

**Intérêts de la  
kinésithérapie précoce  
en salle de réveil pour  
les patients opérés  
d'une exérèse  
pulmonaire dans le  
cadre d'un protocole  
RAAC**



**Réanimation  
2021**

**Communication  
Orale**



**Matthieu REFFIENNA**

Gabor KALMAN, Martino CORBELLINI-BRESSAN, Eugénie DUMAREST, Guillain FAURE,  
Julien MATTEI, Aurélie BRACONNIER, Matthieu GLORION et Edouard SAGE

**Hôpital Foch – Pôle Soins Critiques**



# + Déclaration de liens



- **Mon intervention ne présente aucun conflit d'intérêt.**

# Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

- **Mesures pré- per- et post-opératoires**
  - Chirurgicales, anesthésiques, diététiques, etc.
- **Optimiser la prise en charge globale des patients**
  - Améliorations des suites post-opératoires
  - Diminution de la durée de séjour et de la réadmission
- **Protocole institutionnel existant à Foch**





# Protocole Foch RAAC Kiné



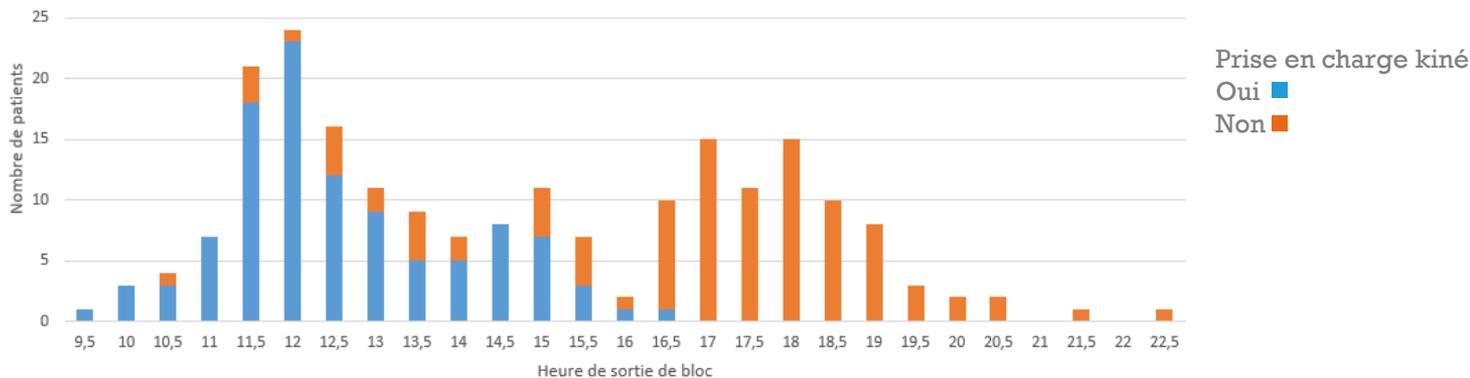
- **Patients de chirurgie thoracique**
  - Segmentectomie ou lobectomie, VATS ou RATS
  - Sélectionnés en amont par chirurgiens
  
- **Salle de réveil**
  - H+2
  - Réveil, analgésie, collation
  
- **Réhabilitation très précoce**
  - Bord de lit puis marche si possible





# Problématique

- Horaires de sortie de bloc créent naturellement deux populations théoriquement identiques



- Évaluation spécifique de l'ajout d'une prise en charge kinésithérapeutique en salle de réveil

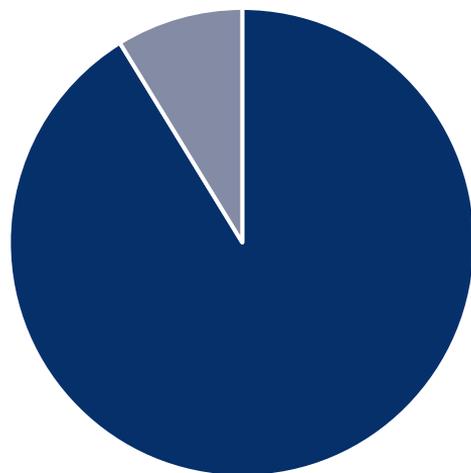




# Résultats

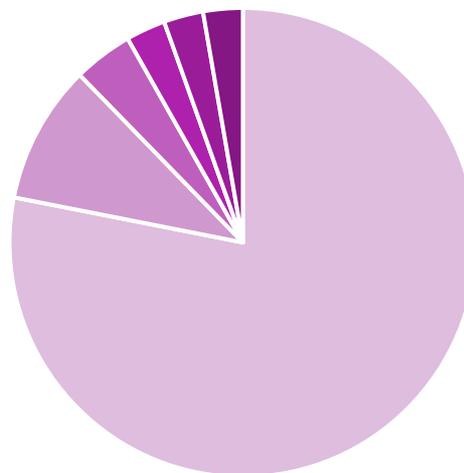
## ■ De 11/19 à 03/21 : 164 patients

**RAAC avec kiné**  
**N=91 (55,5%)**



- Marche n=83
- Pas de marche n=8

**RAAC sans kiné**  
**N=73 (44,5%)**



- Horaire n=57
- Autre n=7
- Reprise n=3
- Douleur n=2
- Hypotension n=2
- Sédation n=2



# + Population

	<b>RAAC avec kiné (N=91)</b>	<b>RAAC sans kiné (N=73)</b>	<b>P value</b>
<b>Homme, N (%)</b>	51 (56)	41 (56)	0.99
<b>Age, mean <math>\pm</math>std</b>	64.7 $\pm$ 10.1	67.2 $\pm$ 11.1	0.13
<b>IMC, mean <math>\pm</math>std</b>	25.8 $\pm$ 4.3	24.8 $\pm$ 3.9	0.12
<b>Tabac, N (%)</b>			0.40
<b>Actif</b>	17 (19)	20 (27)	
<b>Sevré</b>	56 (61)	41 (56)	
<b>Non</b>	18 (20)	12 (17)	
<b>VEMS/CVF &lt; 70%, N (%)</b>	17 (21) n=82	15 (23) n=64	0.69
<b>VEMS%, mean <math>\pm</math>std</b>	90.7 $\pm$ 20.1 n=90	93.6 $\pm$ 21.2 n=72	0.91

# + Chirurgie



	<b>RAAC avec kiné (N=91)</b>	<b>RAAC sans kiné (N=73)</b>	<b>P value</b>
<b>ASA, N (%)</b>			
1	3 (3)	0 (0)	0.12
2	54 (60)	37 (51)	
3	33 (37)	35 (49)	
<b>Type intervention, N (%)</b>			
Lobectomie	80 (88)	67 (92)	0.42
Segmentectomie	11 (12)	6 (8)	
<b>Durée chirurgie, mean ±std</b>	165.3 ±34.9 n=90	175.0 ±52.3 n=70	0.22
<b>Séjour en USIR, N (%)</b>	26 (29)	20 (27)	0.87

# + Résultats



	RAAC avec kiné (N=91)	RAAC sans kiné (N=73)	P value
Evènement respiratoire, N (%)	14 (15)	13 (18)	0.68
Sondage urinaire, N (%)	27 (30)	29 (40)	0.16
Durée de drainage, mean $\pm$ std	3.6 $\pm$ 3.7 n=85	4.1 $\pm$ 3.1 n=66	0.40
Reprise chirurgicale, N (%)	2 (2)	3 (4)	0.66
Durée de séjour, mean $\pm$ std	6.2 $\pm$ 4.0	7.3 $\pm$ 7.6	0.27
Réhospitalisation, N (%)	3 (3)	4 (5)	0.70
Décès, N (%)	0 (0)	1 (1)	0.45

# Limites

- Étude monocentrique, évaluation macroscopique, manque de puissance
- Prise en charge globale déjà optimisée
  - Difficile d'isoler un seul élément de la PEC
- Affinage des suites post-opératoire
  - Oxygénothérapie, antalgie
- Thérapeutique appréciée par les patients et l'équipe
  - Non mesurée





# Conclusions

- La réhabilitation précoce dès la salle de réveil est possible, sûre et reproductible
- Elle doit s'inscrire dans une prise en charge déjà globale et optimisée
- Poursuite de l'étude en prospective avec évaluation plus fine



HOPITAL  
FOCH



# Merci pour votre attention

[m.reffienna@hopital-foch.com](mailto:m.reffienna@hopital-foch.com)



## réanimation 2021

PARIS 9-11 JUIN

Palais des Congrès de Paris  
Porte Maillot

