

Séminaire annuel 2023

LA CHIRURGIE EN ILE DE FRANCE

Mercredi 29 Novembre 2023 - de 8h30 à 18h00

Université de Paris - Cité - Site NECKER,
160 Rue de Vaugirard, 75015 Paris

MISE EN ŒUVRE DE LA RAC EN CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Dr Estelle WAFO

Dr Anis BEN ABDELAZIZ

Service de Gynécologie-Obstétrique de Marne la Vallée - Jossigny

Introduction

- ▶ Programme de la **récupération améliorée après chirurgie** (RAAC) initialement développée dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henrik Kehlet
- ▶ Prise en charge globale du patient pour un rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie.
- ▶ Expérience du service de la RAC hystérectomie et césar
- ▶ Engagement des organismes :
 - ▶ GRACE : Groupe francophone de récupération améliorée après chirurgie
 - ▶ ERAS® Society : *Enhanced Recovery After Surgery Society*,
- ▶ En 2019, Le taux de chirurgie ambulatoire en Ile de France est de 60% ; la cible ministérielle a été fixée à 70% en 2022.
- ▶ Taux d'ambulatoire de 2022 en gynécologie à Marne La Vallée : 64%
- ▶ L'ATIH a publié le 24 décembre 2018 une nouvelle notice technique relative aux nouveautés du PMSI 2019.
- ▶ **Ajout dans les RSS d'une nouvelle variable « Prise en charge RAAC »**

Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

- ▶ Retour d'expérience du service de Gynécologie Obstétrique de Marne la vallée (77)
- ▶ Bilan des sessions 2019
 - ▶ Point projet
 - ▶ Etat d'avancement
 - ▶ Résultats de l'audit GRACE et tableau de bord
 - ▶ Bilan d'accompagnement

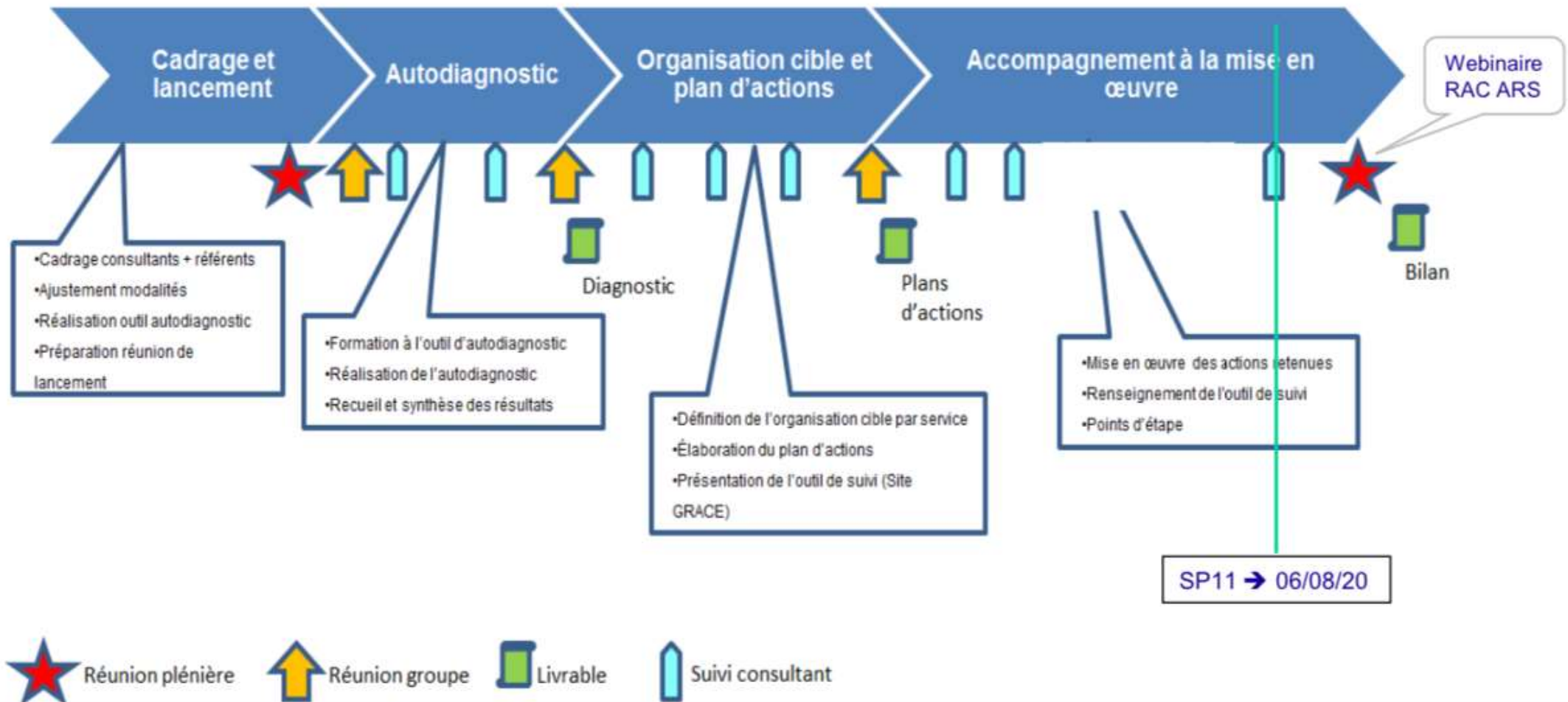
Point projet

M0 (Mars 2019)

Avril 2019 → juillet 2019

Septembre 2019 → janvier 2020

Février 2020 → juin-2020 décembre 2020 (crise Covid-19)



Rappel du diagnostic

Synthèse SWOT

FORCES

- Collaboration multidisciplinaire
- Implication du personnel soignant pour améliorer la prise en charge des patientes
- Intérêt de la direction pour le projet

FAIBLESSES

- Pas d'IDE dédiée à la RAAC (info et suivi pré, per et post hospitalisation)
- Meilleure organisation des tâches (qui fait quoi?)
→ Protocole RAAC

OPPORTUNITES

- Accompagnement par ARS et CERCLE
- Expérience de l'unité de chirurgie ambulatoire et de l'établissement
- Possibilité d'élargir l'indication de la RAAC pour d'autres interventions (césarienne, autres interventions...)

MENACES






- Coordination avec le bloc opératoire et le service transport (Ex: Patient debout)
- Effectif en personnel soignant
- Décalage des horaires d'arrivée

Etat d'avancement du plan d'action

N° fiche	Objectifs
1	Mise en place du protocole RAAC avec les versants anesthésie et chirurgie pour harmoniser les conduites pré, per et post-opératoires <i>- Protocoles finalisé et mis en application dans le logiciel de prescription</i> <i>- Réunion d'information des professionnels</i>
2	Contrôle de l'anémie pré-opératoire et de l'organisation de la supplémentation férique pré-opératoire : Ferinject, transfusion en HDJ <i>- L'information aux professionnels a été réalisée</i> <i>- Le document d'information RAC patientes finalisé</i>
3	Meilleure information et organisation des horaires du bloc pour respecter le jeune moderne <i>- Entrée décalée à la fin de matinée et programmation systématique des césariennes l'après-midi au bloc facilitant le respect du jeune moderne après le petit-déjeuner, sauf cas particuliers (diabète gestationnel), déjà en place</i>
4	Information orale et écrite spécifique à la RAAC par tous les intervenants, Gynéco-obstétriciens, IDE et Anesthésistes <i>- L'information aux professionnels a été réalisée</i> <i>- Le document d'information RAC patientes finalisé</i>
5	Meilleure coordination avec les soignants de villes (Médecins, IDE) pour l'information et la réévaluation post-opératoire <i>- Les patientes sortent avec leur compte rendu d'hospitalisation (déjà en place)</i> <i>- La transmission de livrets d'information RAC aux professionnels de ville</i>
6	Questionnaire de satisfaction : Evaluation de l'impact physique et psychologique sur la patiente et son entourage <i>- Le questionnaire de satisfaction différé (post-épidémie)</i>

Planification de la mise en oeuvre

Titre action	N°	Etape ou périmètre de mise en oeuvre	Date début (prévisionnelle)	Date fin (prévisionnelle)	févr.-19	mars-19	avr.-19	mai-19	juin-19	juil.-19	août-19	sept.-19	oct.-19	nov.-19	déc.-19	janv.-20	févr.-20
Action 1 : Mettre en place un protocole avec les versants Anesthésie et Chirurgie																	
	1.1.1	Rédaction et validation du protocole (déjà réalisée)	févr.-19	mars-19	3												
	1.1.2	Mise en application du protocole : partiellement par certains praticiens (déjà réalisée)	févr.-19	mars-19	3												
	1.1.3	Implémentation du protocole dans CROSSWAY	févr.-19	avr.-19								2					
	1.1.4	Communication du protocole à l'équipe soignante : => Réunion de présentation du protocole (Dr Ben Abdelaziz, Mme Lozach: cadre, Dr Binhas : Anesthésiste)	févr.-19	mai-19				2									
Action 2 : Mettre en place l'information au patient RAAC																	
	1.1.1	Formalisation du parcours patient RAAC (Etapas / Qui fait quoi ?) => Définition du rôle des acteurs dans la diffusion des informations au patient	févr.-19	juil.-19						3							
	1.1.2	Rédaction des fiches d'informations au patient RAAC	févr.-19	sept.-19							3						
	1.1.3	Communication des supports d'information à l'ensemble des acteurs	févr.-19	oct.-19							1	1					
	1.1.4	Mise en application	févr.-19	oct.-19							1	1					
Action 3 : Organiser le circuit du bilan opératoire afin d'optimiser la gestion de l'anémie																	
	1.1.1	Protocole de la prise en charge pré opératoire de l'anémie (déjà réalisé)	févr.-19	mars-19	3												
	1.1.2	Communication préalable au personnel de consultation	févr.-19	juil.-19							2	2					
	1.1.3	Réaliser la Prise de sang au cours de la consultation de chirurgie (en fin de consultation) Les résultats sont disponibles le jour même => si anémie détectée, c'est le chirurgien qui recontacte la patiente Les moyens matériels sont Ok	févr.-19	sept.-19							3						
	1.1.4	Si anémie détecté => Traitement par fer inject en Hôpital de jour Uniquement les patientes à risque => Gestion par l'infirmière et le chirurgien	févr.-19	sept.-19							3						
Action 4 : Mettre en place le parcours patiente Debout																	
	1.1.1	Formalisation du parcours patient dès l'hospitalisation jusqu'à l'arrivée au bloc => cf. fiche 2	févr.-19	juil.-19						3							
	1.1.2	Organisation logistique : Vestiaires, habillement de la patiente, flux des lits pour le retour	févr.-19	oct.-19									0				
	1.1.3	Mise en oeuvre du parcours	févr.-19	janv.-20									0				
Action 5 : Evaluer la satisfaction des patientes RAAC par le biais d'un questionnaire																	
	1.1.1	Définir le questionnaire	févr.-19	sept.-19								1					
	1.1.2	Communication au personnel soignant => Transmission du questionnaire : qui le remet / qui le récupère ?	févr.-19	oct.-19									0				
	1.1.3	Mise en place	févr.-19	nov.-19									0				

-  0 Non démarré (en retard)
-  1 En cours
-  2 En cours mais en retard
-  3 Terminé
-  4 Abandonné

Préparation du dossier

- ▶ Le post-op se prépare en pré-op (passeport ambu/HC, feuilles d'information CNGOF)
- ▶ Le post-op immédiat assure le suivi
 - ▶ CRO validé (logiciel)
 - ▶ Consignes post-opératoires
- ▶ Post-op différé :
 - ▶ Ordonnances préparées en amont
 - ▶ RDV post-opératoire : donné en amont
 - ▶ Feuilles d'information avec consignes post-opératoires
- ▶ Surveillance post-opératoire précoce : appel téléphonique (souvent opérée par notre équipe)
- ▶ Numéros utiles (anesthésistes, chirurgiens de garde)

Service de Gynécologie Obstétrique

FICHE DE CONSULTATION CHIRURGICALE
REHABILITATION AMELIOREE APRES CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE (HYSTERECTOMIE)

Etiquette patiente	CHIRURGIEN : Dr	Date de la consultation :
	Acte chirurgical :	
	Intervention planifiée : oui	Date :/...../.....
	Date d'hospitalisation :/...../.....	Lieu :

Eléments à récupérer :

Information à la patiente : Fiche CNGOF

Consentement

Orientation vers l'IDE de consultation :

Orientation vers la secrétaire :

A REALISER	CHIRURGIEN	IDE/AS/SECRETAIRE
NFS + Ferritinémie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Prélevées le : par : <input type="checkbox"/> Examens récupérés le : <input type="checkbox"/> Vus par Dr le : <input type="checkbox"/> CAT :
Consultation d'anesthésie		Le :
Consultation d'Hypnose + Flyer		<input type="radio"/> Information préalable donnée
Consultation diététicienne	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Le :
Ordonnances	<input type="radio"/> Bas de contention <input type="radio"/> Ceinture de contention <input type="radio"/> Antalgiques post-op	
Pré-admission en ligne		<input type="radio"/> Information donnée
Livret « Hystérectomie RAAC »		<input type="radio"/> Information donnée
Rendez-vous post – opératoire		Le :
Prise en charge à la sortie par :	<input type="radio"/> HAD <input type="radio"/> SSR <input type="radio"/> SSIAD <input type="radio"/> IDE à domicile <input type="radio"/> PRADO <input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> HAD <input type="radio"/> SSR <input type="radio"/> SSIAD <input type="radio"/> IDE à domicile <input type="radio"/> PRADO <input type="radio"/> Aucune

Analgésie

- ▶ Infiltration de la cicatrice Ropivacaïne ou TAP block (transversus abdominis plane)
- ▶ Douleur évaluée par EVA
- ▶ Traitement post-op immédiat :
 - ▶ Paracétamol ou Tramadol
 - ▶ Ketoprofène
 - ▶ +/- Néfopam +/- Oramorph
 - ▶ +/- Ondansétron
- ▶ Traitement de sortie
 - ▶ Paracétamol ou Tramadol
 - ▶ Ketoprofène
 - ▶ +/- Néfopam +/- Oramorph
 - ▶ Bas de contention
 - ▶ +/- HBPM
- ▶ Sorties rapides

Prescriptions médicales - 2950 URETE GYNECO OBSTETRIQUE MILV - BEN ABDELAZIZ ABIS

Ch: Ut: Médecin Resp: WAFO ESTELLE Poids : 57 Kg / Taille : 152 cm (10/12/19)

F 02/02/1983 36 ans 203727473

CESARIENNE RAAC

Contact Protocole

Date de début 10/01/2020 12:11 Durée : 3 Jour(s)

M	S	I	C	N	P	L	Libellé	Début	Fin	Etat
							a) IBUPROFENE 200 mg (Labo ARROW), cpr 200 mg x 4/24h. Voie orale, pendant 2 Jours	10/01/2020 12:11	12/01/2020 12:11	A signer
							b) PARACETAMOL 500 mg (DOLIPRANEORODOZ), cpr orodispersible 2 comprimé x 4/24h. Voie orale, pendant 2 Jours	10/01/2020 12:11	12/01/2020 12:11	A signer
							c) MORPHINE 10 mg (DRAMORPH), sol buv, récipient unidose 5 mL 20 mg, si besoin. Voie orale, pendant 2 Jours: Si EVA > ou = 4 malgré ibuprofène + paracétamol; 10 mg toutes les 4 heures si poids < 60 kg. Max par 24h: 120 mg. Intervalle entre deu	10/01/2020 12:11	12/01/2020 12:11	A signer
							d) ONDANSETRON 8 mg (SETOFILM), film orodispersible 1 film orodispersible x 3/24h. Voie orale, pendant 2 Jours	10/01/2020 12:11	12/01/2020 12:11	A signer
							e) ENOXAPARINE 4 000 iu antiXa (LOVENOX), sol inj, serg 0.4 mL 1 seringue pré-remplie. 1 fois. Voie sous-cutanée. Jusqu'à arrêt	10/01/2020 12:11		A signer
							f) ENOXAPARINE 4 000 iu antiXa (LOVENOX), sol inj, serg 0.4 mL 1 seringue pré-remplie. Soir. Voie sous-cutanée, pendant 1 Jour	11/01/2020 00:00	12/01/2020 00:00	A signer
							g) Mobilisation-RAAC si besoin, pendant 3 Jours	10/01/2020 12:12	13/01/2020 12:12	A signer
							h) Réalimentation Orale (avant 24h) si besoin, pendant 3 Jours	10/01/2020 12:12	13/01/2020 12:12	A signer

Modifier Supprimer

Parcours patiente

CONSULTATION DE GYNECOLOGIE



ENTRETIEN INFIRMIERE/SECRETAIRE



RENDEZ-VOUS

Consultation d'anesthésie
Préadmission (possible en ligne)



APPEL DE L'INFIRMIERE 2 A 3 JOURS AVANT L'ENTREE



ENTREE A L'HOPITAL



SORTIE DE L'HOPITAL



APPEL DE L'INFIRMIERE A J 7



RDV POST OPERATOIRE 3 A 4 SEMAINES APRES L'INTERVENTION

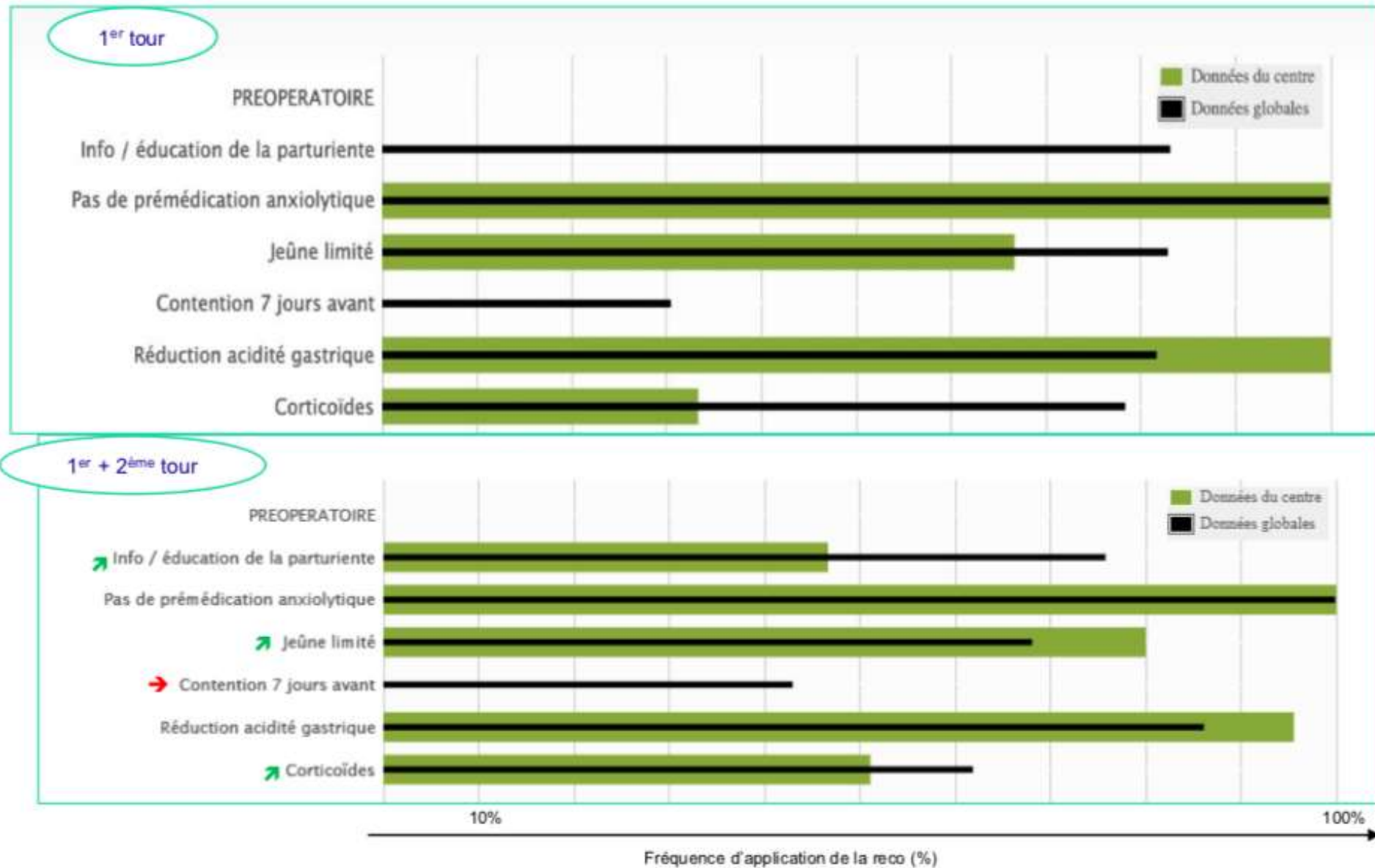
Mise en place

- ▶ Consultation GO
- ▶ Programmation
- ▶ Feuille info opératoire CNGOF
- ▶ Ordonnances :
 - ▶ Bilan pré-opératoire,
 - ▶ NFS, ferritinémie si besoin,
 - ▶ Antalgiques,
 - ▶ Bas/ceinture de contention
- ▶ Visite IDE/secrétaire, sigle RAAC, bilan et récupérer résultats, cs post-op, info pratiques, appel J-2

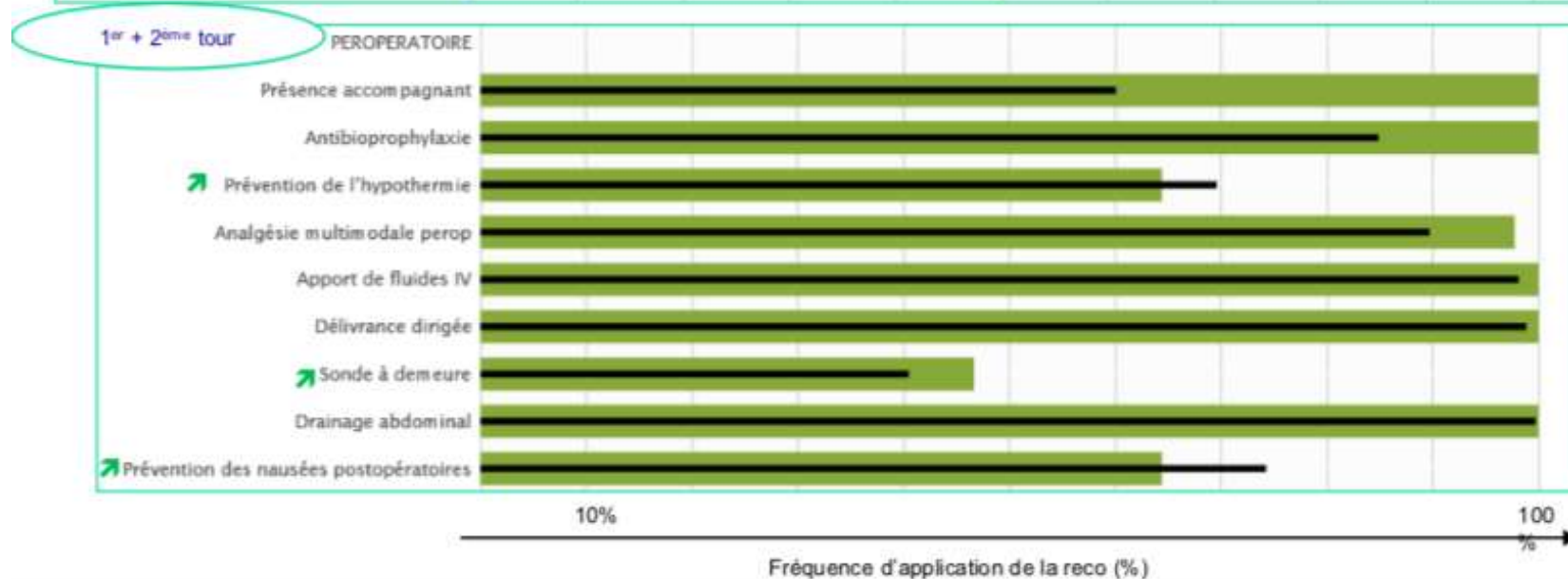
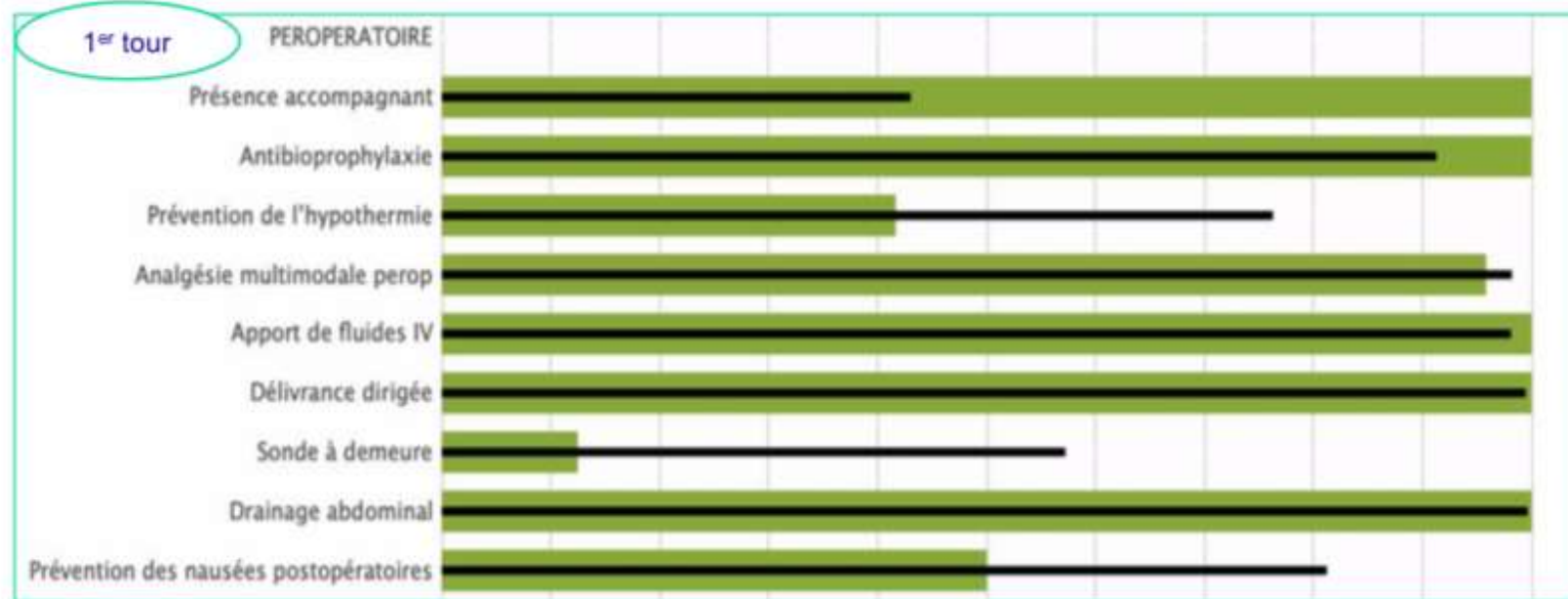
Réévaluation de l'audit sur dossier sur la plateforme GRACE

- ▶ Difficulté pour l'hystérectomie pendant la période de la COVID
- ▶ 45 dossiers complets, césarienne, saisis sur GRACE - Audit :
 - ▶ 24 dossiers au premier tour de mai à juillet 2019 sur les interventions de mai 2018 à mars 2019
 - ▶ 21 dossiers au deuxième tour en août 2020 sur les interventions de décembre 2019 à mars 2020
- ▶ Première vague COVID : pas de césarienne programmée de mars à avril 2020
 - ▶ César faites à Meaux (non RAC)
 - ▶ Données limitées pour le second tour à Jossigny

Réévaluation GRACE – Audit (1)

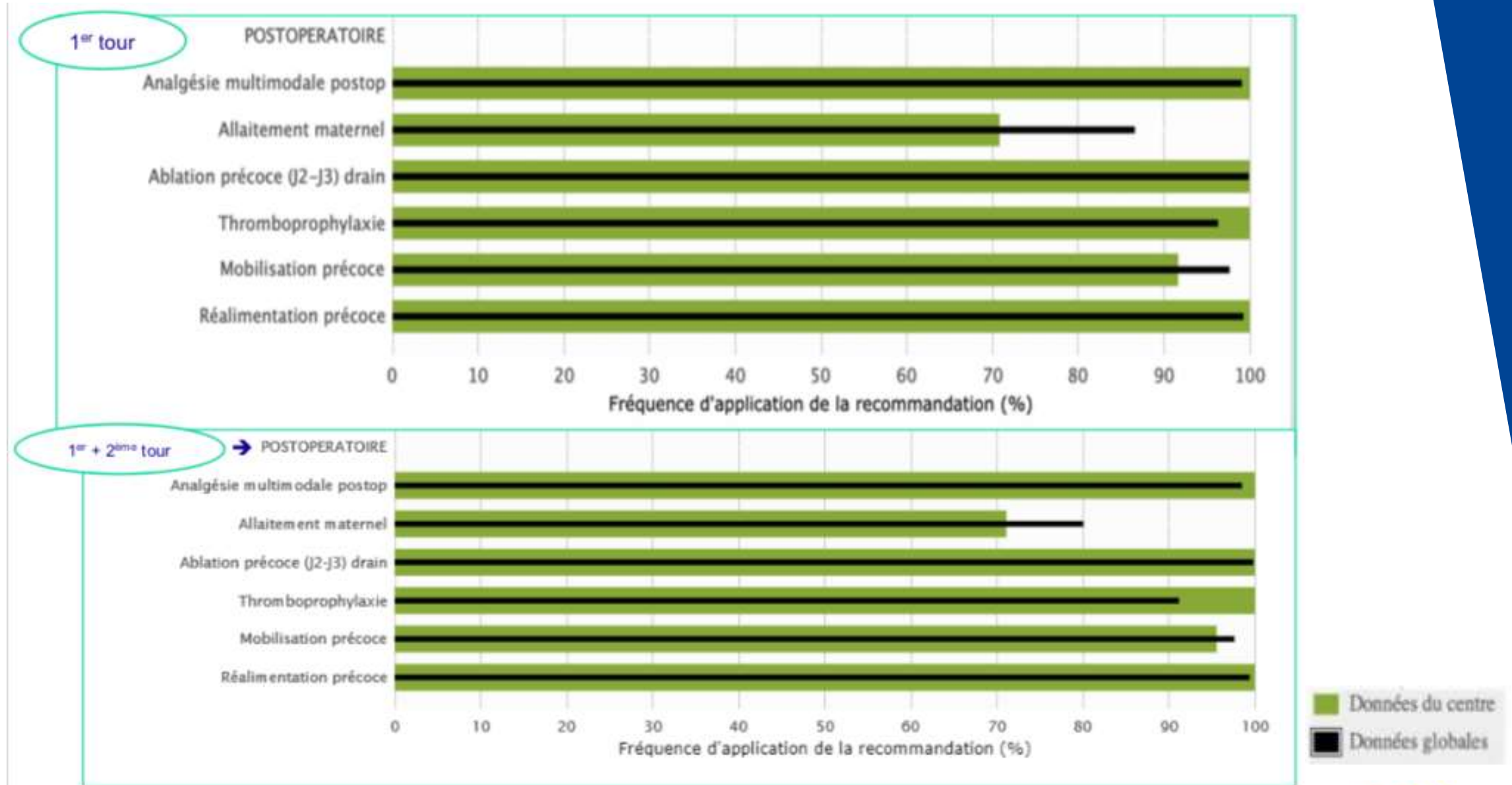


Réévaluation GRACE – Audit (2)



■ Données du centre
■ Données globales

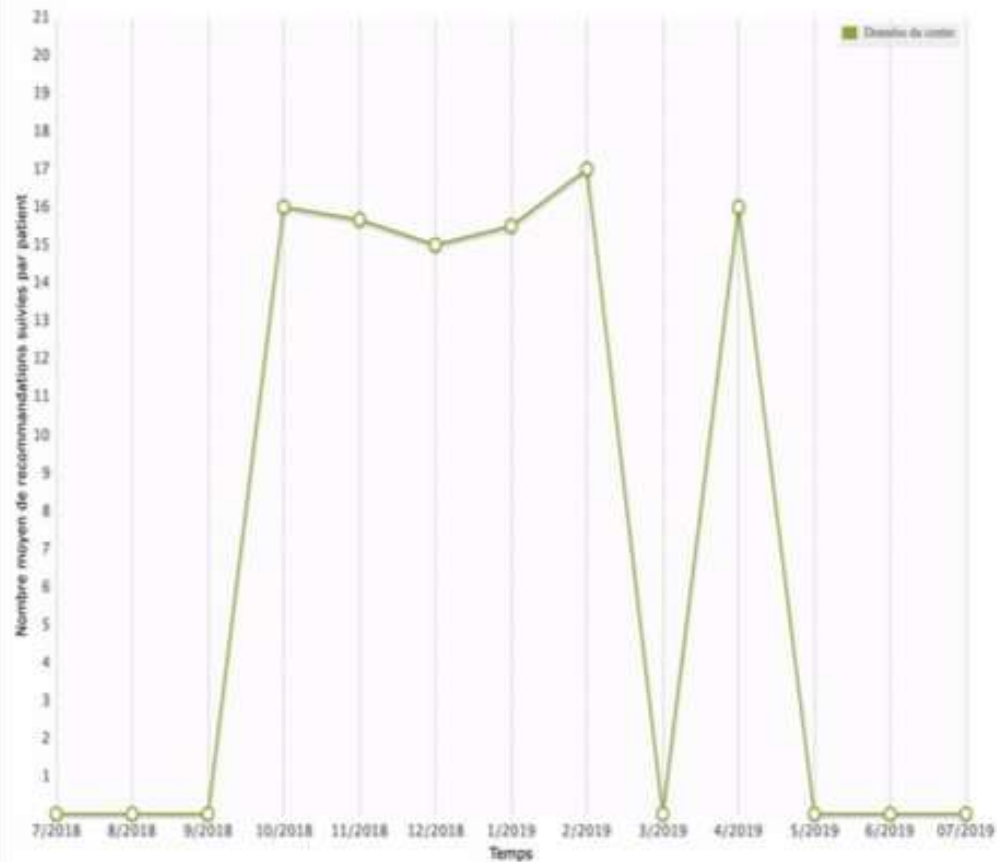
Réévaluation GRACE – Audit (3)



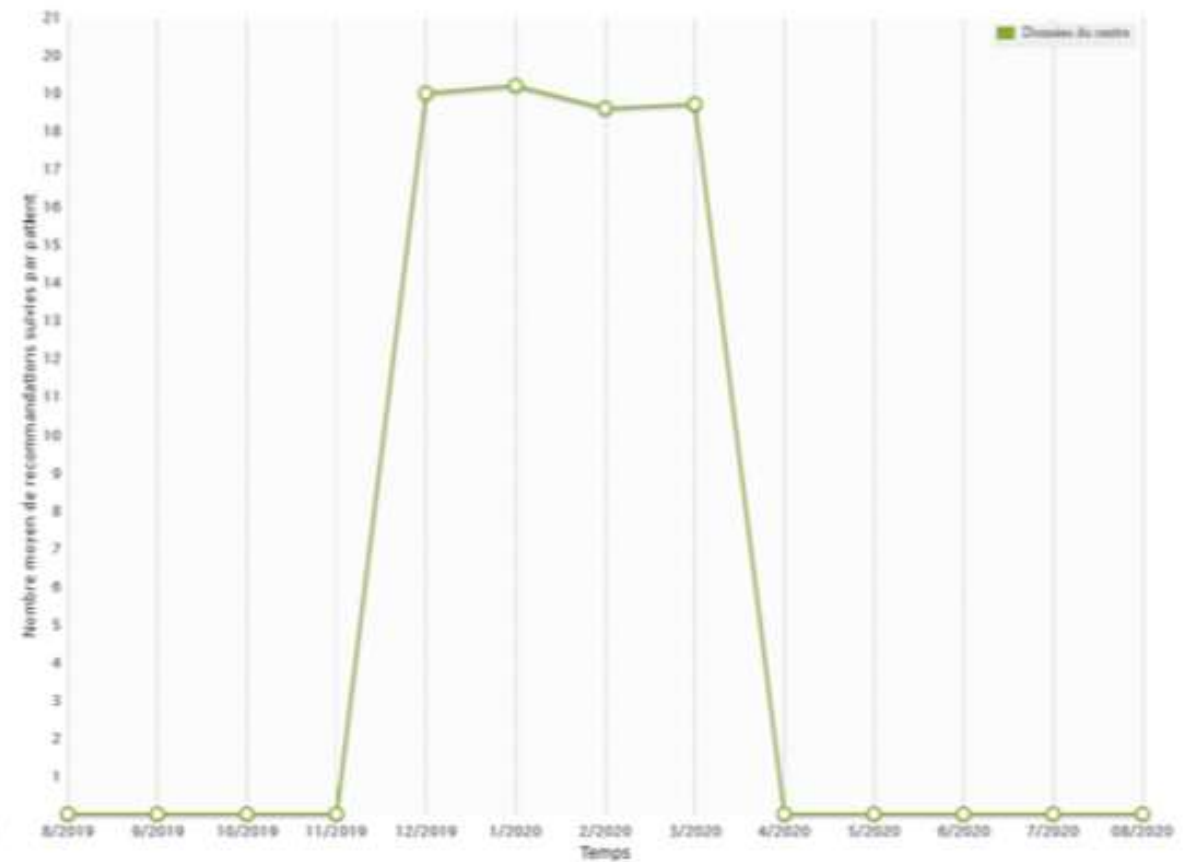
Evolution du respect global des recommandations

↗ Du nombre moyen de recos suivies par patiente

1^{er} tour

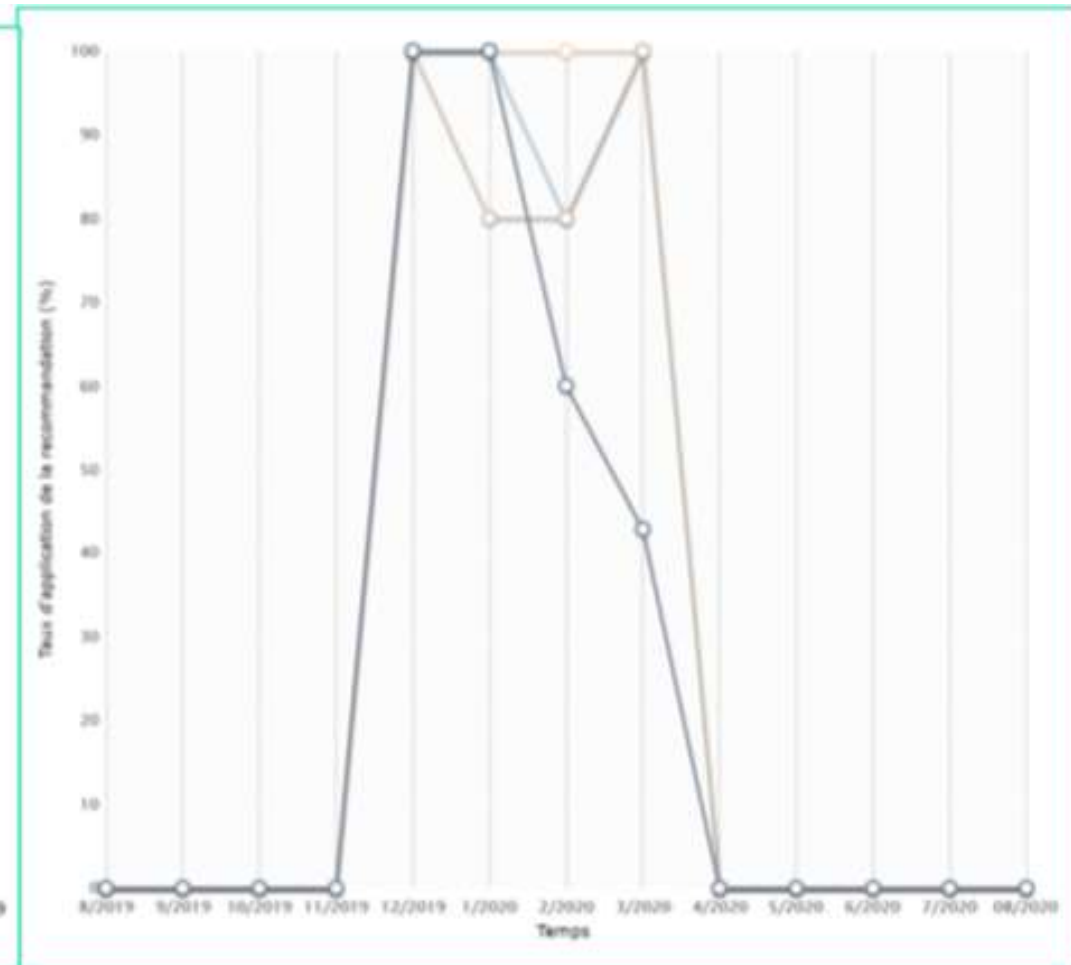
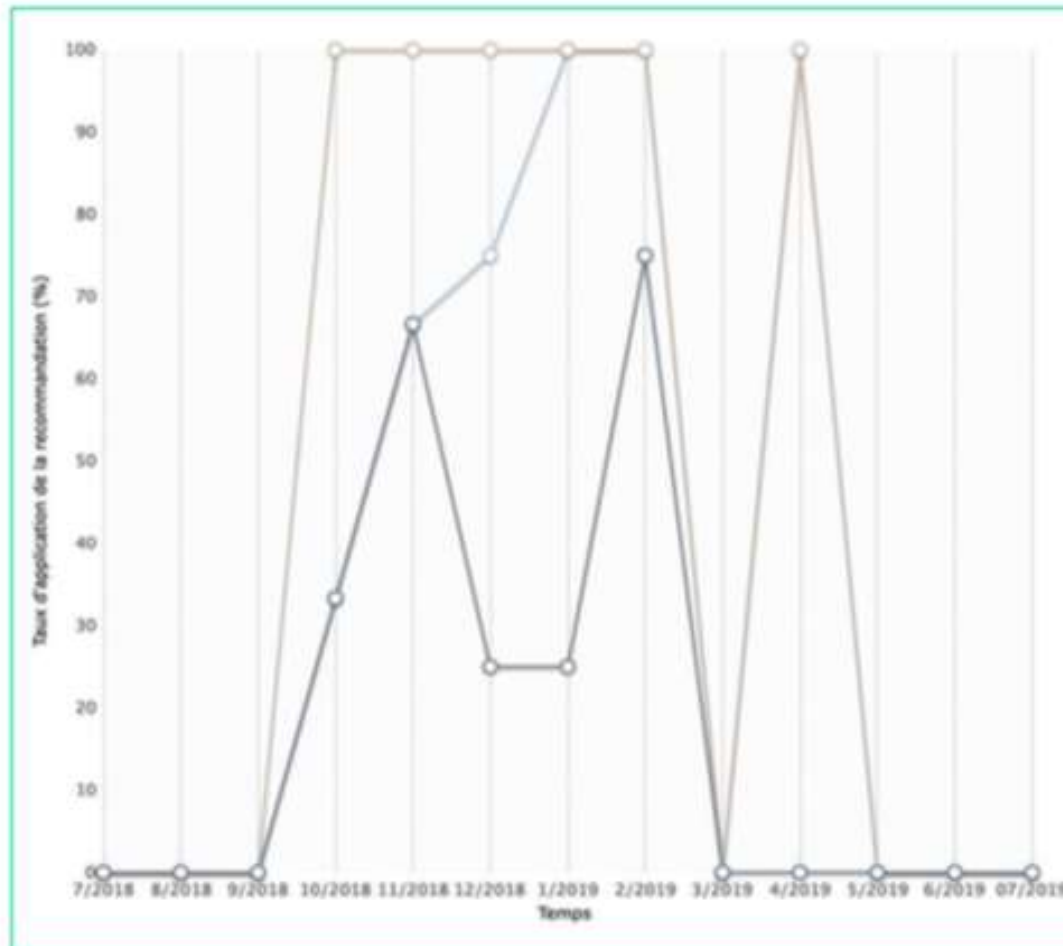


2^{ème} tour



Récupération améliorée après chirurgie (RAC)

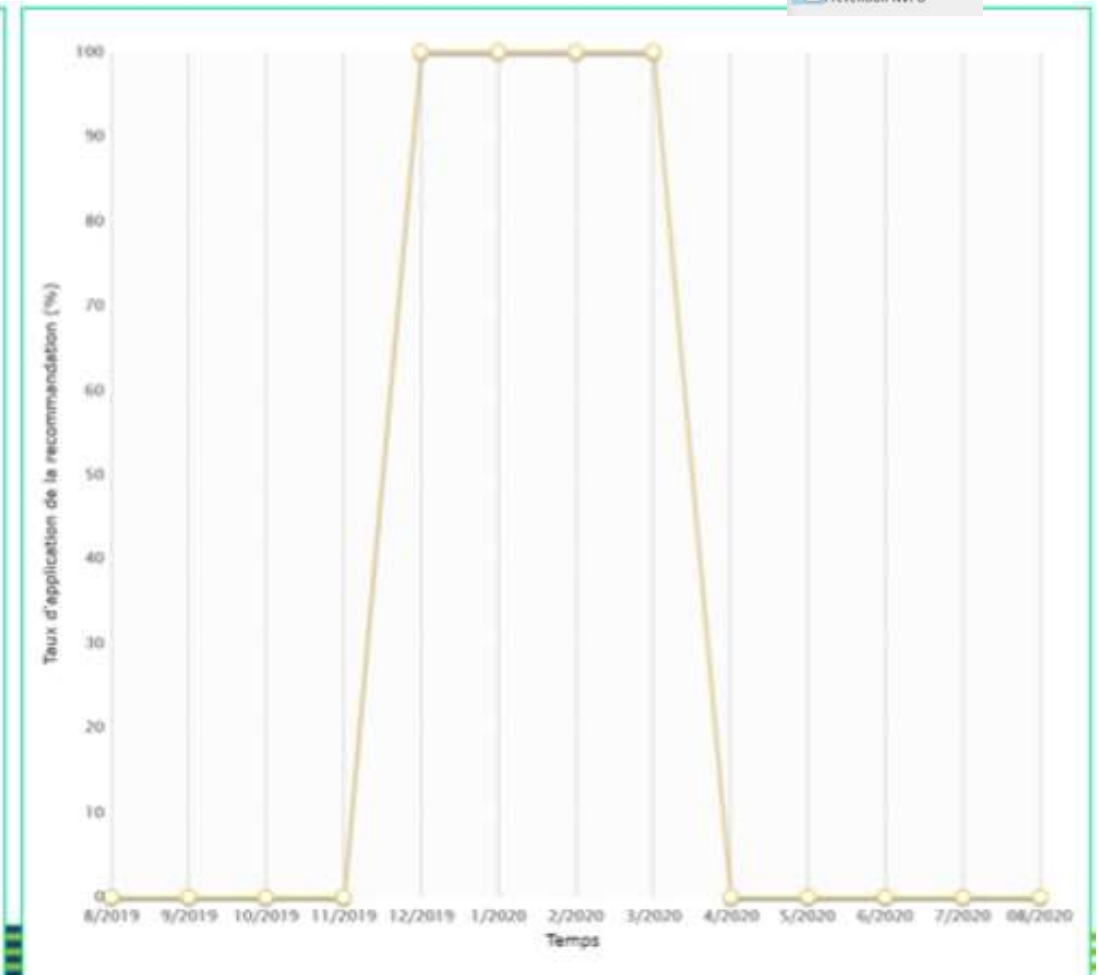
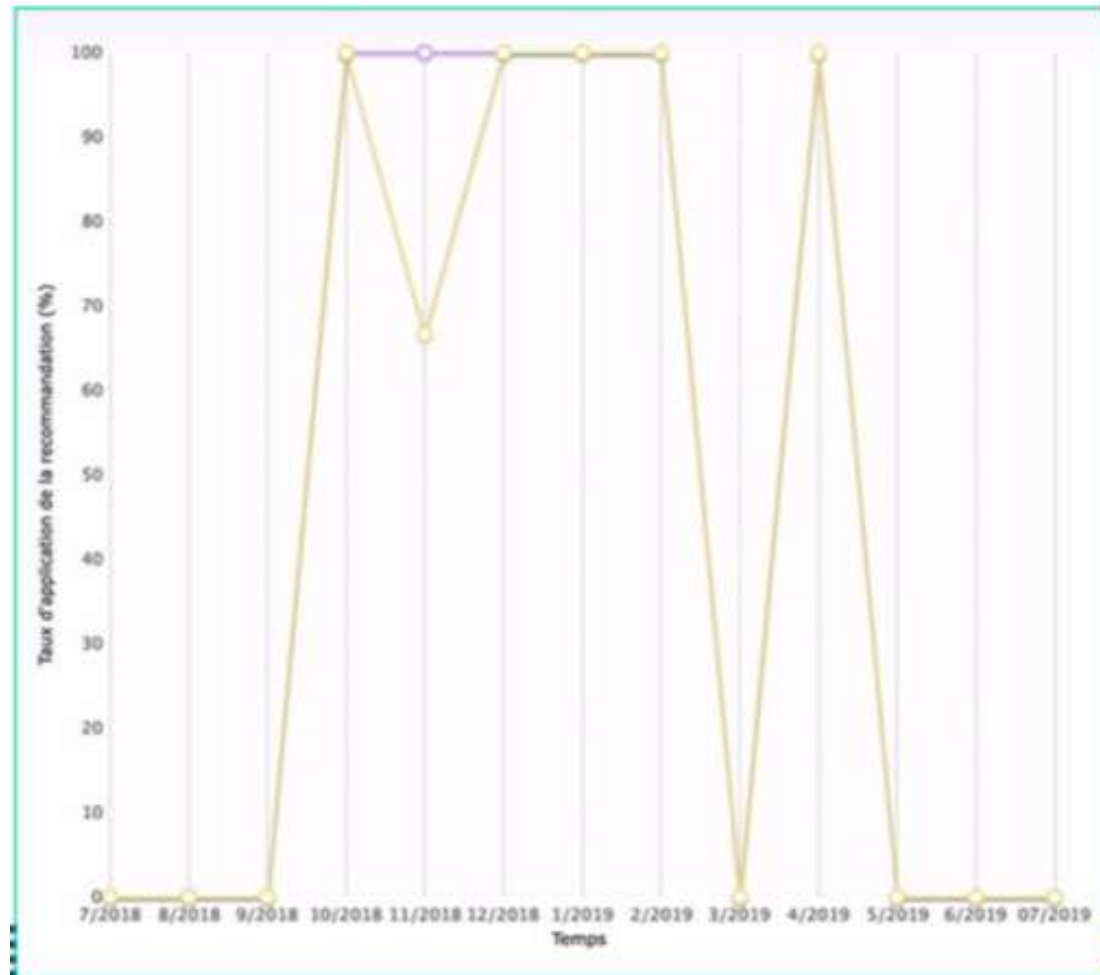
Evolution du respect global des recommandations par items (1)



Récupération améliorée après chirurgie (RAC)

Evolution du respect global des recommandations par items (2)

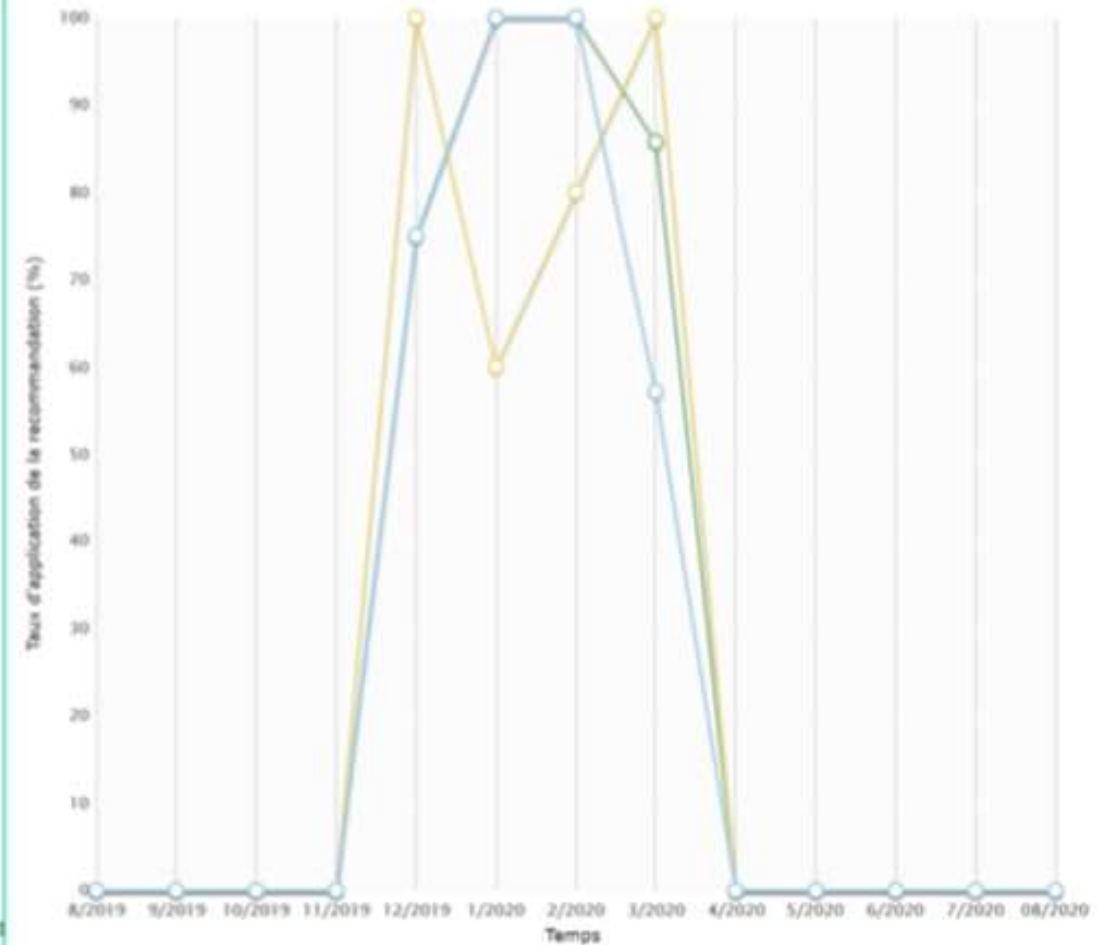
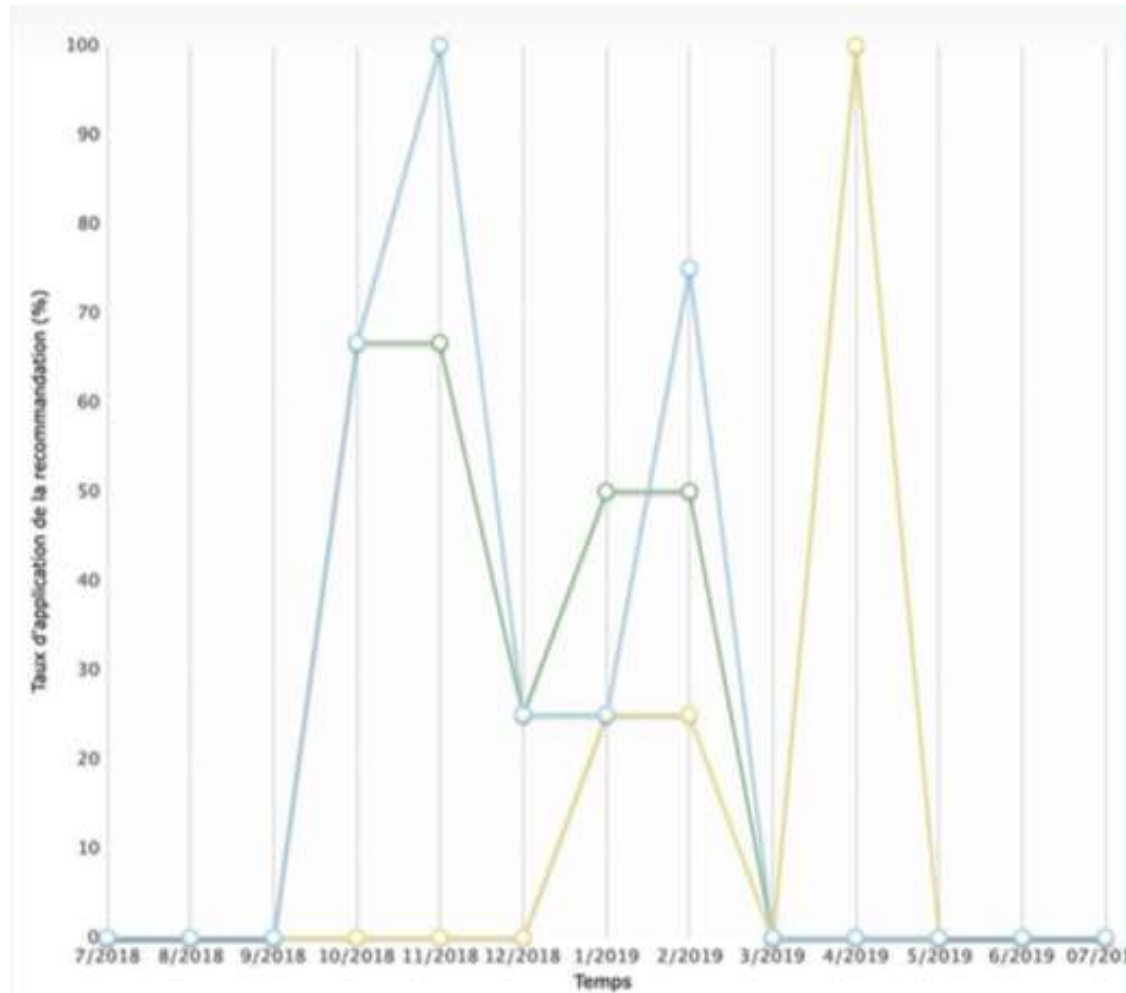
- PEROPERATOIRE
- Présence accompagnant
 - Antibio prophylaxie
 - Prév. hypothermie
 - Multianalgésie perop
 - Fluides IV
 - Délivrance dirigée
 - SAD
 - Drainage abdo
 - Prévention NVPO



Récupération améliorée après chirurgie (RAC)

Evolution du respect global des recommandations par items (3)

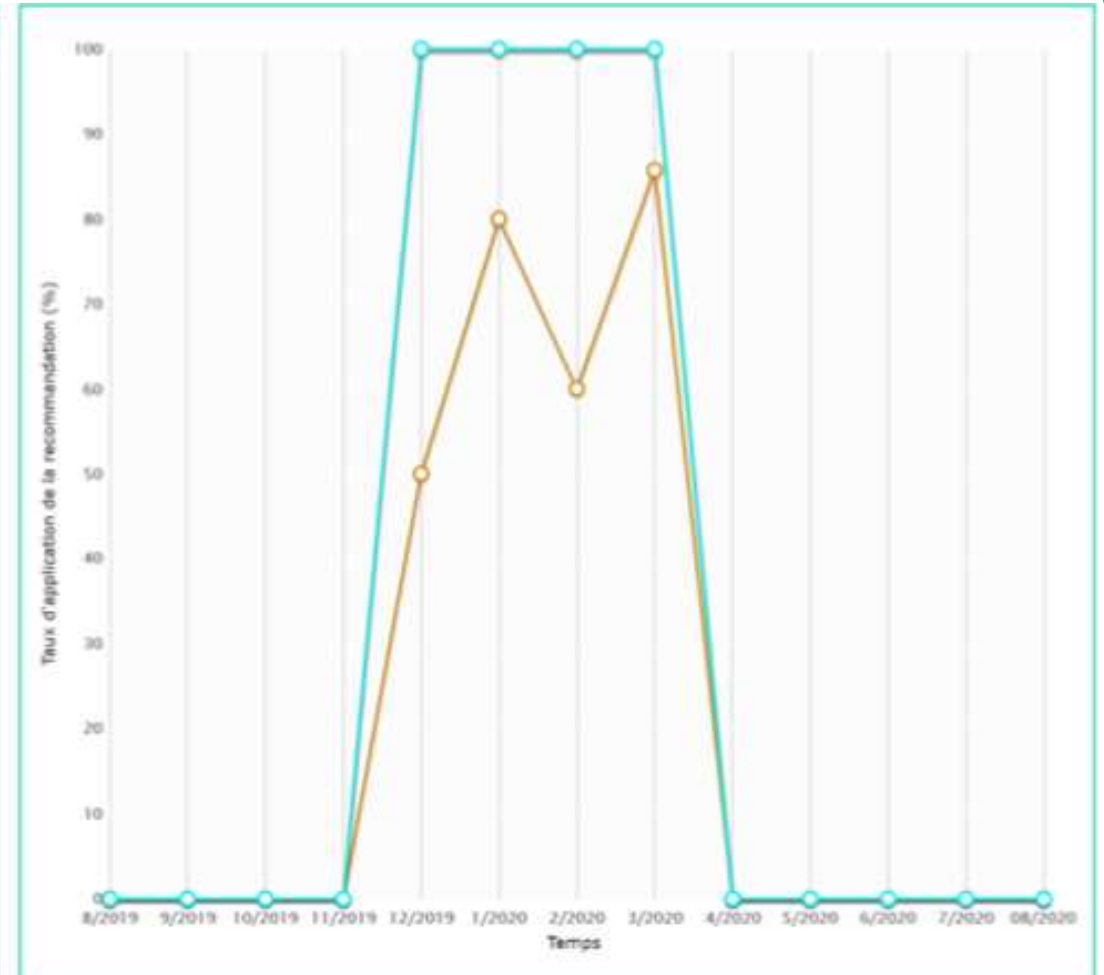
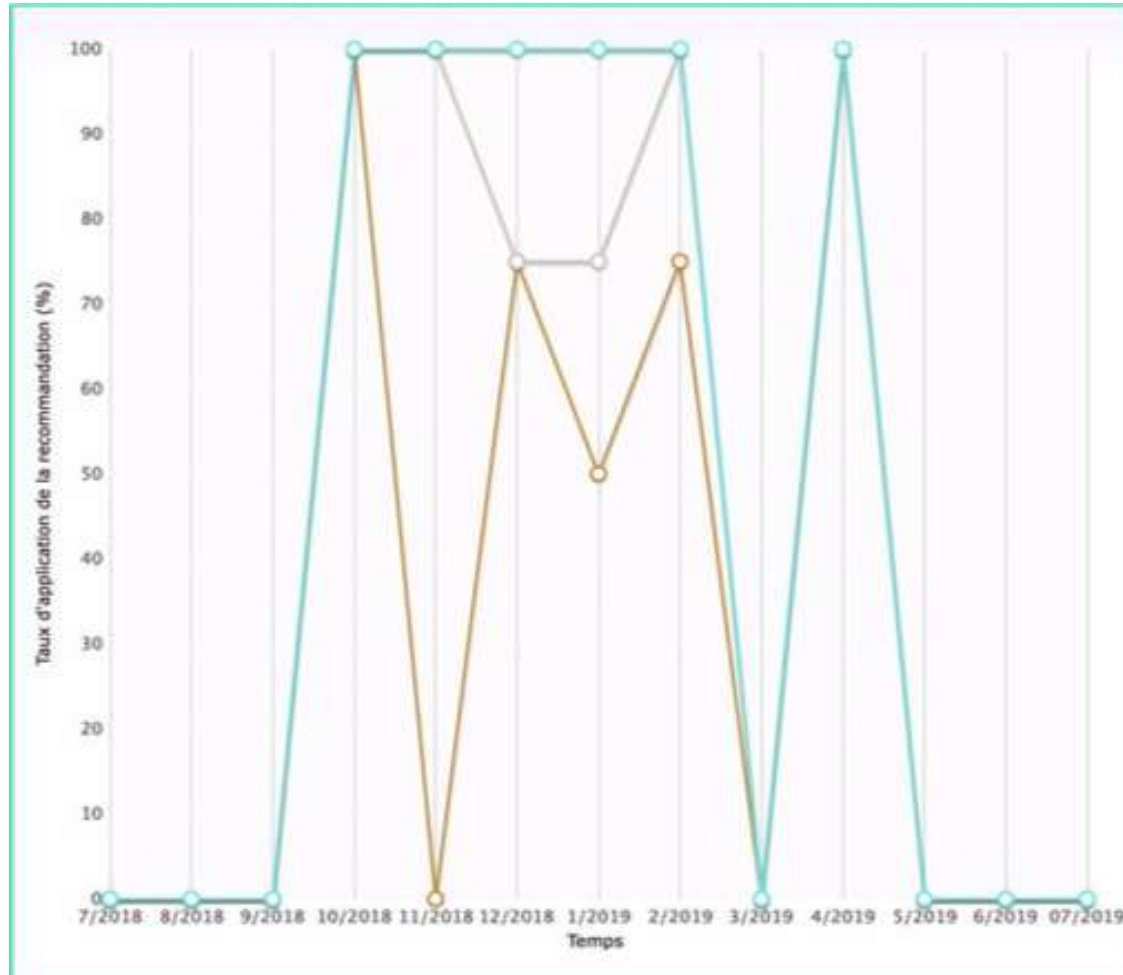
- PEROPERATOIRE
- Présence accompagnant
 - Antiseptique
 - Prév. hypothermie
 - Multitapege perop
 - Trastes IV
 - Débrantage draple
 - SAD
 - Stranage abdo
 - Révision NPO



Récupération améliorée après chirurgie (RAC)

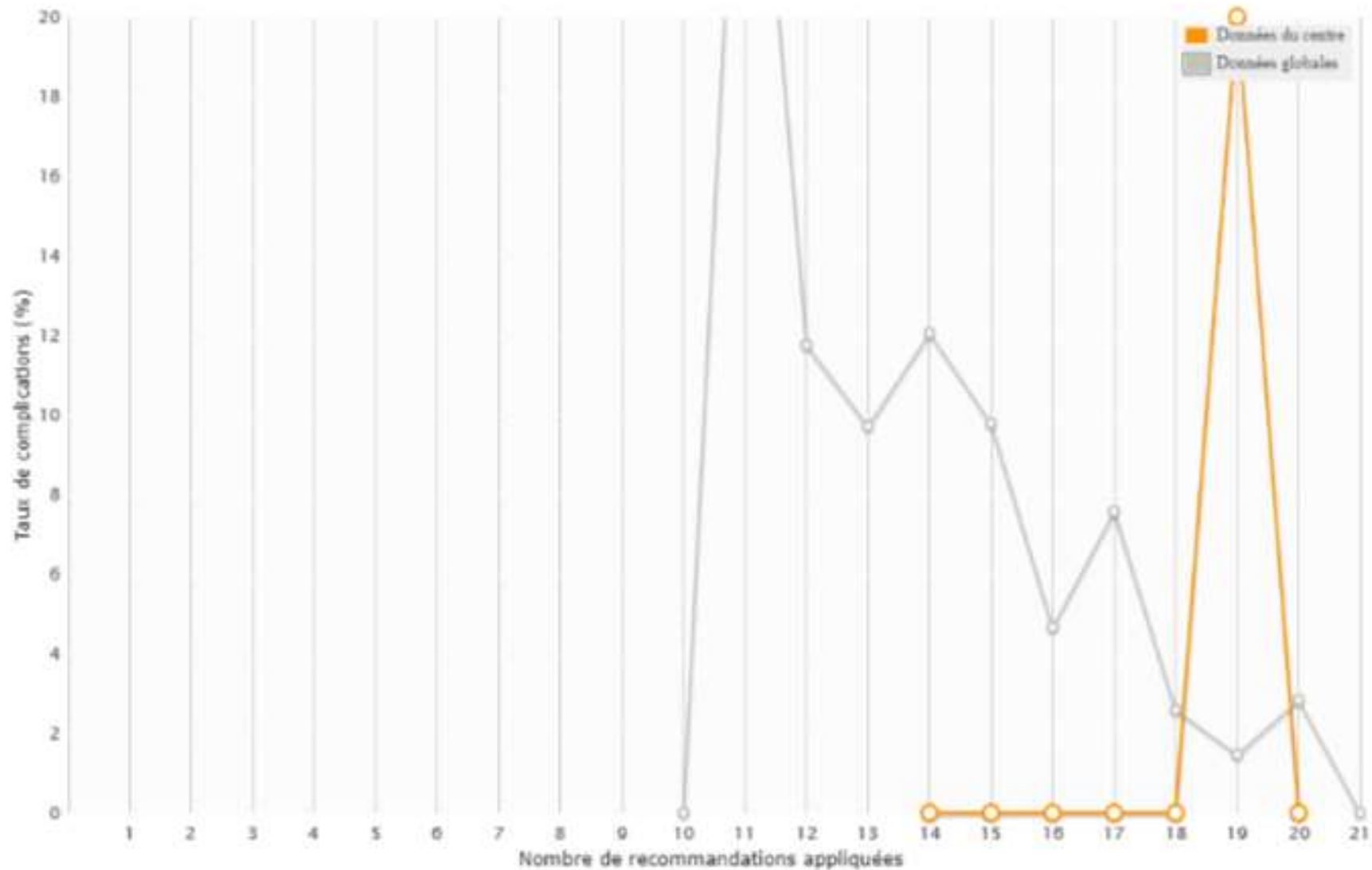
Evolution du respect global des recommandations par items (4)

- POSTOPERATOIRE
- Multianalgésie postop
 - Allait. maternel
 - Ablation drain
 - Thromboprophylaxie
 - Mobilisation précoce
 - Réalimentation précoce

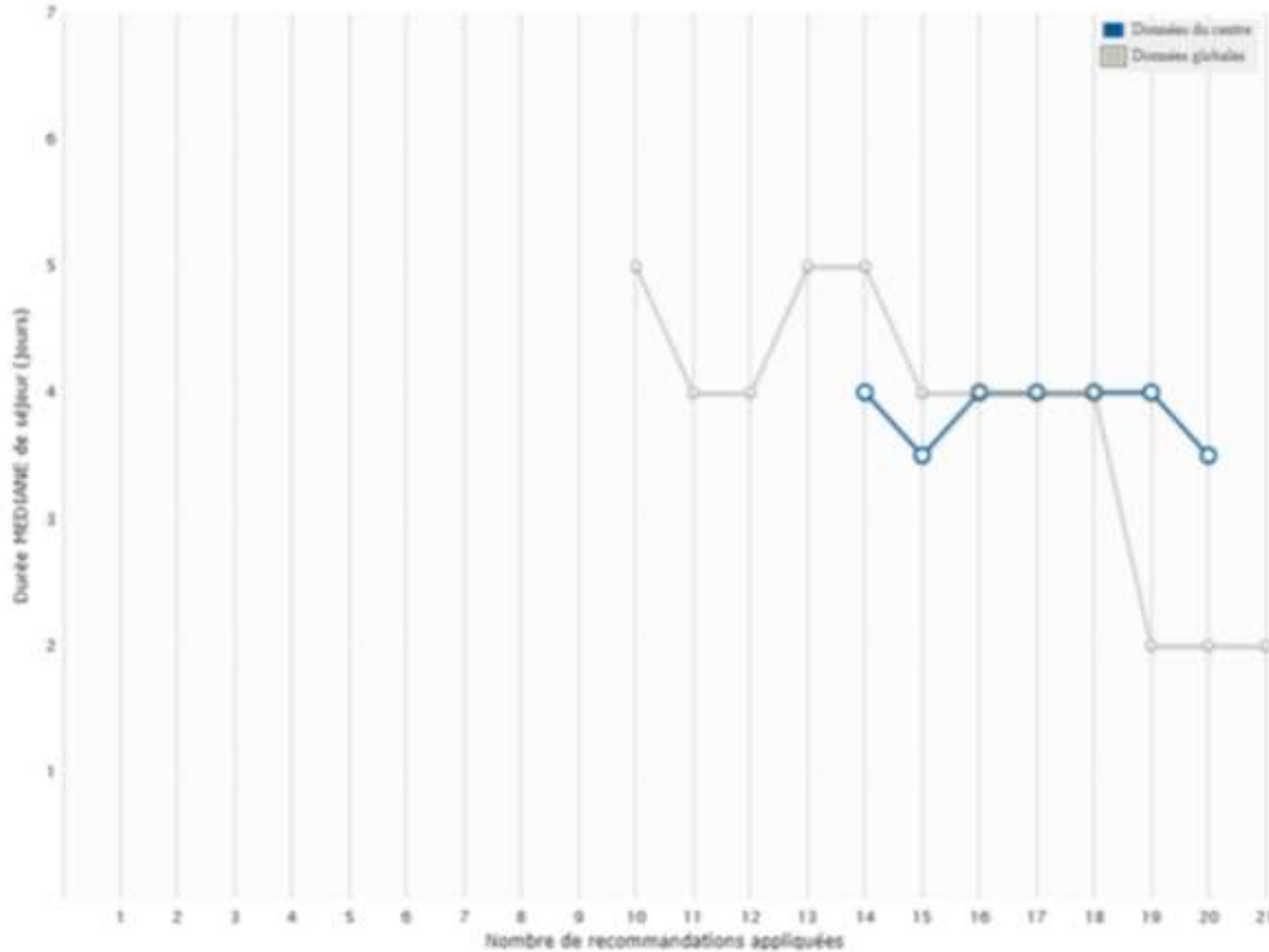


Récupération améliorée après chirurgie (RAC)

Taux de complications



Durée moyenne de séjour



La DMS est entre 3 et 4 jours pour les dossiers étudiés, dans la moyenne des centres.

Constats et bilan de l'accompagnement

L'application des recommandations de la RAC dans le service	Le programme d'accompagnement RAC
<p>La réévaluation de l'audit des dossiers permet de mettre en évidence l'amélioration des pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'information des patientes- la mise en place du jeûne limité (moderne)- la prescription de corticoïdes en pré-opératoire- la prévention de l'hypothermie- le retrait de la sonde urinaire au bloc- la prévention des NVPO	<p>Points positifs :</p> <ul style="list-style-type: none">- constat factuel de l'amélioration des pratiques- partage d'expérience avec le service référent mais également avec tous les autres services candidats : possibilité de voir l'évolution des autres services- gain de temps
<p>Actions à poursuivre :</p> <ul style="list-style-type: none">- améliorer la prise en charge de la douleur post-opératoire par un meilleur respect des prescriptions antalgiques multimodale- mieux organiser l'information et la coordination avec la médecine de ville après le 4^{ème} jour- mise en place de la patiente debout si possible	<p>Points à améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none">- élargir la RAC chirurgie programmée plus court que pour l'hystérectomie : souhait de plus de sessions collectives pour les rencontres interservices (en visio pour faciliter l'organisation?)- il n'y a pas eu de sessions thématiques avec toutes les autres spécialités, organisées au cours de l'accompagnement RAC césarienne programmée

Per-op

- ▶ Protocole admission dans le DSI
- ▶ Fiches de renseignements à remplir
- ▶ Patient debout (porté pour les enfants, jouets)
- ▶ Vérifier le dossier, check liste
- ▶ Anesthésie multimodale, infiltrations (cicatrice, blocs sensitifs, ...)
- ▶ Prescription RAAC en SSPI par anesthésiste
- ▶ Retrait de sonde avant retour en chambre (au bloc ou en SSPI)

Post-opératoire

- ▶ Application protocole RAAC
- ▶ Tracabilité
- ▶ Visite quotidienne
- ▶ Levé précoce, marche, amplitudes articulaires,...)
- ▶ Préparation sortie (domicile, SSR, maison de retraite ...)
- ▶ CRH transmis à la patiente
- ▶ SSR, rééducation, ... (anticipée avec TRAJECTOIRE)
- ▶ Appel J + 7
- ▶ Transmission au DIM pour la valorisation RAAC

Préhabilitation puis RAAC

Réduction du stress et appréhension

Réduction de la morbidité

Approche pré-opératoire multimodale basée sur :

- L'exercice physique
- Les interventions diététiques
- Arrêt du tabac et de l'alcool
- Prise en charge psychologique



Journal of Gynecology Obstetrics and
Human Reproduction

Volume 51, Issue 5, May 2022, 102376



Review

Combining prehabilitation with enhanced recovery programs in gynecological surgery

[Claire Falandry](#)^a, [Raffaele Fauvet](#)^{b c d}  , [Pascal Alfonsi](#)^e, [Arthur Foulon](#)^f,
[Célia Texier](#)^g, [Nicolas Bourdel](#)^g, [Thérèse Simonet](#)^h, [Henri Azais](#)ⁱ, [Eric Lambaudie](#)^j

Revue de la littérature

501 articles sur la RAC (=ERAS)

Du 29 Janvier au 15 Mai 2018

ERAS réduit les réponses de stress
endocrine, neurologique, hormonales et
immunologiques

Pratique chirurgical dans le RAC réduit les
coûts



Journal of Minimally Invasive Gynecology

Volume 26, Issue 2, February 2019, Pages 327-343



Review article

Enhanced Recovery after Surgery in Gynecology: A Review of the Literature

[Stacey A. Scheib MD](#)   [May Thomassee MD](#), [Jamaan L. Kenner MD](#)

Types d'intervention

- ▶ Pour toutes les patientes
 - ▶ Hystérectomie
 - ▶ Myomectomie
 - ▶ Promonto-fixation
 - ▶ Césarienne
- ▶ Réduction de DMS (de 4 à 5 jours vers 2 à 3 jours)
- ▶ Meilleure reprise du transit et de la miction

Conclusion

- ▶ La mise en place de la RAC chirurgie gynécologique nous a permis d'évoluer sur la mise en place
 - ▶ Le jeûne moderne
 - ▶ L'information préalable de la patiente (et du couple)
 - ▶ Amélioration de la prise en charge de la douleur (uniformisation)
 - ▶ Prévention des nausées et vomissements post-opératoires
- ▶ Notre équipe est en cours de mise en place de la préhabilitation, complémentaire à la RAC
 - ▶ La prévention de la carence martiale
 - ▶ Place de l'infirmière coordinatrice
 - ▶ Formalisation des protocoles RAC : limites sur le retrait de la sonde urinaire au bloc pour les blocs tardifs (peur d'une surcharge de travail)
- ▶ Ces actions mises en place sont facilitées par une codification mieux valorisée