

PROTOCOLE IPC

PROTOCOLE IPC REHABILITATION AMELIOREE APRES HYSTERECTOMIE ET/OU CURAGE PELVIEN ET/OU CURAGE LOMBO-AORTIQUE

ACTUALISATION DU 17/08/2016

Les éléments de ce protocole sont adaptés à partir du protocole générique GRACE, des recommandations internationales ainsi que de publications factuelles récentes.

Ce protocole définit nos pratiques professionnelles à l'IPC et a été discuté et validé par l'ensemble des acteurs du parcours de soins.

I. Période pré opératoire

1. Informations au patient

Donner une information complète sur le circuit de la prise en charge et les spécificités de réhabilitation améliorée le plus en amont possible de la date d'intervention au moment des consultations préopératoires.

Un ensemble de document sera remis dans une pochette spécifique.

2. Optimisation médicale

2.1 - Réaliser une évaluation détaillée des comorbidités lors de la consultation d'anesthésie et effectuer des bilans spécialisés complémentaires si nécessaire.

2.2 - Obtenir l'arrêt du tabac si possible 4 semaines avant l'intervention et l'arrêt complet de toute consommation d'alcool également 3 à 4 semaines avant la chirurgie.

2.3 – Dépister et traiter les anémies avant l'intervention chirurgicale (ferriprives, post chimiothérapie, ...).

2.4 - Réaliser un score de fragilité (Score G8) pour les patients âgés de plus de 70 ans. Réaliser une consultation gériatrique si le Score G8 < 14.

3. Préhabilitation

3.1 – Dépister les patients dénutris qui nécessitent des compléments alimentaires en préopératoire.

3.2 - Proposer un traitement par ORAL IMPACT à partir de J-7, pour les patients ayant bénéficié d'un traitement néo-adjuvant par radiothérapie et/ou chimiothérapie.

3.3 - Réaliser une préparation physique respiratoire par inspirométrie incitative chez des patients porteurs de BPCO.

3.4 – Proposer un soutien psychologique par une consultation spécialisée pour les patients anxio-dépressifs.

4. Prémédication

4.1 - Ne pas prescrire de prémédication par médicament anxiolytique de longue ou courte durée d'action dans les heures qui précèdent la chirurgie.

4.2 - Maintenir la prise de benzodiazépines la veille au soir pour les patients ayant une consommation chronique de façon à éviter un syndrome de sevrage.

4.3 - Prescrire un anxiolytique de courte durée d'action la veille et/ou le matin de l'intervention en cas de crise d'anxiété.

5. Jeûne préopératoire

5.1 - Les recommandations actuelles visent à diminuer la durée du jeûne préopératoire.

Autoriser les patients à prendre une alimentation solide jusqu'à 6 heures avant l'intervention et à continuer d'absorber des liquides clairs jusqu'à 2 h avant l'intervention. Par liquides clairs, on entend l'eau, le thé, le

café, les tisanes et les solutions riches en glucose (le lait et le jus de fruit avec pulpe sont considérés comme des aliments solides).

5.2 - Appliquer les mêmes critères de jeune préopératoire pour les patients obèses, porteurs d'un reflux gastro-œsophagien asymptomatique, diabète type 2 ou bien les femmes enceintes.

5.3 - Respecter un jeune liquide de 6 heures en cas de trouble de la vidange gastrique.

6. Apport de solutions riches en glucides

6.1 - Encourager les patients à absorber une solution glucidique iso-osmolaire contenant 50 g de glucides (2 flacons de 200 ml) la veille au soir et 50 g de glucides (2 flacons de 200 ml) le matin jusqu'à 2 h avant l'intervention chirurgicale.

6.2 – Ne pas donner cette solution glucidique chez les patients diabétiques insulinodépendants et chez ceux susceptibles de présenter des troubles de la vidange gastrique.

7. Préparation mécanique du côlon

7.1 – Ne pas réaliser de préparation mécanique du côlon.

7.2 - Réaliser un lavement par NORMACOL la veille au soir et le matin de l'intervention.

8. Thromboprophylaxie

8.1 - Prescrire, à la consultation d'anesthésie, des bas de contention adaptés à la taille de la jambe des patients en respectant les contre-indications en cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs sévères.

8.2 - Chez les patients obèses (IMC > 35) prescrire des bas de contention sur mesure et prévoir une compression pneumatique intermittente en peropératoire.

II. Période peropératoire

1. Check-list HAS

Il est indispensable de réaliser l'ensemble des 3 temps de la check-list.

2. Antibiothérapie

Administrer l'antibiothérapie selon les recommandations de la SFAR en respectant le choix de la molécule et le délai injection/incision.

3. Protocole anesthésique

Le protocole anesthésique prend en compte les principes :

- d'utilisation préférentielle des molécules à courte durée d'action
- d'épargne morphinique per opératoire
- de prévention des nausées et vomissements postopératoires
- d'anticipation du traitement analgésique postopératoire avant le réveil.

3.1 - Les hypnotiques intraveineux sont employés pour l'induction de l'anesthésie. Pour l'entretien, on utilisera des molécules de courtes durées d'action soit du PROPOFOL en AIVOC soit un gaz halogéné (DESFLURANE). Un monitoring de la profondeur d'anesthésie est souhaitable pour guider l'administration de ces médicaments. La KETAMINE à doses anti-hyperalgiques sera utilisée en peropératoire.

3.2 - L'utilisation des curares est systématique pendant la durée de l'acte chirurgical et devra être adaptée selon les données du monitoring. A la fin de l'intervention, une antagonisation sera réalisée en respectant les règles de bonnes pratiques.

3.3 - Les Morphiniques de courte durée d'action seront privilégiées : REMIFENTANYL en AIVOC ou SUFENTANIL.

3.4 - L'analgésie péridurale thoracique n'est pas indiquée en cas de laparoscopie. Pour les laparotomies, elle n'est plus recommandée de façon systématique, en raison d'alternatives efficaces et des effets secondaires rendant l'application du protocole RAC plus complexe.

3.5 - Quelle que soit la voie d'abord chirurgicale, des alternatives reconnues à la PDT existent. Elles associent la LIDOCAINE intraveineuse peropératoire à une technique d'ALR :

- la rachianalgésie morphinique,
- les blocs de la paroi abdominale : TAP Boc, Bloc des grands droits ou cathéter multi perforé cicatriciel dans le plan pré-péritonéal. Dans ces cas, il convient d'interrompre la LIDOCAINE IV en fin d'intervention pour éviter tout surdosage en anesthésiques locaux.

4. Ventilation artificielle peropératoire

Appliquer les principes de la ventilation artificielle protectrice :

- limiter le volume du courant inférieur ou égal à 8 ml/kg,
- appliquer une PEEP entre 6 et 8 cm H₂O
- réaliser des manœuvres de recrutement après l'induction et avant le réveil et après tout débranchement du respirateur.

5. Voie d'abord chirurgicale

5.1 - La voie d'abord coelioscopique est recommandée en 1^{ère} intention.

5.2 - Limiter strictement la pression abdominale inférieure à 14 mm/Hg et chaque fois que possible de rechercher la PIA la plus basse possible, inférieure à 7-8 mm/Hg.

6. Prévention de l'hypothermie peropératoire

6.1 - Une prévention est systématiquement mise en place avec réchauffement par air pulsé.

6.2 - Utiliser un monitoring peropératoire de la température avec un objectif > à 36°5 en fin d'intervention.

7. Apport de liquides IV peropératoire

7.1 - Réaliser une gestion optimisée des perfusions peropératoires de façon à éviter un excès ou un déficit de remplissage et à viser une balance hydrique nulle en fin d'intervention.

7.2 – Respecter le protocole validé qui définit la quantité d'hydratation de base et les modalités de remplissage vasculaire éventuellement nécessaires.

7.3 - Utiliser un monitoring du débit cardiaque par Doppler Œsophagien chez les patients à risque cardiaque élevé.

8. Prévention des nausées et vomissements postopératoires (NVPO)

8.1 - Réaliser une prévention systématique des NVPO dès la période peropératoire.

8.2 – Administrer une dose unique de corticoïdes (DEXAMETHASONE 8 mg) au moment de l'induction de l'anesthésie en l'absence de contre-indication.

8.3 - Utiliser systématiquement deux antiémétiques préventifs dans le cadre du protocole RAC et au moins 3 pour les patients à haut risque.

9. Drainage abdominal

9.1 – Ne pas réaliser de drainage abdominal systématique.

9.2 - Si un drainage est nécessaire, le retirer au plus tard le J2 postopératoire.

III. Période postopératoire

1. Sonde gastrique

1.1 - Mise en place de la sonde gastrique en début d'intervention.

1.2 - Il est recommandé de la retirer au plus vite dès le passage en salle de réveil sauf contre-indication chirurgicale.

2. Drainage vésical

2.1 - Après hystérectomie avec ou sans curage ganglionnaire, retirer le drainage vésical à J0/J1, en l'absence de contre-indication chirurgicale.

2.2 - Dans le cas particulier des hystérectomies élargies aux paramètres, la décision de retirer le sondage sera prise après mesure du résidu post-mictionnel à J1.

3. Traitement des nausées et vomissements post opératoires

3.1 – Suivre le protocole de traitement curatif des NVPO en SSPI et dans les unités de soins. Ce traitement sera essentiellement réalisé par SETRON et poursuivi pendant au moins 24 heures.

3.2 - En cas de vomissements, il convient d'envisager : l'arrêt de l'alimentation et/ou de l'apport liquidien per os et/ou la pose d'une sonde nasogastrique et/ou la reprise d'apports hydriques intraveineux.

4. Prévention et traitement de l'iléus postopératoire

4.1 - Utiliser l'ensemble des stratégies de prévention de l'iléus postopératoire :

- Une épargne morphinique per et post opératoire,
- Une gestion optimisée de l'apport liquidien intraveineux per et post opératoire, en réalisant un arrêt des perfusions dès que possible.
- Administration de LACTULOSE dès J1 jusqu'à la reprise du transit.
- La mastication de chewing-gum est recommandée pendant les premiers jours post opératoires

4.2 - En cas de vomissements répétés, la repose d'une sonde nasogastrique doit être envisagée ainsi que la reprise des traitements antalgiques par voie IV.

5. Analgésie postopératoire

5.1 - Prescrire une technique d'analgésie multimodale privilégiant les antalgiques non morphiniques : PARACETAMOL et AINS. La voie orale sera privilégiée dès le J0.

5.2 - Les AINS seront administrés, en l'absence de contre-indication, pour une durée courte qui ne doit pas excéder 3 à 5 jours.

5.3 – Les opiacés de niveau II seront associés aux antalgiques non morphiniques pendant les premiers jours post opératoires.

5.4 – Les morphiniques de niveau III ne seront utilisés qu'en deuxième intention uniquement, et par voie orale de préférence. L'administration par PCA IV sera réservée aux patients qui ont présenté une douleur sévère en SSPI avec nécessité de titration morphinique > 10 mg.

5.5 - En cas d'utilisation d'APD, celle-ci sera retirée après de 48/72 heures d'utilisation.

5.6 - En cas d'utilisation d'un cathéter cicatriciel multi-perforé pré-péritonéal, celui-ci sera retiré après 48/72 heures d'utilisation.

6. Prévention des complications respiratoires

Mettre en place un travail en inspirométrie incitative sur les patients BPCO.

7. Apport liquide IV postopératoire

7.1 - Il doit être limité en privilégiant la voie orale dès le J0.

7.2 - Ne pas réaliser d'apport liquidien IV post opératoire systématique et réaliser une obturation du cathéter dès la salle de réveil.

7.3 - Lorsqu'il est nécessaire, un apport liquidien de complément pendant les premiers jours ne doit pas excéder 1 l/24h et doit être si possible interrompu entre J1 et J2.

7.4 - En cas de vomissements nécessitant la mise en place d'une sonde nasogastrique, il est nécessaire de reprendre un apport liquidien intraveineux.

8. Réalimentation précoce

8.1 - Débuter précocément, dès J0, une reprise alimentaire liquide et si possible solide. Le patient doit être assis au fauteuil lors de ses repas.

8.2 - En cas de vomissements, l'alimentation doit être interrompue.

8.3 – Ne pas réaliser de nutrition artificielle de façon systématique (entérale / parentérale) sauf en cas de dénutrition préopératoire avérée.

8.4 - Poursuivre l'alimentation artificielle lorsqu'elle était déjà en place en préopératoire.

9. Mobilisation précoce

9.1 - Réaliser une mobilisation dès le J0 à l'arrivée dans l'unité de soins et protocoliser la durée du lever à partir du J1.

9.2 - Ce protocole intégrera la nécessité de se lever au fauteuil et déambuler au moins 3 à 6 heures chaque jour dès le J1.

10. Thromboprophylaxie

10.1 - En chirurgie cancérologique, la durée de l'administration d'HBPM en l'absence de contre-indication à dose prophylactique est recommandée pendant 4 à 5 semaines ainsi que le port de bas de contention qui doit être permanent 24h/24 pendant le séjour et à la sortie et ce même après la reprise d'une mobilisation.

10.2 - Débuter le traitement par HEPARINE 6 à 12 heures après l'intervention chirurgicale.

11. Bilan biologique postopératoire

Réaliser un bilan au J1 formule numération, ionogramme et créatinine.

12. Critères de sortie

- Douleur contrôlée par les analgésiques oraux ($EVA \leq 3$),
- Alimentation solide bien tolérée,
- 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 $< 38^\circ$, hyperleucocytose < 10000 GB/ml, CRP < 120 mg/l,
- Patient acceptant la sortie.