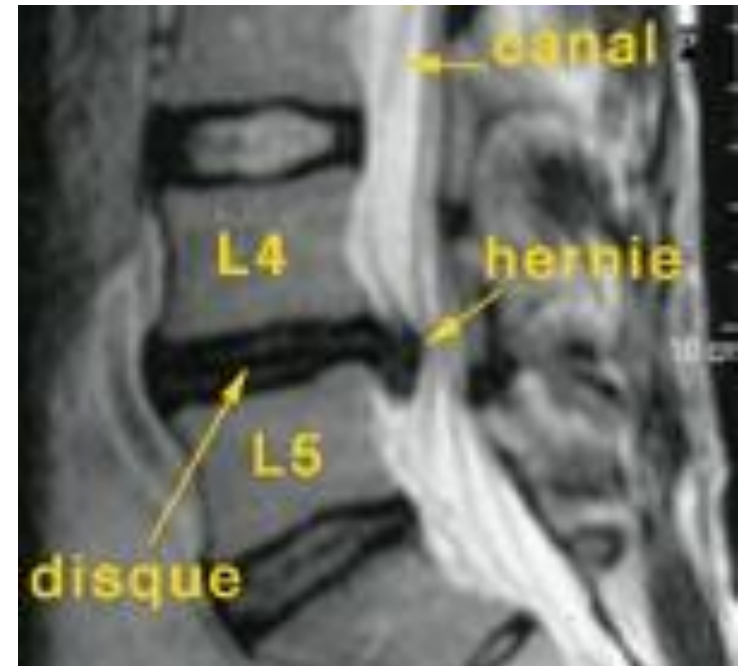


Les hernies discales lombaires en chirurgie ambulatoire : importance du chemin clinique

Pr Ch.Court, Dr V.Molina*,
l'équipe de Kiné et le
personnel de l'UCA

Service d'orthopédie et
traumatologie, * responsable
de l'UCA de Hôpital Bicêtre,



1ers cas USA: 1985

Essor rapide: nombreuses publications: qqs dizaines à 1600 patients

=> Parfois plus de 90% de cette activité

Discectomies isolées en ambulatoire (4 états) : 4% en 1994 et 26% en 2000 mais **overnight surgery**

France : ATIH 2013 44 HD en Ambu

Littérature Même résultat clinique

Taux élevé de satisfaction du caractère ambulatoire (diminue avec âge)

<u>Motif d'hospitalisation:</u> Douleur, Nausées, vomissements <u>Brèche durale</u> (parfois sortie!), laryngospasme Comorbidités: glycémie,	<u>Motif de réadmission: (faible)</u> Douleur Nausées, vomissements
---	--

Diminution du taux de complications lié à l'intervention ¹

1. Outpatient surgery reduces short-term complications in lumbar discectomy: an analysis of 4310 patients from the ACS-NSQIP database, Spine 2013

Barrières HD ambulatoire

- Psychologiques : patients et famille
 - Chirurgie anxiogène « le dos mauvaise réputation »
 - Peur de la douleur
 - Peur des complications neurologiques « paralysie »
 - Habitude d'un certain « confort » des Français avec la santé
 - Tous les patients ne sont pas éligible
- Organisationnelles : Structure de santé
 - Patient : nécessite d'être entouré au domicile, convalescence 3 à 4 semaines
 - Chemin clinique/ bloc
- Financières :
 - Prise en charge préopératoire (chemin clinique) non valorisé
 - Bornes basses disparues en Mars 2013

Atouts de la Discectomie en ambulatoire

- 62000 interventions en France par an (44 en Ambu)
- DMS 4,3 jours
- Sujet jeune bonne santé :
 - Majorité des patients entre 30-40 ans (18-70)
 - Motivation : dans la Vie active, besoin d'un retour rapide au travail
- Diminution du nombre de complications

Appel d'Offre ARS

- Projet classé premier par l'ARS
 - Soutien financier pour valoriser le chemin clinique
- Soutien AP-HP
- Société Française chirurgie du rachis
 - Commission ambulatoire
- Tests faits en hospitalisation conventionnelle du chemin clinique pour validation, ajustement

Chemin clinique 3 étapes

1. Consultation chirurgien : 15 à 20 min pour....

- Diagnostic
- Indication chirurgicale discectomie
- Explications sur les avantages/inconvénients de la chirurgie
- Eligibilité pour discectomie à UCA
 - critères UCA, profil psychologique, volontarisme
 - Critères anatomiques de la HD
 - Co-morbidité (svt jeune)
- Explications de la chirurgie ambulatoire et du chemin clinique (étonnement, crainte, enthousiasme). Démystifie la gravité de l'acte pour le patient
- Remise des ordonnances en particulier pour réserver les morphiniques
- Remise de la pochette parcours en ambulatoire

Chemin clinique 3 étapes

2 Consultation d'anesthésie :

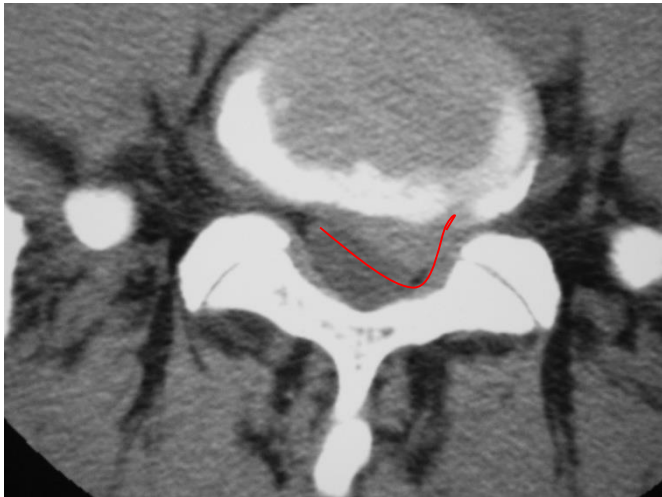
- Confirmation de l'éligibilité à l'ambulatoire
- Explication sur prévention douleur postopératoire

3. Consultation kinésithérapeute : non valorisée (projet ARS)

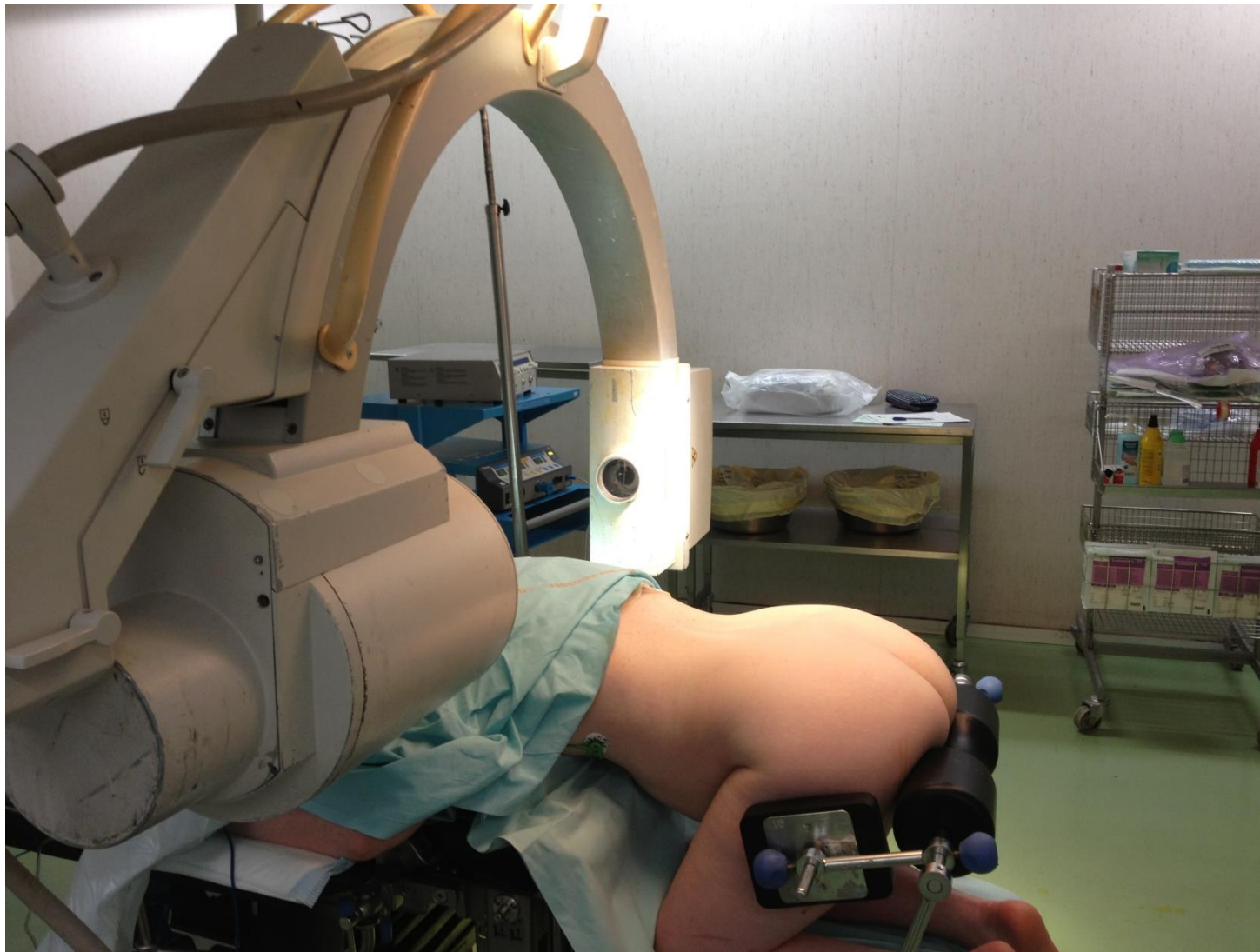
- Rassurer – démystifier les suites opératoire
- Expliquer les consignes du lever postopératoire
- Expliquer les consignes d'ergonomie rachidienne
- Explique les mouvements autorisés ou interdits pendant la convalescence
- Remise de carnets explicatifs (KB, SFCR)

JOUR J.....

- Arrivée 7h
- Bloc 8h : installation en genu pectoral
 - *Formation du personnel à cette installation*



Amplificateur de brillance



Microdiscectomie endoscopique : loupes grossissantes et lumière frontale ou microscope



Tube de 18 mm de diamètre

Geste chirurgical ne nécessite pas d'adaptations

- Patient opéré en première position
- Pas plus de 2 patients par jour
- Technique mini-invasive maîtrisée (endoscopique etc...)
- Infiltration anesthésique locaux de l'incision (naropein)
- Pas de redon (ou pour quelques heures)
- Durée opératoire entre 20 et 45 minutes

JOUR J....

- Surveillance en SSPI :
 - Surveillance neurologique
 - Personnel IDE formé

- Salle de repos
 - Collation
 - Premier lever vers 12h00 puis vers 14h00
 - Personnel IDE et AS formé par Kinésithérapeute
 - Kiné ou chirurgien présent les premières fois puis joignable

Jour J



- Opéré à 8h30
- Photo à 13 h....
- Vérification examen neurologique, reprise miction
- Visite chirurgien et de l'anesthésiste
- Retour domicile 17h00
- Transport allongé ou ½ assis (voiture particulière)

Premiers résultats

- 4 patients tests en conventionnel sortis le soir
- 5 patients à l'UCA : 3/2 (50% récusés pour UCA)
- Un patient opéré 2 hernies
- Tps opératoire 36 min à 50 min
- Pas de complication chirurgicale
- Tps occupation salle 1h35 à 1h40
- Complication : 1^{er} patiente hospitalisée le soir, vertige au deuxième lever au moment de partir, sortie le lendemain

Suites J + 1...habituelles

- Numéro téléphone chirurgical de garde
- Gestion de la douleur, éviter le pic de douleur dans la nuit ou le lendemain matin
- Rappel le lendemain du patient
- IDE pour injection anticoagulants préventifs 1/jour et pansement ts les 2 jours
- Médecin référent si besoin pour adapter le traitement antalgique
- RDV chirurgical 1 à 2 mois

Résultats à distance

- Appel du lendemain
 - Note satisfaction 8,5/10 (7-10)
 - $\frac{3}{4}$ légère douleur à la gorge
 - EVA lombaire de 1 à 3, EVA radiculaire = 0
suffisamment de médicaments 4/5
- Aucun appel au médecin référent
- Tous les patients conseilleraient à un ami ou mb de sa famille
 - Consultation kiné préop suffisante et utile 5/5
- Tous auraient souhaité un Kiné à la maison

Conclusions-Perspectives

- Premiers résultats nous encouragent à continuer
- Modification du protocole : Prescription anticipée du kiné à domicile
- Autres actes possibles
 - Kyphoplastie, cimentoplastie
 - Récidive de hernie discale
 - Recalibrage unilatéral canal lombaire
 - Hernie discale cervicale ? (hématome suffoquant)
 - Arthrodèse lombaire un niveau mini-invasive ? (douleur)
- Rencontre ou téléphone à des patients opérés ?
 - Difficile à organiser
 - Très bénéfique pour partage d'expérience et du vécu
 - Film informatif