

La chirurgie proctologique ambulatoire : l'expérience genevoise

● B. Roche, J. Robert, X. Delgadillo, G. Zufferey*

Le centre ambulatoire de proctologie de l'hôpital universitaire de Genève existe depuis 1976 ; il a été créé par le Pr M.C. Marti. Le Dr B. Roche travaille dans ce centre depuis 1992 ; il en a la charge depuis le 1^{er} juillet 2001. Au cours de ces années, grâce à l'expérience acquise, le nombre d'actes de chirurgie proctologique réalisés en ambulatoire a régulièrement augmenté.

De nombreux actes de chirurgie proctologique peuvent être effectués sur un mode ambulatoire (1-4).

La chirurgie ambulatoire offre de nombreux avantages. Le développement de l'anesthésie locale, et plus particulièrement du bloc périméal postérieur, nous a ouvert la possibilité d'opérer un plus grand nombre de patients en réduisant notablement les risques de complications (1, 2).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis 1978, le nombre de patients opérés sur un mode ambulatoire s'est accru de manière régulière (figure). La chirurgie ambulatoire offre de nombreux avantages qui sont listés dans le *tableau I*. Toutes les procédures chirurgicales possiblement faites en ambulatoire sont listées dans le *tableau II*. Notre analyse porte sur le collectif opéré de janvier 1993 à décembre 2002. Durant cette période, nous avons effectué 5 132 opérations sur le canal anal, 1 407 (27,4 %) ont été réalisées lors d'une

hospitalisation, 3 725 (72,6%) interventions ont été effectuées sur un mode ambulatoire (*tableau III*).

Ces chiffres n'incluent pas :

– Les gestes mineurs effectués durant la consultation, tels que les endoscopies, les scléroses hémorroïdaires par résection ou par coagulation infrarouge, les ligatures élastiques selon Barron et les thrombectomies en anesthésie locale ;

– Tous les gestes pratiqués en urgence durant la nuit lorsque l'unité de proctologie est fermée ;

– Les interventions majeures qui requièrent en règle générale une hospitalisation telles que la chirurgie du rectum, les rectopexies, les réparations sphinctériennes et la chirurgie du plancher pelvien.

Comme pour toute chirurgie ambulatoire, la sélection des patients est effectuée selon des critères précis, bien établis, qui évaluent les problèmes médicaux et sociaux (*tableau IV*). Tout patient qui satisfait à ces conditions peut être considéré comme un patient

potentiel pour la chirurgie ambulatoire. Nous ne faisons pas d'examen de laboratoire de routine avant une anesthésie locale, un bloc périméal postérieur ou un

Tableau I. Avantages de la chirurgie ambulatoire.

- ◆ Le mode de vie du patient est moins troublé.
- ◆ L'angoisse des patients est réduite.
- ◆ Diminution du nombre d'infections nosocomiales.
- ◆ Meilleure gestion du programme opératoire.
- ◆ Retour plus rapide à la vie courante.
- ◆ Diminution du temps d'arrêt de travail.
- ◆ Coût de la chirurgie ambulatoire inférieur au coût de la chirurgie hospitalière.
- ◆ Réduction globale des coûts de la santé.
- ◆ Les lits des hôpitaux peuvent être occupés par des cas plus sévères.

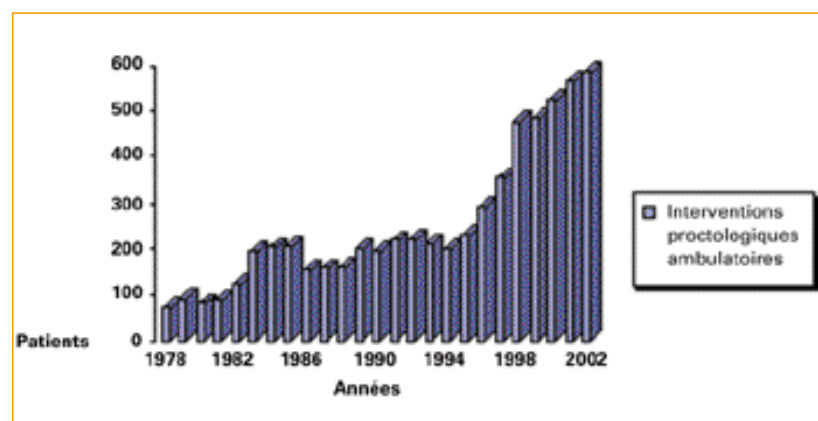


Figure. Interventions proctologiques ambulatoires.

* Unité de proctologie, hôpital universitaire de Genève.

bloc caudal. Les seuls examens de laboratoire que nous pratiquons sont conditionnés par les éléments pertinents relevés dans l'anamnèse.

ANESTHÉSIE ET MESURES PRÉ-OPÉRATOIRES

La plupart des patients opérés à l'unité de proctologie sur un mode ambulatoire bénéficient d'une anesthésie locale ou d'un bloc périméal. L'anesthésie caudale

est utilisée en cas de lésion septique ou d'infection du périnée. L'une des conditions à la réalisation de ce bloc caudal est l'absence de sinus pilonidal. Nous ne donnons pas de manière systématique de prémédication, seuls les patients très anxieux reçoivent, 30 minutes avant la chirurgie 5 à 10 mg de diazépam par voie orale. Nous ne demandons pas au patient d'être à jeun. Le patient doit uriner et déféquer avant l'intervention. Nous ne pratiquons pas de lavement évacuateur ni

Tableau II. Types de chirurgie.

- ◆ Excisions de thromboses hémorroïdaires
- ◆ Hémorroïdectomies
- ◆ Sphinctérotomies
- ◆ Fissurectomies
- ◆ Excisions de marisques
- ◆ Drainages d'abcès
- ◆ Drainages de sétou
- ◆ Fistulotomies
- ◆ Fistulectomies
- ◆ Lambeaux muqueux
- ◆ Anoplasties
- ◆ Lambeaux cutanés péri-anaux
- ◆ Corrections de sténose anale
- ◆ Corrections de déformation anale
- ◆ Excisions de condylomes
- ◆ Polypectomies
- ◆ Excision d'adénomes villosités
- ◆ Excisions transanales de tumeur rectale de petite taille
- ◆ Sinus pilonidal
- ◆ Endoscopies et polypectomies

Tableau III. Liste des interventions de l'unité de proctologie.

	Hospitalisés	Ambulatoire
Hémorroïdes	887	1 042
Fissures	46	545
Fistules	331	686
Sinus pilonidal	16	786
Condylomes	37	289
Tumeurs, polypes	49	175
Anoplastie	17	20
Divers	24	182
Total	1 407	3 725

Tableau IV. Critères de sélection.

- Âge : moins de 60 ans (il s'agit d'une contre-indication relative)
- ASA I et ASA II
- Toutes les pathologies associées doivent être sous contrôle (diabète, hypertension, angor, etc.)
- Le patient ne doit pas avoir pris de médicament anti-agrégant
- La patiente ne doit pas être sous anticoagulant
- Le patient doit avoir une attitude positive à l'égard de la chirurgie ambulatoire
- Le patient ne doit pas rester seul à la maison pendant les 24 heures post-opératoires
- La famille doit pouvoir participer au traitement post-opératoire
- L'environnement social doit être adapté
- Le patient doit avoir une possibilité d'accès aisé à la salle de bains ou aux toilettes
- Le patient ou son entourage doit posséder un téléphone
- Le patient ne doit pas conduire de véhicule pour retourner à son domicile
- La distance maison-hôpital ne doit pas être supérieure à 60 à 100 km, un transport d'urgence doit être disponible en cas de complications
- Un médecin de l'équipe de l'ambulatoire doit être joignable 24 heures sur 24

de préparation colique. Une voie veineuse n'est placée que lors d'une anesthésie caudale. Dans tous les cas, une trousse de réanimation et un monitoring sont à disposition dans la pièce où nous effectuons ces interventions.

ORGANISATION PRATIQUE

Le patient se présente à l'unité de proctologie quelques minutes avant son intervention. Il se déshabille dans une cabine prévue à cet effet, s'assied sur la table d'opération en position gynécologique (*photo I*). Le champ opératoire n'est pas rasé. Nous n'administrons pas d'antibiotique prophylactique de manière systématique. Seuls les patients immunodéprimés, diabétiques, les patients porteurs de prothèse valvulaire ou d'autres éléments prothétiques sont mis au bénéfice d'une antibioprofylaxie. Après désinfection, l'anesthésie locale ou le bloc est effectué(e) par le chirurgien. L'intervention chirurgicale est réalisée. Durant l'intervention chirurgicale, il est possible à l'aide d'une caméra et d'un moniteur de télévision de montrer au patient l'acte chirurgical, de lui expliquer les modalités de pansement et ses devoirs dans le postopératoire (*photo II*). Le patient est appelé à se rhabiller et à rester assis une trentaine de minutes. Il est contrôlé après la chirurgie, 40 à 60 minutes plus tard, par une infirmière. Si nécessaire, le pansement est refait par l'infirmière, il est important de contrôler qu'il n'existe pas un saignement actif. Le patient reçoit ensuite une instruction intéressant le type d'intervention dont il a bénéficié, les différents soins à faire après une chirurgie proctologique, des prescriptions détaillées pour les bains de siège ou la douche, le pansement, l'application de crème et la gestion de la douleur à l'aide d'anti-douleurs par voie orale. Un rendez-vous est planifié au 5^e jour après le jour opératoire. Au total, le patient quitte l'hôpital 60 à 90 minutes après son admission. Un numéro de téléphone ouvert 24 heures sur 24 est remis au patient.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Le patient doit se doucher ou effectuer des bains de siège 3 à 4 fois par jour. Il doit dans tous les cas tenir la plaie le plus propre possible. On lui explique que le

contact avec les selles augmente la douleur post-opératoire. L'application de crème cicatrisante peut être utile. Il est important que la défécation se fasse de la manière la plus douce possible et, pour



Photo I. Salle de chirurgie proctologique en ambulatoire.



Photo II. Caméra et moniteur de contrôle destinés au patient.

cette raison, nous leur donnons des mucilages associés ou non à de l'huile de paraffine.

Le problème le plus difficile à gérer est celui de la douleur post-opératoire. Nous demandons au patient de prendre de manière systématique 3 fois par jour des médicaments de type anti-inflammatoire non stéroïdiens, associés à du paracétamol. Du tramadol est prescrit lorsque les patients sont sensibles, anxieux ou si le type de chirurgie génère une douleur importante.

ANALYSE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

Chaque patient décidé à une chirurgie ambulatoire bénéficie d'une consultation avec une infirmière de salle d'opération. L'anamnèse sociale est creusée, les procédures de temps, de lieu d'intervention sont définies. Un questionnaire sur la qualité de la prise en charge et sur la satisfaction par rapport à l'ambulatoire lui est remis. Le lendemain de l'intervention, le patient est contacté à son domicile afin d'évaluer si l'antalgie est suffisante, s'il a compris et appliqué les mesures post-opératoires.

Trois mois après la chirurgie, un nouveau questionnaire est envoyé au domicile du patient.

RÉSULTATS

Nous ne déplorons aucune mortalité dans notre série. Vingt-quatre complications (il s'agit essentiellement de saignements) ont pu être observées, ce qui représente 0,6 % du collectif ; elles sont listées dans le **tableau V** ; 18 sont survenues le jour de la chirurgie et traitées 16 fois sur un mode ambulatoire. Dans deux cas, nous avons dû recourir à une hospitalisation pour une nuit. Nous n'avons eu qu'un épisode de rétention urinaire chez un homme opéré par la suite d'adénome de la prostate. Nous attribuons ce faible taux de rétention urinaire au type d'anesthésie ; de plus, les patients ne reçoivent pas de perfusion

intraveineuse. Trois patients ont développé un fécalome en post-opératoire, fécalome qui a pu être éliminé par digito-clasie et des lavements répétés.

Grâce à la consultation infirmière pré-opératoire nous avons pu ramener le taux global de désistement le jour de l'intervention de 6 %, en 1995, au taux très faible de 0,8 %, actuellement.

Le taux global de satisfaction par rapport à l'ambulatoire est de 92,8 %. L'insatisfaction des patients est souvent liée aux modalités de remboursement de ce type de chirurgie ; en effet, 10 % de la facture sont à la charge directe du patient.

DISCUSSION

Dans la majorité des cas, la chirurgie proctologique répond favorablement à l'ambulatoire. Les types d'interventions qui se prêtent le plus à l'ambulatoire sont réalisés sur la marge anale, le canal anal et la partie basse du rectum. Ces gestes

sont simples, le temps d'intervention est court, il n'y a pas de mesure préopératoire ou post-opératoire complexe, pas de diète spéciale, pas de risque de saignement majeur. La sélection des patients est primordiale. Les critères de sélection sont actuellement bien connus et validés (1, 2, 5, 6). La chirurgie ambulatoire offre de nombreux avantages au patient, sa qualité de vie est peu troublée, l'anxiété et l'anxiété sont diminuées (3, 7, 8), le taux d'infection nosocomiale, qui représente actuellement un problème crucial dans les hôpitaux, est diminué. Les patients reprennent leur activité professionnelle plus rapidement. La charge ambulatoire offre des avantages à l'établissement en permettant une meilleure gestion des programmes opératoires. Le coût de la chirurgie ambulatoire est inférieur à celui de la chirurgie avec hospitalisation pour une même intervention (7, 9, 10, 11). De cette manière, les coûts globaux de la santé peuvent être réduits. Enfin, les hôpitaux peuvent être réservés et occupés par des cas aigus (1, 2).

La plus grande part de la chirurgie proctologique ambulatoire est effectuée en anesthésie locale ou en bloc périméal postérieur (1, 2). Le bloc caudal n'est utilisé qu'en cas de lésion septique, mais en l'absence de sinus pilonidal, bien évidemment. Les patients n'ont pas besoin d'être à jeun comme cela a déjà été démontré dans de nombreuses autres publications (9, 12). Nous demandons au patient d'uriner et si possible de déféquer juste avant l'intervention. Nous ne faisons pas de routine un lavement, ni une préparation colique avant chirurgie proctologique. Nous plaçons une voie veineuse seulement si nous devons réaliser un bloc caudal. Nous pensons que la rareté de la rétention urinaire dans notre série est à mettre en relation avec le type d'anesthésie que nous effectuons et le fait que nous ne donnons pas de perfusion per opératoire, ce qui a déjà été démontré dans la littérature (9, 12, 13). Une chirurgie soignée permet de diminuer les complications hémorragiques ; menée en anesthésie

Tableau V. Complications de 3 725 interventions proctologiques en ambulatoire.

Saignements (18)
4 après fistulectomie
8 après sinus pilonidal
5 après hémorroïdectomie
1 après sphinctérotomie
Infections
0
Fécalome
3
Rétention urinaire
1
Admission à l'hôpital
2

sie locale et aidée d'un vasoconstricteur, elle permet de travailler dans un champ exsangue, en réalisant une hémostase minutieuse. Dans notre série, nous retrouvons peu de complications hémorragiques, ce qui n'est pas le cas d'autres auteurs de la littérature (14).

Le patient doit être informé de manière très précise sur le type de chirurgie dont il doit bénéficier, les complications auxquelles il peut s'attendre. Il est important de donner des recommandations écrites, visuelles pour les soins post-opératoires, pour les mesures hygiéniques locales, pour les pansements, pour les risques de consommation de boissons alcoolisées, pour le traitement antalgique, les exercices physiques et la conduite. Selon la législation nationale helvétique, une fiche de consentement est remplie et signée par le patient en pré-opératoire (1).

En post-opératoire, le patient doit faire des douches ou des bains de siège à raison de 3 à 4 fois par jour, de telle sorte que la plaie anale soit le plus propre possible. Le contact de la plaie anale avec des selles ou des sécrétions fécales augmente la douleur post-opératoire. L'application de crème cicatrisante peut être utile, une antibioprofylaxie n'est administrée en pré-opératoire qu'en cas d'infection ou de sepsis sévère chez des patients qui souffrent d'insuffisance valvulaire, cardiaque, chez tout patient qui a bénéficié d'une implantation de prothèse, qu'elle soit valvulaire ou articulaire. Nous n'avons pas relevé de complications infectieuses graves dans notre collectif, au contraire de ce qui est advenu dans la série de Klug, qui mentionne 10 % d'infection dans sa casuistique (10). Notre expérience de la chirurgie ambulatoire proctologique, vieille de 12 ans, nous a permis d'améliorer et de préciser les modes de sélection des patients. Nous avons pu démontrer au long de ces années que cette chirurgie est possible en ambulatoire, qu'elle est sûre et que le taux de complications est très bas (4). De plus, nous avons pu analyser l'indice de satisfaction de nos patients et remarquer que ces derniers sont le plus

souvent très heureux d'avoir pu échapper au méandre de l'hospitalisation, reportant des indices de satisfaction de l'ordre de 90 % (8, 12, 15). Le problème le plus difficile à gérer que nous rencontrons dans la chirurgie proctologique est le contrôle de la douleur post-opératoire. Il est impossible de déterminer en pré-opératoire si, et de quelle manière, le patient va tolérer la douleur post-opératoire et si ce dernier a un seuil de tolérance à la douleur haut ou bas. La littérature rapporte 35 à 50 % de douleurs sévères à domicile après chirurgie ambulatoire proctologique nonobstant des médications antalgiques efficaces. Vingt pour cent des patients ont des problèmes pour dormir, ces problèmes sont liés aux douleurs aiguës qu'ils ressentent après la chirurgie (15, 17, 18). La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens quelques minutes avant la chirurgie et pendant 3 à 5 jours après l'intervention semble avoir une efficacité démontrée. Nous associons régulièrement les anti-inflammatoires non stéroïdiens, lorsqu'ils ne sont pas contre-indiqués, au paracétamol à raison de 1 g 4 fois par jour. En cas de chirurgie plus étendue ou de chirurgie générant des douleurs plus aiguës, si le patient nous semble être très sensible, nous adjoignons du tramadol en gouttes à raison de 15 à 20 gouttes 4 à 6 fois par jour. Cette galénique rend ce médicament mieux gérable dans sa concentration. Dans tous les cas, le patient doit prendre ses antalgiques de manière systématique, il ne doit pas attendre que la douleur apparaisse ou soit insupportable. Les complications inhérentes aux médicaments antidouleurs sont minimales (18). Un des gros avantages du tramadol et des antalgiques précédemment décrits est le fait qu'ils ne génèrent pas de constipation, comme le font les dérivés de la morphine ou de la codéine, par exemple.

L'adjonction de crème anesthésiante peut être utile dans les modalités antalgiques. Il est évident que nous devrions avoir à disposition des antalgiques encore plus puissants avec des effets secondaires minimes, c'est-à-dire sans nausée, n'oc-

casionnant ni constipation ni chute de la pression artérielle.

Le fait de pratiquer cette chirurgie du canal anal en anesthésie locale ajoute très certainement au contrôle de la douleur. Nous savons de la physiologie, en effet, que le blocage des récepteurs dermiques par des anesthésiques locaux réduit la douleur post-opératoire pendant plusieurs heures et permet de mieux gérer cette dernière.

CONCLUSION

Une sélection précise des patients, une chirurgie méticuleuse, des soins post-opératoires optimaux, une analgésie post-opératoire adaptée et, surtout, la confiance des patients sont indispensables à la bonne réussite de la chirurgie proctologique ambulatoire. Dans notre expérience, 70 % de la chirurgie du canal anal peuvent être effectués en ambulatoire, en anesthésie locale, en bloc périméal postérieur. Ces modalités ont pour avantage de diminuer les complications, moins de 0,5 % dans notre collectif. La chirurgie proctologique est très bien adaptée aux modalités de la chirurgie ambulatoire. ■

R É F É R E N C E S

1. Marti MC, Laverriere C. Proctological outpatient surgery. *Int J Colorectal Dis* 1992 ; 7 (4) : 223-6.
2. Marti MC, Laverriere C. Ambulatory proctologic surgery. *Helv Chir Acta* 1991 ; 57 (5) : 705-8.
3. Alexander-Williams J. Out-patient proctology, how far and how effective ? *Ital J Surg Sci* 1986 ; 16 (4) : 309-11.
4. Wienert V. Importance of proctology today. *MMW Munch Med Wochenschr* 1982 ; 124 (suppl 1) : 3.
5. Grove B, Jakobik B, Quistgaard B, Burcharth F. Patients' evaluation of outpatient surgery. *Ugeskr Laeger* 1985 ; 147 (23) : 1877-9.
6. Thompson-Fawcett MW, Cook TA, Baigrie RJ, Mortensen NJ. What patients think of day-surgery proctology. *Br J Surg* 1998 ; 85 (10) : 1388.

7. Sobrado CW, Bringel RW, Nahas SC et al. Ambulatory anorectal surgery under local anesthesia : analysis of 351 procedures. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1998 ; 53 (6) : 277-82.

8. Hunt L, Luck AJ, Rudkin G, Hewett PJ. Day-case haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1999 ; 86 (2) : 255-8.

9. Foo E, Sim R, Lim HY et al. Ambulatory anorectal surgery : is it feasible locally ? *Ann Acad Med Singapore* 1998 ; 27 : 512-4.

10. Klug W. Ambulatory surgery in the hospital : analysis of a 1978-1994 patient sample. *Zentralbl Chir* 1995 ; 120 (8) : 598-603.

11. Boltri F, Dal Bo R, Discalzo L, Gentili S. Proctological surgery in the day-hospital regimen. *Minerva Chir* 1993 ; 48 : 911-3.

12. Pietroletti R, Navarra L, Cianca G et al. Proctological surgery in the one-day surgery regimen : the preliminary results with 232 patients. *Ann Ital Chir* 1998 ; 69 : 499-503.

13. Hoff SD, Bailey HR, Butts DR et al. Ambulatory surgical hemorrhoidectomy : a solution to postoperative urinary retention ? *Dis Colon Rectum* 1994 ; 37 (12) : 1242-4.

14. Rosen L, Sipe P, Stasik JJ et al. Outcome of delayed hemorrhage following surgical hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1993 ; 36 (8) : 743-6.

15. Lazarov SJ. Office-based surgery and anesthesia : where are we now ? *World J Urol* 1998 ; 16 (6) : 384-5.

16. Heino A, Vainio J, Turunen M, Lahtinen J. Results of 500 general surgery patients operated on in the ambulatory surgery unit. *Ann Chir Gynaecol* 1992 ; 81 (3) : 295-9.

17. Rawal N, Hylander J, Nydahl PA et al. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997 ; 41 (8) : 1017-22.

18. Persico Stella L, Alibrandi M, Morano C, Picucci L. Postoperative pain control. *Minerva Chir* 1997 ; 52 (1-2) : 69-74.



Prix

Pour la sixième année consécutive, les laboratoires **Martin - Johnson & Johnson - MSD** ont décerné un prix destiné à récompenser l'auteur francophone d'une publication originale dans le domaine de la proctologie, au cours de l'année 2002.

La remise du prix au lauréat s'est déroulée lors des Journées francophones de pathologie digestive, à Paris, le 31 mars 2003.

Ce prix "Proktos" 2003 a récompensé le Dr Laurent - Abramowitz, gastroentérologue-proctologue, mi-temps à l'Hôpital Bichat (Paris), et mi-temps libéral (Paris) pour l'excellent travail mené sur : Anal Fissure and Thrombosed External Hemorrhoids before and after Delivery. Dis Colon Rectum, May 2002.

Résumé : Étude sur l'épidémiologie des thromboses hémorroïdaires externes (THE) et de la fissure anale (FA) chez les parturientes.

Les thromboses hémorroïdaires externes et la fissure anale sont fréquentes chez les parturientes. Cependant, leur réelle incidence et leurs facteurs de risque étaient jusqu'à présent inconnus. Le but de notre travail a donc été d'évaluer cette incidence et les facteurs favorisants de ces pathologies chez la parturiente.

Méthodes : Nous avons réalisé un examen proctologique systématique chez 165 femmes pendant le troisième trimestre de grossesse et avant le deuxième mois du post-partum.

Résultats : Pendant la grossesse, 15 parturientes (9,1 %) ont souffert de lésions anales (13 THE et 2 FA). Dans le post-partum, 58 parturientes (35,2 %) en ont souffert (33 THE et 25 FA). Quatre-vingt-onze pour cent des THE sont apparues durant le premier jour après l'accouchement, alors que les FA survenaient tout au long des deux mois de suivi, sans pic d'incidence. Les deux facteurs de risque indépendants de lésions anales (parmi les données obstétricales, fœtales et maternelles) étaient la dyschésie avec un OR (IC : 95 %) de 5,7 (2,7-12) et un accouchement tardif avec un OR de 1,4 (1,05-1,9). L'analyse par pathologie a montré que les THE survenaient plus souvent après un accouchement responsable de déchirures superficielles du périnée, ou celui d'un gros bébé ($p < 0,05$). De même, une seule femme sur 33 (3 %) ayant accouché par césarienne a développé une THE.

Conclusion : Plus du tiers des parturientes souffrent de THE ou de FA dans le post-partum. Le principal facteur de risque est la dyschésie. Nous recommandons donc de traiter toutes les parturientes dyschésiques afin de prévenir la survenue de ces lésions anales. Le facteur traumatisant de l'accouchement vaginal semble prépondérant pour la THE.

Un nouveau prix "Proktos" destiné à récompenser l'auteur francophone d'une publication originale dans le domaine de la proctologie au cours de l'année 2003 sera attribué en 2004 lors des Journées francophones de pathologie digestive.