



**Fast-tracking en ambulatoire,
réhabilitation précoce après chirurgie:
ce que l'on fait dans mon hôpital
Va-t-on vers de nouveaux risques ?**

Pr Vincent Minville
ASSPRO 2015



Université
de Toulouse



Hôpitaux de Toulouse



Développement des actes ambulatoires

-chirurgie ambulatoire: une des 12 politiques publiques prioritaires (4^{ième} comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (18/12/13))

Instruction DGOS décembre 2010: objectif à atteindre: **50% en 2016**

Ambu = diminution des risques

Diminue le risque d'infection

Diminue survenue de DCPO

Amélioration du confort et satisfaction du patient...

**Evolution de la part des séjours de chirurgie
pris en charge en ambulatoire
France 2007-2010**



2013

USA: 85 %

GB: 80 %

Scandinavie: 75 %

France: 42,3 %

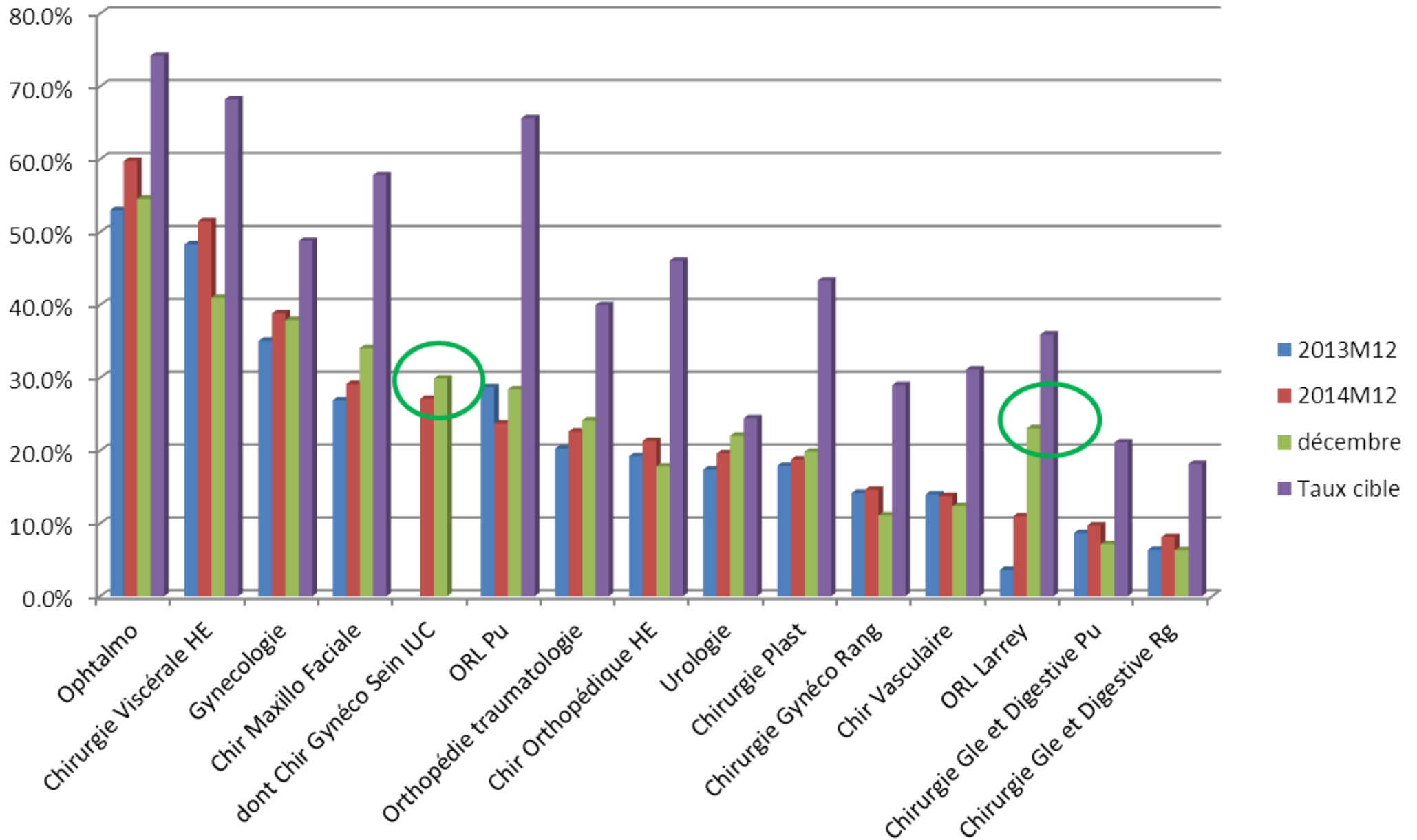
Premier CHU de France



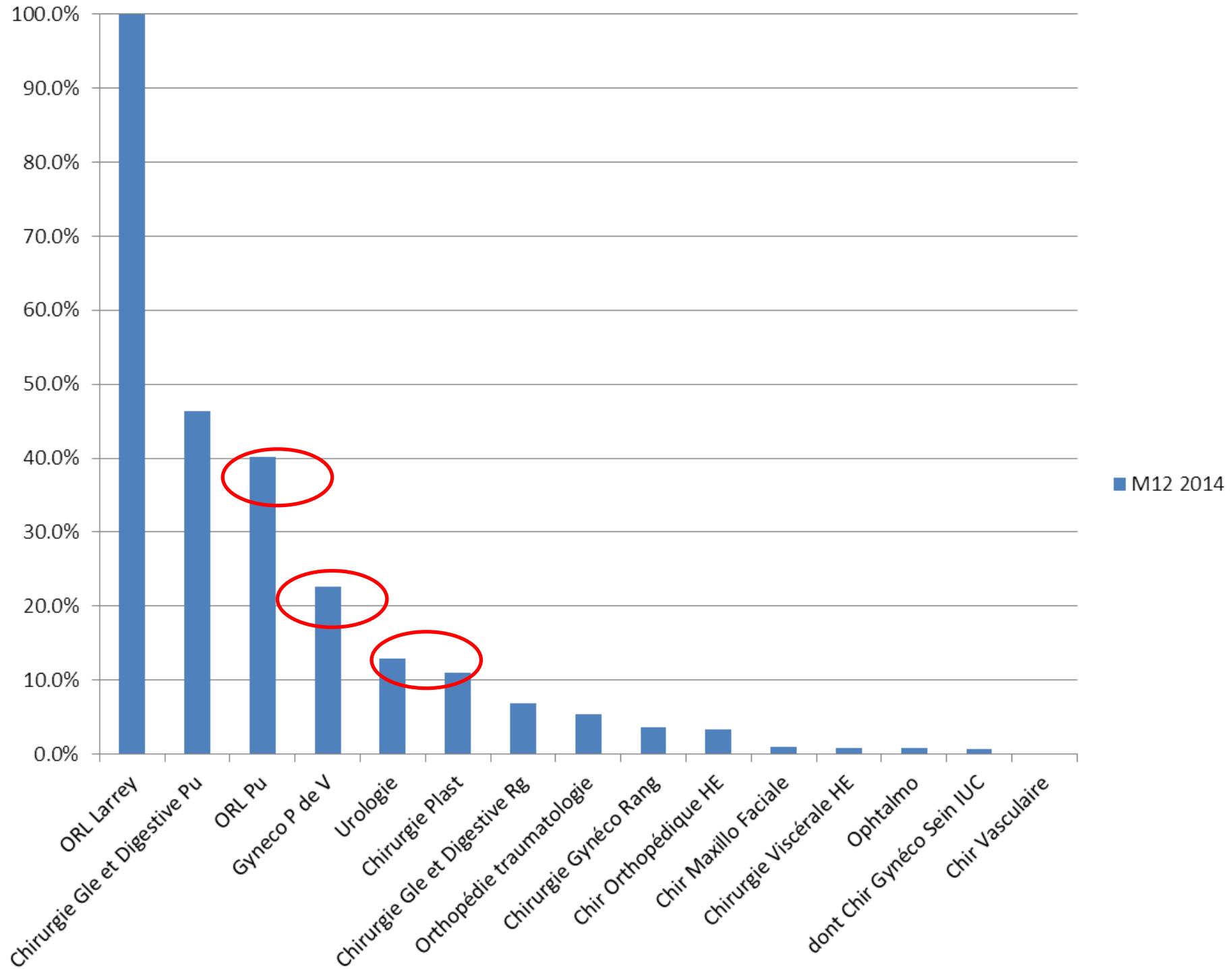
Oui mais 24 %...

Taux global en France : 44,7% en 2014

Evolution des taux de chir ambu



CHIR AMBU FORAINE



Circuit patient dédié : L'UCA

Risque de la chirurgie ambulatoire foraine :

- Indicateur de non qualité des soins
- Indicateur de non sécurité des soins

Information des patients

- Consultation de chirurgie
- Consultation d'anesthésie
- UCA
- Bloc opératoire
- SSPI

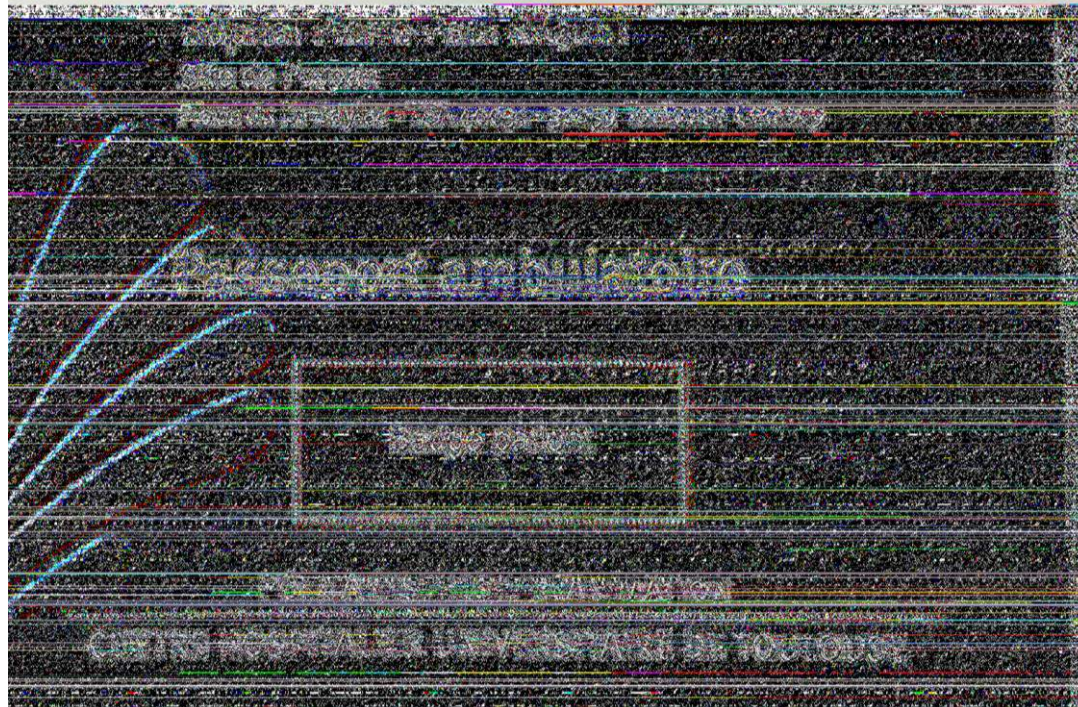


*Etre soigné,
c'est aussi être informé*

Unité de Chirurgie Ambulatoire

Chirurgien

Docteur :

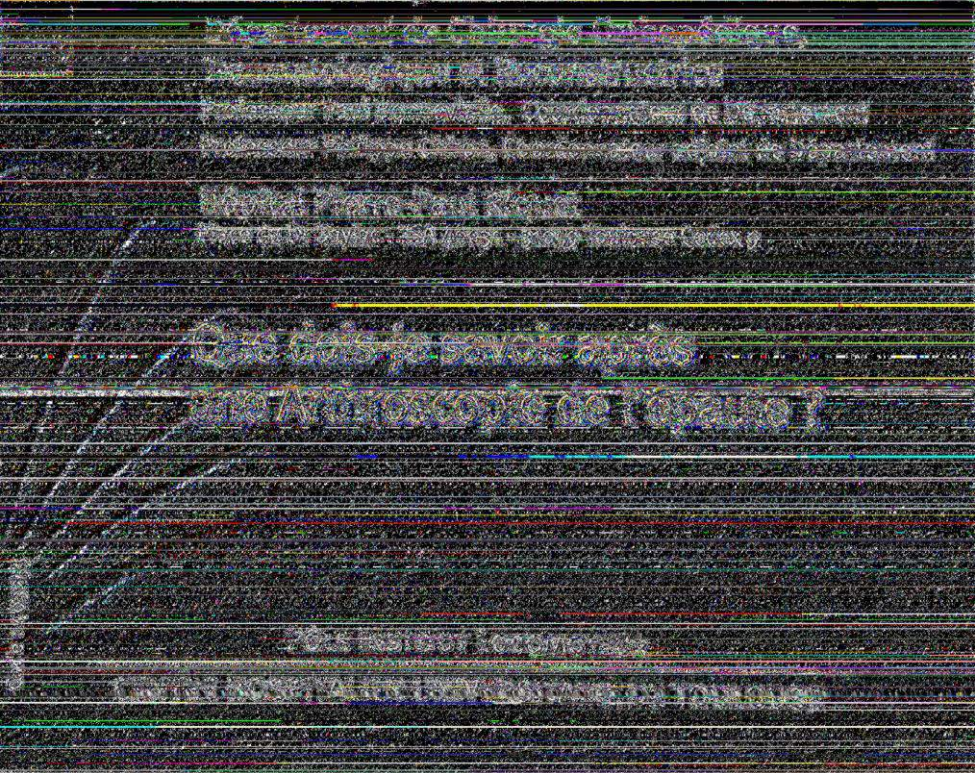




Hôpitaux de Toulouse

*Etre soigné,
c'est aussi être informé*

Unité de Chirurgie Ambulatoire



Hôpitaux de Toulouse

*Etre soigné,
c'est aussi être informé*

Unité de Chirurgie Ambulatoire
Département de Chirurgie Orthopédique,
Traumatologique et Reconstructrice

Professeur Paul Bonnevialle - Coordinateur de l'Unité



Prémédication?

17 études

Pas de prolongation du délai d'aptitude à la rue sur des critères cliniques

Perturbation résiduelle des fonctions psychomotrices chez certains patients

EN PRATIQUE:

- **approche non pharmacologique**
- **attention au sujet âgé / benzodiazépines**
- **prémédication analgésique (AINS...)**

Risque de donné un médicament qui ne sert à rien : comme d'habitude...

jeûne pré-opératoire

DE NOUVELLES RÈGLES DU JEU

ADULTE OU ENFANT, LE PATIENT PEUT...



Boire des liquides clairs
(eau, jus de fruit sans pulpe,
thé ou café sans lait)
JUSQU'À 2 HEURES
avant une chirurgie programmée



Manger
JUSQU'À 6 HEURES
avant une chirurgie
programmée



Mâcher du chewing-gum,
sucrer un bonbon ou fumer
juste avant une intervention :
**L'INTERVENTION N'EST
NI ANNULÉE, NI RETARDÉE**



Check-list

Risque de non respect des consignes notamment
du jeûne

=> Intérêt de l'UCA

Mon patient en a fumé une...

Preoperative abstinence from smoking: an outdated dogma in anaesthesia?

B. Zwissler

Anaesthesist 2005 · 54:550–559

	smokers	Non smokers	pH	Volume
Wilkinson 1971	7	4	↓	-
Debas 1971	6	6	→	→
Mertz 1976	11	4	↑	→
Murthy 1977	20	-	↑	↑
Massarat 1986	93	108	↑	-
Muller-Lissner 1986	19	18	→	→
Cooper 1956	60	-	→	→
Piper 1959	9	-	↑	↑

	smokers	Non smokers	liquid	solid
Grimes 1978	10	7	↑	→
Hanson 1987	9	12	↑	-
Harrison 1979	5	-	-	↓
Nowak 1987	18	-	-	↓
Miller 1989	8	-	→	↓
Johnson 1991	19	-	↓	-

Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology

Ian Smith, Peter Kranke, Isabelle Murat, Andrew Smith, Geraldine O'Sullivan, Eldar Søreide, Claudia Spies and Bas in't Veld

Eur J Anaesthesiol 2011;28:556–569

Patients should not have their operation cancelled or delayed just because they are chewing gum, sucking a boiled sweet or smoking immediately prior to induction of anaesthesia

The above is based solely on effects on gastric emptying and nicotine intake (including smoking, nicotine gum and patches) should be discouraged before elective surgery.

Risque d'annuler des patients pour non respect
de règles inutiles...

« Ça m'intéresse » article paru en novembre 2012

SANTÉ

Economies obligent, en 2016, une opération sur deux devrait se faire en ambulatoire

Sort-on trop tôt de l'hôpital ?

Les temps d'hospitalisation ont chuté en dix ans, grâce au progrès de la chirurgie et à une politique incitative. Une logique qui montre ses limites... Texte Isabelle Verboert



Le grand boom des « patients boomerangs »

Sortis trop tôt, dans un état mal stabilisé, mal pris en charge à leur domicile, ces patients se retrouvent aux urgences. Des réseaux de santé efficaces en ville pourraient l'éviter, mais le budget qui leur est alloué baisse d'année en année...

Saignements

Douleur

Vomissements

Risque de mauvaise prise en charge

- **le taux d'admissions non programmées (ANP)** (conversion en hospitalisation conventionnelle): le patient devait sortir le jour même ; il est transféré en hospitalisation pour des ***raisons médicales*** : nausées vomissements douleurs, complications, ré-intervention, ***ou organisationnelles***. L'indicateur est directement liée, mais pas exclusivement, à la qualité des soins et la maîtrise des suites.
- **le taux de réadmissions non programmées (RNP)** : Le patient revient en urgence ou à l'unité de chirurgie ambulatoire pour un problème médical ou chirurgical alors qu'il était sorti avec une simple date de consultation de contrôle. Il s'agit également d'un indicateur lié à la qualité des soins.

Le généraliste : un Maillon indispensable !

86% des patients
se tournent vers leur MG Traitant
au retour à domicile !

Factors Contributing to a Prolonged Stay After Ambulatory Surgery

Frances Chung, FRCPC, and Gabor Mezei, MD, PhD

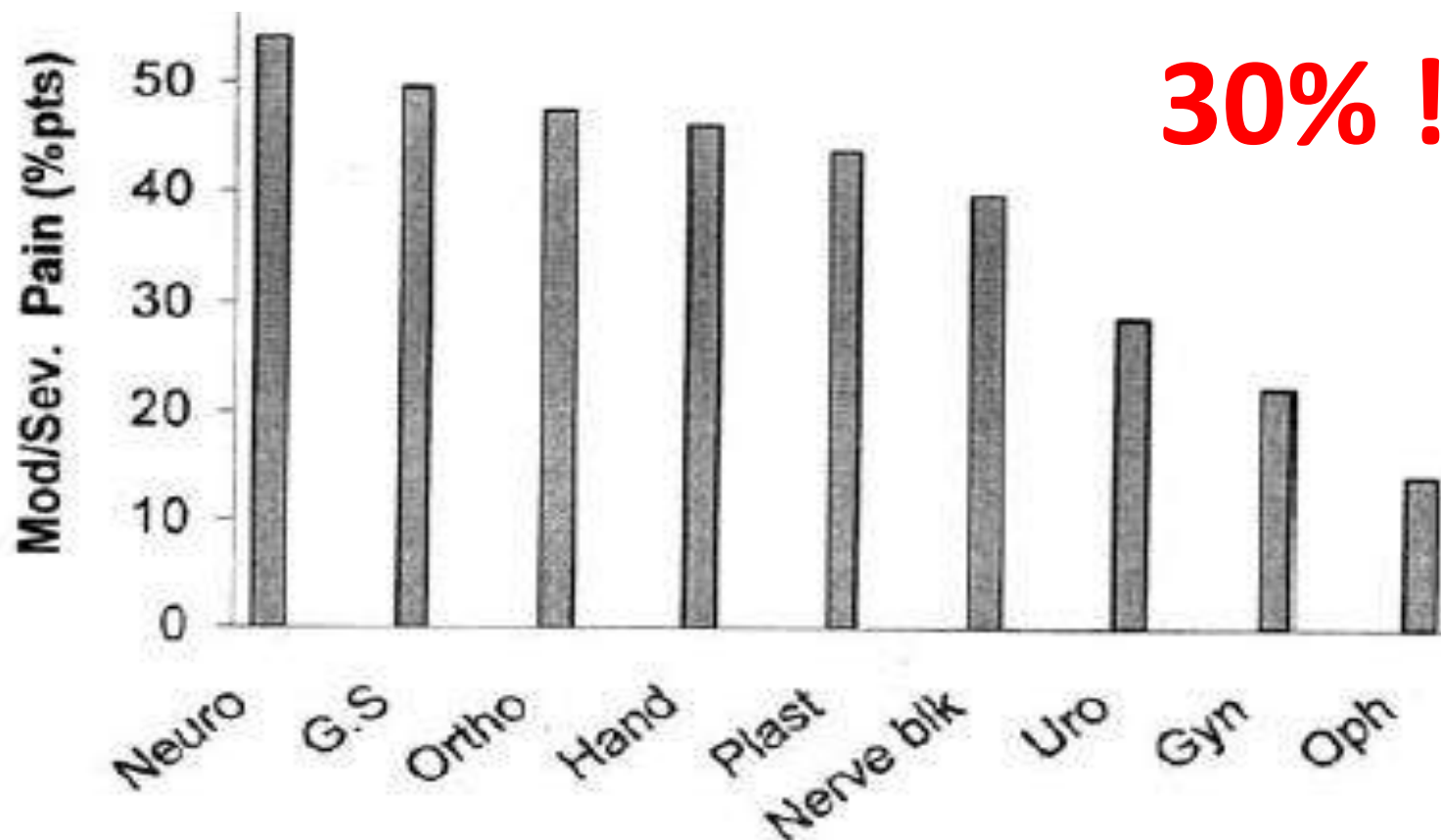
16 411 patients
Chirurgie ambulatoire

Évènements postopératoires	Prolongation de la durée de séjour
douleur	+ 22%
NVPO	+ 25%
vertiges	+ 31%
frissons	+ 12%
somnolence	+ 16%
Evt cardio vasculaire	+ 23%

Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients

[Trente pour cent des patients ont des douleurs modérées à sévères, 24 h après la chirurgie ambulatoire : une enquête auprès de 5 703 patients]

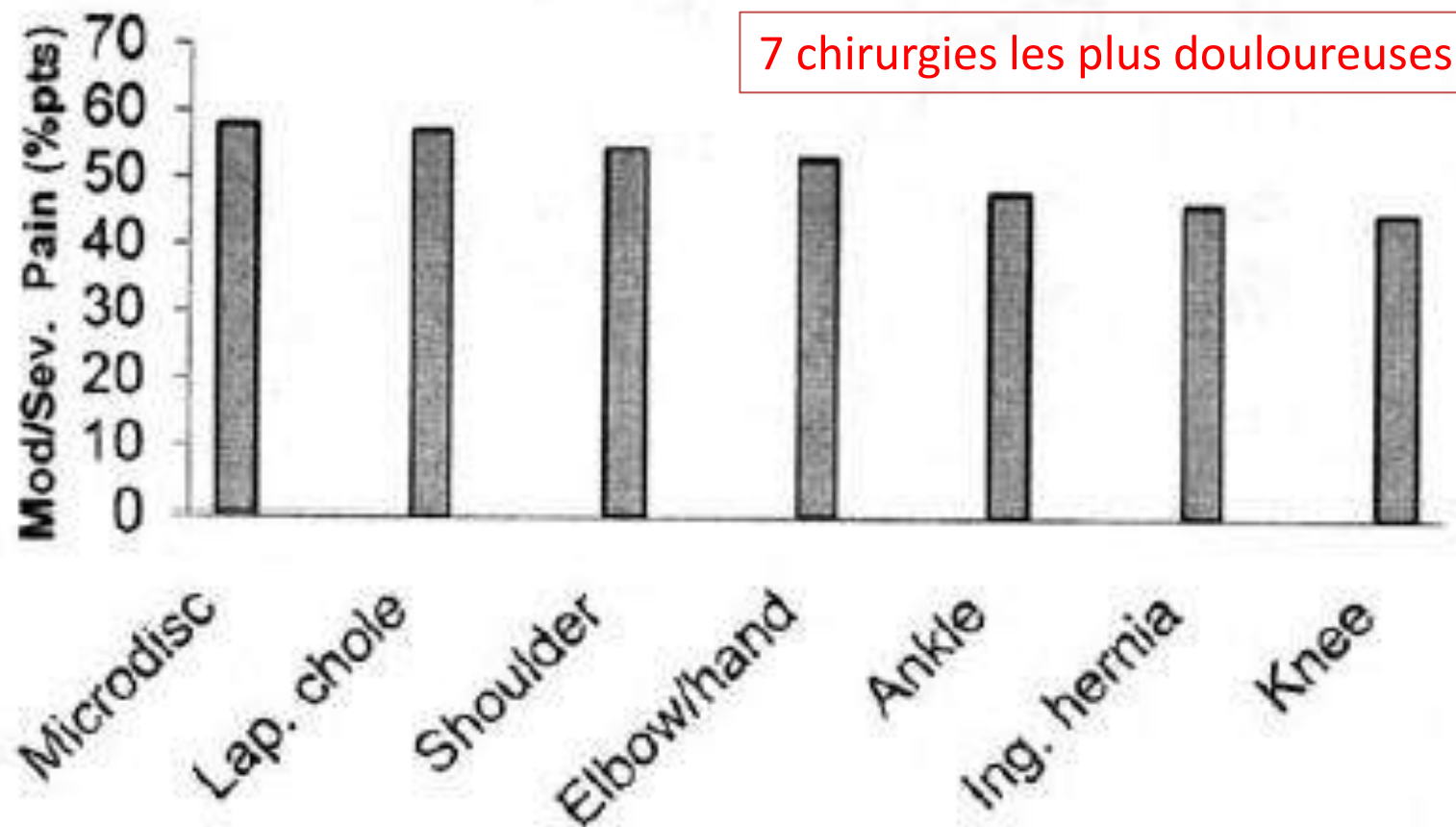
Brid McGrath FRCSE, Hany Elgendy MSc, Frances Chung FRCPC, Damon Kamming FRCA, Bruna Curti RN, Shirley King RN



Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients

[Trente pour cent des patients ont des douleurs modérées à sévères, 24 h après la chirurgie ambulatoire : une enquête auprès de 5 703 patients]

Brid McGrath FRCSC, Hany Elgendy MSc, Frances Chung FRCPC, Damon Kamming FRCA, Bruna Curti RN, Shirley King PhD



Le défi

UNE ANALGÉSIE EFFICACE :

- Immédiatement sur la DPO
- Sur la durée prévisible de la DPO
- Sans effets secondaires invalidants

=> Pour éviter annulation sortie/réadmission/ réhospitalisation....

Quels moyens de prévention?

Il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence

information, prévention, traitement, évaluation

Information

- Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie.
- Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématiques des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.
- Il est souhaitable que les modalités de gestion et de prise des analgésiques de « secours » soient expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie.

Procédure ambulatoire chirurgie mineure

PR TRAUMA AMBULATOIRE CHIRURGIE MINEURES ...	
Discontinué	DOLIPRANE 1G CP Orale Discontinué 1 cpr MATIN 8H, 1 cpr midi 12h, 1 cpr SOIR 18H, 1 cpr NUIT 22H, (soit 4 cpr/j), tous les jours
Discontinué	ZAMUDOL 100MG LP GELULE Orale Discontinué 1 gel MATIN 8H, 1 gel SOIR 18H, (soit 2 gel/j), tous les jours Condition : Si insuffisant
Discontinué	KETOPROFENE LP 100MG CP SEC MYLAN Orale Discontinué 1 cpr MATIN 8H, 1 cpr SOIR 18H, (soit 2 cpr/j), tous les jours Condition : si insuffisant

Procédure ambulatoire chirurgie majeure

PR TRAUMA AMBULATOIRE CHIRURGIE MAJEURE ...	
Discontinué	DOLIPRANE 1G CP Orale Discontinué 1 cpr MATIN 8H, 1 cpr midi 12h, 1 cpr SOIR 18H, 1 cpr NUIT 22H, (soit 4 cpr/j), tous les jours
Discontinué	OXYCONTIN LP 10MG CP LP Orale Discontinué 1 cpr MATIN 8H, 1 cpr SOIR 18H, (soit 2 cpr/j), tous les jours
Discontinué	OXYNORMORO 5MG CP Orale Discontinué 1 cpr NUIT, 1 cpr NUIT 04H, 1 cpr MATIN 8H, 1 cpr midi 12h, 1 cpr apres-midi 16H, 1 cpr SOIR
Discontinué	VOGALENE 15 mg géli Orale Discontinué 1 gel MATIN 8H, (soit 1 gel/j), tous les jours Condition : Si besoins
Discontinué	ONDANSETRON 4MG/2ML INJ IV AMP ACCORD Intraveineuse Discontinué 1 amp NUIT 06H, 1 amp apres-midi 14H, 1 amp NUIT 22H, (soit 3 amp/j), tous les jours Condition
Discontinué	DROPERIDOL 2.5MG/1ML IV AMP Intraveineuse Discontinué 0,62 mg MATIN 8H, 0,62 mg midi 12h, 0,62 mg SOIR 18H, 0,62 mg NUIT 22H, (soit 2,48 mg/j), inefficace délai de renouvellement avant injection suivante: 4h au moins
Discontinué	KETOPROFENE LP 100MG CP SEC ACTAVIS Orale Discontinué 1 cpr MATIN 8H, 1 cpr SOIR 18H, (soit 2 cpr/j), tous les jours Condition : Si insuffisant
Discontinué	MOVICOL PDRE ORALE SACHET Orale Discontinué 1 sachet MATIN 8H, (soit 1 sachet/j), tous les jours

Analgésie multimodale!!!

Association de médicaments et/ou de techniques

Analgésie loco-régionale

- Il est souhaitable d' utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d' une autre technique d' anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire.
- Il est recommandé de formaliser l'organisation du suivi de l' analgésie par cathéters périmerveux au lieu de résidence.
- Il est recommandé de prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur postopératoire (application de froid, posture antalgique..)

A Comparison of Regional Versus General Anesthesia for Ambulatory Anesthesia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Spencer S. Liu, MD*, Wyndam M. Strodbeck, MD*, Jeffrey M. Richman, MD†, Christopher L. Wu, MD†

Table 3. Effects of Central Neuraxial Block Versus General Anesthesia on Ambulatory Surgical Patients

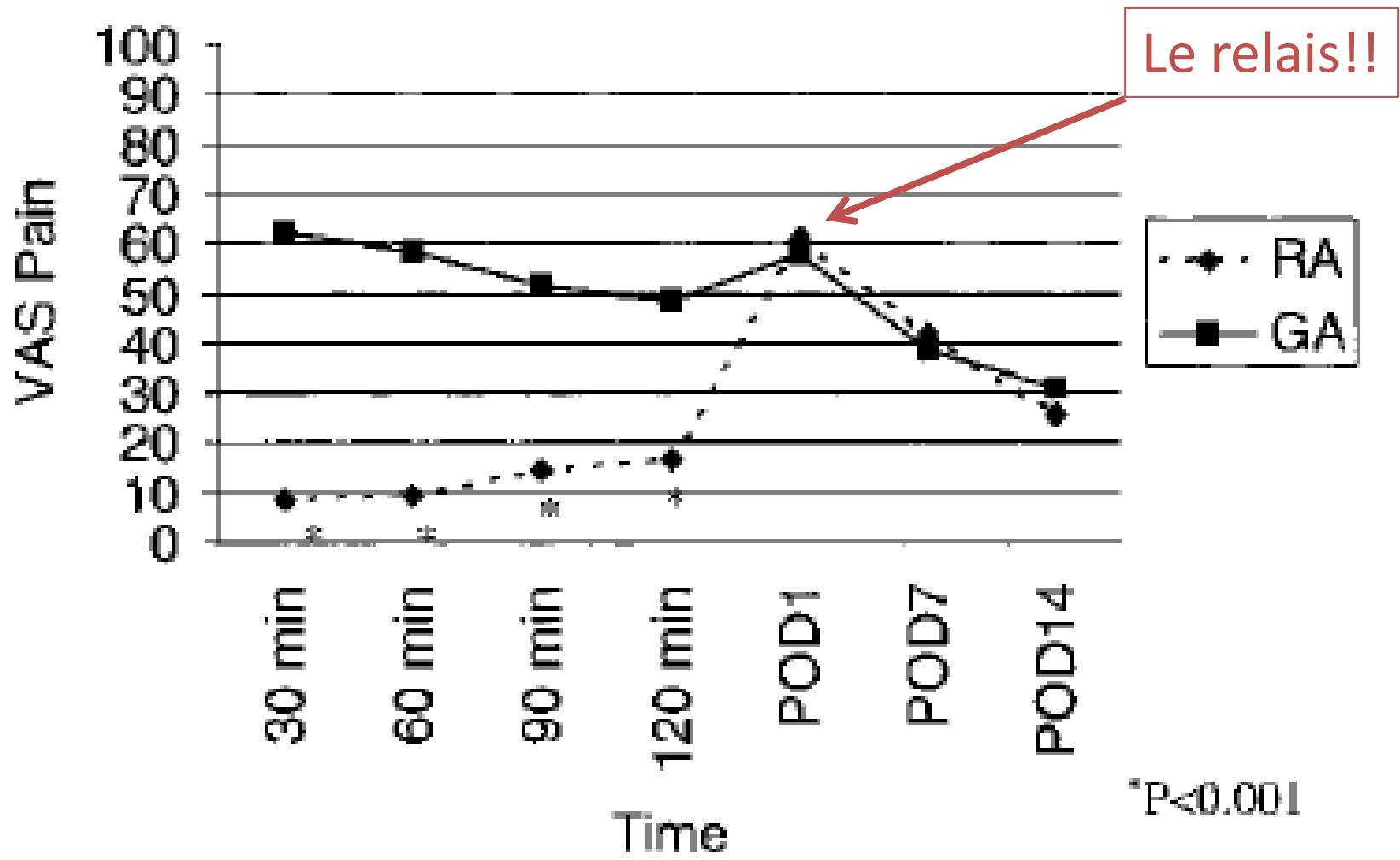
Outcome	n	Number of trials	Central neuraxial block* (mean)	General anesthesia* (mean)	OR or WMD** (95% confidence interval)	P value
Anesthesia induction time (min)	384	7	17.8	7.8	8.1 (4.1 to 12.1)	0.0001
PACU time (min)	476	10	56.1	51.9	0.42 (-7.1 to 7.9)	0.91
VAS in PACU (mm)	563	7	12.7	24.4	-9.7 (-15.5 to -2.6)	0.006
Nausea	637	12	5%	14.7%	0.40 (0.15 to 1.06)	0.06
Phase I bypass	218	4	30.8%	13.5%	5.1 (0.6 to 53.6)	0.15
Need for postoperative analgesics	716	11	31%	56%	0.32 (0.18 to 0.57)	0.0001
Time until discharge from ASU (min)	839	14	190	153	34.6 (13 to 56.1)	0.002
Excellent patient satisfaction	709	11	81%	78%	1.5 (0.8-23.1)	0.45

OR = odds ratio; WMD = weighted mean difference; * weighted by subject number; ** weighted by inverse variance; PACU = postanesthesia care unit; ASU = ambulatory surgical unit; POD = postoperative day; VAS = visual analogue scale. 15 randomized controlled trials with 1003 patients were included for meta-analysis.

Table 4. Effects of Peripheral Nerve Block Versus General Anesthesia on Ambulatory Surgical Patients

Outcome	n	Number of trials	Peripheral nerve block* (mean)	General anesthesia* (mean)	OR or WMD** (95% confidence interval)	P value
Anesthesia induction time (min)	320	6	19.6	8.8	8.1 (2.6 to 13.7)	0.0001
PACU time (min)	308	6	45.2	72	-24.3 (-36.3 to -12)	0.0001
VAS in PACU (mm)	350	7	9.6	35.8	-24.5 (-35.7 to -13.3)	0.0001
Nausea	319	6	6.8%	30%	0.17 (0.08 to 0.33)	0.0001
Phase I bypass	320	6	81%	315	4.3 (7.5 to 27.4)	0.0001
Need for postoperative analgesics	250	6	6.2%	42.3%	0.11 (0.03 to 0.43)	0.001
Time until discharge from ASU (min)	328	6	133.3	159.1	-29.7 (-75.3 to 15.8)	0.2
Excellent patient satisfaction	158	4	88%	72%	4.7 (1.8 to 12)	0.001

OR = odds ratio; WMD = weighted mean difference; * weighted by subject number; ** weighted by inverse variance; PACU = Postanesthesia care unit; ASU = ambulatory surgical unit; POD = postoperative day; VAS = visual analogue scale. 7 randomized controlled trials with 359 patients were included for meta-analysis.



Comment prolonger l'analgésie des ALR?

Clonidine : non adapté à l'ambulatoire

- Sédation
- Bradycardie
- Hypotension orthostatique

Popping Anesthesiology 2009

Dexaméthasone

- * ↘ EVA postop.
- * ↘ morphine postop.
- * ↘ NVPO
- * ↘ fatigue
- * = risque infectieux
- * ↗ Glycémie postop.

Mieux mais pas toujours suffisant...

Waldron *Br J Anaesth* 2013

M Desmet et al *BJA* 2013 sep;111(3):445-52

Comment prolonger l'analgésie des ALR?

Revue : Bolus ou basal + bolus

- Améliore l'analgésie en particulier les accès douloureux à la mobilisation
- Améliore la satisfaction liée à l'amélioration de la fonction
- A distance : réduction de l'inflammation articulaire et de ses marqueurs
- Bénéfices prolongés après le retrait du cathéter
- Complications mineures mais peut de risques majeurs (infection, lésion nerveuse)

Ilfeld BM Anesth Analg 2011 Oct;113(4):904-925

Risque lié à l'utilisation de l'ALR/Anesthésie

+ Risque lié à la gestion de l'ALR à domicile

⇒ **Réseau de ville/hôpital :**

Il est recommandé de formaliser l'organisation du suivi de l'analgésie par cathéters périmerveux au lieu de résidence.

RFE - Prévention de l'hypotension artérielle au cours de la rachianesthésie

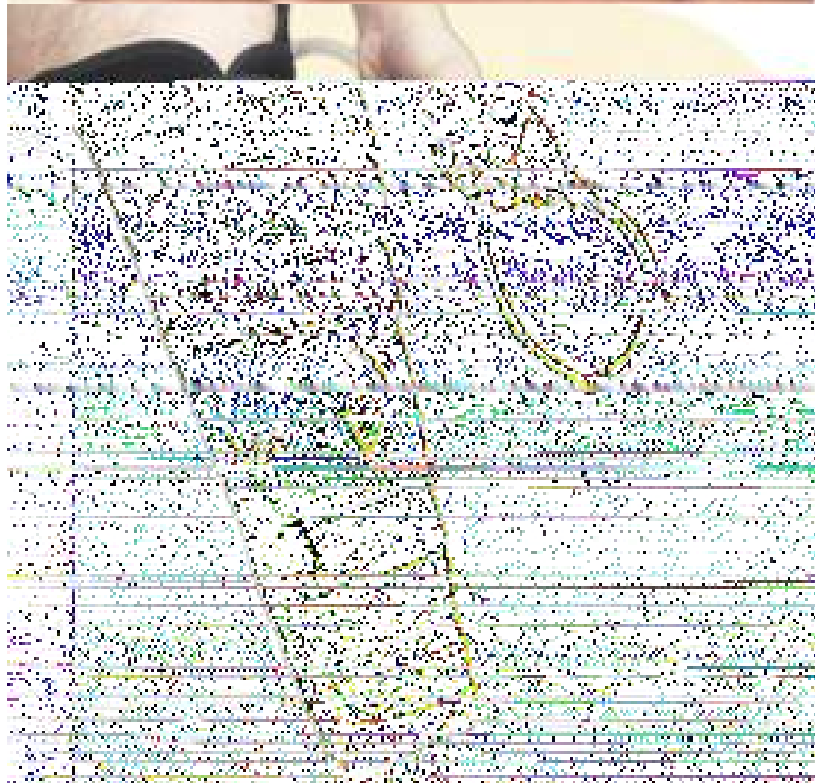


SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
d'ANESTHÉSIE
et de RÉANIMATION

Adaptation/arrêt préopératoire des traitements hypotenseurs
(IEC, ARA2, nitrés) selon le contexte

Techniques de rachianesthésie :

- **Réduction des doses d'AL par association à des morphinomimétiques liposolubles**
- **Rachianesthésie continue**
- **Rachianesthésie unilatérale**
- **Eviter les solutions hypobares en position assise**



NVPO : prévention

- Dépistage des patients (score d' Apfel)
- Epargne morphinique
- Traitement préventif
- Anticipation de l' analgésie postopératoire
- Prévention de la déshydratation en limitant le jeûne
- Prise en charge de l'anxiété pendant la chirurgie sous ALR
- Privilégier l' ALR
- Si AG, l' anesthésie intra veineuse continue (type AIVOC) est à privilégier.
- Le protoxyde d' azote est proscrit

Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting (Review)

40 trials

4858 patients

P6 vs placebo: nausea (RR 0.71, 95% CI 0.61 to 0.83); vomiting (RR 0.70, 95% CI 0.59 to 0.83), and the need for rescue antiemetics (RR 0.69, 95% CI 0.57 to 0.83)

There was no evidence of difference between P6 acupoint stimulation and antiemetic drugs in the risk of nausea, vomiting, or the need for rescue antiemetics.

The side effects associated with P6 acupoint stimulation were minor

Les critères de sortie

Discharge criteria – a new trend

Frances Chung MD FRCPC

CANADIAN JOURNAL OF ANAESTHESIA

1 Postanaesthesia Discharge Scoring System (PADSS)

- 1 *Vital signs*
 - 2 = Within 20% of preoperative value
 - 1 = 20–40% of preoperative value
 - 0 = 40% of preoperative value

- 2 *Ambulation and mental status*
 - 2 = Oriented × 3 and has a steady gait
 - 1 = Oriented × 3 or has a steady gait
 - 0 = Neither

- 3 *Pain, or nausea/vomiting*
 - 2 = Minimal
 - 1 = Moderate
 - 0 = Severe

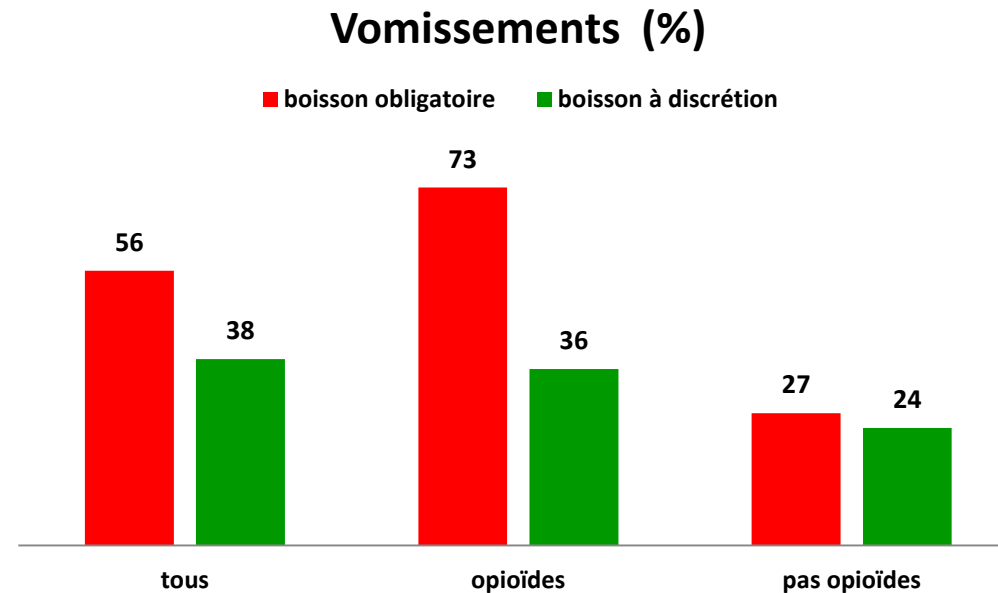
- 4 *Surgical bleeding*
 - 2 = Minimal
 - 1 = Moderate
 - 0 = Severe

- 5 *Intake and output*
 - 2 = Has had PO fluids and voided
 - 1 = Has had PO fluids or voided
 - 0 = Neither

The total score is 10. With patients scoring ≥ 9 considered fit for discharge home.

Withholding oral fluids from children undergoing day surgery reduces vomiting

R. KEARNEY *Paediatric Anaesthesia* 1998 8: 331-336



Should Adult Patients Drink Fluids Before Discharge From Ambulatory Surgery?

Fengling Jin, *(Anesth Analg 1998;87:306-11)*

Pas d'obligation de boire:
Pas de différence sur NVPO
Sortie plus rapide de l'UCA (7 min...)

Practice Guidelines for Postanesthetic Care

An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care

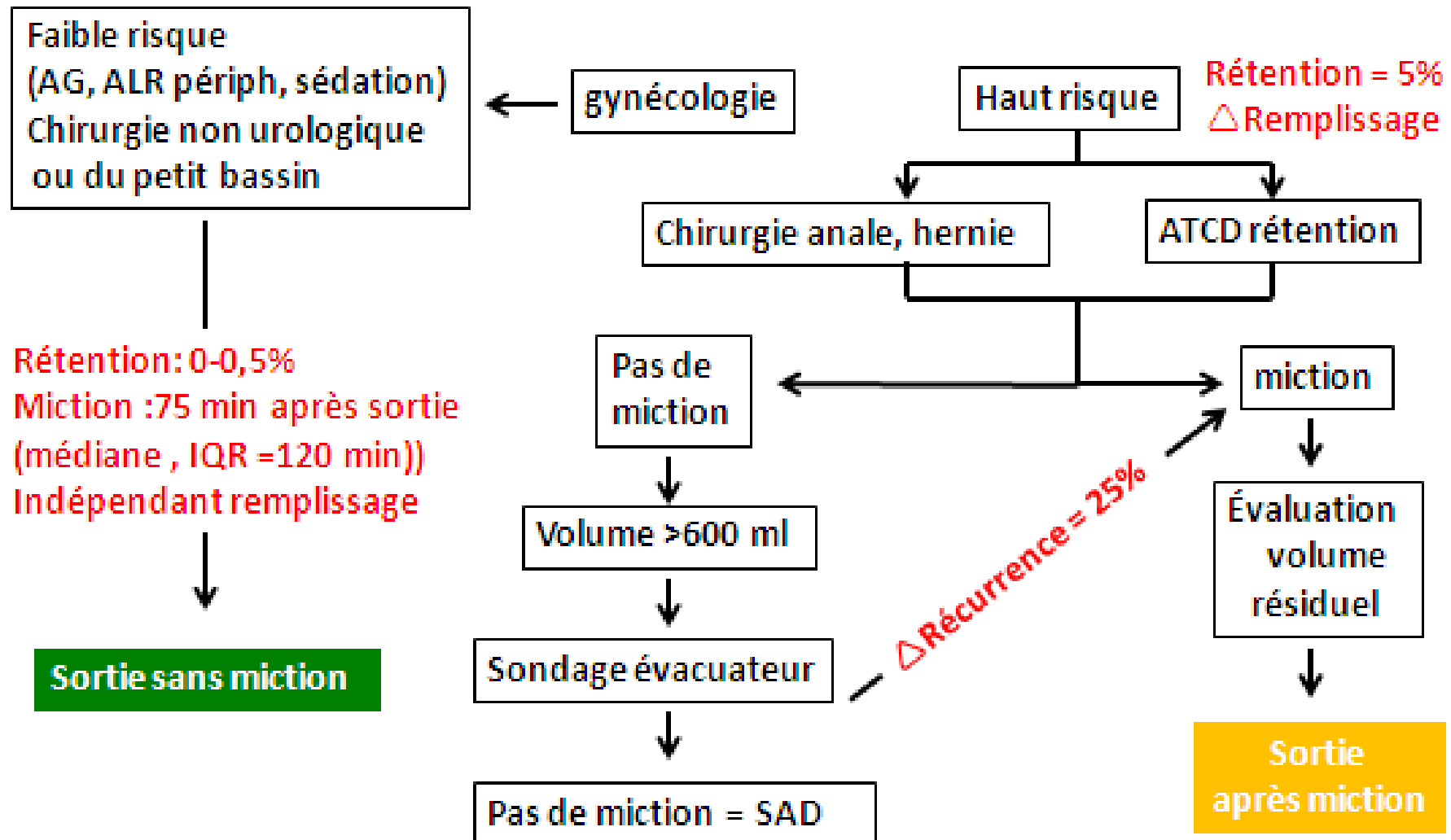
Requirement that Patients Drink Clear Fluids Without Vomiting Before Discharge. Literature findings reported during development of the original Guidelines were equivocal regarding whether a requirement that patients drink clear fluids before discharge is associated with the frequency of vomiting or time to discharge (*Category A2-E evidence*);** new literature is insufficient to further evaluate this finding.

The consultants and ASA members disagree that the drinking of clear fluids by the patient before his/her discharge reduces adverse outcomes or increases patient satisfaction. They agree that it increases the length of recovery stay. The consultants disagree and the ASA members are equivocal regarding whether drinking clear fluids before discharge should be mandatory.

Management of Bladder Function after Outpatient Surgery

D. Janet Pavlin,

Anesthesiology
1999; 91:42-50



Recommandation



- Il est possible après anesthésie générale ou bloc périphérique, de ne pas exiger une miction pour autoriser la sortie, en l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie.
- Il est possible après une rachianesthésie de ne pas attendre une miction pour autoriser la sortie sous réserve :
 - 1) d'une estimation, au minimum clinique, au mieux par appréciation échographique du volume vésical résiduel ;
 - 2) de l'absence de facteur de risque lié au patient, au type de chirurgie.

Dysfonction vésicale

- Toute rachianesthésie comporte un risque de dysfonction vésicale post anesthésique
- Incidence de 16 à 40% selon les études
- Complication la plus fréquente de la rachianesthésie
Totalemment sous-estimée en pratique clinique
OR= 3.97, 95% IC 1.32-11.89

Lamonerie L et al. BJA 2004

- Limiter les apports hydriques
OR = 2,3 si volume perfusé ≥ 750 mL

Keita H et al . Anesth Analg 2005

Dysfonction vésicale



Recommandations :

- Préférer les vasoconstricteurs à l'expansion volémique
- Evaluer plus souvent le volume urinaire (Bladder scan, échographie vésicale)
- Envisager si besoin un sondage évacuateur

PADSS

TABLE I Postanaesthesia Discharge Scoring System (PADSS)

-
- 1 *Vital signs*
 - 2 = Within 20% of preoperative value
 - 1 = 20–40% of preoperative value
 - 0 = 40% of preoperative value
 - 2 *Ambulation and mental status*
 - 2 = Oriented \times 3 *and* has a steady gait
 - 1 = Oriented \times 3 *or* has a steady gait
 - 0 = Neither
 - 3 *Pain, or nausea/vomiting*
 - 2 = Minimal
 - 1 = Moderate
 - 0 = Severe
 - 4 *Surgical bleeding*
 - 2 = Minimal
 - 1 = Moderate
 - 0 = Severe
 - 5 *Intake and output*
 - 2 = Has had PO fluids *and* voided
 - 1 = Has had PO fluids *or* voided
 - 0 = Neither
-

The total score is 10. With patients scoring ≥ 9 considered fit for discharge home.

PADSS modifié

TABLE II A Modified Postanaesthetic Discharge Scoring System (MPADSS)

-
- 1 *Vital signs*
 - 2 = Within 20% of preoperative value
 - 1 = 20–40% of preoperative value
 - 0 = 40% of preoperative value
 - 2 *Ambulation*
 - 2 = Steady gait/no dizziness
 - 1 = With assistance
 - 0 = None/dizziness
 - 3 *Nausea/vomiting*
 - 2 = Minimal
 - 1 = Moderate
 - 0 = Severe
 - 4 *Pain*
 - 2 = Minimal
 - 1 = Moderate
 - 0 = Severe
 - 5 *Surgical bleeding*
 - 2 = Minimal
 - 1 = Moderate
 - 0 = Severe
-

The total score is 10. With patients scoring ≥ 9 considered fit for discharge home.



ERAS: Enhanced Recovery After Surgery



Parcours patient

information, prévention, traitement, évaluation

