



À LA UNE

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



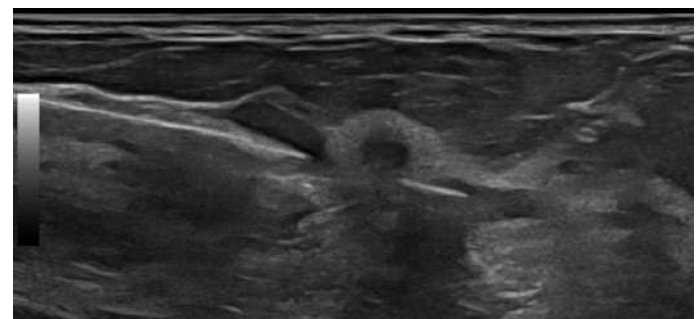
La prise en charge des pathologies du sein ayant beaucoup évolué dans les domaines de prévention et de traitements, les chirurgiens sont amenés pour la majorité des patientes à opérer des lésions (tumeurs bénignes ou malignes) non palpables. Une indication de chirurgie conservatrice peut alors être posée, 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.

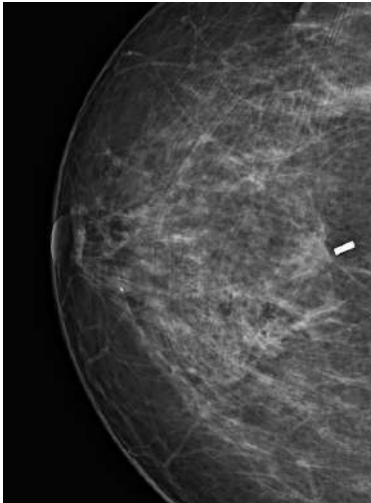
Depuis peu, une technique innovante a été adoptée par nos équipes pour ce repérage préopératoire. Le repérage se fait par un petit clip métallique plus petit qu'un grain de riz qui est mis en place sous anesthésie locale par les radiologues dans la lésion et qui peut être détecté précisément par le chirurgien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



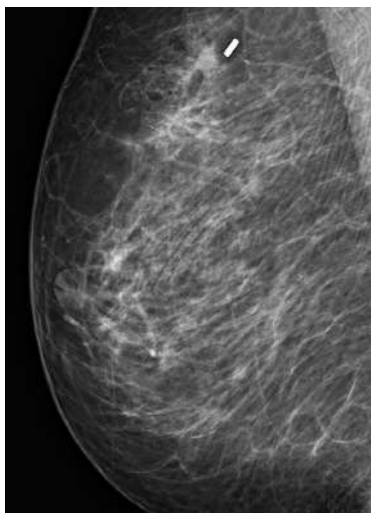
Mise en place sous échographie

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 débiter 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.

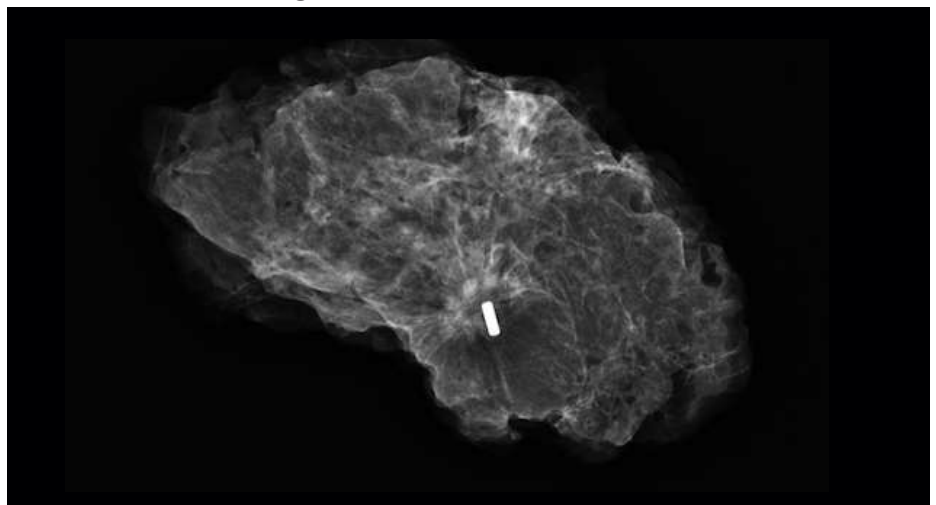
L'idée est d'améliorer la prise en charge des patientes tant d'un point de vue technologique que sur le plan de leur confort et de celui des soignants.



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 cornéolimbique 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)



Plateforme Stellaris Elite - Bausch and Lomb (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'œil (chirurgies vitréennes et rétinienne), 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.

3) Instrumentation spécifique

En plus des équipements lourds sus-cités, l'ophtalmologue dispose d'instruments de taille adaptée à la micro-chirurgie et de produits injectables dédiés :

- Pince de Paufigue, 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 têtère 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.



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

En tant que discipline micro-chirurgicale, l'Ophthalmologie 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.



SOMMEIL



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 créé 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 habitudes 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 myolinguo-faciale 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 Coudekerke-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 dédramatiser 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 radiofréquence 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 incompetentes.

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.

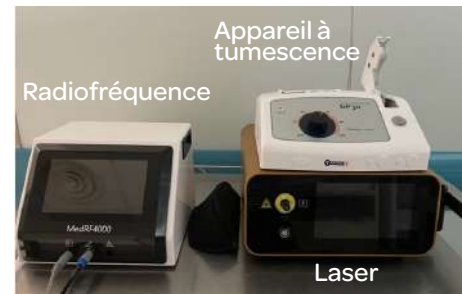
Après la pose d'un introducteur 6F, on réalise un repérage échographique de la crosse puis on fait monter la sonde et on positionne son extrémité à environ 1 cm de la crosse.



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 croses 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 récurrences 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, Chirugiens 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.

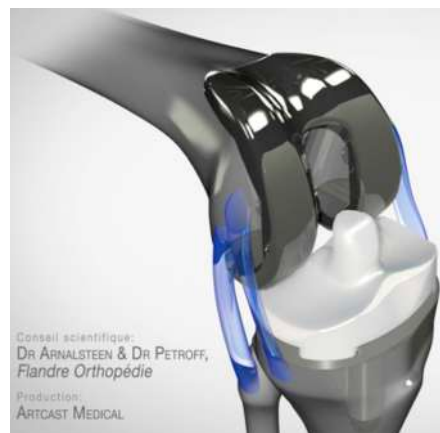
Dans ce concept, le patient est acteur de sa prise en charge entouré d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé incluant, au sein de l'équipe Flandre Orthopédie, (chirurgiens, médecins anesthésistes, kinésithérapeutes, infirmier(e)s RAAC, infirmier(e)s du bloc, infirmier(e)s du service, aide(s)-soignant(e)s...) mais également les professionnels de santé entourant le patient à son domicile (médecins traitants, kinésithérapeutes, infirmier(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	2 ^{ème} / 66	4,59 jours	4,37 jours
Prothèse Totale de hanche (PTH)	8,73 jours	3,50 jours	1,44 jours	1 ^{er} / 66	4 jours	3,77 jours
Prothèse Totale d'épaule (PTE)	7,88 jours	2,78 jours	1,26 jours	2 ^{ème} / 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 %	2 ^{ème} / 66	5 / 66
Prothèse Totale de hanche (PTH)	28,5%	1 ^{er} / 66	4 / 66
Prothèse Totale d'épaule (PTE)	40,3 %	1 ^{er} / 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 développés 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.



REGROUPEMENT

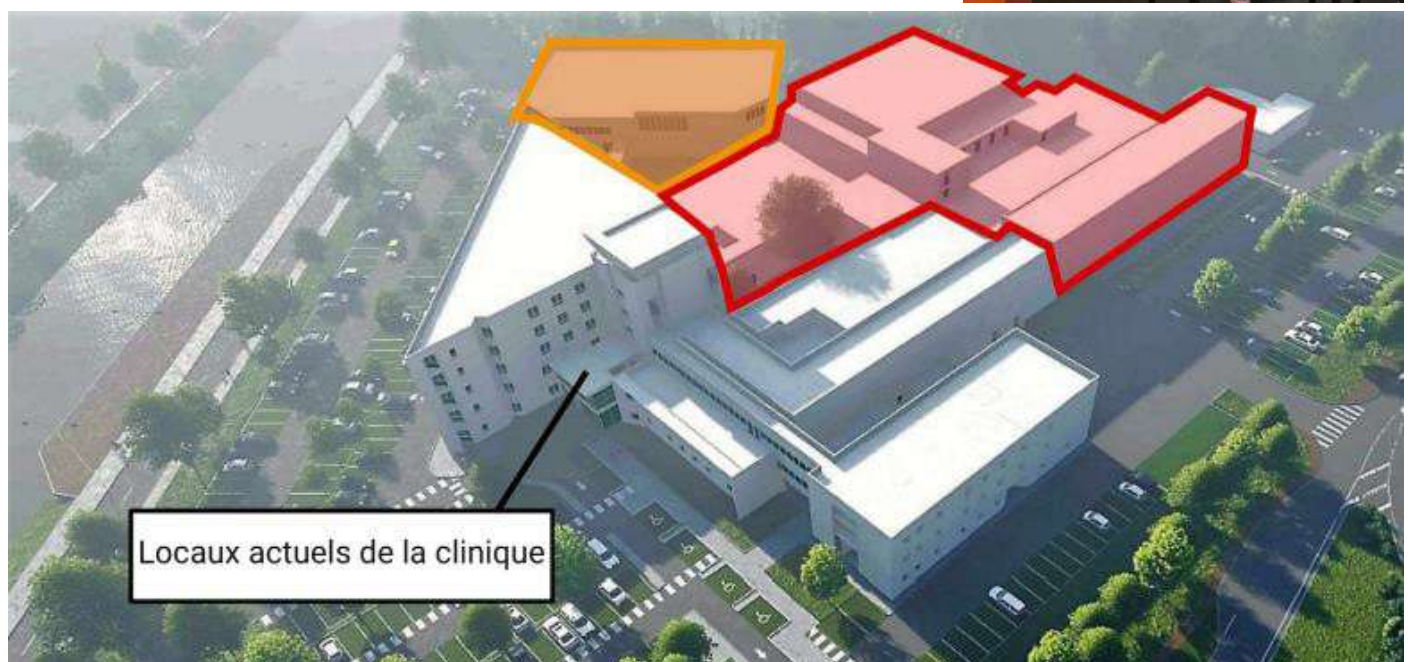
Une nouvelle étape de passée dans le cadre du projet de regroupement

Le projet a reçu un accord favorable pour le permis de construire du nouveau bâtiment.

Des groupes de travail regroupement ont lieu également. 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'enchaînement des travaux).

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



Locaux actuels de la clinique