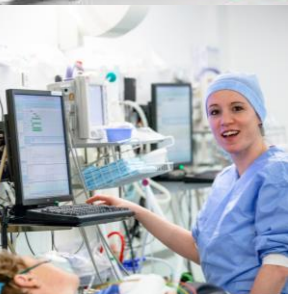
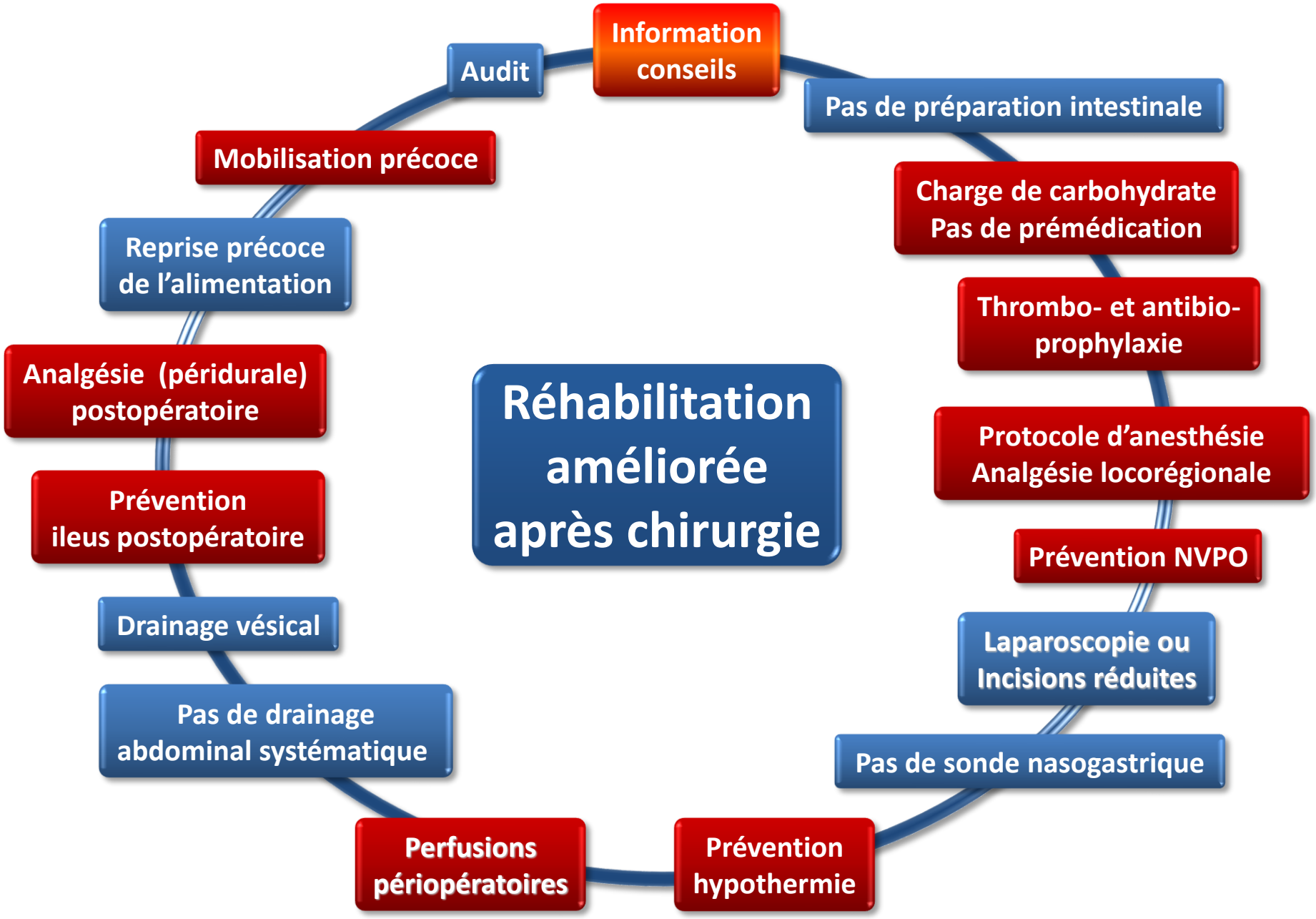


La réhabilitation améliorée: Le rôle de l ‘anesthésiste !

Jean JORIS

Département d’ Anesthésiologie,
CHU Liège, Université de Liège, Belgique

Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après ChirurgiE


Réhabilitation améliorée après chirurgie
Information conseils
Pas de préparation intestinale
Charge de carbohydrate
Pas de prémédication
Thrombo- et antibio-prophylaxie
Protocole d'anesthésie
Analgésie locorégionale
Prévention NVPO
Laparoscopie ou Incisions réduites
Pas de sonde nasogastrique
Prévention hypothermie
Perfusions périopératoires
Pas de drainage abdominal systématique
Drainage vésical
Prévention ileus postopératoire
Analgésie (péridurale) postopératoire
Reprise précoce de l'alimentation
Mobilisation précoce
Audit

Prémédication et boisson sucrée préopératoire !

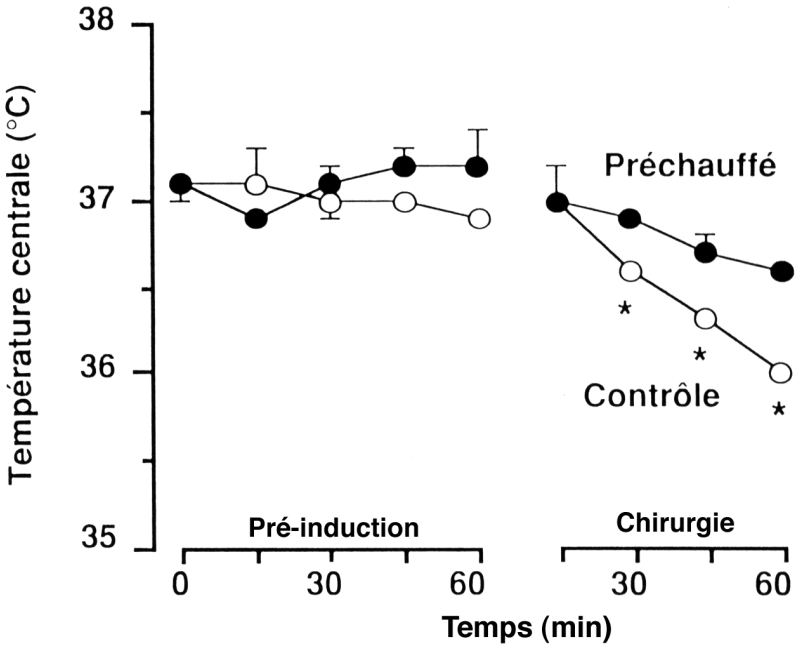
- Pas de prémédication systématique: peu effective et retarde récupération postopératoire. *Maurice-Szamburski A. et al., JAMA 2015*
- Jeûne préopératoire moderne: liquide clair jusqu'à 2 heures avant opération
- Charge glucidique préopératoire (50 g) améliore le confort préopératoire (faim, soif, anxiété, NVPO, hypovolémie) et diminue DMS (?) *(Awad S et al., Clin Nutrit 2013, Amer MA et al., BJS 2016)*
- Bénéfices en fonction de la formule d'hydrate de carbone (dextrine maltose)?

Immunonutrition ?

- ↓ infections postopératoires, fuites anastomotiques, durée d'hospitalisation
  (Probst P et al, BJS 2017; ESPEN guidelines, Clin Nutr 2017)
- Bénéfices en cas de RAAC ?
- Immunonutrition *vs*. SPO (Hegazi RA, J Am Coll Surg 2014)?
- Dénutrition prolonge DMS et augmente les complications même si RAAC *(Hübner M. et al., Dig Surg 2010)*
- CHU Liège, Oral Impact® si:
  - Dénutrition
  - Cancer et MICI
  - Chirurgie rectale (ileostomie)

Prévention de l'hypothermie !

- L'hypothermie augmente les complications postopératoires: infection, CV, hémostase, …
- Pré-chauffage, surtout si position jambes écartées
- + petit matelas chauffant



Techniques d'anesthésie

- Anesthésiques de courte durée d'action
- Anesthésie – analgésie loco-régionale (analgésie, prévention de l'iléus)
  - Analgésie péridurale
  - Lidocaïne intraveineuse
  - Cathéter cicatriciel
  - TAP bloc

Péridurale thoracique avec anesthésique local

- PERI = une des techniques RECOMMANDEES *pour laparotomie*
  (GRADE 1+) Accord fort. Alfonsi P *et al.*, J. Visc. Surg. 2014

- Sondage vésicale recommandé pendant 24h

- Pourtant:
  - Si PERI thoracique réduit iléus postopératoire en l'absence de RAC, en cas de RAC l'impact devient moindre! *(Ann Surg, 261, 1153-59, 2015)*
  - Ne permet pas de diminuer la durée de séjour, ni complications *(Hughes M et al., JAMA Surg 2014, Ann Surg, 261, 1153-59, 2015)*.

- PERI non recommandée pour coelioscopie

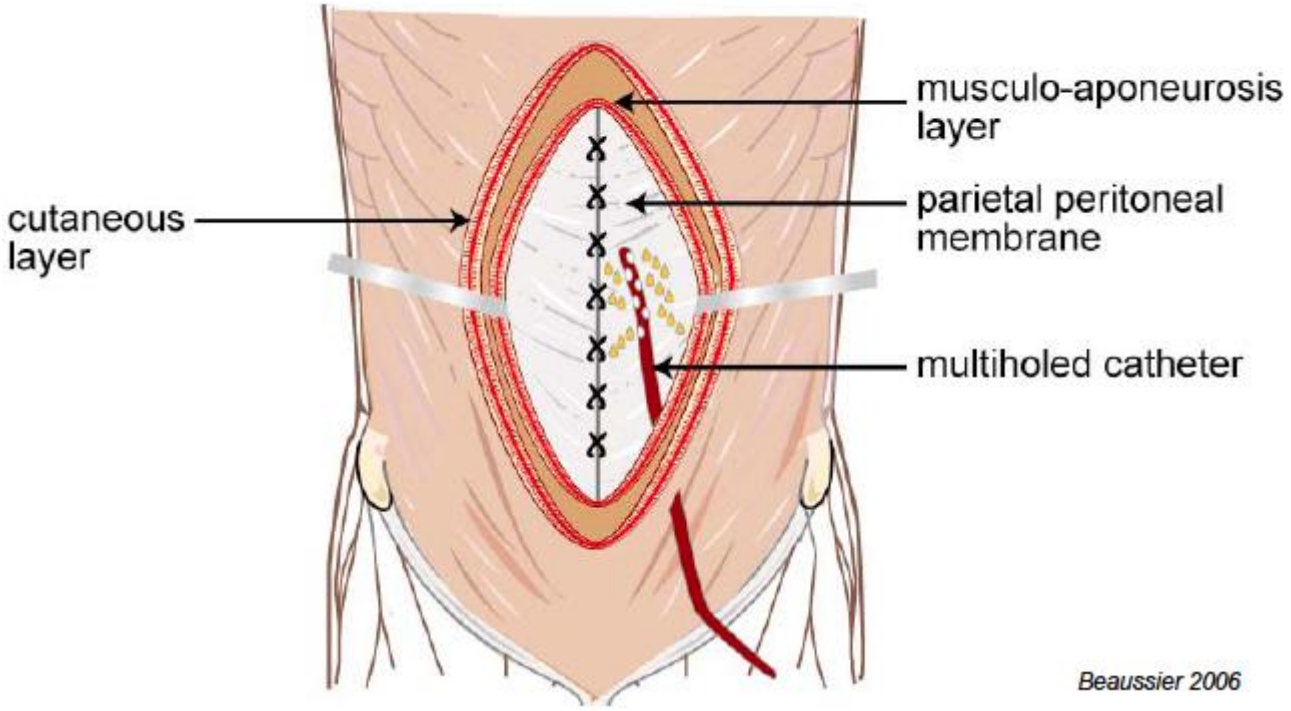
Lidocaïne intraveineuse

- Lidocaïne IV est recommandée pour réduire iléus et durée de séjour après chirurgie colorectale coelioscopique et par laparotomie (Alfonsi P *et al.*, J. Visc. Surg. 2014)

- Multiples mécanismes potentiels :
  - Inhibition des plexus sympathiques intestinaux
  - Effets anti-inflammatoires
  - Réduction du tonus orthosympathique
  - Réduction de la consommation de morphinique

	Analgésie péridurale	Lidocaïne intraveineuse
Réduction des besoins anesthésiques	++	+(+)
Réduction de la réponse de stress	++	+
Analgésie	++	+(+)
Analgésie pariétale	++	+
Analgésie viscérale	++	++
Epargne morphinique	++	+
Effet anti-hyperalgique	+	+
Effet anti-inflammatoire	+(+)	+
Réduction de la fatigue postopératoire	+	+
Réduction de l'ileus	++	++
Réduction de la durée d'hospitalisation	++	++
Prévention de la chronicisation des douleurs	+	(+)
Effet antitumoral	+	+

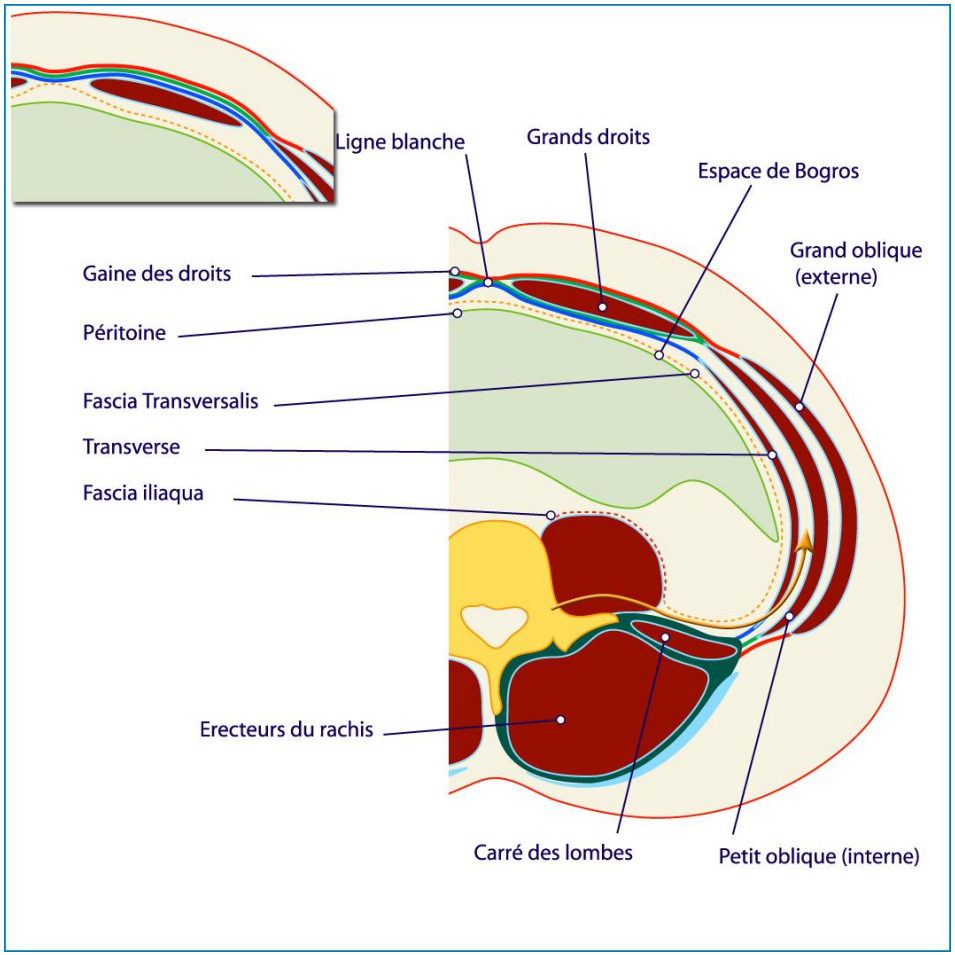
Cathéter multiperforé incisionnel



L'infusion d'AL dans la cicatrice devrait probablement être recommandée après chirurgie colorectale. (Grade 2+, accord faible)

(Alfonsi P *et al.*, Journal of Visceral Surgery 2014)

Transversus Abdominis Plane (TAP) bloc



TAP bloc = analgésie pariétale !

Analgésie postopératoire

- Mobilité du patient
- Prévention de l'iléus
- Patient acteur de ses soins

✓ ALR (péridurale dans certains cas)

- Analgésie balancée: paracétamol + AINS
  AINS = les plus efficaces (Martinez V et al., BJA 2017)
- Anti-hyperalgésique: kétamine, sulfate de magnésium, (gabapentinoïdes?)

>>> EPARGNE MORPHINIQUE !!

AINS et déhiscence anastomotique !

Journal of Visceral Surgery (2016) xxx, xxx–xxx

Available online at ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com/en

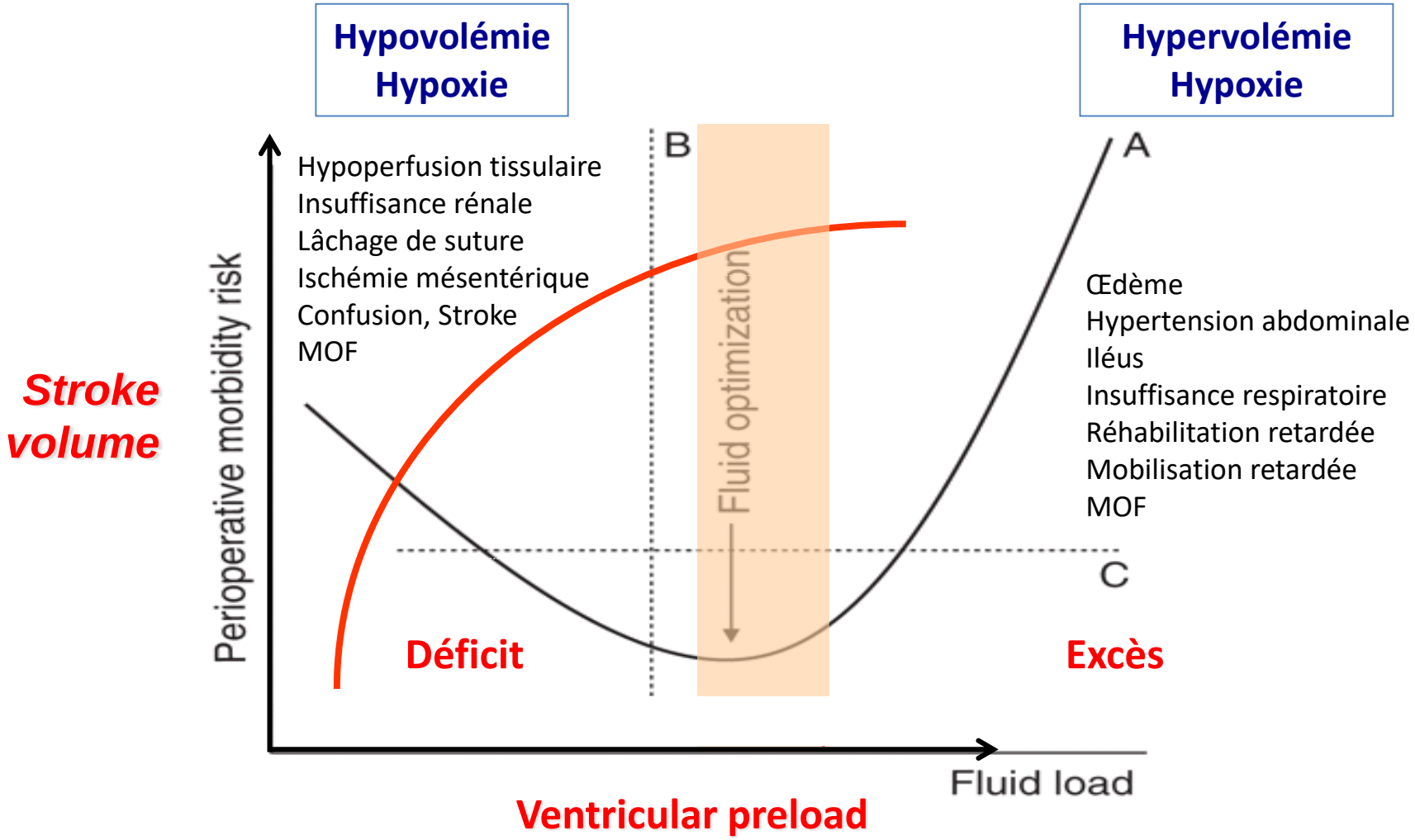
REVIEW

Colonic anastomoses and non-steroidal anti-inflammatory drugs

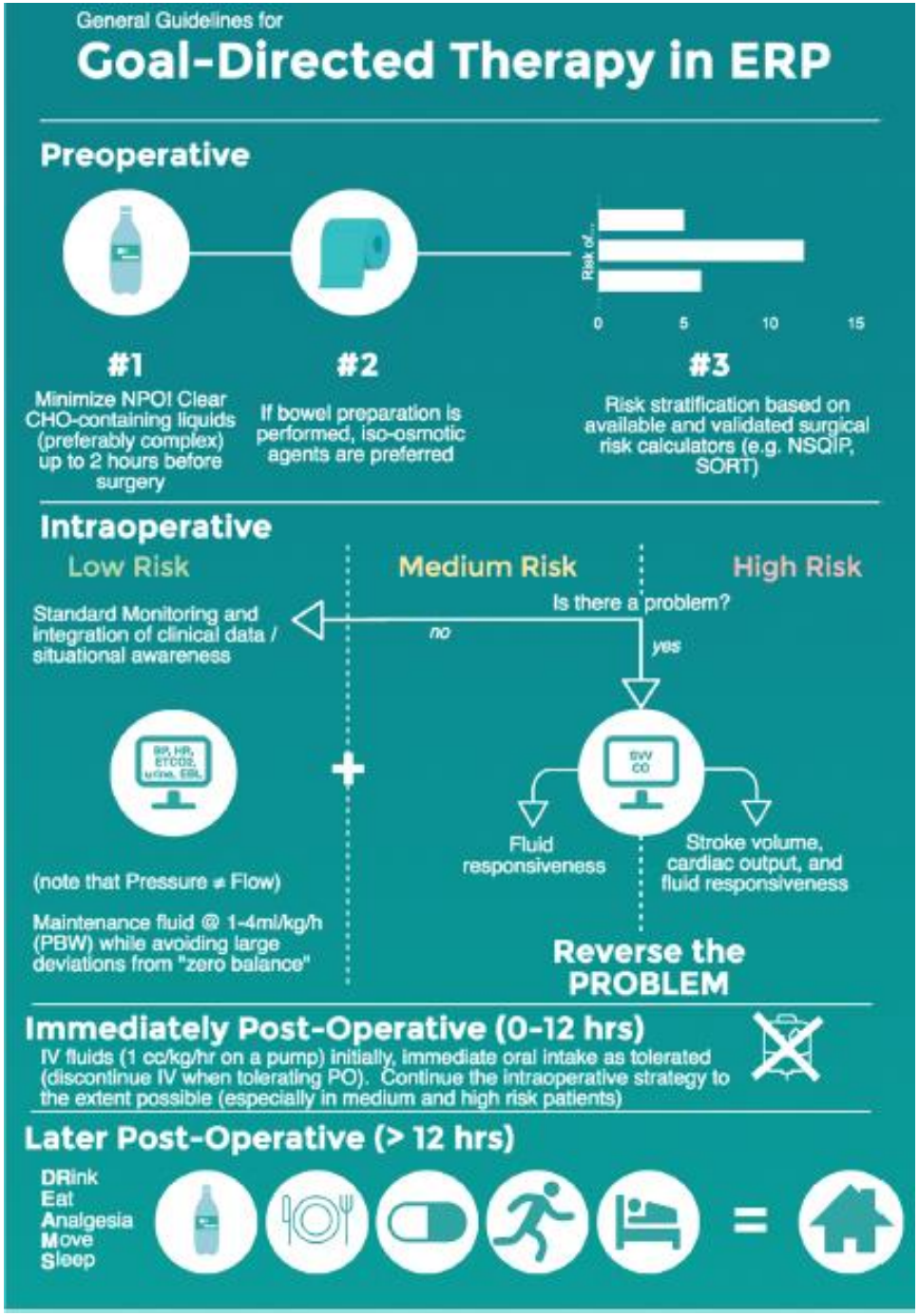
K. Slim[a,*], J. Joris[b], H. Beloeil[c], le Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE)[d]

- Balance bénéfices/risques en faveur des AINS
- Pendant 48 h
- Contre-indications: âge avancé, comorbidités sévères, difficulté chirurgicale, dénutrition

Monitoring hémodynamique: Mesure du volume éjecté



Bellamy et al. BJA 2006: 97; 755

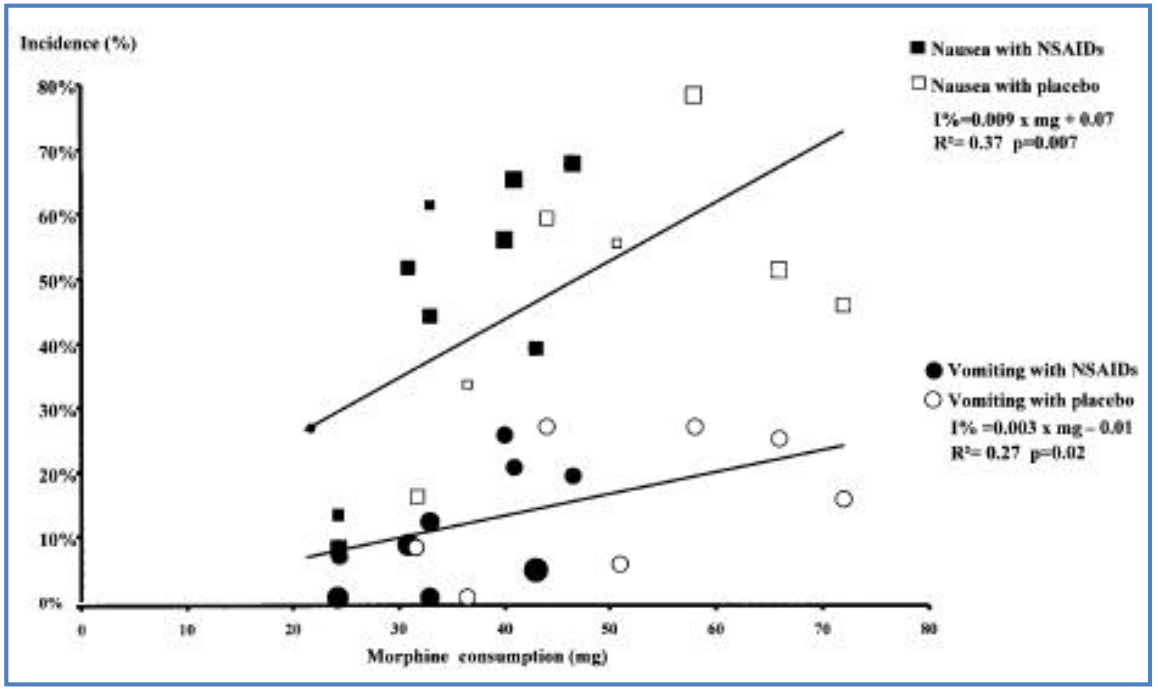


RECOMMANDATIONS

- Ban KA et *coll*., AA 2017
- Carmichael JC et *coll*., Dis Colon Rectum 2107
- Thiele RH et *coll*., Peri-operative Medicine 2017
- Markaryus R et *coll*., BJA 2018

Prévention des NVPO

- Dexaméthasone 0.1 mg/kg
  - Anti-émétique
  - Antiinflammatoire
  - Analgésique
  - Anti-fatigue
- Dropéridol
- Sétron (sn)
- Analgésie balancée (épargne morphinique)



Réalimentation précoce

Mobilisation précoce

Conclusions

- Prise en charge périopératoire anesthésique facilitent la compliance aux mesures postop.
  - Pas de prémédication mais INFORMATION répétée!
  - Charge glucidique préopératoire (± Oral Impact®)
  - Protocole d'anesthésie avec importance des techniques loco-régionales
  - Prévention de l'hypothermie peropératoire et remplissage vasculaire
  - Protocole d'analgésie postopératoire multimodale