

# ANESTHÉSIE AMBULATOIRE : QUELLE ANESTHÉSIE POUR QUEL PATIENT ET/OU QUELLE CHIRURGIE ?

Dr Florence Plantet\*, Dr Laurent Delaunay\*\*

\* CH de la région d'Annecy 74374 Metz Tessy

\*\* Clinique Générale 74 000 Annecy

## INTRODUCTION

---

Le développement des structures ambulatoires a permis, avec l'expérience, de définir précisément les conditions de prise en charge optimales pour la sécurité de l'opéré. Ces différents éléments sont détaillés dans les recommandations formalisées d'experts (RFE) parues sous l'égide de la SFAR en 2009.

L'ensemble des mesures mises en œuvre tout au long de l'hospitalisation doit aboutir à une sortie parfaitement sécurisée pour le patient. On peut distinguer plusieurs volets fondamentaux : l'information (pré per et postopératoire), l'adhésion et la participation active du patient et la limitation efficace des complications postopératoires prévisibles.

Les recommandations (RFE) sont en italique dans le texte.

## LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

---

### 1. GÉNÉRALITÉS

- Le prérequis à l'hospitalisation ambulatoire est la sélection appropriée et codifiée des patients en tenant compte bien sûr du patient mais également de la nature de l'acte chirurgical ou diagnostique. Il est indispensable que le choix de l'ambulatoire ne majore en aucun cas le risque encouru du simple fait que les complications potentielles ne pourraient être gérées après le retour du patient au domicile.

*- L'information doit être délivrée de façon précoce et répétée à chaque étape de la prise en charge. Elle doit être ciblée et rassurante. Elle doit être élaborée et concertée entre les différents intervenants de la structure. Il est recommandé que la consultation pré anesthésique soit réalisée par un anesthésiste connaissant les modalités de fonctionnement de la structure ambulatoire et qui valide l'indication.*

*- Dans le cadre de la pédiatrie, cette information doit être adaptée, personnalisée et compréhensible pour les parents mais également pour l'enfant afin de contrôler au mieux l'angoisse préopératoire. L'information peut être complétée par différents supports (vidéo, livret spécifique type Sparadrap, présentation du masque et du ballon) mais, comme pour l'adulte, l'information orale dans le cadre d'une relation médecin-patient reste essentielle. Il est également recommandé d'évoquer avec les parents le report possible de l'intervention en cas de fièvre et/ou d'infection des VAS intercurrente.*

*- Dans le cadre du grand âge, l'ambulatoire semble réduire l'incidence des troubles du comportement postopératoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Il est cependant indispensable de mettre l'accent sur l'organisation de la permanence et de la continuité des soins en partenariat avec l'entourage du patient.*

## **2. INFORMATION ADAPTÉE À LA SPÉCIFICITÉ DE L'AMBULATOIRE :**

### **- Jeûne et gestion des traitements habituels :**

Les consignes de jeûne ne présentent pas de spécificité particulière. L'alimentation solide est autorisée jusqu'à 6h avant l'hospitalisation et le tabac doit être arrêté la veille. Les liquides clairs sont autorisés jusqu'à 2h avant l'acte ambulatoire.

Les consignes concernant les traitements personnels du patient doivent être clairement données (arrêt, relais, poursuite) et retranscrites sur la feuille de consultation.

Pour le petit enfant, le lait artificiel ou les aliments solides sont autorisés jusqu'à 6h avant l'acte chirurgical, le lait maternel 4h avant, les liquides clairs 2h avant.

Lorsque le geste opératoire est prévu dans l'après midi, il est licite d'autoriser un petit déjeuner léger jusqu'à 7h du matin.

### **- Conditions de sortie et accompagnement par un tiers :**

Il est nécessaire de sensibiliser d'emblée le patient aux conditions pratiques impératives encadrant la sortie. Celles-ci peuvent demander une organisation particulière et doivent être évoquées spécifiquement. L'accent doit être mis sur la nécessité de l'accompagnant. *2 personnes sont recommandées pour les enfants de moins de 10 ans* afin d'avoir un adulte qui puisse gérer l'enfant sans être absorbé par la conduite. *Il est également recommandé d'aborder et d'expliquer l'interdiction de conduire un véhicule à la sortie.*

### **- Méthodes d'analgésie postopératoire :**

*Il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire et d'initier le patient à la prévention, l'anticipation, l'évaluation et le traitement de celle-ci en fonction du geste effectué.* Les études ont effectivement montré une recrudescence des douleurs la première nuit et une tendance à l'insuffisance de traitement.

Les dernières recommandations de la SFAR publiées en 2008 sur la prise en charge de la douleur postopératoire précisent qu'en ce qui concerne l'ambulatoire :

*Il est recommandé, pour les patients devant subir une intervention en ambulatoire, que les éléments prédictifs de la douleur postopératoire et de la tolérance aux analgésiques prescrits à domicile soient appréciés et que les modalités de l'analgésie orale soient expliquées dès la consultation spécialisée préopératoire (chirurgie, anesthésie)*

*Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation de chirurgie ou d'anesthésie. Ces ordonnances d'antalgiques doivent préciser les horaires de prise d'antalgiques systématique et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.*

*Il est également recommandé d'utiliser, dans le cadre d'une analgésie multimodale, les infiltrations et blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie. L'anesthésie locorégionale présente ainsi un intérêt majeur en chirurgie pédiatrique et doit être expliquée aux parents.*

## **3. INFORMATION DU PATIENT SUR L'ANESTHÉSIE**

- La consultation d'anesthésie permet d'évaluer le statut préopératoire du patient et de déterminer les risques liés au terrain et à la chirurgie afin de pouvoir adapter au mieux le choix d'une technique anesthésique périopératoire. Elle se doit également d'informer le patient des risques liés à l'anesthé-

sie et de « préparer » le patient à cette intervention. Le caractère ambulatoire nécessite d'anticiper la sortie et les suites à domicile dans les meilleures conditions possibles.

**- Consignes liées aux suites éventuelles :**

*Il est nécessaire d'informer le patient des effets de l'anesthésie ou d'une sédation sur les fonctions cognitives ou la vigilance, proscrivant la conduite pendant 12 h mais pouvant persister parfois quelques jours (patient pratiquant la conduite automobile du groupe lourd ou une profession nécessitant un haut niveau d'attention). Le patient doit être averti de la grande variabilité interindividuelle de ces effets secondaires et de leur durée.*

*Il est également recommandé d'informer les patients des effets secondaires possibles des traitements prescrits en périopératoire (anxiolytiques, antalgiques majeurs) sur les fonctions cognitives et sur la vigilance, comme après tout type d'anesthésie.*

En pédiatrie, il est nécessaire d'informer les parents sur la possibilité de survenue de troubles du comportement en postopératoire pouvant persister quelques jours à quelques semaines. La survenue de ceux-ci est diminuée par une prise en charge optimale de l'angoisse préopératoire et de la douleur postopératoire.

En cas d'anesthésie locorégionale, il convient d'insister sur la nécessité d'anticiper la douleur postopératoire et la levée du bloc.

**- Modes de recours en cas d'événements non prévus à l'hôpital ou à domicile :**

La question des hospitalisations primaire ou secondaire doit être abordée. Il faut préciser aux patients que la sortie ne peut être garantie a priori et ne sera effective qu'en cas de validation de critères de sortie bien définis. Il est souhaitable d'organiser un réseau de prise en charge si possible avec les médecins traitants et dans tous les cas indispensable de définir les modalités de contact de la structure hospitalière en postopératoire. Une expérience intéressante a été mise en route en Bretagne dans ce sens ([www.urml-bretagne.fr/index.php?id=36](http://www.urml-bretagne.fr/index.php?id=36)).

Il convient également de rassurer le patient devant l'avalanche d'informations qu'il subit en lui précisant la nature des documents qui lui seront remis à la sortie de la structure (ordonnances, consignes, compte rendu opératoire, procédures d'appel 24/24 en cas de problème en postopératoire).

**- Moyens d'accès à une information complémentaire avant et après l'intervention :**

La quantité d'information fournie oralement est conséquente et doit être complétée par les feuillets d'information sur l'anesthésie de la SFAR auxquels le patient peut se référer ultérieurement, en plus des consignes spécifiques liées à l'ambulatoire. Il est utile de laisser également aux patients les coordonnées du service ambulatoire et/ou du service anesthésie pour toute précision complémentaire. Une visite de repérage du secteur ambulatoire où les consignes sont reprises par le personnel soignant peut être également proposée à l'issue de la consultation en fonction de la structure.

**4. INFORMATION ORALE ET ÉCRITE – SIGNATURE**

La protection contre le risque repose en ambulatoire sur le respect des consignes préopératoire par le patient. La remise d'un document écrit sur les recommandations qui s'imposent au patient est importante afin d'inciter le patient à poser toute question utile et d'assurer la traçabilité de l'information :

- En préopératoire : respect des consignes de jeûne, poursuite, arrêt ou relais des traitements personnels, horaires des dernières prises, règles d'hygiène (douche à la Bétadine) pour les plus importantes
- En postopératoire : nécessité d'un accompagnant pour le retour et pour la première nuit postopératoire, pas de conduite de véhicules, pas d'alcool, pas d'automédication. Cette liste n'est pas exhaustive bien sûr et dépendra également de l'acte effectué.

*Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes ce qui a la vertu pédagogique d'inciter à la lecture du document proposé. Cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défause pas celle du médecin.*

## **L'ADMISSION EN AMBULATOIRE**

---

### **1. PROGRAMMATION**

#### **- Organisation des convocations :**

Chaque structure doit définir dans sa charte de fonctionnement les modalités de programmation. Cela peut passer par une convocation délivrée par le chirurgien en fonction d'un horaire de passage prévu ou par un rappel des patients la veille qui offre l'avantage de pouvoir rappeler les consignes et détecter d'éventuelles annulations. Le contact téléphonique est également particulièrement indiqué pour les patients ayant bénéficié d'une consultation d'anesthésie délocalisée ou n'ayant pas été revu dans le cadre d'hospitalisations itératives.

#### **- Organisation de la structure :**

On se dirige maintenant dans la majorité des cas vers des unités de chirurgie ambulatoire bien identifiées avec un espace et un personnel dédié particulièrement en fait des conditions spécifiques de ce type de prise en charge. Cela permet de mettre en place des procédures rigoureuses sur la vérification des consignes à l'entrée, la surveillance systématique et des protocoles spécifiques en fonction des chirurgies et des anesthésies réalisées, l'organisation de la sortie tant sur le plan médical avec la validation des critères de sortie que sur le plan administratif avec la délivrance aux patients des documents essentiels (consignes postopératoires, numéro d'appel 24/24, compte rendu opératoire).

Il est souhaitable d'avoir un espace dédié pour les enfants avec du matériel adapté, des jeux et la possibilité d'un accueil confortable pour les accompagnants.

#### **- Organisation du bloc opératoire :**

La circulation de l'information entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire doit être optimisée afin de réguler au mieux les flux de patients et réduire la durée d'hospitalisation. La programmation doit prendre en compte les impératifs de surveillance et les horaires de fermeture du secteur. Il est ainsi licite, par exemple, d'effectuer les anesthésies générales ou les chirurgies plus lourdes le matin ou de programmer les plus jeunes enfants tôt pour réduire l'inconfort du jeûne. L'organisation du bloc doit également intégrer le temps de réalisation des anesthésies loco-régionales et faire venir le patient suffisamment tôt.

### **2. PRÉMÉDICATION**

#### **- Traitements antérieurs :**

Les consignes concernant les traitements antérieurs (relais, arrêt ou poursuite) doivent être clairement détaillées au patient lors de la consultation préanesthésique et consignées dans le dossier d'anesthésie à disposition de l'infirmière de la structure. Les éventuels bilans prescrits en consultation sont récupérés et intégrés au dossier à ce moment.

### **- Anxiolytiques :**

La question de l'anxiolytique en prémédication a été largement débattue car certaines molécules traditionnellement utilisées et de longue durée d'action, comme l'hydroxysine ou les benzodiazépines, entraînaient des retards de sortie dans les études voire des hospitalisations primaires dans la vie courante ! L'effet de ces molécules est imprévisible et d'une efficacité très modeste. L'effet sédatif provoqué est très variable d'un individu à l'autre tant dans son délai que dans sa durée d'action.

En pratique, il convient d'avoir un usage raisonné de ces molécules. La meilleure prémédication anxiolytique réside dans l'information, la qualité du contact préalable médecin-patient, des paroles rassurantes et un comportement serein des différents intervenants dans l'unité ambulatoire comme au bloc opératoire. La prémédication anxiolytique chez l'adulte ne doit pas être systématique, doit être adaptée au patient et recourir en tout état de cause à des molécules de courte durée d'action.

Chez l'enfant particulièrement d'âge préscolaire, il peut être intéressant d'utiliser des molécules d'action rapide (Midazolam 0,3 à 0,5 mg/kg per os ; pic en 20-30 minutes et effet amnésiant dose-dépendant) afin de diminuer l'anxiété liée à la séparation d'avec les parents et à l'environnement nouveau. Cette prémédication permet de diminuer les troubles du comportement en postopératoire. Certaines équipes développent une prise en charge orientée sur l'hypnose ou permettent aux parents d'assister à l'induction de l'enfant.

*Chez la personne âgée, il est recommandé d'éviter le recours aux benzodiazépines en préopératoire car elles augmentent l'incidence des troubles du comportement en postopératoire.*

### **- Antalgiques**

L'anticipation de l'analgésie permet une diminution de la consommation de morphiniques en postopératoire immédiat. Dès lors, il est envisageable d'administrer en préopératoire le paracétamol pour les interventions très courtes afin de permettre à celui-ci d'atteindre son pic d'effet en postopératoire immédiat.

Les études qui se sont penchées sur le concept d'analgésie « préventive » n'ont en revanche pas permis de mettre en évidence une influence favorable de l'administration de morphiniques en préopératoire sur l'analgésie postopératoire dans la chirurgie coelioscopique ou amygdalienne en particulier.

## **3. VISITE PRÉANESTHÉSIQUE**

*Les modalités de la visite préanesthésique doivent être précisées dans la charte organisant la structure d'ambulatoire.* Elle peut être effectuée dans le service mais cela semble difficilement applicable dès lors que les arrivées des patients sont étalées dans la journée. Les infirmières d'accueil dans le service peuvent effectuer un premier tri en alertant l'anesthésiste responsable en cas d'élément nouveau interférant avec la prise en charge (fièvre, surinfection, non respect du jeûne ou des consignes).

En pratique, cette visite préanesthésique peut avoir lieu au bloc opératoire quelques minutes avant le geste. Si l'organisation le permet, il est souhaitable dans le cas des enfants que l'anesthésiste ait à ce moment un dernier contact avec les parents.

## **L'ANESTHÉSIE**

---

### **1. GÉNÉRALITÉS**

La prise en charge anesthésique doit s'orienter vers une récupération rapide, une bonne analgésie

postopératoire et un contrôle satisfaisant des effets indésirables tels que les nausées vomissements ou la sédation postopératoire.

La diminution de la douleur postopératoire va reposer sur l'anticipation et le recours à une stratégie multimodale. Ainsi, il est recommandé dans les RFE Douleur de la SFAR publiées en 2008, *d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques en injection unique pour la chirurgie ambulatoire lorsque l'indication opératoire s'y prête. Elles précisent également qu'il est probablement recommandé d'associer une analgésie multimodale à une ALR afin de compléter l'efficacité et/ou prévenir la douleur à la levée du bloc.*

La stratégie de prévention des NVPO ne présente pas de spécificité particulière mais doit être particulièrement rigoureuse compte tenu de son incidence et de son retentissement sur les hospitalisations secondaires. *Il est donc recommandé d'avoir recours aux techniques d'anesthésie les moins émettantes possibles, d'avoir une approche multimodale dans le traitement de la douleur permettant de diminuer l'utilisation des morphiniques et d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique chez les patients identifiés à risque.*

## **2. L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE (ALR)**

### **- Les blocs périphériques**

L'ALR périphérique semble une anesthésie de choix pour l'ambulatoire. Elle permet la chirurgie des membres, offre une qualité analgésique inégalée en postopératoire immédiat et permet une réalimentation très rapide. Une métaanalyse récente a montré que l'utilisation des blocs tronculaires aux membres supérieurs permettait une sortie plus précoce de la structure. Quand la nature et la durée de la chirurgie l'autorisent, ces blocs sont très appréciables car moins invalidants que les blocs plexiques (3). La durée d'action des molécules utilisables reste débattue. En effet, on a longtemps privilégié les anesthésiques de courte durée d'action afin de permettre la levée du bloc pendant l'hospitalisation et éviter les complications liées à l'absence de proprioception. Une étude récente effectuée aux USA auprès des anesthésistes exerçant en secteur ambulatoire montre que ceux-ci évitent les blocs de longue durée sur le nerf fémoral ou le nerf sciatique afin de ne pas entraver la déambulation. En revanche, ils sont 84% à utiliser des molécules de longue durée d'action pour le bloc axillaire, le bloc interscalénique ou les blocs tronculaires (4).

*Les dernières RFE soulignent que la sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc est possible si une analgésie de secours, le port d'attelles ou l'utilisation de béquilles, une information écrite aux patients, une assistance à domicile et des procédures précises d'appel ont été prévus.*

Le challenge essentiel avec les blocs périphériques en ambulatoire est d'assurer un relais analgésique de qualité. En effet, l'ALR périphérique présente comme principal écueil de retarder l'apparition de la douleur après la sortie de la structure. Cela impose donc une éducation du patient à l'anticipation de l'analgésie lors de la levée du bloc et des ordonnances adaptées avec un traitement systématique et un traitement de secours. La difficulté de ce relais a conduit certaines équipes à s'interroger sur la mise en place de cathéter à domicile afin de poursuivre une prise en charge de qualité.

En effet, différentes études ont montré qu'un nombre important de patients ambulatoires présentait des douleurs considérées comme modérées à sévères (5-7). Ces douleurs persistaient sans diminuer pendant les 48 heures postopératoires et étaient responsables de troubles de sommeil et d'une fatigabilité importante. En pratique la vraie difficulté n'est pas technique mais organisationnelle. Il faut prévoir et organiser un véritable réseau de soins à domicile en lien avec l'équipe hospitalière.

*Il est recommandé, lorsque des cathéters périmerveux sont envisagés pour traiter la DPO à domicile, que ces dispositifs soient réservés aux interventions dont la douleur est totalement ou dans sa plus grande partie couverte par le bloc périmerveux. Il est recommandé également lorsque ces cathéters périphériques sont utilisés qu'un contact téléphonique quotidien soit réalisé.*

### **- La rachianesthésie**

L'utilisation de faibles doses d'anesthésique local (environ entre 5 et 7 mg de bupivacaïne) associées à un morphinique liposoluble semble être la solution la plus satisfaisante en ambulatoire. En effet, l'association des deux est synergique sur la qualité du bloc sans augmenter la durée du bloc moteur et sympathique. Cette technique est utilisable à ces doses sur des chirurgies de courte durée uniquement. On peut, en outre, encore améliorer la qualité du bloc et sa tolérance hémodynamique en utilisant la latéralisation pendant 15 minutes. Les durées d'hospitalisation sont courtes et les risques de rétention d'urine et de problèmes hémodynamiques semblent faibles voire inexistantes dans ces conditions, en tout cas en dehors de facteurs favorisants. Aucun retard de miction ni de rétention d'urine n'ont été décrits dans les études utilisant de petites doses d'anesthésique local seul ou associé à un morphinique liposoluble (tableau 1) (8). Dans les situations à risques (antécédents de rétention d'urine, chirurgie herniaire ou anale), il est recommandé, après une anesthésie médullaire, d'attendre une miction spontanée du patient avant d'autoriser la sortie. Il semble possible de s'affranchir de ce critère pour accélérer la sortie, mais à condition de pratiquer une échographie. Le patient est alors autorisé à sortir si le résidu vésical est inférieur à 400 ml (9). Il est à noter que les nouveaux biseaux et le faible diamètre des aiguilles ont considérablement réduit la fréquence des céphalées postopératoires.

**Tableaux 1 :** Principaux résultats des études ayant évaluées la rachianesthésie pour arthroscopie de genou en ambulatoire. La partie supérieure du tableau présente les résultats des études ayant utilisées moins de 8 mg de bupivacaïne ou moins de 50 mg de lidocaïne. Les durées sont données à partir de la réalisation de la rachianesthésie sauf \* : à partir de la sortie du bloc opératoire  
\*\* : Les valeurs exactes ne sont pas données dans le texte, ces valeurs sont estimées d'après la figure 1 de l'article.

Bupi = bupivacaïne, Lido = lidocaïne, Fenta = fentanyl, compl. IV = compléments intraveineux de morphiniques

n	Produits utilisés	1er miction (min)	Durée (min) d'hospitalisation	Echec AG/compl. IV	Rétention d'urine
15	Bupi 5mg	163±8	181±8	0/4	0
15	Bupi 7,5mg	186±14	202±14	0/0	0
25	Bupi 5mg	169±52	187±51	6/0	0
25	Bupi5mg+Fenta10µg	177±53	195±49	0/0	0
48	Bupi 4mg+DL	172(115-319)	181(115-319)	3/0	0
51	Bupi 6mg+DL	203(122-377)	209(147-377)	1/0	1
21	Bupi 6mg+Fenta15µg	129 (48-202)*	129 (72-262)*	Sédation perop.	0
55	Lido20mg+Fenta25µg	130±34	140±38	0/2	0
50	Lido20mg+Fenta25µg	-	73,5(40-164)*	0/0	0
15	Bupi 10mg	241±14	260±15	0	0
15	Bupi 15mg	428±34	471±35	0	0
50	Bupi 8mg+DL	250±100**	?	0	1
50	Bupi 8mg	250±100**	?	0	4
25	Bupi 8mg	231±93	241±101	0	3
234	Bupi 10-12mg	335±132 (22G) 318±117 (25G)	?	2	7
55	Lido 50mg	162±35	180±31	0/2	0
42	Lido 50mg	-	280±(31)	0	0

*Il est donc souhaitable d'adapter la technique de rachianesthésie à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie du patient en privilégiant les faibles doses, l'utilisation d'adjuvants liposolubles et la technique de latéralisation.*

Les RFE soulignent *qu'il est possible de ne pas attendre la miction pour autoriser la sortie sous réserve d'une estimation du volume vésical résiduel au minimum clinique au mieux échographique et de l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie. En revanche, il est recommandé de s'assurer des capacités de déambulation avant la sortie.*

### **- Les infiltrations et instillations**

Les infiltrations peuvent être utilisées comme technique d'anesthésie (seule ou avec une sédation) ou d'analgésie. Les blocs du tronc sont une infiltration effectuée dans un espace de diffusion à proximité d'un nerf qui n'est pas repérable par neurostimulation. L'échographie est alors particulièrement intéressante pour visualiser le site d'injection et améliorer ainsi le taux de succès de ces blocs. Ces infiltrations sont recommandées en injection unique dans la chirurgie inguinale ou ombilicale, proctologique ou thyroïdienne. Le bloc pénien est recommandé pour les postectomies de l'enfant.

L'instillation lors des coelioscopies diagnostiques ou thérapeutiques a montré son efficacité, dans plusieurs études reprises dans une métaanalyse (10), particulièrement en chirurgie gynécologique ou dans les cholécystectomies. L'infiltration des trous de trocards de coelioscopie est probablement recommandée même si elle a été longtemps discutée. L'infiltration intra articulaire dans la chirurgie du genou ou de l'épaule a montré son efficacité même si celle-ci est inférieure à celle des blocs périphériques.

### **3. L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE**

- Les produits utilisés dans l'anesthésie moderne se caractérisent en général par une élimination rapide, ce qui rend l'anesthésie générale parfaitement compatible avec une activité ambulatoire. Néanmoins, il convient d'être vigilant et d'adapter constamment notre pratique en fonction de la chirurgie, du terrain du patient et de la pharmacocinétique des produits utilisés. En effet, il existe une variabilité individuelle importante des effets suivant le terrain ou les associations de produits utilisées. *Il est donc raisonnable de privilégier les molécules de courte durée d'action et à effets secondaires réduits* et titrer l'effet des médicaments afin d'obtenir la meilleure prise en charge possible. L'administration avec le mode AIVOC permet d'optimiser cette titration et offre les meilleures garanties de sortie précoce. Il est nécessaire de prévoir un délai suffisant de surveillance en secteur d'hospitalisation après l'anesthésie dans l'organisation des flux au bloc opératoire.

- Une place à part doit être faite à l'utilisation de la kétamine, antagoniste du récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDA) en peropératoire : on peut parler d'un effet antihyperalgésique de la kétamine plus que d'un effet analgésique. Ainsi, il semble que l'administration de 75–150 µg/kg de kétamine en peropératoire permette d'améliorer l'analgésie, de réduire la titration de morphine en postopératoire ainsi que les besoins en analgésique durant la phase extrahospitalière et d'influencer favorablement la reprise d'activité durant les 24 premières heures. Son utilisation en chirurgie ambulatoire a été testée dans un certain nombre d'études (11) permettant d'objectiver un effet analgésique prolongé (24 h), dose dépendant, apparaissant dès la dose de 75 µg/kg et permettant une amélioration fonctionnelle avec mobilisation plus aisée. Cette administration peropératoire, sous anesthésie générale, de faibles doses de kétamine n'induit aucun effet secondaire.



- Une prophylaxie multimodale des NVPO doit être mise en œuvre dès l'induction en présence de facteurs de risque.

## **CONCLUSION**

---

La sécurité de l'opéré après sa sortie repose sur la maîtrise des complications telles que la sédation, la douleur ou les nausées-vomissements postopératoires. L'évolution des techniques et des thérapeutiques en anesthésie permet actuellement de répondre de façon satisfaisante à ces exigences. Il convient également d'insister sur l'information et l'éducation du patient sur la prise en charge de la douleur après son départ et l'anticipation de celle-ci. Le développement de l'hospitalisation ambulatoire pour des chirurgies de plus en plus complexes va s'accompagner d'un challenge pour le relais analgésique et l'on se doit de rester vigilant à cet égard.

## **RÉFÉRENCES**

---

1. **Recommandations formalisées d'experts** : Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *SFAR* 2008
2. **Recommandations formalisées d'experts** : Prise en charge anesthésique des patients hospitalisés en ambulatoire. *SFAR* 2009
3. **Liu SS, Strodtbeck WM, Richman JM, Wu CL.** A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg.* 2005;101:1631-3
4. **Klein SM, Pietrobon R, Nielsen KC, Warner DS, Greengrass RA, Steele SM.** Peripheral nerve blockade with long-acting local anesthetics : a survey of the Society for Ambulatory Anesthesia. *Anesth Analg* 2002 ; 94 : 71-6.
5. **Rawal N, Hylander J, Nydhal PA, Olofsson I, Gupta A.** Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41:1017-22.
6. **Beauregard L Pomp A, Choiniere M.** Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth* 1998;45:304-11
7. **Robaux, S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefèvre N, Laxenaire MC.** Acute postoperative pain management at home after ambulatory surgery: a French pilot survey of general practitioners' views. *Anesth Analg* 2002;95:1258-62
8. **Delaunay L, Gimenez S.** Quoi de neuf en ALR. Journées des infirmier(e)s anesthésiste, d'urgence et de réanimation Congrès *SFAR* 2007.
9. **Mulroy MF, Salinas FV, Larkin KL, Polissar NL.** Ambulatory surgery patients may be discharged before voiding after a short-acting spinal and epidural anesthesia. *Anesthesiology* 2002;97:315-9
10. **Moiniche S, Mikkelsen S, Wetterslev J, Dahl JB.** Local infiltration for postoperative pain relief after laparoscopy. *Anesth Analg* 2000 ; 90 : 899-12
11. **Menigaux C, Guignard B, Fletcher D, Sessler DI, Dupont X, Chauvin M.** Intraoperative small-dose ketamine enhances analgesia after outpatient knee arthroscopy. *Anesth Analg* 2001 ; 93 : 606-12.