



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Chirurgie endoscopique laryngée en secteur ambulatoire et
conventionnel : étude comparative.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2018 à 18h
au Pôle Formation
Par Antoine Raynaud de Fitte

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique Chevalier

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Vincent

Monsieur le Professeur Pierre Fayoux

Monsieur le Docteur Geoffrey Mortuaire

Monsieur le Docteur Laurent Carpentier

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Dominique Chevalier

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans la thèse : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sommaire

| | |
|---|----|
| GLOSSAIRE..... | 3 |
| I.INTRODUCTION..... | 4 |
| I.1. Définition de la chirurgie ambulatoire | |
| I.2. Evolution sur le plan international | |
| I.3. Evolution sur le plan national | |
| I.4. Encadrement médico-légal et organisationnel | |
| I.5. Chirurgie ambulatoire en ORL | |
| I.6. Objectif de l'étude | |
| II. MATERIEL ET METHODE..... | 10 |
| II.1. Population | |
| II.2. Caractéristiques | |
| II.3. Recueil de données | |
| II.4. Prise en charge | |
| II.5. Analyse statistique | |
| III. RESULTATS..... | 17 |
| III.1. Analyse descriptive de la cohorte | |
| III.2. Comparaison entre secteur ambulatoire et conventionnel | |
| III.3. Résultats des fiches J+1 dans la cohorte ambulatoire | |
| IV. DISCUSSION..... | 28 |
| IV.1. Taux de chirurgie ambulatoire | |
| IV.2. Caractéristiques des patients | |
| IV.3. Variabilité de la prise en charge | |
| IV.4. Fiches J+1 | |
| IV.5. Forces et faiblesses | |
| V. CONCLUSION..... | 34 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 36 |
| ANNEXES..... | 40 |
| RESUME..... | 43 |

Glossaire des abréviations

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IAAS : International Association for Ambulatory Surgery

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IGAF : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGF : Inspection Générale des Finances

DGSO : Direction Générale de l'Offre de Soins

ARS : Agence Régionale de Santé

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

SFORL : Société Française d'ORL

ELS : European Laryngological Society

EVA : Echelle Visuelle Analogique

INTRODUCTION

I. Introduction

I.1. Définition de la chirurgie ambulatoire:

La chirurgie ambulatoire est définie au niveau national par l'HAS (Haute autorité de santé) comme une « chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention. » (1). En terme juridique, l'article D6124-301 du code de la santé publique (2) précise que « la durée journalière d'ouverture de l'unité de structure ambulatoire (UCA) doit être inférieure ou égale à douze heures avec des prestations ne comprenant pas d'hébergement. »

I.2. Evolution sur le plan international :

Née en Ecosse à la fin du dix-neuvième siècle, cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle s'est ensuite rapidement développée aux Etats unis à partir de 1960 puis au Canada et en Grande-Bretagne à partir des années 1970(3). L'évolution de cette chirurgie a été marquée par un retard français au plan international.

Une enquête internationale plus récente menée par l'IAAS (International Association for Ambulatory Surgery) en 2009 sur trente-sept gestes sélectionnés, retrouvait un taux de chirurgie ambulatoire atteignant 45 % en France, alors qu'il était au dessus des 65 % dans d'autres pays de l'Europe du Nord : Belgique, Danemark, Finlande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède, et déjà de 83,5 % en 2004 aux Etats-Unis. (4).

I.3. Evolution sur le plan national :

En France les acteurs de santé se sont intéressés au sujet au début des années 2000 avec la parution d'une étude réalisée par l'IRDES (Institut de

recherche et documentation en économie de la santé) en 1999 (5) mettant en évidence deux points majeurs : premièrement, une forte variabilité de prise en charge dans le secteur ambulatoire d'une activité à l'autre (ex : 14% d'hospitalisation ambulatoire pour une intervention concernant la hernie inguinale chez l'adulte contre 99% pour la pose d'aérateur trans-tympanique). Deuxièmement, un écart très important entre le potentiel de développement et la pratique qui était observé pour de nombreux actes (ex : 9% de chirurgie nasale pour un potentiel évalué à 55%). A noter que cette variabilité a été rapidement confirmée par une vaste étude menée en 2001 par l'Assurance Maladie montrant par exemple un taux plafond variant de 64,8% pour la chirurgie du strabisme contre 95,7% pour l'adénoïdectomie et/ou l'amygdalectomie.(6)

Le développement de la CA qui présente un intérêt médico-économique démontré (7) est donc devenu une priorité nationale avec notamment la rédaction en 2014 d'un rapport conjoint de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et de l'IGF (Inspection Générale des Finances) définissant les orientations stratégiques du programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 (8). Un objectif initial de 62,2% était fixé pour l'année 2018, et finalement la DGSO (Direction Générale de l'Offre de Soins) a publié des instructions basées sur ce rapport en septembre 2015 visant une cible de 66,2% à l'horizon 2020 (9). Il faut rappeler également qu'en dehors de l'aspect économiquement attractif de la chirurgie ambulatoire, celle-ci est plébiscitée par les patients eux-mêmes. En effet la majorité des patients préfèrent passer la première nuit à domicile plutôt qu'à l'hôpital lorsque cela est possible. (10)

I.4. Encadrement médico-légal et organisationnel

Des mesures incitatives ont été lancées pour favoriser ce développement, notamment avec la mise en place en 2009 et la révision en 2014 de tarifs de séjours identiques pour tout acte chirurgical, qu'il soit effectué en ambulatoire, ou avec une ou deux nuits d'hospitalisation. Ces tarifs uniques sont inférieurs aux tarifs précédemment retenus pour chaque acte en hospitalisation conventionnelle pénalisant les établissements qui ne prendront pas le virage ambulatoire. (11)

En ce qui concerne l'encadrement, la réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier pour la CA en termes de service d'accueil. La loi dispose simplement que la structure de soins doit être soumise aux règles standard de tout établissement pratiquant des actes de chirurgie avec une accréditation nécessaire par l'ARS (Agence Régionale de Santé), à renouveler tous les 4 ans. Plus spécifiquement, aux termes de l'article D6124-303 du code de santé la publique (12), l'équipe de soins doit être composée au minimum d'un médecin coordinateur qualifié, d'un médecin anesthésiste et de deux infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Il ne doit pas non plus y avoir une liste exhaustive de gestes de chirurgie ambulatoire, car la durée d'hospitalisation n'est pas définie seulement par le geste chirurgical mais également par les contraintes personnelles du patient, et par la structure l'accueillant formant un triptyque (13).

Le circuit général du patient avant et après le geste est, en revanche, très clairement établi par une circulaire du Ministère de la santé publié en 2016 (14) :

- une consultation préopératoire chirurgicale et anesthésique durant lesquelles les ordonnances post-opératoires peuvent être remises de manière anticipée ;
- une phase préopératoire avec un appel du patient la veille de l'intervention pour lui rappeler les recommandations et instructions ;
- une phase peropératoire favorisant autant que possible une réhabilitation rapide ;
- une phase postopératoire avec une surveillance formalisée et tracée, un courrier de sortie remis au patient et un rappel du patient dans les 72 heures avec un questionnaire formalisé sous forme de « check-list ».A noter également la contre-indication à la conduite par le patient le jour de l'intervention, et la nécessité d'être accompagné lors de sa première nuit au domicile.

Enfin au niveau anesthésique, des recommandations formalisées sur la prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire ont été publiées en

2010 par la SFAR (Société Française d'Anesthésie et Réanimation) détaillant notamment les critères d'éligibilité des patients basés sur un rapport bénéfice/risque favorable (Score ASA ≤ 3 entre autres), et les techniques d'anesthésie favorisant une réhabilitation rapide. (15)

I.5. Chirurgie ambulatoire en ORL

La SFORL (Société Française d'ORL) a publié un consensus formalisé en 2015 encadrant les gestes communs de rhinologie pour lesquels un retard de pratique en chirurgie ambulatoire était constaté alors même que l'expérience à l'étranger était bien codifiée (16). Il n'y pas de tel consensus en chirurgie laryngée, et il n'y a d'ailleurs pas de geste marqueur ambulatoire pour ce type de chirurgie.

La chirurgie laryngée endoscopique requiert une installation et des instruments spécifiques. L'évolution des techniques permet aujourd'hui de réaliser un large spectre d'interventions par voie endoscopique, avec instruments froids ou au laser. Les différents gestes réalisés seront détaillées dans le paragraphe « Matériel et méthode ».

I.6. Objectif de l'étude

Après l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire dans le service d'ORL du CHU de Lille en 2013, deux études ont été réalisées pour analyser l'activité chirurgicale ambulatoire du service, une première sur les gestes de rhinologie en 2016 (26) et une seconde portant sur la chirurgie de l'oreille moyenne en 2017 (27). Il restait donc à analyser la chirurgie endoscopique laryngée pour avoir une vision globale de notre activité ambulatoire en ORL. La faisabilité de la chirurgie laryngée endoscopique en ambulatoire a déjà été démontrée notamment par des études américaines rétrospectives réalisées à partir de registres nationaux (28,29) sur les patients hospitalisés en unité ambulatoire, sans toutefois comparer la population avec une cohorte de patients ayant bénéficié des mêmes gestes mais en unité de chirurgie conventionnelle.

L'objectif principal de notre étude est d'analyser et de comparer les caractéristiques des patients ayant bénéficié d'un geste de chirurgie laryngée endoscopique en UCA avec ceux ayant bénéficié du même type de chirurgie en unité conventionnelle, en pré et post opératoire.

L'objectif secondaire est d'analyser plus précisément la cohorte de patients hospitalisés en UCA sur des paramètres spécifiques à la chirurgie ambulatoire comme le taux de conversion ambulatoire-conventionnel, et les réponses à la « Check-list J+1 ».

MATERIEL ET METHODE

II. Matériel et Méthode

II.1. Population

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective mono centrique concernant les patients ayant bénéficié d'une chirurgie laryngée endoscopique en unité de chirurgie ambulatoire et conventionnelle sur une durée de 1 an, entre mai 2016 et mai 2017, dans le service de chirurgie ORL de l'hôpital Huriez du CHU de Lille.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patients âgés de 18 ans ou plus
- Ayant bénéficié d'une chirurgie laryngée endoscopique entre mai 2016 et mai 2017 en UCA ou en unité conventionnelle.

Deux types de critères d'exclusion ont été appliqués pour maintenir la comparabilité entre le groupe ambulatoire et le groupe conventionnel:

- Critère d'exclusion sur le geste opératoire : les panendoscopies réalisées dans le cadre du bilan d'extension d'une tumeur ORL de localisation autre que laryngée, ou une endoscopie sans biopsie. Les patients opérés par voie endoscopique pour un diverticule de Zenker étaient également exclus de l'étude car l'hospitalisation en unité ambulatoire est impossible du fait des suites post-opératoires.
- Critère d'exclusion sur le diagnostic : les patients présentant des tumeurs laryngées T3 ou T4 étaient exclus. En effet, dans ce contexte, une hospitalisation prolongée est souvent nécessaire pour la réhabilitation avant la prise en charge lourde qu'implique l'extension de la tumeur: réalimentation par voie entérale, prise en charge dentaire, sevrage des intoxications, etc.

L'objectif de ces critères d'exclusion était de ne conserver que les patients qui pourraient théoriquement bénéficier d'une prise en charge ambulatoire bien qu'ils aient été hospitalisés en chirurgie conventionnelle.

II.2. Caractéristiques étudiées

Les populations des patients hospitalisés en UCA et en unité conventionnelle ont été comparées selon les paramètres suivants :

- Age : en années
- Sexe : Homme ou Femme
- Intoxications : tabac, alcool ou mixte
- Score ASA coté de 1 à 5
- Distance domicile-CHU en Km
- Intervention (détaillée ci-dessous)
- Mode de ventilation : intubation, jet ventilation, ventilation ou masque ou sur trachéotomie déjà présente
- Complications post-opératoires.
- Diagnostic :
 - lésion bénigne du larynx localisée (plan glottique ou autre localisation laryngée) : granulomes, œdème de Reinke, dysplasie
 - Carcinome épidermoïde ou in situ de corde vocale ou larynx
 - Sténose trachéale
 - Papillomatose laryngée ou autre lésion diffuse du larynx
 - Paralysie ou atrophie de corde vocale

A noter que le diagnostic était basé sur la consultation et sur le résultat anatomopathologique post opératoire.

II.3. Recueil de données

Les caractéristiques des patients ont été recueillies à partir de bases de données informatisées à l'aide de plusieurs logiciels :

HM bloc : Lien intranet mis en ligne à partir de mai 2016 (c'est la raison pour laquelle l'étude commence à compter de cette date) permettant de visualiser le programme du bloc opératoire au quotidien avec l'identité du patient et l'intitulé de l'intervention.

Sillage : Logiciel utilisé au sein du CHU de Lille contenant tous les courriers informatisés des patients avec notamment : les courriers de consultation pré et post opératoires permettant d'obtenir un diagnostic, le type d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnelle) et le compte rendu opératoire permettant de connaître précisément le type d'intervention réalisé et le mode de ventilation.

Diane : Logiciel spécifique à l'anesthésie contenant les antécédents et comorbidités des patients, les intoxications éthyliques et tabagiques, et le score ASA.

Fiches J+1 : Archivées au sein du service, ces fiches papiers sont remplies par les infirmières qui appellent les patients à J1 de l'intervention afin de recueillir : la douleur post-opératoire évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 à 10, le type d'antalgiques consommés : (niveau 1 ou niveau 2), la constatation ou non par le patient d'un saignement post-opératoire etenfin, la satisfaction du patient selon l'échelle suivante: « satisfait », « peu satisfait » ou « pas du tout satisfait ».

Enfin la distance domicile-CHU a été calculée sur Google Maps ® à partir de l'adresse du patient enregistrée sur le logiciel Sillage.

II.4. chirurgie laryngée réalisée dans cette étude

Les différentes interventions de chirurgie endoscopique laryngée sont :

La laryngoscopie au tube rigide, réalisée avec des instruments froids de type pince à biopsie, associée à l'utilisation d'une pince bipolaire et/ou l'application de cotons imbibés de xylocaïne adrénalinée pour l'hémostase.

La médialisation de corde vocale, réalisée par injection intracordale de substance de comblement dans le muscle vocal. Au CHU de Lille la matière injectée est le bioplastique, choisi pour son efficacité déjà démontrée et sa simplicité de réalisation (17, 18). Cette intervention est réalisée en cas de paralysie de corde vocale unilatérale permettant de diminuer les fausses routes et/ou d'améliorer la qualité de la voix.

La dilatation de sténose sous glottique, réalisée le plus souvent aux instruments froids avec une sonde d'intubation dont le ballonnet est gonflé à l'eau au niveau de la sténose et laissé en place plusieurs minutes. Des incisions radiaires au niveau du tissu fibreux sténosant sont parfois nécessaires pour augmenter l'efficacité de la dilatation, plus ou moins associées à des injections de corticoïdes ou mitomycine. La principale complication de cette intervention est finalement la récurrence de la sténose qui est très fréquente et impose des gestes itératifs pour soulager le patient dyspnéique. (19)

L'exérèse de lésion de corde vocale par cordectomie, réalisée majoritairement au laser CO₂, couplé au microscope permettant une exérèse précise et une hémostase optimale. La cordectomie est subdivisée en 6 types selon la classification de l'ELS (European Laryngological society) publiée en 2000 et revue en 2007 (20,21)

- Type I : résection sous épithéliale (ou muqueuse)
- Type II : résection sous ligamentaire
- Type III : résection transmusculaire
- Type IV : cordectomie totale, jusqu'au périchondre
- Type V : cordectomie étendue ; à la corde vocale controlatérale (Va), à un cartilage aryénoïde (Vb), au ventricule et à l'espace paraglottique (Vc), à la sous glotte (Vd)
- Type VI : Emportant la commissure antérieure et la partie antérieure de deux cordes vocales

Les suites post-opératoires sont souvent simples avec des risques principalement liés à l'étendue de la cordectomie : saignement (8%), dysphagie (6,1%), dyspnée (1,8%) (22,23).

La chirurgie endoscopique laser peut également concerner le reste du larynx avec notamment la vaporisation des papillomatoses laryngées et l'exérèse de lésions en dehors de plan glottique, avec des suites comparables. (24,25)

La population des patients inclus a donc été divisée en 7 groupes d'interventions :

1. Laryngoscopie au tube rigide avec biopsie de corde vocale ou du larynx. (Les endoscopies réalisées dans le cadre de bilan d'extension de lésions d'une autre localisation ORL étaient exclues).
2. Cordectomie de type I ou II
3. Cordectomie de type III et cordotomie postérieure
4. Cordectomie de type IV ou V
5. Laryngoscopie avec dilatation trachéale pour sténose.
6. Laryngoscopie au tube rigide avec photocoagulation ou exérèse laser endoscopique de lésions laryngées diverses (polype, kyste...)
7. Médialisation de corde vocale par injection de bioplastique

On notera que les cordectomies I et II ont été regroupées car elles sont techniquement très proches en terme d'exérèse, de même pour les types IV et V. En revanche, la cordotomie postérieure réalisée le plus souvent pour ouvrir la filière glottique, peut être confondue avec une cordectomie de type III, car les deux gestes emportent une partie du muscle vocal.

L'installation du patient était contrôlée afin de respecter les normes de sécurité notamment pour la chirurgie endoscopique laser avec une intubation à la sonde armée, un ballonnet gonflé au sérum physiologique, une protection du visage à l'aide d'un champ humide, une FiO₂ limitée à 30% lors du geste, et une protection par des cotonoïdes.

La prise en charge de la douleur et des nausées-vomissements post opératoires est essentielle pour permettre un retour à domicile le jour même dans de bonnes conditions. (30) Elle est gérée par l'équipe d'anesthésie selon un protocole standardisé. Pour la douleur un antalgique de palier I type paracétamol est prescrit

en première intention associé à un palier II type Tramadol ou paracétamol + codéine en deuxième intention si le palier I seul est insuffisant. Les ordonnances de traitement antalgique sont remises au patient durant la consultation d'anesthésie préopératoire pour les gestes prévus en chirurgie ambulatoire, alors qu'elles sont remises au patient le jour de la sortie pour les patients hospitalisés en chirurgie conventionnelle. Dans tous les cas la sortie est reportée si un antalgique de palier III est nécessaire.

Pour les nausées vomissements l'utilisation de dexaméthasone (4mg) en début d'intervention associé au Dropéridol (1,25mg) en fin de geste permet une prise en charge optimale de ces symptômes qui peuvent survenir dans les 12 premières heures post-opératoires, c'est à dire à domicile. (31)

II.5. Analyse statistique

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens ont été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les comparaisons de deux groupes de patients ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux pour les paramètres qualitatifs, à l'aide d'un test T de Student pour les paramètres continus gaussiens et un test U de Mann-Whitney pour les paramètres continus non gaussiens.

Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHRU de Lille. Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

III. RESULTATS

III. Résultats :

Un total de 197 interventions de chirurgie laryngée endoscopique a été réalisé entre mai 2016 et mai 2017 dans le service de chirurgie ORL de l'hôpital Huriez du CHU de Lille, 116 (59%) en secteur ambulatoire et 81 (41%) en secteur conventionnel. Deux patients prévus initialement en secteur ambulatoire ont vu leur séjour converti en hospitalisation conventionnelle, le taux de conversion ambulatoire-conventionnel était donc de 1%.

III.1. Analyse descriptive de la cohorte

Le tableau 1 résume les caractéristiques de la cohorte des patients ayant bénéficié d'une chirurgie endoscopique laryngée, quelque soit leur secteur d'hospitalisation.

On observe dans la population une prédominance de sexe masculin à 74% d'hommes contre 26% de femmes, un âge moyen à 58,6 ans et une distance moyenne CHU-domicile de 49,7 km.

Les intoxications (tabagiques ou mixtes) concernaient plus de 50% de la population étudiée.

Tableau 1 : Descriptif de la cohorte

| Caractéristiques | Modalités | Effectif : N = 197 (%N) |
|-------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Sexe | Homme | 146 (74%) |
| | Femme | 51 (26%) |
| Age | Moyenne +/- écart type | 58,6 +/- 13,6 |
| | Médiane (Q1 ; Q3) | 60 (50 ; 68) |
| | Minimum-maximum | 18-86 |
| Distance domicile-CHU (km) | Moyenne +/- écart type | 49,7 +/- 38,6 |
| | Médiane (Q1 ; Q3) | 41 (20 ; 74) |
| | Minimum-maximum | 2-230 |
| Intoxications | Aucune | 81 (41%) |
| | Tabac | 94 (48%) |
| | Mixte : Tabac + Alcool | 21 (11%) |
| ASA | 1 | 45 (23%) |
| | 2 | 100 (51%) |
| | 3 | 51 (26%) |
| | 4 | 1 (<1%) |
| | Médiane | 2 |

On observe une répartition des scores ASA 1, 2 et 3 d'environ $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ respectivement, représentée sur la figure 1, avec seulement un seul patient ASA 4. Ce dernier présentait une leucémie lymphoïde chronique, il a bénéficié d'une biopsie endoscopique en secteur conventionnel avec des suites simples.

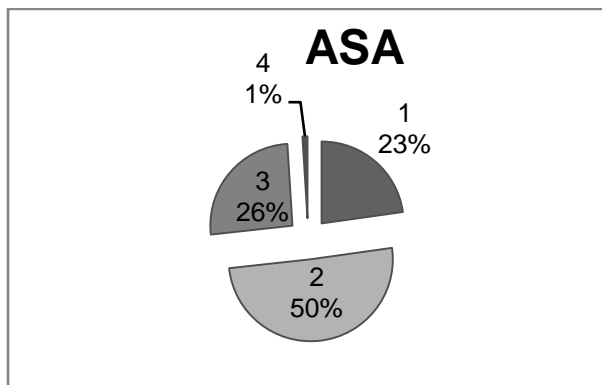


Figure 1 : Répartition des scores ASA

Les répartitions des diagnostics et interventions sont représentées dans les figures 2 et 3. Les diagnostics les plus fréquents étaient les lésions bénignes laryngées : 42%, suivies des lésions malignes : 30%. L'intervention la plus fréquente était la cordectomie de type I ou II : 37%, suivie des biopsies : 17% et exérèses autres/photocoagulation : 16%.

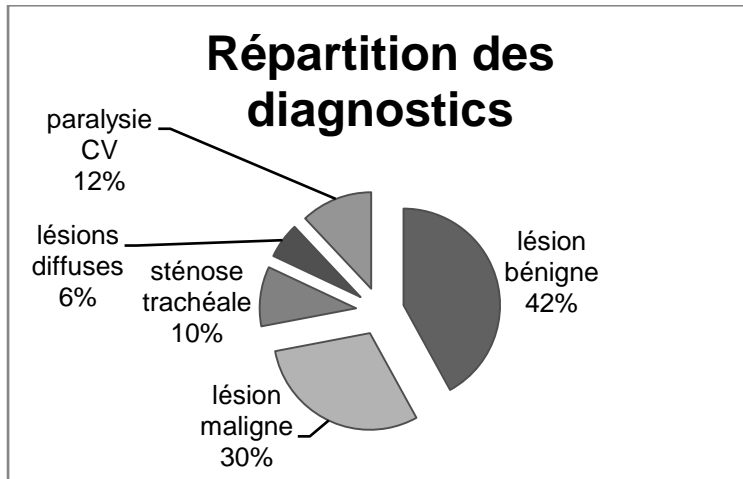


Figure 2 : Répartition des diagnostics

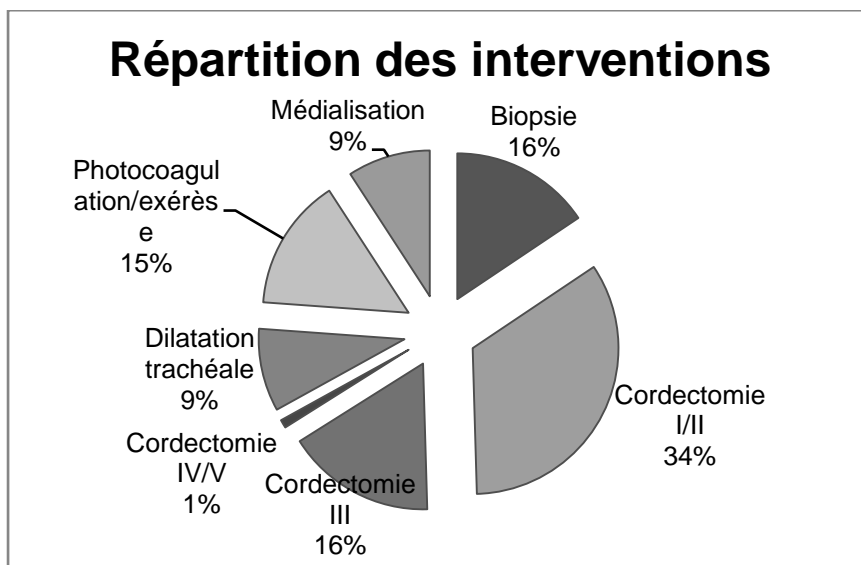


Figure 3 : Répartition des interventions

Enfin, comme on le voit sur la figure 4, le mode de ventilation était réparti de manière quasi-égale entre intubation : 43% et jet ventilation : 45%, avec une minorité de ventilation au masque : 12%. En effet, ce dernier mode de ventilation est adapté uniquement aux gestes dont on sait qu'ils seront d'une durée très limitée, et sans risque hémorragique. Il était donc réservé quasi-exclusivement aux biopsies simples.

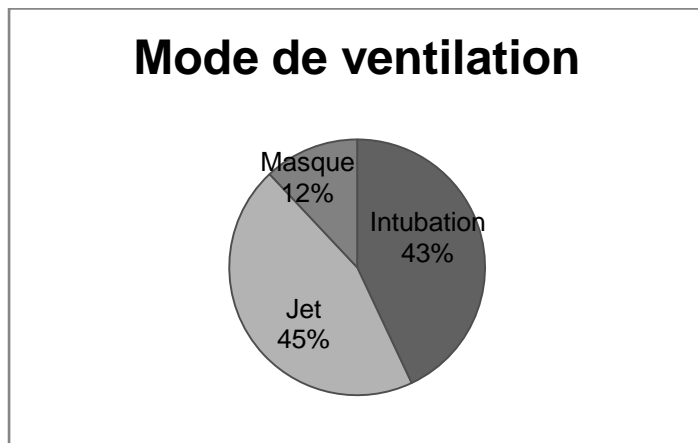


Figure 4 : Répartition des modes de ventilation

Les complications étaient peu nombreuses avec deux luxations dentaires lors des cordectomies endoscopiques laser chez des patients dont l'état dentaire était précaire, deux dyspnées post opératoires après des injections de bioplastique en intra-cordal dont l'une a nécessité une trachéotomie transitoire, l'autre ayant régressée spontanément. Enfin, trois patients présentant des troubles de déglutition mineurs et résolutifs dans les suites d'exérèse muqueuse aryténoïdienne. Il n'y a pas eu de saignement post opératoire constaté sur les 197 patients opérés. Le tableau 2 ci-dessous résume toutes les données mentionnées.

Tableau 2 : Descriptif des diagnostics et des prises en charge

| Prise en charge | Modalités | Effectif : N=197 (%N) |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|
| Diagnostic | Lésion bénigne | 83 (42%) |
| | Lésion maligne | 59 (30%) |
| | Sténose trachéale | 19 (10%) |
| | Lésions diffuses | 13 (6%) |
| | Paralysie de corde vocale | 23 (12%) |
| Intervention | Biopsie | 33 (17%) |
| | Cordectomie type I ou II | 74 (37%) |
| | Cordectomie type III | 18 (9%) |
| | Cordectomie type IV ou V | 2 (1%) |
| | Dilatation trachéale | 19 (10%) |
| | Exérèse autre/photocoag | 32 (16%) |
| | Injection bioplastique | 19 (10%) |
| Mode de Ventilation | Intubation | 84 (43%) |
| | Jet | 89 (45%) |
| | Masque | 24 (12%) |
| Complications | Aucune | 190 (96%) |
| | Luxation dentaire | 2 (1%) |
| | Troubles de déglutition | 3 (2%) |
| | Dyspnée | 2 (1%) |
| | Saignement | 0 |

III.2. Comparaison entre les secteurs ambulatoire et conventionnel

La comparaison entre les patients hospitalisés en secteur ambulatoire et ceux hospitalisés en secteur conventionnel retrouve une répartition des sexes identique avec 74% d'hommes et 26% de femmes dans les deux groupes ($p = 0,99$).

L'âge moyen était différent de manière significative avec une population plus jeune dans le secteur ambulatoire : 55 ans, comparé au secteur conventionnel : 64 ans ($p < 0,001$).

La distance domicile-CHU n'était pas significativement différente entre les deux groupes, environ 48 km en moyenne séparant le domicile du CHU chez les

patients hospitalisés en secteur ambulatoire contre 53 km chez les patients hospitalisés en secteur conventionnel ($p = 0,65$).

Les patients du groupe ambulatoire étaient également moins nombreux à présenter une intoxication tabagique ou mixte par rapport aux patients du groupe conventionnel, et ceci de manière significative ($p = 0,042$).

Enfin, la répartition des ASA était significativement différente entre les deux groupes avec une majorité de patients ASA 1 et 2 dans le groupe ambulatoire contre une majorité de patients ASA 2 et 3 dans le groupe conventionnel ($p < 0,001$). Le tableau 3 ci-dessous résume ces résultats.

Tableau 3 : Comparaison des populations

| Variable | Modalité | Ambulatoire N=116 | Conventionnel N=81 | p Value |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|
| Sexe | Homme | 86 | 60 | 0,99 |
| | Femme | 30 | 21 | |
| Age | Moyenne +/- écart type | 55 +/- 13,4 | 64 +/- 12,2 | <0,001 |
| | Médiane (Q1 ; Q3) | 55 (45 ; 65) | 67 (59 ; 70) | |
| | Minimum-maximum | 18-84 | 23-86 | |
| Distance domicile- CHU (km) | Moyenne +/- écart type | 47,9 +/- 35,1 | 52,3 +/- 43,1 | 0,65 |
| | Médiane (Q1 ; Q3) | 41 (16 ; 71) | 47 (23 ; 78) | |
| | Minimum-maximum | 2-146 | 2-230 | |
| Intoxications | Aucune | 51 | 30 | 0,042 |
| | Tabac | 57 | 37 | |
| | Mixte : Tabac + Alcool | 7 | 14 | |
| ASA | 1 | 39 | 6 | <0,001 |
| | 2 | 65 | 35 | |
| | 3 | 12 | 39 | |
| | 4 | 0 | 1 | |
| | Moyenne +/- écart type | 1,8 +/- 0,6 | 2,4 +/- 0,7 | |

Lorsque l'on compare les deux groupes en fonction des diagnostics, on retrouve une différence significative avec la prédominance de lésions bénignes localisées du

larynx par rapport aux lésions malignes dans le groupe ambulatoire : 46% et 26% respectivement, alors qu'elles sont à proportions quasi-égales dans le groupe conventionnel : 37% de lésions bénignes contre 36% de lésions malignes ($p = 0,002$).

On note également que les lésions diffuses de type papillomatose étaient toutes prises en charge en secteur ambulatoire alors que les prises en charge de paralysie de corde vocale étaient réalisées à proportions égales entre secteur ambulatoire et conventionnel. La comparaison des deux groupes pour chaque diagnostic telle que décrite est détaillée dans la figure 5.

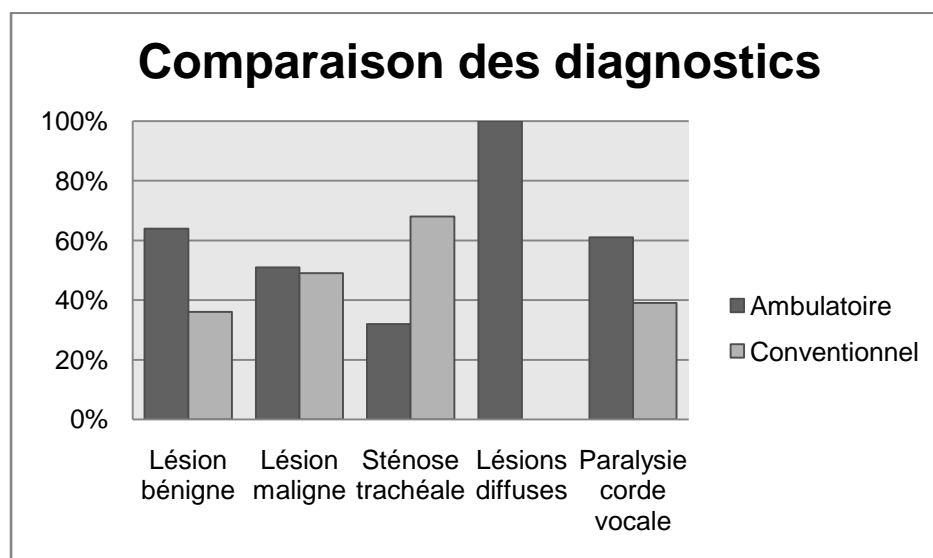


Figure 5 : Comparaison pour chaque diagnostic, de la proportion ambulatoire/conventionnel

Aucun test statistique n'a pu être réalisé pour la comparaison des deux groupes en fonction des interventions car les effectifs n'étaient pas assez importants dans certains groupes. Cependant, on observe de manière assez nette une répartition inégale des interventions dans les groupes ambulatoires et conventionnels, comme on peut le voir dans la figure 6. Les biopsies, cordectomies I ou II, et injections de bioplastique étaient réalisées majoritairement en unité ambulatoire, alors que les cordectomies III, IV ou V et dilatations sous glottiques étaient réalisées majoritairement en secteur conventionnel. La prise en charge par photocoagulation ou exérèse de lésion laryngées diverses était la seule intervention répartie de manière égale entre les deux secteurs d'hospitalisation.

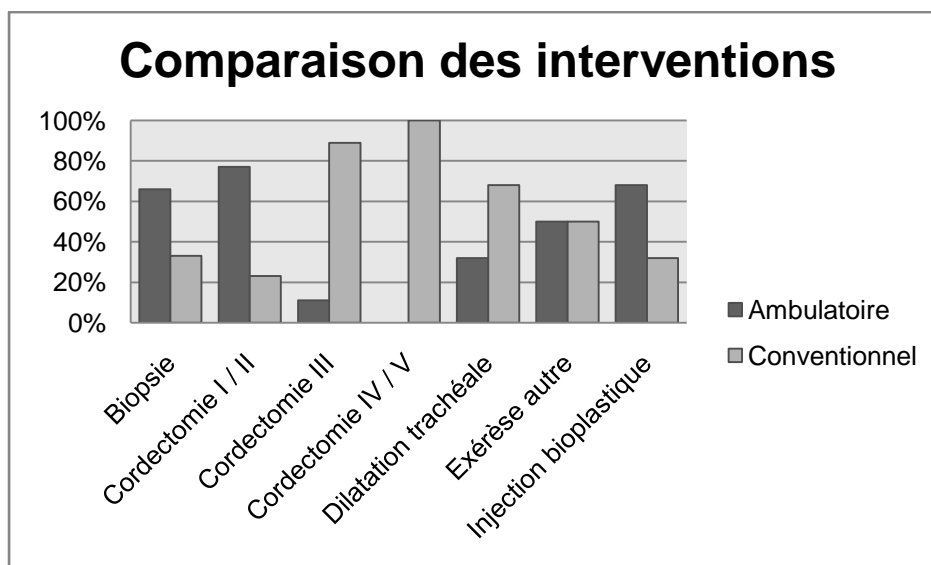


Figure 6 : Comparaison pour chaque intervention, de la proportion ambulatoire/conventionnel

Enfin, les modes de ventilation étaient significativement différents, avec une prédominance de jet ventilation dans le groupe ambulatoire : 55% contre une ventilation par intubation majoritaire dans le groupe conventionnel : 59%, ($p < 0,001$). En comparant les deux groupes en fonction de chaque mode de ventilation, on obtient la figure 7 qui confirme que la majorité des patients intubés étaient hospitalisés en secteur conventionnel alors que la majorité des patients ventilés par jet ou au masque étaient hospitalisés en secteur ambulatoire.

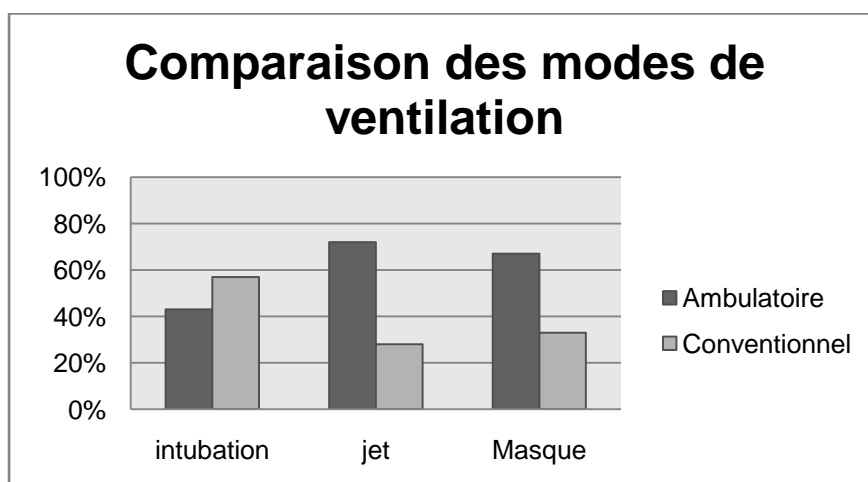


Figure 7 : Comparaison pour chaque mode de ventilation, de la proportion ambulatoire/conventionnel

Le faible nombre de patients ayant présenté une complication dans les secteurs ambulatoires et conventionnels n'a pas permis de comparaison statistique entre les deux groupes. On précisera simplement que la présence d'une complication n'entraînait pas systématiquement une conversion en séjour conventionnel, lorsque la tolérance clinique était bonne, comme on peut le voir dans le tableau 4.

Tableau 4 : Comparaison des modes de prise en charge

| Prise en Charge | Modalité | Ambulatoire N=116 | Conventionnel N=81 | p Value |
|-----------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|
| Diagnostic | Lésion bénigne | 53 | 30 | 0,002 |
| | Lésion maligne | 30 | 29 | |
| | Sténose trachéale | 6 | 13 | |
| | Lésions diffuses | 13 | 0 | |
| | Paralysie corde vocale | 14 | 9 | |
| Intervention | Biopsie | 22 | 11 | NA |
| | Cordectomie I / II | 57 | 17 | |
| | Cordectomie III | 2 | 16 | |
| | Cordectomie IV / V | 0 | 2 | |
| | Dilatation trachéale | 6 | 13 | |
| | Exérèse autre | 16 | 16 | |
| | Injection bioplastique | 13 | 6 | |
| Ventilation | Intubation | 36 | 48 | <0,001 |
| | Jet | 64 | 25 | |
| | Masque | 16 | 8 | |
| Complications | Luxation dentaire | 1 | 1 | NA |
| | Dyspnée | 1 | 1 | |
| | Trouble déglutition | 0 | 3 | |

III.3. Résultat des fiches J+1 dans la cohorte ambulatoire

L'étude des fiches J+1 dont le formulaire est joint en annexe a permis d'analyser l'EVA et la consommation d'antalgiques post opératoires, ainsi que le score de satisfaction des patients, au sein des 116 patients pris en charge en UCA. La figure 8 résume ces données.

Le score EVA médian post opératoire était de 0 avec 64% des patients présentant ce score. La moyenne était de 0,9 et le maximum était de 5, retrouvé chez deux patients.

La consommation d'antalgiques était nulle chez 60% des patients, 26% d'entre eux ont consommé des antalgiques de pallier 1, et 14% des antalgiques de pallier 2.

Le score de satisfaction était quasi unanime avec 115 patients cochant la case "satisfait" et un patient cochant la case "peu satisfait".

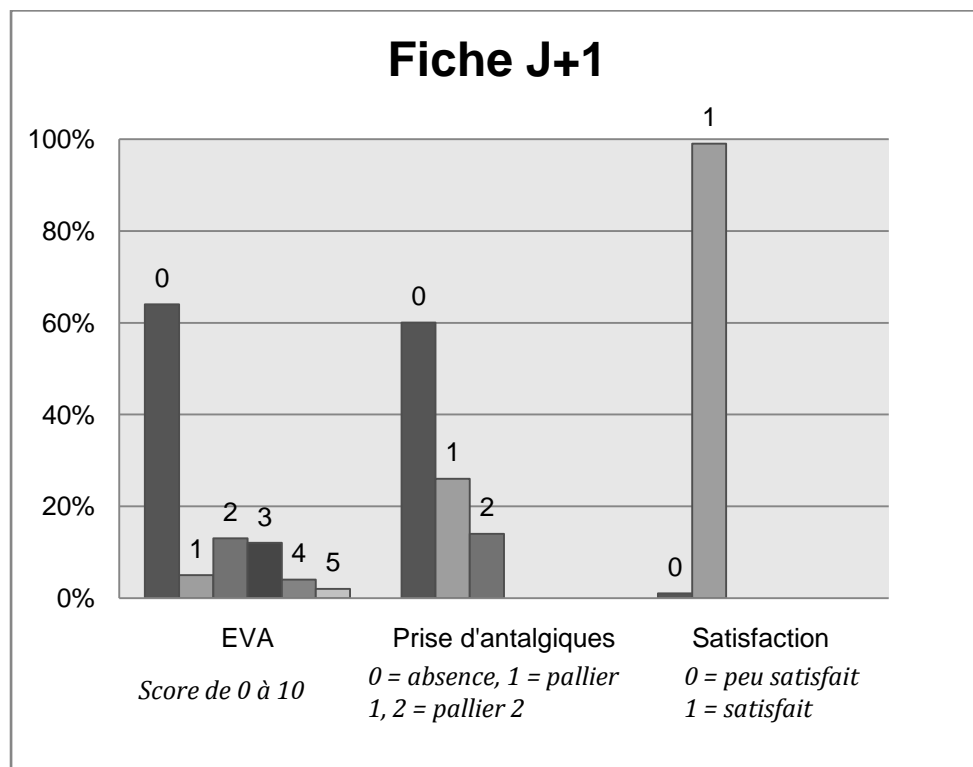


Figure 8 : Scores de la fiche J+1.

IV. DISCUSSION

IV. Discussion

IV.1. Taux de chirurgie ambulatoire

Le taux de 59% d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire retrouvé dans cette étude est non négligeable, surtout après seulement 3 ans d'ouverture du service d'UCA. On peut constater qu'il est légèrement inférieur aux objectifs nationaux de 62,2% pour 2018 mentionnés dans l'instruction DGOS (9), mais l'étude portait sur l'année 2016-2017. On peut donc imaginer que l'objectif sera atteint en 2018 si l'évolution continue dans ce sens. Pour prendre un point de comparaison, les chiffres publiés par l'AFCA (association française de chirurgie ambulatoire), ci-joint en annexe, retrouvent un taux de chirurgie ambulatoire moyen en France, basé sur 35 actes marqueurs, de plus de 75% en 2016 (32). Cependant parmi ces actes marqueurs, les 3 actes de chirurgie ORL sont l'amygdalectomie : 27,9% en ambulatoire, la pose d'aérateurs transtympaniques : 96,9% en ambulatoire, et la septoplastie : 41,8% en ambulatoire, résultant en un taux moyen de 55% de prise en charge ambulatoire pour ces trois gestes en France en 2016. Notre taux est donc supérieur à la moyenne nationale sur ces gestes marqueurs ORL.

IV.2. Caractéristiques des patients

Les résultats de l'analyse comparative des patients ayant bénéficié d'une chirurgie laryngée endoscopique en secteur ambulatoire ou en secteur conventionnel permettent de mettre en évidence des différences significatives à plusieurs niveaux. Tout d'abord au niveau des caractéristiques des populations, on retrouve une prédominance du sexe masculin dans les deux groupes qui s'explique par le fait que les lésions laryngées dysplasiques ou malignes touchent majoritairement les hommes (33).

De même les intoxications tabagiques et éthyliques, très présentes dans la population étudiée, sont le facteur de risque principal de ce type de lésions (34,35). Le fait qu'il y ait significativement plus de patients présentant une intoxication tabagique ou mixte dans le groupe conventionnel peut s'expliquer par les autres

conséquences que cette intoxication va avoir sur le patient : comorbidités, altération de l'état général, etc., qui pousseront l'équipe de soin à privilégier une prise en charge en secteur conventionnel.

La distance moyenne domicile-CHU est importante dans les deux groupes. Ceci est lié à l'étendue importante de la région ayant comme seul centre hospitalo-universitaire de référence le CHU de Lille. Finalement on ne retrouve pas une distance moyenne significativement plus courte dans le groupe ambulatoire en comparaison avec le groupe conventionnel, ce qui pourrait paraître étonnant lorsque l'on considère l'aspect pratique de rentrer le soir même d'une intervention à un domicile éloigné du CHU. Cependant il faut rappeler que cela n'est pas un critère d'exclusion pour l'hospitalisation ambulatoire dans les recommandations (14), lorsque le patient rentre chez lui accompagné.

La différence significative des scores ASA entre les deux groupes avec des scores plus élevés dans le groupe de chirurgie conventionnelle est en revanche, tout à fait attendue. En effet, bien que les patients ASA I, II et III soient considérés comme éligibles à la chirurgie ambulatoire par la SFAR (15), l'équipe des chirurgiens et anesthésistes aura une tendance naturelle à privilégier la prise en charge en unité conventionnelle pour les patients présentant de nombreuses comorbidités. Cette étude peut donc présenter l'intérêt de remettre en question ces pratiques, en montrant que les complications pour ce type de chirurgie ne sont pas liées à l'état de santé du patient ou à son secteur d'hospitalisation mais plutôt au geste lui-même : luxations dentaires, dyspnée, etc. La faisabilité des interventions réalisées dans cette étude en secteur ambulatoire a déjà été démontrée (28). En admettant que les seules contre-indications restantes à l'hospitalisation ambulatoire pour ce type de chirurgie soient d'ordre organisationnel (absence d'accompagnant pour le patient, nombres de lits limités dans le secteur ambulatoire, etc.), la majorité des patients du groupe conventionnel aurait théoriquement pu bénéficier de cette chirurgie en secteur ambulatoire. En effet, 196 sur 197 patients étaient ASA I, II ou III au sein de la cohorte. Dans un contexte où les hôpitaux sont de plus en plus incités à réaliser des actes en secteur ambulatoire, il est intéressant de prendre note de ce constat afin de faire évoluer les pratiques.

IV.3. Variabilité de la prise en charge

Les résultats de la comparaison des diagnostics et interventions entre les deux groupes ambulatoire et conventionnel nous indiquent les potentiels d'amélioration qui pourraient être réalisés dans ce sens. On observe par exemple une proportion égale entre hospitalisation ambulatoire et conventionnel pour la prise en charge des lésions laryngées malignes T1 ou T2, alors que les lésions bénignes localisées sont majoritairement prises en charge en ambulatoire et les papillomatoses sont prises en charge à 100% en ambulatoire. On observe cette même variabilité dans les interventions avec une majorité de cordectomies de type I et II réalisées en ambulatoire, alors que les cordectomies de type III étaient très majoritairement réalisées en secteur conventionnel. Pourtant ces deux types d'intervention ont des suites post opératoires similaires (23). Nous avons déjà évoqué le fait que la majorité des patients était éligible à la prise en charge ambulatoire dans cette cohorte en termes de comorbidités avec le score ASA. Il en est de même pour les interventions réalisées qui sont à faible risque de complication.

Le fait qu'il y ait une différence significative entre les deux groupes sur les diagnostics et interventions montre bien que les critères de sélection utilisés pour décider du mode d'hospitalisation ne sont pas basés uniquement sur les aspects pratiques évoqués (accompagnement du patient, lits disponibles dans le service etc) ou sur les comorbidités. En éliminant ces critères d'exclusion supplémentaires à l'hospitalisation en UCA les effectifs se verraient nettement augmentés.

IV.4. Fiches J+1

Les fiches de suivi J+1 pour les patients hospitalisés en UCA ont un double intérêt : elles rassurent le patient sur son suivi et elles permettent à l'équipe de soin d'être renseignée sur la douleur post opératoire et la satisfaction du patient. Il est intéressant de noter que la douleur post opératoire était très limitée puisque uniquement 36% des patients présentaient des douleurs, avec un score EVA limité à un maximum de 5. Le critère du taux de satisfaction, bien que biaisé puisque non anonyme, est également utile pour évaluer nos pratiques. Le fait que 99% des patients aient été satisfaits de leur prise en charge est un argument fort qui, associé

au faible score de douleur post opératoire, peut nous encourager vers ce mode de prise en charge.

IV.5. Forces et faiblesses

Cette étude présente l'avantage de représenter l'activité de chirurgie endoscopique laryngée de manière exhaustive sur une année au sein d'un service. Cela permet d'avoir un aperçu clair de l'activité de ce service en chirurgie laryngée endoscopique.

Le nombre important de patients au sein de la cohorte est également une force, permettant de séparer les groupes ambulatoire et conventionnel en sous-groupes multiples afin d'obtenir des résultats plus précis.

Enfin, la comparaison entre secteur ambulatoire et conventionnel pour des patients ayant eu les mêmes interventions est un atout par rapport à une étude des patients en secteur ambulatoire uniquement, car cette comparaison n'est pas précédée dans la littérature pour la chirurgie endoscopique laryngée. Cela permet d'analyser une population en la comparant à une autre et de confirmer la faisabilité de l'hospitalisation ambulatoire par rapport à un « standard » déjà existant qui est l'unité conventionnelle.

Les faiblesses de l'étude résident principalement dans le modèle rétrospectif entraînant un biais potentiel lié au recueil de données. L'utilisation de supports multiples pour obtenir un recueil complet permet de limiter ces erreurs en recoupant les informations des différents supports.

Le nombre important de sous groupes, bien qu'étant mentionné comme une force de l'étude, peut également devenir une faiblesse lorsque les effectifs sont réduits de manière trop importante et ne permettent plus une comparaison statistique entre le groupe ambulatoire et conventionnel. Ceci est le cas pour les différents types d'intervention, finalement trop nombreux. Cependant il serait scientifiquement moins exact de rassembler certains groupes car les gestes sont différents d'un point de vue technique.

Enfin, un élément manquant dans cette étude est la justification systématique du choix par le chirurgien ou l'anesthésiste de programmer un geste en chirurgie conventionnelle lorsque celui-ci est théoriquement réalisable en ambulatoire.

Cette donnée aurait permis de mieux comprendre quels sont les critères appliqués pour décider du mode d'hospitalisation, et de discuter de la pertinence de ces critères.

V. CONCLUSION

V. Conclusion

La comparaison des patients hospitalisés en UCA et en unité conventionnelle pour une chirurgie endoscopique laryngée a permis de mettre en évidence certaines différences entre les deux groupes, sur l'âge moyen, les intoxications ethylo-tabagiques, le score ASA pré-opératoire, les diagnostics et les interventions réalisées. Ceci montre bien que les critères d'éligibilité des patients en préopératoire sont pas seulement de type organisationnels mais également liés à la pathologie du patient et à l'intervention prévue. On peut l'interpréter comme le signe d'une pratique prudente car adaptée au patient plutôt qu'à l'organisation du service et cela explique probablement le très faible taux d'échec de 1% proche des données de la littérature (36,37). Cependant on peut également le voir comme une occasion de remettre en question nos pratiques dans un contexte d'incitation forte à la chirurgie ambulatoire sur le plan national. Puisque la faisabilité des interventions de chirurgie endoscopique laryngée en chirurgie ambulatoire a bien été démontrée, et que le risque de complications post opératoires est limité (3% dans notre étude), il devrait être possible de moins se limiter sur les interventions et diagnostics et d'augmenter de manière non négligeable la part d'hospitalisation en UCA.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé – Chirurgie ambulatoire – socle de connaissances. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242334/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances
2. Code de la santé publique - Article D6124-301. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026305661&dateTexte=&categorieLien=cid>
3. Burden N. Outpatient surgery: a view through history. J Perianesth Nurs. déc 2005;20(6):435-7.
4. Toftgaard C. Day Surgery Activities 2009: International Survey on Ambulatory Surgery conducted 2011. Ambulatory Surgery. 2012;17(3).
5. Busson O, Doussin A, Le Guellec MS. Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales, Rapport IRDES. 2000;1303.
6. Bontemps g, Coustar n, Giraudon m, Toupin mh, Di menza I, Salanave b, et al. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. PNIR Enquête chirurgie Ambulatoire. Paris: CNAMTS; 2003 sept p. 83p.
7. Bizard F. Évaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. déc 2017.
8. Bert T, Hausswalt P, Weill M, D'Autume C, Dupays S, Perlberg J. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en france. :288.
9. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes - Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28/09/2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, NOR : AFSH1522968J, Publié au Bulletin officiel.
10. Mottram A. « Like a trip to McDonalds »: a grounded theory study of patient experiences of day surgery. Int J Nurs Stud. févr 2011;48(2):165-74.
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire>
12. Code de la santé publique - Article D6124-303. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000018681071&dateTexte=&categorieLien=id>
13. Haute Autorité de Santé – Chirurgie ambulatoire - Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire
14. Ministère des affaires sociales et de la santé, Note d'information n° DGOS/PF2/2016/164 du 24 mai 2016 relative aux points critiques récurrents et à la mise en œuvre, pour l'activité de chirurgie ambulatoire, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques en établissement de santé, NOR : AFSH1613845N, Publié au Bulletin officiel
15. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. janv 2010;29(1):67-72.

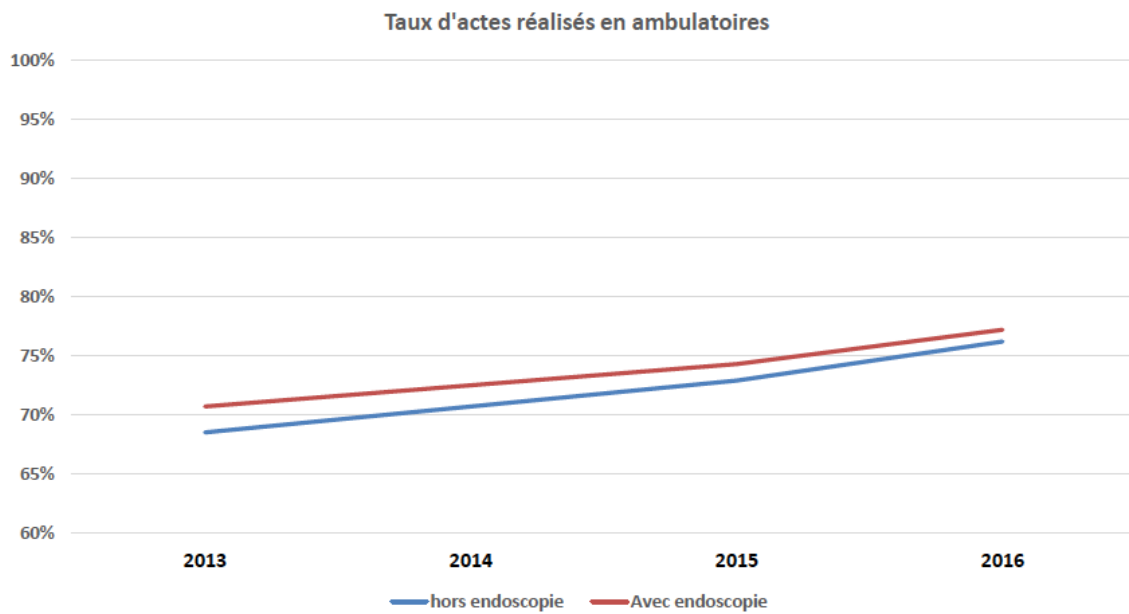
16. Gabory L de, Serrano E, Lecanu J-B, Ébbo D, Coudert F, Hanau M, et al. Recommandations de la SFORL sur la chirurgie ambulatoire en rhinologie.
17. Hamilton DW, Sachidananda R, Carding PN, Wilson JA. Bioplastique injection laryngoplasty: voice performance outcome. *J Laryngol Otol.* mai 2007;121(5):472-5.
18. Bihari A, Mészáros K, Reményi A, Lichtenberger G. Voice quality improvement after management of unilateral vocal cord paralysis with different techniques. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* déc 2006;263(12):1115-20.
19. Feinstein AJ, Goel A, Raghavan G, Long J, Chhetri DK, Berke GS, et al. Endoscopic Management of Subglottic Stenosis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 1 mai 2017;143(5):500-5.
20. Remacle M, Eckel HE, Antonelli A, Brasnu D, Chevalier D, Friedrich G, et al. Endoscopic cordectomy. A proposal for a classification by the Working Committee, European Laryngological Society. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000;257(4):227-31.
21. Remacle M, Van Haverbeke C, Eckel H, Bradley P, Chevalier D, Djukic V, et al. Proposal for revision of the European Laryngological Society classification of endoscopic cordectomies. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* mai 2007;264(5):499-504.
22. Vilaseca-González I, Bernal-Sprekelsen M, Blanch-Alejandro J-L, Moragas-Lluis M. Complications in transoral CO2 laser surgery for carcinoma of the larynx and hypopharynx. *Head Neck.* mai 2003;25(5):382-8.
23. Chiesa Estomba CM, Reinoso FAB, Velasquez AO, Fernandez JLR, Conde JLF, Hidalgo CS. Complications in CO2 Laser Transoral Microsurgery for Larynx Carcinomas. *Int Arch Otorhinolaryngol.* avr 2016;20(2):151-5.
24. Papaspyrou G, Schick B, Papaspyrou S, Eivazi B, Al Kadah B. Retrospective analysis of laser vs other therapeutic modalities for laryngeal papillomatosis: European multicenter study. *J BUON.* oct 2016;21(5):1274-8.
25. Kurita T, Umeno H, Chitose S, Ueda Y, Mihashi R, Nakashima T. [Laryngeal Papillomatosis: A Statistical Analysis of 60 Cases]. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* mars 2015;118(3):192-200.
26. Gengler I, Carpentier L, Pasquesoone X, Chevalier D, Mortuaire G. Predictors of unanticipated admission within 30 days of outpatient sinonasal surgery. *Rhinology.* 1 sept 2017;55(3):274-80.
27. Doger de Speville M, Pasquesoone X, Chevalier D. Etude descriptive et analytique de la chirurgie ambulatoire de l'oreille moyenne à l'hôpital C.Huriez (CHU de Lille) en 2015 et 2016. Mémoire pour l'obtention du diplôme de DES en ORL. Oct 2017.
28. Mahboubi H, Verma SP. Ambulatory laryngopharyngeal surgery: evaluation of the national survey of ambulatory surgery. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* janv 2013;139(1):28-31.
29. Orosco RK, Lin HW, Bhattacharyya N. Safety of Adult Ambulatory Direct Laryngoscopy: Revisits and Complications. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* août 2015;141(8):685-9.
30. Rana MV, Desai R, Tran L, Davis D. Perioperative Pain Control in the Ambulatory Setting. *Curr Pain Headache Rep.* mars 2016;20(3):18.
31. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious S, Chung F. Post-operative recovery: day surgery patients' preferences. *Br J Anaesth.* févr 2001;86(2):272-4.

32. Association Française de Chirurgie Ambulatoire - Taux 2017 de Chirurgie Ambulatoire en France, par spécialité *pour les actes du « basket » international 2013 -2016*. Disponible sur: <https://www.chirurgie-ambulatoire.org/taux2015.html>
33. J.-M. Prades, E. Reyt. Cancers du larynx. EMC - Oto-rhino-laryngologie 2013;8(2):1-15 [Article 20-710-A-10].
34. Maier H, Tisch M. Epidemiology of laryngeal cancer: results of the Heidelberg case-control study. Acta Otolaryngol Suppl. 1997;527:160-4.
35. Brugere J, Guenel P, Leclerc A, Rodriguez J. Differential effects of tobacco and alcohol in cancer of the larynx, pharynx, and mouth. Cancer. 15 janv 1986;57(2):391-5.
36. Dornhoffer J, Manning L. Unplanned admissions following outpatient otologic surgery: the University of Arkansas experience. Ear Nose Throat J. sept 2000;79(9):710, 713-7.
37. Ganesan S, Prior AJ, Rubin JS. Unexpected overnight admissions following day-case surgery: an analysis of a dedicated ENT day care unit. Ann R Coll Surg Engl. sept 2000;82(5):327-30.

ANNEXES



**ASSOCIATION FRANÇAISE
DE CHIRURGIE AMBULATOIRE**
« Dans l'intérêt des patients et de la société, promouvoir, en France,
le développement, l'enseignement et l'évaluation de la chirurgie ambulatoire. »



Check Liste J + ||

| | | | |
|--|--|--|--|
| Etiquette patient Annexe 4 | Identité de l'IDE : _____ | N° appelé : _____ | |
| | Appel : _____ | Date : _____ | Heure 1 : _____h_____ |
| | Contact direct <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Messagerie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Non joignable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Autre : _____ | | |
| Type intervention : _____ | | Chirurgien : _____ | |
| Echec ambulatoire : Saignement <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> | | | Rehospitalisation <input type="checkbox"/> |
| Autre <input type="checkbox"/> | | | |

| | NON | OUI |
|--|---|--------------------------|
| Avez-vous eu mal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pourriez-vous donner un chiffre sur cette douleur selon l'échelle sachant que le 0 évoque l'absence de douleur et 10 une douleur extrême ? 0 _____ 10 | <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/> | |
| Avez-vous respecté le traitement prescrit pour la douleur la douleur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niveau 1 (Paracétamol + ibuprofene) <input type="checkbox"/> Niveau 2 (paracétamol + codéine) <input type="checkbox"/> | | |
| Avez-vous eu des nausées au retour à domicile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu des vomissements au retour à domicile ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous pris le traitement donné à cet effet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu des vertiges au retour à domicile ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il eu des problèmes de saignement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il un autre problème médical ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Détail du problème :</i> _____ | | |
| Avez-vous consulté un médecin pour un autre motif que l'arrêt de travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Pourquoi ?</i> _____ | | |
| Avez-vous reçu la convocation pour votre consultation post-opératoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le courrier de sortie vous a-t-il bien été remis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualité globale de la prise en charge ? Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> | | |

AUTEUR : Nom : Raynaud de Fitte

Prénom : Antoine

Date de Soutenance : 25 Septembre 2018

Titre de la Thèse : Chirurgie endoscopique laryngée en secteur ambulatoire et conventionnel : étude comparative.

Thèse - Médecine - Lille 2018

**Cadre de classement : Chirurgie laryngée endoscopique ambulatoire
DES + spécialité : Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale**

Mots-clés : Ambulatoire, Laryngologie, Complications

Résumé :

Introduction : La prise en charge d'un patient en unité de chirurgie ambulatoire (UCA) impliquant un retour à domicile le jour même de l'intervention s'applique à la chirurgie endoscopique laryngée qui est une chirurgie rapide avec un faible taux de complications. L'objectif principal de notre étude était de comparer les patients hospitalisés en UCA avec ceux hospitalisés en unité conventionnelle pour une chirurgie endoscopique laryngée.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective mono centrique concernant les patients hospitalisés pour chirurgie endoscopique laryngée en unité de chirurgie ambulatoire et conventionnelle entre mai 2016 et mai 2017, dans notre service. Les données sur l'âge, le sexe, la distance domicile-CHU, les intoxications éthylo-tabagiques, le score ASA pré-opératoire, le mode de ventilation per-opératoire, et les complications post-opératoires ont été recueillies. Une comparaison entre le groupe de patients hospitalisés en UCA et le groupe conventionnel a été réalisée sur ces données.

Résultats : 197 patients ont été inclus sur 1 an, dont 116 (59%) hospitalisés en UCA. Le taux de conversion ambulatoire-conventionnel était de 1% (2 patients). Il n'y avait pas de différence significative sur la distance domicile-CHU et la répartition des sexes était identique entre les deux groupes. On observait une différence significative sur l'âge moyen (55 vs 64 ans, $p < 0,001$), les intoxications (64 vs 51 patients, $p = 0,042$), le score ASA (1,8 vs 2,4, $p < 0,001$), les diagnostics ($p = 0,02$) et le mode de ventilation ($p < 0,01$). 7 complications ont été retrouvées dont 5 dans le groupe conventionnel. Les fiches J+1 dans le groupe UCA retrouvaient un taux de satisfaction élevé, et des douleurs post opératoire bien contrôlées.

Conclusion : Le faible taux d'hospitalisation en UCA explique le faible taux d'échec associé mais laisse présager un potentiel important de recrutement pour la prise en charge ambulatoire de cette chirurgie qui présente peu de risques de complications.

Composition du Jury :

Président : Pr Dominique Chevalier

Assesseurs :

Pr Christophe Vincent

Pr Pierre Fayoux

Dr Geoffrey Mortuaire

Dr Laurent Carpentier