

Sédation intraveineuse et chirurgie ambulatoire: étude rétrospective de 6 mois d'activité en chirurgie orale

Gonzague Kerleguer¹, Pauline Gruet¹, Stéphanie Grenier¹, Samira El Ftouhi¹, Antoine Mathieu¹, Annie Gallet², Catherine Boulay², Benoît Lefèvre¹

¹ Unité de Chirurgie buccale, Pôle d'Odontologie, CHU, 45 rue Cognacq-Jay, 51100 Reims, France

² Département d'Anesthésie Réanimation, Pôle URAD, CHU, 45 rue Cognacq-Jay, 51100 Reims, France
gonzopoy@hotmail.fr

Introduction: Le développement de la chirurgie ambulatoire est un objectif de santé publique. Pour optimiser la prise en charge en unité de chirurgie ambulatoire (UCA), le choix de la procédure anesthésique en fonction du patient et du geste à réaliser conditionne le délai du retour à « l'aptitude à la rue » (score de Chung ≥ 9). Ce choix ne se limite pas à l'anesthésie générale (AG) ou l'anesthésie locale (AL), la sédation intraveineuse (SIV) associée à l'AL est une alternative intéressante. Elle permet un confort opératoire physique et psychique pour le patient en associant analgésie et réduction de l'anxiété sans induire de perte totale de conscience et en maintenant une ventilation spontanée. En France, cette procédure est réalisée par un anesthésiste-réanimateur. Le rapport d'évaluation des indications et contre-indications de l'anesthésie générale en odontologie et stomatologie de l'HAS préconise d'évaluer les techniques de sédation (HAS 2005).

Objectif: Evaluer l'intérêt de la SIV en chirurgie orale ambulatoire par une étude rétrospective transversale réalisée sur l'ensemble des patients ayant subi une intervention de chirurgie orale au bloc opératoire sur une période de 6 mois.

Patients et méthodes: Le recueil des données sur dossier comprenait: les variables démographiques, la classification ASA, le type d'anesthésie, l'intervention réalisée, le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnelle) et les effets indésirables ou complications constatés. Pour les patients hospitalisés à l'UCA, ces données ont été complétées avec les informations obtenues lors de l'appel téléphonique de contrôle postopératoire à J+1.

Les SIV étaient réalisées selon le modèle de sédation intraveineuse à objectif de concentration (Biais 2009) en utilisant habituellement le remifentanyl ($0,04\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$).

Résultats: 363 patients ont été inclus, 157 hommes (43,3%) et 206 femmes (56,7%) avec un âge moyen de $31,7 \pm 20,0$ ans. 66,5% des patients sont classés ASA1, 25% ASA 2 et 8,5% ASA3. Le taux d'ambulatoire est de 93,6%. La répartition des procédures anesthésiques s'établit: 36 AG (9,9%), 234 SIV (64,5%), 93 AL (25,6%) avec respectivement 5%, 67% et 28% d'hospitalisation ambulatoire. Les extractions de 3^{ème} molaires représentent 64% des interventions, les extractions dentaires multiples 27% et les autres interventions 9%.

Sur les 234 patients opérés en ambulatoire sous SIV, 4 (1,7%) ont été hospitalisés conventionnellement pour surveillance nocturne pour les motifs suivants : deux hémorragies, une intervention trop tardive et un patient sans accompagnant pour le retour.

Les contrôles postopératoires à J+1 révèlent que 6 patients ont rapporté des maux de tête et 7 des nausées. Pour une nouvelle intervention, seuls 2 patients souhaiteraient un autre mode d'anesthésie et tous accepteraient une autre hospitalisation ambulatoire.

Discussion: La SIV permet de prendre en charge les patients anxieux ou peu coopérants, de réaliser des actes invasifs, même chez les patients dont l'état général est altéré (ASA 3), ou chez les jeunes patients (Dorman 2007). En optimisant le délai d'obtention des critères de sortie et avec des taux d'effets secondaires ou complications à 1,5 % (Rodgers 2011), inférieurs ou comparables à ceux habituellement observés sous AG, la SIV associée à l'AL est particulièrement bien adaptée pour de nombreuses indications en chirurgie orale ambulatoire.