



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/hpg/sommaire.md?type=text.html>

Montrouge, le 27/06/2015

Karem Slim

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :
La réhabilitation améliorée après chirurgie

paru dans

Hépatogastro, 22, Volume 5, Numéro 2015

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2015

Entretien avec l'expert

La réhabilitation améliorée après chirurgie

Enhanced recovery after surgery

Karem Slim

CHU Estaing,
service de chirurgie digestive & unité de chirurgie ambulatoire,
1 Place Lucie Aubrac,
63003 Clermont-Ferrand, France ;
Président de GRACE (Groupe de Réhabilitation Améliorée après
Chirurgie)

e-mail : <kslim@chu-clermontferrand.fr>

■ Pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste l'ERAS® ?

L'ERAS en chirurgie digestive est une marque déposée et un acronyme anglais qui veut dire « *Enhanced Recovery After Surgery* », c'est-à-dire la réhabilitation améliorée après chirurgie. Ce concept a été créé au Danemark par Henrik Kehlet dans la fin des années 90 et il a été développé par une société savante scandinave et ensuite européenne. Cette société savante s'appelle ERAS Society et a rédigé des protocoles développés pour la chirurgie colorectale et pour le reste de la chirurgie digestive. Ce concept est révolutionnaire car il regroupe tous les soins périopératoires (avant, pendant et après l'intervention) et fait appel à différents intervenants qu'ils soient médecins, infirmiers, kinésithérapeutes. Les médecins impliqués sont les chirurgiens, les anesthésistes et les nutritionnistes qui entourent le malade.

■ En chirurgie digestive, la réhabilitation améliorée est-elle applicable chez tous les malades ?

Ce concept, d'après toutes les données de la littérature, peut être appliqué à tous les malades qui sont opérés en chirurgie réglée, c'est-à-dire en dehors d'une situation d'urgence. Il n'est pas applicable, pour l'instant, pour les urgences digestives. Il existe quelques études préliminaires qui l'ont évalué mais elles ne permettent pas pour le moment de l'appliquer à grande échelle. Donc, la réponse à la question est très simple : le concept de réhabilitation

améliorée est applicable à tous les malades opérés hors urgence.

“ Le concept de réhabilitation améliorée est applicable à tous les malades opérés hors urgence ”

■ Quel bénéfice pouvons-nous attendre de la réhabilitation améliorée pour nos malades ? Existe-t-il des preuves de son efficacité ?

Les bénéfices attendus sont doubles :
Tout d'abord, au niveau des suites opératoires en termes de confort pour le malade et en termes de durée d'hospitalisation. Le malade reprend rapidement une activité, se mobilise plus vite, mange plus vite et a une meilleure qualité de vie. Cela aboutit automatiquement à une sortie plus précoce et donc le but de réhabilitation « précoce ou rapide » est atteint grâce à cette amélioration du confort postopératoire et non pas à une sortie anticipée quelle que soit la situation ou l'état du malade.

“ Le malade reprend rapidement une activité, se mobilise plus vite, mange plus vite et a une meilleure qualité de vie ”

Le deuxième bénéfice, qui est à mon sens le plus important, est la réduction de 50 % de la morbidité médicale postopératoire. Toutes les études le montrent.

Pour citer cet article : Slim K. La réhabilitation améliorée après chirurgie. *Hépatogastro* 2015 ; 22 : 411-413. doi : 10.1684/hpg.2015.1148

Nous avons au minimum six méta-analyses sur le sujet ainsi que des études de cohortes américaines et européennes. La dernière étude européenne de cohorte a inclus plus de 2 300 malades et a montré très clairement la réduction de 50 % de la morbidité médicale postopératoire c'est-à-dire les morbidités cardiaque, broncho-pulmonaire, thromboembolique et urinaire. La morbidité chirurgicale est modérément diminuée, notamment en termes d'abcès de paroi mais pas de manière significative.

“ **La morbidité médicale postopératoire est réduite de 50 % !** ”

Donc deux axes d'efficacité :

- la meilleure qualité de vie et le meilleur confort postopératoire avec comme corollaire la réduction de la durée de séjour ;
- la diminution de la morbidité postopératoire médicale.

■ **La réhabilitation améliorée est-elle développée dans le monde ? Dans quels pays est-elle plus utilisée ?**

La réhabilitation améliorée est très utilisée dans les pays scandinaves qui sont très en avance puisque c'est là où est né le concept (Danemark, Suède, Norvège et Finlande), au Royaume Uni où le ministère de la NHS a fait tout un programme de développement au niveau des hôpitaux universitaires, aux Pays-Bas où il y a une trentaine d'hôpitaux qui participent à ce programme, en Suisse notamment au niveau des deux grands hôpitaux universitaires : Lausanne et Genève. Elle commence à être développée aux États-Unis et est très développée au Canada, notamment à Montréal. Elle est moins développée dans les pays du sud de l'Europe, c'est-à-dire l'Italie, la France et l'Espagne.

■ **Parmi les différentes mesures qui composent le concept de la réhabilitation améliorée, il y a la prise d'une boisson sucrée deux heures avant l'intervention chirurgicale. Pouvez-vous nous expliquer l'intérêt de cette mesure ? Est-elle efficace et si oui, sur quels paramètres ?**

Le repas qui est donné jusqu'à 6 heures avant l'intervention et l'eau sucrée deux heures avant est une manière de

lutter contre le dogme du malade qui doit rester à jeun depuis la veille. Les recommandations des sociétés savantes sont très claires : la Société Française d'Anesthésie-Réanimation et toutes les sociétés internationales sont pour l'absence de jeûne pour les solides au-delà des 6 heures avant l'intervention et des liquides clairs, c'est-à-dire l'eau – le thé – la tisane – pas les jus avec pulpe car ils sont considérés comme des solides, au-delà des deux heures. Cela est pour les règles actuelles du jeûne qui sont validées par les sociétés savantes.

Maintenant, que vient faire ici l'eau sucrée ? L'eau sucrée a été dans un premier temps développée en chirurgie cardiaque et ensuite en chirurgie digestive et on a remarqué que le fait de donner une charge glucidique la veille et deux heures avant l'intervention, réduisait l'insulino-résistance et donc améliorait l'équilibre de la glycémie en per et surtout en postopératoire. Cette approche-là permet de réduire les complications infectieuses postopératoires du fait d'une meilleure insulino-sensibilité. Une méta-analyse, qui date de 2 ans, a montré que rien que cette mesure-là réduisait la durée de séjour d'un jour, sans parler du confort du malade qui n'est pas en hypoglycémie avant l'intervention, qui n'a pas cette sensation de soif qui est désagréable, qui n'est pas stressé car l'amélioration de l'insulino-sensibilité est une manière de lutter contre le stress et le catabolisme.

“ **L'eau sucrée deux heures avant l'intervention les complications infectieuses postopératoires du fait d'une meilleure insulino-sensibilité** ”

■ **En postopératoire quand et comment réalimenter le malade en fonction du type de chirurgie ?**

On va séparer cette chirurgie en deux parties : la chirurgie sous mésocolique et la chirurgie sus-mésocolique :

– chirurgie sous-mésocolique : il s'agit de la chirurgie colorectale et même celle de l'intestin grêle. Pour ce type de chirurgie, il est clairement démontré que donner à boire au malade le jour de l'intervention, c'est-à-dire après l'intervention, et lui donner à manger dès le lendemain, pas obligatoirement de manière progressive (on peut lui présenter un plateau et il mange ce qu'il veut, selon ses besoins, selon sa satiété...) est possible. Donc, les malades peuvent manger de manière très précoce après chirurgie colorectale et chirurgie de l'intestin grêle sans augmentation de la morbidité, et je dirais même que la

morbidity est réduite grâce à la réalimentation précoce en chirurgie sous-mésocolique.

“ **La morbidité est réduite grâce à la réalimentation précoce en chirurgie sous-mésocolique** ”

– chirurgie sus-mésocolique : là on a moins de données dans la littérature pour permettre au malade de manger rapidement. Ce que l'on sait c'est que même après gastrectomie totale ou après duodéno-pancréatectomie céphalique, on peut faire manger les malades dès J1 mais de manière plus progressive que pour les malades en chirurgie sous-mésocolique. Il en est de même pour la chirurgie œsophagienne aussi de manière plus progressive.

“ **Même après gastrectomie totale ou après duodéno-pancréatectomie céphalique, on peut faire manger les malades dès J1 mais de manière progressive** ”

Mais, pour ces deux types de chirurgie, cette manière de réalimenter précocement le malade ne peut pas aller de soi, de manière isolée. C'est-à-dire que cette approche-là n'est valable et peu dangereuse que si elle rentre dans le cadre plus global de la réhabilitation améliorée avec une lutte contre les nausées et les vomissements, avec un traitement efficace de la douleur, et avec une déambulation précoce.

Donc, dans le cadre de la réhabilitation améliorée, pour la chirurgie sus-mésocolique, on peut faire manger les malades précocement des J1, de manière progressive avec des données dans la littérature certes moins robustes que pour la chirurgie colorectale mais les données que nous avons-nous permettent de l'envisager dans ce contexte.

■ **En pratique, comment faire pour mettre en place la réhabilitation améliorée dans un service de chirurgie digestive ? Existe-t-il des freins à son développement ?**

Les freins peuvent être de deux types :

– un premier frein, que j'appellerai, le frein psychologique : ce sont les notions de dogmes, d'habitudes et de mimétisme un peu comme on le faisait avant. Cela est un

1^{er} frein contre lequel il faut lutter par des discussions sur le terrain en essayant de convaincre les praticiens sur l'intérêt de cette approche ;

– un second frein d'ordre économique : on peut dire que le coût pour développer cette approche selon le concept développé par les scandinaves, il faut du personnel dédié : il faut une infirmière dédiée à ce protocole. Donc les responsables du service de soins peuvent dire qu'ils n'ont pas les moyens d'engager une infirmière supplémentaire pour ce protocole. En réalité, ce protocole lorsqu'il est appliqué permet à chaque hôpital de gagner de l'argent du fait d'une réduction de la durée de séjour, d'une diminution des complications postopératoires. Une étude réalisée aux Hospices Civils de Lyon a clairement démontré que, sur cinq services de différentes spécialités, si l'on appliquait ce protocole, le gain serait de 200 000 € par an. Ce gain peut donc permettre d'engager du personnel infirmier pour coordonner le protocole.

Ce protocole lorsqu'il est appliqué permet à chaque hôpital de gagner de l'argent du fait d'une réduction de la durée de séjour, d'une diminution des complications postopératoires

Au niveau du personnel paramédical, on peut rétorquer que cela augmente le travail, l'analgésique péridural, etc. Beaucoup d'études ont montré que ce n'était pas vrai, les malades étant acteurs de leur santé, ils sont préparés avant l'intervention à gérer le postopératoire, à gérer la douleur, à gérer les nausées et les vomissements, à se mobiliser, etc. c'est le travail que les infirmiers faisaient avant. Donc les infirmiers ne font plus ce type de travail et ils peuvent communiquer avec le malade mieux et autrement. Il n'y a pas d'augmentation de la charge de travail du personnel infirmier dans ce concept-là.

Ensuite, comment faire pour implémenter ce protocole. C'est un peu le rôle du groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE : <http://www.grace-asso.fr>). Ce groupe développe le concept, essaie de le diffuser et de l'implémenter un peu partout en France grâce à l'individualisation et la labélisation de centres de référence. Ces centres de référence (pouvant être publics ou privés) seront formés pour appliquer ce protocole au niveau local et serviront de relai pour diffuser la bonne parole autour d'eux au niveau régional. C'est comme cela que l'on peut développer cette approche-là par un maillage du territoire grâce à ces centres de référence et ils ne seront pas uniquement des centres de référence en chirurgie digestive mais ce protocole est aussi applicable à d'autres spécialités chirurgicales non digestives.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare les liens d'intérêts suivants : Action éducationnelle : conférence aux représentants commerciaux de Nestlé en février 2014. ■