



La pose de prothèse totale de genou en ambulatoire au Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois



Le **Docteur Fathi BEN HALIMA**, chirurgien orthopédique depuis de nombreuses années, exerce au sein du **Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois** depuis le 14/01/2019. Spécialisé dans la chirurgie prothétique de la hanche et du genou ainsi que dans la chirurgie mini invasive de la cheville et du pied, **le Dr BEN HALIMA a réalisé le 05 mars 2019 la première pose de prothèse totale de genou (PTG) en ambulatoire** au Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois.

Soucieux du bien-être de ses patients, le Dr. BEN HALIMA a **participé à la mise en place de la RAAC (Récupération améliorée après chirurgie)** au CHSA. **La RAAC est une prise en charge protocolisée et optimisée du patient permettant une récupération de ses capacités physiques et psychiques antérieures le plus rapidement possible après sa chirurgie.**

L'évolution naturelle de la RAAC est le développement de l'ambulatoire. Dans ce cadre, une première étape importante a été franchie par le Dr. BEN HALIMA le 05 mars 2019 avec sa première pose de prothèse totale de genou en ambulatoire.

Interview du Docteur Fathi BEN HALIMA

Pourriez-vous nous préciser ce qui a changé ou ce qui va changer depuis la mise en place de la RAAC (Récupération améliorée après chirurgie) au sein du CHSA ?

Dr. BEN HALIMA : « La mise en place de la RAAC a nécessité des modifications organisationnelles et cliniques pour pouvoir proposer une chirurgie sans douleurs et sans risques pour nos patients »

ETAPE 1 | Amélioration de la prise en charge par l'anesthésiste

« Nous sommes passés d'une méthode d'anesthésie locorégionale avec bloc-moteur où le muscle est anesthésié (inconvenients : pas de contractions possibles – le patient ne peut pas se mettre debout dans la journée de l'opération) à une méthode d'anesthésie sensitive plus ciblée avec absence de bloc-moteur, permettant ainsi aux muscles de continuer à fonctionner. Grâce à cela, nous avons pu limiter la prise d'antalgiques morphiniques pouvant provoquer des nausées, des vomissements ou encore de la somnolence, et faciliter la reprise immédiate de la marche.

En effet, dans le cadre de la prise en charge du patient, une collaboration étroite est essentielle entre le chirurgien et l'anesthésiste. »

ETAPE 2 | Changement des techniques opératoires

« Initialement, les prothèses de genou étaient posées par voie trans-quadricipitale (c'est-à-dire à travers le tendon du quadriceps – méthode la plus utilisée). Cette approche traditionnelle impliquait une agression majeure de l'appareil extenseur (muscle de la cuisse). Désormais, nous pratiquons les poses de prothèses par voie mini invasive ce qui permet de garder l'appareil extenseur intact. »

ETAPE 3 | Gestion de la douleur

« La complémentarité de l'anesthésie locale associée aux anti-inflammatoires (infiltration de tous les tissus autour de l'articulation du genou) et de l'anesthésie générale ou par rachis-anesthésie offre au patient une analgésie complète. Cette solution permet de ne ressentir quasiment aucune douleur les 2 jours suivants l'opération. Les morphiniques post-opératoires (pouvant également provoquer des nausées) ont aussi été considérablement diminués. »

La combinaison de toutes ces améliorations :

- Anesthésie sensitive,
- Voie mini invasive,
- Infiltration locale peropératoire d'anesthésiques,
- Diminution de l'usage des morphiniques.

Permet au patient de remarcher 4 heures après l'intervention. »

D'après vous, quels sont les apports de la RAAC (Récupération améliorée après chirurgie) ?

Dr. BEN HALIMA : « Dès la sortie du bloc opératoire, le patient devient acteur de sa propre récupération et entre dans des **conditions normales de sortie**. Il commence à s'alimenter 2 heures après son intervention, s'habille en tenue civile. Sa rééducation démarre dès son entrée en salle de réveil et se poursuit dans le service par la marche puis la montée et la descente d'escaliers avant son départ. Le véritable atout de cette prise en charge réside dans le fait que le patient **prend confiance très rapidement** car il est à l'écoute de ses capacités physiques et de ses propres limites, ce qui va grandement contribuer à une récupération plus rapide et plus efficace. »

Qu'est-ce qui vous a décidé à sauter le pas et de réaliser votre première pose de prothèse de genou en ambulatoire ?

Dr. BEN HALIMA : « Dans le cadre de mon développement professionnel continu et dans le souci de continuer à offrir la meilleure des prises en charge à mes patients, je me suis formé aux techniques mini invasives et au développement de la chirurgie ambulatoire ainsi qu'à la récupération améliorée après chirurgie prothétique de la hanche et du genou. J'ai pu apprécier les bons résultats de cette démarche (RAAC) dans les différents établissements qui m'ont accueilli lors de ma formation.

Les prothèses de hanche (PTH) étaient mes premières interventions majeures réalisées en ambulatoire et face à la satisfaction de mes patients et aux bons résultats cliniques, j'ai décidé d'intégrer aussi la PTG dans le programme ambulatoire-RAAC »

Quelles sont les conditions d'une pose de PTG en ambulatoire ?

Dr. BEN HALIMA : « Il n'y a pas de limite d'âge particulière, cependant, le patient doit être éligible à des critères bien précis pour bénéficier d'une PTG en ambulatoire. Si le patient ne présente aucune contre-indication* pour la réalisation de l'opération en ambulatoire, celle-ci lui est proposée lors du premier rendez-vous avec le chirurgien. S'il l'accepte, le délai entre ce premier rendez-vous et la date effective d'opération est généralement d'un mois.

Durant ce mois, le patient rentre dans une étape d'optimisation de sa santé préopératoire, il rencontre :

- Le **kinésithérapeute** pour la programmation de **séances préopératoires**. Elles sont primordiales pour une bonne préparation à l'intervention (5 à 10 séances)
- **L'anesthésiste**
- Le cardiologue si nécessaire
- **L'infirmière** coordinatrice de la mise en place de la RAAC, elle contrôle la bonne progression de la préparation et rassure le patient en lui expliquant toutes les étapes de sa chirurgie
- La **nutritionniste** pour des conseils nutritionnels et l'accompagnement à la perte de poids si cela est jugé nécessaire
- **Anticipation du retour à domicile :**
 - Préparations en amont des ordonnances d'antalgiques, de prévention thrombo-embolique, surveillance clinique et biologique, des soins de plaies postopératoires, de kinésithérapie et matériel médical.
 - Collaboration avec les professionnels de santé de ville pour sécuriser le retour à domicile et assurer la continuité des soins après la chirurgie. »

* Liste des contre-indications absolues : patients ayant des affections associées sévères ou mal équilibrées (diabète, AVC, immunodépression, cardiopathie...), ASA>4, femmes enceintes, patient non autonome avant l'intervention ou vivant seul.

Liste des contre-indications relatives : hémoglobine basse, éloignement du domicile par rapport à l'hôpital (pas plus d'une heure et demie de route entre le domicile et l'hôpital)

Faut-il prévoir des séances de kinésithérapie le jour de l'intervention en post-opératoire ?

Dr. BEN HALIMA : « *Le rôle du kinésithérapeute est essentiel tout au long du chemin clinique du patient (avant-pendant et après son hospitalisation). Il intervient également en post-opératoire immédiat. Avant le retour à domicile, le patient bénéficie d'une séance particulière de rééducation qui dure 30 à 60 minutes. Il s'assure de l'autonomie à la marche (dans le couloir et les escaliers) qui est l'un des critères obligatoires pour une autorisation de retour à domicile.* »

Quelles sont les suites d'une opération en ambulatoire ?

Dr. BEN HALIMA : « *Le lendemain de l'opération, le patient reçoit systématiquement un appel de la part de notre IDE référente du CHSA ainsi qu'au 5^{ème} et 15^{ème} jour après l'intervention afin de s'assurer du bon déroulement des suites postopératoires. La rééducation se poursuit dès la sortie à la maison à raison de 5 séances de kinésithérapie par semaine. Le patient applique de la glace à l'aide d'une attelle adaptée en journée pendant le premier mois. Des prises de sang sont réalisées à domicile (les résultats directement transmis au chirurgien). Quinze jours après l'intervention, les agrafes sont retirées par l'infirmière à domicile.* »

Faut-il prévoir un contrôle régulier avec le chirurgien à la suite d'une PTG en ambulatoire ?

Dr. BEN HALIMA : « *Le patient est revu en consultation avec son chirurgien 3 à 4 semaines après son intervention puis des rendez-vous de contrôle sont prévus à 4 mois, 1 an puis tous les 2 à 3 ans.* »

Quels sont les facteurs clés de succès d'une PTG en ambulatoire ?

Dr. BEN HALIMA : « *Considérer le patient comme un véritable partenaire, il devient l'acteur de sa prise en charge. Il faut simplement lui faire confiance et le laisser faire. Seul le patient connaît ses vraies limites, il sait qu'il n'ira pas au-delà de ce qu'il n'est pas capable de faire. Evidemment, il est sensibilisé aux précautions à prendre une fois de retour à la maison. Mais le risque est minime puisque tout est fait en amont pour que la récupération se passe dans les meilleures conditions par le biais d'informations et de formation à la démarche.* »

Vous pensez être concerné ?

Tél : 03 27 69 44 91

Interview réalisée le 06/03/2019 | Docteur Fathi BEN HALIMA | Chirurgien Orthopédique
Spécialités : Chirurgie mini invasive de la cheville et du pied - Chirurgie prothétique de la hanche et du genou
Sources : Interview du Dr. BEN HALIMA – Service communication CHSA Maubeuge