

**Fast tracking en ambulatoire,
réhabilitation précoce après
chirurgie, ce que l'on fait dans mon
hôpital et allons-nous vers de
nouveaux risques?**

Pr Dan BENHAMOU

Département d'Anesthésie-Réanimation

Groupe Hospitalier et Faculté de Médecine Paris
Sud

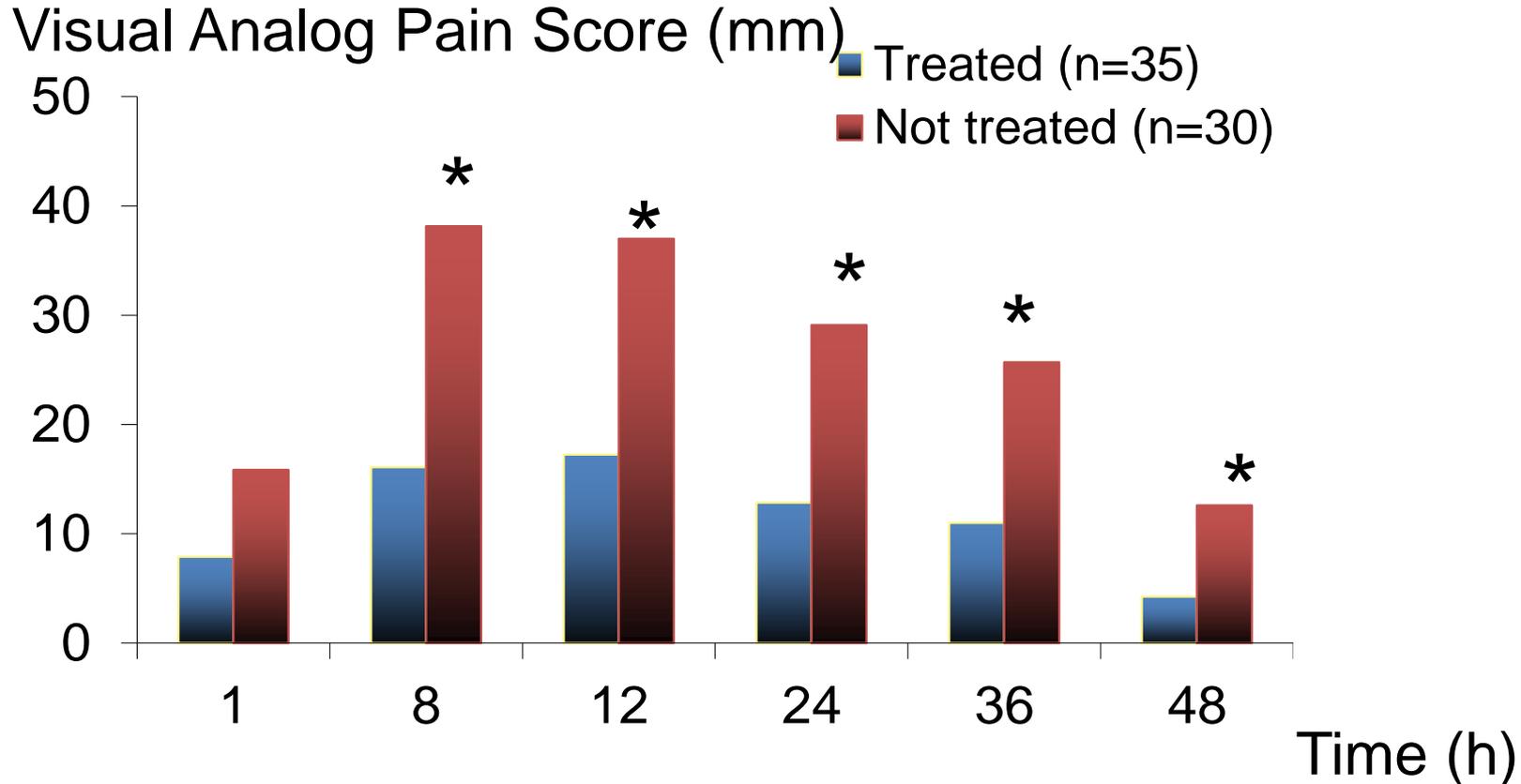
Email: dan.benhamou@bct.aphp.fr

Gynécologie ambulatoire

- Grande expérience
- Service précurseur à Clamart dès avant 1980
- Forain versus UCA
- Infiltration intrapéritonéale
- Raccourcissement de la durée de séjour ambulatoire

Intraperitoneal local anaesthetic for shoulder pain after day-case laparoscopy

Narchi P et al, Lancet 1991, 338: 1569

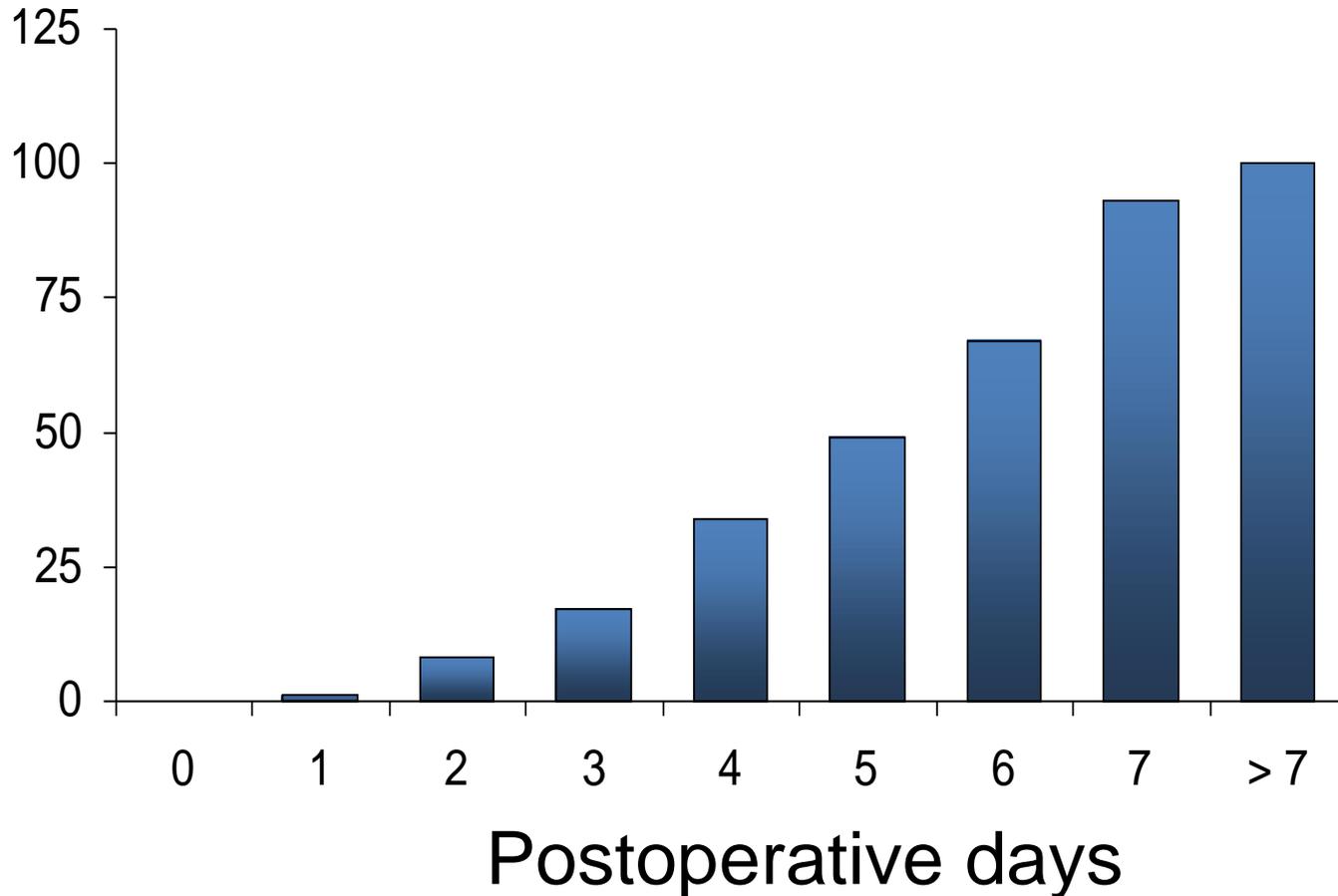


Treated : 80 ml 0.5% lido / 0.125% bupi with adrenaline

The prevalence and impact of pain after day-care tubal ligation surgery

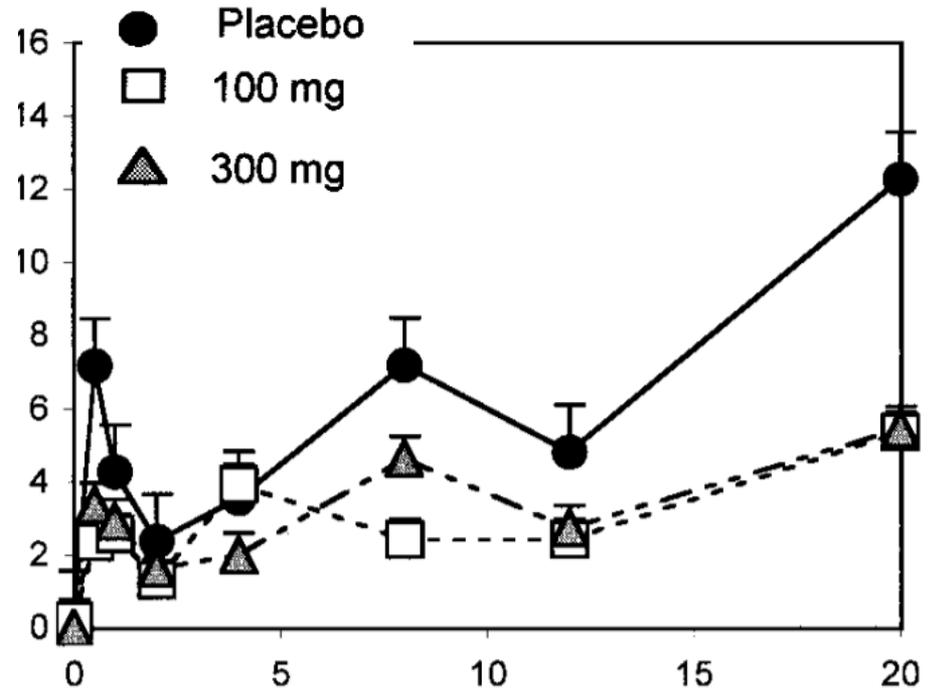
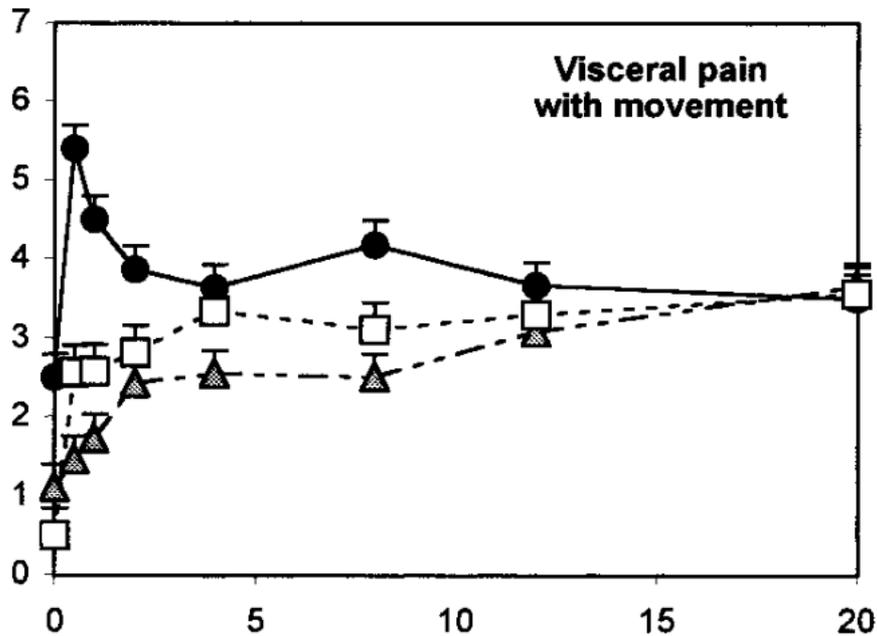
Fraser et al, Pain 1989,189

Cumulative return to normal activity (%)



The clinical efficacy and pharmacokinetics of IP ropivacaine for laparoscopic cholecystectomy

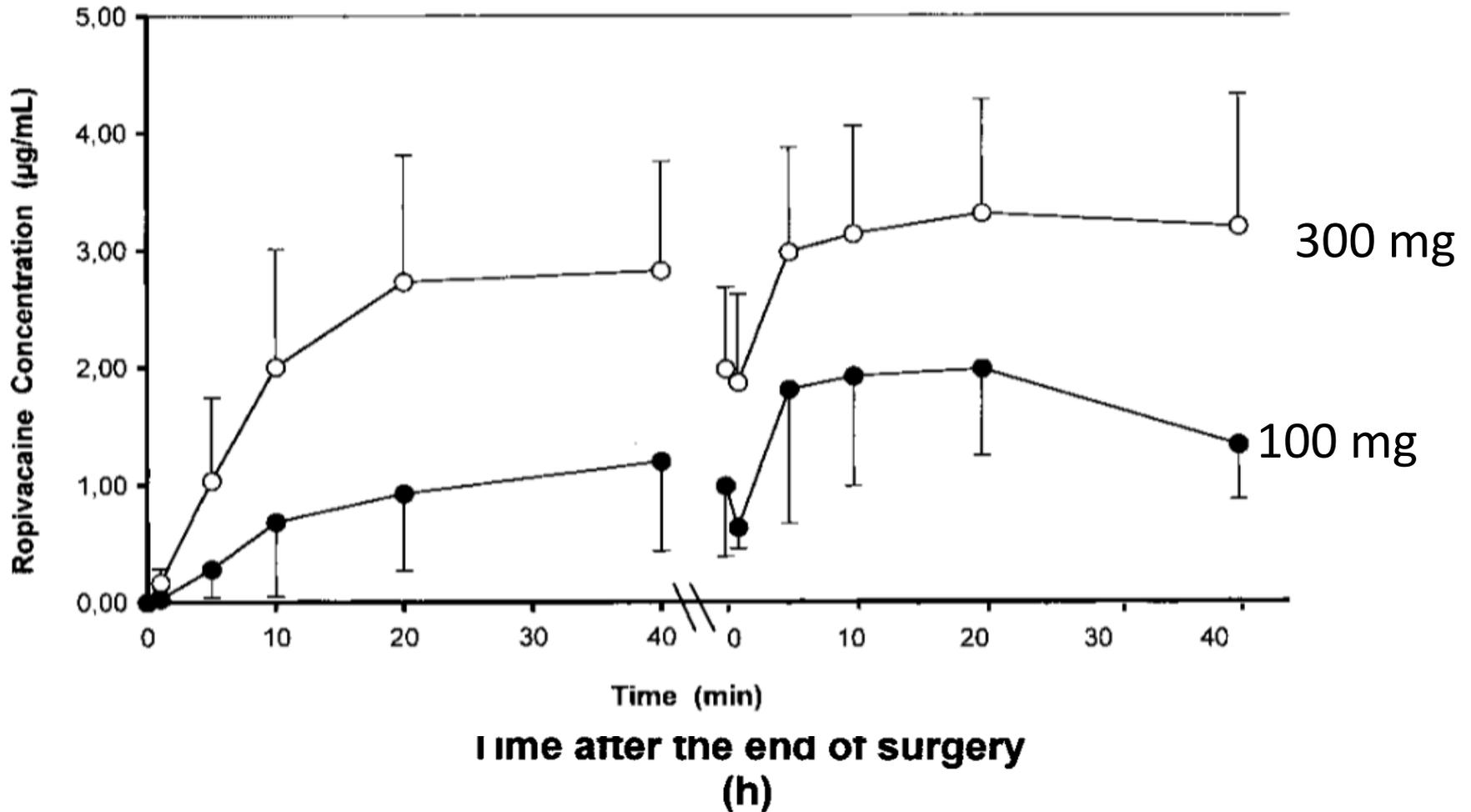
Labaille T et al, Anesth Analg 2002;94:100-5



**Time after the end of surgery
(h)**

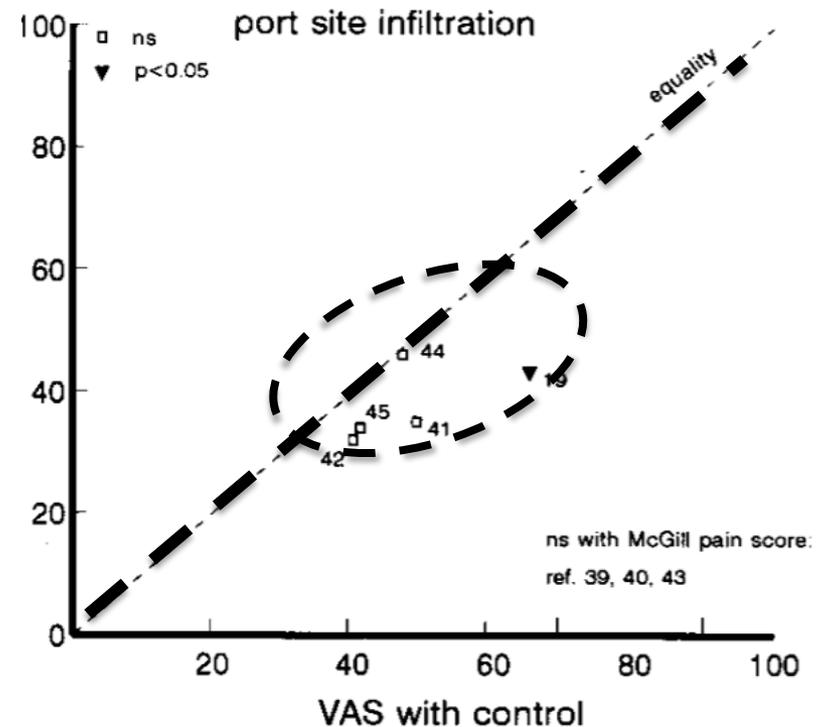
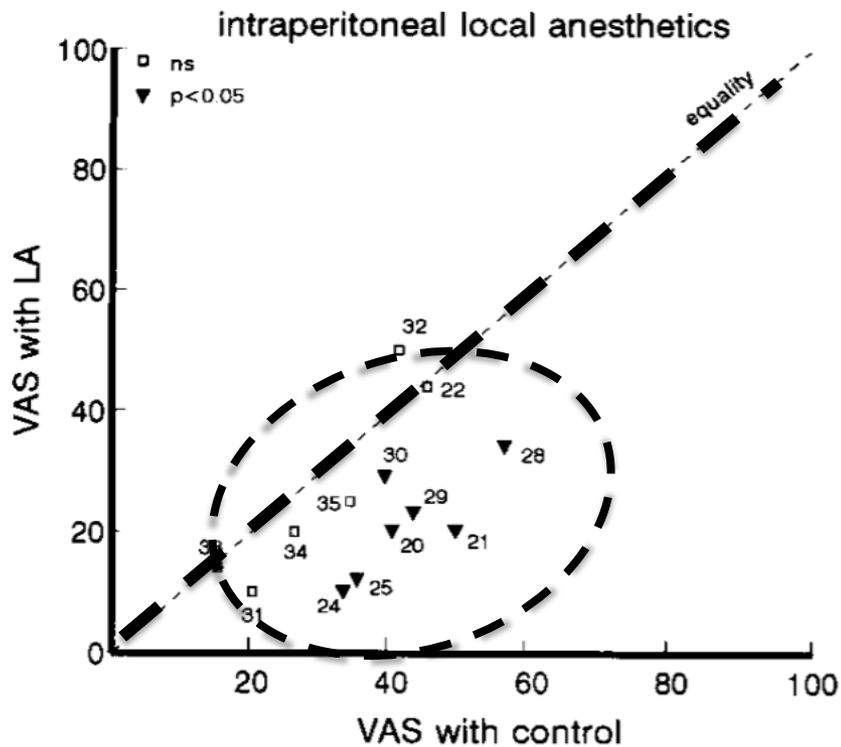
The clinical efficacy and pharmacokinetics of IP ropivacaine for laparoscopic cholecystectomy

Labaille T et al, Anesth Analg 2002;94:100-5



Local anesthetic infiltration for postoperative pain relief after laparoscopy: a systematic review of intraperitoneal, port-site infiltration and mesosalpinx block

Moiniche S et al, anesth analg 2000



Intraperitoneal local anaesthetic instillation versus no intraperitoneal local anaesthetic instillation for laparoscopic cholecystectomy

Gurusmay KS et al, Cochrane Database Syst Rev 2014

- 48 études randomisées étudiant l'infiltration intrapéritonéale d'anesthésique local dans la cholécystectomie ambulatoire
- Pas de risque clinique rapporté
- Pas d'évidence en faveur d'une injection pré-emptive
- Réduction moyenne du score douloureux (EVA) de – 1 cm jusqu'à 24 heures

Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section

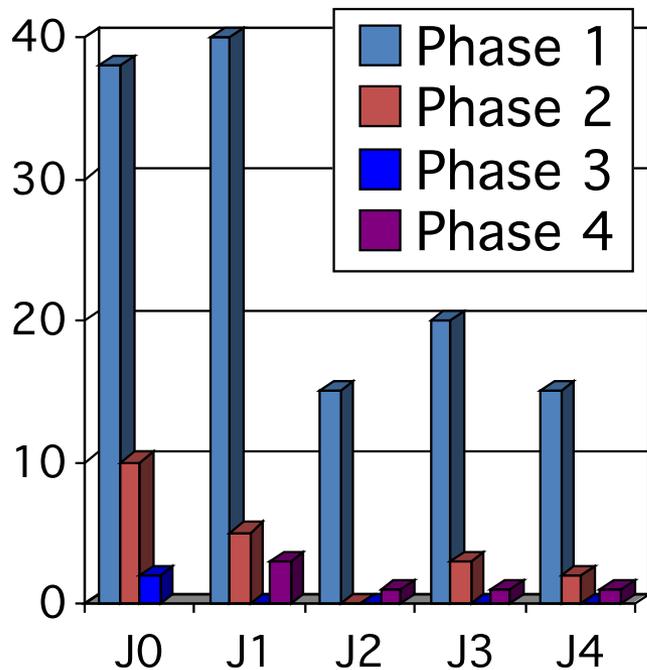
Mangesi, L et al. Cochrane Database Syst Rev 2002

- 6 essais contrôlés randomisés
- Reprise précoce des boissons/aliments est associée à:
 - une réduction du délai de prise du 1^{er} repas (-7,2 heures)
 - une réduction du délai à la reprise des bruits hydro-aériques (-4,3 heures)
 - une réduction de la durée d'hospitalisation (-0,8 jours)
 - une tendance non significative à la réduction de la distension abdominale (RR 0,78)
 - Aucune différence concernant les nausées, les vomissements, le délai avant la reprise des gaz/selles, la survenue d'un iléus paralytique ou la consommation d'antalgiques.

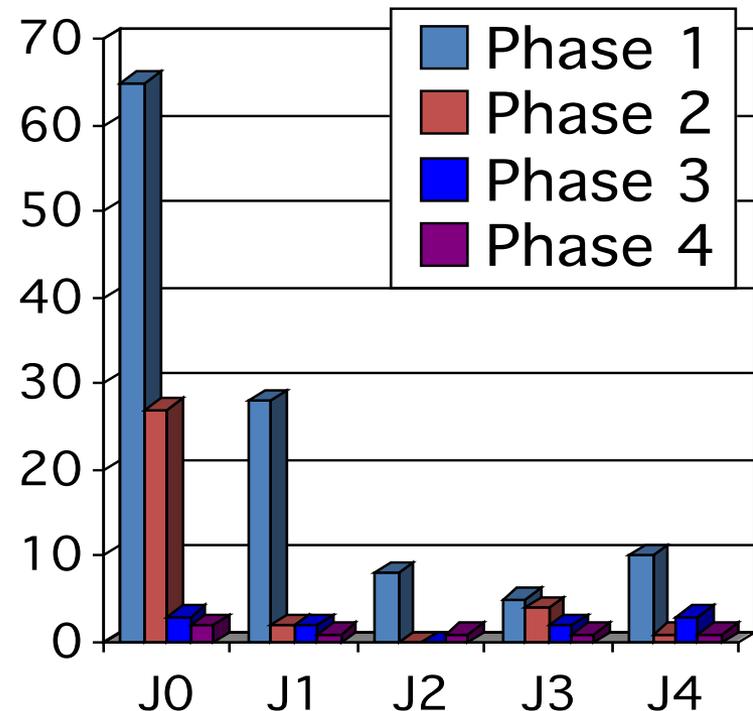
Audit of an early feeding program after Cesarean delivery: patient wellbeing is increased

Benhamou D et al, Can J Anesth 2002;49:814-9

Faim importante/extrême
(% des patientes)



Soif importante/extrême
(% des patientes)



différences significatives $p < 0,001$

Composants validés de la réhabilitation précoce après chirurgie digestive

Item	Contenu	Responsable	Grade
	Information avant admission et conseils	Chirurgien	-
	Preparation colique seulement si chirurgie rectale	Infirmières	A
	Jeune liquides 2 heures et solution de carbohydrates dès la veille au soir	Infirmières	A
	Pas de prémédication avec des produits pouvant entraver les fonction supérieures	Anesthésiste	A
	Prophylaxie thrombo-embolique	Anesthésiste	A
	Antibioprophylaxie	Anesthésiste	A

Composants validés de la réhabilitation précoce après chirurgie digestive

Item	Responsable	Grade
Protocole anesthésique standard avec péridurale thoracique	Anesthésiste	A
Prévention NVPO	Anesthésiste	-
Chirurgie laparoscopique	Chirurgien	A
Incision chirurgicale minimale	Chirurgien	-
Sonde nasogastrique à éviter	Chirurgien	A
Prévention hypothermie	Anesthésiste	A
Management adéquat du remplissage	Anesthésiste	A
Pas de drainage de la cavité péritonéale	Chirurgien	A

Accelerated perioperative care and rehabilitation intervention for hip and knee replacement is effective

Larsen K et al, Acta Orthop 2008;79:149-59

Variable	Accéléré	Conventionnel
Durée de séjour (jours)	4,9 •PTH: 7,3 •PTG: 8,5	7,8 * •PTH: 4,4 •PTG: 4
Gain en Qualité de vie à 3 mois	0,26 •PTH: 0,27 •PTG: 0,26	0,42 * •PTH: 0,44 •PTG: 0,42

Enhanced postoperative recovery pathways in emergency surgery: a randomized trial

Gonenc M et al, Am J Surg 2013

Ulcère perforé	Standard (n =26)	RRAC (n = 21)
Durée de séjour (J)	6,9	3,8
Complications pulmonaires (n)	8	4
Ileus (n)	5	2
Complications chirurgicales (n)	4	3
Délai 1 ^{ère} alimentaion (J)	4,8	1,6

Risques actuels

- Manque d'adhésion
- Se fier uniquement à la durée de séjour
- Sortie sans suivi: importance du lien hôpital - ville
- Surcharge infirmière

Risque futur: réadmission ?

Article types

Clinical Trial

Review

Customize ...

Text availability

Abstract

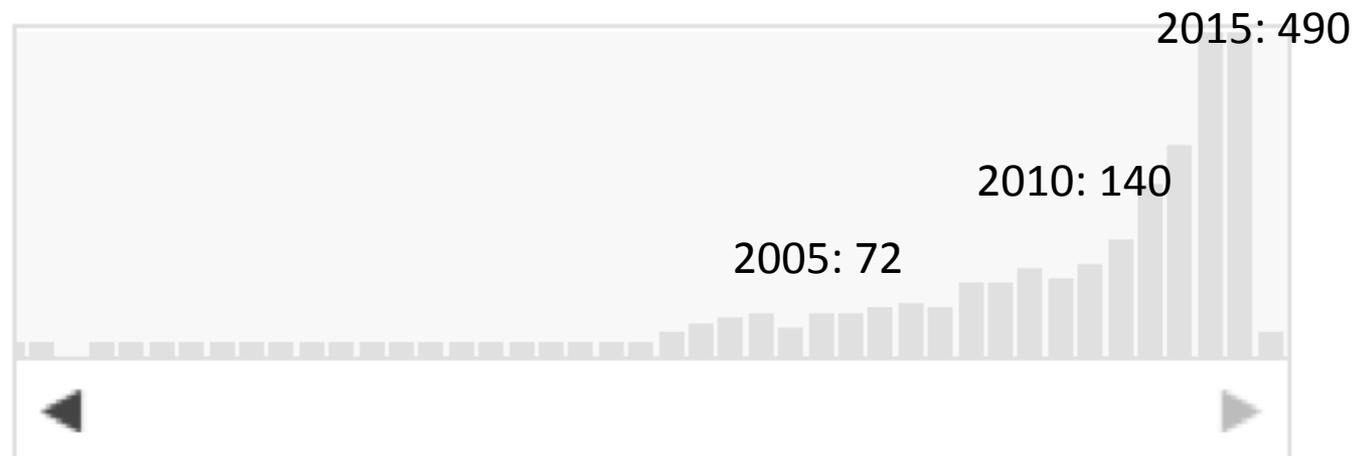
Free full text

Summary ▾ 20 per page ▾ Sort by Most Recent ▾

Search results

1

Results by year



Réadmission après chirurgie

- Taux de réadmission après chirurgie majeure
 - 16 à 25 % à 30 jours
 - > 50 % à un an
 - Peut être sous-estimé si patient hospitalisé secondairement dans un autre établissement
- Facteurs explicatifs/prédictifs
 - terrain et comorbidités
 - Pathologie chirurgicale sous-jacente
 - Facteurs liés à l'hospitalisation initiale (type de chirurgie, durée de séjour, complications)
 - Devenir postopératoire
 - Cause de la réadmission
- Soins non optimaux ?
- Rôle du raccourcissement de la durée de séjour dans l'augmentation du taux de réadmission?

Réadmission après chirurgie

Ko C et al, 2011

- Réadmission après chirurgie majeure digestive sur 10 ans (1994-2004)
- 12769 patients opérés de cancer gastrique, taux de réadmission à 1 mois 26 % et à 1 an: 66 %
- Causes de réadmission précoce
 - complication chirurgicale: 41 %
 - complication médicale: 47 % : hypovolémie, troubles respiratoires, nutrition, ...

Early discharge and hospital readmission after colectomy for cancer

Hendren S et al, Dis Colon Rectum 2011; 54: 1362–1367

Taux de réadmission (%)

