

## Quelle chirurgie ambulatoire en proctologie ?

ROBERT Pierre emmanuel  
DESC chirurgie viscérale, Brest Juin 2011

## PLAN

- Introduction
- Pourquoi ?
- Critères de faisabilité généraux
- Quelles chirurgies proctologiques sont réalisables en ambulatoire ?
  - Y a-t-il des spécificités techniques propre à une prise en charge en ambulatoire
    - Quelle anesthésie ?
    - Choix d'une technique opératoire particulière ?
    - Soins post opératoires ?
- La chirurgie ambulatoire en proctologie, échecs, complications :
  - Admissions, consultations hospitalisations non programmées
  - Morbidités
- Quelles sont les recommandations ?
- Y a-t-il une place pour les urgences proctologiques en ambulatoire ?

## INTRODUCTION

Chirurgie ambulatoire : Définie en France comme un concept d'organisation spécifique lié à une durée de séjour, réglementairement inférieure à 12 heures.

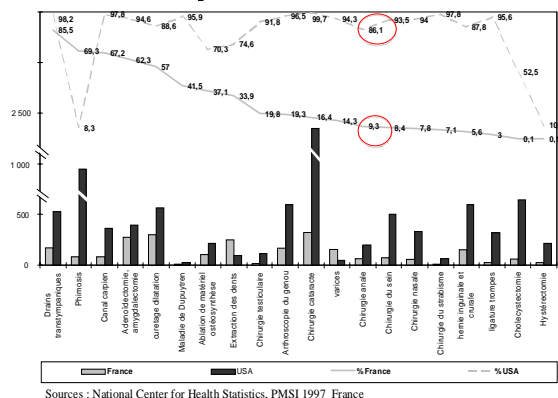
Volonté des pouvoirs publics de la développer (INSTRUCTION DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010)

- « **Priorité nationale** »
- « **Chirurgie qualifiée et substitutive** à la chirurgie en hospitalisation à temps complet. »
- « étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, **la chirurgie ambulatoire devenant la référence** »
- **Chirurgie proctologique : taux ambulatoire 25,9% (PMSI 2009)**

Décrite depuis plus de 35 ans.

- (Medwell. Dis colon rectum 1979 ; Rivkin 1973)

Pourcentages de ceux réalisés en ambulatoire



Sources : National Center for Health Statistics, PMSI 1997 France

## Pourquoi de la proctologie en ambulatoire étude de la CNAMTS

Objectifs : Apporter les mêmes soins en évitant les hospitalisations inutiles

- Argument économique
- Diminution arrêt travail
- Diminution du risque d'infection nosocomiale
- Amélioration de la qualité des soins du suivi et de la satisfaction des malades
- Mode de vie moins troublé
- Angoisse réduite
- Meilleure gestion du programme opératoire
- Meilleure gestion des lits

## Critères d'inclusion « généraux »

RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009

- Patients
  - 6 critères sociaux :
    - Compréhension suffisante
    - Bonne observance
    - Bonnes conditions d'hygiène et de logement
    - Accompagnant la 1<sup>re</sup> nuit
    - À - d'une heure d'une structure de soin adaptée
    - Accès à un téléphone
  - 2 critères médicaux
    - Age > 6 ans, pas de limite supérieure
    - ASA I, II, ou III stabilisé
- Actes
  - Durée inférieure à 1h30
  - Faible risque respiratoire et hémorragique
  - Suites opératoires prévisibles simples
  - Suivi anesthésique tout au long de la procédure
  - Au sein d'une structure de soin adaptée

## Gestes décrits en ambulatoire de moins de 12h

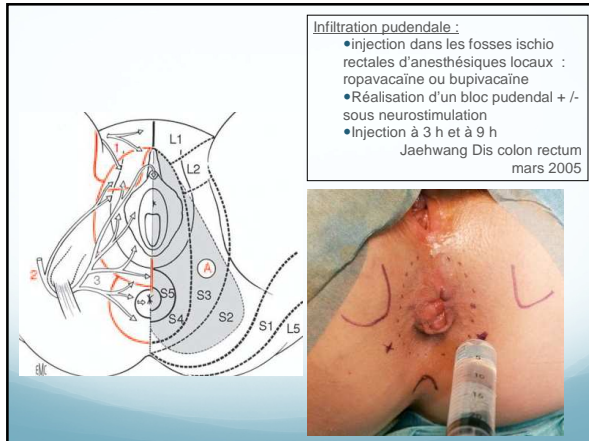
- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| • <b>Fistules anales</b>            | • Résection trans anale (parachute ou TEM) |
| • <b>Fissures anales</b>            | • Excisions de marisques                   |
| • Troubles de la statique pelvienne | • Drainages par sétou                      |
| • <b>Sinus pilonidal</b>            | • Correction de sténoses anale             |
| • Abscess de la marge anale         | • Excisions de condylomes                  |
| • <b>Hémorroïdes</b>                | • Ablation de corps étrangers              |
| • Lambeaux                          |  |
- Smith, South Med J 1986  
Read, Dis colon rectum Nov 2002  
Gupta, J Gastrointestin liver Dis Dec 2006  
Faiz, Colorectal diseases, Nov 2007

## Les spécificités de la chirurgie ambulatoire en proctologie

### L'anesthésie

- Types décrits (Read, Dis colon Rectum, Nov 2002 ; Niccolai EMC 2005)
    - Générale
    - raché anesthésie, péridurale
    - Locorégionale :
      - Infiltration pudendale
      - Infiltration en cadran
      - Infiltration pré sacré
    - Anesthésie locale
- } Bloc périméal postérieur  
Analgésie multimodale  
+/- sédation
- Limitation des fluides péri opératoires

Practice parameters for ambulatory anorectal surgery, ASCRS 2003



A. locorégional vs A. générale, ou la rachianesthésie :

- Technique plus simple, plus rapide
- Récupération + courte .
- Moins de douleurs post opératoire
- Délai d'apparition des douleurs plus long
- Moins cher
- Moins de morbidité : rétention urinaire, nausées.

Jaehwang, Dis colon rectum 2005

Mais tout les patients ne sont pas éligible

- Obésité
- Insuffisant cardiaque, respiratoire
- Procédure longue , + invasive.

### Choix d'une technique particulière pour une prise en charge ambulatoire?

- Hémorroïdes
  - Toutes les techniques décrites en moins de 12 h
  - Hémorroidopexie : diminution significatives des douleurs post opératoires
- Fissure anale
  - Pas de supériorité d'une technique de sphinctérotomie en terme de prise en charge ambulatoire
- Fistule anale
  - Technique des lambeaux non décrite
- Trouble de la statique pelvienne
  - Seule la technique de l'Altemeier décrite dans 1 série en moins de 12 h
  - STARR , Delorme décrit dans études rétrospectives petits effectifs en moins de 24 h
- Kyste pilonidal
  - Pas de différence entre les différentes techniques d'exerese en terme de faisabilité de l'ambulatoire

Stoffi, J Gastrointestin Surg 2008

### Soins post opératoires

Contrôle de la douleur post opératoire

- Analgésie locale ou locorégionale
  - Également si anesthésie générale
  - Durée d'analgésie prolongée (6 à 12 h)
  - Diminution de la consommation d'antalgique
- Métronidazole 5 à 7 jours
  - Significativement moins de douleurs à J 5, J 7
  - Retour + précoce à une activité normale
  - Meilleur taux de satisfaction
- AINS IV, IM
  - Moins de douleurs, diminution inflammation local
  - Pas d'augmentation significative de la morbidité, notamment hémorragique
  - Kétorolac (retré marché 1994)

(Vinson-Bonnet, Dis colon rectum 2002)

(Carapeti, Lancet 1998)

(Place, Dis colon rectum 2000)

## Encadrement - éducation des patients

- Bains de siège
- Laxatifs non irritants : type lactulose
- Hydratation abondante
- Limitations des activités
- Consignes de surveillance



Practice parameters for ambulatory anorectal surgery, ASCRS 2003

## Faisabilité spécifique

	Proctologie	Hémorroïde	Sinus pilonidal	Fissure	fistule	Trouble statique pelvienne
Taux Admissions non programmées	1,8%	12,7 %	0 - 27 %	0 - 3,6 %	0 %	38 %
Taux d'hospitalisation non programmées	0 %	0 - 15 %	0 %	0 - 2,7 %	0 %	4,1 %

Thompson, BJS 1998  
Stolfi, JGI Surg 2008  
Beattie, Colorectal dis 2007  
Kimmins, Dis colon rectum 2001

## Faisabilité spécifique

- Causes :
  - Saignement
  - Douleurs
  - Rétention aigue d'urine
- Pas de différence significative en terme d'HNP par rapport à une prise en charge non ambulatoire

Gupta, Eur Rev Med Phar Sci 2006

## Morbidité

- Morbidité : 0 - 15 %
  - Saignement
  - RAU
  - Douleurs
  - Nausées vomissement
- Pas de différence significative en terme de complication post opératoire, et de ré intervention entre la prise en charge ambulatoire et non ambulatoire

Recommendations 2010 SFCD

## Recommandations SFCD 2010

Pour les patients répondant aux critères médicaux et socio-économiques de la prise en charge ambulatoire, et dans le cadre d'une organisation adaptée :

**La chirurgie proctologique est faisable et est recommandée en hospitalisation de moins de 12 h (grade C).**

**La cure d'hémorroïdes est faisable et est recommandée en hospitalisation de moins de 12 h (grade B).**

La prise en charge chirurgicale d'un sinus pilonidal en hospitalisation de moins de 12 h est recommandée (grade C).

La prise en charge d'une fistule anale en hospitalisation de moins de 12 h est recommandée (grade C).

La prise en charge d'une fissure anale en hospitalisation de moins de 12 h est recommandée (grade C).

La prise en charge d'un trouble de la statique pelvienne en hospitalisation de moins de 24 h est faisable, mais ne peut être recommandée en l'absence de donnée solide (grade C).

## Pathologie Proctologique en urgence

Littérature spécifique ?

- Non

Considéré comme une contre indication par certains

Mais décrite pour

- Abscès de la marge anale
- Surinfection de sinus pilonidal

Gupta, Eur Rev Med Pha Sci 2006  
Faiz, Colorectal Dis 2008

## Conclusion

Quelle chirurgie ambulatoire en proctologie ?

Sélection des malades (plus qu'une sélection des intervention)

Adapter l'anesthésie

- Au patient
- A l'intervention

Pas de spécificité technique

Optimiser la prise en charge de la douleur post opératoire

Au sein d'une structure organisée

Information du patient (sur les suites , moyens de recours)