

Audit sur la prévention des nausées et vomissements post-opératoires après cholécystectomie

N.BENMOUHOU; S. KADDOURI ; Z. SAFIR; Z. ZORAI; S. SEDKI; D. DOUMI; H. HACHCHAD
Service Anesthésie – Réanimation, EPH Bachir Mentouri, Kouba





Introduction

Definition



Le terme **nausées et vomissements post-opératoires (NVPO)** décrit les nausées et/ou vomissements survenant dans les 24 heures suivant l'intervention chirurgicale.

Pourquoi?



Une revue rétrospective impliquant **18,473** patients a noté que le problème le plus courant dans la salle de soins post-interventionnell sont les NVPOs



Les étapes de l'audit

5 étapes

- Première étape
- 19/02/2023-06/03/2023

1

- Choix des critères

2

- Recceuil des données

3

- Analyse des résultats

4

- Comparaison des résultats avec le standard

5

- Deuxième étape
- 07/03/2023-20/06/2023

- Plan d'amélioration et réévaluation



Les étapes de l'audit

5 étapes

- 1. Femmes non fumeuses non enceintes âgées

Variables	No. (N=19)	%
la Âge (années)		
<30	03	16
30-40	05	26
40-50	05	26
>50	06	32
IMC (kg/m ²)		
<18	02	11
18-25	06	32
25-30	06	32
30-35	04	21
35-40	01	05
>40	0	0



Protocole anesthésique

- Induction:
 - Propofol 2.5mg/kg
 - Sufentanil 0.3ug/kg
 - Rocuronium 0.6mg/kg
 - Dexaméthasone 8mg
 - **Kétamine 0.2mg/kg IVD**
 - **Lidocaïne 1.5mg/kg IVL**
- Entretien:
 - Sevoflurane,
 - **OSA : Ketamine 0.2mg/kg/h IVSE, Lidocaïne : 1.5mg/kg/h IVSE, Acetaminophen 1g, parecoxib 40mg**
- Post-opératoire:
 - **Acetaminophen 1g/8h**
 - **Parecoxib 40mg / 12h**
 - **Néfopam 20mg / 8h**





Les étapes de l'audit

5 étapes

- 1. Femmes non fumeuses non enceintes âgées

Variables	No. (N=19)	%
la Âge (années)		
<30	03	16
30-40	05	26
40-50	05	26
>50	06	32
M IMC (kg/m ²)		
<18	02	11
18-25	06	32
25-30	06	32
30-35	04	21
35-40	01	05
>40	0	0



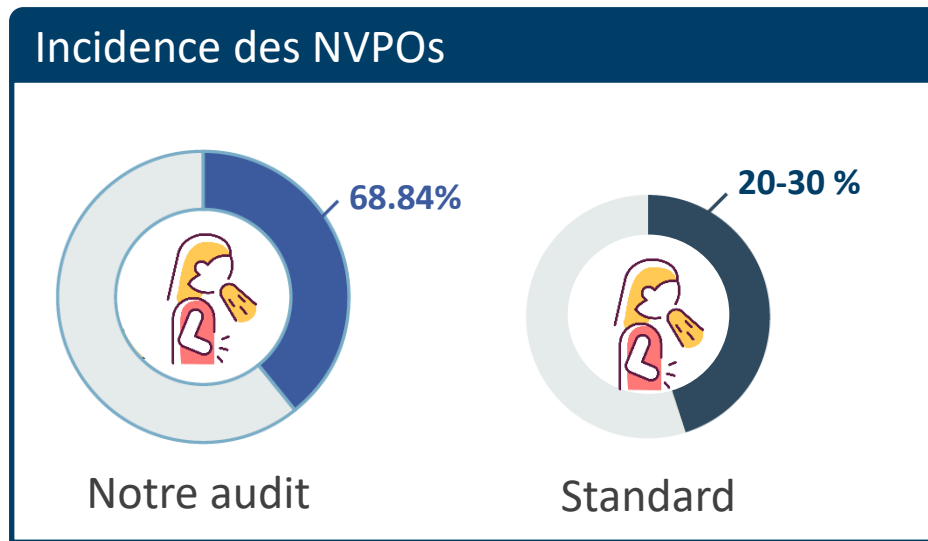
CME Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting

Tong J. Gan, MD, MHS, FRCA,* Pierre Diemunsch, MD, PhD,† Ashraf S. Habib, MB, FRCA,* Anthony Kovac, MD,‡ Peter Kranke, MD, PhD, MBA,§ Tricia A. Meyer, PharmD, MS, FASHP,|| Mehernoor Watcha, MD,¶ Frances Chung, MBBS,# Shane Angus, AA-C, MS,** Christian C. Apfel, MD, PhD, †† Sergio D. Bergese, MD,‡‡ Keith A. Candiotti, MD,§§ Matthew TV Chan, MB, BS, FANZCA, || || Peter J. Davis, MD,¶¶ Vallire D. Hooper, PhD, RN, CPAN, FAAN,## Sandhya Lagoo-Deenadayalan, MD, PhD,*** Paul Myles, MD,††† Greg Nezat, CRNA, CDR, USN, PhD,§§§ Beverly K. Philip, MD,|| || || and Martin R. Tramèr, MD, DPhil¶¶¶

The present guidelines are the most recent data on postoperative nausea and vomiting (PONV) and an update on the 2 previous sets of guidelines published in 2003 and 2007. These guidelines were compiled by a multidisciplinary international panel of individuals with interest and expertise in PONV under the auspices of the Society for Ambulatory Anesthesia. The panel members critically and systematically evaluated the current medical literature on PONV to provide an evidence-based reference tool for the management of adults and children who are undergoing surgery and are at increased risk for PONV. These guidelines identify patients at risk for PONV in adults and children; recommend approaches for reducing baseline risks for PONV; identify the most effective antiemetic single therapy and combination therapy regimens for PONV prophylaxis, including nonpharmacologic approaches; recommend strategies for treatment of PONV when it occurs; provide an algorithm for the management of individuals at increased risk for PONV as well as steps to ensure PONV prevention and treatment are implemented in the clinical setting. (*Anesth Analg* 2014;118:85–113)



Résultats et analyse



Standard/objectif 1

Diminuer l'incidence des NVPOs



Résultats et analyse

Evaluation du risque des NVPOs et leur prophylaxie



Standard/objectif 2



Standard/objectif 3

Table 3. Antiemetic Doses and Timing for Prevention of PONV in Adults

Drugs	Dose	Evidence	Timing	Evidence
Aprepitant	40 mg per os	A2 ^{113,115}	At induction	A2 ¹¹³
Casopitant	150 mg per os	A3 ^{117,118}	At induction	
Dexamethasone	4–5 mg IV	A1 ¹²¹	At induction	A1 ³²⁶
Dimenhydrinate	1 mg/kg IV	A1 ^{152–154}		
Dolasetron	12.5 mg IV	A2 ^{84,85}	End of surgery; timing may not affect efficacy	A2 ⁸⁵
Droperidol ^a	0.625–1.25 mg IV	A1 ^{138,139}	End of surgery	A1 ¹⁴⁰
Ephedrine	0.5 mg/kg IM	A2 ^{223,224}		
Granisetron	0.35–3 mg IV	A1 ^{91–93}	End of surgery	A1 ^{108–110}
Haloperidol	0.5–<2 mg IM/IV	A1 ¹⁴⁶		
Methylprednisolone	40 mg IV	A2 ¹³⁷		
Ondansetron	4 mg IV, 8 mg ODT	A1 ^{74,75}	End of surgery	A1 ¹⁰⁷
Palonosetron	0.075 mg IV	A2 ^{105,106}	At induction	A2 ^{105,106}
Perphenazine	5 mg IV	A1 ¹⁶²		
Promethazine	6.25 - 12.5 mg IV	A2 ^{222,295}		
Ramosetron	0.3 mg IV	A2 ¹⁰²	End of surgery	A2 ¹⁰²
Rolapitant	70–200 mg per os	A3 ¹¹⁹	At induction	
Scopolamine	Transdermal patch	A1 ^{157,158}	Prior evening or 2 h before surgery	A1 ¹⁵⁷
Tropisetron	2 mg IV	A1 ⁹⁷	End of surgery	Expert opinion

utilisant un score validé
(Apfel/ koivuranta).

donnée de façon standard
à toutes les patientes.



Projet d'amélioration

**Objectifs du projet
d'amélioration (2ieme
partie)**

**Diminuer l'incidence des
NVPOs**

**Établir une
évaluation pré-
opératoire des
NVPOs**

**Adapter la
prophylaxie des
NVPOs**



Projet d'amélioration- Echantillon

Variables	No. (N=18)	%
Âge (années)		
<30	02	11
30-40	03	17
40-50	08	44
>50	05	28
IMC (kg/m ²)		
<18	0	0
18-25	04	22
25-30	06	33
30-35	05	28
35-40	01	05
>40	02	11



Projet d'amélioration

Résultats du 2^{ème} cycle

Agent anti-émétique	Incidence des nausées post-opératoires N=19	Incidence des vomissements post-opératoires N=18	Satisfaction des patients
Dexaméthasone (1 ^{er} cycle)	13 (68,42%)	10 (55,55%)	très satisfait : 9 (47,37%)
Dexaméthasone + Ondansetron (2 ^{ème} cycle)	10 (52,63%)	4 (22,22%)	très satisfait : 14 (77,78%)



Limitations

- Petit échantillon
- Relation entre âge, obésité et NVPOs
 - NVPOs précoces et tardifs
- Pas d'évaluation de la douleur post-opératoire





Conclusion

- Cet audit a permis l'identification de certains domaines d'amélioration et de façonner une nouvelle approche pour la prise en charge des NVPO et par conséquent améliorer la qualité des soins opératoires de nos patients.



Je vous remercie!
