

Cheminement clinique pour la chirurgie colorectale

Récupération optimisée Canada :

une collaboration pour améliorer les soins chirurgicaux



Récupération
OPTIMISÉE
Canada^{MC}



Par Excellence en santé Canada et ses partenaires



CANADIAN ANESTHESIOLOGISTS' SOCIETY
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSIOLOGISTES

Remerciements

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien d'Excellence en santé Canada (ESC), l'organisme issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme indépendant sans but lucratif financé par Santé Canada.

ESC aimerait remercier le comité de gouvernance de [Récupération optimisée Canada \(ROC\)](#) pour le temps et l'expertise consacrés à la conception et à la présentation de ce travail important.

Comité de gouvernance

Tom Wallace, chef de projet
Carla Williams, gestionnaire de projet
Leah Gramlich
Gregg Nelson
Erin Ballah
Debbie Watson
Melinda Baum
Gabriele Baldini
Pascal Vendittoli

Avis de non-responsabilité

Les recommandations émises dans ce document font la synthèse des approches actuellement jugées acceptables, relevées au moyen d'une revue de la littérature scientifique pertinente. ESC n'a l'obligation ni de les mettre à jour ni de fournir un avis sur les développements relatifs aux sujets abordés ici. Les cliniciens qui utilisent la ressource doivent prendre les décisions de traitement en consultation avec le patient, en exerçant leur propre jugement médical et en tenant compte du contexte clinique. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles d'ESC ou de Santé Canada. Le contenu est fourni « en l'état », sans aucune autre déclaration, garantie ou condition de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, y compris, sans s'y limiter, toute garantie ou condition implicite d'adaptation à un usage ou à un but particulier ou d'absence de contrefaçon.

© Excellence en santé Canada, 2023. Tous droits réservés. Adapté avec la permission du Safety Program for Improving Surgical Care and Recovery (ISCR) de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Conformément à son engagement en faveur de l'équité, de la diversité et de l'inclusion, Excellence en santé Canada a recours à l'écriture inclusive dans toutes ses communications. Néanmoins, en raison du caractère spécialisé du présent document, l'emploi du masculin a été privilégié afin d'en faciliter la lecture.

Liste des auteurs

Merci au Centre universitaire de santé McGill pour sa contribution originale à la maquette et aux illustrations utilisées pour élaborer cette ressource.

Puisqu'il s'agit de la première révision du Cheminement clinique de Récupération optimisée Canada pour la chirurgie colorectale, ESC tient également à remercier les membres fondateurs du comité d'experts en chirurgie colorectale pour le temps, l'énergie et l'expertise consacrés à l'élaboration du document fondateur sur lequel se fonde cette révision, notamment :

Engagement des patients et des familles

Melinda Baum
Leah Gramlich
Bevin Ledrew
Debbie Watson
Nancy Posel
Kathy Kovacs Burns
Jennifer Rees
Valerie Phillips

Mobilité

Franco Carli, M. Ph., FRCA, FRCPC, responsable
Celena Scheede Bergdahl, B. Sc., M. Sc., Ph. D.
Julio Fiore, physiothérapeute, M. Sc., Ph. D.
Erin Ballah, physiothérapeute, M. Sc., MBA
Jackie Farquhar, M. D., FRCSC
Chiara Singh, B. Sc. (physio)
Sender Liberman, M. D., FRCPC, FASCRS
Amal Bessissow, M. D., M. Sc., FRCPC

Gestion de la douleur

Philippe Richebé, M. D., Ph. D., DESAR, responsable
Hance Clark, M. D., Ph. D., FRCPC
Naveen Eipe, MBBS, M. D.
Erin Ballah, physiothérapeute, M. Sc., MBA
Gabrielle Pagé, Ph. D.
Krista Brecht, IA, B. Sc. Inf., M. Sc. Inf. (appliquée)
Véronique Brulotte, M. D., M. Sc., FRCPC
Husein Moloo, M. D., M. Sc., FRCSC

Pratiques chirurgicales exemplaires

Ahmer Karimuddin, M. D., MAEd, FRCSC, responsable
Mary-Anne Aarts, M. D., FRCSC
Biniam Kidane, M. D., M. Sc., FRCSC
Liane Feldman, MDCM, FACS, FRCSC
Magda Recsky, M. D., M. Sc., FRCSC
Tony MacLean, M. D., FRCSC
Leah Gramlich, M. D., B. Sc. médecine
Gregg Nelson, M. D., Ph. D., FRCSC

Gestion des liquides

Gabriele Baldini, M. D., M. Sc., responsable
Stuart McCluskey, M. D., Ph. D., FRCPC
Kelly Mayson, M. D., FRCPC
Selena Fitzgerald, B. Sc. Inf, IA
Lucie Filteau, M. D., FRCPC

Gestion de la nutrition

Leah Gramlich, M. D., B. Sc. médecine, responsable
Heather Keller, diététiste, Ph. D., FDC
Manon Laporte, diététiste, M. Sc., CNSC
Marlis Atkins, diététiste
Chelsia Gillis, diététiste, M. Sc., Ph. D.
Louis-Francois Côté, diététiste



Table des matières

Préambule

À propos du cheminement clinique de ROC	1
Étendue et intention	
Population cible	
Public cible	
Engagement des parties prenantes	
Élaboration du cheminement et historique des révisions	
Indépendance éditoriale	

Cheminement clinique de ROC pour la chirurgie colorectale

Recommandations globales	3
Optimisation du parcours du patient	
Stratégies d'engagement des patients, des familles et des proches aidants	5
Éducation des patients, des familles et des proches aidants	5
Attentes en matière de gestion de la douleur	6
Tolérance aux opioïdes	7
Consultation en préadmission	7
Évaluation des risques	7
Dépistage de l'anxiété	8
Tabagisme et consommation d'alcool	9
Hydratation	9
Éducation sur la nutrition	10
Dépistage nutritionnel	10
Évaluation nutritionnelle	11
Thérapie nutritionnelle	11
Mobilité	12
Préopératoire	
Stratégies d'engagement des patients, des familles et des proches aidants	13
Rencontres avec l'équipe multidisciplinaire et liste de contrôle de la sécurité chirurgicale	13
Prémédication	13
Prophylaxie antiémétique	14
Gestion multimodale de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes	15
Préparation mécanique de l'intestin	16
Prophylaxie antimicrobienne	17
Prévention de l'hypothermie	17
Prophylaxie de la thromboembolie veineuse	17
Contrôle de la glycémie	18
Gestion de la pharmacothérapie en cours	18
Jeûne réduit	19
Surcharge en glucides complexes	19
Effets de la préparation de l'intestin	20
Surveillance du poids	20

Table des matières

Peropératoire

Protocole d'anesthésie standard	21
Gestion multimodale de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes	21
Approche chirurgicale	22
Normothermie	22
Prévention des infections du site opératoire	23
Drains et tubes	23
Euvolémie	23
Gestion de l'instabilité hémodynamique	25

Postopératoire

Participation des patients, des familles et des proches aidants aux soins	26
Gestion multimodale de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes	26
Évaluation de la douleur	28
Gestion de la douleur aiguë	28
Contrôle de la glycémie	28
Sondes urinaires	29
Prophylaxie de la thromboembolie veineuse	29
Maintien des liquides	29
Gestion de l'instabilité hémodynamique	30
Prévention de l'iléus postopératoire	31
Thérapie nutritionnelle	31
Évaluation du patient avant la mobilisation précoce	33
Mobilisation en milieu hospitalier	34

Congé

Engagement des patients, des familles et des proches aidants	35
Gestion de la douleur	35
Pratiques chirurgicales exemplaires	36
Gestion de la nutrition	36
Éducation des patients avant le congé	36
Évaluation physique avant l'initiation d'une activité physique à la suite du congé	37
Activité physique à la suite du congé	37

Glossaire	39
------------------------	----

Références	41
-------------------------	----

Annexe A : Abréviations	51
--------------------------------------	----

Annexe B : Algorithme pour l'analgésie	52
---	----

Annexe C : Collecte de données et mesure	53
---	----

Annexe D : Indicateurs liés aux processus et aux résultats	55
---	----

Annexe E : Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales	80
---	----

À propos du cheminement clinique de ROC

Étendue et intention

Le but de ce cheminement clinique est de fournir aux praticiens au Canada des stratégies fondées sur des données probantes pour améliorer les résultats pour les patients subissant une chirurgie colorectale. Le cheminement est organisé selon les étapes du continuum des soins des patients et comprend des indicateurs pour des fins d'audit clinique et d'amélioration de la qualité.

Il repose sur six principes fondamentaux s'appliquant à toutes les chirurgies :

- L'engagement des patients, des familles et des proches aidants
- La gestion de la douleur
- Les pratiques chirurgicales exemplaires
- La gestion des liquides
- La gestion de la nutrition
- La mobilité

Population cible

Le cheminement clinique s'applique aux patients adultes qui subissent une chirurgie colorectale non urgente ouverte ou à effraction minimale (laparoscopique, robotique ou transanale).

Public cible

Les chirurgiens, les anesthésistes, le personnel infirmier, les diététistes, les physiothérapeutes et les autres prestataires prodiguant des soins aux patients qui subissent une chirurgie colorectale, et les dirigeants des services de santé.

Engagement des parties prenantes

Le cheminement clinique original a été élaboré par un groupe multidisciplinaire composé de spécialistes de la santé et de patients de tout le pays. Un groupe de travail sur l'engagement des patients et des familles a élaboré les ressources originales complémentaires au cheminement clinique destinées aux patients, en veillant à mettre le point de vue des patients au cœur de tout le cheminement.

Élaboration du cheminement et historique des révisions

En 2017, un spécialiste en gestion des connaissances a mené une recherche bibliographique systématique pour recenser tous les guides de pratiques cliniques et les déclarations de consensus sur la récupération améliorée après une chirurgie (RAAC) chez les patients ayant subi une chirurgie colorectale. Les publications pertinentes ont ensuite été examinées par des experts, qui les ont évaluées en fonction de leur qualité, de leur caractère actuel, de leur contenu et de leur applicabilité au contexte canadien pour créer le cheminement clinique original publié en 2019. En juin 2022, le même spécialiste a mené une recherche bibliographique systématique pour recenser les données probantes importantes (par exemple, les méta-analyses, les essais randomisés contrôlés et les revues systématiques) pouvant modifier les recommandations. Les mises à jour proposées ont été examinées par le Dr Tom Wallace, M. D., M. Sc., FRCSC, FACS, et les responsables cliniques du cheminement initial.

À propos du cheminement clinique de ROC

La présente ressource comprend certaines approches courantes visant à intégrer des principes de récupération améliorée dans votre cheminement clinique, mais il peut exister d'autres approches qui seraient également appropriées. Bien que, pour diverses raisons, les cheminements cliniques varient d'un hôpital à l'autre, il est important de réduire ces variations et d'adopter le plus grand nombre possible de ces principes.

NOTE : Les médicaments et les doses sont fournis à titre d'exemples. Veuillez consulter un pharmacien lors de l'élaboration de votre cheminement clinique. Tous les médicaments ont des effets secondaires qui doivent être pris en considération pour chaque patient avant leur administration.

Recommandations globales

- 1.** Des champions locaux devraient être désignés dans chaque discipline (chirurgie, anesthésiologie, soins infirmiers, etc.) pour diriger la mise en œuvre et traiter les questions et préoccupations propres à leur discipline. Une ou des personnes formées en amélioration de la qualité devraient aussi contribuer pour faciliter le processus en la matière. Enfin, on devrait désigner un champion au sein de l'administration de l'hôpital pour susciter l'adhésion de l'établissement et obtenir les ressources nécessaires au cheminement¹.
- 2.** Il faudrait utiliser des ensembles de modèles d'ordonnances préétablis dans les cheminements de RAAC.
- 3.** Le succès de la mise en œuvre exige l'évaluation de l'adhésion aux processus de RAAC par une mesure continue des processus et des résultats. Il pourrait être nécessaire d'utiliser une base de données sur les différentes interventions et populations de patients.
- 4.** Les patients, les familles et les proches aidants participent activement à la prestation des soins. C'est pourquoi, avant la chirurgie, ils devraient pouvoir participer ensemble à une discussion en préadmission sur les étapes jalons, les critères de congé et leur rôle dans le processus de rétablissement. Cette conversation devrait débuter dans le bureau du chirurgien et se poursuivre à l'unité de préadmission, soit avec une infirmière autorisée (IA) participant aux cheminements cliniques de ROC ou avec un anesthésiste, selon les facteurs du patient et la complexité de la chirurgie proposée.
- 5.** L'éducation des patients, des familles et des proches aidants devrait s'effectuer au moyen d'une variété de formats et de styles de présentation, notamment :
 - des documents imprimés (livrets, pictogrammes);
 - des consultations individuelles et en groupe;
 - des webinaires;
 - des vidéos;
 - des applications ou des logiciels (tablette, téléphone ou ordinateur).
- 6.** Tous les professionnels de la santé qui participent aux soins des patients subissant une chirurgie colorectale non urgente devraient connaître le cheminement clinique de ROC pour cette intervention.

- Phase **1** Optimisation du parcours du patient
- Phase **2** Préopératoire
- Phase **3** Peropératoire
- Phase **4** Postopératoire
- Phase **5** Congé

1 Optimisation du parcours du patient

Le processus d'optimisation du parcours du patient doit débuter dès que le besoin d'une chirurgie est établi. La trousse [British Columbia Surgical Prehabilitation Toolkit](#) (en anglais) est une trousse d'outils complète qui peut être utilisée pour améliorer les résultats et les expériences des patients lors d'interventions chirurgicales à l'aide d'une préparation mentale et physique avant la chirurgie.

Engagement des patients, des familles et des proches aidants

Stratégies d'engagement des patients, des familles et des proches aidants²⁻⁸

Recommandations

- Pour améliorer l'expérience des patients, des familles et des proches aidants avec la RAAC, nous recommandons aux professionnels de la santé :
 - de bien connaître et de comprendre le concept de littératie en santé pour évaluer et aborder celle des patients, des familles et des proches aidants, au besoin;
 - d'employer des stratégies de communication efficace (par exemple, ralentir le débit et écouter, éviter les interruptions, utiliser un langage simple, utiliser la méthode teach-back ou la communication par reformulation).

Outils et matériel

- [Patients as partners in ERAS \(en anglais\)](#)
- [Meaningful and effective patient engagement \(en anglais\)](#)
- [Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité](#)
- [ABC Alpha pour la vie Canada](#)
- [Outils reconnus pour évaluer la littératie en santé \(en anglais\)](#)
- [Conseils sur la littératie en santé \(en anglais\)](#)
- [What is teach-back? \(en anglais\)](#)

Éducation des patients, des familles et des proches aidants⁹⁻¹²

Recommandations

- Les patients, les familles et les proches aidants devraient recevoir de l'information sur la période préopératoire, idéalement sous plusieurs formes (verbales, écrites ou numériques), à propos de l'intervention chirurgicale et des éléments du cheminement clinique de récupération optimisée auquel le patient devra participer, notamment :
 - le jeûne réduit;
 - la surcharge en glucides;
 - l'ambulation précoce;
 - l'initiation précoce de la prise orale (PO);
 - la prophylaxie des infections du site opératoire (ISO) et de la thromboembolie veineuse (TEV);
 - la possibilité de recourir à l'anesthésie régionale;

1 Optimisation du parcours du patient

- l'évitement ou l'usage minimal des opioïdes;
- la planification du congé.
- Veiller à ce que les patients, les familles et les proches aidants reçoivent des renseignements cohérents de la part de tous les membres de l'équipe de soins.
- Orienter les patients, les familles et les proches aidants vers des sites Web présentant des renseignements fiables sur la santé.

Outils et matériel

- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (copie papier)
- Lien vers le Guide de chirurgie intestinale (livret numérique)
- Lien vers une [animation sur la chirurgie colorectale de Precare pour les patients](#)
- [Outil d'évaluation de sites Web \(en anglais\)](#)



Informations supplémentaires

Les renseignements et les conseils périopératoires sont des éléments importants de la RAAC et sont associés à une réduction significative de la durée du séjour à l'hôpital.



Collecte de données

Éducation des patients

Gestion de la douleur

Attentes en matière de gestion de la douleur



Recommandations

- Les patients, les familles et les proches aidants devraient avoir droit à une consultation préopératoire à propos des attentes et des modalités en matière de gestion de la douleur ainsi que des risques et des effets secondaires des opioïdes et des autres analgésiques.

Outils et matériel

- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (copie papier)
- Lien vers le Guide de chirurgie intestinale (livret numérique)
- Lien vers une [animation sur la chirurgie colorectale de Precare pour les patients](#)



Informations supplémentaires

- L'éducation des patients sur le processus d'obtention d'une analgésie optimale pour la récupération fonctionnelle doit se poursuivre dans les salles de réveil et les unités de soins postopératoires.
- Il faut accorder une attention particulière à informer les patients qui ont une dépendance aux opioïdes, leur famille et leurs proches aidants sur la possibilité de douleurs postopératoires plus intenses et sur les stratégies efficaces pour les soulager.

1 Optimisation du parcours du patient

Tolérance aux opioïdes¹³⁻¹⁵

Recommandations

- Une évaluation de la pharmacothérapie devrait être réalisée avant la chirurgie pour faciliter la reconnaissance des patients ayant acquis une tolérance aux opioïdes et modifier leur plan de gestion de la douleur en conséquence.
- Les patients ayant acquis une tolérance aux opioïdes pourraient nécessiter un suivi postopératoire plus serré et devoir être aiguillés vers des services de gestion de la douleur aiguë ou des cliniciens spécialisés en gestion de la douleur après une intervention.

Informations supplémentaires

- Un grand nombre de patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin (MII), tout particulièrement ceux atteints de la maladie de Crohn, reçoivent un traitement préopératoire aux opioïdes et présentent un risque élevé de douleurs postopératoires.

Pratiques chirurgicales exemplaires

Consultation en préadmission¹⁶⁻¹⁸

Recommandations

- La consultation en préadmission doit inclure de l'information sur la chirurgie planifiée, ses raisons et les phases de récupération attendues, de même que les limites probables après l'intervention.
- Les patients subissant une stomie doivent aussi recevoir un marquage préopératoire du site de la stomie et une éducation sur sa surveillance et les soins requis.

Outils et matériel

- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (copie papier)
- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (livret numérique)
- Lien vers une [animation sur la chirurgie colorectale de Precare pour les patients](#)

1 Optimisation du parcours du patient

Évaluation des risques^{10,19-28}

Recommandations

- Les patients doivent faire l'objet d'une évaluation préopératoire exhaustive fondée sur des données probantes avant la chirurgie. Cette évaluation peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, une évaluation des allergies, des médicaments, du diabète, de l'état cardiorespiratoire, de la fragilité et des risques de delirium, de thrombose et de saignement.
- Les patients devraient également faire l'objet d'un dépistage de l'anémie, et des tentatives de correction par l'administration intraveineuse (IV) de fer doivent être effectuées avant l'intervention. Les transfusions sanguines ont des effets à long terme et devraient être évitées si possible.

Outils et matériel

- Envisager d'utiliser des outils de dépistage tels que :
 - [l'échelle d'évaluation de la fragilité Edmonton Frail Scale](#) (en anglais);
 - [le score de Caprini](#) pour évaluer le risque de TEV (en anglais);
 - [la trousse d'outils BC Surgical Prehabilitation Toolkit](#) (en anglais).

Dépistage de l'anxiété^{10,29-33}

Recommandations

- Les patients devraient faire l'objet d'un dépistage de l'anxiété à l'aide d'un outil de dépistage et d'autoévaluation reconnu.
- Un anxiolytique de courte durée d'action peut être proposé aux personnes présentant une anxiété élevée.

Outils et matériel

- L'échelle en sept questions pour dépister le trouble de l'anxiété généralisée, ou TAG ([GAD-7](#), en anglais et en espagnol)
- L'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression ([ÉHAD/HADS](#), en anglais)

Informations supplémentaires

- La mélatonine pourrait être envisagée afin de réduire l'anxiété.

1 Optimisation du parcours du patient

Tabagisme et consommation d'alcool³⁴⁻⁴⁰

Recommandations

- Identifier les fumeurs actuels et les patients ayant une consommation d'alcool à risque élevé au moyen d'une autoévaluation.
- On recommande au moins quatre semaines d'abstinence du tabac.
- Les patients ayant une consommation élevée d'alcool devraient subir une intervention de sevrage d'alcool et s'abstenir de consommer pendant au moins quatre semaines.
- Cela dit, ni le tabagisme ni la consommation d'alcool ne devraient retarder les interventions chirurgicales urgentes.

Outils et matériel

- Thérapie de remplacement de la nicotine
- QuitNow.ca (en anglais)
- Interventions brèves pour la consommation d'alcool à risque élevé

Informations supplémentaires

- La catégorie des fumeurs actuels comprend les personnes qui fument quotidiennement et occasionnellement selon la réponse à la question « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ».
- La consommation d'alcool à risque élevé se définit comme suit :
 - plus de 2 verres standards par jour et plus de 10 verres standards par semaine pour les femmes;
 - plus de 3 verres standards par jour et plus de 15 verres standards par semaine pour les hommes.

Gestion des liquides

Hydratation^{16,41-43}

Recommandations

- L'importance d'une bonne hydratation avant la chirurgie devrait être soulignée lors de la discussion avant l'admission. Des directives précises sur le jeûne et l'hydratation devraient être fournies aux patients, notamment sur les risques que comporte le jeûne prolongé en période préopératoire (par exemple, aucune ingestion par la bouche [ou NPO] après minuit).
- Les patients doivent être encouragés à consommer des liquides clairs, dont des boissons riches en glucides, par voie orale (pour les cas où la vidange gastrique n'est pas retardée), jusqu'à deux heures avant le début de l'anesthésie.

1 Optimisation du parcours du patient

Outils et matériel

- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (copie papier)
- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (livret numérique)
- Lien vers une [animation sur la chirurgie colorectale de Precare pour les patients](#)

Informations supplémentaires

- Expliquer le rôle des boissons riches en glucides en période préopératoire.
- Les besoins quotidiens normaux en eau sont de 25 à 30 ml/kg (en moyenne 2 L d'eau par jour).

Gestion de la nutrition

Éducation sur la nutrition^{5,44}

Recommandations

- Avant l'hospitalisation, tous les patients, les familles et les proches aidants doivent recevoir des renseignements décrivant les attentes entourant la nutrition et la chirurgie.
- Les patients, les familles et les proches aidants doivent connaître les objectifs liés à la thérapie nutritionnelle et les moyens à employer pour faciliter le processus de récupération grâce à un apport alimentaire adéquat et à l'optimisation de l'état nutritionnel.

Outils et matériel

- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (copie papier)
- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (livret numérique)
- Lien vers une [animation sur la chirurgie colorectale de Precare pour les patients](#)

Dépistage nutritionnel^{10,45-53}

Recommandations

- Les patients devraient être dépistés le plus tôt possible avant la chirurgie afin de déceler tout risque nutritionnel. Le dépistage peut être réalisé au bureau du chirurgien, à la clinique d'évaluation préopératoire, à la clinique de préadaptation ou par téléphone.
- Le dépistage et la surveillance systématiques du risque nutritionnel détermineront s'il est nécessaire de procéder à une évaluation et à un traitement visant à corriger les facteurs qui affectent l'apport alimentaire et nutritionnel adéquat.
- S'il existe une préoccupation clinique de malnutrition chronique, se référer à un diététiste à des fins d'optimisation.

1 Optimisation du parcours du patient

Outils et matériel

- Utiliser un outil de dépistage, par exemple l'Outil canadien de dépistage nutritionnel ([OCDN](#)). L'OCDN pose deux questions :
 1. Au cours des six derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids?
 2. Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude?



Collecte de données

Dépistage de la malnutrition

Évaluation nutritionnelle^{46,54}



Recommandations

- Les patients présentant un risque de malnutrition doivent faire l'objet d'une évaluation de la part d'un diététiste avant d'être admis à l'hôpital.
- Les résultats de l'évaluation nutritionnelle doivent être accessibles au service d'admission de l'hôpital afin de faciliter la continuité des soins.

Outils et matériel

- Utiliser un outil reconnu comme l'Évaluation globale subjective ([ÉGS](#)), ou une évaluation nutritionnelle exhaustive effectuée par un diététiste dès que possible afin de faciliter l'optimisation de la nutrition avant la chirurgie.

Thérapie nutritionnelle^{10,46,47}



Recommandations

- Les patients évalués comme étant sous-alimentés (ÉGS B ou C) doivent faire l'objet d'un plan de traitement individualisé qui peut comprendre des régimes thérapeutiques (tels qu'un régime alimentaire à teneur énergétique élevée ou un régime alimentaire à teneur élevée en protéines), des suppléments nutritifs oraux (SNO), une nutrition entérale (NE) et une nutrition parentérale (NP).
- La thérapie nutritionnelle doit être entreprise au moins sept jours avant la chirurgie. La décision de repousser la chirurgie pour optimiser l'état nutritionnel doit être prise par le patient, le diététiste et le chirurgien.



Informations supplémentaires

- Prioriser et optimiser un apport alimentaire et nutritionnel adéquat et, par conséquent, l'état nutritionnel afin de favoriser la récupération tout au long du cheminement du patient.

1 Optimisation du parcours du patient

Mobilité et activité physique

Mobilité^{10,55,56}

Les données probantes liées à la mobilité précoce et à l'activité physique à la suite d'une chirurgie colorectale sont limitées. Les recommandations et les approches de mise en œuvre présentées dans ce cheminement clinique se fondent donc sur le consensus d'experts obtenu en 2018 à l'aide de la méthode Delphi.



Recommandations

- L'effet négatif de l'alitement prolongé et l'importance de la mobilisation précoce et progressive à la suite de la chirurgie doivent être discutés avec le patient, la famille et les proches aidants.
- L'activité préopératoire ne doit pas être freinée. On doit encourager les patients à rester physiquement actifs.



Approches de mise en œuvre

- L'éducation portant sur la mobilisation précoce doit être dispensée par le personnel infirmier, le physiothérapeute ou le kinésiologue.
- Il est important de discuter avec la famille et les proches aidants afin qu'ils comprennent comment ils peuvent encourager et faciliter une mobilisation précoce.
- Les avantages de la mobilisation précoce doivent être soulignés tout au long du séjour hospitalier.



Outils et matériel

- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (copie papier)
- Lien vers le [Guide de chirurgie intestinale](#) (livret numérique)
- Lien vers une [animation sur la chirurgie colorectale de Precare pour les patients](#)

2 Préopératoire

Engagement des patients, des familles et des proches aidants

Stratégies d'engagement des patients, des familles et des proches aidants

Recommandations

- Inclure les patients, les familles et les proches aidants dans les conversations.
- Encourager les patients, les familles et les proches aidants à rapporter le Guide de chirurgie intestinale le jour de la chirurgie et à le consulter durant l'hospitalisation.

Rencontres avec l'équipe multidisciplinaire et liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

Recommandations

- Avant la chirurgie, l'équipe multidisciplinaire devrait discuter avec le patient des éléments de l'intervention chirurgicale, dont le type de chirurgie (ouverte ou à effraction minimale), le risque d'une chirurgie ouverte (si laparoscopique), la technique d'anesthésie prévue, le plan analgésique, le site et la longueur des incisions, les complications potentielles et la durée de séjour anticipée.
- Utiliser une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale pour discuter des détails importants de chaque cas avec l'équipe multidisciplinaire; discuter des éléments importants avec les patients.

Outils et matériel

- [Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'Organisation mondiale de la Santé \(OMS\)](#)

Gestion de la douleur

Prémédication^{10,31,32,57}

Recommandations

- Les patients ne devraient pas recevoir systématiquement des sédatifs de courte ou de longue durée d'action à partir de minuit avant la chirurgie jusqu'à immédiatement avant la chirurgie.
- Il est acceptable d'administrer un anxiolytique de courte durée d'action au moment de l'installation de la péridurale (lors d'une chirurgie ouverte) chez les personnes présentant un niveau d'anxiété élevé.
- Le midazolam doit être évité, sauf au moment de l'installation de la péridurale ou si le patient présente un niveau d'anxiété élevé.
- Dans le cadre de l'analgésie de base visant à réduire la prise d'opioïdes, les patients peuvent recevoir une combinaison d'acétaminophène, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS, après discussion avec l'équipe chirurgicale), de tramadol et de gabapentinoïdes (lors d'interventions chirurgicales majeures seulement).
- Dans le cas des patients dépendants aux opioïdes, une dose suffisante d'opioïdes (près de la dose utilisée en phase préopératoire) doit être maintenue afin d'éviter les symptômes de sevrage.

2 Préopératoire



Informations supplémentaires

- La prémédication sédatrice retarde la récupération postopératoire immédiate en réduisant la mobilité et la capacité d'ingestion orale.
- La mélatonine pourrait être aussi efficace que le traitement standard au midazolam.
- L'intensité de la douleur consécutive à la chirurgie varie selon l'approche chirurgicale et le plan analgésique (péridurale, blocs de la paroi abdominale), et doit être prise en compte.

Prophylaxie antiémétique^{10,16,58-62}



Recommandations

- L'ensemble des patients doivent recevoir une prophylaxie des nausées et vomissements postopératoires (NVPO). Le nombre de médicaments utilisés doit être déterminé en fonction du nombre de facteurs de risque modifiables et non modifiables.
 - Les patients présentant un ou deux facteurs de risque doivent recevoir une combinaison de deux médicaments comprenant des antiémétiques de première intention (comme des antagonistes dopaminergiques, des antisérotonines ou des corticostéroïdes).
 - Les cas présentant plus de deux facteurs de risque devraient recevoir deux ou trois antiémétiques.
- Pour obtenir un soulagement multimodal, les médicaments utilisés devraient couvrir différents mécanismes d'action.
- Utiliser une échelle d'évaluation reconnue pour repérer les patients à haut risque de NVPO.



Outils et matériel

- [Système de cotation d'Apfel](#) (en anglais)



Informations supplémentaires

- Les facteurs de risque de NVPO sont fréquemment présents chez les personnes qui subissent une chirurgie colorectale : sexe féminin, statut non-fumeur, antécédents de NVPO et recours à des opioïdes postopératoires.
- Tous les membres de l'équipe multidisciplinaire devraient savoir quels patients présentent un risque accru de NVPO.



Collecte de données

Administration d'antiémétiques

2 Optimisation du parcours du patient

Gestion multimodale de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes^{16,31,38,58,63-66}

Recommandations

- Un plan de gestion multimodale de la douleur qui comprend des stratégies actives visant à réduire au minimum la prise d'opioïdes et couvrant TOUTES les phases des soins périopératoires devrait être élaboré avant la chirurgie.
- Les interventions périopératoires suivantes sont acceptables dans le cadre d'un plan de gestion de la douleur (pour des directives, consulter l'algorithme à l'annexe B) :
 - Analgésie par voie orale ou IV
 - AINS ou cyclo-oxygénase-2 (COX2) (après une discussion avec l'équipe chirurgicale)
 - Acétaminophène
 - Tramadol
 - Gabapentinoïdes (seulement les patients ayant une tolérance aux opioïdes qui doivent subir une intervention chirurgicale majeure)
 - Blocs neuraux
 - L'analgésie péridurale thoracique (APT) est recommandée pour les chirurgies ouvertes, les chirurgies laparoscopiques à risque élevé de conversion vers une chirurgie ouverte et pour les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire ou présentant un risque élevé de complications pulmonaires.
 - Les techniques d'anesthésie régionale sont recommandées pour les chirurgies laparoscopiques et sont administrées par :
 - Injection unique : bloc du plan abdominal transverse (TAP), bloc de la gaine du muscle droit (RS), rachianesthésie +/- opioïdes, infiltration de la plaie.
 - Bloc continu : cathéter dans le plan abdominal transverse ou la gaine du muscle droit, infiltration prépéritonéale de la plaie par cathéter.
 - L'injection intrathécale de morphine avant l'anesthésie générale peut être envisagée.
 - Les opioïdes administrés par voie IV doivent être dosés pour réduire au minimum le risque d'effets indésirables.
 - Commencer l'adjuvant analgésique de façon précoce au cours de l'anesthésie :
 - Lidocaïne (1 à 1,5 mg/kg à l'induction de l'anesthésie et 1 à 1,5 mg/kg/h pour le maintien durant l'intervention, particulièrement lors d'une chirurgie laparoscopique)
 - Kétamine (bolus de 0,25 à 0,5 mg/kg suivi de 0,25 mg/kg/h durant l'intervention)
 - +/- administration par voie IV de sulfate de magnésium
 - +/- administration par voie IV de clonidine ou de dexmédétomidine
- Pour être optimale, l'anesthésie multimodale devrait être initiée le matin de la chirurgie. Si ce n'est pas possible, elle devrait l'être après l'induction de l'anesthésie générale.

2 Préopératoire

Outils et matériel

- Plan de gestion multimodale de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes



Informations supplémentaires

- En réduisant au minimum l'analgésie opioïde, on réduit les effets indésirables associés à l'utilisation d'opioïdes durant et après la chirurgie.
- On ne connaît pas exactement le nombre et la combinaison de composantes qui devraient être sélectionnées pour optimiser le contrôle de la douleur, réduire le recours aux opioïdes et éviter les effets secondaires de tous les analgésiques utilisés.
- Le risque de fuite peut exclure l'utilisation d'AINS. Vérifier auprès du chirurgien la qualité des tissus intestinaux et de l'anastomose. L'utilisation d'AINS doit être évitée chez les patients atteints de MII ou présentant des facteurs de risque d'insuffisance rénale.
- Les gabapentinoïdes réduisent les besoins en opioïdes, mais augmentent la sédation.
- Une APT à mi-parcours est recommandée pour prévenir l'iléus postopératoire lors d'une chirurgie ouverte.

Pratiques chirurgicales exemplaires

Préparation mécanique de l'intestin (PMI)^{16,58,67-74}



Recommandations

- Une PMI à l'aide d'une combinaison de préparation intestinale iso-osmotique et d'antibiotiques oraux doit être envisagée pour toutes les interventions colorectales.
- La PMI ne doit pas être administrée sans traitement concomitant d'antibiotiques oraux.

Outils et matériel

- Solutions d'électrolytes à base de picosulfate de sodium ou de polyéthylène glycol



Informations supplémentaires

Les données sur la préparation de l'intestin sont contradictoires.



Collecte de données

- PMI préopératoire
- Antibiotiques oraux préopératoires

2 Préopératoire

Prophylaxie antimicrobienne^{38, 75-77}

Recommandations

- Des antibiotiques devraient être administrés par voie IV immédiatement en phase préopératoire dans les temps recommandés.
- La peau devrait être désinfectée à l'aide de préparations à base d'alcool et de chlorhexidine.
- La sélection des antibiotiques doit se fonder sur les agents pathogènes des infections du site opératoire (ISO) communément associés au type particulier d'intervention, sur les résistances locales aux antimicrobiens et sur un équilibre entre les avantages et les risques associés à l'antibiotique (par exemple, le risque d'infection par *Clostridium difficile* [C. difficile] ou l'émergence d'organismes multirésistants aux médicaments).
- Le dosage en fonction du poids devrait suivre les recommandations des lignes directrices.
- Les antibiotiques à courte demi-vie (moins de deux heures) devraient être redosés tous les trois à quatre heures pendant la chirurgie si celle-ci se prolonge (plus de quatre heures) ou est accompagnée de saignements (1 000 cc).
- Si des doses d'antibiotiques contre les bactéries aérobies et anaérobies ont été administrées au cours de la phase préopératoire, il n'est pas nécessaire d'en administrer à nouveau en phase postopératoire.

Outils et matériel

- Se référer aux lignes directrices institutionnelles locales en matière de gestion de l'utilisation des antimicrobiens.

Prévention de l'hypothermie^{10,78,79}

Recommandations

- Les patients devraient être préchauffés durant 20 à 30 minutes avant l'induction de l'anesthésie.
- Chaque établissement devrait être doté d'un protocole officiel à suivre pour le maintien de la normothermie peropératoire.

Outils et matériel

- [Guide d'exercice de l'anesthésie – Prise en charge périopératoire de la température](#)

Prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV)^{10,19,80}

Recommandations

- Les patients devraient recevoir une thromboprophylaxie mécanique au moyen de bas de compression ou de compression pneumatique intermittente durant l'hospitalisation ou jusqu'à ce qu'ils commencent à se déplacer.
- Les patients devraient recevoir une prophylaxie pharmacologique avec une héparine de faible poids moléculaire (HFPM).
- Utiliser un modèle d'évaluation du risque de TEV pour orienter la recommandation d'intervention de thromboprophylaxie.

2 Préopératoire

Outils et matériel

- [Modèle d'évaluation du risque de Caprini pour la TEV](#) (en anglais)



Informations supplémentaires

- Les facteurs de risque de TEV sont nombreux. La plupart des patients présenteront au moins un facteur risque, et jusqu'à 40 % des patients présenteront au moins trois facteurs de risque.



Collecte de données

Chimio prophylaxie préopératoire visant à traiter la TEV

Contrôle de la glycémie^{10,81}



Recommandations

- Le contrôle de la glycémie doit être envisagé chez tous les patients, quel que soit leur statut diabétique, dès la période préopératoire et jusqu'au congé, afin de prévenir l'hyperglycémie.
- Pour la plupart des patients diabétiques hospitalisés non gravement malades, les cibles glycémiques préprandiales devraient être de 5,0 à 8,0 mmol/L, associées à des valeurs aléatoires de glycémie inférieures à 10,0 mmol/L lorsque sécuritaire. Pour les patients diabétiques hospitalisés gravement malades, le taux de glycémie doit être maintenu entre 6,0 et 10,0 mmol/L.
- Les mesures visant à optimiser le contrôle périopératoire de la glycémie devraient être incluses dans les ensembles de pratiques de réduction des ISO.



Informations supplémentaires

L'hyperglycémie est prévalente chez les patients hospitalisés diabétiques et non diabétiques, et a été associée à des ISO et à des complications.

Gestion de la pharmacothérapie en cours⁸²



Recommandations

- Le bilan comparatif des médicaments est une pratique organisationnelle requise par l'Organisation de normes en santé et il devrait être effectué avec le patient et sa famille dans le cadre du processus d'admission en chirurgie.



Outils et matériel

- Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)

2 Préopératoire

Gestion des liquides

Jeûne réduit^{16,47,58}



Recommandations

- Le jeûne prolongé préopératoire (NPO après minuit) devrait être aboli.
- Il faut encourager le patient à prendre un repas normal la veille et une collation légère jusqu'à six heures avant la chirurgie et à boire des liquides clairs jusqu'à deux heures avant le début de l'anesthésie, à moins qu'il n'ait signalé un retard de vidange gastrique ou d'autres facteurs susceptibles d'augmenter le risque d'aspiration.



Informations supplémentaires

- Une collation légère est un repas sans gras comme du pain grillé.
- Un liquide clair est un liquide à travers lequel on peut voir. Quelques exemples : eau, boissons pour sportifs contenant des électrolytes, jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait ni crème.
- Le jour précédant la chirurgie, les patients qui reçoivent une PMI ne devraient prendre que des liquides clairs.
- Les facteurs de risque d'aspiration comprennent :
 - une gastroparésie documentée;
 - la prise de métoprolol ou de dompéridone pour traiter la gastroparésie;
 - une sténose pyloro-duodénale ou une occlusion intestinale documentée;
 - l'achalasia;
 - la dysphagie.
- Parmi les patients soumis à des restrictions liquides figurent les personnes dialysées et celles souffrant d'insuffisance cardiaque congestive (ICC).



Collecte de données

Permettre les liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction.

Surcharge en glucides complexes^{10,83-87}



Recommandations

- La surcharge en glucides immédiatement en période préopératoire est systématiquement recommandée, bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la formulation et le schéma posologique optimaux.



Informations supplémentaires

- La maltodextrine peut être utilisée pour la surcharge en glucides afin de réduire la résistance à l'insuline.
- Si la maltodextrine est incluse, il est recommandé de consommer 50 g PO sur un maximum de cinq minutes au moins deux heures avant la chirurgie. Un sucre simple (comme le fructose) peut remplacer la maltodextrine. Il ne produira toutefois pas le même effet métabolique.

2 Préopératoire

- La maltodextrine ne devrait pas être administrée aux patients affligés de stase gastrique, présentant d'autres risques d'aspiration ou atteints de diabète de type 1 (aucune donnée sur l'efficacité et la sécurité).
- L'administration de maltodextrine chez les personnes atteintes de diabète de type 2 et les personnes obèses est controversée. La vidange gastrique chez les personnes diabétiques de type 2 et les personnes obèses recevant de la maltodextrine n'est pas prolongée (données de faible qualité). Cependant, une hyperglycémie préopératoire transitoire est observée chez les personnes diabétiques de type 2 (données de faible qualité).



Collecte de données

Permettre la maltodextrine jusqu'à deux heures avant l'induction.

Effets de la préparation de l'intestin⁸³



Recommandations

- Éviter l'administration intraveineuse de liquides pour compenser les pertes liquidiennes préopératoires chez les patients qui ont reçu une préparation colique iso-osmotique, pour autant qu'aucune restriction n'ait été prescrite quant à l'ingestion de liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction de l'anesthésie.

Surveillance du poids⁸⁸



Recommandations

- Mesurer le poids préopératoire le matin de la chirurgie.



Outils et matériel

- Pèse-personnes calibrés



Informations supplémentaires

- Malgré les limites d'interprétation des variations de poids après la chirurgie (par exemple, réponse métabolique à la chirurgie) et la difficulté d'obtenir des mesures pondérales exactes (par exemple, peser des patients immobiles), surveiller les variations de poids demeure l'une des stratégies les plus simples pour gérer la thérapie liquidienne.
- Pour assurer la justesse de la comparaison, toutes les mesures pondérales périopératoires devraient être prises alors que le patient porte sa jaquette d'hôpital.

3 Peropératoire

Gestion de la douleur

Protocole d'anesthésie standard^{89,90}

Recommandations

- Utiliser une analgésie intraveineuse totale (AIVT) au propofol peut réduire les NVPO.
- Utiliser un bloc neuromusculaire profond peut réduire la prise d'opioïdes peropératoires et améliorer les conditions chirurgicales. Si un tel bloc est utilisé en contexte peropératoire, une décurarisation appropriée à l'aide de sugammadex doit être effectuée.
- L'utilisation de moniteurs de la profondeur de l'anesthésie et de nociception peut aider à réduire la quantité totale de somnifères et d'analgésiques utilisés au cours de la chirurgie ainsi que les effets secondaires postopératoires associés.

Gestion multimodale de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes^{31,38,91-98}

Recommandations

- L'analgésie multimodale de la période préopératoire devrait être continuée durant la période peropératoire (pour des directives, consulter l'algorithme).
- La lidocaïne administrée par voie IV peropératoire peut être utilisée lors d'une chirurgie laparoscopique sans APT (pour des directives, consulter l'algorithme).
- Considérations peropératoires pour l'APT (s'il s'agit d'une chirurgie ouverte) :
 - L'utilisation d'une perfusion péridurale au cours de la chirurgie est recommandée et doit être continuée post-intervention.
- On doit ajouter des analgésiques adjuvants à la lidocaïne administrée par voie IV ou à l'APT, notamment :
 - la kétamine par voie IV (bolus de 0,25 à 0,5 mg/kg suivi de 0,25 mg/kg/h durant la chirurgie);
 - la dexaméthasone (4 mg par voie IV);
 - d'autres adjuvants peuvent être envisagés même si les données probantes quant à leur potentiel de soulagement sont limitées (par exemple, sulfate de magnésium par voie IV, clonidine par voie IV, dexmédétomidine);
 - le protoxyde d'azote n'est pas recommandé.
- Considérations peropératoires pour les blocs neuraxiaux :
 - Si non effectués en injection unique après l'induction de l'anesthésie, les blocs TAP et RS ou une perfusion continue de la plaie peuvent être réalisés +/- une perfusion postopératoire continue à la fin de la chirurgie avant que le patient n'émerge de l'anesthésie.
 - De plus, les analgésiques adjuvants mentionnés précédemment doivent être ajoutés.
- Considérations peropératoires pour les opioïdes administrés par voie IV :
 - Les doses doivent être adaptées pour réduire au minimum le risque d'effets indésirables.
 - L'utilisation de moniteurs de nociception peut aider à réduire la quantité peropératoire totale d'opioïdes administrée.

3 Peropératoire

Outils et matériel

- Des moniteurs de nociception peuvent être utilisés pour la mesure en temps réel des indices NOL (pour nociception level ou niveau de nociception) et ANI (pour analgesia nociception index ou indice de nociception). Ces indices peuvent être envisagés pour guider l'administration d'opioïdes s'ils sont disponibles et utilisés systématiquement dans votre établissement.

Informations supplémentaires

- Réduire l'administration peropératoire d'opioïdes diminue leur consommation et la douleur postopératoire en atténuant un phénomène connu sous le nom d'hyperalgésie induite par les opioïdes.

Collecte de données

Recours à l'anesthésie régionale

Facultatif :

- Type d'intervention chirurgicale
- Emploi de l'analgésie péridurale
- Utilisation de blocs du tronc nerveux
- Recours à l'analgésie multimodale et aux adjuvants
- Emploi de moniteurs de nociception

Pratiques chirurgicales exemplaires

Approche chirurgicale^{10,16,58}

Recommandations

- Une approche chirurgicale à effraction minimale (laparoscopique, robotique ou transanale) doit être employée pour les cas jugés appropriés sur le plan clinique lorsque l'expertise est disponible.

Informations supplémentaires

- Les facteurs susceptibles d'accroître la possibilité de choisir une chirurgie ouverte ou d'effectuer une conversion vers cette approche chirurgicale comprennent l'obésité, les antécédents de chirurgie abdominale et les cancers localement invasifs.

Normothermie^{10,99,100}

Recommandations

- La température centrale des patients doit être surveillée lors d'anesthésies générales et d'anesthésies neuraxiales locales d'une durée de 30 minutes et plus.
- Des systèmes de réchauffement actifs, le contrôle de la température ambiante du bloc opératoire et d'autres méthodes doivent être utilisés pour maintenir la température centrale des patients entre 36 et 37 °C.

3 Peropératoire

Outils et matériel

- L'administration de solutés réchauffés, l'utilisation de matelas chauffants ou le recours à des couvertures de réchauffement à air pulsé sur le haut du corps peuvent aider à maintenir la normothermie.



Informations supplémentaires

- Jusqu'à 90 % des patients subissant une chirurgie développent une hypothermie.



Collecte de données

Température du patient à la fin de l'intervention ou à l'arrivée à la salle de réveil.

Prévention des infections du site opératoire^{16,73,101}



Recommandation

- Des stratégies de prévention des infections (aussi appelées ensembles) doivent être systématiquement mises en œuvre.

Outils et matériel

- [Lignes directrices sur la prévention des infections du site opératoire des Centers for Disease Control and Prevention](#) (en anglais)

Drains et tubes^{10,16,58}



Recommandations

- L'utilisation systématique de drains et de sondes nasogastriques (NG) doit être évitée. Si une sonde NG est utilisée en phase peropératoire, elle doit être retirée avant la décurarisation.
- Les cathéters pelviens et péritonéaux ne doivent pas être utilisés systématiquement.

Gestion des liquides

Euvoémie^{43,102-105}



Recommandations

- La gestion peropératoire des liquides doit être personnalisée pour éviter une administration excessive de liquides et maintenir l'euvoémie. Lorsque possible, la thérapie liquidienne ciblée est recommandée pour les patients à haut risque (présence de comorbidités importantes comme l'insuffisance cardiaque congestive) ou lors de saignements importants.
- Les schémas thérapeutiques liquidiers très restrictifs ou systématiques devraient être évités en faveur de l'euvoémie. Le maintien par voie IV des liquides avec une solution cristalloïde isotonique devrait être utilisé pour assurer l'homéostasie de l'eau et des électrolytes, avec l'objectif d'atteindre un bilan liquidien positif de 1,0 à 2,0 L à la fin de la chirurgie (6 à 8 ml/kg/h).
- Thérapie volémique ciblée pour compenser les pertes intravasculaires :

3

Peropératoire

- Dans les cas de chirurgie ouverte majeure et chez les patients à haut risque où on anticipe une perte sanguine estimée (PSE) de plus de 500 ml, ou un syndrome de réponse inflammatoire systémique, une surveillance hémodynamique avancée est recommandée pour faciliter une thérapie liquidienne personnalisée et optimiser l'apport en oxygène pendant toute la période périopératoire.
 - Remplacer les pertes liquidiennes avec une solution cristalloïde isotonique ou des colloïdes et déterminer la quantité absolue en fonction de la réponse hémodynamique.
 - Une surveillance hémodynamique avancée (variation du volume d'éjection systolique [VES], variation de la pression différentielle [VPD], volume d'éjection systolique [VES], débit cardiaque [DC], intégrale temps-vitesse [ITV] et dioxyde de carbone de fin d'expiration [PCO₂]) devrait être effectuée chez les patients à haut risque et dans les cas d'intervention lourde associée à d'importantes pertes sanguines ou à des changements de l'équilibre hydrique.
 - Remplacer les pertes liquidiennes urinaires et gastro-intestinales (si mesurables) avec une solution cristalloïde isotonique.
- Lorsque les patients quittent la salle d'opération ou la salle de réveil, l'état de la volémie intravasculaire devrait être évalué à l'aide de paramètres physiologiques (par exemple, pression sanguine, fréquence cardiaque) et de mesures quantitatives (par exemple, perte de sang, diurèse). Les résultats du bilan liquidien devraient être consignés et révisés.



Outils et matériel

- Pompes volumétriques pour la perfusion d'entretien
- Surveillance hémodynamique avancée
- Tableau du bilan liquidien peropératoire



Informations supplémentaires

- Une insuffisance rénale aiguë (IRA) peut avoir une incidence négative importante sur le pronostic du patient. Une gestion liquidienne appropriée constitue une stratégie pour prévenir l'IRA prérénale.
- Une perfusion d'entretien de 5 ml/kg/h ou moins peut être utilisée si la thérapie volémique ciblée s'accompagne d'une surveillance hémodynamique avancée pour réduire le risque d'une hypoperfusion d'organe.
- Reconnaître les limites cliniques et techniques des mesures hémodynamiques avancées et des moniteurs utilisés.



Collecte de données

Volume d'administration par voie IV de liquides

Facultatif :

- Solution cristalloïde isotonique
- Durée de la chirurgie
- Bilan liquidien
- Surveillance hémodynamique avancée
- Utilisation de pompes volumétriques

3 Peropératoire

Gestion de l'instabilité hémodynamique^{47,106}

Recommandations

- Établir la cause : plutôt que de traiter chaque cas d'anomalie clinique (par exemple, hypotension, tachycardie, oligurie) en administrant par voie IV un bolus de liquides, la cause devrait être établie en se basant sur l'information disponible sur le patient et le contexte clinique.
- Traiter le problème sous-jacent : des liquides par voie IV, des vasopresseurs et des inotropes peuvent être utilisés pour tenter de renverser la cause la plus probable du déséquilibre hémodynamique.
- Administrer des liquides par voie IV si nécessaire. Évaluer l'état volémique du patient et sa réponse aux liquides, si possible, avant d'administrer les liquides par voie IV; puis déterminer le type de liquide et le volume appropriés.
- Évaluer la réponse hémodynamique au traitement initial.
- À moins que ce soit indiqué, éviter l'utilisation des voies centrales afin de réduire le risque d'infection du sang. Si un cathéter veineux central est utilisé, le retirer dès que possible.

Outils et matériel

- Équipement de surveillance hémodynamique courant ou avancé.

Informations supplémentaires

- Une hypovolémie absolue peut ou non être la cause d'anomalies hémodynamiques. Par exemple, une variation de plus de 13 % peu après l'induction de l'anesthésie et l'initiation de la ventilation mécanique, ou après l'administration d'un bolus péridural, devrait évoquer l'hypothèse d'une vasodilatation (hypovolémie relative) plutôt que d'une réaction associée aux liquides. Le patient pourrait nécessiter des vasoconstricteurs plutôt qu'un bolus de liquides, à condition qu'il ne fasse pas déjà l'objet de restrictions d'apport de liquides clairs et qu'une préparation intestinale iso-osmotique ait été utilisée.
- Les agents nécessitant une perfusion par voie centrale requièrent l'installation d'un cathéter veineux central (CVC).

4 Postopératoire

Engagement des patients, des familles et des proches aidants

Participation des patients, des familles et des proches aidants aux soins^{7,107}

Recommandations

- Envisager l'utilisation de tableaux blancs dans les chambres afin d'améliorer la communication entre les prestataires de soins de santé et les patients, les familles et les proches aidants.
- Rappeler aux patients, aux familles et aux proches aidants de se référer à leur Guide de chirurgie intestinale pour connaître les objectifs de chaque journée postopératoire. Il est important que les patients hospitalisés connaissent les objectifs de récupération et le programme de la journée.
- Envisager de faire participer les patients, les familles et les proches aidants à la fin du rapport inter-quart.

Gestion de la douleur

Gestion multimodale de la douleur visant à réduire la prise d'opioïdes^{31,66,108-111}

Recommandations

- Un plan de gestion multimodale de la douleur (acétaminophène, AINS et tramadol) comprenant des stratégies actives visant à réduire au minimum la prise d'opioïdes doit être utilisé.
- Considérations postopératoires pour l'analgésie par voie IV ou orale :
 - Les AINS sont utiles pour maîtriser la douleur, mais peuvent accroître le risque de fuite anastomotique. Il faut donc faire preuve de prudence, particulièrement chez les patients à haut risque (une discussion avec l'équipe chirurgicale est nécessaire).
 - Passer de la voie IV à la voie orale dès que possible.
- Considérations postopératoires pour l'APT :
 - L'âge du patient ainsi que sa fonction cognitive devraient déterminer le choix d'une analgésie péridurale contrôlée par le patient (APCP) ou d'une perfusion épidurale continue gérée par le personnel infirmier.
 - La bupivacaïne à faible dose (0,05 %) est recommandée pour prévenir les effets secondaires hémodynamiques, les blocs moteurs et une prolongation de la durée du séjour hospitalier (DSH) (5 à 14 ml/h).
 - De faibles doses d'opioïdes peuvent être ajoutées à la péridurale (par exemple, fentanyl 2 mcg/ml ou morphine 5 à 10 mcg/ml); débit entre 5 et 14 ml/h basé sur la concentration de l'anesthésique local utilisé dans la solution.

4

Postopératoire

- L'APT devrait être retirée peu de temps après la reprise du fonctionnement des intestins; utiliser le test d'arrêt péridural (voir le glossaire).
- Les AINS (si approprié), l'acétaminophène (4 g/jour) et le tramadol (50 mg quatre fois par jour) devraient être administrés régulièrement pour réduire le besoin en opioïdes oraux lors de la transition vers le retrait de l'APT.
- Considérations postopératoires pour les blocs neuraux (en l'absence d'APT; chirurgie laparoscopique) :
 - Les blocs abdominaux du tronc avec perfusion continue (par exemple, bloc TAP) peuvent être utilisés.
 - La perfusion continue de la plaie (administration sous-faciale) avec des agents anesthésiques locaux devrait probablement être recommandée en l'absence de recours à l'APT et à la lidocaïne par voie IV.
- Les opioïdes par voie IV postopératoires (analgésie contrôlée par le patient [ACP] pour la chirurgie laparoscopique) devraient être cessés et remplacés par des opioïdes oraux le plus tôt possible.
- En l'absence d'une péridurale, une perfusion continue de lidocaïne peut être administrée en phase postopératoire ou dans les heures suivant la chirurgie et être continuée pour une période de courte ou moyenne durée. Une administration de longue durée (jusqu'à 48 h) en salle de réveil ne devrait s'effectuer que chez les patients souffrant de douleurs particulièrement intenses (sinon, arrêter la perfusion dès la sortie de la salle de réveil).



Outils et matériel

- Utiliser le test d'arrêt péridural 48 heures après la chirurgie.



Informations supplémentaires

- La possibilité que l'administration postopératoire d'AINS cause ou non un accroissement du risque de fuite anastomotique est un sujet controversé. C'est pourquoi il est important qu'une discussion ait lieu entre le chirurgien et l'anesthésiste à propos des facteurs propres au patient et à l'intervention chirurgicale.
- L'effet de la lidocaïne administrée par voie IV sur la réduction des douleurs postopératoires a été prouvé pour les périodes courtes (1 à 4 heures) et intermédiaires (24 heures), mais pas pour les longues périodes (48 heures).
- Les prestataires dispensant des services non anesthésiques doivent être éduqués aux dangers potentiels de l'utilisation de la lidocaïne (toxicité systémique des anesthésiques locaux).
- Le tramadol devrait être utilisé avec précaution chez les patients de plus de 75 ans, qui ont un score ASA de 3 ou 4, et dont la mobilité est réduite ou qui sont fragiles.
- L'administration intraveineuse de kétamine peut être poursuivie pendant 48 heures chez les patients éprouvant des douleurs postopératoires particulièrement intenses.
- La prégabaline et la gabapentine ne sont pas recommandées.

4 Postopératoire



Collecte de données

Recours à la prise en charge multimodale de la douleur

Facultatif :

- Utilisation de l'analgésie péridurale
- Prise d'opioïdes dans le cadre de l'ACP

Évaluation de la douleur⁶⁴



Recommandations

- Une analgésie sous-optimale devrait sans tarder faire l'objet d'une évaluation par le personnel dûment formé en gestion de la douleur aiguë.
- L'évaluation de l'analgésie et des effets secondaires des analgésiques, de même que de l'anxiété, devrait être effectuée selon un processus qui tient compte de l'expérience du patient, de son état fonctionnel et de sa qualité de vie.
- Envisager d'utiliser des échelles visuelles analogues dirigées par les patients pour évaluer la douleur.

Gestion de la douleur aiguë⁶⁴



Recommandations

- L'utilisation de toutes les options non opioïdes appropriées de l'algorithme de traitement devrait être confirmée.
- Ajouter des opioïdes oraux si tolérés, au besoin. Si non tolérés par voie orale, administrer des opioïdes par voie IV (par exemple, hydrocodone, oxycodone, morphine, hydromorphone). Ajuster avec soin pour obtenir la dose efficace d'opioïdes la plus basse possible.

Pratiques chirurgicales exemplaires

Contrôle de la glycémie¹⁰



Recommandations

- La glycémie doit être maintenue conformément aux valeurs recommandées pour les patients atteints de diabète ou présentant un taux élevé d'HbA1c avant la chirurgie.
- Il convient de prendre les mesures de soins nécessaires pour éviter l'hypoglycémie causée par une insulinothérapie énergétique.



Informations supplémentaires

- Les valeurs glycémiques cibles sont généralement de 6 à 10 mmol/L.

4 Postopératoire

Sondes urinaires¹⁰

Recommandations

- La sonde devrait systématiquement être retirée le jour suivant la chirurgie chez les patients qui présentent un faible risque de rétention urinaire. Les patients présentant un risque moyen ou élevé peuvent avoir besoin d'un cathétérisme jusqu'à trois jours.
- Pour le patient dont la miction a échoué, envisager un cathétérisme intermittent aseptique pour 24 h.

Informations supplémentaires

- Les facteurs de risque de rétention urinaire comprennent le sexe masculin, l'analgésie péridurale et la chirurgie pelvienne.

Collecte de données

Retrait de la sonde urinaire

Prophylaxie de la thromboembolie veineuse^{9,10}

Recommandations

- La combinaison d'une prophylaxie mécanique et d'une chimioprophylaxie pour la TEV est recommandée pendant toute la durée de l'hospitalisation.
- La thromboprophylaxie par HFPM peut être envisagée jusqu'à 28 jours pour tous les patients.

Outils et matériel

- Envisager l'emploi d'outils de dépistage reconnus comme le [score de Caprini](#) pour évaluer le risque de thromboembolie veineuse.

Gestion des liquides

Maintien des liquides^{10,16,43,88,112-114}

Recommandations

- À la fin de la chirurgie ou à tout le moins dès le jour suivant (jour 1 postopératoire), les liquides IV devraient être interrompus en l'absence de signes physiques de déshydratation ou d'hypovolémie, dans la mesure où le patient tolère l'ingestion de liquides.
- Les patients tolérant l'ingestion de liquides devraient boire une quantité minimale d'eau de 25 à 30 ml/kg/jour.
- Pour les patients ne tolérant pas l'ingestion de liquides (par exemple, iléus postopératoire), une perfusion d'entretien de liquides par voie IV (1,5 ml/kg/h) devrait être initiée.
- Les taux de potassium, de sodium et de chlorure doivent être surveillés pour s'assurer de répondre aux besoins quotidiens en électrolytes des patients (environ 1 mmol/kg/jour chacun). Les carences en électrolytes peuvent être comblées par voie orale.

4 Postopératoire

Outils et matériel

- Tous les patients devraient être suivis de près au moyen d'un examen clinique et d'une évaluation de l'état hydrique, et être pesés régulièrement, dans la mesure du possible et jusqu'à ce qu'ils tolèrent une diète orale.
- Tableau du bilan liquidien postopératoire, y compris les liquides ingérés.



Informations supplémentaires

- Un gain pondéral postopératoire de plus de 2,5 kg est associé à une augmentation de la morbidité. Voir l'énoncé précédent sur les limites et les difficultés relativement aux mesures pondérales.



Collecte de données

Interruption de l'administration de liquide par voie IV

Pesées quotidiennes

Gestion de l'instabilité hémodynamique¹¹⁵⁻¹¹⁷



Recommandations

- Chez les patients pour lesquels une expansion volémique est indiquée pour corriger une anomalie clinique (par exemple, hypotension, tachycardie, oligurie), la probabilité d'une réponse aux liquides devrait être évaluée avant d'administrer un bolus de liquides par voie IV.
 - À l'unité de soins intermédiaires et à l'unité de soins intensifs (USI), une surveillance hémodynamique avancée devrait être effectuée pour prédire la réponse aux liquides, soit après une épreuve de remplissage vasculaire ou une manœuvre de lever de jambes passif (LJP).
 - Si la surveillance hémodynamique avancée n'est pas disponible (par exemple, unités de chirurgie et salle de réveil), un bolus rapide (15 à 30 min) de 3 ml/kg d'une solution saline isotonique peut être administré par voie IV et le patient réévalué.
 - L'efficacité de chaque bolus de liquides devrait être réévaluée avant qu'il soit répété. En l'absence de réponse favorable, l'administration de bolus supplémentaires serait sans doute inefficace et pourrait causer des préjudices.
- Des vasopresseurs peuvent être envisagés pour le traitement des états de vasodilatation, tels que l'hypotension induite par la péridurale, pourvu que le patient soit euvoémique.
- L'anurie requiert une attention immédiate.

Outils et matériel

- Pompe volumétrique pour la perfusion d'entretien et les bolus de liquides (sauf pour les situations critiques – par exemple, hémorragie, réanimation)
- Surveillance hémodynamique avancée
- Manœuvre LJP + surveillance de la variation du VES, du DC, de l'ITV et du PCO2 lorsque c'est possible (salle de réveil, USI)

4 Postopératoire



Informations supplémentaires

- Effectuer un examen physique pour déterminer si un apport supplémentaire en liquides intraveineux est nécessaire; éviter la consultation téléphonique.
- Le bolus de liquides par voie IV a pour but d'augmenter le retour veineux qui, par le fait même, augmente le VES.
- Aux unités de soins chirurgicaux, envisager d'évaluer la réponse de la tension différentielle (TD) artérielle à une manœuvre LJP afin de vérifier si le volume d'éjection systolique augmente à la suite d'une expansion volémique. Une augmentation de la TD de plus de 10 % après une manœuvre de LJP serait significative du point de vue clinique et indiquerait que le VES s'est accru de façon importante. Cependant, le diagnostic basé sur la mesure de la réponse de la TD artérielle à une manœuvre LJP est moins fiable (en tant qu'indicateur de la réponse aux liquides) comparativement à la réponse du VES ou du DC. En effet, même si la TD artérielle est corrélée positivement avec le VES, elle est aussi tributaire de la compliance artérielle et de l'amplification de l'onde de pouls.

Prévention de l'iléus postopératoire^{10,83,118-123}



Recommandations

- Utilisés en combinaison, plusieurs éléments du cheminement clinique (utilisation limitée des opioïdes, chirurgie à effraction minimale, omission des sondes nasogastriques, thérapie liquidienne et alimentation précoce) aident à réduire au minimum le risque de développement d'un iléus postopératoire.
- On peut administrer des antagonistes opioïdes sélectifs, du bisacodyl, de l'oxyde de magnésium et du café ou de la caféine pour abrégé l'iléus postopératoire.



Informations supplémentaires

- Aucune donnée probante n'indique que mâcher de la gomme aide à prévenir l'iléus postopératoire.

Gestion de la nutrition

Thérapie nutritionnelle^{10,16,46,47,53,58,124-127}



Recommandations

- Il faut offrir au patient de la nourriture et des liquides aussi tôt que le jour même de la chirurgie, et définitivement le jour 1 postopératoire. Des SNO doivent être inclus. Il ne faut pas utiliser systématiquement les régimes liquides stricts et semi-liquides.
- L'apport alimentaire doit être autogéré par le patient pour repérer les personnes qui ne consomment pas plus de 50 % de leur nourriture. Les personnes qui ne consomment pas plus de 50 % de leur nourriture systématiquement durant 72 heures, ou dès que la situation clinique le justifie, doivent faire l'objet d'une évaluation nutritionnelle exhaustive. Les soins nutritionnels spécialisés sont personnalisés et comprennent l'utilisation de diètes thérapeutiques, d'aliments fortifiés, de SNO, d'une NE et d'une NP.

4 Postopératoire

- Les patients jugés comme étant sous-alimentés (ÉGS B ou ÉGS C) avant la chirurgie doivent recevoir un régime alimentaire à teneur élevée en protéines et à teneur énergétique élevée à la suite de la chirurgie, et faire l'objet d'un suivi par un diététiste. Si l'on envisage qu'il ne sera pas possible de satisfaire les objectifs nutritionnels par voie orale ou au cours d'une période de 72 heures, il convient d'administrer une nutrition parentérale périphérique (NPP), une NP ou une NE. Le soutien nutritionnel doit être interrompu lorsque le patient est en mesure de consommer par voie orale au moins 60 % de l'apport de protéines/kcal exigé.

Outils et matériel

- Recourir à un système de surveillance de l'apport alimentaire et liquidien qui fonctionne pour l'établissement hospitalier et auquel participent les patients. Par exemple : [Mon alimentation](#)

Informations supplémentaires

- L'immunonutrition périopératoire (formule enrichie d'arginine, d'acides gras oméga-3 et de ribonucléotides) a été recommandée pour les patients sous-alimentés devant subir une chirurgie oncologique majeure. Cependant, à l'heure actuelle, aucun produit de ce type n'est en vente au Canada.
- Pour encourager l'apport adéquat durant le séjour hospitalier, offrir :
 - de petites portions dans le cadre des premiers repas (jour 0 postopératoire et jour 1 postopératoire);
 - des SNO à teneur élevée en protéines visant 250 à 500 kcal/jour. On peut recourir à un programme de distribution de suppléments nutritionnels avec les médicaments (« MedPass ») afin d'administrer 60 ml jusqu'à quatre fois par jour;
 - des collations riches en nutriments et des SNO à teneur élevée en protéines disponibles librement et proposés tout au long de la journée (surtout après le repas du soir);
 - de l'information sur les façons d'optimiser l'apport oral à l'hôpital (par exemple, des affiches indiquant que le réfrigérateur du corridor est rempli de SNO);
 - une invitation aux membres de la famille et aux proches d'apporter de la maison les aliments favoris du patient afin de stimuler l'appétit, ainsi qu'une éducation sur les choix alimentaires optimaux.

Collecte de données

Date de tolérance de la diète

4 Postopératoire

Mobilité

Évaluation du patient avant la mobilisation précoce¹²⁸



Recommandations

- Le personnel infirmier est responsable de l'évaluation initiale avant la première tentative de mobilisation.
- Si des problèmes de mobilité sont décelés (par exemple, affections postopératoires ou complications chirurgicales entraînant des difficultés de mobilisation à la suite de la chirurgie), le patient doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie de la part d'un physiothérapeute responsable d'assister et de superviser la mobilisation durant le séjour hospitalier en fonction du programme d'exercices individuel prescrit.



Approches de mise en œuvre

- L'évaluation du patient doit comprendre les éléments suivants :
 - le niveau de conscience;
 - le niveau de douleur;
 - les symptômes de NVPO;
 - les signes de dysfonction cardiovasculaire;
 - les signes de dysfonction respiratoire;
 - la force du bas du corps.
- Afin d'assurer la sécurité des patients lors de la mobilisation précoce, cette dernière ne doit pas être amorcée (et des évaluations et gestes plus approfondis par l'équipe de soins peuvent être nécessaires) si la personne :
 - est profondément somnolente ou désorientée;
 - signale un niveau de douleur intense;
 - présente de graves nausées ou vomissements;
 - présente une tachycardie grave, une hypotension ou des valeurs anormales à l'électrocardiographie;
 - présente une tachypnée grave ou un faible taux d'oxygène;
 - manifeste une faiblesse des membres inférieurs due à la présence d'un bloc moteur résiduel.
- Le patient peut faire l'objet d'une évaluation de la force du bas du corps à l'aide de tests tels que le test de levers de chaise enchaînés de 30 secondes, le test de marche de six minutes et le test de lever-marcher chronométré.

4 Postopératoire

Mobilisation en milieu hospitalier¹²⁹

Recommandations

- Si l'évaluation initiale ne révèle aucun problème de mobilité, le patient doit amorcer la mobilisation dès qu'il est possible de le faire en toute sécurité; idéalement au jour 0 post-opération.
- La première tentative de mobilisation doit toujours être effectuée avec l'assistance et la supervision du personnel clinique (par exemple, personnel infirmier, infirmière auxiliaire, physiothérapeute ou kinésologue).
- Tout au long du séjour hospitalier, on doit encourager le patient à se mobiliser de façon indépendante ou avec l'assistance de membres de la famille ou de proches.
- Tous les membres de l'équipe de soins doivent encourager la mobilisation précoce et progressive tout au long du séjour hospitalier.

Approches de mise en œuvre

- Le jour de la chirurgie (jour 0 postopératoire), on doit encourager le patient à se déplacer hors du lit (par exemple, s'asseoir sur une chaise) et, si possible, à marcher sur de courtes distances.
- Du jour 1 postopératoire jusqu'au congé, on doit encourager le patient à se déplacer hors du lit le plus souvent possible, selon son niveau de tolérance. Les activités en dehors du lit peuvent comprendre, sans s'y limiter, s'asseoir sur une chaise, marcher dans le corridor et monter les marches d'escalier de l'hôpital.
- Durant le séjour hospitalier, on doit encourager le patient à effectuer :
 - des exercices de flexion des pieds et des chevilles et des exercices de contraction des quadriceps (idéalement toutes les heures pendant la période d'éveil);
 - des exercices de respiration profonde et de toux;
 - des exercices au lit si la marche n'est pas envisageable.

Collecte de données

Première mobilisation postopératoire

5 Congé

Engagement des patients, des familles et des proches aidants

Recommandations

- Les prestataires devraient répondre aux questions et aux préoccupations des patients, des familles et des proches aidants à propos de l'état de santé du patient, du congé et du suivi postopératoire.
- Il faut encourager les patients, les familles et les proches aidants à relire la section « À la maison » du livret « Guide de chirurgie intestinale » avant le congé et à poser des questions.
- Il faut aussi les encourager à poser des questions au besoin et à se servir de la méthode teach-back ou la communication par reformulation, selon le cas.
- Veiller à ce que les membres concernés de l'équipe de soins soient disponibles pour répondre aux questions ou aux préoccupations que les patients, les familles et les proches aidants peuvent avoir au sujet de la planification du congé.

Gestion de la douleur

Recommandations¹³⁰

- La planification du congé doit commencer bien avant la chirurgie et faire intervenir tous les membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi que le patient, sa famille et les proches aidants.
- Des prescriptions d'analgésiques multimodales peuvent être suggérées par l'équipe chirurgicale. Les thérapies non opioïdes devraient être privilégiées comme traitement de première intention (par exemple, acétaminophène, AINS si approuvés par l'équipe chirurgicale).
- Ajuster le dosage de la médication du congé du patient selon ce qui a été administré à l'hôpital.
- Les thérapies non pharmacologiques devraient être encouragées (par exemple, glace, élévation, physiothérapie).
- Ne pas prescrire des opioïdes avec d'autres sédatifs (par exemple, benzodiazépines).
- Les opioïdes de courte durée d'action ne devraient pas être prescrits pour plus de trois à cinq jours (par exemple, morphine, hydromorphone, oxycodone).
- Éduquer les patients sur la réduction progressive des opioïdes au fil de l'atténuation de la douleur chirurgicale.
- Le fentanyl ou les opioïdes à action prolongée (par exemple, méthadone, OxyContin) ne devraient pas être prescrits aux patients sans tolérance acquise aux opioïdes.
- Éduquer les patients sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes, les effets secondaires potentiels, les risques de surdose et le développement d'une dépendance.
- Encourager l'entreposage et l'élimination sécuritaires des opioïdes et de tous les médicaments.
- Fournir des ressources aux patients qui ont développé ou semblent avoir développé un trouble de l'usage d'une substance psychoactive après la chirurgie ou les aiguiller vers des ressources d'aide.

5 Congé

Pratiques chirurgicales exemplaires

Recommandations¹³¹⁻¹³³

- Des données probantes émergentes soutiennent la mise en place d'un congé le même jour pour les colectomies à effraction minimale chez certains patients qui reçoivent des soins dans des centres ayant des programmes de RAAC bien établis pouvant offrir des soutiens à distance après le congé.

Gestion de la nutrition

Recommandations⁴⁶

- Dans tous les cas, les patients doivent être informés de la pertinence de la nutrition dans le processus de récupération. Les patients bien alimentés doivent être éduqués en matière d'optimisation de la nutrition et faire l'objet d'un suivi afin de relever tout obstacle pouvant affecter l'état nutritionnel.
- Les patients sous-alimentés (par exemple, ÉGS B ou ÉGS C) ou soumis à des restrictions alimentaires qui ne retrouvent pas leur plein état nutritionnel au cours du séjour hospitalier auront besoin de soins continus une fois de retour dans la communauté. Les patients, les familles et les proches aidants doivent être informés des principaux aspects liés au plan de soins nutritionnels afin d'apporter du soutien au processus de récupération dans la communauté, ainsi que des ressources communautaires clés visant à faciliter l'accès à de la nourriture (par exemple, programmes de repas, services d'épicerie).
- Les patients ayant subi une iléostomie doivent recevoir des directives précises de la part d'un diététiste afin de réduire le risque de déshydratation et d'occlusion.
- Les principaux proches aidants et les autres praticiens intervenant dans les soins à prodiguer à la suite du congé doivent être informés des détails liés à l'état nutritionnel du patient (par exemple, score à l'ÉGS, poids corporel), du traitement administré durant le séjour hospitalier et des recommandations en matière de soins continus. Lorsque la réadaptation de l'état nutritionnel est en cours, ou lorsqu'il existe des occasions pour discuter de la prévention d'une maladie secondaire, envisager d'aiguiller le patient vers un diététiste pour un traitement nutritionnel prioritaire.

Mobilité et activité physique

Éducation des patients avant le congé

Recommandations

- Avant le congé, les patients doivent tous être informés des conséquences négatives du comportement sédentaire et de l'importance de l'activité physique pour la santé.

Approches de mise en œuvre

- Les membres de la famille du patient doivent être éduqués par rapport aux moyens à employer pour faciliter et encourager l'activité physique à la suite du congé.
- Dans les cas de restrictions physiques plus strictes qu'habituellement recommandé, l'éducation sur l'activité physique à la suite du congé doit être dispensée au préalable par le personnel infirmier, un physiothérapeute ou un kinésologue.

5 Congé

Évaluation physique avant l'initiation d'une activité physique à la suite du congé¹²⁸

Recommandations

- Une évaluation de la mobilité du patient doit être effectuée avant le congé.
- Si des problèmes de mobilité sont décelés, le patient doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie de la part d'un spécialiste de la réadaptation ou du conditionnement physique (physiothérapeute, ergothérapeute, kinésologue, selon le cas), responsable de la prescription et de la supervision des activités physiques en fonction du programme d'exercices individuel prescrit.

Approches de mise en œuvre

- On devrait interroger le patient au sujet de son niveau de fonctionnement et d'activité physique de base (préopératoire), ainsi que par rapport à son niveau de douleur et à la présence d'autres symptômes dans le cadre de la mobilisation en milieu hospitalier.

Activité physique à la suite du congé^{134,135}

Recommandations

- Il faut encourager le patient à ne pas rester au lit et à reprendre progressivement les activités de la vie quotidienne (AVQ; les tâches ménagères légères et les courses, par exemple) à la suite du congé.
- Pour assurer une reprise sécuritaire de l'activité physique, les critères suivants doivent être pris en compte : le patient doit d'abord éviter tout effort physique vigoureux (y compris des exercices du tronc comme les redressements partiels ou assis) et lever des poids uniquement en fonction des [recommandations consensuelles](#) (en anglais; éviter de soulever plus de 5 kg pour une période d'une à deux semaines et plus de 15 kg pour une période de trois à quatre semaines).
- Tous les membres de l'équipe de soins de santé sont responsables d'encourager l'activité physique postopératoire à la suite du congé.
- Tous les patients doivent être en mesure de communiquer avec les membres de leur équipe de soins lorsqu'ils ont des questions ou ont besoin de conseils par rapport à l'activité physique à la suite du congé.

Approches de mise en œuvre

- On devrait encourager les patients à respecter les recommandations sur l'activité physique de l'[OMS](#) dès qu'il est possible de le faire en toute sécurité (par exemple, au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée durant la semaine de travail; des activités de conditionnement physique visant les principaux groupes musculaires au moins deux fois par semaine).
- Idéalement, on devrait encourager les patients à marcher (au moins trois fois par jour) et à monter des marches d'escalier si possible (tous les jours ou tous les deux jours).
- Idéalement, les patients devraient aussi recevoir un programme d'exercices autogéré pour la maison avec des objectifs progressifs. Un service d'accompagnement peut être offert (par exemple, par téléphone) par un spécialiste de la réadaptation ou du conditionnement physique (si possible).
- Le recours à un système de type podomètre peut servir à fixer des objectifs d'activité physique ou faciliter la progression.

5 Congé



Collecte de données

Mesures de résultats :

- Durée de séjour en soins de courte durée
- Taux de complications
- Visites à l'urgence au cours des 30 jours suivant le congé
- Réadmission au cours des 30 jours suivant le congé

Chirurgie colorectale

Terme	Définition
Activité physique	Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques exigeant une dépense d'énergie ¹³⁵ .
Analgésie optimale	Technique qui optimise le confort du patient et qui favorise le rétablissement des fonctions physiques, y compris la fonction intestinale, la mobilisation, la capacité de tousser et la normalisation du sommeil, tout en réduisant les effets indésirables des analgésiques.
Clinique de préadmission	Service multidisciplinaire conçu pour veiller à ce que les patients qui doivent être admis soient bien préparés et informés par rapport à leur chirurgie et au séjour hospitalier à venir.
Dépistage nutritionnel	Procédure rapide et facile effectuée à l'aide d'un outil de dépistage valide visant à repérer les patients sous-alimentés ou à risque de malnutrition qui pourraient profiter d'une évaluation nutritionnelle ¹²⁵ .
Diététiste	Comprend les titres protégés suivants : diététicien immatriculé; diététiste; diététicien professionnel; diététicien-nutritionniste immatriculé; nutritionniste. Consulter le site Les diététistes du Canada pour obtenir la liste complète des titres protégés et des initiales ¹³⁶ .
Évaluation globale subjective (ÉGS)	Outil d'évaluation nutritionnelle constituant la norme de référence lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic de malnutrition.
Évaluation nutritionnelle	Évaluation précise, approfondie et détaillée de l'état nutritionnel ¹⁴¹ .
Exercice	Activité physique planifiée, structurée, répétitive et visant à maintenir ou à améliorer la condition physique ¹³⁸ .
Exercice thérapeutique	Mouvement corporel prescrit dans le but de corriger une déficience ou une blessure, d'améliorer le fonctionnement physique ou de maintenir un état de bien-être.
Hyperalgésie induite par les opioïdes	Sensibilité accrue aux stimuli nuisibles.
Kinésiologue	Professionnel formé en matière de sciences du mouvement humain et de physiologie de l'exercice. L'étendue de la pratique comprend un large éventail de sous-disciplines visant à éduquer les individus au sujet de l'activité et de l'exercice physiques. Le travail des kinésiologues est axé sur la modification des comportements liés au mode de vie, la prévention des blessures et des maladies, l'optimisation de l'état de santé et de la performance motrice, et la préservation de la qualité de vie.
Lever de jambes passif (LJP)	Le test LJP mesure les effets hémodynamiques d'une élévation des jambes à 45°. Pour effectuer la manœuvre posturale, transférer le patient de la position semi-allongée à la position LJP en utilisant le positionnement automatique du lit ¹¹⁷ .

Terme	Définition
Malnutrition	Aux fins du présent document, la malnutrition se définit comme étant une déficience (ou un déséquilibre) en matière d'énergie, de protéines et d'autres nutriments ¹³⁹ .
Méthode Delphi	Méthode visant à cerner l'opinion d'un groupe d'experts afin de parvenir à un consensus sur un sujet précis.
Mobilisation	Amorce d'activités en position verticale à la suite d'une période de mobilité réduite visant à reprendre les activités de la vie quotidienne.
Mobilisation précoce	Mobilisation en dehors du lit amorcée le jour de la chirurgie (jour 0 postopératoire) ou au cours des 12 heures suivant l'arrivée du patient à l'unité de soins.
Mobilité	Capacité de bouger en toute liberté et avec aisance ¹⁴⁰ .
Nutrition entérale (NE)	Désigne également l'alimentation par tube de gavage. L'alimentation par tube de gavage désigne l'administration d'un mélange spécial de nutriments liquides contenant des protéines, des glucides (sucres), des lipides, des vitamines et des minéraux à l'aide d'une sonde alimentaire insérée jusqu'à l'estomac ou l'intestin grêle ¹³⁷ .
Nutrition parentérale (NP)	Administration par voie intraveineuse de nutriments pouvant comprendre des protéines, des glucides, des lipides, des minéraux, des électrolytes, des vitamines et d'autres oligoéléments chez les patients qui ne sont pas en mesure de consommer ou d'absorber suffisamment de nourriture via le tractus gastro-intestinal pour maintenir un bon état nutritionnel ¹⁴² .
Parcours du patient	Période débutant au moment du diagnostic et qui se poursuit tout au long du traitement et de la récupération.
Suppléments nutritifs oraux (SNO) à teneur élevée en protéines	Liquide, poudre ou pouding prêt à consommer comportant des macronutriments et des micronutriments et contenant plus de 20 % d'énergie provenant de protéines.
Tension différentielle (TD)	Différence entre la pression systolique et la pression diastolique.
Test d'arrêt péridural	Processus survenant généralement au jour 2 postopératoire (à 6 h), où les perfusions péridurales sont cessées, l'héparine sous-cutanée est suspendue et où l'analgésie orale multimodale et l'administration d'opioïdes ou de tramadol sont commencées au besoin. Si le patient répond bien (analgésie optimale atteinte) et est encore confortable à midi, le cathéter est retiré de l'espace péridural, et les analgésiques oraux sont continués.
Thérapie nutritionnelle	Terme général désignant l'application pratique de la nutrition comme mesure préventive ou corrective d'une maladie.

Chirurgie colorectale

1. Feldman, L. S. et coll. *The SAGES/ERAS Society Manual Of Enhanced Recovery Programs For Gastrointestinal Surgery*, 1^{re} éd., Springer International Publishing, 2015.
2. Bellows, M. et coll. « Meaningful and effective patient engagement: What matters most to stakeholders », *Patient Experience Journal*, 2015, vol. 2, n° 1, p. 18-28.
3. Kessels, R. P. « Patients' memory for medical information », *J R Soc Med*, mai 2003, vol. 96, n° 5, p. 219-222.
4. Wizowski, L., T. Harper et T. Hutchings. Writing health information for patients and families, Hamilton Health Sciences Corporation. Consulté le 11 novembre 2022. https://www.muhclibraries.ca/Documents/Writing_HI_Edition4.pdf
5. Gillis, C. et coll. « Patients as partners in enhanced recovery after surgery: A qualitative patient-led study », *BMJ Open*, 24 juin 2017, vol. 7, n° 6, article e017002.
6. Houts, P. S. et coll. « The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence », *Patient Educ Couns*, mai 2006, vol. 61, n° 2, p. 173-190.
7. Caligtan, C. A. et coll. « Bedside information technology to support patient-centered care », *Int J Med Inform*, juillet 2012, vol. 81, n° 7, p. 442-451.
8. Dorvil, B. « The secrets to successful nurse bedside shift report implementation and sustainability », *Nurs Manage*, juin 2018, vol. 49, n° 6, p. 20-25.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. Improving surgical care and recovery – colorectal pathway worksheet, 2021.
10. Gustafsson, U. O. et coll. « Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018 », *World J Surg*, mars 2019, vol. 43, n° 3, p. 659-695.
11. Forsmo, H. M. et coll. « Randomized controlled trial of extended perioperative counseling in enhanced recovery after colorectal surgery », *Dis Colon Rectum*, juin 2018, vol. 61, n° 6, p. 724-732.
12. Roberts, L. « Health information and the Internet: The 5 Cs website evaluation tool », *Br J Nurs*, 11 au 24 mars 2010, vol. 19, n° 5, p. 322-325.
13. Kaplan, M. A et B. I. Korelitz, « Narcotic dependence in inflammatory bowel disease », *J Clin Gastroenterol*, juin 1988, vol. 10, n° 3, p. 275-278.
14. Cross, R. K., K. T. Wilson et D. G. Binion. « Narcotic use in patients with Crohn's disease », *Am J Gastroenterol*, octobre 2005, vol. 100, n° 10, p. 2225-2229.
15. Crocker, J. A. et coll. « Narcotic use and misuse in Crohn's disease », *Inflamm Bowel Dis*, décembre 2014, vol. 20, n° 12, p. 2234-2238.
16. Carmichael, J. C. et coll. « Clinical practice guideline for enhanced recovery after colon and rectal surgery from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) », *Surg Endosc*, septembre 2017, vol. 31, n° 9, p. 3412-3436.

Chirurgie colorectale

17. de Neree Tot Babberich, M. P. M. et coll. « Achievements in colorectal cancer care during 8 years of auditing in the Netherlands », *Eur J Surg Oncol*, septembre 2018, vol. 44, n° 9, p. 1361-1370.
18. Zwiép, T. M. et coll. « Preoperative stoma site marking for fecal diversions (ileostomy and colostomy): position statement of the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons and Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada », *Can J Surg*, mai-juin 2022, vol. 65, n° 3, p. E359-E363.
19. Fleming, F. et coll. « The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guideline for the prevention of venous thromboembolic disease in colorectal surgery », *Dis Colon Rectum*, janvier 2018, vol. 61, n° 1, p. 14-20.
20. Lee, T. H. et coll. « Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery », *Circulation*, 7 septembre 1999, vol. 100, n° 10, p. 1043-1049.
21. Robinson, T. N. et coll. « Simple frailty score predicts postoperative complications across surgical specialties », *Am J Surg*, octobre 2013, vol. 206, n° 4, p. 544-550.
22. National Guideline Centre. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. *Preoperative Tests (Update): Routine Preoperative Tests for Elective Surgery*, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), droit d'auteur : © National Institute for Health and Care Excellence, 2016; 2016.
23. Caprini, J. A. « Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care », *Dis Mon*, février-mars 2005, vol. 51, n° 2-3, p. 70-78.
24. Chow, W. B. et coll. « Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: a best practices guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society », *J Am Coll Surg*, octobre 2012, vol. 215, n° 4, p. 453-466.
25. Gustafsson, U. O. et coll. « Haemoglobin A1c as a predictor of postoperative hyperglycaemia and complications after major colorectal surgery », *Br J Surg*, novembre 2009, vol. 96, n° 11, p. 1358-1364.
26. Muñoz, M. et coll. « International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency », *Anaesthesia*, février 2017, vol. 72, n° 2, p. 233-247.
27. Hughes, C.G. et coll. « American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative joint consensus statement on postoperative delirium prevention », *Anesth Analg*, juin 2020, vol. 130, n° 6, p. 1572-1590.
28. Trentino, K. M. et coll. « Associations of a preoperative anemia and suboptimal iron stores screening and management clinic in colorectal surgery with hospital cost, reimbursement, and length of stay: a net cost analysis », *Anesth Analg*, 1^{er} février 2021, vol. 132, n° 2, p. 344-352.
29. Spitzer, R. L. et coll. « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », *Arch Intern Med*, 22 mai 2006, vol. 166, n° 10, p. 1092-1097.
30. Elkins, G. et coll. « Prevalence of anxiety among patients undergoing colorectal surgery », *Psychol Rep*, octobre 2004, vol. 95, n° 2, p. 657-658.
31. McEvoy, M. D. et coll. « American Society for Enhanced Recovery (ASER) and Perioperative Quality Initiative (POQI) joint consensus statement on optimal analgesia within an enhanced recovery pathway for colorectal surgery: part 1-from the preoperative period to PACU », *Perioper Med* (Londres), 2017, vol. 6, n° 8.

Chirurgie colorectale

32. Hansen, M. V. et coll. « La mélatonine pour l'anxiété préopératoire et postopératoire chez l'adulte », *Cochrane Database Syst Rev*, 9 avril 2015, 2015, n° 4, article Cd009861.
33. Zigmond, A. S. et R. P. Snaith. « The hospital anxiety and depression scale », *Acta Psychiatr Scand*, juin 1983, vol. 67, n° 6, p. 361-370.
34. Lindström, D. et coll. « Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial », *Ann Surg*, novembre 2008, vol. 248, n° 5, p. 739-745.
35. Sorensen, L. T., T. Karlsmark et F. Gottrup. « Abstinence from smoking reduces incisional wound infection: a randomized controlled trial », *Ann Surg*, juillet 2003, vol. 238, n° 1, p. 1-5.
36. Tonnesen, H. et coll. « Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial », *BMJ*, 15 mai 1999, vol. 318, n° 7194, p. 1311-1316.
37. Tonnesen, H. et H. Kehlet. « Preoperative alcoholism and postoperative morbidity », *Br J Surg*, juillet 1999, vol. 86, n° 7, p. 869-874.
38. Gustafsson, U. O. et coll. « Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations », *Clin Nutr*, décembre 2012, vol. 31, n° 6, p. 783-800.
39. Gouvernement du Canada. Terminologie sur l'usage du tabac. Consulté le 11 novembre 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/recherche/statistiques-usage-tabac/terminologie.html>
40. Gouvernement du Canada. Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Consulté le 11 novembre 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/directives-consommation-alcool-faible-risque-canada.html>
41. Messaris, E. et coll. « Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation », *Dis Colon Rectum*, février 2012, vol. 55, n° 2, p. 175-180.
42. Hayden, D. M. et coll. « Hospital readmission for fluid and electrolyte abnormalities following ileostomy construction: preventable or unpredictable? », *J Gastrointest Surg*, février 2013, vol. 17, n° 2, p. 298-303.
43. Myles, P. S. et coll. « Contemporary approaches to perioperative IV fluid therapy », *World J Surg*, octobre 2017, vol. 41, n° 10, p. 2457-2463.
44. Sibbern, T. et coll. « Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies », *J Clin Nurs*, mai 2017, vol. 26, n° 9-10, p. 1172-1188.
45. Laporte, M. et coll. « Validity and reliability of the new Canadian nutrition screening tool in the 'real-world' hospital setting », *Eur J Clin Nutr*, mai 2015, vol. 69, n° 5, p. 558-564.
46. Keller, H. et coll. « Update on the Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC): post implementation tailoring and toolkit to support practice improvements », *Nutr J*, 5 janvier 2018, vol. 17, n° 1, article 2.

Chirurgie colorectale

47. Wischmeyer, P. E. et coll. « American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative joint consensus statement on nutrition screening and therapy within a surgical enhanced recovery pathway », *Anesth Analg*, juin 2018, vol. 126, n° 6, p. 1883-1895.
48. Gillis, C. et coll. « Nutrition adequacy in enhanced recovery after surgery: a single academic center experience », *Nutr Clin Pract*, juin 2015, vol. 30, n° 3, p. 414-419.
49. Burden, S. T. et coll. « Nutritional status of preoperative colorectal cancer patients », *J Hum Nutr Diet*, août 2010, vol. 23, n° 4, p. 402-407.
50. Jie, B. et coll. « Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk », *Nutrition*, octobre 2012, vol. 28, n° 10, p. 1022-1027.
51. Martin, L. et coll. « Implementation of an Enhanced Recovery After Surgery program can change nutrition care practice: a multicenter experience in elective colorectal surgery », *J Parenter Enteral Nutr (JPEN)*, février 2019, vol. 43, n° 2, p. 206-219.
52. Hasil, L. et coll. « From clinical guidelines to practice: The nutrition elements for enhancing recovery after colorectal surgery », *Nutr Clin Pract*, avril 2022, vol. 37, n° 2, p. 300-315.
53. Weimann, A. et coll. « ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery », *Clin Nutr*, juillet 2021, vol. 40, n° 7, p. 4745-4761.
54. Detsky, A. S. et coll. « What is subjective global assessment of nutritional status? », *J Parenter Enteral Nutr (JPEN)*, janvier-février 1987, vol. 11, n° 1, p. 8-13.
55. Greysen, S. R. et M. S. Patel. Sur le Web seulement. « Annals for hospitalists inpatient notes - Bedrest is toxic-why mobility matters in the hospital », *Ann Intern Med*, 17 juillet 2018, vol. 169, n° 2, p. HO2-HO3.
56. Teo, J. Y. K., R. Turner et M. Self. « Effect of exercise prehabilitation on functional status of patients undergoing bowel resection: a systematic review », *ANZ J Surg*, mai 2020, vol. 90, n° 5, p. 693-701.
57. Hårdemark Cedborg, A. I. et coll. « Effects of morphine and midazolam on pharyngeal function, airway protection, and coordination of breathing and swallowing in healthy adults », *Anesthesiology*, juin 2015, vol. 122, n° 6, p. 1253-1267.
58. Hedrick, T. L. et coll. « American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative joint consensus statement on postoperative gastrointestinal dysfunction within an enhanced recovery pathway for elective colorectal surgery », *Anesth Analg*, juin 2018, vol. 126, n° 6, p. 1896-1907.
59. Apfel, C. C. et coll. « Comparison of predictive models for postoperative nausea and vomiting », *Br J Anaesth*, février 2002, vol. 88, n° 2, p. 234-240.
60. Srinivasa S, et coll. « Preoperative glucocorticoid use in major abdominal surgery: systematic review and meta-analysis of randomized trials », *Ann Surg*, août 2011, vol. 254, n° 2, p. 183-191.
61. Gupta, R. et R. Soto. « Prophylaxis and management of postoperative nausea and vomiting in enhanced recovery protocols: Expert opinion statement from the American Society for Enhanced Recovery (ASER) », *Perioper Med (Londres)*, 2016, vol. 5, n° 4.

Chirurgie colorectale

62. Gan, T. J. et coll. « Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting », *Anesth Analg*, août 2020, vol. 131, n° 2, p. 411-448.
63. Wu, C. T. et coll. « The effect of epidural clonidine on perioperative cytokine response, postoperative pain, and bowel function in patients undergoing colorectal surgery », *Anesth Analg*, août 2004, vol. 99, n° 2, p. 502-509, table des matières.
64. Scott, M. J. et coll. « American Society for Enhanced Recovery (ASER) and Perioperative Quality Initiative (POQI) joint consensus statement on optimal analgesia within an enhanced recovery pathway for colorectal surgery: Part 2-from PACU to the transition home », *Perioper Med* (Londres), 2017, vol. 6, n° 7.
65. Albrecht, E. et coll. « Peri-operative intravenous administration of magnesium sulphate and postoperative pain: a meta-analysis », *Anaesthesia*, janvier 2013, vol. 68, n° 1, p. 79-90.
66. EuroSurg Collaborative et coll. « Safety and efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs to reduce ileus after colorectal surgery. *Br J Surg*, janvier 2020, vol. 107, n° 2, p. e161-e169.
67. Cao, F., J. Li et F. Li. « Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: updated systematic review and meta-analysis », *Int J Colorectal Dis*, juin 2012, vol. 27, n° 6, p. 803-810.
68. Courtney, D. E. et coll. « Postoperative outcomes following mechanical bowel preparation before proctectomy: a meta-analysis », *Colorectal Dis*, octobre 2015, vol. 17, n° 10, p. 862-869.
69. Dahabreh, I. J. et coll. « Oral mechanical bowel preparation for colorectal surgery: systematic review and meta-analysis », *Dis Colon Rectum*, juillet 2015, vol. 58, n° 7, p. 698-707.
70. Güenaga, K. F., D. Matos et P. Wille-Jørgensen. « Préparation mécanique de l'intestin en vue d'une chirurgie colorectale non urgente », *Cochrane Database Syst Rev*, 7 septembre 2011, 2011, n° 9, p. Cd001544.
71. Rollins, K. E., H. Javanmard-Emamghissi et D. N Lobo. « Impact of mechanical bowel preparation in elective colorectal surgery: A meta-analysis », *World J Gastroenterol*, 28 janvier 2018, vol. 24, n° 4, p. 519-536.
72. Zhu, Q. D. et coll. « Efficacy of mechanical bowel preparation with polyethylene glycol in prevention of postoperative complications in elective colorectal surgery: a meta-analysis », *Int J Colorectal Dis*, février 2010, vol. 25, n° 2, p. 267-275.
73. Holubar, S. D. et coll. « American Society for Enhanced Recovery (ASER) and Perioperative Quality Initiative (POQI) joint consensus statement on prevention of postoperative infection within an enhanced recovery pathway for elective colorectal surgery », *Perioper Med* (Londres), 2017, vol. 6, n° 4.
74. Rollins, K. E. et D. N. Lobo. « The controversies of mechanical bowel and oral antibiotic preparation in elective colorectal surgery », *Ann Surg*, 1^{er} janvier 2021, vol. 273, n° 1, p. e13-e15.
75. National Institute of Health Research Unit on Global Surgery, « Alcoholic chlorhexidine skin preparation or triclosan-coated sutures to reduce surgical site infection: a systematic review and meta-analysis of high-quality randomised controlled trials », *Lancet Infect Dis*, août 2022, vol. 22, n° 8, p. 1242-1251.

Chirurgie colorectale

76. Alfonsi, P. et coll. « Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée », *Journal de Chirurgie Viscérale*, février 2014, vol. 151, n° 1, p. 64-80.
77. Nelson, R. L., E. Gladman et M. Barbateskovic. « La prophylaxie antimicrobienne pour la chirurgie colorectale », *Cochrane Database Syst Rev*, 9 mai 2014, 2014, n° 5, article Cd001181. doi:10.1002/14651858.CD001181.pub4
78. Connelly, L. et coll. « The Optimal Time and Method for Surgical Prewarming: A Comprehensive Review of the Literature », *J Perianesth Nurs*, juin 2017, vol. 32, n° 3, p. 199-209.
79. Roberson, M. C. et coll. « A review of the evidence for active preoperative warming of adults undergoing general anesthesia », *AANA J*, octobre 2013, vol. 81, n° 5, p. 351-356.
80. Kakkos, S. K. et coll. « Compression pneumatique intermittente des membres inférieurs associée à une prophylaxie pharmacologique pour la prévention de la maladie thrombo embolique veineuse », *Cochrane Database Syst Rev*, 7 septembre 2016, 2016, n° 9; article Cd005258.
81. « Prise en charge du diabète en milieu hospitalier » dans Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2018. Consulté le 12 novembre 2022. <https://guidelines.diabetes.ca/CDACPG/media/documents/French%202018%20CPG/16-In-Hospital-Management-FR.pdf>
82. Organisation de normes en santé. Gestion des médicaments, Ottawa, 2019 (CAN/HSO 3001:2019 [F]). Consulté le 12 novembre 2022. <https://healthstandards.org/fr/standard/gestion-des-medicaments-2/>
83. Thiele, R. H. et coll. « American Society for Enhanced Recovery (ASER) and Perioperative Quality Initiative (POQI) joint consensus statement on perioperative fluid management within an enhanced recovery pathway for colorectal surgery », *Perioper Med* (Londres), 2016, vol. 5, n° 24.
84. Smith, M. D. et coll. « Preoperative carbohydrate treatment for enhancing recovery after elective surgery », *Cochrane Database Syst Rev*, 14 août 2014, 2014, n° 8, article Cd009161.
85. Gustafsson, U. O. et coll. « Pre-operative carbohydrate loading may be used in type 2 diabetes patients », *Acta Anaesthesiol Scand*, août 2008, vol. 52, n° 7, p. 946-951.
86. Jenkins, D. J. et coll. « Metabolic effects of reducing rate of glucose ingestion by single bolus versus continuous sipping », *Diabetes*, juillet 1990, vol. 39, n° 7, p. 775-781.
87. Karimian, N. et coll. « The effects of added whey protein to a pre-operative carbohydrate drink on glucose and insulin response », *Acta Anaesthesiol Scand*, mai 2018, vol. 62, n° 5, p. 620-627.
88. Brandstrup, B. et coll. « Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial », *Ann Surg*, novembre 2003, vol. 238, n° 5, p. 641-648.
89. Richebé, P., N. Boussette et L. P. Fortier. « A narrative review on the potential benefits and limitations of deep neuromuscular blockade », *Anaesth Crit Care Pain Med*, août 2021, vol. 40, n° 4, article 100915.

Chirurgie colorectale

90. Renaud-Roy, E. et coll. « Effect of combined intraoperative use of the nociception level (NOL) and bispectral (BIS) indexes on desflurane administration », *Anaesth Crit Care Pain Med*, juin 2022, vol. 41, n° 3, article 101081.
91. Angst, M. S. « Intraoperative use of remifentanil for TIVA: Postoperative pain, acute tolerance, and opioid-induced hyperalgesia », *J Cardiothorac Vasc Anesth*, juin 2015, vol. 29, supp. 1, p. S16-S22.
92. Joly V. et coll. « Remifentanil-induced postoperative hyperalgesia and its prevention with small-dose ketamine », *Anesthesiology*, juillet 2005, vol. 103, n° 1, p. 147-155.
93. Fletcher, D. et V. Martinez. « Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery: a systematic review and a meta-analysis », *Br J Anaesth*, juin 2014, vol. 112, n° 6, p. 991-1004.
94. Cheung, C. W. et coll. « The effects of intra-operative dexmedetomidine on postoperative pain, side-effects and recovery in colorectal surgery », *Anaesthesia*, novembre 2014, vol. 69, n° 11, p. 1214-1221.
95. Lee, L. H., M. G. Irwin et S. K. Lui. « Intraoperative remifentanil infusion does not increase postoperative opioid consumption compared with 70% nitrous oxide », *Anesthesiology*, février 2005, vol. 102, n° 2, p. 398-402.
96. Chen, Y. et coll. « Leukocyte DNA damage and wound infection after nitrous oxide administration: a randomized controlled trial », *Anesthesiology*, juin 2013, vol. 118, n° 6, p. 1322-1331.
97. Guo, B. L. et coll. « Effects of systemic magnesium on post-operative analgesia: is the current evidence strong enough? », *Pain Physician*, septembre-octobre 2015, vol. 18, n° 5, p. 405-418.
98. Meijer, F. et coll. « Reduced postoperative pain using nociception level-guided fentanyl dosing during sevoflurane anaesthesia: a randomised controlled trial », *Br J Anaesth*, décembre 2020, vol. 125, n° 6, p. 1070-1078.
99. Dobson, G. et coll. « Guidelines to the practice of anesthesia - revised edition 2022 / Guide d'exercice de l'anesthésie de la SCA – Édition révisée 2022 », *Can J Anaesth.*, janvier 2022, vol. 69, n° 1, p. 24-61.
100. Campbell, G. et coll. « Warming of intravenous and irrigation fluids for preventing inadvertent perioperative hypothermia », *Cochrane Database Syst Rev*, 13 avril 2015, 2015, n° 4, Cd009891.
101. Pop-Vicas, A. E. et coll. « Colorectal bundles for surgical site infection prevention: A systematic review and meta-analysis », *Infect Control Hosp Epidemiol*, juillet 2020, p. 41, n° 7, p. 805-812.
102. Feldheiser, A. et coll. « Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: consensus statement for anaesthesia practice », *Acta Anaesthesiol Scand*, mars 2016, vol. 60, n° 3, p. 289-334.
103. Hahn, R. G. et G. Lyons. « The half-life of infusion fluids: An educational review », *Eur J Anaesthesiol*, juillet 2016, vol. 33, n° 7, p. 475-482.
104. Brienza, N. et coll. « Does perioperative hemodynamic optimization protect renal function in surgical patients? A meta-analytic study », *Crit Care Med*, juin 2009, vol. 37, n° 6, p. 2079-2090.

Chirurgie colorectale

105. Legrand, M. et D. Payen. « Case scenario: Hemodynamic management of postoperative acute kidney injury », *Anesthesiology*, juin 2013, vol. 118, n° 6, p. 1446-1454.
106. Bentzer, P. et coll. « Will this hemodynamically unstable patient respond to a bolus of intravenous fluids? », *JAMA*, 27 septembre 2016, vol. 316, n° 12, p. 1298-1309.
107. Mardis, T. et coll. « Bedside shift-to-shift handoffs: A systematic review of the literature », *J Nurs Care Qual*, janvier-mars 2016, vol. 31, n° 1, p. 54-60.
108. Brouquet, A. et coll. « Impaired mobility, ASA status and administration of tramadol are risk factors for postoperative delirium in patients aged 75 years or more after major abdominal surgery », *Ann Surg*, avril 2010, vol. 251, n° 4, p. 759-765.
109. Kranke, P. et coll. « Perfusion intraveineuse continue de lidocaïne périopératoire pour la douleur et le rétablissement postopératoires chez l'adulte », *Cochrane Database Syst Rev*, 16 juillet 2015, n° 7, article Cd009642.
110. Bakker, N. et coll. « Risk of anastomotic leakage with nonsteroidal anti-inflammatory drugs within an enhanced recovery program », *J Gastrointest Surg*, avril 2016, vol. 20, n° 4, p. 776-782.
111. Modasi, A. et coll. « NSAID administration post colorectal surgery increases anastomotic leak rate: systematic review/meta-analysis », *Surg Endosc*, mars 2019, vol. 33, n° 3, p. 879-885.
112. Myles, P. S. et coll. « Restrictive versus liberal fluid therapy for major abdominal surgery », *N Engl J Med*, 14 juin 2018, vol. 378, n° 24, p. 2263-2274.
113. National Clinical Guideline Centre. National Institute for Health and Care Excellence: Guidance. *Intravenous Fluid Therapy: Intravenous Fluid Therapy in Adults in Hospital*. UK Royal College of Physicians, droit d'auteur : © National Clinical Guideline Centre, 2013; 2013.
114. Powell-Tuck, J. et coll. *British Consensus Guidelines on Intravenous Fluid Therapy for Adult Surgical Patients*. Consulté le 12 février 2023. https://www.bapen.org.uk/pdfs/bapen_pubs/giftasup.pdf
115. Monnet, X. et J. L. Teboul. « Passive leg raising: five rules, not a drop of fluid! », *Crit Care*, 2015, vol. 19, article 18.
116. Pickett, J. D. et coll. « Passive leg-raising and prediction of fluid responsiveness: systematic review », *Crit Care Nurse*, avril 2017, vol. 37, n° 2, p. 32-47.
117. Toscani, L. et coll. « What is the impact of the fluid challenge technique on diagnosis of fluid responsiveness? A systematic review and meta-analysis », *Crit Care*, 4 août 2017, vol. 21, article 207.
118. de Leede, E. M. et coll. « Multicentre randomized clinical trial of the effect of chewing gum after abdominal surgery », *Br J Surg*, juin 2018, vol. 105, n° 7, p. 820-828.
119. Yang, T. W. et coll. « The effect of coffee/caffeine on postoperative ileus following elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials », *Int J Colorectal Dis*, mars 2022, vol. 37, n° 3, p. 623-630.

Chirurgie colorectale

120. McKechnie, T. et coll. « Selective Opioid Antagonists Following Bowel Resection for Prevention of Postoperative Ileus: a Systematic Review and Meta-analysis », *J Gastrointest Surg*, juin 2021, vol. 25, n° 6, p. 1601-1624.
121. Watanabe, J. et coll. « Effect of postoperative coffee consumption on postoperative ileus after abdominal surgery: An updated systematic review and meta-analysis », *Nutrients*, 8 décembre 2021, vol. 13, n° 12, article 4394.
122. Chapman, S. J. et coll. « Postoperative ileus following major colorectal surgery », *Br J Surg*, juin 2018, vol. 105, n° 7, p. 797-810.
123. Ashcroft, J. et coll. « Reducing ileus after colorectal surgery: A network meta-analysis of therapeutic interventions », *Clin Nutr*, © 2021 Elsevier Ltd et European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, 2021, vol. 40, n° 7, p. 4772-4782.
124. « Trauma, surgery, and burns » dans Evans, D. et B. Collier. *The ASPEN Adult Nutrition Support Core Curriculum 3rd Ed. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 2017, p. 473-488.
125. McCullough, J. et H. Keller. « The My Meal Intake Tool (M-MIT): Validity of a patient self- assessment for food and fluid intake at a single meal », *J Nutr Health Aging*, 2018, vol. 22, n° 1, p. 30-37.
126. Williams, D. G. A. et coll. « Impact of early postoperative oral nutritional supplement utilization on clinical outcomes in colorectal surgery », *Perioper Med* (Londres), 2020, vol. 9, n° 29.
127. Herbert, G. et coll. « Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications », *Cochrane Database Syst Rev*, 22 juillet 2019, vol. 7, n° 7, article Cd004080.
128. Rikli, R. et C. Jones. *Senior Fitness Test Manual*, 2^e édition, Champaign, *Human Kinetics*, 2013, 200 p.
129. Fiore, J. F. Jr. et coll. « Ensuring early mobilization within an enhanced recovery program for colorectal surgery: A randomized controlled trial », *Ann Surg*, août 2017, vol. 266, n° 2, p. 223-231.
130. OPEN: Opioid Prescribing Engagement Network. *Surgical Prescribing: Summary of Best Practices*. Consulté le 5 novembre 2022. <https://michigan-open.org/resource/acute-care-opioid-treatment-and-prescribing-recommendations-surgical-department/>
131. Lee, L. et coll. « Enhanced Recovery 2.0 - Same day discharge with mobile app follow-up after minimally invasive colorectal surgery », *Ann Surg*, 1^{er} décembre 2022, vol. 276, n° 6, p. e812-e818.
132. Gignoux, B. et coll. « Short-term outcomes of ambulatory colectomy for 157 consecutive patients », *Ann Surg*, août 2019, vol. 270, n° 2, p. 317-321.
133. Lee, L., E. McLemore et L. Rashidi. « Same-day discharge after minimally invasive colectomy », *JAMA Surg*, 1^{er} novembre 2022, vol. 157, n° 11, p. 1059-1060.
134. van Vliet, D. C. et coll. « A modified Delphi method toward multidisciplinary consensus on functional convalescence recommendations after abdominal surgery », *Surg Endosc*, décembre 2016, vol. 30, n° 12, p. 5583-5595.
135. Organisation mondiale de la Santé. *Activité physique*, 5 octobre 2022. Consulté le 13 novembre 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Chirurgie colorectale

136. Les diététistes du Canada. Y-a-t-il une différence entre une diététiste et une nutritionniste?. Consulté le 5 novembre 2022. <https://www.dietitians.ca/About/Learn-About-Dietitians/The-difference-between-a-dietitian-and-nutritionis?lang=fr-CA>
137. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. What is Enteral Nutrition. Consulté le 5 novembre 2022. https://www.nutritioncare.org/About_Clinical_Nutrition/What_is_Enteral_Nutrition/
138. Caspersen, C. J., K. E. Powell et G. M. Christenson. « Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research », *Public Health Rep*, mars-avril 1985, vol. 100, n° 2, p. 126-131.
139. Groupe de travail canadien sur la malnutrition. Vue d'ensemble de malnutrition. Consulté le 5 novembre 2022. <https://nutritioncareincanada.ca/about-us/malnutrition-overview?lang=fr>
140. Cambridge University Press. « Mobility », dans Cambridge Dictionary. Consulté le 12 février 2023. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/mobility>
141. Power, L. et coll. « A review of the validity of malnutrition screening tools used in older adults in community and healthcare settings - A MaNuEL study », *Clin Nutr ESPEN*, avril 2018, vol. 24, p. 1-13.
142. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. What is Parenteral Nutrition. Consulté le 5 novembre 2022 https://www.nutritioncare.org/About_Clinical_Nutrition/What_is_Parenteral_Nutrition/

Abréviations

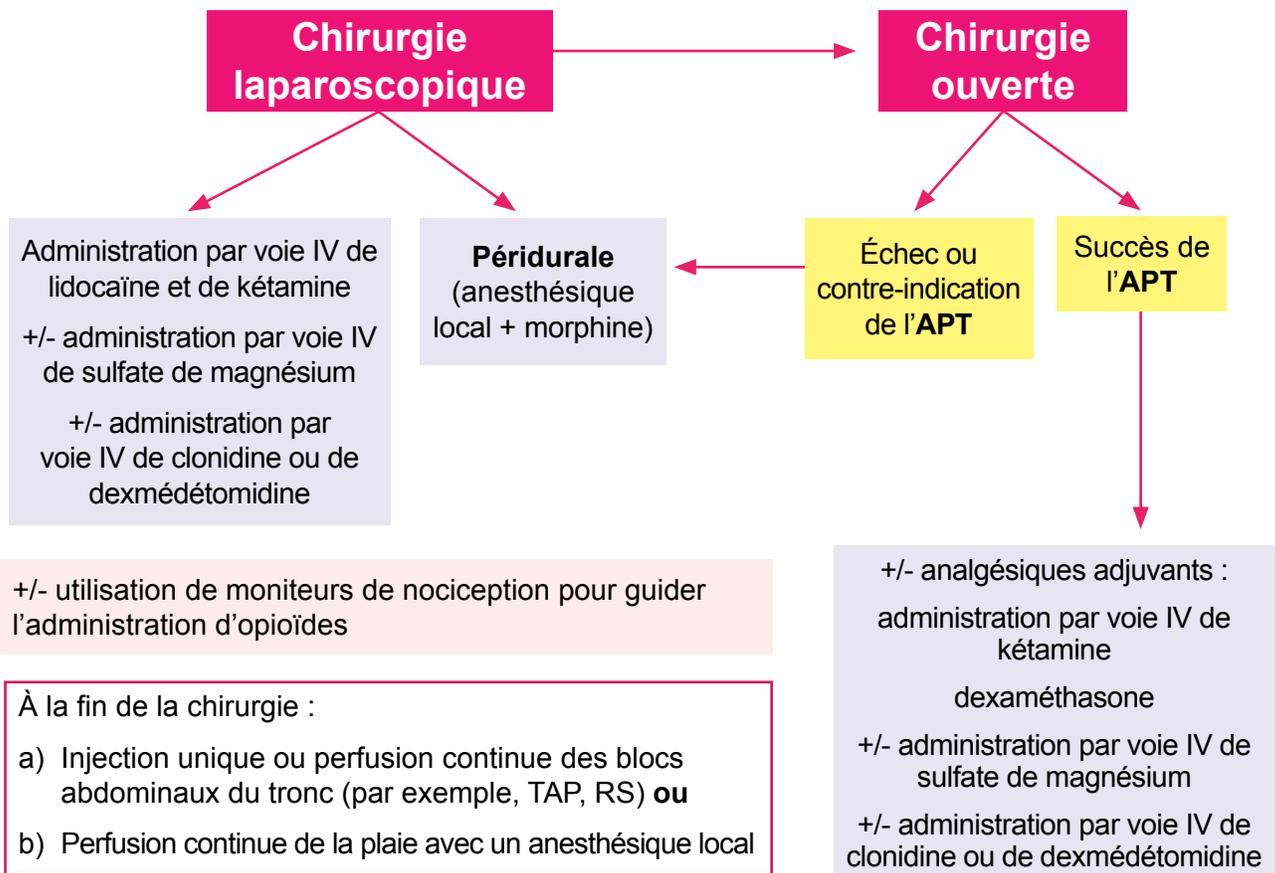
ACP : analgésie contrôlée par le patient	NE : nutrition entérale
ACS : American College of Surgeons	NP : nutrition parentérale
AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality	NPO : rien par voie orale (nil per os)
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien	NPP : nutrition parentérale périphérique
AIVT : analgésie intraveineuse totale	NSQIP : National Surgical Quality Improvement Program
APC : analgésie péridurale continue	NVPO : nausées et vomissements postopératoires
APCP : analgésie péridurale contrôlée par le patient	OCDN : Outil canadien de dépistage nutritionnel
APT : analgésie péridurale thoracique	OMS : Organisation mondiale de la Santé
ASA : American Society of Anesthesiologists	PCO2 : dioxyde de carbone de fin d'expiration
AVQ : activités de la vie quotidienne	PMI : préparation mécanique de l'intestin
C. diff : Clostridium difficile	PO : oralement, par voie buccale (per os)
COX2 : cyclo-oxygénase-2	PSE : perte sanguine estimée
CVC : cathéter veineux central	RAAC : récupération améliorée après la chirurgie
DC : débit cardiaque	ROC : Récupération optimisée Canada
ÉGS : évaluation globale subjective	RS : gaine du muscle droit (pour rectus sheath)
ÉHAD/HADS : échelle hospitalière d'anxiété et de dépression	SNG : sonde nasogastrique
ESC : Excellence en santé Canada	SNO : suppléments nutritifs oraux
HFPM : héparine de faible poids moléculaire	TAG : trouble de l'anxiété généralisée
IA : infirmière autorisée	TAP : plan abdominal transverse (pour transversus abdominis plane)
ICC : insuffisance cardiaque congestive	TD : tension différentielle
IRA : insuffisance rénale aiguë	TEV : thromboembolie veineuse
ISCR : Improving Surgical Care and Recovery	USI : unité de soins intensifs
ISO : infection du site opératoire	VES : volume d'éjection systolique
ITV : intégrale temps-vitesse	VPD : variation de la pression différentielle
IV : intraveineux	
LJP : lever de jambes passif	
MII : maladie inflammatoire de l'intestin	
MSTP : meilleur schéma thérapeutique possible	

Algorithme pour l'analgésie

Préopératoire

- Évaluer les antécédents et les médicaments actuels du patient
- Établir les attentes en matière de gestion de la douleur
- Discuter de l'utilisation d'AINS avec le chirurgien
- Commencer l'analgésie multimodale préopératoire, comme les Tylenol PO, +/- AINS, tramadol, +/- gabapentinoïdes (chirurgie majeure seulement)
- Lors de la revue de la liste de vérification, discuter du type de chirurgie (laparoscopique comparativement à ouverte) et du risque de conversion vers une chirurgie ouverte

Peropératoire



Postopératoire

- Analgésie multimodale incluant des opioïdes pour les douleurs aiguës avec +/- :
- Blocs abdominaux du tronc avec perfusion continue (par exemple, bloc TAP) ou
 - Perfusion continue de la plaie

APC/APCP
(anesthésique local +
opioïdes) pour 48 à 72 h
Test d'arrêt à 48 h.

Collecte de données et mesure

Résumé

Cette ressource a pour but de guider les professionnels de la santé dans le processus de collecte de données et de mesures afin de soutenir la mise en œuvre et l'évaluation du cheminement clinique pour la chirurgie colorectale de Récupération optimisée Canada^{MC} (ROC). Elle explique entre autres comment définir votre population cible, comment calculer la taille d'échantillon appropriée, ou comment déterminer les points de données précis à compiler pour chaque patient.

Population cible

Il est dans l'intérêt des équipes de recueillir des données sur les patients subissant le même type de chirurgie colorectale pour pouvoir les regrouper et les comparer. Une démarche de ce type est possible parce que chaque établissement de soins de courte durée au Canada révisé les dossiers des patients après leur congé et classe leur intervention selon un système de codification universel.

L'[Institut canadien d'information sur la santé](#) (ICIS) établit la norme nationale pour la déclaration des données sur la morbidité au Canada, et maintient, distribue et appuie la mise en application relative à la classification CIM-10-CA (la version canadienne de la CIM-10). La Classification canadienne des interventions en santé (CCI) représente la norme nationale pour la classification des interventions en santé.

La CIM-10-CA (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et élargie par l'ICIS pour les besoins en données canadiennes sur la morbidité. La CCI a été élaborée par l'ICIS pour accompagner la CIM-10-CA. Elle se veut neutre quant aux prestataires de services et au milieu, et peut être utilisée globalement dans l'ensemble du système de santé du Canada.

Code de la CIM-10	Description de l'intervention
1.NK.77	Pontage avec extériorisation, intestin grêle
1.NK.82	Rattachement, intestin grêle
1.NK.87	Excision partielle, intestin grêle
1.NM.77	Pontage avec extériorisation, gros intestin
1.NM.82	Rattachement, gros intestin
1.NM.87	Excision partielle, gros intestin
1.NM.89	Excision totale, gros intestin
1.NM.91	Excision radicale, gros intestin
1.NQ.74	Fixation, rectum
1.NQ.87	Excision partielle, rectum
1.NQ.89	Excision totale, rectum
1.OW.89	Excision totale, sites construits chirurgicalement au niveau du tube digestif et de la voie biliaire

Collecte de données et mesure

Échantillonnage

Un calcul d'échantillon vous est suggéré ci-dessous¹. Ce calcul recommande le nombre de dossiers de patients à analyser au cours de la période de référence sélectionnée et des données à compiler de façon continue au cours de la phase de mise en œuvre. Cet échantillonnage a été déterminé en fonction du nombre mensuel de chirurgies colorectales.

Taille moyenne de la population mensuelle « N »	Minimum requis pour l'échantillon « n »
< 20	Aucun échantillonnage : 100 % de la population requis
100 % de la population requis	
20 à 100	20
> 100	15 à 20 % de la population

1 Perla, R. J., L. P. Provost et S. K. Murray. « Sampling considerations for health care improvement », *Qual Manag Health Care*, octobre à décembre 2014, vol. 23, n° 4, p. 268-279.

Stratégie de collecte de données

Avant de lancer un projet d'amélioration de la sécurité des patients, il est important de déterminer des points de données précis à compiler dans le but de démontrer la réussite du projet. Ces points de données doivent montrer à la fois les changements de processus (indicateurs de processus) et l'incidence de ces changements (indicateurs de résultats). Ils doivent être obtenus avant que tout changement soit effectué, puis à des périodes préétablies tout au long de la mise en œuvre afin de refléter l'évolution du projet.

La collecte de données de la période de référence doit être effectuée sur une période de trois mois pour fournir un portrait exact des soins chirurgicaux prodigués. On recommande d'effectuer une collecte et une transmission de données mensuelles afin de bien représenter les changements de processus et les améliorations en matière de résultats postopératoires sur les patients. Les données devraient continuer à être recueillies mensuellement jusqu'à ce que l'équipe ait déterminé qu'un niveau de pérennité a été atteint.

On recommande d'effectuer la collecte d'indicateurs de processus et d'indicateurs de résultats.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs de processus

Les programmes de récupération améliorée réfèrent à la mise en œuvre de recommandations fondées sur des données probantes au cours des phases préopératoire, peropératoire et postopératoire. Il y a donc divers indicateurs de processus à compiler tout au long du continuum de soins chirurgicaux pour veiller au respect de ces recommandations. Les indicateurs de processus servent à évaluer si l'intervention recommandée a été respectée. Par exemple, si un organisme cherche à réduire les cas d'infection postopératoire des voies urinaires, il pourrait mesurer le processus de retrait des sondes urinaires.

On anticipe que ces indicateurs de processus proviendront de l'examen manuel du dossier médical, qu'il soit au format papier ou électronique. Les indicateurs de processus à mesurer sont énumérés ci-dessous, et leur description complète se trouve plus loin dans l'annexe D.

Phase chirurgicale	Indicateurs de processus
Optimisation du parcours du patient	Éducation des patients Dépistage de la malnutrition
Préopératoire	Administration d'antiémétiques Préparation mécanique de l'intestin préopératoire Antibiotiques oraux préopératoires Chimio prophylaxie préopératoire visant à traiter la TEV Permettre les liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction. Permettre la maltodextrine jusqu'à deux heures avant l'induction.
Peropératoire	Recours à l'anesthésie régionale Température du patient à la fin de l'intervention ou à l'arrivée à la salle de réveil. Volume d'administration par voie IV de liquides
Postopératoire	Recours à la prise en charge multimodale de la douleur Retrait de la sonde urinaire Interruption de l'administration de liquides par voie IV Pesées quotidiennes Date de tolérance de la diète Première mobilisation postopératoire

* Les dirigeants de Récupération optimisée Canada qui ont signé les cheminements cliniques ROC ont émis des recommandations liées à des points de données facultatifs en matière de gestion des liquides et de la douleur. Si votre site souhaite compiler des informations plus précises sur ces aspects des soins, veuillez consulter la fin de l'annexe D et le chef de votre équipe clinique pour la marche à suivre.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Pour mesurer la qualité de leurs soins chirurgicaux, plusieurs établissements dotés de cheminement clinique de récupération améliorée établis à travers le Canada sont également abonnés à une base de données désignée par l'acronyme NSQIP. Le National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) de l'American College of Surgeons (ACS) est un programme reconnu à l'échelle nationale, ajusté en fonction des risques et fondé sur les résultats visant à mesurer et à améliorer la qualité des soins chirurgicaux. Cette base de données est constituée à partir de définitions uniformisées décrivant les indicateurs de processus et de résultats dans le contexte de programmes de récupération améliorée. Afin de permettre des comparaisons entre les hôpitaux qui participent au NSQIP et ceux qui n'y participent pas, et avec la permission du NSQIP de l'ACS, Récupération optimisée Canada^{MC} a adapté plusieurs de ces définitions pour assurer l'uniformité sur tout le territoire canadien. ROC souhaite souligner les contributions des programmes NSQIP et Improving Surgical Care in Recovery (ISCR), et remercier l'ACS pour ses efforts visant à uniformiser la compilation de données.

Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats déterminent si une intervention précise a produit les effets désirés sur le plan clinique, comme la réduction des taux d'infection postopératoire. Les indicateurs de résultats recommandés sont résumés ci-dessous, et leur description complète se trouve plus loin dans l'annexe D.

- Durée du séjour en soins de courte durée
- Taux de complications
- Visites à l'urgence au cours des 30 jours suivant le congé
- Réadmission au cours des 30 jours suivant le congé

Comme mentionné précédemment, les dossiers des patients sont révisés et codifiés au moment du congé. Cette information est consignée dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP), y compris les complications postopératoires, la durée du séjour hospitalier en soins de courte durée et les réadmissions à l'hôpital. Il est recommandé de communiquer avec le service de gestion et de technologies de l'information sur la santé de votre établissement pour extraire ces données, car cela réduirait considérablement le temps consacré à leur compilation et assurerait l'uniformité dans les méthodes de compilation d'un site à l'autre. Si vous fournissez à ce service la liste des codes CIM-10-CA/CCI utilisés pour définir la population subissant une chirurgie colorectale, il peut déterminer le nombre de chirurgies colorectales et l'évolution de l'état de santé des patients à partir des renseignements déjà compilés dans votre établissement.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase d'optimisation du parcours du patient

Éducation des patients

Intention de l'indicateur	Déterminer si l'on a informé le patient de ce à quoi s'attendre avant, pendant et après la chirurgie colorectale.
Définition	L'éducation des patients dénote la communication de renseignements (verbaux, écrits ou numériques) sur l'intervention chirurgicale et les éléments du cheminement clinique auxquels on s'attend à ce qu'ils prennent part, dont le jeûne réduit, la surcharge en glucides, la prise orale précoce, la mobilisation précoce, l'évitement ou l'usage minimal des opioïdes et la planification du congé.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a reçu des renseignements sur sa chirurgie colorectale avant son opération. • Non : le patient n'a pas reçu de renseignements sur sa chirurgie colorectale avant son opération. • <u>Données manquantes</u>
Notes	Les établissements peuvent répondre à ces critères en fournissant le Guide de chirurgie intestinale de ROC ou les liens de vidéos sur la chirurgie colorectale à consulter sur precare.ca , ou bien en se dotant d'instructions similaires couvrant les éléments décrits dans la définition.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Dépistage de la malnutrition

Intention de l'indicateur	Déterminer si le patient a fait l'objet d'un dépistage de la malnutrition afin de déterminer si une intervention visant à optimiser son état nutritionnel est nécessaire avant la chirurgie.
Définition	Le dépistage de la malnutrition désigne le recours à un outil de dépistage comme l' Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN) pour évaluer le risque nutritionnel aussitôt que possible, soit au moment de la consultation initiale en chirurgie ou à la clinique de préadmission.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : un outil de dépistage de la malnutrition a été utilisé avant la chirurgie. • Non : un outil de dépistage de la malnutrition n'a pas été utilisé avant la chirurgie. • <u>Données manquantes</u>
Notes	<p>L'OCDN pose deux questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au cours des six derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids? • Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude?

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

Administration d'antiémétiques

Intention de l'indicateur	Déterminer si au moins deux antiémétiques ont été administrés .
Définition	Exemples d'antiémétiques : <ul style="list-style-type: none"> • Antagonistes dopaminergiques (par exemple, dropéridol) • Antisérotonines (par exemple, ondansétron) • Corticostéroïdes (par exemple, dexaméthasone)
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : l'administration d'au moins deux antiémétiques au patient a été documentée. • Non : le patient a reçu un seul antiémétique. • Non : aucune administration d'antiémétiques au patient n'a été documentée. • Données manquantes

Préparation mécanique de l'intestin préopératoire

Intention de l'indicateur	Consigner les cas ayant subi une préparation mécanique complète de l'intestin avant la chirurgie.
Définition	Une préparation mécanique de l'intestin désigne la prise par voie buccale d'un médicament (par exemple, du polyéthylèneglycol, avec ou sans électrolytes) pour évacuer les matières fécales de la lumière de l'intestin.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a subi une préparation mécanique complète de l'intestin avant la chirurgie. • Non : le patient n'a pas subi une préparation mécanique complète de l'intestin avant la chirurgie. • Données manquantes
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer « Non » si le patient n'a reçu qu'un lavement ou un suppositoire. • Indiquer « Non » si aucun document ne fait état d'une préparation mécanique de l'intestin répondant aux critères. • Indiquer « Non » si l'on a commencé la préparation mécanique sans la terminer.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

<p>Notes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la consignation de ces renseignements dans les dossiers n'est pas uniforme dans votre établissement, nous vous recommandons d'effectuer un suivi auprès du service de soins infirmiers ou de chirurgie pour déterminer si l'intervention a eu lieu et où elle aurait été documentée. • Le but de cet indicateur est de répertorier les patients ayant terminé la préparation mécanique de l'intestin. Ceci n'inclut donc pas les personnes chez qui l'on a tenté l'intervention, mais qui n'ont pas été en mesure de tolérer ou d'achever le processus.
---------------------	--

Antibiotiques oraux préopératoires

<p>Intention de l'indicateur</p>	<p>Consigner les les patients ayant reçu des antibiotiques oraux avant la chirurgie.</p>
<p>Définition</p>	<p>Les antibiotiques oraux préopératoires comprennent l'érythromycine, la néomycine et le métronidazole.</p>
<p>Options</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a reçu des antibiotiques oraux préopératoires au cours des 24 h précédant la chirurgie. • Non : le patient n'a pas reçu d'antibiotiques oraux préopératoires. • Données manquantes
<p>Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer « Non » si les antibiotiques prophylactiques ont seulement été administrés par voie intraveineuse au moment de la chirurgie et aucun antibiotique oral n'a été administré au cours des 24 heures précédant la chirurgie. • Indiquer « Non » si aucun document n'indique l'administration d'antibiotiques oraux préopératoires répondant aux critères. • Indiquer « Non » si le traitement par antibiotiques oraux préopératoire a été prescrit ou entrepris, mais non achevé.
<p>Notes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la consignation de ces renseignements dans les dossiers n'est pas uniforme dans votre établissement, nous vous recommandons d'effectuer un suivi auprès du service de soins infirmiers ou de chirurgie pour déterminer si l'administration a eu lieu et où elle aurait été documentée. • Le but de cet indicateur est de répertorier les patients ayant suivi un traitement complet par antibiotiques oraux préopératoire. Ceci n'inclut donc pas les personnes chez qui l'on a tenté l'intervention, mais qui n'ont pas été en mesure de tolérer ou d'achever le processus. • Si le patient reçoit d'autres antibiotiques en vue de traiter un autre problème de santé et non pas expressément en prévision de la chirurgie, ne pas assigner cet indicateur.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Chimioprophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV) préopératoire

Intention de l'indicateur	Déterminer si le patient a reçu une chimioprophylaxie préopératoire visant à traiter la TEV.
Définition	<p>Les agents de chimioprophylaxie visant à traiter la TEV comprennent l'héparine, l'énoxaparine et le fondaparinux administrés par voie sous-cutanée immédiatement en phase préopératoire ou peropératoire. Un risque élevé de saignement constitue une contre-indication à l'administration d'une chimioprophylaxie visant à traiter la TEV. La prophylaxie est également contre-indiquée pour les patients présentant un risque élevé de complications hémorragiques. On considère que les patients ont un risque élevé de saignement lorsqu'ils présentent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une hémorragie gastro-intestinale active, une hémorragie cérébrale ou un saignement rétropéritonéal; • un risque de saignement documenté; • une thrombocytopénie.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a reçu une dose de chimioprophylaxie préopératoire ou peropératoire. • Non : le patient n'a pas reçu de chimioprophylaxie préopératoire ou peropératoire. • Non, risque élevé de saignement : le patient n'a pas reçu de chimioprophylaxie préopératoire ou peropératoire, mais présente une contre-indication à la chimioprophylaxie visant à traiter la TEV (risque élevé de saignement). • <u>Données manquantes</u>
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer « Non » si la première dose de chimioprophylaxie visant à traiter la TEV a été administrée après l'opération.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Permettre les liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction

Intention de l'indicateur	Déterminer si les patients ont consommé des liquides clairs jusqu'à deux heures avant la chirurgie plutôt que d'observer un jeûne traditionnel à compter de minuit.
Définition	<p>Les liquides clairs désignent les liquides transparents facilement digérés et comprennent : l'eau, les jus de fruits sans pulpe, la limonade, les boissons pour sportifs, le bouillon clair, les boissons gazeuses claires, les sucettes glacées, le thé et le jello.</p> <p>Les patients présentant un risque élevé d'aspiration devraient recevoir d'autres consignes en matière de jeûne. Les patients à haut risque présentent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un retard de vidange gastrique; • une gastroparésie; • une obstruction gastro-intestinale; • une tumeur maligne des voies digestives supérieures. <p>Les patients ayant des restrictions liquidiennes devraient recevoir des consignes différentes en matière de jeûne. Les patients ayant des restrictions liquidiennes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont sous dialyse; • présentent une insuffisance cardiaque congestive.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : un document indique que le patient a consommé des liquides clairs jusqu'à deux heures avant la chirurgie. • Non : aucun document n'indique que le patient a consommé des liquides clairs deux heures avant la chirurgie. • Non : le patient présente un risque élevé d'aspiration ou a des restrictions liquidiennes. • <u>Données manquantes</u>
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer « Non » si des liquides clairs ont été utilisés exclusivement dans le cadre de la prise de médicaments PO.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Permettre la maltodextrine deux heures avant l'induction

Intention de l'indicateur	Déterminer si le patient a pris de la maltodextrine deux heures avant le début de la chirurgie.
Définition	<p>L'administration et la consommation de 50 g de maltodextrine sur un maximum de cinq minutes au moins deux heures avant le début de la chirurgie.</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients atteints de diabète sucré de type 1. • Les patients ayant reçu des consignes différentes en matière de jeûne en raison d'un risque élevé d'aspiration ou de restrictions liquidiennes (se référer à l'indicateur de processus précédent).
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a reçu de la maltodextrine deux heures ou plus avant le début de la chirurgie. • Non : le patient n'a pas reçu de maltodextrine deux heures ou plus avant le début de la chirurgie. • Non, critère d'exclusion : le patient n'a pas reçu de maltodextrine deux heures ou plus avant le début de la chirurgie en raison d'une contre-indication documentée à la consommation de maltodextrine. • Données manquantes
Scénario à clarifier (assigner une valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer « Oui » si le patient a reçu de la maltodextrine deux heures avant le début de la chirurgie et qu'elle a été consommée sur un maximum de cinq minutes.
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer « Non » si la période de consommation de la maltodextrine a excédé cinq minutes. • Indiquer « Non » si la maltodextrine a été consommée moins de deux heures avant le début de la chirurgie.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase peropératoire

Recours à l'anesthésie régionale

Intention de l'indicateur	Déterminer s'il y a eu recours à une forme d'anesthésie régionale en phase peropératoire pour maîtriser la douleur postopératoire.
Définition	<p>L'anesthésie régionale comprend l'analgésie péridurale à l'aide d'anesthésiques ou d'opioïdes, l'administration intrathécale (rachidienne) d'opioïdes et les blocs du plan abdominal transverse (TAP).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'administration péridurale thoracique a lieu entre les vertèbres T1 et T12 et constitue une perfusion d'anesthésiques ou d'opioïdes (par exemple : bupivacaïne, lidocaïne, mépivacaïne, fentanyl, morphine) administrée dans l'espace épidural pour maîtriser la douleur pendant et après la chirurgie. Une analgésie péridurale thoracique est indiquée lors d'une chirurgie ouverte. • L'anesthésie intrathécale (rachidienne) constitue une dose intrathécale unique d'opioïdes et/ou d'anesthésiques (par exemple, morphine, fentanyl ou lidocaïne, procaïne, ropivacaïne) administrée une fois avant la chirurgie. • Les blocs TAP sont effectués par guidage échographique et représentent l'injection d'un anesthésique local (par exemple, ropivacaïne, bupivacaïne) dans l'espace entre les muscles obliques abdominaux et du plan abdominal transverse pour anesthésier les nerfs alimentant la paroi abdominale intérieure (T6 à L1). Les blocs TAP sont effectués à la fin de l'intervention et sont indiqués lors d'une chirurgie laparoscopique.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui (veuillez indiquer quel type a été administré) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analgésie péridurale thoracique <input type="checkbox"/> Anesthésie neuraxiale OU <input type="checkbox"/> Bloc TAP • Non : aucune des méthodes d'analgésie régionale ci-dessus n'a été employée. • Données manquantes
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • L'injection sous-cutanée locale dans la plaie d'une suspension injectable de bupivacaïne liposomale, de bupivacaïne ou de lidocaïne ou le recours à une pompe à perfusion jetable pour anesthésie locale continue ne sont pas inclus comme types d'anesthésie régionale.
Notes	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter l'algorithme pour l'analgésie pour des exemples (se référer à l'annexe B)

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Température du patient à la fin de l'intervention ou à l'arrivée à la salle de réveil

Intention de l'indicateur	Déterminer si le patient était normotherme à la fin de l'opération ou à l'arrivée à la salle de réveil.
Définition	La normothermie correspond à une température centrale d'au moins 36,0 °C.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : la température centrale du patient était d'au moins 36,0 °C à la fin de l'opération ou à l'arrivée à la salle de réveil. • Non : la température centrale du patient était de 35,9 °C ou moins à la fin de l'opération ou à l'arrivée à la salle de réveil. • Données manquantes

Volume de liquide IV administré

Intention de l'indicateur	Consigner le volume de liquide IV administré en phase peropératoire.
Définition	Les liquides IV comprennent les solutions cristalloïdes et colloïdes.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • ___ ml (toute valeur numérique ≥ 0 ml représentant le volume total de liquide cristalloïde et colloïde administré par voie IV). • Données manquantes
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas inclure les volumes de produits sanguins.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

Prise en charge multimodale de la douleur

Intention de l'indicateur	Déterminer si des approches de prise en charge multimodale de la douleur ont été utilisées en phase postopératoire au cours des 48 heures suivant l'heure de fin de la chirurgie.
Définition	<p>La prise en charge multimodale de la douleur désigne l'utilisation d'analgésiques non opioïdes pour réduire les effets secondaires associés aux opioïdes, et doit inclure au moins deux des stratégies ou médicaments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS (ibuprofène, kétorolac, inhibiteurs de la COX-2) • Acétaminophène • Tramadol • Gabapentinoïdes (gabapentine ou prégabaline) • Kétamine • Lidocaïne par voie IV (perfusion) • Anesthésie régionale (se référer à l'indicateur « Utilisation de l'anesthésie régionale »)
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : deux ou plusieurs des analgésiques énumérés ci-dessus ont été administrés simultanément en phase postopératoire au cours des 48 heures suivant l'heure de fin de la chirurgie. • Non : moins de deux des analgésiques énumérés ci-dessus ont été administrés en phase postopératoire au cours des 48 heures suivant l'heure de fin de la chirurgie. • <u>Données manquantes</u>
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Les ordonnances PRN pour un médicament contre la douleur ne sont pas admissibles.
Notes	<ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments combinant des opioïdes avec de l'acétaminophène ne sont pas considérés comme une dose d'acétaminophène.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

Retrait de la sonde urinaire

Intention de l'indicateur	Consigner la date de retrait de la sonde urinaire après la chirurgie.
Définition	La sonde devrait systématiquement être retirée le jour suivant la chirurgie chez les patients qui présentent un faible risque de rétention urinaire. Les patients présentant un risque moyen ou élevé peuvent avoir besoin d'un cathétérisme d'au plus trois jours.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • J0 : de la fin de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgie. • J1 : entre minuit et 23 h 59 le lendemain de la chirurgie. • J2 : entre minuit et 23 h 59 le surlendemain de la chirurgie. • ≥ J3 : date documentée du retrait de la sonde urinaire après minuit au jour 3 postopératoire. • S.O. : aucune sonde urinaire installée en phase pré ou peropératoire. • <u>Données manquantes</u>
Scénario à clarifier (assigner une valeur)	<p>Inscrire la date du retrait de la sonde urinaire, même s'il y a présence de rétention urinaire et que le patient doit faire l'objet d'un cathétérisme intermittent, ou si le cathéter doit être réinséré.</p> <p>Si la sonde urinaire a été retirée dans la salle d'opération à la fin de l'intervention, inscrire la valeur J0.</p> <p>Si le patient a obtenu son congé avec une sonde urinaire toujours en place, inscrire la valeur \geq J3.</p>

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Interruption de l'administration de liquide IV

Intention de l'indicateur	Consigner la date de l'interruption de l'administration de liquides IV de maintien à la suite de la chirurgie.
Définition	Les liquides intraveineux de maintien sont administrés à un débit constant et régulier (habituellement entre 50 et 150 cc/heure).
Options	<p>Indiquer la date de l'interruption de l'administration de liquides IV de maintien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • J0 : de la fin de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgie. • J1 : entre minuit et 23 h 59 le lendemain de la chirurgie. • J2 : entre minuit et 23 h 59 le surlendemain de la chirurgie. • ≥ J3 : date documentée de l'interruption de l'administration de liquides IV après minuit au jour 3 postopératoire. • Aucun liquide IV administré en phase postopératoire. • <u>Données manquantes</u>
Scénario à clarifier (assigner une valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire la date de l'interruption de l'administration de liquides IV de maintien, même si le patient a reçu des bolus subséquents d'un volume fixe de liquide (par exemple, 500 cc ou 1 000 cc). • Inscrire la date de l'interruption de l'administration de liquides IV de maintien, même s'il y a ensuite reprise de l'administration en raison d'un changement de l'état clinique du patient.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Date de tolérance de la diète

Intention de l'indicateur	Consigner la première date à laquelle le patient a toléré une diète.
Définition	La première date à laquelle le patient a consommé une diète comportant au moins un repas solide, et était en mesure de boire des liquides (800 à 1 000 cc) sans avoir besoin de liquides IV.
Options	<p>Indiquer la première date à laquelle la patiente ou le patient a toléré une diète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • J0 : de la fin de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgie. • J1 : entre minuit et 23 h 59 le lendemain de la chirurgie. • J2 : entre minuit et 23 h 59 le surlendemain de la chirurgie. • ≥ J3 : date documentée à laquelle le patient a toléré une diète après minuit au jour 3 postopératoire.
Notes	<ul style="list-style-type: none"> • Bien que les vomissements puissent constituer un signe d'intolérance à la diète, ils peuvent être dus à de multiples facteurs, et il n'existe pas de seuil précis définissant les cas où les vomissements indiquent une intolérance à la diète. La documentation de vomissements sans autre précision ne constitue pas une indication que le patient n'a pas toléré la diète. Toutefois, si elle indique directement que le patient n'a pas toléré la diète et qu'il a eu des vomissements, il ne faut pas assigner cet indicateur. • On parle de nourriture solide pour désigner la nourriture qui n'est pas sous forme liquide ou de purée (par exemple, diète régulière, diète pauvre en résidus, diète pour les cardiaques ou diabétiques).

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Pesées quotidiennes

Intention de l'indicateur	Déterminer si le patient a fait l'objet d'une pesée quotidienne pour les 48 premières heures suivant l'intervention (J1 et J2) comme mesure de substitution à la surcharge liquidienne.
Définition	Le patient a fait l'objet d'une pesée quotidienne à titre de signe vital supplémentaire afin d'éviter la surcharge liquidienne.
Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a fait l'objet d'une pesée aux jours 1 et 2 postopératoires. • Non : le patient n'a pas fait l'objet d'une pesée aux jours 1 et 2 postopératoires. • <u>Données manquantes</u>
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient n'a pas fait l'objet d'une pesée en phase préopératoire, ne pas assigner de valeur. • Si le patient n'a pas fait l'objet d'une pesée aux jours 1 et 2 postopératoires, ne pas assigner de valeur.
Notes	<ul style="list-style-type: none"> • Pour assurer la justesse de la comparaison, toutes les mesures pondérales périopératoires devraient être prises alors que le patient porte sa jaquette d'hôpital et à l'aide de pèse-personnes calibrés. • Certains patients pourraient ne pas être en mesure de se rendre au pèse-personne ou de se tenir debout de façon indépendante pour permettre une lecture précise du poids. Déployer tous les efforts possibles pour placer les patients immobiles dans des lits d'hôpital dotés d'une capacité de lecture de poids.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Première mobilisation postopératoire

Intention de l'indicateur	Consigner la date et l'heure de la première mobilisation du patient à la suite de la chirurgie.
Définition	<p>La mobilisation fait référence à une marche (toute distance ou durée), y compris avec l'aide d'un déambulateur. Il y a eu mobilisation du patient s'il a effectué une des activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une marche d'au moins 10 pieds; • une marche d'au moins 2 minutes.
Options	<p>Indiquer la première date documentée de l'ambulation du patient à la suite de la chirurgie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • J0 : de la fin de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgie. • J1 : entre minuit et 23 h 59 le lendemain de la chirurgie. • J2 : entre minuit et 23 h 59 le surlendemain de la chirurgie. • ≥ J3 : date documentée de la première mobilisation du patient après minuit au jour 3 postopératoire. • <u>Données manquantes</u>
Scénario à clarifier (ne PAS assigner de valeur)	<ul style="list-style-type: none"> • Se tenir debout au chevet • Se rendre à la chaise

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs facultatifs de processus

Indicateurs facultatifs liés à la gestion des liquides

Solutions isotoniques restreintes en chlorure	Intention de l'indicateur	Déterminer si les solutions IV administrées comme perfusion de maintien sont isotoniques et restreintes en chlorure.
	Définition	Toute solution IV administrée dont l'osmolarité et les concentrations de solutés se rapprochent de celles du plasma physiologique. <ul style="list-style-type: none"> Exemples de solutions isotoniques restreintes en chlorure : lactate de Ringer, Plasma-Lyte. Exemple de solution non isotonique : NaCl 0,9 % (saline normale).
	Options	<ul style="list-style-type: none"> Oui : le patient a reçu des solutions IV qui étaient isotoniques ET restreintes en chlorure. Non : le patient a reçu des solutions IV qui n'étaient ni isotoniques NI restreintes en chlorure. <u>Données manquantes</u>
Durée de la chirurgie	Intention de l'indicateur	Consigner le temps requis pour effectuer l'intervention.
	Définition	Le temps écoulé entre l'incision et la fermeture de la peau.
	Critère	Temps requis pour effectuer l'intervention.
	Options	Temps écoulé exprimé en minutes.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Bilan liquidien	Intention de l'indicateur	Consigner le bilan liquidien du patient.
	Définition	Différence absolue entre l'apport et l'élimination de liquides (pertes mesurables). Les apports comprennent tout liquide administré par voie IV et les produits sanguins. Les éliminations comprennent la diurèse, la perte estimative de sang et les autres pertes (par exemple, la perte gastrointestinale). Le bilan liquidien est calculé en soustrayant le total des éliminations du total des apports.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan liquidien : __ ml ou L [positif ou négatif] • <u>Données manquantes</u>
Surveillance hémodynamique avancée	Intention de l'indicateur	Déterminer s'il y a eu recours à une surveillance hémodynamique avancée au cours de l'intervention.
	Définition	Une évaluation d'une série de variables hémodynamiques comprenant entre autres le débit cardiaque, le volume d'éjection systolique, la résistance vasculaire systémique et les indicateurs dynamiques (variation de la tension différentielle, variation du volume d'éjection systolique). La fréquence cardiaque et la surveillance de la tension artérielle (invasive ou non invasive) ne sont pas considérées comme de la surveillance avancée.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : un moniteur de surveillance hémodynamique avancée a été utilisé au cours de l'intervention. • Non : un moniteur de surveillance hémodynamique avancée n'a pas été utilisé au cours de l'intervention. • <u>Données manquantes</u>

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Utilisation de pompes volumétriques	Intention de l'indicateur	Déterminer si des pompes volumétriques ont été utilisées pour administrer des liquides IV comme perfusion de maintien afin d'assurer un contrôle des quantités données.
	Définition	Des pompes volumétriques ont été utilisées pour l'administration de liquides IV comme perfusion de maintien.
	Options	<ul style="list-style-type: none">• Oui : une pompe volumétrique a été utilisée au cours de l'intervention pour administrer des liquides IV.• Non : une pompe volumétrique n'a pas été utilisée au cours de l'intervention pour administrer des liquides IV.• <u>Données manquantes</u>

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs facultatifs liés à la prise en charge multimodale de la douleur

Chirurgie ouverte ou laparoscopique	Intention de l'indicateur	Consigner si la chirurgie colorectale effectuée était ouverte ou laparoscopique.
	Définition	Une intervention ouverte comporte une large incision chirurgicale dans l'abdomen (souvent une incision médiane verticale). Une intervention laparoscopique comporte de nombreuses petites incisions, l'utilisation d'un laparoscope et souvent une petite incision sus-pubienne (de Pfannenstiel) visant à retirer le côlon.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverte : le patient a subi une intervention chirurgicale ouverte. • Laparoscopique : le patient a subi une intervention chirurgicale laparoscopique avec ou sans incision de Pfannenstiel. • <u>Données manquantes</u>
Analgésie péridurale	Intention de l'indicateur	Déterminer s'il y a eu recours à une analgésie péridurale.
	Définition	L'administration péridurale thoracique a lieu entre les vertèbres T9 et T12 et constitue une perfusion d'anesthésiques ou d'opioïdes (par exemple : bupivacaïne, lidocaïne, mépivacaïne, fentanyl, morphine) administrée dans l'espace épidural pour maîtriser la douleur au cours de la chirurgie. L'analgésie péridurale est recommandée pour les chirurgies ouvertes, les chirurgies laparoscopiques à haut risque de conversion vers une chirurgie ouverte et pour les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire ou présentant un risque élevé de complications pulmonaires.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a reçu une analgésie péridurale. • Non : le patient n'a pas reçu d'analgésie péridurale. • <u>Données manquantes</u>

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs facultatifs liés à la prise en charge multimodale de la douleur (suite)

Blocs du tronc nerveux peropératoires	Intention de l'indicateur	Déterminer si le patient a reçu des blocs du tronc nerveux peropératoires.
	Définition	<p>Les blocs du tronc nerveux sont effectués par guidage échographique et représentent l'injection d'un anesthésique local (par exemple, ropivacaïne, bupivacaïne) pour anesthésier les nerfs alimentant la paroi abdominale intérieure (T6 à L1). Les blocs du tronc nerveux sont recommandés pour les chirurgies laparoscopiques et sont administrés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • injection unique : plan abdominal transverse, gaine du muscle droit, rachianesthésie +/- opioïdes, infiltration de la plaie. • bloc continu : cathéter dans le plan abdominal transverse ou la gaine du muscle droit, infiltration prépéritonéale de la plaie par cathéter.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a reçu une injection unique : plan abdominal transverse, gaine du muscle droit, rachianesthésie, infiltration de la plaie OU un bloc continu : cathéter dans le plan transverse de l'abdomen ou la gaine du muscle droit, infiltration prépéritonéale de la plaie par cathéter. • Non : le patient n'a pas reçu une injection unique : plan abdominal transverse, gaine du muscle droit, rachianesthésie, infiltration de la plaie OU un bloc continu : cathéter dans le plan transverse de l'abdomen ou la gaine du muscle droit, infiltration prépéritonéale de la plaie par cathéter. • Données manquantes

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs facultatifs liés à la prise en charge multimodale de la douleur (suite)

Analgésiques et adjuvants multimodaux peropératoires	Intention de l'indicateur	Déterminer si le patient a reçu des analgésiques ou des adjuvants multimodaux peropératoires.
	Définition	En réduisant au minimum l'analgésie opioïde, on réduit les effets indésirables associés à l'utilisation d'opioïdes durant et après la chirurgie. Voici des exemples d'adjuvants : perfusions IV de lidocaïne, de kétamine, +/- sulfate de magnésium, +/- clonidine ou dexmédétomidine.
	Options	Indiquer si oui ou non il y a eu recours à des analgésiques ou à des adjuvants multimodaux : <ul style="list-style-type: none"> • Oui : le patient a reçu par voie IV de la lidocaïne, de la kétamine, du sulfate de magnésium, de la clonidine OU de la dexmédétomidine en phase peropératoire. • Non : le patient n'a pas reçu par voie IV de la lidocaïne, de la kétamine, du sulfate de magnésium, de la clonidine OU de la dexmédétomidine en phase peropératoire. • Données manquantes
Utilisation peropératoire de moniteurs de nociception	Intention de l'indicateur	Déterminer s'il y a eu recours à des moniteurs de nociception en phase peropératoire.
	Définition	Un dispositif utilisé pour surveiller la réponse du système sympathique à des stimuli chirurgicaux nuisibles.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : un moniteur de nociception a été utilisé. • Non : un moniteur de nociception n'a pas été utilisé. • Données manquantes

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Recours à une analgésie péridurale postopératoire	Intention de l'indicateur	Déterminer s'il y a eu recours à une analgésie péridurale en phase postopératoire.
	Définition	Un plan de gestion multimodale de la douleur comprenant des stratégies actives visant à minimiser l'utilisation d'opioïdes doit être utilisé. L'analgésie péridurale placée lors de chirurgies ouvertes doit contenir de faibles doses de bupivacaïne (0,05 %) et d'opioïdes (par exemple, fentanyl 2 mcg/ml ou morphine 5 à 10 mcg/ml) selon un débit entre 5 et 14 ml/h basé sur la concentration d'anesthésique local utilisée dans la solution. L'APT devrait être retirée peu de temps après la reprise du fonctionnement des intestins; utiliser le test d'arrêt péridural au jour 2 postopératoire.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : il y a eu recours à une analgésie péridurale postopératoire. • Non : il n'y a pas eu recours à une analgésie péridurale postopératoire. • <u>Données manquantes</u>
Utilisation d'une analgésie contrôlée par le patient (ACP) avec opioïdes	Intention de l'indicateur	Déterminer s'il y a eu recours à une APC avec opioïdes en phase postopératoire.
	Définition	L'ACP avec opioïdes est recommandée pour l'analgésie postopératoire dans les cas de chirurgie laparoscopique et devrait être cessée et remplacée par des opioïdes oraux le plus tôt possible.
	Options	<ul style="list-style-type: none"> • Oui : il y a eu recours à une ACP avec opioïdes. • Non : il n'y a pas eu recours à une ACP avec opioïdes. • <u>Données manquantes</u>

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateur de résultat

* Veuillez noter que les définitions ci-dessous proviennent des Normes canadiennes de codification et s'appliquent à tous les ensembles de données transmises à la Base de données sur les congés des patients (BDPCP).

Indicateur de résultat	Définition
Durée de séjour hospitalier en soins de courte durée	<p>La durée de séjour hospitalier (DDS ou DSH) en soins de courte durée représente la durée du séjour calculée moins le nombre de jours d'hospitalisation en niveau de soins alternatif (NSA). Le terme NSA désigne un patient qui occupe un lit dans un établissement, mais qui ne nécessite pas l'intensité des ressources ou services fournis dans ce contexte de soins.</p>
Taux de complications	<p>Complication : un symptôme (ou une affection) post-interventionnel qui n'est pas attribuable à une autre cause survenant au cours d'une période de traitement ininterrompue et continue et qui se manifeste dans les 30 jours suivant l'intervention, ou il y a documentation d'un lien de cause à effet, sans égard à la chronologie.</p> <p>* Veuillez noter que la période de 30 jours ne s'applique pas lorsqu'un patient a obtenu son congé. Ceci est considéré comme une interruption des soins. En termes clairs, les complications postopératoires survenant après le congé ne sont pas enregistrées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcul du taux de complication : nombre de patients ayant subi une complication • Nombre total de patients ayant subi une opération
Visites à l'urgence au cours des 30 jours suivant le congé	<p>Les patients ayant obtenu leur congé d'un établissement de soins de courte durée à la suite d'une opération, mais qui se sont de nouveau présentés à l'urgence au cours des 30 jours suivant le congé.</p> <p>* Veuillez noter qu'il se peut que l'accès aux renseignements portant sur les patients ayant visité l'urgence soit limité en dehors de l'autorité régionale de la santé.</p>
Réadmission au cours des 30 jours suivant le congé	<p>Les patients ayant obtenu leur congé d'un établissement de soins de courte durée à la suite d'une opération, mais qui ont été réadmis dans un établissement de soins de courte durée au cours des 30 jours suivant le congé.</p> <p>* Veuillez noter qu'il se peut que l'accès aux renseignements portant sur les patients ayant été réadmis soit limité en dehors de l'autorité régionale de la santé.</p>

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

CLINIQUE PRÉOPÉRATOIRE

- En cas de préparation mécanique de l'intestin, fournir au patient une ordonnance de solution d'électrolytes à base de picosulfate de sodium ou de polyéthylène glycol et des antibiotiques oraux.
- Une surcharge en glucides systématique immédiatement en période préopératoire est recommandée, bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la formulation et le schéma posologique optimaux.

JOUR DE LA CHIRURGIE

- 50 g de maltodextrine, consommée sur une période de cinq minutes deux heures avant l'intervention chirurgicale (excluant certaines populations de patients – se référer à la section Gestion des liquides du cheminement clinique).
- Antibiotiques administrés par voie IV dans les 60 minutes précédant l'incision.
- Thromboprophylaxie pharmacologique avec HFPM.
- 1 x dose préopératoire d'acétaminophène, d'AINS comme le célécoxib (à moins de contre-indication) et de tramadol.

Si tolérance aux opioïdes :

- Posologie habituelle d'opioïdes
- Gabapentinoïdes (intervention chirurgicale majeure seulement)

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Ordonnances médicales préopératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

CLINIQUE CHIRURGICALE OU BUREAU DU CHIRURGIEN

- Évaluation préopératoire approfondie fondée sur des données probantes, y compris l'état cardiorespiratoire, la fragilité, le risque de thrombose et de saignement, le diabète, etc.

Éducation du patient et de la famille sur les points suivants :

- Atteinte des étapes jalons et rôle du patient dans le processus de convalescence.
- Critères liés au congé.
- Étapes jalons de l'alimentation et de la chirurgie – apport alimentaire adéquat, optimisation de l'état nutritionnel, hydratation.
- Mobilisation précoce et progressive après la chirurgie et conséquences négatives de l'immobilité.
- Analgésie avec épargne d'opioïdes – attentes et modalités relatives au traitement de la douleur, risques des opioïdes, analgésie optimale pour une récupération fonctionnelle, transition vers les analgésiques oraux.
- Au besoin, éducation sur la prise en charge de la stomie dont la prévention de la déshydratation et le marquage du site d'ouverture.
- Dépistage du risque nutritionnel (par exemple, OCDN).
 - Si le patient est susceptible de souffrir de malnutrition, une demande de consultation doit être envoyée à un diététiste pour une évaluation.
 - Si l'on décèle une malnutrition, un plan de traitement personnalisé doit être commencé au moins sept jours avant la chirurgie.
- Identifier les fumeurs actuels et les patients ayant une consommation d'alcool à haut risque au moyen d'une autoévaluation.
 - Sensibiliser la personne à l'importance de s'abstenir de fumer et de boire de l'alcool pendant quatre semaines.
 - Proposer une thérapie de remplacement de la nicotine.
 - Lorsque disponibles, proposer des interventions brèves pour la consommation d'alcool à haut risque.
- Au besoin, tenter de corriger l'anémie par l'administration IV de fer.

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Ordonnances médicales préopératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale (suite)

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

CLINIQUE PRÉOPÉRATOIRE

- Si ce n'est pas déjà fait, évaluation préopératoire approfondie fondée sur des données probantes, y compris l'état cardiorespiratoire, la fragilité, le risque de thrombose et de saignement, le diabète, etc.
- Dépistage des troubles anxieux (par exemple, échelle GAD-7, échelle ÉHAD/HADS).
- Dépistage de la tolérance aux opioïdes; obtenir les antécédents pour dresser un schéma thérapeutique détaillé.
- Dépistage des facteurs de risque de nausées et de vomissements postopératoires (système de cotation d'Apfel).
- Directives sur le jeûne préopératoire :
 - Il faut encourager les patients à prendre un repas normal la veille et une collation légère jusqu'à six heures avant l'anesthésie (en l'absence de préparation mécanique de l'intestin), et à boire des liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction de l'anesthésie. On entend par collation légère un repas sans gras comme du pain grillé.
 - En cas de risque accru d'aspiration, prolongation des restrictions alimentaires.
 - Rôle des boissons riches en glucides en période préopératoire.
 - Séquelles possibles d'un jeûne préopératoire prolongé.
- Évaluation de l'éducation du patient et de la famille selon les renseignements fournis à la clinique ou au cabinet du chirurgien.
- Consignes sur la préparation intestinale et la prise d'antibiotiques oraux.
- Un plan de gestion multimodale de la douleur comprenant des stratégies actives visant à réduire au minimum la prise d'opioïdes et couvrant toutes les phases des soins périopératoires doit être élaboré.

JOUR DE LA CHIRURGIE

- Il faut encourager les patients à prendre un repas normal la veille de la chirurgie et une collation légère jusqu'à six heures avant l'anesthésie (en l'absence de préparation mécanique de l'intestin) et à boire des liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction de l'anesthésie.
- Utilisation intermittente d'un dispositif de compression pneumatique.
- Pesée du patient portant la jaquette d'hôpital.

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Recommandations peropératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

AU BLOC OPÉRATOIRE

- Lors de la vérification de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale, l'équipe multidisciplinaire devrait discuter du type de chirurgie, du risque d'ouverture (le cas échéant), de l'emplacement et de la longueur des incisions et des complications potentielles.

Gestion des liquides

- Éviter l'administration IV de liquides pour compenser les pertes liquidiennes préopératoires chez les patients qui ont reçu une préparation colique iso-osmotique, pour autant qu'aucune restriction n'ait été prescrite quant à l'ingestion de liquides clairs jusqu'à deux heures avant l'induction de l'anesthésie.
- Le maintien des liquides devrait utiliser une administration IV d'une solution cristalloïde isotonique à l'aide d'une pompe volumétrique pour assurer l'homéostasie de l'eau et des électrolytes avec l'objectif d'atteindre un bilan liquidien positif de 1,5 à 2,0 L à la fin de la chirurgie (6 à 8 ml/kg/h).
- Thérapie volémique ciblée pour compenser les pertes intravasculaires :
 - Remplacer les pertes liquidiennes avec des cristalloïdes ou des colloïdes et déterminer la quantité absolue en fonction de la réponse hémodynamique.
 - Une surveillance hémodynamique avancée (variation du VES, VPD, VES, DC, ITV et PCO₂) devrait être effectuée chez les patients à haut risque ou dans les cas d'intervention lourde associée à d'importantes pertes sanguines ou à des changements de l'équilibre hydrique.
 - Remplacer les pertes urinaires et la perte GI (si mesurable) par une solution isotonique de cristalloïdes.

Gestion de la douleur

- En présence d'anxiété, prescrire une dose unique d'anxiolytique de courte durée d'action à administrer avant l'installation de la péridurale.
- Envisager une analgésie intraveineuse totale au propofol avec un moniteur de la profondeur de l'anesthésie.

Dans les cas de chirurgie ouverte planifiée, de chirurgies laparoscopiques à haut risque de conversion en chirurgie ouverte, et de patients présentant un risque élevé de complications pulmonaires :

- APT

AVEC

- Administration d'adjuvants analgésiques au début de l'anesthésie :
 - Kétamine par voie IV (bolus de 0,25 à 0,5 mg/kg suivi de 0,25 mg/kg/h durant l'intervention)
 - Dexaméthasone par voie IV (4 mg)
 - +/- administration par voie IV de sulfate de magnésium
 - +/- administration par voie IV de clonidine ou de dexmédétomidine

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Recommandations peropératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale (suite)

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Pour une chirurgie laparoscopique, en cas d'échec de l'APT ou en présence de contre-indication :

- Morphine intrathécale (une seule injection)

OU

- Lidocaïne (1 à 1,5 mg/kg à l'induction de l'anesthésie et 1 à 1,5 mg/kg/h pour le maintien durant la chirurgie)
- Kétamine (bolus de 0,25 à 0,5 mg/kg suivi de 0,25 mg/kg/h)
- +/- administration par voie IV de sulfate de magnésium
- +/- administration par voie IV de clonidine ou de dexmédétomidine
- Anesthésie régionale à administrer à la fin de l'opération selon l'une des techniques suivantes :
 - Injection unique : plan abdominal transverse, gaine du muscle droit, rachianesthésie +/- opioïdes, infiltration de la plaie.
 - Bloc continu : cathéter dans le plan abdominal transverse ou la gaine du muscle droit, infiltration préopératoire de la plaie par cathéter.

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Médicaments postopératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

PROPHYLAXIE DE LA TEV

- Thromboprophylaxie pharmacologique avec héparine de faible poids moléculaire en envisageant une durée prolongée (28 jours) pour l'ensemble des patients.
- Compression pneumatique intermittente.

GESTION DES NAUSÉES

Emploi du système de cotation d'Apfel :

- Pour les patients présentant un ou deux facteurs de risque, administrer deux antiémétiques de première intention en association (par exemple, des antagonistes dopaminergiques, des antisérotonines ou des corticostéroïdes).
- Pour les cas présentant plus de deux facteurs de risques, administrer deux ou trois antiémétiques.

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Médicaments postopératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale (suite)

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

GESTION DE LA DOULEUR

- Acétaminophène 1 000 mg PO toutes les 6 heures (jusqu'à un maximum de 4 000 mg en 24 h, toutes sources confondues).
- AINS x 72 heures (selon la discussion avec l'équipe chirurgicale).
- Tramadol 50 mg quatre fois par jour.
- Si l'effet des médicaments non opioïdes est insuffisant, donner des opioïdes oraux pour soulager la douleur aiguë.
- En cas d'administration intraveineuse ou sous-cutanée d'opioïdes, ajuster avec attention pour obtenir la dose efficace d'opioïdes la plus basse possible.

Si le patient tolère les opioïdes :

- Poursuivre la prise préopératoire d'opioïdes.
- Consulter les services de gestion de la douleur aiguë.

Si une péridurale est pratiquée avant l'entrée en salle d'opération (par exemple, pour une chirurgie ouverte ou à haut risque de conversion en chirurgie ouverte) :

- Bupivacaïne (0,05 %) +/- opioïdes à faible dose (par exemple, fentanyl 2 mcg/ml ou morphine 5 à 10 mcg/ml), selon un débit entre 5 et 14 ml/h. Ajuster le débit pour optimiser l'anesthésie et minimiser le blocage moteur.
- Test d'arrêt à 6 h au jour 2 postopératoire.

En l'absence de péridurale avant l'entrée en salle d'opération (par exemple, pour une chirurgie laparoscopique) :

- Perfusion continue des blocs abdominaux du tronc.
- Administration en continu de kétamine ou de lidocaïne par voie IV pour les 24 à 48 premières heures postopératoires.
- Infiltration continue de la plaie (si la lidocaïne n'est pas utilisée).

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS PRIS À DOMICILE PAR LE PATIENT

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

RENSEIGNEMENTS À L'ADMISSION

- Unité d'admission : _____ Médecin : _____
- Diagnostic : _____
- Durée de séjour prévue : _____

CONSULTATIONS

- Diverses spécialités médicales, selon ce qui est cliniquement approprié.
- Diverses disciplines paramédicales, selon ce qui est cliniquement approprié.
- Autre

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Ordonnances médicales postopératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

RENSEIGNEMENTS À L'ADMISSION

- Unité d'admission : _____ Médecin : _____
 Diagnostic : _____
 Durée de séjour prévue : _____

CONSULTATIONS

- Diverses spécialités médicales, selon ce qui est cliniquement approprié.
 Diverses disciplines paramédicales, selon ce qui est cliniquement approprié.
 Autre _____

ALIMENTATION ET NUTRITION

- Encourager la prise de liquides par voie orale dès l'admission à l'unité de chirurgie (minimum de 25 à 30 ml/kg/jour).
 Progression alimentaire selon la tolérance, offrir des aliments solides au moins au jour 1 postopératoire.
 Autosurveillance de l'apport alimentaire par le patient.
 Suppléments nutritifs à teneur élevée en protéines (60 ml) administrés par voie orale avec la médication jusqu'à quatre fois par jour.
 Si le patient consomme moins de 50 % de ses repas pendant 72 h, envoyer une demande de consultation au diététiste.

Si l'on a décelé une malnutrition chez le patient avant l'admission :

- Diète riche en protéines et en énergie.
 Consultation avec le diététiste.
 Autre : _____

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

Ordonnances médicales postopératoires pour une récupération améliorée après une chirurgie colorectale (suite)

Nom du patient	
N° d'assurance-maladie	
Date de naissance	

ACTIVITÉ

- Encourager la mobilisation précoce du patient pendant son hospitalisation.
- Exercices de respiration profonde et de toux.
- Exercices de flexion des pieds et des chevilles et exercices de contraction des quadriceps toutes les heures pendant la période d'éveil.
- Au jour 0 postopératoire, mobiliser le patient pour aller s'asseoir ou marcher sur une courte distance avec l'aide du personnel de l'unité.
- Dès le jour 1 postopératoire, délaisser le lit le plus possible selon la tolérance et faire une marche dans l'unité au moins trois fois par jour.
- Si la mobilité est réduite, demander une consultation avec le service de physiothérapie.
- Autre : _____

SUIVI DES SIGNES VITAUX

- Faire le suivi de la température, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la pression artérielle et de la saturation en oxygène conformément aux politiques de l'établissement.
- Effectuer un bilan liquidien, y compris les liquides ingérés par voie orale, conformément aux politiques de l'établissement.
- Maintien de la glycémie entre 6 et 10 mmol/L.
- Pesée quotidienne aux jours 1 et 2 postopératoires.
- Autre : _____

CATHÉTÉRISME URINAIRE

- Sonde urinaire pour un drainage par gravité.
- Résection du côlon ou de la partie supérieure du rectum : retirer la sonde urinaire 24 h après la chirurgie.
- Résection de la partie centrale ou inférieure du rectum : retirer la sonde urinaire 48 h après la chirurgie.
- Si la miction échoue, effectuer des cathétérismes intermittents pendant 24 h, puis réinsérer la sonde urinaire au besoin.
- Autre : _____

EXAMENS DE LABORATOIRE

- Selon les besoins du patient, déterminés par les antécédents et le tableau clinique.

SOIN DES PLAIES

- Suivi postopératoire et changements des pansements selon les politiques de l'établissement.
- Autre : _____

Gabarit pour les ensembles de modèles d'ordonnances médicales

THÉRAPIE INTRAVEINEUSE

- Cesser l'administration par voie IV de liquides à la fin de la chirurgie, ou au moins au jour 1 postopératoire, lorsque le patient tolère les liquides par voie orale et en l'absence de signes physiques de déshydratation ou d'hypovolémie.
- Avant l'administration intraveineuse en bolus de liquides, tenir compte de toutes les causes possibles d'anomalies cliniques (par exemple, hypotension, tachycardie, oligurie).
- Si une augmentation du volume systolique s'avère nécessaire et si le patient est susceptible de répondre favorablement à une perfusion, administrer un bolus IV de 3 ml/kg de solution saline physiologique pendant 15 à 30 minutes.
- Si le patient ne tolère pas l'ingestion de liquides par voie orale, une perfusion d'entretien par voie IV de 1,5 ml/kg/h devrait être commencée.
- Autre : _____

AUTRES ORDONNANCES MÉDICALES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



Récupération
OPTIMISÉE
Canada^{MC}



Par Excellence en santé Canada et ses partenaires
