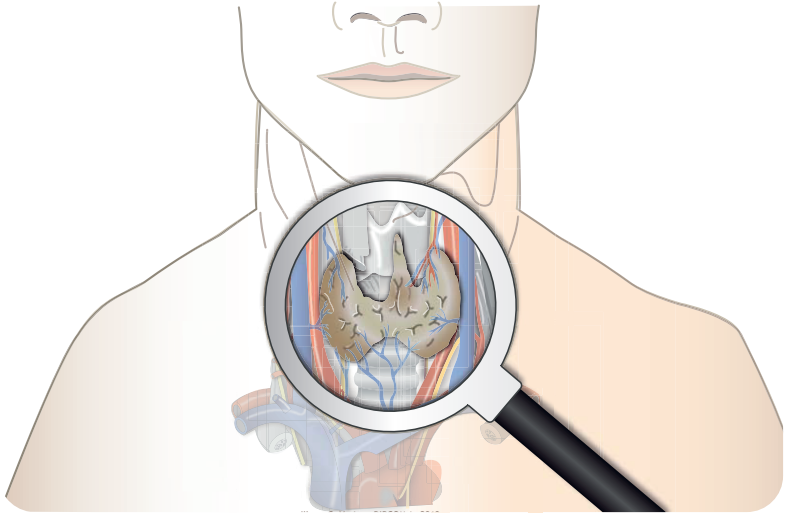
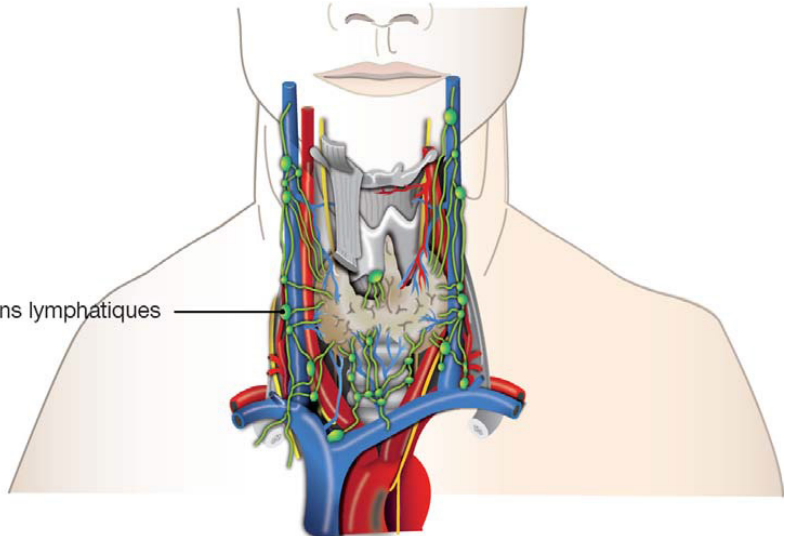


**LA CHIRURGIE
À GUSTAVE ROUSSY**

**LA CHIRURGIE
THYROÏDIENNE**



Ganglions lymphatiques



La glande thyroïde est située dans la partie basse du cou, en dessous du larynx. Elle est formée de deux lobes situés de part et d'autre de la trachée et qui sont réunis par une portion horizontale antérieure appelée isthme.

La thyroïde est une glande endocrine qui secrète dans le sang deux hormones : triiodothyronine et tétraiodothyronine (T3 et T4). Ces hormones sont nécessaires au fonctionnement de toutes les cellules de l'organisme et en cas d'ablation de la glande pour pathologie bénigne ou pour cancer, elles peuvent être remplacées sans aucun désordre biologique par la prise quotidienne (le matin à jeun) de thyroxine de synthèse.

Le fonctionnement de la thyroïde est sous la dépendance d'une autre glande endocrine, l'hypophyse qui stimule son fonctionnement par une hormone, la TSH (ThyréoStimuline-Hypophysaire).



LES EXAMENS

Les examens utilisés pour l'exploration de la thyroïde sont :

- La palpation cervicale, l'échographie.
- Le dosage des hormones dans le sang (T3, T4, TSH).
- Quelquefois la scintigraphie.

La ponction du nodule qui permet :

- d'évacuer le liquide d'un kyste,
- d'analyser des cellules d'un nodule plein (non kystique) : c'est la cytologie qui permet de diagnostiquer la nature bénigne (adénome) ou maligne (cancer) du nodule.

La fonction hormonale thyroïdienne est en général normale en cas de pathologie nodulaire. La présence de ces nodules s'accompagne souvent d'une augmentation de taille de la glande (goitre).



LA CHIRURGIE

Elle est fréquemment utilisée pour traiter la pathologie nodulaire thyroïdienne bénigne ou maligne.

L'indication de la chirurgie est en général portée sur :

- La taille du ou des nodules.
- Le résultat de la cytoponction du ou des nodules.
- L'existence d'une gêne fonctionnelle.
- L'existence de ganglions palpables ou découverts lors de l'échographie au niveau du cou.

Les gestes chirurgicaux réalisés au niveau de la thyroïde sont :

- La lobectomie : ablation d'un seul lobe thyroïdien.
- La lobo-isthmectomie : ablation d'un lobe et de l'isthme thyroïdien.
- L'isthmectomie : ablation de l'isthme thyroïdien.
- La thyroïdectomie totale : ablation de toute la glande (2 lobes).
- Le curage ganglionnaire : ablation des ganglions situés au voisinage de la thyroïde.



L'INTERVENTION CHIRURGICALE

La thyroïdectomie se déroule sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale pour la ventilation de l'opéré.

- L'incision est horizontale, assez basse au niveau du cou.
- Une analyse peropératoire du ou des nodules peut permettre dans certains cas de connaître leur nature.
- L'intervention dure de une à deux heures et n'entraîne aucune perte sanguine notable.

Elle présente des risques de complications :

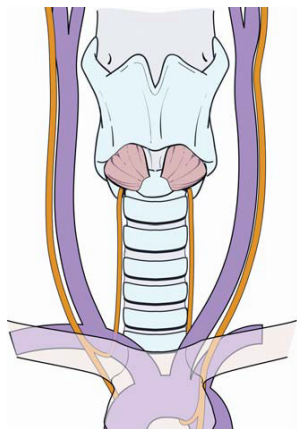
Complications communes à toute intervention chirurgicale (fréquence < 5 %).

- Hématome : pouvant survenir dans les heures suivant l'intervention et pouvant nécessiter une réintervention pour drainage.
- Abscess : survenant plusieurs jours après l'intervention, pouvant nécessiter un geste local de drainage.

Complications spécifiques à la chirurgie thyroïdienne

Elles sont liées à la présence derrière chacun des lobes de la glande :

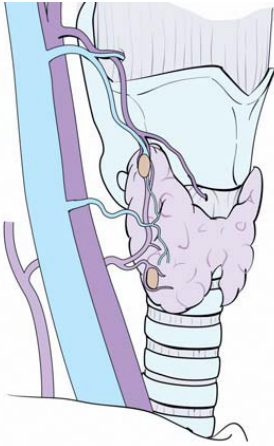
- Du nerf de la corde vocale homolatérale (nerf récurrent).



*Images reproduites avec
l'autorisation du Memorial Sloan
Kettering Cancer Center, New York.*

Le nerf récurrent (ou nerf laryngé inférieur) est étroitement lié à la face profonde de chaque lobe thyroïdien ; il existe donc un nerf récurrent de chaque côté, correspondant à chaque corde vocale. Une paralysie d'un des nerfs (exceptionnellement des deux) peut survenir de manière imprévisible après chirurgie thyroïdienne, malgré une technique chirurgicale minutieuse. La paralysie unilatérale se manifeste par une modification de la voix et par des difficultés pour augmenter l'intensité de la voix et peut s'accompagner de difficultés respiratoires à l'effort et/ou des troubles de la déglutition (fausses-routes), notamment des aliments liquides. Cette paralysie est transitoire dans l'immense majorité des cas, récupérant dans les 4 à 12 semaines, mais les troubles de la voix peuvent persister jusqu'à 6 voire 12 mois. Une paralysie définitive survient dans moins de 1% des cas. Une paralysie bilatérale est exceptionnelle et se manifeste par une gêne respiratoire notamment à l'effort mais ne nécessite que dans de très rares cas une trachéotomie transitoire. Là encore, elle est le plus souvent transitoire. Le chirurgien peut décider d'arrêter l'intervention après seulement un côté (un lobe thyroïdien) si le monitoring du nerf montre une perte de la fonction du nerf de la corde vocale. Ceci peut permettre d'éviter une paralysie récurrentielle bilatérale (et une trachéotomie), mais au prix d'une deuxième intervention éventuellement.

- Des glandes parathyroïdes (régulatrices du métabolisme du calcium).



Images reproduites avec l'autorisation du Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York.

Il existe 4 glandes parathyroïdes, 2 de chaque côté, étroitement liées à la glande thyroïde et responsables de la régulation du taux de calcium dans le sang. L'ablation de la glande thyroïde peut nécessiter la dissection, le déplacement voire la réimplantation d'une ou de plusieurs des glandes parathyroïdes.

Une thyroïdectomie totale peut donc entraîner un dysfonctionnement réactionnel de ces glandes avec une baisse du calcium dans le sang, le plus souvent transitoire durant 1 ou 2 mois. Une baisse transitoire de la calcémie est relativement fréquente (25 à 30 % des thyroïdectomies totales) mais elle persiste rarement au delà de 1 an (moins de 1% des cas). Elle se manifeste par des fourmillements (paresthésies) dans les mains et/ou autour de la bouche, voire plus rarement des crampes musculaires («crise de tétanie»). Une mesure postopératoire de la calcémie, par une prise de sang lors de l'hospitalisation, est systématique après une thyroïdectomie totale (mais non après lobectomie simple). Un traitement par comprimés de vitamine D et/ou de calcium peut être nécessaire, mais généralement seulement pendant quelques semaines ou mois.

L'acte chirurgical a peu de retentissement sur l'état général, entraîne peu de douleurs locales (gêne pharyngée comparable à une angine) en général aisément calmées par les antalgiques usuels. Il nécessite parfois la mise en place d'un petit drain peu gênant pendant 24 à 48 heures.

La cicatrisation cutanée est en général de bonne qualité, et n'acquiert son aspect définitif qu'après une période d'environ 6 mois. Cette cicatrisation peut être hypertrophique (formation d'un petit bourrelet rouge entraînant un prurit) surtout chez le sujet jeune. Ceci est en général aisément traité par la cortisone en crème ou en infiltration locale.

De même, l'oedème de la zone opératoire peut persister pendant 1 à 3 mois et être source de gêne locale, en général modérée. La peau du cou et/ou de la partie antérieure du thorax peut rester insensible pendant quelques semaines avant de redevenir normale.



LE CURAGE GANGLIONNAIRE

L'analyse peropératoire du ou des nodules orientée par la cytoponction préopératoire peut conduire au diagnostic de cancer (environ 5 % des nodules isolés).

Les cancers de la thyroïde peuvent disséminer dans les ganglions lymphatiques du cou, soit dans le compartiment central du cou, autour de la thyroïde et de la trachée, soit dans la région latérale du cou (la région jugulo-carotidienne) de manière unilatérale ou bilatérale, voire dans ces 3 régions ganglionnaires.

En cas de ganglion pathologique (on parle de "métastase ganglionnaire") ou suspect, les curages sont toujours indiqués ; en l'absence de ganglion suspect, on peut pratiquer un curage préventif (ou "prophylactique") du compartiment central et du compartiment latéral du côté du cancer thyroïdien. Ce curage préventif a pour avantage de connaître de manière précise l'extension du cancer et d'adapter le traitement complémentaire (iode radioactif et L-thyroxine) en conséquence.

Le curage préventif se fait par la même incision que celle créée pour la thyroïdectomie, et dans le même temps opératoire. Une incision plus étendue à la partie latérale du cou peut être nécessaire en cas de curage plus étendu (notamment en cas de ganglions pathologiques). La cicatrisation se fait de la même manière que pour une thyroïdectomie simple, mais l'oedème et l'insensibilité du cou peuvent être plus étendus, de même que les douleurs musculaires du cou, modérées et transitoires.

Les risques d'hématome et d'infection sont les mêmes que pour la thyroïdectomie, avec la même prise en charge. La dissection latérale du cou peut se compliquer d'une collection de liquide, notamment dans la région juste au-dessus de la clavicule, pouvant nécessiter des ponctions ou un drainage. La dissection du nerf spinal accessoire à la partie haute du cou peut entraîner des douleurs du cou et/ou de l'épaule et des difficultés à la mobilisation du bras. Ces troubles sont rares et sont généralement régressifs en quelques semaines ou mois, mais peuvent nécessiter une prise en charge en kinésithérapie.

La réalisation du curage n'entraîne habituellement pas de prolongation de la durée de l'hospitalisation.



LA SURVEILLANCE POSTOPÉRATOIRE

Permet de :

Rechercher et de diagnostiquer précocement une éventuelle complication (hématome, infection).

- Surveillance de la plaie opératoire.
- Surveillance du drain (éventuellement).
- Surveillance de la voix (examen ORL).
- Dosage de la calcémie en postopératoire en cas de thyroïdectomie totale.

Traiter la douleur :

- Administration systématique d'antalgiques par voie intraveineuse dans les 12 h suivant l'intervention, par voie buccale ensuite.

Traiter une éventuelle hypocalcémie :

- Par la prescription de calcium voire de dérivés de la vitamine D.

Traiter une éventuelle paralysie récurrentielle :

- Éventuellement par la rééducation vocale surveillée par un ORL.
- Ou par une chirurgie ORL si nécessaire.

Les contrôles ont lieu :

- A un mois ou à trois mois en fonction de la nature du nodule thyroïdien.



CONTACTS SECRÉTARIATS :

Lydia CORBERON

(comité Tumeurs endocrines)

01 42 11 60 95

lydia.corberon@gustaveroussy.fr

Éline PAGES

(département de Cancérologie cervico-faciale)

Tél. : 01 42 11 46 12

Fax : 01 42 11 52 73

Sophie PEYRET

Tél. : 01 42 11 46 06

Fax : 01 42 11 52 73

sophie.peyret@gustaveroussy.fr

.....
*Ce livret a été élaboré par l'équipe de chirurgie thyroïdienne de Gustave Roussy :
Dr Dana Hartl, Dr Haïtham Mirghani, Dr Ingrid Breuskin.*

/ Gustave Roussy

114, rue Édouard-Vaillant
94805 Villejuif Cedex - France

