

Chirurgie ambulatoire en cancérologie digestive: Utopie ou réalité future ?



Philippe Rouanet

ICM Val d'Aurelle
Montpellier

Marisol Touraine veut développer plus rapidement la chirurgie ambulatoire 25.4.2014

Plan d'économies sur les dépenses de santé

- *"Les séjours hospitaliers doivent être moins fréquents et moins longs. C'est pourquoi je veux doubler le rythme de croissance de la chirurgie ambulatoire"*, indique Marisol Touraine, qui fixe l'objectif dès 2016 d'une opération sur deux réalisée en ambulatoire





Première mondiale à Lyon : une colectomie en ambulatoire -21-03-2013



[Augmenter](#) | [Réduire](#)



Certaines équipes, aux Etats-Unis, réalisent des colectomies au cours d'hospitalisations de 24 heures. Les Dr Benoit Gignoux (chirurgien) et Thomas Lanz (anesthésiste) ont fait encore plus court, en menant à bien ce qui semble être la première sigmoïdectomie ambulatoire dans le monde. Le patient est un homme de 65 ans, qui a été opéré à la clinique de la Sauvegarde, à Lyon, il y a 4 semaines.

L'intervention coelioscopique a duré trois heures et l'hospitalisation moins de 12 heures (7h30 à 18 h30). Ce retour à domicile extrêmement précoce a été rendu possible grâce aux techniques chirurgicales et anesthésiques développées pour la réhabilitation précoce : molécules anesthésiques de courte durée d'action, analgésie anticipée multimodale avec épargne morphinique, absence de sonde et de drain. La prise d'antalgiques *per os* avant l'intervention et l'association d'analgésiques qui agissent sur les différentes voies de la douleur permet de diminuer l'utilisation de morphine en *per opératoire* et de la supprimer complètement en postopératoire, ce qui réduit les risques d'effets secondaires morphiniques (nausées, vomissements, retard de la reprise du transit...). Le patient s'est alimenté trois heures après l'intervention et a pu marcher à la cinquième heure. **"De nombreux travaux démontrent l'intérêt de la réhabilitation précoce, et notamment de la reprise précoce de l'alimentation, déclare le Dr Thomas Lanz. Plus on reste physiologique et plus les suites sont simples. La réhabilitation précoce diminue de 50 % les risques de complications"**, mais cette différence n'était pas liée à une réduction des complications majeures, selon une analyse de la Cochrane.

Participation active du patient

La surveillance à domicile reposait sur un appel téléphonique par une infirmière du service et une visite de l'infirmière libérale chaque jour jusqu'au dixième jour postopératoire. Mais elle impliquait également une participation active du patient et de ses proches. **"Le patient a adhéré parfaitement aux soins. Il a eu très peu de douleurs postopératoires et s'est déclaré très satisfait de cette prise en charge"**, se félicite le Dr Lanz.

Cette chirurgie ambulatoire s'adresse aux pathologies coliques inflammatoires (sigmoïdite sur diverticulose, essentiellement) ou tumorales, essentiellement gauches. Elle est impossible en cas de troubles cognitifs ou de réticence du patient, de pathologie instable ou d'absence d'entourage à domicile.

D'autres colectomies ambulatoires devraient être réalisées à la clinique de la Sauvegarde, **"mais ce que nous visons avant tout c'est une réhabilitation rapide après chirurgie colique, précise le Dr Lanz. Il ne s'agit pas forcément de faire des colectomies ambulatoires pour tous les patients, mais d'arriver à une moyenne de deux jours d'hospitalisation, alors qu'en France on est hospitalisés entre six et dix jours pour ce type de chirurgie. C'est une autre façon d'imaginer le soin, pour rester le plus physiologique possible."**

4 000 articles

- > Votre santé
- > Progrès médical
- > Qualité - Sécurité - Ethique
- > Relations avec les patients
- > Management
- > Aménagement du territoire
- > Culture en CHU
- > Revues de presse



← 28 septembre : journée mondiale de la rage

Reseau-chu

Tweeter 9 J'aime 2 +1 1

Ablation complète du côlon en ambulatoire, 1ère européenne signée Saint-Etienne

CHU Saint-Etienne, mardi 02 septembre 2014.

971 vu(s)



Ablation du côlon pratiquée sous coelioscopie - CHU Saint-Etienne

Une équipe de chirurgie digestive du CHU de Saint-Etienne a réalisé une colectomie totale pour la première fois en ambulatoire sur un patient sexagénaire qui a pu rentrer chez lui le jour même. Le malade s'est alimenté normalement 24h après la chirurgie et son état de santé est aujourd'hui satisfaisant. Une prouesse réalisée par le Dr Gabriele Barabino et l'équipe du service de chirurgie digestive, dirigée par le Pr Jack Porcheron.

Traitement de référence de la polypose intestinale du côlon -pathologie grave pouvant entraîner un cancer

du côlon- l'ablation du côlon sous coelioscopie est une intervention chirurgicale lourde. Jusqu'à présent, cette intervention nécessitait une hospitalisation complète pendant 10 jours en moyenne, afin de garder les patients sous surveillance post-opératoire et de permettre leur récupération.

à permis de réduire de manière significative les durées d'hospitalisation

Abonnez-vous !



Infos pra
Commun
Chiffres d
Sites Inte

Colectomie totale
Polypose
Sexagénaire
Dr Gabriele Barabino
Dr Brigitte Beauchene

7H : Hospitalisation
12H: salle de réveil
13H30: chambre
15H: alimentation
17H: marche
19H: mise à la rue

Comparaisons de DMS

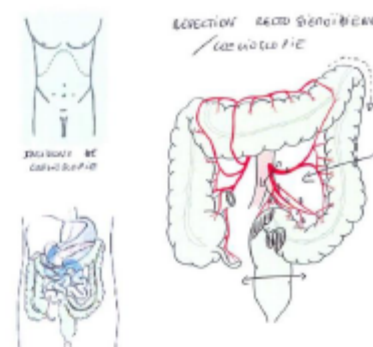
Durée Moyenne de séjour (nombre de jours)



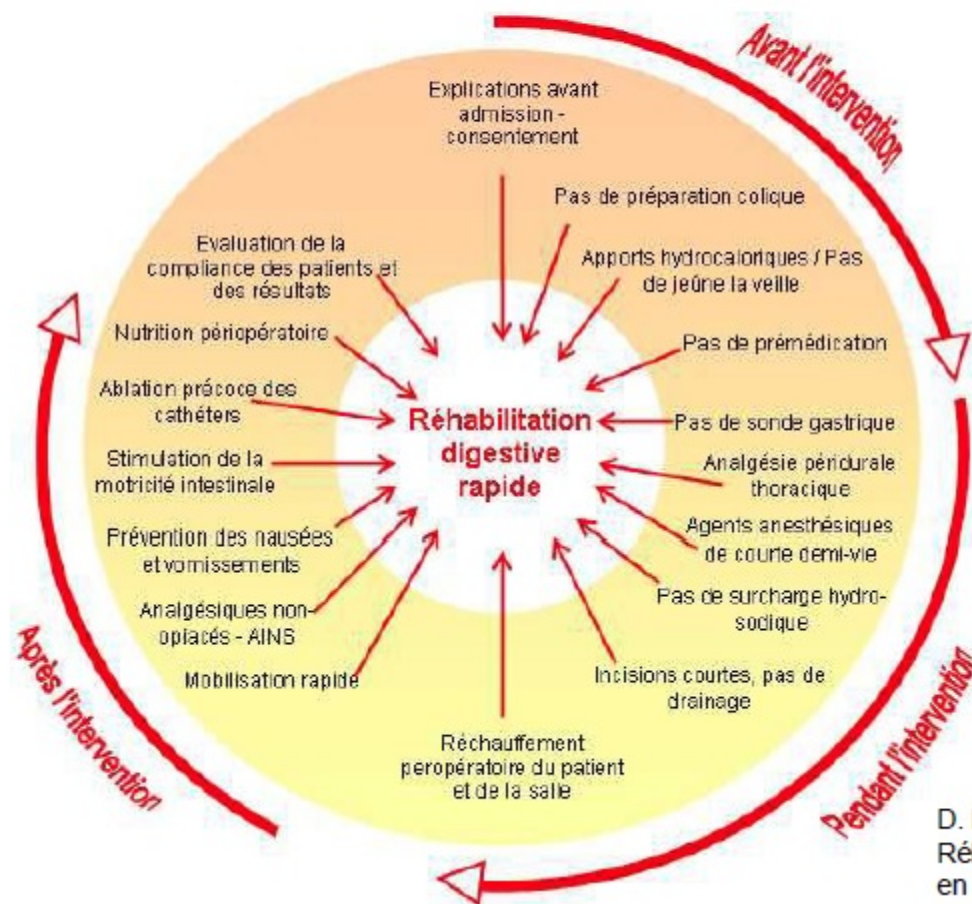
1^{ère} Mondiale

- Best practice
- Country position
- Clinique de la Sauvegarde

Hémi-colectomie



Eléments constitutifs de la RRAC



D. Rio et al.
Réhabilitation digestive rapide
en chirurgie colique

Colectomie en ambulatoire

PEC colectomie RRAC

Aspects Chirurgicaux

- Techniques chirurgicales **mini-invasives**, voie laparoscopique
- Pas de sondage (SAD ou SNG) systématique
- Pas de drainage systématique
- Pas de préparation colique (K Slim BJS 2004)
- Nutrition immuno-modulatrice pré et postopératoire (en cas de cancer)
- Infiltration chirurgicale anesthésique locaux longue durée d'action

PEC colectomie RRAC

Aspects Anesthésiques

- Jeûne moderne, dont apport h-2 400ml de solution carbohydratée
- PM Antalgique (Pas de prémédication anxiolytique)
- Molécules courtes durée d'action
- Limitation apport liquidiens (inférieur ou égal à 6ml/kg/h)
- Dexaméthasone
- Prévention NVPO
- Fièvre 800%

PEC colectomie RRAC

Surveillance spécifique

- Appel téléphonique **IDE Référente le matin** : J1-J5
- **IDE libérale formée RRAC 1 passage l'après midi** : J1-J10
- Paramètres habituels (Pouls, TA, température, douleur, abdomen, pansements, alimentation, transit et état général)
- Transmis / mails quotidiens
- Surveillance biologique : NFP, iono, CRP J2, J4, J8
- Cs post-op entre 3 et 4 semaines
- Evaluation mesures programme RRAC et satisfaction patient par questionnaire

c épargne morphinique, relais PO

Colectomie en ambulatoire dans le cadre de la réhabilitation améliorée. Gignoux B & al. JVS 2014 (in press)

- Programme spécifique (ambulatoire strict; séjour ≤ 12 H)
 - Critères de sélection:
 - Absence de comorbidité
 - Compréhension de la procédure
 - Critères de sortie (score de Chung)
 - IDE formée, à domicile, 1/J jusqu'à J10
 - 2/13 – 5/14: 95 colectomies ERAS => 5 colectomies ambulatoires
 - Programme respecté
 - 0 ré hospitalisation
 - 1 dysurie / 1 hématome
 - « coaching » du patient avant, pendant et après / Equipe
- ERAS: diminue la morbidité de 50% mais pas les fistules (4%)**

ICM Val d'Aurelle

- **Ambulatoire et Cancer du rectum ?**
- **Chirurgie trans anale endoscopique**
 - En cas de bonne réponse tumorale
 - 3 patients
 - 0 réhospitalisation
 - Gestion de la douleur ++

ICM Val d'Aurelle

- **Proctectomie et ERAS**
 - CNA
 - RTME robotique
 - Anastomose au 1/3 inf
 - Pas de drainage
 - Pas de stomie
 - Levée / Alimentée J0
 - Ablation SU J1
 - Sortie J4



Chirurgie Ambulatoire en Cancérologie Digestive: Réalité future ?

POUR

1. Progrès techniques chirurgicaux
2. Progrès anesthésie réanimation
3. Chemin patient
4. Rentabilité économique
5. Satisfaction des patients
6. Sens de l'Histoire
7. Médiatisation

CONTRE

1. Sélection des patients
2. Solitude sociale
3. Précarité
4. Inquiétude des patients
5. Tarification

Limites tarifaires à la colectomie ambulatoire

- **jusqu'au 1^{er} mars 2014 : borne basse**
 - GHS de niveau 1 (grille tarifaire privée) = 3613,08 €
 - Absence GHS ambulatoire, donc facturation GHS – x jours sous la borne basse, soit 801,56 €
 - Ecart de 2811,52 € par intervention
 - Perte financière : 36.656 € en 6 mois (1^{er} semestre 2013)
- **Pas de valorisation tarifaire surveillance spécifique IDE à domicile**
- **Pas de valorisation tarifaire poste IDE référente**

	Tarif GHS 2013	Borne Basse - 1	Borne Basse - 2	Borne Basse - 3	Ambulatoire
PTH : Borne Basse=4	3 012,75 €	2 427,74 €	1 842,73 €	1 257,72 €	672,71 €
PTG : Borne Basse=4	3 339,48 €	2 696,56 €	2 053,54 €	1 410,72 €	767,80 €
Colectomie: Borne Basse=4	3 613,08 €	2 910,20 €	2 207,32 €	1 504,44 €	801,56 €

Après le 1° Mars 2014

GHS CORRESPONDANT AU GHM 06C041

Class.	Date Effet	GHS	Libellé	Effectif	Tarif de base(€)	Borne basse	Borne haute	Type d'EXB
11E	01/03/2013	1939	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1	7	5 957,58	4	21	tarif journalier
11F	01/03/2014	1939	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1	22	5 900,17	0	21	

Le coût de l'innovation

Chirurgie ambulatoire en cancérologie digestive: Réalité future

- **Pour des patients sélectionnés**
- **Si le système de santé veut s'en donner les moyens**
 - **Tarification spécifique du progrès technologique**
 - **Surveillance professionnalisée du domicile**

Evaluation Médico-économique