



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## MISE AU POINT

# Thyroïdectomie ambulatoire : recommandations de l'Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE). Enquête sur les pratiques actuelles<sup>☆</sup>

Ambulatory thyroidectomy: Recommendations from the Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE). Inquiry on current practices

F. Menegaux<sup>1</sup>

Service de chirurgie générale, viscérale et endocrinienne, hôpital de La Pitié-Salpêtrière, université Paris 6, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Disponible sur Internet le 6 juin 2013

### MOTS CLÉS

Thyroïdectomie ;  
Chirurgie ambulatoire ;  
Complications chirurgicales ;  
Hématome ;  
Paralysie récurrentielle ;  
Hypocalcémie ;  
Risque médico-légal

**Résumé** La chirurgie thyroïdienne a un risque spécifique, l'hématome cervical compressif. Il s'agit d'une complication grave et d'évolution potentiellement rapide pouvant conduire au décès du patient ou à une anoxie cérébrale irréversible par hématome cervical compressif, en l'absence d'un geste d'évacuation en extrême urgence. Il est donc fondamental de connaître les critères prédictifs de cette complication et de préciser les éléments qui doivent entrer en ligne de compte avant de discuter une éventuelle thyroïdectomie ambulatoire.

**Méthodes.** – L'Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE) a souhaité répondre aux questions soulevées par la thyroïdectomie ambulatoire en proposant des recommandations fondées sur une revue de la littérature, une enquête auprès des membres de l'AFCE, et une recherche approfondie des risques médico-légaux s'appuyant essentiellement sur la jurisprudence. Ont été particulièrement développés les critères préopératoires de sélection, les éventuelles caractéristiques de l'intervention chirurgicale elle-même, et les impératifs de surveillance postopératoire.

**Conclusions.** – La prise en charge de référence reste une hospitalisation comportant au moins une nuit postopératoire. Cette hospitalisation peut être de moins de 24 heures car le risque d'hématome cervical compressif au-delà de ce délai est exceptionnel. Une thyroïdectomie ambulatoire (0 nuit) est possible dans certaines conditions et chez des patients très sélectionnés selon les critères décrits dans la littérature qui doivent constituer autant de contre-indications

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.04.002>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

Adresses e-mail : [fabrice.menegaux@psl.aphp.fr](mailto:fabrice.menegaux@psl.aphp.fr), [fabrice.menegaux@wanadoo.fr](mailto:fabrice.menegaux@wanadoo.fr)

<sup>1</sup> Au nom de l'AFCE.

**KEYWORDS**

Thyroid surgery;  
Ambulatory;  
Outpatient;  
Daycase  
thyroidectomy;  
Postoperative  
complication;  
Hematoma;  
Recurrent laryngeal  
nerve;  
Hypocalcemia

relatives. Le chirurgien est le responsable n° 1 : il sera considéré comme le principal responsable en cas de complications ayant mis en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. Il doit donc s'assurer de la bonne information du patient et de ses proches, du respect des contre-indications, du bon déroulement de la chirurgie, de la surveillance postopératoire adaptée, et des conditions de sortie du patient. Il doit être conscient que ce type de prise en charge prend du temps.  
© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Thyroid surgery carries a specific risk: cervical hematoma with airway compromise is a severe complication that may be rapidly lethal or result in irreversible cerebral anoxia if the hematoma is not urgently decompressed. It is therefore indispensable to know the essential relevant elements as well as predictive criteria for this complication before envisioning ambulatory thyroidectomy.

**Methods.** – The Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE) sought to answer several questions raised by the proposal of ambulatory thyroidectomy and to propose recommendations based on a review of the literature, an inquiry sent out to members of the AFCE, and an in-depth research of the medicolegal risks involved, based essentially on jurisprudence. The details scrutinized included preoperative selection criteria, the characteristics of the operation and the basic elements of postoperative surveillance.

**Conclusions.** – The standard today is at least an overnight hospital stay. In fact, hospital stay can be less than 24 h because the risk of cervical compressive hematoma is very unusual beyond this interval. Ambulatory (outpatient) thyroidectomy (0 nights) is possible under certain conditions for highly selected patients according to criteria described in the literature that also define relative contra-indications. In case of life-threatening or functional complications, the surgeon stands first in the line of responsibility. The surgeon must therefore ensure that the patient and family were fully informed of the contra-indications, the normal course of postoperative events, of pertinent elements of postoperative surveillance and of the conditions under which the patient can be safely discharged. The surgeon must also realize that this type of management is time-consuming.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La chirurgie thyroïdienne respecte, au moins en théorie, un certain nombre de critères médicaux pouvant autoriser une prise en charge ambulatoire : il s'agit d'une chirurgie peu agressive sur le plan physiologique, peu algique avec des protocoles efficaces d'analgésie postopératoire maintenant bien établis, considérée comme peu hémorragique ce d'autant que les nouveaux dispositifs de coagulation sont d'une grande fiabilité, et de durée courte puisqu'elle excède rarement trois heures. Il s'agit cependant d'une chirurgie à risque même si la morbidité postopératoire a fortement diminué puisqu'elle est actuellement d'environ 20 à 30 % toutes complications confondues, avec 2 à 4 % de séquelles définitives. Compte tenu des impératifs budgétaires des établissements de santé, il est donc légitime de se poser la question d'une telle pratique tout en insistant d'emblée sur le fait que confort et sécurité du malade restent les objectifs prioritaires.

Plus de 25 ans après sa première description [1], la thyroïdectomie ambulatoire est, pour l'heure, de pratique exceptionnelle (1 % en Grande-Bretagne en 2005 [2]) même si plus de 3000 procédures ambulatoires ont été publiées, notamment aux États-Unis [3–7]. Les réticences restent vives de la part des chirurgiens et parfois des patients eux-mêmes.

Ces réticences de la part des chirurgiens proviennent en grande partie des difficultés d'interprétation des séries publiées quant à la population étudiée, souvent sélectionnée [7], à la définition même de la chirurgie ambulatoire (0 nuit et moins de six heures, ou une nuit et moins de 24 heures), et aux conditions de sortie du patient, pouvant varier du domicile à l'hôtel ou à une structure de

convalescence situés à proximité du service de chirurgie où il a été opéré. Les chirurgiens sont par ailleurs circonspects sur les risques auxquels ils exposeraient leurs patients et ceux qu'ils encourraient eux-mêmes sur le plan médico-légal en cas de complications. En effet, la particularité de la chirurgie thyroïdienne est qu'elle expose à des complications graves et d'évolution potentiellement rapide pouvant conduire au décès du patient ou à une anoxie cérébrale irréversible par hématome cervical compressif, en l'absence d'un geste d'évacuation en extrême urgence. D'autres complications comme l'hypocalcémie symptomatique ou la paralysie récurrentielle, sont certes moins sévères pour le pronostic immédiat, mais peuvent être extrêmement angoissantes pour le patient.

Il est par ailleurs primordial de respecter le confort et les souhaits des patients puisqu'ils peuvent craindre un acte chirurgical douloureux et une anesthésie générale (mode d'anesthésie pratiqué dans la quasi-totalité des cas), souvent émétisante. Comme l'a fort justement rappelé Orlo H. Clark, acteur majeur de la chirurgie endocrinienne aux États-Unis, *the basic rule we should all follow when treating our patients is to treat them the same way we would like to be treated* (la règle de base que nous devrions tous suivre lorsque nous soignons nos patients est de les traiter comme nous souhaiterions l'être nous-mêmes) [8].

Il n'y a pas de consensus dans la littérature et peu de recommandations de bonne pratique. Celles de la Société française de chirurgie digestive (SFCD) et de l'Association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation (ACHBT) ont été publiées en 2011 [9]. Ces deux sociétés ne recommandaient pas de prise en charge ambulatoire (0 nuit) mais qualifiaient de « réalisable » une thyroïdectomie au cours

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311901>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311901>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)