

SORTIE APRÈS CHIRURGIE AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT

Eric Wodey, Nicolas Nardi, Claude Ecoffey

**Service d'Anesthésie Réanimation 4 LTSI - INSERM U1099 - Université de
Rennes 1 CHU Anne de Bretagne 16, Bd de Bulgarie BP 90 347 F-35203
Rennes Cedex 2. E-mail : eric.wodey@chu-rennes.fr**

INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est en pleine expansion en France. En 2012, 64 % de toutes les chirurgies chez les personnes de moins de 15 ans ont été effectuées sur une base ambulatoire. Ceci s'inscrit déjà bien au-delà des objectifs de l'HAS, tout âge confondu. En effet, on peut lire sur le site de l'HAS « Que le développement de la chirurgie ambulatoire est devenu une priorité nationale avec un objectif affiché d'un taux de chirurgie ambulatoire de plus de 66 % à l'horizon 2020. C'est également une priorité pour la HAS qui, en partenariat avec l'ANAP, a développé plusieurs guides et outils afin d'accompagner les professionnels et les établissements de santé dans le développement de la chirurgie ambulatoire ».

Du fait de cette évolution, les anesthésistes pédiatriques sont de plus en plus confrontés à un flux de jeunes patients sortant le jour même de l'intervention. Si la prise en charge des enfants au bloc opératoire ne présente plus vraiment de réelle nouveauté pour les médecins dans ce contexte, l'organisation interne de ces structures de soins reste une variable de plus en plus importante à considérer.

Concernant la sortie du patient, on peut lire dans les recommandations formalisées d'experts de la SFAR publiées en 2010, que « La sortie du patient, quelques heures après son entrée et la réalisation de l'intervention programmée, conclut une prise en charge ambulatoire réussie. Autoriser cette sortie, sans aucune concession à la sécurité, constitue le moment clé de cette prise en charge ». Les critères de sortie permettent d'évaluer « l'aptitude au retour au lieu de résidence ». Il est recommandé que l'ensemble des modalités de sortie soit formalisé par les acteurs et porté à la connaissance des patients. Elles font l'objet d'un chapitre particulier figurant dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire, validé par l'ensemble des intervenants dans la structure. Il est recommandé, en l'absence imprévue d'accompagnant pour le retour au lieu de résidence postopératoire, de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation traditionnelle. En cas de refus du patient, il est recommandé d'avoir formalisé une procédure de « sortie contraire à la pratique de l'ambulatoire ». Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie, facile à mettre en œuvre. Il n'y a pas

d'intérêt à utiliser des tests psychomoteurs. Il n'est pas recommandé d'imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie. Il est possible, après anesthésie générale ou bloc périphérique, de ne pas exiger une miction pour autoriser la sortie, en l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie. Il est possible après une rachianesthésie de ne pas attendre une miction pour autoriser la sortie sous réserve : d'une estimation, au minimum clinique, au mieux par appréciation échographique du volume vésical résiduel ; de l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie. Il est possible, lorsque des blocs périphériques sont utilisés, de permettre la sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc, selon les circonstances : de prendre des mesures de protection du membre endormi : comme le port d'attelle ou l'utilisation de béquilles, d'assurer une information précise quant aux précautions à respecter après la sortie et aux risques potentiels, de prévoir une assistance à domicile. Il est recommandé, après un bloc périmédullaire de s'assurer des capacités de déambulation du patient avant la sortie. Le port d'attelle ou de béquille peut être utilisé et enfin, il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie, facile à mettre en œuvre. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser des tests psychomoteurs. Concernant la spécificité de l'enfant, Il est juste recommandé d'informer les parents de la présence nécessaire d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur et qu'au-delà de 10 ans, la présence du deuxième accompagnant n'est plus nécessaire ».

Enfin quel que soit l'âge du patient, il est rappelé que : « l'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes. »

1. COMMENT VALIDER LA SORTIE ?

Le flux tendu que peut engendrer la chirurgie ambulatoire pour un bloc opératoire et la nécessité d'assumer la responsabilité de la sortie pour chaque praticien peut encore être, pour certains, l'objet de tracas quotidien, voire de tension dans l'équipe. Il y a quelques années, dans une étude préliminaire prospective au sein de notre unité d'ambulatoire, nous avons analysé les horaires de passages des chirurgiens et des anesthésistes pour la « fameuse » signature de sortie. A l'époque, les uns comme les autres s'accusaient dans une ambiance restant néanmoins confraternelle, de passer avec du retard.

Le premier constat de cette petite étude fut un « match nul » renvoyant en première lecture dos-à-dos les praticiens dans l'implication qu'ils auraient dans le retard de sortie des patients (Figure 1).

Au-delà de la trêve obtenue par ce premier constat, il nous est apparu que, dans la moitié des cas que le chirurgien passait effectivement avant l'anesthésiste. C'est pourquoi, la logique va dans le sens d'une signature chirurgicale, le chirurgien étant le plus apte à donner une information sur son acte.

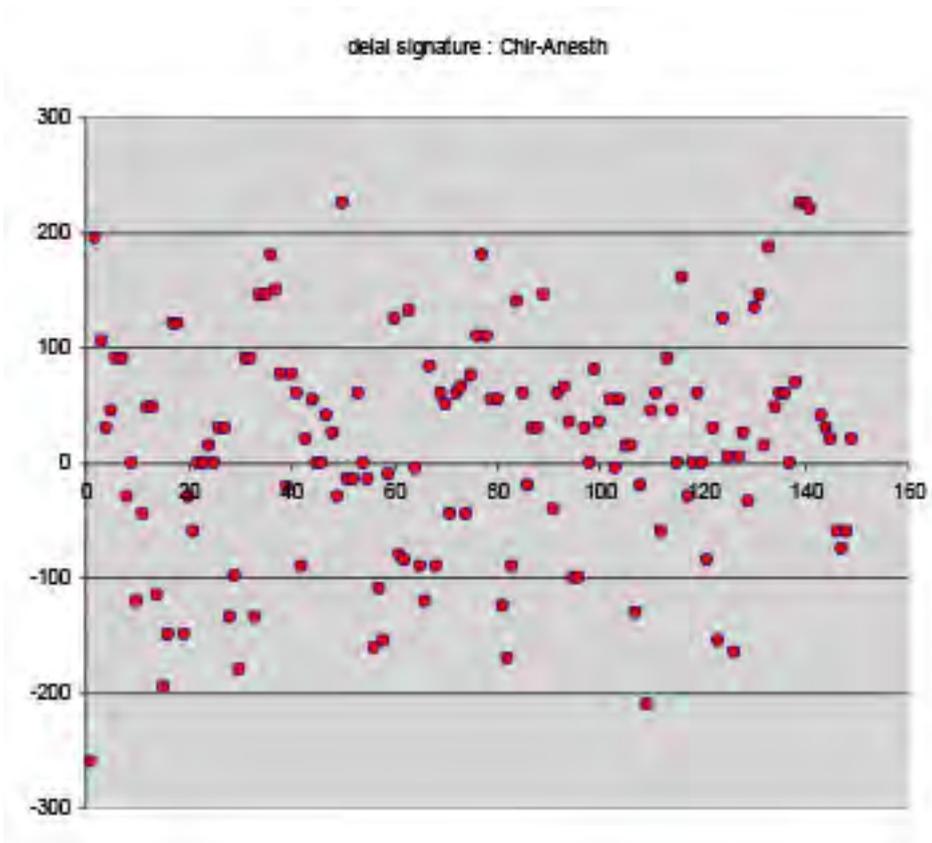


Figure 1 : Délai en minutes entre le passage du chirurgien et de l'anesthésiste pour la signature de sortie en ambulatoire.

2. ETUDE PRÉLIMINAIRE

Chung F et al. avaient proposé, il y a plus de 20 ans, l'utilisation d'un score de « décharge » post-anesthésique (PADSS) permettant d'évaluer les critères de sortie après la chirurgie ambulatoire chez l'adulte [1]. L'idée a été de développer une adaptation pédiatrique du PADSS appelé Ped-PADSS [2]. Le but principal de ce travail était de voir s'il était possible de s'affranchir du passage systématique de l'anesthésiste dans l'unité d'ambulatoire en pédiatrie et de garantir au final, pour plus de la moitié des patients, une sortie plus rapide de notre structure (Sortie plus rapide pour les patients dont le chirurgien passe avant l'anesthésiste). Le Ped-PADSS a ainsi été créé pour adapter à l'enfant les critères de sortie validés chez l'adulte. Ce score contient 5 critères : état d'éveil, douleur, nausées/vomissements, constantes vitales et saignement du site chirurgical. Chaque critère est noté sur 2 : 0 altération majeure, 1 altération modérée, 2 pas d'altération. Ces 5 critères ont été adaptés à l'enfant, en particulier l'item du niveau d'activité/état d'éveil (Tableau I).

La validation de la sortie nécessite un score $\geq 9/10$. Pour l'enfant, nous y avons ajouté la vérification de trois conditions : le souhait des parents de revoir l'AR, le souhait de l'AR de revoir les parents et/ou l'enfant et l'absence de dysphonie et/ou dyspnée.

Tableau I

Adaptation pédiatrique du score PADSS

1	Signes vitaux : fréquence cardiaque et pression artérielle en accord avec l'âge • Variation < 20 % par rapport au niveau préopératoire • Variation comprises en 20 et 40 % • Variation > 40 %	2
		1
		0
2	Niveau d'activité : marche ou activité • Démarche stable, sans étourdissement (activité normale) • Marche avec aide (ou activité réduite) • Marche impossible (hypotonie)	2
		1
		0
3	Nausées et/ou vomissements • Minimales • Modérées • Sévères (malgré un traitement)	2
		1
		0
4	Douleur : le niveau de douleur acceptable et/ou contrôlable par des analgésiques oraux y compris palier II • Oui • Non	2
		1
5	Saignement chirurgical • Minimale (pas de réfection du pansement) • Modéré (une à deux réfections du pansement) • Sévère	2
		1
		0
PADSS : « post-Anesthetic Discharge Scoring System » Adaptation du Score PADSS à la pédiatrie : Score Ped-PADSS		

Suite à ces modifications, une première étude a vérifié si la validation de ces items par le personnel paramédical, en parallèle d'une procédure de signature classique des chirurgiens et des anesthésistes, pouvait apporter une similitude dans le déclenchement de la sortie. En parallèle et en aveugle, une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) ne s'occupant pas du patient réalisait donc le Ped-PADSS toutes les heures à partir d'une heure après le retour du patient dans le service jusqu'à la validation de la sortie par l'AR.

Après quelques semaines d'évaluation, cent cinquante enfants étaient ainsi inclus. Dans 99,3 % des cas, le résultat du Ped-PADSS et l'avis de l'AR étaient concordants. Les variables du Ped-PADSS les plus altérées à H + 1 étaient le niveau d'activité pour 46 patients dont 6 cotés 0/2, les constantes vitales pour 16 patients dont 1 coté 0/2, la douleur pour 9 patients dont 1 coté 0/2. A H + 2, les variables les plus altérées étaient le niveau d'activité et la douleur pour respectivement 18 et 6 patients. Concernant les trois conditions à remplir, en plus du score $\geq 9/10$, aucun enfant ne présentait de dyspnée ou de dysphonie. Aucun enfant, ni parent ne souhaitait revoir de façon systématique l'AR avant la sortie. Dans 1 cas, l'AR souhaitait revoir l'enfant avant la sortie quel que soit le résultat du Ped-PADSS.

Dans les deux heures suivant le retour dans le service d'ambulatoire, 95 % des enfants étaient aptes à la sortie d'après le Ped-PADSS (Figure 2). Cependant, comme cette étude était observationnelle, seulement 4 % des enfants sortaient de l'hôpital à H + 2. La différence s'expliquait par les conditions de sortie prévues dans la charte d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire, où il était nécessaire de

valider la sortie après examen clinique et autorisation écrite de l'anesthésiste et du chirurgien. L'indisponibilité des médecins restait le facteur limitant puisqu'à H + 2, seulement 16 % et 20 % des enfants étaient vus respectivement par l'anesthésiste et le chirurgien.

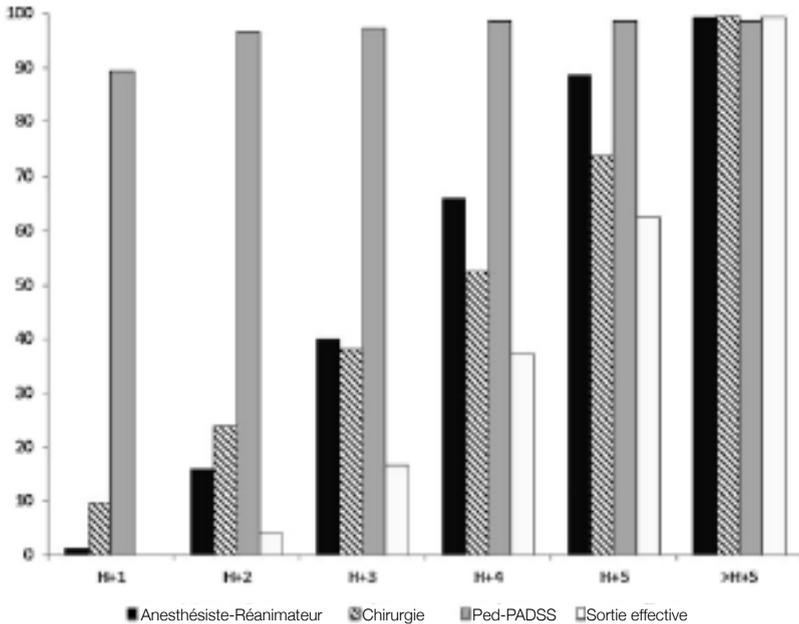


Figure 2 : délais d'autorisation de sortie par l'anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, le Ped-PADSS et sortie effective des patients au cours du temps.

D'après les données de cette petite étude préliminaire, le score Ped-PADSS autorisait le retour à domicile en adéquation avec l'avis de l'anesthésiste. Ce dernier restait disponible en cas de complications détectées par le Ped-PADSS ou si l'une des trois conditions supplémentaires n'est pas respectée. La majorité des enfants était apte à la sortie deux heures après le retour dans le service d'ambulatoire. La mise en place de ce score ne pouvait alors que simplifier les procédures de sortie. La durée d'hospitalisation des enfants pourrait être uniquement limitée à la seule disponibilité du chirurgien, l'infirmière réalisant le Ped-PADSS sous la responsabilité de l'anesthésiste.

On peut noter que la rédaction du score Ped-PADSS est conditionnée par une prescription de « sortie sur score », signée par l'anesthésiste. C'est à ce niveau que la signature du praticien intervient réellement.

3. VALIDATION SUR 6 MOIS D'ACTIVITÉ

Dans les suites de ce premier travail, une étude observationnelle de plus grande ampleur a été réalisée afin de valider l'utilisation réelle de ce score comme « clef » de sortie des enfants de la structure ambulatoire [3]. Durant une période de 6 mois, 1060 enfants ont été inclus (734 garçons et 326 filles). L'équipe soignante avait pour mission de réaliser deux scores Ped-PADSS minimum à une heure d'intervalle, puis toutes les heures si nécessaire. Ceci a pu être effectif chez 1041 enfants.

En pratique, le délai médian de la première et la deuxième évaluation de score était respectivement 59 min (39-86) et 130 min (103-174) après le retour des enfants de la salle de surveillance post-interventionnelle. Sur cette période de 6 mois, 97,2 % des enfants validaient dès la première heure le critère de sortie et 99,8 % des enfants à la deuxième heure.

Concernant les 2 enfants n'ayant pas validé leur score de sortie. Un enfant avait eu une amygdalectomie et présentait des vomissements postopératoires. Il est finalement sorti de l'hôpital le jour même après un traitement symptomatique, sans autre complication. On peut noter que les NVPO sont la cause la plus fréquente d'hospitalisation imprévue médicale dans la chirurgie d'un jour [4, 5, 6]. Dans notre collectif, 4 autres enfants ayant eu une amygdalectomie ont pu sortir sur score sur cette période. A noter que dans le centre, beaucoup d'enfants opérés par les ORL ne sont pas éligibles à l'ambulatoire du fait d'apnée du sommeil.

Concernant le deuxième enfant, le premier score Ped-PADSS était de 9, mais il est tombé à 8 au cours de la deuxième heure. Il avait des douleurs et des vomissements modérés d'apparition secondaire. Il a finalement été libéré de l'hôpital après avis de l'anesthésiste sans aucune complication. Cet enfant est le seul dans notre série où une diminution du score entre la première et la deuxième heure a été observée. Cela montre que dans la population pédiatrique en chirurgie ambulatoire, une baisse du score à la deuxième heure est très rare, mais reste possible. Ce point particulier nous a conduits à maintenir l'évaluation de sortie de l'unité d'ambulatoire par deux scores Ped-PADSS successifs, réalisés à 1 heure d'intervalle.

Au final, dans le cadre de cette étude de validation, la mise en place du score Ped-PADSS a permis de réduire l'hospitalisation en ambulatoire d'environ 69 minutes, puisque le délai de sortie était en valeur médiane de 206 minutes contre 275 minutes (avant la mise en place de ce score dans notre unité d'ambulatoire). Depuis 2012, tous les enfants hospitalisés dans l'unité de chirurgie ambulatoire, bénéficient d'une sortie sur score concernant l'anesthésie et il n'a pas été noté, à ce jour de problème particulier.

Depuis ce travail, très peu de publications sur les sorties sur score ont été réalisées chez l'enfant [7, 8]. Le travail d'Armstrong et al., réalisé dans les salles de surveillance post-interventionnelles, a montré que l'utilisation de score physiologique pouvait faire aussi gagner du temps par rapport à une sortie basée uniquement sur la durée de passage dans la structure.

Au-delà du gain de temps concernant l'heure de validation de la sortie, l'utilisation de ce score a permis des sorties de patients plus étalées sur la journée. Ce point est toujours particulièrement apprécié des équipes soignantes, car la sortie constitue une charge de travail non négligeable et l'accumulation de ces dernières en fin de plage d'ouverture d'ambulatoire peut être à l'origine de retards supplémentaires et de dépassement. Cette fluidité permet aussi d'utiliser une place d'ambulatoire 2 fois dans la journée.

CONCLUSION

La fluidité du parcours de soins dans l'unité d'ambulatoire reste un problème majeur, notamment en fin de journée. L'utilisation de score de sortie pour les anesthésistes constitue une avancée intéressante tant pour l'enfant et sa famille que pour l'anesthésiste lui-même qui n'est sollicité que pour des problèmes spécifiques. Il favorise une sortie plus précoce et diminue la charge de travail du médecin et des

soignants, notamment en fin de journée. L'anesthésiste reste maître de demander à voir l'enfant s'il le souhaite et les parents gardent aussi la possibilité de revoir l'anesthésiste avant leur retour à domicile. On peut enfin noter qu'aucun enfant n'a été réadmis à ce jour, dans notre service, du fait d'une mauvaise évaluation à la sortie de l'unité d'ambulatoire depuis la mise en place de ce système.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Chung F. Discharge criteria--a new trend. *Canadian journal of anaesthesia = Can J. Anesth.* 1995;42:1056-8.
- [2] Biedermann S, Wodey E, De La Briere F, Pouvreau A, Ecoffey C. [Score de sortie pédiatrique en chirurgie ambulatoire]. 2014;33:330-4.
- [3] Moncel JB, Nardi N, Wodey E, Pouvreau A, Ecoffey C. Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. *Paediatr Anaesth.* 2015;25:636-41.
- [4] Awad IT, Moore M, Rushe C, Elburki A, O'Brien K, Warde D. Unplanned hospital admission in children undergoing day-case surgery. *Eur J anaesth.* 2004;21:379-83.
- [5] Blacoe DA, Cuning E, Bell G. Paediatric day-case surgery: an audit of unplanned hospital admission Royal Hospital for Sick Children, Glasgow. *Anaesthesia.* 2008;63:610-5.
- [6] Villeret I, Laffon M, Duchalais A, Blond MH, Lecuyer AI, Mercier C. Incidence of postoperative nausea and vomiting in paediatric ambulatory surgery. *Paediatr Anaesth.* 2002;12:712-7.
- [7] Armstrong J, Forrest H, Crawford MW. A prospective observational study comparing a physiological scoring system with time-based discharge criteria in pediatric ambulatory surgical patients. *Can J Anaesth = Journal canadien d'anesthésie.* 2015;62(10):1082-8. Epub 2015/07/08.
- [8] Armstrong J, Forrest H, Crawford MW. Erratum to: A prospective observational study comparing a physiological scoring system with time-based discharge criteria in pediatric ambulatory surgical patients. *Can J Anaesth = Journal canadien d'anesthésie.* 2015;62:1363.