

La lettre

DES HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT

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



ALAUNE



Bilan pré opératoire en cancérologie ORL à la Polyclinique du Parc, Saint-Saulve.

Par le Dr Luc GARCETTE, ORL à la Polyclinique du Parc

Le constat : la proportion de tumeurs des VADS diagnostiquées au stade T3-T4 est très importante dans la région avec donc un pronostic péjoratif.

Il est donc impératif de raccourcir au maximum les délais de prise en charge.

Il est difficile d'amener les patients à consulter plus tôt, cette population n'ayant pas l'habitude ni l'envie de consulter un médecin.

Par contre on peut agir sur les délais de prise en charge, une fois que le patient est vu en consultation.

En effet deuxième constat : l'accès aux examens radiologiques, et notamment IRM et TEP Scan, est parfois très long.

On a donc décidé, face à ces écueils, de mettre en place des bilans pré opératoires, orchestrés par une infirmière coordinatrice.

Le principe, en une matinée, faire le maximum du bilan qui va comprendre :

consultation pré-anesthésie, cardiologique, diététique, psychologique, mais aussi examen par un chirurgien-dentiste. A cela s'ajoutent le bilan biologique et les bilans radiologiques : Scanner thoracique, Scanner cervical ou IRM cavité buccale.

La coopération avec les radiologues de la clinique a permis de réserver un créneau horaire pour ces bilans radiologiques et d'obtenir des rendez-vous rapides. Seul le TEP Scan est réalisé en extérieur mais le rendez-vous est pris par l'infirmière coordinatrice et est réalisé très rapidement.

Le bilan endoscopique est effectué quelques jours après, avec réalisation des biopsies.

Une fois le dossier complet, la présentation du dossier se fait en RCP puis rencontre du patient pour consultation d'annonce et présentation du plan thérapeutique proposé.

Avec cette prise en charge il se passe

moins de 30 jours entre la première consultation où le diagnostic est suspecté et le début du traitement.

Exemple concret : patient vu un mercredi en première consultation. Bilan pré opératoire le lundi suivant. TEP scan dans la semaine, endoscopie le samedi. RCP le jeudi suivant. Consultation d'annonce le vendredi soit 15 jours après la première consultation. Si intervention, date retenue dans les 15 jours, soit un traitement démarré 30 jours après la première consultation.

Si chirurgie il y a, de même la coopération très étroite avec le centre de cancérologie les Dentellières permet un accès très rapide au traitement radio+/-chimio complémentaire.

Le challenge maintenant serait de réussir à sensibiliser les patients à consulter plus tôt....

Le RESURFACAGE DE HANCHE : solution alternative à la prothèse totale de hanche standard



En janvier 2023, à la polyclinique Vauban, le Dr Trouillez a réalisé la première pose de resurfaçage de hanche dans le valenciennois. Par le Dr Teddy TROUILLEZ, chirurgien orthopédiste

En France, plus de 100 000 prothèses totales de hanches (PTH) sont posées chaque année. Ce chiffre est en constante augmentation depuis plusieurs années en rapport avec le vieillissement de la population. Le but de cette intervention est de soulager les douleurs dues à l'arthrose avec comme finalité d'avoir une « hanche oubliée ». L'intervention qui consiste à mettre en place une PTH donne d'excellents résultats. Avec l'avènement de la pratique sportive en France, il est de plus en plus fréquent de recevoir en consultation des patients jeunes souffrant d'arthrose de hanche. Que proposer chez ces jeunes patients dont on sait la durée de vie limitée d'un implant classique ?

Le resurfaçage de hanche (RSA)

Le resurfaçage de hanche est une prothèse qui permet de restaurer l'anatomie du



patient. La tête du fémur et le col sont conservés contrairement à la prothèse conventionnelle. Il s'agit ainsi d'une **chirurgie à préservation du stock osseux.**

Le cotyle est préparé de la même manière qu'une prothèse standard avec fraisage du cotyle pour retirer le cartilage malade et mise en place d'une cupule en press-fit.

Concernant la partie fémorale, il n'y a aucune section du col du fémur. En effet, la tête et le col fémoral sont conservés.



Après une préparation minutieuse, l'implant fémoral parfaitement adapté à la morphologie du patient est cimenté.

Cette caractéristique aura un impact majeur dans la rééducation.



Les avantages de cette technique

Le principal avantage de cette technique est le risque ZERO de luxation.

En restaurant parfaitement l'anatomie du patient, tous les gestes sont autorisés en post opératoire. Il n'y a alors aucune contre-indication. **Cette technique permet donc un retour aux activités sportives et professionnelles sans contre-indication.**

Le deuxième avantage est la non usure de cet implant dans la théorie. Il s'agit d'une prothèse en couple métal/métal qui ne peut s'user dans le temps. Étant une chirurgie réservée au patient jeune, cela prend ainsi tout son sens.

La préservation du stock osseux fémoral avec un RSA permet de conserver les nombreux propriocepteurs intra-osseux et péri cervicaux. Ce point apparaît crucial pour le patient sportif dans le contrôle de son geste. La conservation de ces récepteurs synoviaux et osseux permet de préserver la proprioception coxo-fémorale comme le démontrent plusieurs études effectuées au laboratoire de marche. Les données étaient identiques entre les groupes "sains non opérés" et "RSA".

Si'il était envisagé d'effectuer une reprise du RSA, l'intervention consiste à la simple mise en place d'une prothèse conventionnelle, dû à la préservation du col du fémur. Une étude récente montre des résultats similaires entre PTH de 1ère intention et reprise de RSA par PTH sur les scores fonctionnels et de la douleur. Cela est très intéressant pour les patients jeunes souffrant d'une arthrose de hanche.

Les risques de cette technique

Comme toute chirurgie, le RSA expose à certains risques. Les risques liés à l'anesthésie. Il existe un risque de phlébite du membre inférieur et de saignement post opératoire mais l'absence de trépanation du fût fémoral permet de réduire de

façon drastique le saignement et le taux d'incidents thromboemboliques.

Le RSA, comme la PTH, expose à une infection de site opératoire. Il s'agit de 4 RSA pour 1000 en moyenne, avec une guérison dans tous les cas après un lavage de la prothèse et une antibiothérapie adaptée.

Le risque MAJEUR est une encoche fémorale lors de la chirurgie qui pourrait engendrer une fracture du col du fémur dans les suites. Il s'agirait ici d'une erreur technique. Dans ce cas, aucun risque n'est pris. Il sera décidé de mettre une prothèse conventionnelle.

Quel patient peut bénéficier d'une RESURFACAGE de Hanche ?

Tout patient de moins de 65 ans, avec une activité physique importante ou professionnelle à risque est éligible à un RSA.

Le seul point clé est d'avoir une tête fémorale mesurée à 48 mm de diamètre minimum (mesure effectuée sur une radiographie calibrée).

Comme toute chirurgie, il existe des contre-indications à cette chirurgie : ostéonécrose massive de la tête fémorale, inégalité de longueur de jambe de plus de 2 cm, anomalie morphologique majeure de la hanche, kyste osseux de tête fémorale de plus de 3 cm²... De même, une ostéoporose contre-indique ce type de chirurgie.

En résumé

Le resurfaçage de hanche est une solution alternative pour les patients jeunes désireux de reprendre leurs activités sportives et professionnelles sans restriction. L'absence de luxation permet cela. De plus, étant une chirurgie à préservation du stock osseux, si le patient a la nécessité de changer cet implant pour différentes raisons, il bénéficiera d'une prothèse conventionnelle, ce qui lui permettra donc de gagner un temps opératoire.





La grossophobie médicale : on en parle ?

Comment et pourquoi la stigmatisation liée au poids nuit à la personne en obésité et à sa santé ?
 par le Dr Caroline ANDRES, nutritionniste à la Polyclinique Vauban

La grossophobie médicale n'est plus

un sujet tabou à la Polyclinique Vauban depuis plusieurs années déjà.

En quelques mots, voici pourquoi lutter contre elle, c'est améliorer la santé physique et mentale de nos patients.

► La stigmatisation liée au poids ou grossophobie :

À une époque où la prévalence de l'obésité est élevée dans une grande partie du monde, au point où les personnes en surpoids/obésité constituent une minorité forte dans la société, il existe une culture de stigmatisation du poids généralisée.

Des études montrent que certaines formes de discrimination fondée sur le poids sont plus répandues que la discrimination fondée sur la race ou l'origine ethnique.

Définissons la stigmatisation du poids comme le rejet et la dévalorisation sociale de la personne grosse jugée non conforme aux normes sociales idéalisant la minceur. Elle a pour spécificité d'engager la responsabilité de la personne grosse : « les personnes sont grosses parce qu'elle mangent trop et ne bougent pas assez » et de sous-entendre une réversibilité de la grosseur.

Le discours de non-conformité sociétal est largement repris dans le milieu médical conduisant la personne grosse à valider les jugements négatifs portés sur elle et se sentir coupable de sa grosseur. Un pas de plus et le sentiment de honte pointe signifiant l'intériorisation de la dévalorisation.

Les femmes sont particulièrement stigmatisées en raison de leur poids dans de multiples secteurs, y compris la famille, l'emploi, l'éducation, les médias et les relations amoureuses entre autres.

Cette étiquette va entraîner une série de discrimination sociale (accès aux études et à l'emploi, niveau de revenus...) affectant la trajectoire sociale de l'individu.

► La grossophobie médicale :

Partage par les soignants implicite ou explicite des stéréotypes sociétaux négatifs de la personne grosse (« patient sans volonté, paresseux, non compliant... »). Elle peut se traduire par des propos inappropriés, des prises en charges non exhaustives ou retardées.

La stigmatisation du poids est particulièrement répandue et préjudiciable chez

les soignants favorisée par un climat « de lutte contre la graisse/obésité » au point d'en oublier la personne et ses autres problèmes.

Forts de la connaissance de notre physiologie, de la vérité implacable de la balance énergétique (qui nous dit que la prise de poids résulte d'un déséquilibre entre les apports caloriques et la dépense énergétique), entêtés que nous étions à refuser de voir que nous ne maîtrisons pas notre masse adipeuse au même titre que nous ne maîtrisons pas notre masse osseuse, nous nous sommes réfugiés, nous soignants, des années durant dans le « manger moins, bouger plus », renforcés par l'efficacité à court terme de diètes amaigrissantes. Pendant ce temps, les injonctions à perdre de poids « perdez 7 kg et je vous opère », « perdez 12 kg et vous aurez moins mal... » avaient la dent dure.

Nous ne maîtrisons pas notre poids, ne pas en tenir compte est une source de souffrance supplémentaire pour le patient. Sur un plan strictement pondéral, les nouvelles prises en charge (pas si nouvelles que ça mais insuffisamment diffusées telle que l'approche bio-psycho-sensorielle du G.R.O.S) permettent de parvenir au poids d'équilibre, voir en-dessous, avec la chirurgie bariatrique ou les nouveaux traitements pharmacologiques.

Cette stigmatisation a des conséquences directes et observables sur la qualité, la nature des soins fournis aux personnes en obésité et sur la qualité de la communication médecin-malade, avec pour conséquence une demande moindre en soins médicaux en lien avec la souffrance d'être stigmatisé. Même lorsque le patient est en demande d'aide médicale, les tentatives de perte de poids sont moins réussies lorsqu'il perçoit qu'il est jugé par le soignant en fonction de son poids.

Les effets délétères observés de la stigmatisation sur la santé :

- Risque majoré de consommation d'alcool ou de substances
- Survenue ou aggravation des troubles du comportement alimentaire et de stress alimentaire
- Isolement social
- Évitement des examens/consultations médicales
- Augmentation du poids
- Comportement d'évitement de l'exercice physique

-Altération de l'estime de soi, image corporelle négative, anxiété, troubles de l'humeur

-Surmortalité

Pistes pour agir contre la stigmatisation liée au poids :

Dans le couple stigmatisé-stigmatisant, il incombe au stigmatisant de changer son comportement plutôt qu'au stigmatisé de s'ajuster.

1.(Re)connaître la stigmatisation liée au poids pour mieux la combattre !

Elle est parfois subtile, dans un mot, un regard, un geste, pas toujours perçue par un tiers.

2.Comprendre que le patient en obésité est victime et non coupable ; il n'est pas son poids au même titre qu'un patient asthmatique n'est pas son asthme. L'excès de poids n'est pas toujours réversible. L'hyperphagie peut être une réponse adaptative salvatrice à des états émotionnels liés à des traumatismes (abus sexuel notamment).

3.Se délester de « l'attitude anti gras » : connotation péjorative de tout ce qui est gras/gros. Les préjugés gras/gros ont des origines communes. Dédiaboliser le gras : Comme il est bon de le rappeler, l'ANSES recommande 35 à 40 % de lipides dans notre consommation calorique quotidienne. Notre tissu adipeux longtemps considéré comme inerte est un fabuleux organe métabolique et enfin, notre cerveau est composé de 60% de lipides!

4.Travailler sa posture en tant que soignant, se former auprès du G.R.O.S. (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids), connaître les liens complexes entre IMC, santé et obésité.

5.Engagement des institutions médicales dans la lutte contre la stigmatisation du poids. Notre équipe de l'institut de l'obésité de la polyclinique Vauban œuvre en ce sens depuis plusieurs années.

6.Améliorer l'accès aux soins (matériel adapté...). Prendre en considération les difficultés physiques et psychologiques d'accès aux soins du patient en difficulté avec son poids.

7.Mettre l'accent sur le bien-être et des comportements valorisants plutôt que sur la perte de poids.

8.Considérer l'obésité-maladie sous le prisme du risque cardio-métabolique et non de l'IMC seul.



PROTHESE TOTALE DE HANCHE : mise au point Intérêt des tiges courtes guidées par le Merkel

Par le Dr Richard ELHAGE, Chirurgien orthopédiste et traumatologue à la Polyclinique du Parc

L'utilisation de PTH à tige courte a augmenté au cours des 10 dernières années. Il existe plusieurs modèles de prothèses de hanche, notamment La PTH tige courte qui présente plusieurs avantages :

- Transfert de charge vers la partie proximale du fémur plus physiologique
- Préservation de l'os et des parties molles
- Implantation par voie mini invasive plus facile

La dernière génération de tige courte « dite tige moderne » est la tige guidée par l'éperon de Merkel. Les études biomécaniques semblent montrer que la stabilité de la tige courte guidée par le Merkel est comparable à celle des tiges standards ou conventionnelles. L'une de ses caractéristiques est le positionnement individuel de la tige selon l'anatomie préexistante du patient. Ce positionnement est obtenu grâce à la hauteur variable de l'ostéotomie du col du fémur. Outre un ancrage purement métaphysaire, une fixation supplémentaire dans la diaphyse proximale est également possible, en fonction de l'anatomie.

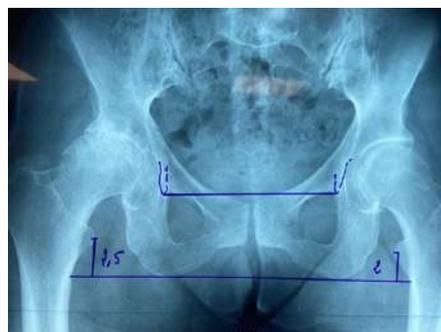
L'implantation d'une PTH nécessite la restauration du bras de levier fémoral (offset). Ce point est essentiel pour maintenir la stabilité prothétique, améliorer les amplitudes et redonner aux muscles fessiers leur efficacité.

« L'offset est la distance entre l'axe du fût fémoral et le centre de la tête ».



La Planification préopératoire :

Plusieurs facteurs dont les données personnelles du patient, les voies d'abord, les techniques chirurgicales et le type d'implant influencent les résultats de cette chirurgie. La planification préopératoire est un élément très important ainsi que la capacité du chirurgien à reproduire exactement celle-ci. Elle est donc indispensable pour le choix des implants et permet d'anticiper les difficultés, restaurer le centre de rotation, la longueur du membre inférieur et l'offset ou bras de levier.



Quel est le principe ?

La préservation de l'anatomie de l'articulation de la hanche est primordiale pour le résultat clinique.

Le bras de levier fémoral ou l'offset fémoro - acétabulaire est devenu essentiel puisque les études ont démontré qu'un offset réduit entraîne une insuffisance de tension au niveau des muscles

fessiers et un risque de luxation de la PTH.

Inversement, une augmentation du bras du levier peut causer des douleurs en regard du grand trochanter par une tendinopathie d'insertion et une bursite trochantérienne.

-Les tiges courtes guidées par l'éperon de Merkel résultent d'une technique d'implantation qui diffère des techniques conventionnelles utilisées pour les autres implants (pour les tiges droites et les tiges courtes de premiers modèles). L'élément le plus important est la courbure anatomique qui a été adaptée à partir de l'éperon. Le positionnement de la tige suit donc l'anatomie du patient le long de la courbe de l'éperon et permet une implantation personnalisée.

-Les tiges droites conventionnelles procurent un ancrage diaphysaire, le niveau de coupe du col fémoral est plus ou moins standardisé. Pour reconstruire l'anatomie de la hanche, il est nécessaire d'avoir et d'utiliser des tiges avec différents bras de levier. Nous en avons principalement trois gammes d'angle cervico diaphysaire pour les tiges monobloc : standard, high offset et latéralisé.

-Les tiges à col modulaire sont de moins en moins utilisées (risque élevé de fracture).



La reconstruction de l'offset fémoral dépend de la capacité à reproduire les différents angles CC'D. La conservation de l'anatomie de la hanche nécessite alors une reproduction de l'angle CC'D.

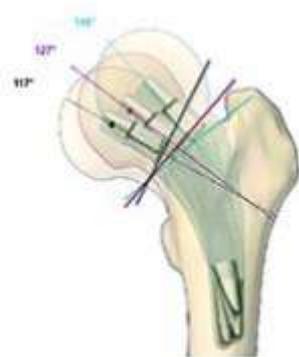
Dans la PTH avec une tige courte guidée par l'éperon de Merkel, l'alignement de la tige peut être individualisé, ce qui donne la possibilité de reconstruire réellement le bras de levier fémoral.

En guidant la tige le long de l'éperon de Merkel, le positionnement de la tige dans le fémur proximal dépend du niveau et de l'obliquité de la coupe du col fémoral.

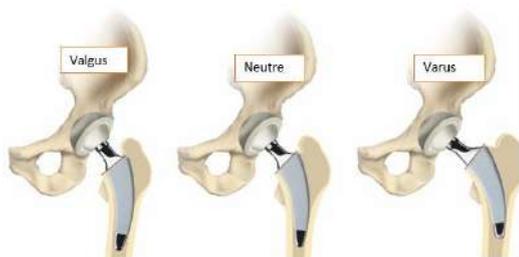
-Lors d'une PTH sur col fémoral en varus, une coupe haute aboutira à un positionnement en varus de l'implant et à la conservation d'un offset fémoral important.

-Lors d'une PTH sur un col fémoral en valgus, une coupe basse du col permettra un positionnement en valgus et à un léger offset.

Par conséquent, cela aboutira à une large reconstruction des angles CC'D et permettra ainsi la préservation de l'anatomie articulaire.



En fonction de l'anatomie du patient et de la valeur de l'angle CC'D pré opératoire il est possible de modifier la hauteur et l'obliquité de la coupe du col fémoral. Cela permet ainsi de mettre l'implant en valgus, en position neutre ou en varus.



Autres avantages

A - Contrairement à la PTH avec tige droite conventionnelle, l'insertion des instruments ainsi que l'implantation d'une tige courte

peuvent être effectuées « au tournant » du Merkel préservant l'os spongieux de la facette digitale du grand trochanter et diminuant le traumatisme des muscles fessiers.

B - L'ostéo-intégration des tiges courtes guidée par l'éperon de nouvelle génération vise à caler suffisamment la tige dans la métaphyse fémorale afin d'obtenir une stabilité primaire parfaite, permettant ainsi une mise en charge postopératoire immédiate complète chez des patients jeunes et actifs. L'ancrage métaphysaire de la tige a pour but la mise en charge physiologique du fémur proximal afin d'éviter le stress-shielding et les zones d'ostéolyse.

Tige courte fémorale et patient obèse

L'obésité est un facteur de risque majeur de développer une coxarthrose, d'une part par les contraintes mécaniques qui s'exercent sur le cartilage et d'autre part par la sécrétion d'adipokine par le tissu graisseux; il s'agit d'une protéine qui provoque une inflammation et une dégradation excessive du cartilage. Le risque de coxarthrose est 8 fois plus élevé chez les obèses.

Les études récentes indiquent que l'enfoncement de la tige prothétique peut être accru chez des patients en surpoids, et notamment compte tenu de la mise en charge complète et immédiate en postopératoire. Pour éviter la migration, l'implant fémoral doit être de taille idéale et le press-fit optimal. Néanmoins, Les tiges courtes semblent aussi performantes que les tiges standards à condition de respecter une technique rigoureuse et exigeante.

En outre, de nombreuses études ont également montré un taux de complications infectieuses et une comorbidité plus élevée chez les patients obèses.

Les inconvénients

L'utilisation de tiges courtes nécessite un apprentissage et une vigilance accrue durant toute l'intervention.

Le type d'ancrage des tiges courtes est différent des tiges standard en raison des possibilités de positionnement de ces tiges en varus ou en valgus.

L'ancrage est en trois points dans les coxa vara, avec un contact au niveau :

-De la corticale latérale du col partiellement réséqué, de l'éperon médial et de la corticale latérale à la pointe de la tige.

Pour les cols en valgus il faut un remplissage suffisant de la métaphyse et l'obtention d'un contact :

-Avec la corticale latérale ainsi qu'avec la corticale médiale distale. Dans le cas contraire il y a un risque de micromouvements, d'instabilité douloureuse et d'enfoncement de l'implant.

A priori, il n'y a pas de limite d'âge. Néanmoins, un implant cimenté ou une tige conventionnelle devrait être choisi en cas d'ostéoporose majeure.

Conclusion :

Au cours des dernières années, les prothèses de hanche à tige courte se sont établies dans un nombre croissant de pays à travers le monde. Les tiges courtes constituent une alternative aux tiges classiques dans la mesure où elles préservent à la fois la substance osseuse et les tissus mous. Elles conviennent remarquablement bien aux voies d'abord mini-invasives et, si nécessaire, permettent une révision avec une tige droite standard.

Des données récentes du registre Australien de remplacement articulaire ont montré des taux cumulés de révision très bas pour les tiges courtes guidées par l'éperon de Merkel et surtout comparables à celui des tiges de type conventionnel (1,5%).

Les données provenant du registre suisse des implants ont révélé un taux de révision significativement moindre (nombre de révisions / nombre total d'implantations) pour la tige courte basée sur l'éperon de Merkel comparativement à la tige conventionnelle (1,7 % contre 3,7%).

La PTH à tige courte guidée par l'éperon de Merkel présente un certain nombre d'avantages spécifiques. Les résultats à court et moyen terme sont encourageants, mais nous manquons à ce jour de résultats à long terme. Si dans les prochaines années les données complémentaires des registres continuent à confirmer le faible taux de révision, il n'y aura plus à hésiter sur le choix des tiges courtes guidées par l'éperon de Merkel pour une PTH.



C'est quoi au juste les soins palliatifs ?

Par le Dr Aude HUBERT, Médecin Soins Palliatifs à la Polyclinique Vauban

« Soins palliatifs ne veut pas dire MOURIR mais améliorer la qualité de vie et retrouver des petits plaisirs que les traitements très agressifs ont diminués : manger, prendre soin de soi, discuter... » témoigne Mme S. la femme d'un patient pris en charge dans l'Unité de Soins Palliatifs (USP) de la polyclinique Vauban. Touchée par les soins et l'accompagnement, un mois après le décès de son mari, Mme S est venue rendre visite à l'équipe de l'unité. Elle souhaite aider le service à promouvoir les valeurs des soins palliatifs qui sont, selon elle, encore trop méconnus voire quelques fois incompris des autres services hospitaliers de médecine curative.

Et pourtant la prise en charge palliative précoce de patients atteints de cancer pulmonaire d'emblée métastatique augmente de 30% la survie moyenne des patients qui en bénéficient (Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363(8):733)

Alors en quoi consiste cette prise en charge palliative et particulièrement en USP ?

L'USP offre un accueil pour des soins complexes et le soulagement des symptômes mais c'est aussi un lieu de vie temporaire, et naturellement un lieu de fin de vie. Il peut être nécessaire aussi, comme lieu de passage pour franchir un cap difficile avec la maladie qui dure et qui fait irruption dans une vie personnelle, familiale, amicale et professionnelle.

La prise en charge palliative s'articule autour du concept de souffrance globale (physique, psychique, sociale et spirituelle) ainsi se développe dans une USP une interdisciplinarité entre des professionnels médicaux et paramédicaux (psychologue assistante sociale, nutritionniste, sophrologue, socio esthéticienne et la liste n'est pas exhaustive) et des bénévoles laïcs ou confessionnels. Tous acceptent et apprennent à collaborer ensemble en vue de développer une collégialité autour de la prise en charge et de décision en concertation avec le patient et son entourage.

L'USP a aussi une mission d'ouverture et d'interface avec les services hospitaliers intervenant dans la prise en charge du patient mais également avec les médecins traitants, les HAD ou les Dispositifs d'Appui à la Coordination (dont font partie les anciens réseaux de soins palliatifs) qui prennent le relai à domicile.

Si vous passez par la polyclinique Vauban poussez jusqu'au 4ème étage vous y rencontrez une équipe et des patients qui font un petit bout de chemin ensemble pour « ajouter de la vie aux jours lorsqu'on ne peut plus ajouter de jours à la vie »



DOULEUR

Ouverture d'une Unité Douleur chronique à la Polyclinique du Parc

La Polyclinique du Parc de Saint Saulve a ouvert, début mars 2023, une unité Douleur chronique. Cette nouvelle offre de soins prend en charge des patients présentant des douleurs chroniques résistantes aux traitements de première intention.

À sa tête, le Dr Mehdi Kacha. Anesthésiste-réanimateur depuis dix ans, ce médecin originaire d'Anzin a décidé de mettre cette spécialité entre parenthèses pour se consacrer pleinement à la lutte contre la douleur. Un domaine pour lequel il a suivi, et suit encore, de nombreuses formations, en France et en Allemagne notamment. La perspective n'est guère réjouissante mais, comme l'observe le Dr Kacha «

une personne sur cinq va souffrir de douleurs chroniques au moins une fois dans sa vie ». Plus question de nos jours d'avoir mal sans rien dire, des moyens d'y faire face existent.

La souffrance peut s'immiscer partout. Une « simple » opération du genou, qui réussit, mais une cicatrice qui fait mal. Ou ces maladies chroniques et leur cortège de douleurs : migraine, mal de dos (lombalgie), fibromyalgie, endométriose... Les cancers, aussi, outre le pronostic vital qu'ils peuvent entamer, sont parfois sources de douleurs.

Une prise en charge multidisciplinaire

L'unité douleur chronique est composée

d'une équipe multidisciplinaire intégrant médecin algologue, médecin rééducateur, infirmières douleur, kinésithérapeute, professeur d'activité physique adaptée, ergothérapeute, assistante sociale, psychologue, diététicienne et secrétaire médicale

Chaque patient souhaitant bénéficier de cette consultation doit être adressé par son médecin traitant. Le patient sera évalué dans sa globalité lors d'une première consultation avec un médecin, où un parcours de soins personnalisé sera établi en fonction de ses besoins.

Les pathologies douloureuses chroniques pouvant être prises en charge au sein de l'unité sont par exemple :

- Douleurs neuropathiques périphériques et centrales,
- Douleurs chroniques postzostériennes,
- Douleurs rachidiennes dont lombo radiculalgies, névralgies cervicobrachiales,
- Syndrome douloureux régional complexe (neuralgodystrophie)
- Douleurs musculo squelettiques,
- Fibromyalgie,
- etc.

Prendre rendez-vous :

**Téléphone : 03.74.09.91.75 /
06.70.77.20.63**

Mail : douleurvalenciennes@gmail.com

L'ensemble des thérapeutiques d'algologie interventionnelle sont accessibles au sein de notre réseau d'experts :

- Perfusions de Kétamine et Lidocaïne,
- Patch de Capsaïcine,
- Infiltrations ou blocs péri-nerveux,
- Neuromodulation,
- Neurostimulation,
- etc.

Le médecin algologue fera toujours en sorte d'apporter le traitement le mieux adapté au patient, en permanence à son écoute pour le soulager au mieux. « La douleur est quelque chose de subjectif, souligne le Dr Kacha, on ne la ressent pas tous de la même façon. » « Nous n'avons pas tous la même capacité à la dépasser », ajoute la directrice de la polyclinique,



Stéphanie Montel. « On n'est pas magicien, reprend Mehdi Kacha. On est humble face à la douleur. On est content si on la diminue de 50 %. » La personne en souffrance doit aussi faire preuve de patience : le traitement peut demander du temps avant de montrer son efficacité, il peut être nécessaire de l'ajuster, le soulagement peut n'être que partiel. Le but pour le malade est aussi d'« apprivoiser sa douleur, apprendre à vivre avec » et « renouer avec une qualité de vie », qui lui permettra de retravailler, reprendre une vie sociale.

La Polyclinique du Parc est un établissement privé, néanmoins la prise en charge de la douleur se veut accessible à tous : « On essaie de faire un reste à charge pas trop important pour les patients. Ceux qui dépendent de la CMU sont bien entendu acceptés. »



La douleur chronique, quelques chiffres :



Migraines, céphalées (maux de tête), lombalgies (maux de dos), fibromyalgies associant douleurs articulaires et troubles du sommeil, ou encore sciatiques : la douleur chronique est définie comme une douleur qui perdure pendant au moins 3 mois.

► La douleur fait partie du quotidien de nombreux Français. 32 % expriment une douleur récurrente depuis plus de 3 mois et 20 % déclarent des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère.

► La douleur constitue ainsi le premier motif de consultation dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste.

► 1 patient douloureux chronique sur 2 a une qualité de vie altérée.

► 45 % des patients douloureux chroniques sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois par an.

► Plus de 2/3 des patients (70 %) souffrant de douleur chronique présentent également des troubles dans d'autres domaines de leur vie (troubles du sommeil, anxiété, dépression, troubles cognitifs).

Source : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)



Les 1000 premiers jours, là où tout commence !

Par le Dr Solange MOORE, pédiatre à la Polyclinique du Parc

Les 1000 jours, une période si particulière qu'une commission présidentielle lui a été consacrée. Mais de quoi parle-t-on lorsqu'on cite ces « 1000 jours » ? Il s'agit de la période la plus cruciale pour le futur de notre « petit d'humain ».

Période unique et critique pendant laquelle se met en place le potentiel physique, psychomoteur, intellectuel et cognitif de l'enfant qualifié par certains d'intervalles d'or.

En l'espace de 1000 jours (270 jours de grossesse + 365 jours pour la première année de l'enfant + 365 jours pour sa deuxième année), il va connaître un développement incroyable. Plus jamais il ne connaîtra une telle croissance.

Tous les organes sont concernés, en particulier, le cerveau, par exemple, va atteindre 80% de sa taille adulte à l'âge de 2 ans !

Il va apprendre sa langue maternelle in utero, ramper vers le sein le jour de la naissance, regarder, sourire, s'asseoir, se mettre à quatre pattes, se lever, marcher, parler...

Certes nous héritons du bagage génétique de nos parents. Mais on sait maintenant que l'expressivité des gènes est variable, modulée par l'épigénome qui est très sensible à l'environnement.

C'est à la suite de Sir Conrad Waddington et des travaux de Barker qu'on s'est intéressé à l'environnement de la femme enceinte. Le premier parlait de paysage épigénétique et le second a montré le premier la relation inverse entre la mortalité précoce d'un individu et le poids de naissance, le risque de maladies chroniques et la malnutrition maternelle pendant la grossesse.

Par exemple pourquoi des jumeaux qui ont le même génome sont néanmoins différents ? Pourquoi ne développent-ils pas les mêmes maladies et n'ont-ils pas les mêmes vulnérabilités ?

Sont alors apparus le terme d'épigénétique et la notion de DOHaD.

Le professeur Mansuy, professeur en neurogénétique à Zurich, a rassemblé sur un schéma tous ces facteurs en représentant un bonhomme de Vitruve de Léonard de Vinci.

Le concept de l'origine développementale de la santé et des maladies modifie notre compréhension de ce qui fait qu'un individu développe, au cours de sa vie, les principales maladies chroniques qui affectent les pays riches ou émergents, ou reste en bonne santé.

En étudiant les causes des décès dans le monde, on a constaté que les maladies chroniques en sont la cause dans 63 % de cas.

Selon l'OMS, l'alimentation, le mode de vie et l'environnement des premières années de l'enfant constituent des facteurs de risque ou de résistance à développer plus tard ces maladies.

Il est donc primordial d'apporter une attention particulière en prévention. Il a été démontré que plus l'intervention en termes de prévention était précoce, plus elle est efficace pour optimiser le capital santé.

Tout professionnel de santé a l'occasion d'intervenir pour le bon développement de l'enfant et de sa santé à l'âge adulte !

A la Polyclinique du Parc, il existe une vraie démarche d'accompagnement des futurs parents.

Sans sinistrose ni culpabilisation excessive. Car comme l'écrit le professeur Arnold Munich, généticien pédiatrique « Non, nos gènes ne commandent pas notre avenir... La vie n'est pas une tragédie grecque et les généticiens ne sont pas des oracles... Nous sommes programmés mais libres. »

Mais souvenons-nous que : « L'enfant est pour l'humanité à la fois un espoir et une promesse. En prenant soin de cet embryon comme de notre trésor le plus précieux, nous travaillerons à faire grandir l'humanité ! » Maria Montessori.

CHIRURGIE DIGESTIVE



La prise en charge des cancers digestifs : recherche translationnelle avec l'Inserm

Par le Dr François CORFIOTTI, chirurgien viscéral et digestif à la Polyclinique Vauban

La prise en charge des cancers digestifs a grandement évolué depuis 20 ans.

Pour certaines maladies le taux de guérison a été multiplié par deux. Ces avancées sont essentiellement dues à la meilleure compréhension des mécanismes moléculaires des cancers. Décrypter les différentes mutations dans les tumeurs nous a permis de développer des traitements plus efficaces et plus ciblés.

De nombreuses unités Inserm en France travaillent sur le sujet de la résistance au traitement des cancers. L'unité Lilloise Inserm UMR-1172 est depuis longtemps impliquée dans ce type de recherche.

La collaboration chercheur, chirurgien, gastro-entérologue et oncologue, est devenue courante et la Polyclinique

Vauban ne fait pas exception. Nous développons depuis plusieurs mois maintenant un projet de collaboration entre les deux institutions Inserm et Polyclinique. D'ici quelques semaines, avec l'accord du patient et en respectant les règles éthiques, des prélèvements de tumeurs humaines seront acheminés à Lille pour permettre leur analyse.

Un nouveau procédé de culture en trois dimensions permet d'ores et déjà de se rapprocher du fonctionnement réel d'un cancer humain in situ. Les perspectives semblent très prometteuses en ce qui concerne la découverte de nouvelles molécules et la meilleure utilisation de celles déjà connues.

L'équipe de cancérologie médicochirurgicale en place à la Polyclinique Vauban, le Dr LECONTE (oncologue - gastro-en-

térologue), le Dr SAFFERS (gastro-entérologue- endoscopie), le Dr CORFIOTTI (chirurgien viscéral) sont d'ores et déjà impliqués dans le processus et les prélèvements, qu'ils soient biopsiques pendant la fibroscopie ou sur les pièces chirurgicales pendant les interventions seront transférés dans le laboratoire des Dr VINCENT et VAN SEUNINGEN (Chercheurs Inserm) respectivement en charge de la plate-forme de Cultures trois dimensions et directrice de l'unité Inserm UMR 1172, pour lancer l'étude.

Les patients continueront évidemment à bénéficier de la meilleure prise en charge possible pour leur pathologie cancéreuse en parallèle qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique.