

COLECTOMIE CŒLIOSCOPIQUE AMBULATOIRE

PREMIÈRES EXPÉRIENCES AU CHU DE LIÈGE

IANCU A (1), HARDY PY (1, 2), COIMBRA C (3), JORIS J (1, 2)

RÉSUMÉ : *Contexte :* Depuis de nombreuses années, les programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) colorectale ont été développés dans de nombreux centres hospitaliers à travers le monde. Récemment, notre institution a franchi une nouvelle étape en chirurgie colique : la réalisation de colectomies coelioscopiques en ambulatoire. *Méthodes :* Après avoir déterminé nos critères d'inclusion dans le programme de colectomie ambulatoire et adapté notre protocole péri-opératoire de RAC au contexte ambulatoire, nous y avons inclus cinq patients. *Résultats :* Les caractéristiques des patients étaient les suivantes : quatre femmes et un homme; âge : 48 ans (range 21-67); indications chirurgicales : deux patients pour cancer, deux patients pour diverticulite et un patient pour maladie de Crohn. La colectomie concernait le côlon gauche dans quatre cas et le côlon droit dans un cas. Quatre des cinq patients ont quitté l'hôpital 5-8 h après la fin de l'intervention chirurgicale. Aucune complication postopératoire n'est survenue, aucune réadmission n'a été nécessaire. *Discussion :* Cet article discute les bénéfices et risques de la colectomie ambulatoire. Nous insistons sur le fait qu'une prise en charge ambulatoire ne doit pas être poursuivie au détriment du bien-être et de la sécurité du patient.

MOTS-CLÉS : *Chirurgie ambulatoire colorectale - Complications postopératoires - Durée d'hospitalisation - Réhabilitation améliorée après chirurgie*

AMBULATORY LAPAROSCOPIC COLECTOMY : FIRST EXPERIENCES AT THE CHU OF LIÈGE

SUMMARY : *Context :* For many years, enhanced recovery programs (ERP) for colorectal surgery have been developed in many hospitals around the world. Recently, our institution took a new step forward in colonic surgery : ambulatory laparoscopic colectomies. *Methods :* Our eligibility criteria for our ambulatory colectomy program were defined and our perioperative ERP protocol was adapted to the ambulatory setting. Five patients consented to inclusion in this program. *Results :* Patients' characteristics were as follows : four women, one male, age : 48 years (range 21-67); surgical indication : cancer in two patients, diverticulitis in two patients, and Crohn disease in one patient. The surgical site was the left colon in four cases and the right colon in one case. Four out of the five patients left the hospital 5-8 h after the end of the surgery. No postoperative complication occurred, no readmission was necessary. *Discussion :* This article discusses the benefits and risks of ambulatory colectomy. We emphasize that such outpatient management must not be pursued at the expense of the patient's safety and well-being.

KEYWORDS : *Ambulatory colorectal surgery - Postoperative complications - Length of hospital stay - Enhanced recovery protocol*

INTRODUCTION

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) consiste en une prise en charge multidisciplinaire et multimodale, incluant des éléments pré-, per- et postopératoires. Son objectif est de réduire le stress chirurgical, la réaction inflammatoire secondaire au traumatisme chirurgical et leurs conséquences (1-3). Un programme de RAC accélère et facilite la convalescence postopératoire et réduit le risque de complications postopératoires (4). Les durées d'hospitalisation de même que les coûts globaux sont, par conséquent, réduits (3). Introduite il y a plus de 25 ans pour la chirurgie coelioscopique du colon gauche (5), la RAC constitue actuellement une recommandation forte pour la chirurgie colorectale et est également appliquée à d'autres chirurgies et disciplines chirurgicales (6). Malheureusement, de nombreux obstacles ralentissent encore son développement (7). Cependant, grâce à l'optimisation du parcours de soins du patient, de la

qualité des soins et d'un taux d'adhérence élevé à la RAC, certains centres pratiquent actuellement des arthroplasties de hanche et de genou, de même que des colectomies en hospitalisation ambulatoire (8-10).

Depuis 2015, tout patient programmé en chirurgie colorectale dans notre hôpital universitaire est inclus dans un protocole de RAC (11). L'analyse de notre base de données comprenant les 500 premiers patients montre une durée de séjour moyenne de 4 jours (2-7), une durée d'hospitalisation de 24 h pour 35 patients, une incidence de complications postopératoires incluant les NVPO (nausées et vomissement postopératoires) de 33 %, et un taux de réadmission de 3,8 % (12). Ces résultats favorables, comparativement aux statistiques nationales et internationales (11), nous ont poussés à franchir une étape supplémentaire et à proposer la colectomie coelioscopique en hospitalisation ambulatoire pour des patients aux caractéristiques favorables.

Comme Bourgouin et coll. (13), nous avons analysé notre base de données relative aux patients bénéficiant d'une chirurgie colique selon un protocole de RAC depuis octobre 2015 pour définir des critères d'éligibilité pour la colectomie ambulatoire. Nous présentons les cas de cinq patients ayant bénéficié d'une colectomie

(1) Service d'Anesthésie et Réanimation, CHU Liège, Belgique.

(2) Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE), Beaumont, France.

(3) Service de Chirurgie digestive, CHU Liège, Belgique.

ambulatoire, une première en Belgique à notre connaissance.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre programme de chirurgie colique ambulatoire a débuté en février 2021, suite à des réunions multidisciplinaires avec les différents intervenants (chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens hospitaliers) pour définir les critères d'éligibilité, le protocole de prise en charge, le parcours de soins du patient et le suivi postopératoire du patient à son domicile. Entre février et mai 2021, cinq patients ont marqué leur aval pour être inclus dans ce programme, avec un accord quant à l'utilisation de leurs données pour publication. L'accord de notre Comité d'éthique institutionnel n'est pas requis pour la publication d'une série de cas incluant des données rétrospectives.

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ POUR LA COLECTOMIE COELIOSCOPIQUE AMBULATOIRE

Comme Bourgouin et coll. (13), nous avons déterminé, dans notre base de données, les caractéristiques communes aux patients tolérant une réalimentation précoce ainsi qu'un lever et une déambulation le jour de l'opération sans développer de complication durant leur hospitalisation. Notre postulat était que ces patients auraient pu retourner à leur domicile le jour de l'opération sans risquer de négliger des complications postopératoires éventuelles. Cette analyse nous a permis de sélectionner les critères d'éligibilité suivants : compréhension du patient concernant les principes de prise en charge ambulatoire et obtention d'un consentement éclairé, présence d'un accompagnant au domicile lors de la première nuit postopératoire, âge < 70 ans, absence de diabète insulino-requérant, absence de malnutrition, pas de contre-indication absolue à la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), un score ASA (American Society of Anesthesiologists physical status) < 3, pas d'antécédents de laparotomies multiples, pas de nécessité de reprendre précocement un traitement anticoagulant en postopératoire. Contrairement à Bourgouin et coll. (13), l'indication chirurgicale de même que le site chirurgical n'ont pas été inclus dans les critères d'éligibilité.

PROTOCOLE DE RAC POUR COLECTOMIE COELIOSCOPIQUE AMBULATOIRE

Le protocole de RAC pour la chirurgie colique ambulatoire combine des éléments pré-, per- et postopératoires. Les éléments préopératoires

incluent une information orale et écrite au patient spécifique à la colectomie ambulatoire, l'absence de préparation colique mécanique et de prémédication anxiolytique, règles de jeûne actuelles (6 h pour les solides, 2-3 h pour les liquides), une charge glucidique préopératoire orale de 50 g 2-3 h avant la chirurgie et la correction des facteurs de risque (arrêt du tabagisme, optimisation des fonctions cardio-respiratoires). La prise en charge peropératoire comprend la limitation des apports liquidiens intraveineux, une antibioprophylaxie, la prévention multimodale des NVPO, la prévention de l'hypothermie, l'administration de 10 mg de dexaméthasone, l'approche coelioscopique, la réalisation d'un bloc du plan du muscle *abdominis transversus*, une perfusion intraveineuse peropératoire de lidocaïne, l'absence de drain chirurgical et de sonde gastrique, et le retrait de la sonde vésicale à la fin de l'intervention. Les éléments post-opératoires consistent en l'analgésie multimodale avec prise d'AINS durant 48h de façon à obtenir une épargne opioïde, le lever et l'ambulation supervisés par un kinésithérapeute et la réalimentation précoce 3 heures après la fin de la chirurgie.

CRITÈRES DE SORTIE D'HOSPITALISATION ET SUIVI AU DOMICILE

Les patients inclus dans ce protocole devaient remplir les critères suivants pour être autorisés à quitter l'hôpital : pas de NVPO, miction spontanée, bonne tolérance à la réalimentation précoce (soupe, crème, biscotte), lever et ambulation sans symptômes d'hypotension orthostatique, analgésie suffisante par voie orale seule et accord du patient pour le retour au domicile. À la sortie, le patient recevait une information orale et écrite concernant les suites postopératoires attendues, les signes de complications les plus fréquentes, un kit préparé par la pharmacie hospitalière comprenant des analgésiques (paracétamol, AINS, tramadol, oxycodone), un anti-thrombotique (héparine de bas poids moléculaire) et du magnésium à visée procinétique au niveau intestinal durant les 2 jours suivant le retour au domicile, de même qu'une prescription médicale couvrant les jours suivants. Un suivi téléphonique quotidien était effectué par l'anesthésiste et le chirurgien durant les 2 jours suivant le retour au domicile.

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Les caractéristiques des patients inclus dans notre protocole de colectomie coelioscopique ambulatoire sont reprises dans le **Tableau I**.

Tous les patients ont quitté l'hôpital 5-8 h après la fin de la chirurgie, à l'exception de la

Tableau I. Caractéristiques des patients inclus dans notre protocole de colectomie coelioscopique ambulatoire.

Patient	Age	Sexe	IMC	ASA	Antécédents	Indication chirurgicale	Site de colectomie
F.S.	67	F	21,9	2	Diabète avec ADO	Tumeur	Sigmoïde avec décollement de l'angle splénique
S.G.	52	F	25,1	2	BPCO	Diverticulite	Sigmoïde
C.S.	21	F	21,0	2	Crohn	Crohn	Iléo-colectomie
P.W.	58	F	22,3	2	HTA, BPCO	Diverticulite	Sigmoïde avec décollement de l'angle splénique
H.S.	42	M	24,3	1	-	Tumeur	Sigmoïde

IMC = Indice de masse corporelle; ASA = American Society of Anesthesiologists physical status score; ADO = anti-diabétique oral; BPCO = broncho-pneumopathie chronique obstructive; HTA = hypertension artérielle.

plus jeune (C.S.), opérée dans le cadre d'une maladie de Crohn, qui, anxieuse, a préféré passer une nuit en hospitalisation alors que tous les critères de sortie étaient atteints. Interrogés 5 jours après leur sortie de l'hôpital, tous les patients se sont dits satisfaits de la prise en charge ambulatoire. Une patiente, P.W., a présenté des nausées lors du retour en chambre, ce qui n'a cependant pas retardé la réalimentation ou le retour au domicile. S.G. s'est plainte de crampes abdominales durant les 2 jours suivant la chirurgie, ne requérant pas de réadmission.

DISCUSSION

Cette série décrit la première expérience de colectomie ambulatoire en Belgique. Elle confirme que la colectomie ambulatoire peut être réalisée de façon sûre avec un protocole de RAC bien établi, une définition claire des critères d'éligibilité, une information spécifique au patient et un suivi postopératoire après le retour du patient au domicile.

Bien que les arthroplasties de hanche et de genou soient réalisées en hospitalisation ambulatoire en suivant des protocoles de RAC depuis plus de 5-10 ans dans certains centres (8, 9), les données concernant la colectomie ambulatoire restent éparpillées (10). Dans la plus grande série de patients bénéficiant d'une colectomie ambulatoire (n = 157 patients), Gignoux et coll. ont rapporté un taux d'admission de 7 %, la nécessité d'une consultation postopératoire non prévue chez 20 % des patients et un taux de réadmission de 6 % (10). Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés lors de colectomies en hospitalisation non-ambulatoire ou à d'autres chirurgies digestives moins invasives en ambulatoire (10).

Approximativement 75 % ont eu des suites opératoires non compliquées. La nature ambulatoire de la prise en charge n'a été responsable d'aucun délai de diagnostic et prise en charge de complications postopératoires, grâce au suivi rapproché une fois le patient à son domicile. Cette surveillance systématique du patient durant les 2 premiers jours et l'information au patient concernant les signes de complications potentielles sont donc obligatoires pour la sécurité de celui-ci. Dans notre série, seul un des cinq patients (C.S.) a demandé à passer la nuit à l'hôpital pour cause d'anxiété, bien que tous les critères de sortie soient atteints. Pour les 4 autres patients, aucune complication postopératoire et réadmission ne sont à déplorer.

Les bénéfices potentiels de la colectomie ambulatoire sont multiples : économiques, plus grand confort du patient à son domicile, récupération accélérée de l'autonomie. Réduire la durée d'hospitalisation à des visées économiques ne doit cependant pas supplanter les intérêts et le bien-être du patient (14) qui doivent toujours rester la priorité. La réalisation en ambulatoire de chirurgies complexes nécessitant habituellement plusieurs jours d'hospitalisation ne doit pas être proposée aux dépens de la sécurité du patient si cela augmente le risque de complications postopératoires (14, 15).

En effet, des études récentes suggèrent une majoration du taux de complications postopératoires lors d'arthroplasties ambulatoires (16). Une sélection minutieuse des candidats à la chirurgie ambulatoire est donc nécessaire. Nous manquons encore de données suffisantes quant au risque de complications lors de colectomies ambulatoires. La réalisation de ces chirurgies plus complexes en ambulatoire ne prévient pas l'apparition de symptômes postopératoires divers qui seraient, malgré tout, apparus lors

d'une hospitalisation conventionnelle : douleurs, inconfort abdominal, ballonnement, asthénie. Le patient doit en être informé et des traitements et solutions doivent être proposés. Notre patiente, S.G., a ainsi pu gérer son inconfort abdominal grâce aux médicaments inclus dans le kit donné lors de la sortie de l'hôpital. La sérénité liée à la gestion de ces symptômes au domicile plutôt que dans une institution hospitalière facilite la prise en charge par le patient et contribue, de plus, à la satisfaction rapportée par nos patients.

La chirurgie ambulatoire, d'abord introduite pour des raisons économiques, s'est finalement révélée être médicalement bénéfique. La RAC, développée comme modèle de qualité de soins, se révèle avantageuse économiquement parlant. Cependant, ces deux modèles, même s'ils semblent opposés, ont le même objectif qui est de placer le patient au centre de la prise en charge. L'implication ainsi que la coordination de tout le personnel médical, paramédical, administratif, de même que du patient lui-même, sont essentielles. La RAC et la chirurgie ambulatoire partagent donc une approche commune : l'optimisation du parcours de soins du patient (17). De plus, lors de la planification de chirurgies plus complexes qu'à l'accoutumée en hôpital de jour, l'approche et la prise en charge ambulatoires sont inconcevables sans protocole de RAC adapté (15). Dans ces modèles, le patient quitte l'hôpital plus tôt car il se sent capable de le faire.

CONCLUSION

La colectomie coelioscopique ambulatoire est possible sans exposer le patient à une majoration des risques liés à l'intervention. Elle est cependant inconcevable sans protocole adapté de RAC. Elle nécessite également la sélection de critères d'inclusion dans un tel protocole, une information précise et spécifique au patient, de même qu'un suivi postopératoire au domicile de façon à détecter précocement d'éventuelles complications.

Financement

La rédaction de ce document a été soutenue financièrement par GRACE (Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie, Beaumont, France, www.grace-asso.fr). GRACE n'a pas eu d'implication dans la conception du document, dans la récolte, l'analyse ou l'interprétation de données, dans la rédaction ou dans la décision de présenter cet article pour publication.

Contribution des auteurs

AI et PYH ont contribué de façon équivalente à la conception de ce document et à l'acquisition, l'analyse et l'interprétation de données pour le réaliser. CC: acquisition, analyse et interprétation de données. JJ : conception de l'étude, acquisition,

analyse statistique, interprétation de données et premier jet du document. Tous les auteurs ont marqué leur accord sur le contenu de cet article.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997;**78**:606-17.
2. Scott MJ, Baldini G, Fearon KC, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1 : pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiol Scand* 2015;**59**:1212-31.
3. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery : a review. *JAMA Surg* 2017;**152**:292-8.
4. Greco M, Capretti G, Beretta L, et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery : a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg* 2014;**38**:1531-41.
5. Bardram L, Funch-Jensen P, Jensen P, et al. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early oral nutrition and mobilisation. *Lancet* 1995;**345**:763-4.
6. Kehlet H, Soballe K. Fast-track hip and knee replacement - what are the issues? *Acta Orthop* 2010;**81**:271-2.
7. Joris J, Leonard D, Slim K. How to implement an enhanced recovery programme after colorectal surgery? *Acta Chir Belg* 2018;**118**:73-7.
8. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. The safety and efficacy of day-case total joint arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* 2021;**103**:638-44.
9. Bert JM, Hooper J, Moen S. Outpatient total joint arthroplasty. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2017;**10**:567-74.
10. Gignoux B, Gosgnach M, Lanz T, et al. Short-term outcomes of ambulatory colectomy for 157 consecutive patients. *Ann Surg* 2019;**270**:317-21.
11. Hardy PY, Meunier A, Coimbra C, et al. La réhabilitation améliorée après chirurgie colorectale. *Rev Med Liege* 2020;**75**:286-91.
12. Hardy PY, Degesve M, Joris J, et al. Impact of preoperative anemia on outcomes of enhanced recovery program after colorectal surgery : a monocentric retrospective study. *World J Surg* 2021;**45**:2326-36.
13. Bourgouin S, Monchal T, Schlienger G, et al. Eligibility criteria for ambulatory colectomy. *J Visc Surg* 2020;**S1878-7886(20)30306-4**. doi : 10.1016
14. Slim K, Amalberti R. Ambulatory colectomy : No innovation without evaluation. *J Visc Surg* 2015;**152**:1-3.
15. Wainwright TW, Memtsoudis SG, Kehlet H. Fast-track hip and knee arthroplasty... how fast ? *Br J Anaesth* 2021;**126**:348-9.
16. Mai HT, Mukhdomi T, Croxford D, et al. Safety and outcomes of outpatient compared to inpatient total knee arthroplasty : a national retrospective cohort study. *Reg Anesth Pain Med* 2021;**46**:13-7.
17. Delaunay L, Slim K. It is time to merge enhanced recovery programs and ambulatory surgery? *Am Surg* 2021: 3134821998660. doi : 10.1177/0003134821998660

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Joris, Service d'Anesthésie-réanimation, CHU Liège, Belgique.
Email : jean.joris@chuliege.be