

La lettre

Des Etablissements ELSAN
Hauts-de-France

 **ELSAN**
Notre Santé autrement



ÉDITO



Kami MAHMOUDI,
Directeur de Territoire
- Hauts de France
Groupe ELSAN

Cette rentrée de septembre a cela de particulière qu'elle nous embarque dans une certaine normalité. La crise sanitaire semble être derrière nous et nous sommes une nouvelle fois confrontés à des évolutions économiques qui nous apportent la tangibilité de ces dernières années. Cette fois, la pression économique se porte sur l'augmentation des prix, plus communément nommée inflation. De l'énergie à l'alimentaire, en passant par les vêtements ou encore notre abonnement téléphonique, tout augmente. La Santé, et particulièrement son coût, n'est pas en reste. Sur nos 10 établissements ELSAN des Hauts de France, l'impact prévisionnel pour l'année 2022

est de l'ordre de 2 millions d'euros. Le secteur de l'hospitalisation privée est régulé par l'état à travers un mécanisme connu des initiés : la tarification à l'activité. Cela signifie qu'à chaque type de prise en charge correspond un tarif unique. La nomenclature des interventions et des tarifs est établie annuellement et s'applique à tout le secteur de l'hospitalisation privée de France et correspond à la majeure partie des revenus de l'établissement de santé. En effet, près de 85% de nos revenus proviennent de ce mécanisme, le reste correspondant pour l'essentiel à des prestations hôtelières. Ces revenus nous permettent ainsi de dispenser le soin dans des conditions les plus pertinentes et efficaces. C'est le coût de ces soins qui a augmenté de deux millions d'euros dans nos établissements ELSAN des Hauts de France sans que nous connaissions une évolution de nos revenus. La situation est grave et nous avons besoin du soutien de l'état et de ses instances

de régulation pour nous accompagner financièrement. Il en va de notre responsabilité d'alerter le plus grand nombre sur le risque que cette situation suscite. Pour autant, et c'est le propre de notre mission, « the show must go on ». Nous sommes deux mille professionnels de santé, infirmiers, médecins, aides-soignants, techniciens, brancardiers, agents de service ou administratifs, à nous réveiller chaque jour dans un objectif commun : prendre soin. Malgré ces deux dernières années d'investissement intense, malgré cette fatigue physique et parfois morale que nous avons ensemble affrontée, nous sommes toujours debout et avons la ferme intention de continuer à déployer notre énergie positive. Cette détermination mérite le respect. Ce respect cultive notre engagement. « Seul est digne de la vie celui qui chaque jour part pour elle au combat » disait Goethe. Tout est dit.

NOS ÉTABLISSEMENTS ELSAN HAUTS-DE-FRANCE



Hôpitaux Privés du Hainaut

Polyclinique Vauban
10 Avenue Vauban
59300 Valenciennes
03 59 75 17 52

Polyclinique du Parc
48 rue Henri Barbusse
59880 Saint Saulve
03 59 75 07 51

**Centre de Rééducation Fonctionnelle
La Rougeville**
89 rue Henri Barbusse
59880 Saint Saulve
03 59 75 06 60

**Centre de cancérologie Les
Dentellières - ELSAN**
8-10 Avenue Vauban
59300 Valenciennes
03 27 09 10 10

Institut Ophtalmique de Somain
28 rue Anatole France
59490 Somain
03 27 99 88 88

Clinique du Cambrésis
102 boulevard Faidherbe
59400 Cambrai
03 59 75 27 53

Hôpital Privé Saint Claude
1 Boulevard du Dr Schweitzer,
02100 Saint-Quentin
03 59 75 37 54

Clinique de Flandre
300 Rue des Forts, 59210
Coudekerque-Branche
03 74 82 82 00

Clinique Villette
18 Rue Parmentier
59240 Dunkerque
03 64 54 70 54

Clinique de Saint-Omer
71 Rue Ambroise Paré
62575 Blendecques
03 64 54 70 70

Gériatrie

Cardiologie

ORL

Gynécologie

Vasculaire

Orthopédie

Médico-technique

Cancérologie

Médecine interne

Urgences

Stomatologie

Esthétique

Digestif

Pédiatrie

Angiologie

Douleur

Endovasculaire

Neurochirurgie

Polysomnographie

Centre de dialyse

Radiothérapie

Maxillo-facial

Soins de Suite et de Réadaptation

Chimiothérapie

Soins de Suite et de Réadaptation Cardiologique

Consultations non programmées

Anesthésie

Ophtalmologie

Néphrologie

Maladie du sommeil

Main

Uro-Néphro-Andrologie

Centre de Rééducation Fonctionnelle

Médecine du sport

Urologie

Implantologie Orale

Neurologie

Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalent

Gastro-entérologie

Institut de l'Obésité

Infectiologie

LE TERRITOIRE ELSAN DES HAUTS DE FRANCE OU LA TRANSVERSALITÉ PARTENARIALE

La mise en place de notre stratégie territoriale nécessite une approche globale et collective.

Chacun de nos directeurs d'établissements, ainsi que nos responsables fonctionnels de territoire jouent un rôle majeur dans la transversalité des sujets. Ils pilotent chacun une coordination sur un item spécifique et s'appuient sur un réseau de référents dans chaque établissement.

Cette dynamique collective, inscrite dans une démarche d'amélioration coordonnée, a pour objectif continu d'interroger et faire évoluer notre système de pensée et de pratiques. Son efficacité se vérifie dans la créativité de l'action engagée et la diversité des mises en œuvre.



Fayçal EL JARROUDI, Chef de projet/ARC Coordinateur - Territoire ELSAN des Hauts-de-France



Recherche Clinique

« Au sein du territoire ELSAN des Hauts-de-France, la recherche clinique contribue au progrès des soins, de la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Elle détermine la sécurité et l'efficacité des médicaments, des appareils, des produits de diagnostic et des schémas thérapeutiques destinés à l'homme. Les acteurs de l'offre de soins et de leurs organisations peuvent passer par l'expérimentation et l'évaluation des technologies de santé et de nouveaux modèles de soins pour améliorer leur performance. »

Floriane URRU, Chargée de recrutement - Territoire ELSAN des Hauts-de-France



Politique de Recrutement Médical

« L'enjeu du recrutement médical est de savoir identifier les besoins du territoire, de cibler les objectifs et de composer avec les exigences du métier. Trouver le bon équilibre entre la demande en interne et le marché du travail. Partager nos valeurs et donner envie de travailler conjointement. Ma mission consiste à sourcer, approcher, sélectionner et présenter nos talents de demain. »

Elisa DYLIK, Tim référente - Territoire ELSAN des Hauts de France



Mutualisation des organisations - Exemple de DIMSAN

« La mutualisation de nos équipes au sein des Hauts de France permet de créer une dynamique positive pour l'organisation et pour les équipes. Ce décloisonnement entre établissements et cette entraide permettent à chaque technicienne en information médicale d'évoluer en compétences (codage de dossiers plus complexes ou de différentes spécialités). Cette organisation permet également de travailler de manière plus sereine, car chaque TIM sait qu'elle peut compter sur une équipe qui peut pallier aux imprévus ou difficultés (arrêts, congés, changement de logiciel...). Les médecins DIM et moi-même sommes fiers d'avoir une équipe efficace qui rayonne au sein des Hauts-de-France, mais aussi à l'extérieur en codant pour d'autres cliniques au sein du groupe ELSAN. »



Florence POUILLAUDE, Responsable qualité - Gestionnaire des risques de la Clinique du Cambrésis
Coordination Prévention & RSE

« Notre organisation nous permet d'avancer tous ensemble avec nos idées, nos envies mais aussi nos différences. Notre objectif est de mettre en place des actions qui ont du sens et répondent réellement aux besoins des patients, des salariés et de la planète. Nous travaillons main dans la main avec une vraie entraide pour progresser tous ensemble au niveau du territoire. »



Anne-Line SWITALSKI, Référente dossier patient informatisé de la Polyclinique Vauban
Harmonisation du logiciel Dossier du Patient Informatisé EMED & WEB100T

« Le référent métier Dossier Patient Informatisé a pour mission le déploiement et la maintenance du dossier en collaboration avec la direction des soins infirmiers et le Responsable du Système Informatique. Il est en charge du paramétrage du logiciel et de son adaptation en fonction des évolutions de l'activité de l'établissement. Responsable de la formation et de l'accompagnement des utilisateurs, il participe également aux différentes commissions se rapportant au dossier patient. »



Natacha MISERONT, Responsable Hospitalité de l'Hôpital Privé Saint-Claude
Nouvelles offres clients/patients

"L'équipe Territoriale hospitalité a à cœur d'améliorer le confort et la satisfaction des patients tout au long de leurs parcours de soin. L'homogénéisation des offres hospitalité, l'accompagnement des équipes dans les différents établissements, la formation des agents, le développement de la pré admission en ligne ainsi que la rénovation des espaces dédiés aux patients sont des projets déjà bien avancés. La diversité, la dynamique et l'expérience partagée de ce groupe de travail nous permettent de nous adapter aux besoins exprimés par les patients."



Clément JURIN, Responsable Opérations Systèmes d'information
Coordination des systèmes d'information

« Mon métier de Responsable Opération Systèmes d'Information se résume à 3 orientations : maintenir en condition opérationnelle les systèmes, participer aux projets des établissements et du territoire et de mettre en œuvre les actions et les politiques du groupe. La diversité, l'intensité et le sens font la richesse de cette mission. L'ensemble des techniciens et moi-même, accompagné par des experts techniques au siège, sommes au service des métiers afin de faciliter l'usage des outils et les accompagner dans leurs changements et leurs objectifs opérationnels. »



Mathilde THERET, Chargée de communication - Territoire ELSAN des Hauts-de-France
Communication

« Concevoir et mettre en œuvre les supports et actions de communication print et web du territoire. Valoriser les projets, les prises en charge et les actions portées par les établissements, tout en respectant la charte graphique Elsan afin que les communications soient harmonieuses. S'assurer de la qualité et de la cohérence des communications avec les équipes et que tout cela s'exerce en cohérence avec la stratégie de communication territoriale. »



Jean-François PEIGNE, Responsable qualité – Gestionnaire des risques de la Clinique de Saint-Omer
Coordination Qualité

« Mon rôle est de coordonner la mise en œuvre des actions afin de garantir aux patients et à leur entourage une prise en charge de qualité et dans le respect des conditions de sécurité. Au sein du territoire, nous avons une coordination avec l'ensemble des responsables qualité des 8 établissements Elsan des Hauts-de-France. Ce travail collaboratif nous permet d'échanger tous les mois sur nos bonnes pratiques et d'identifier des axes d'amélioration communs. Nous réalisons également des évaluations croisées au sein de nos différents services afin d'identifier nos axes de progrès dans l'intérêt de la prise en charge des patients. »



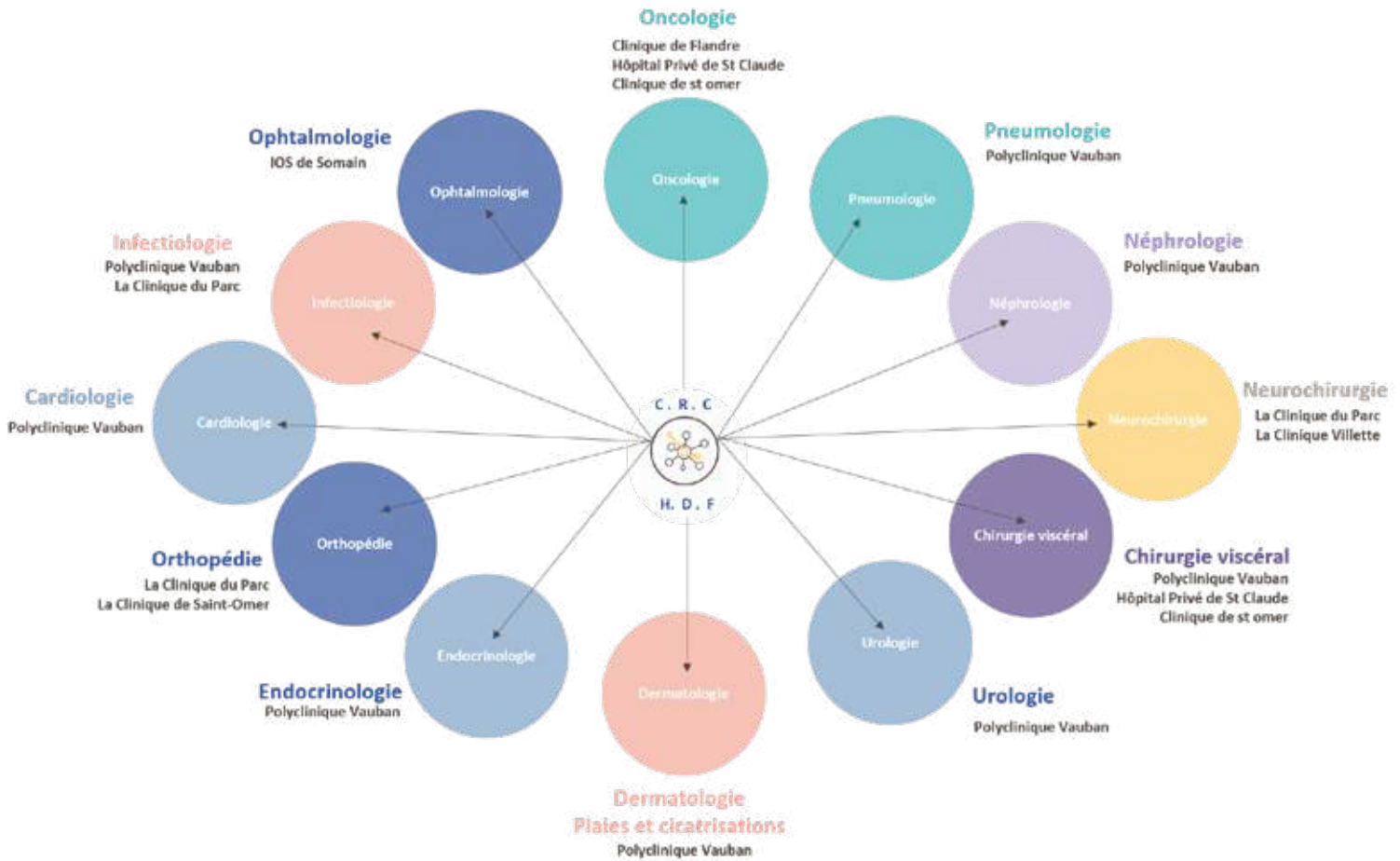
Chloé VASSEUR, Responsable qualité - Gestionnaire des risques de l'Institut Ophtalmique de Somain
Qualité de Vie au Travail

« Depuis plusieurs années, la direction et les équipes s'impliquent dans la démarche QVT. Cependant, depuis deux ans, elle connaît une véritable accélération ! Développée à l'échelle des cliniques, nous avons eu l'opportunité dans le cadre d'un appel à projet de mettre en place des actions sur le territoire toujours plus importantes. Cela nous a notamment permis de déployer des formations en sophrologie, en cohérence cardiaque ou encore en PRAP pour permettre aux professionnels de devenir acteurs du bien-être au travail. Nous avons également mis en place des séances de bien-être ainsi que l'ouverture d'une salle de sport pour nos professionnels dans nos cliniques. En parallèle, des comités QVT ont été mis en place avec les professionnels afin de mettre en œuvre leurs idées. Ainsi, récemment, nous avons pu organiser des séances de sport collectives au sein des cliniques dans la salle de sport sur des créneaux réservés. »



La Cellule de Recherche Clinique ELSAN Hauts de France

AXES DE DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ DE LA CELLULE DE RECHERCHE CLINIQUE DU TERRITOIRE DES HAUTS DE FRANCE



Les établissements ELSAN des Hauts-de-France ont mutualisé leurs ressources pour offrir un accompagnement de qualité aux porteurs de projets et aux investigateurs souhaitant participer à la recherche clinique. Une cellule de recherche clinique territoriale a pu voir le jour grâce à la collaboration du directeur du territoire et d'une équipe de coordination composée de :

- Médecin coordinateur
- Chef de projet/Arc coordinateur
- Médecin responsable des missions médicales
- Contrôleur financier
- Responsable projets et communication

La Cellule de recherche clinique au sein des établissements ELSAN des Hauts de France nécessite des expertises suivantes :

- Recherche clinique : Attaché de Recherche Clinique dédié à la recherche et à la gestion des visites patients

- Médicale : investigateurs impliqués dans les études
- Paramédicales : infirmiers/ières pour la partie technique
- Pharmacie : dispensation et gestion des traitements...
- Laboratoire d'analyse médicale

Nous avons des patients qui sont suivis dans les différents protocoles d'études Cliniques. Nous travaillons actuellement avec des laboratoires Pharmaceutiques, des Centres hospitaliers universitaires et le Groupe de coopération sanitaire d'Elsan basé au siège.

Certaines des études cliniques ont pour but de promouvoir le lancement de nouvelles molécules, de nouveaux dispositifs médicaux dans différentes pathologies ou d'innovation dans les parcours de soins. De par le nombre de patients inclus, nous figurons parmi les centres privilégiés de certains promoteur ou laboratoire. La participation des patients à la recherche leur permet d'accéder à des

thérapies nouvelles ou à des stratégies innovantes dans les essais Cliniques avec des nouvelles molécules qui dans leur schéma thérapeutique peuvent s'avérer révolutionnaire.

La cellule de recherche des Hauts de France a beaucoup d'ambition avec une énorme collaboration et implication des médecins investigateurs pour la réussite des essais cliniques et afin de promouvoir la recherche au sein des différents établissements et dans tout le groupe.. Nous donnons beaucoup d'importance à la réussite des essais cliniques avec de la qualité dans le suivi des études, la compliance aux protocoles, le suivi des patients, la saisie des données, ...

L'investigation en cours concerne plusieurs spécialités comme la Cardiologie, l'Urologie, la Néphrologie, la Cancérologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, la pneumologie, ...



Création d'une équipe opérationnelle de parcours

Depuis septembre 2022, une équipe opérationnelle de parcours a été créée au sein des établissements ELSAN des Hauts-de-France. Son rôle est d'accompagner le déploiement et développement de nos Unités de Parcours de Soins Coordonnés dans chacun des établissements Elsan des Hauts-de-France.

Cette équipe est composée de :

- Caroline Vangheluwe : médecin DIM régionale
- Mélanie Decambron, Chargée de missions médicales Elsan Hdf
- Mina Lgarch, Coordinatrice de l'UPSC de la Polyclinique Vauban
- Séverine Letot, Coordinatrice de l'UPSC de la Polyclinique du Parc
- Clement Maillard, Coordinateur de l'UPSC de l'Hôpital Privé Saint Claude

Sur chaque établissement, des référents parcours ont été nommés :

- Polyclinique Vauban : Dr Vaneuville et

Flore Lemaire

- Polyclinique du Parc : Amandine Hupliez, Monique Blat, Aline Thebault
- Clinique du Cambrésis : Hélène Bar, Isabelle Lacquement
- Institut ophtalmique de Somain : Marjorie Stawiski, Aurore Nette
- Hôpital Privé Saint Claude : Dr Lenglet Fabrice, Anaïs Sierzchula, Sandrine Leroy, Mme Laura Marmin
- Clinique de Saint Omer : Catherine Senleccq, Sophie Thesse, Catherine Flandrin
- Clinique de Flandre : Aurélie Wayolle, Marie Maeght
- Clinique Villette : Florence Hochart, Marie Maeght

L'objectif de cette équipe sera de créer une communauté avec les acteurs sur chaque établissement et ainsi de s'assurer de l'alignement tant sur le fond que la forme de notre dynamique terri-

toriale. Axée essentiellement sur l'organisation, cette équipe accompagnera le déploiement, le développement des programmes d'éducation thérapeutique et plus généralement des parcours de soins coordonnés pour nos patients, dans l'ensemble des 8 établissements ELSAN des Hauts-de-France .

Cette démarche est en pleine continuité de la dynamique que nous avons initiée il y a maintenant plusieurs mois au sein des Hauts-de-France afin de donner sens à la devise de notre groupe Elsan : notre santé autrement.



Des salles de sport et détente dans nos établissements pour nos professionnels

Dans le cadre de l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail (QVT) depuis 2021, une démarche coordonnée a été proposée sur chacun des établissements Elsan du Territoire des Hauts-de-France. De nombreuses actions ont été mises en place ou sont en cours de déploiement comme des séances de bien être (yoga, massages, sophrologie, reiki,...) , des formations à la gestion du stress, l'intervention d'un ergonomiste au sein des services, des séances de réveil musculaire, des formations à la « cohérence » cardiaque, la création d'un site dédié aux nouveaux salariés pour améliorer leur prise de poste, ...

Récemment des salles de sport et de détente ont ouvertes dans les établissements ELSAN des Hauts-de-France.

Ainsi l'ensemble des professionnels peut bénéficier gratuitement de matériel de sport (tapis de course, vélo, gymball, altères...), d'une salle de détente (avec casque 3D de réalité virtuelle, sièges massants, lampes de luminothérapie, diffuseur d'huiles essentielles), ainsi qu'une connexion à des cours de sport en ligne (cardio, renforcement musculaire, danse, gym, step, cardio pulse, yoga,...).



SOMMAIRE



HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT

- ▶ Les Hôpitaux Privés du Hainaut certifiés Haute Qualité des Soins par la HAS 8
- ▶ L'amélioration des poses de prothèse totale de genou par la réalité augmentée, par le Dr GADEYNE... 9
- ▶ Le dépistage de la dénutrition des personnes âgées en hôpital de jour, par le Dr VANNEUVILLE 10
- ▶ Pôle main du Hainaut : proximité, rapidité et qualité 11
- ▶ Un pôle chirurgie vasculaire innovant aux Hôpitaux Privés du Hainaut 12
- ▶ "Mes reins et moi" le nouveau programme d'éducation thérapeutique 13

INSTITUT OPHTALMIQUE DE SOMAIN

- ▶ Le décollement de rétine 14

CLINIQUE DU CAMBRÉSIS

- ▶ La rénovation complète des locaux en chirurgie ambulatoire est terminée 17
- ▶ La chirurgie de la cataracte, par le Dr LOSSOUARN 18
- ▶ La chirurgie assistée par bras robotisé s'invite à la clinique du cambrésis 18
- ▶ Pathologie du tendon d'achille et innovations chirurgicales, par le Dr THIOUNN 19
- ▶ SOS Hanche : une prise en charge dédiée 19

HÔPITAL PRIVÉ SAINT CLAUDE

- ▶ Le service de chimiothérapie et l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques refaits à neuf 20
- ▶ Parcours de Soins Coordonnés en Oncologie, par le Dr LENGLET 21
- ▶ La prévention et le dépistage des cancers, par le Dr SAROUFIM 22

CLINIQUES DE FLANDRE & VILLETTE

- ▶ Déploiement des Parcours de Soins Coordonnés 23
- ▶ Les différents types d'implants cristalliens en chirurgie de la cataracte, par l'équipe du COF 24
- ▶ Approche endovasculaire sur une thrombose aorto-bi-iliaque, par le Dr CHAMATAN 26
- ▶ L'institut Andrée DUTREIX développe des techniques innovantes, par le Pr MULLIEZ et le Dr DHAENENS 27
- ▶ Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, par le Dr LOMBARD 28

CLINIQUE DE SAINT-OMER

- ▶ Médecine du sport et mésothérapie, par le Dr BRUN 30
- ▶ Comment soigner une arthrose de genou symptomatique, par le Dr REMY 31
- ▶ La prise en charge dans le service de SSR, par le Dr BAILLIEZ 32
- ▶ La chirurgie mammaire, par le Dr TUDOSA 33

NOS SITES INTERNET 34

NOS ÉVÈNEMENTS 35

Les Hôpitaux Privés du Hainaut ont obtenu la meilleure distinction donnée par la Haute Autorité de Santé



Les Hôpitaux Privés du Hainaut viennent d'obtenir leur certification par la Haute Autorité de Santé (HAS), avec la meilleure distinction possible « La Haute Qualité des Soins ». Ce résultat remarquable démontre la garantie des établissements à satisfaire aux exigences énoncées par la HAS en matière de qualité et de sécurité des soins.

Il s'agit d'une procédure obligatoire. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent des visites d'évaluation tous les 4 ou 6 ans (en fonction de la note obtenue à la visite précédente). L'objectif est simple : porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins d'un établissement de santé, qu'il soit public ou privé.

La certification, à quoi ça sert ?

Elle constitue un repère fondamental pour les patients qui souhaitent davantage d'informations claires et transparentes sur les établissements de soins qu'ils choisissent. Les résultats du processus de certification des établissements de santé sont rendus publics. Pour le patient, cela constitue une garantie de qualité des soins. Référentiel commun à tous les établissements hospitaliers français,

la certification est aussi un excellent moyen de comparaison au service des patients.

Du 21 au 25 février 2022, des experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont venus évaluer les établissements autour de 3 Chapitres. Ainsi, l'établissement a obtenu pour :

-Le premier chapitre, qui concerne directement le patient, une note exceptionnelle de 99% : tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.

-Le deuxième chapitre, qui concerne les équipes de soins à tous les niveaux, la note exceptionnelle de 100% : la certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met

également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin.

-Le troisième chapitre, qui concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement), la note exceptionnelle de 98 % : cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

La cotation globale est de 99%.

Ce résultat, tout à fait remarquable, est le fruit de l'implication de près de 900 professionnels de santé qui ont fait le choix, sans ambiguïté, de s'aligner autour d'un objectif commun : le prendre soin.

« Nous pouvons être fiers de cette culture d'entreprise qui a largement été relevée par les experts visiteurs lors de la semaine de certification et qui se reflète à nouveau à travers ce rapport » explique la direction des Hôpitaux Privés du Hainaut.



L'amélioration des poses de prothèse totale de genou par la réalité augmentée

En 2021, à la polyclinique du Parc, le Dr Gadeyne a réalisé la première pose d'une prothèse totale de genou aidée par des lunettes de réalité augmentée. Par le Dr Sylvain GADEYNE, chirurgien orthopédiste

Aujourd'hui plus de 100 000 prothèses sont posées chaque année. Ce chiffre est en augmentation constante depuis plusieurs décennies. Le but de cette intervention est de soulager les douleurs dues à l'arthrose. L'amélioration technique de la pose associée à l'amélioration de la gestion de la douleur en post-opératoire et à la diminution des durées de séjour permet l'optimisation de la rapidité de récupération de nos patients.

C'est une chirurgie exigeante.

En quoi est-ce une amélioration ?

Actuellement, le but de la recherche et du développement technologique est d'aider le chirurgien à améliorer la qualité de la pose de la prothèse qui a un impact direct sur le résultat fonctionnel à court terme mais aussi sur l'usure prothétique à long terme.

De façon quotidienne, le chirurgien utilise un ancillaire mécanique c'est à dire des outils lui permettant de choisir les paramètres adaptés à une pose correcte de l'implant.

L'évolution actuelle de la chirurgie est de fournir des données supplémentaires au chirurgien pour améliorer les résultats. C'est toujours le chirurgien qui réalise l'acte chirurgical mais en augmentant ses capacités. Plusieurs innovations comme la robotique, les guides sur mesure, ou la navigation permettent depuis quelques années d'optimiser notre travail.

Depuis peu, l'utilisation de lunettes de réalité augmentée fait partie de l'arsenal. Il s'agit là d'un développement innovant qui permet de donner au chirurgien des informations supplémentaires à ce qu'il possède d'habitude d'où la notion de réalité « augmentée ». Elle se démarque des autres techniques de navigation car elle ne nécessite pas de référence osseuse en percutané ou de saisie de repères anatomiques lors de l'intervention. L'autre avantage est que cela ne nécessite pas d'imagerie préopératoire. L'utilisation d'une caméra dans le champ visible permet une précision millimétrique.

Cette caméra est intégrée dans les lunettes du chirurgien et permet d'éviter tout encombrement excessif au bloc opératoire.

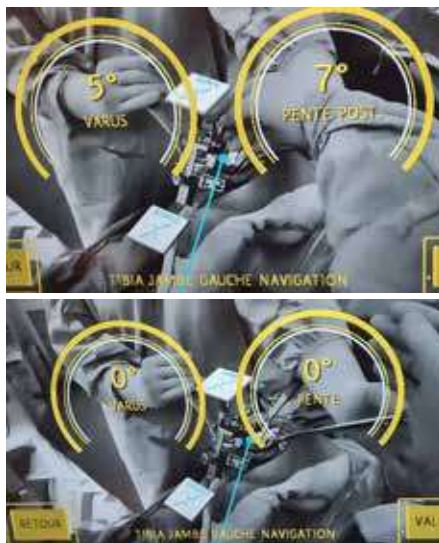
En pratique, comment cela se passe ?

Le chirurgien porte des lunettes pendant l'intervention qui lui donnent des informations dont il n'a pas accès d'habitude : les angles de déformation articulaire ou les longueurs osseuses par exemple.

Nous utilisons des marqueurs avec des QR codes posés sur les guides de la prothèse avec une instrumentation munie de capteurs. Un logiciel de navigation est installé dans des lunettes connectées permettant de faire le lien.

Cela ne rallonge pas le temps de chirurgie, tout en permettant d'augmenter la reproductibilité et la qualité des poses.

Pendant l'intervention, les lunettes de réalité augmentée nous donnent en temps réel l'axe de la coupe que l'on réalise au niveau du fémur et au niveau du tibia. Cela permettant de restaurer l'axe souhaité du membre inférieur.



Cet instrument rend possible la correction au degré près là où l'œil humain n'en est pas capable. C'est un vrai plus pour l'évolution de nos patients.

La réalité augmentée ne remplace pas le chirurgien bien évidemment, qui reste toujours le décideur, mais elle lui fournit des informations supplémentaires pour lui permettre de faire les meilleurs choix possibles. Pour le chirurgien, cela permet de voir à travers les champs opératoires, la peau et le squelette. L'objectif est de superposer les informations réelles en 3D sur un écran virtuel.

La combinaison des données réelles associée aux données virtuelles augmente ainsi la quantité d'informations disponibles.

Cela permet en quelque sorte d'augmenter les sens du chirurgien.

Cela offre au chirurgien une aide peropératoire au positionnement des implants à l'aide d'une simple paire de lunettes de réalité augmentée. Les lunettes connectées calculent ainsi le positionnement idéal de la prothèse en limitant les erreurs humaines.

Et le futur ?

Au fur et à mesure du développement, les lunettes vont nous apporter de plus en plus de paramètres : les axes, les longueurs, le sizing et la balance ligamentaire.

Le développement actuel nous permettra dans un délai très proche maintenant de planifier la prothèse sur un modèle 3D et de contrôler de façon la plus précise possible l'adéquation entre la position de l'implant et le planning opératoire idéal.

La réalité augmentée apporte une plus-value certaine :

- L'utilisation d'une caméra dans le champ visible permet de combiner réalité augmentée et mesures avec des précisions de l'ordre du degré et du millimètre

- C'est une solution qui permet de contrôler un positionnement optimal des implants

- Pour le patient, cela permet une chirurgie plus rapide, moins invasive et ainsi une récupération meilleure.

L'objectif final est un patient qui a un genou stable et indolore lui permettant de reprendre ses activités et pour longtemps.





Le dépistage de la dénutrition des personnes âgées en hôpital de jour

Par le **Dr Veronique VANNEUVILLE, médecin coordonnateur de l'Unité de Parcours de Soins Coordinés de la Polyclinique vauban**

L'éducation thérapeutique, dispensée à des patients présentant des pathologies chroniques telles que l'insuffisance rénale chronique, l'obésité, l'insuffisance cardiaque, ou à des patients atteints de néoplasies consiste en une prise en charge globale du patient, avec notamment le dépistage de l'ensemble des comorbidités en lien avec la pathologie chronique et l'âge du patient, afin d'améliorer sa qualité de vie et de mieux soulager ses symptômes.

Lors des séjours en HDJ, l'un des enjeux majeurs pour l'équipe soignante pluridisciplinaire est de dépister une dénutrition chez la personne âgée qui est fortement à risque puisqu'une personne âgée sur 10, à domicile, sera touchée par la dénutrition, et une personne sur deux à l'hôpital. Avec l'âge, l'appétit diminue alors que les besoins nutritionnels sont aussi importants. Une dénutrition peut alors s'installer, affaiblissant l'organisme et favorisant la perte d'autonomie. Cette pathologie entraîne d'autres comme :

- la diminution des tissus musculaires (donc une augmentation du risque de chutes);
- une aggravation de la dépendance;
- de la fatigue;
- une plus forte sensibilité aux infections et un risque d'escarres.

Il est donc important de la dépister et de la prévenir, cette maladie « silencieuse » étant souvent prise en charge tardivement et ayant des conséquences irréversibles.

La spirale de la dénutrition



Définition de la dénutrition

Selon l'HAS, la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre

nutritionnel. Ce dernier est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

La dénutrition peut être liée à un ou à une association des facteurs suivants :

- un déficit d'apport protéino-énergétique;
- une augmentation des dépenses énergétiques totales;
- une augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques.

Le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies, à une diminution de la qualité de vie, et à une augmentation du risque de dépendance.

Diagnostic de la dénutrition

Le diagnostic de dénutrition nécessite la présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques :

- Perte de poids supérieure à 5% en 1 mois, ou supérieure à 10% en 6 mois ou supérieure à 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- IMC inférieur à 22
- Sarcopénie confirmée (réduction de la masse musculaire et réduction de la force)

Critères étiologiques :

- Réduction de la prise alimentaire de plus de 50% pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines
- Absorption réduite
- Situation pathologique (aigüe, chronique ou maligne évolutive)

La dénutrition sera sévère si :

- IMC inférieur à 20
- Albuminémie inférieure à 30
- Perte de poids supérieure à 10% en 1 mois, ou supérieure à 15% en 6 mois, ou supérieure à 15% par rapport au poids habituel

Ainsi, lors de l'hospitalisation de jour, l'équipe pluridisciplinaire comportant infirmière, diététicienne,

kinésithérapeute et médecin, grâce aux différents tests, recherchera une réduction de la force musculaire (par le test des leviers de chaise, ou la mesure de la force de préhension par le hand grip), et calculera la masse musculaire (par impédancemétrie).

La taille, le poids, le périmètre brachial seront mesurés et le calcul de l'IMC effectué, (des signes comme une alliance qui tourne ou des vêtements qui flottent seront recherchés par exemple). La diététicienne s'attachera à définir le statut nutritionnel du patient par une évaluation de l'appétit, et de la consommation alimentaire (réalisation du test Mini Nutritional Assesment qui permet d'évaluer la perte de poids ou une variation de poids en fonction de la période donnée).

Recherche des facteurs de risque :

- Problèmes bucco dentaires, une altération du goût
- Troubles de la déglutition
- Troubles psychiatriques
- Maladie, hospitalisation récente
- Un régime restrictif
- Certains médicaments
- Problèmes sociaux et faibles revenus
- Une fragilité (associant perte de poids, asthénie, isolement, diminution de la force, diminution de la fonction musculaire mesurée par le test de marche de 6 minutes)

Le diagnostic étant établi, la prise en charge de la dénutrition sera définie : conseils diététiques avec diversification, enrichissement de l'alimentation, mise en place de collations, portage des repas à domicile, compléments alimentaires, voire alimentation entérale, et en ultime recours si échec une nutrition parentérale sur prescription médicale.

La détection d'une dénutrition chez la personne âgée est un enjeu majeur auquel le personnel soignant dans son ensemble, se doit d'être particulièrement sensibilisé.

Pôle Main du Hainaut : proximité, rapidité et qualité

**PLACEZ VOS MAINS
ENTRE DE
BONNES MAINS !**

ELSAN
HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT
POLYCLINIQUE VAUBAN
POLYCLINIQUE DU PARC
CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DE LA ROUGEVILLE



PÔLE MAIN DU HAINAUT

LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES AFFECTIIONS DE LA MAIN

Le Pôle Main du Hainaut a été créé en février 2019 aux Hôpitaux Privés du Hainaut par le Dr Ledoux, récemment parti en retraite et remplacé par le Dr Jessu. « Il y avait une forte demande des habitants du Valenciennois pour avoir une offre de soins sur les pathologies de la main, explique l'un des quatre chirurgiens du pôle, le Dr Bruynseels. Le tissu industriel est en effet très dense dans l'arrondissement. Il y a donc de nombreux accidents du travail. Nous travaillons en lien avec les médecins conseils qui nous envoient leurs patients pour établir des rapports. »

Déjà plus de 4 000 patients

En répondant à cette attente, les Hôpitaux Privés du Hainaut offrent donc un service de proximité et de qualité de soins dont l'utilité se traduit dans les chiffres : déjà plus de 4 000 patients pris en charge dont 30 % en urgence 7j/7 et 24h/24. « Les 70 % de l'activité concernent la chirurgie programmée, ajoute le Dr Bruynseels, avec en premier lieu le canal carpien puis l'arthrose du pouce et du poignet. On soigne aussi les traumatismes, les lésions inflammatoires et les compressions nerveuses. » Les interventions les plus urgentes sont réalisées dans la journée.

Matériel de pointe

Le Pôle Main du Hainaut bénéficie de technologies de pointe. Il est spécialisé dans l'arthroscopie, une technique permettant une cicatrisation réduite, moins de douleurs et une reprise d'activité plus rapide. Le service pratique également la chirurgie sous microscope. « Nous disposons d'un scanner permettant d'établir immédiatement et précisément un diagnostic », souligne le Dr Bruynseels.

Equipe pluridisciplinaire

Pour offrir un parcours efficace et rapide aux patients, les spécialistes du pôle main peuvent compter sur des équipes pluridisciplinaires (chirurgiens anesthésistes, infirmiers rééducateurs,

orthésiste). Sa structure à taille humaine favorise les contacts avec les médecins traitants et assure proximité, réduction des délais de prise en charge et du suivi post-opératoire.

Des urgences ouvertes 24H/24 et 7 jours sur 7

En plus des soins programmés, le pôle main répond à toutes les urgences tous les jours de la semaine. Pour une couverture globale, ces urgences sont ouvertes de 8 h 30 à 20 h à la Polyclinique du Parc et de 20h à 8h30 à la Polyclinique Vauban.

Un numéro unique pour les consultations 03.27.23.92.42 ou par Doctolib.



Dr Kevin BRUYNSEELS, Dr Marc JESSU, Dr Giovanni STRANO, Dr Eric MOEST, Chirurgiens de la main

Un pôle chirurgie vasculaire innovant aux Hôpitaux Privés du Hainaut

Parmi les spécialités chirurgicales les plus complètes, la chirurgie vasculaire et endovasculaire requiert des spécialistes de haute compétence. C'est le cas à la Polyclinique Vauban avec l'arrivée de nouveaux chirurgiens : les docteurs Aurélia BIANCHINI et Sébastien AMIOT. Ceux-ci savent qu'ils peuvent compter sur une équipe déjà présente et une salle hybride dernier cri. Explications avec Kami MAHMOUDI, directeur du territoire des Hauts-de-France pour le groupe ELSAN et les chirurgiens de la société de chirurgie vasculaire VASCUNORD.

Une équipe de chirurgie vasculaire totalement pluridisciplinaire

Fondateur de la société de chirurgie vasculaire VASCUNORD avec les docteurs Aurélia BIANCHINI, Sébastien AMIOT et Reza SALARI, le docteur Alireza HASHEMI résume assez facilement cette spécialité. «De manière très imagée, nous pouvons dire que nous sommes les plombiers du corps humain. En effet, nous sommes en charge du bon fonctionnement du système vasculaire et endovasculaire des patients afin que le sang circule bien entre tous les organes».

C'est dire l'importance de leur rôle, car une artère bouchée par exemple, peut conduire à un arrêt cardiaque. Cela illustre aussi parfaitement la compétence de ces chirurgiens qui interviennent sur l'ensemble du corps humain, littéralement de la tête aux pieds. Dans les faits, ils sont au cœur de nombreuses interventions, tant dans la dimension cardiaque que dans le traitement du sang (avec les accès pour hémodialyse). «Notre plus grande force, c'est d'être polyvalents et très réactifs, car les demandes sont souvent assez urgentes», précise le docteur AMIOT.

Une salle hybride de dernière génération

Si cette unité de chirurgiens est devenue l'une des références sur le territoire du Hainaut, c'est avant tout grâce à son expertise. Elle peut aussi compter sur des moyens humains complets à la Polyclinique Vauban. Ainsi le parcours du patient est plus facile et moins anxiogène. Elle s'appuie également sur un plateau

technique dédié, de dernière génération : la salle hybride.

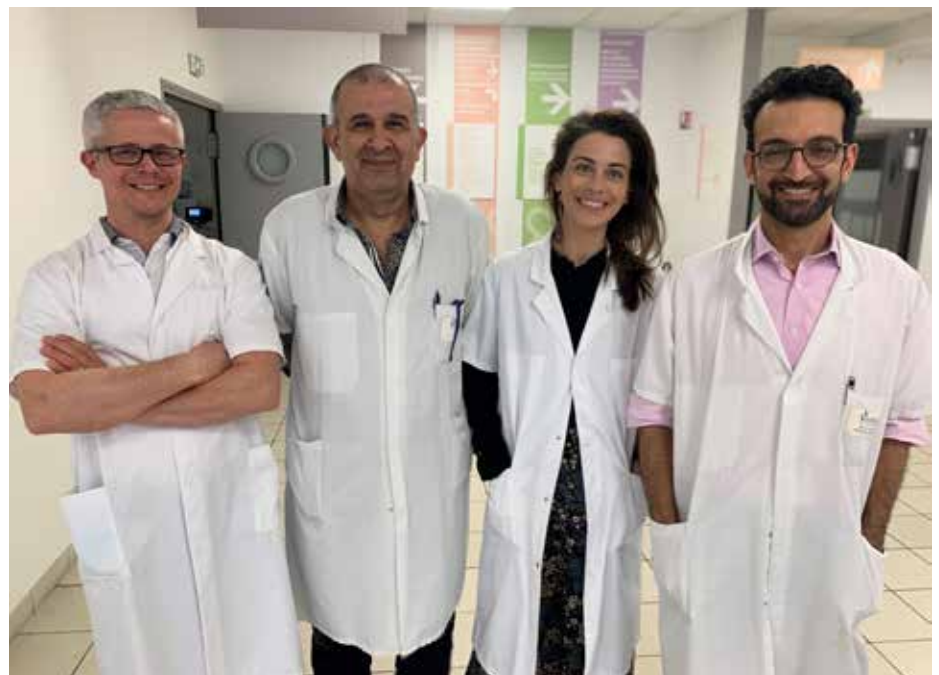
«Nous souhaitons proposer un bloc opératoire spécifique qui combine un bloc opératoire et un système de radiographie perfectionné. Et les avantages sont nombreux. Pour les chirurgiens qui savent qu'ils bénéficient des dernières technologies, notamment en chirurgie micro-invasive. Mais aussi pour nos patients. En effet, grâce à cela, ceux-ci profitent d'un séjour plus court et un retour à l'autonomie quasi immédiat», indique Kami MAHMOUDI.

Inauguré en janvier 2021, ce condensé de haute technologie est, en effet, l'une des salles d'opération en chirurgie vasculaire les plus avancées du nord de la France.

Le pôle vasculaire de la Polyclinique Vauban :

Le pôle vasculaire prend en charge environ 2000 patients par an dont :

- ▶45% pour la chirurgie des varices
- ▶38% pour de la chirurgie artérielle (dont interventionnel)
- ▶14% pour d'autres chirurgies vasculaires
- ▶3% pour des amputations



Dr Sébastien AMIOT, Dr Reza SALARI, Dr Aurélia BIANCHINI, Dr Alireza HASHEMI, chirurgiens vasculaires

La polyclinique Vauban lance « Mes Reins et Moi », son nouveau programme d'éducation thérapeutique



L'insuffisance rénale résulte de l'évolution lente de maladies qui conduisent à la destruction des reins. Elle concerne plus de 82 000 personnes en France et nécessite le recours à la dialyse ou à la transplantation. Dans 50% des cas, les maladies rénales chroniques qui conduisent à l'insuffisance rénale sont la conséquence d'un diabète ou d'une hypertension artérielle.

Devant ce constant, la polyclinique Vauban a lancé depuis Février 2022 un nouveau programme « **Mes Reins et Moi** ». Celui-ci vise à aider les patients atteints de maladie rénale chronique ainsi que leurs proches à accepter la maladie, retarder son évolution et améliorer leur qualité de vie. Il permet au patient :

- d'être informé sur la maladie et ses traitements
- de connaître les gestes à faire ou ne pas faire
- de mieux faire face aux difficultés de la vie quotidienne

- de faciliter la communication avec l'entourage familial, proche, professionnel, et médical (médecin traitant, infirmière, laboratoire...)
- de bénéficier d'un soutien adapté

En devenant acteur de sa prise en charge, le patient atteint de maladie rénale chronique devient autonome dans l'acquisition des habitudes de vie sur le plan nutritionnel et psychologique pour optimiser sa santé et retarder les complications.

Le programme « Mes reins et moi » est personnalisé, et propose une méthode interactive avec :

- Des ateliers en petits groupes, animés par des professionnels expérimentés (infirmières, diététicienne, psychologue...).
- Un programme pris en charge par l'assurance maladie.
- Un programme établi en lien avec le

médecin traitant qui sera régulièrement tenu au courant de l'avancée dans le programme.

- Un programme adapté aux besoins et au stade de l'insuffisance rénale.
- Un programme qui se déroulera dans des salles mises à disposition au sein de la Polyclinique Vauban.

Ce programme fait l'objet d'une autorisation de l'Agence Régionale de Santé. Il est destiné aux patients adultes (>18 ans), atteints d'une maladie rénale chronique de stade III, IV ou V, pour laquelle un traitement de suppléance se dessine mais également au patient au stade de suppléance, avec ou sans projet de transplantation rénale.



CONTACTS :

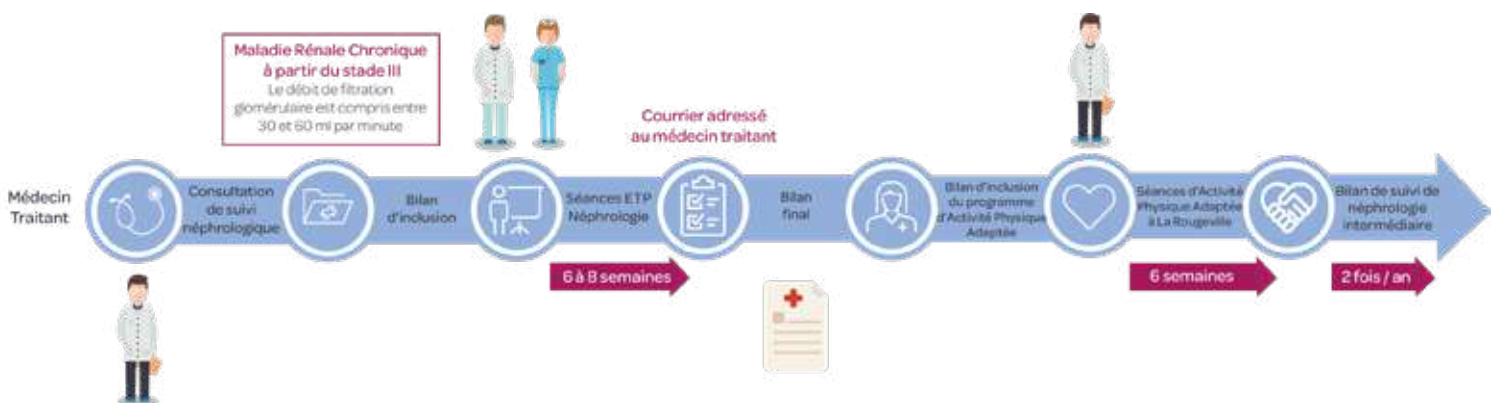
Secrétariat de néphrologie :
03 27 32 58 43 / 03 61 32 71 70

Infirmière coordinatrice :
03 27 32 42 21

Télécharger le flyer



LE PARCOURS PATIENT INSUFFISANT RÉNAL CHRONIQUE



Le décollement de rétine

Dr Patrick PAUL, Dr Younes SERGHINI,
Dr Nabil TARIGHT, ophtalmologues
spécialistes de la chirurgie de la rétine.

Le décollement de rétine rhégmato-
gène (DR) est une affection rare et
potentiellement cécitante. Son inci-
dence globale est de 6,7 à 17,9 pour
cent mille habitants, soit 1 cas pour
10000 personnes par an.

Il s'agit de l'urgence ophtalmolo-
gique chirurgicale la plus fréquente.
Ses facteurs de risque principaux
sont connus et l'atteinte maculaire
(décollement de la rétine centrale)
est corrélée à la chute de l'acuité vi-
suelle.

Le traitement étiologique associé à
la réapplication chirurgicale rapide =
récupération visuelle.

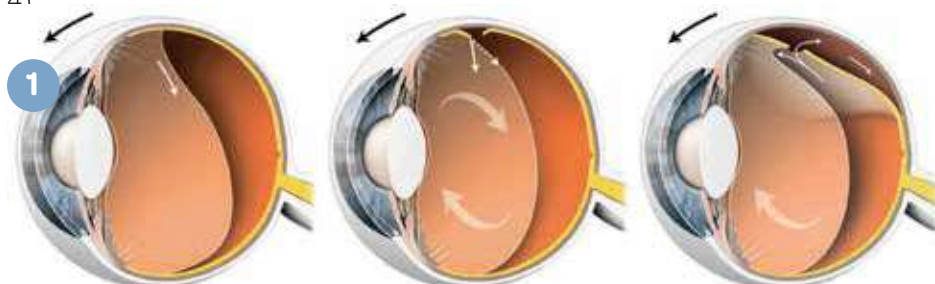
L'acuité visuelle finale est
influencée par :

- l'acuité visuelle initiale
- le stade de prolifération
vitréorétinienne(PVR)
- l'ancienneté du soulèvement
maculaire.

La cause

Le décollement de rétine rhégmato-
gène est une complication du décollement
postérieur du vitré (gel remplissant la
partie postérieure du globe oculaire),
DPV. Processus physiologique du vieil-
lissement vitréen (fig1), le DPV peut
également être provoqué précocement
par une chirurgie endoculaire (chirurgie
de cataracte par exemple), un trauma-
tisme, une infection ou inflammation du
segment postérieur de l'œil et chez le
patient myope.

Une déchirure rétinienne compliquant
le DPV est donc à l'origine de la consti-
tution du décollement de rétine (fig 2,
3). Un traitement préventif par barrage
au laser argon de la déchirure permet
de réduire significativement le risque de
survenue du décollement de rétine (fig
4)



DPV, déchirure supérieure puis décollement de rétine



Trous rétinien périphériques



Déchirure rétinienne périphérique



Cicatrices récentes de barrage laser d'une déchirure temporaire inférieure gauche

Les signes physiques

Au niveau du segment antérieur une in-
flammation modérée peut être notée.
Le tonus oculaire est souvent bas.
L'examen du fond d'œil après dilatation
pupillaire permet :

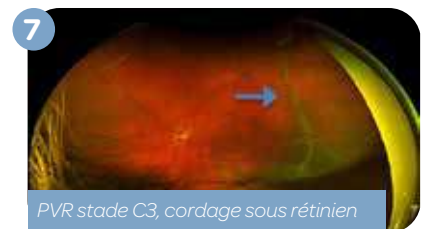
- l'examen du vitré : DPV, hémorragie,
hyalite (inflammation)
- de préciser la topographie du décolle-
ment et la localisation des déchirures
- d'étudier la macula (soulevée ou non,
membrane épirétinienne ou œdème
maculaire associés)
- l'étude de la mobilité rétinienne
- la stadification de la prolifération vitré-
orétinienne, prolifération cellulaire en-
trainant la rétraction de la rétine et ren-
dant plus difficile sa réapplication (fig 5,
6, 7 et 8).



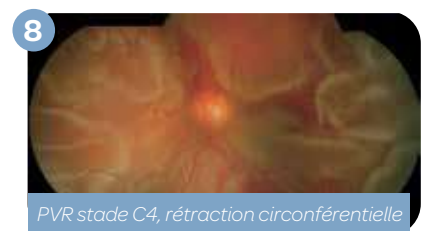
PVR stade B, enroulement des bords de la déchirure



PVR stade C1, pli rétinien stellaire



PVR stade C3, cordage sous rétinien



PVR stade C4, rétraction circonférentielle

Les symptômes

→**Phosphènes** : flashes éclairs lumineux
ou étincelles liés aux tractions du vitré
sur la rétine.

→**Myodésopsies** : décrites comme des
mouches volantes, une toile d'araignée
ou des filaments, elles correspondent
aux condensations du vitré (DPV) ou à
une hémorragie intra-vitréenne (HIV)
fréquemment associée.

→**Amputation du champ visuel péri-
phérique** : son importance dépend de la
surface rétinienne décollée.

→**Baisse d'acuité visuelle brutale** : en
cas d'atteinte (soulèvement) maculaire
ou d'HIV.

Les outils diagnostiques

► **Clichés rétiniens grand champ** permettent parfois une meilleure évaluation dans les cas pédiatriques, chez les patients peu compliants (acquisition rapide). Ils permettent également les échanges entre praticiens ainsi qu'une meilleure compréhension par les patients de leur pathologie. (fig9, 10)

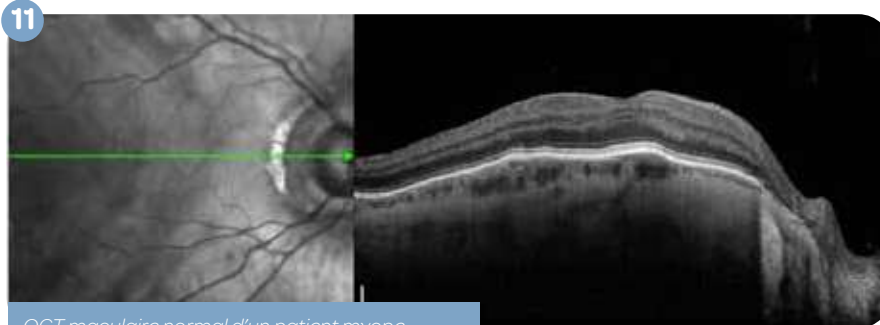


DR épargnant la macula

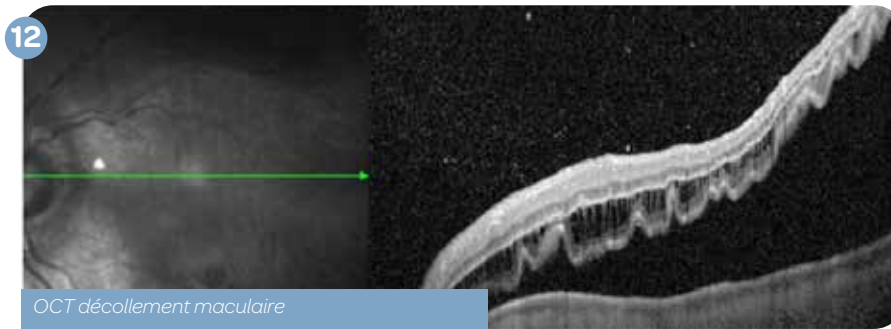


DR soulevant la macula

► **Tomographie en cohérence optique**, OCT permet d'évaluer les modifications anatomiques de la macula et d'obtenir des indices pronostiques de la récupération visuelle postopératoire. (fig11, 12)

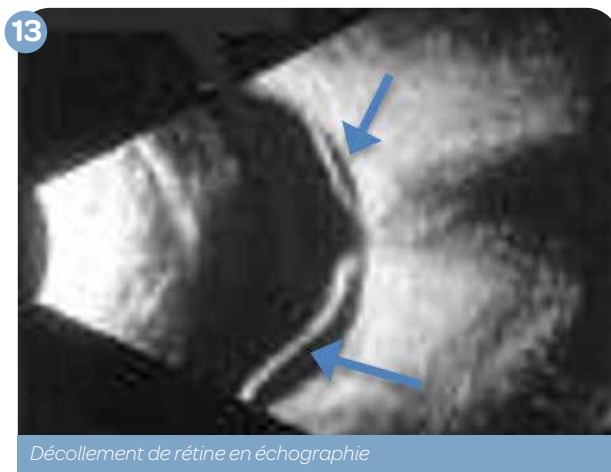


OCT maculaire normal d'un patient myope



OCT décollement maculaire

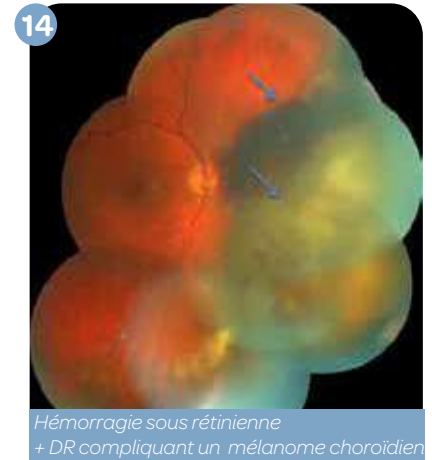
► **Echographie oculaire** est très utile lorsqu'un trouble des milieux gêne l'analyse de la rétine, cataracte dense, inflammation ou hémorragie du vitré (fig 13).



Décollement de rétine en échographie

Diagnostics différentiels

Décollement de rétine exsudatif de l'adulte compliquant une tumeur choroïdienne, mélanome choroïdien (fig 14)



Hémorragie sous rétinienne + DR compliquant un mélanome choroïdien

Décollement de rétine exsudatif de l'enfant, Maladie de Coats (fig 15)



DR exsudatif de l'enfant/ maladie de Coats

Décollement de rétine tractionnel, compliquant une rétinopathie diabétique proliférante, RDP (fig16, 17)



DR tractionnel/ RDP (aspect pré-opératoire)



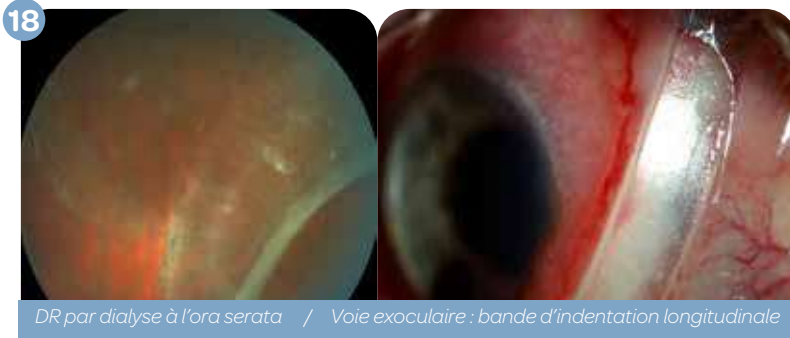
Réapplication post-opératoire après vitrectomie

Le traitement

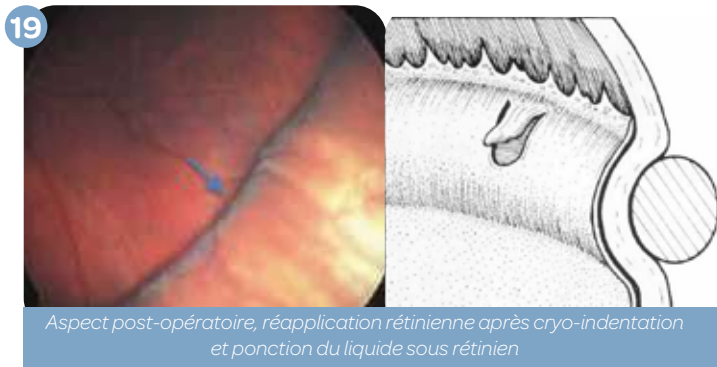
Le but du traitement chirurgical du décollement de rétine est la réapplication chirurgicale rapide.

Deux techniques : chirurgie par voie exoculaire vs la voie endoculaire.

La voie exoculaire : réapplication rétinienne par cryopexie trans-sclérale de la déchissance rétinienne, ponction évacuatrice du liquide sous rétinien, indentation sclérale par éponge ou bande de silicone associée ou non à un tamponnement interne (fig 18, 19).

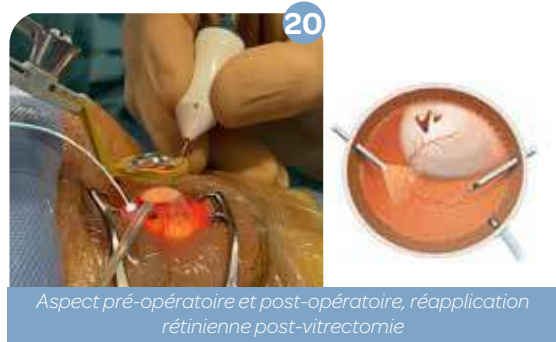


DR par dialyse à l'ora serata / Voie exoculaire : bande d'indentation longitudinale

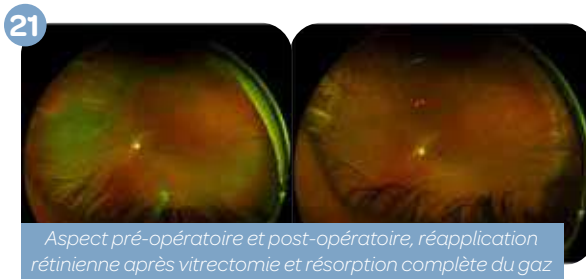


Aspect post-opératoire, réapplication rétinienne après cryo-indentation et ponction du liquide sous rétinien

La voie endoculaire par : vitrectomie, levée des tractions vitréorétiniennes, pelage de la PVR, rétinopexie des déchissances (par endolaser ou cryopexie) et tamponnement interne par injection de gaz fluoré ou d'huile de silicone dans la cavité vitréenne. (fig20, 21, 22). Actuellement, il s'agit de la technique chirurgicale la plus pratiquée pour le traitement des décollements de rétine.



Aspect pré-opératoire et post-opératoire, réapplication rétinienne post-vitrectomie



Aspect pré-opératoire et post-opératoire, réapplication rétinienne après vitrectomie et résorption complète du gaz



Aspect post-opératoire, réapplication rétinienne sous gaz à 50%

Le suivi

L'évolution post-opératoire est variable en fonction de la forme clinique du décollement, de la technique chirurgicale réalisée et de la nature du tamponnement interne utilisé.

Ainsi après une voie exoculaire, l'acuité visuelle remonte dans les jours suivant la chirurgie dès la résorption complète du liquide sous rétinien.

En revanche la récupération visuelle en cas de tamponnement interne se fera dans les 3 à 6 semaines postopératoires en fonction du type de gaz utilisé.

Un tamponnement par huile de silicone devra être retiré lors d'une seconde intervention 2 à 4 mois plus tard.

Le traitement post-opératoire comporte, par voie locale (collyres), un traitement anti-inflammatoire, hypotonisant et mydriatique.

Le taux de réapplication après une première procédure chirurgicale varie entre 80 et 95%. Il dépend essentiellement d'une indication opératoire bien posée et du stade de PVR. Une PVR avancée exposant à un risque, plus élevé de récidence du DR. Il est donc impératif d'avoir un suivi régulier afin de déceler la survenue d'une nouvelle déchirure, la progression d'une PVR ou une atteinte de l'autre oeil durant les premiers mois suivant l'intervention chirurgicale.

Conclusion

La chirurgie rétinienne a considérablement évolué ces vingt dernières années avec le développement de la chirurgie endoculaire : procédures trans-conjonctivales réduisant le temps opératoire, systèmes optiques performants, réduction de la taille des incisions (25Gauges=0,5mm voire 27G= 0,4mm), sondes d'endo-illumination nettement moins phototoxiques.. Cependant la clé de la réussite chirurgicale reste avant tout la précocité de la prise en charge des patients présentant un décollement de rétine.

La rénovation complète des locaux pour la prise en charge en chirurgie ambulatoire est terminée



De novembre 2021 à Avril 2022, des travaux permettant une rénovation complète des locaux au 3ème étage ont eu lieu à la clinique du Cambrésis. Les secteurs d'hospitalisation du 1er et du 2ème étage ont déjà été remis à neuf ces dernières années, il ne restait donc que le 3ème étage à rénover.

Ces travaux permettent la création d'un circuit court, répondant aux dernières recommandations relatives à la prise en charge en chirurgie ambulatoire. 70% des patients hospitalisés à la clinique du Cambrésis le seront dans ce nouveau service qui comprend :

- 8 salons circuit court offrant sécurité et efficacité
- 7 chambres offrant confort et intimité
- 1 salon de départ au bloc opératoire
- 1 salon de détente, espace accompagnant
- Des vestiaires

A noter qu'un local est également réservé pour faire bénéficier au patient, s'il le souhaite, d'une séance de cohérence cardiaque

Cette nouvelle configuration moderne permet d'accueillir les patients dans un flux continu et maîtrisé. Le parcours

« patient debout » est privilégié au maximum au sein de ce service.

L'ensemble de l'équipe a été formé sur la communication positive et aux dernières recommandations sur la prise en charge des patients en ambulatoire

Les premiers patients ont été pris en charge dans ce service le 2 mai dernier, l'inauguration s'est déroulée le 30 avril.





La chirurgie de la cataracte

Par le Dr Adrien LOSSOUARN, ophtalmologiste à la Clinique du Cambrésis

La chirurgie de la cataracte est une intervention chirurgicale, réalisée par un ophtalmologiste, afin de corriger une baisse de vue liée à l'opalescence du cristallin.

Le cristallin est une petite lentille située à l'intérieur de l'œil, derrière l'iris et la pupille. Sa fonction est de permettre l'accommodation.

La principale cause de la cataracte est l'âge, avec une opacité grandissante avec le temps. L'âge moyen de la prise en charge chirurgicale de la cataracte en France est de 73 ans.

L'indication opératoire de la cataracte ne peut être posée que par son ophtalmologiste, à l'occasion d'un examen ophtalmologique complet.

D'ailleurs, le plus souvent, la découverte de la cataracte se fait à l'occasion d'un examen de routine. Le patient présente souvent une baisse de vue (d'abord en vision de loin dans la majorité des cas) et incrimine souvent ses lunettes dans la genèse de cette baisse visuelle. Le changement de lunette ne sert le plus

souvent à rien dans ce contexte puisque le problème se situe dans l'œil et que la meilleure acuité visuelle avec correction est faible.

Une fois ce diagnostic posé, la discussion avec le patient concerne sa gêne fonctionnelle, ses activités (lecture, conduite, ordinateur), les attentes du patient, les possibilités chirurgicales selon les pathologies du patient (type d'implants, probabilité de récupération visuelle). Des fiches d'information sur l'intervention étayent cette consultation et permettent au patient de les lire à tête reposée.

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale. Celle-ci peut être associée à des médicaments par voie veineuse pour calmer l'anxiété.

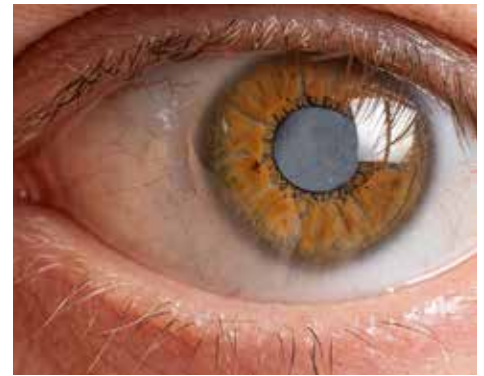
Cette intervention n'est pas douloureuse. Elle est réalisée en 15 à 30 minutes, en ambulatoire.

Une machine à ultra-sons est utilisée pour fragmenter le cristallin par une incision de 2 millimètres.

Un pansement est placé sur l'œil en

fin d'intervention. Il doit être gardé en permanence sur l'œil opéré pendant trois jours. Le pansement doit être conservé la nuit pendant sept jours.

Les suites sont habituellement simples, permettant une récupération visuelle en deux à trois jours. Le traitement postopératoire est instillé pendant un mois. Une consultation de contrôle est prévue précocement (entre J0 et J7) après la chirurgie, puis un mois après la chirurgie du deuxième œil, afin de réaliser la prescription de verres correcteurs.



La chirurgie assistée par bras robotisé s'invite à la clinique du Cambrésis



L'équipe d'orthopédie accompagnée de l'équipe du bloc opératoire de la clinique du Cambrésis, ont pu tester un système de chirurgie assistée par bras robotisé.

Mako SmartRobotics™ est un système de chirurgie assistée par bras robotisé utilisé pour les prothèses partielles et totales de genou, ainsi que les prothèses totales de hanche. En combinant une planification préopératoire 3D

spécifique au patient et sa technologie haptique AccuStop™, ce système procure au chirurgien une aide au retrait de l'os malade et à la préservation de l'os sain, ainsi qu'au positionnement final de l'implant en fonction de l'anatomie du patient.

Concrètement, cet essai a eu lieu dans un camion équipé (Le camion StrykerMobile Mako), stationné sur le

parking de la clinique. Cela a permis à l'équipe de découvrir « à domicile » la chirurgie Robotisée.





Pathologies du tendon d'Achille et innovations chirurgicales sous endoscopie

Par le Dr Alexis THIOUNN, Chirurgien orthopédiste et traumatologue à la Clinique du Cambrésis

Le tendon d'Achille est le tendon le plus épais du corps humain. Les tendinopathies d'Achille regroupent des lésions variées au niveau du corps du tendon ou au niveau de l'insertion du tendon. Une tendinopathie est une maladie du tendon souvent secondaire à des troubles de vascularisation. Sa sur-utilisation liée à la pratique sportive ou certaines activités professionnelles sont des causes fréquentes.

La tendinopathie corporéale se manifeste par une douleur au niveau du corps du tendon. Une échographie ou une IRM sera nécessaire.

Le traitement est avant tout médical comprenant de la kinésithérapie spécifique, éventuellement des semelles et dans certains cas une

infiltration. En cas de persistance des douleurs la chirurgie consiste à réaliser un nettoyage du tendon et un peignage afin de le faire cicatriser. Les techniques innovantes sous tendinoscopie (caméra) permettent de diminuer le risque de complication et d'accélérer la récupération.

La tendinopathie d'insertion se manifeste par une douleur à la partie postérieure du talon. Une radiographie et une IRM seront nécessaires. Le traitement médical pourra comprendre une adaptation du chaussage, des semelles voire de la kinésithérapie mais ici le traitement sera surtout chirurgical car il faut lever le conflit entre l'os et le tendon en réalisant une résection du coin postéro-supérieur du calcaneus

+/- une réinsertion du tendon. Ici aussi le traitement sous endoscopie (caméra) apportera les mêmes avantages.



Résection endoscopique tendinopathie d'Achille d'insertion

SOS Hanche : une prise en charge dédiée

La vocation première du SOS HANCHE de la Clinique du Cambrésis est d'offrir à la population du territoire de santé, une prise en charge optimale et rapide de toutes les pathologies **liées directement à la hanche** :

→ **traumatologiques** (fractures du col du fémur, du massif trochantérien, du cotyle, du bassin, les fractures périprothétiques,...) et

→ **orthopédiques** (prothèse totale de hanche, reprises de prothèses, chirurgie septique, arthroscopie,...)

SOS HANCHE c'est :

→ Un dispositif réservé aux professionnels de santé pour les prises de rendez-vous urgents. (EHPAD, foyers de vie, résidences seniors, médecins généralistes,...)

→ Une consultation prioritaire : une prise en charge en moins de 24 h.

→ Un numéro unique : **03 27 72 44 29**

Uniquement à la Clinique du Cambrésis La prise en charge des problèmes orthopédiques et traumatologiques est facilitée et optimisée par la présence sur le site de la Clinique du Cambrésis d'anesthésistes, de chirurgiens et d'un cardiologue.

Le SOS HANCHE de la Clinique du Cambrésis, c'est l'engagement par notre

équipe médico chirurgicale d'une prise en charge rapide, moderne, et optimale de votre problème orthopédique ou traumatologique, avec l'assurance d'un avis ou d'un acte chirurgical réalisé par un expert spécialisé dans la chirurgie de la hanche.

SOS HANCHE
CLINIQUE DU CAMBRÉSIS

Une prise en charge dédiée des problèmes orthopédiques et traumatologiques de la hanche

ELSAN
CLINIQUE DU CAMBRÉSIS

CONTACT :
hanche.cambresis@elsan.care

Le service de chimiothérapie de l'Hôpital Privé Saint Claude et son Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) refaits à neuf



Investir pour l'avenir : c'est une priorité pour l'Hôpital Privé Saint-Claude qui vient de refaire à neuf son service de chimiothérapie ambulatoire ainsi que son Unité de reconstitution des cytotoxiques (URC).

«Plusieurs mois de travaux et une enveloppe de 500 000 € ont été nécessaires pour rénover intégralement cette unité qui peut accueillir jusqu'à seize patients simultanément», précise Philippe Guibon, le directeur de l'établissement.

✓ Les travaux ont notamment porté sur la modernisation des box réservés aux patients, de la salle d'accueil collective et des zones de circulation du service. Lequel vient de voir son équipe de médecins oncologues renforcée par l'arrivée d'un nouveau praticien en la personne du Docteur Anthony Saroufim. Chef de clinique durant six ans (2009-2015) à l'institut Gustave-Roussy (centre régional de lutte contre le cancer situé à Villejuif, en région parisienne), ce Francolibanais d'origine a ensuite exercé à Beyrouth en tant que médecin libéral (2015-2020) avant de revenir poursuivre sa carrière en France.

✓ Tout comme ses quatre autres confrères en poste au service d'oncologie, le Docteur Saroufim est appelé à traiter tous les types de cancers (digestifs, urologiques, sénologiques et gynécologiques, pulmonaires, etc). «En fait, nous traitons toutes les tumeurs solides», résume le Dr Anthony Saroufim.

✓ Entièrement réaménagée, l'Unité de reconstitution des cytotoxiques offre des conditions de travail parfaitement sécurisées pour le personnel comme pour les patients. Il faut dire que c'est dans cette unité que sont préparées l'ensemble des chimiothérapies anticancéreuses injectables, les thérapies ciblées et l'immunothérapie.

✓ En poste à l'URC, la pharmacienne Véronique Loeuillet nous détaille le processus systématiquement appliqué : «En premier lieu, les médecins oncologues prescrivent le protocole de chimiothérapie et la posologie des médicaments devant être administrés à leur patient. Après une étape de validation pharmaceutique, des fiches de fabrication sont éditées, permettant la préparation sous isolateur des anticancéreux.

Pour cela, nous disposons au sein de l'URC d'un isolateur de dernière génération équipé de deux postes de

travail. Chaque médicament préparé est ensuite protégé par un emballage scellé, se présentant sous forme de poche.» Précisons au passage que les préparations de chimiothérapie anticancéreuses ne sont pas disponibles sous une forme commercialisée. Chacune est unique, ciblant un seul patient selon le protocole établi par le médecin prescripteur afin de l'adapter spécifiquement à la pathologie, au poids et à l'état général du malade.

✓ Vous l'aurez compris, la salle de préparation des chimiothérapies constitue le centre névralgique de l'activité de l'URC. Son installation et l'utilisation de ses équipements sont rigoureusement réglementées. Elle doit en outre répondre à des contraintes techniques dont certaines s'apparentent à celles d'un bloc opératoire.

L'an passé, l'URC de l'hôpital privé Saint-Claude a permis la réalisation de 6 000 poches (traitements) pour 2 500 séances de chimiothérapie.

L'équipe pluridisciplinaire :

- 5 médecins oncologues : Dr BENFERRAT, Dr CREPIN, Dr DEJOUR, Dr SAROUFIM (arrivé en février 2022), Dr VANDELANDER
- L'équipe de la pharmacie (3 préparateurs et 1 pharmacien dédié)
- Une infirmière coordinatrice et les professionnels qui constituent l'équipe de soins de support (diététicienne, psychologue, assistante sociale)
- 3 infirmiers



Parcours de soins coordonnés en oncologie



Par le Dr Fabrice LENGLET, Médecin référent de l'Unité de Parcours de Soins Coordonnés de l'Hôpital Privé Saint-Claude

✓ Le parcours de soin :

Lors de la découverte d'une pathologie tumorale, il est proposé au patient d'entrer dans un parcours coordonné.

Après l'annonce du diagnostic par le praticien, une prise en charge en hôpital de jour est proposée au patient afin de rencontrer les différents intervenants nécessaires à sa prise en charge.

✓ L'Hôpital de Jour :

Lors de cette demi-journée, le patient va bénéficier de plusieurs interventions :

•L'infirmière coordinatrice :

Elle réalise un entretien avec le patient et réalise la consultation d'annonce.

-Elle est en charge d'apporter les informations médicales, en complément de celles fournies par le praticien.

-Elle s'assure de la bonne compréhension du diagnostic et des traitements.

-Elle a une approche globale de la personne et recherche des éléments de fragilité : humeur, alimentation, isolement social....

•La psychologue

Elle réalise un entretien individualisé avec le patient.

Ceci constitue une première prise de contact qui permet de « démystifier » la fonction.

-Cet entretien permet de faire un premier état des lieux sur le plan thymique, sur les angoisses....

•La diététicienne

Cette rencontre va permettre de faire un point sur l'état nutritionnel actuel.

-Identifier une dénutrition ou un risque de dénutrition.

-Apporter des conseils hygiéno-diététiques.

-Présenter éventuellement les compléments alimentaires, l'alimentation entérale ou parentérale.

•La référente sociale

Elle réalise un état des lieux des besoins de la personne.

-Accompagne les patients dans leurs démarches administratives.

-Accompagne les patients dans le cadre des demandes d'aides à la personne, conseille en terme de matériel...

•La pharmacienne

Elle réalise une consultation d'information sur les médicaments et protocoles de soins programmés.

-Elle informe sur le déroulement de la séance, les différents produits, les effets indésirables...

-Elle parle du lien Ville Hospital qui est réalisé avec l'officine du patient.

-Elle présente l'unité où seront réalisées les préparations de chimiothérapie et parle des contraintes dues à la sécurité.

•Le gériatre

Pour les patients qui le nécessitent (en fonction du G8), et afin d'ajuster au mieux la prise en charge une évaluation gériatrique est réalisée.

Elle permet de pallier à certains besoins, de participer à la décision et au choix des différents traitements possibles dans le cadre de la RCP.

Cette évaluation gériatrique permet de définir 3 grands groupes de patients :

-1er : patient pouvant recevoir un traitement normal

-2ème : patient intermédiaire nécessitant un ajustement du traitement et une surveillance plus étroite.

-3ème : patient fragile orientant le plus souvent vers des soins de confort exclusifs

•et si besoin, recours à d'autres spécialités ou intervenants.

Au terme de la journée, une synthèse médicale est rédigée à destination du médecin traitant et des intervenants en charge du patient.

Elle reprend l'ensemble des interventions réalisées.

Tout ceci doit permettre au patient et à son entourage d'être acteur de ses soins tout au long de sa période de prise en charge.

Ce parcours patient permet :

-d'informer le patient

- d'anticiper l'organisation des soins

-de réduire l'anxiété pré-thérapeutique
-minimiser les conséquences des actes médicaux (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie...)

-contrôler et stimuler l'autonomie du patient

- prévenir et corriger la dénutrition

-permettre la mise en place d'un soutien ou d'un suivi psychologique

✓ Et ensuite :

Lors de sa prise en charge en oncologie, le patient sera amené à revoir les différents acteurs vus lors de cette demie journée.

En fonction des souhaits et des besoins des patients, il pourra lui être proposé de réaliser une nouvelle 1/2 journée, soit en cours de traitement (changement de protocole, apparition de difficultés particulières...), soit un peu à distance de la fin des traitements permettant ainsi au patient de se sentir accompagné et soutenu.





La prévention et le dépistage des cancers

Par le Dr Anthony SAROUFIM, oncologue médical à l'Hôpital Privé Saint-Claude

Le cancer est incurable quand il est métastatique. La prévention et le dépistage permettent d'éviter ou de diagnostiquer le cancer à un stade précoce, où les chances de survie sont élevées. En cancérologie, il existe un dépistage pour le cancer du sein, du colon, du col de l'utérus, du poumon et du mélanome. En France, un dépistage est organisé pour le cancer du sein et du colon.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme ;

une femme sur huit risque de développer un cancer du sein. C'est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Lorsque le cancer du sein est détecté à un stade précoce, les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 95%, d'où l'importance du dépistage. Le dépistage organisé en France consiste à faire une mammographie (avec parfois une échographie mammaire) tous les 2 ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans.

Chez la femme à risque très élevé, en cas d'antécédents de cancer du sein ou de l'ovaire dans la même branche parentale (3 cas de cancer du sein, ou 2 cas dont un est diagnostiqué < 40 ans, ou 1 cas de cancer du sein < 35 ans, ou un cas de cancer de l'ovaire < 70 ans, ou un cas de cancer du sein chez l'homme), une consultation d'oncogénétique s'impose, ainsi qu'un dépistage spécifique nécessitant en plus de la mammographie annuelle, une IRM mammaire annuelle entre l'âge de 25 et 69 ans, vu sa sensibilité élevée de détecter le cancer, ainsi qu'une échographie pelvienne annuelle à partir

de l'âge de 30 ans pour le dépistage du cancer de l'ovaire dans ce cas héréditaire. Environ 5% des cancers du sein sont héréditaires, liés surtout aux gènes BRCA1 et BRCA2.

En cas de mutation BRCA1 ou BRCA2, une mastectomie prophylactique et une ovariectomie prophylactique pourront être proposées à la femme.

Le cancer colo-rectal (CCR) est le 3ème cancer chez l'homme après le cancer de la prostate et le cancer du poumon, et le 2ème cancer chez la femme après le cancer du sein.

Les principaux facteurs de risque sont :

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), la consommation de viande rouge et transformée, la consommation d'alcool, le tabac, l'obésité, le syndrome métabolique, la sédentarité et le diabète.

Environ 5% des CCR sont héréditaires. Le syndrome de Lynch est la cause héréditaire principale. La consommation de poisson, de légumes et d'aliments riches en fibres, est un facteur protecteur.

Plusieurs études prospectives ont montré que le déficit en vitamine D entraîne une augmentation de l'incidence du CCR, et une augmentation de la mortalité par CCR. La supplémentation par Vitamine D pourrait diminuer le risque du CCR.



Le dépistage organisé en France se fait entre l'âge de 50 et 74 ans, par la recherche du sang dans les selles tous les 2 ans, bien que les dernières recommandations proposent le début du dépistage dans la population générale à l'âge de 45 ans. Le dépistage se fait par l'un des examens suivants :

- 1- La recherche du sang dans les selles par guaiac test ou FIT (test immunochimique fécal) tous les ans,
- 2- ADNf-FIT (recherche du sang dans les selles, combinée à la recherche d'ADN fécal altéré) tous les 3 ans,
- 3- La coloscopie tous les 10 ans,
- 4- La sigmoïdoscopie tous les 5 ans,
- et 5- La CT Colonographie tous les 5 ans.

Le syndrome de Lynch est la cause héréditaire la plus fréquente du CCR. Selon le critère d'Amsterdam modifié, ce syndrome doit être recherché quand il existe trois membres de la famille atteints de CCR dont un est apparenté au premier degré par rapport aux autres, avec deux générations successives atteintes, et un cas diagnostiqué avant l'âge de 50 ans.

En cas de syndrome de Lynch, le dépistage débute à l'âge de 20 ans, avec une coloscopie faite tous les 1 ou 2 ans, avec dépistage des cancers liés à ce syndrome, comme le cancer de l'estomac par fibroscopie digestive, l'endomètre et les voies urinaires hautes par échographie. Une colectomie prophylactique n'est pas proposée à la personne portant les mutations génétiques de ce syndrome. [...]





[...] **L'incidence du cancer du col de l'utérus** est en cours de diminution en Occident. Cependant, ce cancer demeure un problème majeur de santé chez la femme. C'est le 4ème cancer chez la femme en incidence, et 85% des cas sont diagnostiqués dans les pays en voie de développement. Le facteur de risque principal est l'infection persistante par le virus HPV, d'où la prévention primaire par la vaccination contre ce virus chez les jeunes filles.

Le dépistage est recommandé chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, à intervalles réguliers tous les 3 ans, après 2 frottis annuels normaux. Le dépistage est recommandé aussi chez

les femmes vaccinées contre le virus HPV. Le dépistage diminue l'incidence du cancer du col de plus de 90%. Le dépistage devient organisé dans plusieurs départements en France.

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme. L'étude randomisée NLST (National Lung Screening Trial) incluant plus de 53000 personnes tabagiques de plus de 30 paquets/année, âgées de 55-74ans, a évalué le bénéfice du dépistage par scan thoracique à faible dose de produit de contraste ou par radio pulmonaire, sur le cancer du poumon. Le dépistage du cancer du poumon par scan thoracique (et non par la radio pulmonaire), diminue le risque de mortalité par cancer du poumon de 20%.

Plusieurs sociétés internationales et européennes de cancer, recommandent le dépistage du cancer du poumon par scan thoracique à faible dose, chez les individus à haut risque. Il ne s'agit pas de

dépistage organisé en France, mais au cas par cas.

Le dépistage et le suivi du cancer du poumon ne sont pas des alternatives à l'arrêt du tabac qui reste la prévention primaire principale.

Le mélanome est le cancer le plus agressif et mortel de la peau. Plusieurs facteurs de risque peuvent favoriser son développement : Antécédent personnel ou familial de mélanome, un nombre de nævus atypiques > 2, un nombre de nævus communs > 40, un antécédent de brûlure solaire, une exposition aux UV artificiels, un phototype cutané de type I (peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts).

En présence d'un patient à risque, une orientation vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau est recommandée, ainsi qu'un auto-examen cutané une fois par trimestre, avec consultation du dermatologue si changement de la taille, du contour ou de la couleur de la lésion.

Le déploiement des Parcours de Soins Coordonnés dans les différentes spécialités

Les cliniques Flandre et Villette connaissent des évolutions majeures depuis plusieurs années.

De nouvelles évolutions sont encore à venir et permettront de développer nos activités. Des synergies sont à développer et nous permettront de créer des pôles d'excellence.

Un des piliers de notre développement concerne la prévention et l'éducation thérapeutique dans lesquels nous nous engageons fortement.

Cela se traduit par l'ouverture d'Unités de Parcours de Soins Coordonnés (UPSC) à la Clinique de Flandre et à la Clinique Villette.

L'ouverture de ces unités nous permet d'optimiser le parcours des patients atteints de maladies chroniques et de répondre à un vrai besoin territorial de soins en prévention, dépistage

et éducation. Elles nous permettent également de préparer au mieux les patients en vue de certaines chirurgies, ou parcours en cancérologie.

Ces unités accueillent les patients, au cours d'une ½ journée, dans le cadre de prise en charge autour de :

- La préparation d'une chirurgie Orthopédique
- La préparation d'un parcours en cancérologie
- La préparation et suivi d'un parcours en chirurgie de l'obésité
- Le suivi de chimiothérapie

A venir d'ici quelques semaines :

- Prise en charge des troubles du sommeil (polysomnographie)
- Prise en charge de l'obésité

Chaque patient accueilli dans ces UPSC, cordonnées par des médecins,

est accompagné par une équipe pluridisciplinaire, selon le parcours : sage-femme, kinésithérapeute, psychologue, professeur d'activité physique adapté, diététicienne, équipes d'infirmiers et d'aides-soignants, assistante sociale.

- A noter que cette unité se situe au :
- 2ème étage de la clinique de Flandre
 - Au 4ème étage de la clinique Villette

La création de ces UPSC a nécessité la mise en œuvre de travaux, notamment la création de zones de consultations. En complément, un espace d'ateliers sera prochainement mis en place.

D'autres projets en terme de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique sont en cours au sein de ces 2 structures, et plus généralement pour les établissements ELSAN des Hauts de France.

Les différents types d'implants cristalliniens en chirurgie de la cataracte

Par l'équipe du Cabinet d'Ophtalmologie des Flandres (COF) - Coudekerque-Branche

►Chirurgie de cataracte - Technique de la phaco-émulsification

On appelle cataracte une perte de transparence du cristallin. Elle entraîne une baisse de la vision, qui peut parfois être sévère. La cataracte représente la première cause de cécité dans le monde.

La chirurgie de cataracte consiste à ouvrir la capsule antérieure du cristallin (capsulorhexis) puis à aspirer le contenu du sac cristallinien. C'est après cette étape qu'un implant intra-oculaire est positionné dans le sac capsulaire. Cet implant permet à la fois de corriger la vision et d'éviter certaines complications de l'aphaquie (absence de cristallin).

Le choix de l'implant dépend de différents paramètres : géométrie de l'œil (longueur axiale et forme de la cornée notamment), objectifs réfractifs et visuels post-opératoires, pathologies oculaires éventuelles, attentes du patient. **L'implant intra-oculaire n'est jamais changé ; il est positionné pour toute la vie du patient.**



Ces implants se différencient par un grand nombre de paramètres :

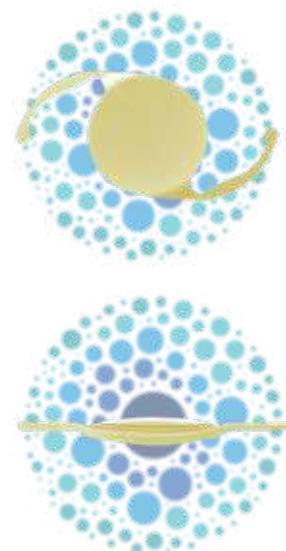
-Asphéricité et toricité : ces éléments ont trait à la correction de l'amétropie pré-opératoire du patient. Un implant asphérique présente une surface elliptique, non sphérique, qui permet de corriger des aberrations dites "sphériques". Un implant torique permet de corriger un astigmatisme cornéen important. Ces implants ne permettent pas de corriger la presbytie (troubles de la vision de près). C'est la correction de la vision de loin qui est visée.

-Matériau et rigidité : la majorité des implants utilisés aujourd'hui est fabriqué dans un matériau acrylique, qui peut être hydrophile ou hydrophobe. Ils sont souples et peuvent être injectés via une incision cornéenne très étroite (de l'ordre de 2 mm). C'est une fois dans l'œil qu'ils se déploient à l'intérieur du sac cristallinien. Les implants rigides, en PMMA, nécessitent la réalisation d'incisions cornéennes plus larges et sont donc d'utilisation moins courante.

-Filtres colorés : la plupart des implants comportent un filtre aux Ultra-Violets (implants "blancs"). En parallèle, beaucoup de chirurgiens choisissent des implants "jaunes". Ils contiennent un chromophore qui filtre la quantité de lumière bleue absorbée par la rétine.

-Optique et haptiques : on distingue, sur un implant intra-oculaire, l'optique (lentille centrale) et les haptiques,

identiques à des pattes qui se déploient pour stabiliser l'implant dans le sac capsulaire. Le diamètre de l'optique peut varier, de même que le matériau des haptiques et leur nombre. On trouve, sur le marché, des implants monoblocs (matériau des haptiques identique à celui de l'optique), des implants 3-pièces (matériau des haptiques différent de celui de l'optique), différents diamètres de l'optique, des implants bipodes (2 haptiques), quadripodes (4 haptiques)...



Implant acrylique asphérique jaune, hydrophobe, monobloc



►Les implants dits "standards" (par les Drs François LEUILLETTE, Véronique VASSEUR, Damien WARGNEZ)



► **Les implants dits "premium"**

(par Dr Jean-Geoffroy MERY)

Les implants dits "premium" sont des implants intra-oculaires destinés aux patients qui souhaitent une correction visuelle à toutes les distances (vision de loin/ intermédiaire/ de près) et qui leur permettront de s'affranchir du port de lunettes après la chirurgie de cataracte. Ils s'intègrent donc dans une démarche de chirurgie réfractive.



La vision intermédiaire correspond à une distance de travail de 70 cm. Elle est de plus en plus sollicitée dans le quotidien de nos patients, qui travaillent sur écran, utilisent des smartphones ou conduisent aidés d'un GPS.

La vision de près se définit essentiellement par l'activité de lecture à 35 cm.

L'implant "parfait" n'existe pas encore. Le choix de l'implant devra donc être personnalisé pour chaque patient, en fonction de ses souhaits, de son mode de vie et de ses antécédents ophtalmologiques. Le surcoût en est significatif et sera abordé avant l'intervention.

Nous pouvons historiquement définir trois grandes familles d'implants "premium" :

-Les implants MULTIFOCAUX : il existe de nombreux implants multifocaux, classés en deux grands sous-groupes. On distingue les implants diffractifs (bifocaux ou trifocaux) et les implants réfractifs. Initialement, ils assuraient, en plus de la vision de loin, une bonne vision de près, mais sans correction de la vision intermédiaire. Les implants multifocaux plus récents sont désormais capables de couvrir toutes les distances de travail, mais le patient devra accepter un compromis visuel. La vision est satisfaisante à toutes les distances, mais parfois imparfaite, pour garantir l'indépendance vis-à-vis des lunettes. Ces implants ne sont donc pas adaptés aux patients qui auraient une exigence visuelle forte liée à leur profession ou à leurs loisirs. Ils sont, par ailleurs, contre-indiqués en cas de pathologies oculaires et mettent en jeu des processus de neuro-adaptation. Ils représentent 5 % des implants posés.

-Les implants "EDOF" ("Extended

Depth of Focus »)/ implants à profondeur de champ : ces nouveaux implants offrent une bonne vision intermédiaire, sans dégradation de la vision de loin. Ils sont particulièrement adaptés aux patients utilisant les outils numériques et acceptant le port d'une paire de lunettes complémentaire pour la vision de près. Les contre-indications ophtalmologiques sont moins nombreuses que pour les implants multifocaux "classiques" et ils n'induisent pas les effets indésirables de ces derniers (halos lumineux, éblouissement nocturne, perte de la vision des contrastes). Ils sont voués à occuper une place de plus en plus importante dans les pratiques des chirurgiens de la cataracte.

-Les implants "MONOFOCAUX +" : ces implants sont très proches des implants monofocaux dits "standards". Ils proposent une discrète amélioration de la vision intermédiaire, sans dégrader la vision de loin. L'ensemble des patients, quels que soient leurs antécédents ophtalmologiques, peuvent en bénéficier. Le port de lunettes restera, par contre, indispensable pour une bonne vision de près et intermédiaire.

► **Les implants utilisés en cas de chirurgie de cataracte complexe** (par Dr Clément GRUCHALA)



Parfois, pour des raisons anatomiques, il n'est pas possible de positionner un des implants sus-cités. Il est alors nécessaire de choisir d'autres implants, d'usage moins courant, dont la pose est plus complexe et nécessite souvent le recours à un chirurgien vitréo-rétinien. Les cas de figure les plus fréquents sont :

-La capsule postérieure du cristallin est rompue : il s'agit d'une des complications per-opératoire classiques de la chirurgie de cataracte. L'implant ne peut pas être placé dans le sac cristallinien du fait du risque de chute dans le segment postérieur de l'œil (cavité vitréenne). On utilise, dans ce type de cas, un implant de sulcus ciliaire (espace situé entre l'iris et la capsule antérieure du cristallin intègre). Ce type d'implant dispose d'une optique plus large et d'haptiques métalliques plus rigides, mais leur injection dans l'œil nécessite souvent d'élargir l'incision cornéenne initiale (à 3 mm).

-Le sac cristallinien est très abimé, il n'y a plus de support capsulaire : cette situation survient essentiellement après un traumatisme ou en cas de luxation complète du cristallin. La technique opératoire consiste alors à mettre en place, après vitrectomie, un implant clippé à la face postérieure de l'iris. Cet implant est rigide, nécessite un équipement particulier et la réalisation d'une incision (souvent sclérale) large de 4.2 mm.

-Il n'y a plus de capsule cristallinienne et l'iris est lésé : c'est souvent le cas après un traumatisme oculaire sévère. Il convient alors de fixer à la sclère, après vitrectomie, des implants intra-oculaires de géométrie variable.

La clinique de Flandre dispose de tous les types d'implants intra-oculaires et des équipements nécessaires à leur pose, afin d'être en mesure de proposer la solution la plus appropriée à chaque situation clinique et à chaque patient.





Approche endovasculaire sur une thrombose aorto-bi-iliaque (syndrome de Leriche) : alternative au traitement chirurgical

Par le Dr Ahmad CHAMATAN, Chirurgien vasculaire à la Clinique de Flandre

L'oblitération aorto-iliaque appelée également syndrome de LERICHE fait partie des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs et est due à un athérome de la paroi aorto-iliaque d'évolution progressive et auquel s'ajoute une thrombose sanguine qui termine l'obstruction du passage du sang.

Les principaux facteurs de risques sont essentiellement le tabagisme et l'hypercholestérolémie. L'âge moyen des patients se situe aux alentours de 50 ans.

Cliniquement, elle se manifeste par des claudications intermittentes au niveau proximal (fesses et cuisses), la faiblesse du pouls fémoral, une hypotrophie musculaire et une dysfonction érectile.

Elle peut parfois être peu symptomatique en raison de la suppléance par des collatérales.

Le diagnostic repose sur la clinique complétée par des examens radiologiques (échodoppler qui objective une diminution des flux artériels, on confirme alors le diagnostic par un angioscanner).

Le lit d'aval sous-iliaque est souvent peu atteint.

Le traitement de référence est généralement chirurgical avec un pontage aorto-bi-iliaque ou aorto-bi-fémoral selon l'étendue des lésions. En cas de contre-indication, il peut être modifié par un pontage axillo-bi-fémoral. Mais l'arrivée des matériels endovasculaires et leur progression fulgurante ces dernières années a présenté une alternative au traitement chirurgical par un traitement endovasculaire qui permettra de réduire considérablement le risque chirurgical, raccourcir la durée d'hospitalisation (en général, une nuit de surveillance).

Le plus souvent, ce traitement se passe de façon percutanée avec cathétérisation de la zone de sténose ou recanalisation de la zone d'occlusion aorto-iliaque, puis une dilatation par

des ballons adaptés pour redonner un calibre normal aux artères et le plus souvent complétée par la pose d'un ou plusieurs stents aortiques de large diamètre (généralement de 12 à 20 mm de diamètre) et de 2 stents iliaques qui remontent dans le stent aortique (technique de la Tour Eiffel).

Le succès de cette technique dépend de plusieurs critères :

- L'étendue des lésions ;
- La qualité du lit d'aval ;
- L'existence ou non d'une occlusion complète ;
- De la sévérité de l'ischémie ;
- Le sevrage du tabagisme.

Je vous rapporte en image le cas d'une patiente que j'ai opérée récemment à la Clinique de Flandre.

Il s'agit d'une patiente de 51 ans, aux facteurs de risques d'un tabagisme important, ancien, stoppé depuis 3 ans et d'une hypercholestérolémie familiale avec artériopathie chez la mère et chez le frère.

La patiente est relativement peu symptomatique avec une gêne de type fourmillement et anesthésie au niveau du périnée qui descend au niveau des cuisses et de façon intermittente.

Le bilan radiologique objective une thrombose complète de l'aorte sous-rénale dans sa partie terminale et bi-iliaque primitive. La vascularisation en aval de cette zone de thrombose est assurée par des voies de dérivation lombaire et épigastriques inférieures.

Les artères iliaques externes sont

filiformes et perméables. A partir des artères fémorale et vers l'aval, les artères sont saines.



Après la pose des introducteurs dans chaque artère fémorale dirigé vers le haut, nous voyons une image d'artériographie qui confirme la thrombose des artères iliaques primitives bilatérales. Nous avons pu recanaliser la zone de thrombose en passant en sous-intimal avec dilatation, ce qui a permis de récupérer un bon pouls au niveau des artères fémorales. Nous avons préféré ne pas poser de stent en raison de la recanalisation sous-intimale avec risque de déchirure artérielle.

Bien que le résultat radiologique semble satisfaisant, la situation sera rejugée dans le temps et en cas de réapparition de signes cliniques, un traitement chirurgical conventionnel par un pontage aorto-bi-fémoral sera proposé.

La patiente a pu sortir le lendemain de l'intervention sans séquelle et avec un traitement anti-agrégant par CLOPIDOGREL.

Cette technique endovasculaire est une alternative valable et intéressante au traitement chirurgical classique. Elle est mini-invasive.

A court et moyen terme, le pronostic est bon. Nous aurons besoin de plus de recul afin de juger le pronostic à plus long terme.



Au Centre de cancérologie du Nord, l'Institut Andrée DUTREIX, le Pr MULLIEZ et le Dr DHAENENS développent des techniques innovantes pour mieux vous prendre en soin

Par le Pr Thomas MULLIEZ et le Dr Peter DHAENENS, Oncologues-radiothérapeutes à la Clinique de Flandre



« Le fondement de la radiothérapie est basé sur un ciblage spécifique des cellules cancéreuses tout en essayant d'éviter au maximum l'irradiation des tissus sains avoisinants. Ceci requiert une précision absolue de positionnement du patient et une maîtrise parfaite de ses mouvements pendant la séance de traitement. Utilisant la stéréovision active, la technologie SGRT permet de répondre à ces deux problématiques. Grâce au guidage surfacique, il est possible d'accélérer le positionnement du patient tout en garantissant une précision inframillimétrique. Le système permet également de détecter le moindre mouvement du patient pendant la séance (ex. patient qui tousse, éternue, etc.) et arrêter automatiquement l'irradiation (en moins de 50 ms) ce qui augmente la sécurité du traitement. L'interface graphique présentée ici-bas montre le retour Vidéo Postural avec les lignes violettes indiquant la position attendue du patient et à gauche une quantification des décalages de table à appliquer pour amener le patient à la position de traitement. »

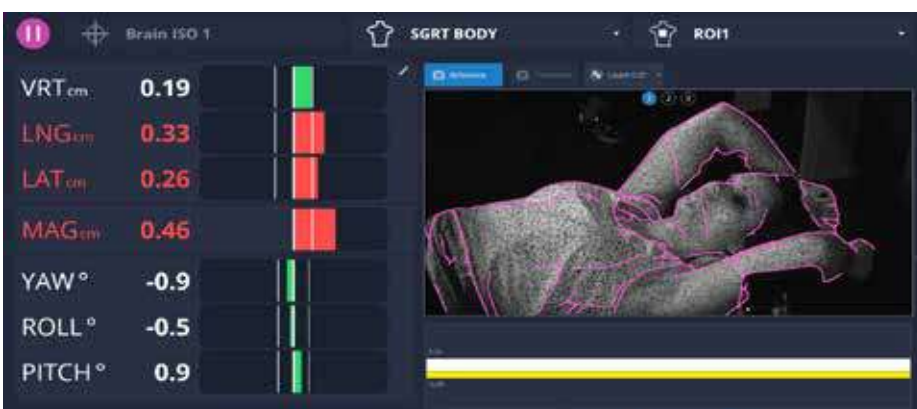
« Avec plus de 80 publications scientifiques, la technologie SGRT est éprouvée et sa compatibilité avec toutes les localisations et types de traitement a été largement démontrée. Les études ont ainsi montré un gain de temps (10-15% par fraction) à l'installation et une réduction de la durée des séances. Cette technologie élimine le besoin de tatouages permanents et améliore considérablement l'expérience du patient et son bien être après rémission. La SGRT permet aussi de réduire le recours aux images RX, améliore le confort du patient (masques ouverts) et réduit le besoin d'anesthésie/sédatifs pour les patients souffrant de claustrophobie, etc.. »

l'image, de très haute précision en peu de séances mais avec une dose optimisée à la séance. L'institut Andrée Dutreix est devenu un centre de référence pour la radiothérapie stéréotaxique en utilisant le guidage surfacique.

Toute l'équipe : physiciens, dosimétriste et manipulateurs radio vous accompagnent dans ce parcours.

L'institut Andrée DUTREIX est un des premiers centres en France et Europe à utiliser cette technique pour la radiothérapie stéréotaxique.

La radiothérapie stéréotaxique est une technique de radiothérapie guidée par



Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil

Seulement 60% des patients souffrant d'apnées du sommeil sont obèses ! Comment penser au diagnostic chez les 40% qui ne le sont pas ? Par le Dr Rémi LOMBARD, médecin spécialiste du sommeil à la Clinique de Flandre



D'abord, qu'est-ce que l'apnée du sommeil ?

Le syndrome d'apnée du sommeil se manifeste par une diminution importante de la respiration (hypopnée) ou par des arrêts de la respiration (apnées). Cela s'accompagne d'éveils, et chez certaines personnes d'une baisse de l'oxygène dans le sang. Il est normal de faire des pauses respiratoires pendant le sommeil, mais si elles sont nombreuses, elles fragmentent le sommeil, le rendent moins récupérateur et ont des répercussions sur la santé.

Quels sont les symptômes de l'apnée du sommeil ?

Les principaux symptômes sont une fatigue importante, un sommeil non réparateur, une somnolence la journée qui se traduit par la sensation d'avoir besoin d'une à 2 heures pour se sentir réveillé(e) le matin, mais également par des endormissements à des moments inappropriés ou non souhaités.

L'entourage entend des ronflements et des pauses respiratoires. Cependant, il est important de rappeler que cela n'est pas systématique, seulement 50% des personnes apnéiques ronflent.

Les personnes souffrant d'apnées se plaignent également de certains symptômes comme des insomnies, des maux de têtes au réveil, des sueurs la nuit, des réveils avec arrêt de la respiration, des troubles de la mémoire et de l'attention, des troubles du caractère à type d'irritabilité, une baisse de la libido et des levers pour aller uriner la nuit.

Chez la femme, dans les formes légères et modérées d'apnées du sommeil, les symptômes sont plus généraux : fatigue, manque de dynamisme, difficultés pour réaliser les tâches quotidiennes, «souvent associées à une angoisse importante, voire à un burn-out» mais

aussi à de l'insomnie. Il est plus souvent décrit des réveils avec des palpitations dans cette population.

Il faut donc penser à rechercher l'apnée du sommeil derrière ces signes «trompeurs» chez la femme, surtout après la ménopause. On notera, en particulier, que les femmes se plaignent fort peu d'être somnolentes.

Les examens habituels de détection de l'apnée du sommeil sont bien souvent pris à défaut pour établir un diagnostic d'apnée du sommeil chez la femme». Il faudra donc recourir à la polysomnographie dans cette population.

Quels sont les risques pour le patient à court et le long terme ?

A court terme, l'apnée du sommeil constitue un facteur de risque de somnolence et on sait que la somnolence est impliquée dans 10% de l'ensemble des accidents de la route.

En population générale, le taux de mortalité, toutes causes confondues augmente avec la sévérité du syndrome d'apnées du sommeil.

Le syndrome d'apnées du sommeil est très délétère sur le plan cardiovasculaire. C'est un facteur de risque d'hypertension artérielle, d'infarctus du myocarde, de trouble du rythme cardiaque (tachyarythmie par fibrillation auriculaire), de mort subite nocturne, d'accidents vasculaires cérébraux,

d'insuffisance cardiaque, d'anévrisme de l'Aorte et de diabète.

Qui sont les personnes touchées par l'apnée du sommeil ?

Depuis 2013, on considère que l'apnée touche 10% des hommes de 30 à 49ans et 3% des femmes de cette même tranche d'âge pour toucher 9% des femmes de 50 à 70ans et 17% des hommes.

Il est estimé que 40% des SAHOS modérés à sévères ne sont pas attribuables à l'obésité. Le poids est donc un facteur de risque important de développer un SAHOS, mais il n'est pas le seul.

Quel sont les autres facteurs de risque de développer un SAHOS ?

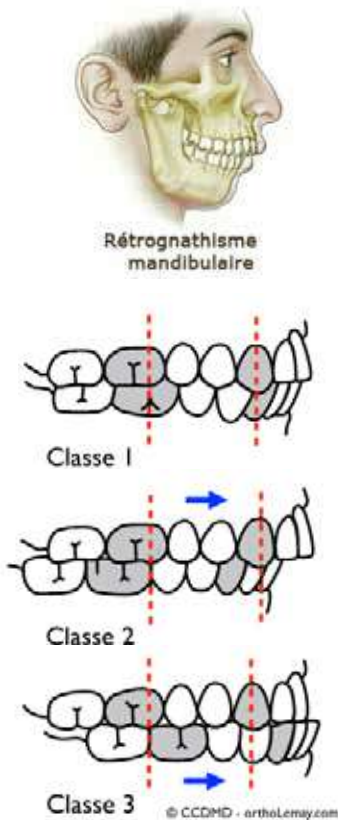
Au niveau des structures osseuses, un retrognathisme est un facteur de risque. Il correspond à une mâchoire inférieure plus courte que la supérieure.

Au niveau des parties molles, les amygdales, comme les langues volumineuses, participent à réduire l'espace pharyngé.

90 à 100% des personnes présentant un relâchement anormal des paupières supérieures (floppy eyelid syndrom) ont un SAHOS. Cela suggère une souplesse tissulaire excessive favorisant la survenue du SAHOS. [...]



Comment fait-on le diagnostic ?



Le premier message, c'est que lorsque l'on a mal au ventre, on va voir son médecin traitant, si ce qu'il vous propose ne suffit pas, il vous envoie consulter un spécialiste du ventre, un gastro-entérologue.

Il en va de même pour la fatigue et la somnolence. Habituellement, le médecin traitant demande une prise de sang pour éliminer une infection, une anémie, une carence ou un problème hormonal. Si cela ne suffit pas, il adresse à un médecin spécialiste formé à la prise en charge des troubles du sommeil.

Il vous proposera peut-être de réaliser une polygraphie ou une polysomnographie.

La polygraphie est un examen qui se réalise habituellement au domicile. Elle permet de diagnostiquer les syndromes d'apnées du sommeil très sévères, chez les personnes obèses.

Si cet examen ne retrouve pas de syndrome d'apnée du sommeil, cela ne veut pas dire qu'il n'y en a pas et encore moins qu'il n'y pas de problème de sommeil. Il faut donc aller plus loin et réaliser une polysomnographie.

La polysomnographie se réalise lors d'une nuit en clinique. Elle est plus précise. Elle permet également de faire le diagnostic de syndrome des mouvements périodiques qui peut accompagner le syndrome des jambes sans repos, ou pour observer les somnambules par exemple.

Ces capteurs sont posés sur les personnes, ils sont donc parfaitement indolores. Cet examen est simple pour le patient, il suffit juste de dormir !

Pour les personnes qui ne sont pas obèses ou qui souffrent d'autres pathologies du sommeil associées comme de l'insomnie ou un syndrome des jambes sans repos, c'est la polysomnographie qui est l'examen de référence. C'est ce même examen que nous réalisons à la clinique de Flandre.

Quels sont les traitements possibles ?

En fonction des résultats de ces examens, votre médecin vous proposera un traitement spécifique s'il s'avère nécessaire.

Dans tous les cas, il faut d'abord prendre en charge les facteurs favorisant comme le surpoids, le reflux gastro-œsophagien, la rhinite chronique, la consommation de tabac, d'alcool et de certains médicaments comme les benzodiazépines (si cela est possible). En parallèle, la reprise d'une activité physique au-delà de la perte de poids, est bénéfique dans le syndrome d'apnées du sommeil.

Ensuite, les 4 principaux traitements possibles sont la pression positive continue, l'orthèse d'avancée mandibulaire, la rééducation myo-linguo-faciale et les chirurgies.

La pression positive continue est le traitement de référence et le traitement le plus efficace. Par l'intermédiaire d'un petit masque, habituellement sur ou sous le nez, une machine envoie de l'air dans les voies aériennes supérieures pour les garder ouvertes et éviter qu'elles ne se ferment.

Le second traitement est l'orthèse d'avancée mandibulaire.

La HAS (en 2016) juge l'orthèse efficace quand elle réduit d'au moins 50% l'index d'apnée, et dans ce cas, elle indique que l'orthèse est efficace chez 72% des patients en bénéficiant.

Elle est moins performante et elle n'est pas efficace chez tout le monde.

Cela ressemble à un protège-dents comme ceux que l'on utilise pour la pratique de certains sports. On ne la porte que la nuit. À l'aide de différents mécanismes, on va avancer progressivement la mâchoire inférieure pour tirer la langue en avant et laisser l'air circuler librement dans les voies aériennes.

La rééducation myo-linguo-faciale permet de corriger 20 à 50% des apnées. Elle est réalisée par un kinésithérapeute ou un orthophoniste. Elle peut être prescrite seule dans les syndromes d'apnées du sommeil modéré. Elle permet d'améliorer la tolérance de la machine et de renforcer l'efficacité de l'orthèse lorsqu'elle est réalisée en association avec ces 2 traitements.

La quatrième classe de traitement ne s'applique pas à tout le monde. Il s'agit des chirurgies. Elles se discutent au cas par cas.

La ménopause est une seconde période à risque de survenue de SAHOS chez les femmes qui sont sous l'influence de facteurs hormonaux protecteurs jusque là.

L'hypothyroïdie et l'acromégalie peuvent également participer à réduire le calibre des voies aériennes et favoriser le SAHOS tout comme l'œdème pharyngé retrouvé chez les insuffisants cardiaques et rénaux.

La consommation d'alcool et de médicaments relâchant les muscles (anxolytique et somnifère de la classe des benzodiazépines par exemple) diminue l'activité des muscles du pharynx et favorise la survenue des apnées. Le tabagisme, par l'inflammation qu'il induit au niveau du pharynx, favorise également les apnées tout comme la congestion nasale observée dans la rhinite.

On recherche aussi le syndrome d'apnées du sommeil chez les patients à qui on a diagnostiqué une hypertension artérielle, un trouble de l'humeur, des troubles cognitifs, une maladie coronarienne, un AVC, une insuffisance, une fibrillation auriculaire, un glaucome ou un diabète de type 2.



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 poly pathologiques 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.

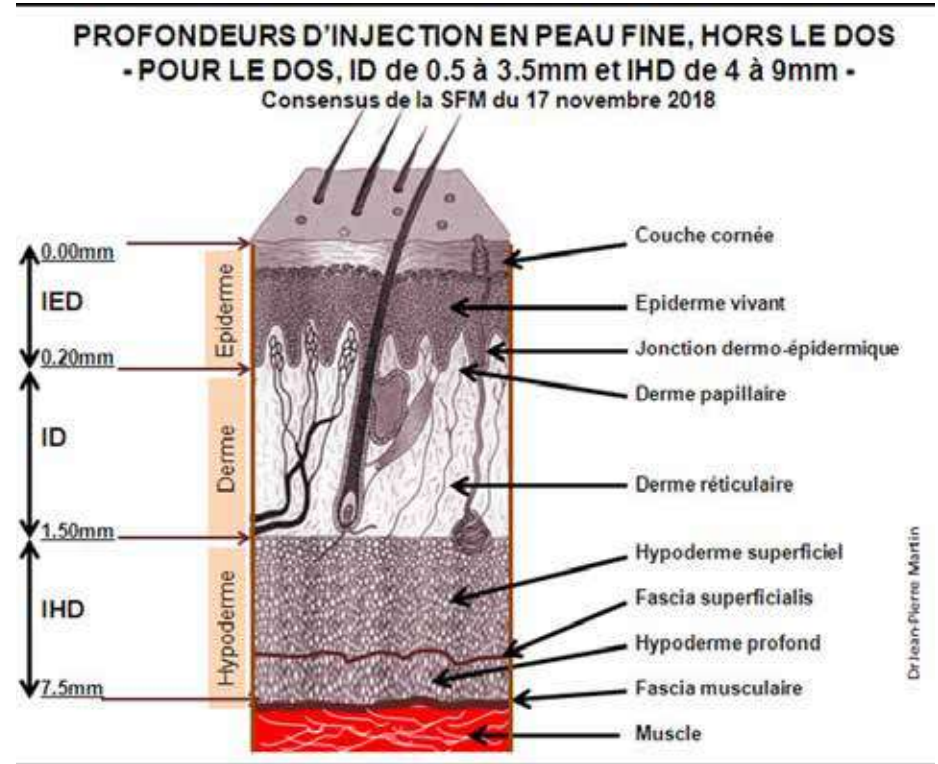
On utilise trois techniques différentes selon la profondeur d'injection qui sont l'intra épidermique, l'intra dermique superficielle, l'intra hypodermique profonde.

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 diagnostique 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





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 intenses); 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 antalgie 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 trophicité 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 le 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 unicompartimentale (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. 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.





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 (Aurélie) 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 revoient 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.





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 liposuccion 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 liposuccion, 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

NOS SOIRÉES MÉDICALES & RÉUNIONS D'INFORMATIONS ELSAN HAUTS DE FRANCE

► LES SOIRÉES MÉDICALES À DESTINATION DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ :

Sur l'année 2022, 34 soirées ont été organisées en présentiel ou en visioconférence sur le territoire Elsan des Hauts-de-France dont 20 DPC (Développement Professionnel Continu). Au total, ce sont près de 1000 professionnels de santé qui ont participé à ces soirées qui concernaient différentes spécialités :

Hainaut	Côte d'Opale	Saint-Quentin
<p><i>Hôpitaux Privés du Hainaut, Clinique du Cambrésis, Institut Ophtalmique de Somain</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ophtalmologie • Orthopédie • Activité Physique Adaptée • Centre de conduite • Gynécologie • ORL • SOS Perfusion • Gériatrie • Soins Palliatifs 	<p><i>Clinique de Saint Omer, Clinique de Flandre, Clinique Villette</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie • Gynécologie Obstétrique • Chirurgie esthétique • Digestif • Centre du sommeil 	<p><i>Hôpital Privé Saint Claude</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Néphrologie • Dermatologie • Urologie • Plaies et Cicatrisation



**RETROUVEZ TOUTES NOS SOIRÉES
SUR NOTRE SITE INTERNET
DÉDIÉ : invitation.elsanhdf.fr**



► LES RÉUNIONS D'INFORMATIONS À DESTINATION DU GRAND PUBLIC :

Sur l'année 2022, 14 réunions d'informations en visioconférence ont été organisées sur le territoire Elsan des Hauts-de-France pour le grand public. Au total, ce sont plus de 500 personnes sensibilisées sur des sujets variés tels que :

Territoire des Hauts-de-France
<p><i>Hôpitaux Privés du Hainaut, Clinique du Cambrésis, Institut Ophtalmique de Somain, Clinique de Saint Omer, Clinique de Flandre, Clinique Villette, Hôpital Privé Saint Claude</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gynécologie • Pédiatre (<i>Les 1000 premiers jours de bébé</i>) • Obésité (<i>L'obésité ? Parlons-en !</i>) • Cardiologie (<i>Comment prendre soin de son coeur</i>) • Sommeil (<i>Bien dormir pour mieux faire face</i>) • Néphrologie (<i>Prenons soin de nos reins</i>) • ...



**RETROUVEZ TOUTES LES
INFORMATIONS SUR NOS
PAGES FACEBOOK**





NOS SITES INTERNET SPECIFIQUES

Nos sites institutionnels

Hôpitaux Privés du Hainaut
Polyclinique Vauban
Polyclinique du Parc
Centre de Rééducation de la Rougeville
Clinique Vilette
Clinique de Flandre
Hôpital Privé Saint Claude
Clinique de Saint-Omer
Institut Ophtalmique de Somain
Clinique du Cambrésis

www.elsan.care/fr/hopitaux-privés-hainaut
www.elsan.care/fr/polyclinique-vauban
www.elsan.care/fr/polyclinique-parc/accueil
www.elsan.care/fr/centre-reeducation-la-rougeville
www.elsan.care/fr/clinique-vilette/accueil
www.elsan.care/fr/clinique-flandre
www.elsan.care/fr/hopital-privé-saint-claude
www.elsan.care/fr/clinique-saint-omer
www.elsan.care/fr/institut-ophtalmique-somain
www.elsan.care/fr/clinique-cambresis

Communication externe

Annuaire Elsan Hauts de France

Répertorie l'ensemble de nos praticiens, en les classant selon la distance avec le code postal saisi.



elsanhdf.fr

Evènements Elsan Hauts de France

Répertorie les évènements à venir qui sont proposés aux professionnels de santé (EPU, DPC, présentiel ou visio) et propose de visionner les replays, ou comptes-rendus des évènements passés.



invitation.elsanhdf.fr

SOS Perfusion

Répertorie les professionnels de santé qui proposent la prise en charge d'accès veineux, picc Line et MidLine.



sosperfusion.elsanhdf.fr

Institut de l'Obésité

Répertorie les prises en charge proposées dans nos établissements des Hauts-de-France.



obesite.elsanhdf.fr

Recrutement Hôpitaux Privés du Hainaut

Présente les établissements, les services, nos métiers, les avantages sociaux, la démarche qvt, et renvoie vers les offres en cours.



recrutement.elsanhdf.fr

Pôle Main du Hainaut

Répertorie la prise en charge proposée au sein des Hôpitaux Privés du Hainaut.



polemain.elsanhdf.fr

La Voix du Nord

Regroupe nos communications Hauts-de-France réalisées via la Voix du Nord

lavoixdunord.fr/lvm/etablissements-elsan-des-hauts-de-france



**ANNUAIRE
EN LIGNE**

 www.elsanhdf.fr

**TOUS LES PRATICIENS
DES ÉTABLISSEMENTS
ELSAN HAUTS DE FRANCE**

Hôpitaux Privés du Hainaut : Polyclinique
Vauban, Polyclinique du Parc, CRF La
Rougeville - Clinique du Cambrésis -
Institut Ophtalmique de Somain -
Hôpital Privé Saint Claude - Clinique de
Saint Omer - Clinique de Flandre -
Clinique Villette

VOUS AVEZ BESOIN D'UN SPÉCIALISTE ?

TROUVEZ INSTANTANÉMENT LES PRATICIENS LES PLUS
PROCHES DE VOS PATIENTS EN 4 ÉTAPES



NOUS SUIVRE :



Cliniques ELSAN Hauts-de-France



@de_elsan



@hopitaux_privés_du_hainaut

 **ELSAN**
HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT
POLYCLINIQUE VAUBAN
POLYCLINIQUE DU PARC
CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DE LA ROUGEVILLE

 **ELSAN**
CENTRE DE CANCÉROLOGIE
LES DENTELLIÈRES

 **ELSAN**
INSTITUT OPHTALMIQUE DE SOMAIN

 **ELSAN**
CLINIQUE DU CAMBRÉSIS

 **ELSAN**
HÔPITAL PRIVÉ SAINT CLAUDE

 **ELSAN**
CLINIQUE DE FLANDRE

 **ELSAN**
CLINIQUE VILLETTE

 **ELSAN**
CLINIQUE DE SAINT OMER