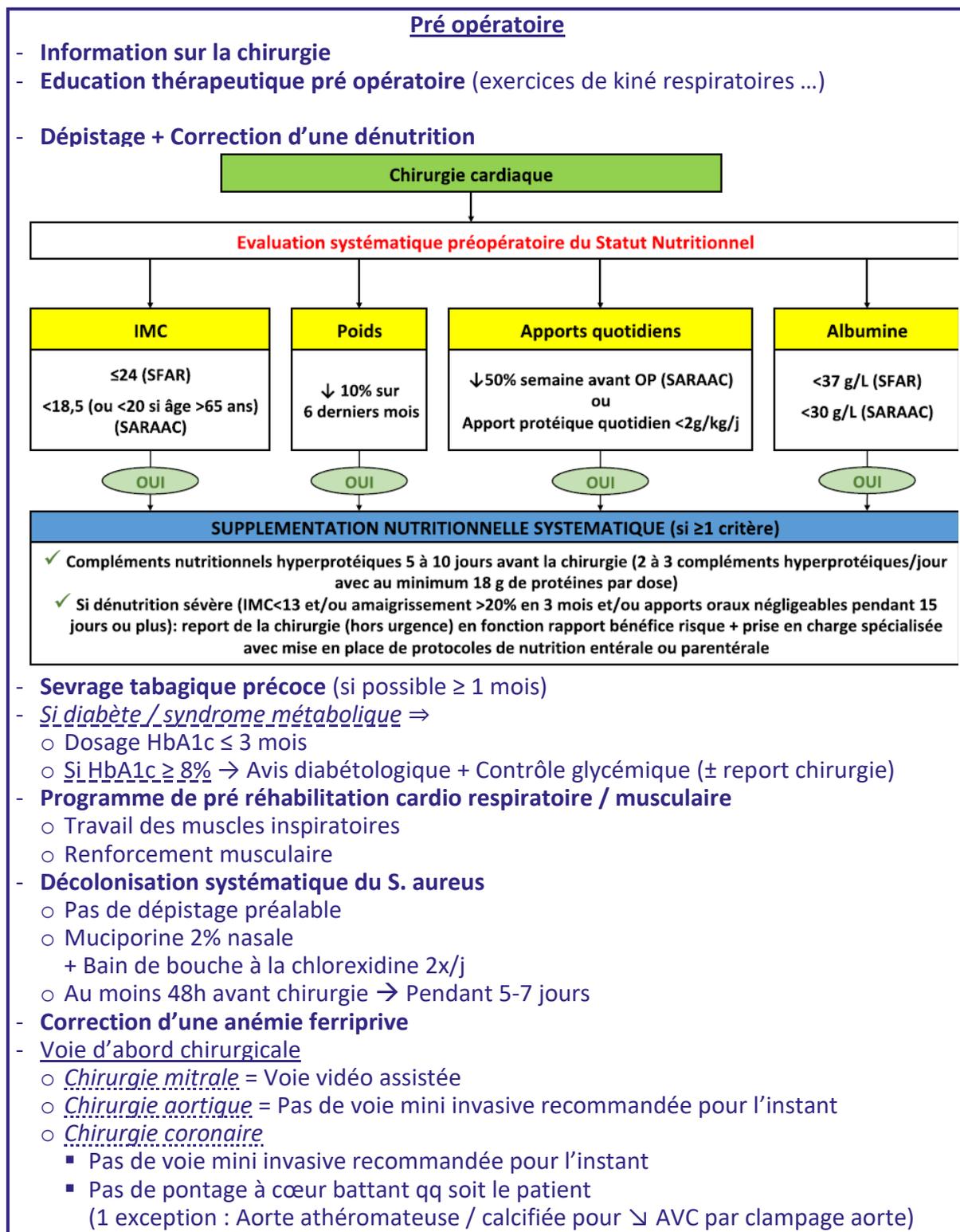
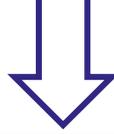




# RFE – Réhabilitation accélérée en chirurgie cardiaque sous CEC ou cœur battant

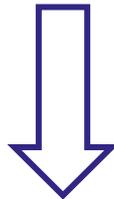
## SFAR, SFCTCV





### Péri opératoire

- **Prévention de la FA péri opératoire**
  - Bêta bloquants en 1<sup>ère</sup> intention (hors CI)
  - Correction kaliémie/magnésémie
  - Eviter hypovolémie, hypoxémie et douleurs
  - Normothermie per et post opératoire
- **Jeune pré opératoire limité** à H-2 pour les liquides clairs / H-6 pour les solides
- **Monitoring hémodynamique** (VEs sans préférence pour un outil)
  - Quantification diurèse avec bilan entrées/sorties
- **Ventilation protectrice** (Vt de 6 mL/kg<sub>théorique</sub> – PEP – Manœuvres de recrutement)
- **Entretien anesthésique** par **halogénés ou hypnotiques IV** (sans préférence)
- **Utilisation d'un Cell-saver® ou assimilé.**
- **Seuil transfusionnel adapté à chaque patient**  
(selon clinique, risque chirurgical et balance apport/usage O<sub>2</sub>)
  
- Sous CEC
  - **Technique de « CEC optimisée »** = 4 types de CEC définies par la MiECTiS  
(diminution dilution, cell saver, anti fibrinolytiques ...)
  - Pas de méthode de cardioplégie supérieure aux autres
  - **Ventilation probablement non recommandée** (pas de bénéfices, même en ultra protectrice)
  - **Normothermie per CEC**



### Post opératoire

- **Analgésie post opératoire avec épargne morphinique**
  - Blocs échoguidés de la paroi thoracique (*aucun intérêt du KT ou infiltration pré sternale*)
  - Analgésie systémique (incluant au moins du paracétamol) (*Eviter la gabapentine*)
- **Orientation post opératoire** : USC / Réa spécialisée en chir cardiaque
- **Extubation précoce** < 6h post op
- **Ablation des drains/sonde vésicale/ KTa et KTc** dès que possible  
⇒ **Mobilisation précoce +++**
- **Programme de réhabilitation post opératoire**
  - Débuter dans les 2 semaines post opératoires
  - Exercices cardio-vasculaires + Kiné motrice et respiratoire