

CHIRURGIE EN AMBULATOIRE
DES HERNIES DISCALES
LOMBAIRES
rachianesthésie ou anesthésie
générale

E.BAUDUIN¹, A.DE BIE¹, S.BREDIN¹, C.SWENNEN ², R.SIBONI¹, X.OHL¹

¹Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, Hôpital Maison Blanche, 51100 REIMS

²Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU de POITIERS 86000

INTRODUCTION (1)

- Développement de la chirurgie ambulatoire en France:
33,6% en 2008 VS 50% en 2015
- Prise en charge chirurgicale en ambulatoire de la hernie discale:
autorisée depuis Mars 2014 en France.
- Depuis 1985 (Zahrawi *et al*), la microdiscectomie est reconnue
comme une procédure efficace et sûre en ambulatoire.

INTRODUCTION (2)

- Cette chirurgie peut être réalisée soit sous anesthésie générale soit sous rachianesthésie (Sadrolsadat *et al*).
- Beaucoup d'auteurs se sont intéressés à sa réalisation en ambulatoire ainsi qu'aux modalités d'anesthésie mais peu d'études ont comparé les 2 techniques d'anesthésies appliquées à l'ambulatoire.

MATERIEL ET METHODE (1)

- Etude rétrospective, monocentrique, du 1er juillet au 31 décembre 2016.
- Objectif principal: comparer l'anesthésie générale à la rachianesthésie chez des patients opérés d'une hernie discale lombaire en ambulatoire
- Objectif secondaire: évaluer la satisfaction des patients sur la prise en charge ambulatoire

MATERIEL ET METHODE (2)

- Inclusion: - patients présentant une lombosciatique invalidante
 - traitement médical maximal
 - IRM pré opératoire: HD lombaire para-médiane
 - microdiscectomie chirurgicale en open, en genu pectoral
- Exclusion: - chirurgie de reprise
 - double niveau à opérer
 - HD foraminale ou extra- foraminale
 - non-conformité aux critères d'ambulatoire selon la HAS
- 20 patients inclus: 10 anesthésies générales / 10 rachianesthésies

MATERIEL ET METHODE (3)

- Les protocoles d'anesthésie étaient standardisés.
- Nous avons évalué les données relatives à la démographie des patients , à la douleur et sa prise en charge, ainsi que la survenue de NVPO: en salle de réveil (SSPI), dans le service, à J1 et J3 post opératoire (rappel téléphonique).
- Les patients sortaient à H+6 si le score de CHUNG était supérieur ou égal à 9. L'ordonnance d'antalgiques était la même pour tous.
- La satisfaction des patients sur la globalité de leur prise en charge en ambulatoire était évaluée sur un questionnaire oral réalisé lors du rappel à J3 et côté de 0 à 10, 10 étant la meilleure cotation.

RESULTATS (1)

	Anesthésie générale n=10	Rachianesthésie n=10	P- value
Age	37,1 +/- 7,1	38 +/- 6,6	0,79
IMC	24 +/- 2,6	23,5 +/- 2,5	0,77
Score ASA:			
1	5	6	0,34
2	5	4	0,34
Antalgiques pré opératoires:			
-palier OMS 1	90%	80%	0,34
-palier 2	40%	50%	0,34
-palier 3	30%	20%	0,34
Temps opératoire (min)	36 +/- 3,8	37,1 +/- 4,1	0,10

NS

RESULTATS (2) - en SSPI

	Anesthésie générale n=10	Rachianesthésie n=10	P-value
Durée en SSPI (min)	116+/- 46,9	166+/- 82,5	0,01
EVA	2,9 +/- 1,7	1,6 +/- 0,5	0,03 <i>S</i>
Titration morphinique	4	0	0,04
Dose morphine IV (mg)	3,6 +/- 4,3	0	0,04
NVPO	40%	0%	0,04

RESULTATS (3) – Dans le service

	Anesthésie générale n=10	Rachianesthésie n=10	P-value
EVA	3,7+/-1,1	1,9+/-0,4	0,006 <i>S</i>
Délai 1er lever (heures)	4,1+/-0,6	4,1+/-0,5	0,31
Globe urinaire	0%	10%	0,34 <i>NS</i>
Score de CHUNG H+6	9,5	9,5	1
NVPO	10%	0%	0,34

RESULTATS (4)

- A J1: douleur significativement plus importante dans le groupe AG ($p=0,009$).
- A J3: Pas de différence significative
- Aucune complication, ni réhospitalisation.

- Les deux groupes étaient satisfaits de la prise en charge au sein du service ainsi que de l'information donnée.
- Score de satisfaction global: significativement meilleur avec la RA ($p=0,01$)

- 80% des patients AG et 90% des RA recommanderaient cette prise en charge ambulatoire ($p= 0,34$).

CONCLUSION / DISCUSSION (1)

- Dans notre étude, nous montrons que l'EVA en SSPI, dans le service et à J1 est moindre dans le groupe RA de manière significative ($p=0,033$).
- Selon la SFAR la consommation en morphinique constitue un indice indirect de mesure de la douleur postopératoire. Il n'y a eu aucune consommation de morphinique en SSPI dans le groupe RA ($p=0,04$).
- Les NVPO étaient plus présents dans le groupe AG de manière significative par rapport au groupe RA en SSPI ($p=0,04$) probablement liés à l'injection de morphiniques per et post opératoire .

CONCLUSION / DISCUSSION (2)

- Deux mécanismes peuvent expliquer la diminution de la consommation morphinique dans le groupe rachianesthésie:
 - la diminution de la sensibilité nociceptive induite par la rachianesthésie
 - l'existence d'un bloc sensitif résiduel dans le groupe RA
(restitution de la sensibilité après la restitution de la motricité)
- Les patients du groupe RA restaient en général 40 minutes de plus que le groupe AG en salle de réveil ($p=0,01$). Ceci s'explique par la surveillance de la levée du bloc moteur avant le retour dans le service.

CONCLUSION / DISCUSSION (3)

- Concernant le ressenti des patients, la majorité étaient satisfaits de l'information donnée et de la prise en charge médicale et para médicale.
- La satisfaction globale était tout de même significativement supérieure avec la RA. Cela pouvait s'expliquer par des douleurs moins importantes les premières 24 heures avec la RA.
- Nos résultats suggèrent donc une supériorité de la rachianesthésie, appliquée à la chirurgie ambulatoire. Elle permet une analgésie plus longue, réduit les NVPO et permet donc une facilitation du retour à domicile des patients.

MERCI DE VOTRE ATTENTION

