



Nodule thyroïdien et goitre

Définition

La thyroïde est une glande située à la base du cou en avant de la trachée. Elle régule de nombreux systèmes hormonaux par la sécrétion d'hormones (triiodothyronine (T3), thyroxine (T4) et calcitonine). Elle peut être le siège de pathologies différentes :

- hyperactivité de la glande (hyperthyroïdie)
- hypoactivité de la glande (hypothyroïdie)
- augmentation de taille de la glande (goitre) pouvant être responsable d'une compression (goitre compressif)
- nodules thyroïdiens qui le plus souvent sont bénins mais peuvent aussi être cancéreux.

Symptômes

L'hyperthyroïdie se manifeste par une sensation d'hyperactivité de différents systèmes : cardiaques, neurologiques, digestifs... Elle entraîne donc divers symptômes tels que la tachycardie (accélération du rythme cardiaque), agitation, diarrhée...

- L'hypothyroïdie à contrario se manifeste par une sensation d'hypoactivité des mêmes systèmes engendrant donc des symptômes tels que la bradycardie (ralentissement du rythme cardiaque), fatigue, constipation...

L'augmentation de la taille de la thyroïde (goitre) n'est pas en soit une pathologie mais peut être responsable d'une compression entraînant une gêne respiratoire (dyspnée), une modification de la voix (dysphonie) ou des difficultés à avaler (dysphagie).

Les nodules (tumeurs) de la thyroïde peuvent être découverts au cours de l'exploration d'un goitre thyroïdien, d'une hypo ou hyperthyroïdie ou par hasard. Ils sont rarement responsables de symptômes (compressifs).

Traitement

Le diagnostic d'un dérèglement de l'activité thyroïdienne (hypo ou hyperactivité) est le plus souvent évoqué par l'examen du patient. Le diagnostic de certitude sera posé par le dosage sanguin des hormones thyroïdiennes.

L'augmentation de la taille de la thyroïde (goitre) est confirmée par un simple examen clinique mais l'imagerie (échographie voire éventuellement scanner) donne des renseignements morphologiques importants.

Les nodules thyroïdiens sont explorés systématiquement par une imagerie (échographie) et en fonction de leurs caractéristiques morphologiques ainsi que de la symptomatologie du patient (hyper ou hypoactivité thyroïdienne, compression) d'autres explorations pourront être réalisées comme une scintigraphie thyroïdienne voire même une ponction du nodule afin de le caractériser de manière plus précise.

L'ensemble de ce bilan peut être débuté par un médecin généraliste et sera le plus souvent poursuivi par un endocrinologue.



Le traitement de ces pathologies thyroïdiennes peut nécessiter à un moment ou un autre un traitement chirurgical. Ce traitement est décidé après concertation de l'endocrinologue avec le chirurgien. Il peut nécessiter l'exérèse de la moitié (lobectomie) droite ou gauche de la thyroïde ou de l'ensemble de la glande thyroïdienne. En cas de cancer de la thyroïde l'ablation de certaines chaînes ganglionnaires (curage) peut être réalisée au cours du même geste. Cette intervention est réalisée par une incision cervicale d'environ 5 cm à la base du cou. Le patient est hospitalisé la veille ou le matin de l'intervention. Par l'incision cervicale tout ou partie de la thyroïde est retirée. Il peut être laissé en postopératoire un système permettant l'évacuation de liquide postopératoire (redon : sorte de petit tuyau en plastique) qui sera retiré au bout de 24 à 48 heures. Notre équipe réalise la grande majorité des thyroïdectomies sans mettre en place ce type de système ce qui permet le plus souvent au patient une hospitalisation plus courte. La peau est fermée par un fil résorbable et la cicatrice ne nécessite pas de soins particuliers.

En cas de lobectomie (exérèse partielle de la glande) l'hospitalisation est d'environ 24 heures et dans certains cas cette intervention peut même se faire en chirurgie ambulatoire. En postopératoire seul un traitement antalgique sera prescrit. Le chirurgien reverra son patient en consultation au bout d'environ 3 semaines.

En cas d'exérèse complète de la glande, une hospitalisation de 48 heures est nécessaire. Une prise de sang sera réalisée tous les matins afin de s'assurer de l'absence de modification du taux sanguin de calcium qui peut être altéré. Un traitement antalgique est prescrit à la sortie ainsi que, le plus souvent, un traitement hormonal substitutif. Le chirurgien reverra son patient en consultation au bout d'environ 3 semaines. Le patient est revu aussi par son endocrinologue au bout d'un mois afin de s'assurer du bon équilibre du traitement hormonal substitutif.

L'examen histologique de la glande est disponible au bout d'environ 2 à 3 semaines.

Les risques sont principalement de trois types :

Le saignement : le plus souvent il survient au cours de l'intervention et est alors facilement contrôlé par le chirurgien sans que cela ne modifie par prise en charge du patient. Il peut rarement survenir en postopératoire et dans certains cas nécessiter une réopération du patient afin d'évacuer un hématome et de contrôler tout type de saignement. Ce risque explique notamment la surveillance de 48 heures en milieu hospitalier après exérèse complète de la glande.

La chute de la concentration en calcium sanguin (hypocalcémie) : Des petites glandes appelées parathyroïdes sont situées autour de la thyroïde et jouent un rôle majeur dans le métabolisme du calcium. Ces glandes peuvent être lésées de manière plus ou moins importante au cours de l'ablation de tout ou partie de la thyroïde. Le calcium sanguin doit donc être surveillé en postopératoire après thyroïdectomie totale. Si les dosages réalisés au cours de l'hospitalisation sont normaux le patient n'aura pas à prendre de calcium par voie veineuse ou orale. Cependant en cas de baisse du taux de calcium un traitement oral ou intraveineux peut se discuter. Ce traitement doit parfois être poursuivi en postopératoire. La baisse du taux de calcium se manifeste initialement par l'apparition de sensations de fourmillements autour de la



bouche ou au niveau des doigts et ces manifestations doivent t'alerter le patient.

Une modification de la voix (dysphonie) : Les corde vocales sont innervées par des nerfs principaux (nerfs récurrents) qui passent à proximité de la glande thyroïdienne. Ces nerfs peuvent être lésés de manière plus ou moins importante au cours de l'intervention. En postopératoire la voix du patient est donc surveillée. En cas de modification vocale persistante au bout de quelques jours, des explorations plus poussées peuvent se discuter et une rééducation vocale par un orthophoniste est parfois nécessaire.