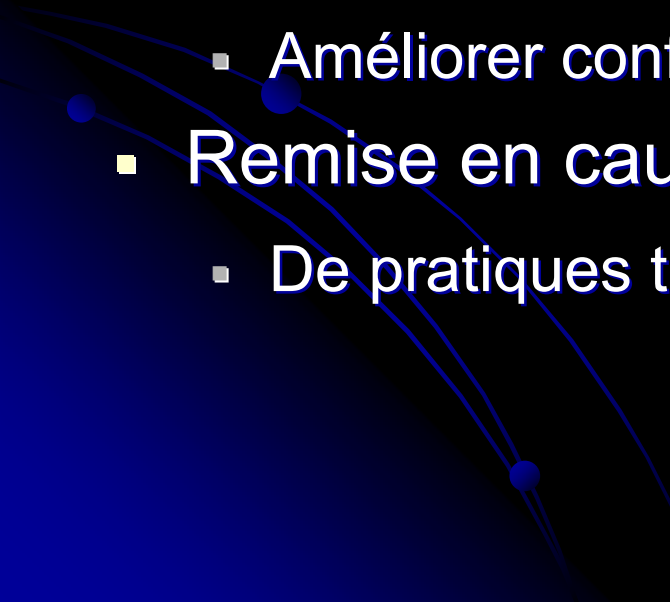


# Réhabilitation précoce en chirurgie colique et soins péri- opératoires

JM Balon

EPU du 8/12/2005, Lille

# REHABILITATION RAPIDE EN CHIRURGIE COLIQUE

- **Concept**
    - Mesures pour récupération rapide du patient
    - Sortie anticipée
  - **Convergence stratégique**
    - Entre anesthésie et chirurgie
    - Améliorer confort et le devenir du patient opéré
  - **Remise en cause**
    - De pratiques traditionnelles empiriques
- 

# Rationnel

- Acte chirurgical = STRESS
- Iléus post-opératoire (*Kehlet*)
  - Réponse physiopathologique obligatoire
  - 10 à 15% morbidité, 2 à 3% mortalité
  - Nausée, vomissements
  - Douleurs, inconfort, alitement prolongé
- **Allongement durée moyenne séjour**

# Iléus post-opératoire

- SNA
  - $\rho\Sigma$  prokinétique sur le colon
  - $\Sigma$  antikinétique
- Chirurgie
  - Inhibition  $\rho\Sigma$  par douleur
  - hypertonie  $\Sigma$  par stress chirurgical
- Facteurs extérieurs
  - Hypothermie, excès remplissage, morphiniques

# Principes réhabilitation précoce

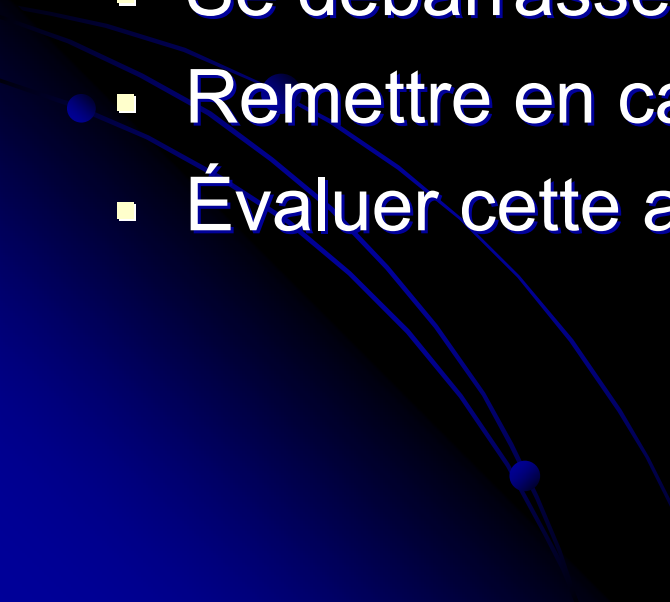
- Anesthésie et analgésie péridurale thoracique (APT)
- Alimentation orale et mobilisation précoce
- Accélérateurs du transit
- Limitation des perfusions
  - ↓ IPO, ↓ morbidité postop
  - sortie J2 J4

*Basse Dis colon rectum 2004;47:271-8*

# Protocole de Kehlet (Ann Surg 2000;232:51-7, BJS 2005;92:3-4 )

- Avant intervention
- J0 (0-24h)
  - Information répétée, alimentation liquide incluant 4 boissons protéinés/j pdt 3j
  - Mobilisation 2h dès 6ème H  
Boissons 1000 ml  
Acétaminophène, Mg, cisapride  
Buvipaine, ibuprofen, opiacés si néc
- J1 (24-48h)
  - Repas normal autorisé, boissons 2l, Retrait SV, Mobilisation 8h  
Sortie envisagée
  - Retrait KT péridurale Ibuprofen 600mg po, Mobilisation et alimentation normales. Mg si diarrhée Départ après le déjeuner
- J8
  - Contrôle en externe, ablation des fils

# Conséquences pratiques

- Mettre à contribution le patient
  - Collaboration des personnels
  - Se débarrasser des habitudes
  - Remettre en cause des dogmes
  - Évaluer cette approche
- 

# Protocole Early Recovery After Surgery ERAS

- Inspiré du concept Kehlet
- Toutes les mesures
  - Fondées sur des méta-analyses et des essais randomisés
  - S'enrichit des dernières données factuelles

*Fearon et al, Clin Nutr 2005;24:466-77*



# Protocole ERAS

**Avant intervention:** Explications et consentement

Pas de préparation colique

Apports hydrocaloriques, pas de jeûne

Pas de prémédication

**Pendant intervention:**

Pas de SNG

Analgésie péridurale thoracique

Agents anesthésiques de courte  $\frac{1}{2}$  vie

Pas de surcharge hydro-sodique

Incision courte, pas drainage

Réchauffement per-opératoire

**Après intervention:**

Mobilisation rapide

Analgésie non opiacés- AINS

Prévention des nausées et des vomissements

Stimulation de la motricité intestinale

Ablation précoce des KT

Nutrition péri-opératoire

Evaluation compliance et des résultats

# Dans les études de Kehlet...

- Durée de séjour médiane de 2j
  - Identique laparo coelio,
    - Rôle protocole > voie d'abord
- Reprise d'activité plus rapide
- 15% réadmission
- 3,3% décès
- 11,7% complications, Ø respiratoire

*Basse et al. Ann Surg 2005, 241:416-423*

# Recommandations de la Société Française de chirurgie Digestive

- Soins périopératoires en chirurgie digestive
  - Nutrition périopératoire
  - Préparation colique
  - Soins cutanés
  - Antibioprophylaxie
  - Drainage vésical
  - Transfusion sanguine
  - Aspiration gastrique
  - Réalimentation

*Mariette et al, Ann Chir 2005; 130:608-12*

# Niveaux ..... Grades

Niveau de preuves	Grade de recommandation
<b>Niveau 1</b> <i>Méta-analyses et essais randomisés bien conduits</i>	<b>A</b> Preuve scientifique établie
<b>Niveau 2</b> <i>Essais randomisés de faible puissance</i>	<b>B</b> Présomption scientifique
<b>Niveau 3</b> <i>Etudes comparatives non-randomisées</i>	<b>C</b> Preuve scientifique faible
<b>Niveau 4</b> <i>Etudes cas-témoin comportant des biais</i>	
<b>Niveau 5</b> <i>Etudes rétrospectives ou autres études</i>	

# Nutrition périopératoire

- **Nutrition parentérale** (NP 1)
  - ✓ Diminue la morbidité infectieuse
  - ✓ Comporte une morbidité propre
  - ✓ N'est indiquée que si tube digestif non utilisable
- **Nutrition entérale** (NP 1-2)
  - ✓ De première intention
  - ✓ Plus efficace moins coûteuse et moins iatrogène que la n. parent.
  - ✓ SNG et si > 1 mois: gastrostomie ou jéjunostomie
- **Durée** (NP 1)
  - ✓ Préopératoire:  $\geq 7$  jours
  - ✓ Postopératoire: diminue significativement la morbidité infectieuse et la durée de séjour

# Nutrition périopératoire

- *Pas d'indication à la nutrition*

- ✓ Patients non dénutris ou perte < 10%, et pouvant reprendre dans la semaine postop une alimentation couvrant 60% des besoins (Grade A)

- *Indications de la nutrition*

- ✓ *Préopératoire*: patients dénutris perte  $\geq 20\%$ , intervention majeure (Grade A)
- ✓ Patients dénutris perte 10-19% (Grade B)
- ✓ *Postopératoire*: (Grade A)
  - Tous les patients ayant eu une N. préop
  - Tous les patients n'ayant pas eu une N. préop mais sévèrement dénutris
  - Impossibilité de reprendre une alimentation précoce ou complication postop

# Immunonutrition

*Composition: Arginine + glutamine + acides gras poly-insaturés + nucléotides + micronutriments (Vit E, Vit C,  $\beta$ -carotène, zinc, sélénium)*

*Voie orale (Oral Impact<sup>®</sup>), entérale (Impact<sup>®</sup>)*

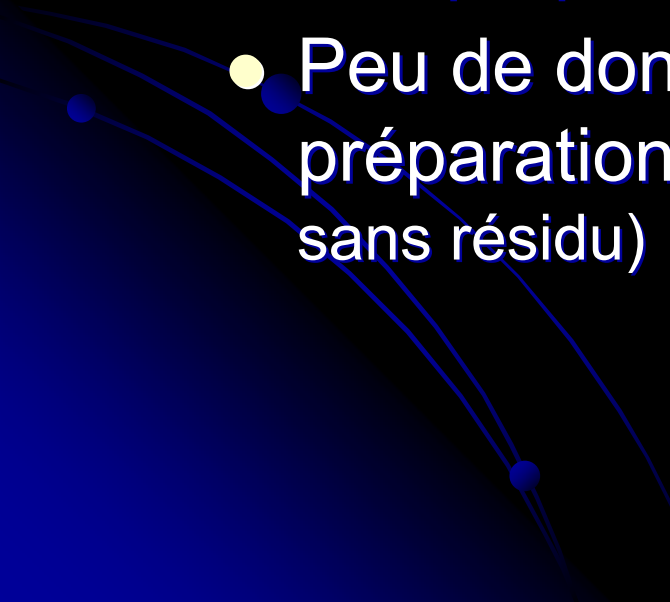
- Préopératoire (7j) chez **tous les patients** soumis à une chirurgie lourde (Grade A)
- Postopératoire chez les patients dénutris (Grade A)
  - ✓ Pendant 7j en l'absence de complications
  - ✓ Jusqu'à la reprise d'une alimentation couvrant 60% des besoins

# Préparation colique

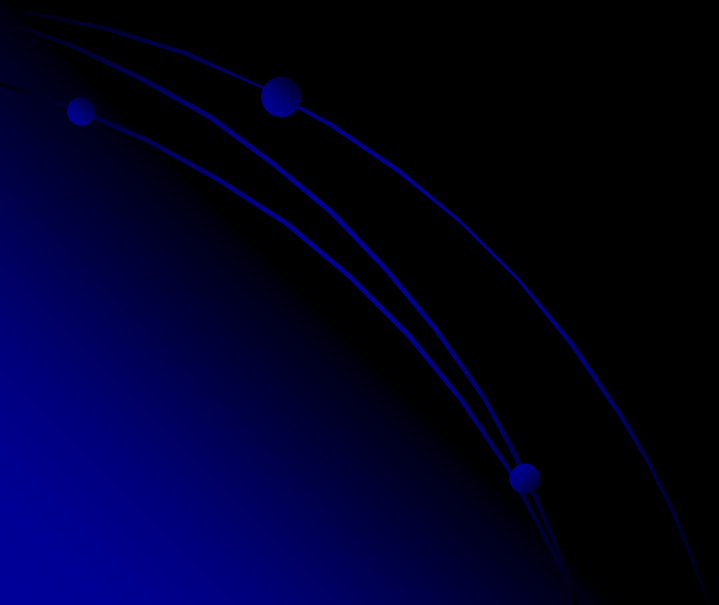
- **Meilleure préparation** (NP 2)
  - ✓ X-Prep + Bétadine<sup>®</sup> > PEG
  - ✓ Fleet<sup>®</sup>, Prépacol<sup>®</sup> = PEG mais *mieux tolérés*
  - ✓ Pas d'essai comparant Fleet etc vs X-Prep + Bétadine
- **Tolérance de la préparation** (NP 2)
  - ✓ Phosphate de sodium > PEG
  - ✓ contre-indiqué en cas d'IC ou IR, cirrhose, âge avancé
- **Mais faut-il réellement faire une préparation ?**



# Préparation colique

- Pas de données factuelles pour la chirurgie rectale
  - Pour la chirurgie colique, ne pas réaliser une préparation au PEG (Grade A)
  - Peu de données pour les autres types de préparation (phosphates de sodium, régime sans résidu)
- 

# Drainage vésical



# Risques du drainage vésical

- Infections urinaires liées au drainage 2-3%
- *Première cause* d'infection nosocomiale
- Facteurs indépendants (NP 2)
  - ☑ Durée du drainage
  - ☑ Colonisation du sac de drainage
  - ☑ Diabète
  - ☑ Absence d'antibiothérapie
  - ☑ Sexe féminin
  - ☑ Indication non motivée
  - ☑ Erreurs de manipulation

# Sondage vésical

- Règles d'asepsie rigoureuses ++ ..... (NP 2)
  - Mesures de prévention peu efficace
    - Tenue chirurgicale ..... (NP 1)
    - Imprégnation antiseptique des sondes
    - Irrigation vésicale
    - Antiseptiques dans le sac de drainage
    - Système clos
    - Antibioprophylaxie
- (NP 2)

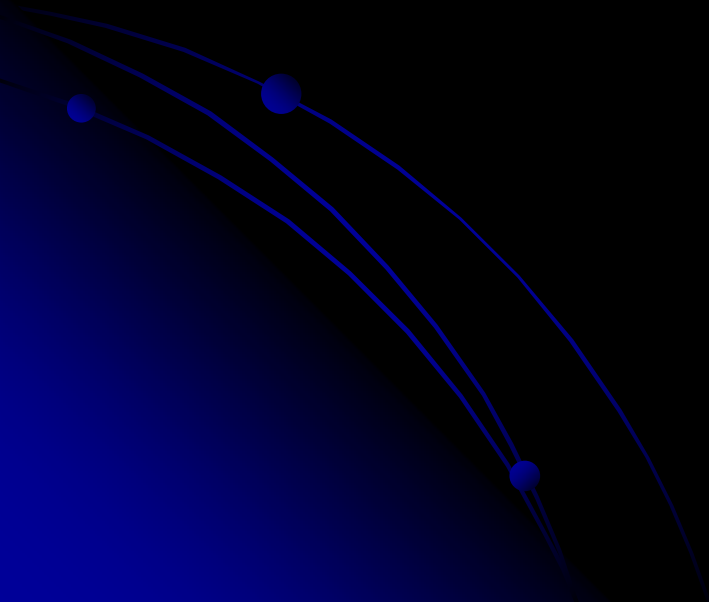
# Sondage ou cathé sus-pubien ?

- 5 essais randomisés et 1 méta-analyse
- 2 essais randomisés sur la durée du drainage vésical
- Résultats:
  - ✓ le cathé diminue le risque d'infection urinaire (NP 2)
  - ✓ Le cathé améliore le confort postop (si > 5j) (NP 1)
  - ✓ Risque de rétention identique (NP 2)
  - ✓ Le cathé diminue les troubles mictionnels post (NP 2)
  - ✓ Un sondage court (1j) est souvent possible (NP 2)
  - ✓ Il diminue le risque d'infection (NP 2)
  - ✓ Un sondage  $\geq 5j$  est souvent nécessaire (chir bas rectum) (NP 2)

# Drainage vésical

- Ne pas drainer systématiquement la vessie (Grade B)
- Sélectionner les indications en fonction du contexte (Accord d'expert)
- Préférer le cathéter sus-pubien (Grade B)
  - Tumeur du bas rectum
  - Si drainage vésical envisagé de plus de 5 jours

# Aspiration gastrique



# Aspiration gastrique par SNG

## Chirurgie colo-rectale

- 6 essais randomisés et 1 étude cas-témoin

- **Résultats:**

- SNG ne diminue pas la mortalité
- SNG ne diminue pas les fistules anastomotiques
- SNG ne diminue pas les abcès de paroi

(NP 1)

- Augmente les complications pulmonaires

(NP 2)

- Pose secondaire d'une SNG **11%**



# Aspiration gastrique par SNG

## Chirurgie sus-mésocolique

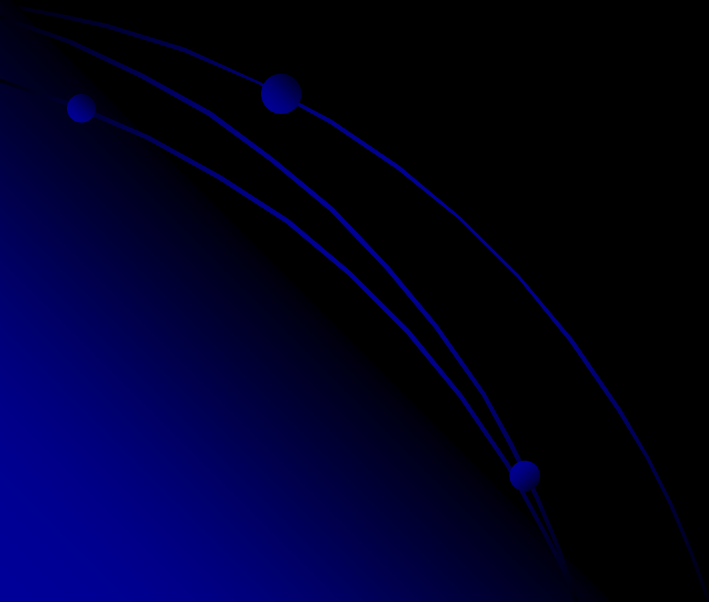
- 2 essais randomisés et 1 étude cas-témoin:  
absence utilité SNG après cholécystectomie  
élective pour lithiase (NP 1)
- 3 essais randomisés:  
absence utilité SNG après chirurgie gastrique  
partielle ou totale (NP 1)

# Aspiration gastrique par SNG

- **Inutile voire délétère** chez la majorité des patients après chirurgie colorectale éleative
- Inutile après chirurgie vésiculaire ou gastrique réglée
- 1 patient sur 10 a besoin de la pose secondaire d'une SNG du fait de vomissements

(Grade A)

# Réalimentation orale



# Réalimentation précoce ?

## Chirurgie sous-mésocolique

- 7 essais randomisés et 1 étude prospective (NP 1)
- Résultats:
  - ❑ Réalimentation orale précoce et progressive possible dans 80% des cas
  - ❑ Pas de surmortalité ou surmorbidity
  - ❑ Durée d'iléus postopératoire identique
  - ❑ Mais, vomissements ou pose d'une SNG plus fréquents
  - ❑ Facteurs indépendants d'échec:
    - ✓ Sexe masculin
    - ✓ Volume de pertes sanguines
    - ✓ Colectomie totale

# Réalimentation précoce

- L'utilité du jeûne alimentaire n'est pas démontrée après chirurgie colorectale électorive
- La réalimentation orale précoce (J1) et progressive est recommandée (sous réserve de sa tolérance immédiate)

(Grade A)

# Résultats de la réhabilitation précoce

- Faisabilité
  - Oui, 3 essais randomisés étrangers
  - 1 expérience française
- Efficacité
  - ↓ durée séjour, gain autonomie
  - Taux réadmission plus élevé?
  - Index satisfaction patient ?

# Résultats de la réhabilitation précoce

- Est-elle dangereuse ?
  - Non
  - Pas augmentation de la morbidité
  - Pas de retard de prise en charge
- Est-elle moins coûteuse ?
  - Peut-être ?
- Nécessité évaluation
  - Hétérogénéité des protocoles

*Nygren et al, clin Nutr 2005; 24:455-61*

# Réhabilitation précoce

- 132 patients, 66ans [22-88 ans]
  - 71 laparo, 61 coelio
  - 51% ASA 1, 40% ASA 3
- Durée séjour [3-77 jours]
  - 16% J3, 35% J4, 21% J5
  - 11% réhospitalisation
- Complications
  - Générales 11patients (8%) dont 4 pneumopathies
  - Chirurgicales 15 patients (11%) dont 4 Fistules (3%)

*Proske et al. Ann Chir 2005;130:152-6*



# Réduire la durée d'hospitalisation après résection colo-rectale (1)

- Durée moyenne 15j
- 61 patients résection rectale par laparo
  - [38-91 ans]
- Anesthésie + APT
- Réalimentation
  - Boissons dès réveil, repas léger J1, NI à J2
- Mobilisation précoce

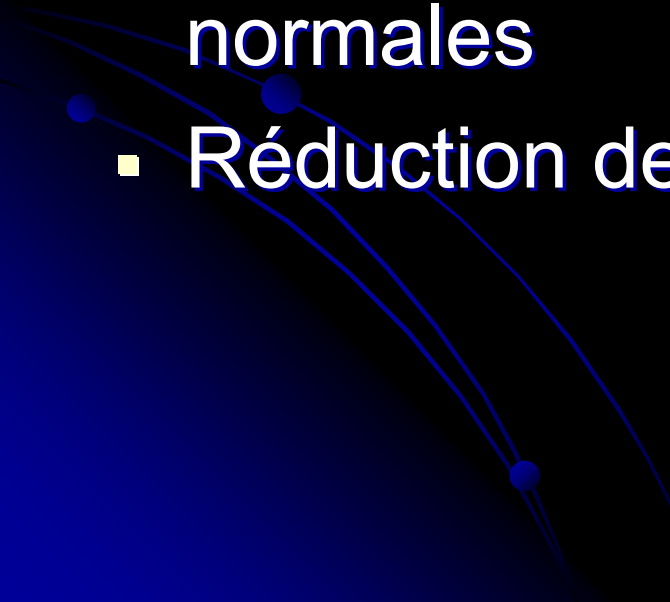
*Pélissier et al. Ann Chir 2005;130:608-12*

# Réduire la durée d'hospitalisation après résection colo-rectale (2)

- Durée séjour [3-25 jours]
  - 59% entre J3 et J6, 13% à J7, 28% après J7
- SNG reposée 2 patients 3,3%
- Complications
  - 10 (16%) dont 3 fistules
- Réadmission
  - 3 patients 5%

*Pélissier et al. Ann Chir 2005;130:608-12*

# CONCLUSIONS

- Délai médian de séjour peut être réduit
  - Sans risque majeur
  - Diminution morbidité ?
  - Récupération plus rapide des fonctions normales
  - Réduction des coûts ?
- 

# Cependant, la réhabilitation précoce

- Augmentation de la charge en soins du personnel soignant
- Nécessite évaluation
  - Bénéfices attendues
  - Index satisfaction des patients
- Difficile à appliquer intégralement
  - Habitudes, différences culturelles, système de santé