

Objet	Domaine d'application
Permettre au patient de recouvrer le plus rapidement possible ses capacités physiques et psychiques après une chirurgie bariatrique.	Service de chirurgie – Hospitalisation complète Clinique Mutualiste de l'Estuaire

Responsabilité

Chirurgiens – Anesthésistes – IDE – Diététiciens – Secrétariat médical - personne référente (appel lendemain sortie)

Référence(s)

Ce protocole est issu des recommandations internationales (Lemanu DP Obes Surg 2012 ; 22 : 979-90) et des publications factuelles récentes (liste disponible sur le site www.grace-asso.fr).

Définition(s)

RAAC : Récupération Améliorée Après une Chirurgie

ERAS : **Enhanced Recovery After Surgery**

Concept qui découle de la théorie du chirurgien Danois Henrik Kehlet de fast track décrite en 1995.

Concept développé à partir d'un constat : l'agression chirurgicale est responsable de modifications hormonales, métaboliques et physiologiques qui ralentissent la convalescence et donc le retour à domicile.

Il est maintenant prouvé que les résultats du traitement chirurgical dépendent dans une très large mesure de la collaboration interdisciplinaire péri opératoire. **DONC : tout le monde a un rôle à jouer dans ce processus**

Ce concept consiste donc à proposer aux patients tous les moyens qui permettent de limiter ces agressions.

Ce concept est adapté à un type de procédure chirurgicale mais pourra par la suite être proposé pour d'autres types de chirurgie. Il se décline sous forme d'un chemin clinique recouvrant les trois périodes pré, per et post opératoire.

Matériel(s)	Document(s) associé(s)
	ARE/MO007 : Antibio prophylaxie en chirurgie digestive DIG/DO016 : Dépliant Information patient « Récupération Améliorée Après Chirurgie – DIGESTIF DIG/EN004 : Check-list « Récupération Améliorée Après Chirurgie – BARIATRIQUE - Chemin clinique GEN/EN004 : Check-list « Récupération Améliorée Après Chirurgie » - contact téléphonique – J+4 PEC/DO26 : Journal de Bord patient – RAAC NUT/DO001 : Alimentation et retour à domicile – post chirurgie bariatrique

Processus

1. GENERALITES

Les éléments du protocole doivent être adaptés à chaque situation pratique, après consensus au sein de l'équipe de soins. La liste des éléments à mettre en œuvre n'est ni limitative ni figée.

La collaboration étroite entre les différents intervenants dans les soins péri opératoires (chirurgien, anesthésiste, infirmiers, kinésithérapeute, médecin traitant) est essentielle pour la réussite du protocole, les critères de sortie d'hospitalisation peuvent être résumés ainsi : douleur bien contrôlée par les antalgiques, alimentation solide bien tolérée, mobilisation autonome ou au même niveau qu'avant l'intervention, aucun signe infectieux, absence de tachycardie >120/mn, patient acceptant la sortie. De toute manière le protocole doit intégrer une organisation facilitant la réadmission.

✓ **Les critères d'exclusion sont : refus du patient, incompréhension, absence d'autonomie préalable.**

2. PATIENTS ELIGIBLES

Critères d'éligibilité des patients

=> L'indication RAAC est portée par défaut pour tous les patients devant avoir une gastrectomie longitudinale (sleeve) ou un court-circuit gastrique (bypass)

- Agés de plus de 18 ans.
- Classés ASA 1-3.
- Ayant une obésité nécessitant une prise en charge chirurgicale selon les critères de la HAS.
- N'habitant pas seul, pouvant retourner à domicile après leur sortie de la clinique, disposant d'un téléphone, et pouvant contacter leur médecin traitant ou le service référent en cas de nécessité.

Critères de non-éligibilité de manière systématique

- Contre indication à une anesthésie générale.
- Patients classés ASA \geq 4.
- Patients ayant des affections associées sévères ou mal équilibrées (cardiaques, pulmonaires, diabète, immunodépression, coagulopathie ou traitement anticoagulant à visée curative, corticothérapie au long court).
- Grossesse.
- Impossibilité au patient de contacter son médecin ou le service de chirurgie en cas de besoin.

Si le patient est refusé, l'indiquer sur la programmation opératoire.

3. CHEMIN CLINIQUE

Une prescription d'un bilan biologique pré opératoire doit être faite avant l'entrée du patient avec des RAI < 21 jours.

3.1- Période pré opératoire

Information au patient

Information orale et écrite du patient sur le déroulement de l'hospitalisation et les modalités du protocole de réhabilitation améliorée (information écrite dans le livret d'information patient RAC de chirurgie (DIG/DO-016) remis lors de la 1^{ère} consultation de chirurgie – information orale par le chirurgien, le diététicien, l'IDE référente)).
Information régulation du bloc opératoire.

Arrêt de l'intoxication alcool-tabagique

Il est fortement conseillé selon les recommandations des Sociétés Savantes (idéalement deux mois avant l'intervention). En cas de doute sur le sevrage, le patient fumeur sevré fournira un dosage urinaire de Nicotine (ordonnance délivrée à la consultation d'anesthésie ou de chirurgie).

Prise en charge nutritionnelle

Selon les recommandations en vigueur : correction d'éventuelles carences avant l'intervention (fait par le médecin nutritionniste référent du patient). En cas de dénutrition avérée sur le bilan préopératoire, cette prise en charge nutritionnelle doit être poursuivie en postopératoire, chez les patients dénutris ou si l'apport alimentaire couvre moins de 60% des besoins quotidiens.

Prémédication

Elle n'est pas systématique.

Réduction de l'acidité gastrique par 400 mg de Tagamet ou équivalent 30 min avant l'intervention si RGO.

Jeûne pré opératoire

Un jeûne de seulement 2 H pour les liquides clairs (eau, thé, café, tisane ; sachant que les jus de fruit avec pulpe et le lait sont considérés comme des aliments solides) et 6 H pour les solides est suffisant avant l'induction de l'anesthésie générale (pour ASA 1 et 2 non diabétique).

3.2 Période per opératoire

- **Corticoïdes** : administration d'une dose unique de corticostéroïdes (accord faible) à l'induction anesthésique (8 à 12 mg dexaméthasone).
- **Apport de fluides IV** : gestion optimisée des apports liquidiens, basée sur la mesure d'un paramètre hémodynamique reflétant la volémie (accord fort).
- **Antibioprophylaxie** (accord fort).
- **Lidocaine IV 1,5 mg/Kg/heure** (calculé sur poids idéal).

Protocole anesthésique

Le protocole d'anesthésie à proprement parler est laissé à l'appréciation de chaque anesthésiste en rappelant qu'il est impératif de monitorer de manière systématique la curarisation (en particulier le PTC), de réaliser une ventilation protectrice et d'anticiper la douleur en cas d'utilisation de rémifentanyl.

Le protocole de ventilation correspond à la ventilation protectrice, qui repose sur trois éléments indissociables :

- Petits volumes : volume courant 6 à 8 ml/kg de poids idéal théorique +++
- Pep : 6 à 8 cm H2O
- Recrutement alvéolaire : à répéter toutes les 30 mn et après tout débranchement +++.

Analgesie péridurale

Elle n'est pas indiquée en cas de coelioscopie, en cas de laparotomie celle-ci peut être réalisée si l'expertise médicale le permet. Le protocole d'analgesie postopératoire est détaillé plus bas.

Compression pneumatique

Intermittente systématique recommandée durant toute l'intervention, à poursuivre en SSPI et pendant toute la durée de l'alitement.

Voie d'abord chirurgicale

La voie d'abord coelioscopique est la règle sous réserve d'expertise chirurgicale (accord fort). La création du pneumopéritoine est laissée à la discrétion du chirurgien. La position des trocars et le site d'extraction de la pièce opératoire sont laissés à la discrétion du chirurgien. Le choix de la technique (sleeve gastrectomie ou bypass est laissé à la discrétion du chirurgien).

Sonde gastrique

Les patients ne doivent pas avoir de sonde d'aspiration nasogastrique postopératoire systématique (accord fort), quelle que soit la technique chirurgicale (elle sera le plus souvent retirée suite au test d'étanchéité après avis de l'opérateur).

Prévention de l'hypothermie per opératoire (accord fort)

Les patients doivent bénéficier de manière systématique de couverture pneumatique chauffante et si possible de perfusions de liquide chauffé. L'utilisation d'un chauffage et humidification du CO2 et dépend de la disponibilité du dispositif.

Remplissage péri opératoire

Apports de cristaalloïdes à 5 ml/kg/h de poids idéal. Après l'intervention, les perfusions IV seront donc arrêtées dès que l'apport oral le permet, généralement à J1. Les vasopresseurs sont indiqués en cas de chute tensionnelle (monitorage volémie).

Drainage abdominal

Le drainage systématique de la cavité abdominale n'est pas recommandé.

3.3 Période post opératoire

Thromboprophylaxie

HBPM prophylactique recommandée en 2 injections par 24 H (accord fort), **port de BAS DE CONTENTION classe II** qui sont prescrits (H+8) en consultation et mise en place de **CPI** au bloc opératoire.

Lovenox 0,4 ml x 2 / 24H

Arrêt de VVP dès que possible (2 H après le 1^{er} repas), si absence de vomissement. Laisser un KT obturé 24 H.

Le patient sort de SSPI avec un cathéter obturé.

Drainage vésical

Le drainage vésical systématique n'est pas recommandé. Si nécessité, il ne doit pas excéder 24 H (accord fort).

Prévention des nausées et vomissement post opératoires (NVPO)

Les anti-émétiques devraient être prescrits de manière sélective dans le but de réduire les NVPO et permettre la réalimentation précoce.

La prévention des NVPO débute dès la période peropératoire. Celle-ci sera adaptée aux données du score d'Apfel. Cette prévention utilisera seul ou en association, en fonction du score d'Apfel : Dexaméthasone injecté à l'induction anesthésique (8 mg), Dropréridol, Ondansétron et Propofol en AIVOC le cas échéant.

L'emploi du Dropréridol et/ou Ondansétron sera systématique en cas de NVPO postopératoire. Pas d'intérêt au Métoclopramide.

Prévention de l'iléus post opératoire

Les stratégies de prévention de l'iléus post opératoire comportent **l'utilisation raisonnée** des opiacés et l'arrêt des perfusions dès que le patient aura un apport oral suffisant.

Analgésie post opératoire

L'analgésie post opératoire s'intègre dans une prise en charge multimodale avec utilisation d'une analgésie balancée. Emploi systématique de Paracétamol à la posologie de 1 g toutes les 6 H (par voie intraveineuse puis orale dès que possible), associé à un anti inflammatoire non stéroïdien (Kétoprofène 50 mg/6 H) pendant 48 H. Emploi de Nefopam (20mg/4 H). En cas d'analgésie insuffisante, possibilité d'utilisation de morphine ou d'oxycodone à dose adaptée. Cette association sera maintenue jusqu'à la sortie du patient **(privilégier la voie orale)**.

L'efficacité de l'analgésie sera appréciée par mesure du score EVA (cible EVA \leq 3).

Prescription systématique d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Apport d'oxygène

De façon à obtenir une spO2 supérieure à 96% à l'aide de lunettes nasales, pendant 24H si besoin.

Apport nutritionnel

A J0, le patient peut prendre de l'eau à la demande, dès le retour en chambre.

A H+2 du retour en chambre, un mixé bariatrique (ou équivalent) de 50-100 ml peut lui être servi.

En fonction de la tolérance, une alimentation fractionnée devrait être obtenue dès J+1.

Privilégier les aliments mixés type jambon/purée et compote/purée de fruits/yaourts plutôt qu'un grand volume liquidien. A prendre assis au fauteuil. Ensuite, suivre le protocole de réalimentation.

Le patient sortant est tenu d'assister à un rendez-vous collectif « consignes d'alimentation au domicile » avec le service diététique de la CLME avant la sortie, ou quelques jours après.

Mobilisation précoce

Le lever précoce est recommandé (accord fort). Le patient est pris en charge par une équipe paramédicale l'encourageant à se mobiliser et à devenir indépendant dès son retour en chambre.

Le patient est levé dès J0 pour s'alimenter (au fauteuil) le conduire au cabinet de toilette, puis une marche de 30 mn au mieux avec le kiné.

Dès J+1, la marche est recommandée, 2 à 3 fois/jour pendant 30 mn.

Ventilation non invasive

Chez les patients ayant des affections respiratoires ou un syndrome d'apnée du sommeil ou une obésité (IMC > 35) : 1 à 2 séances par jour à J1, J2 ± J3 en SSPI. Durée minimale de 2 fois 15 minutes. Si le patient est appareillé, la VNI est installée dès la SSPI.

Surveillance biologique

A J+1, dosage biologique de NFS, CRP. Refaire ce bilan à J+2 et/ou J+3 si le patient présente des signes de gravité (douleur avec EVA > 5 – Pouls > 120 - Pâleur cutané muqueuse, rectorragies, fièvres > 38°C, etc.)

- **Retour à domicile dès que possible : J+1 ou J+2 ou J+3.**
- **Suivi post séjour hospitalier : appel par l'IDE et/ou la secrétaire référente à J+4.** (Cf. GEN/EN004 : Check-list « Réhabilitation Améliorée après Chirurgie » - contact téléphonique – J+4) + traçabilité de l'appel dans Crossway **ou consultation avec un chirurgien bariatrique** (avec résultats NFS, CRP du jour).
- Prévoir rendez-vous avec le chirurgien 3 à 4 mois post opératoires.

4. CIRCUIT DE L'INFORMATION AU PATIENT

- ✓ Remise du livret d'information RAAC DIGESTIF (DIG/DO016) + Journal de Bord patient - RAAC (PEC/DO26)
=> donnés au patient par la secrétaire médicale (consultation chirurgie)
- ✓ Remise du questionnaire de satisfaction MSD
=> donné au patient par l'IDE ou l'AS réalisant l'accueil du patient
=> récupéré par le service diététique (lors du rendez-vous collectif « alimentation et retour à domicile – post chirurgie bariatrique »)
- ✓ Remise du livret « Alimentation et retour à domicile – post chirurgie bariatrique »
=> donné au patient

5. RECUEIL DE DONNEES RELATIF AU SUIVI DU PROTOCOLE

- Douleur contrôlée par les analgésiques oraux.
- Alimentation mixée possible sans vomissements.
- Pas de perfusion.
- Mobilisation indépendante ou au même niveau qu'avant l'intervention.
- Transit rétabli au moins sous forme de gaz.
- Aucun signe infectieux : fièvre < 38°C, hyperleucocytose <10 000 GB/ml, CRP <120 mg/l, tachycardie > 120/mn.
- Patient acceptant la sortie.
- Ré-hospitalisation possible (sur le plan organisationnel) en cas de complication.
- Ordonnance de sortie avec prescription de NFS CRP à faire à J+4.

6. RECUEIL DE DONNEES RELATIF AU SUIVI DU PROTOCOLE

L'application des différents items du protocole est au mieux relevée dans une base de données dédiée et sécurisée : GRACE-AUDIT (www.grace-asso.fr, espace adhérent) d'autant que l'efficacité du protocole en termes de réduction de la durée de séjour et des complications dépend de l'application optimale et l'implémentation des différents items du protocole.

	Nom - Fonction	Date	Visa
Rédacteurs	Groupe de travail chirurgie bariatrique (Dr Céline BRIENT - Dr Philippe RAFFAITIN - Dr Anne-Laurence RICHARD-PAYEN - Dr Karine CELIE-DONNE)		
Approbateurs	Dr Céline BRIENT – Chirurgien Digestif		VALIDE
	Dr Anne-Laurence RICHARD-PAYEN – Anesthésiste Réanimateur		VALIDE
Approbation par le service qualité pour mise en application le		29.11.2018	VALIDE