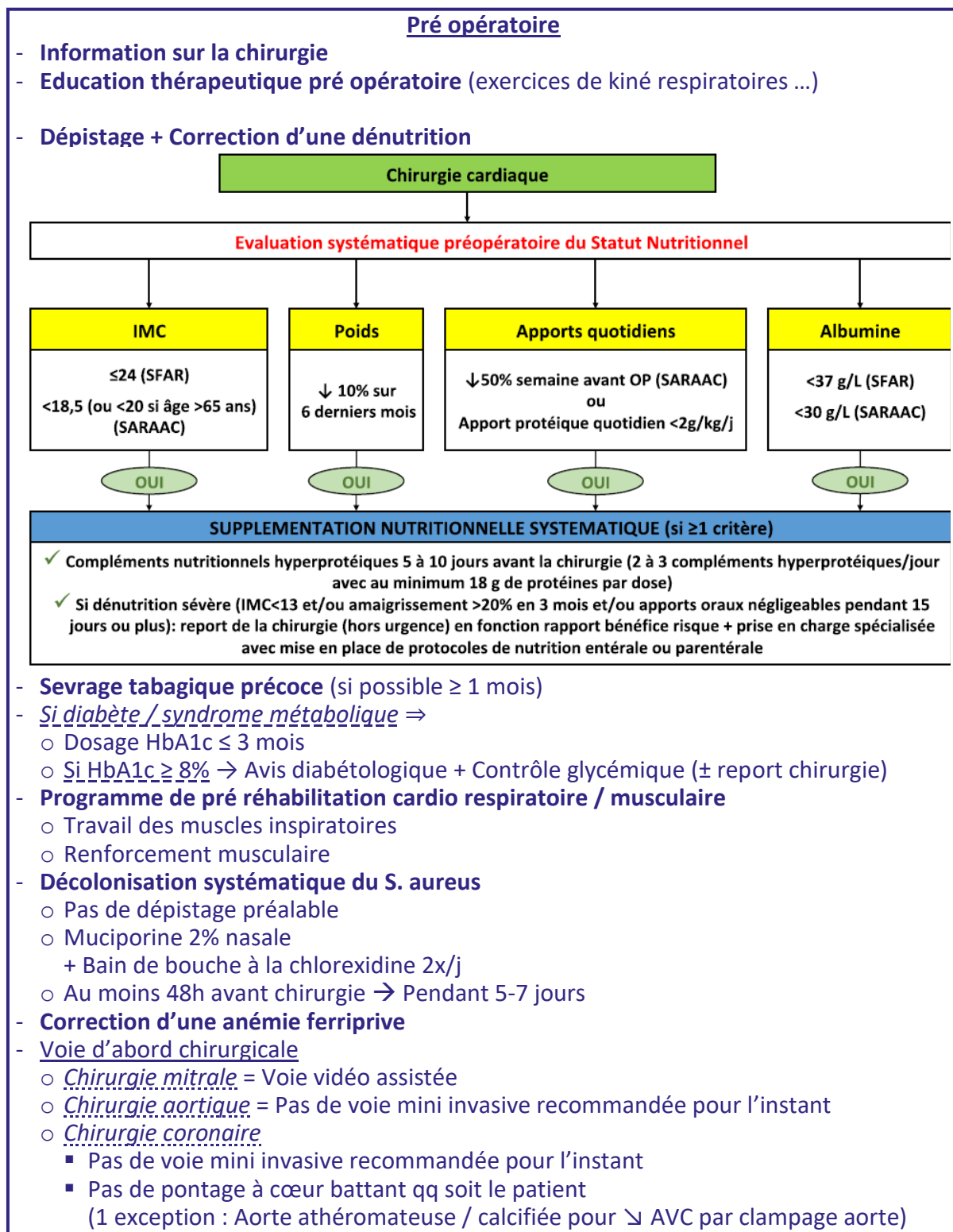
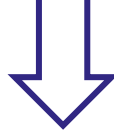




RFE – Réhabilitation accélérée en chirurgie cardiaque sous CEC ou cœur battant

SFAR, SFCTCV





Péri opératoire

- **Prévention de la FA péri opératoire**
 - o Bêta bloquants en 1^{ère} intention (hors CI)
 - o Correction kaliémie/magnésémie
 - o Eviter hypovolémie, hypoxémie et douleurs
 - o 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)
 - o Quantification diurèse avec bilan entrées/sorties
- **Ventilation protectrice** (Vt de 6 mL/kg_{théorique} – 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 O₂)

- Sous CEC
 - o **Technique de « CEC optimisée »** = 4 types de CEC définies par la MiECTiS
(diminution dilution, cell saver, anti fibrinolytiques ...)
 - o Pas de méthode de cardioplégie supérieure aux autres
 - o **Ventilation probablement non recommandée** (pas de bénéfices, même en ultra protectrice)
 - o **Normothermie per CEC**



Post opératoire

- **Analgésie post opératoire avec épargne morphinique**
 - o Blocs échoguidés de la paroi thoracique (*aucun intérêt du KT ou infiltration pré sternale*)
 - o 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**
 - o Débuter dans les 2 semaines post opératoires
 - o Exercices cardio-vasculaires + Kiné motrice et respiratoire