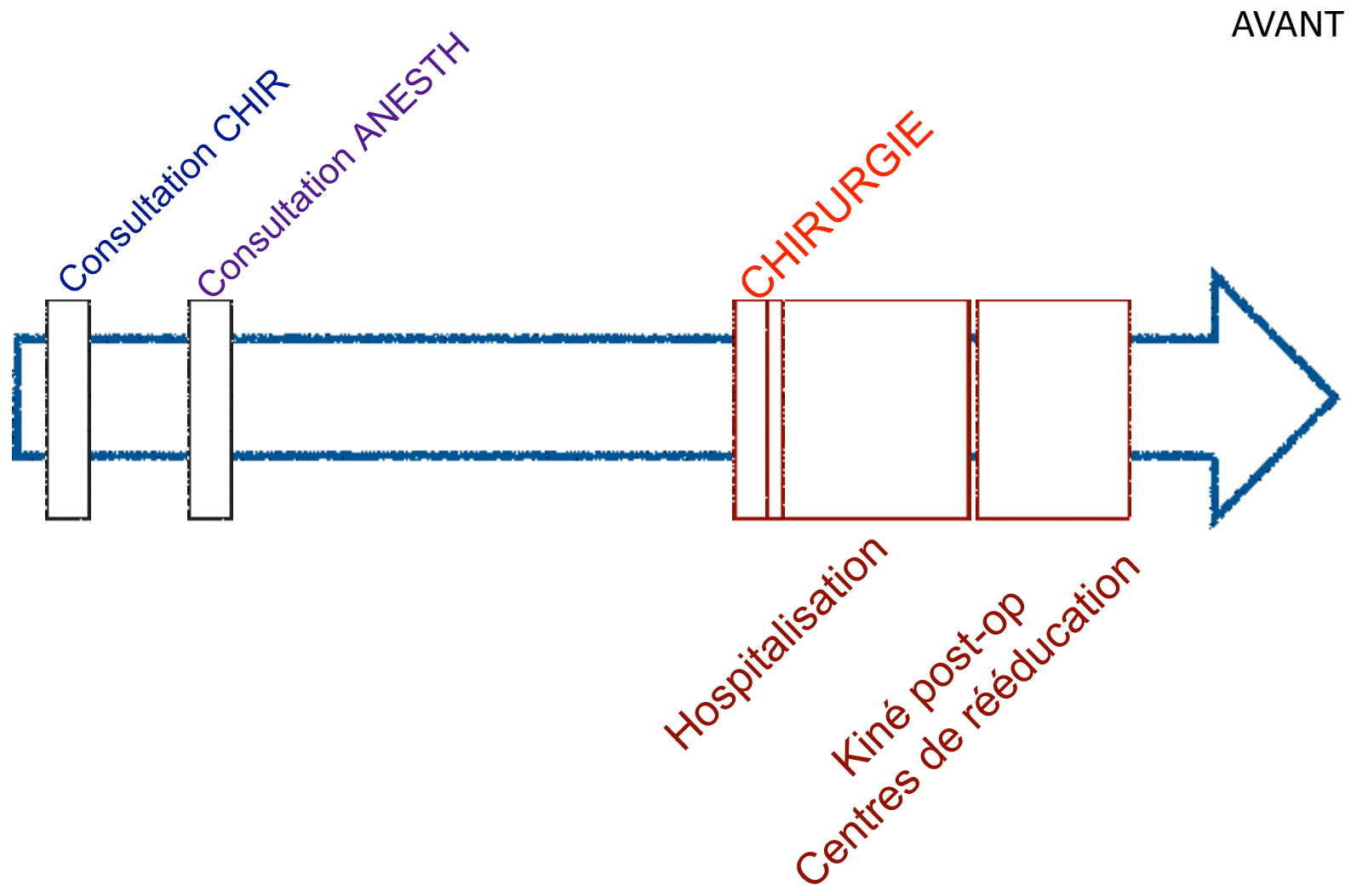


Anesthésie en ambulatoire
Anesthésie (et médecine périopératoire)
pour RAAC
Quoi de neuf ?

Dr N. Bernard

DAR A

Montpellier



Ambulatoire et RAAC: même combat

- Implication du patient, au centre de sa prise en charge et actif
- Parcours patients et chemins cliniques définis. Homogénéisation des procédures. Continuité ambu / RAAC
- Organisation, gestion des flux ++. Pas de télescopage avec activité conventionnelle
- Définition ambulatoire: acte réalisé dans la journée avec une durée d'hospitalisation < 12h00 (24H00 aux EU). Concept organisationnel centré sur le patient pour réduire au strict minimum le temps nécessaire à sa présence dans la structure. Objectif: 66% en 2020.
- RAAC: concept introduit par H. Kehlet. Vise à diminuer les délais de récupération des capacités psychocliniques et d'autonomie antérieures

Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early oral nutrition and mobilisation

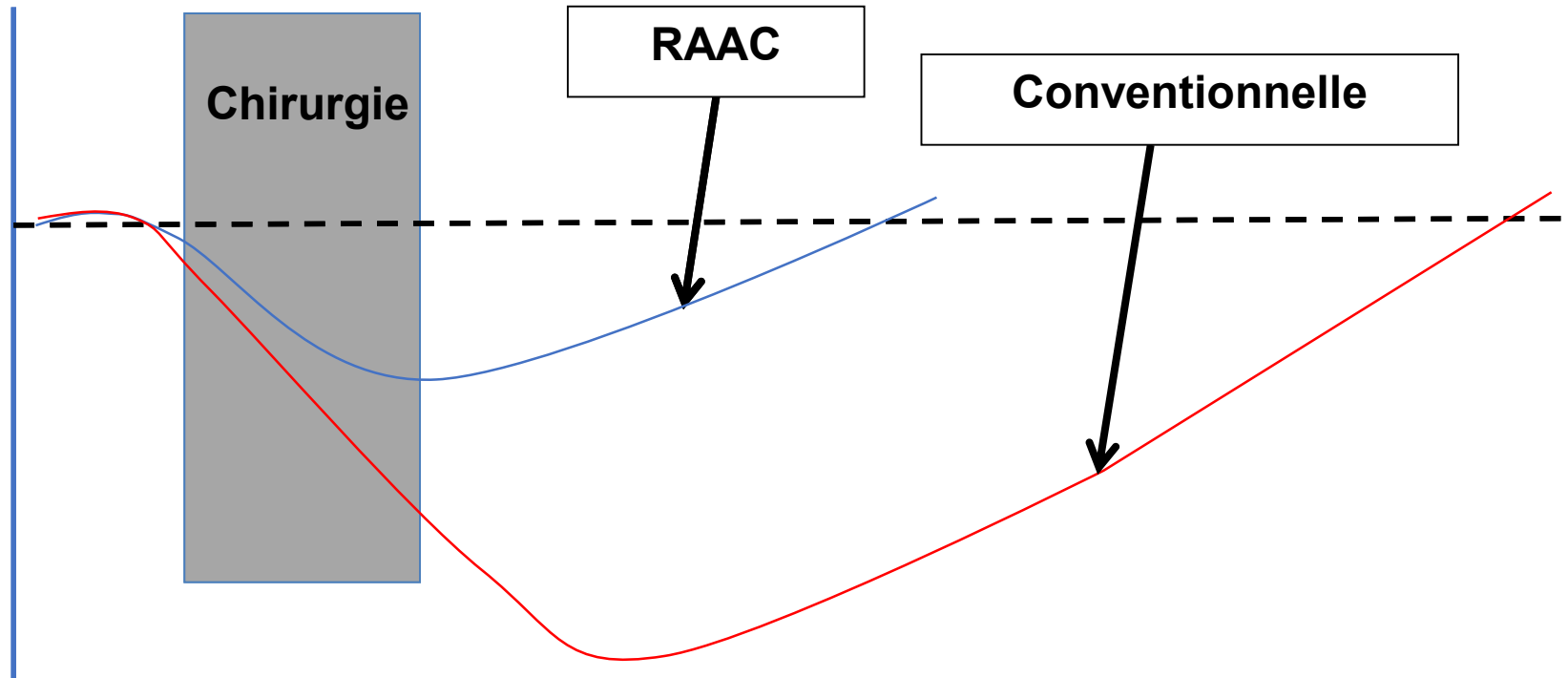


Lancet 1995; 345: 763–64

L Bardram, P Funch-Jensen, P Jensen, M E Crawford, H Kehlet

↗ Autonomie ⇒ ↘ Durée de séjour = marqueur
↘ Complications

Capacités physiques et psychiques



Amélioration qualité des soins ⇒ Amélioration des coûts

Phase préopératoire

- Sélection patients: ASA 3 instables ++
- Consultations chir / anesth: informations, explications, prévention risques infectieux, préparation respiratoire, optimisation des ttt perso et du statut nutritionnel, équilibre glycémique
- Remise des ordonnances: chaussettes de contention (bas non recommandés), béquilles , antalgiques pour la sortie (morphine).
- Arrêt tabac: √ cicatrisation, majoration risques infectieux et fistules
- Correction anémie: EPO, fer IV

- Kiné préop: optimisation des capacités physiques du patient afin d'augmenter ses réserves fonctionnelles. Exercices physiques permettant de garder la trophicité musculaire, prévention des chutes, apprentissage béquillage et des mouvements prohibés
- Hypnose: aide au sevrage tabagique, gestion du stress, PM non médicamenteuse (augmentation des DPO et risques de chronicisation liés au stress)
- Rôle IDE coordinatrice ++, éducation thérapeutique, rappel des consignes, PRADO, anticipation de la sortie

Pré opératoire immédiat

- Appel / SMS informatisé J-1: rappel des consignes. Intérêt des SMS interactifs (↘ temps IDE, meilleurs respects des consignes, trace écrite)
- Préparation cutanée: savon doux
- Lieu d'accueil avec vestiaire, salon d'attente confortable, rôle musicothérapie, aromathérapie ...
- Eviter les prémédications anxiolytiques en routine, à réserver aux patients très anxieux. N'améliorent pas vraiment le ressenti, augmentent le délai d'extubation, l'amnésie avec récupération plus lente des fonctions cognitives (Maurice-Szamburski et coll JAMA 2015)

- Règles du jeune « moderne »

alimentation H-6

liquides clairs H-2

Prise d'une solution enrichie en carbohydrates H-2: ∇ résistance postop
à l'insuline, NVPO, remplissage, rétention aigüe urines

Possibilités de réaliser une échographie gastrique

jeûne pré-opératoire

VOUS AVEZ LE DROIT DE :

Manger



jusqu'à 6h

avant une chirurgie programmée



Boire des liquides clairs

(eau, jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait)

jusqu'à 2h

avant une chirurgie programmée

**Mâcher du chewing-gum
ou sucer un bonbon**



juste avant

une intervention

Per opératoire

- Arrivée à pied, marche en avant
- Optimisation volémie, cathéters « bouchés » ?
- Prévention hypothermie
- Prévention NVPO
- Limiter les benzodiazépines, pas de « 51 » systématique !
place de l'hypnose, des casques de réalité virtuelle, de la musique ...
- Antibioprophylaxie: H-30 min
- Limiter les drains, redons, sondes vésicales, garrots, chir mini invasive
- Epargne transfusionnelle: acide tranexamique

Techniques d'anesthésie

- AG: utilisation préférentielle de drogues à $\frac{1}{2}$ vie courte
- OFA
- Rachianesthésie, à adapter à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie: Prilocaine, 2 chloroprocaine, rachi unilatérale

- ALR périphérique:

Courte durée: mépi.

Longue durée: ropi, adjuvants (dexa IV)

Cathéters périmerveux (réseau soins IDE) , préférer les blocs épargneurs de la motricité

Place des blocs distaux ++

Place des infiltrations: réalisées par le chirurgien, par le MAR

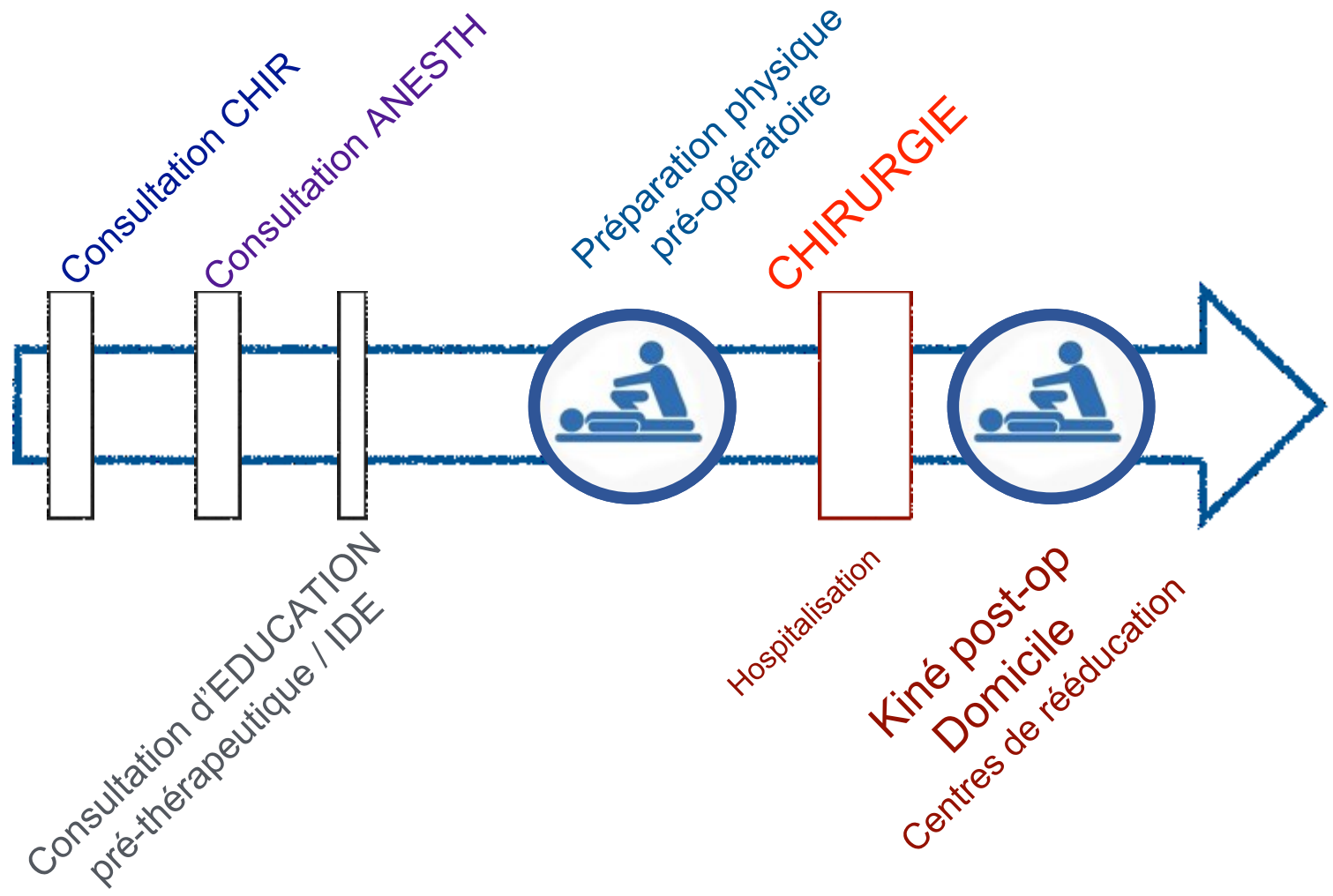
WALANT ?

SSPI

- SSPI spécifique ambu
- Déperfuser dès que possible
- Boissons dès SSPI
- Analgésie multimodale précoce
- CPI, « game ready », attelle igloo
- Bypass SSPI ? Sous certaines conditions
- Remontée à pied

Postopératoire

- Reprise précoce alimentation, relai PO antalgiques
- Déambulation précoce
- Kinésithérapie
- Prévention MTE: CPI, chaussettes, diminution des durées d'anticoagulation ?
- Sortie avec accompagnant pour le retour (UCA), sans attendre la miction, la reprise d'alimentation ou la levée du bloc
- Journal de bord patient en RAAC, suivi connecté
- Fer IV



Après

Freins

- Contraintes architecturales, budgétaires
- Habitudes: du patient, du chirurgien, du MAR, des IDE/IBODE, IADE et AS du bloc
- Absence d'anticipation, d'organisation
- Nécessité de revoir tous les circuits
- Patients: compréhension, entouragement, freins psychosociaux
- Limites sur l'analgésie

Avenir UCA

- Catégoriser les interventions selon la durée prévisible du séjour dans la structure: > 2h, entre 2 et 4h, > 4h
- Vers des unités à plusieurs vitesses au sein d'un même service
- Solution architecturale: distinction d'espaces spécifiques selon le circuit. Succession d'espaces adaptés à chaque temps du process de PEC
- Individualiser les circuits/ patients RAAC et entrée J0
- Chirurgie en ambulatoire: la norme pour tous les patients, avec RAAC pour tous. Justification entrée J-1



CHU de Montpellier
Pôle Os et Articulation
Département de Chirurgie orthopédique et
Traumatologie
Chirurgie du membre inférieur et du rachis

