

# La PTH en ambulatoire

Il s'agit d'une prise en charge novatrice et dorénavant possible.

Grâce au **développement des techniques chirurgicales mini-invasives**, les suites opératoires des PTH sont rendues simples avec un confort quasi-immédiat (les douleurs de coxarthrose disparaissent et les douleurs liées à l'intervention sont minimisées). Ainsi le patient peut d'emblée déambuler en plein appui.

S'il est capable de marcher seul et sans béquilles aussi bien sur le plat que dans les escaliers, le patient pourra décider de rentrer à domicile le jour-même. Dans cette optique, en préopératoire le patient aura déjà bénéficié de séances de kinésithérapie préparatoires visant notamment à lui expliquer les manœuvres à respecter pour certains gestes de la vie quotidienne, notamment pour s'aliter ou s'asseoir dans un véhicule en position assise. Il en sera de même pour la pratique des escaliers.

Le fait de ne pas désinsérer ou léser le moindre muscle, notamment le moyen fessier, permet d'avoir une prothèse parfaitement stable et un patient capable de déambuler sans douleur.

## Dans quel but ?

La finalité d'une PTH en ambulatoire est d'être cohérent par rapport au développement des techniques mini-invasives et **d'accélérer la récupération fonctionnelle du patient**. Ce dernier, rentrant à domicile, devient acteur de sa rééducation. Il n'est plus confiné dans un espace restreint tel qu'une chambre d'hôpital. Il est incité à se déplacer dans les différentes pièces de son domicile et même rapidement sortir à l'extérieur sur périmètre raisonnable. La récupération fonctionnelle ne sera pas bridée par un environnement hospitalier et ainsi optimisera la récupération de la force musculaire, la déambulation, la stabilité de la prothèse et au final le bien-être du patient.

Cette chirurgie ambulatoire a également été développée dans l'optique de diminuer au maximum les risques :

**Thromboemboliques** (phlébite et embolie pulmonaire) en luttant contre l'alitement et la sédentarité,

**Chute et de désorientation temporo-spatiale**, tout particulièrement chez les patients très âgés.

**D'escarres**, tout particulièrement chez les patients très âgés.

**Infections nosocomiales** : en éloignant le patient d'éventuels patients infectés hospitalisés

**Troubles du transit** (constipation). Le patient pourra reprendre à loisir ses habitudes alimentaires

**D' « infantilisation » du patient** imposée lors de toute hospitalisation : Le patient est incité à autogérer son traitement antalgique et son traitement habituel.

Tous ces paramètres restent encore à être scientifiquement prouvés. Cependant une étude scandinave portant sur 1 500 prothèses totales de hanche et de genou prises en charge en ambulatoire ou en hospitalisation brève de moins de 48 heures a permis de constater un bénéfice notamment en terme de mortalité de l'ordre de - 30% à deux ans avec un bénéfice qui était croissant et proportionnel avec l'âge et exponentiel à partir de 85 ans !

## Préparation

Cette prise en charge chirurgicale impose une **organisation complète et rigoureuse**, démarrant dès lors de la consultation préopératoire. Le chirurgien, en plus de vous expliquer ce dont vous souffrez et les principes d'une PTH, abordera les spécificités d'une chirurgie en ambulatoire. Un document explicatif écrit vous sera remis.

Une information spécifique vous sera également donnée lors de la consultation d'anesthésie préopératoire. L'anesthésiste vous prescrira votre traitement antalgique post-opératoire à aller chercher à l'avance chez votre pharmacien.

Une consultation avec le kinésithérapeute de la clinique aura lieu le même jour, avec remise d'un document papier illustré de photos et d'images pour vous aider à appréhender au mieux les exercices de rééducations post-opératoires.

Vous bénéficierez également de quelques séances de kinésithérapie « préparatoire » à domicile (agencement du cadre de vie, prévention de chutes, gestion des béquilles, etc.).

## Déroulement

**La veille de l'intervention**, le patient est appelé par la clinique pour donner l'heure de convocation, valider la mise à jeun, vérifier l'achat des médicaments, etc.

**Le jour de l'intervention**, le patient est admis dans une unité spécifique de chirurgie ambulatoire et accueilli par une équipe dédiée. La dépilation sera contrôlée, tout comme le dossier clinique et les documents administratifs. Le patient patientera dans un stress-less le moins longtemps possible.

**Une fois l'intervention réalisée** et le patient bien réveillé, une collation sera donnée puis, en compagnie du kinésithérapeute, il sera mis debout et marchera avec l'appui d'emblée complet et sans béquille. S'il est suffisamment à l'aise, il sera accompagné dans les escaliers pour monter et descendre, là-aussi en plein appui. Cette étape est une étape-clé, car elle permettra au patient tout comme à son chirurgien de s'assurer qu'il est autonome.

S'il le souhaite, il pourra alors regagner son domicile, avec bien entendu l'accord préalable du chirurgien, de l'anesthésiste et du kinésithérapeute. A tout moment, le patient pourra décider de rester hospitalisé. En pratique, c'est très rarement le cas et en règle générale en rapport avec des nausées post-anesthésiques.

Il est extrêmement important que la décision de regagner le domicile soit faite à la demande du patient. En aucun cas il ne devra se sentir forcé.

## Le Retour à Domicile

Le retour se fait en **position assise dans une voiture standard** : personnelle ou en véhicule sanitaire léger (VSL).

Le patient ne sera pas « laissé à lui-même » à son domicile, puisque le service ambulatoire le recontactera par téléphone à J+1, J+2, J+5 et J+10 pour prendre de ses nouvelles (questionnaire). Un numéro de téléphone lui sera remis pour appeler la clinique à tout moment 24/24 heures et 7/7 jours. Il bénéficiera du passage quotidien d'une infirmière à domicile pour l'injection de son traitement anticoagulant et réfection du pansement à J+2.

Le kinésithérapeute viendra les premiers jours à domicile, mais rapidement le patient pourra lui-même aller chez son kinésithérapeute pour profiter du matériel en cabinet libéral.

Un bilan sanguin de contrôle systématique sera assuré au 2<sup>ème</sup> jour et éventuellement au 4<sup>ème</sup> jour post-opératoire.

Au final, cette chirurgie ambulatoire est une **prise en charge globale** du patient.

## Contre Indication pré-opératoire à la PTH en Ambulatoire

Il n'y a à priori **pas de contre-indication de nature chirurgicale** en préopératoire. Les antécédents de fracture, de dysplasie, d'ostéoporose, de matériel d'ostéosynthèse toujours en place, d'obésité ne sont pas une contre-indication de principe. Chaque cas étant spécifique votre chirurgien sera bien entendu le plus apte pour vous expliquer et vous conseiller sur la faisabilité d'une telle prise en charge.

Un **patient seul à domicile** ne sera pas éligible à une chirurgie ambulatoire. Il pourra par contre s'il le souhaite rentrer le lendemain, après une nuit d'hospitalisation.

L'anesthésiste peut lors de la consultation préopératoire ne pas valider cette prise en charge en ambulatoire.

NB : sauf de rare situation particulière, l'existence d'un traitement anticoagulant (anti-vitamine K (Préviscan, Sintrom,...) Héparine, Aspirine,...) n'est pas une contre-indication à la chirurgie ambulatoire.

**L'avis du patient** sera toujours respecté, toutefois le principe est que le patient prenne sa décision non pas avant mais après l'opération, lorsqu'il pourra juger de lui-même de son propre état et de son confort.

Par expérience, le patient réclame très rarement l'hospitalisation après l'opération.

## Contre Indication post-opératoire à la PTH en Ambulatoire

La survenue d'une **fracture osseuse** si l'ostéosynthèse (réparation) qu'elle nécessite ne permet pas d'obtenir un os stable (solide). Dans ce cas de figure, le patient ne sera pas autorisé à déambuler en plein appui et la prise en charge en ambulatoire sera contre-indiquée.

La **décision de l'anesthésiste**, s'il estime secondairement qu'une surveillance étroite s'impose.

**L'incapacité du patient à marcher sans béquille.**

**Le refus** du patient.

Le plus difficile dans cette prise en charge novatrice en ambulatoire est de convaincre le patient mais également son entourage en préopératoire. L'intervention, si elle s'est déroulée dans de bonnes conditions conduira quasiment systématiquement le patient à souhaiter, au final, rentrer à son domicile le jour-même.

