

Protocole de réhabilitation améliorée après œsophagectomie

Les éléments du protocole doivent être adaptés à chaque situation pratique, appliqués dans chaque centre après consensus au sein de l'équipe de soins, et 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 (Findlay JM et al. Ann Surg 2014;259:413-31.) et des publications factuelles récentes (liste disponible sur le site www.grace-asso.fr ou sur demande à contact@grace-asso.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.

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 œsogastrique, jugée résécable et nécessitant une œsogastrectomie réglée (en dehors du contexte de l'urgence).
- âgés de 16 à 75 ans
- 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 ou dans une unité de soins 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 (dénutrition sévère, cirrhose, diabète, immunodépression, corticothérapie au long cours, bronchopneumopathie obstructive évoluée, cardiopathie), contre-indications pouvant être temporaires si elles sont corrigées.

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. Il sera informé des avantages de ce protocole mais aussi des risques de complications et du déroulement de la convalescence (annexe). Il aura une éducation thérapeutique sur la manière de gérer son retour à domicile et sa convalescence après l'intervention.

- Préparation physique et éventuellement respiratoire

Il est recommandé de programmer une préhabilitation musculaire et respiratoire notamment en cas d'affection broncho-pulmonaire associé.

- 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 : immunonutrition préopératoires et/ou nutrition (de préférence orales ou entérales) en cas d'affection cancéreuse et/ou de déficit nutritionnel. Cette prise en charge nutritionnelle doit tenir compte d'une éventuelle obstruction œsophagienne (d'origine tumorale) et y être

adaptée. 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.

- Hygiène bucco-dentaire

Elle est recommandée de manière systématique afin de réduire les complications infectieuses.

- Prémédication :

Elle n'est pas recommandée. Dans les rares 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 ; les jus de fruit avec pulpe et le lait ne sont pas considérés comme des liquides clairs) et de 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.

Aussi bien les règles du jeûne préopératoire que celles de l'apport d'hydrates de carbone doivent tenir compte et être adaptés à d'éventuels troubles de la vidange œsophagienne secondaires à une obstruction tumorale.

- Préparation mécanique du côlon :

Une préparation mécanique du côlon n'est pas indiquée de manière systématique. Néanmoins, elle peut être indiquée en cas d'éventuelle coloplastie.

- 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 :

L'antibioprophylaxie est débutée dans l'heure précédent le début de la chirurgie puis est poursuivie avec des réinjections peropératoires selon un protocole conforme aux recommandations de bonne pratique clinique.

b. Période peropératoire

- Protocole anesthésique :

Les principes généraux en sont : l'épargne morphinique, le monitoring de la profondeur de l'anesthésie et la prévention des nausées et vomissements 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 sera systématique et adaptée aux données du monitoring. Une antagonisation sera effectuée en respectant les règles de bonnes pratiques.

Analgésie :

Morphiniques : Le sufentanil et le remifentanil en AIVOC sont autorisés.

Anesthésiques locaux et analgésie loco-régionale :

L'analgésie péridurale thoracique est fortement recommandée. Elle doit être réalisée au niveau de D4-D5.

En cas de contre-indication à la péridurale, une analgésie à la lidocaïne peut être utilisée (1,5-2mg/kg/h) pendant l'intervention. Les cathéters multiperforés pariétaux sont aussi une alternative en fin de procédure chirurgicale.

L'infiltration des orifices de trocars par de la ropivacaïne est systématique.

- Compression pneumatique :

Cette mesure doit être systématique durant toute l'intervention chez les patients obèses (IMC>35) ou lors d'une intervention prévue de plus de 4h (ce qui est, en l'occurrence, souvent le cas).

- Voie d'abord chirurgicale :

La voie d'abord est laissée à la discrétion du chirurgien : la voie hybride cœlioscopie + thoracotomie est recommandée ; mais en l'absence d'expertise une laparotomie + thoracotomie est indiquée. En cas d'antécédents de laparotomie, la méthode de création du pneumopéritoine est laissée à la discrétion du chirurgien. La position des trocars 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.

- Optimisation de la ventilation:

Il est recommandé de réaliser une ventilation protectrice avec volumes courants de 4 à 5 ml/kg poids théorique pendant le temps de ventilation uni-pulmonaire, avec application d'une PEEP \geq 5cm H₂O, et réaliser des Manœuvres de Recrutement Alvéolaire (MRA).

- Apport de fluides IV:

Apports de cristalloïdes à 3-6 ml/kg de poids idéal. Utilisation d'une gestion optimisée des fluides par suivi du (VES) débit cardiaque et épreuves de remplissage (doppler oesophagien pendant le temps abdominal, ou thermodilution trans-pulmonaire, d'apport également limité pendant la phase de thoracotomie). Recours facile aux amines d'autant qu'une analgésie péridurale est utilisée. Après l'intervention, les perfusions IV seront donc arrêtées dès que l'apport oral le permet, généralement à J1.

- Sonde gastrique :

La pose d'une sonde d'aspiration gastrique systématique est recommandée. En postopératoire, elle doit être néanmoins retirée dès que possible.

- Drainage abdominal :

Le drainage de la cavité pleuro-médiastinale est recommandé. Un seul peut être suffisant. En postopératoire l'ablation de ce drain doit être envisagée pour un débit quotidien \leq 200 ml. Le drainage intrapéritonéal de manière systématique n'est pas recommandé.

c. Période post opératoire

Elle se déroule initialement en unité de Soins Continus, jusqu'à reprise d'une alimentation orale bien tolérée.

- Contrôle glycémique :

Le contrôle glycémique per-opératoire et post-opératoire est recommandé et est basé sur les protocoles locaux. Les épisodes hyperglycémiques doivent être évités sans engendrer pour autant d'hypoglycémie.

- Drainage vésical :

Le drainage vésical est recommandé si la surveillance de la diurèse le nécessite ou en cas d'analgésie péridurale.

Un cathéter sus-pubien est indiqué si la durée prévisible du drainage vésical dépasse 4 jours ; dans le cas contraire ou chez la femme, un sondage transurétral est indiqué et doit être retiré dès que possible.

- 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 préopératoire. Cette prévention utilisera seul ou en association, en fonction du score d'Apfel : dexaméthasone injecté à l'induction anesthésique (8mg), dropéridol, ondansétron et propofol en AIVOC le cas échéant.

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 reposent sur l'épargne, autant que faire se peut, des opiacés, et l'arrêt des perfusions dès que le patient a un apport oral suffisant. La prescription de magnésium n'est pas utile. 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, et privilégiera l'utilisation de la voie péridurale.

Les objectifs, quelle que soit la technique employée, sont une épargne morphinique par voie générale afin de faciliter la reprise du transit et de limiter la sédation, tout en assurant une analgésie efficace, au repos et surtout permettant la mobilisation du patient (EVN < 4 lors du passage de la position allongée à la position assise).

Antalgiques non morphiniques :

Ils seront débutés en fin d'intervention : Paracétamol : (sauf contre-indication) par voie intraveineuse puis orale dès que possible. L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant 48H devra faire l'objet d'un consensus entre chirurgiens et anesthésistes. Les antalgiques de palier 2 (nefopam et tramadol) pourront être administrés par voie intraveineuse ou orale, en l'absence d'effets secondaires (nausées-vomissements tout particulièrement). La lidocaïne IV peut être utilisée pendant 48 heures à la dose de 1 à 1,5 mg/kg/h.

Anesthésiques locaux et analgésie loco-régionale :

Il est recommandé que l'analgésie péridurale soit poursuivie au moins pendant 48-72 heures, en mode PCEA et en associant un anesthésique local à un morphinique (Sufentanyl)

Si un cathéter multiperforé est placé dans la paroi, l'infusion continue de Ropivacaïne est maintenue pendant 48-72 heures.

L'efficacité de l'analgésie sera appréciée par mesure du score EVA toutes les 4 heures au minimum, en ciblant une EVA ≤ 3 .

- Apport en oxygène et prévention des complications respiratoires:

Si nécessaire, de l'oxygène sera administré de façon à obtenir une SpO2 supérieure à 96%.

Chez les patients ayant des affections respiratoires, un syndrome d'apnées du sommeil ou une obésité (IMC >35), 2 à 3 séances par jour de ventilation non invasive seront prescrites à J1, J2 \pm J3, d'une durée minimale de 15 minutes.

- Apport nutritionnel :

Une réalimentation orale précoce (J0-J1) n'est pas recommandée. Elle est envisagée dès l'ablation de la sonde gastrique, les patients doivent être informés de l'importance de cette réalimentation et, le cas échéant la nécessité de l'appréhender de manière progressive en commençant par une alimentation liquide de faible volume et en élargissant ensuite cette alimentation.

Le recours à une alimentation entérale, ainsi que les modalités (sonde nasojéjunale, sonde de jéjunostomie) est laissé à la discrétion de l'équipe médicale et doivent avoir été discutées au cas par cas dès la période pré-opératoire avec le patient.

Il est à noter que la poursuite d'une alimentation entérale par sonde de jéjunostomie est recommandée dans certains protocoles de traitement adjuvant (adénocarcinome).

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 dès que son état le permet. 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. L'hospitalisation en Unité de Soins Intensifs ne contre-indique pas cette mobilisation.

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.