

La prothèse Maia®

Traitement chirurgical de la rhizarthrose



D^r Breton Armelle Assistant chef de clinique

M^{me} Roth Valérie IDE

M^r Roche Johann IDE



I- Généralités

1- Rappels anatomiques :

Le pouce peut s'opposer aux autres doigts
= capacité de pince

Fonction permise par l'articulation
trapézo-métacarpienne

Articulation en forme de selle, formée par
un petit os du poignet (trapèze) et le 1^{er}
métacarpien



Elle permet les mouvements de :

- flexion (opposition) / extension
- abduction / adduction
- circumduction

2- La rhizarthrose :

- Définition :

Arthrose de la base du pouce, de l'articulation trapézo-métacarpienne

On distingue deux atteintes successives:

Initialement l'atteinte articulaire est **trapézo-métacarpienne TM**

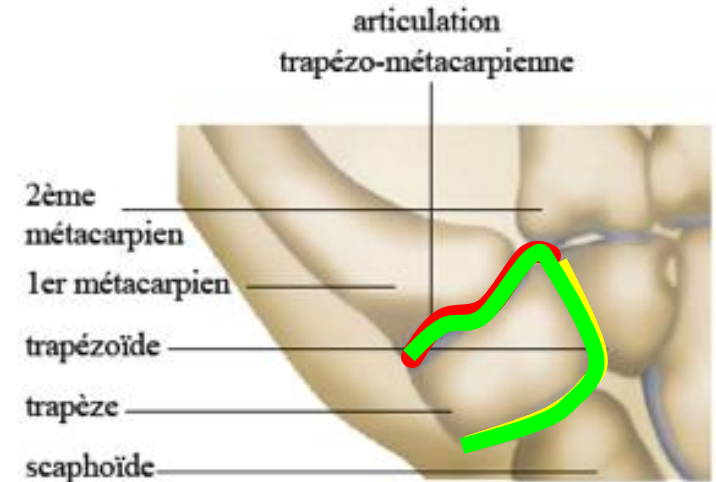
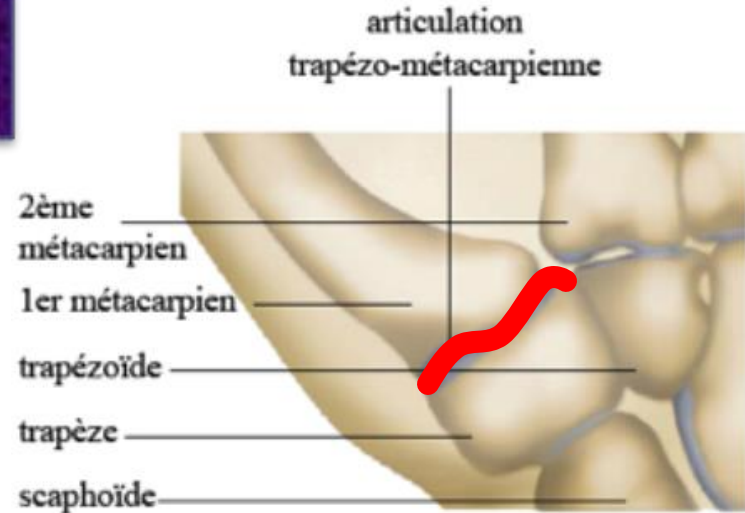
En second lieu apparaît une atteinte **péritrapéziennne**

=

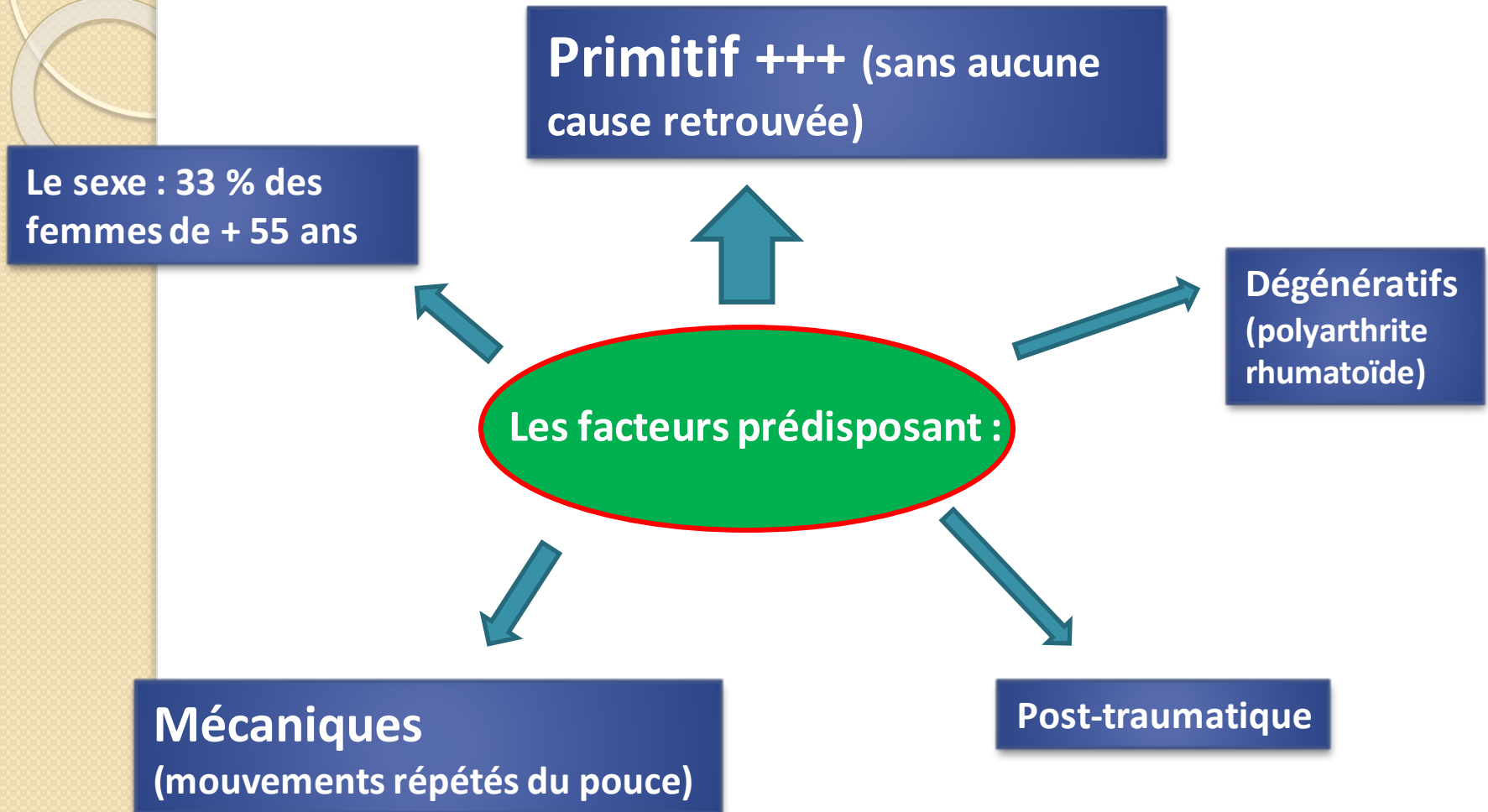
trapézo-métacarpienne TM

+

scapho-trapézo-trapézoïdienne STT

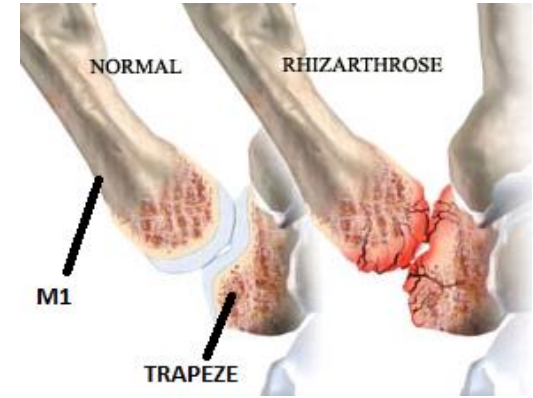


• Etiologies :



- Symptômes :

Détérioration progressive de l'articulation



Subluxation de l'articulation avec déformation caractéristique en « Z »

Perte de force



Douleur ++ lors d'activités quotidiennes (Tourner une clé, manipuler de petits objets) mais souvent bien tolérée



• Traitement :

Avant tout médical et orthopédique

Traitement symptomatique
(antalgiques, anti-inflammatoires)
parfois infiltrations .

Orthèse courte le jour et
Orthèse longue prenant le poignet la
nuit



Si traitement médical insuffisant à 3 mois

Traitement chirurgical

Trapézectomie
+ interposition
+ suspensioplastie

Arthroplastie par prothèse
articulée en métal

Arthrodèse :
(+ rare)

II - Prothèse articulée TM en métal : Maïa (Lépine)

- Caractéristiques :

Prothèse de type rotule, non cimentée, composée :

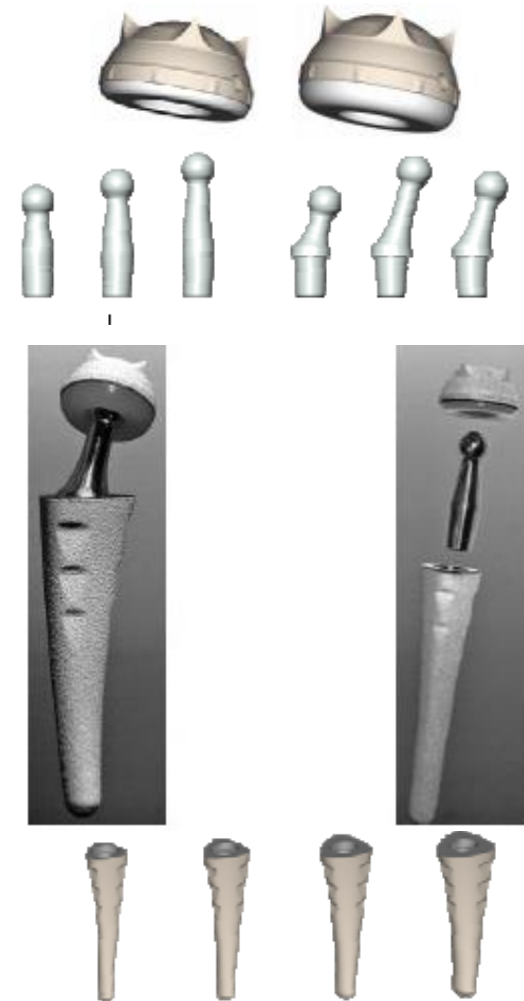
- D'une **cupule trapézienn**e contenant un noyau en PE rétentif ou non, interchangeable
Taille 9 mm (standard) et taille 10mm (reprise)

- D'un **col** disponible en 2 séries droites, décalés, chacune en 3 tailles M - L - XL

- D'une **tige métacarpienne** en 4 tailles (7-8-9-10)

Alliage de titane-aluminium-vanadium (cupule, tige) et acier inoxydable (col)

Revêtement de titane poreux et hydroxyapatite (cupule, tige)



Stabilité optimale par recolonisation osseuse

• Contre indication :

Arthrose STT (Scapho-trapézo-trapézoïdienne) +++

Les travaux manuels lourds

Pas de contraintes excessive à cause du risque d'usure et de descellement

Ostéoporose majeure ou trapèze envahi par des géodes

Hauteur de trapèze insuffisante pour loger la cupule (inférieure à 6 mm)

Chirurgie préalable (arthrodèse MP,...) ou une déformation fixée (hyper extension fixée MP,...) de la colonne du pouce

• Matériels nécessaires à sa pose :

- **1 container de main** contenant le matériel pour la dissection (ciseaux Metzenbaum, Reynolds, bistouri N°3 lame 15, pince à disséquer), les écarteurs (crochets de Gillis double et Morel Fatio) et la fermeture

- **1 container d'os main** contenant du petit matériel pour les tissus osseux (ostéotomes, masse, pinces gouges, rugines, contre coudés etc...)

- **1 moteur Stryker TPS** contenant une petite scie sagittale (lame 5 ou 10mm à usage unique) reliée par un cordon à une console

- **1 ancillaire de prothèse Maïa**

- **1 pince de coagulation type bipolaire**

- **1 container de « No Touch »** pour l'instrumentiste

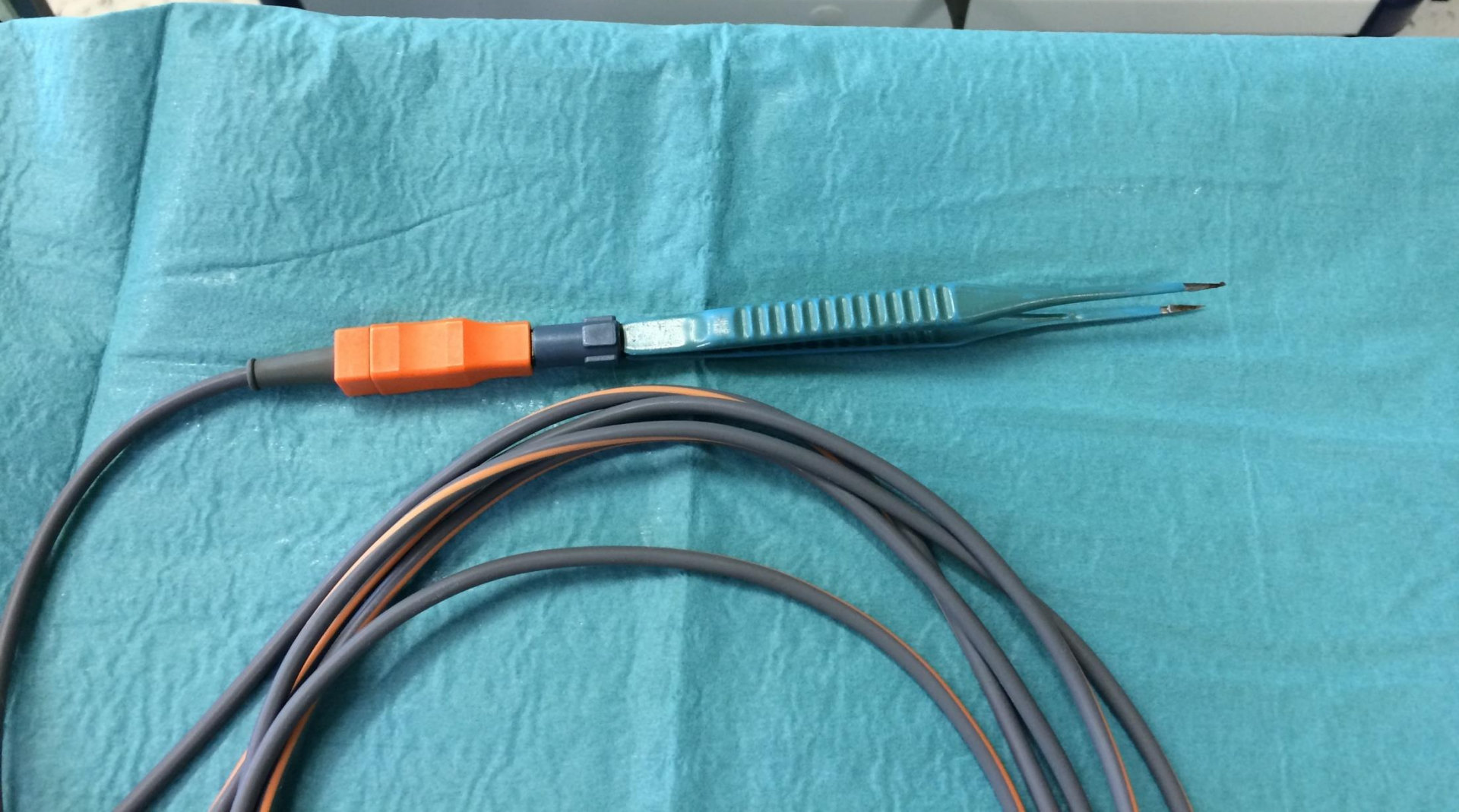
- **1 amplificateur de brillance**















III - Technique opératoire

■ Incision

La voie d'abord est dorsale, en regard de l'interligne trapézo-métacarpienne. Les branches sensibles du nerf radial sont réclinées.

Exposition

L'abord se fait entre le court extenseur et le long abducteur du pouce. 2 crochets de Gillis ou écarteurs de Morel Fatio permettent d'écartier les berges.

Un lambeau capsulaire en « L », pédiculé en proximal et ulnaire, permet de réaliser l'ouverture articulaire, et également de protéger l'artère radiale.



•1^{er} temps de prothèse : le métacarpien

Après avoir dégagé l'extrémité proximale du métacarpien, on recoupe celle-ci d'environ 5mm perpendiculairement à l'axe de M1.

On utilise une scie sagittale de 5 ou 10 mm et on irrigue la coupe pour éviter de brûler les tissus osseux.

La coupe est complétée à l'aide d'un ostéotome de taille adaptée afin de retirer le fragment métacarpien.

On élimine les éventuels ostéophytes à la pince gouge si nécessaire.

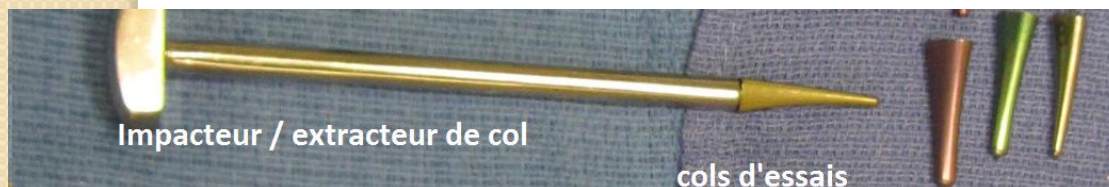


La préparation du fût métacarpien débute à la pointe carré puis à l'aide des râpes compacteuses de taille croissante (4 tailles correspondantes aux tailles de tiges).

L'instrumentiste s'assure de l'orientation des râpes car leurs formes respectent la courbure du 1^{er} métacarpien .

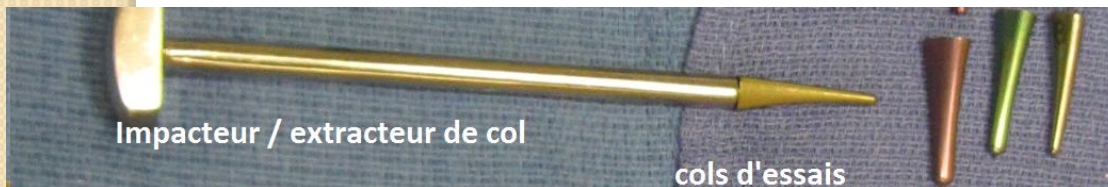
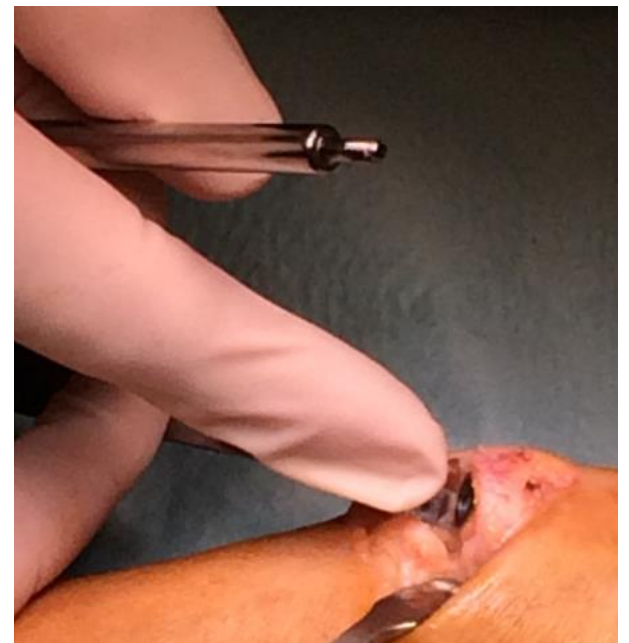
Lorsqu'un appui cortical satisfaisant est obtenu, on insère une tige d'essai à l'aide d'un impacteur/extracteur vissé sur celle-ci et d'une masse .

Cette tige d'essai valide la taille choisie(7-8-9-10) et protégera le métacarpien lors du travail du trapèze.





Rapes
métacarpiennes



Impacteur / extracteur de col

cols d'essais

• 2^{ème} temps de prothèse : le trapèze

➤ Résection

Le métacarpien est subluxé en palmaire afin de faciliter la recoupe du trapèze parallèlement à la base du métacarpien

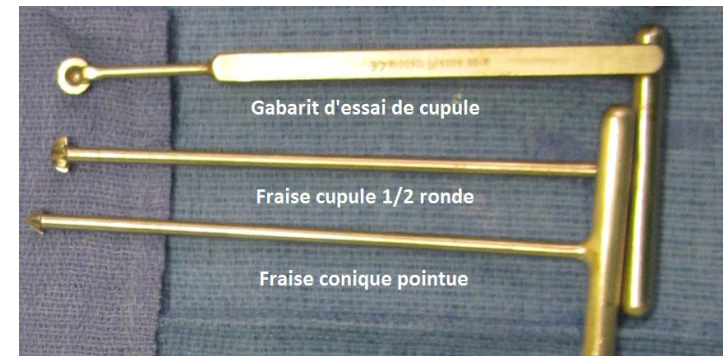
➤ Exposition

Le positionnement de la cupule au centre du trapèze se fait à l'aide du gabarit de centrage et de la pointe carré ou fraise motorisée, ou selon l'opérateur d'une broche de kirschner sous amplificateur de brillance

➤ Fraisage

Le logement de la cupule est creusé à l'aide de fraises manuelles conique d'abord et 1/2 ronde ensuite, jusqu'à la taille de 9mm

La qualité du fraisage et le positionnement est vérifié à l'aide de l'essai





- 3^{ème} temps de prothèse : mise en place des implants

- La cupule

Mise en place et impaction (press fit) de la cupule définitive à l'aide de l'impacteur décalé d'abord et droit ensuite.

Le métal doit affleurer la surface articulaire du trapèze.

- Le col d'essai

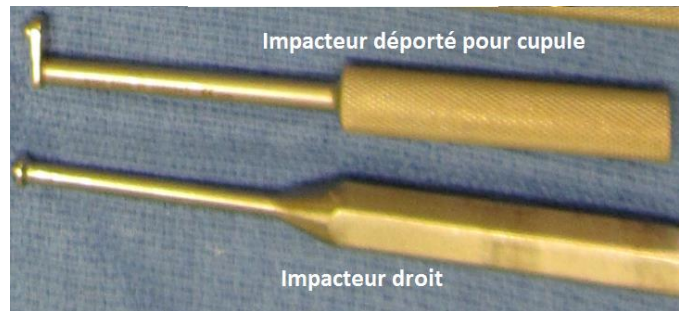
Détermination de la bonne longueur du col à l'aide des cols d'essais.

La bonne tension des parties molles devant permettre un léger «effet piston» de 2mm, une bonne ouverture de la 1^{ère} commissure et pas d'effet came.

- La tige

Retrait de la tige d'essais et la tige définitive est impactée en respectant la courbure anatomique jusqu'à affleurer la coupe métacarpienne.





➤ Le col

Mise en place du col définitif en l'impactant dans la tige puis dans la cupule

Si cupule rétentive, on doit entendre un « poc » pour valider la mise en place du col dans celle-ci



• Fermeture

Fermeture de la capsule articulaire (PDS).

Dorsalisation du long abducteur du pouce pour renforcer la capsule dorsale

Fermeture cutanéé selon les préférences de l'opérateur

Pansement compressif et mise en place d'une attelle plâtrée immobilisant la 1^{ère} colonne



IV – Hospitalisation et suivi post-opératoire :

- Entrée en hospitalisation la veille ou le matin même.
- Arrivée en SSPI 1h avant intervention. Accueil par l'infirmière qui crée une check-list de sécurité du patient en vérifiant par des questions ouvertes :

L'identité, présence du bracelet, s'il est à jeun (au - 6 h)

Allergies, Douches pré-opératoire X2,

Le type d'intervention et le côté

Si les documents nécessaires sont présents

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE » Version 2011 - 01		Bloc : _____ Salle : _____ Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____ Chirurgien intervenant : _____ Anesthésiste intervenant : _____ Coordonnateur(s) check-list : _____
IDENTIFICATION DU PATIENT Etagère du patient ou Nom, prénom, date de naissance		HAS HÔPITAL AGRICOLE DE SAINT-LO Identité visuelle de l'établissement
INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération
<p>1 L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • côté par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est accessible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>3 Le mode d'intervention est documenté dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>4 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements : • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prérequis anesthésique <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures alléguées : Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>1 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) - anesthésiste(s) / IADE - IBODE / IDE • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (examens, imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out) • sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) • sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prérequis anesthésique <input type="checkbox"/> N/A (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)</p> <p>3 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>	<p>1 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • des compresses, sangles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> N/A • de l'équipage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • si des événements indésirables ou survenus pendant l'intervention, cochés N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochés N/A</p> <p>2 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON CONFORMITÉ OUI DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *		SÉLON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attention que le check-list a été renseigné suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe chirurgicale et anesthésiste Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL

NIH, adapté de l'initiative du NIH Applied for this intervention. NIH, adapté de l'initiative du NIH Applied for this intervention.

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE (1) SI LA VÉRIFICATION A BÉNÉFICÉ D'UNE ÉVALUATION EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉE ET (2) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCADRÉ SPÉCIFIQUE.

- Antibio-prophylaxie : 1g de Céfazoline®, 30min à 1h avant incision.

- L'anesthésie est de type loco-régionale à la Naropeine (Ropivacaïne 7.5mg/mL) d'une durée de **6-9h**



Le médecin anesthésiste donne le feu vert pour l'entrée en salle d'opération

➤ Préparation de l'intervention :

- Installation d'une table à bras sur la table d'opération



- La table d'opération est positionnée le plus possible sous le plafond filtrant (carré vert)



- Vérification de la validité de stérilisation et péremption des conteneurs et implants



➤ Arrivé en salle d'opération:

- le patient est installé en brancard de la SSPI au Bloc

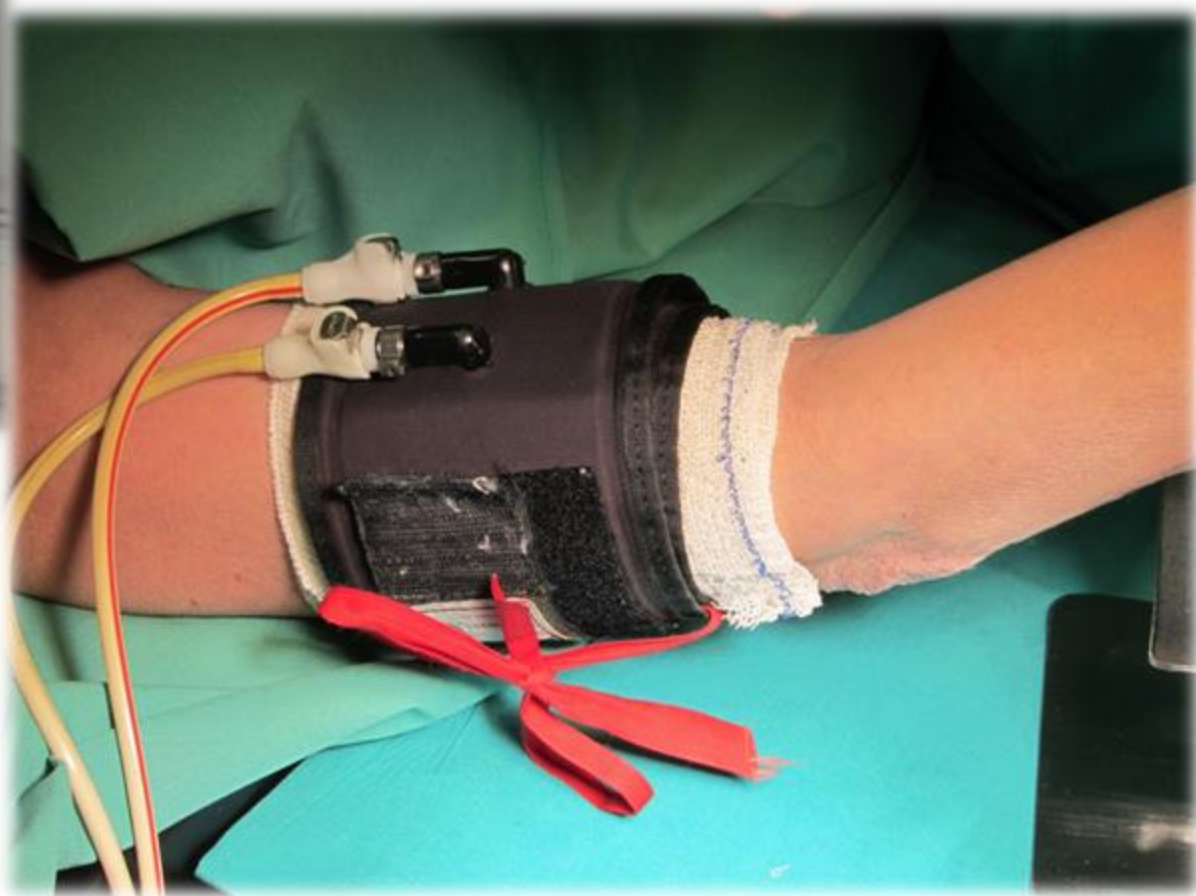
- il est accueilli par l'équipe opératoire et les mêmes informations que précédemment sont vérifiées et de nouveau consignées dans la check-list

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE » Version 2011 - 01		
Identification du patient Étiquette du patient ou Nom, prénom, date de naissance		
Bloc : _____ Salle : _____ Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____ Chirurgien « intervenant » : _____ Anesthésiste « intervenant » : _____ Coordonnateur(s) check-list : _____		
HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ		
Mentyl visuelle de l'établissement		
AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération
<p>1 L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté de tubation ou de ventilation <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'engorgement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>6 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) / anesthésiste(s) / IADE = ICC/CC / IAE • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • documents nécessaires disponibles (notamment images) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>7 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out) • sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérabilité, etc.) • sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)</p> <p>8 L'antithromboprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>	<p>9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> N/A • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cocher N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p>
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *		
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attention que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL		
<small>LE RÔLE DU COORDONNATEUR DE LA CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE (1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.</small>		

- Installation en décubitus dorsal, bras à 80° sur une table à bras

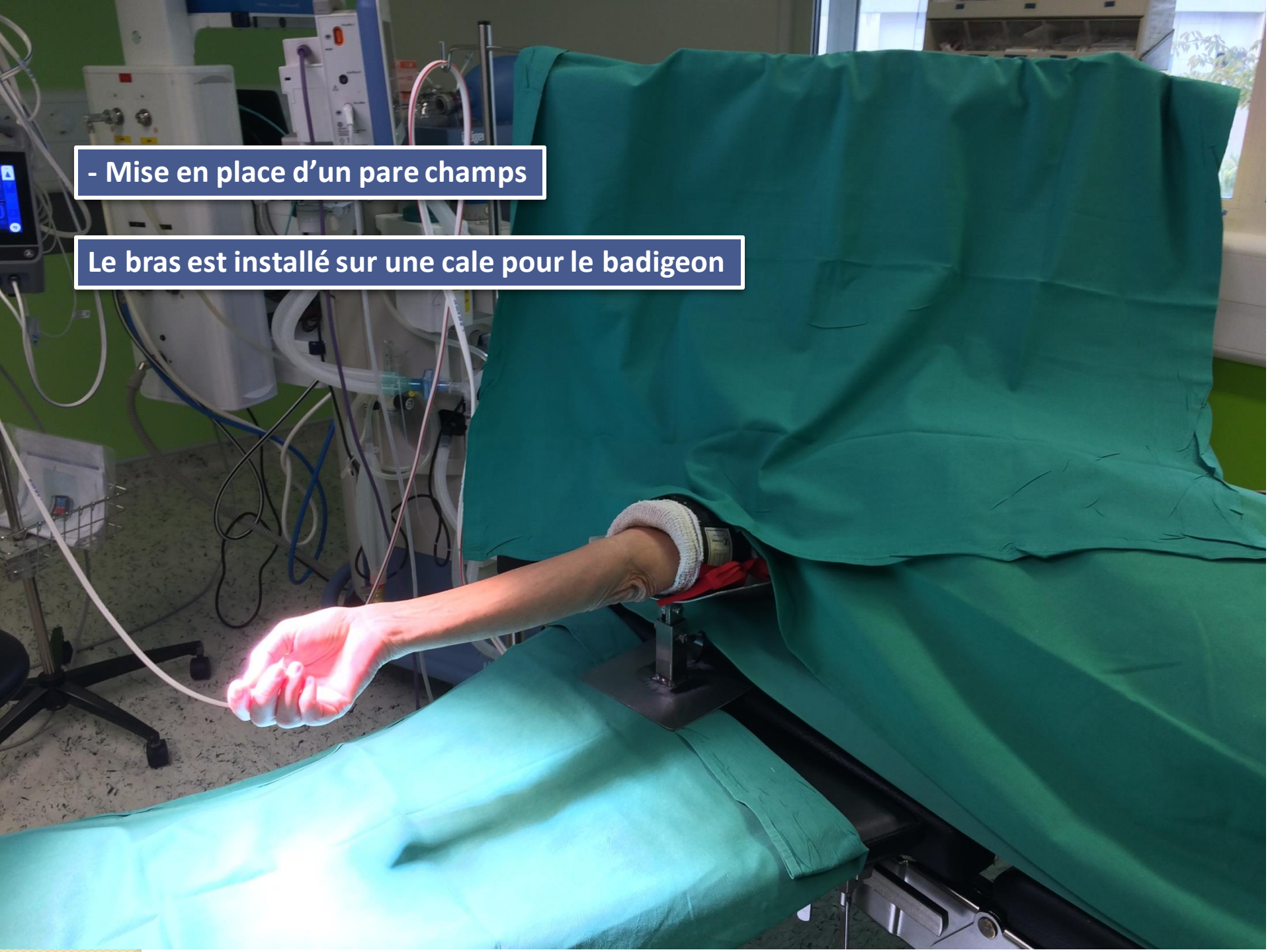


- Mise en place d'un garrot au bras étalonné à +/- 250 mmHg en fonction de la TA



- Mise en place d'un pare champs

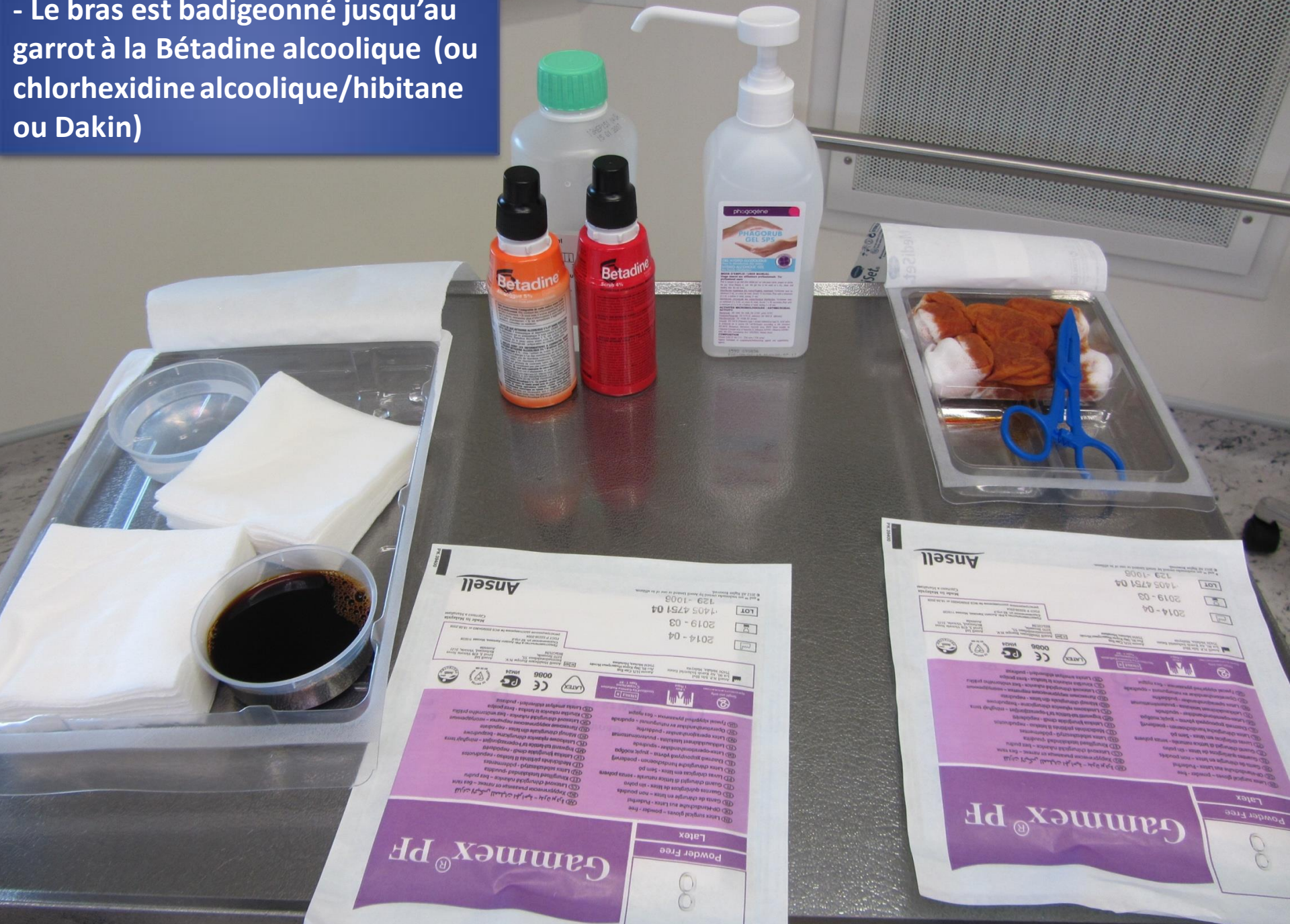
Le bras est installé sur une cale pour le badigeon



- Ouverture des champs opératoires et des
conteneurs .



- Le bras est badigeonné jusqu'au garrot à la Bétadine alcoolique (ou chlorhexidine alcoolique/hibitane ou Dakin)



Ansell

Lot: 1405 4751 04
2019-03

Gammex® PF

Powder Free

Latex

Lot: 1405 4751 04
2019-03

129-1008

Ansell

Lot: 1405 4751 04
2019-03

Gammex® PF

Powder Free

Latex

Lot: 1405 4751 04
2019-03

129-1008



- Mise en place des champs stériles jusqu'au garrot







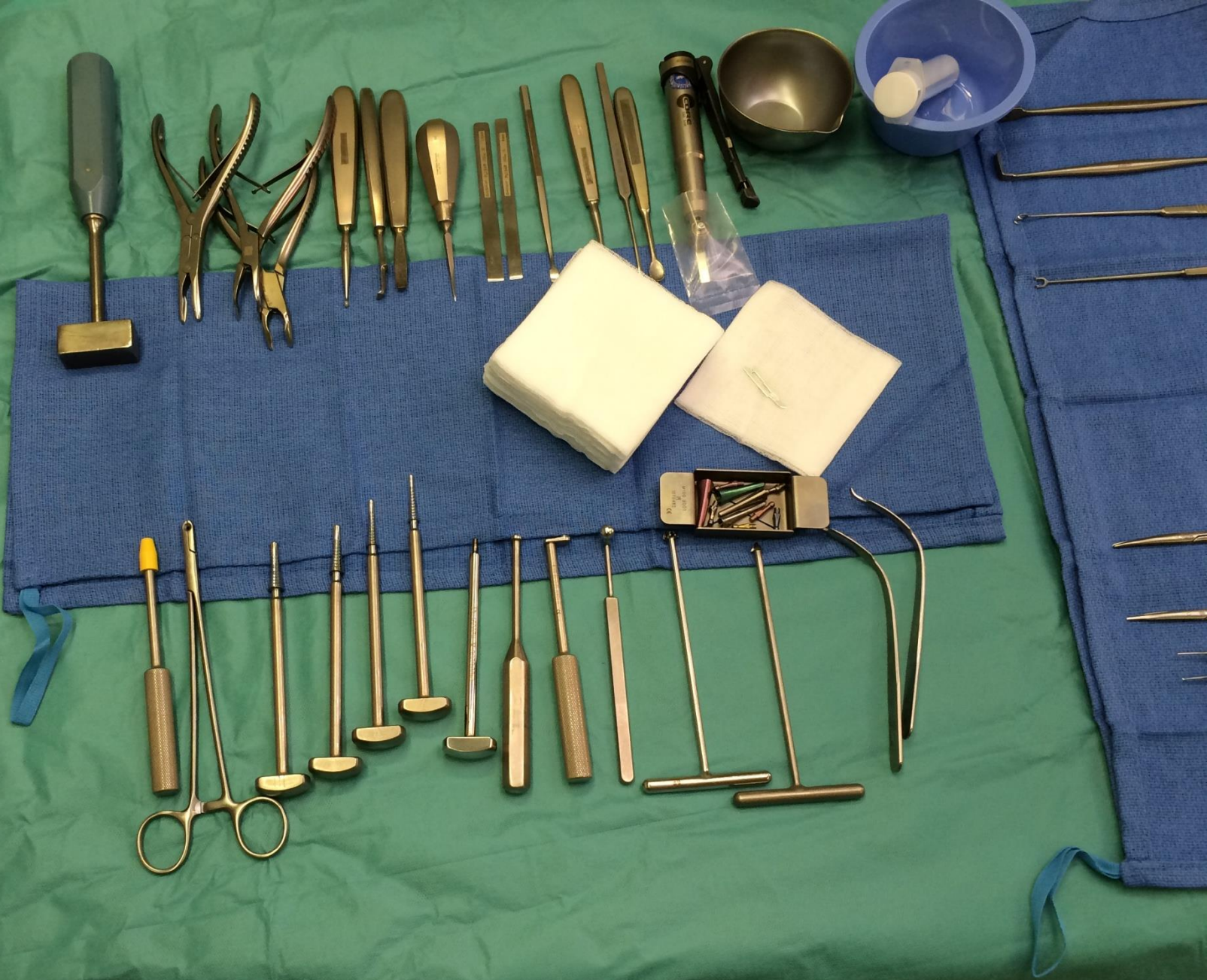




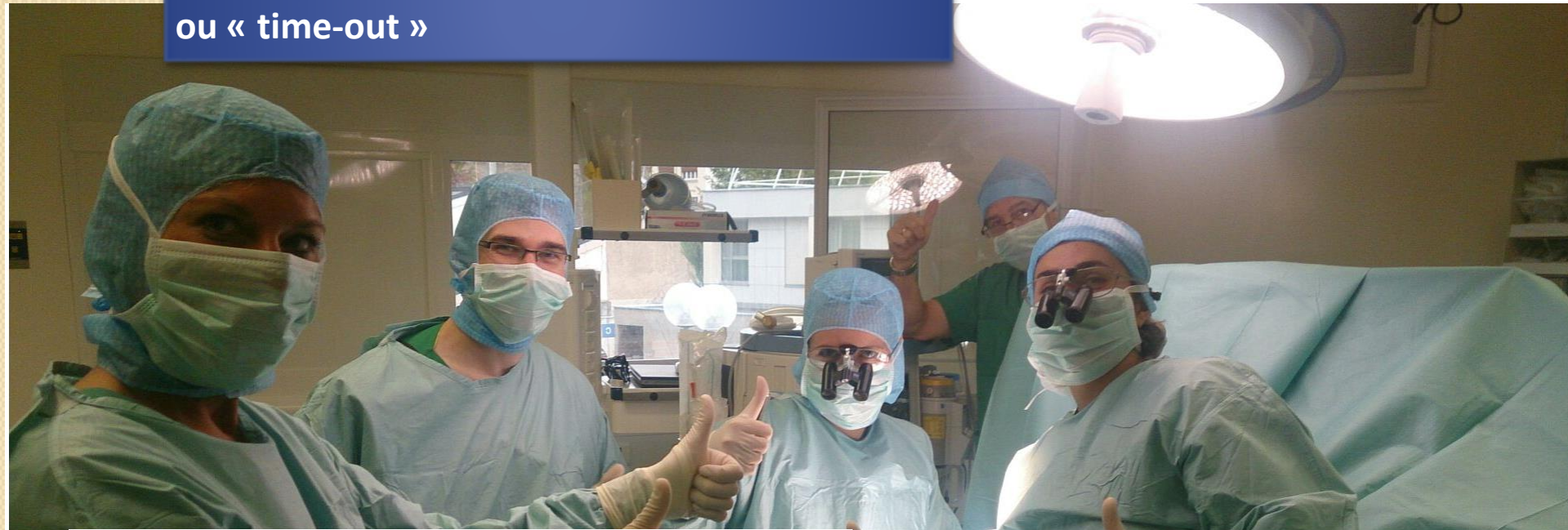


L'instrumentiste prépare sa table





- Vérification ultime croisée au sein de l'équipe ou « time-out »



CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Mentiré visuelle de l'établissement

Bloc : _____ Salle : _____
 Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
 Chirurgien « intervenant » : _____
 Anesthésiste « intervenant » : _____
 Coordinateur(s) check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	APRÈS INTERVENTION
Temps de pause avant anesthésie	Temps de pause avant incision	Pause avant sortie de salle d'opération
<p>1 L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalment par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>5 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements : • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i></p> <p>6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>1 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence du chirurgien(s) - anesthésiste(s) / IADE - BRODE / DE identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>2 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out) • sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) • sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)</p> <p>3 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><small>N/A : appareil ou matériel non utilisable pour cette intervention N/A* : appareil ou matériel non utilisable pour cette intervention</small></p>	<p>1 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention envisagée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • du compte final correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> N/A • de l'étiquetage des prélèvements, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cocher N/A <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>2 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>3 DÉCISION CONCRÈTE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UNE *</p> <p>SECON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordinateur CL</p>

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE
 (1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉE ET
 (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

Exsanguination à l'aide d'une bande de contention élastique et gonflage du garrot



➤ Traçabilité:

- Une feuille d'enquête pour les infections sur site opératoire (iso) est renseignée pour la pose de chaque prothèse avec :
 - l'identité du patient, âge et sexe
 - l'opérateur
 - date, heures d'incision et de fermeture
 - type de prothèse
 - score ASA
 - classe de contamination
 - antibioprophylaxie
- Traçabilité des implants dans le cahier de salle et fiche de pharmacie

- Soins post-opératoires :

- L'analgésie post-opératoire repose d'une part sur la durée d'anesthésie (6 à 9) + une antalgie IV par pompe autocontrôlée (PCA)

- Immobilisation de la colonne du pouce :

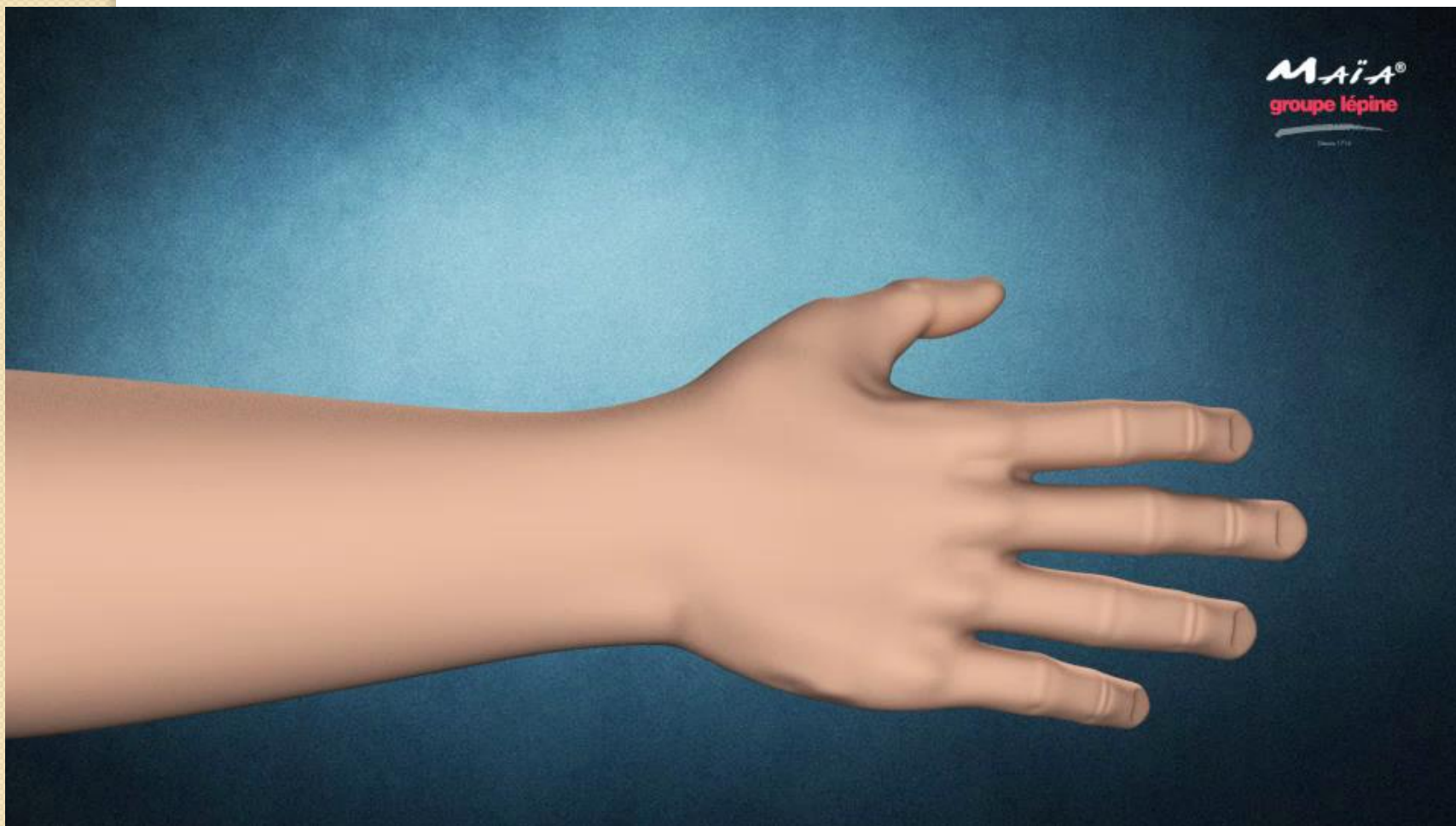
D'abord par une attelle plâtrée faite en salle d'opération, qui restera en place pendant 48h

Puis une orthèse longue est mise en place pendant 15j à 3sem

- Le patient reste hospitalisé pendant 48h pour la prise en charge de la douleur et contrôle du pansement à 48h

- Reprise des activités légères pendant les 3 premiers mois et rééducation en fonction de l'opérateur

- Récupération progressive de la force et de la mobilité dans les 3 à 6 mois



Merci à tous !