

# L'optimisation du parcours de soins périopératoire réduit les complications globales et les infections du site opératoire après une chirurgie pour une scoliose neuromusculaire sévère.

**Pierre-Luc Desauge\*<sup>1</sup>, Stéphane Wolff<sup>1</sup>, Pierre-Emmanuel Moreau<sup>1</sup>, Adrien Lampilas<sup>1</sup>, Lotfi Miladi<sup>2</sup>, Guillaume Riouallon<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, Orthopédie, Paris, France

<sup>2</sup> Hôpital Necker-Enfants Malades, Orthopédie, Paris, France

<sup>3</sup> Clinique Saint Jean de Dieu, Orthopédie, Paris, France

## INTRODUCTION

Les patients opérés pour une scoliose ou une cyphose associée à une paralysie cérébrale présentent un risque particulièrement élevé d'infection du site opératoire comparativement aux patients traités pour une scoliose idiopathique. Bien que la fixation bipolaire mini-invasive ait permis de réduire ce risque, les taux d'infection demeurent élevés. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'un protocole de soins périopératoires standardisé sur le taux d'infection du site opératoire après une fixation bipolaire de la colonne vertébrale.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Il s'agit d'une étude comparative monocentrique incluant les patients ayant bénéficié d'une fixation rachidienne bipolaire pour scoliose ou cyphose entre janvier 2016 et mai 2025. Deux groupes ont été définis : un groupe contrôle traité sans protocole standardisé (janvier 2016–janvier 2022) et un groupe protocole pris en charge selon un nouveau parcours périopératoire (février 2022–mai 2025). Le protocole comprenait une optimisation préopératoire (optimisation volémique et de l'hémoglobine, décolonisation nasale par mupirocine, prise en charge nutritionnelle ciblée), une antibioprofylaxie renforcée par céfazoline, un contrôle strict de la température peropératoire, une analgésie intrathécale et une prise en charge postopératoire standardisée incluant un séjour en unité de soins intensifs, une mobilisation précoce et une réalimentation orale précoce. Le critère de jugement principal était l'infection du site opératoire, définie par une désunion cicatricielle et/ou un écoulement purulent.

## RÉSULTATS :

Quatre-vingt-sept patients ont été inclus : 36 dans le groupe contrôle et 51 dans le groupe protocole. Les deux groupes étaient comparables en termes de caractéristiques épidémiologiques et de type de courbure. Le taux d'infection du site opératoire était significativement plus faible dans le groupe protocole (1 infection) que dans le groupe contrôle (11 infections) ( $p = 0,0002$ ). Des différences significatives ont également été observées en faveur du groupe protocole concernant les pertes sanguines peropératoires et la durée d'hospitalisation.

## CONCLUSION :

La mise en œuvre d'un protocole de soins structuré de prise en charge périopératoire est associée à une réduction significative des infections du site opératoire après chirurgie des déformations rachidiennes liées à la paralysie cérébrale. Ces résultats soulignent l'intérêt d'un parcours de soins global, standardisé et multidisciplinaire dans cette population à haut risque.

