

Bilan d'une première année de chirurgie ambulatoire dans un service de chirurgie endocrinienne et digestive de CHU

Kévin Fixot

► **To cite this version:**

Kévin Fixot. Bilan d'une première année de chirurgie ambulatoire dans un service de chirurgie endocrinienne et digestive de CHU. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01732454

HAL Id: hal-01732454

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732454>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

par

Kevin FIXOT

le 8 juin 2012 à Nancy

Bilan d'une première année de chirurgie ambulatoire dans un service de chirurgie endocrinienne et digestive de CHU

Examineurs de la thèse :

M. Laurent BRESLER	Professeur	Président
M. Laurent BRUNAUD	Professeur	Juge
M. Ahmet AYAV	Professeur	Juge
M. Philippe SOCKEEL	Professeur	Juge
Mme Marie-Lorraine SCHERRER	Docteur en Médecine	Juge

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

par

Kevin FIXOT

le 8 juin 2012 à Nancy

Bilan d'une première année de chirurgie ambulatoire dans un service de chirurgie endocrinienne et digestive de CHU

Examineurs de la thèse :

M. Laurent BRESLER	Professeur	Président
M. Laurent BRUNAUD	Professeur	Juge
M. Ahmet AYAV	Professeur	Juge
M. Philippe SOCKEEL	Professeur	Juge
Mme Marie-Lorraine SCHERRER	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission* « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission* « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission* « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission* « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur BRESLER

Professeur de Chirurgie Générale

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous avez accueillis dans votre service et guidés dans ce travail

Nous avons bénéficié de votre enseignement

Vous nous avez appris l'exigence

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury

Veillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur BRUNAUD

Professeur de Chirurgie Générale

Vos connaissances et votre bonne humeur nous impressionnent

Nous sommes sensibles à l'attention que vous avez bien voulu porter à ce travail

Soyez en ici sincèrement remercié

Monsieur le Professeur AYAV

Professeur de Chirurgie Générale

Votre savoir et votre technique sont un exemple pour nous

Nous sommes très honorés de votre présence dans ce jury

Soyez assuré de notre respect

Monsieur le Médecin Chef SOCKEEL

Professeur agrégé du Val de Grâce

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Vos conseils et votre savoir nous ont été d'une aide précieuse

Nous espérons être dignes de votre confiance et travailler à vos côtés

Veillez recevoir la marque de notre sincère gratitude et de notre profond respect

Madame le Docteur SCHERRER

Chirurgien digestif et viscérale

Nous admirons votre sens clinique, votre disponibilité et votre gentillesse

Vous donnez un autre visage à la chirurgie

Nous vous prions de croire en notre profonde gratitude

Madame le Docteur AYAV

Epidémiologiste

Vous nous avez aidés dans ce travail

Vous avez tenté une nouvelle fois de nous faire comprendre les statistiques

Soyez en ici sincèrement remercié

A la famille

A Audrey,

Pour m'offrir le meilleur,

Pour avoir accepté de céder la première place dans mon cœur à notre fille,

Pour la vie,

Pour toujours.

A Chloé,

Pour me faire connaître l'immense joie d'être père,

Pour me pardonner d'être trop souvent absent,

Pour être ma lumière,

A CELUI ou CELLE à venir,

Pour le courage qu'il te faudra pour supporter ta sœur.

A ma mère et mon père,

Pour n'avoir jamais douté de moi,

Pour m'avoir soutenu.

A Jean-Claude et Véronique

Pour avoir agrandi la fratrie et en prendre soin.

A mes frères et sœur pour qui je serai toujours présent.

A Robin,

Pour me laisser croire que je suis le meilleur.

A Louis-Félix,

Pour ton entrain à me voir à chaque passage.

A Yann et Maëlis,

Pour l'accueil que vous nous faites lors de nos (trop rares) retrouvailles.

A Roger et Nénette, mes beaux-parents, et Solenne

Pour être mon autre famille.

Aux amis,

A Bertrand, mon plus ancien ami

Tu as été une motivation à notre venue sur Metz,

Pour être devenu le parrain de notre fille,

Pour rester dans nos vies.

Aux amis de Lorraine, sans qui cette région serait si grise et froide :

Matthieu et Laly, les piliers de notre groupe, pour nous réunir si souvent, pour rire de mes blagues,

Hubert, pour être notre président pour longtemps et nous faire de si belles photos, et

Julia, notre sauveuse, pour faire d'Hubert notre président,

Fred, pour ton insatiable appétit de sauterelles grillées, et Ludi pour avoir fait enfin un p'tit mec,

Eric, pour encore me battre au squash, et Anne pour ne pas savoir ce que veut dire « industriel »

Anne-C et Fabien, Charlotte et Gaël, pour agrandir notre cercle.

Aux Santards, sans qui nos années d'écoles auraient été tristes et ternes : Clacko, pour être si disponible au dernier moment lors de mes passages à la capitale, pour avoir le même humour, Guillaume pour nous avoir rejoint (à contre cœur peut être), Elodie, Luigi et Lisa, Marie.

A mes co-internes, qui ont rendu tous mes semestres si agréables : Marc et Patrice qui sont maintenant mes chefs ; Véronique, Nicolas ; Romain, Guillaume et Adrien pour votre motivation depuis toujours ; Marion, Laure, Sandrine, Marie, Claire, Vincent, Maguelonne, Vladimir, Edouard, Louis-Paul, Myriam, Pierre-Etienne, Thomas, Charles, Pierre, Clémence, Arnaud, Quentin et Fred.

MERCI

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
PATIENTS ET METHODES	19
RESULTATS	22
1. Comparaison des deux groupes	22
a) Cures de hernie inguinale	22
b) Cholécystectomies	23
2. Critères de sélection à l'ambulatoire	26
a) Cures de hernie inguinale	26
b) Cholécystectomies	27
3. Critères de qualité de la chirurgie ambulatoire	28
a) Cures de hernie inguinale	28
b) Cholécystectomies	28
DISCUSSION	29
1. Critères de sélection à l'ambulatoire	29
a) Cures de hernie inguinale	29
b) Cholécystectomies	30
2. Critères de qualité de la chirurgie ambulatoire	31
a) Cures de hernie inguinale	31
b) Cholécystectomies	35
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	40

INTRODUCTION

On définit la chirurgie ambulatoire comme l'ensemble des actes programmés nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, avec sortie du patient le jour même de son intervention. En France, elle concerne des durées de séjour réglementairement inférieures à 12 heures [1, 2]. La chirurgie ambulatoire a montré ses avantages en termes de bénéfices économiques et de diminution des infections nosocomiales. Elle tend à devenir la norme avec déjà plus de 70 % des patients opérés d'une hernie inguinale dans les pays scandinaves et jusqu'à 87 % aux Etats-Unis selon cette approche [3-5]. Les Agences Régionales de Santé (ARS) incitent tous les établissements privés et publics à ouvrir des secteurs de chirurgie ambulatoire. De plus, dans certains établissements, l'ARS a rendu obligatoire la mise sous accord préalable (MSAP) pour pratiquer certaines interventions chirurgicales en hospitalisation conventionnelle plutôt qu'en ambulatoire [6].

Une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a été créée au CHU de NANCY - Brabois le 1^{er} novembre 2009. Il s'agit d'une structure ambulatoire intégrée, définie par des locaux d'accueil et de séjours dédiés à l'ambulatoire, d'une capacité de 6 places, alors que le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires. Cette UCA est ouverte aux patients de chirurgie digestive, endocrinienne, urologique et vasculaire, et au service d'hépatogastro-entérologie et de radiologie.

Il nous avait été demandé, au préalable, afin de déterminer le nombre de places nécessaires, d'évaluer approximativement le pourcentage de cholécystectomies et de cures de hernie inguinale que le service de chirurgie générale et digestive était potentiellement capable de réaliser en ambulatoire. Cette étude avait montré que, en respectant les critères cliniques et sociaux d'inclusion à l'ambulatoire, nous pouvions réaliser approximativement 50 % des cures de hernie inguinale et 50 % des cholécystectomies selon cette approche.

L'objectif principal de ce travail était d'étudier à l'issue d'une première année d'exercice en ambulatoire d'une part le pourcentage de cholécystectomies et de cures de hernie inguinale réalisées en ambulatoire, et d'autre part, de comparer ce taux au taux estimé initialement et d'essayer d'expliquer la différence si elle existe. L'objectif secondaire était d'évaluer la qualité de la prise en charge en ambulatoire pour ces deux pathologies au cours de cette première année.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons revu les dossiers de tous les patients qui ont été opérés d'une cholécystectomie coelioscopique ou d'une hernie inguinale, en chirurgie ambulatoire ou en chirurgie conventionnelle, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010, dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de NANCY – Brabois. Les urgences, ne pouvant être prises en charge en chirurgie ambulatoire, ont toutes été exclues.

Dans les dossiers de tous les patients opérés de ces deux pathologies en chirurgie conventionnelle, nous avons regardé quels ont été les critères d'exclusion de la chirurgie ambulatoire en sachant que les critères de sélection à la chirurgie ambulatoire au CHU NANCY - Brabois étaient les suivants : parfaite compréhension du patient, temps de parcours du domicile à l'hôpital inférieur à 60 minutes, posséder un moyen de locomotion particulier et téléphone, présence d'un tiers à la sortie et pour la nuit, engagement signé à respecter les consignes de sortie et à rester hospitalisé si nécessaire, durée d'intervention programmée inférieure à 3 heures, pas de traitement par antivitamine K, score ASA I, II, et III stable, IMC inférieur ou égal à 45 kg/m², pas d'alcoolodépendance, ni toxicomanie, et pas de maladie psychiatrique instable. Nous avons également recherché tout autre critère qui aurait expliqué la non hospitalisation en ambulatoire.

Nous avons aussi analysé les caractéristiques démographiques et cliniques des patients afin de pouvoir comparer les groupes pour les deux types de prise en charge chirurgicale selon les caractéristiques retrouvées dans les recommandations de 2010 sur la chirurgie ambulatoire digestive et endocrinienne [1].

Nous avons ensuite étudié les critères de qualité de la chirurgie ambulatoire en se basant sur les critères de cette même recommandation, à savoir le taux de réintervention, le taux d'Admission Non Programmée (ANP), ou conversion en hospitalisation conventionnelle, le taux de Consultation Non Programmée (CNP), ou consultation imprévue après la sortie, sans réadmission, le taux d'Hospitalisation Non Programmée (HNP), ou réhospitalisation après la sortie, et enfin le taux de satisfaction des patients envers ce mode de prise en charge [1, 2]. L'enquête de satisfaction des patients a été réalisée via un questionnaire téléphonique. Classiquement dans la littérature, la période définissant une HNP se situe dans le mois après la chirurgie [7, 8]. Nous avons aussi recherché les causes de ces admissions, consultations ou hospitalisations non programmées. Un critère plus récent n'a pas été recherché car ce critère n'a été rapporté en France qu'en avril 2012 avant le recueil des données. Il s'agit du taux d'annulation d'interventions en ambulatoire [2].

En ce qui concerne l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire, les gestes chirurgicaux ont tous été réalisés le matin dans un bloc opératoire commun avec l'hospitalisation conventionnelle. D'un point de vue technique : les cholécystectomies ont été faites par cœlioscopie et devaient systématiquement bénéficier d'une prévention des douleurs postopératoires (DPO) par instillation des coupoles diaphragmatiques, infiltration des orifices de trocart ou TAP bloc (bloc abdominal transverse) par environ 150 mg de ROPIVACAÏNE. En ce qui concerne les hernies inguinales, la technique opératoire a été laissée au libre choix de l'opérateur à savoir hernioplastie selon Lichtenstein, cœlioscopie extra-péritonéale (TEP) voire raphie simple. Les cures de hernies inguinales devaient aussi bénéficier systématiquement d'une prévention des DPO par infiltration de la cicatrice ou TAP bloc par environ 150 mg de ROPIVACAÏNE.

Le suivi consistait en un appel téléphonique par une infirmière le premier jour ouvrable suivant l'intervention ainsi qu'une consultation avec le chirurgien 6 semaines après l'intervention.

Pour l'étude, un appel téléphonique a été passé à chaque patient de mai à septembre 2011, afin de connaître les éventuelles complications, consultations ou hospitalisations ayant eu lieu après leur consultation de contrôle, ainsi que leur satisfaction envers la prise en charge en ambulatoire.

RESULTATS

1. Comparaison des deux groupes

a) Cures de hernie inguinale

Soixante cinq patients ont bénéficié d'une cure de hernie inguinale, quelque soit le mode d'hospitalisation. Quarante deux patients ont été pris en charge en chirurgie ambulatoire (65 %) et 23 patients en chirurgie conventionnelle (35 %). L'âge moyen était de 61 ans avec des extrêmes de 19 et 88 ans.

Lorsque l'on comparait les deux groupes (tableau 1), on s'apercevait qu'il n'y avait pas de différence significative concernant le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC). Par contre, l'âge était significativement plus élevé dans le groupe « chirurgie conventionnelle ». Il y avait aussi, nettement plus de patients classés ASA I dans le groupe « chirurgie ambulatoire » (40 % versus 13 %) et beaucoup plus de patients classés ASA III dans le groupe « chirurgie conventionnelle » (48 % versus 5 %). On retrouvait enfin un taux de hernie récidivante supérieur dans le groupe « chirurgie conventionnelle ».

Tableau 1 : Caractéristiques des patients opérés pour une hernie de l'aîne

	Groupe « chirurgie ambulatoire » n = 42 (65 %)	Groupe « chirurgie conventionnelle » n = 23 (35 %)
Age moyen [extrêmes]	57 ans [19-81]	69 ans [42-88]
Sexe	37 hommes, 5 femmes	22 hommes, 1 femme
IMC moyen [écart-type]	24,8 kg/m ² [± 3]	24,7 kg/m ² [± 3]
Score ASA :		
- I	n = 17 (40 %)	n = 3 (13 %)
- II	n = 18 (43 %)	n = 9 (39 %)
- III	n = 2 (5 %)	n = 11 (48 %)
Hernies :		
- Récidivantes	n = 2 (5 %)	n = 5 (22 %)
- Bilatérales	n = 3 (7 %)	n = 3 (13 %)

En ce qui concerne les particularités techniques (tableau 2), les types d'anesthésie n'étaient pas significativement différents, de même que les techniques chirurgicales utilisées.

Tableau 2 : Spécificités techniques des cures de hernie inguinale

	Groupe « chirurgie ambulatoire » n = 42	Groupe « chirurgie conventionnelle » n = 23
Anesthésie :		
- Générale	42 (100 %)	21 (91 %)
- Rachianesthésie	0	2 (9%)
- Locorégionale	18 (43 %)	5 (22 %)
- Infiltration de la cicatrice	12 (29 %)	5 (22 %)
Technique chirurgicale :		
- Lichtenstein	31 (74 %)	20 (87 %)
- Coelioscopique (TEP) / conversion	6 (14 %) / 0	2 (9 %) / 0
- Raphie	5 (12 %)	1 (4 %)
Durée opératoire [écart-type]	58 min [± 17]	72 min [± 20]

Les suites opératoires n'étaient pas différentes et ont été marquées par 2 hématomes en « chirurgie ambulatoire » (5 %) versus 1 rétention aiguë d'urine et 3 hématomes en « chirurgie conventionnelle » (17 %). Aucun patient n'a nécessité de reprise chirurgicale. La durée moyenne de suivi est de 342 jours.

b) Cholécystectomies

Quatre vingt sept patients ont été opérés d'une cholécystectomie coelioscopique, quelque soit le mode d'hospitalisation. Seize patients ont été pris en charge en chirurgie ambulatoire (18 %) et 71 patients en chirurgie conventionnelle (82 %). L'âge moyen était de 56 ans avec des extrêmes de 20 et 86 ans.

Lorsque l'on comparait les deux groupes (tableau 3), il n'y avait pas de différence significative concernant le sexe et l'IMC moyen. Par contre, l'âge était significativement plus élevé dans le groupe « chirurgie conventionnelle » et il y avait significativement plus de patients classés ASA I dans le groupe « chirurgie ambulatoire » (50 % versus 18 %) et significativement plus de patients classés ASA III dans le groupe « chirurgie conventionnelle » (23 % versus 0). Dans le groupe « chirurgie conventionnelle », on retrouvait plus d'antécédents de cholécystite aiguë (38 % versus 13 %) et de laparotomie multiples et/ou sus-mésocolique (20 % versus 0) et de patients sous anticoagulant (11 % versus 0). Un nombre significatif de patients suspects de lithiase de la voie biliaire principale a bénéficié d'une hospitalisation conventionnelle car une IRM était programmée la veille de l'intervention.

Tableau 3 : Caractéristiques des patients opérés de cholécystectomie coelioscopique

	Groupe « chirurgie ambulatoire » n = 16 (18 %)	Groupe « chirurgie conventionnelle » n = 71 (82 %)
Age moyen [extrêmes]	42 ans [20-73]	59 ans [21-86]
Sexe	5 hommes, 11 femmes	23 hommes, 48 femmes
IMC moyen [écart-type]	26,6 kg/m ² [± 6]	29,7 kg/m ² [± 7]
Score ASA :		
- I	n = 8 (50 %)	n = 13 (18 %)
- II	n = 8 (50 %)	n = 35 (49 %)
- III	0	n = 16 (23 %)
Anticoagulant	0	n = 8 (11 %)
Antécédent : (n=10)		
- Cholécystite aiguë	n = 2 (13 %)	n = 27 (38 %)
- ou signe échographique de cholécystite chronique	0	n = 4 (7 %)
- Laparotomies multiples et/ou sus-mésocolique	0	n = 14 (20 %)
Suspicion :		
- Lithiase de la voie biliaire principale	n = 1 (6 %)	n = 21 (30 %)
- Cancer vésiculaire	0	n = 1

En ce qui concerne les particularités techniques (tableau 4), on remarque que la prévention des douleurs postopératoires était significativement moins bonne dans le groupe « chirurgie conventionnelle » (21 % versus 94 %).

Tableau 4 : Spécificités techniques des cholécystectomies

	Groupe « chirurgie ambulatoire » n = 16	Groupe « chirurgie conventionnelle » n = 71
Cholangiographie	8 (50 %)	49 (69 %)
Durée opératoire [écart-type]	64 min [± 26]	107 min [± 59]
Conversion	0	9 (13 %)
Préventions :		
- Douleurs postopératoires (infiltration de cicatrice, instillation des coupes ou anesthésie locorégionale)	15 (94 %)	15 (21 %)
- Nausées et vomissements postopératoires (Dexaméthasone ou antiémétique)	9 (56 %)	ND
Programmation en début de matinée	15 (94 %)	ND

Il n'y a eu aucune conversion dans le groupe chirurgie ambulatoire versus 9 conversions (13 %) dans le groupe chirurgie conventionnelle.

Les complications précoces étaient 5 abcès et 2 hématomes de paroi, 2 plaies de la voie biliaire principale diagnostiquées en peropératoire, 1 collection sous phrénique, 1 hémopéritoine, 1 hématémèse sur ulcère gastroduodénal, 1 infection urinaire, 1 pneumopathie et les complications tardives, 3 éventrations et 2 lithiases résiduelles de la voie biliaire principale, en « chirurgie conventionnelle » (27 %) versus aucune complication en « chirurgie ambulatoire ». Trois patients ont nécessité une reprise chirurgicale dans le groupe « chirurgie conventionnelle » dont un patient repris deux fois (4 %). La durée de suivi moyenne est de 390 jours.

2. Critères de sélection à l'ambulatoire

a) Cures de hernie inguinale

Sur les 65 patients opérés d'une cure de hernie inguinale, 23 ont été pris charge en chirurgie conventionnelle (35 %). Les facteurs d'exclusion de la prise en charge en ambulatoire étaient : pour 9 patients, un score ASA supérieur à 3 ou la présence d'une comorbidité sévère (47 %), pour 9 patients, la prise d'anticoagulant ou risque hémorragique (47 %), pour 4 patients, la prévision de difficulté opératoire (récidive ou antécédents chirurgicaux) (21 %), pour 4 patients, l'existence de problèmes sociaux (incompréhension, mauvaise observance prévisible, absence d'accompagnant, insalubrité du logement et éloignement supérieur à 1 heure d'un hôpital) (21 %), et pour un patient, la programmation d'un autre geste chirurgical dans le même temps (4 %). Pour 4 patients (17 %) pris en charge en « chirurgie conventionnelle », aucun facteur d'exclusion n'a pu être retrouvé. La durée moyenne de séjour en « chirurgie conventionnelle » était 3,65 jours \pm 2 jours (écart-type).

b) Cholécystectomies

Sur les 87 patients opérés d'une cholécystectomie coelioscopique, 71 ont été pris en charge en chirurgie conventionnelle (soit 82 %). Les facteurs d'exclusion de la prise en charge en ambulatoire étaient : pour 33 patients, la prévision de difficulté opératoire (cholécystite ou angiocholite aiguë, antécédent de laparotomie multiples et/ou sus mésocolique et suspicion de cancer) (58 %), pour 22 patients, un IMC supérieur à 32 kg/m² (39 %), pour 6 patients, un score ASA supérieur à 3 ou la présence d'une comorbidité sévère (11 %), pour 9 patients, la prise d'anticoagulant ou un risque hémorragique (16 %). La suspicion de lithiase de la voie biliaire principale avec nécessité soit d'un examen d'imagerie préopératoire pour 4 patients (7%), soit d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique pour 2 patients (3%) était un facteur d'exclusion. Pour 3 patients, l'existence de problèmes sociaux (incompréhension, mauvaise observance prévisible, absence d'accompagnant, insalubrité du logement et éloignement supérieur à 1 heure d'un hôpital) (5 %) constituait aussi un facteur d'exclusion. Enfin, une grossesse (n=1) et une variation anatomique découverte sur une IRM préopératoire (n=1) ont contre-indiqué la chirurgie ambulatoire. Pour 14 patients (20 %) pris en charge en « chirurgie conventionnelle », aucun facteur d'exclusion n'a pu être retrouvé. La durée de séjour moyenne en « chirurgie conventionnelle » était 6,38 jours ± 9 jours (écart-type).

3. Critères de qualité de la chirurgie ambulatoire

a) Cures de hernie inguinale

Sur les 65 patients opérés d'une cure de hernie inguinale, 42 ont été pris en charge en chirurgie ambulatoire (soit 65 %). Il y a eu 4 patients de « chirurgie ambulatoire » qui ont nécessité une ANP (10 %), 2 une CNP (5 %) et aucun une HNP. Les causes d'ANP étaient des douleurs postopératoires, une lipothymie, deux problèmes organisationnels : un problème de bloc opératoire (intervention sous anesthésie générale l'après-midi) et un problème social non anticipé (absence d'un tiers pour la première nuit postopératoire). Les causes de CNP étaient un hématome pariétal et une inquiétude à propos de la cicatrice sans complication retrouvée lors de la consultation. La durée moyenne de séjour des patients ayant nécessité une ANP était de 1,25 jour. Trente quatre patients sur 37 ont répondu qu'« il choisirait ce mode de prise en charge s'il devait refaire l'intervention » et/ou qu'« il recommanderait le même mode de prise en charge », soit un taux de satisfaction de 92 % pour un taux de réponse de 88 %.

b) Cholécystectomies

Sur les 87 patients opérés d'une cholécystectomie coelioscopique, 16 ont été pris en charge en chirurgie ambulatoire (soit 18 %). Il y a eu 4 patients de « chirurgie ambulatoire » qui ont nécessité une ANP (25 %), 1 une CNP (6 %) et aucun une HNP. Les causes d'ANP étaient des douleurs postopératoires pour 2 patients, un drain laissé en place pour effraction vésiculaire et un horaire de réveil trop tardif. La cause de la CNP était des douleurs postopératoires. La durée moyenne de séjour des patients ayant nécessité une ANP était de 1,25 jour. Dix patients sur 14 ont répondu qu'« il choisirait ce mode de prise en charge s'il devait refaire l'intervention » et/ou qu'« il recommanderait le même mode de prise en charge », soit un taux de satisfaction de 71 % pour un taux de réponse de 88 %.

DISCUSSION

1. Critères de sélection à l'ambulatoire

a) Cures de hernie inguinale

Notre taux de patients opérés d'une cure de hernie inguinale en ambulatoire était de 65 %, ce qui correspond aux prévisions que nous avons faites avant la création de l'UCA. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) avait fixé en 2001 un taux plancher de 47,8 %. L'objectif fixé est donc atteint dès la première année d'exercice. En 2009, le taux de prise en charge des cures de hernie inguinale en ambulatoire, en France, tout établissement confondu, était de 18 % [2], ce qui place notre établissement au dessus de la moyenne française avec les mêmes chiffres que ceux publiés par Ngo et al. à Paris [9]. Des taux plus élevés de chirurgie ambulatoire sont retrouvés dans d'autres pays selon les séries : 70 % en Suède en 2001 [5], 70 % au Danemark en 2005 [4] et même 100 % dans certains établissements aux États-Unis en 2005 [10].

Si on reprend l'analyse des facteurs d'exclusion de la prise en charge en ambulatoire, on retrouve une justification réelle chez 19 patients sur 23. Seulement chez 4 patients (17 %), aucun critère d'exclusion n'a pu être retrouvé. Il paraît clair que la population hospitalisée dans notre CHU pour une cure de hernie inguinale est une population probablement différente de celle que l'on retrouve dans certains secteurs, notamment privé, et qu'il va être difficile d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire dans cette pathologie à moins de décider institutionnellement, de promouvoir cette façon de faire et de recruter sur les parts de marché des établissements privés.

Une sensibilisation des chirurgiens consultants permettrait d'éviter les prises en charge en chirurgie conventionnelle non expliquées.

b) Cholécystectomies

Le taux de patients opérés d'une cholécystectomie coelioscopique, programmée en ambulatoire, était de 18 % dans notre établissement. A l'heure actuelle, les cholécystectomies coelioscopique ne font pas partie des gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire. Cependant, notre taux paraît en dessous de ceux que l'on retrouve dans la littérature et est équivalent à ceux que l'on retrouvait chez certains pays voisins il y a quelques années. Ce taux était de 11,3 % au Royaume Uni en 2006 [11], avec un objectif actuel de 75 % dans ce même pays [12], et selon les séries, ils varient de 37,9 % à Singapour en 2006 [13], 53 % à Paris en 2005 [14], 62 % en Finlande en 2004 [15] et jusqu'à 70 % au Canada en 2003 [16].

Les critères d'exclusions à la chirurgie ambulatoire dans notre série étaient un score ASA III, un traitement anticoagulant, des antécédents de cholécystite aiguë et/ou de laparotomies multiples faisant courir un risque important de conversion et de durée opératoire allongée. Pour 21 patients, il y avait une suspicion de lithiase de la voie biliaire qui a nécessité une hospitalisation la veille de l'intervention pour réalisation d'une imagerie de la voie biliaire principale. Pour 14 patients, aucun facteur d'exclusion n'a pu être retrouvé.

Notre taux de prise en charge en ambulatoire est significativement plus faible que celui des séries de la littérature et il est inférieur à celui que nous avons prévu initialement. Il apparaît clairement qu'un nombre important de patients aurait pu bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire notamment ceux suspects d'être porteur d'une lithiase de la voie biliaire. L'imagerie aurait du être faite en externe et, en cas de négativité, l'hospitalisation programmée en ambulatoire dans un délai très court. Nous retrouvons ce même type de prise en charge dans la littérature [12-14, 16-19]. Une forte sensibilisation des chirurgiens pourrait permettre d'éviter les cas où aucun facteur d'exclusion n'a pu être retrouvé.

Si des mesures étaient prises dans ce sens, le taux de cholécystectomie en ambulatoire pourrait être de l'ordre de 46 % ce qui correspond à nos objectifs affichés.

2. Critères de qualité de la chirurgie ambulatoire

a) Cures de hernie inguinale

Notre taux d'ANP de 10 % paraît plus élevé que ceux relevés dans la littérature. Les taux de CNP de 5 %, d'HNP de 0 % et réopération de 0 % sont tout à fait similaires aux autres séries de la littérature (Tableau 5) [7, 8, 10, 20-25]. Nous retrouvons des causes classiques d'ANP et de CNP, à savoir chirurgicales avec douleurs postopératoires, et hématome, anesthésiques avec une lipothymie, et enfin organisationnelles avec une intervention débutée trop tardivement et un accompagnant non disponible pour un patient sortant. Nous n'avons eu aucune HNP, mais le taux d'HNP dans les 30 jours après la cure de hernie, rapportée dans la littérature, varie de 0,15 à 1,5 % [7]. Quant au taux de réintervention, il est recherché en tant qu'indicateur de qualité mais celui est souvent très faible, et nul dans notre série (Tableau 5) [2, 7, 8, 10, 20-25].

Tableau 5 : Récapitulatif des séries récentes de cures de hernie inguinale en ambulatoire

Article : 1 ^{er} auteur (et al.) + [réf]	Nb patients total	Nb patients « ambulatoire »	Mortalité (%)	Morbidité (%)	Conversion (%)	Réopération (%)	Durée op. (min)	ANP (%)	CNP (%)	HNP (%)	Satisfaction (%)
<i>Notre série</i>	65	42	0	5 vs 17	0	0	58 vs 72	10	5	0	92
Mattila [7]	89	45	0	7 vs 2	-	0	44 vs 39	0	7	0	91
Kurzer [8]	100	100	0	nc	-	nc	nc	0	0	0	59 vs 77
Millikan [10]	2038	2038	0	3	-	0	28	0	nc	1	nc
Dabic [11]	54	54	0	4	-	2	28	0	0	2	nc
Zuvela [12]	1018	635	0	7	-	0,6	nc	nc	nc	nc	nc
Dhumale [13]	1164	1164	0	1	-	0,1	nc	0,3	nc	nc	100
vanVeen [14]	100	100	0	19	-	0	39	4 vs 24	nc	nc	nc
Brebia [15]	119	119	0	9	-	nc	nc	1	nc	1	nc
Van Nieuwenhove [16]	404	249	0 *	16	-	nc	20	1	nc	nc	nc

*4 décès pendant le suivi non lié à la chirurgie

Les douleurs postopératoires (DPO) sont la cause la plus fréquente d'« échec » de la prise en charge en ambulatoire dans notre série, si l'on considère une ANP, une CNP ou une HNP comme un échec. Deux patients (5 %) opérés de cure de hernie en ambulatoire ont présenté des DPO mal contrôlées par les antalgiques. Ces deux patients n'ont pas bénéficié d'infiltration de la cicatrice. Contrairement à l'infiltration de la cicatrice, il semblerait, dans notre série, que le TAP bloc ne diminue pas le taux d'ANP, avec comme limite l'absence d'analyse statistique du fait du trop faible nombre d'effectifs (tableau 6). Cette inefficacité relative des TAP blocs peut être expliquée, éventuellement par un échec du TAP bloc, peut être lié à l'absence d'échoguidage systématique. Il est recommandé actuellement d'administrer de façon systématique des AINS afin de diminuer les DPO [3]. Dans cette étude rétrospective, cet élément n'a pas pu être analysé. Dans l'avenir, une prescription systématique doit être assurée.

Tableau 6 : Analyse des facteurs démographiques et péri-opératoires des cures de hernie en ambulatoire

	Patients en « ambulatoire » n = 42	« Réussite de l'ambulatoire » n = 36 (86 %)	ANP n = 4 (10 %)	CNP n = 2 (5 %)
Sexe ratio H/F	37/5	32/4	3/1	2/0
Age (ans)	57 ± 15	56 ± 15	59 ± 13	59 ± 1
Age > 60 ans	18	16	2	0
Score ASA I/II/III	17/18/2	15/16/2	2/1/0	0/1/0
IMC (kg/m ²)	24,8 ± 3	24,7 ± 3	26,8 ± 2	23 ± 0
Récidive	2	1	0	1
Bilatéralité	3	2	0	1
Antécédent chirurgical *	10	9	0	1
TAP bloc	18	15	3	0
Infiltration de la cicatrice	12	12	0	0
Lichtenstein/TEP /Raphie	31/6/5	26/6/4	3/0/1	2/0/0
Durée opératoire en min (écart-type)	58 ± 17	58 ± 18	50 ± 11	68 ± 11

*Laparotomie sous-ombilical en dehors de l'appendicectomie

Un cas d'ANP est lié à une intervention trop tardive. Il est certain qu'une structure autonome avec un bloc dédié doit faciliter ce type de prise en charge.

Un autre cas d'ANP a été rapporté à un problème social (accompagnant non disponible la première nuit postopératoire) qui aurait pu être anticipé soit en informant mieux le patient afin de chercher un autre accompagnant, soit en l'excluant de la prise en charge en ambulatoire.

A propos des facteurs d'ANP et de CNP des patients ayant bénéficié de cures de hernie inguinale en chirurgie ambulatoire, il ne semble pas que l'âge, le sexe, le score ASA, les antécédents chirurgicaux sous ombilicaux (appendicectomies exclues), et la durée opératoire soient des facteurs influençant la « réussite » de la prise en charge en ambulatoire, avec comme limite le faible nombre d'effectifs (tableau 6). La technique opératoire elle-même n'est pas un facteur d'ANP et de CNP. Aucun patient ayant bénéficié d'une infiltration de la cicatrice n'a nécessité d'admission, de consultation ou d'hospitalisation non programmée. Les cœlioscopies étaient peu nombreuses et ont toutes été pratiquées par un même opérateur expérimenté (praticien hospitalier). Un patient sur deux opéré d'une récurrence et un sur trois d'une hernie bilatérale a eu besoin d'une consultation non programmée.

La satisfaction des patients n'a été recherchée qu'à propos du mode de prise en charge en ambulatoire. Le taux de satisfaction de prise en charge en ambulatoire est de 92 % pour les cures de hernie inguinale. Cette satisfaction très élevée est retrouvée dans les autres séries de la littérature (Tableau 5) [7, 8, 10, 20-25], ce qui fait que la cure de hernie inguinale en ambulatoire est probablement une excellente indication.

b) Cholécystectomies

Nos taux d'ANP de 25 %, de CNP de 6 % et d'HNP de 0 % paraissent similaires à ceux que l'on retrouve dans la littérature (Tableau 7)[11, 26-28]. Nous retrouvons les mêmes causes classiques d'ANP et de CNP pour nos patients ayant bénéficiés d'une cure d'hernie inguinale que celles de la littérature, à savoir chirurgicales avec douleurs postopératoires ou nécessité de laisser un drain, et encore organisationnelles avec une intervention débutée trop tardivement.

Tableau 7 : Récapitulatif des séries ou méta-analyse récentes de cholécystectomie coelioscopique en ambulatoire

Article : 1 ^{er} auteur (et al.) + [réf]	Nb patients total	Nb patients « ambulatoire »	Mortalité (%)	Morbidité (%)	Conversion (%)	Réopération (%)	Durée op. (min)	ANP (%)	CNP (%)	HNP (%)	Satisfaction (%)
<i>Notre série</i>	87	16	0*	0 vs 27	0 vs 9	0 vs 3	64 vs 107	25	6	0	71
Gurusamy [19]	429	215	0	2 vs 1	0 vs 2	0,5 vs 1	nc	20	4	2	nc
Victorzon [21]	567	567	0	2	1	0	56	37	nc	2	nc
Rathore [22]	164	164	0	4	1	4	nc	16	nc	4	nc
Lau [23]	731	731	0	0	0	0	56	3	nc	0,1	nc

*1 décès à un an de la chirurgie et non lié à la chirurgie.

Les DPO sont encore la cause la plus fréquente d'« échec » de la prise en charge en ambulatoire dans notre série de cholécystectomies. Cinq patients (31 %) opérés de cholécystectomie en ambulatoire ont présenté des DPO. Tous ces patients ont bénéficié d'une prévention des DPO par instillation des coupes diaphragmatiques et/ou infiltration des orifices de trocart. A propos des AINS, il en est de même que pour les cures de hernie inguinale, c'est-à-dire que le critère prescription d'AINS n'a pu être relevé, alors qu'ils sont recommandés de façon systématique chez tous les patients non contre-indiqué [1]. On note une grande disparité dans la prise en charge des DPO pour les cholécystectomies entre les patients de chirurgie conventionnelle et ceux d'ambulatoire. En effet, 94 % des patients de « chirurgie ambulatoire » ont bénéficié d'une prévention des DPO (par instillation des coupes diaphragmatiques et/ou infiltration des orifices de trocart) versus 15 % en « chirurgie conventionnelle ».

Le seul patient n'ayant pas été opéré en début de matinée a nécessité une ANP pour une sortie de bloc trop tardive.

A propos des facteurs prédictifs d'ANP et CNP, il ne semble pas que l'âge, le sexe, le score ASA, l'IMC, l'instillation des coupes diaphragmatiques et/ou infiltration des orifices de trocart et nausées et vomissements postopératoire par Dexaméthasone et/ou autre antiémétique, et la durée opératoire soient des facteurs influençant la « réussite » de la prise en charge en ambulatoire, avec aussi comme limite le faible nombre d'effectifs (Tableau 8). A noter que les 2 patients de plus de 60 ans, les 2 patients ayant un IMC supérieur à 32, les 2 patients ayant un antécédent de cholécystite aiguë et la patiente ayant eu comme antécédent une sphinctérotomie endoscopique récente n'ont pas nécessité ni ANP, ni CNP, ni HNP.

Tableau 8 : Analyse des facteurs démographiques et péri-opératoires des cholécystectomies en ambulatoire

	Patients « ambulatoire » n = 16	Réussite « ambulatoire » n = 11 (69 %)	ANP n = 4 (25 %)	CNP n = 1 (6 %)
Sexe ratio H/F	5/11	4/7	1/3	0/1
Age (ans)	42 ± 17	44 ± 19	38 ± 15	44
Age > 60 ans	2	2	0	0
Score ASA I/II	8/8	5/6	3/1	0/1
IMC (kg/m ²)	26,6 ± 6	25,7 ± 8	28,3 ± 3	29
IMC > 32 kg/m ²	2	2	0	0
Prévention DPO* ¹	15	10	4	1
Prévention NVPO* ²	16	11	4	1
Durée opératoire en min (écart-type)	64 ± 26	61 ± 23	79 ± 32	40
Cholécystite aigüe	2	2	0	0
Suspicion de lithiase de la VBP	1	1	0	0
Non programmation en début de matinée	1	0	1	0

*¹ Prévention DPO (Douleurs Post-Opératoires) par instillation des coupoles diaphragmatique et/ou infiltration des orifices de trocars et /ou autres anesthésie locorégionale

*² Prévention NVPO (Nausées et vomissements PostOpératoires) par Dexaméthasone et/ou autre anti-émétique

La satisfaction des patients n'a été recherchée qu'à propos du mode de prise en charge en ambulatoire. Le taux de satisfaction de prise en charge en ambulatoire est de 71 % pour les cholécystectomies coelioscopiques. Il apparaît donc plus faible pour les cholécystectomies que pour les cures de hernie inguinale. Les insatisfactions sont souvent liées à des « échecs » de la prise en charge en ambulatoire et rapportées aux DPO le plus souvent ou au sentiment de sortie trop précoce. Sur les 7 patients insatisfaits pour les deux interventions, 3 ont nécessité une ANP et 1 une CNP. Ces causes d'insatisfactions sont fréquemment rapportées dans la littérature [2]. Ce taux plus faible traduit la lourdeur de l'intervention, avec des DPO et une anxiété plus grande des patients face à une chirurgie considérée comme plus lourde psychologiquement. Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature quant à la satisfaction des cholécystectomies réalisées en ambulatoire (Tableau 7)[11, 26-28].

CONCLUSION

Cette étude montre que pour une première année de chirurgie ambulatoire, la sélection a été tout à fait bonne pour la prise en charge des hernies inguinales avec un taux de 65 % au dessus des critères planchers de la CNAMTS. L'étude de dossiers montre que les critères d'exclusion ont été bien respectés. L'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire pour les cures de hernie inguinale, dans un service de CHU, passe obligatoirement par un recrutement d'une patientèle différente. Les critères de qualité sont tout à fait satisfaisants, comparables à ceux de la littérature. En ce qui concerne la réalisation des cholécystectomies, le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur aux prévisions et aux chiffres de la littérature avec manifestement des critères d'exclusion trop stricts, ou des critères de non inclusion liés à l'appréhension du chirurgien. Les critères de qualité montrent qu'une amélioration pourrait être apportée par une meilleure analgésie et une meilleure organisation du bloc opératoire.

RÉFÉRENCES

1. SFCD, ACHBT. Indications for ambulatory surgery in visceral surgery. Guidelines 2010. *J Chir (Paris)* 2010;147(Suppl 4):S55-S122.
2. Chirurgie ambulatoire : Socle de connaissance, avril 2012, HAS, <http://www.has-sante.fr>.
3. Kraft K, Mariette C, Sauvanet A, et al. Indications for ambulatory gastrointestinal and endocrine surgery in adults. *J Visc Surg* 2011;148(1):69-74.
4. Kehlet H, Bay-Nielsen M. Nationwide quality improvement of groin hernia repair from the Danish Hernia Database of 87 840 patients from 1998 to 2005. *Hernia* 2008;12(1):1-7.
5. Nordin P, Haapaniemi S, van Der Linden W, Nilsson E. Choice of anesthesia and risk of reoperation for recurrence in groin hernia repair. *Ann Surg* 2004;240(1):187-92.
6. CNAMTS. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. l'Assurance Maladie en ligne 2011, <http://www.ameli.fr>.
7. Mattila K, Vironen J, Eklund A, Kontinen VK, Hynynen M. Randomized clinical trial comparing ambulatory and inpatient care after inguinal hernia repair in patients aged 65 years or older. *Am J Surg* 2011;201(2):179-85.
8. Kurzer M, Kark A, Hussain ST. Day-case inguinal hernia repair in the elderly: a surgical priority. *Hernia* 2009;13(2):131-6.
9. Ngo P, Pélissier E, Levard H, Perniceni T, Denet C, Gayet B. Ambulatory groin and ventral hernia repair. *J Visc Surg* 2010;147(5):397-401.
10. Millikan KW, Doolas A. A long-term evaluation of the modified mesh-plug hernioplasty in over 2,000 patients. *Hernia* 2008;12(3):257-60;discussion 323.

11. Gurusamy K, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of day-case laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 2008;95(2):161-8.
12. Briggs CD, Irving GB, Mann CD, et al. Introduction of a day-case laparoscopic cholecystectomy service in the UK: a critical analysis of factors influencing same-day discharge and contact with primary care providers. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91(7):583-90.
13. Chang SK, Tan WB. Feasibility and safety of day surgery laparoscopic cholecystectomy in a university hospital using a standard clinical pathway. *Singapore Med J* 2008;49(5):397-9.
14. Proske JM, Dagher I, Revitea C, et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy: results of 211 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31(4):421-4.
15. Tenconi SM, Bobi L, Colombo EM, Dionigi G, Rovera F, Cassinotti E. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: current indications and patients' selection. *Int J Surg* 2008;6 Suppl 1:S86-8.
16. Vandenbroucke F, Létourneau R, Roy A, et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a one year experience on unselected patients. *J Chir (Paris)* 2007;144(3):215-8.
17. Bona S, Monzani R, Fumagalli Romario U, Zago, M, Mariani D, Rosati R. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of 250 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31(11):1010-5.
18. Akoh JA, Watson WA, Bourne TP. Day case laparoscopic cholecystectomy: reducing the admission rate. *Int J Surg* 2011;9(1):63-7.
19. Psaila J, Agrawal S, Fountain U, et al. Day-surgery laparoscopic cholecystectomy: factors influencing same-day discharge. *World J Surg* 2008;32(1):76-81.

20. Dabic D, Cerovic S, Azanjac B, Maric B, Kostic I. Prolene hernia system, ultrapro hernia system and 3D patch devices in the treatment of inguinal, femoral, umbilical and small incisional hernias in outpatient surgery. *Acta Chir Iugosl* 2010.;57(2):49-54.
21. Zuvela M. The modified Lichtenstein technique for complex inguinal hernia repair-how I do it. *Acta Chir Iugosl* 2011;58(1):15-28.
22. Dhumale R, Tisdale J, Barwell N. Over a thousand ambulatory hernia repairs in a primary care setting. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92(2):127-30.
23. van Veen RN, Mahabier C, Dawson I, et al. Spinal or local anesthesia in lichtenstein hernia repair: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 2008;247(3):428-33.
24. Brebbia G, Carcano G, Boni L, et al. To teach and to learn in day surgery. The role of residents. *Int J Surg* 2008;6 Suppl 1:S56-8.
25. Van Nieuwenhove Y, Vansteenkiste F, Vierendeels T, Coenye K. Open, preperitoneal hernia repair with the Kugel patch: a prospective, multicentre study of 450 repairs. *Hernia* 2007;11(1):9-13.
26. Victorzon M, Tolonen P, Vuorialho T. Day-case laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for selected patients? *Surg Endosc* 2007;21(1):70-3.
27. Rathore MA, Andrabi SIH, Mansha M, Brown MG. Day case laparoscopic cholecystectomy is safe and feasible: a case controlled study. *Int J Surg* 2007;5(4):255-9.
28. Lau H, Brooks DC. Predictive factors for unanticipated admissions after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 2001;136(10):1150-3.

VU

NANCY, le 27 avril 2012

Le Président de Thèse

Professeur L. BRESLER

NANCY, le 9 mai 2012

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Le Responsable Administratif de la Faculté
de Médecine

Elisabeth HEYRENDT

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3974

NANCY, le 11 mai 2012

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Le développement de la chirurgie ambulatoire paraît inéluctable pour des raisons économiques et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. En chirurgie digestive et endocrinienne, les recommandations des sociétés savantes incluent essentiellement la prise en charge des hernies inguinales et les cholécystectomies.

Cette étude rétrospective concernait tous les patients ayant été pris en charge pour la cure d'une hernie inguinale et/ou pour une cholécystectomie durant l'année 2010 au CHU de Nancy Brabois. L'objectif de cette étude était de déterminer d'une part les facteurs de non éligibilité à la chirurgie ambulatoire et d'autre part, les facteurs d'échec de la prise en charge en ambulatoire.

Cinquante huit patients ont bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire (42 pour cures de hernie, soit 65 % et 16 pour cholécystectomie, soit 18 %). Pendant la même période, 94 patients ont été opérés de la même pathologie en hospitalisation conventionnelle.

Les principaux critères de non éligibilité de la prise en charge en ambulatoire étaient le caractère prévisible de la difficulté de l'intervention, un risque hémorragique lié à la prise d'anticoagulants, un score ASA supérieur à 3 ou la présence d'une comorbidité sévère ou un IMC supérieur à 32 kg/m². Pour 18 patients, aucun critère de non éligibilité n'a pu être mis en évidence.

En ce qui concerne les patients opérés en secteur ambulatoire, il y a eu 8 admissions non programmées (14 %), 3 consultations non programmées et aucune hospitalisation non programmée. La principale cause d'admissions ou consultations non programmées était des douleurs postopératoires. Le taux de satisfaction était de 86 %.

Le taux d'éligibilité à l'ambulatoire est bon pour les cures de hernie mais est inférieur aux données actuelles de la littérature pour les cholécystectomies. Il peut être amélioré puisque 19 % des patients pris en charge en chirurgie conventionnelle n'avaient aucun facteur d'exclusion. La qualité de la prise en charge en ambulatoire a été élevée et similaire aux autres séries de la littérature. Elle peut être optimisée par une meilleure prise en charge de la douleur postopératoire et une meilleure organisation du bloc.

TITRE EN ANGLAIS

Report of a first year of a day-case digestive and endocrine surgery service at the University Hospital.

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – 2012

MOTS CLEFS :

Chirurgie ambulatoire, chirurgie générale, chirurgie digestive, cholécystectomie, hernie inguinale.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex