



HAL
open science

La réhabilitation améliorée en chirurgie : un nouveau concept pour le bien-être des patients

Karem Slim

► **To cite this version:**

Karem Slim. La réhabilitation améliorée en chirurgie : un nouveau concept pour le bien-être des patients. *Oxymag*, 2015, 28, pp.8 - 10. 10.1016/j.oxy.2015.04.003 . hal-03487585

HAL Id: hal-03487585

<https://hal.science/hal-03487585>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dochead Dossier

Sous-dochead La réhabilitation précoce

Mise au point

La réhabilitation améliorée en chirurgie : un nouveau concept pour le bien des patients

La réhabilitation améliorée constitue une amélioration récente et marquante de la qualité des soins en chirurgie. Ce concept, introduit dans les années 1990, se fonde sur le fait qu'une réduction du stress péri-opératoire permet une récupération plus rapide et une diminution du taux de complications. Un ensemble de mesures pré-, per- et postopératoires peut réduire l'agression chirurgicale grâce à une approche multimodale des soins péri-opératoires. Initialement décrit en chirurgie colorectale, il se généralise à l'ensemble des chirurgies. Si ce concept de prise en charge est bénéfique pour les patients, il est extrêmement structurant pour les équipes de soins et "rentable" pour la société.

© 2015

Mots clés – amélioration de la qualité ; chirurgie ; *fast track surgery* ; parcours de soins ; réhabilitation améliorée ; réhabilitation précoce

Summary à venir

Keywords

Karem Slim

Chirurgien

a *Service de chirurgie viscérale et digestive, CHU Estaing, 1 place Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63001 Clermont-Ferrand, France

b Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE), 9 allée du Riboulet, 63110 Beaumont, France

Adresse e-mail : kslim@chu-clermontferrand.fr (K. Slim).

La réhabilitation améliorée, appelée aussi "rapide" ou "précoce après chirurgie", constitue probablement une importante avancée dans les soins prodigués aux patients devant se faire opérer.

T1 Le concept

Tout acte chirurgical constitue une agression physiologique rendant le patient opéré vulnérable. Sous le nom de *fast-track surgery*, le concept de réhabilitation améliorée a été initié par Henrik Kehlet au Danemark dans les années 1990, puis développé par la Société internationale ERAS®.

TEG1 Le concept de ce protocole est fondé sur le fait qu'une réduction des conséquences métaboliques du stress opératoire permet une réhabilitation plus rapide. De plus, la diminution des conséquences métaboliques de la chirurgie et notamment de la résistance à l'insuline, engendre une diminution du taux de complications. Il s'agit d'un ensemble de mesures pré-, per- et postopératoires destinées à réduire l'agression chirurgicale grâce à une approche multimodale des soins péri-opératoires (*plug 1*).

TEG1 La quasi-totalité des mesures appliquées se fondent sur un bon niveau de preuves scientifiques. Elles aboutissent à une amélioration de la convalescence, une réduction de 2-3 jours de la durée d'hospitalisation (*figure 1*), et une réduction spectaculaire du taux de complications générales d'environ 50 % dans les études internationales. Il est maintenant démontré que le programme de réhabilitation améliorée est d'autant plus efficace que son implémentation est effective, c'est-à-dire que les équipes soignantes appliquent dans la pratique quotidienne un maximum de mesures péri-opératoires. Ainsi, en chirurgie colorectale, lorsque le protocole est appliqué à 50 %, le taux de complications est de 40 % et la durée de séjour de dix jours. Une application supérieure à 9 % réduit encore le taux de complications à 20 % et la durée du séjour postopératoire à 6 jours. Cette nouvelle approche, qui constitue une avancée incontestable dans les soins chirurgicaux, a été évaluée dans un premier temps en chirurgie colorectale. Mais elle est destinée à se développer dans toutes les spécialités chirurgicales qu'elles soient hépatiques, pancréatiques, œsogastriques, ou orthopédiques, gynécologiques, thoraciques, vasculaires, etc.

T1 Enjeux de la réhabilitation

Les enjeux de cette nouvelle approche concernent le patient, l'équipe de soins, et la société.

T2 Pour le patient

Toutes les études scientifiques de qualité ont montré de manière concordante que la réhabilitation améliorée réduisait de près de 50 % les complications postopératoires surtout d'ordre "médical". De plus, on observe une amélioration de la qualité de vie des patients. Les patients ont moins de douleurs, moins d'iléus, et moins de fatigue postopératoires. Les durées d'hospitalisation et de convalescence sont aussi significativement raccourcies. Contrairement à l'approche conventionnelle, le patient est ici considéré comme un acteur essentiel de ses soins. Cette participation du patient commence dès les premières consultations médicales avant l'opération pour se poursuivre après, et même au-delà du séjour à l'hôpital. La Haute Autorité de santé (HAS) a d'ailleurs fait du « *patient acteur de sa santé* » un thème majeur de la qualité des soins.

T2 Pour les soignants

La réhabilitation améliorée est une approche multimodale, donc multidisciplinaire. La mise en place de tels protocoles dans la pratique quotidienne fait appel à l'anesthésiste, au chirurgien, au nutritionniste, à l'infirmière, à l'aide-soignant, au kinésithérapeute, à l'administratif (formation du personnel, et nomination de personnels dédiés). Il a été démontré que pour que la réhabilitation réussisse, un maximum d'éléments doit être appliqué. Donc pour espérer réussir l'implémentation de la réhabilitation améliorée en pratique courante, un véritable esprit d'équipe au sein de la structure de soins est indispensable. Et c'est là, selon nous, l'un des principaux mérites de la réhabilitation améliorée (*plug 2*). Chaque membre de l'équipe est un maillon indispensable pour la réussite de cette approche. Le travail en équipe, promu par la réhabilitation améliorée, aboutit inexorablement à une meilleure qualité des soins. Au même titre, sinon plus, que la chirurgie ambulatoire (car il s'agit de chirurgie majeure), l'esprit d'équipe, la communication et la collaboration quotidiennes sont nécessaires en réhabilitation améliorée.

Accroche : Donc pour espérer réussir l'implémentation de la réhabilitation améliorée en pratique courante, un véritable esprit d'équipe au sein de la structure de soins est indispensable.

T2 Pour la société

Il est maintenant bien démontré que, au-delà de l'amélioration de la qualité des soins grâce à l'implémentation de la réhabilitation améliorée, cette nouvelle approche est "coût-efficace".

TEG1 Une étude suisse a montré que l'application de protocoles de réhabilitation améliorée en chirurgie colorectale réduisait les coûts d'environ 1 600 euros par patient [1]. En France, une étude médico-économique commandée par les Hospices Civils de Lyon (69) a montré que l'implémentation de la réhabilitation améliorée dans cinq services de soins économisait aux Hospices Civils près de 200 000 euros par an [2].

TEG1 Les enjeux pour la société ne se limitent pas à cet aspect économique car une réorganisation des soins est aussi un corollaire indispensable à l'implémentation de la réhabilitation améliorée. Il s'agit d'étendre cette pratique aux patients âgés, et de préparer les conditions de leur sortie du centre de soins pour ceux ne pouvant pas retourner à domicile, avant même qu'ils ne soient hospitalisés pour être opérés. Il serait utile qu'à l'instar de la chirurgie orthopédique, la HAS et les sociétés savantes éditent des recommandations dans ce sens à destination des différents acteurs de soins. Les autorités de tutelle ont aussi un rôle dans l'organisation des soins et la mise en place de critères simples de sélection des patients pouvant bénéficier des soins de suites.

T1 Conclusion

Toutes les études effectuées en Europe ou aux États-Unis ont montré que les soins péri-opératoires n'étaient pas optimaux et faisaient l'objet de larges variations selon les pays.

Mais la rédaction des protocoles ou la publication de recommandations de pratique clinique ne sont pas suffisantes pour aboutir à une évolution des pratiques de soins. Il faut accompagner les praticiens dans cette démarche. Il s'agit ainsi de proposer des moyens de mise en œuvre de ces mesures et d'audits systématiques pour évaluer leur application et l'impact de celle-ci sur la durée de séjour et les suites opératoires. C'est effectivement le rôle que s'est fixé un groupe francophone créé en 2014, le Groupe de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE) [3]. Ce groupe multidisciplinaire s'attache à implémenter la réhabilitation dans trois pays francophones (Belgique, France et Suisse) grâce à la labellisation de Centres de références régionaux qui doivent satisfaire un cahier des charges précis et rigoureux. Ces Centres sont les relais du Groupe pour diffuser ce concept à l'échelle nationale. Le logiciel d'audit pratique est fourni gracieusement à tout centre désireux de s'auto-évaluer. n

Déclaration d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

[1] Roulin D, Donadini A, Gander S, Griesser AC, Blanc C, Hubner M, Schafer M, Demartines N. Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery. *British Journal of Surgery* 2013;100:1108-14.

[2] Faujour V, Slim K, Corond P. L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie, vu sous l'angle médico-économique. *Presse Med* 2015; 44:e23-e31.

[3] www.grace-asso.fr

Slim-plug1

© K. Slim

Légende : Mesures du programme de réhabilitation en chirurgie colique.

Slim-fig1

© Thiel RH

Légende : La courbe jaune représente la durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital et la courbe bleue la DMS dans le service avant et après implémentation d'un protocole de réhabilitation.

Source : Thiele RH, Rea KM, Turrentine FE, Friel CM, Hassinger TE, Goudreau BJ, Umapathi BA, Kron IL, Sawyer RG, Hedrick TL, McMurry TL. Standardization of care: impact of an enhanced recovery protocol on length of stay, complications, and direct costs after colorectal surgery. J Am Coll Surg 2015;220:430-43.

Slim-plug2

© K. Slim

Pré-opératoire

Information et éducation
du patient
Apports de carbohydrates
préopératoires
Pas de jeûne
préopératoire
Pas de préparation colique
systématique
Antioprophylaxie
Thromboprophylaxie
Pas de prémédication

Per-opératoire

Agents anesthésiques à
durée de vie courte
Analgésie péridurale
thoracique ou sélection
des agents antalgiques
Chirurgie mini-invasive
Pas ou peu de drains
Apport limité de solutés
Prévention de
l'hypothermie
(réchauffement
corporel)

Post-opératoire

Analgésie multimodale
Pas de sonde
nasogastrique
Prévention des nausées et
vomissements
Usage modéré des apports
liquidiens
Retrait précoce des
cathéters
Ré alimentation précoce
Lever précoce
Stimulation du transit
intestinal (motilité)
Évaluation de la
compliance et audit



