

Chirurgie thoracique en ambulatoire

Généralités ambulatoires
Chirurgie thoracique en ambulatoire

Dr DABOUSSI Amel - MAR
Bloc opératoire IUCTO
Responsable anesthésique unité ambulatoire

Définition parcours ambulatoire



Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 67-72

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

- Hospitalisation de courte durée (< 12h)
- Prise en charge anticipée et centrée autour du patient
- Optimiser le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure

Fruit d'une dynamique collective

- Optimisation de l'organisation en équipe
- Gestion des flux hospitaliers (flux des patients, professionnels de santé, logistique)
- Source d'efficience (meilleure qualité de soins, économie de temps et de ressources)



Critères d'éligibilité

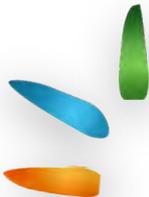


Tryptique acte/ patient/structure

Éligibilité liée à l'acte
opérateur

Éligibilité liée au
patient

Éligibilité liée à la
structure



Critères d'éligibilité



Tryptique acte/ patient/structure

Éligibilité liée à l'acte opératoire

Eligibilité liée au patient

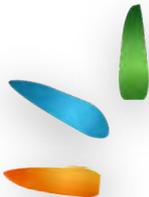
Eligibilité liée à la structure



Analyse Bénéfice / Risque pour le patient



AMBULATOIRE ??



Critères d'éligibilité



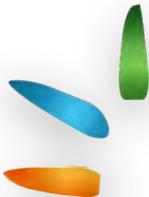
Tryptique acte/ patient/structure

Éligibilité liée à l'acte opératoire

Eligibilité liée au patient

Eligibilité liée à la structure

- Chirurgie courte
- Peu de complications
- Peu de soins
- Surveillance de quelques heures
- Acte maîtrisé
- Analgésie adaptée
- Procédure anti nauséuse maîtrisée



Critères d'éligibilité



Tryptique acte/ patient/structure

Éligibilité liée à l'acte opératoire

- Chirurgie courte
- Peu de complications
- Peu de soins
- Surveillance de quelques heures
- Acte maîtrisé
- Analgésie adaptée
- Procédure anti nauséuse maîtrisée

Eligibilité liée au patient

- Comorbidités bien équilibrées
ASA 1, 2 et 3 stable
- Acceptation par patient
- Pas de barrière de la langue
- Accompagnant péri-opératoire si troubles cognitifs (consignes)
- Représentant légal si mineur

Eligibilité liée à la structure



Critères d'éligibilité



Tryptique acte/ patient/structure

Éligibilité liée à l'acte opératoire

- Chirurgie courte
- Peu de complications
- Peu de soins
- Surveillance de quelques heures
- Acte maîtrisé
- Analgésie adaptée
- Procédure anti nauséuse maîtrisée

Eligibilité liée au patient

- Comorbidités bien équilibrées
ASA 1, 2 et 3 stable
- Acceptation par patient
- Pas de barrière de la langue
- Accompagnant péri-opératoire si troubles cognitifs (consignes)
- Représentant légal si mineur

Eligibilité liée à la structure

- Nécessité accompagnant pour le retour à domicile et la première nuit
- Conditions sanitaires du domicile
- Disponibilité accès téléphonique (portable ou fixe)
- Possibilité accès rapide (< 1h) centre hospitalier d'urgence

Organisation ambulatoire



Anticipation du jour J +++

Consultation du chirurgien

Cs habituelle + Info:

- Sur le parcours ambulatoire
- Sur les soins locaux éventuels avec ordonnance anticipée permettant de s'organiser en amont du geste
- Recueil du consentement du patient au parcours

Consultation de l'anesthésiste

Cs habituelle + Info:

- Sur le parcours ambulatoire
- Anticipation analgésie
- Anti nauséeux
- Gestion des traitements personnels (avant et après acte)
- Recueil du consentement du patient au parcours

Remise d'un livret d'information « passeport ambulatoire »
Documents écrits d'info acte chirurgical et anesthésique



Outils d'information





Passeport de chirurgie ambulatoire

DOCUMENT PERSONNEL À CONSERVER

ID PATIENT



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DU CANCER DE TOULOUSE
Unicapole



INFORMATIONS MÉDICALES AVANT RÉALISATION D'UNE ENDOSCOPIE DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

Madame, Monsieur,

L'**endoscopie** est une exploration visuelle de la muqueuse de l'ensemble de vos voies aériennes et digestives supérieures.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire **attentivement** ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

INFORMATION DES PATIENTS ADULTES SUR L'ANESTHÉSIE

Ce document, élaboré par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), en partenariat avec des représentants des usagers du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) est destiné à vous informer sur les différentes techniques d'anesthésie et leurs risques éventuels. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin toutes les questions que vous souhaitez sur votre anesthésie. Pour les questions relatives à l'acte médical ou chirurgical qui motive l'anesthésie, il appartient au seul spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.



Passer un
jour de chirurgie
ambulatoire

DOCUMENT PERSONNEL À CONSERVER

ID PATIENT



Appel du J-1



Règlementaire en France
Réalisée par secrétaire ou infirmière de l'unité

Permet d'éviter inévitables de dernière minute:

- Rappel des consignes de jeûne et d'hygiène
- Rappel heure de convocation
- Rappel gestion traitement personnel
- Vérification absence de pathologies intercurrentes pouvant faire reporter l'intervention (fièvre...)
- Vérification conditions de retour à domicile

Ces éléments sont tracés dans le dossier du patient (obligation) et des procédures d'alerte sont établis (Appel Chirurgien/ Cadre de santé/ Anesthésiste)



Appel de la veille



Appel de la veille



1. Identité

Vérifier nom et date de naissance en question ouverte

Oui Non N/R

2. Intervention prévue

Vérification du type d'intervention prévue

Si discordance : appeler le chirurgien référent

Oui Non N/R

3. Date et heure d'admission

Contrôle de la date et de l'heure de l'admission

Si discordance : appeler le cadre UCA

Oui Non N/R

4. Lieu d'admission

Informier le patient du lieu d'hospitalisation : unité de chirurgie ambulatoire, 1er étage BAT-A

Oui Non N/R

5. Pré-admission

Réaliser contrôle de la réalisation de la pré-admission

Si discordance : Faire la pré-admission par le BE

Oui Non N/R

6. Pièces administratives

Autorisation d'opérer

Livret de famille pour les mineurs

Si problème : appeler le cadre UCA

Oui Non N/R

Oui Non N/R

7. Consigne de jeûne

Rappeler les consignes en cas d'anesthésie autre que locale.

Solides jusqu'à 6 heures avant l'intervention

Liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'intervention

Oui Non N/R

Oui Non N/R

8. Consignes concernant les traitements

Reprendre le document du patient, exporté de Diane dans Medar, sur l'arrêt, la suspension ou la poursuite des traitements habituels et vérifier avec le patient

Si non conforme : appeler l'anesthésiste d'astreinte

Oui Non N/R

9. Ordonnance post-opératoire

Vérifier que le patient s'est procuré les traitements antalgiques et anti-émétiques prescrits à la consultation d'anesthésie

Si patient n'a pas son traitement, lui rappeler l'obligation de se le procurer la veille de l'intervention, s'il n'a pas d'ordonnance appeler l'anesthésiste d'astreinte

Oui Non N/R



Appel de la veille



10. Consignes d'hygiène

Rappeler les consignes d'hygiène au patient

Oui Non N/R

Enlever bijoux et piercings

Retirer tout maquillage et vernis à ongle

Procédez à une dépilation avec crème dépilatoire hypo-allergéique

Nettoyez et coupez les ongles de pieds et de mains

Douche la veille et le matin de l'intervention en commençant par les cheveux

Brossez les dents et la langue

Prévoir des vêtements amples et propres

11. Accompagnement prévu pour le retour et la nuit

Vérifier qu'un accompagnant est prévu pour l'hospitalisation, le retour à domicile et pour la première nuit en cas d'anesthésie autre que locale

Oui Non N/R

Si non conforme : appeler le cadre UCA

12. Téléphone

Vérifier que le patient possède un téléphone lui permettant d'appeler et être joint en cas de nécessité

Oui Non N/R

13. Personne de confiance

Vérifier que le patient a désigné une personne de confiance (contrôle dossier administratif) ou n'a pas changé de personne de confiance

Oui Non N/R

Si nécessaire préparer le document pour le 30

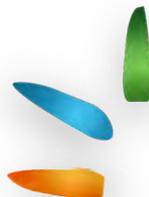
Patient joint

Oui Non N/R

Laisser toutes les consignes par messagerie au patient

Observations diverses :

message





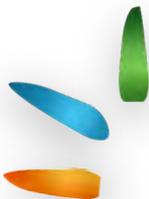
Programmation idéalement dès le matin 8H

Ancien système double validation anesthésique et chirurgicale avant départ au bloc → Pb fluidification

Check-list départ au bloc remplie par IDE UCA
Présence de réponse bloquant le départ au bloc avec CAT

Visite chirurgicale à l'accueil du bloc
dernières infos acte, contrôle de latéralité +/- marquage

Visite pré-anesthésique avant induction (à l'accueil ou en salle d'op)



Check-list IDE de départ au bloc



1. Accompagnement prévu pour le retour et la nuit

Vérifier qu'un accompagnant est prévu pour l'hospitalisation, le retour à domicile et pour la première nuit en cas d'anesthésie autre que locale

Prévenir le cadre

Oui Non N/R

2. Consignes de jeûne

Les consignes de jeûne ont bien été respectées par le patient ainsi que les préparations pré-opératoire prescrites ?

Départ au bloc stoppé : appeler l'anesthésiste

Oui Non N/R

3. Consignes concernant les traitements

Pour les traitements qui devaient être interrompus ou pour lesquels un relai était nécessaire, la consigne a été respectée ?

Départ au bloc stoppé : appeler l'anesthésiste

Oui Non N/R

4. ECBU pré_opératoire patient urologie

Vérifier que les résultat de l'ECBU est bien négatif

Départ au bloc stoppé : appeler le chirurgien

Oui Non N/R

5. Pathologies intercurrentes

Le patient présente à l'entrée dans le service une modification de son état de santé (fièvre, douleurs, dyspnée...)

Départ au bloc stoppé : appeler l'anesthésiste

Oui Non N/R

6. Discordance du coté à opérer

Départ au bloc stoppé : appeler le chirurgien

Oui Non N/R

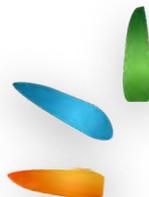
7. Autorisation d'opérer mineur ou adulte protégé

Vérifier que l'autorisation d'opérer a été délivré par l'autorité parentale ou le juge des tutelles

Départ au bloc stoppé : appeler l'anesthésiste et chirurgien

Oui Non N/R

Observations diverses :



Validation de sortie à domicile



Validation anesthésique lors de sortie SSPI selon score d'Aldrète modifié

Surveillance IDE en UCA jusqu'à obtention score de sortie (Score de Chung)

Validation chirurgicale de sortie après dernière visite et information signes d'alerte

Remise de documents spécifiques à l'acte chirurgical avec conseils, consignes, signes d'alerte et numéro de téléphone H24

Remise au patient CRO, CRA et lettre de sortie ainsi que RDV Cs postopératoire

Envoi lettre de sortie au MT par courrier en J0 ou messagerie sécurisée = en temps réel ++



Score d'Aldrète modifié



	Etat clinique	Score
Motricité	Immobile	0
	2 membres mobiles	1
	4 membres mobiles	2
Respiration	Apnée	0
	Ventilation superficielle, dyspnée	1
	Ventilation profonde, toux efficace	2
Variation PAS	Supérieure ou égale 50 %	0
	De 20 à 50 %	1
	Inférieure ou égale à 20	2
Conscience	Aréactif	0
	Réactif à la demande	1
	Réveillé	2
Coloration	Cyanosé	0
	Pâle, grisâtre	1
	Normale	2
SpO2	SpO2 < 90% avec O2	0
	SpO2 > 90% avec O2	1
	SpO2 > 92 % en air ambiant	2

Un score $\geq 9/12$
est nécessaire
pour sortir de
SSPI

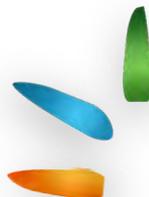


Score de Chung



CONSTANTES VITALES (T°C, FC, respiration) <ul style="list-style-type: none">- Variations <20% par rapport au préopératoire- Variations comprises entre 20 et 40%- Variations >40%	2 1 0
DEAMBULATION <ul style="list-style-type: none">- Démarche assurée sans vertige- Marche possible avec assistance- Démarche non assurée, vertiges	2 1 0
NAUSEES ET/OU VOMISSEMENTS <ul style="list-style-type: none">- Minimales- Modérées- Sévères	2 1 0
DOULEURS <ul style="list-style-type: none">- Minimales- Modérées- Sévères	2 1 0
SAIGNEMENT CHIRURGICAL <ul style="list-style-type: none">- Minime- Modéré- Sévère	2 1 0

Score de Chung \geq 9/10 pour sortir à domicile



Appel du lendemain



Fonctions cognitives et sociales

Avez-vous eu des troubles du sommeil?

Appeler l'anesthésiste d'astreinte Oui Non N/R

Avez-vous des troubles de l'attention ou de la mémoire ?

Appeler l'anesthésiste d'astreinte Oui Non N/R

Avez-vous repris une alimentation normale ?

Oui Non N/R

Activité

(Le patient doit être capable de déambuler de manière similaire à la période pré-opératoire)

Appeler l'anesthésiste d'astreinte

Incapable de déambuler

Nausées et vomissements

Appeler l'anesthésiste d'astreinte

Sévères: persistance après traitement

Douleur

Appeler l'anesthésiste d'astreinte

(Le patient ne doit pas avoir de douleur modérée ou sévère à sa sortie)

Douleur non acceptable

Saignement

Appeler le chirurgien référent

(Les saignements doivent correspondre à ce qui est attendu pour le geste chirurgical)

Sévère: appel du médecin ou hospitalisation nécessaire

Complications majeures

Appel du médecin Oui Non N/R

Hospitalisation nécessaire Oui Non N/R

Rappel patient

Importance de renvoyer le questionnaire anonyme de satisfaction Oui Non N/R

Le passeport ambulatoire et d'information reçue oralement vous a-t-il paru suffisamment claire et précis ?

Sur les consignes pré-opératoires Oui Non N/R

Sur le déroulement de votre séjour Oui Non N/R

Sur les consignes postopératoires Oui Non N/R

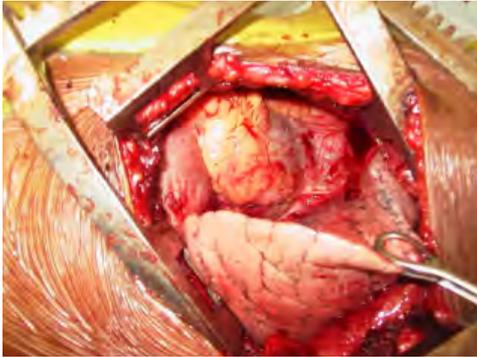
Questions du patient auxquelles l'IDE ne peut répondre concernant :

- Les consignes postopératoires -> En informer le chirurgien référent

Règlementaire en
France
Réalisé par IDE UCA



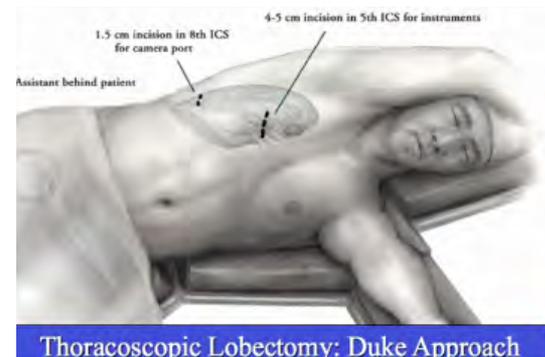
Evolution de la chirurgie thoracique



Avant 1990



Années 1990

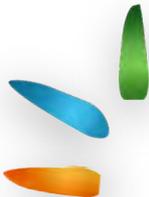


Années 2000



Années 2010

Développement chirurgie mini-invasive + - robot-assistée
Amélioration suites postopératoires



Evolution de l'anesthésie



Développement de produits d'anesthésie générale de courte durée d'action

Développement des anesthésies locorégionales analgésiques



Péridurale thoracique



Bloc paravertébral échoguidé

Nouvelles procédures ambulatoires



Cancer du poumon : lobectomie mini invasive en ambulatoire – 1ère européenne

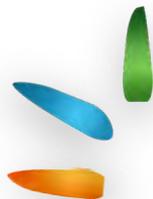
CHU Amiens - mardi 16 juin 2015.

5876 vu(s)



Depuis février 2015, 10 malades souffrant d'un **cancer du poumon** ont bénéficié d'une **lobectomie** (ablation d'une partie du poumon) mini invasive et pu **sortir le jour même** selon un nouveau protocole éprouvé par le **Pr Berna, Chef de service Chirurgie thoracique** au CHU Amiens-Picardie. Les interventions se sont déroulées **avec succès et sans complications**. Les patients ont pu **regagner leur domicile quelques heures après leur opération**.

En CHU



Nouvelles procédures ambulatoires



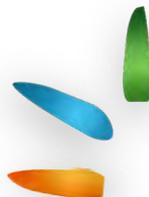
Lobectomie pulmonaire en ambulatoire à la polyclinique Saint-Laurent : une première à Rennes

15 mai 2018 • Groupe Rennes Saint-Laurent

Le Pr Bertrand RICHARD DE LATOUR, chirurgien thoracique exerçant au CHU de Rennes et à la polyclinique Saint-Laurent dans la cadre de l'Institut Rennais du Thorax et de Vaisseaux a réalisé le 27 mars 2018 avec son équipe, une lobectomie pulmonaire en ambulatoire à la polyclinique Saint Laurent – HSTV. Cette intervention consiste à enlever un lobe du poumon (pour traiter un cancer du poumon à un stade précoce) par chirurgie mini-invasive. C'est une première pour l'équipe, mais également à l'échelle de l'Ille-et-Vilaine^[1].

Grâce à ce protocole, la patiente a pu rentrer chez elle le jour même de l'opération alors que cette opération nécessite habituellement 4 jours d'hospitalisation en moyenne. Le recours à la chirurgie mini-invasive permet une réduction des douleurs et des complications post-opératoires, et une récupération plus rapide. Il garantit ainsi une prise en soin sécurisée et un meilleur confort au patient.

En clinique privée



Mais avant toute chose...



Identifier actes ayant peu de complications vitales et peu de complications douloureuses

Optimiser le parcours en Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

Cibler des interventions à courtes durées d'hospitalisation (24 - 48h)

Mettre en place une procédure pluridisciplinaire préopératoire d'anticipation des soins postopératoires

Tous les acteurs sont concernés chirurgiens, anesthésistes, IDE, kiné, diététicien, réseau de ville...

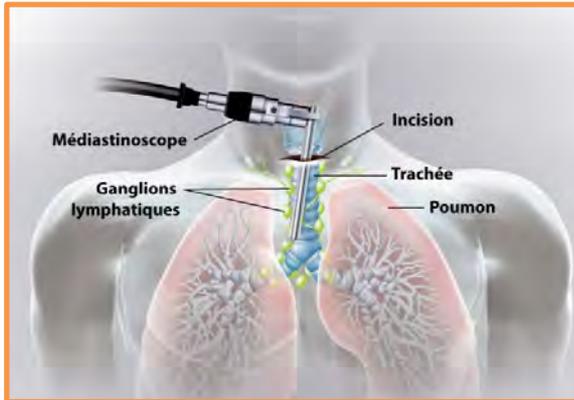
Sélection groupe de patient pilote

Proximité hôpital, Entourage impliqué, Chirurgien aguerri, Suivi intensif, analyse des causes d'échecs éventuels (conversions)

Education du patient ++ signes d'alertes et CAT



Types de procédures ambulatoires



Médiastinoscopie



Parathyroïdectomie ou
thyroïdectomie partielle



Thoracoscopie - talcage
ou sympathectomie



Bronchoscopie/Panendoscopie



Etudes de faisabilité



Faisabilité des vidéomédiastinoscopies en chirurgie ambulatoire

Caroline Rivera^{1*}, Florence Mazères¹, Luc Dray², Bernard Marti²

1. Service de chirurgie générale et thoracique, centre hospitalier de la côte Basque, Bayonne, France.
2. Service d'anesthésie, centre hospitalier de la côte Basque, Bayonne, France.

Objectif : l'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité des vidéomédiastinoscopies en chirurgie ambulatoire et d'estimer dans quelle mesure une telle prise en charge pourrait se développer.

Patients et méthodes : étude monocentrique rétrospective comparative de 264 vidéomédiastinoscopies réalisées entre 2005 et 2012 dans notre centre qui dispose d'une structure de chirurgie ambulatoire de fonctionnement autonome. Les données ont été recueillies à partir de la base locale EPITHOR®.

Résultats : l'âge moyen des patients était de 60,1 ans (IC 95 % [58,3 ; 61,9]) avec un sexe ratio de 1,8 (171 hommes). 11,7 % (n = 31) des patients opérés ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire, se distinguant significativement des autres patients de l'étude par leur score ASA ≤ 2 et leur PS ≤ 1 (p = 0,003). Une patiente a nécessité une hospitalisation non programmée en postopératoire. Parmi les patients hospitalisés une seule nuit, 98 % (n = 96) présentaient un profil clinique comparable aux patients opérés en ambulatoire.

Conclusion : cette étude est en faveur d'une faisabilité des vidéomédiastinoscopies en chirurgie ambulatoire dans des conditions de sécurité optimales pour les patients qui présentent les critères d'éligibilité sociaux requis et dont le score ASA est ≤ 2 et le PS ≤ 1 . Le chirurgien thoracique se doit de proposer au patient éligible cette modalité d'hospitalisation.

PS: Performance Status

ASA: score de l'American Society of Anesthesiology



Etudes de faisabilité



Lobectomie ambulatoire: faisabilité, principe, technique et résultats

Objectif

Nous avons réalisé une étude prospective de faisabilité pour la prise en charge ambulatoire des lobectomies associées à un curage radical pour cancer primitif pulmonaire ou secondaire.

Méthode

De février à décembre 2015, nous avons inclus 21 patients opérés par VATS lobectomie ambulatoire pour CBNPC ou métastase. Il y avait 12 femmes et 9 hommes. Âge moyen : 58,9 ans. Score ASA 1 : n = 1 ; 2 : n = 17 ; 3 : n = 3. Le VEMS moyen était de 99,12 % (79 à 124 %).

Résultat

Les résections concernaient : LSD, n = 5 ; LM, n = 3 ; LID, n = 4 ; LSG, n = 3 ; LIG, n = 6. Trois patients présentaient des fuites aériques et 11 ont bénéficié d'un renforcement de la scissure. La durée opératoire était de 103,8 min (70 à 140). Les fuites postopératoires aériques 1 h après extubation étaient de 0 pour 19 patients et > à 30 ml/min pour 2 patients. Vingt et un patients ont été levés à h1 et 20 ont été

dé drainés immédiatement après ; 21 ont été réalimentés à h3 ; 18 sont sortis le soir de l'intervention ; 2 patients ont refusé de sortir pour des problèmes psychologiques ; 1 patient a bullé 48 heures et est sorti à J3. Tous les patients sortis ont été appelés par l'infirmière coordinatrice à J1 et ont été revus en consultation systématique à J2, J10, J30, J60 par le chirurgien. Deux patients ont reconsulté 1 et 2 fois de manière imprévue. Un patient a été réhospitalisé. Il n'y a eu aucune complication majeure respiratoire, mais 4 complications pleurales mineures : un pneumothorax drainé à J3, un épanchement pleural ponctionné et deux pneumothorax surveillés (J35 et J2). Aucun décès n'est survenu.

Pascal Berna, Patrick Bagan, Sophie Lafitte, Florence de Dominicis, Jules Iquille, Geoni Merlusca, Julien Monconduit, Emmanuel Lorne

Service de chirurgie thoracique CHU d'Amiens

Conclusion

Il s'agit de la première série concernant la chirurgie pulmonaire majeure carcinologique en ambulatoire. Nous démontrons que cela est faisable et les complications sont mineures et liées au drainage précoce. Celui-ci est possible du fait de l'emploi de l'agrafage « fissurless », de l'utilisation de la thermofusion, de renfort de la suture scissurale, de la limitation de la dissection du médiastin limité aux zones de curage.

Non seulement la chirurgie ambulatoire majeure pulmonaire est possible, mais elle s'accompagne aussi d'une diminution de la morbi-mortalité habituelle.

Juin 2016



Conclusion



Chirurgie thoracique peut se faire en ambulatoire

Liste des actes non exhaustive et en constante évolution

Partir d'actes à DMS courte avec faible risque de complication

Anticiper le jour J avec tous les acteurs concernés

Sélectionner groupe de patients « pilotes » puis évaluer



Je vous remercie de votre
attention...

Daboussichauvin.a@iuct-oncopole.fr