

Procédures accélérées (fast-tracking) en anesthésie ambulatoire

François Sztark¹, Marc Raucoules-Aimé²

¹Service Anesthésie Réanimation – Hôpital Pellegrin (Bordeaux)

²Service Anesthésie Réanimation – Hôpital de l'Archet (Nice)

L'objectif de l'anesthésie ambulatoire est de permettre la réalisation d'actes chirurgicaux dans des conditions satisfaisantes compatibles avec une sortie rapide du patient, sans douleur et avec une bonne résolution des effets secondaires de cette anesthésie (en particulier nausées-vomissements). C'est la titration raisonnée des médicaments et la prévention de ces effets secondaires qui permettent la sortie rapide du patient de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) vers le secteur de repos ou d'aptitude à la rue de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA).

Quand un réveil très rapide est possible, le court-circuit (bypass) de la SSPI est devenu le mode usuel des procédures accélérées (fast-tracking) en chirurgie ambulatoire en Amérique du Nord. Le réveil immédiat a lieu alors au bloc opératoire et le patient regagne directement le secteur de repos. Le fast-tracking a été avant tout imaginé aux USA pour améliorer l'efficacité et le rendement de l'UCA avec notamment une diminution des durées de séjour et des coûts en soins infirmiers en SSPI [1]. Dans une étude multicentrique, Apfelbaum et al ont montré que le fast-tracking pouvait concerner 60 % environ des patients ambulatoires [2]. Avec des critères stricts pour autoriser certains patients à regagner directement le secteur de repos (tableau 1), les événements indésirables sont moins nombreux et le taux d'hospitalisation non prévue diminue [3]. En revanche lors du fast-tracking, la charge en soins infirmiers augmente dans le secteur de repos [4].

En France, le passage en SSPI reste la règle après une anesthésie générale ; en revanche, la sortie de SSPI ne doit plus être fondée aujourd'hui sur les seuls critères de sortie temps-dépendants, mais sur des critères objectifs d'évaluation. Les protocoles et les scores spécifiques de ces procédures accélérées peuvent être utilisés à cet effet ([Tableau I](#)).

Il apparaît aussi possible de court-circuiter le passage en SSPI pour certains patients opérés sous ALR sans entrer en contradiction avec le texte réglementaire [5]. La SFAR s'est récemment prononcé sur le sujet [6] et propose que « *le médecin anesthésiste-réanimateur puisse prendre une décision de sortie directe du bloc opératoire vers la salle d'hospitalisation ambulatoire ou d'hospitalisation classique, si toutes les conditions suivantes sont remplies :*

- *patient de classe ASA 1, 2 ou 3 équilibré ;*
- *chirurgie sans risque vital ou fonctionnel postopératoire (accord chirurgical) ;*

- utilisation d'une anesthésie locorégionale, périphérique, sans complication per-anesthésique, ni sédation ;
- respect d'un délai depuis l'injection d'anesthésique local supérieur à 45 min pour un bloc plexique du membre supérieur, à 60 min pour un bloc plexique du membre inférieur ;
- critères de sortie de SSPI remplis ;
- notation de ces critères dans le dossier médical ;
- décision de sortie directe portée dans ce dossier, avec le nom et la signature du médecin.

Il apparaît par ailleurs indispensable qu'une procédure soit écrite au niveau de l'établissement, détaillant le type de patients, le type de bloc nerveux et le score de sortie.

Les patients bénéficient d'une surveillance identique à celle qu'ils auraient eue après un passage en SSPI. Idéalement, pour l'ambulatoire, cela se passe dans un espace dédié, de type secteur de repos, avec des fauteuils, et une présence paramédicale. »

Au-delà de ces procédures accélérées, l'efficacité d'une UCA repose avant tout sur l'optimisation du chemin clinique complet du patient en particulier la sélection des patients, la programmation opératoire, et la sortie selon des critères permettant d'évaluer l'aptitude au retour au lieu de résidence, au mieux en utilisant un score, comme le PADSS de Chung [7] ([Tableau II](#)).

Bibliographie

- [1] Song D, Chung F. Fast-tracking in ambulatory anesthesia, *Can J Anesth* 2001 ; 48 : 622–625
- [2] Apfelbaum JL, Walawander CA, Grasela TH et al. Eliminating intensive postoperative care in same-day surgery patients using short-acting anesthetics. *Anesthesiology* 2002 ; 97 : 66-74
- [3] White PF, Song D. New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: a comparison with the modified Aldrete's scoring system. *Anesth Analg* 1999 ; 88 : 1069-72
- [4] Williams BA, Kentor ML, Williams JP et al. PACU bypass after outpatient knee surgery is associated with fewer unplanned hospital admissions but more phase II nursing interventions. *Anesthesiology* 2002 ; 97 : 981-8
- [5] Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique. *Journal Officiel* du 08 décembre 1994 : 17383-5
- [6] SFAR. Conditions et modalités pratiques de transfert direct d'une salle interventionnelle vers une unité d'hospitalisation ambulatoire ou une unité d'hospitalisation classique pour des patients ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale périphérique sans sédation (www.sfar.org/accueil/print_article.php?id_article=822)
- [7] Marshall SI, Chung F. Assessment of "home readiness": discharge criteria and postdischarge complications. *Curr Opin Anaesthesiol* 1997 ; 10 : 445-50

Tableau I

Critères d'éligibilité pour une procédure accélérée dite de fast-track (d'après White [3]).

	Score
Niveau de conscience :	
- éveillé et orienté	2
- éveillable à une faible stimulation	1
- éveillable seulement après stimulation tactile	0
Activité physique :	
- capable de bouger ses membres à la demande	2
- quelques faiblesses dans les mouvements	1
- incapable de bouger ses membres volontairement	0
Stabilité hémodynamique :	
- PA < 15 %, PAM de valeur de base	2
- PA entre 15-30 %, PAM de valeur de base	1
- PA > 30 % en dessous, PAM de valeur de base	0
Stabilité respiratoire :	
- capable de respirer profondément	2
- tachypnée avec toux efficace	1
- dyspnéique avec toux faible	0
- besoin supplémentaire en O ₂ (sonde nasale)	1
- saturation < 90 % sous O ₂	0
Douleur postopératoire :	
- pas ou faible inconfort ou faible	2
- douleur modérée-à sévère contrôlée par antalgiques IV	1
- douleur sévère persistante	0
NVPO :	
- pas ou peu de nausées sans vomissement	2
- vomissements transitoires	1
- nausées et vomissements persistants	0
Score total :	14

Un score total minimal de 12 (avec aucun score égal à 0) est nécessaire pour que le patient soit éligible à une procédure accélérée après une anesthésie générale.

[Retour au texte](#)

Tableau II

Score PADSS (Postanesthetic Discharge Scoring System) [7].

<p>Signes vitaux</p> <p><i>Les constantes vitales (fréquence cardiaque et pression artérielle) doivent être stables et en accord avec l'âge du patient et l'état préopératoire.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Variations < 20 % par rapport au niveau préopératoire ▪ Variations comprises entre 20 et 40 % ▪ Variations > 40 % 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Niveau d'activité</p> <p><i>Le patient doit être capable de marcher comme en préopératoire.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarche stable, sans étourdissement, ou comparable à l'état préopératoire ▪ Marche avec aide ▪ Marche impossible 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Nausées et/ou vomissements</p> <p><i>Le patient ne doit avoir que des nausées ou vomissements minimales avant de sortir</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ minimales : ▪ modérées : ▪ sévères (malgré un traitement) 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Douleurs</p> <p><i>Le patient ne doit pas être douloureux (ou faiblement) avant de sortir. Le niveau de douleur doit être acceptable par le patient ; la douleur doit être contrôlable par des analgésiques oraux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceptabilité <ul style="list-style-type: none"> ○ Oui ○ Non 	<p>2</p> <p>1</p>
<p>Saignement chirurgical</p> <p><i>Le saignement postopératoire doit correspondre à celui attendu pour la procédure chirurgicale réalisée.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ minime (pas de réfection du pansement) ▪ modéré (une à deux réfections du pansement) ▪ sévère 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

La sortie est autorisée pour un score ≥ 9 .

[Retour au texte](#)