



La préhabilitation : comment j'organise en pratique la préparation préopératoire du patient ?

- ❖ Dr Cécile Degryse (PAR)
- ❖ Dr Geoffroy Moucheboeuf (MPR)

PRÉHABILITATION



RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS

De la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)

PROGRAMME D'OPTIMISATION PERIOPERATOIRE DU PATIENT ADULTE

Perioperative optimisation program

2022

Texte validé par le Comité des Référentiels Cliniques de la SFAR le 13/06/2022 et le Conseil d'Administration de la SFAR le 29/06/2022.

Champ 2 : Mesures préopératoires

Questions :

- Un programme de pré-habilitation avant chirurgie a-t-il un impact sur la survenue des complications post-opératoires ou sur la durée d'hospitalisation ?
- Les conditions du jeûne préopératoires ont-elles un impact sur la durée de séjour ou la survenue de complications ?
- La prémédication sédatrice a-t-elle un impact sur la survenue de complications postopératoires ou sur la durée d'hospitalisation ?
- L'admission en hospitalisation le jour de la chirurgie a-t-elle un impact sur la durée de séjour ou la survenue de complications ?
- Les différentes stratégies d'épargne sanguine préopératoire ont-elles un impact sur la durée de séjour ou la survenue de complications ?

Question : Tous les patients doivent-ils être inclus dans un programme d'optimisation péri-opératoire?

Experts : Constance Marquis (Toulouse), Guillaume Dufour (Paris), Sébastien Bloc (Paris)

R1.3 - Il est recommandé d'inclure tous les patients dans un programme d'optimisation périopératoire, notamment les patients âgés, fragiles ou comorbides, chez qui ce type de prise en charge permet aussi de diminuer le taux de complications postopératoires et la durée de séjour.

GRADE 1+ (Accord fort)

CHAMP 2 : Mesures préopératoires

Coordonnateur : Axel Maurice-Szamburski (SFAR)

Question : Un programme de pré-habilitation avant chirurgie a-t-il un impact sur la survenue des complications postopératoires ou sur la durée d'hospitalisation ?

Expert : Stéphane Fabri (Montpellier)

R2.1 - Il est probablement recommandé de mettre en œuvre un programme de pré-habilitation avant chirurgie afin de réduire la morbidité et la durée de séjour postopératoire.

GRADE 2+ (Accord fort)

PRÉHABILITATION

- Concept RAAC très développé à ce jour
- Per opératoire et post opératoire bien progressés
- MAIS le préopératoire en dehors du PBM peu développé à ce jour en dehors de l'orthopédie
- Le préhabilitation conceptualisée depuis longtemps (C. Debes - Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2014)
- Mise en pratique plus difficile

PRÉHABILITATION : LA LITTÉRATURE

Méta analyse 2021

- 178 études observationnelles
- Diminution morbidité, DMS ,certaines complications post op (Perry r, *BMJ Open 2021; 11:e050806*)
- Approches multimodales : Information, éducation, exercice physique, nutrition, soutien psychologique
- Mais disparité des études :
 - *Chirurgie abdominale majeure*
 - *Carcinologie*

PRÉHABILITATION : LA LITTÉRATURE

- ▶ **chirurgie abdominale majeure** : réduction de la durée de séjour, des complications postopératoires (pulmonaires) et de la morbidité [*Faithfull S Eur J Cancer Care.2019; herger. P, Journal of gastrointestinal surgery,2020; Hughes. M, World Journal of Surgery 2019; Satek. N, Lib Oncol 2021; Boden et al, BMJ 2018*]
- ▶ **chirurgie thoracique et cardiaque** : réduction des complications postopératoires et diminution de la durée de séjour (chirurgie cardiaque) [*Marmelo.F, European Journal of Preventive Cardiology, 2018*], amélioration des capacités fonctionnelles [*Boden et al, BMJ 2018*] ;
- ▶ **chirurgie oncologique gynécologique et urologique** : amélioration de la qualité de vie [*Schneider. S, Archives of gynecology and Obstetrics 2020, Jensen. B , Opinion in urology 2018; Briggs. L Eur urol 2021*] ;
- ▶ **chirurgie orthopédique prothétique** (PTH, PTG) et chirurgie du rachis : données scientifiques encore insuffisantes pour mesurer l'effet d'une pré-habilitation [*Vasta.S J. Clin.Med 2020; Wainwright; T , Acta Orthopédica 2020; Gometz. A, Cureus 2018*].
- ▶ Pour les **patients fragiles** bénéficiant d'une intervention chirurgicale, la pré-habilitation pourrait être associée à une diminution de la mortalité mais les preuves sont encore limitées [*Milder.D, Acta Anaesthesiol Scand. 2018*].

PRÉHABILITATION : QUOI FAIRE ?

- Mise en place au moins 7 jours avant
- Doit être multimodale
- Association à rééducation physique
- Les programmes sont à individualiser pour chaque patient et chaque type de chirurgie
- Les bénéfices démontrés varient en fonction du type de chirurgie

PRÉHABILITATION

- ➔ Elle a montré son intérêt en terme de :
 - ➔ Récupération postopératoire (Jin F, Br J Anaesth 2001)
 - ➔ Douleur postopératoire
 - ➔ Qualité de vie postopératoire
- ➔ D'autant plus efficace chez les patients à haut risque de complications postopératoires

PRÉHABILITATION

- Programme de stratégie globale d'optimisation
- Préparation des patients en vue d'une chirurgie majeure
- 3 axes développés dans notre service:
 - Physique
 - Nutritif
 - Psychologique
- C'est la complémentarité des 3 qui est la clef d'une prise en charge optimale

TYPOLOGIE DE PATIENTS : *FAIRE DES CHOIX*

- Patients indiqués pour une chirurgie majeure
- Ex orthopédie : scoliose
 - Saignement majeur
 - Terrain
 - Réduction avec collapsus et risque digestif
 - Réanimation postopératoire
- Ex chirurgie vasculaire
 - Laparotomie
 - Clampages vasculaires : sus/sous rénal
 - Risque ischémie digestive

PRÉHABILITATION

- Anticiper la perte fonctionnelle postopératoire
- Amener le patient le plus « en forme » possible
- Objectifs raisonnables et adaptés à l'état physique du patient et des progrès réalisés au cours des séances

OBJECTIFS : ÉVALUATION

- Du statut physique préopératoire
 - Estimation de la réserve fonctionnelle
- De la sédentarité : activité fonctionnelle insuffisante
 - Atrophie cardio musculaire
 - tachycardie
- De l'atrophie musculaire et densité osseuse
- De la dénutrition
 - Diminution de l'immunité
 - Retard de cicatrisation
 - Altération des fonctions respiratoires et endocriniennes

TYPOLOGIE DE PATIENTS : *FAIRE DES CHOIX*

- ▶ Comorbidités fréquentes :
 - Facteurs de risques cardio-vasculaires +++
 - Poly addiction : tabac, cannabis, OH
 - Sédentarité +++
 - Age physiologique avancé
 - Poly malformation
 - Déficit neurologique
 - Dénutrition ...

L'ORGANISATION

- Une fois les critères définis :
 - Chirurgien contacte l'anesthésiste en consultation
 - Confirme sur dossier l'intérêt d'une réhabilitation
- A ce jour, parcours un peu différent de la RAAC
- Convocation pour une HDJ
 - Bureau prêtés par les chirurgiens
 - IDE de coordination (demande en cours)

DÉROULEMENT DE L'HDJ AU SAR TRIPODE

- ▶ *Convocation du patient sur 1 demi journée :*
 - ▶ Consultation anesthésique obligatoire
 - ▶ Consultation MPR et diététique commune
 - ▶ Nouvelle consultation avec le chirurgien si nécessaire
 - ▶ Consultation avec un réanimateur si réanimation postopératoire
 - ▶ PBM si besoin dans aile J0
- ▶ *Objectif de la consultation :*
 - ▶ Évaluation de l'état général/fragilité
 - ▶ Bilan nutritionnel
 - ▶ Prescription d'un programme de réhabilitation avant chirurgie

CAS CLINIQUE

Mr Z.

- ➔ HDJ du 06/09/2023, pré chirurgie
- ➔ Homme 74 ans
- ➔ Motif de chirurgie : infection de prothèse vasculaire aorto-fémorale droite et iliaque gauche
- ➔ Habitus/MDV : vit avec son épouse à La Rochelle (retraité maître d'hôtel)
- ➔ Bilan biologique non pathologique

HDJ RAC 06/09/2023

HDJ post réa chir (bilan)
16/10/2024

Chirurgie 04/07/2024

CAS CLINIQUE

Mr Z.

ANTÉCÉDENTS

➤ SUR LE PLAN MÉDICAL

- Lymphome de MALT nouvellement diagnostiqué en cours de bilan
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- Probable Bronchopneumopathie Chronique Obstructive non diagnostiquée
- Hypertension artérielle
- Probable syndrome d'apnée du sommeil non exploré
- Dyslipidémie
- Surdité appareillée
- OH 3-4 verres/jour

➤ SUR LE PLAN CHIRURGICAL :

- Anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale et de l'artère iliaque commune droite avec pose de prothèse aorto-fémorale droite et cure iliaque gauche en 9 novembre 2005
- Reprise opératoire dans la nuit du 9 au 10 novembre 2005 pour une thrombectomie branche droite de la prothèse, de l'hypogastrique, de l'ilio fémorale droite
- Thrombo-endarteriectomie fémorale gauche 2021
- Coloscopie / Fibroscopie oeso-gastro duodénale pour ablation de polype

CAS CLINIQUE

Mr Z.

- ▶ Etat général évaluation par MPR:
 - Périmètre de marche limité à 200m (claudication vasculaire)
 - Timed up and go 8 secondes (sans anomalie)
 - 5 levers de chaise 8 secondes (sans anomalie)
 - Dynamométrie membre supérieur 45 k/f (sans anomalie, absence de sarcopénie)
 - Score MOCA 26/30 (Mild cognitivement Impairment)
- ▶ Plutôt bon état général
- ▶ Score CFS = 2

CAS CLINIQUE

Mr Z.

19

Score de Fragilité Clinique



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

CAS CLINIQUE

Mr Z.

Plan de réhabilitation

- ▶ Si le patient marche bien :
 - ▶ Marche 15 minutes x2/jour
 - ▶ Escaliers montée-descente 2 étages 2x/jour

- ▶ Si le patient est en fauteuil roulant :
 - ▶ balade active 15 minutes x2/jour
 - ▶ Faire des passes avec un ballon

- ▶ « Bouge tes poumons » :
 - ▶ Exercices de cohérence cardiaque 10 min/jour
 - ▶ Ventilation dirigée 10 répétitions, 2x/jour:
 - ▶ Élévation des bras au-dessus de la tête = on inspire
 - ▶ Baisser les bras = on expire
 - ▶ Sur fauteuil ou chaise : faire alternance dos rond/dos creux 10x/jour
 - ▶ Rotation du tronc sur une chaise avec un bâton
 - ▶ Pompes face au mur, sur le mur, adapter le niveau de difficultés 10x3/jour

CAS CLINIQUE

Mr Z.

- ▶ Pour kinésithérapeutes :
 - ▶ Selon échelle de Borg 4-6
 - ▶ 50-80% de la fréquence maximale théorique
 - ▶ Pas de prise de saturation
 - ▶ 3x/semaines, minimum 30 minutes

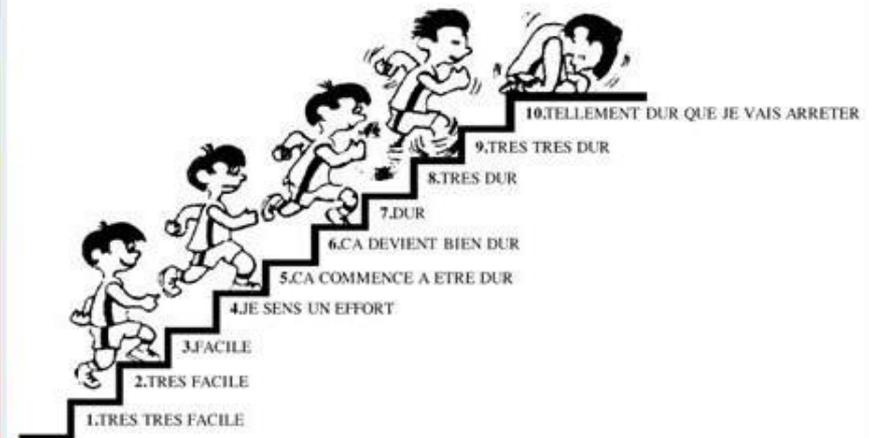
- ▶ Activités aérobie :
 - ▶ Step
 - ▶ Vélo
 - ▶ Ergocycle
 - ▶ Tapis de marche
 - ▶ Marche nordique
 - ▶ Madison
 - ▶ Corde à sauter

- ▶ Renforcement global :

- ▶ Axé majoritairement sur les membres inférieurs car permet la baisse de la désaturation induite par l'exercice, prévient les problèmes de locomotion post opératoire et augmente la capacité cardio respiratoire.

ECHELLE DE BORG (0-10)

0	<i>aucun effort</i>
1	<i>très très facile</i>
2	<i>très facile</i>
3	<i>facile</i>
4	<i>effort modéré</i>
5	<i>moyen</i>
6	<i>un peu dur</i>
7	<i>dur</i>
8	<i>très dur</i>
9	<i>très très dur</i>
10	<i>Maximal</i>



CAS CLINIQUE

Mr Z.

► Consultation diététique:

- 73 kg
- Histoire pondérale : -2kgs en 2 mois
- Habitudes alimentaires : Bon mangeur
 - viande ++, fromage ++
 - conseils donnés sur la non restriction, ajout d'un PL le soir, orientation vers viande blanche/œufs, morceaux maigre de bœuf
- Estimation des besoins nutritionnels : 2200-2550 kCal 110gr de protéines
- Fonction rénale OK
- Préconisations diététiques :
 - 1 fortimel compact protein 1x/jour avant le bloc
 - Arrêt OH +++

CAS CLINIQUE

Mr Z.

Chirurgie + séjour en réanimation du 04 juillet au 11 juillet :

- ▶ Le séjour en réanimation est marqué par un œdème pulmonaire aigu hypertensif de surcharge, d'évolution favorable sous diurétiques et ventilation non invasive au masque.
- ▶ Suites opératoires simples
- ▶ RAD 18 juillet 2024

CAS CLINIQUE

Mr Z.

- HDJ post réa chir 16/10/2024 (MAR + MPR + psychologue)
- Suivi médical depuis la sortie de réanimation :
 - Evolution favorable, pas d'arguments pour une infection active.
- Etat général :
 - Périmètre de marche 100m (fatigue musculaire vs claudication vasculaire auparavant)
 - Reprend le bricolage et le jardinage
 - 5 levers de chaise 12s (vs 8s avant)
 - Ne boit plus qu'un verre d'OH par jour

CAS CLINIQUE

Mr Z.

Perspectives

- Poursuite kiné 3X/semaine > lutte contre sarcopénie
- Souhaite pratiquer le vélo de route
- conseils reprise activité physique selon modèle de réhabilitation avant chirurgie

objectif intensité BORG 6-8

- Dépistage d'un éventuel SAOS

AVENIR

- Les résultats des études en cours devraient permettre une standardisation du concept
- Proposition de traitement « à la carte » et un coaching personnalisé
- Extension à des chirurgies et terrains plus vastes
 - Sportif ?

FIN DE LA PRÉSENTATION

Merci pour votre attention !