



UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2015

Thèse N°200/15

CONCEPT DE LA MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE EN UROLOGIE (A propos de 25 Cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/12/2015

PAR

M. AMINE ED-DEGOUJ

Né le 24 Février 1990 à Taounate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Unité ambulatoire-Benifices – Risques – Contraintes

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN.....	PRESIDENT
Professeur d'Urologie	
M. MELLAS SOUFIANE.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé d'Anatomie	
M. KHALLOUK ABDELHAK	} JUGES
Professeur agrégé d'Urologie	
M. EL AMMARI JALAL EDDINE	
Professeur agrégé d'Urologie	

PLAN

SOMMAIRE	Erreur ! Signet non défini.
I. INTRODUCTION	7
II. HISTORIQUE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	9
III. CONCEPT DE CHIRURGIE EN HOSPITALISATION AMBULATOIRE	12
Chapitre 1 : les caractéristiques spécifiques de la pratique de la (CAU)	13
Section 1 : la population concernée par la (CA).....	13
1. la sélection du patient préalable à la (CA).....	13
2. les critères spécifiques à la (CAU)	16
Section 2 : la recherche du consentement	16
1. La nécessité de la recherche du consentement en (CAU)	16
2. La valeur du consentement en (CAU)	17
Chapitre 2 : une organisation spécifique nécessaire	18
Section 1 : les principes d'organisation	18
1. Le circuit du patient dans l'UCA	18
2. La qualité de séjour du patient	20
Section 2 : la structure des soins et le personnel	22
1. l'organisation de la structure ambulatoire	22
2. Equipements de la salle ambulatoire d'urologie	25
3. Organisation du personnel	27
IV. MATERIELS ET METHODES	28
A. TYPE D'ETUDE	29
B. METHODE D'ETUDE	29
C. LES OBJECTIFS D'ETUDE	29
D. LES CRITERES D'INCLUSION	29
E. LES CRITERES D'EXCLUSION	30
V. RESULTATS	31
A. Caractères Epidémiologiques	32
1. Répartition des malades selon le sexe	32

2. répartition des malades selon l'âge	32
3. répartition des malades selon le lieu d'habitat	33
B. les pathologies et les facteurs des risques	34
1. les (UHN) (montée de sonde double J)	34
2. les cryptorchidies	36
3. les varicocèles	36
4. les hydrocèles	37
5. les hernies inguino-scrotales	37
6. les kystes épидидymaires	37
C. Clinique	38
1. Mode de début	38
2. Signes Cliniques	38
D. Paraclinique	41
1. Biologie	41
2. Radiologie	43
E. Traitement chirurgical	45
1. Les UHN (montée de sonde double J)	45
2. Les Cryptorchidies	45
3. Les varicocèles	46
4. Les Hydrocèles	46
5. les kystes épидидymaires	46
6. les hernies inguinoscrotales	46
F. La durée de séjour	47
1. pré opératoire	47
2. post opératoire	47
3. Totale	48
G. Complications post opératoires (CPO)	48
H. Cout global	49

VI. DISCUSSION	50
A. La chirurgie ambulatoire en urologie (CAU)	51
B. Evaluation bénéfiques/risques	52
1. un risque thromboembolique diminué	52
2. un risque d'infections nosocomiales réduit	52
3. Un mode de prise en charge adapté au confort des patients	53
4. la réhabilitation précoce	53
5. utilisation moindre des ressources	54
C. Satisfaction des patients et des professionnels	55
1. Satisfaction des patients	55
2. Satisfaction des professionnels de santé	55
D. Les caractéristiques de (UCA)	56
E. Anesthésie ambulatoire	57
F. populations spécifiques	58
1. personnes âgées	58
2. population pédiatrique	59
3. patients atteints d'un handicap	59
G. potentialiser les contraintes et développer les incitations	59
1. potentialiser les contraintes	59
2. développer les incitations	60
VII. CONCLUSION	62
VIII. RESUME	64
X. REFERANCES BIBLIOGRAPHIQUES	68

LISTE DES ABREVIATIONS :

AG: anesthésie générale

AL: anesthésie locale

ALR: anesthésie locorégionale

ARP: adénopathies retro péritonéale

ASA: American society of anesthesiologists

BOP: bloc opératoire

CA: chirurgie ambulatoire

CAU: chirurgie ambulatoire en urologie

CHA: cadre d'hospitalisation ambulatoire

CHC: cadre d'hospitalisation complète

CHU: centre hospitalier universitaire

CIA: contre-indication absolue

CPO: complications postopératoire

CPP: complications per opératoire

DCPO: douleurs chroniques postopératoires

DPO: douleurs postopératoires

FRP: fibrose retro péritonéale

HTA: hypertension artérielle

IAAS: international association for ambulatory surgery

NVPO: nausées et vomissements post opératoires

PCA: prise en charge ambulatoire

RA: rachianesthésie

SJPU: syndrome de jonction pyelo-urétérale

SPOP: surveillance post opératoire prolongée

SSPI: salle de surveillance post interventionnelle

TUBA: troubles urinaires de bas appareil

UCA: unité de chirurgie ambulatoire

UHN: urétérohydronephrose

VCI: veine cave inferieur

VRG: veine rénale gauche

INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire(CA) est définie comme une chirurgie sans hospitalisation de nuit pour des patients sélectionnés ; elle est essentiellement un concept d'organisation. [1] [2]

La chirurgie ambulatoire en urologie(CAU) est une activité de soins considérée selon la réglementation actuelle comme une alternative à l'hospitalisation classique. Elle est réalisée en établissement de santé et elle concerne la mise en œuvre d'actes chirurgicaux et/ou d'explorations selon les mêmes modalités que celles qui sont observées habituellement lors d'une hospitalisation complète en permettant la sortie du patient le jour même de son intervention sans risque majeur avec une diminution des coûts des soins.

La (CA) présente un enjeu majeur en termes de restructuration et d'amélioration de l'offre de soins en établissement de santé et de l'interface ville/hôpital. [1]

L'objectif principal de notre travail est d'offrir à l'ensemble des urologues un guide leur permettant de développer la pratique d'une chirurgie urologique ambulatoire de qualité avec les mêmes conditions de sécurité qu'en hospitalisation traditionnelle ; en intégrant les technologies et les concepts d'organisation les plus actualisés

Notre travail vise également à fournir des documents d'information aux médecins généralistes et aux patients ainsi qu'à l'ensemble des Co-intervenants en chirurgie ambulatoire de l'établissement de santé.

HISTORIQUE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les Etats-Unis et la Grande-Bretagne apparaissent comme les pays précurseurs en matière de la (CA). Les premières expériences réalisées dans ces pays contribuent au commencement du développement de cette alternative à l'hospitalisation dès la fin des années 60 ; le Canada s'inspire très rapidement de ces différentes expériences.

Les premières expériences de chirurgie ambulatoire ont été tentées aux Etats-Unis dès le milieu du 19ème siècle par C.LONG et W.MORTON, respectivement en 1842 et en 1846. William MORTON a, semble-t-il, été le tout premier à avoir réussi une intervention à l'éther chez un patient souffrant d'une tumeur du cou. C'était le 16 octobre 1846 au <<Massachusetts General Hospital >> à Boston. [3]

Une expérience de grande envergure fut ensuite réalisée au début du vingtième siècle au Royaume-Uni. Un praticien écossais du nom de Nicoll retraça dans le British Medical Journal, vers 1909, la réussite vécue à l'hôpital des enfants malades de Glasgow où furent réalisées près de 7 000 interventions ambulatoires. Cependant, les connaissances embryonnaires en matière d'anesthésie et de réanimation, l'absence d'antibiotiques et d'anticoagulants découverts à partir de 1940, constituèrent un réel frein à l'expansion de cette pratique. [4] [5] [6]

La chirurgie ambulatoire apparaît comme activité organisée tout d'abord aux Etats-Unis, au début des années 60. Deux programmes officiels de chirurgie ambulatoire sont mis en place dans des centres hospitaliers de Californie en 1962 (J.B. DILLON et D.D. COHEN) et de Washington en 1966 (M.L. LEVY et C.S. COAKLEY). La fin des années 60 voit l'ouverture des deux premiers centres indépendants de chirurgie ambulatoire à Providence (Rhode Island, 1968) et à Phénix (Arizona, 1970). [3]

Cette alternative connaît un rapide essor [5] : dix centres indépendants sont dénombrés entre 1970 et 1975, 150 en 1983, 459 en 1985 [2]. En 1986, 838 centres sont répertoriés et 1700 en 1992. Parallèlement, en 1979, 2,6 millions d'interventions sont réalisées, 3 millions environ en 1980, 8,5 millions en 1986 et 11 millions en 1990.

Concept de chirurgie en hospitalisation ambulatoire

La(CA) est un concept d'organisation centré sur le malade ; la pratique de cette chirurgie basée sur une double démarche : d'une part ; elle implique une sélection minutieuse des patients et des actes chirurgicaux ; d'autre part ; elle nécessite l'existence d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) centrée sur les notions de qualité et de sécurité

Chapitre 1 : les caractéristiques spécifiques de la pratique de la (CAU)

Section 1 : la population concernée par la (CA)

La décision de réaliser un acte chirurgical dans le cadre ambulatoire doit être prise après une bonne réflexion antérieure : les critères spécifiques et la sélection du malade préalable à la chirurgie ambulatoire urologique

1. la sélection du patient préalable à la (CA)

Afin d'être opéré en terme de (CA) ; le malade doit répondre aux certains conditions : critères médicaux et critères psychosociaux

A. Critères médicaux :

- l'âge du patient :

Il n'existe pas d'un âge limite de la pratique de la (CAU) ; mais les risques sont plus importants chez les extrêmes âges

D'une part la (CA) est déconseillée chez le nourrisson de moins de 6 mois en raison des risques de mort subite inexplicée comme complication d'anesthésie

D'autre par les complications post opératoires (CPO) sont plus marqué chez les sujets âgés que les sujets jeunes

- les antécédents pathologiques :

L'infarctus récent et l'insuffisance respiratoire chronique sont deux contre-indication absolues (CIA) à la réalisation d'un acte chirurgical en ambulatoire

L'hypertension artérielle (HTA) est une contre-indication relative : les patients souffrant de cette pathologie doivent bénéficier d'une surveillance stricte en post opératoires ; car l'élévation des chiffres tensionnels peuvent aboutir à une hospitalisation complète

CLASSIFICATION D'ASA (American Society of Anesthesiologists):

ASA 1 : patients n'ayant pas d'autres affections que celle nécessitant un acte chirurgical

ASA 2 : patients souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale

ASA 3 : patients souffrant d'une perturbation grave d'une grande fonction vitale

ASA 4 : patients en situation de risque vital imminent

ASA 5 : patients moribonds

La chirurgie ambulatoire n'est conseillée que pour les sujets ASA 1 ; ASA 2 et type ASA 3 stabilisés. [7]

B. Critères psychosociaux :

- le rôle du contexte psychosocial :

Les critères socio environnementaux ont une importance particulière dans la prise en charge des patients en (UCA) ; il s'agit de s'assurer que les conditions de suivi post opératoires sont favorables :

- Le patient ne doit pas se retrouver seul après sa sortie de (UCA)
- Le patient doit être accompagné à son domicile par un sujet adulte ; responsable et disponible et il doit assister le malade la première nuit suivant le geste opératoire
- La distance entre le domicile et l'établissement de la sante est un critère important dont le trajet ne doit pas dépasser une heure de route
- Le patient doit disposer du téléphone et des coordonnées du médecin qui l'a opéré

Selon certains auteurs, le contexte psychosocial est un critère discriminant appelé à devenir le plus important. Il s'agit de s'assurer de la sécurité et du confort du patient à son domicile. [8]

- la discrimination des patients :

L'habitude de la sélection des patients pose un problème au développement de la (CAU) ; cette dernière ne recrute que les malades qui ne vivent pas seuls et qui disposent d'un bon niveau socioculturel

Cette sélection permet donc de réduire les risques des (CPO)

2. les critères spécifiques à la (CAU) :

La (CAU) doit être pratiquée sur des interventions dont le diagnostic et le traitement ne posent pas des complications en postopératoire ; il Ya cinq critères qui peuvent juger la réalisation ou non d'une intervention de l'unité ambulatoire :

- Le risque hémorragique doit être minime
- La durée du geste doit être courte
- Le risque algique doit être limité
- Le risque thromboembolique doit être faible
- Les fonctions vitaux (respiratoire ; cardio-vasculaire ; neurologique) ne doivent pas être touchées. [7]

Section 2 : la recherche du consentement

1. La nécessité de la recherche du consentement en (CAU) :

La réalisation d'une intervention dans le cadre de la (CA) nécessite d'avoir le consentement du malade après une information médicale de qualité ;

Cette information donnée au patient doit être accessible ; autrement dit il doit être informé de tous les actes qu'il doit subir et même des complications prévisibles

L'obligation d'une systématisation de la formule du consentement par écrit.

2. La valeur du consentement en (CAU) :

La réalisation d'un acte chirurgical dans le cadre de la (CA) ne peut pas être subit sans consentement du malade

La nécessité de la réitération du consentement ; cette réitération est moins formelle que la première ; et la présence du patient dans (UCA) urologique au jour et à la date prévus ; ainsi sa volonté d'être opéré sont une forme de réitération du consentement initial

Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne. [9]

Chapitre 2 : une organisation spécifique nécessaire :

Section 1 : les principes d'organisation :

1. Le circuit du patient dans l'UCA :

Il existe des règles rigoureuses qui encadrent le parcours du patient aux seins de (UCA) depuis la phase préopératoire jusqu'à sa sortie de l'établissement

§- la consultation préopératoire :

Cette consultation permet à la fois pour le chirurgien de poser l'indication opératoire du malade en fonction de la pathologie concernée ; et a l'anesthésiste de voir s'il Ya une contre-indication et de préciser le type d'anesthésie convenable pour ce patient

§- l'anesthésie :

L'anesthésie ambulatoire est, par définition, une anesthésie générale (AG), locale (AL) ou locorégionale (ALR) (associée ou non à une sédation) qui, soit en raison de sa brièveté, soit en raison de l'agression minimale subie par le patient, ne nécessite pas une surveillance médicale de 24 heures. Quel que soit son type, elle doit garantir aux patients les mêmes conditions de sécurité qu'une anesthésie classique.

Ainsi, le réveil est étroitement surveillé. Il s'effectue dans une salle de réveil équipée pendant une durée suffisante. Celle-ci est de deux à trois heures pour une anesthésie de moins de trente minutes et de quatre à six heures pour une anesthésie de plus de trente minutes ou avec intubation. [10]

§- la sortie de l'unité :

La décision de sortie relève du chirurgien et du médecin anesthésiste. La sortie n'est envisageable qu'en présence d'une personne qui doit raccompagner et surveiller le patient à son domicile pendant 48 heures, après lui avoir transmis les recommandations nécessaires. En l'absence de cette personne, le patient est forcément hospitalisé. [11]

Le lendemain de l'intervention, les patients sont systématiquement contactés par téléphone.

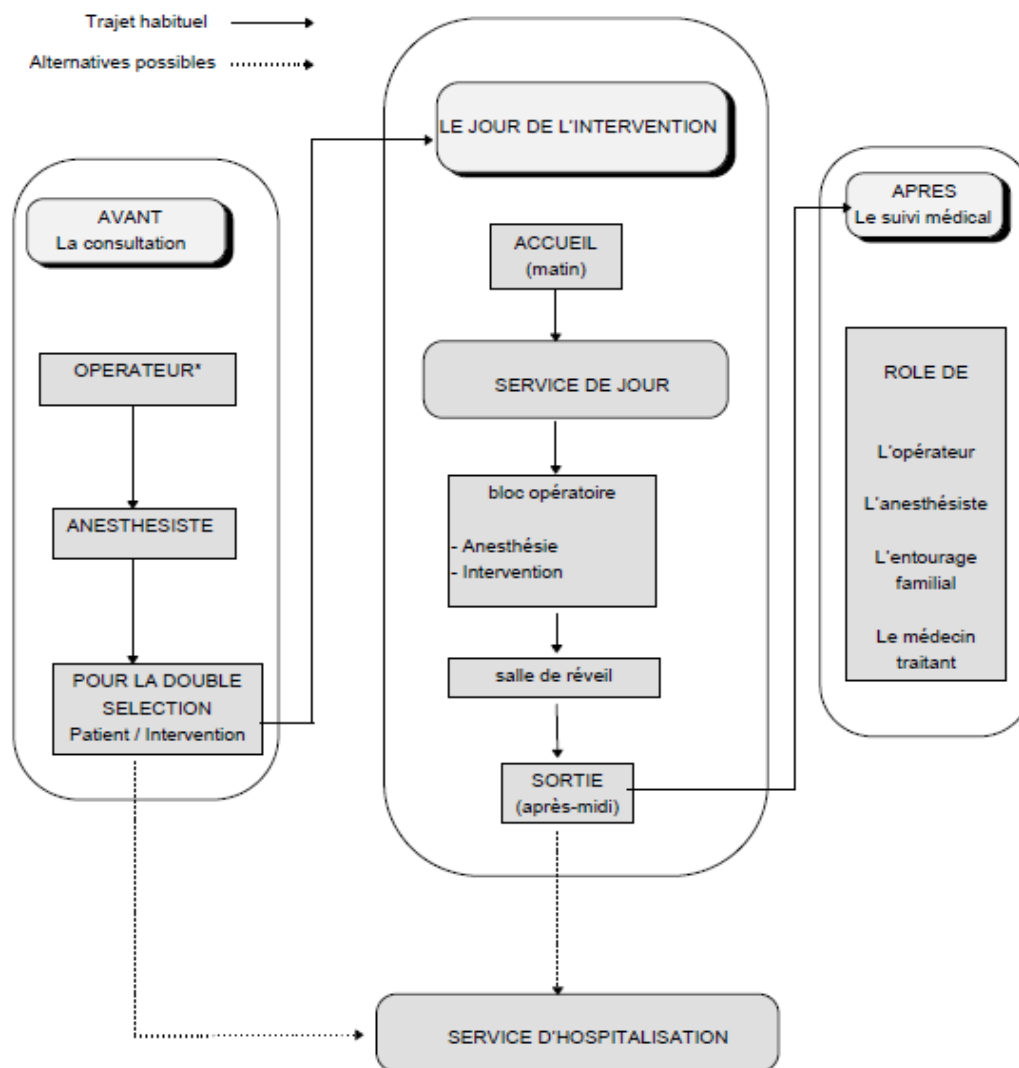


Fig.1 : Circuit du patient en structure de (CA) [43]

2. La qualité de séjour du patient :

§-l'accueil du patient et de ses accompagnants :

Il doit être dans un endroit calme ; et l'attitude compréhensive et à l'écoute de l'ensemble du personnel médical et paramédical joue un rôle majeur dans la diminution de l'anxiété du malade

Ainsi l'accompagnement des membres de la famille du patient doit être le plus loin possible dans la structure des soins ; car ils jouent un rôle de soutien pour le patient

§-l'information du malade et de ses accompagnants :

Chaque patient pris en charge en ambulatoire doit être informé de tous les actes médicaux et chirurgicaux qu'il aura ; ainsi que des risques postopératoires prévisibles ;

Cette information doit être simple et accessible ; et le chirurgien urologue et l'anesthésiste doivent s'assurer que les informations qui lui ont été données sont bien comprises par le patient et sa famille

L'information doit être donnée à toute étape de prise en charge :

- La date et heure de la consultation préopératoire et de l'intervention chirurgicale
- Informations sur l'acte chirurgical qu'il va subir ; ainsi les consignes à suivre en pré et en postopératoire
- Le type d'anesthésie (Rachianesthésie (RA) ; AG ou AL)

Chaque malade opéré doit bénéficier d'un compte rendu d'hospitalisation et opératoire à sa sortie de (UCA)

La gestion de l'analgésie demeure un des maillons faibles dans la qualité de prise en charge des douleurs post opératoire (DPO). Dans l'étude de Tong et al. [1] [15], dans 50% des cas ; l'information sur la gestion de l'analgésie à domicile était mal dispensée, et donc source d'une mauvaise observance thérapeutique. A l'inverse

Robaux et al. [1] [16] ont démontré que l'anticipation et l'information claire sur l'analgésie post opératoire diminuent pas quatre l'incidence des (DPO).

Enfin ; la conduite d'automobile doit être proscrite pendant 24 heures après une anesthésie en raison du risque majoré d'accident. [14]

Section 2 : la structure des soins et le personnel :

1. l'organisation de la structure ambulatoire :

L'organisation des structures de (UCA) constitue un rôle fondamental dans la prise en charge

Ces structures doivent être facilement identifiables par le patient et sa famille ; et organisées en un ou plusieurs unités bien individualisées sur le même site hospitalier.

De manière générale, l'architecture d'une structure de (CA) tend la plupart du temps à se rapprocher d'un modèle classique à cinq zones. Ce modèle est composé :

- d'une zone d'accueil : premier lieu de contact du patient avec la structure, cette zone doit aussi accueillir l'accompagnant ;
- d'une zone patient : qui comporte en général des vestiaires, des douches, une salle d'attente, une salle de consultation ;
- d'une zone opératoire : regroupant une salle d'opération, un laboratoire destiné à effectuer des analyses rapides et un lieu pour la stérilisation ; la présence d'une salle d'induction est spécialement utile dans le cas de (ALR)

- d'une salle de réveil : localisée près du bloc opératoire (BOP). Elle communique avec une salle de repos qui possède à la fois un rôle technique de surveillance et un rôle hôtelier. Elle est aujourd'hui qualifiée de salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) ;
- d'une zone de personnel bien souvent négligée. [10] [12] [13]

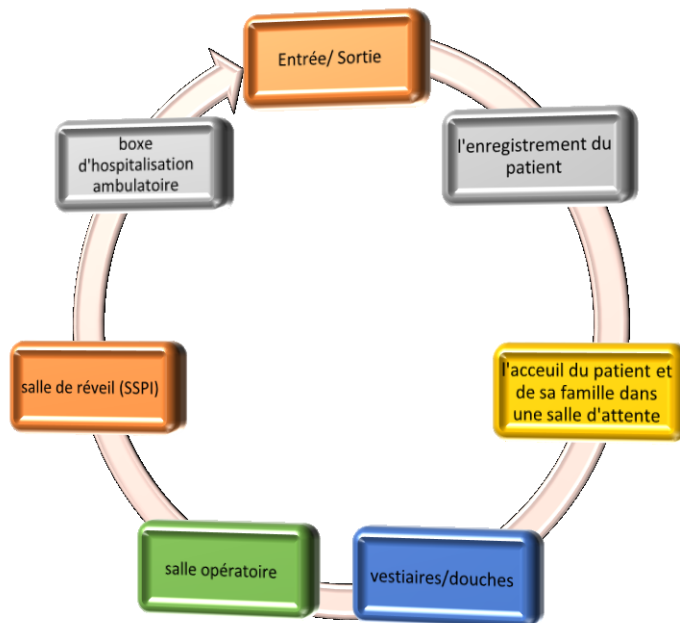


Fig.2 : plan de structure de l'unité de chirurgie ambulatoire

Enfin (UCA) urologique doit être respectée ; seuls les malades programmés au planning opératoire vont être opérés dans cette unité ; et il n'est pas possible de mélanger les patients relevant de l'ambulatoire et ceux relevant d'une hospitalisation complète

On distingue 4 types d'organisation ambulatoire : [9]

- Structures intégrées : ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité

d'hospitalisation classique. Le (BOP) est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires.

- Structures autonomes : ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un (BOP) dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel
- Structures satellites : ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire (bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé en dehors du bloc traditionnel dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement)
- Structures indépendantes : ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Il s'agit d'une structure de (CA) totalement détachée d'un établissement de soins classiques (hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement)

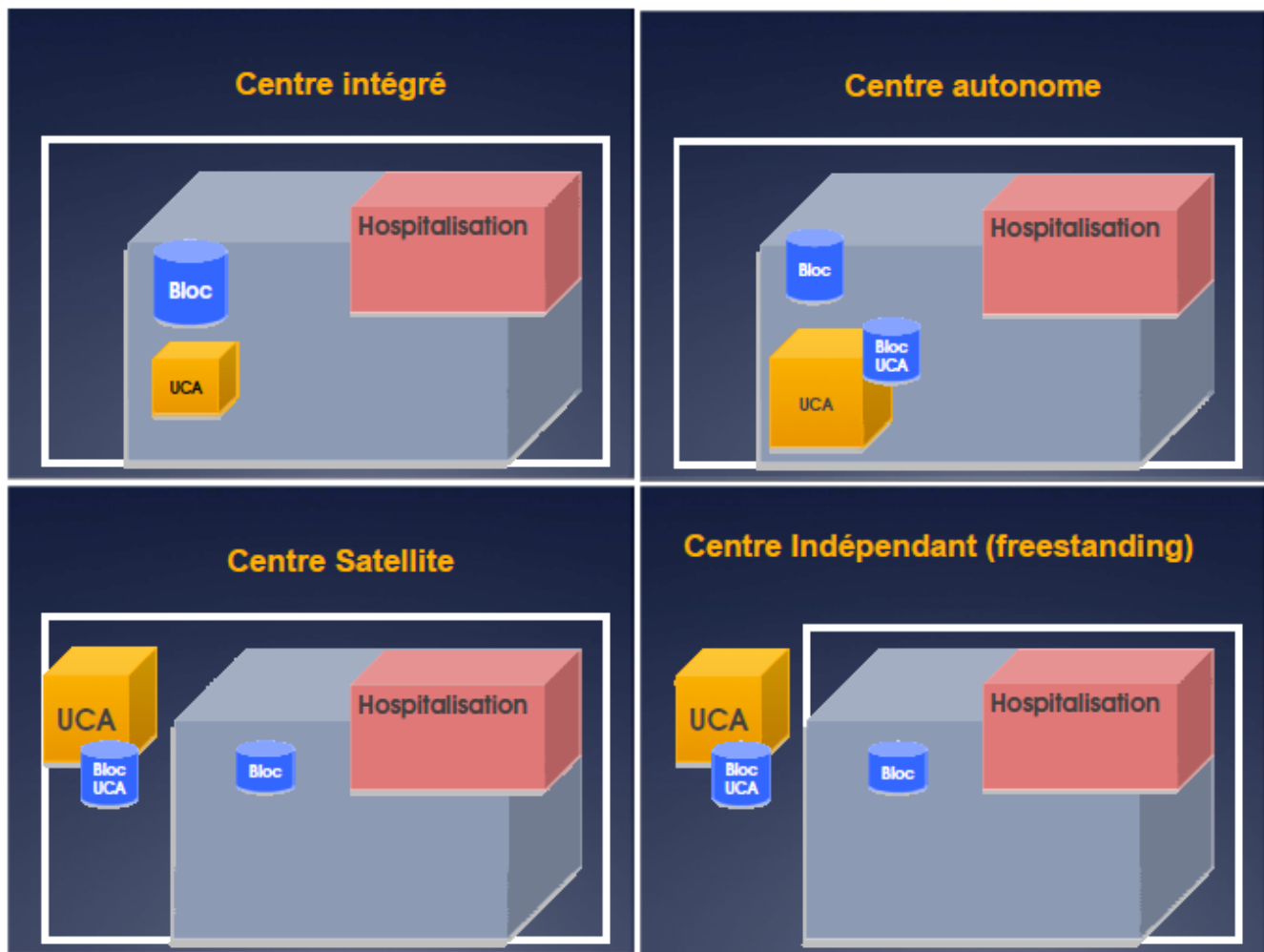


Fig.3 : 4 types d'organisation ambulatoire

2. Equipements de la salle ambulatoire d'urologie :

Les équipements de la salle ambulatoire sont divisés sur 3 entités :

- entité géographique :
 - bloc opératoire classique à proximité immédiat de l'unité d'hospitalisation ambulatoire
 - temps de brancardage avec une communication entre le bloc et les zones d'accueil
 - trajet court sans ascenseurs

- la salle d'induction et la salle de réveil doivent être à proximité immédiates
- circuit de stérilisation disponible
- entité technique :
 - brancards
 - scope
 - fluides
 - matériels d'endoscopies
 - aspirations
 - table opératoire
 - éclairage
 - matériel chirurgical
 - respirateur est nécessaire d'anesthésie
- Entité humaine :
 - anesthésistes : soit AG brève ou ALR adapté avec un réveil facile des malades en SSPI.
 - opérateurs : les interventions doivent être courtes avec un programme opératoire équilibré

3. Organisation du personnel :

Une collaboration optimale entre tout le personnel (réanimateurs, chirurgiens, aides-chirurgiens, administrateurs, infirmiers, et le personnel soignant) permet d'améliorer la qualité de soins au sein de l'unité ; et d'assurer une programmation rigoureuse de l'acte opératoire ainsi d'éviter les (CPO).

Enfin Le médecin généraliste traitant doit être informé de l'entrée de son patient a (UCA) ; et il est destinataire d'un compte rendu opératoire nécessaire pour le suivi post opératoire du malade lors de son retour à domicile.

MATERIELS ET METHODES

A. TYPE D'ETUDE :

Notre travail est une étude rétrospective conduite au sein du service d'Urologie CHU Hassan II de Fès ; portant sur tous les malades opérés à froid au bloc central dans le cadre de (CA) sur une durée s'étalant de 2014 à 2015

B. METHODE D'ETUDE :

Les données d'étude sont collectées à partir des dossiers archivés et aux données du système d'Hosix au sein du service d'Urologie

C. LES OBJECTIFS D'ETUDE :

Est d'offrir à l'ensemble des urologues un guide leur permettant de développer la pratique d'une (CAU) de qualité avec les mêmes conditions de sécurité qu'en hospitalisation traditionnelle en intégrant les technologies et les concepts d'organisation les plus actualisés

Nous visons également à fournir des documents d'information aux médecins généralistes et aux patients ainsi qu'à l'ensemble des Co-intervenants en chirurgie ambulatoire de l'établissement de santé

D. LES CRITERES D'INCLUSION :

Tout malade opéré à froid au bloc central CHU Hassan II dans le cadre de (CAU) ; présentant les pathologies suivantes :

- la varicocèle
- l'hydrocèle

- les urétérohydronephroses (UHN) ou (montée de la sonde double J ou changement de la sonde double j)
- les kystes épидидymaires
- la cryptorchidies
- les hernies inguinales
- la cystoscopie diagnostique
- la sténose de l'urètre

Ainsi que les gestes réalisés aux explorations fonctionnelles :

- ablation de la sonde double j
- fibroscopie souple
- biopsie prostatique

E. LES CRITERES D'EXCLUSION :

- Les patients opérés aux urgences pour les pathologies sus décrites
- les patients non enregistrés

RESULTATS

A. Caractères Epidémiologiques :

1. Répartition des malades selon le sexe :

Durant notre période d'étude ; 25 malades ont été opérés au bloc central d'urologie au sein de CHU Hassan II dans le cadre de (CA) ; dont 20 sont des hommes et 5 sont des femmes soit 80 % des hommes et 20% des femmes

Sexe / Ratio : H / F : 4

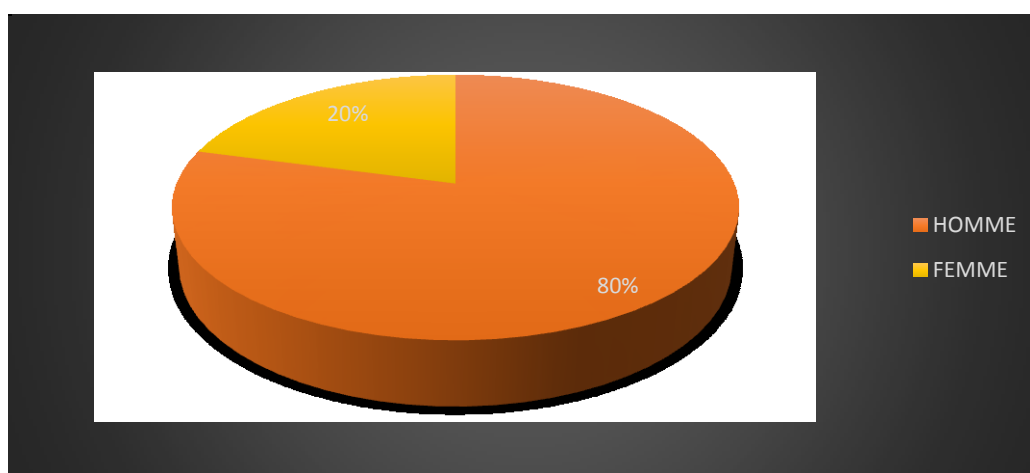


Fig. 4 : Répartition des malades selon le sexe

2. répartition des malades selon l'âge :

La population étudiée ; l'âge de nos patients est en moyenne de 39.9 ans ; avec des extrêmes entre 17ans et 80ans

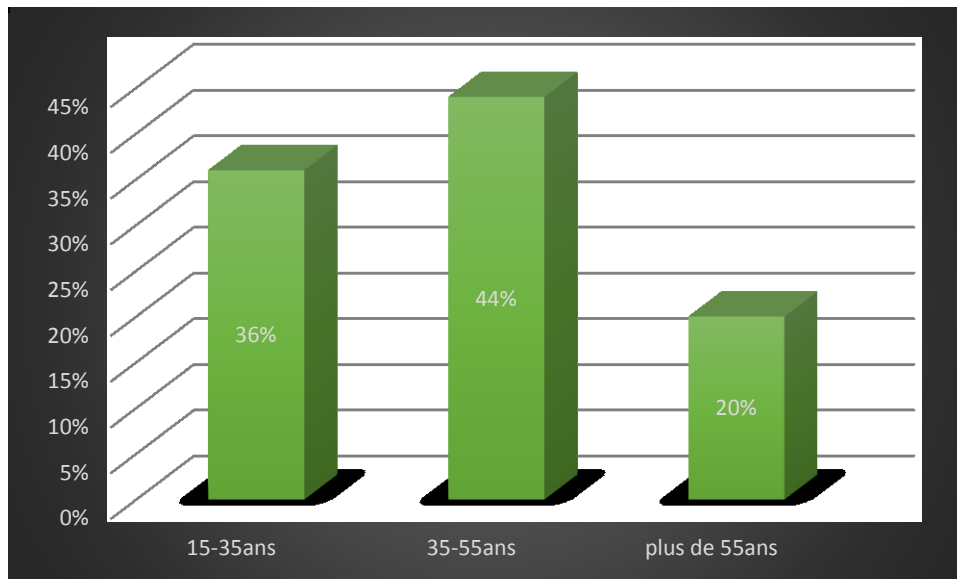


Figure 5: répartition selon l'âge

3. répartition des malades selon le lieu d'habitat :

La figure suivante montre la répartition des malades en fonction de ses lieux d'habitat :

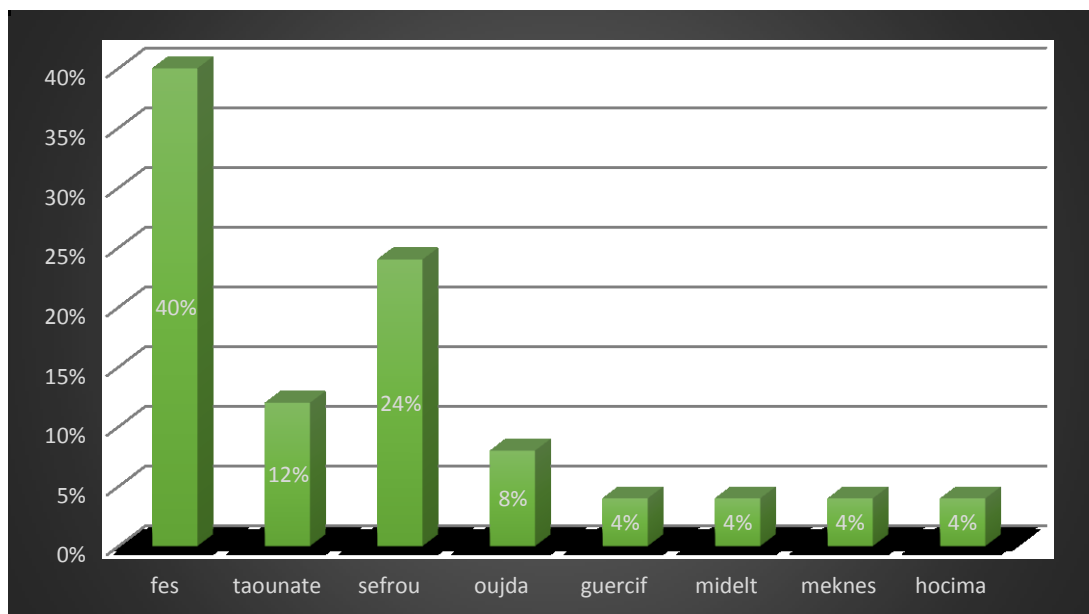


figure 6 : répartition des malades selon le lieu d'habitat

B. les pathologies et les facteurs des risques :

Différentes pathologies qui ont été relevées dans notre étude ; il s'agit de :

- les (UHN) (montée de sonde double J) : trouvée chez 10 patients de notre population étudiée soit 40%
- les cryptorchidies : chez 6 malades soit 24%
- Les varicocèles : chez 4 malades soit 16%
- Les hydrocèles : chez 3 malades soit 12%
- Les hernies : chez un malade soit 4%
- Les kystes épидидymaires : chez un malade soit 4%

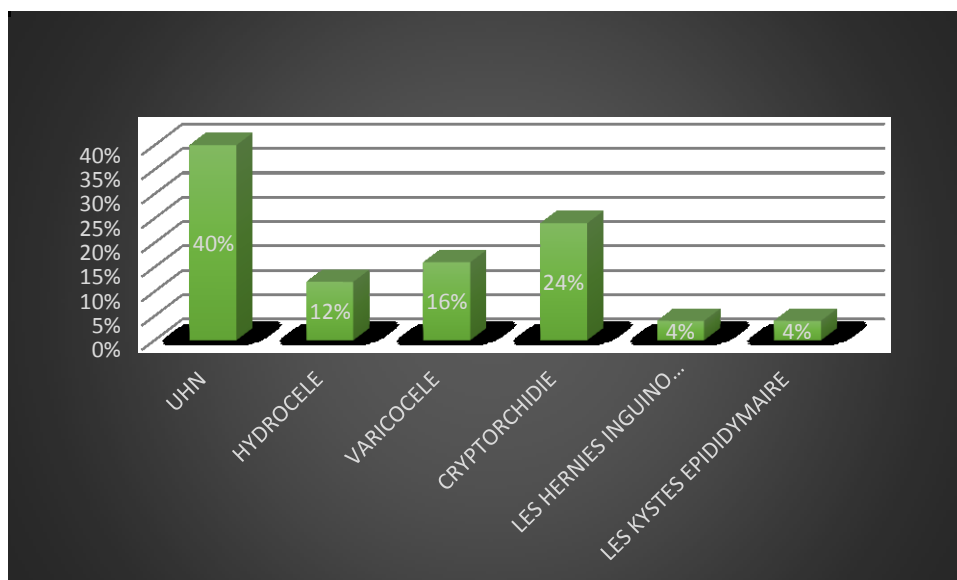


Fig.7: la répartition des pathologies de notre étude

Chaque pathologie sus décrite présente des facteurs de risques particuliers :

1. les (UHN) (montée de sonde double J) :

Il s'agit d'une dérivation urinaire entre le rein et la vessie par l'intermédiaire d'une sonde double J en cas d'obstruction des voies excrétrices : 6 facteurs de

risques ont été trouvés chez 10 patients de notre population d'étude ; sont les suivants :

- La lithiase rénale : chez 4 patients présentant une (UHN) soit 40%
- Le syndrome de jonction pyelo-urétérale (SJPU) : chez un patient soit 10 %
- Les adénopathies retro péritonéale (ARP) : chez un patient soit 10%
- Le Méga uretère : chez un patient soit 10%
- La tumeur du col utérin : chez 2 patientes soit 20%
- La fibrose retro péritonéale (FRP) : chez une patiente soit 10%

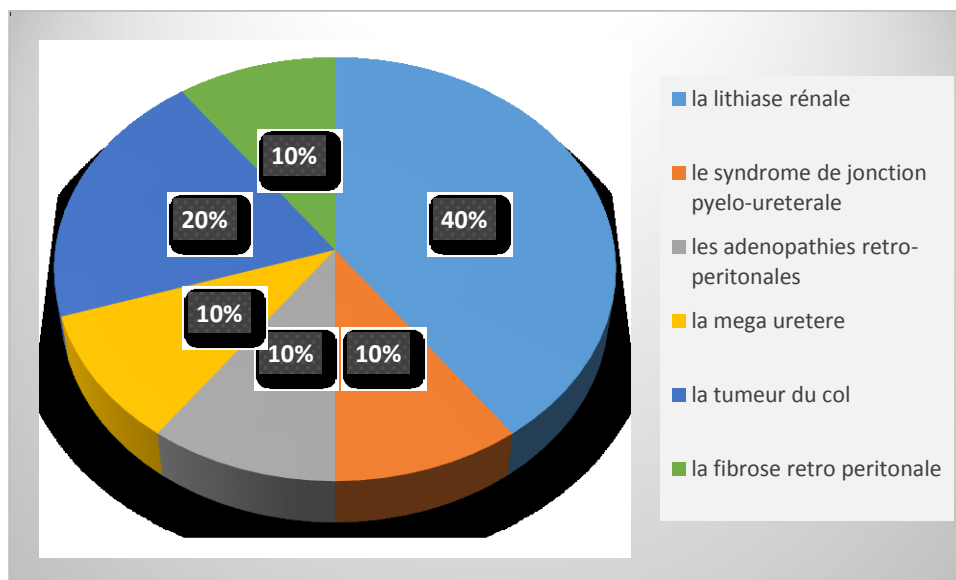


Fig.8: Facteurs des risques des UHN

2. les cryptorchidies :

C'est l'absence d'un ou des deux testicules dans le scrotum ; elle inclut l'ectopie testiculaire qui est l'insertion du testicule dans un autre endroit hors des bourses et de son trajet normal en raison d'un arrêt de migration du testicule lors de son trajet de descente entre la région lombaire et son emplacement naturel dans le scrotum

Aucun facteur du risque n'est trouvé chez les 6 patients opérés pour cette pathologie

3. les varicocèles :

C'est une importante dilatation variqueuses des veines du cordon spermatique (située dans les bourses au-dessus et au tour de chaque testicule) cette dilatation est la conséquence de mauvais fonctionnement de valves situées dans les veines ; le sang ne parvient pas à remonter le long des veines pour rejoindre les veines les plus importantes (VRG et la VCI). Il existe 4 facteurs des risques principaux repartis sur nos patients selon le tableau suivant :

Facteurs de risques	Nombre des patients	Fréquence
Tabac	3	75%
sédentarité	0	0%
obésité	1	25%
dyslipidémie	1	25%

Fig.9 : Facteurs de risques des varicocèles

4. les hydrocèles :

Epanchement de liquide entre les 2 feuillets de la vaginale qui est un enveloppe qui entoure le testicule ; peut-être idiopathique ou secondaire a une infection ; cancer testiculaire ou traumatisme.

Donc les 3 patients inclus dans notre étude présentant la pathologie est d'origine idiopathique soit 100%

5. les hernies inguino-scrotales :

C'est une pathologie fréquente ; qui se manifeste par une tuméfaction de l'aîne cause par le passage d'une portion de péritoine contenant les viscères abdominaux au travers le canal inguinal ou directement au travers les muscles abdominaux. Chez le seul patient inclus dans notre étude ; on a trouvé 3 facteurs de risques .sont :

- Surpoids
- Constipation
- Toux chronique

6. les kystes épидидymaires :

C'est petite cavité kystique remplie de liquide au niveau de la tête de l'épididyme ; la dilatation kystique peut être palpée.

Aucun facteur de risque n'est trouvé chez notre patient

C. Clinique :

1. Mode de début :

Le mode d'installation était progressive pour tous les 25 cas de notre population d'étude soit une fréquence de 100%

2. Signes Cliniques :

❖ les UHN (montée de sonde double J) :

1. lombalgies : ce signe était trouvé dans tous les 10 cas (fréquence de 100%)
2. troubles urinaires de bas appareil (TUBA) : sont notés chez 4 cas (fréquence de 40%)
3. notion d'émission des calculs : chez 3 patients (fréquence de 30%)
4. l'hématurie et les troubles digestifs : étaient trouvés chez une patiente soit une fréquence de 10%

❖ la cryptorchidie :

L'absence de l'un ou des deux testicules est le seul symptôme isolé chez les 6 cas présentant cette pathologie ; avec une fréquence :

- L'absence de testicule gauche : 33%
- L'absence de testicule droit : 0%
- L'absence des deux testicules : 67%

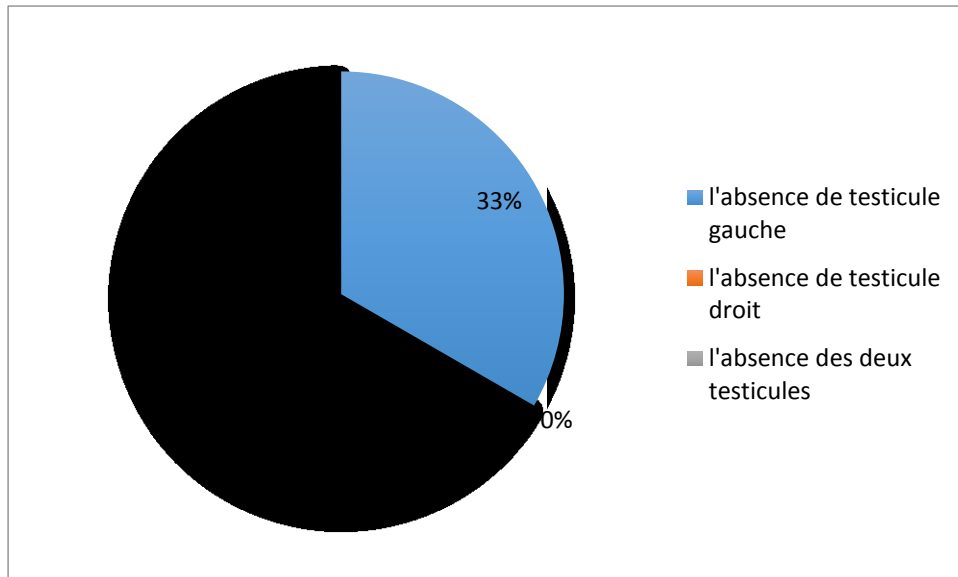


Fig.10:symptômes de la cryptorchidie

❖ les varicocèles :

1. grosse bourse : chez 75 % des cas
2. sensation de pesanteur : trouvé chez 1 cas soit 25%
3. douleurs à l'effort : chez 25% des cas
4. gêne aux moments des rapports : ce symptôme n'est pas trouvé chez nos patients

<u>Symptôme</u>	<u>Nombre des cas</u>	<u>Fréquence</u>
Grosse bourse	3	75%
Sensation de pesanteur	1	25%
Douleur à l'effort	1	25%
Gene au moment de rapport	0	0%

Fig.11 : Symptômes de la varicocèle

❖ les hydrocèles :

Le principale signe clinique qui est trouvé chez les 3 cas de notre étude c'est la grosse bourse ; avec une fréquence :

- Gauche : chez 67% des cas
- Droite : chez 0% des cas
- Bilatérale : 33% des cas

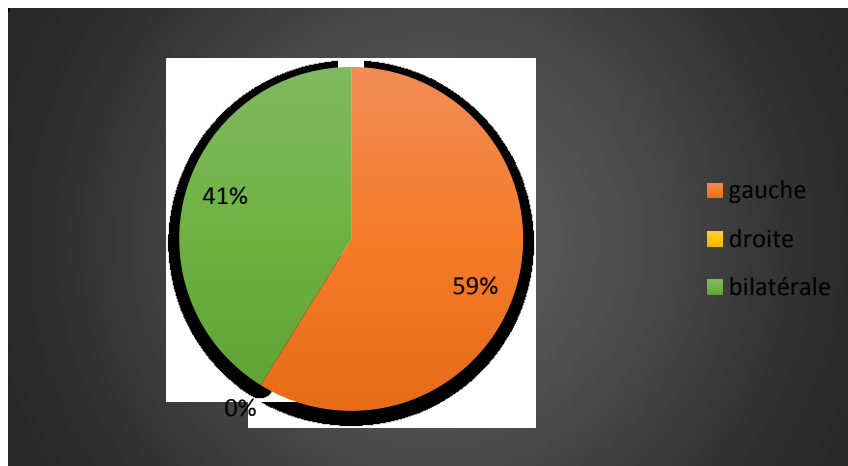


Fig.12:grosse bourse

Le second symptôme est le syndrome obstructif sous vésical : trouvé chez un cas soit 33%

❖ les hernies inguinales :

Deux symptômes sont isolés chez notre cas : grosseur de l'aïne et la pollakiurie

❖ les kystes épидidymaire :

Le seul signe clinique isolé chez notre malade est la grosse bourse unilatérale (droite)

A noter que les symptômes étaient associés dans la plupart des 25 cas

D. Paraclinique :

1. Biologie :

❖ les UHN (montée de sonde double J) :

La fonction rénale est correcte chez 70 % des cas ; et 30% pour les malades présentant une fonction rénale altérée ; la fréquence est présentée par le diagramme

Suivant :

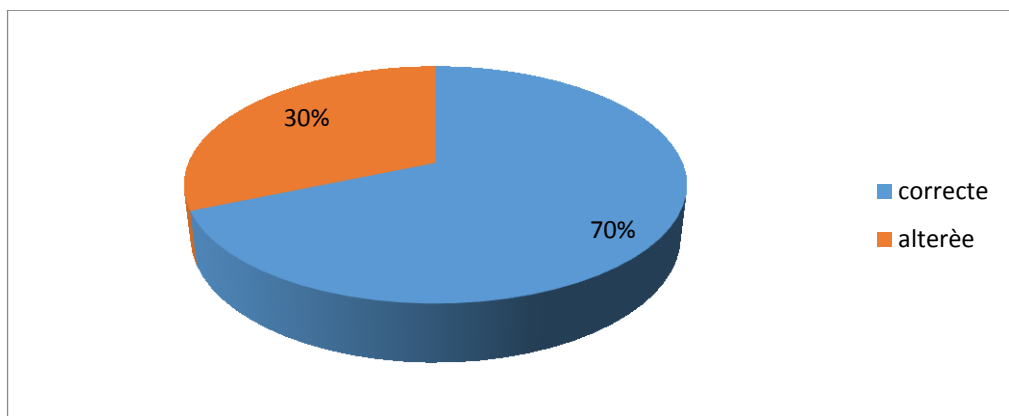


Fig.13: La Fonction rénale

❖ la cryptorchidie :

1. spermogramme : l'azoospermie est retrouvée chez 33% des cas ; et normal chez 17% des cas ;
2. Dosage de la testostérone : est normal chez les 3 patients bénéficiant de ce test biologique soit une incidence de 50% ;
50 % des cas n'ont pas bénéficiées de ce bilan biologique

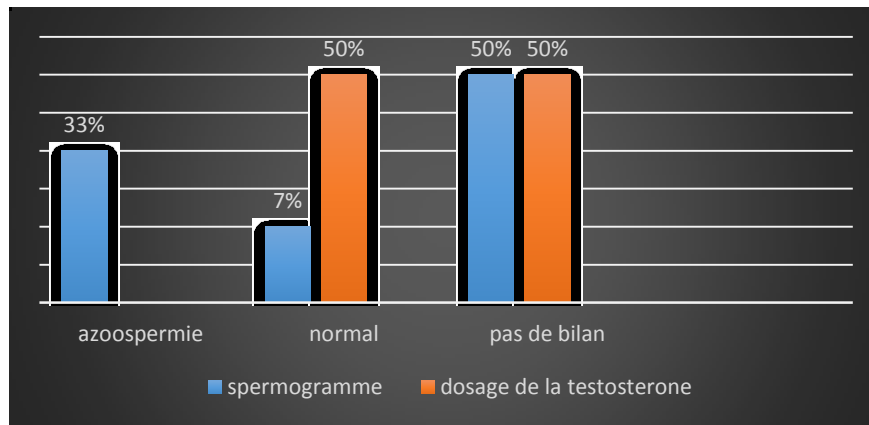


Fig.14:la biologie de la cryptorchidie

❖ les varicocèles :

1-spermogramme : _Oligoasthénospermie trouvé chez 50% des cas

_ Normal chez 25% des cas

25% des cas n'ont pas de spermogramme

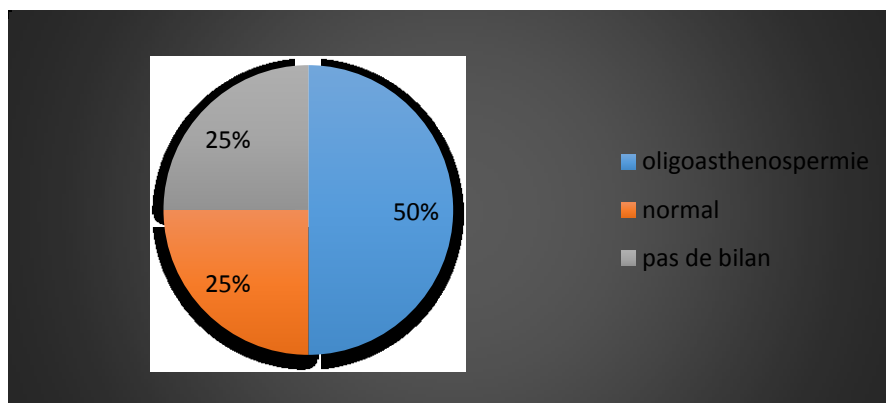


Fig.15:spermogramme chez les varicocèles

A noter qu'aucune anomalie biologique n'est décelée pour les pathologies restantes.

2. Radiologie :

❖ les UHN (la montée de sonde double J) :

Echographie rénale : chez 10 patients de notre population d'étude :

- 4 patients ont une UHN gauche
- 2 patients ont une UHN droite
- 4 patients ont une UHN bilatérale

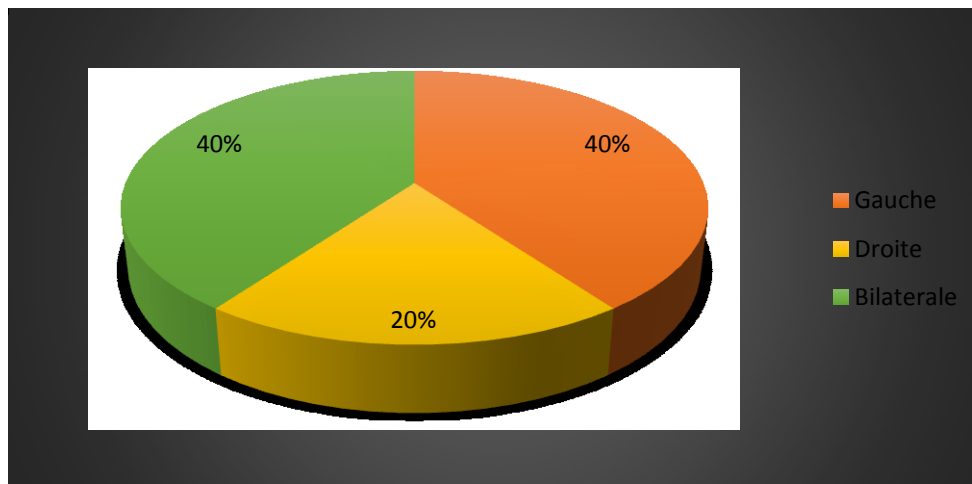


Fig.16: Echographie chez les UHN

❖ Les Cryptorchidies :

Echographie du Conteneu scrotale : l'absence du testicule :

- Gauche : chez 33% des patients
- Droit : chez aucun patient
- Bilatérale : chez 67% patients

❖ Les Varicocèles :

Echographie du contenu scrotale : la dilatation des veines spermatices :

- Gauche : chez 3 patients soit une fréquence de 75%
- Droite : chez aucun patient de notre population
- Bilatérale : chez 1 patient soit une fréquence de 25%

❖ Les Hydrocèles :

Echographie du contenu scrotale :

- l'abondance : chez 3 patients de notre population d'étude :
 - grande abondance : fréquence de 67%
 - moyenne abondance : fréquence de 33%
- l'hydrocèle :
 - Gauche : chez 67%
 - Droite : chez aucun patient
 - Bilatérale : chez 33%

❖ Les kystes épидидymaires :

Echographie du contenu scrotale : chez le seul patient de notre étude :

- Kystes épидидymaire multiples

❖ Les hernies inguino-scrotales :

Aucun examen radiologique n'est réalisé pour notre patient

Echographie du contenue scrotale(le coté atteint)	gauche	droit	bilatérale
Cryptorchidie	33%	0%	67%
Varicocèle	75%	0%	25%
Hydrocèle	75%	0%	25%
Kyste épидидymaire	0%	0%	100%

Fig.17 : tableau récapitulatif contenant les différents résultats de l'échographie scrotale

E. Traitement chirurgical :

1. Les UHN (montée de sonde double J) :

Le traitement chirurgical des UHN est basé sur une montée de sonde double J

Chez 10 patients de notre population d'étude :

- Montée de sonde du côté gauche : chez 50% des cas
- Montée de sonde du côté droit : 20% des cas
- Montée de sonde bilatérale : 30% des cas

2. Les Cryptorchidies :

Chez 6 patients opérés dans le cadre de la (CA) dans notre formation :

- 2 patients ont bénéficiés d'une orchidopexie gauche soit une fréquence de 33%
- Une orchidopexie bilatérale chez 67% patients

3. Les varicocèles :

Le traitement chirurgical des varicocèles est la ligature chirurgicale des veines spermatiques :

- En cas de douleur intense : chez 50% des cas
- En cas d'hypofertilité : chez 50 des cas

4. Les Hydrocèles :

Le traitement chirurgical est l'évacuation de l'épanchement intra vaginal ; chez les 3 patients présentant cette pathologie :

- Evacuation de l'hydrocèle gauche : 67%
- Evacuation de l'hydrocèle bilatérale : 33%

5. les kystes épидидymaires :

Chez le seul patient de notre population d'étude ; il a bénéficiée d'une exérèse chirurgicale de multiples kystes épидидymaires

6. les hernies inguinoscrotales :

La réduction chirurgicale chez le patient présentant la hernie inguinoscrotale

F. La durée de séjour :

1. pré opératoire :

25 patients de notre population d'étude opérés dans notre formation dans le cadre de la (CA) ; la durée de séjour pré opératoire est :

- 0 jours chez 22 patients soit une fréquence de 88%
- 1 jour chez 2 patients : 8% des cas
- 3 jours chez un seul patient soit 4% des cas

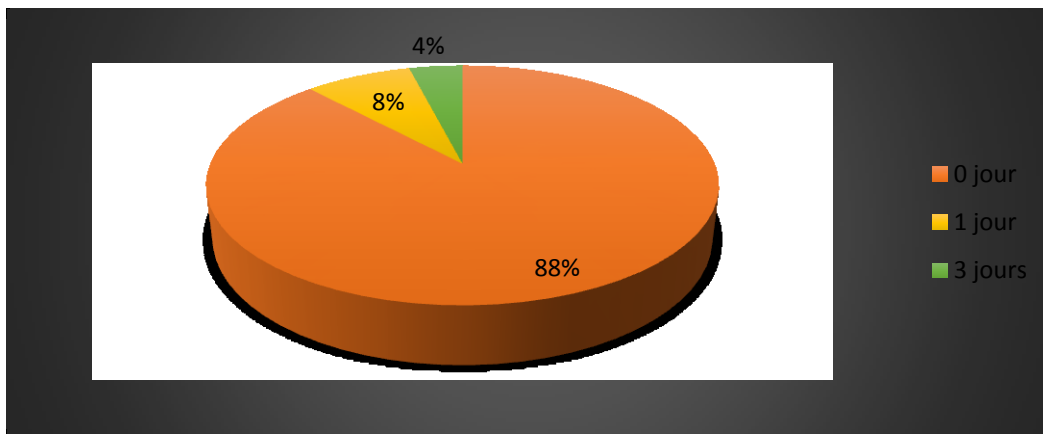


Fig.18:La durée de séjour pré opératoire

2. post opératoire :

La durée du séjour post opératoire est :

- 0 jours chez 23 patients : soit une fréquence de 92%
- 1 jour chez un seul : fréquence de 4%
- 2 jour chez un autre soit une fréquence de 4%

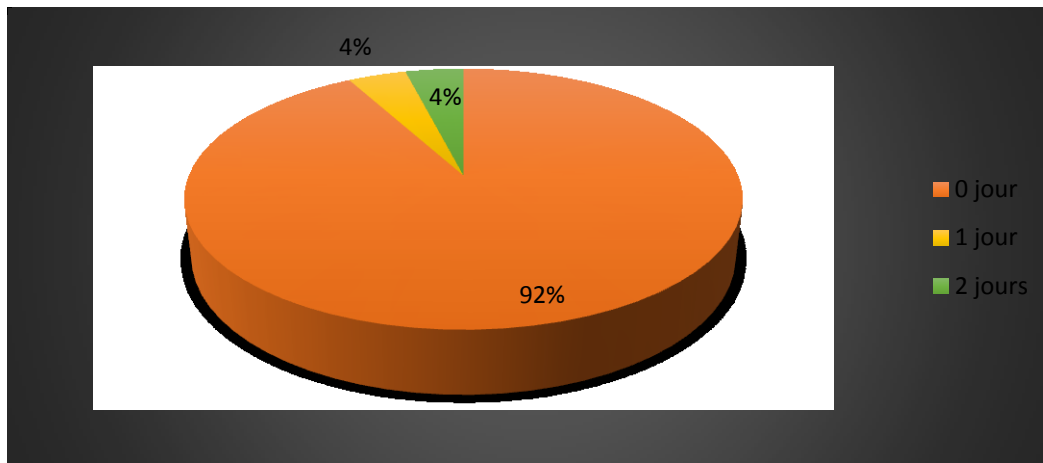


Fig.19: la durée du séjour post opératoire

3. Totale :

La durée totale de la prise en charge de nos patients bénéficiant d'un geste chirurgical dans le cadre de la (CA) est la suivante :

- 0 jours chez 21 cas : fréquence de 84%
- 1 jour chez 2 cas : fréquence de 8%
- 2 jours chez 2 cas : fréquence de 8%

Donc 84% des patients opérés dans notre formation dans le cadre de la (CA) ont bénéficiés d'un geste chirurgical pour leurs pathologies et sortants le même jour de l'intervention

G. Complications post opératoires (CPO) :

Aucune complication post opératoire ni individualisés pour l'ensemble des patients de notre population d'étude

H. Cout global :

Le cout global de la prise en charge de nos patients bénéficiant d'un geste chirurgical dans le cadre de la chirurgie ambulatoire est trop diminué par rapport au cout du même geste réalisé en hospitalisation complète.

PATHOLOGIE	LE COUT MOYEN DU GESTE DANS LE CADRE D'UNE HOSPITALISATION AMBULATOIRE	LE COUT MOYEN DU GESTE DANS LE CADRE D'UNE HOSPITALISATION COMPLETE	RAPPORT : CHC/CHA
UHN	1692,65 DH	3200,34 DH	1.89
Cryptorchidies	603,21 DH	2023,34 DH	3.35
Varicocèles	809,24 DH	2400,00 DH	2.96
Hydrocèles	800,6 DH	1920,64 DH	2.4
Kystes épididymaires	859,33 DH	2030,85 DH	2.36
Hernies inguinoscrotales	840,10 DH	1911,84DH	2.37

DISCUSSION

A. La chirurgie ambulatoire en urologie (CAU) :

La chirurgie urologique est longtemps restée fondée sur des méthodes invasives et donc particulièrement éprouvantes pour le patient, jusqu'à la deuxième moitié du XIX siècle ; les interventions a défaut d'anesthésie, entraînait des douleurs atroces pour le patient, Les délais de récupération était longs et les risques de complication élevés. La chirurgie ne pouvait qu'être associée à une durée longue de prise en charge ; cependant l'idée de substituer à l'hospitalisation complète une prise en charge chirurgicale de très courte durée (une journée) est relativement ancienne.

Selon une conférence de consensus réunie en mars 1993 ; la chirurgie ambulatoire recouvre <<l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un (BOP); sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une (SPOP) ; permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son admission>>. [7]

Donc, La (CA) est un concept autant qu'une pratique : elle implique une réflexion organisationnelle, thérapeutique et architecturale toujours centré sur la prise en charge du patient. Il s'agit enfin d'une alternative à l'hospitalisation qui prétend faire progresser la chirurgie.

Ce mode de prise en charge se heurte à un certain nombre de contraintes qui entravent son développement, la (CAU) exige en effet une sélection rigoureuse des patients, la définition d'une organisation spécifique, le respect de normes

techniques contraignantes, une individualisation des installations, une coordination étroite avec la médecine de ville.

B. Evaluation bénéfiques/risques :

Peu d'études sont disponibles, mais les taux de mortalité et de morbidité majeure rapportés sont très faibles. [17]

- **Bénéfices :**

1. **un risque thromboembolique diminué :**

Le risque thromboembolique est inférieur à celui de la chirurgie en hospitalisation traditionnelle. Et comme pour toute intervention chirurgicale ce risque doit être évalué en fonction du geste et du terrain. La (CA) permet de raccourcir l'incapacité postopératoire et le temps de convalescence. Elle réduirait également le risque de complications thromboemboliques causé en partie par l'alitement [18] [19] [20]

2. **un risque d'infections nosocomiales réduit :**

Le risque d'infection associée aux soins est diminué en chirurgie ambulatoire dans la mesure où il augmente en proportion avec la durée d'hospitalisation ; ce risque d'infection est également diminué du fait de l'utilisation de techniques mini-invasives préférentiellement réalisées en (CA). Un argument médical très souvent invoqué en faveur du développement de la (CA) est celui de la réduction du risque d'infection nosocomiale [21].

3. Un mode de prise en charge adapté au confort des patients :

La recherche d'une reprise rapide de l'autonomie et de l'activité complète du patient ; les mesures employées sont diverses : limitation du jeûne préopératoire ; prévention de l'hypothermie ; optimisation de l'analgésie ; gestion individualisées des apports liquidiens ; utilisation limitée des drains et des sondes ; réalimentation précoce et mobilisation rapide. [1]

Ensuite, la prise en charge ambulatoire (PCA) entraîne peu de modifications dans la vie quotidienne du patient et dans son environnement. Le raccourcissement de l'incapacité postopératoire accélère la réinsertion familiale, scolaire et professionnelle. La continuité des liens du patient avec son environnement familial et social sont préservés, la reprise de l'activité professionnelle est en général plus rapide, la réadaptation n'en est que plus facile.

4. la réhabilitation précoce :

La réhabilitation précoce qui s'inscrit au sein d'un chemin clinique impliquant la participation active du patient ; présente comme principale avantage de diminuer le taux de complications per opératoires (CPP) et la durée d'hospitalisation ; elle contribue également à une bonne satisfaction des patients, cette réhabilitation précoce, que les Anglo-Saxons nomment enhanced recovery ou fast-track surgery, développée initialement en chirurgie digestive [1] [22] mais applicable également à la chirurgie urologique [1] [23]

5. utilisation moindre des ressources :

L'optimisation des coûts et une meilleure allocation des ressources ; la (CA) peut contribuer à l'amélioration de l'efficacité économique ; ainsi une bonne rationalisation des dépenses de santé. En 2007, l'IAAS a rapporté 19 études publiées concernant 8 types d'intervention dans 5 pays montrant que le coût de la chirurgie ambulatoire était inférieur à l'hospitalisation classique dans des proportions allant de -25 à -68% [24]

• Risques :

- La douleur post opératoire (DPO) ; les nausées et les vomissements post opératoire (NVPO) ; sont fréquents après une intervention dans le cadre de la (CA) ; ils altèrent la prise en charge ; augmentent le taux d'admission et de réadmission ; de consultation extrahospitalières et sont sources d'insatisfaction pour les patients et leur famille. la (DPO) augmente par ailleurs le risque d'apparition d'une douleur chronique post chirurgicale (DCPO) [25]
- La rétention urinaire post opératoire est une complication fréquente, dont le taux varie de 4 à 29% toutes chirurgies confondues [35] [36]. Dans l'étude rétrospective de Twersky évaluant 6243 patients, la rétention urinaire représentait 6.1% des causes de ré hospitalisation [37]

C. Satisfaction des patients et des professionnels :

1. Satisfaction des patients :

La (CA) suscite la satisfaction des patients [17]. Dans une enquête récente réalisée auprès des patients ; Les critères déterminants la satisfaction des patients dans (UCA) ; sont :

- L'attitude avenante de l'équipe du bloc et la visite de chirurgien en zone de repos
- La prise en charge des (DPO) et des (NVPO)
- La délicatesse de l'intraveineuse
- La diminution des délais d'attente ; le délai de récupération et l'information régulière de la famille sur le déroulement de la prise en charge [38]

2. Satisfaction des professionnels de santé :

- Personnel hospitalier : la satisfaction des professionnels de santé hospitalier semble réelle bien qu'elle ait fait l'objet de peu d'études [39] (un travail bien structuré ; organisation complète de déroulement des gestes opératoires ; de matériels et des horaires)
- Personnel de ville : la satisfaction des professionnels de santé de ville (médecin généralistes ; infirmière libérale ...) est souvent grevée par le manque d'information et de collaboration de la part de l'établissement de santé et la crainte d'avoir à se substituer au chirurgien pour gérer les suites post opératoires.

D. Les caractéristiques de (UCA) :

Il n'y a pas de modèle idéal pour la pratique de la (CA) car l'architecture existante et les ressources humaines diffèrent d'un établissement de santé à l'autre pour imaginer un modèle unique architectural ou d'organisation.

Le respect des contraintes d'horaires constitue un problème majeur avec lequel les responsables doivent composer l'unité de lieu aidant à garantir l'unité de temps.

Un des facteurs de réussite tient à la programmation des actes qui permettrait une utilisation optimale du temps de vacation offert [26]

La programmation des actes doit permettre la fluidité des séjours en fonction de la durée prévisible de la surveillance postopératoire avant la sortie du patient.

L'(UCA) doit maîtriser (les patients ; les informations ; personnels et les matériels) ; ainsi l'optimisation de la prise en charge permet l'amélioration de la gestion de cette structure en créant des circuits courts à l'origine de l'amélioration de qualité des soins délivrés aux patients.

Le parcours du patient au sein de l'unité doit être simple et fluide depuis l'entrée du malade jusqu'à sa sortie ; il prend en compte les divers contraintes et compose astucieusement avec les contraintes existantes. Les différentes étapes sont les suivantes : l'arrivée ; l'accueil ; l'enregistrement ; la préparation et le transfert pré anesthésie ; l'intervention en salle opératoire ; la sortie de la salle d'opération ; passage obligatoire en (SSPI) ; la réhabilitation et l'évaluation de (l'aptitude de rue) ; prise en charge par l'accompagnant et le suivi à domicile.

Il faut disposer d'un système d'information permettant une vision unique et partagée ainsi un accès en temps réel pour l'ensemble des acteurs aux informations est nécessaire pour minimiser les ruptures et les attentes.

Des nouveaux métiers apparaissent dans les établissements (qualiticiens ; logisticiens ; les gestionnaires de bloc) dans le but d'optimiser les circuits et les organisations et l'amélioration de qualité de prise en charge.

Enfin ; il est recommandé de vérifier la conformité des conditions requises pour la pratique de la (CA) a toutes les étapes de la prise en charge. [1]

E. Anesthésie ambulatoire :

En matière d'anesthésie, de nouvelles techniques locales et locorégionales constituent actuellement une alternative intéressante à l'anesthésie générale, diminuant les risques de sédation, amnésie, vomissements... Généralement plus longues à mettre en œuvre que les techniques traditionnelles d'anesthésie générale, elles raccourcissent néanmoins la durée des phases pré et postopératoires en assurant un haut niveau de sécurité. De plus, les progrès réalisés sur les produits anesthésiants généraux améliorent la qualité du réveil. [4]

Une des particularités urologique de l'anesthésie ambulatoire est la nécessité d'une hydratation importante ; la recommandation du jeûne à partir de minuit se traduit souvent par l'arrêt des boissons au repas du soir, la veille de l'intervention ; les programmes opératoires se terminant de plus en plus tard, il n'est pas rare de prendre en charge des patients déshydratés par un jeûne préopératoire de plus de 16heures [1], le jeûne et la déshydratation qui en découle peuvent avoir des conséquences sur les plans anesthésiques et urologique : retentissement sur

l'équilibre hémodynamique lors de l'induction anesthésique chez les patients ayant les réserves les plus limitées, défaut prolongé d'apport en glucose entraînant une déplétion des stocks de glucose de l'organisme, perte azotée majorée en situation de stress, augmentation du risque des (NVPO) [27]

L'ensemble des publications comparant les sensations subjectives avant une anesthésie rapporte une sensation de faim et de soif dépendante de la durée de jeûne tant chez l'adulte que chez l'enfant [28] [29]

L'administration de liquides clairs permet de réduire la sensation de soif et son intensité chez environ 25% des sujets mais pas la sensation de faim, de vertige ou les céphalées [30] [31]

F. populations spécifiques :

1. personnes âgées :

La pratique des interventions chirurgicales en ambulatoire chez cette population diminue certains risques spécifiques liées à l'hospitalisation dont le risque de syndrome confusionnel post opératoire. Les personnes âgées présentent des spécificités qu'il importe de connaître, d'identifier et de prendre en compte au cours de la prise en charge : modifications du métabolisme basal, de la composition corporelle, des mécanismes de thermorégulation, du système nerveux autonome ; modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques ; modifications sensorielles et cognitives, diminution de la perception de la soif, dénutrition. [32]

2. population pédiatrique :

Les enfants sont d'excellents candidats à la prise en charge en ambulatoire ; la (CA) doit être préférée chaque fois qu'elle peut être mise en œuvre. La charte de l'enfant hospitalisé le mentionne dans son premier article [33]. Les particularités liées au jeune âge doivent être prises en compte dans les structures [34]

3. patients atteints d'un handicap :

L'existence d'une déficience intellectuelle ou physique ne constitue pas une contre-indication à la (PCA) ; la détermination de l'éligibilité et l'obtention du consentement du patient ou le cas échéant du représentant légal sont nécessaires.

Pour les patients atteints de déficience ; la détermination de l'éligibilité tient compte de leur handicap ; de leur accessibilité à la structure de soins ; de leur environnement et du geste chirurgical envisagé ainsi des suites post opératoires prévisibles. [1]

G. potentialiser les contraintes et développer les incitations :

1. potentialiser les contraintes :

La réduction capacitaire des unités d'hospitalisation est une des contraintes les plus puissantes pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire ; car c'est une des contraintes qui doit véritablement maitrisée par l'établissement lui-même.

D'autres contraintes peuvent exister obligent les établissements à repenser l'organisation en misant sur le développement de l'ambulatoire :

- Les contraintes foncières ; architecturales ou financiers interdisant toute expansion capacitaire peut améliorer le développement de la (CAU).
- Les contraintes politiques d'offre de soins peuvent amener à développer la (CA) par l'impulsion quelle provoque au sein de l'établissement.
- La pression concurrentielle peut amener les établissements à développer une offre ambulatoire attractive pour les patients.
- L'évolution défavorable de la démographie médicale peut amener les établissements à se servir du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de leurs structures comme incitation au recrutement des urologues et d'anesthésistes pour continuer d'assurer la réponse au besoin populationnel.

2. developper les incitations :

La recherche d'une convergence d'intérêt entre les objectifs de l'établissement et les professionnels de santé est essentielle pour développer les incitations.

Parmi les principales incitations ; on pourra citer :

- La (CAU) est génératrice de qualité et de satisfaction pour le patient car elle impose pour un même geste technique ; des jalons qualitatifs supplémentaires qui n'existent pas ou sont peu présents en hospitalisation traditionnelle : qualité de l'information transmise au patient ; appel de la veille ; appel du lendemain...
- La (CA) peut devenir comme un terrain d'innovation pour les urologues et les anesthésistes dans l'évolution de leurs techniques respectives et dans leurs approches de bénéfices/risques.

- La (CA) favorise le développement du marché chirurgical ; notamment sur les gestes innovants en ambulatoire.
- La (CA) s'accompagne d'un modèle de redistribution interne des ressources qui favorise les services contributeurs.
- Les gains capacitaires obtenues sur l'hospitalisation complète sont des opportunités de développement : développement des chambres uniques en hospitalisation complète ; réduction des listes d'attentes chirurgicales ; optimisation du fonctionnement du (BOP) ou développement de l'activité conventionnelle suite au transfert vers l'ambulatoire.
- L'(UCA) et son fonctionnement doivent être attractif ; efficient et améliorer la qualité de vie au travail pour les professionnels de santé : attractivité des locaux ; renforcement des équipes pour un fonctionnement optimal ; proximité avec le bloc opératoire ; simplicité et efficacité des procédures ; et enfin simplification des tâches pour l'ambulatoire.
- La (CA) est un vecteur de réduction des infections nosocomiales par sa durée de séjour réduite et aussi au niveau des infections sur site opératoire.
- Certains auteurs tentent de démontrer que la (CA), mieux adaptée au confort des patients, permet de réaliser des économies sur les coûts indirects tels que la diminution des arrêts de travail et la meilleure productivité à la reprise du travail (Interventions du Pr BLOCH [39] et du Pr GILBERT à l'Institut Français de la main [40], [42]). L'étude du Docteur FOUCHER (spécialiste de la chirurgie de la main à Strasbourg) sur 37 patients opérés d'un syndrome du canal carpien montre que la (CA) diminue la durée d'arrêt de travail. Celle-ci est de 23 jours en ambulatoire contre 34 jours dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle [41]

CONCLUSION

La (CA), également appelée chirurgie de jour, est une alternative à l'hospitalisation classique, bien connue aux Etats-Unis et de manière plus inégale en Europe. Elle recouvre « l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission ». [44]

La présentation clinique est variable en fonction de la pathologie opérée dans le cadre de la (CA), associant a des degrés variables des (TUBA), lombalgies et notion d'émission de calcul, grosse bourses ou absence d'un ou des deux testicules.

Il existe des examens biologiques et radiologiques spécifiques pour chaque pathologie.

Le principe et la technique du traitement chirurgical est variable selon chaque pathologie ; endoscopique pour les (UHN) et chirurgie ouverte pour les autres pathologies.

Aucune complication post opératoire ni individualisés pour l'ensemble de nos malades.

Le pronostic est favorable pour la totalité des pathologies.

RESUMES

RESUME

Introduction : La chirurgie ambulatoire (CA) est une chirurgie sans hospitalisation de nuit pour des patients sélectionnés, le diagnostic clinique et paraclinique est variable et spécifique pour chaque pathologie, le traitement étiologique est d'une part endoscopique et d'autre part est chirurgical, avec un pronostic meilleur pour l'ensemble de nos patients.

Objectif : de notre travail est d'offrir à l'ensemble des urologues un guide leur permettant de développer la pratique d'une chirurgie urologique ambulatoire de qualité avec les mêmes conditions de sécurité qu'en hospitalisation traditionnelle ; en intégrant les technologies et les concepts d'organisation les plus actualisés

Méthodes : Notre travail est une étude rétrospective portant sur tous les malades opérés à froid au bloc central CHU Hassan II de Fès dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire sur une période de 2 ans (de 2014 à 2015). Nous avons recueillis 25 dossiers pour lesquels nous avons étudié les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : l'âge moyen dans notre étude était de 39.9 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio 4). Les pathologies étaient différentes dominées par les (UHN) ; les signes cliniques et les examens paracliniques sont spécifiques pour chaque pathologie ; le traitement chirurgical est endoscopique pour les (UHN) et chirurgical pour les autres pathologies.

Conclusion : la (CA) est une alternative à l'hospitalisation complète sur une durée de séjour inférieure ou égale à 12 heures, dans un établissement de santé, aux bénéfices des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

SAMMARY:

Introduction: Ambulatory surgery (AS) is a surgery without night hospitalization for selected patients, the clinical and paraclinical diagnosis is variable and specific for each pathology, etiological treatment is in one hand endoscopic and in the other hand is surgical, with the best prognosis for all of our patients.

Objective: of our work is to offer all urologists a guide allowing them to develop the practice of ambulatory urological surgery in quality with the same conditions of security than traditional hospitalization; integrates the most updated organizational concepts and technologies.

Methods: our work is a retrospective study bearing on of all patients operated in cold condition at the central block UHC Hassan II of Fez as part of an ambulatory surgery over a period of 2 years (2014–2015). We have collected 25 files for which we studied the epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary data.

Results: the average age in our study was 39.9 years with a male predominance (sex ratio 4). Pathologies were different dominated by the UHN; the clinical signs and the paraclinical examinations are specific for each pathology; the surgical treatment is endoscopic for the UHN and surgical for other pathologies.

Conclusion: the AS is an alternative to full hospitalization on a length of stay less than or equal to 12 hours. In a health establishment, for the benefit of patients whose condition of health corresponds to these modes of support.

المخلص

المقدمة: جراحة اليوم الواحد هي جراحة بين عشية وضحاها دون اللجوء للمستشفى للمرضى الذين يتم اختيارهم بعناية والذين يتقبلون طواعية هذا النوع من الجراحة، التشخيص السريري والتكميلي يتغير حسب المرض، اما علاج أسباب الامراض هو في جزء بالمنظار والجزء الاخر بالجراحة، مع تكهن أفضل لجميع مرضانا.

الهدف: عملنا هو تقديم لجميع أطباء المسالك البولية دليل يمكنهم من تطوير ممارسة جراحة المسالك البولية بجودة عالية مع نفس ظروف الأمن التي تتم بالمستشفى التقليدي، مع دمج التقنيات والمفاهيم التنظيمية بأحدث جودة

الأساليب: عملنا هو دراسة استيعادية لجميع مرضى المستقادين من عملية جراحية في المركب الجراحي للمستشفى الجامعي الحسن الثاني تحت جراحة اليوم الواحد على مدى فترة من 2 سنوات (من 2014 الى 2015) لقد جمعنا 25 ملف حيث درسنا البولية والسريرية، التكميلية والعلاجية والتطويرية.

النتائج: كان متوسط العمر في دراستنا 39.9 سنة مع اغلبية للرجال نسبة الجنس هي 4، كانت الامراض مختلفة مع سيطرة مرض الموه، اما العلامات السريرية والفحوصات التشخيصية فهي محددة لكل مرض، والعلاج الجراحي هو بالمنظار لمرض الموه وبالجراحة لباقي الامراض.

الخلاصة: جراحة اليوم الواحد هي بديل للاستشفاء الكامل في مدة لا تتجاوز 12 ساعة داخل منشأة للرعاية الصحية لصالح المرضى اللذين حالتهم الصحية تتطابق مع هذه الموضة في الاستشفاء

REFERANCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. **G.Cuvelier ; G.Legrand ; T.Le Guilchet et al.** chirurgie ambulatoire en urologie argumentaire ; prgres en urologie (2013) 23, 1–61
2. **IAAS.** International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions ; 2003.
3. **LANGLOYS J.** Anesthésie ambulatoire, Editions Arnette, 1992, pages 5–6.
4. **BATAILLE N., FLEURETTE F., MAUREL F. et CHARVET-PROTAT S.** La chirurgie ambulatoire, A.N.D.E.M, Avril 1997
5. **BONHOMME C.** « Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir », Revue Hospitalière de France, n° 1, pages 6–9, Janvier/Février 1993
6. **SCHUTYSER K.** « Les alternatives à l'hospitalisation en Europe » Gestions Hospitalières, n° 334, pages 227–232, Mars 1994.
7. **Sebastien MASSIP.** ANALYSE DU DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE TOULOUSE : DE L'ORIENTATION STRATEGIQUE AUX MODALITE DE MISE EN ŒUVRE ; Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001
8. **FELLMANN A.** « La chirurgie ambulatoire, clé du futur », Professions Santé & Plateau Technique n° 10, Août–Septembre 1996
9. **Docteur Guy Bazin, Docteur Gilles Bontemps et al,** Abécédaire Chirurgie ambulatoire, Edition Janvier 2009,
10. **STARKMAN M., VENUTOLO F.** « Problèmes posés par la création d'une unité indépendante de chirurgie ambulatoire », Cahiers d'anesthésiologie n°5, 1993.
11. **LIENHART A., DU GRES B.** « Recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation sur l'anesthésie du patient ambulatoire », Anesthésie du patient ambulatoire, Editions Arnette, J.E.P.U, 1991

12. **MALIVEL N., SERAQUI M.** « L'architecture de la structure ambulatoire » « Quels espaces pour l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire », Les journées ARCHIMED de l'innovation 6-7 Décembre 1996, Hôpital Cochin, Paris. Techniques Hospitalières n°614 Mars 1997
13. **HABRE W., FORSTER A.** « Les structures requises en anesthésie ambulatoire », Anesthésie du patient ambulatoire, Editions Arnette, J.E.P.U, 1991
14. **Chung F, Assmann N.** Car accidents after ambulatory surgery in patients without en escort. Anesth Analg 2008 ;106 :817-20
15. **Tong D, Chung F.** Postoperative pain control in ambulatory surgery. Surg Clin North Am 1999 ; 79:401-30
16. **Robaux S, Coulibaly Y, Konaté B, Boileau S, Cornet C, Dautel G, et al.** [Impact of 2 strategies of analgesia on postoperative pain after emergency hand surgery performed on an ambulatory basis]. Ann Fr Anesth Reanim 2003;22:691-6
17. **HAS-ANAP.** Socle de connaissances. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » n.d.
18. **BERTHELIER S.** « Le bus pour la chirurgie ambulatoire » La Santé de l'homme n°307, pages 17-19, Septembre/Octobre 1993
19. « Chirurgie sans hospitalisation », Conférence de Consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars 1993
20. **GERMOND M.** « Chirurgie sans hospitalisation », Conférence de Consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars 1993

21. **MALEY E.** « Chirurgie ambulatoire : l'âge de raison », Clinic International n° 65 Octobre 1994
22. **Varadhan KK, Neal KR, Dejong CHC, et al.** The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Nut (Edinburgh, Scotland) 2010;29:434-40.
23. **Aning J, Neal D, Driver A, McGrath J.** Enhanced recovery: from principles to practice in urology. BJU International 2010;105:1199-201.
24. International Association for Ambulatory surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007.
25. **Jouffroy L, Président S, Bataille MJ, et al.** Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire Comité d'organisation Groupe de travail Question 1: Définitions Question 2 : Quels sont les critères d'éligibilité à l'hospitalisation ambulatoire ? 2009:1-9.
26. **Jouffroy LHG.** Aspects réglementaires et architecturaux de la chirurgie ambulatoire. ALRF 2005
27. **Nathan N.** Règles de jeune préopératoire. Congrès National D'anesthésie et de Réanimation 2007. Conférences d'actualisation 2007:013-26.
28. **Phillips S, Hutchinson S, Davidson T.** Preoperative drinking does not affect gastric contents. Brit J Anaesth 1993;70:6-9
29. **Holte K, Kehlet H.** Compensatory fluid administration for preoperative dehydration: does it improve outcome? Acta Anaesth Scand 2002;46:1089-93.
30. **Gilbert SS, Easy WR, Fitch WW.** The effect of pre-operative oral fluids on morbidity following anaesthesia for minor surgery. Anaesthesia 1995;50:79-81.

31. **Maltby JR, Reid CR, Hutchinson A.** Gastric fluid volume and pH in elective inpatients. Part II: Coffee or orange juice with ranitidine. *Can J Anaesth* 1988;35:16–9.
32. **White PF, White LM, Monk T, Jakobsson J, Raeder J, et al.** Perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery. *Anesth analg* 2012;114:1190–215.
33. Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé adoptée par le parlement européen le 13 mai 1986. Circulaire du secrétariat d'Etat à la santé de 1999.
34. Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expérience française, Conseil national de la chirurgie de l'enfant, leculée R CP. Chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18ans : recommandations CNCE/ADARPEF. *Arch Pediatr* 2010;17:844–5.
35. **Lau H, Lam B.** Management of postoperative urinary retention: a randomized trial of in-out versus overnight catheterization. *ANZ J Surg* 2004;74:658–61.
36. **Tammela T, Kontturi M, Lukkarinen O.** Postoperative urinary retention. I. Incidence and predisposing factors. *Scand J Urol Nephrol* 1986 ;20:197–201.
37. **Twersky R, Fishman D, Homel P.** what happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997;84:319–24.
38. **Tarazi EM, Philip BK.** Friendliness of OR staff is top determinant of patient satisfaction with outpatient surgery. *Am J Anesthesiology* 1998;25:154–7.
39. **BLOCH P.** « Chirurgie sans hospitalisation » Conférence de Consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars 1993.
40. **GILBERT A.** « Chirurgie ambulatoire – Hospitalisation de jour, quelle stratégie, quel avenir ? »...

41. **HOOP P.** Les potentialités de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Henri Mondor, Ecole Nationale de la Santé Publique, Décembre 1994, Rennes, 100 pages.
42. **KANTER P.** « Chirurgie ambulatoire, qui freine encore ? », Tonus, n°1447, Septembre 1991.
43. **Dr J. Brassier**, Conférence de Consensus « Chirurgie sans hospitalisation », Schéma inspiré du Tableau n°4 22,23 et24 mars 1993, Paris.
44. **Dr J. Brassier**, Définition issue de la Conférence de Consensus réunie en mars 1993.