

Réhabilitation améliorée après chirurgie



Le Chirurgien

18 juin 2016

Liens d'intérêt :
Expert auprès de Sanofi pour cette manifestation
Intervenant pour Fresenius-Kabi et MSD (2015-16)

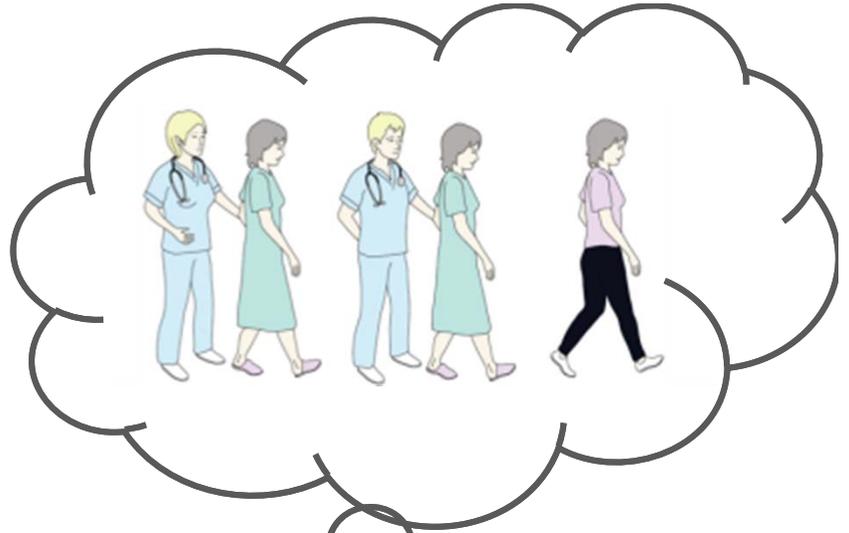
Sortie à 13 ?? C'est fou !!!
Avez-vous vu dans quel état sont
les patients après l'intervention?



..WELL!
MERCi CHARLIE...
ET MAINTENANT,
UNE PAGE DE
PUBLICITE'...



**Sortie
J1-3 ??**



La prise en charge chirurgicale a évolué





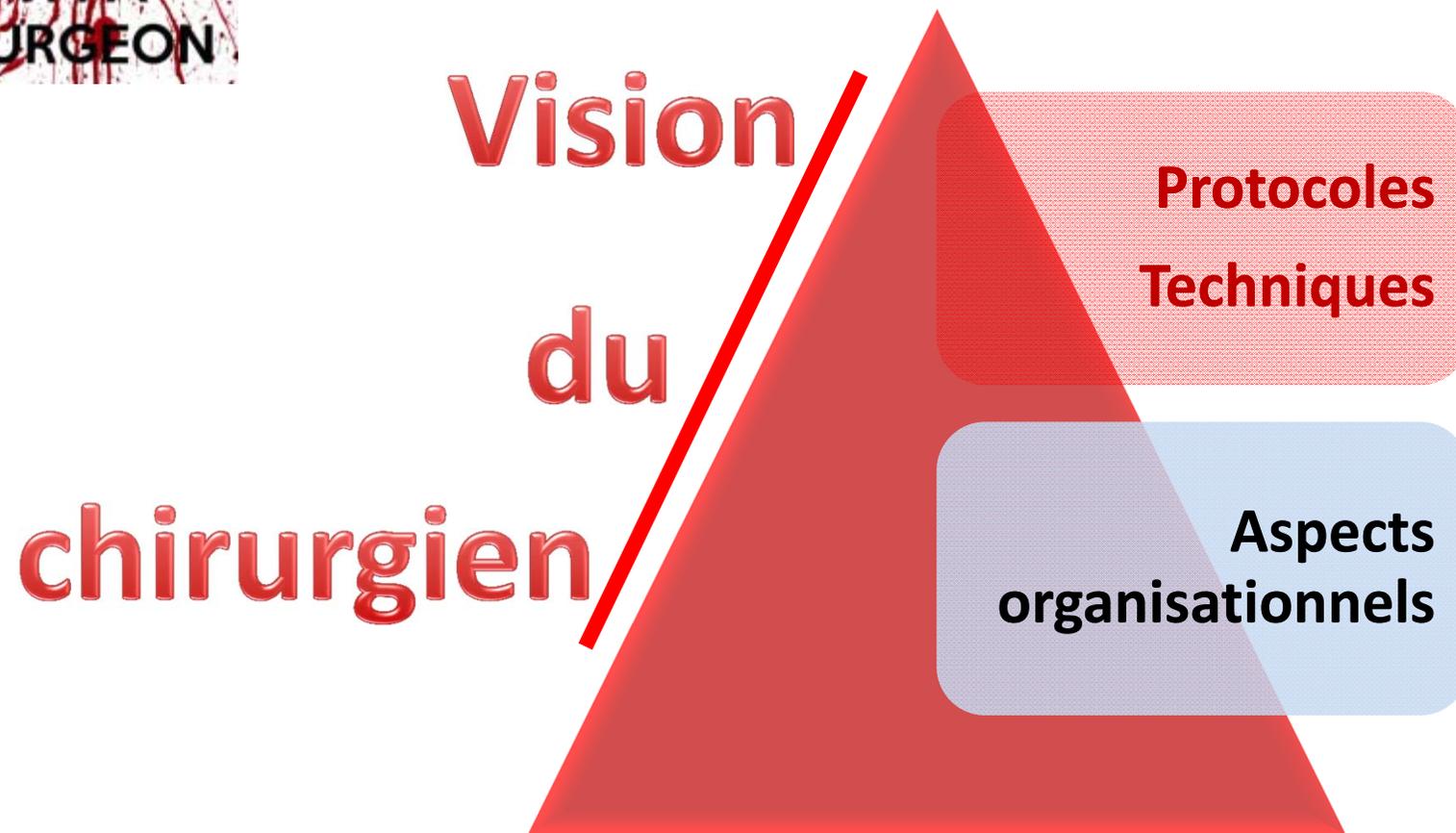
Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, oral nutrition and mobilisation

L Bardram, P Funch-Jensen, P Jensen, M E Crawford, H Kehlet

Lancet 1995; 345: 763

The first two patients in the programme were not discharged until day 3, despite having normal bowel function on day 2, because of logistic or personal problems. The next six patients followed the scheduled plan and went home on the 2nd postoperative day. 1 month postoperatively all patients were back to normal function. They were very satisfied with the entire perioperative course and all would recommend the procedure to others; no one felt they had been discharged too early.

Réduire l'agression chirurgicale



Chemin clinique en chirurgie colorectale



Préop

- Information
- Prep colique
- Prémedicat°
- Jeûne
- Liquide sucré
- Immuno-nutrition



Perop

- Apport liquid°
- Corticoïdes
- Hypothermie
- AB + Thrombo
- Prév NVPO
- Voie d'abord
- Drains SNG



Postop

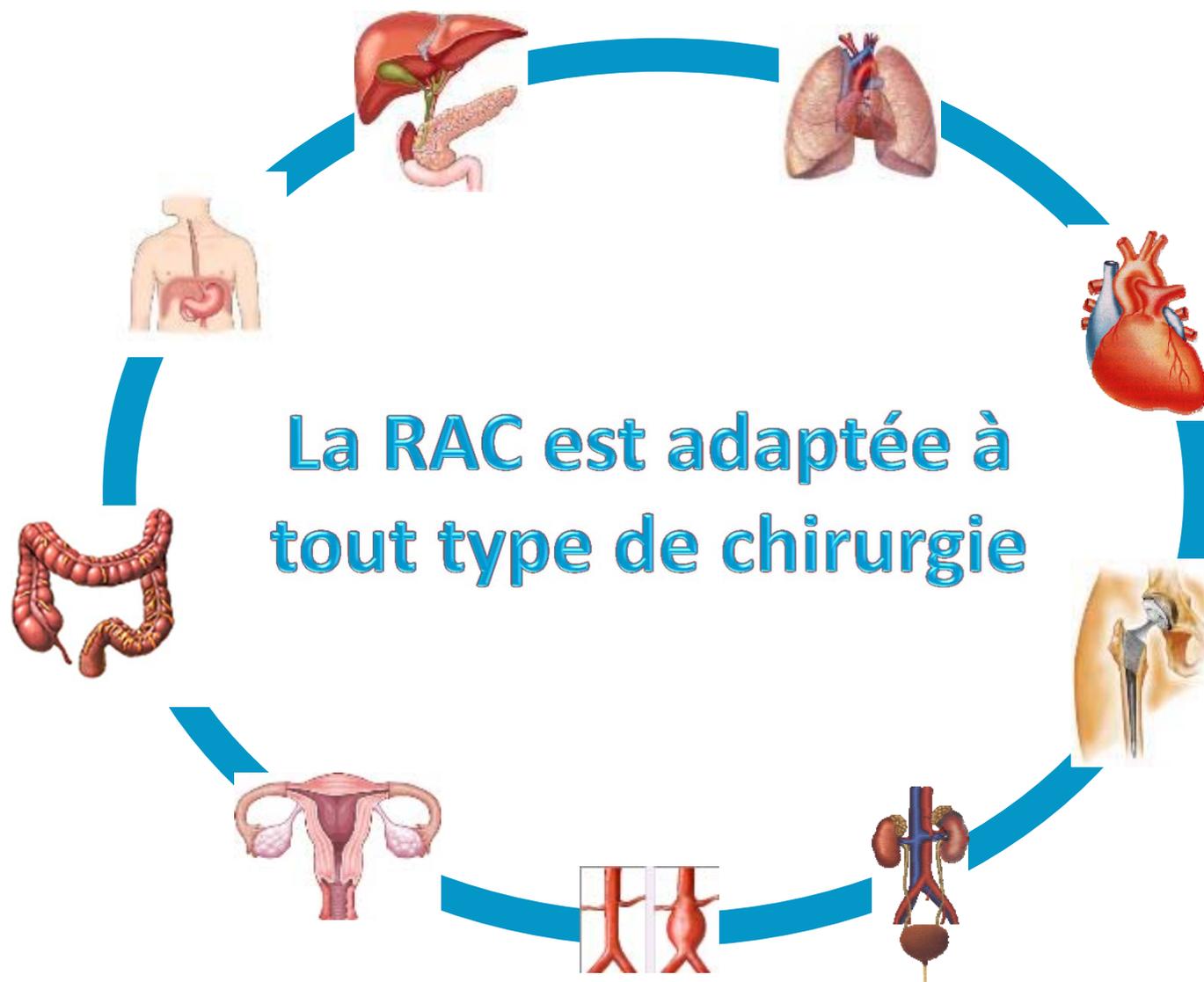
- Analgésie multimodale
- Péridurale
- AINS (48H)
- Lever
- Sonde vésicale
- Alimentation



RECOMMANDATIONS

Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée[☆]





Par definition
Ce n'est pas une approche
dogmatique

Le protocole n'est pas figé



Exemples :

- ✓ péridurale et laparoscopie
- ✓ Chewing gum

Avant l'intervention

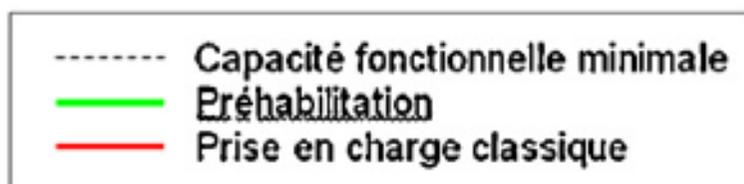
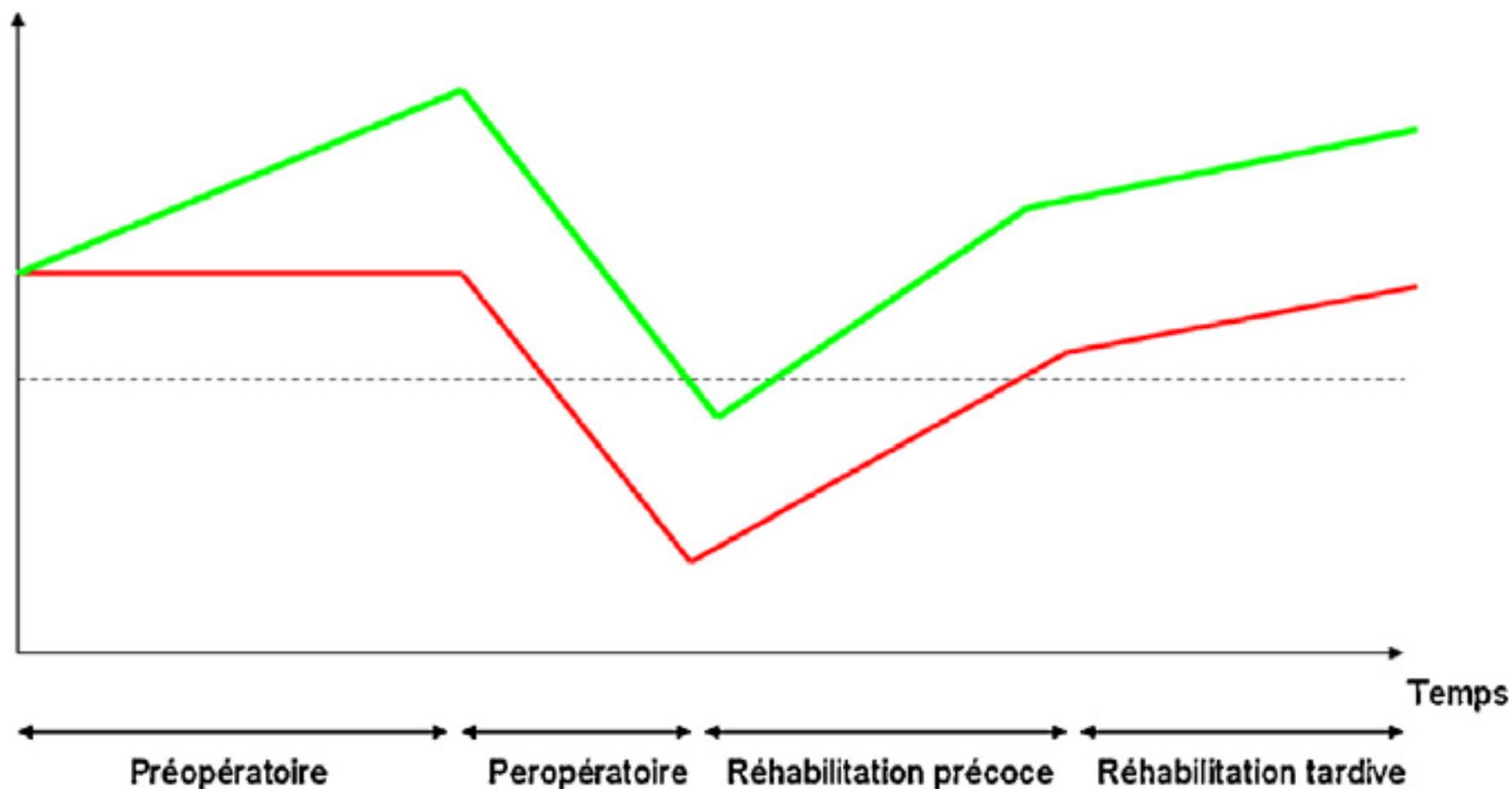
Pendant l'intervention

Après l'intervention

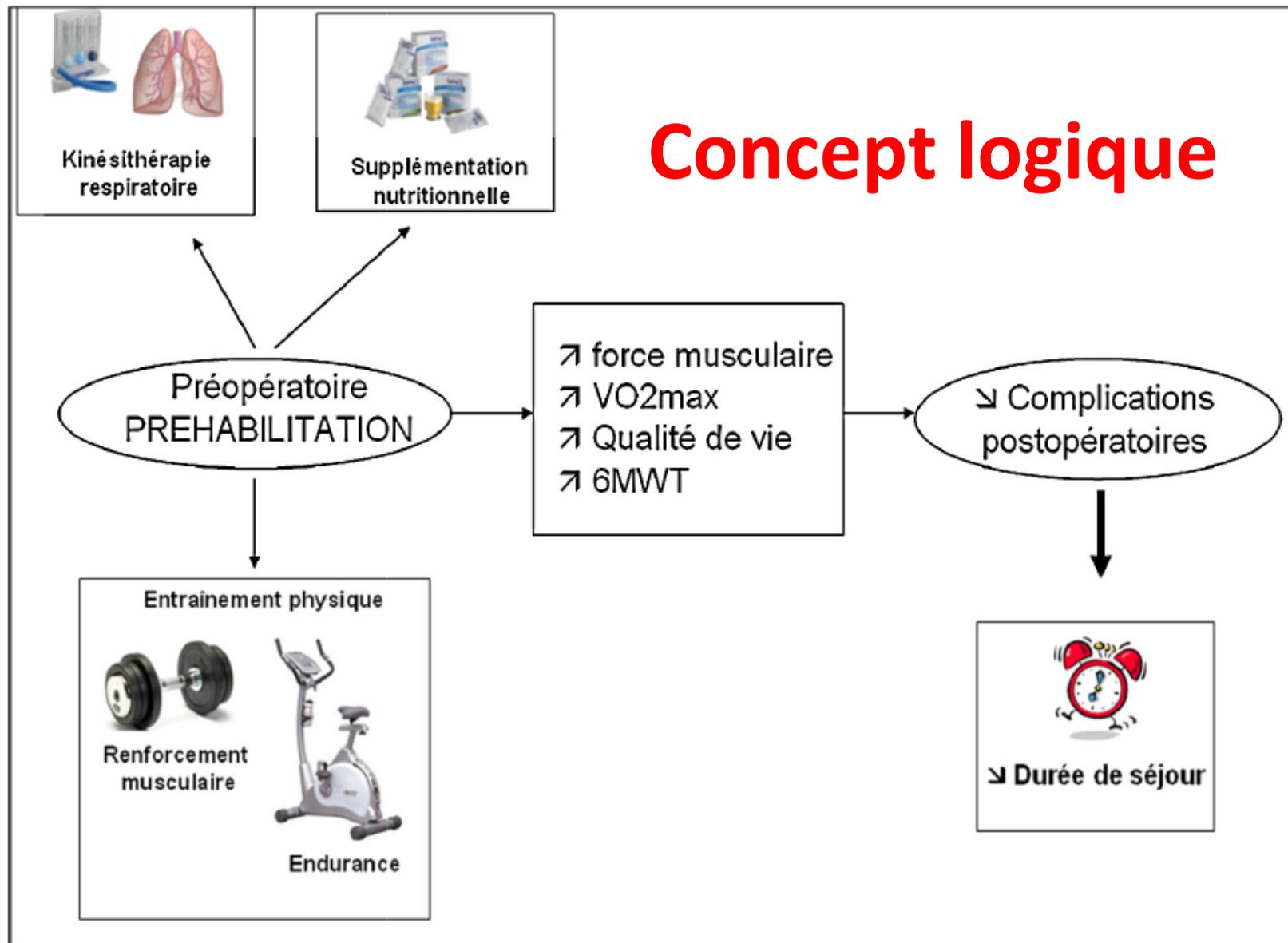
La préhabilitation



Capacité fonctionnelle



Ditmyer et al.



La préhabilitation. Préparer les patients à la chirurgie pour améliorer la récupération fonctionnelle et réduire la morbidité postopératoire

revues systématiques

Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis
Respiratory Function

D. Santa Mina^{a,b,c,*}, H. Clarke^d
J. Katz^{c,d,e}, J. T

Effect of Prehabilitation and Recovery After
Daniel P. Lemanu · Primal P. Singh ·
Andrew D. MacCormick · Bruce Arroll ·
Andrew G. Hill

Preoperative exercise and recovery after elective major abdominal surgery: A systematic review

Sjaak Pouw
Camiel

The effects of preoperative exercise therapy on postoperative outcome: a systematic review

Karin Valkeniet, Ingrid GL van de Port Department of Rehabilitation, Nursing Science and Sport, Rudolf Magnus Institute of Neurosciences, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, Jaap J Dronkers Department of Physiotherapy, Gelderse Vallei Hospital, Ede, Wouter R de Vries, Eline Lindeman and Frank JG Backx Department of Rehabilitation, Nursing Science and Sport, Rudolf Magnus Institute of Neurosciences, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands

Prehabilitation to Enhance Postoperative Care
récupération

Test d'effort cardiopulmonaire rapide après la chirurgie (RR)

Denny Z. H. Levett, PhD · Michael P. W. Grocott, MBBS,
Francesco Carli, MD, MPhil, FRCA, FRCPC^{a,*},
Cecilia Sjöstrand^c, Simon W. Nienhuijs^d,
Y.W. Leung^{d,e}, A.G. Matthew^{a,d},
A.H. Alibhai^{d,e}



La « préhabilitation » : ce que le chirurgien doit savoir[☆]

Journal de Chirurgie Viscérale (2016)

B. Le Roy*, M. Selvy, K. Slim

Points clés

- Après une chirurgie majeure, beaucoup de patients ne récupèrent pas leur capacité physique antérieure, exposant ainsi à un risque plus élevé de complications.
- Le concept de « préhabilitation » a été développé pour améliorer la capacité fonctionnelle dans la période périopératoire et finalement pour réduire la morbidité postopératoire et améliorer la récupération.
- La préhabilitation devrait inclure l'exercice physique préopératoire, un soutien psychologique et un soutien nutritionnel.
- La durée de celle-ci allant de 6 à 8 semaines semble être un bon compromis entre faisabilité et efficacité.
- La standardisation de chacune des 3 modalités de préhabilitation fait encore défaut.
- En chirurgie digestive oncologique, le bénéfice de la préhabilitation semble être démontré concernant la capacité fonctionnelle postopératoire, mais n'a pas encore été démontré pour les résultats postopératoires.

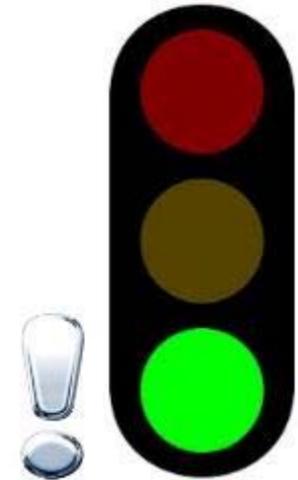
Préparation mécanique du côlon



CÔLON

Tout type de préparation mécanique avant chirurgie colique peut être abandonné

Exceptions : localisation petites tumeurs ou coloscopie perop



RECTUM

Rectal enema is an alternative to full mechanical bowel preparation for primary rectal cancer surgery

O. Pittet*, A. Nocito†, H. Balke†, C. Duvoisin*, P. A. Clavier†, J. Denhartines* and D. Hahnloser*†

retrospectively analysed

Oral Antibiotic Bowel Preparation Significantly Reduces Surgical Site Infection Rates and Readmission Rates in Elective Colorectal Surgery

TABLE 5. Propensity-matched Analysis

	Unadjusted		Covariate Adjusted		Propensity Matched	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
None	Ref		Ref		Ref	
Mechanical only	0.77	0.67–0.91	0.85	0.72–0.99	0.87	0.73–1.05
OABP ± mechanical	0.40	0.33–0.49	0.46	0.36–0.59	0.46	0.36–0.58

(*Ann Surg* 2015;261:1034–1040)

RECTUM

Journal of Visceral Surgery (2016)

K. Slim*, G. Martin

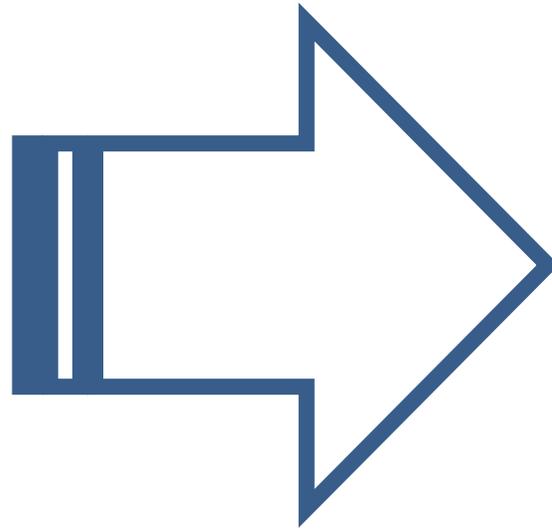
EDITORIAL

Mechanical bowel preparation before colorectal surgery. Where do we stand?

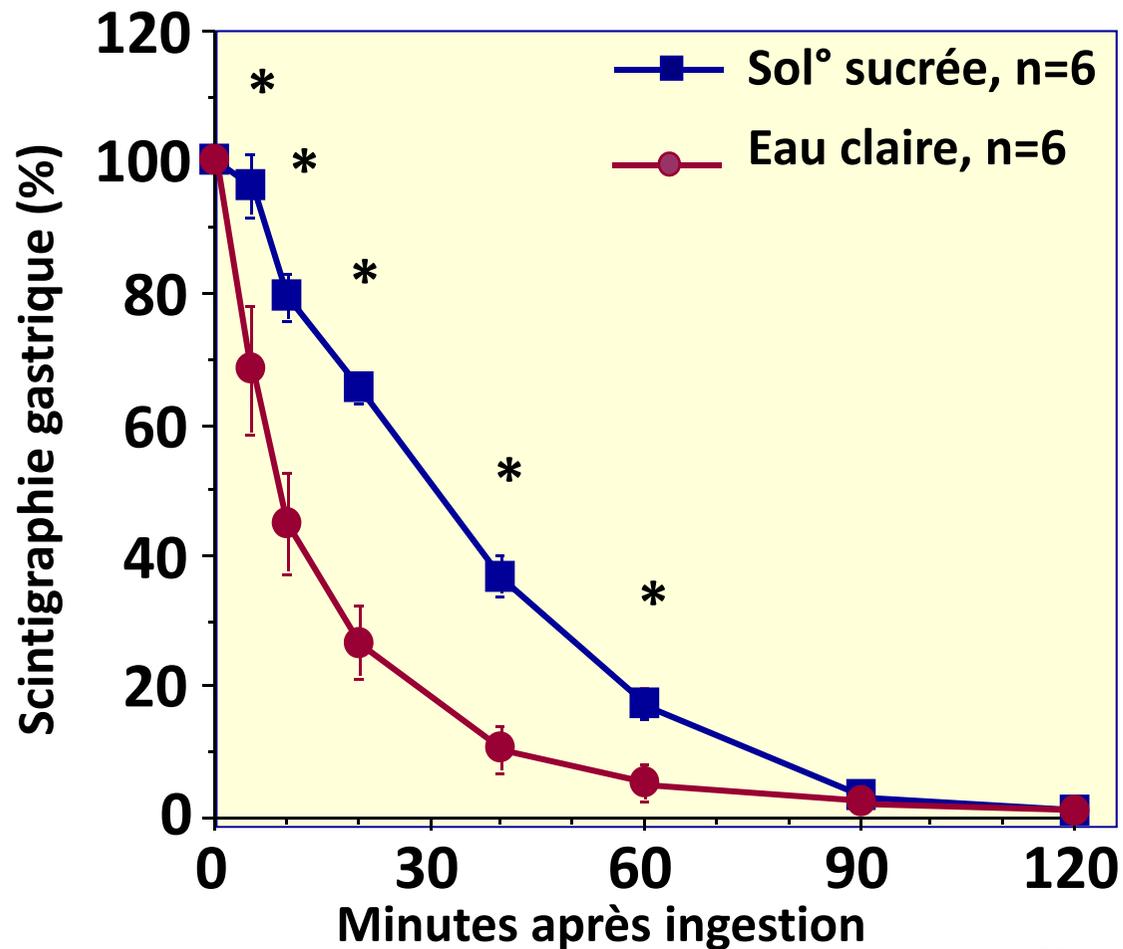
We can therefore consider that there is no definitive factual answer for the role of MBP in rectal surgery, and other studies, particularly evaluating simple enema, should be considered in the future.

Finally, a new axis of research in both colon and rectal surgery is emerging in 2015: the role of intestinal bacterial decontamination by OA

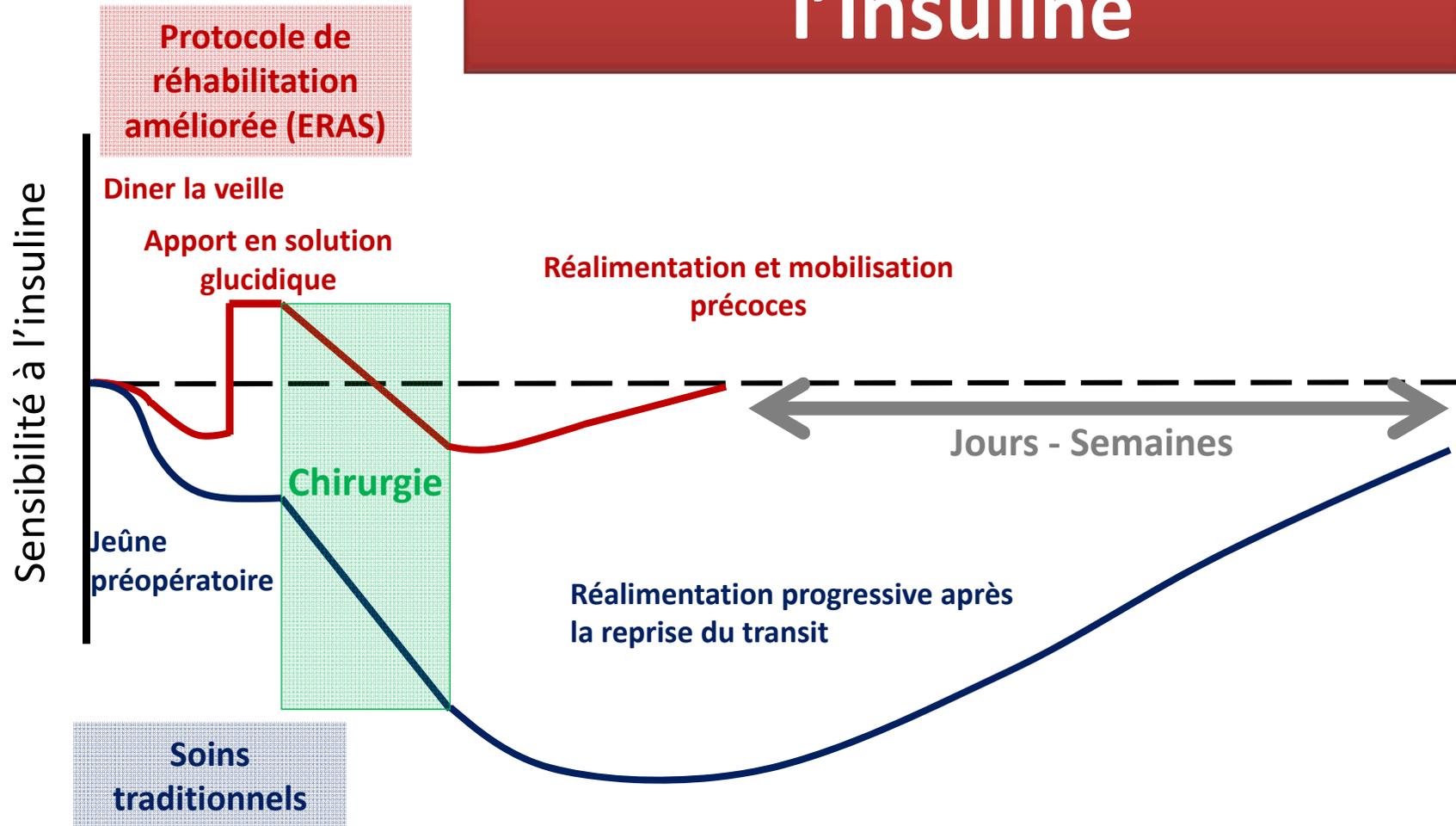
Peut-on...
Doit-on...
Aller au-delà de l'eau claire ??



La vidange gastrique est complète à 90 minutes *après solution glucidique claire aussi !*



Effet sur la sensibilité à l'insuline



Insulin Resistance and Outcomes in Surgery

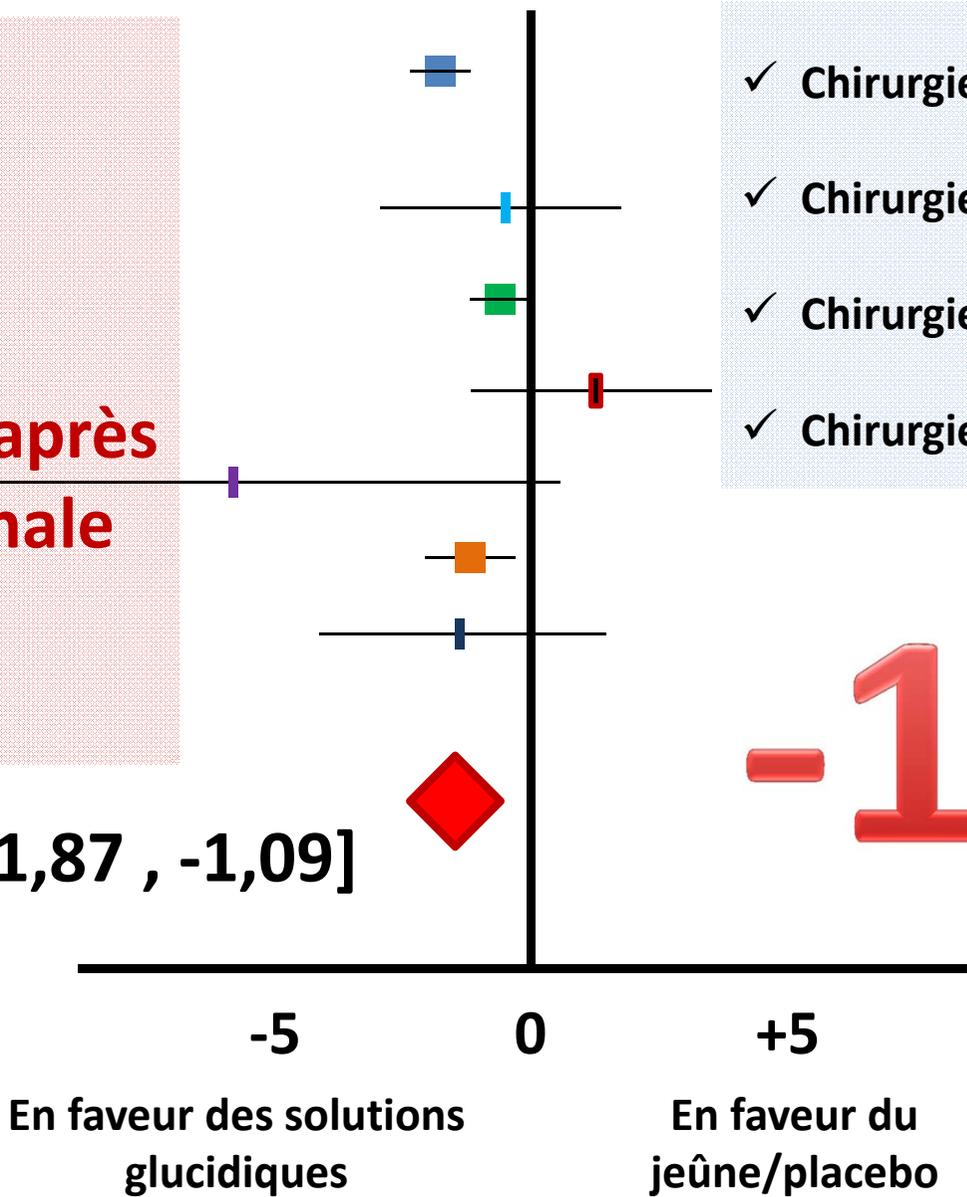
Olle Ljungqvist

J Clin Endocrinol Metab, September 2010,

A meta-analysis of randomised controlled trials on preoperative oral carbohydrate treatment in elective surgery[☆]

Réduction statistiquement significative de la durée d'hospitalisation après chirurgie abdominale lourde

OR : -1,08 [-1,87 , -1,09]



- ✓ Chirurgie gastrique
- ✓ Chirurgie hépatique
- ✓ Chirurgie pancréatique
- ✓ Chirurgie colorectale

-1j

Les **effets bénéfiques** du
protocole et des solutions
glucidiques claires sont le reflet
d'une **moindre insulino-
résistance** per et
postopératoire

Insulin Resistance and Outcomes in Surgery

Olle Ljungqvist

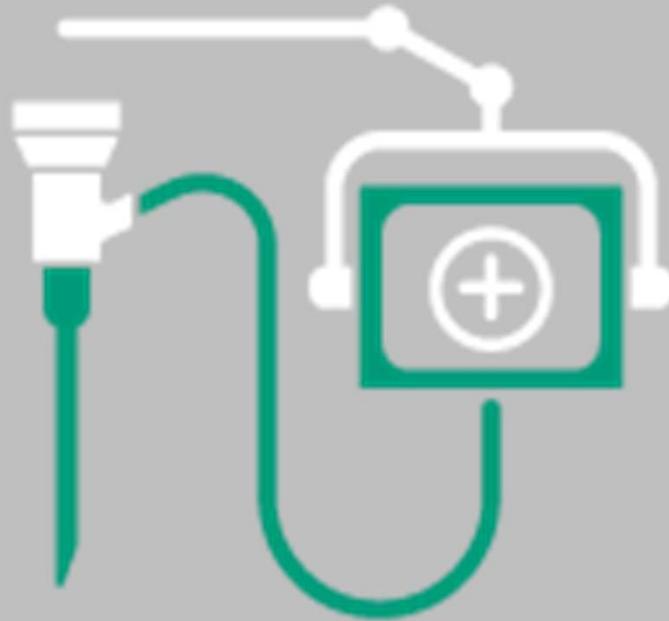
J Clin Endocrinol Metab, September 2010,

Avant l'intervention

Pendant l'intervention

Après l'intervention

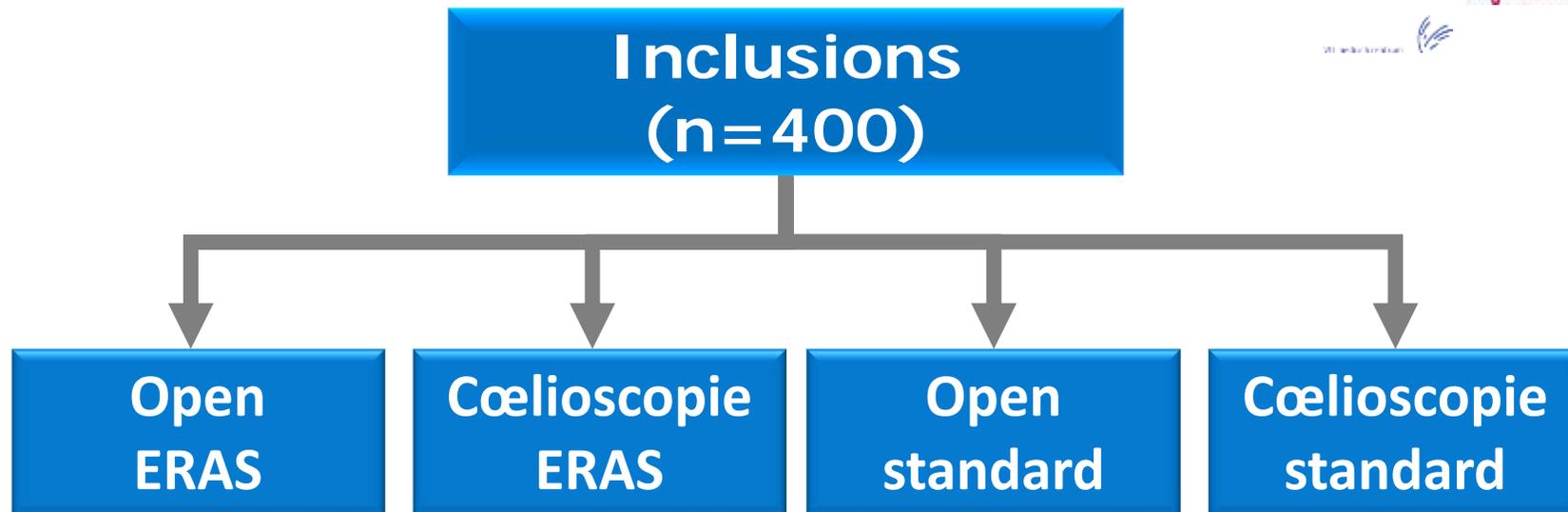
Chirurgie mini- invasive



Laparoscopy in Combination with Fast Track Multimodal Management is the Best Perioperative Strategy in Patients Undergoing Colonic Surgery

A Randomized Clinical Trial (LAFA-study)

Annals of Surgery
2011



Conclusion : Optimal perioperative treatment for patients requiring segmental colectomy for colon cancer is

laparoscopic resection embedded in a fast track program

If open, surgery should be in fast track program

La voie ouverte n'est pas un critère d'exclusion des programmes de RAC

Rappel.....



L'âge non plus

Avant l'intervention

Pendant l'intervention

Après l'intervention

Moins de tyaux

La chasse aux sondes



La chasse aux drains ?

Sonde nasogastrique





Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery (Review) Verma R, Nelson RL
2010, Issue 3

Routine nasogastric decompression does not accomplish any of its intended goals so should be abandoned in favour of selective use of the nasogastric tube.

Drainage (abdominal)





Prophylactic anastomotic drainage for colorectal surgery

de Jesus EC, Karliczek A, Matos D, Castro AA, Atallah ÁN **(Review)**

2008, Issue 4

It showed no difference in all outcome measures

Therefore routine prophylactic anastomosis drainage following elective colorectal surgery lacks scientific evidence.

Chirurgie du bas rectum

GRECCAR 5

Drains+ (n=236)

Drain-(n=233)

Essai contrôlé randomisé multicentrique

Equivalence des 2 groupes pour :
Age, sexe, ASA, localisation tumorale, stade TNM, traitement néo-adjuvant

	Drain+	Drain-
Anast ≤6cm	92,7%	91,7%
Sut mécan	54%	53%
Stomie	76%	73%

Sepsis PO immédiat

	Drain+	Drain-	p
Fistule	9%	9%	0.78
Abcès	7%	12%	0.10
Péritonite	3	4	0.78

Sepsis à J30

	Drain+	Drain-	p
Fistule	15%	15%	0.94
Abcès	12%	15%	0.24
Péritonite	3%	4%	0.60
Réinterv°	16.6%	21%	0.22
Réinterv° sepsis	10.2%	12%	0.52

Réalimentation précoce ?





Pourtant.....

Is Early Oral Feeding Safe After Elective Colorectal Surgery?

A Prospective Randomized Trial

Ann. Surg. • July 1995

Conclusion

Early oral feeding after elective colorectal surgery is safe and can be tolerated by the majority of patients. Thus, it may become a routine feature of postoperative management in these patients.

Randomised trial of safety and efficacy of immediate postoperative enteral feeding in patients undergoing gastrointestinal resection

Cornelia S Carr, K D Eddie Ling, Paul Boulos, Mervyn Singer

BMJ VOLUME 312 6 APRIL 1996

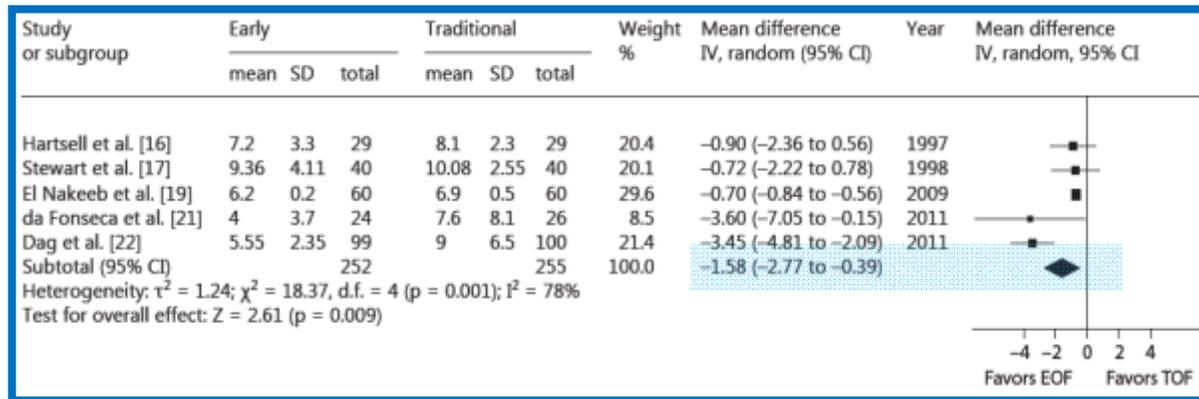
Conclusions—Immediate postoperative enteral feeding in patients undergoing intestinal resection seems to be safe, prevents an increase in gut mucosal permeability, and produces a positive nitrogen balance.

Early versus Traditional Postoperative Oral Feeding in Patients Undergoing Elective Colorectal Surgery: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials

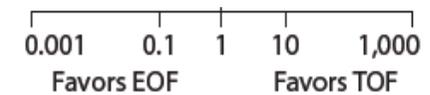
Cheng-Le Zhuang^a Xing-Zhao Ye^a Chang-Jing Zhang^a Qian-Tong Dong^a
Bi-Cheng Chen^b Zhen Yu^a

length of hospital stay (days).

7 Trials included in the meta-analysis
587 patients



Anastomotic dehiscence										
Subtotal (95% CI)			278			280	100.0	0.47 (0.19–1.15)		
Pneumonia										
Subtotal (95% CI)			279			280	100.0	0.71 (0.31–1.59)		
Total complications										
Subtotal (95% CI)			293			294	100.0	0.70 (0.50–0.98)		



Early Oral Feeding as Compared With Traditional Timing of Oral Feeding After Upper Gastrointestinal Surgery

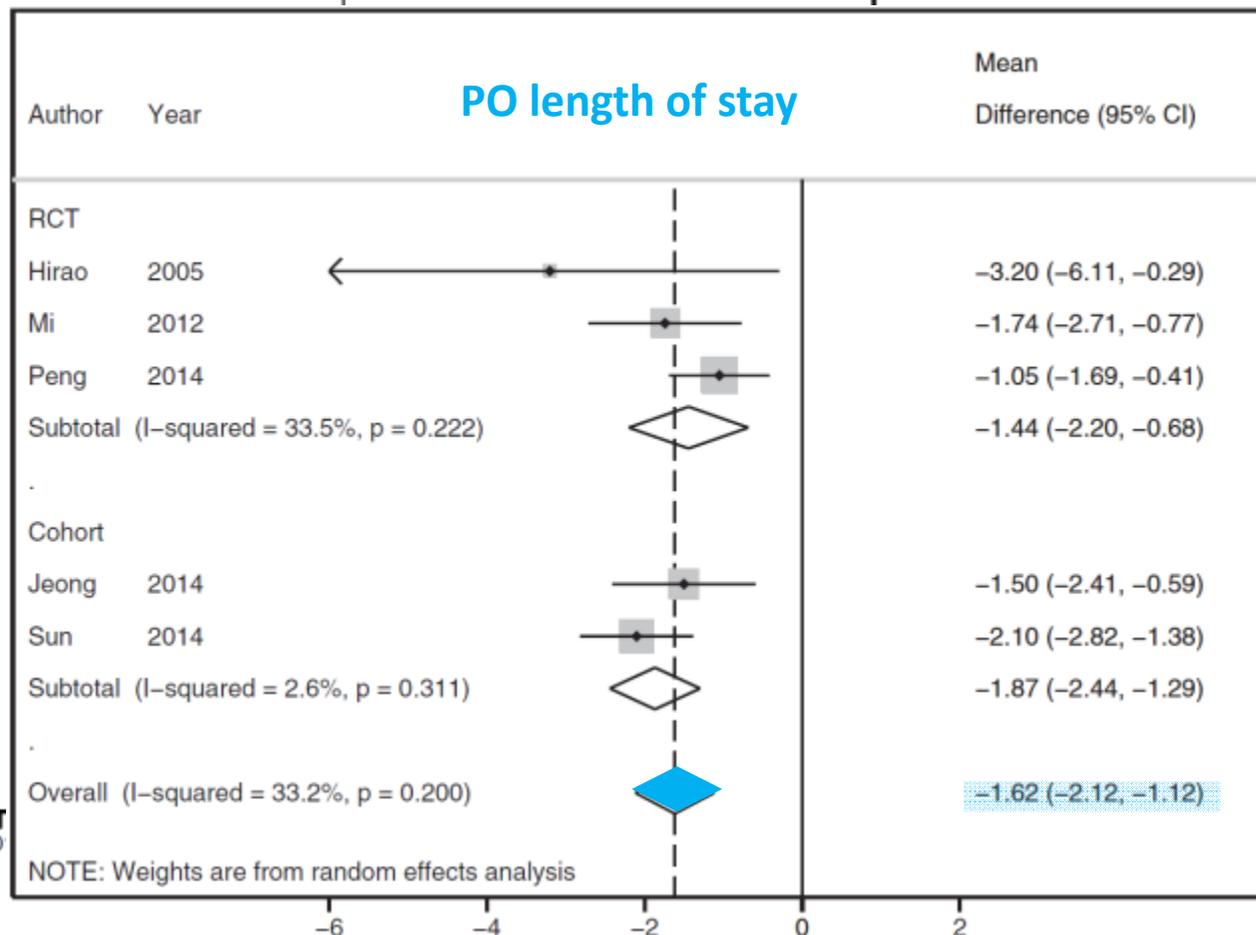
A Systematic Review and Meta-analysis



Anastomotic leaks

Author	Year	GrpA #evts	GrpA #total	Grp B #evts	GrpB #total	Odds Ratio (95% CI)
nonRCT						
Gerritsen	2014	5	51	4	51	
Jeong	2014	0	74	0	96	
Sierzega	2014	7	185	2	168	
Suehiro	2004	1	40	3	60	
Sun	2014	4	156	7	160	
Thapa	2011	1	16	2	16	
Subtotal (I-squared = 0.0%, p = 0.584)						
RCT						
Hirao	2005	0	53	1	50	
Hong	2014	0	40	0	44	
Hur	2011	0	28	1	26	
Lassen	2008	10	220	15	227	
Mahmoodzadeh	2014	2	54	2	55	
Suresh	2000	4	17	3	13	
Peng	2014	0	42	0	36	
Mi	2012	0	30	0	30	
Subtotal (I-squared = 0.0%, p = 0.996)						
Overall (I-squared = 0.0%, p = 0.972)						

NOTE: Weights are from random effects analysis







Soins périopératoires en chirurgie digestive. Recommandations de la Société française de chirurgie digestive (SFCD¹) Annales de chirurgie 130 (2005)



Il est recommandé de ne pas drainer la vessie de façon systématique en chirurgie digestive (**grade B**) et de sélectionner les indications en fonction du terrain et de la nécessité de surveillance de la diurèse (accord d'experts).

Enfin, il est recommandé de préférer le cathéter sus-pubien en cas de tumeur du bas rectum (**grade B**) ou si l'on envisage un drainage vésical de plus de 5 jours (**grade A**).

Si APD : 24H suffisent (seuls 10% des patients auront besoin d'un re-sondage)

Aspects techniques



Protocoles

Aspects Organisationnels





Ce que voit le patient



**Le patient
devient
ACTEUR de
ses soins**



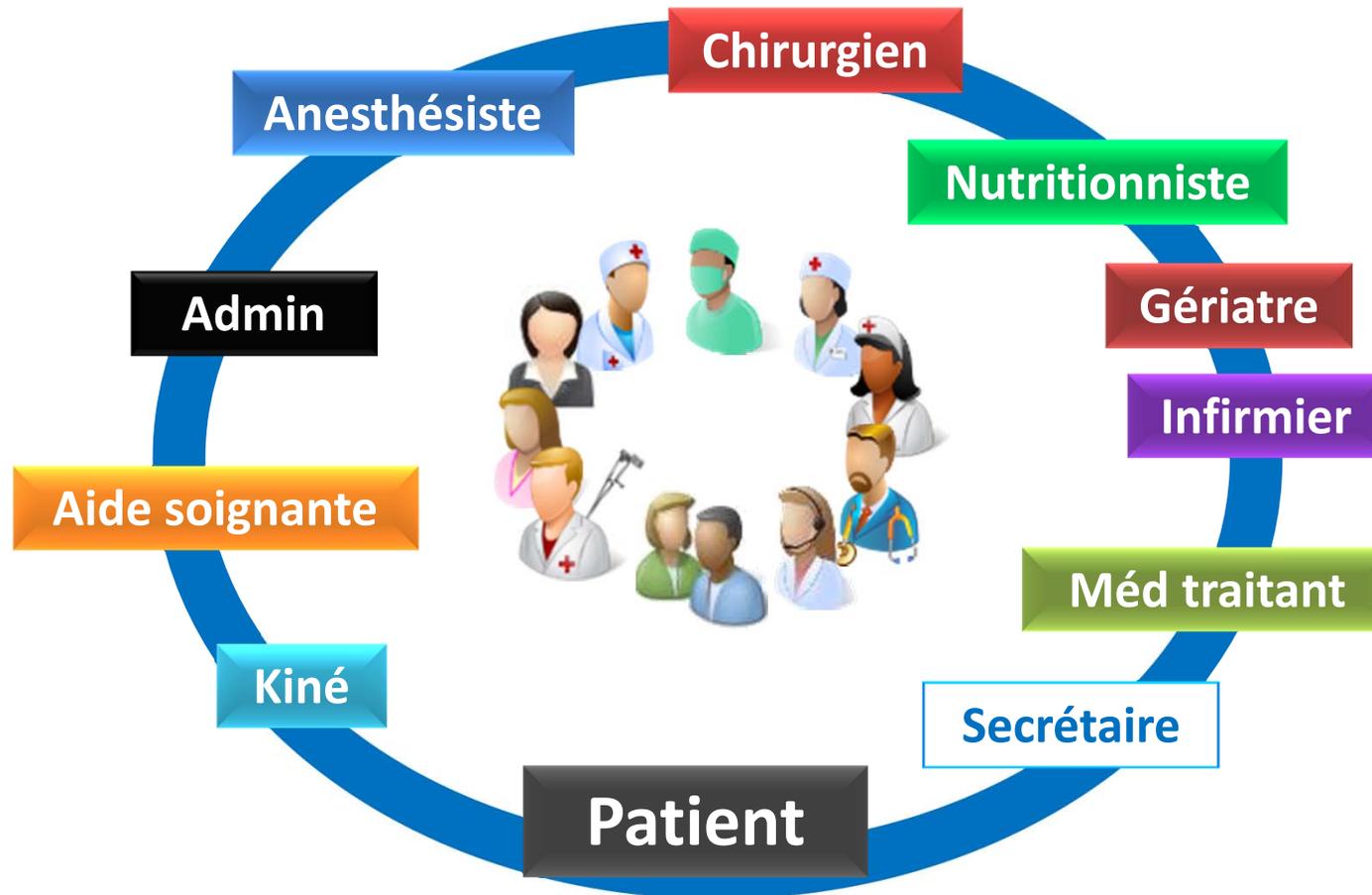
Un patient qui en a été informé avant la chirurgie, qui n'a ni douleur, ni nausée, ni tuyaux, ni complication grave... ACCEPTE volontiers de quitter le fond du lit !!



L'équipe



Réhabilitation améliorée



Esprit d'équipe

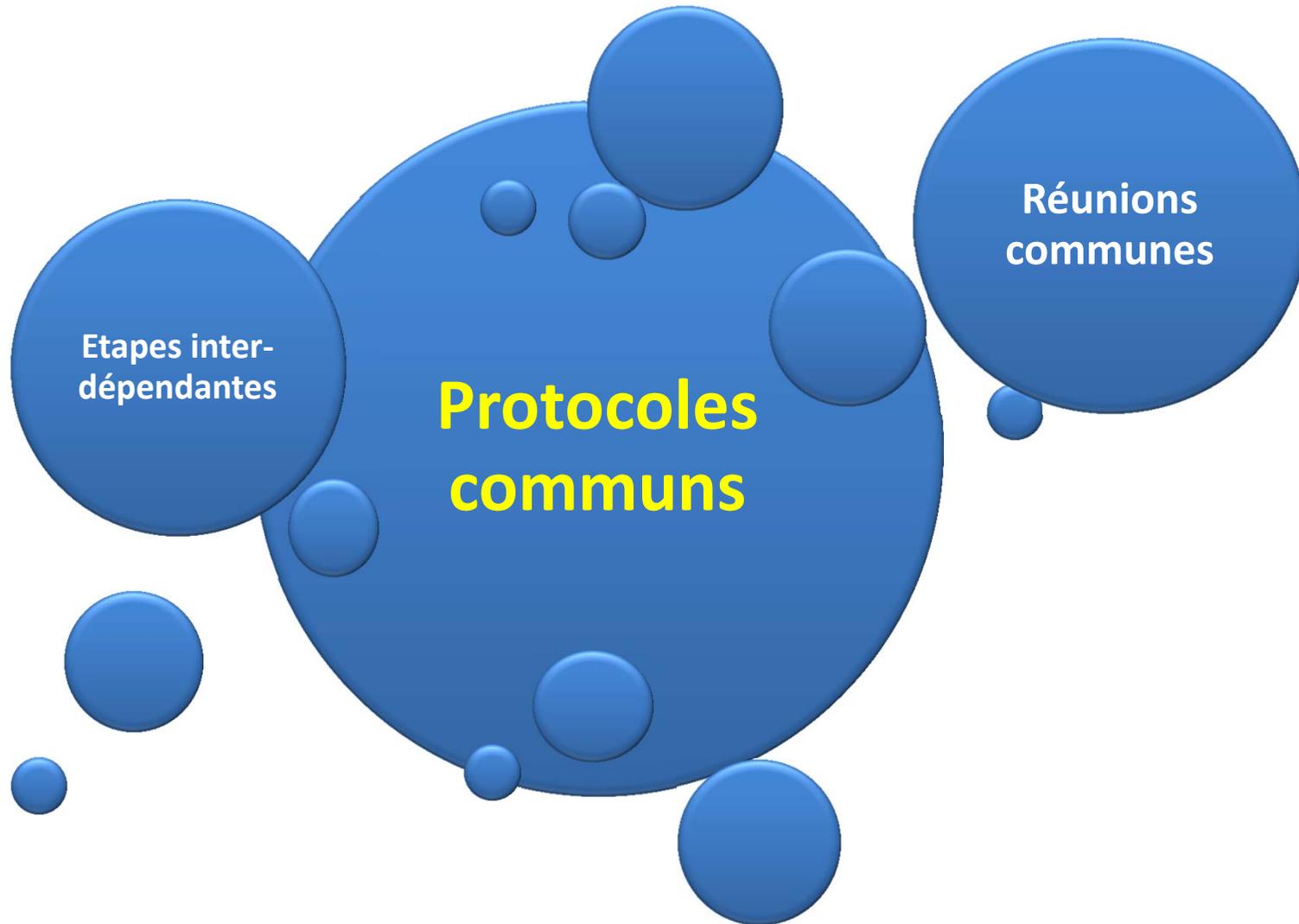
Trinôme leader



Anesthésiste + Chirurgien + Infirmier

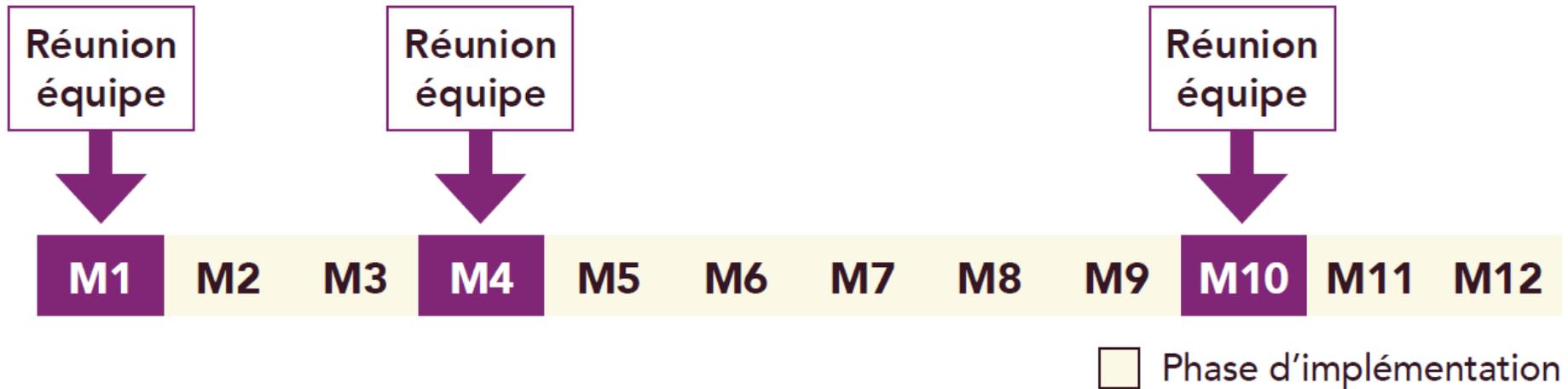


Avantages pour l'équipe





Programme proposé



Rassurer

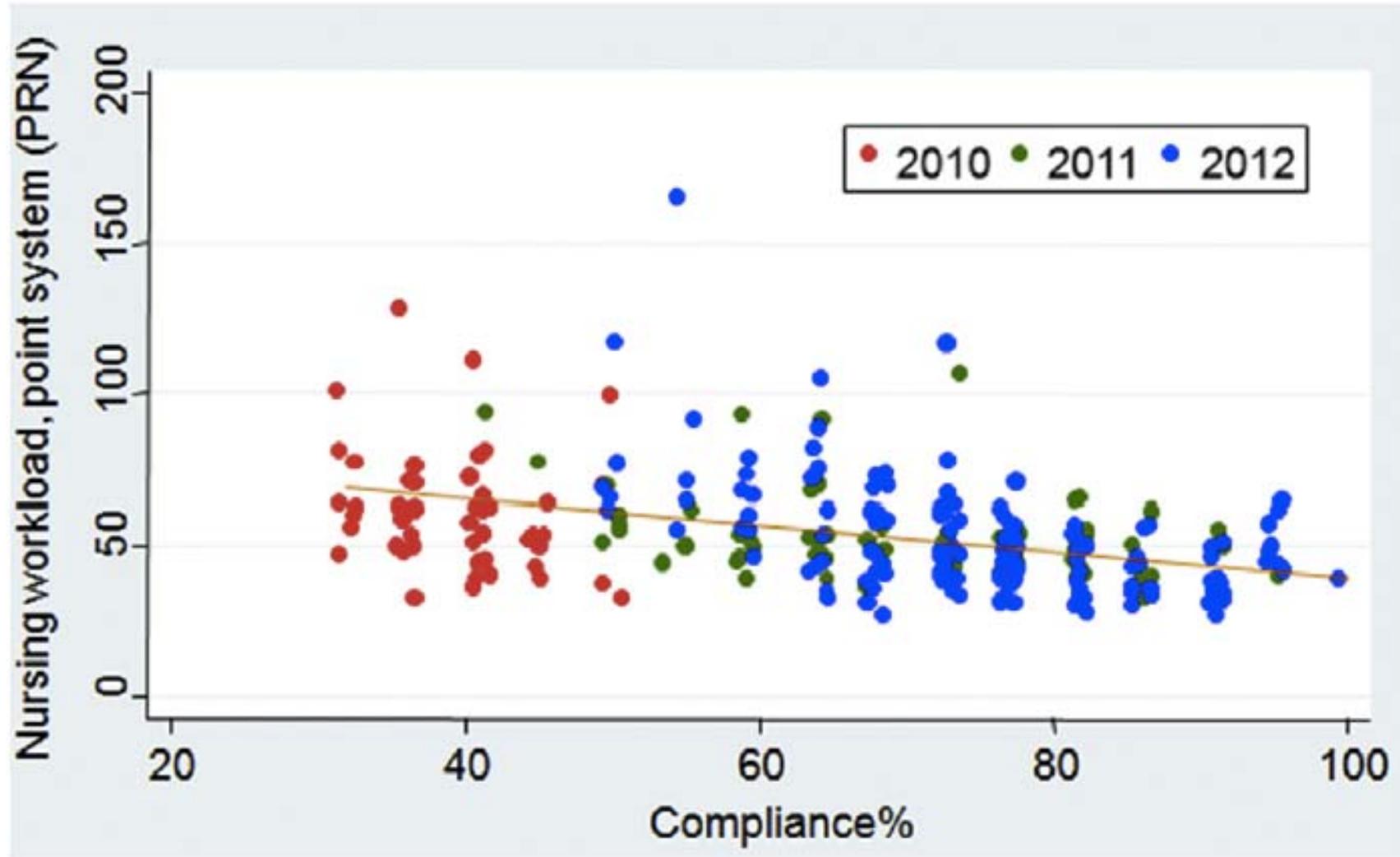


le personnel paramédical

The impact of an enhanced recovery pathway on **nursing workload**: A retrospective cohort study [☆]

International Journal of Surgery 24 (2015)

Martin Hübner ^{a,*}, Valerie Addor ^a, Juliette Slieker ^a, Anne-Claude Griesser ^b,
Estelle Lécureux ^b, Catherine Blanc ^c, Nicolas Demartines ^a





Nouveau paradigme



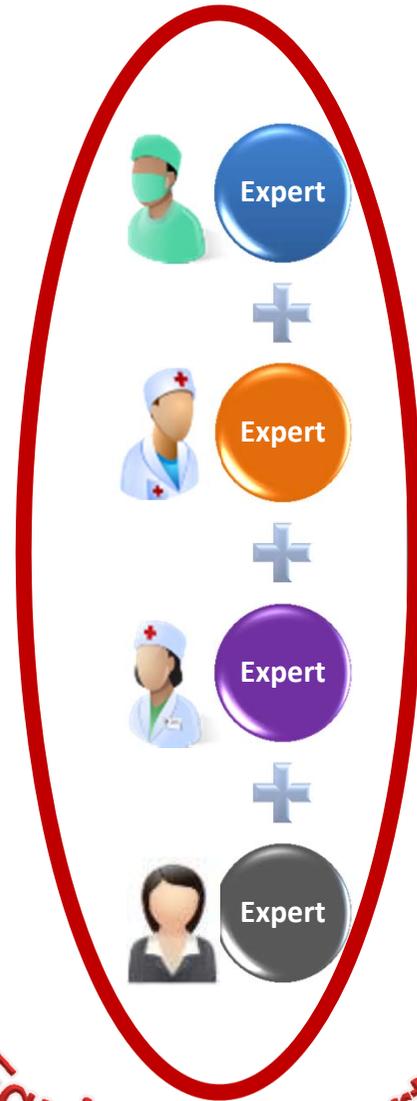
Un protocole de

réhabilitation

améliorée

partagé et adopté par tous





Equipe d'experts



N'oublions pas qu'à côté des bénéfiques objectifs (durée de séjour, morbidité), la réhabilitation améliorée EST AUSSI :

Le patient acteur de sa santé



L'esprit d'équipe



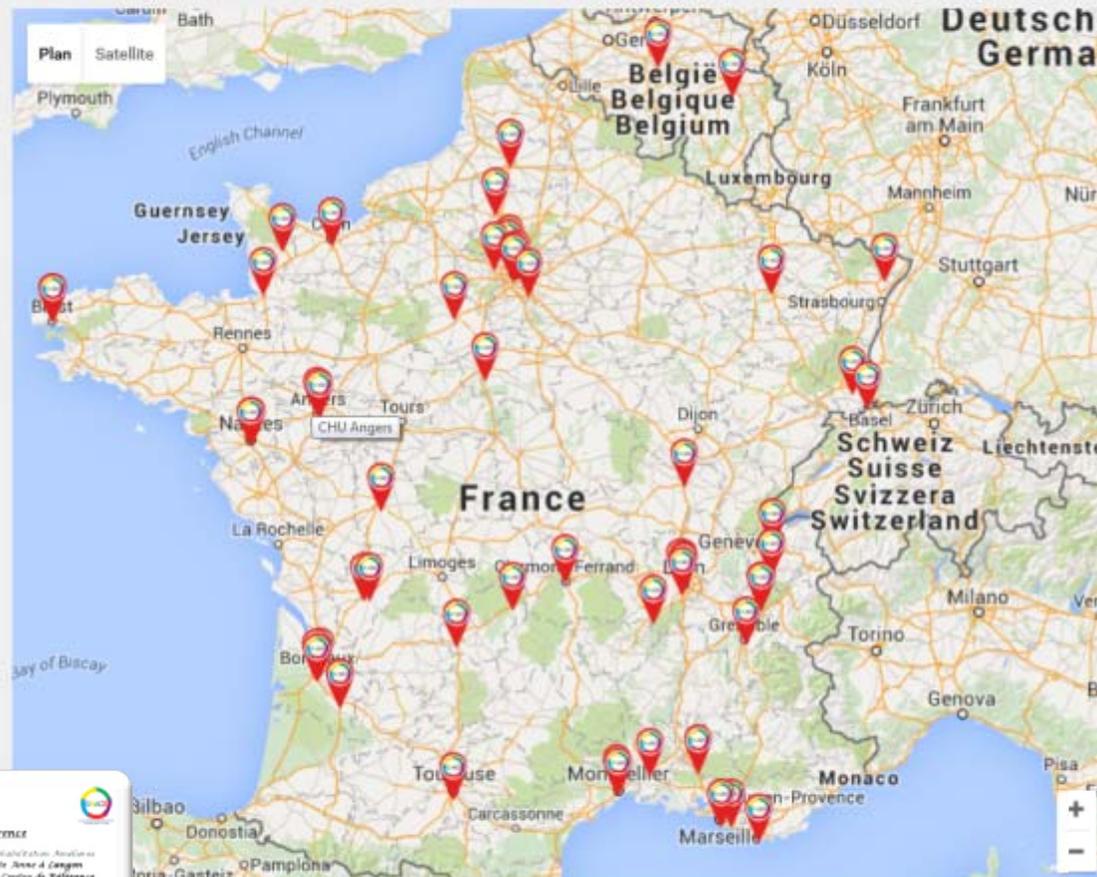


Rôle de GRACE ?

www.grace-asso.fr

82 Centres GRACE au 15 juin 2016

Carte des centres GRACE



www.grace-asso.fr

The screenshot shows a web browser window displaying the website <http://www.grace-asso.fr>. The browser's address bar shows the URL and a tab titled "Groupe francophone de Ré...".

The website header features the GRACE logo (a colorful circle with the word "GRACE" inside) and the text "GROUPE FRANCOPHONE DE REHABILITATION AMELIOREE APRES CHIRURGIE". To the right of the logo is a search bar labeled "Recherche:" and a list of navigation links: "DEVENIR MEMBRE", "DEVENIR CENTRE GRACE", "ESPACE MEMBRE", and "VEILLE SCIENTIFIQUE".

A dark navigation bar contains the following menu items: "ACCUEIL / PRÉSENTATION / PATIENTS / PROFESSIONNELS / CENTRES GRACE / NOS PARTENAIRES / CONTACT". A "SE DÉCONNECTER" button is located in the top right corner of this bar.

The main content area features a large banner with the text "LES CHIFFRES" and "75 GRACE". Below this, it states "130 Établissements participants à GRACE-AUDIT". A dark overlay box in the center of the banner lists the following items: "QUI SOMMES-NOUS?", "PROTOCOLES", "VEILLE SCIENTIFIQUE", "DEVENIR CENTRE GRACE", "BIBLIOGRAPHIE", and "LOGICIEL D'AUDIT".

At the bottom of the page, there is a "NEWSLETTER" section with the text "Abonnez vous à la newsletter et soyez informé des actualités de GRACE." and a "Se désabonner" button.

The browser's taskbar at the bottom shows various application icons and the system clock indicating the time "09:52" and date "05/05/2015".

www.grace-asso.fr

The screenshot shows a web browser window with the URL https://www.grace-audit.fr/accueil/choix_module.php. The page title is "GRACE AUDIT" and the subtitle is "Outil d'audit du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie". The main heading is "CHOIX DU MODULE".

The central content area is titled "Choix du module de travail" and contains the text "Veuillez choisir un module :". Below this text is a dropdown menu with the following options: "colo-rectal", "bariatrique", "hanche-genou", "foie", and "pancréas". A "Choisir" button is located below the dropdown menu.

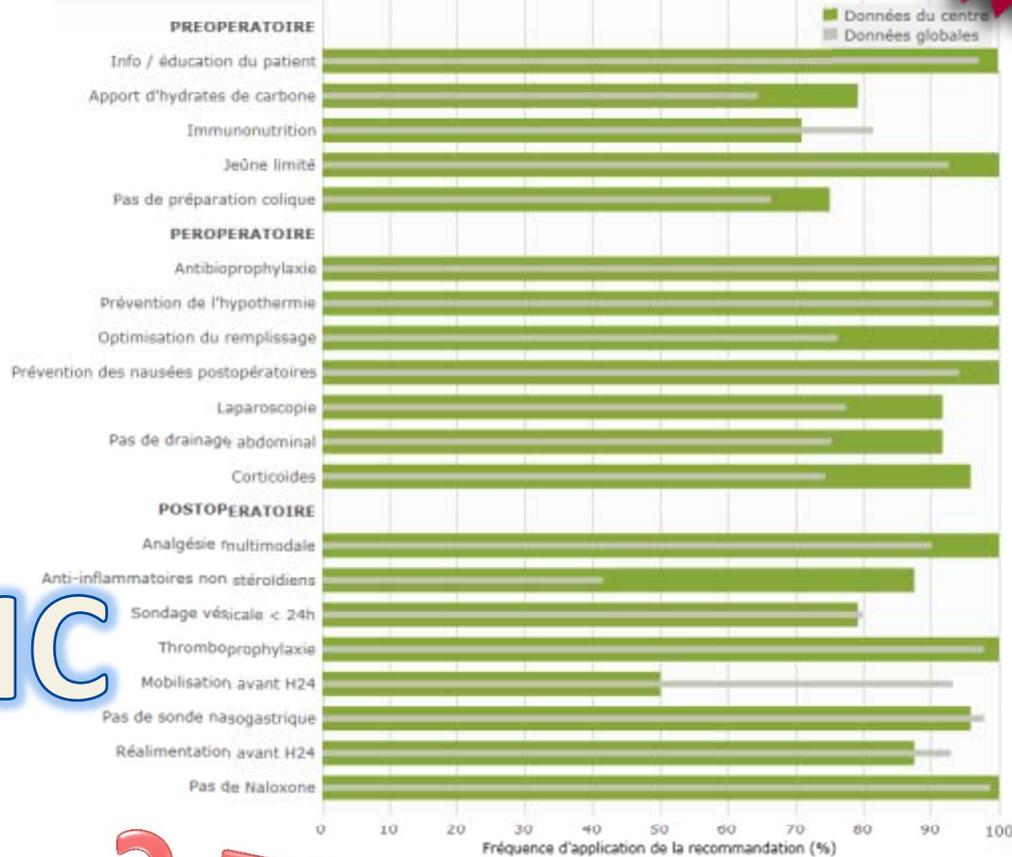
The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date and time: "09:11 05/03/2016".

AUDIT

gratuit



es stats de l'ensemble des centres

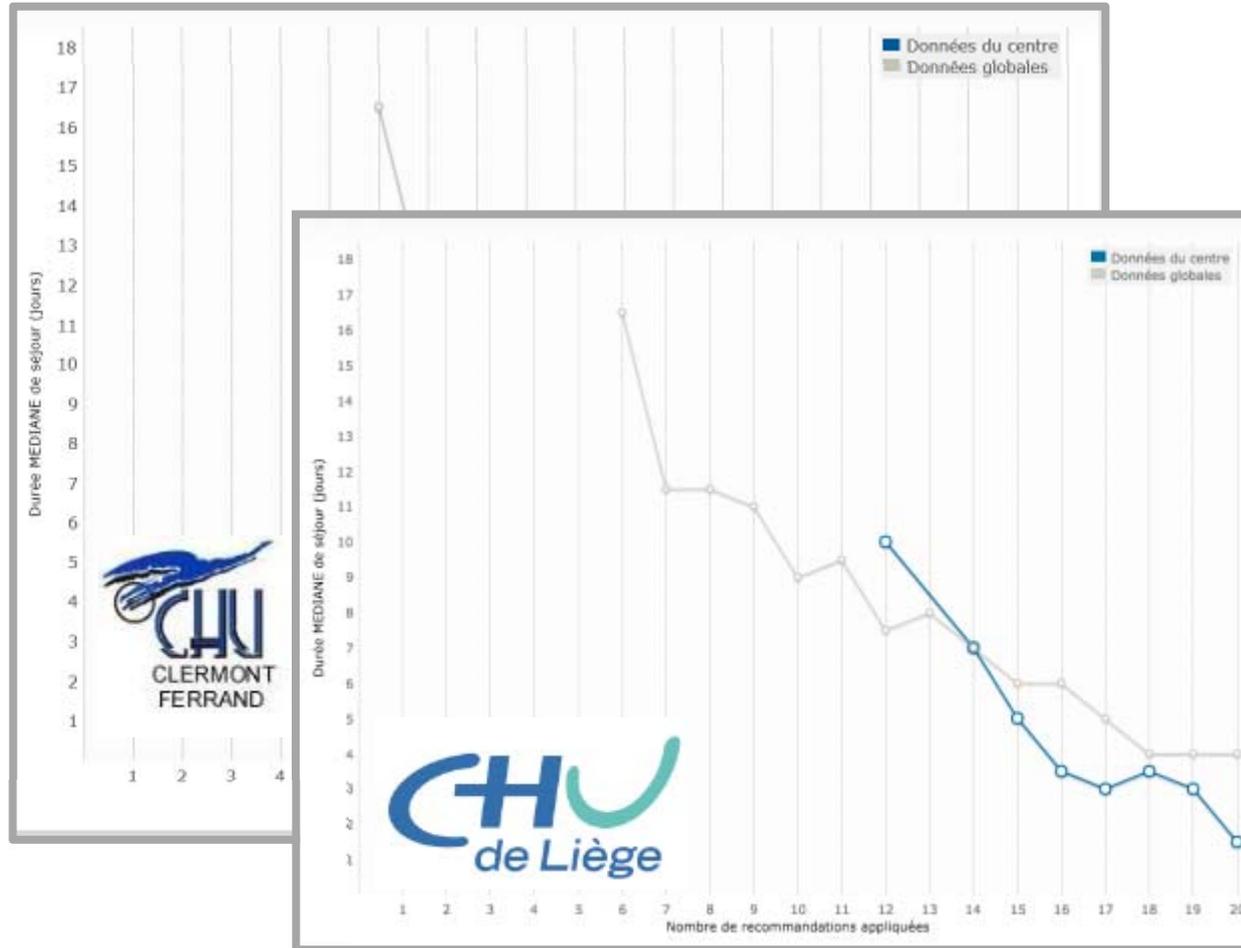


UN CLIC

3 700 patients



Grace-Audit, n = 1000



UN CLIC





KIT-GRACE

DIAPORAMA

LIVRET

MANUEL (détaillé)

OUTILS INTERNET

PASSEPORT PATIENT





Merci!

