La chirurgie ambulatoire génère t'elle moins d'ISO et de reprises chirurgicales que la chirurgie conventionnelle ?

J. Tanguy (1), R. Amathieu (2) , O. Ali-Brandmeyer (3), P. Astagneau (4), P. Baillet (5), A. Berger-Carbonne (6), C. Bernet (7), C. Bochaton (8), F. Bruyère (9), E. Caillat-Vallet (7), C. Campion (4), T. Escutnaire – Marrant (1), P. Judlin (10), O. Lehiani (11), F. L'Hériteau (4), B. Llagonne (12), B. Ludwig (13), S. Malavaud (14), L. Marty (15), S. Maugat (6), V. Merle (16), Miliani K (4), Nkoumazok B (4), E. Reyreaud (17), F. Rongieras (18), JC. Séguier (19), L. Simon (3), C. Vons (20), M. Aupée (1)

1 : CClin Ouest, Rennes
2 : CH, Bondy
3 : CClin Est, Nancy
4 : CClin Paris-Nord, Paris
5 : Fédération de chirurgie viscérale et digestive
6 : Santé Publique France
7 : CClin Sud-Est, Lyon
8 : CH Colmar
9 : CHU Tours, AFU
10 : CHU Nancy, CNGOF
11 : CH Bourges
12 : Clinique d'Epernay, SOFCOT
13 : Unaibode
14 : CHU Toulouse
15 : CH Lagny-Marne-La-Vallée
16 : CHU Rouen
17 : CClin Sud-Ouest, Bordeaux
18 : HIA Desgenettes Bron, Lyon
19 : CH St Germain en Laye
20 : APHP, AFCA

CONTEXTE

La chirurgie ambulatoire (CA) est en plein développement et devra atteindre 70% en 2022. Evaluer le taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO) chez les patients ayant bénéficié de CA est possible via la surveillance nationale ISO Raisin (surveillance des interventions prioritaires) dans la mesure où les chirurgiens revoient leurs patients en consultation post-opératoire.

OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence l'impact de la chirurgie ambulatoire sur la survenue d'une ISO, sa gravité et une possible reprise chirurgicale par comparaison avec la chirurgie conventionnelle (CC).

MÉTHODES

- Utilisation des données de la surveillance nationale des interventions prioritaires 2016 pour 5 types d'interventions : cures de hernies, cholécystectomies, chirurgie mammaire, exérèse veineuse du membre inférieur et pose d'anneaux gastriques pour lesquelles la proportion de CA est supérieure à 25%.
- Participation volontaire des établissements de santé pratiquant la chirurgie
- Inclusion des interventions réalisées entre le 1er janvier et le 30 juin
- Suivi post-opératoire de 1 mois (3 mois pour les interventions avec prothèses et les ostéosynthèses)
- Utilisation des variables « reprise chirurgicale » et « profondeur de l'ISO »
- Calcul automatique de la variable « ambulatoire » (date intervention = date d'hospitalisation).
- Prise en compte des facteurs de risques « score ASA » et « durée d'intervention ».
- Comparaison des taux d'incidence des ISO en analyse univariée.

RÉSULTATS

Tableau 1. Synthèse des résultats – ISO Raisin 2016.

	Nombre d'interventions		Durée moyenne de suivi (en jours)		% NNIS 0		Nombre d'ISO		Taux d'incidence d'ISO [IC 95%]		Taux d'incidence d'ISO pour les patients sans FdR* [IC 95%]		Délai moyen d'apparition de l'ISO (en jours)		% ISO profondes, organe ou espace		% de reprises	
Type d'intervention	Total	CA (%)	Total	CA	Total	CA	Total	CA	Total	CA	Total	CA	Total	CA	Total	CA	Total	CA
Exérèse veineuse du membre inférieur	6528	5818 (89,1)	33,7 ± 24,5	32,9 ± 23,4	71,6	74	41	36	0,63 [0,44 - 0,82]	0,62 [0,42 - 0,82]	0,37 [0,11 - 0,63]	0,41 [0,13 - 0,69]	11,6 ± 7,2	12,1 ± 7,5	31,7	27,8	22	22,2
Cure de hernie de paroi abdominale	14028	8231 (58,7)	31,3 ± 26,6	30,6 ± 26,0	65,2	75,3	121	53	0,86 [0,71 - 1,02]	0,64 [0,47 - 0,82]	0,73 [0,48 - 0,99]	0,65 [0,35 - 0,94]	15,5 ± 12,2	14,8 ± 13	27,3	18,9	27,3	11,3
Pose d'anneau gastrique	191	57 (29,8)	42,0 ± 41,5	51,5 ± 54,1	72	87,8	2	1	1,05 [0,00 - 2,50]	1,75 [0 - 5,19]	1,69 [0,00 - 5,02]	5 [0 - 14,8]	22,0 ± 11,3	14 ± 0	50	100	50	100
Cholécystectomie	8554	5818 (28,2)	29,4 ± 24,5	29,1 ± 24,9	72,7	90,9	65	7	0,76 [0,58 - 0,94]	0,29 [0,08 - 0,5]	0,19 [0,02 - 0,36]	0,22 [0 - 0,51]	11,1 ± 7,6	9,4 ± 4,9	52,3	71,4	20	42,9
Chirurgie mammaire	6988	2414 (25,3)	30,9 ± 37,0	24,1 ± 28,9	74,2	91,4	159	35	2,28 [1,92 - 2,63]	1,98 [1,32 - 2,63]	2,05 [1,45 - 2,64]	1,55 [0,63 - 2,46]	15,2 ± 8,5	13,2 ± 8,0	39,6	28,6	25,8	17,1

- En 2016, pour les 5 types d'interventions retenues, 36 289 interventions ont été incluses dont 18 289 réalisées en CA soit 50%.
- Il n'y a pas de différence significative dans la durée moyenne de suivi des patients opérés en CA (moyenne = 30 +/- 26 jours – médiane = 30 [14 ; 40] jours) ou CC (moyenne = 32 +/- 31 jours – médiane = 29 [13 ; 39] jours). Les durées d'intervention sont significativement plus longues (supérieure ou égale au P75) en CC avec un OR=1,53 [1,45 – 1,62] p<0,0001. La proportion de patients ayant un score ASA 3 est significativement plus élevée en CC avec un OR=3,61 [3,36 – 3,87] p<0,0001.
- Au total, 386 ISO sont recensées : 33,9% en CA (n=131) et 66,1% (n=255) en CC. Le taux d'incidence des ISO est significativement plus élevé en CC qu'en CA : OR=1,99 [1,61 – 2,45], p<0,0001.
- La proportion d'ISO profondes ou de l'espace est plus élevée en CC qu'en CA avec un OR=1,94 [1,23 – 3,06] p=0,0045. Et la proportion de reprises chirurgicales était également plus élevée en CC qu'en CA avec un OR=1,83 [1,09 – 3,09] p=0,02.

CONCLUSION

Il n'y a pas d'obstacle à inclure les patients bénéficiant d'une CA dans la surveillance nationale ISO Raisin qui permet aux équipes chirurgicales d'une même spécialité de se comparer. Elle a montré, en 2016, que sur les 5 types d'intervention retenus, 50% des interventions étaient réalisées en ambulatoire. Le taux d'incidence des ISO ainsi que la proportion de reprises étaient inférieurs pour la CA, mais les patients en ayant bénéficié étaient moins lourds et les interventions moins longues.

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement l'ensemble des établissements ayant participé à la surveillance des ISO en 2016 et les membres du Copil ISO Raisin.

Protocole, rapport, poster et diaporama de résultats sont disponibles sur le site de Santé Publique France
http://invs.santepubliquefrance.fr/iso-raisin