

Prise en charge du patient en hospitalisation ambulatoire pour la réalisation d'un traitement de radiologie interventionnelle (RI)

Rédacteurs pour la FRI : Dr S. Aafort (Clinique du Parc, Castelnau le lez) ; Prof. H. Kovacsik (CHU Montpellier)

Relecteurs : groupe « recommandations » de la FRI

Les recommandations professionnelles dans le domaine de la santé sont définies comme des "propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données" (HAS/service des recommandations professionnelles/janvier 2006). Elles visent à définir des bonnes pratiques de prise en charge, à harmoniser les pratiques professionnelles et à améliorer la qualité des soins. L'objectif de ce rapport est de décrire les modalités conformes aux exigences des "bonnes pratiques" médicales, selon lesquelles les procédures de radiologie interventionnelle endovasculaires et percutanées, aussi bien diagnostiques que thérapeutiques, devraient être pratiquées lors d'une prise en charge en hospitalisation ambulatoire.

L'hospitalisation ambulatoire est caractérisée par la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. Cela inclut l'ensemble des actes interventionnels diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un plateau interventionnel, sous anesthésie de mode variable (Anesthésie locale et/ou sédation et/ou anesthésie générale) et sans risque majoré par rapport à une hospitalisation classique pour le patient (SFAR).

Dans les articles D. 6121-301-1, R. 6121-4 du code de la santé publique, la « chirurgie » ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète dont l'objectif est de permettre le retour à domicile du patient le jour même de son intervention :

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire implique la réalisation des actes techniques par des praticiens (anesthésistes et opérateurs) maîtrisant cette pratique.

Le texte proposé de recommandations de bonnes pratiques est rédigé par la Fédération de Radiologie Interventionnelle (FRI) de la SFR, pour une prise en charge optimale des patients en hospitalisation ambulatoire pour les gestes de RI.

1 – Considérations concernant la sélection des patients et la préparation du geste :

La sélection des patients doit entièrement satisfaire aux critères classiques de prise en charge en hospitalisation ambulatoire. Elle prend en compte l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, selon des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites post-interventionnelles prévisibles. La traçabilité des conditions d'éligibilité à la RI ambulatoire sera tracée dans le dossier.

- a) Le statut ASA (annexe 1) des patients doit être connu et la stabilité des patients selon leur grade ASA doit les rendre éligibles à l'ambulatoire.
- b) Les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient doivent être rassemblées: *les patients non francophones* seront accompagnés d'un traducteur lors de la consultation pré-interventionnelle et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue ; *les mineurs* seront accompagnés d'un de leurs parents ou

représentant légal en respectant la législation en vigueur; *les patients atteints d'un trouble du jugement* seront accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins.

- c) Le lieu de résidence doit être compatible avec une hospitalisation ambulatoire
- d) Le patient ne doit pas conduire après le geste et doit pouvoir être accompagné d'un tiers.
- e) La présence d'un accompagnant au lieu de résidence post-interventionnelle doit être validée.
- f) Fournir au patient les ordonnances concernant les prescriptions médicamenteuses, de soin (injections, pansements), de préparation cutanée pré-interventionnelle nécessaires en pré-interventionnel et en post-interventionnel notamment pour les relais d'anticoagulation et prescriptions d'antalgiques

Dans tous les cas, il faudra pouvoir également documenter les points suivants :

- a) Disposer d'un document écrit justifiant l'indication de l'acte de RI.
- b) Le dossier doit comporter également les informations médicales issues de la consultation avec le médecin radiologue, dont l'histoire clinique, incluant l'histoire des symptômes présentés par le patient, les indications justifiant l'acte, l'histoire médicale pertinente (en rapport avec la maladie ou influençant sa prise en charge) du patient, le traitement médical actuel du patient, l'existence d'éventuelles réactions allergiques ou d'insuffisance rénale. En cas d'acte de traitement en Radiologie interventionnelle oncologique (RIO), une décision de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire sera précisée et nécessaire. Le médecin radiologue prenant en charge le patient aura rédigé une lettre au terme de sa consultation. Les modalités de la voie d'abord radiologique auront été définies et notées dans la lettre de consultation préalable à l'hospitalisation. Ce courrier aura été adressé au médecin demandeur et au médecin traitant.
- c) Les informations issues de la consultation anesthésique doivent être tracées dans le dossier si une anesthésie est proposée (choix des modalités de l'anesthésie, antibioprophylaxie, examens complémentaires si besoin, modifications éventuelles des traitements, poids et taille, etc.)
- d) Le patient doit recevoir une information complète et loyale, adaptée à sa compréhension et doit donner son consentement éclairé. Le patient hospitalisé en ambulatoire est acteur de sa préparation pré-interventionnelle et de sa réhabilitation post-interventionnelle au lieu de résidence. Une information détaillée sur toutes les phases de l'hospitalisation ambulatoire concourt à la qualité et à la sécurité de la prise en charge, notamment concernant le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient ; les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie, les exigences liées aux différentes techniques de RI ; les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence ; les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique ; les méthodes d'analgésie post-interventionnelle ; les modes de recours en cas d'évènements non prévus ; les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention. Les choix thérapeutiques alternatifs doivent être discutés avec le patient et le médecin référent, au mieux dans le cadre d'une discussion collégiale.
- e) Le résultat des examens biologiques, si nécessaires à la réalisation du geste interventionnel, doivent être connus. Les notions d'infection au VIH, hépatite C ou autres maladies transmissibles (COVID 19) au personnel doivent être connues, également celles faisant l'objet d'un traitement spécifique (tuberculose, BHR, BMR, etc. ...).
- f) Un bilan d'imagerie pré-thérapeutique doit avoir été effectué afin de préparer l'intervention. Cette étude doit être enregistrée sur un document (Compte rendu) et les images doivent être disponibles sous forme numérique au mieux au sein d'un PACS.

- g) Si nécessaire, la mutation vers un service d'hospitalisation complète ou un service de Soins Intensifs ou une Réanimation doit être possible et l'organisation de recours pré-établie et connue.
- h) Le patient doit être appelé dans les 48h avant l'intervention pour :
- a. confirmer sa venue et vérifier l'absence de pathologie intercurrente ou de tout autre élément pouvant entraîner une déprogrammation
 - b. rappeler les consignes pré-interventionnelles : jeûne (si nécessaire) et préparation cutanée, prise du traitement habituel, arrêt et/ou relais éventuel, vérification de la bonne réalisation des examens biologiques et d'imagerie et/ou consultations demandés
 - c. confirmer l'horaire d'arrivée en rappelant son importance
 - d. préciser les conditions de sortie et la nécessité d'un accompagnant pour le retour et si besoin la nuit suivant l'intervention.
- i) Un traitement interventionnel doit être planifié afin de définir la manière dont l'équipe interventionnelle à l'intention de dispenser le traitement. Cette planification pourra être aidée par des fiches standards de protocoles d'actes de radiologie interventionnelle et devra être réalisée après la prise finale de décision de traitement en consultation et avant la réalisation de l'acte lui-même, idéalement quelques jours avant et au mieux lors d'une réunion de programmation. Les avantages de définir un tel plan incluent la capacité de s'assurer que tout le personnel, l'équipement, les médicaments et autres articles nécessaires pour mener à bien l'intervention sont disponibles. Ce plan ou « protocole de réalisation de l'acte » est rédigé par le radiologue responsable de l'intervention et doit être disponible pour la réalisation de l'intervention. Ce plan contient au moins les éléments suivants :
- Identité du ou des Radiologue (s) interventionnel(s) responsable(s)*.
 - Identification unique du patient, y compris le nom complet, la date de naissance, le numéro d'identification unique et le sexe
 - Imagerie pré-interventionnelle récente
 - Modalité de guidage d'image et autre équipement à utiliser
 - Médicaments, équipements et dispositifs médicaux utilisés à chaque étape du traitement interventionnel
 - Stratégies de gestion de la douleur et les détails de toute autre exigence de traitement associé.

Dans le cadre d'un traitement du cancer (RIO), s'y ajoutent les éléments suivants :

- Diagnostic de base et stade tumoral
- Intention de traitement curatif ou palliatif
- Région anatomique à traiter
- Cibles tumorales avec définition précise de leurs tailles et localisations
- Les structures environnantes à risque et l'approche prévue pour réduire les risques iatrogènes
- Approche planifiée de la lésion cible, mode d'imagerie et voies d'abord
- Matériel spécifique nécessaire
- Stratégie de gestion de la douleur

2- Considérations concernant le jour de l'acte de RI et les dispositions per-interventionnelles

- a) A l'arrivée en ambulatoire, l'équipe d'accueil devra expliquer à nouveau au patient et à sa famille le déroulement de la journée
- b) L'horaire de début de l'acte de RI réalisé en ambulatoire doit être compatible avec ce type de prise en charge courte en hospitalisation.
- c) La check-list de radiologie interventionnelle de la FRI-SFR dérivée de celle de la HAS doit être utilisée et être tracée dans le dossier du patient.
- d) l'ensemble des documents de consultation, des bilans d'imagerie et biologique nécessaires sont dans le dossier avant le début du geste.
- e) Durant l'acte tous les patients doivent avoir un monitoring cardiaque continu et au moins intermittent de la pression artérielle. Un enregistrement des signes vitaux doit être réalisé.
- f) Chez tous les patients, une voie intraveineuse doit être placée pour l'administration de solutés et médicaments si nécessaire.
- g) Si le patient bénéficie d'une sédation, un oxymètre pulsé doit être utilisé. En cas de parcours co-construit avec une équipe anesthésique (consultation préalable de plus de 48h en dehors des actes urgents), elle doit être présente tout au long de l'acte.
- h) Dans tous les cas, un contrôle radiologique post-interventionnel doit être réalisé et enregistré pour documenter le résultat anatomique et identifier de possibles complications.
- i) Les DMI (Dispositifs Médicaux Implantables) et prescriptions per-interventionnelles sont tracés dans le dossier patient.
- j) L'équipement et les médicaments pour une réanimation en urgence doivent être immédiatement disponibles et le personnel entraîné à leur utilisation.
- k) Une fiche de transmission écrite doit être établie et accompagner le patient à sa sortie de la salle d'intervention vers la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Elle comprendra de façon non exhaustive les items ci-dessous :
- Intitulé de l'intervention
 - Heure d'entrée et de sortie de salle
 - Jour / Nom du radiologue interventionnel et anesthésiste
 - Type d'anesthésie
 - Appareillage / drain / DMI en place avec détails sur mode de suivi, incluant la périodicité des contrôles
 - Heure d'autorisation du lever
 - Heure d'autorisation alimentation
 - Prescription du traitement antalgique ou antibiotique
 - Rythme et liste des éléments cliniques (généraux et locaux) et para-cliniques à surveiller
- l) Les modalités concernant la personne responsable de la sortie du patient doivent être précisées par écrit : médecin radiologue ou anesthésiste ou selon établissement d'un score clinique

3 - Gestion du « dossier patient » en radiologie interventionnelle : le compte rendu de l'intervention

La gestion du « dossier patient » doit favoriser la sécurité et la qualité des soins. A ce titre un compte rendu de l'acte interventionnel réalisé est indispensable et ce compte rendu sera inclus dans le dossier patient. Il est souhaitable d'envoyer le CR au médecin traitant également en particulier quand le CR d'hospitalisation n'est pas rédigé par le radiologue interventionnel responsable de l'acte. Ce compte rendu comprend les détails sur l'acte de RI prévu et les résultats du traitement réalisé. Il constitue la principale source d'information et à ce titre ce compte rendu doit comprendre des éléments tels que:

- Données démographiques du patient
- Le nom de l'opérateur, le nom de l'anesthésiste (si présent)
- Le type d'anesthésie
- La date et l'heure de l'intervention (celle-ci pourra par exemple être enregistrée sur la modalité d'imagerie utilisée et archivée dans le PACS)
- La durée et l'heure des différents temps interventionnels (feuille de salle et feuille d'anesthésie).
- La position sur la table lors de l'intervention
- Les gestes effectués
- La voie d'abord
- La ou les méthodes de guidage en imagerie
- La dosimétrie
- Le type et la quantité de produit de contraste injecté
- La traçabilité du matériel utilisé
- Les prélèvements bactériologiques ou anatomopathologiques
- La justification des décisions : en cas de situation complexe, grave, ou inhabituelle, où lorsque le choix thérapeutique n'est pas évident ni conforme à l'indication interventionnelle initialement prévue,
- Les éléments de synthèse pour le traitement médical post-interventionnel et les consignes de surveillance et de suivi

Dans le cas d'une intervention pour cancer (RIO) il devra aussi comprendre les éléments suivants :

- Le diagnostic, sous-type histologique, stade, intention du traitement
- La description de la tumeur traitée et son aspect en imagerie
- En cas de destruction tumorale percutanée d'une ou plusieurs tumeurs, l'utilisation ou non d'une imagerie d'évaluation immédiate post traitement et ses résultats
- Les tumeurs traitées et tumeurs laissées en place

4 - Considérations concernant les soins après l'acte de RI :

a) Tous les patients doivent être gardés en observation au lit durant la période post-interventionnelle initiale. En fonction du geste, de la voie d'abord et des facteurs de risque (voir ci-dessous) le repos au lit peut être requis pour une durée variable, qui doit être définie dans la feuille de liaison en sortie de salle d'intervention. Cette surveillance doit être faite dans le service ambulatoire et si nécessaire après le passage par la salle de soins post-interventionnels.

b) Pendant la période initiale, les manipulateurs et/ou infirmières doivent périodiquement surveiller plusieurs éléments : le point de ponction (s'il s'agit d'un geste de RI -endo-vasculaire artériel ou veineux), le contenu des drains (en cas de drainage percutané), les données du monitoring

hémodynamique, la diurèse, la présence de douleurs (sur une EVA) ou d'autres indicateurs de complications systémiques ou locales. Les informations données au patient concernant la gestion des suites au domicile ne doivent pas être données dans la phase de récupération de l'anesthésie.

En cas de passage par une unité de surveillance de soins intensifs, alors le monitoring des fonctions vitales se place sous la responsabilité de l'équipe d'anesthésie.

c) l'heure de reprise alimentaire ou des boissons doivent être décidées en concertation avec le médecin, selon l'évolution du patient en salle de surveillance.

d) La première déambulation du patient doit être surveillée. Il faut s'assurer de la perfusion vasculaire, de la stabilité du site de ponction et de son autonomie fonctionnelle.

e) Le radiologue interventionnel ou le médecin référent qui prend en charge le patient dans l'Unité ambulatoire doit évaluer les conditions de sortie du patient après l'acte et être capable de continuer la prise en charge pendant son hospitalisation et après sa sortie. Le patient doit impérativement partir de l'établissement avec le CR de son acte de RI, une lettre de sortie et un traitement si nécessaire. L'heure de sortie est tracée. Le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de prise en charge ambulatoire est remis au patient.

Le patient doit être informé des suites à donner en cas de difficultés au domicile (numéro d'appel en cas d'urgence) et des RDV médicaux prévus (RDV avec le médecin référent, le médecin demandeur ou le médecin radiologue, ainsi que les examens biologiques ou d'imagerie nécessaires au suivi du geste) ; le suivi du patient après sa sortie, en fonction de la prévisibilité des suites interventionnelles, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient. L'équipe de RI assure la continuité des soins. Le patient pourra joindre l'établissement de soins selon un protocole défini en cas de difficulté du patient au domicile (numéro direct d'urgence du service de RI si existant et/ou numéro du SAU de l'établissement qui préviennent le médecin ayant effectué l'acte et/ou l'équipe devant en assurer la continuité).

5 - Le document de sortie d'hospitalisation (lettre ou courrier d'hospitalisation) :

Il comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins. Il est destiné au patient et aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour. Il devra être accessible pour le patient et adressé aux professionnels de santé identifiés comme impliqués dans la prise en charge du patient comprenant toujours le médecin traitant. Il est constitué par tout ou partie du compte rendu de l'acte de RI et du CR d'hospitalisation, soit dans sa version remise le jour de la sortie, soit dans sa version complétée, dans les 8 jours suivant la sortie.

6 - Amélioration de la qualité de la prise en charge

L'équipe de Radiologie Interventionnelle doit être intégrée au sein d'un programme d'accréditation de l'établissement selon les recommandations de la HAS mais également dès que possible dans la démarche d'accréditation d'équipe proposée par l'ODPC-RIM, Organisme Agréé (HAS).

La sécurité de la prise en charge ambulatoire nécessite d'anticiper les risques et de gérer leur survenue. Elle repose sur l'identification des risques (erreur d'identification d'un patient, absence d'un matériel, dosimétrie, etc.) puis sur la mise en œuvre de mesures visant à les réduire qu'elles soient de nature humaine, technique ou organisationnelle. Leur mise en place doit s'inscrire dans le

cadre d'une démarche qualité au sein de l'unité ambulatoire : description du processus de prise en charge du patient, analyse des points critiques de ce processus, mise en œuvre de plan d'amélioration.

L'incidence des complications, en particulier celles générant une augmentation de la durée d'hospitalisation, doit être enregistrée et revue périodiquement dans un but d'optimisation sécuritaire.

7 - Obligations de l'établissement de santé (ES) dans la mise en œuvre d'une activité de RI en ambulatoire.

L'Établissement de Santé qui souhaite développer une activité de RI ambulatoire doit s'assurer que les éléments suivants sont présents et organisés avec : des surfaces; des moyens matériels et humains suffisant pour assurer la sécurité du patient et l'efficacité de la structure. Les surfaces et les PM/PNM nécessaires sont adaptés à l'activité de la structure. En particulier, la présence de deux PNM en salle de Radiologie Interventionnelle dont au moins un MEM est indispensable.

-Les équipements de RI peuvent être dédiés à l'ambulatoire ou partagés avec l'activité de RI non ambulatoire.

-Présence d'une salle de surveillance post-interventionnelle accessible pour les gestes de RI qui nécessitent une surveillance, même en l'absence d'acte anesthésique réalisé.

-Secrétariat dédié (ou partagé avec les autres acteurs de la structure d'interventionnel ambulatoire (endoscopie, cardiologie, pneumologie ...) ou de radiologie permettant d'assurer un circuit de convocation, de prise de RdV, d'appel préopératoire et de rappel, de gestion des CR des actes de RI (le jour de la sortie)/CRH, ainsi que du codage(CCAM et PMSI).

-Disponibilité d'un bureau médical permettant de respecter la confidentialité pour un échange médical pré- ou post-interventionnel si nécessaire.

-Présence d'un circuit patient assurant l'accueil différencié, le déshabillage et protection des effets personnels du patient, l'attente dans un lit fauteuil et le repos avant la sortie.

Références :

-RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 67–72

-Recommandations organisationnelles – Pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre – Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire – Guide méthodologique HAS et ANAP 2013

-Grille de contrôle interne en chirurgie ambulatoire HAS 2015

Annexe 1 : classification ASA

Scores :

ASA Physical Status Classification System

- 1 : Patient normal
- 2 : Patient avec anomalie systémique modérée
- 3 : Patient avec anomalie systémique sévère
- 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Ces définitions sont disponibles dans l'édition annuelle du "ASA Relative Value Guide". Il n'y a pas d'informations supplémentaires pouvant aider à mieux classer les patients.

Référence :

- <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>