



**5<sup>ÈME</sup> CONGRÈS NATIONAL &  
1<sup>ER</sup> CONGRÈS PANAFRICAIN**  
DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET DE MÉDECINE DE FAMILLE

**11 12 13 NOV  
2022**  
CENTRE DE CONGRES  
MÉDINA HAMMAMET

## Nouveaux concepts dans la prise en charge péri-opératoire en chirurgie abdominale

Ben Ayed Emna, Fourati.K, Fendri.S  
Service Chirurgie générale  
CHU Habib Bourguiba-Sfax

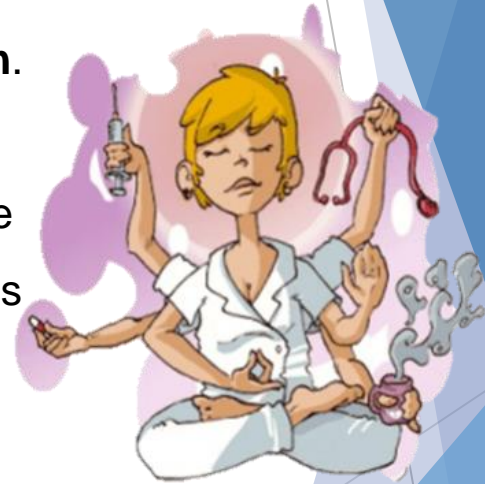


**Communication Orale N°104**



# INTRODUCTION

- La chirurgie abdominale est une chirurgie souvent lourde nécessitant une préparation **préopératoire** et prise en charge **post** opératoire adaptées au **geste** et au **terrain**.
- Une **optimisation** des conditions **pré** et **post** opératoire permet de réduire la **morbidité** et la **mortalité** des actes chirurgicaux.
- **La réhabilitation améliorée en chirurgie colorectale** est un concept récent qui prend de l'ampleur dans le monde.



**CHIRURGIE =**




**PRE OPERATOIRE**

# INFORMATION DES PATIENTS

- Participation **active** du patient
  - Information détaillée et claire ++
  - Réduction du stress
- ➔ Sentiment de contrôle accru (confiance++)






# IMMUNO-NUTRITION

- Modifications hormonales, métaboliques, inflammatoires
- Hyper catabolisme →  complications post opératoires



- Evaluation de l'état nutritionnel ( **Nutritionnel Risk Score : NRS** )

Impaired nutritional status			Severity of disease (=increase in requirements)		
Absent	0	Normal nutritional status	Absent	0	Normal nutritional requirements
Mild	1	Weight loss >5% in 3 months or food intake below 50-75% of normal requirement in preceding week	Mild	1	Hip fracture, chronic patients, in particular with acute complications: cirrhosis, COPD, Chronic hemodialysis, diabetes, oncology
Moderate	2	Weight loss >5% in 2 months or BMI 18.5-20.5 kg/m <sup>2</sup> + impaired general condition or food intake 25-60% of normal requirement in preceding week	Moderate	2	Major abdominal surgery, stroke, severe pneumonia, hematologic malignancy
Severe	3	Weight loss >5% in 1 month (>15% in 3 months) or BMI <18.5 kg/m <sup>2</sup> +impaired general condition or food intake 0-25% of normal requirement in preceding week in preceding week	Severe	3	Head injury, bone marrow transplantation, Intensive care patients (APACHE >10)
Score		+	Score		=Total

- ▶ Alimentation entérale ou parentérale (7 à 10 jours).
- ▶ Oral impact : substract 1L/j → impact sur l'immunité et cicatrisation.
- ▶ **Selon les recommandation Européennes** en cas de chirurgie oncologique digestive , l'apport d'immunonutriments pendant **les 7 jours préopératoire** est **recommandée**.
- ▶  la morbidité post opératoire (fistule anastomotique, infection urinaire, infection de la paroi ...)
- ▶  50 % des complications infectieuses (fistule anastomotique, infection urinaire, infection de la paroi ...)
- ▶  la durée de l'hospitalisation






## JEUN PROLONGE ?



- Selon la société américaine de la chirurgie (SAGES) le jeun prolongé **n'est plus recommandé.**
- La société française d'anesthésie réanimation (SFAR) autorise la consommation de **solides** jusqu'à **6 h** préopératoire et de **liquides** jusqu'à **2 h (grade A).**

# PREPARATION COLIQUE

- Mécanique (laxatifs oraux , lavements , régime sans résidu).
- Sujet très longtemps débattu.
- D'après études menés en 2015, l'**american college of surgeon (ACS)** suggère que la **préparation mécanique** associée à l'administration **des antibiotiques oraux** diminuerait le taux d'infection du site opératoire et la morbidité post opératoire en général.
- Pas de bénéfice ni sur la prévention ni la  des infections post opératoire, sauf pour les **lavements** en cas de **chirurgie rectale**.

**POST OPERATOIRE**

# SONDAGE / DRAINAGE

- Enlever la sonde nasogastrique au réveil du patient

→  le risque de nausées et de vomissements.

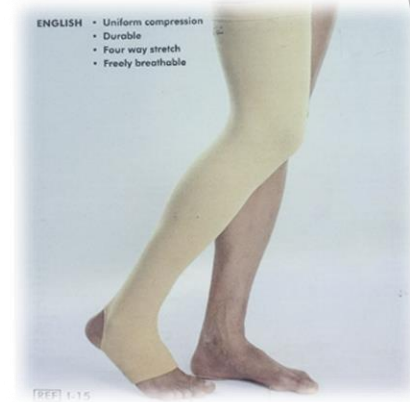


- L'utilisation des antiémétiques **prophylactique** et **curative** selon les scores proposés par la « **American society for enhanced recovery** » en monothérapie ou en association.
- **La sonde urinaire durant les premières 24 heures** de la chirurgie **colique** et dans les **72 heures** de la chirurgie **rectale**

→  risque infectieux.

# THROMBOPROPHYLAXIE

- Moyens médicamenteux et mécaniques.
- Un lever précoce **après premiers 24 heures.**
- HBPM ou par HNF jusqu'à **10 jours après chirurgie colorectale**  
à **1 mois** après **chirurgie carcinologique** (grade A).




# ANALGESIE

- Adaptée au **geste** chirurgical et au **besoin** des patients.
- Passage **en palier** progressivement
  - mobilisation efficace
  - Reprise plus rapide du régime liquide.



# ALIMENTATION

- Avant même le rétablissement du transit.
- Amélioration de l'activité intestinale
- Prévention de l'iléus post opératoire
-  Durée de séjour post opératoire



# ANTIBIOPROPHYLAXIE

« chirurgie propre contaminée »

→ Pas plus que **48h** en post opératoire.





# CONCLUSION

- **La réhabilitation améliorée après chirurgie** est devenue un **standard** de soin dans plusieurs spécialités chirurgicales spécialement dans la chirurgie colorectale.
- Tous les intervenants dans la période péri opératoire, essentiellement **le médecin de famille**, doivent adhérer à ce concept qui a permis de diminuer **la durée** de séjour post opératoire et le taux de **morbi-mortalité**.