



SOMMAIRE

▶ **Thalamoplastie, technique percutanée de réduction et de stabilisation par cimentoplastie des fractures thalamiques du calcaneus**

Dr Guillaume ROTH..... 1 à 9

▶ **Hémorroïdes et fissure anale : Comment les distinguer ? Comment les prendre en charge en pratique courante ?**

Dr Paul DIETERLING..... 10 à 12

▶ **Atlas d'imagerie pelvienne**

IMALO 13

▶ **Arrivées des nouveaux médecins**

Centre de Pathologie

Émile Gallé Groupe 14

▶ **Les brèves**..... 15, 16

- La biographie hospitalière, nouveau soin de support proposé aux patients en soins palliatifs à la Polyclinique de Gentilly
- Les labellisations grâce à la polyclinique de gentilly : la récompense d'un travail d'équipe
- Accueil de nouveaux internes.
- Bienvenue aux nouveaux praticiens

ELSAN POLYCLINIQUE DE GENTILLY

Thalamoplastie, technique percutanée de réduction et de stabilisation par cimentoplastie des fractures thalamiques du calcaneus

Dr Guillaume ROTH, Chirurgie de la main - Chirurgie orthopédique et traumatologie

I. Introduction

Le calcaneus ou os du talon, le plus grand des os du tarse, supporte la majorité du poids du corps. Il s'articule avec le cuboïde en antérieur et le talus en proximal. Il s'agit de l'os le plus fréquemment touché lors des fractures du tarse.

Les fractures du calcaneus représentent jusqu'à 2% de l'ensemble des fractures du corps [1]. Elles sont principalement secondaires à des traumatismes à haute énergie et touchent donc des sujets jeunes et actifs.

Elles entraînent une douleur au talon, particulièrement à la palpation, un œdème, un érythème et un hématome qui conduisent à une impotence fonctionnelle.

La radiographie standard permet de poser le diagnostic et comprend des vues de face, profil, en flexion dorsale et rotation interne.

Dans un second temps le scanner caractérise plus précisément la fracture grâce aux coupes axiales, sagittales et frontales.

Parmi les fractures du calcaneus on distingue les fractures thalamiques et extra thalamiques.

Les fractures thalamiques sont les plus fréquentes et impliquent la facette postérieure articulaire du calcaneus ou facette thalamique. Ces fractures, notamment en raison de leur caractère articulaire, restent un défi pour le thérapeute.

La prise en charge des fractures du calcaneus peut se faire selon trois différentes modalités. Le traitement peut être fonctionnel, orthopédique et chirurgical.

Le traitement fonctionnel correspond à des séances de rééducation d'emblée, associées à des appareillages permettant d'éviter la charge au niveau du calcaneus (Fig. 1).



Figure 1 : Chaussure de décharge

Le traitement orthopédique correspond à une immobilisation par contention plâtrée, strictement sans appui.

Le traitement chirurgical offre un vaste panel de possibilités : de l'ostéosynthèse à foyer ouvert, nécessitant de larges incisions cutanées, aux traitements à foyer fermé qui limitent le traumatisme opératoire. Le premier objectif est d'obtenir une réduction ce qui consiste à remettre en place par manipulation les fragments osseux fracturés. Cette réduction stable et anatomique permet une rééducation précoce et prévient l'apparition d'une arthrose subtalaire. L'ostéosynthèse à foyer ouvert par plaque et vis reste le traitement chirurgical de référence malgré de nombreuses complications postopératoires majoritairement cutanées et infectieuses [2-4]. Cependant aucune étude n'a permis de démontrer la supériorité d'une technique par rapport aux autres [5-22].

La thalamoplastie est le traitement de l'enfoncement thalamique du

calcaneus par cyphoplastie et plusieurs équipes ont présenté leurs techniques et leurs premiers résultats favorables [26-31].

La cyphoplastie, technique développée par Reiley en 1998 puis reprise par Belkoff en 2001, est dérivée de la vertébroplastie conçue par Galibert et Deramond en France en 1984 [23]. Son but est de corriger l'impaction traumatique par l'action conjointe d'une installation adaptée sur table opératoire et de l'utilisation d'un ballonnet. L'injection de ciment permet ensuite de stabiliser la réduction [24-25].

La thalamoplastie est une méthode techniquement simple et reproductible permettant une bonne réduction du foyer de fracture tout en minimisant le traumatisme des tissus mous.

L'objectif principal de notre étude est l'évaluation des résultats cliniques de la thalamoplastie dans le traitement des fractures thalamiques du calcaneus.

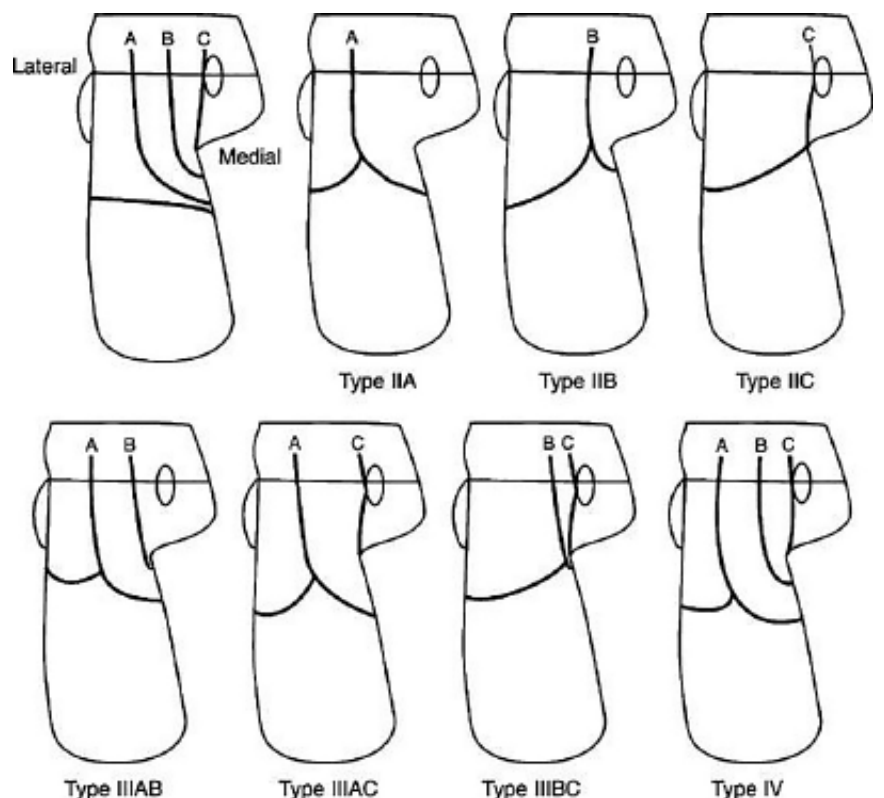


Figure 2 : Classification de Sanders

Nous utilisons le score de l'American Foot and Ankle Society (score AOFAS) afin d'évaluer le résultat fonctionnel de nos patients. Secondairement, nous étudions le volume de ciment utilisé (le polyméthyl méthacrylate ou PMMA), son positionnement et son influence sur la stabilité de la réduction dans le temps.

II. Matériel et méthode

II.A - Population étudiée

Dans cette étude prospective, nous avons suivi depuis septembre 2011 tous les patients se présentant pour une fracture thalamique du calcaneus au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Tous les patients présentant une fracture du calcaneus diagnostiquée après radiographie ont eu une imagerie complémentaire par tomodynamométrie (TDM) permettant la classification selon Sanders (Fig. 2) [32-33].

En cas de fracture articulaire avec un déplacement supérieur à 2 mm, une intervention chirurgicale selon la technique de la thalamoplastie était proposée au patient.

Après information claire, loyale et appropriée et obtention de leur accord, ces patients ont été inclus dans l'étude qui a été approuvée par le comité d'éthique local.

Nous avons inclus 28 patients depuis septembre 2011, répartis en 21 hommes et 7 femmes, 23 calcaneus gauches et 5 droits. La moyenne d'âge est de 44,89 ans \pm 14,32 (19 à 80 ans). Les patients étaient majoritairement des travailleurs de force et dans 5 cas le traumatisme a eu lieu dans le cadre d'un accident du travail.

Selon la classification de Sanders, les fractures stade II A étaient les plus représentées avec 8 patients (Fig. 2). Nous avons retrouvé 4 stade IIB, 4 stade IIC, 6 stade III AC et 5 stade IIIAB, un seul stade IV et aucun stade IIIBC.

II.B Protocole opératoire

Le patient était installé en décubitus dorsal sur table orthopédique. Une broche de traction était alors introduite dans la tubérosité du calcaneus, perpendiculairement à celle-ci (Fig. 3).

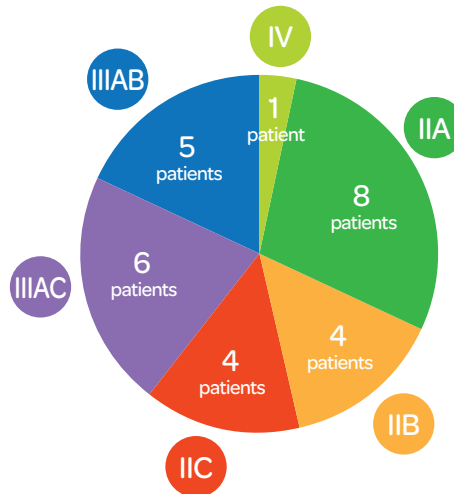


Figure 3 : Répartition des patients selon la classification de Sanders

La traction participait, si besoin, à réduire le déplacement du calcaneus et permettait de distraire les articulations de l'arrière pied.

Un amplificateur de brillance (ou fluoroscopie) était positionné de façon à obtenir une face et un profil permettant l'évaluation des angles de Böhler et Gissane en temps réel.

Le matériel nécessaire comprenait un kit de cyphoplastie Kyphon Expander II® Medtronic contenant un ballonnet de 20 cc et du ciment PMMA.

Le PMMA est un thermoplastique transparent, polymère synthétique de méthacrylate de méthyl.

L'abord était percutané, par voie latérale externe directe. Le point d'entrée était planifié en préopératoire sur les résultats du TDM et réévalué en fonction de la fluoroscopie au cours de l'intervention.

L'objectif était d'introduire la canule de travail puis le ballonnet en subthalamique, à 5-6 mm sous le fragment enfoncé, sous les ligaments fibulaires (Fig. 4).



Figure 4: Installation du patient

Un cliché de face était nécessaire pour s'assurer du bon positionnement dans le plan frontal des marqueurs radio-opaques situés de part et d'autre du ballonnet (Fig. 5 et 6).

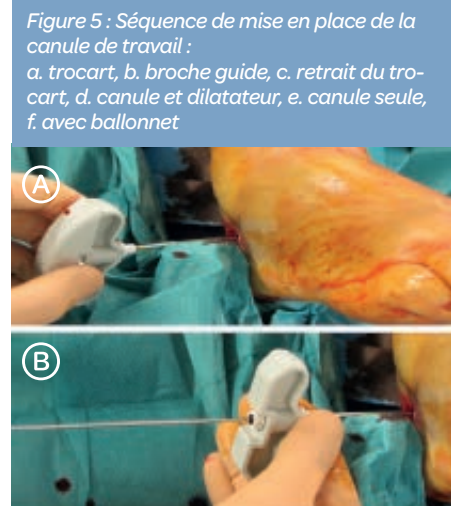
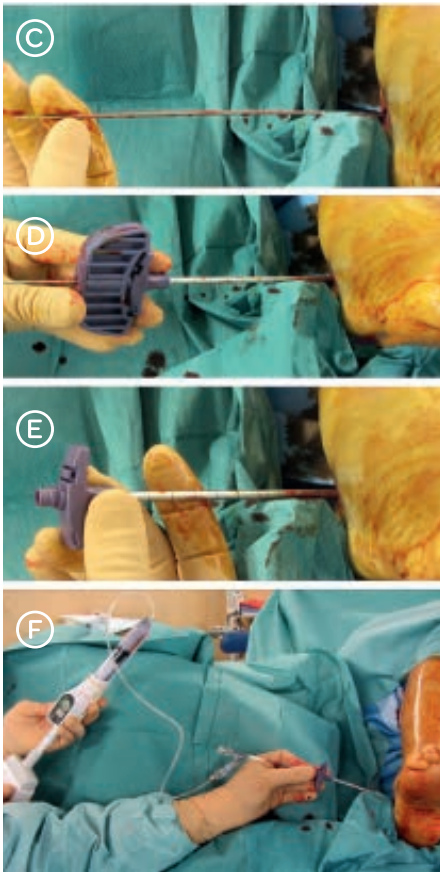


Figure 5 : Séquence de mise en place de la canule de travail : a. trocart, b. broche guide, c. retrait du trocart, d. canule et dilateur, e. canule seule, f. avec ballonnet



Le ballonnet était dilaté jusqu'à obtention d'une réduction satisfaisante (jusqu'à 300 psi, soit 20 bars). La réduction était obtenue par le ligamentotaxis et par l'utilisation du ballonnet de cyphoplastie.

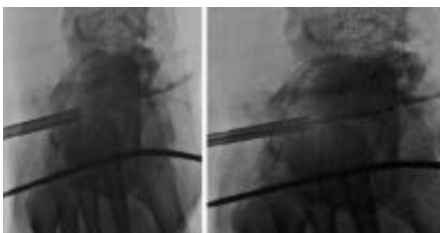
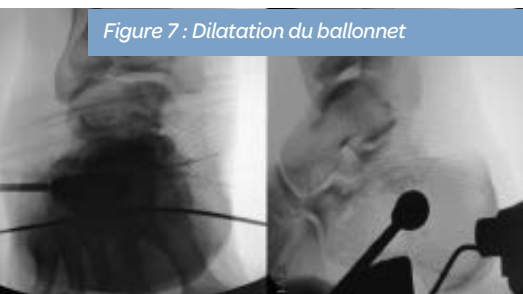


Figure 6 : Positionnement du ballonnet sur les clichés de face en fluoroscopie

On procédait ensuite à l'ablation du ballonnet avant d'introduire le ciment (Fig. 7). Après le retrait de la canule de travail, l'incision cutanée était fermée par un point simple.

Figure 7 : Dilatation du ballonnet



Dans les suites, seule une chaussure de décharge de l'arrière pied était prescrite pour une durée de 6 semaines, permettant la marche.

Durant cette période était associée une prévention de la maladie thromboembolique. La reprise de la marche en appui complet a toujours été autorisée à 6 semaines [34].

II.C Données collectées

Tous les patients sont évalués lors de la prise en charge puis revus en consultation de contrôle à 6 semaines, 3 mois et 6 mois.

En préopératoire, nous avons recueilli les caractéristiques générales des patients : âge, sexe, profession, côté fracturé et date du traumatisme. L'évaluation morphologique était réalisée par des clichés radiographiques et par TDM, permettant la mesure de l'angle de Böhler et la classification selon Sanders (Fig. 8 et 9).



Figure 9 : Mesure de l'angle de Böhler

En postopératoire, nous avons étudié le délai avant chirurgie, la durée d'hospitalisation et la douleur, évaluée par l'Echelle Visuelle Analogique (EVA).

La douleur résiduelle était mesurée à 6 mois. D'un point de vue morphologique, nous avons observé l'angle de Böhler en utilisant les clichés radiographiques à tous les temps de l'étude.

La quantité de ciment injectée et son positionnement étaient mesurés via le programme OSIRIX® par la technique de segmentation selon des régions d'intérêt (Region Of Interest ou ROI) sur le TDM de contrôle réalisé à 3 mois.

L'évaluation fonctionnelle avec le score AOFAS se faisait lors du dernier contrôle à 6 mois (Fig. 9) [35]. Si le score fonctionnel était excellent (≥ 90), bon (≥ 80) ou moyen (≥ 70) et associé à une amélioration de l'angle de Böhler, le résultat était considéré comme favorable.

Un score fonctionnel mauvais (< 70) ou une absence d'amélioration de l'angle de Böhler au dernier contrôle correspondaient systématiquement à un résultat défavorable.

Les statistiques ont été réalisées en utilisant le test de Wilcoxon-Mann-Whitney.



Figure 8 : Radiographie pré et postopératoire

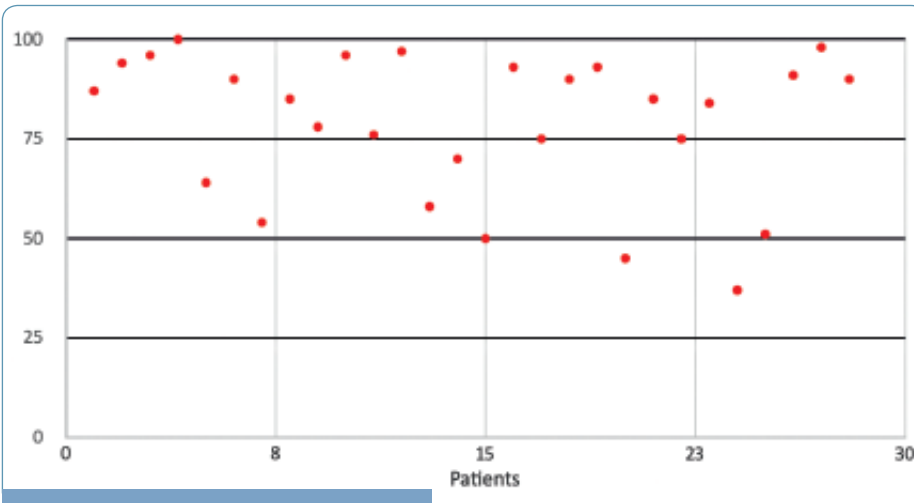


Figure 10 : Résultats score AOFAS

Score AOFAS	Résultat fonctionnel	Population
≥ 90	Excellent	12
≥ 80	Bon	4
≥ 70	Moyen	5
< 70	Mauvais	7

III. Résultats

L'angle de Böhler préopératoire était en moyenne de $1,11^\circ \pm 10,24$ (-24 à 25°). Le délai de prise en charge préopératoire était en moyenne de 2,8 jours \pm 3,67 (1 à 20 jours). La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,36 jours \pm 3,46 (2 à 14 jours). La douleur résiduelle était faible, avec une moyenne de $1,04 \pm 1,54$ (0 à 4) sur l'EVA. Le score AOFAS moyen était de $78,64 \pm 18,2$ (37 à 100).

On retrouvait un score fonctionnel excellent chez 12 patients, bon chez 4 patients, 5 patients présentaient un score fonctionnel moyen et 7 patients présentaient un score fonctionnel mauvais (Fig. 10).

Le positionnement du ciment sur le TDM de contrôle était satisfaisant. Nos contrôles postopératoires montraient un thalamus bien soutenu par le ciment sur l'ensemble des

patients. Le volume moyen injecté de ciment était de $4,32 \text{ cm}^3 \pm 1,79$ ($2,18$ à $7,69 \text{ cm}^3$).

L'angle de Böhler postopératoire était en moyenne de $14,07^\circ \pm 14,75$ (-24 à 30°) soit une amélioration moyenne de $12,96^\circ \pm 10,23$ (0 à 30°). Aucune perte de correction n'a été observée au dernier recul.

En revanche une absence d'amélioration de l'angle de Böhler a été retrouvée chez 5 patients (Fig. 11). On retrouvait au total 20 patients avec un résultat favorable et 8 patients avec un résultat considéré défavorable.

Dans les suites opératoires, nous avons noté une seule reprise chirurgicale pour retrait d'une fuite de ciment. Dans tous les autres cas les suites opératoires ont été simples, aucune autre complication chirurgicale n'a été observée (Fig. 12).



Figure 12 : Radiographies et scanner d'un cas : a. préopératoires, b. postopératoires (fuite de ciment)



Figure 11 : Angle de Böhler pré et postopératoire

IV. Discussion

Le traitement des fractures intra articulaires du calcaneus reste encore sujet à controverse, aucun traitement n'ayant montré sa supériorité de manière significative [5-22].

Le traitement chirurgical semble être préféré au traitement orthopédique ou fonctionnel. La diminution du délai avant le retour au travail et la diminution dans les suites de l'incidence arthrosique et donc des arthrodèses secondaires seraient les principaux avantages [30-33].

Ces résultats ont été publiés dans plusieurs études comparatives, cependant les techniques à foyer ouvert sont grevées d'un fort taux de complications, principalement cutanées avec retard de cicatrisation, désunion de la cicatrice voire nécrose cutanée (25% des cas selon les séries) [2,4].

Ces complications ont guidé l'évolution vers les techniques mini-invasives, avec de moins bons résultats initiaux sur la réduction et la stabilisation.

L'ostéosynthèse percutanée par vis et plaques reste difficilement réalisable techniquement.

Les broches de Kirschner et les clous de Steinmann ne permettent pas une stabilisation fiable et sont associés à une augmentation du risque infectieux [36].

La technique de la cyphoplastie permet une voie d'abord percutanée et évite ainsi les complications cutanées [22]. L'expansion progressive du ballonnet associée à la fluoroscopie permet de visualiser en temps réel la réduction. Pour le comblement du défaut osseux après réduction, plusieurs moyens ont été essayés, tout d'abord avec une greffe osseuse de soutien.

Le ciment PMMA s'avère avoir la meilleure résistance mécanique, diminue les douleurs postopératoires par son effet thermique et permet une meilleure conservation de la réduction qu'un greffon osseux cortico spongieux [37-38].

Une ostéosynthèse complémentaire n'est donc pas nécessaire, les ciments utilisés assurant une excellente stabilisation ostéoarticulaire [39].

Les travailleurs de force éprouvent le plus grand retentissement professionnel, en particulier dû à la raideur entraînée par ce type de fracture. Grâce à une grande résistance à la pression, la thalamoplastie permet une remise en charge rapide sans perte de réduction.

Il nous a semblé prudent d'attendre 6 semaines avant la reprise de l'appui complet.

Toutefois ce délai pourrait être sensiblement réduit : la réalisation systématique d'une mobilisation passive postopératoire pourrait être utilisée pour améliorer ce paramètre. L'analyse de notre série ne permet pas d'étudier la diminution de la durée de l'arrêt de travail par rapport à la chirurgie conventionnelle.

Néanmoins, notre expérience montre que l'utilisation de la chaussure de décharge permet à la plupart des patients de reprendre leur travail précocement.

Le traitement de ces fractures est encore très controversé chez les personnes âgées ostéoporotiques [40]. L'abstention chirurgicale est souvent la règle, entraînant dans les suites de nombreuses complications. Nous déplorons la pauvreté de la littérature sur le sujet [41].

Selon notre étude, quelle que soit la fracture, la réduction de l'enfoncement articulaire est possible. Nos résultats sont très encourageants pour les sujets ostéoporotiques du fait de la simplicité des suites postopératoires et de la rapidité de la récupération de l'autonomie.

V. Conclusion

La thalamoplastie, technique mini-invasive, simple et reproductible, permet l'ostéosynthèse des fractures thalamiques du calcaneus, qui restent très délicates à prendre en charge. Les résultats fonctionnels sont prometteurs car équivalents à ceux obtenus par les techniques de référence.

La thalamoplastie présente un intérêt particulier chez le patient ostéoporotique grâce à une excellente réduction et stabilisation du foyer de fracture, associées à un faible taux de complication.

Le nombre de cas doit encore s'étoffer et le suivi se poursuivre sur plus long terme pour confirmer ces résultats et intégrer définitivement cette technique à notre arsenal thérapeutique.

Bibliographie

- [1] Biggi, F., Di Fabio, S., D'Antimo, C., Isoni, F., Salfi, C., Trevisani, S., 2013. Percutaneous calcaneoplasty in displaced intraarticular calcaneal fractures. *Journal of Orthopaedics and Traumatology* 14, 307–310. doi:10.1007/s10195-013-0249-8
- [2] Folk, J.W., Starr, A.J., Early, J.S., 1999. Early wound complications of operative treatment of calcaneus fractures: analysis of 190 fractures. *J Orthop Trauma* 13, 369–372.
- [3] Clare, M.P., Crawford, W.S., 2017. Managing Complications of Calcaneus Fractures. *Foot and Ankle Clinics* 22, 105–116. doi:10.1016/j.fcl.2016.09.007
- [4] SooHoo, N.F., Farnig, E., Krenek, L., Zingmond, D.S., 2011. Complication rates following operative treatment of calcaneus fractures. *Foot and Ankle Surgery* 17, 233–238. doi:10.1016/j.fas.2010.08.003
- [5] Parmar HV, Triffitt PD, Gregg PJ. Intraarticular fractures of the calcaneum treated operatively or conservatively. A prospective study. *J Bone Joint Surg Br* 1993;75(6):932–7.
- [6] Thordarson, D.B., Krieger, L.E., 1996. Operative vs. nonoperative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus: a prospective randomized trial. *Foot Ankle Int* 17, 2–9. doi:10.1177/107110079601700102
- [7] Agren, P.-H., Wretenberg, P., Sayed-Noor, A.S., 2013. Operative versus nonoperative treatment of displaced intra-articular calcaneal fractures: a prospective, randomized, controlled multicenter trial. *J Bone Joint Surg Am* 95, 1351–1357. doi:10.2106/JBJS.L.00759
- [8] Gotha, H.E., Zide, J.R., 2017. Current Controversies in Management of Calcaneus Fractures. *Orthopedic Clinics of North America* 48, 91–103. doi:10.1016/j.ocl.2016.08.005
- [9] Griffin, D., Parsons, N., Shaw, E., Kulikov, Y., Hutchinson, C., Thorogood, M., Lamb, S.E., UK Heel Fracture Trial Investigators, 2014. Operative versus non-operative treatment for closed, displaced, intra-articular fractures of the calcaneus: randomised controlled trial. *BMJ* 349, g4483.
- [10] Sharr, P.J., Mangupli, M.M., Winson, I.G., Buckley, R.E., 2016. Current management options for displaced intra-articular calcaneal fractures: Non-operative, ORIF, minimally invasive reduction and fixation or primary ORIF and subtalar arthrodesis. A contemporary review. *Foot and Ankle Surgery* 22, 1–8. doi:10.1016/j.fas.2015.10.003
- [11] Dhillon, M.S., Bali, K., Prabhakar, S., 2011. Controversies in calcaneus fracture management: a systematic review of the literature. *MUSCULOSKELETAL SURGERY* 95, 171–181. doi:10.1007/s12306-011-0114-y
- [12] Meena, S., Gangary, S.K., Sharma, P., 2016. Review Article: Operative versus Non-Operative Treatment for Displaced Intra-Articular Calcaneal Fracture: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Journal of Orthopaedic Surgery* 24, 411–416. doi:10.1177/1602400328
- [13] Bruce, J., Sutherland, A., 2013. Surgical versus conservative interventions for displaced intra-articular calcaneal fractures, in: *The Cochrane Collaboration (Ed.), Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK. doi:10.1002/14651858.CD008628.pub2
- [14] Schepers, T., van Lieshout, E.M.M., van Ginhoven, T.M., Heetveld, M.J., Patka, P., 2008. Current concepts in the treatment of intra-articular calcaneal fractures: results of a nationwide survey. *International Orthopaedics* 32, 711–715. doi:10.1007/s00264-007-0385-y
- [15] Jiang, N., Lin, Q., Diao, X., Wu, L., Yu, B., 2012. Surgical versus nonsurgical treatment of displaced intra-articular calcaneal fracture: a meta-analysis of current evidence base. *International Orthopaedics* 36, 1615–1622. doi:10.1007/s00264-012-1563-0
- [16] Koutserimpas, C., Magarakis, G., Kastanis, G., Kontakis, G., Alpantaki, K., 2016. Complications of Intra-articular Calcaneal Fractures in Adults: Key Points for Diagnosis, Prevention, and Treatment. *Foot & Ankle Specialist* 9, 534–542. doi:10.1177/1938640016668030
- [17] Li, B., Wu, G., Yang, Y., 2016. Conservative versus surgical treatment for displaced fracture of the medial process of the calcaneal tuberosity. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 24, 163–166. doi:10.1177/1602400208
- [18] Ma, Y., Zhu, Z., Yu, H., Chen, G., Chen, H., Hou, Z., 2011. [Case-control study on conservative and operative therapy in the treatment of intra-articular fracture of calcaneus]. *Zhongguo Gu Shang* 24, 634–637.

- [19] Parmar, H.V., Triffitt, P.D., Gregg, P.J., 1993. Intra-articular fractures of the calcaneum treated operatively or conservatively. A prospective study. *J Bone Joint Surg Br* 75, 932–937.
- [20] Olmeda, A., Turra, S., Bonaga, S., 1989. [Long-term results of the conservative treatment of thalamic fractures of the calcaneus]. *Chir Organi Mov* 74, 35–43.
- [21] Tantavisut, S., Phisitkul, P., Westerlind, B.O., Gao, Y., Karam, M.D., Marsh, J.L., 2016. Percutaneous Reduction and Screw Fixation of Displaced Intra-articular Fractures of the Calcaneus. *Foot & Ankle International*. doi:10.1177/1071100716679160
- [22] Wu, Z., Su, Y., Chen, W., Zhang, Q., Liu, Y., Li, M., Wang, H., Zhang, Y., 2012. Functional outcome of displaced intra-articular calcaneal fractures: A comparison between open reduction/internal fixation and a minimally invasive approach featured an anatomical plate and compression bolts. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 73, 743–751. doi:10.1097/TA.0b013e318253b5f1
- [23] Belkoff, S.M., Jasper, L.E., Stevens, S.S., 2002. An ex vivo evaluation of an inflatable bone tamp used to reduce fractures within vertebral bodies under load. *Spine* 27, 1640–1643
- [24] Oner, F.C., Dhert, W.J., Verlaan, J.-J., 2005. Less invasive anterior column reconstruction in thoracolumbar fractures. *Injury* 36, S82–S89. doi:10.1016/j.injury.2005.06.018
- [25] Lieberman, I.H., Dudeney, S., Reinhardt, M.K., Bell, G., 2001. Initial outcome and efficacy of “kyphoplasty” in the treatment of painful osteoporotic vertebral compression fractures. *Spine* 26, 1631–1638.
- [26] Labbe, J.L., Peres, O., Leclair, O., Goulon, R., Scemama, P., Jourdel, F., 2013. Minimally invasive treatment of displaced intra-articular calcaneal fractures using the balloon kyphoplasty technique: Preliminary study. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* 99, 829–836. doi:10.1016/j.otsr.2013.06.008
- [27] Rammelt, S., Amlang, M., Barthel, S., Gavlik, J.-M., Zwipp, H., 2010. Percutaneous treatment of less severe intra-articular calcaneal fractures. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 468, 983–990. doi:10.1007/s11999-009-0964-x
- [28] Gupta, A.K., Gluck, G.S., Parekh, S.G., 2011. Balloon Reduction of Displaced Calcaneus Fractures: Surgical Technique and Case Series. *Foot & Ankle International* 32, 205–210. doi:10.3113/FAI.2011.0205
- [29] Jacquot, F., Atchabahian, A., 2011. Balloon reduction and cement fixation in intra-articular calcaneal fractures: a percutaneous approach to intra-articular calcaneal fractures. *International Orthopaedics* 35, 1007–1014. doi:10.1007/s00264-011-1249-z
- [30] Stulik, J., Stehlik, J., Rysavy, M., Wozniak, A., 2006. Minimally-invasive treatment of intra-articular fractures of the calcaneum. *Journal of Bone and Joint Surgery - British Volume* 88–B, 1634–1641. doi:10.1302/0301-620X.88B12.17379
- [31] Tornetta, P., 2000. Percutaneous treatment of calcaneal fractures. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 91–96.
- [32] Sanders, R., P. Fortin, T. DiPasquale, and A. Walling. “Operative Treatment in 120 Displaced Intraarticular Calcaneal Fractures. Results Using a Prognostic Computed Tomography Scan Classification.” *Clinical Orthopaedics and Related Research*, no. 290 (May 1993): 87–95.
- [33] Sanders, R., 2000. Displaced intra-articular fractures of the calcaneus. *J Bone Joint Surg Am* 82, 225–250.
- [34] Borrelli, J., Torzilli, P.A., Grigiene, R., Helfet, D.L., 1997. Effect of impact load on articular cartilage: development of an intra-articular fracture model. *J Orthop Trauma* 11, 319–326.
- [35] Kitaoka, H.B., Alexander, I.J., Adelaar, R.S., Nunley, J.A., Myerson, M.S., Sanders, M., 1994. Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux, and lesser toes. *Foot Ankle Int* 15, 349–353. doi:10.1177/107110079401500701
- [36] Nehme, A., Chaminade, B., Chiron, P., Fabie, F., Tricoire, J.-L., Puget, J., 2004. [Percutaneous fluoroscopic and arthroscopic controlled screw fixation of posterior facet fractures of the calcaneus]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 90, 256–264.
- [37] Mousa, W.F., Kobayashi, M., Shinzato, S., Kamimura, M., Neo, M., Yoshihara, S., Nakamura, T., 2000. Biological and mechanical properties of PMMA-based bioactive bone cements. *Biomaterials* 21, 2137–2146.

[38] Palmer, I., 1948. The mechanism and treatment of fractures of the calcaneus; open reduction with the use of cancellous grafts. *J Bone Joint Surg Am* 30A, 2–8.

[39] Elsner, A., Jubel, A., Prokop, A., Koebke, J., Rehm, K.E., Andermahr, J., 2005. Augmentation of Intraarticular Calcaneal Fractures With Injectable Calcium Phosphate Cement: Densitometry, Histology, and Functional Outcome of 18 Patients. *The Journal of Foot and Ankle Surgery* 44, 390–395. doi:10.1053/j.jfas.2005.07.003

[40] Kannus, P., Niemi, S., Sievänen, H., Korhonen, N., Parkkari, J., 2016. Fall-induced fractures of the calcaneus and foot in older people: nationwide statistics in Finland between 1970 and 2013 and prediction for the future. *International Orthopaedics* 40, 509–512. doi:10.1007/s00264-015-2875-7

[41] Herscovici Jr., D., 2005. Operative Treatment of Calcaneal Fractures in Elderly Patients. *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)* 87, 1260. doi:10.2106/JBJS.D.01765

On mesurait le volume de PMMA et son positionnement à 3 mois et l'angle de Böhler à tous les temps de l'étude (statistiques réalisées par test de Wilcoxon-Mann-Whitney).

III. Résultats

On retrouvait 20 patients avec un résultat favorable et 8 patients avec un résultat défavorable. Le score AOFAS moyen était 78,64 (min 37 max 100) avec 8 scores excellents, 4 bons, 5 moyens et 7 mauvais.

L'amélioration moyenne de l'angle de Böhler était de 12,96° (min 0 max 30), le volume moyen de PMMA de 4,32 cm³ (min 2,18 max 7,69).

Une fuite de ciment a justifié une reprise chirurgicale, sans autre complication retrouvée ni perte de correction.

IV. Discussion

La thalampoplastie proposée par le positionnement optimisé du PMMA une réduction et une stabilisation pérenne des fractures thalamiques du calcaneus.

Les résultats fonctionnels sont équivalents aux techniques chirurgicales de référence, tout en s'affranchissant des complications postopératoires habituellement rencontrées.

Résumé

I. Introduction

Les fractures thalamiques (surface talaire postérieure du calcaneus) restent un défi. Obtenir une réduction stable et anatomique permet une rééducation précoce. L'ostéosynthèse à foyer ouvert, traitement chirurgical de référence, est source de nombreuses complications postopératoires.

Notre étude évalue les résultats cliniques par thalampoplastie (correction percutanée par ballon), ainsi que le volume, le positionnement et l'influence du ciment PMMA sur la stabilité, dans le traitement de ces fractures.

II. Matériel et méthodes

De septembre 2011 à avril 2015 (étude prospective monocentrique) toutes les fractures thalamiques du calcaneus étaient classifiées selon Sanders et incluses : 8 stade IIA, 4 IIB, 4 IIC, 6 IIIC, 5 IIIB, et 1 IV (21 hommes, 7 femmes, âge moyen de 44,8 ans).

Les paramètres cliniques étaient le score AOFAS, l'EVA et les complications.

Mots clés

Thalampoplastie, fracture thalamique calcaneus, traitement percutané.

Hémorroïdes et fissure anale : Comment les distinguer ? Comment les prendre en charge en pratique courante ?

Dr Paul DIETERLING, Chirurgie proctologique, Gastro-entérologie – Hépatologie

La grande majorité des patients consultant pour un motif proctologique se présente comme ayant un « problème d'hémorroïdes ».

Les hémorroïdes sont effectivement une cause fréquente de manifestations proctologiques, mais ce n'est pas la seule, et il faut chaque fois faire la part des choses avant de donner un traitement symptomatique.

Et ceci d'autant plus, que le patient est déjà souvent passé chez son pharmacien qui, fort de cet autodiagnostic d'hémorroïdes, lui a remis une pommade et des doses déraisonnables de flavonoïdes, qui ne l'ont pas soulagé, puisqu'il vient consulter. Parmi les autres diagnostics à évoquer, la fissure est le plus fréquent, du fait de sa symptomatologie proche de celle des hémorroïdes.

L'interrogatoire va permettre dans une majorité des cas d'orienter le diagnostic de façon assez précise. Il est parfois difficile, car le patient étant persuadé d'avoir « des hémorroïdes », il s'étonne quand on lui demande d'en préciser les manifestations ; il est amusant de lire dans son regard le doute quand on insiste un peu : on devine qu'il se demande s'il a bien consulté la bonne personne qui semble ne même pas savoir comment se manifestent des hémorroïdes !

Trois questions simples doivent être précisées :

Est-ce que cela saigne ?

Est-ce que cela fait mal ?

Est-ce que c'est gonflé ?

1. Le saignement : il est commun à la fissure et à la maladie hémorroïdaire ; un sang rouge vif, artériel, aléatoire. C'est la manifestation la plus fréquente des hémorroïdes : un saignement isolé, survenant de façon aléatoire, sans autre signe associé est très évocateur de ce diagnostic. L'absence de douleur associée est un argument en faveur des hémorroïdes, alors que la plupart des patients en sont

étonnés. Dans la pensée commune, hémorroïdes = douleurs, ce qui est faux ; les hémorroïdes ne font pas mal si elles ne sont pas compliquées (thrombose) même si elles sont volumineuses et prolabées ; dans ce cas, elles sont responsables d'une gêne anale, de suintements désagréables avec un prurit associé, mais pas de douleurs. La douleur doit faire évoquer la fissure.

2. La douleur : comme nous venons de le voir, la douleur hémorroïdaire est associée à la thrombose. Le diagnostic en est facile : douleur intense, continue associée à une tuméfaction anale bien visible.

Cette tuméfaction peut permettre de voir le caillot sous-jacent, mais elle peut aussi être oedémateuse sans que le caillot soit visible : cela ne change rien, une tuméfaction hémorroïdaire douloureuse et tendue = thrombose.

Les cas les plus typiques se voient souvent en fin de grossesse ou après l'accouchement avec un volumineux prolapsus oedémateux sans caillot visible, mais la douleur intense et le caractère non réductible signent la thrombose, le caillot étant présent en profondeur mais masqué par l'oedème.

Le diagnostic différentiel est représenté par l'abcès anal avec une douleur qui ne cesse de croître. Quant à la thrombose interne, elle est très rare.

La douleur fissuraire en revanche est rythmée par la selle. C'est le signe majeur de la fissure. Douleur = fissure est un bien meilleur à priori que douleur=hémorroïdes, qui évitera de nombreuses erreurs. La douleur fissuraire typique est en trois temps : douleur au passage de la selle, suivie d'une pause puis d'une reprise de la douleur.

Mais souvent c'est moins typique et il faut rechercher le caractère déclenchant de la selle, la douleur pouvant parfois n'apparaître que 2-3 heures après la selle.

Elle peut durer 24 heures et paraître continue, mais elle est réactivée par la selle, et l'interrogatoire doit s'acharner à le faire préciser. Ce rythme signe quasiment le diagnostic de fissure.

3. Le gonflement : la sensation de boule anale est un motif fréquent de consultation en proctologie, seul ou associé.

Il peut correspondre à un prolapsus hémorroïdaire qui se

réintègre spontanément ou doit être repoussé après la selle. Il peut correspondre à des marisques, présentes en permanence, gênantes mais non douloureuses. Cela peut être une thrombose dont nous venons de voir les caractéristiques. Cela peut aussi être un des éléments péri-fissuraires : en effet, une fissure jeune est une ulcération isolée, mais avec le temps apparaissent deux lésions associées : une marisque ou capuchon de la fissure et une papille hypertrophique au niveau de la ligne pectinée.

Ces deux lésions peuvent grossir avec le temps, et ceci d'autant plus qu'elles auront été confondues avec des hémorroïdes et traités comme telles.

Ces trois questions bien précisées, il va sans dire que la consultation précisera également l'existence d'une constipation, dont le traitement est essentiel pour toute pathologie proctologique, d'un prurit, qui n'est pas un signe d'hémorroïdes, mais traduit l'existence le plus souvent d'une dermatite anale d'irritation auto-entretenu, et de signes pouvant faire redouter une lésion colique et justifiant d'autres explorations, mais ce n'est pas le sujet ici.

L'étape suivante est l'examen proctologique, redouté par le patient, et qui doit préciser le diagnostic le plus probable évoqué après notre interrogatoire.

Il se fera en décubitus latéral gauche, genoux bien fléchis, position moins désagréable pour le patient que la classique position genu-pectorale.

Deux cas se présentent le plus souvent :

- o **On soupçonne une fissure**, car il existe des douleurs, et parfois du sang, ces douleurs semblant réveillées par la selle. La fissure est neuf fois sur dix au pôle postérieur et on va écarter doucement la marge, ce qui permet de voir parfois directement l'ulcération postérieure, souvent légèrement latéralisée à droite ou à gauche. Parfois ce geste est trop douloureux en ne peut être réalisé sur un patient crispé.

On peut confirmer la fissure si on retrouve une marisque au pôle postérieur et une douleur élective par un toucher anal prudent, avec la première phalange, qui déclenche une douleur vive lors d'un appui léger au pôle postérieur. Il n'est pas utile d'aller plus loin car le toucher rectal est souvent impossible car trop douloureux.

L'anuscopie sera éventuellement faite dans un deuxième temps par le proctologue, le plus souvent avec un anoscope pédiatrique.

- o **On soupçonne des hémorroïdes**, car le patient signale des saignements parfois abondants, éclaboussant la cuvette des WC, sans douleurs associées, avec un prolapsus peu important qui se réintègre après la selle, seul

ou repoussé au doigt. L'examen externe est facile, pouvant montrer une marge anale normale. Il peut exister quelques marisques, séquelles de crises antérieures, et on peut voir les hémorroïdes internes affleurer, prêtes à se prolaber. Le toucher anal et rectal ne montrera rien de particulier, la présence d'hémorroïdes internes même volumineuses étant peu perceptible ; il permettra d'éliminer l'existence d'une tumeur rectale.

A ce stade, la distinction entre fissure et hémorroïdes a été faite, même si d'autres situations existent qui sont moins claires, mais cette démarche permet un diagnostic précis entre ces deux pathologies dans la majorité des cas.

Comment traiter ces deux pathologies ?

Les traitements en proctologie se divisent en traitements médicaux, instrumentaux et chirurgicaux.

- o **Le traitement de la constipation** est essentiel dans ces deux pathologies, et il devra être systématique. Il comporte un régime riche en fibres, associé si besoin à un mucilage type Ispaghul ou Psyllium qui paraissent les plus logiques en première intention par leur apport de fibres supplémentaires.

Une autre manière d'apporter des fibres consiste à prendre 1 à 2 cuillérées à soupe de graines de Lin ou de Chia par jour, avec des céréales ou dans un yaourt. Les autres laxatifs non irritants, Macrogol, Lactulose et paraffine peuvent être utilisés seuls ou en association avec un mucilage en fonction du résultat.

- o **Le traitement de la douleur** : il repose sur l'utilisation soit d'antalgiques soit d'anti-inflammatoires. Les anti-inflammatoires sont très efficaces, ne modifient pas le transit, mais présentent un risque en cas d'infection. Il ne faut donc les utiliser qu'après un examen ayant éliminé la possibilité d'un abcès.

Les antalgiques, comme la codéine, sont également efficaces, ne présentent pas ce risque mais favorisent la constipation, ce qu'il faut anticiper.

- o **Le traitement de la fissure anale** : la fissure anale est caractérisée par l'association d'une ulcération du canal anal et d'une hypertonie du sphincter. En l'absence de selle, l'ulcération va commencer à cicatriser, mais le passage de la selle suivante va casser cette cicatrisation et déclencher une douleur qui est une contracture douloureuse du sphincter interne ; cette contracture participe à la pérennisation de la fissure rendant le passage des selles plus difficile et favorisant ainsi la déchirure. Il s'installe ainsi un véritable cercle vicieux que le traitement va essayer de rompre. Localement on

prescriera un suppositoire de Titanoréine le soir au coucher, avec de la crème du même nom sur sa pointe, pour permettre une introduction non traumatisante. Cela doit permettre lors de la selle du lendemain de réaliser une lubrification lors du passage de la selle. Associé au traitement de la constipation, qui est essentiel, ce traitement peut être poursuivi 6 à 8 semaines pour obtenir la cicatrisation.

En cas d'échec ou de récurrence précoce, une indication chirurgicale peut se discuter, mais il n'y a pas de risque à proposer une poursuite du traitement médical. Pour la fissure, il n'y a pas de traitement instrumental : l'alternative est traitement médical ou chirurgie.

- o **Le traitement des hémorroïdes** : la « crise d'hémorroïdes » avec douleurs et tuméfaction correspond à une thrombose, et le traitement le plus efficace est représenté par les anti-inflammatoires (Kétoprofène par exemple). L'incision ou plutôt l'excision sous anesthésie locale doit être réservée aux thromboses très douloureuses avec un caillot bien visible et sans œdème. Le traitement local par crème et suppositoire est utile et peut s'associer à l'application de froid (glaçons au travers d'un gant de toilette, bains de siège d'eau froide) pour réduire la douleur.

L'utilisation de veinotoniques mérite quelques commentaires. Ces produits sont très utilisés en France et nous consommons l'essentiel de la production mondiale (40 millions de boîtes en 2002). Ils ont été déremboursés vers 2002 en raison d'un SMR (service médical rendu) insuffisant. Cela n'empêche pas leur utilisation de se poursuivre, avec des prix libres souvent élevés.

Pour l'anecdote, ces veinotoniques existaient il y a quelques décennies, avec des comprimés dosés à 125 mg avec un schéma thérapeutique à forte dose de 6 comprimés par jour pour soulager la crise hémorroïdaire. Des comprimés dosés à 500 mg ont donc été proposés, pour diminuer le nombre de prises par jour, mais très vite un protocole de traitement de la crise par forte dose a été recommandé, avec 6 cp à 500 mg.

On voit apparaître maintenant des comprimés dosés à 1000 mg... Raisonnablement, les veinotoniques ont certainement une petite efficacité sur la pathologie veineuse, et celle-ci est obtenue à la dose de 1 ou 2 comprimés par jour d'une diosmine dosée à 500 mg par exemple.

La prise de fortes doses, même sur quelques jours, n'a aucun intérêt et augmente les effets indésirables comme des épigastralgies. De plus, le coût est important pour les patients puisqu'ils ne sont pas remboursés.

Pour les hémorroïdes se manifestant par des saignements et par une tendance au prolapsus, les traitements médicaux (suppositoire, crème +/- veinotonique) peuvent

soulager momentanément les symptômes, mais ils ne modifient pas la structure des hémorroïdes, et seuls les traitements instrumentaux permettront d'éviter les récurrences.

Ces traitements sont représentés actuellement par les Infra Rouges, efficaces sur les saignements, et les ligatures, efficaces sur le prolapsus.

Quant à la chirurgie, elle est à réserver aux échecs de ces traitements. L'hémorroïdectomie classique par la technique de Milligan et Morgan reste la technique de référence, avec un risque de récurrence très faible, mais cela reste une opération lourde, douloureuse avec un arrêt de travail long (1 mois en général) et parfois des troubles résiduels désagréables.

C'est pourquoi, la tendance actuelle est de repousser autant que possible le recours à la chirurgie, en utilisant au maximum les possibilités des traitements instrumentaux, et en développant des techniques chirurgicales moins agressives, même si elles sont moins définitives (ligature guidée par doppler, radiofréquence, laser, technique de Longo).

Il faut toujours garder à l'esprit que les hémorroïdes et la fissure anale sont des pathologies bénignes, et que le but du traitement est de soulager le patient et pas d'obtenir un résultat anatomique parfait.

Pour conclure, en bon Français, le « *take home message* » que l'on peut retenir sur ces pathologies est le suivant : on peut avoir cet à priori chez un patient qui consulte pour ses « hémorroïdes » :

« Douleur anale = fissure » et « rectorragies isolée = hémorroïdes ». Cela évitera bon nombre d'erreurs et permettra de bien orienter le traitement et la prise en charge, tout en gardant bien sûr à l'esprit de ne pas négliger la possibilité d'une lésion recto-colique associée.



Atlas d'imagerie pelvienne

Dr Philippe BASSNAGEL, Radiologue - Groupe d'imagerie médicale IMALO.

Depuis un an, le site internet du CGLRE (Collège de Gynécologie de Lorraine et des Régions de l'Est) accueille un atlas d'images en gynécologie.

Le CGLRE a été fondé en 1987 et sa présidente actuelle en est le Dr Michèle Scheffler. Il a pour objectif la formation continue de ses membres par des soirées, webinaires, journées anniversaires et DPC sur des thèmes variés dans les domaines de la gynécologie.

Depuis l'origine, d'autres spécialistes ont été associées, principalement des radiologues et des anatomo-pathologistes plus particulièrement intéressés par la pathologie féminine.

C'est dans ce contexte que le projet de création et de mise en place d'un atlas d'imagerie en gynécologie a pu voir le jour. Il rassemble des images d'échographie, d'IRM et d'hystérogaphie classées par thèmes. Plusieurs chapitres sont déjà accessibles sur le site, et d'autres viendront progressivement enrichir la base actuelle.



Pour rendre ceci pédagogique, toutes les images sont annotées et accompagnées d'une légende et de texte explicatif. Le suivi clinique est donné lorsqu'il est connu et d'intérêt.

Outre la formation à l'imagerie gynécologique, l'atlas pourrait être utilisé pour identifier et caractériser une image rencontrée au cours de l'examen d'une patiente grâce au moteur de recherche. Par contre, il ne faudra pas y chercher un travail universitaire ou scientifique. Le but n'est pas de présenter l'épidémiologie, la thérapeutique, la génétique,... des pathologies. Il existe de nombreux ouvrages traitant de ces sujets.

La mise en ligne permet un accès facile et instantané par rapport à un ouvrage médical papier. Elle permet aussi d'incorporer des séquences vidéo échographiques, tant il est vrai que l'aspect dynamique et temps réel de l'échographie facilite la compréhension de l'anatomie pelvienne par rapport à une image fixe.

Ce travail a beaucoup bénéficié de l'apport des PACS, ces gros réseaux privés de transmission et d'archivage des images radiologiques, les rendant beaucoup plus facilement accessibles et utilisables (entre autre pour de la formation), et je voudrais donc remercier mes collègues du groupe Imalo.

Michèle Scheffler, présidente du CGLRE, Christian Scheffler, webmaster du site, et moi-même espérons que cet atlas trouvera son public et peut-être suscitera des vocations.

<https://atlas.cglre.org>



Il s'agit d'un travail qui se veut le plus exhaustif possible. En effet les banques d'images en ligne se limitent le plus souvent à quelques cas cliniques isolés, ne rendant absolument pas compte de la diversité des pathologies.

C'est ainsi qu'il atteindra réellement son objectif premier de formation de tous ceux intéressés par l'image.

Être exhaustif, c'est donc montrer tous les aspects que peut prendre une pathologie en imagerie. En d'autres termes, c'est illustrer par exemple l'ensemble de la sémiologie de l'endométriose pelvienne ou de la grossesse extra-utérine, les complications potentielles et les pièges.



anatomie & cytologie pathologiques

Centre de Pathologie Émile Gallé Groupe

Après avoir été internes, puis remplaçants assidus du Centre de Pathologie Emile Gallé Groupe (CPEGG) pendant de nombreuses années, les Docteurs Charlie Pierre et Clémence YGUEL rejoignent l'équipe en place depuis le 1^{er} janvier 2022. Il s'agit de l'aboutissement d'un compagnonnage et d'une formation complète associant le secteur public et l'exercice libéral.



Le docteur Clémence YGUEL

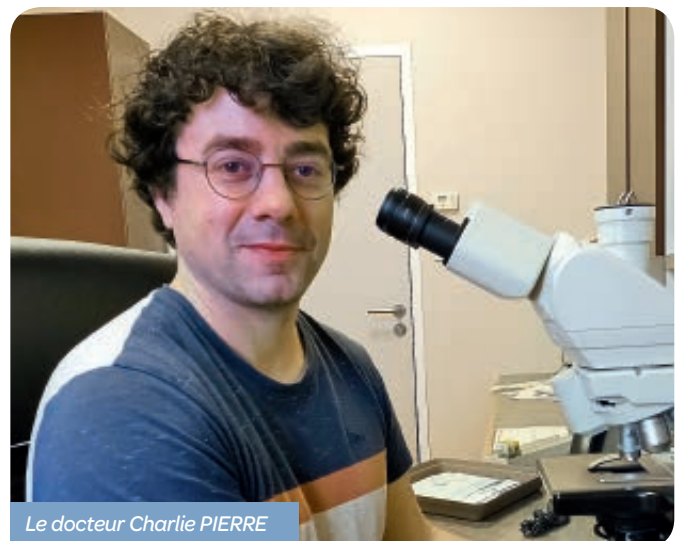
Les **Docteur Charlie PIERRE et Clémence YGUEL** ont réalisé leurs études de médecine à la faculté de médecine de Nancy, suivies d'un assistantat hospitalo-universitaire au sein du service de pathologie des hôpitaux de BRABOIS puis du service de Biopathologie du CHU de NANCY.

Après un stage de 6 mois au Centre de Pathologie Emile GALLE, ils débutent une collaboration avec notre structure par le biais de remplacements réguliers en parallèle de leur activité de secteur public.

Le Docteur PIERRE entame une période de remplacement exclusif à partir de novembre 2019 et le Docteur YGUEL à partir de juin 2021 pour rejoindre notre équipe définitivement au premier janvier 2022.

Le Docteur YGUEL obtient le DIU de dermato-pathologie en 2020 auprès de l'Université Paris-Est Créteil (UPEC). Au cours de ses 3 années d'assistantat, elle s'implique notamment dans les domaines de la pathologie thoracique, des pathologies hépatiques tumorales et inflammatoires ainsi qu'en dermatopathologie.

Le Docteur PIERRE se consacre essentiellement à l'hématologie, à la néphrologie, aux pathologies surrénaliennes et digestives.



Le docteur Charlie PIERRE

La biographie hospitalière, nouveau soin de support proposé aux patients en soins palliatifs à la Polyclinique de Gentilly

La biographie hospitalière est une démarche novatrice née en France en 2007 et encore peu développée.

Elle consiste à proposer au patient, à l'initiative de l'équipe soignante, de « déposer ses bagages », de réunir les pièces du puzzle et de les réordonner pour transmettre son histoire avec ses propres mots.

Le patient trouve dans la biographie un nouveau projet, qui l'ancre dans le présent, l'inscrit dans le vivant et lui redonne des points d'appui.

À l'issue de ces entretiens, le récit est retranscrit par la biographe à la première personne puis édité en un livre unique qui est offert au patient ou à la personne qu'il aura désignée.

Sophie Varadi, biographe hospitalière de l'**association Biographie Hospitalière Grand Est** intervient depuis quelques mois à la polyclinique de Gentilly. Comme elle l'explique « je ne signe pas le livre, le patient est son seul auteur. Mon objectif en écrivant est que le bénéficiaire du livre retrouve la personne, la musicalité de sa voix, son phrasé particulier ». À ce jour deux livres ont déjà été édités et deux sont en cours de finalisation.

L'association Biographie Hospitalière Grand Est a été créée en mars dernier pour faire la promotion de ce nouveau soin de support dans notre région, et récolter des fonds afin de pérenniser les interventions des 3 biographes en poste (Nancy, Metz, Strasbourg).

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à contacter directement Sophie : sophievaradi@gmail.com
Tél. 06 63 79 93 36



ASSOCIATION
**Biographie
Hospitalière**
GRAND EST



Les labellisations GRACE à la Polyclinique de Gentilly : la récompense d'un travail d'équipe

Délivrés par un organisme francophone de référence pour la RAAC (Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie), l'obtention de ces labels est un travail d'équipe dont l'objectif consiste à préparer et accompagner le patient avant, pendant et après son hospitalisation, afin de l'aider à récupérer plus rapidement et en toute sécurité après une intervention chirurgicale.

La Clinique de GENTILLY obtient les labels GRACE tous les ans :

- En orthopédie depuis 2017
- En chirurgie bariatrique depuis 2018
- et en chirurgie colorectale depuis 2019.



**Groupe francophone
de Réhabilitation
Améliorée après Chirurgie**

Un programme de récupération améliorée en chirurgie s'inscrit dans un projet d'établissement et la mise en place de ce programme représente une démarche d'améliorations des pratiques pour toutes les équipes.

Cela consiste principalement à :

- informer le patient et le former à la démarche ;
Le patient devient acteur de sa prise en charge.
- anticiper l'organisation des soins et la sortie du patient (situation de vie, réseau hôpital-ville-domicile) ;
- minimiser les conséquences du stress chirurgical ;
- contrôler la douleur dans toutes les situations ;
- favoriser et stimuler l'autonomie des patients.

Toute l'équipe est unie autour du patient pour faire réussir cette réhabilitation améliorée. La participation du patient et son adhésion sont essentielles pour la réussite de cette prise en charge dont la finalité est l'amélioration de la qualité de soins.

Accueil de nouveaux internes

Ce semestre, la Polyclinique de Gentilly - Nancy- Elsan accueille 5 internes et remplit sa mission en contribuant à la formation des médecins de demain.



Bienvenue aux nouveaux praticiens



Dr Fouad CHELBABI

Gastro-entérologue
Maladies de l'appareil digestif
• Endoscopie interventionnelle digestive
• Echo endoscopie digestive

Consultations sur rendez-vous
127 rue Saint-Dizier - 54000 NANCY
Tél secrétariat : 03 83 35 09 46



Dr Charlotte dei SVALDI

Médecin anesthésiste-réanimateur

Consultations sur rendez-vous
Centre Les Nations
23 Bd de l'Europe - 54500 VANDŒUVRE
Tél. 03 83 59 46 21

ELSAN
POLYCLINIQUE DE GENTILLY

ELSAN
POLYCLINIQUE DE GENTILLY
2 rue Marie Marvingt - 54000 NANCY
Tél. 03 83 93 50 00 - Fax 03 83 93 50 50
www.elsan.care/fr/polyclinique-gentilly

ELSAN
CLINIQUE AMBROISE PARÉ
265 rue Ambroise Paré - 54000 NANCY
Tél. 03 83 95 54 54 - Fax 03 83 98 75 44
www.elsan.care/fr/clinique-ambroise-pare-nancy

ELSAN
POLYCLINIQUE MAJORELLE
95 rue Ambroise Paré - 54000 NANCY
Tél. 03 83 94 41 00 - Fax 03 83 94 43 27
www.elsan.care/fr/polyclinique-majorelle

ELSAN
CLINIQUE SAINT-ANDRÉ
102 avenue Jean Jaurès - 54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY
Tél. 03 83 59 46 74 - Fax 03 83 51 22 40
www.elsan.care/fr/clinique-saint-andre