

Polyclinique Inkermann Eclairages

mars 2013 | 03

Polyclinique Inkermann
84, route d'Aiffres - 79000 Niort
0826 30 28 28
polyclinique@inkermann.fr

Éclairages. Lettre de la polyclinique Inkermann.
Directeur de la publication : Christophe Régniez. Rédaction : Erick Chevaleraud. Conception :
BVM Communication. Photo ©Shutterstock. Dépôt légal : mars 2013.
Imprimé sur du papier recyclé.

La rhizarthrose

Usure cartilagineuse entre le trapèze et le premier métacarpien, elle constitue l'affection dégénérative la plus fréquente aux niveaux des mains. Une femme sur cinq en serait porteuse mais seulement 20 % seront symptomatiques. Si l'on ajoute à ces statistiques un fort taux d'amélioration par le traitement médical, environ 10 % de ces rhizarthroses nécessitent l'attention chirurgicale.

Les traitements traditionnels

La trapézectomie (ablation du trapèze plus ou moins remplacé au fil des techniques par une interposition tendineuse et suspension) et l'arthrodèse trapézométacarpienne ont longtemps occupées le premier rang des solutions chirurgicales. On utilisait la première pour faire régresser surtout la douleur mais la force n'était pas toujours au rendez-vous. L'arthrodèse était proposée au travailleur de force mais limitait un peu les amplitudes au prix d'une fusion un peu longue... On comprend qu'il s'agit en fait par ces techniques, même si elles gardent encore des indications dans des cas particuliers, d'un traitement chirurgical

partiel agissant sur un signe fonctionnel sans récupération globale de la fonction.

Le traitement actuel

Actuellement une large place est laissée aux prothèses trapézométacarpiennes qui vont répondre à cette restitution fonctionnelle

globale en remplaçant les surfaces articulaires. Historiquement les remplacements étaient effectués par de simples interpositions (implant de Swanson). Les succès des prothèses de hanche ont permis l'essor dans les années 70 des premières prothèses trapézométacarpiennes à rotule imitant, pour le pouce, la sœur

ainée, la prothèse totale de hanche (PTH). Il faudra encore une vingtaine d'année pour que les connaissances et les progrès au niveau de la hanche se répercutent sur les prothèses trapézométacarpiennes et permettent l'utilisation d'implants fiables sans ciment avec un ancrage solide dans le temps.

En pratique

Les progrès ne sont pas que dans les implants mais aussi dans l'amélioration des protocoles

opératoires. L'intervention se déroule en général sous anesthésie locorégionale, avec le plus souvent un bloc analgésique la première nuit, le pouce est simplement maintenu dans un gros pansement ou une attelle une huitaine de jours avec une rééducation par mobilisation rapide à ce délai. La récupération fonctionnelle s'effectue entre 45 et 60 jours.

Bien sûr des complications peuvent exister : algodystrophie, infection, irritation d'un rameau nerveux cutané, fracture de l'os receveur, luxation... mais celles-ci sont rares et laissent peu de séquelles si elles sont prises à temps.

Dans notre expérience et nos indications, la prothèse trapézométacarpienne apporte au patient et au chirurgien une grande satisfaction. Elle occupe une partie de plus en plus grande du traitement de la rhizarthrose si l'on respecte les contre-indications : essentiellement l'arthrose entre scaphoïde et trapèze mais aussi l'hyper extension relative de la métacarpophalangienne qu'il faut savoir devancer par une prise en charge précoce. Enfin en cas d'échec à plus long terme elle n'interdit pas une trapézectomie ou une arthrodèse.

édito J'aime ma clinique

La polyclinique Inkermann s'est enthousiasmée pour le slogan « J'aime ma clinique »*, parce que nous pensons que sa simplicité porte en elle les valeurs cardinales que nous défendons : générosité, passion, humanité. Mais également parce que nous sommes fiers de notre lieu de travail, de nos équipes, de ce que nous avons accompli, tous ensemble, pendant toutes ces années. Nous sommes conscients du chemin qu'il reste à parcourir, mais autorisons nous un peu d'optimisme, le temps d'un sourire : J'aime ma clinique.

* FHP-MCO, janvier 2013



CHIRURGIE AMBULATOIRE

L'activité chirurgicale en ambulatoire, sans l'hospitalisation du patient, se développe depuis de nombreuses années en France. Les centres initiateurs, spécialisés en chirurgie de la main ou de l'œil, ont rapidement été rejoints par l'ensemble du secteur chirurgical libéral, malgré une lourde contrainte d'ouverture de lits d'hospitalisation.

Des quotas ont ainsi longtemps dominé l'activité ambulatoire (un lit : un patient par jour pour 365 jours). La disparition de ces contraintes devrait permettre le rapide essor de cette activité, ce d'autant que les tutelles imposent des objectifs à atteindre pour 2017 (60 % de l'activité chirurgicale) ainsi qu'un certain nombre d'actes traceurs (voir ci-dessous). Tout laisse à penser que l'objectif pourra être atteint avant la date butoir de 2017. De nouveaux actes traceurs, dont la pertinence pourrait être discutée, chirurgie de la vésicule biliaire et de l'adénome de la prostate, vont s'imposer prochainement. Quoi qu'il en soit, avec une telle obligation de développement, la chirurgie ambulatoire a un bel avenir, en conservant les mêmes critères de qualité et de sécurité pour le patient, dans un contexte économique où la preuve de son efficacité est établie.

Docteur E. Chevaleraud

La pratique

ambulatoire en chiffres

En 2012, la pratique ambulatoire au sein de la polyclinique Inkermann représentait 50,1 % des séjours en chirurgie, soit 5344 séjours sur 10661. Les actes phares, classiques de l'ambulatoire, sont retrouvés dans notre activité :

- **Arthroscopie du genou : 91 %**
- **Chirurgie du canal carpien : 89,76 %**
- **Chirurgie de la cataracte : 83,14 %**
- **Extractions dentaires : 95,7 %**
- Pour les nouveaux actes fixés par les tutelles, nous obtenons en 2012 :**
 - **Chirurgie des varices : 55,9 %**
 - **Chirurgie des hernies inguinales : 54,94 %**

Polyclinique Inkermann à savoir

CURE DE HERNIE EN AMBULATOIRE

Un gros progrès dans la prise en charge des hernies de l'aine

Proposée de première intention, depuis plus d'un an, aux patients présentant des hernies, la cure de celles-ci en ambulatoire (entrée le matin et sortie le soir même) apparaît comme un gros progrès dans la prise en charge. Plus de 50% des patients porteurs de hernie peuvent bénéficier de cette hospitalisation courte dans la journée.

Critères de sélection

Afin de l'effectuer en toute sécurité, cette prise en charge doit s'adresser à des patients sélectionnés sur plusieurs critères :

- Critères médicaux : concernant des patients ne présentant pas de pathologie grave ou ne prenant pas de traitements porteurs de facteurs de risque tel que anti-coagulants ou anti-agrégants.
 - Critères sociaux : Patient n'étant pas seul chez lui, mais entouré d'une personne valide pouvant appeler par téléphone et diligenter un transfert rapide en urgence.
 - Critères d'éloignement : durée de trajet entre le domicile et la clinique inférieure à 1h
- Cette sélection se fait par le chirurgien et l'anesthésiste qui ont consulté le patient auparavant. Patient qui, par ailleurs, donne son agrément et son accord pour cette prise en charge dans la journée.

Avancées techniques

Cette prise en charge a été favorisée par les progrès de la technique chirurgicale et de l'anesthésie. Le standard actuel de la cure de la hernie chez l'adulte réside dans le renfort pariétal par la mise en place d'une « plaque », sorte de petit filet très souple qui renforce la paroi, diminuant ainsi le risque de récurrence.

Deux techniques dominent :

- Celle de Lichtenstein consistant à la mise en place d'une plaque par ouverture inguinale placée entre le premier et le deuxième plan de la paroi.
- La cure de hernie par cœlioscopie qui après instillation de gaz (CO₂) dans l'abdomen, permet le positionnement d'une plaque en arrière de la paroi musculaire. Cette technique réduit le traumatisme pariétal que crée une ouverture classique. Ces deux techniques, présentent chacune

leurs avantages et leurs inconvénients et donc leurs indications propres. Elles sont pratiquées environ à égalité avec quelques écarts selon les chirurgiens. La voie ouverte est plutôt réservée aux grosses hernies chez les malades fragiles, multiopérés, pouvant bénéficier d'une anesthésie loco-régionale, voire locale. Les plus petites hernies voire bilatérales sous cœlioscopie sont indiquées chez les patients plus jeunes non opérés, pouvant supporter une anesthésie générale obligatoire pour cette technique.

La clinique en chiffres

Analyse des gestes marqueurs 2012

Gestes marqueurs MSAP	Nb séjours ambulatoire	% ambulatoire
Accès vasculaire	87	76,3
Adénoïdectomies	182	99,5
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	606	91,0
Avulsion dentaire	133	95,7
Chirurgie anale	32	65,3
Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	522	89,7
Chirurgie col, vulve, vagin	46	74,2
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	23	95,8
Chirurgie de la main	113	90,4
Chirurgie de la main et de la maladie de Dupuytren	25	54,3
Chirurgie de l'avant pied	14	60,9
Chirurgie des bourses	27	61,4
Chirurgie des bourses de l'enfant	0	0,0
Chirurgie des hernies abdominales	33	29,5
Chirurgie des hernies de l'enfant	6	50,0
Chirurgie des hernies inguinales	112	54,9
Chirurgie des varices	278	55,9
Chirurgie du cristallin	2 250	83,4
Chirurgie du nez	8	8,0
Chirurgie du sein/tumorectomie	4	36,4
Chirurgie utérus	216	73,7
Cholécystectomie	2	1,0
Geste sur l'uretère	7	14,0
Interruption tubaire	30	65,2
LEC	52	88,1
TOTAL	4 765	76,1

Chiffres calculés à partir de la liste des GM national 2012. Les GM dont l'effectif était inférieur à 10 ont été enlevés

En pratique

Le parcours de soin est parfaitement organisé de la rentrée, le matin, jusqu'à la sortie.

Opéré le plus souvent tôt dans la matinée, le patient est par la suite pris en charge à la sortie de la salle de réveil dans le service de chirurgie ambulatoire dédié aux hospitalisations courtes où ils sont suivis, bénéficient d'une collation, et sont obligatoirement revus par l'anesthésiste et le chirurgien qui donnent alors leur feu vert pour la sortie.

Une ordonnance d'antalgiques et d'anti-inflammatoires est fournie ainsi qu'un document joint sur lequel figure le numéro d'appel 24h sur 24 de la clinique.

Un contact téléphonique est systématique le lendemain. Les fils sont retirés vers le 8^e jour soit à domicile, soit à la clinique. Le patient sera revu à un mois (ou plus tôt s'il en exprime le désir ou la nécessité).

Les résultats de cette prise en charge apparaissent satisfaisants tant pour le patient que pour les soignants. Environ 1 malade sur 10 ne peut sortir le soir, soit qu'il ne se sent pas apte à sortir, soit qu'il n'a pas uriné et sort généralement le lendemain. Aucun malade sur plus de 400 malades n'est revenu le soir en urgence.

La grande majorité est satisfaite de cette prise en charge qui apparaît donc comme un progrès pour tous, au prix d'une sélection des patients, d'une rigueur dans la technique opératoire et la pratique de l'anesthésie ainsi que d'une grande attention et disponibilité des praticiens et soignants avant et après la sortie du patient. Il faut par ailleurs admettre que cette prise en charge représente pour la société et les caisses un moindre coût, ce qui explique la très forte incitation des organismes de sécurité sociale à la promouvoir.

Pôle chirurgie viscérale et endocrinienne : Drs Courant, Parent et Reynaud



LA VIE
DE LA
CLINIQUE

SUR LE DÉPART

Dr Eyraud, chirurgie urologique.