

La **R**écupération **A**méliorée **A**près **C**hirurgie est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités, faciliter le retour à l'autonomie après la chirurgie.

Ce sont des programmes ou des protocoles de parcours de soins pour une procédure chirurgicale.

Un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie.



IL N'Y A PAS de CONTRE-INDICATIONS

**mais une ADAPTATION du programme
à certains cas particuliers
patients âgés, comorbidités,
ou conditions opératoires**

La RAAC ne concerne pas que l'ambulatoire, elle s'applique à tous les patients.

Phase pré opératoire

1. Multiplication des temps d'information du patient sur son parcours de soins

- Consultation du chirurgien, anesthésiste, IDEC :
- Information donnée au patient sur son parcours de soins en chirurgie
- Anticipation de son devenir et initiation si nécessaire : SSR, HAD, Prado, soins à domicile, aides à domicile.

2. Arrêt de l'intoxication tabagique

- Proposition d'une consultation spécialisée pour aider au sevrage avant intervention

3. Jeune pré opératoire :

- Liquide clair jusqu'à 2 heures avant intervention
- Solide jusqu'à 6 heures avant l'intervention

Il est primordial que l'équipe soignante stimule et veille à ce que les patients absorbent des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'intervention afin de limiter le jeûne avant l'intervention.

Cette prise de liquides clairs jusqu'à 2 heures avant une anesthésie n'augmente pas le risque d'inhalation du contenu gastrique mais diminue les sensations de soif, faim, somnolence, asthénie. Cette prise a également un effet bénéfique sur l'équilibre glycémique et diminue le risque d'hypovolémie (de chute de la tension) lors de l'anesthésie.

Il existe quelques situations où ce jeûne « moderne » n'est pas possible comme par exemple des antécédents de chirurgie gastrique pour obésité, certaines pathologies œsophagiennes, certaines maladies neurologiques.

On déconseille aussi ce jeûne s'il existe une forte consommation régulière d'opiacés.

Ces consignes imposent également une bonne compréhension du patient.

4. Traitement antalgique de sortie

Lors de la consultation d'anesthésie, une ordonnance d'antalgiques post opératoires est prescrite par l'anesthésiste, il est impératif que le patient soit allé chercher ces médicaments pour son retour à domicile.

5. Appel de la veille

Cet appel peut avoir lieu dans les 48h précédant la chirurgie, il a pour objectif de rappeler les recommandations :

- de la préparation cutanée du patient,
- du jeûne pré opératoire
- du parcours patient communication de l'heure d'entrée

6. Entrée le matin de l'intervention

Meilleur sommeil du patient et moins anxiogène qu'une hospitalisation la veille

7. Pas de prémédication

La prémédication n'apporte aucun bénéfice pour le patient, elle n'est plus nécessaire pour l'anesthésie avec l'utilisation des produits récents.

Le moment de son effet quand elle agit est imprévisible.

Elle peut retarder le réveil de l'anesthésie et la récupération cognitive du patient.

Elle peut de plus parfois avoir un effet paradoxal en rendant le patient désorienté.

Elle n'est utilisée qu'exceptionnellement en situation d'anxiété majeure. L'absence de prémédication permet au patient de se rendre au bloc opératoire debout en toute sécurité.

Phase per opératoire

1. L'anesthésie

1.1 Lutter contre la douleur

C'est l'analgésie « multimodale » ou « balancée » qui consiste à associer médicaments et techniques ayant des sites d'action différents et complémentaires.

Les antalgiques sont associés à différentes techniques type infiltration d'anesthésiques locaux du site chirurgical ou à la réalisation de blocs nerveux périphériques.

La voie orale pour les antalgiques est toujours privilégiée

Certains protocoles d'anesthésie permettent de ne pas utiliser les morphiniques en associant divers produits comme la XYLOCAINE en perfusion intraveineuse le CATAPRESSAN et la KETAMINE, c'est l'OFA Opioid Free Anesthesia.

1.2 Prévention de l'hypothermie per-opératoire

Utilisation systématique d'un réchauffeur de corps afin que le patient est un 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.

1.3 Antibiotrophylaxie

Le patient reçoit une antibiotrophylaxie débutée entre 20 et 60 minutes avant l'incision chirurgicale selon les recommandations de la SFAR sur l'antibiotrophylaxie en chirurgie.

1.4 Prévention des nausées et vomissements post opératoires (NVPO)

Il est recommandé d'associer une bithérapie intraveineuse systématique par corticothérapie DEXAMETHASONE et DROPERIDOL. En contrepartie AIVOC PROPOFOL peut être discuter en fonction du score d'Apfel.

2. Voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord : la voie « minimal invasive » est recommandée : mini incision, laparoscopie

Le drainage est limité voir non recommandé et ne fait plus partie du « gold standard ».

3. Réveil

Il a pour but d'obtenir l'autonomie du patient le plus rapidement possible.

Boissons en salle de réveil sous la forme de « briquettes » de jus de pomme qui permettent de favoriser très rapidement la reprise du transit avec moins de nausées et de vomissements.

Ablation de la voie veineuse en sortie de salle de réveil ou cathéter obturé, pas de drain ni de sonde vésicale.

Lever le plus précoce possible.

4. Prévention de la thrombose

Par la récupération rapide de la déambulation elle peut être limitée dans la durée et allégée.

Les bas de contention ne sont plus recommandés à part pour les césariennes.

Phase post opératoire

1. Réhydratation précoce

Pour favoriser très rapidement la reprise du transit avec moins de nausées et de vomissements.

2. Mobilisation précoce

- Pour l'orthopédie : Dès son retour en chambre le patient est pris en charge par l'équipe para médicale et plus particulièrement par les kinésithérapeutes afin que le patient réalise son premier levé et se mobilise.
- Pour la gynéco : 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.

3. Sortie du patient

Sortie du patient en fonction des critères chirurgicaux.

Ré hospitalisation possible sur le plan organisationnel en cas de complication.

A chaque étape du parcours du patient votre rôle est nécessaire dans la reprise de l'autonomie de ce dernier