

# Anesthésie du patient ambulatoire

M. Sebbane ; S. Jaber ; G. Chanques ; JM. Delay  
JJ. Eledjam



*Département d'Anesthésie-Réanimation DAR B*  
*CHU MONTPELLIER 34000*

# Introduction (1)

- **Concept du patient ambulatoire**
- **Progrès médical considérable**
  - *Loi hospitalière du 31 juillet 1991*
  - *Evolution des pratiques : techniques médicales et chirurgicales*
  - *Patients de plus en plus demandeurs*

# Introduction (2)

- **Anesthésie ambulatoire**

- *progression constante*
- *27 % des anesthésie en 1996*
- *5 % des anesthésie en 1980*
- *chirurgie 55 % des cas*
- *endoscopie digestive 37 %*

- **Bénéfices attendus**

*Laxenaire, AFAR 1998*

- *réduction des coûts*
- *amélioration de la qualité de soins*

# Structure

- A hôpital

- *Centre intégré*
- *centre séparé*
- *centre satellite*

- Hors hôpital

- *centre indépendant*

# Sélection des actes

- Evolution considérable et permanente
- Critères de sélection
  - ↳ *critère majeur : faible risque de complication postopératoire*
- Néanmoins, tenir compte
  - *acte à réalisé*
  - *état physique et physiologique*
  - *structure*

# Patients

- **Adultes**
    - *ASA 1 et 2 (73% - 23%)*
    - *ASA 3 stabilisé (4%)*
  - **Enfants : 21 % des anesthésies ambulatoires**
    - *Âge inférieur à 6 mois*
    - *Anciens prématurés*
- } **Contre indiqués**

*Laxenaire, AFAR 1998*

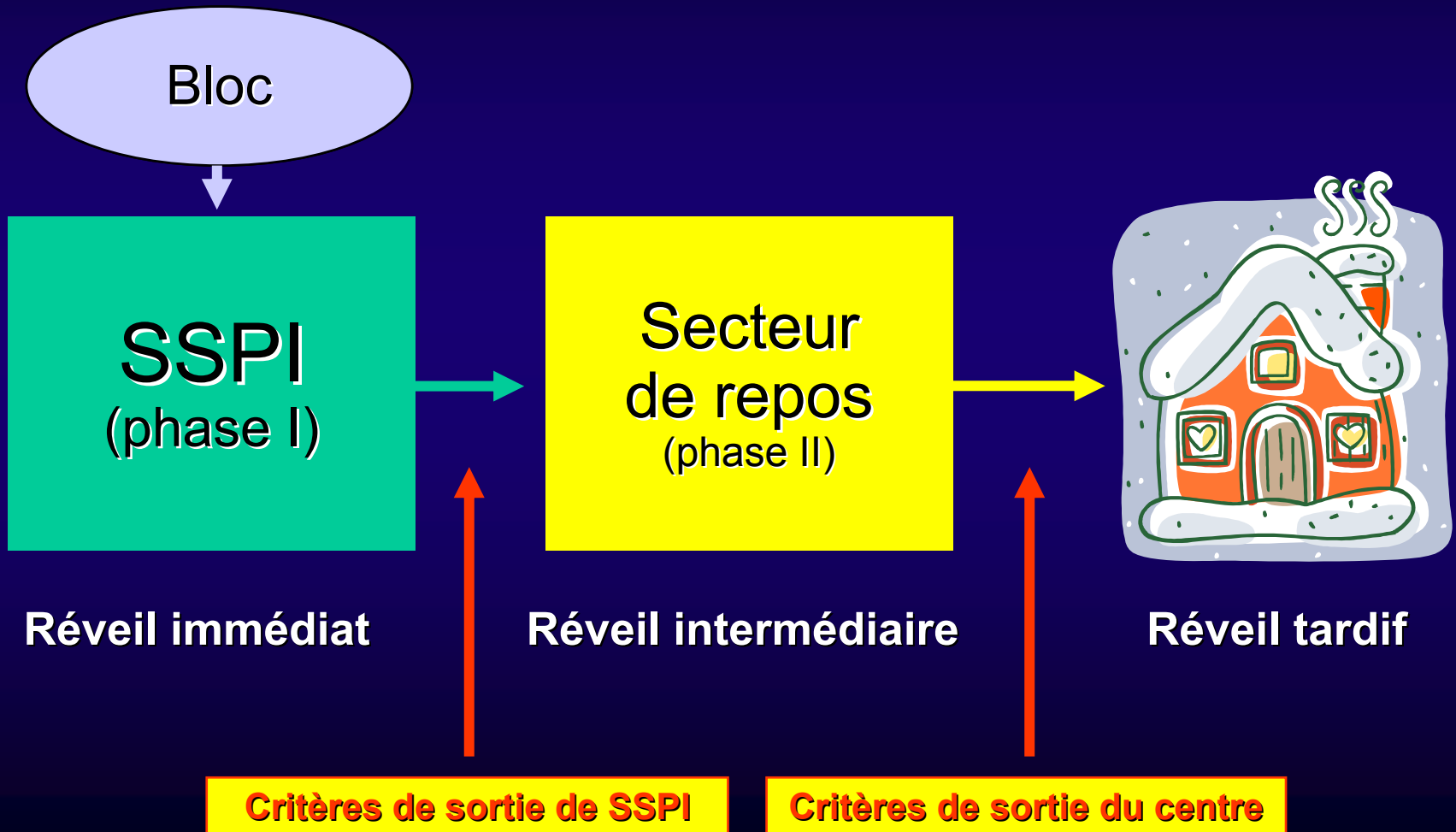
# Prémédication

- **Surtout pas systématique, chez l'adulte**
- **Indication doit être justifiée**
- **Adulte : anxiété importante**
- **Titration IV est recommandée (midazolam)**
- **Systematique chez l'enfant**

# Peropérateur

- **Anesthésie générale**
  - *Technique habituelle en ambulatoire*
  - *Anesthésiques à cinétique rapide*
  - *Réveil rapide et agréable*
- **Anesthésie locorégionale (ALR)**
  - *Technique de plus en plus utilisée*
  - *Analgésie per et postopératoire*

# Phases du réveil postanesthésique



# Critères de sortie de la SSPI

- Orienter le patient vers la salle de repos puis son domicile ?
- Critères de sécurité (respiratoire, circulatoire, neurologique) : score d'Aldrete modifié
  - Aldrete, J Clin Anesth, 1995*
- Critères de confort
  - *Douleur*
  - *NVPO*

# L'aptitude à la rue

- **Recommandations de Korttila**
- **Critères de Wetchler**
- **Scores spécifiques à l'ambulatoire**
  - **Post Anesthesia Discharge Scoring System**

*Korttila Acta Anaesthesiol Scand 1991*

# Modified PADSS de Chung

Table 4. Postanesthesia Discharge Scoring System (PADS) for Determining Home-Readiness

Vital signs	
Vital signs must be stable and consistent with age and preoperative baseline	
BP and pulse within 20% of preoperative baseline	2
BP and pulse 20%–40% of preoperative baseline	1
BP and pulse >40% of preoperative baseline	0
Activity level	
Patient must be able to ambulate at preoperative level	
Steady gait, no dizziness, or meets preoperative level	2
Requires assistance	1
Unable to ambulate	0
Nausea and vomiting	
The patient should have minimal nausea and vomiting before discharge	
Minimal: successfully treated with PO medication	2
Moderate: successfully treated with IM medication	1
Severe: continues after repeated treatment	0
Pain	
The patient should have minimal or no pain before discharge	
The level of pain that the patient has should be acceptable to the patient	
Pain should be controllable by oral analgesics	
The location, type, and intensity of pain should be consistent with anticipated postoperative discomfort	
Acceptability	
Yes	2
No	1
Surgical bleeding	
Postoperative bleeding should be consistent with expected blood loss for the procedure	
Minimal: does not require dressing change	2
Moderate: up to two dressing changes required	1
Severe: more than three dressing changes required	0

Maximal score = 10; patients scoring  $\geq 9$  are fit for discharge.

Reprinted from Marshall S, Chung F. Assessment of "home readiness": discharge criteria and postdischarge complications. *Curr Opin Anaesthesiol* 1997;10:445–50.

# Critères de sortie

- **Les règles standards :**
  - *Passage en SSPI avec un score de sortie*
  - *Passage en secteur de repos et sortie du centre selon les recommandations de Kortilla ou le PADSS de Chung*
- **Adaptation selon les spécificités locales**
  - *Chirurgie*
  - *Anesthésie*
  - *Patient*

# **Analgésie postopératoire et Rôle du médecin de famille**

- **Le patient retourne à son domicile le jour même**
- **Il n'y a pas de majoration des risques**
- **Une mauvaise analgésie n'est pas acceptable**
- **Le médecin généraliste devrait avoir un rôle central**
- **Dans les faits ce rôle est actuellement faible**

# Incidence de la douleur en CA

- La douleur et les NVPO représentent 49 % des plaintes des patients
- La moitié de ces patients ont recours à un traitement antalgique
- 11 % sur les conseils de leur médecin traitant
- La douleur est le premier motif d'appel du médecin généraliste
- 35 % des patients ont une douleur modérée ou sévère, 20% décrivent des troubles du sommeil liés à la douleur

*Langloÿs, AFAR 1996*

*Rawal, Acta Anaesthesia Scand, 1997*

# Retentissement de la douleur postopératoire

---

- Inconfort des patients
- Perte de confiance en l'ambulatoire
- Augmentation incidence NVPO
- Hospitalisation non programmée

# Spécificités de la douleur en ambulatoire

Actes chirurgicaux peu douloureux

Douleur contrôlable par des antalgiques oraux

**MAIS en pratique ...**

**Variabilité interindividuelle**

Extension à des **actes plus lourds** donc plus  
**douloureux**

# Traitements analgésiques en ambulatoire

## Pharmacologiques

- paracétamol
- A.I.N.S. : anti-cox 2 préférentiels
- paracetamol + opiacés (codéine,  
dextropropoxyphene)
- tramadol

# Traitements analgésiques en ambulatoire

## Pharmacologiques

### Morphiniques agonistes purs

- **Morphine** formes orales à libération immédiate

**MORPHINE COOPER® SEVREDOL® ACTISKENAN®**

**Quelle place en ambulatoire ?**

# Traitements analgésiques en ambulatoire

## Pharmacologiques

### Inconvénients des morphiniques en ambulatoire

- **Effet émétisant (surtout), sédatif et dépresseur respiratoire**
- **Mauvaise analgésie dynamique**
- **Réticence des Médecins traitants**

# Traitements analgésiques en ambulatoire

## Analgésie locorégionale

- ✓ **Persistance des ALR utilisées en per-opératoire (membre sup.)**
- ✓ **Infiltrations pariétales (cicatrice) et péritonéales (sous-diaph., mésosalpinx)**
- ✓ **Infiltrations intra-articulaires (genoux+++)**
- ✓ **Cathéters d'anesthésiques locaux administrés par pompe au domicile**

---> **expérience suédoise**     **Rawal et al 2000**

# **Pourquoi et comment assurer le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie ?**

- s'assurer du respect des consignes de sortie et de remise à la rue**
- s'assurer de l'absence d'effets adverses, notamment de douleurs et/ou de nausées/vomissements PO**
- s'assurer de l'efficacité des traitements de sortie**

**COMPLIANCE aux INSTRUCTIONS**

**OBSERVANCE THERAPEUTIQUE**

# Le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie ?

Eviter la rupture de continuité de l'analgésie entre le centre ambulatoire et le domicile

3 options

- médecin de famille et IDE :  
systématiquement ? à la demande ?  
quelle formation ?
- consultation au centre ambulatoire : J1 ? J2? J..?
- suivi téléphonique systématique par la structure ambulatoire



# Le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie ?

The postoperative follow-up phone call:  
an essential part of the ambulatory surgery nurse's job  
*Young J Post Anesth Nurs 1990*



Triage of medical or social issues through preoperative and  
postoperative telephone calls by primary nurses  
*Wachter Insight 1995*

Chirurgie OPH : phacoexérèse + implant → appel téléphonique  
systématique par IDE



- \* diminue l'anxiété en conservant le lien avec les patients
- \* vérifie la bonne compréhension des instructions
- \* vérifie complications mineures et la nécessité de ré-hospitalisation

→ améliore la qualité des soins

→ réduit le coût global de l'acte chirurgical en évitant consultations répétées MG  
et hospitalisation injustifiées

# Le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie ?

## Est-ce suffisant ? Est-ce nécessaire ?

- Paediatric day-stay tonsillectomy service: development and audit.

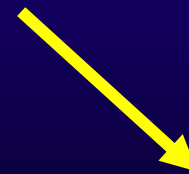
*Stewart et al Anaesth Intens Care 2003*

125 enfants 3 à 16 ans,

Ambulatoire non habituel en Australie pour amygdalectomie  $\pm$  VA

Appel systématique à J1 puis 1 à 4 mois plus tard

J1 : 15,6 % vomissements  $\rightarrow$  conseil thérapeutique téléphonique  
2 admissions pour douleur et 1 pour hémorragie  
80% parents satisfaits



**L'appel systématique à J1 est condition *sine qua non* d'une procédure ambulatoire**

# Rôle du médecin de famille

Le médecin de famille est le seul acteur présent au domicile ce qui permet :

## Le contact verbal

avec la confiance et la connaissance du patient

d'où un effet **anxiolytique** important

## L'examen clinique

différencie : **douleur « normale »** et **douleur symptôme**

# Rôle du médecin de famille

## Pour pouvoir jouer son rôle il doit :

- Être formé à la prise en charge de la douleur et des complications postopératoires
- Être informé de tout ce qui concerne son patient, par un courrier postopératoire explicite et par des contacts étroits avec l'anesthésiste et le chirurgien : fax, e-mail...
- Être impliqué concrètement dans le déroulement de l'acte ambulatoire : dépasser le rôle de recruteur !!!

# Rôle du médecin de famille

## Stratégie thérapeutique

- Rassurer le patient
- Identifier les douleurs symptômes, en traiter les causes
- Vérifier la bonne compréhension et le respect des consignes postopératoires
- Compléter le traitement initial par (selon les cas) par ordre paracétamol, AINS, codéine, tramadol... si douleurs rebelles
- Au besoin : recours ponctuel aux morphiniques majeurs pour « passer un cap » ---> discuté

# Conclusion (1)

---

- La qualité de la prise en charge de la douleur en chirurgie ambulatoire ne pourra s'améliorer que grâce à la participation des **médecins omnipraticiens**
- **FORMATION SPECIFIQUE**
- **COMMUNICATION avec l'anesthésiste et le chirurgien**

# Conclusion (2)

---

- **L'analgésie postopératoire « balancée »**
- **Voie d'avenir ?? ALR / cathéters au domicile**
- **Nécessaire réflexion sur l'utilisation des morphiniques majeurs en ambulatoire ---> changer les habitudes**
- **Agonistes purs d'action rapide par voie orale ?**

# Conclusion (3)

- **Anesthésie ambulatoire s'intègre dans une nouvelle modalité de soins**
- **Evolution considérable ces dernières années**
- **Concept de prise en charge en réseau**
- **L'ensemble des acteurs (patients, soignants, les responsables sanitaires) sont demandeurs**
- **Mieux soigner (qualité et sécurité)**
- **Moins cher ?**