

Gestion personnalisée du capital sanguin en péri-opératoire

Par le Dr EL AMINE Younes, le Dr HAFIDI El Houcine et le Dr ZIADEH Hassan, Anesthésistes-réanimateurs à la Clinique du Cambrésis



La gestion du capital sanguin (ou PBM : Patient Blood Management) est une démarche organisationnelle innovante qui permet d'optimiser la prise en charge des patients bénéficiant d'une intervention chirurgicale à risque hémorragique, comme la chirurgie orthopédique du genou et de la hanche.

Les objectifs du PBM sont à la fois d'éviter (ou de réduire au maximum) le recours à la transfusion sanguine non nécessaire, d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une anémie, et d'optimiser la prise en charge et la tolérance de l'anémie péri-opératoire.

La mise en œuvre clinique du PBM repose sur 3 axes :

- l'optimisation de la masse sanguine du patient,
- la minimisation des pertes sanguines
- l'amélioration de la tolérance du patient à l'anémie.

La prise en charge préopératoire d'un patient dans le cadre du PBM repose donc principalement sur le dépistage de l'anémie, et la recherche de sa cause (notamment de la carence martiale (en fer) et/ou vitaminique associée).

L'anémie se définit par une concentration en hémoglobine basse (< 13 g/dl). Les signes cliniques sont liés à l'hypoxie tissulaire (fatigue, dyspnée, vertiges, pâleur) et aux mécanismes compensatoires (tachycardie). Ils dépendent de la vitesse de l'installation de l'anémie. Chez le sujet âgé, elle peut même se manifester par des chutes, vertiges et confusion.

Le traitement de l'anémie dépistée en amont de la chirurgie permettra de supplémenter le patient selon la cause en fer par voie orale ou intra veineuse

selon les besoins, en vitamines B9 et/ou B12 et dans certains cas en agents stimulant l'érythropoïèse selon le rapport Bénéfice/Risque de la chirurgie.

Au décours de la consultation spécialisée avec le chirurgien orthopédique de la clinique, le patient reçoit une ordonnance pour une prise de sang personnalisée permettant de dépister au plus tôt l'anémie et de la caractériser afin de pouvoir proposer une supplémentation en fer et/ou en vitamines avant l'intervention. L'objectif étant de recharger les stocks du patient et de limiter l'aggravation de l'anémie en post opératoire, ce qui réduira le recours à la transfusion. La réduction et meilleure tolérance de l'anémie aura pour effet de diminuer la fatigue ce qui facilitera la rééducation et réhabilitation postopératoire.

Une infirmière coordinatrice du parcours de soins en chirurgie orthopédique récupère les bilans sanguins réalisés 48h après la consultation du chirurgien, et programme le cas échéant la supplémentation en fer et/ou en vitamines en accord avec la prescription du médecin anesthésiste réanimateur.

L'optimisation du parcours de soins à la clinique notamment dans la gestion de l'anémie et du capital sanguin nous a permis de réduire de manière considérable le recours à la transfusion sanguine.

Pour l'année 2023, nous n'avons transfusé que 6 poches de concentrés globulaires sanguins comparativement

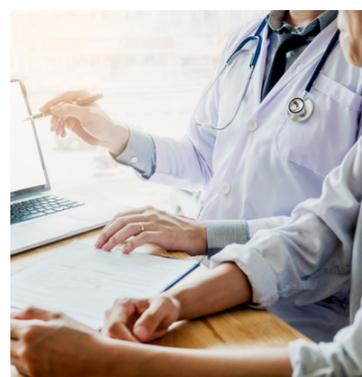
aux 43 poches en 2022. Seulement 3 patients ont chacun reçu 2 concentrés globulaires pour une anémie sévère suite à une chirurgie orthopédique du genou ou de la hanche réalisée à la clinique en 2023.

Il faut également souligner que nous avons amélioré le dépistage pré opératoire de l'anémie, ce qui nous a permis de réaliser 159 cures de FER par voie injectable en 2023 comparativement aux 126 cures de l'année 2022. N'oublions pas la supplémentation par voie orale en Tardyferon® pour les patients avec une légère anémie par carence martiale.

Ces excellents résultats depuis le début de l'année 2023 nous encouragent à poursuivre tous les moyens organisationnels et tous les efforts mis en œuvre afin d'optimiser la gestion du capital sanguin et donc de réduire la transfusion, tout en améliorant la tolérance de l'anémie postopératoire pour nos patients bénéficiant d'une chirurgie orthopédique du genou et de la hanche.

Ces mesures s'intègrent totalement avec la prise en charge personnalisée du patient lors du parcours de soins de la réhabilitation améliorée après chirurgie.

Clinique du Cambrésis	Année 2022 pour 573 interventions à risque (PTH/PTG/reprise)	Année 2023 (du 1/01 au 31/08) pour 349 interventions à risque (PTH/PTG/reprise)
TARDYFERON® cp oral	824	935
CURE FER INJECTABLE	126	159
Transfusion sanguine (NOMBRE DE CG)	43	6



ALAUNE

Ouverture d'une unité de soins non programmés à la Clinique du Cambrésis

Dans le cadre de son projet médical, la Clinique du Cambrésis à Cambrai, établissement du groupe Elsan, renforce son offre de soins avec l'ouverture d'une Unité de Soins Non Programmés depuis le 2 octobre 2023.

Cette Unité de Soins Non Programmés propose des consultations médicales, sans prise de rendez-vous préalable, et prend en charge la petite traumatologie du quotidien, les accidents, pour répondre aux besoins immédiats de la population dans une logique de proximité (plaies, brûlures, blessures liées à une activité sportive, chute à domicile ou à l'école,).

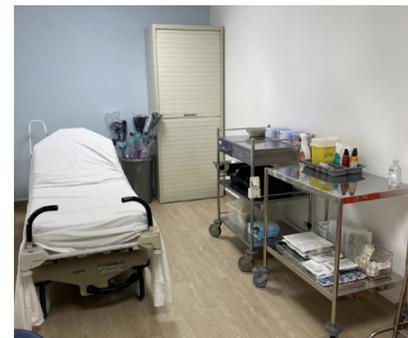
Cette unité est située au niveau n-1 de la clinique du Cambrésis, à côté du service de radiologie. Cette proximité entre

ces deux services permet un gain de temps considérable en cas de nécessité d'examen radiologiques. Cette prise en charge rapide est possible grâce à un partenariat avec la Clinique de Radiologie Saint Pol.

L'Unité de Soins Non Programmés est ouverte du lundi au vendredi, de 9h à 19h. L'équipe de cette unité est composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une aide-soignante. Elle comporte 3 salles d'examen, un bureau médical et un secrétariat.

« L'ouverture de cette unité de soins non programmés à la clinique du Cambrésis répond au besoin de fluidifier et d'améliorer l'accès aux soins dits de premiers recours. Cela concerne la traumatologie usuelle où certaines

situations médicales qui demandent l'accès à un plateau technique qui ne peut être pris en charge dans un cabinet médical. Nous sommes dans une logique de partenariat et d'amélioration de l'offre de soins avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire du Cambrésis, explique Delphine Demessines, la directrice de la clinique. »





La chirurgie des ruptures des tendons de la coiffe des rotateurs

Par le Dr Jean-Yves DELADERRIERE, Chirurgien orthopédiste et traumatologue à la clinique du Cambrésis

Définition :

La coiffe des rotateurs est un ensemble constitué de trois muscles se terminant par trois tendons : le tendon supra-épineux (le plus souvent atteint), le tendon infra-épineux et le tendon sous-scapulaire.

La rupture d'un des tendons est fréquente et son incidence augmente avec l'âge.

Il existe en effet 2 causes de rupture de la coiffe des rotateurs :

-Les ruptures traumatiques liées à un accident (chute, accident sportif...)

-Les ruptures progressives par vieillissement naturel des tendons, il s'agit de loin de la forme la plus fréquente.

Symptômes :

La rupture de la coiffe des rotateurs se manifeste le plus souvent par l'apparition de douleurs dans la région de l'épaule. En plus des douleurs lors d'effort (soulever une charge, tendre le bras), il existe fréquemment des douleurs la nuit.

Ces douleurs vont rapidement engendrer une gêne fonctionnelle avec difficulté de lever le bras en avant, sur le côté, ou pour mettre la main dans le dos.

Examens complémentaires :

En examinant les patients, nous pouvons tester chaque tendon de l'épaule et déjà suspecter l'atteinte de l'un d'eux.

On demandera en première intention des radiographies de l'épaule et une échographie pour déjà affirmer la rupture des tendons.

Rapidement, surtout si une intervention chirurgicale est envisagée, nous allons

demander un arthroscanner de l'épaule. Cet examen nécessite une injection d'un produit de contraste à l'intérieur de l'épaule puis on réalise un scanner qui permet de parfaitement étudier les tendons de la coiffe des rotateurs.

Les différentes ruptures de coiffe :

On distingue 2 types de rupture :

-les ruptures transfixiantes, les plus dangereuses car un véritable trou s'est constitué à l'intérieur du tendon. A un endroit, le tendon n'est plus accroché sur l'os. Ces ruptures transfixiantes ne peuvent malheureusement cicatriser toutes seules avec le temps. Quand ces ruptures sont mal tolérées, nous proposons un traitement chirurgical.

-les ruptures partielles non transfixiantes (touchant que le dessus ou que le dessous du tendon) qui répondent souvent bien à des séances de kinésithérapie et aux infiltrations.



Quand opère-t-on ?

La chirurgie n'est pas systématique, elle dépend du terrain du patient et de la rupture en elle-même. L'âge avancé du patient n'est pas un frein à la chirurgie

si l'état général est bon et si les tendons sont réparables. Concernant le tendon lui-même, nous opérons surtout les ruptures transfixiantes mal tolérées. Plus la taille de la rupture est petite, plus les chances de cicatrisation et donc de bons résultats sont grandes.

Comment se déroule l'intervention chirurgicale ?

Nous réalisons maintenant cette chirurgie sous arthroscopie. Une mini caméra est insérée dans l'épaule afin de pouvoir réparer les tendons. Nous disposons d'ancres qui se vissent dans l'os de l'épaule pour pouvoir y accrocher les tendons. Le patient n'a que 3 à 4 petites cicatrices de quelques millimètres autour de l'épaule.

Cette chirurgie est réalisée en ambulatoire, donc au cours d'une seule journée d'hospitalisation.

En effet en plus des progrès réalisés par l'arthroscopie, la gestion de la douleur a également progressé par la réalisation de bloc analgésique (une injection dans l'épaule, réalisée par l'anesthésiste, qui endort l'épaule) et par une prise en charge optimale de la douleur au domicile du patient.

Les suites de l'opération :

Le patient sera immobilisé par un Dujarrier (le bras sur le ventre) pendant un mois.

Nous commençons précocement la kinésithérapie quelques jours après l'intervention.

La conduite automobile n'est pas réalisable pendant 2 mois après la chirurgie.

Le temps moyen pour récupérer une épaule fonctionnelle avec les séances de kinésithérapie est de 3 à 6 mois.



La lipostructure, une technique innovante

La lipostructure (ou lipomodélage) consiste à effectuer une injection de cellules graisseuses du propre corps de la patiente pour combler ou augmenter un manque de galbe des seins. Une alternative aux implants mammaires. Par le Dr Laurence Levé, Chirurgien plastique reconstructrice et esthétique à la Clinique du Cambrésis

Dès que les premières lipoaspirations ont été réalisées, les chirurgiens plasticiens ont eu l'idée de réutiliser la graisse ainsi extraite pour la réinjecter en un autre endroit du corps, dans un but de comblement.

Le principe de la technique de lipostructure est de transférer la graisse de la patiente d'un site donneur potentiel (variable chez chaque patiente : ventre, hanches, cuisses, ...) vers la région thoraco-mammaire où il manque de volume (défauts localisés, notamment dans le décolleté, ou défaut plus global). Cette technique est en fait une greffe de graisse : la graisse doit être revascularisée par le milieu receveur.

Type d'anesthésie :

La lipostructure du sein est habituellement réalisée sous anesthésie générale, car dans le même temps opératoire, plusieurs gestes peuvent être associés et plusieurs sites anatomiques sont concernés :

- Les zones de prélèvement (fesses, hanches, abdomen ou culotte de cheval, face interne des genoux)

- Les seins

Modalités d'hospitalisation :

La lipostructure seule nécessite une hospitalisation courte, d'environ 12 à 24 heures.

L'intervention

Le choix des sites de prélèvement est réalisé en fonction de la quantité de graisse jugée nécessaire, et des sites de prélèvement disponibles.

- Le prélèvement du tissu graisseux est effectué de façon atraumatique, par de petites incisions cachées dans les plis naturels, à l'aide d'une fine canule d'aspiration. On procède à une décantation de quelques minutes, de manière à séparer les cellules

graisseuses intactes, qui seront greffées, des éléments qui ne sont pas greffables (sérosités, huile). Le transfert du tissu graisseux se fait à partir d'incisions de 1 à 2 mm à l'aide de micro-canules.

- Dans la mesure où il s'agit d'une véritable greffe de cellules vivantes (dont la prise est estimée entre 60 et 70 % selon les patientes), les cellules greffées resteront vivantes. La lipostructure est donc une technique définitive puisque les cellules adipeuses ainsi greffées vivront autour d'elles. En revanche, l'évolution de ces cellules graisseuses se fait selon l'adiposité de la patiente (si la patiente maigrit, le volume apporté diminuera).

La durée de l'intervention dépend du nombre de sites donneurs, de la quantité de graisse à transférer, et d'un éventuel changement de position. Elle peut varier de 1 heure à 2 heures selon les cas. Le résultat final nécessite 3 à 6 mois.

Conclusion

Cette technique peut être une alternative intéressante à l'augmentation mammaire par implants. Cependant, il faut savoir que seul le recul dans le temps apportera la certitude qu'un tel traitement ne peut favoriser ou être à l'origine d'une quelconque pathologie mammaire.

Cette technique est réservée actuellement aux patientes qui désirent une augmentation mammaire peu importante (pas plus d'un bonnet).

Rendez-vous :

03 22 42 36 36



Photo pré opératoire concernant la lipostructure chez une patiente de 19 ans souffrant d'hypotrophie mammaire. Prélèvement abdominal.

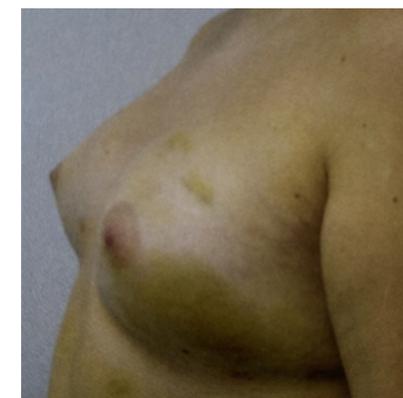


Photo 1 semaine après l'intervention

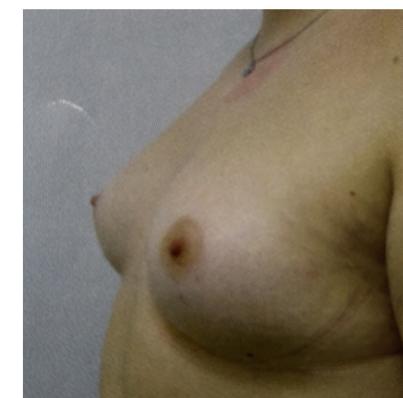


Photo 3 mois après l'intervention

Injection de produit de contraste



Rupture de coiffe

