Avril 2023

La lettre

Des Etablissements ELSAN Hauts-de-France

ELSAN
Notre Santé autrement

ÉDITO

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

Elsan, au sein des Hauts de France, c'est ...

•Une dizaine d'établissements qui réalisent des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, soins médicaux et de réadaptation, imagerie et Radiothérapie,
•Une capacité de 1 283 lits et places et près de 2000 professionnels de santé (dont 359 praticiens) qui œuvrent au quotidien pour prendre en charge plus de 300 000 patients par an,
•Autant d'unités de parcours de soins coordonnées que d'établissements qui accompagnent nos prises en charge médicale et chirurgicale ou encore nos programmes d'éducation thérapeutique,
•Un Pôle Santé Prévention régional qui déploie et inscrit dans le territoire notre démarche "d'aller vers" dans les différentes phases de la sensibilisation, du dépistage et de l'éducation à la santé,
•Une Cellule de Recherche Clinique Territoriale qui coordonne des essais institutionnels, à promotion interne et à caractère industriel,
•Une démarche RSE engagée qui déploie une énergie humaine pour réduire son impact sur l'environnement,
•Une dynamique de co-développement des différents acteurs qui constitue désormais l'ADN de notre comité territorial des Hauts de France avec l'ambition de déployer la démarche dans chaque établissement,
•Une politique QVT enthousiaste qui se résume par la bienveillance, l'écoute et la considération qui l'anime.

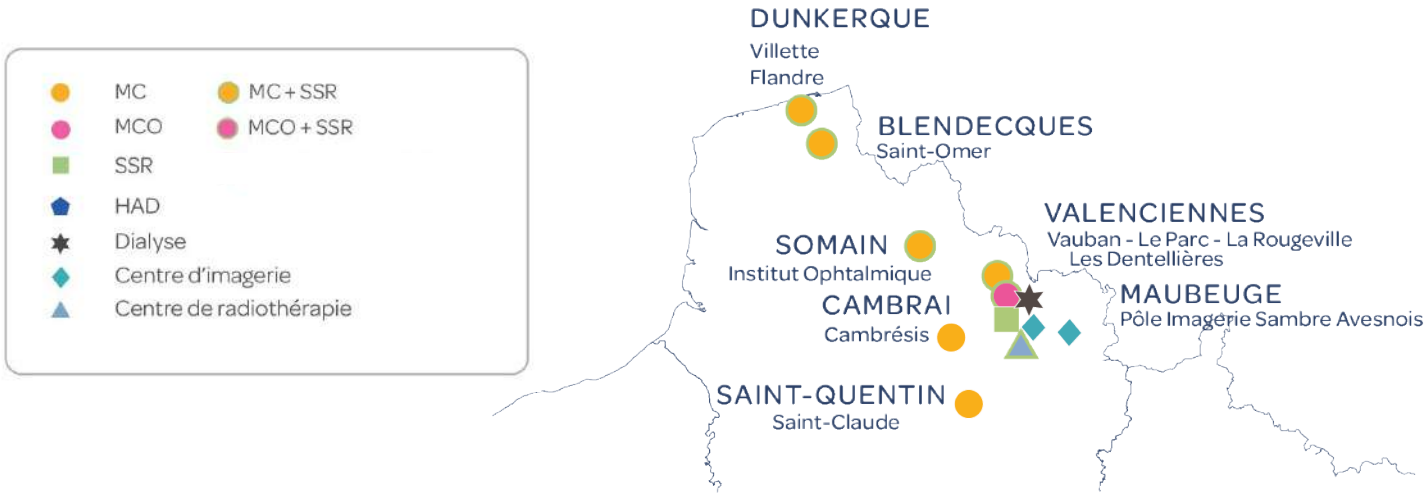
C'est aussi le souhait volontaire de privilégier, dès que cela est possible, des partenariats de collaboration avec tous les acteurs du tissu sanitaire et médico-social.

Pour permettre l'expression d'une telle énergie, nous décidons de privilégier volontairement les initiatives de chacun des acteurs, dès lors qu'elles permettent le bien du plus grand nombre.

« Le pessimisme est d'humeur, l'optimisme est de volonté » disait Alain

Notre choix est sans ambiguïté. Indépendamment du statut de chacun, tant au sein de nos établissements, qu'au-delà, nous privilégions une approche positive, respectueuse et orientée sur le seul lien qui donne sens et pour lequel nous nous levons chaque matin : notre santé.

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

Imagerie Sambre Avesnois
contact@grimm-maubeuge.com

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

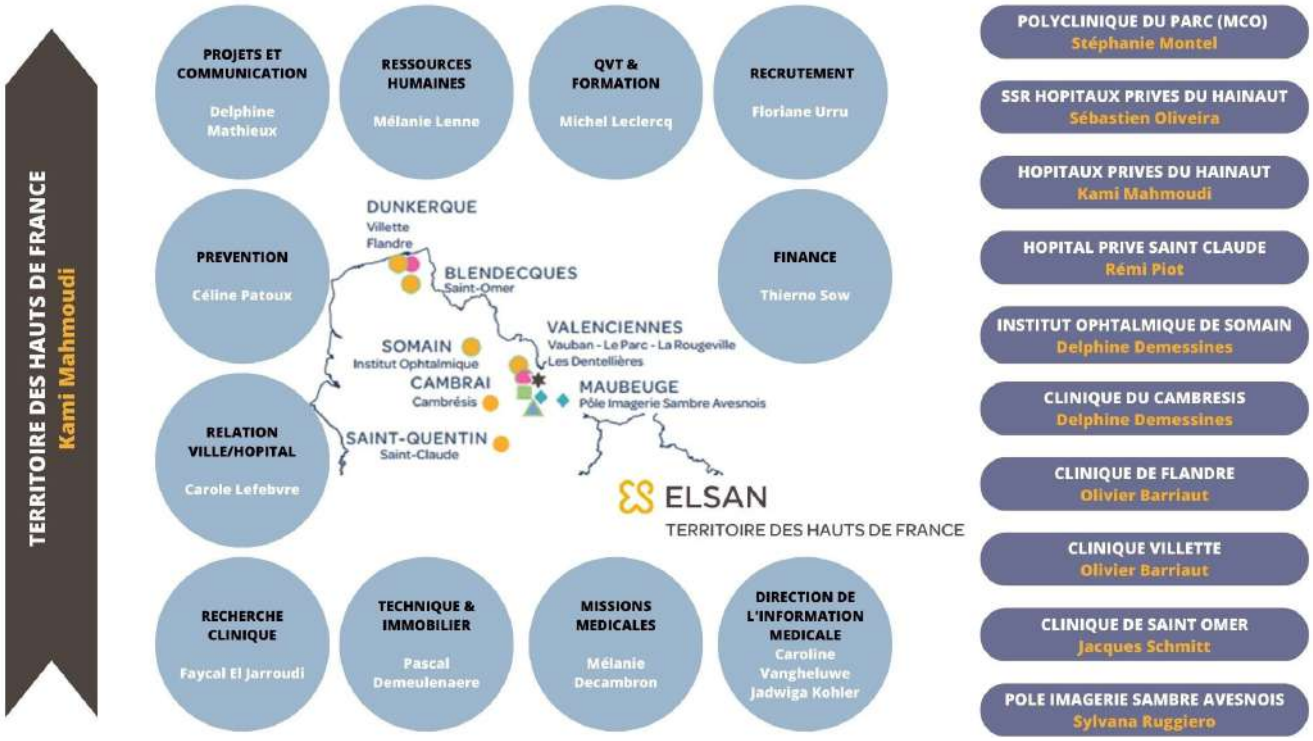
Clinique Villette
18 Rue Parmentier
59240 Dunkerque
03 64 54 70 54

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

Gériatrie
Vasculaire
Cardiologie
ORL
Education Thérapeutique
Imagerie
Gynécologie
Orthopédie
Médecine interne
Cancérologie
Médico-technique
Stomatologie
Esthétique
Digestif
Urgences
Pédiatrie
Angiologie
Douleur
Endovasculaire
Neurochirurgie
Polysomnographie
Centre de dialyse
Radiothérapie
Maxillo-facial
Soins de Suite et de Réadaptation
Basse Vision
Chimiothérapie
Soins de Suite et de Réadaptation Cardiologique
Consultations non programmées
Anesthésie
Ophtalmologie
Néphrologie
Maladie du sommeil
Main
Médecine du sport
Urologie
Uro-Néphro-Andrologie
Centre de Rééducation Fonctionnelle
Neurologie
Implantologie Orale
Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalent
Gastro-entérologie
Institut de l'Obésité
Infectiologie
Prévention

LE TERRITOIRE ELSAN DES HAUTS DE FRANCE OU LA TRANSVERSALITÉ PARTENARIALE

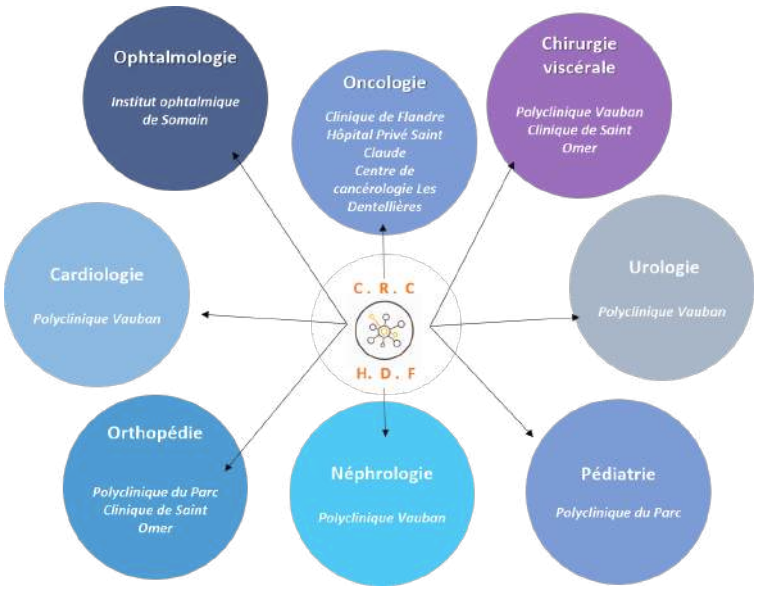
La mise en place de notre stratégie territoriale nécessite une approche globale et collective.
Chacun de nos directeurs d'établissements, ainsi que nos responsables fonctionnels de territoire jouent un rôle majeur dans la transversalité des sujets. Ils pilotent chacun une coordination sur un item spécifique 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 efficience se vérifie dans la créativité de l'action engagée et la diversité des mises en œuvre.



Depuis 2021, les établissements ELSAN des Hauts de France se sont dotés d'une Cellule de Recherche Clinique Territoriale

Son rôle est d'accompagner les médecins dans la réalisation de leurs projets de recherche clinique : de la conception à la valorisation des résultats obtenus en passant par la mise en œuvre, le suivi et la coordination de l'étude. La cellule de recherche clinique ELSAN des Hauts de France apporte une véritable assistance méthodologique auprès des auteurs ou investigateurs. Pour déployer des études dans l'ensemble des établissements du territoire, il existe également des équipes de recherche pluridisciplinaires au sein des établissements.

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



PORTRAIT

KAMI MAHMOUDI

Directeur du territoire Hauts-de-France et directeur de la PolycliniqueVauban

« Au sein du groupe, et plus spécifiquement dans la région des Hauts-de-France, nous avons une vision transversale de la santé : nous souhaitons prendre en charge le patient mais aussi le citoyen. Notre rôle premier est de soigner les gens dans les moments critiques mais aussi de faire de la prévention, de l'éducation thérapeutique et de la recherche. L' objectif est de permettre aux patients et à tous les concitoyens de bénéficier des innovations. ELSAN n'est pas seulement un acteur de soins, mais aussi un acteur de santé.

« Par ailleurs, cette vision transversale de la santé permet le recrutement de professionnels de haut niveau. Mon objectif, c'est d'aligner les étoiles afin que les patients soient bien pris en charge et que les professionnels de santé s'épanouissent dans leur travail. »

Par ailleurs, cette vision transversale de la santé permet le recrutement de professionnels de haut niveau. Mon objectif, c'est d'aligner les étoiles afin que les patients soient bien pris en charge et que les professionnels de santé s'épanouissent dans leur travail. »

PORTRAIT

Dr SÉBASTIEN CAUDMONT

Médecin chercheur : le Docteur Sébastien CAUDMONT cardiologue à la Polyclinique Vauban à Valenciennes

Qu'est-ce qui vous a mené à la recherche ?

Lorsque j'étais étudiant, j'ai été formé à la recherche et à l'enseignement. En quittant le CHU, la recherche était le chaînon manquant : elle vous fait progresser en même temps qu'elle vous permet de rester informé sur l'innovation. La recherche permet aussi une collaboration avec de très grands laboratoires, à la pointe du progrès, pour mener des études d'envergure.

Comment avez-vous renoué, en tant que médecin libéral, avec la recherche ?

Quand je suis arrivé, la Polyclinique Vauban était dirigée par un groupe de médecins et n'avait pas les épaules assez solides, surtout sur le plan réglementaire et administratif, pour réaliser des études cliniques. L'établissement a depuis été racheté par ELSAN. Grâce aux moyens déployés par ce groupe, au personnel recruté pour aider les praticiens et en particulier grâce à l'attaché de recherche clinique coordonnateur, Mr Fayçal EL JARROUDI, la recherche est rentrée dans le domaine des possibles.

Du coup, vous ne regrettez plus l'hôpital public ?

Non, j'ai envie de rester dans ce groupe, notamment pour la recherche.
Par rapport à l'hôpital public, il me manque l'enseignement mais il se pourrait qu'on accueille des internes prochainement et je vais donc retrouver ce troisième volet de mon activité, avec le soin et la recherche.

« La recherche permet aussi une collaboration avec de très grands laboratoires, à la pointe du progrès, pourmener des études d'envergure. »

FAYÇAL EL JARROUDI

Chef de projet et attaché de recherche clinique coordinateur de la cellule Hauts-de-France

« Mon rôle est la gestion des études cliniques auprès des investigateurs, au sein du territoire des Hauts-de-France en garantissant la qualité des données recueillies dans le respect de la réglementation. J'ai un travail rigoureux de vérification à chaque étape du déroulement d'un essai clinique.
Actuellement, nous travaillons sur des projets de recherche internationaux en cardiologie avec plusieurs CHU en France et à l'étranger. Je supervise le bon déroulement de ces essais, de la mise en place jusqu'à la clôture.
Je coordonne le travail des attachés de recherche clinique des autres cliniques du territoire, ce qui implique de me déplacer dans ces établissements. J'ai une vue d'ensemble de l'essai clinique qui me permet aussi d'en référer à mes supérieurs. Je suis très exigeant dans le recueil des données dans un dossier médicalisé spécifique ainsi que leur saisie dans un cahier d'observation électronique ou papier dans le respect des bonnes pratiques cliniques. »

«Mon rôle est la getion des études cliniques, j'ai une vue d'ensemble de l'essai clinique. »

DÉCOUVREZ
LA REVUE DE LA
RECHERCHE ELSAN

Pole de Santé Prévention Hauts-de-France : Primaire, secondaire et tertiaire « hors les murs »

Depuis quelques mois, pour mettre la prévention au coeur de ses préocupations, les établissements Elsan des Hauts-de-France ont mis en place un Pôle Santé Prévention. Celui-ci s'articule autour de 3 grands axes :

ELSAN Prévention
TERRITOIRE DES HAUTS DE FRANCE

La prévention primaire :

→Notre objectif est de sortir de nos murs pour rendre la santé accessible, en lien avec les besoins des habitants.

→Réalisation de Journées thématiques dans le cadre du «ALLER VERS» pour proposer sensibilisation et identification des besoins des personnes les plus éloignées du soin.

→L'Hoscare'Tour : ou comment lever les freins de l'accessibilité à la Santé. Le projet consolide le maillage avec nos partenaires médico-sociaux.

La prévention secondaire :

Organisation de journées de dépistage et volonté d'aide au déploiement des dépistages organisés des cancers, en lien avec nos partenaires et dans le cadre d'appels à projets portés par la CPAM, ARS et CRCDC.

Toujours au plus proche de la population afin d'améliorer l'état de santé et la prise en charge précoce des pathologies.

La prévention tertiaire :

Les programmes d'éducation thérapeutique des patients qui permettent de favoriser l'amélioration de la connaissance du patient sur sa pathologie et éviter ainsi la dégradation de son état de santé.

Ils font partie intégrante du parcours de soins dans le cadre de la prévention.

Volonté forte de nos établissements d'exporter nos compétences hors les murs et de déployer des programmes d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique.

HosCARE'TOUR

Il y a quelques mois, nos établissements ELSAN des Hauts de France ont répondu à un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé dont l'objectif est d'agir sur la réduction des inégalités d'accès aux soins sur le territoire des Hauts de France. Dans ce projet, nos Etablissements proposent, dans le cadre de notre démarche de Prévention et d'Accès à la Santé, un dispositif mobile, l'HosCARE'TOUR!

Concrètement, il s'agit d'un véhicule aménagé et polyvalent qui circule sur le territoire des hauts de France à la rencontre du grand public, afin de le sensibiliser aux sujets de prévention Santé. Dans les villes identifiées comme prioritaires sur chaque bassin de vie, nos équipes déploient leur savoir-faire au bénéfice de la prévention sur des sujets tels que l'hygiène alimentaire, le tabagisme et les addictions, le dépistage organisé des cancers, la prévention des maladies rénales ... L'objectif est de favoriser l'échange autour des questions de santé auprès des personnes rencontrées, pour encourager des comportements favorables au maintien d'un bon état de santé.

Projet financé par l'ARS, il est déployé en lien avec les professionnels de santé du secteur, les acteurs du secteur social et médico-social, les associations locales, les municipalités des Hauts de France.

Depuis le début de son aventure en Novembre 2022, **HosCare'Tour a déjà réalisé 15 sorties et sillonné une dizaine de communes :** Fourmies, Villers Outréaux, Onnaing, Somain, Noyelles sur Escaut, Saint Saulve, Sorle le château, Bertry, Maubeuge.

Les thèmes abordés sont variables, en fonction des besoins identifiés par les acteurs médico sociaux du secteur : Tabac, Hygiène alimentaire, Mars Bleu, Santé de la femme, dépistage organisé des Cancers, Prévention de la maladie rénale,... Au cours de ces sorties, nos équipes ont rencontré et sensibilisé **plus de 350 personnes.**

Les sorties d'HosCARE'Tour c'est :

✓ Depuis Novembre 2022, 15 sorties réalisées

✓ 35 sorties prévues d'avril à Octobre 2023

✓ Une vingtaine de référents dans l'ensemble de nos établissements Elsan des Hauts-de-France

✓ Des dizaines de partenaires (CPTS, CCAS, mairies, communautés,...)

CALENDRIER PRÉVISIONNEL

Date	Horaires	Lieu	Thème
20 avr	8h30 - 12h30	Quiévrechain	Prévention des maladies rénales
27 avr	14h - 17h30	Bouchain	Hygiène alimentaire
2 mai	9h30 - 12h30	Arques	Dépistage organisé des cancers du sein et colorectal
2 mai	14h – 17h	Longuenesse	Dépistage organisé des cancers du sein et colorectal
5 mai	9h - 12h	Condé sur Escaut	Santé de la femme
9 mai	14h - 16h	Longuenesse	Dépistage organisé des cancers du sein et colo rectal
13 mai	14h - 18h	Coutiches	Tabacologie
22 mai	13h - 17h	Condé sur Escaut	Seniors
23 mai	14h - 16h	Longuenesse	Dépistage organisé des cancers du sein et colorectal
25 mai	8h45 - 12h	Quiévrechain	Seniors
25 mai	14h - 17h30	Bouchain	Tabacologie
27 mai	13h30 - 17h	Wattignies	Addictologie
31 mai	13h - 17h30	Saint Saulve	Journée sans tabac
6 juin	8h30 - 12h30	Anzin	Seniors
6 juin	13h00 - 17h	Petite fôret	Santé de la femme
13 juin	14h – 16h	Longuenesse	Dépistage organisé des cancers du sein et colorectal
15 juin	8h30 - 13h	Blendecques	Tabacologie
16 juin	8h - 12h	Orchies	Dépistage diabète
19 juin	8h30 - 12h30	Ligny en Cambrésis	Addictologie
20 juin	13h30 - 16h30	Condé sur Escaut	Hygiène alimentaire
28 juin	8h - 17h	Saint Omer	Dépistage organisé des cancers du sein et colorectal
29 juin	13h30 - 16h30	Bouchain	Maladie rénale
13 sept	Journée	Maubeuge	Bus du cœur
14 sept	Journée	Maubeuge	Bus du cœur
15 sept	Journée	Maubeuge	Bus du cœur
28 sept	13h30 - 17h30	Bouchain	Dépistage organisé des cancers du sein et colorectal
1 oct	à définir	Bavay	Prévention cancer
1 oct	à définir	Valenciennes	Prévention cancer
3 oct	après midi	Saint Saulve	Santé de la femme
8 oct	9h - 12h	Saint Saulve	Hygiène alimentaire
20 oct	matin	Vicq	Hygiène alimentaire
20 oct	après midi	Quarouble	Hygiène alimentaire
26 oct	13h30 - 16h30	Bouchain	Santé de la femme
17 nov	10h - 18h	Maubeuge	Forum santé
18 nov	10h - 18h	Maubeuge	Forum santé

PÔLE SANTÉ PRÉVENTION

Projets innovants en terme de prévention

→Clinique de Saint Omer : Demande d'habilitation pour devenir **Centre de vaccination** pour faciliter l'accès de tous à la vaccination et de poursuivre la structuration de l'offre vaccinale sur le territoire du Pas-de-Calais, et s'intégrer comme acteur de santé dans le territoire

→Polyclinique Vauban (Article 51) : **La téléréadaptation cardiaque** pour les patients ayant eu une coronarographie ou dilatation, STABLE et AUTONOME, ayant une activité professionnelle (3 séances en présentiel, 16 séances de téléréadaptation au total, paramétrage du programme personnalisé, contrôle à distance de la FC maximale autorisée, surveillance observance du patient, possibilité séances ETP-APA-ateliers en visio)

→Dans nos établissements des Hauts de France : **L'éducation thérapeutique « hors les murs »** pour rendre la santé accessible aux plus éloignés, et éviter les ruptures de soin

UNITÉ DE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

La coordination des parcours : un développement structuré

Les Unités de Parcours de Soins Coordonnés

Depuis 2021, les établissements ELSAN des Hauts de France ont déployé des Unités de Parcours de Soins Coordonnés.

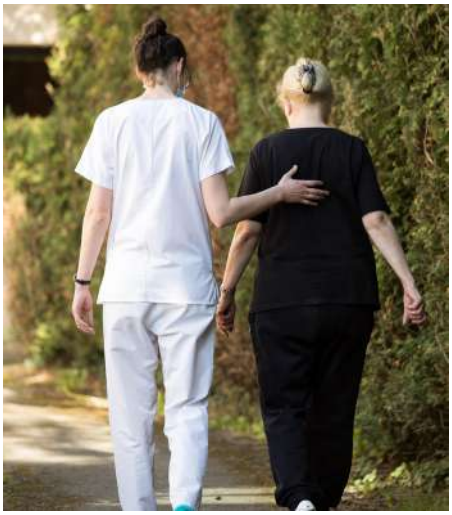
Les objectifs de ces unités sont multiples :
•Mettre en place une unité de lieu, avec une équipe pluridisciplinaire, formée, afin d'améliorer la coordination des parcours
•Harmoniser les pratiques organisationnelles entre les activités et nos établissements des Hauts de France
•Proposer des parcours patients complets, tant en prévention qu'en suivi de maladies chroniques
Les parcours de soins coordonnés sont mis en place dans de nombreuses spécialités :

	POLYCLINIQUE VAUBAN	POLYCLINIQUE DU PARC	CENTRE CANCEROLOGIE DENTELLIERES	CLINIQUE DU CAMBRÉSIS	HOPITAL PRIVE SAINT CLAUDE	CLINIQUE DE FLANDRE	CLINIQUE VILLETTE	CLINIQUE DE SAINT OMER
ORTHOPEDIE	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
OBESITE	✓				✓	✓		✓
CANCEROLOGIE	✓	✓	✓		✓	✓		✓
NEPHROLOGIE	✓				✓			
CARDIOLOGIE	✓							
SOMMEIL						✓		
PLAIES	✓				✓			
DOULEUR		✓						
NEUROCHIRURGIE		✓					✓	

L'éducation thérapeutique

Toujours dans l'objectif de mettre la prévention au cœur de nos préoccupations, les établissements ELSAN des Hauts de France développent les programmes d'éducation Thérapeutique.

Ceux ci permettent de favoriser l'amélioration de la connaissance du patient sur sa pathologie et éviter ainsi la dégradation de son état de santé. Ces programmes font partie intégrante du parcours de soins dans le cadre de la prévention.
Nos équipes ont la forte volonté d'exporter leurs compétences hors les murs et de déployer des programmes d'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique.



Etablissement	Programme ETP	Etat
Clinique de Flandre	Sommeil	Déposé
Clinique de Saint Omer	Obésité médicale Obésité chirurgicale	Déployé Déployé
Polyclinique du Parc	Lombalgie Apa post covid	Déployé Déployé
Polyclinique Vauban	Maladie Rénale Chronique Obésité Médicale Obésité chirurgicale Plaie et cicatrisation	Déployé Déployé Déployé Déployé

Appel à candidature de l'INCA pour Promouvoir la coordination entre les acteurs dans le cadre des cancers de mauvais pronostics

Nos établissements Elsan du Hainaut (Polyclinique Vauban, Centre de Cancérologie des Dentellières et Polyclinique du Parc) ont candidaté en 2022 à travers un projet d'« Expérimentation de parcours de soins de coordonnés Hôpitaux Privés du Hainaut ».

Le 20 mars 2023, ce projet a été favorablement évalué par le Comité d'évaluation scientifique de l'INCA.

Regroupement des Cliniques Flandre et Villette et structuration de l'offre de soins

Clinique de Flandre	Regroupement	Clinique Villette
Ouverture Mai 1995	Ouverture été 2025	Ouverture Janvier 1989
10 000 m²	16 000 m² 7000m² de neuf + 4000m² de restructuration	9 000 m²
11 spécialités	14 spécialités	8 spécialités
147 ETP	209 ETP	89 ETP
141 lits et places 8 salles de bloc	199 lits et places 13 salles de bloc	93 lits et places 5 salles de bloc

Projet immobilier Regroupement Cliniques de Flandre et Villette

Créer des pôle d'excellence en chirurgie:
- →Urologie
- →Orthopédie
- →Chirurgie digestive
- →Ophtalmologie

Devenir une référence en cancérologie
- →Regrouper les autorisations de cancérologie présentes sur les 2 sites (urologie, sénologie, digestif, ORL)
- →Développer la médecine oncologique, l'éducation thérapeutique
- →Forte activité de chimiothérapie

Assurer la pérennité des activités
- →Autorisation de cancérologie ORL en mutualisant les activités

Favoriser le recrutement médical en proposant un outil de travail moderne.

Extension de la Clinique de Saint Omer

Projet immobilier Extension Clinique de Saint Omer

Ouverture d'un SMR 30 lits d'hospitalisation complète et 10 places d'hospitalisation de jour.

→Construction d'une extension sur 3 niveaux (cela représente une surface ajoutée de 3000m²), avec un plateau technique au rez-de-chaussée ; un service ambulatoire neuf au 1er étage, et un regroupement des activités chirurgicales au 2ème étage.

→18 mois de travaux

→Ouverture définitive de l'ensemble des installations prévue pour octobre 2023.

Création d'une Unité de réadaptation CardioVasculaire à l'Hôpital Privé Saint Claude à Saint Quentin

Projet Hôpital Privé Saint Claude Unité de réadaptation CardioVasculaire (URCV)

→L'ouverture de l'URCV est prévue 4ème trimestre 2023.

→Cette unité sera implantée dans les anciens blocs obstétricaux, des travaux de réhabilitation et de mise aux normes sont indispensables.

SOMMAIRE

ELSAN

HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT

- Bilan pré opératoire en cancerologie ORL à la Polyclinique du Parc, *par le Dr GARCETTE* 13
- C'est quoi au juste les soins palliatifs, *par le Dr HUBERT* 13
- Le resurfaçage de hanche : une solution alternative à la prothèse, *par le Dr TROUILLEZ* 14
- La grossophobie médicale : on en parle ?, *par le Dr ANDRES* 15
- Prothèse totale de hanche : mise au point, *par le Dr ELHAGE* 16
- Ouverture d'une unité douleur chronique à la Polyclinique du Parc 18
- Les 1000 premiers jours : là où tout commence, *par le Dr MOORE* 19
- La prise en charge des cancers digestifs, *par le Dr CORFIOTTI* 19

INSTITUT OPHTALMIQUE DE SOMAIN

- Laser Vision : le centre de chirurgie réfractive de Somain 20
- Centre Régionale Basse Vision (CRBV) 21

CLINIQUE DU CAMBRÉSIS

- L'hallux Valgus, *par le Dr THIOUNN* 23
- Parcours de Soins Coordonnés en Orthopédie 24
- La chirurgie des dents de sagesse, *par le Dr BROYEZ* 25

HÔPITAL PRIVÉ SAINT CLAUDE

- Le cancer de la prostate, *par le Dr SAROUFIM* 26

CLINIQUES DE FLANDRE & VILLETTE

- Cancer du sein : une nouvelle technique de repérage préopératoire, *par le Dr PIRLET* 27
- A quoi ressemble un bloc opératoire en Ophtalmologie ?, *par l'équipe du COF* 28
- Un accompagnement unique contre les troubles du sommeil, *par le Dr LOMBARD* 29
- Flandre Orthopédie et le service orthopédie de la Clinique de Flandre, *par le Dr ARNALSTEEN et Dr PETROFF* 30
- Projet de regroupement : une nouvelle étape de passée 20

CLINIQUE DE SAINT-OMER

- Extractions dentaires multiples et implants dentaires, *par le Dr COUTANCE* 34
- Antibiothérapie ciblée : un intérêt individuel et collectif, *par le Dr CAPRON* 35
- La prise en charge des troubles du sommeil, *par le Dr ALLONSIUS* 36
- La réhabilitation améliorée après chirurgie colorectale, *par le Dr LEBAS* 37

NOS SITES INTERNET 38

NOS ÉVÈNEMENTS 39

Bilan pré opératoire la cancerologie 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....

RCP = Réunion de concertation pluridisciplinaire

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 »

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 propriorécepteurs 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".

S'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 signant 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 entrainer 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 maitrisons pas notre masse adipeuse au même titre que nous ne maitrisons 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 maitrisons 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)connaitre 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), connaitre 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 :

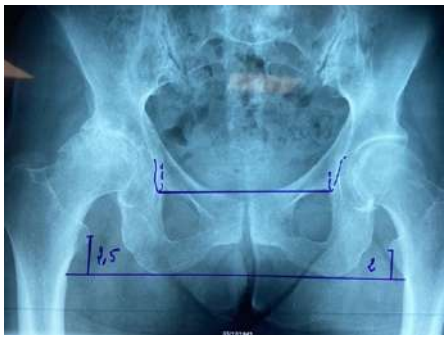
-Transfert de charge vers la partie proximale du fémur plus physiologique
-Préservation de l'os et des parties molles
-Implantation par voie mini invasive plus facile

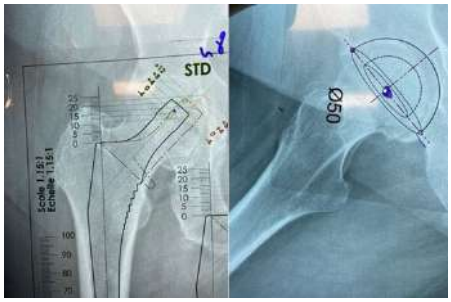
La dernière génération de tige courte « dite tige moderne » est la tige guidée par l'éperon de Merkel. Les études biomécaniques semblent montrer que la stabilité de la tige courte guidée par le Merkel est comparable à celle des tiges standards ou conventionnelles. L'une de ses caractéristiques est le 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 entraine 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.

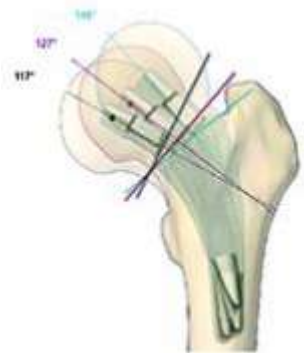
-Les tiges à col modulaire sont de moins en moins utilisées (risque élevé de fracture).

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.

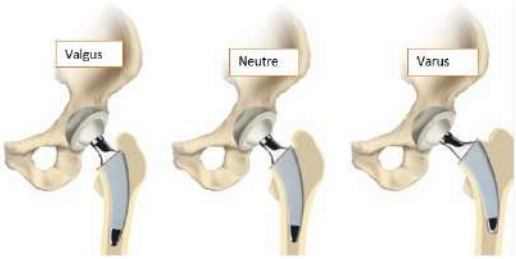
Dans la PTH avec une tige courte guidée par l'éperon de Merkel, l'alignement de la tige peut être individualisé, ce qui donne la possibilité de reconstruire réellement le bras de levier fémoral.

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.

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 Capsaicine,
-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.»

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 connaitra 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.

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 Polylinique Vauban, le Dr LECONTE (oncologue – gastro-entérologue), 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.

Laser Vision : notre centre de chirurgie réfractive de Somain

Etablissement de renom dans les Hauts de France, l'Institut Ophtalmique de Somain est, depuis 1873, spécialisé dans la chirurgie ophtalmologique de tous types.
L'Institut Ophtalmique de Somain a repensé le parcours de chirurgie réfractive et à récemment ouvert son centre Elsan Laser Vision.
On y traite des pathologies telles que la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou encore la presbytie.
La chirurgie réfractive permet aux patients atteints de défauts visuels de pouvoir les corriger définitivement et de ne plus avoir à porter de lunettes.
Les différentes opérations des yeux au laser réalisées à Somain permettent de s'adapter à chaque cas et de proposer une solution adaptée.

Un parcours patient repensé

L'évolution de la prise en charge de ces chirurgies vient d'une volonté de l'établissement d'améliorer son parcours patient pour ainsi garantir une expérience rassurante et sécurisante. Dorénavant, consultations préopératoires et opérations sont assurées sur place et encadrées par une équipe dédiée.

Les étapes

La première étape sera de réaliser un bilan préopératoire afin de déterminer si vous êtes opérable au laser. Pour cela vous rencontrez d'abord un orthoptiste qui vous fera passer une série de petits examens permettant l'analyse de vos yeux et de votre défaut optique. Le médecin pourra ensuite déterminer votre opérabilité ainsi que la méthode opératoire la plus adaptée à votre cas. A Somain, les traitements LASIK et PKR sont réalisés, ils permettent d'agir sur tous les troubles de la vue.

Le jour de l'opération, prévoyez de passer une heure au centre de Somain. Quelques minutes avant l'intervention, le médecin vous administrera l'anesthésie (par collyre). Vous pourrez ensuite vous rendre au bloc opératoire pour une vingtaine de minutes, le chirurgien ophtalmologue vous expliquera les étapes au fur et à mesure de l'intervention. Une fois la chirurgie réfractive terminée vous pourrez prendre le temps de vous prélasser avant de repartir. Il est impératif d'être accompagné pour son retour à domicile, autrement nous vous appellerons un taxi.

Des contrôles post-opératoires sont réalisés le lendemain et un mois après votre chirurgie des yeux pour s'assurer de la bonne cicatrisation. Nos équipes se tiennent également à votre disposition en dehors de ces contrôles.
Un traitement PKR dans notre centre de chirurgie réfractive de Somain coûte 1 400 € pour les 2 yeux. Un devis est systématiquement délivré aux patients en sortie de bilan préopératoire.
Dans notre établissement le prix total d'un LASIK pour les deux yeux et de 2 500€.
Ces interventions ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, en revanche de nombreuses mutuelles prennent en charge partiellement ou totalement l'intervention.

Découvrez le centre
Elsan Laser Vision de Somain

Visiter le site !
elsan.care/fr/laser-vision-somain

Centre Régional Basse Vision (CRBV)

Le Centre Régional Basse Vision (CRBV) accueille des personnes atteintes de déficience visuelle de type DMLA, glaucome, rétinite pigmentaire... afin de leur proposer un parcours de rééducation - réadaptation visant l'autonomie dans leurs activités de la vie quotidienne ainsi qu'une meilleure qualité de vie.

Quelques chiffres clés

203
Patients ont suivi ou suivent une rééducation

123*
En cours de rééducation
**123 = 50 patients en cours de rééducation + 73 patients inclus par ophtalmologue en attentes de RDV pour débuter la rééducation.*

15
Professionnels qui constituent l'équipe

11
Centres Basse Vision en France

Concrètement, qu'apporte le Centre basse vision au patient ?

Nous vous proposons l'exemple de M. H., 67 ans, atteint de DMLA et glaucome avec une perte fonctionnelle de l'œil gauche.

Il a rencontré en première intention l'ophtalmologue et la psychologue pour réaliser son bilan d'inclusion. Celui-ci a permis de définir précisément les attentes, les capacités, les limites, la motivation de M. H ainsi que ses projets de vie. Suite à cette baisse visuelle, il avait perdu toute motivation pour ses activités de la vie quotidienne avec un sentiment d'inutilité et une perte de confiance en lui.

Lors de son bilan final avec l'ophtalmologue, M. H. a exprimé être très satisfait de son accompagnement au CRBV.
Il a repris goût aux activités quotidiennes qu'il affectionnait auparavant : se balader en famille, jouer aux jeux de société avec ses petits-enfants, aller les chercher à l'école, faire des jeux de mots sur sa tablette...

Il a conclu son accompagnement par ces mots *«La rééducation a apporté du soleil dans ma vie et celle de ma famille, je suis maintenant présent et partant ».*

M. H. a été accompagné au CRBV de janvier à octobre 2022. Il a bénéficié d'un suivi auprès des différents thérapeutes du Centre :

L'orthoptiste afin d'automatiser sa stratégie d'exploration visuo-spatiale (intérêt pour les déplacements) ainsi que son excentration (intérêt pour l'utilisation des aides optiques).

L'opticienne afin de mettre en place des aides optiques : filtres intérieurs/extérieurs et MaxTV pour retrouver du confort dans ses activités de la vie quotidienne, il a acquis un vidéo agrandisseur avec fonction vocale pour sa lecture.

Le professeur en activités physiques adaptées afin d'avoir une activité physique régulière et adaptée (marche et utilisation de machines). Il a également travaillé la coordination, l'orientation dans l'espace et le développement de son schéma corporel afin de faciliter ses déplacements et son apprentissage en locomotion.

L'instructrice en locomotion afin d'apprendre la technique de guide avec sa femme pour sécuriser les déplacements en couple. Il a appris à utiliser la canne de détection pour sécuriser ses déplacements seul. Il a acquis des techniques et des stratégies afin de réaliser des trajets et des traversées seul en toute sécurité. Il a été orienté vers l'Ecole de chiens guide de Roncq, où il est en attente de son futur « chien guide » après formation.

L'ergothérapeute afin de retrouver une autonomie dans ses activités de la vie quotidienne : gestion du budget, loisirs et développement multi sensoriel.

L'instructrice en numérique afin d'installer la fonction vocale sur ses outils numériques (ordinateur - tablette) et d'accéder à des jeux adaptés.

L'assistante sociale afin de l'accompagner dans les démarches administratives liées au handicap et au financement des aides optiques.

La psychologue afin de cheminer vers l'acceptation de son handicap et d'exprimer son vécu de la rééducation – réadaptation.

L'hallux valgus

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

L'hallux valgus est la déformation de l'avant-pied la plus fréquente. Elle correspond à une déformation du gros orteil qui a tendance à venir en conflit avec les autres orteils et provoque une saillie sur le bord interne du pied appelée communément « oignon ».
Il concerne préférentiellement les femmes, il existe des formes héréditaires, il est favorisé par le port de chaussures à talon.

Déformation hallux valgus

Le traitement médical comporte l'adaptation de la chaussure, le port d'orthèse correctrice et/ou des semelles. Ces traitements peuvent aider à tolérer la gêne au chaussage et les douleurs mais ne font que ralentir l'évolution. Progressivement la déformation a tendance à se majorer, l'arthrose s'installe dans l'articulation et un retentissement est possible sur les petits orteils avec la formation de griffes et/ou douleur avec durillons appelées métatarsalgie. Le seul traitement curatif sera la chirurgie.

Douleur plantaire = métatarsalgie

Chez IMPPACT (Institut Main Pied Plastique Articulation Chirurgie Traumatologie) nous réalisons l'association d'une chirurgie mini-invasive pour le premier métatarsien (ostéotomie en chevron pour translation latérale de la tête du premier métatarsien) associée à une ostéotomie percutanée pour la première phalange (ostéotomie d'Akin). Deux petites vis enfouies que l'on garde généralement à vie sont utilisées pour fixer l'os. Ceci permet de minimiser les risques de complication, optimiser la correction en limitant le risque de récidive et diminuer la douleur en association avec une anesthésie loco-régionale toujours plus efficace. L'intervention est proposée en chirurgie ambulatoire, à peine une demi-journée de présence à la clinique nécessaire. Dans les suites, la marche est autorisée mais doit être sur des distances raisonnables surtout au début, et protégée par le port d'une chaussure spécifique pendant 1 mois, ce qui contre-indique la conduite automobile et les activités professionnelles en station debout.

IMPPACT est le cabinet de chirurgie orthopédique qui pratique le plus cette chirurgie en France. Ce cabinet de chirurgie fait partie des fondateurs du centre renommé SOS Main à Lesquin, plusieurs de ses chirurgiens interviennent également à la clinique du Cambrésis depuis de nombreuses années.
J'y ai en effet rejoint le Pr Emmanuel Camus en 2017 et nous aurons le plaisir d'accueillir un troisième praticien le Dr Marine Deneuville dans les prochains mois ; le but étant de proposer toujours plus de disponibilité pour la prise en charge hyperspécialisée de la main, du pied, du poignet et de la cheville à nos patients du Cambrésis et ses environs.

Double ostéotomie (section os) : premier métatarsien et première phalange

Résultat radiologique de correction chirurgicale d'un hallux valgus par double ostéotomie

La Clinique du Cambrésis propose un parcours de soins coordonnés en Orthopédie

ELSAN Unité de Parcours de Soins Coordonnés
CLINIQUE DU CAMBRÉSIS

En orthopédie, lorsqu'une intervention chirurgicale est nécessaire, dans le cadre de la mise en place d'une prothèse de hanche ou de genou, mais aussi lors d'une chirurgie de l'épaule, l'organisation du parcours de soins est complexe pour les patients. C'est pourquoi la Clinique du Cambrésis propose un parcours de soins coordonnés organisé de façon à préparer le patient à son intervention et à bénéficier d'une récupération améliorée.

Les objectifs de ce parcours sont :

.De coordonner la prise en charge pluridisciplinaire
. D'avoir un dossier patient complet pour le jour de l'intervention
.De valider la décision opératoire et d'apporter un accompagnement personnalisé au patient.
.De faciliter la prise en charge pour le patient

Au sein de la Clinique du Cambrésis , il existe une unité de parcours de soins coordonnés (UPSC) où sont réalisés ces parcours. Actuellement, nous réalisons des parcours de soins coordonnés pour les patients qui vont être opérés d'une :

- Prothèses de hanche (PTH)

-Prothèse de genou (PTG)

-Coiffe de l'épaule

A quoi sert un parcours de soins coordonnés en orthopédie ?

Le parcours de soins proposé avant la pose d'une prothèse (hanche, genou, épaule) sert à rassurer et préparer le patient à son intervention, à l'informer et à l'éduquer sur les différentes étapes de son parcours. Cette démarche vise à rendre le patient pleinement acteur, tout au long de sa prise en charge et l'aide à arriver dans les meilleures conditions possibles à son intervention chirurgicale. Le patient peut ainsi mieux préparer son retour au domicile.

Le parcours proposé améliore et sécurise la préparation pré opératoire du patient. Il contribue à diminuer le stress lié à l'anesthésie, à la chirurgie et maximise la contribution du patient à sa récupération.

En quoi consiste ce parcours ?

Ce parcours est organisé sur une demi-journée, le patient rencontre de façon coordonnée une équipe pluri-professionnelle, médicale et paramédicale lors d'une succession de rendez-vous individuels ou collectifs.

Supervisés par l'infirmière coordinatrice référente du parcours, se regroupent les examens, consultations et entretiens préopératoires nécessaires à l'intervention chirurgicale, tous centralisés dans le dossier du patient et consultables par l'ensemble de l'équipe médico-chirurgicale. Cette organisation permet au patient de se familiariser avec l'équipe médicale et soignante et avec les locaux. Elle permet au patient de comprendre précisément tout le processus de son hospitalisation et de poser ses questions à l'équipe.

Comment se déroule la demi-journée ?

Un ensemble d'entretiens individuels mais aussi collectifs est organisé entre le patient et les professionnels de santé. Le patient peut venir, seul ou accompagné d'un de ses proches s'il en ressent le besoin.

Le patient est accompagné par une infirmière coordinatrice tout au long de son parcours.

•L'infirmière coordinatrice accueille le patient, elle lui présente chacune des étapes de son séjour au sein de l'établissement lors de la réunion collective. Cette réunion est l'occasion pour les patients de poser toutes leurs questions et d'exprimer leurs inquiétudes. Ils peuvent également échanger ensemble de manière conviviale et partager leur expérience.

•Elle réalise un entretien personnalisé avec chaque patient durant lequel elle évalue les besoins, répond aux questions et prépare le retour au domicile dans les meilleures conditions possibles. Cet entretien permet de dépister d'éventuels problèmes en vue de l'intervention et de les résoudre en amont.

•Le médecin anesthésiste réalise la consultation pré-anesthésique.

•Le service de radiologie réalise l'imagerie spécifique demandée par le chirurgien.

•Le kinésithérapeute prépare le patient aux modalités de sa rééducation post opératoire en réunion collective. Le patient apprend à avoir les bonnes postures, et réalise les bons gestes afin de favoriser son retour à l'autonomie.

•Le kinésithérapeute donne des conseils pour le retour à domicile afin que le patient soit dans les meilleures conditions possibles.

•Le chirurgien orthopédiste valide la décision opératoire en fonction des évaluations des différents intervenants , réalise la synthèse et formalise la lettre de sortie.

Quels sont les avantages de ce parcours de soins pour le patient ?

•L'accompagnement est plus personnalisé.

•Le patient est mieux informé et récupère mieux après sa chirurgie.

•Il est moins anxieux car il peut anticiper les différentes étapes de son séjour.

•Il peut préparer son retour à domicile avec son accompagnant avant son intervention.

Il est acteur de sa prise en charge.

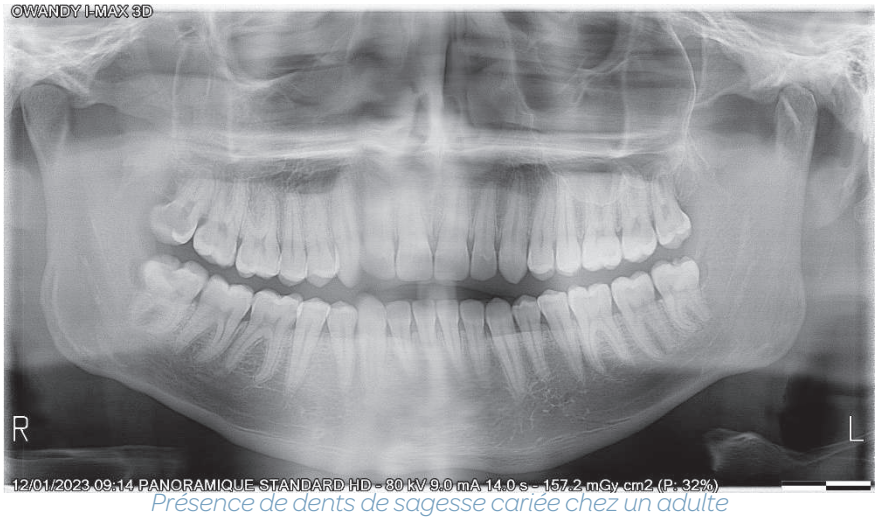
La chirurgie des dents de sagesse

Par le Dr Ludovic BROYEZ, chirurgien-dentiste à la clinique du Cambrésis

L'évolution des dents de sagesse ou troisièmes molaires est bien souvent concomitante avec la majorité civile (18 ans en France), synonyme d'accomplissements scolaires et personnels. Cependant, il est rare que l'âge dentaire et l'âge squelettique soient exactement synchronisés et lorsque le germe de la troisième molaire cherche à sortir alors que les mâchoires sont trop petites, c'est l'accident d'évolution des dents de sagesse.

Les accidents occasionnés par l'évolution des dents de sagesses sont une inflammation d'origine infectieuse du sac péricoronaire de la dent, une sorte d'enveloppe protectrice qui peut être traitée par une simple antibiothérapie. L'évolution de la mâchoire peut alors se poursuivre et le germe évoluer.

Chez La plupart des jeunes patients ayant bénéficié d'un traitement d'orthodontie, souvent de plusieurs années, il est fréquent de privilégier l'avulsion des dents de sagesse afin d'éviter d'éventuelles récidives. Chez l'adulte, l'évolution des dents de sagesse peut aboutir à une destruction de la dent qui la précède. Leur position peut rendre également leur brossage difficile d'où l'apparition de caries. Mais alors pourquoi ces dents de sagesse existent elles me direz-vous ?



Présence de dents de sagesse cariée chez un adulte

Carie de 47 provoquée par la dent de sagesse 48

En effet, l'homo sapiens est passé à une alimentation molle avec la maitrise du feu et de la cuisson à la différence de nos ancêtres qui usaient leurs dents à mastiquer des aliments crus ou abrasifs laissant ainsi la place aux troisièmes molaires.

En fonction de leur position, les dents de sagesse peuvent être retirées sous anesthésie locale, lorsque celles-ci sont en grande partie émergées mais la plupart du temps cette intervention sera réalisée sous anesthésie générale pour un meilleur confort.

La consultation préopératoire permet de poser l'indication quant à l'intervention sous anesthésie générale lorsque celle-ci n'est pas demandée par un confrère. Une radiographie panoramique est alors réalisée afin de situer la position des dents de sagesse, parfois un scanner dentaire est nécessaire afin de déterminer le rapport de la dent avec le nerf dentaire. L'ordonnance est prescrite au patient afin de prémédiquer celui-ci pour pallier aux éventuelles douleurs post opératoires.

Le cancer de la prostate

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

La prostate est une glande masculine dont la principale fonction est la production du liquide séminal qui entre dans la composition du sperme.

Le cancer de la prostate se développe quand des cellules prostatiques se multiplient d'une façon inappropriée et non contrôlée par le système immunitaire. Le cancer de la prostate progresse généralement d'une manière lente, de sorte qu'il peut ne pas causer des problèmes urinaires ou engendrer des symptômes pendant des années.

La majorité des cancers prostatiques sécrète des quantités élevées d'une protéine appelée "Prostate Specific Antigen" (PSA). La PSA peut être élevée dans d'autres pathologies prostatiques, notamment en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate qui est une augmentation bénigne de son volume, et en cas de prostatite qui est une inflammation ou infection de la prostate.

Vu l'évolution souvent lente du cancer de la prostate, il n'existe pas de dépistage organisé pour détecter le cancer de la prostate. Le dépistage se fait alors au cas par cas selon le médecin généraliste ou l'urologue par le dosage du taux sérique de PSA.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, et présente la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon. Les principaux facteurs de risque du cancer de la prostate sont : l'âge (à partir de 50 ans), l'ethnicité, et les antécédents familiaux de cancer de prostate. Le régime alimentaire n'est pas un facteur favorisant ni protecteur au développement de ce cancer. La symptomatologie est surtout urinaire et n'est pas spécifique du cancer. Elle comporte essentiellement les signes de prostatisme, la pollakiurie, l'hématurie, la dysurie, etc. En cas de maladie disséminée ou métastatique, le patient peut présenter une altération de l'état général, une asthénie et une anorexie, et souvent des douleurs osseuses en cas de métastases osseuses.

La grande majorité des cancers de la prostate (93%) est diagnostiquée à un stade où le cancer est localisé au niveau de la prostate ou au niveau des ganglions lymphatiques adjacents. Le taux de rémission "guérison" à ce stade de la maladie est très élevé. Les traitements dans ces cas sont : la chirurgie (résection chirurgicale de la glande prostatique et des ganglions lymphatiques adjacents), la radiothérapie, la curiethérapie, et l'hormonothérapie qui consiste à bloquer et inhiber la production d'androgènes (hormones masculines) par les testicules. Il n'y a pas d'indication à traiter les patients par la chimiothérapie conventionnelle à ces stades localisés ou localement avancés de la maladie.

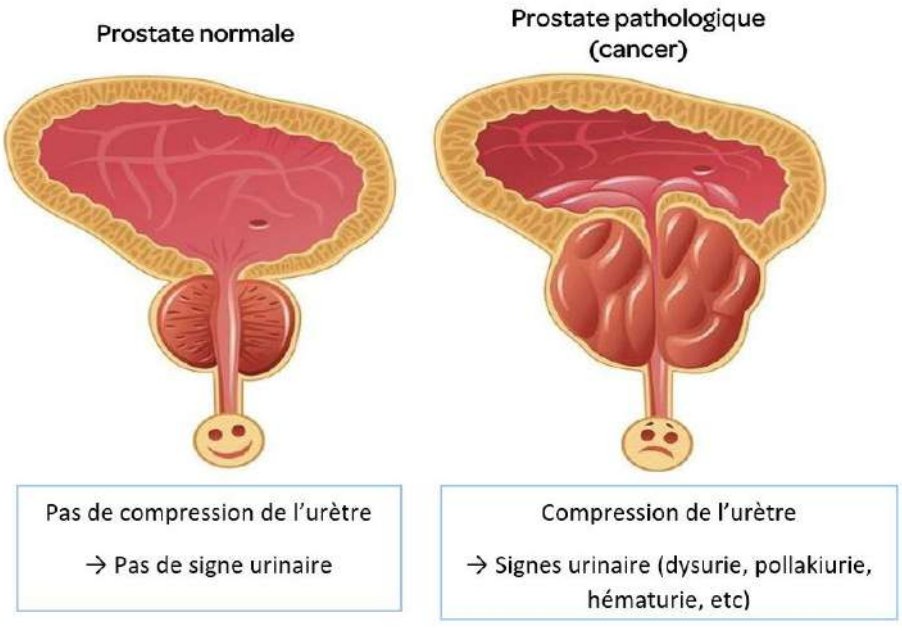
Environ 99% des patients diagnostiqués d'un cancer de la prostate sont vivants à 5 ans du moment du diagnostic, 98% le sont à 10 ans et 94% vivent au moins 15 ans.

Lorsque les cellules cancéreuses de la prostate migrent vers d'autres organes du corps, la maladie devient métastatique, et la survie à 5 ans diminue. La maladie devient incurable, mais les patients sont traités d'une manière efficace grâce au développement de nouveaux traitements anti-tumoraux, permettant aux patients de vivre en bon état de santé pendant plusieurs années.

L'hormonothérapie par la castration chimique, et les nouvelles hormonothérapies de deuxième génération qui s'administrent par voie orale, sont les principaux traitements dans les cas métastatiques et sont les plus efficaces.

La chimiothérapie conventionnelle a aussi un rôle dans le traitement des cas métastatiques, surtout en cas de progression rapide de la maladie, en cas de critères de mauvais pronostic, et en cas de taux très élevés de PSA.

La castration chimique, les hormonothérapies de deuxième génération et la chimiothérapie conventionnelle ont montré une augmentation de la survie sans progression de la maladie métastatique, et une augmentation de la survie globale qui est de l'ordre de plusieurs années, et pourrait dépasser les 10 ans voire 15 ans.



Cancer du sein : une nouvelle technique de repérage préopératoire à la clinique de Flandre

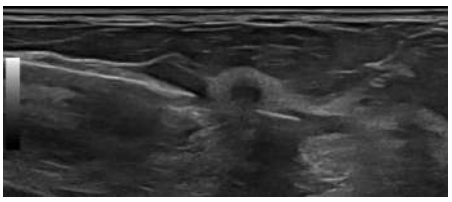
Par le Dr Isabelle PIRLET, chirurgien général et le Dr Ignace DE SCHRIJVER, radiologue à la Clinique de Flandre

La prise en charge des pathologies du sein ayant beaucoup évolué dans les domaines de prévention et de traitements, les chirurgiens sont amenés pour la majorité des patientes à opérer des lésions (tumeurs bénignes ou malignes) non palpables. Une indication de chirurgie conservatrice peut alors être posée, c'est-à-dire enlever la partie malade et une « couronne » de tissus normal, en conservant le sein.

Pour rendre cela possible, le chirurgien travaille en collaboration étroite avec le radiologue qui va repérer la tumeur avant l'opération, pour obtenir un ciblage précis le guidant vers la zone à enlever.

Ce repérage était jusqu'à présent réalisé très souvent avec une aiguille et un fil métallique relié à la lésion et ressortant du sein. Son positionnement est vérifié en mammographie, un pansement doit couvrir le fil et rester en place jusqu'à l'opération, la plupart du temps le jour même, ou le lendemain.

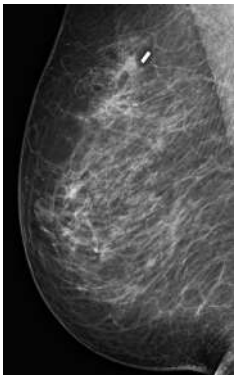
Depuis peu, une technique innovante a été adoptée par nos équipes pour ce repérage préopératoire. Le repérage se fait par un petit clip métallique plus petit qu'un grain de riz qui est mis en place sous anesthésie locale par les radiologues dans la lésion et qui peut être détecté précisément par le chirurgien au bloc opératoire grâce à une sonde ferromagnétique.



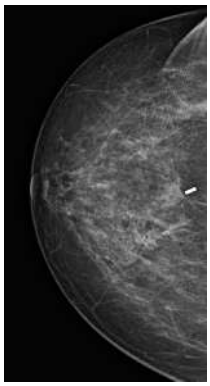
Mise en place sous échographie

La Clinique de Flandre est le premier établissement de la région et le premier du groupe Elsan à se doter de cette technologie.

Du point de vue des radiologues, la technique présente plusieurs avantages par rapport au fil métallique : le geste est moins invasif, sa manipulation est plus simple, et la mammographie de contrôle de la position du repère est facilitée. Le clip ne peut pas bouger une fois en place (mouvements de la patiente, décollement du pansement).



Mammographie Face



Mammographie Oblique

Du point de vue du chirurgien, le guidage vers la zone à opérer est amélioré. La sonde de détection permet une orientation dans les 3 dimensions, grâce à des mesures d'angles et de distances en temps réel très précises. Bien entendu, il ne reste pas en place, puisqu'il est au centre de la partie enlevée.

Pour les patientes, il représente un avantage certain en termes de confort lors de sa mise en place (procédure simple et rapide, pas de fil, pas de pansement) mais aussi dans leur parcours.

Il ne doit pas obligatoirement être placé immédiatement avant la chirurgie. Il peut être mis en place plusieurs jours, semaines, voire mois à l'avance. La patiente ne le sent pas. Les plannings des chirurgiens et des radiologues sont plus facilement adaptés et toutes les patientes ne doivent plus forcément arriver très tôt le matin de leur opération. Cela facilitera aussi l'organisation des services d'hospitalisation.

Les patientes qui doivent débuter leur prise en charge par un traitement néoadjuvant de chimiothérapie ou d'hormonothérapie ont le plus souvent en début de traitement un premier repère radiologique pour garder une cible exacte en cas de disparition clinique et radiologique de la tumeur. Jusqu'ici, il s'agissait d'un premier clip, suivi d'un fil métallique préopératoire. Le clip magnétique peut maintenant être mis en place dès le début, et servir de repère le jour de l'opération.

Suite aux artéfacts du champ magnétique de l'IRM en regard du clip, une éventuelle IRM mammaire dans le cadre du bilan d'extension doit être réalisée avant la mise en place du clip.

C'est pourquoi le clip est mis après discussion du dossier de la patiente en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

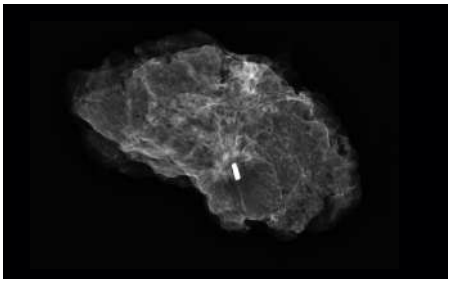
Le clip est compatible avec l'IRM et ne gêne aucun autre examen.

L'idée est d'améliorer la prise en charge des patientes tant d'un point de vue technologique que sur le plan de leur confort et de celui des soignants.

Le seul inconvénient étant le coût de ce dispositif, dont le prix unitaire est d'environ 200 euros, non pris en charge par la sécurité sociale. Auquel il faut ajouter la sonde de détection.

Nous ne voulions pas faire porter ce coût aux patientes. L'obstacle du financement a pu être surmonté grâce à la collaboration des praticiens, du laboratoire (EDIMEX) et de la clinique, en partenariat avec le service d'oncologie.

En soi, un bel exemple de collaboration multidisciplinaire au service d'une amélioration de la qualité de la prise en charge de nos patientes.



Radiographie pièce opératoire

À quoi ressemble un bloc opératoire en Ophtalmologie ?

Par l'équipe du COF Coudekerque-Branche - Drs GRUCHALA, LEUILLETTE, MERY, NIELLOUD, VASSEUR ET WARGNEZ

L'Ophtalmologie est une discipline médico-chirurgicale et chaque segment de l'œil peut être concerné par une intervention. En parallèle de la chirurgie de cataracte, qui représente la majorité des interventions pratiquées, certains praticiens développent une spécialisation en chirurgie vitréo-rétinienne, palpébrale, réfractive, en chirurgie du glaucome ou encore en chirurgie strabologique et pédiatrique.

La chirurgie endoculaire, du fait de sa complexité et de la petite taille des structures à opérer, amène le chirurgien ophtalmologue à utiliser un équipement particulier. L'opérateur utilise, simultanément, ses deux mains et ses deux pieds dans la majorité des cas.

1) Le microscope opératoire

La chirurgie ophtalmologique est une spécialité micro-chirurgicale. Elle nécessite, par définition, l'utilisation d'un microscope opératoire. Il s'agit de machines perfectionnées qui, en plus de leur pouvoir grossissant, peuvent servir de plate-forme à des technologies pointues, comme l'OCT (Tomographie en Cohérence Optique), l'enregistrement vidéo HD ou encore l'assistance au marquage cornéo-limbique peropératoire. Tous les paramètres de luminosité peuvent être modulés pour permettre au chirurgien de se focaliser sur le segment oculaire traité. L'opérateur commande toutes les fonctions de son microscope au pied, par l'intermédiaire d'une pédale, avec laquelle il est constamment en contact pendant l'intervention.

Microscope Proveo 8 - Leica (clinique de Flandre)

2) Une plateforme opératoire

L'ophtalmologue dispose également d'une machine appelée "plateforme chirurgicale", elle aussi plus ou moins sophistiquée selon le type d'intervention pratiquée.

Toutes les plateformes permettent de réaliser des chirurgies de cataracte, grâce aux fonctions suivantes :

-Phacoémulsification aux ultrasons (fragmentation et aspiration du cristallin),
-Irrigation / aspiration (aspiration des produits visco-élastiques, des masses cristalliniennes, des fluides divers).

Les plateformes plus complètes, comme celles déployées à la Clinique de Flandre, permettent de réaliser, en plus, les chirurgies du segment postérieur de l'oeil (chirurgies vitréennes et rétiniennes), grâce aux fonctions suivantes :

-Infusion (apport de liquide permettant de travailler à volume oculaire constant),
-Vitrectomie (découpe et aspiration du gel vitréen),
-Illumination endoculaire,
-Endodiathermie (coagulation endoculaire),
-Endolaser
-...

Le chirurgien commande également cette plateforme grâce à une pédale, disposée sous son autre pied.

Plateforme Stellaris Elite - Bausch and Lomb (clinique de Flandre)

3) Instrumentation spécifique

En plus des équipements lourds sus-cités, l'ophtalmologiste dispose d'instruments de taille adaptée à la micro-chirurgie et de produits injectables dédiés :
-Pince de Paufique, micro-manipulateurs, pince d'Eckardt, ciseaux de Castroviejo... pour citer quelques exemples,
-Produits visco-élastiques (substances visqueuses transparentes injectées dans le globe oculaire pendant l'intervention),
-Fils de suture adaptés (calibre pouvant aller jusqu'au 10-0),
-Colorants intra-oculaires spécifiques,
-Pharmacopée injectable,
-...

Certaines chirurgies nécessitent, par ailleurs, le recours à des fragments de membrane amniotique, qui peuvent être greffées à la surface du globe, ou positionnées au contact de la macula. L'utilisation d'anti-métabolites (mitomycine C, 5-Fluoro-Uracile) est la règle en chirurgie du glaucome.

4) Position opératoire

Le patient est en décubitus dorsal strict. La tête est fixée dans une têtière grâce à un ruban adhésif. Un champ opératoire est disposé sur son visage. Un blépharostat permet de maintenir ses paupières ouvertes pour toute la durée de l'intervention.

En tant que discipline micro-chirurgicale, l'Ophtalmologie requiert l'utilisation d'un matériel spécifique et de plateaux techniques de pointe. Le chirurgien se soumet à une posture opératoire particulière, qui lui permet d'utiliser simultanément ses deux mains et ses deux pieds, pour pouvoir tirer profit de toutes les fonctionnalités de ces outils. C'est, entre autres, grâce à cette technicité que la chirurgie oculaire a pu connaître tant de progrès au cours des dernières décennies.

Le chirurgien est assis, le plus souvent, à la tête du patient. Il regarde l'œil tête haute, par l'intermédiaire des oculaires du microscope. Il utilise les instruments avec les deux mains et contrôle le microscope et la plateforme opératoire grâce aux pédales qui sont disposées au sol, à ses pieds.

L'aide opératoire se place sur le côté du patient et observe l'intervention avec des oculaires qui lui sont propres.

La grande majorité des interventions se déroule sous anesthésie locale ou loco-régionale.

Quelques (micro-)chiffres :

7 grammes : c'est le poids du cristallin retiré lors d'une chirurgie de cataracte

6 mm : c'est le diamètre de l'optique d'un implant cristallinien artificiel

0,025 mm (25µm) : c'est le diamètre des fils 10-0 utilisés en chirurgie de cornée (soit 3 fois plus fin qu'un cheveu)

0,0025 mm (2,5µm) : c'est l'épaisseur de la membrane limitante interne, pelée lors de la chirurgie d'un trou maculaire

À la clinique de Flandre, un accompagnement unique contre des troubles du sommeil

Par le Dr Rémi LOMBARD, médecin spécialiste du sommeil à la Clinique de Flandre, Coudekerque-Branche.

Comment avez-vous crée le centre du sommeil ?

J'ai exercé une dizaine d'années sur Valenciennes, mais, étant originaire de la région dunkerquoise, je suis naturellement rentré à la maison en 2022. J'ai fondé une unité de sommeil localisée à Coudekerque-Branche, proche de Dunkerque.

Cette unité est composée de quatre chambres, dans lesquelles nous réalisons des polysomnographies, des tests de maintien de l'éveil (TME) et des tests itératifs des latences d'endormissement (TILE), quand cela s'avère nécessaire.

Vous prenez notamment en charge l'insomnie tout-venant, c'est une spécialité du centre ?

Selon les études, la prévalence de l'insomnie est de 20 à 30 %. Malheureusement, nous sommes peu nombreux à les prendre en charge dans le Nord-Pas-de-Calais. D'après la responsable du diplôme universitaire, il semblerait que nous ne soyons qu'une dizaine dans les Hauts-de-France. Le fait que, dans notre clinique, nous prenions en charge l'ensemble des troubles du sommeil de l'adulte rend notre centre plus spécialisé que les centres qui ne prennent en charge que les troubles respiratoires du sommeil.

Comment est organisée la prise en charge des patients ?

Lorsque les patients prennent rendez-vous, ils reçoivent un questionnaire leur permettant de préparer la consultation, en prenant conscience de leurs habitudes de vie. Parfois cela les met déjà sur la voie de ce qui les empêche de dormir. Tous les patients sont ensuite reçus en consultation. Elle se fait en deux parties.

Il y a un premier temps d'évaluation des pathologies organiques pouvant être à l'origine des troubles du sommeil. Selon les éléments recueillis, nous envisageons ou non la réalisation d'une polysomnographie.

Dans un second temps, nous échangeons sur les habitudes de sommeil du patient.

C'est à ce moment-là que démarre une prise en charge de l'insomnie dite "flash", pour tenter de le soulager rapidement.

Cela consiste à proposer de bonnes habitudes de sommeil, à instaurer le contrôle du stimulus (réassocier la chambre à un endroit où le patient peut dormir et éviter l'association chambre/insomnie) et à une restriction du temps passé au lit. Cette dernière étape doit être faite de façon prudente, si l'on suspecte une apnée du sommeil ou si le délai de revue du patient est trop long. Le patient repart avec un agenda de sommeil à remplir pour la consultation suivante pour que l'on comprenne ses véritables habitues au quotidien et s'il parvient à mettre en place les mesures prises en consultation.

Comment traitez-vous les patients insomniaques, qui ne font pas d'apnée ?

Si le patient ne souffre pas de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS), nous évaluons l'évolution de sa plainte d'insomnies.
Si nécessaire, et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), nous proposons une prise en charge issue de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de l'insomnie. Les objectifs sont de promouvoir une bonne hygiène de sommeil, de réduire l'anxiété à l'idée même d'aller se coucher, d'éliminer certaines mauvaises habitudes et de corriger les conceptions erronées liées au sommeil et aux conséquences de l'insomnie.
Nous proposons deux modalités pour cette prise en charge.
La première, la plus stimulante, est une séance par semaine de 1 h à 1 h 30 pendant 4 semaines en groupe, physique ou en visioconférence. Si le patient ne peut se rendre disponible pour les groupes, la seconde option est une thérapie en ligne sur la plateforme Charles.co.
Cette thérapie automatisée, accessible à tous, a été développée suite à la Covid lorsque les demandes de prise en charge ont explosé, alors même que nous n'avions plus la capacité de recevoir les personnes en groupe. Grâce à cette plateforme, les patients ont accès à une thérapie issue de la TCC de l'insomnie basée sur les recommandations, depuis chez eux, quand ils le souhaitent.
Après 9 mois de mise en place, les retours des patients sont très bons et, plus important encore, l'efficacité est au rendez-vous.

Qu'en est-il des patients souffrant aussi d'apnée du sommeil ?

Il faut rappeler que la prévalence des symptômes d'insomnie est élevée (39 % à 58 %) chez les patients souffrant de SAHOS. Et qu'entre 29 % et 67 % des patients souffrant d'insomnie ont un indice d'apnée-hypopnée supérieur à 5. Ce sont donc des pathologies très liées et nous recherchons souvent les apnées.
Lorsque nous découvrons un SAHOS, en plus de la plainte d'insomnie, nous adaptons la prise en charge. Il a été prouvé que les approches non pharmacologiques, telles que la TCC, pour favoriser le sommeil, réduisent la gravité du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) chez les personnes souffrant de SAOS et d'insomnie.
En parallèle, en l'absence d'obésité, nous proposons une rééducation myolinguofaciale avec un orthophoniste ou un kinésithérapeute spécialisé.
Les masques à pression positive continue (PPC) sont souvent mal supportés lorsqu'ils sont mis en place d'emblée. Selon la motivation du patient, nous l'essayons parfois en parallèle de la TCC. Mais le plus souvent, lorsque nous nous revoyons à l'issue de la TCC et de la thérapie, nous refaisons un point sur les symptômes d'insomnies de SAHOS persistant. Si l'insomnie est rentrée dans l'ordre mais que les symptômes de SAHOS persistent, le patient sentant avoir tout essayé, et en confiance après la réussite de la prise en charge de l'insomnie, est alors plus enclin à faire l'essai de la PPC. Il est aussi, et surtout, dans de meilleures dispositions pour s'y adapter.

Qu'est-ce que les bilans diagnostic sommeil que vous proposez au sein du centre ?

La clinique de Flandres a mis en place depuis janvier des « bilans diagnostic sommeil ». Un moyen pour les patients d'être plus accompagnés dans la prise en charge de leur trouble du sommeil.

Réaliser l'ensemble des rendez-vous et examens en une demi-journée à la place de cinq. C'est là l'un des avantages des bilans diagnostic sommeil de la clinique de Flandres à Coudekerque-Branche.
Accompagnés d'une équipe pluridisciplinaire, nous prenons en charge l'ensemble des troubles comme l'insomnie et l'apnée du sommeil. D'abord, nous « essayons de comprendre les habitudes de vie de chacun mais aussi leurs symptômes. » Le docteur Lombard peut aussi demander un examen du sommeil.

Seulement si besoin, et en complément de cet examen, le patient se voit prescrire le bilan diagnostic sommeil. La clinique de Flandres est la première en France à instaurer cet accompagnement.

Une prise en charge globale

Il comprend : l'examen du sommeil, l'accompagnement en relaxation ou en hypnose lors de la pose de l'appareil, une première séance avec une psychologue, un orthophoniste et si besoin, une diététicienne.« On leur propose tout, on leur explique tout, et après ils choisissent s'ils veulent rencontrer le praticien ou non » explique le docteur Lombard. Le bilan s'adapte au profil de chacun. 40 % des personnes souffrant d'apnée du sommeil ne sont pas obèses. Le docteur Lombard commente : « Il n'y a pas toujours d'intérêt à rencontrer la diététicienne. »

Cette prise en charge globale vise à éviter l'appareillage pour certains profils via la « musculation de la langue » avec l'orthophoniste. Pour d'autres, « ça sert à accompagner et à dédiaboliser l'arrivée d'une machine », ajoute le spécialiste. La présence de tous les praticiens sur une demi-journée au même endroit permet de « raccourcir les délais pour les patients mais aussi de casser leurs a priori », explique le médecin du sommeil. La totalité des disciplines étant prise en charge dans le traitement, « le frein du prix est aussi levé. »

Selon vous, quel est le point fort de votre prise en charge ?

Au vu de la prévalence de l'insomnie et de la faible offre de soin disponible, le premier point fort de notre prise en charge, est le simple fait d'exister.
Le second est de tenter de proposer la prise en charge la plus adaptée au profil de sommeil du patient (obèse ou non, souffrant d'insomnie...) et à son profil d'apnées (anatomique, mauvaise fonction musculaire, seuil d'éveil respiratoire bas...).

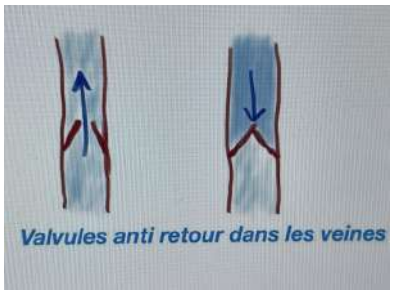
Traitement endoveineux des varices par thermofibrose

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

Le traitement endoveineux par laser ou radiofréqeunce présente une alternative valable et moins douloureuse que la chirurgie classique dans le traitement des varices des membres inférieurs.

Physiopathologie des varices :

Le réseau veineux des membres inférieurs est composé d'un réseau profond qui accompagne et juxtapose les artères et est responsable du drainage d'environ 90% du sang et d'un réseau superficiel qui est composé de la veine grande saphène et petite saphène selon la nouvelle nomenclature (appelée autrefois veine saphène interne et veine saphène externe).
A l'intérieur de ces veines, il existe des valvules qui permettent au sang de remonter vers la crosse où il rejoint le réseau profond et l'empêchent, par ses fermetures, de rechuter et de stagner dans les veines, ce qui engendre le mécanisme de l'évolution des varices (chute et stagnation du sang vers le bas).



Les varices se développent lorsqu'il y a une dilatation des veines, notamment à la crosse, ce qui rend ces valvules incompétentes.
Le traitement chirurgical consiste à l'élimination chirurgicale de ces veines, ce qui implique des plaies et provoque des hématomes liés à l'éveinage.

Les techniques endoveineuses thermiques :

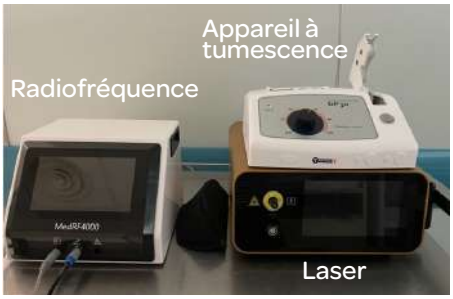
Elles consistent à détruire ces veines de l'intérieur grâce à l'énergie délivrée par une fibre laser ou une sonde de radiofréquence.
Il s'agit d'une destruction de la veine par la chaleur liée à l'énergie émise à la paroi veineuse, ce qui va provoquer une thermofibrose de la veine et va donc supprimer le reflux sanguin sans nécessiter d'arracher la veine et sans ouverture chirurgicale.
Les veines détruites vont se résorber sous quelques semaines.

Bleu : fibre laser / Vert : radiofréquence

Comment se déroule l'intervention ?

Tout comme le traitement chirurgical, elle se déroule en ambulatoire soit sous anesthésie locale, rachis-anesthésie ou anesthésie générale selon l'importance des phlébectomies complémentaires, des collatérales et selon le souhait du patient.
Le repérage des veines étant fait avant l'intervention (le marquage veineux).
Sous contrôle échographique, le chirurgien ponctionne la veine pour la grande saphène au niveau du tiers supérieur de la jambe ou tiers inférieur de la cuisse, et pour la petite saphène au niveau du tiers inférieur de la jambe.
Après la pose d'un introducteur 6F, on réalise un repérage échographique de la crosse puis on fait monter la sonde et on positionne son extrémité à environ 1 cm de la crosse.

Toujours sous contrôle échographique, on réalise une tumescence autour de la veine à traiter, cela consiste à injecter autour de la veine un liquide de refroidissement pour protéger les structures adjacentes (mélange de soluté de bicarbonate 1,4% et produit anesthésiant).
Ensuite on relaye la sonde à son générateur et la procédure débute et dure quelques minutes. Une phlébectomie complémentaire est parfois réalisée.



Un contrôle échographique du bon résultat est pratiqué en fin d'intervention.
Une contention élastique est posée en fin d'intervention et la marche est encouragée dès la sortie de la clinique.
Les résultats à long terme de ces techniques sont comparables à la chirurgie.
L'avantage du laser par rapport à la radiofréquence est qu'il est validé pour le traitement des veines petites saphènes et peut traiter des crosses plus larges.

Les avantages de ces techniques :

C'est moins douloureux que la chirurgie classique, la reprise du travail est plus rapide ainsi que celle de la pratique du sport.
Une semaine après l'intervention, le patient peut ressentir une sensibilité et un léger étirement sur le trajet de la veine traitée. Cela peut durer environ 1 mois mais cela ne doit pas l'amener à interrompre son activité.
Bien que leur indication est élargie et que cela devient le traitement de première intention, il persiste des limites à cette technique.
Elle ne s'adresse pas aux récidives variqueuses ou lorsque les veines sont trop superficielles, tortueuses ou avec un diamètre trop large dépassant 18 à 20 mm. Nous pratiquons le traitement endoveineux des varices à la Clinique de Flandre depuis 2014 pour la radiofréquence suite à son remboursement par la Sécurité Sociale et plus récemment pour le laser depuis fin 2020 depuis son remboursement également par la Sécurité Sociale.

Flandre orthopédie et le service d'orthopédie de la Clinique de Flandre

Centre de Référence et leader dans la Récupération Rapide et Améliorée Après Chirurgie Prothétique de Hanche, du Genou et de l'Épaule des Hauts de France. Par le Dr ARNALSTEEN et le Dr PETROFF, Chirurgiens Orthopédiques

Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC), Réhabilitation Rapide Après Chirurgie (RAAC), Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC), Fast Track, Rapid Recovery, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)... tous ces termes correspondent au développement d'un concept moderne et innovant permettant au patient la reprise d'une autonomie active, complète le plus rapidement possible, en toute sécurité après une chirurgie orthopédique prothétique. Ce concept est entré très précocement dans la philosophie des chirurgiens de Flandre Orthopédie à la Clinique de Flandre.

Dans ce concept, le patient est acteur de sa prise en charge entouré d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé incluant, au sein de l'équipe Flandre Orthopédie, (chirurgiens, médecins anesthésistes, kinésithérapeutes, infirmièr(e)s RAAC, infirmièr(e)s du bloc, infirmièr(e)s du service, aide(s)-soignant(e)s...) mais également les professionnels de santé entourant le patient à son domicile (médecins traitants, kinésithérapeutes, infirmièr(e)s).

La prise en charge de nos patients s'effectue grâce à l'entente et la collaboration entre les différents acteurs de santé, la mise en œuvre de protocoles précis (préparations préopératoires, protocoles analgésiques, protocoles rééducatifs...), l'utilisation de techniques innovantes (voies mini invasives sûres, diminution du temps opératoire avec une planification préopératoire précise par informatique 3D, les guides personnalisés au patient, la réalité augmentée, les Holo-techniques, la robotique, ...) et l'éducation du patient réalisée lors de l'École du Patient mis en place plus récemment dans notre établissement en 2021.

Par ce travail quotidien, Flandre Orthopédie et son équipe ont nettement diminué la durée moyenne de séjour ou d'hospitalisation (DMS) de leurs patients bénéficiant d'une chirurgie prothétique de hanche, du genou ou d'épaule devenant le centre de référence dans ce domaine dans les Hauts de France.

Concernant nos patients ayant bénéficiés d'une Prothèse Totale de Genou (PTG), la durée moyenne de séjour ou d'hospitalisation (DMS) est passée de 8,08 jours en 2013 à 4,70 jours en 2020 et à 2,69 jours en 2022 (2ème établissement dans tous les Hauts de France).

	DMS 2013	DMS 2020	DMS 2022	Classement des établissements dans les Hauts de France	Moyenne des DMS dans les Hauts de France en 2022	Moyenne des DMS en France en 2022
Prothèse Totale de genou (PTG)	8,08 jours	4,70 jours	2,69 jours	**2ème / 66**	4,59 jours	4,37 jours
Prothèse Totale de hanche (PTH)	8,73 jours	3,50 jours	1,44 jours	**1er / 66**	4 jours	3,77 jours
Prothèse Totale d'épaule (PTE)	7,88 jours	2,78 jours	1,26 jours	**2ème / 66**	4,21 jours	4,11 jours

Tableau 1: DMS (DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR) POUR LES HOSPITALISATION DES PROTHÈSES DE HANCHE, GENOU ET ÉPAULE (données ATIH)

	Pourcentage de prise en charge en ambulatoire	Classement des établissements dans les Hauts de France	Nombre d'établissements effectuant plus de 5% de prise en charge en ambulatoire (>10 Prises en charge) dans les Hauts de France
Prothèse Totale de genou (PTG)	10,5 %	**2ème / 66**	5 / 66
Prothèse Totale de hanche (PTH)	28,5%	**1er / 66**	4 / 66
Prothèse Totale d'épaule (PTE)	40,3 %	**1er / 66**	2 / 66

Tableau 2: PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DES PATIENTS POUR PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE, GENOU ET ÉPAULE (données ATIH)

De plus, nos équipes ont développé depuis 2021 une prise en charge en ambulatoire de nos patients permettant en 2022 d'être le deuxième établissement dans l'hospitalisation en ambulatoire des Hauts de France. (tableaux 1 et 2)

Concernant nos patients ayant bénéficiés d'une Prothèse Totale de Hanche, la durée moyenne de séjour ou d'hospitalisation (DMS) est passée de 8,73 jours en 2013 à 3,50 jours en 2020 et à 1,44 jours en 2022 (1er établissement dans tous les Hauts de France). De plus, nos équipes ont développé depuis 2017, une prise en charge en ambulatoire de nos patients permettant en 2022 d'être le 1er établissement dans l'hospitalisation en ambulatoire des Hauts de France. (tableaux 1 et 2)

Concernant nos patients ayant bénéficiés d'une Prothèse Totale d'Épaule, la durée moyenne de séjour ou d'hospitalisation (DMS) est passée de 7,88 jours en 2013 à 2,78 jours en 2020 et à 1,26 jours en 2022 (2ème établissement dans tous les Hauts de France). De plus, nos équipes ont développé depuis 2017, une prise en charge en ambulatoire de nos patients permettant en 2022 d'être le 1er établissement dans l'hospitalisation en ambulatoire des Hauts de France. (tableaux 1 et 2)

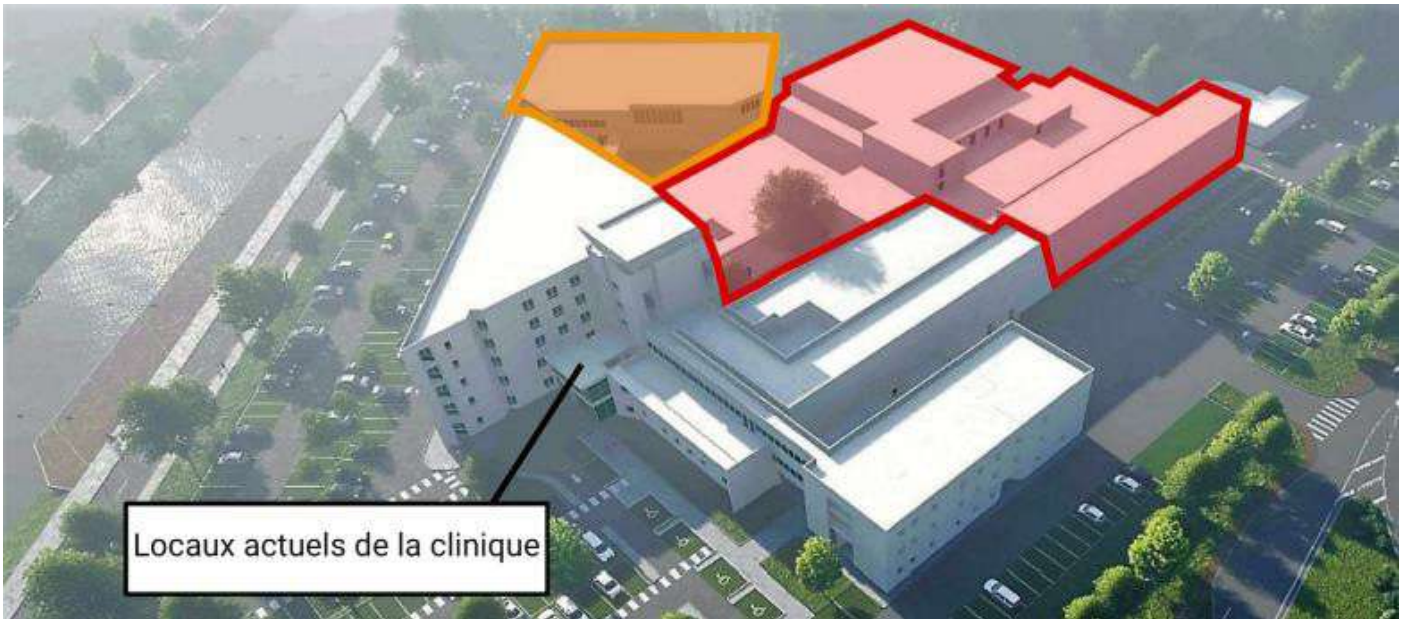
Avec l'expérience acquise de la RAAC durant ces dernières années, Flandre Orthopédie et la Clinique de Flandre ont été certifiés Centre de Référence en Chirurgie Prothétique de hanche, de genou depuis 2017 et d'épaule depuis 2020 an avec l'obtention du label GRACE (Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie), restant un des seuls établissements labélisés dans les 3 chirurgies prothétiques majeures en France. Son renouvellement est en cours pour 2023.

Une nouvelle étape de passée dans le cadre du projet de regroupement

Le projet a reçu un accord favorable pour le permis de construire du nouveau bâtiment.
Des groupes de travail regroupement ont également lieu. Ces échanges entre les professionnels et les architectes nous ont permis d'adapter le projet architectural pour améliorer l'expérience patient.

Le phasage des travaux est la prochaine étape (calendrier d'enchainement des travaux).

Le début des travaux est prévu pour septembre 2023 pour un déménagement envisagé pour l'été 2025.



Extractions dentaires multiples sous anesthésie générale et implants dentaires

Par le Dr Christophe COUTANCE, chirurgien dentiste à la Clinique de Saint-Omer

EDENTEMENT COMPLET ET IMPLANTS DENTAIRES – PROTHESE AMOVIBLECOMPLETE SUPRA-IMPLANTAIRE (PACSI)

En cas d'édentement complet, les prothèses traditionnelles mobiles constituent une solution qui rencontre en général un succès limité. Parfois douloureuses, inadaptées et gênantes, ces prothèses peuvent rendre la mastication difficile, empêchant de manger nombre d'aliments pourtant appréciés auparavant. Le goût est également perturbé.
La réalisation de prothèses complètes sur implants peut représenter une alternative thérapeutique.

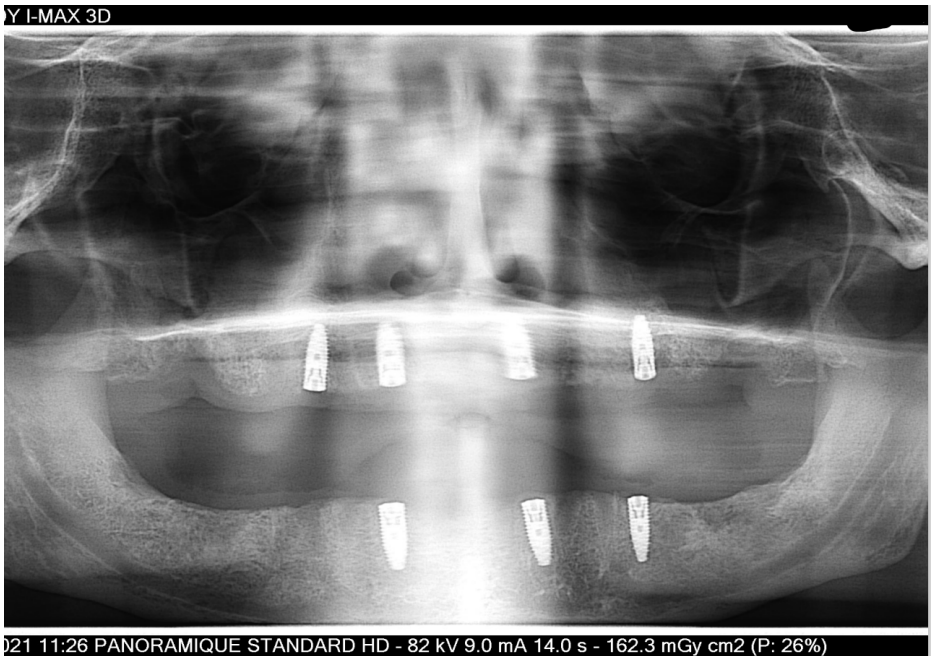
La prothèse amovible complète supra-implantaire (PACSI) est la thérapeutique de référence dans le traitement de l'édenté total à la mandibule et au maxillaire. Les implants améliorent considérablement la rétention et la stabilisation de la prothèse.

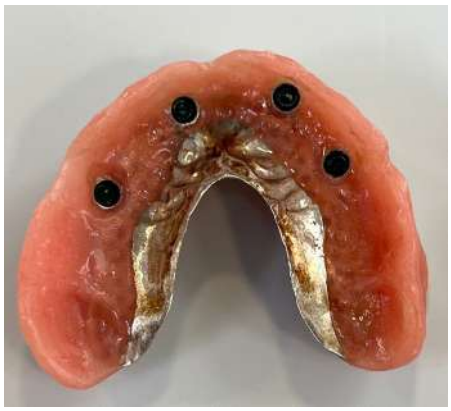
La PACSI est une prothèse adjointe conventionnelle clipsée par des boutons pressions à deux, trois ou quatre implants. Cette solution apporte une stabilité de votre appareil amovible et présente un excellent rapport qualité/coût.

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale. On procède aux extractions dentaires multiples, puis dans le même temps chirurgical, à la pose des implants.

En toute confiance, vous pourrez parler, sourire et mâcher une large variété d'aliments.

▸ Présentation d'un cas clinique





Antibiothérapie ciblée : un intérêt individuel et collectif

L'antibiothérapie ciblée, par le Dr Nicolas CAPRON, biologiste médical au sein du Groupe BIOPATH Laboratoires

Le bon antibiotique au bon patient : le travail concerté du patient, du laboratoire et du médecin.

Lorsqu'un patient souffre d'une infection et notamment d'une infection urinaire, le médecin peut être amené à demander la réalisation d'un Examen Cyto-Bactériologique des Urines (ECBU) afin d'identifier la bactérie responsable et de tester l'efficacité de différents antibiotiques (antibiogramme).

Le Groupe BIOPATH Laboratoires va plus loin que la simple réalisation de l'antibiogramme en proposant au médecin de lui fournir un antibiogramme ciblé, c'est-à-dire une sélection d'antibiotiques adaptés au patient selon son âge, sexe, risques de complications, contexte clinique, profil de résistance de la bactérie et antécédents.

Un véritable enjeu de santé publique dans le contexte actuel de résistance accrue aux antibiotiques.

L'antibiogramme ciblé, c'est quoi ?

L'antibiogramme ciblé consiste à rendre une présentation simplifiée de l'antibiogramme (avec une liste d'antibiotiques suffisante), en ciblant les antibiotiques les plus pertinents dans le contexte considéré, et en épargnant autant que possible les antibiotiques critiques ou générateurs d'antibiorésistance.
Un tableau récapitulatif avec des croix présente, selon l'indication, les molécules actives préconisées pour le traitement du patient.
Sur le compte-rendu de résultats adressé au médecin, une prestation de conseils d'un biologiste médical est proposée prenant en compte les renseignements cliniques indiqués par le patient (notion d'infection urinaire, pyélonéphrite,...).

A quoi ça sert ?

Dans un contexte de résistance croissante aux antibiotiques, la politique du groupe BIOPATH Laboratoires est de retirer de la prestation de conseils les antibiotiques à large spectre de l'antibiogramme si d'autres antibiotiques, conseillés dans les référentiels d'antibiothérapie, sont efficaces pour le patient.

Les avantages :

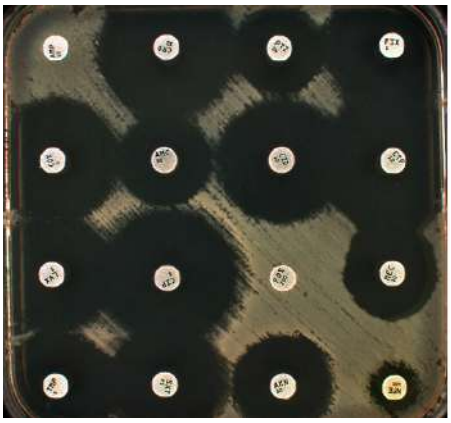
✓**POUR LE MEDECIN :** une aide à la prescription.
Le médecin est épaulé par le laboratoire de biologie médicale dans le choix des molécules les plus pertinentes pour son patient.

✓**POUR LE PATIENT :** un antibiotique adapté (en accord avec les recommandations des sociétés savantes).
Le patient est assuré d'obtenir en traitement une molécule active qui génère le moins d'antibiorésistance et le moins d'impact sur la flore digestive possibles.

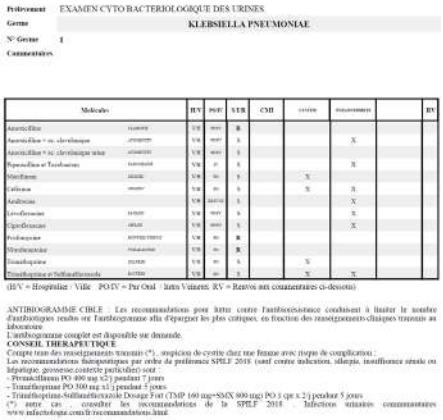
✓**POUR LA COLLECTIVITE :** diminution de l'antibiorésistance.
L'administration répétée d'antibiotiques chez l'homme est responsable de l'augmentation des résistances bactériennes aux antibiotiques.

Tous acteurs, tous concernés : patient, biologiste, médecin

Antibiogramme en disques, diffusion en milieu gélosé



La présentation du compte-rendu de résultats



EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DES URINES

KLEBSIELLA PNEUMONIAE

La feuille de renseignements à compléter

FICHE DE RENSEIGNEMENTS À COMPLÉTER

L'équipe de bactériologie du Groupe BIOPATH Laboratoires

La prise en charge des troubles du sommeil à la Clinique de Saint-Omer

Par le Dr Thomas ALLONSIUS, médecin spécialiste du sommeil

Medecin généraliste de formation, je me passionne pour le sommeil depuis deux années maintenant.
Installé sur la commune de Groffliers, j'y ai développé une activité de dépistage, et de prise en charge des troubles obstructifs du sommeil, au moyen de la polysomnographie.

Je consulte à la clinique de Blendecques depuis début Avril. Celle ci dispose de deux lits de vidéopolysomnographie.

Le point fort de cet examen de dépistage est, en plus de l'étude des signaux respiratoires commun à la polygraphie, l'analyse des signaux neurologiques.

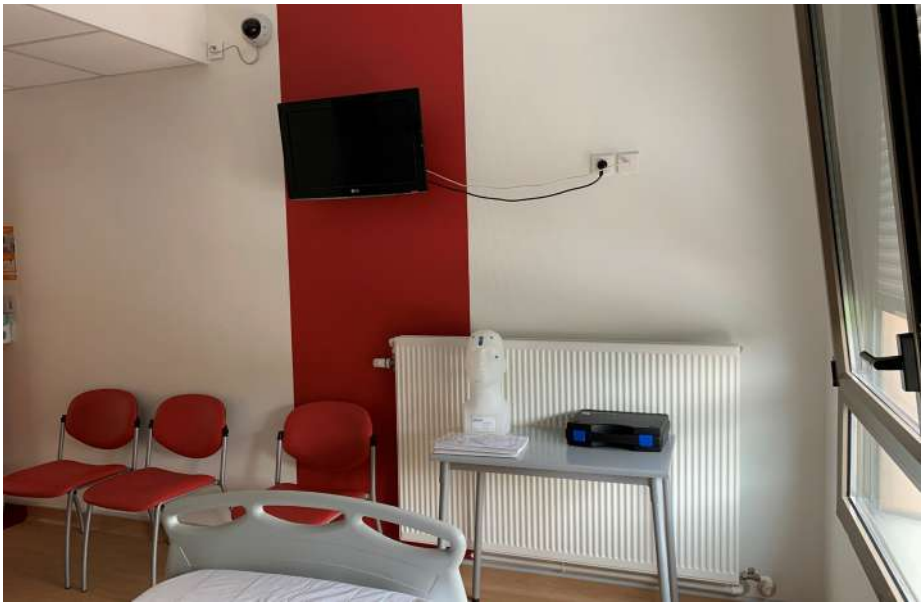
L'EEG, l'étude du tonus musculaire et des mouvements oculomoteurs permettent la réalisation d'un hypnogramme (architecture du sommeil) et de déceler les micro-éveils. Cela permet une étude plus approfondie du sommeil et de ses pathologies. L'analyse est donc plus précise et la prise en charge mieux adaptée aux besoins des patients.

Les patients cibles sont donc ceux pouvant présenter des troubles du sommeil, symptomatiques ou non.

Les symptômes les plus fréquemment rencontrés dans un syndrome d'apnées du sommeil sont les ronflements, les pauses respiratoires, une nycturie, des céphalées matinales, la dépression inexpliquée, la somnolence, des nuits de mauvaise qualité.

Un syndrome d'apnées du sommeil peut également être suspecté chez les patients souffrant, entre autre, d'arythmie inexpliquée, d'AIT; d'HTA labile ou nécessitant une trithérapie, les patients ayant des glaucomes inexpliqués.

J'insiste sur le fait que le plateau technique de la clinique ne permet pas la prise en charge des patients pneumologiques hypercapniques. Les troubles du sommeil plus spécialisés, tels que la Narcolepsie, les terreurs nocturnes ou encore le somnambulisme ne sont, à ce jour, pas traités sur la clinique. De même, les patients doivent avoir plus de 16 ans.



La réhabilitation améliorée après chirurgie colorectale

Par le Dr Alban LEBAS, Chirurgien viscéral et digestif à la Clinique de Saint-Omer

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) est un ensemble de mesures péri-opératoires ayant pour but une amélioration des suites chirurgicales. Son principal bénéfice est de réduire les effets délétères de l'agression chirurgicale et par conséquent réduire les complications post-opératoires. Il s'agit d'une approche globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités. La Réhabilitation améliorée après chirurgie est une véritable révolution dans les soins chirurgicaux péri-opératoires. Elle s'inscrit dans une démarche d'équipe pluriprofessionnelle (médecin traitant, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, nutritionniste, administratif, anesthésiste, chirurgien,...) et considère le patient comme acteur essentiel de sa prise en charge.

La RAAC présente en effet un enjeu majeur pour le patient puisqu'elle réduirait de 40% les complications post opératoires permettant ainsi une diminution des durées d'hospitalisations et une amélioration de la qualité de vie.

Plusieurs études suggèrent également une amélioration de la survie à 5ans chez les patients opérés d'un cancer colo rectal dans le cadre d'un programme de Réhabilitation améliorée. Les principaux mécanismes évoqués sont une meilleure prise en charge nutritionnelle, une meilleure analgésie post opératoire, une moindre morbidité post opératoire permettant un recours plus rapide au traitement adjuvant et une amélioration de l'état immunitaire périopératoire.

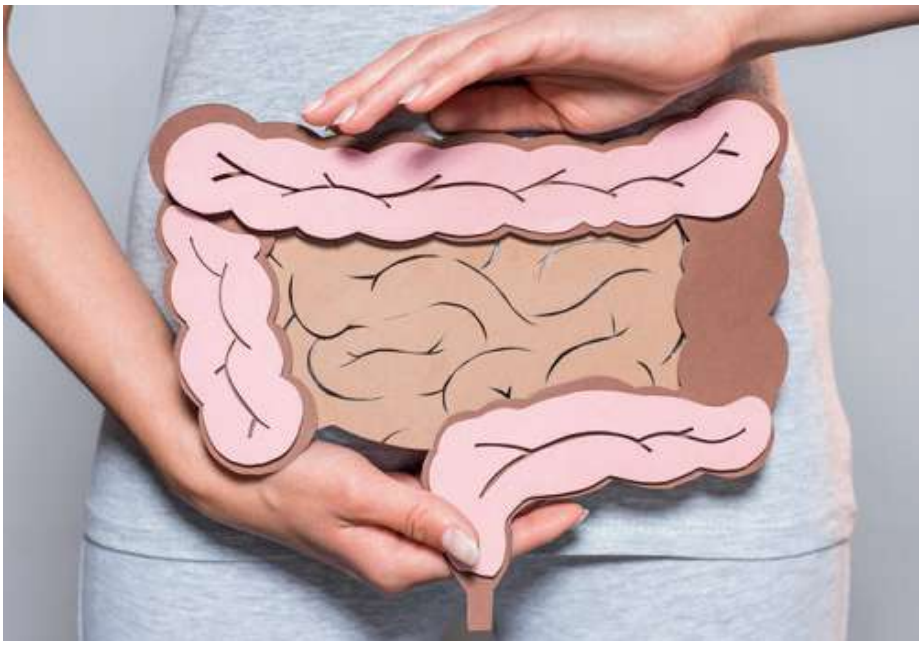
Les mesures d'un programme de RAAC visent à réduire l'impact de l'agression chirurgicale en luttant contre les facteurs retardant la récupération du patient (douleurs, vomissement, stress, immobilisation, dénutrition, jeûne prolongé,...).

Elles se répartissent en 3 phases : Pré-, per- et post opératoires :

-La phase préopératoire débute par une information éclairée du patient afin de l'intégrer pleinement à la démarche de soin et ainsi anticiper l'organisation des soins et faciliter le retour à domicile. Les protocoles de soins s'organisent autour de la gestion des comorbidités, de l'anémie, de la dénutrition et l'arrêt du tabac. Une pré habilitation multimodale physique, psychique, nutritionnelle ou cardiorespiratoire peut alors être réalisée si nécessaire.
En préopératoire immédiat, le jeûne sera le plus souvent raccourci afin de diminuer l'insulinorésistance qui joue un rôle majeur dans la survenue des complications chirurgicales.

-La phase per-opératoire comporte des facteurs anesthésiques (prévention de l'hypothermie, optimisation du remplissage vasculaire, analgésie multimodale avec épargne morphinique, prévention des nausées et vomissements post opératoires) et des facteurs chirurgicaux (abord mini invasif, réduction de l'usage des drains)

-La phase post opératoire consiste en une réalimentation et une mobilisation précoce afin de stimuler la reprise du transit intestinal et l'autonomie du patient. Il est également important d'assurer un retour au domicile dans de bonnes conditions et de favoriser la reprise d'activité du patient.



Ainsi la réhabilitation améliorée après chirurgie est une innovation bénéfique pour les équipes car elle nécessite une approche multidisciplinaire favorisant la communication et la collaboration entre les différents acteurs du parcours de soins, bénéfique pour la société en diminuant le coûts et les durées d'hospitalisation et surtout bénéfique pour les patients en améliorant les suites opératoires.

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

► Les soirées médicales à destination des professionnels 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 17 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

Hôpitaux Privés du Hainaut, Clinique du Cambrésis, Institut Ophtalmique de Somain

- Ophtalmologie
- Orthopédie
- ORL
- Néphrologie
- Cardiologie
- Cardio Vasculaire
- Plaies et cicatrisation
- Basse Vision
- Sommeil
- Pédiatrie
- Urologie
- Pathologies cancerologie de la femme

Côte d'Opale

Clinique de Saint Omer, Clinique de Flandre, Clinique Villette

- Orthopédie
- Chirurgie esthétique
- Centre du sommeil
- Projet de regroupement
- Obésité

Saint-Quentin

Hôpital Privé Saint Claude

- Dermatologie
- Plaies et Cicatrisation
- Cancérologie
- Soins Palliatifs
- Ophtalmologie
- Sommeil

Sur l'année 2023, plus de 20 événements sont programmés et d'autres sont en cours de programmation.

RETROUVEZ TOUTES NOS SOIRÉES ET LES MODALITÉS D'INSCRIPTIONS 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

Hôpitaux Privés du Hainaut, Clinique du Cambrésis, Institut Ophtalmique de Somain, Clinique de Saint Omer, Clinique de Flandre, Clinique Villette, Hôpital Privé Saint Claude

- **Obésité** *(L'obésité ? Parlons-en !)*
- **Sommeil** *(Bien dormir pour mieux faire face)*
- **Néphrologie** *(Prenons soin de nos reins)*
- **Basse Vision** *(Centre Régional Basse Vision)*

RETROUVEZ TOUTES LES INFORMATIONS SUR NOS PAGES FACEBOOK

Hôpitaux Privés du Hainaut
Hôpital Privé Saint Claude
Clinique du Cambrésis
Institut Ophtalmique de Somain
Clinique de Saint Omer
Clinique de Flandre
Clinique Villette
Imagerie Sambre Avesnois
Thiérache

NOS SITES INTERNET SPECIFIQUES

Nos sites institutionnels

Hôpitaux Privés du Hainaut	www.elsan.care/fr/hopitaux-prives-hainaut
Polyclinique Vauban	www.elsan.care/fr/polyclinique-vauban
Polyclinique du Parc	www.elsan.care/fr/polyclinique-parc
Centre de Rééducation de la Rougeville	www.elsan.care/fr/centre-reeducation-la-rougeville
Clinique Villette	www.elsan.care/fr/clinique-villette
Clinique de Flandre	www.elsan.care/fr/clinique-flandre
Hôpital Privé Saint Claude	www.elsan.care/fr/hopital-prive-saint-claude
Clinique de Saint-Omer	www.elsan.care/fr/clinique-saint-omer
Institut Ophtalmique de Somain	www.elsan.care/fr/institut-ophtalmique-somain
Clinique du Cambrésis	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

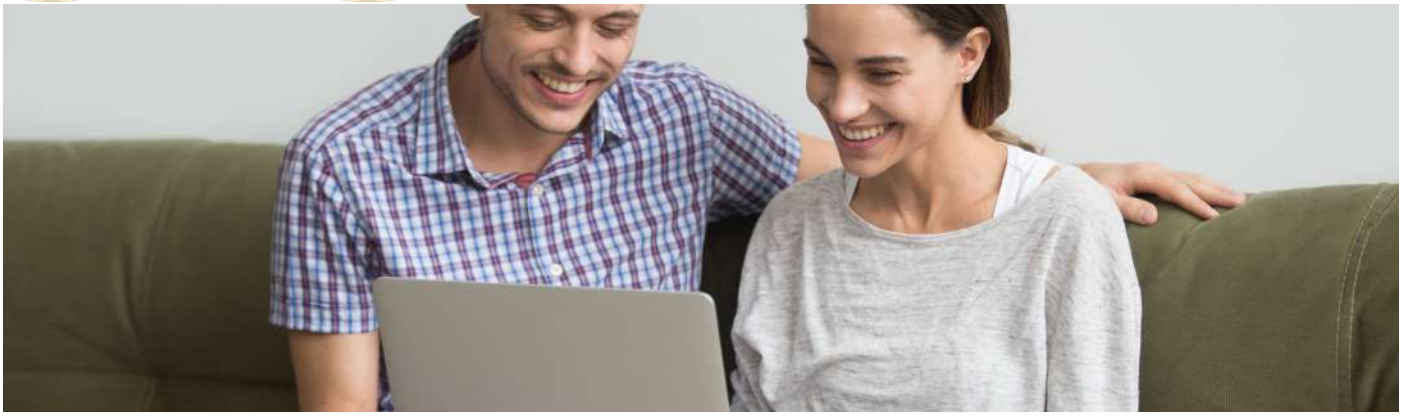
La Voix du Nord
Regroupe nos communications Hauts-de-France réalisées via la Voix du Nord

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

NOUS SUIVRE :

Cliniques ELSAN Hauts-de-France

@hopitaux_prives_du_hainaut



Contact : communicationHDF@elsan.care

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

ELSAN
CENTRE DE CANCÉROLOGIE
LES DENTELLIÈRES

ELSAN
CLINIQUE DU CAMBRÉSIS

ELSAN
PÔLE IMAGERIE SAMBRE AVESNOIS

ELSAN
INSTITUT OPHTALMIQUE DE SOMAIN

ELSAN
HÔPITAL PRIVÉ SAINT CLAUDE

ELSAN
CLINIQUE VILLETTE

ELSAN
CLINIQUE DE FLANDRE

ELSAN
CLINIQUE DE SAINT OMER