

Chirurgie du cancer de la thyroïde

Qu'est-ce que c'est?

Certaines masses thyroïdiennes cancéreuses ou suspectes de cancer sont prises en charge au départ par une chirurgie. Il existe plusieurs types de d'interventions:

- lobectomie: ablation d'un lobe de la thyroïde
- lobo-isthmectomie: ablation d'un lobe et de la partie centrale de la thyroïde
- isthmectomie: ablation de la partie centrale de la thyroïde
- thyroïdectomie totale: ablation de la totalité de la thyroïde
- curage ganglionnaire central: ablation des ganglions lymphatiques autour de la thyroïde
- curage ganglionnaire latéral: ablation des ganglions lymphatiques situés dans une partie du cou.

Quel déroulement?

L'admission à l'hôpital se fait en général la veille, parfois le jour même de l'opération.

Le séjour à l'hôpital dépend du type d'intervention dont vous avez besoin. Il est de 1 à 2 jours pour une lobectomie / lobo-isthmectomie, 1 à 5 jours pour thyroïdectomie totale, et 5 à 7 jours pour une thyroïdectomie totale, associée à un curage ganglionnaire. Après une thyroïdectomie totale, la surveillance durant la première nuit et parfois la suivante, se fait aux soins continus.

Avant l'intervention

Avant de vous conduire au bloc opératoire, l'équipe soignante peut vous proposer une prémédication, sous la forme d'un comprimé. Elle a pour but de vous détendre.

Le médecin ou l'infirmier-ère anesthésiste vous accueille en salle d'opération et met en place le ou les cathéters qui serviront à pratiquer l'anesthésie générale et à administrer les médicaments visant à maîtriser les douleurs après l'intervention. Selon la durée de l'anesthésie, une sonde urinaire peut éventuellement être installée.

Avant l'opération et à plusieurs reprises, les professionnel-le-s qui vous encadrent vous demanderont vos nom, prénom et date de naissance. Vous serez aussi invité-e à indiquer l'intervention chirurgicale pour laquelle vous êtes hospitalisée. La marque réalisée sur la peau sera contrôlée, afin de localiser précisément le site à opérer. Les informations sont systématiquement comparées au dossier médical.

Ces contrôles répétés ont pour but de garantir votre sécurité.

L'opération

La durée de l'intervention dépend du type de chirurgie dont vous avez besoin. Entre 1 à 2 heures pour une lobectomie / lobo-isthmectomie, 2 à 4 heures pour une thyroïdectomie totale. Un curage ganglionnaire central rajoute une heure à l'intervention et un curage ganglionnaire rajoute environ 1h30 à l'intervention.

Pendant l'opération, les anesthésistes s'assurent que vous êtes bien endormi-e, que vous ne ressentez pas la douleur et ils contrôlent vos fonctions vitales. L'équipe chirurgicale procède

à l'intervention sous des loupes chirurgicales avec un monitoring de vos nerfs laryngés et une détection améliorée de vos glandes parathyroïdes.

A la fin de l'intervention, il est possible qu'un ou deux drains soient mis en place (surtout en cas de curage ganglionnaire associé). Ils sont en général retirés dans les jours qui suivent, dès que la quantité de liquide drainé est faible.

Suites opératoires immédiates

A l'issue de l'opération, vous êtes transféré-e en salle de réveil pour 1 à 2 heures de surveillance. Vos fonctions vitales sont contrôlées et le personnel s'assure que la douleur est correctement traitée. De manière générale, ces interventions sont peu douloureuses au réveil. Souvent, une poche de glace est appliquée contre le pansement durant les premières heures.

Vous devez attendre la validation de l'équipe chirurgicale pour pouvoir boire et manger. Vous pouvez ensuite boire et manger normalement. En cas de doute sur la mobilité des cordes vocales, il vous faut attendre l'examen direct de votre larynx avant de pouvoir boire ou manger.

Vous pouvez vous lever le jour même de l'opération, au plus tard en début de soirée. Pour votre sécurité et pour les contrôles d'usage lors de ce premier lever, vous êtes accompagné-e d'un-e infirmier-ère.

L'intervention présente-t-elle des risques?

Le risque de complications est faible pour la chirurgie de la thyroïde. Les risques principaux sont:

- **Infections**

Comme elles sont très rares, un traitement antibiotique permet le plus souvent de les éliminer. Dans des cas très rares, une nouvelle intervention chirurgicale est nécessaire.

- **Saignements**

Comme ils sont très rares, une simple surveillance suffit. Il peut être parfois nécessaire d'opérer à nouveau pour contrôler la source du saignement.

- **Lésion d'un nerf laryngé récurrent** (responsable de la mobilité de la corde vocale)

Toutes les interventions chirurgicales de la thyroïde sont accompagnées d'un contrôle de la fonction des nerfs laryngés récurrents. Décrite dans 3-5% des cas de thyroïdectomie totale, l'atteinte d'un des 2 nerfs laryngés récurrents engendre une modification de la voix (elle devient rauque), parfois associée à une difficulté à avaler des liquides sans fausses routes. Dans le cas d'une opération unilatérale, seul un des 2 nerfs est à risque. Dans le cas d'un curage ganglionnaire central associé, le risque est légèrement plus élevé.

En général, cette atteinte est temporaire et se corrige spontanément en 3 à 4 mois.

- **Lésion de la branche externe du nerf laryngé supérieur** (responsable de la tension dans la corde vocale)

Lors d'une intervention sur la thyroïde, ce nerf est systématiquement protégé. Cependant, il peut arriver que sa manipulation engendre une paralysie temporaire qui se manifeste par une voix plus grave et une difficulté à chanter dans les aigus. La majorité de ces atteintes sont temporaires et se corrigent en 3 à 4 mois.

- **Lésion ou ablation involontaire de glandes parathyroïdes**

Derrière chaque lobe de la thyroïde se trouvent en général 2 glandes parathyroïdes. Ces glandes sont nécessaires réguler le calcium dans le corps. Elles mesurent moins de 1 cm et sont parfois difficiles à différencier de la graisse située autour de la thyroïde. Si elles sont retirées de manière involontaire ou si l'intervention endommage leur vascularisation, il est nécessaire de prendre des comprimés de calcium. Dans la majorité des cas, cette prise de comprimés peut être arrêtée dans les mois qui suivent l'intervention. Au CHUV, nous utilisons un système de détection en temps réel de ces glandes durant l'intervention pour diminuer la fréquence de cette complication.

- **Accumulation de lymphe sous la peau**

Rare et toujours bénigne, cette complication est le plus souvent surveillée. L'accumulation se résorbe toute seule avec les semaines. Il est parfois nécessaire de l'évacuer.

- **Cicatrice**

Malgré toutes les précautions prises pour favoriser une bonne cicatrisation, certain-e-s patient-e-s ont tendance à faire des cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes qui peuvent persister.

Les risques dépendent de plusieurs facteurs: du type de chirurgie, de la maladie, de l'état de santé général du/de la patient-e et des autres traitements en cours. Les surveillances après l'intervention visent à détecter une éventuelle complication pour la traiter de manière rapide et adéquate. Avant l'intervention, votre chirurgien-ne vous expliquera les risques liés spécifiquement à votre propre intervention.

Comment se préparer?

En vue de votre intervention, plusieurs consultations sont programmées avant l'hospitalisation:

- Une consultation avec votre chirurgien-ne pour vous expliquer en détail l'intervention et ses suites. C'est aussi l'occasion d'effectuer un examen clinique et de contrôler la mobilité des cordes vocales avant l'intervention.
- Une consultation avec un-e médecin anesthésiste pour préparer l'anesthésie générale et vous l'expliquer. Selon votre état de santé général, il est possible qu'il doive organiser d'autres examens avant l'intervention.
- Éventuellement, une consultation avec un-e médecin assistant-e du service pour contrôler que tous les éléments de votre dossier sont présents. Elle a lieu le même jour que la consultation avec le ou la médecin anesthésiste.

De manière générale, vous entrez à l'hôpital la veille de l'intervention, parfois vous entrez le matin même. Vous rencontrez votre chirurgien-ne la veille de l'intervention ou le jour même. Une marque sera réalisée sur votre peau avec un stylo spécial à l'endroit où vous serez opéré-e.

Médicaments

Tous les médicaments qui influencent la coagulation du sang sont adaptés avant l'opération pour minimiser les risques. Votre chirurgien-ne, puis votre anesthésiste, vérifieront avec vous votre médication et vous expliqueront comment l'adapter. Pensez à prendre avec vous la liste de vos médicaments lors de chaque rendez-vous.

Dans la semaine qui précède l'intervention, ne prenez pas un nouveau médicament sans en parler à votre chirurgien-ne.

Alimentation et tabac

Vous pouvez garder vos habitudes alimentaires jusqu'à l'hospitalisation. Toutefois, si votre admission est programmée le jour même de l'opération, il vous est demandé d'être à jeun, c'est-à-dire de ne plus manger ni boire depuis minuit jusqu'à l'opération.

Pour éviter des complications respiratoires, il est par ailleurs impératif de cesser de fumer à partir de minuit la veille de l'opération.

Soins du corps et bijoux

Pensez à retirer vos bijoux avant de venir à l'hôpital et à ôter tout vernis à ongles, aux mains et aux pieds.

Effets à prévoir

Pour le séjour à l'hôpital, pensez à prendre des affaires de toilette, une paire de pantoufles confortables, une tenue d'intérieur et tout effet personnel important pour vous. Pour la sortie, prévoyez des vêtements amples et faciles à mettre, dans lesquels vous vous sentez à l'aise.

Si vous prenez des médicaments de façon régulière, pensez à les emporter avec vous à l'hôpital, afin d'en disposer le cas échéant. L'équipe soignante vous donnera des précisions au sujet de leur prise durant votre séjour.

Que se passe-t-il après?

Afin de prévenir ou de détecter d'éventuelles complications, l'infirmier-ère et le/la médecin réalisent plusieurs surveillances durant l'hospitalisation. Ils contrôlent notamment:

- le pansement
- les drains d'aspiration placés sous la peau
- la température et la tension artérielle
- la respiration
- le taux de calcium dans votre sang par des prises de sang.

Un pansement résistant à l'eau peut être appliqué pour prendre une douche le lendemain de l'intervention.

Contrôle de la douleur

Après une chirurgie de la thyroïde, vous pouvez ressentir des maux de gorge ressemblant un peu à ceux d'une pharyngite ou angine. Elles sont dues au tube passé entre les cordes vocales pour assurer votre respiration durant l'intervention et à la chirurgie elle-même qui repousse plusieurs structures de votre cou. Vous recevrez une médication antidouleur de manière systématique et vous pourrez demander des réserves si les douleurs persistent. Les douleurs s'estompent au bout de quelques jours. Il est important de bien mobiliser votre cou les jours après l'intervention malgré des faibles douleurs pour éviter des contractures musculaires. La suture est solide et vous ne risquez pas de la casser en bougeant. Il est également important de sortir du lit et de marcher dès le soir de l'intervention.

Médication

En cas d'ablation complète de la glande thyroïde, la supplémentation en hormone thyroïdienne sera commencée le matin après l'intervention et devra se poursuivre toute la vie. Des adaptations de dose sont parfois nécessaires après un premier contrôle sanguin 4 à 6 semaines après l'intervention (lors de la deuxième consultation post opératoire). Une fois la bonne dose trouvée, elle reste en général stable pour le reste de la vie, hormis certaines situations particulières qui vous seront expliquées par votre médecin endocrinologue ou votre généraliste. Ce médicament devra toujours être pris le matin à jeun 20-30 minutes avant le petit déjeuner.

En cas de chirurgie partielle de la thyroïde (lobectomie / lobo-isthmectomie), on ne donne pas d'emblée de substitution en hormones thyroïdiennes. Un dosage sanguin réalisé 4 à 6 semaines après l'intervention (lors de la deuxième visite post opératoire) nous indique si vous avez besoin d'une substitution. Environ 30% des patients ont besoin d'une substitution en hormone thyroïdienne après ce type de chirurgie.

Il est possible que vous deviez prendre des comprimés de calcium et de vitamine D après l'intervention. Si c'est le cas, des dosages sanguins dans les mois qui suivent l'intervention nous indiquent si cette supplémentation peut être diminuée puis stoppée ce qui est le cas chez la plupart des patients qui souffrent de cet effet indésirable de la chirurgie.

Sortie de l'hôpital

En fonction de l'intervention et de votre évolution, l'équipe chirurgicale vous informera à l'avance de la date de sortie prévue.

Vous sortirez avec tous les documents nécessaires:

- Ordonnance
- Arrêt de travail (2 à 3 semaines en fonction de l'intervention et de votre métier)
- Rendez-vous de contrôles chirurgicaux
 - 10 à 15 jours post opératoire: ablation des fils, contrôle des cordes vocales, discussion des résultats d'analyse de la pièce opératoire, explication des prochaines étapes le cas échéant
 - 1,5 mois post opératoire: contrôle de l'évolution et du dosage du taux d'hormones thyroïdiennes
 - 4,5 mois post opératoire: dernier contrôle chirurgical, organisation de la suite de prise en charge en cas de gêne ou de séquelles persistantes
- Selon si vous êtes adressé-e par votre généraliste ou par un-e endocrinologue, vous aurez des rendez-vous de suivi à leur consultation.

Cicatrisation

Dans les heures et les jours qui suivent l'opération, il est fréquent qu'une enflure apparaisse au niveau de la zone opérée. Il s'agit d'une accumulation de lymphes sous la peau.

Si ce signe persiste, comme c'est le cas dans de rares situations, il est considéré comme un effet secondaire temporaire. Au besoin, selon l'évaluation médicale, cette accumulation peut être évacuée exceptionnellement, par une ponction. La plupart du temps, la résorption est spontanée en quelques jours, voire semaines.

Une rougeur, douleur, ou écoulement sont des possibles signes d'infection (très rare) qui nécessite une consultation, un traitement par antibiotique et exceptionnellement un nettoyage chirurgical.

Les fils laissés sous la peau seront retirés lors de votre premier contrôle ambulatoire 10 à 15 jours après l'intervention.

Dès 3 semaines après l'intervention, votre chirurgien-ne vous expliquera comment prendre soins de votre cicatrice pour l'assouplir et optimiser le résultat esthétique final (massages et protection contre le soleil).

Quelle couverture par les assurances?

Les chirurgies thyroïdiennes sont couvertes par l'assurance obligatoire des soins.

Contacts

Equipe médicale de la Consultation cervico-faciale
Secrétariat de la policlinique ORL
Tél. +41 21 314 27 11