



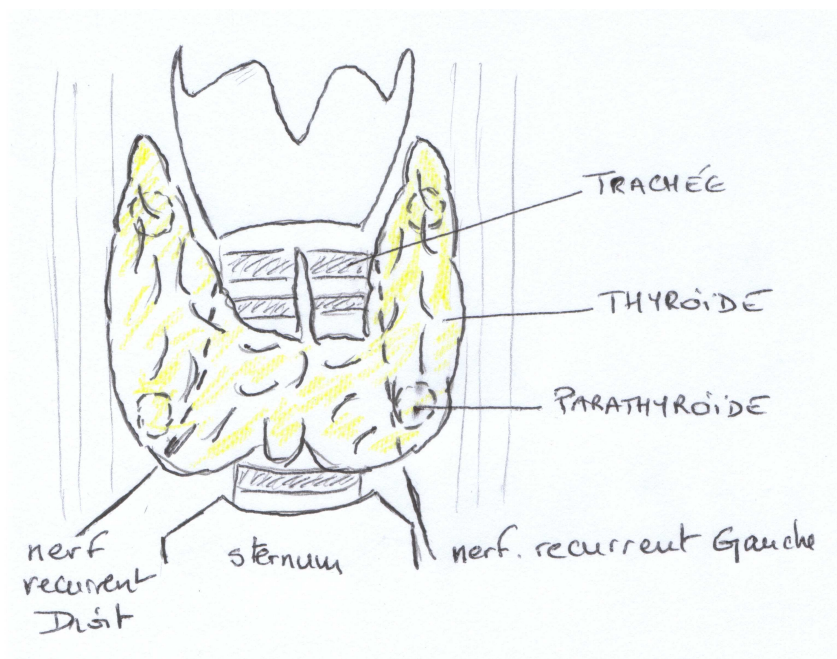
Vous allez être opéré(e) de la thyroïde.

La chirurgie de la thyroïde est une chirurgie fréquemment effectuée en France.

Rappel anatomique

La glande thyroïde a grossièrement la forme d'un papillon avec 2 lobes situés de part et d'autre de la trachée et un corps central appelé isthme. C'est une glande endocrine ; c'est-à-dire qu'elle sécrète des hormones (**T3 et T4**). Elle est sous la dépendance de l'hypophyse (autre glande situé à la base du cerveau) qui stimule ou freine le fonctionnement de la thyroïde par la sécrétion ou non d'une hormone appelée **TSH**.

Si vous avez trop d'hormones thyroïdiennes, la TSH est basse ; dans le cas inverse, elle est élevée.



La chirurgie de la thyroïde doit être minutieuse du fait des rapports des deux lobes avec :

- les nerfs récurrents droit et gauche. Il s'agit des nerfs moteurs des cordes vocales.
- les parathyroïdes. Au nombre de 4, elles sont responsables de l'équilibre du calcium dans l'organisme.

Pathologies et indications opératoires

- **Le nodule thyroïdien** : il peut être unique ou multiple, associé ou non à un goitre (augmentation du volume de la glande). Tous les nodules ne doivent pas être opérés. Ils peuvent être surveillés par échographie ou explorés par cyto-ponction (ponction à l'aiguille fine et analyse des cellules au microscope). Les nodules doivent être opérés si
 - o leur diamètre est supérieur à 4 cm
 - o leur cyto-ponction montre des cellules anormales faisant suspecter un cancer
 - o leurs caractéristiques échographiques font suspecter un cancer
 - o ils sont « chauds » en scintigraphie, c'est à dire qu'ils sécrètent trop d'hormones thyroïdiennes
- **La maladie de Basedow** : maladie auto-immune où la glande sécrète trop d'hormones thyroïdiennes. Cette maladie est traitée dans un premier temps par des médicaments. Au bout de quelques mois, le traitement est progressivement diminué et arrêté. En cas de rechute, un traitement définitif est proposé : par chirurgie ou par iode radio-active.

- **Le goitre multi nodulaire** : il s'agit d'une augmentation du volume de la thyroïde avec la présence de multiples nodules dans les deux lobes. Il est généralement surveillé par échographie et cyto-ponction. L'indication opératoire est retenue du fait de la taille des nodules, un caractère suspect à la cyto-ponction et de la taille du goitre qui peut descendre dans le thorax (goitre plongeant) et comprimer la trachée.
- **Le cancer de la thyroïde** : l'indication opératoire est formelle. Le diagnostic est généralement fait par la cyto-ponction. Le pronostic des cancers différenciés de la thyroïde est habituellement excellent.

Risques opératoires

Hormis l'**hématome**, lié à un saignement post opératoire (rare) ou l'**infection** de la plaie (très rare), il existe deux complications :

- **La blessure du nerf récurrent**. Une paralysie récurrentielle survient dans moins de 1%. Elle n'est pas forcément liée à la section du nerf mais parfois simplement à son élongation au cours de l'exposition. En cas de paralysie d'un seul coté, la corde vocale ne fonctionne plus et votre voix est modifiée. Cette paralysie est le plus souvent transitoire. La rééducation orthophonique permet la récupération de la voix dans l'immense majorité des cas. Une atteinte bilatérale peut au maximum nécessiter la réalisation d'une trachéotomie. Cette complication est très rare et est détectée dès la fin de l'intervention.
A noter que des troubles de la voix peuvent être aussi favorisés par l'intubation qui est nécessaire dans cette chirurgie.
- **La blessure des glandes parathyroïdes**. Elle ne se voit qu'après thyroïdectomie totale. C'est pour cela qu'une calcémie sera prélevée pendant deux jours après l'intervention. L'hypoparathyroïdie est le plus souvent transitoire et peut nécessiter l'administration de calcium et de vitamine D dans les suites opératoires. L'hypoparathyroïdie définitive est exceptionnelle ($\leq 1\%$). Elle se manifeste par des fourmillements dans les mains, les pieds et autour de la bouche.