



Disponible en ligne sur  
ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
EM|consulte  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

## Quels résultats pour la chirurgie laparoscopique du reflux gastro-œsophagien en ambulatoire ?<sup>☆</sup>

Which results for day-case laparoscopic fundoplication in gastro-oesophageal reflux disease?

C. Mariette<sup>a,\*,b,c</sup>, J. Boutillier<sup>a,b,c</sup>, N. Arnaud<sup>a,b</sup>,  
G. Piessen<sup>a,b,c</sup>, N. Ruolt<sup>b,d</sup>, J.-P. Triboulet<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie digestive et générale, hôpital C.-Huriez, CHRU, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

<sup>b</sup> Centre médico-chirurgical ambulatoire, France

<sup>c</sup> Faculté de médecine, CHRU, Lille, France

<sup>d</sup> Département d'anesthésie, hôpital C.-Huriez, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur Internet le 26 janvier 2011

### MOTS CLÉS

Reflux  
gastro-œsophagien ;  
Fundoplicature ;  
Laparoscopie ;  
Ambulatoire

### Résumé

*But de l'étude.* – Évaluer l'acceptabilité, la faisabilité et les résultats de la cure chirurgicale laparoscopique de reflux gastro-œsophagien (RGO) en ambulatoire dans un centre hospitalo-universitaire.

*Méthodes.* – Cette étude prospective a été menée en intention de traiter de septembre 2003 à janvier 2007. La procédure était proposée de façon systématique aux patients porteurs d'un RGO symptomatique non compliqué remplissant les critères d'inclusion pour l'ambulatoire. Les protocoles d'anesthésie, de chirurgie et de prise en charge de la douleur et des vomissements ont été standardisés. Une valve de 360° selon la technique de Nissen-Rossetti était réalisée par laparoscopie. L'acceptabilité, les taux d'admission, de consultation et de réhospitalisation non programmés, de complication et de réintervention ont été étudiés ainsi que les scores de satisfaction (Visick) et de qualité de vie, le Gastro-Intestinal Quality of Life Index (GIQLI) des patients à 12 mois.

*Résultats.* – Parmi les 152 patients opérés d'un RGO par une opération de Nissen-Rossetti laparoscopique pendant la même période, 49 (32,2%) ont eu une prise en charge ambulatoire. Quarante patients (81,6%) sont sortis six à huit heures après leur intervention. Neuf patients ont été admis le soir de l'intervention du fait de nausées ( $n=5$ ), de douleurs ( $n=3$ ) ou d'anxiété ( $n=1$ ). Sept d'entre eux (77,8%) sont sortis à la 23e heure. Une consultation ou une hospitalisation non programmées étaient rapportées dans 14,3% et 4,1% des cas respectivement, essentiellement pour des troubles dysphagiques. Le taux de complications postopératoires était de 6,1%. À 12 mois, 89,6% avaient un score de Visick entre 1 et 3 (résultats excellents à

DOI de l'article original : [10.1016/j.jvisc Surg.2010.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2010.12.001).

<sup>☆</sup> 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 : [christophe.mariette@chru-lille.fr](mailto:christophe.mariette@chru-lille.fr) (C. Mariette).

**KEYWORDS**

Gastro-œsophageal reflux;  
Fundoplication;  
Laparoscopy;  
Day-care surgery

satisfaisants). Une réintervention a été réalisée dans 6,1% des cas. Le GIQLI était significativement amélioré par la chirurgie ( $88,9 \pm 27,3$  en préopératoire versus  $111,2 \pm 24,0$  en postopératoire,  $p < 0,001$ ).

*Conclusion.* – La chirurgie laparoscopique du RGO en ambulatoire est faisable et bien tolérée chez des patients sélectionnés.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary**

*Aim of the study.* – To assess the acceptability, feasibility and results of day-case laparoscopic fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease (GORD) in an university-base tertiary care centre.

*Methods.* – The procedure was proposed as routine for patients with proven asymptomatic uncomplicated GORD fulfilling predetermined inclusion criteria from September 2003 to January 2007. Standard anesthetic, surgical, analgesic, and antiemetic protocols were used. A 360° Nissen-Rosetti laparoscopic fundoplication was performed. Acceptability, admission, non-programmed consultation or readmission, complication, and reoperation rates as well as patients' satisfaction at 12 months, using validated the Visick score and Gastro-Intestinal Quality of Life Index (GIQLI) questionnaire, were evaluated in intent to treat analysis.

*Results.* – Among 152 patients operated on for GORD by laparoscopic fundoplication during the study period, 49 (32.2%) underwent day-case procedure. Forty patients (81.6%) were discharged 6 to 8 h after operation. Nine patients were admitted because of nausea ( $n=5$ ), inadequate pain control ( $n=3$ ) or anxiety ( $n=1$ ). Among them, seven (77.8%) were discharged within 23 h. Non programmed consultation or hospitalization were reported in 14.3% and 4.1% of cases respectively, mainly for dysphagia. Postoperative complication rate was 6.1%. At 12 months, 89.6% of patients were Visick score from 1 to 3 (excellent to satisfactory results). A reoperation was performed in 6.1% of cases. Patients' quality of life evaluated by GIQLI was significantly enhanced by surgery ( $88.9 \pm 27.3$  preoperatively versus  $111.2 \pm 24.0$  postoperatively,  $P < 0.001$ ).

*Conclusions.* – Day-case laparoscopic fundoplication for GORD is feasible and well tolerated in selected patients.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

La chirurgie ambulatoire s'est développée ces 20 dernières années avec l'amélioration des techniques et de l'instrumentation chirurgicale, l'amélioration des techniques d'anesthésie et de contrôle de la douleur, la mise en place d'équipes (infirmières et médecins) et de structures spécialisées dans la prise en charge ambulatoire et la nécessité de réduire les listes d'attente et les coûts en matière de santé. La chirurgie digestive par laparoscopie en ambulatoire est encore confidentielle, pratiquée essentiellement pour les cures de hernie inguinale ou d'événement et la cholécystectomie [1].

Depuis la description de la première cure de reflux gastro-œsophagien (RGO) par laparoscopie en 1991 [2], sa place est devenue prépondérante dans la chirurgie du RGO avec comme avantages la diminution de la durée d'hospitalisation, de la consommation d'antalgiques et des délais de reprise de l'activité professionnelle [3,4].

Le but de cette étude prospective était d'étudier l'acceptabilité, la faisabilité et les résultats de la chirurgie laparoscopique du RGO en ambulatoire.

**Patients et méthodes**

Cette étude prospective a été menée de septembre 2003 à janvier 2007 avec l'accord du Comité de protection des personnes Nord Ouest IV. Une équipe multidisciplinaire comprenant chirurgiens, anesthésistes, infirmières et spécialistes de l'ambulatoire, et représentant administratif s'est réunie afin d'établir un protocole détaillé de prise

en charge thérapeutique a priori. Les critères d'inclusion étaient les patients avec un RGO non compliqué, prouvé par pHmétrie, sans hernie hiatale importante, ni antécédents chirurgicaux, dont le score de l'American Society of Anaesthesiologists (ASA) était I ou II, motivés, informés et aptes à comprendre le protocole, domiciliés à moins d'une heure de l'hôpital et qui pouvaient avoir la compagnie d'un adulte au domicile la nuit de leur intervention. Les critères d'exclusion étaient une comorbidité nécessitant une surveillance spécifique, incluant le diabète, toute pathologie coronaire, l'épilepsie, les maladies pulmonaires chroniques et l'obésité morbide (indice de masse corporelle [IMC]  $> 40 \text{ kg/m}^2$ ). L'absence de troubles moteurs de l'œsophage était systématiquement vérifiée par une manométrie en préopératoire. Un formulaire explicatif était fourni aux patients. Quelques jours avant l'intervention, l'information était renouvelée lors de la consultation d'anesthésie. Le jour de l'intervention, les patients arrivaient en hospitalisation dans l'unité d'ambulatoire à 7 h 30, l'intervention débutant vers neuf heures.

Tous les patients avaient une prémédication par midazolam intraveineux (i.v.) ( $0,005$  à  $0,001 \text{ mg/kg}$ ) juste avant l'induction anesthésique. L'anesthésie générale était induite par voie intraveineuse avec du sufentanil  $0,2 \mu\text{g/kg}$ , du propofol  $1,5$  à  $3,0 \text{ mg/kg}$  puis de l'atracurium  $0,5 \text{ mg/kg}$  pour faciliter l'intubation trachéale. La ventilation pulmonaire était mécanique afin de maintenir une saturation artérielle en oxygène supérieure à 95% et une capnie entre 30 et 35 mmHg avec une concentration inspiratoire en oxygène de 50%. L'anesthésie était maintenue avec du desflurane 4 à 6%, des bolus intraveineux de sufentanil ( $0,1$  à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3312245>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3312245>

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