

Thyroïdectomie en ambulatoire, ou en est-on ?

Fabrice Menegaux

Service de Chirurgie Générale, la Pitié, Paris

Historique: très grande prudence...

Recommandations de l'AFCE 2013

- **La prise en charge de référence est 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

- Décès (thyroïdectomie): 2 – 3‰ (essentiellement: hématome)
- Hématome cervical compressif : 1%
- 60% < 6 heures, 30% entre 6 et 24 heures
- Souvent précédés de signes précurseurs mais...
- Aucun facteur de risque indiscutable

Cependant, depuis 2013...

- **Indications** (échographie et cytologie: classifications internationales)
- **Etendue de la thyroïdectomie:** de plus en plus de LI pour cancer (tous les cancers $\leq 20\text{mm}$)
 - Quasi-disparition de l'intérêt d'un extemporané en pathologie thyroïdienne
- **Améliorations technologiques**
 - Bistouris: ultrasons, thermofusion
 - Pas de drainage
 - Colle sur la peau (pas de soins infirmiers en postopératoire)
- **Protocoles d'anesthésie**
- **Publications** (méta-analyse [Lee DJ, Head & Neck 2018](#))



- **Développement de structures dédiées** à la chirurgie ambulatoire

Thyroïdectomie ambulatoire

- Devenue incontournable...
- Mais:
 - **Pas pour tous: critères de sélection +++** (hématomes de loge)
 - **Débuter par LI et I**
 - **Débuter après réflexion sur organisation** (chirurgiens – anesthésistes – encadrement PNM – direction) / structure / circuit du patient
 - **Organisation de la prise en charge (préopératoire, au cours de son hospitalisation, surveillance postopératoire) : IDEC** coordination de la prise en charge, interlocuteur++, participe à **l'information et à l'éducation du patient et de ses proches**

Connaitre les risques : hématomes

- **Hématomes: 1%** [Leyre P] et **60% < 6h** [Promberger R]
- **Mais aucune série récente avec des taux aussi élevés d'hématome et de % aussi élevé >6h** [Terris DJ]
- **Amélioration dans la prise en charge chirurgicale et anesthésique**
 - **Intubation atraumatique** (curare à élimination rapide)
 - **Contrôle :**
 - **des nausées** (dexaméthasone avant l'incision, privilégier anesthésie IV totale, pas d'halogénés ni protoxyde d'azote, remplissage par cristalloïdes 15 mL/Kg),
 - **des douleurs** (multimodale: AINS, bolus unique de kétamine à faible dose,...),
 - **de la toux**
 - **des accès hypertensifs au réveil +++**

Leyre P, *Langenbecks Arch Surg* 2008
Promberger R, *Br J Surg* 2012
Terris DJ, *Thyroid* 2013

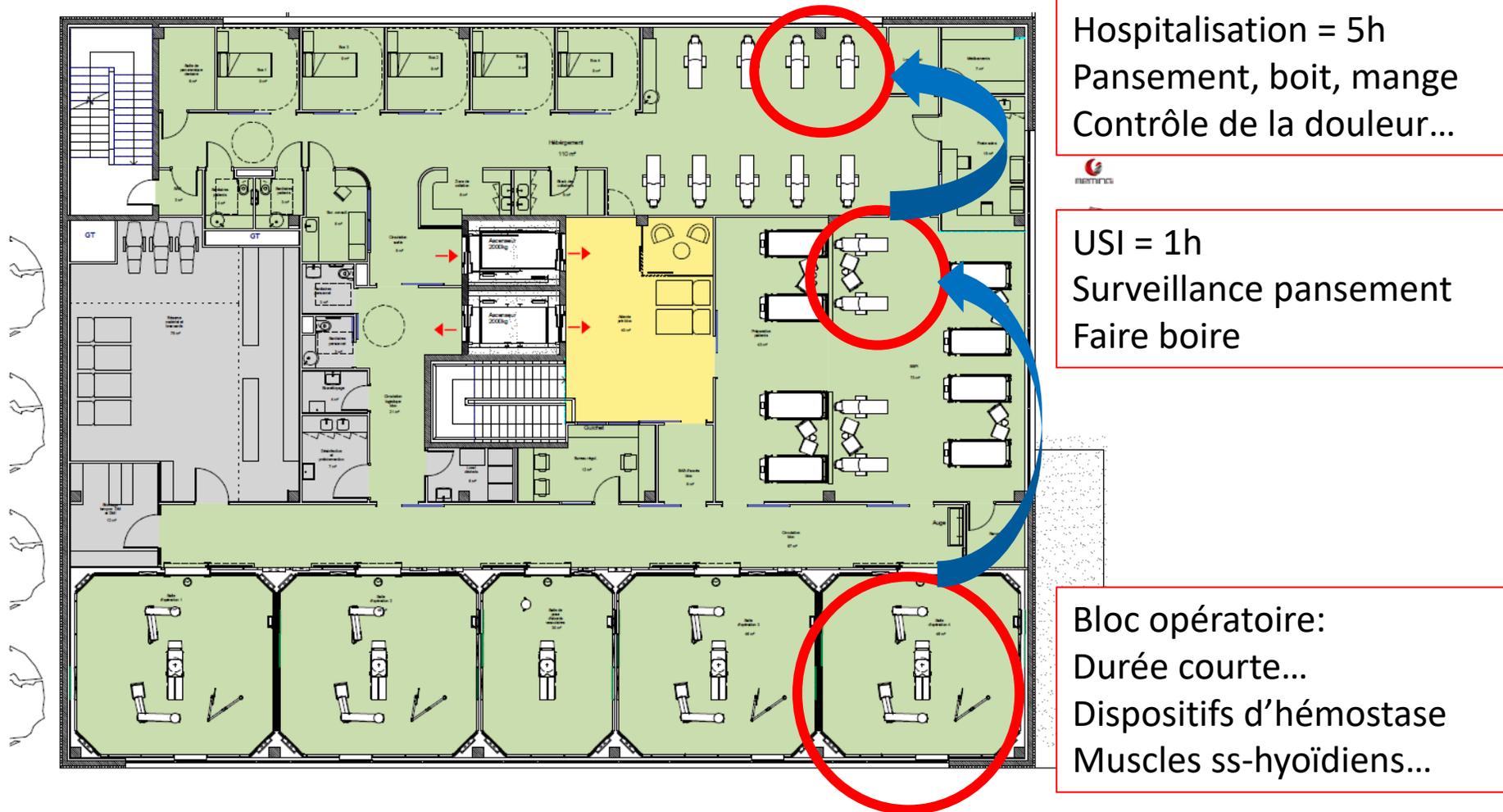
Contraindications à une thyroïdectomie ambulatoire

Table 1. Patient factors which may preclude the option of outpatient thyroidectomy.

COMORBID CONDITIONS	SOCIOECONOMIC	PATHOLOGY
Uncompensated cardiac or respiratory disease	Great distance from facility	Large goiter
Dialysis for renal failure	Lack of family/home support	Substernal goiter
Anticoagulant use	Lack of reliable transportation	Locally advanced cancer
Seizures	Barriers in communication/education	Difficult hemostasis
Severe anxiety	Patient preference	Difficult surgery with underlying Hashimoto's or Graves' disease
Obstructive sleep apnea		
Hearing loss		
Visual impairment		
Mental impairment		
Pregnancy		

K infiltrant, N1 macroscopiques (curage extensif), Basedow (seul facteur retrouvé dans une méta-analyse 2016 Quimby AE), Hashimoto?

Organisation du séjour ambulatoire



Hospitalisation: 6h postopératoire, vérification avant sortie, ordonnances,...

Organisation de la surveillance postopératoire

- CRO, CRH, lettre de liaison, modalités de contact avec le service en cas d'urgence (continuité des soins 24h/24, 7J/7). Les consignes postopératoires ainsi que les signes annonciateurs d'hématome sont rappelés et l'ordonnance d'antalgiques réexpliquée
- Rentre à domicile accompagné, pas seul le 1^{er} soir
- Téléphone portable (avec numéro d'urgence)
- Appelé le lendemain par les programmeurs de la PCAM (+ calcémie si TT → IDEC)
- Communication possible avec l'IDEC
- Cs postopératoire à 6 semaines avec biologie

La Pitié

17 mai 2018 – 15 avril 2022

	LI + Isthmectomie	TT	TOTAL
HC	764	3009	3773
UCA	1353	160	1513 (417 K, dont 246 avec curage)
TOTAL	2117	3169	5286
UCA %	64%	5%	27%

Hématome de loge: 9 (0,6%)
Réhospitalisation=2
Cs précoce: 60 (4%)
Conversion en HC: 28 (1,9%)

<6h: 8

Hématome: 9 + 3 non op
HTA: 7
Tachycardie : 1
Vomissements: 3
K infiltrant: 1
0 accompagnant: 4

Conclusion

Une thyroïdectomie ambulatoire (essentiellement des LI et I) peut être proposée si

- **Le chirurgien est expérimenté et/ou travaille dans une équipe entraînée, à volume important**
- Qui connaît ses propres **taux de complications**
- L'établissement dispose d'une **structure identifiée de chirurgie ambulatoire et des ressources nécessaires** pour une éventuelle réhospitalisation en urgence
- **Définition de protocoles : chirurgiens, anesthésistes, PNM (encadrement)**