

Parcours de soins en MPR

« Le patient après prothèse totale de genou »

Groupe SOFMER FEDMER

Le présent document fait partie des documents élaborés par la Société Française (SOFMER) et la Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation (FEDMER) dont l'objectif est d'apporter des arguments dans les discussions concernant la future tarification à l'activité en Soins de Suite et de Réadaptation (SRR), en proposant d'autres modes d'approche, complémentaires de la tarification à l'acte. Ces documents appelés « parcours » décrivent globalement : les besoins des patients par typologies, les objectifs d'un parcours de soins en MPR et proposent les moyens humains et matériels à mettre en œuvre. Ils sont volontairement courts pour être aisément lus et utilisables. Ils s'appuient sur l'avis du groupe d'expert signataire après analyse des textes règlementaires et recommandations en vigueur en France [3, 6] et de la littérature [1, 2, 4, 5, 7] validés par le conseil scientifique de la SOFMER.

Pour autant le Parcours de Soins n'est pas qu'un simple outil pouvant être utile à la tarification, il est bien plus que cela : il participe à définir le véritable contenu des champs de compétence de notre spécialité. Pour chaque pathologie abordée, les patients sont d'abord groupés en grandes catégories selon la sévérité de leurs déficiences, puis chaque catégorie est déclinée selon la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIFHS), en fonction de différents paramètres personnels ou environnementaux susceptibles d'influencer la réalisation du parcours de base «optimum ».

Les patients après prothèse totale de genou sont ainsi présentés en trois périodes et 2 catégories tenant compte des facteurs personnels et environnementaux.

Population cible:

Patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de genou (PTG) de première intention ou reprise de PTG.

Déroulement du parcours de soins

Principes :

- Le calendrier des soins post-opératoires est lié à l'état pré-opératoire du patient, aux délais de cicatrisation cutanée et à la technique chirurgicale.
- Les modalités d'organisation des soins tiennent compte de l'état du patient, de l'environnement sanitaire et social du patient. L'utilisation du questionnaire RAPT peut faciliter l'orientation du patient [2].

Le parcours tel que décrit correspond aux situations les plus habituelles.

Deux catégories et 3 phases sont distinguées :

- *Catégorie 1* : une seule déficience et PTG de première intention ;
- *Catégorie 2* : plusieurs déficiences et PTG de première intention ou reprise de PTG.

Chaque catégorie peut être déclinée de 6 façons :

- a : déficiences sans difficulté ajoutée ;
- b : nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement ;
- c : inadaptation ou insuffisance du réseau médical ;
- d : difficultés sociales ;
- e : projet professionnel ;
- f : pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle.

1. Catégorie 1 : une seule déficience et PTG de première intention

1. a : Déficience sans difficulté ajoutée :

Dans les situations les plus habituelles le médecin MPR n'intervient pas.

1. a. 1. Phase 0 – préopératoire.

Objectifs :

Préparation à l'intervention et aux suites opératoires par un travail éducatif dans le cadre d'un projet collaboratif avec le chirurgien : informer et éduquer le patient au glaçage de l'articulation, à la prévention thrombo-embolique, au renforcement musculaire isométrique, aux postures en extension, et à la déambulation avec les aides de marche qui seront nécessaires après la chirurgie.

Moyens :

Séance(s) en soins ambulatoires de masso-kinésithérapie (MK) individuelle(s) ou collective. Il est recommandé que le médecin traitant prescrive 10 séances de kinésithérapie préopératoire, afin d'établir un premier contact et de débiter un traitement préparatoire (Has 2008).

1. a. 2. Phase 1 – Rééducation en phase aiguë (délai de cicatrisation cutanée) jusqu'à 4 semaines post-opératoires. Rééducation et réadaptation à la vie quotidienne.

Objectifs :

Dépister et traiter les complications médicales.

Lutte contre la douleur et l'inflammation, récupération de la mobilité en flexion et extension, obtention d'une force musculaire permettant l'appui monopodal genou verrouillé et déverrouillé, acquisition de la marche sans aide et sans boiterie, escaliers, ébauche d'accroupissement et de pédalage.

Moyens

En MCO – suites opératoires immédiates

- Bilan MK et soins MK quotidiens.

Au décours de l'hospitalisation en chirurgie

Soins ambulatoires

- MK 3 à 4 fois par semaine pendant 3 à 6 semaines;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- Consultation de chirurgie à 4 semaines post-opératoires.

1. a. 3. Phase 2 de la 5^{ème} à la 9^{ème} semaine post-opératoire : Réadaptation à l'effort (à titre indicatif).

Objectifs :

Genou indolore, mobile en extension et en flexion, stable, ayant une force permettant un appui monopodal genou fléchi sur support stable et instable ;

Reprise adaptée des activités de loisirs (marche sans fatigue, vélo, nage....) si cela est possible ;

Reprise du travail si les conditions professionnelles le permettent.

Moyens

Soins ambulatoires

- MK 2 à 3 fois par semaine pendant 4 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série.

1. b Nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Dans certaines situations d'environnement architectural personnel ne permettant pas un retour à domicile d'emblée une hospitalisation en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) peut être nécessaire pendant un mois environ, au terme de laquelle l'état fonctionnel rend possible ce retour à domicile.

1. c Inadéquation ou insuffisance du réseau médical :

Dans certaines situations d'éloignement des structures de soins (accès à des soins de MK), une hospitalisation en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) peut être nécessaire pendant un mois environ.

1. d Difficultés sociales :

Dans certaines situations d'isolement social une hospitalisation en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) peut être nécessaire pendant un mois environ au terme de laquelle l'état fonctionnel du patient permet le retour à domicile.

1. e Projet professionnel :

Objectifs : renforcement musculaire adapté, réentraînement à l'effort, évaluation ergothérapeutique et adaptation du poste de travail, si nécessaire chez un sujet encore en activité professionnelle.

Moyens : une hospitalisation de préférence en hospitalisation à temps partiel en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) peut être nécessaire pendant 3 à 4 semaines.

1. f Complications médicales post-opératoires : Certaines complications médicales post-opératoires (sepsis, hématome, défaut de cicatrisation) peuvent imposer le transfert en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) pendant 3 à 8 semaines.

2. Catégorie 2 : plusieurs déficiences et PTG de première intention ou reprise de PTG

Population principalement concernée :

Patient bénéficiant de deux arthroplasties dans le même temps opératoire, ou antécédents d'autres arthroplasties, de polyarthrite rhumatoïde, d'insuffisance cardio-respiratoire, d'hémiplégie, de maladie de parkinson, de démence...

2. a Déficiences sans difficulté ajoutée :

2. a. 1. Phase 0 – préopératoire

Objectifs :

Repérer en pré-opératoire, pour mieux gérer en post-opératoire, les patients susceptibles de décompenser une pathologie préexistante ou d'aggraver des symptômes notamment neurologiques (dont les troubles du tonus) ;

Conservier ou récupérer les amplitudes articulaires, informer et éduquer le patient au glaçage de l'articulation, à la prévention thrombo-embolique, aux postures en extension, au renforcement musculaire statique, à la déambulation avec les aides de marche qui seront nécessaires après la chirurgie.

Moyens :

CS MPR dans le cadre d'un projet collaboratif avec le chirurgien :

- Bilan préopératoire analytique et fonctionnel,
- Evaluation des conditions socio-professionnelles,
- Prescription de 6 à 10 séances de MK selon les besoins et les possibilités de récupération, réalisée en soins ambulatoires :
 - o préparation à l'intervention par un travail éducatif ;
 - o travail de récupération d'amplitudes lorsque celui-ci est possible (tenir compte de la douleur, de la raideur intra-articulaire) et nécessaire (raideur extra-articulaire) ;
 - o optimisation des capacités cardio-respiratoires.
- Proposition d'orientation pour réaliser la rééducation post-opératoire.

2. a. 2. Phase 1 – Rééducation en phase aiguë (délai de cicatrisation cutanée) jusqu'à 4 semaines post-opératoires. Rééducation et réadaptation à la vie quotidienne.

Objectifs :

Dépister et traiter les complications médicales.

Lutte contre la douleur et l'inflammation, récupération de la mobilité en flexion et extension, obtention d'une force musculaire permettant l'appui monopodal genou verrouillé et déverrouillé, acquisition de la marche sans aide et sans boiterie, escaliers, ébauche d'accroupissement et de pédalage.

Moyens

En MCO – suites opératoires immédiates

CS par le MPR dans le cadre d'un projet collaboratif avec le chirurgien :

- Analyse des besoins de rééducation et réadaptation ;
- Décision d'orientation pour réaliser la rééducation ;

- Prescription de la rééducation.
Bilan MK et soins de MK quotidiens.

Au décours de l'hospitalisation en chirurgie :

le plus souvent hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR) :

- Au moins deux séances de rééducation quotidienne, au moins deux heures par jour réparties parmi les paramédicaux rééducateurs ;
- Bilan médical MPR et des paramédicaux rééducateurs + coordination pluridisciplinaire.

Selon l'état du patient, cette phase peut être prolongée au-delà de 4 semaines et le mode de prise en charge peut être modifié.

2. a. 3. Phase 2 de la 5^{ème} à la 9^{ème} semaine post-opératoire. Réadaptation à l'effort (à titre indicatif).

Objectifs :

Genou indolore, mobile en extension et en flexion, stable, ayant une force permettant un appui monopodal genou fléchi sur support stable et instable.

Reprise adaptée des activités de loisirs (marche sans fatigue, vélo, nage....) si cela est possible
Reprise du travail si le patient est encore en activité et si les conditions professionnelles le permettent.

Moyens :

Soins ambulatoires

- MK 2 à 3 fois par semaine pendant 4 semaines ;
- Bilan MK en début et fin de série ;
- CS MPR à deux mois post-opératoires.

Hospitalisation à temps partiel en SSR spécialisé en appareil locomoteur (MPR)

Si les objectifs ne sont pas encore atteints (raideur, déficit musculaire, complication médico-chirurgicale, ...) et si l'environnement personnel, sanitaire et social le permet :

- Plus d'un type de professionnels de rééducation est requis et au moins deux séances de rééducation quotidienne essentielle pour l'optimisation fonctionnelle ;
- Bilan MPR et des paramédicaux rééducateurs + coordination pluridisciplinaire ;
- Rééducation au moins deux heures par jour.

Cette période dure habituellement 3 à 4 semaines.

Selon l'état du patient, cette phase peut être prolongée et le mode de prise en charge peut être modifié.

Dans les situations les plus habituelles il n'est pas nécessaire de poursuivre la prise en charge MPR et MK au-delà du 2^{ème} au 3^{ème} mois post-opératoire.

2. b Nécessité d'adaptation (purement matérielle) de l'environnement :

Hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur (cf situation 2.a).

2. c Inadaptation ou insuffisance du réseau médical :

Hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur (cf situation 2.a).

2. d Difficultés sociales :

Certaines situations peuvent nécessiter une hospitalisation en SSR polyvalent ou en SSR pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance avant le retour au domicile antérieur.

2. e Projet professionnel :

La poursuite de la rééducation en hospitalisation à temps partiel en SSR spécialisé en appareil locomoteur peut être nécessaire pendant 3 à 4 semaines.

2. f Pathologies médicales associées ayant une incidence fonctionnelle :

Certaines situations médicales peuvent nécessiter la prolongation de l'hospitalisation à temps complet en SSR spécialisé en appareil locomoteur avant le retour au domicile antérieur.

D'autres situations peuvent nécessiter un changement de projet de vie avec pour l'initier un passage en SSR pour personnes âgées poly-pathologiques et à risque de dépendance.

Références

[1] Coudeyre E., Jardin C., Givron P., Ribinik P., Revel M., Rannou F. Quel est l'intérêt d'une rééducation avant la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou ? Élaborations de recommandations françaises pour la pratique clinique. *Ann. Réadapt. Med. Phys* 2007 ; 50 :179-188.

[2] Coudeyre E., Descamps S., Intyre J. Mc, Boisgard S., Poiraudeau S., Lefevre-Colau M.M. Traduction et adaptation culturelle française d'un outil d'aide à la décision pour orienter les patients opérés d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* 2009 ; 52 : 694–703.

[3] Critères de prise en charge en MPR, groupe Rhône Alpes et FEDMER décembre 2008. http://www.sofmer.com/download/sofmer/criteres_pec_mpr_1208.pdf

[4] Dauty M., Genty M., Ribinik P. Intérêt du reconditionnement à l'effort dans les programmes de rééducation avant et après arthroplasties de hanche et de genou. *Ann. Réadapt. Med. Phys* 2007; 50: 455–461.

[5] Genêt F., Mascard E., Coudeyre E., Revel M., Rannou F. Intérêt d'une prescription de kinésithérapie ambulatoire à la sortie du service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de genou ? Élaborations de recommandations françaises pour la pratique clinique. *Ann. Réadapt. Med. Phys* 2007; 50 : 783–792.

[6] HAS : Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou. Recommandations professionnelles 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reeducation_genou_ptg_-_recommandations.pdf

[7] Lefevre-Colau M.-M., Coudeyre E., Griffon A, Camilleri A., Ribinik P., Revel M., Rannou F. 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. *Ann. Réadapt. Med. Phys* 2007; 50:317-326.

Lexique

- CS consultation
- MK masso-kinésithérapie
- MPR médecine physique et de réadaptation
- DPI Démarche Précoce d'Insertion
- Soins ambulatoires : séances de MK réalisées à l'acte en libéral au domicile du patient ou au cabinet du MK ou sur un plateau technique d'un établissement de santé public ou privé permettant éventuellement un accès facilité à d'autres avis professionnels.