



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge des urgences digestives en chirurgie ambulatoire : quelles sont les données de la littérature ?[☆]



Ambulatory management of gastrointestinal emergencies: What are the current literature data?

C. Sabbagh^{a,b}, C. Cosse^{a,b}, H. Dupont^{b,c}, A. Ntomba^{b,c},
T. Lion^d, J.-M. Regimbeau^{a,*,b}

^a Service de chirurgie digestive et oncologique, hopital Nord, CHU d'Amiens, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 01, France

^b Université de Picardie Jules-Verne, 80000 Amiens, France

^c Département d'anesthésie-réanimation, CHU d'Amiens, 80000 Amiens, France

^d Service des urgences, CHU d'Amiens, 80000 Amiens, France

Disponible sur Internet le 27 décembre 2013

MOTS CLÉS

Urgence ;
Ambulatoire ;
Chirurgie digestive

Résumé

Introduction. – L'ambulatoire correspond à une modalité de prise en charge définie par une hospitalisation de moins de 12 heures durant laquelle le patient ne passe pas la nuit à l'hôpital. Actuellement, peu de données sont disponibles sur sa place pour des urgences digestives telles que l'appendicectomie pour appendicite aiguë, la cholécystectomie pour cholécystite aiguë (CA) ou la chirurgie proctologique d'urgence. Le but de cette mise au point était d'étudier les données de la littérature concernant la faisabilité d'une prise en charge en ambulatoire des urgences de chirurgie viscérale et de s'interroger sur les possibilités de développement de cette modalité de prise en charge.

Matériels et méthodes. – Une recherche bibliographique a été faite à partir de la base de données PubMed[®] et prenait en compte l'ensemble des données disponibles jusqu'en juillet 2013.

Résultats. – Pour les appendicites aiguës, le taux de succès d'une hospitalisation de courte durée était de 72% avec un taux d'admissions non programmées variant de 0% à 53%, un taux de consultations non programmées variant de 0 à 11% et un taux d'hospitalisations non programmées variant de 0% à 5%. Pour la CA et la proctologie, il existe très peu de données publiées.

Conclusion. – La prise en charge ambulatoire a été encore peu étudiée dans le cadre des urgences chirurgicales digestives. Il existe néanmoins, probablement, une place au développement de cette modalité de prise en charge.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.10.007>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : regimbeau.jean-marc@chu-amiens.fr (J.-M. Regimbeau).

1878-786X/\$ – see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2013.09.007>

KEYWORDS

Emergency;
Outpatient
management;
Gastrointestinal
surgery

Summary

Introduction. — Ambulatory management is a modality of care defined in France by a hospitalization of less than 12 hours without an overnight stay. Currently, few data are available on its role in the management of gastro-intestinal emergencies such as appendectomy for acute appendicitis, cholecystectomy for acute cholecystitis or emergency proctologic surgery. The aim of this systematic review was to study the published data regarding the feasibility of ambulatory management of emergency visceral surgery and to enquire about the possibilities of further development of this form of management.

Materials and methods. — A literature search was conducted from the PubMed® databank taking into account all published data up to July 2013.

Results. — For acute appendicitis, the success rate of short-stay hospitalization was 72% with unplanned readmission rates ranging from 0 to 53%, a rate of unscheduled consultations ranging from 0 to 11%, and unplanned in-patient hospitalization rates ranging from 0% to 5%. For acute cholecystitis and proctology, there are few published data.

Conclusion. — Ambulatory management has been sparingly studied in the setting of gastrointestinal surgical emergencies. However, there is probably a place for development of this form of management.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'ambulatoire correspond à une modalité de prise en charge définie par une hospitalisation de moins de 12 heures durant laquelle le patient ne passe pas la nuit à l'hôpital. C'est ainsi qu'est définie et réglementée la chirurgie ambulatoire en France. Dans les pays anglo-saxons, cette définition est plus large et prend en compte les hospitalisations de moins de 24 heures. Cette différence de définition peut rendre difficile l'interprétation des données de la littérature qui peuvent renvoyer à l'une ou l'autre des définitions.

En France, cette activité repose sur des recommandations exposées par trois sociétés savantes françaises (Société française de chirurgie digestive : SFCD ; Association française de chirurgie hépato-biliaire et transplantation hépatique : ACHBT ; Association française de chirurgie ambulatoire : AFCA) [1]. Les directives nationales actuelles sont de mettre en place une prise en charge ambulatoire dans des indications validées telles que la cholécystectomie à froid ou la cure de hernie inguinale, et de développer des indications réglées (reflux gastro-œsophagien, gastrectomie longitudinale) (essai GASTRAMBU) [2–4].

Actuellement, peu de données sont disponibles sur sa place pour des urgences digestives telles que l'appendicectomie pour appendicite aiguë, la cholécystectomie pour cholécystite aiguë (CA), la chirurgie proctologique d'urgence.

Il est pourtant clair que certaines interventions réalisées en urgence sont de courte durée, faites en routine avec un faible taux de complications, entraînant peu de douleurs postopératoires, peu de nausées ou vomissements, et correspondent donc à de bonnes indications de prise en charge en ambulatoire. Dans d'autres spécialités comme la chirurgie orthopédique, la prise en charge des urgences en ambulatoire est plus développée amenant certaines équipes à développer des unités de chirurgie ambulatoire de l'urgence [5].

Le but de cette mise au point était d'étudier les données de la littérature concernant la faisabilité d'une prise en charge en ambulatoire des urgences de chirurgie digestive et de s'interroger sur les possibilités de développement de cette modalité de prise en charge.

Méthodologie de la recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été faite à partir de la base de données PubMed® et prenait en compte l'ensemble des données disponibles jusqu'en juillet 2013. Nous avons par ailleurs étudié la bibliographie des recommandations exposées par trois sociétés savantes françaises (SFCD, ACHBT, AFCA) [1]. Les articles retenus étaient les articles traitant des sujets adultes et publiés en langue française ou anglaise.

Les mots clés utilisés étaient les mots faisant référence à la chirurgie ambulatoire (*day-case surgery, day-care surgery, ambulatory, surgery, outpatient surgery*) et les termes associés aux pathologies traitées (*appendicitis, cholecystitis, proctological surgery, anal abscess, hernia*). Les articles traitant spécifiquement de l'urgence et les séries dans lesquelles des patients opérés en urgence étaient inclus ont été considérés. Les séries traitant d'une hospitalisation de moins de 12 heures et de moins de 24 heures ont été retenues.

L'organisation de l'urgence en ambulatoire

Le premier obstacle à la prise en charge des urgences simples en ambulatoire est l'organisation. Dans certaines situations, si le patient consulte très tôt et est opéré immédiatement, l'organisation peut s'avérer relativement simple. Dans la plupart des cas, une prise en charge en ambulatoire n'est envisageable que lorsqu'une intervention est programmable au plus tard le lendemain de la consultation aux urgences. Les indications ne peuvent donc être limitées qu'aux patients consultants en semaine ou le dimanche, permettant ainsi une hospitalisation en ambulatoire le lundi. Il semble plus difficile d'intégrer à un programme d'ambulatoire les patients consultant le vendredi ou le samedi et ceci uniquement pour des raisons organisationnelles. Néanmoins, pour certaines urgences comme la CA, un délai de plus de 24 heures entre la consultation et l'intervention chirurgicale semble possible. Le développement d'unités d'ambulatoire ouvertes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311830>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311830>

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