

Optimisation du management périopératoire – Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®)

Andrea Schoke^a, Cornelia Künzli^a, Christine Zehntner^b, Martin Hübner^c, Stefan Breitenstein^a

^a Département für Chirurgie, Kantonsspital Winterthur; ^b Institut für Anästhesiologie, Kantonsspital Winterthur;

^c Département für Viszeralchirurgie, Universitätsspital Lausanne

La qualité et l'économicité des traitements médicaux prennent de plus en plus d'importance dans notre environnement politique sanitaire. En chirurgie jusqu'ici à cet égard, c'était surtout le développement de techniques opératoires innovantes qui était au premier plan. Depuis quelque temps cependant s'impose le fait que pour le résultat final des patients, en plus de la technique chirurgicale optimisée, les aspects processuels et interdisciplinaires jouent un rôle très important dans le plan de traitement périopératoire. Il est maintenant prouvé de manière convaincante (basé sur l'évidence) que les résultats du traitement chirurgical dépendent dans une très large mesure de la collaboration interdisciplinaire périopératoire (fig. 1 [6]) [1]. «Enhanced Recovery After Surgery», abrégé ERAS®, est le concept de traitement périopératoire moderne, intégré, développé il y a quelques années par un groupe de chirurgiens scandinaves et de plus en plus accepté actuellement au niveau international, surtout en chirurgie viscérale [2].

Ce concept ERAS® est parti de la chirurgie «fast track», décrite en 1995 par le Danois Henrik Kehlet. Dans ERAS®, l'attention est dirigée sur l'amélioration de la récupération postopératoire, et plus uniquement sur la rapidité du traitement. La chirurgie viscérale du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV, Directeur Prof. Nicolas Demartines) est le premier hôpital suisse à s'être associé à l'ERAS® Society, qui a mis en pratique ce concept et transmis les données prospectives online à la banque de données internationale ERAS®. Le groupe lausannois fait part de ses expériences dans des workshops et explique comment implémenter ce concept ERAS® aux cliniques intéressées, dont la nôtre. Etant convaincus qu'ERAS® est une bonne chose pour nos patients, nous avons relevé ce défi avec grand enthousiasme.



Andrea Schoke

Diminution des complications comme but prioritaire

Derrière le concept ERAS®, il y a l'idée fondamentale d'influencer positivement le métabolisme postagression en diminuant le stress périopératoire, en maintenant les fonctions physiologiques et en mettant rapidement en route la mobilisation postopératoire [3]. Il faut notamment atténuer l'insulinorésistance postopératoire, maintenir l'équilibre hydrique et réduire l'administration postopératoire d'opioïdes. Tout cela permet de diminuer les complications postopératoires, en abrégant la durée d'hospitalisation et réduisant les coûts [1, 4]. Globalement, le concept de traitement multimodal ERAS® se compose de plus de 20 éléments, qui associés permettent une récupération optimale du patient. Ces éléments et

leur efficacité sont basés sur des évidences, et se subdivisent en 3 phases: préopératoire, opératoire et postopératoire (tab. 1 [5]). L'enchaînement de ces modules exige une collaboration interdisciplinaire constructive entre chirurgie, anesthésie, médecine nutritionnelle, soins et physiothérapie (fig. 1). Ce travail d'équipe sur l'ensemble de la prise en charge périopératoire du patient donne en pratique lieu à un changement de paradigme: partant des habitudes de la clinique vers une manière de faire basée sur l'évidence et parfaitement coordonnée.

Contrôle régulier des données comme base d'amélioration durable de la qualité

Comme dans beaucoup d'autres hôpitaux, des schémas de traitement se sont établis depuis quelques années déjà à l'Hôpital cantonal de Winterthur. Et justement dans le domaine de la chirurgie viscérale, ils suivent pour l'essentiel les directives de la chirurgie fast track. C'est précisément cet état de fait qui a fait douter initialement qu'une nouvelle amélioration soit possible avec ERAS®. Une analyse rétrospective détaillée de nos interventions colorectales nous a cependant montré que, contre nos attentes, nos propres schémas, pas plus que le protocole ERAS®, étaient en réalité respectés à moins de 50%.

Un contrôle régulier est une condition indispensable pour déterminer si les schémas de traitement sont effectivement respectés. L'audit régulier est un élément fondamental du concept ERAS® (fig. 1). Les données sont transmises online à la banque de données internationale de l'ERAS® Society (www.erassociety.org). Ce système interactif permet un contrôle efficace et régulier de l'adhérence au protocole, de même qu'une évaluation du résultat final. Le point de référence est calculé à partir de la banque de données des hôpitaux certifiés ERAS® au niveau international, et sert à comparer nos propres données. Il a été possible de prouver scientifiquement que l'incidence des complications postopératoires est en corrélation directe avec l'adhérence au protocole ERAS® [5].

Collaboration interdisciplinaire: grand défi

Le concept de la collaboration interdisciplinaire est déjà usé actuellement en santé publique, et considéré comme normal dans de très nombreux domaines de la médecine moderne. Malgré cela, l'implémentation du concept ERAS® nous a montré qu'en périopératoire l'interdisciplinarité n'allait pas de soi. Elle implique une nouvelle

Les auteurs n'ont déclaré aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec leur article.

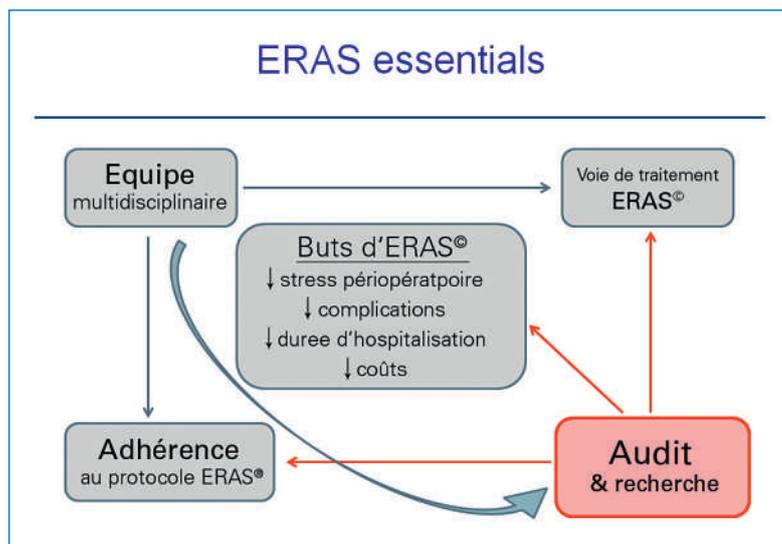


Figure 1
Un concept ERAS® efficace diminue le stress périopératoire et les complications postopératoires. Ses «effets secondaires» sont une hospitalisation plus brève et une diminution des coûts. Est déterminant pour son succès une équipe multidisciplinaire motivée de chirurgiens, anesthésistes, soignants et employés de l'administration. Cette équipe applique les recommandations basées sur l'évidence dans un protocole ERAS® institutionnel, veille à leur respect et suit les résultats cliniques (audit).

de l'anesthésie font partie du standard, le jeûne préopératoire n'est que de 2 heures. L'opération est pratiquée dans toute la mesure du possible par laparoscopie, sans pose de drains. Pour le régime anesthésique et analgésique, il faut veiller à la prévention des nausées, à un apport liquidien restrictif et à une analgésie multimodale optimale, en général épidurale dorsale. La mobilisation active, la prise de liquide et de nourriture par voie orale sont reprises immédiatement en postopératoire et rapidement progressives. L'évolution des patients est suivie par un appel téléphonique une semaine, et un examen clinique un mois après leur sortie de l'hôpital.

Directives

Trois directives ERAS® ont été publiées. La première sur la chirurgie colique élective [6], la deuxième sur la chirurgie du rectum et du plancher pelvien [2] et la troisième sur la pancréatoduodénectomie [7]. D'autres sont en voie d'élaboration par l'ERAS® Society. L'efficacité du concept thérapeutique ERAS® est évidente et basée sur des preuves. Il ne se base pas sur la découverte de nouvelles connaissances, mais comprend la mise en pratique des connaissances existantes. La clé du succès réside dans l'interdisciplinarité, qui est à la fois défi et danger pour une implémentation internationale et universelle de ce concept.

Correspondance:

Dr Stefan Breitenstein
Direktor Departement Chirurgie
Kantonsspital Winterthur
Brauerstrasse 15
Postfach 834
CH-8401 Winterthur
[stefan.breitenstein\[at\]ksw.ch](mailto:stefan.breitenstein[at]ksw.ch)

Références

- 1 Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: a meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surg Endosc*. 2012 Jun;26(6):1617-23.
- 2 Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, McNaught CE, Macfie J, Liberman AS, Soop M, Hill A, Kennedy RH, Lobo DN, Fearon K, Ljungqvist O. Guidelines for perioperative care in elective colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg*. 2013 Feb;37(2):259-84.
- 3 Ljungqvist O, Nygren J, Soop M, Thorell A. Metabolic perioperative management: novel concepts. *Curr Opin Crit Care*. 2005 Aug;11(4):295-9.
- 4 Adamina M, Ebinger S. Genesung auf der Überholspur: Fast-Track-Chirurgie im DRG-Zeitalter. *Schweiz Med Forum*. 2013;13(44):890-5.
- 5 Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Arch Surg*. 2011 May;146(5):571-7.
- 6 Lassen K, Coolsen MM, Slim K, Carli F, de Aguiar-Nascimento JE, Schäfer M, Parks RW, Fearon KC, Lobo DN, Demartines N, Braga M, Ljungqvist O, Dejong CH. Guidelines for (perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg*. 2013 Feb;37(2):240-58.
- 7 Nygren J, Thacker J, Carli F, Fearon KC, Norderval S, Lobo DN, Ljungqvist O, Soop M, Ramirez J. Guidelines for perioperative care in elective rectal/colorectal surgery. *World J Surg*. 2013 Feb;37(2):285-305.

Tableau 1

Eléments ERAS® pour la chirurgie élective colique [2].

| Préopératoire | Peropératoire | Postopératoire |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Information du patient | Pas d'hypothermie | Retrait rapide de la sonde vésicale |
| Pas de prémédication par sédatifs à longue durée d'action (épidurale) | Analgésie multimodale (épidurale) | Analgésie multimodale |
| Alimentation | Prophylaxie des PONV* | Alimentation |
| Hydrates de carbone, pas de jeûne | Administration restrictive de liquide | Pas de sonde gastrique |
| Pas de lavement | Pas de sondes/drains | Prophylaxie de l'iléus |
| Prophylaxie antibiotique | Prophylaxie antithrombotique | Mobilisation rapide |
| Pas de nicotine, pas d'alcool | Opération par laparoscopie | AUDIT |

* PONV = PostOperative Nausea and Vomiting

dimension des réflexions en équipe, et c'est un grand défi. Sans la conviction et le soutien des décisionnaires de toutes les disciplines (médecins-chefs de chirurgie, anesthésie et médecine, et responsables des soins), la mise en pratique efficace du concept ERAS® n'est pas possible.

De nombreux éléments d'ERAS® exigent compréhension, temps et bonne coordination entre les disciplines partenaires. Il y a plusieurs exemples pour cela: en préopératoire, les explications sur l'hospitalisation prévue sont complétées par les soignants. Une anamnèse nutritionnelle avec intervention en fonction des besoins se fait en ambulatoire, avant l'hospitalisation. Une durée de jeûne préopératoire la plus brève possible et un apport fourni d'hydrates de carbone jusqu'à 2 heures avant l'induction