



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Étude observationnelle de la faisabilité et de la morbidité de l'hystérectomie vaginale ambulatoire : à propos de 30 cas



### Outpatient vaginal hysterectomy, feasibility and morbidity: An observational study on thirty patients

A.-C. Pizzoferrato<sup>a,\*,b</sup>, G. Bader<sup>a</sup>, K. Nyangoh Timoh<sup>a</sup>, C. Andriamafidy-Berti<sup>a</sup>, V. Villefranque<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Service de gynécologie-obstétrique, CHI Poissy Saint-Germain, 10, rue du champ Gaillard, 78300 Poissy, France

<sup>b</sup>Unité de recherche EA7285, risques cliniques et sécurité en santé des femmes et en santé périnatale, université Versailles St-Quentin, 2, avenue de la Source-de-la-Bièvre, 78180 Montigny-le-Bretonneux, France

<sup>c</sup>Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier René-Dubos, 6, avenue de l'Île-de-France, 95300 Pontoise, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 19 avril 2013

Disponible sur Internet le 24 janvier 2014

Mots clés :

Hystérectomie vaginale  
Chirurgie ambulatoire  
Douleur postopératoire  
Électrofusion  
Satisfaction

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – L'utilisation de la thermofusion dans l'hystérectomie vaginale a permis une réduction significative du temps et de la douleur postopératoire, ouvrant ainsi la voie à la réalisation de cette intervention en ambulatoire. Notre objectif a consisté en l'étude de la faisabilité de l'hystérectomie vaginale ambulatoire.

**Patientes et méthodes.** – Il s'agit d'une étude prospective à propos de 30 patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie vaginale ambulatoire selon une technique standardisée. La douleur postopératoire a été évaluée par une échelle visuelle analogique et la durée totale de consommation d'antalgiques relevée. La satisfaction des patientes a été évaluée au moment de la visite postopératoire et par le biais d'une enquête téléphonique.

**Résultats.** – La durée opératoire moyenne était de 59,3 (25–110) minutes et le poids moyen de la pièce opératoire de 170,2 (60–710) grammes. Aucune complication intra-opératoire n'est à déplorer. Trois patientes sur 30 (10 %) n'ont pas quitté le service d'hospitalisation le jour de l'intervention. À J1 et J2, les scores de douleur (EVA) étaient de 4,40 et 4,35/10. La durée moyenne de consommation d'antalgiques a été de 5 jours (3–8 jours). Les patientes ont déclaré être très satisfaites de la prise en charge dans 36,7 % des cas (11/30), satisfaites dans 53,3 % (16/30) et peu satisfaites dans 10,0 % (3/30). Au total, 83,3 % (25/30) auraient accepté de refaire l'intervention dans le secteur ambulatoire.

**Discussion et conclusion.** – L'hystérectomie vaginale ambulatoire a démontré sa faible morbidité et un taux de satisfaction globale élevé. Cette technique pourrait être proposée aux femmes clairement informées des risques potentiels.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Objective.** – Outpatient surgery is nowadays a major evolution axis of the surgery in France. Outpatient vaginal hysterectomy is possible with the use of electrosurgical bipolar vessel sealing allowing the reduction of operative time and postoperative pain. Our aim was to study the feasibility and morbidity of outpatient vaginal hysterectomy by assessment of postoperative pain and satisfaction.

**Patients and methods.** – Thirty patients were enrolled in this observational study. All patients underwent an outpatient vaginal hysterectomy with a standardized operative technic. Pain was evaluated by administering a 10 cm visual analogic scale (VAS) at the first and second postoperative days. The total duration of analgesic treatment was noticed. Patient's satisfaction was recorded at the postoperative visit one month after the intervention and by a telephonic interview.

Keywords:

Outpatient surgery  
Vaginal hysterectomy  
Postoperative pain  
Electrofusion  
Satisfaction

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ac\\_pizzoferrato@yahoo.com](mailto:ac_pizzoferrato@yahoo.com) (A.-C. Pizzoferrato).

**Results.** – The mean operative time was 59.3 (25–110) minutes and the mean uterine weight was 170.2 (60–710) grams. No intraoperative complications were reported. Among the thirty patients, 3 (10%) were not discharged the same day. At the first and second postoperative days, the VAS was 4.40 and 4.35 respectively. The mean total duration of analgesic's use was 5 days (3–8 days). Patients were very satisfied of medical care in 36.7% of cases (11/30), satisfied in 53.3% (16/30) and not much satisfied in 10% (3/30). In total, 83.3% (25/30) have agreed to repeat the procedure in the ambulatory sector.

**Discussion and conclusion.** – Outpatient vaginal hysterectomy seems to be a possible and a safe technique with a high patient's satisfaction in France at the present time.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Depuis la fin des années 80, diverses publications suggèrent que l'hystérectomie vaginale était réalisable en ambulatoire [1–3]. Cette pratique est facilitée par la diffusion de techniques utilisant de nouvelles méthodes d'hémostase. Ainsi, l'utilisation de la thermofusion permet de réduire significativement le temps opératoire et la douleur postopératoire et un retour plus précoce à domicile, en comparaison aux techniques de ligature classiques, plus pourvoyeuses de douleurs [4–6]. Toutefois, depuis la fin des années 1990, la durée de séjour des patientes opérées d'une hystérectomie vaginale se situe aux alentours de 3–4 jours [7]. En l'absence de structures extra-hospitalières adaptées et en l'absence de données scientifiques, la pratique de cette intervention exclusivement en ambulatoire est encore peu réalisée en France.

L'objectif de notre étude était d'étudier la faisabilité de l'hystérectomie vaginale ambulatoire par le biais de l'évaluation de la douleur postopératoire et de la satisfaction globale des patientes.

## 2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, unicentrique, réalisée entre octobre 2011 et juillet 2012, au CH René-Dubos de Pontoise. Trente patientes éligibles à une hystérectomie vaginale pour pathologie bénigne ont été incluses dans notre étude. Les critères d'inclusion étaient : pathologie utérine bénigne, absence de facteurs de comorbidité, situation sociale des femmes, absence de pathologie annexielle ou d'antécédent contraindiquant la voie vaginale exclusive (nombre de césariennes > 1, myomectomie par laparotomie, médiane sous-ombilicale, diamètre utérin transverse > 100 mm, utérus non mobile à l'examen clinique préopératoire...). Les critères de non-inclusion étaient : indications de cœlioscopie, chirurgie associée, non-respect des critères administratifs et médicaux de l'hospitalisation ambulatoire. L'hospitalisation en ambulatoire était proposée systématiquement en première intention dès lors que la durée prévisionnelle de l'intervention était inférieure à 90 minutes. Une information orale sur les principes de la chirurgie et sur la gestion de la douleur postopératoire était dispensée au moment de la visite préopératoire. La consultation pré-anesthésique validait les critères médicaux et psychosociaux d'éligibilité à l'ambulatoire conformément aux recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) [8]. Les caractéristiques des patientes (âge, IMC, parité et antécédents médico-chirurgicaux) étaient relevées en préopératoire. Les patientes étaient hospitalisées le matin de l'intervention. Toutes les patientes incluses dans l'étude ont été opérées par le même chirurgien selon une procédure standardisée. Les ligatures hémostatiques ont été réalisées par thermofusion au BiClamp® (ERBE™), utilisé en routine dans notre service. Les patientes opérées quittaient le bloc opératoire sans sonde vésicale ni mèche vaginale. Les paramètres et les événements indésirables intra-opératoires ont été relevés par le biais d'une fiche dédiée. Le protocole anesthésique comportait systématiquement une pré-médication associant paracétamol 1 g, ketoprofène (Profenid®)

100 mg et ésomeprazole (Inexium®) 20 mg. Pour l'anesthésie intraveineuse, le propofol (Diprivan®) était systématiquement utilisé avec une cible au site de 3 mg/kg. L'analgesie peropératoire était assurée par le Sufentanil (Sufenta®) à la dose de 0,3 µg/kg. En postopératoire, des antalgiques de type paracétamol ou AINS étaient administrés en salle de soins postinterventionnelle (SSPI) puis dans le département de chirurgie ambulatoire. Une évaluation horaire de la douleur postopératoire était réalisée par EVA, en SSPI les deux premières heures (H1 et H2) puis dans le département de chirurgie ambulatoire (H3 et H4) et à la sortie. La sortie était validée après visite de l'anesthésiste et du chirurgien. Les critères de sortie du service sont résumés dans l'Encadré 1. Une réglette EVA était remise à chaque patiente avant la sortie afin de relever le score de douleur à J1 (8 h et 22 h) et J2 (8 h et 22 h) par appel téléphonique. La prescription d'antalgiques postopératoires comprenait du paracétamol 1 g (4 fois par jour) et du kétoprofène 400 mg (3 fois par jour) associés à de l'ésomeprazole 20 mg (1 fois par jour) pendant 48 heures, puis en fonction de la douleur. La durée totale de consommation d'antalgiques a été relevée au moment de la visite postopératoire. La satisfaction globale des patientes à 1 mois était évaluée au moment de la visite postopératoire par un questionnaire simplifié : « Êtes-vous très satisfaite, satisfaite, peu satisfaite ou non satisfaite de votre intervention ? », « Auriez-vous préféré rester hospitalisée une nuit supplémentaire ? », « Si c'était à refaire, accepteriez-vous la réalisation de votre intervention dans le secteur ambulatoire ? » et « Recommanderiez-vous votre intervention ambulatoire à une amie ? ».

Une analyse descriptive des données à l'aide du logiciel Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Texas) a été réalisée pour évaluer la faisabilité de l'intervention en ambulatoire.

## 3. Résultats

L'âge moyen des patientes était de 46,6 (±5,28) ans. La parité moyenne était de 2,05 (±0,78) ; 5 patientes présentaient un utérus unicatriciel après césarienne (Tableau 1). Les indications de l'hystérectomie sont détaillées dans le Tableau 2. Toutes les patientes éligibles à l'hystérectomie vaginale ambulatoire ont accepté de participer à l'étude. La durée moyenne de l'intervention était

### Encadré 1. Critères de sortie du département de chirurgie ambulatoire.

1. Chirurgie réalisée sans complication.
2. Surveillance postopératoire minimale de 6 heures.
3. Patiente bien soulagée par les antalgiques et douleur postopératoire  $\leq 4/10$  sur l'échelle visuelle analogique.
4. Constantes hémodynamiques correctes.
5. Absence de nausées, vomissements significatifs.
6. Mobilisation possible avec assistance.
7. Obtention d'une miction spontanée et réalimentation avant la sortie.
8. Présence d'un accompagnant au moment de la sortie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948801>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948801>

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