

Anesthésie Ambulatoire

A- Définitions

B- Critères de sélection

- B-1 : les interventions / Actes
- B-2 : Sélection des patients
 - B-2-1 : Critères Médicaux
 - B-2-2 : Critères Sociaux
- B-3 : les parents / Accompagnants

C- Consultation Pré – Anesthésique

- C-1 : Type de C.P.A :
 - a- Quelques jours avant
 - b- Le jour même
- C-2 : Jeûne préopératoire
 - a- pour l'enfant
 - b- pour l'adulte
- C-3 : Evaluation du risque :
 - a- Evaluation psychologique
 - b- Evaluation respiratoire
 - c- Evaluation cardiovasculaire
 - d- Intubation difficile

D- Conduite de l'Anesthésie

- D-1 : Prémédication
- D-2 : Techniques Anesthésiques
 - a- A/G
 - b- Anesthésie locorégionale
 - c- Anesthésie locale chirurgicale ± sédation
 - d- Sédation seule
- D-3 : Réveil

E- Critères de sortie

F- Consignes post – opératoire

G- Complication pouvant retarder ou interdire la sortie

A/ Définitions

Définition 1 :

Sous le terme d'Anesthésie Ambulatoire, il est entendu « **une Anesthésie permettant au patient le retour à un domicile privé le jour même** ». Si ce type d'Anesthésie est désormais possible, il ne peut être réalisé en toute sécurité qu'à certaines conditions.

- S.F.A.R -

Définition 2 :

C'est une Anesthésie (locale), régionale, générale ou sédation réalisée pour un acte chirurgical (réglé), ou un examen douloureux chez un patient « **admis le matin et rejoignant son domicile le soir même** ».

Définition 3 :

Le terme « d'Anesthésie ambulatoire » s'applique à une Anesthésie pour un acte chirurgical réglé, ou un examen douloureux administrée à « **une personne qui ne passera pas de nuit en milieu hospitalier** » Cette Anesthésie peut être locale, régionale ou générale.

Conférence d'actualisation S.F.A.R

Définition 4 :

L'Anesthésie Ambulatoire se définit comme une Anesthésie pratiquée chez un patient ,qui est admis le matin pour bénéficier d'une intervention ou d'une investigation sous Anesthésie et « **qui doit pouvoir sortir le jour même pour son domicile** ».

SAMI KAMRAN

Définition 5 :

L'Anesthésie Ambulatoire est une anesthésie « **qui permet votre retour à votre domicile privé le jour même de l'intervention** » Elle est utilisée dans les cas d'interventions chirurgicales ne nécessitant pas le séjour de plusieurs jours à l'hôpital (exp:ophtalmologie).

Espace patient de l'anesthésie loco régional : la consultation

N.B

- § Toutes les définitions sont unanimes quant à la durée du séjour qui ne dépasse pas une journée .
- § La définition n°1 insiste sur les conditions et c'est elle qui est prise en considération dans cette étude.

B/ Critères de sélection

Plusieurs critères interviennent pour décider d'une anesthésie ambulatoire, ils concernent :

1. Type de chirurgie (interventions /actes).
2. Le patient.
3. Les parents (accompagnants).

B-1) Les interventions / Actes :

L'anesthésie ambulatoire permet non seulement de pratiquer des interventions chirurgicales, mais aussi la majeure partie des examens.

Dans les années 70 l'anesthésie ambulatoire était réservée aux interventions courtes avec faible taux de complications post-opératoire.

80% des interventions chez l'enfant sont réalisés en ambulatoire pour « SAMI KAMRAN », et 50% à 60% pour les autres chirurgies.

Par ailleurs chaque équipe (opérateurs et anesthésiste) peut établir sa propre liste des actes qu'elle entend réaliser.

A partir de 1995, la liste de ces interventions s'allonge de plus en plus, par conséquent trop longue à détailler, d'une façon générale il s'agit d'après S.F.A.R :

Des interventions :

- § Programmées.
- § De courte durée (1h à 1h30min).
- § A risque faible (risque hémorragique).
- § Peu douloureux, n'impliquant pas de l'handicap important.
- § Avec peu d'effets secondaires.
- § Réalisées par un opérateur expérimenté.

Ces critères peuvent être élargies en fonctions de l'expérience acquise et notamment après évaluation des résultats :

- § A certaines urgences simples.
- § A des interventions plus prolongées.

Sous réserve que la durée de la surveillance post-anesthésique reste compatible avec l'horaire de fonctionnement de la structure.

D'après B.V Wetetiler la sélection des interventions (Etats-unis) :

- § Durée inférieure à 90 min.
- § Faible pourcentage de complications post – opératoire.
- § Pas besoin de transfusion.
- § Nécessité d'un chirurgien rapide et habile.

D'autre part, la majeure partie des examens endoscopique (urologiques, digestives, voies aériennes, coélioscopiques, arthro- scopiques) et des actes de radiologie (interventionnelle ou non).

La lithotritie, la sismothérapie et aussi les blocs nerveux dans le cadre du traitement des douleurs chroniques, peuvent être faite en Anesthésie Ambulatoire.

Par ailleurs les principales interventions chirurgicales réalisables en phase ambulatoires sont : (voir tableau n°3)

Tableau n°3 : Les principales interventions chirurgicale réalisables en Anesthésie Ambulatoire

<i>Chirurgie générale</i>	<ul style="list-style-type: none">- Cure de l'hernie – suture de plaie - varices- Biopsie musculaire – Incision et drainage d'abcès.- Ablation de kystes ; ganglions ou lésions cutanés.- Endoscopie digestives et dilatation - liposuction
<i>Chirurgie ORL</i>	<ul style="list-style-type: none">- Ablations des végétations - laryngoscope- Amygdalectomie - adénoïdectomie- Ablation des corps étrangers auriculaires.- Mise en place de draine transtympanique- Réduction du fracture de nez.
<i>Chirurgie Ophtalmologie</i>	<ul style="list-style-type: none">- Examen sous A /G – Ablation de chalazion – cataractes.- Désobstruction des voies lacrymales.
<i>Chirurgie Orthopédique</i>	<ul style="list-style-type: none">- Changements des plâtres- arthroscopie- Réduction orthopédique de fracture.- Ablation de matériel orthopédique
<i>Chirurgie Urologie</i>	<ul style="list-style-type: none">- Cystoscopie – meatostomie.- Circoncision – orchidopescie- Cure d'hydrocèle
<i>Chirurgie pastique</i>	<ul style="list-style-type: none">- Greffe cutanée – plastie des oreilles- Esthétique
<i>Chirurgie Gynécologie</i>	<ul style="list-style-type: none">- I.V.G – L.T- Kyste ovarien sous coelio- Col utérin
<i>Chirurgie Dentaire</i>	<ul style="list-style-type: none">- Extractions- soins dentaires

B-2) Sélection des patients :

La sélection des patients obéit aux critères sociaux et médicaux suivantes :

B-2-1 : Critères Médicaux :

a- Age :

Les problèmes spécifiques des enfants de moins d'un an, doivent être pris en compte dans la décision de pratiquer une Anesthésie en Ambulatoire.

L'Anesthésie générale en période d'activité génitale, il y a lieu de se renseigner sur l'éventualité d'une grossesse, pour permettre une information sur les relations entre grossesse et médicaments Anesthésiques.

Ne pas accepter enfant de moins de 6 mois en raison du risque de mort subite.

b- Etat du patient :

L'Anesthésie du patient Ambulatoire s'adresse préférentiellement à des sujets ASA I ou ASA II.

Des patients ASA III peuvent être acceptés sous certaines réserves :

- § Pathologie stabilisée sous traitement adapté.
- § Interférence de l'intervention avec la pathologie ou son traitement considérée comme négligeable.
- § Accord préalable entre Anesthésiste et opérateur.

Par ailleurs, le problème de l'enfant enrhumé va se poser souvent dans 20 à 30 % des cas (d'après SAMI KAMRAN), les enfants ont le nez qui coule, de ce fait, en cas de rhinite infectieuse avec fièvre, il est nécessaire d'attendre au moins un mois avant de reprogrammer l'intervention.

Aussi le patient diabétique insulino - dépendant peut bénéficier d'une Anesthésie Ambulatoire à partir du moment où le diabète est équilibré.

Tableau n°4 : Les grands principes pour qu'un patient puisse bénéficier d'une Anesthésie Ambulatoire .

- Il doit être ASA I , ASA II ou ASA III stabilisé.
- En principe, pas d'enfant en dessous de 6 mois.
- Le grand âge n'est pas une contre indication.
- Les interventions en urgence sont en principe exclus.
- Le patient doit être accompagné pour le retour à domicile.
- Il doit pouvoir être surveillé par un proche la nuit suivante l'intervention.
- Il doit avoir le téléphone.
- Il doit habiter à moins d'une heure de transport de centre.
- Un bon niveau de compréhension est indispensable.

Tableau n°5 : Les contres indications formelles à l'Anesthésie Ambulatoire.

- Patients ASA III ou IV non équilibrés.
- Patients à antécédents ou risque d'hyperthermie maligne.
- Patients présentant une obésité morbide accompagnée de problèmes cardiaques ou respiratoires.
- Patients drogués ou alcooliques.
- Enfant à risque : ex-prématurés et enfants présentant une infection pulmonaire.
- Les patients ne désirant pas Anesthésie Ambulatoire et souhaitant être hospitalisés
- Patients non accompagnés ou vivants seuls.

B-2-2) Critères sociaux :

- § Compréhension suffisante de ce qui est proposé.
- § Aptitude à observer les prescriptions médicales.
- § Conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles qu'offre une hospitalisation.
- § Disponibilité d'une personne, responsable et valide, pour raccompagner le patient, et rester la nuit suivante auprès de lui.
- § Eloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptés à l'acte.
- § Accès rapide à un téléphone.

On peut résumer les grandes principes pour qu'un patient puisse bénéficier d'une Anesthésie Ambulatoire dans le tableau n°4, aussi les contres indications formelles à l'Ambulatoire dans le tableau n°5.

B-3) Les parents (Accompagnants)

L'Anesthésie et la chirurgie Ambulatoire nécessitent le concours éclairé des parents.

Pour les enfants, leurs parents doivent bien comprendre les différents instructions pré et post – opératoire.

De plus, ils doivent habiter à moins d'une heure de trajet, enfin il faut être deux pour quitter l'hôpital avec un enfant.

C/ Consultation Pré – Anesthésique (C.P.A) :

C-1 / Type de C.P.A :

a- Quelques jours avant :

Lors de cette consultation, certains examens complémentaires peuvent être demandés (voir tableau n°6), et certains thérapeutiques peuvent être prescrites en pré –opératoire (Antibiothérapie, anticoagulant...etc)

Par ailleurs, l'interrogatoire recherche les thérapeutiques prises par le patient et qui doivent être arrêter quelques jours avant l'intervention. Un des intérêts majeurs de cette consultation est de réduire le nombre d'examens complémentaires demandés.

Tableau n°6 : Bilan préparatoire standard

- HB ou hémocrite pour tous, ou au moins chez la femme.
- ECG si Age > 40 – 50 ans ou si problème cardiaque.
- Radiographie pulmonaire si age >50 à 60 ans ou si problème cardiaque ou pulmonaire < 6 mois.
- Ionogramme sanguin si diabète, HTA ou insuffisance rénale.
- Groupage + TCA + plaquette si intervention hémorragique ou si Anesthésie locorégionale.

b- le jour même :

Le patient arrive porteur d'un bilan standard (tableau 6) vu par l'anesthésiste au maximum une heure avant l'intervention.

Quelque soit le type de consultation, elle doit se conclure par la prescription d'un bilan pré-opératoire raisonné, qui devrait prendre la place du bilan systémique, prescrit en fonction de l'âge, et de l'intervention, par souci d'économie et d'efficacité, ce bilan devrait être réduit au strict nécessaire pour l'intervention prévue.

C-2 / Jeûne préopératoire

a- Pour l'enfant :

Classiquement, avant l'âge de 1 an, on donne un biberon d'eau sucré 4 heures avant l'intervention entre 1 et 2 ans ; l'enfant peut rester à jeun 6 à 8 heures, après 2 ans, le jeûne nocturne (durée de sommeil) est de rigueur.

b- Pour l'adulte :

La durée habituelle du jeûne est de 6 heures, mais cela n'empêche pas la prise d'une prémédication PO dans un ½ verre d'eau, une à 2 heures avant l'intervention, l'arrêt de tabac va de soi, si possible depuis au moins la veille.

Les durées de jeûne ci dessus sont très théoriques, et de nombreux auteurs sont d'accord pour laisser libre les boissons jusqu'à 3 heures, et même jusqu'à 2 heures avant l'intervention.

C-3 / Evaluation du risque :

a- Evaluation psychologique :

L'anxiété de l'enfant précédente une intervention chirurgicale peut avoir des conséquences négatives tant lors de l'induction anesthésique que dans les suites opératoires.

L'administration d'une prémédication, l'hospitalisation dans le cadre d'un hôpital de jour, et l'absence d'intervention antérieure semblent être des facteurs susceptibles de diminuer significativement l'anxiété lors de la séparation au bloc opératoire.

b- Evaluation respiratoire :

L'incidence globale de survenue de problèmes per- anesthésiques respiratoires (toux, bronchospasme, dyspnée...) a été évaluée par COHEN et AL aux environs de 1%, tout âge confondue mais peut atteindre 7% chez les nourrissons.

La survenue de complications respiratoires est multi-factorielle et que la prévention efficace du risque ne peut passer que par la prise en charge globale dans des différents facteurs de risque.

c- Evaluation cardiovasculaire :

La moindre doute clinique sur la possibilité d'une insuffisance cardiaque dans le contexte infectieux, doit probablement conduire à réaliser un examen échographique préalable.

De manière analogue, la présence d'une pathologie ORL du type hypertrophie amygdalienne associée à des apnées du sommeil, peut constituer un risque cardiaque important par le biais d'une insuffisance cardiaque droite alors souvent méconnue.

d- Intubation difficile :

Une position de la glotte et de larynx, plus haut située, une langue proportionnellement plus grosse, une épiglotte plus large, et un rétrécissement sous glottique, constituent différents éléments susceptibles de rendre l'intubation du jeune enfant et du nourrisson plus difficile que chez l'adulte.

Une difficulté d'intubation doit systématiquement être évoquée dans le cadre de certaines pathologies, les plus connus sont :le syndrome de Pierre – Robin ;le nanisme quelle qu'en soit la cause, le syndrome de Down ou Trisomie 21 et les mucopolysaccharidoses.

D- Conduite de l'Anesthésie :

D-1/ Prémédication :

On lui distingue trois composantes, une composante psychologique, une composante pharmacologique, et enfin une composante analgésique.

L'importance de la première composante pourra diminuée par le contact avec le patient, c'est à dire, pour l'adulte, les explications fournies lors de la consultation d'anesthésie et éventuellement la visite des locaux. Pour l'enfant, la

présence des parents jusqu'à la salle d'induction est souhaitable lorsque c'est possible, ainsi on obtiendra souvent une induction et un réveil plus calme.

La deuxième composante est parfois très utile en raison de l'anxiété du patient. Le Midazolam est actuellement l'agent de choix, il est utilisé à la posologie de 0,05 mg /Kg en IV ou 5 mg en IM chez l'adulte. La voie P.O sera plutôt réservée à l'enfant de moins de 10 ans qui en recevra 0,5 à 0,75 mg / kg , toujours chez l'enfant on peut aussi utiliser la voie rectale (0,3mg / kg diluée dans 5 ml de sérum salé) ou la voie nasale (0,2 mg /kg non diluée).

Avec ces posologies, il n'y a en principe pas de retard à la sortie du patient, mais on peut utiliser aussi d'autres molécules : Diazépam, Triazolam, Hydroxyzine .

La troisième composante fait appel à des antalgiques anti-inflammatoires non stéroïdiens : paracétamol (\pm codéine), Morphinomimétiques qui sont de plus en plus employés actuellement.

D- 2 / Techniques Anesthésiques

a- Anesthésie Générale :

L'Anesthésie générale reste encore la plus utilisée en Anesthésie Ambulatoire, et l'arrivée sur le marché d'agents anesthésiques à élimination très rapide n'a fait qu'amplifier ce phénomène.

s Chez l'adulte :

On pratique en générale une induction IV suivie d'un entretien, soit par des anesthésiques IV, soit par des anesthésiques volatils.

s Chez l'enfant :

L'induction est pratiquée suivant l'âge, soit au masque, soit IV et l'entretien se fait le plus souvent par inhalation. En cas de refus du masque chez l'enfant non prémédiqué, on peut pratiquer une pré induction par voie rectale avec le Méthohexital (25 mg / kg en solution à 10%) ou le Midazolam (0,3 mg /kg dilué dans 5cc de sérum salé).

Ce dernier peut aussi s'utiliser par voie nasale à la dose de 0,2 mg /kg non diluée, une sédation satisfaisante étant obtenue en moins de 10 minutes.

Pour l'induction IV chez l'enfant il est souhaitable que la piqûre soit la moins douloureuse possible.

L'EMLA doit être utilisé, il est mis en place soit par les parents à domicile, soit à l'arrivée au centre.

b- Anesthésie Loco-régionale : (ALR)

L'Anesthésie locorégionale représente une alternative à l'anesthésie générale dans beaucoup d'intervention en hôpital du jour.

Les principaux avantages et inconvénients sont résumés dans le tableau n°7.

Tableau 7 : Avantages et inconvénients de l'Anesthésie loco-régionale chez le patient Ambulatoire (d'après Ecoffeycl, S.KAMRAN)

Avantages	Inconvénients
Elimination des inconvénients de l'Anesthésie générale : sédation résiduelle, nausées et vomissements moins fréquent	Délai d'installation interférent avec le déroulement du programme opératoire.
Autonomie plus rapide.	Régression lente de certains blocs
Alimentation orale précoce	Céphalée, rétention d'urine, hypotension orthostatique pour les anesthésiques Rachidienne
Analgésie post-opératoire efficace (en particulier chez le petit enfant)	Echec techniques

Par ailleurs les types d'Anesthésie locorégionale possibles en Ambulatoire sont :

- q Anesthésie locale intraveineuse.
- q Le bloc du plexus brachial.
- q La péridurale lombaire.
- q Anesthésie caudale.
- q La rachianesthésie.
- q Blocs pénibulbaires.
- q Bloc pénien.
- q Bloc tronculaire (bloc du brachial, du cubital, du médiane)

c- Anesthésie Locale chirurgicale (± sédation)

Parfois l'anesthésie est faite par le chirurgien sous forme d'infiltration locale, mais il faut savoir que l'injection en elle - même de l'anesthésique locale est très douloureuse, surtout lorsque la solution est adrénalinée.

L'Anesthésie locale étant parfois insuffisante, il faut, le cas échéant ; le compléter par une sédation plus au moins poussée . par exemple : une association Midazolam – Fentanyl à dose filées, en injectant des bolus contenant un mélange de 0,5 mg de Midazolam et 25 mg de Fentanyl toute les 5 minutes durant l'acte.

d- Sédation seule :

Pour certains types d'interventions (endoscopie, lithotritie, stomatologie), une sédation simple et souvent suffisante. Cette sédation est faite classiquement par des injections répétées d'hypnotique associé ou non à un Morphinomimétiques de courte durée d'action ; par exemple : association du Midazolam – Fentanyl ou du Propofol sous forme du bolus de 0,7 mg / kg.

D- 3 / Réveil :

Le passage par la salle de réveil est un stade obligatoire à partir du moment ou le patient a bénéficié d'une anesthésie ou même d'une simple sédation.

La durée de surveillance en salle de réveil est variable et dépend d'un certain nombre de paramètres :

- q Type d'anesthésie.
- q Durée de l'anesthésie et existence éventuelle de complications péri-opératoire.

Pour savoir à quel moment le patient peut sortir de la salle de réveil , on utilise des scores : score d'Aldret qui permet d'évaluer le malade avant sa sortie du salle de réveil, depuis de nombreux, auteurs ont essayé de simplifier ce score initial ou d'en mettre au point d'autre afin d'obtenir la sortie la plus précoce possible du centre, tout en conservant une sécurité maximale (voir tableau 8).

Tableau 8 : Score d'ALDRET (d'après ALDRET)

Motricité Spontanée ou à la demande	Score
Bouge les 4 membres	2
Bouge les 2 membres	1
Immobile	0
Respiration	
Peut respirer profondément et tousser	2
Dyspnée, respiration artificielle, limitée	1
Apnée	0
Pression Artérielle (Ecart par rapport au pré-opératoire)	
20 mm Hg au moins	2
20 à 50 mm Hg	1
50 mm Hg ou plus	0
Etat de Conscience	
Parfaitement réveillé	2
Se réveille à la demande	1
Ne répond pas aux ordres simples	0
Coloration	
Normale	2
Pâle, grisâtre, marbré, ictérique etc.	1
Cyanosé	0

NB :

Un score de 10 est nécessaire pour sortir de réveil

Quelque soit le score utilisé, il faut parfois s'astreindre à une durée minimale de surveillance en salle de réveil en fonction de type d'Anesthésie (voir tableau 9)

Tableau n°9 : Durée de surveillance maximale en salle de réveil.

- | |
|---|
| <p>? 1h30 : pour un patient qui a été intubé.</p> <p>§ 2h après : la disparition d'un spasme laryngé.</p> <p>§ 2h 30 : pour un patient qui a eu des curares non dépolarisant</p> <p>§ 1h : Si le patient a eu des analgésiques centraux ou des antiémétiques.</p> |
|---|

E- Critères de Sortie de l'Hôpital :

Plusieurs acteurs : patient, accompagnant, infirmier de réveil, chirurgien et anesthésiste, jouent un rôle dans la réussite d'un retour précoce à domicile, mais c'est à coup sûr l'anesthésiste est le plus qualifié pour déterminer l'heure de départ pour le domicile. Le patient peut sortir lorsqu'il a satisfait à un certain nombre de critères comme ceux rappelés dans le tableau n° 10 :

Tableau n°10 : Critères de sortie après Anesthésie Ambulatoire

- 10 au score d' Aldret + Stabilité des constantes vitales (T°, pouls, respiration) depuis au moins 1h.
- Bonne orientation
- Peut s'asseoir, se mettre debout, marcher et s'habiller seul
- Absence de nausée ou de vomissement
- Absence de vertige ou de céphalée.
- Peut boire et manger.
- Pas de douleurs ou de saignement important plus un accompagnant Responsable

Par ailleurs, de nouveaux critères ont été mis au point par SCHUNG. (Voir Tableau n°11)

**Tableau n°11 : Nouveaux critères de sortie après Anesthésie Ambulatoire
(D'Après SCHUNG)**

Constantes vitales (T°,pouls, respiration).	Score
§ Variation <20% par rapport au préopératoire	2
§ Variations comprises entre 20 et 40 %	1
§ Variation >40%	0
Activité et état mental	
§ Bonne orientation (3 fois de suite) et démarche	2
§ Bonne orientation ou démarche assurée	1
§ Ni l'un ni l'autre.	0
Douleur, Nausées, et / ou vomissement	
§ Minimales	2
§ Modérés, ayant nécessité un traitement	1
§ Sévères, nécessitant un traitement	0
Saignement chirurgical	
§ Minime	2
§ Modéré	1
§ Sévère	0
Entrées/Sorties	
§ A bu et uriné	2
§ A bu ou uriné	1
§ Ni l'un ni l'autre	0

NB :

Pour sortir, le patient doit avoir un score ≥ 8

Les patients ont été évalués 1h après l'intervention, puis ensuite toutes les ½h.

En comparant ces nouveaux critères avec ceux admis précédemment par l'auteur, il s'est avéré que 68%des patients pouvaient sortir au bout d'1h30, alors que simplement 28% pouvaient le faire avec l'ancien score.

F- Consignes Post-Opératoires

- Avant le retour à domicile, le patient et/ou l'accompagnateur responsable reçoivent des consignes écrites et orales.
- Rappelant celles données en préopératoire.
- Adapté à chaque type de chirurgie et d'anesthésie.
- Traitement à prendre, à ne pas prendre.
- Les activités interdites et les précautions (conduite de véhicule ; décision importantes ; utilisation d'engins dangereux).
- Alimentation autorisée.
- Les symptômes qui doivent alerter.
- Les numéros de téléphone 24h /24h en cas de problème anesthésique ou chirurgicale.
- Vérifier le lieu de séjour post-opératoire.
- Un compte rendu détaillé pour le médecin traitant.

G/ Complication pouvant retarder ou interdire la sortie

Les hospitalisations non programmées se situent entre 0,3% et 2,6% Selon les équipes et les pathologies traitées (Selon KAMRAN).

Les complications qui se produisent en postopératoire ne sont pas différentes de celles qui se produisent en hospitalisation classique .Il faut savoir que les complications plutôt en rapport avec l'acte chirurgicale représentent 60 à 70% de la totalité des complications et que certains d'entre elles vont souvent retarder la sortie du patient et parfois l'interdire ; pour ceux qui concerne l' anesthésie ; Les nausées et vomissements sont les complications qui vont le plus souvent retarder la sortie du patient.