

6/7 Les positions sur table orthopédique

Pour toute intervention chirurgicale, le patient est installé sur une table d'opération. Cette installation doit répondre aux exigences de l'acte opératoire mais comporte aussi des risques importants. Elle doit être réalisée avec le plus grand soin par l'ibode, l'anesthésiste et le chirurgien pour respecter l'intégrité du corps et la sécurité de l'opéré. Tout manque d'attention à ce niveau peut être préjudiciable, entraînant dommages et complications. Si les règles d'installation peuvent être les mêmes pour différentes interventions, chaque patient étant unique, l'ibode se doit de prendre en compte ses difficultés particulières.



© Fotolia.com/Pgotschaik

SOMMAIRE

1. Les tables d'opération
2. Le décubitus dorsal et ses variantes
3. Le décubitus latéral
4. Le décubitus ventral
5. Les positions assises
- 6. Les positions sur table orthopédique**
7. Les éclairages

INTRODUCTION

■ **À la fin des années 1940**, la table orthopédique fait son apparition avec le premier modèle de prothèse acrylique pour le remplacement de la tête fémorale. Ces deux avancées sont dues au professeur Robert Judet [1].

■ **L'utilisation de ce type de table** procure un gain de temps et d'intervenants car elle permet d'éviter le recours à l'aide opératoire pour maintenir le membre

en traction, et d'utiliser des écarteurs beaucoup moins agressifs pour les muscles et la peau.

■ **Une parfaite maîtrise de ce matériel est cependant nécessaire** afin d'en mesurer tous les risques et complications possibles. Comme pour les autres positions, l'installation du patient sur la table est la responsabilité de tous les acteurs de la salle d'opération.

INDICATIONS

■ **La table orthopédique** est aussi bien utilisée pour la mise en place de prothèse, notamment pour la prothèse totale de hanche par voie antérieure, que pour la traumatologie (fractures du cotyle, du bassin, du fémur ou de la cheville...).

■ **Elle permet d'effectuer un réalignement du membre** à opérer en préopératoire immédiat et de

maintenir cette réduction tout au long de la chirurgie (ostéosynthèse du col du fémur par exemple).

■ **Selon le type de fracture**, le chirurgien pourra réaliser aussi bien des enclouages centromédullaires que des ostéosyntheses par plaque-vis ou simple vis grâce à cette table.

SPÉCIFICITÉS DE LA TABLE

■ **La table orthopédique est un dispositif médical de classe I** qui doit avoir obtenu un marquage CE, ce qui relève de la responsabilité du fabricant. À cette fin, celui-ci doit constituer un dossier technique, créé dès le début du projet et tenu à jour tout au long de la vie du dispositif, et suivre les dispositifs après leur production, pour maîtriser les éventuels nouveaux risques. Ce processus est présenté dans l'annexe VII de la directive 93/42/CEE [2].

■ **Un manuel d'utilisation est livré par le fournisseur.** Il comporte toutes les caractéristiques techniques de la table (poids maximum supporté, montage/démontage, utilisation des extensions...) Il doit être à la disposition des équipes.

■ **Le service biomédical peut exiger un certificat de compatibilité** entre deux dispositifs médicaux de fournisseurs différents, notamment pour les

extensions qui peuvent être installées sur un hémiplateau standard.

■ **Il existe différents modèles de table orthopédique de traction**, mais le principe reste le même pour chacun. Ce système permet de répondre aux exigences requises pour les procédures de traction et détraction, abduction et adduction, de rotations du membre inférieur, et pour certains modèles dits "de Judet", de descendre la jambe au sol.

■ **Quel que soit le modèle**, tous les éléments qui composent la table ou l'extension orthopédique, entre le bas du rachis du patient et les extrémités des membres inférieurs, doivent être radio-transparents permettant ainsi la réalisation d'imagerie en peropératoire pour contrôler la réduction orthopédique et/ou la mise en place de matériel prothétique et/ou d'ostéosynthèse.

CONSTANCE PIEDELOUP*
Infirmière diplômée d'État
ÉLÉONORE GENTIL
Ibode

Groupe hospitalier Paris
Site Saint-Joseph,
185 rue Raymond-Losserand,
75674 Paris cedex 14, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
piedecoco@yahoo.fr
(C.Piedeloup).

COMPOSITION DE LA TABLE

■ La table orthopédique se compose :

- d'un hémiplateau pour le haut du corps ;
- d'un appui périnéal ;
- d'une ou deux barres de traction avec une manivelle à l'extrémité afin de commander la traction douce et d'un carré permettant de bloquer l'extension ;
- de divers éléments permettant l'installation du patient dans d'autres positions qu'en décubitus dorsal (plaquettes pour soutenir les genoux en décubitus ventral, appui périnéal horizontal pour décubitus latéral, supports de fixation pour l'étrier de traction...);
- deux bottillons à lanières.



Figure 1. Table préparée pour un décubitus dorsal.

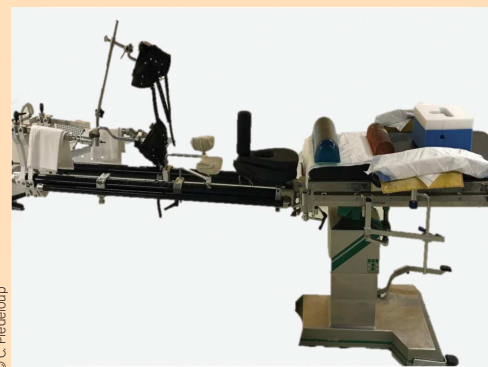


Figure 2. Table préparée pour un décubitus ventral.



Figure 3. Table préparée pour un décubitus latéral.

INSTALLATION DU PATIENT

■ Pour tous les modèles de table orthopédique,

le principe de l'installation du patient reste identique : le haut du corps du patient repose sur un plateau raccourci, ce dernier étant prolongé par une courte plaquette dans laquelle sera inséré un appui périnéal. Les barres d'abduction sont fixées au plateau.

■ Des systèmes de traction sont installés sur

les barres et équipés d'attaches afin de venir fixer les extrémités des membres, soit dans des bottillons spécifiques ou avec une broche trans-osseuse, mise en place chirurgicalement dans un premier temps, puis reliée à un étrier de traction, lui-même relié au bras de traction de la table. La broche peut être transfémorale, transcondylienne, transtibiale ou transcalcanéenne en fonction du type de fracture et de l'indication chirurgicale. Les membres inférieurs ne reposent donc pas sur la table, mais dans le vide.

■ Une contre-extension

permettra une traction efficace. C'est le rôle de l'appui périnéal qui devra être efficacement protégé et rembourré afin de limiter les risques liés à l'installation. Il permet également de maintenir le patient sur la table lors des différents mouvements.



Figure 4. Une fois l'anesthésie en place, les pieds du patients sont placés dans des pansements de type "américains" pour les protéger, puis chaussés de bottillons.

INSTALLATION DU PATIENT (SUITE)

■ **Le patient est endormi sur un brancard positionné parallèlement** à la table d'opération. Une fois l'anesthésie en place, les pieds du patient sont placés dans des pansements de type "américain" pour les protéger, puis chaussés des deux bottillons (*figure 4*). Si la mise en place d'une broche trans-osseuse est indiquée, cela se fait à cette étape, dans des conditions d'asepsie rigoureuse (déterSION, badigeon, mise en place de champs stériles sous et autour de la zone choisie) (*figure 5*).

■ **Le patient sera ensuite transféré sur la table d'opération**, ce qui nécessite la présence de plusieurs personnes.



Figure 5. Patient en décubitus ventral avec broche trans-osseuse de traction pour les membres inférieurs.

PRÉVENTION DES RISQUES

■ **Lors du transfert.** Comme pour toute installation sur table opératoire, l'ibode veillera, en collaboration avec l'équipe d'anesthésie et l'équipe chirurgicale, à bien contrôler le respect de l'intégrité du corps du patient et des règles de sécurité.

■ **Au niveau de l'appui périnéal.** Parmi les spécificités de l'installation sur table orthopédique de traction, une surveillance accrue doit être portée à l'appui périnéal. Il faut veiller à ce que les bourses soient latéralisées autour de l'appui pour les hommes (*figure 6*). En effet, une traction trop forte ou un mauvais positionnement peuvent entraîner des hématomes au niveau des lèvres vaginales ou des bourses, ainsi que des nécroses cutanées. Il y a également un risque de compression des nerfs honteux internes pouvant entraîner une impuissance sexuelle pour les hommes.

■ **Les bottillons de traction** doivent être bien serrés afin que les pieds du patient n'en glissent pas lors des diverses manœuvres sans pour autant abolir les poulx pédieux.

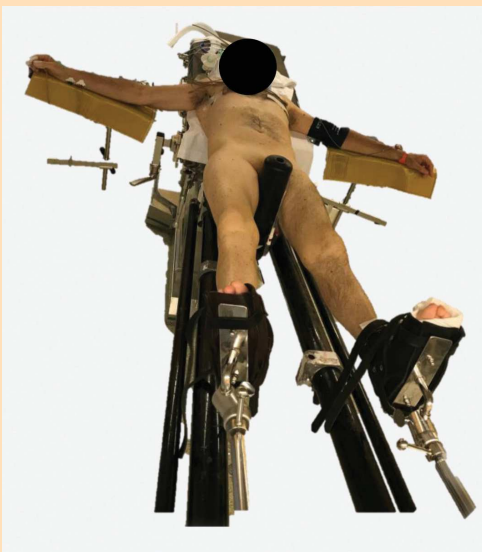


Figure 6. Pour les hommes, au niveau de l'appui périnéal, il faut veiller à ce que les bourses soient latéralisées autour de l'appui pour éviter la compression des nerfs honteux internes.

MANIPULATION DE LA TABLE EN PEROPÉRATOIRE

■ **Au cours de l'intervention,** l'ibode circulant est amené à réaliser les manipulations des bras de traction depuis leurs extrémités sous la direction de l'opérateur.

■ **Les manœuvres possibles sont les suivantes :**

- **traction ou détraction**, afin de réduire ou augmenter la longueur du membre selon le temps opératoire ;
- **rotation interne ou externe**, pour orienter le pied du patient vers l'extérieur en rotation externe (abduction) ou vers l'intérieur en rotation interne (adduction).

■ **Certaines manœuvres** ne pourront être effectuées que sur un membre parfaitement détracté sinon de graves lésions musculaire, tendineuse et ligamentaire sont encourues par le patient.

■ Il s'agit de :

- **l'abduction** qui consiste à écarter les deux membres l'un de l'autre de façon horizontale en décubitus dorsal ou latérale en décubitus ventral ;
- **l'adduction a contrario** qui va rapprocher les deux membres l'un de l'autre ;
- **la descente du membre opéré au sol en exten-**

RÉFÉRENCES

- [1] Judet J, Judet H. Anterior approach in total hip arthroplasty. *Presse Med.* 1985;14:1031-3
- [2] Journal officiel des Communautés européennes. Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A31993L0042>

MANIPULATION DE LA TABLE EN PEROPÉRATEUR (SUITE)

sion de hanche, réalisable sur la table "de Judet", qui permet l'exposition du fût fémoral lors des poses de prothèse totale de hanche par voie antérieure. Ce mouvement nécessite une détente complète car

il est anti-anatomique. Le risque, en descendant le pied au sol sur un membre tracté, est la paralysie du nerf crural.

ENTRETIEN, MAINTENANCE ET MATÉRIOVIGILANCE DU MATÉRIEL

■ **Les règles d'entretien de la table orthopédique** et des extensions sont les mêmes que pour tout plateau opératoire. Il n'y a pas d'obligations de révisions des dispositifs médicaux de classe I.

■ **En revanche, il existe une recommandation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** de faire vérifier le dispositif, au moins une fois par an, par le service biomédical de l'établissement ou par le fournisseur (si un contrat de maintenance externe existe).

■ **Cette intervention comprend la révision de tous les éléments de la table** (pilier, chariot et plateau). Les batteries, le bon fonctionnement de tous les

éléments et le graissage des éléments de traction seront vérifiés. Il existe aussi des contrats de maintenance préventive et/ou curative selon les établissements.

■ **Comme pour tout matériel**, une table orthopédique peut être concernée par une alerte de matériovigilance. Cette dernière peut être ascendante ou descendante, c'est-à-dire provenir du service et remonter vers les autorités compétentes ou émaner des autorités vers les différents utilisateurs.

■ **En cas d'alerte**, la conduite à suivre est toujours fournie avec un degré de gravité, pouvant aller de l'information au retrait des dispositifs médicaux concernés. ■

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