

LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DE LA VOIE ANTÉRIEURE STRICTE (DITE « MINI INVASIVE »)

DR BENOIT COURSIMAULT
CLINIQUE SAINTE ODILE
HAGUENAU (BAS-RHIN)

Message téléphonique du Dr J. VILLEMINOT



Dr J. VILLEMINOT
Chirurgie orthopédique
Clinique Ste Odile Haguenau
(Cliquez sur l'image)

Si vous ne pouvez entendre le message sonore,
il vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC

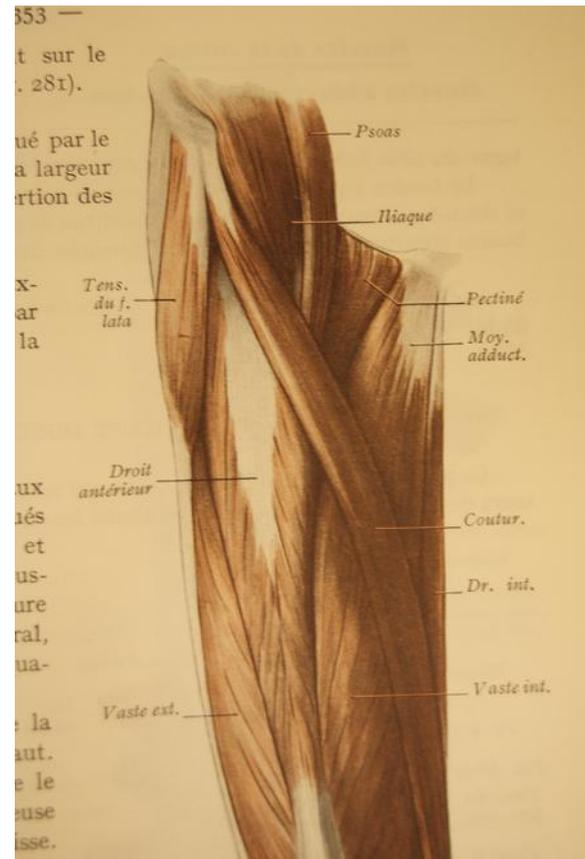
POURQUOI JE SUIS PASSÉ À LA
VOIE ANTÉRIEURE STRICTE DANS
LA MISE EN PLACE DES PTH ?

LA HANCHE EST UNE ARTICULATION PROFONDE

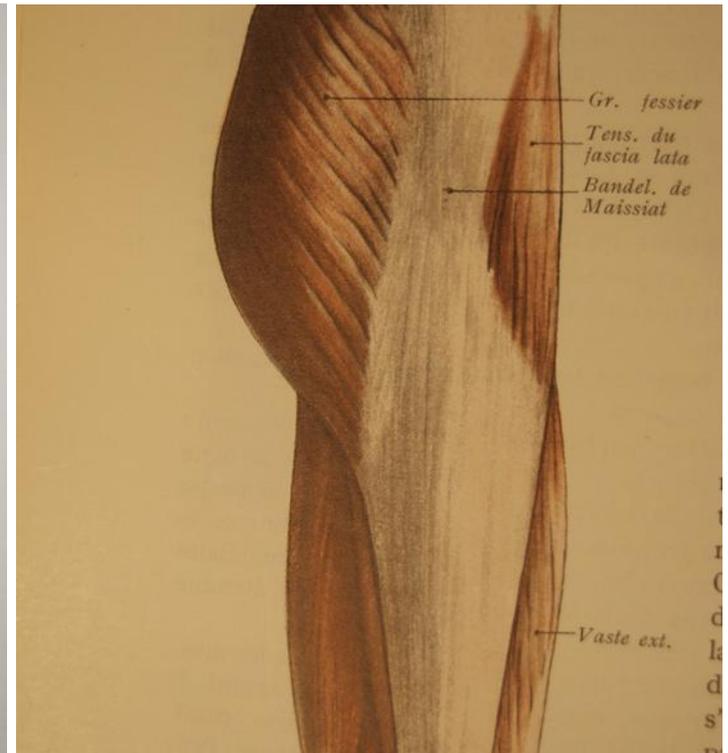
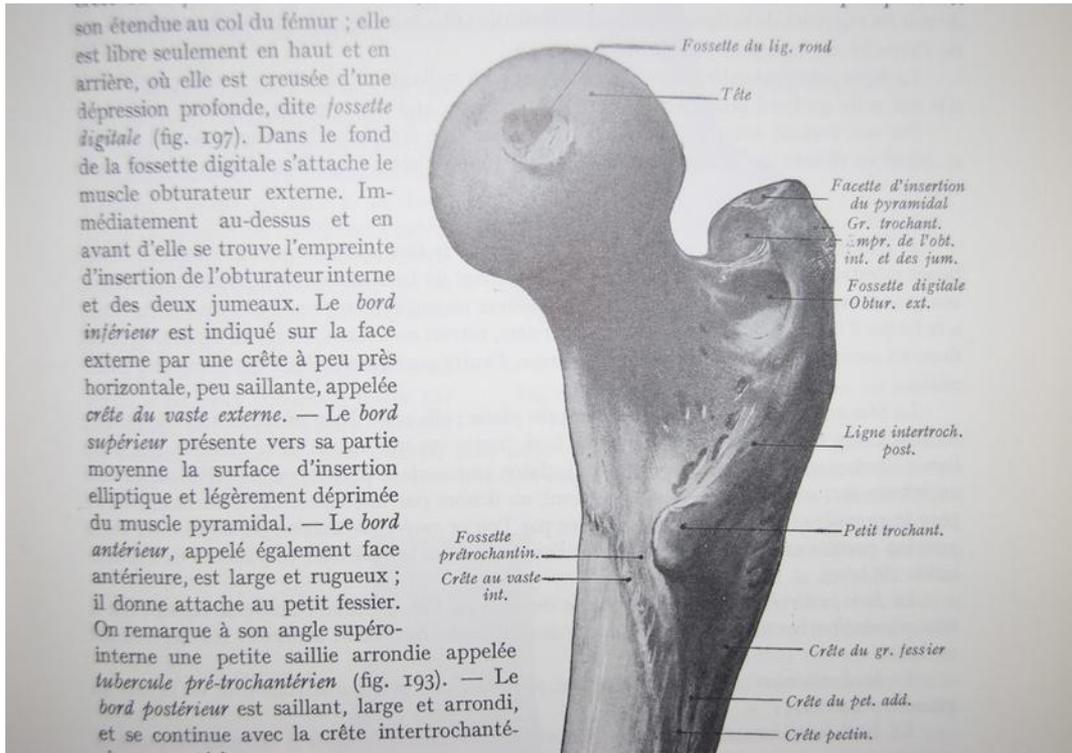
- POUR METTRE EN PLACE UNE PTH ,IL Y A DEUX OPÉRATIONS
- LA VOIE D'ABORD
- LE CHOIX ET LE POSITIONNEMENT DE L'IMPLANT

RETOUR AUX SOURCES : D'APRES ROUVIÈRE

- RAPPEL ANATOMIQUE
- LES FIBRES DU DROIT ANTERIEUR:BLANC, ROUGE,LE JAUNE EST MASQUÉ



LE ROUVIÈRE, SUITE



MISE DU PATIENT SUR LA TABLE ORTHOPÉDIQUE

- REVOIR L'ANATOMIE DE LA HANCHE
- LE TENSEUR DU FASCIA LATA EST OBLIQUE VERS LE BAS ET LA FACE EXTERNE DE LA CUISSE
- LA PALPATION DE L'INTERVAL ENTRE TENSEUR ET DROIT ANTÉRIEUR EST POSSIBLE SUR LE SUJET MAIGRE

DIFFICULTÉS LIÉES À LA VOIE D'ABORD ANTÉRIEURE STRICTE (SUR TABLE ORTHOPÉDIQUE)

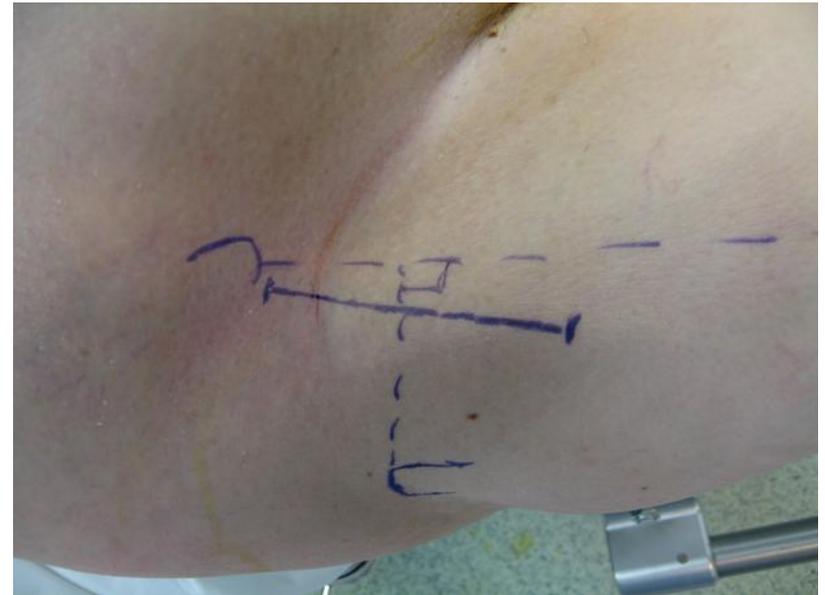
- EXPOSITION LIMITÉE
- COURBE D'APPRENTISSAGE
- RISQUE D'INÉGALITÉ DE LONGUEUR (?)

INÉGALITÉ DE LONGUEUR ACCEPTABLE

- DANS MON EXPÉRIENCE ,QUELLE QUE SOIT LA VOIE D'ABORD , JUSQU'À ENVIRON 0,8 CM, LE PATIENT NE RESSENT À TERME AUCUNE DIFFÉRENCE
- IL SEMBLE QUE L'HABITUATION SE PRODUIT PLUS RAPIDEMENT EN CAS DE RACOURCISSEMENT QUE DE RALLONGEMENT

TRACÉ DE L'INCISION

- REPERAGE DE L'ÉPINE ILIAQUE
- COMMENCER L'INCISION UN PEU EN DEHORS
- LONGUEUR VARIABLE SELON LA CORPULENCE, MAIS ATTENTION AU FÉMORO-CUTANÉ



FACTEURS INFLUENÇANTS LA
LONGUEUR RESTITUÉE PAR LE
COMPOSANT FÉMORAL

2 (OU 3) ÉLÉMENTS

- 1 LE DEGRÉ D'*ENFONCEMENT* DE LA TIGE
- 2 LA *LONGUEUR* DU COL PROTHÉTIQUE
- (3 LA *LATÉRALISATION*)

L'ENFONCEMENT DE LA TIGE DANS LA DIAPHYSE

- CIMENTÉ OU NON CIMENTÉ? COMMENT CHOISIR ? SUR QUELS CRITÈRES ?

COMMENT CHOISIR LA TIGE ?



- L'UTILISATION SYSTÉMATIQUE DE L'AMPLI DE BRILLANCE

L'IMPÉRATIF

- LA CONGRUENCE DOIT ÊTRE LA PLUS STRICTE POSSIBLE ENTRE OS ET IMPLANT



BOURNEUNE STABILITÉ INITIALE PARFAITE

RETOUR SUR L'EXPOSITION DE L'ARTICULATION

- EXCISION CAPSULAIRE *TRÈS* PARTIELLE ,
- TRIANGULAIRE
- *CONSERVANT* LE FAISCEAU ILIO-FÉMORAL,
- MÉNAGEANT UNE OUVERTURE PERMETTANT L'EXTRACTION DE LA TÊTE SOUS UNE FORME *FRACTIONNÉE*
- AVEC CONSERVATION DE LA PARTIE INTERNE ET POSTÉRIEURE DE LA CAPSULE DONT L'EXTENSIBILITÉ ET DONC LES POSSIBILITÉS D'ALLONGEMENT SONT FAIBLES

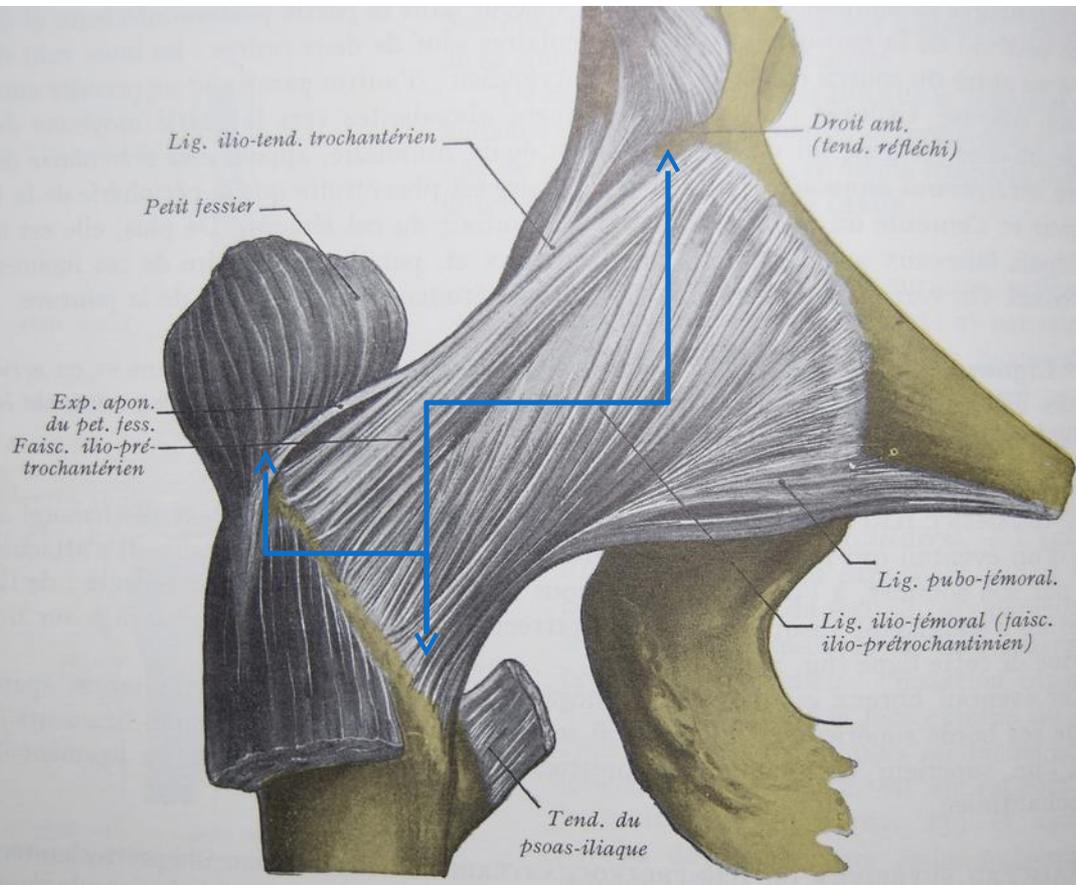


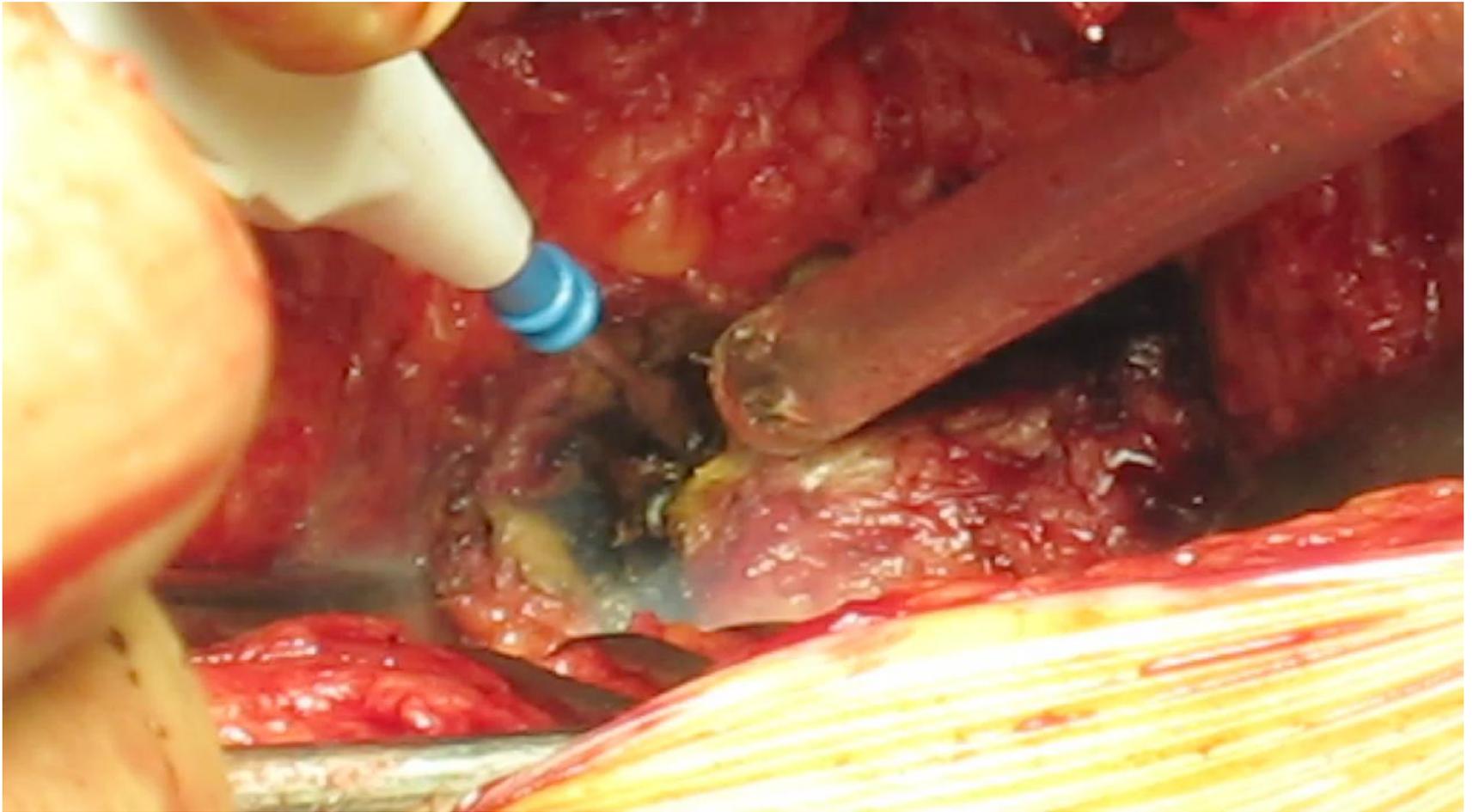
Fig. 241. — Articulation coxo-fémorale, vue antérieure. Ligament ilio-fémoral.

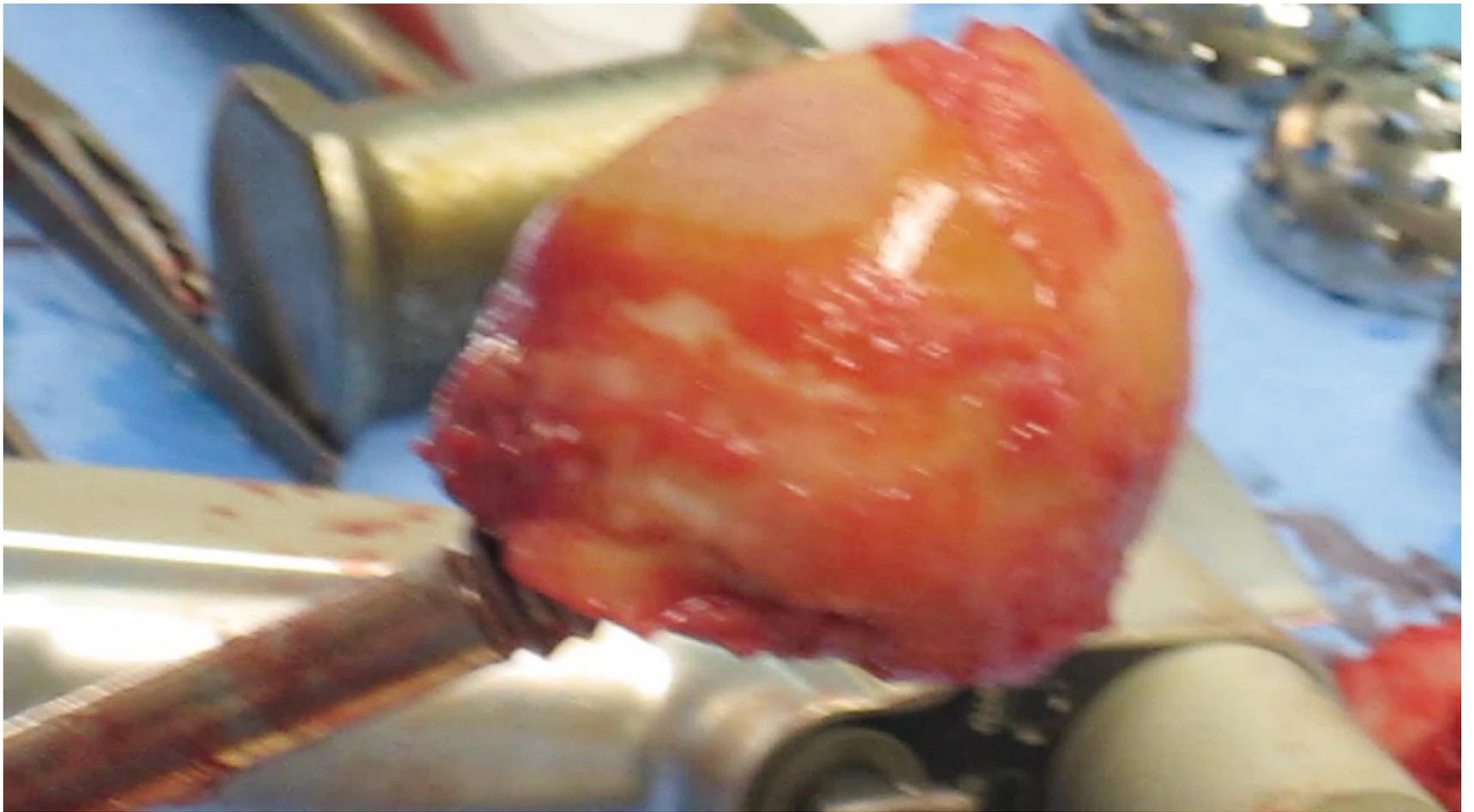
CE QUE L'ON RECHERCHE

- QUELQUECHOSE D'ASSEZ VOISIN DE CELA :



EXPOSITION MINIMALE





LA CAPSULE RESTANTE

- UN GUIDE FIABLE AVEC L'APPRENTISSAGE
- PEU INFLUENCÉ PAR LE RELACHEMENT
- (LA LATÉRALISATION NE MODIFIE QU'À LA MARGE LES DONNÉES DU PROBLÈME)

L'UTILISATION DE L'AMPLI DE BRILLANCE

- QUAND EST-IL UTILE : AU *COURS* DE LA PROCÉDURE ?, EN *SALLE DE RÉVEIL*?, APRÈS LA *SORTIE DU PATIENT*?
- APRÈS TOUT, FAUT-IL FAIRE DES RADIOS DE CONTRÔLE?

LES AVANTAGES DÉCISIFS DE LA VOIE ANTÉRIEURE *STRICTE*

- LE MOYEN FESSIER N'EST PAS CONCERNÉ PAR LA VOIE D'ABORD
- LE TENSEUR DU FASCIA LATA CONSERVE SON INNERVATION
- LA CAPSULE ET TOUS SES CAPTEURS PROPRIOCEPTIFS SONT CONSERVÉS
- LE RISQUE DE LUXATION EST NUL EN FLEXION

UNE FOIS QU'ON L'A ESSAYÉE, ON N'EN REVIENT PAS !

- HOSPITALISATION TRÈS COURTE (48H ,VOIRE MOINS ,LE PLUS SOUVENT)
- QUASIMENT PAS DE KINÉ
- LUXATION INEXISTANTE (ÉVITER L'EXTENSION ET LA ROTATION EXTERNE COMBINÉES PENDANT UN MOIS)
- CROISER LES DEUX MEMBRES INFÉRIEURS ? MAIS BIEN SÛR!
- S'ACCROUPIR : C'EST RECOMMANDÉ , LA CAPSULE EST LÀ...
- DOCTEUR , C'ÉTAIT BIEN LA MÊME OPÉRATION?

Chirurgie ambulatoire dans la pathologie du membre supérieur



Dr Joseph ARNDT

Clinique Sainte-Odile - 67500 HAGUENAU

Définition

◆ CHIRURGIE AMBULATOIRE :

Chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la **sécurité** d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, **sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Définition

◆ Concept organisationnel qui repose sur un trépied :

◆ 1 structure

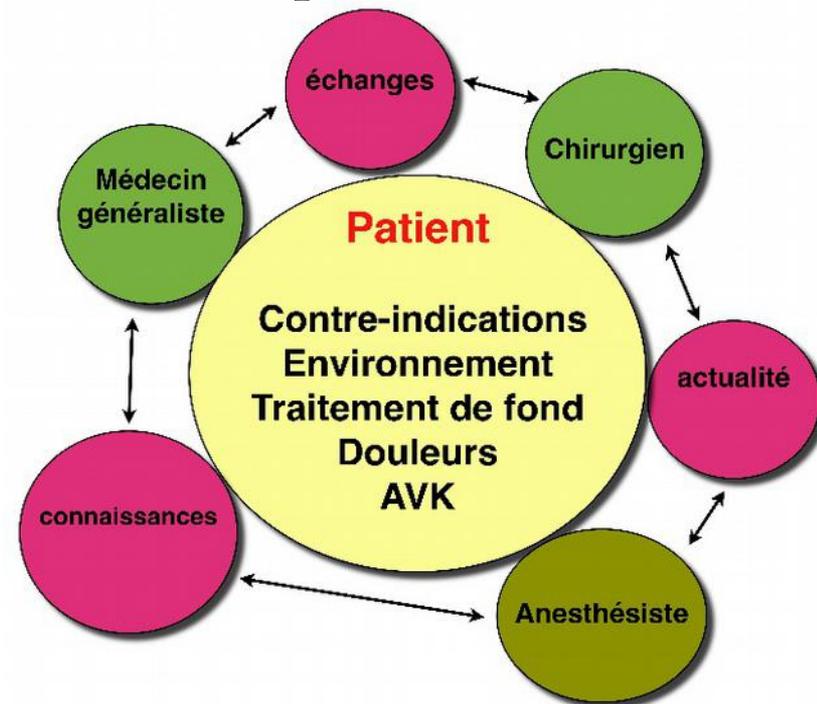
◆ 1 patient

◆ 1 acte technique

◆ Qualité et sécurité des soins

◆ Chirurgie de qualité

◆ Dans l'aire du temps



Pourquoi ?

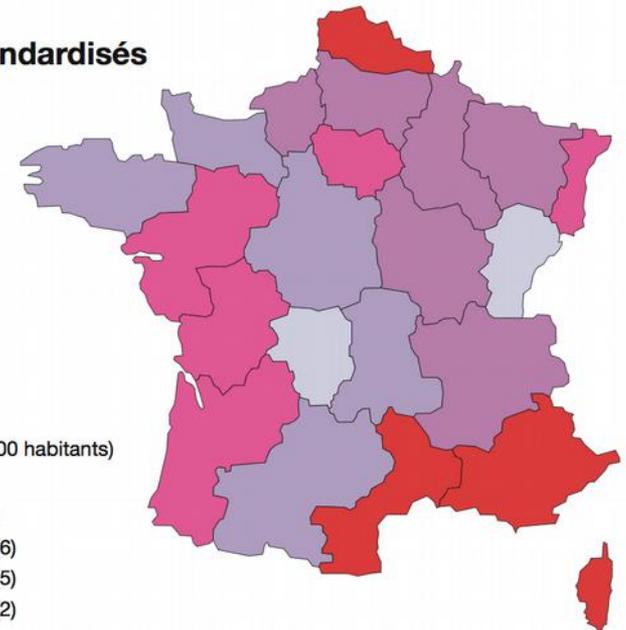
- France en retard dans la chirurgie ambulatoire
 - France 36 %
 - Europe du Nord > 50 %
- Disparité inter-régions

Carte 4

Taux standardisés

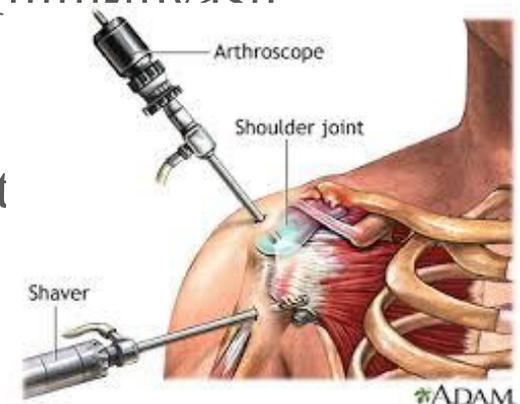
Taux (pour 1 000 habitants)

- 33 - 36 (4)
- 30,7 - 33 (5)
- 28,9 - 30,7 (6)
- 26,1 - 28,9 (5)
- 24,1 - 26,1 (2)



Pourquoi ?

- ◆ Infiltration Naropéine per-op :
 - ◆ résultats post-opératoire confortables
- ◆ Patient : « Je peux rentrer ? Je ne ferai rien de plus ici... »
- ◆ Améliorations : techniques, arthroscopie, mini-invasif anesthésiques,...
- ◆ Patients demandeurs, amélioration confort
- ◆ Publications de coiffes sous AL pure
- ◆ Raisons économiques (HAS)



Pour qui ?

- ◆ Chirurgie de l'épaule :
 - ◆ Réparation de la coiffe des rotateurs
 - ◆ Chirurgie de l'instabilité
 - ◆ Prothèses d'épaule
- ◆ Chirurgie du coude :
 - ◆ Neurolyse du nerf ulnaire, épicondylite
 - ◆ Arthroscopie du coude



Comment ?

- Maîtrise des suites opératoires :

- douleur post-op
- nausées-vomissements post-op
- état général

**Collaboration
chirurgiens-anesthésistes**

- Maîtrise des complications post-opératoires

**Gestes techniques maîtrisés
Grande attention au patient**

Comment ?

- Maîtrise des suites opératoires :

- douleur post-op
- nausées-vomissements post-op
- état général

Protocole d'anesthésie

Pré-opératoire

Per-opératoire

Post-opératoire

- Maîtrise des complications post-opératoires

Gestes techniques maîtrisés

Grande attention au patient

Comment ?

- Maîtrise des suites opératoires :

- douleur post-op
- nausées-vomissements post-op
- état général

Protocole d'anesthésie

Pré-opératoire

Per-opératoire

Post-opératoire

- Maîtrise des complications post-opératoires

Visite pré-opératoire

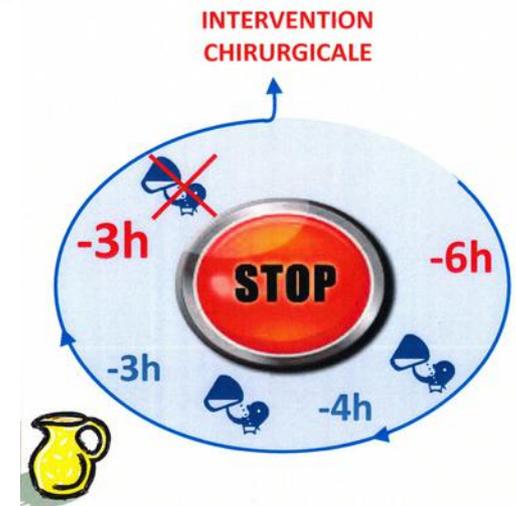
Information

Organisation des soins post-op

En pratique

◆ Pré-opératoire :

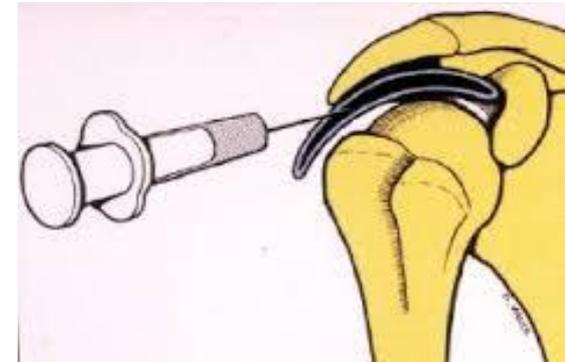
- ◆ Visite et information pré-opératoire
- ◆ Infos pré-op sur site internet
- ◆ Jeûne moderne
- ◆ Pas de Benzodiazépine
- ◆ Neurontin pré-opératoire
- ◆ Corticoïdes à l'induction (12 mg dexaméthasone)



En pratique

◆ Per-opératoire :

- ◆ Anesthésie générale (Sufentanyl)
- ◆ Antalgie multi-modale avant l'incision
(Paracétamol, Kétoprofène +/- Acupan)



◆ Protocole infiltratif :

- ◆ Naropéine 7,5 % : 1 amp 20 ml sous-acromiale après champage
- ◆ Moindre sollicitation tensionnelle
- ◆ Puis 1 amp complémentaire avant retrait des champs



En pratique

- ◆ **Protocole chirurgical adapté :**

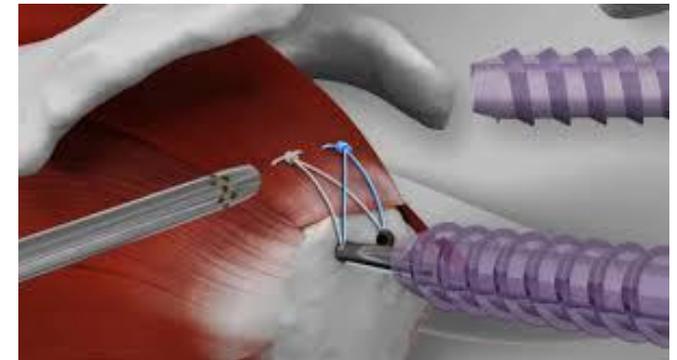
- ◆ Geste chirurgical optimisé :

- ◆ Techniques et matériel

- ◆ Protocole infiltratif +++

- ◆ Attelle coude-au-corps :

Finir l'immobilisation stricte



En pratique

- **Post-opératoire :**

- Antalgie durable :

- Titration morphine < 1 cas / 10
- Rare utilisation de Sévredol



- Glace

- Retrait des perfusions, antalgie per os dès le retour en chambre

- **Retour à une vie normale le + rapidement possible**

En pratique

- **Post-opératoire :**

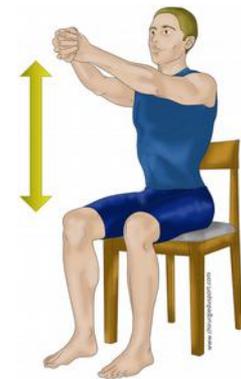
- Allonger le coude le long du corps (désamorçage des douleurs)

- Automobilisation de l'épaule toutes les heures :

- Dédramatisation de l'opération

- Reprise confiance avec le membre opéré

- Patient = acteur, patient est « son meilleur kiné »



En pratique

◆ Post-opératoire :

- ◆ Allonger le coude le long du corps (désambr)
- ◆ Automobilisation de l'épaule toutes les heures
 - ◆ Dédramatisation de l'opération
 - ◆ Reprise confiance avec le membre opéré
 - ◆ Patient = acteur, patient est « son meilleur

Constantes vitales (température, pouls, respiration)	
- Variation inférieure à 20% par rapport au préopératoire	2
- Variation comprise entre 20 et 40%	1
- Variation supérieure à 40%	0
Déambulation	
- Démarche assurée, sans vertige	2
- Marche possible avec assistance	1
- Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	
- Minimales	2
- Modérés	1
- Sévères	0
Douleurs	
- Minimales	2
- Modérés	1
- Sévères	0
Saignement chirurgical	
- Minime	2
- Modéré	1
- Sévère	0

Résultats sur l'ambulatoire

- ◆ Rappel du lendemain de tous les patients en ambulatoire
- ◆ EVA moyenne = 2 à 3 /10
- ◆ Réparation de coiffe : ambulatoire = 80 %
- ◆ > 90 % très satisfaits,
aucun ne regrette l'hospitalisation conventionnelle

« Coaching » chirurgicaux

- ◆ Par quelques questions, cerner les motivations
- ◆ « Délais indicatifs » donnés : durée d'hospitalisation, d'opération, arrêts de travail

Fixer les objectifs de récupération

Ordonnance de médicaments et principes de rééducations donnés avant l'opération

- ◆ AT – MP ne sont pas des maladies

« Coaching » chirurgical

- ◆ Le patient n'est plus un malade mais un usager du système de soins
 - ◆ Pas de pansement à prévoir
 - ◆ Le meilleur kiné c'est soi-même
 - ◆ Ordonnance de 30 séances (rarement renouvelée)
- ◆ Fin des HDJ en SSR systématiques (pour les coiffes)

Facteurs limitant l'ambulatoire

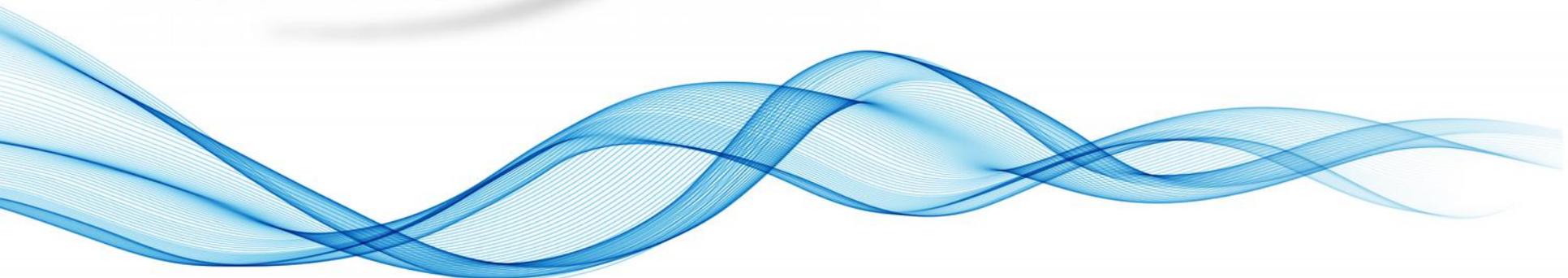
- ◆ Dépendant du patient :
 - ◆ Isolement géographique
 - ◆ Patient seul
 - ◆ Comorbidités sévères

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

LES PROGRÈS DE L'AMBULATOIRE



CULTURE
RRAC[®]
RÉCUPÉRATION RAPIDE
APRÈS CHIRURGIE



Chirurgie Ambulatoire
et
Récupération Rapide Après Chirurgie

14 octobre 2014
FMC HAGUENAU

Dr Jérôme VILLEMINOT
Dr Miguel GASPARD

Concept

- Récupération
 - Retour à la vie quotidienne normale

- Rapide
 - Et surtout meilleure
 - La rapidité est au service d'un meilleur résultat

- Après Chirurgie
 - Tout se prépare avant...
 - Management chirurgical
 - Le patient plus que l'acte



Jusqu'où ?

- Ambulatoire
 - Nous avons démontré que c'était possible
 - Au départ, pas une finalité
 - Et maintenant, c'est une évidence!
 - ... « on est quand même mieux chez soi » ...

- Pour tout le monde et pour toutes les chirurgies
 - LCA : 95%
 - PTG : 50%



La RRAC doit être la prise en charge de référence

Pourquoi ?

- 30% de mortalité en moins à 2 ans, en cas d'utilisation de la RRAC systématique (études sur 1500 PTG et PTH)
- Augmentation de l'intérêt de la RRAC et de l'ambulatoire
 - Proportionnelle à l'âge
 - Exponentielle à partir de 85 ans

Comment continuer à faire sans la RRAC

En Angleterre, incitation financière à la R



Comment ?

- L'information et l'accompagnement du patient
 - Surtout avant l'intervention
 - ⊙ Consultations
 - ✦ Chirurgien
 - ✦ Infirmière
 - ⊙ Documents très détaillés (scénario)
- Prise en charge de la douleur post-opératoire
- Minimiser le traumatisme péri-opératoire
- Retour rapide à domicile

- Il faut réduire l'impact psychologique et physique de l'intervention



L'information



- C'est l'outil essentiel
- Réalisée à la double consultation pré-opératoire
- Tout est préparé avant
 - Documents d'information, consignes post-opératoires, ordonnances, soins post-opératoires, RDV pris...
- Inverser l'ordre classique des choses
 - Le patient est responsabilisé et sera acteur de son intervention et des suites (scenario distribué)
- Ne pas oublier la formation et l'information des équipes de soins et des secrétariats

Travail collectif

- La mise en place de la RRAC passe d'abord par un changement de culture
 - Des acteurs
 - De la structure

- Et la création d'une équipe
 - Centrée sur le couple **chirurgien/anesthésiste**
 - Paramédicaux
 - Secrétariats
 - Administratifs
 - Libéraux
 - ...



L'anesthésie : objectifs

- Optimisation pré-opératoire du patient
- Diminution du stress péri-opératoire
- Traitement novateur de la douleur
- Médecine moins invasive



Optimisation pré-opératoire

- Patient encouragé à arrêter sa consommation
 - Tabagique (minimum 2 semaines)
 - Alcoolique (minimum 3 jours)
- Le tabac et l'alcool augmentent les complications post-opératoires



Jeûne pré-opératoire

- Le dogme du jeûne complet à partir de minuit est encore d'actualité dans de nombreux centres
- Jeûne complet = STRESS
 - Inconfort
 - Soif
 - Anxiété
 - Insulino-résistance
 - Catabolisme protidique



Jeûne pré-opératoire

- Repas léger 6 heures avant l'anesthésie
- Liquides clairs jusqu'à 2 heures pré-opératoires
- Bénéfices de l'ingestion d'une boisson sucrée 2 heures avant l'intervention
- Importance d'une bonne information
- Exclusion des patients à risque d'inhalation
 - Gastroparésie, reflux, etc...



Prémédication

- Eviter les Benzodiazépine
 - Effet sédatif prolongé
 - Action paradoxale

- Anxiolyse et lutte contre l'hyper-algésie
 - Gabapentine (Neurontin[®])



Traitement novateur de la douleur

- Dexaméthasone : 0,2 mg/kg à l'induction anesthésique
 - Prévention des nausées et vomissements
 - Analgésique
 - Anti-inflammatoire
 - Stimulant et euphorisant
- Pas d'augmentation du risque de septic pour une dose unique et inférieure à 0,5 mg/kg
- Analgésie multimodale



LIA : Local Infiltration Analgesia

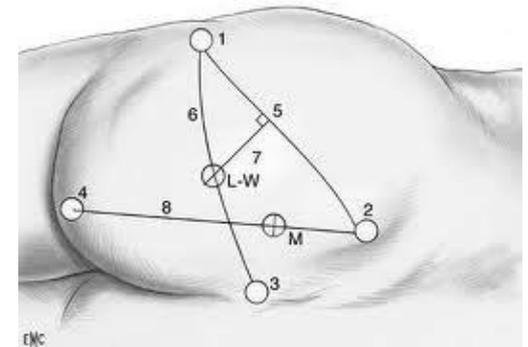
- Infiltration per-opératoire
 - Naropeïne, Profenid, Adrenaline
 - Mise en place d'un cathéter intra-articulaire

- Réinjection du lendemain dans le cathéter
 - Marcaïne, Profenid, Adrenaline
 - Infirmière libérale



LIA versus **ALR**

- Analgésie de meilleure qualité pour la PTG par rapport à un bloc fémoral
- Pas de sidération du quadriceps
- Reprise immédiate de la marche
- Pas de risques de lésions nerveuses liées au bloc
- Toxicité similaire aux anesthésiques locaux

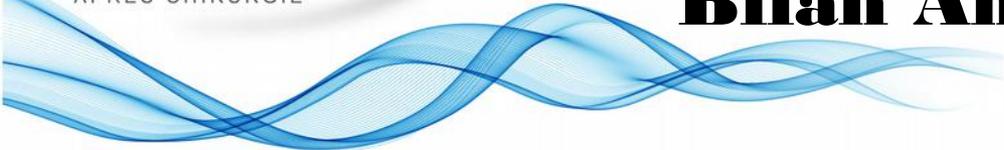


Médecine moins invasive

- Anesthésie générale privilégiée en l'absence de contre-indications
- Gestes non-invasifs
- Reprise de l'alimentation dès le retour du bloc
- Ablation rapide des voies veineuses



Bilan Anesthésique de la RRAC



Un meilleur confort du patient,
avec une moindre morbidité,
et un « temps médecin » raccourci!

La chirurgie ?

- Inchangée, mais pas de drainage
- Voies d'abord mini-invasives ?
- Guides de coupes sur mesure ?
- Ce n'est certainement pas l'outil principal de la RRAC



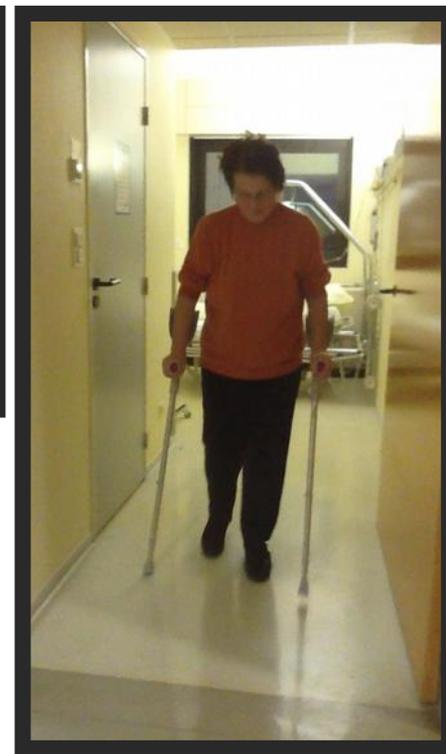
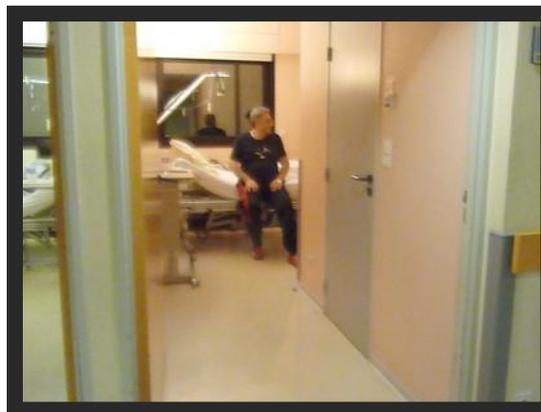
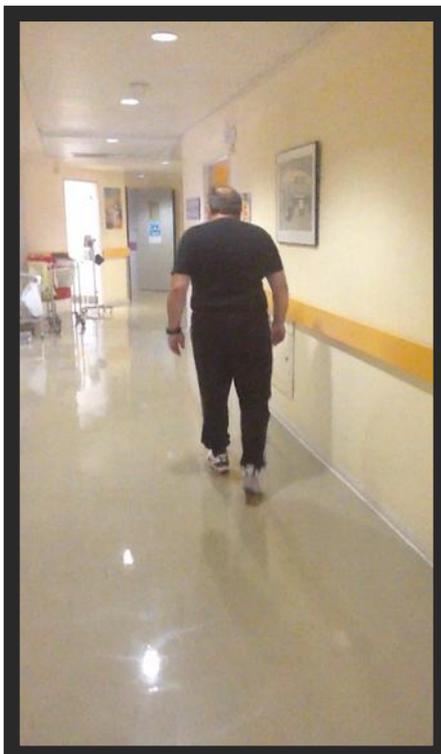
La démedicalisation ?

- Pas de drainage
- Déperfusion 4 heures après la fin de l'intervention
- Premier lever sans kinésithérapeute
- Réalimentation précoce, au fauteuil
- S'habiller normalement





Le patient ?



Et en plus,
ils sont contents!

Conclusion

- Ce n'est pas une révolution chirurgicale
- C'est management chirurgical, qui replace le patient au centre de sa prise en charge
- C'est une vraie nouvelle culture

L'Ambulatoire doit devenir la référence...

Grâce à la RRAC!!!

Merci !

VOUS NE POUVEZ PAS RESTER
COMME VOUS ÊTES ET ESPÉRER
AVOIR DES
RÉSULTATS DIFFÉRENTS.
VOUS DEVEZ CHANGER.

L'OUVERTURE
D'ESPRIT
N'EST PAS
UNE
FRACTURE
DU
CRÂNE