

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 12 juin 2014 à Poitiers
par **Monsieur Fabien VIGNEAU**

**Jeûne postopératoire après une anesthésie générale : état
des lieux des pratiques des anesthésistes-réanimateurs
français.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE

Membres : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Monsieur le Docteur Jacques ARIES
Monsieur le Docteur Denis FRASCA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thibault LOUPEC

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 12 juin 2014 à Poitiers
par **Monsieur Fabien VIGNEAU**

**Jeûne postopératoire après une anesthésie générale : état
des lieux des pratiques des anesthésistes-réanimateurs
français.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE

Membres : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
Monsieur le Docteur Jacques ARIES
Monsieur le Docteur Denis FRASCA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thibault LOUPEC



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Je n'oublierai pas votre paternalisme bienveillant et le soutien que vous m'avez témoigné dans les moments difficiles.

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jacques ARIES,

Vous me faites l'insigne honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon affection.

A Monsieur le Docteur Denis FRASCA,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Travailler avec toi a toujours été un plaisir.

Merci pour tes compétences statistiques. Promis, je ferai attention aux dents.

Sois assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LOUPEC,

Tu me fais l'honneur de diriger et juger ce travail.

Tu fus un excellent directeur de thèse sur qui j'ai toujours pu compter. Parfois sévère mais toujours juste, je te suis reconnaissant pour le temps que tu m'as consacré et pour ton investissement sans faille dans ta fonction de directeur de thèse.

S'il te plaît, passe à LibreOffice pour le mémoire.

Sois assuré de ma reconnaissance.

A mes parents,

Vous êtes mon soutien indéfectible. Votre amour et votre soutien sont pour beaucoup dans ma réussite.

Je vous serai à jamais reconnaissant pour tout ce que vous m'avez donné.

A mon frère,

J'espère que bientôt nous pourrons plus nous voir.

A Lysiane,

Toi qui me supportes depuis le début de mon internat, dans tous les moments de stress et de doute.

Toi qui sais toujours trouver les mots qui réconfortent, ceux que moi je ne sais pas trouver.

Merci pour tout.

A mes ami(e)s fidèles,

Elody, Anthony, Charles, Jordi, Adélaïde, Matthieu, Romain, Hélène, toujours présents dans les bons et les moins bons moments, votre fidélité m'honore. On devrait se voir plus souvent !

A mes collègues et ex-collègues,

Louis-Marie, Dub, Manou, Yohann, Philippe, Solène, Hélène, Karen , Séverin, Alain, Maxime, Eléna, Marielle, Agnès, Angéline, les IADES et les autres que j'oublie...

Merci pour votre professionnalisme, votre bonne humeur qui compense souvent la mienne.

Aux anesthésistes de La Rochelle,

Pour leur investissement dans ma formation et pour les excellents moments passés ensemble et que je n'oublierai jamais.

Mention spéciale pour Romain Gateau.

Sommaire

Introduction.....	2
Analyse statistique.....	6
Jeûne postopératoire après extubation.....	8
Chez l'adulte.....	8
Chez l'enfant.....	10
Comparaison des durées de jeûne entre l'adulte et l'enfant après extubation.....	11
Jeûne postopératoire après ablation d'un masque laryngé.....	12
Chez l'adulte.....	12
Chez l'enfant.....	14
Comparatif des durées de jeûne entre l'adulte et l'enfant, après ablation du masque laryngé.....	15
Comparaison des durées de jeûne après ablation d'un masque laryngé ou extubation.....	16
Pratiques selon le secteur d'exercice.....	17
Durée du jeûne postopératoire.....	17
Protocolisation du jeûne postopératoire.....	18
Etat des connaissances des recommandations.....	19
Françaises.....	19
Européennes.....	19
Discussion.....	20
Conclusion.....	25
Références.....	26
Glossaire.....	29
Annexes.....	30
Résumé.....	34

Introduction

Le jeûne préopératoire avant une anesthésie générale est bien codifié. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) est en accord (1) avec les recommandations scandinaves (2) qui précisent chez l'adulte un jeûne de deux heures pour les liquides clairs et de six heures pour un repas léger pour un patient sans facteur de risque avant une intervention chirurgicale programmée. Ce jeûne préopératoire est justifié par le risque d'inhalation du contenu gastrique et de syndrome de Mendelson (3). Même si l'incidence de l'inhalation du contenu gastrique est rare (1 pour 7103) (4), elle demeure un accident anesthésique grave. Le corollaire négatif de ce jeûne préopératoire est l'inconfort du patient.

Si cet inconfort est facilement justifié par la sécurité qu'apporte ce jeûne en préopératoire, le bénéfice d'un tel jeûne imposé en postopératoire n'est pas étudié.

Le jeûne postopératoire est pourtant imposé dans des durées diverses. Sa justification repose aussi sur le risque d'inhalation de contenu gastrique, et la crainte de majorer la survenue de nausées et vomissements postopératoires (NVPO).

Cependant, malgré ces risques et l'inconfort provoqué par le jeûne postopératoire, les quelques recommandations sur la reprise des boissons et de l'alimentation en postopératoire sont moins précises que celles concernant le jeûne préopératoire, et peut-être moins connues.

La littérature sur la réintroduction postopératoire de boissons ou d'aliments solides est en effet à ce jour très pauvre. En France, aucune société savante n'a fixé de délai minimal à respecter avant la reprise d'une alimentation ou de boissons per os après une anesthésie générale.

Les recommandations SFAR/SFNEP recommandent simplement une reprise dans les 24 premières heures mais plutôt dans le cadre de la lutte contre la dénutrition (5).

Les recommandations britanniques du Royal College of Nursing (6) quant à elles se basent sur l'envie du patient de boire pour commencer la réhydratation orale.

La société européenne d'anesthésiologie (ESA) recommande en 2011 (7) une réalimentation basée sur le souhait du patient qui repose sur quatre références bibliographiques dont deux concernent exclusivement des interventions sous anesthésie loco-régionale (8, 9).

L'une des deux références ne concernant pas l'anesthésie loco-régionale est une méta-analyse (10) comparant deux stratégies de reprise des boissons et/ou de l'alimentation précoce ou tardive chez des patientes en postopératoire de césarienne. Six études composent cette méta-analyse. Sur ces six études, trois seulement incluent des patientes sous anesthésie générale. La survenue de fausse-route n'est pas un critère évalué. L'incidence des vomissements n'est pas statistiquement différente entre les deux stratégies.

La deuxième référence citée dans les recommandations de l'ESA (11) porte également sur des patientes césarisées sous anesthésie générale. Les auteurs comparent deux schémas de réintroduction des liquides per os : l'hydratation orale dite " précoce " est débutée huit heures après la chirurgie contre au moins 24 heures après la chirurgie dans le groupe " tardif ". Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative concernant les NVPO. En revanche les patientes du groupe " précoce " ont une réhabilitation postopératoire plus rapide, une durée de séjour hospitalier plus courte et sont plus satisfaites que les patientes du groupe " tardif " (90% contre 48%).

Il n'est pas retrouvé davantage de complications dans un des deux groupes, mais les complications recueillies, comme les fausse-routes, ne sont pas précisées.

Au CHU de Poitiers, il existe un protocole informel de jeûne postopératoire, préconisant une reprise des boissons et de l'alimentation quatre heures après ablation d'un masque laryngé et six heures après une extubation. Ce protocole apparaît strict et est une source d'insatisfaction des patients opérés.

Depuis de nombreuses années déjà, une attention particulière est portée sur la prise en charge du patient hospitalisé, et notamment à son confort comme le rappelle une récente conférence d'actualisation de la SFAR (12).

Il apparaît donc licite de remettre en question nos pratiques en s'intéressant à la gestion du jeûne postopératoire dans d'autres structures.

Le but de cette étude est de décrire les pratiques concernant les durées de jeûne postopératoire prescrites par les anesthésistes-réanimateurs français chez l'adulte et l'enfant après une anesthésie générale.

Matériels et Méthodes

Un questionnaire constitué de 13 questions a été proposé à la SFAR qui l'a envoyé à l'ensemble de sa mailing-list (*annexe 1*). Le courrier électronique envoyé par la SFAR à sa mailing-list d'anesthésistes-réanimateurs comportait un lien vers le questionnaire électronique en ligne. Il s'agissait d'un formulaire Google Forms créé grâce à un compte Google documents.

Les réponses de ce questionnaire ont été recueillies du 3 juin 2013 au 24 janvier 2014.

Le statut et le principal secteur d'activité étaient renseignés pour définir la population de réponders. Les questions relatives à la durée de jeûne imposé portaient sur des anesthésies générales.

Le questionnaire concernait uniquement les patients de statut ASA 1 à 3, candidats à une chirurgie programmée, en dehors de toute complication chirurgicale et de difficulté de gestion des voies aériennes supérieures, et exclusion faite de la chirurgie viscérale avec suture digestive, de la chirurgie ORL (Oto-Rhino-Laryngologique) et cervicale.

Ce questionnaire comportait des questions sur les durées de jeûne postopératoire en fonction de plusieurs facteurs étudiés :

- le mode de contrôle des voies aériennes employé en per opératoire : masque laryngé ou sonde d'intubation
- le type d'apport oral autorisé : aliments solides ou liquides
- la chirurgie adulte ou pédiatrique.

Des questions complémentaires s'intéressaient à la connaissance de recommandations professionnelles et à l'existence de protocole institutionnel de jeûne postopératoire où exerçaient les anesthésistes-réanimateurs.

Chacune des treize questions appelait une réponse grâce à une liste déroulante. L'ensemble des questions devait comporter une réponse pour que le formulaire puisse être validé.

Les réponses des participants ont été exportées vers un document Excel après le recueil de la dernière réponse.

Analyse statistique

Les variables qualitatives sont présentées en effectif (n) et/ou pourcentages (%).

L'étude décrit les durées de jeûne postopératoire imposées après une anesthésie générale avec intubation ou masque laryngé chez l'adulte et l'enfant. Cette description est faite à partir des données brutes des réponses au questionnaire. Analysées et triées avec le logiciel LibreOffice Calc, elles sont présentées sous forme d'histogrammes d'effectifs en ordonnées et de délais en abscisse.

Les données de l'adulte et de l'enfant sont ensuite comparées. Des tableaux de contingence et des test de χ^2 ont été réalisés afin de déterminer si l'âge du patient avait une influence sur les durées de jeûne postopératoire prescrites. Pour les besoins de ces comparaisons, trois seuils temporels ont été choisis : le seuil " sortie de SSPI ", qui regroupait les réponses " pendant le séjour en SSPI " et " à la sortie de SSPI " contre le reste des réponses, le seuil H+2 qui ajoutait les réponses " 2 heures après l'extubation " ou " 2 heures après ablation du masque laryngé " et enfin le seuil H+4 qui ajoutait les réponses " 4 heures après l'extubation " ou " 4 heures après ablation du masque laryngé ".

Pour la comparaison des pratiques de prescription de jeûne postopératoire selon le secteur d'exercice -privé ou public- il a été procédé comme suit : les effectifs des praticiens en centre hospitalier régional (CHR) et en centre hospitalier universitaire (CHU) ont été additionnés pour représenter la population du secteur public.

Les praticiens ayant choisi " Etablissement privé " à la seconde question du questionnaire (*annexe 1*) forment la population des praticiens du privé.

Les statistiques ont été réalisées sur le tableur LibreOffice Calc. Des tableaux de contingence ont ensuite créés afin d'appliquer des tests de χ^2 sur ces données. Le seuil de risque de première espèce a été fixé à 5 %.

Résultats

Le questionnaire a été retourné par 754 participants.

Les réponders étaient constitués de 689 (91,4 %) médecins seniors et de 65 internes (8,62 %). La répartition des réponders selon leur lieu d'exercice est présentée dans le *tableau 1*.

	Secteur public		Secteur privé
Réponse	CHU	CHR	Etablissement privé
Effectif	290	201	236
	491		

Tableau 1 : Répartition des réponders selon leur lieu d'exercice.

Soixante-cinq pour cent exerçaient dans le secteur public et 31,3% dans le secteur privé.

Parmi les réponders du secteur public, 59,1 % exerçaient en Centre Hospitalier Universitaire et en 40,9 % en Centre Hospitalier Régional.

Jeûne postopératoire après extubation

Chez l'adulte

Délai de reprise des boissons

La répartition des réponses au délai de reprise des boissons après extubation et anesthésie générale chez l'adulte est représentée sur la *figure 1*.

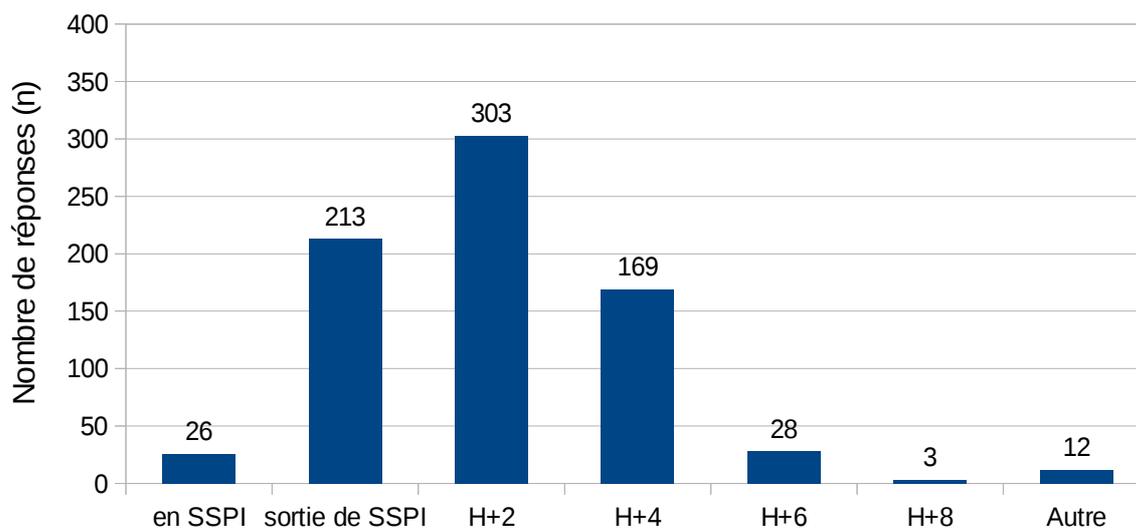


Figure 1. Délais de reprise des boissons chez l'adulte après anesthésie générale avec intubation

Le délai le plus prescrit se situe à H+2 après l'extubation, durée choisie par 40,2 % des répondants. A cet horaire, 71,9 % (542) ont déjà autorisé la reprise des boissons.

A la sortie de SSPI, il ne sont que 26,3 % (239) à l'autoriser.

Délai de reprise de l'alimentation

La répartition des réponses au délai de reprise d'une alimentation légère après extubation est présentée sur la *figure 2*.

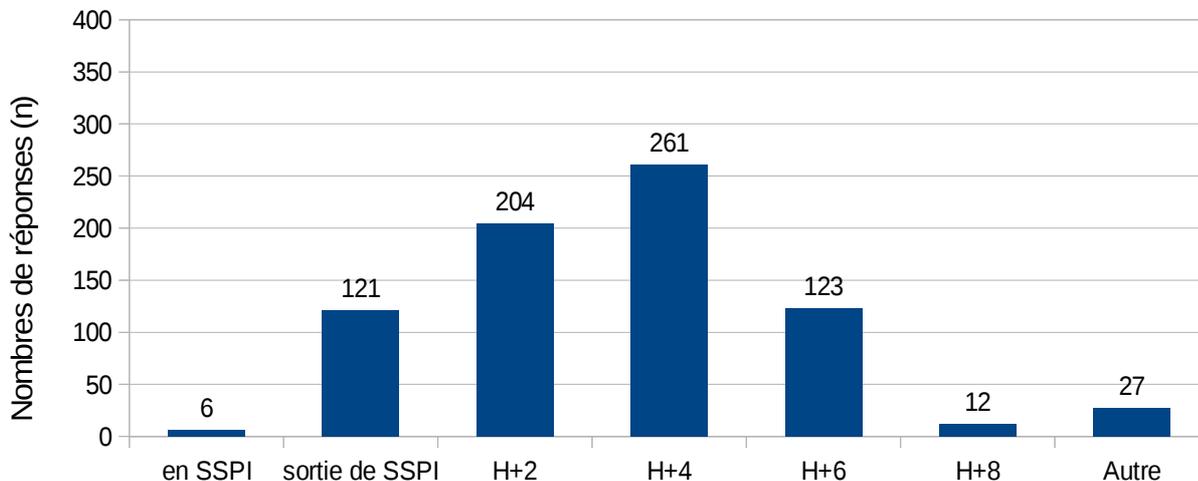


Figure 2. Délais de reprise de l'alimentation chez l'adulte après anesthésie générale avec intubation

A la sortie de SSPI 16,8 % (127) des répondants ont déjà autorisé la reprise de l'alimentation, à H+2 ils sont 43,9 % (331).

Les boissons sont reprises chez l'adulte plus précocement que l'alimentation après extubation que ce soit avec un seuil à la sortie de SSPI ou à H+2 ($p < 0,001$).

Chez l'enfant

Délai de reprise des boissons

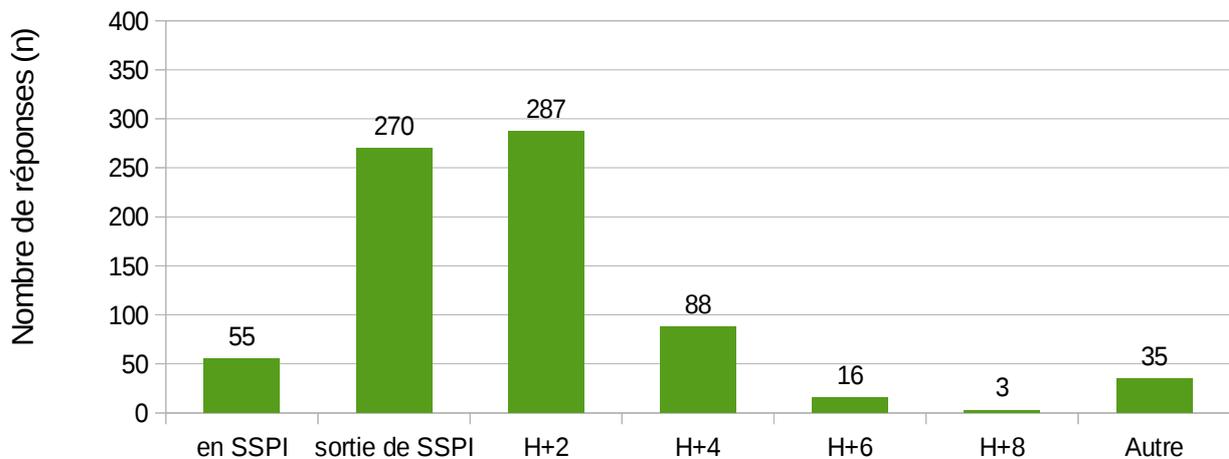


Figure 3. Délais de reprise des boissons chez l'enfant après anesthésie générale avec intubation

La répartition des réponses au délai de reprise des boissons après extubation chez l'enfant est représentée sur la *figure 3*.

A la sortie de SSPI, 43,1 % (325) des répondants ont déjà autorisé la reprise des boissons, à H+2 ils sont 81,2% (612).

Délai de reprise de l'alimentation

La répartition des réponses au délai de reprise de l'alimentation légère après extubation et chez l'enfant est présentée sur la *figure 4*.

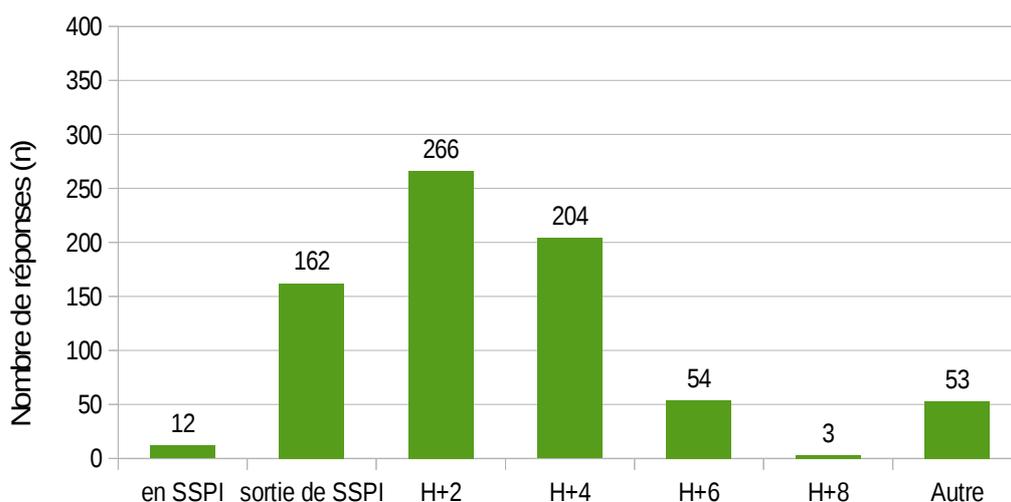


Figure 4. Délais de reprise de l'alimentation chez l'enfant après anesthésie générale avec intubation

A la sortie de SSPI 23,1 % (174) des répondants autorisent la reprise de l'alimentation chez l'enfant. A H+2, ils sont 58,2 % (440) à l'autoriser.

Les boissons sont aussi reprises chez l'enfant plus précocement que l'alimentation après extubation que ce soit avec un seuil à la sortie de SSPI ou à H+2 ($p < 0,001$).

Comparaison des durées de jeûne entre l'adulte et l'enfant après extubation

La comparaison des délais de reprise des boissons après extubation chez l'enfant et l'adulte montre une reprise plus précoce chez l'enfant que l'adulte en sortie de SSPI (43,1 % contre 31,7 %, $p < 0,001$) et à H+2 (81,17 % contre 71,88 % $p < 0,001$).

Concernant la comparaison des délais de reprise de l'alimentation après extubation chez l'enfant et l'adulte, celle-ci montre une reprise plus précoce chez l'enfant que l'adulte en sortie de SSPI (23,1 % contre 16,8 % $p < 0,01$) et à H+2 (58,4 % contre 43,9 % $p < 0,001$).

Jeûne postopératoire après ablation d'un masque laryngé

Chez l'adulte

Délai de reprise des boissons

La répartition des réponses au délai de reprise des boissons après ablation du masque laryngé chez l'adulte est présentée sur la *figure 5*.

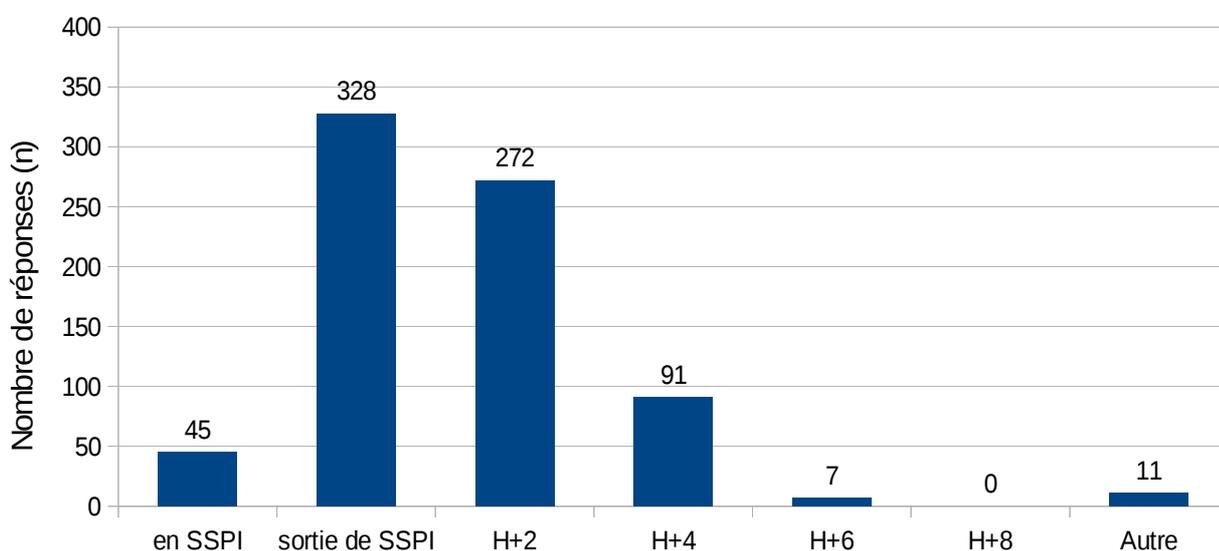


Figure 5. Délais de reprise des boissons chez l'adulte après anesthésie générale avec masque laryngé

A la sortie de SSPI, 49,5 % (373) des adultes ayant bénéficié d'un masque laryngé ont déjà été autorisés à boire.

Délai de reprise de l'alimentation

La répartition des réponses au délai de reprise de l'alimentation légère après ablation d'un masque laryngé chez l'adulte est présentée sur la *figure 6*.

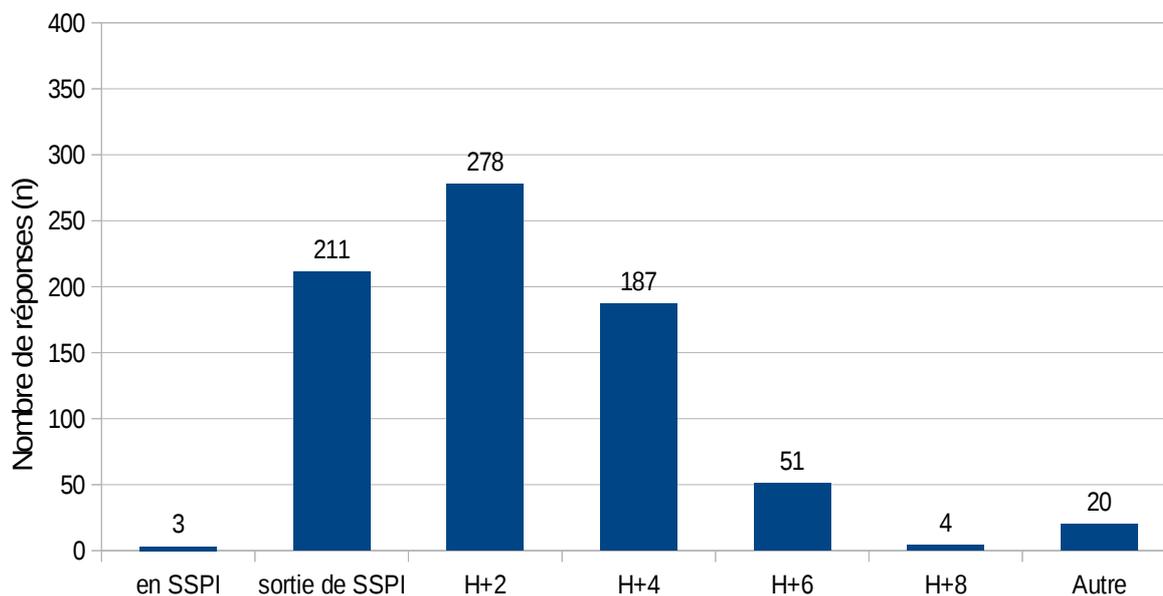


Figure 6. Délais de reprise de l'alimentation chez l'adulte après une anesthésie générale avec masque laryngé

Deux heures après l'ablation du masque laryngé, 65,3 % (492) des répondants autorisent la reprise de l'alimentation chez l'adulte.

Les boissons sont reprises chez l'adulte plus précocement que l'alimentation après ablation du masque laryngé que ce soit avec un seuil à la sortie de SSPI ou à H+2 ($p < 0,001$).

Chez l'enfant

Délai de reprise des boissons

La répartition des réponses au délai de reprise des boissons après ablation du masque laryngé chez l'enfant est représentée sur la *figure 7*.

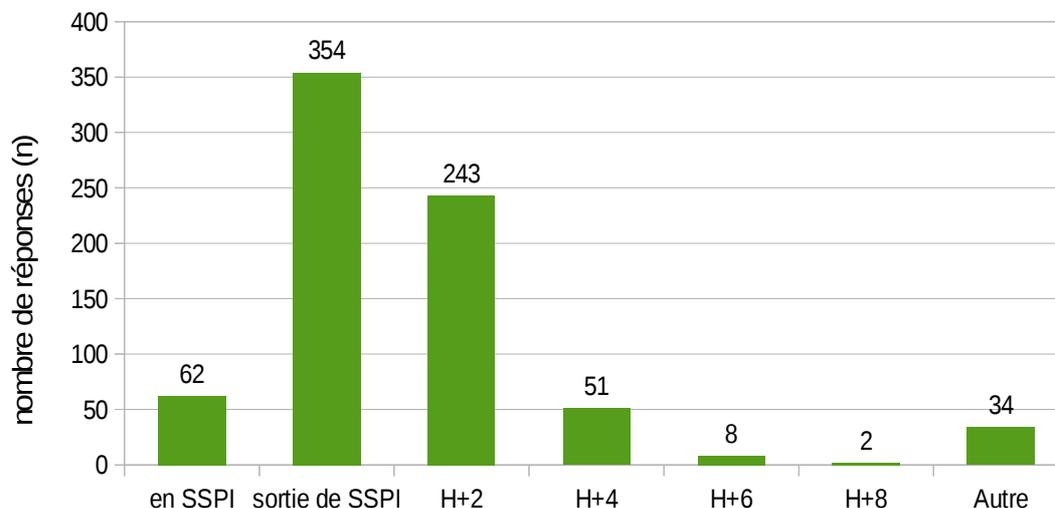


Figure 7. Délais de reprise des boissons chez l'enfant après anesthésie générale avec masque laryngé

Après ablation du masque laryngé 55,2 % (416) des enfants étaient déjà autorisés à boire en sortie de SSPI.

Délai de reprise de l'alimentation

La répartition des réponses au délai de reprise de l'alimentation légère après ablation du masque laryngé chez l'enfant est présentée sur la *figure 8*.

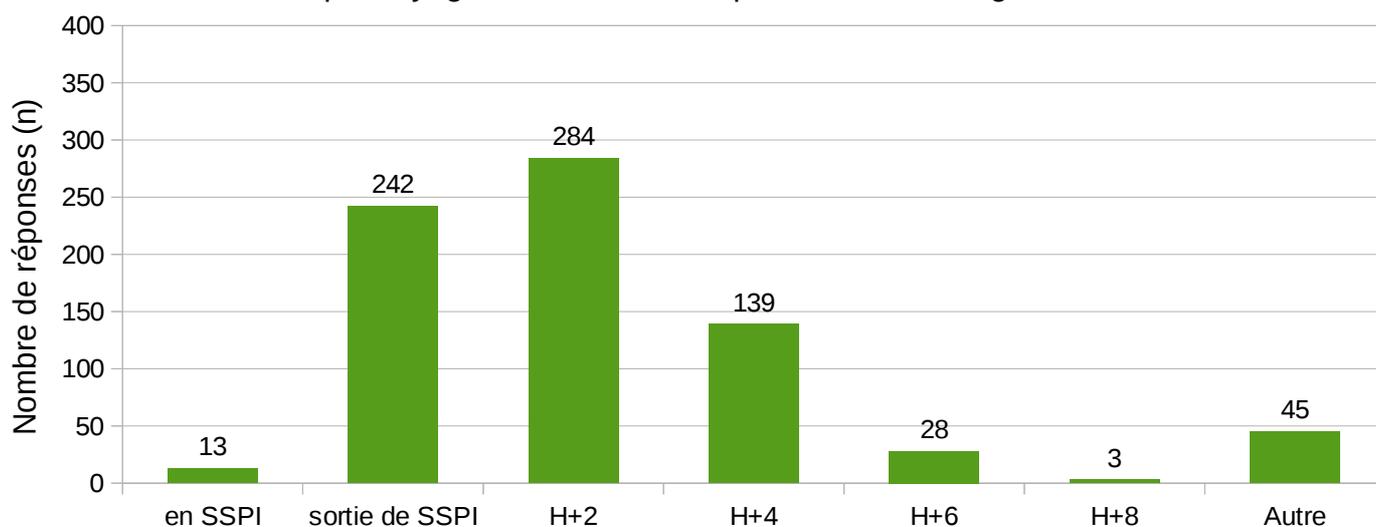


Figure 8. Délais de reprise de l'alimentation après une anesthésie générale avec masque laryngé

A la sortie de SSPI 33,8 % (255) des répondants autorisent la reprise de l'alimentation chez l'enfant, à H+2 ils sont 71,5 % (539) à l'autoriser.

Les boissons sont reprises chez l'enfant plus précocement que l'alimentation après ablation du masque laryngé que ce soit avec un seuil à la sortie de SSPI ou à H+2 ($p < 0,001$).

Comparatif des durées de jeûne entre l'adulte et l'enfant, après ablation du masque laryngé

La comparaison des délais de reprise des boissons après ablation du masque laryngé montre une reprise plus précoce chez l'enfant que chez l'adulte en sortie de SSPI (55,2% contre 49,5%, $p < 0,05$) mais pas à H+2 (87,4 % contre 85,5% $p = 0,29$).

Concernant la comparaison des délais de reprise de l'alimentation après ablation du masque laryngé, celle-ci montre une reprise plus précoce chez l'enfant que l'adulte en sortie de SSPI (33,8% contre 28,4% $p < 0,05$) et à H+2 (71,5% contre 65,3% $p < 0,01$).

Comparaison des durées de jeûne après ablation d'un masque laryngé ou extubation

La figure 9 compare les durées de jeûne postopératoire à deux seuils différents (sortie de SSPI et H+2) sur l'ensemble de la population (adultes et enfants).

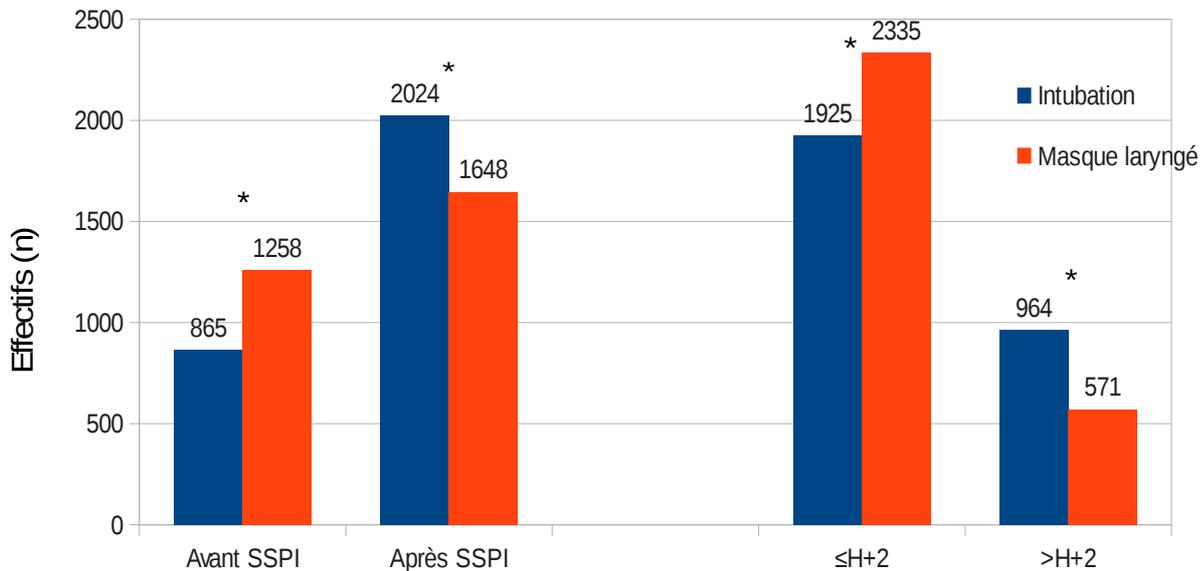


Figure 9. Comparaison globale des durées de jeûne selon le dispositif de gestion des voies aériennes utilisé

* p < 0,001

Tous les résultats sont en faveur d'un délai plus court pour chez les patients ayant bénéficié d'un masque laryngé plutôt que d'une sonde d'intubation.

Les répondants sont 43,3 % à autoriser les patients à boire après ablation d'un masque laryngé en SSPI ou à la sortie de SSPI contre 29,9 % pour les patients intubés.

Avec le seuil à H+2 les résultats sont respectivement de 80,4 % contre 66,6 %.

Pratiques selon le secteur d'exercice

Durée du jeûne postopératoire

Après extubation

La reprise de l'alimentation et des boissons n'est pas statistiquement différente entre secteur privé et public à la sortie de SSPI (*figure 10*).

En revanche, au seuil H+2 la reprise se fait plus précoce dans le secteur privé (78,8 % contre 71,4 % $p < 0,001$) comme au seuil H+4 (94,3 % contre 90,2 % $p < 0,001$)

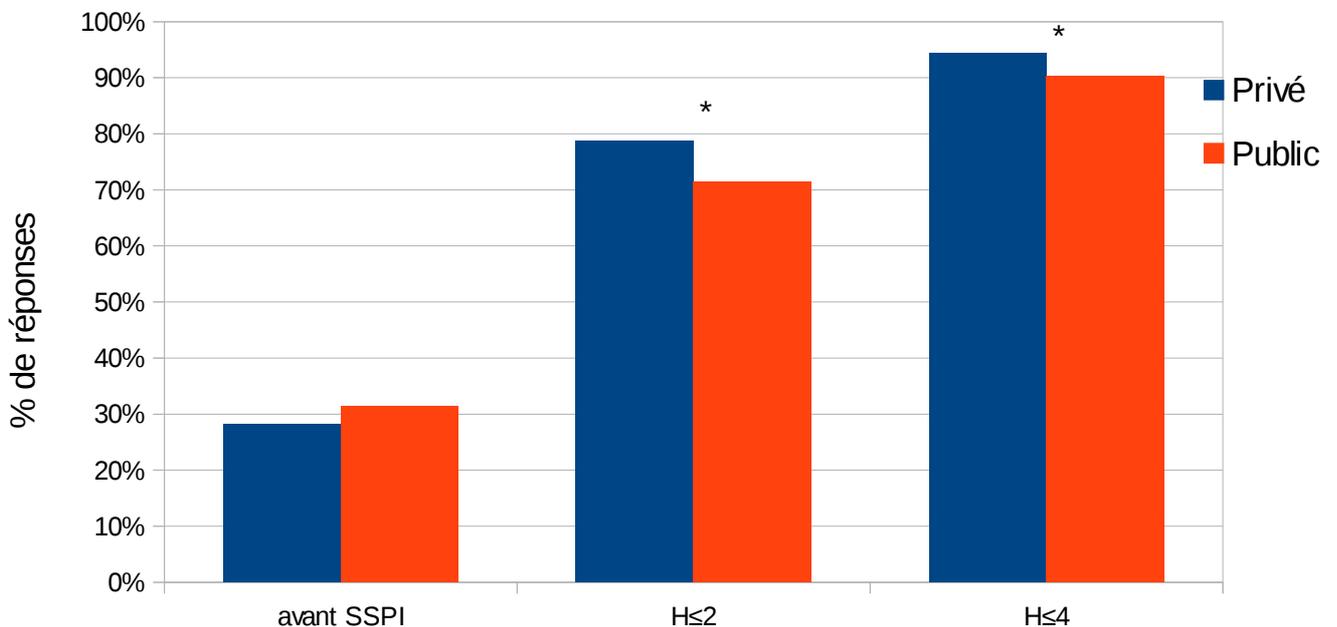


Figure 10.

Comparatif des délais de reprises des boissons ou de l'alimentation chez l'enfant et l'adulte après extubation à différents seuils temporels

* $p < 0,001$

Après ablation du masque laryngé

La reprise de l'alimentation et des boissons est statistiquement plus précoce dans le secteur public que dans le secteur privé à la sortie de SSPI (44,8 % contre 40,8 % $p < 0,05$) (figure 11).

En revanche, au seuil H+2 la reprise se fait plus précoce dans le secteur privé que dans le secteur public (85,1% contre 78,7 % $p < 0,001$) comme au seuil H+4 (98,2 % contre 95,7 % $p < 0,001$).

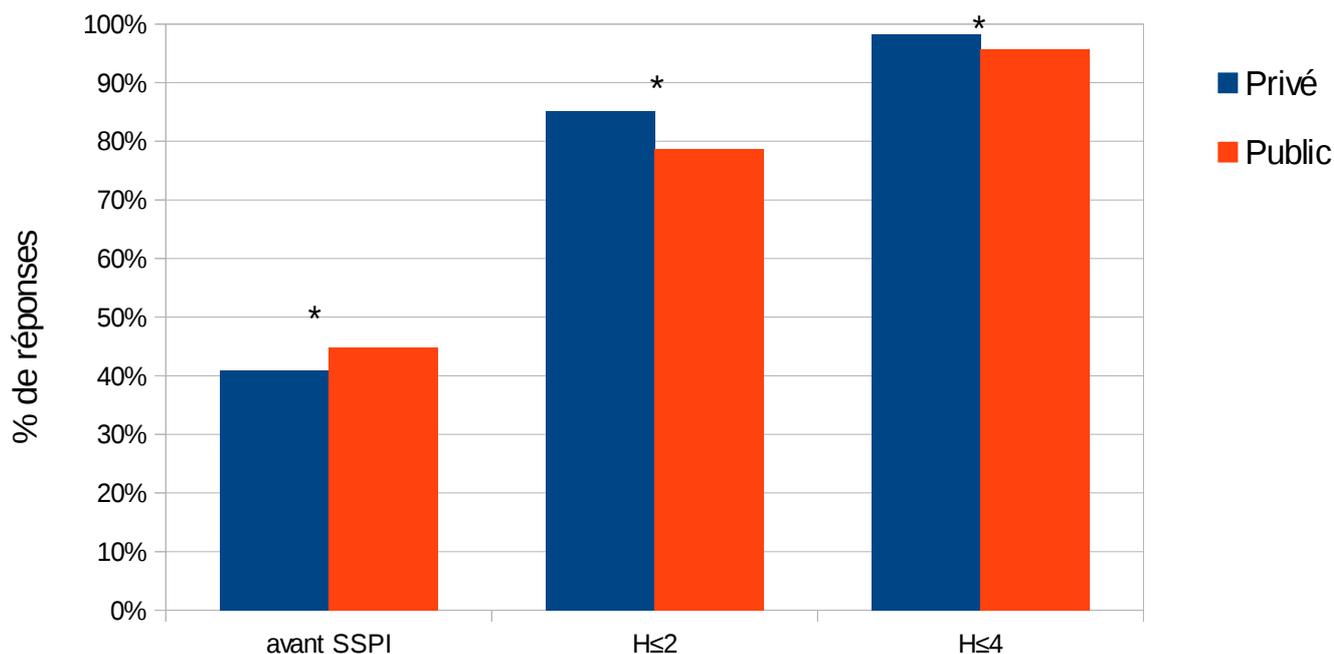


Figure 11.

Comparatif des délais de reprises des boissons ou de l'alimentation chez l'enfant et l'adulte après ablation du masque laryngé à différents seuils temporels

* $p < 0,001$

Protocolisation du jeûne postopératoire

Parmi les répondants, 87% n'ont pas de protocole institutionnel pour prescrire la durée du jeûne postopératoire. La gestion du jeûne postopératoire est moins souvent réglementée en secteur public qu'en secteur privé avec une absence de protocole de service dans respectivement 91,2% (448) des cas et 79,7 % (188) des cas ($p < 0,001$).

Etat des connaissances des recommandations

Françaises

La question 11 du questionnaire (*annexe 1*) concernait la connaissance d'une éventuelle recommandation française sur la durée du jeûne postopératoire après une anesthésie générale.

Cette recommandation n'existe pas. Le seul document qui s'en approche est le texte de recommandations SFAR/SFNEP de 2012 (5) mais qui ne donne aucune durée minimale, se limitant à encourager la rupture du jeûne postopératoire dans les 24 premières heures postopératoires.

Dans cette étude, 79,2 % (187) des anesthésistes du privé contre 78,6 % (386) du secteur public ont répondu que ces recommandations n'existaient pas. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

Européennes

La question 12 du questionnaire (*annexe 1*) concernait quant à elle la connaissance d'une éventuelle recommandation européenne sur la durée du jeûne postopératoire après une anesthésie générale. Il existe une recommandation de l'ESA (7) datant de 2011 portant sur le jeûne pré et postopératoire mais précisant seulement que le délai du jeûne postopératoire doit être fonction du souhait du patient, sans préciser de délai minimum.

Dans l'enquête 81,8 % (193) des anesthésistes du secteur privé et 78,8 % (387) du secteur public ont répondu que ces recommandations n'existaient pas. Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

Discussion

Au travers des 754 questionnaires remplis, cette évaluation des pratiques professionnelles permet de souligner plusieurs points concernant la durée du jeûne postopératoire après une anesthésie générale :

La reprise des boissons est globalement plus rapide que celle de l'alimentation, quelque soit le mode de gestion des voies aériennes et quelque soit l'âge du patient.

Le jeûne postopératoire pour les boissons après extubation chez l'adulte dure en grande majorité moins de deux heures (71,8% des répondeurs). La reprise de l'alimentation dans les mêmes conditions est plus dispersée, de la sortie de SSPI à H+6. En cas de troubles de la déglutition postopératoire, les conséquences d'une fausse-route lors de la prise de liquide non particulière sont moins importantes que l'inhalation d'un corps étranger comme un aliment solide. Ceci pourrait expliquer la reprise des solides parfois décalée dans le temps par certains répondeurs. Par ailleurs, la reprise précoce des boissons pourrait améliorer le confort des patients qui se plaignent souvent d'une sensation de soif intense.

Le jeûne est globalement plus court chez l'enfant que chez l'adulte.

Chez l'enfant après extubation, la reprise des boissons et de l'alimentation est notablement plus précoce que chez l'adulte. Après ablation d'un masque laryngé le constat est le même sauf pour les boissons au seuil H+2 qui s'avère non significatif entre l'enfant et l'adulte.

On peut avancer plusieurs raisons à un jeûne postopératoire très souvent plus courts chez les enfants.

Premièrement la crainte de l'hypoglycémie, notamment chez le nourrisson et le nouveau-né, encourage à ne pas maintenir un jeûne prolongé. Le nouveau-né et le nourrisson sont exposés aux risques d'hypoglycémie et de déshydratation, avec pour corollaire négatif en péri-opératoire l'hypovolémie et ce d'autant plus rapidement que la mise en place d'une voie veineuse périphérique dans cette population est souvent techniquement difficile, et les déperfusion sont fréquentes. Deuxièmement, une étude a montré que les enfants à qui on laisse le choix de boire ou non en postopératoire avaient moins de NVPO que les autres (13). Ceci est corrélé par une seconde étude publiée sous la forme de résumé qui a montré que laisser les enfants manger en postopératoire d'une chirurgie mineure augmentait leur confort (14). Cette constatation encourage certainement à raccourcir le jeûne postopératoire chez l'enfant.

Le jeûne est plus court après ablation d'un masque laryngé qu'après extubation.

Après ablation du masque laryngé, 43,3 % des réponders autorisent la reprise des boissons au plus tard en sortie de SSPI tous patients confondus contre 29,9 % dans le cas de patients extubés.

Ce délai plus court pour les patients ayant eu un masque laryngé, est probablement dû au fait de la non utilisation de curares avec ces dispositifs qui sont de plus fréquemment associées à des interventions courtes.

Par ailleurs, le caractère plus invasif de la sonde d'intubation pourrait favoriser des troubles de la déglutition. Les conséquences de ces troubles en unités de réanimation sont bien connues : elles incluent des risques d'inhalation et de pneumopathie d'inhalation, l'augmentation de la durée du séjour et une hausse de la mortalité (17). Leur incidence dépend de la durée de ventilation mécanique et peut atteindre 84 % en réanimation (18). D'autres auteurs rapportent une incidence de 56 % avec une incidence clinique pour 25 % des patients (19).

Dans le contexte post-anesthésique les données sont malheureusement absentes. Une étude a montré cependant que la récupération des réflexes de déglutition chez des patients non intubés après une sédation intraveineuse au propofol seul pour coloscopie était complète en 24 minutes seulement (20).

Cette étude est difficilement extrapolable à une anesthésie multimodale utilisant des anesthésiques halogénés, des curares, des morphiniques et du propofol et avec un dispositif de contrôle des voies aériennes. Aucune étude à ce jour n'a comparé l'incidence des troubles de la déglutition en fonction des délais de jeûne postopératoire.

Le secteur d'exercice semble avoir une influence sur les durées de jeûne postopératoire. Les praticiens du secteur privé prescrivent plus de délais inférieurs ou égaux à deux ou quatre heures après extubation que leurs confrères du public. Après ablation d'un masque laryngé le constat est le même pour les délais inférieurs ou égaux à deux ou quatre heures, mais lorsque qu'on considère un seuil " avant ou après la sortie de SSPI ", c'est alors le secteur public qui prescrit les délais les plus courts.

Le taux de protocolisation du jeûne postopératoire semble très faible en France : au total seulement 13 % des réponders possèdent un protocole institutionnel. La gestion du jeûne postopératoire est donc globalement laissée à la discrétion de l'anesthésiste.

Néanmoins, la faible différence retrouvée selon le secteur d'activité pourrait être en rapport avec une gestion standardisée un peu plus fréquente dans le secteur privé. En effet, 20,3 % des anesthésistes réanimateurs du secteur privé affirment avoir un protocole institutionnel au sujet du jeûne postopératoire contre 8,8 % des réponders du secteur public ($p < 0,001$).

Les rares recommandations existantes sont méconnues : cette enquête montre que près de 79,7 % des anesthésistes ignorent qu'il existe des recommandations -certes minimalistes- au niveau européen sur la question du jeûne postopératoire. Même si elles ne donnent pas de délais minimal à observer, les recommandations françaises (1) ont le mérite de fixer un délai maximal à 24 heures, mais pour limiter le risque de dénutrition. Les recommandations anglo-saxonnes (6) et européennes (7) quant à elles, demandent de prendre en compte le souhait du patient sans plus de précision. La recommandation de l'ESA (7) se base malheureusement quasi-exclusivement sur des études réalisées chez des parturientes.

Si l'intention de réhabilitation précoce et de démedicalisation chez ces patientes est louable, baser des recommandations sur le jeûne postopératoire sur des données dans ce contexte est contestable. Il s'agit d'un moment heureux et émotionnellement fort, peu propice à des évaluations objectives.

Si une rupture précoce du jeûne postopératoire permet probablement d'améliorer le confort des patients, elle ne doit pas entraîner un sur-risque de NVPO. Les NVPO sont en effet considérés par les patients comme l'événement le plus déplaisant de leur intervention (19). Les facteurs de risque liés au patient sont bien connus et rassemblés dans le score d'Apfel. A ceux-ci s'ajoutent des facteurs de risque liés aux médicaments de l'anesthésie, mais aussi ceux liés au type de chirurgie (20). La prévention des NVPO est basée sur l'association du dropéridol, de la dexaméthasone et de l'ondansetron guidée par le score d'Apfel.

Les principaux risques des NVPO sont de compromettre le résultat de la chirurgie et prolonger le séjour en SSPI. Des complications graves, comme la déhiscence de sutures, la rupture de l'œsophage (syndrome de Boerhaave) et la pneumopathie d'inhalation sont rapportées mais demeurent exceptionnelles. Aucune étude à ce jour n'a comparé l'incidence des NVPO en fonction des délais de jeûne postopératoire.

Cette étude comporte des limites. Premièrement, une limite inhérente à ce type d'étude est son caractère déclaratif et volontaire. Il est probable qu'un biais de sélection des réponders existe, les anesthésistes réanimateurs les plus impliqués dans la réhabilitation postopératoire et donc autorisant un jeûne postopératoire plus court étant probablement plus enclins à le déclarer que les autres. De plus le caractère " en ligne " de ce questionnaire sélectionne de fait les praticiens ayant accès à internet. Il fallait de plus être inscrit à la mailing-list de la SFAR pour recevoir l'enquête, ce qui sélectionne probablement les anesthésistes réanimateurs qui suivent une formation médicale continue.

Deuxièmement, l'âge des réponders n'a pas été demandé. Il est possible que l'expérience modifie les délais de jeûne. Le médecin qui a du faire face à un décès à la suite d'une inhalation postopératoire pourrait avoir tendance à augmenter une marge de sécurité et préférer un jeûne postopératoire prolongé.

A l'inverse, celui qui n' a pas vécu cette complication rare et qui, au contraire, retient la satisfaction des patients qui se réhydratent précocement aurait tendance à conserver des durées de jeûne postopératoires plus courtes.

Troisièmement, chacune des questions de l'enquête relative au jeûne comportait un item intitulé " autre ", difficile d'interprétation. Les répondeurs qui l'ont sélectionné ont pu vouloir prescrire un jeûne selon le souhait du patient ou supérieur à huit heures sans que cette distinction puisse être analysée. Néanmoins, si la durée de jeûne est fonction du simple souhait du patient, il n'y a donc pas de limite minimale de temps et il est probable que ces anesthésistes aient plutôt autorisé leurs patients à reprendre les boissons et l'alimentation dès la SSPI ou à la sortie de SSPI en cochant les réponses correspondantes.

Cette étude permet d'affirmer que le protocole en vigueur au CHU de Poitiers est plus strict que la majorité des pratiques des anesthésistes-réanimateurs français. En effet les durées de jeûne postopératoire recueillies par ce questionnaire vont rarement au delà de quatre heures, et ce quelque soit le mode de gestion per-opératoire des voies aériennes.

Conclusion

Cette enquête nationale montre que les délais de reprise des boissons et de l'alimentation sont plus courts chez l'enfant que chez l'adulte, et que les boissons sont reprises avant l'alimentation.

Les durées de jeûne postopératoire dépendent du mode de gestion des voies aériennes et de l'âge du patient.

Le secteur d'exercice des praticiens semble aussi jouer un rôle en faveur de délais plus courts dans le secteur privé. Avec une reprise des boissons fréquemment autorisée en sortie de SSPI ou à H+2 par une majorité des répondeurs, les délais de jeûne postopératoire habituellement prescrits au CHU de Poitiers sont beaucoup plus stricts.

Il reste maintenant à déterminer par des études prospectives randomisées la durée minimale du jeûne postopératoire pour un meilleur compromis entre la sécurité des patients et leur confort.

Références

- (1) Société française d'Anesthésie et de Réanimation. Règles du jeûne préopératoire. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007. Conférences d'actualisation, p. 013-026.
- (2) Soreide E, Eriksson LI, Hirlekar G, *et al.* Preoperative fasting guidelines: an update. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49:1041-7
- (3) Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into lungs during obstetric anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1946;52:191-205
- (4) Sakai T, Planinsic RM, Quinlan JJ, *et al.* The incidence and outcome of perioperative pulmonary aspiration in a university hospital: a 4-year retrospective analysis. *Anesth Analg* 2006;103 :941-7
- (5) Chambrier C, Sztark F. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. SFAR/SFNEP 2012
- (6) Westby M, Bullock I, Gray W, Lardner-Browne C, Rashid R. Perioperative fasting in adults and children. Royal College of Nursing 2005
- (7) Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Soreide E *et al.* Perioperative fasting in adults and children : guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28:556-69
- (8) Mulayim B, Celik NY, Kaya S, Yanik FF. Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101:273-6
- (9) Teoh WH, Shah MK, Mah CL. A Randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-Caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Med J* 2007;48:808-11

- (10) Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003516
- (11) Orji EO, Olabode TO, Kuti O, Ogunniyi SO. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22:65-71
- (12) Jouffroy R, Corda B, Agostini-Maintenant MM, Kavafyan-Lasserre J, Peuch C, Mantz J. Réveil de l'anesthésie générale. *Congrès national d'anesthésie et de réanimation* 2007. *Les Essentiels*, p. 391-399
- (13) Tabaee A, Lin JW, Dupiton V, Jones JE. The role of oral fluid intake following adeno-tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70:1159-64
- (14) Lacroix S, Tirel O, Fermin-Neau AC, Wodey E, Ecoffey C. Evaluation de la réalimentation postopératoire précoce en chirurgie pédiatrique ambulatoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;24:1132-3
- (15) Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A *et al.* Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Crit Care* 2011;15:R231
- (16) Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M. ICU-acquired swallowing disorders. *Crit Care Med* 2013;41: 2396-405
- (17) Ajemian MS, Nirmul GB, Anderson MT, Zirlen DM, Kwasnik EM. Routine fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing following prolonged intubation: implications for management. *Arch Surg* 2001;136:1771-80
- (18) Rimaniol JM, Duvaldestin P. Recovery of the swallowing reflex after propofol anesthesia. *Anesth Analg* 1994;79:856-9
- (19) Gan TJ, Sloan F, Dear G, El-Moalem H, Lubarsky A. How much are patients willing to pay to avoid postoperative nausea and vomiting? *Anesth Analg* 2001;92:393-400

(20) Stadler M, Bardiau F, Seidel L, Albert A, Boogaerts JG. Difference in risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology* 2003;98:46-52

Glossaire

ASA : American Society of Anesthesiologists

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ESA : European Society of Anesthesiology

NVPO : Nausées et Vomissements PostOpératoires

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

RCN : Royal College of Nursing

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFNEP : Société francophone de nutrition clinique et métabolisme

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Annexes

Annexe 1

Enquête sur le jeûne postopératoire lié à l'anesthésie générale

Bonjour, ce questionnaire anonyme est destiné aux anesthésistes-réanimateurs et internes du DES.

Moins de 2 minutes suffisent pour y répondre.

Il concerne la durée du jeûne postopératoire des patients ASA 1 à ASA 3, candidats à une chirurgie programmée, en dehors de toute complication chirurgicale et de difficulté de gestion des voies aériennes supérieures, et exclusion faite de la chirurgie viscérale avec sutures digestives, de la chirurgie ORL et cervicale.

*Obligatoire

1- Quel est votre statut? *

Senior

Interne

2- Quel est votre lieu principal d'exercice ? *

Centre hospitalier universitaire

Centre hospitalier non universitaire

Etablissement privé

autre

3- Après une anesthésie générale avec intubation trachéale, vous autorisez la reprise des boissons chez l'adulte: *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après extubation

4H après extubation

6H après extubation

8H après extubation

Autre

4- Pour un enfant dans les mêmes conditions : *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après extubation

4H après extubation

6H après extubation

8H après extubation

Autre

5- Après une anesthésie générale avec intubation trachéale, vous autorisez la reprise d'une alimentation légère chez l'adulte: *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après extubation

4H après extubation

6H après extubation

8H après extubation

Autre

6- Pour un enfant dans les mêmes conditions : *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après extubation

4H après extubation

6H après extubation

8H après extubation

Autre

7- Après une anesthésie générale avec masque laryngé, vous autorisez la reprise des boissons chez l'adulte: *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après ablation du masque laryngé

4H après ablation du masque laryngé

6H après ablation du masque laryngé

8H après ablation du masque laryngé

Autre

8- Pour un enfant dans les mêmes conditions : *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après ablation du masque laryngé

4H après ablation du masque laryngé

6H après ablation du masque laryngé

8H après ablation du masque laryngé

Autre

9- Après une anesthésie générale avec masque laryngé, vous autorisez la reprise d'une alimentation légère chez l'adulte: *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après ablation du masque laryngé

4H après ablation du masque laryngé

6H après ablation du masque laryngé

8H après ablation du masque laryngé

Autre

10- Pour un enfant dans les mêmes conditions : *

Pendant le séjour en SSPI

Dès la sortie de SSPI

2H après ablation du masque laryngé

4H après ablation du masque laryngé

6H après ablation du masque laryngé

8H après ablation du masque laryngé

Autre

11- Selon vous, y a-t-il des recommandations françaises sur la durée du jeûne postopératoire lié à l'anesthésie générale? *

Oui

Non

12- Selon vous, y a-t-il des recommandations européennes sur la durée du jeûne postopératoire lié à l'anesthésie générale? *

Oui

Non

13- Existe-il un protocole institutionnel de reprise de l'alimentation et/ou des boissons en postopératoire après une anesthésie générale dans votre établissement ? *

Oui

Non

Résumé

Introduction: Le jeûne postopératoire serait source d'inconfort pour le patient mais diminuerait le risque d'inhalation ou de vomissements précoces. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les durées de jeûne postopératoire imposées par les anesthésistes français chez l'adulte et l'enfant après une anesthésie générale, et de comparer ces durées selon le secteur d'exercice.

Matériel et méthodes : Un questionnaire a été envoyé aux anesthésistes inscrits sur la mailing-list de la SFAR. Celui-ci comportait des questions relatives à la durée du jeûne postopératoire selon le mode de contrôle des voies aériennes, chez des patients adultes et enfants ASA 1 à 3, candidats à une chirurgie programmée, en dehors de toute complication chirurgicale et de difficulté d'intubation. La chirurgie viscérale avec sutures digestives, la chirurgie ORL et cervicale n'étaient pas concernées.

Résultats et Discussion : 754 réponses ont été recueillies, provenant de 689 (91,4%) médecins seniors et de 65 internes (8,62%). 491 (65,1%) exerçaient dans le secteur publique et 236 (31,3%) dans le secteur privé.

La reprise des boissons et de l'alimentation était plus précoce chez les enfants que les adultes ($p < 0,001$).

La reprise des boissons était plus précoce que celle de l'alimentation et les patients ayant bénéficié d'un masque laryngé buvaient ou mangeaient plus tôt que ceux intubés ($p < 0,001$).

Le jeûne postopératoire aux solides et aux liquides est plus court dans le secteur privé que dans le secteur public quelque soit le mode de gestion des voies aériennes à H+2 et H+4.

Près de 80 % des réponders ignorent l'existence de recommandations sur le jeûne postopératoire.

Le jeûne postopératoire est une pratique qui fait l'objet d'un protocole chez 13 % des réponders.

Conclusion : Les durées de jeûne postopératoire imposées après une anesthésie générale dépendent de l'âge et du mode gestion des voies aériennes. Le protocole en vigueur au CHU de Poitiers apparaît plus strict que les pratiques nationales.

Mots-clés : jeûne postopératoire, durée, secteur d'exercice.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Résumé

Introduction: Le jeûne postopératoire serait source d'inconfort pour le patient mais diminuerait le risque d'inhalation ou de vomissements précoces. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les durées de jeûne postopératoire imposées par les anesthésistes français chez l'adulte et l'enfant après une anesthésie générale, et de comparer ces durées selon le secteur d'exercice.

Matériel et méthodes : Un questionnaire a été envoyé aux anesthésistes inscrits sur la mailing-list de la SFAR. Celui-ci comportait des questions relatives à la durée du jeûne postopératoire selon le mode de contrôle des voies aériennes, chez des patients adultes et enfants ASA 1 à 3, candidats à une chirurgie programmée, en dehors de toute complication chirurgicale et de difficulté d'intubation. La chirurgie viscérale avec sutures digestives, la chirurgie ORL et cervicale n'étaient pas concernées.

Résultats et Discussion : 754 réponses ont été recueillies, provenant de 689 (91,4%) médecins seniors et de 65 internes (8,62%). 491 (65,1%) exerçaient dans le secteur publique et 236 (31,3%) dans le secteur privé.

La reprise des boissons et de l'alimentation était plus précoce chez les enfants que les adultes ($p < 0,001$).

La reprise des boissons était plus précoce que celle de l'alimentation et les patients ayant bénéficié d'un masque laryngé buvaient ou mangeaient plus tôt que ceux intubés ($p < 0,001$).

Le jeûne postopératoire aux solides et aux liquides est plus court dans le secteur privé que dans le secteur public quelque soit le mode de gestion des voies aériennes à H+2 et H+4.

Près de 80 % des réponders ignorent l'existence de recommandations sur le jeûne postopératoire.

Le jeûne postopératoire est une pratique qui fait l'objet d'un protocole chez 13 % des réponders.

Conclusion : Les durées de jeûne postopératoire imposées après une anesthésie générale dépendent de l'âge et du mode gestion des voies aériennes. Le protocole en vigueur au CHU de Poitiers apparaît plus strict que les pratiques nationales.

Mots-clés : jeûne postopératoire, durée, secteur d'exercice.