

Concept de la RAAC

Karine NOUETTE-GAULAIN

Anesthésie Réanimation

CHU Bordeaux

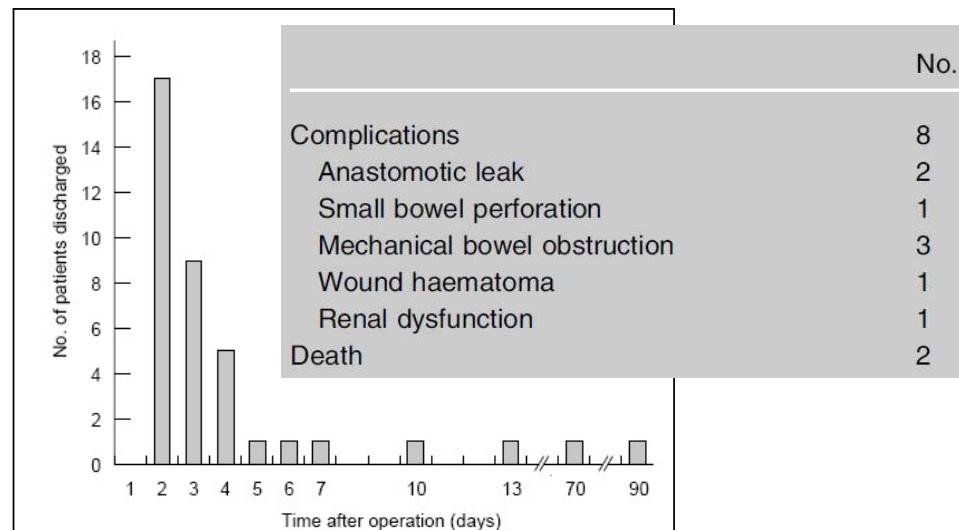
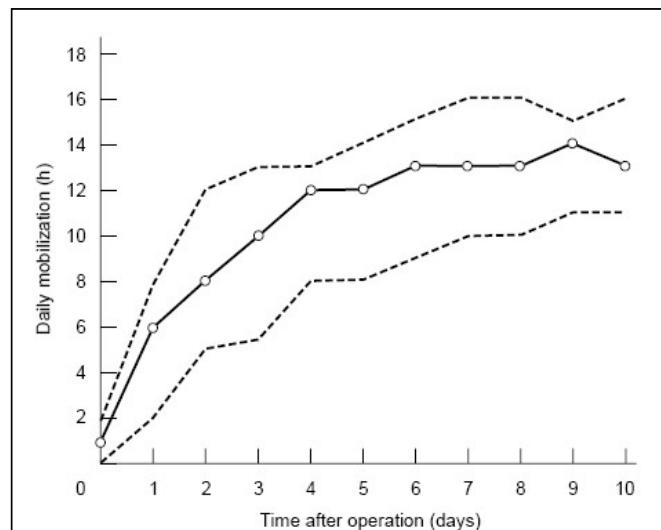
Rapid rehabilitation in elderly patients after laparoscopic colonic resection

L. Bardram, P. Funch-Jensen and H. Kehlet British Journal of Surgery 2000,

50 patients (39 laparo) – 1994 à 96 Âge > 75 ans : médiane = 81 ans



Methods: After laparoscopically assisted colonic resection, patients were treated with epidural local anaesthesia for 2 days, early mobilization and enteral nutrition. Routine use of morphine and traditional tubes, drains and prolonged bladder catheterization was avoided.



Conclusion: Recovery after colonic surgery was improved considerably by combining the use of a laparoscopic technique with a multimodal rehabilitation protocol of pain relief, early mobilization and oral nutrition.

Concept et définition (HAS 2016)

- Le geste chirurgical est source d'un « **stress** » responsable de modifications hormonales, métaboliques et physiologiques
- À la suite de ce stress, la **convalescence postopératoire** est un processus complexe intégrant de nombreuses variables qui la conditionnent
- Les principaux facteurs qui retardent la convalescence suite à la chirurgie identifiés par H. Kehlet sont :
 - douleurs ;
 - stress métabolique et dysfonction organique ;
 - nausées, vomissements, iléus ;
 - hypoxie, perturbation du sommeil ;
 - fatigue ;
 - immobilisation, dénutrition ;
 - tubes nasogastriques, sondes et drains, restrictions.

Concept et définitions (HAS 2016)

- Il s'agit d'une approche **multidisciplinaire** de prise en charge globale du patient en période périopératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures
- Elle correspond à une organisation spécifique des soins selon la notion de « **chemin clinique** »

Concept et définition (HAS 20&§)

- Pour l'essentiel, il s'agit de toutes les mesures permettant de
 - **informer et former** le patient ;
 - anticiper **l'organisation** des soins et la sortie ;
 - **minimiser** les conséquences du stress chirurgical ;
 - contrôler **la douleur** dans toutes les situations ;
 - favoriser et stimuler l'autonomie des patients.

Quels types de chirurgie? TOUS et PARTOUT

ADAPTEE A TOUS TYPE DE CHIRURGIE



Les indicateurs

- De Moyens
- De résultats
- PREOPERATOIRES
- PEROOPERATOIRES
- POSTOPERATOIRES
- Morbimortalité
- DMS
- Infection.....

Les indicateurs

- De Moyens
- PREOPERATOIRES
- PEROOPERATOIRES
- POSTOPERATOIRES
- De résultats
- Morbimortalité
- DMS
- Infection.....

Les indicateurs de résultats quantitatifs

- La RAC réduit de près de 50% les complications postopératoires
- Cette réduction concerne surtout les complications médicales
- Mais pour les patients: amélioration de la qualité de vie, moins de douleur, moins d'iléus, moins de fatigue
- Durée d'hospitalisation plus courte, sans augmentation du taux de ré hospitalisation

Efficacité de la RAC ? – CHIRURGIE Colorectale

↓ DMS et ↓ complications

Compagna R, Int J Surg 2014

Effectiveness of fast-track rehabilitation *vs* conventional care in laparoscopic colorectal resection for elderly patients: a randomized trial

Q. Wang*

Colorectal Disease © 2011

Table 2 Comparison of recovery parameters

Indicators	FT group <i>n</i> = 40	Control group <i>n</i> = 38	<i>P</i> -value
Time until ambulation (h)			
Median (Quartile)	12 (10–14)	19 (16–24)	<0.001*
Time until passage of flatus (h)			
Median (Quartile)	31 (26–40)	38 (32–51)	0.001*
Time until bowel movement (h)			
Median (Quartile)	55 (48–63)	64 (51–71)	0.009*
Time until fluid diet (h)			
Median (Quartile)	12 (11–16)	47 (35–50)	<0.001*
Length of hospital stay (days)			
Median (Quartile)	5.5 (5–6)	7.0 (6–8)	<0.001*
Intrapulmonary infection	1	3	0.352
Bowel obstruction	0	2	0.234
Overall complications	2 (5.0%)	8 (21.1%)	0.045*

Efficacité de la RAC ? – PTH/PTG

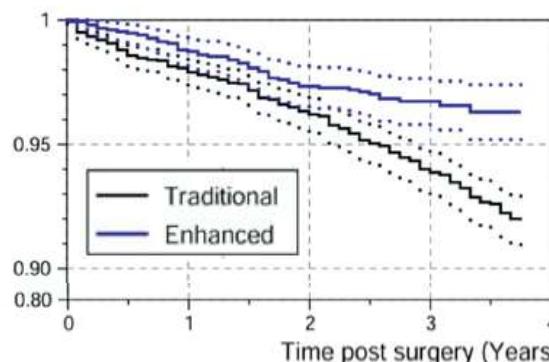
- baisse durée de séjour de 1 à 2 j. [Jorgensen CC, BJA 2013](#)

Older patients have the most to gain from orthopaedic enhanced recovery programmes [Starks i, Age Ageing 2014](#)

Dates	Bournemouth		Bournemouth ERP		Rest of England	
	October 2005–July 2007 inclusive	≥85 years	August 2007–May 2009 inclusive	All	≥85 years	August 2007–May 2009 inclusive
Patients	All	≥85 years	All	≥85 years	All	≥85 years
Median length of stay—THR (days)	6	9	4	5	5	9
Median length of stay—Knee (days)	6	8	4	5	5	8

- ↘ mortalité J30 et J90 [Malviya Acta orth 2011 /Khan SK, Acta orth 2014](#)
- Gain de survie à long terme

Reduced medium-term mortality following primary total hip and knee arthroplasty with an enhanced recovery program
A study of 4,500 consecutive procedures



Savaridas [Acta Orthopaedica 2013](#)

Les acteurs



ESPRIT D'EQUIPE

Les acteurs



Equipe soignante

Approche multimodale et donc multidisciplinaire

Trinome : Chir , anesth, infirmière

**Accompagné par : kiné, nutritionniste,
physiothérapeute assistantes sociales**

Standard de soins

Le patient

Acteur actif des soins
Information
Mobilisation précoce
Etat actif en position verticale

*Pas de douleur ni NVPO, ni tuyau qui mange
Digne Debout Dynamique*

Administration

Formation du personnel
Mise en place de moyens humains et matériels
Trinome leader: Chir , anesth, infirmière
**Accompagné par : kiné, nutritionniste,
physiothérapeute assistantes sociales**

Bienveillance

Les indicateurs

- De Moyens
- De résultats

- PREOPERATOIRES
- PEROOPERATOIRES
- POSTOPERATOIRES
- Morbimortalité
- DMS
- Infection.....

Les Bases de la RAAC Les indicateurs de moyens

Phase préopératoire	Phase peropératoire	Phase postopératoire
<p>Information orale et écrite du patient et le cas échéant de la personne de confiance</p> <p>Dépister de la dénutrition et son traitement</p> <p>Pas de prémédication systématique</p> <p>Règles du jeûne préopératoire (6 h pour les solides, 2 h pour les liquides clairs)</p> <p>Charge glucidique orale préopératoire (respectant les contre-indications telles que diabète, reflux gastro-œsophagien, troubles de la vidange gastrique)</p> <p>Thromboprophylaxie et antibioprophylaxie selon les recommandations en vigueur</p>	<p>Injection de corticoïdes à l'induction anesthésique (par exemple 8 mg de dexaméthasone)</p> <p>Protocole anesthésique avec des drogues de courte durée d'action et en réduisant les doses par rapport aux patients plus jeunes</p> <p>Prévention des nausées et vomissements postopératoires selon les recommandations en vigueur</p> <p>Bas ou chaussettes à varices systématiques et compression pneumatique intermittent si durée opératoire prévisible dépassant 4 h</p> <p>Prévention de l'hypothermie</p> <p>Voie d'abord chirurgicale mini-invasive</p> <p>Pas de sonde gastrique postopératoire systématique</p> <p>Monitorage systématique de remplissage intraveineux</p>	<p>Contrôle glycémique systématique</p> <p>Pas de sondage vésical systématique mais vérification systématique (par échographie) de l'absence de globe vésical</p> <p>Protocole d'analgésie multimodale en limitant l'utilisation de morphiniques.</p> <p>L'utilisation aux anti-inflammatoires non stéroïdiens doit tenir compte des contre-indications, des comorbidités, et de la fonction rénale</p> <p>Oxygénothérapie systématique</p> <p>Réalimentation orale précoce avec adaptation de la texture des aliments aux capacités masticatoires</p> <p>Substitution nutritionnelle si les apports oraux couvrent moins de 60 % des besoins</p> <p>Mobilisation précoce dès j1</p>

Préopératoire (1)

INFORMATION AU PATIENT LORS D'UNE CONSULTATION DÉDIÉE

- L'information sur la réhabilitation améliorée est plus que l'exposé des complications possibles de la chirurgie et de l'anesthésie. Elle englobe les différentes étapes du processus que sont :
 - la pré-habilitation et les bénéfices attendus,
 - le per-opératoire incluant les lieux de l'intervention, les étapes et les techniques chirurgicales, la ou les méthodes d'anesthésie,
 - La douleur et les méthodes d'analgésie centrale ou périphérique. Elle inclut les étapes essentielles du postopératoire que sont la réalimentation et la mobilisation précoces
 - Elle informe aussi le patient sur la préparation des conditions du retour à domicile, comme des soins infirmiers ou de kinésithérapie. C'est l'occasion aussi d'informer sur les addictions et d'orienter le patient vers les circuits dédiés.

Préopératoire (1)

- **INFORMATION AU PATIENT LORS D'UNE CONSULTATION DÉDIÉE**
- On sait que la compréhension sur le déroulé du parcours de soin,
 - aide à réduire **l'anxiété** et
 - permet une meilleure **gestion de la douleur**.
- Une baisse du nombre de complications comme la survenue de chutes en postopératoire d'une chirurgie orthopédique a été rapporté

Préopératoire (1)

- **INFORMATION AU PATIENT LORS D'UNE CONSULTATION DÉDIÉE**
- L'information , pour être assimilée par les patients, doit être répétée et délivrée par les différents acteurs médicaux et paramédicaux (chirurgiens, anesthésistes, kinésithérapeutes , infirmière ...) tout au long du parcours de soin .
- Une consultation dédiée, effectuée par une infirmière formée et spécialisée est recommandée . L'information sera mieux intégrée si on a recours à différents supports de communication: orale, papier(affiches, brochures),multimédia (vidéos et films)ou siteinternet,voireapplicationsinteractives5.

La pré habilitation (2)

A. LA RÉPARTITION ALIMENTAIRE POUR MAINTENIR UN POIDS STABLE



Ce guide vous aidera à connaître les différentes composantes d'un repas et d'adapter leurs portions.

Pont fessier

Allongez vous sur le dos, pliez les jambes avec les pieds au sol et bras croisés sur le torse.

Décollez doucement les fesses en gardant les épaules au sol.

Niveau 1 : montez et descendez lentement 10 fois

Niveau 2 : montez, maintenez 6 secondes et descendez lentement 10 fois

Niveau 3 : montez, tendez une jambe pendant 6 secondes, rappez et descendez lentement



Assis debout

Assoyez vous à mi assise sur une chaise, jambes à 90°

Attention, les genoux ne doivent pas dépasser la pointe des pieds

Levez vous, de préférence sans l'utilisation des mains, puis reseyez vous

Niveau 1 : levez vous et reseyez vous 10 fois

Niveau 2 : levez vous et quand vous descendez, ne vous reseyez pas, effleurez juste la chaise

Niveau 3 : idem et maintenez 6 secondes en fléchi



Hôpital foch © copyright

QU'EST-CE QUE LA PRÉHABILITATION ?

Le programme de pré-habilitation vous est présenté par l'infirmière de consultation.

Celle ci s'assure de coordonner l'ensemble des Rendez vous : en lien avec le secrétariat soit le mardi après-midi ou le vendredi sur une demi-journée pour que vous puissiez rencontrer les différents professionnels qui vont vous suivre pendant ce programme : médecin rééducateur, kinésithérapeute, diététicien et psychologue.

Elle vous donnera des questionnaires qui vont nous servir à évaluer au mieux votre état de santé. Ils sont à remplir et à apporter lors de votre première visite et lors de chaque bilan de suivi.

Vous serez accueilli lors de vos bilans à l'hôpital de jour de médecine.

En quoi consiste ce programme ?

1. De l'activité physique

Une activité physique régulière vous sera demandé comprenant un entraînement musculaire et des exercices d'endurance selon vos aptitudes et vos préférences (marche, vélo, natation).

Le médecin rééducateur et le kinésithérapeute prescriront un programme visant à augmenter votre force musculaire de base et votre endurance en 3 séances de 30 minutes d'exercices en ciblant les principaux groupes musculaires (membres supérieurs et inférieurs, tronc, abdomen).

2. Des conseils diététiques

La diététicienne prendra connaissance de vos habitudes alimentaires, votre appétit et votre perte de poids. Au moment de votre entretien, elle évaluera votre état nutritionnel et l'adéquation des apports alimentaires à l'aide du journal alimentaire de 3 jours que vous aurez complété.

Elle vous donnera des conseils afin d'obtenir une nutrition optimale et adaptée à vos goûts.

Si besoin elle vous prescrira des compléments alimentaires protéinés (sous forme de boisson lactée, jus, crème ou poudre).

Elle vous aideront à développer vos muscles quand vous faites de l'entraînement. Ces compléments alimentaires sont à prendre juste après votre effort physique. La diététicienne déterminera la quantité de compléments alimentaires à prendre dans la journée.

3. Un accompagnement psychologique et motivationnel

A l'aide des questionnaires que vous avez renseignés, nous allons pouvoir vous accompagner et évaluer votre état émotionnel, de fatigue et votre capacité à faire face à votre maladie et ses répercussions dans votre vie quotidienne.

Lors de votre entretien avec la psychologue, des exercices de relaxation et de respiration pourront vous être proposés pour que vous puissiez vous entraîner à domicile (mise à disposition sur CD) votre confort de vie en modifiant votre niveau d'anxiété et/ou votre ressenti douloureux, sentir que vous pouvez vous calmer, devenir actif dans le processus de votre guérison.



Hôpital foch © copyright

Préopératoire (3)

- Pas de prémédication systématique

Jeûne préopératoire (4)

L'ingestion de sucres dits lents (carbohydrate), en prévention de l'insulino-résistance déclenchée
Par le stress chirurgical, est recommandée
Dans la plupart des protocoles de réhabilitation
Et peut être considérée comme un liquide.

jeûne pré-opératoire

VOUS AVEZ LE DROIT DE :



jusqu'à 6h

avant une chirurgie programmée



Boire des liquides clairs
(eau, jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait)

jusqu'à 2h

avant une chirurgie programmée

Mâcher du chewing-gum ou sucer un bonbon



juste avant

une intervention

Dépister la dénutrition préopératoire (5)

Perioperative nutritional care	All patients undergoing major surgery for head and neck cancer should undergo preoperative comprehensive nutritional assessment, with a special focus on dysphagia and risk for refeeding syndrome. Preoperative nutrition intervention is recommended for those identified as malnourished.	High	Strong
	A standard polymeric enteral nutrition formula should be considered suitable for use in patients requiring preoperative nutrition support.	Low	Weak
	A standard polymeric enteral nutrition formula should be considered suitable for use in patients requiring postoperative nutrition support. There are insufficient data to provide a recommendation on the use of immunonutrition	Moderate	Conditional
	Preoperative fasting should be minimized. In patients suitable for oral intake and with appropriate screening and management for those presenting with dysphagia or risk of refeeding syndrome, clear fluids should be permitted for up to 2 hours and solids for up to 6 hours prior to anesthesia. Preoperative CHO treatment may be offered to head and neck cancer patients.	High (fluids), low (solids), low (CHO)	Strong (fluids), strong (solids), conditional (CHO)
	Oral diet is the first choice for all patients tolerating it. In patients for whom oral feeding cannot be established postoperative tube feeding should be initiated within 24 hours. Nutrition interventions should be developed in consultation with the multidisciplinary team and individualized according to nutritional status and surgical procedure.	Moderate	Strong

Antibioprophylaxie et thromboprophylaxie (6)

Recommandations Formalisées d'Experts



Actualisation de recommandations

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle.
(patients adultes)

2018

EJA European Journal of Anaesthesiology

Enter Keywords Advanced Search ▾

Home > February 2018 - Volume 35 - Issue 2 > **European guidelines on perioperative venous thromboembolism...**

< Previous Article | Next Article >

+ Article Tools

European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Day surgery and fast-track surgery

Venclauskas, Linas; Llau, Juan, V.; Jenny, Jean-Yves; Kjaersgaard-Andersen, Per; Jans, Øivind for the ESA VTE Guidelines Task Force

European Journal of Anaesthesiology: February 2018 - Volume 35 - Issue 2 - p 134–138
doi: 10.1097/EJA.0000000000000706
Guidelines

PEROPERATOIRE

Prévention de l'hypothermie (1)

- *Les patients opérés sous anesthésie générale ou neuro-axiale (rachianesthésie ou péridurale) développent, en l'absence de prévention, une hypothermie définie par une température centrale inférieure à 36°C. Cette hypothermie majore les effets du stress chirurgical, favorise le saignement, les infections postopératoires, les complications cardiaques chez les patients à risque et ralentit l'élimination des drogues anesthésiques.*
- *Au réveil, la réapparition du frisson qui vise à corriger l'hypothermie est responsable d'une augmentation de la consommation d'oxygène majorant le risque d'ischémie myocardique, d'une dépression de la commande respiratoire et d'une augmentation du temps de passage en SSPI .*
- *Le réchauffement péri-opératoire est donc indispensable pour tous les patients opérés sous anesthésie générale ou rachidienne, et est un maillon essentiel et universel des programmes de Réhabilitation améliorée après chirurgie(RAAC).*

PEROPÉRATOIRE

Prévention de l'hypothermie

- En pratique, pour être efficace, le réchauffement doit être initié le plus tôt possible avant le début de l'anesthésie et être poursuivi pendant toute l'anesthésie. La température du patient doit être systématiquement mesurée.
- Aujourd'hui, il existe de nombreux moyens efficaces de lutte contre l'hypothermie:
 - Apporter de la chaleur par l'utilisation de couvertures chauffantes à air pulsé ou à circulation d'eau,
 - Employer un réchauffeur de solutés ou limiter les pertes par évaporation en utilisant des filtres hydrophobes, un circuit fermé et un humidificateur d'air chauffant
 - Le maintien de la température du bloc opératoire à plus de 20 ° C pendant l'induction est un autre moyen

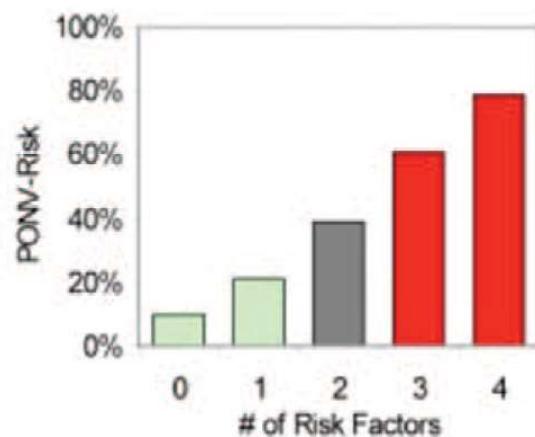
PEROPERATOIRE (2)

Bas ou chaussettes à varices systématiques et compression pneumatique intermittent si durée opératoire prévisible dépassant 4 h
Prévention de l'hypothermie
Voie d'abord chirurgicale mini-invasive
Pas de sonde gastrique postopératoire systématique
Monitorage systématique de remplissage intraveineux

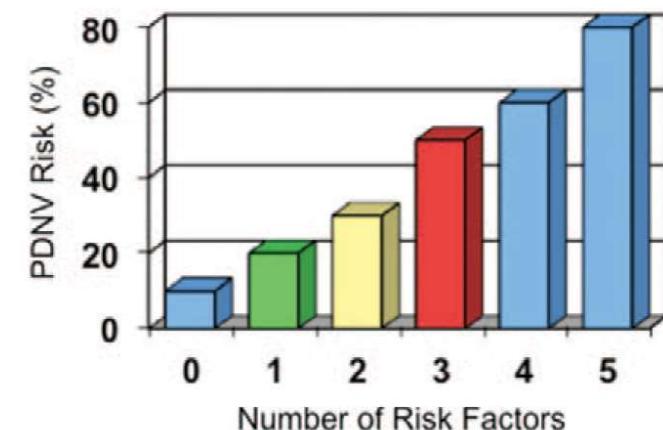
NVPO: les facteurs de risques (3)

ADULTE SSPI

Risk Factors	Points
Female Gender	1
Non-Smoker	1
History of PONV	1
Postoperative Opioids	1
Sum =	0 ... 4

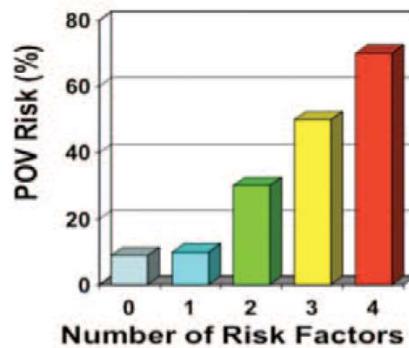


ADULTE SORTIE SSPI



ENFANT SSPI

Risk Factors	Points
Surgery ≥ 30 min.	1
Age ≥ 3 years	1
Strabismus surgery	1
History of POV or PONV in relatives	1
Sum =	0 ... 4

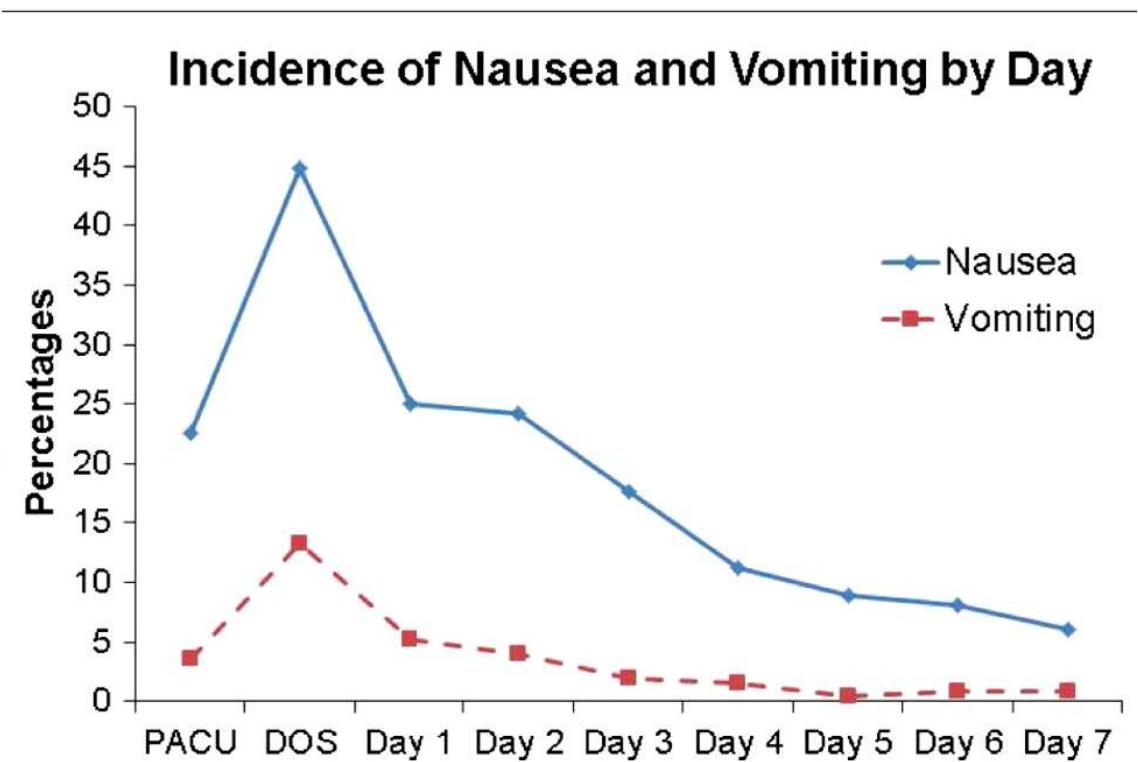
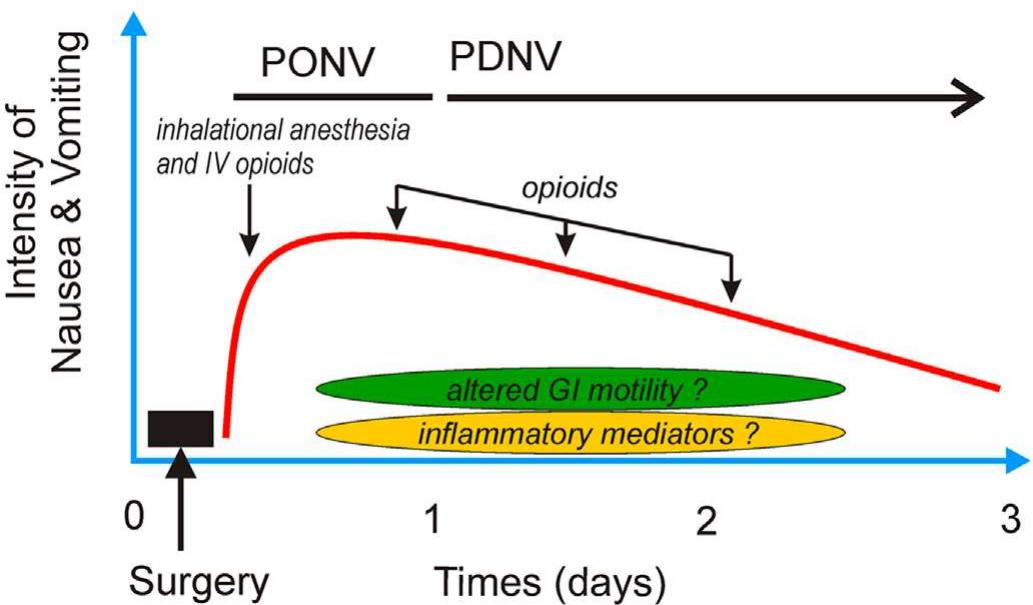


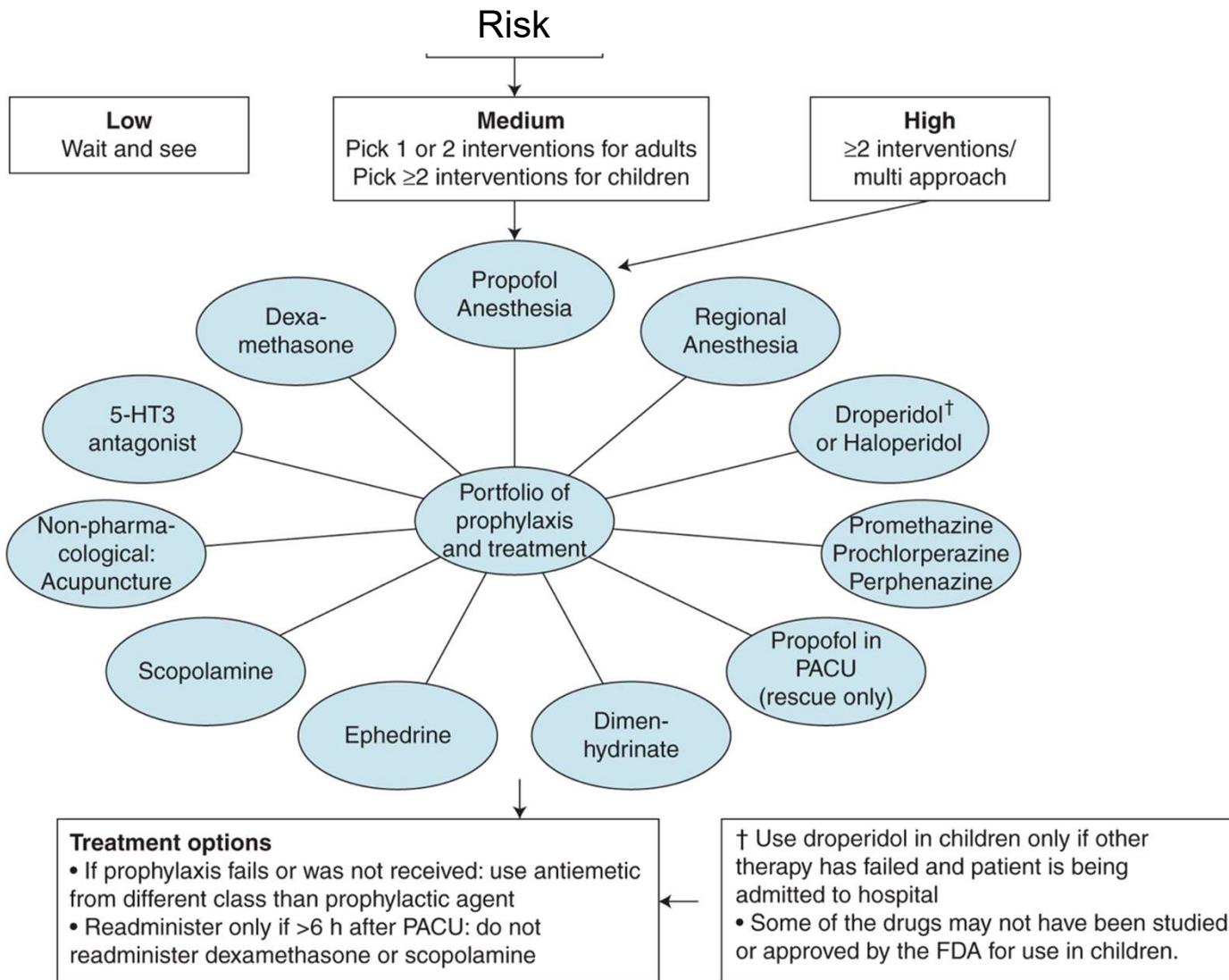
Risk Factors	Points
Female sex	1
History of PONV	1
Age <50 years	1
Use of opioids in the PACU	1
Nausea in the PACU	1
Sum	0...5

Anesth Analg 2014;118:85–113)

Figure 3 Simplified risk score for POV in Children. Simplified risk

La période à risque





Opioid free anaesthesia: la solution?

Chirurgie bariatrique

TIVA: opioid free total iv

Classic: volatile et opiacés

Pour tous:

Dexa et ondansetron

Table 4 Comparison of PONV severity. CI, confidence interval; n/a, not applicable. *Wilcoxon rank-sum test; [†]Fisher's exact test

PONV severity	Classic group (n=59)	TIVA group (n=60)	P-value	RR (95% CI)
None	37 (62.7%)	48 (80.0%)		
Mild	13 (22.0%)	9 (15.0%)		
Moderate	2 (3.4%)	3 (5.0%)		
Severe	7 (11.9%)	0 (0%)	0.02*	n/a
Retching	7 (11.9%)	0 (0%)	0.006 [†]	1.13 (1.02, 1.25)
Vomiting	5 (8.5%)	0 (0%)	0.02 [†]	1.09 (1.00, 1.19)

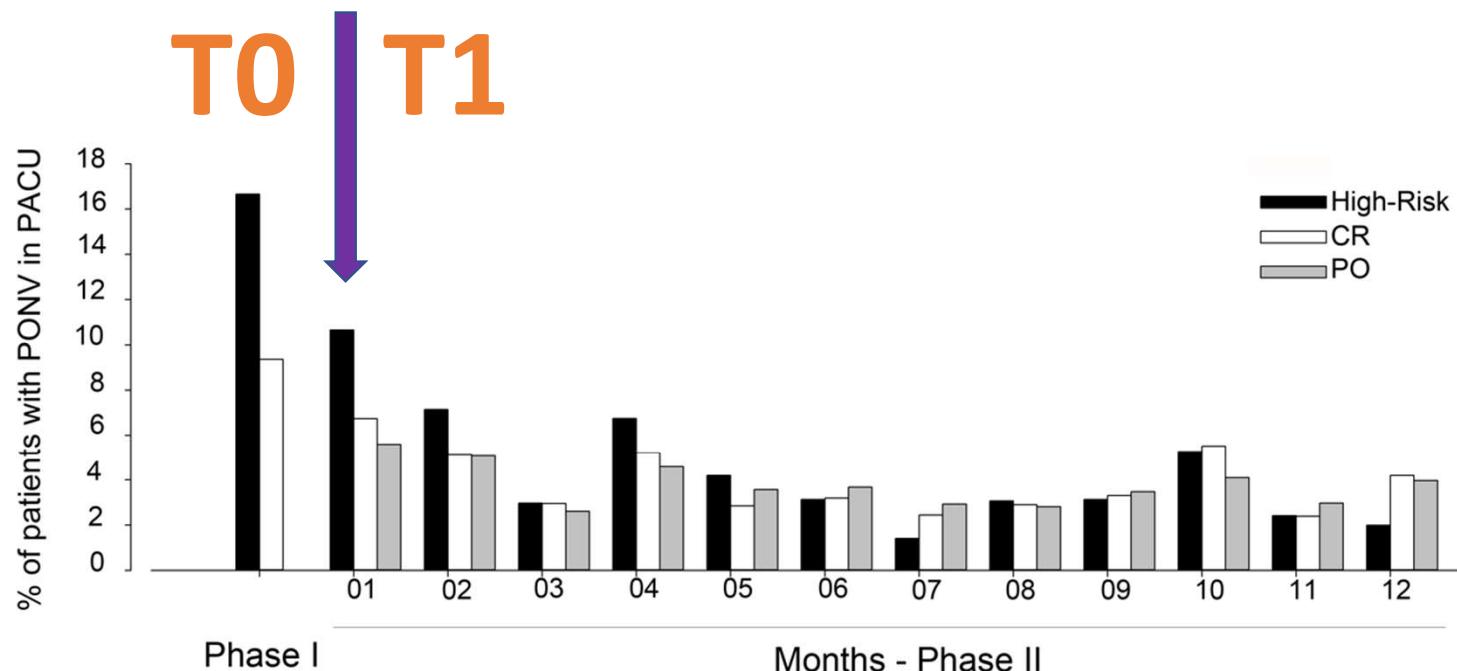
Protocole de service: prévention multimodale NVPO

Pas de protoxyde d'azote

Dès APFEL 2: Dexaméthasone + Droperidol

Favoriser l'ALR, AIVOC propofol en accès libre

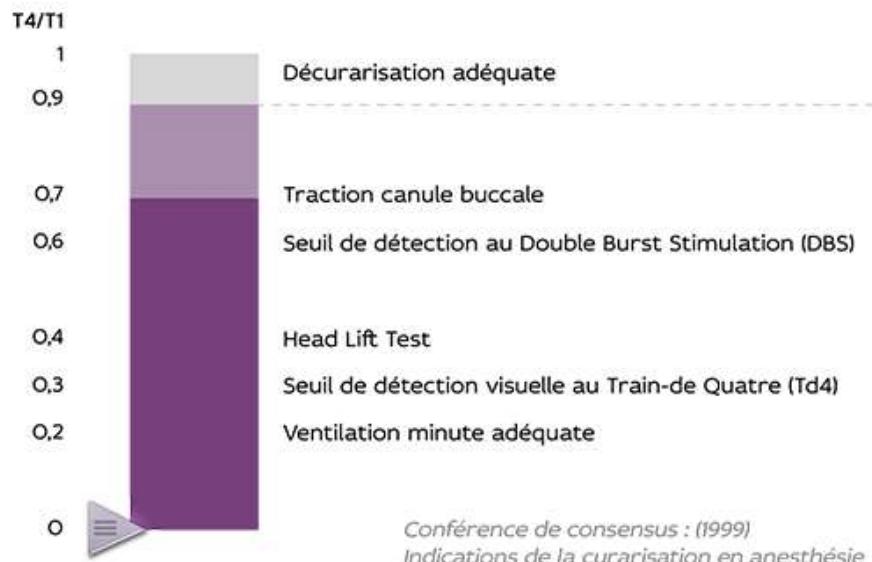
Si NVPO+: Ondasetron 4 mg



PEROPERATOIRE (4) MONITORAGE de la curarisation

Les tests cliniques ne suffisent pas pour le diagnostic de la curarisation résiduelle¹⁸

Les tests cliniques ne suffisent pas à garantir l'absence de curarisation résiduelle ; le monitorage instrumental constitue l'élément principal du suivi de la décurarisation



La curarisation résiduelle est source de morbidité

TOF = 0,7	TOF = 0,8	TOF = 0,9
Hypoventilation (hypoxémie) ⁹	Altération de la coordination des muscles pharyngiens ¹²	Risque augmenté d'hypoxie ¹⁵
Dysfonctionnement de la déglutition ¹⁰	Dysfonctionnement de la déglutition ¹¹	Risque augmenté de problèmes respiratoires en SSPI ¹³
Perturbation visuelle ¹⁰	Baisse du volume inspiratoire ¹⁴	Symptômes et signes de faiblesses musculaires ¹⁶
Complications pulmonaires (atélectasie/pneumonie)	Obstruction des voies aériennes supérieures ¹⁴	
Obstruction des voies aériennes supérieures ^{16,17}		

POSTOPÉRATOIRE

Les différentes douleurs post opératoires: durée (1)

- La douleur aigue
- La douleur chronique post chirurgicale (DCPC):
 - >2 mois
 - sans rapport
 - avec la pathologie initiale
 - avec une complication
 - >50% neuropathique,
 - prévalence 10 à 50% /geste chirurgical

British Journal of Anaesthesia 87 (1): 88–98 (2001)

Chronic pain after surgery

W. A. Macrae

The Pain Service, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee DD1 9SY, UK

Br J Anaesth 2001; 87: 88–98

Keywords: pain, chronic; pain, postoperative

REVIEW | VOLUME 367, ISSUE 9522, P1618-1625, MAY 13, 2006

Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention

Prof Henrik Kehlet, MD   • Prof Troels S Jensen, MD • Prof Clifford J Woolf, MD

Published: May 13, 2006 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68700-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68700-X)

Livre blanc de la douleur 2017

**État des lieux et propositions pour un système de
santé éthique, moderne et citoyen**

Douleur chronique post-opératoire (DCPO)

Points essentiels :

Un patient sur 5 développe des DCPO. Parmi ces patients, la moitié présente des douleurs neuropathiques et un tiers souffre de douleurs chroniques sévères. Cela concerne environ 500 000 personnes en France chaque année.

Le retentissement de la DCPO sur la qualité de vie est majeur.

La DCPO est encore méconnue, sous diagnostiquée faute d'une sensibilisation suffisante des professionnels, bien que les facteurs de risque préopératoires et que les signaux d'alerte précoce postopératoires sont mieux identifiés. Le parcours de soins du patient après la chirurgie doit être amélioré, de même que l'accès aux consultations spécialisées de la douleur.

Risque DCPC

- Facteur de risque pré-opératoire
 - Douleur pré-opératoire
 - Conso opioïde
 - Facteurs chirurgicaux
 - anxiété, dépression
- Signaux d'alerte post opératoire
 - douleur sévère en postopératoire
 - prolongation inhabituelle de la douleur
 - douleurs neuropathiques

POSTOPÉRATOIRE LA DOULEUR

- Une bonne **prise en charge de la douleur postopératoire** débute en consultation d'anesthésie. Il faut évaluer, informer et rassurer le patient, car la réduction de l'anxiété permet de diminuer la douleur postopératoire.
- En péri-opératoire, l'objectif principal est de réduire le plus possible la **consommation d'opioïdes** afin de limiter sa kyrielle d'effets indésirables(nausées-vomissements,somnolence,ralentissement du transit intestinal...).
- L'utilisation en per-opératoire d'une association d'antalgiques de palier I de l'O M S permet de **réduire les besoins en morphiniques** en salle de d'réveil e post-interventionnelle
- De plus, l'administration d'un antagoniste du récepteur N-méthyl-D-aspartate procure une analgésie prolongée

POSTOPERATOIRE

Les anesthésiques locaux

- Mais les approches les plus efficaces sont celles qui utilisent les anesthésiques locaux.
- Aidé par un guidage échographique, l'emploi des techniques d'analgésie locorégionales centrales ou périphériques, des blocs de diffusion et des infiltrations avec cathéter de perfusion procurent une analgésie efficace, de longue durée avec des effets indésirables limités

POSTOPÉRATOIRE

LA DPO Tolérance Zéro!!!

- En postopératoire, l'analgésie **multimodale** doit être poursuivie en privilégiant la voie orale dès que possible.
- Il est recommandé d'administrer les traitements à **heures régulières** et de façon **systématique**, même en l'absence de douleur importante.
- En cas d'analgésie insuffisante, il faut proposer un morphinique faible ou un morphinique à libération immédiate.
- Enfin, aux moyens médicamenteux peuvent s'associer des techniques nonmédicamenteuses, telles que l'application defroid ou l'hypnose

POSTOPÉRATOIRE (2)

Alimentation précoce

- L'objectif est de réalimenter les patients dès le retour en chambre pour toute chirurgie extradigestive et de débuter une alimentation dès la 4 à 6e heure postopératoire en chirurgie digestive
- **les sociétés savantes françaises et internationales recommandent formellement de débuter précocement, avant H24, une alimentation orale après chirurgie colorectale élective**
- Un plateau-repas sans précaution particulière pourra être servi dès le retour en chambre en cas de chirurgie extradigestive.
- Après chirurgie digestive, le tout premier apport pourra se faire avec des aliments mixés et/ou liquides afin de vérifier la tolérance de la reprise de l'alimentation. Dès le repas suivant, on proposera une alimentation solide classique.
- Il n'existe aucun frein à une réalimentation précoce si ce n'est la tolérance individuelle, non modifiée par un quelconque délai et à laquelle il faut s'adapter.

POSTOPERATOIRE (3)

Mobilisation précoce

- *Après une intervention chirurgicale, le repos prolongé au lit est considéré comme un important facteur de risque de morbidité postopératoire.*
- *Pour cette raison, la mobilisation précoce est fortement recommandée dans tous les services de chirurgie, car elle prévient le déconditionnement cardio-vasculaire et la fonte musculaire.*
- *Elle réduit le risque thromboembolique et accélère la reprise du transit intestinal.*

POSTOPERATOIRE (4)

Coordination ville hôpital

- *Information sur les consignes à respecter, les suites et les complications potentielles qui doivent faire consulter en urgence, éducation sur la bonne gestion des cicatrices*
- Le patient doit impérativement disposer à sa sortie des documents qui sont nécessaires à sa prise en charge en dehors de l'hôpital, en urgence ou non :
 - compte-rendu d'hospitalisation,
 - compte-rendu opératoire,
 - Ordonnance détaillée des traitements antalgiques, avec prescriptions anticipées de molécules de secours, ordonnance de soins infirmiers ou kinésitherapiques à domicile, coordonnées du service joignable jour et nuit.

POSTOPERATOIRE

Coordination ville hôpital

- Le patient doit également sortir avec un rendez-vous de consultation prévu dans le mois avec son chirurgien .
- Un suivi téléphonique par une infirmière , ou par S M S , à intervalles réguliers (par exemple à J1,J3,J7,J14,J21etJ28)
- L'ensemble de ces informations peut être au mieux colligé dans un "[passeport patient](#)",sous format papierou numérique, où les documents sont classés et à disposition de tout professionnel intervenant auprès du patient.
- L'[information du médecin traitant du patient est capitale](#):elle peut se faire par le biais d'un contact téléphonique ou la remise d'un courrier par le patient lui-même.

Conclusion

- Chirurgie ambulatoire et RAC: le même principe
 - Optimisation du parcours patient
 - PEC du terrain et de la chirurgie: définir la durée d'hospitalisation
 - Si simple ambulatoire
 - Si complexe: RAC
- Patient est un acteur de soin
- Le travail en équipe

LES FREINS

Facteurs liés au patient (ainsi qu'aux proches) :

- résistance au changement (qui fait un peu partie de la nature humaine) ;
- craintes concernant toute innovation ;
- croyance que le jeûne depuis la veille est important ;
- peur de remanger avant la reprise du transit ;
- peur de déambuler trop rapidement ;
- peur de quitter l'établissement de soins trop tôt ;
- crainte d'une approche purement économique (besoin de lit pour un autre patient, etc.).

Facteurs liés aux équipes de santé

- Crainte d'une approche purement comptable
- Résistance au changement et les habitudes ancrées dans la pratique (freins classiques face à toute innovation)
- Défaut de connaissance des dernières évolutions scientifiques
- Absence de motivation
- Turnover rapide du personnel soignant (et arrivée de personnel non sensibilisé à la RAC)
- Conviction ne peut s'appliquer qu'aux patients sélectionnés
- Croyance que la RAC est inapplicable chez les patients enfants et âgés

Facteurs liés aux ressources :

- absence de documentation sur la RAC disponible et facilement accessible aux acteurs ;
- manque de temps pour former et informer les équipes ;
- temps nécessaire pour l'éducation thérapeutique du patient ;
- temps nécessaire pour remplir la base de données audit ;
- facteurs organisationnels en rapport avec la prise en charge des patients après leur sortie précoce.

Les secrets du succès

- Leaders convaincus (trinôme soignants)
- Esprit d'équipe
- L'information et la formation des membres de l'équipe
- Convaincre de l'intérêt
- Réunions d'équipe avec rendu des audits

AUDIT?

Les marqueurs DE L'AUDIT

- Il peut s'agir de critères principaux :

- durée du séjour postopératoire ;
- différence entre durée réelle et durée théorique
- degré d'implémentation (nombre d'éléments appliqués en pratique).

- Ou de critères secondaires :

- taux de patients bénéficiant du programme RAC comparativement à l'ensemble des patients
- admis pour la même indication chirurgicale ;
- qualité de vie des patients ;
- satisfaction des patients ;
- reprise d'une activité au moins équivalente à celle avant l'intervention ;
- reprise du travail s'il y a lieu.

CONCLUSION

- Travail d'équipe
- Pour toutes les chirurgies et tous les patients
- Patient acteur
- S'autoévaluer et se challenger
- Les critères de qualités et de résultats