

# **DRAINAGE OU NON**

## **DANS LA CHIRURGIE DE LA THYROÏDE**

**Par Philippe Poivret**

Le drainage dans la chirurgie de la thyroïde reste un sujet discuté et nous avons voulu évaluer dans notre pratique les avantages, les inconvénients et le bénéfice-risque d'une telle attitude.

Nous avons donc dans un premier temps étudié 100 lobectomies thyroïdiennes dont 50 ont été effectuées avec un drainage et 50 ont été effectuées sans drainage.

Les deux groupes sont relativement homogènes :

- 29 patients ont été opérés avec drainage, 28 patients sans drainage.
- l'âge moyen est de 52 ans dans le groupe avec drainage et 48 ans dans le groupe sans drainage.
- il y a une majorité de femmes comme cela est classique.
- les pathologies traitées sont également relativement homogènes avec une grosse majorité de goitre dans les deux groupes.

Dans le groupe sans drainage, nous avons exclu les patients présentant une Maladie de Basedow. Il s'agissait 4 fois dans chaque groupe d'un nodule isolé. Nous avons retrouvé sur l'examen anatomopathologique un cas de carcinome avec drainage et 3 cas sans drainage. Il existait de rares cas de thyroïdite.

La chirurgie pratiquée a été dans 6 fois une lobectomie simple avec drainage, dans 4 fois une lobectomie simple sans drainage. Une thyroïdectomie totale a été effectuée 44 fois avec drainage et 46 fois sans drainage. Le curage ganglionnaire uni ou bilatéral a été rarement pratiqué puisqu'il constitue une contre-indication relative à l'absence de drainage.

Les complications ont été comparées dans les deux groupes.

1. La première des complications est l'apparition d'un hématome antérieur plus fréquent chez les patients qui n'ont pas eu de drainage. Il faut être particulièrement minutieux dans l'hémostase des tissus sous-cutanés faute de quoi l'hématome antérieur reste plus fréquent et nécessite des ponctions itératives qui n'ont pas de conséquence majeure mais qui constituent une contrainte pour le patient. Il n'y a toutefois pas eu de séquelle esthétique dans ces différents cas.
2. Les paralysies récurrentielles temporaires ont été plus fréquentes chez les patients sans drainage et nous pensons que la nécessité de réaliser une hémostase rigoureuse (que nous effectuons pour notre part à l'aide d'une pince bi-polaire) peut entraîner une irritation plus fréquente du nerf récurrent. Il n'y a

eu de paralysie récurrentielle définitive dans aucun des deux groupes mais il s'agit d'une série relativement courte.

3. Les hypoparathyroïdies sont tout à fait comparables dans les deux groupes.
4. La complication la plus importante est bien sûr l'apparition d'un hématome de la loge thyroïdienne et il convient de surveiller de manière très attentive l'apparition d'une telle complication qui peut constituer un risque majeur pour le patient. Lorsqu'il y a un drainage, la surveillance des redons et l'apparition d'une tuméfaction cervicale permettent de faire le diagnostic ; lorsqu'il n'y a pas de drainage, il y a uniquement la tuméfaction cervicale qui doit être particulièrement surveillée. Pour ce faire, nous avons l'habitude d'effectuer un SURJET intra-dermique puis de mettre en place de la colle ce qui permet d'éviter d'avoir à mettre un pansement et qui facilite grandement la surveillance de l'aspect cervical des patients. D'autre part, le drainage avec un redon ne permet pas toujours d'avoir une évacuation de l'hématome qui peut rester en place sans être évacué par le redon. Nous avons une reprise chirurgicale pour hématome dans les deux groupes sachant que dans le groupe sans drainage c'est bien l'apparition d'une tuméfaction cervicale qui nous a conduits quelques heures après l'intervention à reprendre le patient et à arrêter le syndrome hémorragique.

Pour effectuer une comparaison des deux groupes, nous avons cherché à connaître le saignement post-opératoire dans les 48 heures qui suivent. Pour cela :

- nous avons calculé le recueil sanguin dans les redons. Il est de 58,73 cm<sup>3</sup> pour le côté droit et 45 pour le côté gauche avec une moyenne de l'ordre d'un jour et demi de mise en place du drainage.
- quand il n'y a pas eu de drainage, nous avons effectué une échographie à 24 et à 48 h et nous avons été surpris de retrouver des chiffres extrêmement bas de l'ordre de 2 ou 3 cc mais il faut dire que l'échographie post-opératoire effectuée dans les 24 heures qui suivent l'intervention reste techniquement difficile puisque l'appui de la sonde d'échographie sur la zone opératoire est douloureuse et la recherche de cet hématome est difficile. Il n'en demeure pas moins que le saignement post-opératoire sans drainage est largement inférieur à celui avec drainage.

Nous avons donc, face à ces résultats et à l'absence de complication importante, poursuivi notre expérience et nous avons colligé ensuite 148 lobectomies. Il s'agissait dans la majorité des cas de thyroïdectomie totale :

- la taille n'a pas constitué pour nous une contre-indication à ne pas mettre de drainage puisque quatre fois la taille était supérieure à 10 cm. La taille moyenne est de l'ordre de 6 cm mais plus que la taille du goitre c'est l'aspect per-opératoire de la zone d'exérèse qui nous a incité à mettre ou non un drainage.
- les complications sont :
  - une hypoparathyroïdie transitoire et deux hypoparathyroïdies définitives.
  - dans deux autres cas, il y avait un adénome parathyroïdien qui a été enlevé lors de l'intervention chirurgicale et dans ces deux cas, malgré la conservation scrupuleuse des trois parathyroïdes restantes, il n'y a pas eu de reprise fonctionnelle des parathyroïdes.

- les paralysies récurrentielles transitoires : 2 dont une n'a pas récupéré. Nous sommes donc dans des statistiques qui sont acceptables et nous n'avons pas vu augmenter le taux de paralysie récurrentielle malgré la nécessité d'effectuer une hémostase particulièrement rigoureuse.
- les autres complications sont : un hématome antérieur et une atteinte du nerf laryngé supérieur.
- nous avons eu deux reprises chirurgicales, un cas sur un goitre simple et un cas sur une maladie de Basedow.

Quelles sont les contre-indications à l'absence de drainage :

- la nécessité d'effectuer une hypo-coagulation post opératoire.
- d'après les critères de l'A.S.F.A.R, il faut 3 facteurs sur 17 pour que l'hypocoagulation soit mise en route et nos patients ont fréquemment au moins 3 de ses facteurs parmi lesquels il y a l'âge supérieur à 40 ans, le tabagisme, un excès de poids, des varices et un traitement contraceptif.

Les références bibliographiques sont multiples. Ce sujet a été étudié par de nombreuses équipes :

- entre autre par une équipe d'OTTAWA qui a effectué une étude sur 944 cas par une méta-analyse et qui a conclu que l'intérêt du drainage n'était pas démontré.
- une autre équipe d'OXFORD a effectué également une méta-analyse sur 1646 cas et a montré qu'il n'y avait pas d'avantage à mettre un drainage chirurgical

Le rapport bénéfice risque d'une telle attitude a été étudié :

- il y a une diminution des douleurs post-opératoires même si nous n'avons pas pu la chiffrer puisque les critères actuellement reconnus de mesure de la douleur ne nous ont pas permis de mettre en évidence cette différence. Il n'en demeure pas moins que le fait de ne pas à avoir de drainage et de ne pas à avoir à enlever de redons reste un confort puisque l'ablation de redon est un geste toujours redouté par les patients.
- la durée d'hospitalisation est légèrement plus importante avec un drainage que sans drainage mais de manière relativement significative (3,62 jours versus 3,36 jours).
- l'absence de pansement et la possibilité d'effectuer une douche le soir même ou le lendemain de l'intervention améliorent le confort du patient.
- la qualité de la cicatrice est également à prendre en compte puisqu'il n'y a pas de drainage.
- le problème du rapport bénéfice-risque est bien l'hématome de la loge dont on connaît les difficultés pour effectuer un diagnostic, ce qui impose une surveillance rigoureuse de l'aspect du cou des patients dans les heures qui suivent l'intervention.