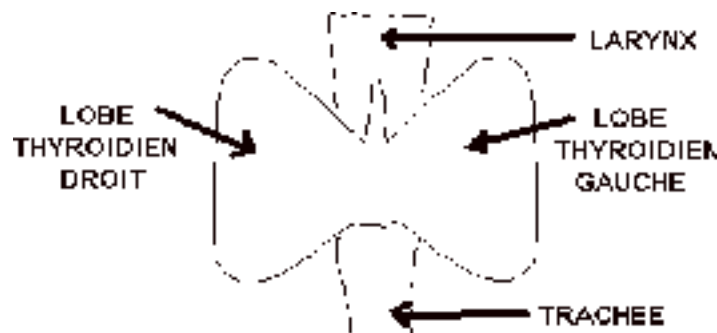


CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5
5000 NAMUR

Service de Chirurgie Générale,
Digestive et Endocrinienne


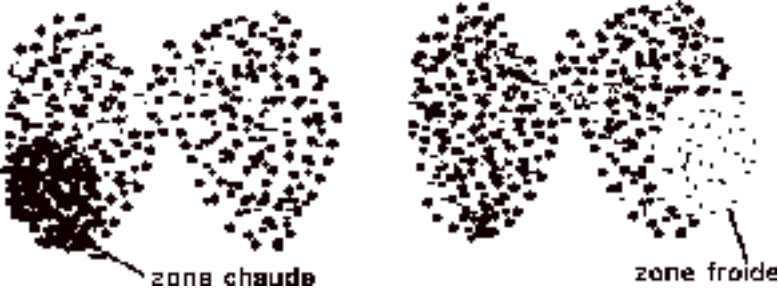
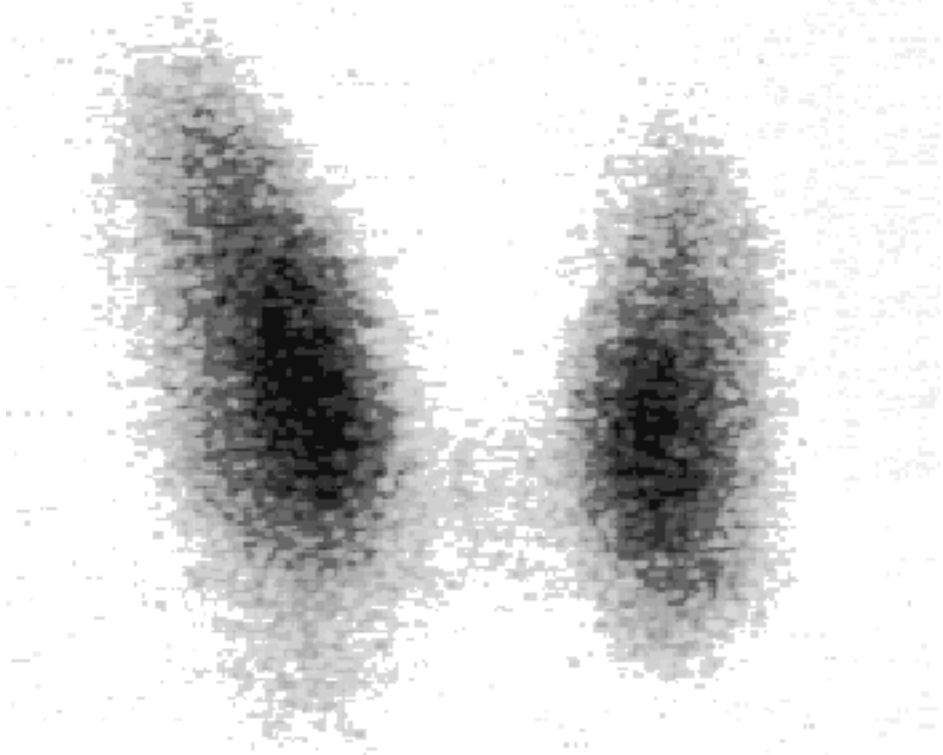
L'opération de la thyroïde :



La glande thyroïde est constituée de deux lobes, situés de part et d'autre de la trachée, dans le cou, avec parfois une petite excroissance au milieu appelée pyramide de Lalouette.

La glande thyroïde est une glande qui produit des hormones qui régulent le métabolisme général du corps. C'est un peu comme le carburateur dans un moteur de voiture. Réglé trop vite, c'est **l'hyperthyroïdie**. Tout va trop vite, le malade est nerveux, maigrit, dort mal... Le plus souvent, si on opère un malade atteint d'hyperthyroïdie, on va faire une préparation en bloquant la glande par une administration massive d'iode sous forme de gouttes de Lugol. L'effet de blocage est transitoire et l'opération est souvent faite dans les 7 à 10 jours de traitement. Réglé trop lentement, c'est **l'hypothyroïdie** : tout va trop lentement, le malade grossit, s'endort, est constipé... Enfin, la thyroïde peut grossir anormalement : elle produit alors des **nodules**. Les nodules peuvent confluer pour former un **goitre**.

Plusieurs examens permettent d'étudier la thyroïde. L'examen le plus simple pour voir sa forme, étudier la présence, la forme et la taille des nodules est l'échographie. Comme la thyroïde utilise de l'iode pour produire ses hormones, un des examens principaux est la scintigraphie. On administre une petite dose d'iode radioactif, qui est captée par les cellules de la thyroïde. Puis on prend une photo, qui sera formée de petits points figurant des zones de captation d'iode. Ainsi se dessine la thyroïde.

	
<p>Représentation schématique de la scinti</p>	<p>Nodule chaud (bcp de points) et nodules froids (peu de points)</p>
	
<p>Vue tirée d'un examen réel normal</p>	

Si une zone ne capte pas l'iode, cette zone "manque" et on dit que c'est une zone froide. Si une zone capte trop l'iode, on voit une plus grande concentration de points et on dit que c'est une zone chaude. Une zone froide justifie presque toujours une ponction et parfois une opération pour ablation et analyse.

L'opération d'ablation de la thyroïde s'appelle thyroïdectomie. On enlève presque toujours tout le lobe du côté malade, parfois les deux lobes. La quantité exacte de thyroïde à enlever dépend de la pathologie (un côté pour un nodule unique ou les deux côtés pour un gros goitre). Dans certains cas, c'est pendant l'opération que la décision finale sera prise : enlever un seul côté car l'autre est normal, ou les deux côtés car celui qui paraissait sain est en fait malade. Parfois, on enlève un seul côté et on doit enlever l'autre quelques jours

plus tard lorsque l'on reçoit les résultats définitifs de l'analyse, mais cette éventualité est très rare. Si on enlève les deux côtés -et parfois après avoir enlevé un seul côté-, on doit remplacer les hormones qui ne sont plus produites par la thyroïde enlevée : c'est le traitement substitutif, qui consiste à prendre un comprimé, une fois par jour, tous les jours, et toute la vie si la thyroïde est enlevée en totalité. On remplace très bien la thyroïde, et le malade n'en aura pas d'ennuis s'il prend régulièrement son traitement et qu'il se présente aux rendez-vous de surveillance.

La thyroïdectomie est réalisée si vous présentez une hyperthyroïdie, si vous avez des nodules, si vous avez un goitre ou si une tumeur est suspectée. Parfois, un prélèvement sous forme de ponction est réalisé au préalable.

Les alternatives à l'intervention sont :

- prendre des médicaments actifs sur la thyroïde (par exemple des hormones qui vont calmer la thyroïde, mais peuvent rendre un diagnostic définitif difficile).
- traiter l'hyperthyroïdie par iode radioactif
- se limiter à un diagnostic par ponction des nodules
- choisir de ne pas avoir d'opération ou même de traitement du tout, en toute connaissance de cause des conséquences

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 précédant 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...

L'opération de la thyroïde demande une anesthésie. Ce peut être une anesthésie générale, "habituelle", et dans laquelle vous perdez complètement conscience. Vous pouvez aussi choisir une hypnosédation, qui associe une hypnose, une anesthésie locale et une sédation. Cette forme d'anesthésie est plus légère que l'anesthésie générale mais ne la remplace pas. Si l'opération vous paraît pénible, trop longue ou que vous changez d'avis, l'anesthésiste peut facilement passer en anesthésie générale. L'hypnose demande votre collaboration, active, et vous garderez une conscience relative de l'opération.

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, un peu plus vite en cas d'hypnosédation.

Donc :

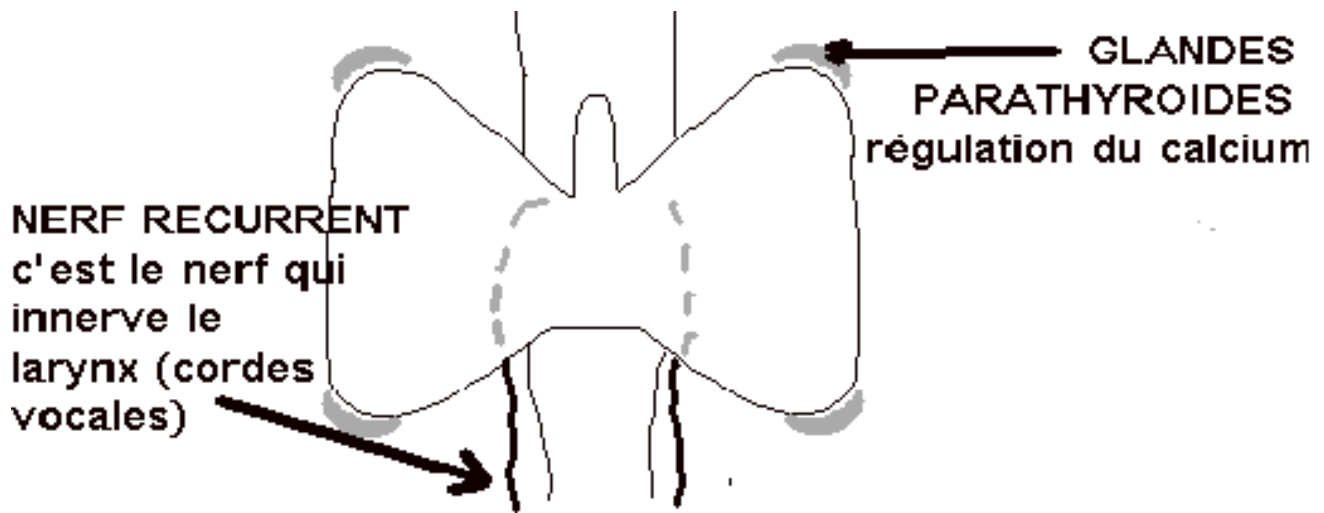
- entrée soit le soir avant soit le jour même pour 7 heures
- ablation soit d'une partie, soit de toute la thyroïde, ce qui est décidé parfois avant, parfois pendant l'opération.
- après l'opération, séjour de quelques heures en salle de réveil
- ablation des drains et sortie le lendemain ou le jour 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), hormones thyroïdiennes (elthyron ou euthyrox), éventuellement protection anti phlébite, pas de fils à ôter

RISQUES

Comme toute intervention, l'ablation de la thyroïde 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.

- Près de la thyroïde sont situées **les glandes parathyroïdes** dont le nombre est variable, mais est le plus souvent de quatre. Ces glandes participent à la régulation du calcium. Il peut arriver qu'après l'opération elles fonctionnent moins bien, ce qui nécessite de prendre du calcium. L'hypocalcémie peut être définitive, ce qui nécessite de prendre du calcium toute la vie, mais est assez rare (0.5 %). Sur le côté et sous la thyroïde 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 avec scintigraphie est à prévoir après quatre semaines et une consultation de chirurgie après six semaines. Le traitement substitutif aux hormones dépend des cas, des résections. Il sera souvent progressif, sauf si vous preniez déjà des hormones avant l'opération : dans ce cas, il faut reprendre à la dose pré opératoire. 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 scintigraphiste, 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.