CHU AMIENS PICARDIE

ARCOTHOVA
Anesthésie Réanimation
Cœur - Thorax - Vaisseaux

UNIVERSITÉ de Picardie Jules Verne

Chirurgie thoracique ambulatoire

Dr Osama Abou Arab / Dr Florent Leviel

24 novembre 2022

Masterclass ARCOTHOVA, Marseille

No conflict of interest

Définition : chirurgie ambulatoire

- Code de santé publique, D. 6121-301-1, R.6121-4 : la chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète dont l'objectif est de permettre le retour à domicile du patient **le jour même** de son intervention : « ... dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4,d'une durée **inférieure ou égale à douze heures**, ne comprenant **pas d'hébergement**... ».

- HAS, 2013, Recommandations organisationnelles : les prestations délivrées **équivalent** par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent **à des prestations habituellement effectuées** dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet

Contraintes

- Peut-on réaliser :
  - Une résection pulmonaire (anatomique ou non)
  - Sur une hospitalisation extra-courte (< 12h)

- En proposant une prévention et une surveillance :
  - De la douleur
  - Des troubles du rythme post-opératoires
  - Des drains postopératoires

- Equivalente à une hospitalisation standard en qualité des soins ?

Littérature

ORIGINAL ARTICLE

Thoracic Cancer
Open Access

Pivotal role of video-assisted thoracoscopic surgery in improving survival outcome of stage I non-small cell lung cancer in day surgery patients

Lisha Jiang[1] | Tiantian Lei[1] | Kun Zhou[2] | Hongsheng Ma[1] | Guowei Che[2]

CURRENT OPINION

Anesthesia for thoracic ambulatory surgery

Julien Raft[a,b] and Philippe Richebé[c]

Et c'est à peu près tout …

HAS 2013: recommandations

- Identifier les 6 étapes
  - Eligibilité du patient
  - Organisation de la prise en charge
  - Actions à mener en amont de l'hospitalisation
  - Prise en charge le jour de l'hospitalisation
  - Suivi immédiat (J+1)
  - Suivi à distance
- Protocoliser
- Gestion des risques
- Ressources humaines dédiées
- Relation ville-hôpital

Patient éligible

Faible risque respiratoire

Tabagisme sevré
VEMS et DLCO > 80 % ou VO_2max > 20 ml/kg/min
Ayant une activité physique régulière (MET>4)

Pas de cardiopathie ou de risque élevé de coronaropathie (Lee 0)

Eviter les résections difficiles

Pas si chimiothérapie/immunothérapie néoadjuvante
Pas pour des résections complexes (péricardique ou autres)

Patient capable de comprendre et d'adhérer au protocole

En amont de la chirurgie

- **Patient demandeur +++ : ne pas forcer la main**
- **S'assurer de la bonne compréhension des consignes postopératoires**
- **Education thérapeutique** (exercices de kiné post-op)
- **Préparer l'ensemble des acteurs :**

Protocole de service
Equipe chirurgicale, anesthésique et service d'hospitalisation
kinésithérapie et SSPI inclus dans la boucle +++
Première position au bloc

Technique chirurgicale

Patient sans douleur à la toux et l'effort, sans avoir de doute sur une fuite aérique ou hémostatique

- Chirurgie mini invasive (VATS, RATS)
- Par une équipe expérimentée dans la technique ++++
- Pas pour les chirurgies complexes (bilobectomies, curages à risque, adhérences prévisibles, etc.)
- Utilisation systématique de dispositif chirurgical d'aérostase ?

Aérostase: Néoveil ®

	Sans Néoveil N=162	Néoveil N=193	P value
Durée drainage (j)	4.5	3.7	0.041
Durée hospitalisation (j)	8.1	6.3	0.048
Durée chirurgie (min)	167 ± 62	165 ± 62	0.781
Pneumopathie, n (%)	47 (30)	34 (18)	0.005

Données non publiées

Quelle anesthésie?

- Anesthésiques IV ou inhalés de courtes durées d'action: remifentanyl
- Prévention systématique des NVPO
- Antagonisation des curares la plus systématique possible
- Anti-arythmique ?????

Antalgiques en postopératoire

patient sans douleur à la toux et l'effort, bien éveillé, peu nauséeux, pouvant être acteur à H1

- Les morphiniques ?
  - NVPO, rétention urinaire ou difficulté de mobilisation = pas de sortie à domicile précoce
  - Les épargner le plus possible ++++

- Analgésie multimodale
  - Dont AINS ++++ (très peu de contre-indication en cure courte)
  - ALR +++
- Pas d'ALR en continue

Quelle anesthésie loco-régionale ?

Thorac Cardiovasc Surg 2021; 69(06): 564-569

Serratus Anterior Plane Block and Intercostal Nerve Block after Thoracoscopic Surgery

Saeyoung Kim , Chae-Min Bae , Young Woo Do , Suyoung Moon , Seung Ik Baek , Deok Heon Lee

Reg Anesth Pain Med. 2019 Nov 8

Comparison of ultrasound-guided erector spinae plane block and thoracic paravertebral block for postoperative analgesia after video-assisted thoracic surgery: a randomized controlled non-inferiority clinical trial

Yasuko Taketa [1], Yumi Irisawa [2], Taro Fujitani [2]

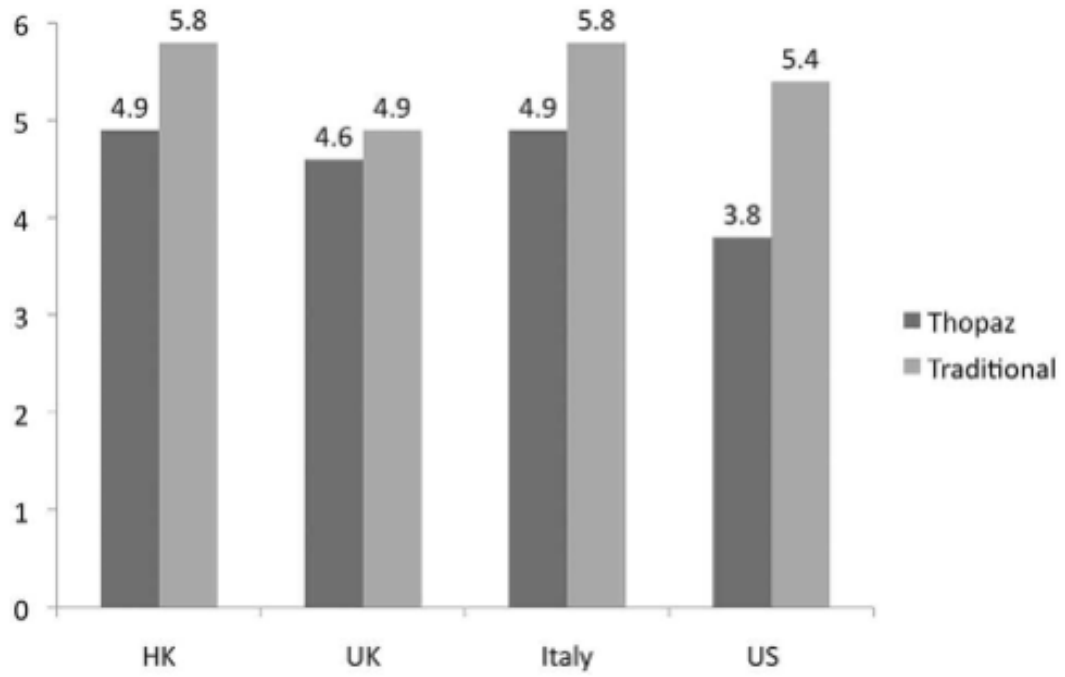
BJA

Comparing erector spinae plane block with serratus anterior plane block for minimally invasive thoracic surgery: a randomised clinical trial

Dylan T. Finnerty[1,2,3,*], Aisling McMahon[1], John R. McNamara[1], Sean D. Hartigan[1], Michael Griffin[1] and Donal J. Buggy[1,2,3,4]

THORACOSCOPIC, étude en cours, CHU Amiens
Serratus vs PV vs serratus + PV
3 bras contre placebo
156 patients, inclusions terminées
Résultat début 2023

Dispositif de drainage: Thopaz ®



Pompilli et al. Ann Thorac Surg. 2014

Dédrainage en SSPI

Dédrainage en SSPI

RP en SSPI:
Plèvre libre

Thopaz:
<30 ml/min

Table 2: Comparison of the pre- and post-removal pain and FEV1

Variables	Pre-removal	Post-removal	*P*-value
Static pain	2.6 (2)	1.5 (1.5)	<0.0001
Dynamic pain	4.1 (2.1)	2.4 (1.9)	<0.0001
FEV1 (l/s)	1.5 (0.8)	1.7 (0.9)	0.0004
FEV1%	53 (24.7)	60.2 (30.8)	0.0004

Results are expressed as means ± standard deviation unless otherwise indicated. FEV1: forced expiratory volume within the first second.

Refai et al. EJCTS 2012

En SSPI

- **Kinésithérapie :**
  - En SSPI (H1)
  - Fauteuil/Lever/mobilisation active/toux/ampliation thoracique

- **Boissons**

Critères de sortie

- Critères habituels
- Echelle de douleur à la toux < 3/10
- Aptitude physique à l'effort
- Absence de drainage
- Capable de faire des exercices de kiné seul (avis favorable du kiné +++)

Suivi précoce J1 ou J2

- IDE à domicile
  - Informée des particularités
  - Peut joindre le chirurgien ou l'anesthésiste si besoin
- Kinésithérapie prévue
- Appel téléphonique systématique
- Consultation chirurgicale précoce
  - J1 ou J2 de la sortie
  - Avec ECG ++++ (pic cytokinique post-op participant à la FA ≈ 24-28h)
  - Et RP (décollement)
- Puis suivi classique

Série de 29 patients au CHU Amiens

- 29 patients pour chirurgie carcinologique
- 23 lobectomies au final
- 13 H / 10 F
- ASA 1 = 3 ;ASA 2 = 17 ;ASA 3 = 3
- VEMS moyen = 99 % de la théorique (79-124)

Chirurgie

- Durée opératoire : 104 min (70-140)

- A la reventilation : 3 patients présentent des fuites
- Aérostase (préventive ou curative) pour 11
- Fuite à H1 après extubation :
  - 0 mL/min pour 20 patients
  - 0-30 pour 2 patients
  - > 30 pour 1 patient
- 22 dédrainés à H1
- 23 levés à H1
- 23 réalimentés à H3

Retour à domicile

- **20 sont sortis le soir même**
- 2 refus de sortir (motif invoqué : détresse psychologique après annonce du diagnostic de l'extemporané)
- 1 patient sorti à J3 (persistance du bullage 48h)
- Aucun patient n'est sorti avec des paliers 3

A distance

- 3 patients ont reconsulté à leur demande
- 1 réhospitalisé
- Complications pleurales :
  - 1 Pneumothorax drainé à J3
  - 1 Hydrothorax ponctionné
  - 3 Pneumothorax surveillés sans nécessité de drainage
- Pas de pneumopathies
- Pas de troubles du rythme documenté

Conclusion

- Forte consommation de ressources humaines
- Difficultés organisationnelles dans les services, les blocs
- Très chronophage
- Parfois stressant pour certains patients
- Ne permet pas de prendre en charge plus de patients qu'en conventionnel
- Forfait ambulatoire pour la chirurgie thoracique non valorisée
- **Ambulatoire= RAAC condensée**

GRACE

Groupe francophone
de Réhabilitation
Améliorée après Chirurgie

ÉDITO

Sept. 2022

Les centres de chirurgie ambulatoire : C'ÉTAIT UNE BONNE IDÉE !

- Notion de parcours de soins optimisé
- Continuité entre la RAAC et l'ambulatoire
- Sans forcer la dichotomie entre ambulatoire et hospitalisation