



Préparation à l'intervention

Dans la majorité des cas, aucun traitement ou préparation n'est nécessaire. Les interventions urgentes sont très rares. Dans certaines maladies (hyperthyroïdies), un traitement médicamenteux par antithyroïdiens de synthèse et/ou bêtabloquants peut vous être prescrit avant l'intervention.

Consultation préopératoire

Vous serez reçu(e) en consultation par le chirurgien qui pratiquera l'intervention et vous donnera les informations nécessaires sur votre intervention.

Merci de penser à apporter tous les documents en votre possession (échographie(s), résultats de ponction, scintigraphie, résultats d'examens sanguins etc...).

Si une nouvelle échographie et/ou une ponction d'un nodule de la thyroïde est nécessaire, elle vous sera prescrite lors de cette consultation.

Dans de rares cas il peut être nécessaire de faire pratiquer un scanner cervicothoracique avec injection de produit de contraste qui peut également vous être prescrit lors de la consultation préopératoire (goitre dit "plongeant" ou "endothoracique").

Si l'intervention est confirmée, vous serez convoqué(e) le plus souvent ultérieurement en consultation avec le médecin anesthésiste-réanimateur.

Hospitalisation

Vous serez hospitalisé(e) la veille ou le jour même de l'intervention. Dans certains cas (ablation simple de la moitié de la thyroïde), une hospitalisation en unité ambulatoire peut être envisagée. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun sauf consigne spécifique (JO). Sauf cas particulier, la durée d'hospitalisation est courte : de 1 journée (hémi-thyroïdectomie) à 2 jours (thyroïdectomie totale).

Intervention

En fonction de votre maladie, l'intervention sera :

- **Une résection simple du nodule** en respectant le reste de la glande thyroïde. La durée d'hospitalisation est alors très courte.

- **L'ablation d'un lobe de la thyroïde**, appelée lobectomie ou lobo-isthmectomie (cas le plus fréquent).
- **Une thyroïdectomie totale**, où tout le tissu thyroïdien est enlevé. Cette éventualité ne concerne que certains cancers thyroïdiens et certains goitres multinodulaires. Un traitement substitutif par hormones thyroïdiennes est alors nécessaire. Il est débuté lors de l'hospitalisation et sera équilibré par la suite par votre médecin traitant ou votre endocrinologue.
- **Une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire**. Cette éventualité est plus rare et ne concerne que certains cancers thyroïdiens. L'incision cervicale est alors plus importante et l'hospitalisation plus parfois plus longue.

Ces différentes possibilités seront évoquées lors de la consultation de chirurgie.

Après ablation d'un nodule unique de la thyroïde, un examen au microscope, dit "examen anatomopathologie extemporané", est parfois effectué pendant l'intervention. Cet examen consiste à vérifier la nature exacte du nodule enlevé. En fonction du résultat, une intervention plus importante que celle prévue initialement peut être nécessaire (ablation complète de la thyroïde par exemple au lieu d'une ablation partielle initialement prévue).

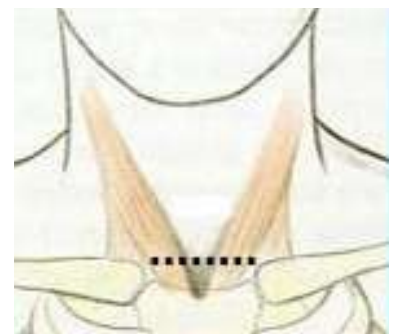
Dans certains cas, il arrive que l'examen au microscope du nodule thyroïdien ne puisse conclure formellement sur sa nature. Les résultats seront alors rendus plusieurs jours après l'intervention, après des analyses plus poussées. Si une réintervention est nécessaire, elle sera programmée secondairement, soit précocement (au 4^{ème} ou 5^{ème} jour post-opératoire) soit plus tardivement pour être à distance des phénomènes inflammatoires postopératoires (3 à 4 mois après votre sortie de l'hôpital).

Dans les cas rares où un cancer de la thyroïde est découvert, votre dossier sera discuté après l'opération en collaboration avec l'équipe de l'Institut CURIE (Responsable : Dr O.Choussy) où une nouvelle intervention pourra éventuellement être programmée dans un deuxième temps.

Il n'est parfois pas nécessaire de réopérer, mais un traitement par iode radio-actif pourra être proposé.

Cicatrice

La cicatrice (cervicotomie) est horizontale à la base du cou. Elle mesure de 4 à 8 cm de longueur selon le type d'intervention. Lorsque cela est possible, elle est faite dans un pli du cou. La cicatrice est fermée avec de la colle biologique. Chez certains patients, la cicatrice devient presque invisible après le 3^{ème} mois. Chez d'autres, elle est plus marquée : Ceci est fonction du mode de cicatrisation propre à chacun. Les patients à peau mate ou noire sont plus exposés à une cicatrice dite "chéloïde", c'est à dire "en relief". Dans ces cas, un traitement spécifique pourra éventuellement être indiqué à distance de l'opération.



Anesthésie

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie sera programmée au minimum 48h avant l'intervention qui n'est quasiment jamais urgente.

Douleur post-opératoire

Les interventions sur la thyroïde sont habituellement peu douloureuses. Vous pouvez cependant ressentir en postopératoire :

- Des douleurs dans le cou, surtout si vous êtes sujets à l'arthrose cervicale. Ceci est dû à la position sur la table d'opération.
- Une douleur dans la gorge (comparable à celle d'une angine) et une difficulté à avaler pendant les premiers jours. Vous pourrez cependant vous alimenter rapidement, souvent le jour même.

Soins post-opératoires

- Le plus souvent, 1 seul petit drain est laissé en place pendant 1 à 2 jours. Son ablation est indolore
- Dans certaines interventions simples il n'est pas nécessaire de drainer
- Il n'y a aucun soin particulier à faire sur la cicatrice. Il est recommandé de ne pas l'exposer au soleil pendant au minimum 6 mois

En fonction de votre maladie, un traitement substitutif par hormones thyroïdiennes peut vous être prescrit le jour de votre sortie. Un bilan thyroïdien sera fait 1 à 2 mois après votre sortie. En fonction des résultats de ce bilan, votre endocrinologue jugera si un traitement est nécessaire et pourra équilibrer la dose du médicament prescrit en post-opératoire immédiat.

Risques opératoires

- **Modification de la voix :**

La chirurgie de la thyroïde se fait souvent en contact très étroit avec certains nerfs qui commandent la voix (nerfs récurrents, nerf laryngé supérieur). Certaines maladies de la thyroïde exposent à un risque accru de lésion des nerfs en cours d'intervention, aboutissant à une modification de la voix qui peut nécessiter une rééducation post-opératoire parfois prolongée (orthophonie). Il ne faut pas confondre cette complication avec l'enrouement passager que l'on observe fréquemment au cours des premiers jours et qui est dû à l'irritation par la sonde d'intubation mise en place par l'anesthésiste et par l'acte chirurgical.

- **Baisse du taux de calcium dans le sang (hypocalcémie) :**

Cette complication rare ne concerne que les interventions majeures (thyroïdectomie totale).

Elle peut nécessiter une administration de calcium par voie orale ou intraveineuse et parfois retarder votre sortie d'hospitalisation jusqu'à stabilisation du taux de calcium dans le sang. Une supplémentation en calcium et vitamine D pourra alors être prescrite lors de votre sortie.

- **Hémorragie :**

La thyroïde est un organe irrigué par de nombreux vaisseaux sanguins. Une hémorragie post-opératoire est très rare mais possible. Elle peut dans de très rares cas nécessiter une ré-intervention parfois en urgence (évacuation d'un hématome sous anesthésie générale).

Cette liste de complication est donnée à titre d'information. Elle ne doit pas vous faire oublier que la chirurgie de la thyroïde a des suites simples dans la grande majorité des cas et que les patients quittent l'hôpital le plus souvent avant le 2^e jour post-opératoire.

INFORMATION SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES CLINIQUES À DES FINS DE RECHERCHE

Dans la perspective de réaliser ultérieurement des recherches portant sur les techniques chirurgicales, certaines données personnelles et médicales contenues dans votre dossier (telles que âge, principaux antécédents médicaux, examen clinique, durée d'intervention, résultats d'examens complémentaires, techniques utilisées et leurs résultats...) pourront être collectées dans un fichier informatique et analysées à des fins de recherche.

Ces données demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par les médecins qui vous suivent. Ces données seront rendues anonymes (elles seront identifiées par un numéro de code et/ou vos initiales), et aucune donnée ne permettrait votre identification dans des rapports ou publications scientifiques dont cette recherche ferait l'objet.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi du 6 août 2004), vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel, ainsi que d'un droit d'accès à ces données et de rectification. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit à l'IMM ou, à défaut, auprès du Dr Alessio Mariolo, responsable du Département de Chirurgie Thoracique et de la confidentialité du traitement informatique de ces données.

INFORMATION SUR LA BASE NATIONALE DE DONNÉES EPITHOR

Nous vous informons que vos données cliniques seront anonymisées et transmises au registre EPITHOR de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, registre qui collige de manière obligatoire toutes les interventions de chirurgie thoracique pratiquées en France.