

## Introduction

Avec l'évolution des techniques anesthésiques et la prise en charge de la douleur, se pose la durée d'hospitalisation des interventions, les patients comme les tutelles étant demandeurs d'hospitalisations courtes. Nous présentons dans ce travail les résultats du retour des patients dans le cadre de parotidectomies prises en charge en ambulatoire sur une période de 30 mois.

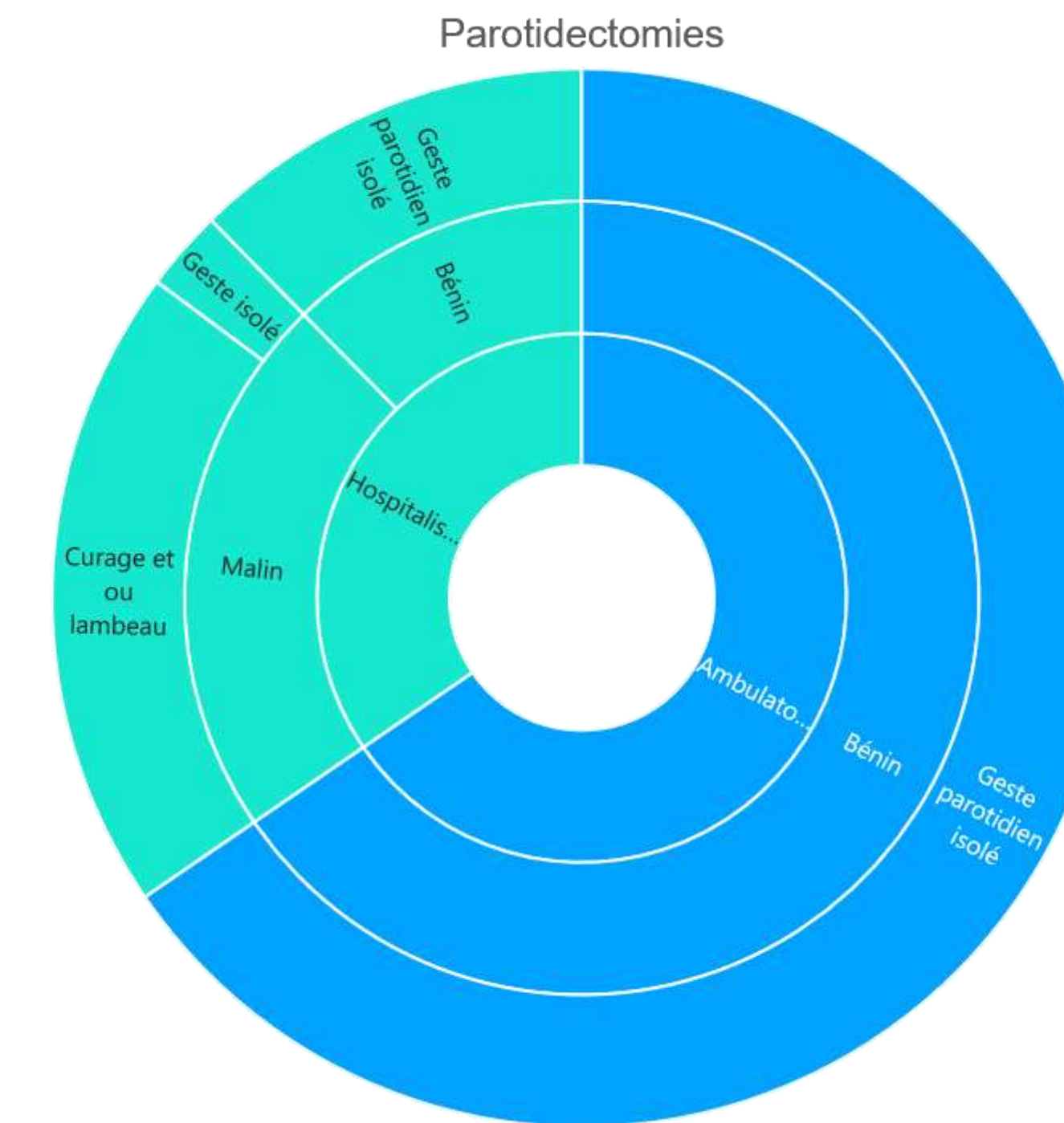
## Objectifs

La littérature ayant étudié les suites opératoires de parotidectomies sans trouver de différence en terme de complications (1) (2), le but était d'évaluer l'intérêt de réaliser ce geste en ambulatoire, d'en définir les indications éligibles, et d'en évaluer le retour des patients.

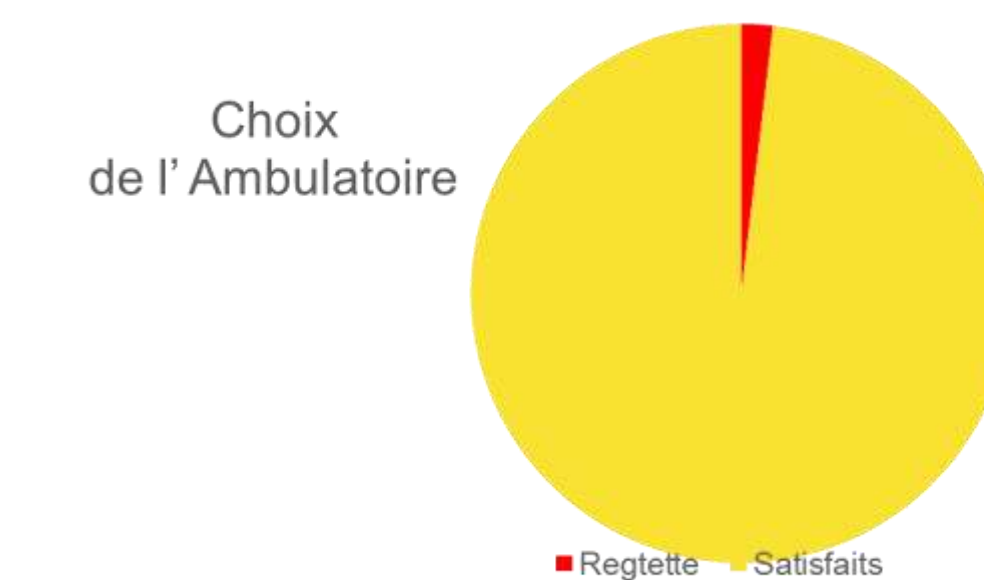
## Méthodes et Matériels

- Toutes les interventions de parotidectomies étaient réalisées par le même chirurgien, sur une période de 3 ans, avec la même technique (incision de type lifting, lambeau de SMAS et drainage), après infiltration et anesthésie tronculaire du plexus cervical superficiel, sous anesthésie locale sans hospitalisation ou anesthésie générale.
- Le choix de l'hospitalisation était guidé par le terrain, la présence d'un curage ou d'un lambeau cutané, l'avis du médecin anesthésiste, et le souhait du patient.
- 81 patients ont été opérés sur une période de 30 mois et étaient interrogés sur leur choix à la consultation de contrôle à J2 ou J3 ( lors de l'ablation du drain).

## Résultats



81 Patients hospitalisés. 48 en ambulatoire, 53 en hospitalisation classique. 10 lésions bénignes. 18 lésions malignes primitives ou secondaires. 16 patients avec curages ganglionnaires et ou lambeaux cutanées ou musculocutanés. **1 patient sur 48 ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire a regretté son choix (98 % satisfaits du système ambulatoire).**



## Conclusion

La prise en charge des parotidectomies en chirurgie ambulatoire débutée il y a 5 ans est progressivement devenue la prise en charge de référence. Une fois exclus les patients fragiles avec co-morbidités, vivant seuls ou nécessitant un geste associé (curage ganglionnaire cervicale, lambeau cutané ou musculocutané), le retour était excellent. Tous avaient formulé le souhait de l'ambulatoire en préopératoire et confirmé celui-ci avant d'ordonner la sortie.

## Références

1, Outpatient versus Inpatient Parotidectomy: A Systematic Review and Meta-analysis Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Jun;162(6):818-825.

[David Forner](#)<sup>1,2</sup>, [Daniel J Lee](#)<sup>1</sup>, [Chris Walsh](#)<sup>3</sup>, [Ian J Witterick](#)<sup>1</sup>, [S Mark Taylor](#)<sup>2</sup>, [Jeremy Freeman](#)

2, Safety and Efficacy of Outpatient Parotidectomy. J Oral Maxillofac Surg. 2018 Nov;76(11):2433-2436. [Andrea Ziegler](#)<sup>1</sup>, [Gina Lazzara](#)<sup>2</sup>, [Eric Thorpe](#)<sup>3</sup>