HAL open science

Faisabilité et satisfaction des patientes pour la promontofixation coelioscopique en chirurgie ambulatoire

Édouard Hua

To cite this version:

Édouard Hua. Faisabilité et satisfaction des patientes pour la promontofixation coelioscopique en chirurgie ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03637695

HAL Id: dumas-03637695

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03637695v1

Submitted on 11 Apr 2022

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 CÔTE D'AZUR

ANNÉE 2021

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

FAISABILITÉ ET SATISFACTION DES PATIENTES POUR LA PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Présentée et soutenue le 02/09/2021,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Edouard HUA**

Né le 31/12/1993, à Paris XIVème (75)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Emmanuel BARRANGER

Monsieur le Docteur Olivier TOULLALAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Aubert AGOSTINI

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GIBELIN Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. THYSS Antoine
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Au Professeur Jérôme DELOTTE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre rigueur et votre dévouement pour vos équipes et vos patientes forcent le respect. Merci pour votre accompagnement et votre soutien dans mon développement professionnel. Trouvez ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

Au Professeur Emmanuel BARRANGER,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Votre enseignement, vos conseils et votre compagnonnage m'ont été précieux ; je vous dois beaucoup. Trouvez ici le témoignage de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Olivier TOULLALAN,

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Travailler à vos côtés a été un privilège, votre expertise et votre bienveillance m'ont beaucoup apporté. Voyez en ces lignes l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

Au Professeur Aubert AGOSTINI,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail et de m'accorder votre confiance. Votre disponibilité et vos conseils m'ont été précieux. Soyez certain de ma reconnaissance et de mon respect.

Liste des abréviations

PFC : PromontoFixation par Coelioscopie

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

AFU : Association Française d'Urologie

SIFUD-PP : Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique et de Pelvi-Périnéologie

SNFCP : Société Nationale Française de Colo-Proctologie

SCGP : Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

RCSENG : Royal College of Surgeons of England (Collège royal des chirurgiens d'Angleterre)

IAAS : Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CEROG : Comité d'Éthique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie

PGI-I : Patient Global Impression of Improvement

POP-Q : Pelvic Organ Prolapse Quantification

IMC : Indice de Masse Corporelle

ENS : Échelle Numérique Simple

aOR : Odd Ratio ajusté

IC : Intervalle de Confiance

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

HTA : Hyper Tension Artérielle

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

Sommaire

INTRODUCTION **12**

MATÉRIEL ET MÉTHODE **13**

RÉSULTATS **16**

DISCUSSION **18**

RÉFÉRENCES **23**

ANNEXES **28**

SERMENT D'HIPPOCRATE **33**

RÉSUMÉ **34**

Introduction

Le prolapsus génito-urinaire est une pathologie bénigne commune dont la prévalence est estimée jusqu'à 50% des femmes tout degré de sévérité confondu [1–3]. A l'âge de 70 ans, on considère que 11% des patientes présentant un prolapsus auront été opérées [4,5]. De nombreuses techniques de prise en charge chirurgicale ont été décrites dont la promontofixation par coelioscopie (PFC) qui est l'une des plus récentes [6]. Il s'agit d'une technique évaluée et codifiée considérée comme technique de référence pour le traitement du prolapsus génital féminin par la majorité des sociétés savantes françaises impliquées (CNGOF, AFU, SIFUD-PP, SNFCP et SCGP) [7–10].

La PFC est habituellement réalisée en hospitalisation conventionnelle avec une durée de séjour de 2 à 7 jours [7,11]. La prise en charge ambulatoire des patientes s'est développée aux États-Unis et dans le monde à compter des années 1970 [12,13]. Dès 1985 le Royal College of Surgeons of England estimait que 50% de l'ensemble des interventions chirurgicales pouvaient être réalisées en ambulatoire [14]. Ainsi en 1995 l'International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) a été créée pour promouvoir et uniformiser cette pratique.

En France, l'ambulatoire est définie depuis 1993 et ses conditions de mise en œuvre sont définies par les articles D.6124-301 à 305 du Code de la Santé Publique [15,16]. En 2011, la direction générale de l'offre de soin (DGOS) a décrété dans plusieurs instructions que la chirurgie ambulatoire était « une priorité nationale pour l'évolution de l'offre de soin dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins pour la période 2011-2016 » et qu'il fallait « étendre ce mode de soin à tous les patients éligibles à une chirurgie ambulatoire et à toutes les activités chirurgicales : la chirurgie ambulatoire devenant la référence » [17–19].

Au cours des cinquante dernières années, plusieurs interventions gynécologiques réalisées par coelioscopie ont été effectuées en ambulatoire incluant des chirurgies à risque élevé de morbidité post-opératoire telle que l'hystérectomie [12,20–25]. De même la chirurgie de prolapsus par voie vaginale a été évaluée pour la prise en charge ambulatoire [26,27]. La faisabilité de la PFC est en cours d'évaluation en ambulatoire avec un nombre croissant d'études publiées sur des effectifs limités [28–33].
Le but de notre étude est d'évaluer la faisabilité de la PFC en ambulatoire et la satisfaction des patientes basée sur l'expérience de quatre centres.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique au sein de quatre centres français (CHU de La Conception à Marseille, CH Simone Veil à Cannes, Clinique Jules Verne à Nantes et CH Simone Veil à Eaubonne) entre le 1er mai 2016 et le 1er décembre 2019.

Les quatre centres ont établi un protocole identique de soins et de suivi pour leurs patientes à compter du 1er mai 2016 à la suite des résultats d'une étude pilote [29]. Ce protocole correspond aux critères et au déroulement de notre étude. Une demande d'avis au CEROG a été refusée en raison du caractère prospectif de l'étude. Pour cette raison et en fin d'étude, afin d'effectuer l'analyse rétrospective de nos résultats, une nouvelle demande d'avis au CEROG a été demandée et est en attente de réponse.

Les critères d'inclusion étaient : patiente majeure nécessitant une prise en charge chirurgicale par PFC pour un prolapsus génito-urinaire, éligible à une prise en charge ambulatoire selon les recommandations nationales [34], patiente acceptant les soins proposés et la participation à l'étude avec un consentement écrit après information sur le déroulement de celle-ci.

Les critères de non-inclusion étaient : patiente présentant une contre-indication médicale, psychosociale ou environnementale à la chirurgie ambulatoire, des difficultés de compréhension, non affiliée à un régime d'assurance maladie ou non consentante au plan de soin.
Les critères d'exclusion étaient : patientes désirant se retirer de l'étude.

Le critère de jugement principal était le succès de la prise en charge ambulatoire défini comme la sortie le soir de l'intervention.

Les critères de jugement secondaires étaient le niveau de satisfaction des patientes, l'évaluation de l'amélioration de leur symptomatologie, les taux de complications per et post opératoires et le taux de consultations en urgence dans les 7 jours suivant l'intervention.

La satisfaction des patients était évaluée par un questionnaire (Annexe 1) comprenant des questions simples. L'auto-évaluation par la patiente de l'amélioration ressentie de ses symptômes était réalisée par le Patient Global Impression of Improvement (PGI-I, Annexe 2) validé dans l'étude des prolapsus uro-génitaux [35]. Les patientes répondaient à ces questionnaires par voie postale, entretien téléphonique ou en consultation dans les 3 mois suivant l'intervention.

Procédure chirurgicale

L'ensemble des procédures a été réalisé par 5 chirurgiens expérimentés (2 au CH La Conception, 1 au CH Cannes, 1 au CH Eaubonne et 1 à la clinique Jules Verne) au sein des quatre centres.

La procédure chirurgicale n'était pas standardisée selon les centres. Le prolapsus était corrigé par une bandelette antérieure seule ou associée à une bandelette postérieure si besoin (Bp > ou égal à -1) dans un centre [36]. La pose d'une bandelette postérieure était systématiquement réalisée dans trois centres. Au cours de l'intervention, d'autres gestes chirurgicaux pouvaient être pratiqués.

L'intégralité des patientes ont été opérées sous anesthésie générale, les protocoles anesthésiques et antalgiques post-opératoires dépendaient des praticiens. Un antalgique de niveau 1 et un anti-inflammatoire étaient systématiquement prescrits, la prescription d'un antalgique de niveau 2 ou d'un dérivé morphinique dépendait des habitudes du praticien.

Hospitalisation en ambulatoire

Les patientes ont été admises le matin de l'intervention (J0). La sortie était évaluée par le score de Chung [37] et validée après visites du chirurgien et de l'anesthésiste.

Dans le cadre de l'ambulatoire, une évaluation de la douleur par échelle numérique simple (ENS) des patientes et de leur utilisation d'antalgiques à J1 étaient réalisées avant la consultation post-opératoire prévue à 1 mois.

Recueil et données

Les données ont été recueillies en consultant les dossiers médicaux des patientes. Selon les centres, la gradation du prolapsus génito-urinaire était évaluée avec la classification de Baden-Walker [38] ou la POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification scale) [39]. Les complications chirurgicales per-opératoires et post-opératoires immédiates ou à distance étaient évaluées lors de la consultation post-opératoire à un mois et ont été classées en utilisant la classification de Clavien-Dindo [40].

Analyse statistique

Les variables quantitatives étaient rapportées sous forme de moyenne avec calcul de l'écart-type. Les variables qualitatives étaient rapportées sous forme de nombre et pourcentage.

Résultats

Sur la période étudiée, parmi les 574 patientes qui ont nécessité une prise en charge chirurgicale pour un prolapsus symptomatique par PFC, 125 patientes (21,8%) présentant les critères d'éligibilité d'hospitalisation en ambulatoire ont accepté de participer à l'étude. Les 449 patientes non éligibles à une prise en charge ambulatoire quelle que soit la raison ont été accueillies en hospitalisation conventionnelle (Figure 1).

L'âge moyen des patientes était de 59,8 ans (11,5), 97 patientes (77,6%) étaient ménopausées et leur IMC moyen était de 24,30 kg/m^2 (3,57). Elles habitaient en moyenne à 18,6 minutes (12,5) et 14,1 kilomètres (18,2) du centre hospitalier (Tableau 1).

Les patientes avaient une parité moyenne de 2,4 (1,0). Il existait un antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne chez 58 patientes (46,4%) et de prolapsus chez 7 (5,6%) d'entre elles (Tableau 1).

L'évaluation clinique du prolapsus, effectuée par classification POP-Q ou Baden-Walker, retrouvait un prolapsus de stade 2 ou plus chez 123 (98,4%) patientes (Tableau 1).

Les interventions ont duré en moyenne 105 minutes (32) et chez 106/123 patientes (86,2%) des prothèses antérieures et postérieures ont été posées. Au moins un autre geste chirurgical était associé chez 66 patientes (54,1%). Il y a eu 5 complications per opératoires (4%) dont 3 plaies vésicales, 1 plaie digestive et 1 brûlure cutanée (Tableau 2).

Les patientes qui sont sorties le soir de l'intervention sont restées en moyenne 9h42min (2h38min) et toutes ont repris une miction spontanée avant le retour à domicile, à l'exception d'une patiente sondée à demeure en raison d'une plaie vésicale per opératoire (Tableau 2).

Sur les 125 patientes prévues en chirurgie ambulatoire, seules 6 (4,8%) ont été hospitalisées le soir de l'intervention et sont sorties à J1 ou J2. Les causes étaient les suivantes : nausées post-opératoires, conditions météorologiques (neige), malaise au lever et anxiété, horaire tardif de la chirurgie, surveillance décidée pour difficulté respiratoire au réveil et surveillance pour plaie vésicale. Le taux de succès était donc de 119/125 (95,2%) (Tableau 3). Parmi les patientes sorties en ambulatoire, seules 3/119 (2,5%) ont consulté en urgence dans les 7 jours suivant

l'intervention pour respectivement céphalées, syndrome occlusif et infection d'un hématome de paroi. Ces complications étaient de gravité 1 ou 2 selon la classification de Clavien-Dindo et aucune reprise chirurgicale n'a été nécessaire. Les 6 patientes qui ont été hospitalisées le soir de l'intervention n'ont pas consulté en urgence à la suite de leur sortie.

Lors de l'appel effectué à J1, les patientes à domicile évaluaient leur douleur par ENS en moyenne à 1,1 (1,9) (Tableau 3).

À propos du questionnaire de satisfaction, 93/105 (88,5%) patientes se déclaraient « satisfaites » ou « très satisfaites » » et 3/105 (2,9%) se disaient « déçues » ou « très déçues ». 105/108 patientes (97,2%) referaient l'intervention en chirurgie ambulatoire ou la conseilleraient à un proche. Toutefois, 12/104 (11,5%) patientes ont déclaré qu'elles auraient préféré rester une nuit en hospitalisation (Tableau 3).

Concernant le questionnaire PGI-I, 83/108 (76,9%) patientes déclaraient être « améliorées » ou « très améliorées » par rapport à leur symptomatologie initiale et 15/108 (13,9%) patientes déclaraient être « un peu aggravées » à « très aggravées ». On retrouvait notamment 14/125 (11,2%) patientes chez lesquelles une incontinence urinaire d'effort était apparue depuis l'intervention (Tableau 3).

Discussion

Dans notre série, le taux de patientes prévues en ambulatoire était de 21,8% (125/574). Sur les 125 patientes opérées et prévues en chirurgie ambulatoire, nous avons un taux de succès de 95,2% (119/125). Le taux de patientes ayant eu une complication per opératoire était de 5/125 (4%). Seulement 3 patientes (2,5%) parmi celles sorties en ambulatoire ont consulté en urgence dans les 7 jours post-opératoires. Nous retrouvions des taux élevés de satisfaction de 93/105 (88,5%), de patientes qui referaient l'intervention pour 105/108 (97,2%) d'entre elles et la conseilleraient à une amie pour 105/108 (97,2%) contre seulement 12/104 (11,5%) qui auraient préféré rester une nuit. Par ailleurs les patientes se sont considérées comme « très améliorées » ou « améliorées » dans 83/108 (76,9%) cas.

Les données spécifiques de la littérature sur la faisabilité de la PFC en ambulatoire sont limitées à quelques études dont cinq analysaient le taux de succès d'ambulatoire. Les taux de succès retrouvés dans ces études, qui sont comparables au notre, étaient de 100% (3/3 patientes) [28], 89,1% (49/55 patientes) [29] et 92,9% (13/14 patientes) [30]. Dans une étude prospective étudiant la faisabilité de la PFC ambulatoire, Hickman & Al. rapportaient un succès d'ambulatoire de 78,7% (37/47 patientes) [33].

Une étude prospective de Courtieu & Al. a étudié le taux d'ambulatoire prévu et son succès pour 157 patientes opérées d'un prolapsus (tout type de chirurgie) entre 08/2015 et 11/2016 [41]. Dans leur sous-groupe de 32 patientes opérées d'une PFC, 24 patientes (75%) étaient prévues en ambulatoire pour un taux de succès de 87,5% (21/24).

La chirurgie du prolapsus est associée à une faible proportion de complication per opératoire. Sato & Al., dans une étude rétrospective évaluant les caractéristiques opératoires, péri-opératoires et anatomiques pour la PFC rapportaient un taux de complication de 4,3% (2/46 patientes) [42]. De même, Ulrich & Al. ont réalisé avec le groupe de travail d'urogynécologie autrichien un registre pour évaluer les données péri-opératoires et opératoires de la promontofixation [43]. Sur les 401 patientes incluses dans les 14 centres, 285 PFC ont été réalisées, avec un taux de complication per opératoire de 7,2% (29/401). Nous retrouvons dans nos données un taux de 4% (5/125).

Pontvianne & Al. ont réalisé une enquête transversale étudiant les causes de résistance à l'ambulatoire liées aux professionnels de santé [44] et Evans & Al. une étude évaluant la perception de l'ambulatoire par les patientes après chirurgie gynécologique [45]. Les freins au développement de l'ambulatoire rapportés par ces études étaient la crainte d'augmentation des consultations en urgence en post-opératoire et de retard diagnostic des complications.

Après leur retour à domicile, seules 3 de nos 119 patientes sorties en ambulatoire (2,5%) ont consulté en urgence dans les 7 jours et aucune ne présentait de complication de grade 3 ou 4 de la classification de Clavien-Dindo. Une étude rétrospective menée par Robison & Al. a comparé pour 12 583 patientes opérées de prolapsus les taux de réadmission et de complications dans les 30 jours entre l'ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle. Le taux d'ambulatoire retrouvé était de 16,7% (2101/12587) et ils retrouvaient un taux de réadmission dans les 30 jours de 1,7%. Dans le groupe ambulatoire, le taux de réadmission était significativement plus bas (aOR 0,63 ; IC95% [0,41 ;0,98]) et inférieur mais non significatif pour les complications (aOR 0,67 ; IC95%[0,44 ;1,03]) [46].

Romanova & Al. [47] ont publié une étude observationnelle monocentrique rétrospective comparant le taux de consultations en urgence dans les 30 jours pour 258 patientes prises en charge en ambulatoire par rapport à 147 patientes hospitalisées après une chirurgie de prolapsus (PFC, PFC robot-assistée, colposuspension). 40,2% (59/147) de leurs patientes ont été opérées d'une PFC. Les résultats ne retrouvaient pas de différence significative avec des taux respectifs de 24,0% versus 26,5% (p=0, 572). De même, une cohorte rétrospective de Kisby & Al. comparait les consultations en urgence dans les 6 semaines après PFC robot-assistée en ambulatoire versus hospitalisation conventionnelle pour 372 patientes. Les résultats ne retrouvaient pas de différence significative (p=0,124) entre les deux groupes avec respectivement des taux de 18,8% (15/80) pour le groupe ambulatoire et 27,6% (53/192) pour le groupe hospitalisation. [48].

Hickman & Al. dans une cohorte de 47 patientes ont étudié le taux de consultations en urgence et de complications post-opératoires après PFC en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle sans retrouver de différence entre les deux groupes pour les deux paramètres étudiés [33]. Ces résultats étaient également retrouvés dans d'autres études évaluant spécifiquement la PFC [31,49].

L'équipe de Mathis & Al. dans une étude observationnelle prospective étudiait les facteurs de risque de morbimortalité associés à l'ambulatoire pour les 100 interventions les plus fréquentes aux États-Unis. De leurs données sur 244 397 patientes, ils retrouvaient comme facteurs de risque : surpoids, obésité, BPCO, AVC, HTA, antécédent de chirurgie cardiaque et durée opératoire longue [50]. Ils concluaient à la sécurité de la chirurgie ambulatoire pour des patientes sélectionnées sans qu'il n'existe d'algorithme décisionnel consensuel. Cette absence d'universalité et la nécessité d'évaluation de l'éligibilité globale étaient soulignées par la revue de littérature sur les facteurs de sélection des patientes pour l'ambulatoire par Kataria & Al. [51]

Dans l'analyse rétrospective des facteurs de risque d'échec de sortie en ambulatoire après hystérectomie coelioscopique ou robot-assistée sur 396 patientes, Moawad & Al. retrouvaient comme facteurs associés significativement l'âge (p =0,001), l'antécédent de laparotomie (p=0,003), l'allongement de la durée opératoire (p<0,001) et les complications per opératoires (p=0,005) [52].

La revue de la littérature de Sanabria & Al. [53] incluant 9 études rétrospectives non randomisées avec 16 423 patientes étudiait les taux d'ambulatoire, de consultations en urgence dans les 30 jours et leurs facteurs de risque après chirurgie gynécologique bégnine ou maligne par coelioscopie ou robot-assistée. Leurs résultats décrivaient trois études retrouvant plus de complications per opératoires dans le groupe échec d'ambulatoire dont une étude avait un résultat significatif (p=0,001) [54]. Ils concluaient à la nécessité de sélectionner les patientes selon les critères suivants : âge < 70 ans, début de l'intervention avant 13h, durée d'intervention <2h et absence de complication per opératoire.

Des résultats similaires étaient retrouvés par Penner & Al. [55] dans une étude rétrospective sur 141 patientes opérées d'une chirurgie de staging par coelioscopie pour cancer endométrial ou cervical analysant les facteurs associés à l'échec d'ambulatoire et aux consultations en urgence dans les 14 jours. Leur taux de succès d'ambulatoire était de 83,7% (118/141), et parmi les facteurs d'échec d'ambulatoire, on retrouvait le début de l'intervention après 14h (p<0,0001) et la douleur en salle de réveil (p=0,006). Il n'était pas mis en évidence de différence de consultation en urgence par rapport aux patientes hospitalisées (p=0,48) ni de facteur prédictif de ces consultations (p=0,01).

Étant donné le faible taux d'échec dans notre série et la présence d'un cas non lié à une raison médicale (neige), il ne nous a pas semblé opportun de réaliser une étude des facteurs de risque d'échec de l'ambulatoire.

Dans nos données, nous avons retrouvé 93/105 patientes (88,5%) de qui se déclaraient « très satisfaites » ou « satisfaites ». Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude pilote retrouvant 26/30 (86,7%) de patientes « très satisfaites » ou « satisfaites » [29].

Dans une étude rétrospective, Guérin & Al. comparaient la satisfaction des patientes après PFC de 42 patientes prises en charge en ambulatoire à celles de 42 patientes hospitalisées [31]. Ils ne retrouvaient pas de différence significative entre les deux groupes (p=0,17) avec 85,7% (36/42) des patientes se déclarant « très satisfaites » ou « satisfaites » dans le groupe ambulatoire. Environ 36% (15/42) des patientes du groupe ambulatoire déclaraient qu'elles auraient préféré rester une nuit.

Nous avions des résultats similaires dans notre étude avec 97,2% (105/108) des patientes qui referaient l'intervention et 97,2% (105/108) qui la conseilleraient à une amie. Nous retrouvions, en revanche, seulement 12/104 (11,5%) qui auraient préféré rester une nuit. Seulement une de nos patientes non satisfaites déclarait qu'elle aurait préféré rester une nuit, ne referait pas l'intervention et ne la conseillerait pas à une amie. Hickman & Al. rapportaient dans leur groupe PFC ambulatoire, une satisfaction élevée et un taux important de patientes (91,9%) qui recommanderaient l'ambulatoire à un proche qu'elles soient sorties ou non en ambulatoire [33].

Nous avons retrouvé une amélioration de la symptomatologie, évaluée par le PGI-I [35], ressentie comme importante dans 83/108 (76,9%) des cas. Pan & Al., dans une étude prospective évaluant l'apport de protocoles de RAAC pour la PFC ambulatoire, concluaient que ceux-ci amélioraient le ressenti des patientes en post-opératoire. [56]. Ces deux résultats soulignent que l'ambulatoire est un concept d'organisation centrée sur la patiente [57].

Les points forts de notre étude étaient le caractère multicentrique, le nombre de chirurgiens ayant pratiqué les interventions, l'absence de standardisation des protocoles. Par ailleurs notre taux de réponse aux questionnaires (environ 80%) est élevé.

La principale limite de l'étude est son design rétrospectif. Les données de notre étude sont également limitées par l'absence de groupe témoin comprenant des patientes prises en charge en hospitalisation conventionnelle.

Cette étude rapporte une faisabilité de la PFC en chirurgie ambulatoire dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Nous avons également pu attester d'une grande satisfaction des patientes qui conseilleraient ou referaient l'intervention dans ces conditions.

Nos résultats sont favorables à la promotion de la chirurgie ambulatoire en statique pelvienne. Néanmoins il ressort que si l'ambulatoire peut s'adresser à une large population, il est nécessaire de la réaliser dans un encadrement adapté et centré sur la patiente qui doit être préparée à cette modalité.

Références

1. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecology J. 2013;24:1783-90.

2. Weintraub AY, Glinter H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. Int Braz J Urol. 2020;46:5-14.

3. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol. 2005;192:795-806.

4. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. Prog En Urol. 2009;19:907-15.

5. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, Colling J, Clark A. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1997;89:501-6.

6. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. Obstet Gynecol. 1994;84:885-8.

7. Rozet F, Mandron E, Arroyo C, Andrews H, Cathelineau X, Mombet A, et al. Laparoscopic Sacral Colpopexy Approach for Genito-Urinary Prolapse: Experience with 363 Cases. Eur Urol. 2005;47:230-6.

8. Sarlos D, Kots L, Ryu G, Schaer G. Long-term follow-up of laparoscopic sacrocolpopexy. Int Urogynecology J. 2014;25:1207-12.

9. Pacquée S, Nawapun K, Claerhout F, Werbrouck E, Veldman J, D'hoore A, et al. Long-Term Assessment of a Prospective Cohort of Patients Undergoing Laparoscopic Sacrocolpopexy: Obstet Gynecol. 2019;134:323-32.

10. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, et al. Clinical Practice Guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017;46:387-91.

11. Deffieux X, Thubert T, de Tayrac R, Fernandez H, Amarenco G, Jousse M, et al. Recommandations concernant la convalescence après chirurgie de l'incontinence ou du prolapsus génital : une enquête chez des chirurgiens français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2011;40:29-35.

12. Sheilds LV. Outpatient or hospital day-care for minor gynecologic procedures. Am J Obstet Gynecol. 1969;104:809-13.

13. Kroneman M. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery. Ambul Surg. 2001;9:147-54.

14. Royal College of Surgeons of England. Commission on the provision of surgical services. Guidelines for day surgery. Revised edition; 1992 [First published 1985].

15. Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence. Pr Louis-François Hollender (président), Jean-Fran çois Lacronique (coordinateur). Rev Hosp France 1995;2(2):156—71.

16. Section 3 : Structures de soins alternatives à l'hospitalisation (Articles D6124-301 à D6124-305) - Légifrance

17. Circulaire DGOSR5 no 2011-311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).pdf.

18. Circulaire n°DGOSR5201174 du 24 fevrier 2011 relative au guide methodologique d'elaboration du schema regional d'organisation des soins (SROS-PRS).pdf.

19. Instruction DGOSR32010457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire perspectives de développement et démarche de gestion du risque.pdf.

20. Martin PL, Rust JA. Surgical gynecology for the ambulatory patient: Clin Obstet Gynecol. 1974;17:205-15.

21. Loterstajn N, Villefranque V, Pizzoferrato A-C. Faisabilité de la cœlioscopie gynécologique en ambulatoire. Une étude prospective à propos de 50 cas. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;45:29-35.

22. Maheux-Lacroix S, Lemyre M, Couture V, Bernier G, Laberge PY. Feasibility and Safety of Outpatient Total Laparoscopic Hysterectomy. JSLS. 2015;19:e2014.00251.

23. Reboul Q, Mehdi A, Chauleur C. L'hystérectomie par voie vaginale en ambulatoire : étude de faisabilité et de satisfaction des patientes. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018;46:65-70.

24. Dedden SJ, Geomini PMAJ, Huirne JAF, Bongers MY. Vaginal and Laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;216:212-23.

25. Bruneau L, Randet M, Evrard S, Damon A, Laurent F-X. Prise en charge ambulatoire de l'hystérectomie laparoscopique : évaluation de la faisabilité et de la satisfaction des patientes. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2015;44:870-6.

26. Hamid D. Résultats préliminaires de la prise en charge ambulatoire du prolapsus vaginal. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;45:580-4.

27. Papa Petros PE. Ambulatory surgery for urinary incontinence and vaginal prolapse. Med J Aust. 1994;161:171-2.

28. Drapier E, De Poncheville L, Dannappel T, Clerc P, Smirnoff A. Prise en charge ambulatoire de la promontofixation laparoscopique pour prolapsus génital. Prog En Urol. 2014;24:51-6.

29. Keller V, Rambeaud C, Binelli C, Gombaud G, Agostini A, Villefranque V. Feasibility of sacrocolpopexy by outpatient laparoscopic surgery. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017;46:727-30.

30. Rambeaud C, Marcelli M, Cravello L, Boubli L, Tourette C, Agostini A. Étude pilote de faisabilité de la promontofixation cœlioscopique en ambulatoire. Prog En Urol. 2017;27:569-75.

31. Guérin S, Nyangoh Timoh K, Khene Z-E, Rousseau C, Codet YP, Braguet R, et al. Outpatient laparoscopic sacrocolpopexy: Feasibility and patient satisfaction. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021;50:102118.

32. Barriol D, Monges A, Taïb E, Anfossi E, Lacoste J. Promontofixation cœlioscopique en chirurgie ambulatoire. Prog En Urol. 2016;26:801-2.

33. Hickman LC, Paraiso MFR, Goldman HB, Propst K, Ferrando CA. Same-Day Discharge After Minimally Invasive Sacrocolpopexy Is Feasible, Safe, and Associated With High Patient Satisfaction. Female Pelvic Med Reconstr Surg [Internet]. 2021

34. Prise en charge anesthesique des patients en hospitalisation ambulatoire. Ann Fr Anesth Réanimation. 2010;29:67-72.

35. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Validation of the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) for urogenital prolapse. Int Urogynecology J. 2010;21:523-8.

36. Toumi M, Tourette C, Marcelli M, Pivano A, Rambeaud C, Agostini A. Risk of de novo posterior vaginal prolapse after anterior laparoscopic sacrocolpopexy: Evaluation at one year. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020;49:101799.

37. Chung F, Chan VWS, Ong D. A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for home readiness after ambulatory surgery. J Clin Anesth. 1995;7:500-6.

38. Baden WF, Walked TA. Genesis of the Vaginal Profile: A Correlated Classification of Vaginal Relaxation: Clin Obstet Gynecol. 1972;15:1048-54.

39. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996;175:10-7.

40. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications: A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. Ann Surg. 2004;240:205-13.

41. Courtieu C, Cornille A, Vaast M, Lacombe S, Panel L. Prospective feasability study of ambulatory surgery for pelvic organ prolapse. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019;236:36-40.

42. Sato H, Abe H, Ikeda A, Miyagawa T, Sato K. Complications and clinical outcomes of laparoscopic sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. J Obstet Gynaecol. 2021;41:128-32.

43. Ulrich D, Preyer O, Bjelic-Radisic V, Roithmeier F, Kropshofer S, Huemer H, et al. The Austrian Sacrocolpopexy Registry: Surgical Techniques, Perioperative Safety, and Complications. J Minim Invasive Gynecol. 2021;28:909-12.

44. Pontvianne M, Riss J, Goillot V, Aubry G, Lecointre L, Akladios C. Prise en charge ambulatoire de l'hystérectomie par voie mini-invasive : analyse des causes de résistances liées aux professionnels de santé. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2019;47:831-5.

45. Evans S, Myers EM, Vilasagar S. Patient perceptions of same-day discharge after minimally invasive gynecologic and pelvic reconstructive surgery. Am J Obstet Gynecol. 2019;221:621.e1-621.e7.

46. Robison EH, Smith PE, Pandya LK, Nekkanti S, Hundley AF, Hudson CO. Readmissions and perioperative outcomes for same-day versus next-day discharge after prolapse surgery. Int Urogynecology J [Internet]. 2021

47. Romanova AL, Carter-Brooks C, Ruppert KM, Zyczynski HM. 30-Day unanticipated healthcare encounters after prolapse surgery: impact of same day discharge. Am J Obstet Gynecol. 2020;222:482.e1-482.e8.

48. Kisby CK, Polin MR, Visco AG, Siddiqui NY. Same-Day Discharge After Robotic-Assisted Sacrocolpopexy. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2019;25:337-41.

49. Evans S, McCarter M, Abimbola O, Myers EM. Enhanced Recovery and Same-Day Discharge After Minimally Invasive Sacrocolpopexy. Female Pelvic Med Reconstr Surg [Internet]. 2021

50. Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, et al. Patient Selection for Day Case-eligible Surgery. Anesthesiology. 2013;119:1310-21.

51. Kataria T, Cutter TW, Apfelbaum JL. Patient Selection in Outpatient Surgery. Clin Plast Surg. 2013;40:371-82.

52. Moawad G, Tyan P, Vargas V, Park D, Young H, Marfori C. Predictors of Overnight Admission after Minimally Invasive Hysterectomy in the Expert Setting. J Minim Invasive Gynecol. 2019;26:122-8.

53. Sanabria D, Rodriguez J, Pecci P, Ardila E, Pareja R. Same-Day Discharge in Minimally Invasive Surgery Performed by Gynecologic Oncologists: A Review of Patient Selection. J Minim Invasive Gynecol. 2020;27:816-25.

54. Philp L, Covens A, Vicus D, Kupets R, Pulman K, Gien LT. Feasibility and safety of same-day discharge after laparoscopic radical hysterectomy for cervix cancer. Gynecol Oncol. 2017;147:572-6.

55. Penner KR, Fleming ND, Barlavi L, Axtell AE, Lentz SE. Same-day discharge is feasible and safe in patients undergoing minimally invasive staging for gynecologic malignancies. Am J Obstet Gynecol. 2015;212:186.e1-186.e8.

56. Pan C, Hale D, Heit M. Enhanced Recovery Protocol Enhances Postdischarge Recovery After Laparoscopic Sacrocolpopexy. Female Pelvic Med Reconstr Surg [Internet]. 2021

57. Bontemps G. Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire. Presse Médicale. 2014;43:309-18.

Annexes

Figure 1 Flow chart

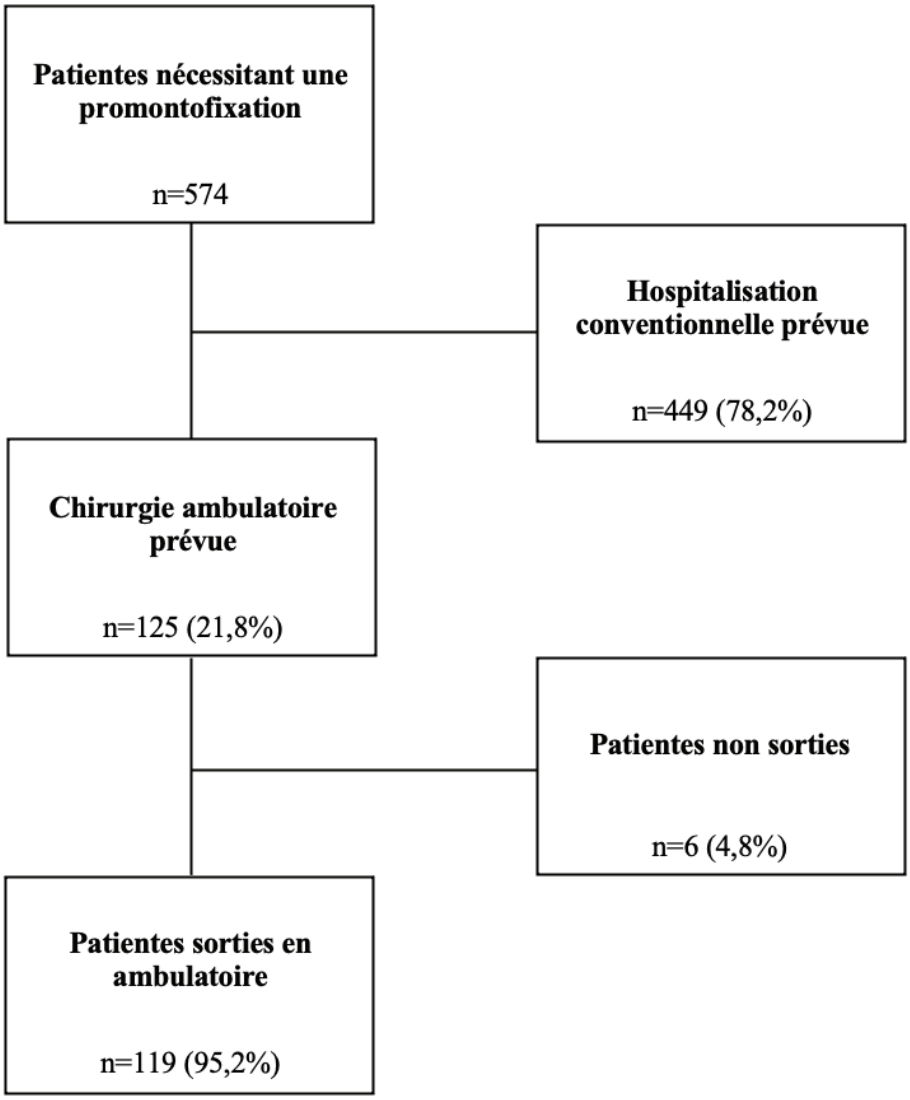

Tableau 1 Caractéristiques des patientes

Variable (n*)	Moyenne ± écart-type	n (%)
Âge (années) (125)	59,8 ± 11,5	
IMC (kg/m^2) (125)	24,30 ± 3,57	
Statut hormonal (125)		
Non ménopausée		28 (22,4)
Ménopausée		97 (77,6)
Parité (123)	2,4 ± 1,0	
Antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne (125)		58 (46,4)
Antécédent chirurgical pour prolapsus (125)		7 (5,6)
Voie vaginale		4 (57,1)
Voie coelioscopique		2 (28,6)
Laparotomie		1 (14,3)
Évaluation initiale du prolapsus (125)		
POP-Q (101)		
Aa	1,3 ± 1,5	
Ba	1,8 ± 1,8	
C	0,7 ± 3,0	
Ap	0,0 ± 1,7	
Bp	- 0,3 ± 2,3	
Baden-Walker (24)		
C	3 ± 1	
H	3 ± 1	
R	2 ± 1	
Domicile (125)		
Distance hôpital (km)	14,1 ± 18,2	
Temps de trajet (min)	18,6 ± 12,5	

* nombre de patientes avec données disponibles
IMC : Indice de Masse Corporelle

Tableau 2 Caractéristiques péri opératoires

Variable (n*)	Moyenne ± écart-type	n (%)
Temps d'intervention (min) (116)	105 ± 32	
Type de mèche (123)		
Antérieure seule		17 (13,8)
Antérieure et postérieure		106 (86,2)
Gestes associés (122)		**66 (54,1)**
Salpingectomie		45 (36,9)
Annexectomie		6 (4,9)
Kystectomie		2 (1,6)
Myomectomie		1 (0,8)
Hystérectomie		10 (8,2)
Endométriose profonde		3 (2,5)
Adhésiolyse		21 (17,2)
Conisation		1 (0,8)
Trachélectomie		1 (0,8)
Complication per-opératoire (125)		**5 (4,0)**
Plaie vésicale		3 (2,4)
Plaie digestive		1 (0,8)
Brulure cutanée		1 (0,8)
Temps intra-hospitalier (heures) (118)	9h42 ± 2h38	

* nombre de patientes avec données disponibles

Tableau 3 Succès ambulatoire et satisfaction des patientes

Variable (n*)	Moyenne ± écart-type	n (%)
Patientes opérées (125)		
Sortie en ambulatoire		119 (95,2)
Hospitalisée le jour de l'intervention		6 (4,8)
Consultation en urgence dans les 7 jours (119)		3 (2,5)
Questionnaire global		
Referait l'intervention (108)		105 (97,2)
Conseillerait l'intervention en ambulatoire à un proche (108)		105 (97,2)
Aurait préféré rester une nuit (104)		12 (11,5)
Évaluation de la satisfaction de la prise en charge ambulatoire (105)		
Très déçue		1 (1,0)
Déçue		2 (1,9)
Plutôt satisfaite		9 (8,6)
Satisfaite		37 (35,2)
Très satisfaite		56 (53,3)
Questionnaire PGI-I (108)		
Très améliorée		55 (50,9)
Améliorée		28 (26,0)
Un peu améliorée		5 (4,6)
Inchangée		5 (4,6)
Un peu aggravée		5 (4,6)
Aggravée		0 (0,0)
Très aggravée		10 (9,3)

* nombre de patientes avec données disponibles

Annexe 1 Questionnaire de satisfaction

Renseignements

3 premières lettres du nom : …… …… ……

Date de naissance : ……../……./……

Date de votre intervention chirurgicale : ……../……./……

Date de remplissage du questionnaire : ……../……./……

Questionnaire général

- Si l'opération était à refaire, la referiez-vous ? □ OUI □ NON
- Conseilleriez-vous cette opération à une amie ? □ OUI □ NON
- Auriez-vous préféré rester une nuit en hospitalisation ? □ OUI □ NON
- Quel niveau de satisfaction donnez-vous à votre prise en charge chirurgicale en ambulatoire ?
  1. Très Déçue
  2. Déçue
  3. Plutôt satisfaite
  4. Satisfaite
  5. Très satisfaite

Annexe 2 Patient Global Impression of Improvement [35]

Check the number that best describes how your post-operative condition is now compared with how it was before you had the surgery:	
Very much better	1
Much better	2
A little better	3
No change	4
A little worse	5
Much worse	6
Very much worse	7

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction :

La promontofixation coelioscopique (PFC) est une intervention courante recommandée dans la prise en charge des prolapsus et habituellement suivie d'une hospitalisation de courte durée. Le développement de l'ambulatoire est un des enjeux majeurs actuellement pour les autorités sanitaires.

Le but de notre étude est d'évaluer la faisabilité de la promontofixation coelioscopique en chirurgie ambulatoire ainsi que la satisfaction des patientes.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique réalisée dans quatre centres de mai 2016 à décembre 2019 incluant les patientes opérées d'une PFC en ambulatoire. Le critère de jugement principal était le succès de la prise en charge ambulatoire défini comme la sortie le soir de l'intervention. Les critères de jugement secondaires étaient le niveau de satisfaction des patientes évalué par des questions simples, l'amélioration ressentie par la patiente évaluée par un questionnaire validé (PGI-I), le taux de complications per opératoires et les taux de consultations en urgence dans les 7 jours.

Résultats :

Sur la période étudiée, nous avons inclus 125 patientes. Le taux de succès de l'ambulatoire était de 95,2% (119/125). Le taux de complication per opératoire était de 4% (5/125). Parmi les patientes sorties en ambulatoire, 3/119 (2,5%) ont consulté en urgence dans les 7 jours. Sur les 105 patientes (84%) ayant répondu au questionnaire de satisfaction, 93 (88,5%) se déclaraient « satisfaites » ou « très satisfaites ». Les patientes déclaraient être « très améliorées » ou « améliorées » par rapport à leur symptomatologie pré opératoire dans 83/108 (76,9%) des cas.

Conclusion :

Notre étude retrouve un taux élevé de réussite de la PFC en ambulatoire associé à un taux élevé de satisfaction. Nos données sont en faveur de la diffusion d'une prise en charge ambulatoire pour la promontofixation coelioscopique.

Mots-clés : promontofixation, chirurgie ambulatoire, prolapsus, coelioscopie, faisabilité, satisfaction