

Thyroïdectomie endoscopique par une approche médiane avec insufflation gazeuse : analyse des 100 premiers patients

P. Cougard, L. Osmak-Tizon, L. Balestra, R. Dancea, P. Goudet

Service de Chirurgie générale et endocrinienne, CHU de Dijon, Hôpital général – Dijon.

Correspondance : P. Cougard, Service de Chirurgie générale et endocrinienne, CHU de Dijon, Hôpital général, rue du Faubourg Raines, F 21000 Dijon.

e-mail : patrick.cougard@chu-dijon

Résumé/Abstract

Thyroïdectomie endoscopique par une approche médiane avec insufflation gazeuse : analyse des 100 premiers patients

P. Cougard, L. Osmak-Tizon, L. Balestra, R. Dancea, P. Goudet

But de l'étude : Rapporter l'expérience initiale de la thyroïdectomie endoscopique avec un trocart optique médian et une insufflation gazeuse permanente.

Matériel et méthode : Étude rétrospective des 100 premiers patients consécutifs.

Résultats : Sept isthmectomies, 86 lobectomies et 7 thyroïdectomies totales ont été réalisées. Chez trois patients, une hyperparathyroïdie primaire associée a été traitée. La durée opératoire moyenne a été de 77 min (45 à 150 min). Il n'y a pas eu d'emphysème sous cutané postopératoire. Le taux de conversion était de 10 % (2,6 % après utilisation des ciseaux ultrasoniques). La morbidité postopératoire était une paralysie récurrentielle transitoire. Aucun hématome ni aucune hypocalcémie postopératoire n'ont été observés. Le score moyen de douleur postopératoire était de 2,7 (sur une échelle visuelle analogique 1 à 10). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,5 jours. Le résultat esthétique a été considéré comme excellent.

Conclusions : Une thyroïdectomie totalement endoscopique avec une insufflation gazeuse permanente est faisable. Les ciseaux ultrasoniques sont un bon moyen pour réaliser une dissection et des hémostases sûres. Cette technique est une option valide pour traiter des affections thyroïdiennes mais elle ne concerne qu'une faible proportion de patients en raison de la sélection préopératoire nécessaire.

Mots-clés : Thyroïde. Traitement. Thyroïdectomie endoscopique. Ciseaux ultrasoniques.

Endoscopic thyroidectomy via median approach with gas insufflation: analysis of the first 100 cases

P. Cougard, L. Osmak-Tizon, L. Balestra, R. Dancea, P. Goudet

Objective: To report the initial experience with videoscopic thyroidectomy using a cervical approach with median placement of the optical trocar and gas insufflation.

Patients and methods: Retrospective study of the first 100 consecutive patients.

Results: Seven isthmectomies, 86 lobectomies, and 7 total thyroidectomies were performed. Parathyroidectomy for hyperparathyroidism was also performed in 3 patients. Mean operative time was 77 minutes. No post-operative subcutaneous emphysema was noted. Conversion to open surgery occurred in 10% of cases but the conversion rate decreased to 2.6% when the harmonic scalpel became available. Post-operative complications included one transient recurrent laryngeal nerve palsy. There were no hematomas and no hypocalcemia. The mean post-operative pain scale was 2.7 (on a visual scale of 1-10). Mean hospital stay was 1.5 days. The cosmetic result was considered excellent.

Conclusions: Endoscopic total thyroidectomy aided by gas insufflation is technically feasible. The harmonic scalpel aids greatly in dissection and hemostasis. It is a valid option in the surgical management of thyroid disease but careful pre-operative selection of patients is mandatory.

Key words: Thyroid. Thyroidectomy. Endoscopy. Endocrine surgery.

Introduction

Quelques mois après la première description d'une parathyroïdectomie endoscopique en 1996 sont apparus les premières publications sur la faisabilité des thyroïdectomies endoscopiques [1]. La plupart des auteurs, notamment italiens [2, 3], se sont rapidement orientés vers des techniques vidéo-assistées sans insufflation gazeuse au travers de petites cervicotomies. Pour notre part, nous avons opté d'emblée pour une technique totalement endoscopique avec insufflation gazeuse permanente, dans la continuité des principes de la chirurgie laparoscopique qu'elle soit intrapéritonéale, rétropéritonéale ou intrapleurale. Nous avons d'emblée également choisi une approche médiane, c'est-à-dire avec une optique introduite sur la ligne médiane, pour permettre des gestes bilatéraux dans le cou, et plus particulièrement la réalisation de thyroïdectomies totales. Une première étude portant sur 40 patients ayant un nodule unique nous avait permis de conclure à la faisabilité des thyroïdectomies endoscopiques unilatérales ou isthmiques par cette approche médiane [4]. Cette étude préliminaire était cependant trop limitée pour évaluer la technique. Le but de cette étude est donc d'évaluer la faisabilité, la morbidité et les résultats fonctionnels de cet abord.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les 100 premiers patients de notre service opérés par un seul opérateur (PC) de mars 1999 à mars 2006 d'une thyroïdectomie endoscopique. La sélection des goitres éligibles pour cet abord a été rigoureuse : il s'agissait de patients porteurs d'un nodule unilatéral ou isthmique de moins de 40 mm de

grand axe ou d'un goitre plurinodulaire dont le nodule prédominant mesurait moins de 30 mm de grand axe. La taille était évaluée par échographie mais aussi par la palpation qui évaluait la taille du parenchyme de voisinage, en éliminant les gros lobes thyroïdiens. Une évaluation de la souplesse du cou, des téguments, la mobilité et la consistance des nodules et l'absence d'adénopathie palpable a aussi été réalisée. Tout élément pré-opératoire de présomption clinique ou cytologique de malignité a contre-indiqué cette technique endoscopique. Par ailleurs, la présence d'une cervicotomie antérieure était aussi une contre-indication à la réalisation d'une thyroidectomie endoscopique. Le choix entre lobectomie et thyroidectomie totale a été fait sur la présence de nodules controlatéraux, souvent de petite taille et décelés par échographie.

La technique de thyroidectomie endoscopique comporte des points essentiels. L'opérateur se place à droite et l'aide à gauche, quel que soit le geste thyroïdien, uni ou bilatéral [4-6]. Trois trocars sont insérés sur le tracé d'une incision horizontale située à un travers de doigt au dessus du manubrium sternal. Le premier est introduit sur la ligne médiane après avoir réalisé une incision médiane horizontale de 20 mm de long et ouvert le fascia cervical verticalement. Ce premier trocar a un diamètre de 5 mm et est utilisé pour l'optique de 5 mm à 0 degré et pour créer le pneumocou [7]. Une fois le pneumocou constitué avec une faible pression

(8 mm Hg) et un faible débit (1 l/min), les deux autres trocars sont insérés de part et d'autre de la ligne médiane. Il s'agit d'un trocar de 3 mm à droite et d'un trocar de 5 mm à gauche pour pouvoir utiliser les ciseaux ultrasoniques. Après dissociation des muscles sternothyroïdiens sur la ligne médiane, les pédicules thyroïdiens sont abordés et sectionnés, le plus souvent dans l'ordre suivant : veines moyennes, pédicule supérieur, en vérifiant l'absence de branches du nerf laryngé supérieur, veines inférieures et, en dernier, branches de l'artère thyroïdienne inférieure, en respectant le nerf récurrent et les parathyroïdes avec leurs pédicules (figure 1). Après section isthmique, le ou les deux lobes sont extériorisés par l'incision médiane qui est refermée en deux plans (figure 2). Les trois incisions cutanées sont alors encollées. Un drain aspiratif de petit diamètre a été utilisé chez un tiers des patients.

Pour tous les patients, une relecture du dossier médical a permis d'évaluer les données suivantes : la durée opératoire, les conversions en cervicotomie et leurs causes, les suites postopératoires immédiates et la morbidité récurrentielle et parathyroïdienne. Les résultats fonctionnels et esthétiques ont aussi été évalués à partir du 3^e mois postopératoire. La douleur a été systématiquement appréciée le lendemain de l'intervention en demandant aux patients de quantifier celle-ci durant la première nuit sur une échelle visuelle analogique graduée de 1 à 10. La durée

d'hospitalisation a été évaluée. Tous les patients ont été revus au-delà du 3^e mois postopératoire en consultation. Le résultat esthétique a été évalué lors de cette consultation.

Résultats

Il s'agissait de 88 femmes et 12 hommes, d'âge moyen de $49,7 \pm 13$ ans (24 à 85 ans). Les gestes réalisés ont été les suivants : 86 lobo-isthmectomies (51 droites et 35 gauches), 7 isthmectomies et 7 thyroidectomies totales. Dans trois cas (3 %), une hyperparathyroïdie primaire, due à un adénome unique, a été traitée dans le même temps opératoire. La taille moyenne des nodules enlevés était de $26,4 \pm 7$ mm (17 à 40 mm). La durée moyenne de l'intervention était de $77,4 \pm 22$ min (45 à 150 min). Une conversion en cervicotomie a été réalisée 10 fois (10 %). Ce taux était de 33 % avant l'utilisation des ciseaux ultrasoniques (pour les 25 premiers patients) et de 2,6 % depuis la disponibilité de ces derniers (pour les 75 derniers patients). Toutes les conversions étaient secondaires à des difficultés d'hémostase techniquement trop difficile à faire *in situ* ou alors défailante. Un saignement, même minime, obligeait généralement à interrompre l'approche endoscopique soit en raison de l'absorption de la lumière par la couleur du sang, soit en raison du comblement du pneumocou par le saignement. Aucun emphysème extensif

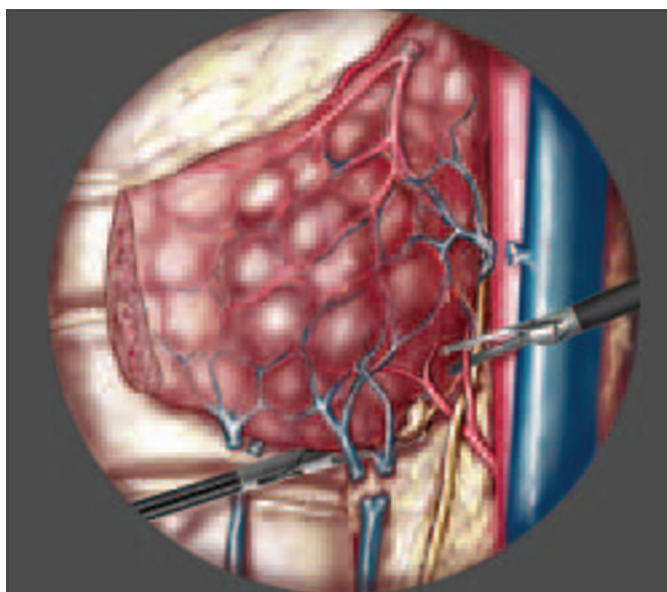


Figure 1 : Technique opératoire : libération du lobe thyroïdien.

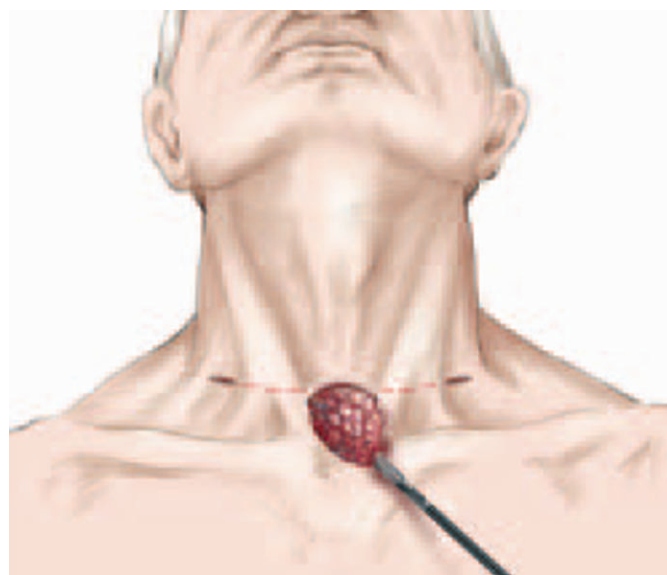


Figure 2 : Technique opératoire : extraction du loge thyroïdien.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296751>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296751>

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