



Mise en place d'une procédure de réhabilitation dans les hôpitaux publics^{☆,☆☆}

Olga Szymkiewicz, Jessica Peyssaire, Francis Bonnet

Disponible sur internet le :
19 septembre 2015

AP-HP, université Pierre-et-Marie-Curie Paris VI, hôpital Tenon, service d'anesthésie-réanimation, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

Correspondance :

Francis Bonnet, AP-HP, université Pierre-et-Marie-Curie Paris VI, hôpital Tenon, service d'anesthésie-réanimation, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France.
francis.bonnet@tnn.aphp.fr

Mots clés

Réhabilitation
Morbidity postopératoire
Durée de séjour hospitalier

■ Résumé

La prise en charge des patients opérés se base sur de nouveaux schémas de préparation et d'accompagnement à la chirurgie qui nécessitent de mettre en place une organisation structurée. Ce mode organisationnel comprend une phase d'habilitation centrée sur la consultation d'anesthésie où sont organisés l'adaptation des traitements, l'arrêt du tabac, la renutrition, l'évaluation cardio-respiratoire, etc. Le processus de réhabilitation, codifié pour la chirurgie abdominale et maintenant adapté à d'autres modes de chirurgie, réclame une participation et une adhésion de l'ensemble des soignants intervenant en période postopératoire. L'objectif de diminution de la morbidité postopératoire et de raccourcissement de la durée de séjour doit être réévalué régulièrement.

Keywords

Fast track surgery
Enhanced recovery after surgery
Postoperative morbidity
Hospital stay

■ Summary

How introducing habilitation and rehabilitation to surgery in French public hospitals

The management of patients scheduled for major surgery has changed. It is supported by a structured organization of perioperative care that includes preoperative habilitation and postoperative rehabilitation. The cornerstone of preoperative habilitation is the anaesthetic consultation where preoperative nutritional support, smoking cessation, cardiac and pulmonary function evaluation, and adjustment of treatments are planned. The rehabilitation process after surgery, applied to abdominal surgery, has been extended to other surgical procedures. All healthcare providers need to be involved and committed to obtain a significant decrease in the duration of hospital stay and a decrease in postoperative morbidity. Achievements of these goals need to be periodically evaluated.

* Article présenté lors de la Journée monothématique de la Sfar, « Réhabilitation rapide après chirurgie ». Paris, 20 mai 2015.

** Cet article est publié sous la seule responsabilité des auteurs. Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le bureau éditorial d'*Anesthésie & Réanimation*.

La prise en charge des patients opérés évolue. De nouveaux circuits de soins leur sont proposés dans le but à la fois de diminuer la morbidité et la mortalité postopératoires, mais aussi de faciliter la convalescence et la réinsertion dans la vie active et enfin d'optimiser l'efficacité du système de soins. Dans le cadre de l'activité chirurgicale, la prise en charge ambulatoire concentre l'essentiel de l'attention du monde de la santé, d'autant plus que des objectifs nationaux ont été assignés à cette activité. Si plus de la moitié des patients opérés sont ou le seront en ambulatoire, un contingent important de patients doivent être opérés avec une hospitalisation conventionnelle, soit parce que le geste chirurgical est important, soit parce qu'ils sont porteurs de comorbidités sévères, soit pour des raisons psychosociales. Ces patients n'en méritent pas moins une très grande attention car parmi eux un contingent, qui représente un peu plus de 10 % des patients opérés, rend compte de presque 85 % de la morbidité et de la mortalité [1]. Pour ces patients et par extension pour les patients opérés en hospitalisation conventionnelle, s'appliquent les procédures d'habilitation et de réhabilitation après chirurgie.

Le concept de réhabilitation, proposé par Henrik Kehlet il y a une quinzaine d'années [2], a depuis largement évolué. Initialement concentrée sur la phase de récupération en postopératoire et initiée par l'amélioration du contrôle de la douleur postopératoire, la prise en charge s'est étendue à la phase préopératoire de préparation (habilitation) à la chirurgie. Les équipes soignantes concernées sont donc plurielles et parfois sans contact direct les unes avec les autres. Ces équipes sont celles des consultations d'anesthésie et de chirurgie, des secteurs d'hospitalisation chirurgicaux, du bloc opératoire et de la salle de surveillance post-interventionnelle et du secteur de soins continus le cas échéant. La liaison repose essentiellement sur l'équipe médicale d'anesthésie à condition que cette équipe soit réellement investie dans la médecine périopératoire, considérée comme un des objectifs essentiels de la spécialité [3]. La mise en place d'une politique de réhabilitation implique donc la notion de travail d'équipe et notamment d'équipe d'anesthésie, facteur essentiel de cohésion et de cohérence des soins pratiqués sur un site donné. En effet, si les pratiques varient d'un médecin à l'autre, ou d'un jour à l'autre ou si le travail des médecins anesthésistes reste cantonné au bloc opératoire sans possibilité de suivi des patients, il est strictement impossible de développer une politique de réhabilitation efficace au bénéfice des patients concernés.

Comme à chaque occasion, la mise en place de nouveaux protocoles de soins implique un préalable qui est une phase d'évaluation de la prise en charge existante des patients et des contraintes de l'environnement (contraintes architecturales, unités d'hospitalisation, contraintes de personnels, disponibilité des services supports, etc.). Elle implique également d'informer l'ensemble des équipes soignantes des objectifs et des moyens pour les atteindre. La première étape est d'identifier les cohortes

de patients (types d'intervention) susceptibles de bénéficier d'une prise en charge spécifique. Les étapes suivantes comprennent la rédaction de protocoles de soins qui définissent non seulement les interventions thérapeutiques, mais aussi l'organisation des soins et la séquence des interventions des différents soignants. Enfin, la démarche qualité implique ultérieurement d'appliquer les programmes prévus et d'évaluer et diffuser les résultats des évaluations effectuées.

Dès la phase préopératoire, un certain nombre de mesures doivent être mises en place de façon systématique. La consultation d'anesthésie est le lieu idéal pour entreprendre ce travail. Le rôle de la consultation d'anesthésie est en effet amené à se modifier. L'heure n'est plus de la considérer comme susceptible de délivrer un « bon pour » l'intervention prévue, mais comme la phase initiale de la préparation à l'intervention. L'information délivrée à cette occasion sur le parcours de soin du patient est un point très important. Il est bien démontré (depuis plus de 50 ans !) que la délivrance de cette information, qui fait partie d'un rapport contractuel avec le patient basé sur la transparence des soins, a un effet anxiolytique certain et qu'au-delà elle permet de réduire significativement la consommation d'antalgiques délivrés en postopératoire du fait d'une diminution de la demande [4,5]. Cette réduction du besoin en antalgiques contribue à une moindre incidence d'effets secondaires et notamment ceux des opiacés (nausées, vomissements, iléus postopératoire) susceptibles d'impacter sur la durée d'hospitalisation. D'autres mesures sont importantes à mettre en œuvre comme l'arrêt du tabac dont l'impact sur la morbidité opératoire est connu [6]. Même à peu de distance d'une intervention, il faut tenter un sevrage du tabac et au besoin s'appuyer sur une consultation anti-tabac avec laquelle un *modus operandi* aura été mis au point. Le sevrage est possible notamment à l'aide de substitut nicotinique et les effets à long terme sont stables [7]. Le dernier point consiste à porter une attention spéciale au statut nutritionnel. La sous-évaluation de l'état nutritionnel est en effet une constante chez les patients hospitalisés. Les patients qui ont un IMC $\leq 18,5$ (ou un IMC < 21 chez le sujet de plus de 70 ans), ou une perte de poids récente d'au moins 10 %, ou une albuminémie < 30 g/L indépendamment de la CRP sont considérés comme dénutris. Les patients dénutris ou soumis à une chirurgie carcinologique ou à risque élevé de morbidité doivent faire l'objet d'une renutrition préopératoire avec des compléments nutritionnels par voie entérale sur une durée non inférieure à 7 jours [8]. La limitation de la durée du jeûne à 2 heures pour les liquides clairs et 6 heures pour les aliments solides s'inscrit dans le cadre des mesures susceptibles de réduire l'insulino-résistance postopératoire. Il est recommandé de donner une solution isotonique riche en carbohydrates aux patients ASA 1 ou 2 en préopératoire pour contrôler ce problème [9-11]. Dans une méta-analyse regroupant 762 patients opérés d'une chirurgie abdominale programmée, Awad et al. [12] ont montré que cette attitude réduisait de 24 heures la durée de séjour.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2744081>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2744081>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)