

**Prise en charge ambulatoire des patients
opérés pour la lithiase vésiculaire par voie
coelioscopique**

S.YOUSFI

Introduction

La prise en charge anesthésique du patient pour cholécystectomie en ambulatoire est un concept d'organisation, centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des différents acteurs, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques et gestion des risques.

Définition: Chirurgie ambulatoire

Ensemble des actes chirurgicaux, réalisés dans des conditions de sécurité techniques d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivis d'une surveillance post opératoire prolongée, permettant la sortie le jour même de son admission sans risque majoré.

**CONFERENCE DE CONSENSUS, "La chirurgie sans hospitalisation",
Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée,
Paris, 22, 23 et 24 mars 1993**

Anesthésie ambulatoire:

**« Concept organisationnel qui permet au patient le retour à son domicile le
jour même. »**

**Recommandation de la SFAR anesthésie du patient ambulatoire 2ème édition
1990-1994**

Objectifs de l'anesthésie ambulatoire (SFAR 2010)

- Actes chirurgicaux dans des conditions sécurisantes
- Sortie rapide du patient
- Bonne gestion de la douleur
- Limiter les effets secondaires de l'anesthésie
(notamment les nausées et vomissements postopératoires)

Avantages de la chirurgie ambulatoire

Pour le patient:

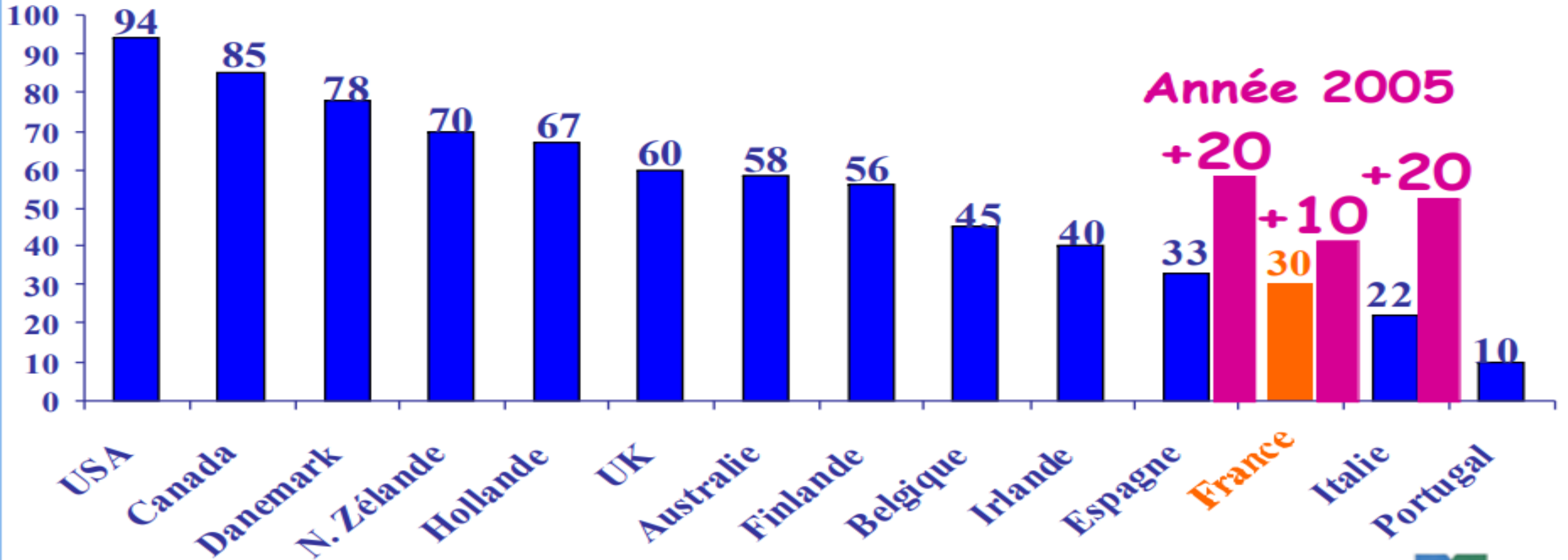
- La satisfaction du patient.
- Une prise en charge de qualité (une faible morbidité, diminution du risque d'infections nosocomiales et de thromboses).
- Le confort des patients (peu de modification de la vie quotidienne et dans son environnement).
- Une réduction de l'incapacité postopératoire et du temps de convalescence.

Pour l'établissement de santé

- La satisfaction des personnels (amélioration des conditions de travail)
- La réduction des couts (pour l'établissement)
- Le désengorgement des hôpitaux

Développement de la chirurgie ambulatoire:

Année 2001



Problématique

→ La PEC ambulatoire pose un problème organisationnel : .

➤ Absence de structures spécifiques à l'ambulatoire

➤ Coexistence des deux activités (ambulatoire et classique)

L'objectif de notre étude

évaluer la prise en charge anesthésique des patients opérés en ambulatoire pour cholécystectomie par voie coelioscopique

Matériels et méthode de l'étude

Prospective

DESCRIPTIVE

Lieu

Clinique Chirurgicale
« A » CHU Oran

Durée

Janvier 2017-
Décembre 2019

Critères d'inclusion

- Age \geq 18 ans
- ASA I et ASA II
- Critères psychosociaux et environnementaux

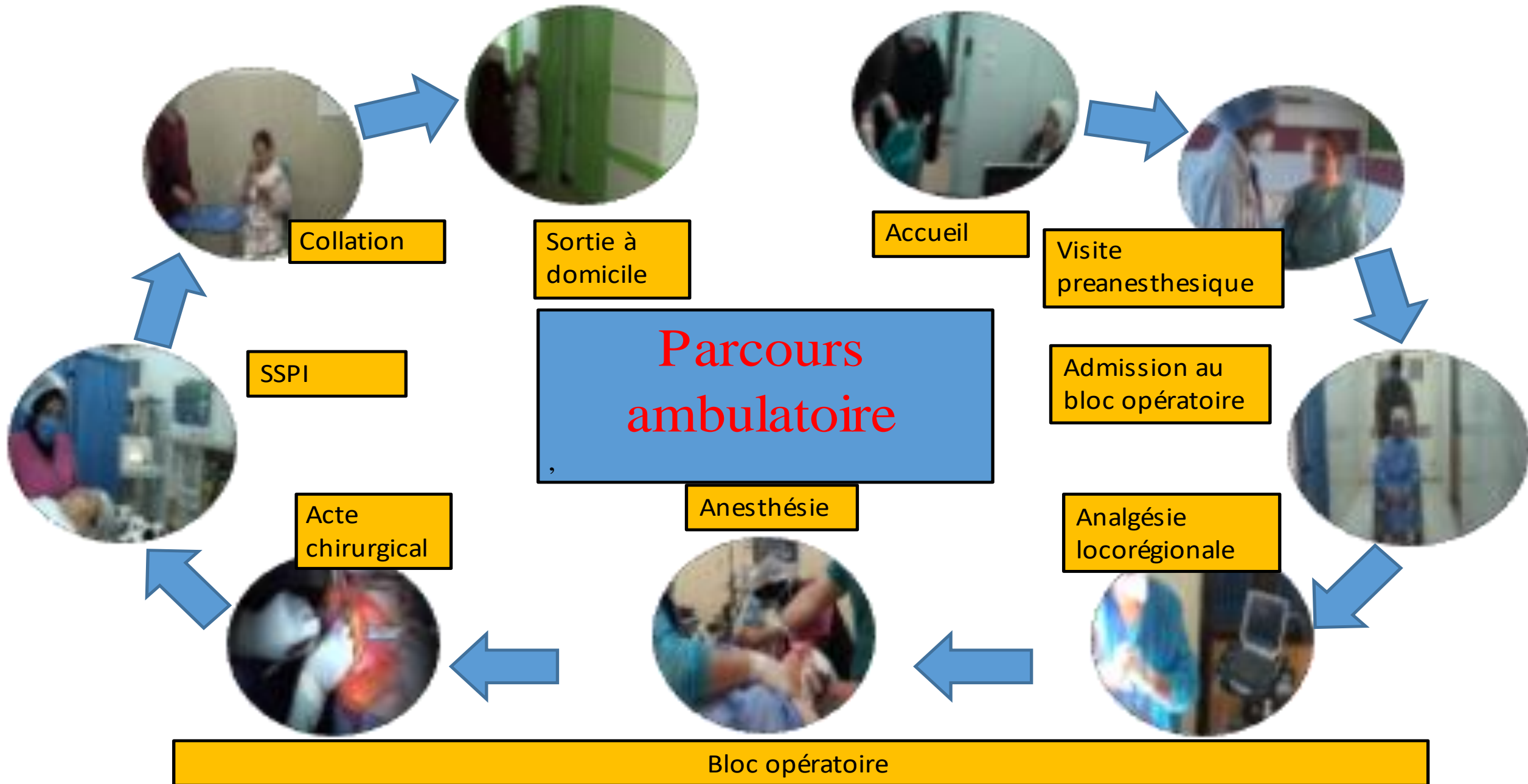
Critères d'exclusion

- ASA III et ASA IV
- Chirurgie d'urgence et chirurgie à risque hémorragique ou respiratoire.
- Refus à l'anesthésie ambulatoire

Critères de jugement

- **Admission Non Programmée**
(conversion vers une hospitalisation classique)
- **Hospitalisation Non Programmée**
(réadmission hospitalière dans la semaine qui suit l'intervention)
- **Consultation Non Programmée**
(retour à l'hôpital sans réadmission)

Déroulement du séjour ambulatoire « Chemin clinique »



Anesthésie générale

Induction

- Propofol
- Fentanyl
- Esméron
- Ketamine(à visée analgésique)



Entretien

- Propofol ou
- Sevoflurane



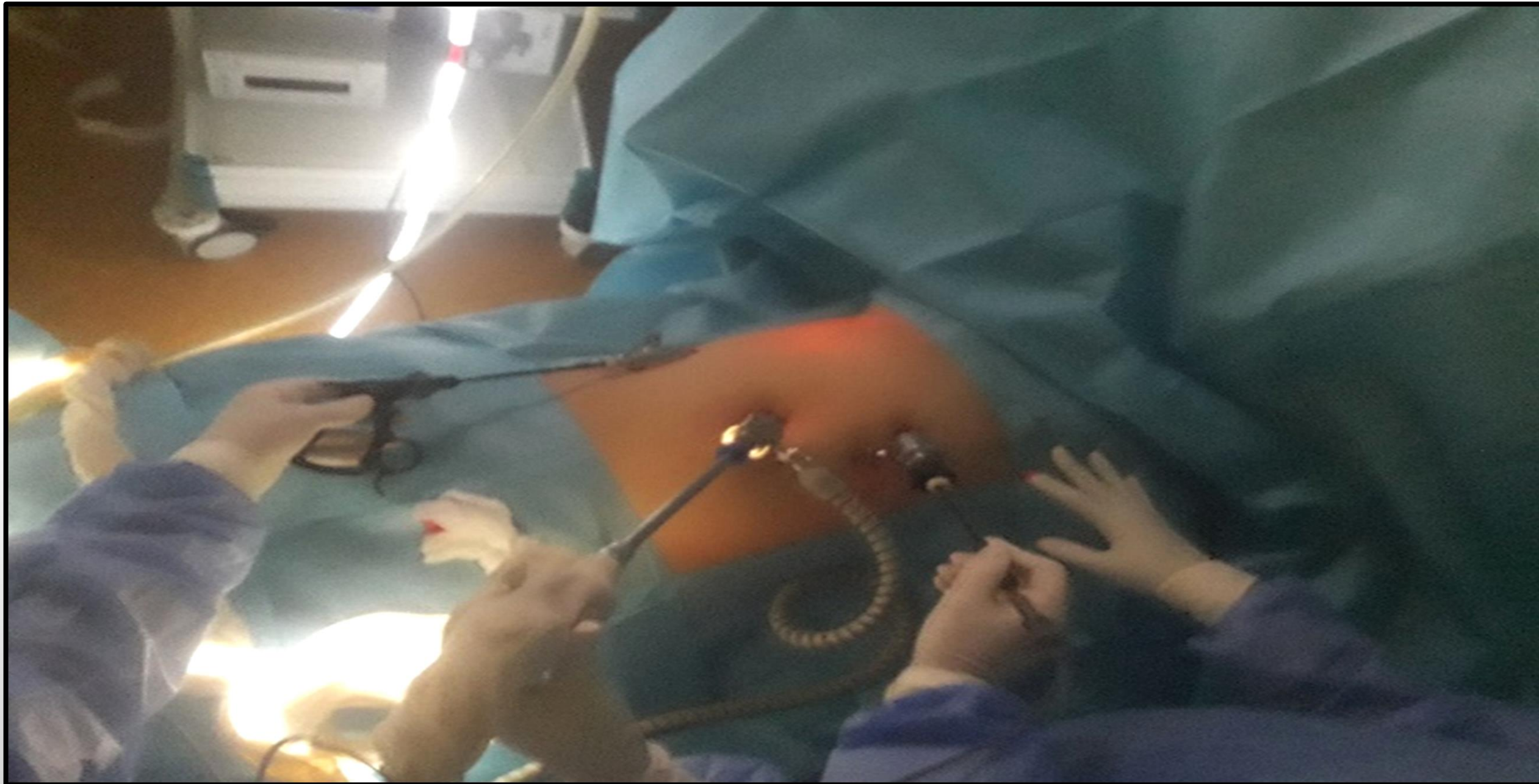
Extubation

- Critères :
- Respiratoire
- Cardiovasculaire
- Neurologique
- De curarisation complète

Protocole chirurgical

Chirurgie de la vésicule biliaire

- cholécystectomie par voie coeloscopique



Protocole analgésique « analgésie multimodale »

Analgésie par voie intraveineuse

- Perfalgan
- Dexaméthasone
- Kétamine



Analgésie locorégionale

- TAP Bloc bilatéral
- Infiltration des orifices de trocars

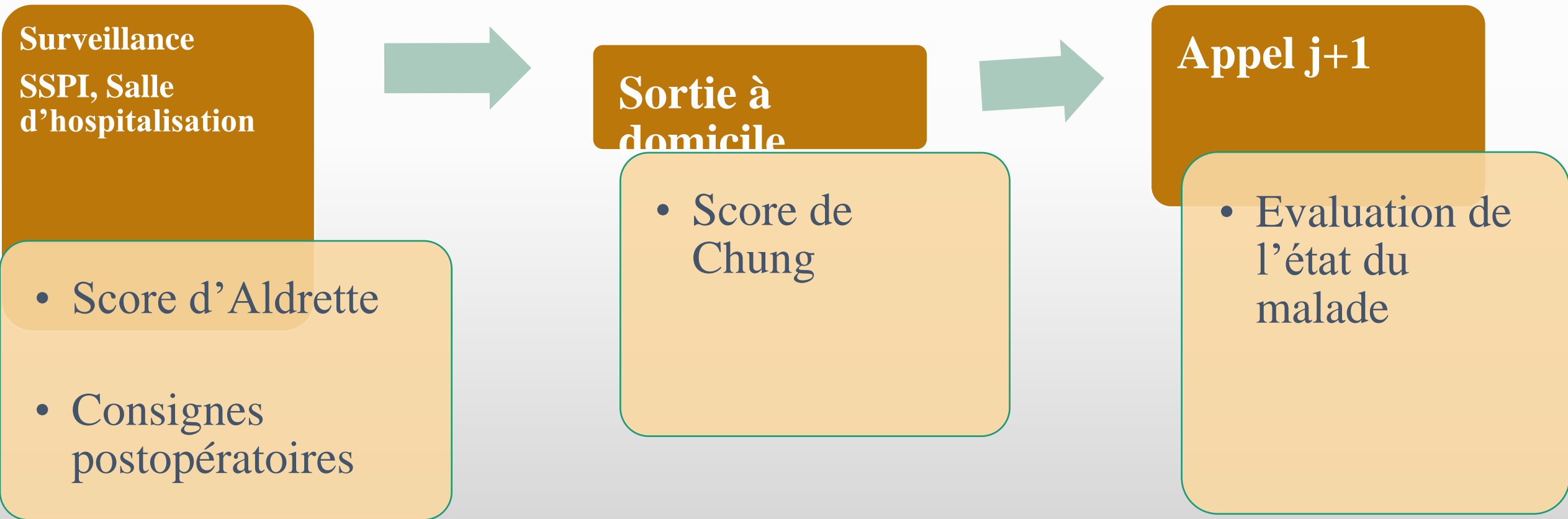


Analgésie par voie orale

- Paracétamol
- AINS celebrex



Suivi postopératoire



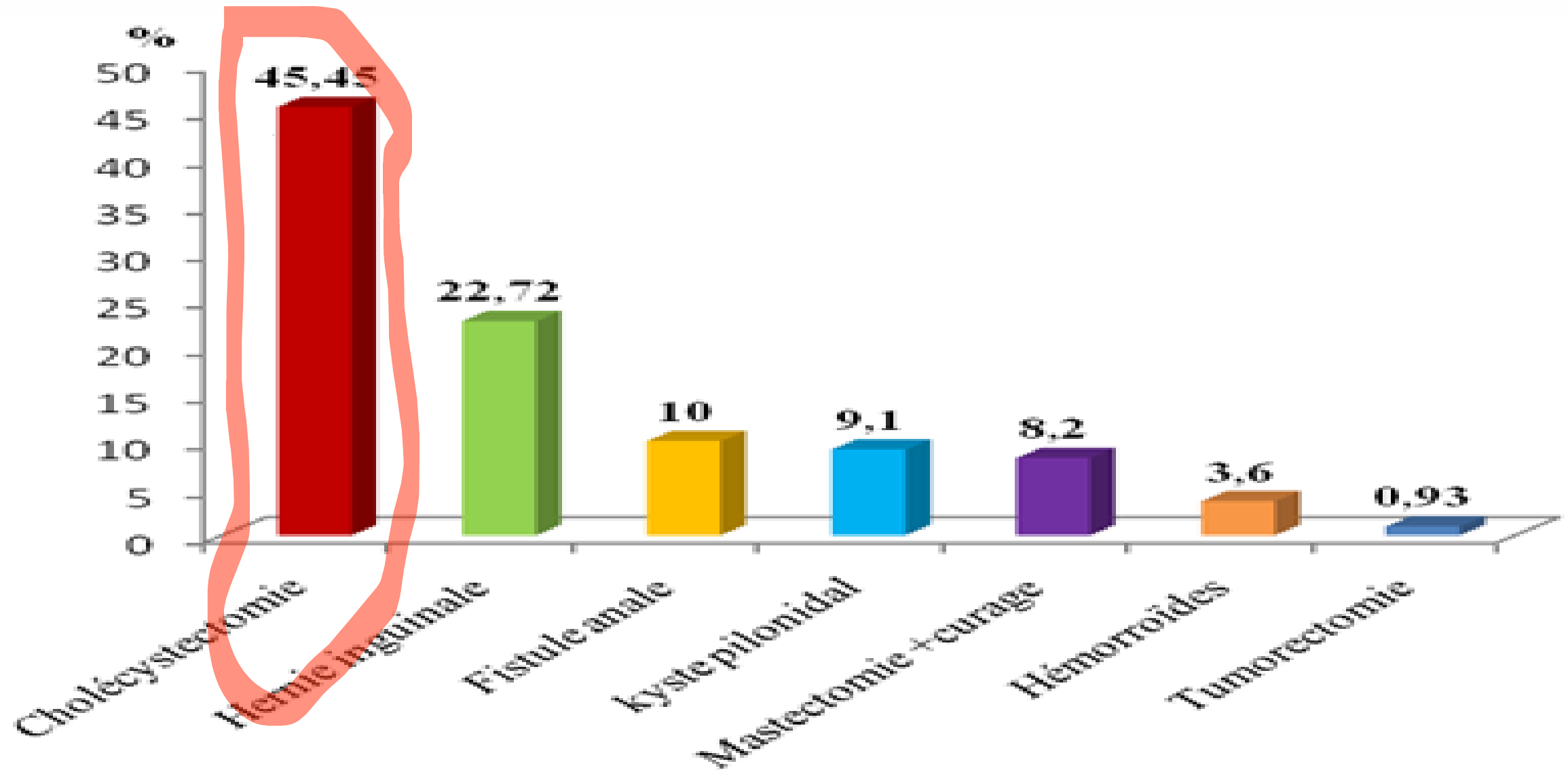
Résultat

Caractéristiques des patients

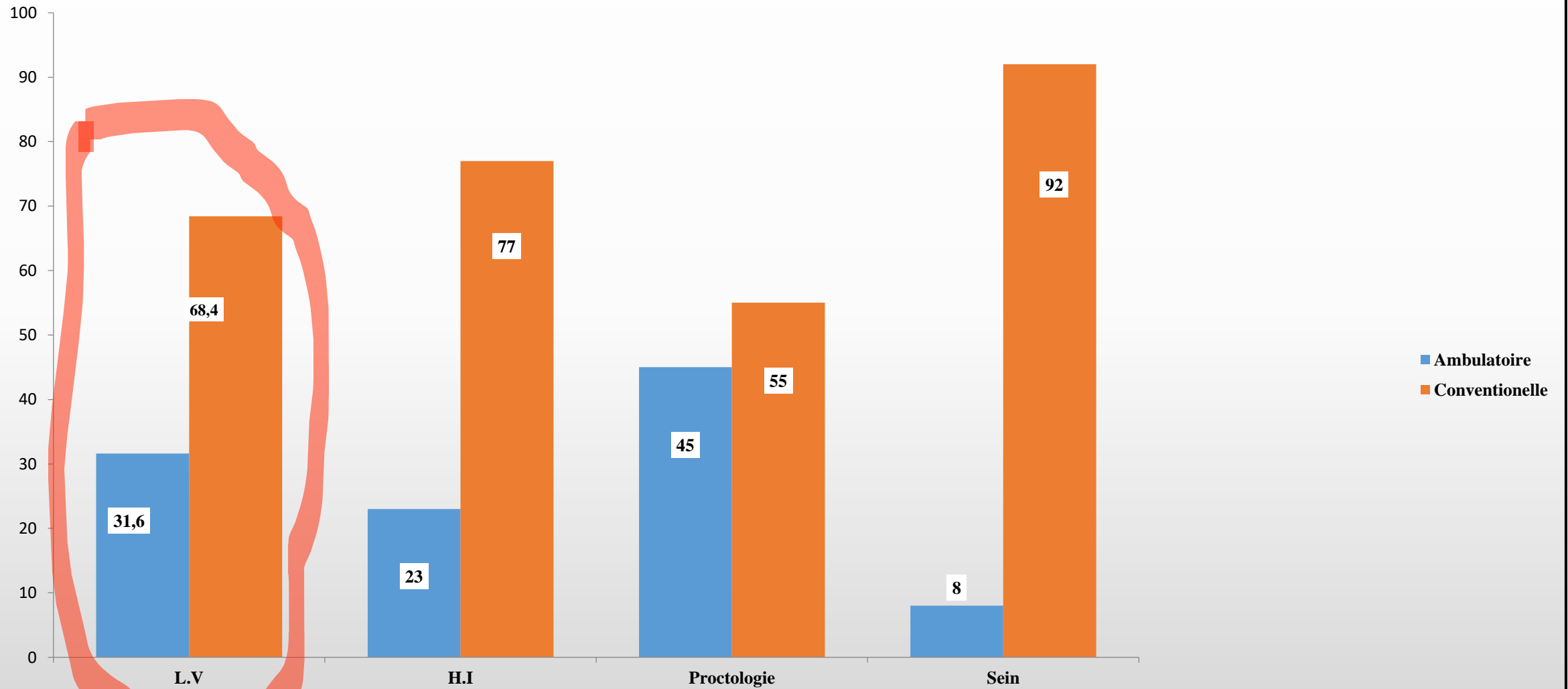
Age moyen 42 ans

| | | Patients | |
|------|----------|----------|----|
| | | N | % |
| Sexe | Masculin | 10 | 10 |
| | Féminin | 90 | 90 |
| ASA | I | 80 | 80 |
| | II | 20 | 20 |

Taux de la cholécystectomie ambulatoire



Taux de l'activité ambulatoire CCA CHU d'ORAN



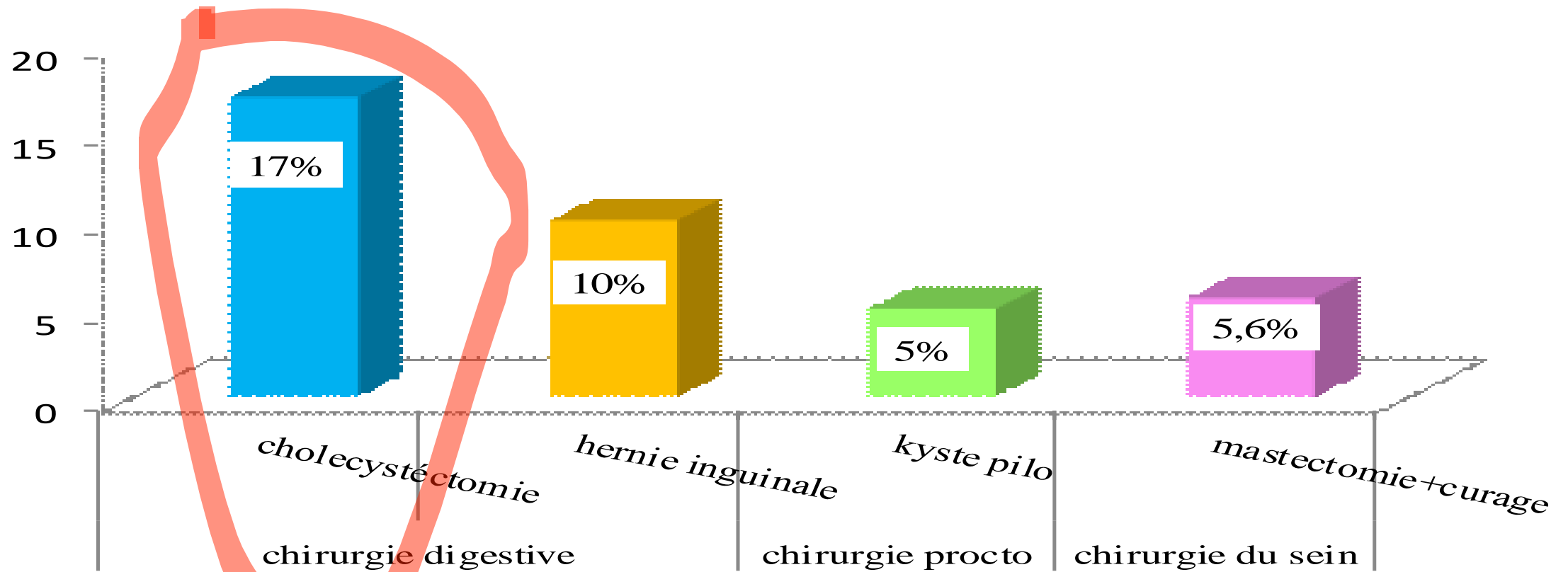
Durée moyenne de l'anesthésie pour cholécystectomie en ambulatoire

| Durée moyenne (min) | Moyenne \pm écart type | [Min-Max] |
|------------------------------|--------------------------|-----------|
| Pathologie digestive (n=150) | | |
| Cholécystectomie (n=100) | 81 \pm 20 | [50-155] |

Evaluation de la douleur post opératoire

| Score de douleur Pathologie | Douleur légère à modérée Score (0-3) | Douleur modérée à intense Score (4-10) |
|--------------------------------|--|---|
| N=96 | Effectifs (%) | Effectifs (%) |
| Cholécystectomie | 89 (92.7) | 7 (7,3) |

Incidence des NVPO dans la cholecystectomie en ambulatoire



chirurgie digestive

chirurgie procto

chirurgie du sein

Incidence des indicateurs de la cholécystectomie ambulatoire

| | Sortant SP | HNP | ANP | CNP |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Effectif (%) | Effectif (%) | Effectif (%) | Effectif (%) |
| cholécystectomie | 92(92) | 1(1) | 4(4) | 3(3) |

Causes d'échec

ANP: 2 difficultés chirurgicales
1 Somnolence
1 Refus de sortie

HNP: 1 douleur intense

CNP: DPO
NVPO

Discussion et perspectives

| Auteurs | Cholécystectomie en ambulatoire (%) | Cholécystectomie en hospitalisation classique (%) |
|-------------------|-------------------------------------|---|
| Gurusamy et al | 50,1 | 49,9 |
| Solodky et al | 88,2 | 11,8 |
| A.Elguazzar et al | 45 | 55 |
| Johanet et al | 27,4 | 72,6 |
| Notre étude | 31,6 | 68,4 |

Perspectives

- * Assurer une réglementation nationale de l'ambulatoire
- * Informer les patients du mode de prise en charge et de ses avantages
- * Organiser les structures dédiées à l'ambulatoire
 - * Assurer le développement des techniques anesthésiques et chirurgicales
- * Former et sensibiliser le personnel médical et paramédical
 - * Améliorer la communication entre « Chirurgien-Anesthésiste »

Conclusion

La prise en charge ambulatoire pour une cholécystectomie par voie coeloscopique semble faisable avec une organisation rigoureuse permettant une meilleure préparation du retour à domicile des patientes.

Ce mode de prise en charge permet:

Gain Economique à développer par

Parfaite **maitrise logistique des flux**

Meilleure organisation (l'espace, temps)

MERCI Pour Votre Attention

LES PROGRÈS DE L'AMBULATOIRE

