

CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5
5000 NAMUR

Service de Chirurgie Générale,
Digestive et endocrinienne

Les glandes parathyroïdes sont au nombre de quatre le plus souvent et se situent de part et d'autre de la thyroïde. Elles fabriquent une hormone appelée parathormone qui intervient dans la régulation du taux de calcium dans le sang. Ces glandes sont très petites, à peine du volume d'une tête d'allumette, en temps normal. Leur position autour de la thyroïde est très variable, et parfois il peut y en avoir une dans le cou ou dans le thorax ! C'est ce qui rend leur localisation si difficile.

Hyperparathyroïdie :

Si la quantité de parathormone fabriquée est trop grande, le taux de calcium dans le sang augmente. En fait, ce calcium vient des os : tout se passe comme si le malade faisait dissoudre ses os pour augmenter le calcium sanguin, comme on dissout un comprimé d'aspirine dans l'eau. Heureusement, les os ne sont pas si vite dissous, mais si l'hyperparathyroïdie durait trop longtemps, les os pourraient être abîmés. L'augmentation du calcium sanguin peut provoquer toute sorte de dysfonctionnements dans le corps (fatigue, dépression, douleurs un peu partout, hyperacidité, brûlant, nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, douleurs osseuses, troubles osseux...)

La production exagérée de parathormone peut venir :

- Soit d'une augmentation de volume de toutes les parathyroïdes : c'est **l'hyperplasie**.
- Soit (et c'est le cas le plus fréquent), d'une sorte de petite tumeur d'une des quatre glandes qui s'appelle un **adénome**. Il s'agit habituellement d'une tumeur bénigne, sauf qu'elle produit trop de parathormone.

Le traitement est habituellement chirurgical. Il consiste en une ablation des glandes malades, soit en cas d'hyperplasie de 3 glandes 1/2 sur 4, soit de l'adénome. En général, on essaie avant l'opération de localiser la ou les glandes malades, mais ce n'est pas toujours possible. Et même, il peut arriver que l'on découvre un petit nodule qui s'avère en fait lors de l'opération être en fait un ganglion par exemple. C'est du au fait que ces glandes sont très petites, quelques millimètres à peine. De la même façon, il arrive que pendant l'intervention, malgré une recherche minutieuse, il soit impossible de trouver la glande malade, ou qu'une des quatre glandes ne soit pas trouver, ou même qu'une cinquième glande passe inaperçue. Mais dans presque tous les cas, l'ablation de la quantité nécessaire permet de normaliser le taux de calcium.

Après l'opération, le taux de calcium descend. D'abord parce que la production excessive de parathormone a été réduite. Mais aussi parce que l'os va se reconstituer, pomper le calcium du sang : on dit que l'os a faim. Donc le taux de calcium diminue, mais le corps s'était habitué à un taux élevé. Même avec un calcium normal, le malade peut ressentir un manque de calcium, sous forme de crampes, qui sont traitées par l'administration de calcium et de médicaments qui aident à son absorption (rocaltrol). Toutefois, pour stimuler les parathormones restantes à revenir au plus vite à la normale, on n'administre ce calcium que si c'est indispensable. Par contre, si on en donne en post opératoire, il faut souvent le donner pendant plusieurs semaines.

Les alternatives à l'intervention sont :

- Prendre des médicaments actifs sur les symptômes d'hypercalcémie. et prévoir une surveillance fréquente du calcium dans le sang, des reins, des os ...
- Choisir de ne pas avoir d'opération ou même de traitement du tout, en toute connaissance de cause des conséquences. En effet, le traitement médical ne peut ni supprimer tous les symptômes ni les conséquences de l'hypercalcémie.

Une discussion de ces alternatives est nécessaire, en particulier en ce qui concerne les conséquences d'être opéré et de ne pas être opéré.

Avant l'intervention :

- Préparez votre convalescence, en faisant vos courses, prévoyant une période de repos, prévoyant quelqu'un pour vous aider
- Suivez bien vos instructions, notamment pour les médicaments. Evitez tout ce qui contient de l'aspirine. Restez bien à jeun depuis minuit, sans boire ni manger, même pas de l'eau.

LE FILM DE L'OPERATION :

Vous pourrez entrer soit l'après-midi précédent l'intervention, entre 15 et 16 heures, soit le matin même, vers 7 heures. Dans ce cas, vous devez être bien à jeun, ce qui veut dire ne pas boire et manger, même pas de l'eau, depuis minuit. Dans la plupart des cas, vous devrez faire les examens pré opératoires à l'avance, chez votre médecin traitant, et amener les résultats lors de la consultation d'anesthésie. Il vaut mieux ne pas envoyer les résultats mais passer les récupérer et les amener avec vous pour éviter qu'ils se perdent dans un secrétariat. Il en va de même pour le questionnaire préopératoire de l'anesthésiste. Les examens pré opératoires varient selon votre état de santé, mais comprennent presque toujours une prise de sang et un électrocardiogramme. Avant l'opération, vous devrez éviter pendant 10 jours les médicaments qui contiennent de l'aspirine et éviter le plus possible de fumer le plus longtemps possible avant. Dans tous les cas, vous devrez bien expliquer quels médicaments vous prenez (il peut être utile de les prendre avec vous, ou une liste, lors de la consultation pré opératoire et chez l'anesthésiste, ainsi que pour votre entrée). Vous devrez aussi expliquer si vous avez des maladies (cardiaques, diabète, par exemple,) des allergies, si vous saignez anormalement, si vous fumez...

Après l'opération, vous passerez quelques heures en salle de réveil, puis vous remonterez dans votre chambre avec des drains qui restent 24 à 48 heures. Vous pourrez boire et manger légèrement le soir.

Donc :

- Entrée soit le soir avant soit le jour même pour 7 heures
- Ablation soit de l'adénome soit de 3 1/2 parathyroïdes, ce qui est décidé parfois avant, parfois pendant l'opération.
- Après l'opération, séjour de quelques heures en salle de réveil
- Ablation des drains et sortie le lendemain ou le jour suivant, dans la plupart des cas
- Traitement de sortie (variable selon les cas mais le plus souvent : anti-inflammatoires pendant quelques jours (feldène lyotaps), protection gastrique (nuardin), éventuellement calcium, éventuellement vitamine D (rocaltrol) éventuellement protection anti phlébite, pas de fils à ôter

RISQUES

Comme toute intervention, l'ablation des parathyroïdes comporte des risques, qui sont toutefois minimes si vous êtes en bonne santé.

- Ils dépendent de **l'état général** du malade et de ses antécédents (maladies cardiaques, pulmonaires, fumeur, troubles de la coagulation). Si vous avez des problèmes de ce type, ils seront mieux traités si vous les expliquez en détail avant.
- Ils dépendent aussi de l'opération, qui comporte des risques aspécifiques et spécifiques. Les **principaux** risques aspécifiques sont **l'hémorragie** et **l'infection de la plaie**. Des drains sont laissés en place pour surveiller la survenue d'une hémorragie, ce qui est très rare et surtout dans les premières heures. L'infection doit être surveillée à la maison : survenue d'un gonflement anormal, d'une rougeur, d'un écoulement, de température. L'infection sera le plus souvent facilement guérie par un drainage, des soins locaux pendant quelques temps et des antibiotiques.
- Sur le côté et sous la thyroïde, tout près des parathyroïdes, chemine un minuscule nerf qui s'appelle **le nerf récurrent** et qui innerve le larynx (les cordes vocales). Après l'opération, la voix peut changer, comme lors d'une angine. En général dans les jours et les semaines qui suivent l'opération, la voix revient presque toujours à la normale. Dans certains cas, la récupération peut prendre un an. La logopédie peut accélérer la récupération. La lésion du nerf récurrent si elle est complète s'accompagne toujours d'une modification de la voix, ne fut-ce que sous forme d'une difficulté à crier (1 % des cas).

APRES L'OPERATION :

Le malade quitte l'hôpital dans les deux jours le plus souvent. Les fils fondent seuls, et il ne faut pas les enlever. Il suffira de montrer la plaie à votre médecin traitant une ou deux fois. Parfois un peu de liquide peut s'évacuer par la plaie, sans grandes conséquences. Il ne faut pas mouiller la plaie tant qu'il y a des croûtes, Une consultation de chirurgie est à prévoir après six semaines. Le traitement de calcium et vitamine D dépend des cas. En tous les cas, il faut suivre les prescriptions de sortie.

ATTENTION : ce document d'information est là pour vous aider, il est par nature incomplet. Vous pouvez toujours contacter votre médecin traitant, l'endocrinologue ou le scintigraphe, ou me contacter, soit à la clinique (081 720411) ou chez moi (081 212386) pour poser toutes questions.

Après l'opération, vous pourrez toujours soit téléphoner à la clinique, soit voir votre médecin traitant, soit vous présenter à la garde 24 h sur 24, en cas de problèmes ou même simplement de questions, et en particulier de température, de gonflement, d'écoulement, de difficultés respiratoires, de crampes musculaires anormales.