

Pratiques professionnelles et recommandations

Existe-t-il des critères d'orientation vers un centre de rééducation après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou ? Élaboration de recommandations françaises pour la pratique clinique

M.-M. Lefevre-Colau^{a,*}, E. Coudeyre^b, A. Griffon^c, A. Camilleri^d, P. Ribinik^e
M. Revel^f, F. Rannou^f

^a Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Corentin-Celton (APHP), université Paris-V, 92133 Issy-les-Moulineaux, France

^b Centre de médecine physique et de réadaptation Notre-Dame, BP 86, 4, avenue Joseph-Claussat, 63404 Chamalières cedex, France

^c CMPR, La-Châtaigneraie, BP 30, 95180 Menucourt, France

^d Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, centre hospitalier de Gonesse, 25, rue Pierre-de-Theilley, BP 30071, 95500 Gonesse, France

^e Service de MPR, centre hospitalier de Gonesse, 25, rue Pierre-de-Theilley, BP 30071, 95500 Gonesse, France

^f Service de rééducation, APHP, université René-Descartes, groupe hospitalier Cochin, 75014 Paris, France

Reçu le 2 mars 2007 ; accepté le 2 avril 2007

Résumé

Objectifs. – Élaborer des recommandations concernant l'orientation vers un service de rééducation après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou.

Méthode. – La méthodologie utilisée, proposée par la Société française de médecine physique et réadaptation (Sofmer), associe une revue systématique de la littérature, un recueil des pratiques professionnelles et une validation par un panel pluridisciplinaire d'experts.

Résultats. – Les conclusions issues de la revue de la littérature et des pratiques professionnelles actuelles en France ne permettent pas de distinguer les contextes de la prothèse totale de hanche et de genou pour orienter le malade après l'opération vers un service de rééducation. Dans les deux situations, les principaux critères d'orientation vers un service de rééducation sont : 1) démographique : âge élevé et sexe féminin ; 2) psychosociaux et environnementaux : absence d'entourage à domicile, sentiment du patient de ne pas pouvoir réintégrer dans l'immédiat son domicile (une éducation préopératoire pourrait permettre d'orienter ce paramètre « préférence du patient ») ; 3) prédictifs du chirurgien à partir de l'évaluation clinique et fonctionnelle du patient : mauvais état fonctionnel pré- et postopératoire.

Conclusion. – Il est nécessaire de mettre en place rapidement des études de bonne qualité méthodologique permettant d'évaluer des outils prédictifs d'orientation comme l'indice RAPT en distinguant le contexte des prothèses totales de hanche et de genou et en retenant comme critères principaux d'évaluation le statut algofonctionnel final ainsi que la réduction des situations de handicap.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Arthrose ; Prothèse de hanche ; Prothèse de genou ; Recommandations ; Indications ; Pratiques cliniques ; Service de rééducation

Comité scientifique

Coudeyre Emmanuel, (Sofmer), centre de MPR Notre-Dame, 63404 Chamalières, France.

Genet François, (Sofmer), service de MPR, groupe hospitalier Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France.

Genty Marc, (Sofmer), service de MPR, clinique Valmont, 1823 Glion, Suisse.

Ribinik Patricia, (Sofmer), service de MPR, centre hospitalier de Gonesse, BP 71, 95503 Gonesse, France.

Rannou François, (Sofmer), service de MPR, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France.

Revel Michel, (Sofmer), service de MPR, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France.

Beaudreuil Johann, (SFR), fédération de rhumatologie, hôpital Lariboisière, 75475 Paris, France.

Lefevre-Colau Marie-Martine, (SFR), service de MPR, hôpital Corentin Celton, 92133 Issy-les-Moulineaux, France.

Chevalier Xavier, (SFR), service de rhumatologie, hôpital Henri-Mondor, 94010 Créteil, France.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie-martine.lefevre-colau@ccl.aphp.fr
(M.-M. Lefevre-Colau).

Biau David, (Sofcot), service de chirurgie orthopédique et traumatologie B, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France.

Anract Philippe, (Sofcot), service de chirurgie orthopédique et traumatologie B, hôpital Cochin, université Paris-V, 75014 Paris, France.

SFR : Société française de rhumatologie.

Sofmer : Société française de médecine physique et de réadaptation.

Sofcot : Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique.

Comité de lecture

Kemoun Gilles (MPR).

Dauty Marc (MPR).

Nys Alain (MPR).

Tavernier Christian (Rhumatologue).

Forestier Romain (Rhumatologue).

Reboux Jean François (Rhumatologue).

Hamadouche Moussa (Chirurgien orthopédique).

Cottias Pascal (Chirurgien orthopédique).

Caton Jacques (Chirurgien orthopédique).

Lorenzo Alain (Médecin généraliste).

Favre Madeleine (Médecin généraliste).

Marc Thierry (Kinésithérapeute).

Fabri Stéphane (Kinésithérapeute).

Pillu Michel (Kinésithérapeute).

Granger Véronique (Orthoprothésiste).

Jouhaneau Sylvie (Assistante sociale).

Massaro Raymond (Pédicure-podologue).

Hynaux Isabelle (Ergothérapeute).

Matter Claire (Infirmière).

Guillemin Dominique (Patient).

1. Introduction

La mise en place d'une prothèse totale de hanche (PTH) est une intervention fréquente dont l'incidence augmente avec le vieillissement de la population [3]. Ha Vinh et al. montrent que le nombre de PTH posées dans la région de Provence, en France, en 2000, était de 4705, ce qui, rapporté à la population nationale, revenait à environ 105 000 prothèses posées annuellement [11]. En comparaison avec d'autres pays, la France est l'un de ceux où le taux annuel de pose de PTH par millions d'habitants est le plus élevé [9]. En Angleterre, par exemple, bien que la pose d'une PTH soit l'intervention la plus fréquente des orthopédistes, son taux annuel était évalué à 40 000 en 2000 [12]. Pour les prothèses de genou (PTG), on estime que le nombre posé par an est d'environ 40 000 en France [8].

Actuellement, après ces interventions, à la sortie du service de chirurgie orthopédique, les patients sont orientés soit vers un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), en établissement de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou en établissement de soins de suite indifférenciés (SSI), soit vers un retour direct à domicile (RDD) [3,7,15,21]. Les structures de MPR répondent à un cahier des charges différent ; elles ont recours à des interventions pluridisciplinaires se déroulant sur des plateaux techniques spécifiques. Jusqu'à récemment, dans

la plupart des pays, environ 50 à 60 % des patients étaient transférés dans des services de rééducation après mise en place d'une arthroplastie de la hanche et du genou [3,18,19]. En France, dans l'étude de Ha-Vinh et al. en 2005, parmi 4705 PTH, 46,6 % des patients ont été adressés dans un service de SSR contre 39,5 % qui rentraient à domicile, le reste des patients étant, soit orienté dans d'autres services aigus, soit en long séjour, soit décédé [11]. Dans une étude rétrospective plus récente de Maravic et Landais, 33 % des 69 948 patients ayant eu une PTH étaient transférés dans un service de rééducation contre 44 % des 42 733 PTG [16]. En revanche, en Angleterre, une étude réalisée en 2000 montre que la majorité des patients rentre à domicile, et que seuls 6 % sont transférés dans un autre service [12].

Parallèlement, ces dernières années, on observe une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) en orthopédie après arthroplastie des membres inférieurs. Cette DMS est variable en fonction des pays concernés. En France, dans l'étude rétrospective de Maravic et Landais [16] la durée moyenne de séjour en orthopédie est de $13 \pm 5,5$ jours après pose d'une PTH et de $12,1 \pm 6,3$ jours après pose d'une PTG. La diminution actuelle sur le territoire français est plus liée à des contraintes économiques qu'à des données médicales sans que le patient n'ait reçu une information préalable de qualité [2]. Forrest et al., dans une étude réalisée à New York, constatent une diminution significative de la DMS en orthopédie après arthroplastie de la hanche et du genou puisqu'en 1997 elle était de 5,1 jours alors qu'en 1995 elle était de 6,4 jours en moyenne ($p < 0,001$) [7]. Les conséquences de cette diminution de la DMS sur l'orientation des patients ne sont pas encore clairement établies. Forrest et al., en 1997, montrent que parallèlement à la diminution de la DMS en orthopédie, le pourcentage de patients admis dans les services de rééducation augmentait de 18 % en 1995 à 33 % en 1997 [7]. Au contraire, l'étude plus récente de Oldmeadow et al., montrait que la diminution de la DMS s'accompagnait d'une augmentation des RDD, lorsque des critères préopératoires étaient évalués et ciblés en postopératoire [20]. Ainsi, il existe actuellement une grande hétérogénéité des pratiques dans la prise en charge en rééducation des patients en postopératoire autant sur le plan national qu'international les comparaisons restant difficile compte tenu de la diversité des pratiques professionnelles et des systèmes de santé.

Les recommandations récentes de la haute autorité de Santé (HAS), obtenues par une méthode de consensus formalisé, contribuent à modifier les conditions d'admission en service de SSR [10]. Ainsi, il est recommandé de réaliser la rééducation en ville après arthroplastie totale coxofémorale de première intention, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait :

- de complications locales, régionales ou générales ;
- de pathologies associées ;
- de l'isolement social.

Pour l'arthroplastie totale du genou de première intention, des évaluations complémentaires sont nécessaires. La diminu-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4040255>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4040255>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)