



## THEME : AMYDALECTOMIE EN AMBULATOIRE

Ne retenez parmi les objectifs et les CEAP (☐) proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager.

Pour plus de précisions sur chacun des CEAP proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation.

### 1. OBJECTIF : SAVOIR QUE L'AMYGDALECTOMIE CHEZ L'ENFANT N'EST PAS SOUMISE PAR LA CNAMTS A ACCORD PREALABLE, QU'ELLE SOIT PRATIQUEE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE OU TRADITIONNELLE

### 2. OBJECTIF : CONNAITRE LES CRITERES D'ELIGIBILITE A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE PEDIATRIQUE LIES A LA STRUCTURE

- Autorisation de pratiquer la chirurgie de l'enfant
- Règlement intérieur précisant les modalités de fonctionnement de la structure de chirurgie ambulatoire
- Salle d'Accueil et Salle de repos spécifiques
- Présence minimale de personnel : un médecin coordonnateur, une infirmière pour cinq patients présents et deux infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire, un médecin anesthésiste réanimateur pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire
- Organisation de la permanence et de la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés

### **3. OBJECTIF : CONNAITRE LES CRITERES DE NON ELIGIBILITE A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE LIES A LA FAMILLE DU PATIENT**

- Refus des parents
- Inadaptation des conditions de transport pour le retour à domicile :
  - Si le retour a lieu en voiture particulière, la présence de 2 adultes (dont un des deux parents ou le tuteur légal) est nécessaire
  - Durée du retour inappropriée à la nature de l'intervention
- Inadaptation des conditions de surveillance après retour à domicile:
  - Niveaux linguistique et de compréhension des parents insuffisants pour permettre une bonne compréhension des explications, consignes, prescriptions, conversations téléphoniques avec des équipes soignantes
  - Structure, organisation, emploi du temps et conditions d'hébergement familiaux jugés incompatibles avec une prise en charge ambulatoire pour des raisons de sécurité ou d'hygiène
  - Domiciliation à plus d'une heure d'un centre de soins apte à prendre en charge d'éventuelles complications post-opératoires
  - Les parents doivent pouvoir rejoindre à tout moment un centre chirurgical susceptible de prendre le patient en charge dans un délai d'une heure environ, même s'il ne s'agit pas du centre ayant réalisé l'intervention
  - Les parents doivent disposer du téléphone pour pouvoir joindre le centre «15» à tout moment ou être joints par l'équipe soignante

### **4. OBJECTIF : CONNAITRE LES CRITERES D'ELIGIBILITE A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE LIES AU PATIENT**

- ASA 1 ou 2 (Classification ASA de l'American Association of Anesthesiology)
- Age > 3 ans
- Absence de comorbidités majorant le risque de complications respiratoires : malformation crânio-faciale ou des voies aériennes supérieures, maladie neuromusculaire avec hypotonie pharyngée, signes d'insuffisance cardiaque droite et d'hypertension artérielle pulmonaire, obésité morbide, maladie métabolique avec infiltration du tissu conjonctif sous muqueux des VAS, maladie respiratoire à type d'infection récente des VAS ou inférieures avec hyperréactivité bronchique, anomalie de l'hémostase

### **5. OBJECTIF : CONNAITRE LES INDICATIONS D'UNE ETUDE DU SOMMEIL AVANT AMYGDALECTOMIE, QU'ELLE SOIT TRADITIONNELLE OU AMBULATOIRE**

- Comorbidités citées ci-dessus dans l'objectif 4
- Discordances entre symptômes de troubles respiratoires obstructifs du sommeil (TROS) allégués et anomalies observées lors de l'examen ORL (symptômes évocateurs de TROS sans obstacle adénoïdo-amygdalien observé ou absence de symptômes alarmants malgré une hypertrophie majeure adénoïdo-amygdalienne)

**6. OBJECTIF : CONNAITRE LES POINTS TECHNIQUES PERMETTANT DE REDUIRE LES DOULEURS POST-OPERATOIRES ET FACILITANT AINSI LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE**

- Techniques d'amygdalectomie subtotale ou intracapsulaire
- Administration peropératoire d'une dose de corticostéroïdes

**7. OBJECTIF : CONNAITRE L'HEURE DE REPRISE DE L'ALIMENTATION APRES AMYGDALECTOMIE AMBULATOIRE**

- La reprise alimentaire de liquide clair non particulaire peut se faire deux heures après la fin de la chirurgie sauf avis contraire du chirurgien ou du médecin anesthésiste
- Un régime normal peut être repris dès la 6ème heure sauf avis contraire du chirurgien ou du médecin anesthésiste

**8. OBJECTIF : CONNAITRE LES CONDITIONS DE SORTIE DE L'ENFANT APRES AMYGDALECTOMIE EN AMBULATOIRE**

- Surveillance d'une durée minimale de 6h
- Les loges amygdaliennes doivent être contrôlées et exsangues
- La douleur est contrôlée : EVA (Evaluation Visuelle Analogique) < 4
- Il n'existe pas de nausées ou vomissements post-opératoires
- La température est inférieure à 38°C
- Les parents (ou accompagnants et/ou personnes de confiance) ont bien compris l'information concernant la surveillance de leur enfant à domicile
- Sortie signée par le chirurgien ou l'anesthésiste.

**9. OBJECTIF : CONNAITRE LES DOCUMENTS A REMETTRE AUX PARENTS A LA SORTIE**

- Une ordonnance des traitements antalgiques et autres instaurés à la sortie; il est conseillé que l'ordonnance de sortie, en particulier concernant les antalgiques, soit donnée à la famille en préopératoire lors de consultation chirurgicale ou d'anesthésie afin qu'elle dispose des médicaments à l'avance
- Un document détaillant les consignes à respecter lors du retour à domicile (ou équivalent) et notamment les critères de surveillance et les modalités de reprise de l'alimentation
- Un récapitulatif des rendez-vous de contrôle à honorer auprès du chirurgien et du médecin traitant
- Un compte rendu d'hospitalisation ou un compte rendu opératoire et anesthésique.

## NOTICES EXPLICATIVES

### Notice Explicative 1

**CEAP: SAVOIR QUE L'AMYGDALECTOMIE CHEZ L'ENFANT N'EST PAS SOUMISE PAR LA CNAMTS A ACCORD PREALABLE, QU'ELLE SOIT PRATIQUEE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE OU TRADITIONNELLE**

***Référence ou recommandation source :***

Procédure de MSAP (Mise sous Autorisation Préalable) issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008. Liste de gestes soumis à entente préalable pour leur réalisation en hospitalisation traditionnelle étendue en 2012. Voir la liste à l'adresse Internet [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-val-d-oise/en-ce-moment/nos-anciennes-publications/extension-de-la-procedure-de-msap-chirurgicale\\_val-d-oise.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-val-d-oise/en-ce-moment/nos-anciennes-publications/extension-de-la-procedure-de-msap-chirurgicale_val-d-oise.php)

***Grade et justificatif de la Recommandation:*** pas de Grade ni de justification car texte administratif.

## Notice Explicative 2

### CEAP: CONNAITRE LES CRITERES D'ELIGIBILITE A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE PEDIATRIQUE LIEE A LA STRUCTURE

- Autorisation de pratiquer la chirurgie de l'enfant
- Règlement intérieur précisant les modalités de fonctionnement de la structure de chirurgie ambulatoire
- Salle d'Accueil et Salle de repos spécifiques
- Présence minimale de personnel: un médecin coordonnateur, une infirmière pour cinq patients présents et deux infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire, un médecin anesthésiste réanimateur pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire
- Organisation de la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés

#### **Source et Justification de la Recommandation**

1. Ce qui est obligatoire pour qu'un établissement puisse effectuer de la chirurgie ambulatoire :

○ Règlement intérieur de fonctionnement de la chirurgie ambulatoire :

- ✓ Article D. 6124-305 du Code de Santé Publique : « Un règlement intérieur propre à chaque structure de soins (...) précise notamment (...) les modalités de mise en œuvre des dispositions mentionnées à l'Article D. 6124-304 »
- ✓ Accueil et salle de repos spécifiques: la réglementation est basée sur les articles D 6124-97 et suivants du code de Santé Publique. L'article D 6124-302 exige que l'accueil et la salle de repos soient spécifiques, mais ne dit rien sur la salle d'induction, le bloc opératoire ou la Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI). Ces textes précisent qu'« au cours de la durée d'ouverture, les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour une autre activité ». Ils sont complétés par le décret n° 95-993 du 28 août 1995 qui rend obligatoire «l'existence d'un secteur opératoire adapté aux activités pratiquées et d'une salle de repos réservée (...) comportant au moins l'arrivée de fluides médicaux"

○ Présence minimale de personnel

Les articles D 6124-303 et 305 du code de la Santé Publique (décret du 2 octobre 1992) précisent le nombre et la qualification du personnel. Pendant la durée d'ouverture de la structure est requise la présence minimale :

- d'un médecin coordonnateur,
- d'une infirmière pour cinq patients présents,
- de deux infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire,
- d'un médecin anesthésiste réanimateur pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

○ Disponibilité pour la surveillance en aval de l'intervention L'article. D 6124-304 du code de la Santé Publique mentionne que « les structures de soins mentionnées à l'article D 6124-301 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients. Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de

moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après sortie.».

Ce qui est recommandé [Abécédaire de Chirurgie Ambulatoire rédigé sous l'égide de la CNAMTS et téléchargeable sur internet à l'adresse « <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-organisationnelles/abecedaire-chirurgie-ambulatoire.pdf> »; Recommandations 2008 sur la Chirurgie Ambulatoire de l'Enfant co-rédigées par l'ADARPEF (Association Des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française) et le CNCE (Conseil National de la Chirurgie Ambulatoire), disponibles sur internet à l'adresse « [http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche\\_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm](http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm) »

○ Circuit du patient à sens unique, sans retour en arrière : salle d'accueil, bloc opératoire, SSPI, salle de repos

- Ce qui n'est ni obligatoire ni recommandé

- Bloc dédié à l'ambulatoire

- ✓ avantage : prise en charge organisée et efficace, agréable pour le personnel et pour le patient ;
- ✓ inconvénient: plateau technique souvent plus pauvre, horaires de présence du personnel moindres; fréquente fermeture du secteur ambulatoire durant les vacances scolaires.

- Nécessité de pouvoir assurer sur place un hébergement traditionnel. Il est tout à fait possible d'avoir une structure exclusivement ambulatoire. Cette structure doit en revanche avoir bien organisé son circuit de transfert en cas de conversion en hospitalisation traditionnelle.

**Grade de la Recommandation:** pas de Grade ni de justification car texte administratif.

## Notice Explicative 3

### CEAP: CONNAITRE LES CRITERES DE NON-ELIGIBILITE A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE LIES A LA FAMILLE DU PATIENT

- Refus des parents;
- Inadaptation des conditions de transport pour le retour à domicile :
  - Si le retour a lieu en voiture particulière, la présence de 2 adultes (dont un des deux parents ou le tuteur légal) est nécessaire
  - Durée du retour inappropriée à la nature de l'intervention (1h ?)
- Inadaptation des conditions de surveillance après retour à domicile:
  - Niveaux linguistique et de compréhension des parents insuffisants pour permettre une bonne compréhension des explications, consignes, prescriptions, conversations téléphoniques avec des équipes soignantes ;
  - Structure, organisation, emploi du temps et conditions d'hébergement familiaux jugés incompatibles avec une prise en charge ambulatoire pour des raisons de sécurité ou d'hygiène;
  - Domiciliation à plus d'une heure d'un centre de soins apte à prendre en charge d'éventuelles complications post-opératoires
  - Les parents doivent pouvoir rejoindre à tout moment un centre chirurgical susceptible de prendre le patient en charge dans un délai d'une heure environ, même s'il ne s'agit pas du centre ayant réalisé l'intervention (Accord écrit préalable ?);
  - Les parents doivent disposer du téléphone pour pouvoir joindre le centre «15» à tout moment ou être joints par l'équipe soignante;

**Source de la Recommandation:** Recommandations 2008 sur la Chirurgie Ambulatoire de l'Enfant co-rédigées par l'ADARPEF (Association Des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française) et le CNCE (Conseil National de la Chirurgie Ambulatoire), disponibles sur internet à l'adresse « [http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche\\_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm](http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm) »

**Grade et Justification de la Recommandation :** Accord professionnel ne reposant pas sur des données publiées.

## Notice Explicative 4

### CEAP: CONNAITRE LES CRITERES D'ELIGIBILITE A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE LIES AU PATIENT

- ASA 1 ou 2 (Classification ASA de l'American Association of Anesthesiology)
- Age > 3 ans
- Absence de comorbidités majorant le risque de complications respiratoires : malformation crânio-faciale ou des voies aériennes supérieures, maladie neuromusculaire avec hypotonie pharyngée, signes d'insuffisance cardiaque droite et d'hypertension artérielle pulmonaire, obésité morbide, maladie métabolique avec infiltration du tissu conjonctif sous muqueux des VAS, maladie respiratoire à type d'infection récente des VAS ou inférieures avec hyperréactivité bronchique, anomalie de l'hémostase
- Refus des parents;
- Niveaux linguistique et de compréhension des parents insuffisants pour permettre une bonne compréhension des explications, consignes, prescriptions, conversations téléphoniques avec des équipes soignantes ;
- Structure, organisation, emploi du temps et conditions d'hébergement familiaux jugés incompatibles avec une prise en charge ambulatoire pour des raisons de sécurité ou d'hygiène ;
- Domiciliation à plus d'une heure d'un centre de soins apte à prendre en charge d'éventuelles complications post-opératoires
- Inadaptation des conditions de transport pour le retour à domicile :

Si le retour a lieu en voiture particulière, la présence de 2 adultes (dont un des deux parents ou le tuteur légal) est nécessaire

- Durée du retour inappropriée à la nature de l'intervention
  - Ex. pour l'amygdalectomie (hors recommandations) du fait des risques d'hémorragie post-opératoire, pas de longs voyages en train, en avion ou en voiture durant 15 jours;
- Après le retour à domicile:
  - les parents doivent pouvoir rejoindre à tout moment un centre chirurgical susceptible de prendre le patient en charge dans un délai d'une heure environ, même s'il ne s'agit pas du centre ayant réalisé l'intervention ;
  - les parents doivent disposer du téléphone pour pouvoir joindre le centre «15» à tout moment ou être joints par l'équipe soignante.

**Sources de la Recommandation** : Recommandations 2008 sur la Chirurgie Ambulatoire de l'Enfant co-rédigées par l'ADARPEF (Association Des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française) et le CNCE (Conseil National de la Chirurgie Ambulatoire), disponibles sur internet à l'adresse [http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche\\_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm](http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm)

**Grade et Justification de la Recommandation** : Accord professionnel ne reposant pas sur des données publiées.



## Notice Explicative 5

**CEAP:** CONNAITRE LES INDICATIONS D'UNE ETUDE DU SOMMEIL AVANT AMYGDALECTOMIE, QU'ELLE SOIT TRADITIONNELLE OU AMBULATOIRE

- Comorbidités
- Discordances entre symptômes de troubles respiratoires obstructifs du sommeil (TROS) allégués et anomalies observées lors de l'examen ORL (symptômes évocateurs de TROS sans obstacle adénoïdo-amygdalien observé ou absence de symptômes alarmants malgré une hypertrophie majeure adénoïdo-amygdalienne)

**Source de la Recommandation :** Recommandations de Pratique Clinique 2009 de la Société Française d'ORL sur « L'amygdalectomie de l'enfant » téléchargeables sur internet à l'adresse [www.orl-france.org](http://www.orl-france.org)

**Justification et Grade de la Recommandation :** Contrairement à la plupart des autres interventions réalisables en ambulatoires, il est recommandé de ne pas effectuer d'amygdalectomie ambulatoire avant l'âge de 3 ans du fait de risques majorés de complications respiratoires post-opératoires (Grade B).

## Notice Explicative 6

**CEAP:** CONNAITRE LES POINTS TECHNIQUES PERMETTANT DE REDUIRE LES DOULEURS POST-OPERATOIRES ET FACILITANT AINSI LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

- Techniques d'amygdalectomie subtotale ou intracapsulaire
- Administration peropératoire d'une dose de corticostéroïdes

**Source de la Recommandation :** Recommandations de Pratique Clinique 2014 de la Société Française d'ORL sur «La prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie de l'enfant et de l'adulte » téléchargeables sur internet à l'adresse [www.orl-france.org](http://www.orl-france.org)

**Justification de la Recommandation :**

- Pour l'amygdalectomie subtotale : cette technique est associée à une diminution des douleurs post-opératoires (Walton et coll., Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2012;138:243-9 ; Acevedo et coll., Otolaryngol Head Neck Surg 2012;146(6):871-9).
- Pour l'administration peropératoire de corticostéroïdes : cette administration serait associée à une diminution des nausées et vomissements post-opératoires, une reprise plus rapide d'une alimentation solide, une diminution des douleurs post-opératoires (Steward et coll., Cochrane Database Syst Rev. 2011 Aug 10;(8):CD003997). Cependant, un doute existe sur la possibilité d'une majoration des risques de saignements post-opératoires par ce traitement (Bellis et coll., Br J Anaesth 2014;113:23-42).

**Grade de la Recommandation :** Grade A pour l'amygdalectomie subtotale et Grade B pour la dexaméthasone peropératoire

## Notice Explicative 7

### **CEAP: CONNAITRE L'HEURE DE REPRISE DE L'ALIMENTATION APRES AMYGDALECTOMIE AMBULATOIRE**

- La reprise alimentaire de liquide clair non particulière peut se faire deux heures après la fin de la chirurgie ;
- Un régime normal peut être repris dès la 6ème heure.

**Source de la Recommandation :** Recommandations de Pratique Clinique 2014 de la Société Française d'ORL sur «La prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie de l'enfant et de l'adulte » téléchargeables sur internet à l'adresse [www.orl-france.org](http://www.orl-france.org)

**Justification et Grade des Recommandations :** Accord professionnel

## Notice Explicative 8

### **CEAP: CONNAITRE LES CONDITIONS DE SORTIE DE L'ENFANT APRES AMYGDALECTOMIE EN AMBULATOIRE**

- Surveillance d'une durée minimale de 6h
- Les loges amygdaliennes sont exsangues à l'examen pharyngé
- La douleur est contrôlée : EVA (Evaluation Visuelle Analogique) < 4 ;
- Il n'existe pas de nausées ou vomissements post-opératoires ;
- La température est inférieure à 38°C ;
- Les parents (ou accompagnants et/ou personnes de confiance) ont bien compris l'information concernant la surveillance de leur enfant à domicile ;
- Sortie signée par le chirurgien ou l'anesthésiste.

**Source de la Recommandation :** Recommandations de Pratique Clinique 2014 de la Société Française d'ORL sur «La prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie de l'enfant et de l'adulte » téléchargeables sur internet à l'adresse [www.orl-france.org](http://www.orl-france.org)

**Justification et Grade de la Recommandation :** Accord professionnel

Les modalités de signature de la sortie du patient sont précisées par le code de santé publique :

- Article D 6124-101 « un médecin anesthésiste réanimateur (...) autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement ... »
- Article D 6124-304 « chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure (...) ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure (...) »

## Notice Explicative 9

### **CEAP: CONNAITRE LES DOCUMENTS A REMETTRE AUX PARENTS A LA SORTIE**

- Une ordonnance des traitements antalgiques et autres instaurés à la sortie; il est conseillé que l'ordonnance de sortie, en particulier concernant les antalgiques, soit donnée à la famille en préopératoire lors de consultation chirurgicale ou d'anesthésie afin qu'elle dispose des médicaments à l'avance ;
- Un document détaillant les consignes à respecter lors du retour à domicile (ou équivalent) et notamment les critères de surveillance et les modalités de reprise de l'alimentation ;
- Un récapitulatif des rendez-vous de contrôle à honorer auprès du chirurgien et du médecin traitant ;
- Un compte rendu d'hospitalisation ou un compte rendu opératoire et anesthésique.

#### **Sources de la Recommandation :**

Recommandations de Pratique Clinique 2014 de la Société Française d'ORL sur «La prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie de l'enfant et de l'adulte » téléchargeables sur internet à l'adresse [www.orl-france.org](http://www.orl-france.org)

Recommandations 2008 sur la Chirurgie Ambulatoire de l'Enfant co-rédigées par l'ADARPEF (Association Des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française) et le CNCE (Conseil National de la Chirurgie Ambulatoire), disponibles sur internet à l'adresse [http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche\\_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm](http://www.adarpef.org/ADA/AUTO/affiche_page.jsp?url=site/publications/textes-congres/annuels/2010/enfant-ambulatoire-recommandations.htm)

**Justification et Grade de la Recommandation :** Accord professionnel