

# La Récupération Rapide Après Chirurgie Vers la chirurgie ambulatoire pour tous ?

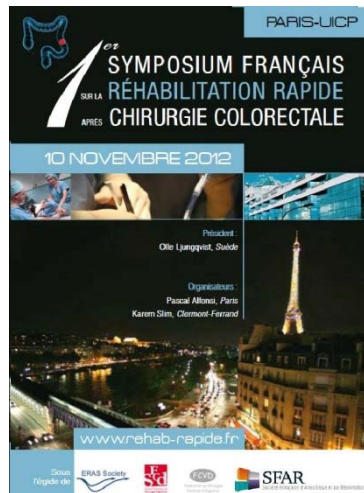


Introduite dans les années 90 en chirurgie cardiaque (1) et théorisée par H Kehlet en chirurgie colique (2), la Récupération Rapide Après Chirurgie est devenue le standard de soin *des chirurgies programmées* dans de nombreux systèmes de santé en Europe (Europe du nord, Grande Bretagne, Espagne), au Canada en Australie et Nouvelle Zélande et plus récemment aux Etats-Unis.



Pr H. Kehlet MD, PhD – *Professeur de physiopathologie et de thérapeutique chirurgicale, Danemark.*

Cette approche multidisciplinaire du soin chirurgical se donne pour objectif d'accélérer la réhabilitation fonctionnelle et psychique des patients suite à leur intervention (1 à 2 nuits pour une arthroplastie de hanche ou de genou, 2 à 3 nuits pour une héli colectomie simple, cholécystectomie en ambulatoire). Pour cela elle questionne les pratiques conventionnelles et conjugue une série d'interventions multimodales, fondées sur les preuves scientifiques (Evidence based medicine, Cochrane library, études randomisées contrôlées, études de cohortes prospectives) (6,7). Réunies au sein de protocoles RRAC plutôt qu'implantées isolément, ces mesures simples ont démontré un bien plus grand impact sur les suites opératoires.



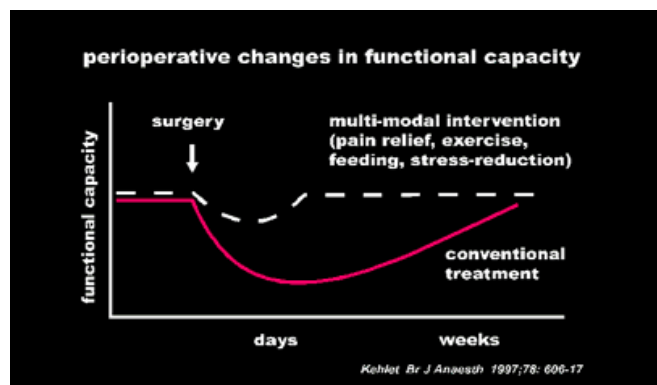
En s'appuyant sur des essais cliniques contrôlés, les programmes RRAC ont fait la preuve d'une réduction remarquable de la convalescence et de la durée d'hospitalisation, d'une réduction significative des complications post opératoires (3), et de la mortalité en chirurgie orthopédique (4).

Ces programmes sont plébiscités par les patients en premier lieu pour l'amélioration du service médical perçu(5). Ils répondent ainsi à la double exigence de sécurité et de qualité des soins.

Le groupe des praticiens de l'établissement *Capio St Vincent* ont été pionniers en France dans l'implantation du processus RRAC en chirurgie digestive. Il poursuit cet engagement et déploie les principes de la Récupération Rapide dans les autres disciplines chirurgicales et interventionnelles.

## Les principes de la RRAC

Les principes de la RRAC reposent sur une démarche transversale suivant le parcours clinique du patient, depuis sa consultation préopératoire jusqu'à sa récupération fonctionnelle à domicile. Elle vise à réduire le stress métabolique opératoire et le temps de convalescence, permettant ainsi un retour précoce à domicile suivant les *mêmes* critères cliniques de sortie qu'une prise en charge classique. A terme elle peut aboutir, pour un acte et un profil de patient donnés, à une prise en charge ambulatoire (cholécystectomie, colectomie segmentaire, hernie discale, arthroplasties de hanche ou de genou, ligaments croisés du genou)



La démarche est à la fois clinique et organisationnelle, construite au sein d'une équipe pluridisciplinaire, animée par un référent RRAC, sous l'impulsion permanente de praticiens leaders

associés à la direction d'établissement et de ses relais. A Chaque étape la prise en charge est analysée et optimisée.

Deux questions animent en permanence la réflexion de l'équipe pluridisciplinaire dans sa recherche d'amélioration des pratiques :

- *Quels motifs justifient le maintien de l'hospitalisation et pour quel bénéfice pour le patient ?*
- *Quels sont les facteurs qui limitent les performances et la reprise d'une activité habituelle autonome.*

## Les étapes clés du processus

Un cahier des charges regroupe les différentes phases clés du processus sur la base des expériences et des recommandations publiées par les équipes les plus avancées (Pr H. Kehlet, groupe ERAS, sociétés savantes françaises et internationales, institutionnels HAS). Il a pour vocation d'accompagner les équipes pluridisciplinaires, de structurer et faciliter le déploiement de la RRAC. Il évolue en prenant en compte les retours d'expériences des équipes, et les données actualisées de la littérature,

En pratique ces étapes clés s'organisent autour de 7 grands thèmes :

- *L'éducation des patients à leur parcours de soins,*
- *l'analgésie multimodale avec épargne morphinique,*
- *la démedicalisation précoce du soin (retrait ou absence de perfusion, drains, sonde urinaire),*
- *la mobilisation et la nutrition précoces,*
- *l'organisation du suivi à domicile,*
- *le suivi de l'application du protocole, des complications et réadmissions.*

	OBJECTIFS DE COURSE RRAC	1- PFS 2- PFI	1- Coopération 2- Réaction du réseau	1- Pratiques radicales 2- RTUP	1- Prévalence 2- RRAC 3- Santé
Pré (J-10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implication des équipes médicales (chirurgiens, anesthésistes)</li> <li>Équipe pluridisciplinaire (Dietitien, Surveillance, IC, infirmiers, kiné, nutritionnels, administratifs)</li> <li>Utilisation des protocoles (chemin clinique – anesthésie)</li> <li>Patient + famille informés (consentement écrit) sur son chemin clinique RRAC + objectifs clés en préop.</li> </ul>				
Pré (J-7)					
Pré (J-5)					
Pré (J-3)					
Pré (J-1)					
Post (J+1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Changer le schéma de perfusion (dosage) si RRAC (J+1, J+2)</li> <li>Analgesique par voie orale (CO = paracétamol + AINS si absence C.I.)</li> <li>Changer les opiacés (trajectoire) dans le gestion de la douleur</li> <li>Évaluation de la douleur (échelle visuelle)</li> <li>Mobilisation planifiée (précoce) J0 + objectif patient</li> <li>Check liste sortie (critères de sortie à domicile validés)</li> <li>Informations écrites à la sortie (patient pour VO, IC, HVE, etc)</li> </ul>				
Post (J+3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer la satisfaction patient (appel du lendemain)</li> <li>Activités Indicateurs de réadmission et de complications.</li> </ul>				

**Le cahier des charges  
De la RRAC**

Les équipes partagent et s'enrichissent des expériences conduites en France et en Europe. Les processus ne sont donc pas figés ni dogmatisés mais au contraire évoluent avec les pratiques. In fine la RRAC vise l'acquisition de l'autonomie du patient le jour même de l'intervention, ce qui suppose un

contrôle rigoureux de la douleur post opératoire sans effet secondaire, autorisant ainsi la mobilisation et la renutrition dans les heures qui suivent l'acte opératoire.

## Quelles implications pour la médecine de ville ?

Les programmes RRAC exigent une participation de tous les intervenants médicaux et administratifs et s'appuient sur une information partagée en temps réel.

Point important : ces programmes ne transfèrent pas la charge de travail hospitalière vers la médecine de ville.

En effet Les patients regagnent leur domicile précocement car ils ont obtenus leurs critères cliniques de sortie plus rapidement. De quels critères s'agit-il : l'autonomie, la mobilisation active, la reprise d'une alimentation, l'absence de douleurs ou un EVA < 3. Ils ne nécessitent pas de suivi plus intense que pour des processus plus longs, bien au contraire l'éducation préopératoire, les simplifications des soins, la standardisation et la systématisation du processus ont sécurisé le parcours clinique, et ont diminué en quelque sorte les effets secondaires de la chirurgie.

Deux points sont en revanche incontournables

- la connaissance du parcours clinique est partagée:
  - o le médecin traitant garde la maîtrise de la prescription du soin chirurgical. Il en connaît les étapes clés et participe à l'éducation du patient
  - o la cohérence des pratiques est assurée : l'information préopératoire donnée au patient est identique à celle du service hospitalier
- l'information est poussée vers le médecin traitant en temps réel à la sortie du patient (compte rendu opératoire et ordonnance de sortie).
  - o La prescription antalgique est connue, elle peut être évaluée, voir corrigée.
  - o Les réponses fournies au patient sont conformes à ce qui a été réalisé. La relation de proximité et de confiance entre le médecin de traitant et son patient est préservée.

## Conclusion

La mission de l'hôpital privé et public de court séjour est de produire un service à haute valeur ajoutée pour le patient, garant de la qualité, de la sécurité des soins, et in fine de l'équilibre médico économique de notre système hospitalier. Ce paradigme se construit par la combinaison efficiente, du soin et de l'organisation, rendant incontournable la coopération étroite entre les praticiens de ville et hospitaliers, les équipes soignantes et les équipes administratives animées par les directeurs d'établissements. Les programmes de récupération rapide parce qu'ils engagent les équipes à élaborer une prise en charge efficiente centrée sur les patients, apportent une réponse concrète et collective à ce paradigme.

## Bibliographie

(1)Higgins TL: Pro: Early extubation is preferable to late extubation in patients undergoing coronary artery surgery. J Cardiothorac Vasc Anesth 1992

(2)Kehlet H (1997) Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth

(3)Varadhan KK, Neal KR, Dejong CH, Fearon KC, Ljungqvist O, Lobo DN (2010) The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Nutr

(4)Terence Savaridas, Ignacio Serrano-Pedraza, Sameer K Khan, Kate Martin, Ajay Malviya, and Mike R Reed  
Reduced medium-term mortality following primary total hip and knee arthroplasty with an enhanced recovery program  
A study of 4,500 consecutive procedures  
Acta Orthopaedica 2013

(5)Kristian Larsen, Henrik Kehlet  
Patient-reported outcome after fast-track hip arthroplasty: a prospective cohort study  
Health Qual Life Outcomes. 2010

(6)Carli F, Kehlet H  
Neal JM (2011) Evidence basis for regional anesthesia in multidisciplinary fast-track surgical care pathways. Reg Anesth Pain Med