



Travail original

Progrès de l'anesthésie ambulatoire appliqués à la chirurgie gynécologique

N. Rascol, E. Schneider, G. Gindre, P. Schoeffler

Département d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Gabriel-Montpied, CHU de Clermont-Ferrand, rue Montalembert, BP 69, 63011 Clermont-Ferrand Cedex 01.

RÉSUMÉ

La chirurgie gynécologique ambulatoire assure une récupération rapide des fonctions vitales, de la déambulation et d'une vie relationnelle de qualité. Sur le plan anesthésique, les patientes présentant des pathologies équilibrées lors de la consultation pré-interventionnelle peuvent en bénéficier. L'amélioration du matériel et des pratiques chirurgicales a permis à de plus en plus d'interventions de devenir éligibles pour une prise en charge ambulatoire. Ceci permet de limiter la douleur postopératoire pour qu'elle soit contrôlable par des protocoles analgésiques simples.

Le choix des techniques anesthésiques ou des agents utilisés durant l'intervention assure une récupération rapide des fonctions supérieures. Au domicile, les nausées et les vomissements peuvent compromettre la prise médicamenteuse orale et doivent être prévenues.

Au cours des prochaines années, la pratique ambulatoire en France devrait progresser mais elle nécessite une adaptation conjointe des structures sanitaires.

Mots-clés : Chirurgie • Gynécologie • Ambulatoire.

SUMMARY: Progress in ambulatory anesthesia applied to gynecological surgery.

Ambulatory gynecological surgery enables fast recovery of vital functions, ambulation and a relational life of quality. Patients whose disease is well-controlled at the anesthesia consultation can benefit from ambulatory procedures. Improved material and surgical practices broaden potential indications, limiting the risk of postoperative pain which can be controlled with simple analgesic protocols. The choice of the anesthetic techniques or the agents used during the intervention ensures fast recovery of higher functions. Nausea and vomiting, which may develop after returning home and compromise oral drug intake, must be prevented. More ambulatory gynecological procedures can be expected in the near future, pointing out the importance of developing more adapted medical structures.

Key words: Surgery • Gynecology • Ambulatory.

La démarche sécuritaire entreprise depuis plusieurs années par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation en association avec ses correspondants chirurgicaux a permis une diminution spectaculaire de la morbi-mortalité liée à l'acte anesthésique. En effet, le nombre de décès imputables à l'anesthésie est passé de 1/13 000 en 1980 à moins d'un cas pour 100 000 (enquête SFAR, septembre 2003). Cependant, ces principes de précaution ne sauraient, à eux seuls, résumer les objectifs d'une démarche qualité en anesthésie. De plus en plus, l'évolution de la société conduit à une plus grande prise en compte des coûts et du confort des patients.

Des enquêtes de satisfaction sont disponibles et montrent que les patients sont notamment concernés par la douleur postopératoire, l'agitation consciente

sur leur tube endotrachéal et par les nausées-vomissements [1]. De plus, la récupération rapide des fonctions vitales, de la déambulation et d'une vie de relation de qualité permet d'optimiser la gestion des structures chirurgicales. Le développement de l'anesthésie ambulatoire répond à toutes ces demandes. Parallèlement, le nombre d'interventions chirurgicales éligibles à une anesthésie ambulatoire s'est accru et concerne actuellement 50 à 60 % des gestes chirurgicaux. Un des critères importants souhaités est le faible taux de complications postopératoires attendu.

L'anesthésie ambulatoire en chirurgie gynécologique rajoute aux éléments classiques de toute anesthésie, des éléments plus spécifiques que nous allons passer en revue lors de chaque étape de la prise en charge des patientes.

■ DISCUSSION

La France accuse un retard important dans le développement de la chirurgie ambulatoire au regard de ses voisins européens. Le taux de chirurgie ambulatoire est de 78 % au Danemark, 67 % aux Pays-Bas, 60 % en Grande-Bretagne, 56 % en Finlande, 45 % en Belgique, 40 % en Irlande, 33 % en Espagne et 22 % en Italie [2]. Cette chirurgie ne réalise que 30 % des actes qui pourraient lui être accessible [2]. L'activité ambulatoire est essentiellement développée en secteur privé (76 % en 1998) [3]. La technique anesthésique utilisée est pour 86 % des cas une anesthésie générale ou une sédation et pour 14 % seulement des cas une anesthésie locorégionale isolée [4].

Pour obtenir un rapport bénéfice/risque favorable à la chirurgie ambulatoire, une sélection rigoureuse des patientes a lieu lors de la consultation pré-anesthésique.

D'une part, les gestes chirurgicaux doivent classiquement être des actes programmés, de courte durée (50 % des anesthésies durent 20 min ou moins), à faible risque hémorragique et sans retentissement respiratoire [4]. Les suites opératoires prévues doivent être simples, ne pas impliquer de handicap important et la gestion de la douleur doit être possible à domicile. Dans certains cas, on peut également intégrer des urgences simples ou des interventions plus prolongées, sous réserve que la durée de la surveillance post-anesthésique reste compatible avec l'horaire de fonctionnement de la structure. D'autre part, le contexte social doit permettre des conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles qu'offre une hospitalisation. Il faut qu'une personne responsable et valide accompagne le patient puis le surveille la nuit suivant l'intervention. En cas de complications, l'accès rapide à un téléphone permet le transfert vers une structure de soins adaptée (l'éloignement étant obligatoirement inférieur à une heure de transport). Il est à noter que le taux de ré-hospitalisation après chirurgie ambulatoire gynécologique est plus faible qu'en chirurgie ambulatoire non gynécologique (urologique, viscérale ou orthopédique) [5].

Sur le plan du terrain, les débuts de la chirurgie ambulatoire ont été marqués par une sélection drastique des patients, visant à ne retenir que ceux qui n'avaient pas de pathologie associée (classés ASA 1 ou ASA 2 selon les critères de l'*American Society of Anesthesiologists*). L'évolution actuelle se fait vers un élargissement des possibilités de chirurgie ambulatoire à des patients âgés, classés ASA 3, dans la mesure où les pathologies en cause sont bien contrôlées

[6]. Il n'en reste pas moins qu'il existe un lien de causalité fort entre les incidents survenant au cours d'une anesthésie générale, la prolongation de la durée de séjour hospitalier et les coûts [7]. La patiente doit être apte à observer les prescriptions médicales. Il faut rechercher des facteurs prédisposant à des troubles du comportement dans la période postopératoire (éthylisme chronique, maladie de Parkinson déséquilibrée par un arrêt du traitement oral) [8]. De plus, le dépistage de facteurs favorisant les nausées et vomissements postopératoires doit permettre une prophylaxie adaptée au risque [9]. Cette démarche est d'autant plus importante que l'incidence des nausées et vomissements postopératoires est plus élevée dans la population féminine, et tout particulièrement chez les patientes subissant une chirurgie gynécologique. Par ailleurs, la voie laparoscopique représente un facteur de risque supplémentaire.

L'information des patientes est une étape incontournable de la consultation pré-anesthésique. La patiente doit avoir une compréhension suffisante de ce qui lui est proposé. Ceci permet également de réduire l'anxiété préopératoire. Il faut se méfier à cet égard de prescriptions systématiques de benzodiazépines qui même à faible posologie peuvent interférer avec la qualité du réveil et la durée du séjour en salle de surveillance post-interventionnelle, en particulier chez les sujets âgés [10].

Les techniques d'anesthésies locorégionales ne sont plus l'apanage des patients ayant une contre-indication à l'anesthésie générale. Lorsqu'elles sont utilisables de manière isolées (geste chirurgical et/ou terrain), elles sont à privilégier car elles permettent au prix d'un temps de préparation plus long une autonomisation plus rapide du patient. Plusieurs anesthésiques locaux de cinétiques différentes sont disponibles pour obtenir une adéquation entre la durée de l'analgésie chirurgicale obtenue et celle de l'intervention.

Lorsqu'une anesthésie générale est nécessaire, l'induction anesthésique fait appel le plus souvent à un hypnotique intraveineux. Le but recherché est d'obtenir rapidement une anesthésie profonde, sans répercussions hémodynamiques majeures, sans risque d'histaminolibération, sans douleur à l'injection et sans manifestations neuropsychiques désagréables. Cet agent anesthésique doit aussi être éliminé rapidement, sans accumulation significative dans l'organisme. Aucun produit actuellement sur le marché ne répond complètement à un tel cahier des charges. Le propofol est celui qui s'en approche le plus [11, 12]. Il présente cependant l'inconvénient d'être douloureux lors de l'injection, ce qui nécessite l'injection

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273663>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273663>

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