyposédation combine l'administration d'un sédatif à l'hypnose conduite par un anesthésiste spécialisé et offre au patient qui le souhaite un confort post opératoire non négligeable avec une sécurité équivalente à celle de l'anesthésie générale. L'hyposédation est applicable à toute personne capable de se concentrer sur un thème, une idée, une couleur ou une image. Le choix de la modalité de l'anesthésie se fait durant la consultation de chirurgie et est confirmé lors de la consultation d'anesthésie.

L'hospitalisation

Pour rendre votre hospitalisation la plus agréable possible, le service de planification des séjours hospitaliers reste toujours en contact téléphonique avec vous. Il vous informe des dates de l'hospitalisation, de l'intervention et de la visite de l'anesthésiste. Vous devez communiquer vos exigences personnelles concernant le type de chambre que vous souhaitez occuper (privée ou commune). En cas d'hospitalisation privée, les suppléments d'honoraires varient entre 200 et 300% du tarif fixé par l'INAMI. Nous vous conseillons toujours de prendre contact avec votre assurance ou votre mutuelle pour vérifier vos droits et de rester en communication avec le service de planification pour tout changement.

Nous vous offrons la possibilité de rentrer en hospitalisation le jour même de votre intervention si vous le souhaitez. Dans ce cas, vous devriez arriver à l'hôpital entre 07:30 et 08:00 à jeun depuis minuit. La durée totale de l'hospitalisation varie entre 24 et 48 heures en fonction de votre entrée en hospitalisation.

Le déroulement de l'intervention et les risques qui y sont liés

La technique opératoire de la thyroïdectomie est bien codifiée. On en distingue la **procédure conventionnelle** pratiquée pour l'exérèse des gros goitres et en cas de curage des ganglions en raison de l'existence d'une tumeur maligne ou en cas de deuxième intervention sur la glande thyroïde. Cependant, une autre technique appelée **vidéo-assistée** a été mise au point dans notre institution et y est pratiquée depuis plusieurs années pour l'ablation de petits goitres multi nodulaires avec un avantage esthétique (cicatrice de 2 à 2.5 cm). Pour pratiquer la technique vidéo-assistée, il faudra que le nodule thyroïdien le plus large soit plus petit que 3.5 cm et que la hauteur du lobe thyroïdien soit plus petit que 7 cm. Dans certains cas, un drain est laissé en place pendant 24 heures. Un **examen au microscope** est pratiqué pendant l'intervention pour détecter la présence de cellules malignes dans les nodules. Si c'est le cas, l'ablation de la glande est d'emblée totale.

La thyroïdectomie est une intervention courante mais **délicate** pour plusieurs raisons. Elle expose à des risques potentiels qui sont minimisés lorsque l'intervention est pratiquée par une équipe spécialisée.

La paralysie d'une corde vocale : cette complication est rare dans les équipes spécialisées (< 1%). Elle est liée à l'atteinte du nerf récurrent respectif au cours de l'intervention. Elle se traduit par une raucité de la voix. Cependant, toute raucité de la voix n'est pas liée à une lésion du nerf. Pour augmenter la sécurité à l'égard de cette complication, nous pratiquons

régulièrement pendant l'intervention une surveillance de l'intégrité des nerfs récurrents par enregistrement continu de l'activité des cordes vocales (**neuro monitoring intra opératoire**). Un examen des cordes vocales (**laryngoscopie**) est effectué dans tous les cas avant et après l'opération.

L'atteinte des glandes parathyroïdes : la fréquence de l'atteinte **définitive** des glandes parathyroïdes est inférieure à 1% dans les équipes spécialisées. Elle est liée à la destruction des glandes parathyroïdes et se traduit par un besoin permanent en calcium. Il faut la distinguer du besoin **provisoire** en calcium lié à une sidération des parathyroïdes qui peut durer jusqu'à 3 semaines.

L'hémorragie : elle est rare et évitée grâce à l'usage de fils de sutures, de clips métalliques et de coagulation par une source d'énergie. Sa survenue est délicate durant les premières heures et peut conduire à une intervention pour évacuer l'hématome formé.

La cicatrisation : comme pour toute intervention, la cicatrisation dépend de la nature de la peau. Cependant, une suture esthétique est pratiquée dans tous les cas pour donner le maximum de chance à une cicatrisation idéale. Nous conseillons de ne pas mouiller la cicatrice avant l'ablation des fils et de la protéger de l'exposition intempestive au soleil durant les trois premiers mois (écran total au besoin). En cas de problèmes de cicatrisation, il faudra toujours en parler au chirurgien qui vous donnera le bon conseil (massage, endermologie, injection localement de stéroïdes...).

La période post opératoire

Le retour à domicile sera autorisé après la visite de votre chirurgien et la vérification des résultats de la prise de sang, de l'examen des cordes vocales et du **traitement** que vous devez suivre pour remplacer la glande thyroïde si elle a été ôtée en totalité. N'oubliez pas de réclamer les certificats nécessaires dûment remplis (**assurance, arrêt du travail**). Une lettre provisoire destinée à votre médecin traitant, votre traitement détaillé et les rendez-vous avec votre chirurgien et avec votre endocrinologue vous sont aussi remis.

La visite post opératoire a lieu toujours le deuxième mercredi suivant le jour de votre intervention. À cette occasion, les fils sont enlevés, le résultat définitif de l'examen au microscope vous est donné, votre traitement est vérifié et le suivi à long terme planifié.

S'il s'agit d'un **cancer thyroïdien** nécessitant l'administration **d'iode radioactif**, la planification du traitement et les modalités pratiques vous sont clairement expliquées.



Cliniques universitaires

SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

SUIVEZ-NOUS SUR



INFORMATIONS

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SERVICES ASSOCIÉS

SERVICE DE CHIRURGIE ET TRANSPLANTATION ABDOMINALE

UNITÉ DE TRANSPLANTATION ABDOMINALE,
CHIRURGIE GÉNÉRALE ET ENDOCRINIENNE

PLANIFICATION DES SÉJOURS : +32 2 764 15 31
CONSULTATION DE CHIRURGIE : +32 2 764 19 92
SECRÉTARIAT DE CHIRURGIE : +32 2 764 22 13

Éditeur responsable : Thomas De Nayer / Service de communication
Photos : Shutterstock

Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles
www.saintluc.be

© Cliniques universitaires Saint-Luc

Vous souhaitez vous inspirer de cette brochure ? Merci de nous contacter préalablement.