

RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

L'information du patient avant thyroïdectomie



INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face
et du Cou

COMITE D'ORGANISATION

Pr José SANTINI, ORL, Nice. Dr Jean François PAPON, ORL, Créteil

GROUPE DE TRAVAIL

Président : Pr José SANTINI, ORL, Nice

Dr Jean-Pierre ALFONSI, Chirurgien, Bastia

Dr Françoise BONICHON, Médecine nucléaire, Bordeaux

Dr Alexandre BOZEC, ORL, Nice

Pr Antoine GIOVANNI, Phoniatre, Marseille

Dr B.GOICHOT, Endocrinologue, Strasbourg

Dr Marie Françoise HEYMANN, Anatomo pathologiste, Nantes

Pr Ollivier LACCOURREYE, ORL, Paris

Dr Gérard LATIL, ORL, Aix en Provence

Dr Jean-Louis SADOUL, Endocrinologue, Nice

Pr Vladimir STRUNSKI, ORL, Amiens

Dr Frédérique TISSIER-RIBLE, Anatomo-cytopathologiste, Paris

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

PLAN

I-Droits (et souhaits) du patient à l'information

- A-Le Droit a l'information
- B-Le Droit au consentement éclairé
- C-Le Droit a la liberté de choix
- D-Les souhaits des patients

Recommandation 1

II-Le contenu de l'information :

II-1 « Pourquoi dois-je être opéré de la glande thyroïde? »

Recommandation 2

II-2 Quels sont les données des examens cliniques et para cliniques nécessaires au moment de discuter, et avant de poser, une indication opératoire de thyroïdectomie ?

- A-La Biologie endocrinienne
- B-L'Echographie
- C-La Cytoponction
- D-La Scintigraphie
- E-TDM/IRM
- F-TEP/TDM

Recommandation 3

II-3 Le type de thyroïdectomie, « dois-je subir l'ablation de toute la glande thyroïde »?

Recommandation 4

II-4 Quels sont les risques et les complications de la chirurgie thyroïdienne ?

Recommandation 5

II-5 Si je suis d'accord pour me faire opérer, quelles sont les informations utiles que je dois recevoir sur :

l'équipe médicale et l'établissement de santé où aura lieu l'intervention, les risques et le type de l'anesthésie, le type et la durée d'hospitalisation, les modalités techniques particulières, les suites post opératoires et le suivi ?

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

A-Information sur l'établissement de santé

B-Information sur le chirurgien et l'équipe chirurgicale

C-Information sur les risques anesthésiques et généraux

D-Information sur le type d'anesthésie

E-Information sur la réalisation d'un examen anatomo-cytopathologique extemporané

F-Information sur les modalités techniques

G-Information sur la période post opératoire

H-Information sur la cicatrice

I-Information sur les suites

Recommandation 6

II.6 Selon la présentation clinique y a-t-il un autre traitement que la chirurgie? Est-il possible de ne rien faire ou simplement de surveiller ?

A-L'Hyperthyroïdie

B- Le Syndrome compressif

C- Le risque de cancer

II-7 Quelles sont les conséquences endocriniennes et générales de cette opération? Pourquoi faut-il un suivi, et en quoi consiste-t-il ?

A- les conséquences générales possibles de la thyroïdectomie

1-Faut-il craindre une prise de poids?

2- Quelle est la durée probable de la convalescence ?

B- les conséquences endocriniennes des différentes thyroïdectomies

1- Thyroïdectomies partielles

2- Thyroïdectomie totale

C- Pourquoi et comment surveiller un lobe thyroïdien laissé en place ?

Recommandation 7

III-Les modalités : comment bien informer ?

A-L'absence d'obligation sur la forme

1-La forme orale

2-La remise d'une fiche d'information

B- Les erreurs grossières à éviter

Recommandation 8

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

L'information du patient est un temps essentiel de sa prise en charge ; le but de ces Recommandations de bonne pratique est de proposer aux collègues chirurgiens pratiquant des thyroïdectomies des données validées leur permettant d'être conformes aux règles des bonnes pratiques cliniques et de répondre aux questions que posent les patients. Ces recommandations se fondent sur la littérature scientifique et sur les textes règlementaires. Leurs objectifs sont d'aider à la prise de décision, d'harmoniser les pratiques, de réduire les gestes inutiles mais aussi de participer à l'établissement d'une relation de confiance entre le chirurgien et son patient.

Mots clés : information personnalisée, consentement libre et éclairé, droits des patients, transparence des décisions, référentiels/RCP, niveau de preuve , traçabilité, personne de confiance, options thérapeutiques, bénéfice/risque, savoir partagé, médecine fondée sur le niveau de preuve ou EBM, choix patient, dossier médical , contexte médico-légal, sociétés savantes, experts, iatrogénie ,voix , hypoparathyroïdie, hypothyroïdie, internet, programme personnalisé de soins, médecin traitant, médecin référent ,multidisciplinarité.

Avis experts du GT: Avis des experts du groupe de travail

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

I- Droits (et souhaits) du patient à l'information

Deux principaux textes de droit encadrent cette pratique :

-La loi du 4.03.2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé

-La Charte européenne des droits des patients (Droits fondamentaux de l'UE)

On distingue 3 niveaux de droit :

A-Le Droit a l'information : « *chaque personne a le droit d'accéder à toutes les informations concernant son état de santé* ».

B-Le Droit au consentement éclairé : « *chaque personne a le droit d'accéder à toute information qui pourrait lui permettre de participer activement aux décisions concernant sa santé ; cette information est un préalable à toute procédure ou traitement* ».

C-Le Droit a la liberté de choix : « *chaque personne a le choix de choisir librement parmi les différents procédures de traitement sur la base d'informations appropriées* »

Dans ce cadre le médecin précise à la personne malade : « *...les différents traitements possibles, leur utilité, leur urgence éventuelle, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et les conséquences prévisibles en cas de refus de traitement....* ».

Les risques fréquents ou graves sont ceux de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes, ou même esthétiques graves compte tenu de leur répercussion psychologique ou sociale. Pour le législateur et le magistrat moins la nécessité de l'acte médical s'impose, plus l'obligation d'information est renforcée. Cette obligation s'applique bien à la pathologie de la thyroïde ou les situations cliniques graves et urgentes sont exceptionnelles et ou d'autres thérapeutiques ou modalités de prise en charge sont souvent possibles. *[Guidelines de l'American Thyroid Association :Recommandation ATA :Revised guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer Cooper et al. 2009 (niveau de preuve 1). Référentiel de la Société Française d'Endocrinologie, consensus 2009 (niveau de preuve 1)].*

D- Les souhaits des patients : l'information sur les risques d'une chirurgie est un des premiers sujets que les patients veulent voir abordé lors de la consultation pré opératoire.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

[El Wakeel Ethics. 2006 (niveau de preuve 2). Abdul-Sater. L Otolaryngol Head Neck Surg 2011 (niveau de preuve 3)].

Même si l'évaluation de la perception de l'information demeure particulièrement complexe du fait de l'hétérogénéité de la population des patients et des caractéristiques individuelles, sociales, culturelles et autres qui font de chaque patient un cas particuliers ; il apparaît que la demande d'information est plus importante pour les patients les plus jeunes *[Hekkenberg. J Otolaryngol. 1997(niveau de preuve 4)]*. Il est probable que cette demande évoluera encore vers une accentuation du besoin et des droits. Deux conséquences positives de cette demande de plus d'information : l'amélioration des pratiques (et leur homogénéisation) d'une part et la responsabilisation des patients d'autre part et une moins favorable : le risque d'accroître l'angoisse et le stress pouvant aller jusqu'au refus de soins *[Laccourreye. Ann. Chir. 2005 (niveau de preuve2)]*. Le niveau de satisfaction sur la qualité de l'information avant thyroïdectomie est peu documenté mais favorable sur la seule étude nationale publiée *[Laccourreye. Bull. Acad. Natle. Med. 2008 (niveau de preuve2)]*. Sans entrer dans le débat de l'éthique sur la question des buts de l'information, on peut mettre en avant un lien entre information et satisfaction chez les patients chirurgicaux. *[Chan. Arch Orolaryngol Head Neck Surg. 2002. (niveau de preuve 2)]*.

Les droits et souhaits des patients sont pris en compte dans l'information délivrée avant thyroïdectomie en 3 niveaux:

- informations générales avant tout acte chirurgical spécifiques à l'établissement ;
- informations spécifiques à l'équipe chirurgicale et aux moyens mis en œuvre ;
- informations propres à l'acte de thyroïdectomie, à la pathologie traitée et aux caractéristiques individuelles du patient.

Les informations sur l'état de santé du patient sont rassemblées dans son **dossier médical** et doivent permettre une meilleure communication entre les médecins prenant en charge le patient *[Carty et al. Thyroid 2011 (Avis experts)]*. Le patient a droit d'accéder à toutes les informations et le médecin doit faciliter l'accès et la compréhension de ces informations pour lui permettre de choisir librement parmi les différentes procédures de traitement.

[Article 35 du code de déontologie médicale et ses commentaires

Code santé publique articles L.111-2 L.1113-1 et L.1142-4.

Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé].

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Ces principes appliqués à la chirurgie imposent donc au chirurgien de hiérarchiser les données médicales avec deux priorités : transmettre des informations validées et transmettre des informations utiles à la décision.

Recommandation 1 :

Le patient doit être informé de l'organisation de sa prise en charge et cette information sera renouvelée à chacune des étapes de celle-ci. L'information délivrée a pour objectifs d'être complète, loyale et personnalisée.

Les praticiens doivent faciliter l'accès à l'information et la compréhension par le futur opéré des données médicales qui amènent à discuter du traitement chirurgical et de ses alternatives (GRADE A).

II-Le contenu de l'information :

Il comprend un corpus d'information « obligatoire » qui doit permettre au patient de donner son **consentement éclairé**, et qui répond aux questions habituelles que se posent un futur opéré, complété en fonction des caractéristiques personnelles du patient et de ses demandes.

II-1 « Pourquoi dois-je être opéré de la glande thyroïde? »

La réponse à cette question se fera sur la base des **référentiels** ou « guidelines » proposés par les sociétés savantes, après analyse du cas du patient, dans la mise en œuvre d'une médecine personnalisée, fondée sur le niveau de preuve qui prend en compte les attentes et souhaits du patient et l'expérience personnelle du praticien et de son équipe.
[Revised American Thyroid Association Management guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer.2009 (niveau de preuve 1). Référentiel de la Société française d'endocrinologie, consensus 2009 (niveau de preuve 1)].

Une intervention chirurgicale doit être proposée à un patient devant :

- un nodule malin ou suspect de malignité sur les données cliniques, échographiques ou cytologiques ;
- une augmentation franche de la calcitonine sérique ;
- un nodule volumineux authentiquement responsable de symptômes locaux de compression (troubles de la déglutition, dysphonie, gêne respiratoire) ;

La chirurgie est discutée avec le médecin traitant et le patient devant :

- un nodule entraînant un problème esthétique, une anxiété ou une cancérophobie ;

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

- un nodule solide ou mixte après deux examens cytologiques non contributifs ou rapportant la présence d'une lésion folliculaire de signification indéterminée ;
- un nodule hyperfonctionnel ou toxique ;
- un GMN hyperthyroïdien dont le traitement médical est impossible ou en échec ;
- une maladie de Basedow en échec après traitement médical ou en cas d'intolérance de ce traitement quand une indication d'Irathérapie n'est pas retenue ;
- des nodules plongeants ou endothoraciques ;
- une adhésion insuffisante à la surveillance proposée ;

Dans les autres cas le nodule doit être surveillé sur un rythme annuel.

La répétition d'une cytoponction est indiquée si la sémiologie échographique se modifie.

La chirurgie sera rediscutée pour les nodules qui grossissent significativement

[Revised American Thyroid Association Management guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated. Thyroid Cancer.2009 (niveau de preuve 1)].

Recommandation 2:

La chirurgie est recommandée en cas de diagnostic de cancer ou de possibilité de cancer. En cas de lésion bénigne, la chirurgie est recommandée pour les lésions symptomatiques. En cas d'hyperthyroïdie la chirurgie est l'option thérapeutique prioritaire en cas de Goitre Multi Nodulaire hyperthyroïdien. Les indications chirurgicales en cas de maladie de Graves Basedow ou de nodule fonctionnel sont à discuter avec les médecins du patient et le patient lui même. (GRADE A)

II-2 Quels sont les données des examens cliniques et para cliniques nécessaires au moment de discuter, et avant de poser, une indication opératoire de thyroïdectomie ?

Les examens complémentaires complètent l'interrogatoire et l'examen clinique qui comporte au mieux un examen laryngé pour vérifier la mobilité des cordes vocales. (*Avis expert du GT*)

Le chirurgien a un rôle central dans l'information du patient alors même qu'il intervient le plus souvent, à la suite du médecin référent ou d'un endocrinologue. L'évaluation initiale paraclinique (dosage de la TSH et échographie) a pour but de mettre en évidence, ou de collecter des informations complémentaires pouvant faire suspecter un cancer ou une dysthyroïdie. [*Consensus SFE 2009 (niveau de preuve 1)*].

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

A-La Biologie endocrinienne

L'indication opératoire intègre les données du bilan biologique :

- dosage systématique de la TSH et indication de scintigraphie si TSH abaissée [*Consensus SFE 2009 (niveau de preuve 4)*].
- dosage systématique de la Thyrocalcitonine encore discuté mais proposé par le référentiel français [*Consensus SFE 2009. (niveau de preuve 4)*].
- recherche de marqueurs moléculaires possibles en présence d'une cytopathologie de type indéterminée [*Guidelines ATA.(niveau de preuve 4)*].

B-L'Echographie est l'examen clef du bilan initial; elle précise les caractéristiques des lésions palpables et peut mettre en évidence d'autres lésions intra thyroïdiennes ou ganglionnaires. [*Consensus SFE 2009, Guide de bonnes pratiques pour l'usage de l'échographie cervicale et des techniques échoguidées dans la prise en charge des cancers thyroïdiens différenciés de souche vésiculaire. Guide SFE/GRT 2011. Kahaly. Thyroid. 2011. (niveau de preuve)1*].

C-La Cytoponction

Réalisée au mieux sous guidage échographique elle précise le diagnostic de nature d'une lésion nodulaire suspecte de cancer, [*Yassa. Cancer 2007 (niveau de preuve 1). Layefield. Cytopathology.2010 (niveau de preuve 4)*]. Les résultats doivent être exprimés selon la classification Bethesda 2010 car cela améliore, en particulier, la communication entre les praticiens [*Crowe. Cancer Cytopathol.2011 (niveau de preuve 4)*]. Le patient doit être informé des résultats et des recommandations de prise en charge validées par les sociétés savantes qui guident et encadrent la décision du chirurgien. Il n'y a pas d'indication chirurgicale pour les nodules de petite taille asymptomatiques et bénins en cytopathologie [*Guidelines ATA (niveau de preuve 1)*].

D-La Scintigraphie

Elle n'est indiquée qu'en cas de TSH basse pour différencier une maladie de Graves Basedow, un nodule toxique unique et un goitre plurinodulaire toxique ou pré toxique. Cette distinction peut modifier la prise en charge thérapeutique et en particulier l'indication chirurgicale et le type de geste à réaliser [*Guidelines. ATA (niveau de preuve 1). Capelli et al. Eur J Radiol. 2008 (niveau de preuve 4)*].

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

E-TDM/IRM

Les indications sont réservées à certaines formes anatomo cliniques (goitres plongeants, cancers localement avancés...) [*Guidelines ATA. (niveau de preuve 4)*].

F-TEP/TDM

Les nodules découverts en imagerie TEP/TDM (incidentalomes) ont un risque de cancer significatif [*Gelmini. Ann Ital Chir. 2010 (niveau de preuve 4). Are. Ann Surg Oncol. 2007 (niveau de preuve 4)*], par contre l'imagerie TEP/TDM n'est pas recommandée pour discuter de l'indication opératoire en pathologie nodulaire [*Guidelines ATA (niveau de preuve 2)*].

Recommandation 3:

Il est recommandé d'expliquer au patient les risques et les résultats des explorations préopératoires et notamment de l'échographie, de la cytologie (éventuellement de la scintigraphie) et de la biologie endocrinienne qui motivent, en complément des données cliniques, l'indication d'une thérapeutique chirurgicale, (GRADE A).

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

II-3 Le type de thyroïdectomie, « dois-je subir l'ablation de toute la glande thyroïde » ?

La thyroïdectomie totale est recommandée pour les patients présentant des nodules bilatéraux de nature indéterminée [*Mazeh. Am. J. Surg. 2011 (niveau de preuve 4)*] et dans les situations où le diagnostic de malignité est fait avant ou pendant l'intervention. La thyroïdectomie totale est discutée en cas de cytopathologie pré opératoire ou d'un examen anatomo-cytopathologique extemporané montrant des atypies cellulaires marquées ou une suspicion de carcinome papillaire ; elle est aussi conseillée en cas d'antécédent d'irradiation cervicale. [*Guidelines ATA (niveau de preuve 2)*].

Le patient doit être informé de la possibilité d'une chirurgie en deux temps en cas de difficulté diagnostique pré ou per opératoire. (*Avis experts du GT*).

En cas de carcinome de souche folliculaire, la majorité des chirurgiens recommandent une thyroïdectomie totale pour permettre la réalisation d'un traitement par iode radioactif. [*Bilimoria. Ann Surg.2007 (niveau de preuve 1)*].

Le patient devra être informé de cet argument ainsi que des conditions de réalisation, comme des complications, de cette thérapeutique adjuvante.

En cas de carcinome médullaire le patient sera informé de la réalisation d'un geste complémentaire ganglionnaire plus ou moins étendu en fonction des données du bilan initial d'extension [*Guidelines ATA (niveau de preuve 2)*].

La thyroïdectomie totale est recommandée lorsque le goitre est volumineux au niveau du cou, multinodulaire diffus, bilatéral ou plongeant et a fortiori s'il existe des signes de compression.

Dans tous les cas le chirurgien doit discuter avec le patient le type de thyroïdectomie qui sera réalisé (lobectomie, thyroïdectomie totale, isthmectomie) et les raisons qui font conseiller un type d'intervention plutôt qu'un autre. [*Guidelines ATA (niveau de preuve 2)*].

Une information sur la réalisation éventuelle d'un geste ganglionnaire viendra en complément pour les patients traités pour cancer.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Recommandation 4:

La thyroïdectomie totale est le traitement à privilégier en cas de cancer, de goitre multinodulaire diffus et de maladie de Graves Basedow. Pour les lésions unilatérales nodulaires isolées, une lobo-isthmectomie ou une isthmectomie sont indiquées.

Dans les goitres, la discussion entre thyroïdectomie totale et lobo-isthmectomie est fonction du nombre, de la taille, des caractéristiques échographiques, de la situation anatomique et de l'évolutivité des nodules. Dans tous les cas, les arguments du choix, le type de geste proposé, ses avantages et ses risques seront explicités et discutés avec le patient, (GRADE A).

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

II-4 Quels sont les risques et les complications de la chirurgie thyroïdienne ?

L'information sur les risques « fréquents ou graves normalement prévisibles », des thyroïdectomies repose sur les données validées de la littérature en y intégrant la situation individuelle du patient et l'expertise du praticien qui réalisera le geste chirurgical.

On distingue : **les risques communs** à toute chirurgie de la thyroïde pour lesquels on aborde avec le patient leur traduction clinique et succinctement leurs mécanismes et leurs incidences « en moyenne » sur les séries publiées, **les risques particuliers à la pathologie traitée** et **les risques propres au patient** en fonction de son âge et des éventuelles co-morbidités (qui seront ré abordés et explicités par le médecin anesthésiste réanimateur).

Les risques communs à toute chirurgie de la thyroïde sont décrits lors de l'information orale délivrée par le chirurgien :

-L'hématome postopératoire est une complication rare et grave en raison de la possibilité d'une dyspnée par compression trachéale. [*Buerba. Surgery 2011 (niveau de preuve 4). Snyder. J Am Coll Surg 2010 (niveau de preuve 4). Testini. Ann Surg Oncol 2011 (niveau de preuve 2). Vaiman. Surg today 2010 (niveau de preuve 4). Materazzi. Eur Surg Res. 2007 (niveau de preuve 4).*]

-L'infection du site opératoire est devenue exceptionnelle. [*Buerba. Surgery 2011 (niveau de preuve 4). Dionigi. Surgical Infections. 2006 (niveau de preuve 4).*]

-Les troubles de la voix et de la déglutition sont des complications classiques et très spécifiques de la chirurgie de la thyroïde du fait des rapports anatomiques entretenus entre les nerfs récurrents et la glande thyroïde. Les troubles consécutifs à une paralysie laryngée surviennent dans 2 à 5 % des cas et l'importance de la dysphonie dépend de la position de la corde paralysée qui peut varier dans le temps [*Buerba. Surgery 2011(niveau de preuve 4). Testini. Ann Surg Oncol. 2011 (niveau de preuve 2). Vaiman. Surg today. 2010 (niveau de preuve 4).*]. Une plus grande proportion de patients opérés présente des troubles de la voix modérés et transitoires non liés à une paralysie laryngée.

Un bilan vocal et une rééducation orthophonique seront proposés dans tous les cas de paralysie laryngée et permettront d'atténuer rapidement les conséquences fonctionnelles dans l'attente d'une récupération qui est la situation la plus fréquente.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Moins de 2% des patients ont un trouble objectif de la voix (qui va nécessiter une prise en charge spécifique) au-delà de 8 semaines post opératoires. Les fausses routes sont rares mais peuvent être rencontrées de façon transitoire en cas de paralysie laryngée en ouverture. *[Stojanidovic Ann Surg. 2002 (niveau de preuve 4). Palit J Surg Res 2000 (niveau de preuve 4)].*

Des modifications vocales modérée et fréquentes sont décrites en postopératoire en l'absence de paralysie récurrentielle ; elles sont possiblement dues à une lésion uni, voire bilatérale de la branche externe du nerf laryngé supérieur et se caractérisent par une gravité de la voix et une gêne lors de la voix chantée. *[Stojanidovic. Ann Surg. 2002 (niveau de preuve 4). Yip. Radiol Clin N Am. 2011(niveau de preuve 4). Snyder J Am Coll Surg.2010 (niveau de preuve 4). Materazzi. Eur.Surg. Res. 2007 (niveau de preuve 4)].*

Le patient est informé du risque sur la qualité de la voix en distinguant les modifications transitoires des séquelles définitives. L'information sera plus exhaustive chez ceux qui en font un usage plus important (professionnel ou personnel). L'information donnée par le chirurgien pourra être complétée par une information par une orthophoniste habituée à ce type de prise en charge ; cette attitude est conseillée chez les patients présentant une pathologie vocale pré opératoire ou une mauvaise utilisation de leur voix ; elle est également conseillée pour les patients ayant un usage professionnel de leur voix. *[avis d'expert du GT].*

-La dyspnée laryngée par immobilité laryngée bilatérale est une complication exceptionnelle et grave pouvant conduire à une trachéotomie ou à un geste thérapeutique endoscopique et nécessiter une prise en charge spécifique avec le risque de séquelles définitives. *[Buerba. Surgery 2011 (niveau de preuve 4). Testini. Ann Surg Oncol 2011 (niveau de preuve 4). Bozec. Rev Laryngol Otol Rhinol. 2006 (niveau de preuve 4). Vaiman. Surg today 2010 (niveau de preuve 4). Yip. Radiol Clin N Am 2011(niveau de preuve 4). Rovo. Laryngoscope 2000 (niveau de preuve 4)].*

-Le risque d'hypoparathyroïdie transitoire est important (entre 20 et 30 %). Le risque d'hypoparathyroïdie définitive est beaucoup plus faible et de l'ordre de 1 à 6 % et augmente avec la réalisation et l'étendue du curage ganglionnaire du compartiment central ; ce risque est également plus important dans les maladies de Basedow *[Vaiman. Surg today. 2010 (niveau de preuve 4). Snyder. J Am Coll Surg. 2010 (niveau de preuve 4). Palit J Surg Res. 2000 (niveau de preuve 4). Materazzi Eur Surg Res 2007 (niveau de preuve 4)].*

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

La surveillance de la calcémie est systématique après thyroïdectomie totale et va influencer sur la durée d'observation utile en hospitalisation. L'hypocalcémie est la principale cause médicale de maintien en hospitalisation des patients au-delà de la 24^{ème} heure post opératoire.

Les patients sont informés de ce risque, de la physio pathologie et des efforts du chirurgien pour conserver les glandes parathyroïdes, mais aussi des limites possibles à cette conservation du fait par exemple de la topographie des glandes parathyroïdes. Le risque parathyroïdien fait parti des éléments d'information prioritaires qui entre dans la balance Bénéfices /Risques dans les situations clinico-pathologiques ou les 2 options : thyroïdectomie totale ou lobectomie sont discutées. *[Recommandation ATA: Revised guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer Cooper et al. 2009 (niveau de preuve 1)].*

-Une légère dysphagie chronique à type de sensation de « boule dans la gorge » ou « d'accrochage » à la déglutition est fréquemment rapportée dans les suites de thyroïdectomie, elle disparaît le plus souvent en quelques mois. Les massages quotidiens de la cicatrice et plus largement de la région cervicale antérieure pendant 3 à 6 mois améliorent significativement ces symptômes en même temps que l'aspect de la cicatrice. *[Buerba Surgery 2011(niveau de preuve 4). Yip. Radiol Clin N Am. 2011. (niveau de preuve 4). Uludag Surg today 2011 (niveau de preuve 2)].*

-Les cicatrices légèrement hypertrophiques ne sont pas rares chez les sujets jeunes mais s'améliorent généralement en quelques mois. Les cicatrices chéloïdes sont exceptionnelles après chirurgie thyroïdienne chez les sujets d'origine caucasienne mais peuvent se rencontrer chez les sujets à peau noire. *[Uludag. Surg today 2011 (niveau de preuve 2)].*

-Les autres complications de la chirurgie thyroïdienne sont exceptionnelles et non spécifiques ; on peut citer les risques de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire de même que les risques cardiaques qui dépendent essentiellement des comorbidités initiales des patients. L'obésité morbide est un des facteurs de risque de complication reconnu. *[Buerba Surgery. 201.1 (niveau de preuve 4). [Yip Radiol Clin N Am. 2011 (niveau de preuve 4)].*

Au total, la chirurgie thyroïdienne est considérée (et peut donc être présentée au patient) comme une chirurgie à faible incidence de complications définitives mais une présentation trop optimiste des risques peut être tenue comme un manquement au devoir d'information. *[Avis d'experts du GT]*

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Recommandation 5:

Le praticien doit faire comprendre au patient les intérêts et les risques du geste envisagé. Il est recommandé d'informer le patient des risques fréquents, graves ou exceptionnels et notamment des risques sur les fonctions laryngées (respiratoire, phonatoire et déglutition) et des risques parathyroïdiens des thyroïdectomies. L'information ne sera pas limitée aux seuls risques chirurgicaux.

Cette présentation des risques sera adaptée à la situation personnelle du patient en prenant en compte la pathologie traitée et le type de geste chirurgical qui sera réalisé, (GRADE A).

II-5 Si je suis d'accord pour me faire opérer, quelles sont les informations utiles que je dois recevoir sur :

l'équipe médicale et l'établissement de santé où aura lieu l'intervention, les risques et le type de l'anesthésie, le type et la durée d'hospitalisation, les modalités techniques particulières, les suites post opératoires et le suivi ?

La chirurgie de la glande thyroïde est une chirurgie programmée n'ayant qu'exceptionnellement un caractère urgent ce qui rend possible une information spécifique sur les modalités de la prise en charge chirurgicale.

A-Information sur l'établissement de santé : Un arrêté du 28 décembre 2010 fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité soins, (infections nosocomiales, surveillance site opératoire, etc.),

La chirurgie des cancers de la thyroïde doit être réalisée au sein d'établissements disposant de l'autorisation à traiter les cancers et mettant donc en place des mesures transversales de qualité en application des recommandations de l'INCa (dispositif d'annonce, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, Programme Personnalisé de Soins, Référentiel de Bonnes Pratiques Cliniques, accès aux soins de support et aux essais cliniques, Examen histopathologique extemporané).

B-Information sur le chirurgien et l'équipe chirurgicale : certaines chirurgies de la glande thyroïde (maladie de Graves Basedow, cancers localement avancés, récidives, enfants) sont au mieux réalisées par des équipes ayant une forte expérience dans le domaine. *[Duclos a et al. BMJ. 2012 (niveau de preuve 4)].* Pour la chirurgie du cancer de la thyroïde le chirurgien doit avoir une activité régulière ; il doit s'engager à assister à une

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

RCP, à présenter ses dossiers en RMM (Revue Morbidité Mortalité), à tenir un dossier médical conforme (Compte Rendu Opératoire (CROP) et Compte Rendu (CR) anatomopathologique) et à se soumettre à une auto-évaluation. *[Critères HAS-INCa]*.

C-Information sur les risques anesthésiques et généraux : les consultations avec le chirurgien et le médecin anesthésiste réanimateur permettent de classer le patient en fonction des risques auxquels il sera exposé en distinguant les patients à risques « standards » et les patients à risques « particuliers » ; ces derniers nécessiteront une prise en charge adaptée ,en terme de bilan ou de traitement médical, dont le patient sera informé (avis d'un cardiologue pour une pathologie cardio-vasculaire, préparation concertée avec le spécialiste endocrinologue en cas de maladie de Basedow). *[Testini .Ann Surg Oncol 2011 (niveau de preuve 2). Erbil Surgery 2008 (niveau de preuve 2). Erbil J Clin Endocrinol Metab. 2007 (niveau de preuve 2)].*

D-Information sur le type d'anesthésie : La chirurgie de la glande thyroïde est le plus souvent réalisée sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale ; dans certains cas sélectionnés, elle peut néanmoins être réalisée sous anesthésie locale ou locorégionale éventuellement associée à une sédation. Dans ces cas il appartient au médecin Anesthésiste Réanimateur de délivrer une information appropriée toujours en concertation avec le chirurgien *[Spanknebel. World J Surg .2006. (niveau de preuve 2). Snyder. J Am Coll Surg. 2010 (niveau de preuve 4)].*

E-Information sur la réalisation d'un examen anatomo-cytopathologique extemporané :

Le recours à l'examen anatomo-cyto-pathologique extemporané n'est ni systématique, ni obligatoire. Il peut être proposé lorsqu'il existe un risque significatif de cancer thyroïdien avec l'objectif de permettre une adaptation du geste chirurgical; le patient doit être informé du recours à cet examen et de ses conséquences potentielles. *[Anton Arch Pathol Lab med. 2005 (niveau de preuve 4). Basolo. Eur J Surg Oncol. 2007 (niveau de preuve 2) . Lumachi. Anticancer Res . 2009 (niveau de preuve 4). Livolsi. Endocr pathol. 2005 (niveau de preuve 4). Roach. Arch Orolaryngol Head Neck Surg. 2002 (niveau de preuve 4)].*

F-Information sur les modalités techniques *[Cirrochi. World J Surg Oncol. 2010 (niveau de preuve 1). Radford. Laryngoscope. 2011 (niveau de preuve1). Tan. World J Surg. 2008 (niveau de preuve 4). Youssef. Int J Surg. .2008 (niveau de preuve 4)].*

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Les modalités techniques de la chirurgie de la glande thyroïde sont propres à chaque équipe ; le chirurgien informera le patient des modalités propres à sa pratique, de la durée probable du geste opératoire et de la mise en œuvre de techniques en évaluation ou de tout autre point en réponse aux questions du patient. Dans les chirurgies réputées difficiles, comme les chirurgies des récidives dans la loge de thyroïdectomie, les cancers localement avancés ou les volumineux goitres hyperthyroïdiens, le neuromonitoring laryngé peut représenter une aide technique pour le chirurgien mais son utilisation ne modifie pas le risque récurrentiel.

[Higgins. Laryngoscope .2011 (niveau de preuve 1).Stevens et al J Surg Oncol. 2012 (niveau de preuve 2)].

La mise en place d'un **drainage du site opératoire** n'est pas systématique et doit être évaluée en fonction des conditions générales et locales per opératoires. *[Corsten. J Otolaryngol. 2005 (niveau de preuve 1)].*

G-Information sur la période post opératoire : La sortie du patient dépend du type de chirurgie, des polyopathologies et comorbidités présentes, des complications éventuelles et des habitudes de chaque équipe. *[Gupta. Head and Neck. 2011. (niveau de preuve 4). Hessman. Am J Surg. 2011 (niveau de preuve 4)].* Le plus souvent les patients sortent le lendemain de l'intervention après un dosage de la calcémie (et/ou de la PTH). Le contrôle de la fonction thyroïdienne par un dosage de TSH dans les semaines qui suivent la thyroïdectomie partielle est nécessaire afin de prescrire éventuellement un traitement substitutif en hormones thyroïdiennes pour le maintien de l'euthyroïdie. Les douleurs et les nausées ne sont pas rares la première nuit. *[Guidelines ATA (niveau de preuve 4)].*

H-Information sur la cicatrice : Le patient est informé du procédé de fermeture de la plaie opératoire et des soins infirmiers nécessaires la première semaine. La mise en place de pansements particuliers (pansement siliconé par exemple) destinés à réduire le risque de cicatrices chéloïdes pourra être proposée chez les patients jeunes, ayant des antécédents de cicatrisation pathologique et chez les patients très inquiets par la rançon cicatricielle de la thyroïdectomie. *[Avis d'experts du GT].*

I-Information sur les suites : Dans tous les cas **une consultation post-opératoire** avec le chirurgien est programmée afin d'examiner le patient, de lui communiquer les résultats histo-pathologiques définitifs et de vérifier que le relais thérapeutique se fait bien avec le médecin traitant. Un contrôle laryngoscopique systématique est conseillé. *[Avis d'experts du GT].*

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Recommandation 6 :

Il est recommandé de discuter avec le patient des modalités de prise en charge médico-chirurgicale utilisées par l'équipe et l'établissement ou se déroulera l'intervention. Si la chirurgie est réalisée en ambulatoire le patient sera informé des modalités et contraintes propres à ce type de prise en charge, (GRADE A).

II.6 Selon la présentation clinique y a-t-il un autre traitement que la chirurgie? Est-il possible de ne rien faire ou simplement de surveiller ?

Au terme d'une information complète sur les raisons de la proposition d'un traitement chirurgical, sur ses risques et ses modalités, il est souvent nécessaire d'aborder avec le patient, et à sa demande, les alternatives et/ou les conséquences d'un non consentement à la proposition faite. Ceci amène à envisager les conséquences de la pathologie en cas de non traitement chirurgical mais aussi les alternatives thérapeutiques.

La décision d'une opération vise à prendre en compte trois problèmes de santé différents (et rarement présents en même temps chez un patient): l'hyperthyroïdie, le syndrome compressif, le risque de cancer.

Les alternatives à la chirurgie sont discutées pour chacun des trois principaux tableaux anatomo-cliniques:

A-L'Hyperthyroïdie [*Abraham. Thyroid. 2005 (niveau de preuve 2). Abraham. Eur J Endocrinol 2010 (niveau de preuve 1). Bahn. Endocr Pract. 2011 (niveau de preuve 1). Chen. Thyroid. 2011 (niveau de preuve 1). Leslie J Clin Endocrinol Metab. 2003 (niveau de preuve 2). Topping J Clin Endocrinol Metab. 1996 (niveau de preuve 1)*]

En présence d'une hyperthyroïdie la décision d'une chirurgie ne peut être prise qu'après avis d'un médecin endocrinologue (en dehors de situations particulières). Des éléments d'information, développés ci-dessous, peuvent être utilisés par le chirurgien en complément le plus souvent de l'information déjà délivrée par ce confrère.

L'hyperthyroïdie peut être corrigée par un **traitement médical** quotidien qui nécessite des contrôles sanguins fréquents et expose aussi à des risques propres (neutropénie, hépatite médicamenteuse) ; surtout, dans un pourcentage significatif de cas, ces médicaments ne guérissent pas la maladie. Ce traitement médicamenteux doit être utilisé pour attendre et préparer le patient à l'intervention car la chirurgie est réalisée au mieux en euthyroïdie.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Il est également possible de préférer à la chirurgie, un traitement par **iode radioactif** ; l'iode radioactif (gélule) capté par la glande thyroïde pourra progressivement et définitivement altérer ses capacités de fabrication des hormones thyroïdiennes. Ce traitement ne peut être administré que dans des centres agréés et des recommandations de radioprotection font l'objet d'une circulaire de la Commission européenne. La dose d'iode radioactif administré peut parfois être insuffisante pour régler le problème, une seconde dose est alors administrée après plusieurs mois de surveillance. Ce traitement par iode radioactif a donc des avantages (pas d'opération) mais aussi des inconvénients (risques d'exacerbation transitoire de l'hyperthyroïdie et de l'ophtalmopathie, efficacité plus lente que la chirurgie avec nécessité d'une surveillance pendant plusieurs mois, voire d'une deuxième dose). Par ailleurs dans le cas d'une thyroïde comportant à la fois des nodules fonctionnels (nodules chauds) et des nodules non fonctionnels (nodules froids), il ne permet pas de traiter ces seconds types de nodules. Le recueil de l'avis d'un médecin nucléaire est conseillé pour les patients « candidats » à cette thérapeutique et l'indication sera arrêtée après une concertation entre l'endocrinologue, le médecin nucléaire et le chirurgien. Les inconvénients et les bénéfices potentiels sont à expliquer.

En cas de syndrome pré-toxique lorsque l'excès de fonctionnement est modéré, il est possible de ne pas proposer de traitement immédiat à la condition de mettre en place une surveillance régulière chez un patient observant.

B-Le Syndrome compressif [*Testini. Ann. Surg. Oncol. 2011 (niveau de preuve 2). Banks CA et al laryngoscope 2012 (niveau de preuve 4)*]

Lorsque le volume de la thyroïde entraîne des effets mécaniques, il n'est pas possible d'améliorer durablement la situation avec l'aide de médicaments. La chirurgie est la thérapeutique de choix ; l'irathérapie doit être réservée aux contre indications chirurgicales. L'absence de traitement expose à ce que les symptômes de compression augmentent. Cette aggravation n'est ni automatique, ni prévisible, et peut conduire à ce que finalement une intervention en urgence devienne obligatoire en cas d'aggravation importante de la dyspnée d'origine laryngée et/ou trachéale.

C-Le risque de cancer [*Arora. World. J Surg .2008 (niveau de preuve 4). Bilimoria. Ann Surg. 2007 (niveau de preuve 1). Cerci J. Postgrad Med. 2007 (niveau de preuve 4). Frates J. Clin Endocrinol Metab. 1985 (niveau de preuve 4). Gelmini. Ann Ital Chir. 2010 (niveau*

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

de preuve 4). Paksoy. Cytojournal. 2011 (niveau de preuve 4). Wemeau. Annales d'endocrinologie .2011 (niveau de preuve 2)].

La décision d'opérer repose sur un ensemble de données issu du bilan réalisé en application des référentiels de bonnes pratiques. Selon les cas il est ainsi possible d'estimer le risque de cancer entre 7 et 95 %. Aucun autre examen médical que ceux recommandés ne peut préciser mieux le risque de cancer ; aucun médicament ne peut être utilisé pour améliorer la situation ou diminuer ce risque. La chirurgie est donc souvent la seule façon de faire le diagnostic de certitude de pathologie bénigne ou maligne. En cas de cancer de souche vésiculaire la possibilité d'un traitement adjuvant par IRa thérapie, qui impose une thyroïdectomie totale première, sera expliquée aux malades.

En cas de refus du traitement, le risque en cas de cancer est local (infiltration des organes de voisinage) et général (métastases) menaçant quelquefois la vie et presque toujours la qualité de vie. Ceci serait d'autant plus regrettable que les cancers de la thyroïde traités sont dans la très grande majorité des cas guéris avec une qualité de vie normale.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

II-7 Quelles sont les conséquences endocriniennes et générales de cette opération ? Pourquoi faut-il un suivi, et en quoi consiste-t-il ?

Ces questions vastes méritent d'être organisées selon plusieurs axes de réflexion : les éventuelles conséquences générales de la chirurgie ; les conséquences endocriniennes d'une ablation partielle ou totale ; la gestion des hypoparathyroïdies chroniques ; la surveillance d'un lobe thyroïdien laissé en place.

A- les conséquences générales possibles de la thyroïdectomie

La thyroïde peut être retirée en totalité sans conséquence néfaste à condition de mettre en route un traitement substitutif.

1-Faut-il craindre une prise de poids? [Jonklaas. *Thyroid*. 2011(niveau de preuve 4). Weinreb .*Thyroid*. 2011(niveau de preuve 2)].

Les études qui ont été menées permettent de dire que :

- Il n'y a pas systématiquement de prise de poids après thyroïdectomie.
- Une prise de poids, même minime, est plus fréquente chez les femmes ménopausées, en particulier et en l'absence de traitement hormonal de la ménopause.
- Une prise de poids, même minime, est plus fréquente après une opération qui visait à traiter une hyperthyroïdie.
- L'influence d'un apport mal adapté d'hormones thyroïdiennes sur la prise de poids justifie une vigilance quant aux apports alimentaires et à l'activité physiques dans les 4 mois qui suivent l'opération.

2- Quelle est la durée probable de la convalescence ?

De nombreux facteurs participent à cette évaluation, comorbidités, nature de la maladie, type d'anesthésie, survenue de complications, besoin d'un traitement hormonal substitutif ou d'un traitement adjuvant. En dehors de cas particuliers la durée de la convalescence est de 1 à 3 semaines et devra être évalué par le chirurgien et le médecin référent. *[Avis d'experts du GT]*.

B- les conséquences endocriniennes des différentes thyroïdectomies

[Sukuman. World J Surg. 2010. (niveau de preuve 3). Mann b. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 1996 (niveau de preuve 2)].

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

1- Thyroïdectomies partielles

-Lobectomie pour un nodule hyperfonctionnel :l'autre lobe thyroïdien, laissé en place, qui était au repos va le plus souvent reprendre un fonctionnement normal ; il faudra néanmoins le vérifier par une surveillance biologique.

-Lobectomie pour un nodule suspect de cancer ou pour un nodule compressif :l'autre lobe thyroïdien, laissé en place, est sain et le plus souvent capable d'assurer une production suffisante d'hormones thyroïdiennes. Des prises de sang durant l'année qui suit la lobectomie permettront de le vérifier. Parfois, le lobe laissé en place (petite taille, thyroïdite) sera fonctionnellement insuffisant et un médicament de substitution sera nécessaire.

2- Thyroïdectomie totale :

Dès le lendemain de l'intervention, un traitement de remplacement des hormones thyroïdiennes sera prescrit ; il s'agit dans ce cas d'un traitement définitif.

-Quel est le médicament utilisé ?

Habituellement un traitement à dose croissante par Lévothyroxine (ou L-T4),, est démarré. La posologie varie d'un individu à l'autre ; elle est surtout fonction du poids, de l'importance de la masse musculaire et de l'âge. Cependant, dans certains cas, comme avant un traitement complémentaire par iode radioactif, il peut être plus commode d'utiliser de façon transitoire de la L-T3.

-Comment prendre ce traitement ? *[Avis d'experts du GT]*

L'essentiel est de prendre le traitement par hormone thyroïdienne tous les jours et très régulièrement 20 minutes avant le petit déjeuner; en cas d'oubli il n'y a pas de conséquence et on doit reprendre normalement son traitement, sans modification, le lendemain.

En cas de traitement polymédicamenteux, il est conseillé au patient d'adapter son traitement avec son médecin traitant ou avec un endocrinologue.

-Quels sont les effets indésirables ? Les hormones thyroïdiennes sont des hormones de synthèse identiques aux hormones naturelles aussi les effets indésirables liés au médicament sont ils vraiment très rares. Les médecins en sont d'autant plus certains que ces médicaments sont parmi les plus prescrits.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Les effets indésirables proviennent en réalité d'un excès ou d'un manque d'hormones thyroïdiennes. Après une thyroïdectomie totale, le bon dosage est en général obtenu 2 à 4 mois après la mise en route du traitement. *[Avis d'experts du GT]*

-Comment le traitement sera-t-il surveillé et adapté ?

Le traitement hormonal sera adapté par le médecin traitant en se basant sur la symptomatologie clinique (modification du pouls, diarrhée, transpiration....) et sur la biologie. L'élément principal pour juger de la bonne adaptation du traitement est le dosage de la TSH, interprété selon l'âge et l'état médical du sujet, selon l'existence ou non d'un cancer de la thyroïde, et dans ce cas selon le type et le stade du cancer. *[Revised ATA guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer 2009]*

-Ce traitement peut-il modifier la vie d'une femme jeune (fertilité, grossesse, allaitement) ?

La fertilité n'est pas altérée à la condition d'une prise régulière du traitement substitutif.

En cas de grossesse les besoins en hormones thyroïdiennes sont augmentés et une prise en charge adaptée par un endocrinologue est conseillée ; Il n'y a aucune contre-indication à l'allaitement et Il n'y a pas de raison de surveiller de façon particulière le bébé en dehors de la surveillance post-natale usuelle.

C- Pourquoi et comment surveiller un lobe thyroïdien laissé en place ?

Le risque que se développe sur le lobe laissé en place un ou plusieurs nouveaux nodules est plus important chez les patients ayant déjà présenté une pathologie nodulaire ; Il n'est pas démontré qu'un traitement par hormones thyroïdiennes modifie ce risque. *[Alba J. Endocrinol Invest (niveau de preuve 4)].*

Il n'est pas indispensable qu'une surveillance échographique systématique soit pratiquée. Les modalités de la surveillance sont adaptées au cas particuliers du patient. *[Avis d'experts du GT].*

Recommandation 7:

Il est recommandé d'informer le patient des conséquences endocriniennes des thyroïdectomies. La nécessité d'un suivi médical, propre à cette chirurgie et d'un traitement hormonal substitutif définitif en cas de thyroïdectomie totale, sera soulignée. La prise en charge post opératoire sera coordonnée avec le médecin traitant et/ou l'endocrinologue. (GRADE A)

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

III-Les modalités : comment bien informer ?

Aucun texte de loi ni aucune étude médicale scientifique ne précise avec certitude les modalités à suivre pour réaliser une bonne information. La réponse à cette question est extrêmement difficile car la définition claire et précise d'une « bonne information » est sujette à de nombreuses interprétations. Ces interprétations sont fonction du point de vue selon lequel on se place : personne malade, médecin, avocat, magistrat, enseignant, philosophe, consommateur... mais aussi du niveau de connaissances et du degré d'inquiétude de la personne malade que l'on doit informer, ainsi que de la gravité de l'affection dont elle est atteinte.

La loi du 4 Mars 2002 offre au praticien qui considère qu'il rencontre des difficultés pour bien informer son malade un outil qui lui permet de régler ce problème : **la personne de confiance**. Pour les mineurs, l'information doit être donnée à l'enfant si son âge le permet. L'article L.1111-2 du code de santé publique précise ainsi : «...*les intéressés ont le droit de recevoir l'information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur maturité...*». Ce même article précise aussi que l'information doit aussi être donnée aux titulaires de l'autorité parentale.

A-L'absence d'obligation sur la forme :

1-La forme orale suffit pour le recueil du consentement sauf dans les cas de formulaire signé exigibles juridiquement (conservation des tissus en tumorotheque et recherche biomédicale par exemple).Le chirurgien doit donc s'assurer d'une bonne traçabilité de l'information en faisant figurer dans la dossier médical les éléments permettant de prouver que cette information a bien été donnée : description de la consultation, information sur les risques, information en présence d'une personne accompagnante, lettre au MT avec copie au patient .*[Avis d'experts du GT]*

2-La remise d'une fiche d'information (personnelle ou émanant d'une société. savante) est complémentaire de l'information orale. Les fiches sont destinées à éclairer le patient et à enrichir son analyse pendant la période de réflexion ; elles doivent être complètes et compréhensibles. Dans ce cadre, il convient aussi de souligner que si pour la Haute Autorité de Santé. : «... *Lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix notamment les médecins qui lui dispensent des soins...* ». Ces fiches ne sont que les compléments de l'information orale que doit réaliser le soignant.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

L'apport réel des fiches écrites reste limité [Akkad. *BJM* 2006 (niveau de preuve 3). Cassileth. *N Engl J Med* 1980 (niveau de preuve 2). Chan. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002 (niveau de preuve 2). Dufour *J Chirg.* 2007 (niveau de preuve 2). Langdon. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002 (niveau de preuve 2). *Le Plast. Reconstr Surgeb.* 1976 (niveau de preuve 3). Moseley. *Br j Ophtalmol.* 2006 (niveau de preuve 3). Roque *Gastroenterol Clin Biol.* 2003 (niveau de preuve 2). Shaw. *Ann Otol Rhino Laryngol.* 2009 (niveau de preuve 4)].

par :

- Les défauts qualitatifs de certaines fiches d'information.
- La faible compréhension des données médicales écrites par un pourcentage non négligeable de malades
- Le fait qu'un pourcentage non négligeable de personnes malades considère que l'information écrite ainsi délivrée n'est pas adaptée à leur état.
- Le fait qu'un nombre élevé de personnes malades considèrent que la principale fonction de la fiche d'information écrite est de protéger l'hôpital ou les praticiens en cas de conflit ultérieur.

Il est aussi classique dans la littérature, sans que ceci n'ait jamais été démontré au plan scientifique, que **le temps passé** avec le soignant est un facteur qui améliore la perception qu'a la personne malade de l'information délivrée, tout en augmentant le taux de mémorisation des risques encourus ainsi que la relation soigné-soignant. [Mazur *J. Gen Int med.* 1997 (niveau de preuve 3)].

B- Les erreurs grossières qui doivent être absolument évitées lors de la réalisation de cette information sont de 3 ordres: [Avis d'experts du GT]:

- **erreur sur la personne** qui délivre l'information : en confiant cette charge à un autre collègue (interne) ou soignant (infirmière) voire à la structure de soin (administratif) :
- **erreur sur le contenu en limitant l'information aux risques encourus** sans conseiller la personne malade sur la conduite la plus adaptée à son état : erreur
- **erreur sur les objectifs en ne s'assurant pas de la bonne compréhension de l'information délivrée par la personne malade.**

Plus que l'allongement de la durée de la consultation, la distribution de fiches écrites et/ou la multiplication des consultations, la disponibilité du soignant (surtout en cas de complications), voire la distribution à la personne malade de la copie de la lettre adressée au médecin traitant, sont les meilleurs garants de la réalisation d'une information de qualité.

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Recommandation 8:

Le recueil du consentement du patient avant chirurgie est obligatoire et implique une information suffisante, adaptée et de qualité.

Il est recommandé au chirurgien de délivrer lui-même cette information en exposant les raisons qui font de la chirurgie la solution thérapeutique la mieux adaptée à l'état du patient, de s'assurer de sa bonne compréhension et de prévoir un temps de réflexion.

En cas de difficulté à délivrer l'information, le recours à un deuxième avis peut être proposé.

La remise d'un document écrit n'est pas obligatoire sauf quand il y a une obligation juridique (recherche, analyse génétique) mais est, avec la bonne tenue du dossier médical, les courriers aux médecins du patient et la copie au malade, un des éléments que l'expert judiciaire recherchera en cas de mise en cause. (GRADE A)

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Bibliographie

- Abraham; Thyroid; 2005(11):1279-86
Abraham; Eur J Endocrinol; 2010;163 (4):651-7
Akkad a, ; BJM; 2006.9:33
Alba; J Endocrinol Invest; 2009 Apr;32(4):330-4
Alexander; Ann Interne Med; 2003 Feb 18, 138 (4):315-8
Angelos; Surg Clin North Am ; 2009;89(5):1157-69
Anton ; Arch Pathol Lab med ; 2005;129:1574-84
Are; Ann Surg Oncol; 2007;14:239
Arora; World J Surg; 2008;32 (7):1237-46
Arora; J Surg oncol; 2006;94 (8):708-13
Ashraff; A.N.Z.J. Surg; 2006,76:139-41
Bahn; Endocr Pract; 2011;17:456
Bahn; Thyroid; 2011;21 (6) :593-646
Barczyn´ski; World J Surg ; 2010;34:1232
Bartalena; Eur J Endocrinol; 2008;158(3):273-85
Basolo; Eur J Surg Oncol; 2007;33:769-75
Bellantone; World J Surg Oncol; 2002;26:1468
Bellantone; Surgery ; 2004;136(6):1247-51
Belleannee; Ann Pathol; 2006;26:313-20
Bilimoria; Ann Surg ; 2007;246:375-81
Bozec; Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) ; 2006;127(3):141-4
Brooks; Ann Surg Oncol ; 2001;8(2):92-100.
Brown; J Otolaryngol; 2003,32:368-72
Buerba; Surgery; 2011;150:950
Carle; Autoimmunit; 2006 39 (6):497-503
Cassileth; N Engl J Med; 1980,302:896-900
Cerci; J Postgrad Med; 2007;33:157
Chan; Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 2002;128:1269-74
Chen; Thyroid; 2011;21 (6):647-54
Cibas; Thyroid; 2009;19:1159-65
Cirrochi; World J Surg Oncol; 2010;23:112
Cooper; Thyroid; 2009;19 (11):1167-214
Corsten; J Otolaryngol; 2005;34 (6) : 415-7
Crowe; Cancer Cytopathol; 2011;119:315-21
Dale; clin endocrinol; 201 55 233-239
De romilly; J Mal Vasc; 2001;26:157-9
Dionigi; Surgical Infections; 2006;7:S117
Dufour; J Chirg; 2007;144:25-8
Effremidou; Can J Surg; 2009;52:39
El-wakeel; Ethics; 2006;32:612-6
Erbil; Surgery ; 2008;143:216-25
Erbil; J Clin Endocrinol Metab; 2007;92(6):2182-9
Erbil; Surgery; 2008;143:216-25
Ezzat; Arch Internal Medicine; 1994;154:1838
Frates; J Clin Endocrinol Metab; 2006;91:3411
Gelmini; Ann Ital Chir; 2010;81:421
Gupta; Head and Neck; 2011;DOI: 10.1002/hed.21757
Hallgrimsson; Langenbecks Arch Surg; 2008;394:675
Hay; Surgery; 2008;144 (6):980-7
Hekkenberg; J Otolaryngol; 1997;26:155-9
Henry; Surgery; 2010;147:861
Hessman; Am J Surg ; 2011;201(5):565-8
Higgins; Laryngoscope; 2011;121:1009

INFORMATION DU PATIENT AVANT THYROÏDECTOMIE

Recommandation Professionnelle de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Jenkins; Anaesthesia; 2003;58:962
Jonlaas; Thyroid; 2011 12:1343- 1351
Kahaly; Thyroid; 2011;21 (6):585-91
Klima; Chirurg; 2005,76:398-403
Laccourreye; Ann Chir; 2005;130:458-65
Laccourreye; Bull Acad Natle Med; 2008;192:27-42
Langdon; Ann R Coll Surg Engl; 2002,84:404-8
Layfield; Cytopathology; 2010;21:75-85
Lee; Curr Opin Oncol ; 2012;24 (1):7-15
Lee; Laryngoscope; 2006;116 (9):1632-5
Leeb; Plast Reconstr Surg; 1976,58:280-2
Leslie; J Clin Endocrinol Metab; 2003;88 (3):978-83
Li volsi; Endocr pathol; 2005;16:285-93
Lumachi; Anticancer Res; 2009;29 (12):5255-7
Materazzi; Eur Surg Res; 2007;39:182
Mazeh; Am J Surg ; 2011;201(6):770-5
Mazur; J Gen Int med; 1997,12:114-7
Middendorp; Semin Nucl med; 2010;40:145-52
Moseley; Br j Ophtalmol; 2006;90:990-3
Orgiazzi; Presse Med; 2011;40 (12 Pt 1):1155-62
Paksoy; Cytojournal; 2011;8:19
Palit; J Surg Res; 2000;90:161
Phitayakorn; World J Surg; 2008;32:1374-84
Phitayakorn; J Surg Res; 2009;154 (1):51-5
Radford; Laryngoscope; 2011;121:1675
Roach; Arch Orolaryngol Head Neck Surg; 2002;128 (3):263-7
Roque; Gastroenterol Clin Biol; 2003;27:17-21
Ross; N Engl J Med; 2011,10;364 (6):542-50
Roti; J Clin Endocrinol Metab; 2006;91 -6):2171-8
Rovo; Laryngoscope; 2000;110 (1):140-4
Sanabria; J Oncol Surg; 2007;96:273
Sanders; Arch Surg; 1998;133:419-25
Seybt; Laryngoscope; 2010;120 (5):959-63
Shaw; Ann Otol Rhino Laryngol; 2009;118:6-12
Sisson; Thyroid; 2011,21 (4):335-46
Snyder; J Am Coll Surg; 2010;210:575
Spanknebel; World J Surg; 2006;30:816
Stojadinovic; Ann Surg; 2002;236:823-32
Tan; World J Surg; 2008;32:1849
Testini; Ann Surg Oncol; 2011;18 (8): 2251-9
Torrington; J Clin Endocrinol Metab; 1996;81 (8):2986-93
Uludag; Surg today; 2011;41:1041
Vaiman; Surg today; 2010;40:114
Vaiman; Surg today; 2010;40:114
Viehl; Ann Pathol; 2006;26:340-5
Weinreb; thyroid 2011; 2011 12 1339-1342
Wemeau; Annales d'endocrinologie; 2011;72: 251
Wolf; Laryngoscope; 2005;115:492-4
Yassa; Cancer ; 2007;111:508-516
Yip; Radiol Clin N Am; 2011;49:463-71
Yoo; J Surg Oncol; 2011 doi:1002/jso,22106
Youssef; Int J Surg; 2008;6:323