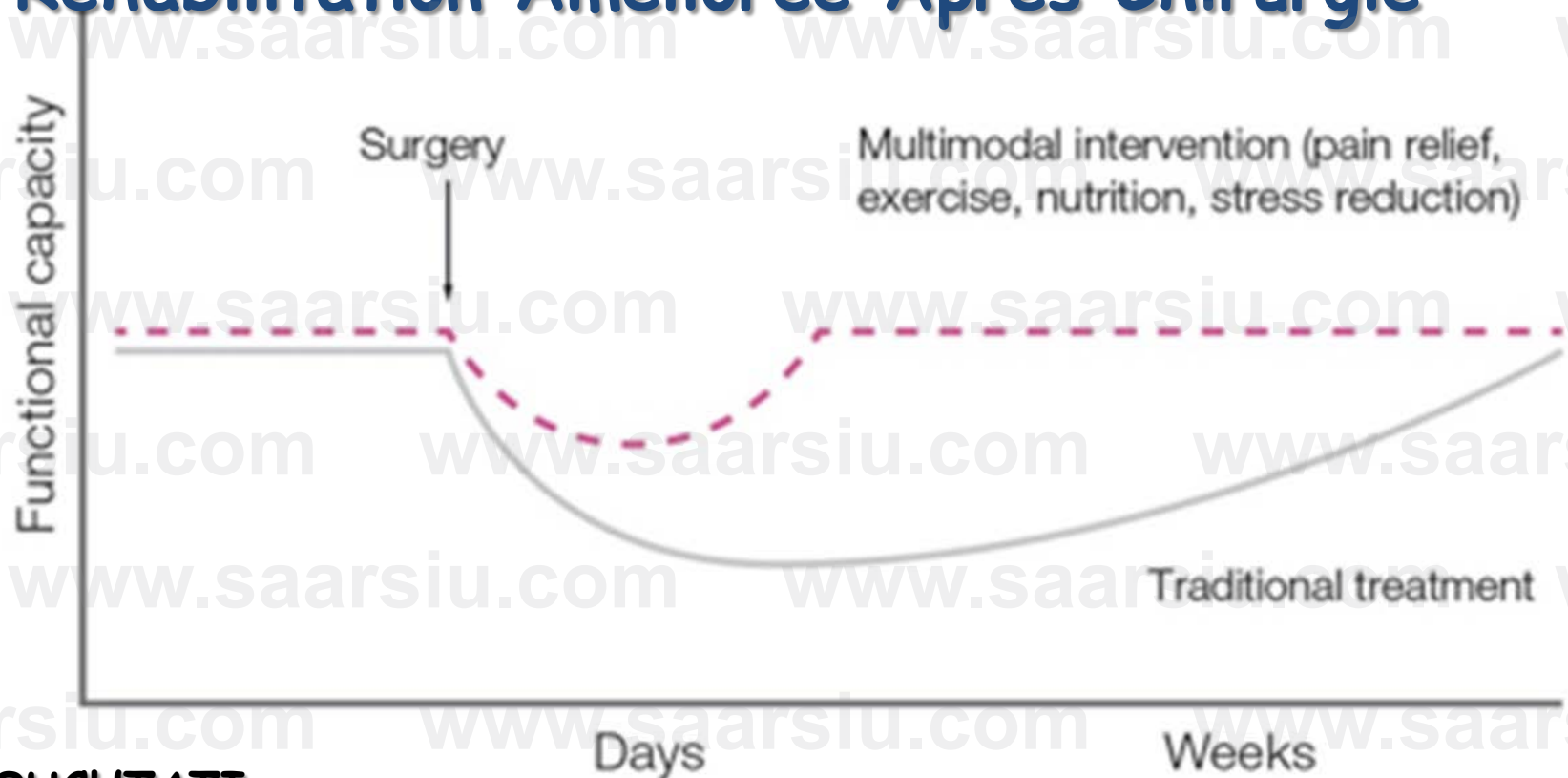


Gestion globale des Patients

Approche R.A.A. C

Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie



Pr. M OUCHTATI

Chef de Service Anesthésie - Réanimation chirurgicale CHU de Constantine

Un paradigme et non une recette —————

Henrik KEHLET

Chirurgien viscéral danois (Copenhague)



« Pourquoi le patient est encore hospitalisé aujourd'hui ? »

Eur J Surg. 1995 Apr;161(4):283-8.

Convalescence and hospital stay after colonic surgery with balanced analgesia, early oral feeding, and enforced mobilisation.

Møiniche S¹, Bülöw S, Hesselfeldt P, Hestbaek A, Kehlet H.

RAAC, une nouvelle dynamique

1990s Henrik **KEHLET**

2001 **ERAS** Study Group
Enhanced Recovery After Surgery

2010 Fondation ERAS Society

2014 Fondation **GRACE**
Groupe Francophone de
Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

2014 HAS : recommandations

RRAC Récupération Rapide Après Chirurgie

RRAAC Récupération Rapide Améliorée après Chirurgie

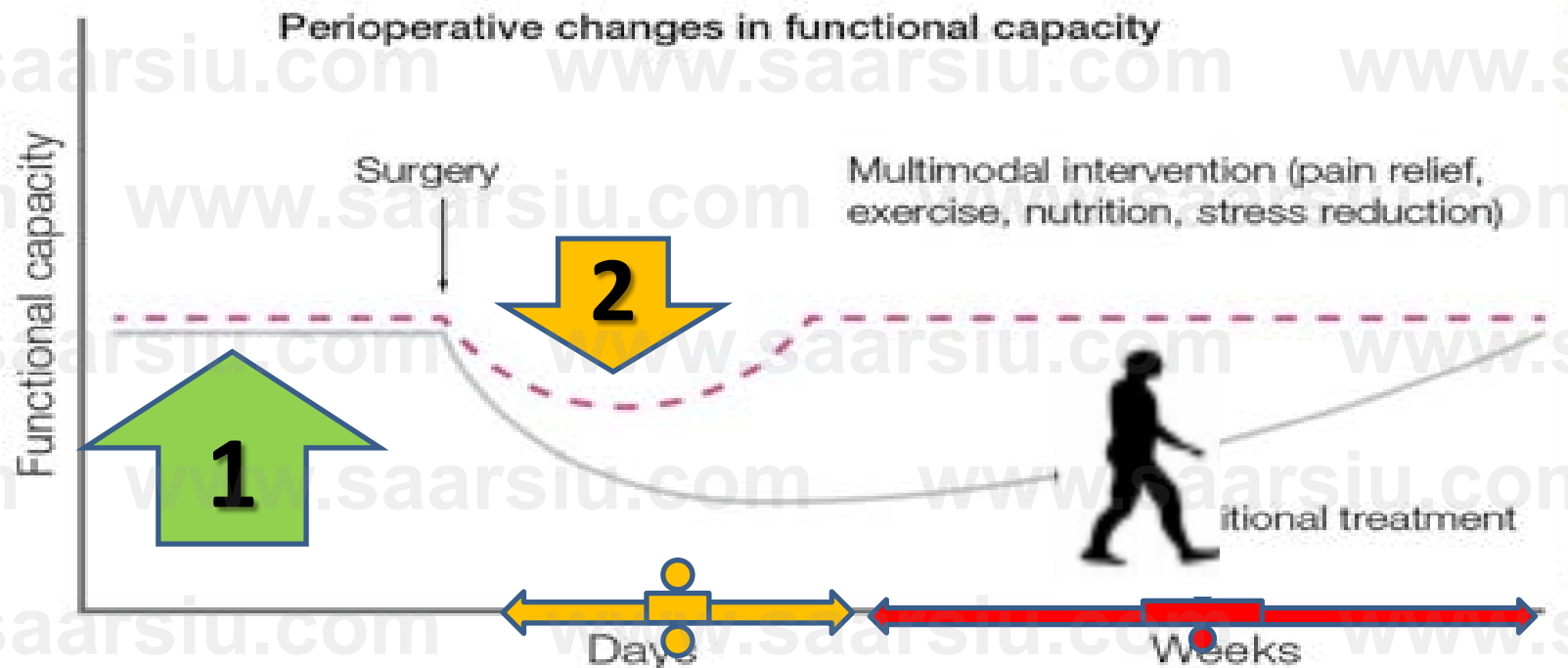
ERAS Enhanced Recovery After Surgery

RAAC n'est pas

- Une chirurgie ambulatoire
- Un séjour hospitalier écourtée

Modern medicine leads to rapid recovery after an operation

Modern multimodal methods' effect on patients' functional capacity

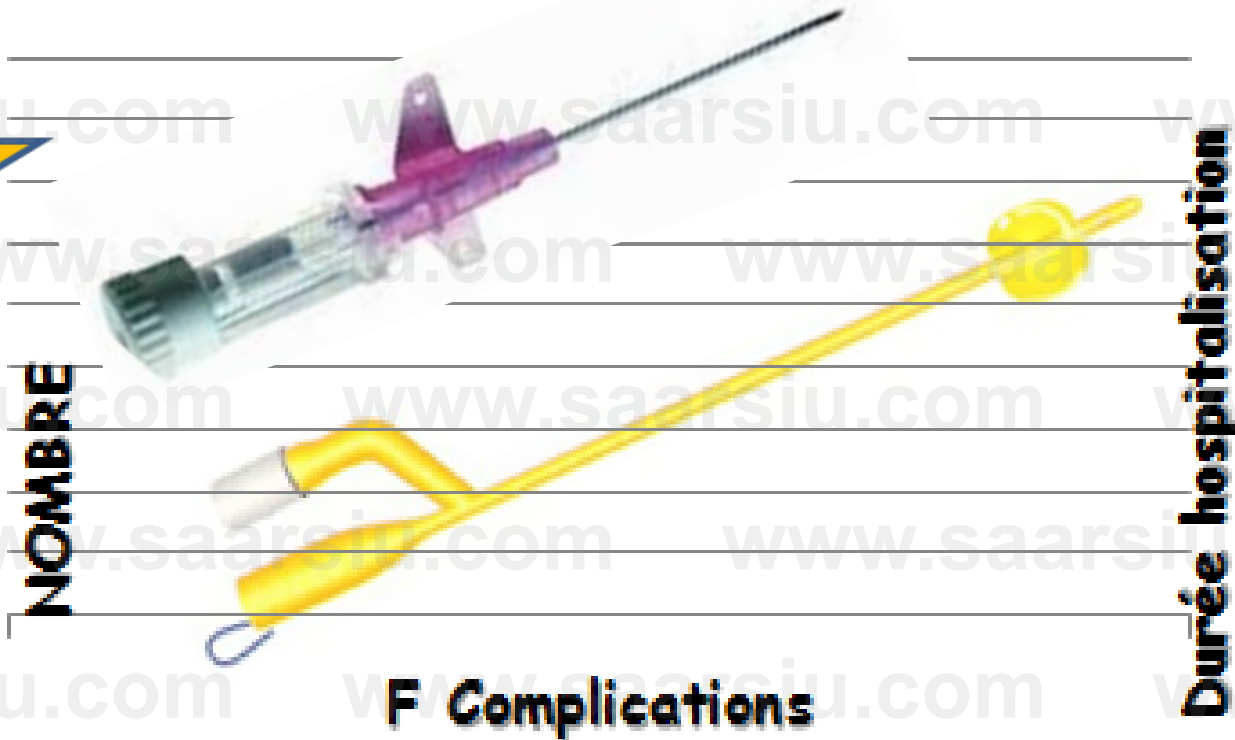


Source: Professor Henrik Kehlet



Une déficience physiologique

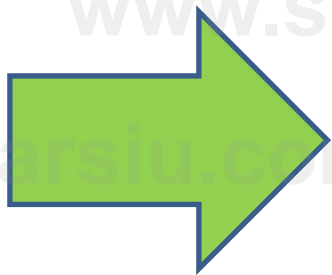
Les raisons, immobilisation



RAAC

Chirurgie colorectale

- Réduction de la morbidité (RR = 0,60, IC 95 0,46-0,76),
- Réduction des complications médicales (RR = 0.40, IC 95 0.27-0,61)
- Réduction de la DMS (D = -2,28 j, IC 95 -3,09 à -1,47)



Autres chirurgies

R.A.A.C

Coeliochirurgie chirurgie revisitée



Anesthésie revue



Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

Réhabilitation Physiologique Avant Chirurgie

Prise en charge multidisciplinaire globale

Impacts qualité des soins et économiques

En Algérie, une implémentation comment ? —



Elle est partout en périphérie

En Algérie

RAAC, une appropriation comment?

Pr. A. BENDIB

Sur le plan du traitement chirurgical, notre tendance a été le plus souvent radicale, vu le stade évolué de la maladie. 85% de nos patientes ont bénéficié d'une mastectomie avec curage axillaire et seules 14 % d'entre elles d'un traitement conservateur

Cancer du sein de la femme de moins de 35 ans étude rétrospective à propos de 612 cas
Breast cancer in woman younger than 35 years:retrospective study about 612 cases
H. Guendouz*, W. Chetibi*, A. Abdelouahab*, A. Bendib*
32es Journées de la SFSPM à Strasbourg en novembre 2010

Une prise en charge retardée —————

- Une déficience physiologique
 - Métabolique
 - Fonctionnelle
 - Inflammation

Malnutrition in patients with breast cancer during treatments (Algeria, 2016)

Dénutrition chez des patientes atteintes de cancer du sein en cours de traitements (Algérie, 2016)

Fadhila Mansour^{a,b,*}, Djamel-Eddine Mekhancha^{a,b}, Hanane Kadi^{a,b}, Lynda Yagoubi-Benatallah^{a,b},
Rabiâa Karoune^{a,b}, Corinne Colette-Dahel-Mekhancha^{a,b}, Lahcène Nezzal^{b,c}

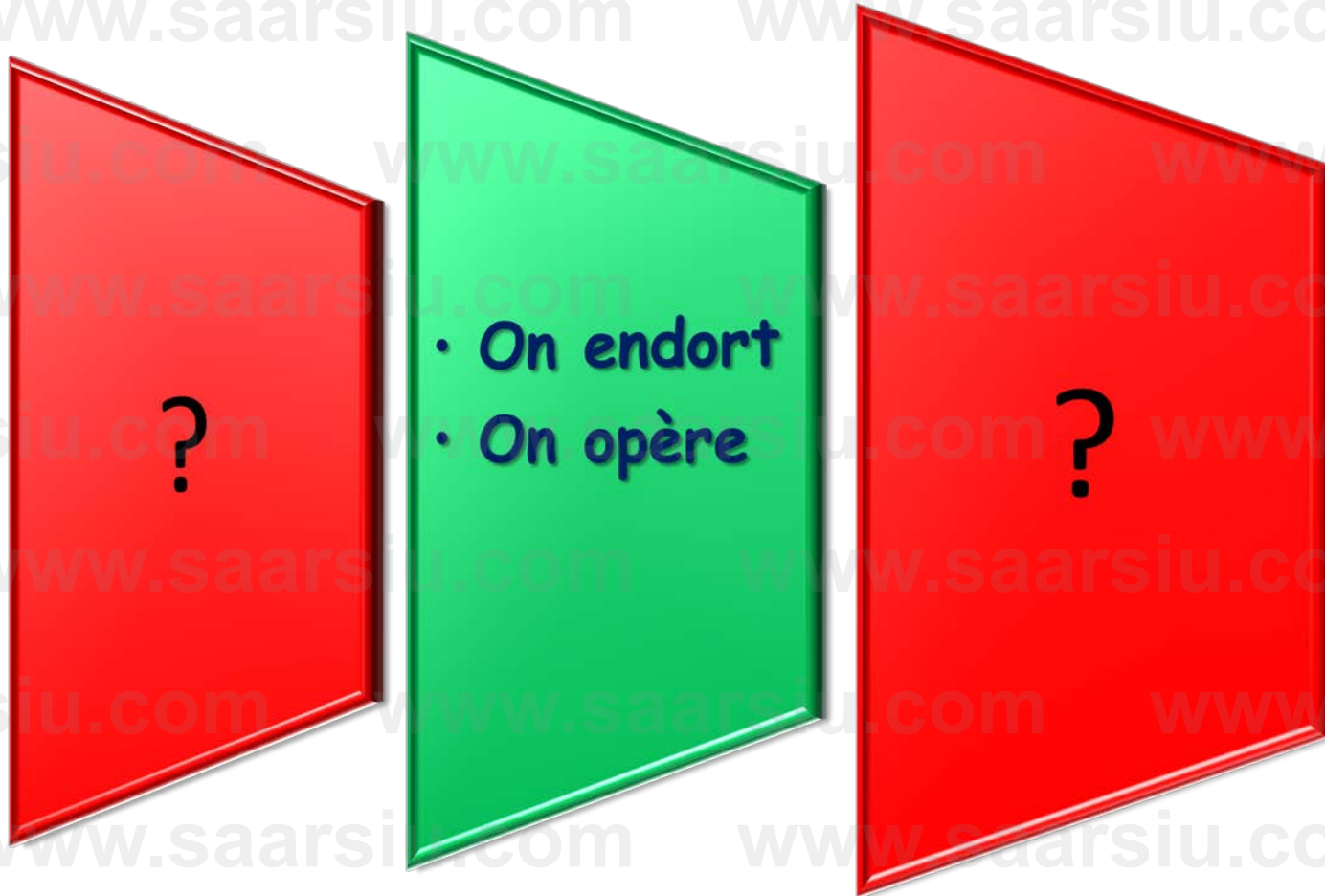
^a Département de nutrition, institut de nutrition, de l'alimentation et des technologies agro-alimentaires (INATAA), université de Constantine algérie, cité 114, logements LSP, bâtiment 7, no 1, Massinissa, 25100 El Khroub, Constantine, Algérie

^b Laboratoire de recherche alimentation, nutrition et santé (ALNUTS), université de Constantine, Algérie

^c Faculté de sciences médicales, université de Constantine Algérie, 25000 Ali Mendjeli, Constantine, Algérie

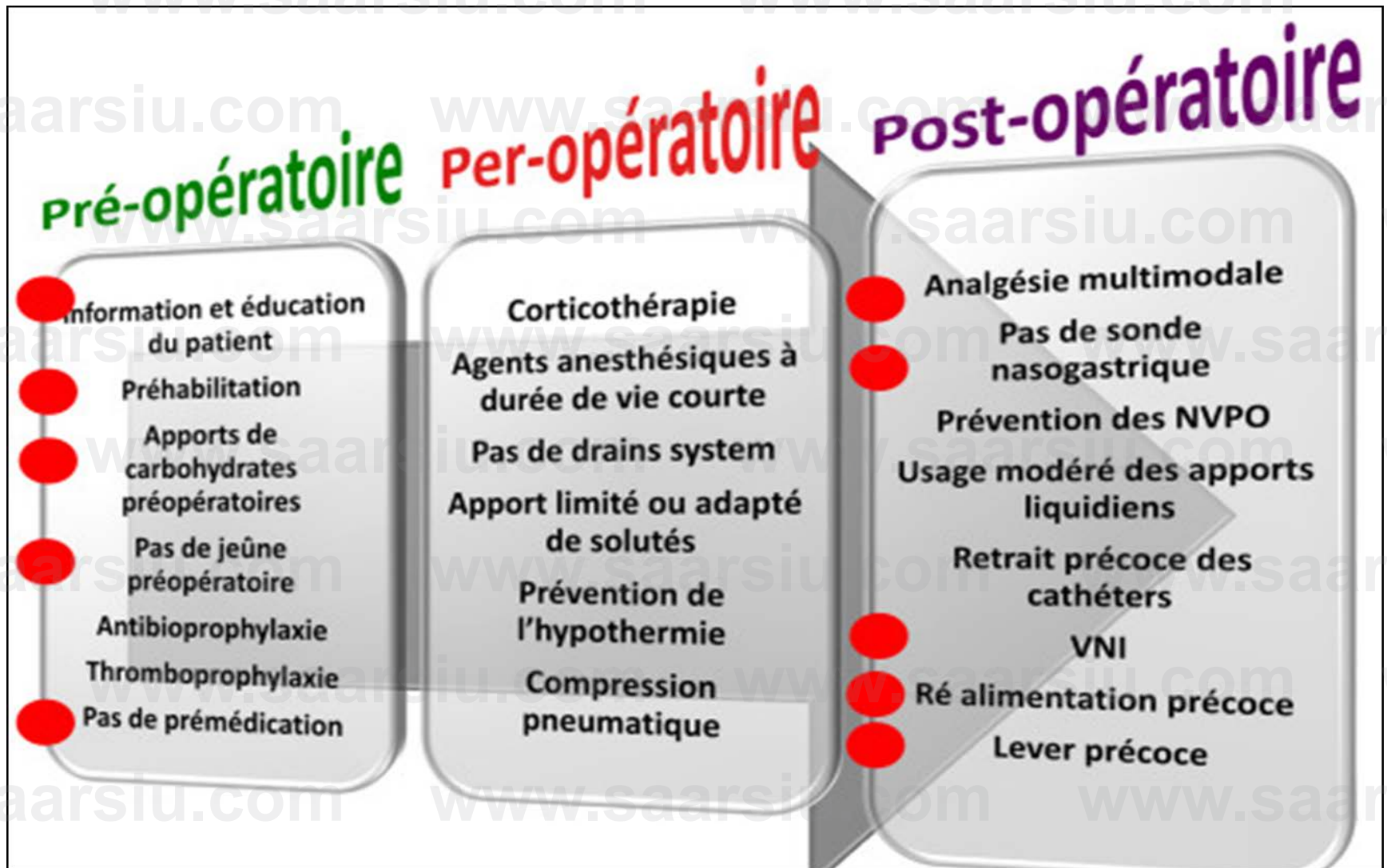
Received 27 January 2018; accepted 1st March 2018

Chirurgie classique



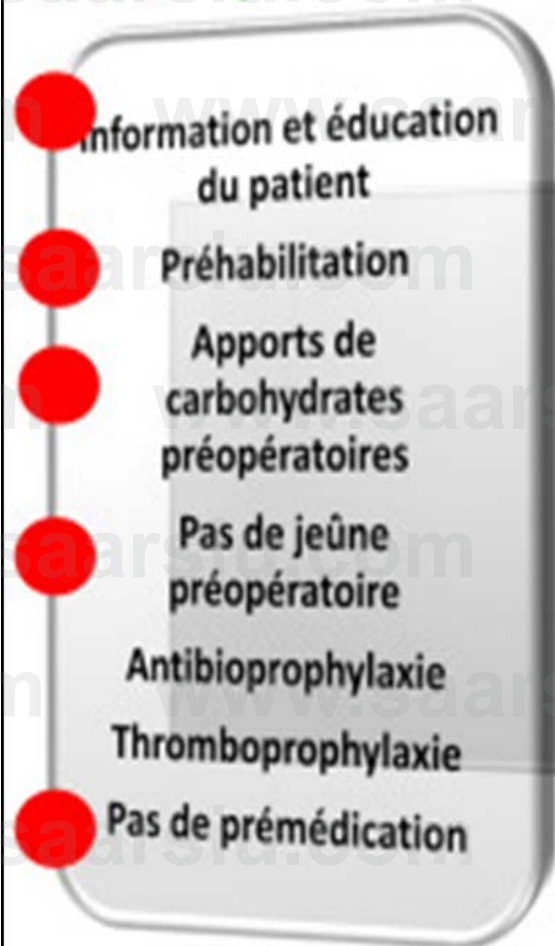
Mais

R.A.A.C, les trois saisons



R.A.A.C, les trois saisons

Pré-opératoire



- Augmenter la réserve fonctionnelle d'O₂
- une capacité de marche < 400 m) est prédictive d'une morbi-mortalité accrue
- Correction de l'anémie (fer IV ou per os)
- Support nutritionnel
- jeûne préopératoire (2 h- 6h)
- Boissons carbohydratée

L'obstacle

- Une déficience physiologique
 - Métabolique
 - Fonctionnelle
 - Inflammation

Malnutrition in patients with breast cancer during treatments (Algeria, 2016)

Dénutrition chez des patientes atteintes de cancer du sein en cours de traitements (Algérie, 2016)

Fadhila Mansour^{a,b,*}, Djamel-Eddine Mekhancha^{a,b}, Hanane Kadi^{a,b}, Lynda Yagoubi-Benatallah^{a,b},
Rabiâa Karoune^{a,b}, Corinne Colette-Dahel-Mekhancha^{a,b}, Lahcène Nezzal^{b,c}

^a Département de nutrition, institut de nutrition, de l'alimentation et des technologies agro-alimentaires (INATAA), université de Constantine algérie, cité 114, logements LSP, bâtiment 7, no 1, Massinissa, 25100 El Khroub, Constantine, Algérie

^b Laboratoire de recherche alimentation, nutrition et santé (ALNUTS), université de Constantine, Algérie

^c Faculté de sciences médicales, université de Constantine Algérie, 25000 Ali Mendjeli, Constantine, Algérie

Received 27 January 2018; accepted 1st March 2018

R.A.A.C, les trois saisons

Per-opératoire

Corticothérapie

Agents anesthésiques à
durée de vie courte

Pas de drains system

Apport limité ou adapté
de solutés

Prévention de
l'hypothermie

Compression
pneumatique

Agents anesthésiques

Epargne morphinique

Curares

Hypothermie

Environnement

Monitoring

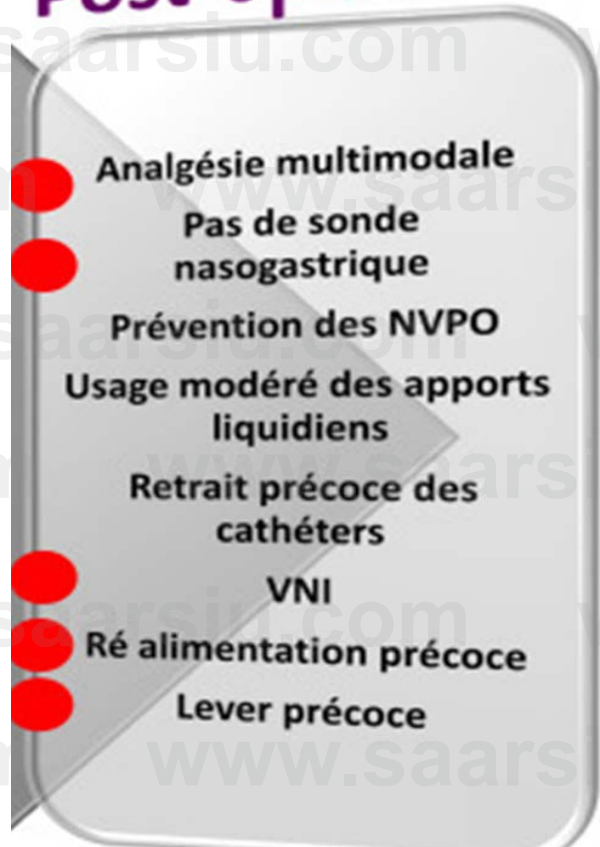
RAAC

Pré et peropératoire

1. La stratégie analgésique multimodale, associant anesthésique local et analgésiques non morphiniques
2. Péridurale en cas de laparotomie,
3. Lidocaïne (IV) et/ou blocs de paroi suffisent en cas
4. de chirurgie cœlioscopique,
5. Antibioprophylaxie adaptée,
6. Prévention systématique de l'hypothermie peropératoire
7. Prévention des NVPO,
8. limitation du remplissage

R.A.A.C, les trois saisons

Post-opératoire



Approche multidisciplinaire



Projet de SERVICES

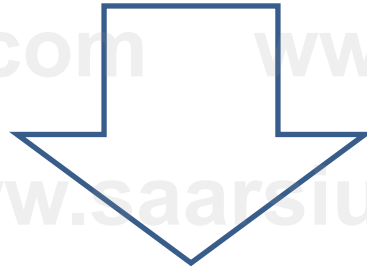
Postopératoire

- Réalimentation précoce
 - Mobilisation précoce
 - Antalgie multimodale et épargne morphinique
 - Prévention de l'iléus: mobilisation précoce, laxatifs, chewing-gum
 - Contrôle rigoureux de la glycémie
 - Audit systématique des résultats et des améliorations possibles
- Ablation de la sonde urinaire le lendemain de l'intervention
 - Arrêt rapide de l'hydratation intraveineuse

RAAC la Check list

Information au patient	Information du patient avant l'opération et remise d'une brochure d'informations
Préparation colique	Abstention de préparation colique orale
Jeûne préopératoire	Jeûne préopératoire de 2 heures pour les liquides et 6 heures pour les solides
Boissons carbohydratées	Boissons carbohydratées 800 ml le soir avant et 400 ml 2 heures avant l'intervention
Prémédication	Pas de prémédication par des benzodiazépines
Thromboprophylaxie	Héparine de bas poids moléculaire 12 heures avant l'intervention et bottes compressives intermittentes
Antibioprophylaxie	Une seule dose 30 minutes avant l'incision
Antalgie postopératoire	Péridurale thoracique pour les laparotomies. Epargne morphinique
Prévention de l'hypothermie	Réchauffement actif par des couvertures chauffantes et perfusion à température corporelle
Prophylaxie des nausées postopératoires	Dropéridol 1 mg à l'induction, ondansétron 4 mg $\pm$ bétaméthasone 4 mg à la fin de l'intervention
Perfusions intra-opératoires	Maintien de l'euvolémie avec un bilan équilibré
Sondes nasogastriques	Ablation de la sonde nasogastrique en fin d'intervention
Drains abdominaux	Abstention de drain hormis pour les anastomoses infrapéritonéales et les opérations pancréatiques
Perfusions postopératoires	500 ml de cristalloïdes durant les 24 premières heures puis stop
Mobilisation	2 heures en dehors du lit le jour de l'intervention, puis au moins 6 heures par jour
Alimentation	Liquides libres dès 4 heures après l'intervention. Diète normale selon tolérance dès le jour de l'intervention. Suppléments nutritifs oraux pour couvrir les besoins caloriques
Laxatifs	Oxyde de magnésium, chewing-gum
Sonde urinaire	Ablation de la sonde urinaire le lendemain de l'intervention
Audit	Audit systématique des résultats et des améliorations possibles

RAAC et Anesthésie



Une médecine péri opératoire ?



Un paradigme à implémenter



Merci