
Chirurgie ambulatoire en proctologie : Texte des recommandations SNFCP

Mars 2015

Coordonateurs : Béatrice Vinson Bonnet¹ ; Frédéric Juguet¹

Groupe de travail : Guillaume Bonnaud¹ ; Gilles Bontemps² ; Jean Luc Faucheron¹ ; Etienne Gorez¹ ; Guillaume Meurette¹ ; Patrick Niccolai³ ; Vincent de Paradès¹ ; François Pigot¹ ; Laurent Siproudhis¹ ; Camille Zallot¹.

¹ Société Nationale Française de Colo Proctologie (SNFCP) ²Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ³ Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

1. Préambule

1.1 Objectifs des recommandations

L'objectif principal de ces recommandations est de permettre, à l'ensemble des acteurs de la chirurgie proctologique, de développer la pratique d'une chirurgie proctologique ambulatoire (selon l'article R 6214-301-1 du code de Santé Publique)¹, avec les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'en hospitalisation traditionnelle. La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel optimisant la gestion des risques et des flux.

1.2 Limites du travail

Ces recommandations ont pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Y a-t-il une spécificité du parcours de soin du patient dans le cadre de la chirurgie ambulatoire proctologique ?
- Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de douleur postopératoire après chirurgie ambulatoire proctologique ?
- Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de rétention d'urines postopératoire ?
- Comment évaluer, prévenir et traiter le risque hémorragique après chirurgie ambulatoire proctologique ?
- Comment évaluer, prévenir et traiter la reprise du transit

Volontairement, ces recommandations ne définissent pas de listes d'actes, pour les raisons suivantes :

- ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le trio acte / patient / organisation de soins;
- Ce serait ne pas prendre en compte les progrès en chirurgie et en anesthésie et le développement de nouveaux moyens de communication (télémédecine);

1.3 Patients concernés

Les patients concernés sont ceux susceptibles de bénéficier d'une prise en charge ambulatoire pour l'intervention de chirurgie proctologique qui leur est indiquée.

1.4 Professionnels concernés

Les professionnels concernés sont les chirurgiens et les médecins réalisant des actes de chirurgie proctologique, ainsi que les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ambulatoire.

1.5 Méthode de travail

Ce travail est conduit par la Société Nationale Française de Colo Proctologie (SNFCP) et s'appuie sur un document produit par l'Association Française d'Urologie².

1.6 Gradation des recommandations

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de
----------	---

	preuve (niveau de preuve 1), comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas témoins (niveau de preuve 3), des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

accompagnant, aidant naturel, personne de confiance³). Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et psychosocial. (AE)

- 3 – Il est recommandé de vérifier les conditions requises pour la pratique de l'ambulatoire à toutes les étapes de la prise en charge. (AE) Il est recommandé que le délai pour atteindre une structure d'urgence ne soit pas supérieur à 1 heure (AE)
- 4 – Une déficience physique ou intellectuelle n'interdit pas la prise en charge ambulatoire. Elle nécessite des adaptations spécifiques. (AE)
- 5 – Le grand âge n'interdit pas la prise en charge ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité sont réunies. Il nécessite une prise en charge spécifique en lien avec le médecin traitant (AE) L'hospitalisation en ambulatoire diminuerait le risque confusionnel. (AE)

2.1.2 Organisation⁴

- 6 – La consultation de programmation opératoire est un temps essentiel pour optimiser le parcours ambulatoire: organisation du chemin clinique, coordination des acteurs et information du patient et du médecin traitant Elle nécessite de mettre à disposition des moyens en termes de temps médical et non médical. (AE) Elle repose sur une information orale et sur des supports écrits (livret pédagogique, passeport ambulatoire, ordonnances postopératoires)
- 7 – Il est recommandé de mettre en place une organisation basée sur la gestion des flux : identifier les sources de perte de temps pour les minimiser (erreur de planification, information manquante, signalétique inappropriée, temps

2. Synthèse des recommandations

2.1 Y a-t-il une spécificité du parcours de soin du patient dans le cadre de la chirurgie ambulatoire proctologique ?

2.1.1 Eligibilité à l'ambulatoire :

- 1– Il est recommandé de privilégier le mode d'hospitalisation ambulatoire lorsque les conditions médicales et psycho-sociales d'éligibilité du patient sont réunies. (AE)
- 2 – Il est recommandé d'identifier le médecin traitant et, dans l'entourage du patient, les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire (personnes ressources :

d'attente, temps de transfert...) et optimiser les circuits. (AE)

- 8 – Il est recommandé que l'équipe de l'Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire (UCA) soit sensibilisée, expérimentée et formée à la pratique de l'ambulatoire. (AE)
- 9 Il est réglementaire que la prise en charge ambulatoire se fasse au sein d'une unité d'accueil spécifiquement dédiée et recommandé qu'elle soit située à proximité immédiate du bloc opératoire (AE).
- 10 – Il est recommandé de mettre en place au sein de l'UCA une démarche de gestion des risques concernant les risques liés aux processus de prise en charge des patients, les risques liés au défaut d'adhésion individuelle des différents intervenants et les risques liés à des pressions institutionnelles sur des acteurs. (AE)
- 11 - Il est recommandé de mettre en place une démarche qualité concernant l'activité de chirurgie proctologique ambulatoire (taux d'échec, identification et exploitation des événements indésirables, retour d'expérience, EPP, RMM) (AE)

2.1.3 Y a-t-il des particularités anesthésiques à la chirurgie proctologique ambulatoire ?

- 12 – Il est recommandé que le médecin anesthésiste réanimateur soit informé par l'opérateur du choix d'un mode d'hospitalisation ambulatoire et de la technique opératoire. (AE)
- 13 – Il est recommandé qu'à l'issue de la consultation d'anesthésie, l'opérateur soit informé en cas de réserve sur le mode d'hospitalisation ambulatoire. (AE)
- 14 – La prise en charge anesthésique est définie par les Recommandations Formalisées d'Experts (RFE) de la SFAR (2009)⁵ en particulier le jeûne préopératoire et l'antibioprophylaxie. Les critères habituels de jeûne préopératoire

sont de 6 heures pour les solides et de 2 heures pour les liquides clairs sans pulpe ni gaz. (AE)

- 15 La technique anesthésique doit prendre en compte le risque de rétention aiguë d'urines et l'intensité de la douleur postopératoire. Pour réduire l'incidence des rétentions d'urines, il est recommandé de limiter les perfusions intraveineuses (grade A). Si une technique de rachianesthésie est choisie, il est recommandé d'utiliser un anesthésique local de courte durée d'action et de proscrire l'administration d'un morphinique intrathécal. (grade A) Il est recommandé de prévenir dès la période opératoire la douleur postopératoire par l'administration d'antalgiques et de techniques d'infiltrations appropriées (cf. infra)

2.1.4 Place du médecin traitant

- 16 - Il est recommandé d'informer le médecin traitant du caractère ambulatoire de la prise en charge chirurgicale dès la consultation de programmation. (AE)
- 17 – Il est recommandé que le médecin traitant communique toute information utile à la prise en charge ambulatoire avant l'intervention (co-morbidités, environnement social, événement intercurrent). De même, il est recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins). (AE)

2.1.5 Place du patient

- 18 – Il est recommandé d'expliquer au patient les modalités de la chirurgie ambulatoire et de recueillir son assentiment afin qu'il soit acteur de sa prise en charge. Son adhésion au mode de prise en charge doit être entière.

Il est recommandé d'informer le patient de l'importance de respecter les consignes :

- préopératoire (être joignable par téléphone, jeûne, hydratation, prescriptions, préparation cutanée). Leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention. (AE)
- Postopératoires (prescriptions, éléments de surveillance et actes de soins éventuels). Leur non-respect pouvant nuire à la prise en charge. (AE)

2.1.6 Continuité des soins

19 – Selon les textes réglementaires⁶, les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins doivent être organisées par l'UCA en collaboration avec l'opérateur et l'anesthésiste et formalisées par écrit. (AE)

20 – Il est recommandé lors des consultations préopératoires d'organiser par anticipation les mesures à prendre à la sortie de l'hospitalisation (ordonnances et consignes de sortie, rendez-vous postopératoire). Celles-ci devront être réévaluées et validées en postopératoire. (AE)

21 – Il est recommandé pour le retour à domicile, de délivrer au patient (et éventuellement aux personnes ressources³ dans le respect du secret médical), un dossier de liaison dans lequel sont communiquées les informations sur la nature du geste pratiqué et les suites prévisibles(AE)

22 – Il est recommandé de formaliser la procédure de contact (numéro de téléphone) pour la continuité des soins. (AE)

23 Il est recommandé de vérifier la réalisation et de s'assurer de la bonne compréhension des consignes préopératoires par un appel téléphonique ou SMS avant l'admission. Il est recommandé de contacter le patient après son retour à domicile pour s'assurer du bon déroulement des suites opératoires (AE)

24 – Il est recommandé d'informer le patient (et éventuellement les personnes ressources³) des signes qui feraient évoquer une complication postopératoire (rétention d'urines, hémorragie, douleur non contrôlée, fécalome) et de la conduite à tenir. (AE)

2.2 Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de douleur postopératoire (DPO) après chirurgie ambulatoire proctologique ?

25 – Il est recommandé de donner au patient en préopératoire une information complète et détaillée sur la douleur postopératoire et sa prise en charge. (AE)

26 –Il est recommandé, d'évaluer systématiquement avec une échelle unidimensionnelle (visuelle analogue : EVA, verbale simple : EVS, numérique : EN) la douleur postopératoire et de la prendre en charge rapidement. Il est recommandé de n'autoriser le retour à domicile que pour les patients qui ont un score de douleur faible⁵

–

27 Il est recommandé de privilégier l'analgésie multi-modale notamment par l'utilisation d'anesthésiques locaux de longue durée d'action (infiltration périméale et/ou bloc pudendal), en concertation avec le médecin anesthésiste-réanimateur. (grade A). Il est recommandé d'informer le patient sur l'effet anesthésique du bloc pudendal et des infiltrations et sur la levée du bloc. Il n'est pas nécessaire d'attendre la levée du bloc pudendal pour autoriser la sortie du patient (AE)

28 Il est recommandé de privilégier l'administration d'analgésiques non opiacés (AINS, paracétamol) pour réduire la consommation d'opiacés et les effets secondaires associés⁵

29 Il est recommandé d'utiliser les opiacés en cas de contrôle incomplet de la douleur par les analgésiques non opiacés et les techniques d'analgésie régionale⁵

30 Il est recommandé de fournir au patient une ordonnance pré établie du traitement analgésique dès la consultation opératoire ou d'anesthésie. (AE) Il est recommandé de s'assurer que le patient ait anticipé l'achat des antalgiques qui doivent être disponibles à son domicile dès son retour. Il est recommandé d'expliquer les modalités de prise des antalgiques au patient.

2.3 Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de rétention d'urines postopératoire ?

31 – Compte tenu du risque élevé de rétention urinaire, il est recommandé d'en informer le patient et d'évaluer systématiquement ce risque lors de la consultation de programmation opératoire. Le risque rétentionnel faible doit être distingué du risque élevé, en fonction du patient (âge, diabète, pathologie neurologique, obstacle uréthro-cervico-prostatique), du type de chirurgie (chirurgie hémorroïdaire, cure de fissure anale) et du type d'anesthésie (rachianesthésie cf. supra). (AE)

32 – Il est recommandé d'obtenir une miction en préopératoire immédiat. (AE)

33 – Il est recommandé de limiter l'utilisation de médicaments augmentant le risque de rétention urinaire : morphiniques et anticholinergiques (nefopam). (AE) Il est néanmoins recommandé de contrôler la DPO qui est un facteur de risque de rétention d'urines (cf. supra)

34 Il est recommandé de limiter les perfusions intraveineuses (grade A, cf. supra)

35 Chez un patient à faible risque rétentionnel, il n'est pas nécessaire d'attendre la reprise mictionnelle pour décider de la sortie sous réserve d'une évaluation du volume vésical. (AE)

36 Chez un patient à risque élevé de rétention d'urines, il est recommandé de quantifier

la miction et d'évaluer le résidu post-mictionnel (si possible avec un échographe avant la sortie) (AE)

37 En cas de rétention d'urines, il est possible de choisir entre un sondage évacuateur ou le maintien d'un cathéter urétral. (cf. RPC du traitement de la maladie hémorroïdaire, SNFCP 2014)

38 Il est recommandé d'informer le patient qu'il doit contacter la structure d'hospitalisation en l'absence de miction dans les 12 heures (AE)

2.6 Comment évaluer, prévenir et traiter le risque hémorragique après chirurgie ambulatoire proctologique ?

39 La gestion du risque hémorragique en chirurgie ambulatoire doit être une préoccupation majeure des différents intervenants : opérateur, anesthésiste-réanimateur, médecin traitant, infirmier(ère), patient et aidant naturel. (AE). Après toute intervention proctologique et particulièrement après chirurgie hémorroïdaire ou résection de tumeur rectale, le patient et le médecin traitant doivent être informés du risque hémorragique précoce et tardif (jusqu'à 3 semaines après la chirurgie) et de la conduite à tenir. (AE)

40 Chez les patients recevant des traitements antiplaquettaires et / ou anticoagulants, il est recommandé que l'éligibilité à la prise en charge ambulatoire et le choix du maintien de l'arrêt ou du relais de ces traitements, soient discutés par tous les intervenants (cardiologue, opérateur, anesthésiste) en prenant en compte le risque thrombotique et le risque hémorragique.

2.7 Comment évaluer, prévenir et traiter la reprise du transit

-
- 41 Il est recommandé de prescrire lors de la consultation préopératoire des laxatifs et une alimentation enrichie en fibres pour améliorer le transit postopératoire et diminuer la Douleur Post Opératoire lors des premières selles. (AE)
- 42 Il est recommandé de remettre avant l'intervention des conseils écrits dans l'éventualité d'une constipation postopératoire. (AE)
- 43 Il est recommandé que le patient contacte un référent médical en l'absence d'évacuation de selles dans les 72 heures. (AE)

L'analyse qualitative de la littérature étayant les recommandations de prise en charge en ambulatoire de la chirurgie hémorroïdaire peut être consultée à partir de la référence 6

Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant la prise en charge en ambulatoire de la chirurgie proctologique.

Remerciements : Dr Alby, médecin généraliste pour la relecture du manuscrit.

1 Décret : 6214-301-1 du 20 août 2012 Code de Santé Publique

2 Chirurgie ambulatoire en urologie : texte des recommandations AFU. G Cuvelier et al. Progrès en Urologie 2013;23 :62-66

3 Personnes ressources : membres de l'entourage du patient pouvant jouer un rôle dans la prise en charge ambulatoire en tant que :

Accompagnant : Personne qui accompagne le patient pour effectuer le trajet de retour à domicile après chirurgie ambulatoire.

Aidant naturel : Personne non professionnelle qui vient en aide à une personne dépendante pour les activités de la vie quotidienne.

Personne de confiance : Personne choisie librement dans son entourage par le patient pouvant l'accompagner dans ses démarches et l'assister à ses entretiens médicaux, l'aider à prendre des décisions et être consulté en priorité par l'équipe médicale si l'état de santé du patient ne lui permettait pas de donner son avis.

4 Recommandations organisationnelles : « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. ANAP-HAS mai 2013 www.has-sante.fr, www.anap.fr

5 Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Société française d'anesthésie réanimation <http://sfar.org/article/207/prise-en-charge-anesthésique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire-rfe-2009>

6 Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, Senejoux A, Pigot F & Siproudhis L. Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis. Int J Colorectal Dis 2015 ;30 :437-445
doi 10.1007/s00384-014-2073-x