

CHIRURGIE AMBULATOIRE...UN VIRAGE FACILE À PRENDRE?

A.Bonnard

Service de Chirurgie Pédiatrique Viscérale et Urologique

Hôpital Robert Debré et Université de Paris

INSERM UMR 1149



Introduction

- Plan stratégique AP-HP
- A Robert Debré
 - Ré-organisation du bloc commun-bloc ambulatoire, 2014-2016
 - Quelles interventions pour le bloc ambulatoire pour libérer de la place au bloc commun?

Intervention « courte » <2h

Critères d'éligibilité pré op remplis

RAAC

Le passage vers l'ambulatoire

- Les hospitalisations de 1j
 - Est-ce vraiment nécessaire?
 - Pourquoi reste t'il?
 - Pansement, cathéter...
 - Alimentation et régime post op adapté requis
 - Quelles sont nos complications...et notre taux de réadmission à 30j?
 - 2014, 1299 admissions incluses
 - Taux de réadmission au SAU: 9,5%....mais taux de réadmission en chirurgie 3,8%
 - Infection du site opératoire (Appendicectomie+++, 38%) et problème de cathéter

**Sécuriser la chirurgie et les
suites post-op**

Le raisonnement par complication

Nature, Fréquence et Gravité?

- Chirurgie anti reflux: dysphagie
- Hernie diaphragmatique antérieure: récidence
- Duplication digestive: perforation et fuite
- Kyste bronchogénique: perforation voie aérienne...per op+++
- Résection pulmonaire: PNO
- Résection séquestration: hémorragie
- Cholécystectomie: plaie biliaire, fuite biliaire
- Appendicectomie: abcès post-opératoire

Alimentation mixée

Aucune Urgence-RxT 1 mois

Per-op+++ suture immédiate

Per-op+++ suture immédiate

Parents prévenus...SAU si pb respiratoire

Sécurisation des sutures, pas de clip

Nœud, pas de clip, dissection

SAU si Fièvre

Récupération Accélérée après Chirurgie (RAAC)

- Différent ou indissociable de l'ambulatoire?
- Ambulatoire = RAAC ultime!

PRE OPERATIVE

Patient information

1. Oral and written information of patient and relatives about all aspects of perioperative care
2. Preset discharge criteria
3. Early scheduled follow-up and readmission pathway

Preservation of gastrointestinal function

4. Carbohydrate solution allowed until 2 hours before surgery
5. Pharmacological prophylaxis of postoperative nausea or vomiting
6. Enforced early enteral feeding
7. Liberal use of chewing gum and laxatives

PER OPERATIVE

Minimizing organ dysfunction

8. Avoidance of mechanical bowel preparation
9. Goal-directed fluid therapy; minimizing fluid overload
10. Avoidance of drains and nasogastric tube
11. Laparoscopy

POST OPERATIVE

Active pain control

12. Preemptive analgesia initiated before surgery
13. Opioid-sparing anesthesia and analgesia, including a thoracic epidural with local anesthetic or intravenous patient-controlled analgesia
15. Infiltration of all incisions with local anesthetic
16. Peripheral opioid antagonist, intravenous local anesthetic

Promotion of patient's autonomy

17. Enforced early ambulation
18. Breathing exercises
19. Avoidance or early removal of urinary catheter
20. Early withdrawal of intravenous fluid therapy

Parcours de soins

Exemple de l'intervention anti-reflux

PRE OPERATIVE

Patient information

1. Oral and written information of patient and relatives about all aspects of perioperative care
2. Preset discharge criteria
3. Early scheduled follow-up and readmission pathway

Preservation of gastrointestinal function

4. Carbohydrate solution allowed until 2 hours before surgery
5. Pharmacological prophylaxis of postoperative nausea or vomiting
6. Enforced early enteral feeding
7. Liberal use of chewing gum and laxatives

PER OPERATIVE

Minimizing organ dysfunction

8. Avoidance of mechanical bowel preparation
9. Goal-directed fluid therapy; minimizing fluid overload
10. Avoidance of drains and nasogastric tube
11. Laparoscopy

POST OPERATIVE

Active pain control

12. Preemptive analgesia initiated before surgery
13. Opioid-sparing anesthesia and analgesia, including a thoracic epidural with local anesthetic or intravenous patient-controlled analgesia

15. Infiltration of all incisions with local anesthetic

16. Peripheral opioid antagonist, intravenous local anesthetic

Promotion of patient's autonomy

17. Enforced early ambulation
18. Breathing exercises
19. Avoidance or early removal of urinary catheter
20. Early withdrawal of intravenous fluid therapy

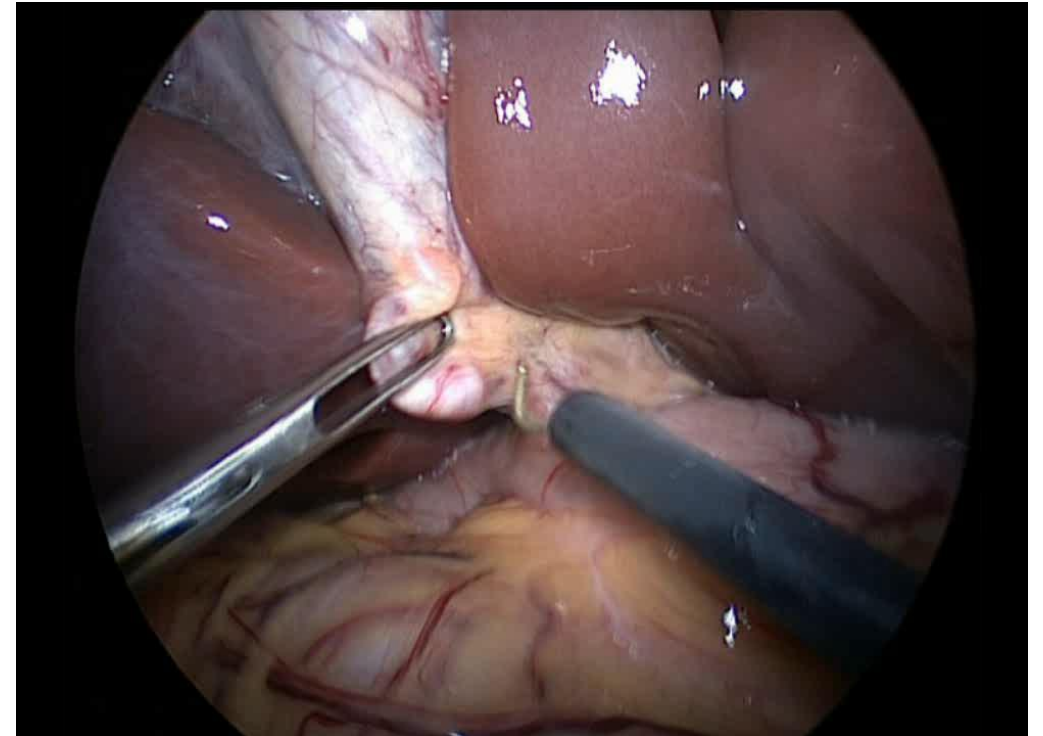
- Patient éligible
- Dysphagie post-op possible
- Information sur alimentation post-op mixée puis élargie progressivement
- Sortie si alimentation possible, pas de douleur
- Consultation post-op à 3 semaines
- A jeun depuis minuit

- Chirurgie Mini-Invasive (3 et 5 mm)
- Libération des vaisseaux courts (dysphagie)
- Intervention < 1h

- Pas de SG, pas de SU
- Infiltration des trous de trocars
- AINS-IPP
- Debout 2h après chirurgie
- Alimentation précoce 2h post op

Les cholécystectomies

- 2014-2019
- Sélections des patients: non drépanocytaire, lithiase non compliquée
- 33 patients
 - Lithiases symptomatiques (32)
 - Dyskinésie biliaire (1)
- Age moyen: 11.3 ans [4.9 – 18]
- Temps opératoire moyen: 54 min [13-145]
- 3 patients ont nécessité une hospitalisation (1 j, 9%)
- Aucune réadmission ni de passage au SAU, aucune complication post-opératoire



L'appendicectomie simple: rendre l'urgence programmée

- 250 appendicectomies /an...2/3 appendicite non compliquée
- Inclusion dans un protocole de chirurgie ambulatoire
 - >5 ans
 - Diagnostic validé par un sénior
 - consultation d'anesthésie réalisée lors du passage aux urgences
 - traitement antalgique et antibiotique per os sauf si intolérance alimentaire (Paracétamol, Augmentin)
- Heure d'arrivée
 - 7h-11h : bloc le jour même, sortie Jo
 - 11h-19h: disponibilité du bloc ou non
 - >19h: retour à domicile, reconvoqué le lendemain dans circuit ambulatoire

Avril 2016-Mars 2017

- 182 patients, 105 appendicites simples
 - 26 (24,8%) ambulatoire!!
 - Bloc non disponible le matin
 - 3 (2,8%) opérés dans la nuit (0j)
 - 51 (48,6%) sortis le lendemain (1j)
 - 25 (23,8%) >1j

Non respect du protocole:

- Par le chirurgien lui-même
- Salle non disponible
- Rappel des bonnes pratiques

La chirurgie thoracique

Oct 2015-Dec 2019

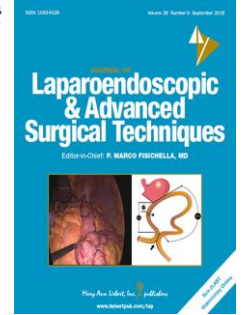
- 21 patients
- 6,3 mois [4,6-8,6]
- SEL(11, 52%), SIL(5, 24%), kyste bronchogénique (4,19%), SIL+KB (1,5%)
- Analgésie par **KT d'analgésie paravertébral**: 1 seule injection, x ml/kg, Naropein, chirocaine

JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES
Volume 0, Number 0, 2018
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/lap.2017.0721

Full Report

Safety Assessment for Thoracoscopic Day Case Surgery
in Children with Congenital Pulmonary Malformation

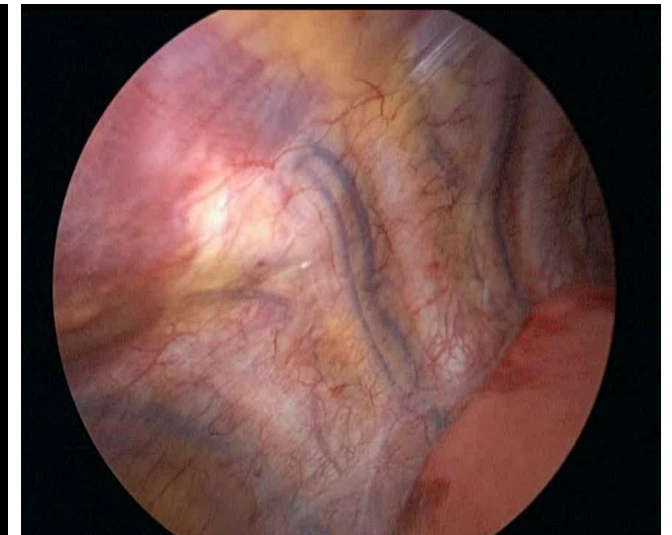
Aurora Mariani, MD¹, Matthieu Peycelon, MD¹, Pauline Clermidi, MD¹,
Myriam Bellon, MD², Alia Skhiri, MD² and Arnaud Bonnard, MD, PhD¹



1 seul hospitalisation

Taux de réadmission à 30j: 0

Questionnaire de satisfaction des parents



Des limites?



3900 procédures chirurgicale / an

- > 700 chirurgie générale et urologie
 - Nissen
 - Chirurgie thoracique
 - séquestration
 - Duplication œsophagienne
 - Kyste bronchogénique
 - Hernie diaphragmatique antérieure Morgagni-Larrey
 - Duplication digestive
 - Cholécystectomie
 - appendice

Les limites ...

- Le contrôle de la douleur
- La gestion du drain thoracique
- Les complications non prédictibles
 - La fuite anastomotique
 - Les résections digestives étendues (RIC...)



55%

Conclusion

- La nécessaire ré-organisation a été le mouvement initiateur
- RAAC
- Analyse des obstacles à la progression
 - Les plages opératoires ne sont parfois pas remplies alors qu'il y a des patients à mettre!
- Réfléchir sur les améliorations
 - Accueil
 - La gestion de l'annulation
 - ...