



Pour les professionnels de santé

LES
MÉMO
SANTÉ
DU CHU

GUIDE CHIRURGIE
PROCTOLOGIQUE

PARCOURS AMBULATOIRE D'UN PATIENT
EN VUE D'UNE INTERVENTION DE

CHIRURGIE
PROCTOLOGIQUE



Les consultations

1

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'**éligibilité** 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 "passeport" 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.

2 *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... Éviter 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.**

3 *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.
- Éventuelle 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.
- À l'induction anesthésique : éventuels antalgiques et/ou AINS si non donnés per os en prémédication, plus antibioprofylaxie 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 aiguë 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.

Nos coordonnées

En journée

- secrétariat 02 99 28 43 11
- interne de proctologie 02 99 28 98 23
- salle de soins 02 99 28 43 21 poste 86880

Nuit et week-end en cas de complication qui demande une prise en charge urgente

- médecin de garde 02 99 28 96 77

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

ANNEXE 1

ORDONNANCE "TYPE" POUR LA CHIRURGIE DES HÉMORRÔIDES ET DE LA FISSURE ANALE

- La veille au soir et le matin de l'intervention douche avec :
 - savon ou antiseptique

- À commencer avant l'intervention, puis à poursuivre en adaptant la dose :
 - laxatifs : à débiter 2 à 5 jours avant l'intervention et à poursuivre 2 à 3 semaines après l'intervention en les adaptant à votre transit intestinal

En l'absence de selle le 2^e jour après l'intervention prendre 3 à 5 sachets de macrogol avec ½ litre d'eau bien fraîche, à renouveler si nécessaire.

- Prise systématique le soir de l'intervention, puis à partir du lendemain à la demande :
 - antalgique* : Paracétamol un gramme toutes les 6 heures, ne pas dépasser la dose totale de 4 grammes par 24 heures ;
 - anti-inflammatoire : Kétoprofène 50mg x4/j, ou 100mg x2/J, ou à libération prolongée 200 milligrammes au coucher ; à arrêter en cas de douleurs gastriques ;

* peut être substitué par :

- paracétamol 300mg+Opium+Caféine 1 ou 2 gélules, 2 à 3 fois par jour pendant ... jours. Ne pas dépasser 10 gélules par jour (contient 300 mg de paracétamol) une boîte à renouveler pendant ...jours ;

ou

- paracétamol 300mg, 400mg ou 500mg+ codéiné : 2 à 6 comprimés par jour, une boîte à renouveler pendantjours.

■ En cas de douleur importante compléter par un ou plusieurs des antalgiques suivants selon leur efficacité et votre tolérance

- Tramadol 100 mg : maximum deux gélules par jour, selon l'intensité de la douleur, une boîte à renouveler pendant ...jours
- Nefopam 20 mg : une ampoule sur un sucre sans dépasser trois ampoules par 24 heures, une boîte à renouveler pendant ...jours

Si nécessaire ces antalgiques peuvent tous être associés.

■ Soins locaux

Éviter l'essuyage avec du papier toilette, prendre une douche systématique. Faire une toilette matin et soir et après chaque selle avec de l'eau savonneuse, tiède, rincer

- compresses 10 x 10 : 1 grand paquet
- pommade ----- ou crème -----
- pansements américains grand modèle ---

jusqu'à cicatrisation, à renouveler si besoin.

ANNEXE 2

GESTION DE LA RÉTENTION URINAIRE POST-OPÉRATOIRE (RUPO)

En l'absence de miction ou en cas de miction incomplète avant la sortie de l'unité d'ambulatoire, il faut vérifier s'il y a un globe vésical et si possible en apprécier le volume par une échographie vésicale (idéalement échographe portable au lit du patient).

■ Pas de miction et Absence de globe vésical (ou volume vésical <250ml à l'échographie).

A - Chez les patients avec un risque dysurique faible (chirurgie proctologique hors hémorroïdes et fissure + femme ou homme < 65ans sans antécédents de sondage urinaire et de pathologie uréthro-prostatique + absence de pathologie neurologique (diabète...))

- retour à domicile autorisé en expliquant la nécessité de
- consulter dans un service d'urgence en cas d'absence de miction ou en cas de dysurie douloureuse dans les 10h qui suivent l'acte opératoire.

B - Chez les autres attendre miction efficace.

■ Pas de miction et Présence d'un globe vésical (vol d'urine >500mL):

A - Administration d'un alpha-bloquant en l'absence de contre-indication, à poursuivre 1 mois jusqu'à l'avis urologique. Trois situations sont alors possibles :

- Première situation : douleur sus pubienne et /ou volume vésical >500ml :
 - . chez le patient à risque dysurique faible, faire un sondage vésical évacuateur puis sortie avec les mêmes consignes que précédemment
 - . chez le patient à risque dysurique fort (chirurgie hémorroïdaire et de la fissure et/ou homme > 65ans et/ou antécédent de sondage vésical ou uréthro-prostatique et/ou comorbidité neurologique) mettre en place une sonde vésicale avec sortie de l'unité ambulatoire pour une surveillance en hospitalisation conventionnelle ou un retour au domicile avec recommandations d'apports hydriques supérieurs à 1,5 L au minimum et règles d'asepsie rigoureuses pour la vidange de la poche. Dans les deux cas, une consultation avec l'opérateur ou avec un urologue est obligatoire dans la semaine suivant la chirurgie.

Si ce globe vésical excède un volume d'1 litre, la sonde vésicale sera alors à conserver 1 mois. Le patient verra obligatoirement l'urologue à l'issue de cette période pour objectiver la bonne reprise des mictions en consultation d'endoscopie urologique (débitmétrie, mesure du résidu-postmictionnel +/- fibroscopie vésicale).

- Deuxième situation : globe non douloureux et/ou volume vésical entre 300 et 600ml :
 - . surveillance pendant deux heures pour obtenir une miction en s'aidant par des « petits moyens » (faire couler de l'eau, verticalisation, déambulation...) en plus du traitement médicamenteux par alpha-bloquant. Dans cet intervalle, l'évolution se fait soit vers la situation 1 (absence de miction, augmentation du volume vésical, cf. supra) soit vers la situation 3 (reprise mictionnelle, cf. infra).
- Troisième situation : reprise mictionnelle
 - . incomplète, avec un volume vésical résiduel entre 100 et 250ml : discuter la poursuite de la surveillance en hospitalisation ou le retour au domicile en fonction du risque dysurique ;
 - . complète, avec un volume résiduel <100ml, retour au domicile autorisé avec les mêmes consignes de surveillance.

ANNEXE 3

GESTION ANTICIPÉE DES COMPLICATIONS APRES CHIRURGIE HEMORROIDAIRE

Rares sont les événements indésirables rendant impossible la sortie d'un patient le soir d'une chirurgie proctologique, même hémorroïdaire. La douleur doit toutefois être bien contrôlée : une bonne analgésie est la clé de l'ambulatoire.

Tout d'abord le **patient** doit être **prévenu** que les suites de ces interventions sont en général douloureuses et que les douleurs les plus vives sont à attendre au moment de la défécation, c'est-à-dire, environ 1 à 3 jours après l'intervention.

L'analgésie passe par la **délivrance anticipée de l'ordonnance**. Cette ordonnance doit être **expliquée en détail au patient**.

La douleur doit être prévenue et anticipée :

- antalgiques donnés per os dans les heures précédant le geste, ou injectés par voie intra veineuse pendant celui-ci.
- bloc périméal (une fois l'anesthésie générale ou locorégionale installée), pour les chirurgies non infectées uniquement. Ne pas s'inquiéter d'une anesthésie génitale dans les heures suivant l'opération.
- ensuite, des antalgiques per os doivent être pris dès les premières heures, et poursuivis systématiquement pendant 1 à 2 jours (en pratique jusqu'aux premières selles), même en l'absence de douleur ressentie.

Par la suite le patient adaptera le traitement à ses symptômes ; Il doit disposer d'antalgiques de recours. Il pourra éventuellement arrêter complètement les antalgiques en cas d'absence de douleur après quelques jours.

Douleur

Il est exceptionnel d'avoir à hospitaliser à nouveau un(e) patient(e) pour antalgie intra veineuse si toutes les mesures précédentes sont correctement appliquées. Les douleurs non maîtrisées sont parfois dues à une complication (suppuration, fécalome...).

Rétention urinaire

Immédiatement après l'intervention il est fréquent d'observer une dysurie. Elle disparaît le plus souvent spontanément en quelques heures. C'est la première cause d'échec de sortie d'ambulatoire.

Le risque de rétention urinaire est fortement majoré par une vessie pleine avant l'intervention (consignes paramédicales) et par le remplissage per-opératoire (protocoles d'anesthésie).

En cas de sensation de blocage mictionnel ou de facteurs de risque rétentionnel (dysurie ancienne, pathologie prostatique, neurologique...), la sortie du service d'ambulatoire ne pourra être validée qu'après vérification d'une bonne miction, ou de la vacuité vésicale par échographie (échographie).

La rétention urinaire tardive doit faire évoquer la présence concomitante d'un fécalome.

Le pansement est vérifié avant la sortie. L'absence de saignement fait partie des objectifs de sortie.

Un saignement localisé sur une plaie externe, accessible, relève d'un pansement compressif et parfois d'une hémostase sous anesthésie locale, avant la sortie.

Le risque d'hémorragie secondaire après chirurgie anale persiste durant les 3 semaines post-opératoires.

Il est accru par la prise de médicaments anti- plaquettaires et d'anticoagulants, mais pas par la prise d'acide acétyl salicylique. La prise d'un de ces traitements doit être prise en compte dans la discussion d'une prise en charge en ambulatoire.

Tout saignement abondant, répété, fait de sang rouge et/ou de caillots accompagné de malaise, ou ne cédant pas spontanément nécessite une prise en charge en milieu hospitalier pour mise en sécurité et une éventuelle **hémostase chirurgicale** sous anesthésie locale ou générale.

Hémorragie

Un accès fébrile est souvent observé dans les premiers jours après chirurgie proctologique, notamment juste avant la première selle.

La plupart du temps il reste isolé, avec un retour en moins de 12 heures et spontané à une température normale.

Une fièvre élevée ou durable doit faire rendre compte au praticien. Il faut toujours évoquer une infection urinaire.

Hyperthermie

En cas de douleur importante, malgré un traitement antalgique adapté, et aussi en cas de dysurie, de suintements fécaux incessants, de retard à l'émission de la première selle... il faut savoir penser au fécalome (ou encombrement rectal).

L'accent devra être mis sur le traitement préventif laxatif visant une reprise rapide du transit pour éviter cet accident.

Selon les habitudes locales, on proposera une "purgé" de laxatifs de type PEG à forte dose, des suppositoires type glycérine, ou des lavements avec de l'eau.

Fécalome

PÔLE ABDOMEN ET MÉTABOLISME

Service des maladies de l'appareil digestif
Centre hépato-digestif • Hôpital Pontchaillou