

# CHIRURGIE AMBULATOIRE EN PROCTOLOGIE

## AIDES À LA PRISE EN CHARGE

Sous l'égide de la Société Nationale Française de Colo Proctologie

- **Vinson-Bonnet Béatrice**
- Bosset Olivier
- De Parades Vincent
- Favreau-Weltzer Charlotte
- Higuero Thierry
- Juguet Frédéric
- Pigot François
- Zallot Camille

## Ce travail a été réalisé par le groupe de réflexion sur la chirurgie ambulatoire en proctologie au sein de la SNFCP.

### Auteurs

<b>Dr Vinson-Bonnet</b> Béatrice	Service de chirurgie digestive Centre hospitalier inter-communal de Poissy Saint Germain en Laye, 10 rue du champ Gaillard, BP 73082, 78303 Poissy cedex
<b>Dr Juguet</b> Frédéric	Clinique Tivoli-Ducos, 91 rue de Rivière, 33000 Bordeaux
<b>Dr Pigot</b> François	Hôpital Bagatelle, 203 route de Toulouse, BP 50048, 33401 Talence cedex
<b>Dr Zallot</b> Camille	Service d'hépatogastroentérologie. CHRU Nancy - Hôpital de Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandoeuvre-les-Nancy
<b>Dr Higuero</b> Thierry	11 bd du général Leclerc, 06240 Beausoleil
<b>Dr de Parades</b> Vincent	Groupe hospitalier Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, 75014 Paris
<b>Dr Favreau-Weltzer</b> Charlotte	Hôpital Bagatelle, 203 route de Toulouse, BP 50048, 33401 Talence cedex

# Guide pour l'équipe soignante

## Parcours ambulatoire d'un patient en vue d'une intervention de chirurgie proctologique

### LA CONSULTATION DE CHIRURGIE

- Information orale sur : l'indication opératoire (bénéfices/risques), la technique proposée (schémas à l'appui, remise de la Fiche Information Patient SNFCP), les complications possibles, et le temps prévisible d'arrêt de travail.
- Validation de l'**ELIGIBILITE** du patient à une prise en charge en ambulatoire :
  - faisabilité de l'acte en ambulatoire
  - comorbidités
  - contexte socio-environnemental : compréhension des consignes par le patient et/ou son entourage, conditions sanitaires, éloignement d'une structure d'urgences adaptée, **personne ressource identifiée**.
- Information orale (et remise du livret patient) sur la gestion des suites opératoires attendues, sur la procédure concernant les soins locaux (prévoir soins infirmiers de ville si besoin), **la douleur post-opératoire, la gestion du transit, le risque dysurique**, la gestion du risque hémorragique, et remise de l'ordonnance correspondante (*une proposition d'ordonnance type figure en annexe 1*).
- L'ordonnance remise devra être expliquée point par point.  
Préciser la durée nécessaire de présence de la ou des personnes ressources (retour simple accompagné, présence d'une personne ressource adulte la première nuit ou jusqu'à la première selle)
- Remise du « **passport** » ou « **livret** » ambulatoire fourni par votre établissement :
  - Détaillant les étapes du chemin clinique de la consultation chirurgicale jusqu'à la sortie (étapes administratives, consultation d'anesthésie, objectifs pédagogiques de sortie, éventuel entretien paramédical...)
  - Précisant les consignes de préparation cutanée de l'opéré à domicile et sur la réalisation d'une éventuelle préparation rectale avant le geste.
- Information au médecin traitant.

### LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Vérification des critères d'éligibilité à l'ambulatoire et du traitement en cours.

- Information orale et écrite sur les différents modes d'anesthésie (anesthésie générale, rachianesthésie +/- **bloc pudendal**).

- Information **sur la prise en charge de la douleur** post-opératoire et sur les modalités du jeûne pré opératoire.
- Prescription d'une éventuelle prémédication, d'antalgiques... Eviter la prescription de sédatifs. **Le meilleur anxiolytique pour le patient reste la qualité de l'échange oral établi avec chacun des soignants.**
- **En cas de non éligibilité anesthésique à l'ambulatoire, rendre compte à l'opérateur.**

## LA CONSULTATION PARAMÉDICALE PRÉPARATOIRE À L'AMBULATOIRE

Elle est **recommandée** et au mieux réalisée au décours de la consultation d'anesthésie afin de :

- S'assurer que le chemin clinique ambulatoire est complet et compris.
- Vérifier l'identité et la présence des personnes ressources (dont l'accompagnant).
- Rappeler au patient les modalités de fonctionnement de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) et les consignes préopératoires, durée du jeûne solide et liquide, achat avant l'intervention des médicaments prescrits pour le post opératoire avec consignes de les avoir à domicile le jour de la sortie, préparation cutanée.
- Rappeler au patient d'être **joignable par téléphone** pour l'appel de la veille,
- Rappeler au patient les consignes postopératoires (cf. livret pédagogique) et la nécessité d'être joignable par téléphone pour l'appel du lendemain.
- **Organiser par anticipation les mesures à prendre à la sortie** de l'hospitalisation selon le type d'intervention (soins infirmiers, s'assurer de la possibilité pour le patient de consulter l'équipe médicale dans les 2 à 3 semaines qui suivent l'intervention en cas de saignement ...).

## APPEL DE LA VEILLE (PAR TÉLÉPHONE OU SMS)

- Par le personnel paramédical de l'UCA.
- Rappeler **les consignes** préopératoires et l'**horaire de convocation**.
- Répondre aux questions éventuelles et s'assurer que le patient est en possession des médicaments prescrits lors de la consultation de chirurgie initiale.
- Vérifier l'identité et la présence des personnes accompagnantes.
- S'assurer de la maîtrise des objectifs pédagogiques.

## LE JOUR DE L'INTERVENTION, ACCUEIL À L'UCA

- Vérifier l'intégralité du passeport ambulatoire (justificatif d'identité, attestations d'information, document validant les conditions d'ambulatoire, accompagnant de sortie).

- Vérifier que les consignes préopératoires ont été respectées (préparation cutanée, jeûne), et que le patient dispose de ses médicaments.
- Installation du patient.
- Eventuelle préparation rectale par mini-lavement selon les consignes de l'opérateur.
- Administration d'une prémédication selon les consignes de l'anesthésiste.
- Vérifier l'obtention d'une **miction en préopératoire immédiat**.
- Répondre aux interrogations éventuelles dans le but de rassurer le patient.
- Transfert au bloc opératoire (possible « debout accompagné »).

## AU BLOC OPÉRATOIRE

- S'assurer de la vidange vésicale.
- A l'induction anesthésique : éventuels antalgiques et/ou AINS si non donnés per os en prémédication, plus antibioprophylaxie par métronidazole IV. Prévention des douleurs, nausées et vomissements post-opératoires (dexaméthasone).
- Réalisation de l'anesthésie générale ou d'une rachianesthésie (anesthésique local d'action courte).
- Réalisation du **bloc (ou infiltration) pudendal** (dose maximale proposée : 30 mL de ropivacaïne 7,5 mg + 10 mL de xylocaïne à 1% ou sérum physiologique).
- Limiter le volume de perfusions intraveineuses (<500ml).
- Réinjection d'analgésique en fonction du type de procédure et de la réalisation d'un bloc pudendal

## EN SALLE DE SOINS POST-INTERVENTIONNELLE (SSPI)

- Surveillance de l'EVA.
- La perfusion peut être obturée ou retirée à la sortie de la SSPI.
- Précision par l'anesthésiste ou l'opérateur de l'horaire de sortie possible de l'UCA.

## RETOUR EN UCA

- Collation dès le réveil ou avant le premier lever en accord avec les consignes médicales.
- Le délai de surveillance post opératoire dépend de la procédure et est défini par l'opérateur en collaboration avec le médecin anesthésiste.
- **Validation par le personnel infirmier des critères de sortie** « en toute sécurité » sur des critères scorés, tel le **score de Chung** : l'absence de saignement (état du **pansement**), le **contrôle de la douleur** (la persistance du bloc pudendal ne contre-indique pas la sortie du patient mais celui-ci doit avoir compris la gestion des antalgiques à sa levée), la reprise d'une **miction complète** en particulier après chirurgie hémorroïdaire ou de fissure anale, et/ou une évaluation de l'absence de résidu post-mictionnel avec

un échographe vésical portatif.

- *La conduite à tenir en cas de rétention aigüe d'urine est décrite en annexe 2*
- **Validation de la sortie de l'UCA par le chirurgien (ou l'anesthésiste)** : après information sur le déroulement de l'intervention, remise du compte rendu opératoire, du compte-rendu d'hospitalisation, de la liste des médicaments reçus pendant l'anesthésie, de l'arrêt de travail, et de la date du rendez-vous de consultation postopératoire.
- Vérification par un membre médical et/ou paramédical et éventuellement en présence de la personne ressource des acquis pédagogiques ; répondre aux questions éventuelles ; transmettre **les numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence** (secrétariat UCA, équipe chirurgicale, procédure de continuité des soins).
- Faire remplir le formulaire de satisfaction.

## **APPEL DU LENDEMAIN**

- **Par un personnel paramédical formé** à la spécificité des soins en chirurgie proctologique.
- S'assurer du confort postopératoire (évaluation de l'EVA) et du suivi des consignes.
- Répondre aux éventuelles questions.

## **LA CONSULTATION POST-OPÉRATOIRE**

- Réalisée dans un délai établi par l'opérateur.
- Interroger le patient sur les suites à domicile.
- Assurer le suivi habituel jusqu'à cicatrisation.

*Des propositions de gestion anticipée des possibles complications sont listées dans l'annexe 3*