



Chirurgie ambulatoire dans le Service d’Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale : retour d’expérience du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lome
Outpatient surgery in the Department of Otorhinolaryngology and Cervicofacial Surgery: experience feedback from Sylvanus Olympio University Hospital of Lome

Essobiziou Amana¹, Winga Foma¹, Guemessou Nassou¹, Gérémie Ananidjin¹, Uziel Boko¹, Hervey Reoulembaye¹, Essobozou Pegbessou³, Bathokédéou Amana¹, Essohanam Boko²

Auteur correspondant

Nassou Guemessou,

Courriel : nassguems17@gmail.com

Service Oto-rhino-laryngologie, CHU SO,

Lomé, Togo

Summary

Context & objective. Although outpatient surgery offers a number of advantages, very little is known about it. The aim of this study was to assess the epidemiological profile of outpatient surgical procedures. **Methods.** This was a descriptive documentary series of patients who underwent outpatient surgery during the period from January 1, 2018 to December 31, 2022, in the Department of Otolaryngology and Cervico-Facial Surgery of the Sylvanus Olympio University Hospital Center in Lomé. The operating room register and patient records were used as data sources. **Results.** Out of a total of 1436 surgical procedures and explorations performed, only 408 patients benefited from ambulatory surgery, i.e. a frequency of 28.4%. The M/F sex ratio was 1.5. The mean age was 9 ± 10 years, with extremes of 3 months and 83 years. Children aged 2-5 years accounted for 51% of cases. Esophagoscopy for foreign body extraction was the most frequently performed procedure (62.5%), followed by adenoidectomy (19.4%). Explorations for foreign body extraction were unscheduled, accounting for 75.7% of cases. The coin was the most frequently extracted foreign body, accounting for 59.2%. **Conclusion.** Due to the absence of a regulatory and legal framework in Togo, outpatient surgery is struggling to get off the ground in our department. The procedures performed are still at an embryonic stage.

Keywords: Outpatient surgery, ENT, esophagoscopy, adenoidectomy

Received: September 2nd, 2024

Accepted: April 4th, 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i3.17>

1. Service Oto-rhino-laryngologie, CHU SO, Lomé, Togo
2. Service Oto-rhino-laryngologie CHU Campus, Lomé, Togo

Résumé

Contexte & objectif. Bien que la chirurgie présente plusieurs avantages, les données y relatives sont très peu documentées. La présente étude avait pour objectif d'évaluer le profil épidémiologique des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire.

Méthodes. Il s'agissait d'une série descriptive documentaire des patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire durant la période allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2022, dans le service d’Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale ; du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé. Le registre du bloc opératoire et les dossiers des patients ont servi de source de données.

Résultats. Sur un total de 1436 actes et explorations chirurgicaux réalisés, 408 patients seulement ont bénéficié de la chirurgie ambulatoire, soit une fréquence de 28,4%. Le sexe ratio M/F était de 1,5. L'âge moyen était de 9 ± 10 ans avec les extrêmes de 3 mois et 83 ans. Les enfants de 2-5 ans représentaient 51% des cas. L'œsophagoscopie pour extraction de corps étrangers était le geste le plus effectué soit 62,5%, suivie de l'adénoïdectomie soit 19,4%. Les explorations pour extraction de corps étranger étaient non programmées, soit 75,7% des cas. La pièce de monnaie était le corps étranger le plus extrait, soit 59,2%.

Conclusion. La chirurgie ambulatoire, par absence de cadre réglementaire et légal au Togo, peine à démarrer dans notre service. Les actes réalisés demeurent encore à un stade embryonnaire.

Mots-clés : chirurgie ambulatoire, ORL, œsophagoscopie, adénoïdectomie

Reçu le 2 septembre 2024

Accepté le 4 avril 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i3.17>



3. Service Oto-rhino-laryngologie CHR Lomé commune, Togo

Introduction

La chirurgie ambulatoire est définie en France comme : « ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigations, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission » (1). C'est un acte chirurgical, effectué dans un bloc opératoire, chez un patient qui retourne chez lui le jour même (2). C'est aussi une intervention qui se faisait habituellement lors d'une hospitalisation complète, avec sortie du patient le jour même de son intervention sans risque majeur, avec diminution du coût des soins (3).

En 2022, en France, le taux global d'interventions éligibles pratiquées en mode ambulatoire était estimé aux alentours de 63% (4). Au Bénin, le taux d'interventions éligibles en chirurgie ambulatoire était de 61,1% (5). Dans les pays à ressources limitées, notamment en Afrique subsaharienne comme le Togo, plusieurs interventions chirurgicales sont réalisées en ambulatoire mais il n'existe pas de textes réglementaires encadrant cette pratique. Les praticiens hospitaliers sont réticents à adopter cette nouvelle pratique de chirurgie compte tenu des complications (hémorragique et respiratoire) qui peuvent survenir. La présente étude avait pour objectif d'évaluer l'expérience de la chirurgie ambulatoire en ORL-CCF au Togo et a pour but de décrire quelques aspects épidémiologiques et passer en revue les indications de chirurgie ambulatoire au CHU Sylvanus Olympio (SO) de Lomé.

Méthodes

Nature, cadre et période de l'étude

Il s'est agi d'une série descriptive et rétrospective des cas des patients opérés par la chirurgie ambulatoire, dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) du CHU SO, seul centre de référence de prise en charge chirurgicale des pathologies ORL-CCF dans le pays durant la période allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2022.

Le service dispose d'un bloc opératoire situé au sein du service. Le service ORL-CCF partage ce bloc avec le service de chirurgie maxillofaciale.

Échantillonnage et critères de sélection

Notre échantillon était constitué de tous les patients pris en charge en mode chirurgie ambulatoire (durée d'hospitalisation de moins de 24h) programmée ou non dans le service ORL-CCF du CHU Sylvanus Olympio durant la période d'étude.

Tous les patients ne répondant pas aux critères de chirurgie ambulatoire c'est-à-dire patient ayant bénéficié d'une chirurgie avec hospitalisation supérieure à 24h ne faisaient pas partie de la présente étude. Le registre du bloc opératoire et les dossiers des patients ont servi de source de données.

Paramètres d'intérêt et déroulement de la chirurgie ambulatoire

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les indications de chirurgie ambulatoire, le diagnostic retenu, l'acte réalisé programmé ou en urgence, et la nature de la pièce opératoire selon les cas.

Les patients sont au préalable reçus lors de la consultation ORL. Une indication chirurgicale est posée selon la pathologie présentée. Ces patients réaliseront le bilan préopératoire avant d'être reçus en consultation préanesthésique. Lors de cette consultation, le médecin anesthésique établit une fiche de consultation anesthésique en mentionnant son avis et le statut ASA du patient.

Ce patient sera reçu lors d'un staff chirurgical (réunion au cours de laquelle les dossiers des patients étaient passés en revue, en présence du patient et de son accompagnant d'une part, et des enseignants universitaires accompagnés des médecins spécialistes et des médecins en cours de spécialisation d'autre part). L'indication du mode opératoire sera posée ainsi que la transmission des modalités pratiques préopératoires.

Les patients programmés arrivent le matin à 7 h dans le service. Après l'intervention chirurgicale, ils seront admis dans la salle d'hospitalisation commune (il n'existe pas d'unité dédiée à la chirurgie ambulatoire) pour la surveillance du réveil. La sortie est programmée le soir après avis du chirurgien et de l'anesthésiste. Des consignes postopératoires sont transmises et l'accompagnant a l'obligation de contacter le service par téléphone, le lendemain même en cas d'absence de complications.

Pour les patients non programmés, il s'agit essentiellement des explorations pour extraction

de corps étranger, ils seront pris en charge le même jour selon la disponibilité du bloc opératoire. Après la phase de surveillance postopératoire, ils regagnent leur domicile le même jour en absence de complications.

Toutes les interventions chirurgicales se font au sein du service ORL-CCF. Cependant, on note une insuffisance du plateau technique chirurgical surtout en chirurgie otologique.

Analyse statistique

Nous avons utilisé le logiciel SPSS (version 25 pour Windows) et Microsoft Excel 2013 pour le traitement des données.

Considérations éthiques

Les règles de confidentialité et d'anonymat ont été respectées. Tous les patients avaient consenti préalablement avant l'acte chirurgical.

Résultats

Durant les cinq années, la fréquence cumulée de la chirurgie ambulatoire était de 28,4 % (figure 1).

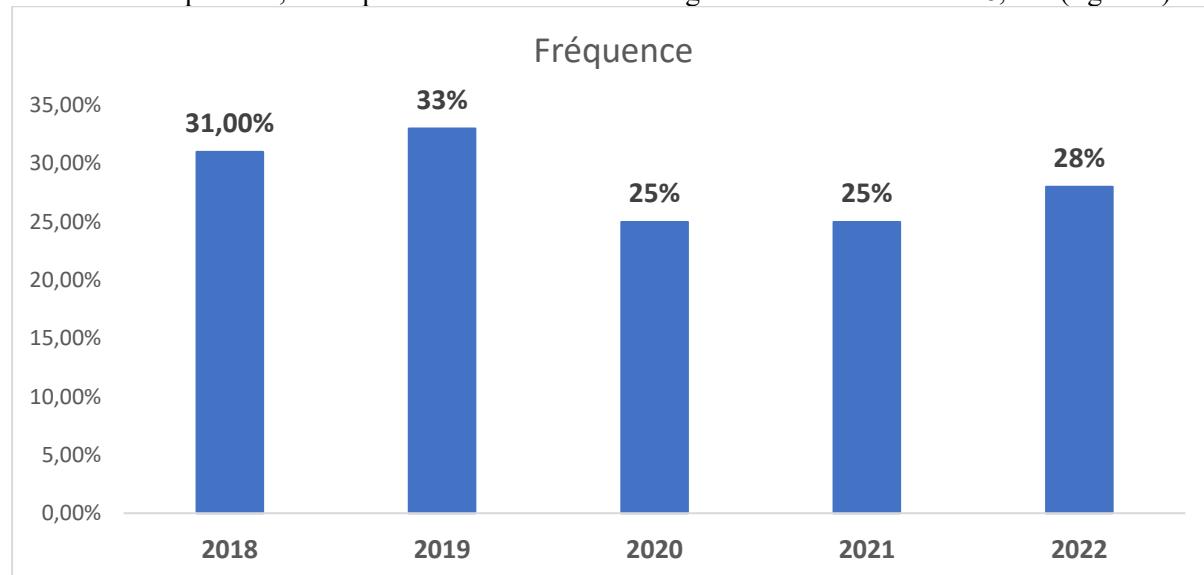


Figure 1. Fréquence de la chirurgie ambulatoire par année

Les enfants dont la tranche d'âge était comprise entre 2-5 ans représentaient 51 % (tableau 1).

L'âge moyen était de 9 ± 10 ans, avec une médiane de 3 ans et les extrêmes de 3 mois et 83 ans.

Tableau 1. Distribution de patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (année)	Effectifs N=408	%
0-1	70	17,2
2-5	208	51
6-15	67	16,4
16-45	37	9,1
46 et plus	26	6,4

Dans notre série, une prépondérance masculine a été notée avec un sexe ratio de 1,5/1.

L'adénoïdectomie indiquée pour un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil

(SAOS) pour hypertrophie des végétations étaient le geste programmé plus fréquemment réalisé dans 19,4% (tableau 2).

Tableau 2. Répartition des patients selon les actes programmés

Actes	Effectifs	%
Adénoïdectomie	79	19,4
Parage-suture	6	1,5

Biopsie-exérèse	12	3
Freinotomie	2	0,5
Total acte programmé	99	24,3
Total actes ambulatoires	408	100

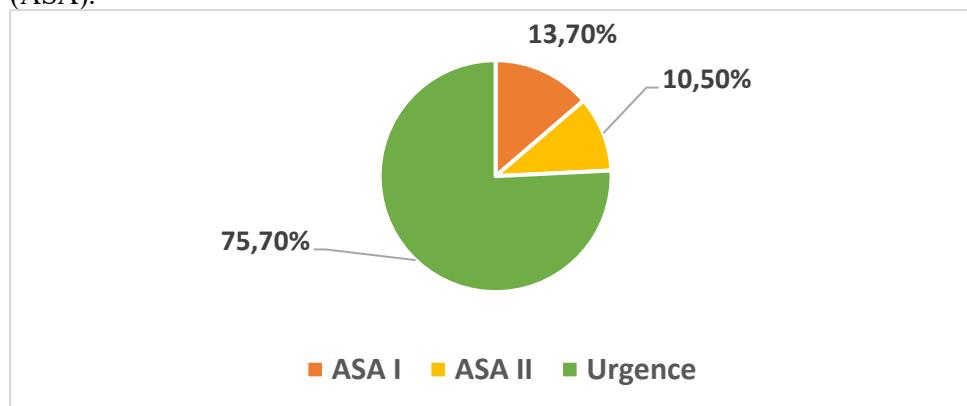
Les explorations étaient des actes non programmés, réalisées dans le but de l'extraction d'un corps étranger. Oesophagoscopie pour

extraction de corps étranger oesophagien était réalisée dans 62,5% des cas (tableau 3).

Tableau 3. Fréquence des actes non programmés

Actes	Effectifs	%
Œsophagoscopie pour extraction corps étranger	255	62,5
Otoscopie pour extraction corps étranger	27	6,6
Rhinoscopie antérieure pour extraction corps étranger	27	6,6
Total actes non programmés	309	75,7
Total actes ambulatoires	408	100

La figure 2. illustre la distribution des patients selon le score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA).



Les patients programmés avaient un statut ASA I dans 13,7 % des cas et ASA II dans 10,5 % des cas.

Figure 2. Statut score ASA des patients de l'étude Les corps étrangers inorganiques représentaient 239 cas de chirurgie ambulatoire soit 58,6%. Les pièces de monnaie étaient les plus fréquemment rencontrées soit 37 %. Au niveau de l'oreille et du nez, les corps étrangers à type de perle étaient

prédominants, respectivement 3,43% au niveau de l'oreille et 2% au niveau du nez (tableau 4). Ces corps étrangers étaient enclavés et ont nécessité une extraction sous anesthésie générale car il s'agissait des enfants qui ne peuvent supporter une extraction sous anesthésie locale.

Tableau 4. Distribution des patients selon la nature de la pièce opératoire

Nature de la pièce opératoire	Œsophage	Oreille	Fosse nasale



Corps étranger organique	Arête de poisson	12	0	1
	Morceau de viande	9	0	0
Total= 38				
	Morceau d'os	1	0	0
	Corps étranger végétal	4	7	4
Corps étranger inorganique	Pièce de monnaie	151	0	0
Total= 239				
	Perle	0	14	8
	Prothèse dentaire	23	0	0
	Pile bouton	4	2	6
	Autre métal	24	2	5
Absence de corps étranger		27	2	3
Total		255	27	27

Discussion

Dans la présente étude, la chirurgie ambulatoire a représenté 28,4% de toutes les interventions chirurgicales réalisées dans le service ORL-CCF durant la période d'étude. Ce chiffre est en-dessous de ceux de la littérature (4, 6). Ceci s'explique par l'insuffisance des conditions pour un meilleur suivi des patients à domicile, le fait qu'il n'existe pas de texte réglementaire organisant les prises en charge chirurgicales ambulatoires au Togo et la réticence de certains praticiens hospitaliers qui redoutent une possible mauvaise gestion des complications à domicile.

La chirurgie ambulatoire avait concerné majoritairement les enfants de 2-5 ans avec un taux de 51% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature (6-8). Ceci s'explique par le fait que les interventions réalisées le plus souvent en ambulatoire à savoir l'adénoïdectomie, l'amygdalectomie, l'adéno-amygdalectomie, l'œsophagoscopie pour extraction de corps étrangers, l'extraction de corps étrangers enclavés au niveau du conduit auditif externe et des fosses nasales, concernent surtout les enfants de cette tranche d'âge. Ce sont des interventions couramment réalisées dans les services ORL-CCF. Le sexe masculin était plus représenté avec un sexe ratio de 1,5. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature (6, 8, 10). Cependant, le recours à la chirurgie ambulatoire n'est pas influencé par le sexe. L'adénoïdectomie était le geste programmé le plus réalisé en ambulatoire avec 19,4% des cas. Elle était réalisée

chez les enfants à partir de 1 an et indiqué dans le cadre d'un syndrome d'apnée obstructif du sommeil. Elle consistait à un curo-curetage du cavum. L'œsophagoscopie pour extraction de corps étranger œsophagiens était un geste non programmé le plus réalisé à 62,5%. En France, les actes fréquemment réalisés en ambulatoire en ORL-CCF étaient l'amygdalectomie, l'adénoïdectomie et la pose/dépose d'ATT soit 64,2% (4, 11-12). Ce faible taux de chirurgie programmé pourrait s'expliquer par le fait que l'amygdalectomie seule ou associée à l'adénoïdectomie sont des actes qui ne sont pas réalisés en ambulatoire dans notre service. En plus, nous ne disposons pas de structures équipées et dédiées à la chirurgie ambulatoire. L'insuffisance du plateau technique n'a pas permis la réalisation des actes en chirurgie otologique et rhinologique qui se font, ailleurs en ambulatoire (4, 13).

Dans notre série, les explorations ORL-CCF pour extraction de corps étranger, réalisées en ambulatoire étaient prédominantes (75,7%). C'étaient des urgences différenciables, dont la réalisation n'était pas programmée. Nos résultats sont comparables à la littérature (10, 14). Les corps étrangers œsophagiens, bien qu'ils ne soient pas une urgence, constituent une situation de stress pour la famille et pour le patient.

Concernant la nature du corps étranger lors de l'œsophagoscopie, les corps étrangers inorganiques représentaient 58,60% avec une nette prédominance des pièces de monnaie 37%



des cas. Nos résultats sont comparables à l'étude réalisée au Cameroun (6, 13). Les pièces de monnaie n'entraînent pas habituellement les lésions de la muqueuse œsophagienne, ce qui justifie le choix préférentiel de la chirurgie ambulatoire.

Les corps étrangers œsophagiens ne concernent pas seulement les enfants. Nous avons aussi notifié 23 cas de corps œsophagiens à type de prothèse dentaire chez les adultes. La particularité de ces prothèses dentaires, ce sont les lésions de la muqueuse œsophagienne qu'elles peuvent entraîner (7-9). Ces lésions muqueuses causées par la prothèse dentaire, sont parfois à l'origine d'une surveillance en hospitalisation de plus de 24h, sortant alors du cadre d'une prise en charge en ambulatoire. Chez nos 23 patients ayant bénéficié d'un œsophagoscope pour extraction de prothèse dentaire, l'œsophagoscopie contrôle a mis en évidence une muqueuse saine, et prise en charge en ambulatoire.

Conclusion

La chirurgie ambulatoire, concept très développé en Occident, n'est pas encore bien implantée dans notre pratique au Togo. Dans le service ORL-CCF du CHU Sylvanus Olympio, ce mode de prise en charge n'est pas encore très développé vue les complications hémorragique et respiratoire que les chirurgies ORL peuvent entraîner. Des efforts restent à fournir permettant une réglementation de ce mode de chirurgie et une sensibilisation des chirurgiens et des patients et/ou accompagnants pour adopter le mode ambulatoire.

Conflit d'intérêt

Aucun

Contribution des auteurs

Essobiziou Amana (aessob@yahoo.com), Winga Foma (adrienfoma@yahoo.fr), et Guemessou Nassou (nassguems17@gmail.com) : collecte des données et rédaction de l'article.

Gérémie Ananidjin (gananidjin@gmail.com), Uziel Boko (uzboko@gmail.com), Hervey Reoulembaye (reoulembayeherve@gmail.com), Essobozou Pegbessou (pessodina@yahoo.fr), Bathokédéou Amana (bathokedeouamana@yahoo.fr), Essohanam Boko (bokonorbert@yahoo.fr) : relecture de l'article. Tous les auteurs ont approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Bazin G, « perspectives de la chirurgie ambulatoire en France » Actes du congrès de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, Paris, septembre, 2007
2. Kurtoğlu G, Erdağ TK ema. Outpatient surgical practices in otorhinolaryngology. *The Turkish Journal of Ear Nose and Throat*. 2016; **26** (2):123–128 ;
3. Boinnot AMI. La chirurgie ambulatoire pédiatrique, une organisation spécifique. *Cahier de puériculture* 2016 ; **51** (279) : 14-18.
4. Haute autorité de la santé (HAS). Rapport d'analyse des résultats nationaux, 2023. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3502050/fr/iqss-2023-ca-reh3-rapport-d-analyse-des-resultats-nationaux-rehospitalisations-entre-1-et-3-jours-apres-6-interventions-en-ambulatoire-donnees-2022-evolution-2021.
5. Do Santos Zounon A, Vodouhe BU, Oke F, Wannou B, Fanou L, Adjibabi W et al. Ambulatory ENT surgery: eight years of experience in a tropical environment. *Bengal Journal of Otolaryngology and Head Neck Surgery* 2022; **30** (1): DOI <https://doi.org/10.47210/bjohns.2022.v30i1.618>
6. Mossus Y, Ngouatna S, Méva'a Biouélé RC, Ngo Nyeki A-R, Atanga LC, Mindja Eko D, et al. La chirurgie ambulatoire ORL au Centre des Urgences de Yaoundé, étude observationnelle sur quatre années de pratique. *Jaccr Africa* 2023; **7** (1): 1-7.
7. Diallo AO, Keita A, Itiere Odzil FA, Diallo OA, Fofana M, Conde B, et al. Les corps étrangers en OtoRhinoLaryngologie : analyse de 192 cas au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. *Health Sciences and Diseases*, 2018 ; **19** (2) : 61-65.
8. Ouoba K, Dao OM, Elola A, Ouedraogo I, Guebre Y, Ouedraogo BE. Les urgences ORL au centre hospitalier universitaire de Ouagadougou : à propos de 124 cas. *Med Afr Noire*. 2016; **5304**:241–246.
9. Sockeel P, Massoure MP, Fixot K, Chatelain E, De Saint Roman C, Bredin C. Perforations de l'œsophage thoracique par corps étranger. *Jr Chir* 2009; **146**, 40-47.
10. Hounkpatin S, Adedemy J, Avakoudjo F, Lawson Afouda S, Agossou J, Noudamadjo A, et al. Les urgences ORL pédiatriques au Centre Hospitalier Départemental du Borgou de Parakou,



- Bénin. *Rev Afr Anesth Med Urg.* 2012; **17** (3):25–30.
11. Sani R. Développement de la chirurgie ambulatoire : état des lieux en Afrique francophone subsaharienne. *JAB* 2017-Paris. 2017; 28 ;
12. François M, Geib I, chirurgie ORL ambulatoire chez l'enfant. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, 2006 ; **123** (4) : 163-166.
13. Donkeng MJ, Djomou F, Nzogang KM, Njock LR. Les Urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala : Aspects Cliniques et Thérapeutiques. *Health Sci. Dis* April-May-June 2016; **17** (2) April-May-June 2016. Available at www.hsd-fmsb.org
14. Kvaerner KJ, Moen MC, Haugeto O, Wair IW. Paediatric otolaryngology—disease profile and characteristics of children in outpatient surgery. *Acta Otolaryngol Suppl.* 2000; **543**:196-200. doi: 10.1080/000164800454387.

Voici comment citer cet article : Amana E, Foma W, Nassou G, Ananidjin G, Boko U, Reoulembaye H. *et al.* Chirurgie ambulatoire dans le service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale : retour d'expérience du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lome. *Ann Afr Med* 2025; **18** (3): e6251-e6257. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i3.17>