

progressive. Précis, peu invasif, à récupération rapide, mais nécessite souvent plusieurs séances.

• **Laser CO<sub>2</sub> ultrapulsé** : agit par photoablation sélective avec une **haute puissance de crête** et des **impulsions ultracourtes**, vaporisant les tissus sans diffusion thermique. Cela réduit la carbonisation et raccourcit l'éviction sociale.

Il stimule la **néocollagénèse** et induit une **rétraction dermique immédiate**, **améliorant** durablement la texture et la tonicité palpébrales.

#### Conclusion

Le ptosis et le dermatochalasis sont des pathologies fréquentes en ophtalmologie. Malgré la prédominance des formes séniles, il faut toujours éliminer les diagnostics graves :

• Ptosis variable -> **penser myasthénie**,

• Ptosis + myosis -> **évoquer un syndrome de Claude Bernard-Horner secondaire à une dissection carotidienne**.

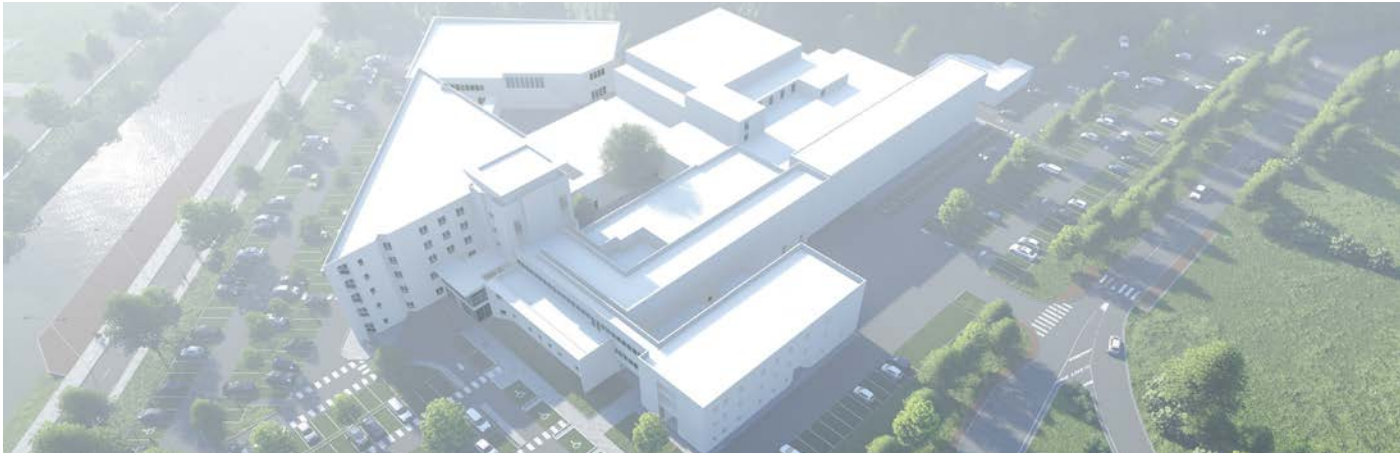
• Ptosis + mydriase -> **rechercher une paralysie du III par anévrisme intracrânien**.

Le traitement est avant tout chirurgical. Les techniques de laser plasma ou de laser CO<sub>2</sub> sont utiles pour les formes modérées.

**Au Cabinet d'Ophtalmologie des Flandres de Coudekerque**, nous assurons la prise en charge complète des pathologies palpébrales, urgentes ou esthétiques, avec des équipements de dernière génération pour offrir à chaque patient une solution adaptée et sécurisée.

## TRAVAUX

### Le chantier d'extension de la Clinique de Flandre avance



Le projet de regroupement de la Clinique de Flandre et de la Clinique Villette sur le site de la Clinique de Flandre se concrétisera en 2026. Bientôt 2 ans que les travaux associés à ce vaste chantier ont démarré. L'heure de la réception des nouveaux locaux et de la mise à disposition de la nouvelle Clinique à destination de la population arrive à grands pas. La date de réception de l'extension est prévue pour la mi-mars 2026.

L'évolution des travaux suit son cours. A ce jour, la pose des cloisons et l'ossature des faux plafonds techniques ont été réalisées. Les réseaux de lots techniques (eau, ventilation, électricité) ont été également posés et seront mis en service en janvier 2026. La pose des revêtements au sol est en cours. Elle a démarré en décembre 2025 et se poursuivra sur le 1er trimestre 2026.

La livraison de l'extension en mars 2026 comportera la mise à disposition

- de 5 nouvelles salles de bloc
- d'une nouvelle unité de chirurgie ambulatoire dotée de 33 places
- d'un hôpital de jour équipé d'un nouveau plateau technique permettant une prise en soins pluridisciplinaire, notamment grâce à une rééducation kiné et une réadaptation à l'effort par de l'activité physique adaptée
- d'une nouvelle PUI (pharmacie à usage intérieur)
- d'un nouveau service de stérilisation
- d'un nouvel accueil et d'un nouveau bureau des admissions dans le futur hall d'accueil de la Clinique.

Ces nouveaux services seront équipés à neuf. C'est le cas notamment des nouvelles salles de bloc qui seront équipées chacune, d'équipements médicaux lourds (bras d'anesthésie, bras chirurgicaux, scialytiques). Leur installation se fera en janvier 2026.

La Clinique de Flandre fera également l'acquisition de 2 nouveaux autoclaves dans sa nouvelle stérilisation. Ceux-ci seront installés en février 2026.

Ces nouveaux locaux et équipements neufs permettront aux équipes de travailler dans des conditions optimales permettant d'offrir la meilleure prise en charge qui soit aux patients du territoire.

La livraison de l'extension viendra clore une 1ère phase du projet et laissera place à la poursuite des travaux de rénovation et de restructuration dans l'existant (rénovation des cabinets de consultation, de la cuisine existante, création d'une nouvelle cafétéria). La livraison globale du chantier est prévue à la fin juillet 2026.

Le transfert des activités de la Clinique Villette sur le site de la Clinique de Flandre est envisagé sur le mois d'août 2026.



# La lettre

DE LA CLINIQUE DE FLANDRE ET VILLETTE

JANVIER 2026

ELSAN  
CLINIQUE VILLETTE

ELSAN  
CLINIQUE DE FLANDRE



## ÉDITO



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

Je suis particulièrement heureux de participer à la rédaction de cette lettre médicale. Elle est la dernière dans l'histoire des Cliniques Flandre et Villette. Dernière, car l'histoire de ces cliniques va connaître un événement heureux et transformateur. Le regroupement tant attendu qu'appréhendé, tant espéré que redouté, va enfin devenir une réalité. Nos deux cliniques, par leurs atouts et leurs différences constitueront un véritable

hôpital privé au bénéfice des habitants de la Flandre intérieure et maritime. Avec la contribution du groupe Elsan et le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts de France, nous transformons dans quelques mois l'essai et rentrons dans le cercle des établissements de santé d'avenir. Nous faisons, à travers cet investissement majeur, le pari du développement.

En ces temps de difficultés économiques qui nous contraignent au raisonnable et à l'essentiel, avec courage et abnégation, nous investissons sur l'avenir. Notre pari sera le développement de nos activités sur ces prochaines années et ainsi le rayonnement de nos spécialités.

Le déménagement aura lieu entre le 10 et le 21 août 2026 et à la rentrée, nos deux équipes seront réunies sur la nou-

velle clinique de Flandre qui aura alors un nouveau nom. Une nouvelle aventure nous attendra alors avec la recherche d'une culture commune qui sera à co-construire.

Je suis conscient des difficultés tant organisationnelles que professionnelles qu'induit ce grand projet, mais manifestement, c'est ce qui pouvait arriver de mieux tant pour la santé de la population de proximité que celle de nos établissements privés.

Bonne lecture.

## RADIOLOGIE

### Traitement des lombalgies d'origine articulaire postérieure par la rhizolyse

**Par Dr Hassan BIOUICHI et Dr Ignace DE SCHRIJVER, radiologues à la Clinique de Flandre**

La **rhizolyse articulaire postérieure** est une technique médicale mini-invasive utilisée pour traiter certaines douleurs chroniques du rachis, en particulier celles provenant des articulations facettaires (articulations postérieures de la colonne vertébrale). Elle consiste à **désactiver sélectivement les petites branches nerveuses** responsables de la transmission de la douleur à partir de ces articulations. Réalisée sous guidage scannographique, la procédure utilise généralement la **radiofréquence** pour créer une lésion thermique contrôlée du nerf ciblé. L'objectif est de diminuer durablement la douleur lorsqu'un traitement conservateur (kinésithérapie, médicaments, infiltrations) n'est pas suffisant. Bien que la rhizolyse n'agisse pas sur la cause structurelle de l'arthrose facettaire, elle peut offrir un soulagement significatif et améliorer la qualité de vie des patients bien sélectionnés.

Elle est généralement indiquée chez les patients souffrant de **lombalgies ou cervicalgies chroniques d'origine facettaire**, c'est-à-dire liées aux articulations postérieures. Elle est

proposée lorsque la douleur persiste depuis plusieurs mois malgré un traitement médical bien conduit (antalgiques, anti-inflammatoires, rééducation) et lorsque **les tests diagnostiques par blocs anesthésiques des branches médiales** confirment l'implication des facettes articulaires dans la douleur.

La rhizolyse articulaire postérieure intervient généralement après **un bilan clinique et radiologique précis**, souvent complété par **des infiltrations test** destinées à confirmer l'origine facettaire de la douleur. Si ces tests procurent un soulagement temporaire, ils indiquent que les nerfs responsables de la transmission douloureuse peuvent être ciblés avec succès par la radiofréquence. L'intervention peut donc être programmée au décours, dans un délai court.

L'intervention se déroule en ambulatoire, sous anesthésie locale, et dure en moyenne une trentaine de minutes. Les patients peuvent généralement reprendre leurs activités légères dès le lendemain.

Les contre-indications sont rares : infection locale, allergie aux anesthésiques locaux, grossesse. Les effets bénéfiques de la rhizolyse apparaissent en général après quelques jours et peuvent durer de plusieurs mois à plus d'un an, selon l'évolution individuelle. La rhizolyse s'intègre souvent dans une approche globale incluant **réadaptation, activité physique adaptée et hygiène de vie**, afin d'optimiser ses effets et de favoriser un meilleur contrôle de la douleur à long terme.



Rhizolyse vue postérieure





## Douleurs du poignet : comprendre, diagnostiquer et prendre en charge

**Par le Dr Pierre-Antoine GUILLAUME, chirurgien orthopédique à la Clinique Villette**

La douleur du poignet est un motif de consultation fréquent en médecine générale, en kinésithérapie et en orthopédie. Le poignet est une articulation complexe qui joue un rôle essentiel dans les activités du quotidien, professionnels ou sportifs. Comprendre ses douleurs permet d’orienter efficacement le diagnostic et d’adapter la prise en charge pour favoriser une récupération optimale.

### Rappel anatomique

Le poignet est constitué de huit petits os (les os du carpe : scaphoïde, lunatum, triquetrum, pisiforme, trapèze, trapèzoïde, capitatum et hamatum), organisés en deux rangées. Ces os articulent en haut avec le radius et l’ulna et en bas avec les métacarpiens. De nombreux ligaments assurent la stabilité de ces os entre eux. Les tendons des muscles fléchisseurs et extenseurs traversent le poignet dans des gaines synoviales et permettent de mobiliser doigts et poignet. Plusieurs nerfs, dont le nerf médian et le nerf ulnaire, traversent le poignet dans des tunnels non extensibles (canal carpien et canal ulnaire). Cette diversité de structures explique la grande variété de douleurs possibles.

### Étiologies principales

- Causes traumatiques (contexte de traumatisme)
  - Entorses des ligaments interosseux ou radio-carpiens
  - Fractures du scaphoïde ou du radius distal qui sont les plus fréquentes
  - Contusions simples



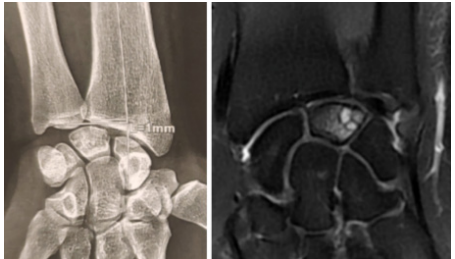
Entorse du ligament scapho-lunaire avec espace entre les 2 os anormal.

- Tendinopathies  
La répétition de gestes ou les microtraumatismes peuvent provoquer une inflammation des tendons :
  - Tendinite des extenseurs (douleur sur la face dorsale)
  - Tendinite des fléchisseurs (douleur palmaire)
  - Ténosynovite de De Quervain (douleur au bord latérale du poignet)

- Atteintes nerveuses  
Elles se manifestent par des fourmillements, une perte de force ou des douleurs nocturnes.
  - Syndrome du canal carpien (compression du nerf médian)
  - Compression du nerf ulnaire au poignet

- Arthropathies
  - Arthrose radio-carpienne ou médio-carpienne
  - Pathologies inflammatoires rhumatologiques comme la polyarthrite rhumatoïde

- Autres causes
  - Kystes synoviaux
  - Pathologies infectieuses
  - Douleurs projetées (cervicales, épaule)
  - Pseudarthroses (fracture passée inaperçue non consolidée)
  - Nécrose osseuse (lunatum notamment)
  - Conflits osseux (contact anormal entre 2 os)



Douleur du dos du poignet sur conflit entre la tête de l’ulna et le capitatum.



Douleur du poignet liée à une nécrose du lunatum (Maladie de Kienböck)

### Bilan clinique et examens complémentaires

Le bilan commence par un interrogatoire précis : circonstances d’apparition, localisation, intensité, facteurs aggravants, gestes professionnels ou sportifs, antécédents traumatiques.

L’examen clinique comporte :

- L’inspection (déformation, gonflement, kyste visible)
- La palpation des lignes articulaires et des tendons
- Des tests spécifiques (Finkelstein pour tendinite du pouce, Phalen et Tinel pour canal carpien, Watson pour entorse scapho-lunaire, etc.)
- L’évaluation de la mobilité et de la force

Selon la suspicion diagnostique, différents examens peuvent être prescrits :

- Radiographie : recherche de fracture, arthrose ou instabilité
- Échographie : tendinopathies, kystes, épanchements
- Scanner : bilan morphologique, recherche de fracture non ou mal vue à la radiographie
- IRM : lésions ligamentaires fines, synovite, nécrose des os du carpe
- Arthro-scanner : recherche de lésion ligamentaire et bilan cartilagineux
- Électromyogramme : suspicion de compression nerveuse



Fracture a priori peu déplacée du radius distal. Le scanner permet de voir un fragment articulaire, enfoncé, déplacé.



Arthrosscanner du poignet montrant une arthrose radio-et médio-carpienne liée à une ancienne entorse scapholunaire.

### Prises en charge principales

Le traitement dépend de la cause identifiée, mais suit souvent une logique progressive.

- Mesures initiales
  - Repos et modification temporaire des activités
  - Attelle ou orthèse pour immobilisation partielle
  - Application de glace
  - Anti-inflammatoires ou antalgiques si nécessaire

- Kinésithérapie  
La rééducation est centrale dans de nombreuses pathologies du poignet :
  - Travail de la mobilité douce puis complète
  - Renforcement musculaire ciblé
  - Correction des gestes professionnels ou sportifs
  - Proprioception

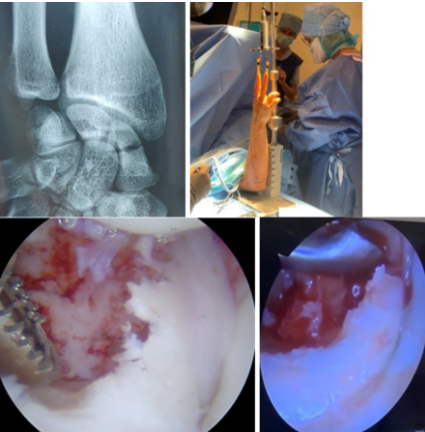
- Infiltrations  
Elles peuvent être proposées en cas :
  - de tendinite persistante

- de kyste synovial douloureux
- de canal carpien modéré
- d’arthrose inflammatoire

- Chirurgie  
La chirurgie est réservée aux cas résistants au traitement médical ou présentant des critères de gravité.
  - Les atteintes nerveuses sont traitées par libération (ex : canal carpien).
  - Les atteintes tendineuses sont nettoyage du tendon (ténosynovectomie) et ouverture de la coulisse fibreuse responsable (ex : De Quervain).
  - Les fractures déplacées et/ou articulaires sont traitées par ostéosynthèse (plaque, vis, etc).
  - Les pathologies articulaires dégénératives sont traitées par prothèse, arthrodèse (fusion osseuse) ou résection selon la localisation et la demande fonctionnelle.

L’arthroscopie du poignet occupe aujourd’hui une place importante dans la prise en charge de certaines des causes de douleurs persistantes. Peu invasive, elle permet à la fois d’explorer directement les structures intra-articulaires (ligaments, cartilage, synoviale) et de traiter dans le même temps certaines lésions : débridement de synovites, réparation ligamentaire, prise en charge de kystes intra-articulaires ou de conflits osseux. Grâce à une récupération plus rapide qu’en chirurgie ouverte, elle constitue un outil

diagnostique et thérapeutique précieux dans les douleurs complexes du poignet.



Exemple d’un jeune patient présentant unepseu-darthrose du scaphoïde traité par greffe osseuse sous arthroscopie

### Conclusion

La douleur du poignet est un symptôme fréquent mais aux causes multiples. Un diagnostic précis, reposant sur un examen clinique rigoureux et des examens adaptés, permet d’orienter efficacement la prise en charge. Grâce à une collaboration entre médecins, kinésithérapeutes et patients, la majorité des douleurs du poignet évoluent favorablement avec un traitement conservateur et une bonne adaptation des activités.

Le **dermatochalasis** correspond à un relâchement cutané responsable d’un bourrelet pouvant atteindre le rebord ciliaire et gêner le champ visuel supérieur. Ptosis et dermatochalasis peuvent coexister.

Face à un patient qui se plaint d’avoir l’air fatigué, il est essentiel de ne pas dégainier trop vite la blépharoplastie, mais de savoir reconnaître un vrai ptosis et d’éliminer les causes graves.

### Examen : ptosis or not ptosis ?

“Docteur, j’ai la paupière qui tombe...”  
A première vue oui, mais en y regardant de plus près...

- Une **rétraction de la paupière supérieure controlatérale** peut donner une impression de petit œil de l’autre côté (penser à une orbitopathie dysthyroïdienne).
- Un **strabisme vertical** avec un œil hypotrope peut simuler un ptosis.
- Une **énophtalmie** par perte de volume orbitaire (post-énucléation, traumatisme) peut aussi être responsable d’un faux ptosis.

**L’interrogatoire** aide à orienter : ptosis uni/bilatéral ? brutal ou progressif ? fluctuant ? autres signes neurologiques ? antécédents familiaux ?

L’examen clinique comprend :

- examen ophtalmologique de base : acuité visuelle, tonus oculaire, examen en lampe à fente, fond d’œil.
- chez l’enfant : dépistage d’une amblyopie, bilan orthoptique, réfraction sous cycloplégie.
- mesure de la fente palpébrale et/ou du MRD 1 (margin reflex distance 1, qui correspond à la distance entre le bord libre supérieur et le centre de la pupille)
- mesure de la fonction du releveur : c’est l’excursion maximale du bord libre de la paupière entre sa position dans le regard vers le bas et celle dans le regard vers le haut, considérée comme bonne si elle est supérieure à 8 mm. Il faut bien neutraliser l’action du muscle frontal en bloquant le sourcil pour la mesurer.
- recherche d’un signe de Charles Bell, de syncinésies ou d’un ptosis controlatéral.
- test à l’épinéphrine: il stimule le muscle de Müller, il permet de simuler le résultat chirurgical et il démasque un ptosis controlatéral, pour simuler la correction.

**Et s’il n’y a pas de ptosis mais que les paupières tombent quand même...**

Un dermatochalasis est alors en

cause, justifiant une prise en charge essentiellement esthétique. L’interrogatoire évalue le profil psychologique, les attentes du patient, le tabagisme, l’exposition solaire et les antécédents esthétiques, notamment d’injections péri-orbitaires. L’examen analyse la zone péri-orbitaire :

- front et sourcil (hyperaction frontale, position du sourcil, volume du coussinet de Charpy),
- région sus-tarsale (creuse ou bombée),
- paupière supérieure (évaluer l’excédent cutané, musculaire, graisseux, la présence d’un œdème de stase, la qualité de la peau.).

Un bilan photographique est indispensable, idéalement complété par des photos de jeunesse pour guider vers un résultat naturel : retrouver son propre regard, plus jeune.

### Prise en charge thérapeutique

#### Ptosis : la chirurgie de précision

Nous excluons ici les ptosis secondaires à des causes neurologiques dont la prise en charge sera le traitement de la cause. Une correction chirurgicale du ptosis, s’il persiste, pourra toutefois être envisagée à distance.

Trois grandes techniques :

- Plicature ou résection du releveur** : voie cutanée antérieure, réinsertion du muscle sur le tarse, reformant le pli palpébral.
- Résection du muscle de Müller** : voie conjonctivale postérieure, sans effraction cutanée. Technique plébiscitée par les anglo-saxons.
- Suspension frontale** : indiquée en cas de mauvaise fonction du releveur (ptosis congénital sévère). Relie le tarse au muscle frontal par greffe ou matériau synthétique.

La chirurgie se pratique **sous anesthésie locale**, avec ajustement peropératoire de la hauteur palpébrale.

Les complications principales sont la sous- ou sur-corrrection, la kératite d’exposition par lagophtalmie et les dysharmonies de courbures. “If it weren’t for ptosis, oculoplastic surgeons wouldn’t exist.” — Dr Crowell Beard  
Parce qu’opérer un ptosis, c’est conjuguer anatomie, oculomotricité et loi de Hering, et savoir gérer les complications oculaires. Aucun chirurgien oculoplasticien n’oublie la part d’expérience — parfois de

“pifomètre” — que demande cette chirurgie aux réglages millimétriques.



Figure 1 : vue per opératoire, par voie antérieure cutanée (à gauche), par voie postérieure conjonctivale (à droite) ; 1: aponévrose du muscle releveur, 2: bord supérieur du tarse, 3: muscle de Müller, 4: conjonctive.

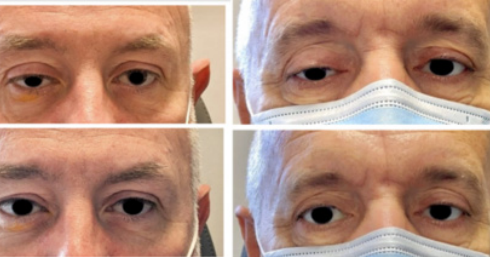


Figure 2 : correction de ptosis droit, photo avant (en haut), photo après (en bas)

### Dermatochalasis : esthétique raisonnée

La **blépharoplastie supérieure chirurgicale** consiste à retirer l’excès de peau, parfois de muscle ou de graisse, sous anesthésie locale et en ambulatoire.

Elle peut être associée à :

- Lifting du sourcil** (brow lift direct, lifting frontal, ou brow lift indirect via l’incision de blépharoplastie).
- Transposition graisseuse** pour combler un creux sus-tarsal (technique conservatrice, on ne résèque pas la graisse du patient en excès mais on la transpose dans les zones qui en manquent).
- Lipofilling** pour restaurer les volumes du tiers moyen du visage.

### Canthoplastie : prudence face aux tendances esthétiques !

En cas de canthus externe légèrement tombant, une **canthopexie** par l’incision de blépharoplastie permet de restaurer la tonicité du bord palpébral. Mais attention aux effets de mode tels que le “fox **eyes**”, popularisé par certaines célébrités comme Bella Hadid. Cette mode a conduit de jeunes patientes, sans aucun signe de vieillissement ni défaut anatomique, à demander une chirurgie modifiant durablement la forme naturelle de leurs yeux. A mon sens, poser une indication chirurgicale sur une tendance esthétique éphémère reste une mauvaise idée.