

La réalisation d'une prothèse de genou totale ou unicompartmentale en ambulatoire

par le Docteur Rémi CHASTEL

Introduction

Les protocoles de Rééducation Rapide Après Chirurgie (RRAC) ont été mis en place pour améliorer les suites opératoires des patients. Mis en place initialement pour la chirurgie digestive, ils se sont étendus à la chirurgie orthopédique.

La RRAC- Rééducation Rapide Après Chirurgie

Tout d'abord ce protocole ne peut pas être débuté par le chirurgien seul sinon la prise en charge va directement vers l'échec. Toutes les équipes doivent être formées et être rodées à l'exercice.

Le couple principal est la coopération entre l'anesthésiste et le chirurgien mais tout le personnel, de la secrétaire, l'infirmière à l'aide soignante est essentiel. Sans leur concours, cette réalisation ne peut être mise en place et réalisée.

La RRAC a pour but de mettre le patient au centre de sa rééducation et de le focaliser sur celle-ci.

En préopératoire, la prise en charge débute dès la première consultation, avec la sensibilisation du patient sur l'aspect fonctionnel de sa chirurgie et que celle-ci ne soit pas la simple mise en place de sa prothèse.

La réalisation de la prothèse est faite sous anesthésie générale.

Dès 4h après l'intervention, la rééducation peut commencer.

Le patient peut marcher avec 2 cannes dès le postopératoire.

Cette sortie de la chambre précoce permet de diminuer les risques postopératoires.

Dès le lendemain de l'intervention, le patient regagne son domicile et peut continuer sa rééducation dans son environnement.

Le risque d'infections nosocomiales est diminué dans cette prise en charge.

Le postopératoire est simplifié avec un patient apte et concentré sur la rééducation.

Dans le suivi, les patients récupèrent mieux et plus vite notamment en terme de flexion.

Depuis le début de ce protocole, aucun des patients n'a été transfusé dans les suites et il n'y a pas eu de ré-hospitalisation pour des phénomènes douloureux.

De la RRAC à la Chirurgie Ambulatoire

Le but de la prise en charge n'est pas de faire de l'ambulatoire pour faire de l'ambulatoire.

La diminution de la durée moyenne de séjour liée à la mise en place de la RRAC nous a fait nous demander s'il était possible de réaliser nos prothèses en chirurgie ambulatoire. La durée moyenne d'hospitalisation est à ce jour de 1,5 jours contre 9 jours pour la moyenne nationale.

De même, certains patients, qui étaient totalement autonomes le soir même, étaient demandeurs de sortir à domicile.

Les critères sont ceux classiques pour une prise en charge en ambulatoire. Il n'est donc pas question de traiter des patients en ambulatoire alors qu'ils n'y sont pas éligibles.

Au maximum, le patient revient en consultation le lendemain et je réalise la dernière partie du protocole.

Au domicile, le patient n'est surtout pas abandonné, il a un protocole d'auto-rééducation et le contact étant déjà pris avec son kinésithérapeute, il peut continuer ses exercices.

Son suivi est par contre plus rapproché puisque les patients sont revus à J15 puis à J45.

Les résultats précoce de la chirurgie prothétique sont facilités mais surtout ils sont durables dans le temps.

Conclusion

La mise en place de la RRAC a changé la chirurgie prothétique du genou pour les patients et pour les soignants.

Elle doit être réalisée par des équipes rodées et ne peut être improvisée par un seul acteur.

La RRAC est maintenant pour nous le "Gold standard" en matière de prise en charge que la prothèse soit réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation de courte durée.