

# Prévoir la décision de l'anesthésiste

Dr Guidat Anne  
Centre médico -  
chirurgical ambulatoire  
Hôpital Claude Huriez  
CHRU Lille



Ambuforum, Montpellier 3 et 4 novembre 2005

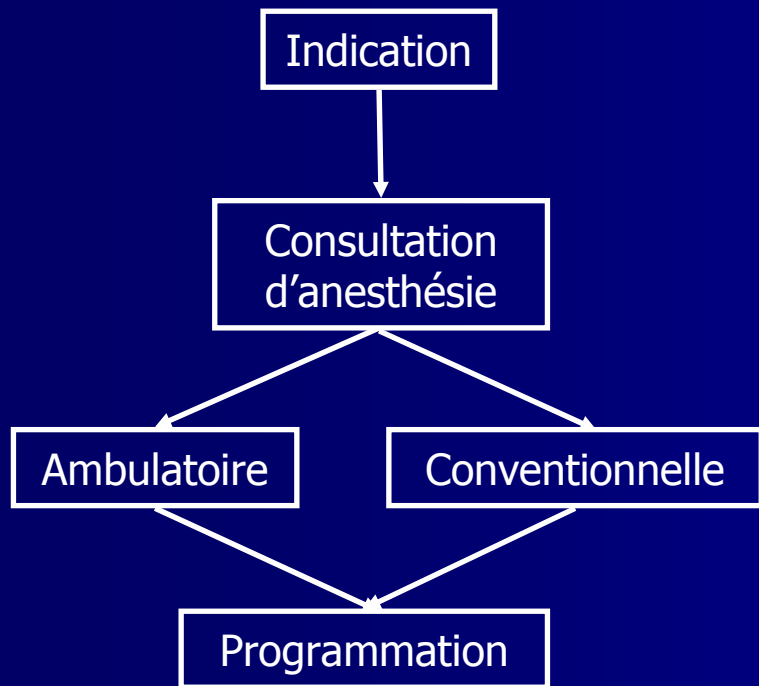
# Introduction

- Centre médico-chirurgical ambulatoire
  - Activité de gastroentérologie (endoscopie et radiologie interventionnelle)
  - Activité de chirurgie
  - Activité de dermatologie laser
  - Activité de radiologie interventionnelle

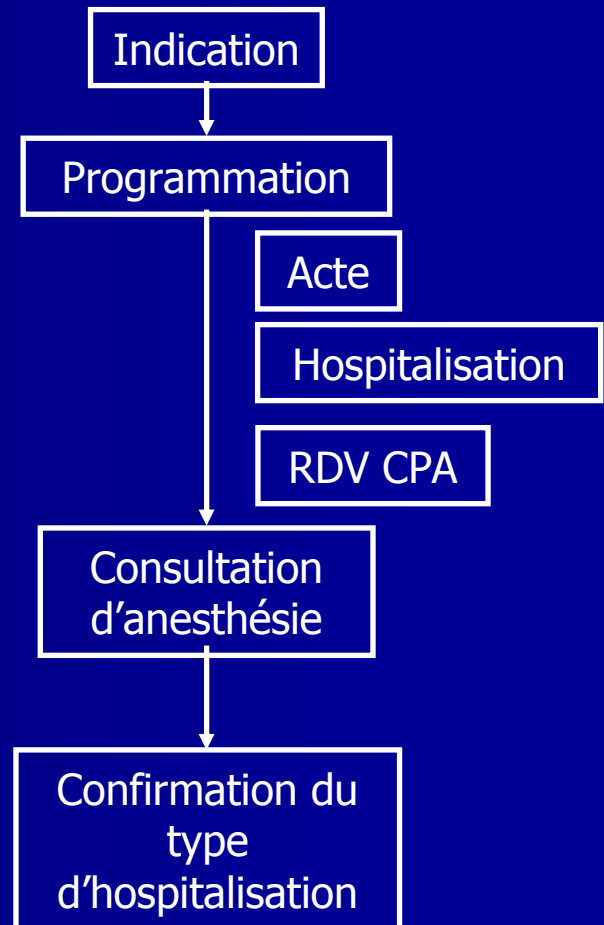
Activité à flux rapide à vocation ambulatoire

# La programmation

## ■ En théorie



## ■ En Pratique



# Enjeu

- Sélection appropriée des patients
  - Anticiper la décision de l'anesthésiste
  - Pré programmation du circuit du patient adéquate
  - Faciliter le flux des patients (pas de reprogrammation)
- Développer l'ambulatoire
- Désengorger les services d'hospitalisations conventionnelles

# Patients et méthode (1)

- Inclusion lors de la consultation d'anesthésie
- Décision de l'anesthésiste :
  - Apte à l'ambulatoire
  - Non apte à l'ambulatoire
- Age
- Intervention

# Patients et méthode (2)

Critères liés à l'acte	Durée (min)	< 90	90-120	>120
	Risque hémorragique	Faible	Moyen	Important
	Risque interventionnel			
	Douleur postopératoire			
	Handicap postopératoire			
Critères liés au patient	Classe ASA	1 ou 2	3	
	Pathologie	Stable sans traitement	Stable avec traitement	Instable
	Interférence acte / maladie	Faible	Moyen	Important

# Patients et méthode (3)

## ■ Critères d'exclusion:

- Classe ASA 4

- Contre-indications sociales :

  - Absence de domicile fixe

  - Non adhésion ou non compréhension des recommandations ambulatoires par le patient

  - Domiciliation > 1h de transport d'une structure de soins

  - Absence d'un téléphone au domicile du patient

  - Absence au domicile d'un accompagnant

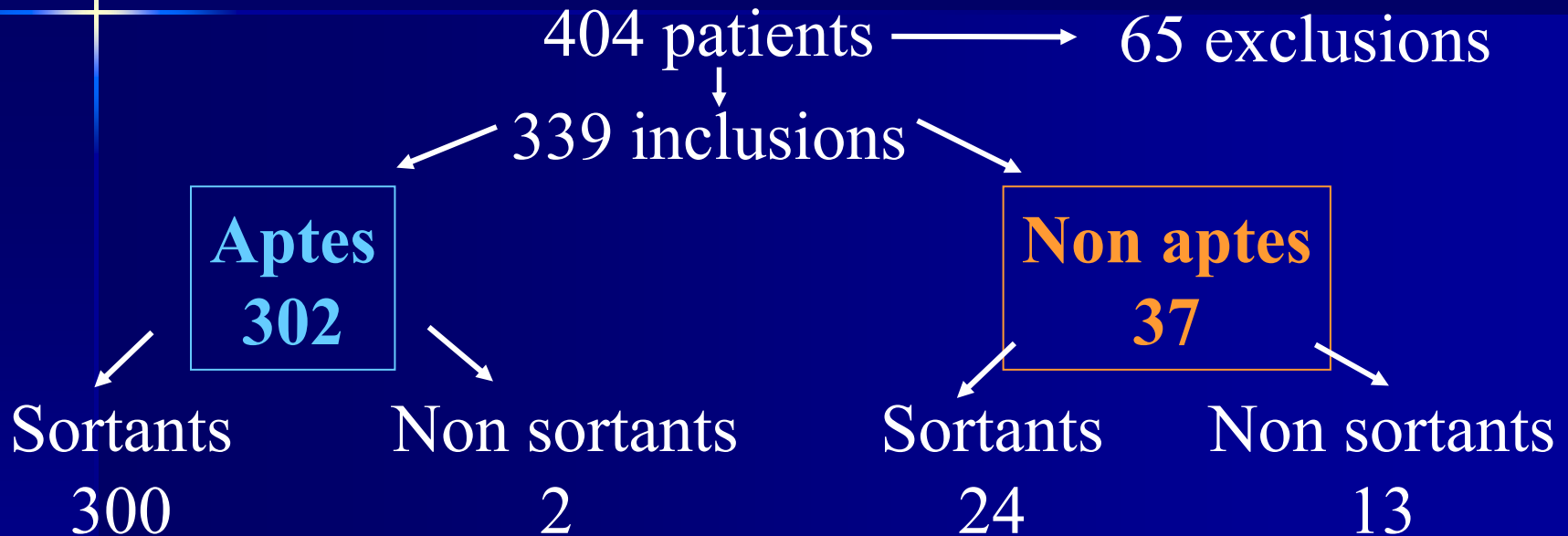
# Patients et méthode (4)

- Étude pilote (6 semaines) :
  - Application du score d'aptitude à la rue
    - ↳ Calcul de la sensibilité et de la spécificité de la décision anesthésique
  - Application des critères ambulatoires selon la SFAR
    - ↳ Réalisation d'un score d'inclusion ambulatoire

# Patients et méthode (5)

- Sensibilité et spécificité de la sélection ambulatoire par l'équipe d'anesthésie
- Comparaison des données bi-variées par le test du Chi-2
- Détermination des variables indépendantes et attribution d'un coefficient de pondération par analyse factorielle discriminante
- Détermination du score d'inclusion ambulatoire selon le rapport sensibilité / spécificité

# Étude pilote (1)



Prudence dans la sélection par MAR

↓  
Sensibilité : 99%

↓  
Spécificité : 35%

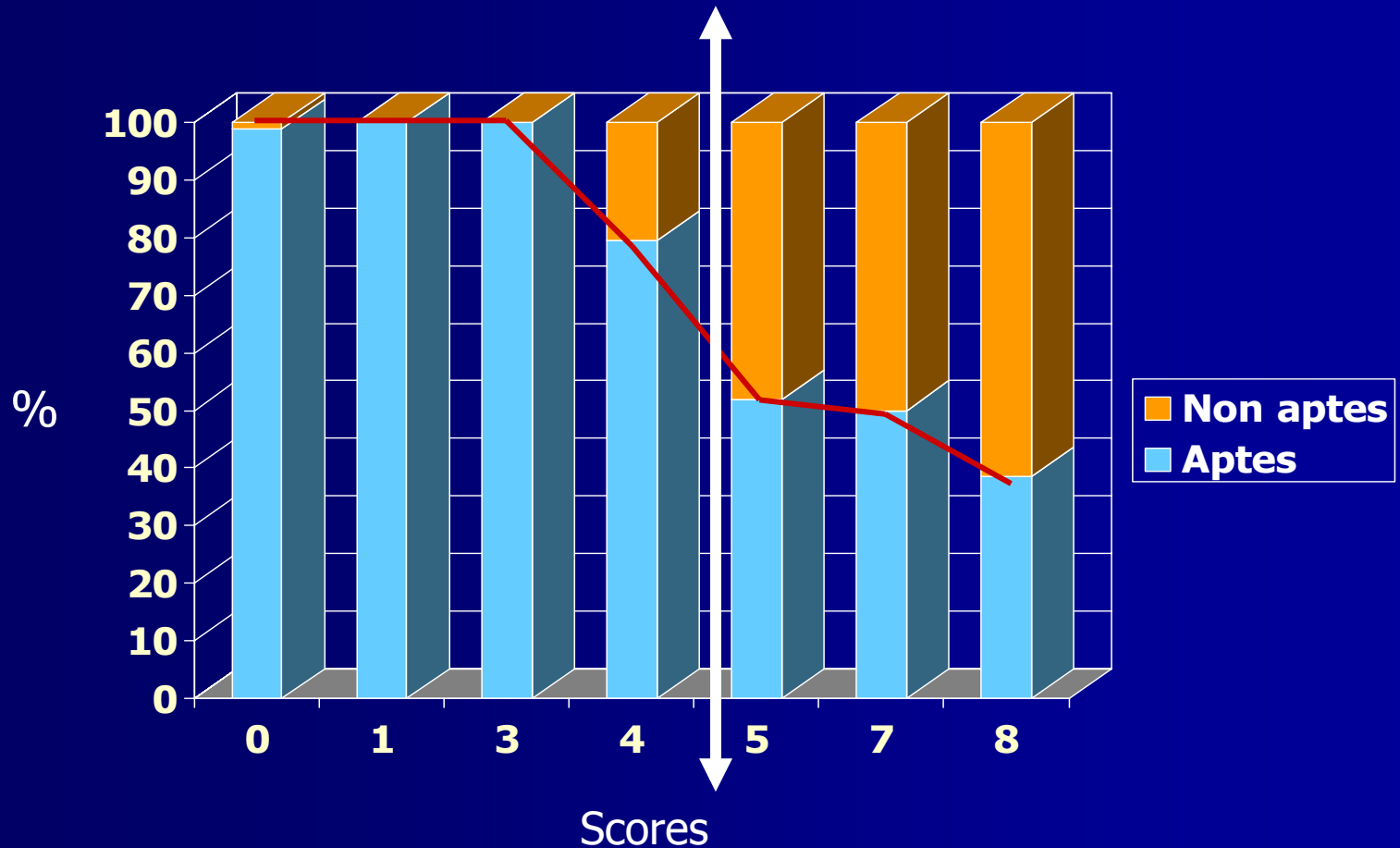
# Étude pilote (2)

Critères indépendants, pondérés

	Coefficient de pondération
Age > 60 ans	1
Pathologie instable	3
ASA 3	4

# Étude pilote (3)

Répartition des patients aptes / non aptes selon les scores



# Étude pilote (4)

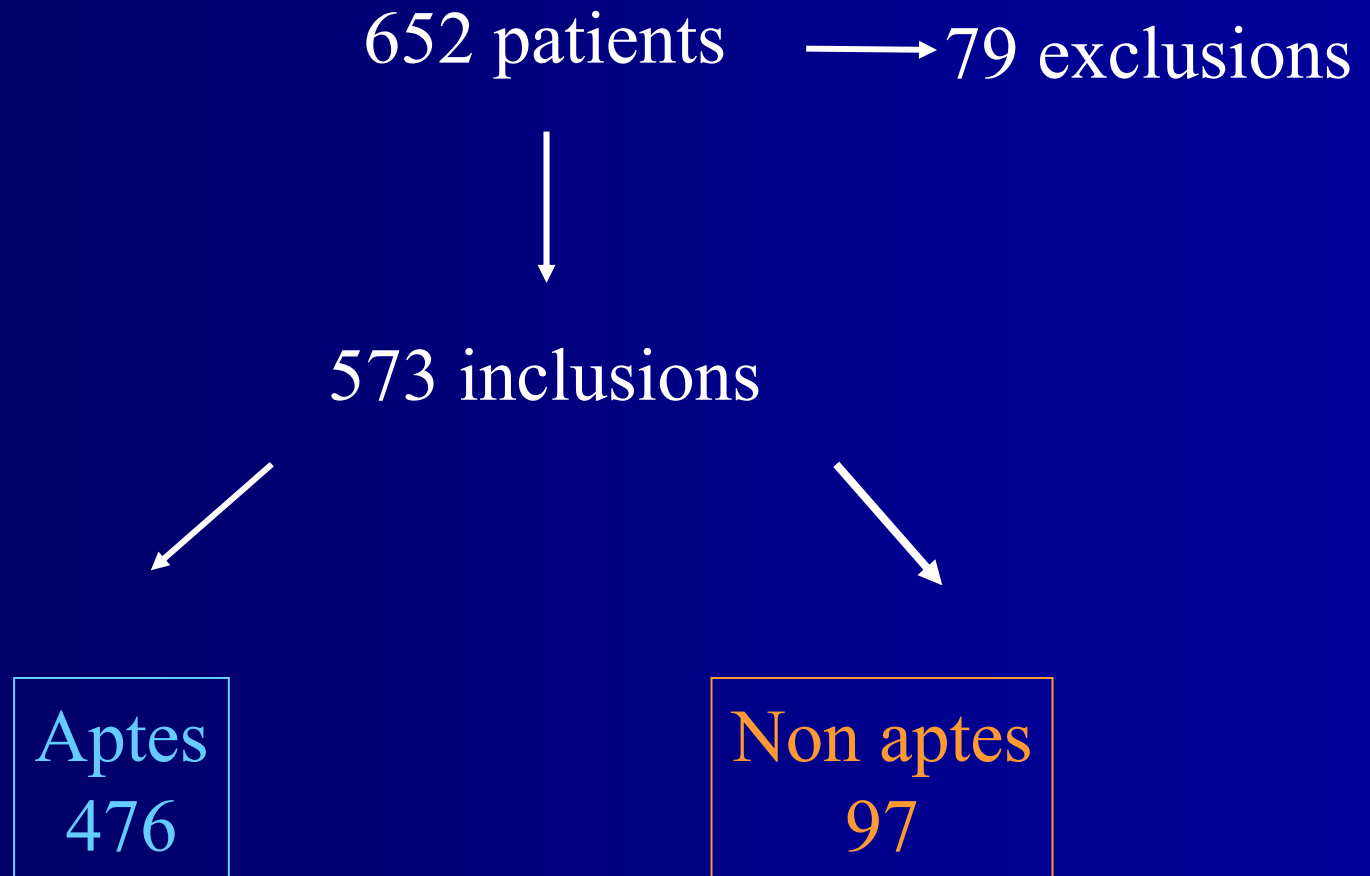
Score d'inclusion ambulatoire

	Décision anesthésique	
$\leq 4$ pts	Patient apte à l'ambulatoire	Se = 92,7 % VPP = 96,5%
$> 4$ pts	Patient non apte à l'ambulatoire	Sp = 68,5 % VPN = 52,1%

# Étude globale (12 semaines)

- Poursuite de l'étude sur 6 semaines
  - Même méthodologie
    - Comparaison des données bi-variées par le test du Chi-2
    - Détermination des variables indépendantes et attribution d'un coefficient de pondération par analyse factorielle discriminante
    - Détermination du score d'inclusion ambulatoire selon le rapport sensibilité / spécificité

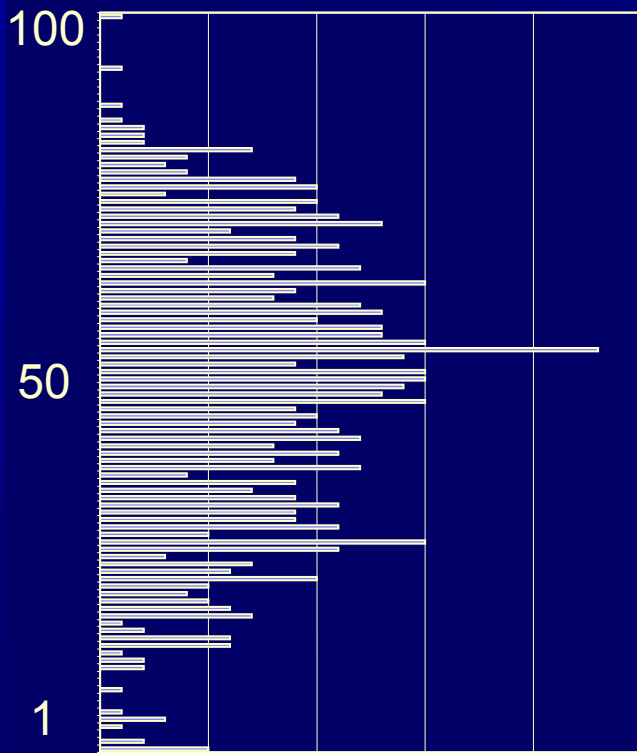
# Étude globale : résultats (1)



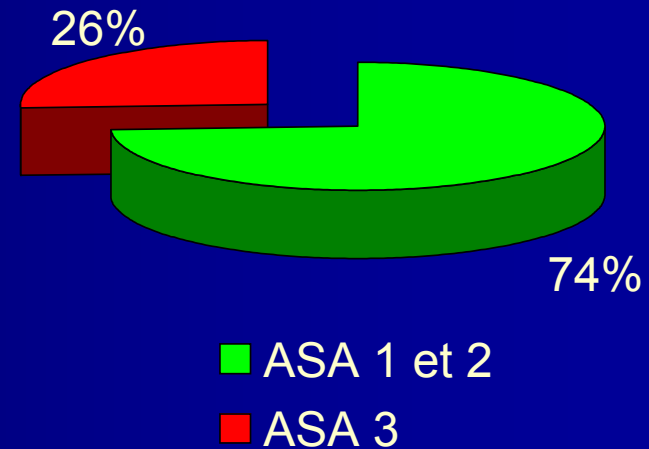
# Étude globale : résultats (2)

## Caractéristiques démographiques et classification ASA

■ Age

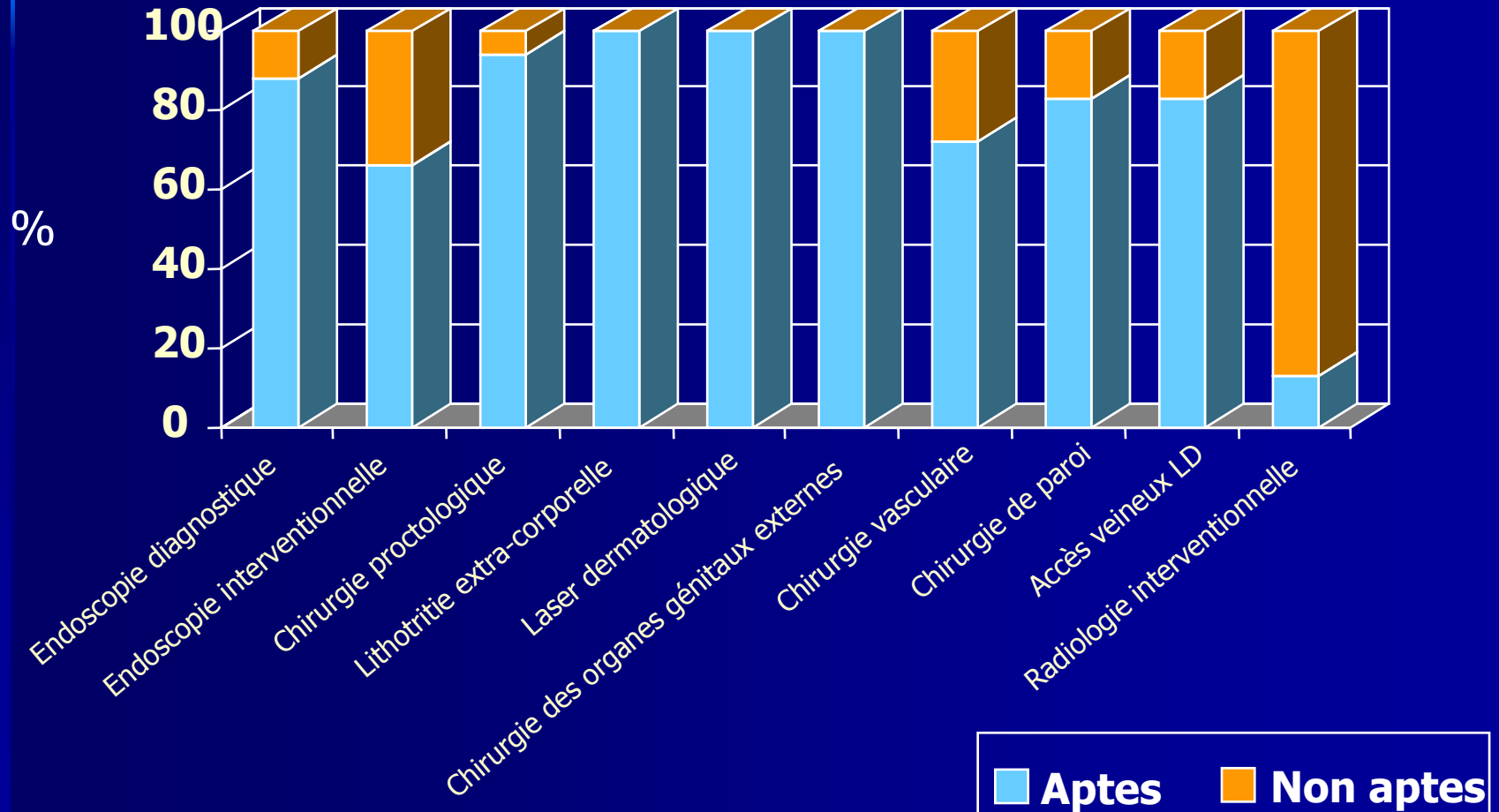


■ Classe ASA

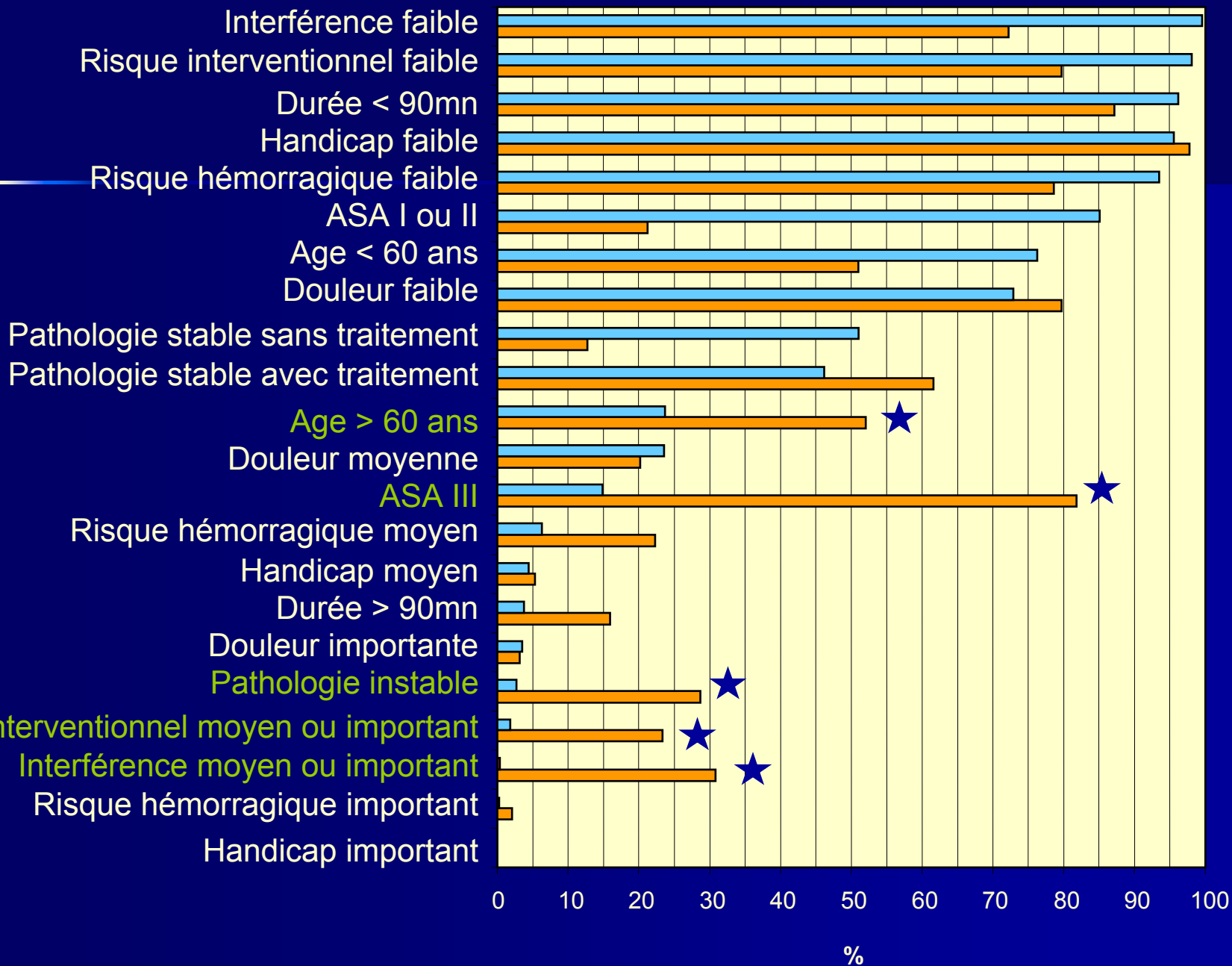


# Étude globale : résultats (3)

Répartition des patients aptes / non aptes selon les interventions



# Critères indépendants, pondérés



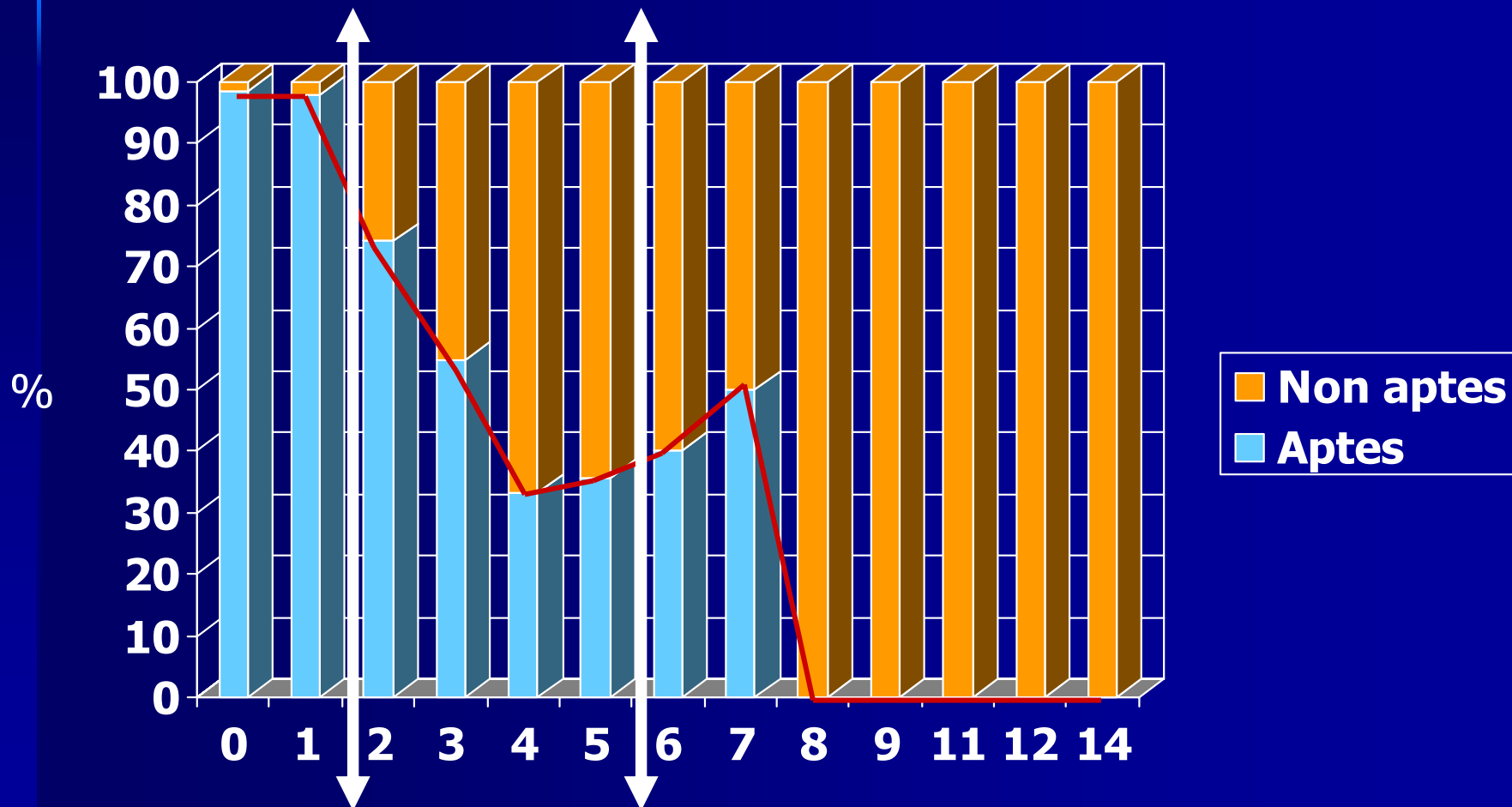
# Étude globale : résultats (4)

## Critères indépendants, pondérés

	Coefficient de pondération
Age > 60 ans	1
ASA 3	2
Pathologie instable	3
Risque interventionnel	4
Interférence acte/ maladie	5

# Étude globale : résultats (5)

Répartition des patients aptes / non aptes selon les scores



# Étude globale : résultats (6)

## Score d'inclusion ambulatoire

	Décision	
$\leq 1$ pt	Patient apte à l'ambulatoire	Se = 97,5 % PP = 98,3 %
2 à 5 pts	Avis anesthésique avant programmation	
$\geq 6$ pts	Patient non apte à l'ambulatoire	Sp = 85,1 % VPN = 80 %

# Prévoir la décision de l'anesthésiste

- Classification de 79 % des patients du service
  - 70 % déclarés aptes d'emblée (score  $\leq 1$ )
  - 9 % déclarés non aptes (score  $\geq 6$ )
- 21% des patients ont un score entre 2 et 5 points
  - Nécessité d'un avis anesthésique

# Score d'inclusion ambulatoire

Critères indépendants, pondérés

		Coefficient de pondération	
Apte	Age > 60 ans	1	Ambulatoire possible
	ASA 3	2	Risque d'Hospitalisation
	Pathologie instable	3	
Avis	Risque interventionnel	4	• «moyen et important» • Pas de CI d'emblée • Réhabilitation postopératoire compromise
	Interférence acte/maladie	5	
Non aptes	Somme de plusieurs critères $\geq 6$		

# Critère non retenus

- Handicap postopératoire moyen et important
- Risque hémorragique moyen et important
  - Concernent trop peu de patients
  - Biais de sélection (patient non proposé en ambulatoire)
- Douleur
  - Moyenne ≠ importante
- Durée:
  - 94 % des actes < 90 min
  - Durée n'affecte pas le délai de récupération post-opératoire
    - *Meridy HW. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management; a retrospective study of 1553 cases. Anesth Analg. 1982*

# CONCLUSION

- Création d'un score d'inclusion ambulatoire simple à 5 critères
- Anesthésiste valide l'ambulatoire mais n'est pas le facteur limitant
  - 70 % des patients sont déclarés aptes
  - 40 % sont réalisés en ambulatoire
- Possibilité d'élaborer un outil de sélection accessible au personnel médical et para-médical
  - *Clark K . Improving patient throughput for oral day case surgery. The efficacy of a nurse-led pre-admission clinic. Ambulatory Surg.1999*
- Amélioration de la qualité du circuit du patient
- Développement de l'anesthésie ambulatoire

# DISCUSSION (1)

- Age > 60 ans: coefficient 1
  - Ambulatoire non contre-indiquée d'emblée
  - Risque d'hospitalisation non anticipée
- Classe ASA 3: coefficient 2
  - Nécessite l'avis de l'anesthésiste
  - Risque d'hospitalisation non anticipée
- Pathologie instable : coefficient 3
  - Pas d'inclusion ambulatoire d'emblée
  - Risque d'hospitalisation non anticipée

# DISCUSSION (2)

- Risque interventionnel : coefficient 4
- Interférence acte / maladie : coefficient 5
  - Regroupement des niveaux «moyen » et «important »
  - Pas d'exclusion d'emblée
  - Pas de «importants» déclarés «aptes»
  - Coefficient important = Réhabilitation post-opératoire compromise