

Article original

# Démarche d'assurance qualité en chirurgie ambulatoire de la main

## *Assessment of quality in day-case hand surgery*

J. Samin, O. Collange, M.-C. Pourtalès, T. Ravaz, B. Calon, T. Pottecher\*

Service d'anesthésie-réanimation, hôpital de Haute-pierre, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 67098 Strasbourg cedex, France

Reçu le 16 octobre 2008 ; accepté le 6 juillet 2009

Disponible sur Internet le 26 août 2009

### Résumé

**Objectif.** – Évaluer la satisfaction des patients opérés sous anesthésie locorégionale dans un centre de chirurgie ambulatoire de la main en utilisant une démarche d'assurance-qualité.

**Méthodes.** – Étude de cohorte menée sur deux périodes de trois mois, avec une stratification des patients en trois groupes selon le type de chirurgie (groupe A : canal carpien, groupe B : autres intervention sans ouverture périostée, groupe C : chirurgie avec ouverture périostée). Au cours de la première période, deux protocoles d'analgésie balancée ont été utilisés : groupe C (paracétamol tramadol kétoprofène) et pour les groupes A et B (paracétamol–dextropropoxyphène ou paracétamol–codéine). Évaluation de la satisfaction et du ressenti douloureux entre j1 et j7 (à l'aide d'échelles numériques de 0 à 10) au cours d'une interview téléphonique. Au terme de la première période, après analyse statistique intermédiaire, simplification de l'analgésie pour le groupe A (paracétamol seul), adjonction au paracétamol de tramadol et de kétoprofène pour le groupe B, enfin augmentation des posologies (paracétamol et tramadol) et des durées de traitement pour le groupe C.

**Résultats.** – En termes d'analgésie, la chirurgie mineure (groupe A) était peu génératrice de douleurs, et le paracétamol seul semblait suffisant (échelle numérique [EN] à j0 = 2 [0–10], EN à j1 = 1 [0–10] et EN à j2–j4 = 0,5 [0–10]). Pour le groupe B, l'utilisation du tramadol et du kétoprofène assurait une meilleure analgésie mais au prix d'une augmentation importante (2/57 vs 17/48  $p < 0,001$ ) des effets latéraux. Dans le groupe C, l'augmentation de la posologie (225 mg puis 300 mg) et de la durée d'administration (3 puis 7j) de tramadol s'est accompagnée d'effets secondaires gênants, en particulier digestifs (1/21 vs 8/30  $p < 0,05$ ), sans amélioration en termes d'analgésie (EN à j0 = 2 vs 3,5 et EN à j1 = 3 vs 5 [NS]). À j7, 33 % des patients se sont déclarés totalement satisfaits, la régression logistique n'a pas retenu que la qualité d'analgésie (EN < 3 entre j2 et j4) comme facteur déterminant. Entre j1 et j7, 20 % des patients ont changé d'avis sur la qualité de la prise en charge dont ils ont bénéficié, ceux qui ont évolué négativement (diminution du taux de satisfaction entre j1 et j7) avaient une douleur entre j2–j4 ( $p < 0,001$ ) et j5–j7 ( $p < 0,01$ ) plus élevée que ceux qui ont évolué dans l'autre sens.

**Conclusion.** – La qualité de l'analgésie à distance de l'intervention (j2–j7) est bien corrélée à la satisfaction finale des opérés.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Analgésie postopératoire ; Ambulatoire ; Évaluation ; Analyse qualité ; Chirurgie de la main

### Abstract

**Objective.** – To determine the level of satisfaction in terms of pain relief and comfort among patients receiving different postoperative analgesia protocols after hand surgery under regional anaesthesia in a day care unit.

**Methods.** – Cohort study among patients after hand surgery under regional anaesthesia during two consecutive three months time periods, with patient stratification according to the expected pain level with different balanced analgesia protocols (group A: carpal tunnel, group B: other surgery without bone involvement, group C: bone surgery). A telephone survey, scoring analgesia and comfort, each with a numerical (0–10) scale was conducted on days 1 and 7. During the first period analgesia for groups A and B was the same (acetaminophen–dextropropoxyphene or acetaminophen–codein) and group C patients were treated with acetaminophen–ketoprofen–tramadol. In the second period analgesia was reduced for group A (acetaminophen alone) and increased for group B (acetaminophen–ketoprofen–tramadol) and group C (duration increased from 3 to 7 days).

**Results.** – For carpal tunnel surgery, analgesia with acetaminophen alone was efficient, (Pain scale [PS] d0 = 2 [0–10], PS d1 = 1 [0–10] and PS d2–d4 = 0,5 [0–10]). This surgery does not elicit important pain, there is no benefit in adding other analgesics. For group B, a significant

\* Auteur correspondant. Service d'anesthésie-réanimation, hôpital de Haute-pierre, 67098 Strasbourg cedex, France.

Adresse e-mail : thierry.pottecher@chru-strasbourg.fr (T. Pottecher).

improvement in postoperative pain was observed (postoperative d1  $p < 0.03$ ) with a major increase in side effects (2/57 vs 17/48  $p < 0.001$ ). For group C, therapeutic changes were ineffective (PS d0 = 2 vs 3.5 et PS d1 = 3 vs 5 [NS]) and we noticed an increase in side effects ( $p < 0.05$ ). One third of all patients are totally satisfied on day 7, logistic regression showing the role of unefficient analgesia in late postoperative period (PS > 2 between d2–d4). Between day 1 and day 7, 20% of the patients change their point of view, those who feel less satisfied on day 7 complained of a more severe postoperative pain between day 2 and 4 ( $p < 0.001$ ) and between day 5–7 ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion.** – For hand surgery on day case, quality of late postoperative analgesia (day 2–day 7) is strongly related to patient's satisfaction on day 7.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Postoperative analgesia; Day case surgery; Assessment; Quality assessment; Hand surgery

## 1. Introduction

Les modalités d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire sont actuellement bien codifiées. L'organisation de l'accueil des patients, la gestion des plannings opératoires et la prise en charge de l'analgésie périopératoire sont les points forts de ce mode de fonctionnement [1,2].

Dans le service de chirurgie SOS mains de notre CHU, où un nombre important d'actes sont effectués en ambulatoire, nous avons évalué la satisfaction des opérés et les protocoles d'analgésie postopératoire, en utilisant la méthode de l'assurance qualité selon la technique de Deming [3].

## 2. Méthodes

Le but de ce travail a été d'évaluer la satisfaction des patients après intervention de chirurgie de la main en ambulatoire en corrélation avec les modalités d'analgésie postopératoire. L'objectif principal était la satisfaction totale (10/10) des patients à j7 (TSj7).

### 2.1. Généralités

Cette démarche qualité a été menée prospectivement pendant deux périodes successives : d'octobre 2006 à la mi-décembre 2006 puis de janvier à février 2007. Entre les deux, les résultats ont été analysés et des modifications de prise en charge décidées.

Les patients éligibles étaient majeurs, bénéficiaient d'une chirurgie de la main réalisée en ambulatoire sous ALR et précédée d'une consultation d'anesthésie. Le consentement éclairé était recueilli lors de la consultation d'anesthésie. La procédure de recueil du consentement comportait une explication sur le but et les modalités de l'étude, la présentation et la distribution des questions qui seraient posées et une demande de communication d'un numéro de téléphone pour les appels prévus le lendemain de l'acte (j1) et au septième jour (j7) (Annexe A).

Les critères d'exclusion ont été le refus de participer à l'étude, le non-respect du protocole, l'échec dans la réalisation du bloc et l'absence de réponse aux appels téléphoniques.

À j1 puis à j7, un entretien téléphonique programmé était réalisé par un observateur externe au service à l'aide du questionnaire prédéfini (Annexe A), validé par un travail préalable [4]. À j1, trois évaluations de la douleur sur une

échelle numérique (EN) étaient demandées (retour à domicile, pendant la nuit suivante, et le lendemain) ainsi qu'un niveau de satisfaction. À j7, les évaluations de la douleur concernaient deux périodes : j2–j4 et j5–j7 et la satisfaction finale.

### 2.2. Protocoles d'anesthésie

La chirurgie, était réalisée sous anesthésie locorégionale (ALR) par bloc périmerveux au canal huméral avec neurostimulation :

- aiguille à biseau court pour bloc plexique (Stimuplex<sup>®</sup> A, 30°, 50 mm) ;
- stimulateur de nerf (Stimuplex<sup>®</sup> HNS 12 – B Braun Medical) réglé sur 1 Hertz, durée impulsion 0,1 ms et intensité initiale 1,50 mA ;
- l'intensité minimale de stimulation (IMS) était toujours supérieure à 0,30 mA.

L'injection d'anesthésique local (8 ml/nerf) a été réalisée de manière fractionnée, avec des aspirations régulières tous les 4 ml. Les mélanges ont été choisis en fonction de l'effraction ou non du périoste au cours du geste chirurgical : mépivacaine 0,15 % ou ropivacaine 0,75 % en cas d'effraction périostée (chirurgie algique).

Une sédation était associée au besoin à l'ALR (midazolam). Aucun patient n'avait bénéficié d'une prémédication.

### 2.3. Protocoles d'analgésie

L'analgésie postopératoire était débutée dans l'unité de chirurgie ambulatoire dès l'admission afin de prévenir la douleur à la levée du bloc anesthésique. L'objectif secondaire de ce travail était l'obtention d'une EN < 3 pendant toute la période postopératoire (j0–j7).

#### 2.3.1. Première période

Deux protocoles analgésiques avaient été choisis en fonction du caractère algogène prévisible de l'intervention (Tableau 1) : le premier était destiné aux opérations sans effraction périostée : groupes A1 (canal carpien) et B1 (neurolyse, aponévrectomie, exérèse de kyste synovial, cure d'épicondylite, De Quervain, suture ligamentaire du pouce, ablation de matériel), l'autre concernait les interventions avec effraction osseuse : groupe C1 (ostéosynthèses à foyer ouvert ou fermé,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746582>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746582>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)