

les «**rdv**»  
de la santé

ars  
Agence Régionale de Santé  
Languedoc-Roussillon

# chirurgie ambulatoire

regards croisés des acteurs

**Le développement de la chirurgie ambulatoire:  
au-delà des gestes marqueurs**

Corinne Vons – secrétaire générale de l'AFCA  
Chirurgien des hôpitaux  
Assistance Publique Hôpitaux de Paris



**Jeudi 1<sup>er</sup> décembre 2011**

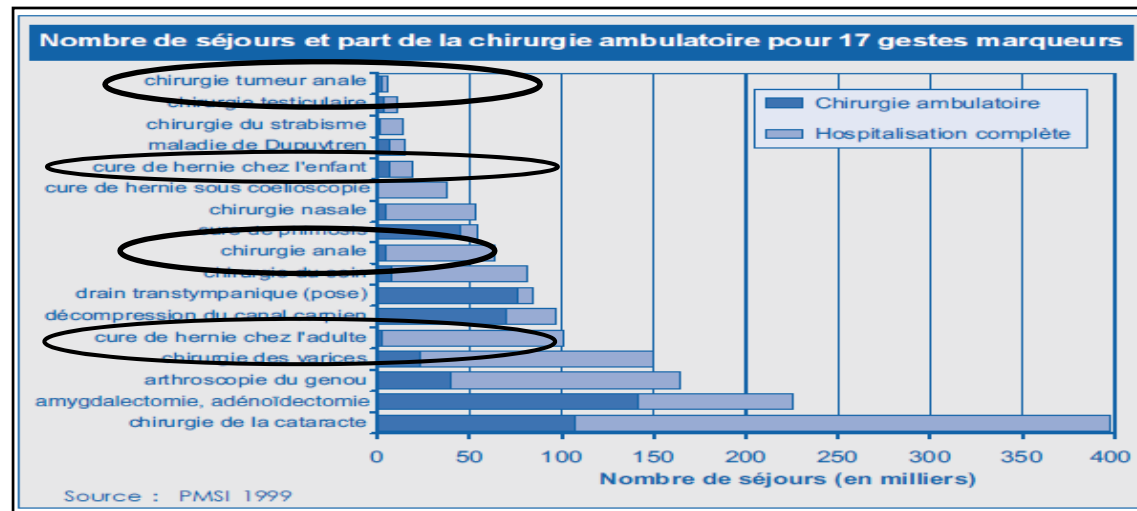
en partenariat avec



## 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, **les cibles** pour évaluer son développement

En chirurgie  
digestive et  
générale  
adulte



## Introduction (2)

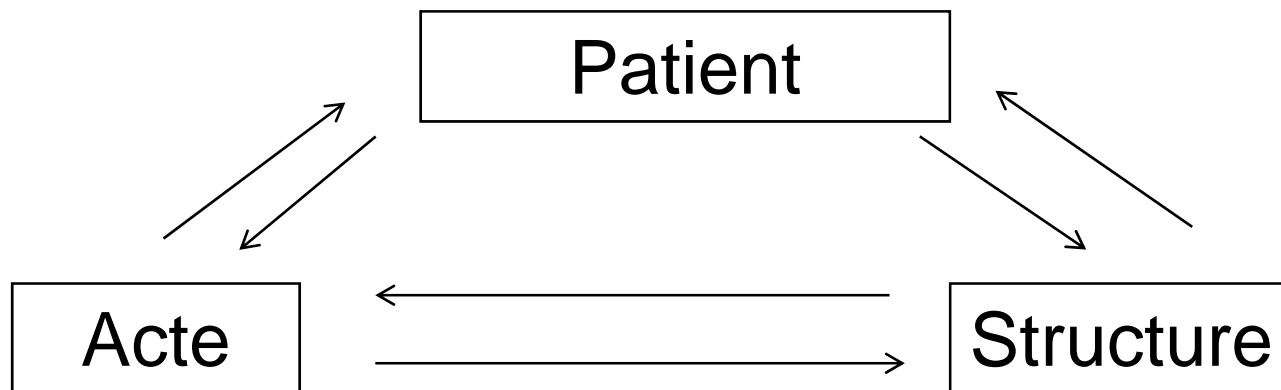
- Mais, l'évolution en chirurgie digestive
  1. **Des techniques chirurgicales:** l'essor considérable la laparoscopie (le mini invasif, le « one port »),
  2. **Des techniques anesthésiques:** la maîtrise de la douleur et des nausées post opératoires, du réveil du patient
  3. **Des méthodes de réhabilitation précoce** des patients
  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 »

# Réussite en chirurgie ambulatoire: Tryptique acte/patient/structure



# Fondements du recul des frontières de chirurgie ambulatoire

## 1. Capacité à gérer les risques post opératoires

1. Acte
2. Patient

Capacité de la structure à adapter son organisation pour y contribuer

## 2. Capacité à maîtriser les suites opératoires

1. Acte
2. Patient

Capacité de la structure à y contribuer

Acquisitions progressives , continues  
et donc recul permanent des frontières

# 1- Gestion d'un risque post opératoire en chirurgie ambulatoire

- Connaître après l'avoir évalué la probabilité de sa survenue
- Connaître, après l'avoir évalué la gravité potentielle sa survenue
- Connaître et après l'avoir évalué **le délai de sa survenue**

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

## 2- Maîtrise des suites opératoires en chirurgie ambulatoire

### **Ce qui empêche un patient de sortir le jour même** **Analyse des causes des admissions non** **programmées**

- Proscrire la prémédication
- Anticiper en permanence le traitement
  - De la douleur
  - Des nausées et vomissements
- Contribuer à la réhabilitation du patient
- Informer, éduquer le patient à participer à sa prise en charge

» ,

## La chirurgie ambulatoire si,

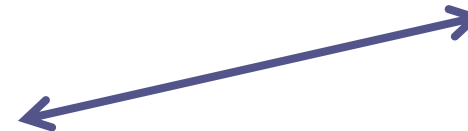
- Gestion des risques postopératoires



Maîtrise des suites opératoires



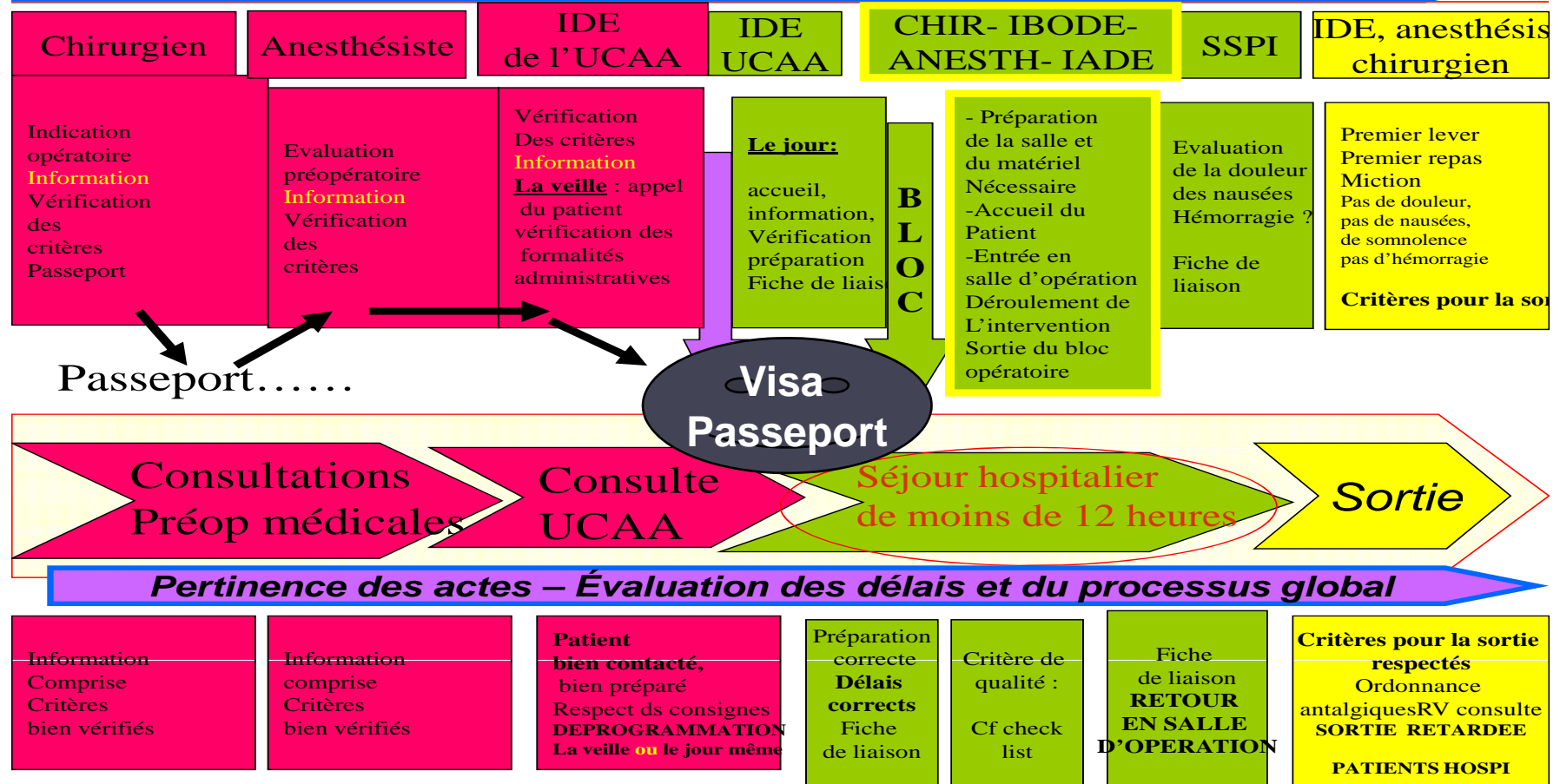
- Maîtrise du parcours du patient





**Chemin clinique des patients opérés en ambulatoire**

## Chemin clinique -Chirurgie ambulatoire



# Cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire

## 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 après cholécystectomie

- Hémorragie

< 6 heures

- Dans quel délai ?

Hémopéritoine aigu

Surveillance post opératoire de 6 heures

Quelle fréquence ?

Fréquence < 0,1 %

- Fuite biliaire

- À distance, et pas de nécessité d'un geste en « super urgence »
- Quelle gravité ?
- Quelle fréquence ?

Fréquence < 0,5 %

## Maîtrise des suites après cholécystectomie

### Causes des admissions non programmées: 14 %

- Réveil incomplet 50 %

Pas de prémédication

Eviter  
la morphine en SSPI

- Douleur résiduelle 25 %

Commencer les antalgiques  
de PNP à 30-45 min

Utiliser l'analgésie régionale

- Nausées

Comment Ajouter de la

- Surveillance < 6 heures

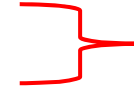
Intervention programmées tôt, finir avant 12 heures

l'interven dropleptan

## Expérience de l'hôpital Antoine-Béclère

225 patients (Gastroentéro Clin Biol 2007)

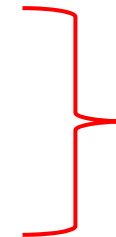
- 1999: 32 % des cholécystectomies électives
- 2005: 53 %
- Admissions non programmées: 18 %
- Complications: 1,8 %



## Expérience de l'hôpital Jean Verdier

145 patients (sous presse)

- Novembre 2007 : 26 % des cholécystectomies électives
- Novembre 2008 : 42 %
- Novembre 2009: 62 %
- Novembre 2010: 65 %
- Novembre 2011: 67 %
- Admissions non programmées: 4,9 %



En 2009 en France, taux des cholécystectomies par laparoscopie en ambulatoire:  
Etablissements Privés: **0,4 %**, Etablissements publics: **1,47 %**

## Séries étrangères et françaises publiées

- > 50 séries publiées
- 2 séries françaises
- 5 essais comparatifs contrôlés randomisés
- 1 méta analyse (Cochrane Data Base Syst Rev)

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)**

# Thyroïdectomie partielle ou totale en ambulatoire

# Pas de particularité technique

- Hémostase à la pince bipolaire
- Pas de drainage
- Fermeture cutanée progressivement simplifiée (fil > colle)
- Examen histologique extemporané



# Gestion des risques post opératoires Après résection thyroïdienne partielle et totale

## → Hémorragie

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

< 6 heures

Compressif asphyxiant

< 0,0001 %

**Surveillance post opératoire de 6 heures** opératoire

nécessaire et au fonctionnement de l'UCA

- Adaptation aux horaires de fonctionnement de de l'UCA

- Adaptation au programmation opératoire

## Maîtrise des suites après résection thyroïdienne **partielle**

Causes des admissions non programmées: 13, 7%

→ Nausées : 33 %

→ Vertiges, malaise :anxiété 25 %

→ Douleur : 0

→ Surveillance de moins de 6 heures: 11

Commencer les anti  
émétiques dès le début de

Ajouter de la  
dexaméthasone au

Droleptan

Information ++++  
Confiance

Finir avant 12 heures

## Maîtrise des suites opératoires après résection thyroïdienne **totale**

- Nausées :
- Vertiges, malaise :anxiété
- **Hypocalcémie**
- Douleur :

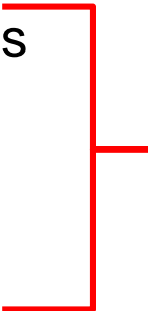
Commencer les anti  
émétique  
l'i

Ajouter de la  
dexaméthasone au  
Droleptan

Information ++++  
Confiance

Calcium Vit D

## Expérience à l'hôpital Antoine-Béclère

- 95 thyroïdectomies unilatérales *Langenbeck's Arch Surg.* 2009
  - Avant 2003: 36 % des thyroïdectomies unilatérales
  - Après 2003: 76 %
  - 2007: 99 %
- Admissions non programmées: 13,7 %
- Complications: 1
- 

## Expérience à l'hôpital Jean Verdier:

15 thyroïdectomies totales: une hypocalcémie transitoire

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

# Séries étrangères publiées

- 10 séries
- Sous anesthésie locale, loco régionale ou générale
- Thyroïdectomie unilatérale ou totale
- Une série en 2010 de plus de **1000 patients**

Ambulatoire =  
norme de la prise en charge  
résection thyroïdienne unilatérale

# Pose d'anneau de gastroplastie pour obésité morbide en ambulatoire

# 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 Flacida
- 4- Valve gastro gastrique sur l'anneau



# Gestion des risques post opératoires Après pose d'un anneau de gastroplastie

→ Hémorragie 0

→ Perforation digestive: 0

Pas de durée imposée de surveillance post opératoire

# Maîtrise des suites après pose d'un anneau de gastroplastie

## Causes des admissions non programmées :

1- Nausées: 80 %

Commencer les anti  
émétiques d  
l'intervention  
Ajouter de la  
dexaméthasone au  
zophren

2- Douleurs: 10 %

Commencer les antalgiques  
dès le début de l'intervention

## 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 4 ans : 85 patients (56,5 %)

→	Novembre 2007 :	14 %	}
→	Novembre 2008:	80 %	
→	Novembre 2009:	90 %	
→	Novembre 2010:	95 %	
→	Novembre 2011	95 %	
	Admissions non programmées:	7 % (0 en 2011)	
	Complications:	2,8 %	

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

# Séries étrangères publiées

- 7 séries

→ Equipe américaine: (sortie deux heures après l'intervention)

- en 2005: 343 patients
- en 2007: 320 super obèses
- en 2008: 2027 patients

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)

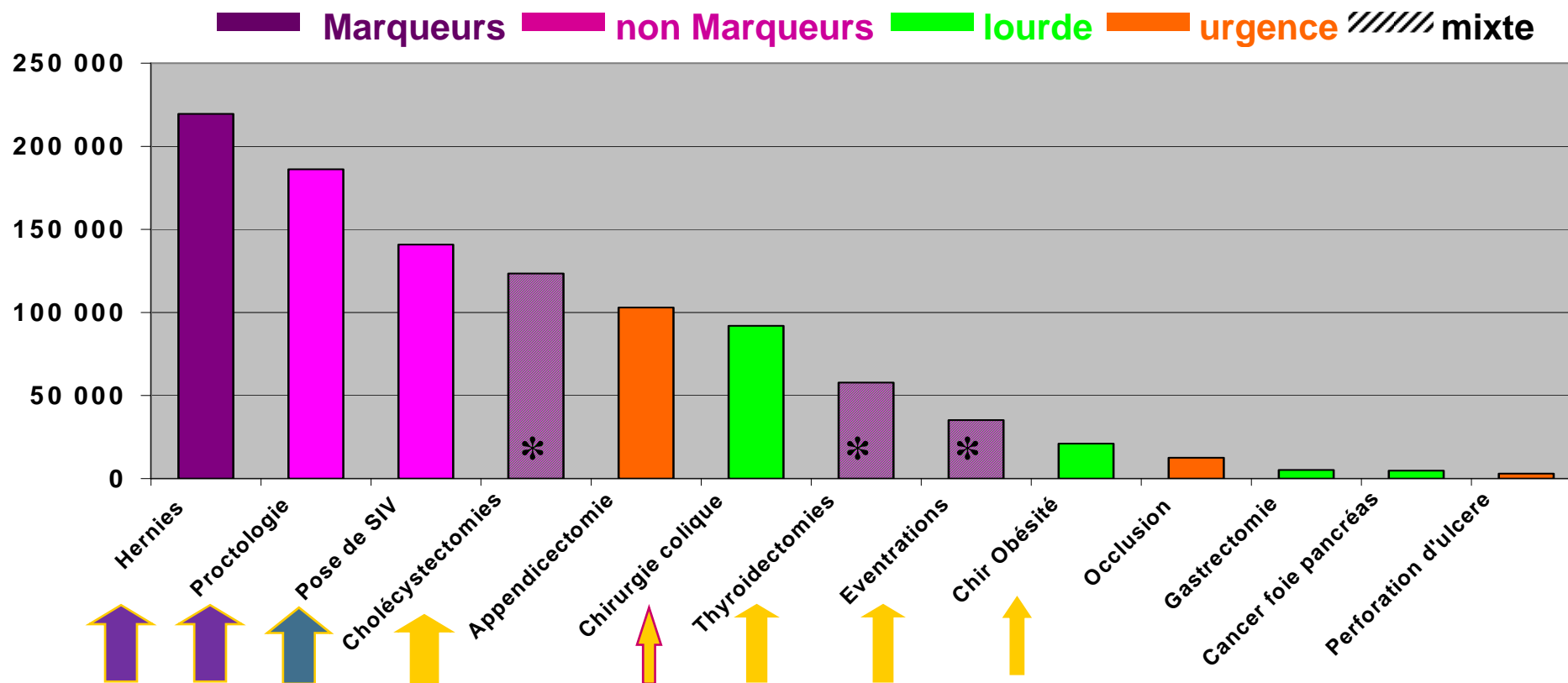
# Conclusions (1)

- L'évolution croissante de la capacité des médecins à
  - Gérer les risques postopératoires,
  - Maîtriser les suites opératoires
- Dans une structure qui a aussi la capacité de le garantir et à organiser un chemin clinique pour les patients
- **Permet de réaliser de plus en plus d'actes chirurgicaux en ambulatoire, au delà des gestes marqueurs**

## Conclusions (2)

- La chirurgie ambulatoire et non l'hospitalisation complète peut être considérée **comme la norme** pour la majorité des interventions **programmées** de chirurgie digestive et endocriniennes

## Interventions en chirurgie viscérale / source PMSI 2006

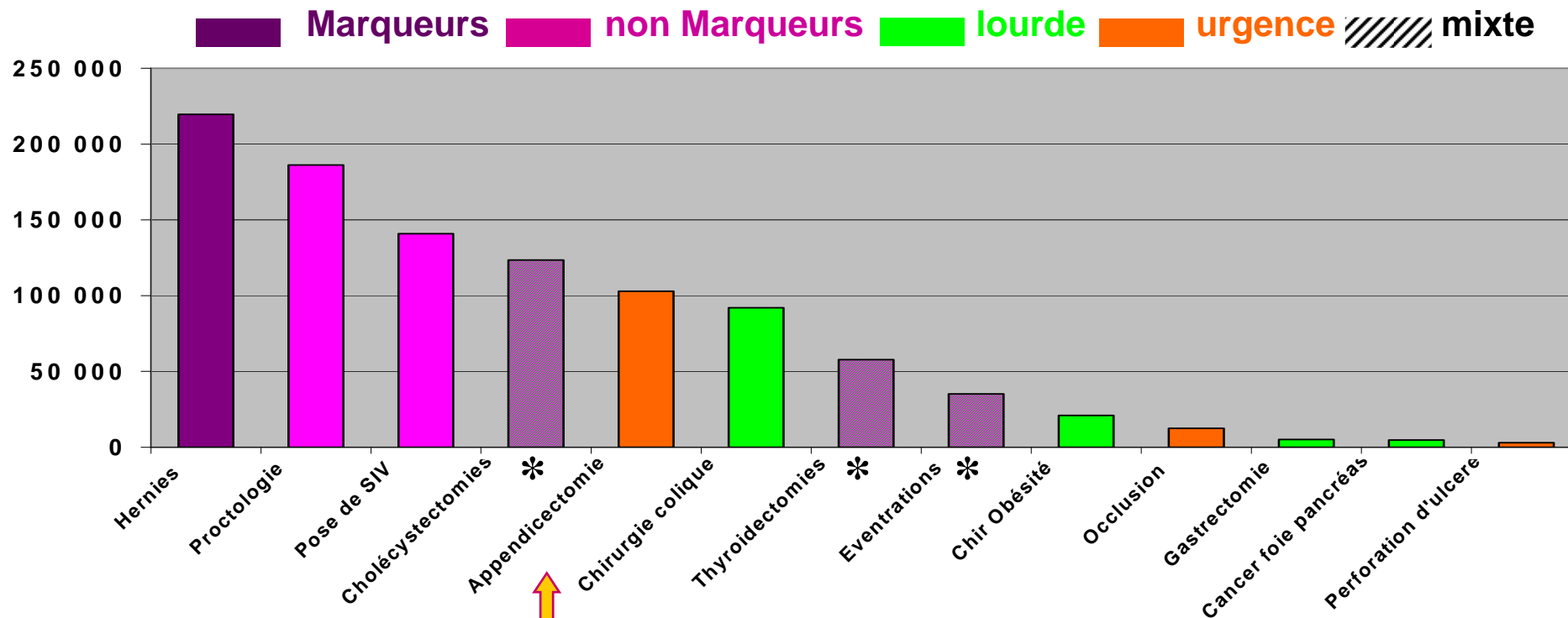


\* chirurgie lourde potentiellement ambulatoire pour des équipes ayant parfaitement maîtrisé le bénéfice risque

## Conclusions (3)

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

### Interventions en chirurgie viscérale / source PMSI 2006



\* chirurgie lourde potentielle



Incisions d'abcès et notamment de la marge anale

que

**Et pourquoi pas aussi cet acte  
en ambulatoire ?**

