

# Les pièges de l'ALR en ambulatoire

**Elisabeth Gaertner**

*Département anesthésie réanimation, hôpital Lariboisière (Paris)*

La chirurgie ambulatoire se développe de façon galopante et impose à l'anesthésiste d'assurer avec constance une anesthésie chirurgicale dépourvue d'effets secondaires, un passage court en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), et une sortie rapide du service de chirurgie ambulatoire.

Sur le plan épidémiologique on peut se demander si l'ambulatoire évite tout événement indésirable postopératoire. Il existe bien sur un risque incompressible (ex : malgré l'hygiène et l'antibioprophylaxie, le risque infectieux postopératoire persiste, augmentant les coûts et durées d'hospitalisation). Ce risque est-il lié à la chirurgie elle-même ou conséquence partielle de l'hospitalisation ? Il était important de démontrer que la chirurgie ambulatoire n'augmente pas la fréquence des événements indésirables mais même au mieux, les diminue. Une étude danoise récente [1] reprend une cohorte prospective de 57709 patients ambulatoires parmi lesquels 697 réadmissions sont analysées pour voir si l'événement est lié à la pratique de l'ambulatoire :

- pour 11 % des patients, le délai d'apparition des symptômes apparaît dans les 24h, pour 55 % entre 24h et 7j postopératoires, pour 34 % entre 7 et 14j postopératoires. Les premiers signes apparaissent le plus souvent au-delà de la durée d'hospitalisation conventionnelle ;
- l'incidence des événements majeurs (4 sur 57709), 1 infarctus et 3 embolies pulmonaires, est bien moindre que dans une population équivalente en hospitalisation conventionnelle ;
- la mortalité attendue dans la population générale est de 40 alors que les auteurs ne rapportent que 24 décès dans la cohorte ;
- ils notent 0,5 % (n=286) d'hémorragies, 0,44 % (n=249) d'infections et 0,03 % (n=17) de thromboses, taux faibles par rapport aux hospitalisations habituelles.

Les événements majeurs sont-ils donc l'enjeu majeur de la chirurgie ambulatoire ? Sur ces chiffres il est clairement établi que non, la nature de la prise en charge ambulatoire par rapport à l'hospitalisation traditionnelle sélectionne en effet les patients, limite la période d'alitement, limite les thérapeutiques annexes, vise à optimiser, avant la sortie, le confort du patient qui participe à sa prise en charge et sa surveillance. On obtient ainsi une diminution du risque d'événement majeur sous couvert bien sûr de respecter les bonnes pratiques et d'une protocolisation stricte. La prévention des événements mineurs (douleur, somnolence, nausées vomissements

postopératoires, inconfort,...) est probablement le véritable enjeu de réussite de la chirurgie ambulatoire.

La technique anesthésique retenue tient compte de la balance bénéfices/risques et ce au moindre coût. La littérature ainsi que les recommandations récentes ont défini la place de l'ALR en chirurgie ambulatoire, supprimé les craintes à la fois d'un séjour prolongé lié à l'ALR et de laisser partir un patient avec un bloc non levé. Les blocs nerveux périphériques (BNP) et les infiltrations sont largement utilisés dans ce cadre, soit seuls soit combinés à une sédation ou une anesthésie générale (AG). Contrairement à la rachianesthésie, ils permettent une réduction du temps passé par les patients au sein de l'institution, notamment en SSPI et en secteur ambulatoire, en assurant au patient une analgésie de qualité. Si le temps de réalisation est légèrement supérieur à celui d'une AG, la durée d'occupation du bloc opératoire n'est pas prolongée. Les BNP entraînent moins d'effets systémiques indésirables que l'AG et que la rachianesthésie [2]. Cette différence concerne essentiellement les NVPO dues à l'utilisation d'antalgiques, la somnolence postopératoire et le retentissement hémodynamique en ce qui concerne l'AG, et la rétention urinaire pour la rachianesthésie. La prolongation du bloc sensitif n'est pas un problème sous réserve d'une bonne organisation, d'une information appropriée du patient et du port d'attelle ou écharpe pour protéger le membre bloqué. L'analgésie prolongée par cathéter nerveux périphérique permet de laisser rentrer à domicile des patients ayant bénéficié d'une chirurgie plus lourde et réputée algique (ligamentoplastie de genou, cure d'hallux valgus, réparation de coiffe des rotateurs, Bankart etc...). Le choix de la technique utilisée dépend de l'intervention envisagée, de la bonne compréhension et de l'adhésion du patient, de la formation des praticiens et du personnel paramédical, de l'organisation de la structure et d'un éventuel réseau à domicile. Devant cette situation, reste-t-il des pièges de l'ALR en ambulatoire et comment les éviter ?

1. La douleur postopératoire (DPO) représente la première cause d'insatisfaction du patient en chirurgie ambulatoire. Différentes études déjà anciennes ont montré une incidence globale de 30 % à 60 % de douleurs modérées à sévères après chirurgie ambulatoire [3,4,5]. Cette situation n'était pas acceptable et la réalisation de la chirurgie sur un mode ambulatoire impose un contrôle parfait de la DPO, cause la plus fréquente de prolongation

d'hospitalisation ou de réhospitalisation en urgence. Elle est responsable de fréquentes perturbations du sommeil et de l'activité journalière. Cet objectif est atteint au mieux grâce aux BNP et infiltrations d'anesthésiques locaux qui doivent couvrir le territoire algique. Les patients quittent la SSPI voire l'institution avant la levée complète du bloc et sans douleur. Le relais antalgique à la levée du bloc doit être correctement planifié, les antalgiques ayant été prescrits dès la consultation d'anesthésie. Il est maintenant devenu courant que des cathéters soient utilisés pour prolonger l'analgésie régionale [6]. De nombreuses études démontrent en effet la supériorité de l'ALR par rapport à l'analgésie systémique sur les scores de douleur, la consommation des antalgiques et leurs effets secondaires et seul le bloc continu permet d'assurer une analgésie optimale pour la chirurgie ambulatoire lourde telle que la chirurgie de l'épaule.

2. Choix du type de chirurgie ambulatoire : les listes d'actes ambulatoires imposées (mis sous accord préalable = MSAP) peuvent avoir des effets négatifs. En effet si ces listes ont permis de pousser vers l'ambulatoire pour certains actes, la préparation au sein d'un service se fait en amont. En effet, c'est le triptyque Acte-Patient-Structure qui est la pierre angulaire de ce type de chirurgie :

- la liste d'actes est établie par les praticiens de la structure (chirurgiens ET anesthésistes) pour assurer un rapport bénéfice/risque optimal pour le patient. La structure est organisée pour que chaque type d'acte soit parfaitement réalisé en toute sécurité, tous les acteurs de la structure allant dans le même sens pour un chemin clinique du patient parfaitement fluide ;
- le patient est sélectionné pour une chirurgie ambulatoire sur des éléments :
  - cliniques (médicaux et chirurgicaux). Chirurgie non hémorragique, antécédents du patient, en général ASA 1 à 3 stabilisé ;
  - psychologiques (le patient doit être capable de comprendre le parcours, de la consultation jusqu'à sa guérison et adhérer au parcours ambulatoire) ;
  - environnementaux (ex : escaliers pour retour à domicile en béquillant...) ;
  - sociaux (accompagnant, enfants, conditions de vie...).

Les contre-indications sont essentiellement un concept de l'ambulatoire inacceptable pour le patient, l'instabilité psychologique, des critères de transport et d'éloignement déraisonnable des structures de soin et la non adhésion du chirurgien et du personnel.

Le patient est informé de toute la procédure dès la consultation chirurgicale, puis en consultation d'anesthésie où lui sont expliquées toutes les étapes de son parcours. Les techniques d'anesthésie et d'analgésie, si elles ne diffèrent pas des techniques en hospitalisation traditionnelle, reposent sur des drogues sédatives de courte durée, et l'analgésie postopératoire est multimodale : ALR dès que possible, prescription des antalgiques et mode de prise de ces derniers, ainsi que la façon d'utiliser les antalgiques de secours en cas de douleur, les petits moyens (position, froid, etc...) sont expliqués au patient et sur support papier au cours de la consultation d'anesthésie.

Les NVPO sont prédictibles et doivent être prévenues d'une part par une prophylaxie antiémétique dès la période peropératoire, des mesures associées (épargne morphinique) et par l'éviction des produits émétisants.

Les événements mineurs autres que la douleur sont la somnolence, les vertiges, les céphalées, l'asthénie, des myalgies et des maux de gorge. Tous ces événements doivent être prévenus car freins potentiels à la chirurgie ambulatoire à la fois en terme de retard de sortie et d'insatisfaction du patient [7]. Supprimer la prémédication permet de raccourcir les délais de sortie de l'unité ambulatoire.

Tout événement imprévu discréditera la chirurgie ambulatoire : survenue de douleurs, de nausées, retard de sortie liée à une somnolence ou des malaises mais aussi tout événement lié à la chirurgie. Le patient doit savoir dès la consultation d'anesthésie que tout est prévu. Il a les numéros de téléphone à joindre en cas d'événement après le retour à domicile et un anesthésiste est joignable 24h/24. Tous les facteurs d'anxiété doivent être minimisés au mieux.

3. Quels textes sont disponibles pour la chirurgie ambulatoire ? Certains ne sont pas spécifiques de la chirurgie ambulatoire mais concernent la douleur postopératoire.
  - Les référentiels de la Sfar sur [www.sfar.org](http://www.sfar.org)
    - RPC des « blocs périphériques des membres chez l'adulte » 2003

- Référentiel ambulatoire 2009
  - Mise à jour référentiel douleur 2010
    - Cathéter interscalénique, Cathéter supraclaviculaire : chirurgie épaule
    - Cathéter infraclaviculaire et axillaire : coude-main
    - Cathéter fémoral : chirurgie genou
    - Cathéter sciatique poplité et à la cheville : chirurgie pied
    - Cathéters d'infiltration
  - ALR échoguidée 2011
- Protocole d'utilisation à domicile des spécialités à base de ropivacaïne 2 mg/ml, solution injectable en poche (Naropéine et génériques) dans le cadre de l'analgésie postopératoire par cathéter périmerveux <http://www.anism.sante.fr>
  - Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire : outils et guide de la Haute autorité de santé.
4. La rétention d'urines postopératoire fait partie des événements indésirables mineurs. Il convient d'en chercher les facteurs de risque (antécédents du patient...) et éviter les prises en charges anesthésiques favorisant les rétentions : morphiniques à forte dose, rachianesthésie bilatérale, remplissage excessif. Il est conseillé de dépister un globe vésical par échographie.
  5. Bloc levé pour le retour à domicile ? Les BNP avec un anesthésique local de longue durée permettent de soulager la douleur postopératoire. Le relais par antalgiques per os doit être anticipé. Le bloc sensitivomoteur n'est pas obligatoirement levé pour la sortie du patient mais le patient en est informé et le membre bloqué doit être protégé de tout accident durant la persistance du bloc (attelles pour le membre supérieur, attelles et/ou béquilles pour le membre inférieur pour éviter le risque de chute).
  6. Cathéter périmerveux à domicile. Les équipes qui posent des cathéters ambulatoires doivent respecter certains critères. En prérequis il faut avoir une bonne organisation de la chirurgie ambulatoire dans l'établissement, former le

personnel intra et extrahospitalier, personnel qui adhère au projet. Les techniques doivent être habituelles en intra hospitalier, couvrant le territoire chirurgical. L'extrémité du cathéter est contrôlée sous échographie et son efficacité testée. Le patient est informé de la technique, des risques, des effets secondaires et des techniques analgésiques associées. La prise en charge se fait dans le cadre d'un réseau de ville où tous les acteurs ont leur rôle propre, formalisé, dans le parcours du patient. Les poches de ropivacaïne sont inscrites sur la liste de rétrocession hospitalière et prescrites au patient. La durée maximale de perfusion sur ce cathéter est de 72h selon le texte de l'ANSM (arrêté du 26 avril 2012). Le système de diffusion (pompe élastomérique ou électronique) est installé en SSPI et l'analgésie continue doit être privilégiée. L'injection de bolus itératifs au domicile par l'IDE est proscrite. La dose maximale de ropivacaïne est de 20mg/h pour une concentration de ropivacaïne de 2mg/mL. Le débit continu, les bolus et la période réfractaire sont réglés pour ne pas dépasser cette posologie. Une visite médicale de sortie est effectuée avant la sortie du patient, par le chirurgien ET l'anesthésiste. Un médecin anesthésiste est joignable 24h/24. Le patient possède un document précisant le geste, le type de cathéter et le protocole. Le contact par l'IDE se fait une ou deux fois par jour à partir de J0, les paramètres de surveillance sont clairement définis dans le même texte.

7. Il est important de posséder un suivi des indicateurs avec réévaluations régulières des pratiques. L'avenir est à la télémédecine (« pompes intelligentes ») pour suivre le patient de façon confortable à la fois pour lui-même et pour les équipes, permettant d'adapter au plus près les soins postopératoires à domicile.
8. L'organisation est le maître mot de la chirurgie ambulatoire. Un chemin clinique du patient connu de tous, des techniques adaptées les moins invasives possibles sur le plan chirurgical, une liaison avec la médecine de ville, une procédure d'appel 24h/24, rédaction de conventions interhospitalières quand le domicile du patient est éloigné de l'hôpital, une information du patient qui possède son « passeport ambu », la possibilité d'un

lit de repli en cas de besoin et des réévaluations de la structure pour améliorer les pratiques.

En conclusion la chirurgie ambulatoire ne peut se pratiquer que dans le cadre d'une organisation optimale, multidisciplinaire et multistruktures. La douleur est au mieux soulagée par les techniques d'ALR qu'il convient de bien maîtriser au préalable dans le cadre d'une analgésie multimodale.

## Bibliographie

---

- [1] Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AM, Bill L, Langfrits CS, Møller AM. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2012 ; 56 :323-31
- [2] Liu S, Strodtbeck W, Richman J. A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg.* 2005;101;1634-42
- [3] Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1997; 41: 1017-22
- [4] Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 1997; 85 : 808-16
- [5] McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. *Can. J. Anaesth.* 2004; 51: 886-91
- [6] [www.sfar.org](http://www.sfar.org), rubrique référentiels : chirurgie ambulatoire
- [7] Wu CL, Berenholtz SM, Pronovost PJ, Fleisher LA. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. *Anesthesiology.* 2002 ; 96 : 994-1003