

Parcours patients en anesthésie et RAAC

ID: 315

Etude avant-après mise en place d'un programme de réhabilitation améliorée en chirurgie rachidienne

J. Bourgès*(1), M. Le Hir(1), J. Hanouz(1)

(1) Département d'anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU de Caen, 14000 Caen, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

L'Enhanced Recovery After Surgery Society a publié des recommandations de réhabilitation améliorée pour la chirurgie (RAC) d'arthrodèse lombaire. Ces recommandations se basent sur des extrapolations d'autres spécialités ou sur des niveaux de preuve bas à modérés. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'applicabilité, la sécurité et les résultats cliniques d'un programme RAC dans la prise en charge des pathologies rachidiennes dégénératives, pourvoyeuses de handicap et de douleur chronique.

Matériel et méthodes:

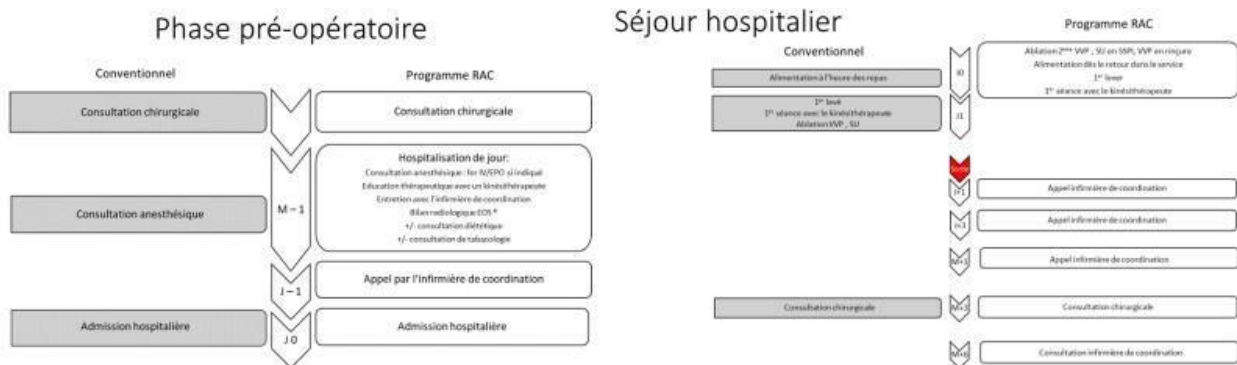
Cette étude prospective observationnelle monocentrique de type avant-après a inclus les patients bénéficiant d'une arthrodèse thoraco-lombaire ou d'une laminectomie pour recalibrage médullaire dans le cadre d'une pathologie rachidienne dégénérative. Ceux inclus du 1er janvier au 31 mai 2021 ont constitué le groupe témoin. Au 1er juin 2021 était initié un programme RAC (Fig1). Tous les patients bénéficiant de ce programme ont été inclus jusqu'au 31 décembre 2021. Un avis favorable du Comité Local d'Éthique (n°847) et l'accord écrit des patients ont été obtenus. Le critère de jugement principal était la durée du séjour hospitalier. Les critères secondaires étaient les délais du 1er lever et de la 1ère séance de kinésithérapie, le taux de complications post-opératoires, la satisfaction des patients à 3 mois post-opératoire et le degré d'invalidité persistant mesuré par l'Oswestry Disability Index (ODI) à 6 mois. Le critère de jugement principal a été analysé par un test U de Mann-Whitney.

Résultats & Discussion:

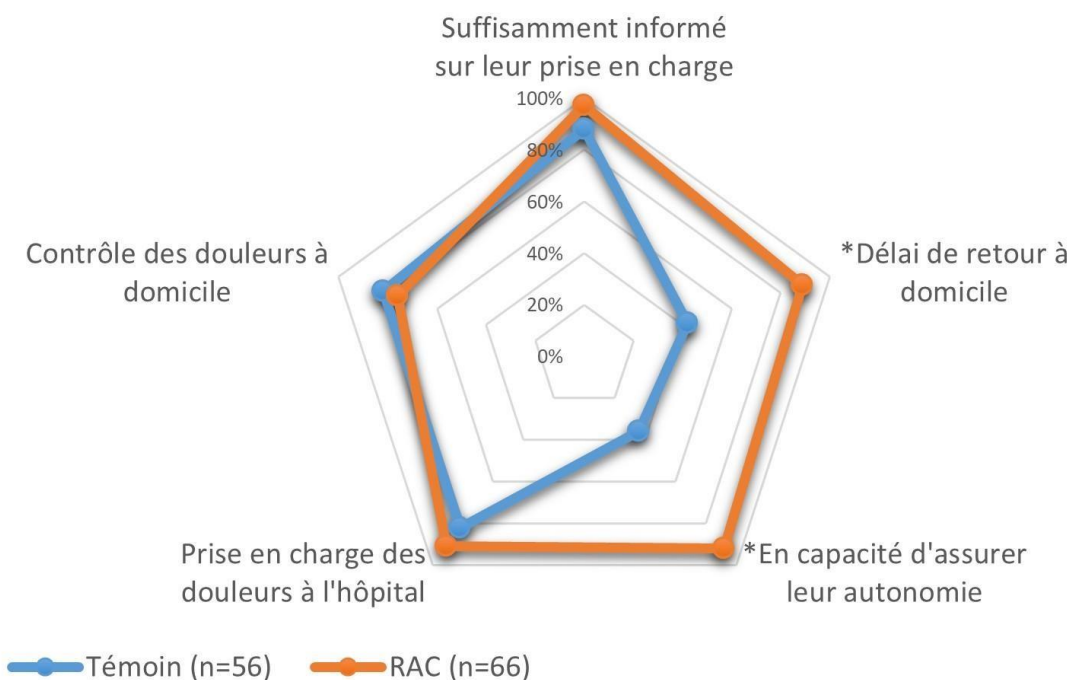
112 patients opérés au CHU de Caen remplissaient les critères pour être témoins. 64 patients ont été inclus dans le programme RAC. La durée médiane [1er quartile – 3ème quartile] de séjour hospitalier était de 4 [3 – 4] jours dans le groupe RAC contre 5 [4 – 7] jours dans notre groupe témoin ($p < 0.01$). Le délai du 1er lever et de la 1ère séance de kinésithérapie était de 0 jour [0 – 1] dans le groupe RAC et 1 jour [1 – 1] pour les témoins ($p < 0.01$). Il n'y avait pas de différence significative pour les complications post-opératoires. La médiane du questionnaire ODI à 6 mois était de 25% [15 – 32] pour le groupe RAC et de 26% [11 – 36] pour le groupe témoin ($p = 0.64$), correspondant à un handicap modéré dans les 2 groupes. L'évaluation de la satisfaction globale de la prise en charge, réalisée au moyen d'une échelle de type Likert allant de 0 à 10, était de 9 [8 – 10] dans le groupe RAC et de 8 [7 – 9] dans le groupe témoin ($p < 0.01$) (Fig 2).

Conclusion:

Le programme RAC mis en place dans notre service suivant les dernières recommandations de l'ERAS® society est efficient et a permis de diminuer la durée d'hospitalisation sans augmenter la morbidité par rapport à une filière de soin classique dès les 6 premiers mois suivant sa mise en place. Malgré les premiers pas du programme, les critères de satisfaction étaient jugés supérieurs chez les patients en bénéficiant. Les résultats après quelques années d'application devraient être plus significatifs avec une applicabilité dans d'autres indications chirurgicales rachidiennes.



Paramètres de satisfaction évalués



Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.