

La chirurgie orthopédique: de profonds changements



La chirurgie orthopédique a connu de profonds changements au cours des dernières années. Il y a plusieurs raisons à cela.

- L'évolution démographique de ces dernières décennies s'est traduite par des modifications spectaculaires de la pyramide des âges. En 1939, l'espérance de vie moyenne était encore en Suisse de 63 ans pour les hommes et de 67 ans pour les femmes. Aujourd'hui, elle se situe à 79 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes. Ces aînés sont évidemment davantage exposés aux atteintes dégénératives ou traumatiques de l'appareil locomoteur et attendent de la part du système, à juste titre, des réponses appropriées à leurs problèmes. Et cela ne concerne pas uniquement les fractures «liées à l'âge».
- Les progrès accomplis en anesthésie et en médecine intensive permettent de réaliser des interventions chirurgicales en toute sécurité avec des résultats fiables même chez des patients ayant allègrement dépassé le cap des quatre-vingt-dix ans.
- De nombreuses opérations orthopédiques ont pu être techniquement simplifiées. Elles sont devenues standardisables et sont de fait standardisées, ce qui signifie d'une manière générale une bonne sécurité pour le patient et des marches à suivre «prévisibles», notamment en matière de coûts. Prévisibles donc non seulement sur le plan médical, mais également sur le pan économique. Les forfaits par cas (Diagnosis Related Group, DRG) en sont la conséquence logique et sont d'ailleurs volontiers exigés dans le traitement des pathologies de l'appareil locomoteur.

Nous allons apporter un éclairage sur quelques aspects particuliers de la chirurgie moderne de l'appareil locomoteur, à l'aide d'une série de publications qui traiteront tour à tour et dans des formes variables deux des trois domaines évoqués ci-dessus, si ce n'est les trois.

L'article de Hirschmann et al. fait une description de l'évolution démographique actuelle en citant l'exemple d'un établissement hospitalier cantonal de taille moyenne en milieu urbain [1]. Un cas de figure typiquement helvétique. Les patients soumis aux interventions majeures sur l'appareil locomoteur sont aujourd'hui plus âgés, même nettement plus âgés, et ils sont de plus au bénéfice d'une espérance de vie plus longue à l'issue de celles-ci. Il n'en reste pas moins que les polymorbidités dont ces patients sont souvent atteints impliquent des soins plus complexes au cours de leur séjour hospitalier. Cela pose un certain nombre de défis durant les phases pré-, péri- et postopératoires, que les grands hôpitaux, la plupart du temps subventionnés avec les deniers pu-

blics, s'efforcent de relever de leur mieux. Paul Ursprung a très bien décrit ces changements dans son livre [2]. Les forfaits par cas sont souvent considérés comme l'instrument pour la réduction des coûts dans le système de santé. Mais d'où sortent donc ces forfaits par cas? Helmut Mehnert écrit dans un préambule du livre de Paul Ursprung: «Ce n'est pas l'expérience des médecins et des soignants au lit des malades, mais bien la pensée économique, qui a fait sortir de l'usine d'automobiles les prix à la pièce pour les introduire dans les hôpitaux.» Le patient victime d'une maladie et/ou souffrant de suites d'accident au niveau de l'appareil locomoteur arrive donc à l'«atelier mécanique» où il va être traité selon un tarif fixe et prédéfini. L'introduction des forfaits par cas devra cependant aussi tenir compte des implications économiques qui résultent pour les prestataires du plus grand investissement de temps nécessité par les soins aux patients âgés. Comme les discussions à ce propos intègrent les médecins, les hôpitaux, les autorités politiques (système de santé) et les caisses maladie, principalement intéressées au volet économique, ces discussions prennent inévitablement une tournure fortement émotionnelle. Et de plus, le débat butera invariablement sur un dilemme éthico-moral à l'évocation de la question-clé: «Mais est-ce que cet investissement en vaut encore la peine?»

Les progrès réalisés dans le traitement des maladies et des suites d'accidents de l'appareil locomoteur sont remarquables, mais ils ont un prix. La mesure thérapeutique considérée a-t-elle un sens? Que va-t-elle coûter? Qui va payer? Est-ce que cela en vaut (encore) la peine? L'article de Kohlhaas et al. présente les méthodes opératoires assistées par ordinateur de plus en plus utilisées en chirurgie de l'appareil locomoteur [3]. Ce qui n'était encore qu'un jeu pour de jeunes médecins passionnés d'ordinateurs et de jeux vidéo est entré aujourd'hui dans la routine quotidienne. Et pourtant bien que de nombreuses cliniques et institutions privées aient acquis de tels appareillages, ces derniers ne trouvent pas encore d'application à grande échelle [4]. Alors pourquoi les achète-t-on? Probablement aussi parce que les patients ne sont justement plus des «patients», mais bien plus des «clients». Et ces clients il faut les acquérir, par nécessité de «rentabilité». On peut d'ailleurs aussi faire de l'acquisition de clientèle à travers des sites Internet visant à impressionner le lecteur, pardon surfeur, avec la présentation des méthodes de traitement les plus modernes et les plus fascinantes. Et qu'est-ce qui pourrait être plus précis en chirurgie que la navigation assistée par ordinateur?

Durant des décennies, la méniscectomie totale était la

méthode de choix et le seul traitement préconisé dans les lésions méniscales [5]. Seule l'ablation complète du ménisque était censée être capable de rétablir entièrement la fonction du genou. D'innombrables études ont entre-temps démontré que cela n'était pas le cas et que cela ne pouvait être le cas. Dans les lésions du ligament croisé antérieur, ce n'est pas la technique de réparation en tant que telle qui détermine le pronostic, mais bien l'état du ménisque [6]. On comprend dès lors que l'avènement de l'arthroscopie a permis de prendre conscience du fait qu'il était possible de prévenir le développement d'une arthrose par des méniscectomies partielles et des sutures méniscales. Il n'empêche qu'il y a toujours des patients – jeunes – chez qui l'ablation du ménisque reste par nécessité la méthode de choix. Par exemple à la suite de lésions traumatiques ou lors de fissures touchant des ménisques discoïdes congénitaux [7]. Des alternatives basées sur des techniques biologiques sont en cours de développement et donnent parfois des résultats intéressants [8]. En termes de devenir à moyen et à long terme, la méthode la plus sûre reste pour le moment la greffe méniscale [9]. Nous pratiquons ces interventions selon Mauch et al. dans des cas choisis et nos résultats nous incitent à un optimisme prudent pour l'avenir [10].

Mais avant la chirurgie de l'appareil locomoteur vient souvent l'analyse du mouvement et/ou de la marche. Les jeunes médecins apprennent aujourd'hui cela dans le cadre de leur formation clinique. Les analyses du mouvement peuvent être réalisées à l'aide d'appareillages spéciaux et, comme l'ont montré Göpfert et al., elles permettent accessoirement aussi d'examiner certaines questions scientifiques particulières et de mieux comprendre ce que cache le déroulement du mouvement dans différentes disciplines sportives [11].

Des analyses ont été réalisées avec les méthodes les plus récentes par le laboratoire de biomécanique de l'Université de Bâle. Les analyses biomécaniques des mouvements dans certaines activités sportives peuvent non seulement apporter une aide ponctuelle chez un sportif donné, mais elles donnent également des informations essentielles sur le déroulement des mouvements chez les personnes âgées – ce qui nous ramène à

notre propos initial: la chirurgie de l'appareil locomoteur est de plus en plus une chirurgie de la personne âgée. Dans ce contexte, les analyses biomécaniques peuvent faciliter l'élaboration de programmes de prévention (des chutes) [12].

Je souhaite à chacun une lecture agréable.

Niklaus F. Friederich

Références

- 1 Hirschmann M, Schärer I, Friederich NF. Conséquences de l'évolution démographique pour la chirurgie endoprothétique de la hanche et du genou dans un hôpital cantonal. *Forum Med Suisse*. 2009;9(48):869–70.
- 2 Ursprung PU. Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Standortbestimmung. München – Wien – New York: W. Zuckschwerdt-Verlag; 2005. S. 18.
- 3 Kohlhaas-Styk U, Friederich NF. L'implantation des prothèses de genou assistée par ordinateur – où en sommes-nous? *Forum Med Suisse*. 2009;9(48):871–2.
- 4 Friederich NF, Verdonk R. The use of computer-assisted orthopedic surgery for total knee replacement in daily practice: a survey among ESSKA/SGO-SSO members. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2008;16:536–43.
- 5 Smillie IS. *Injuries of the knee joint*. New York: Churchill Livingstone; 1978.
- 6 Friederich NF, O'Brien WR. Gonarthrose nach Verletzung des vorderen Kreuzbandes. Eine Multizenter-Langzeitstudie. *Z Unfallchir Vers Med*. 1993;86(2):81–9.
- 7 Räder DA, Friederich NF, Hefti F. Discoid lateral meniscus in children. Long-term follow-up after total meniscectomy. *J Bone Joint Surg*. 1998;80(11):1579–86.
- 8 Steadman JR, Rodkey WG. Tissue-engineered collagen-menisca implants: 5–6 year feasibility study results. *J Arthrosc Rel Surg*. 2005;21(5):515–25.
- 9 Verdonk PCM, Verstraete KL, Almqvist KF, et al. Meniscal allograft transplantation: Long-term clinical results with radiological and magnetic resonance imaging correlations. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2006;14:694–706.
- 10 Mauch C, Siepen W, Friederich NF. La greffe de ménisque – simple chirurgie expérimentale ou quand même plus que cela? *Forum Med Suisse*. 2009;9(48):873–4.
- 11 Goepfert B, Romkes J, Huber C, Nüesch C, Frère J. Analyse du mouvement: des informations importantes pour la pratique sportive et les activités dans la vie de tous les jours. *Forum Med Suisse*. 2009;9(48):875–8.
- 12 Dubost V, Kressig RW, Gonthier R, Herrmann FR, Aminian K, Najafi B, et al. Relationships between dual-task related changes in stride velocity and stride time v, ariability in healthy older adults. *Hum Movement Sci*. 2006;25:372–82.