

LA SURVEILLANCE D'UNE THYROÏDECTOMIE EN SSPI

E ALASTOR*, I PHILIPPOT, G MION *****

**Hôpital d'Instructions des Armées VAL DE GRÂCE
74 Boulevard du Port Royal - 75005 PARIS**

***Infirmière anesthésiste Cadre de Santé, ** Infirmière Anesthésiste,
*** Professeur Agrégé du Val De Grâce**

INTRODUCTION

Les pathologies de la thyroïde sont fréquentes (tumeurs, dysfonctionnement.....) et nécessitent parfois un traitement chirurgical. La fonction endocrine de cette glande et sa localisation sont à l'origine de complications spécifiques qui nécessitent une surveillance attentive. En effet seule la détection précoce de ces complications permet d'en limiter les conséquences.

1) Anatomie de la thyroïde

La thyroïde est un organe très vascularisé, situé devant le larynx, à proximité de gros vaisseaux, en rapport direct avec la trachée.

Les nerfs récurrents, qui innervent les cordes vocales et interviennent dans la déglutition, cheminent le long de son bord postérieur. Leur localisation, variable selon les individus, rend délicate la dissection de la glande.

2) Fonction endocrine de la thyroïde

La thyroïde secrète T3 et T4, hormones provoquant une augmentation du métabolisme et du débit cardiaque.

Lors d'une thyroïdectomie totale, les parathyroïdes, très proches de la thyroïde, sont souvent en partie elles aussi ôtées. Or ce sont elles qui produisent la PTH qui régule le métabolisme du calcium dans l'organisme.

De ces différentes particularités découle la surveillance en SSPI du patient opéré de la thyroïde.

I - LES DIFFERENTES COMPLICATIONS POTENTIELLES EN POST OPERATOIRE IMMEDIAT

1) Risque hémorragique

- hémorragie

Elle peut être extériorisée (drains, pansement) ou non, et est parfois importante. La localisation du saignement fait craindre une collection en avant de la trachée, gênant ainsi la respiration.

- hématome compressif

Progressif ou brutal (lié au lâchage d'une suture), comme son nom l'indique, il comprime les voies aériennes supérieures.

Il peut provoquer une détresse respiratoire et nécessiter une réintervention en urgence.

2) Complications au niveau des voies aériennes supérieures

- paralysie ou parésie récurrentielles (0.7 à 3 % des cas)

Les cordes vocales sont innervées par les nerfs récurrents qui sont responsables à la fois de la phonation et de l'ouverture-fermeture de la glotte. Les lésions de ces nerfs, lorsqu'elles sont unilatérales, peuvent passer inaperçues : leur seul symptôme se limite parfois à une modification de la voix (qui devient bitonale) ou à des troubles de la déglutition (fausses routes).

Par contre, lorsqu'elles sont bilatérales, leurs conséquences sont potentiellement plus dramatiques : on observe des fausses-routes et surtout une dyspnée laryngée avec « bruit de cornage » à l'inspiration, parfois majorée par l'œdème laryngé. Cela nécessite une réintubation rapide voire, en l'absence d'amélioration au bout de quelques jours, une trachéotomie jusqu'à récupération de la mobilité des cordes vocales. Les paralysies bilatérales définitives sont très rares et la vérification de la mobilité des deux cordes vocales avant l'intervention permet d'en limiter le risque.

- Pneumothorax suffocant

Il se rencontre plus fréquemment après la chirurgie d'un goitre plongeant.

- embolie gazeuse

Elle est due à l'ouverture de sinus veineux au cours de la chirurgie.

- trachéomalacie

Elle reste exceptionnelle et se traduit par un spasme de la paroi trachéale à l'inspiration pouvant se confondre avec une lésion récurrentielle. Une laryngoscopie permet de les différencier.

Ces 3 dernières complications sont beaucoup moins fréquentes.

3) complications endocriniennes

- Crise aiguë thyrotoxisque

Elle survient plus volontiers à distance de l'intervention et est due à une imprégnation importante de l'organisme par les hormones thyroïdiennes (maladie de Basedow). Elle est devenue exceptionnelle grâce à une meilleure prise en charge en pré-opératoire de l'hyperthyroïdie (β bloquants, , antithyroïdiens de synthèse).

- Hypoparathyroïdie

Elle est souvent due à une sidération temporaire des parathyroïdes.

4) douleur

- à la déglutition : elle est due à l' IOT, à la localisation de la chirurgie, à l'œdème laryngé
- au niveau de la cicatrice
- Cervicale, céphalées: elles ont pour origine la position de Rose pendant l'intervention (billot sous les épaules, tête en hyper extension)

5) autres complications

- nausées et vomissements post opératoires

Leur incidence est plus importante après ce type de chirurgie, peut-être en partie parce qu'il concerne davantage les femmes, plus sujettes à ces effets secondaires.

- plaies du canal thoracique

Du chyle (liquide blanchâtre) s'écoule par le drain.

- embolie gazeuse

Elle est due à l'ouverture de sinus veineux au cours de la chirurgie et s'observe donc le plus souvent en cours d'intervention.

II - LA SURVEILLANCE EN SSPI

1) Matériel

Comme pour n'importe quel patient ayant bénéficié d'une anesthésie, il faudra disposer en SSPI du matériel nécessaire

- pour surveiller les paramètres hémodynamiques (fréquence cardiaque, tension artérielle....) et ventilatoires (capnographe, oxymètre)

- pour assurer une ventilation efficace (respirateur, oxygène, aspiration, matériel d'intubation)

- pour maintenir les fonctions vitales en situation d'urgence (médicaments d'anesthésie et d'urgence)

Tous ces éléments seront soigneusement vérifiés avant l'arrivée du patient en SSPI.

En outre, un hématome comprimant les voies aériennes peut rendre difficile l'intubation, ce qui impose de rouvrir l'incision pour l'évacuer et éviter l'asphyxie. Il est donc indispensable de connaître le type de suture pratiquée (surjet, agrafes, colle) afin de prévoir le matériel nécessaire (bistouri, pince à agrafes, ciseaux stériles)

2) Installation

A son arrivée en SSPI, le patient sera en position demi assise, afin de lui assurer la meilleure oxygénation possible, avec éventuellement un coussin sous la tête pour essayer de prévenir les douleurs cervicales dues à la position de Rose.

Un monitoring standard permettra la surveillance hémodynamique et ventilatoire. Le drainage, s'il y en a, sera installé de manière visible, afin qu'un saignement puisse être détecté le plus rapidement possible. Pour la même raison, le pansement et le cou devront aussi rester visibles.

3) L'extubation

L'extubation du patient opéré d'une thyroïdectomie nécessite une attention particulière : parmi les critères habituellement exigés, on insistera davantage sur :

- l'absence de risque de reprise chirurgicale, un saignement important pouvant provoquer un hématome compressif (drain, pansement)

- la déglutition (en raison du risque récurrentiel)

- le contact verbal avec le patient et sa compréhension des ordres simples permettant au patient lui-même de signaler un éventuel malaise et ce qui lui semble anormal.

Classiquement, afin de s'assurer du bon fonctionnement des nerfs récurrents, il faudrait systématiquement extuber en laryngoscopie directe pour vérifier le fonctionnement correct des cordes vocales à l'inspiration. En pratique, si l'on préfère que le patient soit parfaitement réveillé, il semble difficile de lui imposer ce geste. La collaboration de l'équipe chirurgicale, alertant si elle a un doute sur une compression ou une lésion des nerfs récurrents, permet d'éviter cette pratique qui peut sembler agressive pour le patient.

Par contre, après l'extubation, on demandera immédiatement au patient de parler afin de dépister rapidement ce type de complication (phonation).

4) Surveillance après extubation

a) L' hémorragie

Elle est toujours à craindre par lâchage d'une suture. Son risque est plus important durant les deux heures qui suivent l'intervention.

b) Certains signes peuvent faire redouter la constitution d'un hématome compressif :

- L'apparition d'un saignement important au niveau des drains ou du pansement mais aussi les paramètres hémodynamiques car ils se modifient parfois avant qu'un saignement ne s'extériorise par le drainage ou le pansement.

- L'apparition d'une désaturation, de signes de tirage, d'une dyspnée

- Une modification de la morphologie du cou (gonflement)

- Une agitation anormale ou brutale du patient

c) Les difficultés respiratoires sont plus rarement dues à un pneumothorax ou à un laryngospasme (diminution de la sécrétion de PTH) mais il faudra quand même les évoquer.

d) Une lésion unilatérale des nerfs récurrents peut se révéler peu après l' extubation par une dyspnée laryngée, ou une simple difficulté à l'inspiration, ou des fausses-routes.

e) Pour les personnes présentant des risques plus importants de nausées et vomissements post opératoires, une prophylaxie sera envisagée compte tenu des éventuelles fausses-routes

f) La crise thyroétoxisque reste exceptionnelle en SSPI mais l'association d'une hyperthermie, d'agitation, d'hypertension et de tachycardie doit malgré cela y faire penser.

g) Les signes d'hypoparathyroïdie sont eux aussi généralement plus tardifs que le post opératoire immédiat : le patient ressent alors des fourmillements autour de la bouche et aux extrémités, des crampes des mains (« mains d'accoucheur ») et des contractures de la mâchoire. Ces symptômes peuvent évoluer vers une crise de tétanie.

5) Prise en charge de la douleur

Les patients opérés de la thyroïde sont susceptibles de présenter plusieurs types de douleur en SSPI :

a) Au niveau du site opératoire

Elle est liée à l'incision et à la dissection de la glande

b) A la déglutition

Différents facteurs peuvent en être la cause :

- l'intubation elle-même

- le ballonnet de la sonde surgonflé

- un oedème laryngé dû à la fois à la chirurgie et à l'intubation

- une toux importante au réveil

Dans tous ces cas, c'est la prévention qui sera la plus efficace (intubation « en douceur », monitoring de la pression du ballonnet en cours d'anesthésie, prévention de la toux au réveil) mais on peut aussi en l'absence de contre-indication et après avis médical, administrer des corticoïdes ou des AINS (avec précaution car ils favorisent le saignement) , ou pratiquer des aérosols dès l'extubation. La place des ALR reste à discuter mais semblerait à la fois améliorer le confort du patient et diminuer la durée d'hospitalisation.

c) Au niveau cervical et des céphalées

En dehors des antalgiques déjà administrés en cours d'intervention, une installation confortable du patient lui permettra d'être soulagé : coussin sous la tête et tête en légère flexion

III CONCLUSION

La SSPI est le lieu privilégié pour permettre de détecter les principales complications des thyroïdectomies.

Un matériel vérifié et adapté, la connaissance des risques liés à ce type de chirurgie, une coopération entre les équipes d'anesthésie et chirurgicale, des transmissions précises permettent d'intervenir rapidement en cas de besoin et d'assurer la sécurité du patient. Le rôle et la compétence de l'infirmier exerçant en SSPI est important, bien sûr pour permettre un réveil anesthésique et une prise en charge efficace de la douleur post opératoire, mais surtout pour prévenir et détecter les complications spécifiques de cette intervention et maintenir les fonctions vitales avant une éventuelle reprise chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CONESSA CL, SISSOKHO B, FAYE M, les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'Hôpital Principal de Dakar à propos de 155 interventions, médecine d'Afrique noire, 2000 ; 47(3)
- [2] HURTADO-LOPEZ LM, ZALDIVAR-RAMIREZ FR, BASURTO KUBA E, PULIDO CEJUDO A, GARZA FLORES JH, MUNOZ SOLIS O, CAMPOS CASTILLOS C , Causes for early reintervention after thyroïdectomy, Med sci monit, 2002 ;8(4) :CR247-250
- [3] RANDOLPH GW, KAMANI D, the importance of preoperative laryngoscopy in patients undergoing thyroïdectomy: voice, vocal cord function, and the preoperativ detection of invasive thyroid malignancy, Surgery.2006 Mar;139 (3): 357-62
- [4] WITT RL, recurrent laryngeal nerve electrophysiologic monitoring in thyroid surgery : the standard of care ? J Voice 2005 Sep; 19(3):497-500

ANNEXE

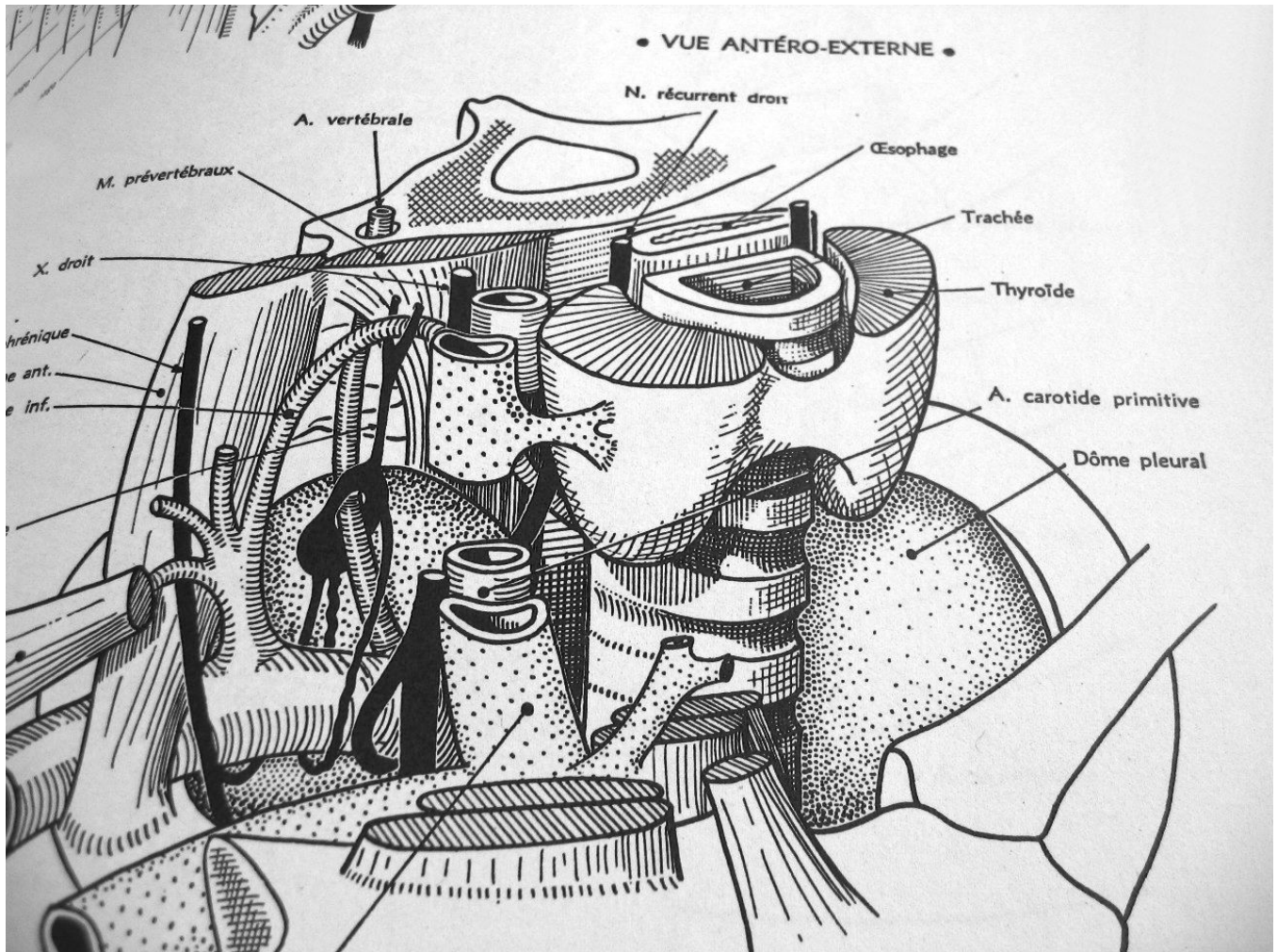


Schéma anatomique de la thyroïde