

La réhabilitation après chirurgie : approches multiples

Merouane Boukrissa

Service des Urgences Chirurgicales. CHU Oran

Article 1 : Comment implémenter un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie ? Propositions du Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE)

K. Slim,^a *, L. Delaunay^b, J. Joris^c, D. Léonard^d, O. Raspado^e, C. Chambrier^f, S. Ostermann^g, Le Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE)^h

Article 2 : Enjeux de la réhabilitation améliorée en chirurgie

K. Slim

La réhabilitation améliorée est un ensemble de mesures pré, per et postopératoires destinées à réduire l'agression de tout acte chirurgical. Les programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) sont maintenant de plus en plus appliqués dans la pratique quotidienne et constituent une véritable révolution dans les soins chirurgicaux. Intéressant initialement la chirurgie colorectale, la RAC s'est étendue à toutes les spécialités chirurgicales, hépatiques, pancréatiques, œsogastriques, orthopédiques, gynécologiques, thoraciques, vasculaires etc.

L'objectif de la réduction de la morbidité post-opératoire conjuguée à l'amélioration des conditions de convalescence pour une récupération rapide de l'opéré, vient souligner l'intérêt croissant porté à cette nouvelle approche : la (RAC) dont les études, en termes de médecine factuelle, ont montré qu'elle réduisait de près de 50% les complications postopératoires : la douleur ; le décubitus prolongé et ses conséquences cardio-vasculaires, respiratoires, digestives et cutanées ; le raccourcissement du séjour hospitalier.

Ce concept de RAC à travers des études menées depuis les

années 90, permet à présent une connaissance plus fine et voit ses indications intéresser diverses spécialités chirurgicales. A ce titre, des protocoles de réhabilitation améliorée sont publiés sous forme de recommandations dans différents sites des sociétés savantes : la SFCD¹, la SFAR², ERAS³ et le groupe GRACE⁴.

Il s'agit notamment en préopératoire d'améliorer l'état nutritionnel, de limiter le jeun à la stricte durée nécessaire, de réduire la résistance à l'insuline par une charge glucidique, d'informer le patient sur le déroulement de l'intervention,

a Service de chirurgie digestive, CHU d'Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

b Service d'anesthésie-réanimation, clinique générale d'Annecy, 74000 Annecy, France

c Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique

d Cliniques universitaires Saint-Luc, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Bruxelles, Belgique

e Service de chirurgie digestive infirmerie protestante, Caluire, France

f Service de nutrition clinique, CHU de Lyon, 3, quai des Célestins, 69002 Lyon, France

g Clinique La Colline, 1206 Genève, Suisse

h 9, allée du Riboulet, 63110 Beaumont, France Recu le 4 mars 2016 ; accepté le 20 mars 2016

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.05.008>.

d'éviter la préparation colique... ; En peropératoire de préférer une chirurgie mini-invasive, de prévenir l'hypothermie et de réaliser une hémostase soigneuse ; Et en postopératoire d'assurer une analgésie moderne multimodale avec une épargne morphinique « opioïd-free » afin d'éviter la chronicisation de la douleur au-delà de 03 à 06 mois[1], d'éviter la sonde gastrique et le sondage vésicale, de réalimenter les patients précocement et encourager une mobilisation précoce[2].

Seulement, ces protocoles ne peuvent atteindre les objectifs attendus sans la mise en place d'un programme de RAC qui s'articule sur trois principaux leviers : le patient, les soignants et l'administration.

Patient, acteur de sa santé

Il s'agit de considérer le patient comme un acteur essentiel de ses soins. Un certain temps d'éducation et d'explication est nécessaire pour obtenir son adhésion au programme RAC. Le patient doit être informé de toutes les étapes inhérentes à l'intervention chirurgicale qu'il va subir. Sa participation active en postopératoire tel que le lever précoce par exemple représente un facteur significatif de réduction de la durée d'hospitalisation.

Soignants et esprit d'équipe

Le rôle du personnel soignant est indissociable du projet de la réhabilitation. Il doit pour cela impliquer collaboration interdisciplinaire selon un programme d'implémentation planifié et progressif. L'intervention des différents acteurs : anesthésiste, chirurgien, infirmière, kinésithérapeute... doit inciter et développer un sens d'esprit d'équipe afin d'améliorer la qualité des soins chirurgicaux.

Le cadre administratif

Le soutien de l'administration hospitalière est important également, tant en ressources humaines qu'en matériels nécessaires. L'investissement consenti sera amorti par la réduction des coûts liés à la brièveté de la durée d'hospitalisation et la baisse de la morbidité. Une étude suisse a montré que l'application de protocoles de réhabilitation améliorée en chirurgie colorectale réduisait les coûts d'environ 1600 Euros par patient. Ces résultats étaient confirmés par une méta-analyse internationale.

Conclusion

Ces deux articles nous fournissent une vision qui va certainement modifier la pratique de beaucoup d'entre nous. A la lumière des données publiées, s'ouvre un champ d'application où la participation synergique de tous les intervenants à

travers l'implémentation d'un programme de RAC permettra de faciliter la récupération et améliorer le confort du patient en postopératoire.

Références bibliographiques

[1] H. Beloeil a, b, L. Sulpice b, c. a Perioperative pain and its consequences. Pôle anesthésie et réanimation, CHU de Rennes, université Rennes 1, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex 9, France b Inserm UMR 991, université Rennes 1, 35033 Rennes, France c Service de chirurgie hépatobiliaire et digestive, CHU de Rennes, 35033 Rennes, France

[2] Principales mesures des programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie, indépendamment de la spécialité. Comment implémenter un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie ? Propositions du Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE) K. Slima,*, L. Delaunay b, J. Joris c, D. Léonard d, O. Raspado e, C. Chambrier f, S. Ostermann g, Le Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE)

SFCD¹ : Société Française de Chirurgie Digestive

SFAR² : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

ERAS³ : La Société ERAS® a aussi publié une série de recommandations pour la chirurgie colorectale, la chirurgie sus-mésocolique, la chirurgie urologique et la chirurgie gynécologique (<http://www.erassociety.org>).

GRACE⁴ : Le Groupe GRACE publie une forme générique (abrégée) des protocoles de réhabilitation améliorée pour plusieurs spécialités sur le site <http://www.grace-asso.fr>.