

CONSENSUS FORMALISE

RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DES INTERVENTIONS :

GBPE001 : méatotomie moyenne par endoscopie

GAMA007 : septoplastie

LAEA007 : réduction de fracture de l'os nasal par abord direct

LAEP002 : réduction de fracture des os propres du nez, technique fermée



Promoteur et organisateur :
Société Française d'Oto-rhino-laryngologie
et Chirurgie de la Face et du Cou

SOMMAIRE

1. Méthodologie	5
1.1. Le promoteur	5
1.2. Le groupe de pilotage	5
1.2.1. Les membres du groupe de pilotage	
1.2.2. Rôles du groupe de pilotage	
1.3. Le groupe de cotation	7
1.3.1. Les membres du groupe de cotation	
1.3.2. Rôles du groupe de cotation	
2. Recommandations	8
2.1. Recommandations communes aux 4 gestes	8
2.2. Recommandations spécifiques aux méatotomies moyennes GBPE001	10
2.3. Recommandations spécifiques aux septoplasties GAMA007	11
2.4. Recommandations spécifiques aux réductions de fractures de l'os nasal par abord direct LAEA007 ou par technique fermée LAEP002	12
3. Argumentaire bibliographique	13
3.1. Définition et contexte	13
3.2. Aspects réglementaires	14
3.2.1. Autorisation de pratique de la chirurgie ambulatoire	
3.2.2. Personnel soignant intégré à la structure ambulatoire	
3.2.3. Obligation de continuité des soins	
3.2.4. Responsabilité médico-légale	
3.3. Aspects organisationnels	15
3.3.1. Organisation d'un environnement spécifique	
3.3.2. Maîtriser l'éligibilité des actes et des patients	
3.3.3. Gestion des risques opératoires	
3.3.4. Maîtrise des suites opératoires	
3.4. Les méatotomies moyennes (code CCAM GBPE001)	18

3.4.1. Evaluation des risques spécifiques	
3.4.2. Expériences spécifiques en ambulatoire	
3.5. Les septoplasties (code CCAM GAMA007)	20
3.5.1. Evaluation des risques spécifiques	
3.5.1.1. Evaluation des risques post-opératoires précoces (<24 h)	
3.5.1.2. Evaluation des conséquences précoces du système de contention septal	
3.5.2. Expériences spécifiques en ambulatoire	
3.5.2.1. A l'étranger	
3.5.2.2. En France	
3.6. Réduction des fractures de l'os nasal par abord direct (code CCAM LAEA007) et en technique fermée (code CCAM LAEP002)	27
4. Références bibliographiques	29
Annexes	32

Le consensus formalisé (CF) a été choisi par la Société Française d'ORL pour le thème de la chirurgie ambulatoire en rhinologie pour les actes GAMA007, GBPE001, LAEA007 et LAEP002 car :

- il s'agit de gestes chirurgicaux courants,
- pour lesquels, il existe un retard de mise en place en France,
- alors qu'il existe quelques retours d'expérience à l'étranger et en France ;
- et qu'il y a une forte demande économique, administrative, politique et sociale.

1 Méthodologie

Cette méthodologie est inspirée du « Guide méthodologique » publié en janvier 2006 par la Haute Autorité de Santé concernant les « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé » (disponibles sur le site internet de la HAS à l'adresse « <http://www.has-sante.fr> »). La méthode choisie est dite RAND/UCLA (« RAND appropriateness method »), dans sa version courte (sans groupe de lecture). Le choix de la version courte a été dicté par le fait que cette conférence de consensus avait pour sujet un thème très ciblé et que les experts de ce thème sont peu nombreux.

Tous les participants au CF ont signé une déclaration de non conflit d'intérêt.

1.1 Le promoteur

Il s'agit de la Société Française d'ORL. Les cibles concernées sont les ORL, les chirurgiens maxillo-faciaux, les médecins généralistes, les anesthésistes, les patients. Aucune source de financement extérieure à la Société Française d'ORL n'a été nécessaire à l'élaboration de ce texte.

1.2 Le groupe de pilotage

1.2.1 Les membres du groupe de pilotage

Les membres du groupe de pilotage de ce consensus formalisé sont :

- Pr Ludovic Le Taillandier de Gabory (Président), service ORL, CHU Bordeaux
- Pr Elie Serrano, service ORL, CHU Toulouse
- Dr Virginie Escabasse, ORL service ORL, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et CHU Henri Mondor (AP-HP)
- Dr Jean-Baptiste Lecanu, ORL, Institut Arthur Vernes, Paris
- Dr David Ebbo, ORL, Hôpital Saint-Joseph, Paris
- Dr Michel Hanau, ORL, Centre Médical Alexandre Dumas, Amiens
- Dr François Coudert, ORL, Cabinet Médical, Rueil Malmaison

1.2.2 Rôles du groupe de pilotage

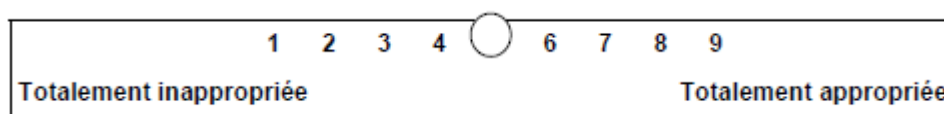
Ses rôles ont été :

- l'organisation logistique de la conférence de consensus
- le choix des membres du groupe de cotation
- la définition précise des thèmes spécifiques à traiter

- l'analyse de la littérature et la rédaction d'un argumentaire étayé par cette analyse.

La bibliographie a été faite par consultation de la base de données PubMed en utilisant les mots clés suivants : « ambulatory surgery », « antrostomy », « septoplasty », « turbinectomy », « day care surgery », « nasal bone fracture ». La liste bibliographique s'est enrichie au fur et à mesure de la lecture des articles initialement sélectionnés.

- la rédaction d'une première série de recommandations réunies dans un questionnaire (voir l'annexe 1 sur le déroulement des différentes phases de la conférence de consensus). Une échelle visuelle analogique de cotation allant de 1 à 9 figurait en regard de chaque recommandation.



- Envoi aux différents membres du groupe de cotation de l'argumentaire et du questionnaire accompagnés d'un courrier explicatif sur les modalités de remplissage du questionnaire
- Analyse des cotations en précisant les données suivantes :
 - Pour chaque niveau d'accord (de 1 à 9), nombre de membres du groupe de cotation ayant choisi ce niveau ;
 - Niveau médian et niveaux extrêmes choisis par les membres du groupe de cotation ;
 - Pour chaque question, classement en « accord fort », « accord relatif » et « désaccord » :
 - on sépare les niveaux de réponse en 3 catégories : (i) désapprobation (réponses de niveaux 1, 2 ou 3) ; (ii) indécision (réponses de niveaux 4, 5 ou 6) ; (iii) approbation de la proposition (réponses de niveaux 7, 8 ou 9)
 - si toutes les réponses sont dans une même catégorie de niveau, on dit qu'il y a accord fort ;
 - si les réponses empiètent sur deux catégories voisines (exemple : 5 à 9), on dit qu'il y a accord relatif ;
 - si certaines réponses sont situées dans la catégorie « approbation » et d'autres dans la « désapprobation », on dit qu'il y a désaccord

Précisions méthodologiques

1. Les propositions pour lesquelles il y a eu désaccord à l'issue de la première cotation ont été collégialement rediscutées. Le contenu de telle ou telle recommandation a pu être modifié par les membres du groupe de pilotage afin de le rendre plus consensuel. Ces modifications ont fait l'objet d'une nouvelle cotation par le groupe de cotation.

2. Pour les questions n°2 – 4 – 8 - 16 (voir ci-dessous), le groupe de pilotage a éliminé de son analyse une seule réponse extrême, discordante avec le reste des cotations, afin d'augmenter la probabilité d'aboutir à un accord pour la recommandation analysée (procédure en accord avec le guide méthodologique publié en janvier 2006 par la Haute Autorité de Santé disponible sur le site internet de la HAS à l'adresse « <http://www.has-sante.fr> »).

3. Il n'y a pas eu de valeurs manquantes dans les réponses aux questionnaires.

- Finalisation des textes des recommandations santé
- Envoi des textes à la Société Française d'ORL après accord signé des membres du groupe de cotation.

1.3 Le groupe de cotation

1.3.1 Les membres du groupe de cotation

Les membres du groupe de cotation choisis par le groupe de pilotage sont :

- Dr Dominique Allard, ORL, Cabinet libéral, Périgueux
- Dr Matthieu Ammar-Khodja, Maxillo-facial, clinique du Tondu, Bordeaux
- Dr Beloeil, anesthésiste, CHU Pontchaillou, Rennes
- Dr Philippe Boudard, ORL, Clinique Saint-Augustin, Bordeaux
- Pr Laurent Castillo, service ORL, CHU Nice
- Pr Frédéric Chabolle, Service ORL, Hôpital Foch, Suresnes
- Dr Franck Cognard, ORL, cabinet libéral, Besançon
- Pr André Coste, service ORL, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et CHU Henri Mondor (AP-HP)
- Pr Louis Crampette, service ORL, CHU Montpellier
- Dr Antoine Delagranda, service ORL, CHU Saint-Denis, La Réunion
- Pr Patrick Dessi, service ORL, CHU La Timone, HP-HM, Marseille
- Dr Céline Desvant, service ORL, Hôpital Jean Bernard, Valenciennes
- Pr Xavier Dufour, service ORL, CHU Poitiers
- Dr Marc Durand, service ORL, CHG Emile Roux, Le Puy en Velay
- Dr Corinne Eloit, service ORL, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris
- Dr Frédéric Facon, ORL, clinique Clairval, Marseille
- Pr Laurent Gilain, service ORL, CHU Clermont-Ferrand
- Pr Philippe Herman, service ORL, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris
- Pr Roger Jankowski, service ORL, CHU Nancy
- Dr Amandine Lechot, service ORL, CHU Bordeaux
- Dr Bertrand Lombard, service ORL, HIA Desgenettes, Lyon
- Pr Olivier Malard, service ORL, CHU Nantes

- Dr Justin Michel, service ORL, CHU La Timone, HP-HM, Marseille
- Pr Sylvain Morinière, service ORL, CHU Tours
- Dr Geoffroy Mortuaire, service ORL, CHU Lille
- Pr Karinne Nouette, département d'anesthésie, CHU Bordeaux
- Dr Mickaël Papaxanthos, ORL, Clinique Tourny, Bordeaux
- Dr Jean-François Papon, service ORL, Centre Hospitalier Inter-Communal, Créteil
- Dr Josiane Percodani, service d'ORL, CHU Toulouse
- Pr Emile Reyt, Service ORL, CHU Grenoble
- Dr Guillaume Toussaint, ORL, centre médico-chirurgical de l'Europe, Le Portmarly
- Pr Sébastien Vergez, service ORL, Hôpital Larrey, CHU Toulouse

1.3.2 Rôles du groupe de cotation

Le rôle du groupe de cotation a été de répondre au questionnaire élaboré par le groupe de pilotage selon les modalités décrites au paragraphe 1.2.2.

2 Recommandations

2.1 Recommandations communes aux 4 gestes

Recommandation 1 :

Il est recommandé avant toute chirurgie naso-sinusienne en ambulatoire de respecter les critères d'éligibilité du patient. **Accord fort**

Recommandation 2 :

Pour une prise en charge en ambulatoire de la chirurgie naso-sinusienne, seuls les patients ne présentant pas de facteur de risque hémorragique peuvent être éligibles. **Accord relatif**

Recommandation 3 :

En raison du caractère hémorragique de la chirurgie naso-sinusienne, il est recommandé de ne pas proposer une prise en charge ambulatoire à un patient présentant un trouble de l'hémostase ou étant sous anticoagulant et/ou anti-agrégant plaquettaire. **Accord relatif**

Recommandation 4 :

En raison du caractère hémorragique de la chirurgie naso-sinusienne, il est recommandé de privilégier les techniques chirurgicales limitant le risque hémorragique. **Accord relatif**

Recommandation 5 :

La chirurgie naso-sinusienne en ambulatoire nécessite une information du patient et de son entourage sur les risques spécifiques : hémorragiques, orbitaires et/ou neuro-méningés. **Accord fort**

Recommandation 6 :

La chirurgie naso-sinusienne en ambulatoire nécessite une information du patient et de son entourage sur les possibilités d'un méchage post-opératoire et de ses conséquences : obstruction nasale aiguë, ronflements – apnées, sommeil fragmenté, malaise vagues. **Accord relatif**

Recommandation 7 :

La chirurgie naso-sinusienne en ambulatoire contre-indique le patient à la conduite automobile et l'oblige à être accompagné pour le trajet aller-retour et pour sa première nuit au domicile. **Accord relatif**

Recommandation 8 :

La présence éventuelle d'un tamponnement nasal post-opératoire uni ou bilatéral, ne contre-indique pas une prise en charge en ambulatoire. **Accord fort**

Recommandation 9 :

En raison de l'anesthésie générale et de la possibilité d'une obstruction nasale aiguë post-opératoire après chirurgie naso-sinusienne, il est recommandé de ne pas proposer à un patient porteur d'un SAOS modéré à sévère, appareillé ou non, une prise en charge en ambulatoire. **Accord relatif**

Recommandation 10 :

La survenue d'une brèche orbitaire et/ou méningée au cours d'une chirurgie nasosinusienne en ambulatoire contre-indique la sortie du patient et nécessite son hospitalisation en secteur conventionnel afin d'en assurer la prise en charge. **Accord fort**

2.2 Recommandations spécifiques aux méatotomies moyennes GBPE001

Recommandation 11 :

La méatotomie moyenne par voie endoscopique est un geste dont la prise en charge en ambulatoire doit être privilégiée lorsque les critères d'éligibilités sont présents. **Accord relatif**

Recommandation 12 :

Il est recommandé après une méatotomie moyenne endoscopique, avant la sortie du secteur ambulatoire, de réaliser un examen médical afin de s'assurer de l'absence de saignement postérieur, de complication orbitaire, neurologique et méningée. **Accord relatif**

2.3 Recommandations spécifiques aux septoplasties
GAMA007

Recommandation 13 :

La septoplastie est un acte qui peut être réalisé en ambulatoire. **Accord relatif**

Recommandation 14 :

La septoplastie associée à une turbinectomie inférieure est un acte qui peut être réalisé en ambulatoire. **Désaccord**

Recommandation 15 :

Il n'est pas recommandé de prendre en charge en ambulatoire les déviations septales d'origine traumatique et/ou les reprises de septoplastie, en raison d'une durée d'intervention plus longue, plus variable et d'un taux de complications plus important, perturbant l'organisation d'une unité d'ambulatoire, sauf cas particuliers laissés à l'appréciation du chirurgien. **Accord relatif**

Recommandation 16 :

La présence éventuelle d'un système de contention du septum, ne contre-indique pas une prise en charge ambulatoire. **Accord fort**

Recommandation 17 :

Il est recommandé après une septoplastie et avant la sortie du secteur ambulatoire de réaliser un examen médical afin de s'assurer de l'absence de saignement postérieur, de complication neurologique et méningée. **Accord fort**

2.4 Recommandations spécifiques aux réductions de fracture de l'os nasal par abord direct LAEA007 ou par technique fermée LAEP002.

Recommandation 18 :

Il est recommandé chez l'enfant, de réaliser en ambulatoire la réduction chirurgicale d'une fracture des os propres du nez, si les critères d'éligibilité sont présents. **Accord relatif**

Recommandation 19 :

Il est recommandé chez l'adulte, de réaliser en ambulatoire la réduction chirurgicale d'une fracture des os propres du nez, si les critères d'éligibilité sont présents. **Accord relatif**

Recommandation 20 :

Il est recommandé après une réduction chirurgicale d'une fracture des os propres du nez et avant la sortie du secteur ambulatoire de réaliser un examen médical afin de s'assurer de l'absence de complication notamment hémorragique. **Accord relatif**

3 Argumentaire bibliographique

3.1 Définition et contexte

La chirurgie ambulatoire (CA), activité de soins réalisée en établissement de santé, est définie comme une alternative à l'hospitalisation. Son développement répond à une demande d'optimisation des ressources allouées qui doit garantir la qualité et la sécurité des soins.

Les objectifs de la CA sont notamment de réduire les délais de prise en charge, les probabilités de survenue d'infection nosocomiale et les coûts d'hospitalisation.

Le Collège Royal de Chirurgie d'Angleterre statuait en 1992 que la prise en charge ambulatoire était maintenant considérée comme la meilleure option pour 50% de tous les patients subissant des opérations sélectionnées, et reconnaissait des proportions variable selon les spécialités (*Commission on the Provision of Surgical Services 1992*).

Les pays anglosaxons ont précédé la France sur la mise en place et la pratique de la CA en rhinologie. Plusieurs études anglo-saxonnes ont évalué la faisabilité des gestes rhino-sinusiens en ambulatoire, avec des taux de prise en charge variant de 15 à 95%. Ces études ont permis d'analyser rétrospectivement et prospectivement quelles étaient les modalités spécifiques permettant de rendre possible et sûre la prise en charge ambulatoire de la chirurgie rhino-sinusienne. (*Hopkins et al 2001, Georgalas C et al 2006, Bhattacharyya N 2010*).

En France, son développement est progressif, du fait des évolutions techniques comme la chirurgie mini invasive ou l'endoscopie. En 2010, un peu plus de 37 % des interventions chirurgicales toutes spécialités confondues, étaient réalisées avec une hospitalisation de moins de 12 heures (*HAS – ANAP 2012*). L'objectif de 80 % d'actes techniques en ambulatoire voulu par les autorités de tutelle, nécessite un véritable changement de paradigme, loin des changements incrémentaux habituels. L'étude du CREDES de 1999 concernant l'analyse du potentiel de développement de la CA

montrait un écart très important entre le potentiel de la chirurgie nasale estimé entre 52 et 55% alors que la pratique montrait une réalisation en ambulatoire pour 9% des actes (*Sourty-Le Guellec 2002*). Une seconde étude de l'assurance maladie élaborée dans le cadre du Programme national inter-régimes publiée en 2003 avait pour objectif d'estimer le potentiel de substitution en CA de 18 gestes marqueurs à partir d'un échantillon de séjours hospitaliers du mois de juin 2001 (34 015 séjours hospitaliers issus de 1280 établissements de santé). En respectant les critères d'éligibilité de 1999, elle montrait que la chirurgie nasale faisait partie des gestes dont le taux observé moyen pondéré de CA était inférieur de plus de 30 % au taux moyen pondéré d'éligibilité minimum (*CNAMTS 2003*).

3.2 Aspects réglementaires

La chirurgie ambulatoire fait l'objet d'une réglementation et doit répondre à un mode organisationnel spécifique afin d'optimiser le parcours du patient et de réduire les risques, de telle sorte qu'ils ne soient pas supérieurs à ceux encourus dans une prise en charge en hospitalisation conventionnelle (HC).

La chirurgie rhino-sinusienne ambulatoire ne fait pas actuellement l'objet de recommandations spécifiques mais est soumise aux mêmes contraintes et obligations que tout autre acte chirurgical pratiqué selon cette modalité.

La pratique de la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'une série spécifique de décrets du code de la santé publique modifié le 20 août 2012.

3.2.1 Autorisation de pratique de la chirurgie ambulatoire

L'activité de chirurgie ambulatoire est soumise à une autorisation de l'ARS (article L 6122-3). Une structure pratiquant la chirurgie ambulatoire obéit aux mêmes contraintes et obligations de sécurité que tout établissement de santé pratiquant des actes chirurgicaux ; cette structure fait l'objet d'une procédure d'accréditation lui permettant la poursuite de son activité tous les 4 ans.

3.2.2 Personnel soignant intégré à la structure ambulatoire

Le personnel nécessaire au fonctionnement d'une unité de CA est défini dans l'article D6124-303 modifié par le décret 2012-969 :

Un médecin coordonnateur est obligatoirement nommé. La durée de présence des patients est obligatoirement inférieure à 12h ; pendant cette durée, est requise dans la structure la présence permanente :

- Un nombre minimal d'infirmière et d'aide-soignante qui ne fait pas l'objet d'un quota.
- Un médecin qualifié
- Un médecin anesthésiste et deux infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

3.2.3 Obligation de continuité des soins

La structure pratiquant la CA est tenue d'organiser elle-même la continuité des soins ou de conclure une convention avec un autre établissement disposant des moyens pour accueillir des patients relevant des disciplines pratiquées par la structure (article D6124-304). Ce décret implique que l'établissement pratiquant la chirurgie rhino-sinusienne doit être en mesure d'accueillir ou d'orienter le patient présentant une complication, vers un ORL d'astreinte ou un centre disposant d'une équipe qualifiée en mesure de prendre en charge une complication spécifique à cette chirurgie.

Chaque patient doit recevoir un bulletin de sortie et un compte-rendu opératoire détaillé avant son départ de la structure. Ce bulletin est signé par un médecin qualifié et mentionne les recommandations sur les conduites à tenir en cas de complication.

3.2.4 Responsabilité médico-légale

Selon l'article D 6124-101, l'anesthésiste réanimateur décide du transfert en hospitalisation ou de la sortie du patient, en accord avec le chirurgien ayant pratiqué l'acte.

3.3 Aspects organisationnels

En dehors des aspects réglementaires obligatoires, le respect des bonnes pratiques spécifiques à la CA publiée par l'HAS, l'ASFAR et l'AFCA est recommandé pour assurer la sécurité des patients (*HAS-ANAP 2012, SFAR 2009*). La CA est centrée autour du patient et de son chemin clinique depuis la consultation permettant sa sélection pour ce mode de prise en charge, jusqu'à sa sortie.

3.3.1 Organisation d'un environnement spécifique

Quatre types de structures sont décrits :

- Structure intégrée : elle dispose de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire, tout en étant localisée dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun.
- Structure de fonctionnement autonome : locaux d'accueil et de séjour dédiés, bloc opératoire dédié situé dans le bloc traditionnel.
- Structure satellite : avec locaux propres au séjour et bloc situés en dehors. Elle reste dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement.
- Structure indépendante : totalement détachée d'un établissement de soin classique.

Il n'est pas imposé de modèle architectural :

- Il n'existe pas de modèle spécifique. L'aménagement des espaces est dicté par le parcours du patient, dans le respect de son intimité, de sa dignité et des règles d'hygiène.
- La pratique de la chirurgie rhino-sinusienne en ambulatoire nécessite de s'assurer de la possibilité de disposer d'une aspiration au chevet du patient en cas de complication hémorragique post-opératoire.

Bloc opératoire

- Le bloc opératoire destiné à la CA est défini réglementairement et doit avoir les mêmes standards que ceux appliqués à la chirurgie conventionnelle.
- Le passage en salle de surveillance post-interventionnelle est systématique.

3.3.2 Maitriser l'éligibilité des actes et des patients

a. Critères de sélection médicaux et chirurgicaux

La sélection des patients est un des facteurs clé du succès de la prise en charge ambulatoire. En chirurgie rhino-sinusienne, la réalisation d'une AG et le risque hémorragique post-opératoire significatif incitent à la plus grande rigueur dans la sélection des patients.

b. Critères de sélection psycho-sociaux et environnementaux

Le patient doit avoir compris et accepté toutes les modalités de la CA. Compte-tenu des risques post-opératoires de la chirurgie rhino-sinusienne, il est impératif

que le patient opéré puisse bénéficier d'une surveillance à domicile, qu'il respecte les prescriptions et recommandations post-opératoires et qu'il puisse être pris en charge en cas de complication post-opératoire. Il faudra donc s'assurer :

- Que le patient soit raccompagné à domicile par un adulte responsable et qu'il ne soit pas seul la nuit suivant la sortie
- Que le patient ait un niveau de compréhension suffisant
- En cas de patient mineur, de patient atteint de trouble du jugement, de patient non francophone, la compréhension des modalités de prise en charge par l'accompagnant est nécessaire.
- Que le patient ne soit pas atteint de pathologie psychiatrique empêchant la collaboration avec l'équipe médicale.
- La durée du transport et la distance d'éloignement n'est pas un facteur d'exclusion. Néanmoins, au vu des risques spécifiques de la chirurgie rhino-sinusienne chaque cas doit être évalué et, en cas d'éloignement trop important, envisager une convention avec un établissement de santé à proximité du domicile.
- L'accessibilité, l'équipement du domicile ainsi que l'accès à un téléphone sont des éléments à prendre en compte.

3.3.3 Gestion des risques opératoires

- Connaître après l'avoir évalué la probabilité de sa survenue (cf ci-dessous les chap spécifiques à chaque geste)
- Connaître, après l'avoir évaluée, la gravité potentielle de sa survenue
- Connaître, après l'avoir évalué, le délai de sa survenue
 - * déterminer la durée de surveillance post-opératoire
 - * compatibilité avec les horaires de fonctionnement de la structure
 - * programmation au bloc adaptée
 - * taux de complications dans les 24 h post-opératoires

3.3.4 Maîtrise des suites opératoires

C'est faire l'anticipation des complications possibles. Ces complications empêcheraient un patient de sortir le jour même, et seraient la cause d'admissions non programmées :

- réveil incomplet
- douleurs post-opératoires
- nausées et vomissements post-opératoires
- incompréhension, incapacité à se prendre en charge, « stress »

De ce fait il faut :

- proscrire la prémédication avec des benzodiazépines, éviter les morphiniques,
- anticiper le traitement de la douleur, des nausées vomissements, les modalités de l'analgésie orale sont expliquées, une ordonnance est remise avec horaires de prise et conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé.
- contribuer à la réhabilitation du patient, l'informer, l'éduquer à participer à sa propre prise en charge
- un appel du lendemain par un membre qualifié du personnel permettant de s'assurer de l'absence de complications éventuellement non perçues par le patient

Par ailleurs, les actes chirurgicaux rhino-sinusiens présentent des risques de complications spécifiques : hémorragiques, orbitaires et méningés qui doivent être prévenues et dépistées afin d'éviter le risque de décompensation au domicile du patient.

3.4 Les méatotomies moyennes (code CCAM GBPE001)

3.4.1 Evaluation des risques spécifiques

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'études portant sur les risques spécifiques de la méatotomie moyenne mais sur la chirurgie endonasale endoscopique en général.

Une étude rétrospective descriptive incluant 2108 patients a montré que l'incidence des complications mineures comme la pénétration orbitaire et les synéchies turbinales étaient de 6,9% (*May et al 1994*)

Une étude nationale descriptive américaine incluant 62 823 procédures endoscopiques endonasales retrouvaient 1% de brèches ostéo-méningées, 0,07 % de brèches orbitaires, 0,76 % d'épistaxis ayant nécessité une transfusion (*Ramakrishnan et al 2012*).

Une méta-analyse récente de la littérature a permis de calculer l'incidence des complications mineures et majeures à partir de 13405 patients ayant subi une chirurgie endoscopique des sinus et a montré :

- 1,5 % de pénétration orbitaire avec ou sans ecchymose ou emphysème sous-cutané,
- 2,4 % d'épistaxis post-opératoires (<24 h) nécessitant un tamponnement,
- 0,3 % d'hématomes orbitaires, perte de la vision ou diplopie (transitoire ou définitive),

- 0,3 % de brèche ostéo-méningées et de complications intra-crâniennes,
- 0,2 % d'hémorragies post-opératoires nécessitant une transfusion (*Re et al 2012*).

Un référentiel de bonne pratique a été publié par la SFORL en Novembre 2010 concernant les indications et principes de la méatotomie moyenne par voie endonasale sous guidage endoscopique dans le but de délimiter le périmètre des indications, de préciser le contexte technique et de diminuer les complications (*SFORL 2010*). Les risques immédiats sont représentés par l'épistaxis antérieure et/ou postérieure, une brèche orbitaire pouvant être asymptomatique ou entraîner un trouble de la mobilité oculaire et/ou un hématome orbitaire. Ils indiquent que la surveillance post-opératoire immédiate en salle de réveil et durant les 6 heures suivants l'intervention doit rechercher l'absence de ces complications potentielles. La présence d'une brèche orbitaire nécessitera l'information du patient et de son entourage pour ne pas se moucher fortement en bloquant les narines et pour éviter toute attitude de blocage lors des éternuements. Une épistaxis ou une brèche orbitaire symptomatique nécessite un traitement complémentaire spécifique qui doit être connu (accord professionnel fort). Ces dernières complications contre-indiquent la sortie du patient du secteur ambulatoire.

3.4.2 Expériences spécifiques en ambulatoire

Trois études rapportent une expérience des méatotomies moyennes en ambulatoire toutes indications opératoires confondues (*Bhattacharyya 2010, Eisenberg 2008, Hopkins 2007*). Chacune atteste de la faisabilité de cette chirurgie endonasale en ambulatoire. Cependant, des facteurs limitant évidents ressortent de chacune de ses 3 études :

- L'hémorragie per ou post opératoire favorisée par la prise de traitement anticoagulant (antiagrégants plaquettaires, inhibiteurs de la vitamine K) est une contre-indication à la chirurgie en ambulatoire chez les patients nécessitant un traitement anticoagulant à dose efficace.
- De même une épistaxis précoce post opératoire apparaît comme une contre-indication à la prise en charge ambulatoire. Le méchage des patients ne paraît pas entraver la possibilité de l'ambulatoire.
- l'effraction de la paroi orbitaire peut entraîner une issue de graisse dans la fosse nasale et/ou une hémorragie intraorbitaire nécessitant une surveillance et un traitement adapté.

Il ressort d'une étude rétrospective américaine portant sur 257 310 cas de chirurgie des sinus (méatotomies, DCR, Caldwell-Luc, Draf, sphénoïdectomies et ethmoïdectomies) que 1,25 % des patients sont restés pour surveillance et que 3,15 %

d'entre eux ont été réadmis à l'hôpital dans les jours suivant la chirurgie, dans 50 % des cas pour des raisons hémorragiques (Bhattacharyya 2010).

Il ressort d'une étude rétrospective espagnole incluant 145 patients que la variable statistiquement significative ayant un effet négatif sur la prise en charge ambulatoire est la chirurgie de révision. Les ré-admissions seraient 3,5 fois supérieures lors d'une reprise que lorsqu'il s'agit d'une première intervention (intervalle de confiance 95 %, 1,216-10,075 ; $p=0,024$) (Eisenberg et al 2007)

Les données statistiques extraites du logiciel patient DxCare© utilisé dans le service ORL du CHU de Bordeaux montrent l'état des lieux de l'activité ambulatoire de l'unité de rhinologie en 2012. Cent sept patients ont été pris en charge en ambulatoire. Parmi eux, treize méatotomies moyennes uni ou bilatérale ont été réalisées associées parfois à un autre geste (septoplastie, polypectomie, Caldwell-Luc). Dix patients habitaient en Gironde, 1 en Charente, 1 dans les Landes et le dernier dans les Pyrénées-Atlantiques. La durée opératoire moyenne était de $46\pm 22,2$ min. Le taux de transformation en hospitalisation traditionnelle était de 7,69% pour surveillance en raison d'un patient ayant eu une brèche orbitaire.

3.5 Les septoplasties (code CCAM GAMA007)

3.5.1 Evaluation des risques spécifiques

3.5.1.1 Evaluation des risques post-opératoires précoces (<24 H)

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature de publication dédiée aux complications post-opératoires précoces (< 24 h) qui suivent la chirurgie septale.

Plusieurs études parlent des complications hémorragiques qui représentent 0 à 7% des cas ; il s'agit ici essentiellement de l'hématome de cloison et de l'épistaxis aux différentes dates de déméchage (*Dommerby H et al. 1985; Fjermedal O et al. 1988; Grymer LF. 1987; Haraldsson PO et al. 1987*).

Des complications infectieuses sont retrouvés dans 0 à 5% des cas : des sinusites ou des otites moyennes aiguës ont été décrites, le plus souvent complications du méchage et qui surviennent de manière tardive (>2j) (*Grymer LF. 1987; Haraldsson PO et al. 1987*).

Des paresthésies de la lèvre et des incisives supérieures sont très souvent décrites; bénignes, elles disparaissent en quelques mois (*MacDougall G et al 1993 ;Takahashi R. 1987*).

Des complications plus graves sont également retrouvées, mais sont exceptionnelles: une communication bucco nasale (*Thompson SH et al. 1985*), une anosmie (*Kimmelman CP 1994*), une fistule carotido-caverneuse (*Riederer A. 1987*), des cas de brèche ostéoméningée ou de méningo-encéphalocèle (*Haddad FS 1985 ; Rudolph R 1982*). Elles correspondent à des erreurs techniques per-opératoires de l'opérateur.

3.5.1.2 Evaluation des conséquences précoces du système de contention septal

Une étude monocentrique, rétrospective, mais comparative ne retrouvait pas plus de réadmission chez les patients opérés de septoplastie avec (168 cas) ou sans (181 cas) méchage post-opératoire. Les taux de réadmission étaient respectivement de 12 et 6 % ($p=0,361$) (*Georgalas et al 2006*).

Une autre étude monocentrique rétrospective mais non comparative de 78 patients opérés de septoplastie en ambulatoire, sous anesthésie générale, sans méchage de fosses nasales mais avec une suture des lambeaux mucopérichondraux, a nécessité le maintien en hospitalisation pour une nuit de 19 patients (24,3%) : 4 cas pour raison sociale, 9 pour problème anesthésique et 6 (7,7%) pour épistaxis. Trois d'entre eux ont nécessité un méchage (*Bajaj et al 2009*).

Une étude plus récente rétrospective, comparative à partir de 697 patients opérés de septoplastie a montré qu'il n'y avait pas de différence significative du taux d'épistaxis et d'hématome de cloison en post-opératoire entre les 363 patients ayant eu des sutures transeptales vs les 334 autres porteurs d'un tampon de chaque côté pendant 48 h. La seule différence portait sur la douleur post-opératoire en moyenne à 2,3 sans et à 4,8 avec méchage ($p<0,05$) (*Cukurova et al 2011*).

Une étude prospective cas-témoins incluant 12 témoins, 25 patients sans SAOS ayant subi une septoplastie avec méchage post-opératoire occlusif des deux fosses nasales et 15 patients porteurs d'un SAOS opérés et méchés dans les mêmes conditions, a montré qu'il existait une augmentation significative de l'AHI dans les deux groupes, sans différence significative sur la valeur moyenne de désaturation en O₂. Il existait par ailleurs une différence significative dans le groupe septoplastie sans SAOS entre les valeurs pré et post-chirurgical de l'index de désaturation en O₂ (*Regli et al. 2006*)

Une étude prospective, randomisée de faible effectif (39 patients), à évaluer l'effet sur l'hématose et le rythme cardiaque de tampons obstruant partiellement (19 cas) ou totalement (20 cas) les fosses nasales après septoplastie. L'occlusion totale des fosses nasales entraîne des modifications minimales pré et post-opératoire sur la concentration en HCO_3^- et la pression partielle en CO_2 mais rien sur la pression partielle en O_2 , sur la saturation et le pH. Si cette différence n'existe pas dans le groupe ayant une obstruction partielle des fosses nasales, la comparaison des deux groupes ne montre pas de différence significative. Les auteurs expliquent ces modifications de la gazométrie sanguine par l'augmentation de la fréquence respiratoire dans les obstructions nasales aiguës et de l'expiration de CO_2 . Par la suite, un holter ECG a permis de mettre en évidence dans chaque groupe une augmentation de la fréquence cardiaque (FC) minimum et une diminution de la FC max sans modification de la moyenne ainsi qu'une diminution des signes électrocardiographiques d'activité sympathique et une augmentation des signes d'activité parasympathique de manière significative. Par contre il n'y avait pas de différence statistique entre les deux groupes montrant que ces effets n'étaient pas dû à l'obstruction nasale mais à la pression exercée sur la muqueuse respiratoire, stimulus d'une activité parasympathique et du réflexe naso-cardiaque (trigémino-vagal). Cet effet a été observé jusqu'à l'ablation des différents types de tampons (Zayyan et al 2010).

3.5.2 Expériences spécifiques en ambulatoire

3.5.2.1 A l'étranger

Plusieurs études anciennes ont tiré des conclusions contradictoires concernant la prise en charge des septoplasties en ambulatoire. Ceci est directement lié aux taux de réadmission associés au geste variant de 2 % (Nieminen P et al 1997), 4% (Benson-Mitchell R 1996), 5 % (Hogg RP et al 1999), 11.4% (Srinivasan V et al 1995) à 13,4 % (Ganesan S et al 2000).

Un audit publié en 2006 rapporte de manière rétrospective les effets de la prise en charge ambulatoire des septoplasties entre 1998 et 2002 : 432 septoplasties ont été réalisées pendant cette période. L'âge moyen des patients était de 34,8 ans et 38 d'entre eux ont été réhospitalisés 24 h après leur sortie, soit un taux de réadmission de 8,8 %. Les motifs sont dans 50 % des cas le saignement, puis viennent par ordre décroissant d'autres raisons médicales (non précisées), une demande du patient, une situation non souhaitable pour la sortie, une prophylaxie de la thrombose veineuse profonde et une chirurgie plus extensive que prévue. Trente-cinq facteurs prédictifs ont été analysés dans cette étude. Parmi ces 432 patients il n'y avait pas de différence en fonction de l'âge, du sexe, des antécédents, de l'expérience du chirurgien. La durée des interventions étaient comprises entre 10 min et 1h 55 min pour une moyenne de 30 mm

et n'était pas un facteur significatif de réadmissions. La technique de septoplastie ne semblait pas influencer de manière significative le taux de réadmission sauf pour la résection sous-muqueuse. Par contre, même si les effectifs des sous-groupes sont faibles, les reprises, les procédures chirurgicales associées aux résections sous-muqueuses (biopsies, FESS) l'utilisation d'attelles septales et l'utilisation post-opératoire du diclofénac (13 % de réadmissions pour hémorragie post-opératoire) étaient des facteurs péjoratifs statistiquement significatifs pour une prise en charge en ambulatoire. Le modèle de régression logistique utilisé par les auteurs montre que si ces facteurs sont fortement associés aux réadmissions, ils n'en expliquent que 9 %. Effectivement, ces patients inclus dans un modèle prédictif, les courbes ROC montrent que l'absence de ces facteurs pourra faiblement corriger le pourcentage de réadmissions. Les auteurs insistent surtout sur le strict respect des critères d'éligibilité à l'ambulatoire, sur l'information précise des dispositions à la maison, des composantes sociales et sur l'importance de la communication et de la compréhension des informations par le patient (*Georgalas C et al 2006*).

Pour une équipe espagnole, à partir d'une étude rétrospective de 145 procédures chirurgicales uni ou bilatérale sur les sinus, une septoplastie associée ne semble pas être un facteur prédictif de réadmission. Dans cette publication, les techniques chirurgicales de septoplastie ne sont pas connues, comme le type de contention septale et sa durée (*Eisenberg et al 2008*)

Les statistiques américaines de 2006 publiées en 2010 montrent que sur 600 437 patients opérés en ambulatoire, 340 405 ont été opérés d'une septoplastie et/ou d'une turbinectomie. La tranche d'âge des patients éligibles était comprise entre 15 et 64 ans. L'anesthésie générale était privilégiée dans 92,9 % des cas. Le retour c'est effectué à domicile dans 93,07 % des cas. Le taux d'admissions post-opératoires non programmées en salle d'observation ou en hospitalisation traditionnelle était de 5,72 %. Les auteurs précisent qu'il n'y a jamais eu d'arrêt cardiaque, d'hyperthermie maligne ni de transfusion sanguine. Le taux d'état nauséux avec ou sans vomissements était de 0,9 %. Seulement 0,1 % des septoplasties ont consulté aux urgences dans les suites de l'intervention sans qu'on en connaisse les raisons. Dans cette étude, les techniques chirurgicales des septoplasties et les moyens de contentions de la cloison ne sont pas spécifiés (*Bhattacharyya 2010*).

Une enquête nationale américaine multicentrique rétrospective sur la CA conduite par le National Center for Healthcare Statistics, à permis de déterminer à partir de 48 170 septoplasties ± associées à une turbinectomie, que le temps opératoire moyen était de 49,6±4,8 min (extrêmes 39 – 59) et que le temps total moyen d'occupation de la salle était de 79,8±5,8 min (extrêmes 68 – 91). Pour les 12819 rhinoplasties réalisées sur un an le temps opératoire moyen était de 98,6±13 min (extrêmes 73 – 124) et le

temps total moyen d'occupation de la salle de 136,4±13 min (extrêmes 110,6 – 162,2) (Bhattacharyya 2011). Les auteurs précisent que la durée de la procédure chirurgicale est intimement liée au coût des soins, au volume de productivité et à la qualité de la prise en charge, elle-même mise en valeur par la durée de l'intervention proprement dite, la faisabilité du départ de la structure ambulatoire et par la satisfaction du patient. Une sur ou une sous-estimation du temps opératoire seront délétères pour la structure (Freeman 2008 ; Lemos et al 2009). A ce titre, les actes opératoires longs et surtout à l'intervalle de confiance large comme les rhinoplasties ne doivent pas être privilégiés avant les septoplasties en raison de leur plus grande variabilité dans la durée opératoire. Les actes dont la variabilité de durée opératoire est grande peuvent limiter l'efficacité de la structure dans le nombre de cas traités par jour, occasionner un retard, une désorganisation de programme source d'insatisfaction du patient (Bhattacharyya 2011).

3.5.2.2 En France

Il n'a pas été retrouvé de publications de centres hospitaliers publics ou privés français faisant l'analyse rétrospective ou prospective d'une activité ambulatoire concernant les septoplasties.

Une étude de faisabilité des septoplasties et septorhinoplasties en ambulatoire a été réalisée dans le service ORL du CHU de Bordeaux au cours d'un travail de thèse (Lechot 2011). De manière rétrospective, 2 années d'activité ont été analysées (2009-2010) pour savoir quel avait été l'historique chirurgical et anesthésique des patients pour ce type d'acte, faire le relevé de la morbi-mortalité et l'évaluation des risques. L'objectif principal était de savoir si cette chirurgie pouvait se prêter à l'ambulatoire par une évaluation a posteriori des risques. L'objectif secondaire était de préciser combien de patients auraient pu être candidat en leur appliquant à posteriori les critères d'éligibilité alors que cette population a été prise en charge en hospitalisation traditionnelle. Tous les patients opérés des actes GAMA001 à GAMA024 ont été inclus à l'exception de ceux ayant eu dans le même temps, un geste associé sur les sinus. Seule la technique de Cottle a été utilisée comme technique de septoplastie. Tous les patients ont été méchés avec 1 tampon de chaque côté (Mérocel® n°8, Xomed-Medtronic®, Jacksonville, Etats-Unis) pendant 4 jours. Le déméchage et le déplâtrage ont systématiquement été réalisés dans le département d'ORL à l'origine de la chirurgie.

Au total 424 patients ont été inclus. Il s'agissait de 54,5% d'hommes et de 45,5% de femmes d'un âge moyen de 38 ans (extrêmes 14 - 77 ans).

La répartition des actes chirurgicaux selon les codes CCAM est retrouvée dans le tableau 1.

TABLEAU 1 : Codes CCAM, libellés, effectif et durée moyenne pour chaque intervention réalisée.

Codes CCAM GAMA	Libellés	N=424	Durée d'intervention (moy ± DS min)
001	Rhinoseptoplastie sans ostéotomie, sans autogreffe de cartilage	4	81±28
003	Rhinoseptoplastie sans ostéotomie, avec autogreffe de cartilage du septum nasal	5	110±28
004	Rhinoseptoplastie avec ostéotomie, sans autogreffe de cartilage	2	113±69
007	Septoplastie nasale	230	75±32
010	Rhinoseptoplastie avec autogreffe osseuse et cartilagineuse	2	120±0
013	Rhinoplastie avec ostéotomie et autogreffe de cartilage de septum nasal	5	151±25
016	Rhinoseptoplastie avec ostéotomie et autogreffe de cartilage de septum nasal	108	136±40
020	Rhinoseptoplastie sans ostéotomie avec autogreffe de cartilage de septum nasal	66	119±44
022	Correction secondaire du résultat esthétique d'une rhinoplastie ou d'une septorhinoplastie	2	30±0

Il s'agissait d'une chirurgie de 1^{ère} intention dans 353 cas (83,25%) et d'une reprise pour 71 patients (16,75%). Les patients opérés pour la première fois étaient porteur d'une déviation septale d'origine congénitale dans 226 cas (53,30% de la population totale) et traumatique ou mixte dans 127 cas (29,95%). L'heure moyenne d'induction était à 10h55 (extrêmes 7h45-17h10) soit dans 43,86% des cas avant 10h, dans 17,69% des cas entre 10h et 12h et dans 38,44% des cas après 12h. Au total 261 interventions ont été faites avant 12h (61,56%).

Pour l'ensemble de la population, la durée moyenne d'intervention était de 99,4±46.1 min (extrêmes 15 – 300 min) (Tableau 1). Cette durée comprend l'installation, l'opération avec le temps d'apprentissage de l'interne. Il n'y avait pas de différence significative de durée d'intervention entre les hommes et les femmes ($p=0,16$). La durée moyenne des septoplasties GAMA 007 était de 75,8±32 min (extrêmes 15 à 190 min) alors que celle pour tous les autres actes étaient de 127,5±44 min (extrêmes 20 à 300 min). Il existait une différence statistique significative de durées opératoires entre les interventions codées GAMA 007 *versus* GAMA 016 et GAMA 007 *versus* GAMA 020 ($p<10^{-5}$). Les patients opérés pour la première fois, quel que soit l'acte et l'étiologie, avaient une durée opératoire moyenne de 91 min (extrêmes 15 à 220 min) alors que les reprises duraient en moyenne 140 min (extrêmes 15 à 300 min). Cette différence était statistiquement significative ($p<10^{-5}$). La réparation des déformations congénitales durait en moyenne 80 min (extrêmes 15 à 180 min) alors que celle d'origine post-traumatique durait en moyenne 111 min (extrêmes 20 à 220 min). Cette différence était aussi hautement significative ($p<10^{-5}$).

Les données de la SSPI retrouvaient 23 patients (5,42%) ayant eu un ou plusieurs items qui auraient empêché leur retour à domicile s'ils avaient été pris en charge en ambulatoire : 14 douleurs étaient supérieures à 4 sur l'échelle visuelle analogique, 8 patients avaient des nausées et des vomissements et un a présenté une épistaxis nécessitant une reprise chirurgicale.

Sur les 424 patients, 24 (5,66%) ont présenté des complications post opératoires: un patient a présenté une épistaxis dans les 6 heures post-opératoires (0,24%) et a dû être repris au bloc opératoire le jour même et hospitalisé en secteur traditionnel, soit un taux de retour au bloc immédiat de 0,26%. Il y a eu aussi 11 (2,59%) hématomes de cloison à J4, 5 (1,18%) hématomes de cloison à J8, 2 (0,47%) surinfections avec désunion de la voie d'abord, 1 (0,24%) hémorragie au déméchage, 1 (0,24%) surinfection du greffon cartilagineux, 2 (0,48%) ré-hospitalisation l'une pour des douleurs ne cédant pas aux antalgiques de palier 1, l'autre pour malaises vagues itératifs. A posteriori parmi ces 24 patients, 4 n'étaient pas éligibles à une prise en charge ambulatoire en raison d'une contre-indication anesthésique. Quatorze d'entre eux étaient des reprises avec une durée d'intervention de 120±46 min soit un taux de complications pour les reprises de 19,7% (14/71). Les 9 autres étaient des chirurgies de première main avec une durée opératoire de 79±36 min, soit un taux de complications pour les premières interventions de 2,6% (9/353). En faisant abstraction des 4 patients qui n'auraient pas été éligibles, il y aurait eu si ces patients avaient été pris en charge en ambulatoire : 1 retour au bloc, 2 consultations aux urgences et 16 ré-hospitalisations dans un délai de 4 à 8 jours soit un taux théorique de réadmissions de 4,2%.

L'application à la population totale des 424 patients et à posteriori des critères d'éligibilité montrait que 47 patients (11,8%) présentaient une contre-indication anesthésique à la prise en charge en ambulatoire dès la consultation d'anesthésie : 34 avaient un syndrome d'apnées du sommeil, 3 étaient ASA 3 non stabilisés, 8 étaient sous antiagrégant plaquettaire, 1 patient était thalassémique, le dernier ne comprenait pas le français. En utilisant les critères d'éligibilité antérieurs à ceux publiés en 2009 par

la SFAR, 85 patients (20,1%) avaient leur domicile à plus de 100 Km de la structure d'accueil (éloignement >1h). A la date de réalisation de cette étude et telle qu'était l'organisation du service et des programmes opératoires, l'heure d'induction de l'anesthésie avait été trop tardive pour 161 patients (38%). Pour 197 interventions la durée opératoire dépassait 90 min. De plus 23 patients ne satisfaisaient pas aux critères de la SSPI. La somme de ces éléments mettait en évidence que 355 patients (83,7%) ne satisfaisaient pas aux critères de prise en charge en ambulatoire. La population éligible aurait regroupé alors 69 patients soit 16,3% de cette activité, 34 hommes (49,3%) et 35 femmes (50,7%) d'un âge moyen de 37 ans. Cela concernait au total 1 GAMA001, 1 GAMA004, 37 GAMA007, 14 GAMA016, 14 GAMA020 et 2 GAMA022 soit 53,6% de septoplasties et 46,4% de septorhinoplasties. La durée moyenne d'intervention était de 65,9 min (extrêmes de 15 à 70 min). Il s'agissait d'une première chirurgie dans 68 cas, pour 64 déformations congénitales et seulement 5 étaient d'origine traumatique (Lechot 2011).

L'application des critères de la SFAR 2009 ne prenant plus en compte l'éloignement du domicile par rapport au centre de soins mais la possibilité, quelle que soit la distance, de pouvoir assurer la continuité des soins, augmenterait aujourd'hui à posteriori le taux théorique d'éligibilité des patients dans cette étude de faisabilité à 40,8% (154 patients).

Les conclusions de ce travail de thèse ont pu être utilisées pour la mise en place l'année suivante d'une activité ambulatoire. Les données statistiques extraites du logiciel patient DxCare© utilisé dans le service ORL du CHU de Bordeaux montrent l'état des lieux de l'activité ambulatoire de l'unité de rhinologie en 2012. Au total 107 patients ont été pris en charge en ambulatoire. Parmi eux, 39 septoplasties (GAMA007) ont été réalisées dont 7 avaient un geste associé sur les sinus (méatotomie moyenne, polypectomie, intervention d'Eyries) : 31 patients habitaient en Gironde, 4 en Charente, 1 en Charente-Maritime, 2 en Dordogne et 1 dans les Pyrénées-Atlantiques. La durée opératoire moyenne était de $51,4 \pm 21$ min. La même technique opératoire et le même méchage ont été appliqués à cette population comme à celle précédemment décrite. Le taux de transformation en hospitalisation traditionnelle était de 7,69% en raison de 2 anesthésies réalisées trop tard et d'un retour au bloc dans les 6 h pour hématome de cloison. Le taux de retour aux urgences était de 0%. Un patient a été réhospitalisé à J7 pour un hématome de cloison soit un taux de réhospitalisation de 2,5%.

3.6 Réduction des fractures de l'os nasal par abord direct (code CCAM LAEA007) et en technique fermée (code CCAM LAEP002)

A partir du fichier national américain concernant la chirurgie ambulatoire, environ 15810 fractures ouvertes des OPN ont été réduites en 1996 et 11630 en 2006 toutes lors d'une prise en charge en ambulatoire sans problème particulier (Lee et al 2011).

A partir de la même base de données, environ 1 200 000 enfants ont été pris en charge en ambulatoire durant l'année 2006. Environ 11000 d'entre eux ont eu une réduction de fracture des OPN. Le post-opératoire spécifique de ces patients n'est pas détaillé. Il y a eu sur l'ensemble de la population 1,3% des enfants qui ont été gardé en surveillance et 0,3% de réadmission en hospitalisation et ceux tout acte confondu (Bhattacharyya N 2010).

4 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[Bajaj Y](#), [Kanas AN](#), [Carr S](#), [Sethi N](#), [Kelly G](#). Is nasal packing really required after septoplasty? [Int J Clin Pract](#). 2009;63(5):757-9.

Benson-Mitchell R, Kenyon G, Gatland D. Septoplasty as a day-case procedure-a two center study. [J Laryngol Otol](#) 1996;110(2):129-31.

Bhattacharyya N. Ambulatory sinus and nasal surgery in the United States : demographics and perioperative outcomes. [Laryngoscope](#) 2010;120:635-638.

Bhattacharyya N. Ambulatory pediatric otolaryngologic procedures in the United States and perioperative safety. [Laryngoscope](#) 2010;120(4):821-5.

Bhattacharyya N. Benchmarks for the durations of ambulatory surgical procedures in otolaryngology. [Ann Otol Rhinol Laryngol](#) 2011;120(11):727-31.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Evaluation du potentiel de substitution pour 18 gestes marqueurs en juin 2001. Fascicule 1 : méthode, résultats toutes régions concernées. Paris: CNAMTS; 2003.

Code de la Santé Publique Article L6122-3 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021940550&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120908>. Consulté Avril 2012

Code de la Santé Publique Article D6124-301 à 311 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190821&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080701>. Consulté Avril 2012.

Commission on the Provision of Surgical Services. *Guidelines for Day Case Surgery, revised edition*. London: The Royal College of Surgeons of England, 1992.

Cukurova I, Cetinkaya EA, Mercan GC, Demirhan E, Gumussoy M. Retrospective analysis of 697 septoplasty surgery cases: packing versus trans-septal suturing method. [Acta Otorhinolaryngologica italica](#) 2012;32:111-114.

Dommerby H., Rasmussen O., and Rosborg, J. Long-term results of septoplastic opérations. [ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec](#). 1985;47(3):151-157.

Eisenberg G, Pérez C, Hernando M, et al. Nasosinus endoscopic surgery as major out-patient surgery. [Acta Otorrinolaringol Esp](#) 2008;59(2):57-61.

Fjermedal O, Saunte C. Septoplasty and/or submucous resection? 5 years nasal septum opérations. [Journ Laryngol Otol](#). 1988;102:796-98.

Freeman K, Denham SA. Improving patient satisfaction by addressing same day surgery wait times. *J Perianesth Nurs* 2008;23:387-93.

Grymer LF. The aging nose (long-term results following plastic septal surgery). *J Laryngol Otol*. 1987;101:363-65.

Ganesan S, Prior AJ, Rubin JS. Unexpected overnight admissions following daycase surgery: an analysis of a dedicated ENT day care unit. *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 82: 327–30.

Georgalas C, Obholzer R, Martinez-Devesa P, Sandhu G. Day-case septoplastie and unexpected re-admissions at a dedicated day-case unit: a 4-year audit. *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88:202-206.

Haddad FS, Hubbala J. Intracranial complication of submucous resection of the nasal septum. *Am J Otolaryngol*.1985;6(6):443-7.

Haraldsson PO, Nordemar H, A. Long-terms results after septal surgery: submucous resection versus septoplasty. *Oto-Rhino-Laryngol and Rel Spe*. 1987;49(4):218-22.

Haute Autorité de Santé – ANAP. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances : synthèse.». Avril 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_socle_de_connaissances.pdf. consulté en janvier 2013.

Hogg RP, Prior MJ, Johnson AP. Admission rates, early readmission rates and patient acceptability of 142 cases of day case septoplasty. *Clin Otolaryngol* 1999; 24: 213–5.

Hopkins C, Browne J, Slack R, Brown P. Variation in day-case nasal surgery – Why cannot we improve our day-case rates ? *Clin. Otolaryngol*. 2007 ; 32 : 12–18.

Kimmelman C. P. The risk to olfaction from nasal surgery. *Laryngoscope*. 1994;104(8):981-988.

Lehot A. Etude de faisabilité des septoplasties et des septorhinoplasties en chirurgie ambulatoire. Thèse d'exercice n°3094. Université Bordeaux Segalen 2011.

Lee LN, Bhattacharyya N. Contemporary trends in procedural volume for adult facial trauma, 1996-2006. *Otolaryngol Head Neck Surg* 211;7:

Lemos P, Pinto A, Moráis G, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth* 2009;21:200-5.

MacDougall G. and Sanderson R. J. Altered dental sensation following intranasal surgery. *J Laryngol Otol*.1993;107(11):1011-13.

May M, Levine HL, Mester SJ, Schaitkin B. Complications of endoscopic sinus surgery: analysis of 2108 patients- incidence and prevention. *Laryngoscope* 1994;104(9): 1080-3.

Nieminen P, Silvola J, Aust R, Stenfors LE. Nasal septal surgery as an outpatient procedure. *J Laryngol Otol* 1997; 111: 1034–7.

Ramakrishnan VR, Kingdom TT, Nayak JV, Hwang PH, Orlandi RR. Nationwide incidence of major complications in endoscopic sinus surgery. *Int Forum Allergy Rhinol* 2012;2(1): 34-9.

Re M, Masegur H, Magliulo G, Ferrante L, Sciarretta, V, Farneti G, Macri G, Mallardi V, Pasquini E. Traditional endonasal and microscopic sinus surgery complications versus endoscopic sinus surgery complications: a meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269(3):721-9.

Regli A, von Ungern-sternberg B, Strobel W, Pargger H, Welge-Luessen A, Reber A. The impact of post-operative nasal packing on sleep-disorder breathing and nocturnal oxygen saturation in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Anesth Analg* 2006;102:615-620.

Riederer A. Eine seltene komplikation der septumoperation: arteria carotis internasinus cavernosus fistel. *Laryng Rhinol Otol*.1987;66:583-85.

Rudolph R. Pseudomonas infection in the postoperative nasal septum. *Plast Reconstr Surg*.1982;70(1):87-90.

Société Française d'Anesthésie Réanimation. Recommandations formalisées d'experts « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire ». SFAR 2009. www.sfar.org/docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf

Société Française d'Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale . Les indications et principes de la méatotomie moyenne par voie endonasale sous guidage endoscopique. SFORL 2010. www.orlfrance.org/article.php?id=42

Sourty-Le Guellec MJ. La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs. *Questions d'économie de la santé* 2002 ;50 :1-6.

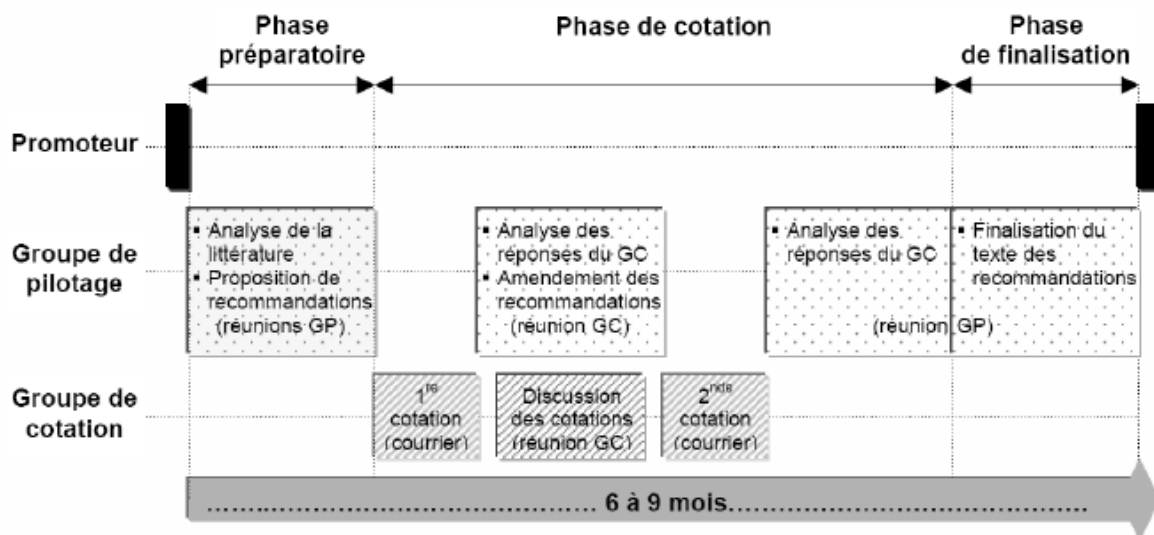
Srinivasan V, Arasaratnam RBS, Jankelowitz GA. Day case septal surgery under general anesthesia and local anesthesia with sedation. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 614–7.

Takahashi R. Malformations of the nasal septum. In: A collection of ear, nose and throat studies. Jekei Univ Ed. 1987;1972:1-95.

Thompson S. H., Kola H., Langenegger J. and Reyneke J. Oronasal fistula secondary to nasal septal surgery and candidiasis. *J Oral Maxillofac Surg*. 1985;43(12):964-966.

[Zayyan E](#), [Bajin MD](#), [Aytemir K](#), [Yilmaz T](#). The effects on cardiac functions and arterial blood gases of totally occluding nasal packs and nasal packs with airway. *Laryngoscope* 2010;120(11):2325-30.

Annexe 1. Déroulement des différentes phases de la conférence de consensus (d'après le guide « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé », disponibles sur le site internet de la HAS à l'adresse « <http://www.has-sante.fr> »)



NB : dans la cadre du présent travail, les différentes réunions et envois de texte ont eu lieu par conférences téléphoniques et courriels.

Annexe 2

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de forte puissance- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de faible puissance- Études comparatives non randomisées bien menées- Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">- Études cas-témoin	C
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">- Études comparatives comportant des biais importants- Études rétrospectives- Séries de cas- Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique