



# Protocole de réhabilitation post opératoire après Intervention de LEWIS SANTY

Dr E. BOURGEOIS, Dr F. FIEUX, Dr O. MARIE

## LIEU :

- Unité de soins intensifs (Réanimation chirurgicale ou transitoirement USPI)

## ANALGESIE :

- Analgésie **pallier I** : Paracétamol et Néfopam  
AINS si douleurs scapulaires projetées, et en l'absence de contre-indication :  
Profénid 50 mg/6h IVL
- Analgésie **pallier II** : non
- Analgésie **péridurale** si possible (se reporter à la procédure) : sa durée conditionne la durée de séjour → 3 j (5 maxi). Relais par PCA Morphine 1mg/ml + Kétamine 1mg/ml
- Analgésie **pallier III** : PCA Morphine 1mg/ml + Kétamine 1mg/ml.  
Si échec ou impossibilité, pose de péridurale et dans tous les cas en relais après ablation du cathéter péridural.

## ANTICOAGULATION :

- Pas de thrombo-prophylaxie par HBPM durant les **24h** qui précèdent la ponction péridurale.
- Thrombo-prophylaxie **6 h après** la fin de l'intervention chirurgicale par Héparine sodique 100 UI/kg/j IVSE
- Lorsque l'ablation du cathéter péridural est envisagée, arrêter l'Héparine. 4h après la dernière injection, faire une héparinémie et un TCA . Si l'héparinémie est nulle ou <0.15 UI/ml et TCA <1.5, le retrait du cathéter péridural est autorisé.
- **6h après** le retrait du cathéter et en l'absence de trouble neurologique, possibilité de reprise de la thrombo-prophylaxie par HBPM : Lovenox® 40mg/j .

## ANTIBIOTHERAPIE :

- Prophylaxie par C1G per opératoire

## LUTTE CONTRE LE REFLUX :

- Eupanthol® (Inexium) : 40 mg/j
- Erythromycine : 250mgx3/j IVD
- Proclive 45°
- SNG trans anastomotique en aspiration -30cmH<sub>2</sub>O jusqu'à TOGD

.../...

**Protocole de réhabilitation  
post opératoire après  
Intervention de LEWIS SANTY**

**APPAREIL RESPIRATOIRE :**

- **Extubation** immédiate dès que :
  - GDS : pas d'hypoxémie
  - RP : plèvre libre et pas de trouble de ventilation
  - normothermie
  - vigilance
  - efficacité analgésie : Morphine 0.1 mg/kg IVD 15 min avant extubation
- **Kinésithérapie respiratoire** : x2/j jusqu'à J7 puis  
Expiration forcée, mobilisation diaphragme, inspiration maximale soutenue
- **Mobilisation précoce** : lever et mise au fauteuil à J1
- **Aide ventilatoire** :  
VNI (PEP 4 à 8 ; AI 5-8 pour VT 8-10 ml/kg pour PI <25 cmH<sub>2</sub>O)  
Rythme : VNI 1h toutes les 3h (et non 20 minutes toutes les 2)  
**Pas de VNI entre 0h et 6h.**

**EQUILIBRE METABOLIQUE = IMMUNO-NUTRITION PRECOCE :**

- Alimentation parentérale dès la sortie du bloc par Struktokabiven 30 kcal/kg/j (20-30 si obèse) + Dipeptiven 1-2 ml/kg/j + Omegaven 1 ml/kg/j (Apports selon feuille de calcul : cf.)
- Alimentation orale : après TOGD vu par le chirurgien → alimentation légère le 1er jour puis mixée et fractionnée (5 repas/j) + immuno-nutrition orale (Crucial® 1000 ml) si patient dénutrit en pré opératoire.
- Apports hydro-électrolytiques : 1-1.5 ml/kg/h pour diurèse 20-30 ml/24h

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

- TOGD : J9 si déglutition possible
- Radiographie pulmonaire

**DRAINAGES :**

- Délais de drainage :
  - Drain de redon et intra abdominal : 48h et débit <20ml/24h
  - Drain thoracique antérieur et apical : 72h et débit <100ml/24h
  - Drain médiastinal postérieur (drainage péri anastomotique) : après TOGD normal, débit <100ml et effluent clair
  - Sonde gastrique : après TOGD normal.

**CONFORT DU PATIENT :**

- Entre 0 et 6h du matin : pas d'hémocue, ni dextro, ni prise de température
- Prescription d'Atarax® le soir (sauf contre-indication)
- Mettre à disposition des patients : boules Quiès et bandeaux pour les yeux
- Afin d'éviter trop de lumière la nuit, utiliser les lampes de poche à l'entrée de chaque chambre