



Médecine du sport et mésothérapie

Par le Dr Jean-Hugues BRUN, médecin du sport à la Clinique de Saint-Omer

Médecin généraliste depuis 20 ans, diplômé d'une capacité en médecine du sport, d'un DIU d'échographie musculo squelettique et plus récemment du DIU de mésothérapie, j'ai eu la chance de rejoindre récemment la clinique de Saint Omer en temps partagé entre le SSR locomoteur, les soins externes et une activité de consultation de médecine du sport et de mésothérapie.

L'activité de consultation de médecine du sport s'adresse aux patients dans les suites d'un traumatisme sportif avec l'apport de l'échographie au cabinet, ainsi qu'aux différents certificats d'aptitude sportive avec possibilité de réalisation d'un ECG au cabinet.

A côté de la thérapeutique médicamenteuse classique je pratique la mésothérapie uniquement pour la prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur en association également avec les traitements paramédicaux que sont la kinésithérapie et l'ostéopathie.

Ma pratique quotidienne de cette thérapeutique alternative me conforte dans son innocuité et sa bonne tolérance. Elle présente peu de contre-indications et d'effets indésirables. Elle s'adresse tant aux sportifs qu'aux patients présentant des douleurs ostéo articulaires ou tendino-musculaires aiguës ou chroniques, voire même aux patients polypathologiques et/ou polymédiqués (même sous anticoagulants par exemple).

Les indications les plus fréquentes sont les tendinopathies aiguës ou chroniques, les lésions musculaires, l'arthrose rachidienne ou périphérique avec une non indication dans la coxarthrose.

On utilise un mélange le plus souvent d'AINS, de xylocaïne, de myorelaxant, de calcitonine, de magnésium et de complexes vitaminiques selon les indications.

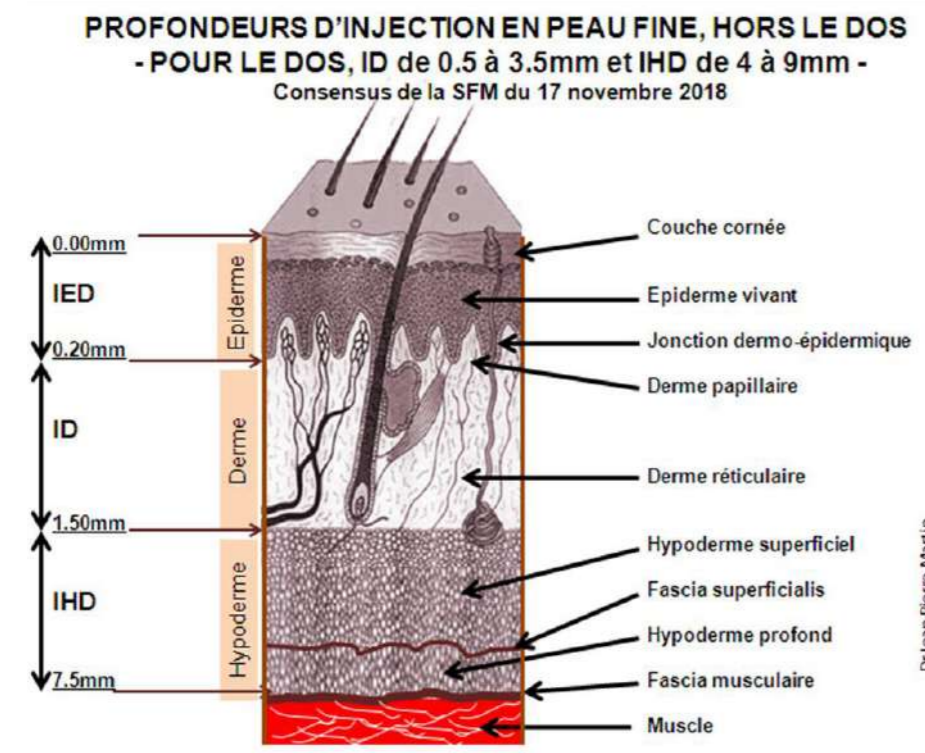
On utilise trois techniques différentes selon la profondeur d'injection qui sont l'intra épidermique, l'intra dermique superficielle, l'intra hypodermique profonde.

Cette thérapeutique nécessite en général un minimum de 3 séances avant d'évaluer son efficacité.

Je l'utilise fréquemment en alternative

aux infiltrations cortisoniques.

Elle nécessite idéalement un bilan diagnostic précis pour espérer un maximum d'efficacité.



Types d'aiguilles utilisées en mésothérapie (4, 6 ou 13 mm)



Techniques d'injection manuelle ou au pistolet



La prise en charge dans le service de SSR

Les patients qui sont opérés à la Clinique de Saint Omer pour des affections orthopédiques peuvent désormais être pris en charge dans un service dédié de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), anciennement nommés SSR. Par le Dr Jérémie BAILLIEZ, Médecin coordinateur du SMR de la Clinique de Saint-Omer.

Depuis fin novembre 2021, un service de SMR a été ouvert avec la mise en place de 10 lits d'hospitalisation de jour.

Ceci permet de proposer aux patients opérés à la Clinique, de divers motifs orthopédiques, une prise en charge globale et rééducative de qualité. L'avantage pour les patients est de pouvoir repartir au domicile une fois leur séance terminée (ce qui nécessite toutefois une certaine autonomie et un bon état général puisque les séances durent en moyenne 2h à raison de 5 séances par semaine).

Les motifs les plus fréquents sont l'implantation de prothèses des membres inférieurs (genou et hanche), les chirurgies de l'épaule (implantation de prothèse et/ou réparation tendineuse après rupture de la coiffe des rotateurs) mais également les ligamentoplasties du genou (après un traumatisme occasionnant une rupture des ligaments croisés) ainsi que les lésions survenant dans les suites de traumatismes divers (fractures de membres, rupture tendineuse, etc.).

Cette prise en charge rééducative après intervention chirurgicale s'effectuera en lien avec les parcours de soins orthopédie où les patients réaliseront déjà un bilan initial au sein de la Clinique avant d'être opérés. Ils verront leur chirurgien et l'anesthésiste pour décider des modalités de l'opération. Au cours de la même journée, ils y rencontreront pour la première fois le médecin ainsi que les intervenants paramédicaux qui seront en charge de leur rééducation après l'intervention.

L'équipe médicale et paramédicale est composée de multiples intervenants :

D'un médecin responsable de la rééducation, le Dr BAILLIEZ, secondé par le Dr BRUN, qui sont accompagnés d'une équipe de kinésithérapeutes (Guillaume, Thomas, Justine, rejoints prochainement par Céleste), d'une ergothérapeute (Céline) ainsi que d'une infirmière coordinatrice (Aurélië) en charge de l'accueil des patients, de

la coordination des intervenants, et d'éventuels soins de plaies complexes. Une assistance sociale intervient également ponctuellement lors de difficultés rencontrées au domicile. Le plateau technique bénéficie de nombreux appareils spécifiques à la rééducation : arthromoteur, tapis de marche, présence de barres parallèles pour réalisation de parcours de marche, appareils de renforcement musculaire (électrothérapie, presse, renforcement avec poids/élastiques, vélo, etc.), tables de massage individuelles. Une salle spécifique est également dédiée à la réévaluation des plaies complexes post-opératoires par l'infirmière, le médecin, et appel du chirurgien si besoin.

Comment se passe la prise en charge ?

Le patient est accueilli par l'infirmière coordonnatrice, qui procède au recueil des informations administratives, anticipe d'éventuels problèmes d'autonomie au domicile, et remet un livret d'adaptation à la vie avec une prothèse. Ensuite un bilan complet, médical et rééducatif, est réalisé par le médecin afin de déterminer le protocole de rééducation le plus adapté au profil du patient et à son intervention, en collaboration étroite avec les chirurgiens orthopédistes de la Clinique.

Une fois le protocole établi, le patient pourra débuter sa rééducation qui sera intensive puisqu'en moyenne les patients viennent pour des séances quotidiennes de 2h, à raison de 5 fois par semaine. Ils seront pris en charge différemment en fonction du type de chirurgie : par les kinésithérapeutes uniquement (prothèses de genou, ligamentoplastie du genou), ou en association avec notre ergothérapeute (prothèses de hanche, prothèses d'épaule ou chirurgie de la coiffe).

Ceci nécessite donc un bon état général préalable du patient. Toutes les personnes n'ayant pas une autonomie suffisante au domicile, ou en incapacité de suivre le rythme intensif de cette rééducation devront être orientées vers un service d'hospitalisation complète de SMR (ailleurs dans la région). Une unité disposant d'une capacité de 30 places

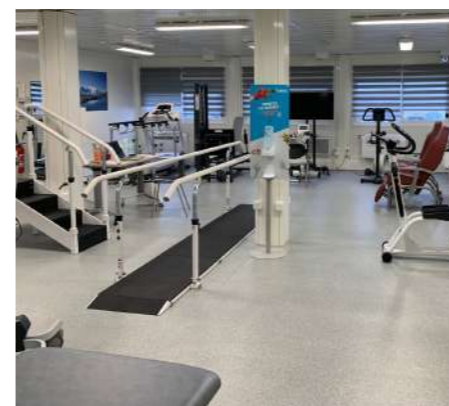
ouvrira à la Clinique de Saint Omer dès la fin des travaux du nouveau Centre de Réadaptation prévus pour la fin de l'été 2023.

Quelles sont les solutions de recours en cas de traumatisme à domicile ou de survenue des complications en dehors des horaires d'hospitalisation ?

La Clinique de Saint Omer est pourvue d'un Service d'Accueil Médical de Jour (SAMJ) pouvant accueillir les patients pour être examinés cliniquement par un médecin spécialisé en traumatologie, les Dr BRUN et RIALLAND. Des bilans radiographiques peuvent y être réalisés, voire d'éventuels scanners si nécessaire.

Que se passe-t-il en fin d'hospitalisation ?

Les patients reviennent une dernière fois le médecin la semaine de leur sortie pour une réévaluation finale où sera abordé l'après-hospitalisation : la poursuite du travail kiné en libéral pendant 1 à 2 mois en moyenne, avec ordonnances de kiné prescrites et courriers de sortie adressés au médecin traitant, donnés le jour de leur sortie.



À LA UNE

La Clinique de Saint Omer continue de s'inscrire dans une dynamique de développement alliant qualité, offre de soin de proximité et extension/rénovation de ses infrastructures

Depuis un an, les équipes de la Clinique de Saint Omer travaillent sur la mise en place de nouveaux parcours de soins en appui des différentes intervention chirurgicales. A cette fin, une Unité de Parcours de Soins Coordinnés a été créée. Elle regroupe un ensemble de professionnels intervenant dans différents parcours pré-opératoires ou post-opératoires. Ainsi, pour chacun des parcours une ou plusieurs Infirmières Coordinatrices ont été formées. Telles des chefs d'orchestre, elles mettent en musique le parcours patient en faisant appel aux différentes compétences médicales et paramédicales : Anesthésistes, radiologues, kinés, ergothérapeutes, psychologues, diététiciennes, Educateurs d'Activité Physique Adaptée, réflexologues, médecin du sport, médecin coordinateur, etc. Les patients peuvent donc bénéficier de ces parcours en orthopédie (notamment pour les prothèses de hanches et de genou), en

chirurgie de l'obésité et en cancérologie. Des programmes d'éducation thérapeutiques en obésité chirurgicale et médicale et demain en cancérologie viennent compléter ces prises en charge. Celles-ci visent à compléter l'offre de soins en proposant une prise en charge adaptée, sur-mesure et de proximité.

Il est important de souligner que ce développement se fait en intégrant au quotidien la qualité dans nos différents projets. Parallèlement, la Clinique de Saint Omer a engagé un important chantier d'extension et de rénovation de ses infrastructures en appui à l'obtention d'une nouvelle autorisation de Soins de Suite et Réadaptation. La Clinique de Saint Omer ne manque pas de projets tant au niveau du développement médical que de la rénovation des infrastructures. Elle a la chance d'être soutenue par le groupe Elsan qui investit sur ces différents projets

au bénéfice des parcours patients et de l'offre de soins. Cette dynamique et la qualité de la prise en charge des équipes au quotidien constituent une vraie chance.

Enfin, la Clinique de Saint Omer participera prochainement au déploiement du projet Hos'Care Tour, la Prévention by ELSAN dont l'objectif est de mener des actions de sensibilisation et de prévention sur différents domaines (obésité, cancérologie, addictologie, etc.). Ce projet s'inscrit dans la dynamique de territoire de l'ensemble des Cliniques du Groupe Elsan. Cette dynamique permet également la mise en place au sein de chaque établissement de nombreuses actions liées à la Qualité de Vie au Travail (Mise en place d'un local aménagé pour la pratique du sport - local détente, Séances de bien-être, Intervention d'un ergonome sur les postes de travail exposés aux charges lourdes, etc.).



Comment soigner une arthrose de genou... symptomatique ?

Par le Dr Franck REMY, Chirurgien Orthopédiste à la Clinique de Saint-Omer et Président de la Société Française Hanche et Genou

La Gonarthrose est un véritable problème de santé publique (35% des arthroses). Elle est assimilée à un signe précoce de vieillissement. Elle garde l'image d'une fatalité liée à l'âge, évoluant inexorablement vers un handicap fonctionnel.

L'arthrose du genou résulte de l'usure progressive du cartilage articulaire du genou. Elle entraîne douleurs, impotence fonctionnelle et limitation des activités. C'est la mobilité du genou qui est particulièrement limitée, rendant compte d'une dépendance du patient. La déformation du membre survient sur des arthroses évoluées.

La gonarthrose se traduit radiologiquement et essentiellement par un pincement des interlignes articulaires, définissant une arthrose partielle ou globale sur les 3 compartiments du genou. (image 1)



Si l'arthrose du genou est le plus souvent primitive, elle peut aussi être secondaire à des traumatismes connus (fractures du genou, lésions des ligaments et/ou ménisques) ou des microtraumatismes répétés (ports de charge lourdes, agenouillements, accroupissements, sports intensifs); ou encore aggravée par des facteurs de risque comme l'obésité et les déformations constitutionnelles du genou.

La demande de prise en charge des patients est réelle, quotidienne en consultation, pressante tant le handicap fonctionnel est prégnant. Les attentes concernent surtout le soulagement de

la douleur, qui est le maître symptôme, mais dont l'intensité n'est pas corrélée à la sévérité de l'usure radiographique. La récupération de la mobilité du genou, la correction de la déformation, l'obtention d'une stabilité sont autant d'attentes du patient.

Beaucoup de traitements sont à notre disposition pour répondre aux demandes des patients.

Le traitement médical est toujours de mise en première ligne dans le traitement de la gonarthrose, en particulier quand le pincement articulaire est modéré ; mais de véritables pincements radiographiques sont très peu symptomatiques justifiant quand la demande fonctionnelle est modérée, de recourir au traitement médical. Celui-ci est conservateur, visant à garder le genou natif ; il traite les symptômes mais ses objectifs sont d'obtenir une analgésie durable et le ralentissement de la dégradation du cartilage

Nous avons à notre disposition de nombreuses options thérapeutiques :

-Les traitements non pharmacologiques sont systématiquement encouragés : la perte de poids, l'exercice physique, les orthèses, les cures thermales, et l'éducation thérapeutique.

-La kinésithérapie a un effet franc sur la douleur et le maintien de la mobilité et de la tonicité des parties molles.

-Les traitements pharmacologiques à visée symptomatique sont nécessaires même s'ils n'ont pas vocation à être définitifs. Le paracétamol et les AINS sont débutés pour 2 à 3 semaines, permettant d'évaluer leur effet.

-Les traitements symptomatiques par voie locale sont largement employés. La corticothérapie intra articulaire a une action antalgique rapide et précoce mais de courte durée. Enfin, Les topiques locaux à action anti-inflammatoire ont un effet significatif dans la gonarthrose.

-Les traitements pharmacologiques de fond par voie générale sont souvent utilisés mais pas indispensables. Ils n'ont pas d'effet à court terme. Les antiarthrosiques d'action lente n'ont pas toujours d'effet sur la douleur.

-Les traitements pharmacologiques de fond par voie locale sont indispensables et c'est l'acide hyaluronique qui est le plus actif et le plus utilisé en pratique. Cette viscosupplémentation a une action antalgique à distance de l'injection souvent 4 à 8 semaines plus tard et dure au moins 3 mois.

En cas d'échec du traitement médical, **une indication chirurgicale** doit être discutée, parfois rapidement devant l'insuffisance de résultat, notamment sur la douleur :

-L'arthroscopie a peu d'indication et des résultats totalement imprévisibles sur l'amélioration des symptômes.

-La chirurgie conservatrice a toute sa place dans la gonarthrose du sujet jeune ; il s'agit le plus souvent d'une ostéotomie tibiale de valgisation dans le genu varum (image 2), plus rarement d'une ostéotomie fémorale ; 2 fois sur 3, l'amélioration fonctionnelle est significative sur la douleur pendant 10 ans. Cette chirurgie représente 5 % des indications chirurgicales.



-La Chirurgie prothétique représente l'essentielle des techniques utilisées, soit 110000 prothèses par an en France ; nous disposons des arthroplasties partielles (10 à 15 % des prothèses posées) mais surtout des arthroplasties totales de genou pour la plupart des genoux prothèses. Les objectifs sont d'obtenir un genou indolore, axé, mobile et stable. Les indications d'une prothèse unicompartmentale (image 3) ou totale (image 4) sont connues, précises, scientifiquement validées.



Les techniques opératoires sont parfaitement maîtrisées par un chirurgien du genou. Les résultats sont attendus, prévisibles et doivent répondre aux souhaits des patients.

PIEZOSURGERY et Chirurgie Orthognathique

Par le Dr Antoine Delforge, Dr Marion Constant et le Dr Constance Delmotte, chirurgiens maxillo-faciale à la Clinique de Saint-Omer



► Qu'est ce que la chirurgie orthognathique ?

Il s'agit de la chirurgie qui vise à opérer les mâchoires et rétablir une bonne occlusion dentaire.

C'est une chirurgie qui a un double but: fonctionnel et esthétique.

On peut opérer la mâchoire du haut: le maxillaire; celle du bas: la mandibule; et enfin le menton, ou génioplastie.



Elle s'adresse aux adolescents et adultes qui ont des demandes d'ordre esthétique (menton en avant ou en arrière, profil disgracieux, sourire gingival etc...) ou fonctionnelle (articulations qui craquent).

► Qu'est-ce que la Piézosurgery?

C'est un outil chirurgical qui repose sur le principe des ultrasons. Le principe est d'entraîner par vibration une coupe osseuse précise. C'est utilisé dans de nombreuses spécialités dont la chirurgie maxillofaciale.

► Quels sont les avantages de la Piézosurgery?

- Les coupes osseuses sont plus précises donc plus sûres :
- Moins hémorragique
- Moins de gonflement
- Moins de douleur au réveil
- Epargne morphinique et moindre consommation en anesthésiants per-opératoires

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la fiabilité des implants et des techniques chirurgicales, la PTG s'adresse aujourd'hui à des patients de tous âges et de plus en plus actifs.

Au final, le praticien possède un arsenal thérapeutique parfaitement établi pour répondre aux attentes des patients atteints d'une gonarthrose symptomatique.

Le traitement médical prévaut en première intention mais la chirurgie permet de restaurer le mouvement et l'autonomie du patient lorsque l'arthrose symptomatique est sévère.

- Hospitalisation plus courte
- Récupération plus rapide en post-opératoire

► Son usage à la clinique de Saint Omer

Cette technique est utilisée à la clinique de Saint omer depuis maintenant 4 ans. Les durées d'hospitalisation ne dépassent pas une nuit et l'usage d'antalgiques de pallier III est réduit considérablement en post-opératoire.

Piézosurgery



La chirurgie mammaire

Par le Dr Alexandra TUDOSA, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique à la Clinique de Saint-Omer

Selon les statistiques la chirurgie mammaire occupe la première place dans les interventions chirurgicales esthétiques.

Pour les femmes, les procédures chirurgicales les plus courantes dans le monde sont restées les mêmes en 2020, l'augmentation mammaire représentant 16 % de toutes les procédures, la liposuction 15,1 %, la chirurgie des paupières 12,1 %, la rhinoplastie 8,4 % et l'abdominoplastie 7,6 %. (source ISAPS).

En ce qui concerne les hommes les procédures chirurgicales les plus courantes continuent d'être la gynécomastie, la chirurgie des paupières, la liposuction, la rhinoplastie et la chirurgie de l'oreille. La plupart des interventions chirurgicales ont été pratiquées sur des femmes ayant entre 35 et 50 ans.

La chirurgie mammaire s'adresse aux femmes qui ont à la fois une petite poitrine et veulent l'augmenter, une poitrine très généreuse et veulent la réduire ou une poitrine tombante et veulent la remonter.

Pour l'augmentation mammaire nous avons comme option l'augmentation par prothèse, lipofilling (réinjection de sa propre graisse) ou mixte (les deux techniques même temps).

La réduction mammaire s'adresse aux femmes qui ont une poitrine trop volumineuse qui peut être très gênante et provoquer des douleurs au niveau du dos et des gênes lors de la pratique du sport.

La réduction mammaire est une intervention chirurgicale conçue pour diminuer le volume des seins et les rendre plus proportionnels avec le reste du corps.

L'hypertrophie mammaire est généralement d'origine congénitale ou hormonale et qui peut être la cause de désagréments physiques et psychologiques chez la femme en question.

Une réduction mammaire est utile dans certains cas pour soulager l'inconfort psychologique ou physique dû à l'un de ses symptômes :

•**la ptose** (relâchement) des seins suite à l'altération de l'élasticité des tissus.

•**l'asymétrie mammaire** qui rend la poitrine disgracieuse et le port du soutien-gorge inconfortable.

•**l'irritation cutanée** sous les seins causée par la transpiration.

•**les douleurs dorsales et lombaires** relatives à la masse excédante des seins sur le reste du corps.

•**les déformations squelettiques et des difficultés respiratoires.**

Pour cela, la diminution du volume mammaire peut être pratiquée même pour les filles de 16 ans afin d'éviter d'éventuelles complications telles que des douleurs au niveau du dos ou une arthrose.

Une mastopexie ou un lifting des seins peuvent permettre de réduire le volume des seins, de corriger la ptose et une éventuelle asymétrie.

En ce qui concerne les seins tombants ou asymétriques, nous pouvons réaliser la mastopexie avec ou sans augmentation.

Une mastopexie ou un lifting des seins nécessite la séparation de l'enveloppe de peau trop large, du tissu mammaire insuffisant pour la remplir. Le tissu mammaire est alors remonté et le surplus de peau supprimé.



Reconstruction mammaire droite par prothèse et symétrisation gauche par lifting mammaire



Augmentation mammaire avec prothèses



Reconstruction par lipofilling