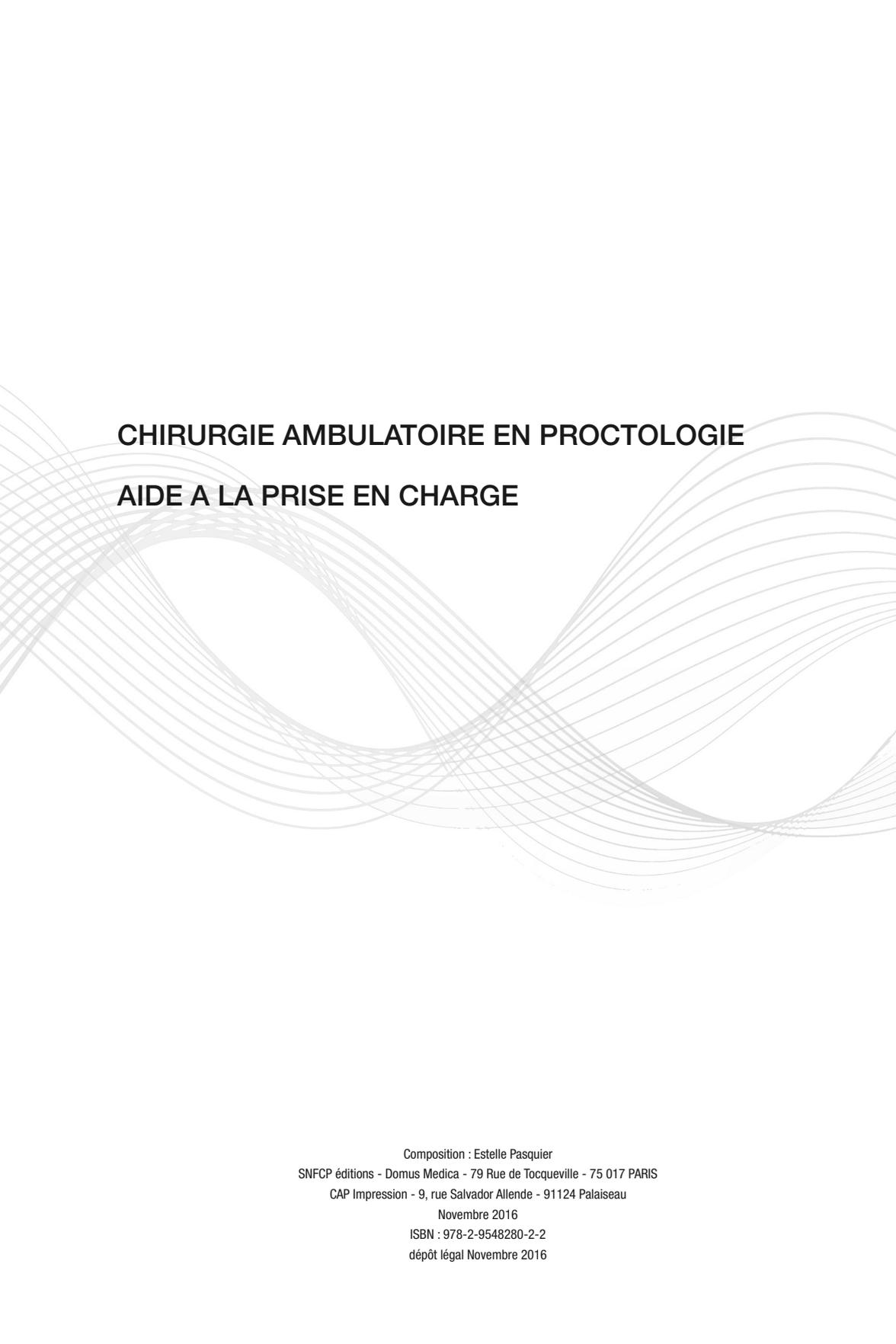


CHIRURGIE AMBULATOIRE EN PROCTOLOGIE

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



CHIRURGIE AMBULATOIRE EN PROCTOLOGIE

AIDE A LA PRISE EN CHARGE

Composition : Estelle Pasquier
SNFCP éditions - Domus Medica - 79 Rue de Tocqueville - 75 017 PARIS
CAP Impression - 9, rue Salvador Allende - 91124 Palaiseau
Novembre 2016
ISBN : 978-2-9548280-2-2
dépôt légal Novembre 2016



Cher ami, cher collègue,

Cette « boîte à outil » a été conçue par le groupe de travail sur la chirurgie ambulatoire au sein de la SNFCP.

Les recommandations « Chirurgie ambulatoire en proctologie : Texte des recommandations SNFCP » publiées récemment insistent sur l'importance de la formation pédagogique des patients dès le préopératoire. Il nous a paru indispensable de concevoir des outils faciles à utiliser et adaptables aux différents modes d'exercice et aux particularités locales ou régionales.

Nous avons conçu 3 documents :

1 - Un support destiné à l'équipe soignante : chirurgiens, anesthésistes, paramédicaux, avec pour objectif d'élaborer un « parcours patient » standardisé depuis sa consultation initiale avec le chirurgien jusqu'à sa consultation post opératoire. Ce guide pratique est aussi un support pour la formation spécifique à la chirurgie proctologique des soignants paramédicaux. Il est une aide à la levée des freins à la prise en charge en ambulatoire. Ce livret est évolutif et modulable.

2 - Un document pédagogique pour les patients, qui doit leur être remis lors de la consultation préopératoire. Il est modifiable à souhait à partir de la version sous Word disponible sur le site de la SNFCP. Il reprend les grands objectifs : gestion des soins locaux, gestion de la douleur, gestion du transit, gestion des complications post-opératoires. Le patient doit en maîtriser le contenu avant son intervention.

3 - Nous avons décliné des questions-réponses (FAQ), qui peuvent être mises à disposition sur papier ou sur support dématérialisé (site internet). Elles peuvent être utilisées lors d'un éventuel entretien paramédical préopératoire. Ce dernier est facultatif, il est le plus souvent couplé à la consultation d'anesthésie, et peut reposer sur des supports divers : vidéo, jeux de rôles...

Figurent à la fin de ce cahier en annexes les points importants extraits des recommandations SNFCP pour la chirurgie ambulatoire en proctologie.

Bonne lecture.

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

Auteurs

Dr Vinson-Bonnet 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
Dr Juguet Frédéric	Clinique Tivoli-Ducos, 91 rue de Rivière, 33000 Bordeaux
Dr Pigot François	Hôpital Bagatelle, 203 route de Toulouse, BP 50048, 33401 Talence cedex
Dr Zallot Camille	Service d'hépatogastroentérologie. CHRU Nancy - Hôpital de Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandoeuvre-les-Nancy
Dr Higuero Thierry	11 bd du général Leclerc, 06240 Beausoleil
Dr de Parades Vincent	Groupe hospitalier Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, 75014 Paris
Dr Favreau-Weltzer 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

ORDONNANCE « TYPE » POUR LA CHIRURGIE DES HÉMORROÏDES ET DE LA FISSURE ANALE

1. La veille au soir et le matin de l'intervention douche avec :

- Savon ou antiseptique

2. A 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^{ème} jour après l'intervention prendre 3 à 5 sachets de macrogol avec ½ litre d'eau bien fraîche, à renouveler si nécessaire.

3. 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 :*

- PARACETAMOL 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

- PARACETAMOL 300mg, 400mg ou 500mg+ CODEINE : 2 à 6 comprimés par jour, une boîte à renouveler pendantjours

4. 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.

5. Soins locaux :

Eviter 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

- Compresse 10 x 10 : 1 grand paquet
- Pommade ----- ou crème -----
- Pansements américains grand modèle ---

Jusqu'à cicatrisation, à renouveler si besoin.

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).

I – 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 < 65 ans sans antécédents de sondage urinaire et de pathologie urètro-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.

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

Administration d'un alpha-bloquant en l'absence de contre-indication, à poursuivre 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 urètro-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

Dans tous les cas, il est impératif de **vérifier que le traitement antalgique est bien ajusté** et qu'il n'y a pas de complication locale précoce tel un caillottage intra-rectal.

GESTION ANTICIPEE DES COMPLICATIONS APRES CHIRURGIE HEMORROIDAIRE

DOULEUR

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 périnéal (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.

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...)

RETENTION 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 rétionnel (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.

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

HEMORRAGIE

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.

HYPERTHERMIE

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.

FECALOME

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 « purge » de laxatifs de type PEG à forte dose, des suppositoires type glycérine, ou des lavements avec de l'eau.

Guide pour les patients

« Vous allez être opéré de l'anus en ambulatoire »

Nous avons conçu ce livret pour vous accompagner lors de votre intervention proctologique.

Vous allez être opéré en ambulatoire, c'est-à-dire que vous arriverez et quitterez l'établissement dans la journée.

Ce guide contient tous les conseils et recommandations qui vont vous aider à préparer ce jour important qui est celui de l'opération, et aussi de vivre au mieux la période post-opératoire.

Nous y expliquons aussi la conduite à tenir en cas de difficultés.

Lisez-le attentivement AVANT l'intervention.

Vous pourrez aussi consulter une série de « questions fréquentes » (FAQ) ⁽¹⁾.

Ainsi vous serez préparé(e) aux éventuelles difficultés et vous pourrez poser au personnel médical les questions qui vous paraissent nécessaires.

Dans certains cas, vous allez bénéficier d'un entretien avec un membre du personnel soignant. Souvenez-vous que vous devez avoir pris connaissance des conseils et recommandations ci-dessous avant cet entretien ⁽²⁾.

En cas de problème, votre médecin ou votre chirurgien et son équipe restent bien sûr disponibles.

Notes pour le médecin :

(1) Les FAQ peuvent être fournies sur papier ou être mises à disposition sur le site internet du cabinet médical ou de l'établissement.

(2) En fonction de l'organisation locale, cet entretien peut être proposé, voire imposé pour certaines procédures, ou remplacé par une vidéo pédagogique.

AVANT L'OPÉRATION

Aucun régime n'est nécessaire avant la chirurgie, en revanche il est recommandé de débiter les laxatifs un ou deux jours avant, pour éviter la formation d'un bouchon de selles difficile à évacuer après l'opération. Attention néanmoins à la diarrhée.

Il vous sera demandé de vous doucher à votre domicile, avec un savon ou un antiseptique la veille et le matin de l'intervention.

Votre chirurgien-proctologue pourra vous avoir prescrit un lavement à effectuer le matin de l'opération.

L'ordonnance pour les suites opératoires vous aura été remise avant l'opération lors de la consultation de proctologie. Vous pourrez ainsi vous procurer les médicaments au préalable afin d'en disposer dès votre retour à domicile.

LE RETOUR À LA MAISON

Du fait de l'anesthésie, il est demandé aux patients de quitter l'hôpital avec un accompagnant. Vous pourrez marcher et vous assoir en voiture pour regagner votre domicile (même si celui-ci est distant d'une ou deux heures de route).

Vous pourrez vous déplacer, manger assis à table... Il ne faut en aucun cas rester alité, au risque de vous constiper et d'avoir une phlébite.

Toutefois il faudra vous ménager et avoir prévu de l'aide pour les premiers jours.

Le lendemain de l'opération, un membre de l'équipe de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire prendra contact avec vous pour vérifier que tout va bien.

LES SOINS LOCAUX

De la bonne qualité des soins dépend la bonne qualité de la cicatrisation.

Des plaies propres vont mieux cicatriser et faire moins mal.

Après la plupart des interventions, les soins sont simples, et vous pouvez les faire vous-même.

Dans le cas où des soins infirmiers postopératoires seraient justifiés, nous vous remettrons par ailleurs une fiche de liaison (consignes pour soins infirmiers à domicile) ⁽³⁾.

Le principe des soins est de laver les plaies... avec de l'eau... du robinet.

Vous devez laver les plaies matin et soir, après chaque selle et à chaque fois que l'anus est souillé. Vous pouvez vous laver autant que vous voulez.

En cas de difficulté à défaire le pansement directement au contact des plaies, il vous sera plus facile de l'enlever sous la douche, il se décollera ainsi plus facilement.

Il faut utiliser de l'eau et un savon doux et arroser à la douche. Il n'est pas utile de désinfecter les plaies. Ensuite il faut bien rincer.

La position accroupie est plus adaptée pour bien exposer la / les plaie(s). Ne pas hésiter à bien écartier les fesses, les plaies ne peuvent pas se déchirer.

Les plaies sèchent vite. Il ne faut pas « s'essuyer », un simple tamponnement suffit.

Puis vous recouvrez simplement avec un pansement absorbant ou la crème ou pom-made prescrite.

Il est normal d'avoir des traces de sang et un suintement jaunâtre sur la compresse, et ce jusqu'à cicatrisation complète.

LES ACTIVITÉS PHYSIQUES, L'ARRÊT DE TRAVAIL

La reprise des activités sportives et de façon générale des activités physiques intenses n'est pas recommandée immédiatement après une opération de l'anus.

Il faut garder à l'esprit que les efforts violents ou prolongés peuvent enflammer les plaies ou faciliter les saignements.

L'arrêt de travail est souvent nécessaire. Sa durée est variable selon le type d'opération et le métier exercé. La prescription de l'arrêt de travail sera effectuée par votre chirurgien lors de votre hospitalisation.

Il n'y a pas de restriction pour la baignade après une intervention (mais attention au sable qui peut s'insérer dans les plaies). Néanmoins il convient d'éviter les piscines collectives les premières semaines, en raison des sécrétions non hygiéniques.

LA DOULEUR

Il est normal de craindre la douleur après chirurgie anale mais il faut savoir que tout sera fait pour l'éviter autant que possible.

La douleur est différente selon les interventions. Après chirurgie hémorroïdaire et/ou de la fissure, les douleurs sont nettement augmentées lors des premières selles puis diminuent progressivement en 10 à 15 jours. Après chirurgie hémorroïdaire mini invasive sans plaie, les douleurs sont moindres. Après chirurgie pour abcès ou fistule anale, les douleurs sont modérées et parfois majorées lors du pansement des plaies en cas de trajets complexes et profonds.

Pour évaluer votre douleur on vous demandera peut être d'utiliser une échelle de 0 à 10 ⁽⁴⁾.

Notes pour le médecin :

(3) Cette fiche de liaison avec des consignes pour les IDE libéraux est recommandée, en particulier pour les suppurations complexes.

(4) La HAS recommande l'évaluation de la douleur postopératoire par une échelle (par exemple EN ou EVA), et le patient doit y être formé. La notion de l'évaluation des douleurs sur ses 4 dimensions permet une meilleure adaptation des prises d'antalgiques.

De façon générale :

- La douleur relève de mécanismes multiples : irritation des plaies, macération de la peau, spasmes du sphincter anal, « bouchon » rectal.
- Cela explique qu'il existe différents types de douleurs, par exemple brûlures ou spasmes.
- Les douleurs surviennent surtout après la selle ou lors de certains soins. Il est logique d'anticiper ce moment-là en prenant à l'avance les antalgiques.
- Les premiers jours, et en règle générale jusqu'aux premières selles, il faut prendre les antidouleurs (antalgiques) de façon systématique, puis si tout va bien les diminuer et les arrêter progressivement, à votre rythme.

Plusieurs moyens sont utilisés pour lutter contre la douleur :

- Lors de l'intervention une anesthésie locale est parfois pratiquée au bloc opératoire. Elle est efficace durant 4 à 12 heures parfois 24 heures et peut diffuser transitoirement vers l'appareil génital. Du fait de la résorption du produit anesthésiant, la douleur peut se réveiller le soir voire le lendemain de votre retour à domicile. Ne vous inquiétez pas, les médicaments antidouleur que vous avez pris à l'avance prendront le relais pour vous soulager et vous adapterez alors votre traitement anti douleur selon votre ressenti.
- Une bonne hygiène locale, Les crèmes ou pommades qui vous sont prescrits peuvent calmer localement la douleur
- Le retour d'un bon transit dans un délai de moins de 3 jours est primordial pour éviter la formation d'un bouchon (voir ces chapitres).
- Une astuce : l'application d'une bouillotte ou un bain chaud, ou à l'inverse des bains de sièges froids, l'application de glace (dans un sachet plastique entouré d'un torchon, ou dans un gant de toilette) peuvent soulager et permettre de diminuer les prises d'antidouleurs.

Plusieurs types de médicaments contre la douleur (antalgiques) sont utilisés :

1 - Ceux prescrits de première intention :

- **Le paracétamol** est un antalgique à utiliser selon la douleur jusqu'à une dose maximale de 4 grammes par jour (soit 4 comprimés à 1g ou 8 gélules à 500mg)
- **Les anti-inflammatoires** non stéroïdiens (kétoprofène, ibuprofène...), sont plus puissants et peuvent être associés avec le paracétamol. Ils ont des contre- indications. Ils ont comme inconvénient de pouvoir provoquer des brûlures ou des crampes à l'estomac, prenez-les plutôt pendant les repas. Si vous avez des facteurs de risque, il vous a été prescrit un protecteur de l'estomac.

2 - Si ces deux médicaments ne suffisent pas, la gamme suivante vous est proposée :

- **Les morphiniques faibles** comme la codéine et l'opium. Ils sont souvent présentés en association au paracétamol (dafalgan codéiné[®], efferalgan codéiné[®], codoliprane[®], lamaline[®]). Ils ont des effets secondaires moins intenses que ceux de la morphine mais identiques, en particulier les nausées, les vomissements et la constipation.
- *Attention : le paracétamol compris dans ces médicaments s'ajoute à celui que vous pouvez prendre par ailleurs : ne pas dépasser la dose totale de 4g de paracétamol par jour.*
- **Le tramadol et le néfopam** ont une bonne efficacité et peuvent être associés aux médicaments précédents : paracétamol, anti-inflammatoires opiacés et en augmenter l'efficacité.
Le tramadol peut parfois rendre nauséux ou endormi.
Le néfopam se présente en ampoules qui se prennent par la bouche éventuellement sur un sucre, il peut donner des sueurs et des vertiges.
Ces effets secondaires désagréables sont tous réversibles à l'arrêt des médicaments.
- **La morphine par voie orale** est très efficace sur la douleur mais peut provoquer des effets secondaires : nausées, constipation et gêne pour uriner. Elle vous sera prescrite sur une ordonnance spéciale « sécurisée » après vérification que votre traitement déjà pris est bien adapté. Il n'y a pas de risque de dépendance à la morphine dans ce cadre.

Si une douleur apparaît ou persiste malgré cette prise en charge, un avis spécialisé est nécessaire.

LE TRANSIT

Après l'intervention, un bon transit intestinal est le garant d'une bonne hygiène des plaies et d'une bonne maîtrise des douleurs. Vous devez suivre le traitement laxatif adapté prescrit par votre chirurgien.

Les selles reviennent le plus souvent entre le 1^{er} et le 3^{ème} jour après l'opération. Cela dit, même avec un ou deux jours de retard, le transit reprend TOUJOURS !

La première selle est en général douloureuse, surtout après hémorroïdectomie (il est déconseillé de s'enfermer dans ses toilettes).

L'émission des selles après une opération nécessite des efforts de poussée, comme pour une selle habituelle. Il ne faut pas en avoir peur. Les cicatrices ou les points ne vont pas « craquer ».

- **Le régime** : Il est conseillé d'avoir un régime riche en **fibres** et de **bien s'hydrater**. Aucun aliment ne vous est interdit, même si l'alcool et les épices sont à consommer avec modération.
- **Les laxatifs et lavements** : Une constipation est souvent observée après l'intervention, due à la sédentarité, au changement d'alimentation, à la douleur et aux médicaments antalgiques. C'est pourquoi des **laxatifs** vous ont été prescrits (des sachets à diluer

dans l'eau, ou un pot avec une gelée). Il est conseillé de débiter les laxatifs 1 ou 2 jours avant l'opération surtout si vous avez tendance à la constipation, mais surtout pas si vous avez tendance à la diarrhée.

Si vous n'êtes pas allé à la selle le **deuxième jour** après la chirurgie, prenez le matin à jeun 3 sachets de laxatifs type macrogol dans un grand verre d'eau, en plus de ce que vous prenez déjà depuis la veille. Renouvelez cela le **troisième jour** si les selles ne sont toujours pas revenues.

Les suppositoires à la glycérine sont autorisés dès le postopératoire immédiat, ils peuvent même aider en cas de difficulté à l'évacuation des selles.

Il est conseillé de prendre les laxatifs jusqu'à la consultation post opératoire, en adaptant la dose : les selles doivent passer facilement, sans être liquides ni trop fréquentes.

Si vous avez des diarrhées, diminuez ou arrêtez les laxatifs. La diarrhée peut enflammer les plaies. Si elles persistent ou si vous avez des glaires nombreuses, appelez votre médecin.

Si vous ressentez une envie de pousser mais que vous n'arrivez pas à évacuer, l'impression d'avoir un gros bouchon juste au-dessus de l'anus, ou si vous constatez des écoulements de selles liquides incontrôlés, **ne poussez pas sur les toilettes**. Vous devez soit prendre une forte dose de laxatif (3 sachets en une prise par exemple), soit réaliser un lavement rectal.

Ce lavement peut être réalisé avec un microlavement en vente libre en pharmacie, éventuellement répété 2 fois de suite, ou alors il s'agira d'un lavement à l'eau (on peut utiliser un flacon de Normacol® que l'on vide de son contenu).

La canule est lubrifiée puis insérée dans le rectum et le contenu du lavement est instillé doucement dans le rectum. Ceci n'est ni douloureux ni dangereux si réalisé avec douceur.

Si malgré toutes ces mesures les selles ne reviennent pas, appelez votre médecin.

QUE FAIRE EN CAS DE DIFFICULTÉ ?

• Si je saigne ?

L'hémorragie postopératoire est une complication relativement rare (risque de 1% à 6 % selon l'intervention).

Il est important de noter qu'elle peut survenir jusqu'au vingtième jour postopératoire.

C'est la raison pour laquelle il ne faut pas s'éloigner pendant cette période. En particulier, les voyages lointains, l'avion... sont déconseillés.

Par contre, la présence intermittente de gouttes de sang sur le papier, dans les pansements ou sur les selles est banale et peut survenir à tout moment.

Une hémorragie vraie se manifeste sous la forme, soit d'évacuations répétées de sang rouge avec des caillots, soit de sang qui coule tout seul dans le pansement.

Rincez-vous à l'eau froide, mettez des compresses roulées au niveau de l'anus pour faire compression, allongez-vous et attendez une demi-heure. Si le saignement ne s'arrête pas très vite, vous devez nous contacter car un geste pour arrêter le saignement peut être nécessaire.

Et restez à jeun, au cas où il faille vous endormir pour arrêter le saignement.

• Si j'ai des difficultés pour uriner ?

Tout d'abord cela peut survenir immédiatement dans les suites de l'opération et retarder votre sortie.

De façon banale vous pouvez avoir un peu plus de mal à uriner pendant les premiers jours du fait de la réaction à l'opération.

Mais si la vessie se bloque, **il faut nous joindre sans tarder**. En effet, la rétention peut parfois nécessiter des mesures spécifiques, voire un sondage vésical.

Les symptômes peuvent être trompeurs (lourdeur ou pesanteur dans le bas ventre, malaise général, fuites d'urines involontaires en goutte à goutte par regorgement). Il faut également nous en alerter.

Attention : le blocage de la vessie peut être en rapport avec une douleur mal calmée, du fait aussi d'un encombrement fécal du rectum.

• Si j'ai de la fièvre ?

Prenez votre température avec un thermomètre (pas dans l'anus !). Si la fièvre se confirme (au-dessus de 38°C deux fois à une heure d'intervalle), **il faut nous contacter**.

• Si j'ai des suintements ?

Il est normal d'avoir des écoulements de sérosités blanc-jaunes, souvent mêlées à des traces de sang, jusqu'à cicatrisation complète.

• Si j'ai du mal à retenir mes selles ?

Cela arrive souvent après la chirurgie de l'anus, et rentre dans l'ordre spontanément après quelques jours à quelques semaines dans la grande majorité des cas.

Les laxatifs ont tendance à aggraver ces problèmes, vous pouvez alors les diminuer.

- **Si ça me démange ?**

C'est une réaction normale au cours de la cicatrisation.

- **Si j'ai perdu un fil en me nettoyant ?**

Ne vous inquiétez pas, les fils utilisés sont tous résorbables et tombent donc tout seul.



Je vais être opéré de l'anus

Questions-Réponses

Ces questions/réponses aideront les patients à régler les petits soucis qui peuvent survenir après une chirurgie proctologique.

Elles complètent les conseils et recommandations que vous a remis votre praticien, intitulées « vous allez être opéré de l'anus ». Nous vous conseillons de les lire avec attention.

Comment vais-je faire mes soins après une opération de l'anus ?

Ce qu'il faut faire :

- Se laver le plus souvent possible, des plaies propres font moins mal et ont moins de risque de s'infecter.
- Ne pas hésiter à passer le doigt sur les plaies. Les accollements peuvent se compliquer d'infection et de rétrécissement.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Abuser d'antiseptiques agressifs et en particulier sans rinçage.
- Imaginer que la zone doit être « stérile » : en fait elle doit simplement être propre. Il s'agit de soins d'hygiène. Aucun matériel stérile n'est indispensable.
- Avoir peur de « toucher » la zone opérée : ni les soins locaux, ni les efforts de poussée lors de la défécation ne risquent de faire « sauter » des points de suture.
- S'acharner à laver un anus qui se souille en permanence à cause d'un encombrement rectal (voir chapitre transit).
- S'inquiéter de la présence de fils dans le pansement et/ou dans les selles : nous utilisons souvent des fils résorbables (c'est-à-dire qu'ils s'autodétruisent). Il est donc inutile de les retirer. Enfin, en cas de fil palpable au bord de l'anus il ne faut ni le couper, ni tirer dessus.
- Solliciter de votre propre initiative un infirmier libéral. Dans la majorité des cas, vous pouvez faire les soins vous-même, et si cela est justifié les soins infirmiers vous sont prescrits par votre praticien. Dans ce cas il vous sera remis une fiche de liaison (qui devra être lue par tous les intervenants).

Quelles activités physiques vais-je pouvoir faire après une opération de l'anus ?

Ce qu'il faut faire :

- Organisez-vous dès que vous connaissez la date de votre opération. La durée optimale de l'arrêt d'activité a été discutée avec votre praticien. Même si vous n'avez pas d'activité professionnelle, organisez-vous pour alléger vos

contraintes (mère au foyer par exemple).

- Pensez à demander un certificat médical pour inaptitude temporaire aux activités sportives ou périscolaires.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Ne rien organiser en vous disant que « l'on verra bien ».
- Confondre durée de cicatrisation et durée d'arrêt de travail. Celle-ci dépend du type d'intervention, mais aussi de votre métier. L'arrêt de travail est plus long pour un travailleur du bâtiment que pour un travailleur sédentaire.
- Prévoir de longs trajets après l'opération. Les trajets longs et fatigants sont déconseillés. Ceci n'exclut pas de petites promenades raisonnables.
- Rester au lit ou au fauteuil toute la journée. Cela favorise la constipation, les complications à type de phlébite et entretient la contraction douloureuse du périnée.

Comment vais-je gérer mon transit intestinal après une opération de l'anus ?

Ce qu'il faut faire :

- En cas de tendance à la constipation, il est recommandé de débiter le laxatif doux (qui vous a été prescrit) ou d'enrichir son alimentation en fibres quelques jours avant l'intervention.
- L'objectif est d'avoir des selles moulées ou un peu molles. Le fait de rentrer très vite chez soi favorise la reprise du transit.
- Identifier rapidement un éventuel encombrement (ou bouchon) rectal : gêne, ballonnements, pesanteur, spasmes rectaux, suintements fécaux permanents, difficultés pour uriner. Il ne faut surtout pas attendre pour réagir (voir chapitre transit intestinal) car les choses peuvent rapidement s'aggraver: il faudrait alors nous contacter.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Rester totalement sédentaire. L'alitement prolongé est néfaste pour le transit.
- Faire des excès de table : excès d'alcool, aliments gras, piment.
- Surdoser les laxatifs : une diarrhée brûle les plaies et risque de les infecter.
- En cas de diarrhée, prendre sans avis médical des médicaments qui ralentissent le transit (lopéramide) car ils risquent de tout bloquer.
- En cas de suintements fécaux, confondre vraie diarrhée avec fausse diarrhée due à un encombrement rectal.
- Négliger les symptômes d'encombrement rectal : en cas de doute, il faut mieux faire un lavement « pour rien ».
- Faire un lavement rectal avec un produit irritant. Il faut utiliser de l'eau du robinet.

Comment vais-je pouvoir gérer d'éventuelles douleurs après mon opération ?

Ce qu'il faut faire :

- Adapter la prise des antidouleurs en fonction du type d'intervention chirurgicale, de l'intensité des douleurs, et de leur évolution dans le temps.
- Maitriser l'hygiène des plaies, et avoir un bon transit intestinal.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Ne pas débiter les médicaments contre la douleur dès les premières heures suivant l'intervention. En effet l'anesthésie locale faite pendant l'intervention fait croire que tout va bien. En fait le réveil de l'anesthésie locale survient 4 à 24 heures après l'opération et peut être très difficile à calmer si les médicaments contre la douleur n'ont pas été démarrés à l'avance.
- Continuer à prendre des doses maximales de médicaments pendant des semaines alors qu'il n'y a plus ou presque pas de douleurs. Les doses inscrites sur l'ordonnance sont des doses maximales, pas une consigne aveugle.
- Prendre de grosses doses d'antidouleurs le soir si on a des douleurs uniquement le matin à la selle, par exemple.
- Avoir peur de prendre de la morphine ou un de ses dérivés, ou ne pas prendre la dose nécessaire pour être calmé. Leur action est dépendante de la dose. Et ceci avec une grande variabilité interindividuelle. Elle n'induit pas de dépendance. Elle est utilisée dans les douleurs fortes.
- Utiliser un anti-inflammatoire ou un morphinique sur des spasmes ou des crampes (il faut dans ce cas privilégier un myorelaxant).
- Essayer de gérer la douleur avec des médicaments alors que celle-ci est provoquée par un bouchon rectal.
- Croire que les anti-inflammatoires sont prescrits pour autre chose que le traitement de la douleur, et les poursuivre alors que celle-ci a disparu.
- Déléguer la gestion de sa douleur à une tierce personne. Le meilleur juge de sa douleur est le patient lui-même.

Comment ferai-je face à d'éventuelles complications après mon opération de l'anus ?

Ce qu'il faut faire :

- Garder à disposition le numéro de téléphone qui m'a été fourni en cas d'urgence.
- Les premiers jours en particulier, savoir s'entourer et solliciter son entourage en cas de souci.
- Ne jamais paniquer ! Votre praticien et son équipe sont toujours à votre disposition.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Confondre petits saignements et hémorragie (cette dernière est faite de sang rouge abondant et/ou caillots, peut s'accompagner d'un malaise).
- Confondre une simple difficulté pour uriner avec un blocage complet de la vessie.
- Paniquer, appeler le centre 15 ou les pompiers. Ce ne sont pas les bons interlocuteurs en première ligne.
- Laisser trainer les choses. En cas de doute relire la documentation qui vous a été remise sur les suites de votre intervention, et si le problème est sérieux, nous contacter sans attendre.



Texte des recommandations SNFCP Mars 2015

Coordonateurs : Béatrice Vinson Bonnet¹ ; Frédéric Juguet¹

Groupe de travail : Guillaume Bonnaud¹ ; Gilles Bontemps² ; Jean Luc Faucheron¹ ; Etienne Goretz¹ ; Guillaume Meurette¹ ; Patrick Niccolai³ ; Vincent de Parades¹ ; François Pigot¹ ; Laurent Siproudhis¹ ; Camille Zallot¹ .

1. Société Nationale Française de Colo Proctologie (SNFCP) - 2. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) - 3. Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR).

1. PRÉAMBULE

1.1 Objectifs des recommandations

L'objectif principal de ces recommandations est de permettre, à l'ensemble des acteurs de la chirurgie proctologique, de développer la pratique d'une chirurgie proctologique ambulatoire (selon l'article R 6214-301-1 du code de Santé Publique) ⁽¹⁾, avec les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'en hospitalisation traditionnelle. La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel optimisant la gestion des risques et des flux.

1.2 Limites du travail

Ces recommandations ont pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Y a-t-il une spécificité du parcours de soin du patient dans le cadre de la chirurgie ambulatoire proctologique ?
 - Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de douleur postopératoire après chirurgie ambulatoire proctologique ?
 - Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de rétention d'urines postopératoire ?
 - Comment évaluer, prévenir et traiter le risque hémorragique après chirurgie ambulatoire proctologique ?
 - Comment évaluer, prévenir et traiter la reprise du transit
- Volontairement, ces recommandations ne définissent pas de listes d'actes, pour les raisons suivantes : - ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le trio acte / patient / organisation de soins;
- Ce serait ne pas prendre en compte les progrès en chirurgie et en anesthésie et le développement de nouveaux moyens de communication (télé médecine) ;

1.3 Patients concernés

Les patients concernés sont ceux susceptibles de bénéficier d'une prise en charge ambulatoire pour l'intervention de chirurgie proctologique qui leur est indiquée.

1.4 Professionnels concernés

Les professionnels concernés sont les chirurgiens et les médecins réalisant des actes de chirurgie proctologique, ainsi que les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ambulatoire.

1.5 Méthode de travail

Ce travail est conduit par la Société Nationale Française de Colo Proctologie (SNFCP) et s'appuie sur un document produit par l'Association Française d'Urologie ⁽²⁾ .

1.6 Gradation des recommandations

A Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1), comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse de décision basée sur des études bien menées.

B Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.

C Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas témoins (niveau de preuve 3), des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

AE Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

2. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

2.1 Y a-t-il une spécificité du parcours de soin du patient dans le cadre de la chirurgie ambulatoire proctologique ?

2.1.1 Eligibilité à l'ambulatoire :

1 - Il est recommandé de privilégier le mode d'hospitalisation ambulatoire lorsque les conditions médicales et psycho-sociales d'éligibilité du patient sont réunies. (AE)

2 - Il est recommandé d'identifier le médecin traitant et, dans l'entourage du patient, les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire (personnes ressources : accompagnant, aidant naturel, personne de confiance⁽³⁾). Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et psychosocial. (AE)

3 - Il est recommandé de vérifier les conditions requises pour la pratique de l'ambulatoire à toutes les étapes de la prise en charge. (AE) Il est recommandé

que le délai pour atteindre une structure d'urgence ne soit pas supérieur à 1 heure (AE)

4 - Une déficience physique ou intellectuelle n'interdit pas la prise en charge ambulatoire. Elle nécessite des adaptations spécifiques. (AE)

5 - Le grand âge n'interdit pas la prise en charge ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité sont réunies. Il nécessite une prise en charge spécifique en lien avec le médecin traitant (AE) L'hospitalisation en ambulatoire diminuerait le risque confusionnel. (AE)

2.1.2 Organisation

6 - La consultation de programmation opératoire est un temps essentiel pour optimiser le parcours ambulatoire: organisation du chemin clinique, coordination des acteurs et information du patient et du médecin traitant Elle nécessite de mettre à disposition des moyens en termes de temps médical et non médical. (AE) Elle repose sur une information orale et sur des supports écrits (livret pédagogique, passeport ambulatoire, ordonnances postopératoires)

7 - Il est recommandé de mettre en place une organisation basée sur la gestion des flux : identifier les sources de perte de temps pour les minimiser (erreur de planification, information manquante, signalétique inappropriée, temps d'attente, temps de transfert...) et optimiser les circuits. (AE)

8 - Il est recommandé que l'équipe de l'Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire (UCA) soit sensibilisée, expérimentée et formée à la pratique de l'ambulatoire. (AE)

9 - Il est règlementaire que la prise en charge ambulatoire se fasse au sein d'une unité d'accueil spécifiquement dédiée et recommandé qu'elle soit située à proximité immédiate du bloc opératoire (AE).

10 - Il est recommandé de mettre en place au sein de l'UCA une démarche de gestion des risques concernant les risques liés aux processus de prise en charge des patients, les risques liés au défaut d'adhésion individuelle des différents intervenants et les risques liés à des pressions institutionnelles sur des acteurs. (AE)

11 - Il est recommandé de mettre en place une démarche qualité concernant l'activité de chirurgie proctologique ambulatoire (taux d'échec, identification et exploitation des événements indésirables, retour d'expérience, EPP, RMM). (AE)

2.1.3 Y a-t-il des particularités anesthésiques à la chirurgie proctologique ambulatoire ?

12 - Il est recommandé que le médecin anesthésiste réanimateur soit informé par l'opérateur du choix d'un mode d'hospitalisation ambulatoire et de la technique opératoire. (AE)

13 - Il est recommandé qu'à l'issue de la consultation d'anesthésie, l'opérateur

soit informé en cas de réserve sur le mode d'hospitalisation ambulatoire. (AE)
14 - La prise en charge anesthésique est définie par les Recommandations Formalisées d'Experts (RFE) de la SFAR (2009)⁽⁵⁾ en particulier le jeûne préopératoire et l'antibioprophylaxie. Les critères habituels de jeûne préopératoire sont de 6 heures pour les solides et de 2 heures pour les liquides clairs sans pulpe ni gaz. (AE)

15 - La technique anesthésique doit prendre en compte le risque de rétention aigue d'urines et l'intensité de la douleur postopératoire. Pour réduire l'incidence des rétentions d'urines, il est recommandé de limiter les perfusions intraveineuses (grade A). Si une technique de rachianesthésie est choisie, il est recommandé d'utiliser un anesthésique local de courte durée d'action et de proscrire l'administration d'un morphinique intrathécal. (grade A) Il est recommandé de prévenir dès la période opératoire la douleur postopératoire par l'administration d'antalgiques et de techniques d'infiltrations appropriées (cf. infra)

2.1.4 Place du médecin traitant

16 - Il est recommandé d'informer le médecin traitant du caractère ambulatoire de la prise en charge chirurgicale dès la consultation de programmation. (AE)

17 - Il est recommandé que le médecin traitant communique toute information utile à la prise en charge ambulatoire avant l'intervention (co-morbidités, environnement social, évènement intercurrent). De même, il est recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins). (AE)

2.1.5 Place du patient

18 - Il est recommandé d'expliquer au patient les modalités de la chirurgie ambulatoire et de recueillir son assentiment afin qu'il soit acteur de sa prise en charge. Son adhésion au mode de prise en charge doit être entière. Il est recommandé d'informer le patient de l'importance de respecter les consignes :
- préopératoire (être joignable par téléphone, jeûne, hydratation, prescriptions, préparation cutanée). Leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention. (AE) - Postopératoires (prescriptions, éléments de surveillance et actes de soins éventuels). Leur non-respect pouvant nuire à la prise en charge. (AE)

2.1.6 Continuité des soins

19 - Selon les textes réglementaires ⁽⁶⁾, les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins doivent être organisées par l'UCA en collaboration avec

l'opérateur et l'anesthésiste et formalisées par écrit. (AE)

20 - Il est recommandé lors des consultations préopératoires d'organiser par anticipation les mesures à prendre à la sortie de l'hospitalisation (ordonnances et consignes de sortie, rendez-vous postopératoire). Celles-ci devront être réévaluées et validées en postopératoire. (AE)

21 - Il est recommandé pour le retour à domicile, de délivrer au patient (et éventuellement aux personnes ressources³ dans le respect du secret médical), un dossier de liaison dans lequel sont communiquées les informations sur la nature du geste pratiqué et les suites prévisibles. (AE)

22 - Il est recommandé de formaliser la procédure de contact (numéro de téléphone) pour la continuité des soins. (AE)

23 - Il est recommandé de vérifier la réalisation et de s'assurer de la bonne compréhension des consignes préopératoires par un appel téléphonique ou SMS avant l'admission. Il est recommandé de contacter le patient après son retour à domicile pour s'assurer du bon déroulement des suites opératoires. (AE)

24 - Il est recommandé d'informer le patient (et éventuellement les personnes ressources) des signes qui feraient évoquer une complication postopératoire (rétention d'urines, hémorragie, douleur non contrôlée, fécalome) et de la conduite à tenir. (AE)

2.2 Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de douleur postopératoire (DPO) après chirurgie ambulatoire proctologique ?

25 - Il est recommandé de donner au patient en préopératoire une information complète et détaillée sur la douleur postopératoire et sa prise en charge. (AE)

26 - Il est recommandé, d'évaluer systématiquement avec une échelle unidimensionnelle (visuelle analogue : EVA, verbale simple : EVS, numérique : EN) la douleur postopératoire et de la prendre en charge rapidement. Il est recommandé de n'autoriser le retour à domicile que pour les patients qui ont un score de douleur faible⁽⁵⁾.

27 - Il est recommandé de privilégier l'analgésie multi-modale notamment par l'utilisation d'anesthésiques locaux de longue durée d'action (infiltration périnéale et/ou bloc pudendal), en concertation avec le médecin anesthésiste-réanimateur. (grade A). Il est recommandé d'informer le patient sur l'effet anesthésique du bloc pudendal et des infiltrations et sur la levée du bloc. Il n'est pas nécessaire d'attendre la levée du bloc pudendal pour autoriser la sortie du patient. (AE)

28 - Il est recommandé de privilégier l'administration d'analgésiques non opiacés (AINS, paracétamol) pour réduire la consommation d'opiacés et les effets secondaires associés⁽⁵⁾.

29 - Il est recommandé d'utiliser les opiacés en cas de contrôle incomplet de la

douleur par les analgésiques non opiacés et les techniques d'analgésie régionale ⁽⁵⁾.
30 - Il est recommandé de fournir au patient une ordonnance pré établie du traitement analgésique dès la consultation opératoire ou d'anesthésie. (AE) Il est recommandé de s'assurer que le patient ait anticipé l'achat des antalgiques qui doivent être disponibles à son domicile dès son retour. Il est recommandé d'expliquer les modalités de prise des antalgiques au patient.

2.3 Comment évaluer, prévenir et traiter le risque de rétention d'urines postopératoire ?

31 - Compte tenu du risque élevé de rétention urinaire, il est recommandé d'en informer le patient et d'évaluer systématiquement ce risque lors de la consultation de programmation opératoire. Le risque rétionnel faible doit être distingué du risque élevé, en fonction du patient (âge, diabète, pathologie neurologique, obstacle uréthrocervico-prostatique), du type de chirurgie (chirurgie hémorroïdaire, cure de fissure anale) et du type d'anesthésie (rachianesthésie cf. supra). (AE)

32 - Il est recommandé d'obtenir une miction en préopératoire immédiat. (AE)

33 - Il est recommandé de limiter l'utilisation de médicaments augmentant le risque de rétention urinaire : morphiniques et anticholinergiques (nefopam). (AE)
Il est néanmoins recommandé de contrôler la DPO qui est un facteur de risque de rétention d'urines. (cf. supra)

34 - Il est recommandé de limiter les perfusions intraveineuses (grade A, cf. supra)

35 - Chez un patient à faible risque rétionnel, il n'est pas nécessaire d'attendre la reprise mictionnelle pour décider de la sortie sous réserve d'une évaluation du volume vésical. (AE)

36 - Chez un patient à risque élevé de rétention d'urines, il est recommandé de quantifier la miction et d'évaluer le résidu postmictionnel (si possible avec un échographe avant la sortie). (AE)

37 - En cas de rétention d'urines, il est possible de choisir entre un sondage évacuateur ou le maintien d'un cathéter urétral. (cf. RPC du traitement de la maladie hémorroïdaire, SNFCP 2014)

38 - Il est recommandé d'informer le patient qu'il doit contacter la structure d'hospitalisation en l'absence de miction dans les 12 heures. (AE)

2.4 Comment évaluer, prévenir et traiter le risque hémorragique après chirurgie ambulatoire proctologique ?

39 - La gestion du risque hémorragique en chirurgie ambulatoire doit être une préoccupation majeure des différents intervenants : opérateur, anesthésiste-réanimateur, médecin traitant, infirmier(ère), patient et aidant naturel. (AE). Après toute intervention proctologique et particulièrement après chirurgie hémor-

roïdaire ou résection de tumeur rectale, le patient et le médecin traitant doivent être informés du risque hémorragique précoce et tardif (jusqu'à 3 semaines après la chirurgie) et de la conduite à tenir. (AE)

40 - Chez les patients recevant des traitements antiplaquettaires et / ou anti-coagulants, il est recommandé que l'éligibilité à la prise en charge ambulatoire et le choix du maintien de l'arrêt ou du relais de ces traitements, soient discutés par tous les intervenants (cardiologue, opérateur, anesthésiste) en prenant en compte le risque thrombotique et le risque hémorragique.

2.5 Comment évaluer, prévenir et traiter la reprise du transit

41 - Il est recommandé de prescrire lors de la consultation préopératoire des laxatifs et une alimentation enrichie en fibres pour améliorer le transit post-opératoire et diminuer la Douleur Post Opératoire lors des premières selles. (AE)

42 - Il est recommandé de remettre avant l'intervention des conseils écrits dans l'éventualité d'une constipation postopératoire. (AE)

43 - Il est recommandé que le patient contacte un référent médical en l'absence d'évacuation de selles dans les 72 heures. (AE) L'analyse qualitative de la littérature étayant les recommandations de prise en charge en ambulatoire de la chirurgie hémorroïdaire peut être consultée à partir de la référence⁽⁶⁾.

LIENS D'INTÉRÊTS :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant la prise en charge en ambulatoire de la chirurgie proctologique.

REMERCIEMENTS :

Dr Alby, médecin généraliste pour la relecture du manuscrit.

Dr Bosset Pierre-Olivier, urologue au CHI de Poissy pour la relecture du protocole de gestion de la rentention urinaire post-opératoire (RUPO).

RÉFÉRENCES ET NOTES :

1 - Décret : 6214-301-1 du 20 aout 2012 Code de Santé Publique

2 - Chirurgie ambulatoire en urologie : texte des recommandations AFU. G Cuvelier *et al.* Progrès en Urologie 2013;23 :62-66

3 - Personnes ressources : membres de l'entourage du patient pouvant jouer un rôle dans la prise ne charge ambulatoire en tant que : Accompagnant : Personne qui accompagne le patient pour effectuer le trajet de retour à domicile après chirurgie ambulatoire. Aidant naturel : Personne non professionnelle qui vient en aide à une

personne dépendante pour les activités de la vie quotidienne. Personne de confiance: Personne choisie librement dans son entourage par le patient pouvant l'accompagner dans ses démarches et l'assister à ses entretiens médicaux, l'aider à prendre des décisions et être consulté en priorité par l'équipe médicale si l'état de santé du patient ne lui permettait pas de donner son avis.

- 4 - Recommandations organisationnelles : « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. ANAPHAS mai 2013 www.has-sante.fr, www.anap.fr
- 5 - Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Société française d'anesthésie réanimation <http://sfar.org/article/207/prise-en-charge-anesthésique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire-2009>
- 6 - Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, Senejoux A, Pigot F & Siproudhis L. Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis. *Int J Colorectal Dis* 2015 ;30 :437-445.

RÉFÉRENCE :

Vinson Bonnet B, Juguet F. French National Coloproctology Society. Ambulatory proctologic surgery: Recommendations of the French National Coloproctology Society (SNFCP). *J Visc Surg*. 2015 Dec;152(6):369-72.