

PARRAINÉ PAR

RHNE

Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois

Un protocole qui améliore la réhabilitation post-chirurgie

Moins de complications et de jours d'hospitalisation: plus de 1000 patients ont été opérés pour une chirurgie colorectale selon le protocole ERAS au RHNE, l'un des précurseurs du programme en Suisse.

PAR BRIGITTE REBETZ



Chirurgiens, infirmières, anesthésistes, diététiciennes... La prise en charge selon le protocole ERAS nécessite l'implication d'une équipe pluridisciplinaire. GUILLAUME PERRET

Le cap du millième patient opéré du côlon selon le protocole ERAS – acronyme de réhabilitation améliorée après chirurgie (en anglais) – vient d'être franchi au Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNE). Si ce programme est aujourd'hui pratiqué dans de nombreux services de chirurgie, le RHNE avait joué un rôle de précurseur en étant le premier hôpital du pays à l'adopter en 2012, juste après le Chuv.

L'objectif du protocole? Diminuer le stress chirurgical, les complications et la durée d'hospitalisation grâce à une prise en charge personnalisée préopératoire, une chirurgie minimalement invasive et des mesures postopératoires. Le Pr Marc-Olivier Sauvain, médecin-chef au Service de chirurgie, indique qu'«avant l'introduction d'ERAS pour la chirurgie colorectale électorale, nous avions une moyenne de 12-13 jours d'hospitalisation, tandis qu'aujourd'hui, c'est six jours.» «Mais le bénéfice, c'est bien plus que cela», complète le Dr

Christopher Sulzer, le médecin-chef en anesthésiologie qui a contribué à introduire ERAS au RHNE. «Ce protocole augmente la qualité de la prise en charge en réduisant les infections, les réhospitalisations, les douleurs... Quand le patient a moins mal, il peut marcher dans les corridors le lendemain de l'intervention, ce qui favorise la reprise du transit intestinal. En ayant moins de douleurs, il participe mieux à sa réhabilitation, il sera actif plutôt que passif.»

Audit interactif

La spécificité d'ERAS, c'est de s'appuyer sur un catalogue de mesures dont les ef-

fets sont vérifiés grâce à un système d'audit interactif. «Comme tout est mesuré et comparé, nous sommes devenus beaucoup plus fiables. Et l'on voit que plus on adhère au protocole, meilleurs sont les résultats», explique le Pr Sauvain. «Les lignes directrices évoluent, elles sont régulièrement ajustées, c'est dynamique.» Avec ce programme déployé par une équipe pluridisciplinaire dédiée, la prise en charge s'est transformée. A commencer par la préparation en amont (préopératoire), essentielle pour mettre le patient en bonne condition. D'où des consultations avec des infirmières ERAS, diététiciennes ou physiothérapeutes dès que l'indication opératoire a été posée.

Autre exemple de changement: le patient peut boire jusqu'à deux heures avant l'opération (contre un jeûne strict de douze heures auparavant) et il entre à l'hôpital le jour même.

On a aussi réduit l'utilisation de drains et cathéters pour di-

minuer les risques d'infection et amortir le choc opératoire. Et pour minimiser la douleur, deux anesthésies sont combinées (générale et rachidienne).

Cette dernière maintient la zone de l'abdomen insensible pendant 24 heures, dans le but de favoriser une mobilisation précoce et éviter l'administration d'opiacés.

Pas de limite d'âge

«Deux à trois semaines avant, nous expliquons au patient que son parcours commence avant l'opération», détaille Laetitia Lambert, infirmière ERAS. «Nous le mettons au centre de la prise en charge, en lui présentant le programme, en anticipant sa sortie, en essayant de tout mettre en place pour qu'il soit le plus en forme possible... L'âge et des comorbidités associées ne sont pas des critères d'exclusion, par contre nous évaluons son état général. S'il est anémique, il recevra du fer et s'il est dénutri, il verra une diététicienne.» Améliorer la condition du

Transposable à toutes les chirurgies

La réhabilitation améliorée après chirurgie, ou ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), est née à l'instigation du professeur danois Henrik Kehlet, l'un des premiers chercheurs à s'être intéressé à la récupération rapide.

Après une décennie d'investigations, lui et son équipe publient un article fondateur en 1995, qui porte sur l'analgésie, l'alimentation orale et une mobilisation accrue après une chirurgie du côlon.

Ils préconisent une approche novatrice qui comprend une préparation préopératoire impliquant le patient, un traitement de la douleur plus ciblé et adéquat, une réalimentation rapide ainsi qu'une mobilisation précoce.

«Point par point, ils ont remis en question les usages de l'époque, combattant certains dogmes», résume le Pr Marc-Olivier Sauvain. Le protocole est devenu une prise en charge standardisée, multimodale, multidisciplinaire et basée sur les évidences, qui a pour effet principal de diminuer la morbidité postopératoire.

Transposable à toutes les chirurgies, y compris pédiatriques ou en urgence, c'est aujourd'hui la norme dans de nombreux hôpitaux.

Grâce à son système d'audit interactif, ERAS permet aux cliniciens de récolter de façon prospective et anonyme les données et de suivre en temps réel l'application et les effets des recommandations sur la qualité des soins et l'évolution postopératoire du patient.

Selon le professeur, «c'est un outil qui mesure objectivement chaque aspect de l'intervention et de la prise en charge. Ces données sont plus difficiles à obtenir pour les autres opérations, nous sommes donc beaucoup plus fiables avec ERAS.»

patient avant une chirurgie a une incidence positive sur la phase postopératoire, ajoute le Pr Sauvain. «C'est comme lorsqu'on prévoit de faire un marathon, on se prépare avant!»

gé de posture, de ne plus avoir de points d'appui dans le lit est généralement apprécié.»

Présence accrue des soignants

Le protocole demande plus de ressources, notamment de la part des soignants, et implique une coordination étroite entre intervenants. «La beauté du programme, c'est sa transversalité», glisse le Pr Sauvain. «Tout le monde doit tirer à la même corde». Le Dr Sulzer se souvient que «son introduction avait été une petite révolution. Car on travaillait en silo avant, chacun faisait son truc de son côté. Maintenant, des synergies se sont installées.» Dans la mesure où ERAS peut être appliqué à toutes les opérations, y compris pédiatriques, les chirurgiens du RHNE se préparent à adopter le programme pour les interventions bariatriques et thoraciques.

«Le véritable atout de cette prise en charge, c'est sa base de données, qui permet de faire une analyse rétrospective détaillée», résume l'anesthésiste.

«On peut ainsi retracer une complication ou mesurer une évolution de manière objective. Si l'on n'a pas de protocole, on s'en remet au bon vouloir du prescripteur.»

«On encourage le patient à bouger dès la salle de réveil, car le lit est son pire ennemi.»

CHRISTINE PILLOUX
INFIRMIÈRE ERAS

Le patient reçoit un carnet de bord qui le guidera pendant quatre jours à partir de l'opération. «Quatre points y sont abordés, l'alimentation, les douleurs, les nausées, la mobilisation. On l'encourage à bouger dès la salle de réveil, car le lit est son pire ennemi: plus il reste alité, plus il risque de faire une complication», résume l'infirmière Christine Pilloux. «C'est du coaching au quotidien, nous devons être pédagogues pour l'inciter à se lever», ajoute l'infirmière-chef Manon Erard.

«Lors du premier lever après l'opération, le patient se sent souvent mieux en position verticale: le fait d'avoir chan-