

Fast-tracking en ambulatoire, réhabilitation précoce après chirurgie, ce que l'on fait dans mon hôpital

Prof Claude Ecoffey

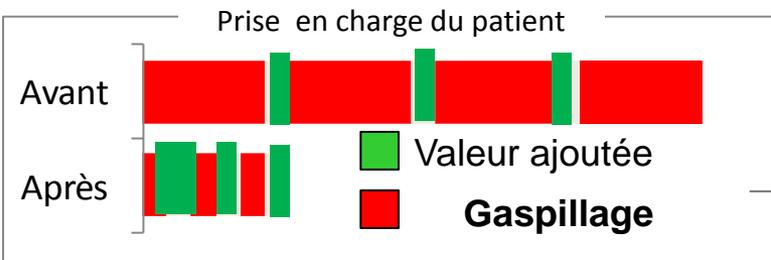
Objectifs pédagogiques

- Va-t-on vers de nouveaux risques ?

Quelques définitions

- **Fast-Track surgery** = accélération du processus pour les chirurgies lourdes
Traduction en « Réhabilitation Rapide Après Chirurgie » (RRAC)
- **By-Pass** est différent du Fast-Track = suppression d'une étape
Traduction en « court-circuit » ou « shunt »
- By-Pass est aussi à différentier du « **circuit court** » qui n'implique pas de « shunt » d'une étape. Le « circuit court » peut s'appliquer sur des notions de distance ou de durée

Comment faire ?



Lean management

Minimiser les gaspillages

Défauts :

Dossier incomplet

Action inappropriée :

1h systématique en SSPI pour une topique

Temps d'attente :

Signature médicale pour la sortie

Sous-utilisation des ressources :

Sous-occupation UCA certains jours

Transport et Mouvement

Brancardage systématique

Transfert multiple de patient

Accumulation de patients

Tous les patients à 8h

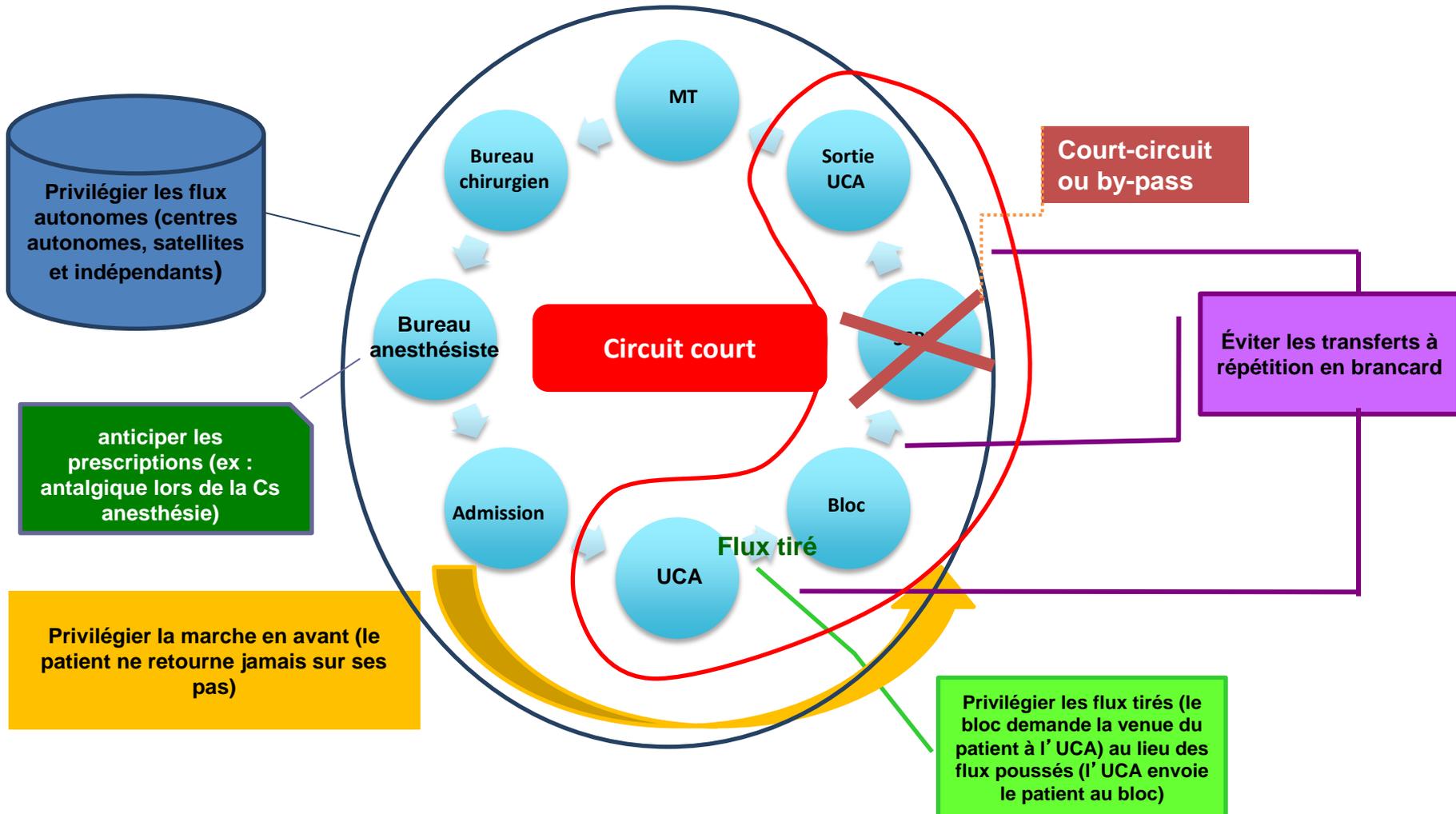
Doublon de tâches :

Papier et Système d' info.

Maximiser les étapes à forte valeur ajoutée

Temps passé en consultation à informer le patient acteur de sa prise en charge

Quelles propositions ?



Enquête SFAR-OPERA

P Albaladejo-F Aubrun

221 centres de santé / 7382 patients

Circuit du patient

Après le bloc, le patient...

- ...passe dans une salle spécifique de «mise à la rue» (marche en avant) **13%**
- ...retourne dans la chambre où il était en arrivant, puis sort **82%**
- ...retourne dans la chambre où il était en arrivant, puis passe dans la salle de mise à la rue **36%**

Aptitude à la rue et signature de sortie

TABLE V Factors delaying discharge from ambulatory surgical unit

<i>Preoperative</i>	Female gender Increasing age CHF
<i>Intraoperative</i>	Long duration of surgery GA Spinal anesthesia
<i>Postoperative</i>	PONV Pain Drowsiness No escort

CHF = congestive heart failure; GA = general anesthesia; PONV = postoperative nausea and vomiting.

Enquête SFAR-OPERA

P Albaladejo-F Aubrun

Disposez-vous d'un **score de sortie** de centre ? **77%**

Si oui

- Score PADSS de Chung 42%
- Score PADSS de Chung modifié 54%
- Autre 10%

Local, Kortilla, Aldrete, KB, liste d'item à répondre binaire (oui/non) inspirée du score de Chung

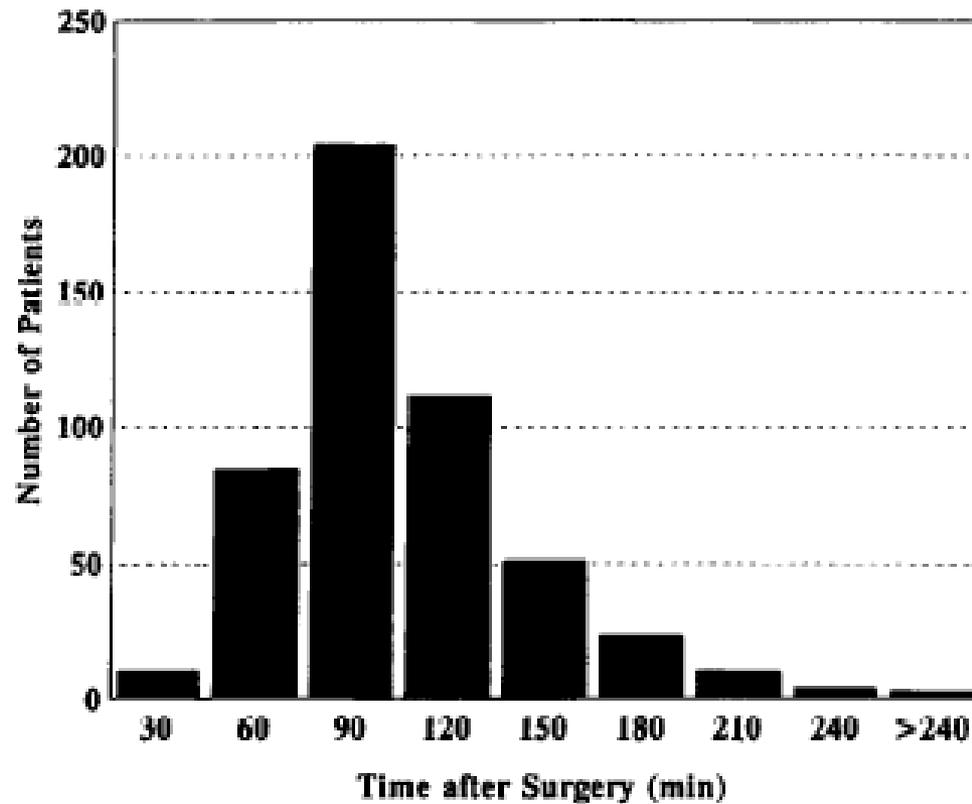
Aptitude à la rue et signature de sortie

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

Un score ≥ 9
est nécessaire
pour sortir de l'hôpital

*Chung et al.
Anesth Analg 1995*

Aptitude à la rue et signature de sortie



ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit

Jean Benoit Moncel, Nicolas Nardi, Eric Wodey, Aline Pouvreau & Claude Ecoffey

Juin 2015

Service d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale 2, CHU Hôpital Sud, Rennes, France

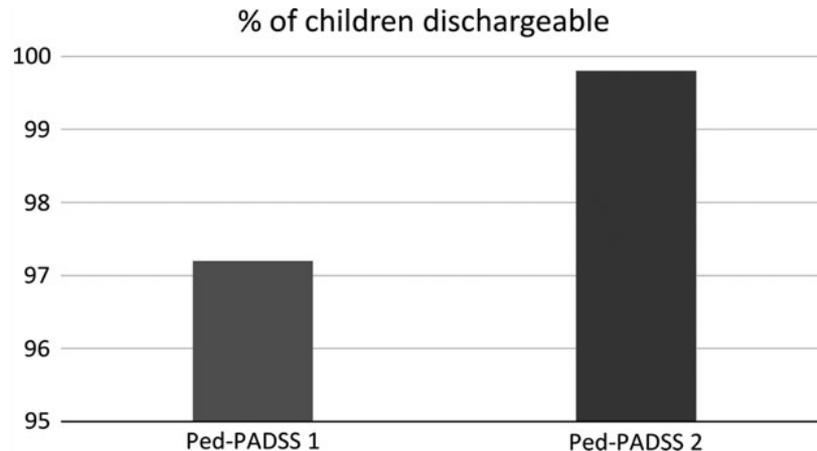


Figure 2 Percentage of children dischargeable using pediatric-PADSS function of time.

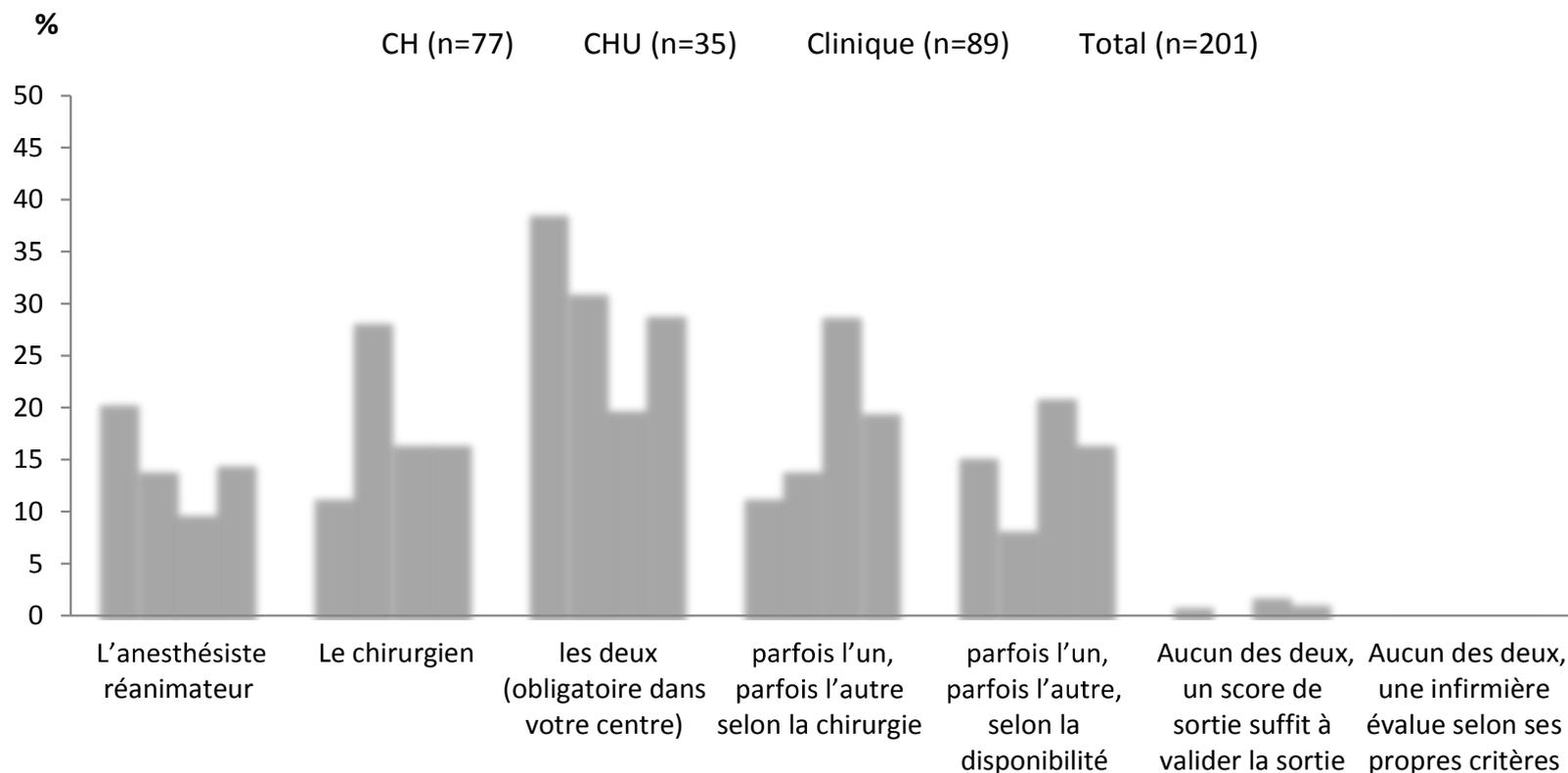
hémodynamique, état d'éveil,
douleur, NVPO et saignement
du site opératoire

Results: From February to July 2012, 1060 children were included. One hour after the return from the operating room, 97.2% of children were dischargeable using Ped-PADSS. Two hours after the return from the operating room, 99.8% of children were dischargeable. The median postoperative hospital stay ($n = 1041$) was reduced by 69 min compared to the median stay before using the output score ($n = 150$) ($P < 0.01$).

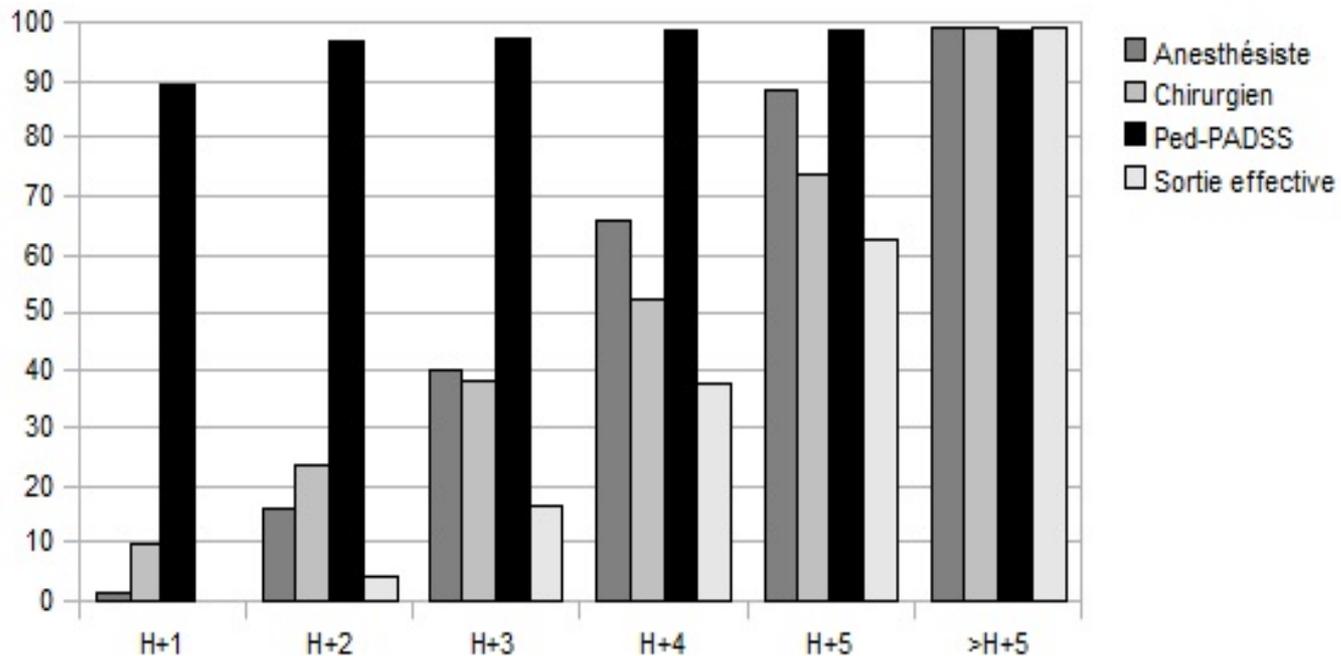
Enquête SFAR-OPERA

P Albaladejo-F Aubrun

Lors de la sortie de votre patient, qui signe l'autorisation de sortie de votre centre ?



Aptitude à la rue et signature de sortie



hémodynamique, état d'éveil,
douleur, NVPO et saignement du site opératoire

Message

- Aptitude à la rue et **une** signature de sortie

anesthésiste **Score validé**

chirurgien ? **Score possible**

Sortie au bloc \pm signature

informatique

By-pass SSPI

Apfelbaum JL et al

Bypassing the PACU - a new paradigm in ambulatory surgery
1997

Etape de la récupération	Définition Clinique
Récupération précoce	Réveil et récupération des réflexes vitaux
Récupération intermédiaire	Réveil et Aptitude à se déplacer SSPI ALDRETE Retour domicile CHUNG
Récupération tardive	Réveil et Récupération complète sur le plan psychologique Activité sociale

Fast-tracking en anesthésie locorégionale périphérique : étude préliminaire de faisabilité

Fast-tracking and regional anaesthesia: Preliminary feasibility study

S. Bloc^{a,*}, L. Mercadal^a, P. Cuny^b, F. Renault^c, T. Dessieux^d, T. Garnier^a, B. Komly^a, P. Leclerc^a, B. Morel^a, G. Dhonneur^e, C. Ecoffey^d



Âge	52 ± 16
Poids	72 ± 16
Taille	166 ± 11
Sexe (H/F)	303/397
ASA	
1	351
2	266
3	83
Membre supérieur	594
Membre inférieur	106

	Membre supérieur (n = 594)	Membre inférieur (n = 106)
Bloc réalisé	BIS : 13 BIC : 193 BAX : 375 Tronculaire : 13	Bibloc : 48 Sciatique poplitée : 58
Durée réalisation du bloc	6 ± 5	12 ± 6
Efficacité	94 %	86 %
Durée surveillance en salle ALR	47 ± 21	43 ± 28
Durée de chirurgie	20 ± 20	33 ± 8

Critères du by-pass : score de White > 14
temps après ALR > 30 min pour MS et > 60 min pour MInf

Critères de *By-pass* dans 98,5% à l'arrivée en SSPI

Événements indésirables : 2% en période pré et per-opératoire (NVPO, malaise vagal..)

Aucun effet indésirable après la sortie de salle d'opération

Pourquoi ?



New Criteria for Fast-Tracking After Outpatient Anesthesia: A Comparison with the Modified Aldrete's Scoring System

Paul F. White, PhD, MD, FANZCA, and Dajun Song, MD, PhD

- Le temps de séjour en SSPI est dépendant d'un score
- Donc on peut optimiser le passage et envisager le non passage si le score est atteint

Pourquoi ?

n = 336 patients

76 % sorties en retard par rapport à la décision de sortie

26 % retard > 30 min

Causes :

- | | |
|--------------------------------|------|
| – absence de brancardier | 41 % |
| – absence d' accord médical | 36 % |
| – service chirurgical pas prêt | 6 % |
| – IDE SSPI surbooké(e)s | 15 % |
| – attente lecture RT | 2 % |

Risk Factors Associated with Fast-Track Ineligibility After Monitored Anesthesia Care in Ambulatory Surgery Patients

Rebecca S. Twersky, MD, MPH

Svetlana Sapozhnikova, BA

Ben Toure, MD

BACKGROUND: Fast-tracking after ambulatory anesthesia has been advocated as a pathway to improve efficiency and maximize resources without compromising patient safety and satisfaction. Studies reporting successful fast-tracking focus primarily on anesthesia techniques and not on specific patient factors, surgical procedure, or process variables associated with unsuccessful fast-tracking. We performed this retrospective study to implement a process for improving fast-tracking, measure change over time,

	Fast-track (N = 347)	Fast-track ineligible (N = 274)	Odds ratio	95% confidence interval
Age (yr) (mean ± SD)	58 ± 17	53 ± 18	0.98	0.97–0.99
Age >60 (vs ≤60)	169 (49%)	86 (31%)	0.48	0.35–0.67*
Gender M (vs F)	145 (42%)	101 (37%)	0.81	0.59–1.1
ASA class				
1	58 (18%)	51 (19%)		
2 (vs 1)	203 (64%)	159 (59%)	0.89	0.58–1.4
3 (vs 1)	50 (16%)	59 (22%)	1.3	0.79–2.3
4 (vs 1)	4 (1%)	2 (1%)	0.57	0.10–3.2
OR time (h) (mean ± SD)	1.17 ± 0.50	1.17 ± 0.63	1.00	0.75–1.3
Postoperative time to discharge (h) (mean ± SD)	1.53 ± 0.78	2.58 ± 1.38	2.9	2.3–3.7*
Out of OR after 5 PM	19 (5%)	25 (9%)	1.7	0.93–3.2
Surgery type (vs GEN)				
>>>> OPH	119/131 (91%)	12 (8%)	0.073	0.038–0.14*
>>>> GU	19/37 (51%)	18 (49%)	0.68	0.34–1.4
>>>> ORT/POD	100/175 (57%)	75 (43%)	0.54	0.36–0.80*
ENT	4/18 (22%)	14 (78%)	2.5	0.80–7.9
PLA	6/16 (38%)	10 (62%)	1.2	0.42–3.4

Pourquoi ?

- Le texte du décret indique que la « *surveillance commence en salle [d'opération], dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie [...], ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient [, et ...] se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.*
- Texte publié en 1994 avec un taux d'ambulatoire et d'ALR périphérique faible
- En 2013 recommandations ANAP/HAS proposent le court-circuit en raison de l'évolution de la pratique ambulatoire de l'ALR



Que dit la SFAR

Le court-circuit vers l'unité ambulatoire
ce n'est pas une obligation...

- Charte de fonctionnement Direction/AR/Chirurgiens
- C'est l'AR qui décide du by-pass ou non
- Traçabilité sur feuille d'anesthésie en renseignant le score d'Aldrete modifié

Enquête SFAR-OPERA

P Albaladejo-F Aubrun

- Pour certains actes de chirurgie, acceptez-vous que les **patients ne passent pas par la salle de surveillance post-interventionnelle** et retournent après la chirurgie dans le secteur ambulatoire (en dehors des AL pures) **26%**
- **Si oui**, pour quels actes :
 - OPH 38%
 - ALR Périphérique 73%
- **Si non**, seriez-vous prêts à autoriser que certains patients ne transitent pas par la SSPI (hors AL pures) ?
 - Après consensus local seul 16%
 - Seulement après une décision de la SFAR 75%
 - Jamais 10%

Proposition

D'un point de vue technique, il est proposé que l'anesthésiste-réanimateur puisse prendre une décision de sortie directe du bloc opératoire vers la salle d'hospitalisation ambulatoire ou d'hospitalisation classique, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- patient de classe ASA 1, 2 ou 3 équilibré ;
- chirurgie sans risque vital ou fonctionnel postopératoire (accord chirurgical) ;
- utilisation d'une anesthésie locorégionale, périphérique, sans complication per-anesthésique, ni sédation ;
- respect d'un délai depuis l'injection d'anesthésique local supérieur à 45 min pour un bloc plexique du membre supérieur, à 60 min pour un bloc plexique du membre inférieur ;
- critères de sortie de SSPI remplis ;
- notation de ces critères dans le dossier médical ;
- décision de sortie directe portée dans ce dossier, avec le nom et la signature du médecin.

Il apparaît par ailleurs indispensable qu'une procédure soit écrite au niveau de l'établissement, détaillant le type de patients, le type de bloc nerveux, le score de sortie utilisés.

Message

- By-pass SSPI **Possible**

Modification du décret
sécurité anesthésique de 1994

Non sortie

TABLE V Factors delaying discharge from ambulatory surgical unit

<i>Preoperative</i>	Female gender Increasing age CHF
<i>Intraoperative</i>	Long duration of surgery GA Spinal anesthesia
<i>Postoperative</i>	PONV Pain Drowsiness No escort

CHF = congestive heart failure; GA = general anesthesia; PONV = postoperative nausea and vomiting.

Enquête SFAR-OPERA

P Albaladejo-F Aubrun

- Autorisez-vous que le patient **reparte en taxi** à son domicile ? **90%**
- Autorisez-vous que le patient **reparte en transport en commun** (Bus, Métro, Tram) à son domicile ? **43%**
- Autorisez-vous que le patient **reparte à pied** à son domicile ? **37%**
- Imposez-vous une **présence à domicile la nuit** qui suit le geste ? **82%**

Accompagnant

- Oui entre l'établissement de santé et le domicile (chauffeur de taxi valable)
- La nuit qui suit : utilité en question pour un bloc périphérique...

Message

- Accompagnant à clarifier

La réhabilitation rapide après chirurgie

Quizz 2

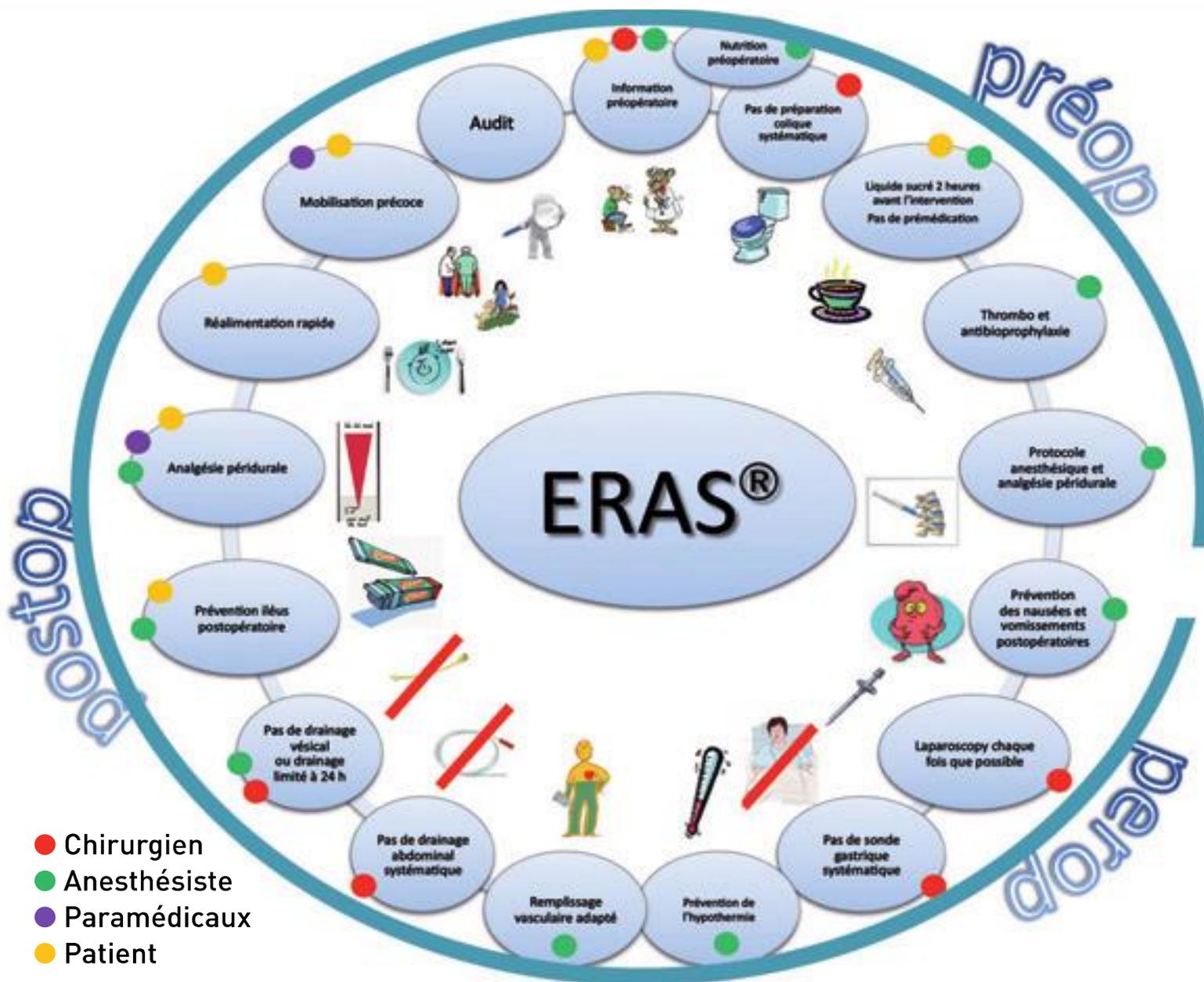
1 Ne concerne que les chirurgiens

31 %

2 Ne concerne que le personnel soignant

68 %

CHEMIN CLINIQUE EN CHIRURGIE COLORECTALE FIGURE 1



RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS



Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée

Guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery

P. Alfonsi ^{a,*}, K. Slim ^b, M. Chauvin ^c, P. Mariani ^d, J.-L. Faucheron ^e,
D. Fletcher ^f, le groupe de travail de la Société française d'anesthésie et réanimation (Sfar) et de la Société française de chirurgie digestive (SFCD)



Groupe francophone de Réhabilitation
Améliorée après Chirurgie



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

Programmes de réhabilitation rapide en chirurgie : état des lieux et perspectives

Rapport d'orientation

Date de validation par le collège : juillet 2014

Tableau 2. Principes de réhabilitation postopératoire : exemple de la réhabilitation en chirurgie colorectale selon les recommandations de bonnes pratiques 2013 (2)

Période	Actions
Période préopératoire	<p>Information et conseils au patient</p> <p>Immunonutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En pré-opératoire d'une chirurgie carcinologique. • Pas d'immunonutrition pour une chirurgie non carcinologique. <p>Préparation colique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de préparation si chirurgie colique. • À discuter si chirurgie rectale <p>Jeune préopératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 heures pour les solides • 2 heures pour les liquides clairs et/ou sucrés <p>Apport en carbohydrates :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la veille et le matin de l'intervention pour les patients ASA 1 ou 2 <p>À éviter si patients présentant un diabète ou des troubles de la vidange gastrique.</p>
Période peropératoire	<p>Prévention du stress opératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administration d'une dose unique de corticostéroïdes <p>Prévention des infections du site opératoire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention de l'hypothermie peropératoire. • Administration d'une antibioprofylaxie <p>Voies d'abord Chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier la chirurgie par laparoscopie <p>Apports liquidiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'apport excessif de solutés. • Optimisation de la volémie. <p>Nausées et Vomissements postopératoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention systématique

Période

Actions

Période
postopératoire

Analgésie postopératoire :

- Principes généraux
 - Analgésie multimodale privilégiant les agents antalgiques non morphiniques et/ou une technique d'analgésie locorégionale.
 - Limiter la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Laparotomie
 - Analgésie péridurale thoracique
 - Irrigation pariétale
 - Administration intraveineuse continue de lidocaïne
 - Bloc dans le plan du muscle transverse de l'abdomen
- Laparoscopie
 - Administration intraveineuse continue de lidocaïne.
 - Irrigation pariétale
 - Le bloc dans le plan du muscle transverse de l'abdomen

Alimentation en postopératoire :

- Alimentation orale à débiter avant H24

Prévention de l'iléus postopératoire:

- Mastication de gommes (chewing-gum).

Prévention des complications de décubitus:

- Thromboprophylaxie
- Mobilisation du patient avant H24

Drainages :

- Pas de sondes naso-gastriques
- Drainage chirurgical si chirurgie avec une anastomose sous péritonéale
- Sondage vésical :
 - Chirurgie colique : inférieur à 24 heures
 - Chirurgie du bas rectum : cathéter sus pubien chez l'homme

RRAC au CHU de Rennes

- C'est le début
- Gynéco cancéro 10,8 j
- Colon 14,9 j
- Foie/Pancréas 12,2 J
- PTH 11,3 j
- Poumon 11,3 j
- Tous les acteurs

Algorithme GRACE

Suivi

J+1 J+3 J+5 à 10h

Alerte par Mail au service si:

Si votre température est supérieure à 37°8 répondez simplement les 3 lettres TEM

TEM

Avez-vous mal au ventre ou mal à la cicatrice? Évaluez votre douleur sur une échelle de 0 à 10 et répondez simplement un chiffre

>3

Avez-vous des vomissements ou un arrêt des gaz ? Si oui, répondez simplement les 3 lettres DIG

DIG

Avez-vous mal dans le mollet ou dans la poitrine, des palpitations, ou des vertiges? Si oui, répondez simplement les 3 lettres PHP

PHP

Si vous n'avez aucun symptôme, répondez simplement les 3 lettres NON

Aucune réponse à 14h

Satisfaction

J+7 à 10h

Avez-vous été satisfait de votre séjour pour votre opération et du suivi? Répondez un chiffre de 1 à 5 (1 pour pas du tout satisfait, 5 pour très satisfait)

1 2 3 4 5

Question pour le futur

- Lien direct du patient avec le médecin

Conclusion

- By-pass SSPI, RRAC
- Pas de risque supplémentaire mais la nécessité de repenser l'organisation des soins
- Indispensable de prendre sa place dans le RRAC, sinon risque majeur de perte de la lisibilité de l'AR dans la filière de soins chirurgicaux...