

Prise en charge proactive des drains thoraciques pour une récupération améliorée après une chirurgie pulmonaire (ERAS)

- Faciliter la mobilité et la récupération
- Réduire la durée du séjour
- Améliorer le confort du patient



Une approche fondée sur des données probantes

Des recommandations ont été élaborées couvrant l'ensemble du parcours du patient, de l'orientation à la sortie :

ERAS® Society & ESTS¹ Lung Surgery Guidelines [Recommandations en chirurgie pulmonaire]

Avant l'admission	Préopératoire	Périopératoire	Postopératoire
<ul style="list-style-type: none"> • Information, éducation et conseil • Nutrition périopératoire • Sevrage tabagique et prise en charge de la dépendance à l'alcool • Prise en charge de l'anémie • Rééducation pulmonaire et prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeûne préopératoire et apport en glucides • Médicaments pré-anesthésiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Prophylaxie de la TEV • Prophylaxie antibiotique et préparation cutanée • Contrôle de la température • Protocole anesthésique • Gestion des fluides • Prévention de la FA • Chirurgie mini-invasive (MIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du drainage thoracique • Drainage urinaire • Mobilisation précoce et aides à la kinésithérapie



Douleur, immobilité et effets secondaires

Les objectifs de mobilisation précoce et d'analgésie à faible dose d'opioïdes sont plus facilement atteints une fois les drains thoraciques retirés.²

Tim Batchelor





La gestion des drains thoraciques reste un aspect critique du parcours postopératoire, influençant la phase de récupération et la durée d'hospitalisation.¹

Priorité à une prise en charge proactive des drains thoraciques

Conformément aux principes ERAS, la prise en charge des drains thoraciques doit être fondée sur des données probantes et **les stratégies de retrait conservatrices doivent être abandonnées.**²



L'application systématique d'une aspiration externe [pariétale] doit être évitée.¹

La question de savoir si l'aspiration externe ou son absence a un effet bénéfique sur les résultats cliniques a fait l'objet de plusieurs revues systématiques et de recommandations cliniques.¹

Cependant, une **aspiration régulée** (assurée par des dispositifs numériques) a réduit la durée de mise en place du drain thoracique de 1,1 jour et la durée d'hospitalisation de 1 jour après une lobectomie.³



Un seul drain doit être utilisé au lieu de deux après une résection pulmonaire anatomique de routine.¹

Les drains thoraciques sont douloureux et entravent la fonction respiratoire. Traditionnellement, les chirurgiens thoraciques ont utilisé deux drains thoraciques pour drainer l'espace pleural après une lobectomie.

L'**utilisation d'un seul drain thoracique** est associée à une **douleur moindre** et à une **réduction de la durée de mise en place du drain**, sans augmenter le risque d'épanchement récurrent.^{4,5,6}



Les drains thoraciques peuvent être retirés en toute sécurité même si le volume quotidien d'épanchement séreux est élevé (jusqu'à 450 ml/24 h)¹

La **quantité de liquide pleural** évacuée quotidiennement influence le moment du retrait du drain thoracique.

Un article de revue récent recommande de retirer les drains dès que possible après l'intervention chirurgicale en se basant sur l'absence de fuite d'air plutôt que sur le volume de liquide évacué pour prendre la décision.²

Drains thoraciques et durée d'hospitalisation

Une analyse détaillée a identifié la durée du drainage thoracique comme le facteur déterminant le plus important de la durée d'hospitalisation.⁹



Les systèmes de drainage numériques favorisent la mobilisation précoce du patient et quantifient objectivement le volume de fuite d'air.¹

La capacité à stocker des informations et à afficher les tendances des fuites d'air au fil du temps permet une **prise de décision plus éclairée** concernant le retrait du drain thoracique et **réduit la variabilité entre les observateurs et dans la pratique clinique.**^{10,11}

Thopaz⁺ permet non seulement de mesurer objectivement les fuites d'air, mais aussi de mobiliser précocement les patients, même ceux sous aspiration continue, ce qui est difficile à réaliser avec un système traditionnel.¹⁶

Drainage numérique

Les systèmes de drainage numériques sont légers, compacts et mobiles. La pompe d'aspiration intégrée favorise la **mobilisation précoce du patient.**¹²



Comme l'**aspiration pariétale limite la mobilité du patient**, son utilisation systématique doit être évitée.²

Drains et satisfaction des patients

Nous avons constaté que les patients traités avec le dispositif électronique Thopaz⁺ avaient une perception plus positive du système de drainage, particulièrement en matière de confort, de portabilité et de commodité pour le personnel et les patients, par rapport à ceux traités avec un dispositif traditionnel.³

Retrait du drain thoracique

Il a été démontré que le retrait du drain le jour 0 est sans danger, sur la base d'un protocole de drainage numérique après une lobectomie ou une segmentectomie par VATS, et qu'il entraîne une prise significativement moindre d'opioïdes² ainsi qu'une durée d'hospitalisation plus courte.^{14,15}

Améliorer les résultats et rationaliser les soins

Système numérique de drainage thoracique Thopaz⁺

Thopaz⁺ est un dispositif léger et compact doté d'une pompe d'aspiration intégrée silencieuse, qui ne nécessite donc pas d'être raccordé à une aspiration pariétale. Les mesures du capteur permettent une quantification objective des fuites d'air et du drainage des liquides.

- Facilite l'accord entre les observateurs grâce au contrôle précis des fuites d'air^{10,13}
- Permet la définition de protocoles fondés sur des données probantes
- Favorise la mobilisation précoce du patient¹
- Réduit la durée de pose du drain thoracique^{3,11,13}
- Offre une plus grande satisfaction des patients^{3,13}
- Raccourcit la durée d'hospitalisation^{3,11,12}
- Réduit les coûts hospitaliers^{11,12}



RÉFÉRENCES : **1** Batchelor TJP, et al. Eur J Cardiothorac Surg 2018;doi:10.1093/ejcts/ezy301. **2** Batchelor TJP. J Thorac Dis 2023;15(2):901-908. **3** Pompili C et al. Ann Thorac Surg 2014;98(2):490-6. **4** Alex J, et al. Ann Thorac Surg 2003;76:1046-9. **5** Gómez-Caro A, et al. Eur J Cardiothorac Surg 2006;29:562-6. **6** Okur E, et al. Eur J Cardiothorac Surg 2009;35:32-5. **7** Cerfolio RJ, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 2008;135:269-73. **8** Bjerregaard LS, et al. Eur J Cardiothorac Surg 2014;45:241-6. **9** Lim E. J Thorac Cardiovasc Surg 2018;155:1853-4. **10** McGuire AL et al. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2015; 1-5. **11** Pompili C et al. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2011; 13(5):490-3. **12** National Institute for Health and Care Excellence (2018) Thopaz+ portable digital system for managing chest drains (Medical technologies guidance [MTG37]). Updated 2022 **13** Rathinam S et al. J Cardiothorac Surg 2011;6:59. **14** Pfeuty K, Lenot B. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2020;31(5):657-63. **15** Khader AA, et al. JTCVS Open. 2023;1016. **16** Costa Jr AD et al. J Bras Pneumol 2016;42:444-6.

Découvrez-en davantage sur les systèmes de drainage thoracique de Medela sur www.medela.com/chest-drainage
Veuillez nous contacter ou contacter votre représentant local Medela pour tout renseignement.