

XXVIII journée d'anesthésie-réanimation de Picardie

Quelles chirurgies pour l'ambulatoire ?

Pr. Corinne VONS - AFCA

Chirurgie digestive et métabolique

Médecin coordinateur de l'UCAA

Hôpital Jean Verdier APHP, Bondy 93143

corinne.vons@jvr.aphp.fr

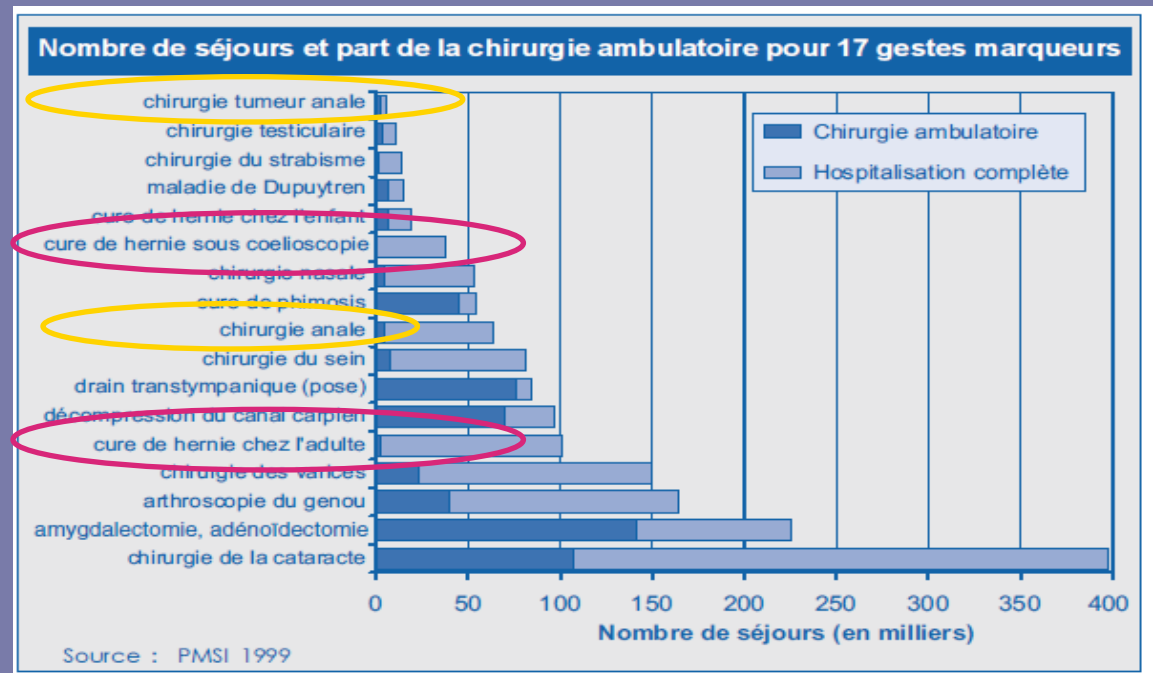
15 juin 2011



Introduction (1)

- Actes chirurgicaux mineurs longtemps et uniquement considérés comme réalisables en Chirurgie Ambulatoire
- 17 gestes marqueurs **choisis en** 1999 par la Caisse d'Assurance Maladie, **et restés** depuis plus de 10 ans, **les cibles** pour évaluer son développement

En chirurgie
digestive et
générale
adulte



Introduction (2)

- Mais, l' évolution en chirurgie digestive
 1. Des techniques chirurgicales: l' essor considérable la laparoscopie ,
 2. Des techniques anesthésiques: la maîtrise du réveil, de la douleur et des nausées post opératoires,
 3. Des méthodes de réhabilitation précoce des patients : « Fast Track »
 4. Des méthodes d' organisation du parcours du patient

Frontières de la chirurgie ambulatoire: de plus en plus repoussées



Plus d'actes éligibles,
Plus de patients éligibles,
Plus de réussites du « tout en moins
de 12 heures »

Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire

- « Classiquement »

- Actuellement

- ABÉCÉDAIRE chirurgie ambulatoire / CNAM 2009
- RFE « ambulatoire » / SFAR 2009

Critères d'égibilité à la chirurgie ambulatoire

- Éligibilité de l'acte
- Éligibilité du patient

Eligibilité des actes Classiquement

- Interventions
 - de moins de 3 heures,
 - peu douloureuses
 - sans risque hémorragique majeur.
- Pas de traitement par AVK

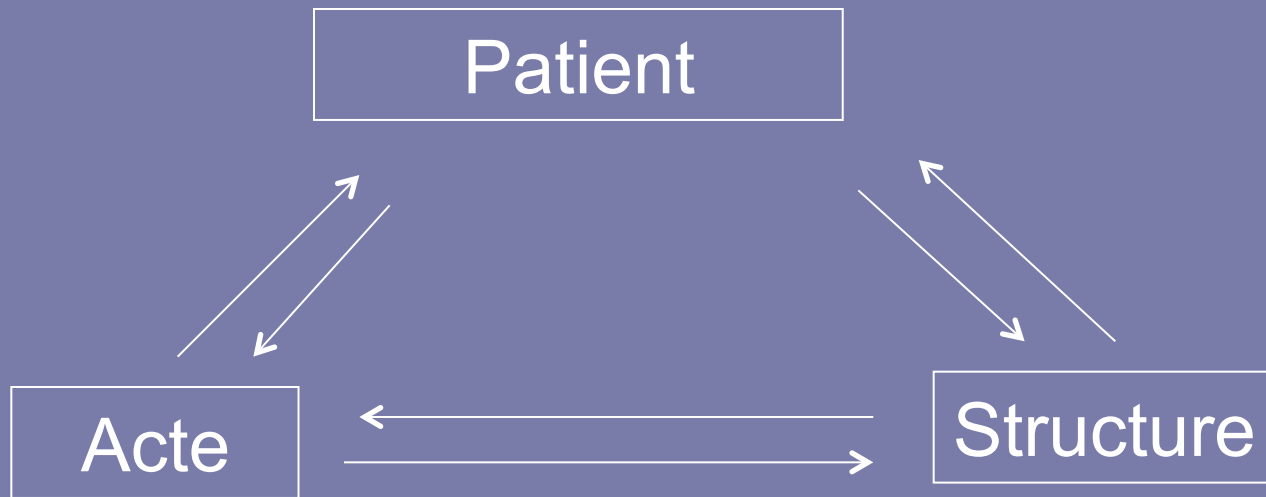
Evolution des critères d'égibilité à la chirurgie ambulatoire

- « Classiquement »

- Actuellement

- ABÉCÉDAIRE chirurgie ambulatoire / CNAM 2009
- RFE « ambulatoire » / SFAR 2009

Succès d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire:



Le tryptique

Critères d'égibilité à la chirurgie ambulatoire

- Éligibilité de l'acte
- Éligibilité du patient
- Éligibilité de la structure, de son organisation

Fondements de l' évolution des critères d' éligibilité en chirurgie ambulatoire

1. Prise de conscience de la nécessité d' une **gestion des risques** post opératoires
2. Prise de conscience de la nécessité d' une **maîtrise des suites opératoires**
 - Maîtrises progressives et donc évolution constante

Gestion des risques post opératoires en chirurgie ambulatoire

- Le risque est un concept (et pas un évènement):
- Gérer un risque, c'est connaître, avoir évalué
 - la survenue de cet évènement
 - la gravité potentielle de cet évènement
 - les circonstances et délai de survenue de cet évènement

Maîtrise des suites opératoires en chirurgie ambulatoire

- Après analyse des causes de admissions non programmées (patients prévus en ambulatoire et qui en définitive ne sont pas aptes à sortir le soir de leur intervention)
 - Réveil
 - Douleurs post opératoires
 - Nausées et vomissements post opératoires
 - « Stress », incompréhension, incapacité à se prendre en charge

Evolution des critères d'égibilité à la chirurgie ambulatoire

- Éligibilité de l'acte
- Éligibilité du patient
- Éligibilité de la structure, de son organisation

A- Capacité à maîtriser ses risques post opératoires

– Hémorragie

- Dans quel délai ?
- Quelle gravité ?
- Quelle fréquence ?

- Détermination de la durée de la surveillance postopératoire
- Compatibilité avec les horaires de fonctionnement de la structure ambulatoire
- Programmation au bloc opératoire adaptée

– Complications infectieuses

- Dans quel délai ?
- Quelle gravité ?
- Quelle fréquence ?

B- Capacité à maîtriser ses suites opératoires

- Réveil (éviter certaines prémédications)
- Douleurs (anticipation, analgésie multi modale)
- Nausées et vomissements postopératoires (anticipation, dexa droleptan, ...)
- Réhabilitation (faire manger, se lever..)

La cholécystectomie

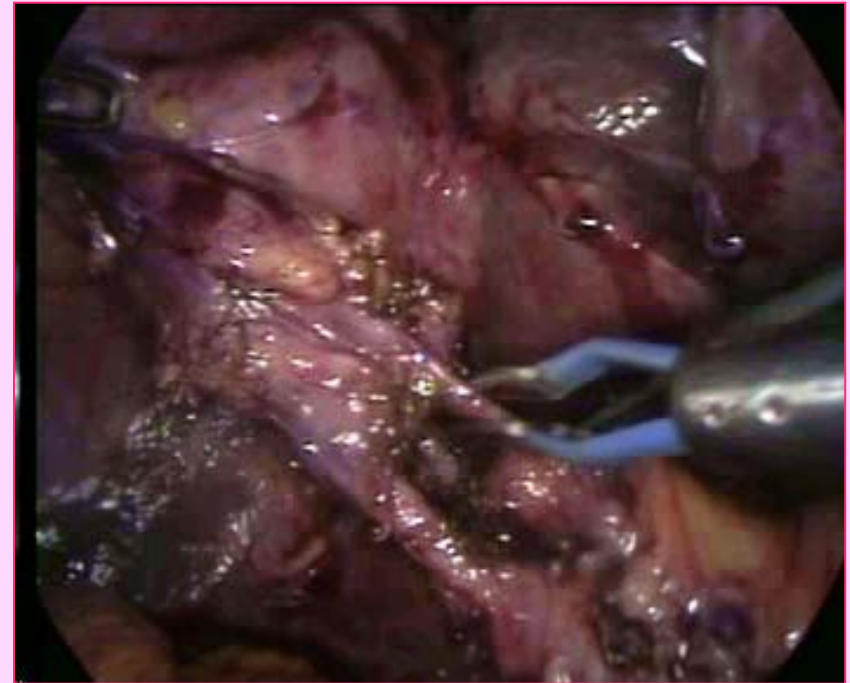
Prise en charge en ambulatoire

Séries publiées d'actes de **chirurgie digestive** **et endocrinienne** réalisées en ambulatoire (< 12 heures)

	Premières publications	Nombre de publications Etrangères (Françaises)
• Cure de hernie de l'aine	1955	> 70 (7)
• Thyroïdectomie	1986	> 11 (1)
• Parathyroïdectomie	1987	4 (1)
• Cholécystectomie par laparoscopie	1990	> 50 (3)
• Cure de hernie inguinale par laparoscopie	2002	5 (1)
• Surrénalectomie par laparoscopie	2001	4 (1)
• Cure de RGO par laparoscopie	2003	5 (1)
• Pose d'anneau de gastroplastie par laparoscopie	2004	6 (1)
• Cure d'événtration par laparoscopie	2002	2
• Splénectomie par laparoscopie	2004	1
• Iléostomie par laparoscopie	2007	1
• Rectopexie par laparoscopie	2007	1

Pas de particularité technique

- 1- triangle de Calot bien identifié
- 2- artère et canal cystique identifiés et sectionnés séparément
- 3- lit vésiculaire sec
- 4- pas d'écoulement biliaire



Gestion des risques post opératoires

- Hémorragie

Fréquence < 0,1 %

Dans les 6 heures post opératoires

Surveillance post opératoire de 6 heures

Intervention programmées tôt, finir avant 12 heures

- Fuite biliaire

Fréquence < 0,5 %

À distance, et pas de nécessité d' un geste en super urgence

Maîtrise des suites opératoires: Causes des admissions non programmées

- Réveil incomplet 50%
 - Pas de
 - Eviter la morphine en SSPI
- Douleur résiduelle 25%
 - Commencer les antalgiques dès le début de l'intervention
 - PNP à 9 mm HG
 - Utiliser l'analgésie régionale
- Nausées 15%
 - Commencer l'antiémétique dès l'intervention
 - Ajouter de la dexaméthasone au dropleptan

Ambulatoire =
norme de la prise en charge
de la cholécystectomie éleative

Recommandations 2009 de la SFCD ACHBT /HAS:
la cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire est
recommandée (grade A)

La thyroïdectomie

Prise en charge en ambulatoire

Séries publiées d'actes de **chirurgie digestive** **et endocrinienne** réalisées en ambulatoire (< 12 heures)

	Premières publications	Nombre de publications Etrangères (Françaises)
• Cure de hernie de l'aine	1955	> 70 (7)
• Thyroïdectomie	1986	> 11 (1)
• Parathyroïdectomie	1987	4 (1)
• Cholécystectomie par laparoscopie	1990	> 50 (3)
• Cure de hernie inguinale par laparoscopie	2002	5 (1)
• Surrénalectomie par laparoscopie	2001	4 (1)
• Cure de RGO par laparoscopie	2003	5 (1)
• Pose d'anneau de gastroplastie par laparoscopie	2004	6 (1)
• Cure d'événtration par laparoscopie	2002	2
• Splénectomie par laparoscopie	2004	1
• Iléostomie par laparoscopie	2007	1
• Rectopexie par laparoscopie	2007	1

Thyroïdectomie en ambulatoire

- 10 séries publiées (2010: 1000 patients)
- Une série française: *Langenbeck's Arch Surg* 2009
- Sous anesthésie locale, loco régionale ou générale
- Thyroïdectomie unilatérale ou totale

Expérience à l'hôpital Antoine-Béclère

- 95 thyroïdectomies unilatérales *Langenbeck's Arch Surg. 2009*
 - Avant 2003: 36 %
 - Après 2003: 76 %
 - 2007: 99 %
- des thyroïdectomies unilatérales
- Admissions non programmées: 13,7 %
 - Complications: 0

Expérience à l'hôpital Jean Verdier:

Dix thyroïdectomies totales: suites simples

En 2009 en France, taux thyroïdectomies en ambulatoire:
Etablissements Privés: 0,2%, Etablissements publics: 0,37 %

Pas de particularité technique

- Anesthésie générale
- Hémostase à la pince bipolaire
- Pas de drainage
- Fermeture musculaire lâche
- Fermeture cutanée uniquement avec de la colle



Maîtrise des suites opératoires: Causes des admissions non programmées

Fréquence: 13,7 %

– Nausées : 33 %

– Douleur : 0

– Anxiété: 28 %

– Vertiges : 23 %

– Hér **Surveillance post opératoire de 6 heures**

– Suivi < 6 heures : 2 (11 %)

Commencer les anti
émétiques dès le début de

l' **Ajouter dexaméthasone et
p droleptan**

Information ++++
Confiance

Finir avant 12 heures

Ambulatoire =
norme de la prise en charge
résection thyroïdienne unilatérale

La pose d'anneau de gastroplastie

Prise en charge en ambulatoire

Séries publiées d'actes de **chirurgie digestive** **et endocrinienne** réalisées en ambulatoire (< 12 heures)

	Premières publications	Nombre de publications Etrangères (Françaises)
• Cure de hernie de l'aine	1955	> 70 (7)
• Thyroïdectomie	1986	> 11 (1)
• Parathyroïdectomie	1987	4 (1)
• Cholécystectomie par laparoscopie	1990	> 50 (3)
• Cure de hernie inguinale par laparoscopie	2002	5 (1)
• Surrénalectomie par laparoscopie	2001	4 (1)
• Cure de RGO par laparoscopie	2003	5 (1)
• Pose d'anneau de gastroplastie par laparoscopie	2004	6 (1)
• Cure d'éventration par laparoscopie	2002	2
• Splénectomie par laparoscopie	2004	1
• Iléostomie par laparoscopie	2007	1
• Rectopexie par laparoscopie	2007	1

Gastroplastie par anneau ajustable par laparoscopie pour obésité morbide en ambulatoire

- 9 séries publiées
 - Equipe américaine: (sortie deux heures après l'intervention)
 - en 2005: 343 patients
 - en 2007 320 super obèses
 - en 2008 **2027** patients
 - Une série française (soumise; 80 patients de l'hôpital Jean Verdier)

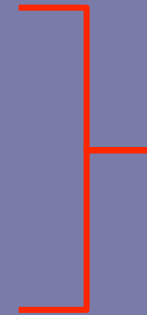
•

Expérience de l'hôpital Antoine-Béclère

- Jusqu' à fin 2006: aucun en ambulatoire
- Janv-nov 2007: 5 patients (100 %)

- Expérience de l'hôpital Jean Verdier
- Jusqu' à novembre 2007: 0 anneau de gastroplastie
- En 3 ans : **70 patients** (46,5 %)
 - Novembre 2007 : **14 %**
 - Novembre 2008: **80 %**
 - Novembre 2009: **90 %**
 - Novembre 2010: **95 %**

- Admissions non programmées: **7 %** (0 en 2010)
- Complications: **2,8 %**



En 2009 en France, taux des interventions pour obésité en ambulatoire:
Etablissements Privés: **0,5%**, Etablissements publics: **4 %**

Pas de particularité technique

- 1- Dissection de l'angle de Hiss et ouverture du ligament gastro phénique
- 2- Création d'un trajet rétrogastrique en avant des piliers
- 3- Technique de la Pars Flaccida
- 4- Valve gastro gastrique sur l'anneau



Maîtrise des suites opératoires: Causes des admissions non programmées

Fréquence : 10 %

1- Nausées: 80 %

2- Douleurs: 20 %

Commencer les anti
Ajouter dexaméthasone et
droleptan
protoxyde d'azote

Commencer les antalgiques
dès le début de l'intervention

Surveillance post opératoire de 2 heures

Ambulatoire =
norme de la prise en charge
de la pose d'anneau de gastroplastie

- Recommandations 2009 de la SFCD ACHBT /HAS: la pose d'anneau de gastroplastie par laparoscopie en ambulatoire est recommandée (grade B)

Conclusion: Des listes d'actes éligibles ?

Pas de « Liste d'actes à réaliser en ambulatoire »

- Frein à l'innovation
- Contrainte pour certaines équipes à s'engager dans des procédures dont ils n'ont pas la maîtrise

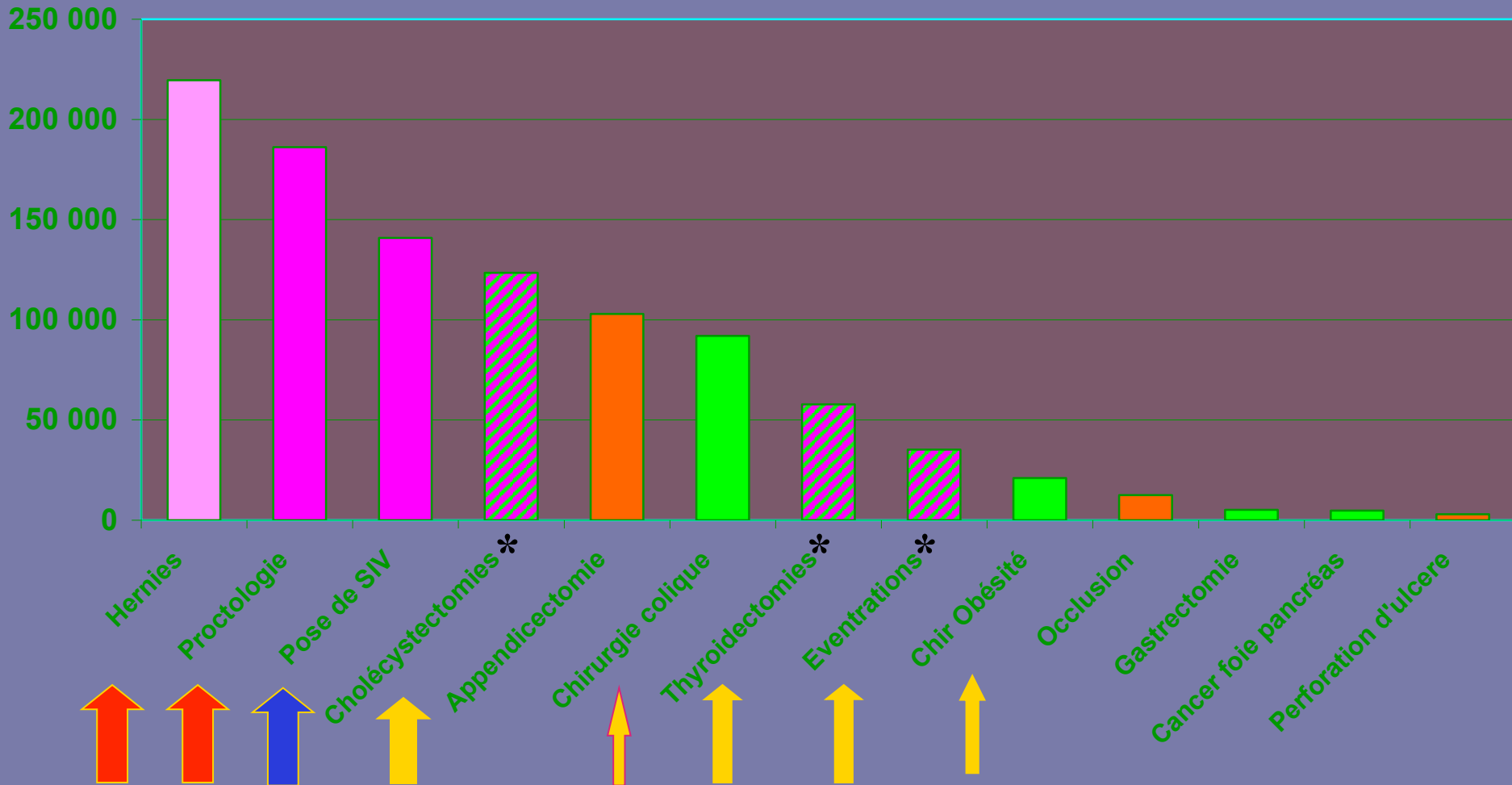
Chaque équipe, au sein de sa propre organisation, définit, régulièrement, la liste des actes ambulatoires adaptés à son expertise et à l'organisation mise en place.



Conclusions (1)

- La chirurgie ambulatoire et non l' hospitalisation complète doit être considérée comme la norme pour la majorité des interventions **programmées** de chirurgie
- Ainsi en chirurgie digestive et endocrinienne, en volume, 80 % de la chirurgie élektive pourrait être réalisée en ambulatoire

Interventions en chirurgie viscérale / source PMSI 2006



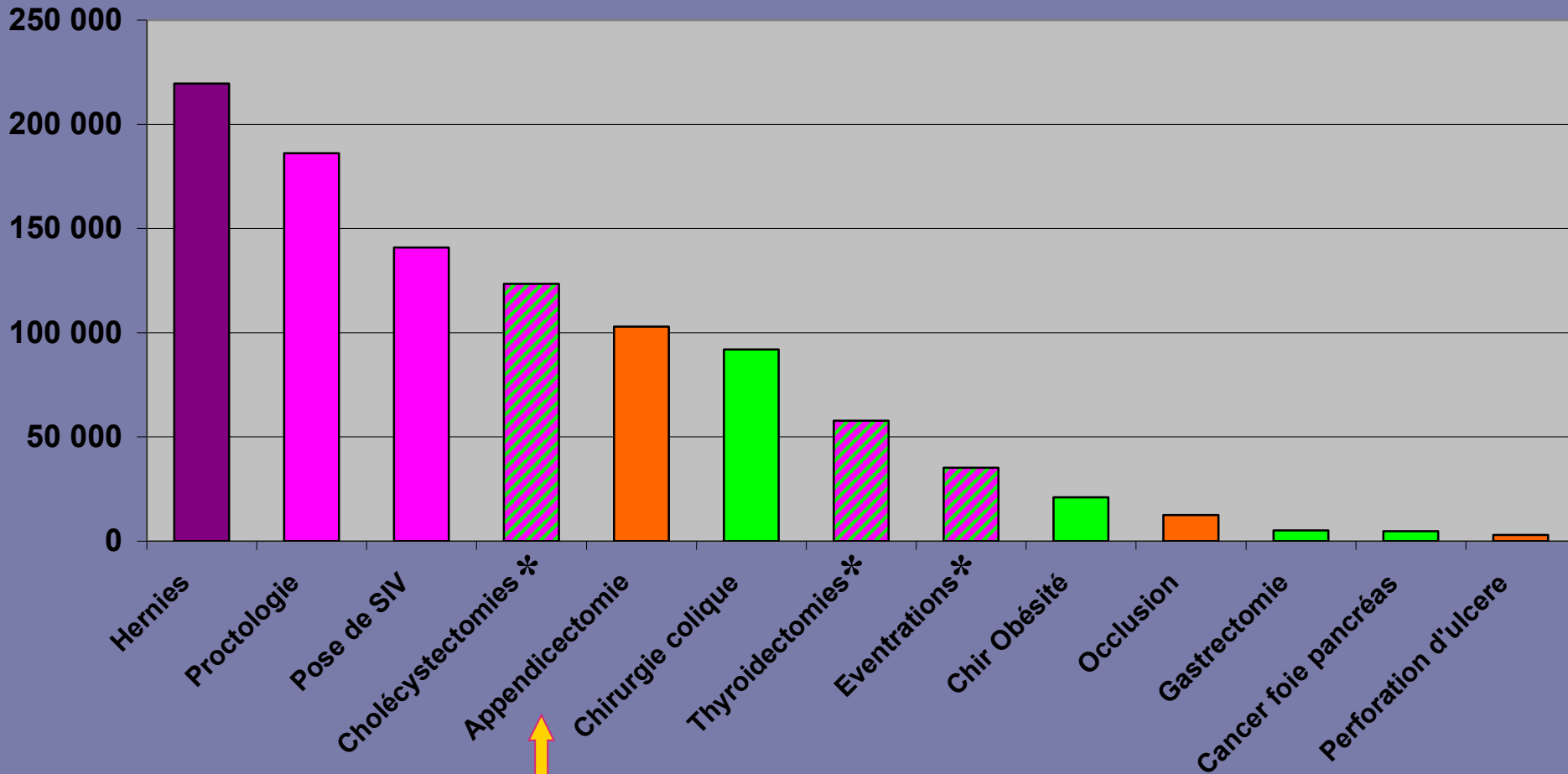
* chirurgie lourde potentiellement ambulatoire pour des équipes ayant parfaitement maîtrisé le bénéfice risque

Conclusions (2)

- Oui, mais plus encore,
- pour certaines interventions **en urgence**

Interventions en chirurgie viscérale / source PMSI 2006

■ Marqueurs ■ non Marqueurs ■ lourde ■ urgence ▨ mixte



* chirurgie lourde potentiellement ambulatoire pour des équipes ayant parfaitement maîtrisé le bénéfice risque



Incisions d'abcès et notamment de la marge anale

Dormir à l'hôpital, après une intervention, n'est plus une obligation



dans l'azur des montagnes du Mézenc



- **RFE « ambulatoire » / SFAR 2009**
 - www.sfar.org
- **ABÉCÉDAIRE chirurgie ambulatoire / CNAM 2009**
 - www.sante-sports.gouv.fr
- **Policy brief / Observatoire européen 2008**
 - www.chirambu.org