

La chirurgie colorectale à l'UZ Brussel :

# « Le patient se sent épaulé par une seule équipe »

À l'Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB), une équipe spécialisée travaille sur le projet CRANS4 visant à préparer et accompagner au mieux les patients subissant une chirurgie colorectale avant, pendant et après l'intervention. Une des caractéristiques principales du fonctionnement de cette équipe est son approche multidisciplinaire.

« Nous y travaillons depuis un bon moment », explique le professeur De Waele, chef du service autonome de nutrition clinique. « Nous avons procédé étape par étape, principalement de la base vers le sommet, et maintenant, nous observons davantage de demandes de soutien de la part du sommet. La progression et la professionnalisation de tous les services concernés permettent un travail de plus haut niveau. Nous avons également le volume nécessaire pour rentabiliser un tel projet. » Pour le présenter très brièvement, le projet CRANS4 associe la chirurgie ColoRectale, les services d'Anesthésie, de Nutrition, le Soutien (y compris l'accompagnement social), le Sport (activité physique) et les soins de Stomie. Le professeur De Waele en explique le fonctionnement :

« Au sein de tous ces services, il existe un référent qui participe activement à ce projet. Ces personnes travaillent également sur le terrain dans le cadre du projet et sont en contact avec le patient. Un SPOC (Single Person Of Contact, interlocuteur unique) se charge de tout. »

## L'examen du patient avant la chirurgie

Lorsqu'un patient est invité à subir une intervention chirurgicale après une coloscopie au cours de laquelle une lésion a été découverte, le chirurgien colorectal vérifie notamment l'état nutritionnel et physique de la personne. Le Dr Ellen Van Eetvelde, chirurgienne colorectale et chef de clinique du service de chirurgie abdominale, explique : « S'il s'agit de patients en

bonne santé et sans signes d'alarme, ils sont programmés pour une intervention chirurgicale, avec ou sans accompagnement préopératoire par le biais de la clinique des stomies. En présence de facteurs de risque potentiels, ils sont orientés vers la consultation CRANS4. Si le bilan nutritionnel n'est pas optimal, les patients reçoivent des conseils à ce sujet et, si nécessaire, la chirurgie est reportée afin d'obtenir une préhabilitation idéale, tant sur le plan physique qu'alimentaire. Dans ce dernier cas, il peut s'agir de soins effectués à domicile, mais le patient peut également être admis pour recevoir une nutrition entérale ou parentérale. Le docteur Van Eetvelde explique que le phénomène peut se situer à deux extrêmes du spectre : « Soit la chirurgie est reportée pour préhabilitier le patient, soit on détecte une tumeur hémorragique ou une tumeur en obstruction. Dans ce cas, le patient subit une chirurgie semi-urgente. Il s'agit en fait d'un ajustement en fonction des besoins du patient et de son état général. Mais quand il est possible de bénéficier d'une préparation optimale, nous le faisons sans hésiter. »

## Les patients vulnérables peuvent aussi souvent subir une intervention chirurgicale

L'importance de la préhabilitation est directement liée au profil des patients. Le cancer colorectal est une pathologie qui est plus fréquente chez les seniors et qui augmente avec l'âge. Le docteur Van Eetvelde explique : « Nous nous concentrons sur des patients qui présentent souvent un état général assez mauvais et qui sont parfois refusés dans d'autres hôpitaux en raison d'une trop grande fragilité cardio-pulmonaire. Nous en discutons en détail avec nos collègues du service d'anesthésie et, depuis lors, nous avons pu opérer avec succès des personnes très fragiles. Cette situation implique la conjugaison de nombreux facteurs positifs : l'anesthésiste qui surveille et ajuste en péri-opératoire, le positionnement du patient et du robot, la faible pression avec laquelle nous travaillons font en sorte que nous pouvons encore aider ces patients au moyen d'une procédure mini-invasive, même si sur le papier ils sont considérés comme médicalement inopérables. » Les chiffres indiquent que l'UZ Brussel traite 100 de ces patients colorectaux spécifiques par an. Le centre hospitalier affiche

désormais plus de 5 ans d'expérience dans ce domaine et a opéré plus de 650 patients, dont plus de la moitié ont plus de 70 ans. Il traite souvent des seniors de plus de 80 ans et de plus de 90 ans ; le patient le plus âgé avait 97 ans. Plus récemment, une personne de 95 ans a été opérée avec de bons résultats. Cela implique de travailler avec un robot en permanence.

## Les avantages de la chirurgie robotique

Les techniques chirurgicales ont, en effet, été adaptées à ces patients, affirme le professeur De Waele. « Comme nous pouvons travailler avec un robot d'une manière différente, il est toujours possible de réaliser les opérations chirurgicales. Le Dr Eetvelde explique : « La laparoscopie présente de nombreux avantages pour les patients en phase de rétablissement, avec une mobilisation plus rapide, tant sur le plan physique que sur celui du transit intestinal. Cependant, cette méthode comporte des limites dans le sens où, dans les cas très complexes, elle peut conduire à une conversion, car il n'est pas possible d'effectuer une résection

précise aussi facilement qu'avec les instruments adaptés. Par ailleurs, la laparoscopie nécessite une pression minimale de l'abdomen, car la paroi abdominale est utilisée comme levier pour les instruments. Le robot chirurgical fonctionne différemment : ses bras tournent autour d'un point fixe. La paroi abdominale est en fait suspendue au robot. Par conséquent, les patients ressentent moins de douleur après l'intervention, mais la pression peut également être réduite à 8 mmHg pendant l'opération. Il est également arrivé qu'une pression de 6 mmHg soit suffisante, alors que la laparoscopie requiert habituellement une pression de 12 à 14 mmHg en standard. Une pression intra-abdominale plus faible exerce un effet positif sur le retour veineux, ce qui est pratique pour l'anesthésiste. De plus, le positionnement du patient en chirurgie assistée par robot est différent de celui de la laparoscopie classique. Lors de cette dernière, le patient doit souvent s'allonger tête en bas, parfois jusqu'à plus de 30° dans la position de Trendelenburg. Avec le robot, on travaille dans un espace limité et un positionnement moins radical





est nécessaire pour faire une bonne dissection dans des conditions difficiles. Ce constat s'applique à tout un chacun, mais surtout aux patients plus âgés, car ils présentent souvent des adhérences après des interventions antérieures et donc un taux de conversion plus élevé que les jeunes patients. « Justement, les plus âgés préfèrent ne pas subir une conversion à cause de tous les problèmes postopératoires. »

### Une anesthésie adaptée au patient

L'anesthésie se déroule aussi différemment que par le passé. « La laparotomie occasionnait autrefois une grande cicatrice et presque tous les patients recevaient une anesthésie épidurale supplémentaire. Les patients devaient donc être beaucoup plus souvent alités », explique le Dr Gudrun Ver Eecke, anesthésiste et chef de clinique en anesthésie. « Le risque de conversion était également plus élevé, ce qui entraînait un allongement de la durée de l'intervention, de l'immobilisation et de la période de rétablissement. Nous utilisons d'autres anesthésiants fonctionnant différemment, avec un risque plus élevé de vomissements postopératoires, entre autres. Maintenant que le chirurgien opère avec le robot, nous avons ensemble beaucoup moins de conversions et nous pouvons optimiser notre anesthésie. La prévisibilité et la routine sont très importantes dans ce type de chirurgie. » Le Dr Jasper Stijns (résident), chirurgien colorectal, note que c'est là le point fort de la chirurgie robotique. Les chiffres le montrent aussi : à la VUB, le taux de conversion brut est inférieur à 5 % pour l'ensemble de la population ; il n'en va pas autrement pour les plus de 80 ans. « Avant, il y avait moins de coopération », constate également le Dr Tine Opsomer (résident), anesthésiste. « Le chirurgien indiquait ce qu'il allait faire et l'anesthésiste

devenait y répondre. Aujourd'hui, il y a beaucoup plus de discussions, à la fois avant l'opération, pendant l'intervention elle-même et après celle-ci. » Cela est également dû au fait que, lors de l'utilisation du robot, le chirurgien n'est pas au chevet du patient et doit donc communiquer davantage qu'auparavant, car il ne peut pas tout superviser.

« Nous, les anesthésistes, savons que les chirurgiens font tout ce qu'ils peuvent pour que l'opération ait un "faible impact" ; à notre tour, nous essayons donc d'offrir une anesthésie à "faible impact". Nous voulons que la personne opérée cesse de se sentir comme un patient dès que possible et qu'il se mette sur la voie de la réhabilitation très rapidement », explique le Dr Ver Eecke. Sa collègue, le Dr Annelies Scholliers (résidente), ajoute que le patient reste toujours au premier plan pour l'équipe. « Une anesthésie à faible impact est très importante à ce niveau. En plus de réduire au minimum le risque de vomissements postopératoires et d'assurer une gestion multimodale de la douleur, nous sommes attentifs aux petits détails, comme fournir rapidement un sorbet dans la salle de réveil. De nombreux patients sont heureux de se rafraîchir la bouche dès qu'ils le peuvent. »

### Le protocole ERAS

Dans la méthode suivie par le projet CRANS4, l'utilisation du protocole ERAS coule de source. « C'est notre noyau dur », rappelle le professeur De Waele. « Mais la réhabilitation physique et le facteur social sont également importants et permettent d'améliorer l'ensemble du parcours. Ils contribuent également à améliorer l'expérience du patient. » Le service d'anesthésie se projette toujours vers l'avenir pour se dépasser. Le docteur Ver Eecke explique : « Par exemple, nous fournissons une pré-induction de rachianesthésie en standard. Le dosage fait encore l'objet d'un débat dans la littérature, mais le "moins" peut ici sembler un plus. C'est l'un des domaines dans lesquels nous nous distinguons. Tout en repoussant les

limites, nous gardons toujours à l'esprit que c'est sans danger et que le patient bénéficie d'un certain confort. Tout notre protocole vise à veiller à ce que le patient ressente le moins possible les effets secondaires de l'anesthésie, ainsi que l'intervention. Pour la rachianesthésie, nous utilisons un anesthésique local associé à de la morphine. Nous recherchons la dose idéale à laquelle le patient éprouve un maximum de confort. » En raison de la procédure robotique, un blocage neuromusculaire profond jusqu'à la fin de l'intervention est très important, dit-elle. « Pour établir des pressions intra-abdominales aussi faibles, le patient doit être complètement détendu. Nous nous assurons que le patient est profondément curarisé jusqu'au bout, puis nous utilisons le sugammadex pour le décurariser rapidement après la fermeture du fascia. » Le Dr Van Eetvelde explique plus en détail : « En chirurgie robotique, les instruments sont fixes ; si les patients bougent pendant l'opération, cela peut mettre leur vie en danger. »

### Le patient ne rentre chez lui que lorsqu'il le peut vraiment

Le Dr Stijns souligne l'importance de la réhabilitation : « Lorsque nous disons aux patients de rentrer chez eux après trois jours, la plupart d'entre eux le font. Si nous ne disons rien, leur état d'esprit est également différent. » En fonction de la situation du patient, les jours de repos après une chirurgie colorectale varient entre trois et cinq jours. Le Dr Van Eetvelde explique : « En principe, on pourrait rentrer chez soi après trois jours, mais nous travaillons en fonction du patient, car pour notre population, beaucoup de personnes âgées de 70 et 75 ans et plus, parfois seules, il peut être prématuré de le renvoyer chez elles dès le troisième jour. Dans ce cas, il vaut mieux qu'ils restent un jour ou deux de plus pour reprendre des forces à l'hôpital. » Le professeur De Waele ajoute que la proactivité des travailleurs sociaux des hôpitaux est à cet égard très importante. « Les patients sont vus

au préalable par notre service social afin de savoir qui a besoin d'aide et d'accompagnement après l'opération. Le fait que nous puissions maintenant le faire de manière systématique et opportune constitue une grande amélioration. »

### Le rôle de la nutrition

Ces dernières années, la nutrition a également été un élément important du traitement. Cheffe du service diététique, Chloë Verhelst explique comment l'équipe aborde cette question à l'UZ Brussel : « En préopératoire, le patient doit être bien nourri. Avant l'opération, nous voulons sortir les patients de leur malnutrition et leur apporter une alimentation complémentaire. Nous le faisons, par exemple, grâce à des compléments riches en arginine. Les patients en prennent au moins cinq jours avant l'opération. Si les personnes souffrent de malnutrition sévère, cela peut parfois être un peu plus long ou nous utilisons d'autres formes de nutrition artificielle. Même après l'opération, nous les amenons à se réalimenter rapidement en leur donnant un sorbet dans la salle de réveil. Aucun régime restrictif n'est utilisé. Nous revenons très rapidement à une alimentation normale et saine, en mettant l'accent sur une quantité suffisante de protéines. » Les chiffres montrent clairement que les efforts en matière de nutrition sont extrêmement importants, déclare le professeur De Waele. « Chez les patients atteints de tumeurs gastro-intestinales (GI), 23 % ont déjà une perte de poids de plus de 10-20 % au moment du diagnostic. Si les patients sont sous-alimentés et entrent en chirurgie sans conseils nutritionnels, la mortalité à 6 mois est de 23 %. Chez les patients sans problème nutritionnel, le risque est de 4 %.<sup>1</sup> Les patients ont donc un risque de mortalité cinq fois plus élevé s'ils sont dénutris et subissent une telle opération. » En outre, trois chirurgiens sur quatre déclarent que le contrôle nutritionnel péri-opératoire peut réduire les complications, mais dans le même



De gauche à droite, le Dr Scholliers (anesthésie), le Dr Ver Eecke (anesthésie), le Dr Van Eetvelde (chirurgie), le Dr Opsomer (anesthésie), le Dr Stijns (chirurgie) : une équipe bien rodée.

temps, seul un hôpital sur cinq effectue un tel contrôle tout au long du processus.<sup>2,3</sup> « Il est donc capital de disposer d'une expertise nutritionnelle dans les centres qui pratiquent ces interventions. En effet, des plaies doivent cicatriser et nous devons empêcher les patients de contracter des infections, notamment respiratoires, après l'intervention : tout cela est lié au système immunitaire. Certes, nous disposons de nombreuses connaissances, mais dans la pratique, elles ne sont pas encore appliquées de manière très structurée. Il faut toutefois disposer du temps, de l'énergie, de l'espace et de la structure nécessaires pour rassembler tout cela et l'appliquer dans la pratique. » L'avantage de la nutrition est que les patients, mais aussi les membres de la famille et les aidants, peuvent faire beaucoup eux-mêmes dans ce domaine, explique le professeur De Waele. « Nous pouvons tirer le meilleur parti du rôle qu'ils jouent dans ce domaine. Par exemple, ils peuvent instaurer un moment chaque jour pour boire ensemble un aliment complémentaire. La famille et les patients sont très heureux de pouvoir contrôler eux-mêmes une partie du résultat ou du traitement. L'implication de la famille et des autres proches du patient avant et après l'opération est très importante et offre une grande valeur ajoutée. » En résumé, le travail au sein du projet

CRANS4 repose sur un protocole fixe et standardisé, mais il intègre la plus grande attention au patient individuel. Le Dr Tine Opsomer le résume bien : « Tout fonctionne en synergie : le patient ne doit venir qu'une seule fois et ne doit pas entrer dans trois boîtes différents. Il n'ont pas à passer d'un service à l'autre ; nous concentrons tous les soins en un seul endroit pour qu'ils se sentent entourés et traités par une seule équipe et non par plusieurs intervenants. » Le professeur De Waele précise à cet égard : « Nous pouvons toujours nous déplacer plus facilement que certains patients. L'avantage est que nous venons au patient et non l'inverse. » ●

### Références

1. Awad S, et al. What's new in perioperative nutritional support? Curr Opin Anaesthesiol. 2011 Jun;24(3):339-48.
2. Williams JD, et al. Assessment of perioperative nutrition practices and attitudes-A national survey of colorectal and GI surgical oncology programs. Am J Surg. 2017 Jun;213(6):1010-1018.
3. Philipson TJ, et al. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. Am J Man Care. 2013;19:121-128.



# PROTOCOL: CRANS

## organigramme + protocole d'anesthésie



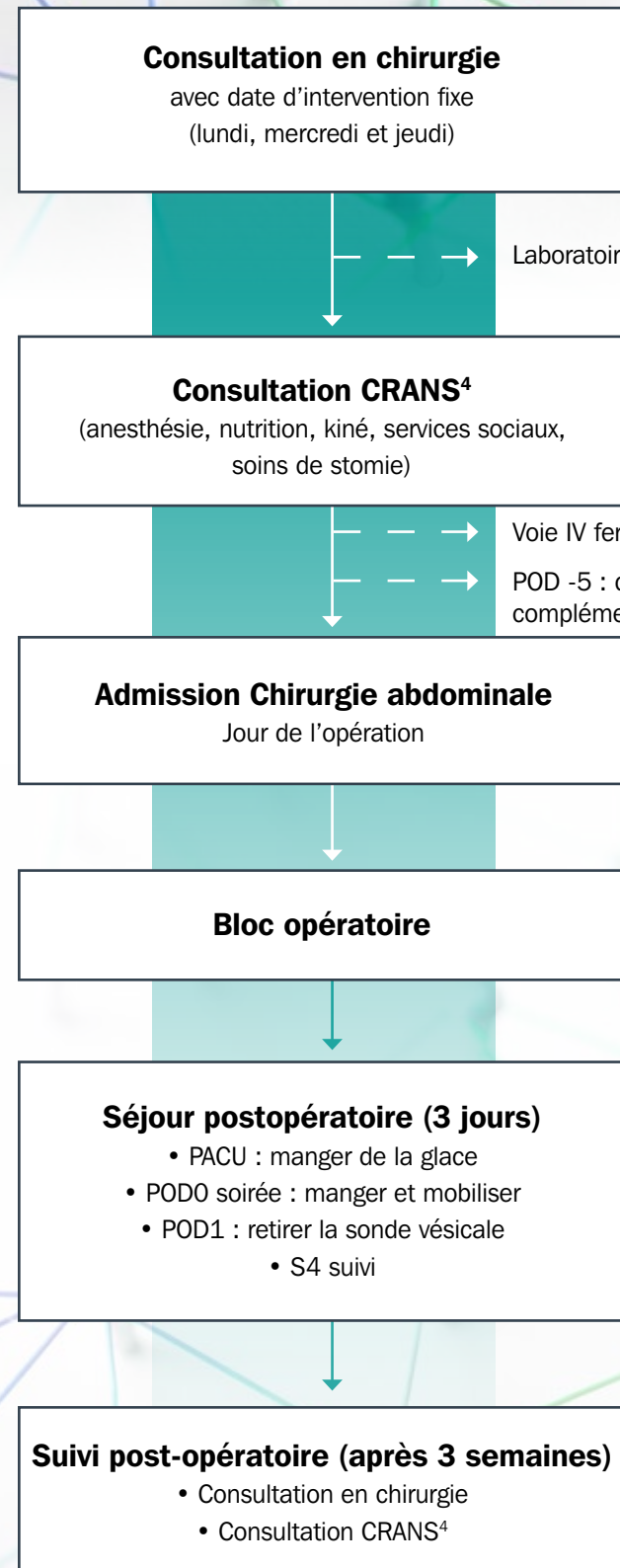
Joyce De Vos (kinésithérapeute), Veerle Van den Breen (infirmière sociale) et Steffi Foucart (infirmière stomathérapeute référente), quelques-unes des forces vives du projet CRANS<sup>4</sup>.



Le Dr Ver Eecke, le Dr Opsomer et le Dr Scholliers. Optimisation peropératoire grâce aux principes de l'ERAS.



Le professeur De Waele



### 1. Pré-opératoire

- Chargement en hydrates de carbone (boisson liquide claire) à boire 2h avant l'opération
- Dafalgan 1000mg PO à la demande OK
- Voltaren 75mg PO (50mg si < 65kg) sauf si CI à la demande OK
- Lyrica 75mg PO à la demande OK -> Vérifier si les médicaments sont administrés dans la salle, sinon les substituer par voie intraveineuse

### 2. Peropératoire

- Anesthésie spinale avec 7,5mg de bupivacaïne + 100mcg de morphine.
- Anesthésie épidurale si laparotomie (prévue).
- Placer Lithomie Bearhugger ou Upper Body Bearhugger
- Induction avec 15µg de sufentanil, à éviter par la suite
- TIVA ou sevoflurane (pour BIS 40 - 60), préférence pour le TIVA étant donné le moindre PONV. Pas de protoxyde d'azote.
- Dose de charge de 1mg/kg de lidocaïne, puis perfusion d'entretien à 1mg/kg/heure jusqu'à la fin de la procédure.
- Dexamethasone 10mg à l'induction (ou methyprednisolon 40mg si dexamethasone pas disponible) + ondansetron 4mg à la fin de la procédure.
- Recherche d'un bilan hydrique neutre.
- Bloc neuromusculaire profond, surveillance du TOF, à la fin inversion avec sugammadex.
- Retrait de la sonde gastrique à la fin de la procédure.

### 3. Post-opératoire

- Manger de la glace hydrique ou mâcher du chewing-gum en PACU.
- Le soir, mobilisation vers le siège + premier repas.
- POD1 à 6h du matin, retrait de la sonde vésicale.
- POD1 goutte à goutte sur la fermeture.
- Soulagement de la douleur avec paracetamol 1000mg PO + diclofenac retard 75mg PO + oxynorm 5mg SL (seulement si nécessaire, jusqu'à 6x/j).
- POD1 début du Innohep 3500IE SC 1x/j

PO per os  
OK quartier opératoire

CI contre-indication  
IV intraveineuse

TIVA total intravenous  
anesthesia

BIS bispectral index  
TOF train-of-four

PONV post-operative nausea and vomiting  
PACU post anesthesia care unit