

# PROTOCOLE DE REHABILITATION AMELIOREE

## I. Période préopératoire :

### L'informations au patient :

Le patient reçoit une information verbale sur le déroulement de l'hospitalisation et sur les modalités du protocole de réhabilitation améliorée. Le patient est aussi informé d'une part sur les avantages du FT, d'autre part sur les risques des complications et sur le déroulement de la convalescence ainsi que sa sensibilisation pour l'arrêt des habitudes toxiques (au moins 15 jour avant l'intervention).

### La Préparation colique mécanique :

Aucune préparation colique n'est réalisée pour les interventions portant sur le colon, cependant un régime sans résidus et une préparation colique sont effectués avant les interventions sur le rectum.

### Le jeûne préopératoire :

Un jeûne de 2 à 3 heures pour les liquides et de 6 heures pour les solides sont préconisés. Le patient reçoit environ 400 ml de solution claire (tisane, thé ou café) sucrée (50g de sucre au total) 2 à 3 heures avant l'intervention.

### La prémédication anxiolytique :

Aucune prémédication anxiolytique à titre systématique ou analgésique, n'est prescrite au patient.

### La Thromboprophylaxie systématique :

Une thromboprophylaxie en fonction des facteurs de risque et conforme aux recommandations de bonnes pratiques, est commencée à J0 le soir de l'intervention.

### L'antibioprophylaxie systématique :

Le patient reçoit une antibioprophylaxie, associant un imidazolé (metronidazole 1g en IV) et un aminoside (ex : Gentamicine 4mg/kg en IV) 30 minutes avant l'incision, renouvelable après 4h de temps et maintenue pendant 48h en absence de contre-indications.

### L'immunonutrition :

En l'absence dans notre pays de l'ORAL-impact, considéré comme le produit de référence pour une immunonutrition, nous le substituons par une association de plusieurs produits, afin de se rapprocher le plus possible de sa composition. Il est ainsi proposé au patient une administration orale de :

- Cetornan : Oxoglurate d'ornithine, 1 sachet de 5 gr (2x/jour) ;

- Sargenore : Arginine aspartate , 1 amp de 1 gr (2x/jour) ;
- Taurine :Dérivés d'un acide aminé soufré, la cystéine , 1 cp (2x/jour) ;
- Omega 3:Acides gras polyinsaturés , Omega 3 , 1 cp (2x/jour) ;
- Multivitamines : B1, B6, B12, C ;
- Magnésium.

Cette médication est prescrite pendant 7 jours en préopératoire, en cas de résection pour cancer colorectal, elle est maintenue pendant 10 à 15 jours après la procédure chirurgicale.

## II. Période peropératoire :

Le protocole anesthésique :

Le protocole anesthésique, évite l'utilisation des opiacés à longue durée d'action. Les hypnotiques intraveineux, type Propofol ou d'halogénés (Sevoflurane) sont utilisés.

Le Propofol est en revanche utilisé systématiquement pour un score d'Apfel supérieur ou égal à 3, il convient de préconiser (le Fentanyl) compte tenu de ses propriétés pharmacocinétiques. Il n'y a pas lieu de préconiser l'emploi d'agents bloquants neuromusculaires comme les curares en systématique.

Exemple de protocole anesthésique :

- Induction : Propofol et Rémifentanyl. Si nécessité curarisation
- Entretien : fluotane et fentanyl si nécessaire (analgésie périmédullaire).
- Pas ou peu de protoxyde d'azote.

Les voies d'abord chirurgicales :

- La laparoscopie est préférée à la laparotomie
- Pour les laparotomie : La longueur des incisions est limitée au strict nécessaire pour un bon abord. Les incisions transversales ou obliques sont préférées aux incisions médianes.

Le sondage gastrique systématique:

L'aspiration nasogastrique per et postopératoire systématique est évitée au maximum. Si elle ne peut être évitée, elle doit être retirée en fin de procédure et avant le réveil du patient.

La prévention systématique de l'hypothermie :

Une couverture chauffante a air pulsé, est mise aux patients systématiquement tout le long de la procédure opératoire.

La limitation des remplissages peropératoires :

Proscrire les apports excessifs de soluté avec optimisation de la volémie et prescrire des apports liquidiens modérés en peropératoire à raison de : 6 ml à 8 ml/Kg/h de cristalloïdes et 500 ml de macromolécules si hypotension artérielle en l'absence de contre-indication ou de pertes sanguines importantes.

Les boissons par voie entérale débutent 6 heures après l'intervention dans le but d'assurer un apport d'au moins 800 ml per os le jour de l'intervention. Les perfusions IV sont donc arrêtées dès que l'apport oral le permet

Les drogues vasoactives comme l'Ephedrine sont indiquées en cas de chute de la tension artérielle.

Le drainage abdominal :

Le drainage systématique de la cavité abdominale n'est pas recommandé dans la chirurgie colique, cependant, il garde encore un intérêt dans la chirurgie du rectum.

Le drainage vésical :

Le drainage urinaire est recommandé par une sonde urétrale pour une courte durée (24h en moyenne) dans la chirurgie colique, ce pendant il peut être maintenu en place plus longtemps s'il y a des facteurs de risque (Peridurale, adénome de prostate, chirurgie du moyen et du bas rectum).

### III. Période postopératoire :

La prévention des nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) :

Les antiémétiques sont prescrits de manière sélective dans le but de réduire les NVPO et permettre la réalimentation précoce. La prévention des NVPO, est débutée dès la période peropératoire en fonction du score d'Apfel, elle est utilisée seule ou en association de :

- 1- Dexaméthasone (20 mg IV en injection unique) ;
- 2- Ondansétron : Setrem (8 mg 2 fois par jour) ;

**NB : Le Métoprolol ne doit plus être prescrit.**

La prévention de l'iléus postopératoire :

La prévention de l'iléus post-opératoire comporte : l'abolition des opiacés morphiniques, l'optimisation du remplissage peropératoire et l'encouragement du patient à mâcher du chewing-gum sans sucre plusieurs fois dans la journée, en plus de la prescription de magnésium.

La lutte contre la douleur par une analgésie postopératoire multimodale non morphinique :

L'analgésie postopératoire, s'intègre dans le cadre d'une prise en charge multimodale, avec utilisation d'une analgésie multiple avec évaluation de la douleur sur l'échelle EVA.

En parallèle de l'analgésie péridurale thoracique, l'emploi systématique de Paracétamol à la posologie de 1g toutes les 4 heures (par voie intraveineuse puis par voie orale dès que possible).

L'analgésie péridurale est maintenue 24 à 48 heures, associant un mélange Naropene 2 mg/ml et Sufentanyl 0,25 mg/ml.

Après arrêt de l'analgésie péridurale, une analgésie associant du Paracétamol 1g/6 h) et un anti-inflammatoire non stéroïdien 50 mg/6 heures) en l'absence de contre-indication.

En cas de non disponibilité de la péridurale :

- Lidocaïne per-opératoire : Bolus de 1,5 mg/kg à l'induction de lidocaïne (Xylocaïne) puis 2 mg/kg/h au PSE en peropératoire. En postopératoire, perfusion continue à la seringue électrique à raison de 1,33 mg/kg/h pendant 6h.
- Mise en place peropératoire de dispositif à diffusion continue d'anesthésique local : Diffusion continue d'anesthésique par cathéter multi perforé mis en place en peropératoire par le chirurgien dans la cicatrice de laparotomie.

L'efficacité de l'analgésie, est appréciée par mesure du score de la douleur sur l'échelle visuelle analogique « EVA » (cible EVA  $\leq 3$ )

Réalimentation orale précoce :

Dès la 6<sup>ème</sup> heure après l'intervention, un support nutritionnel et hydrique par voie orale, est instauré aux patients en dehors de vomissements.

- J0 : dès la 6<sup>ème</sup> h postopératoire eau 400 ml + bouillon + à la demande.
- J1 : eau (min 1000 ml/J) + alimentation légère.
- J2 : eau (min 1000 ml/J) + alimentation normale.
- J3 : eau (minimum 1000 ml/J) + alimentation normale
- J4 : eau (minimum 1000 ml/J) + alimentation normale
- J5 : eau (minimum 1000 ml/J) + alimentation normale

Le levé et mobilisation précoce :

Le patient est pris en charge par une équipe paramédicale l'encourageant à se mobiliser et à devenir autonome.

Un protocole, menant le patient à quitter le lit (fauteuil voire déambulation si possible) durant 2 heures le jour de l'intervention et 6 heures les jours suivants, est recommandé

- J0 : 1h au fauteuil (selon la pression artérielle) dès 6h en postopératoire.
- Le premier lever est effectué à J1 avec au moins 5 pas en dehors de la chambre.
- J 1-2-3-4 : Fauteuil (minimum 2 h matin et après-midi) et déambulation ou marche (50 m matin et après-midi)