Évaluation fonctionnelle en chirurgie de la main

Xavier Libouton, Olivier Barbier

Mesurer la qualité des soins est un prérequis pour définir les actions à mettre en œuvre pour améliorer le service rendu aux patients. Dans ce but, l'appréciation objective et fiable des résultats d'une prise en charge chirurgicale est devenue incontournable. À côté des scores cliniques habituels réalisés par le praticien, il est important d'estimer également le retentissement d'une pathologie lors de la réalisation d'activités de la vie courante (évaluation fonctionnelle) et ses répercussions sur la qualité de vie du sujet, notamment après intervention chirurgicale.

Le choix d'une échelle parmi le large panel existant passe par la recherche de bonnes qualités métrologiques (reproductibilité, sensibilité au changement, validité de contenu, de construit, etc.) et sa validation auprès de patients à la typologie et à la pathologie précises.

Trois types de mesure évaluent la qualité des soins perçue par les patients avec des outils distincts :

1. Les *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) pour le résultat des soins. C'est le résultat perçu par le patient.
2. Les *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) pour l'expérience des soins. Ce sont des instruments qui permettent de mesurer l'expérience perçue par le patient.
3. Les questionnaires de satisfaction des patients pour la réponse à leurs attentes.

En complément de l'évaluation des soins, il faut aussi tenir compte des situations relatives au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir. C'est ce que la CIF (**C**lassification **I**nternationale du **F**onctionnement) (1) permet de décrire. Pour rappel, la CIF envisage le fonctionnement du point de vue du corps, de la personne et de la personne en tant qu'être social.

Se basant sur la CIF et en ne perdant pas de vue l'évaluation de la qualité de soins, nous avons développé au sein de l'unité de chirurgie de la main un outil de mesures qui essaye de combiner ces différents paramètres. L'écueil principal rencontré dans l'élaboration du projet est comme souvent la distance entre la théorie et la réalité du terrain. En effet lors d'une consultation chirurgicale classique, le temps imparti est bien souvent restreint. Cela limite fortement les possibilités d'ajouter le remplissage de questionnaires ou d'autres moyens d'évaluation. Cependant, la technologie peut nous aider dans cette démarche essentielle. En collaboration avec le service informatique de notre institution, nous développons un outil qui permet au patient en salle d'attente de remplir différents questionnaires d'évaluation. L'interface patient est une tablette comme illustré sur la figure 1.

FIGURE 1.



Actuellement, lors de sa première consultation, le patient en salle d'attente est invité à remplir :

1. Une échelle visuelle analogique de la douleur
2. Un questionnaire HABILHAND (2) (évaluation des répercussions de la pathologie perçue par le patient)
3. Un Quick-DASH (3) (idem)
4. UN SF-12 (évaluation des répercussions de la pathologie perçue par le patient en tant qu'être social)

L'ensemble des résultats dument complété est directement envoyé dans le dossier médical du patient. Dès que le patient rentre dans la cabine de consultation, nous disposons immédiatement de l'état de la situation pathologique dans laquelle se trouve le patient lorsqu'il s'adresse à nous.

A ce stade, nous n'en sommes qu'aux prémices du développement. L'étape suivante à implémenter sera de refaire une évaluation identique environ 6 mois après la consolidation du traitement qu'il ait été conservateur ou chirurgical.

Les possibilités de développement ultérieurs sont immenses surtout avec l'avènement de nouvelles technologies telle que l'intelligence artificielle qui n'ont surement pas fini de nous surprendre. Il n'est pas illusoire de penser que dans un avenir proche une caméra lidar (télédétection par laser) équipera les cabines de consultation révolutionnant la manière d'appréhender notre examen clinique mais cela est une autre histoire…

RÉFÉRENCES

1. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Sep;44(3):329-42.
2. El Khoury G, Penta M, Barbier O. ABILHAND-HS: a linear scale for outcome measurement in hand surgery. J Hand Surg Eur. Vol. 2021 Feb 8:1753193421991485.
3. Atroshi I, Gummesson C, Andersson B, Dahlgren E, Johansson A. The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: reliability and validity of the Swedish version evaluated in 176 patients. Acta Orthop Scand. 2000 Dec;71(6):613-8.
4. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996 Mar;34(3):220-33.

Nouvelle approche dans les infections ostéoarticulaires : la phagothérapie ?

Randy Buzisa Mbuku, Hervé Poilvache, Maïte Van Cauter, Jean-Cyr Yombi, Olivier Cornu

La prise en charge des infections ostéoarticulaires reste une pathologie complexe qui, lorsqu'elle n'est pas prise en charge précocement est associée à une morbidité et une mortalité supérieure à beaucoup de cancers (1). Les stratégies mises en place avec des chirurgies répétées et l'utilisation d'antibiotiques de manière suboptimale conduisent à sélectionner des bactéries de plus en plus résistantes, rendant la prise en charge habituelle inopérante (2). Des stratégies innovantes recourant aux bactériophages sont actuellement considérées dans des cas où les options chirurgicales et médicales semblent compromises (3).

Les bactériophages sont des virus naturels qui ciblent des bactéries spécifiques. Il a été proposé de les utiliser pour traiter les infections bactériennes dans les années 1920, avant la découverte et l'utilisation généralisée des antibiotiques. Abandonnée dans nos contrées, la phagothérapie a été encore utilisée dans l'Est de l'Europe, particulièrement en Géorgie. La phagothérapie est un traitement prometteur pour les infections ostéoarticulaires car les phages ont la capacité de dégrader la matrice du biofilm et de lyser les bactéries (4). La faisabilité de la phagothérapie a été récemment démontrée, sur la base de plusieurs patients atteints d'infections osseuses et articulaires complexes et traités à titre compassionnel par phages (5-7).

Cependant, de nombreux aspects de cette thérapie sont mal compris, ce qui fait que les traitements manquent d'efficacité et de reproductibilité. Pour faire progresser cette thérapeutique, il convient de déterminer la sensibilité des bactéries aux phages, ou d'entrainer préalablement les phages à adresser différents clones de bactéries, sous peine que les variations phénotypiques des récepteurs d'attachement des membranes bactériennes, cibles des bactériophages, ou leurs interactions avec les macromolécules de nos organismes empêchent ces agents d'agir (8). La posologie et le mode d'administration doivent également être précisés. L'administration répétée des phages, localement au travers d'un cathéter laissé en place plusieurs jours est potentiellement associée à un risque accru d'infection par un germe non ciblé par les phages. L'administration par voie générale ou localement au décours du geste chirurgical, ou secondairement par ponction articulaire sous échographie paraissent actuellement plus prometteuses. Si la phagothérapie est à ce stade considérée comme une thérapie de sauvetage, combinée aux antibiotiques suppressifs et à une chirurgie de débridement à minima, des essais devraient être considérés pour enfin démontrer dans quels contextes cliniques elle pourrait offrir une réelle nouvelle approche thérapeutique.