

Registre des implants SIRIS hanche et genou

Description générale des graphiques

Les deux graphiques représentent les [taux de révision ajusté au risque à 2 ans](#) (c.-à-d. la part des révisions effectuées dans un délai de deux ans après une intervention primaire) pour les prothèses totales primaires de hanche et de genou (avec arthrose primaire) des hôpitaux/cliniques.

Une révision est une intervention chirurgicale secondaire sur l'articulation de la hanche ou du genou d'un patient, au cours de laquelle la prothèse complète ou au moins une partie de la prothèse est retirée et/ou remplacée.

Les interventions de révision sont associées à des interventions primaires d'origine et comptabilisées pour l'hôpital/la clinique correspondant-e.

Les révisions des prothèses partielles ou des poses de prothèses après des fractures ne sont pas représentées.

Légende des graphiques

Dans les graphiques en entonnoir, l'axe x (l'abscisse) représente le nombre de prothèses de hanche ou de genou primaires effectuées avec arthrose primaire pendant l'intervalle de temps défini (0 – 3000 interventions chirurgicales). L'axe y (L'ordonnée) représente le taux de révision ajusté au risque à 2 ans en %.

La ligne horizontale rouge marque le taux de révision globale brute de toutes les prothèses enregistrées et sert de valeur de référence. Les cercles noirs indiquent le taux de révision ajusté des différents hôpitaux et cliniques.

Les Funnel Plots sont représentés avec des limites de contrôle de 95 % et de 99,8 %. Les lignes vertes représentent les limites de contrôle de 95 % supérieure et inférieure en fonction du nombre de cas d'un hôpital ou d'une clinique. De la même manière, les limites de contrôle de 99,8 % sont représentées par des lignes bleues. Dans ces limites (la zone dite de contrôle), les taux de révision déterminés peuvent fluctuer de façon aléatoire. Étant donné que le degré d'incertitude augmente pour les petits nombres de cas, la plage de contrôle suit un schéma en entonnoir. Plus le nombre d'opérations réalisées est élevé, plus l'estimation du taux de révision d'une institution est précise. Le taux de révision dans les hôpitaux ayant un petit nombre de cas doit donc être interprété avec réserve.

Si le taux de révision ajusté au risque observé d'une institution est dans les limites de contrôle même en cas de variations, on peut supposer que le taux de révision réel de cette institution correspond au taux de révision moyen de toutes les institutions participantes.

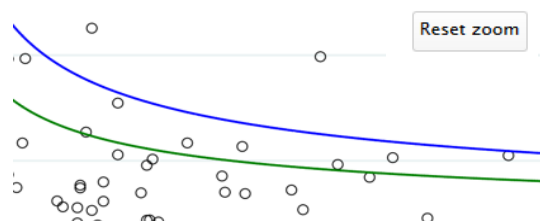
Si le taux de révision d'un hôpital est en dehors de la plage de contrôle de 99,8 %, la probabilité selon laquelle cet écart n'est pas uniquement lié à des variations fortuites est très élevée (supérieure à 99,8 %).

En fonction de la position d'une clinique/d'un hôpital sur le graphique, son taux de révision ajusté peut donc être considéré soit comme similaire à celui des autres (dans la plage de contrôle de 95 % ou 99,8 %), soit comme supérieur aux autres (au dessus de la limite supérieure), soit comme inférieur aux autres (sous la limite inférieure).

Les taux de révision à 2 ans ainsi que des informations supplémentaires sont présentés par hôpital dans la [fenêtre contextuelle](#). Les éventuels commentaires des hôpitaux/cliniques y sont également publiés.

Fonction zoom

La fonction zoom permet d'agrandir certaines sections. La section peut être agrandie en cliquant et en tirant sur le graphique. Un clic sur « Réinitialiser zoom » permet de réinitialiser la fonction zoom.



Explications à propos des fenêtres contextuelles

Cette section décrit brièvement les différentes valeurs qui apparaissent dans les fenêtres interactives. Les lettres a – g expliquent le paramètre correspondant dans la légende ci-dessous. Les exemples dans le tableau sont fictifs.

| Résultats des taux de révision | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| a) Taux de révision ajustés à 2 ans | x | [4,8 %] | | |
| b) Taux de révision bruts à 2 ans | n/N, x | [16/285, 5,6 %] | | |
| Description du collectif | | Collectif de patients de l'hôpital / la clinique | Collectif global Prothèses de hanche | Collectif global Prothèses de genou |
| c) Répartition selon l'âge | Moyenne, médiane, ET Part moins de 50 ans Part plus de 80 ans | [69.8], [70], [8.9] [1.2%] [12.5%] | 68.7, 70, 10.9 4.9% 14.0% | 70.0, 71, 9.2 1.4% 13.1% |
| d) Sexe | Part masculin | [37.4%] | 48.4% | 37.2% |
| e) IMC | Part en surpoids, IMC ≥25 Part obèses, IMC ≥30 Part données manquantes | [46.2%] [35.0%] [49.5%] | 39.9% 25.5% 19.3% | 38.4% 41.0% 19.8% |
| f) Score ASA | Part score ≥3 Part données manquantes | [32.5%] [14.6%] | 24.6% 11.2% | 28.4% 10.5% |
| g) Classe de Charnley | Part Classe B Part Classe C Part données manquantes | [64.2%] [4.5%] [26.3%] | 62.8% 1.9% 30.4% | 67.1% 2.0% 34.2% |

| | |
|---|--|
| a) Taux de révision ajustés à 2 ans : | x = révisions en pourcentage |
| b) Taux de révision bruts à 2 ans : | n = nombre de révisions, N = nombre d'interventions, révisions en pourcentage |
| c) Répartition selon l'âge : | Moyenne Médiane ET = écart-type |
| d) Répartition selon le sexe : | Pourcentage de patients masculins |
| e) IMC : | Pourcentage de patient-e-s avec un IMC (indice de masse corporelle) ≥25 (surpoids) Part de patient-e-s avec un IMC ≥30 (obèse) Part de données manquantes en pourcentage |
| f) Score ASA : | Pourcentage de patient-e-s ayant un score ASA ≥3 Part de données manquantes en pourcentage |
| g) Classe de Charnley : | Pourcentage de patient-e-s classe B (ayant une maladie bilatérale) Pourcentage de patient-e-s classe C (ayant d'autres maladies réduisant la mobilité) Part de données manquantes en pourcentage |

Taux de révision bruts et ajustés à 2 ans

Le taux de révision ajusté à 2 ans est utilisé pour une comparaison nationale, les taux de révisions bruts et ajustés figurent dans la fenêtre contextuelle. Cela inclut la part des révisions effectuées dans les deux ans suivant l'implantation primaire.

Le taux de révision ajusté corrige le taux de révision brut effectivement calculé à l'aide des paramètres suivants : âge, sexe, IMS, score ASA et classe de Charnley. Par exemple : Les patients souffrant d'obésité (surcharge pondérale sévère) ont un risque de révision plus élevé que les patients ayant un poids normal.

Si un hôpital opère principalement des patient-e-s à risque plus faible que la moyenne suisse, le taux de révision ajusté est corrigé vers le haut. Si un hôpital opère principalement des patient-e-s à haut risque, le taux ajusté est inférieur au taux brut.

Les taux de révision se rapportent systématiquement aux données cumulées sur une période définie de 4 ans (moyenne annuelle mobile sur 4 ans). La période de saisie prise en compte débute six ans avant la période d'établissement du rapport afin de garantir une période d'observation de minimum deux ans pour chaque implant inclus.

Description du collectif de patients de l'hôpital – Comparaison avec le collectif global

Les différents paramètres représentés permettent de comparer le collectif de patients de l'hôpital/la clinique au collectif global.

En plus de la répartition selon l'âge et le sexe, les paramètres suivants figurent aussi dans la fenêtre contextuelle.

Indice de masse corporelle IMC

L'indice de masse corporelle est une échelle servant à évaluer le poids corporel d'une personne par rapport à sa taille. Les patient-e-s ayant un IMC supérieur à 25 sont classés comme étant en surpoids, et ceux au-dessus de 30 comme étant obèses. Les parts des patients dont l'IMC se situe dans ces deux catégories sont représentées.

Score ASA

Le score ASA (American Society of Anesthesiologists) est utilisé pour classer l'état préopératoire d'un-e patient-e au regard du risque de complications anesthésiologiques et donne une indication sur la sévérité de la maladie.

L'échelle de ce score commence à 1 (patient en bonne santé avec un bon état général) et se termine à 5 (patient avec maladie aiguë et sévère, situation mettant en jeu le pronostic vital). Une 6e catégorie concerne les patients ayant un diagnostic de mort cérébrale, chez lesquels un prélèvement d'organe est effectué. La part de patient-e-s ayant un score ASA ≥ 3 est représentée.

Classification de Charnley

La classification de Charnley est utilisée pour décrire (ou qualifier) l'aptitude à la marche d'un-e patient-e. L'aptitude à la marche évaluée se subdivise en trois catégories A, B et C.

- Classe A : chez ces patient-e-s, une seule articulation est touchée par l'arthrose et il n'y a pas d'autres comorbidités médicales significatives.
- Classe B :
 - B1 : chez ces patient-e-s, les deux articulations (les deux hanches ou les deux genoux) sont touchées.
 - B2 : ou les patient-e-s ont déjà une prothèse du côté opposé (genou ou hanche).
- Classe C : Chez ces patient-e-s, plusieurs articulations sont touchées ou ils souffrent d'une altération somatique-médicale ou psychique importante de la capacité à marcher.

Manquants = données manquantes

Ce nombre comporte la part de données manquantes pour les paramètres correspondants. Les données de l'IMC, du score ASA et de la classe de Charnley n'ont été consignées dans le registre qu'à partir de 2015.