



HAL
open science

Étude observationnelle rétrospective de l'activité de chirurgie orale au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière : bilan d'activité de janvier 2022 à juillet 2023

Yasmine Nemouchi

► To cite this version:

Yasmine Nemouchi. Étude observationnelle rétrospective de l'activité de chirurgie orale au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière : bilan d'activité de janvier 2022 à juillet 2023. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04647824

HAL Id: dumas-04647824

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04647824v1>

Submitted on 15 Jul 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE

Année 2024

N° D029

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 26 février 2024

Par

Yasmine NEMOUCHI

**Étude observationnelle rétrospective de l'activité de chirurgie orale
au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de la Pitié
Salpêtrière : Bilan d'activité de janvier 2022 à juillet 2023**

Dirigée par Mme le Professeur Géraldine Lescaille
Co-dirigée par Mme le Docteur Marine Mondoloni

JURY

Mme le Professeur Géraldine Lescaille

Président

M. le Docteur François Ferré

Assesseur

Mme le Docteur Annabelle Tenenbaum

Assesseur

Mme le Docteur Marine Modoloni

Assesseur



L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse d'exercice comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation, auprès du ou des titulaires des droits. Le droit de citations doit s'exercer avec rigueur et discernement. Certaines citations peuvent comporter un extrait textuel de la source. Cet extrait textuel doit être relativement court (une quinzaine de lignes tout au plus), mis entre guillemets ou clairement séparé du corps du texte et bien évidemment référencé en citation. En ce qui concerne la citation sans extrait textuel (mention d'idées ou concepts originaux, données chiffrées, figures, etc.), il faut également en citer la source. Toute figure, tableau, graphique reproduit doit également être accompagné de la citation de la source. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse d'exercice. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers.

Yasmine NEMOUCHI

Tableau des enseignants de l'UFR d'Odontologie

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme M. Molla-AUJAY DE LA DURE Mme É. DURSUN Mme S. VITAL	M. P.-J. BERAT (MCU associé) Mme A.-L. BONNET M. F. COURSON Mme A. VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme E. LE NORCY	M. G. DOT M. C. DUNGLAS M. P. GARREC Mme A. KAMOUN Mme B. VI-FANE
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme S. AZOGUI-LEVY M. P. PIRNAY	Mme A. GERMA Mme V. SMAÏL-FAUGERON Mme A. TENENBAUM
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme F. ANAGNOSTOU M. M. BIOSSE DUPLAN Mme M. C. CARRA Mme M.-L. COLOMBIER Mme M. GOSSET	M. A. BRUN M. D. GUEZ M. S. KERNER
	CHIRURGIE ORALE	Mme G. LESCAILLE M. L. MAMAN Mme L. RADOŇ M. N. MOREAU	Mme V. BAAROUN M. B. COURRIER Mme A.-L. EJEIL M. F. FERRÉ M. F. GAULTIER M. T. NGUYEN Mme J. ROCHEFORT M. L. SICARD Mme I. TAÏHI M. H. TARRAGANO
	BIOLOGIE ORALE	Mme C. BARDET (PU) Mme A. BERDAL Mme C. CHAUSSAIN M. V. DESCROIX M. B. FOURNIER M. B. GOGLY Mme S. SÉGUIER	Mme C. ANDRIQUE (MCU associée) M. C.-D. ARRETO M. J. BOUCHET (MCF) Mme H. CHARDIN M. P. COLLIN Mme M.-H. COTTET Mme A. COUDERT (MCF) Mme C. GORIN Mme S. HOUARI-MEJRI Mme J. ISAAC (MCF) M. O. LE MAY M. G. LIGNON (MCU associé) M. A. NASSIF Mme N. NOWWAROTE (MCU associé) M. B. PAIVA DOS SANTOS (MCF)
3. RÉHABILITATION ORALE (DÉBUT)	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme T. BOUKPESSI M. P. COLON Mme C. GAUCHER	Mme F. BERÈS Mme C. BESNAULT Mme A.-M. COLLIGNON M. F. DECUP Mme A. HARTMANN Mme K. JEDEON M. G. KUHN Mme C. MESGOUÉZ-MENEZ Mme C. MOCQUOT Mme N. PRADELLE PLASSE Mme M. ZANINI

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
3. RÉHABILITATION ORALE (SUITE)	PROTHÈSES	Mme M.-V. BERTERETCHE Mme A. BRAUD M. O. FROMENTIN M. C. RIGNON-BRET M. B. TAVERNIER Mme C. WULFMAN	M. J.-M. CHEYLAN Mme H. CITTERIO Mme M.-J. CRENN M. M. DAAS M. D. DOT M. L. DUPAGNE (MCU associé) M. N. EID M. S. ESCURE Mme I. FOUILLOUX Mme L. FRIEDLANDER M. P. GATEAU M. D. MAURICE M. P. MOULIN M. P. RENAULT Mme É. SARFATI M. J.-E. SOFFER M. P. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. Y. BOUCHER Mme L. JORDAN M. J.-F. N'GUYEN M. B. SALMON	M. J.-P. ATTAL M. C. AZEVEDO Mme R. BENBELAÏD Mme A. BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) Mme J. BOSCO M. D. BOUTER M. M. CHERRUAU M. R. FELIZARDO M. P. FRANÇOIS Mme F. MANGIONE M. A. PORPORATI (MCU associé) Mme F. TILOTTA
PROFESSEURS ÉMÉRITES		M. P. BOUCHARD Mme M.-L. BOY-LEFÈVRE Mme M. FOLLIGUET Mme M. WOLIKOW M. R. GARCIA M. J.-J. LASFARGUES M. A. LAUTROU M. G. LEVY	M. B. PELLAT Mme A. POLIARD M. J.-L. SAFFAR

Liste mise à jour le 08 décembre 2023

Remerciements

À Mme le Professeur Géraldine Lescaille ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'université Paris Diderot ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'odontologie – Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance publique – Hôpitaux de Paris ; Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie – Université Paris Cité ; Chef de service de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ;

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, pour m'avoir fait l'honneur de reprendre la direction de cette thèse, pour votre disponibilité et vos conseils tout au long de l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici, le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance la plus sincère.

À M. le Docteur François Ferré ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifié en Chirurgie orale ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Maître de Conférence des Universités UFR d'odontologie – Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris ; Chef de service de l'hôpital Charles-Foix ;

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Mme Le Docteur Annabelle Tenenbaum ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Maître de conférence des Universités, UFR d'odontologie – Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris ;

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Mme le Docteur Marine Mondoloni ; Docteur en Chirurgie Dentaire ; Chef de Clinique des universités
- *Assistant hospitalo-universitaire, UFR d'odontologie - Université Paris Cité ;*

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger cette thèse, de votre implication dans ce travail, de vos conseils et votre disponibilité ainsi que votre spontanéité et bienveillance, veuillez trouver le témoignage de ma reconnaissance la plus sincère et soyez assurée de mon estime et mon plus profond respect.

Résumé et indexation en français et anglais

Résumé :

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle permettant le retour à domicile du patient le jour même de son intervention. Cette sortie précoce implique une récupération rapide et de faibles effets secondaires liés à la chirurgie et à l'anesthésie. Le patient doit être éligible à ce type d'hospitalisation. L'objectif de notre thèse est d'évaluer l'activité de la chirurgie orale au sein de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire de l'AP-HP Pitié Salpêtrière, de définir les critères de sélection des patients, les indications, les types d'intervention et leurs durées, les risques et complications per et postopératoires, l'échec de l'ambulatoire, ainsi que la particularité de suivi du patient pris en charge en ambulatoire. Ceci à travers une étude rétrospective d'une liste de patients ayant bénéficié d'une prise en charge à l'UCA dans le cadre d'une intervention de chirurgie orale entre janvier 2022 et juillet 2023.

Discipline ou spécialité :

Chirurgie Orale

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

fMeSH : Collecte de données ; Procédures de chirurgie ambulatoire

Rameau : Bouche -- Chirurgie ; Anesthésie ambulatoire

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Title : Retrospective observational study of oral surgery activity within the outpatient surgery unit at Pitié-Salpêtrière hospital : Activity report from January 2022 to July 2023

Abstract :

Ambulatory surgery is an alternative to full hospitalization allowing the patient to return home the same day as their surgery. This early discharge implies rapid recovery and low side effects related to surgery and anesthesia. The patient must be eligible for this type of hospitalization. The aim of our study is to evaluate the activity of oral surgery within the outpatient surgery unit of the AP-HP Pitié Salpêtrière, to define the patient selection criteria, the indications, the type of the intervention and their duration, the risks and complications per and postoperatively, the failure of the outpatient procedure, as well as the particularity of follow-up of the patient treated on an outpatient basis. This is done through a retrospective study of a list of patients scheduled for an ambulatory oral surgery procedure between January 2022 and July 2023.

Branch or specialty :

Oral surgery

English keywords (MeSH) :

Data Collection ; Ambulatory Surgical Procedures

Publication type (MeSH) :

Academic Dissertation

Liste des abréviations

- AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
- AP-HP : Assistance Public des Hôpitaux de Paris
- ASA : American Society of Anesthesiologists
- CBS : Communication Bucco-Sinusienne
- DDS : Dent De Sagesse
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- EN : Echelle Numérique
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- IAAS: International Association for Ambulatory Surgery
- IPP: Identifiant Patient Permanent
- NAI : Nerf Alvéolaire Inférieur
- PCAM : Plateforme de Chirurgie Ambulatoire Multidisciplinaire
- SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil
- SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
- UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

Table des matières

INTRODUCTION3

1 : LA PRISE EN CHARGE SOUS ANESTHESIE GENERALE EN ODONTOLOGIE4

- 1.1 ETAT DES LIEUX EN FRANCE4
- 1.2 INDICATION DE L'ANESTHESIE GENERALE EN ODONTOLOGIE :4
 - 1.2.1 Liées à l'état général du patient5*
 - 1.2.2 liées à l'intervention5*
 - 1.2.3 liées à l'anesthésie locale5*
- 1.3 LES CRITERES D'ELIGIBILITE A L'HOSPITALISATION AMBULATOIRE5
 - 1.3.1 Critères liés à l'intervention 5*
 - 1.3.2 Critères liés aux patients6*
 - 1.3.3 Critères psychosociaux et environnementaux 6*
- 1.4 LES BENEFICES D'UNE PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE 7
- 1.5 LES EVENEMENTS POSTOPERATOIRES INDESIRABLES7
 - 1.5.1 La douleur7*
 - 1.5.2 L'échec de la prise en charge en ambulatoire8*

2 : DEROULEMENT D'UNE INTERVENTION AU SEIN DE L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE LA PITIE

SALPETRIERE10

- 2.1 CONSULTATION PREOPERATOIRE AVEC LE CHIRURGIEN-DENTISTE10
- 2.2 CONSULTATION D'ANESTHESIE10
- 2.3 JOUR DE L'INTERVENTION11
- 2.4 CONTACT POSTOPERATOIRE12

3 : EVALUATION DE L'ACTIVITE DE CHIRURGIE ORALE AU SEIN DE L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PITIE

SALPETRIERE : ETUDE OBSERVATIONNELLE RETROSPECTIVE14

- 3.1 MATERIELS ET METHODES14
- 3.2 OBJECTIF14
- 3.3 PATIENTS14
 - 3.3.1 Critères d'inclusion14*
 - 3.3.2 Critères d'exclusion14*
- 3.4 RECUEIL DE DONNEES15
- 3.5 RESULTAT16
 - 3.5.1 L'activité16*
 - 3.5.2 Les patients opérés17*

*3.5.3 Indications de la prise en charge en ambulatoire en chirurgie orale*18

*3.5.4 Type d'intervention*19

*3.5.5 Les risques liés à l'état général du patient et/ou l'intervention*20

*3.5.6 Durée d'intervention*22

*3.5.7 Les complications peropératoires et postopératoires*25

3.5.8 Le suivi à j128

*3.5.9 Données concernant la douleur en pré et postopératoire*28

*3.5.10 Prescriptions*32

*3.5.11 La transformation de l'hospitalisation en ambulatoire en une hospitalisation conventionnelle*33

4 : DISCUSSION35

CONCLUSION39

BIBLIOGRAPHIE41

TABLE DES FIGURES44

TABLE DES TABLEAUX45

ANNEXES46

Introduction

La chirurgie ambulatoire est définie, par la haute autorité de la santé (HAS), comme une chirurgie programmée et réalisée dans des conditions techniques nécessitant la sécurité d'un bloc opératoire. Les gestes peuvent être réalisés sous différentes modalités d'anesthésie et sont suivis d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention (1). Cela correspond à une hospitalisation de douze heures sans hébergement de nuit (2). L'acte de chirurgie est identique à celui réalisé en hospitalisation conventionnelle.

En médecine bucco-dentaire, bien qu'il soit recommandé de réaliser les actes sous anesthésie locale au fauteuil (3), l'activité au bloc opératoire progresse et devient une approche non négligeable dans la réalisation de nombreux actes dentaires, notamment en chirurgie orale. En effet, elle apporte de nombreux bénéfices aux patients et professionnels de santé en termes de qualité de soins et d'organisation. Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), lorsqu'un recours à une anesthésie générale est indiqué, la chirurgie ambulatoire doit être considérée en première intention (4).

En 2016, la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a publié un état des lieux de la chirurgie ambulatoire en France, indiquant une augmentation entre 2008 et 2016 de la pratique de l'ambulatoire pour « les chirurgies de la bouche », de 68 % à 84,3 % (5). En effet, l'évolution des pratiques en chirurgie orale a permis d'inclure des actes de plus en plus complexes en termes de techniques et de durées, qui parfois, lorsqu'ils sont indiqués, orientent vers une décision d'une prise en charge sous anesthésie générale.

L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer l'activité de chirurgie orale au sein de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) de l'Assistance Public des Hôpitaux de Paris (AP-HP) Pitié Salpêtrière entre janvier 2022 et juillet 2023, et de mettre en évidence les indications les plus fréquentes en chirurgie orale de prise en charge en ambulatoire, les différents types d'actes réalisés, leur durée, les complications per et postopératoires, l'échec de l'ambulatoire, ainsi que la spécificité du suivi du patient pris en charge en ambulatoire. Nos résultats seront comparés aux recommandations nationales et internationales de la prise en charge en ambulatoire.

1 : La prise en charge sous anesthésie générale en odontologie

1.1 État des lieux en France

Le taux national de la chirurgie ambulatoire en 2022 était de 62,8 %, avec une augmentation faible de 1.24 entre 2021 et 2022. Bien que le chiffre de 70 % des actes de chirurgie en ambulatoire fixé par le gouvernement n'a pas été atteint, il faut souligner que pour la première fois, toutes les régions de la France métropolitaine dépassaient les 60 % d'actes en ambulatoire. L'Ile de France fait partie des deux premières régions ayant recours à l'hospitalisation sans nuitée (65,22 %). Les Départements d'Outre-Mer avaient des taux entre 36.05 % pour la Guyane et 60.18 % pour la Réunion (cf. annexe 1) (6). Cependant le taux de chirurgie réalisée en ambulatoire, en France, reste inférieur à celui de nombreux pays européens. En effet le taux était déjà supérieur à 65 % en 2009 au Danemark, Finlande et en Suède (7).

Il existe une disparité du taux de l'ambulatoire en fonction du type d'intervention et en fonction des départements. En 2016 la Direction de la recherche, des études, de l'évolution et des statistiques (DREES) avait regroupé 60 interventions chirurgicales en 4 groupes en tenant compte de cette double hétérogénéité de prise en charge en ambulatoire afin de permettre de donner une image complète de l'état des lieux de la chirurgie ambulatoire en France. Les « chirurgies de la bouche » figuraient parmi les 14 interventions du 1^{er} groupe, qui se caractérisaient par une proportion de prise en charge en ambulatoire élevée (84 %), avec une faible disparité départementale des pratiques. Concernant « les chirurgies de la bouche », parmi les 18084 chirurgies réalisées sous anesthésie générale en 2016, 84,3% étaient en ambulatoire (5). il existe une légère évolution de prise en charge des extractions dentaires en ambulatoire entre 2016 où le taux était à 92,1 % et 2020 (93,4 %) (8).

Il est à noter qu'en 2022, l'AP-HP Pitié Salpêtrière faisait partie des 3 premiers CHU les plus performants et qui ont produit le plus d'innovation en ambulatoire en France (6).

1.2 Indication de l'anesthésie générale en odontologie :

La HAS recommande le recours à l'anesthésie générale en odontologie dans 3 situations : (3)

1.2.1 Liées à l'état général du patient

- ✓ Insuffisance de coopération empêchant toute évaluation et/ ou traitement bucco-dentaire à l'état vigile après échec de tentative de soin au fauteuil ;
- ✓ État général nécessitant une remise en état bucco-dentaire rapide et lourde avant thérapeutiques médico-chirurgicales urgentes (greffe d'organe, chirurgie oncologique, radio/chimiothérapie, chirurgie cardiaque...) ;
- ✓ Une limitation importante de l'ouverture buccale ou un réflexe nauséux prononcé.

1.2.2 liées à l'intervention

- ✓ Interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance et état infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence (par exemple : geste associé de drainage et/ou débridement extraction dans le cadre d'une ostéoradionécrose).

1.2.3 liées à l'anesthésie locale

- ✓ Impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie suffisant après des tentatives répétées ;
- ✓ Allergie aux anesthésiques locaux, confirmée par un bilan d'allergologie ou contre-indications signalées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché des anesthésiques locaux (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments...)

1.3 Les critères d'éligibilité à l'hospitalisation ambulatoire

Selon la DGOS, lorsqu'une indication de prise en charge sous anesthésie générale est posée, sa réalisation en ambulatoire doit être considérée en première intention (4).

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) ainsi que La HAS ont publié les critères à apprécier afin de décider d'une prise en charge en ambulatoire. Elles s'accordent sur le fait que l'éligibilité des patients est fondée sur le triptyque patient-acte-structure, qui correspond à l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place. (4,9). Il n'existe pas un guide pratique de prise en charge en ambulatoire, chaque structure devrait s'adapter en fonction de son expérience, de l'équipe médicale et des ressources disponibles.

1.3.1 Critères liés à l'intervention (4,9)

Une prise en charge en ambulatoire est recommandée lorsque :

- ✓ Le risque de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate est minime (hémorragie, instabilité cardiovasculaire, obstruction des voies aériennes postopératoires, etc.) ;
- ✓ Les douleurs postopératoires sont contrôlables ;
- ✓ Le retour à la prise alimentaire solide et liquide par voie orale est rapide ;
- ✓ Les soins postopératoires sont gérables par le patient et son entourage.

1.3.2 Critères liés aux patients (4,9)

- ✓ Il est recommandé que le patient soit de statut ASA I, II ou III stable (cf. tableau 1).
- ✓ Les patients présentant des comorbidités sévères sont éligibles uniquement si l'intervention est simple.

Tableau 1 : Classification de l'ASA

Scores :

ASA Physical Status Classification System

1 : Patient normal

2 : Patient avec anomalie systémique modérée

3 : Patient avec anomalie systémique sévère

4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante

5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention

6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Ces définitions sont disponibles dans l'édition annuelle du "ASA Relative Value Guide". Il n'y a pas d'informations supplémentaires pouvant aider à mieux classer les patients.

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, classification de l'ASA.

1.3.3 Critères psychosociaux et environnementaux (4,9)

- ✓ Le niveau de compréhension du patient des informations données concernant la prise en charge en ambulatoire ;
- ✓ La présence d'un accompagnant ;
- ✓ La compatibilité du lieu de résidence postopératoire du patient avec une prise en charge en ambulatoire.

Il existe très peu de contre-indication absolue à la chirurgie en ambulatoire. La plupart des patients sont éligibles sauf si des facteurs évalués en période préopératoire ont permis de prédire une probabilité plus élevée de séjour prolongé à l'hôpital (4). Cependant, si les critères d'éligibilité ne sont pas remplis, une hospitalisation conventionnelle est indiquée.

L'âge extrême, la distance entre le lieu de résidence du patient et l'établissement de prise en charge ne contre indiquent pas la prise en charge en ambulatoire (9).

1.4 Les bénéfices d'une prise en charge en ambulatoire (4,10)

- ✓ Réduction de risque d'exposition aux infections nosocomiales ;
- ✓ Le risque thromboembolique est plus faible en chirurgie ambulatoire comparé à la chirurgie conventionnelle ;
- ✓ Plus grande satisfaction des patients ;
- ✓ Gain d'efficacité et optimisation des temps d'utilisation des infrastructures et des blocs,
- ✓ Une réduction des coûts car la chirurgie ambulatoire mobilise moins de ressources, c'est donc un potentiel d'économie important.

1.5 Les évènements postopératoires indésirables

La chirurgie ambulatoire repose sur des règles strictes parmi lesquelles l'application de bonnes pratiques, l'information du patient, la coordination disciplinée des équipes multidisciplinaires, la ponctualité des blocs opératoires, l'anticipation, le traitement préventif de la douleur, des nausées et des vomissements (11). Cependant des évènements indésirables peuvent se produire.

1.5.1 La douleur

La chirurgie ambulatoire reste potentiellement associée à un certain nombre de complications postopératoires, principalement les douleurs (7,12,13). En effet la prévalence de la douleur aigue postopératoire après une chirurgie en ambulatoire est importante, et varie selon les études de 9% à 40%. Ceci peut engendrer un retard à la récupération postopératoire (13,14), voire parfois, une réhospitalisation, considérée comme un échec de la chirurgie ambulatoire.

La SFAR et la HAS considèrent que la maîtrise de la douleur postopératoire est une clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire. Elle allie anticipation, rigueur de la prescription et respect de l'observance.

Concernant la gestion de la douleur, elles recommandent (7,9) :

- ✓ De mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence ;
- ✓ Que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie ;
- ✓ Que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématique des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire ;

- ✓ Que les modalités de gestion et de prise des analgésiques de « secours » soient expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie ;
- ✓ D'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire ;
- ✓ De prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur postopératoire (application de froid, posture antalgique. . .).

De nombreuses études ont essayé de mettre en évidence les éléments prédictifs et les causes de la douleur postopératoire afin de permettre de mettre à jour une stratégie de gestion de douleur postopératoire appropriée. Parmi ces causes, on retrouve (15–17):

- ✓ La non-adhérence aux traitements ;
- ✓ Le type de procédure chirurgicale ;
- ✓ La douleur en préopératoire ;
- ✓ L'anxiété en préopératoire.

1.5.2 L'échec de la prise en charge en ambulatoire

La transformation de la prise en charge en ambulatoire en une hospitalisation conventionnelle est un évènement imprévu (18). En effet, il arrive qu'en postopératoire, le chirurgien oral et/ou l'anesthésiste en charge prennent la décision de ne pas autoriser le patient à sortir le jour même de l'intervention. Selon plusieurs études, le taux de réadmission après une chirurgie ambulatoire varie entre 0,2 à 8 % (18).

En France, une étude rétrospective, réalisée par Cabaton et al. sur 36 584 patients ayant bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire entre avril 2015 et juin 2017, a rapporté un taux de réadmission tous types de chirurgies confondus de 1,8 %, , dont 0.3 % après une chirurgie d'avulsion des dents de sagesse (DDS) (18).

Il existe plusieurs causes pouvant amener l'équipe chirurgicale à décider de ne pas autoriser le patient à sortir le jour même. Une étude menée par Fleisher et al. a permis d'identifier les patients pouvant être considérés comme à risque d'une hospitalisation conventionnelle. On retrouve (19) :

- ✓ L'âge : les patients de plus de 65 ans ont un risque plus élevé d'échec de la prise en charge en ambulatoire ;
- ✓ Une durée d'intervention supérieure à 120 minutes ;
- ✓ Les patients ayant des antécédents de pathologies cardio-vasculaire, artérielle, cérébro-vasculaire, cancer ou une séropositivité VIH.

Dans l'étude de Cabaton et al., les causes d'échec de la prise en charge fréquemment retrouvées sont (18) :

- ✓ Chirurgicales (hémorragie non contrôlée, fièvre...);
- ✓ Durée d'intervention ;
- ✓ Douleur non contrôlée ;
- ✓ Persistance de sensation de malaise au lever ;
- ✓ Nausées et vomissements ;
- ✓ Niveau de récupération d'état de conscience insuffisant ;
- ✓ Rétention urinaire.

2 : Déroulement d'une intervention au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de la Pitié Salpêtrière

Cette partie a été reprise de la thèse de LABENNE Fatma ayant pour intitulé « Prévention de la douleur postopératoire aigue chez les patients du service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière pris en charge au sein de l'UCA» (20). Les informations concernant les paramètres évalués en pré et postopératoire ont été rajoutées.

2.1 Consultation préopératoire avec le chirurgien-dentiste

C'est lors de cette consultation que le praticien oriente la prise en charge du patient vers une anesthésie générale, en raison de un ou plusieurs des motifs précités. Les différentes possibilités de prise en charge sont discutées avec le patient ; l'information durant cette première consultation porte également sur les actes bucco-dentaires à réaliser. Au terme de cette dernière un consentement détaillant les actes prévus et les complications de ces derniers sera signé par le patient ou son représentant légal.

Contact avec l'infirmier coordinateur du service d'odontologie : le praticien transmet par la suite le dossier administratif à l'infirmier de coordination d'odontologie, en la présence ou l'absence du patient. L'infirmier s'entretiendra avec le patient (en présentiel ou à distance), afin notamment de lui expliquer le principe de la chirurgie ambulatoire et les différentes démarches administratives à faire jusqu'au jour J. Au cours de cet entretien, un livret d'accueil de 18 pages sera également remis au patient (lors de sa prochaine venue ou par courrier lorsque le patient est absent à cette étape). Ce document lui permettra de revoir les étapes de préparation de son intervention et proposer des conseils pour améliorer ses suites opératoires (annexe 1).

2.2 Consultation d'anesthésie

Elle se fait avec un médecin anesthésiste réanimateur. C'est lors de cette consultation que la possibilité de l'anesthésie générale d'une part, et d'une prise en charge ambulatoire d'autre part, sont confirmées. Un questionnaire médical est rempli relatant les antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques. Lors de cette consultation, le statut ASA est déterminé par le médecin anesthésiste.

En plus des diverses informations délivrées lors de cette consultation, une ordonnance postopératoire d'antalgiques (cf. annexe 3) et un schéma de gestion de la douleur en fonction de son intensité (cf. l'annexe 4) sont remis au patient.

Contact pré opératoire : Un système SMS a été mis en place pour contacter les patients, d'abord quelques jours avant l'intervention pour leur confirmer la date, la veille pour leur rappeler les consignes générales ainsi que la prise de médicaments si nécessaire.

2.3 Jour de l'intervention

Avant intervention, le patient se prépare seul en mettant une tenue à usage unique (sous-vêtement, peignoir, chapeau papier, chaussettes anti-dérapantes. Une check-list est vérifiée notamment la présence de l'accompagnant pour le trajet retour (cf. annexe 5). Un infirmier de coordination conduira ensuite le patient dans la salle d'intervention. Les constantes suivantes ainsi que l'échelle de la douleur sont mesurées en préopératoire pour être comparées avec celle en postopératoire (cf. annexe 6) :

- ✓ La fréquence cardiaque ;
- ✓ La pression artérielle ;
- ✓ La température ;
- ✓ La saturation en oxygène « SaO₂ » ;
- ✓ L'évaluation de la douleur sur une échelle de 0 à 10 : si présence de douleur, sa localisation est précisée.

Le praticien s'assure que toutes les informations ont bien été comprises par le patient, que celui-ci est bien en possession des antalgiques prescrits ou au moins de l'ordonnance. Cette prescription peut d'ailleurs être modifiée en concertation avec le médecin anesthésiste présent selon le déroulé de l'intervention.

L'autorisation de sortie après l'intervention doit être confirmée, pour cela un score de Chung modifié est calculé (cf. annexe 7, 8). Il permet d'évaluer si le patient est apte à quitter l'unité de chirurgie ambulatoire. Il prend en compte :

- ✓ Les constantes vitales (température, pouls, respiration), qui sont comparées aux mesures préopératoires ;
- ✓ La déambulation : (démarche assurée sans vertige, marche possible avec assistance, démarche assurée/ vertige, N/A) ;
- ✓ Les nausées et/ou vomissements : (absents/minimes, modérés, sévères) ;
- ✓ Les saignements chirurgicaux : (absents/minimes, modérés, sévères) ;
- ✓ L'évaluation de la douleur sur une échelle de 0 à 10, et sa localisation.

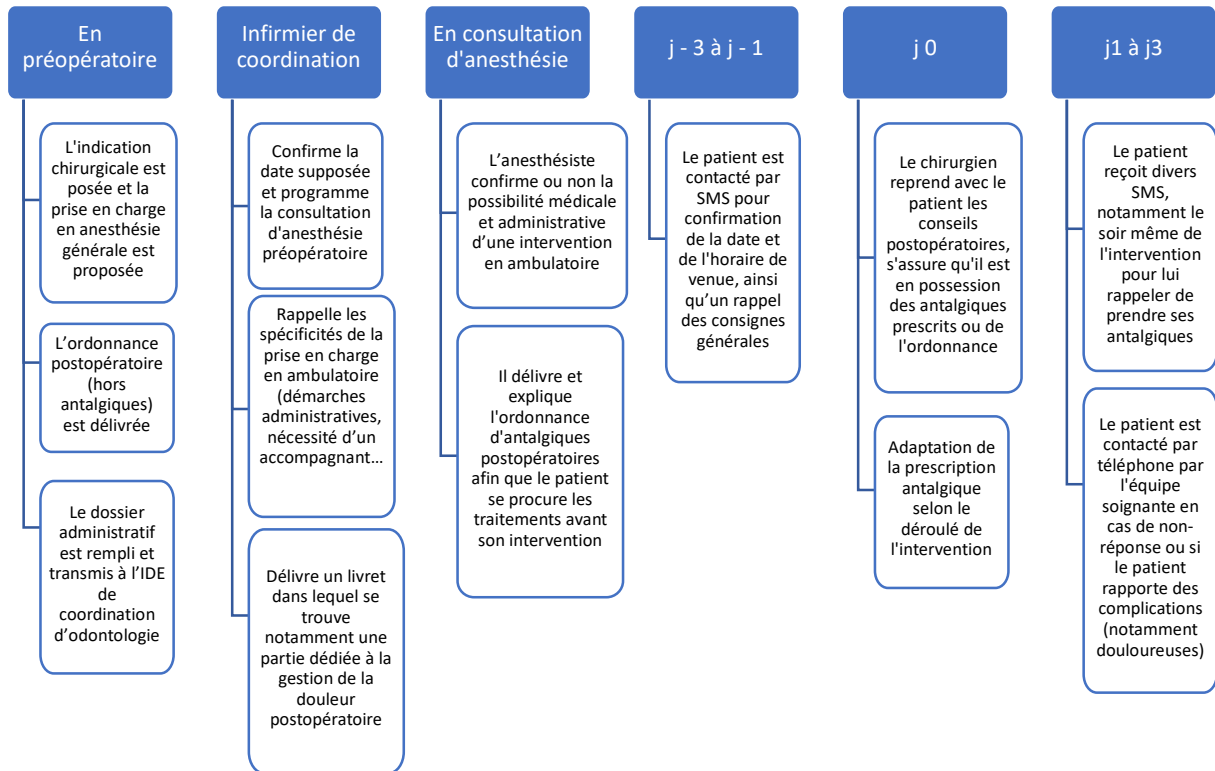
Un total de score de sortie de 9 ou 10 est compatible avec une autorisation de retour au domicile.

2.4 Contact postopératoire

Le premier contact après la sortie du patient se fait le soir même par SMS, à la fois pour connaître son état général (si tout va bien, réponse attendue = TVB), mais aussi, pour lui rappeler de prendre ses antalgiques. Un second SMS est envoyé à J1 : de manière systématique le patient sera appelé par l'équipe de Plateforme de Chirurgie Ambulatoire Multidisciplinaire (la PCAM), s'il répond ne pas se sentir bien (réponse = PB) ou s'il ne répond pas au SMS, l'infirmier effectuant l'appel vérifiera une check-list (cf. annexe 9). Il s'agit de :

- ✓ Qualité du sommeil habituelle : oui ou non ;
- ✓ Niveau de douleur actuel : échelle de 0 à 10. Si présence de la douleur, sa localisation est précisée ;
- ✓ Niveau de douleur maximum : échelle de 0 à 10. Présence de la douleur, sa localisation est précisée ;
- ✓ Respect des prescriptions de sortie médicamenteuses, de soins, et d'exams complémentaires ;
- ✓ Saignements ;
- ✓ Pansement propre ;
- ✓ Malaises ou vomissements ;
- ✓ Fièvre ou frissons ;
- ✓ Évènement notable ou contact médical depuis la sortie de l'UCA ;
- ✓ Satisfaction de la prise en ambulatoire : (très satisfait, satisfait, insatisfait, très insatisfait).

Figure 1 : Étapes pré per et postopératoire d'un patient bénéficiant d'une prise en charge en ambulatoire



Source : Labbene, *Prévention de la douleur aigue postopératoire chez les patients du service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière pris en charge au sein de l'uca : Proposition d'un protocole*, 2021.

3 : Évaluation de l'activité de chirurgie orale au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire Pitié Salpêtrière : étude observationnelle rétrospective

3.1 Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective incluant les patients ayant bénéficié d'une intervention de chirurgie orale au sein de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) de la Pitié Salpêtrière entre janvier 2022 et juillet 2023. Les variables qualitatives ont été décrites par des pourcentages et les variables quantitatives par des moyennes et écarts types.

3.2 Objectif

L'objectif de cette étude était d'analyser l'activité de chirurgie orale au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire en recueillant les données concernant : les indications de prise en charge sous anesthésie générale en chirurgie orale, les types d'actes effectués, leurs durées, les complications per et postopératoires, l'échec de l'ambulatoire.

Nous avons par ailleurs détaillé la spécificité du suivi d'un patient pris en charge en ambulatoire.

3.3 Patients

Les patients inclus dans cette étude ont été sélectionnés à partir de la liste des patients ayant bénéficié d'une intervention de chirurgie orale à l'UCA entre janvier 2022 et juillet 2023 (cf. figure 2).

3.3.1 Critères d'inclusion

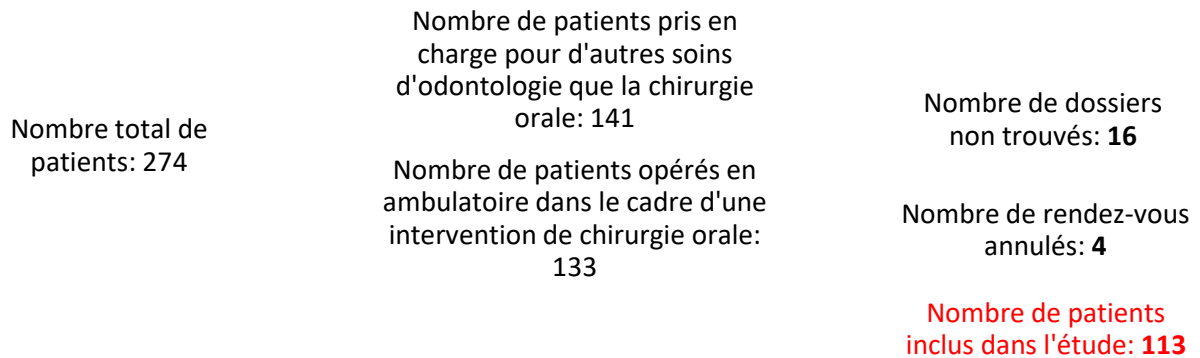
Patients ayant bénéficié d'un acte de chirurgie orale à l'UCA entre janvier 2022 et juillet 2023 dont le compte rendu de l'intervention en ambulatoire et/ou le dossier d'odontologie était disponible dans Orbis.

3.3.2 Critères d'exclusion

- Patients ayant bénéficié d'une intervention en ambulatoire pour des soins autre que la chirurgie orale (soins conservateurs/ endodontie, prothèse, parodontologie).

- Patients dont les dossiers n'ont pu être retrouvé dans le logiciel Orbis grâce à leur Identifiant Patient Permanent (IPP).
- Patients dont le rendez-vous a été annulé.

Figure 2 : Arbre décisionnel



Source : Auteur, 2023.

3.4 Recueil de données

Le recueil de données a été effectué à partir d'un tableau Microsoft Excel pour Windows ainsi que l'analyse des dossiers médicaux des patients à partir d'Orbis.

Les données recueillies pour chaque patient étaient les suivantes :

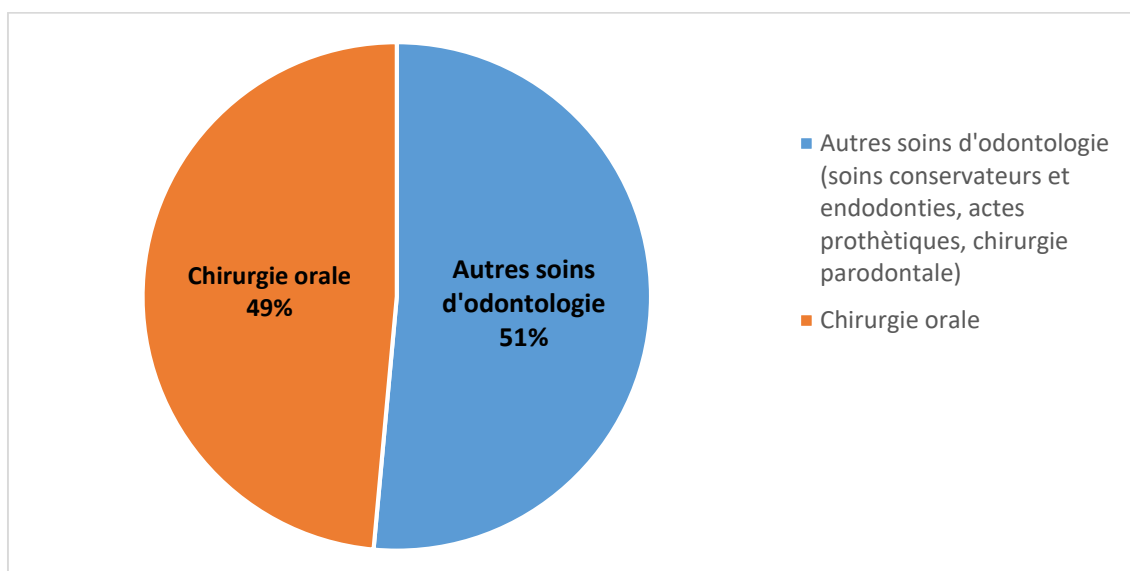
- ✓ Age du patient ;
- ✓ Sexe du patient ;
- ✓ Le statut ASA ;
- ✓ Le type d'intervention (l'acte réalisé) ;
- ✓ Durée de l'intervention ;
- ✓ Indication de la prise en charge sous anesthésie générale en ambulatoire ;
- ✓ Les risques (liés à l'intervention/ à l'état général du patient) ;
- ✓ Complications peropératoires ;
- ✓ Complications postopératoires tardives ;
- ✓ Passage aux urgences ;
- ✓ Echelle Numérique de la douleur « EN » en préopératoire ;
- ✓ EN de la douleur à la sortie ;
- ✓ EN de la douleur à J1 ;
- ✓ Le respect des prescriptions à j1 ;
- ✓ Date du rendez-vous postopératoire.
- ✓ Les prescriptions.

3.5 Résultat

3.5.1 L'activité

Entre janvier 2022 et juillet 2023, 113 patients ont bénéficié d'une intervention de chirurgie orale en ambulatoire. Cela représente 49 % des actes réalisés par les praticiens de l'équipe de chirurgie orale au sein de l'UCA (cf. figure 3). Dans 52 % des cas, un patient était opéré par jour au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire (cf. tableau 2). La comparaison entre les années 2022 et 2023 a permis de mettre en évidence une augmentation de 36 % de l'activité de chirurgie orale au sein de l'UCA (cf. tableau 3).

Figure 3 : Proportion des actes de chirurgie orale parmi les autres soins d'odontologie



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 2 : Nombre de patients opérés par jour en chirurgie ambulatoire

Nombre de patient opéré par jour	Effectifs % (n)
1	52 % (36)
2	32 % (22)
3	16 % (11)

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 3 : Évolution de l'activité de chirurgie orale au sein de l'UCA

Période	Nombre de patients opérés
Janvier - Juillet 2022	36
Janvier – Juillet 2023	49

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.2 Les patients opérés

58% des patients étaient de sexe masculin et 48 % des patients étaient ASA 1. L'âge moyen des patients était de $44,38 \pm 19,37$ ans.

47% des patients étaient âgés de 17 à 40 ans, étaient majoritairement ASA 1 (60 %). Tandis que les patients âgés de 41 à 64 ans représentaient 36 % de la population étudiée, et étaient majoritairement ASA 2 (59 %). La population ASA 3 représentait 5 % des patients (cf. tableau 4, 5).

Tableau 4 : Données concernant les caractéristiques démographiques de la population étudiée

Patients inclus		Effectif % (n = 113)
Sexe	Masculin	58 % (65)
	Féminin	42 % (48)
ASA	ASA 1	48 % (54)
	ASA 2	46 % (52)
	ASA 3	5 % (6)
	ASA 4	1 % (1)
Age	17 – 40 ans	47 % (53)
	41 – 64 ans	36 % (41)
	65 – 89 ans	17 % (19)

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 5 : Données concernant la classification ASA des patients en fonction de l'âge

Tranche d'âge	17-40ans	41-64ans	>65ans
Statut ASA			
ASA 1	60 % (32)	37 % (15)	37 % (7)
ASA 2	36 % (19)	59 % (24)	47 % (9)
ASA 3	4 % (2)	5 % (2)	11 % (2)
ASA 4	0 % (0)	0 % (0)	5 % (1)

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.3 Indications de la prise en charge en ambulatoire en chirurgie orale

65 % des interventions étaient réalisées sous anesthésie générale en raison de la complexité de l'intervention (incluant parfois plusieurs actes) et de la durée opératoire. En effet la durée moyenne opératoire était de $163,8 \pm 96,52$ minutes.

La seconde indication était la présence d'une situation de handicap (patients porteurs d'un déficit cognitif et/ ou mental) (19 %). Les autres indications sont précisées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Données concernant l'indication de la chirurgie ambulatoire

Indications	Effectifs n = 113 (%)
Intervention longue et complexe	74 (65 %)
Handicap	22 (19 %)
Phobie	7 (6 %)
Confort : demande du patient	2 (2 %)
Echec de l'anesthésie locale	1 (1 %)
Non renseigné*	8 (7 %)

* information non mentionnée dans le dossier odontologie

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.4 Type d'intervention

Au total 151 actes ont été réalisés chez 113 patients. Chez 29 % des patients deux actes ont été réalisés au cours d'une même intervention, et pour 4 % d'entre eux 3 actes ont été réalisés.

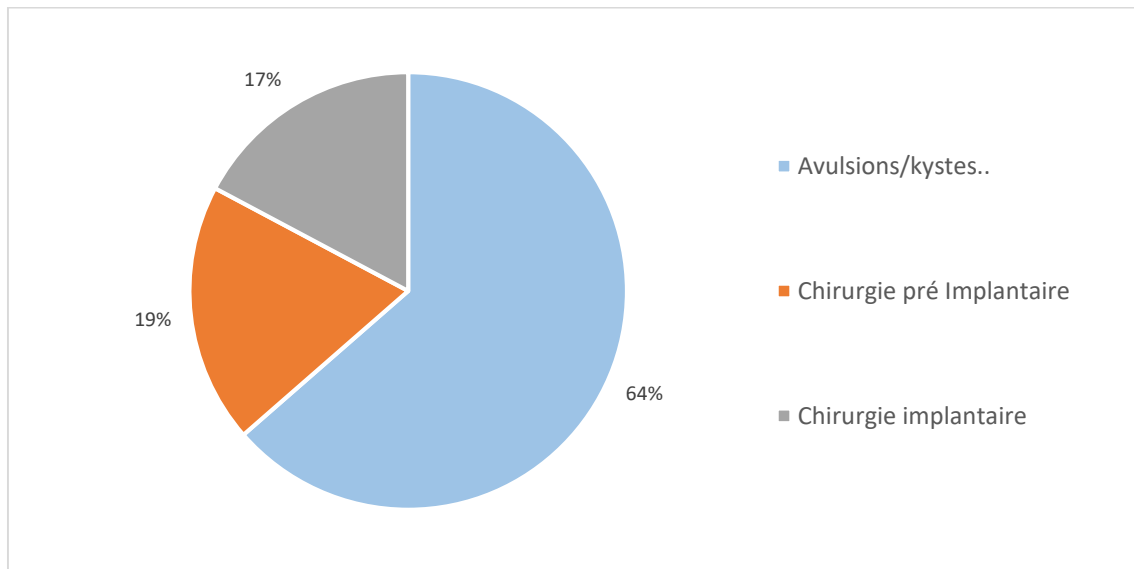
Les 3 types d'actes les plus fréquemment réalisés et représentant 64 % des intervention (cf. figure 4) étaient : l'avulsion de DDS et de dents incluses (22 %), l'avulsion d'une à plusieurs dents (20 %) et le curetage de kyste maxillaire ou mandibulaire (16 %) (cf. tableau 7). Les actes de chirurgie pré implantaire et implantaire représentaient respectivement 19 % et 17 % des intervention réalisés (cf. figure 4). Le détail des actes est résumé dans le tableau 7.

Tableau 7 : Données descriptives concernant le type d'acte réalisé au bloc opératoire

Le type d'acte		Effectif n = 151 (%)
Avulsions/kystes...	Avulsion de DDS et de dents incluses (DDS/ Canine/ Prémolaires)	33 (22 %)
	Avulsion d'une ou plusieurs dents	30 (20 %)
	Curetage de kyste maxillaire/mandibulaire	24 (16 %)
	Exérèse de lésion osseuse des mâchoires/ exérèse de kyste du plancher de la bouche	4 (3 %)
	Fermeture de communication bucco-sinusienne (CBS)	4 (3 %)
	Dégagement - collage de dents	1 (1 %)
	Chirurgie pré implantaire	Greffe osseuse d'apposition maxillaire et/ou mandibulaire
Comblement de sinus bilatéral/unilatéral avec matériau de comblement		10 (7 %)
Résection modelante de l'étage moyen de la face		1 (1 %)
Chirurgie implantaire	Pose de 1 à 11 implants ou plus	18 (12 %)
	Ablation de 1 ou plusieurs intra osseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte	6 (4 %)
	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de mandibule	2 (1 %)

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Figure 4 : Répartition des actes effectués au sein de l'UCA



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.5 Les risques liés à l'état général du patient et/ou l'intervention

Nous avons étudié les risques liés aux antécédents du patient et ceux anatomiques liés à l'intervention elle-même.

Parmi les 113 patients opérés, 77 n'avaient aucun risque, 35 patients présentaient au moins un risque lié à leur état général et ou / à l'intervention (83 % avaient un risque unique, 17 % avaient deux risques). Le risque le plus fréquent était la survenue d'une lésion nerveuse iatrogène en raison de la proximité du site d'intervention et du nerf alvéolaire inférieur (NAI) et / ou de son émergence (au niveau du foramen mentonnier) (17 %), venait ensuite le risque hémorragique (6 %) et le risque de survenue d'une communication bucco-sinusienne (CBS) (5 %). Les autres risques sont précisés dans le tableau 8. Le risque de survenue de lésions nerveuses était présent dans 60% des interventions de curetage de kyste mandibulaire. Le risque de CBS était présent dans 67 % des interventions de curetage de kystes maxillaires (cf. figure 5).

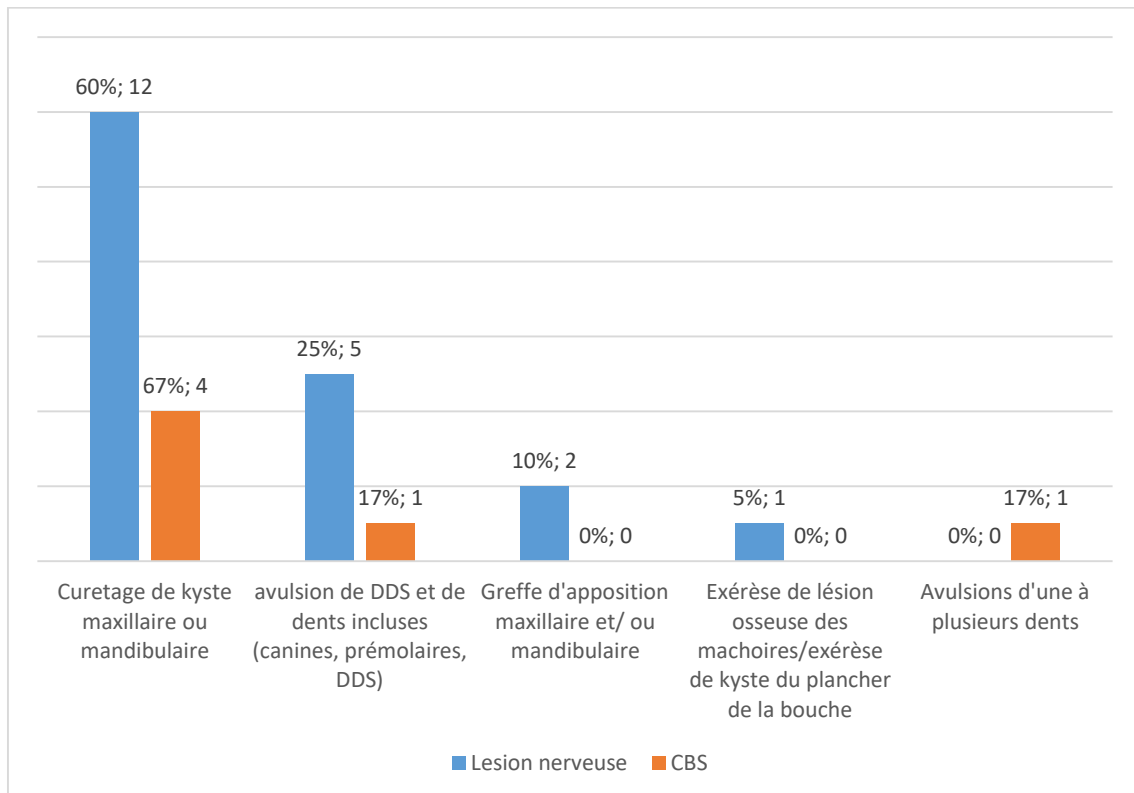
Tableau 8 : Données concernant les risques liés à l'état général du patient et anatomique

Les risques liés à l'état général/ intervention	Effectif n = 118 (%)
Aucun risque	77 (65 %)
Lésion nerveuse	20 (17 %)
Hémorragique	7 (6 %)
Communication bucco-sinusienne (CBS)	6 (5 %)
Infectieux	5 (4 %)
Ostéonécrose	1 (1 %)
Fracture de la mandibule en raison de la position de la dent de sagesse	1 (1 %)
Non renseigné*	1 (1 %)

*Pas de dossier odontologie sur Orbis

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Figure 5 : Actes et types de risques



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.6 Durée d'intervention

La durée d'une intervention était définie par le temps écoulé entre l'entrée du patient au bloc opératoire et sa sortie en salle de réveil.

Le temps opératoire moyen était de $164,22 \pm 96,84$ minutes, la variation de la durée dépendait de plusieurs facteurs notamment : le type d'acte, l'association avec d'autres actes et l'expérience du praticien.

Le tableau 9 montre les durées moyennes des interventions à acte unique et leurs écarts types par exemple lorsque l'acte de greffe osseuse d'apposition maxillaire et ou mandibulaire était unique, la durée moyenne de l'intervention était de $252 \pm 58,46$ minutes. Lorsque le même acte était associé à d'autres actes, la durée moyenne était de $318 \pm 73,04$ minutes.

Dans Le tableau 10, sont illustrés les actes multiples. Dans 68 % des cas, un seul acte a été réalisé au cours d'une même intervention (cf. figure 6).

Il est à noter que 82 % des interventions avaient une durée supérieure à 90 minutes (durée moyenne recommandée pour une prise en charge en ambulatoire par la HAS). Également en comparant les durées d'interventions par rapport à la durée prédictive de réadmission selon l'étude de Fleisher et al ; 56 % des interventions dans cette étude avaient une durée supérieure à 120 minutes.

Tableau 9 : Durées moyennes des interventions à acte unique et leurs écarts types

Intervention à acte unique	Durée moyenne (minutes)	Ecart type
Avulsion d'une à plusieurs DDS ou de dents incluses (canines, DDS, prémolaires)	111,78	46,06
Ablation de 1 à 6 implants intra osseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte	98	39,05
Curetage de kyste maxillaire ou mandibulaire	104,45	31,22
Avulsion d'une à plusieurs dents	109,67	9,42
Exérèse de kyste ou de lésion osseuse	125	11,27
Greffe osseuse d'apposition maxillaire et/ou mandibulaire	252	58,46
Pose de 1 à 3 implants	123,26	21,92
Pose de 4 implants ou plus	357	99,46
Résection modelante de l'étage moyen de la face	141	0

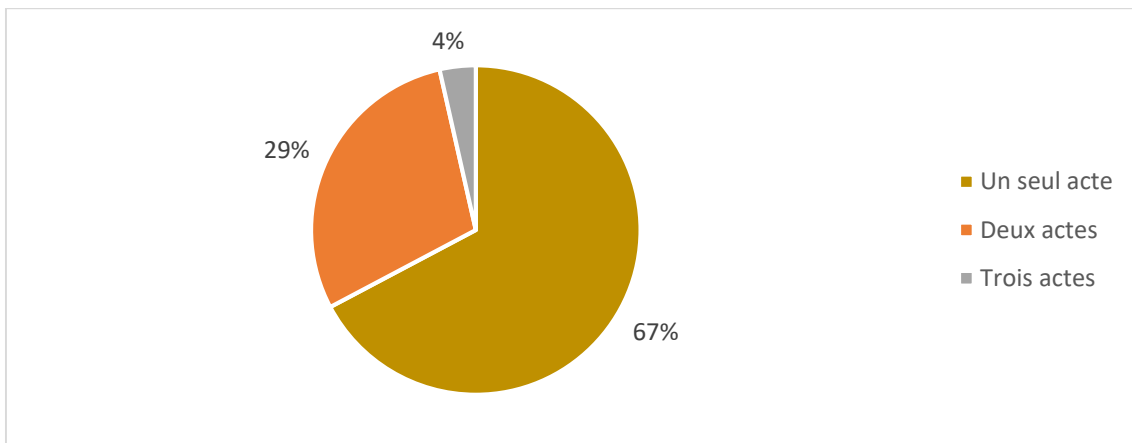
Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 10 : Durées moyennes des interventions à actes multiples et leurs écarts types

Intervention	Durée moyenne (minutes)	Ecart type
Greffe osseuse d'apposition maxillaire et/ou mandibulaire	318	73,04
Pose de 1 à 3 implants	307,5	112,42
Comblement de sinus unilatéral ou bilatéral avec greffon osseux [sinus lift]	301,7	70,73
Pose de 4 implants ou plus	262,2	79,39
Avulsion d'une à plusieurs dents	230,1	124,59
Exérèse de kyste ou de lésion osseuse	156	0
Curetage de kyste maxillaire ou mandibulaire	122,85	33,13
Avulsion d'une à plusieurs DDS et/ dents incluses (canine, DDS, prémolaires)	112,46	34,35

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Figure 6 : Nombre d'actes par intervention



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

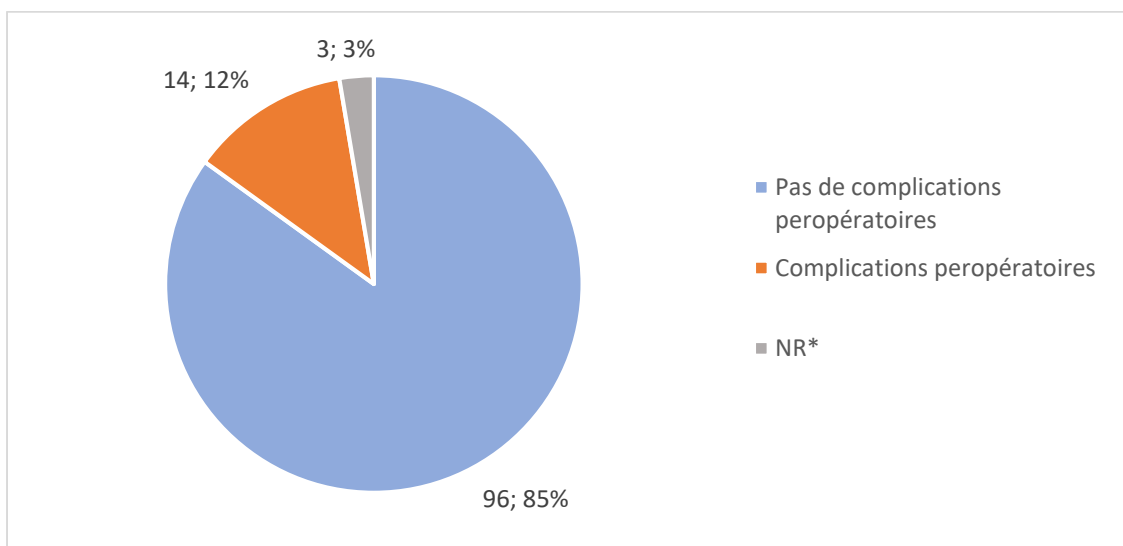
3.5.7 Les complications peropératoires et postopératoires

Complications peropératoires :

En peropératoire, 12 % des patients ont eu au moins une complication (cf. figure 7). Le taux de complications postopératoires était de 29 % (cf. figure 8).

La complication peropératoire la plus fréquente était la survenue d'une perforation de la membrane sinusienne ou d'une communication bucco-sinusienne (59 %). Il s'agissait pour 6 cas de communication bucco-sinusienne survenue au décours d'avulsions de dent de sagesse ou de curetage de kyste maxillaire et dans 4 cas perforations de la membrane sinusienne lors de sinus lift. Les autres complications sont précisées dans le tableau 11.

Figure 7 : Proportion des patients ayant eu au moins une complication peropératoire



* non renseigné

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 11 : Données concernant les complications peropératoires

Complication peropératoire	Effectif n (%)
Perforation de la membrane sinusienne/ CBS	10 (59 %)
Hémorragie gérée par les moyens locaux d'hémostase	2 (12 %)
Fracture de la tubérosité	1 (6 %)
Brûlure de la lèvre	1 (6 %)
Non renseignée = Pas de compte rendu UCA	3 (18 %)

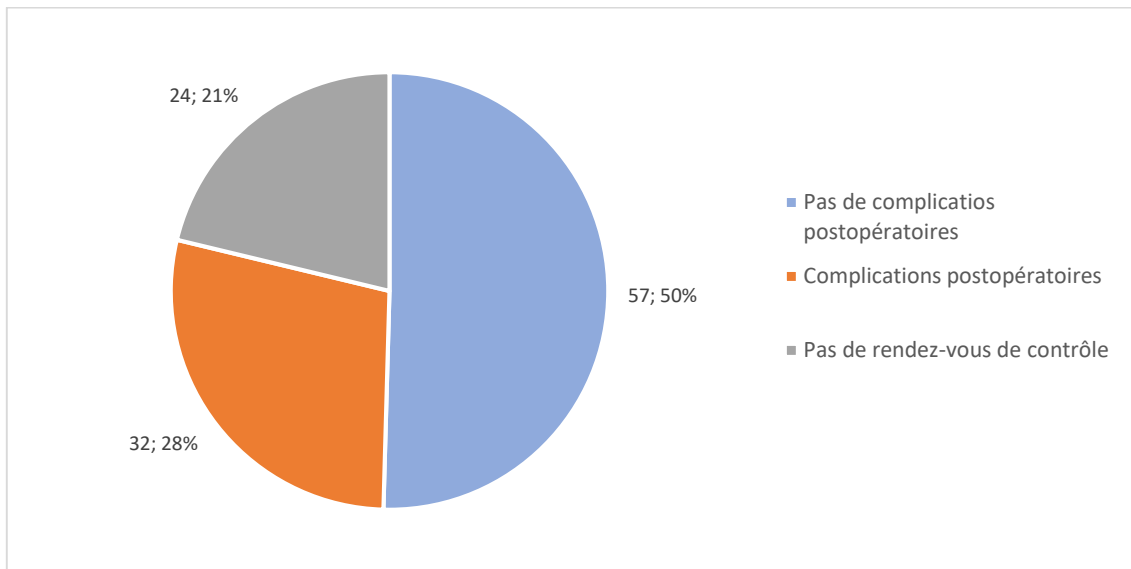
Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Complications postopératoires :

Concernant les complications postopératoires, parmi les 89 patients revus en contrôle postopératoire, 32 ont eu au moins une complication postopératoire (cf. figure 8).

La douleur était la complication postopératoire la plus fréquente (37 %), suivie des lésions nerveuses iatrogènes (20 %). Les autres complications sont résumées dans le tableau 12. Il est à noter que 89 patients ont été revus en postopératoire en moyenne dans les $17,16 \pm 14,09$ jours suivants l'intervention. Parmi eux, 5 patients ont consulté aux urgences dentaires en raison de l'apparition de complications avant leur rendez-vous de contrôle.

Figure 8 : Proportion des patients ayant au moins une complication postopératoire



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 12 : Répartition des complications postopératoires

Complication postopératoire	Effectif n (%)
Douleur	17 (37 %)
Lésion nerveuse (NAI/ nerf mentonnier)	9 (20 %)
Inflammation et/ ou suppuration au niveau du site d'intervention	7 (15 %)
Œdème labial/ hématomes faciaux/ tuméfaction	4 (9 %)
Désunion	3 (7 %)
Cicatrisation incomplète	2 (4 %)
Mobilité des dents proches du site d'intervention	1 (2 %)
Exposition osseuse	1 (2 %)
Perte de point de suture	1 (2 %)
Présence de zone fibreuse au niveau de la crête	1 (2 %)

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.8 Le suivi à j1

- 86 patients ont répondu « TVB » au sms envoyé à j1. Pour les autres patients l'information n'a pas été mentionné
- 28 patients n'ont pas été appelé à j1, parmi eux, 20 patients ont répondu TVB au sms à j1
- 3 patients étaient injoignables par téléphone et n'ont pas répondu au sms à j1
- 5 n'ont pas été autorisés à sortir et donc le suivi sms n'a pas eu lieu
- 77 patients étaient appelés à j1

3.5.9 Données concernant la douleur en pré et postopératoire

L'intensité de la douleur postopératoire faisait partie des paramètres mesurés en pré et postopératoires, et était l'un des critères pris en compte afin de permettre l'autorisation de sortie du patient après une chirurgie ambulatoire. Elle était mesurée grâce à l'échelle numérique de la douleur (EN) avec des scores allant de 0 à 10 en préopératoire, avant l'autorisation de sortie du patient et à J1 grâce à un appel téléphonique.

En préopératoire, sur un total de 91 patients pour lesquels l'intensité de la douleur a été mesuré, 97 % ont évalué leur douleur comme étant nulle et 2 % l'ont évaluée comme faible (EN 1 - 3) (cf. figure 9). A la sortie, sur un total de 106 patients pour lesquels l'information a été recueillie, 92% ont évalué leur douleur comme étant nulle et 8 % comme faible (cf. figure 10).

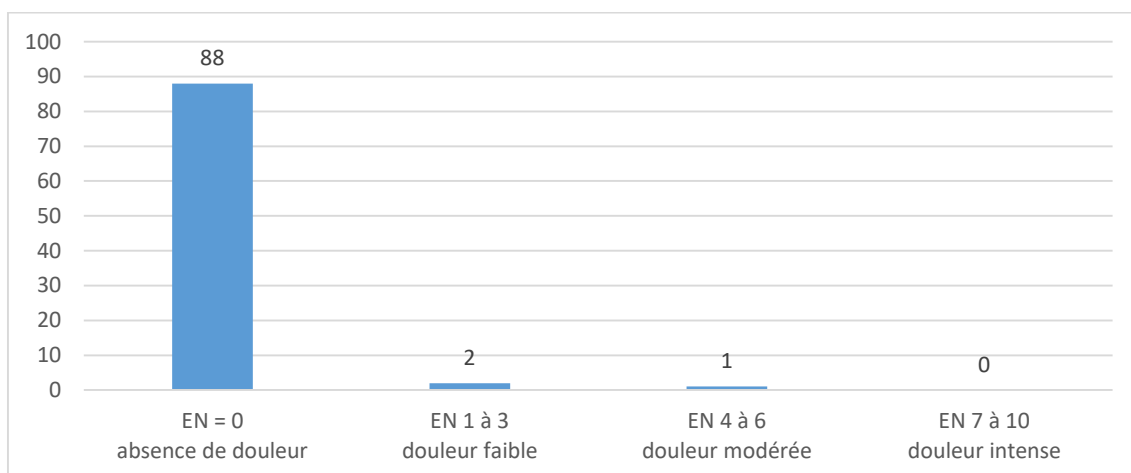
A J1, parmi les 77 patients appelé, l'information était disponible pour 38 patients. Parmi eux, 74 % ont indiqué n'avoir aucune douleur, 16 % l'ont évaluée comme faible, 5 % ont rapporté une douleur modérée (EN 4 - 6), et 5 % comme étant intense (EN 7 - 10) (cf. figure 11).

Au rendez-vous de contrôle, l'échelle de douleur n'étant pas mesurée, les résultats prennent uniquement en compte l'absence ou la présence de la douleur. Parmi les 89 patients revus, 19 % ont présenté des douleurs durant les jours suivants l'intervention (Cf. figure 12).

On constate que la douleur était dans 59 % des cas associée à d'autres complications (Cf. figure 13).

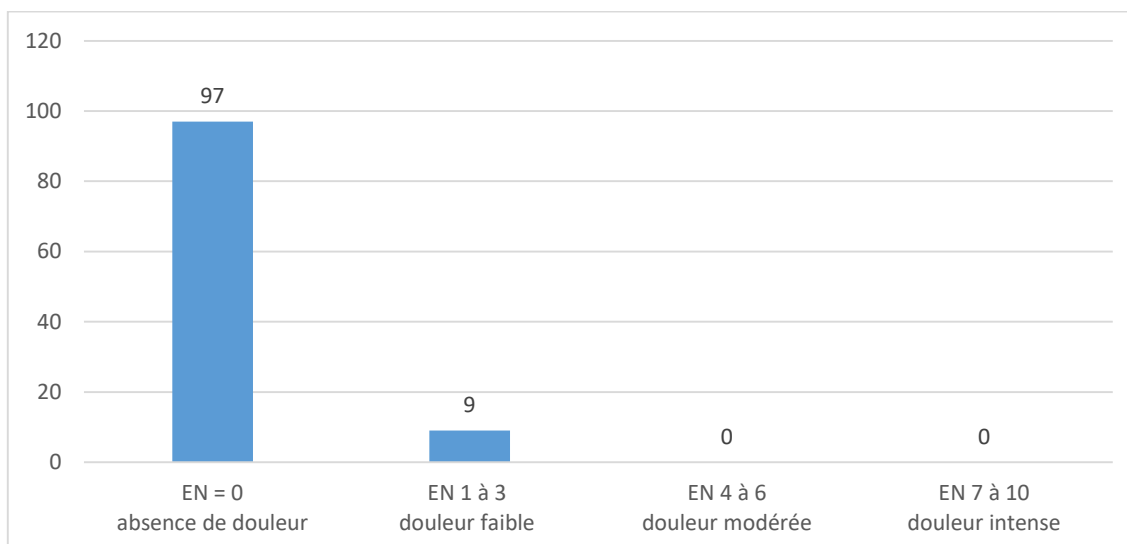
Parmi les 14 patients ayant eu des complications peropératoires, 28,6 % (n = 4) ont présenté des douleurs en postopératoire, soit 1,5 fois plus que dans l'échantillon total de patient.

Figure 9 : Échelle de douleur en préopératoire (n = 91)



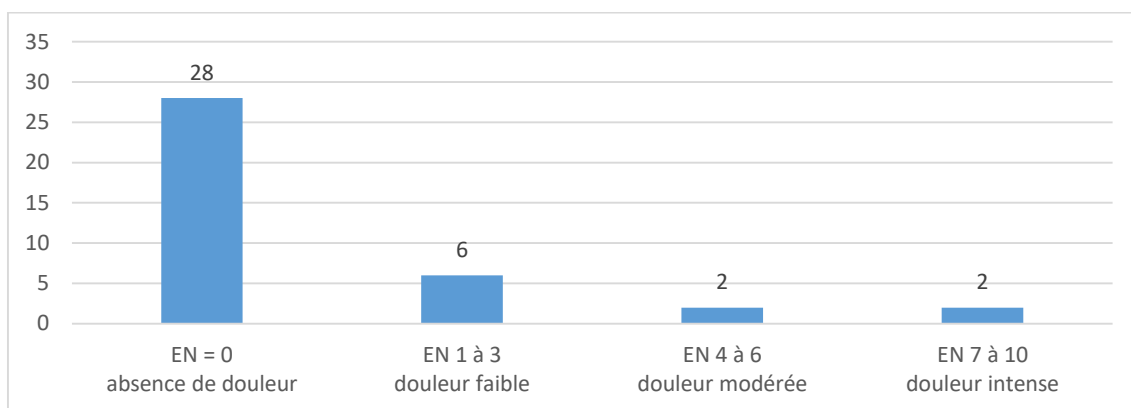
Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Figure 10 : Échelle de la douleur à la sortie (n = 106)



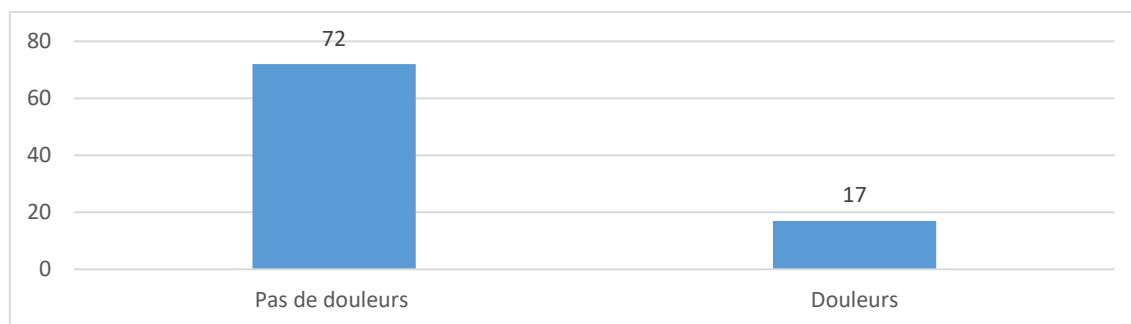
Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Figure 11 : Échelle de douleur à j1 (n = 38)



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Figure 12 : Douleur au rendez-vous de contrôle (n = 89)



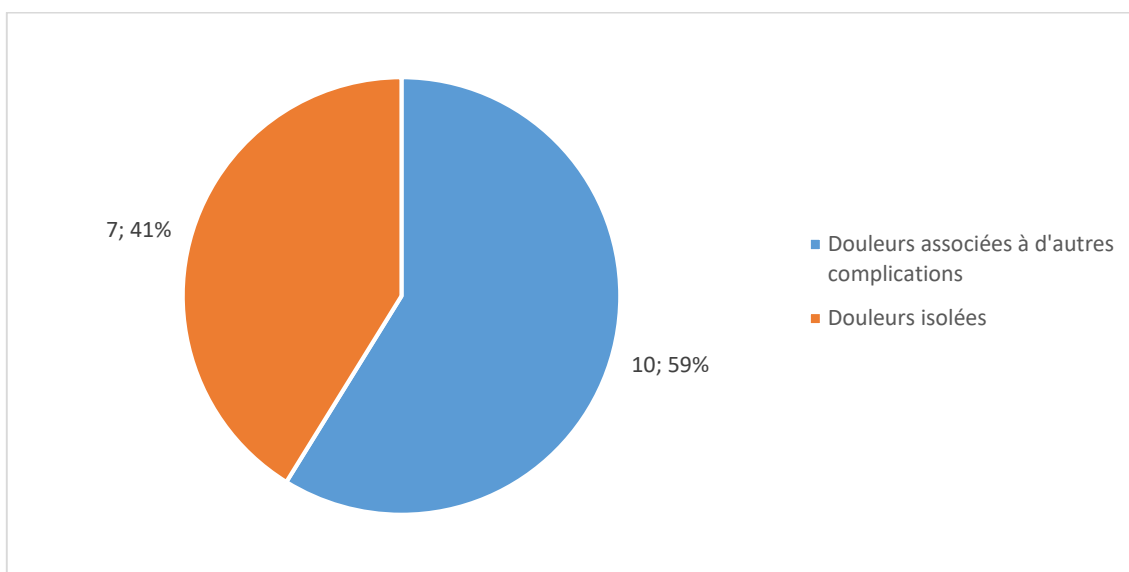
Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

La complication la plus fréquemment associée à la douleur était la présence d'une inflammation ou d'une infection du site opératoire (cf. tableau 13).

L'intervention la plus fréquemment associée à des douleurs en postopératoire était le curetage de kyste maxillaire ou mandibulaire (cf. figure 14). Sur les 24 patients ayant bénéficié de cette chirurgie, 5 ont présenté des douleurs postopératoires (20 %), pour 2 d'entre eux ces douleurs étaient associées à une lésion nerveuse.

Pour 3 patients la douleur a persisté jusqu'à 4 semaines après l'intervention (cf. tableau 14).

Figure 13 : Proportion d'association de la douleur à d'autres complications (n = 17)



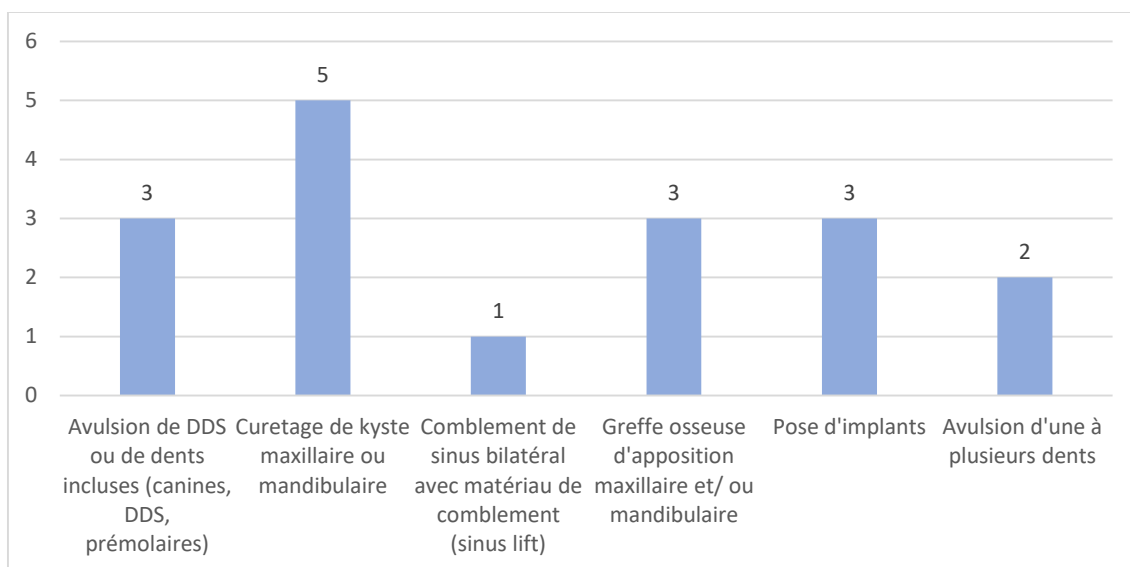
Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 13 : Données concernant l'association ou non de la douleur à d'autres types de complication

Douleur/autre complication	Effectif n = 17 (%)
Douleur associée à des lésions nerveuses	2 (12 %)
Douleur associée à une infection, inflammation du site opératoire	3 (18 %)
Douleur associée à une désunion	2 (12 %)
Douleur associée à un hématome	2 (12 %)
Douleur associée à une cicatrisation incomplète	1 (6 %)
Douleur isolée	7 (41 %)

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Figure 14 : Répartition des patients présentant une douleur en fonction du type d'intervention lors du RDV postopératoire (n = 17)



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 14 : Données concernant la persistance de la douleur après une intervention en chirurgie orale

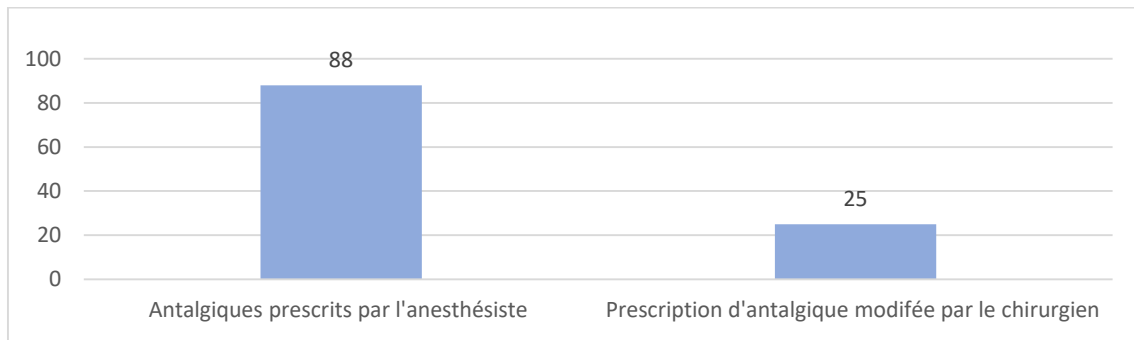
Intervalle de jours entre l'intervention et le rendez-vous de contrôle	Nombre de personne ayant eu des douleurs
5 à 7 jours	9
8 à 15 jours	5
16 à 30 jours	3

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.10 Prescriptions

Majoritairement, la prescription d'antalgiques par palier effectuée par les anesthésistes n'était pas modifiée par les praticiens (cf. figure 15). Cependant, une prescription d'antibiotiques, corticoïdes, bain de bouche et brosse à dent chirurgicale était souvent rajoutée et remise aux patients le jour de l'intervention en postopératoire (cf. tableau 15). Concernant le respect des prescriptions, 65 % des patients ont répondu « oui » quant au respect des prescriptions à J1. 3 patients n'ont pas pris leurs médicaments (cf. tableau 16).

Figure 15 : Proportion de modification de prescriptions d'analgiques faites par les anesthésistes



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 15 : Proportion des autres prescriptions en association avec les analgiques

Prescription	Effectif n (%)
Antibiotiques	85 (75 %)
Corticoïdes	61 (54 %)
Bain de bouche	95 (84 %)
Brosse à dent chirurgicale	58 (51 %)

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

Tableau 16 : Données concernant le respect des prescriptions

Respect des prescriptions	Effectifs n = 113 (%)
OUI	74 (65 %)
NON	3 (3 %)
NR*	36 (32 %)

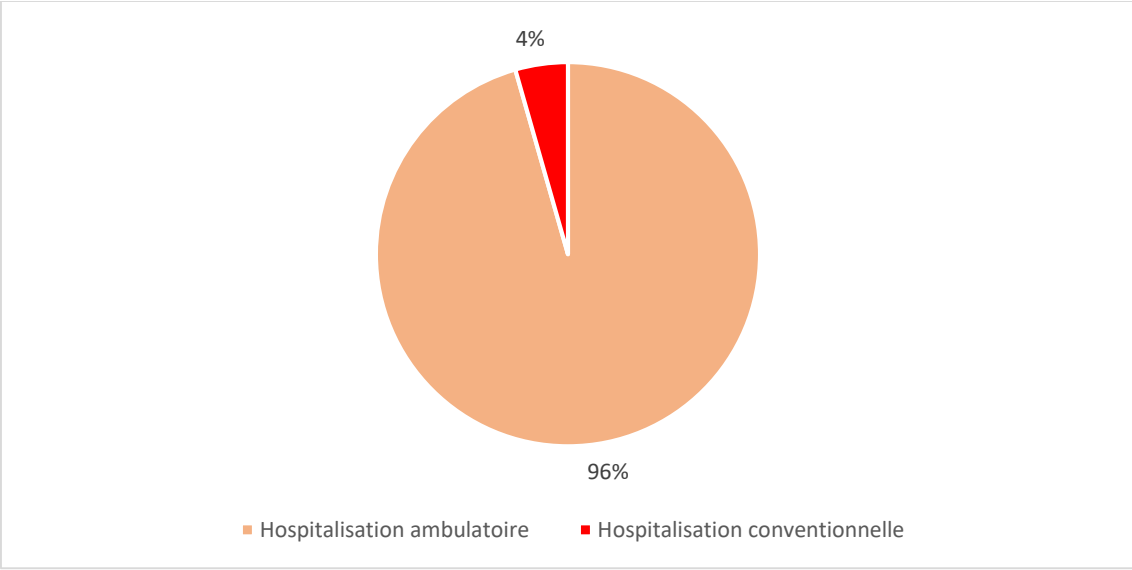
*non renseignée

Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

3.5.11 La transformation de l'hospitalisation en ambulatoire en une hospitalisation conventionnelle

Parmi les 113 patients admis pour une chirurgie en ambulatoire, 5 n'avaient pas eu l'autorisation de sortie le jour même (cf. figure 16). Le taux d'échec de l'ambulatoire était de 4 %.

Figure 16 : Taux de transformation de l'hospitalisation programmée en ambulatoire en hospitalisation conventionnelle



Source : Auteur, Analyse des résultats, 2023.

4 : Discussion

L'étude rétrospective est une bonne méthode d'évaluation des pratiques. Cependant, elle pose un problème de biais d'information. En effet, les patients présentant un dossier d'odontologie n'avaient pas forcément un dossier médical et inversement. Dans cette étude, la taille de l'échantillon variait en fonction de la variable étudiée en raison de l'absence de l'information concernée. Lorsqu'une information n'était pas retrouvée la notion « non renseignée » était employée et sa proportion était calculée.

Concernant l'activité de la chirurgie orale au sein de l'UCA, sur même période (janvier – juillet 2022) et (janvier – juillet 2023), nous avons noté une augmentation de 36 % de l'activité. Ceci peut notamment être expliqué par l'arrivée d'une nouvelle équipe au sein de l'unité de chirurgie orale de AP-HP Pitié Salpêtrière. Ces nouveaux praticiens ont contribué à développer l'activité de chirurgie pré implantaire, pour laquelle une anesthésie générale offre l'opportunité de traiter plusieurs secteurs dans le même temps opératoire.

Les patients éligibles à l'ambulatoire dans la population étudiée étaient majoritairement âgés de moins de 65 ans et de statut ASA I. Bien que l'âge ne soit pas une contre-indication à la prise en charge en ambulatoire, il existe une corrélation entre l'âge et l'état de santé général du patient. Plus le patient est âgé, plus il a de risque de présenter des comorbidités (21,22).

Dans cette étude les patients âgés de 17 à 40 ans présentaient majoritairement une classification ASA I (60 %). Nous avons constaté que plus l'âge des patients augmentait plus la proportion de risque ASA II augmentait.

Le nombre de patients ASA III était relativement bas, ceci peut s'expliquer par l'âge moyen des patients inclus dans l'étude ($43,53 \pm 17,81$ ans). En effet, seul 18 % des patients inclus dans l'étude avaient plus de 65 ans.

Un unique patient était ASA IV, bien qu'il soit recommandé que le statut ASA soit compris entre I et III pour une prise en charge en ambulatoire (9). Cela n'exclut pas les patients ASA IV. Selon une analyse de la littérature réalisée par la HAS, il existerait une divergence sur l'éligibilité des patients ASA IV (4). En effet, the British Association of Day Surgery recommande de ne plus sélectionner les patients selon leur statut ASA mais en fonction de leur état général au moment de la consultation pré anesthésique. Seul un patient « Stable » et quel que soit ses antécédents généraux, est éligible à l'ambulatoire (22,23).

La complexité et / ou un temps opératoire important étaient les indications de soins sous anesthésie générale les plus fréquentes (65 %). Ce qui correspond aux recommandations de la HAS (3). L'association de plusieurs actes complexes peut également justifier une prise en charge sous anesthésie générale. Dans notre étude, 33 % des patients ont bénéficié de plus d'un acte lors de leur intervention. 92 % des interventions à plusieurs actes ont eu une durée supérieure à 90 minutes.

Dans cette étude, nous avons pu constater une grande variété dans les types d'actes réalisés au sein de l'UCA. L'acte le plus fréquent était l'avulsion de dents incluses.

Les actes de chirurgies implantaire et pré implantaire étaient également fréquemment réalisés sous anesthésie générale, spécifiquement les greffes d'apposition osseuse maxillaire ou mandibulaire.

Cependant, il est important de rappeler qu'il n'existe aucune liste exhaustive des actes de chirurgie orale relevant de la prise en charge sous anesthésie générale ou de l'ambulatoire. En effet, l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) et l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) s'accordent sur le fait que les listes d'actes susceptibles de justifier une prise en charge ambulatoire n'ont pas lieu d'être puisque l'acte en lui-même ne suffit pas à définir le mode de prise en charge le plus adapté, la décision étant fondée sur le triptyque patient, acte, structure (24). En odontologie, et dans la mesure du possible, l'anesthésie locale doit être privilégiée. Le rapport bénéfice-risque de l'anesthésie générale (AG) doit être évalué avant d'en poser l'indication. L'acte en lui-même ne justifie pas une prise en charge en ambulatoire et le patient doit être informé de la possibilité de la prise en charge sous anesthésie locale.

Concernant la durée des interventions, la HAS recommande dans son guide de sécurité du patient en chirurgie ambulatoire une durée d'intervention n'excédant pas les 90 minutes (11). Dans notre étude, 82 % des interventions avaient une durée supérieure à 90 minutes avec un écart type parfois important. La variation de la durée dépend de plusieurs facteurs notamment, le type d'acte, l'association avec d'autres actes et l'expérience du praticien. Dans la littérature, bien qu'une durée de l'intervention de plus d'une heure, et à fortiori, de plus de trois heures soit considérée comme pouvant être un élément prédictif des admissions non programmées (4), la durée longue des interventions ne constitue pas une contre-indication de l'ambulatoire (4,19). Cependant, elle doit être inférieure à 12 heures (2). Ceci inclut la visite pré anesthésique, le passage au bloc opératoire, le réveil anesthésique, et la surveillance nécessaire préalable à la sortie du patient. Au-delà, une hospitalisation conventionnelle doit être prévue.

Concernant les complications postopératoires, la douleur était la complication la plus fréquente après une chirurgie orale en ambulatoire. En effet, selon une revue publiée par Jafra et Mitra en 2018, 30 à

40 % des patients traités en chirurgie ambulatoire ont une douleur modérée à sévère jusqu'à J2. Les chiffres varient jusqu'à 65 % selon les études et les spécialités chirurgicales (14). Selon l'étude Vrancken et al., les chirurgies dentaires figurent parmi les chirurgies les plus douloureuses (15).

Il est à noter que, certains patients dans cette étude ont souffert de douleurs jusqu'à plusieurs semaines après leur intervention. Les études concernant la persistance de la douleur au-delà de 48 heures ne sont pas nombreuses. En effet, la plupart des études réalisées se limitent aux deux premiers jours après l'intervention. En conséquence, les antalgiques sont majoritairement prescrits pour une durée de 2 à 5 jours en postopératoire (16). L'étude de Callebaut et al. a permis de montrer que la douleur, en fonction du type d'intervention, peut persister jusqu'à plusieurs jours en postopératoire (16). Dans cette étude, parmi les 17 patients qui ont déclaré des douleurs postopératoires, 53 % ont présenté une persistance des symptômes entre J5 à J7 et 18 % jusqu'à 4 semaines.

Concernant les prescriptions, comme indiqué précédemment (cf. partie 2), l'ordonnance des antalgiques est prescrite par l'anesthésiste et est remise au patient lors de son rendez-vous de pré anesthésie, ou le jour de l'intervention (en pré ou postopératoire). Les chirurgiens oraux ajoutent souvent à celle-ci une autre prescription, en postopératoire, d'antibiotiques, corticoïdes, bains de bouche, et brosses à dents post-chirurgicales. Les corticoïdes permettent de prévenir les manifestations inflammatoires après une chirurgie (œdème, trismus). Ils pourraient également prévenir les manifestations neuropathiques postopératoires. Ils sont associés à des antalgiques en raison de leur activité antalgique modeste, cependant, l'association systématique avec un antibiotique n'est pas justifiée, sauf pour les patients présentant un risque infectieux majeur (25,26).

Le suivi postopératoire par SMS et appel téléphonique est l'un des outils utilisés au sein de l'UCA de l'AP-HP Pitié Salpêtrière. Ceci permettait de s'assurer du bon déroulement des suites opératoires, notamment en rappelant la nécessité de prise des médicaments prescrits et en vérifiant l'absence de douleurs. Le premier contact se fait le soir même, puis le lendemain de l'intervention. Il a été démontré par plusieurs études que la non adhérence aux traitements prescrits en postopératoires est fréquente (16). Une étude réalisée Huang et al. a démontré l'effet des rappels sms sur le taux de respect de prises des médicaments (27).

Pour 5 patients, une prise en charge ambulatoire a finalement été contre indiquée et une hospitalisation conventionnelle a été organisée. Les raisons de ce changement ont été retrouvées pour uniquement 2 patients.

Un des patients avait un antécédent de Syndrome d'Apnée du Sommeil non pris en charge par assistance ventilatoire à domicile. En effet, dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, si un SAS sévère (diagnostiqué formellement ou présumé), non traité par assistance ventilatoire, avec

comorbidités non stabilisées, la prise en charge ambulatoire est contre indiquée (28). Également les interventions douloureuses, nécessitant une prise d'opiacés en postopératoire pour contrôler la douleur contre indique la prise en charge des patients ayant un SAS en ambulatoire (28).

Le 2^e patient n'a pas été autorisé à sortir le jour même car la durée d'intervention dépassait 8 heures. Selon Fleisher et al., les interventions avec une durée de plus de 120 minutes, faisaient partie de l'un des forts facteurs prédictifs d'une réadmission (19). Dans cette étude, 56 % des interventions avaient une durée supérieure à 120 minutes. Rappelons que la HAS recommande une durée inférieure à 90 minutes pour une prise en charge en ambulatoire.

Dans l'étude de Cabatan et al., 37 % des patients réadmis après une intervention de type extraction dentaire était liée à des complications chirurgicales et 16 % en raison de douleurs non contrôlées (18). Lorsque le patient n'était pas autorisé à sortir, il était hospitalisé soit dans l'unité d'Oti-Rhino-Laryngologie (ORL) soit dans l'unité de chirurgie maxillo-faciale. En effet, l'unité d'odontologie ne dispose pas de lit d'hospitalisation conventionnelle. L'échec de l'ambulatoire influe négativement sur les objectifs attendus, notamment organisationnel et économique d'où l'importance de l'anticiper. Ceci passe par une meilleure sélection des patients éligibles à l'ambulatoire.

Conclusion

En odontologie, il est recommandé d'avoir recours en première intention à une prise en charge sous anesthésie locale. Cependant, dans certaines situations, le recours à l'anesthésie générale s'avère indispensable. Dans ce cas, il est recommandé de privilégier une prise en charge en ambulatoire. L'éligibilité des patients à l'ambulatoire dépend de plusieurs critères et est déterminée en premier lieu lors de la consultation pré opératoire, où, le chirurgien oral pose en premier l'indication de la prise en charge sous anesthésie générale en proposant la solution ambulatoire au patient. Cette dernière est ensuite validée aux cours de la visite pré anesthésique. Une sélection appropriée des patients permet de limiter les risques d'une hospitalisation non programmée.

La continuité des soins demeure de la responsabilité de l'UCA. L'envoi de sms, le soir même de l'intervention et le lendemain de l'intervention est l'un des outils utilisés pour s'assurer du bon déroulement des suites opératoires. En cas de douleur ou autres problèmes mentionnés par SMS, un appel téléphonique était effectué permettant de rappeler les consignes postopératoires notamment le respect des prescriptions. Plusieurs acteurs sont donc impliqués dans ce type de prise en charge. La coordination et la communication entre ces derniers est une des clés de la réussite de l'ambulatoire.

Seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à une prise en charge ambulatoire. L'étude réalisée a permis de faire un état des lieux de la prise en charge en ambulatoire pour des actes de chirurgie orale au sein de l'UCA de l'AP-HP Pitié Salpêtrière entre janvier 2022 et juillet 2023. Ce travail a pour objectif d'évaluer : l'activité de la chirurgie orale en ambulatoire parmi les autres soins d'odontologie, les différentes indications et types d'interventions fréquemment réalisées en ambulatoire y compris les risques associés et les complications. L'appréciation de ces résultats permet de mieux organiser ce type de prise en charge et d'anticiper certains imprévus et complications, telle qu'une hospitalisation conventionnelle ou les douleurs en postopératoire.

Une des difficultés rencontrées lors de la réalisation de cette étude, était le biais de recueil. L'absence d'un compte rendu postopératoire systématique lors du rendez-vous de contrôle a limité l'appréciation des complications postopératoires. Également, il serait intéressant de rendre systématique la mesure de l'échelle de la douleur lors des rendez-vous de contrôle et la noter sur le dossier des patients, et ce, afin de mieux apprécier son intensité, qui permettrait de mieux la prévenir pour les futures interventions.

Bibliographie

1. Haute autorité de la santé. La chirurgie ambulatoire en 12 questions [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf
2. Bert T, Hausswalt P, Weill M, D'Autume C, Dupays S, Perlberg J. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. [Internet] 2014 Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/154000061.pdf
3. Haute autorité de la santé. Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.o-rares.com/medias/fichiers/has_anesthesie_odonto.pdf
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. [Internet].2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire
5. Lefebvre-Hoang I, Yilmaz E, Direction de la recherche, des études, de l'évaluations et des statistiques. État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016. 2019. Report No.: 41. Disponible sur :<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd41.pdf>
6. Lettre visuchir. Les faits marquants 2022 chirurgicaux au niveau national, régional, catégories d'établissements et spécialités chirurgicales [Internet]. 2023. Disponible sur: https://aidevisuchir.suadeo.fr/fichiers/Lettre_VISUCHIR_n%C2%B01_juin_2023.pdf
7. Haute autorité de la santé. Chirurgie ambulatoire socle de connaissances [Internet]. 2012.Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242334/fr/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances
8. Association française de chirurgie ambulatoire. Chirurgie Ambulatoire - site de l'Association Française de chirurgie Ambulatoire. G. Évolution des taux de chirurgie ambulatoire: Résultat 2020: Pas de croissance en période COVID.[Internet]2021. Disponible sur: <https://www.chirurgie-ambulatoire.org/newsletters.html>
9. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://sfar.org/prise-en-charge-anesthesique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire/>
10. Agence Régionale de Santé. La chirurgie ambulatoire [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/node/3317>
11. Haute autorité de la santé. Recommandations organisationnelles - pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre - sécurité des patients en chirurgie ambulatoire – guide méthodologique [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf
12. Kuusniemi K, Pöyhiä R. Present-day challenges and future solutions in postoperative pain management: results from PainForum 2014. J Pain Res. 2016;9:25-36.

13. Carlier J, Robin F, Pages N, Quinart A, Roy M, Pauchard JC, et al. Pain evaluation after day-surgery using a mobile phone application. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2021;40(3):100879.
14. Jafra A, Mitra S. Pain relief after ambulatory surgery : progress over the last decade. *Saudi J Anaesth.* 2018;12(4):618-25.
15. Vrancken D, Theunissen M, Joosten EA, Fiddelers AAA, Hoofwijk DMN, Buhre WFFA, et al. Procedure-specific pain intensity four days after day surgery and the relationship with preoperative pain: a prospective cohort study. *Anesth Pain Med.* 2018;8(6):e81366.
16. Callebaut I, Jorissen S, Pelckmans C, Berends N, Droogmans M, van Rossum M, et al. Four-week pain profile and patient non-adherence to pharmacological pain therapy after day surgery. *Anesth Pain Med.* 2020;10(3):e101669.
17. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2002;46(10):1265-71.
18. Cabaton J, Thy M, Sciard D, De Paulis D, Beaussier M. Unplanned admission after ambulatory anaesthesia in France : analysis of a database of 36,584 patients. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine.* 2021;40(1):100794.
19. Fleisher LA, Pasternak LR, Lyles A. A novel index of elevated risk of inpatient hospital admission immediately following outpatient surgery. *Arch Surg.* 2007;142(3):263-8.
20. Labbene Ben Taïeb, F. Prévention de la douleur aigüe postopératoire chez les patients du service d'odontologie du groupe hospitalier pitié-salpêtrière pris en charge au sein de l'UCA : proposition de protocole [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris; 2021.
21. Dufeu N, Beaussier M. Chirurgie ambulatoire : y a-t-il une limite d'âge ? e-Mém. Acad. natl. chir. 2013, 12 (2) : 079-084
22. Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, Forbes L, Lipp A, et al. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the association of anaesthetists and the british association of day surgery. *Anaesthesia.* 2019;74(6):778-92.
23. Lee JH. Anesthesia for ambulatory surgery. *Korean J Anesthesiol.* 2017;70(4):398-406.
24. Haute autorité de la santé. Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire. 2014; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/tc_chir_ambu_axe2_vf.pdf
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272499/fr/prevention-et-traitement-de-la-douleur-postoperatoire-en-chirurgie-buccale
26. Médecine buccale chirurgie buccale. Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. *Med Buccale Chir Buccale.* 2009;15:S3-5.
27. Huang HL, Li YCJ, Chou YC, Hsieh YW, Kuo F, Tsai WC, et al. Effects of and satisfaction with short message service reminders for patient medication adherence : a randomized controlled study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13:127.

28. Association française de chirurgie ambulatoire. Chirurgie Ambulatoire - site de l'Association Française de chirurgie Ambulatoire. Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et chirurgie ambulatoire. [Internet] Disponible sur: <https://www.chirurgie-ambulatoire.org/newsletter-2.html>

Table des figures

Figure 1 : Étapes pré per et postopératoire d'un patient bénéficiant d'une prise en charge en ambulatoire13

Figure 2 : Arbre décisionnel15

Figure 3 : Proportion des actes de chirurgie orale parmi les autres soins d'odontologie16

Figure 4 : Répartition des actes effectués au sein de l'UCA20

Figure 5 : Actes et types de risques21

Figure 6 : Nombre d'actes par intervention24

Figure 7 : Proportion des patients ayant eu au moins une complication peropératoire25

Figure 8 : Proportion des patients ayant au moins une complication postopératoire27

Figure 9 : Échelle de douleur en préopératoire (n = 91)29

Figure 10 : Échelle de la douleur à la sortie (n = 106)29

Figure 11 : Échelle de douleur à j1 (n = 38)30

Figure 12 : Douleur au rendez-vous de contrôle (n = 89)30

Figure 13 : Proportion d'association de la douleur à d'autres complications (n = 17)31

Figure 14 : Répartition des patients présentant une douleur en fonction du type d'intervention lors du RDV postopératoire (n = 17)32

Figure 15 : Proportion de modification de prescriptions d'antalgiques faites par les anesthésistes33

Figure 16 : Taux de transformation de l'hospitalisation programmée en ambulatoire en hospitalisation conventionnelle34

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification de l'ASA6

Tableau 2 : Nombre de patients opérés par jour en chirurgie ambulatoire16

Tableau 3 : Évolution de l'activité de chirurgie orale au sein de l'UCA17

Tableau 4 : Données concernant les caractéristiques démographiques de la population étudiée17

Tableau 5 : Données concernant la classification ASA des patients en fonction de l'âge18

Tableau 6 : Données concernant l'indication de la chirurgie ambulatoire18

Tableau 7 : Données descriptives concernant le type d'acte réalisé au bloc opératoire19

Tableau 8 : Données concernant les risques liés à l'état général du patient et anatomique21

Tableau 9 : Durées moyennes des interventions à acte unique et leurs écarts types23

Tableau 10 : Durées moyennes des interventions à actes multiples et leurs écarts types24

Tableau 11 : Données concernant les complications peropératoires26

Tableau 12 : Répartition des complications postopératoires27

Tableau 13 : Données concernant l'association ou non de la douleur à d'autres types de complication31

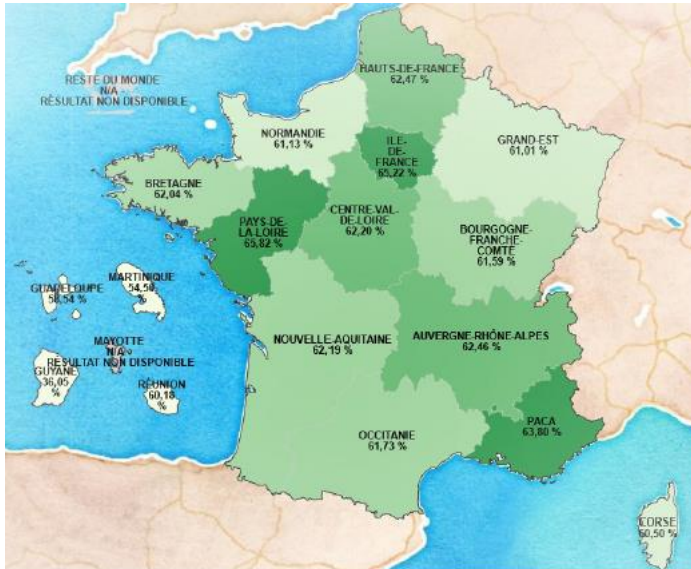
Tableau 14 : Données concernant la persistance de la douleur après une intervention en chirurgie orale
32

Tableau 15 : Proportion des autres prescriptions en association avec les antalgiques33

Tableau 16 : Données concernant le respect des prescriptions33

Annexes

Annexe 1 : Taux ambulatoire régional 2022 (Visuchir)



Taux ambulatoire régional 2022/ Logiciel Géoclip

Annexe 2 : Livret UCA remis au patient en préopératoire



SOMMAIRE

I - PRÉPARER VOTRE HOSPITALISATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES
VOUS POUVEZ AMÉLIORER VOS SUITES OPÉRATOIRES
L'exercice physique
Le sevrage de l'alcool et du tabac
Anticiper votre retour après votre intervention

II - VOTRE PARCOURS AVANT VOTRE SEJOUR

LA CONSULTATION AVEC L'INFIRMIÈRE DE COORDINATION
LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE SI NÉCESSAIRE
LES PREMIERS CONTACTS : L'ÉQUIPE D'UCA SOIT PAR TÉLÉPHONE, SOIT PAR SMS
LA VEILLE AU SOIR DE L'INTERVENTION
Dépilation de la zone à opérer
Otez tous vos bijoux
La douche
Traitement personnel
A jeun à partir de minuit

III - LE JOUR DE L'INTERVENTION

A VOTRE DOMICILE
A jeun strict
La douche
Ce dont vous avez besoin à l'hôpital
Venez chez nous

A L'HÔPITAL
Votre arrivée dans l'hôpital
Une marche en avant
A votre sortie

IV - APRÈS L'INTERVENTION

VIGILANCE
ALIMENTATION
DOULEUR
ACTIVITE
NOUS RESTONS EN CONTACT AVEC VOUS
Ce qui doit vous inquiéter



47-83 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

Standard : 01 42 16 00 00

Identification du prescripteur (nom, prénom et adresse)
N° RPPS
PSL CS ANEST STOMATO CMF

Paris, le 07/02/2023 à 09:23



ORDONNANCE

Les médicaments de cette ordonnance sont prescrits pour calmer la douleur post-opératoire : ils sont à acheter à la pharmacie avant le jour de la chirurgie puis à prendre après l'opération une fois chez vous

Paracétamol 1 g à prendre selon ces horaires pendant les 2 premiers jours (**même si vous n'avez pas mal**) : à 7h (au lever) 12h (au déjeuner) 18h et 0h (au coucher)
A partir du troisième jour prendre 1g, seulement en cas de douleur (mais respecter un intervalle de 6h minimum entre chaque prise et ne pas dépasser 3g par jour).

Ketoprofène 100 mg (sauf si Insuffisance rénale ou UGD récent) pendant les 2 premiers jours à prendre systématiquement (**même si vous n'avez pas mal**) 1 cp pendant le petit déjeuner et 1 cp pendant le dîner puis continuer encore 3 jours si vous avez mal.

Omeprazole 20 mg : 1 cp le matin à jeun au lever pendant la durée de votre traitement par celecoxib ou kétoprofène puis arrêter.

Tramadol 50 mg à prendre **en cas de douleur** toutes les 6 heures pendant 7 jours (par exemple : 1 cp à 8h, 14h, 20h et 0h), en cas d'inefficacité augmenter la dose suivante à 100 mg 2 cp toutes les 6 heures si douleur.

Néfopam 20 mg à prendre **en cas de douleur** pendant 7 jours 1 ampoule 4 fois par jour Per Os sur un sucre (par exemple à 8h, 12h, 18 h et 22 h).

Phloroglucinol Lyoc 160 mg à prendre si besoin en cas de spasme 1 cp jusqu'à 3 fois par jour maximum pendant 5 jours en respectant un intervalle de 3 heures entre chaque prise.

F | 10/07/1987 | 8015772032 | 6602153169

Imprimé le 23/10/2023 16:34


ORDONNANCE

1/2

Glacer la zone opératoire

ATTENTION ce médicament ne sera à acheter qu'après la chirurgie en cas de nausées et/ou vomissements postopératoire (NE DELIVRER QU'EN POSTOPERATOIRE)

Dimenhydrinate 50 mg jusqu'à trois fois par jour en respectant un intervalle minimal de 6 heures entre 2 prises pendant 48 heures. (1 boîte)

Ordonnance validée électroniquement 

IV - Après l'intervention

VIGILANCE

Vous ne devez pas rester seul chez vous la nuit qui suit l'intervention. Pendant les 12 heures qui suivent l'anesthésie votre vigilance peut être abaissée : ne conduisez pas de véhicule, n'utilisez pas d'appareil potentiellement dangereux, ne prenez pas de décision importante.

ALIMENTATION

Vous pouvez manger et boire ce que vous voulez sauf de l'alcool. Il se peut que vous n'avez pas très faim le soir, commencer par des petites quantités de nourriture et augmentez en fonction de votre envie. Si vous avez des nausées, commencez par boire progressivement en privilégiant les boissons sucrées.

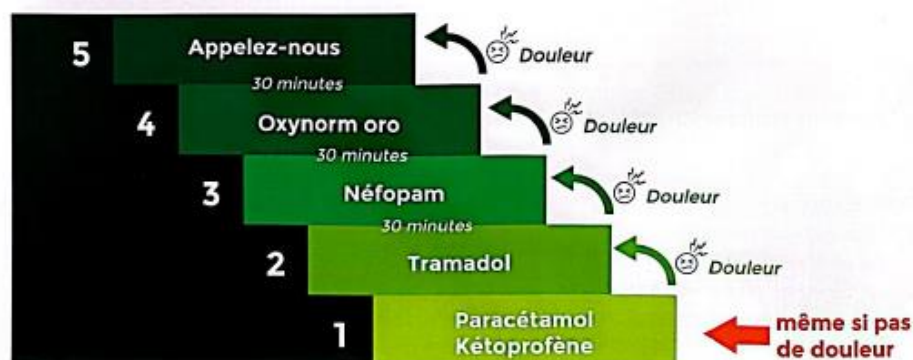
ACTIVITE

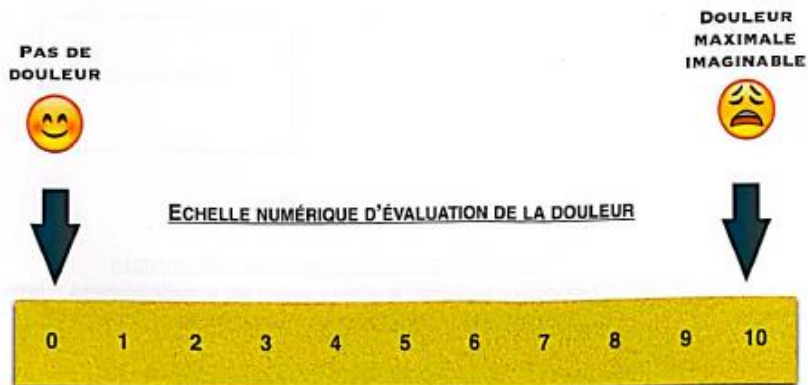
Il est très important de ne pas rester allongé. Vous devez reprendre une activité physique dès que possible pour diminuer le risque de phlébites (caillots dans les jambes) ou d'embolie pulmonaire (caillots dans les poumons). La marche en particulier favorise la reprise du transit intestinal. Dès que vous vous en sentez capable, reprenez vos activités normales sauf celles que le chirurgien vous a contre-indiquées.

DOULEUR

Attention, il est important de ne pas avoir mal surtout dans les premières heures qui suivent l'opération. Soulager la douleur vous permet de respirer plus facilement, de bouger plus facilement, de mieux manger et dormir et donc de récupérer plus vite.

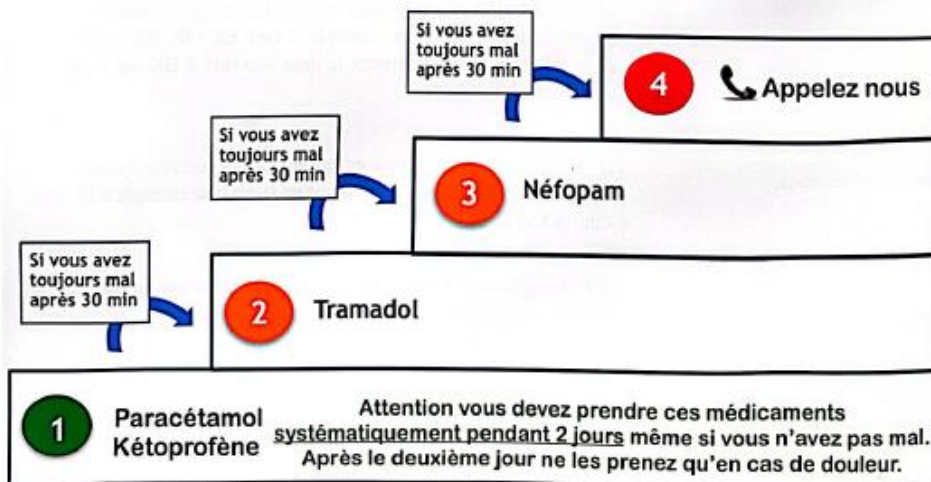
Vous avez un ou deux médicaments à prendre systématiquement même si vous n'avez pas mal pendant les deux premiers jours. Suivez bien les recommandations au dos de l'ordonnance. Technique de l'escalier : commencer par la marche du bas (paracétamol, kétoprofène s'il vous a été prescrit) puis gravissez progressivement les différentes marches en sautant la marche si le médicament inscrit ne vous a pas été prescrit. Si vous avez franchi toutes les marches et que vous avez encore mal, appelez nous au 01 84 82 77 30 (les jours de la semaine entre 7h et 19h) ou au 01 42 17 73 12 (en dehors de ces horaires).





ATTENTION VOUS NE DEVEZ PRENDRE QUE LES MÉDICAMENTS COCHÉS PAR LE MÉDECIN sur l'ordonnance ET PAS LES AUTRES.

Ceci est un schéma général, ne prenez que les médicaments prescrits, commencez par le bas de l'escalier ① si un médicament ne vous a pas été prescrit, sautez la marche pour vous rendre à la marche supérieure, si vous avez gravi toutes les marches et que vous avez toujours mal, contactez-nous au 01 42 17 74 34 entre 8h et 19H en dehors de ces horaires au 01 42 17 73 21 ou 01 42 17 73 11



Annexe 5 : Check-list à l'arrivée du patient

Intervention 05/12/2022 14:45 Avulsion d'une ou plusieurs dents D/H prévue d'arrivée dans le service 05/12/2022 12:30
 Localisation Dents, parodonte, gencives Opérateur prévu M [REDACTED]
 Côté à opérer Indéterminé N° de téléphone du patient [REDACTED]
 hospit CROIX St SIMON REA
 0144741010

Commentaire EXTRACTION 28
 Alerte(s) Pas de consultation d'anesthésie prévue

Heure d'arrivée dans le service 12:48

Personnel(s) accueillant(s) [REDACTED]

Programmée

Vérification de la Check-list

Interrogatoire Covid-19 Covid+ Suspecté Probablement non Indéterminé

Confirmation du type d'intervention Oui Non

Confirmation du côté à opérer Oui Non N/A

Autorisation d'opérer Oui Non N/A

Consentement éclairé Oui Non N/A

Présence d'un accompagnant pour le trajet retour Oui Non ambulance médicalisée A/R 01.30.11.12.20

Consultation d'anesthésie réalisée Oui Non N/A

Respect du jeûne solide (6h, dont tabac) Oui Non N/A

Respect du jeûne liquide (2h) Oui Non N/A

☑ Rappel des documents administratifs nécessaires

Informations de sortie

Heure estimée de sortie

Moyen de transport prévu Oui Non ambulances 01.3011.12.20

Bon de transport Oui Non

Accident de travail Oui Non

Arrêt de travail Oui Non

Validation de non-conformité

Intervention maintenue en CA Intervention reportée en CA Transformation en HC Intervention déprogrammée



Valider l'accueil

Validé le 05/12/2022 à 12:52 par [REDACTED]

Localisation

Modification de l'état de santé depuis la Cs d'anesthésie Oui Non N/A

Avis médical demandé Oui Non

Validation de non-conformité _____

Intervention maintenue en CAO Intervention reportée en CAO Transformation en HC Intervention déprogrammée



Valider préparation

Validé le 27/03/2023 à 07:33

Surveillance

[Accès à la feuille de surveillance](#)

Départ au bloc

Heure de départ au bloc 07:33

Commentaire

Annexe 7: score de CHUNG modifié

Constantes vitales (température, pouls, respiration)	
- Variation inférieure à 20% par rapport au préopératoire	2
- Variation comprise entre 20 et 40%	1
- Variation supérieure à 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
- Modérés	1
- Sévères	0
Saignement chirurgical	
- Minimale	2
- Modéré	1
- Sévère	0

Annexe 8 : Check-list postopératoire

Intervention 27/03/2023 08:05 Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal chez l'adulte D/H d'arrivée dans le service 27/03/2023 07:06

Localisation Dents, parodontie, gencives Opérateur prévu [REDACTED]

Côté à opérer Indéterminé

Commentaire accompagnant retour : SA MERE TUTRICE [REDACTED]

Personnel(s) réalisant la sortie [REDACTED]

Décision(s) médicale(s) prises par

Le patient ne doit pas quitter le service avant
 Le patient peut sortir à partir de
 si les conditions suivantes sont respectées

Vérification de la check-list

Score de Sortie

1) Constantes vitales (température, pouls, respiration) Les mesures des paramètres vitaux ne sont pas applicables dans ce cas

	Fréquence cardiaque (/mn)	PAS/PAD (mmHG)	PAM (mmHG)	SAO2 (%)	T°
Mesures à la préparation	91	128 / 79	95	98	36.5
Mesures actuelles	79	106 / 58	74	95	36.5
Variation (%)	13.2	17.2 26.6	22.1	3.1 %	0.0 %

Variation < 20% par rapport aux valeurs préopératoires Variation comprise entre 20% et 40% Variation > 40%

2) Déambulation

Démarche assurée, sans vertige Marche possible avec assistance Démarche non assurée, vertiges N/A

3) Nausées et/ou vomissements

Absents / Minimales Modérés Sévères

4) Douleurs

Evaluation de la douleur

Score EN 0 Évaluation du 27/03/2023 12:07 [REDACTED]

Localisation

Absents / Minimales Modérés Sévères

5) Saignements chirurgicaux

Absents / Minimales Modérés Sévères

Total score de Sortie 10

Un score de 9 ou 10 est compatible avec la sortie

Heure d'obtention d'un score compatible avec la sortie 12:08

Événement notable depuis la sortie de SS Oui Non

Sortie

Retour à domicile Hôtel patient Autre Transformation HC

Annexe 9 : check-list postopératoire J1 (appel téléphonique)

Intervention 27/03/2023 08:05 Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal chez l'adulte D/Hi d'arrivée dans le service 27/03/2023 07:06
Localisation Dents, parodonte, gencives Opérateur prévu [REDACTED]
Côté à opérer Indéterminé N° de téléphone du patient [REDACTED]

Date et heure d'appel 28/03/2023 09:54 Personnel appelant AGNES DIAS

Personne ayant répondu Patient Envoi de SMS Autre Impossible à joindre

Éléments à vérifier lors de l'appel

Vérification de la check-list

Réponse SMS TVB

Qualité de sommeil habituelle Oui Non

Niveau de douleur actuel

Evaluation de la douleur

Score EN

Localisation

Niveau de douleur maximum

Evaluation de la douleur

Score EN

Localisation

Respect des prescriptions de sortie médicamenteuses, de soins et d'exams complémentaires Oui Non

Saignements Oui Non

Pansement propre Oui Non

Malaises ou vertiges Oui Non

Nausées ou vomissements Oui Non

Fièvre ou frissons Oui Non


Événement notable ou contact médical depuis la sortie de l'UCA Oui Non

Satisfaction de la prise en charge en ambulatoire

Très satisfait Satisfait Insatisfait Très Insatisfait

Décision suite à l'appel RAS

Commentaire général

 Valider l'appel

Validé le 28/03/2023 à 09:55 par [REDACTED]

Vu, les Directeurs de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie

Professeur Géraldine LESCAILLE

Professeur Vianney DESCROIX

Docteur Marine MONDOLONI

Vu, le Président d'Université Paris Cité

Professeur Édouard KAMINSKI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Vianney DESCROIX

**Étude observationnelle rétrospective de l'activité de chirurgie orale
au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de la Pitié
Salpêtrière : Bilan d'activité de janvier 2022 à juillet 2023**

Yasmine Nemouchi. Étude observationnelle rétrospective de l'activité de chirurgie orale au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière : Bilan d'activité de janvier 2022 à juillet 2023. 2024. 56 p.: ill., graph., tabl. Réf. bibliographiques p. 40-43.

Sous la direction de Mme le Professeur Géraldine Lescaille et de Mme le Docteur Marine Mondoloni.

Université Paris Cité
UFR d'Odontologie
1, rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
5, rue Garancière - 75006 Paris