



Quelle place pour une chirurgie prothétique en ambulatoire?

PR PHILIPPE MASSIN
CLINIQUE HARTMANN

Pourquoi ?

- ▶ **Arguments économiques**
 - ▶ Economie de journées d'hospitalisation, de rééducation
 - ▶ Diminution de la masse salariale des établissements
 - ▶ Incitations financières des tutelles
- ▶ **L'économie doit-elle guider l'organisation des soins ?**
 - ▶ Oui, si cela va dans l'intérêt des patients

Organisation des soins

- ▶ La portion de temps consacrée aux soins actifs dans une hospitalisation est faible
- ▶ La portion de temps non consacrée à des soins actifs est importante et génère des mécontentements:
 - ▶ Bruit des voisins de chambre
 - ▶ Nourriture
 - ▶ Climatisation
 - ▶ Exiguïté des locaux et manque d'ergonomie
 - ▶ Attente à l'admission et à la sortie
 - ▶ Mauvaise synchronisation des équipes
- ▶ Exposition aux contaminations manuportées (++++)

Remise en cause de chaque étape de l'hospitalisation

- ▶ Gestion du stress
- ▶ Préparation, attente de l'opéré
- ▶ Circuit du patient
- ▶ Technique opératoire?
- ▶ Soins postopératoires (+++): préparés, balisés, anticipés
 - ▶ Anticoagulants
 - ▶ Pansements
 - ▶ Antalgiques
 - ▶ Rééducation fonctionnelle= REHAB

Faire du patient le principal acteur de sa récupération

La chirurgie ambulatoire PTH et PTG est possible !!!!

- ▶ **Mais elle ne s'improvise pas**
- ▶ **Politiques d'établissement impliquant**
 - ▶ **Chirurgiens**
 - ▶ **Anesthésistes**
 - ▶ **Kinésithérapeutes**
 - ▶ **Infirmières**
 - ▶ **Entourage**

Discours
unitaire

Chirurgien: rien de spécial sinon qu'il faut bien opérer

- ▶ **Sélection** des patients éligibles:

- ▶ Ne pas être seul à domicile
- ▶ Ergonomie du domicile
- ▶ Age, Devane préop, handicap préop, comorbidités ?

- ▶ Maitrise de la technique opératoire

- ▶ **Maitrise de l'hémostase** pour minimiser les pertes sanguines

- ▶ Quelques points techniques:

- ▶ Pas de garrot
- ▶ Pas de redon
- ▶ Pansement de bloc= définitif (compressif, réfrigérant)
- ▶ Voie d'abord hanche?????

Anesthésiste +++

- ▶ Gestion de l'épargne sanguine: monter l'Hb à 13 gr/dl avant l'intervention. **Eviter les transfusions +++**
- ▶ Corticoïdes à l'induction
- ▶ **Gestion de la douleur**
 - ▶ Anesthésie multimodale effectuée par le chirurgien
 - ▶ Bloc complémentaire parfois mais éviter (bloc moteur): chutes postop...
 - ▶ Utilisation préférentielle des AINS sur les dérivés morphiniques
 - ▶ Jeune restreint (solides < 6h, boisson < 2h), réalimentation précoce

Infirmières +++

- ▶ Consultation préop: balisez la procédure et préparez déjà la sortie
- ▶ Lever postop +++++
- ▶ Check up de sortie avec ordonnances précises
- ▶ Suivi à domicile:
 - ▶ Traitement anticoagulant et bas de contention
 - ▶ Gestion de la cicatrice

Kinésithérapeute ++++

- ▶ CS préop avec préparation de l'opéré et conseil d'ergonomie pour les domiciles
- ▶ Rééducation fonctionnelle plutôt que analytique: faire marcher le jour même
- ▶ Récupération d'autonomie
- ▶ Patient déperfusé et habillé
- ▶ Avec ou sans CB!!!!!!
- ▶ Arthromoteur pour le genou??

Suivi à domicile: gestion des complications (06.....)

- ▶ Suivi infirmier et kiné
- ▶ Suivi par informatique: auto-surveillance
 - ▶ Douleur
 - ▶ Fièvre
 - ▶ Cicatrice (1 fois/semaine)
 - ▶ Distance de marche
- ▶ CS à 10 jours
- ▶ Ergonomie du domicile: prévention des chutes
- ▶ Prévoir possibilité de ré hospitalisation si nécessaire

Commencer progressivement et évaluer

- ▶ **Score de récupération**
- ▶ **Taux de satisfaction**
- ▶ **Taux de complications**
- ▶ **Taux de retour**

L'ambulatoire n'aura que la place que lui feront les patients

- ▶ **Tout est possible chez un patient volontaire**
- ▶ **Rien n'est possible chez un patient non volontaire:**
 - ▶ **Le convaincre**
 - ▶ **Banaliser la procédure**
- ▶ **Convaincre les soignants**
- ▶ **Prouver qu'il y a un bénéfice réel pour les patients**