

Chirurgie thyroïdienne

GÉNÉRALITÉS :

- Chirurgie peu hémorragique
- Douleur postopératoire dominée par les contractures musculaires
- Si hématome compressif postopératoire : risque vital

PRÉOPÉRATOIRE :

- Consultation : recherche de signes de syndrome compressif
 - examen clinique : taille de la thyroïde, dyspnée ? circulation collatérale ? RP si doute
 - si syndrome compressif, prévoir intubation vigile sous fibroscope ; prévenir le patient
- Bilan :
 - bilan d'extension (RP, écho hépatique, fibro œsogastrique) fait par les chirurgiens
 - bilan biologique selon examen clinique ; Groupe et RAI si gros curage ganglionnaire
- Prémédication : classique + traitement habituel sauf CI

PEROPÉRATOIRE :

- Durée : de 1 h à 1 h 30
- Installation :
 - tête toujours très en haut de la table, rond de tête, billot sous les épaules
 - bras le long du corps, cale-pieds pour proclive
 - voie d'abord veineux 20 G, monitoring classique, couverture chauffante et sonde thermique
- Induction :
 - pas d'antibioprophylaxie
 - AG - IOT classique ; intubation vigile sous fibroscope si nécessaire
- Entretien :
 - O₂ ± N₂O + halogéné ou propofol mode AIVOC ; si possible sans curare (dissection nerfs)
 - hyperpression pour augmenter le retour veineux lors de l'hémostase chirurgicale
 - alléger l'anesthésie pendant l'attente du résultat de l'extempo
- Réveil :
 - 30 à 45 min avant la fin : Perfalgan® 1 g ± Profénid® 100 mg (sauf CI)
 - prévention des NVPO selon protocole

POSTOPÉRATOIRE :

- Analgésie :
 - Perfalgan® ± Profénid® ± morphine SC si EVA ≥ 40 ; commencer Maxicaïne® et tétrazépam
 - relais à J1 *per os* par paracétamol (± codéine ou dextropoxyphène ou tramadol)
- Bilan : BES et Ca-P-Mg à J1, J2 et J3 si thyroïdectomie totale ou doute sur parathyroïdes
 - Si Ca < 1,8 mmol/l, perfuser 6 A de *Gluconate de Calcium* en 6 h dans 250 ml de SG à 5%
- HBPM (risque modéré)
- Alimentation le soir et arrêt de la perfusion à J1 si TVB