

Mise au point

Réhabilitation rapide en chirurgie colique

Fast track rehabilitation in colonic surgery

S. Mérat^{a,*}, D. Rouquie^b, E. Bordier^a, Y. LeGulluche^a, B. Baranger^b

^a Département d'anesthésie-réanimation, hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 74, boulevard de Port-Royal, 75005 Paris, France

^b Département de chirurgie viscérale et vasculaire, hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, 74, boulevard de Port-Royal, 75005 Paris, France

Reçu le 18 septembre 2006 ; accepté le 29 mars 2007

Disponible sur internet le 18 juin 2007

Résumé

En France, la durée totale d'hospitalisation pour l'ensemble des résections colorectales par laparoscopie ou laparotomie varie entre 10 et 20 jours. Depuis plusieurs années, le concept de réhabilitation rapide en chirurgie colique a été développé. Outre une prise en charge chirurgicale et anesthésique spécifique, ce concept est constitué de mesures postopératoires, notamment l'alimentation et la déambulation précoces, qui permettent une réduction spectaculaire des durées d'hospitalisation jusqu'à seulement deux jours. Deux remarques modèrent toutefois l'optimisme initial : tous les patients ne souhaitent pas un séjour hospitalier aussi bref et les services hospitaliers n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour mettre en place ce concept.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In France, the total hospital stay after colorectal resection by laparoscopy or laparotomy varies between 10 and 20 days. For several years, the concept of fast track rehabilitation in colonic surgery has been developed. In addition to a specific surgical and anaesthetic management, this concept relies on postoperative measures, particularly an early food intake and ambulation, which allow a spectacular reduction of the hospital stay until only 2 days. Two remarks temper initial optimism: all patients do not wish a short hospital stay and the wards do not always have the available resources necessary to set up this concept.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Réhabilitation rapide ; Chirurgie colique ; Durée d'hospitalisation

Keywords: Fast track rehabilitation; Colonic surgery; Hospital stay

1. Introduction

En 2003, le 105^e Congrès français de chirurgie a rappelé qu'avec une méthode per- et postopératoire « classique » de gestion des patients, la durée totale moyenne d'hospitalisation pour l'ensemble des résections colorectales était de 17 jours ; 18 jours pour les colectomies pour diverticulite par laparotomie et dix jours en cas de laparoscopie [1]. Ces durées d'hospitali-

sations étaient déjà mentionnées lors d'études antérieures, 10 à 14 jours d'hospitalisation après une chirurgie colique par voie laparoscopique et 15 à 20 jours après laparotomie, ainsi qu'un taux de complications postopératoires (pneumopathies, accidents cardiovasculaires) de 25 à 30 % [2–6].

La prise en charge des patients évolue vers une durée d'hospitalisation de plus en plus courte, voire ambulatoire et, depuis la fin des années 1990, le concept de réhabilitation rapide en chirurgie colique s'est développé dans ce sens [7–9]. Grâce à une approche multimodale comme celle décrite par Kehlet et son équipe, les durées moyennes d'hospitalisation

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : merat.stephane@wanadoo.fr (S. Mérat).

diminuent jusqu'à deux jours, aussi bien pour la chirurgie par laparotomie que par laparoscopie, sans augmentation des taux de complication, de réintervention ou de réadmission postopératoires [8,10–12]. En utilisant le même protocole ou un protocole de réhabilitation adapté aux conditions locales, d'autres équipes décrivent des durées d'hospitalisation allant de quatre à sept jours [13–17].

Le protocole décrit par l'équipe de Kehlet associe une approche chirurgicale peropératoire par laparoscopie et des mesures per- et postopératoires : analgésie postopératoire par voie péridurale, réalimentation et déambulation précoces, ablation rapide des différentes sondes et drains [7–9].

L'objectif de cette mise au point est de décrire les modalités, l'acceptabilité par les patients et la faisabilité du concept de réhabilitation rapide en chirurgie colorectale.

2. Prérequis à la réhabilitation rapide en chirurgie colique

La chirurgie colique ou rectale est responsable de perturbations postopératoires conduisant à l'allongement de la durée d'hospitalisation et à une morbidité plus ou moins importante. Le stress chirurgical se compose de réactions métaboliques à l'origine de l'augmentation du catabolisme, d'un hypermétabolisme et de la diminution des hormones anabolisantes ou de leurs effets [7]. Ces modifications métaboliques et hormonales se traduisent par des manifestations cliniques qui sont des dysfonctions cardiovasculaire et pulmonaire, un syndrome douloureux, un iléus, une asthénie postopératoire, des complications septiques et des accidents thromboemboliques [7,8,18,19].

Ces conséquences cliniques sont étroitement intriquées. L'iléus est responsable d'inconfort et de douleurs, de l'absence ou du retard de la reprise du transit intestinal provoquant nausées et vomissements, de la majoration du catabolisme par absence de reprise de l'alimentation orale car non tolérée, d'un alitement plus long et de la présence prolongée des différents drains et sondes, en particulier de la sonde nasogastrique qui constitue elle-même une source d'inconfort [20]. Enfin, certains facteurs peropératoires, comme l'hypothermie et l'excès de remplissage vasculaire (responsable d'un œdème pariétal colique), et postopératoires, comme le recours à une analgésie par morphiniques et l'existence d'une aspiration gastrique, majorent l'iléus postopératoire. Toutes ces dysfonctions sont les cibles des actions de la réhabilitation rapide [9,19,21].

3. Chirurgie de résection colorectale : laparotomie ou laparoscopie

Les techniques chirurgicales sont globalement standardisées. La technique des laparotomies diffère selon le siège de la colectomie. Les colectomies droites sont réalisées par une incision médiane ou élective transrectale droite à hauteur de l'ombilic. Les colectomies gauches et les proctectomies sont pratiquées par une incision médiane sous-ombilicale dépassant ou non l'ombilic et, plus rarement, par une incision élective iliaque gauche. Les anastomoses lors des résections coliques sont manuelles ou mécaniques, terminotermiales ou latéroter-

minales, accompagnées ou non de la confection d'un réservoir. Il est admis que le drainage prophylactique de l'anastomose n'est pas systématique pour une anastomose intrapéritonéale ou du rectum sus-dougllassien [17,22]. Quelle que soit la technique, la préparation colique mécanique préopératoire (par polyéthylène glycol par exemple) n'est plus recommandée [23]. Chez les groupes de patients à risque, patients âgés, insuffisants cardiaques ou rénaux, la préparation mécanique colique est responsable de nombreux effets secondaires qui augmentent la morbidité périopératoire : nausées, vomissements, douleurs abdominales, ballonnements, déshydratation, troubles hydro-électrolytiques et translocation bactérienne [24]. De plus, l'incidence de survenue de fistule anastomotique et le taux de complications infectieuses sont plus élevés chez les patients préparés [24–26].

Les laparoscopies sont le plus souvent réalisées à l'aide de cinq trocards et le pneumopéritoine est maintenu à une pression intra-abdominale entre 10 et 14 mmHg. Pour la chirurgie de résection colique ou rectale, la majorité des chirurgiens reconnaissent que la laparoscopie n'apporte des avantages que si elle est réalisée par un opérateur maîtrisant cette technique. Mais, du fait des avantages et des inconvénients de chaque technique, le débat entre la laparotomie et la laparoscopie n'est pas clos [27–29].

La durée de réalisation d'une colectomie par laparoscopie (142 à 190 minutes) est plus longue que par laparotomie (95 à 142 minutes). Cependant, grâce à l'évolution des techniques, les durées de colectomie droite sous laparoscopie se rapprochent de celles sous laparotomie [27,29–31]. Chez les patients de plus de 80 ans, malgré des temps opératoires plus longs, la laparoscopie est particulièrement indiquée en raison d'une accélération de la reprise du transit et des séjours hospitaliers moins longs [32].

Le coût d'une laparoscopie est supérieur à celui d'une laparotomie en raison du matériel utilisé et de l'occupation plus longue de la salle d'intervention. Cela est à mettre en balance avec une diminution de la durée du séjour hospitalier et des suites postopératoires moins compliquées [27,33].

Dans la chirurgie néoplasique, les différences entre laparoscopie et laparotomie sont non significatives pour la survenue de récurrence, la survie à trois ans, l'incidence de survenue des complications per- et postopératoires (6,6 %), la mortalité au 30^e jour, le taux de réadmission (4 à 14,7 %) et de réintervention (8,8 à 11,8 %) [27–31,34].

Au total, la réhabilitation après laparoscopie est plus rapide : reprise de l'alimentation plus précoce, durée de séjour plus courte (5 à 6 jours contre 6 à 13 jours), durée de recours à l'analgésie plus brève (trois contre cinq jours) [27,29–32].

Cependant, les études ne permettent pas de conclure si les résultats obtenus dépendent de la technique chirurgicale ou du protocole de réhabilitation. Basse et al. ne montrent pas de différence entre les deux techniques avec des durées d'hospitalisation similaires et très courtes (deux jours) et l'absence de différence pour la durée de reprise du transit et le délai de réalimentation [34,35]. C'est donc le protocole de réhabilitation

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747671>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747671>

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