



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Exérèse en ambulatoire et sous anesthésie locale des adénomes parathyroïdiens : faisabilité et résultats[☆]

Ambulatory surgery under local anesthesia for parathyroid adenoma: feasibility and outcome

A. Benhami^a, N. Christou^b, E. Chuffart^b,
S. Liva-Yonnet^c, M. Mathonnet^{b,*}

^a Centre hospitalier Roland-Mazoin, 87205 Saint-Junien, France

^b Chirurgie digestive et endocrinienne, CHU de Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87000 Limoges, France

^c Information médicale et évaluation, CHU de Dupuytren, 87000 Limoges, France

MOTS CLÉS

Chirurgie ambulatoire ;
Hyperparathyroïdie primaire ;
Parathyroïde ;
Abord mini-invasif ;
Tumeur endocrinienne

Résumé Le but de ce travail était d'évaluer les résultats des exérèses parathyroïdiennes pratiquées en ambulatoire et sous anesthésie locale (AL).

Matériel et méthode. – Étaient inclus les patients ayant bénéficié en ambulatoire de la résection d'un adénome parathyroïdien par abord focalisé et sous AL. Les résultats ont été évalués sur l'évolution de la parathormonémie peropératoire (IoPTH) et celle du bilan phosphocalcique en postopératoire à 3 mois, 1 an et à la date de point. La qualité de la prise en charge ambulatoire a été évaluée sur le nombre d'interventions déprogrammées, le nombre de patients hospitalisés au décours de l'intervention, ou au cours du premier mois postopératoire. Une analyse médico-économique a été réalisée par le DIM de l'institution.

Résultats. – De 2005–2014, 129 patients répondaient aux critères d'inclusion (femmes 82 % [sex-ratio 1:5], âge médian 72 ans). Les suites opératoires ont été simples dans 98 % des cas. Douze patients n'ont pas eu de décroissance significative de IoPTH : 2 avaient une hyperparathyroïdie primaire (HPP) persistante, pour 4 patients l'abord focalisé a été un échec et 6 ont eu une normalisation tardive de PTH. Six patients ont récidivé (4,6 %), 4 ans après l'exérèse pour 2 d'entre eux. La prise en charge en ambulatoire a été un succès dans 95 %, sans déprogrammation ou ré-hospitalisation. Le coût de la prise en charge sous AL et en ambulatoire a été de 2014,90 € (vs 2581,47 € sous AG et en hospitalisation conventionnelle).

Conclusion. – L'exérèse des adénomes parathyroïdiens uniques peut être réalisée sous AL et en ambulatoire sans risque majeur pour le patient. Le risque de récurrence après abord focalisé impose un suivi biologique régulier pendant au moins 5 ans.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2017.12.002>.

[☆] 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.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mathonnet@unilim.fr (M. Mathonnet).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.02.007>

1878-786X/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ambulatory surgery;
Primary hyperparathyroidism;
Parathyroid;
Minimally invasive surgery;
Endocrine tumor

Summary The aim of this study was to evaluate the results of ambulatory parathyroid resection performed under local anesthesia (LA).

Material and methods. – Outpatients undergoing parathyroid adenoma resection by a focused approach under LA were included. Results were evaluated by intraoperative serum parathormone levels (ioPTH) and the balance of phosphate and calcium postoperatively, at 3 months, 1 year and at the point date. The quality of ambulatory care was evaluated by the number of cancelled interventions, the number of patients hospitalized after surgery or during the first postoperative month. The patient data manager of the institution carried out a medico-economic analysis.

Results. – From 2005–2014, 129 patients met the inclusion criteria (women 82% [sex ratio 1:5], median age 72 years). There was no morbidity for 98% of patients. Twelve patients had no statistically significant drop in ioPTH: two had persistent primary hyperparathyroidism (PHP). LA failed in four patients and PTH was late to normalize in six patients. Six patients had recurrent PHP (4.6%), of which two occurred four years after excision. Outpatient treatment was successful in 95%, without deprogramming or re-hospitalization. The cost of the treatment under LA and on an outpatient basis was € 2014.90 (vs. € 2581.47 under general anesthesia and traditional hospitalization).

Conclusion. – Excision of single parathyroid adenomas can be performed under LA in an ambulatory setting without any major risk for the patient. The risk of recurrence after the focused approach requires regular laboratory monitoring for at least five years.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'hyperparathyroïdie primaire (HPP) est une maladie bénigne à potentialité maligne. Non traitée, elle double le risque de survenue de certains cancers, tels les cancers du sein et du côlon [1,2], majore le risque de cardiopathie, d'hypertension artérielle, et diminue de manière significative l'espérance de vie [3]. Dans environ 76 % des cas, l'HPP est en rapport avec un adénome unique. Le taux de cancers est inférieur à 1% [4]. Dans plus de 90 % des cas, il s'agit d'une maladie sporadique, les pathologies pluriglandulaires, double adénome, ou hyperplasie représentant moins de 20 % des cas [5]. Les HPP s'intégrant dans le cadre d'une polyendocrinopathie telle la néoplasie endocrinienne multiple de type 1 (NEM1) sont dans la très grande majorité des cas des atteintes pluriglandulaires [6]. Le traitement curatif repose sur la chirurgie. À partir des années 1990, la mise au point des scintigraphies de localisation au sestamibi et du dosage de la parathormone (PTH) rapide a permis de développer les techniques d'abord focalisé et les exérèses sous anesthésie locale (AL). Depuis les premières publications en France de Chapuis en 1996 [7] et aux États-Unis de Norman en 1997 [8], plus de 1000 articles consacrés à l'abord parathyroïdien focalisé ont été publiés à ce jour. L'innocuité de cette voie d'abord et les bénéfices de l'AL ont ainsi été démontrés.

L'anesthésie locale et le monitoring de la PTH ont permis de publier aux États-Unis les premières grandes séries de parathyroïdectomies en ambulatoire et sous anesthésie locale, dès les années 1990 [9]. En France, l'exploration des sites parathyroïdiens est le plus souvent réalisée sous anesthésie générale (AG) par cervicotomie ou par vidéoscopie, soit avec une exploration systématique de tous les sites parathyroïdiens soit par abord focalisé. L'abord focalisé sous anesthésie locale est pratiqué par quelques équipes.

Notre travail a pour but d'évaluer les résultats à court et à moyen terme des exérèses parathyroïdiennes pratiquées sous anesthésie locale et en ambulatoire.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique observationnelle rétrospective, menée sur une cohorte de patients consécutifs. Le recueil des données réalisé de façon rétrospective a été standardisé. L'indication opératoire était retenue en cas d'HPP symptomatique, ou si au moins un critère NIH 2014 [10] était présent. Le diagnostic d'HPP était porté en préopératoire sur le bilan phosphocalcique si celui-ci montrait une calcémie inadaptée à la parathormonémie sans hypocalcémie associée. Le caractère unique de l'adénome était affirmé par l'imagerie de localisation associant une scintigraphie de soustraction iode-MIBI et une échographie cervicale, les deux examens étant réalisés par deux opérateurs différents en aveugle. L'exérèse était pratiquée sous anesthésie locale, (infiltration de Chirocaïne), par un abord focalisé. Il s'agissait soit d'une courte incision horizontale en regard de la zone d'intérêt pour un abord médian si l'adénome était localisé dans le territoire d'une parathyroïde inférieure, soit d'une incision oblique le long du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien pour un abord latéral si l'adénome semblait développé aux dépens d'une parathyroïde supérieure. Un dosage de PTH rapide (ioTPH) était réalisé avant l'exérèse, 20 min puis 60 min après. La situation définitive de la glande pathologique était recueillie à partir des données du compte rendu opératoire. Le poids de tissu réséqué et le type histologique étaient également notés à partir du compte rendu anatomopathologique. Un bilan phosphocalcique était réalisé avant la sortie du patient, et au 4^e jour postopératoire. Tous les patients étaient convoqués en consultation avec un nouveau bilan phosphocalcique 3 mois et un an après la chirurgie. En novembre 2015, un contact téléphonique a été établi avec les médecins traitants ou les patients.

Le parcours des patients était organisé dans un secteur dédié à l'ambulatoire, ouvert de 7h30 à 18h30. Les patients étaient appelés la veille et le lendemain de l'intervention

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8957722>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8957722>

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