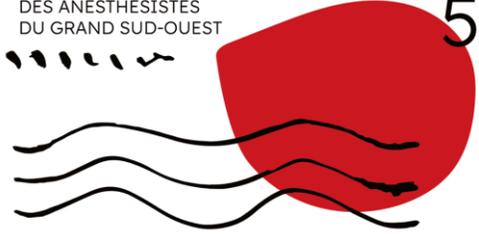


# REAGSO

RÉUNION D'ENSEIGNEMENT  
DES ANESTHÉSISTES  
DU GRAND SUD-OUEST

56



## RFE : Programme d'optimisation péri-opératoire du patient adulte

Dr Constance Marquis  
Clinique Médipole-Garonne, Toulouse





Pr Kehlet



Pr Kehlet

Accélérée

RAAC





Pr Kehlet

*Accélérée*

RAAC



*Améliorée*

RAAC





Pr Kehlet



*Accélérée*

RAAC



*Améliorée*

RAAC



RAC



Parcours optimisé

Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for  
gynecologic oncology: Addressing implementation challenges -  
2023 update

2023



Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges - 2023 update

2023

Rehabilitation rapide après chirurgie colorectale programmée

2014

Titre en anglais: Guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery

Réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique lourde du membre inférieur (Arthroplastie de hanche et de genou hors fracture)

2019

Guidelines for enhanced recovery for major orthopaedic surgery (Hip and knee arthroplasties)



Réhabilitation améliorée après chirurgie cardiaque adulte sous CEC ou à court circuit 2021

2021

Anesthésie & Réanimation  
Volume 8, Issue 6, November 2022, Pages 590-626



Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: A 2023 implementation challenges - 2023 update

2023

Rehabilitation rapide après chirurgie colorectale programmée

2014

Titre en anglais: Guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery

Réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique lourde membre inférieur (Arthroplastie de hanche et de genou hors fracture)

2019

Guidelines for enhanced recovery after major orthopaedic surgery (Hip and knee arthroplasties)



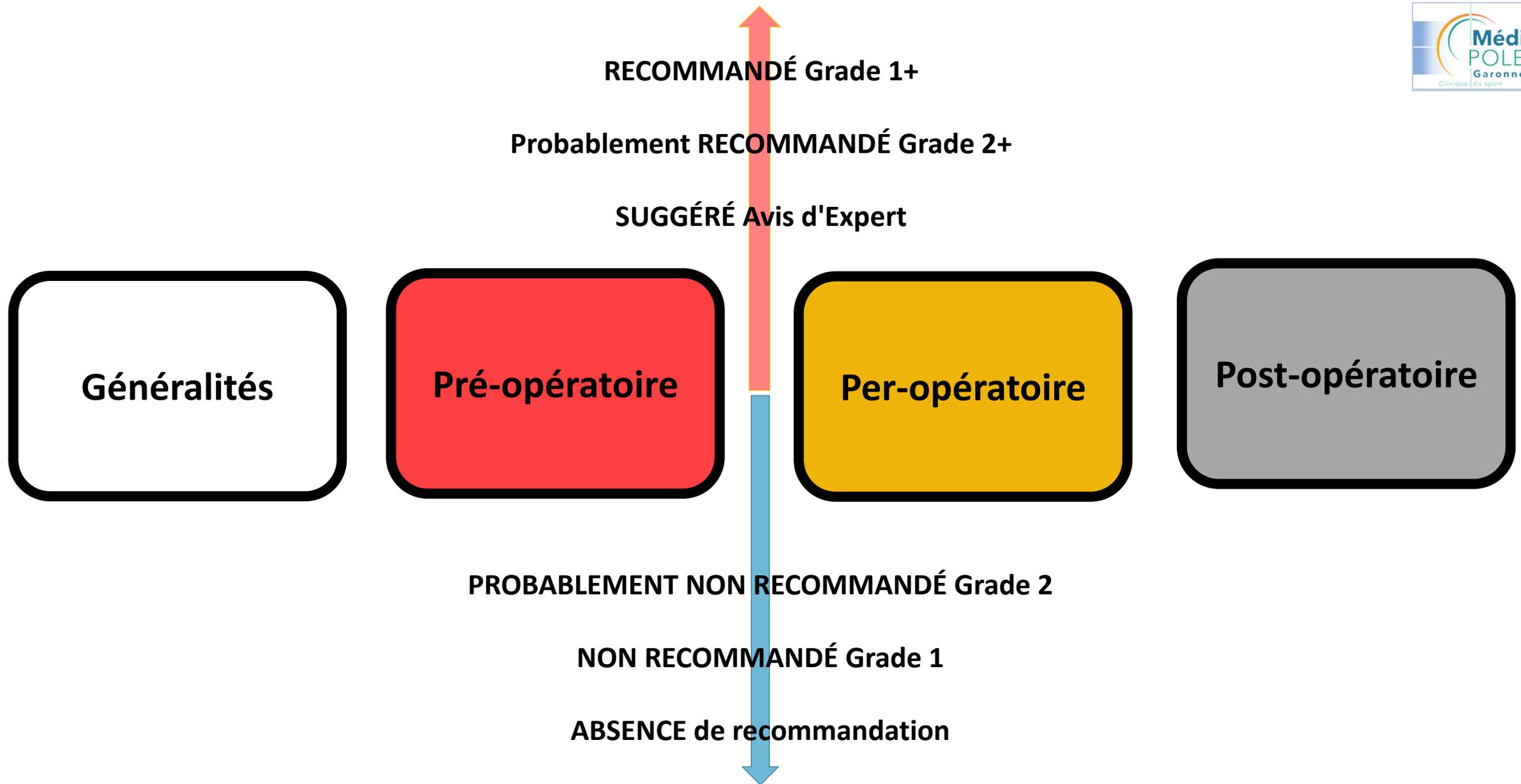
Réhabilitation améliorée après chirurgie cardiaque adulte sous CEC ou à court circuit 2021

2021

Anesthésie & Réanimation  
Volume 8, Issue 6, November 2022, Pages 590-626

DMS

COMPLICATIONS



# Généralités

Il est recommandé de mettre en place et d'appliquer un programme d'optimisation périopératoire afin de réduire la durée de séjour des patients et l'incidence des complications postopératoires.

GRADE 1+ (Accord fort)

# Généralités

Il est recommandé de mettre en place et d'appliquer un programme d'optimisation périopératoire afin de réduire la durée de séjour des patients et l'incidence des complications postopératoires.

## **Meta-analysis of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols in Emergency Abdominal Surgery**

Shahab Hajibandeh <sup>1</sup>, Shahin Hajibandeh <sup>2</sup>, Victor Bill <sup>3</sup>, Thomas Satyadas <sup>4</sup>

World J Surg. 2020 May;44(5):1336-1348.

**Reduced short-term complications and mortality following Enhanced Recovery**  
**Primary hip and knee arthroplasty: results from 6000 procedures**  
*Khan SK, Acta orthop; 2014 Feb.*

	<b>Trad</b>	<b>% (CI)</b>	<b>ER</b>	<b>% (CI)</b>	<b>p-value</b>
LOS in days,					
median (range)	6 (1–125)		3 (0–82)		0.01
Blood transfusion <sup>a</sup>	230/1,000	23 (20.5–25.7)	228/3,000	7.6 (6.4–9.1)	< 0.001
Re-admission	141	4.7 (3.8–5.9)	139	4.6 (3.7–5.8)	1.0
RTT (30-day)	60	2.0 (1.4–2.8)	40	1.3 (0.8–2.1)	0.05
Stroke (30-day)	14	0.5 (0.2–0.9)	7	0.2 (0.1–0.7)	0.2
GI bleed (30-day)	18	0.6 (0.3–1.2)	11	0.4 (0.2–0.9)	0.3
MI (30-day)	26	0.9 (0.5–1.5)	12	0.4 (0.2–0.9)	0.03
DVT (60-day)	23	0.8 (0.4–1.4)	14	0.5 (0.2–0.9)	0.2
PE (60-day)	36	1.2 (0.7–1.9)	32	1.1 (0.6–1.7)	0.7
Pneumonia (30-day)	29	0.9 (1.4–2.8)	36	1.2 (0.7–1.9)	0.5
Death (30-day)	16	0.5 (0.2–1.1)	5	0.2 (0.04–0.6)	0.03
Death (90-day)	25	0.8 (0.5–1.5)	14	0.5 (0.2–0.9)	0.1

# REAGSO

RÉUNION D'ENSEIGNEMENT  
DES ANESTHÉSISTES  
DU GRAND SUD-OUEST

56



## MME R.

85 ans

Candidate à une PTH  
HTA, DNID, coronaropathie



# Généralités

**Il est recommandé d'inclure TOUS les patients dans un programme d'optimisation périopératoire, notamment les patients, âgés, fragile ou comorbide, chez qui ce type de prise en charge permet aussi de diminuer le taux de complications post-opératoires et la durée de séjour**

GRADE 1+ (Accord fort)

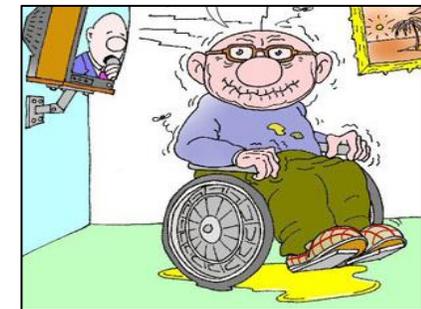
# Généralités

**Il est recommandé d'inclure TOUS les patients dans un programme d'optimisation périopératoire, notamment les patients, âgés, fragile ou comorbide, chez qui ce type de prise en charge permet aussi de diminuer le taux de complications post-opératoires et la durée de séjour**



# Généralités

**Il est recommandé d'inclure TOUS les patients dans un programme d'optimisation périopératoire, notamment les patients, âgés, fragile ou comorbide, chez qui ce type de prise en charge permet aussi de diminuer le taux de complications post-opératoires et la durée de séjour**



[Anesth Analg](#). 2016 Jun;122(6):1807-15. doi: 10.1213/ANE.0000000000001190.

## **Postoperative Morbidity and Discharge Destinations After Fast-Track Hip and Knee Arthroplasty in Patients Older Than 85 Years.**

[Pitter FT](#)<sup>1</sup>, [Jørgensen CC](#), [Lindberg-Larsen M](#), [Kehlet H](#); [Lundbeck Foundation Center for Fast-track Hip and Knee Replacement Collaborative Group](#).

Median length of stay (LOS) : 3  
days

Home discharge : 93 %

[Anesth Analg](#). 2016 Jun;122(6):1807-15. doi: 10.1213/ANE.0000000000001190.

## **Postoperative Morbidity and Discharge Destinations After Fast-Track Hip and Knee Arthroplasty in Patients Older Than 85 Years.**

[Pitter FT](#)<sup>1</sup>, [Jørgensen CC](#), [Lindberg-Larsen M](#), [Kehlet H](#); [Lundbeck Foundation Center for Fast-track Hip and Knee Replacement Collaborative Group](#).

Median length of stay (LOS) : 3  
days

Home discharge : 93 %

## **Enhanced Recovery in Liver Transplantation: A Feasibility Study**

[Raffaele Brustia](#) <sup>1 2</sup>, [Antoine Monsel](#) <sup>3 2</sup>, [Filomena Conti](#) <sup>4 2</sup>, [Eric Savier](#) <sup>1</sup>, [Geraldine Rousseau](#) <sup>1 2</sup>, [Fabiano Perdigao](#) <sup>1</sup>, [Denis Bernard](#) <sup>3</sup>, [Daniel Eyraud](#) <sup>3</sup>, [Yann Loncar](#) <sup>3</sup>, [Olivier Langeron](#) <sup>3 2</sup>, [Olivier Scatton](#) <sup>5 6</sup>

DMS 19 – 9 jours

Sans diminution des complications PO

Sans augmentation de taux de réhospitalisation

# Généralités

Les experts suggèrent que l'implémentation et le suivi des programmes d'optimisation périopératoire soient effectués par une équipe pluri-professionnelle, avec du temps dédié pour la coordination du parcours patient.

**Avis d'experts (Accord fort)**

# Généralités

Les experts suggèrent que l'implémentation et le suivi des programmes d'optimisation périopératoire soient effectués par équipe pluriprofessionnelle, avec du temps dédié pour la coordination du parcours patient.

**Avis d'experts (Accord fort)**



# Pré-opératoire

Il est probablement recommandé de mettre en œuvre un programme de pré-habilitation avant chirurgie afin de réduire la morbidité et la durée de séjour postopératoire

GRADE 2+ (Accord fort)

# Pré-opératoire

Il est probablement recommandé de mettre en œuvre un programme de pré-habilitation avant chirurgie afin de réduire la morbidité et la durée de séjour postopératoire



# Pré-opératoire

Il est probablement recommandé de mettre en œuvre un programme de pré-habilitation avant chirurgie afin de réduire la morbidité et la durée de séjour postopératoire



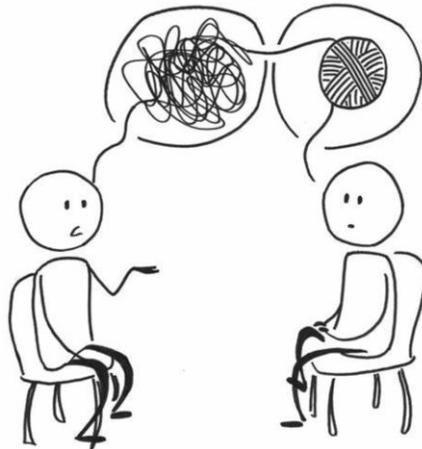
# Pré-opérateur

Il est probablement recommandé de mettre en œuvre un programme de pré-habilitation avant chirurgie afin de réduire la morbidité et la durée de séjour postopératoire



# Pré-opérateur

Il est probablement recommandé de mettre en œuvre un programme de pré-habilitation avant chirurgie afin de réduire la morbidité et la durée de séjour postopératoire



# Pré-opératoire

Il est probablement recommandé de mettre en œuvre un programme de pré-habilitation avant chirurgie afin de réduire la morbidité et la durée de séjour postopératoire

## **BMJ Open Pre-admission interventions (prehabilitation) to improve outcome after major elective surgery: a systematic review and meta-analysis**

---

Rachel Perry ,<sup>1</sup> Georgia Herbert,<sup>1</sup> Charlotte Atkinson,<sup>1</sup> Clare England,<sup>1,2</sup>  
Kate Northstone,<sup>3</sup> Sarah Baos,<sup>4</sup> Tim Brush,<sup>4</sup> Amanda Chong,<sup>1</sup> Andy Ness,<sup>1,5</sup>  
Jessica Harris,<sup>4</sup> Anne Haase,<sup>6</sup> Sanjoy Shah,<sup>7</sup> Maria Pufulete<sup>4</sup>

Il est probablement recommandé de mettre en place un programme de gestion personnalisé du capital sanguin (ou PBM), pour durée la durée de séjour et les complications post-opératoires

GRADE 2+ (Accord fort)

Il est probablement recommandé de mettre en place un programme de gestion personnalisé du capital sanguin (ou PBM), pour durée la durée de séjour et les complications post-opératoires

**EPO**

Il est probablement recommandé de mettre en place un programme de gestion personnalisé du capital sanguin (ou PBM), pour durée la durée de séjour et les complications post-opératoires



**EPO**



**Fer**

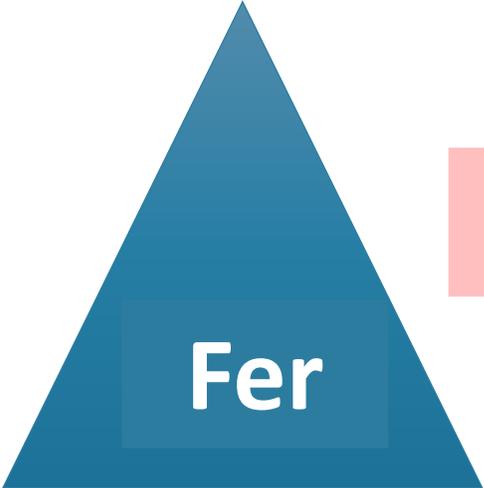


**Ac Tranexamique**

Il est probablement recommandé de mettre en place un programme de gestion personnalisé du capital sanguin (ou PBM), pour durée la durée de séjour et les complications post-opératoires



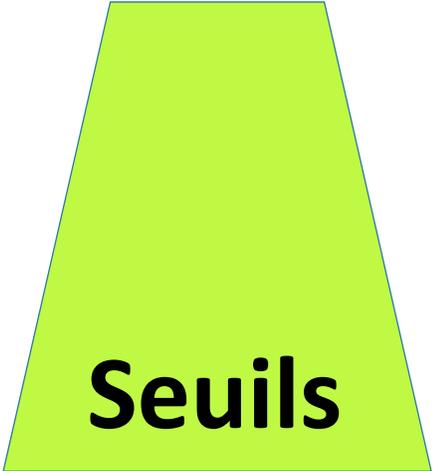
**EPO**



**Fer**



**Ac Tranexamique**



**Seuils**

Il est probablement recommandé d'admettre les patients le jour de l'intervention pour réduire la durée de séjour sans modifier la survenue de complications.- GRADE 2+ (Accord fort)

GRADE 2+ (Accord fort)

Il est probablement recommandé d'admettre les patients le jour de l'intervention pour réduire la durée de séjour sans modifier la survenue de complications.- GRADE 2+ (Accord fort)

Frein chirurgical  
Frein patient

Il est probablement recommandé d'admettre les patients le jour de l'intervention pour réduire la durée de séjour sans modifier la survenue de complications.- GRADE 2+ (Accord fort)

Frein chirurgical  
Frein patient

Anticipation médicale  
Anticipation administrative  
Préparation du patient  
Programmation

Il est probablement recommandé d'admettre les patients le jour de l'intervention pour réduire la durée de séjour sans modifier la survenue de complications.- GRADE 2+ (Accord fort)

Frein chirurgical  
Frein patient

Anticipation médicale  
Anticipation administrative  
Préparation du patient

**Garder le contact  
En pré-op**

# Quelle anesthésie ?

Il n'est pas recommandé de privilégier une modalité d'anesthésie générale (intraveineuse vs. Inhalée; avec vs sans opiacés) pour réduire la durée d'hospitalisation et les complications post-opératoires.

GRADE 1- (Accord fort)

Il n'est pas recommandé de privilégier un type d'anesthésie (anesthésie loco-régionale neuroaxiale vs. Anesthésie générale) pour réduire la durée d'hospitalisation et les complications post-opératoires en chirurgie des membres inférieurs.

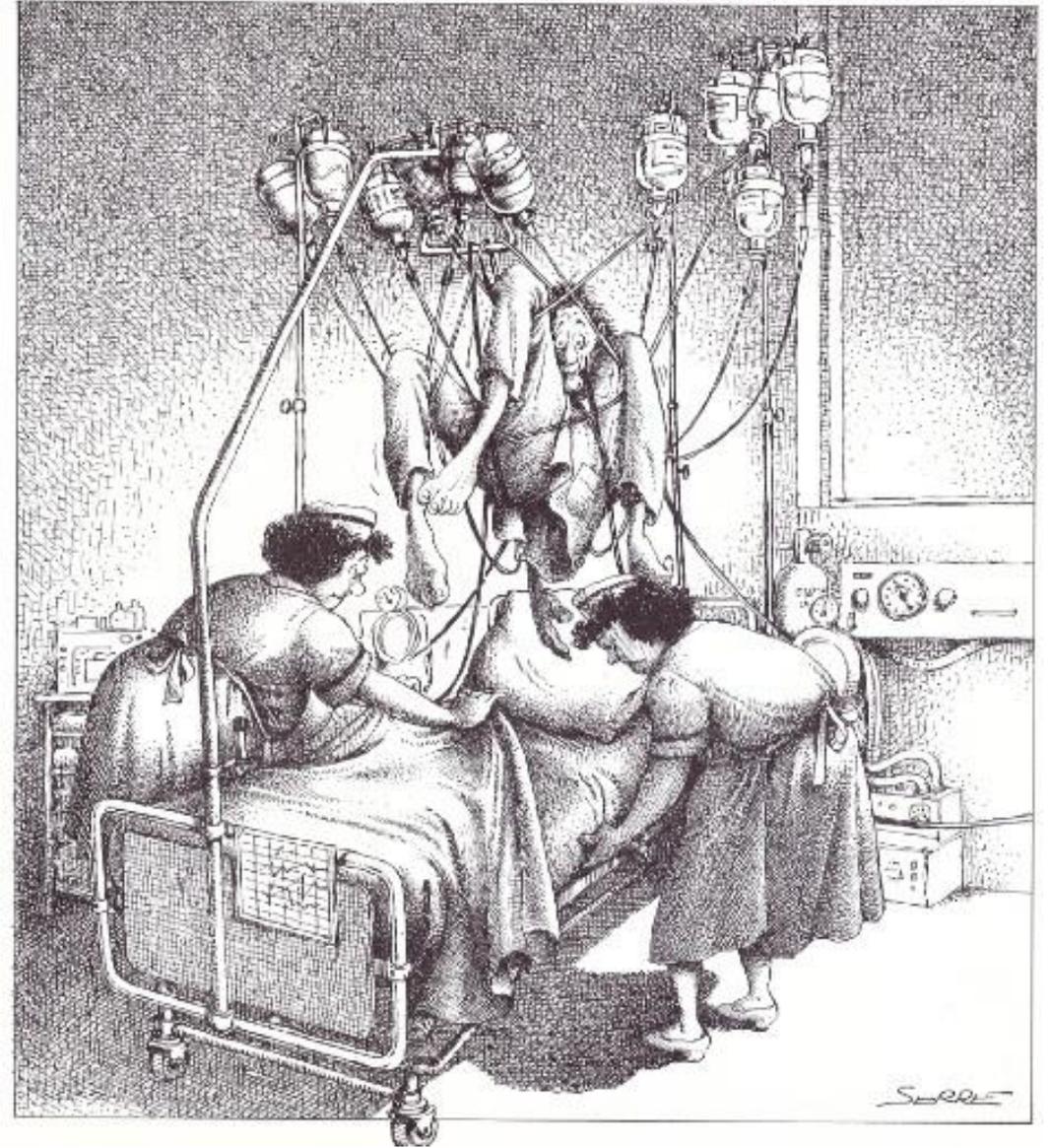
GRADE 1- (Accord fort)

- ✓ Ventilation protectrice
- ✓ Optimisation des apports liquidiens
- ✓ Monitoring de la profondeur d'anesthésie
- ✓ Lutte contre l'hypothermie
- ✓ Administration de DXM
- ✓ Antibioprophylaxie
- ✓ Monitoring de la curarisation

Il est probablement recommandé de mettre en place les mesures du programme d'optimisation périopératoire dès la SSPI, notamment la reprise des boissons, la déambulation, et le retrait des cathéters et de sonde urinaire, afin de diminuer la durée de séjour et les complications postopératoires.

GRADE 2+ (Accord fort)

Il est probablement recommandé de mettre en place les mesures du programme d'optimisation périopératoire dès la SSPI, notamment la reprise des boissons, la déambulation, et le retrait des cathéters et de sonde urinaire, afin de diminuer la durée de séjour et les complications postopératoires.



# Ultra-early initiation of postoperative rehabilitation in the post-anaesthesia care unit after major thoracic surgery: case-control study

Bruno Pastene<sup>1,2,\*</sup> , Ambroise Labarriere<sup>1</sup>, Alexandre Lopez<sup>1</sup>, Aude Charvet<sup>1</sup>, Aurélien Culver<sup>1</sup>, David Fiocchi<sup>1</sup>, Armand Cluzel<sup>3</sup>, Geoffrey Brioude<sup>3</sup>, Sharon Einav<sup>4</sup>, James Tankel<sup>5</sup> , Zeinab Hamidou<sup>6</sup>, Xavier Benoit D'Journo<sup>3</sup> , Pascal Thomas<sup>3</sup>, Marc Leone<sup>1,2</sup> and Laurent Zieleskiewicz<sup>1,2,7</sup>, the GRACE Association

	Historical control group (n = 675)	Intervention group (n = 225)	P
Postoperative atelectasis and/or pneumonia	77 (11.4)	15 (6.7)	<b>0.042</b>
Postoperative pulmonary complications at day 28	131 (19.4)	31 (13.7)	0.058
Duration of hospital stay, (days) median (i.q.r.)	6 (4.0–9.0)	5 (4.0–7.0)	<b>0.003</b>
Readmission rates at day 28	48 (7.1)	19 (8.4)	0.460
All-cause day-28 mortality	8 (1.2)	3 (1.3)	1
Comprehensive complication index,	0 (0–8.7)	0 (0–8.7)	0.080

# Sortie de SSPI sous score

## Avis CVP SFAR 2018

( *Décret sécurité anesthésie D712-45 de 1994* )

**Sortie = décision médicale**  
**Sous condition de score réalisé par l'IDE**



The screenshot shows a website header with navigation tabs: LA SFAR (Bienvenue), PROFESSIONNELS (Professionnels de santé), JEUNES (Espace jeunes), CNEAR (Collège Enseignants), PARAMÉDICAUX (IDE / IDE Réa-Urgence), and GRAND PUBLIC (Espace public). The main content area is titled "Sortie de SSPI validée par l'IDE sous condition de score" and includes a date "Mis en ligne le 19 Mars 2018" and a "Contexte professionnel" link. The text discusses the SFAR's role in ensuring patient safety during SSPI discharge, emphasizing the need for a validated score and the presence of an anesthesiologist-reanimator. It provides a sample prescription format and notes that the procedure should be validated in the institution's protocols.

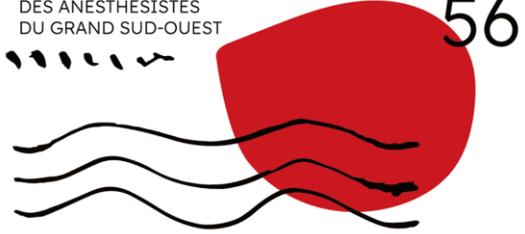
LA SFAR a été interrogée sur la possibilité pour les infirmières de SSPI de décider de la sortie des patients qui sont placés en surveillance dans cette structure. La finalité de la SSPI est d'assurer la sécurité des patients au sortir d'une anesthésie pour un acte chirurgical ou interventionnel. Ceci implique de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie. La sortie de SSPI pour un secteur d'hospitalisation en chirurgie ne peut se concevoir que lorsque le patient indemne de toute complication chirurgicale ou anesthésique, a retrouvé une autonomie en ce qui concerne ses grandes fonctions physiologiques. La position de la SFAR, s'appuyant sur le décret sécurité anesthésie D712-45 est la suivante : la sortie de la SSPI est une décision médicale. Cette décision peut être prise sous la condition de réalisation d'un score de sortie validé, appréciant donc l'autonomie du patient et l'absence de complication.

Dans ces circonstances, il est possible d'établir une formulation de la prescription de sortie de SSPI de la part du médecin anesthésiste-réanimateur, qui pourrait prendre la forme suivante: « J'autorise la sortie de salle de surveillance post-interventionnelle du patient Mr/Mme X et son retour dans son service d'origine après validation de l'ensemble des paramètres du score de retour à l'autonomie.», application de cette prescription revenant alors aux infirmières de SSPI. Ceci implique que ce score doit être tracé dans le dossier du patient. En l'absence de validation du score le patient doit bien entendu, être maintenu en SSPI dans les conditions où un médecin anesthésiste réanimateur peut intervenir à tout moment.

Cette procédure ne se conçoit que si les infirmières de SSPI ont été formées à l'évaluation des paramètres de ce score, ce qui est la base de leur travail dans l'unité. Il est de plus conseillé de faire valider cette procédure dans l'établissement où elle est proposée en utilisant les voies appropriées.

# REAGSO

RÉUNION D'ENSEIGNEMENT  
DES ANESTHÉSISTES  
DU GRAND SUD-OUEST



56

## Prise en charge de la douleur post-opératoire

Il est recommandé d'administrer des anesthésiques locaux par voie péri-nerveuse afin de réduire la survenue de complications postopératoires en chirurgie des membres.

Grade 1+ - Accord fort

Il est recommandé de réaliser une analgésie multimodale après une chirurgie thoracique ou abdominale majeure (y compris laparotomie) par voie ouverte pour réduire la survenue de complications postopératoires.

Grade 1+ - Accord fort

Il est probablement recommandé d'utiliser une analgésie locorégionale pour une chirurgie thoracique par laparoscopie, une chirurgie pariétale thoraco-abdominopelvienne ou une chirurgie rachidienne, afin de réduire l'incidence des complications postopératoires.

Grade 2+ - Accord fort

Il est probablement recommandé d'utiliser la lidocaïne par voie intraveineuse en peropératoire de chirurgie abdomino-pelvienne laparoscopique afin de réduire l'incidence des complications postopératoires.

Grade 2+ - Accord fort

**MULTI-MODALE**

# Quand faites vous sortir Mme R. ?

Il est probablement recommandé d'établir une liste de critères de sortie d'hospitalisation pour réduire la durée de séjour, sans impacter la survenue de complications postopératoires

# Quand faites vous sortir Mme R. ?

Il est probablement recommandé d'établir une liste de critères de sortie d'hospitalisation pour réduire la durée de séjour, sans impacter la survenue de complications postopératoires

Sortie d'hospitalisation selon critères / score

# REAGSO

RÉUNION D'ENSEIGNEMENT  
DES ANESTHÉSISTES  
DU GRAND SUD-OUEST

56

