

Cas clinique interactif: Parcours du patient en chirurgie ambulatoire

Rencontre d'Anesthésie Sanofi 2014

Anne-Isabelle Hamm

CHCB

- Chaque QCM peut avoir une ou plusieurs bonnes réponses
- Merci de valider les réponses vraies
- A vous de jouer !

- **Les réponses ...**

- RFE SFAR, 2009. *Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire*

Cas clinique

- M. X, 78 ans se présente à la consultation d'anesthésie en préopératoire d'une cure de hernie inguinale par abord direct
- Il a apporté son dernier ECG de Mars 2014
- ATCD
 - Médicaux :
 - Diabète type II équilibré sans complication
 - SCA en 2000, pas de récurrence, pas d'angor résiduel y compris à l'effort ≥ 7 MET. Lee =1. Absence d'anamnèse hémorragique
 - Chirurgicaux : PTG en 2005
- Traitement : Kardégic, Crestor, Détensiel, Diamicron
- Vit seul, autonome à domicile à 50 kms du centre de l'intervention

1. Le type de chirurgie est-il compatible avec une prise en charge ambulatoire ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Oui car c'est un abord direct
- 4. Oui car cette intervention est de courte durée

1. Le type de chirurgie est-il compatible avec une prise en charge ambulatoire ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Oui car c'est un abord direct
- 4. Oui car cette intervention est de courte durée

- La chirurgie de hernie inguinale n'est pas une contre-indication à la chirurgie ambulatoire, de même que la coelioscopie
- Chirurgie et ambulatoire :
 - Programmée
 - De courte durée ($\leq 1h30$)
 - Sans risque majoré, notamment hémorragique et respiratoire
 - Aux suites simples, peu douloureuses et n'impliquant pas de handicap important
- Liste actes définis selon tryptique « acte-patient-structure »

2. « Grand âge » et ambulatoire ?

- 1. Il faut éviter l'ambulatoire chez le sujet âgé
- 2. L'ambulatoire est possible jusqu'à 75 ans
- 3. Il faut favoriser l'ambulatoire chez le sujet âgé
- 4. L'ambulatoire est contre-indiqué à partir de 80 ans

2. « Grand âge » et ambulatoire ?

- 1. Il faut éviter l'ambulatoire chez le sujet âgé
- 2. L'ambulatoire est possible jusqu'à 75 ans
- 3. Il faut favoriser l'ambulatoire chez le sujet âgé
- 4. L'ambulatoire est contre-indiqué à partir de 80 ans

- Grand âge et ambulatoire :
 - Pas une contre-indication
 - Diminue l'incidence des troubles du comportement post-op
 - Recommandé selon bénéfice / risque

3. Quel est le score ASA de ce patient ?

- 1. I
- 2. II
- 3. III
- 4. IIII

3. Quel est le score ASA de ce patient ?

- 1. I
- 2. II
- 3. III
- 4. IIII

- ASA III
- Coronaropathie avec SCA : atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité

4. Les antécédents médicaux de ce patient permettent-ils une hospitalisation en ambulatoire ?

- 1. Non car il présente deux comorbidités
- 2. Oui
- 3. Oui car son diabète est non-insulino-dépendant
- 4. Non

4. Les ATCD médicaux de ce patient permettent-ils une hospitalisation en ambulatoire ?

- 1. Non car il présente deux comorbidités
- 2. Oui
- 3. Oui car son diabète est non-insulino-dépendant
- 4. Non

- Ambulatoire possible :

- ASA I, II et III stable

- M. X :

- ASA III stable
- Diabète équilibré, insulino-dépendant ou non
- Patient coronarien mais pas de récurrence ischémique et bonne tolérance à l'effort

5. La chirurgie ambulatoire permet-elle une prémédication chez ce patient ?

- 1. Oui
- 2. Non car la prémédication n'est pas recommandée en ambulatoire
- 3. Non car le patient est âgé
- 4. Oui mais seulement des hypnotiques

5. La chirurgie ambulatoire permet-elle une prémédication chez ce patient ?

- 1. Oui
- 2. Non car la prémédication n'est pas recommandée en ambulatoire
- 3. Non car le patient est âgé
- 4. Oui mais seulement des hypnotiques

- Prémédication possible en ambulatoire et chez le sujet âgé
- Anxiolytique et/ou analgésique
- Éviter les benzodiazépines
 - Augmentation des troubles du comportement postopératoire
- Indication d'une prémédication à rediscuter selon « acte-patient » car retard de sortie possible

6. Quelle(s) technique(s) d'anesthésie envisager ?

- 1. ALR : bloc ilio-inguinal/ilio-hypogastrique
+ bloc génito-crural
- 2. AG Sufentanyl/ Propofol/ Atracurium
- 3. AG AIVOC Remifentanyl/ Propofol
- 4. Rachianesthésie

6. Quelle(s) technique(s) d'anesthésie envisager ?

- 1. ALR : bloc ilio-inguinal/ilio-hypogastrique
+ bloc génito-crural
- 2. AG Sufentanyl/ Propofol/ Atracrium
- 3. AG AIVOC Remifentanyl/ Propofol
- 4. Rachianesthésie

- Aucune technique d'anesthésie à privilégier
- ALR « recommandée »
- Rachianesthésie « souhaitable » mais patient sous Kardégic
- Agents anesthésiques courte durée d'action et effets secondaires réduits

7. La présence d'un accompagnant pour le retour à domicile est :

- 1. Obligatoire
- 2. Recommandée
- 3. Non-obligatoire
- 4. Dépend de l'heure de sortie

7. La présence d'un accompagnant pour le retour à domicile est :

- 1. Obligatoire
- 2. Recommandée
- 3. Non-obligatoire
- 4. Dépend de l'heure de sortie

- Présence d'un accompagnant pour retour à domicile :

- Recommandée

- Non-obligatoire

- Évaluée en fonction du couple acte-patient

- ┆ Ex : Canal carpien sous ALR

- Définie au préalable

8. Et si le patient avait eu 4 ans...

- 1. L'ambulatoire n'est pas recommandée avant 5 ans
- 2. Un accompagnant est obligatoire
- 3. Deux accompagnants sont obligatoires
- 4. Deux accompagnants sont nécessaires

8. Et si le patient avait eu 4 ans ...

- 1. L'ambulatoire n'est pas recommandé avant 5 ans
- 2. Un accompagnant est obligatoire
- 3. Deux accompagnants sont obligatoires
- 4. Deux accompagnants sont nécessaires

- Enfants d'âge ≥ 3 mois éligibles
- Présence nécessaire d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur
 - Au-delà de 10 ans : plus nécessaire

9. Le domicile et le lieu de l'intervention :

- 1. La distance qui les sépare doit être ≤ 100 kms
- 2. Le trajet doit être ≤ 1 heure
- 3. La distance n'est pas un facteur d'exclusion pour l'ambulatoire
- 4. Seul le temps de trajet l'est

9. Le domicile et le lieu de l'intervention :

- 1. La distance qui les sépare doit être ≤ 100 kms
- 2. Le trajet doit être ≤ 1 heure
- 3. La distance n'est pas un facteur d'exclusion pour l'ambulatoire
- 4. Seul le temps de trajet l'est

- Durée du transport et distance d'éloignement ne sont pas des contre-indications à l'ambulatoire
- Le patient ne doit pas être le conducteur lors du retour
- En cas de complication précoce, le patient doit s'adresser à la structure la plus proche, même si elle est différente de celle de l'intervention

10. Le bilan pré-opératoire recommandé chez M. X est :

- 1. NFS, TP, TCA, ionogramme sanguin, urée, créatinine
- 2. Groupe sanguin, RAI
- 3. Pas de bilan
- 4. Ionogramme sanguin, urée, créatinine

10. Le bilan pré-opératoire recommandé chez M. X est :

- 1. NFS, TP, TCA, ionogramme sanguin, urée, créatinine
- 2. Groupe sanguin, RAI
- 3. Pas de bilan
- 4. Ionogramme sanguin, urée, créatinine

- NFS :
 - Non-nécessaire car chirurgie mineure et quelque soit l'âge
- TP, TCA :
 - Non-recommandés en cas d'absence d'anamnèse hémorragique
 - Tout type d'anesthésie dont neuro-axiale
- Groupe, RAI
 - Non-recommandés car intervention non-hémorragique
- Examens biochimiques :
 - Non-recommandés si chirurgie mineure et absence de points d'appel
 - Recommandés si chirurgie intermédiaire et majeure et patient à risque (diabète, HTA...)
 - Diabète non-complicé chez ce patient

11. Une rachianesthésie est proposée au patient

- 1. La sortie est possible avant la levée complète de la rachianesthésie
- 2. Le patient doit marcher avant la sortie
- 3. Le patient peut sortir avec aide de béquilles
- 4. Tout bloc périphérique ou central doit être levé avant la sortie

11. Une rachianesthésie est proposée au patient

- 1. La sortie est possible avant la levée complète de la rachianesthésie
- 2. Le patient doit marcher avant la sortie
- 3. Le patient peut sortir avec aide de béquilles
- 4. Tout bloc périphérique ou central doit être levé avant la sortie

- Anesthésie péri-médullaire :

- Il est recommandé de s'assurer des capacités de déambulation du patient avant la sortie

- ALR périphérique :

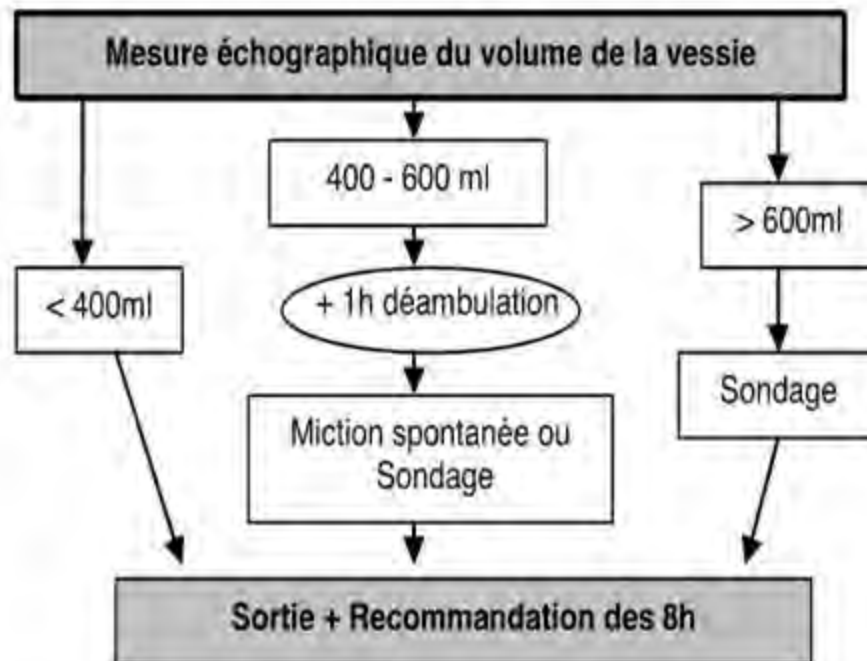
- Sortie possible malgré l'absence de levée du bloc
 - Selon circonstances

12. Rachianesthésie et rétention aigue d'urine

- 1. Un patient peut sortir après sondage seul
- 2. La chirurgie herniaire est un facteur de risque de RAU
- 3. La miction spontanée est obligatoire
- 4. Un patient qui n'a pas uriné spontanément peut sortir en l'absence de globe vésical à l'examen

12. Rachianesthésie et rétention aigue d'urine

- 1. Un patient peut sortir après sondage seul
- 2. La chirurgie herniaire est un facteur de risque de RAU
- 3. La miction spontanée est obligatoire
- 4. Un patient qui n'a pas uriné spontanément peut sortir en l'absence de globe vésical à l'examen



Exemple d'algorithme décisionnel pour la prévention du risque de rétention aigue d'urine chez les patients a risque qui n'ont pas uriné avant la sortie. Procédure utilisée à l'UCA de l'hôpital Saint Antoine.

13. M. X est coronarien. Il est recommandé de réaliser :

- 1. Un ECG pré-opératoire
- 2. Un dosage de troponine à H6
- 3. Un dosage de troponine à J1 et J3
- 4. Ni troponine ni ECG

13. M. X est coronarien. Il est recommandé de réaliser :

- 1. Un dosage de troponine pré-opératoire
- 2. Un dosage de troponine à H6
- 3. Un dosage de troponine à J1 et J3
- 4. Ni troponine ni ECG

- Coronaropathie et chirurgie mineure :
 - Pas d'examen complémentaire en périopératoire
 - ECG non-nécessaire quand chirurgie mineure et stabilité clinique
 - Et ECG disponible ≤ 1 an
- RFE SFAR/ SFC, 2011. *Prise en charge du coronarien qui doit être opéré en chirurgie non-cardiaque*

15. Ambulatoire et responsabilité

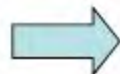
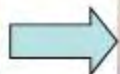
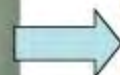
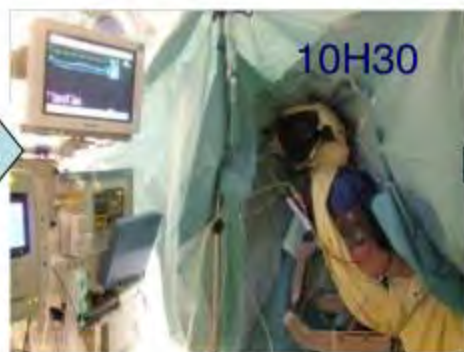
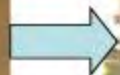
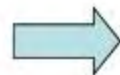
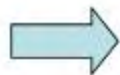
- 1. La responsabilité de l'anesthésiste est identique à celle de l'hospitalisation conventionnelle
- 2. L'anesthésiste et le chirurgien doivent signer l'autorisation de sortie
- 3. Une seule signature médicale est nécessaire
- 4. L'accompagnant doit signer l'autorisation de sortie

15. Ambulatoire et responsabilité

- 1. La responsabilité de l'anesthésiste est identique à celle de l'hospitalisation conventionnelle
- 2. L'anesthésiste et le chirurgien doivent signer l'autorisation de sortie
- 3. Une seule signature médicale est nécessaire
- 4. L'accompagnant doit signer l'autorisation de sortie

- Responsabilité non-différente / hospitalisation conventionnelle
- Autorisation de sortie :
 - Décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure
- Accompagnant :
 - Aucune responsabilité juridique
 - Sauf mineur et incapable majeur
 - Sa signature n'a pas lieu d'être

Tout ça pour ça !



Merci de vos réponses !