

## Table Ronde

# Place de la chirurgie ambulatoire dans l'optimisation du parcours de soin des patients porteurs de plaies complexes

Professeur Corinne VONS

Service de chirurgie digestive et générale

Hôpitaux Universitaires de Seine Saint Denis, AP-HP

Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)



**afca**  
ASSOCIATION FRANÇAISE DE  
CHIRURGIE AMBULATOIRE

# Plaies complexes (1)



## 1. Perte de substance sur une peau de mauvaise qualité:

- Ulcère variqueux ou artériel étendu, profond
- Brûlure étendue, profonde
- Escarre étendu, profond
- Perte de substance traumatique, néoplasique



## 2. Plaie post opératoire sur une peau de vascularisation précaire

- Plaie d'amputation
- Suture sur peau irradiée
- Ostéosynthèse extériorisée



# Plaies complexes (2)

3. Qui surviennent sur un terrain particulier (personne âgée, diabète, cancer..); **prise en charge pluri professionnelle**
  4. Qui peuvent nécessiter l'utilisation de **nouvelles technologies (TPN, HYDROJET)**
  5. Qui peuvent nécessiter un **traitement chirurgical**
- Et donc « habituellement » qui nécessitent **une hospitalisation**





# Place de la chirurgie ambulatoire ?

1. La chirurgie ambulatoire est-elle possible?
2. Quels sont ses avantages?
  1. Quels sont ses conditions de réussite?

# Chirurgie ambulatoire

- **Définition** : séjour de moins de 12 heures pour une intervention chirurgicale, sans nuit passée à l'hôpital, le patient rejoignant son domicile, ou lieu de résidence habituel le soir même
- **Plaies complexes**: retour à un lieu de stabilité recherché

# 1- La chirurgie ambulatoire est-elle possible?

- **Eligibilité de l'acte?**

- Sous anesthésie générale ou locorégionale (versus AL)
- Douleur postopératoire maîtrisée, réhabilitation postopératoire
- Gestion des risques postopératoires maîtrisée (continuité des soins, réseau de soins spécialisés)

- **Eligibilité du patient?**

- Les co morbidités, ne sont pas des contre indications dès lors qu'elles sont stabilisées (SFAR 2009)

## 2- Quels sont les avantages?

- Moins d'infections nosocomiales (1)
- Moins d'accidents thrombo emboliques (2)
- Moins de risque de syndrome de glissement, de perte de repères, pour la **personne âgée**
  - Plus confortable
  - Pas de séparation de son environnement psychosocial

1. BMJ 2009; 339b4593

2. B Grandbastien C CLIN Nord 2011



# Spécificités pour les personnes âgées

Patient au centre de l'organisation et de l'attention des soignants

➤ Prise en charge **Préparée** (horaires arrivée , horaires jeun, médic..., accompagnant )

**Limitée** au strict temps utile et nécessaire

**Continue** sur un **circuit court** et **dédié**

Attention toujours **stimulée** Pas de sensation d' Abandon / Angoisse

➡ Réactivité soignants / Hypovolémie, hypoxie, froid ,DPO, RAU,..

Complications post op immédiates (1)

➡ = Troubles du comportement (cognitifs, confusion) (1-4)

1. Canet et al. Acta Anaesthesiol Scand 2003 2. Johnson et al ISPOCD 1 et 2 Anesthesiology 2002

3. Betteli G et al. Cur Opin Anesthesiol 2010 4. Krenk L et al. Best Practice Res Clin Anaesthesiol 2012

# 3- Conditions de réussite (1)

- **Organisation centrée sur le patient**
  - Préparation, planification de toutes les étapes de la prise en charge du patient: **chemin clinique**
  - Durée de séjour limitée au strict temps nécessaire
  - Anticipation/information/éducation du patient
- Capacité de l'équipe à travailler avec la ville : **communication**

# Evaluation en amont

- Besoins après la sortie
  - Ordonnances médicamenteuses
  - Pansement
  - IDE
  - Surveillance à domicile
  - Consultations de suivi

# Chemin clinique -Chirurgie ambulatoire

Chirurgien

Anesthésiste

IDE  
de l'UCAA

IDE  
UCAA

IBODE

SSPI

IDE, anesthésie  
chirurgien

Indication  
opératoire  
**Information**  
Vérification  
des  
critères  
Passport

Evaluation  
préopératoire  
**Information**  
Vérification  
des  
critères

Vérification  
Des critères  
**Information**  
**La veille** : appel  
du patient  
vérification des  
formalités  
administratives

**Le jour:**  
accueil,  
information  
Vérification  
préparation  
Fiche de liaison

- Préparation  
de la salle et  
du matériel  
Nécessaire  
Accueil du  
Patient  
-Entrée en  
salle d'opération  
Déroulement de  
L'intervention  
Sortie du bloc  
opératoire

Evaluation  
de la douleur  
des nausées  
Hémorragie ?  
  
Fiche de  
liaison

Premier lever  
Premier repas  
Miction  
Pas de douleur,  
pas de nausées,  
de somnolence  
pas d'hémorragie  
  
**Critères pour la sortie**

Passport.....



Consultations  
Préop médicales

Consulte  
UCAA

Séjour hospitalier

Sortie

**Pertinence des actes – Évaluation des délais et du processus global**

Information  
Comprise  
Critères  
bien vérifiés

Information  
comprise  
Critères  
bien vérifiés

**Patient  
bien contacté,  
bien préparé**  
Respect ds consignes  
**DEPROGRAMMATION**  
**La veille ou le jour même**

Préparation  
correcte  
**Délais  
corrects**  
Fiche  
de liaison

Critère de  
qualité :  
  
Cf check  
list

Fiche  
de liaison  
**RETOUR  
EN SALLE  
D'OPERATION**

**Critères pour la sortie  
respectés**  
Ordonnance  
antalgiques RV consulte  
**SORTIE RETARDEE**  
  
**PATIENTS HOSPI**

**Continuité des soins**

# Conditions de réussite (2)

Capacité de l'équipe à **permettre la réhabilitation rapide** du patient en postopératoire:

## 1. Réveil ,

### 1. Personnes âgées:

- Réactivité soignants / Hypovolémie, hypoxie, froid ,DPO, RAU,..
- Troubles du comportement (cognitifs, confusion) (1-4)

## 2- Nausées vomissements

## 3- Douleurs (des drogues pour la douleur)

1. Canet et al. Acta Anaesthesiol Scand 2003    2. Johnson et al ISPOCD 1 et 2 Anesthesiology 2002

3. Betteli G et al. Cur Opin Anesthesiol 2010    4. Krenk L et al. Best Practice Res Clin Anaesthesiol 2012

# Conditions de réussite (3)

- Capacité de l'équipe à **gérer les risques postopératoires avant et après la sortie: Réseau de soins/barrières de sécurité**
  - 1. Chirurgicaux (Hématome, nécrose, infection)
  - 2. Liés au terrain:
    - Si personne âgée
    - ENTOURAGE ADAPTE INFORMÉ REACTIF
    - ACCOMPAGNANT +++
    - Attention toujours **stimulée** :
  - Pas de sensation d'Abandon / Angoisse

# Conclusions (1)



- Si une chirurgie est nécessaire, la chirurgie ambulatoire est le mode de prise en charge de choix des patients porteurs de plaies complexes
- Chez ces patients souvent âgés et porteurs de nombreuses comorbidités, elle particulièrement recommandée
- Elle diminue les complications infectieuses, thromboemboliques, et évite le glissement vers la dépendance des personnes âgées

# Conclusions (2)

- Mais elle nécessite une organisation et une préparation importantes , qui seules garantissent la sortie le soir même de l'opération
- Elle nécessite une expertise des équipes pour la prise en charge des patients d'autant plus qu'ils sont âgés et ont des co morbidités (diabète, anticoagulants)\*
- Elle nécessite une gestion des risques postopératoires pour la continuité des soins et une coordinateurs avec tous les autres acteurs de la ville (réseau de soins spécialisé).
- (\*Actuellement ce type de prise en charge n'est pas valorisée (BB supprimée que pour les niveau 1))