

Orthopédie

Comment gérer le patient
après l'hospitalisation

Professeur Jean-Yves JENNY

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Orthopédie

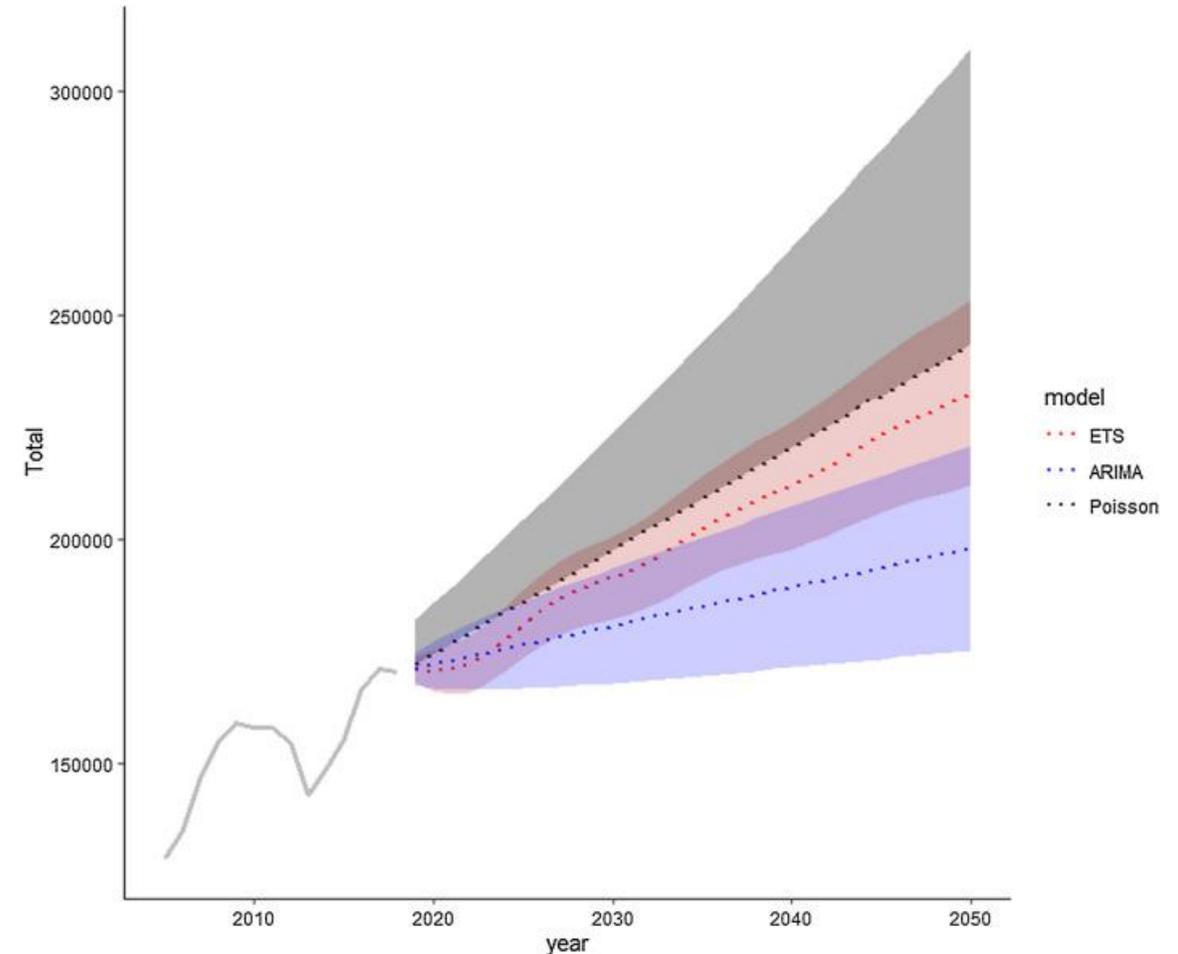
Comment gérer ~~le patient~~
l'opéré
après l'hospitalisation

Professeur Jean-Yves JENNY

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Prothèse totale de hanche et de genou

- 200.000 interventions annuelles en France pour pose programmée
- L'incidence va augmenter de façon exponentielle dans les pays occidentaux
- Il s'agit donc véritablement de soins de pratique courante



Classiquement...

- Hospitalisation la veille de l'intervention
- Intervention
- Repos au lit
- Reprise prudente de la verticalisation
- Reprise prudente de la marche
- Reprise prudente de la mobilisation
- Marche avec deux béquilles
- Protection par une attelle
- Séjour chirurgical d'une semaine
- Séjour obligatoire en SSR



Classiquement...

- Kinésithérapie prolongée
- Soins infirmiers pour la plaie opératoire
- Soins infirmiers pour la toilette
- Soins infirmiers pour la prophylaxie antithrombotique
- Soins de laboratoire pour surveillance plaquettaire
- Soins infirmiers pour les bas de contention
- ...

La Récupération Améliorée Après Chirurgie

- Décrite au Danemark en 2006
- Adoptée en orthopédie à Strasbourg en 2014
- Simplification des suites opératoires
- Suppression des mesures protectrices inutiles
- L'opéré est un acteur ACTIF de sa guérison
- En France :
DMS 2015 = 8 jours
DMS 2021 = 5 jours

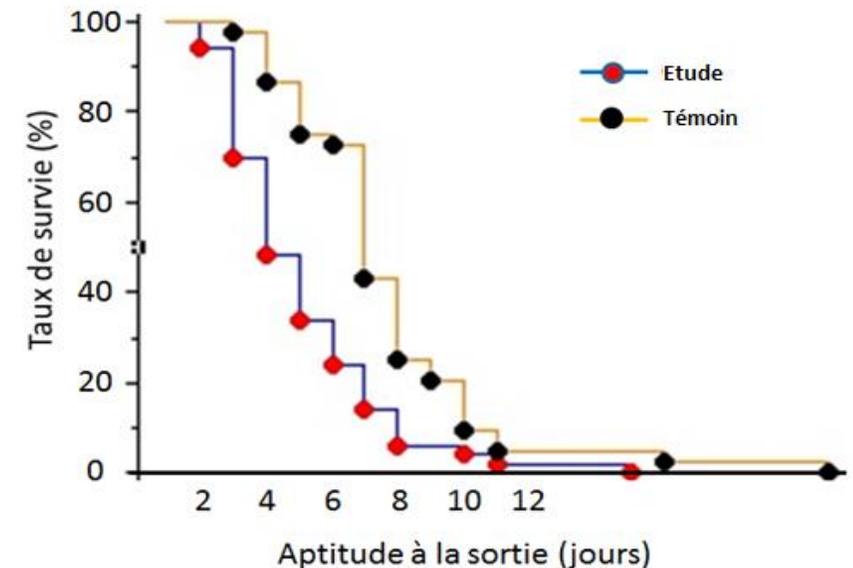
HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ORIENTATION

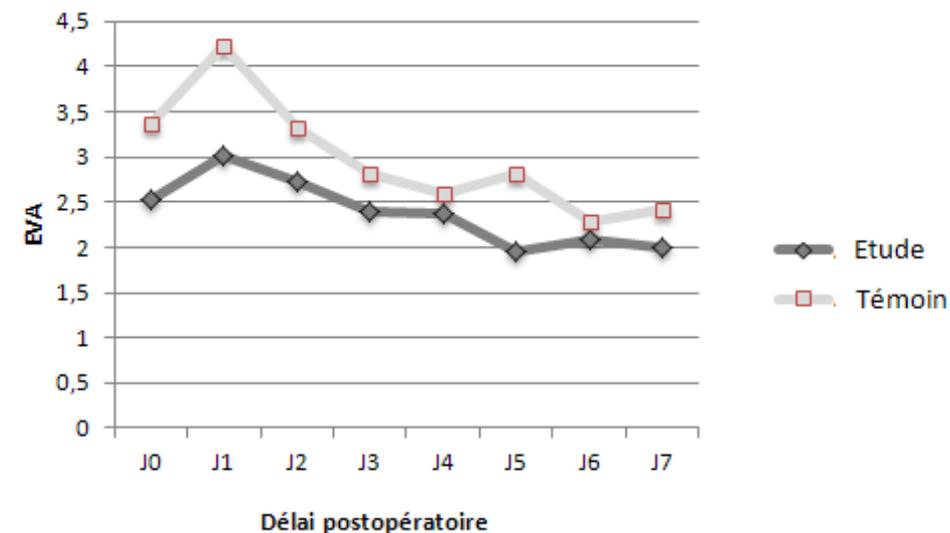
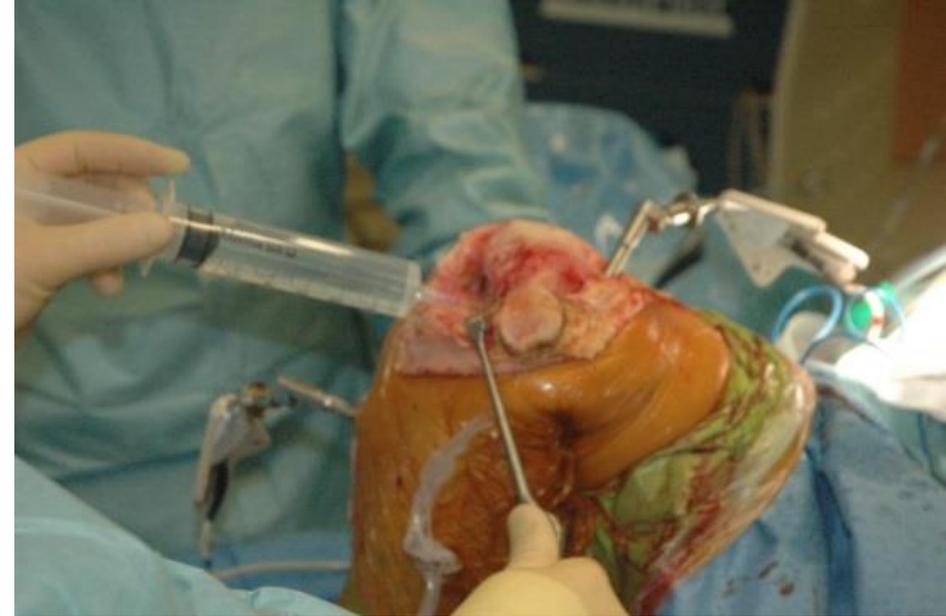
Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives

Juin 2016



Comment est-ce possible ?

- Produits anesthésiques à demi-vie courte
- Technique chirurgicale moins invasive
- **Traitement antalgique multimodal**
 - Bloc tronculaire SENSITIF + anesthésie locale intra-articulaire
 - Association de différents antalgiques + AINS
 - Epargne morphinique
 - Corticothérapie périopératoire à forte dose
- Reprise IMMEDIATE de la fonction
 - Pas de perte fonctionnelle



Le résultat

- Le patient est immédiatement autonome à la marche
- Le patient est immédiatement autonome pour les actes de la vie courante
- Pourquoi l'hospitaliser ?

Le résultat ultime

- C'est la « chirurgie ambulatoire »
- C'est l'opéré ambulatoire



Le retour à domicile

- L'opéré est immédiatement autonome
 - Plus il marche, mieux c'est
 - Plus il pratique les escaliers, mieux c'est
 - Moins il utilise ses béquilles, mieux c'est
 - Autorééducation pour les PTH
 - Autorééducation « encadrée » pour les PTG
- Pas de délai pour l'abandon des béquilles
- Pas de délai pour la conduite automobile
- Pas de délai pour la reprise du travail
- ...



Les pansements

- Classiquement : pansements quotidiens ou presque
 - Pas de tache !
- Aujourd'hui :
 - Cicatrisation en milieu humide
 - Pansements hydrocolloïdes
 - Posés au bloc opératoire
 - Souples



Les pansements

- Classiquement : pansements quotidiens ou presque
 - Pas de tache !
- Aujourd'hui :
 - Cicatrisation en milieu humide
 - Pansements hydrocolloïdes
 - Posés au bloc opératoire
 - Souples
 - Absorbants – Etanches
 - Peuvent rester en place 7 jours (14 jours)
- Plus de pansements par IDE !
 - Fils résorbables



ORDONNANCE

Les antalgiques

- Palier 1 en routine
- Palier 2 pendant 5 jours
- AINS pendant 5 jours
- Palier 3 parfois (voie orale)

- Pas d'injections

<input checked="" type="checkbox"/> PARACETAMOL 1 000 mg 1 comprimé toutes les 6 H	QSP 14 jours
<input checked="" type="checkbox"/> NEFOPAM 20 mg 1 ampoule sur un sucre toutes les 6 H	QSP 5 jours
<input checked="" type="checkbox"/> KETOPROFENE 100 mg LP 1 comprimé matin et soir au moment des repas	QSP 5 jours
<input checked="" type="checkbox"/> ESOMEPRAZOLE 20 mg 1 comprimé le soir	QSP 5 jours
<input checked="" type="checkbox"/> LACTULOSE 10g / 15mL 1 à 3 sachets /j PO si constipation	QSP 7 jours
<input checked="" type="checkbox"/> TRAMADOL 50 mg 1 comprimé toutes les 6 h si besoin	QSP 3 jours

Les complications thrombo-emboliques

- Les complications thrombo-emboliques **en orthopédie** sont une exception dans l'ensemble de ces complications
 - Pas de terrain médical favorisant, pas de terrain cancéreux
- Le lever précoce est le meilleur traitement prophylactique de la thrombose veineuse postopératoire
- Il ne faut pas dépister les thromboses veineuses en orthopédie
- Il ne faut pas traiter les phlébites superficielles et les phlébites profondes sous-poplitées
- La filiation entre la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire n'est pas démontrée **en orthopédie**
- ***Les anticoagulants font saigner !***

Les thromboses veineuses après PTH et PTG

- Sans thromboprophylaxie – avec détection (caillot) : 30 à 50%
- Avec thromboprophylaxie – avec détection (caillot) : 15 à 25%
- Avec thromboprophylaxie – sans détection (symptômes) : 0 à 10%

Les complications hémorragiques

- Seules sont comptabilisées les complications hémorragiques graves
- Les complications mineures (hématome douloureux, « plaie qui coule ») ne sont jamais comptabilisées

SOFCOT 2018 – 2021

- 4.000 PTH et PTG
- Protocole RAAC systématique – Ambulatoire pour 300 cas
- Retour à domicile immédiat dans 90% des cas
- Phlébite : 0,5%
- Embolie pulmonaire : 0,02%
- **Complication hémorragique : 2%**
 - Hématome
 - Incident cicatriciel
 - Transfusion
 - Infection ?



Recommandations actuelles

- SFAR 2019 : l'aspirine est une alternative aux HBPM et aux AOD si une procédure de RAAC est suivie
- Conférence mondiale de consensus de Philadelphie 2021 : l'aspirine a le meilleur rapport coût-bénéfice
 - Aussi efficace
 - Pas cher
 - Administration orale
 - Pas de contrôle
 - **MOINS DE SAIGNEMENT**

ICM VTE Hip & Knee

3 - What is the most optimal VTE prophylaxis following TKA/THA?

Response/Recommendation: Low-dose aspirin (ASA) is currently the most effective and safest method of prophylaxis against venous thromboembolism (VTE) in patients undergoing total joint arthroplasty (TJA). We recommend the use of low-dose ASA as the primary method of VTE prophylaxis in all patients undergoing TJA, including moderate-to high-risk patients.

Strength of Recommendation: Strong.

Saad Tarabichi, Matthew B. Sherman, Kerri-Anne Ciesielka, Colin M. Baker, Javad Parvizi



Recommandations actuelles

- SFAR : 2019 : l'aspirine est une alternative aux HBPM et aux AOD si une procédure de RAAC est suivie
- Conférence mondiale de consensus de Philadelphie 2021 : l'aspirine a le meilleur rapport coût-bénéfice
 - Aussi efficace
 - Pas cher
 - Administration orale
 - Pas de contrôle
 - **MOINS DE SAIGNEMENT**
- Individualisation du traitement préventif
- Arrêt des anticoagulants au moindre incident cicatriciel

L'anémie

- Taux de transfusion des PTH et PTG ?
 - Normalisation de l'hémoglobine préopératoire : 13 – 14 g/dl
 - Pertes péri-opératoires : 3 – 4 g/dl
 - Administration systématique d'acide tranexamique
 - Suppression du drainage – administration d'aspirine
 - Seuil transfusionnel HAS : 7 g/dl
-
- Taux de transfusion des PTH et PTG : $\approx 0\%$
 - Il est inutile de contrôler de principe le taux d'hémoglobine

Quelques autres points...

- Centre de rééducation ou centre de convalescence
 - L'opéré vit seul à domicile
 - L'opéré est très âgé
 - Son conjoint est dépendant
 - Et s'il tombe ?
 - ...
- Certes, mais :
 - Il était seul à domicile avant l'intervention
 - Il était très âgé avant l'intervention
 - Son conjoint était dépendant avant l'intervention
 - Il peut tomber en centre de rééducation
 - **L'intervention a amélioré la situation fonctionnelle préopératoire !**

Quelques autres points...

- Contention veineuse
 - Bandes élastiques difficiles à poser de façon fiable
 - Bas de contention contraignants à poser (et à enlever)
- Jamais validée pour la prévention des thromboses et des oedèmes postopératoires
- Pas de façon systématique
- Prescription ciblée possible en en connaissant les limites
- La meilleure prévention des thromboses et des oedèmes postopératoires est la marche !
- Le meilleur traitement des oedèmes postopératoires est la marche !



Bien sûr, il faut un suivi

- Consultations répétées
- Téléconsultations
- Vidéoconsultations
 - Gestion de la douleur
 - Marche
 - Mobilité
 - Surveillance du pansement



En conclusion

- Ces éléments sont validés pour les PTH et les PTG
- Il est probable que les autres interventions peuvent en bénéficier
 - Même en traumatologie
- Simplification des suites pour le chirurgien
- Simplification des suites pour le médecin traitant
- Simplification des suites pour l'opéré
- Accélération de la récupération fonctionnelle
- Amélioration des résultats fonctionnels