



**HAL**  
open science

# La faisabilité de l'hystérectomie ambulatoire au CHU d'Amiens

Lin Cheng

► **To cite this version:**

Lin Cheng. La faisabilité de l'hystérectomie ambulatoire au CHU d'Amiens. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075120

**HAL Id: dumas-02075120**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075120>**

Submitted on 21 Mar 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2018

THESE N° 2018 - 78

**LA FAISABILITE DE L'HYSTERECTOMIE  
AMBULATOIRE AU CHU D'AMIENS**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
Spécialité ANESTHESIE- REANIMATION

Présentée et soutenue publiquement le 5 Septembre 2018

Par **Mademoiselle Lin CHENG**

**PRESIDENT DU JURY :**

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

**MEMBRES DU JURY :**

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

**DIRECTRICE DE THESE :**

Madame le Docteur Amandine ZAATAR

A mon maître et président de jury,

**Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Anesthésie-réanimation)

Chef du Service d'Anesthésie

Co-Chef du pôle bloc opératoire

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous remercie de la qualité de l'enseignement en Anesthésie et Réanimation dont j'ai pu bénéficier durant ces longues années, de votre disponibilité et de votre gentillesse.

Veillez trouver par ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon maître,

**Monsieur le Professeur Hervé DUPONT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Anesthésie-Réanimation)

Vice-Doyen et Assesseur du 2ème cycle

Chef du service de Réanimation Polyvalente

Chef du Pôle Anesthésie-Réanimations

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A mon maître,

**Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gynécologie obstétrique)

Merci de m'honorer de votre présence au sein de mon jury,  
Recevez à travers ce travail les marques de mon profond  
respect.

A mon maître,

**Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect, je vous remercie de m'avoir apporté beaucoup de connaissances, de soutien tout au long de mon parcours.

A mon maître et directeur de thèse

**Madame le Docteur Amandine ZAATAR**

Chef de clinique-assistante

(Anesthésie – Réanimation)

Bloc gynéco-obstétrical et maternité

Je te remercie de m'avoir aidée et rassurée tout au long de mon parcours, de ta gentillesse et de ta disponibilité.

Sois assurée de mon respect et de mon amitié.

## Remerciements

**A mes parents**, pour leur encouragement, leur soutien infaillible et leur amour inconditionnel qui m'ont permis de tenir ces longues années d'études éprouvantes.

**A mes sœurs**, pour leur soutien, leur enthousiasme contagieux et les moments de fous rires.

**A mes grands-parents**, pour leur soutien infaillible à distance.

**A Nigel**, mon chéri qui a su me divertir, me reconforter et m'aider à finir sans stress. Que de moments extraordinaires partagés.

**A mes amies**, Solène, Swasti, Nabila, Juliette, Nayeon, Delphine, et l'équipe d'acupuncture pour les bons moments conviviaux.

**A mes collègues de promo**, Alexis, Charles, Romain, Pierre-Yves, Florent, Marie-Anais, Chloé, Anne-Sophie et Caroline, dans la même galère des études avec une mention spéciale pour Charles qui a mené avec efficacité l'organisation des oraux blancs.

**A mes co-internes de réa**, Alexandre, Chloé, Magali, Laura, Amaury, Benjamin, Thomas, Damien, pour leur gentillesse et leur enthousiasme.

**A tous mes co-internes** qui m'ont cotoyés durant l'internat,

**Aux jeunes MAR**, Amandine, Stéphane, Jérémy, Marie, Claire, Matthieu, Kahina, Abdel, Julien, Pierre ... une jeune équipe sympathique et dynamique avec qui j'ai passé de très bons moments en garde.

**A l'ensemble des MAR du CHU Amiens**, Dr Hayek, Dr Maingueux, Dr Badaoui, Dr Dekens, Dr Toqué, Dr Balut, Volker, Marine, Vincent, Youssef, Delphine, ... pour leurs enseignements et leurs conseils avisés.

**Aux réanimateurs du CHU Amiens**, Dr Tinturier, Yazine, Nacim, Nourik, Louise, Stéphanie, Léonie, Dr Jeanjean, Dr Lobjoie, Fanny, Benoit, Alexis... pour les connaissances approfondies de la réanimation.

**A l'équipe paramédicale des 3 modules du bloc et de la maternité**, pour leur rigueur dans le travail, leur sympathie et leur humour.

**Aux secrétaires de la réanimation chirurgicale et des consultations pré-anesthésiques**, pour leur gentillesse et leur bonne humeur.

**A l'équipe de Saint Quentin**, Dr Cassetto, Dr Guilbert, pour m'avoir transmis leur passion pour l'ALR et **à toute l'équipe paramédicale** pour leur gentillesse, et leur accueil chaleureux.



## Table des matières

Abréviations.....	9
I. INTRODUCTION.....	10
II. MATERIEL ET METHODES.....	12
1) Description de la filière ambulatoire.....	12
2) Population étudiée.....	12
3) Déroulement de l'étude.....	13
4) Objectifs.....	14
5) Critères de jugement.....	15
6) Recueil de données.....	15
7) Statistiques.....	15
8) Ethique.....	15
III. RESULTATS.....	16
<b>Tableau 1 : Données démographiques.....</b>	<b>17</b>
<b>Tableau 2 : Données anesthésiques pré et per opératoires.....</b>	<b>18</b>
<b>Tableau 3 : Données chirurgicales per opératoires.....</b>	<b>19</b>
<b>Tableau 4 : Données cliniques en SSPI.....</b>	<b>20</b>
<b>Tableau 5 : Données post opératoires dans le service de gynécologie.....</b>	<b>21</b>
<b>Tableau 6 : Données de réhabilitation précoce.....</b>	<b>22</b>
IV. DISCUSSION.....	23
V. CONCLUSION.....	31
Bibliographie.....	32
ANNEXES.....	36
RESUME.....	40

## **Abréviations**

AG : Anesthésie générale

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

AIVOC : Anesthésie à objectif de concentration intraveineuse

ASA : American Society of Anesthesiologists

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPA : Consultation pré-anesthésique

CPP : Comité de protection des patients

EVS : Echelle verbale simple

MAR : Médecin Anesthésiste-Réanimateur

NVPO : Nausées vomissements post opératoires

OFA : Opioid free anesthesia

PADSS : Post Anaesthetic Discharge Scoring System

RFE : Recommandations formalisées d'experts

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

TAP bloc : Transverse abdominal pain block

## I. INTRODUCTION

L'hystérectomie est la plus fréquente des interventions gynécologiques. Aux États-Unis, on compte 600 000 cas [1] et 68 910 en France en 2011. [2] Dans 90% des cas, elles sont indiquées pour des pathologies bénignes de l'utérus, se manifestant le plus souvent par une symptomatologie fonctionnelle, représentée par des algies pelviennes (17%), des saignements (42,7%) ou l'association des deux (40%). [3]

La laparotomie est la voie la plus utilisée en France en 2011 (39,6%), puis la voie vaginale dite voie basse (38,5%), la voie coelio-vaginale (11,8%) et enfin la voie coelioscopique (10,1%). [2]

Au CHU d'Amiens, 182 hystérectomies totales étaient recensées en 2015, la laparotomie était la voie la plus employée (36%), suivi de la voie basse (35%) et enfin la coelioscopie (29%). [4]

L'amélioration permanente des procédures chirurgicales et anesthésiques a permis de proposer aux patientes la prise en charge en ambulatoire d'actes chirurgicaux historiquement réalisés en chirurgie conventionnelle.

Les États-Unis, pionniers en la matière ont lancé les premières expérimentations de chirurgie ambulatoire dès les années 60 pour désengorger les hôpitaux, suivi par les pays anglo-saxons dans les années 70, puis l'Europe du Nord dans les années 80 dans le but de diminuer les dépenses hospitalières, et enfin la France dans les années 90.

La chirurgie ambulatoire est définie en France dans le décret du 2 octobre 1992, comme « *l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, sans risque majoré pour le patient permettant la sortie du patient le jour même de sons admission, sans nuit d'hébergement* ». [5]

La définition de l'ambulatoire est variable selon les pays et va de moins de 12 heures d'hospitalisation, ce qui est le cas dans la réglementation en France, à moins de 24 heures d'hospitalisation aux États-Unis. [6]

Néanmoins, malgré les différences de terminologie, la France accuse un retard de 30 ans face à ses voisins européens et se place ainsi au dernier rang des pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) concernant le développement de la chirurgie ambulatoire.

En 2009 sur une sélection de procédures, 88% des actes étaient réalisés en ambulatoires en Norvège, 86% au Danemark, 73% en Suède, 68% aux Pays-Bas, mais seulement 45% en France. [5]

Face à l'écart constaté, les pouvoirs publics ont mis en route un programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020. L'objectif est d'atteindre un taux global de 54,7% en 2016 et de 66,2% en 2020. [7]

Les états des lieux de 2016 ont montré un taux global de chirurgie ambulatoire de 80% aux États-Unis, de 70% en Europe du nord et en Grande Bretagne, avec une bonne progression de la France de 50%, se rapprochant ainsi de l'objectif fixé. [8]

La chirurgie gynécologique, grâce à l'essor de la chirurgie mini-invasive est une cible particulièrement intéressante pour le développement de l'ambulatoire.

Les étapes-clés pour la chirurgie ambulatoire sont de définir en amont les critères d'éligibilité, et d'organiser un programme de réhabilitation précoce adapté au patient et au type d'intervention. [9]

Ce concept novateur, introduit par Kehlet dans les années 90, a fait ses preuves en chirurgie colique et suggère la combinaison entre la chirurgie mini invasive, l'équilibre hydrique péri-opératoire, l'optimisation de l'analgésie, la réalimentation précoce et la mobilisation rapide des patients pour permettre de réduire la douleur et les différentes dysfonctions organiques induites par le stress chirurgical. [10-11] Cette stratégie facilite le rétablissement et le confort des patients tout en diminuant la morbidité, la durée d'hospitalisation et les coûts. Son approche multimodale nécessite une collaboration multidisciplinaire étroite et bien codifiée entre le chirurgien, l'anesthésiste et l'équipe paramédicale. L'information, l'adhésion et la motivation du patient sont nécessaires à la réussite de ce concept. La sortie de l'hôpital et le retour à domicile nécessitent une planification anticipée.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la faisabilité de l'hystérectomie ambulatoire au CHU d'Amiens.

## II. MATERIEL ET METHODES

Notre étude a été réalisée entre janvier et juillet 2018 au CHU d'Amiens.

Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective, et observationnelle.

### 1) Description de la filière ambulatoire

La prise en charge ambulatoire était réalisée au sein de l'unité d'hospitalisation gynécologique. La sélection des patientes reposait sur des critères d'éligibilité médicaux, psychosociaux et environnementaux spécifiques à l'hystérectomie ambulatoire. Une évaluation de la balance bénéfice/risque pour chaque patiente était réalisée.

Toutes les informations étaient communiquées oralement et par écrit aux patientes, par l'anesthésiste et le chirurgien lors de leurs consultations préopératoires respectives.

Le protocole anesthésique et antalgique était laissé au choix du médecin anesthésiste en salle le jour de l'intervention.

La prise en charge ambulatoire était fictive dans notre étude et consistait à rassembler les critères de sortie virtuelle 6 heures après leur intervention afin de donner l'autorisation de sortie virtuelle. Elles étaient gardées une nuit en observation, toutes les plaintes survenant la nuit étaient recueillies et annotées par l'infirmière de nuit dans le cahier de recueil. Un questionnaire de satisfaction était rempli par la patiente avant leur sortie.

### 2) Population étudiée

#### **a. Critères d'inclusion spécifiques à l'hystérectomie :**

- Age supérieur ou égal à 18 ans
- Hystérectomie totale par voie coelioscopique ou par voie basse

#### **b. Critères de non-inclusion spécifiques à l'hystérectomie :**

- Age supérieur à 70 ans
- Coronaropathie
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Anticoagulants à visée curative
- Antiagrégants plaquettaires
- Laparotomie
- Gestes associés (appendicectomie, omentectomie, curage iliaque bilatéral)

### **c. Critères d'inclusion spécifiques à l'ambulatoire :**

- Motivation et compréhension de la patiente
- Score ASA 1, 2, 3 stable
- Chirurgie anticipée non compliquée
- Domicile situé à moins d'une heure de l'hôpital

### **3) Déroulement de l'étude**

#### **a) Pré opératoire**

Chaque patiente était admise la veille dans le service de Gynécologie, avec une évaluation préalable de la douleur par une infirmière d'accueil.

#### **b) Per opératoire**

L'hystérectomie totale pouvait être réalisée sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. Les drogues d'induction, d'entretien, les antalgiques, la prévention de l'hyperalgésie post opératoire, et la prévention des NVPO, étaient laissées au choix du médecin anesthésiste prenant en charge la patiente.

Une antibioprofylaxie était mise de façon systématique avant incision, selon les recommandations habituelles de la SFAR.

Le sondage urinaire était retiré en fin d'intervention sauf contre-indication chirurgicale.

#### **c) SSPI**

L'évaluation de la douleur par une échelle verbale simple (EVS) était recueillie toutes les 30 minutes pendant toute la durée de surveillance en SSPI.

Le protocole analgésique habituel était appliqué. La patiente pouvait remonter dans le service dès que la douleur était contrôlée avec une EVS < 4.

#### **d) Service de Gynécologie**

De retour en chambre, la douleur était relevée de façon régulière par une infirmière du service, jusqu'à la sortie d'hospitalisation de la patiente. Le protocole analgésique du service était appliqué, en privilégiant la voie orale.

Une hydratation par liquides clairs était autorisée à H4, une réalimentation normale était proposée dès le soir de l'intervention à H6. Le premier lever était autorisé à H4. La reprise d'une miction spontanée était notée.

Les complications post opératoires et les éventuelles plaintes des patientes étaient notées dans le cahier de recueil.

#### e) Sortie virtuelle à H6

Le critère PADSS était établi pour chaque patiente, 6 heures après leur intervention (H6).

Ce score comprend les 5 items suivants :

- ❖ Constantes vitales (température, pouls, respiration) :
  - Variation < 20% aux valeurs pré opératoires = 2
  - Variation 20 – 40 % = 1
  - Variation > 40 % = 0
- ❖ Déambulation :
  - Démarche assurée sans vertige = 2
  - Marche possible avec assistance = 1
  - Démarche non assurée, vertiges = 0
- ❖ Nausées et/ou vomissements :
  - Minimales = 2
  - Modérés = 1
  - Sévères = 0
- ❖ Douleurs :
  - Minimales = 2
  - Modérées = 1
  - Sévères = 0
- ❖ Saignement chirurgical :
  - Minimale = 2
  - Modéré = 1
  - Sévère = 0

La sortie virtuelle de la patiente à H6 était validée par le chirurgien et l'anesthésiste si la patiente répondait aux critères de sortie de l'ambulatoire, à savoir :

- Chirurgie réalisée sans complications
- Score PADSS supérieur ou égal à 9
- Obtention d'une miction spontanée et d'une réalimentation avant la sortie

#### 4) Objectifs

L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité de l'hystérectomie ambulatoire sur une population sélectionnée.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les différentes stratégies anesthésiques, analgésiques et chirurgicales mises en œuvre pour optimiser l'hystérectomie ambulatoire.

## **5) Critères de jugement**

Le critère de jugement principal était le taux de patientes réunissant les critères de sortie virtuelle à H6. (PADSS  $\geq$  9)

Les critères de jugement secondaires étaient d'étudier les différents paramètres anesthésiques, analgésiques, et chirurgicaux, la réhabilitation précoce et la satisfaction des patientes.

## **6) Recueil de données**

Les données recueillies chez les patientes incluses étaient :

- Caractéristiques démographiques
- Données anesthésiques pré et per-opératoires
- Données chirurgicales per-opératoires
- Données cliniques en SSPI
- Données post opératoires dans le service de gynécologie
- Données de réhabilitation précoce

## **7) Statistiques**

Pour cette étude préliminaire, le calcul statistique du nombre de sujets n'a pas été réalisé. Le nombre de personnes à inclure a été basé sur le potentiel d'inclusion.

Les résultats étaient exprimés en moyenne (écart type) ou en médiane [écart interquartile] ou en nombre (pourcentage) selon la variable.

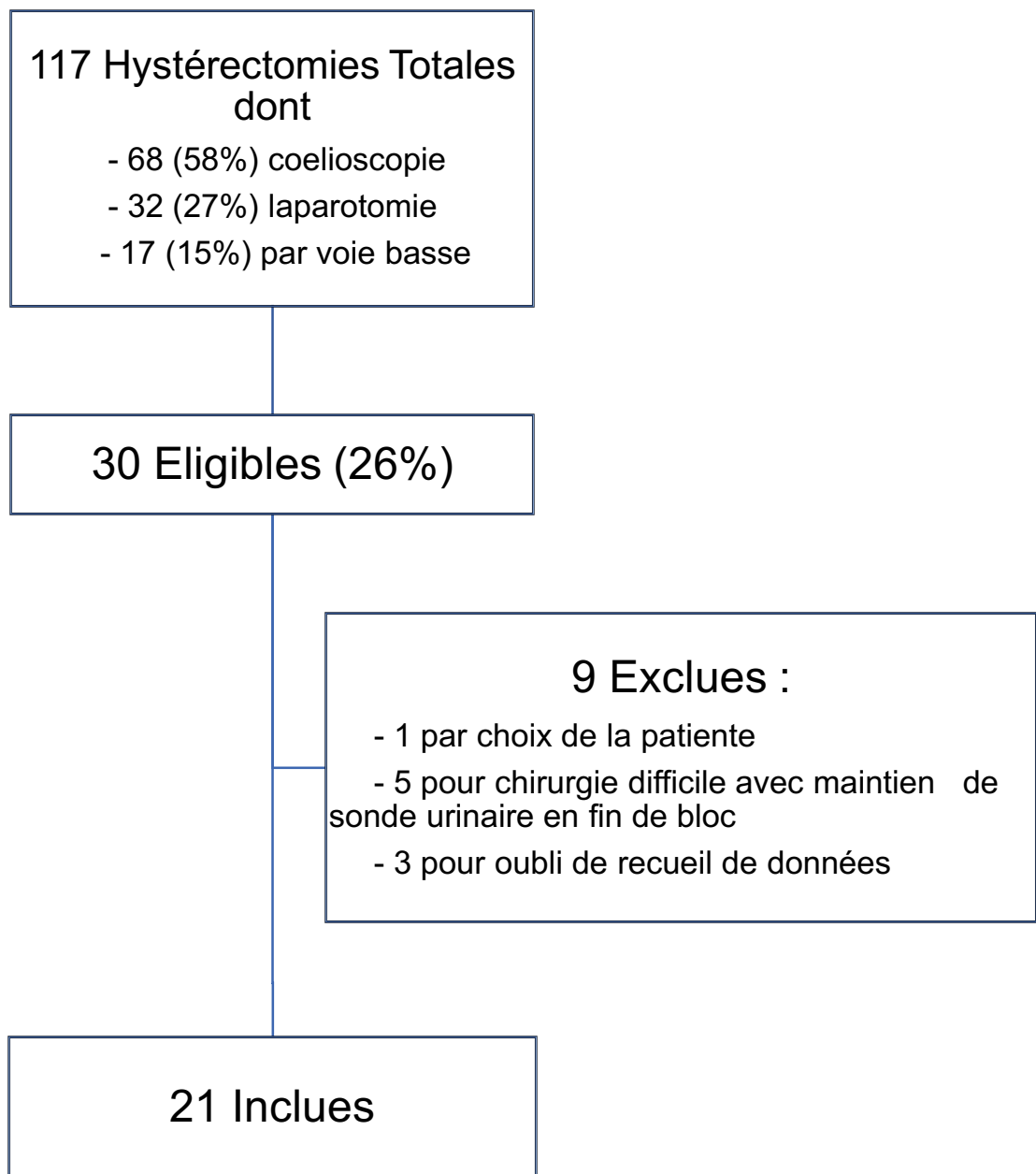
## **8) Ethique**

Toutes les patientes ont été informées de l'objectif de l'étude et des données recueillies. Un document d'information a été distribué à chaque participante (Annexe 1). Les patientes étaient libres de refuser d'y participer. Les données étaient anonymisées.

Le protocole a reçu l'approbation du CPP le 19/05/2017.



### III. RESULTATS



117 hystérectomies totales étaient réalisées de janvier à juillet 2018.

30 (26%) patientes répondaient aux critères de l'hystérectomie ambulatoire.

21 patientes étaient incluses dans notre étude.

Tableau 1 : Données démographiques.

Valeurs exprimées en moyenne  $\pm$  écart type ou médiane [1er quartile ; 3ème quartile] ou nombre (pourcentage)

<b>Caractéristiques démographiques</b>	
Age (années)	46 $\pm$ 7
Poids (kg)	75 $\pm$ 15
Taille (cm)	162 $\pm$ 7
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	28 $\pm$ 6
ASA 1	7 (33%)
ASA 2	14 (67%)
ASA 3	0 (0%)
<b>Environnement</b>	
-Distance CHU (km)	43 $\pm$ 30
-Délai CHU (min)	40 $\pm$ 20
-Délai Hôpital le plus proche (min)	23 $\pm$ 13
<b>Antécédents médicaux</b>	
-Gestité	3 [2 ; 4]
-Parité	2 [1 ; 3]
-Tabac	6 (28%)
-HTA	3 (14%)
-Diabétique	0 (0%)
-Endométriose	4 (19%)
<b>Antécédents chirurgicaux</b>	
-Césarienne	4 (19%)
-Chirurgie abdominale	14 (67%)
-Chirurgie ambulatoire	8 (38%)
<b>Pathologie utérine bénigne</b>	18 (86%)
-Adénomyose	9 (50%)
-Hyperplasie utérine	4 (22%)
-Utérus polomyomateux	10 (55%)
-Autres	2 (11%)
<b>Pathologie néoplasique</b>	
-Cancer du col utérin localisé stade I	3 (14%)

Les patientes incluses avaient un âge moyen de 46 ans.

67% avaient déjà eu une chirurgie abdominale et 38% une chirurgie ambulatoire antérieure.

L'indication principale pour l'hystérectomie ambulatoire était dans 86% des cas une pathologie utérine bénigne dont 55% pour utérus polomyomateux et 50% pour adénomyose.

La pathologie néoplasique représentait 14% des cas.

Tableau 2 : Données anesthésiques pré et per opératoires

Valeurs exprimées en moyenne  $\pm$  écart type ou médiane [1er quartile ; 3ème quartile] ou nombre (pourcentage)

<b>EVA pré opératoire</b>	0 [0 ; 0]
<b>Prémédication</b>	5 (24%)
<b>AG</b>	21 (100%)
<b>Rachianesthésie</b>	0 (0%)
<b>INDUCTION</b>	
<b>Hypnotiques</b>	
-Propofol	21 (100%)
<b>Morphiniques</b>	
-Rémifentanyl	10 (48%)
-Sufentanyl	11 (52%)
<b>Curares</b>	
-Esmeron	17 (81%)
-Nimbex	1 (5%)
<b>Kétamine</b>	14 (67%)
<b>ENTRETIEN</b>	
<b>Hypnotique</b>	
-Propofol	10 (48%)
-Halogéné	11 (52%)
<b>Morphiniques</b>	
-Rémifentanyl	10 (48%)
-Sufentanyl	11 (52%)
<b>Curares</b>	
-Esmeron	16 (76%)
-Nimbex	1 (5%)
<b>Lidocaine</b>	8 (38%)
<b>Remplissage mL</b>	
-Cristalloïdes	1000 $\pm$ 500
-Colloïdes	0
<b>Prévention NVPO</b>	16 (76%)
-Dexaméthasone	15 (71%)
-Droleptan	14 (67%)
<b>Antalgiques</b>	
<b>Palier I</b>	
-Paracétamol	21 (100%)
-Acupan	10 (48%)
-Profenid	13 (62%)
<b>Palier II</b>	11 (52%)
-Topalgic	
<b>ALR</b>	19 (90%)
-Infiltration des trous de trocard	17 (80%)
-Infiltration voie basse	1 (5%)
-TAP bloc	0 (0%)

24% étaient anxieuses la veille et nécessitaient une prémédication.

100% des hystérectomies totales étaient réalisées sous anesthésie générale.

L'induction était initiée par le Propofol dans 100% des cas, puis l'anesthésie générale était entretenue en AIVOC (Propofol et Rémifentanyl) dans 48% des cas, ou par halogéné le cas échéant. 81% des patientes étaient curarisées par Rocuronium (Esméron).

67% des patientes avaient reçu une prévention de l'hyperalgésie par Kétamine et 38% par Lidocaïne.

Une analgésie multimodale était réalisée avec un antalgique de palier I (100%) ou II (52%) et une infiltration d'anesthésique locale. La prévention des NVPO était assurée dans 76% des cas. Les patientes recevaient en moyenne 1000 ml de cristalloïdes au cours de leur intervention. Aucune n'avait reçu de colloïdes.

Tableau 3 : Données chirurgicales per opératoires

*Valeurs exprimées en moyenne ± écart type ou nombre (pourcentage)*

<b>Voies d'abord</b>	
-Coelioscopie	17 (81%)
-Voie basse	4 (19%)
<b>Pertes Sanguines en ml</b>	120 ± 60
<b>Pertes urinaires en ml</b>	250 ± 150
<b>Durée de la chirurgie en min</b>	100 ± 30
- Coelioscopie	110
- Voie basse	60
<b>Adhésiolyse</b>	5 (24%)
<b>Salpingectomie</b>	19 (90%)
<b>Annexectomie</b>	7 (33%)
<b>Laparoconversion</b>	0 (0%)
<b>Retrait sonde urinaire en fin d'intervention</b>	21 (100%)
<b>Poids de l'utérus en g</b>	180 ± 110

L'hystérectomie totale était réalisée sous coelioscopie dans 81% des cas, par voie basse le cas échéant. Une salpingectomie bilatérale était associée dans 90% et une annexectomie dans 33%. 24% de cas d'adhésiolyse étaient retrouvés. Le poids moyen de l'utérus était de 180 ± 110 g. La durée moyenne de la chirurgie était de 100 ± 30 minutes, avec une perte sanguine

moyenne de  $120 \pm 60$  ml. Toutes les patientes étaient désondées en fin d'intervention. La diurèse moyenne était de  $250 \pm 150$  ml en fin d'intervention.

Tableau 4 : Données cliniques en SSPI

*Valeurs exprimées en médiane [1er quartile ; 3ème quartile] ou nombre (pourcentage)*

<b>EVS en SSPI</b>	
H+0	0 [0 ; 5]
H+30 min	2 [0 ; 4]
H+60 min	2 [2 ; 3]
H+120 min	2 [0 ; 3]
<b>Antalgiques</b>	
<b>Palier I</b>	
-Paracétamol	0 (0%)
-Profenid	3 (14%)
-Acupan	7 (33%)
<b>Palier II</b>	
-Topalgic	6 (28%)
<b>Palier III</b>	
-Morphine (titration ou PCA)	10 (48%)
<b>Nausées</b>	3 (14%)
<b>Vomissements</b>	1 (5%)
-Zophren	3 (14%)
-Pimpéran	0 (0%)
<b>Durée de surveillance en SSPI en min</b>	$110 \pm 30$

50% des patientes étaient non douloureuses à leur arrivée en SSPI, puis la douleur était maintenue inférieure à 4 au moyen de différents antalgiques intraveineux selon le protocole habituel. Aucune n'avait reçu du Paracétamol, à cause du délai de réinjection de 6 heures.

33% avaient reçu de l'Acupan, 14% un AINS type Profenid, 28% du Contramal. 48% avaient eu recours à une titration morphinique.

14% avaient présentés des nausées, traitées efficacement par Zophren.

Dès lors que la douleur était contrôlée (EVS <4), les patientes remontaient dans le service de gynécologie. La durée moyenne de surveillance en SSPI était de  $110 \pm 30$  minutes.

Tableau 5 : Données post opératoires dans le service de gynécologie

Valeurs exprimées en médiane [1er quartile ; 3ème quartile] ou nombre (pourcentage)

<b>EVS en Gynécologie</b>	
H+4	1 [0 ; 1]
H+6	1 [0 ; 2]
H+12	1 [0 ; 2]
H+24	1 [0 ; 2]
H+48	0 [0 ; 1]
<b>Antalgiques</b>	
<b>Palier I</b>	
-Paracétamol	21 (100%)
Dose cumulée en mg	3000 [3000 ; 4000]
-AINS (Profénid)	2 (10%)
Dose cumulée en mg	50 [0 ; 50]
-Acupan	2 (10%)
Dose cumulée en mg	20 [0 ; 20]
<b>Palier II</b>	
-Contramal	3 (14%)
Dose cumulée en mg	50 [0 ; 100]
<b>Palier III</b>	
-Morphine (PCA)	2 (10%)
<b>Nausées</b>	5 (24%)
<b>Vomissements</b>	0 (0%)
-Zophren	1 (5%)
-Primpéran	4 (19%)
<b>Délai de sortie en heures</b>	24 [22 ; 46]
- < 24H	12 (57%)
- < 48H	21 (95%)

La majorité des patientes était bien soulagée par les antalgiques habituels.

100% des patientes avaient reçu du paracétamol avec une dose cumulée de 3g sur les 48 heures, et 10% un AINS (Kétoprofène) en prise unique à 50mg. 2 patientes avaient gardé leur PCA morphine pour la nuit. 5 patientes avaient présenté des nausées, traitées de manière efficace par le Primpéran.

57% des patientes étaient ressorties au bout de 24 heures d'hospitalisation.

Tableau 6 : Données de réhabilitation précoce

*Valeurs exprimées en médiane [1er quartile ; 3ème quartile] ou nombre (pourcentage)*

<b>Délai après la sortie du bloc en heures</b>	
- première alimentation	6 [4 ; 7]
- premier lever	5 [4 ; 7]
- première miction	5 [4 ; 7]
<b>PADSS à H+6</b>	9 [8 ; 10]
PADSS ≥ 9	13 (62%)
<b>Accord Sortie par le médecin</b>	13 (62%)
<b>Accord Sortie par la patiente</b>	5 (38%)
<b>Motif de Refus de Sortie à H+6</b>	
-Douleurs	3 (14%)
-NVPO	5 (24%)
-Peur des complications post opératoires	10 (48%)
-Fatigue	14 (67%)
-Manque d'informations sur l'ambulatoire	3 (14%)
<b>Complications chirurgicales post opératoire</b>	0 (0%)
<b>Taux de réadmission à 1 mois</b>	0 (0%)

L'alimentation normale et le lever précoce étaient possibles dès la 6<sup>ème</sup> heure post opératoire. 62% des patientes avaient un score PADSS ≥ 9 à H6 et étaient virtuellement sortantes pour le chirurgien et le MAR ; parmi elles, 38% seulement accepteraient de sortir le soir de l'intervention.

Parmi les motifs de refus de sortie, la fatigue intense ressentie par la patiente ressort en priorité (67%), suivie de près par la peur d'avoir des complications post opératoires (48%), puis les NVPO (24%), ensuite la difficulté à gérer les douleurs à domicile (14%) et enfin le manque d'information sur la sortie en ambulatoire (14%).

Aucune patiente n'a présenté de complications post opératoires, ni de réadmission à 1 mois.

## **IV. DISCUSSION**

### **1) Population**

Les critères d'éligibilité des patientes répondent à des critères de sélection rigoureuse sur le plan médical, environnemental et chirurgical pour le succès de la prise en charge ambulatoire, avec une évaluation individuelle de la balance bénéfice risque.

Les patientes incluses avaient un âge moyen de 46 ans avec une majorité ASA2 (67%) et ASA1 (33%), sans antécédent médical grave contre indiquant l'ambulatoire.

La distance géographique moyenne était de 40 minutes par rapport au CHU d'Amiens, et de 20 minutes par rapport à leur hôpital de proximité. La prise en charge ambulatoire recommande un éloignement géographique inférieure à 1 heure d'une structure de soins adaptés, avec une compréhension suffisante, un accès rapide à un téléphone en cas de problème.

Concernant la pathologie utérine, l'hystérectomie totale était indiquée dans 86% des cas pour une pathologie bénigne et 14% pour une néoplasie cervicale localisé stade 1.

L'adénomyose et la polomyomatose sont les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez les femmes en périménopause dans la littérature. [14]

Elles se manifestent par une symptomatologie invalidante (métrorragie, algie pelvienne, dyspareunie), et l'hystérectomie se propose comme la solution radicale après échec des traitements médicamenteux.

### **2) Gestion de la chirurgie**

Le choix de la prise en charge en ambulatoire relève de la responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste, ce sont des actes chirurgicaux pour lesquels le risque hémorragique est faible, les douleurs post opératoires relativement prévisibles et contrôlables à domicile et sont reconnus à faible taux de complications.

Dans notre étude, les hystérectomies totales sont réalisées dans 81% (n=17) par voie coelioscopique et dans 19% (n=4) par voie basse. Une salpingectomie bilatérale était associé dans 90% (n=19) des cas et une annexectomie dans 33% (n=7) des cas.

Aucune n'a présenté de complications per ou post opératoire, ni de laparoconversion.

La perte sanguine moyenne était estimée à  $250 \pm 150$  ml.



24% (n=5) étaient des chirurgies difficiles à cause des adhérences retrouvées en per opératoires dont les facteurs de risques principaux sont les antécédents de chirurgie abdominale ou de césarienne antérieure.

Les complications graves liées à l'hystérectomie rapportées dans diverses études, retrouvent les plaies vésicales (0,6 à 1%), les plaies urétérales (0,3 à 0.04%), les plaies digestives (0,1 à 1%) et les complications hémorragiques (4,7%) avec un taux de reprise chirurgicale de 0,8 à 1,6%. Les taux de complications évoluent entre 11,5 et 27% pour la voie basse, entre 9 et 34% pour la coelioscopique, et entre 18 et 21% pour la voie abdominale. [3-4] [15-16]

Dans notre étude, on peut expliquer l'absence de complications per opératoires, par une meilleure maîtrise de la coelioscopie et l'expérience des chirurgiens depuis l'essor de la technique mini-invasive, une vidange systématique de la vessie en prévention des plaies vésicales, un meilleur contrôle hémostatique chirurgical, et une détection précoce des complications par un test au bleu si une plaie d'organe était suspectée.

Les conditions de chirurgie sont rendues optimales avec l'aide de l'équipe d'anesthésie, pour permettre une détente synchrone de la paroi abdominale, et pour assurer les conditions de sécurité autour de la coeliochirurgie.

La durée moyenne de la chirurgie sous coelioscopie se situe autour de 110 minutes. On note toutefois un raccourcissement du geste quand l'hystérectomie totale était réalisée par voie basse (60 minutes) ce qui est concordant aux données de la littérature. [17-18]

Le poids de l'utérus moyen était de  $180 \pm 110$  g, ce qui correspond aux dimensions standards pour la réalisation d'une hystérectomie par voie coelioscopique ou vaginale.

Nos pratiques actuelles au CHU d'Amiens, privilégient la voie coelioscopique et la voie basse par rapport à la laparotomie qui était la référence il y a quelques années. Grâce à l'activité croissante et la maîtrise des chirurgiens dans ce domaine, de nombreuses publications ont montré que la coeliochirurgie diminue les douleurs post opératoires en diminuant la taille des cicatrices, permet une récupération fonctionnelle plus rapide des patientes, raccourcit la durée du séjour hospitalier avec un bénéfice économique, et une satisfaction grandissante des patientes sur ce type de procédure. [19-22]

### **3) Gestion de l'anesthésie**

Le but de l'anesthésie ambulatoire est de permettre la réalisation d'actes chirurgicaux dans des conditions satisfaisantes permettant une sortie rapide du patient, sans douleur, et avec une bonne résolution des effets indésirables de cette anesthésie. [23-24]

L'anesthésie générale reste encore la technique la plus utilisée en France. Le Propofol reste le meilleur agent d'induction, permettant un réveil rapide, même lors d'une perfusion prolongée.

Il a également un effet direct anti-émétique, avec une grande maniabilité en particulier dans le cadre de l'AIVOC. [25-27]

Les anesthésiques volatiles réunissent les critères nécessaires pour l'anesthésie ambulatoire, avec une rapidité d'action et d'élimination, permettant également un réveil rapide à l'arrêt et un délai court pour l'aptitude à la rue. Cependant, les nausées et les vomissements post opératoires sont plus fréquentes avec les halogénés. [26-27]

Dans notre étude, l'induction était initiée à 100% par le Propofol, puis l'anesthésie générale était entretenue en AIVOC (Propofol) dans 48% des cas.

Les morphiniques de choix utilisées dans notre étude étaient des produits d'action courte comme le Rémifentanyl (48%) et le Sufentanyl (52%). La durée très courte du Rémifentanyl et la possibilité d'une administration en continue en fait l'agent de choix en ambulatoire. [28-29] Les caractéristiques pharmacologiques du Sufentanyl permettent d'obtenir un pic d'action à 6 minutes, après une administration en bolus allant jusqu'à 50 minutes.

La plupart des interventions chirurgicales en ambulatoire ne nécessitent pas de curare. Néanmoins, les indications s'élargissent avec la coeliochirurgie qui nécessite une détente absolue de la paroi musculaire pour l'insufflation intra- abdominale et la bonne vision chirurgicale. Le Rocuronium est un curare d'action intermédiaire qui a l'avantage d'être antagonisable par le Sugammadex. Il permet une décurarisation et une extubation rapide en fin de chirurgie. [30-33] Dans notre étude, 81% des patientes étaient curarisées par Esméron. Toutes les patientes étaient extubées avant leur sortie du bloc.

Seule l'hystérectomie par voie basse peut se passer de curare.

La Kétamine est un hypnotique à forte dose et un antihyperalgésique à faible dose qui présente la meilleure balance bénéfice/tolérance. C'est un antagoniste puissant des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) qui a montré un intérêt sur la réduction de la douleur à court et à long terme. Les récepteurs NMDA sont activés lors d'une stimulation douloureuse intense et prolongée, et sont responsables d'une amplification du message douloureux en diminuant le seuil de la douleur.

L'utilisation de la Kétamine à faible dose en peropératoire (<0,5mg/kg), permet de réduire l'intensité de la douleur aigüe pendant 24 heures, de diminuer la consommation de morphine, de diminuer le risque de NVPO et de réduire de 30% l'incidence de la douleur chronique postopératoire à long terme. [34-36]

La Lidocaïne intraveineuse (bolus de 1,5mg/kg, suivi de 2mg/kg/h), dernière thérapeutique introduite dans la réhabilitation précoce en chirurgie colorectale, est un anesthésique local qui a des effets analgésiques en inhibant la transmission nerveuse nociceptive par blocage des canaux sodiques, des effets anti-hyperalgésiques en bloquant les récepteurs NMDA, des effets anti-inflammatoires efficaces sur la douleur viscérale en diminuant la libération des cytokines

pro-inflammatoires et une action directe sur la motilité intestinale. Elle a l'avantage de diminuer de 30% l'intensité des douleurs aiguës post opératoire des 48 premières heures, de diminuer la consommation de morphine et s'accompagne d'une réduction de 28% du taux de nausées. L'utilisation de cette molécule doit faire l'usage d'une surveillance hémodynamique et les doses maximales à respecter pour éviter l'intoxication aux anesthésiques locaux. [37-39]

Dans notre étude, 67% des patientes avaient reçu une prévention de l'hyperalgésie par Kétamine à faible dose et 38% par Lidocaine IVSE. Ces thérapeutiques restent encore sous-employées dans nos pratiques quotidiennes par méconnaissance de leurs intérêts ou par simple oubli.

76% des patientes avaient reçu une prévention des NVPO au cours du bloc, dans notre étude. 14% (n=3) avaient présenté des nausées en SSPI et 24% (n=5) dans le service de gynécologie. Les données épidémiologiques indiquent que plus de 35% des patients de chirurgie ambulatoire sont sujets à des NVPO après avoir quitté l'hôpital, survenant en majorité après la 6<sup>ème</sup> heure post opératoire. L'incidence peut atteindre 80% dans certains groupes à risque. Les facteurs de risque de NVPO sont liés aux patients, à l'anesthésie et à la chirurgie. L'incidence est augmentée chez la femme jeune, non fumeuse, aux antécédents de NVPO ou de mal de transport, en cas de niveau d'anxiété préopératoire élevé, d'une intensité douloureuse postopératoire importante et en cas d'utilisation d'opiacés en postopératoire. [40] La chirurgie gynécologique est l'une des interventions les plus pourvoyeuses de NVPO dans le contexte ambulatoire à cause des critères sus-citées. L'anesthésie par gaz halogéné est associée à un doublement du risque de NVPO précoce, majoré par la durée d'exposition. La prise en compte simultanée de plusieurs facteurs de risque indépendants est indispensable pour une meilleure prévention des NVPO.

Des moyens simples peuvent être aisément entrepris afin de diminuer le risque initial. Une hydratation peropératoire satisfaisante pour compenser la période de jeûne (25ml/kg de cristalloïdes), une anesthésie totale intraveineuse au propofol et au rémifentanyl en AIVOC, une analgésie multimodale sans opiacés, un emploi d'antihyperalgésique (Kétamine et Lidocaine), et une prévention par une bithérapie antiémétique systématique (Dexaméthasone et Droleptan) sont les éléments clés pour réduire l'incidence des NVPO chez 98% des patientes à haut risque lors d'une chirurgie laparoscopique ambulatoire. [40-41]

L'administration préventive de la Dexaméthasone comparée à un placebo dans une méta analyse récente, réduit la moitié de l'incidence des nausées (RR 0,57), des vomissements (RR 0,56) et le recours aux antiémétiques (RR 0,47) chez les patientes ayant une césarienne ou une hystérectomie par voie abdominale. [42] Les doses de Dexaméthasone supérieures à 5 mg, par leur effet anti-inflammatoire, améliorent également les scores de douleur post opératoire à 24 heures, et réduisent le recours aux antalgiques pendant cette période. [43]

#### 4) Gestion de la douleur

La douleur en chirurgie ambulatoire est une réalité.

20% des patients ont des douleurs au site opératoire, et 50% d'entre eux se plaignent de douleurs gênant le sommeil. La douleur est le premier motif de consultation en ville durant les 48 premières heures qui suivent la sortie et représente 20% des causes de réhospitalisation. On sait qu'une mauvaise prise en charge initiale de la douleur postopératoire peut être à l'origine d'une chronicisation de la douleur retrouvée dans 20% des cas, avec un impact sur la qualité de vie et le retentissement fonctionnel, psychologique, social et professionnel. [44-45]

Dans notre étude, toutes les patientes avaient reçu des antalgiques de palier I et II au cours du bloc, en SSPI et en Gynécologie. 48% (n=10) avaient eu une titration morphinique ou une PCA morphine en SSPI et 2 patientes avaient gardé leur PCA morphine la nuit.

Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) représentés par le Profénid, permettent de diminuer les besoins en opiacés de 25% à 50%, de diminuer les nausées, sans augmenter l'incidence des saignements et ont une place privilégiée en chirurgie gynécologique ambulatoire. [46-47]

Le Tramadol est un agoniste morphinique des récepteurs  $\mu$  et possède un effet monoaminergique central. C'est un analgésique de puissance équivalente au dixième de la morphine et présente les mêmes effets indésirables que la morphine.

La morphine est normalement utilisée en dernier recours, en titration en SSPI, après échec des antalgiques précédents, mais ne doit pas être prescrite de façon systématique, car les effets indésirables de la morphine (NVPO, dépression respiratoire, rétention urinaire, iléus, constipation, prurit, somnolence ou coma si surdosage) empêchent la réhabilitation précoce et retarde la sortie potentielle.

La douleur médiane relevée au cours des 48 heures dans le service de gynécologie était très faible, et suffisamment bien contrôlée par les antalgiques non morphiniques.

On constate donc une prescription abusive de morphine postopératoire pour des douleurs minimales ou modérées, avec comme conséquence directe l'augmentation de l'incidence des NVPO et des effets indésirables liés à la morphine.

L'infiltration d'anesthésique local dans les trous de trocart réalisée par le chirurgien, est une technique analgésique complémentaire qui s'intègre dans le concept d'analgésie multimodale issue des recommandations formalisées d'experts (RFE) de la douleur postopératoire de 2016. [34] Elle permet une diminution des douleurs post opératoires, une réduction de la consommation morphinique, une diminution de l'incidence des NVPO et une accélération de la réhabilitation précoce des patients. La principale propriété des anesthésiques locaux est de bloquer de façon transitoire la transmission de message douloureux à partir des terminaisons

nociceptives, tout en diminuant le risque de chronicisation de la douleur postopératoire en bloquant les phénomènes d'hypersensibilisation grâce à leur effet anti-inflammatoire. L'absence de complications spécifiques (absence d'hématome, d'infection de la cicatrice ou de retard de cicatrisation), la facilitation de réalisation, l'apprentissage rapide et le faible coût sont des atouts qui favorisent le développement des techniques d'infiltration. Son emploi s'est largement répandu en coeliochirurgie grâce aux répercussions bénéfiques sur la convalescence des patients et s'adapte parfaitement au développement de la chirurgie mini-invasive en ambulatoire. [48-49] Toutes les patientes de notre étude en avaient bénéficié dès lors que l'hystérectomie était réalisée sous coelioscopie. Pour prévenir l'hypersensibilisation centrale et la chronicisation de la douleur pariétale, l'utilisation d'anesthésiques locaux de longue durée d'action tels que la Ropivacaine dans notre étude, était particulièrement indiquée avec respect de la dose maximale recommandée sans dépasser 225 mg, soit 30 ml de la forme 7,5 mg/ml pour éviter les toxicités liées aux anesthésiques locaux.

Le TAP bloc (Transverse abdominal pain block) est une autre technique d'anesthésie locorégionale au niveau de la paroi abdominale, fréquemment employée lors des chirurgies par laparotomie et a montré son efficacité dans diverses méta-analyses. Il n'est pas employé dans notre étude, car son efficacité est équivalente à l'infiltration des trous de trocarts sans bénéfice sur la durée chirurgicale. [50]

Une nouvelle technique prometteuse appelée OFA (opioid free anesthesia) ou anesthésie sans morphine, a fait son apparition depuis quelques années. [51]

Rappelons d'abord le contexte, une crise des opioïdes débute dans les années 2010 aux Etats-Unis et s'étend ensuite à l'Europe. L'explosion de prescriptions inadaptées d'opioïdes en per et postopératoire est devenu un problème majeur de santé publique, et reste toujours d'actualité. Les conséquences principales étaient des comportements d'accoutumance et de mésusage chez les patients, une hyperalgésie avec rebond de la douleur en cas d'arrêt, et même une épidémie de décès par overdose, constatée dans une étude sur les données épidémiologiques réalisées entre 1999 et 2010. [52-53]

C'est dans ce contexte, que l'OFA voit le jour avec des bénéfices immédiats sur la réhabilitation précoce, la diminution des NVPO, la diminution de l'hyperalgésie induite et à long terme une diminution de la morbi-mortalité. Il s'agit d'une approche multimodale visant à supprimer l'emploi des morphiniques per et postopératoires, en privilégiant l'anesthésie locorégionale, et les antalgiques non morphiniques, combinés à des adjuvants antihyperalgésiques tels que la Lidocaine, la Kétamine, la Dexaméthasone et la Dexmédétomidine au cours du bloc. [54] La littérature reste encore pauvre sur le sujet, mais l'OFA gagne en popularité et amène de profonds changements dans nos pratiques.

## 5) Réhabilitation précoce

La patiente doit être parfaitement autonome pour être autorisée à quitter le service.

Le score PADSS de Chung est un score d'aptitude à la rue, indispensable à la sortie en toute sécurité. C'est un outil simple et standardisé, utilisable par les soignants en routine. La sortie est compatible avec un score de 9 ou 10. [55]

Dans notre étude, 13 (62%) patientes avaient un score PADSS supérieur ou égal à 9, donc virtuellement sortantes 6 heures après leur intervention.

Grâce à la maîtrise de la chirurgie mini-invasive, l'utilisation de médicaments anesthésiques d'action courte, l'analgésie multimodale, et à la réhabilitation précoce, les patientes avaient pu bénéficier d'une prise charge ambulatoire adaptée, avec un réveil et une extubation rapide, une réalimentation et une déambulation précoce dès la 6<sup>ème</sup> heure en post opératoire. Le fait d'être désondée en fin de bloc, explique le lever précoce, pour leur première miction spontanée.

La réhabilitation précoce est un composant indispensable dans la réussite de l'ambulatoire. Ce concept a largement fait ses preuves dans de nombreuses méta-analyses et articles de grande puissance dans la chirurgie colorectale. [56-59]

Appliqué à la chirurgie gynécologique, le programme de réhabilitation post opératoire favorise la récupération précoce des patientes, la réduction de la durée de séjour, et le coût de la prise en charge, diminue le risque d'exposition aux infections nosocomiales et favorise une reprise plus rapide des activités quotidiennes sociales et professionnelles. [59-62]

En 2014, A-C.Pizzoferrato et ses associés ont étudié la faisabilité et la morbidité de l'hystérectomie vaginale en ambulatoire. Sur les 30 patientes opérées, 11 (36,7%) étaient très satisfaites de la prise en charge, 16 (53,3%) satisfaites, 3 (10%) peu satisfaites et 3 (10%) n'ont pas pu quitter le service d'hospitalisation comme convenu. 25 (83,3%) d'entre elles étaient prêtes à refaire cette intervention dans le secteur ambulatoire. [63]

En 2015, L. Bruneau et ses associés ont rapporté la faisabilité et la satisfaction des patientes après une hystérectomie laparoscopique en ambulatoire. Dans leur série rétrospective de 47 hystérectomies ambulatoires, 5 (10,6%) patientes sont restées hospitalisées. 93% étaient satisfaites de leur prise en charge en ambulatoire et la recommanderaient à un proche. [64]

Dans notre étude, 62% (n=13) patientes avaient reçu un accord favorable pour la sortie virtuelle à H6, parmi elles, 38% (n=5) accepteraient la sortie à H6 de l'intervention.

Parmi les motifs de refus de sortie en ambulatoire, la fatigue intense ressentie par la patiente ressortait en priorité (67%), suivi par la peur des complications post opératoires (48%), les

NVPO (24%), la difficulté à gérer seule la douleur à domicile (14%) et enfin le manque d'information sur l'ambulatoire (14%).

Le taux de complications chirurgicales de l'hystérectomie totale reste très faible, la fatigue en post opératoire est fréquente et physiologique après un stress chirurgical, enfin la gestion des NVPO et douleurs modérées sont gérables à domicile à condition que l'information soit délivrée et comprise en amont de l'intervention.

Il a été démontré une diminution de l'intensité de la douleur, et de l'anxiété chez les patients qui recevaient des instructions spécifiques et adaptés à la gestion de la douleur post opératoire et en particulier après le retour au domicile [47].

## **6) Limites**

Notre étude observationnelle est une étude pilote toujours en cours, le résultat définitif sera attendu prochainement fin 2019.

Notre analyse intermédiaire depuis la lancée de l'étude, a permis d'analyser sur une période de 7 mois, les différents critères de faisabilité de l'hystérectomie totale en ambulatoire et a permis de recenser, les divers problèmes rencontrés lors du déroulement de l'étude.

Les limites de l'étude résident sur plusieurs points :

Premièrement, la taille réduite de l'effectif analysé, à cause des pertes de données ou des exclusions en fin de bloc, limite la puissance de l'étude.

Deuxièmement, les difficultés organisationnelles au CHU d'Amiens en amont par le manque d'informations des patientes, du personnel médical et paramédical tout au long du parcours de l'ambulatoire fictif, expliquent les erreurs de prise en charge.

Troisièmement, la difficulté à former les équipes non sensibilisées ou dédiées à la prise en charge ambulatoire, expliquent en partie les habitudes de soins du secteur conventionnel, avec une tendance à proposer en excès la titration morphinique ou la PCA morphine en SSPI, à utiliser en excès, les antalgiques intraveineuses par rapport à la voie orale dans le service de gynécologie.

Quatrièmement, la mise en place d'une réhabilitation précoce pour les patientes éligibles à l'ambulatoire, demande une charge de travail supplémentaire pour les équipes de nuit surtout si les patientes remontent dans le service en fin de journée. La difficulté de gestion du flux de patientes ambulatoires fictives dans le secteur conventionnel est d'autant plus accentuée par manque de personnel paramédical (une infirmière de nuit et une aide-soignante pour 20 patientes hospitalisées), ce qui pourrait être un frein au lever précoce, et à la sortie précoce des patientes.

Enfin notre prise en charge ambulatoire fictive, offre un biais de choix pour les patientes éligibles et explique le mauvais taux d'adhésion pour la sortie virtuelle à H6.

## V. CONCLUSION

L'ambulatoire est un concept organisationnel complexe, multidisciplinaire et centré sur le patient. L'information du patient, et du personnel de santé est un enjeu majeur et influe sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.

L'hystérectomie totale est une intervention réalisable en toute sécurité et adaptée à l'ambulatoire, avec un taux de succès potentiel de 62% dans notre étude, selon le critère de PADSS  $\geq 9$ . Les difficultés organisationnelles, le manque d'information des équipes, les erreurs de prise en charge et les réticences des patientes constatées lors de notre analyse intermédiaire, sont les principaux facteurs d'échec au développement de l'hystérectomie ambulatoire au CHU d'Amiens. Il nous semble nécessaire à l'avenir, d'organiser un plan de soins personnalisé des patientes ambulatoires et de sensibiliser tous les acteurs de santé aux différentes étapes du parcours de soins. Il serait également intéressant de réaliser une étude d'hystérectomie ambulatoire dans le vrai circuit ambulatoire du CHU d'Amiens, avec des équipes rodées pour une meilleure gestion du flux de patientes.

Une stratégie multimodale avec épargne morphinique est également indispensable pour mener une lutte acharnée contre la douleur et les NVPO, principales causes d'insatisfaction des patientes, de retard de sortie et de réadmission après leur sortie. L'OFA reste une piste de réflexion et un challenge à l'avenir pour améliorer la prise en charge ambulatoire.



## Bibliographie

1. *Outpatient vaginal Hysterectomy : Optimizing perioperative management for same day discharge.* **Zakaria, Barbara, Levy.** The american college of obstetricians and gynecologists 2012; vol 120; 1355-1361.
2. *Etat des lieux de l'hystérectomie en France.* **Huchon, C.** Réalités en gynécologie obstétrique, 2013 ;Vol. 167.
3. *Hystérectomie pour lésions bénignes : complications peropératoires et postopératoires précoces.* **Lambaudie, Boukerrou, Cosson et al.** 2000 ;125 :340-5
4. *Critères d'acceptabilité et de faisabilité de l'hystérectomie en ambulatoire.* **Foulon.** Thèse de médecine au CHU d'Amiens 2016
5. *"Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire".* HAS Haute autorité de santé. 2014.
6. IAAS. International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions; 2003.
7. INSTRUCTION N° DGOS//RR3//22015//2296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015 - 2020
8. *Etats des lieux 2016, Vons 2017,* AFCA, International association for ambulatory surgery
9. *Chirurgie ambulatoire en cancérologie gynécologique : mythe ou réalité ?* **Uzan,** Académie nationale de chirurgie, 2016, 15(3) : 058-062
10. *Multimodal approach to control post operative pathophysiology and rehabilitation.* **Kehlet,** Br J Anaesth 1997 ; 78 : 606-17.
11. *Réhabilitation péri-opératoire : chirurgie gynécologique.* **Faitot, Merbai et Keita-Meyer,** Mapar 2013.
12. *Etude observationnelle de la faisabilité et de la morbidité de l'hystérectomie vaginale ambulatoire : à propos de 30 cas.* **Pizzoferrato, AC, et al., et al.** Gynecol Obstet Fertilité 2014 ;Vol. 42, pp. 67-70.
13. *Prise en charge ambulatoire de l'hystérectomie laparoscopique : évaluation de la faisabilité et de la satisfaction des patientes.* **Bruneau, L, et al., et al.** J Gynecol Obstet Biol Reprod 2015.
14. *Hysterectomies : indications, voies, conservations annexielles ou cervicales.* **Cosson.** CNGOF. 1996.
15. *Surgical routes and complications of hysterectomy for benign disorders: a prospective observational study in french university hospitals.* **David-Montefiore, Rouzier and al.** Human reproduction 2007; vol.22, 260-265.
16. *FINHYST, a prospective study of 5279 hysterectomies: complications and their risk factors.* **Brummer, Jalkanen, Fraser.** Human reproduction 2011; vol.26, 1741-1751.
17. *Hystérectomie vaginale et one day surgery.* **Clavé, H, Baar, H et Niccolai, P.** La lettre du gynécologue ; 2007.
18. *Outpatient vaginal hysterectomy : optimizing perioperative management for same day discharge.* **Zakaria , MA et Levy BS.** Obstet Gynecol 2012; Vol. 120.
19. *Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.* **Johnson, Barlow, Lethaby.** Bmj; 2004.
20. *Feasibility and economic impact of same day discharge for women who undergo laparoscopic hysterectomy.* **Schiavone MB, Herzog, Ananth et al.** Am J Obstet Gynecol 2012; 207: 382. e1-9.
21. *Outpatient total laparoscopic hysterectomy.* **Thiel, J et Gamelin, A.** J Am Assoc Gynecol Laparosc 2003 ; Vol. 10.

22. *Same day discharge after laparoscopic hysterectomy.* **Lassen, PD, Moeller-Larsen, H et De Nully,** Acta Obstet Gynecol Scand 2012 ; Vol. 91.
23. *Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire.* RFE SFAR 2010 (67-72)
24. *Fast tracking concepts in ambulatory surgery.* **White, Alison et al.** Prog Anesth 2002; 24: 419-436.
25. *Propofol: therapeutic indications and side-effects.* **Marik.** Curr Pharm Des 2004;10:3639-49.
26. *A comparison of total intravenous anaesthesia using propofol with sevoflurane or desflurane in ambulatory surgery: systematic review and meta-analysis.* **Kumar, Stendall et al.** Anesthesia 2014; vol 69; 1138-1150.
27. *Fast track eligibility after ambulatory anesthesia: a comparison of desflurane, sevoflurane, and propofol.* **Song, Joshi, White and al.** Anesth Analg 1998; 86:267-73.
28. *A physiologically-based model to predict individual pharmacokinetics and pharmacodynamics of remifentanyl.* **Cascone, Lamberti, Piazza et al.** European Journal of Pharmaceutical Sciences 2018 (20-28).
29. *Use of remifentanyl in ambulatory obstetric-gynecologic surgery. A dose-effect study.* **Marinangeli, Ciccozzi et al.** Minerva Anesthesiol 1999; 65 (7-8): 491-7.
30. *Comparison of neuromuscular effects, efficacy and safety of rocuronium and atracurium in ambulatory anaesthesia.* **Whalley, Maurer et al.** Canadian Journal of Anaesthesia 1998 (10): 954-9.
31. *Management of neuromuscular blockade in ambulatory patients.* **Schreiber.** Curr Opin Anaesthesiol 2014; 27 (6):583-8.
32. *Sugammadex for the reversal of muscle relaxation in general anaesthesia : a systematic review and economic assessment.* **Chambers, Paulder, Paton et al.** Health technology Assessment 2010; Vol 14(39).
33. *Efficacy and safety of sugammadex versus neostigmine in reversing neuromuscular blockade in adults.* **Hristovska, Duch, Allingstrup, Afshari.** Cochrane database of systematic reviews 2017; CD012763.
34. *Réactualisation de la recommandation sur la douleur post opératoire.* **Aubrun, Gaulain et al.** RFE 2016 SFAR
35. *A systematic review of intravenous ketamine for postoperative analgesia.* **Laskowski et al.** Can J Anaesth 2011; 58 (10):911-23.
36. *A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention post-surgical pain.* **McNicol, Schumann, Haroutounian.** Acta Anesthesiol Scand 2014; 58 (10):1199-213.
37. *Impact of intravenous lidocaine infusion on postoperative analgesia and recovery from surgery: a systemic review of randomized controlled trials drugs.* **McCarthy, Megalla, Habib.** 2010; 70 (9): 1149-63.
38. *Continuous intravenous perioperative lidocaine infusion for postoperative pain and recovery.* **Kranke et al.** Cochrane Database Syst Rev 2015 (7):CD009642.
39. *Efficacy and safety of intravenous lidocaine for postoperative analgesia and recovery after surgery: a systematic review with trial sequential analysis.* **Weibel et al.** Br J Anaesth 2016; 116 (6):770-83.
40. *Nausées et vomissements postopératoires en ambulatoire : tolérance zéro ?* **Capron, Lescut, Garot et al.** Mapar 2013.
41. *Multimodal antiemetic management prevents early postoperative vomiting after outpatient laparoscopy.* **Scuderi, James, Harris et al.** Anesth Analg 2000; 91: 1408-14.

42. *Dexamethasone for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a quantitative systematic review.* **Henzi, Walder, Tramer.** *Anesth Analg* 2000; 90: 186-94.
43. *Perioperative single dose systemic dexamethasone for postoperative pain: a meta-analysis of randomized controlled trials.* **De Oliveira, Almeida, McCarthy.** *Anesthesiology* 2012; 115:575-88.
44. *Risk factors for chronic pain after hysterectomy.* **Brandsborg, Nikolajsen, Hansen, Kehlet.** *Anesthesiology* 2007; 106: 1003-12.
45. *Chronic pain after hysterectomy.* **Brandsborg, Nikolajsen, Jensen, Kehlet.** *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 327-31.
46. *The role of non-opioid analgesic techniques in the management of pain after ambulatory surgery.* **White.** *Anesth Analg* 2002; 94:577-85.
47. *The role of multimodal analgesia in pain management after ambulatory surgery.* **Elvir-Lazo, White.** *Curr Opin Anaesthesiol* 2010; 23(6):697-703.
48. *Local anesthetic infiltration for postoperative pain relief after laparoscopy.* **Moiniche, Jorgensen, Wetterslev, Dahl.** *Anesth Analg* 2000; 90: 899-912.
49. *Place des infiltrations en peropératoires.* **Beaussier, Aissou.** Le congrès, conférences d'actualisation SFAR 2014.
50. *No benefit of ultrasound-guided transversus abdominis plane blocks over wound infiltration with local anaesthetic in elective laparoscopic colonic surgery: results of a double-blind randomized controlled trial.* **Rashid, Gorissen, Ris et al.** *Colorectal Dis* 2017; 19(7):681-689.
51. *Pourquoi et comment éviter les opioïdes en anesthésie ambulatoire ? Non-opioid surgical anesthesia.* **Mulier, Wouters, Dekock.** JEPU 2014.
52. *Perioperative opioids and public health.* **Kharasch, Brunt.** *Anesthesiology* 2016; 124: 960-965.
53. *Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery: a systematic review and a meta-analysis.* **Fletcher, Valeria.** *BJA* 2014; 112(6): 991-1004.
54. *Opioid free anesthesia: a different regard to anesthesia practice.* **Lavand'homme, Estebe.** *Curr Opin Anaesthesiology* 2018.
55. *Discharge criteria: a new trend.* **Chung.** *Can J Anaesth* 1995; 42: 1056-8.
56. *Anesthesia, Surgery and challenges in post-operative recovery.* **Kehlet, Dahl.** *Lancet* 2003; 362:1921-8.
57. *Systematic review and meta-analysis of enhanced recovery programmes in surgical patients.* **Nicholson, Lowe, Parker and al.** *Br J Surg.* 2014; 101:172-88.
58. *Laparoscopy in combinaison with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery: a randomized clinical trial.* **Vlug, Wind and al.** *Ann Surg* 2011; 254: 868-75.
59. *Guidelines for pre and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS).* **Nelson, Altman and al.** *Gynecol Oncol* 2016; 140: 313-22.
60. *Chirurgie gynécologique et fast track.* **Brossard, Jatton, Petignat, Rehberg-Klug.** *Revue med Suisse* 2012 ; 8 : 2011-4

61. *Fast track hysterectomy: a randomised, controlled study.* **Kroon, Radstrom and al.** European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2010 (203-207).
62. *Enhanced recovery after surgery program in gynaecologic oncological surgery in a minimally invasive techniques expert center.* **Lambaudie et al.** BMC surgery 2017 ; 17 :136.
63. *Outpatient vaginal hysterectomy, feasibility and morbidity : an observational study on thirty patients.* **Pizzoferrato, Bader et al.** Gynecol obstet Fertil 2014 ;42 :67-70.
64. *Prise en charge ambulatoire de l'hystérectomie laparoscopique : évaluation de la faisabilité et de la satisfaction des patientes.* **Bruneau, Randet, Evrard et al.** Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2015 ; 44 ; 870-876.

## ANNEXES

### **1) Document d'information de la patiente**

**Madame,**

Il vous est proposé de participer à une étude intitulée : « Faisabilité de l'hystérectomie en ambulatoire, étude préliminaire. Etude observationnelle au CHU d'Amiens, coordonnée par le Pr Fauvet.

Ce formulaire a pour but de vous expliquer ce que cette étude implique afin de vous permettre de décider si vous voulez y participer.

#### **Informations Générales**

L'objectif de cette étude est de valider les critères d'acceptabilité et de faisabilité de l'hystérectomie par voie vaginale ou par coelioscopie en ambulatoire. Cette intervention est habituellement réalisée au cours d'une hospitalisation conventionnelle avec une sortie possible entre 24 et 48 heures après l'intervention. De nombreuses interventions sont aujourd'hui réalisées lors d'un séjour en ambulatoire, c'est-à-dire avec une sortie possible le même jour que l'intervention. La durée d'hospitalisation ne devant pas dépasser 12h. Le développement de la chirurgie ambulatoire est devenu une priorité nationale. Afin d'encadrer au mieux la prise en charge d'une telle intervention nous souhaiterions établir, via cette étude, les critères d'acceptabilité et de faisabilité de l'hystérectomie en ambulatoire. Sachez que dans de nombreux pays, l'intervention que vous allez subir est déjà réalisée en ambulatoire.

#### **Déroulement**

Avant votre intervention et pour vérifier que votre état correspond aux critères de sélection de l'étude, le chirurgien vous posera plusieurs questions sur vos antécédents. Si vous pouvez entrer dans l'étude vous serez alors incluse, vos informations cliniques seront recueillies et un questionnaire vous sera transmis lors de votre séjour puis lors de votre consultation post opératoire. Il s'agit d'une étude observationnelle, seules vos données cliniques seront collectées. Votre prise en charge, notamment la durée d'hospitalisation n'est pas modifiée. Toutes les informations recueillies seront anonymisées et sécurisées.

#### **Participation**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité. Vous avez bien entendu la possibilité de réfléchir avec votre entourage, avant de prendre votre décision ou de refuser sans aucun préjudice pour vous.

#### **Aspects légaux**

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (en conformité avec la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude le 19.05.2017

Le / /  
Docteur.....

## 2) Cahier de recueil des données

### Hystérectomie ambulatoire, étude de faisabilité

E. Dolivet, Dr A Foulon, Pr R Fauvet

Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU Amiens Picardie

#### Questionnaire patiente pendant l'hospitalisation :

A remplir le jour de l'intervention, dans l'idéal avant :

- Situation maritale : seule  en couple   
Si seule, présence d'un adulte à domicile : OUI  NON
- Nombres d'enfants : \_\_\_\_\_  
Dont vivant chez vous : \_\_\_\_\_
- Situation professionnelle : salariée   
libérale  chômage  retraite  femme au foyer
- A combien de temps habitez-vous du CHU de Caen en minutes ? : \_\_\_\_\_ (préciser votre mode de transport :-----)
- Avez-vous de la famille ou des proches près de chez vous pour vous aider ? OUI  NON
- Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge ambulatoire ? OUI  NON   
Si oui la(les)quelle(s) : \_\_\_\_\_  
Si non connaissez-vous la chirurgie ambulatoire OUI  NON

A remplir à 18/19 heures :

- Vous sentiriez vous physiquement apte à sortir ? OUI  NON
- Si NON pour quelle raison ? : \_\_\_\_\_
- Cotez de 0 à 10 les symptômes suivants sachant que 0 = pas gênant et 10 = très gênant  
Douleurs : \_\_\_\_\_  
Nausées : \_\_\_\_\_  
Vomissements : \_\_\_\_\_  
Fatigue : \_\_\_\_\_

A remplir le lendemain matin de l'intervention :

- Avez-vous passé une bonne nuit ? cotez de 0 à 10 sachant que 0 = très mauvaise et 10 = très bonne, comme à la maison : \_\_\_\_\_
- Qu'est-ce qui vous a gêné le plus pour dormir ? : \_\_\_\_\_

Coté les symptômes suivant de 0 à 10 sachant que 0 = pas gênant et 10 = très gênant

Douleurs : \_\_\_\_\_  
Nausées : \_\_\_\_\_  
Vomissements : \_\_\_\_\_  
Fatigue : \_\_\_\_\_

Coté l'impact de l'environnement sur votre sommeil de 0 à 10 sachant que 0 = pas gênant et 10= très gênant

Chambre double : \_\_\_\_\_ Non applicable   
Bruit : \_\_\_\_\_  
Passages personnels soignants : \_\_\_\_\_  
Literie : \_\_\_\_\_

- Auriez-vous accepté de passer cette nuit chez vous ? OUI  NON   
Si non pour quelles raisons  
- Peur de se sentir seule OUI  NON   
- Appréhension de la gestion de la douleur OUI  NON   
- Les nausées/vomissements OUI  NON

- Manque d'information OUI  NON
- Angoisse par rapport aux complications possibles de la chirurgie OUI  NON
- Autres :  NON
4. Vous seriez vous senti capable de gérer seul vos médicaments contre la douleur ?  
OUI  NON
5. Si votre chirurgien vous avez proposé cette intervention en ambulatoire auriez-vous accepté ?  
OUI  NON
6. Si on vous avait proposé de passer la nuit dans un hôtel proche du CHU (ex Pauséome), auriez-vous accepté ?  
OUI  NON
7. Recommanderiez-vous à une de vos proches une prise en charge en ambulatoire pour cette intervention ?  
OUI  NON

Merci d'avoir répondu à nos questions, un 2<sup>ème</sup> questionnaire vous sera proposé lors de la consultation de surveillance post-opératoire.

Merci d'avoir participé à l'étude.

### **3) Protocole anesthésie hystérectomie ambulatoire (voie vaginale ou cœlioscopie)** **AMETHYST. Dr Zaatar/Dr Foulon**

#### Pré opératoire :

- Admission le matin
- A jeun solide H-6 ; liquides claires H-2
- Bas de contention

#### Per opératoire

- Anesthésie générale
- Prévention NVPO par Dexaméthasone 8 mg IV + Drolepatn 1.25mg de façon systématique (Apfel  $\geq$  2 minimum : femme + morphine post op)
- Stratégie d'Épargne morphiniques pour diminuer risque NVPO
  - Protocole Lidocaïne : XyloCard 20ml/1g dilué dans 50ml SSI
    - Bolus 1.5-2mg/kg à l'induction
    - Entretien : 2mg/kg/H pendant l'intervention, à arrêter env. 30 min avant la fin càd à la fermeture.
    - Ex : patiente 80Kg : bolus 8mL et entretien : 8ml/H
  - AIVOC Réfifentanyl avec objectif cible cérébrale basse.
  - +/- Kétamine 0.25-0.5mg/kg à l'induction. Ou Ketamine en IVSE
- Curares : Nimbex ou Esmeron selon souhait du MAR
- Hypnotiques : Selon souhait du MAR ; pensez à AIVOC Diprivan si FdR NVPO élevés.
- Remplissage : Ringer Lactate.
- Antibio prophylaxie par Cephalosporine (Cefazoline 2g), si allergie Clindamycine 600mg + Gentamicine 5mg/kg en dose unique
- Sondage vésicale évacuateur ou à demeure
- Antalgie : Paracétamol 1g IV + Ketoprofène 100mg IV à titre systématique. ( Si CI AINS : Paracétamol + Tramadol 100mg IV)
- Si cœlioscopie : infiltration des orifices de trocart par 10ml de Ropivacaine 2mg/ml (Ne pas utiliser Naropeine 7.5mg/ml sinon possibilité atteinte dose max des AL avec la Lidocaïne)  
++++
- Ablation sonde vésicale en fin d'intervention sauf avis chirurgical contraire

## SSPI

- Surveillance EN toutes les 10 minutes pendant 1 heure à partir de l'arrivée en SSPI
- Si EVA>4, Néfopam (Acupan) IVL 20mg /30 min et/ou Tramadol 1mg/kg IVL
- Si EVA>4, titration morphine
- Liquides clairs autorisées à H1 de l'intervention
- Si nausées : zophren 4mg IV
- Ablation sonde vésicale si celle-ci n'a pas été retirée en post opératoire immédiat
- Obturation VVP avant retour dans le service

## Post opératoire

- Au retour en chambre surveillance EN toutes les heures jusque H4 puis toutes les 2 heures jusque 18-19 heures ou H8
- Antalgiques systématiques : (48H)
  - Paracétamol 1g\*4/24H
  - AINS : Kétoprofène 50mg \*4/24H (prescription d'un IPP possible si FdR gastrite)
  - +/- vessie de glace
- Si EN > 3/10 : Acupan 20 à 40 mg per os sur un sucre
- Si EN > 3/10 persistante à 1h de l'Acupan : Tramadol 50mg per os
- Si persistance douleurs : Actiskénan 10mg\*4/24H maxi
- Surveillance reprise des mictions spontanées
- Lever H4 de l'intervention
- 1<sup>er</sup> repas H4 de l'intervention avec potage compote yaourt
- Si nausées : Zophren 4mg PO (Sétofilm) +/- Primpéran
- Alimentation normale dès le soir de l'intervention

## A partir de 18 heures

- Prises en compte des appels patientes sur cahier de recueil avec horaire et motif
- Alimentation normale pour le repas du soir
- Poursuite de l'analgésie per os par Paracétamol 1g/6 heures + Ketoprofène 100 mg / 12 heures +/- Acupan 20mg et Tramadol 50 mg si besoin
- Secours anti émétique par du Zophren / Primperan 10mg per os (maximum 3/24 heures)

## Sortie

- Lendemain matin à partir de 9 heures
- Validation sortie par le chirurgien ET l'anesthésiste

Prescriptions de la prévention TE par HBPM selon degrés du risque lié à la patiente.

Ce protocole n'est en rien une obligation ; le MAR responsable de la salle garde le pouvoir décisionnel sur sa pratique.



## **Résumé : La faisabilité de l'hystérectomie ambulatoire au CHU d'Amiens**

**Introduction :** L'hystérectomie est la plus fréquente des interventions gynécologiques. En 2011, on compte 600 000 cas aux USA, et 68 910 en France. La France accuse un retard face à ses voisins européens sur la prise en charge ambulatoire. L'objectif de notre étude est d'évaluer la faisabilité de l'hystérectomie ambulatoire au CHU d'Amiens.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, et observationnelle réalisée de Janvier à Juillet 2018. La sélection des patientes reposait sur des critères d'éligibilité médicaux, psychosociaux et environnementaux spécifiques. Le critère de jugement principal était d'évaluer le taux de patientes répondant aux critères de sortie virtuelle à H6 (PADSS $\geq$ 9). Les critères de jugements secondaires étaient d'évaluer les modalités anesthésiques, chirurgicales, analgésiques, la réhabilitation précoce et la satisfaction des patientes.

**Résultats :** Sur les 117 hystérectomies totales, 30 patientes étaient éligibles et 21 étaient incluses. L'âge moyen était de 46 ans $\pm$ 7. L'hystérectomie totale était réalisée en majorité par voie coelioscopique (81%) pour une indication bénigne (86%). Aucune ne présentait de complications. Dans notre étude, 62% des patientes étaient virtuellement sortantes à H6, mais 38% d'entre elles l'accepteraient. Parmi les motifs de refus de sortie, la fatigue intense ressortait en priorité (67%), puis la peur des complications post opératoires (48%), les NVPO (24%), la difficulté à gérer seule la douleur (14%) et enfin le manque d'information sur l'ambulatoire (14%).

**Conclusions :** L'ambulatoire est un concept organisationnel complexe, multidisciplinaire et centré sur le patient. L'information du patient et des différents intervenants est un enjeu majeur. Les difficultés organisationnelles, le manque d'information des équipes, les erreurs de prise en charge et les réticences des patientes sont les principaux facteurs d'échec au développement de l'hystérectomie ambulatoire. Il nous semble nécessaire, d'organiser un plan de soins personnalisé et de sensibiliser tous les acteurs de santé aux différentes étapes de ce parcours.

**Mots clés :** Hystérectomie totale, coelioscopie, ambulatoire, réhabilitation précoce

## **Abstract: The feasibility of same-day discharge after total hysterectomy at University hospital of Amiens.**

**Introduction:** Hysterectomy is the most commonly performed gynecologic surgery. In 2011, 600 000 cases were performed in United States, and 68 910 in France. France is lagging behind in the same-day discharge procedure. Eligibility criteria were medical, psychosocial, and environment characteristics. The main objective was to assess the feasibility of same-day discharge after hysterectomy at University hospital of Amiens.

**Methods:** A prospective observational study was performed between January and July 2018. The primary outcome was the rate of same-day discharge at 6 hours after surgery (PADSS $\geq$ 9). Secondary outcomes were to evaluate anesthesia procedure, surgery, analgesia, fast-track recovery and patient satisfaction.

**Results:** Among 117 hysterectomies, 30 women were eligible for early discharge, and 21 were included. The average age was 46 $\pm$ 7 years. Laparoscopy hysterectomy was performed in 81% for benign indications (86%). No complications were observed. In our study, 62% patients were virtually outgoing at 6 hours (PADSS $\geq$ 9), but only 38% of patient agreement. Among the reasons of output delay, fatigue was at the first place (67%), then fear of complications (48%), nausea and vomiting (24%), difficulty to control pain at home (14%) and inappropriate information about ambulatory management (14%).

**Conclusions:** The same-day discharge is focused on patients and require complex and multidisciplinary organization. Patient and caregiver information is very important. Limiting factors of ambulatory development were difficulties of organization, inappropriate information, drugs mistakes and patient disagreement. The care strategy should be progressively implemented with personalized care plan.

**Key Words:** Hysterectomy, laparoscopic, same-day discharge, fast-track recovery