

Situation 1 :

Hernie discale lombaire

Réaliser un diagnostic

- en menant l'interrogatoire et l'anamnèse
 - en questionnant sur les activités professionnelles et physiques, le statut professionnel, les accidents du travail
 - en faisant préciser l'histoire médicale, les traitements antérieurs, les autres pathologies et les antécédents
 - en analysant le morphotype, le surpoids, la gestuelle et le profil psychologique, afin d'anticiper sur la période de rééducation fonctionnelle
 - en recherchant la limitation des gestes de la vie courante
- en réalisant l'examen clinique, en observant les gestes du patient (allure de la marche, manière dont il se déshabille)
- en réalisant un examen neurologique à la recherche de la topographie, de l'intensité et du caractère de la douleur, d'un déficit radiculaire (moteur, sensitif, réflexe et l'absence de signes pyramidaux)
- en réalisant un examen rachidien (statique et dynamique), et éventuellement un examen vasculaire
- en recherchant des troubles sphinctériens
- en analysant le dossier d'imagerie du patient à la recherche d'une concordance radioclinique :
 - en cas de discordance, en complétant par de nouveaux examens radiologiques (scanner, IRM, radiographies du rachis);
 - à la recherche d'un diagnostic différentiel en fonction du contexte clinique (EMG, doppler artériel et/ou veineux) ;
 - dans les cas de doute sur la compression et d'imagerie peu probante, faire faire une sacco radiculographie en charge dont le résultat sera discuté la plupart du temps en staff

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- en synthétisant les données : en veillant à la concordance entre l'anamnèse, l'examen clinique, et l'imagerie
 - si l'échec thérapeutique médical est patent (durée minimale du traitement médical de 4 à 6 semaines) et qu'il y a une concordance entre la clinique et l'examen radiologique, décider en accord avec le patient de l'intervention, s'il n'y a pas de contre-indication
 - s'il y a une discordance radioclinique, une amélioration clinique avant la consultation (par le traitement médical) ou un tableau de lombalgie sans radiculalgie, reporter l'intervention, prévoir de suivre le malade en relation avec son médecin traitant
 - s'il n'y a pas d'indication, motiver la décision de ne pas opérer, en adaptant son message en cas de souffrance ancienne et de long itinéraire médical du patient
 - la stratégie peut être différente lors d'une situation d'urgence (sciatique hyperalgique, déficit radiculaire, syndrome de la queue de cheval, ...)
- en communiquant l'indication au patient et à la famille :
 - en discutant avec le patient
 - en informant sur les bénéfices et risques de l'intervention
 - en informant sur les modalités de la chirurgie et de l'hospitalisation
 - en informant sur les modalités de reprise d'une activité professionnelle, physique et sportive
 - en concluant par la dictée du courrier au médecin traitant en présence du patient

Réaliser l'intervention chirurgicale

Préparer l'intervention en veillant à la bonne organisation

- en planifiant à l'avance le RV de consultation d'anesthésie
- en planifiant la date d'intervention en fonction de la disponibilité du patient, du chirurgien et du plateau technique
- en remplissant un dossier de pré-admission

Revoir le patient hospitalisé avant son intervention avec témoin, pour mener un nouvel examen clinique qui confirme l'indication

- en réexpliquant les risques, bénéfices et modalités de l'intervention
- en vérifiant l'état de la peau
- en confirmant le côté douloureux à opérer

Veiller à la bonne préparation du bloc

- en vérifiant que le matériel demandé à l'instrumentiste est bien dans la salle (pré et per opératoire)
- en vérifiant que les préalables pré opératoires ont bien été mis en œuvre (champ opératoire lombaire, miction avant d'aller au bloc, bas de contention ...)
- en vérifiant la prise en charge par l'anesthésiste, et en l'interrogeant sur l'éventuelle antibio prophylaxie
- en relisant le dossier du patient
- en vérifiant l'installation des clichés, l'identité du patient, le côté et le niveau à opérer
- idéalement en saluant le patient avant qu'il soit endormi
- en vérifiant la bonne installation sur la table d'opération

Opérer

- en visualisant la racine pour la libérer et en la mobilisant pour s'assurer qu'elle est libre
- en réalisant l'hémostase
- en respectant les bonnes pratiques et en assurant la maîtrise des gestes

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En rédigeant un CR post opératoire précis, exhaustif et non pas lapidaire, En veillant à la qualité de la rédaction
- En revoyant le malade dans sa chambre
 - en vérifiant l'absence de déficit radiculaire, le retour de la miction, le niveau de la douleur, le pansement
 - en s'assurant de la prescription de l'ablation de la perfusion, de la reprise de l'alimentation, des antalgiques et du lever
 - en s'assurant que le lendemain, un kinésithérapeute donnera les conseils de mobilisation et d'hygiène lombaire (pas de voiture avant 10 à 15 jours)
 - en s'interrogeant sur la prescription d'anticoagulant, de bas de contention
- en gérant la sortie
 - en prescrivant l'arrêt de travail, s'il y a lieu, en rédigeant la lettre au médecin traitant, et éventuellement l'ordonnance pour le pansement
 - en prescrivant les antalgiques, les règles d'hygiène lombaire, l'éventuel retour en ambulance couché
 - en assurant la traçabilité de la prise en charge

Effectuer un suivi en temps différé

Soit avant soit après la reprise d'activité, faire une consultation post-opératoire avec un examen clinique et un examen de la cicatrice chirurgicale

- en prescrivant le renforcement de la sangle abdominale, le verrouillage lombaire
- en rappelant les règles d'hygiène (poids, activité physique, ...) afin d'anticiper sur le risque de récurrence et en adaptant la fermeté de son discours à la psychologie du patient
- en prolongeant l'arrêt de travail et/ou en le laissant à l'appréciation du médecin traitant
- en évaluant à distance les résultats des pratiques professionnelles, en réunion de morbi-mortalité