

CHIRURGIE VISCERALE AMBULATOIRE

Point de vue d'un anesthésiste



Chirurgie Ambulatoire et Risques

La Chirurgie Ambulatoire = actes maitrisés

≠ expérimental

La Chirurgie ambulatoire est sûre

1/ effets directs : réduction des risques (infection / thromboses..)

2/ effets indirects : protocolisation – travail d'équipe

développement du mini-invasif

suivi des indicateurs

La Chirurgie Ambulatoire = gestion des risques

≠ principe de précaution

Importance de l'information –Importance des facteurs organisationnels

Cholécystectomie en Ambulatoire

vs hospitalisation

- Méta-analyse
- 7 études randomisées contrôlées
- 598 patients

	ambu	hospit	
Age (année)	41±5	46±6	
Conversion	3.4%	2.6%	NVPO
Complications postopératoires immédiates	10.2%	11.4%	hémorragie douleur
Réadmissions	2.0%	2.2%	Pb cicatrice
Reprise activité normale	11±4j	13±4j	

ODDS ratioComplications0.8 [0.5 - 1.4]Hospitalisations1.9 [0.8 - 4.6](vs prolongation pour hospit)Réadmissions0.9 [0.3 - 2.9]

Réadmissions après chirurgie ambulatoire

	Type d'étude	Nombre de patients	suivi	Réadmissions pour complications	mortalité
MA Warner et coll.	prospectif	38598	72h et 30j	0,09%	4 (dont 2 accidents de la route sans lien)
R Twersky et coll.	rétrospectif	6243	30j	3% 1,3% = complications	0
G Mezei et coll.	prospectif	17638	30j	1,1% 0,15% = complications	0
K Coley et coll.	rétrospectif	20817	30j	5,7 1,5% = complications	
J Engbaek et coll.	rétrospectif	16048	60j	1,21% 0,8% = complications	0
B Majholm et coll.	prospectif	57709	30j	1,21%	5
M Mathis et coll.	rétrospectif	244397	72h	0,1%	21

La Chirurgie Ambulatoire est une prise en charge sûre

Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures

J. Engbæk¹, J. Bartholdy¹ and N.-C. Hjortsø²

Acta Anaesthesiol Scand 2006; 50: 911-919

	n	Morbidity cases
Hernia repair	1260	32 (1 : 39)
Tonsillectomy	190	14 (1 : 14)
Knee arthroscopy	2220	10 (1:220)
Scrotal/penile operation	730	10 (1:73)
Hardware removal	521	7 (1:74)
Transurethral resection	527	3 (1 : 176)
Laparoscopic sterilization	755	4 (1 : 189)
Cystoscopy	901	1 (1 : 901)
Hysteroscopy	852	0

La Chirurgie Ambulatoire est une prise en charge sûre

Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures

J. Engbæk¹, J. Bartholdy¹ and N.-C. Hjortsø²

Acta Anaesthesiol Scand 2006; 50: 911-919

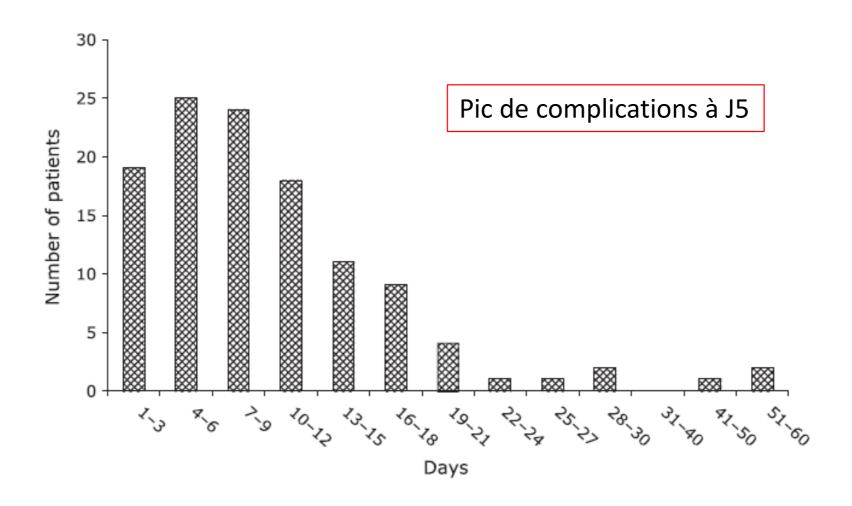
244 complications: 127 sans relation directe (AVC / IDM / pneumopathies / décès.....)

117 en relation avec la prise en charge ambulatoire \rightarrow

Hématome0,36%Infection site op0,27%Thrombose veineuse0,02%Embolie pulmonaire0,01%

Complications après Chirurgie Ambulatoire

Les complications ne surviennent pas toujours dans le 24 premières heures



Risques médico-légaux et Chirurgie Ambulatoire

Épidémiologie du risque médico-légal lié à la pratique de la chirurgie ambulatoire en France : données SHAM

A. Theissen^{a,*}, F. Fuz^b, J. Catineau^a, W. Sultan^a, M. Beaussier^c, M. Carles^d, M. Raucoules-Aimé^d, P. Niccolai^e

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 33 (2014) 158-162

Entre 2007 et 2011

	Chirurgie non ambulatoire	Chirurgie ambulatoire	Total
Nombre de sinistres	29 098	467	29 565
Nombre de condamnations	2151	33	2184
%	7,39	7	7,38
Coût total (M €)	400,3	1,7	402
Coût moyen (€)	186 099	51 515	184 065

Chirurgie Ambulatoire (CAMB) 35% de la chirurgie sur la période 1,6% de sinistres

La CAMB est une pratique sûre et la sinistralité est proportionnellement moins fréquente qu'en CNA, au regard du volume global d'activité.

Sujets âgés : bénéfice de la prise en charge ambulatoire

Safety of Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly: Analysis of 15,248 Patients Using the NSQIP Database

Ajit Rao, BS, Antonio Polanco, BA, Sujing Qiu, BA, Joseph Kim, MD, Edward H Chin, MD, FACS, Celia M Divino, MD, FACS, Scott Q Nguyen, MD, FACS

2007-2010 - >65 ans - 15248 patients - 49% Ambu

	Ambulatoire	Hospitalisés	
mortality	0.2%	1.5%	P<0.001
Stroke	0.1%	0.3%	P<0.001
Myocardial Infarction	0.1%	0.6%	P<0.001
Pulmonary Embolism	0.1%	0.3%	p= 0.005
Sepsis	0.2%	0.7%	P<0.001

J Am Coll Surg 2013

Chirurgie Ambulatoire : sélection / éligibilité

Accompagnant = « casse tête »



« 9 million de personnes vivent seules en France dont 28 % des personnes de 65 à 79 ans et la moitié des plus de 80 ans ! Et cette tendance ne cesse d'augmenter »

près de 1/3 de la population parisienne vit seule

Accompagnant nécessaire pour retour à domicile

attention taxi / VSL.....



RFE 2009

 «...la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire est 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»



Ex : chirurgie de la main sous ALR , sans problème, patients autonomes

aucun texte réglementaire

Chirurgie Ambulatoire : sélection / éligibilité

Critères Interventionnels

- Pas de liste d'actes +++ caractère local – rapport bénéfice / risque procédures maitrisées aspect évolutif
- Risque minime de complications postopératoires graves (complications hémorragiques...)
- Suites opératoires maitrisables à domicile (sondages / drains / dispositif analgésiques.....)
- Absence d'interférence prolongée avec la reprise de l'alimentation
- La durée de l'intervention n'est pas un critère d'éligibilité

Développer la chirurgie ambulatoire Nouvelles indications

Expérience des opérateurs +++

Transition progressive vers l'ambulatoire

Etapes chronologiques de développement de l'ambulatoire

Respect des contre-indications anesthésiques

Adapter les techniques anesthésiques

Suivi des indicateurs

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés

Consultation

 Eligibilité doit tenir compte d'autres paramètres que l'acte comorbidités du patients / critères socio-environnementaux recommandations SFAR 2009

évite de récuser les patients en CS d'anesthésie permet une programmation immédiate

• Information donnée dés le début à éviter : « je ne sais pas, vous verrez cela avec l'anesthésiste.... »

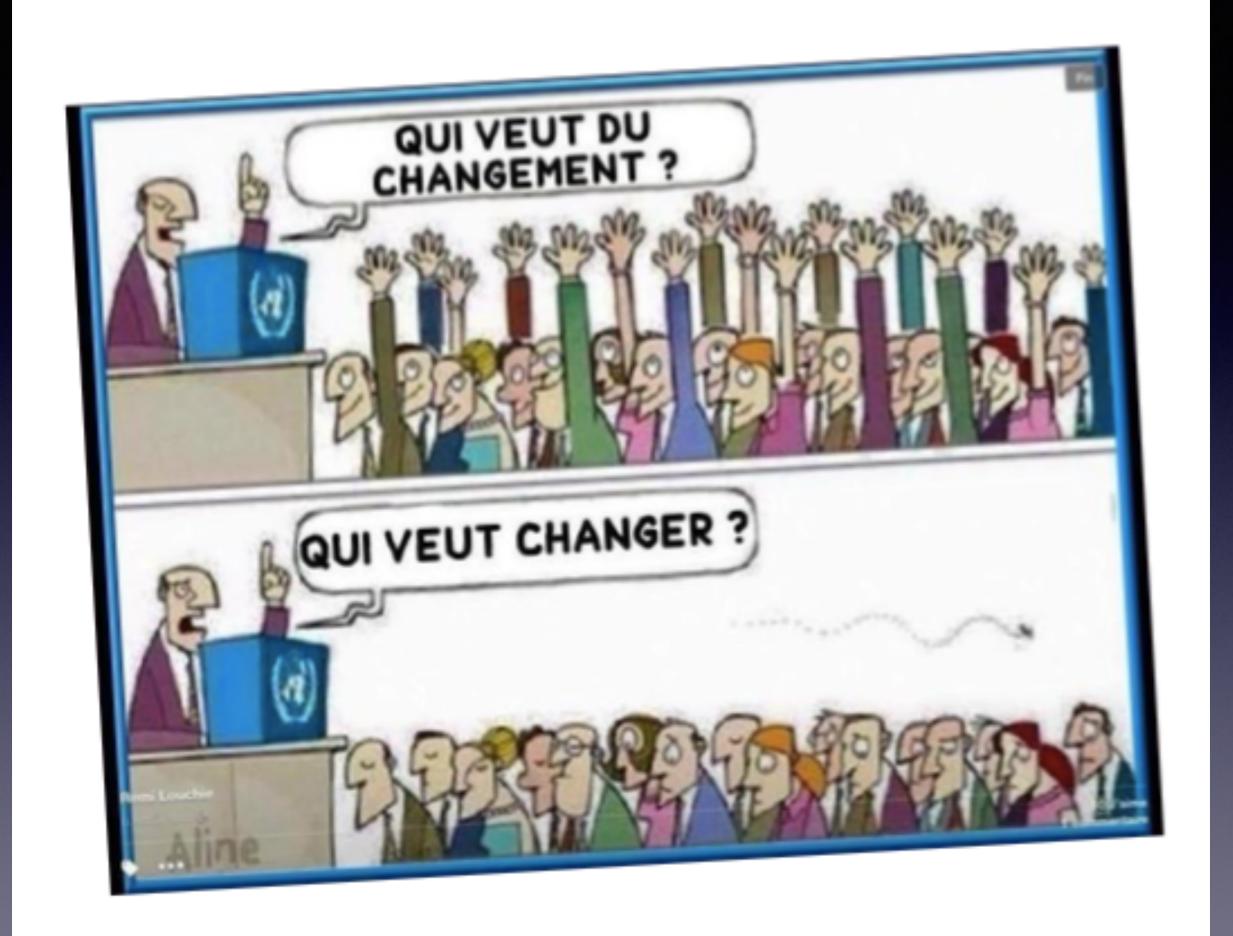
• Messages homogènes dans l'équipe sur règles de jeûne – la pratique de l'ALR – suivi à domicile....

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés

Programmation

pour les équipes chirurgicales et anesthésiques :

- Maitrise parfaite des actes pratiqués en ambulatoire et de leurs suites
- Accord entre équipes anesthésique/chir sur les actes pratiqués
- Transfert des informations installation / voie d'abord / matériel nécessaire / durée prévisible...
- Respect des horaires programmation échelonnée
- Programme ambu « inséré » dans un programme conventionnel
- Eviter les déprogrammations
- Séniorisation (?) encadrement en CHU

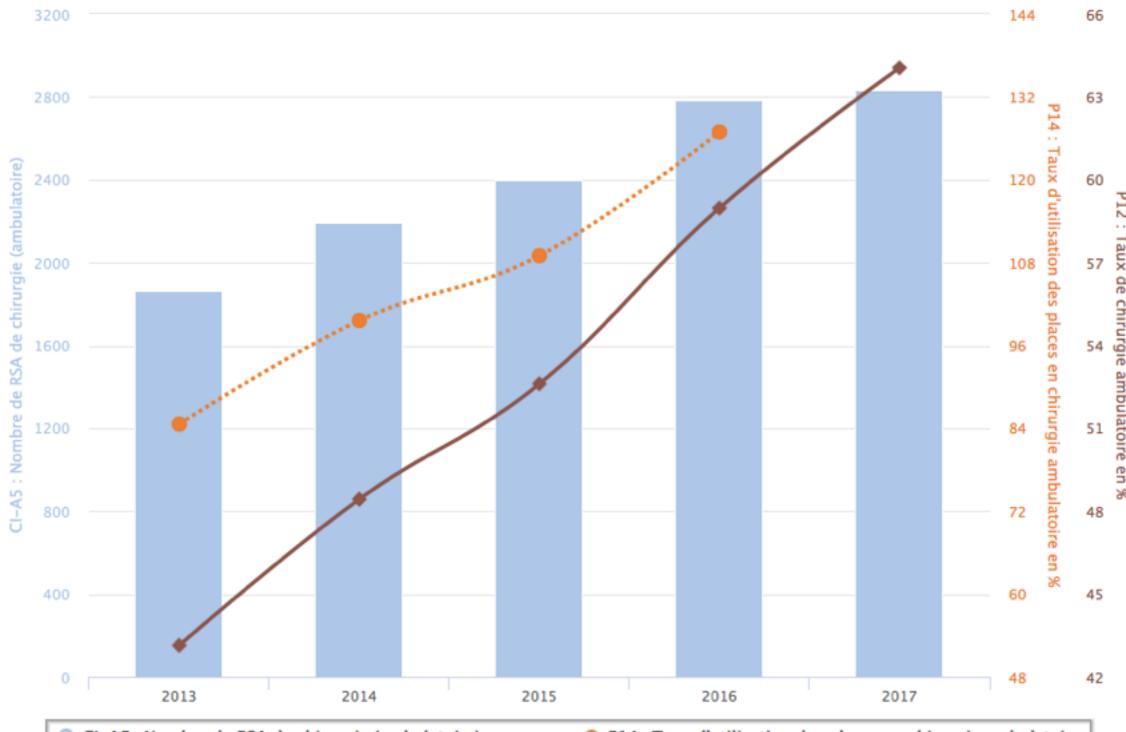


Organisation de la chirurgie ambulatoire

190000257 : CLINIQUE SAINT-GERMAIN BRIVE (CLI) / Nouvelle Aquitaine / Corrèze

1. Attention aux échelles utilisées par chaque indicateur

2. Cliquer sur chaque indicateur dans la légende ci-dessous, pour l'isoler dans le graphique.



CI-A5 : Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)
P12 : Taux de chirurgie ambulatoire

P14 : Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire

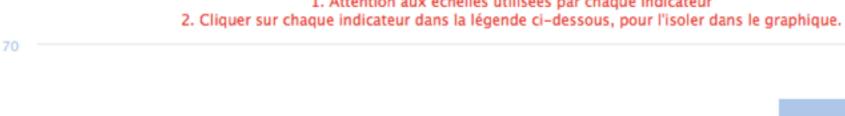
 \equiv

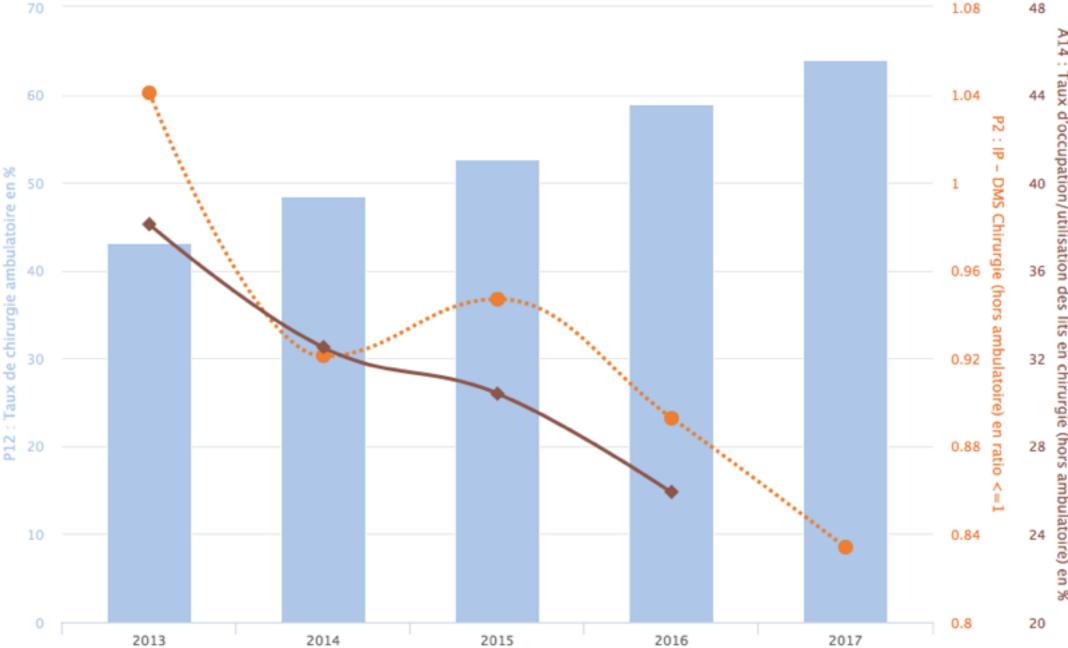
Virage ambulatoire

190000257: CLINIQUE SAINT-GERMAIN BRIVE (CLI) / Nouvelle Aquitaine / Corrèze

 \equiv

1. Attention aux échelles utilisées par chaque indicateur





P12 : Taux de chirurgie ambulatoire

P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)

A14 : Taux d'occupation/utilisation des lits en chirurgie (hors ambulatoire)

Données réelles – chirurgie / gynécologie – Clinique Saint Germain – Brive la Gaillarde

