

Protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie hépatique

Les éléments du protocole doivent être adaptés à chaque situation pratique, appliqués dans chaque centre après consensus au sein de l'équipe de soins en chirurgie réglée. La liste des éléments à mettre en œuvre n'est ni limitative ni figée. Le protocole ci-après est issu des recommandations internationales (Coolson MM, et al. HPB (Oxford) 2013;15:245-51) et des publications factuelles récentes (liste disponible sur le site www.grace-asso.fr ou sur demande à grace.asso@outlook.fr).

La collaboration étroite entre les différents intervenants dans les soins périopératoires (chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, kinésithérapeutes, nutritionnistes/diététiciens, médecins traitants) est essentielle pour la réussite du protocole.

Les éléments du protocoles peuvent varier ou être adaptés selon qu'il s'agit d'hépatectomies mineures (<3 segments réséqués) ou majeures.

Des critères de sortie de l'hôpital prédéfinis et validés par de nombreuses études doivent être appliqués (cf Tableau plus loin)

Par ailleurs, le protocole doit intégrer une organisation facilitant la réadmission ainsi qu'un numéro de téléphone d'urgence 24h/24 en cas de nécessité.

1. Patients éligibles

Critères d'éligibilité des patients

Sont éligibles pour ce protocole les patients :

- ayant une affection hépatique, jugée résécable et nécessitant hépatectomie réglée (en dehors du contexte de l'urgence)
- classés ASA 1-3
- informés sur les principes de la réhabilitation améliorée par le chirurgien et l'anesthésiste + document écrit (accessible sur le site www.grace-asso.fr).

- pouvant retourner à domicile après leur sortie de l'hôpital, disposant d'un téléphone et pouvant contacter leur médecin traitant ou le service en cas de nécessité ou transférés dans une maison de convalescence à leur demande.

Critères de non-éligibilité de manière systématique

- Patients classés ASA ≥ 4
- Patients ayant des affections associées sévères ou mal équilibrées (diabète, immunodépression, corticothérapie au long cours), contre-indications pouvant être temporaires si elles sont corrigées.
- Grossesse
- Impossibilité au patient de contacter son médecin ou le service hospitalier en cas de besoin

2. Le protocole

a. Période pré opératoire

- Informations au patient :

Le patient aura une information orale et écrite sur le déroulement de l'hospitalisation et les modalités du protocole de réhabilitation améliorée. Les patients sont informés des avantages de ce protocole mais aussi des risques de complications et du déroulement de la convalescence (annexe). Ils ont une éducation thérapeutique sur la manière de gérer leur convalescence après l'intervention et à leur retour à domicile.

- Sevrage de la consommation alcoolique et tabagique

Il est fortement conseillé selon les recommandations de Sociétés Savantes (idéalement 4 à 6 semaines avant l'intervention, en tous les cas au minimum une quinzaine de jours). Le recours à des consultations de tabacologie ou d'alcoologie sera organisé.

- Prise en charge nutritionnelle

Selon les recommandations en vigueur : Nutrition et/ou immunonutrition préopératoires (de préférence) orales en cas d'affection cancéreuse et/ou de déficit nutritionnel. Cette prise en charge nutritionnelle doit être adaptée à une éventuelle obstruction tumorale du duodénum. Elle doit

être poursuivie en postopératoire chez les patients dénutris ou si l'apport alimentaire couvre moins de 60% des besoins quotidiens. Il convient néanmoins de signaler le faible niveau de preuves sur la place de l'immunonutrition pré- et postopératoire dans le contexte de la réhabilitation améliorée.

- Prémédication :

Elle n'est pas systématique, seulement en cas d'anxiété importante, le type de prémédication devant être décidée par l'équipe.

- Jeûne préopératoire :

Un jeûne de 2 heures pour les liquides clairs (eau, thé, café, tisane ; sachant que les jus de fruit avec pulpe et le lait ne sont pas considérés comme des liquides clairs) et 6h pour les solides est suffisant avant l'induction de l'anesthésie générale.

- Apport de solutions (d'hydrates de carbone) sucrées orales:

La prise d'une solution glucidique la veille et deux heures avant l'intervention est recommandée chez les patients n'ayant pas de troubles de la vidange gastrique. La dose de charge en glucides préconisée est (selon les produits) d'environ 100g la veille et 50g 2H avant l'intervention.

- Préparation mécanique du côlon :

Une préparation mécanique du côlon n'est pas indiquée en cas de chirurgie hépatique.

- Thromboprophylaxie :

Le patient reçoit une thromboprophylaxie avec une héparine de bas poids moléculaire selon un protocole conforme aux recommandations de bonne pratique clinique en vigueur. La thromboprophylaxie pharmacologique est débutée généralement 6 à 12h après la fin de l'intervention

- Antibiothérapie :

Le patient reçoit une antibiothérapie débutée dans l'heure précédent le début de la chirurgie et, avec des réinjections peropératoires selon un protocole conforme aux recommandations de bonne pratique clinique.

- Corticoïdes :

Le patient devrait recevoir au moment de l'induction une corticothérapie à titre systématique : 8mg de dexaméthasone.

b. Période per opératoire

- Protocole anesthésique :

Les principes généraux en sont : l'épargne morphinique, le monitoring de la profondeur de l'anesthésie et du remplissage, la prévention des nausées et vomissements (NVPO) et de la douleur postopératoires

Hypnotiques : Les hypnotiques intraveineux sont employés pour l'induction de l'anesthésie. Pour l'entretien on utilisera soit du propofol en objectif de concentration, soit un gaz halogéné. Un monitoring de la profondeur de l'anesthésie est souhaitable.

Myorelaxation : Une curarisation n'est pas systématique et adaptée en fonction des données du monitoring. Une antagonisation sera effectuée en respectant les règles de bonnes pratiques.

Analgésie :

Morphiniques : L'utilisation du remifentanil en AIVOC est privilégiée.

Kétamine : un bolus à l'induction suivi d'une administration IVSE peropératoire est recommandée pour toute chirurgie de plus de 2 heures.

Anesthésiques locaux et analgésie loco-régionale :

L'analgésie péridurale thoracique (APD) n'est pas recommandée de façon systématique. Une analgésie à la lidocaïne peut être utilisée (bolus puis IVSE 1,5-2mg/kg/h) pendant l'intervention. Les cathéters multiperforés pariétaux sont aussi une alternative en l'absence d'analgésie péridurale.

En cas de laparoscopie : On peut aussi recourir au cathéter pariétal multiperforé au niveau de la mini-laparotomie. L'infiltration des orifices de trocars par de la ropivacaïne est systématique.

- Ventilation peropératoire :

Il est recommandé de ventiler avec un volume courant de 6 à 8 ml/kg de poids théorique.

- Compression pneumatique :

Cette mesure doit être systématique durant toute l'intervention chez les patients obèses (IMC>35) et lors d'une intervention prévue de plus de 4h.

- Voie d'abord chirurgicale :

La voie d'abord est laissée à la discrétion du chirurgien (laparotomie ou cœlioscopie). En cas d'antécédents de laparotomie la méthode de création du pneumopéritoine est laissée à la discrétion du chirurgien. La position des trocarts et le site d'extraction de la pièce opératoire sont laissés à la discrétion du chirurgien.

- Prévention de l'hypothermie peropératoire :

Les patients doivent bénéficier de manière systématique d'une prévention de l'hypothermie. Elle sera faite par voie cutanée et sera débutée le plus tôt possible. Le monitoring de la température est conseillé. L'objectif de température en fin d'intervention est 36,5°C et doit être au minimum de 36°C à l'arrivée en SSPI.

- Apport de fluides IV:

Il est recommandé de monitorer les apports en fluides et la réponse au remplissage par une méthode non invasive ou invasive (par doppler transoesophagien ou autres méthodes). Il n'y a pas d'arguments pour privilégier une technique par rapport à une autre. Il est recommandé d'éviter l'hypervolémie, source de saignement peropératoire et de complications postopératoires. En cas d'hépatectomie majeure (>2 segments), il est recommandé de maintenir une Pression Veineuse Centrale relativement basse (environ 5 cm H₂O) ;

Après l'intervention, les perfusions IV seront donc adaptées et arrêtées dès que l'apport oral le permet.

- Sonde gastrique :

La pose d'une sonde d'aspiration gastrique systématique n'est pas recommandée. Si toute fois elle est utilisée pendant l'intervention, son maintien en fin d'intervention n'est pas recommandé de manière systématique.

- Drainage abdominal :

Le drainage intrapéritonéal n'est pas recommandé de manière systématique. En cas de drainage, il est recommandé que sa durée ne dépasse pas 48h.

c. Période post opératoire

- Drainage vésical :

Un drainage vésical par sonde est recommandé si l'état du patient nécessite une surveillance de la diurèse, un cathéter sus-pubien est indiqué si la durée prévisible du drainage vésical dépasse 4 jours. En cas de drainage vésical, il devrait être retiré le plus rapidement possible en postopératoire

- Prévention des nausées et vomissement post opératoires (NVPO) :

Un protocole écrit de prévention de NVPO selon le score d'Apfel est recommandé pour un score supérieur à 2. La prévention des NVPO débute dès la période peropératoire. Cette prévention utilisera seul ou en association, en fonction du score d'Apfel : dexaméthasone injecté à l'induction anesthésique (8mg), dropéridol, ondansétron , propofol en AIVOC le cas échéant, proscrire le protoxyde d'azote.

L'emploi du droperidol et/ou ondansétron sera systématique en cas de nausées postopératoires.

- Prévention de l'iléus postopératoire :

Les stratégies de prévention de l'iléus post opératoire comportent la non utilisation des opiacés, le monitoring du remplissage peropératoire et l'arrêt des perfusions dès que le patient aura un apport oral suffisant. La prescription de magnésium n'est pas utile. Une réalimentation orale précoce est recommandée. En l'absence de réalimentation précoce, la mastication de chewing gum (3 fois par jours) est recommandée, jusqu'à la reprise de l'alimentation orale.

- Analgésie postopératoire :

La stratégie pour l'analgésie postopératoire dépend de la technique chirurgicale et/ou des contre-indications propres à chaque patient. L'analgésie doit être multimodale.

Les objectifs quelle que soit la technique employée sont : une épargne morphinique afin de faciliter la reprise du transit et de limiter la sédation, et une analgésie efficace permettant la

mobilisation du patient en procurant une analgésie efficace au mouvement (EN < 4 lors du passage de la position allongée à la position assise).

Antalgiques non morphiniques :

Ils seront débutés en fin d'intervention, par voie intraveineuse puis orale dès que possible :

Paracétamol, AINS pour une durée de 48 heures et néfopam en l'absence de CI.

Kétamine : peut être poursuivie en postopératoire pendant 24h.

Anesthésiques locaux :

En l'absence de donnée factuelle prouvant son innocuité, l'analgésie péridurale n'est pas recommandées. Aucune recommandation positive ou négative ne peut être faite concernant la place de la lidocaïne IV, son utilisation doit être discuté au sein de l'équipe médico-chirurgicale.

Le recours à un cathéter multiperforé d'irrigation pariétale est laissé à l'appréciation de l'équipe, le cas échéant, il est maintenu 48 à 72 heures.

Le TAP bloc en est une alternative efficace et peut être recommandé de première intention.

Morphiniques :

Les morphiniques de palier II (tramadol) ou la morphine sont prescrits en secours. Une titration de morphine peut être nécessaire en SSPI. Ensuite, la voie orale est privilégiée. En cas de nécessité de voie veineuse, la PCA sera privilégiée.

- Apport en oxygène et prévention des complications respiratoires:

Si nécessaire (oxymétrie), de l'oxygène sera administrée de façon à obtenir une SpO2 supérieure à 96% à l'aide de lunettes nasales.

Chez les patients ayant des affections respiratoires ou un syndrome des apnées du sommeil ou une obésité (IMC >35) : 1 à 2 séances de ventilation non invasive seront prescrites par jour à J1, J2 ± J3 en SSPI. Durée minimale de 2 fois 15 minutes

- Apport nutritionnel :

Une réalimentation orale précoce est recommandée. Le patient est encouragé à se réalimenter dès que possible, une alimentation normale devrait être obtenue dès le deuxième jour postopératoire.

Le recours théorique à une alimentation entérale doit avoir été discutées au cas par cas et dès la période pré-opératoire avec le patient.

Le recours à la nutrition parentérale ne doit pas être systématique, mais peut être proposé en cas de complication post-opératoire, en cas d'impossibilité de prise alimentaire par voie orale/entérale pour une durée minimum de 7 jours.

- Mobilisation précoce :

Le patient est pris en charge par une équipe paramédicale l'encourageant à se mobiliser et à devenir indépendant. Un protocole, amenant les patient à quitter le lit (fauteuil voire déambulation si possible) durant 30 minutes au minimum le jour de l'intervention et 3-6H les jours suivants, est recommandé.

Critères de sortie des patients (tous doivent être présents)

- ✓ douleur contrôlée par les analgésiques oraux
- ✓ alimentation solide
- ✓ 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
- ✓ patient acceptant la sortie
- ✓ réhospitalisation possible (sur le plan organisationnel) en cas de complication

Recueil de données relatif au suivi du protocole

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.