



08/09/2018

Protocole de réhabilitation améliorée après hystérectomie

Service de chirurgie gynécologique,
Centre Hospitalier d'ALBI

Protocole de réhabilitation améliorée après hystérectomie

1. Patientes éligibles

a. Critères d'inclusion

- ✓ Patientes ayant une affection d'origine utérine nécessitant une hystérectomie programmée (associée ou non à une annexectomie, une cure de prolapsus ou chirurgie ganglionnaire) quel que soit l'abord chirurgical proposé.
- ✓ Agées de plus de 18 ans.
- ✓ Classées ASA 1-3.
- ✓ Informées sur les principes de la réhabilitation améliorée par le chirurgien et l'anesthésiste avec remise d'un document écrit.

b. Critères d'exclusion

- ✓ Patientes ayant une affection d'origine non utérine primitive (carcinose d'origine ovarienne) ou une atteinte digestive associée.
- ✓ Patientes classées ASA 4.

2. Recueil de données

L'application des différents items du protocole est relevée dans la base de données dédiée et sécurisée : GRACE-AUDIT (www.grace-asso.fr, espace adhérent) par les chirurgiens dans le cadre du projet RAAC proposé par l'ARS Occitanie.

3. Protocole

a. Période pré-opératoire

- ✓ Information de la patiente par les différents intervenants
 - Chirurgien : informe de l'indication opératoire, des modalités chirurgicales (voies d'abord, drainages éventuels), des complications fréquentes ou sévères. Information sur le péri-opératoire dans le cadre de la RAAC (entrée la veille ou le matin, durée d'hospitalisation, modalités de sorties à domicile ou en convalescence).
 - Anesthésiste : informe des modalités anesthésiques, remise anticipée des ordonnances de sortie (antalgiques et HBPM).
 - Secrétaire : reprend avec la patiente les questions organisationnelles, réalise la pré-admission et remet le livret d'information pré-opératoire
 - IDEC : constitue le dossier, récupère les examens pré-opératoires (imagerie, bilans sanguin et urinaire...). Réalise la demande de convalescence sur « trajectoire » si nécessaire.
- ✓ Remise du livret d'information pré-opératoire comportant
 - Document d'information chirurgicale sur les modalités, la voie d'abord, les complications.
 - Document récapitulatif avec : les rendez-vous ; jour, heure et lieu d'hospitalisation ; liste des documents et effets personnels à amener lors de l'hospitalisation ; dernières consignes (jeûne moderne, tonte et douche simple) ; horaires de visites et des sorties.
 - Livret d'information sur les services concernés et trombinoscope des différents intervenants (chirurgiens, anesthésistes, secrétaires, IDEC, IDE, IADE, IBODE, AS).
 - Information arrêt du tabac avec coordonnées de l'unité de tabacologie et addictologie.
 - Coordonnées des cadres et des centres de convalescence de la région.
 - Ordonnances : chaussettes anti-thrombose, ceinture abdominale si nécessaire, bilan sanguin et urinaire à remettre lors de la consultation avec l'anesthésiste.
 - Consentement éclairé.
 - Désignation de la personne de confiance.
 - Document RAAC.
- ✓ Prise en charge de l'anémie pré-opératoire

Une numération sanguine est remise à l'anesthésiste lors de sa consultation. En cas d'anémie celle-ci est prise en charge et traitée selon le protocole : « prise en charge de l'anémie pré-opératoire en chirurgie pelvienne ».
- ✓ Application du jeûne moderne

Un jeûne de 2H pour les liquides clairs (eau, thé, café, tisane) et de 6H pour les solides est recommandé.
- ✓ Prémédication

La prémédication n'est pas systématique, uniquement en cas d'anxiété importante de la patiente, et doit dans la mesure du possible être évitée.

2 cas de figure se présentent :

Si la patiente est déjà sous anxiolytiques, lui prescrire le traitement habituel le matin avec un fond d'eau.

Si la patiente n'est pas sous anxiolytiques au long cours et en cas de nécessité, privilégier les benzodiazépines de courte ½ vie d'action type alprazolam et à la plus petite posologie possible (0.25mg, 1 heure avant dans un fond d'eau)

- ✓ Apport de solutions sucrées orales et préparation mécanique du colon
Ces items ne sont pas retenus par l'équipe dans le cadre des hystérectomies programmées en l'absence d'atteinte digestive (cf critères d'inclusion).
- ✓ Prévention de la maladie thromboembolique veineuse
Port de chaussettes de contention lors du passage au bloc opératoire.

b. Période per-opératoire

- ✓ Ventilation assistée
Un protocole de ventilation artificielle protectrice est appliqué, selon les recommandations habituelles et sera adapté aux conditions de la patiente (surpoids notamment) :
Volume courant ≤ 8 ml/kg de poids idéal, une PEEP de 5-8 cmH₂O et des manœuvres de recrutements.
- ✓ Protocole anesthésique
 - Hypnotiques au choix (AIVOE propofol, halogénés, OFA) à adapter selon les situations au score d'Apfel.
 - Technique d'épargne morphinique à proposer systématiquement et à adapter à la technique chirurgicale :
Si coelioscopie : Proposer perfusion IVSE continue de lidocaïne et kétamine durant l'intervention
Si laparotomie : Proposer soit des blocs de paroi (TAP block, Carré des lombes), soit morphine intrathécale, soit péridurale thoracique si incision xypho-pubienne.
 - Dans tous les cas, y associer une analgésie intraveineuse multimodale, en privilégiant dans la mesure du possible l'association synergique paracétamol/AINS, à débiter dès l'incision.
 - Ces techniques doivent être associées à une infiltration chirurgicale de ropivacaïne 2mg/ml à la dose maximale de 2ml/kg, soit des trous de trocars, soit de la cicatrice de laparotomie.
- ✓ Prévention de l'hypothermie per-opératoire
Utilisation systématique d'un matelas chauffant corps entier dès que la patiente est installée. Monitoring de la température avec comme objectifs : une température de 36.5 °C en fin d'intervention et de minimum 36 °C à l'arrivée en SSPI.
- ✓ Antibioprophylaxie
La patiente reçoit une antibioprophylaxie débutée entre 20 et 60 minutes avant l'incision chirurgicale selon les recommandations de la SFAR sur l'antibioprophylaxie en chirurgie, reprises dans le cahier de protocole présent dans chaque salle.
- ✓ Prévention des nausées et vomissements post opératoires (NVPO)
Associer une bithérapie intra-veineuse systématique par corticothérapie dexaméthasone 8mg et dropéridol 0.625mg.
Discuter AIVOC propofol en fonction du score d'Apfel.
- ✓ Technique chirurgicale
 - Voie d'abord : la voie « minimal invasive » est recommandée (laparoscopie, voie vaginale, privilégier la technique du ganglion sentinelle). Sécuriser la technique : réalisation d'une open coelioscopie, mise en place d'un manipulateur utérin et utilisation des instruments de thermofusion.
 - Limitation des douleurs post-opératoires liées au carbopneumopéritoine : travailler à pression intra-abdominale minimale (max 12 mmHg) ; réaliser des manœuvres de recrutement alvéolaire lors de l'exsufflation.

- ✓ Gestion du remplissage per-opératoire :
 - Le monitoring hémodynamique invasif per opératoire n'est pas indiqué, hormis chez les patientes à «haut risque», selon les recommandations habituelles.
 - Le cas échéant, le monitoring sera effectué à la discrétion du médecin anesthésiste en charge de la patiente
 - En l'absence d'indication de monitoring, une hydratation raisonnée (5-8ml/kg/h) est recommandée
- ✓ Drainages
 - Sonde nasogastrique : elle n'est pas recommandée dans cette indication.
 - Sonde urinaire : elle doit être si possible retirée en post-opératoire immédiat, si les conditions ne le permettent pas, privilégier le retrait à J1.
 - Drainage abdominal : celui-ci n'est pas systématique. En cas de nécessité privilégier le retrait au plus tard à J2.

c. Période post-opératoire

- ✓ Surveillance glycémique

Surveillance de la glycémie capillaire/6h chez les patientes aux antécédents de diabète

Mise en route d'un traitement par insulinothérapie sous cutané selon protocole local.

Reprise des traitements habituels par antidiabétiques oraux dès la reprise de l'alimentation.
- ✓ Prévention des NVPO

Elle doit être débutée en per-opératoire selon les modalités définies précédemment.

Elle peut être complétée en post opératoire par l'administration d'ondansétron
- ✓ Protocole antalgique post opératoire

Mise en route d'une analgésie multimodale, privilégiant l'association synergique paracétamol/AINS.

Si douleur non maîtrisée, privilégier l'administration de morphiniques directs (oxynorm, actiskenan) plutôt qu'indirects (tramadol, codeine).

En cas de traitement analgésique au long cours pré-opératoire, reprendre le traitement dès la reprise de l'alimentation.
- ✓ Apport en oxygène et prévention des complications respiratoires

Mis en route d'une oxygénothérapie en post opératoire si nécessaire pour maintenir une SpO₂ >95%.

En cas de suspicion de syndrome d'apnée du sommeil suspecté non diagnostiqué, il est recommandé une surveillance prolongée en SSPI à la recherche de désaturation et de pause respiratoire

Si la patiente présente un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, mise en route du traitement par C-Pap dès la SSPI.
- ✓ Limitation de l'iléus reflexe

Celle-ci sera optimisée par l'association d'une limitation du drainage chirurgical, la réalisation d'une épargne morphinique, une réalimentation et une mobilisation précoces. La réalimentation orale peut être proposée dès le retour en chambre et doit être idéalement obtenue dans les 24 premières heures.
- ✓ Mobilisation précoce
 - Dès le jour de l'intervention chez les patientes autonomes avec comme objectif 30 minutes au fauteuil à J0 puis 3 à 6h de déambulation et de repos au fauteuil les jours suivants. Le premier lever sera assuré par une IDE.

- Prévoir le passage d'un kinésithérapeute à J1 en cas de patientes à mobilité réduite préexistante à la chirurgie.
- ✓ Thromboprophylaxie
 - Port de chaussettes de contention dès le matin de l'intervention
 - Une anticoagulation préventive par héparine de bas poids moléculaire est débutée dans les 6 à 12h suivant l'intervention. Elle est habituellement commencée suite à un accord entre chirurgien et anesthésiste le lendemain matin de l'intervention.
 - En cas de patiente sous anticoagulation curative en pré-opératoire, les anticoagulants à effet curatifs sont instaurés suite à un accord entre chirurgien, cardiologue et anesthésiste. Le relai par anticoagulants oraux est réalisé en externe à distance du geste.

d. Critères de sortie (tous doivent être présents)

- ✓ Douleur contrôlée par les analgésiques oraux,
- ✓ Alimentation solide,
- ✓ Patiente déperfusée,
- ✓ Mobilisation autonome ou identique à la mobilité antérieure chez les patientes à mobilité réduite,
- ✓ Reprise du transit au moins sous forme de gaz, reprise mictionnelle sans particularité,
- ✓ Absence de signes infectieux : température < 38°C, hyperleucocytose < 10 000 GB/ml, CRP < 80 mg/ml ou bonne décroissance si supérieure,
- ✓ Patiente ou tuteur acceptant la sortie,
- ✓ Ré-hospitalisation possible sur le plan organisationnel en cas de complication.