

Date de création : 2016

Date d'application : 04/2018

Date de révision : 04/2018

Nature des modifications : Mise à jour du protocole, modification de la maquette qualité et intégration de la nouvelle référence (ancienne référence : MCO4/P/V50.451/2016)

Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie Colo Rectale

1 Objet et domaine d'application

Description de la procédure de prise en charge d'un patient dans le cadre de la "réhabilitation améliorée après chirurgie colo rectale" **R.A.A.C.**

L'ensemble de cette procédure fait l'objet d'une prescription protocolisée de séjour dans le logiciel de prescription H.M., et une infirmière référente a été nommée.

Le concept de la chirurgie améliorée a été développé pour réduire la morbidité post-opératoire (pneumonie, U.G.D. hémorragique, infection urinaire, dysfonction cardiaque ou rénale), les complications chirurgicales "strictes" n'étant pas modifiées.

Ce type de programme combine :

- Optimisation pré-opératoire du statut physique et psychologique du patient.
- Diminution du stress chirurgical
- Traitement dynamique de la douleur
- Prévention des nausées et vomissements post-opératoire
- Renforcement de la mobilisation
- Nutrition orale précoce
- Une non utilisation de sondes et drains

Sa conséquence est la diminution de la durée moyenne de séjour et du risque de complications post opératoires.

Cette prise en charge s'adresse aux patients devant bénéficier d'une colectomie segmentaire par laparoscopie ou laparotomie, à la clinique du Millénaire.

2 Personnes concernées

Personnel concerné : Personnel médical, paramédical (ainsi que le référent en R.A.A.C.), secrétariats médicaux (anesthésiste et chirurgien)

Les structures et services concernés :

- Tout service d'hospitalisation
- l'U.S.C .
- bloc opératoire

3 Modalités de diffusion

Le protocole est accessible sur le logiciel Bluekango.

4 Documents associés / de référence

Recommandations :

- Rapport d'orientation – Programmes de récupération après chirurgie (RAAC) – HAS – 06/2016
- Protocoles et recommandations – Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE)

Documents en interne –

- Annexe 1 : Protocole prescriptif informatique, RAAC colorectale
- Annexe 2 : Critères de sorties des patients

5 Description détaillée

Parcours du patient en réhabilitation améliorée après chirurgie (R.A.A.C.)

Avant l'hospitalisation

- Consultation chez le chirurgien :

Tous les patients bénéficient du programme de RAAC, le chirurgien donne une information sur la préparation et le déroulé du parcours avant pendant et après la chirurgie.

Le choix est donné au patient :

- D'Être admis en hospitalisation à la clinique la veille de l'intervention ou à J-0 (jour de l'intervention)
- Remet au patient un document d'information sur le principe et le déroulement de la procédure de R.A.A.C. (flyer)
- S'assure de la motivation et de la compréhension du patient.
- Explications et remise du produit type glucide complexe

Préparation à domicile

- Activités physiques
- Alimentation : préparation sucrée prise la veille
- Consultation chez l'anesthésiste : après examen et entretien avec le patient

L'anesthésiste :

- Validation ultime du dossier
- Précise toutes les modalités de prise en charge médicales pré-per et post opératoire spécifiques.
- Pas de « Prémédication » pour faire descendre au bloc un patient confiant et non trop endormi par des sédatifs puissants. L'endormissement et le réveil se feront en douceur
- Appel au patient la veille par une infirmière du service ambulatoire :
 - Heure d'arriver sur la clinique
 - Recommandations

Hospitalisation du patient

- Prise en charge du patient pendant son hospitalisation : Annexe 1 "protocole prescriptif informatique RAAC colorectale"
 - Hospitalisation à J0 dès que cela est possible (selon lieu de résidence du patient). Ils se présentent le jour même de l'intervention au service ambulatoire pour le début de la prise en charge (recueil de données, identito-vigilance, préparation pré-opératoire)
 - Pas de brancardage pour se rendre au bloc opératoire, le patient, muni de surchausses et d'une blouse adaptée se rend à pieds, accompagné du brancardier. Siège d'attente prévu au bloc opératoire. Le patient s'installe seul sur la table d'intervention.
 - Gestion des valises et des affaires personnelles
 - Gestion du temps d'attente : borne interactive
 - Vérification de la prise préparation sucrée jusqu'à 2 heures avant

- Opération en moyenne 1h30 après admission (à J-0) + protocole per opératoire cf Annexe 1 "protocole prescriptif informatique RAAC colorectale"
- Le patient monte seul sur la table d'intervention
- Les 3 D : Debout Digne Détendu
- post opératoire :
- les soins sont simplifiés (pas de drains, de sonde urinaire, de sonde gastrique...) (cf annexe 1 protocoles prescriptifs informatique, RAAC colorectale)
- le patient après passage en SSPI est dirigé en Service de Surveillance Continue
- Information de l'entourage : via le système de « Géolocalisation » : un système installé à la clinique permet à tout moment de géo-localiser le patient

La sortie :

Elle ne peut s'effectuer que lorsque **tous les critères de sortie**, selon recommandations GRACE sont respectés (cf annexe 2 « critères de sortie »).

Le retour au domicile : Le choix et le mode de sortie auront été organisés et validés avec le patient au préalable, lors de la consultation avec le chirurgien.

6 Evaluation

Une revue du document sera réalisée à minima tous les 3 ans.

7 Mise en application

	Rédigé par		Validé par		Accepté par	
<i>Nom</i>						
<i>Fonction</i>	Anesthésiste	Référente RAAC	Chirurgien	CGDR	Directeur	
<i>Date</i>	04/2018	04/2018	04/2018	04/2018	04/2018	
<i>Signature</i>	Signé	Signé	Signé	Signé	Signé	

ANNEXE 1 : REHABILITATION AMELIOREE Chirurgie colique et rectale

AJ-1 si patient hospitalisé:

- Régime Sans Résidu
- Dépilation : Pubis + abdomen + torse
- Boissons sucrées jusqu' à heure-2 (sauf lait et jus avec pulpe)
- Etre AJ de solide 6h avant l'intervention
- Preload : 2 sachets le soir (CI : patient diabétique)

AJO :

Avant intervention :

- Pose de bas de contention le matin de l'intervention
- Un normacol (valable pour colon gauche, sigmoïdectomie et rectum, pas de préparation colique pour colon droit)
- Preload : 1 sachet le matin 2h avant l'intervention (CI : patient diabétique)

Après intervention :

MEDICAMENTS Intra veineux :

- Perfusion : POLYIONIQUE 1AG5% 1000 ml / 24h + 6 ampoules DEBRIDAT 50mg/5m
- Protocole PSE XYLOCAINE (lidocaïne) 2% (400mg/20ml) : 1.5mg/kg/h pendant 24h
- PARACETAMOL 1000mg/100ml IV 4 fois/jour en systématique
- KETOPROFENE 100 mg/4ml IV, 2 fois /jour en systématique
- DROLEPTAN (droperidol) 1.25 mg/1ml toutes les 12 h, Intra veineux direct en systématique
- ONDANSETRON IV 2mg/2ml 2 fois /jour
- MORPHINE IV : de 0 à 10 mg par jour **si besoin**
Condition d'administration : MORPHINE TITREE A FAIRE UNIQUEMENT EN SSPI. USC : Si EN > 4
2mg toutes les 10 min / patient de -50kg et de + de 75 ans
3mg toutes les 10 min / patient de +50kg et de - de 75 ans
- PANTOPRAZOLE 40 mg, IV, 1 flacon à 21h
- LOVENOX 4000 UI/0.4ml, Par voie sous-cutanée, 1 seringue 21h.

SOINS :

- Premier lever : à H + 2
- Régime normal : expliquer au patient de ne pas se forcer, il mange ce qu'il peut
- Position Demi assise au fauteuil : 1 réalisation au gouter

AJ1 :

MEDICAMENTS Intra veineux :

- Zophren lyoc 8mg x2/24h

MEDICAMENTS Per os :

- DOLIPRANE 1 000mg, 3 fois /jour
- BI-PROFENID LP 100mg, matin et soir
- DEBRIDAT (trimebutine) 100mg, matin et soir
- PANTOPRAZOLE 40mg, 1 comprimé le soir
- ACTISKENAN 10mg, 1 gélule si besoin, 4 fois par jour
Condition d'administration : Si EN > ou = 3
- LOVENOX 4000 UI/0.4ml, Par voie sous-cutanée, 1 seringue.

SOINS :

- Pose KT avec rinçage pulsé au sérum physiologique
- Fauteuil
- Kiné mobilisation + 1 couloir : 1 réalisation le matin
- Alimentation normale

BILAN SANGUIN :

- Bilan Standard + CRP + PCT : 1 réalisation le matin

AJ2 :

MEDICAMENTS Per os :

- DOLIPRANE 1 000mg, 3 fois /jour
- BI-PROFENID LP 100mg 2 fois /jour **Si Besoin**
- ACTISKENAN 10mg, 1 gélule si besoin, 4 fois par jour
Condition d'administration : Si EN > ou = 3
- DEBRIDAT 100mg, matin et soir
- PANTOPRAZOLE 40mg, 1 comprimé le soir
- LOVENOX 4000 UI/0.4ml, Par voie sous-cutanée, 1 seringue.

SOINS :

- Fauteuil
- Kiné mobilisation + 2 couloirs : 1 réalisation le matin
- Alimentation normale
- Ablation voie veineuse périphérique : 1 réalisation le matin
- réfection pansement

BILAN SANGUIN :

- B. Sanguin : 1 réalisation(s) le matin : CRP + PCT + NFS + Iono + Urée/créat

AJ3 :

MEDICAMENTS Per os :

- DOLIPRANE 1 000mg, 3 fois /jour
- ACTISKENAN 10mg, 1 gélule si besoin, 4 fois par jour
Condition d'administration : Si EN > ou = 3
- DEBRIDAT 100mg, matin et soir
- PANTOPRAZOLE 40mg, 1 comprimé le soir
- LOVENOX 4000 UI, par voie sous-cutanée, 1 seringue.

SOINS :

- ablation redon si <20ml d'aspect sérosanglant
- Kiné mobilisation + 2 couloirs : 1 réalisation le matin
- Fauteuil
- Alimentation normale
- Evaluation des critères de sorties, tous doivent être présents (cf critères de sortie)

BILAN SANGUIN :

- B. Sanguin : 1 réalisation(s) le matin : CRP + PCT + NFS + Iono + Urée/créat

AJ4 :

MEDICAMENTS Per os :

- DOLIPRANE 1 000mg, 3 fois /jour
- ACTISKENAN 10mg, 1 gélule si besoin, 4 fois par jour
Condition d'administration : Si EN > ou = 3
- DEBRIDAT 100mg, matin et soir
- PANTOPRAZOLE 40mg, 1 comprimé le soir
- LOVENOX 4000 UI, par voie sous-cutanée, 1 seringue.

SOINS :

- Fauteuil
- Kiné mobilisation + 2 couloirs : 1 réalisation le matin
- Alimentation normale
- Réfection pansement, laisser à l'air avec ercefilm

BILAN SANGUIN :

- B. Sanguin : 1 réalisation(s) le matin : CRP + PCT + NFS + Iono + Urée/créat

AJ5 :

MEDICAMENTS Per os :

- DOLIPRANE 1 000mg, 3 fois /jour
- ACTISKENAN 10mg, 1 gélule si besoin, 4 fois par jour
Condition d'administration : Si EN > ou = 3
- DEBRIDAT 100mg, matin et soir
- PANTOPRAZOLE 40mg, 1 comprimé le soir
- LOVENOX 4000 UI, par voie sous-cutanée, 1 seringue.

SOINS :

- Fauteuil
- Kiné mobilisation + 2 couloirs : 1 réalisation le matin
- Alimentation normale

BILAN SANGUIN :

- B. Sanguin : 1 réalisation(s) le matin : CRP + PCT + NFS + Iono + Urée/créat

ANNEXE 2 : CRITERES DE SORTIE

Critères de sortie des patients (tous doivent être présents)

- Douleur contrôlée par les analgésiques oraux ($EN \leq 3$)
- Alimentation solide et 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 $< 38^{\circ}\text{C}$, hyperleucocytose < 10000 GB/ml, CRP < 120 mg/l
- Patient acceptant la sortie
- Réhospitalisation possible (sur le plan organisationnel) en cas de complication
- Accord du chirurgien

