



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://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*

### 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 Publié par Elsevier Masson SAS.

**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 Published by Elsevier Masson SAS.

## 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 médical 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

d'une hospitalisation de moins de 24 heures. Seule société savante spécialisée en chirurgie thyroïdienne à avoir publié une réflexion officielle sur ce sujet, la British Association of Endocrine Surgeons (BAETS) est extrêmement prudente dans ses recommandations [10,11] : elle constate que la thyroïdectomie ambulatoire (0 nuit) est faisable mais elle ne la recommande pas spécifiquement et insiste sur l'expérience du chirurgien et des équipes paramédicales prenant en charge ces patients dans les unités d'hospitalisation ambulatoire, ainsi que sur les difficultés à établir des critères prédictifs des complications les plus graves. L'American Thyroid Association (ATA) vient également de rédiger une « déclaration » sur la thyroïdectomie ambulatoire (*outpatient thyroidectomy*) [12] : les conclusions sont similaires, une thyroïdectomie ambulatoire est réalisable chez des patients sélectionnés selon des critères qui sont difficiles à établir faute d'étude fiable. L'ATA insiste sur la responsabilité du chirurgien et sur l'importance de l'information préalable, très chronophage, du patient et de sa famille sur les modalités et les risques spécifiques de cette prise en charge.

En tant que société savante spécialisée, l'Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE) se devait de répondre aux questions soulevées par ce type de pratique 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.

La bibliographie a été étudiée dans la littérature anglo-saxonne et/ou francophone à partir de Medline et de la Cochrane avec les mots clés : *thyroidectomy*; *outpatient*; *same-day thyroid surgery*; *complications*. En l'absence d'étude prospective randomisée, nous avons privilégié les revues de littérature et les larges séries définissant clairement la prise en charge ambulatoire et les complications postopératoires de la thyroïdectomie. Les niveaux de preuve scientifique fournis par la littérature et la gradation des recommandations ont été faite selon les recommandations de l'HAS (grade A : preuve scientifique établie ; grade B : présomption scientifique ; grade C : faible niveau de preuve) ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)). Un manuscrit a ensuite été rédigé puis a circulé parmi les membres du bureau de l'AFCE, jusqu'au texte final.

## La chirurgie thyroïdienne a-t-elle des caractéristiques pouvant modifier les indications et les risques de la chirurgie ambulatoire ?

Les risques de la chirurgie thyroïdienne sont rares. Ils ont cependant pour spécificité de pouvoir mettre en jeu le pronostic vital.

La fréquence de ces complications postopératoires est maintenant bien établie [13].

Certaines d'entre elles ne devraient pas interférer avec une éventuelle prise en charge ambulatoire : la paralysie récurrentielle unilatérale, véritable handicap, mais qui ne met pas en jeu le pronostic vital immédiat (2%), la paralysie récurrentielle bilatérale (0,2%) de diagnostic évident et immédiat puisqu'elle est responsable d'une asphyxie aiguë dès l'ablation du tube endotrachéal, et l'hypocalcémie (15 à 20% en postopératoire immédiat, 2% de façon définitive), rarement symptomatique et exceptionnellement responsable de manifestations sévères à

type de crampes musculaires et de troubles du rythme cardiaque. Ces complications, lorsqu'elles surviennent, doivent bien sûr retarder le retour du patient à son domicile si une hospitalisation en ambulatoire avait été envisagée.

Le risque principal est celui de la survenue d'un hématome cervical compressif dont le taux est faible, environ 1% (0,4%–4,2%), mais dont les conséquences peuvent être dramatiques [14]. C'est ce risque qui crée la spécificité de la chirurgie thyroïdienne parmi les actes proposés à une prise en charge ambulatoire. Les saignements surviennent pour 40 à 60% d'entre eux dans les six heures [15], mais ils peuvent également apparaître au-delà de 24 heures dans 2–3% [14,16] à 19% des cas [17]. Ils sont souvent précédés de signes précurseurs mais peuvent survenir très brutalement et un quart d'entre eux doivent être évacués en extrême urgence, au lit du patient. Compte tenu du caractère confiné de l'espace de dissection créé par la thyroïdectomie, la quantité de sang est faible mais l'hématome est rapidement compressif avec un risque asphyxique aigu. Ce dernier, en l'absence d'évacuation immédiate de l'hématome, peut conduire à des séquelles neurologiques majeures par anoxie cérébrale ou au décès du patient.

Les britanniques ont évalué à 20/an (1/500 thyroïdectomies, ou 0,2%) le nombre de décès après chirurgie thyroïdienne en Grande-Bretagne et ils estiment qu'une bonne partie de ces décès est imputable aux hématomes de loge [10]. Les américains estiment ce risque à 0,3% : moins de 0,1% pour les patients âgés de 50 ans et moins, et 2% pour ceux de plus de 70 ans [18]. En France 50 000 thyroïdectomies sont effectuées par an, ce qui, en extrapolant les statistiques anglo-saxonnes, conduirait à 100–150 décès annuels. Des équipes américaines ont été plus loin et ont calculé le surrisque théorique d'une prise en charge ambulatoire (moins de six heures) lié à des hématomes compressifs qui ne seraient pas pris en charge de façon adaptée entre six et 24 heures : ce risque a été évalué à 94 décès pour 100 000 thyroïdectomies par Orlo H. Clark de UCSF (San Francisco, CA) [8]. Ce raisonnement le conduit à déconseiller la thyroïdectomie ambulatoire. L'équipe de Shelby H. Burkey et al. de la Mayo Clinic (Rochester, MN) [17] établit le même parallèle mais ne déconseille une prise en charge ambulatoire que pour une « minorité » de patients, sans que celle-ci soit définie avec précision. Tout le problème est, en effet, d'identifier ces patients qui seraient exposés au risque d'hématome compressif retardé à plus de six heures, ce qui contribuerait à en aggraver le pronostic.

## Existe-t-il des spécificités pour l'anesthésie et l'acte chirurgical lui-même en cas de thyroïdectomie ambulatoire ?

Il n'existe aucune spécificité ni pour l'anesthésie ni pour la chirurgie.

L'anesthésie est dans la très grande majorité des cas une anesthésie générale. Quelques équipes proposent une anesthésie locale ou locorégionale avec des résultats qui tendent vers une diminution des doses nécessaires d'antalgiques et des nausées postopératoires [19,20]. Ces expériences sont cependant rares et leurs résultats ne peuvent pas, à l'heure actuelle, intervenir dans la discussion sur la possibilité d'une thyroïdectomie ambulatoire.

La chirurgie en elle-même n'a pas de spécificité si une sortie précoce est prévue. Plusieurs études prospectives randomisées ont démontré que le drainage cervical ne prévenait pas le risque d'hématome [21–24] (Grade A). Les parathyroïdes doivent être respectées, au moins trois [25], et si une parathyroïde ne peut être laissée en place avec une vascularisation satisfaisante, elle doit être réséquée, fragmentée et réimplantée dans le muscle sterno-cléido-mastoidien homolatéral [26]. Le ou les nerfs récurrents doivent être repérés et protégés sur tout leur trajet cervical [27,28]. Le monitoring peropératoire des nerfs récurrents et pneumogastriques n'a pas d'influence sur une éventuelle sortie précoce du patient et son apport ne doit pas être surestimé [29] puisque la paralysie bilatérale s'exprime cliniquement dès l'extubation et que la paralysie unilatérale ne se décompense qu'exceptionnellement en postopératoire lorsque le larynx avait une mobilité normale en préopératoire. C'est encore souligner l'importance d'un examen laryngé préopératoire chez tout patient précédemment opéré de la thyroïde afin de détecter une paralysie récurrentielle bien compensée et asymptomatique.

La surveillance postopératoire immédiate est essentielle. Elle est clinique, et cherche de façon répétée des signes en faveur d'un hématome cervical en voie de constitution (augmentation de volume du cou, dyspnée haute), d'une paralysie récurrentielle (dysphonie, dyspnée, troubles de la déglutition, notamment aux liquides), ou d'une hypocalcémie (paresthésies des extrémités ou péri-buccales, crampes musculaires). Un contrôle laryngé peut être proposé ainsi qu'un dosage de la calcémie, voire de la PTH sérique après thyroïdectomie totale [30]. Idéalement, la PTH devrait être prélevée quatre heures après la fin de la chirurgie afin de prédire au mieux la survenue d'une hypocalcémie postopératoire [31], ce délai étant peu compatible avec une sortie du patient le jour même. Une prévention de l'hypocalcémie peut également être administrée sous la forme de calcium et de vitamine D, les modalités précises de ces traitements étant cependant encore discutées [32,33].

### Existe-t-il des facteurs favorisant la survenue de ces complications postopératoires immédiates ?

Il n'existe aucun consensus sur les critères de sélection des patients opérés de la thyroïde pour une prise en charge ambulatoire [34] puisqu'il n'est pas possible d'identifier des facteurs de risque indiscutables quant à la survenue d'un hématome de loge. Aucune étude prospective randomisée n'a été conduite sur ce sujet. Les niveaux de preuve des études, toutes rétrospectives, sont donc faibles (Grade C). Certaines séries ne retrouvent aucun facteur de risque [17]. D'autres identifient le sexe masculin [14–16,35], un âge supérieur à 50 ans [14,16,35], un diagnostic de cancer [16], un geste bilatéral [14,16], une réintervention pour totalisation de la thyroïdectomie [14], ou encore l'expérience du chirurgien [14]. Les anticoagulants, l'hyperthyroïdie, les curages latéraux sont également des facteurs de risques identifiés [36] mais discutés puisqu'ils n'ont pas été retrouvés dans les autres séries. Enfin, les hématomes sont favorisés par la toux, les poussées hypertensives ou les vomissements, mais la plupart d'entre eux surviennent sans aucun facteur déclenchant.

Pour l'ATA [12] certains antécédents sont des contre-indications à une thyroïdectomie ambulatoire, même si

leur rôle n'a pas toujours été démontré dans la survenue d'une complication postopératoire (Grade C): insuffisance cardiaque ou pulmonaire décompensées, traitements anticoagulants et antiagrégants, épilepsie, anxiété pathologique, syndrome d'apnée du sommeil, surdité, vue déficiente, retard mental, grossesse, paralysie récurrentielle unilatérale préopératoire, hyperthyroïdie, douleurs chroniques, obésité morbide (indice de masse corporelle, IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>), ou encore des difficultés de réveil après une anesthésie générale antérieure.

La motivation du patient doit être vérifiée et des contre-indications non médicales doivent être également éliminées : des difficultés de communication notamment par une mauvaise acquisition de la langue, un trajet long et difficile entre le domicile et la structure chirurgicale (longue distance, embouteillages en zone urbaine), l'absence de moyen de transport disponible en urgence ou encore un isolement familial ou social.

L'étendue de la résection thyroïdienne est également un facteur primordial puisque qu'un geste unilatéral diminue par deux le risque de paralysie récurrentielle [13], limite celui de saignement postopératoire [5] et supprime celui d'hypocalcémie. Enfin, un cancer localement avancé, un curage ganglionnaire, ou une thyroïdectomie totale pour goitre plongeant, maladie de Basedow ou thyroïdite de Hashimoto avec inflammation intense de dissection difficile, doivent également sortir du champ des possibilités de prise en charge ambulatoire.

### Quels sont les risques médico-légaux de la pratique de la chirurgie ambulatoire pour la thyroïdectomie ?

L'absence de consensus scientifique ne permet pas d'établir une corrélation entre deux événements (cour de cassation, première chambre civile, 25 novembre 2010) et il n'existe aucun texte réglementaire spécifique concernant la sélection des patients pouvant bénéficier d'une chirurgie ambulatoire. C'est encore souligner l'importance de la démarche de l'AFCE.

En outre, la jurisprudence est pauvre sur le sujet puisque aucun arrêt de la cour de cassation n'a été rendu sur la spécificité de la chirurgie ambulatoire mais beaucoup de décisions ont été prises concernant des « sorties prématurées », pour l'instant sans relation avec la chirurgie thyroïdienne.

### Information du patient et de ses proches

La responsabilité du chirurgien peut être engagée non seulement en cas de faute technique, mais encore en cas de « faute d'humanisme », définie par un manquement à l'obligation d'information et au droit qu'a le patient à consentir, de manière éclairée, à l'acte médical (cour de cassation, première chambre civile, 3 juin 2010).

L'information préalable du patient est fondamentale, sur les modalités de l'intervention chirurgicale et de l'hospitalisation, sur les alternatives thérapeutiques, et sur les complications potentielles de la chirurgie thyroïdienne (y compris « exceptionnelles »), mais également sur les spécificités d'une hospitalisation de courte durée. Cette information doit être orale et écrite (livret, lettre d'information).

Il faut par ailleurs que le praticien puisse prouver avoir délivré l'information préopératoire (cour de cassation, première chambre civile, 25 février 1997). Il peut apporter cette preuve par tous moyens, y compris par présomptions. Les magistrats insistent à l'heure actuelle sur cette preuve de la remise de l'information par un document (dans le dossier médical lui-même avec une fiche spécifique et/ou un schéma, sur la lettre adressée aux médecins correspondants lors de la consultation préopératoire avec la notion d'une « lettre dictée en présence du patient ») et/ou en faisant signer un consentement par le patient. Cette signature en elle-même n'est ni obligatoire ni suffisante car, pour les magistrats, elle ne signifie pas que le patient qui l'a signée a eu le temps de le comprendre, de le lire, ou de se renseigner par d'autres moyens.

## Responsabilité médicale

Quel est le fondement de la responsabilité médicale pour une thyroïdectomie ambulatoire compliquée d'un hématome ? La responsabilité du chirurgien ou de l'établissement peut être engagée sur la notion d'une « perte de chance », celle-ci se définissant selon la cour de cassation comme la disparition certaine d'une éventualité favorable.

L'hypothèse la plus grave au décours d'une thyroïdectomie ambulatoire est le décès du patient. Dans ce cas, le juge va souhaiter établir la perte de chance d'éviter ce décès en évaluant les chances de survie si l'hématome était survenu au cours d'une hospitalisation.

En cas de survie, cette perte de chance peut être considérée comme nulle ou presque car l'hématome serait survenu même si le patient avait été hospitalisé. En revanche, le retard diagnostique et donc thérapeutique lié à l'éloignement géographique de la structure de soins a pu conduire à des souffrances supplémentaires, parfois graves, comme une anoxie cérébrale prolongée. Dans ces cas, la perte de chance liée au départ précoce du patient est juridiquement « incertaine » : le juge peut considérer que, si le patient était resté en hospitalisation, il aurait pu de la même façon décéder ou développer des séquelles de même gravité, ou, à l'inverse, que la précocité de sa sortie l'a privé d'une chance de guérison ou, au minimum, d'amélioration d'un état neurologique altéré. Cette perte de chance pourrait être établie sur l'argument d'une surveillance « écourtée » avec « sortie prématurée » puisque le patient regagnant son domicile précocement, ne peut bénéficier du seul geste thérapeutique nécessaire pour éviter les conséquences d'un hématome compressif (asphyxie aiguë, décès, séquelles neurologiques majeures), son évacuation en extrême urgence au lit du malade.

## Procédures auxquelles les chirurgiens sont exposés

Selon la juridiction saisie, il faut distinguer les actions disciplinaires ou pénales auxquelles sont exposés tous les praticiens, et les actions spécifiques du mode d'exercice : administrative pour la pratique publique et civile pour la pratique privée.

Une procédure disciplinaire (conseil de l'ordre des médecins) peut être engagée. Elle ne propose pas d'indemnisation des plaignants mais peut sanctionner le praticien d'un avertissement, d'un blâme, voire même d'une suspension d'exercice.

Sur le plan judiciaire, il faut distinguer la prise en charge du patient en pratique privée ou en pratique publique mais

une expertise médicale sera toujours ordonnée par le magistrat afin de l'éclairer. Il s'agit d'un avis technique, pierre angulaire de la responsabilité médicale et sa mission essentielle est de décrire les faits, de les discuter, puis d'établir l'existence même d'un accident et de son éventuel caractère fautif. Cette expertise est fondamentale même si le tribunal n'est jamais lié par les conclusions de l'expert qui peuvent être écartées par le magistrat, ce dernier pouvant, seul, qualifier de faute un éventuel manquement aux règles de l'art.

En pratique publique (hospitalière), l'administration est saisie soit par l'intermédiaire du tribunal administratif pouvant mettre en cause la responsabilité de l'hôpital, soit par celui des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) qui, pour un aléa thérapeutique non fautif, ouvrent droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), essentiellement pour un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 %.

En pratique privée (à l'hôpital ou en clinique), ce sont les tribunaux civils qui sont saisis. L'expert va également se prononcer sur l'éventualité d'une faute. Dans cette hypothèse, le praticien lui-même est mis en cause et non l'établissement ce qui peut conduire à une indemnisation de la victime dont le niveau tient compte de l'importance du préjudice. Les primes d'assurance étant conditionnées par le montant total des indemnisations, une pratique exposant à des risques accrus risquerait d'aggraver cette inflation. Si l'expert médical et le tribunal retiennent la notion d'aléa thérapeutique, la CRCI peut être saisie.

Parallèlement, un patient ou sa famille peuvent déclencher une procédure pénale mais la mise en cause directe du ou des praticiens est exceptionnelle. Les juridictions pénales peuvent être saisies quelque soit le mode d'exercice (privé ou public). Le praticien encoure l'accusation de « blessure involontaire » ou au maximum « d'homicide involontaire ». La blessure involontaire (l'hématome compressif et ses conséquences) résulterait d'un délit d'imprudence, de maladresse ou d'un manque de respect des précautions. Pour être accusé d'homicide involontaire, il faudrait considérer que la faute a été délibérée (exceptionnel) ou caractérisée, en considérant que le praticien savait que le patient encourait un risque mais que toutes les précautions n'ont pas été prises.

## Quelle serait la responsabilité du chirurgien qui a pratiqué une thyroïdectomie en ambulatoire suivie d'un hématome ?

Si l'on considère comme acquis que l'obligation d'information (renforcée comme c'est la règle en matière de chirurgie ambulatoire) a été respectée, cette complication n'est pas le résultat d'une maladresse mais un aléa thérapeutique. Cependant, la cour de cassation, dans une affaire similaire, a considéré que ce type d'événement est la « conséquence directe du départ prématuré de la clinique et du manque de surveillance ultérieur » (première chambre civile, 18 juin 1970) et la décision d'une sortie « prématurée et imprudente » d'un malade après une intervention chirurgicale pourrait être ainsi assimilée à une faute synonyme de défaut de surveillance.

### Quelles seraient les économies créées par une prise en charge ambulatoire ?

Une thyroïdectomie ambulatoire permettrait d'économiser de 15 à 30 % sur les coûts de l'hospitalisation. Cette économie ne concerne que l'établissement de soins, il faut souligner que le patient en est exclu. Il faut également mettre en balance ce coût et celui d'une complication grave responsable d'un décès ou de séquelles neurologiques majeures qui, compte tenu des niveaux élevés d'indemnisation et malgré la rareté de ces complications, pourrait annuler le bénéfice financier de nombreuses procédures ambulatoires.

### Enquête auprès des membres de l'Association francophone de chirurgie endocrinienne (15 février–15 avril 2012)

Parmi les 186 membres actifs de l'AFCE, 125 (67 %) ont répondu et 103 réponses ont été retenues (ont été exclus les réponses incomplètes et celles provenant de spécialités non chirurgicales). L'âge moyen des chirurgiens était de 48 ± 9 ans et ils étaient en grande majorité des chirurgiens viscéraux (82 %, ORL : 10 %, chirurgiens thoraciques : 9 %), pratiquant en CHU pour 50 % d'entre eux, en hôpital général (CHG) pour 25 %, en clinique privée pour 20 % ou au sein

d'un institut mutualiste pour 5 %. Ils effectuaient entre dix et 950 thyroïdectomies par an, avec une médiane de 130 (IQR : 60–200) opérations annuelles.

Seuls 19 chirurgiens (18 %) ont pratiqué des thyroïdectomies en ambulatoire (entre 1 et 20 % de leur activité), depuis 4,1 ± 2,8 ans, exclusivement des lobectomies pour 13 d'entre eux (68 %), les six autres ayant réalisé des thyroïdectomies totales. Presque tous (17/19) envisagent de développer cette activité. Ils étaient 8/50 en CHU, 8/26 en CHG, 3/21 en clinique et 0/5 en institut mutualiste (NS). Le nombre de thyroïdectomies effectuées en ambulatoire par les membres de l'AFCE, spécialisés dans cette chirurgie, a donc été très faible (entre 1 et 2 %).

Parmi les 84 chirurgiens ne pratiquant pas de thyroïdectomie ambulatoire, 41 (49 %) l'envisagent au cours des prochaines années, pour des lobectomies uniquement (n = 19), ou pour des lobectomies et des thyroïdectomies totales sous certaines conditions : sélection sévère des patients, élargissement des horaires d'ouverture de la structure d'accueil de chirurgie ambulatoire, création de locaux hôteliers à proximité de l'hôpital ou de la clinique, reconnaissance institutionnelle,...

Le risque d'hématome cervical compressif est le principal motif des opposants à ce type de prise en charge (86 % de ceux qui n'envisagent pas de débiter les thyroïdectomies en ambulatoire au cours des prochaines années). L'absence de valorisation tarifaire a également été mise en avant.

**Tableau 1** Contre-indications relatives à la réalisation d'une thyroïdectomie en ambulatoire.

Facteurs liés au patient	Facteurs psychosociaux	Facteurs liés au chirurgien et à l'établissement de soins
Sexe masculin	Patient peu motivé	Faible expérience du chirurgien et de son équipe
Âge > 50 ans	Anxiété pathologique	Absence de structure spécifique de chirurgie ambulatoire
Anticoagulants Antiagrégants	Retard mental Difficultés de communication notamment par une mauvaise acquisition de la langue, surdité, vue d�ficiante	
HTA mal équilibrée	Trajet long et difficile entre le domicile et la structure chirurgicale (longue distance, embouteillages en zone urbaine)	
Insuffisance cardiaque ou pulmonaire décompensées	Absence de moyen de transport disponible en urgence	
�pilepsie	Absence de téléphone portable	
Syndrome d'apnée du sommeil	Isolement familial ou social	
Grossesse �volutive		
Douleurs chroniques		
Ob�siti� morbide (IMC > 40 kg/m <sup>2</sup> )		
Difficultés de réveil après une anesthésie générale antérieure		
Pathologie thyroïdienne : cancer localement avancé, curage ganglionnaire (latéral), hyperthyroïdie (Basedow), goitre plongeant, thyroïdite de Hashimoto de dissection difficile, chirurgie itérative (réintervention pour totalisation de la thyroïdectomie), paralysie récurrentielle unilatérale préopératoire		

IMC : indice de masse corporelle.

## Recommandations

Au terme de ce travail, l'AFCE souhaite établir un certain nombre de recommandations (Grade C) :

- l'obligation d'information du patient doit être respectée dans tous les cas avec, dans le dossier médical, la preuve que cette information a bien été délivrée et comprise. Cette information doit être orale et écrite et doit comporter les alternatives thérapeutiques à la thyroïdectomie, les risques postopératoires y compris exceptionnels, et les modalités d'hospitalisation. Une information spécifique sur la chirurgie ambulatoire doit la compléter ;
- 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 ;
- une thyroïdectomie (lobectomie ou thyroïdectomie totale) en hospitalisation ambulatoire (0 nuit) est possible dans certaines conditions et chez des patients sélectionnés. En l'absence de critères prédictifs indiscutables de développement d'un hématome cervical compressif, nous recommandons de respecter ceux décrits dans la littérature et qui doivent constituer autant de contre-indications relatives (Tableau 1).

Par ailleurs, il est également important de prendre en compte les éléments suivants :

- l'information préalable doit impliquer les proches du patient (famille, amis) ;
- une thyroïdectomie ambulatoire ne peut être proposée que par un chirurgien expérimenté ou une équipe entraînée, connaissant leur propres taux de complications et disposant d'une structure identifiée de chirurgie ambulatoire. L'établissement de soins doit disposer de toutes les ressources nécessaires pour une prise en charge ambulatoire et pour une éventuelle réhospitalisation en urgence ;
- le patient doit disposer d'un moyen de communication lui permettant de joindre en urgence l'équipe médicale. Il faut que ce soit un téléphone mobile car l'accident peut survenir au cours du trajet de retour ;
- 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 le pronostic 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 et doit aménager son emploi du temps en conséquence.

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Remerciements

Merci aux membres du bureau de l'Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE) qui ont participé activement à l'élaboration de ces recommandations : Bassam Abboud – Beyrouth, Liban ; Pierre Goudet – Dijon ; Éric Mirallie – Nantes ; Laurent Brunaud – Nancy ; Philippe

Chaffanjon – Grenoble ; Bruno Carnaille – Lille ; Muriel Mathonnet – Limoges ; Étienne D'Hubert – Evry ; Jean-Pierre Bizard – Arras ; Frédéric Sebag – Marseille ; Frédéric Triponez – Genève, Suisse ; Jean-Louis Kraimps – Poitiers ; Jean-Louis Peix – Lyon. Merci aussi au Pr Jean-Paul Chigot, à Maître Olivia Maury et à Maître Marjorie Obadia pour leur aide dans la partie juridique de ces recommandations.

Ces recommandations ont été approuvées par vote lors de l'assemblée générale de l'Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE) réunie le 3 octobre 2012 à Paris.

## Références

- [1] Steckler RM. Outpatient thyroidectomy: a feasibility study. *Am J Surg* 1986;152:417–9.
- [2] Sahai A, Symes A, Jeddy T. Short-stay thyroid surgery. *Br J Surg* 2005;92:58–9.
- [3] Lo Gerfo P, Gates R, Gazetas P. Outpatient and short-stay thyroid surgery. *Head Neck* 1991;13:97–101.
- [4] Seybt MW, Terris DJ. Outpatient thyroidectomy: experience in over 200 patients. *Laryngoscope* 2010;120:959–63.
- [5] Snyder SK, Hamid KS, Roberson CR, et al. Outpatient thyroidectomy is safe and reasonable: experience with more than 1000 planned outpatient procedures. *J Am Coll Surg* 2010;5:575–84.
- [6] Mowschenson PM, Hodin RA. Outpatient thyroid and parathyroid surgery: a prospective study of feasibility, safety and costs. *Surgery* 1995;118:1051–3.
- [7] Tuggle CT, Roman S, Udelsman R, Sosa JA. Same-day thyroidectomy: a review of practice patterns and outcomes for 1168 procedures in New York State. *Ann Surg Oncol* 2011;18:1035–40.
- [8] Clark OH. Ambulatory thyroid surgery — unnecessary and dangerous. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:1100–3.
- [9] Kraft K, Mariette C, Sauvanet A, et al. Indications for ambulatory gastrointestinal and endocrine surgery in adults. *J Visc Surg* 2011;148:69–74.
- [10] Doran HE, England J, Palazzo F, on behalf of British Association Endocrine and Thyroid Surgeons (BAETS) Consensus Statement 2011: day case thyroidectomy. [www.baets.org.uk](http://www.baets.org.uk)
- [11] Doran HE, Palazzo F. Day-case thyroid surgery. *Br J Surg* 2012;99:741–3.
- [12] Terris DJ, Snyder S, Carneiro-Plas D, et al., American Thyroid Association statement on outpatient thyroidectomy. *Thyroid*, [http://www.thyroid.org/wp-content/uploads/members/8\\_26\\_12\\_ATA\\_Outpatient\\_Thyroidectomy\\_DRAFT-Statement.pdf](http://www.thyroid.org/wp-content/uploads/members/8_26_12_ATA_Outpatient_Thyroidectomy_DRAFT-Statement.pdf) (soumis pour publication).
- [13] Duclos A, Peix JL, Colin C, et al. Influence of experience on performance of individual surgeons in thyroid surgery: prospective cross sectional multicentre study. *BMJ* 2012;344:d8041, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d8041>.
- [14] Promberger R, Ott J, Kober F, et al. Risk factors for postoperative bleeding after thyroid surgery. *Br J Surg* 2012;99:373–9.
- [15] Leyre P, Desurmont T, Lacoste L, et al. Does the risk of compressive hematoma after thyroidectomy authorize 1-day surgery? *Langenbecks Arch Surg* 2008;393:733–7.
- [16] Godballe C, Madsen AR, Pedersen HB, et al. Post-thyroidectomy hemorrhage: a national study of patients treated at the Danish departments of ENT head and neck surgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266:1945–52.
- [17] Burkey SH, van Heerden MD, Thompson GB, Grant CS, Schleck CD, Farley DR. Re-exploration for symptomatic haematomas after cervical exploration. *Surgery* 2001;130:14–920.
- [18] Foster RS. Morbidity and mortality after thyroidectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1978;146:423–9.
- [19] Spanknebel K, Chabot JA, DiGiorgi M, et al. Thyroidectomy using monitored local or conventional general anesthesia: an analysis of outpatient surgery, outcome and cost in 1194 consecutive cases. *World J Surg* 2006;30:813–24.

- [20] Snyder SK, Roberson CR, Cummings CC, Rajab MH. Local anesthesia with monitored anesthesia care vs. general anesthesia in Thyroidectomy: a randomized study. *Arch Surg* 2006;141:167–73.
- [21] Peix JL, Teboul F, Feldman H, Massard JL. Drainage after thyroidectomy: a randomized clinical trial. *Int Surg* 1992;77:122–4.
- [22] Lee SW, Choi EC, Lee YM, Lee JY, Kim SC, Koh YW. Is lack of placement of drains after thyroidectomy with central neck dissection safe? A prospective, randomized study. *Laryngoscope* 2006;116:1632–5.
- [23] Morrissey AT, Chau J, Yunker WK, Mechor B, Seikaly H, Harris JR. Comparison of drain versus no drain thyroidectomy: randomized prospective clinical trial. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;37:43–7.
- [24] Samraj K, Gurusamy KS. Wound drains following thyroid surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD006099.
- [25] Pattou F, Combemale F, Fabre S, et al. Hypocalcemia following thyroid surgery: incidence and prediction of outcome. *World J Surg* 1998;22:718–24.
- [26] Lo CY. Parathyroid autotransplantation during thyroidectomy. *ANZ J Surg* 2002;72:902–7.
- [27] Ecker T, Carvalho AL, Choe JH, Walosek G, Preuss KJ. Hemostasis in thyroid surgery: harmonic scalpel versus other techniques – a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;143:17–25.
- [28] Yao HS, Wang Q, Wang WJ, Ruan CP. Prospective clinical trials of thyroidectomy with LigaSure vs. conventional vessel ligation: a systematic review and meta-analysis. *Arch Surg* 2009;144:1167–74.
- [29] Angelos P. Ethical and medicolegal issues in neuromonitoring during thyroid and parathyroid surgery: a review of the recent literature. *Curr Opin Oncol* 2012;24:16–21.
- [30] Higgins KM, Mandell DL, Govindaraj S, et al. The role of intraoperative rapid parathyroid hormone monitoring for predicting thyroidectomy-related hypocalcemia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:63–7.
- [31] AES Guidelines 06/01 Group. Australian Endocrine Surgeons Guidelines AES06/01. Postoperative parathyroid hormone measurement and early discharge after total thyroidectomy: analysis of Australian data and management recommendations. *ANZ J Surg* 2007;77:199–202.
- [32] Raffaelli M, De Crea C, Carrozza C, et al. Combining early postoperative parathyroid hormone and serum calcium levels allows for an efficacious selective post-thyroidectomy supplementation treatment. *World J Surg* 2012;36:1307–13.
- [33] Khan MI, Waguespack SG, Hu MI. Medical management of postsurgical hypoparathyroidism. *Endocr Pract* 2011;17(Suppl. 1):18–25.
- [34] Dionigi G, Rovera F, Carrafiello G, Boni L, Dionigi R. Ambulatory thyroid surgery: need for stricter patient selection criteria. *Int J Surg* 2008;6(Suppl. 1):S19–21.
- [35] Bergenfelz A, Jansson S, Kristoffersson A, et al. Complications to thyroid surgery: results as reported in a database from a multicenter audit comprising 3660 patients. *Langenbecks Arch Surg* 2008;393:667–73.
- [36] Materazzi G, Dionigi G, Berti P, et al. One-day thyroid surgery: retrospective analysis of safety and patient satisfaction on a consecutive series of 1571 cases over a three-year period. *Eur Surg Res* 2007;39:182–8.