

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

| Responsabilité | Annexe(s) |
|---|-----------|
| Chirurgiens – Anesthésistes - IDE – Secrétariat médical - personne référente (appel lendemain sortie) | |

| Référence(s) |
|--------------|
| |

| Définition(s) |
|--|
| <p>RAAC : Récupération Améliorée Après une Chirurgie</p> <p>ERAS : Enhanced Recovery After Surgery</p> <p>Concept qui découle de la théorie du chirurgien Danois Henrik Kehlet de fast track décrite en 1995.</p> <p>Concept développé à partir d'un <u>constat</u> : l'agression chirurgicale est responsable de modifications hormonales, métaboliques et physiologiques qui ralentissent la convalescence et donc le retour à domicile.</p> <p>Il est maintenant prouvé que les résultats du traitement chirurgical dépendent dans une très large mesure de la collaboration interdisciplinaire péri opératoire.</p> <p>DONC : tout le monde a un rôle à jouer dans ce processus</p> <p>Ce concept consiste donc à proposer aux patients tous les moyens qui permettent de limiter ces agressions.</p> <p>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.</p> |

| Matériel(s) | Document(s) associé(s) |
|-------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ DIG/DO-016 : Dépliant Information patient « Récupération Améliorée Après Chirurgie – DIGESTIF » ➤ DIG/EN-003 : Check-list « Récupération Améliorée Après Chirurgie – COLORECTAL - Chemin clinique ➤ GEN/EN-004 : Check-list « Récupération Améliorée Après Chirurgie » - contact téléphonique – J+4 |

| Processus |
|-----------|
|-----------|

1. GENERALITES

Il est maintenant prouvé que les résultats du traitement chirurgical dépendent dans une très large mesure de la collaboration interdisciplinaire péri opératoire.

Des recommandations communes aux sociétés françaises de chirurgie et d'anesthésie sont parues en juin 2014.

Pour commencer ce programme à la CLME, nous avons ciblé les patients opérés de chirurgie colorectale, hors contexte d'urgence.






- ✓ L'inclusion du patient dans ce protocole par l'opérateur est réalisée initialement par l'opérateur, puis confirmée par l'anesthésiste.
- ✓ **Les critères d'exclusion sont** : score ASA \geq 3, urgence, sepsis, refus du patient, incompréhension, absence d'autonomie préalable.

2. CHEMIN CLINIQUE






Période pré-opératoire

- Information au patient (remise d'un livret d'information sur la RAAC pour la chirurgie digestive par la secrétaire de consultation chirurgie).
- Programmation opératoire réalisée par la secrétaire de consultation chirurgie :
 - Préciser : procédure RAC colorectale avant 14h
- Hospitalisation à programmer en JO pour 07h30 ou la veille.
- **Bilan pré-opératoire** à réaliser avant l'hospitalisation (dont albumine, RAI < 21 jours).
- Prescription de **bas de contention**.
- **Mobilisation précoce** : prescription médicale de kinésithérapie.
- **Pas de préparation digestive par purge pour la chirurgie colique mais nécessaire pour la chirurgie rectale**. Quelle que soit la chirurgie colique ou rectale, lavement Normacol la veille ou le matin de l'intervention.
 - Contrôle par l'IDE à l'entrée de la réalisation du lavement
- **Immunonutrition préopératoire si chirurgie carcinologique** (prescrite par le chirurgien), pour 7 jours à raison de 3 fois/jour.
- **Jeûne pré-opératoire**: 2 H pour les liquides clairs, 6 H pour les solides.
- 2 sachets de 50 g d'anhydride glucose dilué dans 800 ml d'eau la veille au soir et 50 g dans 400 ml d'eau, 2 H avant l'heure d'entrée ou au mieux avant le bloc (à remettre en consultation d'anesthésie si le patient rentre le jour de l'intervention). Le produit 2 H avant n'est pas prescrit chez les patients atteints de RGO ou trouble de la vidange gastrique. Cette solution n'est pas prescrite chez les patients diabétiques.
- **Prémédication** :
 - Proposition : paracétamol 1g + anxiolytique si besoin (sur prescription médicale)

Période per-opératoire

-  • Optimisation des apports liquidiens per opératoires, basée sur la mesure d'un paramètre hémodynamique reflétant la volémie (accord fort).
- Administration d'une dose unique de corticostéroïdes (accord faible) : 8 mg dexaméthasone.
-  • Prévention de l'hypothermie per opératoire (accord fort).
-  • **Antibioprophylaxie** (accord fort).
-  • **Prévention des NVPO** (accord fort).
- **Lidocaine IV 1,5 mg/Kg/heure OU Réalisation d'un TAP bloc pré opératoire si pas de lidocaine IV**
- La chirurgie par laparoscopie est recommandée (accord fort).
-  • Si laparotomie : pas de recommandation sur le type d'incision mais anesthésie péridurale associée.
- SSPI : réaliser la glycémie y compris chez les patients non diabétiques (dextro capillaire).

Période post opératoire

-  • Pas de sonde nasogastrique (accord fort).
-  • Lors de la chirurgie colique la mise en place d'un drainage n'est pas recommandée (accord fort).
-  • Si anastomose sous péritonéale, la présence d'un drainage aspiratif est probablement recommandé (accord fort).
-  • **La durée du sondage vésical ne doit pas excéder 24 H** (accord fort), si possible la sonde sera retirée en salle de réveil et un contrôle échographique sera réalisé toutes les 4 à 6 heures le premier jour, si pas de miction (bladder scann).
-  • **HBPM prophylactique recommandée** (accord fort) et **port de BAT** qui sont prescrits en consultation (1 mois).

- ⚠ • **Le lever précoce** est recommandé (accord fort). 2 H après le retour de la salle de réveil : mise au fauteuil pour le 1^{er} repas, au mieux avec l'aide d'un kiné.
 - (J+1 : lever 2 fois, 30 minutes de marche). Le matin : lever et marche dans le couloir avec le kiné (tour du service) puis mise au fauteuil pour la prise du repas. Le soir, même circuit sans le kiné.
- **A J2**, marche le matin avec le kiné ou seul selon l'état du patient : 2 fois pendant 30 minutes
- **Prise en charge de la douleur** : au maximum, antalgiques per os. PAS de PCA.
- **Prévention des NVPO** par protocole.
- ⚠ • **Débuter alimentation orale précoce** (accord fort) : **Boisson possible dès le retour du bloc**
- **Alimentation dès le soir même : repas normal léger** (privilégier les aliments solides, style jambon/purée ou jambon/nouilles et compote-purée plutôt que volume liquidien) à prendre assis au fauteuil. Ensuite normal en évitant les aliments type choux, haricots blancs, à l'origine de gaz.
- ⚠ • **Mastication de gomme** probablement recommandée (accord fort), cela sera proposé en consultation au patient.
- **Arrêt de VVP à J1** si alimentation OK et boisson supérieure à 1000 ml/24 H, en laissant le cathéter obturé.
- Bio : NFS, IONO J1, J3.
- **Retour à domicile : à partir de J3.**
- Informer le patient sur le suivi de la température corporelle pendant 4 à 5 jours.
- **Suivi post séjour hospitalier : appel par la secrétaire référente le lendemain de la sortie** (Cf. annexe GEN/EN004 : Réhabilitation Améliorée après Chirurgie – Check-list contact téléphonique J+4). **En cas d'absence de la secrétaire référente, appel par une IDE ou le cadre du service de chirurgie hospitalisation complète.**
- Prévoir rendez-vous avec le chirurgien après la sortie c'est-à-dire avant les 7 jours qui suivent soit entre J7 et J10.

| Nom - Fonction | | Date | Visa |
|--|--|------------|--------|
| Rédacteurs | Groupe de travail chirurgie colorectale Céline LE NOC – Cadre de santé - chirurgie hospitalisation complète | | |
| Approbateurs | Dr Yann REDON – Chirurgien Digestif | | VALIDE |
| | Dr Anne-Laurence RICHARD-PAYEN – Anesthésiste Réanimateur | | VALIDE |
| Approbation par la cellule qualité et risques pour mise en application le | | 15/12/2017 | VALIDE |