

Année 2019

MEMOIRE

pour l'obtention du D.I.U de chirurgie ambulatoire

par

**Dr BEN SOUDA Jad
Chirurgie viscérale et digestive
Centre hospitalier de Lunéville**

Présenté le 02 octobre 2019 à 10h00

L'APPENDICECTOMIE EN AMBULATOIRE : ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE

Travail effectué sous la direction du Pr. C. VONS

Table des matières

Liste des abréviations	2
Résumé	3
1.Introduction	4

2. Patients et méthodes	5
2.1 Description des filières classique et ambulatoire.....	5
2.1.1 Circuit d'hospitalisation (avant décembre 2013)	6
2.1.2 Circuit ambulatoire (après décembre 2013)	6
2.2 Patients	7
2.3 Méthodologie de recueil des données	9
2.4 Objectifs.....	9
3. Résultats	10
4. Discussion	11
5. Conclusion	13
Références.....	14
Annexes	

Listes des abréviations

UCAA : Unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

SAU : Service d'accueil des urgences

Score ASA : Score de l'American Society of Anesthesiology

NVPO : Nausées et vomissements post-opératoires

PASA : pôles d'activités et de soins adaptés

USLD : unités de soins de longue durée

ITT : Intention de traiter

Résumé

Introduction

En France, l'augmentation de la part des séjours en hospitalisation ambulatoire est un objectif de santé publique afin de réduire la durée des séjours hospitaliers. La réalisation de certains actes chirurgicaux urgents en ambulatoire est en développement croissant.

Depuis décembre 2018, une évaluation de la mise en place de la prise en charge des patients présentant une appendicite aiguë non compliquée est en étude pour l'inclure dans une filière ambulatoire au sein du centre hospitalier de Lunéville.

Patients et méthodes

L'objectif principal est d'évaluer la mise en place d'une organisation qui permet d'inclure les patients opérés d'une appendicite aiguë non compliquée en unité de chirurgie ambulatoire (UCA) et l'objectif secondaire est d'en déterminer les freins. Une étude observationnelle prospective monocentrique a été conduite de décembre 2018 à août 2019 concernant les patients pris en charge pour une appendicite aiguë non compliquée, pour qui la proposition d'inclure la filière ambulatoire a été systématiquement recherchée.

Résultats

107 patients ont bénéficié d'une appendicectomie par trois opérateurs différents du premier décembre 2018 au 31 Août 2019. Les patients ont tous eu un bilan biologique et une imagerie (échographie et/ou scanner).

La moyenne d'âge est de 39,55 avec des extrêmes allant de 7 à 90 ans. On a opéré 78,5% adultes et 21,5% enfants.

78,5% patients ont bénéficié d'une appendicectomie selon Mac Burney, et 21,5% patients ont bénéficié d'une coelioscopie. 10,28% patients respectaient les critères d'éligibilité de cette étude, 2 seulement ont accepté le principe de prise en charge en ambulatoire, mais ni l'UCA ni le bloc n'auraient pu absorber l'activité.

L'heure d'arrivée des patients après passage par le médecin traitant était le plus souvent l'après-midi (68,22%). Pour ceux qui arrivaient le matin, le diagnostic n'était posé qu'après 13h pour 28,99% patients. Seuls 2,8% patients avaient eu leur diagnostic avant 13h.

Conclusion

L'étude avait pour but d'évaluer la faisabilité de la prise en charge des appendicites aiguës non compliquées en unité de chirurgie ambulatoire et de démontrer les freins qui s'y opposent. Elle a montré la possibilité de sa faisabilité dans un avenir proche si on change notre mode d'organisation pour prioriser ce type de prise en charge et pouvoir l'inclure dans un programme opératoire déjà bien saturé. L'étude a montré aussi les freins liés au manque de compliance des équipes à revoir la manière de prise en charge de cette pathologie étiquetée en « hospitalisation » systématique, la difficulté d'acceptation par les patients, des critères d'éligibilité limitant pour le moment le nombre de patients éligibles, et un manque d'investissements et des moyens pour absorber cette nouvelle organisation.

1. INTRODUCTION

En France, l'augmentation de la part des séjours en hospitalisation ambulatoire est un objectif de santé publique afin de réduire la durée des séjours hospitaliers [1]. Depuis 2009, une forte politique incitative est exercée par les pouvoirs publics, relayée par les agences régionales de santé (ARS), les directeurs des établissements de soins, la caisse nationale d'assurance maladie et la cour des comptes, pour que la chirurgie ambulatoire se développe en France. Jusqu'à présent, seule la chirurgie élective a été concernée par ces incitations.

L'extension de la prise en charge ambulatoire à certaines urgences chirurgicales, et notamment abdominales, est cependant de plus en plus discutée [2].

Depuis décembre 2018, une évaluation de la mise en place de la prise en charge des patients présentant une appendicite aiguë non compliquée est en étude pour l'inclure dans une filière ambulatoire au sein du centre hospitalier de Lunéville.

Le centre hospitalier de Lunéville est un centre périphérique d'une capacité de 427 lits, avec 149 lits MCO, 20 places d'hospitalisation à domicile, 222 lits et places d'EHPAD dont 12 places de PASA, 6 places d'accueil de jour gériatrique, et 30 lits d'USLD.

Le service de chirurgie ambulatoire bénéficie de 5 places autorisées (9 utilisées), deux salles d'interventions au bloc opératoire pour le programme ambulatoire et la chirurgie classique et les urgences avec une salle armée pour la prise en charge de l'accouchement par césarienne, une salle pour l'endoscopie. Un plateau technique d'imagerie sur place (échographie, scanner, IRM). Le laboratoire extérieur d'analyse biologique est à environ 2 km/3minutes en voiture avec un turn-over d'une heure du ramassage des demandes, sauf urgences.

Trois chirurgiens viscéraux assurent l'astreinte de chirurgie viscérale. Un service de chirurgie ambulatoire avec une IDE à temps complet, secondée par une deuxième les jours de grandes affluences et une AS partagée avec l'unité de médecine ambulatoire.

2. PATIENTS ET METHODES

L'éligibilité d'une intervention chirurgicale à une prise en charge ambulatoire repose sur la capacité de l'équipe chirurgicale, anesthésique et paramédicale dans la structure d'en gérer les risques liés à l'intervention elle-même, et d'en maîtriser les symptômes postopératoires (douleurs, nausées, vomissements), et la réhabilitation postopératoire des patients, de telle façon qu'une sortie le même jour soit possible [2].

La prise en charge chirurgicale ambulatoire en urgence signifie aussi dans ce cas de reconvoquer le patient le lendemain pour qu'il soit opéré suffisamment tôt pour pouvoir rentrer à son domicile le jour-même.

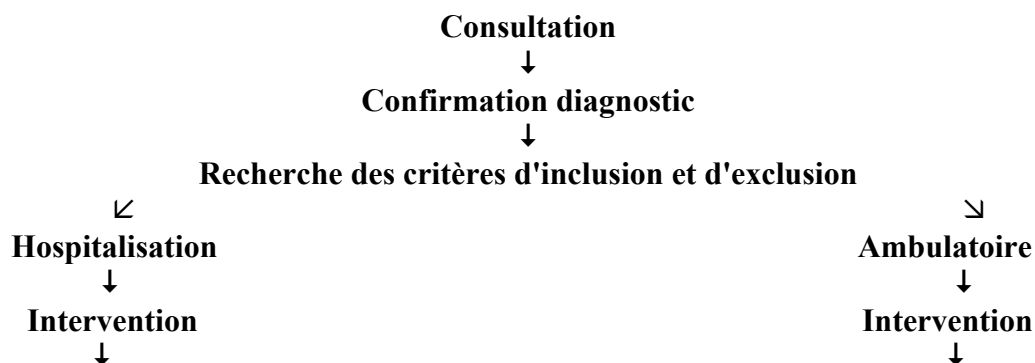
Actuellement, les infections intra-abdominales aiguës chirurgicales comme les appendicites, en dehors des cas où il existe une péritonite généralisée, sont souvent opérées plus de 12 heures après leur arrivée aux urgences, et des travaux ont évalué l'influence de ce « délai » du traitement chirurgical sur la gravité des lésions [3,4,5].

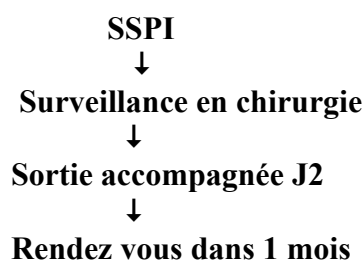
2.1 Description de la prise en charge classique et ambulatoire

Les patients qui consultent au service d'accueil des urgences (SAU) présentant une suspicion d'appendicite aiguë sont vus par l'urgentiste puis par le chirurgien, qui confirme le diagnostic sur des arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Une fois l'indication opératoire portée, le chirurgien propose au patient de rentrer dans une filière ambulatoire s'il peut l'inclure dans l'étude (à partir de décembre 2018). Quel que soit le mode de prise en charge, le patient bénéficie d'une consultation d'anesthésie réalisée au sein du SAU, puis est préparé et transféré au bloc opératoire. Notre structure est un **centre intégré** avec un bloc opératoire qui est ouvert de 8h00 à 18h30 et regroupe le programme de l'ambulatoire, le circuit classique d'hospitalisation et les urgences. A partir de 18h30 une seule équipe d'astreinte et une seule salle reste ouverte pour absorber les urgences jusqu'au lendemain 08h00. Une salle armée est spécifique pour la prise en charge des césariennes programmées et urgentes. Une nouvelle salle vient d'ouvrir de manière intermittente pour le moment nous permettant d'absorber une activité de plus en plus croissante.

Après l'intervention, la sortie de la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est autorisée par le médecin anesthésiste responsable. La figure 1 explique le parcours du patient

Figure 1 : Objectif du parcours du patient





2.1.1 Circuit d'hospitalisation (le seul utilisé dans notre structure)

Dans la filière hospitalisation, après sa sortie de SSPI, le patient est hospitalisé dans le service de chirurgie viscérale, où il bénéficie d'une surveillance post opératoire classique. La sortie de l'hôpital est décidée par le chirurgien du patient.

2.1.2 Circuit ambulatoire (depuis décembre 2018)

La prise en charge pour l'appendicectomie a été mise en place par le responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire en collaboration avec l'équipe anesthésique.

Avant d'inclure un patient dans la filière ambulatoire, le chirurgien et l'anesthésiste effectuant la consultation pré anesthésique vérifient l'absence de contre-indications initiales et remplissent un document consignnant les critères d'inclusion (Annexe 1), ainsi que le dossier patient.

Les critères de non-inclusion en ambulatoire sont de trois ordres :

- Contre-indications médicales :

- Grossesse en cours ou béta HCG positifs ;
- Score ASA > 2 ;
- Traitement par anticoagulants ou corticoïdes ;
- Antécédents de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI);
- Risque d'alitement prolongé (troubles moteurs) ;
- Indice de masse corporelle (IMC) > 35.

- Contre-indications chirurgicales :

- Appendicite aiguë compliquée (épanchement péritonéal généralisé, abcès),
- Diamètre appendiculaire > 10mm.

- Contre-indications organisationnelles :

- Absence d'accompagnant susceptible d'assurer le retour au domicile,
- Domicile à plus d'une heure d'un centre hospitalier,
- Absence de compréhension du protocole par le patient,
- Refus du patient.

Après vérification de l'absence de contre-indications à l'ambulatoire, le patient est informé de la procédure ambulatoire. Une information détaillée concernant le déroulement de la prise en charge lui est transmise de façon orale et écrite.

Le patient pris en charge en ambulatoire est admis au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire en attendant le passage au bloc opératoire.

Après admission en SSPI, le patient est autorisé à retourner au service de chirurgie ambulatoire après l'accord de l'anesthésiste qui valide le score d'Aldrete.

S'il y a une survenue d'une complication peropératoire contre-indiquant la poursuite de la prise en charge en ambulatoire (péritonite, abcès, doute sur une tumeur...), le patient sort immédiatement du circuit ambulatoire et sera admis au sein d'un service d'hospitalisation de chirurgie.

Une fois le score de mise à la rue validé par l'IDE, le chirurgien et prévenu, il vient revoir le patient pour autoriser sa sortie.

Une ordonnance d'antalgique standardisée, renseignée par le chirurgien, est remise au patient (Annexe 2), ainsi qu'un courrier médical adressé à son médecin traitant (Annexe 3).

Un rappel téléphonique du lendemain est effectué par l'IDE de chirurgie ambulatoire. Les renseignements demandés (Annexe 4) sont consignés sur la fiche du rappel et le chirurgien est tenu d'informer de l'évolution du patient pour cette étude.

2.2 Patients

Une étude observationnelle prospective et monocentrique avec une analyse de la faisabilité a été menée du premier décembre 2018 au 31 août 2019. Tous les patients présentant une appendicite aiguë (AA) ont bénéficié d'un bilan biologique, d'un scanner abdomino-pelvien ou d'une échographie abdominale pour confirmer le diagnostic de AA.

Les critères d'éligibilité pour une appendicectomie en ambulatoire étaient les suivants [9] :

- Passage par les urgences,
- âge supérieur à 15 ans,
- Absence de comorbidité,
- Absence de condition physique ou mentale empêchant la participation à l'étude,
- Absence de grossesse,
- Critères d'éligibilité à l'ambulatoire respectés,
- Le Saint-Antoine Score est utilisé comme grille de sélection. Ce score identifie le patient qui pourra être traité en ambulatoire en fonction de 5 critères indépendants de sortie. Il ne doit pas être en surpoids (Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 28 kg/m²), ne doit pas présenter de signes d'inflammation (selon deux marqueurs d'inflammation : les globules blancs et la protéine C-réactive), de signe radiologique de perforation (scanner ou échographie) et le diamètre de son appendice doit être inférieur à 1 cm [10].

Le tableau 1 résume ce score qui nous permettra de juger de la sortie précoce du patient. Le score devait être >4

Tableau 1 - Score prédictif de sortie précoce

IMC<28kg/m2	1 point
Leucocytes < 30 mg/l	1 point
CRP<30 mg/l	1 point
Pas de signes radiologiques de perforation	1 point
Diamètre de l'appendice < 1 cm	1 point
Total	5 points

2.3 Méthodologie de recueil des données

Les documents utilisés pour le recueil et les données extraites étaient les suivants :

- Pour tous les patients inclus :

- Le dossier d'anesthésie ;
- Age, sexe, indice de masse corporelle ;
- Score de l'American Society of Anesthesiology (score ASA);
- Feuilles de surveillance de SSPI ;
- Présence de nausées et vomissements post opératoires (NVPO) ayant nécessité un traitement médicamenteux.

Durée d'intervention sous coelioscopie et selon MC Burney

Durée du séjour hospitalier.

Nombre de personnes ayant accepté ou refusé l'ambulatoire

- Pour les patients « ambulatoires » : registre de rappel ambulatoire

- Évaluation de la douleur maximale à 24 heures ;

- Présence de NVPO durant les premières 24 heures ;
- Score de satisfaction.

2.4 Objectif

L'objectif principal est d'évaluer la mise en place de cette organisation pour la prise en charge en urgence pour les patients opérés d'une appendicite aiguë non compliquée en unité de chirurgie ambulatoire et l'objectif secondaire est d'en évaluer les freins.

3. RESULTATS

107 patients ont bénéficié d'une appendicectomie par trois opérateurs différents du premier décembre 2018 au 31 août 2019. Les patients ont tous eu un bilan biologique et une imagerie (échographie et/ou scanner).

Dans notre structure, on opère les enfants à partir de trois ans pour des pathologies bénignes telles que l'appendicite. La moyenne d'âge est de 39,55 avec des extrêmes allant de 7 à 90 ans. On a opéré 84 adultes (78,5%) et 23 enfants (21,5%). 65(60,74%) de sexe masculin et 42(39,25%) de sexe féminin, avec un ratio de 1,54.

Le mode de prise en charge en ambulatoire a été proposé à tous les patients qui étaient éligibles à l'étude.

84 (78,5%) patients ont bénéficié d'une appendicectomie selon Mac Burney, et 23 patients (21,5%) ont bénéficié d'une coelioscopie. 11 (10,28%) patients respectaient les critères d'éligibilité de cette étude, 2(1,86%) seulement ont accepté le principe de prise en charge en ambulatoire, mais ni l'UCA, ni le bloc ne pouvaient absorber l'activité.

L'heure d'arrivée des patients après passage par le médecin traitant était le plus souvent l'après-midi, pour 73 patients (68,22%). Pour ceux qui consultaient le matin, le diagnostic n'était posé qu'après 13h pour 31 (28,99%) patients. Seuls 3 (2,8%) patients avaient eu leur diagnostic avant 13h.

La durée totale du séjour hospitalier était de 2,7 jours. Aucune prise en charge ambulatoire n'a abouti ne nous permettant pas de les comparer.

Caractéristiques du groupe de l'étude sont rapporté dans le **tableau 2** :

Age	39,55 [7-90]
Sexe/ratio	1,54
IMC	27,6 [16-35]
ASA sup ou égal à 3	3
Appendicectomie sous coelioscopie 23 (21,5%)	Appendicectomie selon McBurney 84 (78,5%)
Patients éligibles à l'étude	11 (10,28%)
Patients acceptant le principe	2(19,45%)
Patients arrivés avant 13h 73 (68,22%)	Patients arrivés après 13h 31 (28,99%)
Diagnostic après 13h 104 (97,2%)	Diagnostic avant 13h 3 (2,8%)
Durée totale de séjour en hospitalisation 2,7 jours	En UCA 0 patients

4. DISCUSSION

Cette étude a mis en évidence une difficulté à mettre en place une nouvelle organisation basée sur la prise en charge en ambulatoire, limitée par des critères d'éligibilité des patients à l'étude, le passage tardif par les urgences ne nous permettant pas de recueillir les informations et entraînant une heure de prise en charge tardive.

Seuls 2,8% patients avaient eu leur diagnostic avant 13h. Une imagerie à heure tardive et jamais avant un bilan biologique qui plaide pour le diagnostic (organisation propre du service) n'ont pas aidé une prise en charge précoce.

Dans la série de Lefrançois et al. [3], les patients dont le diagnostic avait été fait avant 13heures ont été opérés le jour même, à condition que l'UCA ait des plages horaires disponibles. Les patients dont le diagnostic avait été fait après 13 heures ont été mis sous antibiotiques (3 grammes d'Augmentin) et reconvoqués le lendemain, à condition de nouveau que l'UCA ait des plages horaires disponibles. Ces patients ont été sélectionnés par le Saint Antoine score. Le score devait être >4. Les autres critères d'éligibilité habituels des patients à la chirurgie ambulatoire (accompagnant, pas de comorbidités) ont été utilisés pour déterminer définitivement l'éligibilité des patients. Le délai moyen avant l'intervention était de 2,9h) et 16 patients (42%) programmés le lendemain parce qu'arrivés dans l'après-midi (délai moyen avant l'intervention : 15,5heures). Tous les patients sont sortis le jour même de leur intervention sauf un qui n'était pas suffisamment réveillé. La durée moyenne du séjour postopératoire a été de 4,5±6,6heures et la durée totale de séjour de 8,4 ±6,9heures[3].

Dans notre série, l'heure d'arrivée des patients après passage par le médecin traitant était le plus souvent l'après-midi (68,22%). Pour ceux qui consultaient le matin, le diagnostic n'était posé

qu'après 13h pour (28,99%) patients. Le caractère aléatoire du flux d'arrivée des urgences permet d'expliquer en partie cette durée de séjour. Un flux d'urgences important augmente le délai de prise en charge chirurgicale des patients et va allonger la durée de séjour.

Dans une étude réalisée en 2017 à l'hôpital Pitié-Salpêtrière une appendicectomie en ambulatoire a été réalisée chez 89 patients, représentant 59% (89/150) de la population en ITT et 87% (89/102) des patients éligibles. La durée médiane de séjour à l'hôpital était de 13h.[11]

Dans les autres études l'appendicectomie pour appendicite aiguë non compliquée pouvait être réalisée en urgence en ambulatoire. Dans la nôtre, nous n'avons pas réussi à entreprendre cette démarche pour le moment. 11(10,28%) patients respectaient les critères d'éligibilité de cette étude, 2(1,86%) seulement ont accepté le principe de prise en charge en ambulatoire, mais ni l'UCA, ni le bloc ne pouvaient absorber l'activité. Les patients ou leurs accompagnants se sont opposés à la prise en charge en ambulatoire de la pathologie malgré les explications détaillées de la prise en charge dans 9(8,41%) cas .

La réticence à l'évolution vers cette pratique est fortement ressentie par les agents à tous les niveaux, de la part des soignants comme des patients ou de leur entourage, même avec l'appui des études épidémiologiques qui ont démontré dans plusieurs séries qu'il n'était pas dangereux de retarder de 6 à 12 heures une appendicectomie, d'autant plus qu'une tomodensitométrie avait été faite et ne montrait pas de signe de perforation de l'appendicite. Dans l'appendicectomie non compliquée, la durée du séjour postopératoire pouvait être réduite à moins de trois ou quatre heures, avec une bonne prise en charge de la douleur, des nausées et des vomissements postopératoires et de la réhabilitation postopératoire [2].

Plusieurs travaux épidémiologiques réalisés aussi bien aux États-Unis qu'en Corée ont montré que les profils évolutifs de l'appendicite aiguë non compliquée et compliquée étaient totalement différents [6,7]. Si l'incidence (nombre de cas pour 10000 habitants) des appendicites aiguës non compliquées diminuait progressivement au fil des années, à l'inverse, l'incidence (nombre de cas pour 10000 habitants) des appendicites aiguës compliquées restait stable au cours des mêmes années.

Toutes les études récentes incluant un très grand nombre de patients ont montré que quelle que soit la durée de ce délai (de 6 à 12 heures), le taux de perforation n'était pas modifié, et notamment pas augmenté (Tableau 3) [4,5,6,7, 8]. Ces résultats confirment l'hypothèse que la forme compliquée l'est d'emblée ou pas, et qu'une forme non compliquée, non traitée chirurgicalement, n'évolue pas vers la perforation. Mais ces arguments n'ont pas su rassurer les professionnels de la structure avec des idées bien enracinées sur l'évolution de toute appendicite simple vers une complication de manière systématique. Les patients ont présenté cette même réticence.

Tableau 3- Absence de corrélation entre la durée du délai de l'appendicectomie et le taux de perforation de l'appendice constatée lors de l'appendicectomie dans les dernières études publiées[2].

Auteurs	Revue, année	Nombre de patients	Résultats

Teixeira et al. [8]	Ann Surg, 2012	4108	Pas de corrélation délai/perforation
Nagpal et al. [11]	Am Surg, 2012	377	Pas de corrélation délai/perforation
March et al. [12]	Ann R Coll Surg Engl, 2014	1039	Pas de corrélation délai/perforation
UK national Surg Research Coll et Bhangu [13]	Ann Surg, 2014	2510	Pas de corrélation délai/perforation
Drake et al. [14]	JAMA Surg, 2014	9048	Pas de corrélation délai/perforation

La durée totale du séjour hospitalier était de 2,7 jours. Aucune prise en charge ambulatoire n'a abouti ne nous permettant pas de les comparer.

5. CONCLUSIONS

L'étude avait pour but d'évaluer la faisabilité de la prise en charge des appendicites aiguës non compliquées en unité de chirurgie ambulatoire et de démontrer les freins qui s'y opposent. Elle a démontré sa faisabilité si l'UCA et le bloc étaient prêts à absorber cette nouvelle prise en charge chose qui ne saurait tarder avec l'ouverture de la nouvelle salle d'intervention et l'arrivée d'une équipe supplémentaire. Elle a prouvé le manque de compliance des équipes à ce nouveau mode de prise en charge de cette pathologie étiquetée en «hospitalisation» systématique, la difficulté d'acceptation par les patients et leurs accompagnants, des critères d'éligibilité limitant le nombre de patients inclus dans l'étude, un manque d'investissements et des moyens pour absorber cette nouvelle organisation.

Références

1. Mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence Ambulatory surgery in emergency
F. Le Saché · A. Birenbaum · S. Delerme · F. Khiami · C. Tresallet · O. Langeron · B. Riou. *Ann. Fr. Med. Urgence* (2012) 2:303-309
2. La chirurgie abdominale d'urgence peut-elle être traitée en ambulatoire ?
L. Genser, C. Vons
Service de chirurgie digestive, hôpital Jean-Verdier, AP-HP, hôpitaux universitaires de Seine -Saint-Denis, 93140 Bondy, France
3. Risk of perforation increases with delay in recognition and surgery for acute appendicitis
apandria D., Goldstein S.D., Rhee D., et al. *J Surg Res* 2013 ; 184 : 723-729
4. Effects of delaying appendectomy for acute appendicitis for 12 to 2hours
Abou-Nukta F., Bakhos C., Arroyo K., et al. *Arch Surg* 2006 ; 141 : 504-506
5. Effect of delay to operation on outcomes in adults with acute appendicitis
Ingraham A.M., Cohen M.E., Bilimoria K.Y., et al. *Arch Surg* 2010 ; 1960 (145) : 886-892
6. Disconnect Between Incidence of Nonperforated and Perforated Appendicitis
Implications for Pathophysiology and Management

Edward H. Livingston, MD,*† Wayne A. Woodward, PhD,‡ George A. Sarosi, MD,*† and Robert W. Haley, Ann Surg. 2007 Jun; 245(6): 886–892.

7. Examining a Common Disease with Unknown Etiology: Trends in Epidemiology and Surgical Management of Appendicitis in California, 1995–2009
Jamie E Anderson, Stephen W. Bickler, +1 author Mark A. Talamini
World Journal of Surgery 2012
8. Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. Teixeira PG1, Sivrikoz E, Inaba K, Talving P, Lam L, Demetriades D.
Ann Surg. 2012 Sep;256(3):538-43.
9. Journal Mondial de Chirurgie
Octobre 2017, Volume 41, numéro 10 , pp 2471–2479
10. Management of Acute Appendicitis in Ambulatory Surgery Is It Possible? How to Select patients ?Magalie Lefrancois, MD, Jeremie H. Lefevre, MD, PhD, Najim Chafai, MD, Sophie Pitel, MD, Laure Kerger, MD, Julie Agostini, MD, Guillaume Canard, MD, Emmanuel Tiret, MD. Annals of surgery, Juillet 2014
11. Outpatient Appendectomy in an Emergency Outpatient Surgery Unit 24 h a Day: An intention-to-Treat Analysis of 194 Patients World Journal of Surgery
October 2017, Volume 41, Issue 10, pp 2471–2479.

ANNEXE 1 : Appendicectomie, critères d'inclusion en ambulatoire

- Passage par les urgences
- Age supérieur à 15 ans,
- IMC < 35 kg/m²
- Absence de comorbidité, (ASA > 2)
- Absence de condition physique ou mentale empêchant la participation à l'étude
- Critères biologiques :
 - Absence de grossesse
 - Leucocytes < 15000/mm³
 - CRP < 30 mg/l

- Critères radiologiques
 - Diamètre appendiculaire < 1cm
 - pas de signes de complications(abcès, péritonite)
- Critères d'éligibilité à l'ambulatoire respectés
 - présence d'un accompagnant au domicile
 - domicile à moins d'une 1h d'une structure de soins
 - compréhension du protocole par le patient
- validation de l'anesthésiste
- validation par le chirurgien
- Mode prise en charge :

Hospitalisation

Ambulatoire

Annexe 2: ordonnance de sortie



Centre Hospitalier de Lunéville

Unité de Chirurgie et d'anesthésie en Ambulatoire

Consultations sur rendez-vous : ☎ 02 82 76 12 13 📠 Fax : 02 82 76 14 56

Docteur J. BEN SOUDA
Responsable de service

Luneville, le

Chirurgie Viscérale et digestive

Monsieur, Madame, Mademoiselle, Enfant,

Docteur J. BEN SOUDA
Docteur P.J. COURBEY
N°RPPS : 10002352424

Chirurgie Orthopédique et
traumatologique

Docteur B. BAYARD
Docteur R. ZAYNI
N°RPPS : 10100789790

Chirurgie urologique

Docteur B. BADESCU
N°RPPS : 10100897528
Docteur D. HOLLARD
N°RPPS : 10003812442
Docteur L. LEBLANC
N°RPPS : 10100698918
Docteur L. TODOSI
N°RPPS : 10100584464

- PARACETAMOL 1g matin midi soir
 pendant jours
- IXPRIIM 37,5mg/325mg matin midi soir
 pendant jours
- TOPALGIC 50 mg matin midi soir
 pendant jours
- IBUPROFENE 200mg matin midi soir
 pendant jours
- NEFOPAM 20mg ampoule matin midi soir
 pendant jours
- IPRIMPERAN 10mg matin midi soir
 pendant jours

Chirurgie ophtalmologique et palpébrale

Docteur S. BADESCU
N°RPPS : 10101130648

Chirurgie gynécologique

Docteur S. HARTER
N°RPPS : 10100964880
Docteur A. MAGET
N°RPPS : 10002348752
Docteur M. NSOSSO
N°RPPS : 10100327039
Docteur C. PATTE
N°RPPS : 10100546901

Endoscopie

Docteur F. CHINY
N°RPPS : 10002350105
Docteur H. PIERSON
N°RPPS : 1000387269

- LOVENOX unités, une injection sous cutanée par jour pendant jours, dimanches et jours fériés inclus
- INNOHEP unités, une injection sous cutanée par jour pendant jours, dimanches et jours fériés inclus

Imagerie médicale

Radiolor
Docteur M. ROSEMBERG

Madame C. MOREL

Cadre supérieur de santé

Nombre de cases cochées :

Signature

Annexe 3: lettre au médecin traitant.



Centre Hospitalier de Lunéville

Unité de Chirurgie et d'anesthésie en Ambulatoire

Tél : 03.83.76.12.57 - Fax : 03.83.76.14.56

E-Mail : <mailto:secretariat@ch-luneville.fr>

Docteur J. BEN SOUDA
Responsable de service

Chirurgie Viscérale et digestive

Docteur J. BEN SOUDA
Docteur PJ. COURBEY
N°RPPS : 10002352424

<M_(MME)_CORRESPONDANT> le Docteur <NOM_CORR
<ADR_1_CORR> <ADR_2_CORR>
<CODÉ_POSTAL_CORR><COMMUNE_CORR>

Madame C.TERNARD

JB / JB

Copie(s) : <LISTE_CORR>
Correspondant Principal : <CORRESP_PRINCIPAL>

<MONSIEUR_ET_CHER_CONFRERE_(MME_ET_CHERE_CONSOEUR)>,

Nous avons reçu en hospitalisation M./Mme....., né le / / , dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire le / / pour la prise en charge d'une appendicectomie en ambulatoire.

M./Mme..... a donc bénéficié d'une appendicectomie sous coelioscopie dans de bonnes conditions et les suites post-opératoires immédiates sont simples, autorisant sa sortie le même jour.

M./Mme..... devra bénéficier de soins prescrit pour une IDE à domicile, pendant 8 jours et d'une ablation des agrafes/fils à J8 .J'ai rappelé à M./Mme..... d'éviter le port de charges lourdes et de faire des efforts importants.

Votre patient(e) sera revu(e) en consultation précoce le :

Dans le cadre de la prise en charge en ambulatoire, l'infirmière de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire rappellera M./Mme..... demain.

Je suis joignable 7 jours /7 en passant par le standard de l'hôpital s'il y a une complications ou pour plus d'informations.

Bien confraternellement.

Docteur Ben Souda Jad

Signature électronique : <SIGNATAIRE>

Annexe 4 : Questionnaire du lendemain.

Questionnaire du lendemain

Problème rencontré la veille :	texte libre
Appel réussi :	non nécessaire oui non message
Personne jointe :	patient lui même entourage conjoint parent enfant parent proche personnel de santé
Sommeil :	a bien dormi n'a pas dormi commentaire : texte libre
Douleur :	non oui EVA : texte libre prise d'antalgique commentaire : texte libre
Température :	non oui commentaire : texte libre
Saignement :	non oui commentaire : texte libre
Maux de gorge :	non oui commentaire : texte libre
Nausée / vomissement :	non oui commentaire : texte libre
État de conscience :	commentaire : texte libre
Satisfaction :	non oui commentaire : texte libre
Commentaire global :	texte libre