



Gestion des risques en chirurgie ambulatoire vue par les professionnels de soins

Professeur Corinne VONS
Service de chirurgie digestive, AP-HP
Hôpitaux Universitaires de Seine Saint Denis;
Site Jean Verdier, Avenue du 14 Juillet, 93140, BONDY
Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire
corinne.vons@jvr.aphp.fr

Introduction (1)

Gestion des risques post opératoires

Classiquement inexistante (en France)

- **Principe de précaution** (reconnaissance d'un doute)
- **Hébergement** postopératoire à l'hôpital
- Pour: identifier et traiter « **au cas où** » complication postopératoire
- Maintien classique à l'hôpital de **tous les patients tant que les risques de complications postopératoires persistent**
 - Exemple: appendicectomie: 5 jours



Introduction (2)

Chirurgie ambulatoire: Critères d'éligibilité

- Classiquement: peu ou pas de risques postopératoires
- En pratique et aujourd'hui: capacité de l'équipe de l'UCA à
 - **Gérer les risques postopératoires**
 - Après le retour à domicile
 - Dans le cadre de la continuité des soins
- NB gérer et non pas prévenir....

Plaidoyer sémantique: **non, un risque ne se prévient pas**

- « **Prévention des risques** »: certain succès, y compris dans textes officiels provenant des ministères: **Impropriété sémantique.** (prévention concerne les événements indésirables, comme les complications postopératoires)
- Le risque n'est pas un événement: **c'est un concept** qui **combine la probabilité** de survenue, la **gravité potentielle**, ..
- La gestion des risques (ou **management des risques**) désigne l'ensemble de cette démarche
(guides de référence ISO-CEI 51 et 73: vocabulaire de la sécurité)

Gérer les risques postopératoires en chirurgie ambulatoire

- **Objectif:**
 - Morbidité et mortalité identiques à celle observées en chirurgie conventionnelle
- **Actions de:**
 - (Prévention (sélection))
 - Détection et traitement précoces +++
- **Méthode:** évaluation précise du risque
- **Moyens:**
 - Barrières de sécurité pour la détection

Gestion Des Risques de Complications Chirurgicales Postopératoires

Gestion des risques de complications chirurgicales postopératoires

1. Connaître, après l'avoir **évaluée**, la **probabilité** de leur survenue
2. Connaître, après l'avoir **évaluée**, la **gravité** potentielle de leur survenue
3. Connaître, après les avoir **évalués**, les **facteurs de risque** de leur survenue
4. Connaître, et après l'avoir **évalué**, le **délai** de leur survenue
5. Connaître, après les avoir évalués, leurs **facteurs déclenchants**



1- Objectifs?: Prévenir en partie, et surtout faire le **diagnostic** et le **traitement précocement**

2- Moyens?: Barrières de sécurité

Moyens de gestion des risques de complications chirurgicales postopératoires en chirurgie ambulatoire

- Planification du mode de **gestion des risques** en ambulatoire: déterminer **les barrières de sécurité** et les placer sur l'itinéraire du patient en amont et en aval



Barrières de sécurité selon l'acte
Barrière de sécurité: le patient

Gestion des risques en chirurgie ambulatoire:

3- Barrière de sécurité: Le patient Informé, éduqué

Information répétée (au moins 3 fois)

Orale,
Ecrite,



Au mieux visuelle: **vidéo**: tablette; internet

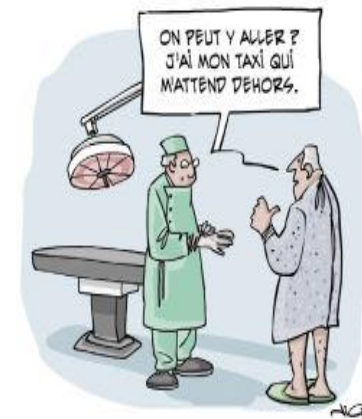
Lors d'une **consultation infirmière preop**



LES PROGRÈS DE L'AMBULATOIRE

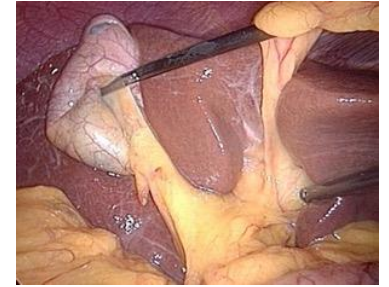
- Informations détaillées sur l'intervention, l'anesthésie
 - Modalités, risques
 - Symptômes postopératoires **habituels, pas d'alerte**
 - Symptômes postopératoires devant **donner l'alerte**

Check list



Gestion des risques postopératoires

2 interventions de digestive et endocrinienne
en ambulatoire

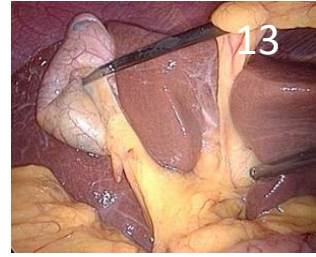


1- Cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire

Pas de particularité technique,

- 1- triangle de Calot bien identifié
- 2- artère et canal cystique identifiés et sectionnés séparément
- 3- lit vésiculaire sec
- 4- pas d'écoulement biliaire





Gestion des risques après cholécystectomie

Fréquence < 0,01 %

- **Hémorragie**

- Quelle fréquence ?
 - Quelle gravité ?
 - Dans quel contexte ?
- Si doute sur l'artère: Barrière de sécurité: avant la sortie: 1- NFS à la sortie (ou 2- surveillance postopératoire en UCA de 6 heures)

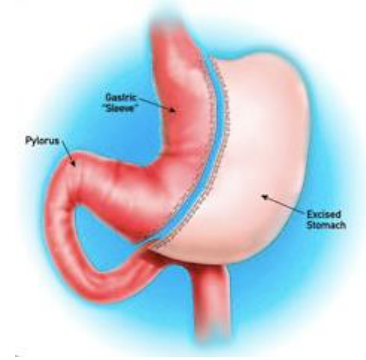
- **Fuite biliaire**

- Quel contexte ?
 - Quel risque ?
 - Dans quel contexte ?
- Barrière de sécurité: information du patient: possibilité de collection sous hépatique et si fièvre et douleur, revenir ou téléphoner

distance, et après 7 jours

Sleeve gastrectomie pour obésité morbide en ambulatoire

Pas de particularité technique



- Agrafage linéaire
- Pas de sonde gastrique
- Pas de drainage
- Naropeine® (instillation et infiltration)



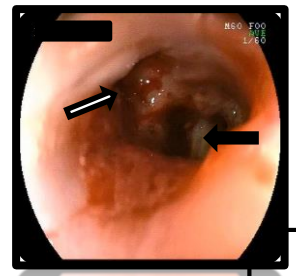
Gestion des risques après Sleeve gastrectomie

- Hémorragie:
 - Fréquence rare
 - Gravité hémopéritone
 - Délai 6 heures
 - Barrière de sécurité Surveillance 6 heures ou NFS CRP avant la sortie

- Fistule
 - fréquence 1 à 2 %
 - Gravité Péritonite localisée ou généralisée
 - Délai de survenue 4 jours
 - Barrière de sécurité NFS CRP 4 JOURS et si anormales TDM

➤ 3 reprises chirurgicales:

- **Fistule gastrique (n=3; 2,5%,).toutes diagnostiquées à la consultation de J4**



Résultats identiques à ceux des patients ayant eu une hospitalisation classique

Toutes les fistules ont été diagnostiquées par la consultation de J4 et ont été traitées sans retard

Véritable barrière de sécurité
Gestion des risques aboutie

Conclusion

- La capacité des équipes à **gérer les risques postopératoires** en chirurgie ambulatoire, est incontournable
- **Elle repose sur l'évaluation** de la fréquence, de la gravité, des facteurs de survenue, des facteurs déclenchants, et du délai de survenue notamment des complications chirurgicales (et anesthésiques) et la mise en place **de barrière de sécurité** pour en faire le diagnostic précoce, parmi lesquels **l'information et l'éducation du patient.**