



## SOMMAIRE

► **Anomalies mammaires de l'adolescente : que dire, que faire ?**

Dr Jean-Pascal FYAD ..... 1 à 5

► **Indications des prothèses discales lombaires**

Dr Emmanuel BRAUN, Dr Laurent ZABEE... 6

► **Pathologie de l'articulation sacro-iliaque : étude clinique et Résultats préliminaires de l'arthrodèse**

Dr Gilles VOYDEVILLE,  
Dr Eliane ALBUISSON ..... 7 à 11

► **Les brèves** ..... 12

- Labellisation SO.FF.CO.
- Le mot d'Olivier Teisseidre.
- Palmarès Newsweek 2022.
- Bienvenue à...

## ELSAN POLYCLINIQUE MAJORELLE

# Anomalies mammaires de l'adolescente : que dire, que faire ?

*Dr Jean-Pascal Fyad, Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - [www.drfyad.fr](http://www.drfyad.fr)*

*Cet article est tiré d'une communication faite au congrès Paris Santé Femmes en mai 2022, à l'invitation de madame le Dr Michèle Scheffler, présidente du Collège de gynécologie de Lorraine et des régions de l'Est.*

**Les anomalies du développement mammaire sont nombreuses, souvent banales (asymétries légères de volume), parfois complexes (anomalies musculo-squelettiques associées).**

**Que dire et que proposer à ces jeunes filles mineures ?**

### Hypertrophie mammaire : la demande la plus fréquente

Pour une jeune fille, l'augmentation rapide et importante de la poitrine peut entraîner un handicap important, tant sur le plan physique que psychologique et social.

Passé le bonnet D, le poids des seins peut atteindre rapidement 2kg !

Les douleurs scapulaires, rachidiennes ou mammaires sont au premier plan de la demande. La pratique sportive devient difficile en raison de la mobilité des seins (course à pied, équitation), ou simplement de la tenue vestimentaire (danse, natation).

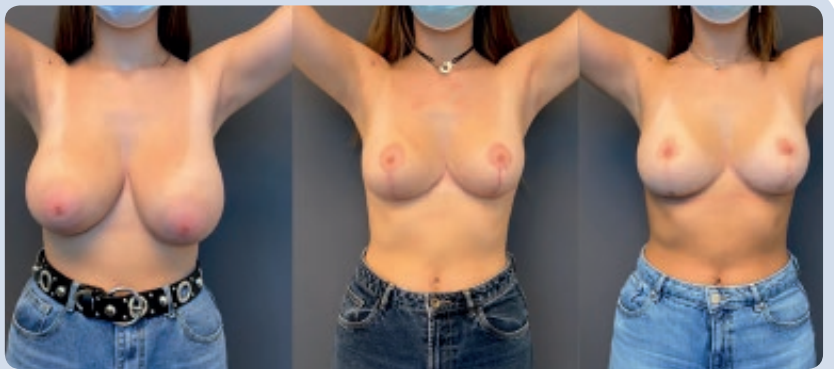
Enfin, ces très jeunes filles font l'expérience douloureuse du regard des garçons, mais aussi des hommes, et aspirent à une silhouette moins « voyante ».

Techniquement, la solution est une réduction mammaire classique (photos 1, 2, 3).

### Les seins tubéreux ou tubulaires

C'est un groupe polymorphe d'anomalies de forme, souvent associées à des asymétries de volume.

Les seins tubéreux ont en commun une anomalie cutanée qui est à l'origine de la déformation au moment de la croissance de la glande : l'anneau de constriction.



○ 18 ans  
Asymétrie  
Réduction de :  
→ 322 g à droite,  
→ 468 g à gauche.

○ A 3 mois :  
rougeur des cicatrices,  
parfois hypertrophie.

○ Résultat à 1 an.

1

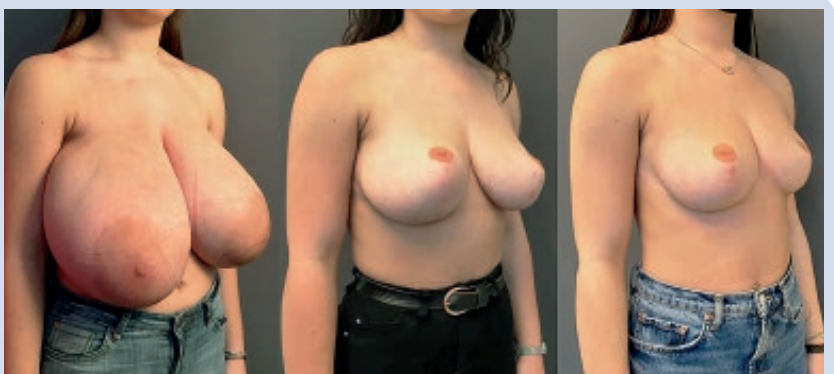


○ 15 ans.  
Forme tubéreuse  
(rectitude du quadrant  
inféromédial, distension  
aréolaire).  
Réduction de :  
→ 186 g à droite,  
→ 287 g à gauche.

○ A 3 mois :  
rougeur des  
cicatrices, parfois  
hypertrophie.

○ Résultat à 1 an.

2



○ 15 ans.  
Première réduction de :  
→ 2407 g à droite,  
→ 2115 g à gauche.

○ 18 mois  
post opératoire.

○ 3 ans après, seconde  
réduction :  
→ 649 g à droite,  
→ 327 g à gauche.

3

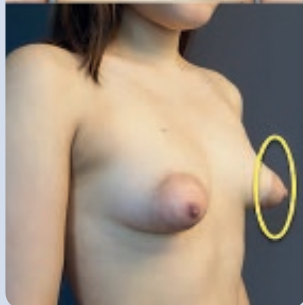


○ Les 3 grades de la constriction cutanée des seins tubéreux (lignes jaunes).

→ **Grade 1 :**  
rectitude des  
quadrants  
médiaux.



→ **Grade 2 :**  
Absence de  
galbe du pôle  
caudal.



→ **Grade 3 :**  
constriction  
circconférentielle,  
protusion  
aréolaire.

4

Cet anneau plus ou moins complet (concernant 1, 2 ou 4 quadrants) est à la base de la classification (photo 4).

On retrouve presque toujours une aréole trop large (plus de 7 cm de diamètre) et une forme tombante qui contrastent avec le volume modeste du sein. A l'extrême, on observe une hypotrophie, associée à une protrusion aréolaire (la glande mammaire fait hernie à travers l'aréole : «snoopy breast»).

Le traitement est difficile et souvent imparfait. Il associe des techniques d'augmentation du volume (implants ou greffes graisseuses), à des techniques de mastopexie (lifting des seins).

Plusieurs temps opératoires sont parfois nécessaires (photos 5 et 6).



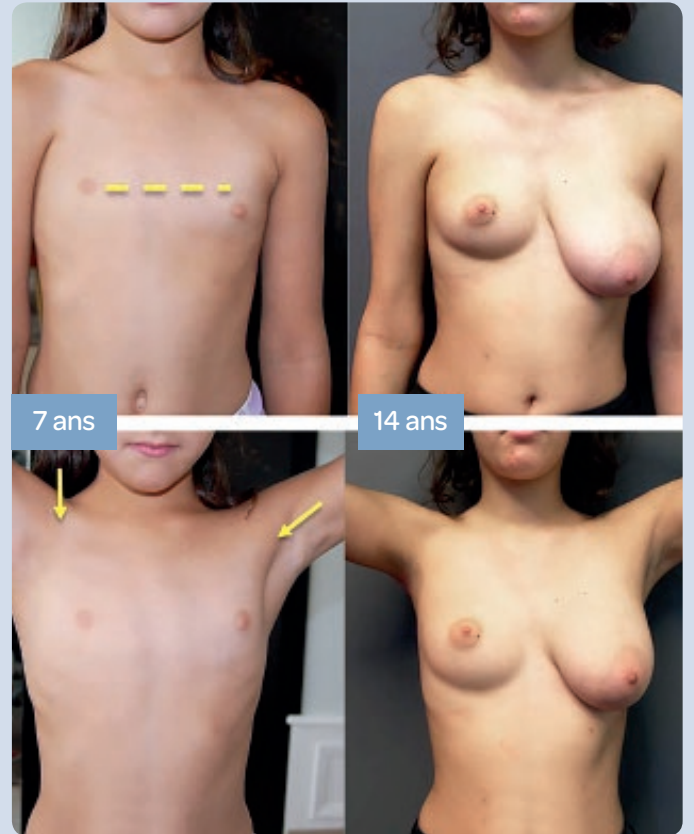
Seins tubéreux et greffes graisseuses (3 séances).

5



Seins tubéreux et greffes graisseuses et fasciotomies (3 séances).

6



- Agénésie des faisceaux inférieurs du grand pectoral.
- Dystopie aréolaire.
- Hypoplasie mammaire.

7

### Le syndrome de Poland

C'est une malformation touchant les filles comme les garçons, caractérisée par une agénésie unilatérale des faisceaux costaux et sternaux du muscle grand pectoral.

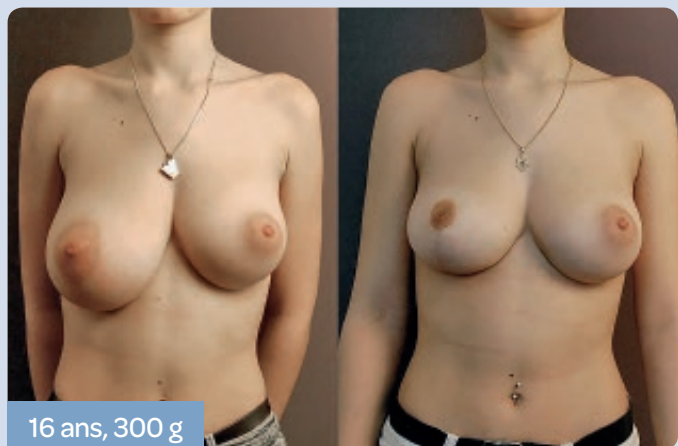
On retrouve toujours une aréole trop haute et l'absence de relief du pilier antérieur de l'aisselle.

Chez le garçon, la pilosité pectorale fait défaut. Chez la fille, l'hypotrophie du sein est la règle (Photo 7). Des anomalies squelettiques peuvent être présentes (thorax ou main).

Si la correction de l'hypotrophie est assez simple, la dystopie aréolaire reste difficile à corriger (photo 8).



Augmentation mammaire droite par implant et pexie gauche. 8



16 ans, 300 g

Réduction «classique» du sein le plus gros. 10

### Asymétries de volume : augmenter le plus petit (photo 9) ou réduire le plus gros (photo 10) ?

Les deux options seront discutées. Seules les différences d'une taille entre les deux seins donnent lieu à une prise en charge par l'assurance maladie (en plus, comme en moins).

En cas d'augmentation unilatérale, on cherchera autant que possible à éviter l'utilisation d'un implant et à faire appel aux réserves graisseuses de la patiente. La forme et l'évolution à long terme sont meilleures !

Cependant, chez une jeune femme très mince, les réserves graisseuses peuvent être insuffisantes et l'implant reste alors une bonne solution.

Cependant, avec les variations de poids et la grossesse, l'asymétrie pourra ré-apparaître, nécessitant alors une nouvelle intervention.

### Les hypoplasies mammaires sévères et bilatérales

Enfin, les hypoplasies mammaires sévères et bilatérales sont une demande peu fréquente chez l'adolescente.

L'utilisation de la graisse reste la technique de choix, pour l'innocuité de la technique et la permanence du résultat dans le temps.

Malheureusement, l'hypotrophie sévère est généralement observée chez des jeunes femmes très minces, aux réserves graisseuses insuffisantes...

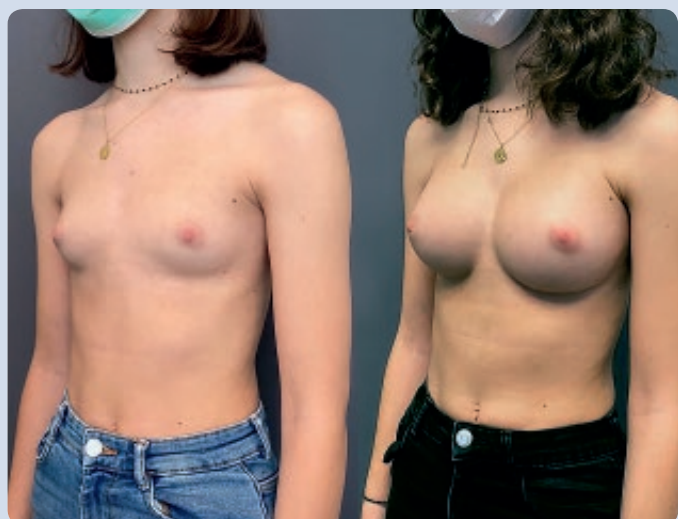
Dans ce cas, l'utilisation des implants reste possible, même avant 18 ans, une fois que le rapport bénéfice/risque a été longuement discuté avec la patiente et ses parents (photo 11).



17 ans

Après 2 séances

Augmentation du sein le plus petit par graisse. 9



16 ans, augmentation par implants de 275 ml. 11

## A quel âge opérer ?

Il n'y a pas de règle absolue, et la décision sera toujours prise à 3 ou 4 : patiente, parents, chirurgien et médecin traitant (pédiatre, ou généraliste). On peut même opérer avant la fin de la croissance mammaire...

Bien entendu, dans ces conditions, l'information sur les limites et les risques doit être rigoureuse, dirigée vers la patiente, mais également vers ses parents. L'accord explicite des parents est indispensable.

Dans l'évaluation du rapport bénéfice/risque, l'importance du retentissement psychologique, affectif, scolaire ou social est un critère majeur. L'ancienneté de la demande ou l'évolution récente de la poitrine guident également la décision, qui doit recueillir un consensus des parties. En effet, les risques ne sont pas négligeables.

## Que dire au sujet des risques ?

- **Le risque cicatriciel** doit être pris en compte, surtout pour les réductions mammaires et les mastopexies à 3 cicatrices (liftings). A l'adolescence, les cicatrices sont habituellement plus inflammatoires et seront donc plus visibles à terme.
- **La perte de sensibilité** (partielle ou complète) des mamelons n'est pas rare en cas d'augmentation par implant. Elle peut aussi compliquer la correction d'une hypertrophie ou d'une ptose importante.
- **L'impossibilité d'allaiter** (par section des canaux galactophores) n'est observée qu'après déplacement important de l'aréole vers le haut (réduction mammaire).
- Enfin, la patiente et ses parents doivent avoir conscience du **risque de nouvelle intervention dans les années à venir**, pour une récurrence de la déformation (variations de poids, grossesse), ou l'usure d'un implant.

## Quels sont les critères de prise en charge par l'Assurance Maladie ?

- Toute réduction mammaire à partir de 300 g par côté.
- Toute asymétrie « nécessitant une compensation dans le soutien-gorge ». Ainsi, l'augmentation unilatérale et la réduction unilatérale sont prises en charge, si elles répondent à ce critère.
- Les greffes graisseuses, si elles sont utilisées pour corriger une malformation ou une asymétrie importante.
- L'augmentation mammaire bilatérale par implants, en cas d'hypotrophie sévère constitutionnelle, inférieure à un bonnet A.

**Attention**, la correction **isolée** de seins tombants (même dans le cadre de seins tubéreux) n'est pas prise en charge.

## Supports d'information

Les patientes et leurs parents peuvent trouver des informations importantes, dans un format ludique, dans les différents épisodes de la série « Mon doc me croque ».



Ces informations serviront de base à l'information et permettront d'animer la discussion en consultation...



La réduction mammaire : comment ça marche ?



Implant usé... et alors ?



Les injections de graisse : comment ça marche ?

# Indications des prothèses discales lombaires

Dr Emmanuel BRAUN, Dr Laurent ZABEE - Unité de Chirurgie Rachidienne des Hôpitaux Privés du Grand Nancy

La prothèse discale lombaire est un implant destiné à remplacer un disque intervertébral lombaire pathologique afin de réduire ou supprimer la lombalgie d'origine discale, tout en préservant la mobilité à l'étage lombaire, ce qui la différencie en cela de l'arthrodèse lombaire qui supprime la mobilité segmentaire.

Elle fait partie de l'arsenal thérapeutique dont dispose le chirurgien du rachis pour traiter les lombalgies, à côté des arthrodèses semi-rigides (conservant 50% de la mobilité segmentaire) ou rigides.

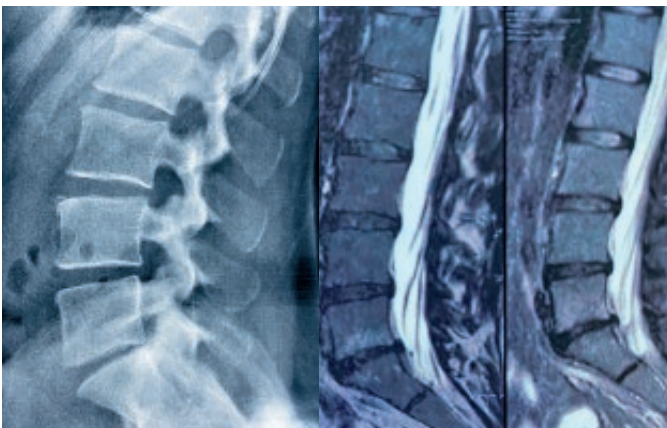


Prothèse discale Mobidisc®

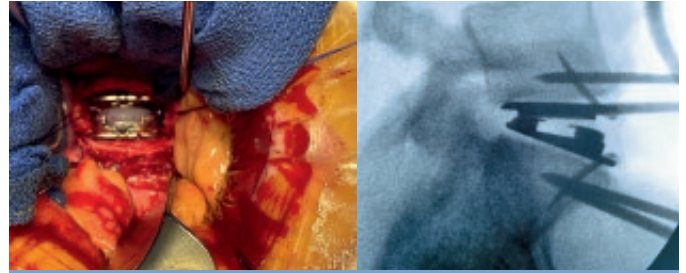
La prothèse discale est implantée par voie antérieure, abdominale, soit transpéritonéale (disque L5-S1), soit sous-péritonéale (disques L5-S1 et L4-L5), selon la préférence du chirurgien. Ces voies d'abord comportent un risque vasculaire, urologique, génital et sexuel dont le patient doit être averti. Le séjour hospitalier est de 3 à 4 jours.

## Indications

La prothèse discale est indiquée pour le traitement d'une lombalgie discogénique, chronique et invalidante, résistant au traitement médical conduit durant 6 à 12 mois, chez un patient adulte de moins de 60 ans, porteur d'une discopathie L5-S1 symptomatique. L'indication est plus rare à l'étage L4-L5 en raison d'un risque vasculaire plus élevé et notamment de lésion veineuse concernant la veine iliaque gauche ou la veine cave.



Discopathie L5-S1 évoluée avec Modic 1 à l'IRM



Vue opératoire et contrôle radiologique du positionnement de la prothèse au cours de l'intervention.

## Contre-indications

- Lombalgie non discogénique, par atteinte des apophyses articulaires postérieures.
- Discopathies pluri-étagées.
- Scoliose lombaire et spondylolisthésis par lyse isthmique
- Obésité sévère ou morbide, qui augmente les risques liés à la voie d'abord.
- Ostéoporose et maladies métaboliques osseuses, qui majorent le risque d'enfoncement des plateaux vertébraux.
- Radiculalgie prédominante et hernie discale exclue.
- Spondylarthropathies.

## Résultats

- Les résultats immédiats sont favorables dans 80 à 85% des cas, ce qui est comparable aux résultats des arthrodèses lombaires.
- Les résultats à moyen et à long termes montrent une diminution de la souffrance des disques adjacents grâce à la conservation de la mobilité segmentaire, témoignant d'une légère supériorité par rapport aux arthrodèses.



Contrôle radiographique de la prothèse discale et résultat clinique à 6 semaines (DMS = 0).

## Conclusion

La prothèse discale lombaire est une intervention destinée à traiter une lombalgie discogénique. Ses indications sont strictes et relativement rares, ce qui garantit la qualité des résultats post-opératoires.

# Pathologie de l'articulation sacro-iliaque : étude clinique et Résultats préliminaires de l'arthrodèse

Dr Gilles VOYDEVILLE, Chirurgie du rachis, Chirurgie orthopédique et traumatologie - Clinique Saint-André - gilles.voydeville@orange.fr  
Dr Eliane ALBUSSON, Médecin

**La pathologie sacro-iliaque est mal connue.**

**On apprend qu'elle fait mal à la fesse et qu'il faut manipuler le bassin pour l'authentifier. La multiplicité des manœuvres ne convainc pas de la facilité du diagnostic.**

**Quant à l'origine du mal, on l'attribue plutôt au rhumatisme ou à l'accouchement, rarement au traumatisme ou à la chirurgie.**

**Son expression est complexe. Elle permet de l'ignorer ou de la confondre. On appelait la grossesse extra utérine la Grande Simulatrice.**

**On pourrait surnommer la sacro-iliaque, la Grande Inconnue car elle partage son expression clinique avec des pathologies lombaire, du coccyx, de la hanche et du pelvis. L'absence d'identification de cette pathologie par les techniques radiologiques habituelles n'en facilite pas le diagnostic.**

## L'anamnèse

La patientèle qui consulte pour une douleur sacro iliaque ne vient pas avec le diagnostic. Elle a déjà consulté de nombreux médecins mais elle continue de souffrir. La lombalgie et la sciatique sont les deux mots choisis pour décrire la douleur, c'est dire s'ils peuvent recouvrir des pathologies diverses. Les examens complémentaires (scanner, IRM, EMG) sont négatifs.

S'il y a eu opération, elle a donné un résultat partiel ou mauvais, et la rééducation est toujours en cours. L'ostéopathe

est apprécié car lui seul semble avoir une action positive sur cette douleur.

## Loco dolenti :

Pour caractériser les douleurs, localisation, mode de survenue, fréquence, nous avons demandé aux patients de remplir un questionnaire. Ceux retenus sont ceux chez qui le diagnostic d'atteinte sacro-iliaque sera confirmé ultérieurement par deux tests radio-cliniques dont nous reparlerons. Les douleurs concernent surtout la région lombaire et la région postérieure du membre inférieur.

Fesse	91,4 %
Lombalgie basse unilatérale	77,1 %
Cuisse postérieure	68,6 %
Cuisse latérale	65,7 %

Mollet	60 %
Lombalgie basse médiane	45,7 %
Lombalgie haute unilatérale	40 %
Douleur du talon	40 %
Lombalgie basse bilatérale	38,2 %
Douleur de l'aîne	36,4 %
Douleur de la sole plantaire	34,3 %

Le tableau clinique se présente plutôt comme une lombosciatique S1, voire S2. Mais les examens radiologiques sont négatifs ou presque, même si le radiologue cherche à expliquer la pseudo sciatique par une interprétation prenant en considération de modestes conflits.

Il n'y a pas de douleur sur la face antérieure du membre inférieur. Dans un tiers des cas il existe une douleur de l'aîne qui

peut en imposer, s'il n'y a pas de coxarthrose, pour une instabilité de hanche, une tendinite des adducteurs ou un problème gynécologique. L'innervation de la face ventrale de la sacro-iliaque par des branches du nerf obturateur explique ces symptômes (2).

Cette douleur peut s'accompagner de claquement ou de craquement.

Les activités douloureuses :	
Debout statique	97 %
Retournement lit	88,6 %
Assis chaise	85,7 %
Couché dos	85,3 %
En marchant	82,9 %
Assis en voiture	77,1 %
Couché sur le côté	77,1 %
Monter en voiture	77,1 %
Au cours du coït	71,9 %
Assis en fauteuil	71,4 %
Couché sur le ventre	59,4 %

Ces douleurs représentent un handicap majeur. La position statique debout est rarement tolérée longtemps. Les retournements dans le lit sont « un calvaire ». Ils sont rendus nécessaires du fait de la recherche d'une meilleure position. La marche est algique lors de la phase d'appui sur le côté concerné. C'est bien l'appui monopodal, la sacro-iliaque supporte alors tout le poids du corps, qui déclenche la douleur. Ce handicap peut nécessiter l'usage d'une canne.

Les patients décrivent aussi une impression de ne « plus sentir la fesse ». Lors du passage de la position assise à la

position debout, ils peuvent avoir la sensation de perdre le contrôle du membre inférieur.

La position assise est douloureuse sur la fesse concernée, soit dans un fauteuil, sur une chaise ou en voiture.

L'installation en automobile est douloureuse et il est plus facile de monter dans un 4X4 que de s'asseoir dans une citadine. Ils s'aident souvent des deux mains pour soutenir leur cuisse et l'installer dans la voiture.

Tous les hommes ressentent une douleur au cours du coït (chez l'homme l'articulation fonctionne surtout en translation, en rotation chez la femme. (2)

La pratique de la bicyclette est indolore. C'est même un bon test prédictif de l'origine sacro-iliaque des douleurs. Le poids du corps passe alors par le sacrum et soulage l'articulation sacro-iliaque des contraintes de la pesanteur.

## La fréquence de l'apparition des douleurs

Ce qui ne facilite pas le diagnostic, ce sont les intervalles libres de douleurs qui peuvent s'étendre sur de longues périodes, des années parfois (21,2%).

Cette indolence cyclique favorise l'errance diagnostic ou la conclusion erronée que le traitement adopté a résolu le problème.

Mais quand les patients sont en cycle douloureux, 94,1% ont mal tous les jours.

## Les antécédents

La iatrogénie y a une belle part. Ce sont 40% des cas de la série qui ont déjà été opérés d'une chirurgie rigidifiant la colonne lombaire. Nos propres arthroèses sont dynamiques mais elles fournissent quand même 15% des cas.

Les traumatismes parfois très anciens, chute d'un lieu élevé, fracture du coccyx, du sacrum, du bassin, accident de voiture, écrasement, représentent un

gros tiers des cas. Au cours de l'interrogatoire, la recherche des antécédents traumatiques n'est pas toujours couronnée de succès. C'est souvent à la deuxième consultation que la mémoire s'en fait jour.

Les accouchements difficiles représentent un huitième de nos cas opérés. Leur lointaine origine pourrait faire croire qu'ils n'en sont pas les géniteurs, mais l'interrogatoire révèle souvent que ces symptômes sont présents depuis longtemps avec de longs intervalles de rémission.

## L'examen clinique

Il reste insuffisant pour établir le diagnostic de souffrance de la sacro-iliaque, mais après l'interrogatoire, il va permettre de l'étayer.

### Le patient debout de dos :

L'examineur assis pressant sur la fesse haute déclenche presque toujours la douleur. Mais cette fessalgie est aussi l'expression de beaucoup de pathologies lombaires.

L'appui monopodal durant une minute, s'il engendre une fessalgie, est assez évocateur de la pathologie.

### Le patient couché :

La mise en rotation externe de la hanche, quand elle arrive en butée, fait alors bouger la sacro-iliaque et déclenche la douleur.

Les rapprochements, écartement des ailes iliaques pour autant qu'ils soient décrits dans les manuels ne sont ni faciles à effectuer ni sensibles.

Vérifier la négativité du Lassègue (mais les deux pathologies peuvent coexister).

## Le diagnostic positif

C'est la radiologie interventionnelle qui confirmera ou non le diagnostic. Comme l'expression radiologique de la souffrance sacro-iliaque est nulle ou presque (le service universitaire Guilloz de l'Université de Nancy a réalisé à notre demande des Scanner et IRM des sacro

iliaques chez dix patients répondant à l'injection sans mettre en évidence de pathologie avérée, excepté dans les spondylarthrites ankylosantes).

Pour établir le diagnostic, nous avons besoin d'une première injection de corticoïdes sous scanner positive. Elle est positive si l'injection engendre un ou plusieurs des signes suivants :

- Douleur exquise à l'injection reproduisant la douleur habituelle.
- Amélioration de la douleur pendant quelques heures, quelques jours, quelques semaines.
- Amélioration de la vie quotidienne.

La consultation de contrôle est fixée trois semaines après la première injection.

Les patients guéris sont prévenus de la possible résurgence de la symptomatologie. Ceux qui ont une réponse transitoire sont proposés pour une deuxième injection, ce qui pose problème si le geste a été très algique. Ceux qui ont une réponse négative ne sont pas forcément orientés vers une seconde injection, excepté s'ils le demandent.

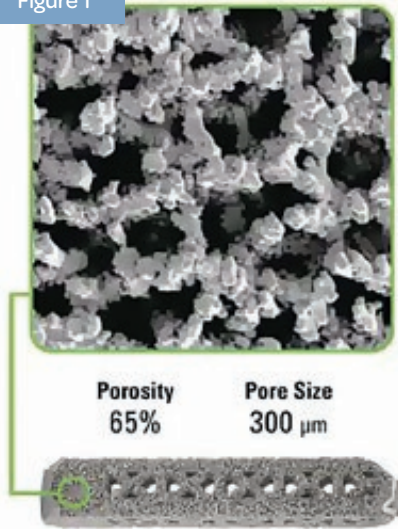
La consultation après la deuxième injection permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic. Si son effet a été bref et que la souffrance est ancienne, il est possible d'envisager une arthrodeuse chirurgicale en laissant au patient le temps de la réflexion. La décision opératoire est prise en général après 3 ou 4 consultations.

## Le traitement

Le traitement innovant en Europe est connu et accepté par la FDA depuis plus de dix ans (3,4). En France, il a été introduit à la Nomenclature des Actes de la Sécurité Sociale en 2019.

Le traitement consiste en la réalisation d'une arthrodeuse percutanée par l'introduction de chevilles triangulaires en titane pontant l'aile iliaque et l'aileron sacré (Figure 1).

Figure 1



Il est fait sous anesthésie générale, décubitus ventral sous contrôle de la fluoroscopie (Figure 2, 3). Il est nécessaire de disposer d'une table radio-transparente car le contrôle per opératoire est tridimensionnel, un profil et deux faces (Figure 4). Un « O » arm peut être utilisé.

Figure 2

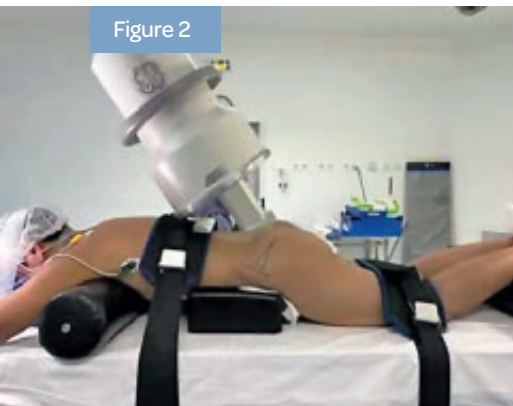


Figure 3



Figure 4



### Repérage de profil

La superposition des deux ailerons sacrés et des deux échancrures sciatiques est le seul garant d'un parfait profil (utiliser l'obliquité de l'appareil radio par rapport au corps d'une part, et le roulis de la table d'autre part).

Un marquage per cutané dessine le sacrum. Une incision de 3 cm suffit. Une première broche est introduite au centre du sacrum à 5 mm sous la ligne des ailerons sacrés.

### Repérage de face par deux incidences

La vue du détroit supérieur doit superposer les corticales antérieures de S1 et S2. La broche doit se situer au centre de l'aileron et sa direction orientée pour éviter une effraction antérieure.

La vue du sacrum de face permet de surveiller la progression de la broche par rapport aux trous sacrés. Lindsey (5) recommande un premier implant au-dessus du premier trou sacré allant jusqu'à la ligne médiane pour plus de stabilité. Une attention toute particulière doit être portée au respect du trou sacré sous peine de générer des douleurs par compression de la racine.

Une fois la broche bien positionnée, elle sert de guide au trépanneur qui franchit les deux côtés de l'articulation et prépare le chemin de l'implant. Après calcul de sa longueur par une règlette, l'implant sera également introduit sur la broche (Figure 5). On fait ainsi de suite pour les trois implants (Figure 6). Certains mettent les trois broches avant les trépanations.

Figure 5

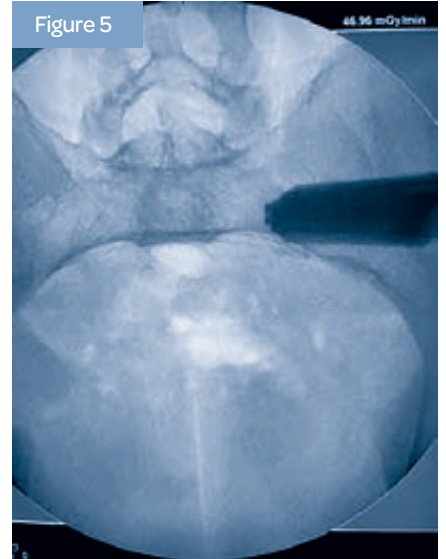
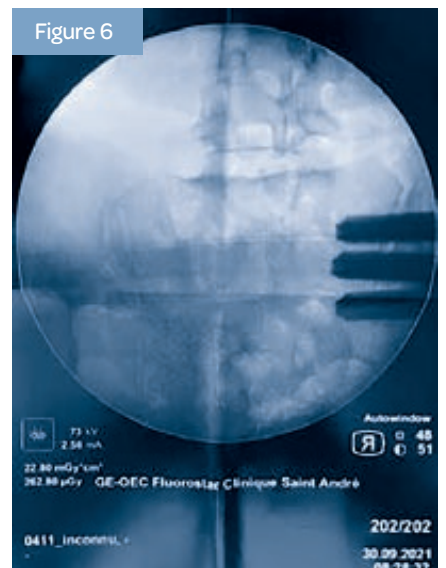
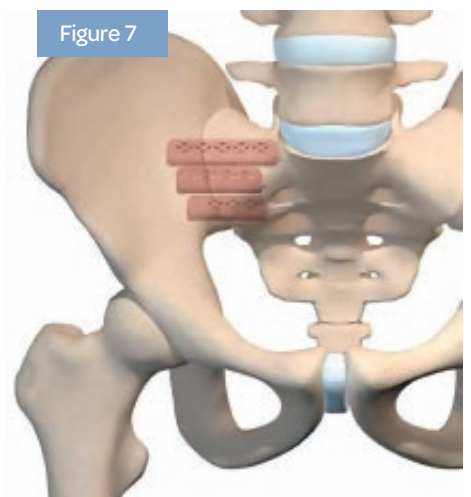


Figure 6



Sur le profil, les trois implants ne sont pas disposés en ligne mais en triangle pour améliorer la neutralisation des contraintes (5) (Figures 7, 8).

Figure 7



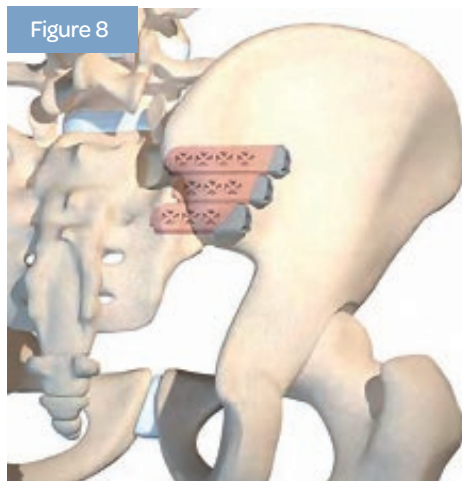


Figure 8

L'hémostase est vérifiée. Fermeture sur drainage, ropivacaïne dans la peau et injection dans le redon clampé une heure. Appui immédiat sous contrôle de deux cannes pendant trois semaines. Sortie lendemain ou surlendemain.

### La série

La cohorte opérée entre octobre 2019 et avril 2021 est composée de 40 patients, âge moyen de 55 ans, dont 75% de femmes. Pour évaluer les résultats, les patients ont rempli un questionnaire fait de dix échelles numériques.

### Les Résultats (médiane inter quartile)

Douleur debout :	8,0 (7,0 ; 9,6) ..... 3,3 (2,2 ; 5,0)
Douleur marche :	8,8 (8,0 ; 9,7) ..... 3,7 (2,0 ; 5,0)
Douleur chaise :	8,0 (6,0 ; 9,6) ..... 3,0 (0,5 ; 4,0)
Douleur fauteuil :	8,0 (5,0 ; 9,0) ..... 3,0 (0,7 ; 5,0)
Douleur voiture :	8,0 (7,0 ; 9,7) ..... 2,0 (0,9 ; 4,6)
Douleur lit :	9,0 (7,0 ; 9,7) ..... 3,0 (0,7 ; 5,0)
Gêne travail :	9,7 (8,0 ; 10) ..... 4,4 (0,7 ; 5,0)
Gêne vie famille :	8,0 (6,7 ; 9,8) ..... 3,0 (1,0 ; 5,0)
Gêne vie sociale :	8,7 (8,0 ; 10) ..... 3,0 (2,0 ; 5,0)
Angoisse :	8,0 (4,9 ; 10) ..... 2,0 (0 ; 4,0)

Les résultats sont tous très significatifs avec un  $P \ll 0,0001$ , ce qui prouve la validité du traitement annoncée par la littérature (1, 3, 4, 7, 10). L'amélioration est sensible dans tous les domaines, debout, assis, en voiture, au lit. Le travail est un domaine où les résultats sont très significatifs mais les appréciations moins bonnes que dans le reste des activités.

Nous avons constaté trois échecs c'est-à-dire que les notes étaient très en deça de l'ensemble et que le résultat ne satisfaisait ni le patient ni le chirurgien : une coxarthrose sous-jacente, une dépression et un total body syndrome non décelé en pré-opératoire.

### Les complications

Les suites sont en général simples c'est-à-dire que les douleurs post-opératoires sont très tolérables ou absentes.

La complication la plus inquiétante fut constatée lors de l'apparition d'une très grosse douleur de la fesse le lendemain de l'opération. Un scanner en urgence conclut à l'existence d'un saignement veineux, mais la clinique était plus en faveur d'un saignement d'une branche de l'artère fessière. Le saignement s'est tari spontanément sans intervention. Au cas où il se fût agi d'un saignement de l'artère fessière, la branche glutéale supérieure est la plus proche, notre confrère chirurgien vasculaire n'eut pas préconisé de reprendre le site opératoire, mais bien de faire faire une embolisation sélective par les radiologues interventionnels.

Deux fois nous avons constaté un retard de cicatrisation sans doute favorisé par un hématome présent dans 30% des cas (Figure 9).

Ceci nous avait poussé à réduire le traitement anticoagulant à une enoxaparine 2000 u pendant une semaine au lieu de 4000 u pendant trois semaines.

La survenue d'une phlébite chez un patient traité à faible dose pendant une

semaine nous a fait reprendre le traitement à 4000 u pendant trois semaines.



Figure 9

Nous n'avons pas encore constaté de pseudarthroses (3, 4, 7) mais notre recul est très court il est fort probable qu'il y en aura. Nous avons déjà deux liserés autour d'un implant.

### Discussion

Le principal problème de cette affection sacro-iliaque est bien d'en établir le diagnostic. C'est tout d'abord lié à la quasi impossibilité de produire des images de la pathologie. Mise à part dans les atteintes dégénératives liées à des rhumatismes inflammatoires qui montrent des signes radiologiques décelables, il n'y a pas de moyen diagnostic autre que de faire pratiquer une injection articulaire et d'en constater les effets.

Le diagnostic d'affection sacro-iliaque est d'autant plus difficile à faire quand il y a une pathologie lombaire concomitante dont l'expression se projette sur les mêmes zones. Les patients peuvent présenter les deux pathologies : ils auront du mal à se faire entendre par le chirurgien qui les aura bien opérés sans les avoir totalement soulagés. On peut estimer que la reconnaissance de cette pathologie améliorera les scores de résultats des traitements lombaires qui jusqu'à lors étaient étiquetés échecs alors qu'il s'agissait de l'absence de reconnaissance d'une double pathologie.

La découverte d'un traumatisme ancien ou l'existence d'une arthrodèse lombaire peuvent éveiller l'examineur. L'examen systématique de la région lombaire et fessière nous semble être le complément indispensable à la recherche du signe de Lasègue, des réflexes et des parésies.

La négativité des scanners et IRM ne doit plus être suffisante pour refuser notre attention à un patient. Ces patients souffrent en général très longtemps avant le diagnostic : 24 mois.

La rémission des symptômes, spontanée ou grâce aux techniques d'ostéopathie, ne facilite ni le diagnostic ni la guérison.

Ses signes cliniques sont intriqués avec les pathologies de la région. Bien que les travaux anatomiques prouvent l'innervation postérieure de la sacro-iliaque par les racines de L3 à S4 (2), la projection d'une douleur sacro-iliaque au talon, voire sous le pied n'est pas encore suffisamment reconnue pour entrer au Panthéon de la clinique de la sacro-iliaque. Elle est même la source de confusion. Nous-mêmes avons découvert, grâce à un questionnaire systématique, qu'une affection sacro-iliaque pouvait donner des paresthésies sur le dermatome S2, sous le pied, dans 34% des cas.

Récemment nous avons fait pratiquer une injection de la sacro-iliaque : La douleur de la fesse a disparu au cours de l'injection, tout comme les fourmillements sous la voute plantaire...

## Conclusion

Le diagnostic de l'affection de l'articulation sacro-iliaque reste difficile. C'est une pathologie trompeuse. Il y a fort à parier que nombre d'échecs de la chirurgie lombaire techniquement réussie, nombre de troubles dits psychiques et autres, pourraient être reconsidérés à la lumière d'un éclairage différent.

Le traitement chirurgical de la souffrance sacro-iliaque est en passe d'acquiescer ses lettres de noblesse car ses résultats sont probants.

## Bibliographie

- 1. D.J. Cher.** Implant survivor ship analysis after mini-invasive sacroiliac joint fusion using IFuse Implant System. Medical Device 23 november 2015. Dove press journal.
- 2. Steven P. Cohen.** Sacroiliac joint pain : a comprehensive review of anatomy, diagnosis an treatment. Anesth Anal 2005 101 :1440-53.
- 3. J. Dengler et al.** Randomised Trial of sacroiliac joint arthrodesis compared with conservative management for chronic low back pain attributed to the sacroiliac joint. JBJS Am 2019 ;101:400-11
- 4. B. Duhon et al.** Triangular titanium implant for mini-invasive sacroiliac joint fusion: Two years follow up from a prospective multicenter trial. IJSS 2016 10. 14444-3013
- 5. Lindsey DP et al.** Sacroiliac joint study: finite element analysis of implant number, orientation, and superior implant length. WJO Vol 9 Nb 3 March 18, 2018.
- 6. D. Polly.** Does level of response to Si block predict response to SI joint fusion. DOI 10.14444/ 3004 Vol 10 article 4.
- 7. K. Spain, BS ; Timothy Holt, MD.** Surgical revision after sacroiliac joint fixation or fusion. Minimally invasive surgery. Vol 11 ; Issue 1; Pages 24-30
- 8. Vanaclocha et al.** Minimally invasive sacroiliac joint fusion, radiofrequency denervation, and conservative management for sacroiliac joint pain : 6-years comparative case series. Neurosurgery 2017. 0, 1-8.
- 9. G.P. Voydeville, E. Albuison.** Pathologie sacro-iliaque : étude clinique et résultats préliminaires de l'arthrodèse. SFCR Bordeaux, atelier SI bone, 2021.
- 10. P.G. Whang et al.** Long term prospective clinical and radiographic outcomes after minimally invasive lateral transiliac sacroiliac joint fusion using triangular titanium implant. Medical Devices : Evidence and Research 2019: 12 411-422.



## Labellisation



Pour la 3<sup>e</sup> fois consécutive et pour une durée de 3 ans, la Polyclinique de Gentilly et le Dr Rouers sont labellisés par la SOFFCO (Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques).

A la Polyclinique de Gentilly, ce sont plus de 200 interventions de chirurgie bariatrique qui sont pratiquées par an.



Le projet «**Hôpital privé Nancy-Lorraine**» est un projet qui nous anime depuis plusieurs années. D'ici quelques semaines, après plus de deux ans de travaux, le regroupement de la Polyclinique de Gentilly et de la Clinique Ambroise Paré sous cette nouvelle dénomination, dans un nouvel ensemble immobilier d'envergure sur un site unique, viendra enrichir le territoire nancéien d'un pôle de santé de référence qui portera nos activités et notre projet médical.

Le groupe ELSAN a investi pour offrir un tel outil aux patients ainsi que l'ensemble des équipes des deux établissements qui ont donné de leur temps et de leur énergie pour concrétiser le meilleur pour vos patients : innovation, parcours de soins structurés.

En attendant de vous faire découvrir notre établissement, nous restons à votre écoute pour assurer, ensemble, les meilleures conditions de prise en charge de vos patients.

**Olivier TEISSEDRÉ**  
Directeur de territoire

**ELSAN**  
HÔPITAUX PRIVÉS DU GRAND NANCY  
POLYCLINIQUE DE GENTILLY

**55<sup>e</sup> établissement de France**  
**21<sup>e</sup> clinique privée de France**  
**et 8<sup>e</sup> établissement du Grand Est**  
**du palmarès Newsweek 2022**



*Bienvenue*



**Mme Nathalie ROSSO**  
Directrice

**ELSAN**  
HÔPITAUX PRIVÉS DU GRAND NANCY  
POLYCLINIQUE MAJORELLE



### Hôpital privé Nancy-Lorraine

- 489 lits et places
- 27 salles de bloc opératoire
- Plus de 26 spécialités pour proposer aux patients une offre de soins complètes et pluridisciplinaire sur un même site
- Un confort de travail optimisé pour les 680 collaborateurs du site (dont plus de 120 médecins libéraux et salariés).

**ELSAN**  
POLYCLINIQUE DE GENTILLY  
2 rue Marie Marvingt - 54000 NANCY  
Tél. 03 83 93 50 00 - Fax 03 83 93 50 50  
www.elsan.care/fr/polyclinique-gentilly

**ELSAN**  
CLINIQUE AMBROISE PARÉ  
265 rue Ambroise Paré - 54000 NANCY  
Tél. 03 83 95 54 54 - Fax 03 83 98 75 44  
www.elsan.care/fr/clinique-ambroise-pare-nancy

**ELSAN**  
POLYCLINIQUE MAJORELLE  
95 rue Ambroise Paré - 54000 NANCY  
Tél. 03 83 94 41 00 - Fax 03 83 94 43 27  
www.elsan.care/fr/polyclinique-majorelle

**ELSAN**  
CLINIQUE SAINT-ANDRÉ  
102 avenue Jean Jaurès - 54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY  
Tél. 03 83 59 46 74 - Fax 03 83 51 22 40  
www.elsan.care/fr/clinique-saint-andre

Votre contact : Marie-Gabrielle De Grave • [marie-gabrielle.degrave@elsan.care](mailto:marie-gabrielle.degrave@elsan.care)

Ce numéro de Cliniques Info a été imprimé à 3 600 exemplaires.

**ELSAN**  
Notre Santé autrement