

Évaluation et optimisation des patients en pré-opératoire en chirurgie

Evaluation and perioperative optimization of the surgical patient

Maxime DUBOIS

Résumé

Le médecin polyvalent en chirurgie a pour fonction principale la prise en charge médicale des patients dans la période péri-opératoire. Cette prise en charge consiste en un repérage des fragilités afin d'anticiper des décompensations post-opératoires et de prendre en charge ces complications si ces dernières n'ont pas été évitées.

La patientèle en chirurgie se divise schématiquement en une part de patients robustes et en bonne santé, ne nécessitant pas de prise en charge, et une part de patient fragile, qu'il convient de repérer.

La fragilité concerne de nombreux domaines (nutrition, cognition, autonomie, polypathologie, etc.). Différentes stratégies existent afin de dépister la fragilité, plus ou moins réalisables en pratique courante. Une prise en charge de ces pathologies à risque de décompensation permet de diminuer significativement la morbi-mortalité postopératoire, le taux de ré-hospitalisation, le risque d'entrée en institution.

L'optimisation des patients à risque doit être réalisée aussi bien en préopératoire, en peropératoire et en postopératoire. Elle est mise en place en préopératoire via des dispositifs de préhabilitation multimodale d'au moins 10-15 jours, et via une stratégie de blood-management. Concernant le peropératoire, l'optimisation est du ressort des chirurgiens et des anesthésistes (avec également une stratégie de blood management). Enfin, l'optimisation post-opératoire consiste à prendre en charge les décompensations et complications non évitées, et d'améliorer la récupération des capacités fonctionnelles via des dispositifs de RAAC avec une coopération multidisciplinaire. Toute cette prise en charge nécessite une implication de l'ensemble des acteurs de santé.

Mots clés

- Fragilité
- préhabilitation
- optimisation

Abstract

The main function of the multi-skilled doctor in the surgery department is the medical care of patients in the perioperative period. This treatment consists of identifying weaknesses in order to anticipate post-operative decompensations and to manage these complications if they have not been avoided.

The surgical patient population is broadly divided into a portion of robust and healthy patients, who do not require care, and a portion of fragile patients, who should be identified.

Frailty concerns many areas (nutrition, cognition, autonomy, polypathology, etc.). Different strategies exist to detect fragility, more or less achievable in current practice. Management of these pathologies subject to decompensation makes it possible to significantly reduce postoperative morbidity and mortality, the rate of re-hospitalization, and the risk of entry into an institution.

Optimization of frail patients must be carried out preoperatively, peroperatively and postoperatively. It is implemented preoperatively via multimodal prehabilitation systems lasting at least 10-15 days, and by a blood-management strategy. Concerning the intraoperative, optimization is the responsibility of surgeons and anesthesiologists (also with a blood management strategy). Finally, post-operative optimization consists of taking care of decompensations and complications not avoided, and improving the recovery of functional capacities by the way of ERAS devices with multidisciplinary cooperation. All this care requires the involvement of all health stakeholders.

Keywords

- Fragility
- préhabilitation
- optimization