

CO84

Optimisation du coût de la prise en charge chirurgicale du canal carpien : *office surgery* vs parcours ambulatoire au bloc opératoire

O. Mares*, L. Moscato, P. Kouyoumdjian, R. Coulomb, S. Chkair
CHU de Nîmes, Nîmes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ololmares@gmail.com (O. Mares)

L'incidence moyenne du syndrome du canal carpien (SCC) est actuellement estimée autour de 3/1000 dans la population. Nous proposons une nouvelle prise en charge qui modifie le parcours patient en *office surgery* en allégeant le chemin clinique. Nous proposons une estimation du coût de production de l'acte au bloc opératoire versus « office ». La méthodologie employée est un *micro-costing bottom up*. Le facteur de coût s'exprime en temps pour les ressources humaines et en volume pour les ressources matérielles. Ces données de quantités sont obtenues à dire d'expert. Le coût des ressources humaines correspond au salaire brut chargé 2018. Le coût des ressources matérielles a été obtenu à partir de la consultation du logiciel informatique CPAGE. À ces coûts de ressources humaines et matérielles, sont ajoutés des frais généraux de fonctionnement. Un coût total est estimé pour chaque groupe - chirurgie du canal carpien en « walant », bloc opératoire selon deux techniques - sous échographie (walant) et sous endoscopie (anesthésie en locorégionale). Le coût moyen de la prise en charge chirurgicale du canal carpien en « office » est estimé à 96€44 (minimum : 87€66 + maximum : 105€93). Ce coût moyen se décompose : 15€03 de ressources humaines, 68€52 de ressources matérielles, et 12€88 pour les frais généraux.

Le coût moyen de la prise en charge chirurgicale du canal carpien au bloc opératoire sous échographie est estimé à 171€72 (minimum : 151€89 ; maximum : 192€86). Ce coût moyen se décompose : 52€89 de ressources humaines, 95€88 de ressources matérielles, et 22€94 pour les frais généraux.

Pour la technique sous endoscopie, le coût est estimé à 270€85 (coût minimum : 250€02 ; maximum : 293€19). Ce coût moyen se décompose : 62€06 de ressources humaines, 172€60 de ressources matérielles et 36€18 pour les frais généraux.

La prise en charge au bloc opératoire est estimée entre 1,8 fois et 2,8 fois plus onéreux (selon la technique) que la prise en charge en « office ».

Plus de 100 millions d'euros sont actuellement dépensés annuellement pour le seul acte de traitement chirurgical du SCC. Cette étude montre que l'optimisation du chemin clinique et des flux patients peut être modifiée avec une nouvelle approche de type office. La prise en charge des patients en « office » permettrait d'optimiser les filières de soins avec une réduction des coûts.

Déclaration de liens d'intérêts Recherches cliniques/travaux scientifiques : non.

Consultant, expert : oui [new clip].

Cours, formations : non.

Documents publicitaires : non.

Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : oui [new clip].

Actionnariat : non.

Détention d'un brevet ou inventeur d'un produit : non.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.087>

CO85

Influence de l'anesthésie Walant et de l'*office surgery* sur la satisfaction et la récupération après la libération du canal carpien : une étude observationnelle basée sur la satisfaction des patients

L. Moscato^{1,*}, R. Coulomb¹, G. Candelier², P. Kouyoumdjian¹, O. Mares¹

¹ CHU de Nîmes, Nîmes, France

² SOS Mains, Caen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lamoscato09@gmail.com (L. Moscato)

Le WALANT et l'*office surgery* sont devenus des pratiques courantes outre atlantique pour la libération du canal carpien. Il n'existe pas de données objectives comparant les circuits classiques et l'*office surgery*.



Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique comparant trois types de prise en charge : office - Walant - échochirurgie, ambulatoire - Walant - échochirurgie, ambulatoire - anesthésie locorégionale (ALR) - endoscopie. Nous avons inclus 30 patients par groupe, appareillés pour l'âge, le sexe et les antécédents médicaux. Les patients ont été évalués par un observateur indépendant via un questionnaire téléphonique et au moyen d'une échelle analogique :

– la satisfaction globale ;

– la satisfaction de la performance organisationnelle ;

– la qualité de la réalisation de l'anesthésie ;

– la qualité de l'analgésie (satisfaction vis-à-vis du niveau de sédation).

Nous avons comparé pour chaque groupe la survenue de complications mineures et majeures et le temps de reprise d'activités lourdes et quotidiennes. Une analyse ANOVA (logiciel SAS) a été réalisée pour comparer les trois groupes.

La technique échographique était réalisée par une technique antérograde opus anesthésie Walant. La technique endoscopique était réalisée selon la technique d'Agee sous anesthésie locorégionale.

Les trois groupes étaient comparables. Deux patients ont été perdus de vue. Les résultats (moyenne) sont respectivement pour chaque groupe : office, ambulatoire avec walant et ambulatoire avec ALR :

– satisfaction globale : 9,85 ; 9,10 ; 8,73 ($p = 0,002$) ;

– satisfaction de la performance organisationnelle : 9,86 ; 9,55 ; 9,67 ($p = 0,3$) ;

– la qualité de la réalisation de l'anesthésie : 9,36 ; 9,59 ; 8,93 ($p = 0,12$) ;

– la qualité de l'analgésie : 9,93 ; 9,83 ; 9,43 ($p = 0,03$) ; (lequel de ces deux items ce réfère à la réalisation de l'anesthésie) ;

– temps de retour aux activités quotidiennes (jours) : 1,25 ; 0,41 ; 1,87 ($p = 0,02$) ;

– temps de reprise des activités lourdes (jours) : 36,64 ; 32,41 ; 53,9 ($p = 0,015$).

Nous n'avons eu aucune récurrence, aucune complication majeure et seulement deux infections superficielles.

Il existe des données nord-américaines sur ce type de procédure, ce travail comparatif français montrant un gain dans la prise en charge du patient avec l'*office surgery*.

Cette revue rétrospective comparative montre un score de satisfaction des patients supérieur dans une procédure de type *office surgery*. Le WALANT couplé à l'échochirurgie semblent apporter un meilleur taux de satisfaction et une récupération plus rapide comparé à l'ALR.

Déclaration de liens d'intérêts Recherches cliniques/travaux scientifiques : oui [newclip].

Consultant, expert : oui [newclip].

Cours, formations : oui [newclip].

Documents publicitaires : non.

Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : non.

Actionnariat : non.

Détention d'un brevet ou inventeur d'un produit : oui [newclip].

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.088>

CO86

Organisation de l'accueil des urgences de la main

S. Larroque^{1,*}, G. Berteloot¹, J.L. Roux²

¹ ASUM34, Montpellier, France

² IMM, Montpellier, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephanelarroquespqr@gmail.com (S. Larroque)

Le nombre de blessés de la main est en augmentation constante depuis 1998. Il est estimé à plus de 2,1 millions par an en France en 2018, soit + 32 % en 20 ans. Si le nombre de centres agréés par la FESUM a augmenté, certains centres ont dû s'organiser pour gérer cet afflux de patients.

La prise en charge des urgences de la main par les chirurgiens de la main ou par les urgentistes généraux se révélait dans notre structure souvent insuffisante. Soit par manque de disponibilité des chirurgiens de la main, soit par un défaut d'expérience et de formation des urgentistes.

Depuis 2010, nous avons réorganisé notre centre dans le but d'améliorer la prise en charge de ces urgences. L'accueil des urgences de la main a été confié à des médecins dédiés.

Cette nouvelle organisation, basée sur une unité de lieu et une pluridisciplinarité (chirurgiens, médecins, kinésithérapeutes, infirmières) procure une plus grande



fluidité du parcours, un délai d'attente raccourci (estimé à 30 min). De nombreux traumatismes ne nécessitent pas de chirurgie mais des explications claires et un suivi rapproché. La disponibilité de ces médecins dédiés autorise une meilleure éducation du patient, le suivi du traitement est renforcé. Nous avons constaté une diminution de la durée moyenne d'arrêt de travail pour de nombreux traumatismes considérés comme bénins, une diminution des séquelles fonctionnelles. Progressivement, au contact des chirurgiens, les médecins ont acquis une expérience et développé une prise en charge médicale de meilleure qualité.

Le travail en équipe avec des chirurgiens disponibles autorise une répartition des tâches, un partage des connaissances par compagnonnage. Cette nouvelle organisation nous amène maintenant à envisager l'avenir de cette activité. Pour structurer au mieux un SOS main et assurer une meilleure prise en charge des urgences, nous souhaitons réfléchir ensemble aux actions à mener. Nous sommes à l'aube d'une nouvelle discipline : « la médecine de la main ». Il faudra avec les chirurgiens de la main, définir la place exacte de ces médecins, définir leur compétence et mettre en place la formation nécessaire.

Une nouvelle spécialité est probablement en train de naître.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.089>

CO87

Nouvelles modes en manucure, gel et prothèses unguéales : incidences en chirurgie de la main

T. Danalachi-Tuni^{1,*}, M. Bensa¹, J.J. Hidalgo-Diaz², E. Rapp³, S. Gouzou¹, P. Liverneaux², S. Facca⁴

¹ CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

² CHU de Strasbourg, SOS main, Strasbourg, France

³ SOS main, Clinique RHENA, Strasbourg, France

⁴ Université de Strasbourg, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : tatiana.tuni@yahoo.com (T. Danalachi-Tuni)

L'utilisation d'ongles artificiels de type gels, acryliques ou prothèses unguéales sont de plus en plus à la mode ces dernières années. De plus en plus de patientes se présentent en consultation ou aux urgences main avec ces « faux-ongles », mais quelle incidence cela peut-il avoir sur la pratique de la chirurgie de la main ? Notamment dans le cadre de la préparation d'un champ opératoire et en termes d'infections ?

Les différentes techniques de manucure ont été étudiées ainsi que l'ablation des gels ou prothèses unguéales. La flore microbienne sur ongle natif ou sur « faux-ongle » a été comparée. Sur 2 centres SOS main, l'incidence d'infections dues à ces soins de manucures a été étudiée.

Dans le cadre de revue de *Mordi-Mortalité*, des cas de patientes récusées ont été retrouvées et analysées. Dans le cadre des infections, des cas d'infections des parties molles ou osseuses incriminant les soins de nouvelles techniques de manucure ont été collectés sur 2 sites SOS main.

Concernant la préparation du champ opératoire, 2 patientes ont été récusées pour port de « faux-ongles » malgré les consignes données en préopératoire et ont été reprogrammées à distance après ablation du gel unguéal. Une patiente a dû par contre être opérée en urgence avec le gel laissé en place. Concernant les infections dues au gel unguéal, nous avons retrouvé 1 cas d'ostéoartrite de l'IPD et un cas de panaris péri-unguéal de stade 1, tous 2 traités classiquement. Concernant la préparation du champ opératoire, à la vue de la flore polymicrobienne présente sur les prothèses unguéales, il semble nécessaire de bien informer les patientes de la nécessité de retrait des gel ou prothèses avant toute chirurgie de la main surtout si un implant doit être mis en place. Concernant les infections dues au gel unguéal, nous n'avons pas retrouvé une augmentation significative des infections dues à cette nouvelle mode unguéale. Bien sûr une étude multicentrique semble nécessaire pour confirmer ces 2 principes.

Gel, résine et prothèses unguéales doivent pour l'instant être retirées avant toute chirurgie de la main réglée. Par contre, il ne semble pas que cette mode en manucure augmente l'incidence des infections de la main.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.090>

CO88

Homogénéisation de la prise en charge des panaris dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles

V. Matter-Parrat^{1,*}, F. Goldammer², J.J. Hidalgo-Diaz¹, C. Ronde-Ousteu², S. Gouzou¹, P. Liverneaux¹, S. Facca³

¹ SOS main, CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

² CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

³ Université de Strasbourg, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : valerie.matter-parrat@chru-strasbourg.fr (V. Matter-Parrat)

Devant la constatation de prises en charge non homogènes pour les panaris de stade 1 ou 2 dans un même centre SOS main, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été menée, afin d'homogénéiser la prescription de l'antibiothérapie si nécessaire et de décider d'un chemin clinique.

Dans le cadre d'une étude rétrospective, 30 dossiers de patients atteints de panaris de stade 1 ou 2 ont été analysés, puis à nouveau 30 dossiers 6 mois plus tard.

Une grille d'analyse selon la HAS a été rédigée contenant 15 items. Un premier groupe de 30 dossiers de patients atteints de panaris collecté ou pas a été analysé, en regardant essentiellement la prescription d'antibiothérapie, la durée et les prélèvements ou radiographie faits. Un deuxième tour de 30 dossiers une fois le chemin clinique diffusé a été refait.

Après la première analyse, un chemin clinique a été rédigé. Dans le cas d'un panaris au stade inflammatoire, les consignes suivantes ont été décidées : arrêter les topiques locaux et si mise en place d'une antibiothérapie : de moins de 48 h, elle peut être arrêtée ; de plus de 48 h avec signes d'amélioration, elle peut être poursuivie ; de plus de 48 h sans amélioration, prévoir une prise en charge chirurgicale. Dans le cas du panaris au stade collecté, les modifications de prise en charge suivantes ont été retenues :

- la radiographie systématique n'est pas nécessaire sauf cas définis ;
- lors de la prise en charge au bloc opératoire, le prélèvement bactériologique est maintenu. En revanche, l'antibiogramme systématique n'est pas nécessaire ;
- le terme « facteurs de risque » est à modifier par facteurs de risques et dissémination septique (fièvre, lymphangite, adénopathies, signes d'ostéite) ;
- consultation de contrôle a été modifiée. Tous les items de la grille d'évaluation ont été significativement améliorés lors de la 2^e analyse de dossiers.

Les EPP permettent de réunir plusieurs acteurs de soins dans le cadre de prises en charge multidisciplinaires. Ainsi un chemin clinique a pu être défini, diffusé et permet une amélioration des pratiques de prescriptions et de suivi pour les panaris stade 1 ou 2.

Les EPP en chirurgie de la main permettent de redéfinir et d'actualiser des prescriptions et des prises en charge pour des pathologies courantes infectieuses.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.091>

CO89

Indications de l'auriculothérapie en périopératoire pour les pathologies dégénératives de la main

Christian Couturier

Paris, France

Adresse e-mail : c.couturier.md@orange.fr

Technique de stimulation de points réflexes au niveau de l'oreille externe, elle a été validée scientifiquement et évaluée par des études contrôlées randomisées en IRM cérébrale fonctionnelle (Alimi et al., 2002).

L'auriculothérapie est utilisée couramment pour la gestion du stress et le traitement de la douleur, mais aussi dans la maîtrise des phénomènes inflammatoires par action sur le système sympathique et parasympathique.