

Reprise précoce de l'alimentation en postopératoire : et si on changeait nos pratiques ?

Early resumption of diet in postoperative : What if we change our practices ?

Nazinigouba Ouédraogo

Département d'Anesthésie Réanimation Urgences CHU Yalgado Ouedraogo 03 BP 7022 Ouagadougou 03 Burkina Faso

Auteur correspondant : Nazinigouba Ouédraogo. E-mail : nazinigouba@yahoo.fr

Les progrès en médecine résultent, parfois, d'une avancée dans les connaissances fondamentales sur les mécanismes de la vie et de la maladie : les applications cliniques en sont souvent tardives. Les inventions techniques et technologiques, portant sur la mise au point de nouveaux médicaments, dispositifs médicaux ou instruments d'exploration ou de traitement sont plus fréquemment à l'origine des évolutions dans la pratique quotidienne. Ces « techniques et technologies de pointe », généralement coûteuses, nécessitent des compétences spécifiques et un environnement technique complexe : leur implémentation dans les pays à faibles revenus est difficile, et parfois relève du rêve lointain. Une troisième voie de progrès consiste en la patiente et besogneuse mise au point par la recherche clinique de nouvelles procédures qui apportent un bénéfice démontré pour les praticiens et les patients. Cette voie est probablement la source principale de l'amélioration des soins de santé. En général, la mise en œuvre de ces innovations ne nécessite pas d'importants investissements financiers et matériels. Cependant leur implémentation dans la pratique quotidienne n'est pas toujours facile ; les obstacles peuvent être résumés dans la notion de résistance au changement [1]. Pour lever ces contraintes, une stratégie des « petits pas » pourrait être utile : c'est ce que suggère le travail de l'équipe de Libreville (Obame R et coll) publié dans le présent numéro de la RAMUR. En effet, le concept de *fast-track surgery* (ou *Enhanced recovery after surgery (ERAS)*, ou *Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)*) apparaît comme une des innovations majeures dans les soins chirurgicaux des dernières décennies, depuis son introduction par Kehlet et coll en 1997. Ce concept vise, par une approche multidisciplinaire de la période périopératoire, à accélérer la récupération des capacités physiques et psychiques antérieures des patients après une intervention chirurgicale. Cette amélioration de l'évolution fonctionnelle des opérés a un triple intérêt : pour les patients elle apporte le bénéfice de techniques chirurgicales et de soins postopératoires

moins pénibles, une réduction de la morbidité postopératoire, une autonomie plus rapide et une réduction de la durée de convalescence ; pour les professionnels elle permet une réduction de la charge de travail ; pour la communauté elle génère une diminution de la durée de séjour et des coûts. Ces avantages, qui ne nécessitent pas d'investissements matériels importants, expliquent son expansion rapide dans les pays les plus avancés [2]. Le concept de réhabilitation améliorée s'est révélé très fécond, et concerne tous les types de chirurgie. Après une césarienne, par une approche centrée sur la mère et prenant en compte le nouveau-né, il apporte des bénéfices spécifiques supplémentaires. La récupération rapide des capacités physiques et psychiques de la mère la rend autonome pour les soins au nouveau-né, facilite l'allaitement et autorise le retour rapide au domicile. Dans le contexte de pays à revenus faibles ou intermédiaires, la réduction des coûts est intéressante : la césarienne représente dans la plupart des pays d'Afrique plus de la moitié des interventions chirurgicales et le gain financier est donc un enjeu considérable, à l'ère de la mise en place de la couverture maladie universelle. Par ailleurs, la libération rapide des lits d'hospitalisation accroît l'offre de soins dans un contexte de pénurie. *In fine*, le niveau de satisfaction maternelle est plus élevé et la relation mère-enfant préservée [3]. En pratique, la récupération améliorée après chirurgie prend en compte toute la période périopératoire. En préopératoire, elle repose sur des mesures organisationnelles relatives à la sélection des patients, leur information-éducation, le jeûne préopératoire, etc. En peropératoire, la technique anesthésique recourt de préférence à l'anesthésie locorégionale en optimisant l'analgésie par l'adjonction de morphiniques et d'adjuvants, à l'opioïd free anesthesia (OFA), à l'utilisation de méthodes d'analgésie alternatives pour réduire les doses de morphiniques (xylocaïne en intraveineux, agonistes alpha adrénergiques centraux, kétamine, TAP bloc, etc.) ou à l'hypnose. Dans tous les cas, la

limitation des apports volumiques peropératoires, en recourant si besoin aux vasopresseurs, prévient les problèmes de rétention aiguë d'urines et de nécessité d'un sondage vésical prolongé. Les techniques de chirurgie mini-invasives sont recommandées, et les drains évités autant que possible. Les piliers de la prise en charge postopératoire sont : une analgésie efficace ; la prévention des nausées vomissements ; l'éviction rapide des drains, sondes et cathéters ; la mobilisation précoce ; et la reprise alimentaire précoce [3]. Malgré ses bénéfices incontestables, la stratégie de réhabilitation améliorée après chirurgie est peu développée en Afrique. Les facteurs qui entravent son développement sont certainement complexes, et restent à analyser [4,5,6]. L'équipe de Libreville, auteur d'un travail antérieur sur la mise en œuvre de la réhabilitation post-césarienne publié en 2015 [5], propose ici une étude limitée à la reprise alimentaire précoce. Le dogme classique est « *émiette des gaz pour pouvoir manger après une chirurgie* », conditionnant la reprise alimentaire au retour du transit intestinal. En effet, le risque de syndrome d'inhalation, qui justifie le jeûne préopératoire, est aussi le principal argument pour l'observation d'un jeûne en postopératoire ; cependant, on ne retrouve guère d'études étayant ces craintes. De nombreux travaux ont démontré l'innocuité, dans le respect de modalités bien définies, d'une reprise alimentaire avant le retour du transit intestinal, L'alimentation précoce, associée à des petits moyens comme le mâchage de chewing-gum, pourrait même accélérer la reprise du transit en stimulant les réflexes physiologiques. Les recommandations actuelles proposent l'absorption de boissons une heure après l'intervention chirurgicale, et le début de l'alimentation huit heures après la chirurgie [3,7]. Le travail de OBAME et coll, présente des insuffisances méthodologiques : l'effectif est faible, le critère de jugement non défini, étude descriptive sur un seul groupe ne permettant pas d'évaluer l'efficacité ni la tolérance par comparaison avec un groupe témoin. Par ailleurs, le protocole de reprise alimentaire adopté n'est pas conforme aux dernières recommandations. Il aboutit néanmoins à des résultats conformes à ceux rapportés par d'autres équipes africaines et aux données de la littérature internationale quant à l'innocuité d'une reprise alimentaire précoce après césarienne. La littérature confirme en effet que la reprise alimentaire précoce, appliquée seule, ne provoque pas d'effets indésirables significatifs, et contribue à la reprise du transit intestinal. Elle supprime l'inconfort de la sensation de faim, accélère la récupération des capacités physiques et psychiques, et améliore le niveau de satisfaction des patients [4,7].

La mise en place de protocoles complets de réhabilitation améliorée tels qu'ils sont décrits dans

la littérature internationale est lente en Afrique. Elle est probablement entravée par les insuffisances organisationnelles et en ressources humaines qualifiées. L'instauration isolée d'une reprise précoce de l'alimentation trouve ici toute sa pertinence : par sa simplicité, sa faisabilité, son acceptabilité et son innocuité elle peut constituer la première étape d'une stratégie d'implémentation de protocole de fast-track surgery. Le déploiement d'une telle stratégie en obstétrique nécessite un engagement de tous les acteurs, autour de la patiente. Le travail de Obame et coll. interpelle, individuellement et collectivement, les praticiens intervenant dans les soins chirurgicaux, en particulier en obstétrique. Le médecin anesthésiste réanimateur doit être le catalyseur de cette innovation économiquement soutenable et humainement bénéfique.

Références

1. **Rogers EM.** Diffusion of innovations (3^{ème} ed.). New York : Free Press of Glencoe. 1983
2. **Haute autorité de santé (HAS).** Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives. Rapport d'orientation. Juin 2016
3. **E. Corso, D. Hind, D. Beever, G. Fuller, M.J. Wilson, I.J. Wrench, D. Chambers.** Enhanced recovery after elective caesarean: a rapid review of clinical protocols, and an umbrella review of systematic reviews. BMC Pregnancy and Childbirth 2017, 17:91
4. **Zoumenou E, Denakpo JL, Assouto P, Tchaou B, Lokossou T.** Reprise précoce de l'alimentation après césarienne chez la femme noire Africaine : alimentation liquide versus alimentation solide. Med Trop. 2011 ; 71 : 165-68.
5. **Obame R, Nzoghe Nguema P, Mandji-Lawson JM, et al.** Réhabilitation post opératoire précoce : essai d'un protocole chez la patiente gabonaise césarisée a l'hôpital universitaire d'Angondjé (HUA). Rev. Afr. Anesth. Med. Urg 2015 ; 20 :57-61.
6. **Jarraya A, Boujelbene M, Zghal J, Laabidi S, Smaoui M, Kolsi K.** Réhabilitation précoce post césarienne : enquête de pratique auprès des maternités de la région de Sfax en Tunisie. Pan African Medical Journal. 2016 ; 23 :215. <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/215/full/>
7. **Huang H, Wang H, Hei M.** Early oral feeding compared with delayed oral feeding after cesarean section : a meta-analysis. The Journal of Maternal-fetal & neonatal medicine. 2016 ; 29 : 423-29