



Mme Barbara BAILLEUL, Conseillère départementale, M. David BAILLEUL, maire de Coudekerque-Branche, Sébastien PROTO, président exécutif du groupe ELSAN et Hugo GILARDI, Directeur général de l'Agence régionale de santé Hauts-de-France, lors de la cérémonie de la pose de la première pierre le 02/10/2024.

ALAUNE

Pose de la première pierre du regroupement de la clinique de Flandre et de la Clinique Villette

Depuis des années, ce projet de regroupement des 2 cliniques Dunkerquoises est un enjeu majeur pour ELSAN et pour tous les patients du territoire. Devenu une réalité, ce nouvel établissement, « Hôpital Privé », permettra de répondre aux besoins croissants du Dunkerquois en matière de santé. Ce projet permettra le regroupement en un seul lieu de l'ensemble des prises en charge indispensables à la population dunkerquoise.

Le mercredi 2 octobre s'est déroulée la cérémonie de la pose de la première pierre. Cet événement a été l'occasion pour nous de remercier tous ceux sans qui ce projet ne pourrait exister et qui, par leur soutien, nous permettent de franchir chaque étape.

Ce nouvel établissement nous permettra notamment de créer des pôles d'excellence en chirurgie, devenir une référence en cancérologie, d'assurer la pérennité des activités du territoire, de favoriser le recrutement médical en proposant un outil de travail moderne au bénéfice de la population et du développement économique de Dunkerque, de maintenir une collaboration avec tous les acteurs,...

L'établissement disposera d'un bloc opératoire de 13 salles opératoires auxquelles s'ajoute une nouvelle unité de chirurgie ambulatoire adaptée aux prises en charge rapides. L'accueil hôtelier sera revu également pour améliorer les flux et les circuits.

Ces travaux représentent une restructuration de 9200 m² et l'extension correspond à 5500 m² de nouveaux bâtiments. Cet établissement nous permettra également d'ouvrir un Service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) étendu avec de l'hospitalisation complète et de l'hospitalisation de jour. Ce nouveau plateau de plus de 600 m² complètement équipé permettra notamment le développement des programmes d'Education Thérapeutique.

Rendez-vous en 2026 pour l'ouverture !



Planification 3 Dimensions et Instrumentation Spécifique au Patient (Guide PSI) dans la Chirurgie Prothétique.

Par l'équipe de Flandre Orthopédie, Clinique de Flandre, Elsan le Dr Damien ARNALSTEEN et le Dr Eric PETROFF

La chirurgie prothétique est une chirurgie donnant d'excellents résultats à court, moyen et long terme avec pour but de restaurer la fonction initiale de l'articulation avec une indolence la plus complète possible, voire avec une prothèse oubliée.

Ces résultats ne cessent de s'améliorer et s'appuient sur plusieurs principes :

- une prise en charge médico-chirurgicale optimale (équipe spécialisée, techniques mini invasives, protocole de prise en charge de la douleur...)
- un patient éduqué et motivé (école du patient, informations écrites, orales et visuelles données par l'ensemble des professionnels de santé de ville ou des établissements de soins...)
- des implants efficaces évalués et scientifiquement approuvés
- un ancillaire (instrumentation pour poser les prothèses) moderne et précis permettant de reproduire avec exactitude la planification du chirurgien.

Ces éléments poussent à la performance et s'inscrivent dans le domaine de la RAC (Récupération Améliorée après Chirurgie) développée depuis plusieurs années par nos équipes Flandre Orthopédie au sein de la clinique de Flandre, labélisées GRACE (Groupe Francophone de Récupération Rapide ou Améliorée après Chirurgie) en chirurgie prothétique des articulations majeures (Épaule, Genou, Hanche) depuis 2017.



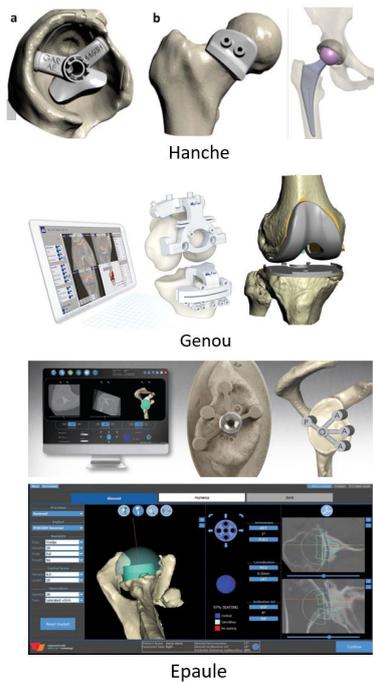
Au cours des dernières décennies, les techniques et ancillaires modernes se sont développés. En effet les ancillaires conventionnels permettent un positionnement suboptimal des implants de prothèses

dans seulement 20 à 40% des cas.

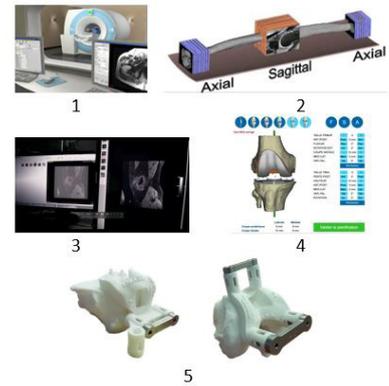
La chirurgie assistée par ordinateur (CAOS) est l'innovation la plus concrète dans ce domaine avec l'utilisation de l'informatique et en particulier de l'intelligence artificielle pour réaliser une planification chirurgicale pré-opératoire dans le but d'améliorer la précision de la pose des composants prothétiques.



C'est pourquoi, Flandre Orthopédie utilise depuis plusieurs années cette technologie et notamment une instrumentation spécifique au patient appelé « Guide PSI (Patient Specific Instrumentation) ».



Le chirurgien réalise donc sa propre planification en fonction du bilan d'imagerie 3D, de l'examen clinique du patient et de son expérience (3-4).



Une fois validé, un guide de coupes ou positionneur de pins (moule réalisé en imprimante 3D) est créé, stérilisé et pourra être utilisé lors de la chirurgie pour positionner la prothèse de manière extrêmement précise selon la planification prévue et donc la morphologie spécifique du patient (5).

Plusieurs études scientifiques ont prouvé l'intérêt de l'utilisation de ces guides PSI :

- une meilleure précision dans la pose des implants et donc une meilleure survie des implants.
- des scores fonctionnels améliorés.
- une diminution du saignement et des transfusions.
- un gain de temps opératoire et une diminution du temps d'anesthésie.
- une diminution du nombre de boîtes d'instruments et donc une ergonomie d'utilisation et une économie énergétique du temps de stérilisation.

L'intérêt de l'utilisation de ces guides PSI est de reproduire de manière extrêmement précise une planification en 3 dimensions réalisée en amont de l'acte chirurgical par le chirurgien afin d'améliorer les résultats cliniques post-opératoires.

Pour cela, le patient effectue une imagerie (Scanner ou IRM) (1-2).

L'articulation est ensuite modélisée en 3 dimensions par le laboratoire et envoyée numériquement au chirurgien. Le chirurgien peut visualiser l'anatomie du patient et établir un plan chirurgical personnalisé pour chaque patient.

Flandre Orthopédie utilise, à la clinique de Flandre, ces guides sur mesure et leurs planifications 3D depuis 2013, soit une expérience de plus de 3200 cas avec actuellement, l'utilisation de cette innovation pour la pose de toutes les prothèses de genou, d'épaule et une partie des prothèses de hanche.

Pour nos équipes, c'est un élément important dans l'amélioration de la prise en charge de nos patients avec le développement de la RAC et de la chirurgie ambulatoire prothétique qui représente actuellement plus de 40% de l'activité prothétique de Flandre Orthopédie.

La Chirurgie du glaucome



Par le Dr François LEUILLETTE - COF Littoral - Coudekerque- Branche - Clinique de Flandre

Le glaucome est une pathologie extrêmement fréquente, dont l'incidence estimée, en France, est comprise entre 3 et 5% de la population après 40 ans. Il s'agit d'une **neuropathie optique chronique** qui, si elle reste longtemps asymptomatique, peut conduire à la **cécité complète, bilatérale et non réversible**.

L'arsenal thérapeutique à notre disposition comporte des traitements médicamenteux (collyres), différents gestes réalisés au laser, mais aussi la chirurgie.

Toutes les chirurgies du glaucome ont pour objectif la baisse de la pression intra-oculaire. Si le gold standard reste, aujourd'hui encore, la trabéculéctomie, les complications liées à celles-ci ont conduit à l'élaboration d'alternatives récentes dites mini-invasives, dont nous citerons quelques exemples.

Les chirurgies filtrantes

a) La trabéculéctomie

La trabéculéctomie est une chirurgie dite "**filtrante**". En procédant à une trabéculéctomie, le chirurgien va construire une voie alternative à l'écoulement de l'humeur aqueuse. La paroi du globe oculaire est perforée au niveau de la jonction cornéo-sclérale, sous un volet scléral. L'humeur aqueuse se diffuse sous la conjonctive ; c'est ce qu'on appelle la "bulle de filtration". La trabéculéctomie est la chirurgie du glaucome qui permet d'obtenir la baisse pressionnelle la plus significative et la plus durable. Mais les complications post-opératoires sont nombreuses et fréquentes, même si la plupart sont mineures. On peut malgré tout citer le risque d'hypotonie, majoré par l'utilisation peropératoire des anti-métabolites (mitomycine C, 5-Fluoro-uracile), qui peut avoir des conséquences néfastes sur la fonction visuelle, par les lésions maculaires qu'elle peut induire.



Trabéculéctomie et bulle de filtration sous-conjonctivale (source : www.cof.fr)

b) La sclérectomie non perforante

La sclérectomie est également une chirurgie filtrante et a été développée comme une alternative à la trabéculéctomie. Néanmoins, elle est devenue, pour un grand nombre de chirurgiens, une chirurgie de première intention, parce qu'elle améliore le profil de sécurité et diminue le risque d'hypotonie post-opératoire. Elle a pour principal avantage, comme son nom l'indique, d'être "non perforante"; la paroi du globe oculaire reste intègre, mais elle est affaiblie, à la jonction cornéo-sclérale, par l'ablation des tissus offrant la plus forte résistance à l'écoulement de l'humeur aqueuse. Cette dernière peut, dès lors, diffuser dans l'espace sous-conjonctival et former, comme à l'issue d'une trabéculéctomie, une bulle de filtration.

Les chirurgies mini-invasives du Glaucome : MIGS et MIBS

Il s'agit d'un domaine en forte expansion. Le terme anglo-saxon "MIGS" (Minimally Invasive Glaucoma Surgeries) a été proposé pour désigner les alternatives aux chirurgies filtrantes -trabéculéctomie et sclérectomie non perforante- mais ne fait pas toujours consensus.

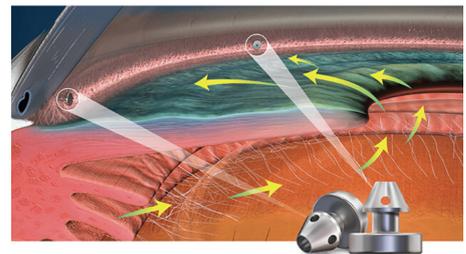
En 2024, on distingue plus volontiers les MIGS des MIBS (Minimally Invasive Bleb Surgeries).

a) MIGS (Minimally Invasive Glaucoma Surgeries)

Les MIGS regroupent les chirurgies qui **ne reposent pas sur la création d'une bulle de filtration sous-conjonctivale**. Elles visent à améliorer la résorption de l'humeur aqueuse, en améliorant le fonctionnement des voies "naturelles" de l'oeil: la voie trabéculaire, la voie supra-choroïdienne, la voie du canal de Schlemm. Un grand nombre de firmes pharmaceutiques développent et commercialisent des dispositifs à

travers le monde.

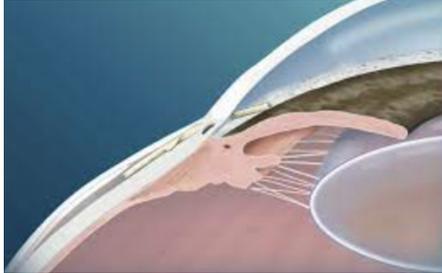
En France, à ce jour, le seul dispositif remboursé par la CPAM est commercialisé par le laboratoire Glaukos® : il s'agit du **iStent Inject W®**. Le dispositif comporte deux micro-stents en titane hépariné, qui sont insérés dans le tissu trabéculaire, par voie endoculaire, et réalisent un pontage entre la chambre antérieure de l'oeil et le canal de Schlemm. Cette chirurgie est pratiquée dans le même temps qu'une chirurgie de cataracte (procédure dite "combinée"), pour des raisons de remboursement. Les suites opératoires sont très similaires à celles d'une chirurgie de cataracte standard et le profil de sécurité excellent. Mais la baisse pressionnelle obtenue est moindre par rapport à une chirurgie filtrante conventionnelle.



iStent inject W® - Laboratoire Glaukos®

b) MIBS (Minimally Invasive Bleb Surgeries)

Ce terme regroupe les chirurgies dites "mini-invasives", mais qui reposent sur la formation d'une bulle de filtration sous-conjonctivale et, donc, sur la construction d'une voie alternative pour l'écoulement de l'humeur aqueuse. C'est pour cette raison que leur caractère mini-invasif tend à être contesté par certains chirurgiens et auteurs. Plusieurs procédés sont disponibles, mais un seul est, pour l'heure, remboursé par la CPAM. Il s'agit du dispositif PRESERFLO Microshunt®, commercialisé par le laboratoire Santen®. Il s'agit d'un drain de 8,5 mm de longueur, dont le matériau est biocompatible et dont la lumière interne mesure 70 microns. Il est inséré au bloc opératoire, en procédure seule ou combinée à une chirurgie de cataracte.



Dispositif PRESERFLO® - Laboratoire Santen®

La chirurgie de cataracte permet-elle de traiter le glaucome?

La chirurgie de cataracte ne fait pas

partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge des glaucomes à angle ouvert.

Par contre, face aux glaucomes par fermeture de l'angle, l'extraction cristallinienne peut avoir une place, lorsque le volume du cristallin apparaît comme le principal facteur de la fermeture de l'angle irido-cornéen (phacomorphisme). La littérature scientifique s'étoffe pour étudier l'impact d'une chirurgie cristallinienne, y compris, parfois, lorsque le cristallin est clair, dans ce type de situation, bien sûr lorsque certains critères sont vérifiés.

Conclusion

Le choix de la technique chirurgicale dépend de nombreux facteurs (type de glaucome, stade de la neuropathie,

chirurgies antérieures et échecs éventuels, terrain du patient...) et doit impérativement faire l'objet d'une discussion entre le chirurgien et le malade.

Comprendre les limites et les contraintes de chacun des gestes proposés est primordial pour remporter l'adhésion des patients, essentielle face à une maladie insidieuse comme la neuropathie glaucomeuse.

Nous avons ici volontairement présenté les principales techniques chirurgicales réalisées en France (et donc à la clinique de Flandre) ; notre exposé ne se veut en aucun cas exhaustif. Le panel pourrait s'étendre aux cyclo-affaiblissements (par ultrasons ou laser diode) ou à la pose de drains et tubes. Les indications en sont cependant plus confidentielles.

CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE



Mastectomie totale conservatrice avec reconstruction mammaire immédiate par prothèse mammaire d'expansion : une première pour le Dunkerquois !

Par le Dr Aurore WOUSSEN, chirurgien plastique reconstructrice et esthétique à la Clinique Villette

La reconstruction mammaire fait partie intégrante du traitement du cancer du sein. C'est un acte thérapeutique comprenant la reconstruction du sein, de la plaque aréolo-mamelonnaire, et d'une éventuelle symétrisation du sein controlatéral. La reconstruction peut intervenir dans le même temps chirurgical que la mastectomie ou à distance. Dans le même temps, on parle de reconstruction mammaire immédiate (RMI). A distance, on parle de reconstruction mammaire différée (RMD), ou de reconstruction mammaire secondaire.

Depuis les recommandations du sein REMAGUS datant de 2019-2020, les indications de reconstruction mammaire immédiate ont évolué en France : elle est indiquée après la quasi-totalité des mastectomies totales (sauf : cancer du sein inflammatoire). Elle est désormais discutée pour la majorité des tumeurs infiltrantes en tenant compte des éventuelles complications qui pourraient retarder les traitements adjuvants. Par ailleurs, la conservation

de l'étui cutané et de la plaque aréolo-mamelonnaire est privilégiée lorsque c'est possible (absence d'atteinte clinique ou radiologique de la PAM, de microcalcification retro-aréolaire, d'écoulement mamelonnaire, de maladie de Paget, distance de plus de 2 cm avec la tumeur).

Les traitements adjuvants (chimiothérapie et radiothérapie) et néo-adjuvants ne sont pas des contre-indications à la reconstruction mammaire immédiate. Le délai entre la reconstruction mammaire immédiate et le début du traitement immédiat dépendra principalement de la cicatrisation cutanée.

En cas de mastectomie avec reconstruction mammaire, la coopération entre chirurgien plasticien et chirurgien gynécologue est essentielle car la technique de mastectomie totale est décidée en fonction des antécédents (BMI, tabagisme, diabète...), des caractéristiques morphologiques de la patiente

(forme, volume, degré de ptose), des données oncologiques (localisation et traitements adjuvants), et du choix de reconstruction mammaire. Plusieurs choix de techniques chirurgicales s'offrent à la patiente et au chirurgien : une reconstruction prothétique ou une reconstruction autologue.

La première reconstruction mammaire immédiate par prothèse mammaire d'expansion du Dunkerquois a eu lieu le 12 juin 2024 à la clinique de Flandre.

Technique opératoire :

Chez notre patiente qui avait eu des antécédents de tumorectomie du sein avec une cicatrice péri-aréolaire, nous avons réalisé une mastectomie totale SSM (skin sparing mastectomy) c'est-à-dire une mastectomie conservant l'étui cutané sans conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) en raison d'un risque de nécrose de la PAM trop important.

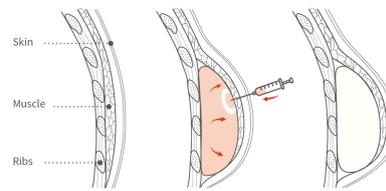
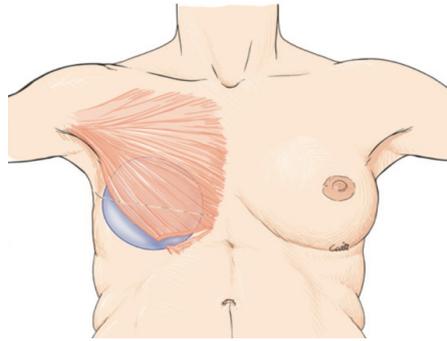
L'intervention chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale, après antibioprophylaxie selon le protocole de la SFAR. La patiente est installée en décubitus dorsal, les bras en croix. Le protocole de préparation cutanée et de double badigeonnage est classique à toute intervention chirurgicale.

L'incision cutanée est elliptique, emportant l'aréole et le mamelon. Le plan de dissection de la mastectomie passe dans le plan des crêtes de Duret. La dissection est d'abord pré glandulaire puis rétro glandulaire. La mastectomie totale « conservatrice » est plus difficile à réaliser qu'une mastectomie totale « classique ». La dissection des lambeaux cutanés est identique, passant dans le plan des crêtes de Duret, néanmoins la brièveté des incisions cutanées réduit le champ opératoire, compliquant le geste. Par ailleurs, plus la longueur des lambeaux cutanés est importante, plus le risque de nécrose cutanée est élevé. De même, si l'épaisseur cutanée est inférieure à 5 mm, le risque de souffrance cutanée est plus important.

L'exérèse de la glande mammaire est toujours monobloc et envoyée en examen anatomopathologie après orientation de la pièce opératoire. On effectue une hémostase soignée et un lavage abondant avant de changer d'instrument et d'effectuer un badigeonnage avec un nouveau champage stérile pour la reconstruction mammaire. Le muscle grand pectoral est abordé par son bord inférieur, et la loge est disséquée en arrière du muscle. Les insertions musculaires sont totalement désinsérées dans leur portion inférieure et horizontale. Les insertions internes du muscle sont distendues au doigt en parasternal sans toutefois les interrompre complètement.

Ceci permet à l'implant de se placer en bonne position sur le thorax, et d'être recouvert dans sa portion supéro-externe par le muscle. Pour la couverture latérale de l'implant mammaire, un lambeau de fascia de muscle grand dentelé est levé, ainsi qu'un lambeau de fascia de muscle grand droit pour la couverture du pôle inférieur. Grâce à la création de cette « loge prothétique » rétromusculaire l'implant sera par la suite totalement entouré de structure vascularisée (muscle et fascia) et isolé de la loge de mastectomie. Ainsi, en cas de souffrance cutanée après la

mastectomie, de nécrose cutanée ou de retard de cicatrisation l'implant sera protégé par le muscle et isolé des germes extérieurs.



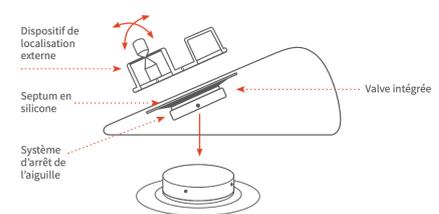
La loge prothétique est lavée abondamment au sérum physiologique, eau oxygénée et sérum bétadiné. Deux drainages sont placés : un drainage pour la loge de mastectomie, c'est-à-dire devant le muscle et un drainage pour la loge prothétique c'est-à-dire derrière le muscle grand pectoral.

L'implant mammaire d'expansion est introduit dans la loge prothétique. Des points séparés de vicryl 3.0 permettent de fixer le muscle grand pectoral en haut au lambeau de fascia en bas. La prothèse mammaire est parfaitement recouverte, et à l'aide d'une aiguille et d'une seringue de 50cc de sérum physiologique on réalise une expansion de la prothèse mammaire en transmusculaire.

Le sillon sous-mammaire a été redessiné selon la technique du lambeau d'avancé abdominal, et la fermeture cutanée a

été réalisé en deux plans, sans tension. À la fin de l'intervention la prothèse mammaire est peu gonflée, permettant de limiter les tensions sur la peau et les lambeaux cutanés afin d'avoir une cicatrisation optimale.

La patiente est hospitalisée en moyenne 4 jours à la clinique. Le port d'un soutien-gorge de contention avec contenseur 24H/24H est obligatoire pendant 1 mois. Une fois la cicatrisation acquise l'expansion de la prothèse mammaire peut débuter en consultation et la kinésithérapie dans le mois suivant l'intervention.



Pour expandre la prothèse mammaire, un dispositif de localisation externe avec un aimant permet de repérer la valve aimantée dans laquelle injecter le sérum physiologique. Des séances d'injection peuvent être nécessaires toutes les deux semaines jusqu'à atteindre un volume et une forme satisfaisante pour la patiente et le chirurgien. Le changement de la prothèse mammaire d'expansion pour une prothèse mammaire définitive ou un lambeau aura lieu dans l'année, plusieurs mois après la fin des traitements adjuvants.





La Chirurgie Percutanée

Par le Dr Donatienne JOULIE, Chirurgien orthopédiste et traumatologue

La chirurgie percutanée apparaît, il y a environ 60 ans aux USA sous influence de M. Polokoff. Celle-ci a été développée par les podiatres nord-américains qui n'ont pas d'équivalence en France, leurs études universitaires comportant quatre années de médecine, suivies d'une formation spécifique de deux ans supplémentaires sur le pied avec un accès à la chirurgie. Fin des années 90, le Docteur De Prada, chirurgien espagnol, a introduit cette technique en Espagne. Il a travaillé en collaboration avec le Pr Golano en établissant les bases chirurgicales et anatomiques indispensables à une pratique sécurisée. Le Dr De Prado travaillant à Murcia à peu à peu exporté cette technique en Espagne puis en France.

Dans la chirurgie percutanée, les gestes sur les parties molles et les ostéotomies sont réalisés à travers la peau à l'aide d'un mini bistouri et de fraises motorisées qui se substituent à la lame de scie. Chaque geste peut être contrôlé pendant l'intervention par fluoroscopie. Une ostéosynthèse est associée ou non. Dans le cas où il n'y a pas d'ostéosynthèse, le chirurgien réalise un pansement qui maintient la correction et qui est refait par ses soins tous les 15 jours ou 3 semaines.

En France, les principales indications sont les métatarsalgies et les déformations des petits orteils. La chirurgie de l'hallux valgus est le plus souvent mixte avec une partie réalisée en chirurgie percutanée, l'ostéotomie de la première phalange de l'hallux et une partie réalisée en chirurgie ouverte, l'ostéotomie du premier métatarsien. Certains chirurgiens opèrent intégralement les hallux valgus en chirurgie percutanée.

Voici deux exemples pour illustrer la chirurgie percutanée.

1. La chirurgie du quintus varus supra adductus.

Le quintus varus supra adductus est une déformation spécifique du 5ème orteil. Celui-ci se place soit au-dessous du 4ème orteil : l'infra adductus, soit au-dessus du 4ème orteil : le supra

adductus. Voilà un exemple d'un pied présentant un quintus varus supra adductus.



On va réaliser une section du tendon extenseur et du tendon

fléchisseur par un bistouri spécial.



Bistouri



Fraise



Ténotomie

Puis on se positionne sur l'os et on va réaliser une coupe osseuse avec une fraise comme chez le dentiste après avoir ouvert la peau avec le bistouri.

Les incisions mesurent de 3 mn à 5 mn. On réalise une ostéotomie de la 1ère phalange et de temps en temps de la 2ème phalange.



Les incisions mesurent de 3 mn à 5 mn. On réalise une ostéotomie de la 1ère phalange et de temps en temps de la 2ème phalange.

L'intervention dure une dizaine de minutes. Elle se déroule en chirurgie ambulatoire. Le pansement est réalisé par le chirurgien en fin d'intervention. Le patient le garde une quinzaine de jours.



L'appui se fait dès la fin de l'intervention avec une chaussure à appui plantaire total.

Le pansement est refait tous les 15 jours pendant un mois à un mois et demi par le chirurgien. Voici le résultat.



2. Les orteils en griffe.

Les orteils en griffe sont une déformation acquise ou congénitale des orteils située sur les articulations interphalangiennes proximales ou distales. Ils empêchent un chaussage correct en réalisant des

conflits avec celui-ci. Ce conflit entraîne des cors douloureux soit au niveau des articulations soit au niveau de la pulpe des orteils. Voici une déformation de l'avant-pied au niveau du 2ème, 3ème, 4ème et 5ème orteil.



La chirurgie se fait comme précédemment avec un bistouri pour couper les tendons extenseurs et fléchisseurs (ténotomie) et avec une fraise pour couper les os (ostéotomies).



L'intervention dure une vingtaine de minutes. Le pansement est réalisé par le chirurgien lui-même. Il est gardé pendant une quinzaine de jours par le patient. Le patient est opéré en chirurgie ambulatoire. L'appui se fait immédiatement avec une chaussure à appui plantaire total.

Le pansement est réalisé par le chirurgien en consultation jusqu'à ce que l'os soit fusionné et que le résultat ne bouge plus.



Le patient se rechausse normalement en 3 semaines à 1 mois. Voilà le résultat :



La chirurgie percutanée est une chirurgie développée depuis maintenant 60 ans aux États-Unis et depuis plus de 30 ans en Europe. Les résultats sont très bons avec une très bonne correction, peu de raideur, une rapidité de reprise d'appui et une correction pérenne. Cependant, elle reste peu connue des médecins généralistes. À nous de la faire connaître au plus grand nombre !!

Un nouvel Institut de l'Obésité à la Clinique de Flandre



Parce que l'obésité représente un défi majeur de santé publique (2ème cause de mortalité en France après le cancer), la Clinique de Flandre s'engage avec l'ouverture de l'Institut de l'Obésité. Ainsi, en privilégiant une double approche, médicale comme chirurgicale, ce parcours apporte une réponse durable. Entre consultations et ateliers avec une équipe pluridisciplinaire, le patient y bénéficie d'une prise en charge entièrement personnalisée en fonction de ses besoins réels.

Un Institut de l'obésité innovant à la Clinique de Flandre

Partant du constat assez difficile que l'obésité touche aujourd'hui 17% de la population en France et 22,1% pour les Hauts de France, la Clinique de Flandre s'investit de plus en plus afin d'apporter une réponse innovante. En effet, à l'obésité en elle-même, s'ajoutent des risques supplémentaires comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles musculo-squelettiques et même des risques plus élevés de développer un cancer. À cela, la Clinique de Flandre répondait déjà grâce à son parcours chirurgical. Désormais, afin de parfaire les chances de réussites et de proposer une solution entièrement personnalisée à chaque patient, ce parcours est doublé d'un parcours médical. Les patients de plus de 18 ans peuvent prendre rendez-vous directement ou être adressés par leur médecin traitant ou tout autre professionnel de santé. Critère important pour intégrer le programme : avoir un IMC (Indice de Masse Corporel) supérieur ou égal à 30 avec un diabète non contrôlé médicamenteux ou un IMC supérieur ou égal à 35 avec des risques associés mentionnés ci-dessus. Le parcours commence toujours par un bilan d'orientation. Grâce à celui-ci, l'équipe définit avec le patient, le type du

programme, médical ou chirurgical, les objectifs en accord avec le projet et le contexte de vie du patient. Adaptatif, ce parcours fait toujours l'objet d'un bilan de réévaluation pour correspondre aux besoins du patient.

L'éducation thérapeutique pour une prise en charge efficace

Maladie complexe, l'obésité trouve ses origines dans la sédentarité avec un manque d'activité physique, une alimentation déséquilibrée avec des apports trop riches ou encore des facteurs génétiques. Il faut donc trouver des solutions qui puissent s'inscrire sur le temps long. Précision importante, la chirurgie n'est pas une réponse « miracle » à l'obésité d'où l'importance de suivre ce programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Grâce aux ateliers et aux rendez-vous individuels, les patients deviennent alors acteurs de leur propre prise en charge. Pour cela, ils peuvent compter sur une équipe de professionnels pluridisciplinaires composée de chirurgiens, endocrinologue, médecin généraliste, médecin spécialisé en sommeil, infirmières, diététicienne, psychologues, kinésithérapeute et enseignant en Activité Physique Adaptée. Ceux-ci agissent de concert pour les aider à améliorer leurs habitudes alimentaires (tant qualitatives que quantitatives), à travailler sur leur relation avec leur corps, à renforcer leur estime de soi et à adopter une activité physique adaptée. L'objectif final est de rendre chaque patient entièrement autonome sur la durée. Preuve de son engagement, dans ses nouveaux locaux, la Clinique de Flandre consacrera 600 m² de plateaux au sein de ses installations pour l'Institut de l'Obésité, dont 90 m² pour l'Activité Physique Adaptée. Pour une prise en charge globale et réactive, les patients qui suivent le programme bénéficient également de l'expertise des autres spécialistes de la Clinique comme les cardiologues ou gastro-entérologues par exemple.

Pour prendre rendez-vous

Mail : institut.obesite.fla@elsan.care
Téléphone : 03 28 28 10 26

L'équipe :

-Dr Peter FRANCOIS et Dr Hervé TOURSEL : chirurgiens digestifs

-Dr Maxime KWAPICH : endocrinologue

-Dr Antoine MILLEQUANT, médecin généraliste

-Florence HOCHART : infirmière coordinatrice

-Gaelle BOURDON et Mylène DEMEESTER : infirmières expertes

-Gwendoline EVRARD : diététicienne

-Nicolas CAUET : professeur d'activité physique adaptée

-Yohan DECOCK et Mathieu EVRARD : Kinésithérapeutes

-Et une psychologue



Une partie de l'équipe de l'institut de l'obésité

CLINIQUE DE FLANDRE

300 rue des Forts
59210 COUDEKERQUE-BRANCHE
03 74 82 82 00
www.elsan.care/fr/clinique-flandre

CLINIQUE VILLETTE

18 rue Parmentier
59240 DUNKERQUE
03 64 54 70 54
www.elsan.care/fr/clinique-villette

 **ELSAN**
CLINIQUE DE FLANDRE

 **ELSAN**
CLINIQUE VILLETTE