

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

Responsabilité	Annexe(s)
Urologues – Anesthésistes – IDE - Secrétariat médical - Secrétaire 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)
<p>RAAC : Réhabilitation 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. 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)
	<p>ARE/MO008 : Antibio prophylaxie en chirurgie urologique</p> <p>URO/DO008 : Dépliant Information patient « Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie – UROLOGIE »</p> <p>PEC/DO026 : Auto-questionnaire patient « Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie »</p> <p>URO/EN016 : Chemin clinique « Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie – UROLOGIE</p> <p>GEN/EN004 : Check-list « Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie » - contact téléphonique à l'issue de l'hospitalisation</p>

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.

2. PATIENTS ELIGIBLES : SUR PROPOSITION INITIALE DE L'OPERATEUR, VALIDEE PAR L'ANESTHESISTE

2.1- Critères d'éligibilité des patients

Sont éligibles pour ce protocole les patients :

- Agés de plus de 18 ans.
- Classés ASA 1-3.
- 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.

Pour lesquels les interventions suivantes sont prévues :

- ✓ **Néphrectomie**
- ✓ **Prolapsus génital : cure par promontofixation coelioscopique**
- ✓ **Curage ganglionnaire pour cancer de la prostate**
- ✓ **Pyéloplastie**
- ✓ **Prostatectomie par laparotomie**

2.2- Critères de non-éligibilité de manière systématique

Sont exclus de ce protocole :

- Refus du patient, incompréhension, absence d'autonomie préalable
- 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.

Patients pour lesquels les interventions suivantes sont prévues :

- ✓ **Prostatectomie radicale par coelioscopie**
- ✓ **Cystectomie**

3. CHEMIN CLINIQUE

Une prescription d'un bilan biologique pré-opératoire doit être faite avant l'entrée du patient avec des RAI < 21 jours ou < 3 jours, si patient transfusé.

3.1- Période pré opératoire

Pré-opératoire

Information au patient

Explications du protocole : inclusion du patient par le chirurgien, remettre brochure d'information (URO/DO008) + auto-questionnaire (PEC/DO026).

Programmation / Intitulé opératoire :

Préciser au bloc opératoire : Programmation dans Bloc // Libellé : RAAC - + nom intervention - avant 14h

Mobilisation précoce

Prescription médicale de kinésithérapie (J1 ; J2 ; J3) réalisée en consultation d'anesthésie.

Bas anti-thrombose grade 2 pour le bloc prescrit par le chirurgien.

Si entrée J0 : remettre sachets d'hydrates de carbone par anesthésiste (patients non diabétiques, sans trouble de la vidange gastrique).

Apport de solutions glucidiques claires

J-1 : hydrates de carbone : 2 sachets dans 800ml.

J0 matin : hydrates de carbone : 1 sachet dans 400ml 2h avant bloc

Jeûne pré opératoire : alimentation normale jusque minuit la veille

Prémédication

Elle n'est pas systématique, seulement selon anxiété du patient : +/-anxiolytique, paracétamol 1g

Bas anti-thrombose pour bloc

3.2 Période per opératoire

Monitoring : FC, SpO2, TA, T°, Et CO2, TOF

Optimisation des apports liquidiens si possible avec monitoring hémodynamique 5ml/Kg/h à 10 ml/Kg/h.

Antibioprophylaxie selon recommandations SFAR (cf. ARE/MO008 : Antibioprophylaxie en chirurgie urologique).

Dexaméthasone 8mg en dose unique

Prévention NVPO selon score

Analgésie : si absence de contre indication : Xylocaine bolus de 1,5mg/Kg puis 1mg/Kg/h (poids idéal).

Kétamine bolus initial 0,15mg/Kg puis réinjection si chirurgie sup à 2h.

Analgésie multimodale : AINS si autorisés (selon terrain et chirurgie), acupan, tramadol, paracétamol.

Prévention hypothermie, monitorer T°.

Protocole anesthésie : limiter apports morphiniques.

3.3 Période post opératoire

En SSPI :

Xylocaine en SSPI à arrêter 30 min avant retour en chambre

Décurarisation si TOF 4/4 inf 80%

Glycémie capillaire ou hémogluotest (HGT)

Réchauffer

Dans le service de soins :

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 2h, dont 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

Analgésie multimodale, de préférence per os
 Durée du sondage vésicale : selon avis chirurgical
 Reprise alimentaire légère H+4 retour du bloc, au mieux au fauteuil
 Prévention NVPO
 Prévention thrombo-embolique : bas + lovenox préventif
 Reprise traitement médicamenteux personnel : anticoagulant curatif : ne pas débiter en post opératoire
 immédiat : après 24h et avis chirurgical
 Reprise IEC et AA2 : selon fonction rénale
 Bilan sanguin J1/J3

Sortie

- **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 dans les jours qui suivent la sortie.** (Cf. GEN/EN004 : Check-list « Réhabilitation Améliorée après Chirurgie » - contact téléphonique – J+4) + traçabilité de l'appel dans Crossway **ou consultation avec un chirurgien** (avec résultats NFS, CRP du jour).
- Prévoir rendez-vous avec le chirurgien en post opératoire.

4. RECUEIL DE DONNEES RELATIF AU SUIVI DU PROTOCOLE

- Douleur contrôlée par les analgésiques oraux.
- 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.

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 urologie (Dr Christophe BERGOT – Dr Frederick DUNET – Dr Sébastien MICHAUD - Dr Anne-Laurence RICHARD - Céline LE NOC)		
Approbateurs	Dr Frederick DUNET – Urologue - référent Dr Anne-Laurence RICHARD-PAYEN – Médecin anesthésiste		
Approbation par la cellule qualité et risques pour mise en application			

Approuvé et signé le 5.06.2017
 Mise en application le 15/06/2017