

Réhabilitation postop

Dr Grégoire LELOUP

CHCB

Bayonne

Introduction

- * Équipe de Kelhet
- * Démarche très en vogue
- * Progrès médico-chirurgicaux
- * Attitude multidisciplinaire et volontariste
- * C'est la crise...

Cas clinique

- * Mme M. 69 ans pour colectomie gauche sous coelio,
contexte d'adénocarcinome non étendu
- * **ATCD:** Hystérectomie
Thyroïdectomie
ESA paroxystiques asymptomatiques
- * **TTT:** bêtabloquant
- * BMI à 26

PREOPERATOIRE

Préopératoire

Prise en charge type réhabilitation précoce ?

- A. OUI
- B. NON

Préopératoire

Réponse: A

- A. ASA 1, chir programmée, bon contexte social

Examens complémentaires

Quels examens complémentaires prescrivez-vous?

- A. ECG
- B. Bilan bio NF, coag, iono, groupe 2 déter, RAI
- C. Cs cardio
- D. ETT
- E. Test d'effort

Préopératoire

Réponses: A,B,C

- A. ECG oui car 69 ans et ESA
- B. Bilan bio oui car chir à risque hémorragique
- C. Cs cardio car ESA et notion de bêtabloquant?
- D. ETT non
- E. Test à l'effort non car asymptomatique

Préparation

- A. Règles de jeun stricte (à jeun après minuit)
- B. Solides H-6, liquides H-2
- C. Boisson sucrée à prendre 2h avant la chir
- D. Compléments alimentaires 1 semaine avant la chir

Préparation

Réponses: B,C,D

On conseille au patient de prendre une boisson sucrée de 200 à 400ml H-2 et on lui prescrit une nutrition type Oral impact pendant 1 semaine et préparation colique car colo nécessaire pdt chir

PEROPERATOIRE

Peropératoire

APD thoracique?

- A. Oui
- B. Non

Peropératoire

Réponse: B

- * Pas d'APD pour une coelioscopie:
- * Pas de réel bénéfice/risque
- * Pb organisationnel

Peropératoire

Induction classique: propofol/
ketamine/sufentanyl/atracurium

Monitorage

- A. Mise en place 2 VVP
- B. KT artériel
- C. Sonde urinaire
- D. VVC
- E. SNG

Monitorage

Réponses: A,C

- A. 2 VVP
- B. Pas de KT artériel
- C. Sonde urinaire
- D. Pas de VVC
- E. Pas de SNG

Remplissage

- A. Compensation du jeun
- B. Remplissage classique type 10ml/kg/h par cristalloïdes
- C. Apports hydriques raisonnés 5ml/kg/h de cristalloïdes
- D. Compensation des pertes sanguines
- E. Éviter hypovolémie/monitorage (IC, delta PP, ETT postop...)

Remplissage

Réponses: C,D,E

2000ml de RL en perop puis 1,5L de PG5 sur 24h
(préparation colique)

Peropératoire

- * Durée chir: 2h 15
- * Durée anesthésie: 3h
- * Perte sanguines: 200ml
- * Parfaitement stable sur le plan HD et respi
- * 1 redon, pas de stomie

Analgésie

- A. Paracetamol/acupan/titration morphine
- B. Profenid
- C. KT cicatriciel
- D. TAP bloc
- E. Ketamine/lidocaine IVSE

Analgésie

Réponses A,B,D

- A. Paracetamol/acupan/titration morphine,droleptan
- B. Profenid
- C. Pas de KT cicatriciel
- D. TAP bloc bilat
- E. Pas de ketamine ni lidocaine

Postopératoire

- A. Retour en secteur de chirurgie
- B. Hospitalisation en USC/SIPO
- C. Garder la nuit en salle de réveil
- D. Retour à domicile

Postopératoire

Réponses: A

- A. Retour en secteur de chir
- B. Pas d'USC nécessaire
- C. Pas besoin de la garder scopée
- D. Un peu tôt pour le domicile

Postopératoire

- * La patiente remonte en chambre après être restée 2h30 en SSPI, non algique, sous PCA morphine

Evolution

- A. Reprise alimentaire dès le retour en chambre
- B. Laissée à jeun tant que pas de transit
- C. Nutrition parentérale
- D. Reprise alimentaire à J1
- E. Ablation SU en SSPI

Evolution

Réponses: A

- A. Alimentation légère dès retour en chambre
- B. Pas de gaz... et alors?
- C. Pas de Nutrition parentérale
- D. On attend même pas J1
- E. Ablation SU à J1

Evolution

J 5: suites simples, pas de selles mais des gaz, bilan bio normal, non algique, apyrétique, pas de saignement, reprise de son ttt habituel, tout peros

Retour à domicile?

- A. Oui
- B. Non

Evolution

Réponse: B

- A. On aurait pu...
- B. On a bien fait de la garder...

J6 : Apparition syndrome inflammatoire bio, sensibilité en hypochondre et flanc dt

TDM

- * Infiltration de la graisse mésentérique péri pancréatique, épaississement global du parenchyme pancréatique, épanchement pleural bilat

Evolution

- * Lipasémie augmentée
 - * Nouveau TDM de contrôle à J10 retrouvant une coulée de nécrose
- ➔ **Pancréatite sévère lithiasique**

Evolution

- * 6 semaines d'hospitalisation
- * 1 pose de VVC
- * 2 tentatives de KTR sous AG
- * 1 pose de PAC

Vous avez dit réhabilitation précoce?

Conclusion

- * Bien choisir les patients à inclure dans un protocole de réhabilitation précoce...
- * ... pas toujours évident!!!