

La chirurgie ambulatoire

Karine nouette gaulain

Chirurgie ambulatoire

- Le principe
 - Le patient arrive le matin à l'hôpital et sera sorti le soir
 - L'hospitalisation est inférieure à 12H
- La Consultation d'anesthésie doit être complète
- Un contact téléphonique permet de valider la convocation
- La visite pré anesthésique se fait le matin
- Un appel téléphonique entre J1 et J3 va être fait
- Un numéro d'appel d'urgence est donné

La réglementation décret de sécurité 1994

- La consultation d'anesthésie
- La visite pré-anesthésique
- La PEC en anesthésie
- Les prescriptions médicamenteuses pour les 24 premières heures: essentiel en ambulatoire

Consultation d'anesthésie Obligatoire

- **Contexte: 2 situations**
 - Urgence: RARE EN AMBULATOIRE (ex SOS MAINS)
 - Non urgence: délai min de 48 h
- **Evaluation**
 - Interrogatoire: ATCD, histoire de la maladie, allergie, habitus, traitement
 - Examen clinique
 - Lié au terrain: Cardio, pulmo, endocrino, neuro...
 - Lié à la technique: intubation, ventilation, VV,
Peut on améliorer l'état du patient avant l'intervention? Faut il anticiper des arrêts de ttt?
- **Stratégie de prise en charge et prescription d'examen complémentaires**
- **Information des risques et consentement**
- **Autorisation d'opérer chez les enfants signées des deux parents**

Code de la santé publique Art.L.1111-2

- « Toute personne a le droit d' être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu' ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...).
- En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l' établissement de santé d' apporter la preuve que l' information a été délivrée à l' intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

Les évaluations

- Chirurgie
- Médical
 - Risque cardiaque
 - Score Apfel
 - APAIS
- Social
 - Maison
 - Communication

Chirurgie

- Protocole local
- Liste établie communément établie par l'équipe
- Conditions établies localement

Score de Lee

Risque cardiovasculaire pour chirurgie non cardio-vasculaire

**AVANT LE
BLOC**

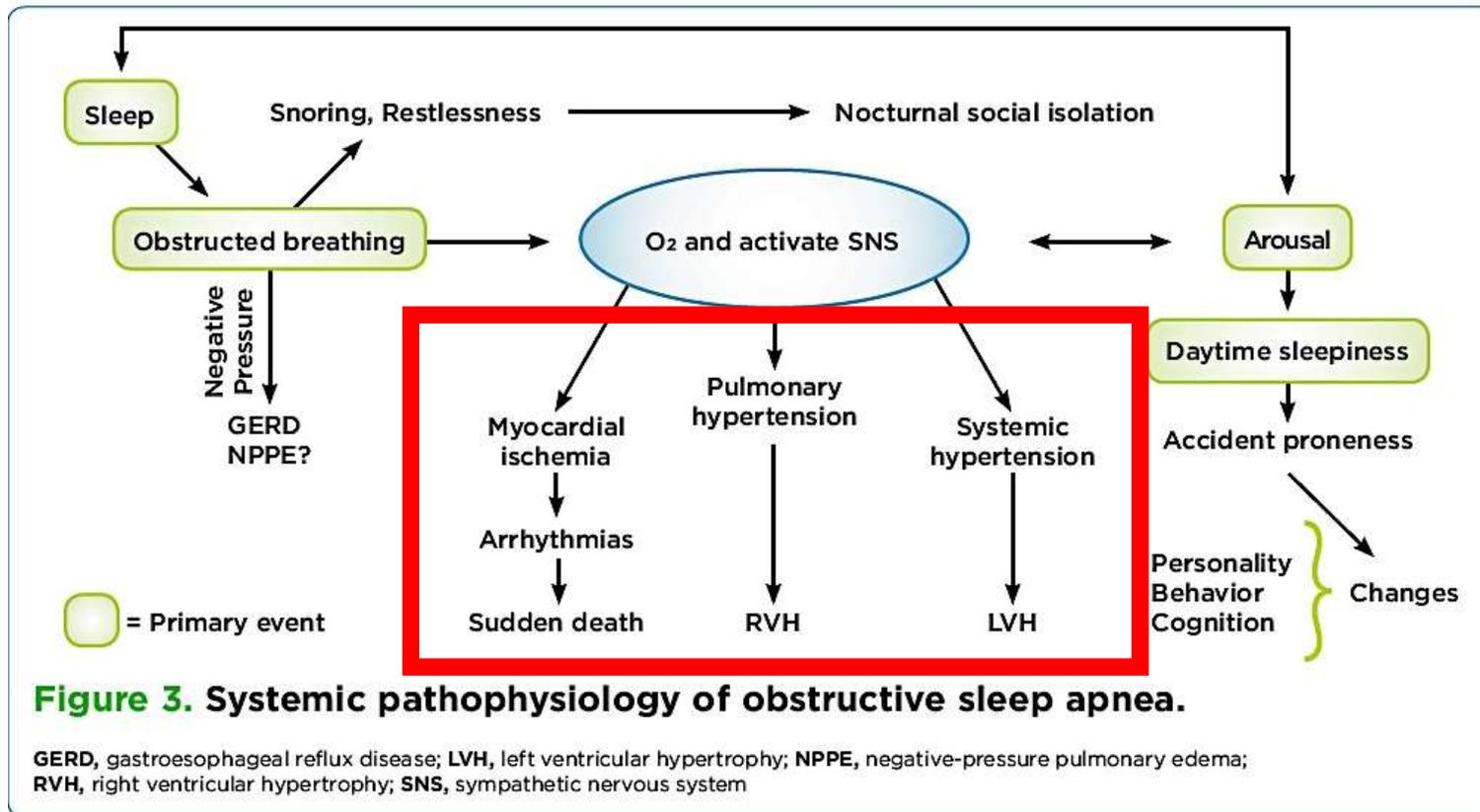
- Chirurgie à risque cardiaque élevé
- ATCD de cardiopathie ischémique
- ATCD d'insuffisance cardiaque congestive
- ATCD de pathologie cerebro-vasculaire (AVC, AIT) **Oui**
- DID
- Insuffisance rénale chronique **Oui**

Un score supérieur ou égale à 2 est considéré comme un score élevé

STOP BANG SAOS

- Oui Non
● ● **Roulements ?**
Roulez-vous fort (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous roulez la nuit) ?
- Oui Non
● ● **Fatigue ?**
Vous sentez-vous souvent fatigué(e), épuisé(e) ou somnolent(e) pendant la journée (comme par exemple s'endormir au volant) ?
- Oui Non
● ● **Observation ?**
Quelqu'un a-t-il observé que vous arrêtiez de respirer ou que vous vous étouffiez/suffoquiez pendant votre sommeil ?
- Oui Non
● ● **Tension ?**
Étiez-vous atteint(e) d'hypertension artérielle ou étiez-vous traité(e) pour ce problème ?
- Oui Non
● ● **Indice de Masse Corporelle supérieur à 35 kg/m² ?**
- Oui Non
● ● **Âge supérieur à 50 ans ?**
- Tour de cou important ? (mesuré au niveau de la pomme d'Adam)**
Oui Non
● ● Pour les hommes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 43 cm ?
● ● Pour les femmes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 41 cm ?
- Oui Non
● ● **Sexe = Masculin ?**

Conséquences d'un Syndrome apnée du sommeil



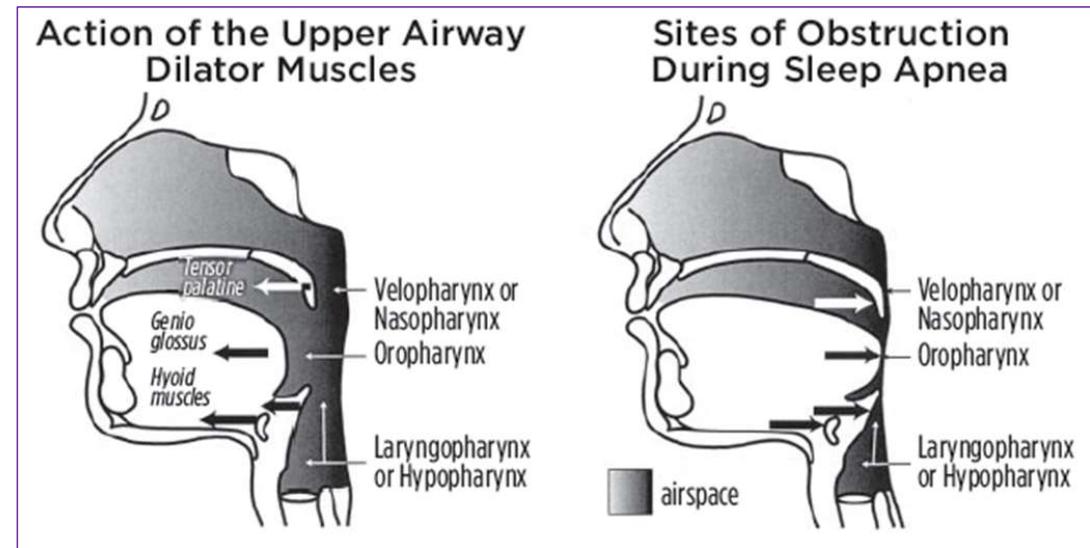
Yaggi HK, Concato J, Kernan WN, et al. Obstructive sleep apnea as a risk factor 12 for stroke and death. N Engl J Med 2005; 353: 2034-41.

Classification SAHOS

American Academy of Sleep Medicine

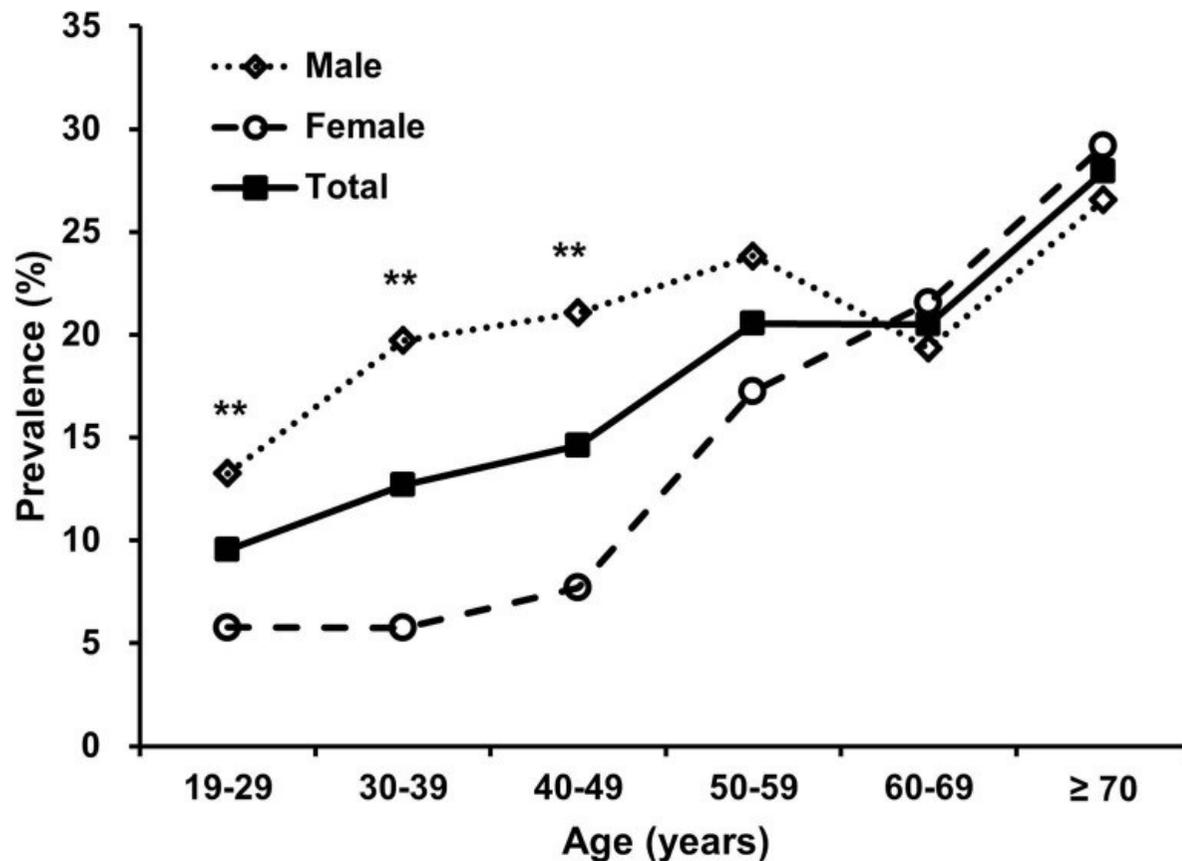
American College of Physicians

- Le SAHOS chez l'adulte est
 - léger (si IAH $\geq 5/h$ et $<15/h$),
 - modéré (si IAH $\geq 15/h$ et $\leq 30/h$)
 - ou sévère (si IAH $> 30/h$).



- Il est lié à un collapsus répété des voies aériennes supérieures au cours du sommeil.

Prévalence SAHOS et âge



- **4% des hommes et 2% des femmes**
- **Augmente** avec l'âge (60 ans)
- **40% à 60%** des SAHOS sont **obèses**
- Maladie **ignorée** chez **82 à 97%** des patients
- Esperance de vie SAOS sévère non traité **58 ans vs 78/83ans**

[PLoS One. 2018; 13\(2\): e0193549.](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193549)

Evaluation NVPO: Scores ADULTE

**AVANT LE
BLOC**

Scores simplifiés de prédiction des nausées et vomissements postopératoires.

Facteurs de risque	Score d'Apfel et al.	Score de Koivuranta et al.
Sexe féminin	+	+
Antécédent de NVPO	+	+
Mal des transports		+
Non-fumeur	+	+
Morphiniques postopératoires	+	-
Durée d'anesthésie > 60 min.	%	+
Pouvoir discriminant (AUC ROC).	0,68-0,71	0,70-0,71

R1.2 - Il est *probablement* recommandé d'utiliser l'échelle APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) pour rechercher une anxiété et/ou un besoin d'information en période préopératoire.

Avis d'experts, ACCORD FORT

Argumentaire : L'état d'anxiété, le stress, et la dépression sont les facteurs psychologiques les plus à risque d'induire une douleur postopératoire sévère [5-7]. Ils jouent un rôle important dans le développement de la DCPC. Le catastrophisme est à la fois un facteur prédictif de douleur postopératoire plus intense, de consommation de morphine plus importante dans divers modèles chirurgicaux, mais également de DCPC plus fréquente en chirurgie orthopédique. L'évaluation en consultation d'anesthésie avec une échelle simple d'utilisation (APAIS) permettrait de prédire la transition de la DPO aiguë à chronique

Références :

5. Maurice-Szamburski A, Bruder N, Loundou A, Capdevila X, Auquier P. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. *Anesthesiology* 2013; 118:78-87.
6. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain* 2012; 28:819-41.

**AVANT LE
BLOC**

Items Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale	1	2	3	4	5
1 Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2 Je pense continuellement à l'anesthésie					
3 L'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4 Je suis préoccupé par l'intervention					
5 Je pense continuellement à l'intervention					
6 Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

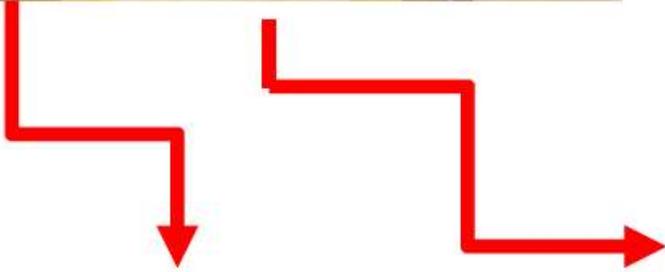
Score > 11: patients anxieux



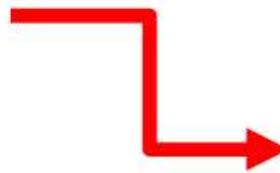
Sospel



**AVANT LE
BLOC**



CSA = 10 minutes



Effets indésirables liés aux agents de l'anesthésie générale

APRES LE BLOC

- Effets cardiovasculaires en cas de surdosage
 - Hypotension artérielle
 - Baisse du débit cardiaque
 - Bradycardie
- Effets respiratoires
 - Apnée
 - Perte du contrôle des voies aériennes
 - Hyperréactivité bronchique
- Choc anaphylactique
- Curarisation prolongée

Effets liés à la décompensation d'une pathologie antérieure du patient

APRES LE BLOC

- Risques Cardiaques
 - IDM périopératoire
 - Troubles du rythme périopératoires
- Risques respiratoires
 - Décompensation d'une BPCO
 - Majoration apnée du sommeil
- Risques neurologiques
 - AIT, AVC
- Risque rénal
 - Instabilité hémodynamique
 - Toxicité des AINS...
- Risques hémorragiques ou thrombotiques
 - Patients sous AVK, AAP...;

Effets des agents de l'anesthésie dans le cas d'une situation chirurgicale difficile

**APRES LE
BLOC**

- Choc hémorragique
- Clampage vasculaire
- Position chirurgicale
 - Hémodynamique
 - Complication de position
 - Embolie gazeuse
- Coelioscopie et pneumopéritoine
- Chirurgie thoracique et difficultés de ventilation...

Mais quand TOUS LES FEUX SONT AU VERT

Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures

Majholm B et al, Acta Anaesthesiol Scand 2012;56:323-331

- Taux de retour à l'hôpital (excluant amygdales/VG): 11 / 1000
- Aucun décès
- 11 % dans les 24^{ères} heures
- 5 décès en rapport ou possiblement en rapport avec la chirurgie ambulatoire au cours des 30 ers jours: J7, J1, J27, J30, J22

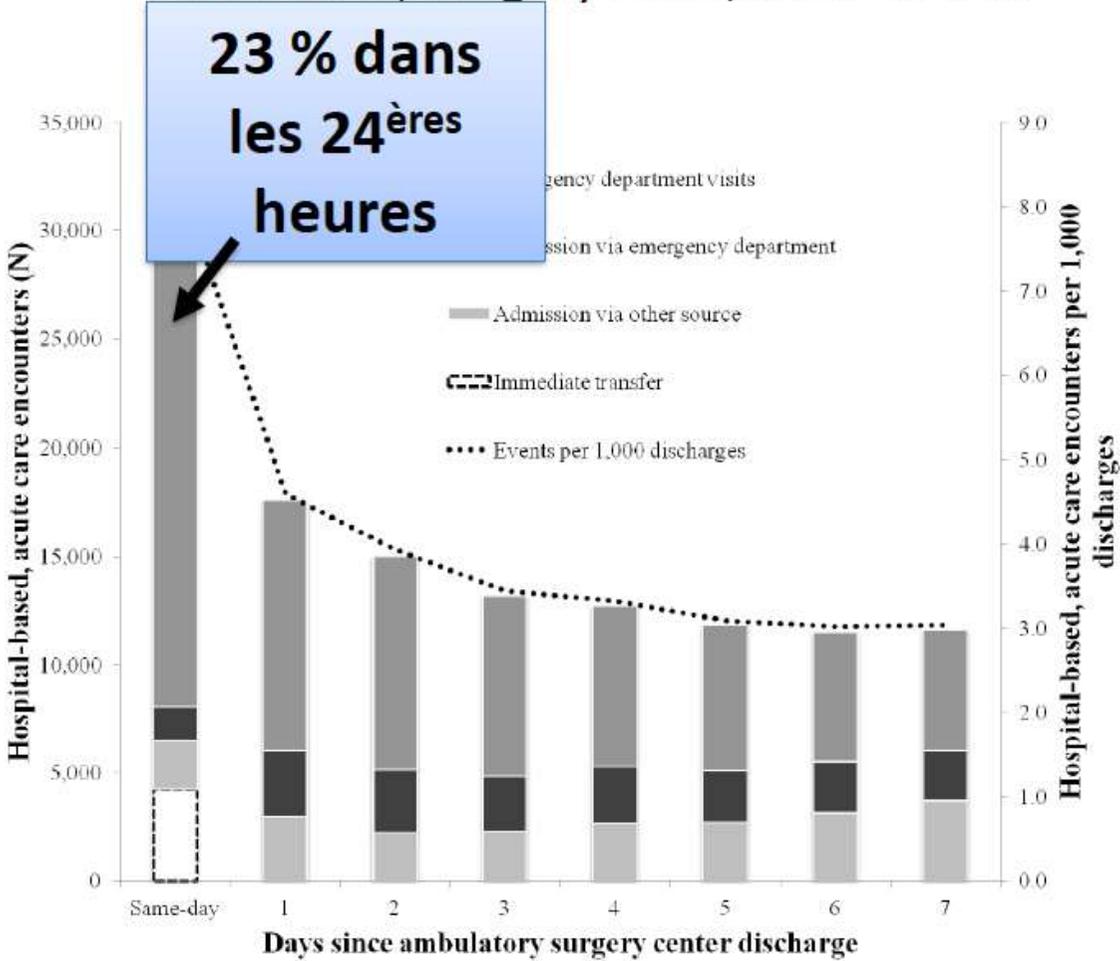
Hospital-based, acute care following ambulatory surgery center discharge

Fox JP et al, Surgery 2014;155:743-753

- 3.821.670 patients admis en centre de chirurgie ambulatoire dans les 3 états américains (Californie, Floride, Nebraska) entre Juillet 2008 et septembre 2009, étudiés à partir des bases de données
- Taux d'admission le jour même: 1,1/1000
- Réadmission après la sortie pendant les 7^{ers} jours: 32/1000 (21-39)
- Taux de réadmission similaire si limité aux 3 procédures principales: endoscopie basse (25 %), cataracte (20 %) et endoscopie haute (10%)
- Taux de réadmission si âge > 65 ans: 27/1000

Hospital-based, acute care following ambulatory surgery center discharge

Fox JP et al, Surgery 2014;155:743-753



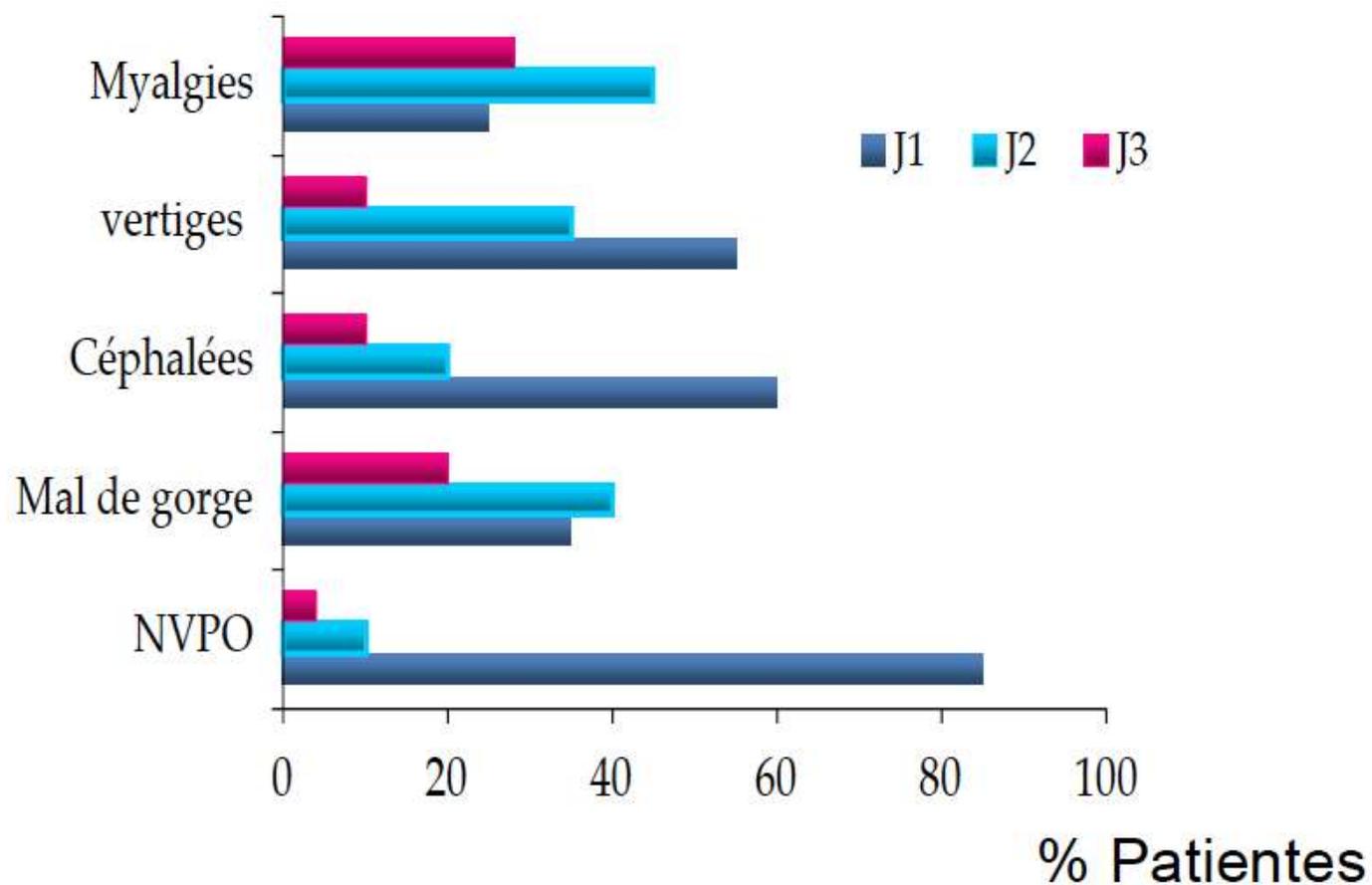
Hospital-based, acute care following ambulatory surgery center discharge

Fox JP et al, Surgery 2014;155:743-753

Ordre de fréquence relative	Type interventionnel	Cause la plus fréquente	Cause n°2	Cause n°3
1 & 2	Endoscopie digestive	Complications acte	Douleur abdominale	Rétention urinaire
3	Cataracte	Arythmie cardiaque	Douleur thoracique	
5	Arthroscopie de genou	Lésions ostéoarticulaires		
6	Hernie inguinale	Complications acte	Rétention urinaire	Douleur abdominale
7	Exérèse lésion cutanée	Complications acte	Autres	Infection locale
8	Cholécystectomie	Douleur abdominale	Complications acte	-

Patient's assessment of ambulatory anesthesia and surgery

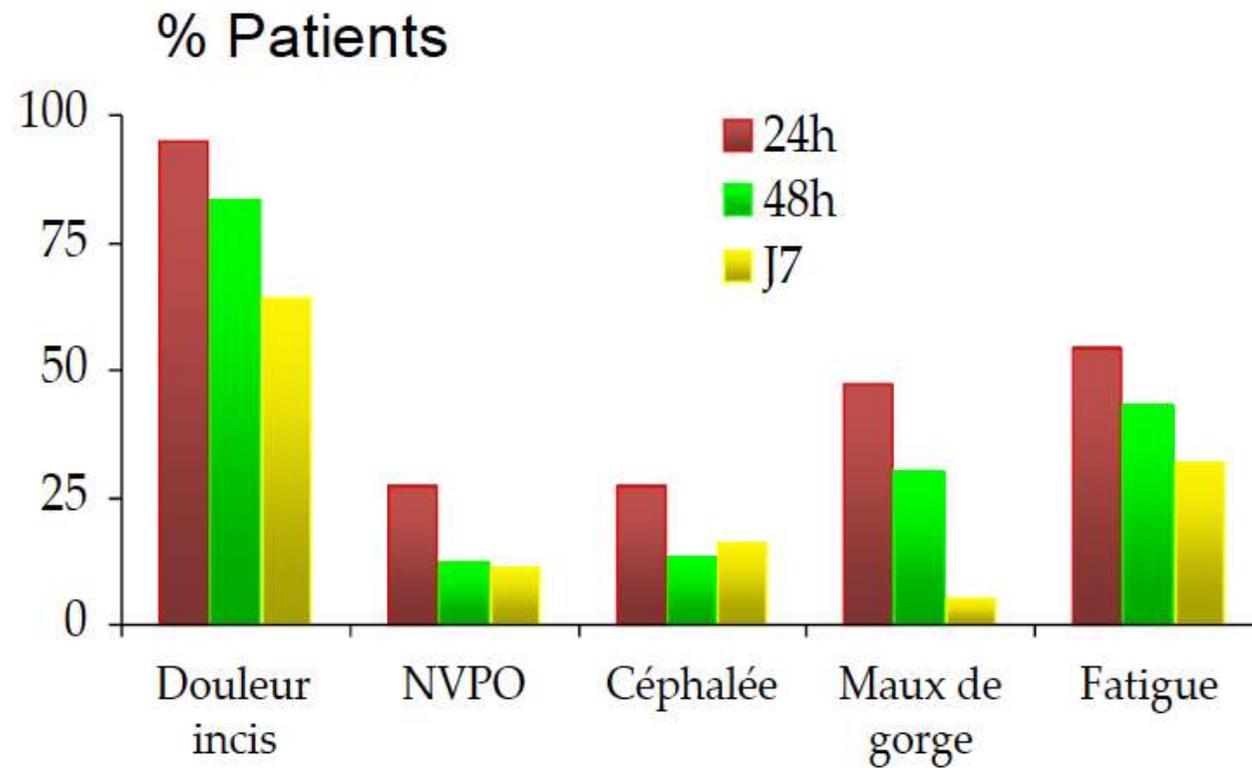
Philip BK et al, Br J Anaesth 1992



3722 patientes, chirurgie gynécologique

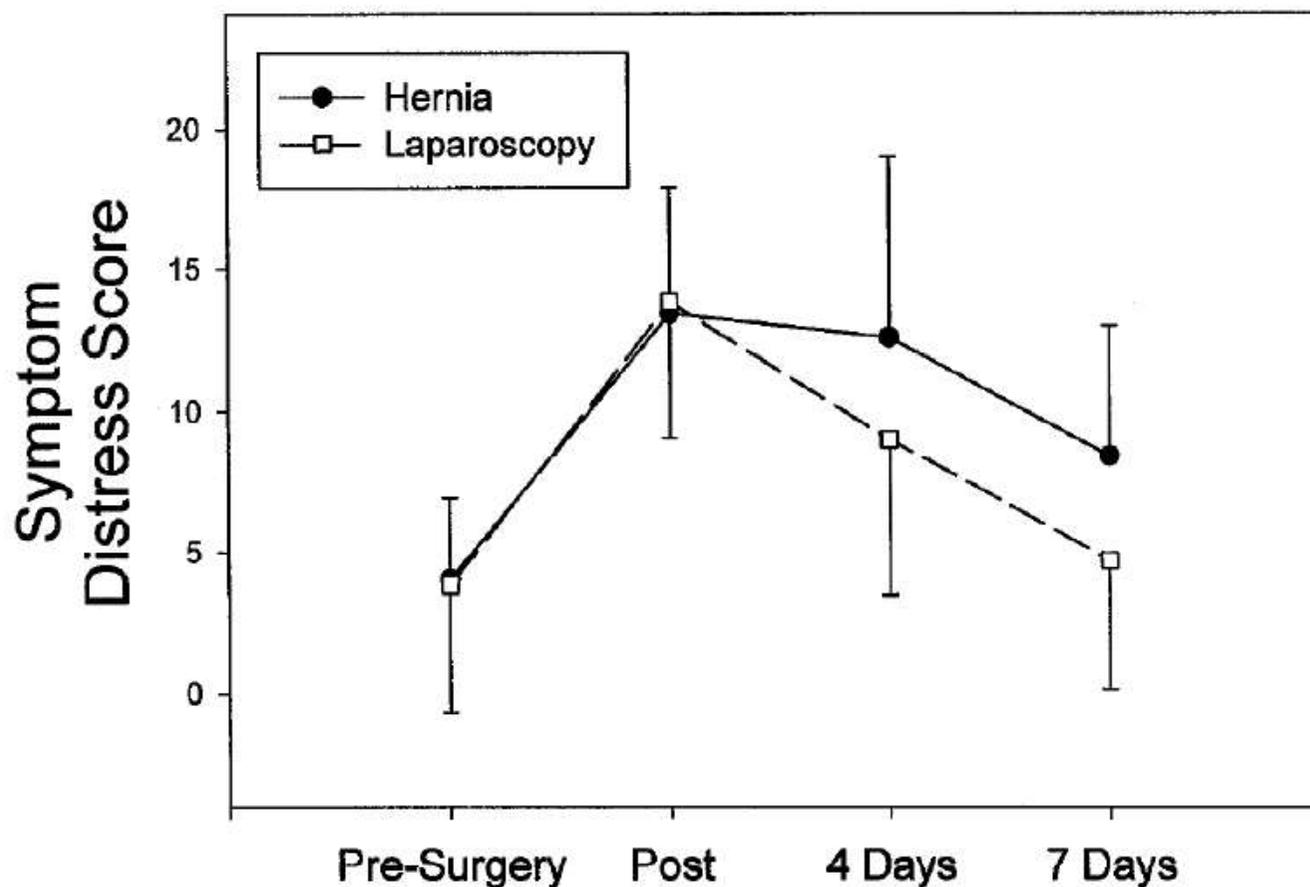
Severity and impact of pain after day-surgery

Beauregard L et al, Can J Anaesth 1998,45:304



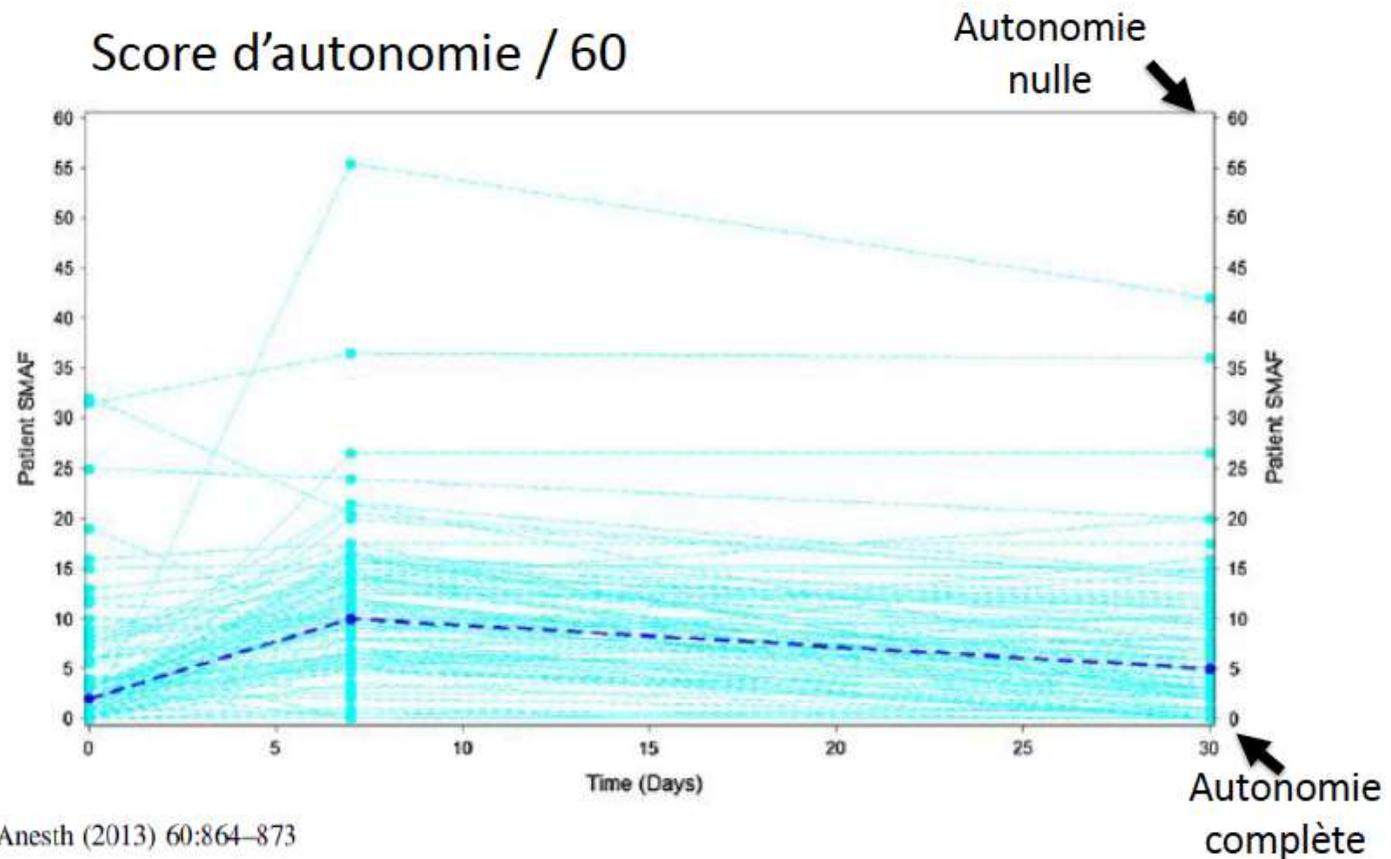
Symptom distress and functional status changes during the first 7 days after ambulatory surgery

Swan BA et al Anesth Analg 1998 Apr;86(4):739-45



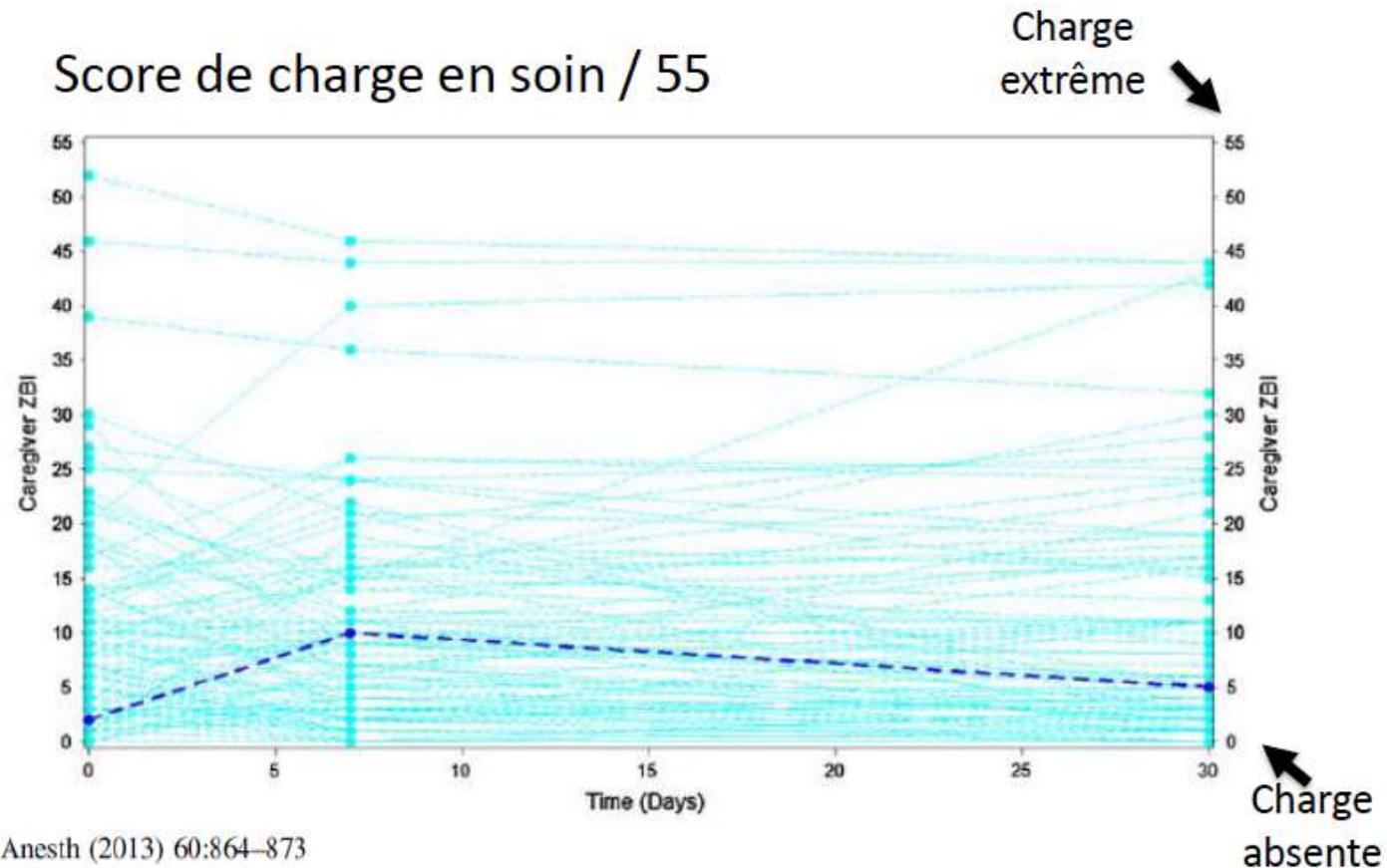
Le fonctionnement du patient et le fardeau de l'aidant après une chirurgie ambulatoire: une étude de cohorte de patients âgés de 65 ans et plus

Gregory L. Bryson, MD · Natalie A. Clavel, MD · Rebecca Moga, MD ·
Barbara Power, MD · Monica Taljaard, PhD · Howard J. Nathan, MD



Le fonctionnement du patient et le fardeau de l'aidant après une chirurgie ambulatoire: une étude de cohorte de patients âgés de 65 ans et plus

Gregory L. Bryson, MD · Natalie A. Clavel, MD · Rebecca Moga, MD · Barbara Power, MD · Monica Taljaard, PhD · Howard J. Nathan, MD



EVALUATION PRÉOPÉRATOIRE POUR LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

- 1. Statut d'apnée du sommeil
- 2. Anomalie anatomique et physiologique
- 3. Comorbidités
- 4. Nature de la chirurgie
- 5. Type d'anesthésie
- 6. Besoins d'opiacés en postopératoire
- 7. Age du patient
- 8. les conditions de sortie
- 9. Le niveau de pertinence du malade

Table 2. Scoring System for Perioperative Risk from OSA: Example*

A. Severity of sleep apnea based on sleep study (or clinical indicators if sleep study is not available)

Point score: (0–3)†‡

Severity of OSA (table 1)

	Points
None	0
Mild	1
Moderate	2
Severe	3

B. Invasiveness of surgery and anesthesia

Point score: (0–3)

Type of surgery and anesthesia

	Points
Superficial surgery under local or peripheral nerve block anesthesia without sedation	0
Superficial surgery with moderate sedation or general anesthesia	1
Peripheral surgery with spinal or epidural anesthesia (with no more than moderate sedation)	1
Peripheral surgery with general anesthesia	2
Airway surgery with moderate sedation	2
Major surgery, general anesthesia	3
Airway surgery, general anesthesia	3

A+ B ou C (le plus grand)

Patients >4 Risque

Patients 5-6 Risque majeur

C. Requirement for postoperative opioids

Point score: (0–3)

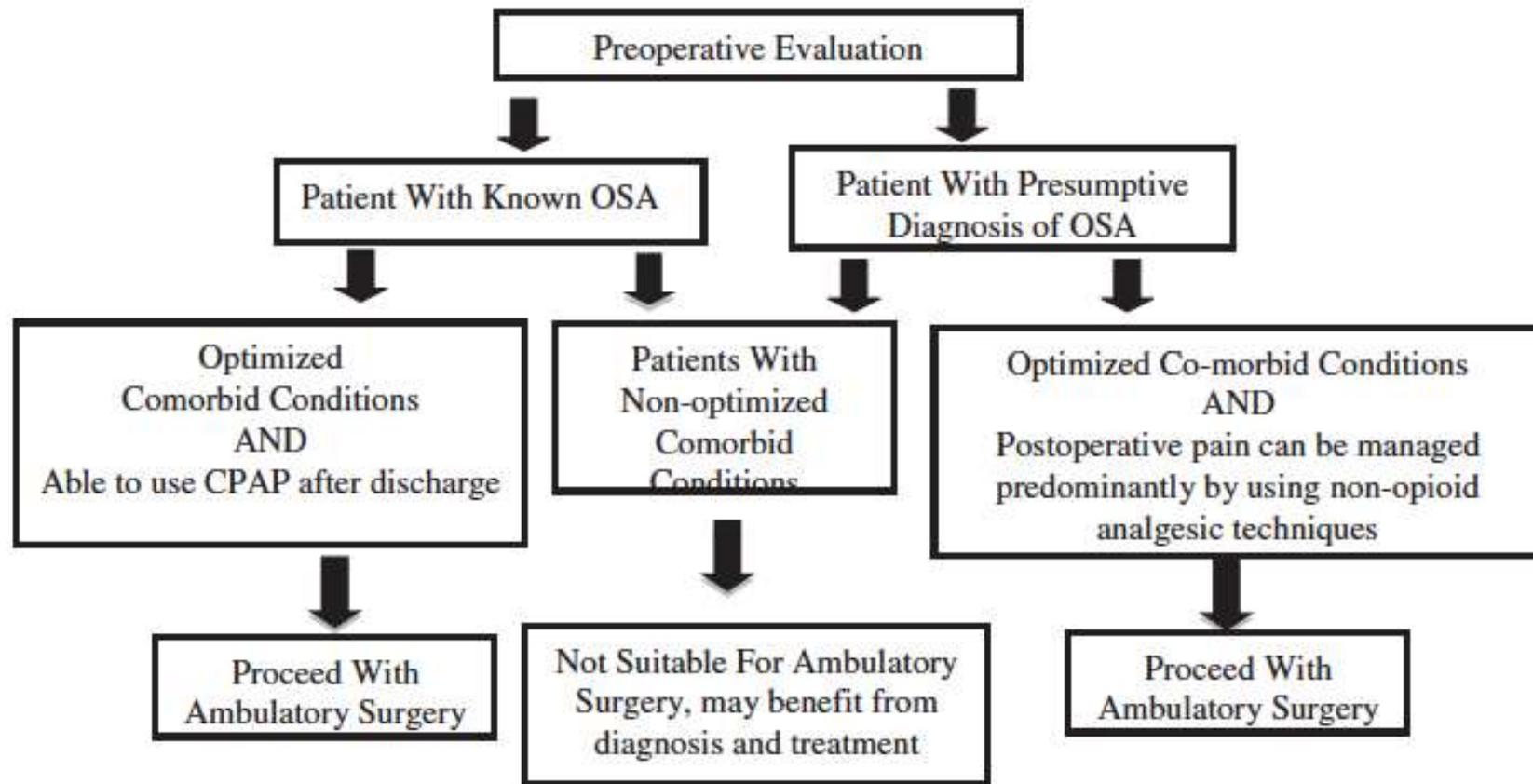
Opioid requirement

	Points
None	0
Low-dose oral opioids	1
High-dose oral opioids, parenteral or neuraxial opioids	3

D. Estimation of perioperative risk:

Overall point score: the score for A plus the greater of the score for either B or C: (0–6)§

Society for Ambulatory Anesthesia Consensus Statement on Preoperative Selection of Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Scheduled for Ambulatory Surgery



Enquête AP-HP 2015
Résultats Hôpital Saint Antoine
Questions posées à J1 par téléphone

Question: Depuis la sortie de l'hôpital hier, avez-vous eu besoin...	Réponse
D'appeler un médecin?	4,3 %
D'appeler une infirmière	2,2 %
De l'aide d'un proche?	37 %
D'aller aux Urgences?	0
De contacter l'hôpital?	10,9 %

Diapo réalisée à partir des données fournies par le Pr Beaussier

The liability of the anaesthesiologist in ambulatory surgery

Thiessen A et al, ACCPM 2016;35:215-221

- La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en consultation d'anesthésie, lors de la visite pré anesthésique, durant l'acte, la période de surveillance postopératoire et dans le cadre de la continuité des soins, n'est pas différente de ce qu'elle est en hospitalisation conventionnelle.
- Chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes.
- Le tiers accompagnant peut avoir une responsabilité morale mais il n'a aucune responsabilité juridique. La signature de l'accompagnant n'a pas lieu d'être.
- Avis téléphonique avec précaution
- Télémédecine?

La chirurgie ambulatoire « lourde »

« De nombreux centres à travers le monde prennent en charge des interventions majeures en chirurgie ambulatoire : par exemple, reconstruction d'épaule et de genou, hystérectomie vaginale sous contrôle assistée par laparoscopie, chirurgie de la hernie hiatale par fundoplicature, splénectomie et surrénalectomie. Certains patients subissant endartériectomie carotidienne, lobectomie pulmonaire, prostatectomie et certaines interventions de chirurgie intracrânienne mineure peuvent être pris en charge sur la base d'un séjour d'un jour (ou admission de 23 heures)... »

White P, Anesth Analg 2000

Le patient peut-il rester seul la première nuit à certaines conditions ? Oui

- Recommandations de la SFAR 1998
 - liste des actes marqueurs
 - Distance maximale, accompagnement obligatoire...
- Recommandations de la SFAR 2010:
 - « Au total, c'est le couple patient - intervention qui est ou n'est pas éligible à l'ambulatoire »
 - Une seule signature pour la sortie suffit
 - Information préopératoire loyale sur le risque et prévision des besoins de soins, traitements préventifs et curatifs (NVPO, douleur) puissants et disponibles, numéros de téléphone 24/24, médecine de ville...(traçabilité)
 - « Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient, et doit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place »

Dysfonctions cognitives postopératoires J. Mantz



Chirurgie non cardiaque: recommandations

- L'anesthésie perturbe-t-elle les fonctions cognitives ? Peut-être...
- Identifier les facteurs de risque (âge+++)
- Eviter les benzodiazépines
- Maintien de l'oxygénation, de la pression artérielle et de l'hématocrite
- Programme de réhabilitation post-opératoire

- Un sujet âgé, dépourvu d'autonomie, et a fortiori désorienté, **va dépendre + totalement de la qualité de son entourage à son lieu de résidence et lors de ses différents déplacements** (formalités, consultation de chirurgie, CSA, UCA, achats à la pharmacie,...).
- **Obstacles** : difficulté à se déplacer, difficultés d'orientation, de compréhension, de mémorisation, de visualisation (ophtalmo) et/ou d'audition, problèmes linguistiques.
- L'information aux différents étapes doit être comprise ou à défaut reçue par un tiers pour que les consignes puissent avoir une chance d'être respectées (prises médicamenteuses, consignes et horaires de jeun, douche, apport de documents, béquilles...)
- **Si nécessaire**, un tiers doit pouvoir appeler pour obtenir un conseil

- **Cet accompagnant serait ainsi présent tout au long de la chaîne de l'information** pour la recevoir dans son intégralité. Dans l'idéal aussi, elle **devrait connaître le patient** pour pouvoir anticiper sur les questions et les éventuels problèmes à même de survenir
- Il est clair cependant, qu'une fois l'analyse Bénéfices/Risques réalisée, la **validation finale** dépendra de la possibilité ou non de voir respectées les consignes pré et post op ainsi que de la qualité du suivi et de la surveillance postop au lieu de résidence
(White PF et al. Perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery. Anesth Analg 2012;114:1190-215)

- En termes d'information, 3 populations de personnes âgées
 - sujet âgé autonome « qui ne fait pas son âge », sans atcd, capable de suivre les consignes. Il vit en général chez lui ;
 - celui « qui a toute sa tête », mais qui ne peut recevoir correctement l'information par un défaut de la vision et/ou de l'ouïe. Ou avec atcd médicaux significatifs et/ou avoir du mal à se déplacer ;
 - celui « qui n'a pas toute sa tête »
- Dans les 2 derniers cas, le rôle de l'accompagnant est évident, dans le premier, si cela se peut se discuter en théorie, il est également souhaitable qu'une personne accompagnante soit présente.
- La personne âgée est particulièrement vulnérable au stress et au changement d'environnement et un trouble du comportement peut se révéler à cette occasion. La qualité du suivi et de la surveillance postop revêt là toute son importance.

Conclusion

- Une prise en charge moderne
- Rigueur et optimisation à chaque étape de PEC
- Anticiper le risque
- Si doute, transforme le séjour ambulatoire en séjour conventionnel