



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

# Cœlioscopie en gynécologie : quelle place pour la prise en charge en ambulatoire ?

## Day care surgery for laparoscopic gynecologic surgery: What can be done?

M. Houllier<sup>a</sup>, P. Capmas<sup>a,b,c,\*</sup>, H. Fernandez<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie obstétrique, CHU de Bicêtre, AP–HP, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le-Kremlin-Bicêtre, France

<sup>b</sup> Inserm U1018, CESP « Reproduction et développement de l'enfant », 82, rue du Général-Leclerc, 94270 Le-Kremlin-Bicêtre, France

<sup>c</sup> Université Paris Sud, Bicêtre, 63, rue Gabriel-Péri, 94270 Le-Kremlin-Bicêtre, France

Reçu le 29 juillet 2014 ; avis du comité de lecture le 5 février 2015 ; définitivement accepté le 15 avril 2015

### MOTS CLÉS

Chirurgie ambulatoire ;  
Chirurgie mini-invasive ;  
Chirurgie gynécologique ;  
Cœlioscopie ;  
Ambulatoire ;  
Pathologies anxieuses ;  
Infertilité

### Résumé

**Objectif.** – L'objectif de cette étude est d'évaluer la place d'une prise en charge en ambulatoire pour les cœlioscopies de courte durée en gynécologie et de rechercher les facteurs favorisant une telle prise en charge.

**Matériel et méthodes.** – Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique incluant les patientes prises en charge par cœlioscopie de courte durée entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2012.

**Résultats.** – Quatre cent patientes ayant bénéficié d'une cœlioscopie pour pathologie annexielle, bilan d'infertilité ou exploration de la cavité abdominale ont été incluses. Le taux de prise en charge en ambulatoire était de 63 % malgré un taux de conversion de l'ambulatoire vers la chirurgie conventionnelle de 17 %. Le taux de ré-hospitalisation en cas de prise en charge en ambulatoire était de 1 % avec un taux de ré-intervention de 0,4 %. Les facteurs influençant une prise en charge en ambulatoire sont l'âge, l'heure de réalisation de l'intervention et le chirurgien. Le taux de satisfaction globale des patientes était de 98 %.

**Conclusion.** – Les patientes bénéficiant d'une cœlioscopie pour pathologie annexielle, bilan d'infertilité ou exploration de la cavité abdominale peuvent être prises en charge en ambulatoire sans engendrer de taux importants de ré-hospitalisation ni de ré-intervention.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant. Service de gynécologie obstétrique, CHU de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le-Kremlin-Bicêtre cedex, France.

Adresse e-mail : [perrine.capmas@bct.aphp.fr](mailto:perrine.capmas@bct.aphp.fr) (P. Capmas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.04.005>

0368-2315/© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

## KEYWORDS

Day care surgery;  
Day care  
hospitalisation;  
Gynaecologic surgery;  
Laparoscopy;  
Infertility;  
Adnexal pathology

## Summary

**Objectives.** – To study feasibility of day care surgery for laparoscopy for adnexial pathology, infertility treatment or exploration and to research influencing factors.

**Material and method.** – Women who beneficieate of laparoscopy for adnexial pathology, infertility treatment or exploration and to research influencing factors were included between 1st January 2010 and 30th June 2012 in this monocentric retrospective study.

**Results.** – Four hundred women were included. Day care surgery was possible in 63% of cases. A switch to conventional hospitalization was required for 17% of the women planned for day care surgery. The rate of a second hospitalization in the month following day care procedure was 1% with 0.4% of second surgery for complications. Influencing factors for day care surgery are age, surgeon and time of the surgery. The global satisfaction rate of women was 98%.

**Conclusion.** – Day care surgery is feasible for women who beneficieate of laparoscopy for adnexial pathology, infertility treatment or exploration. Second hospitalization or surgery for complications is very rare.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

## Introduction

La chirurgie ambulatoire a été définie par la conférence de consensus de mars 1993 [1] comme étant « des actes chirurgicaux programmés réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ».

La chirurgie ambulatoire a initialement connu un essor important aux États-Unis, en Grande-Bretagne, au Canada et dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Norvège, Pays-Bas, Suède) [2]. En 1995, 50 à 60% des interventions étaient réalisées en ambulatoire aux États-Unis et en Grande-Bretagne alors que moins de 20% de l'activité chirurgicale totale en France était réalisée en ambulatoire à la même période [3].

Pour les 38 actes traceurs, le taux de prise en charge en ambulatoire est de 45% en France alors qu'il est supérieur à 65% dans les pays d'Europe du Nord [4]. Selon le rapport de l'HAS [5], plus de 2 millions d'interventions réalisées en hospitalisation conventionnelle pourraient l'être en ambulatoire. En chirurgie gynécologique notamment, un taux de prise en charge en ambulatoire de 50% pourrait être obtenu [3,6].

Grâce au développement des techniques d'anesthésie et de chirurgie mini-invasive, de nombreux actes peuvent être réalisés en ambulatoire avec un réel impact économique, sans que la prise en charge chirurgicale ou la qualité des soins ne soient altérés. Les problématiques actuelles d'occupation des lits et de gestion des coûts sont autant d'arguments en faveur de la diffusion de la prise en charge en ambulatoire et en font une priorité pour notre système de santé [5].

Une prise en charge large en ambulatoire est possible en chirurgie gynécologique mais non réalisée actuellement. Les coelioscopies, par exemple, ne sont que peu réalisées en ambulatoire (16% seulement des interruptions de la perméabilité tubaire par coelioscopie en 2012 [données PMSI]).

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire pour les coelioscopies pour pathologie annexielle, bilan d'infertilité ou exploration de la cavité abdominale et de comparer les

taux de ré-hospitalisations, de ré-interventions et de satisfaction des patientes par rapport à une prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

Les objectifs secondaires sont la recherche de facteurs de risque de prise en charge en hospitalisation conventionnelle et de prolongation d'hospitalisation.

## Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique réalisée dans le service de gynécologie d'un hôpital universitaire entre janvier 2010 à juin 2012. Les patientes ayant bénéficié d'une coelioscopie programmée pour pathologie annexielle, infertilité ou exploration de la cavité abdominale ont été incluses dans l'étude. L'association à une autre intervention chirurgicale mini-invasive réalisée habituellement en ambulatoire (hystérocopie, conisation) n'était pas un critère d'exclusion. Les patientes âgées de moins de 18 ans ont été exclues de l'étude.

L'étude a été validée par le comité d'éthique du CEROG (CEROG 2012-GYN-12-02).

Les critères d'éligibilité à une prise en charge en ambulatoire utilisés sont ceux proposés par la Sfar en 2009 [7]: classe ASA1, 2 ou 3 équilibré, absence d'obésité morbide accompagnée de signes cardiaques et/ou respiratoires, l'absence de consommation de drogue ou d'alcool.

Les données ont été recueillies dans les dossiers informatisés (DIAM) et les dossiers médicaux des patientes. Une enquête de satisfaction a été réalisée par courrier permettant aussi de préciser pour les patientes prises en charge en hospitalisation conventionnelle celles qui étaient initialement prévues en ambulatoire (prolongation d'hospitalisation).

Pour les patientes bénéficiant d'une prise en charge en ambulatoire, l'entrée à l'hôpital avait lieu le matin de l'intervention et le retour à domicile s'est effectué le soir même après l'accord du chirurgien et de l'anesthésiste. L'hospitalisation conventionnelle concerne donc les patientes étant restées hospitalisées au moins une nuit avant ou après leur intervention.

Les interventions étaient réalisées sous anesthésie générale. L'induction et l'entretien de l'anesthésie étaient

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272113>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272113>

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