



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Facteurs de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire
en chirurgie gynécologique**

Présentée et soutenue publiquement le 6 novembre 2020
à 16 heures au Pôle Formation
Par David Siébert

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel Cosson

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Pierre Collinet

Madame le Docteur Géraldine Giraudet

Monsieur le Docteur Max Gonzalez Estevez

Directrice de Thèse :

Madame le Professeur Chrystèle Rubod Dit Guillet

Avertissement

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

Table des matières

Liste des abréviations	4
Résumé	5
Introduction.....	6
Matériels et Méthodes	8
Résultats.....	12
Discussion	24
Conclusion.....	37
Références bibliographiques	39
Annexes.....	41

Liste des abréviations

AIC : Akaike Information Criterion

AMP : Aide Médicale à la Procréation

ASA : American Society of Anesthesiologists

AUC : Area Under Curve

CA : Chirurgie Ambulatoire

CCI : Chambre à Cathéter Implantable

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EPS : Endométriose Pelvienne Superficielle

IC : Intervalle de Confiance

IMC : Indice de Masse Corporelle

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

ML : Millilitre

OR : Odds Ratio

ROC : Receiver Operating Characteristic

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

Objectif - La promotion de la chirurgie ambulatoire est un des objectifs principaux des pouvoirs publics en France depuis plusieurs années.

L'objectif principal de cette étude était de décrire les facteurs de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire chez des patientes adultes en gynécologie. L'objectif secondaire était de décrire les facteurs de risque de réhospitalisation dans les 30 jours suivant la chirurgie.

Méthode - Il s'agit d'une étude épidémiologique, rétrospective, analytique, monocentrique menée sur l'ensemble des patientes opérées en chirurgie ambulatoire en gynécologie au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille de janvier à juillet 2019. L'échec immédiat de chirurgie ambulatoire était défini comme toute admission non anticipée en chirurgie conventionnelle le jour même de l'intervention. L'échec retardé était défini comme toute réadmission en hospitalisation dans les 30 jours suivant l'intervention.

Résultats - Notre analyse statistique a porté sur 916 patientes opérées entre janvier et juillet 2019, dont 84 patientes (9,2%) ont présenté un échec immédiat de chirurgie ambulatoire. Les étiologies les plus fréquentes étaient des complications de nature chirurgicale (69,1%). En analyse multivariée avec régression logistique, les variables suivantes étaient associées à un risque augmenté d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire : chirurgie uro-gynécologique ($p < 0,001$), chirurgie d'endométriose ($p < 0,001$), coelioscopie complexe ($p = 0,004$) et une durée d'intervention supérieure à une heure ($p < 0,001$). Etant donné le très faible effectif de patientes concernées par les réhospitalisations, nous n'avons pas pu mettre en évidence par analyse statistique des facteurs de risque d'échec retardé.

Conclusion - Nous retrouvons dans notre étude un risque accru d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire en gynécologie concernant les interventions d'uro-gynécologie, les coelioscopies complexes, les chirurgies concernant l'endométriose et les interventions chirurgicales de plus d'une heure. Une meilleure sélection préopératoire de ces patientes semble nécessaire pour diminuer les taux élevés d'admission post-opératoire.

Introduction

Le taux de recours à la chirurgie ambulatoire est en constante augmentation à travers le monde depuis plusieurs décennies (1–4). Elle concerne déjà une part importante de l'activité chirurgicale dans certains pays. En effet, plus de huit interventions sur dix aux États-Unis et en Grande-Bretagne, et plus de sept sur dix en Norvège et en Suède sont déjà effectuées en ambulatoire depuis 2012 (5).

La promotion de la chirurgie ambulatoire est un des objectifs principaux des pouvoirs publics en France depuis plusieurs années. Les pouvoirs publics soutiennent le développement de la prise en charge sans nuitée afin d'aboutir en 2022 à une pratique ambulatoire majoritaire de 70 % (6).

La chirurgie ambulatoire est définie en France selon la conférence de consensus de mars 1993 comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention (5).

Pour pouvoir promouvoir ce type de chirurgie et permettre son développement, une des priorités consiste à connaître les freins pouvant amener à son expansion.

L'échec immédiat de chirurgie ambulatoire est un événement majeur pour l'équipe médicale et pour le patient. Les causes de cet échec doivent être analysées et identifiées (2,7,8). L'admission non prévue en hospitalisation conventionnelle est un indicateur clairement établi de qualité d'un séjour effectué en chirurgie ambulatoire (2,9,10). D'une part, il permet d'identifier l'incapacité du service de chirurgie ambulatoire à atteindre l'objectif pour lequel il a été créé (11). D'autre part il s'agit d'un

critère facilement identifiable (11). Ce critère est également couramment utilisé pour évaluer la qualité d'un service de chirurgie ambulatoire (8).

L'objectif principal de cette étude est de décrire les facteurs de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire chez des patientes adultes en gynécologie au CHU de Lille. L'objectif secondaire est de décrire les facteurs de risque de réhospitalisation dans les 30 jours suivant la chirurgie.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique, rétrospective, analytique, monocentrique menée sur l'ensemble des patientes opérées en chirurgie ambulatoire en gynécologie au sein du centre hospitalier universitaire de Lille entre le 1er janvier et le 5 juillet 2019.

Le recueil des données était effectué à partir des dossiers chirurgicaux des patientes au sein du logiciel informatique Sillage®, des dossiers papier ainsi que du compte-rendu de la consultation d'anesthésie préopératoire à partir du logiciel informatique Diane®. Les données étaient ensuite recueillies dans un fichier Excel [Microsoft®]. Nous avons recueilli quarante variables différentes pour chaque patiente qui portaient sur les caractéristiques démographiques, anthropométriques et médicales des patientes, le type d'intervention et ses caractéristiques ainsi que les suites opératoires.

Étaient incluses dans notre étude toutes les patientes majeures opérées en chirurgie ambulatoire programmée au sein du service de gynécologie du CHU de Lille entre le 1er janvier et le 5 juillet 2019.

Étaient exclues toutes les patientes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG), mineures, admises au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire mais finalement non opérées, opérées en urgence, opérées uniquement pour la pose d'une chambre à cathéter implantable (CCI), et celles qui présentaient des données manquantes.

L'échec immédiat de chirurgie ambulatoire était défini comme toute admission non anticipée en chirurgie conventionnelle le jour même de l'intervention (et donc l'absence de retour à domicile de la patiente). Pour simplifier nos propos, nous avons

considéré dans notre étude qu'une « admission » signifiait « une absence de retour au domicile le jour même ».

L'échec retardé était défini comme toute réadmission en hospitalisation dans les 30 jours suivant l'intervention.

La procédure de chirurgie ambulatoire en gynécologie au sein du CHU de Lille est standardisée pour tous les chirurgiens et anesthésistes : le chirurgien au cours de la consultation préopératoire propose à la patiente d'être opérée en chirurgie ambulatoire. Dans un second temps, l'anesthésiste valide cette possibilité au cours de la consultation d'anesthésie préopératoire qui suit et informe la patiente des différentes modalités de ce mode de séjour. Les patientes sont toutes contactées la veille de l'intervention ainsi que le lendemain par l'infirmière coordinatrice. Il est obligatoire que la patiente soit accompagnée pour le retour au domicile ainsi que pour la première nuit suivant l'intervention. Les patientes sont autorisées à retourner au domicile lorsque le score de Chung (12) (Annexe 1) est évalué à 10/10 et que le chirurgien ainsi que l'anesthésiste ont donné leur accord de sortie signé.

Une complication d'origine chirurgicale était définie comme étant directement imputable à l'intervention chirurgicale gynécologique. Une complication d'origine médicale était définie comme étant liée à la décompensation d'une pathologie médicale préexistante. Une complication d'origine anesthésique comme étant directement imputable à l'anesthésie pratiquée au bloc opératoire. Enfin, une complication d'origine sociale était définie comme une complication d'origine organisationnelle, non liée à l'état de santé de la patiente.

Analyses statistiques

Analyses descriptives

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type en cas de normalité de la distribution des variables. Le cas échéant, la médiane et l'intervalle interquartile (Q1, Q3) ont été utilisés. La normalité des distributions des variables a été évaluée par un test de Shapiro-Wilk, une droite de Henry et un histogramme. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et fréquences en pourcentage.

Analyses bivariées

Le croisement entre le critère de jugement principal (échec immédiat de chirurgie ambulatoire) et chacune des variables explicatives a été réalisé et évalué par des analyses bivariées. Les variables quantitatives ont été évaluées entre les deux groupes par un test de Student de comparaison de moyennes pour échantillons indépendants si les conditions d'applications étaient respectées. Le cas échéant, un test non-paramétrique de Wilcoxon a été utilisé pour comparer les distributions entre les deux groupes. La liaison entre les variables qualitatives et le critère de jugement principal a été évaluée au moyen d'un test du chi-deux d'indépendance si les conditions d'application étaient respectées. Le cas échéant, un test exact de Fisher a été utilisé.

Analyse multivariée

Une régression logistique binaire multivariée a été utilisée pour évaluer le lien entre les variables explicatives et le critère de jugement principal (échec immédiat de chirurgie ambulatoire). Une méthode de sélection pas-à-pas « stepwise » a été utilisée pour sélectionner le meilleur modèle sur le critère d'information AIC (Akaike

Information Criterion). Les coefficients du modèle ont été exprimés sous forme d'Odds-Ratio (OR) et leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%). Le pouvoir discriminant du modèle a été évalué par l'aire sous la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic). Dans notre étude, l'AUC (Area Under Curve) est évaluée à 0,829 [0,780-0,878].

Résultats

Entre janvier et juillet 2019, 1389 patientes ont été opérées en chirurgie ambulatoire en gynécologie au CHU de Lille. Quatre cents soixante-treize patientes ont été exclues de l'étude. Notre analyse statistique a porté sur 916 patientes, dont 84 patientes (9,2%) ont présenté un échec immédiat de chirurgie ambulatoire. La population étudiée est décrite à l'aide d'un diagramme de flux (Figure 1).

Les étiologies d'admission ont été divisées en six catégories (Figure 2). Les étiologies les plus fréquentes étaient des complications de nature chirurgicale (69,1%). Les autres étiologies d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire étaient d'origine médicale (11,9%), anesthésique (5,9%), sociale (5,9 %), non-retrouvée (4,8%) et multiple (2,4%). La moitié des admissions imprévues avaient pour origine les quatre raisons suivantes : non-validation des résidus post-mictionnels, douleurs post-opératoires résistantes aux antalgiques simples, temps opératoire plus long que prévu et survenue de malaises post-opératoires. Le détail de l'ensemble des complications ayant entraîné une hospitalisation après une chirurgie ambulatoire est résumé dans le tableau I.

Nous avons classé l'ensemble des interventions pratiquées en gynécologie au CHU de Lille en neuf grandes catégories (Tableau II). L'incidence d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire par types d'interventions est indiquée dans la figure 3. Les incidences les plus élevées d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire concernent la chirurgie uro-gynécologique (38,7%), les coelioscopies complexes (30%) et l'endométriose (26,42%).

En analyse bivariée, les variables préopératoires suivantes ont été associées à un risque augmenté d'admission après une chirurgie ambulatoire ($p < 0,05$) : opérateur sénior (assistant ou praticien hospitalier) ($p < 0,001$), âge de la patiente supérieur à 65 ans ($p < 0,001$), indice de masse corporel (IMC) supérieur à 25 kg/m^2 ($p = 0,032$), parité ($p = 0,022$) et antécédents cardiovasculaires ($p = 0,009$) (Tableau III). Les variables préopératoires suivantes n'ont pas été associées à un risque accru d'échec de chirurgie ambulatoire : antécédents pneumologiques, gestité, parité, tabagisme, antécédents de chirurgie gynécologique, antécédents de chirurgie abdominale et score ASA.

En analyse bivariée, les interventions suivantes ont été associées à un risque augmenté d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire ($p < 0,05$) : chirurgie avec pose d'une bandelette sous-urétrale ($p = 0,001$), chirurgie correctrice de prolapsus par voie basse ($p < 0,001$), chirurgie avec exérèse d'endométriose pelvienne profonde ($p < 0,001$), hystérectomie par coelioscopie ($p = 0,006$), chirurgie d'endométriose ($p < 0,001$), chirurgie uro-gynécologique ($p < 0,001$) et coelioscopie complexe ($p = 0,007$) (Tableau IV). Nous retrouvons également comme facteurs de risque peropératoires : anesthésie loco-régionale ($p < 0,001$), voie d'abord coelioscopique ($p = 0,005$), une durée d'intervention supérieure à une heure ($p < 0,001$), l'existence d'une complication peropératoire ($p < 0,001$) et un saignement peropératoire supérieur à 500 millilitres (ml) ($p < 0,001$) (Tableau V).

En analyse multivariée avec régression logistique, les variables suivantes étaient associées à un risque augmenté d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire : chirurgie uro-gynécologique ($p < 0,001$), chirurgie d'endométriose ($p < 0,001$), coelioscopie complexe ($p = 0,004$) et une durée d'intervention supérieure à une heure ($p < 0,001$) (Tableau VI). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en

analyse multivariée pour les facteurs de risque suivants : âge de la patiente supérieur ou égal à 65 ans ($p=0,10$), chirurgie par voie basse d'un prolapsus génital ($p=0,13$) (Tableau VI).

Neuf patientes ont été réhospitalisées dans les 30 jours suivant leur intervention, ce qui correspond à 0,98% de la population étudiée. Etant donné le très faible effectif de patientes concernées, nous n'avons pas pu mettre en évidence par analyse bivariée ou multivariée des facteurs de risque d'échec retardé.

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

* : 473 patientes exclues de l'étude dont 381 opérées d'une IVG, 36 patientes avec des données manquantes, 31 opérées pour pose ou exérèse d'une CCI, 13 opérées pour une aide médicale à la procréation (AMP), 7 patientes mineures, 3 patientes opérées en urgence, 1 patiente déjà hospitalisée et enfin 1 patiente non opérée

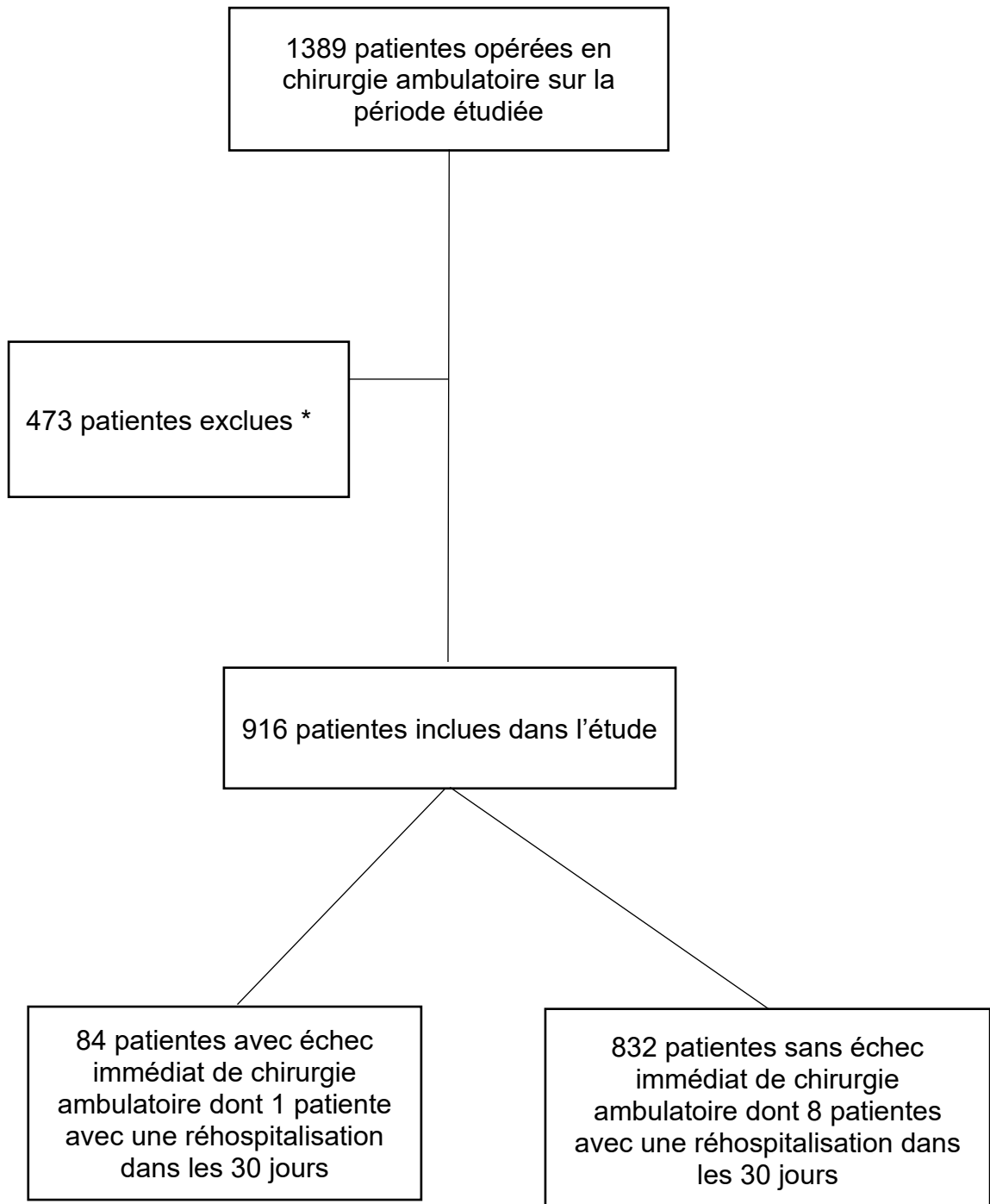


Figure 2 : Etiologies des échecs de chirurgie ambulatoire

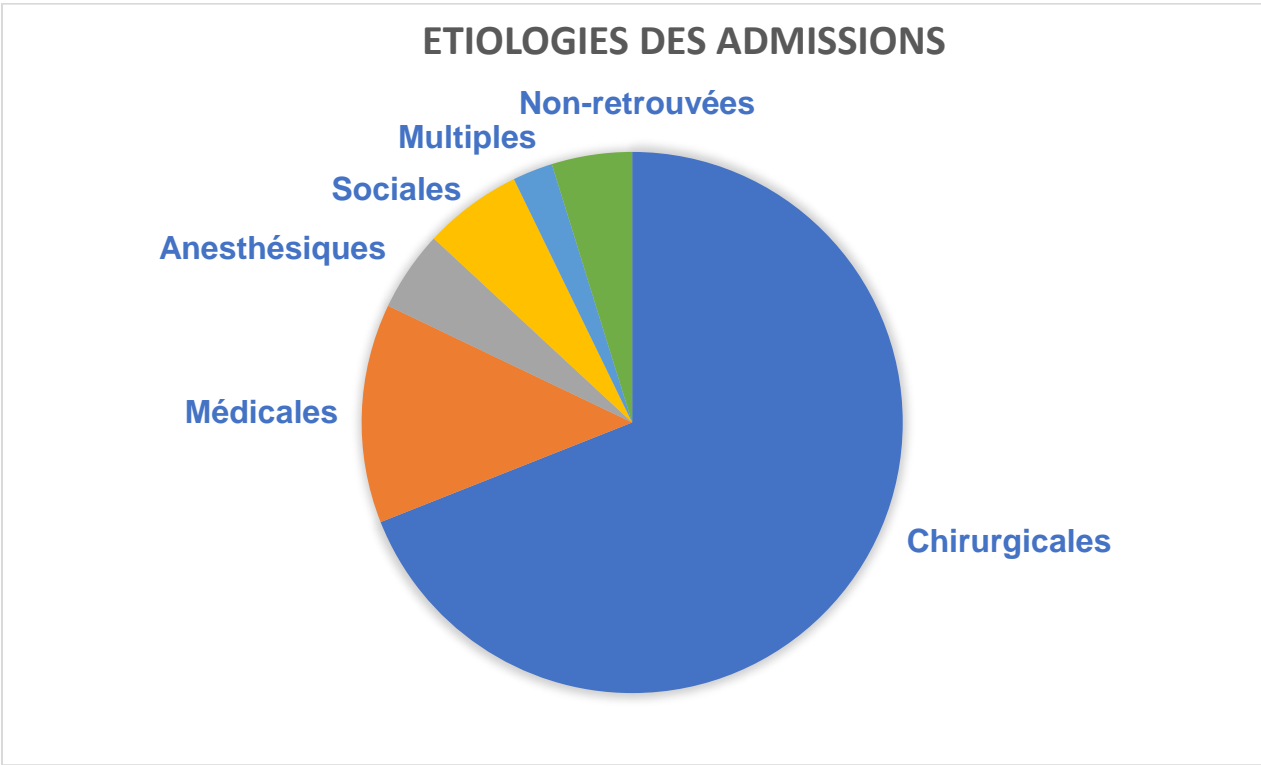


Tableau I : Etiologies d'admission en hospitalisation conventionnelle après chirurgie ambulatoire (84 patientes)

Etiologies	Nombre de patientes (N) (%)
Chirurgicales	58 (69,1%)
Non-validation des RPM*	20
Douleurs	9
Durée d'intervention trop longue	7
Saignements > 500 ml	4
Hémopéritoine	3
Rétention aigüe d'urine	3
Saignement génital	2
Perforation utérine	2
Hématurie	2
Plaie digestive	2
Plaie vésicale	1
Ischémie aigüe de membre	1
Hématome de paroi	1
Intervention supplémentaire nécessaire	1
Médicales	10 (11,9%)
Malaise	6
Oxygénodépendance	2
Déséquilibre glycémique	1
Pauses respiratoires	1
Anesthésiques	5 (5,9%)
Complications rachianesthésiques	4
Nausées / vomissements	1
Sociales	5 (5,9%)
Absence d'accompagnant	5
Multiples	2 (2,4%)
Non-validation des RPM* et confusion	1
Non-validation des RPM* et déséquilibre glycémique	1
Non-retrouvées	4 (4,8%)
Cause non mentionnée	4

* : Non-validation des résidus post-mictionnels (RPM)

Tableau II : Neufs grandes catégories d'interventions pratiquées en gynécologie au CHU de Lille

Catégories d'interventions	Types d'interventions
Endométriose	Toute prise en charge chirurgicale pour endométriose
Uro-gynécologie	Bandelette sous-urétrale Cure de prolapsus par voie basse Promontofixation par coelioscopie
Voie basse simple autre qu'uro-gynécologique	Conisation Chirurgie vulvaire et vaginale Fertiloscopie
Sénologie	Mastectomie partielle Mastectomie totale Reconstruction mammaire
Coelioscopie simple	Coelioscopie exploratrice Chirurgie annexielle
Voie basse complexe autre qu'uro-gynécologique	Hystérectomie vaginale
Hystéroscopie-cystoscopie	Hystéroscopie diagnostique Hystéroscopie opératoire Cystoscopie Injection vésicale de toxine botulique
Curetage de grossesse arrêtée	Aspiration de grossesse arrêtée
Coelioscopie complexe	Hystérectomie Myomectomie Cerclage utérin Curage pelvien

Figure 3 : Incidence d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire par types d'interventions

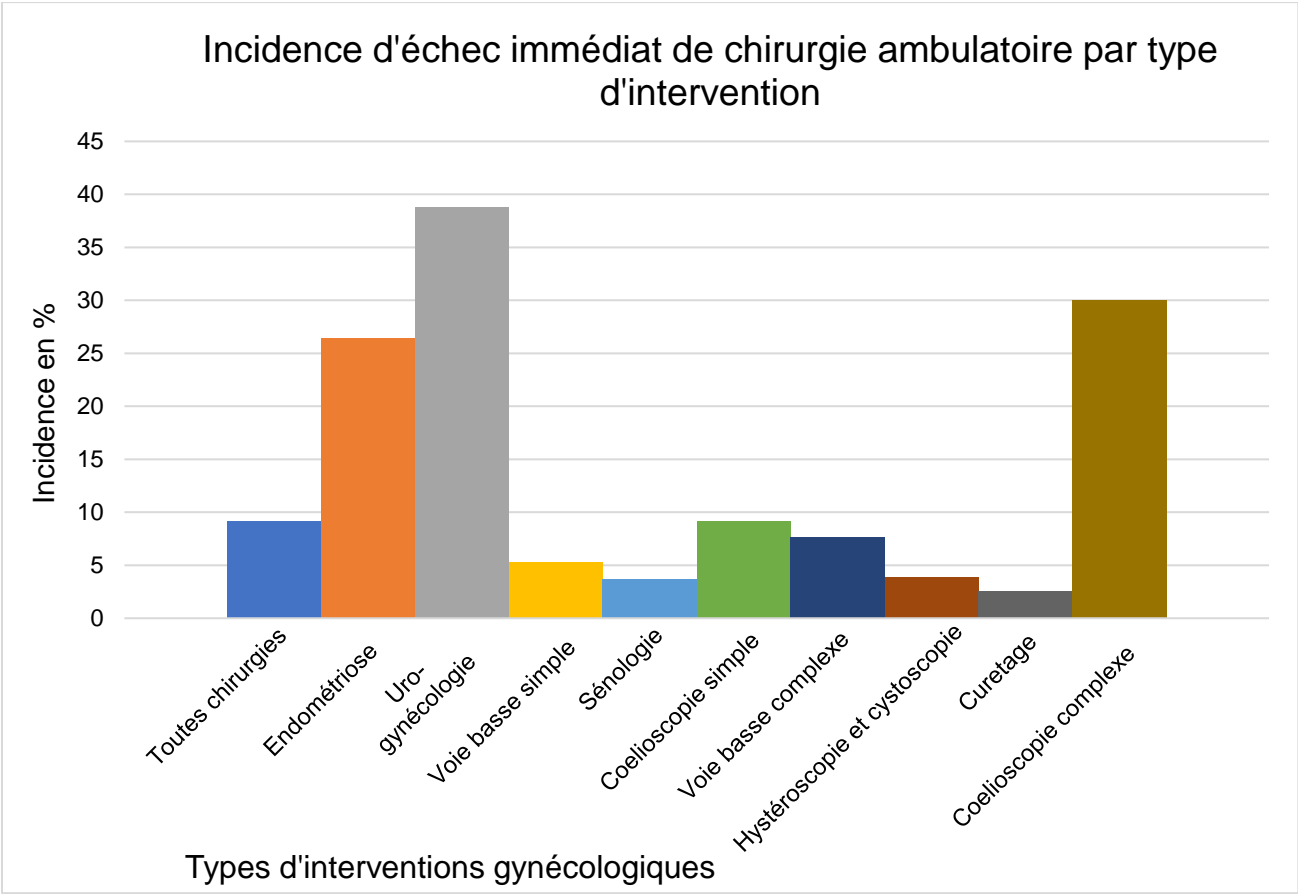


Tableau III : Analyse bivariée des variables préopératoires à risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire

Variable indépendante	Odds Ratio (OR)	IC 95%*	p-value
Opérateur			<0,001
Interne	Référence		
Assistant	3.45	1.83 ; 6.86	<0,001
Praticien hospitalier	3.97	2.16 ; 7.75	<0,001
Âge par catégorie			
< 65 ans	Référence		
≥ 65 ans	3,92	2.26 ; 6.65	<0,001
IMC par catégorie (kg/m²)			
<25	Référence		
25-29,9	1.74	1,01 ; 2,97	0,046
≥30	1.93	1,09 ; 3.35	0.024
Parité			
0	Référence		
≥ 1	1.22	1.07 ; 1.39	0,022
Gestité			
0	Référence		
≥ 1	1.09	0.98 ; 1.22	0.162
Statut tabagique			
- Non-fumeur	Référence		
- Tabagisme actif	0.59	0.28 ; 1.12	0.108
- Cigarette électronique	1.03	0.04 ; 5.55	0.982
Antécédents de chirurgie gynécologique	0.92	0.58 ; 1.45	0.706
Antécédents de chirurgie abdominale	0.91	0.58 ; 1.43	0.689
Antécédents cardio-vasculaires	1.93	1.19 ; 3.07	0.008
Antécédents pneumologiques	0.96	0.43 ; 1.88	0,903
Score ASA			
I	Référence		
II	2.80	1.43 ; 5.18	0.004
III	0.44	0.02 ; 2.12	0.374

IC 95%* : Intervalle de Confiance à 95%

Tableau IV : Analyse bivariée des interventions chirurgicales à risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire

Types d'interventions	IC 95%*	OR**	p-value
Bandelette sous-urétrale	1.95 ; 10.3	4.66	0,001
Cure de prolapsus par voie basse	5.81 ; 19.9	10.8	<0.001
Exérèse d'EPP***	2.71 ; 18.2	7.21	<0.001
Hystérectomie par coelioscopie	1.71 ; 17.7	5.84	0,007
Chirurgie d'endométriose	2.04 ; 7.75	4.08	<0.001
Chirurgie uro-gynécologique	5.45 ; 15.8	9.31	<0.001
Voie basse simple autre qu'uro-gynécologique	0.23 ; 0.98	0.50	0.042
Sénologie	0.09 ; 1.02	0.37	0.056
Coelioscopie simple	0.54 ; 1.76	1.00	0.989
Voie basse complexe autre qu'uro-gynécologique	0.04 ; 4.85	0.93	0.946
Hystéroscopie et cystoscopie	0.15 ; 0.53	0.30	<0,001
Curetage pour grossesse arrêtée	0.04 ; 0.85	0.26	0.022
Coelioscopie complexe	1.55 ; 11.8	4.55	0,007

*IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% ; **OR : Odds Ratio ; *** EPP : Endométriose Pelvienne Profonde

Tableau V : Analyse bivariée des caractéristiques opératoires à risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire

Caractéristiques opératoires	IC 95%*	OR**	p-value
Types d'anesthésie			
Générale		Référence	
Loco-régionale	1.43 ; 5.18	2.80	0.004
Locale	0.02 ; 2.12	0.44	0.374
Voie d'abord			
Vaginale	0.60 ; 1.60	0.96	0.997
Coelioscopie	1.24 ; 3.15	1.99	0,005
Mini-laparotomie***			
Thoracique	0.08 ; 0.99	0.36	0.049
Urétrale	0.01 ; 1.56	0.33	0.199
Durée d'intervention par catégorie			
< 60 min		Référence	
≥ 60 min	2.02 ; 5.10	3.21	<0.001
Moment de la journée du début de l'intervention			
8.00 – 12.00		Référence	
12.00 – 15.00	0.78 ; 2.09	1.29	0.313
> 15.00	0.18 ; 2.27	0.79	0.692
Complications peropératoires	9.34 ; 73.3	24.7	<0.001
Saignements peropératoires supérieurs à 500 ml	8.16 ; 266	35.5	<0.001

*IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% **OR : Odds Ratio ***Mini-laparotomie : nombre trop faible de données pour le calcul de l'OR et de l'IC à 95%

Tableau VI : Analyse multivariée avec régression logistique des facteurs de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire

Variables	OR*	IC 95%**	p-value
Endométriose	4.74	2.13 - 10.2	<0.001
Coelioscopie complexe	4.82	1.54 - 13.7	0.004
Chirurgie uro-gynécologique	8.30	3.23 - 20.1	<0.001
Durée d'intervention supérieure à 1h	3.88	2.14 - 7.08	<0.001
Catégorie d'âge	1.92	0.87 - 4.04	0,10
Prolapsus par voie basse	2,27	0.81 - 6.68	0,13

*OR : Odds Ratio ; **IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

Discussion

Nous retrouvons dans notre étude un risque accru d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire concernant les interventions d'uro-gynécologie (OR = 8,30 ; $p < 0,001$), les coelioscopies complexes (OR = 4,82 ; $p = 0,004$), les chirurgies concernant l'endométriose (OR = 4,74 ; $p < 0,001$) et les interventions de plus d'une heure (OR = 3,88 ; $p < 0,001$).

La France connaît un retard important dans le développement de la chirurgie ambulatoire par rapport à certains autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) (12). En 2015, le recours aux prises en charge chirurgicales en ambulatoire en France dépasse pour la première fois celui des prises en charge en hospitalisation conventionnelle (13). En 2018, 57,8% des actes chirurgicaux en France ont été effectués en chirurgie ambulatoire (14).

Les pouvoirs publics soutiennent le développement de la prise en charge sans nuitée afin d'aboutir en 2022 à une pratique ambulatoire majoritaire de 70 % sur le territoire (6). La Haute Autorité de la Santé (HAS) a également pour ambition d'améliorer dans le même temps la qualité de la prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire (5). Bien connaître les raisons des échecs en chirurgie ambulatoire permettrait de suivre ces recommandations en améliorant la qualité et la sécurité des soins de nos patientes.

Entre le 1^{er} janvier et le 5 juillet 2019, 1389 patientes ont été admises en chirurgie ambulatoire sur un total de 1944 patientes opérées en gynécologie au CHU de Lille. Cela correspond à un taux de 71,4% de patientes opérées en ambulatoire. L'objectif des pouvoirs publics de 2022 est donc accompli au sein de notre hôpital

durant ces six premiers mois de l'année 2019.

Les intérêts de la chirurgie ambulatoire sont multiples. Pour le patient, programmer un séjour hospitalier moins long serait plus acceptable, moins traumatique et moins perturbant pour lui et sa famille (3). Pour les services de chirurgie, cela pourrait nous permettre de réduire les listes d'attente (15) et d'opérer un plus grand nombre de patients dans un délai préopératoire plus court. Concernant les bénéfices attendus pour le patient, les auteurs d'une étude prospective française (16) se sont intéressés aux taux de satisfaction des patients après une prise en charge en chirurgie ambulatoire. Ils ont retrouvé des taux très élevés de satisfaction (96,4%) à 30 jours de la prise en charge chirurgicale. De manière comparable, une étude allemande (17) montrait également un taux de satisfaction très élevé (98,4%) sur plus de 35000 questionnaires de patientes opérées en chirurgie ambulatoire gynécologique. Le taux de satisfaction des patientes n'a pas été étudié dans notre étude. Concernant les bénéfices attendus pour les services de chirurgie, la chirurgie ambulatoire semble être une alternative à la chirurgie conventionnelle de haute qualité et à moindre coût (18–20).

Nous avons décidé d'étudier ces variables démographiques, anthropométriques, médicales et chirurgicales (Tableaux III à VI) comme des potentiels facteurs de risques d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire car la majorité de ces variables avaient été précédemment analysées dans des études de référence sur le sujet (10,21,22). A notre connaissance, une partie des variables que nous avons utilisées dans notre étude n'a pas été étudiée antérieurement dans la littérature : la voie d'abord chirurgicale, le type d'opérateur ainsi que les antécédents

de chirurgies gynécologiques et abdominales.

Nous retrouvons dans notre étude un taux élevé d'échecs immédiats de chirurgie ambulatoire (9,2%) comparativement à la littérature [0,28 – 9,5%] (1–3,7,8,10,11,15,21,23–28). Ce taux élevé peut être lié à plusieurs facteurs indépendants. La pratique de la chirurgie ambulatoire est une pratique relativement récente à grande échelle dans notre pays comparativement aux pays d'origine des études de référence sur le sujet (Etats-Unis, Canada) (10,21,22). Notre expérience dans le domaine doit être nécessairement moins développée et nos services de chirurgie ambulatoire moins bien organisés. Ceci pourrait expliquer que notre taux d'incidence d'échec de chirurgie ambulatoire (9,2%) soit plus élevé que celui de ces études de référence [1,04 – 2,67%] (10,21,22).

Le CHU de Lille est un établissement de recours, nous y traitons des pathologies complexes non prises en charge par d'autres établissements de la région. Des patientes de toute la région y sont adressées spécifiquement pour des interventions spécialisées, notamment en uro-gynécologie et pour des chirurgies d'endométriose. Ces patientes ont souvent été opérées à plusieurs reprises auparavant, parfois pour les mêmes pathologies gynécologiques. En effet, 68 des 131 patientes opérées (51,1%) pour une chirurgie d'endométriose ou d'uro-gynécologie dans notre étude présentaient des antécédents de chirurgie gynécologique. Une nouvelle intervention chirurgicale gynécologique chez une patiente multi-opérée est souvent plus complexe et plus à risque de complications peropératoires. Le temps opératoire peut également être allongé de manière significative. Ces facteurs peuvent contribuer à augmenter le risque d'admission après une chirurgie ambulatoire pour les patientes multi-opérées.

Le temps opératoire est également dédié à l'enseignement pratique et théorique

pour les internes et les chefs de clinique-assistants. Cet enseignement pourrait augmenter de manière non négligeable le temps opératoire. Or, nous avons démontré dans notre étude que les interventions de plus d'une heure étaient plus à risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire.

Notre service de chirurgie ambulatoire est un service qui ouvre à 6h45 et qui ferme relativement tôt à 19h. Pour de simples raisons organisationnelles, certaines patientes sont hospitalisées car ne sont pas encore éligibles à une sortie au domicile à 19h. Ce phénomène a déjà été décrit récemment par Caelenberg et al. (27). La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) est recommandée en France pour une grande variété d'interventions en gynécologie (29). La RAAC n'est pas encore organisée au sein de notre service à ce jour, sa mise en place est en cours de projet. Ce mode de prise en charge permettrait de rendre éligible un plus grand nombre de patientes à la sortie avant 19h.

Pour diminuer le taux d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire, nous pourrions opérer les catégories d'interventions gynécologiques les plus à risque d'admission plus tôt dans la journée. En effet, comme le précisait Fortier et al. lorsqu'une intervention chirurgicale est prévue pour la dernière partie de la journée, elle devrait être proposée aux patientes présentant le plus faible risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire, de complications opératoires ou d'intervention longue (10).

Nous pensons également que les chirurgiens de notre service qui programment des interventions en chirurgie ambulatoire peuvent de manière confortable programmer des interventions chirurgicales complexes. En effet, ils peuvent hospitaliser sans difficulté leurs patientes en cas de besoin après une chirurgie ambulatoire. Or, certaines interventions chirurgicales complexes semblent à risque

d'admission, comme nous l'avons montré avec les coelioscopies complexes, et pourraient faire augmenter notre taux global d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire.

Notre service d'hospitalisation conventionnelle est très proche de l'unité de chirurgie ambulatoire, au sein du même établissement. Ce phénomène, décrivant un plus grand nombre d'admissions lorsque celle-ci est largement facilitée, avait déjà été décrit par les études de Fancourt-Smith et al. en 1990 (11) et l'étude de Biswas et al. en 1992 (3). Cette proximité et disponibilité pourraient favoriser les hospitalisations après une chirurgie ambulatoire pour des raisons discutables, comme en témoigne les 4,8% d'échecs de chirurgie ambulatoire où la raison de l'hospitalisation n'a pas été clairement établie. Une standardisation des pratiques et une meilleure indication dans le dossier médical de la raison exacte d'hospitalisation après une chirurgie ambulatoire permettrait à la fois de réduire le taux d'échec immédiat et de mieux recenser cette population.

Nous retrouvons un risque augmenté d'admission après une chirurgie uro-gynécologique (OR = 8,3). Cela semble concordant avec des études antérieures qui retrouvaient également des taux plus importants d'admission après une chirurgie urologique [OR entre 2,9 et 8,3] (3,10,21,22,24). Cependant, notre étude se distingue de ces études (3,10,21,22,24), car contrairement à celles-ci, nous n'avons étudié que les interventions d'uro-gynécologie. En effet, ces autres études avaient regroupé les interventions d'urologie féminine et masculine au sein d'un même groupe. Les échecs en chirurgie uro-gynécologique pourraient être dus aux complications intrinsèques de ces interventions à type d'hématurie, de rétention aiguë d'urine (10) et de non-validation des résidus post-mictionnels (RPM). Nous constatons que dans ce groupe

de patientes, le risque d'admission est fortement corrélé à la survenue de complications post-opératoires. En effet, la non-validation de RPM est la première cause d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire dans notre étude (Tableau I) et concerne plus d'un quart des patientes hospitalisées (26,2%). La validation des RPM est une mesure préventive, réalisée en post-opératoire immédiat. Elle consiste à rechercher à l'aide d'un Bladder-Scan deux RPM non-pathologiques après deux mictions spontanées. Nous réalisons deux RPM après pose de bandelettes sous-urétrales et un RPM après une chirurgie de prolapsus. Dans notre étude, un âge supérieur à 65 ans ainsi que la réalisation d'une rachianesthésie, n'entraînaient pas une augmentation significative de RPM pathologiques en post-opératoire. Cependant, ces deux dernières analyses ne concernent que de faibles effectifs de patientes.

L'étude prospective d'Arunkalaivanan et al. (30) sur la sécurité et la faisabilité de la chirurgie uro-gynécologique en ambulatoire montrait un taux d'admission post-opératoires (14,5%) plus faible que le nôtre (38,7%). Dans cette étude, les auteurs avaient inclus au sein des interventions uro-gynécologiques les injections de toxine botulique intra-vésicales et les cystoscopies simples. Ces deux types d'interventions sont responsables d'un très faible taux d'admission après une chirurgie ambulatoire. Elles concernaient près de 30% des patientes de l'étude. Ces deux types d'interventions ont dû significativement diminuer le taux d'échec immédiat de l'ensemble des chirurgies en uro-gynécologie. Dans notre étude, nous n'avons pas regroupé les cystoscopies et les injections de toxine botulique avec les autres interventions en uro-gynécologie. Nous avons considéré que les cystoscopies et les injections de toxine botulique étaient des interventions totalement distinctes, en termes de risque opératoire et de complications chirurgicales, des autres interventions étudiées en uro-gynécologie.

La chirurgie de cure de prolapsus par voie basse n'est pas corrélée à un taux plus élevé d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire en analyse multivariée ($p=0,13$), contrairement à l'analyse bivariée. Pourtant, nous retrouvons dans ce groupe un taux d'échec de plus 45%. Notre taux d'admission est deux fois plus élevé que celui d'une étude prospective récente sur la faisabilité des cures de prolapsus par voie basse en ambulatoire (22,5%) (31). Notre taux relativement élevé pourrait être en lien avec la complexité des interventions en uro-gynécologie que nous pratiquons. En effet, plus de 60% (31/51) des patientes opérées pour un prolapsus par voie basse avaient un antécédent de chirurgie gynécologique.

Nous mettons en évidence un risque accru d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire pour les coelioscopies complexes. Ceci est très vraisemblablement lié au fait que 25% de l'ensemble des coelioscopies complexes de notre population ont présenté une complication peropératoire. A notre connaissance, il n'y a pas d'étude antérieure sur le taux d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire pour les coelioscopies complexes en gynécologie. Cependant, de nombreux auteurs se sont intéressés à la faisabilité de réaliser des hystérectomies par chirurgie minimale invasive en ambulatoire. Les trois quarts de nos patientes du groupe « coelioscopie complexe » ont bénéficié d'une hystérectomie par coelioscopie. Nous retrouvons dans notre étude un taux d'échec de 35,7% au sein du groupe de patientes opérées d'une hystérectomie par coelioscopie. Une méta-analyse sur 15 études (32) s'intéressant à la faisabilité de l'hystérectomie par chirurgie minimale invasive retrouvait des résultats très hétérogènes selon le type d'étude. En effet, les études prospectives retrouvent un taux d'admission moyen plus faible que le nôtre à 20,6% alors que les études rétrospectives retrouvent un taux d'admission moyen bien plus élevé à 69,9%. La

différence de résultats entre les études prospectives et rétrospectives est vraisemblablement en rapport avec une meilleure sélection préopératoire des patientes dans les études prospectives. Cette différence souligne qu'une sélection préopératoire minutieuse permet de diminuer le taux d'admission après une chirurgie ambulatoire (32). Notre taux d'admission de 35,7% après une hystérectomie par coelioscopie est plus proche des études prospectives que des études rétrospectives. Cependant, il serait intéressant de voir si l'introduction de critères de sélection préopératoire propres à cette catégorie de patientes pourrait permettre de réduire notre taux d'admission après une hystérectomie coelioscopique.

Dans notre étude, une chirurgie pour endométriose semble être un facteur de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire. Nous retrouvons une incidence d'admission après une chirurgie d'endométriose de 26,4%. La seule autre étude sur le sujet, celle de Mirhashemi et al. (33), avait mis en évidence des taux d'admission plus faibles. Les auteurs de cette étude trouvaient des taux d'admission de 2,7% en cas d'intervention par laser sur des lésions d'endométrioses pelviennes superficielles (EPS) et de 7,8% en cas de cautérisation de lésions d'EPS. Cependant, nos deux études ne semblent pas comparables. En effet, Mirhashemi et al. (33) n'ont pas inclus dans leur étude des interventions pour EPP. Or, dans notre étude, le taux d'admission des patientes opérées d'une EPP était relativement élevé (40%). La prise en charge antalgique péri-opératoire des patientes atteintes d'EPP est complexe. En effet, ces patientes qui sont algiques chroniques (34) semblent consommer régulièrement des antalgiques de palier 2 ou 3. Cette surconsommation d'antalgiques pourrait diminuer l'efficacité des antalgiques prescrits en post-opératoire. De ce fait, ces patientes seraient plus susceptibles d'être admises après une chirurgie ambulatoire en raison

d'un contrôle insuffisant de la douleur. Une prise en charge multidisciplinaire semble indispensable pour ces patientes (35). Une coordination optimale entre le chirurgien, l'anesthésiste et l'équipe de la douleur pourrait permettre de diminuer le taux d'admission des patientes atteintes d'EPP après une chirurgie ambulatoire.

De plus, nos résultats peuvent être liés à la complexité des interventions pour endométriose que nous pratiquons. Notre centre est un centre de recours au sein de notre région, notamment pour les patientes atteintes d'une endométriose sévère. Nous pratiquons couramment en chirurgie ambulatoire des exérèses de nodules d'endométriose pelvienne profonde (EPP). En effet, 20 des 53 patientes opérées pour endométriose (37,8%) ont bénéficié d'une exérèse de nodules d'EPP durant la période étudiée. Or, comme nous l'avons précédemment montré, les interventions pour une coelioscopie complexe, comme peut l'être une exérèse de nodule d'EPP, pourraient augmenter notre taux global d'admission après une intervention pour endométriose.

Il serait intéressant dans l'avenir que des études ultérieures réutilisent notre modèle de regroupement des interventions en gynécologie. Ce modèle permet de regrouper les interventions chirurgicales en groupe d'interventions avec des risques opératoires relativement proches. Ceci nous a permis de mettre en évidence des groupes d'interventions gynécologiques à risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire (Tableau VI). Notre étude se distingue ainsi des études précédentes qui analysaient soit des spécialités chirurgicales (8,10,21,27,36), soit des interventions chirurgicales à risque (31,32).

Nous retrouvons également un risque accru d'admission après une chirurgie de plus d'une heure, comme décrit dans d'autres études (21,22,27). Un temps opératoire

allongé peut témoigner de difficultés opératoires. Il peut également être lié à la nécessité de réaliser des gestes opératoires supplémentaires. De plus, la durée d'anesthésie, qui est intrinsèquement liée à la durée opératoire, est nécessairement allongée lors d'une intervention prolongée. Or, comme démontré dans l'étude de Fortier et al., une durée d'anesthésie prolongée était responsable d'une augmentation du nombre d'admissions après une chirurgie ambulatoire (10).

Nous avons également constaté dans notre étude que la majorité des échecs immédiats de chirurgie ambulatoire étaient d'origine chirurgicale (69,1%) (Tableau I). Ce résultat est concordant avec des études précédentes sur le sujet (1,7,8,10,21). Plus d'un échec sur dix est secondaire à des douleurs résistantes à des antalgiques simples. Une prise en charge antalgique post-opératoire immédiate plus agressive pourrait permettre de réduire ce taux (9,10). Les échecs de chirurgie ambulatoire d'origine médicale (Tableau I) représentaient 11,9% de nos admissions non prévues. Ce taux d'échec d'origine médicale pourrait être amélioré en amont, notamment lors de la consultation d'anesthésie, en ne proposant qu'une prise en charge chirurgicale qu'après stabilisation médicale des comorbidités de la patiente. Nous pouvons par exemple citer la nécessité de stabiliser une pathologie cardiovasculaire en pré-opératoire (9) . Les échecs d'origine sociale représentaient 5,9% de nos échecs. L'absence d'accompagnant auprès de la patiente à la sortie de chirurgie ambulatoire représentait l'unique cause d'échec d'origine sociale. Ceux-ci pourraient être prévenus par une meilleure sélection préopératoire (37) ainsi qu'une éducation plus approfondie sur les modalités de la prise en charge en ambulatoire des patientes et de leurs proches. Cette éducation pourrait être renforcée lors des consultations médicales et chirurgicales préopératoires et lors de l'appel de l'infirmière coordinatrice la veille de

l'intervention.

Les patientes âgées de plus de 65 ans ne semblent pas à risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire dans notre étude ($p=0,10$). Notre résultat est similaire à celui de l'étude prospective de Fortier et al. (10). Cependant, la littérature n'est pas unanime sur ce sujet, car l'étude de Mingus et al. (8) avait montré qu'un âge supérieur à 65 ans était un facteur de risque d'admission imprévue après une chirurgie ambulatoire. Dans l'étude rétrospective de Whippey et al. (21), un âge supérieur à 80 ans était un facteur de risque d'admission imprévue par rapport à une population adulte de moins de 40 ans.

Contrairement à d'autres études (21), le statut tabagique n'était pas associé à une diminution du risque d'échec de chirurgie ambulatoire. En effet, certains auteurs ont mis en évidence une durée de séjour plus courte chez les fumeurs après une chirurgie ambulatoire (9). Il avait été supposé que ces séjours plus courts seraient en partie liés au comportement addictif du fumeur. Les fumeurs seraient intrinsèquement plus motivés à être libérés des contraintes médicales pour assouvir leur dépendance (21). De plus, le faible taux d'incidence de nausées et de vomissements post-opératoires chez les fumeurs pouvait également expliquer ce faible taux d'admission dans cette population (38) .

Fleisher et al. (4) ont décrit un score prédictif d'admission immédiate après une chirurgie ambulatoire. Ce score, nommé OSAI (Outpatient Surgery Admission Index), est basé sur des données préopératoires et opératoires, allant de 0 à 10 (Annexe 2). Plus le score est élevé, plus le risque d'admission est important. Pour un score

supérieur à 4, le risque d'admission est 32 fois plus élevé que pour les scores de 0 et 1. L'utilisation de ce score en routine pourrait nous aider à bien sélectionner la population de patientes susceptibles d'être opérées en chirurgie ambulatoire.

Un des points forts de notre étude est le faible nombre de dossiers avec des données manquantes : 36 dossiers sur 1389 analysés correspondant seulement à 2,5% des patientes. À notre connaissance, il s'agit de la première étude analysant les facteurs de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire consacrée uniquement à la chirurgie gynécologique depuis 1992 (23). La grande variété d'indications opératoires étudiées dans ce travail, et pour certaines relativement complexes, en font un travail unique en chirurgie ambulatoire gynécologique.

Les principales limites de cette étude sont qu'il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique. Nous n'avons pas pu analyser en analyse multivariée l'ensemble des variables statistiquement significatives en analyse univariée, en raison d'un trop faible effectif d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire. De même, nous n'avons pas pu faire une analyse statistique des facteurs de risque de réhospitalisation à 30 jours en raison d'un trop faible échantillon analysable de patientes réhospitalisées. De plus, la base de données analysée pour cette étude a été progressivement complétée par des infirmières du bloc opératoire. Il est possible qu'une erreur humaine ait pu entraîner des saisies incorrectes, constituant un biais de mesure. Nous pouvons potentiellement sous-estimer ou surestimer le nombre réel de procédures réalisées en chirurgie ambulatoire.

L'ensemble de ces résultats peuvent être pondérés par le fait que l'échec immédiat de chirurgie ambulatoire est un événement indésirable mais ne semble pas entraîner d'augmentation significative de la morbi-mortalité (24). De plus, il semble

également exister un taux minimal irréductible d'admission après une chirurgie ambulatoire (15).

Conclusion

Notre travail a pour ambition de participer à l'amélioration de la qualité des soins en chirurgie ambulatoire gynécologique en identifiant les facteurs de risque d'échecs immédiats de chirurgie ambulatoire.

Nous retrouvons dans notre étude un risque accru d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire en gynécologie concernant les interventions d'uro-gynécologie, les coelioscopies complexes, les chirurgies concernant l'endométriose et les interventions chirurgicales de plus d'une heure. Nous constatons également dans notre étude que la plupart des échecs immédiats de chirurgie ambulatoire étaient d'origine chirurgicale.

A notre connaissance, notre étude est le premier travail de recherche mettant en évidence que les coelioscopies complexes et les chirurgies concernant l'endométriose sont à risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire. Concernant les interventions d'uro-gynécologie et les interventions chirurgicales de plus d'une heure, des études antérieures avaient déjà mis en évidence qu'il s'agissait d'interventions à risque d'admission.

Une meilleure sélection préopératoire des patientes opérées d'une chirurgie uro-gynécologique, d'une chirurgie d'endométriose, d'une coelioscopie complexe et pour une intervention de plus d'une heure semble primordial. Une sélection plus spécifique de ces patientes pourrait permettre de diminuer les taux élevés d'admission post-opératoire. Une étude qui porterait sur l'élaboration de critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire de ces patientes serait intéressante à développer.

Enfin, l'élaboration de scores prédictifs d'admission après une chirurgie ambulatoire gynécologique serait d'une grande utilité. Ces scores pourraient être de

précieuses aides médicales à la décision. Ils permettraient aux anesthésistes et aux chirurgiens en gynécologie de proposer le mode de séjour hospitalier le plus adapté à chaque patiente.

Références bibliographiques

1. Margovsky A. Unplanned Admissions in Day-Case Surgery as a Clinical Indicator for Quality Assurance. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*. 2000;70(3):216-20.
2. Greenburg AG, Greenburg JP, Tewel A, Breen C, Machin O, McRae S. Hospital admission following ambulatory surgery. *The American Journal of Surgery*. 1996;172(1):21-3.
3. Biswas TK, Leary C. Postoperative Hospital Admission from a Day Surgery Unit: A Seven-Year Retrospective Survey. *Anaesth Intensive Care*. 1992;20(2):147-50.
4. Fleisher LA, Pasternak LR, Lyles A. A Novel Index of Elevated Risk of Inpatient Hospital Admission Immediately Following Outpatient Surgery. *Arch Surg*. 2007;142(3):263-8.
5. HAS. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. 2014
6. DGOS. La chirurgie ambulatoire. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020
7. Garcea G, Majid I, Pattenden CJ, Sutton CD, Neal CP, Berry DP. Predictive factors for unanticipated admission following day case surgery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2008;14(1):175-7.
8. Mingus ML, Bodian CA, Bradford CN, Eisenkraft JB. Prolonged surgery increases the likelihood of admission of scheduled ambulatory surgery patients. *Journal of Clinical Anesthesia*. 1997;9(6):446-50.
9. Chung F, Mezei G, Tong D. Pre-existing medical conditions as predictors of adverse events in day-case surgery. *British Journal of Anaesthesia*. 1999;83(2):262-70.
10. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery — a prospective study. *Can J Anaesth*. 1998;45(7):612.
11. Fancourt-Smith PF, Hornstein J, Jenkins LC. Hospital admissions from the Surgical Day Care Centre of Vancouver General Hospital 1977-1987. *Can J Anaesth*. 1990;37(6):699-704.
12. Bontemps G. Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire. *La Presse Médicale*. 2014;43(3):309-18.
13. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire - Programme national chirurgie ambulatoire.
14. Indicateurs globaux (GDR) | Stats ATIH. Disponible sur <https://www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire>
15. Johnson CD, Jarrett PE. Admission to hospital after day case surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 1990;72(4):225-8.

16. Rachedi Sahmoune L, Fernandez H, Capmas P. [Assessment of women's satisfaction supported day care gynecological surgery: A prospective study]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016;45(1):36-42.
17. Brockelman J, Backer K. Clinical indicators for ambulatory surgery. *Ambulatory surgery*. 2010;4.
18. Friedlander DF, Krimphove MJ, Cole AP, Marchese M, Lipsitz SR, Weissman JS, et al. Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? *Ann Surg*. 2019;
19. Clark TJ, Middleton LJ, Cooper NA, Diwakar L, Denny E, Smith P, et al. A randomised controlled trial of Outpatient versus inpatient Polyp Treatment (OPT) for abnormal uterine bleeding. *Health Technol Assess*. 2015;19(61):1-194.
20. Fountain CR, Havrilesky LJ. Promoting Same-Day Discharge for Gynecologic Oncology Patients in Minimally Invasive Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(6):932-9.
21. Whippey A, Kostandoff G, Paul J, Ma J, Thabane L, Ma HK. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 2013;60(7):675-83.
22. Gold BS, Kitz DS, Lecky JH, Neuhaus JM. Unanticipated Admission to the Hospital Following Ambulatory Surgery. *JAMA*. 1989;262(21):3008-10.
23. Meeks GR, Waller GA, Meydrech EF, Flautt FH. Unscheduled Hospital Admission Following Ambulatory Gynecologic Surgery. *Obstetrics & Gynecology*. 1992;80(3):446-450.
24. Twersky R, Abiona M, Thorne A, Levine R, Greenberg C, McInerney E, et al. Admissions following ambulatory surgery: outcome in seven urban hospitals. *Ambulatory Surgery*. 1995;3(3):141-6.
25. Junger A, Klasen J, Benson M, Sciuk G, Hartmann B, Sticher J, et al. Factors determining length of stay of surgical day-case patients. *European Journal of Anaesthesiology*. 2001;18(5):314-21.
26. Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after Day-Care Surgery in a Major Teaching Hospital: Anaesthesia and Intensive Care. 1993.
27. Caelenberg EV, Regge MD, Eeckloo K, Coppens M. Analysis of failed discharge after ambulatory surgery: unanticipated admission. *Acta Chirurgica Belgica*. 2018;
28. Levin P, Stanziola A, Hand R. Postoperative Hospital Retention Following Ambulatory Surgery in a Hospital-Based Program. *Quality Assurance and Utilization Review*. 1990;5(3):90-4.
29. HAS. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives. 2016;83.
30. Arunkalaivanan AS, Sajja A, Kubal U. Evaluation of safety and feasibility of ambulatory urogynaecological procedures in a 24-h setting. *Int Urogynecol J*.

2010;21(10):1219-22.

31. Lamblin G, Courtieu C, Bensouda-Miguet C, Panel L, Moret S, Chabert P, et al. Outpatient vaginal surgery for pelvic organ prolapse: a prospective feasibility study. *Minerva Ginecol.* 2020;72(1):19-24.
32. Korsholm M, Mogensen O, Jeppesen MM, Lysdal VK, Traen K, Jensen PT. Systematic review of same-day discharge after minimally invasive hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;136(2):128-37.
33. Mirhashemi R, Harlow BL, Ginsburg ES, Signorello LB, Berkowitz R, Feldman S. Predicting risk of complications with gynecologic laparoscopic surgery. *Obstet Gynecol.* 1998;92(3):327-31.
34. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines – Short version. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction.* 2018;47(7):265-74.
35. Alkatout I, Egberts J-H, Mettler L, Doniec M, Wedel T, Jünemann K-P, et al. Interdisciplinary Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis. *Zentralbl Chir.* 2016;141(6):630-8.
36. Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL, Malmgren JA, Koerschgen M, Keyes H. Factors Affecting Discharge Time in Adult Outpatients. *Anesthesia & Analgesia.* oct 1998;87(4):816–826.
37. Twersky R. To be an outpatient, or not to be — selecting the right patients for ambulatory surgery. 1993.
38. Cohen MM, Duncan PG, DeBoer DP, Tweed WA. The postoperative interview: assessing risk factors for nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 1994;78(1):7-16.
39. Chung F, Chan VWS, Ong D. A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for home readiness after ambulatory surgery. *Journal of Clinical Anesthesia.* 1995;7(6):500-6.

Annexes

Annexe 1 : Score de Chung * (39)

Constantes vitales (température, pouls, respiration)	
Variation inférieure à 20% par rapport au préopératoire	2
Variation comprise entre 20 et 40%	1
Variation supérieure à 40%	0
Déambulation	
Démarche assurée, sans vertiges	2
Marche possible avec assistance	1
Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	
Minimes	2
Modérés	1
Sévères	0
Douleurs	
Minimes	2
Modérées	1
Sévères	0
Saignement chirurgical	
Minime	2
Modéré	1
Sévère	0

**Un score de 0 à 10 points est attribuable à une patiente à l'aide du score de Chung en post-opératoire immédiat.*

Annexe 2 : Score OSAI *

Âge de plus de 65 ans	1
Temps opératoire supérieur à 120 minutes	1
Antécédents cardiaques	1
Antécédents vasculaires périphériques	1
Antécédents vasculaires cérébraux	1
Pathologie tumorale	1
Sérologie VIH positive	1
Anesthésie loco-régionale	1
Anesthésie générale	2

**Le score OSAI peut aller de 0 à 10 points.*

AUTEUR : Nom : SIEBERT

Prénom : David

Date de soutenance : 6 novembre 2020

Titre de la thèse : Facteurs de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire en chirurgie gynécologique.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Chirurgie gynécologique **DES + spécialité :** Gynécologie-obstétrique

Mots-clés : chirurgie ambulatoire gynécologique, facteurs de risque d'échec immédiat, uro-gynécologie, endométriose

Résumé :

Objectif - La promotion de la chirurgie ambulatoire est un des objectifs principaux des pouvoirs publics en France depuis plusieurs années. L'objectif principal de cette étude était de décrire les facteurs de risque d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire chez des patientes adultes en gynécologie. L'objectif secondaire était de décrire les facteurs de risque de réhospitalisation dans les 30 jours suivant la chirurgie.

Méthode - Etude épidémiologique, rétrospective, analytique, monocentrique menée sur l'ensemble des patientes opérées en chirurgie ambulatoire en gynécologie au sein de l'hôpital universitaire de Lille de janvier à juillet 2019. L'échec immédiat de chirurgie ambulatoire était défini comme toute admission non anticipée en chirurgie conventionnelle le jour même de l'intervention.

Résultats - Notre analyse statistique portait sur 916 patientes opérées entre janvier et juillet 2019, dont 84 patientes présentaient un échec immédiat de chirurgie ambulatoire. L'incidence d'échecs immédiats de chirurgie ambulatoire était de 9,2 % durant la période étudiée. Les étiologies les plus fréquentes étaient des complications de nature chirurgicale (69,1%). En analyse multivariée avec régression logistique, les variables suivantes étaient associées à un risque augmenté d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire : chirurgie uro-gynécologique ($p < 0,001$), chirurgie d'endométriose ($p < 0,001$), coelioscopie complexe ($p = 0,004$) et une durée d'intervention supérieure à une heure ($p < 0,001$). Nous n'avons pas pu mettre en évidence par analyse statistique des facteurs de risque de réhospitalisation dans les 30 jours.

Conclusion - Nous retrouvons un risque accru d'échec immédiat de chirurgie ambulatoire en gynécologie concernant les interventions d'uro-gynécologie, les coelioscopies complexes, les chirurgies concernant l'endométriose et les interventions chirurgicales de plus d'une heure. Une meilleure sélection préopératoire de ces patientes semble nécessaire pour diminuer les taux élevés d'admission post-opératoire. L'élaboration de scores prédictifs d'admission après une chirurgie ambulatoire gynécologique serait d'une grande utilité.

Composition du Jury : Président : Professeur Michel Cosson.

Asseseurs : Professeur Pierre Collinet, Docteur Géraldine Giraudet, Docteur Max Gonzalez-Estevez.

Directrice de thèse : Professeur Chrystèle Rubod dit Guillet