

CHIRURGIE D'UN JOUR PTG/PTH

Information pour équipe de soins



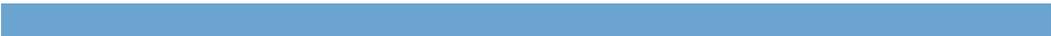
SOMMAIRE

Introduction	05
Plan d'intervention clinique	06
Sélection des patients	06
Clinique d'investigation et de préparation préchirurgicale	08
Rencontre avec l'infirmière	08
Rencontre avec le médecin interniste	09
Rencontre avec un médecin anesthésiste	09
Rencontre avec un physiothérapeute	09
Consignes et directives aux patients	10
Période avant la chirurgie	10
La veille de la chirurgie	10
Procédure de l'équipe de soins	11
Journée opératoire	11
En salle d'opération	12
Salle de réveil	13
À l'unité	13
PTH: modalités spécifiques	14
PTG: modalités spécifiques	15
Congé de l'hôpital	16
Rx pour domicile	16
Retour à domicile	17
Visite de contrôle en clinique externe	17

ANNEXE

Annexe 1- Médicaments et leur contre-indications	A01
Annexe 2- Programme PURR	A02
Annexe 3- Protocole d'anesthésie peropératoire	A03
Annexe 4- Protocole d'anesthésie locale (LIA)	A04
Annexe 5- Protocole de contrôle de la douleur	A05
Annexe 6- Évaluation des critères de congé	A06
Annexe 7- Feuille sommaire	A07

Préparé par



Dr. Pascal-André Vendittoli

Dr. Louis-Philippe Fortier

Dr. Christian Loubert

Dr. Josée Fafard

Pht. Karina-Pellei



L'arthroplastie totale du genou (PTG) et de la hanche (PTH) sont des chirurgies avec un très haut taux de succès mais restent des chirurgies majeures nécessitant des soins multidisciplinaires en postopératoire (infirmier, physiothérapie, médicaux, etc.). Ces actes chirurgicaux sont aussi associés à des complications potentiellement sévères mais heureusement peu fréquentes (infection, embolie pulmonaire, luxation prothétique, infarctus du myocarde, etc.). Une durée de séjour prolongée serait associée à un risque augmenté de thrombo-embolie veineuse TPP, d'embolie pulmonaire, d'infections et tous les effets néfastes liés à une mobilité réduite postopératoire. Malgré l'excellent rapport coûts/bénéfices de ces opérations, l'impact financier associé à ces chirurgies demeure important. Qui plus est, la demande pour un remplacement articulaire de la hanche et du genou augmentera considérablement d'ici 2030.

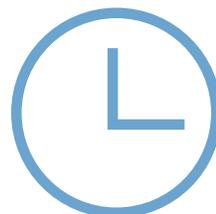
L'avancement des techniques opératoires, une optimisation du contrôle de la douleur postopératoire et une meilleure organisation des soins à domicile ont permis de développer et implanter un protocole périopératoire à HMR qui vise à optimiser la durée de séjour sans affecter la qualité des soins offerts ni augmenter les risques de complications postopératoires. Notre expérience avec ce protocole est très favorable. Nos patients sont excessivement satisfaits des soins qu'ils ont reçus et leurs résultats cliniques sont spectaculaires. Il faut garder en tête que l'objectif principal du programme proposé est l'optimisation de la qualité des soins offerts à nos patients. Si cette optimisation leur permet de quitter l'hôpital dans un délai plus court parce qu'ils se sentent bien et sécuritaire, nous avons atteint le succès escompté.

Toutefois, l'implantation de notre protocole ne fut pas sans difficulté. Le succès de ce processus demande la collaboration de tous les intervenants du milieu : anesthésiste, infirmière, physiothérapeute, chirurgien, pharmacien, etc. Les changements de pratique sont souvent difficiles à implanter et chaque équipe fera face à différents défis selon leurs pratiques usuelles.

Nous voulons partager avec vous le protocole actuellement en place dans notre milieu et ainsi vous permettre de mettre en place ces changements dans votre pratique.

Durée de séjour prévue :

- PTH, départ avant 21h le jour même
- PTG, départ avant 12h le lendemain



Plan d'intervention clinique



Sélection des patients

- Rencontre du sujet en clinique externe par le chirurgien et rédaction de la demande opératoire de remplacement de la hanche ou du genou.
- Évaluation des critères d'admissibilité au programme.

Critères d'inclusion :

1. Patient comprenant les conditions du programme.
2. Patient capable de donner un consentement éclairé.
3. Être âgé de plus de 18 ans et de moins de 75 ans.
4. Nécessiter la mise en place d'un remplacement total du genou ou de la hanche primaire simple (non associé à des traitements non usuels comme la greffe osseuse, une ostéotomie concomitante, l'utilisation d'implants de révision, etc.
5. Avoir un accompagnant qui soit disponible le jour du CIEPC, le jour de la chirurgie et la première semaine postopératoire à la maison.

Critères d'exclusion :

1. Absence de services à domicile offert par le CLSC de son secteur.
2. IMC supérieur à 40.
3. Maladie psychiatrique limitant la participation.
4. Nécessiter la mise en place d'une sonde urinaire prolongée pour le postopératoire.
5. Être allergique aux sulfamidés ou à un ou plusieurs médicaments prévus au protocole.
6. Présenter un problème cognitif ou de communication empêchant la réalisation du protocole.
7. Avoir déjà subi une embolie pulmonaire ou une thrombophlébite profonde dans la dernière année.
8. Nécessiter une anticoagulation à long terme.
9. Être sous corticothérapie ou avoir reçu une corticothérapie systémique au court de la dernière année (sauf si confirmation d'un test au controsyn fait avant la chirurgie).
10. Sujet avec une atteinte systémique (diabète, cardiaque, rénale, hématologique, etc.) nécessitant des soins spéciaux périopératoires (soins intensifs, transfusions multiples, dialyse, etc.).
11. Sujet présentant un trouble de la coagulation augmentant le risque de saignement per et postopératoire (ie: thrombocytopénie, hémophilie, etc.).
12. Sujet présentant un problème locomoteur, autre que son articulation remplacée, lui imposant des limitations fonctionnelles empêchant la mobilisation sans aide physique ou matérielle.
13. Présenter des troubles neurologiques ou d'équilibre.
14. Avoir un milieu de vie non compatible avec la réalisation des soins à domicile.
15. Sous traitement avec un médicament qui est un substrat important ou inhibiteur puissant du CYP3A4.
16. Sujet avec Clcr < 30 ml/min (formule de Cockcroft-Gault)

Clinique d'investigation et de préparation préchirurgicale



Rencontre avec l'infirmière

- Prise du poids et de la tension artérielle.
- Questionnaire de santé rempli par le patient et vérifié par l'infirmière.
- Enseignement préopératoire.
- ÉCG si plus de 50 ans.
- Un rayon-X du site chirurgical.
- Remise de document d'information spécifique.
- Signature d'un consentement pour ouvrir un dossier au CLSC pour le suivi à domicile postopératoire.
- Identifier des allergies ou intolérances aux médicaments inclus dans le plan de soin

Afin de ne pas retarder le départ en fin de journée, Idéalement, prévoir que ces patients soient 1^{er} ou 2^e cas de la liste opératoire.

Rencontre avec le médecin interniste

- Évaluation du risque chirurgical.
- Prise de sang.
- Identification de certains facteurs d'exclusion si non déjà fait.
- Optimisation de la condition médicale (principaux éléments):
 - A. Traiter toutes formes d'anémie et viser une HB > 120 pour les femmes et les hommes.
 - B. Identifier des sujets avec diabète inconnu et optimiser le contrôle de la glycémie pour ceux déjà diagnostiqués.
 - C. Optimisation des comorbidités.

Rencontre avec un médecin anesthésiste

- Identifier des Contre-indications à l'anesthésie épidurale ou générale.
- Évaluation en vue du choix du type d'anesthésie à privilégier.
- Déterminer si le patient est apte à recevoir le plan du contrôle de la douleur prévu au protocole.
- Explication du type d'analgésie (à voir laquelle sera sélectionnée).
- Évaluation du risque anesthésique.

Rencontre avec un physiothérapeute

- Enseignement individuel.
- Enseignement des exercices pré et postopératoires du protocole de remplacement articulaire du genou ou de la hanche.
- Enseignements des aides techniques et équipements requis à domicile en postopératoire.
- Retour sur les étapes du protocole de RAD en 24 heures.

Consignes et directives aux patients



Période avant la chirurgie

Cesser certains médicaments :

- Hormonothérapie 1 mois avant date prévue de chirurgie.
- Anti-inflammatoire 7 jours avant date prévue de chirurgie.
- Antiplaquettaires et anticoagulants : *Coumadin*, *Pradax*, *Xarelto*, aspirine et autres selon les recommandations médicales.
- Produits naturels cesser 2 semaines préopératoire.

La veille de la chirurgie

- Douche à la chlorexidine.
- À jeun selon le programme PURR ([voir Annexe 2](#)).

Procédure de l'équipe de soins



Journée opératoire

Organisation de la journée (ordre des cas):

- Les PTH seront idéalement les 1^{er} ou 2^e cas du matin (pour quitter le même jour).
- Les PTG, évitez de mettre comme dernier cas de la journée, pour assurer une prise en charge du patient efficace au retour de la salle d'op par l'équipe de jour.

Arrivée du patient au pré-postopératoire **au moins** 2 heures avant la chirurgie (vers 6 h).

- À l'unité pré-postopératoire.
- Administration de la médication préemptive 1 à 2 heures avant la chirurgie:
 - A. 975 mg acétaminophène PO.
 - B. Oxycontin 10 mg PO.
 - C. **Celebrex** 400mg PO.
 - D. Prégabaline (**Lyrica**) 150 mg PO.
 - E. Patch de scopolamine.
 - F. Aprepitant 125 mg ou **Zofran** 4 mg.
- Installation d'un soluté NAACL 0.9 % avec bouchon clave.



En salle d'opération

- ATB IV dans les 30 minutes préopératoire.
- Décadron 4-6 mg IV.
- Jambière de compression intermittente à la jambe opposée à la chirurgie.
- Anesthésie épidurale ou générale **(voir Annexe 3)**.
- Optionnel : bloc du canal adducteur pour les PTG (évitiez bloc fémoral).
- Pas de narcotique IV ou dans l'épidurale, pas de benzodiazépines.
- Rx IV préopératoire **(voir Annexe 3)**.
- Acide tranaxamique 1g à l'induction.



- Chirurgie de remplacement articulaire comme d'habitude, tentez de minimiser les pertes sanguines.
- PTH avec tête de grand diamètre: > 36 mm ou double mobilité.
- PTG, évitez l'utilisation du garrot (permis que pour la cimentation).
- Infiltration du protocole anesthésiques locaux au site opératoire **(voir Annexe 4)**.
- Optionnel : insérer cathéter épidural #16 dans le genou avec filtre antibactérien.
- Optionnel : acide tranaxamique en solution pour application topique.
- 1g IV d'acide tranaxamique avant la fermeture du site opératoire.
- Fermeture des aponévroses et capsule articulaire avec fil barbellé 1.0
- Fermeture du plan cutané avec sous cuticulaire au **Vycril 3.0**.
- Application de colle à la peau pour sceller l'incision et éviter tout débordement dans le pansement.
- Pansement léger (attendre que la colle soit sèche).

- Mise en place de la jambière compressive du côté opéré.
- PTG : garder le genou fléchi à 60 ° degrés x 3-4 heures avec coussin de positionnement Clinton.



Salle de réveil

- Contrôle de la douleur selon protocole (**Annexe 5**).
 - Évitez l'utilisation de narcotiques sous cutanés ou IV.
- Transfert à l'unité de chirurgie d'un jour pour les PTH et à l'unité d'hospitalisation pour les PTG.

À l'unité

- Les PTH retournent à l'unité pré-postopératoire en postopératoire.
- Les PTG retournent à l'unité pré post-op en postopératoire et lorsque premier levé et évaluation faite par physiothérapeute le patient monte à l'étage après le changement de quart de l'équipe de soir.
- Prise en charge par l'infirmière.
- Application du protocole de contrôle de la douleur (**Annexe 5**).
- Prise des signes vitaux q 30 min x 2, q1h x 2, q4h x 24h et signes neuro-vasculaires q 2h.
- Exercices respiratoires 10 fois chaque heure tenir 2 secondes.
- Début de l'alimentation selon désir du patient (à favoriser).
- Solutés selon prescriptions D5 % NACL 0.9 % à cesser dès que possible.
- Cesser soluté si signes vitaux stables (4 à 6 heures postopératoires), garder le bouchon-clave en place lors du premier levé et évaluation en physiothérapie.
- Environ 4 à 6 heures postopératoires tentative de premier lever avec le physiothérapeute : première évaluation et enseignement.
- Visite de l'infirmière de liaison pour faire le lien avec le CLSC.
- Antibio prophylaxie IV ou IM selon protocole q 8h au départ (1^{re} dose vers 18h : ne pas retarder départ si moins de 3 doses postopératoires ont été administrées).

PTH : modalités spécifiques

Une première séance de physiothérapie 4 à 6 heures postopératoires. Une évaluation standard selon les critères de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) est d'abord complétée.

Ensuite, l'enseignement postopératoire est débuté avec le protocole d'exercices pour le remplacement articulaire de la hanche page 18 à 29.

Le physiothérapeute tente un premier levé accompagné de l'infirmière traitante.

Application de glace 20 minutes au besoin 2 heures jusqu'à la prochaine séance par le préposé en physiothérapie, le physiothérapeute ou l'infirmière.

Une deuxième séance 3 à 4 heures plus tard, le physiothérapeute complète les éléments non-évalués ou enseignés à la première séance.

PO-0:

Évaluation des critères de congé par l'infirmière traitante ou le physiothérapeute (**Annexe 6**) 4 à 6 heures postopératoires. Si non atteints, répéter la mesure chaque heure par la suite. Si le patient ne remplit pas les critères à 21h, il sera admis pour la nuit et le processus d'évaluation reprendra le lendemain matin 8h.

PO-1:

Évaluation des critères de congé par l'infirmière traitante ou le physiothérapeute (**Annexe 4**) à 9h et chaque 2 heures par la suite. S'il ne remplit pas les critères à 22h PO1, il sera admis pour une seconde nuit et le processus d'évaluation reprendra le lendemain matin 8h.

PTG : modalités spécifiques

Application de glace concassée avec serviette humide pour une durée de 20 minutes en-dessous et au-dessus du genou chaque 2 heures lorsqu'éveillé au besoin à la sortie de salle d'opération.

Retrait du coussin de flexion du genou 3 à 4 heures postopératoires par le physiothérapeute.

Première séance de physiothérapie 4 à 5 heures postopératoires. Une évaluation standard selon les critères de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) est d'abord complétée.

Ensuite, l'enseignement postopératoire est débuté avec le protocole d'exercices pour le remplacement articulaire du genou.

Le physiothérapeute tente un premier levé accompagné de l'infirmière traitante.

Une deuxième séance est ensuite refaite 3 à 4 heures plus tard, le physiothérapeute complète les éléments non-évalués ou enseignés à la première séance.

PO-1

8 h : le résident en orthopédie injecte 100 mg de Ropivacaine (10 cc Naropin 10 %) par cathéter épidural dans le genou et retrait du cathéter (optionnel).

9 h 30 : troisième séance de physiothérapie. Le physiothérapeute complète les éléments non évalués ou non enseignés à la première séance.

10 h : évaluation des critères de congé (**Annexe 6**) et chaque 2 heures par la suite.

Mobilisation du patient par l'infirmière ou le physiothérapeute chaque 2 heures jusqu'à l'obtention des critères de congé. Cette séance concerne surtout la mobilisation fonctionnelle en vue d'un congé sécuritaire.

S'il ne remplit pas les critères à 21h PO1, il sera admis pour une seconde nuit et le processus d'évaluation reprendra le lendemain matin 9 h.

Congé de l'hôpital



Rx pour domicile :

- *Xarelto* 10 mg PO à débiter le lendemain de la chirurgie (21 j pour PTG et 28 j pour PTH).
- Autre anticoagulant reconnu si contre-indication *Xarelto* selon dosage prévu au plan de traitement de l'hôpital (**Annexe 7**).
- Tramadol 50 mg 1-2 co PO q 6 h PRN.
- Si inefficace: Oxycodone 5 mg 1-2 co PO q 4-6 h PRN (80 co).
- *Tyléno* 1000 mg PO Tid (120 co).
- *Célébrex* 200 mg Po Bid (60 co).
- Pregabaline (*Lyrica*) 75 mg HS x 30 jours pour PTG seulement.
 - A. Pansement sera changé avant départ si trop souillé.
 - B. Remise du RV de suivi 4 à 6 semaines postopératoires.
 - C. Feuille sommaire des éléments à surveiller expliquée au patient et à son accompagnant (**Annexe 8**).

Retour à domicile

J1 à J3 Évaluation et contact avec Karina Pellei pht :

- Contact avec la physiothérapeute du CLSC pour la collecte de données et s'assurer d'un suivi avec le patient.

J1 et J3 à domicile visite journalière par l'infirmière du CLSC :

- Suivi de la plaie/pansement, prise de signes vitaux, prise de sang postopératoire 3.
- Ensuite visite q 2 jours pour les 2 premières semaines.

J1 et J3 domicile, visite journalière du physiothérapeute :

- Application de glace 20 minutes selon programme d'exercices.
- Exécution du protocole d'exercices pour la hanche ou le genou 2 fois par jour AM et PM par le patient de façon autonome.
- Ensuite visite du physiothérapeute selon plan du CLSC.

Visite de contrôle en clinique externe

- 4 à 6 semaines PO.
- 6 mois PO.
- 12 mois PO.

Annexe 1

Médicaments inclus dans le plan de soins et leurs Contre-indications

Acétaminophène TYLENOL administration orale:

Contre-indications: maladie ou insuffisance hépatique. Maximum 3-4 g/J

Chlorhydrate de Vancomycine, VANCOMYCINE administration IV:

Contre-indications: hypersensibilité à la vancomycine chlorhydrate. Administration lente sous pompe recommandée (20-30 min).

Aprépitant, EMEND administration orale:

Contre-indications: patients présentant une hypersensibilité à ce médicament ou à l'un des composants du produit: sucrose, cellulose microcristalline, hydroxypropylcellulose et laurylsulfate de sodium.

Oxycodone longue action, OXYCONTIN administration orale:

Contre-indication: hypersensibilité à l'oxycodone.

Celecoxib, CELEBREX administration orale:

Contre-indications: maladie coronarienne connue, insuffisance cardiaque sévère non-contrôlée, hypersensibilité connue au celecoxib, réaction allergique démontrée au sulfamidés, historique d'asthme ou réaction allergique typique après avoir pris de l'acide acétylsalicylique (AAS) ou tout autre NSAIDs, ulcère gastrique, peptique ou duodéal actif, saignement gastrointestinal actif, saignement cérébrovasculaire, maladie intestinale inflammatoire, insuffisance hépatique sévère ou maladie active du foie, insuffisance rénale sévère (Clcr < 30 mL/min ou 0.5 mL/sec) ou maladie rénale en voie de détérioration.

Prégabaline, LYRICA administration orale:

Contre-indications: patients qui présentent une hypersensibilité à la prégabaline.

Effet secondaires: somnolence.

Acide tranexamique administration IV:

Contre-indications: antécédents ou un risque de thrombose à moins qu'un traitement aux anticoagulants puisse être administré simultanément. Patients présentant des troubles de vision des couleurs acquis. Patients qui souffrent d'hémorragies sous-arachnoïdiennes. Hématurie.

Ropivacaïne Hydrochloride, NAROPIN administration par injection locale.

Contre-indications: hypersensibilité à tout autre agent anesthésiant de la forme amidée.

Tramadol hydrochloride, ULTRAM administration orale:

Contre-indications: hypersensibilité au tramadol, tout autre composante de ce produit ou à des opioïdes.

Oxycodone, SUPEUDOL administration orale:

Contre-indications: patients atteints d'occlusion gastro-intestinale mécanique connue ou soupçonnée, de toute maladie ou de tout trouble qui affecte le transit intestinal. Patients qui prennent des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) (ou dans les 14 jours d'un tel traitement).

Hydromorphone, DILAUDID administration orale:

Contre-indications: occlusion gastrointestinale mécanique ou soupçon d'atteinte, de toute maladie ou de tout trouble qui affecte le transit intestinal. Patients qui prennent des inhibiteurs de la MAO ou dans les 14 jours d'un tel traitement.

Rivaroxaban XARELTO administration orale:

Contre-indications: hémorragie active cliniquement significative dont l'hémorragie digestive. Lésions ou troubles associés à une élévation du risque d'hémorragie cliniquement significative (exemple: infarctus cérébral (hémorragique ou ischémique récent, hémorragie récente d'un ulcère gastroduodéal évolutif). Traitement par voie générale concomitant par un puissant inhibiteur. Traitement concomitant par tout autre anticoagulant. Hépatopathie, grossesse, allaitement, hypersensibilité à *Xarelto*.

Dexaméthasone, DÉCADRON administration IV:

Contre-indications: bactériémie et infections fongiques systémiques, glaucome, syndrome de Cushing, ulcères gastrique et duodéal, certaines infections virales (ex. varicelle et herpès génital).

Annexe 2

Programme PURR

Avant la chirurgie :

- Marchez ou faites plus d'activité physique qu'à l'habitude (le vélo est une bonne alternative si vous avez mal aux articulations).
- Il est recommandé d'avoir une alimentation équilibrée (guide alimentaire canadien et évitez les aliments de type *fast food*.)
- Il est fortement suggéré de cesser de fumer complètement deux semaines avant la chirurgie. De l'aide peut vous être proposé.
- Il est important de ne pas boire d'alcool 7 jours avant la chirurgie.
- Planifiez votre retour à la maison à l'avance: vous aurez besoin d'aide pour le transport, les repas, le lavage et plusieurs autres tâches personnelles.
- Arrêtez de prendre des produits naturels deux semaines avant la chirurgie et cessez de prendre des anti-inflammatoires (Ibuprofen, *Motrin*, *Advil*, *Naprosyn*, *Voltaren* en gel) deux semaines avant la chirurgie ou selon la recommandation de la médecine interne. Si vous avez de la douleur une semaine avant la chirurgie, privilégiez *Tylenol* (acétaminophène).

La veille de la chirurgie :

- Au souper: diète normale.
- À partir de minuit: vous pouvez boire des liquides clairs jusqu'à l'heure d'arrivée prévue à l'hôpital.
- Entre 18 h et le coucher, vous devez boire une des boissons sucrées suivantes : jus de pommes (850 ml), jus d'oranges sans pulpe (1000 ml), thé glacé commercial prêt à boire (1100 ml), limonade prêt à boire (1000 ml)

Le matin de la chirurgie

- Prenez une douche avec le savon prescrit et mettez des vêtements propres et amples.
- Entre le lever et 5 h 30, vous devez boire une des boissons sucrées suivantes : jus de pomme (425 ml), jus d'oranges sans pulpe (500 ml), thé glacé commercial prêt à boire (550 ml), limonade prêt à boire (500 ml) apportez le jus de votre choix.
- Après l'opération
- Vous pouvez débiter une alimentation normale dès que vous êtes de retour à votre chambre. Débitez progressivement selon votre appétit et votre tolérance.
- Tentez de manger des aliments riches en fer en fibres et en protéines. Il est important également de bien vous hydrater afin de prévenir la constipation.
- Suivez les recommandations données par l'équipe médicale d'orthopédie au congé et référez vous au protocole page 12 pour la PTH.

Annexe 3

Protocole d'anesthésie peropératoire

ATB IV dans les 30 minutes préopératoire

Dexaméthasone 4-6 mg IV à l'induction

Acide tranexamique 1g IV à l'induction

Acide tranexamique 1g IV à la fermeture du site opératoire

Anesthésie épidurale ou générale (évitez rachidienne)

Anesthésie : Épidurale

- Visez niveau T6-T8
- *Xylocaïne* 2 %
- Sédation Propofol 25-125 mcg/ kg/ min
- Phényléphrine (noradrénaline) en perfusion
- *Pas de benzodiazépine, pas de narcotique*
- +/- Kétamine 0.25 mg/ kg

Anesthésie générale

INDUCTION

Propofol : 1-3 mg/ kg
Remifentanil : 0.25-1 mcg/kg
+/-

- Kétamine : 0.25 mg/ kg
- Rocuronium : 0.04 mg/ kg
- Succinylcholine : 2 mg/ kg
- Topicalisation des voies aériennes supérieures : *Xylocaïne* 4 % 5 ml avec MADjic
- Masque Laryngé/ Tube oro-trachéal selon la taille du patient.

MAINTENANCE

- Perfusions
- Propofol : 50-150 mcg/ kg/ minute
- Remifentanil : 0.05-0.3 mcg/ kg/ minute

ÉMERGENCE

Cesser les perfusions au moment du pansement

Annexe 4

Protocole d'anesthésie locale au site opératoire (LIA)

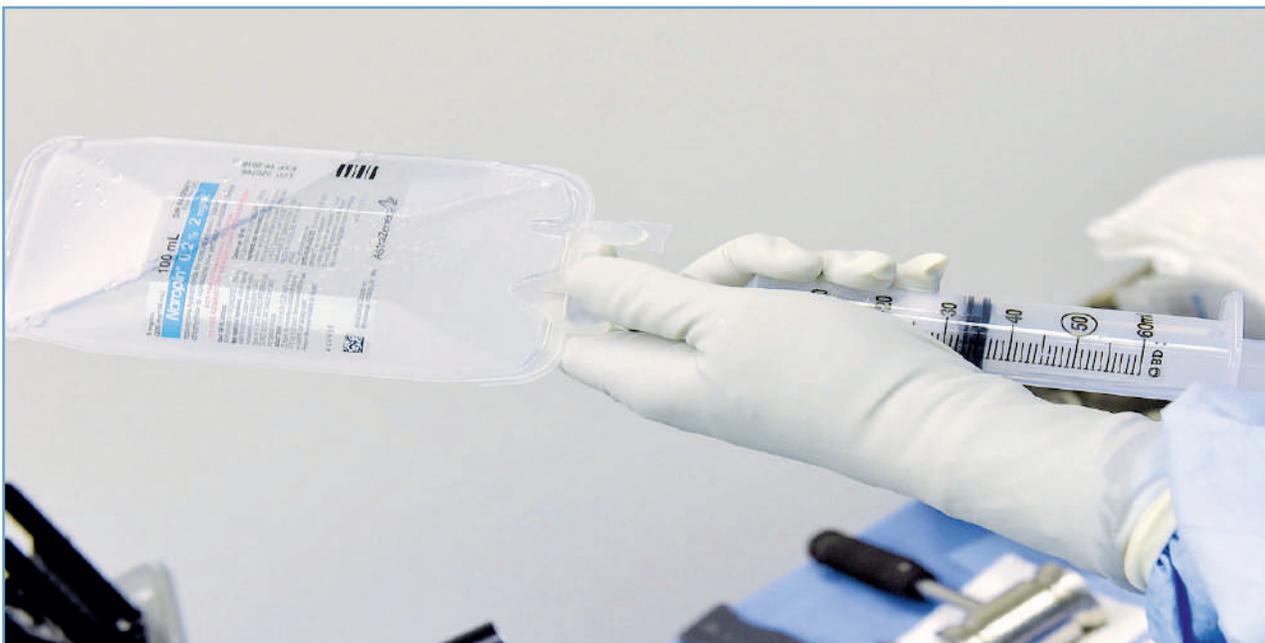
Profond :

- Naropin sac de 100 ml (Ropivacaine 0.2 %, 2 mg/ml).
- Ajoutez :
 - Naropin : 1 fiole de 10 ml (1 % 10 mg/ml).
 - Adrénaline (1 mg/ml) 1/2 cc.
 - *Toradol* (30 mg/ml) 1cc.
- **Transférez dans 2 seringues de 50 ml avec aiguille avec 18 avec infiltration de tous les tissus périarticulaires.**

Superficiel :

- Naropin sac de 100 ml (Ropivacaine 0.2 %, 2 mg/ml).
- **Transférez dans 2 seringues de 50 ml avec aiguille 18 Infiltration du tissu graisseux et sous cutané.**

NB: PTG, si un bloc du canal adducteur a été effectué, préparez seulement la médication « profonde » et seule l'infiltration des tissus de la région postérieur du genou doit être effectuée.



Annexe 5

Protocole de contrôle de la douleur postopératoire salle de réveil et étage

Analgesie

Étape 1

Tramadol (*Ultram*^{MD}) 50-100 mg PO q 4-6 h PRN Max 400 mg/jour
▶ Si CI Créat \leq 30 mL/ min): 50-100 mg PO q12h PRN Max 200 mg/jour

Étape 2

▶ Si Tramadol insuffisant, ajouter
Oxycodone (*Supeudol*^{MD}) 5,0-7,5 mg PO q3h PRN

Étape 3

▶ Si Tramadol et Oxycodone insuffisants,
remplacer Oxycodone par Hydromorphone (*Dilaudid*^{MD}) 1-2 mg **PO**
▶ si impossible PO: 0,5-1mg SC q4h PRN

Co-analgésie :

Acétaminophène (*Tylenol*^{MD}) 1000 TID PO/IR ad départ
Prégabaline (*Lyrica*^{MD}) 75mg PO HS ad départ
(Ne pas donner si usager somnolent ou confus)

Célécoxib (*Célébrex*^{MD}) 100-200 mg PO BID pour 30 jours
(si pas d'allergie aux sulfamidés, gastrite, maladie cardiovasculaire)

Annexe 6

Évaluation des critères de congé PO J0 pour PTH et J1 à 8 h et chaque 2 heures pour PTG et PTH si échec au départ PO.

Le patient répond aux critères de l'échelle d'évaluation en vue d'un congé des soins postopératoires :

- TA artérielle et pouls stables et dans la limite de la normale.
- Saturation à 95 % à l'air ambiant, aucun besoin d'oxygène vis canule nasale.
- Démarche solide avec aide technique marchette ou béquilles avec absence d'étourdissement.
- Aucune ou légère nausée au repos : assis ou couché.
- Douleur faible ou absente située entre 0 et 4/10 à l'ÉVA. Elle est considérée comme acceptable par l'usager et est contrôlée par la médication PO.
- Le saignement est considéré comme minime pas de changement de pansement nécessaire.
- Le patient a reçu sa médication pour la douleur avant son départ.
- Le patient a repris sa médication permise de base.
- Le patient est orienté dans les 3 sphères.
- Les signes neurologiques sont les myotomes : extension du gros orteil, flexion dorsale éversion et flexion plantaire sont normaux et idem bilatéral, les dermatomes sont comparables aux deux membres inférieurs sauf dans la région du pansement opératoire normaux.
- Le patient ne présente aucun signe circulatoire à risque : le pouls pédieux ou tibial postérieur est palpé et le réfill capillaire au 1^{er} orteil est présent.
- Le patient a repris l'alimentation orale.
- Le patient ne présente aucun signe de rétention urinaire.
- La 2^e dose d'ATB a été administrée (8 heures post dose à l'induction).
- Le patient présente une amplitude articulaire fonctionnelle au membre inférieur opéré permettant ses déplacements au lit et hors du lit.
- Le premier levé par un physiothérapeute a été fait.
- Une mise en charge au membre inférieur opéré est possible.
- Le patient est autonome et sécuritaire aux transferts et aux déplacements avec marchette ou béquilles.
- Le patient est autonome et sécuritaire aux escaliers avec canne ou béquilles s'il y a lieu.
- Le patient et son accompagnateur ont reçu l'enseignement de [l'Annexe 5](#).
- Le patient a reçu ses prescriptions de départ et son RV pour le suivi en clinique externe.

Annexe 7

Feuille sommaire des éléments à surveiller et consignes expliquées au patient au congé.

- Prenez le médicament antidouleur prescrit si vous en avez besoin, il est indiqué de le prendre avant d'amorcer votre série d'exercices
- Des comprimés d'anticoagulant (*Xarelto*) vous seront prescrits pour contrer les phlébites. Il se peut que de grands *bleus* apparaissent sur votre cuisse même jusqu'au mollet. Ceci est secondaire à ce médicament. Ce médicament peuvent causer un petit saignement qui diffuse sous la peau. Si cela vous inquiète, montrez-le à votre infirmière. Le tout devrait disparaître progressivement en quelques semaines.
- Utilisez la glace pour diminuer la douleur, les hématomes et l'œdème: 20 minutes au site de douleur avec serviette humide aux 2 heures.
- Le pansement sera changé à domicile par l'infirmière du CLSC selon la nécessité. Si vous avez des agrafes, l'infirmière les enlèvera entre 7-10 jours après la chirurgie. L'infirmière vous visitera de façon journalière les 3 premiers jours postopératoires. Si jamais le CLSC est incapable de répondre à cette demande une infirmière assignée au projet de recherche comblera le service de soins à domicile.
- Soit 15 jours après votre chirurgie ou 2-3 jours après le retrait des agrafes si votre plaie ne présente pas d'écoulement, vous pourrez mouiller votre plaie dans le bain ou sous la douche.
- Vous pouvez utiliser un banc de bain. L'utilisation d'un tapis antidérapant peut aussi vous éviter de glisser.
- S'il y a encore un écoulement de la plaie 10 jours après votre chirurgie ou si vous faites de la température, contactez ces ressources :
 - Infirmière de suivi en orthopédie au _____, poste _____.
Laissez vos coordonnées sur le répondeur (votre nom, numéro de dossier et le nom de votre chirurgien) afin que nous puissions vous contacter.
 - Chirurgien orthopédiste au _____
 - Info-Santé du CLSC au numéro de téléphone remis par l'infirmière de liaison.
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
- L'œdème et l'enflure de la jambe suite à la chirurgie est fréquent. Souvent, le retour à la taille normale peut prendre plus de 6 mois. Toutefois, si cela augmente sans cesse et que c'est douloureux, contactez les ressources précitées. Si ces personnes ne sont pas disponibles, présentez-vous à l'urgence. Si vous avez des douleurs à la poitrine et des essoufflements, présentez-vous à l'urgence.
- Si une douleur aiguë survient au niveau de la hanche ou du genou et empêche vos mouvements informez votre infirmière du suivi ou votre chirurgien ou présentez-vous à l'urgence.
- Un physiothérapeute du CLSC ira vous visiter à domicile dans les 48 heures suivant votre congé afin de superviser le programme d'exercices reçu à l'hôpital, vérifier vos transferts, vérifier les équipements reçus et vérifier les complications possibles. Si le CLSC est incapable de fournir le service, un physiothérapeute assigné au projet de recherche comblera le service.
- Vous devez continuer à faire par vous-même le programme d'exercices enseigné à l'hôpital par votre physiothérapeute que vous pouvez joindre au numéro téléphone suivante : _____

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

5415, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4

☎ 514 252-3400

🌐 ciuss-estmtl.gouv.qc.ca

D'autres publications et ressources d'intérêt sur la santé sont disponibles sur le site Internet du Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches (CIUP).

🌐 <http://biblio.hmr.qc.ca/ciup.htm>

Tous droits réservés

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, HMR, 2017

CP-CHR-108

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 