



# PROTHESE TOTALE DE HANCHE EN AMBULATOIRE

DR WILLY SCHMIDT

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE MINI INVASIVE

CLINIQUE SAINT HILAIRE ROUEN

# PTH en AMBULATOIRE



- ▶ 1 ère pose de PTH : 1950 Mac Kee, 1970 Charnley
- ▶ 130 000 PTH posées en France par an
- ▶ Durée moyenne d'hospitalisation en France : 7 jours
- ▶ Evolution nationale vers une hospitalisation courte, et très récemment vers l'hospitalisation ambulatoire chez certains patients



# PTH en AMBULATOIRE



The most  
dangerous phrase  
in the language is "we've  
always done it this way."

Rear Admiral Grace Hopper

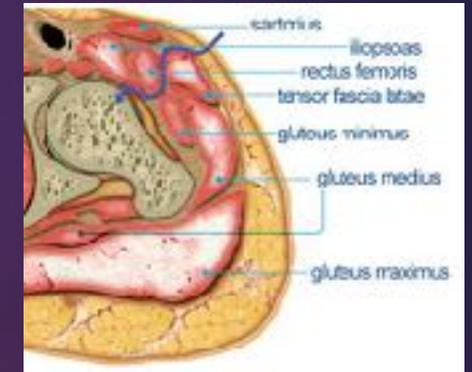
# PTH en AMBULATOIRE



## ▶ Facteurs de développement de l'ambulatoire:

### ▶ Voies mini invasives essentiellement :

- ▶ **Voie antérieure de Hueter +++**
- ▶ Voie antéro externe de Rottinger
- ▶ Voie de Moore (Non mini invasive, section des muscles pelvi trochantériens )



# PTH en AMBULATOIRE

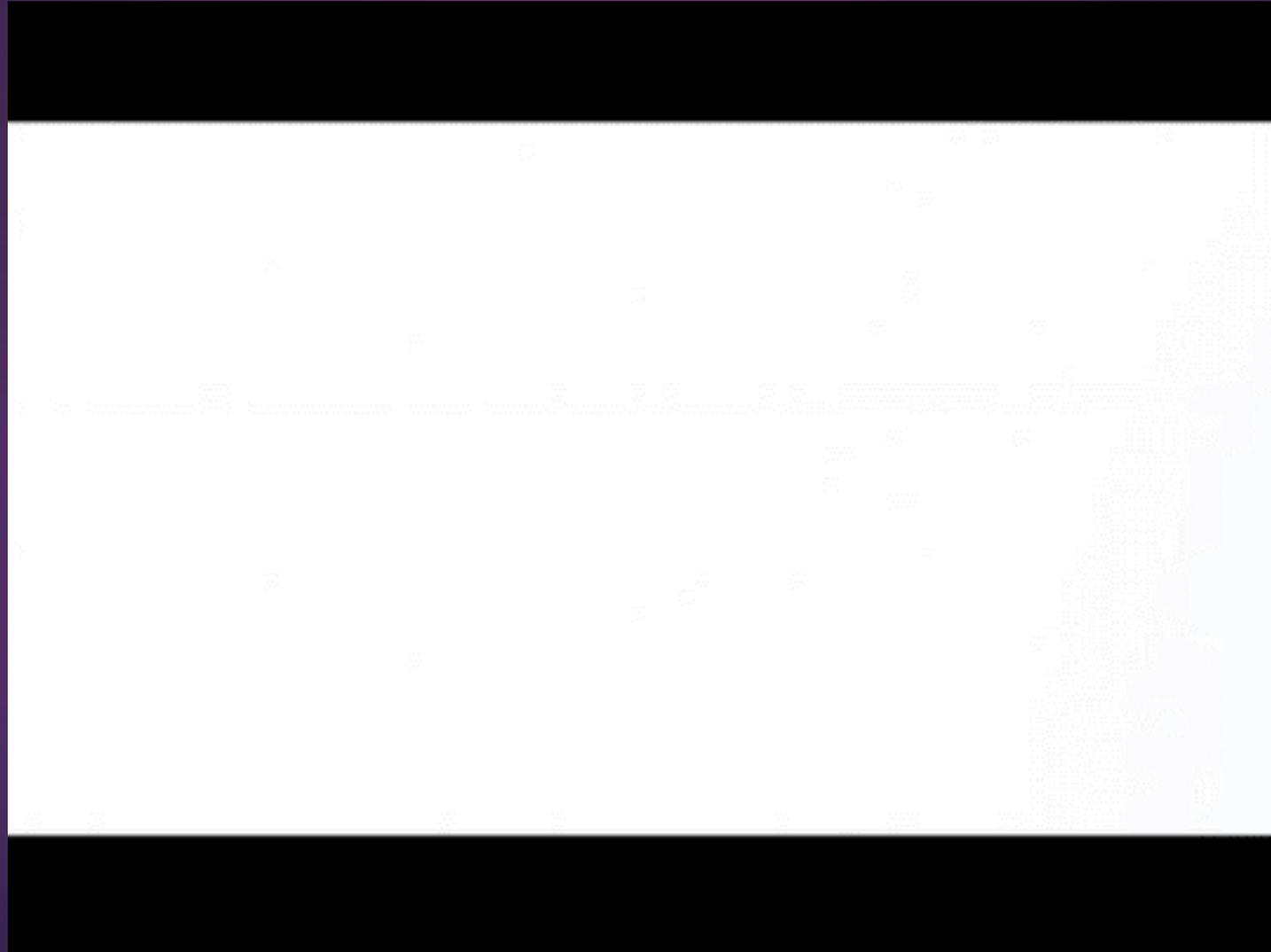


## ▶ Facteurs Médicaux :

- ▶ Protocoles d'Anesthésie optimisés pour un lever précoce :
  - ▶ **Protocoles RRAC** (= Fast Track = Réhabilitation Précoce)
  - ▶ Jeûne préopératoire limité
  - ▶ Analgésie du site opératoire
  - ▶ moins de sédation post op
  - ▶ Déperfusion précoce, antalgiques per os
  - ▶ Reprise de la marche immédiate



# PTH en AMBULATOIRE



Protocole RRAC

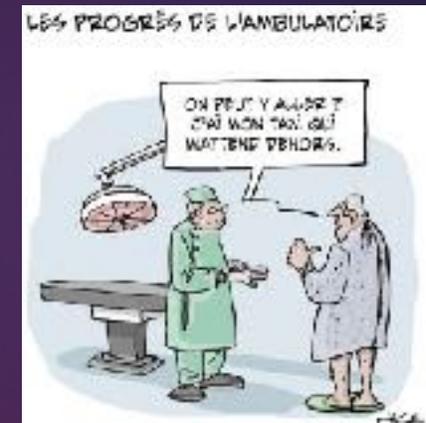


# PTH en AMBULATOIRE



## Facteurs sociaux :

- ▶ Adhésion des patients à un séjour le + court possible
- ▶ 80 % des français favorables à la chirurgie ambulatoire (enquête assurance maladie, Février 2007)
- ▶ Dédramatisation : hospi courte = « pas grave »
- ▶ Maintien du lien social, familial, +/- professionnel
- ▶ Modifications de la relation médecin-malade
  - ▶ Régression de la relation « sachant-non sachant »
  - ▶ Infos médicales Internet : accès aux « connaissances »
  - ▶ Evolution de l'autonomie des patients, soins moins maternisants



# PTH en AMBULATOIRE



## Facteurs économiques :

- ▶ **Suppression de la borne basse des GHM** (Groupe Homogène de Malades) **et GHS** (Groupe Homogène de Soins)
  - ▶ Borne basse préalable de durée de séjour : 4 nuits
  - ▶ Avant 01 Mars 2014 : Si séjour PTH < 4 nuits = Versement de seulement 50% du tarif du GHM à la clinique
  - ▶ Depuis 01/03/14 : Facturation non modifiée si séjour < 4 nuits
- ▶ Santé publique : réduction des couts par séjour

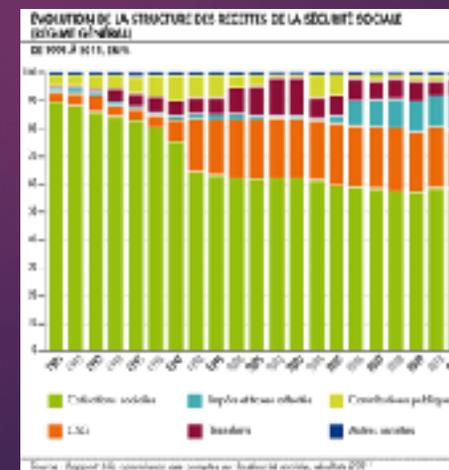
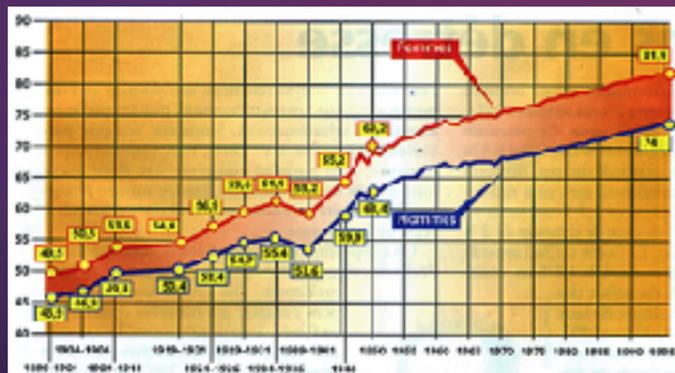


# PTH en AMBULATOIRE



## Facteurs économiques :

- ▶ Augmentation de l'espérance de vie et budget constant
- ▶ Limiter la consommation de soins médicaux aux pathologies + lourdes
- ▶ Objectif court terme : 1 milliard euros d'économie via le développement global de la chirurgie ambulatoire (50% des actes chirurgicaux)



# PTH en AMBULATOIRE



## Intérêts pour le patient :

- ▶ Réduction de l'exposition au risque d'infection nosocomiale
- ▶ Réduction du risque de phlébite ( ↗ avec tps hospi.)
- ▶ Récupération accélérée (RRAC)
- ▶ Dédramatisation : Lever précoce, garder les liens sociaux et familiaux au plus tôt
- ▶ Meilleure gestion de la douleur ressentie avec antalgiques classe 1-2



# PTH en AMBULATOIRE



## Eligibilité à une prise en charge ambulatoire :

### Contre-Indications :

- ▶ ASA III,IV : pathologies lourdes
- ▶ Insuffisances cardiaque, respiratoire, asthme
- ▶ Alcoolisme, drogues
- ▶ Refus du patient
- ▶ Absence de surveillance à domicile
- ▶ Incompréhension. Manque d'autonomie
- ▶ Isolement géographique : Trajet > 1 heure, distance > 100 km



# PTH en AMBULATOIRE



## Revue de la littérature :

- ▶ PTH ambulatoire mini invasive : Analyse financière; Berlin KC., Clin Orthop Relat Res, Juin 2005. Salt Lake City.
  - ▶ Comparaison groupes 10 patients ambu, 10 patients hospi
  - ▶ 4 000 \$ d'économie en ambu sur l'hospitalisation
  - ▶ 2 500 \$ d'économie en ambu sur soins périopératoires
  - ▶ Remboursement total moyen de 1 155 \$ inférieur pour ambu
  
- ▶ Intérêt économique



# PTH en AMBULATOIRE



## Revue de la littérature :

- ▶ PTH ambulatoire par voie mini invasive de Watson Jones. Résultats. Chen D., Instr Course Lect, 2013, Chicago
  - ▶ Janvier-Aout 2011. 87 patients
  - ▶ 98,9 % ambulatoire
  - ▶ Pas de complications, pas de réhospitalisation
  
- ▶ Confirmation de la faisabilité par voie mini invasive

# PTH en AMBULATOIRE



## Revue de la littérature :

- ▶ PTH ambulatoire, Dorr LD., J Arthroplasty, Juin 2010, Los Angeles
  - ▶ 192 patients éligibles, 69 volontaires (36%), 53 sortis ambu (77%)
  - ▶ Pas de réhospitalisation
  - ▶ 96% satisfaction
  
- ▶ Confirmation de la faisabilité chez des patients éligibles

# PTH en AMBULATOIRE



## Revue de la littérature :

- ▶ Pth en ambulatoire. Protocole et résultats précoces. P. Jouffroy. HI St Joseph Paris. RCO, Novembre 2014.
  - ▶ Janvier 2013 - Juin 2014 : étude prospective 10 patients
  - ▶ EVA moyen : 2,5/10
  - ▶ 50% ambulatoire, 50% resté hospitalisé pour contrôle du saignement global

# PTH en AMBULATOIRE



► Groupe CAPIO :

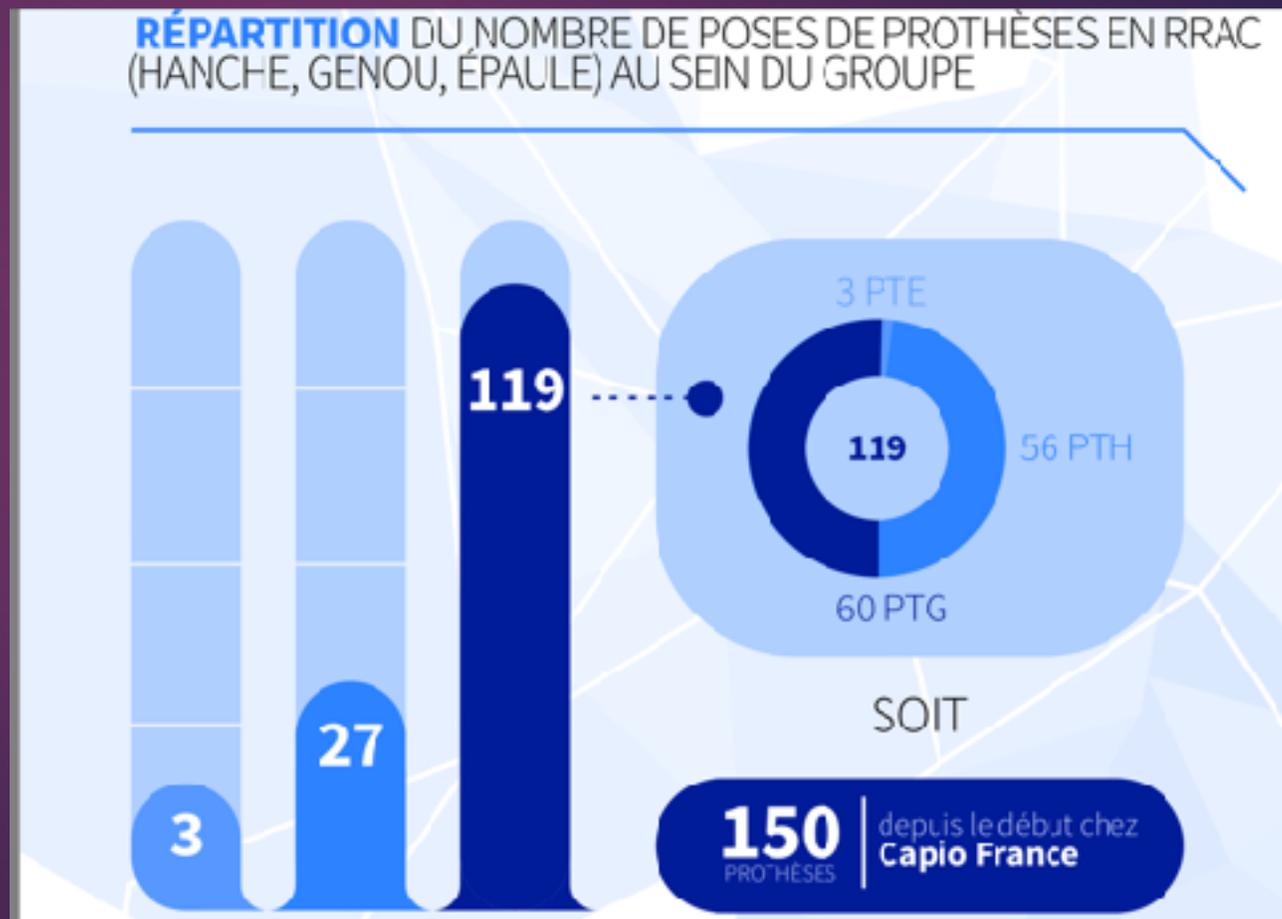
RÉPARTITION DES PROTHÈSES RÉALISÉES EN AMBULATOIRE EN 2014 AU SEIN DU GROUPE CAPIO

	NB AMBU 2014	NB SÉJOURS TOTAUX 2014	RATIO AMBU
PTG	60	3085	<b>1,94%</b>
PTH	56	2987	<b>1,87%</b>
PTE	03	354	<b>0,85%</b>

# PTH en AMBULATOIRE



► Groupe CAPIO :



# PTH en AMBULATOIRE



## ► Groupe CAPIO :



# PTH en AMBULATOIRE



- ▶ 1ère PTH ambulatoire en France : 05 Septembre 2012
- ▶ Bayonne – Clinique Paulmy (CAPIO) – Dr Biette



# PTH en AMBULATOIRE



- ▶ N° 2 : Paris 14° - Hl. St Joseph – Dr P Jouffroy – Janvier 2013
- ▶ N° 3 : La Rochelle – Cl. Du Mail (CAPIO) - Dr Bouquet – 11 Juin 2013
- ▶ N° 4 : Colmar – Hl.Schweitzer – Dr Michaud – 2013
- ▶ N° 5 : Nice – Cl. St Georges – Dr Hondt – Septembre 2013



# PTH en AMBULATOIRE



- ▶ 01 Mars 2014 : Suppression de la borne basse du GHM  
( Disparition des pénalités de facturation pour l'établissement de soins)
- ▶ N° 6 : Toulouse – Cl. De l'Union – Dr Fouilleron – 2014
- ▶ N° 7 : Etude agence régionale de Santé / Ile de France
  - ▶ Hl. Henri Mondor – Créteil
  - ▶ Hl. Tenon – Paris
  - ▶ Hl. Kremlin Bicêtre – Bicêtre
  - ▶ Hl. Robert Debré – Paris
  - ▶ Cl. Claude Bernard – Ermont Val d'Oise



# PTH en AMBULATOIRE



- ▶ 8. Ales – Cl. Bonnefon – Dr Nicolay – 2014
- ▶ 9. Cambrai – Cl. Du Cammbresis – Dr Autissier – Mai 2014
- ▶ 10. Domont idf (CAPIO) – Cl. Domont – Dr Meziane
  - ▶ (17 Fevrier 2015 – St Hilaire : PTH ambu -> sortie J1)
- ▶ 11. Beziers – Polycl. Béziers – 26 Fevrier 2015
- ▶ 12. Seine St Denis – Cl. ST Denis – Dr Lenfant – 19 Mars 2015
- ▶ 13. Annecy – Cl. Gle Annecy – Avril 2015
- ▶ 14. Roanne – CH Roanne – Mai 2015
- ▶ 15. Rodez – Hl. Puel – Dr Jellali - 25 Juin 2015
- ▶ 16. Amiens – CHU Amiens – 25 Aout 2015
- ▶ 17. Millau – CH du puits de Cales – Dr Bouchez – 25 Aout 2015
- ▶ Yvetot Avril 2015 ...



# PTH en AMBULATOIRE



Clinique Saint Hilaire  
Octobre 2015



# 19/20

19/20 HAUTE-ALSACE

# PTH en AMBULATOIRE



Facteurs de réussite  
de la prise en charge  
ambulatoire des PTH

Anesthésiste

Accueil  
Clinique

Equipe  
Infirmière

Kiné

Secrétariat  
Orthopédie

Voie Mini  
Invasive

+/- Orthopédiste

# PTH en AMBULATOIRE



## Modalités de prise en charge du patient :

- ▶ Obligation de créer une équipe +++
- ▶ Couple Chirurgien / Anesthésiste solide
- ▶ Equipe Infirmière initiée et rassurante
- ▶ Kinésithérapeute acteur mise en confiance/marche
- ▶ Secrétariat Orthopédie disponible et à l'écoute
- ▶ Administration, accueil de la clinique informés



# PTH en AMBULATOIRE



Chaque maillon de la chaîne  
est un **acteur à part entière** et  
indispensable à la réussite  
de la prise en charge  
ambulatoire

Intervention chirurgicale  
mini invasive

Equipe  
Infirmières

Anesthési  
stes

Accueil  
Clinique

Kiné

Secrétaria  
t  
Orthopédi  
e

e en charge

# PTH en AMBULATOIRE



## Modalités de prise en charge du patient :

### ▶ 1<sup>ère</sup> consultation Orthopédie:

- ▶ Proposition ambulatoire. Non imposé++.
- ▶ GESTION DU STRESS +++++
- ▶ Document détaillé du déroulement de la journée opératoire
- ▶ Bilan pré opératoire classique

### ▶ Consultation Anesthésistes :

- ▶ éligibilité à l'ambulatoire ou non
- ▶ Prescriptions post-opératoires adaptées

# PTH en AMBULATOIRE



## Modalités de prise en charge du patient :

- ▶ Consultation Cardiologues : recherche de contre indications
- ▶ 2ème consultation Orthopédie : Si confirmation :
  - ▶ Consultation kinésithérapeute : préparer au post opératoire
  - ▶ Entretien avec patient déjà opéré en ambulatoire
  - ▶ Consultation avec infirmière du secteur orthopédique
  - ▶ Prescription des antalgiques post op délivrée ( Actiskénan, acupan)



# PTH en AMBULATOIRE



# PTH en AMBULATOIRE



## Modalités de prise en charge du patient :

- ▶ Accueil adapté à l'entrée à la clinique. Personnel informé et rassurant
- ▶ Arrivée à 7 h au 1<sup>er</sup> C ou 1<sup>er</sup> E
- ▶ Descendre le patient au bloc à 8 H avec :
  - ▶ Préparation au bloc habituelle
  - ▶ Signature de la hanche à opérer (Obligatoire) +++
  - ▶ Chaussettes de contention, y compris côté opéré +++
  - ▶ Bilan radiologique avec le patient +++



# PTH en AMBULATOIRE



## Protocole Anesthésie (RRAC) :

- ▶ Prémédication le matin au réveil : Lyrica 75 mg.  
Jamais d'Atarax.
- ▶ 30 minutes avant l'intervention : 2 gr de Céfazoline  
+ Exacyl 15 mg/Kg.
- ▶ Si rachianesthésie : MARCAINE hyperbare 2 cc (10 mg)  
+ 2 microgrammes de Sufenta.



# PTH en AMBULATOIRE



## Protocole Anesthésie (RRAC) :

### ▶ Induction :

- Dexaméthasone 0,2 mg/Kg
- Ketamine 10 mg
- Profénid
- Acupan
- 1mg hypnovel



# PTH en AMBULATOIRE



## Protocole Anesthésie (RRAC) :

### ▶ Pendant l'intervention :

- > Seringue électrique de PROPOFOL: anesthésique action rapide, réveil rapide
- > **Infiltration du site opératoire +++ (LIA)** : ropivacaine+dexaméthasone+adrenaline

diminution du besoin d'antalgiques en post opératoires

- > Anesthésie prolongée du site opératoire : 24H - 48 H
- > Mobilisation précoce
- > Arrêt de la morphine et de ses effets indésirables
- > Pas de bloc nerveux : pas de risque de bloc moteur



# PTH en AMBULATOIRE



## Protocole Anesthésie (RRAC) :

- ▶ Au retour dans le service : arrêt de tout traitement IV +++  
(sauf Cefazoline 2 gr à renouveler avant la sortie)
- ▶ Antalgiques dans le service : Paracétamol et Acupan  
systématiques



# PTH en AMBULATOIRE



## Modalités de prise en charge du patient :

### ▶ Post Opératoire dans le service :

- ▶ Pas de drains
- ▶ Pas de coussin entre les jambes
- ▶ Réalimentation rapide ++
- ▶ Premiers pas du patient avec opérateur et kinésithérapeute
- ▶ Déambulateur, cannes anglaises puis sans cannes
- ▶ Montée et descente des escaliers avant la sortie, avec kiné
- ▶ Radio post opératoire ++ avant la sortie
- ▶ Retour à domicile en véhicule personnel ou VSL



# PTH en AMBULATOIRE



- ▶ Antalgiques à domicile : ACTISKENAN 1 cp à 21 heure  
+ ACUPAN si douleurs.
- ▶ Lendemain au réveil : APRANAX, KLIPAL,  
ACUPAN si fortes douleurs.



# PTH en AMBULATOIRE



## A son domicile :

Lien téléphonique avec l'opérateur si besoin +++

- ▶ Me téléphoner directement en cas d'appel du patient pour douleurs ou autre problème
- ▶ Ne pas téléphoner aux anesthésistes
- ▶ Si besoin de réhospitalisation : je m'occupe des prescriptions



# PTH en AMBULATOIRE



## A son domicile :

Appel le lendemain par l'équipe d'orthopédie

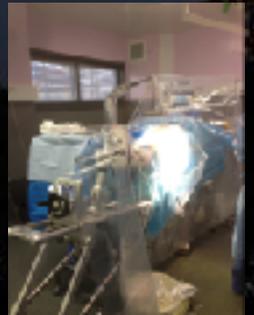
Bilan sanguin par ide à domicile à J1

Peut déambuler chez lui et sortir du domicile

Premier pansement à 48 h à domicile / ide

RDV consultation avec radio à J 14 et J 45





CULTURE  
**RRAC**<sup>®</sup>  
RÉCUPÉRATION RAPIDE  
APRÈS CHIRURGIE

