



La Récupération Améliorée Après Chirurgie en Orthopédie

Expérience Stéphanoise

Dr Céline Thionet – *Anesthésiste*

Dr Bertrand Semay – *Chirurgien Orthopédiste*

Catherine Beuscart – *IDE de coordination*

Delphine Luminet – *IDE douleur / CLUD*



SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER



1

INTRODUCTION

POURQUOI AMÉLIORER LA RÉCUPÉRATION EN ORTHOPÉDIE ?

- **Des interventions de plus en plus fréquentes :**
 - 150.000 PTH et 100.000 PTG/an en France
 - Vieillessement de la population
- **Impact médical : Douleur post-opératoire et satisfaction des patients**
 - Jusqu'à 20 à 30% de douleurs chroniques post-opératoire (PTG : 20.000 patients concernés/an)
- **Considérations économiques :**
 - Coût associés à la chirurgie et l'hospitalisation
 - Coût social lié aux complications
- **Intérêts de la RAAC en orthopédie**
 - Optimisation des résultats médicaux et de la satisfaction patient
 - Réduction des coûts par une meilleur utilisation des ressources

RAAC = Récupération Améliorée Après Chirurgie

• Origine et Histoire

- 1990 : Pr Henrik Kehlet, chirurgien danois.
- Chirurgie colo-rectale, **puis extension à d'autres spécialités**
- Progression des techniques chirurgicales mais surtout du parcours péri-chirurgical



• Objectifs :

- Réduire le stress
- Contrôler la douleur
- Favoriser la reprise des activités

• Bénéfices :

- Amélioration de la satisfaction des patients
- Diminution des complications
- Meilleure utilisation des ressources

APPROCHE
PERSONNALISEE

- TRAVAIL D'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE
- PRÉPARATION ET STRATÉGIE PRÉOPÉRATOIRE
- GESTION DE LA DOULEUR ET DU STRESS
- MOBILISATION PRÉCOCE
- SUIVI POSTOPÉRATOIRE
- ÉVALUATION ET AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

- **Diminution des complications**

- Mobilisation précoce = moins de complications liées au décubitus
- Diminution de la durée du séjour = moins d'infections nosocomiales
- Meilleure gestion de la douleur = moins d'effets secondaires des opioïdes

- **Amélioration des résultats**

- Résultats fonctionnels plus rapides
- Amélioration de la qualité de vie
- Amélioration de la satisfaction des patients

- **Optimisation des coûts de santé :**

- Meilleure utilisation des ressources
- Réduction des coûts globaux



QUELLES TECHNIQUES CHIRURGICALES ?



- *Faire de l'abord par voie antérieure*
- *Utiliser un robot pour les PTG*
- *Changer sa technique opératoire*



- **Préférence pour des techniques moins invasives**
- **Plannification pré-opératoire**
- **Diminution de temps opératoire**
- **Eviter l'utilisation du garrot et des drains de Redon**

MODALITES DE REEDUCATION






- Mobilisation précoce
- Kinésithérapie au cours du séjour
- Programmes de rééducation personnalisés
- Education et Suivi du patient
 - Apport des nouvelles technologies



2

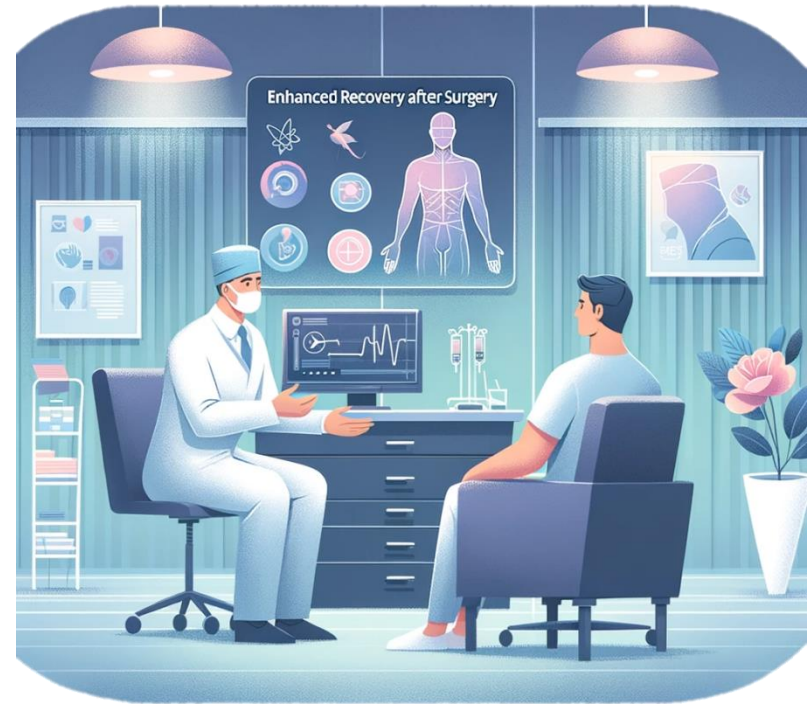
GESTION DE LA DOULEUR

QUELS MOYENS ?

-  DROGUES ANESTHÉSIQUES COURTE DURÉE D'ACTION
-  ANALGÉSIE « MULTIMODALE »
-  INFORMER - ÉDUQUER - ANTICIPER
-  ÉVALUATION
-  AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES

CS ANESTH 1 MOIS AVANT

- **Temps nécessaire pour préparation**
 - *EPO = 21j (1 inj/sem, 3 sem, si Hb < 13)*
- **Importance +++ réunion éducation pré-op**
- **« Coaching » supplémentaire**
- **Optimisation des comorbidités**
 - *Biologie,*
 - *Cs cardiologie ,*
 - *Evaluation respiratoire*
 - *Evaluation nutritionnelle...*



Remise flyer en consultation d' anesthésie

À COMPRENDRE ET À RETENIR

1 Le cathéter prend en charge le soulagement de la douleur du **dessus** du genou.

2 Si au bout de quelques heures, vous ressentez que la douleur remonte progressivement sur le dessus du genou, 2 possibilités :

- Si vous avez une pompe : appuyez sur le bouton poussoir pour recevoir une dose supplémentaire. Il existe un délai d'efficacité de quelques minutes.
- Sinon, appelez un soignant.



3 Pour atténuer l'inconfort du **dessous** du genou, nous pouvons être amenés à vous proposer une infiltration sur le côté du genou en préopératoire juste après la pose du cathéter. Cette anesthésie se nomme : bloc IPACK.

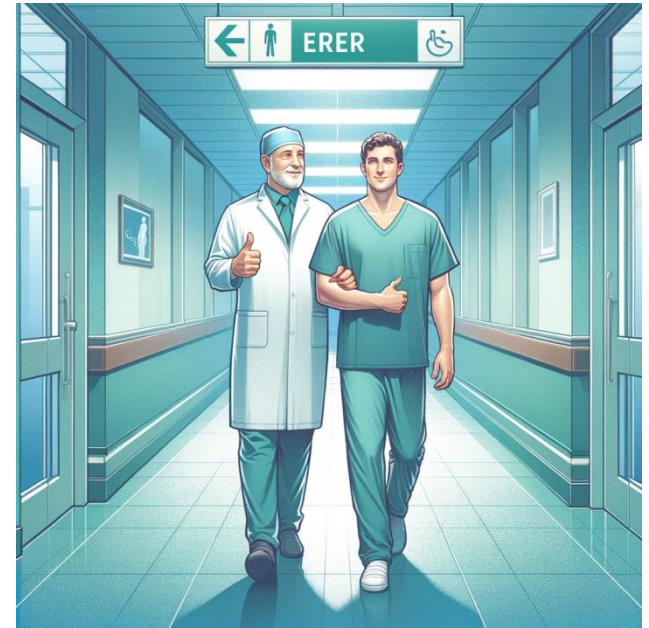
Dans certains cas, le chirurgien réalisera lui-même l'infiltration en fin d'intervention. Il est impératif de ne pas laisser la douleur se réinstaller lorsque vous sentez que le genou se "réveille", et d'appeler une infirmière pour avoir des calmants pour le dessous du genou, non pris en charge par le cathéter.



N'hésitez pas à solliciter nos équipes avant votre départ pour vous redonner les consignes de bonne prise des antalgiques à domicile.

EN PRATIQUE

- Admission J0 , VPA, temps d'ALR pour éducation
- Patient debout (si possible, ou fauteuil)
- Conversation positive
- Pas de prémédication
- Le moins de tuyau possible
- Lever précoce
- Réalimentation post op précoce



TECHNIQUES D ANESTHÉSIE

- Rachi faible dose
- Prévention NVPO
- Kétamine et Dexaméthasone
- Eviter les opioïdes (*Est-ce Possible ?*)
- ALR +++ :
 - KT au canal des adducteurs (pompe ou ballon)
 - IPACK et/ou infiltration péri-articulaire chirurgicale



Bloc fémoral au canal des adducteurs



Il a pour but d'endormir le nerf saphène qui est une branche **sensitive** du nerf fémoral.
Il se réalise sous échographie par injection anesthésique local au niveau de la cuisse.
Il est indiqué dans la chirurgie de prothèse du genou , pour soulager le dessus du genou
Cathéter avec PCA ou ballon au moins 48 h .
Naropeine 2
Si bloc fémoral plus haut , observation notée par anesthésiste pour risque de chute .

IPACK (Infiltration between Popliteal Artery and Capsule of Knee)

- Il a pour but d'endormir les branches sensibles de la capsule postérieure du genou, issu du nerf sciatique.
- Il se réalise sous échographie par injection d'anesthésique locale derrière la cuisse, au dessus du genou.
- Il est indiqué dans la chirurgie du genou, **soulage le dessous du genou**
- Certains chirurgiens préfèrent une infiltration seule , d'autres complètent l'ipack avec une infiltration en antérieur avant fermeture



GESTION DU SAIGNEMENT

- Préparation pré-opératoire EPO
- Indications restreintes Cell Saver
- Normothermie (iade/ibode)
- Exacyl IV pour quasiment tous
- Infiltration locale chirurgicale adrénalinée
- Eviter drain
- NFP : J1 puis stop si Hb > 11g



- **Infiltration intra articulaire / IPACK max 24 h**
- **Bloc canal adducteurs : KT 48 h minimum**
- **Kt à domicile : la route vers l'ambulatoire ?**
- **Certaines équipes : perfusion d'Acupan à domicile mais ... \$\$**
- **Bannir les opiacés ! : Facile à dire ...**
- **Phase inflammatoire majeure pendant 48 h en post op**

3

RÔLES DES IDE DANS LA RAAC (RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE)



LA RÉHABILITATION AMÉLIORÉE
APRÈS CHIRURGIE (RAAC)

Catherine Beuscart
Fabienne Moulin
Catherine Charra

LE POURQUOI...

- **La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018** a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de **nouvelles organisations en santé** reposant sur des modes de financements inédits : **L'article 51.**
- Répondant à un appel à projet : **“l'expérimentation Episode De Soins du 30 octobre 2019”**

...DU COMMENT :

- **Contrat d'une durée de 5 ans avec la CPAM.**
- **Création de 3 postes IDE coordinatrices** grâce au financement soit 1 temps plein infirmier sur la semaine.
- **Un parcours RAAC déjà présent dans l'établissement depuis 2016**

Définition d'un épisode de soins

Ensemble des moyens (séjours, consultations, actes...) mobilisés autour d'un patient



Pour une prise en charge ciblée



Bornée dans le temps



Par des acteurs identifiés

Accompagnement par l'infirmière coordinatrice dans tous leurs parcours:
(préopératoire, peropératoire et post opératoire)



45 jours en amont et 3 à 6 mois après la chirurgie

EN AMONT DE LA CHIRURGIE :

- Anticiper,
- Accompagner,
- diminuer le stress
- Rassurer le patient

1 Séance de
groupe

Objectifs : le patient sera capable de mieux gérer sa douleur à son retour à domicile afin de retrouver son autonomie.

Public cible :

Patient d'orthopédie opéré d'une **PTG** ou **PTH** rentrant à Domicile
Le patient peut venir **avec un membre de sa famille**

Durée de la séance : 1h

Temporalité : 2 à 3 semaines avant la chirurgie

Intervenants: IDE coordinatrices , kinés, conseillère sécu (prado)

SOMMAIRE

EXEMPLE

- ▶ La Clinique Mutualiste
- ▶ Le service d'orthopédie
- ▶ Votre pathologie
- ▶ Le programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)
- ▶ Les complications
- ▶ Avant votre intervention
- ▶ Votre parcours de soins
- ▶ L'hospitalisation
- ▶ La douleur
- ▶ Le pansement
- ▶ Autonomisation et rééducation
- ▶ Votre sortie



LA PEC DE LA DOULEUR DURANT CETTE SÉANCE :

Education : cotation de la douleur : échelle EVA-EN

Sensibiliser à l'anticipation de l'installation de la douleur : mobilisations et séances de kiné.

Explication pour les PTG : cathéter fémoral + PCA / ballon de ropivacaïne et/ou infiltration per opératoire

Les antalgiques PO (Incitation à amener l'ordonnance d'antalgiques pour se familiariser avec la gestion des médicaments).

la remise des ordonnances est anticipée
le patient se procure le traitement avant l'intervention

Incitation à télécharger l'application move up

Utiliser un langage positif : Exemple : “inconfort” vs “douleur”

moveUP : aperçu



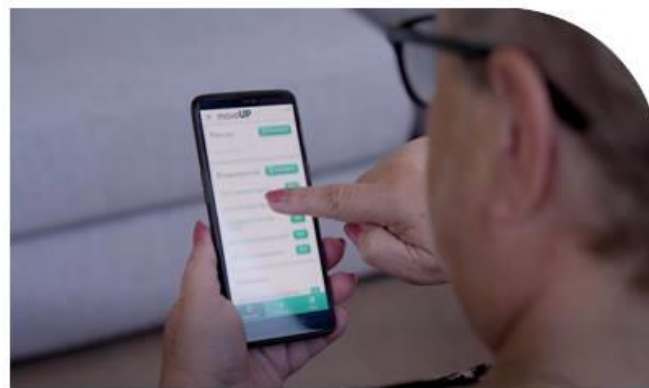
Modules
d'informations



Questionnaires
réguliers



Exercices



“L'utilisation de l'application moveUP m'a permis d'être rassuré, de faire des exercices par moi-même et d'utiliser mes données pour analyser mon évolution avec le chirurgien”

DURANT L'HOSPITALISATION

Antalgiques LP donnés en **systematique** matin et soir et complétés par **antalgiques ALD** en précisant le type de molécule proposée

Evaluation et réévaluation de l'EVA

Surveillance des effets indésirables (nausées ,vertige ...)

Vérification du **bon usage** et de la compréhension de l'utilisation de la PCA

Glaçage (game-ready J0) puis poche de glace à renouveler 4x/jour

Rôle éducatif de l'IDE avec le patient et son entourage renforcé par le **passage de l'IDEC.**

Position antalgique et kinésithérapie douce

Ecoute et observation du patient

J2 visite de l'IDE
coordinatrice dans le service.



- **les principes : système de compression et de cryothérapie GRPro ® 2.1**
- **les actions attendues sur la douleur :**
 - améliore le soulagement de la douleur
 - augmente la force musculaire et l'amplitude des mouvements
 - réduit la raideur musculaire
- **Utilisation dans notre service: en continu, dès la salle de réveil jusqu'à la 1ère nuit**

AU RETOUR À DOMICILE DU PATIENT



- **Suivi à domicile par l'IDEC :**
 - **Joignable la semaine**

- **Appel systématique à J7 postop pour un bilan :**
 - **Gestion de la douleur**
 - **Prise des antalgiques ? effets secondaires ?**
 - **Confort ou l'inconfort lors du quotidien et/ou des séances de rééducation**
 - **Conseils**
 - **Réexplication de l'ordonnance , de l'importance du glaçage**
 - **Orientation vers le professionnel en lien avec leur problème .**

CONCLUSION

Les Limites :

- Manque de temps pour transformer les réunions d'information en séance version d'Education Thérapeutique du Patient : ETP
- fin de contrat de l'expérimentation en juin 2024 => Et après ?
- pérennisation du poste d'IDEC?

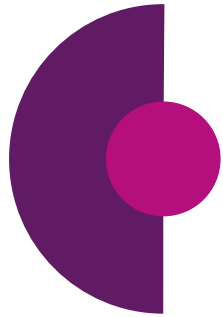
Les Avantages :

- Une réhabilitation rapide du patient
- Taux de satisfaction du patient en hausse.
- Baisse du stress en préop +++ :
- Impact sur la douleur en postopératoire en cours d'audit .
- Meilleur autonomie et rééducation
- Lien avec les professionnels de la ville (MT , IDEL , kiné ...) en cours d'inclusion dans le projet.

4

CONCLUSION

- **Approche patient centrée**
- **Collaboration Multidisciplinaire**
- **Education pré-opératoire et suivi post-opératoire**
- **Plannification pré-opératoire**
- **Mobilisation précoce**
- **Gestion de la douleur**
- **Amélioration des résultats / Optimisation des coûts**



MERCI !