Retour précoce à domicile après chirurgie colorectale

Short Hospital Stay after Colorectal Surgery

P Chasserant

Hôpital Privé de l'Estuaire 76620 Le Havre.

Résumé

Ces dernières années, sous l'influence d'une part des techniques liées à la RAC (Récupération Améliorée après Chirurgie) et d'autre part des apports de la chirurgie ambulatoire, la durée de séjour après chirurgie colorectale a fortement diminué. Cette diminution de la durée d'hospitalisation amène des patients à regagner leur domicile alors que le risque de survenue d'une complication potentiellement létale (fistule anastomotique) n'est pas écarté.

Afin d'assurer la sécurité du patient sans perte de chance par rapport à un séjour hospitalier il convient donc de modifier l'organisation et la manière de concevoir la prise en charge de la pathologie colorectale chirurgicale :

- En impliquant directement le patient et son entourage dans sa prise en charge par une information et une éducation spécifique qui débutent dès la première consultation.
- En coordonnant toutes les équipes soignantes en amont et en aval de l'hospitalisation.
- En adoptant une logique de gestion des risques « à priori » avec une surveillance post opératoire à domicile suivant des algorithmes précis et définis à l'avance grâce à l'apport des nouvelles technologies de communication.
- En assurant une disponibilité d'équipe H24 en post opératoire pour répondre immédiatement à la moindre problématique ou déviation par rapport aux suites prévisibles.

En suivant ces préceptes, la chirurgie colorectale peut s'envisager dans les centres experts soit en ambulatoire soit sur des durées de séjour inférieures à 5 jours avec une morbi-mortalité faible, comparable aux résultats obtenus avec la RAC.

Mots clés

- ◆ Récupération améliorée après chirurgie
- ◆ Colectomie ambulatoire
- ◆ Chirurgie colorectale

Abstract

These past years, under the influence of the ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) program and with the contributions of the ambulatory surgery, the length of stay in hospital after colorectal surgery has strongly decreased. This decrease allows patients to get back home while the risk of potentially lethal complication (bleeding, fistula) are not ruled out. To assure the patients safety without loss of chance compared to hospital stay, it is necessary to modify the clinical pathway's organisation for colorectal surgery:

- By involving the patient and his relatives directly in his coverage with specific therapeutic education which begins at the first consultation.
- By coordinating every medical teams before and after the hospital stay.
- By adopting a logical risks management ("a priori" management) with a post-operative home follow up according to specific algorithms through new communication's technologies.
- By assuring H 24 team availability to immediately answer to the slightest problem or a deviation to the predictable events.

Using these rules, colorectal surgery can be considered in expert centers with short hospital stay (less than 5 days) or outpatient procedure. Mori-mortality must be comparable with colorectal surgery with ERAS program.

Keywords

- ◆ Enhanced recovery after surgery program
- ◆ Ambulatory colectomy
- ◆ Colorectal surgery
- ◆ Outpatient colectomy

Correspondance

Dr Philippe Chasserant

Hôpital Privé de l'Estuaire 76620 Le Havre

E-mail : philippe.chasserant@wanadoo.fr

Le programmes ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) initié par H Kehlet en 1995 (1) a montré une diminution de la morbidité et de la mortalité postopératoires avec pour corollaire une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS). En France, le concept a été décliné sous la notion de « RAC » (Récupération Améliorée après Chirurgie) et popularisé dans la communauté chirurgicale sous l'égide du groupe GRACE (2). A la base, le programme comprend 20 items que chaque équipe doit s'approprier en fonction des habitudes et du savoir-faire local. Les centres ayant adopté cette démarche ont reproduit les résultats obtenus par les pionniers avec une réduction confirmée de la mortalité, de la morbidité ainsi que de la DMS s'abaissant entre 3 et 6 jours.

Parallèlement et indépendamment, sur les 25 dernières années la chirurgie ambulatoire s'est développée avec des bénéfices prouvés en termes de morbidité pour des chirurgies de plus en plus variées et lourdes sans incidence négative sur la

mortalité (3,4). Cet essor a été rendu possible par l'expertise des équipes médico chirurgicales et par la sécurisation du parcours de soins.

La notion de listes d'actes ou d'interventions réalisables en ambulatoire a cédé la place en 2012 dans un rapport de l'HAS à un constat : « ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le patient » (5). Dès lors, toute opposition entre chirurgie en hospitalisation et chirurgie en ambulatoire est devenue caduque. Chaque patient évolue à son rythme en fonction du geste, de ses comorbidités et de son environnement psychosocial ; l'hospitalisation (ou l'ambulatoire) ne sont plus des normes mais des options à choisir conjointement entre l'équipe chirurgicale et le patient.

La sécurisation du retour à domicile est par contre devenue le point crucial de la prise en charge des colectomies dans la mesure où les patients sortent avant le pic de fréquence de la complication la plus grave : la fistule anastomotique potentiellement mortelle. Cette donnée impose une nouvelle manière de concevoir l'éducation du patient ainsi que des algorithmes de surveillance à domiciles basés sur les infirmières libérales et/ou la télémedecine.

La première colectomie en ambulatoire a été réalisée en 2013 à la Clinique de la Sauvegarde à Lyon par B Gignoux (6). Dans notre institution nous avons appliqué le programme ERAS depuis 2009, réduisant ainsi la DMS moyenne entre 1 et 3 jours pour la plupart des colectomies. Riches de notre expérience pour des actes d'ambulatoire plus simples, nous avons mis en place un parcours de soins avec une surveillance post opératoire stricte à domicile afin de proposer un chemin clinique ambulatoire de première intention pour les colectomies (7).

Vers une nouvelle organisation du parcours de soins

L'application de la RAC ainsi que la préparation du retour à domicile après chirurgie colorectale débute dès la première consultation avec le chirurgien. Ce qui importe, patient hospitalisé ou non, est de détecter précocement toute complication avant qu'elle ne devienne dangereuse pour le patient (8,9). Nous avons donc mis en place un algorithme de « gestion des risques à priori ». Ont été listés tous les éléments considérés comme des anomalies ou des écarts à la norme dans les suites postopératoires. Ces éléments, expliqués au patient, à son ou ses accompagnants et aux infirmières de ville, doivent conduire à une consultation non programmée éventuellement via le service des urgences pouvant aboutir à une réadmission et une réintervention. Dans notre expérience, un film (dont l'impact est cours d'évaluation) détaillant l'ensemble de la procédure est visionné et commenté par le chirurgien durant cette première consultation, il est ensuite remis au patient qui a pour consigne de reVISIONNER celui-ci afin de s'imprégner des détails de la procédure.

L'explication de cette gestion des risques dès la consultation chirurgicale pré opératoire est ensuite reformulée lors d'une consultation spécifique paramédicale. Le but est de faire comprendre au patient que la réduction du temps d'hospitalisation ne signifie pas qu'il bénéficie d'une procédure chirurgicale moins lourde ou au rabais, mais d'une prise en charge sécurisée dont il est partie prenante. Elle le place au centre de sa prise en charge, comme acteur principal de sa surveillance après retour à domicile en liaison directe et permanente avec son équipe médicochirurgicale.

L'efficacité de cette gestion des risques « à priori » repose sur l'existence de procédures et de numéros d'appel mis à la disposition des patients et sur la disponibilité d'équipe 24h/24 pour revoir sans délais les patients en cas d'écart par rapport aux suites nominales attendues. Cette logique tend vers le développement de plateforme de télémedecine afin d'uniformiser le suivi.

Vers une nouvelle organisation des équipes

Au-delà de la disponibilité d'équipe 24h/24 qui n'est que la continuité des soins que tout service de chirurgie se doit d'assurer (patient hospitalisé ou non), la cohérence et la redondance des informations reçues par le patient et son entourage sont fondamentales pour établir un lien de confiance. Ainsi les discours que vont tenir le chirurgien, l'anesthésiste et l'ensemble du personnel paramédical doivent impérativement être harmonisés collectivement en amont de la prise en charge.

Toute notion discordante est un facteur anxiogène de confusion pour le patient et son entourage qui peut détruire la confiance et avoir des répercussion lourdes en cas de complications.

Ce type de prise en charge impose la chirurgie laparoscopique et une anesthésie optimisée avec des drogues réversibles de courte durée d'action. Les principes de la RAC (réchauffement, épargne morphinique, lutte contre les nausées vomissements...) doivent être respectés scrupuleusement par anticipation avec des protocoles couvrant l'ensemble de la procédure (hospitalisation ou non) (2).

La sécurisation du patient après retour à domicile repose sur la création de « boucles de rappel » incluant le chirurgien ou l'équipe chirurgicale, le service (hospitalisation ou ambulatoire), les urgences, la consultation ainsi que le centre 15. L'algorithme ne comprend pas le médecin traitant qui n'est pas formé à la détection des complications chirurgicales, il doit néanmoins être tenu au courant de la procédure.

La gestion « a priori » des risques

Le principe est de définir à l'avance un algorithme comprenant l'ensemble des paramètres de surveillance avec un recueil pluri quotidien par le patient et/ou par l'IDE et/ou par télémedecine. Tout écart à la norme doit enclancher une série d'actions qui vont du recontrôle quelques heures après (pic fébrile isolé à 38° 4...) jusqu'à la convocation en consultation non programmée immédiate même si le patient n'est pas symptomatique (pouls > 110 au repos, désaturation < 90 % sur oxymètre portable, CRP > 140 à J3...) (10).

Le risque hémorragique est exceptionnel avec les nouveaux outils de dissection par thermo fusion. Après une chirurgie nominale sans saignement per opératoire, le risque apparaît similaire à celui pris lors des cholécystectomies laparoscopiques (en excluant des retours à domicile très précoces les patients sous anticoagulants à dose efficace) (11).

La surveillance est clinique essentiellement mais nous réalisons systématiquement une NFS 4 heures après la sortie de salle de réveil (patient debout ayant pris une douche et marché avec un kinésithérapeute) puis à J1.

Le risque de fistule est la hantise majeure du chirurgien. Le pic de fréquence se situe entre J8 et J12 et peut survenir jusqu'à J30. C'est un risque potentiellement léthal mais dont le diagnostic est souvent retardé notamment chez les patients hospitalisés. Entre les premiers prodromes et l'état de choc septique un délai de 36h minimum est classique. Garder un patient hospitalisé n'a jamais réduit le risque de fistule, l'important dans un retour précoce à domicile est de se donner les moyens de détecter les signes d'un éventuel début de fistule (8,9). L'éducation des patients combinée à la gestion « à priori » des risques répond à cet impératif dans notre expérience et celle du Dr Gignoux de Lyon qui utilise en routine la télé-médecine.

Les autres risques : thrombo emboliques, septiques pariétaux ou nosocomiaux sont réduits par une sortie précoce et se gèrent d'une manière analogue à une cholécystectomie ambulatoire communément admise (12-14).

Présentation de l'expérience de l'Hôpital Privé de l'Estuaire

Il s'agit d'une expérience, monocentrique et mono-opérateur, conduite à Hôpital Privé de l'Estuaire, le Havre. De décembre 2014 à décembre 2017, tous les patients éligibles présentant une indication de chirurgie colorectale par laparoscopie se sont vus proposer une prise en charge en ambulatoire lors de la première consultation avec le chirurgien. Les critères d'inclusion initiaux étaient : patients ne vivant pas seul, présentant une pathologie colique gauche (sigmoïdite ou cancer), BMI < 30, score ASA 1, 2 ou 3 stable, ayant une parfaite compréhension et acceptation de la procédure ambulatoire.

Au fur et à mesure de l'expérience acquise, les indications ont été étendues aux autres types de colectomies et résection rectale hautes. Sur le plan médical le BMI < 30 n'a plus été considéré comme un critère d'exclusion.

Les critères d'exclusion en préopératoire étaient la non-compréhension ou le refus du protocole ambulatoire, un isolement ou la non disponibilité d'un accompagnant le soir de l'intervention, une altération de l'état général, une dénutrition ou une anémie sévère, un traitement anticoagulant à dose curative et un diabète insulinorequérant.

Sur le plan chirurgical, les critères d'exclusion étaient : le contexte d'urgence, un antécédent de laparotomies multiples, une procédure prévue d'emblée en laparotomie, des difficultés opératoires non prévues ou une conversion en laparotomie. La procédure et le chemin clinique sont restés identiques durant toute l'étude.

141 patients ont été opérés ; 6 (4.25 %) n'ont pas pu sortir le soir même, cinq sont sortis à J1 et un patient à J5. Suites nominales pour les 6.

135 patients sont sortis le soir même, 111 (82 %) ont eu des suites nominales, 24 (17.8 %) ont nécessité une consultation non programmée dans le cadre de la gestion « à priori » des risques.

7 (5.2 %) avaient un bilan normal et ont regagné leur domicile avec un suivi reconduit.

9 (6 %) ont présenté un sepsis ou hématome de paroi traité par des soins infirmiers à domicile.

8 (6 %) ont été ré-hospitalisés.

Concernant les patients ré-hospitalisés, 4 l'ont été pour raisons médicales (pic fébrile, iléus, NVPO (nausées - vomissements post opératoires) sous néfopam, pneumopathie), 4 ont nécessité une ré-intervention (3 pour fistule, 1 pour nécrose du grand épiploon après colectomie totale).

La mortalité à 30 jours était nulle.

Tous les patients revus et/ou ré hospitalisés sont arrivés par leurs propres moyens non médicalisés sans recours au centre 15.

Conclusion

L'application stricte des recommandations RAC en ambulatoire nous ont permis de développer un programme de prise en charge des colectomies en ambulatoire. Notre étude montre sur une période de 3 ans l'absence de sur-morbidité liée à cette procédure.

Les centres experts en chirurgie colorectale appliquant la RAC voient tous réduire leur DMS. Il n'y a pas de raison de garder des patients ayant retrouvé une autonomie complète hospitalisés dans la crainte de survenue d'une éventuelle complication. Le retour précoce après chirurgie colorectale (ambulatoire ou pas) va devenir la norme dans les années à venir, il représentera un marqueur de qualité car témoin de l'application des protocoles RAC (15,16).

Par contre, ces retours précoces doivent impérativement s'accompagner d'une sécurisation à domicile faisant appel à des infirmières libérales dont il convient de reconnaître et de rémunérer les actes. La place de la télé-médecine reste à préciser mais dans un avenir proche on ne peut douter qu'elle ne devienne prépondérante.

Références

1. Bardram L, Funch-Jensen P, Crawford ME, Khelet H. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia and early oral nutrition and mobilization. *Lancet* 1995;345:763-4.
2. Alfonsi P, Slim K, Chauvin M, Mariani P, Faucheron JL, Fletcher D; le groupe de travail de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) et de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD). Guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2014;33:370-84.
3. Badaoui R, Alami Chentoufi Y, Hchikat A, Rebibo L, Popov I. Outpatient laparoscopic sleeve gastrectomy : first 100 cases. *J Clin Anesth*. 2016;34:85-90.
4. Huleta C, Rochongara G, Court C. Developments in ambulatory surgery in orthopedics in France in 2016 *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* 2017;103:583-590.
5. HAS/ANAP Rapport d'Évaluation Technologique : Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire
6. Gignoux B, Pasquer A, Vulliez A, Lanz T. Outpatient colectomy within an enhanced recovery program. *J Visc Surg* 2015;152:11-5.
7. Chasserant P, Gosgnach M. Improvement of peri-operative patient management to enable outpatient colectomy. *J Visc Surg*. 2016;153:333-8.
8. Daams F, Wu Z, Lahaye MJ, Jeekel J, Lange JF. Prediction and diagnosis of colorectal anastomotic leakage: a systematic review of literature. *World J Gastrointest Surg* 2014;6:14-26.
9. Doeksen A, Tanis PJ, Vrouenraets BC, Lanschot van JJB, Tets van WF. Factors determining delay in relaparotomy for anastomotic leakage after colorectal resection. *World J Gastrointest Surg* 2007;13:3721-5.

10. Slim K, Theissen A, Raucoules-Aime M. Risk management guidelines in ambulatory and short stay gastrointestinal surgery. *J Visc Surg* 2016;153:55-60.
11. Seyednejad N, Goecke M, Konkin DE. Timing of unplanned admission following daycare laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 2017;214:89-92.
12. Rhee C, Huang SS, Berríos-Torres SI, Kaganov R, Bruce C, Lankiewicz J, Platt R, Yokoe DS; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Prevention Epicenters Surgical site infection surveillance following ambulatory surgery. *Program.Infect Control Hosp Epidemiol.* 2015;36:225-8.
13. Talec P, Gaujoux S, Samama CM. Early ambulation and prevention of post-operative thrombo-embolic risk. *J Visc Surg.* 2016;153:S11-S14.
14. Sewonou A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Massault PP, Johanet H, Cherbonnel G, Botherel AH, Farret D, Astagneau P; Comité scientifique du réseau INCidence des Infections du Site Opératoire. (Incidence of surgical site infection in ambulatory surgery: results of the INCISCO surveillance network in 1999-2000). *Ann Chir.* 2002,127:262-7.
15. Eras Compliance Group. The impact of Enhanced Recovery Protocol compliance on elective colorectal cancer resection. *Ann Surg* 2015,261:1153-9.
16. Vlug MS, Wind J, Hollmann MW, Ubbink DT, Cense A, Engel AF et al. Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery : a randomized clinical trial (LAFA-study) . *Ann Surg* 2011;254:868-75.