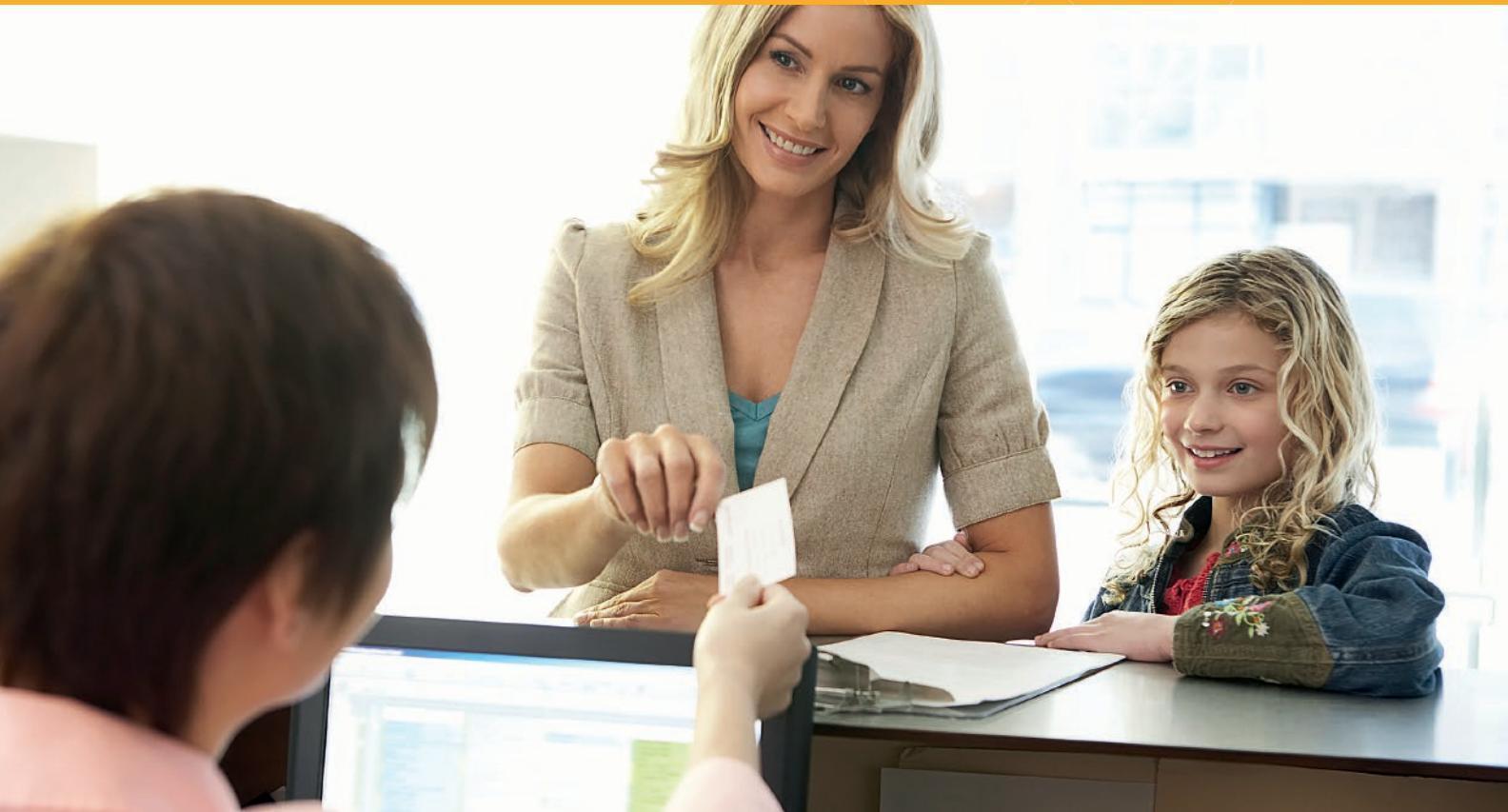


La lettre

Cliniques Info du Grand Nancy

ELSAN
Notre Santé autrement

MARS 2019 - N°20



SOMMAIRE

ELSAN

- Les chiffres clés des établissements du groupe ELSAN du Grand Nancy p 1

ELSAN POLYCLINIQUE DE GENTILLY

- Dossier : « La santé sexuelle de l'homme ».
 - Dr Marc Nicolas, urologue
 - Traiter la dysfonction érectile avec l'implant pénien..... p 2 à 4
 - Maladie de lapeyronie - une nouvelle arme : le Xiapex® p 4, 5
- Plainte de patient ou de sa famille : quelle place pour la médiation médicale en établissement de santé ?
 - Dr Jean Luc Moreau, urologue - Médiateur Médical de la CDU de la Polyclinique de Gentilly..... p 6
- Système d'imagerie EOS au Centre d'Imagerie Jacques Callot.
 - Dr Mainard, radiologue p 7, 8

ELSAN POLYCLINIQUE MAJORELLE

- La naissance d'une famille : Materniteam, un programme d'accompagnement personnalisé.
 - Célia Reina, sage-femme coordinatrice Materniteam p 9
- Le Centre d'Aide Médicale à la Procréation.
 - Dr Emeline Schmutz, gynécologue spécialisé en médecine de la reproduction p 10, 11
- Fatigue et vieillissement du visage en 2019 : une large gamme de soins.
 - Dr Jean Pascal Fyad, chirurgien esthétique p 12

ELSAN

Les chiffres clés des établissements du groupe ELSAN du Grand Nancy

- 4 établissements
- 98 946 patients
- 1030 collaborateurs
- 19 212 passages aux urgences
- 311 médecins
- 2 500 naissances
- 803 lits et places



Polyclinique de Gentilly



Clinique Saint-André



Clinique Ambroise Paré



Polyclinique Majorelle

Dossier : La santé sexuelle de l'homme

Traiter la dysfonction érectile avec l'implant pénien

Par le Dr Marc NICOLAS, urologue - Chirurgie Urologique

Centre d'urologie - 8 rue Colette - 54000 NANCY - Tél. 03 55 68 55 36 - mnicolas@uolor.fr

Service de Chirurgie Urologique - NANCY/GENTILLY

La dysfonction érectile (DE) est extrêmement fréquente. Elle touche plus d'un homme sur cinq après 60 ans.

Aujourd'hui, la prise en charge globale des troubles de l'érection, implique de ne pas oublier d'aider les patients qui ne réagissent pas aux traitements médicaux, certes très efficaces mais n'aidant que 80% des patients : inhibiteur des phosphodiesterases de type 5 (IPDE5) ou utilisation des prostaglandines (PGE1) par voie intracaverneuse (en injection) ou par voie transurétrale.

L'efficacité à long terme des IPDE5 oscille entre 59 et 69 % pour le sildénafil, le tadalafil, le vardenafil ou l'avanafil. Leur efficacité dépend surtout de la cause du trouble érectile. Les hommes qui connaissent des problèmes vasculaires à la suite de diabète ou de maladie cardiaque obtiennent des résultats favorables dans 50 % des cas. Le taux de réponse est plus faible, seulement 30%, pour les hommes qui ont subi une prostatectomie radicale. De plus, certains hommes ne peuvent pas prendre de médicaments de la dysfonction érectile. Les injections ou les instillations urétrales de PGE1 et la pompe à vide destinée au pénis peuvent aider certains hommes avec DE à atteindre et à maintenir une érection.

De façon générale, beaucoup d'hommes et de partenaires trouvent qu'une planification nécessaire à la mise en route d'une érection altère la spontanéité de la vie sexuelle ou que ces moyens conduisent à des résultats peu satisfaisants.

Indications

L'indication essentielle est la dysfonction érectile (DE) résistante aux traitements de première et de deuxième ligne, à savoir les traitements per-os, intracaverneux, intra-urétraux et vacuum ou encore ayant une contre-indication à l'utilisation de ces traitements.

Le refus par le patient de ces traitements comme solution définitive, en raison de leur coût, d'une mauvaise tolérance ou d'une efficacité incomplète, constitue une autre indication classique des implants péniens.

Concernant la répartition des étiologies de

DE qui conduisent à la pose d'un implant pénien, la pathologie vasculaire (35,3%) et le diabète (22,8%) constituent plus de la moitié des indications. Le traitement de la DE post-prostatectomie (16,5%) nécessite un implant en cas d'inefficacité de la rééducation à permettre aux patients des érections spontanées ou sous IPDE5, également lorsque les injections ou les autres traitements de seconde ligne sont inefficaces ou considérés comme une solution non envisageable à long terme.

La maladie de Lapeyronie, lorsqu'elle est associée à une DE est une indication occasionnelle (13,5%) lorsque la courbure est sévère et stable. L'intervention permet de corriger dans le même temps la courbure (incision greffe d'albuginée ou modelage manuel sur l'implant) et la DE.

Les suites d'un priapisme prolongé sont parfois marquées par une DE rebelle à tout traitement, en rapport avec une fibrose extensive des corps caverneux. Cette indication est plus rare (2,2%) mais elle peut concerner des sujets parfois jeunes (drépanocytose).

Les recommandations de l'European Society for Sexual Medicine (ESSM) en 2010 ne font plus part de l'étiologie ; l'implant pénien peut être proposé aux hommes qui ne peuvent pas utiliser les thérapies de première et de seconde lignes, ou qui n'y ont pas répondu, ou bien qui souhaitent une solution permanente à leur problème.

Information du patient

L'information du patient et de sa partenaire est essentielle. Celle-ci porte sur les avantages de l'implant et ses inconvénients (absence d'érection du gland). Le caractère définitif de l'intervention doit être souligné, les risques infectieux et de dysfonction mécanique également, ainsi que leurs conséquences (reprise, changement de prothèse, voir ablation définitive). L'implant pénien ne doit pas être proposé à un patient souffrant d'une DE dont la cause est réversible.

L'intervention ne modifie pas la sensibilité pénienne, ni l'orgasme, ni la libido, ni l'éjaculation. Elle ne les restaure donc pas en cas d'atteinte associée à la DE.

Il est important, que le patient comprenne que l'implant est un moyen pour obtenir l'érection,

mais qu'il n'intervient pas directement dans les mécanismes du désir et de la libido, de l'éjaculation et de l'orgasme.

Une partie importante de cet entretien est dédiée à l'évaluation de la motivation du patient pour l'intervention et permet aussi d'éliminer les patients recherchant en fait une chirurgie d'augmentation de volume de la verge, ou ayant des attentes inadaptées sur les résultats de l'intervention.

Il est important d'éviter le mythe de l'hypersexualité et les attentes injustifiées telle que l'augmentation de taille de la verge.

Chez un patient indécis et inquiet, il peut être intéressant de recourir à l'expérience d'un patient témoin déjà opéré, qui pourra partager son expérience.

On informe le patient que les implants sont remboursés par l'Assurance maladie obligatoire.

Types d'implants

Il existe deux types d'implants, les implants semi-rigides et les implants gonflables (hydrauliques), fabriqués et distribués principalement par trois compagnies : AMS-Boston Scientific, Coloplast et Zephyr Surgical Implants (ZSI).

► **Les implants semi-rigides** se composent de tuteurs pliables, habituellement construits de fils tressés en acier inoxydable recouverts de silicone. Les tuteurs internes aux corps caverneux sont pliés vers le haut pour avoir des relations sexuelles et dirigés vers le bas pour cacher l'appareil sous les vêtements (*figure 1A et 1B*).



Ils offrent une rigidité constante, la taille de la verge étant celle obtenue en flaccidité. Le résultat esthétique comme fonctionnel est moyennement satisfaisant mais l'avantage est celui d'une manipulation simple à comprendre et à exécuter.

► **Les implants gonflables** existent en modèle deux pièces ou à trois pièces.

- Les modèles à trois pièces comportent deux cylindres intracaverneux dans le pénis, une pompe scrotale avec une valve de désactivation et un réservoir placé en rétropubien (*figure 2A et 2B*).



En comprimant la pompe scrotale, le patient transfère le liquide du réservoir dans les cylindres ce qui provoque une érection. En comprimant la valve de dégonflement, le fluide retourne dans le réservoir abdominal et permet le retour à l'état flaccide (*figure 3A et 3B*).

Figure 3A : Implant hydraulique 3 pièces.

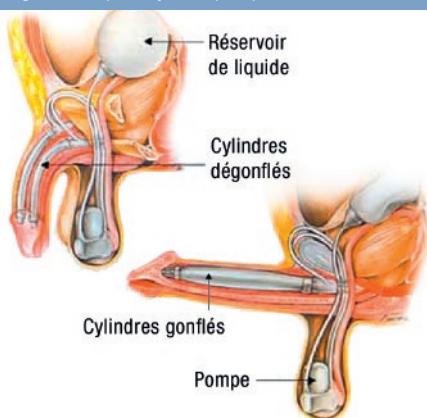


Figure 3B : Activation/désactivation via la pompe scrotale d'un implant 3 pièces.



- Les modèles à deux pièces se composent de deux cylindres et d'une pompe scrotale (*figure 4*). Ils offrent l'avantage de ne pas nécessiter d'abord prépéritonéal pour la mise en place du réservoir, celui-ci étant intégré soit à chacun des deux cylindres, soit à la pompe scrotale. En revanche, ils ne permettent pas d'obtenir une flaccidité complète, donnant un résultat esthétique légèrement moins bon qu'un implant à trois pièces à l'état flaccide. De plus, l'érection obtenue est moins



Figure 4 : Implant gonflable 2 pièces Ambicor™.

rigide que celle obtenue avec un implant trois pièces, le réservoir étant de capacité restreinte.

Les dernières avancées techniques résident dans l'apparition d'implants dont l'expansion au remplissage se fait en diamètre comme en longueur, reproduisant plus fidèlement l'érection caverneuse naturelle.

L'autre innovation notable est l'addition d'un revêtement imprégné d'antibiotiques (revêtement InhibiZone® AMS®) ou d'un revêtement hydrophile permettant l'imprégnation d'antibiotiques de la prothèse en per-opératoire (Resist® Mentor®).

Choix de l'implant

Dans le monde, 70 à 75% des implants péniniens sont gonflables.

Plusieurs critères sont à prendre en compte dans le choix de ces implants.

① Critères selon le patient :

Il est important d'évaluer la demande du patient en termes de fréquence d'utilisation et de résultat cosmétique, ainsi que sa dextérité (actuelle et future en cas de pathologie dégénérative), devant permettre la manipulation de la pompe et dans le cas contraire faire proposer un implant semi-rigide.

La compréhension suffisante du patient est également nécessaire, afin d'éviter certaines complications dues à une utilisation erronée (implant laissé gonflé en permanence par exemple).

② Critères pour le chirurgien :

La verge (taille, élasticité et fibrose) et le morphotype du patient sont des critères essentiels à prendre en compte.

Un antécédent de chirurgie pelvienne peut faire choisir un implant gonflable deux pièces afin de s'épargner un second abord de l'espace prépéritonéal pour y placer le réservoir.

③ Critères selon le type d'implant :

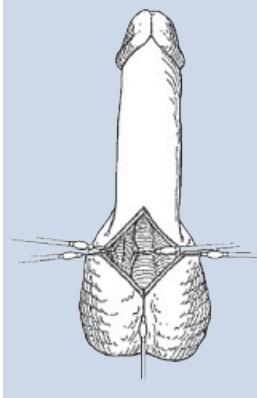
L'implant semi-rigide, permet une insertion plus rapide avec moins de complications per et post-opératoires. Les inconvénients sont l'aspect en semi-érection éventuellement gênant dans la vie quotidienne (habillement, sport...).

L'implant gonflable trois pièces donne l'aspect le plus proche de la physiologie érectile, mais avec un risque plus élevé de complications mécaniques potentielles.

Technique opératoire et période post-opératoire :

L'implantation d'une prothèse pénienne est un geste chirurgical simple pour un spécialiste formé et en ayant une pratique régulière.

Figure 5 : Incision pénoscrotale.



Les foyers infectieux doivent être dépistés et traités. Le plus souvent, une seule incision à l'angle pénoscrotal (*figure 5*) permet la totalité de l'implantation des trois éléments et permet de préserver l'innervation dorsale de la verge. Pendant la chirurgie d'implantation qui dure une heure, le chirurgien installe les cylindres dans les corps caverneux, un réservoir dans la région para-vésicale et une pompe de commande munie d'une valve dans le scrotum. L'anesthésie est générale ou rachidienne. Un pansement compressif et une sonde vésicale sont laissés en place 24 heures.

La sortie se fait en général le lendemain après ablation de la sonde vésicale, après miction et vérification de la cicatrice. Le patient est revu précocement entre 7 et 14 jours après l'intervention pour s'assurer de la bonne cicatrisation. L'implant sera activé lors d'une visite dès la 4ème semaine et le rapport sexuel avec intromission n'est pas conseillé avant la 6ème semaine. L'intensité et la durée de la douleur postopératoire peuvent varier. La douleur est généralement gérée par des antalgiques de pallier I ou II. Une activité physique intense doit être évitée durant environ un mois. Ensuite, le patient est revu à 3 mois, 6 mois et 1 an.

Complications :

Les complications infectieuses sont les plus redoutables.

Les infections concernent 0,4 à 6,6% des patients selon les séries d'équipes entraînées. Le taux diminue avec l'expérience du chirurgien et de son équipe. En matière d'implant pénien, avec les précautions actuellement prises (prophylaxie antibiotique, implant imbibé d'antibiotiques, champ opératoire stricte), **le taux est aujourd'hui le plus bas observé en matière d'implants chirurgicaux**. L'infection peut être post-opératoire immédiate, ou à distance de l'implantation (plusieurs semaines ou mois). La prise en charge de ces infections nécessite une antibiothérapie prolongée et

l'ablation et le remplacement de l'implant dans le même temps opératoire.

Les complications mécaniques (5-13% dans les 5 ans) sont le plus souvent rares : fuite au niveau de cylindres ou des tubulures, anévrisme de cylindre, une dysfonction de la pompe. Une analyse récente de 455 patients avec un dispositif de trois pièces, a estimé que plus de 81% des implants étaient encore fonctionnels après 10 ans.

Résultats :

L'implant pénien, en dépit de son statut de traitement de dernière intention, offre le meilleur taux de satisfaction de tous les traitements de la DE.

Quel que soit le modèle choisi, le couple signale un degré élevé de satisfaction durable avec les implants péniens. Plus de 90% des patients traités pour DE sont satisfaits avec un implant alors que 51% le sont avec les IPDE5 et 40% avec les injections intra-caverneuses. Parmi les patients implantés, 86% ont indiqué qu'ils pourraient recommander la prothèse à un ami dans une situation similaire ou « qu'à refaire l'opération », ils n'hésiteraient pas. Une étude italienne de 253 patients qui ont reçu un implant trois pièces et 120 partenaires, a révélé que 97% des patients et 91% des partenaires étaient satisfaits de leur activité sexuelle.

Conclusion :

La dysfonction érectile organique réfractaire reste souvent sans réponse pour le patient. Il faut savoir proposer l'implant pénien avec ses inconvénients mais aussi ses avantages et surtout la possibilité de plaisir et d'orgasme. Les forts taux de satisfaction et les faibles taux de complications nécessitent néanmoins une équipe et des opérateurs entraînés.

Références :

- Faix A, Graziana JP, Blion C. Implants pennies: Indications et techniques. *EMC-Techniques chirurgicales- Urologie* 2018;11(3):1-19 (Article 41-470).
- Beley S. Mise à jour sur les implants pennies gonflables pour le traitement de la dysfonction érectile. *Progrès en Urologie*. 2009;19(1):29-31.
- Adrienne R. Traiter la dysfonction érectile avec l'implant pénien. *Louvain Med*. 2016;135(8):527-33.
- Obadia F, Mouracade P, Terrier JE et al. Implants pennies hydrauliques: enquête de satisfaction, résultats et complications. Étude retrospective portant sur 50 patients consécutifs primo implantés au CHU de Nice entre 2000 et 2009. *Progrès en Urologie*. 2013;23(16):1419-27.

Dossier : La santé sexuelle de l'homme

Maladie de Lapeyronie - une nouvelle arme : le XIAPEX®

Par le Dr Marc NICOLAS, urologue – Chirurgie Urologique

Centre d'urologie - 8 rue Colette - 54000 NANCY - Tél. 03 55 68 55 36 - mnicolas@uolor.fr

Service de Chirurgie Urologique - NANCY / GENTILLY



LA PEYRONIE.

La maladie de Lapeyronie (MLP) est une induration plastique corps caverneux, par un phénomène fibrotique se développant au niveau de l'albuginée. La première description scientifique fut faite en 1743 par François Gigot de La Peyronie, chirurgien du roi Louis XV.

Elle se traduit cliniquement par des douleurs, une courbure de la verge pouvant gêner la pénétration, la perception de nodules péniens indurés et parfois des troubles de l'érection. Si la découverte de cette maladie est ancienne, elle reste encore très mal connue, notamment en terme de physiopathologie et de traitements.

Épidémiologie

Au cours des années 1990, la prévalence clinique de la MLP a été estimée à 0,4 % avec un début habituel de la maladie vers l'âge de 53 ans. Selon des études épidémiologiques récentes, cette prévalence paraît nettement sous-estimée puisque la prévalence serait plutôt de l'ordre de 3,2 à 8,9 % dans la population masculine. Elle augmente avec l'âge, puisqu'elle est estimée à 7% après 50 ans.

Toutefois, la survenue de la MLP avant 40 ans n'est pas exceptionnelle et doit être recherchée systématiquement devant des signes cliniques évocateurs.

(R)évolution dans la prise en charge :

Depuis décembre 2015, un nouveau médicament, le XIAPEX® (figure 1), permettant de

freiner l'évolution de la maladie de Lapeyronie, est arrivé en France.

Aucun progrès thérapeutique n'avait été enregistré ces trente dernières années dans le traitement de cette affection.

L'existence du XIAPEX® doit amener les patients à consulter tôt et les médecins à proposer une prise en charge plus rapidement.

Figure 1 : le XIAPEX® - laboratoire SOBI.



Le XIAPEX® contient deux types de collagénase purifiée de clostridium histolyticum (AUX-I et AUX-II), développé par le laboratoire SOBI.

Il détruit certaines fibres de collagène, ce qui réduit la fibrose et améliore donc la déformation de la verge et réduit la courbure.

Le traitement permet de **gagner 20 à 30° de courbure** ou une **réduction de 35% de la courbure**.

Par le passé, on ne pouvait rien faire tant que la maladie n'était pas stabilisée. Maintenant le chirurgien urologue, a à sa disposition une alternative qui, dans les deux-tiers des cas, va améliorer la situation et redresser la verge.

Pour certains patients, le résultat sera suffisamment bon pour que l'intervention chirurgicale ne soit pas nécessaire, pour d'autres, on ne pourra éviter la chirurgie mais l'opération sera considérablement simplifiée, diminuant ainsi le risque de réduction de taille de la verge et de dysfonction érectile.

Le XIAPEX® est indiqué dans le traitement de la maladie de Lapeyronie, chez les hommes adultes ayant une plaque palpable et un angle de courbure d'au moins 30 degrés.

Une formation est nécessaire et **OBLIGATOIRE** pour pouvoir utiliser cette nouvelle thérapeutique et elle doit être dispensée par

l'intermédiaire de l'Association Française d'Urologie (AFU) et du Comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle validée par le laboratoire SOBI qui commercialise le produit. Le XIAPEX® n'est pour l'instant pas remboursé.

Cycles de traitement :

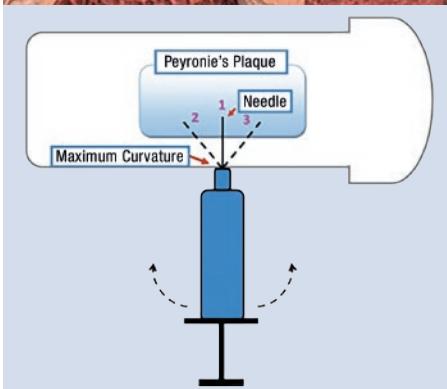
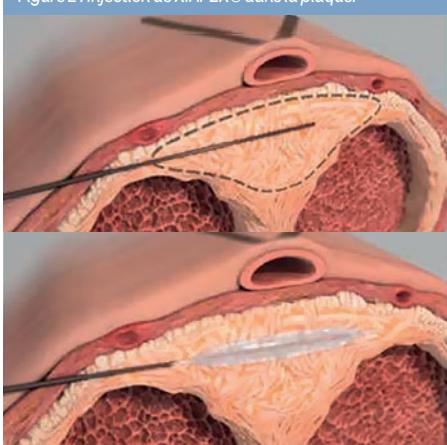
Le bilan pré-thérapeutique comprend systématiquement des clichés photographiques de la verge en érection pour évaluer la courbure et la palpation de la verge, pour localiser de manière précise la ou les plaques de fibroses, afin de déterminer la zone à traiter.

Dans les cas difficiles, il peut être utile de provoquer une érection par une injection unique intracaverneuse de 10 microgrammes d'alprostadil.

L'injection de XIAPEX® s'effectue au cabinet en ambulatoire.

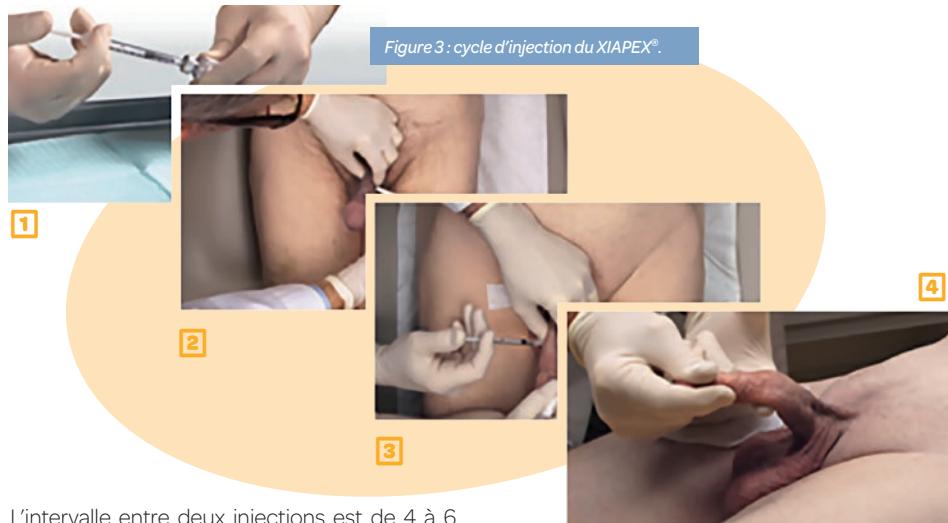
Après réalisation d'un bloc pénien, le traitement s'injecte directement dans la plaque en formation où il va dissoudre les fibres de collagène. Le pénis doit être flaccide avant l'injection (figure 2).

Figure 2 : Injection de XIAPEX® dans la plaque.



Une à trois injections sont réalisées en fonction de la gravité de la maladie.

Il s'agit d'un protocole modifié, permettant une prise en charge plus courte (12 vs 24 semaines) et moins coûteuse (1-3 vs 8 injections) que la prise en charge initiale au prix d'une efficacité identique.



L'intervalle entre deux injections est de 4 à 6 semaines.

Ainsi un cycle d'injection se décompose en 4 étapes (figure 3) :

- 1 Préparation du XIAPEX®
- 2 Anesthésie locale
- 3 Injection du XIAPEX®
- 4 Modelage du pénis au cabinet

- Redressements en douceur (figure 5) (sens opposé à la courbure/durant 30 secondes, pénis en érection/une seule fois par jour).

Modelage du pénis :

Après l'injection du XIAPEX®, un modelage du pénis est indispensable. Elle contribue à atténuer la courbure anormale et à redresser le corps du pénis.

Un à 3 jours après l'injection, lors de la visite de contrôle, le chirurgien effectue une procédure de modelage du pénis, sur un pénis flaccide afin d'étirer et d'allonger la plaque (3 fois 30 secondes).

De même, une information et une éducation du patient sont indispensables sur la procédure de modelage à réaliser à domicile quotidienne-ment, jusqu'à la prochaine injection :

- Étirements en douceur (figure 4) (durant 30 secondes / trois fois par jour).

En plus du modelage du pénis pour potentialiser l'action du XIAPEX®, nous avons l'habitude de conseiller l'utilisation du VACUUM :

- VACUUM deux fois par jour, 10 minutes par utilisation.
- Garder l'érection 30 secondes.
- Dégonfler et répéter 5 fois.

Effets secondaires et complications :

Une information sera systématiquement donnée au patient sur les points suivants :

- Le risque de rupture de plaque ou des corps caverneux (<1%).
- Le pénis peut être meurtri ou gonflé.
- Une douleur du pénis légère à modérée peut être ressentie.

Le patient doit attendre deux semaines après chaque injection, avant de reprendre une activité sexuelle, à condition que la douleur et le gonflement aient diminué.



Figure 4 : manœuvre d'étirement du pénis (3/jour).



Figure 5 : redressement du pénis (1/jour).

Références :

- Raheem AA, Johnson M et al. Collagenase Clostridium histolyticum in the treatment of Peyronies's disease. A review of the literature and the new modified protocol. *Sex Med Rev* 2017;5:529-535.
- Alenda O, Beley S and al. Physiopathologie et prise en charge de la maladie de La Peyronie. *Progrès en Urologie* (2010) 20;91-100.
- Ferretti L, Faix A, Droupy S. Lapeyronie's disease. *Progrès en Urologie* (2013) 23;674-684.

Plainte de patient ou de sa famille : quelle place pour la médiation médicale en établissement de santé ?

Par le Dr Jean-Luc MOREAU, urologue. Médiateur Médical de la CDU de la Polyclinique de Gentilly.

Si les réclamations des patients ou de leurs familles ont doublé en 15 ans, c'est certes l'expression des droits des malades dans notre système de santé au service des usagers, mais c'est d'abord la traduction d'une réalité sociologique et des attentes d'une société toujours plus exigeante quant au résultat et toujours plus sensible à l'illusion du risque « zéro » en médecine.

Cette pression exercée pour des soins de qualité incite les établissements et les médecins à perfectionner leurs systèmes de prévention et d'analyse des risques, mais elle peut aussi être un frein à l'innovation technologique et à la recherche médicale en s'appuyant abusivement sur le « sacro-saint » principe de précaution.

Les motifs d'insatisfaction des patients sont nombreux, rarement fuites et de toutes façons à prendre en considération, qu'il s'agisse de conditions d'admission, d'accueil, d'hébergement, de restauration, de conditions tarifaires, ou de problèmes de prise en charge par les équipes de soins. En fait, dans les courriers reçus par le service Qualité de la Polyclinique de Gentilly, la compétence est rarement mise en cause ; les doléances peuvent notamment porter sur un **défaut d'information**, une information jugée partielle ou tronquée, mais l'écoute des patients ou de leurs accompagnants montre qu'il s'agit souvent d'une incompréhension par rapport au diagnostic, aux examens ou traitements proposés ou encore à l'évolution de la maladie en cause, à la gravité de la situation médicale.

Differentes enquêtes ont montré que les événements indésirables graves associés aux soins (EIAS) étaient davantage liés à des **défauts de communication ou d'organisation** et de répartition des tâches au sein des équipes qu'à des défaillances humaines et à des fautes techniques.

Certains dysfonctionnements sont bien identifiés, correspondant par exemple aux changements d'équipe dans les systèmes de garde et d'astreinte, pendant les WE ou périodes de vacances.

L'**ambulatoire** peut exposer à des risques majeurs quant à l'information et à la transmission des consignes de sortie pour l'infirmière de ville et le médecin traitant, notamment dans le cas de nouvelle prescription médicamenteuse. La communication transversale et la répartition des responsabilités entre anesthésistes et chirurgiens ont fait l'objet d'un document de la HAS en 15 points clés permettant une coopération optimale précisant le rôle de chacun en pré-, per- et post-opératoire et la nécessité de **protocoles de prise en charge**, en particulier pour les traitements antalgique, antibiotique et anticoagulant.

La question du **traitement personnel des patients** admis en hospitalisation doit également faire l'objet de procédures au sein de l'établissement de santé ; en effet, les médecins prenant en charge un patient

doivent effectuer une prescription complète portant sur les médicaments nécessaires en cours d'hospitalisation, mais aussi sur le traitement personnel du patient, ce qui peut engager leur responsabilité dans un domaine dont ils n'ont pas la compétence.

Certes, tout médecin a le droit de prescrire, et ce même dans une spécialité différente de celle qu'il exerce, mais l'article 70 du Code de déontologie médicale, codifié à l'article R. 4127-70 du Code de la santé publique soulève des réserves : *« Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »*

Il est aussi utile de rappeler l'importance de la checklist au bloc opératoire, partagée entre infirmière de bloc, anesthésiste et chirurgien, afin d'éviter notamment les erreurs de côté ou d'identito-vigilance.

A l'inverse du système hospitalier public, le médecin libéral exerçant en établissement privé est en première ligne, particulièrement exposé durant toute sa vie professionnelle. Comment se prémunir au mieux de ces situations qui peuvent conduire le médecin devant une Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) ou devant une juridiction ? **Formation, Information, Traçabilité, Organisation et Communication d'équipe** sont les maîtres mots.



À la Polyclinique de Gentilly comme dans tous les établissements, il existe une **Commission des usagers (CDU)**. Elle travaille sur l'élaboration des outils de recueil d'indicateurs de la satisfaction des usagers. Une de ses compétences est de proposer une **médiation médicale** à l'écoute des plaintes et réclamations des patients, ce qui peut permettre de désamorcer beaucoup de situations de contentieux.

Le concept de médiation, qui a été introduit dans le secteur hospitalier suite à la Loi du 4 Mars 2002 sur les droits du patient, a créé un dispositif visant à améliorer les relations avec un usager, lorsque celui-ci sollicite l'établissement en raison d'un contentieux l'opposant à un personnel soignant de l'hôpital, ou en lien avec un acte de soins pour lequel il s'estime lésé. Ainsi, la médiation n'a pas pour finalité d'éviter le recours contentieux, de résoudre les conflits, mais de garantir les conditions d'un dialogue et d'orienter le patient vers des voies de recours en cas d'échec.

La CDU est composée de deux médiateurs, un médecin et un non-médecin (art. R.1112-81 Code de la santé publique), désignés, ainsi que leurs suppléants, par le président de la commission.

Elle comprend également deux représentants des usagers, choisis, ainsi que leurs suppléants, par le directeur de l'ARS parmi une liste proposée par les associations spécialisées (art. R.1112-83 du Code de la santé publique).

Le médiateur peut prendre connaissance du dossier avec l'accord préalable du patient, mais pas nécessairement car il travaille sur la dynamique du conflit et sur le rétablissement d'un dialogue et d'une qualité relationnelle. Il se doit d'être indépendant, impartial et de respecter la neutralité en toute circonstance. Un compte rendu de la médiation est transmis au plaignant, ainsi qu'aux membres de la commission dans les 8 jours.

Au vu de ce document, la CDU peut émettre des recommandations sous deux formes différentes : d'une part, dans tous les cas, l'information du plaignant sur l'ensemble des voies de recours, d'autre part des propositions de résolution de litiges. Mais la commission peut aussi proposer un classement du dossier, à condition de motiver ce choix.

La typologie des réclamations conduisant à une médiation est variée : comme exemples, défaut d'information, en particulier sur les risques et complications - erreur de diagnostic - retard de prise en charge aux urgences - inadaptation de la prise en charge - infection nosocomiale - problème dans l'administration d'un médicament (dosage, erreur de médicament...) - compétence du personnel - non-respect de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité, de la volonté du patient...

En tout état de cause, le nombre de plaintes et de contentieux reste faible par rapport au volume d'interventions pratiquées, et l'écart est important entre le nombre de réclamations des malades et celui des accidents effectivement indemnisés après expertise. La médiation médicale au sein des hôpitaux et cliniques est un recours qui mérite d'être connu et qui permet par l'écoute et l'empathie de limiter les plaintes en CCI ou devant une juridiction civile, pénale ou administrative.

Références :

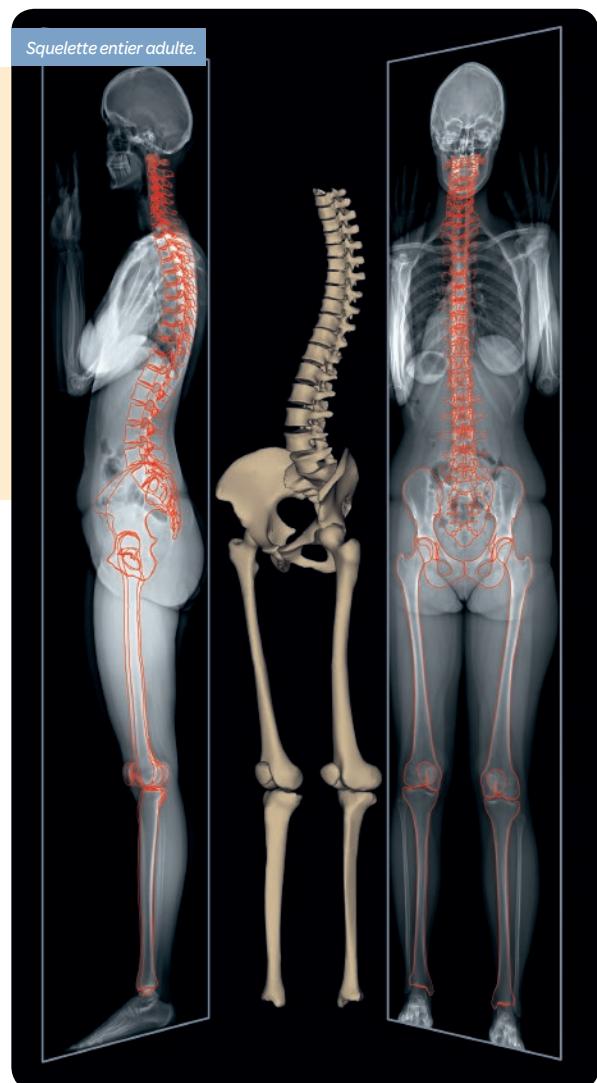
- La médiation médicale en établissement de santé : Guide de bonnes pratiques 2012-13 - ARS Île-de-France.
- Les Coopérations entre professionnels de santé : Coordination des soins au bénéfice des patients - CNOM 2010.
- Rapport annuel sur la sinistralité 2017 – MACSF.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : Mieux travailler en équipe - HAS 2015.



Système d'imagerie EOS au Centre d'Imagerie Jacques Callot

Après 1 an d'utilisation le centre d'Imagerie Jacques Callot revient sur les avantages du système d'Imagerie EOS, dans le diagnostic, la prise en charge et le suivi des pathologies ostéo-articulaires de l'enfant et de l'adulte.

Par le Dr Dr MAINARD, radiologue.



EOS : Un balayage corps entier simultanément de face et de profil en position fonctionnelle et une modélisation 3D du squelette.

Le système d'imagerie EOS explore l'ensemble du squelette debout simultanément de face et de profil avec des radiographies d'excellente qualité diagnostique (65 000 niveaux de gris) sans agrandissement ni erreur d'assemblage grâce au balayage vertical continu.

A partir de ces 2 clichés basse dose, il est possible de générer un modèle 3D personnalisé du squelette ainsi que des mesures 3D précises.

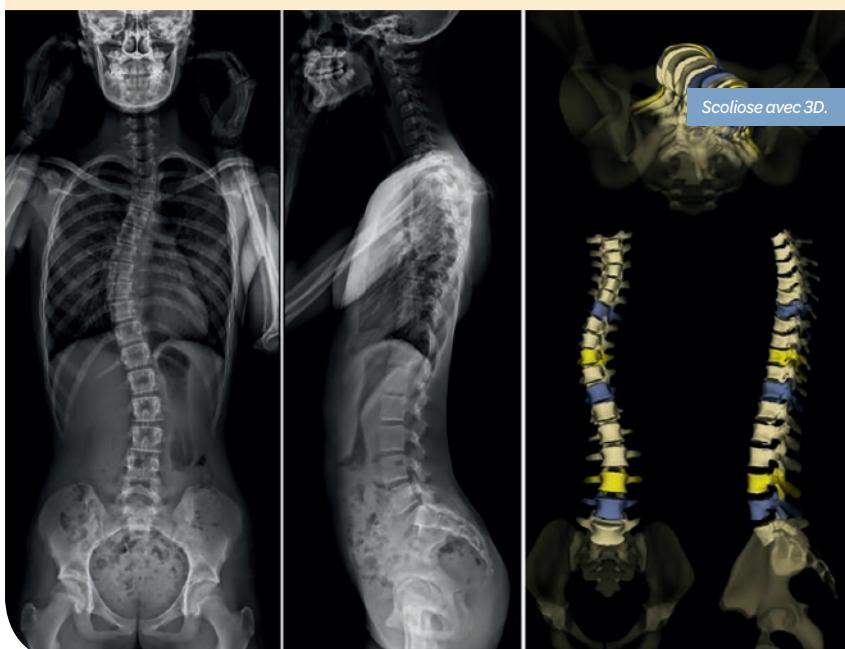
Une imagerie basse dose équivalente à une semaine d'irradiation naturelle pour un rachis d'enfant.

Les capteurs radiographiques utilisés par le système EOS sont issus des travaux du Pr G.Charpak (prix Nobel de Physique 1992).

Ces capteurs sont très performants et permettent de réduire de manière

drastique la dose de rayons X nécessaire à l'obtention de radiographie de qualité.

C'est pourquoi, dans un premier temps les radiopédiatres et les chirurgiens pédiatriques se sont intéressés au



système EOS pour le diagnostic et la prise en charge des scolioses et des déformations des membres inférieurs chez l'enfant.

Ces pathologies nécessitent de renouveler les radiographies dans une période où l'organisme est particulièrement sensible aux radiations.

De plus la modélisation 3D obtenue grâce au logiciel SterEOS en fait un outil indispensable pour le suivi des scolioses chez l'enfant mais aussi chez l'adulte.



La compréhension des douleurs fonctionnelles par une analyse biomécanique précise.

Les os et les articulations constituent un ensemble qui, dans l'idéal est organisé de manière à minimiser l'effet délétère des forces gravitationnelles. Cet équilibre dit économique garant du vieillissement physiologique de notre système ostéo-articulaire est fragile.

Des attitudes corporelles, des pratiques sportives ou professionnelles inadéquates vont perturber cet équilibre et entraîner des douleurs puis des lésions dégénératives précoces du squelette.

Les stéréoradiographies EOS sont d'excellente qualité diagnostique (65 000 niveaux de gris). Elles permettent dans le même temps de rechercher des lésions osseuses tout en fournissant une analyse posturale biomécanique en charge. Cette analyse est, certes statique mais d'une aide indéniable à la compréhension et à la prise en charge des pathologies ostéo articulaires influencées par l'orthostatisme chez l'enfant et l'adulte.



Une mesure précise des longueurs et des angles des membres inférieurs

L'acquisition de face et de profil simultanée permet une mesure précise des déformations de la colonne vertébrale ainsi que des membres inférieurs intégrant les 2 plans et sans agrandissement photographique grâce au balayage continu.

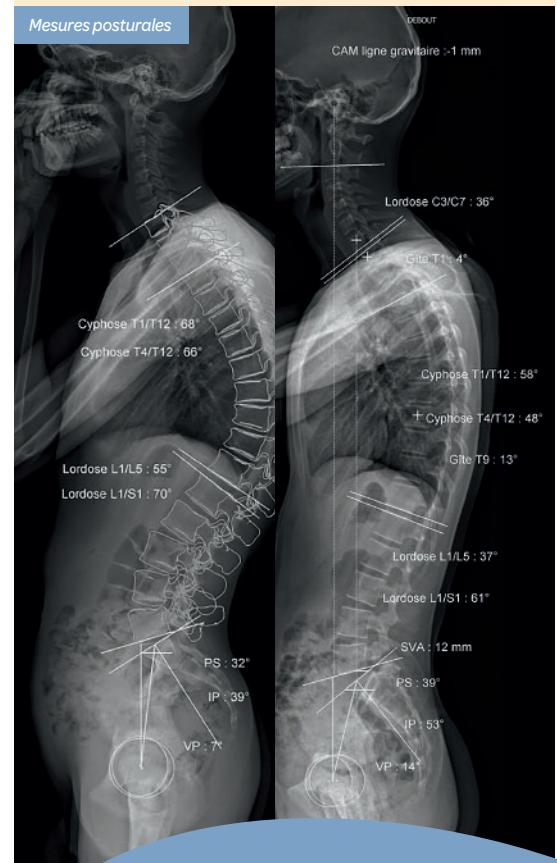


Un bilan pré-opératoire complet et fonctionnel pour la chirurgie du rachis et des membres inférieurs.

Il y a une interdépendance étroite entre la position du rachis, des hanches et des genoux dans le but de maintenir la position érigée. L'équilibre peut être très précaire chez le sujet agé et maintenu grâce à des mécanismes compensatoires au niveau du rachis cervical, du bassin ou des genoux.

Par l'analyse posturale, le système EOS quantifie l'équilibre et les mécanismes compensatoires en pré et post-opératoire.

D'une aide certaine lors de la planification opératoire pour la chirurgie du rachis, mais aussi de la hanche et du genou, cette analyse permet aussi de comprendre certaines difficultés post opératoires.



EOS un outil dont nous ne saurions plus nous passer !

La naissance d'une famille à la Polyclinique Majorelle : Materniteam, un programme d'accompagnement personnalisé

Par Célia Reina, sage-femme coordinatrice Materniteam.

Notre programme Materniteam : Un programme d'accompagnement personnalisé.

Dans le cadre de sa démarche de personnalisation du parcours de grossesse, la maternité de la Polyclinique Majorelle a mis en place depuis mai 2017 le programme Materniteam : un programme d'accompagnement personnalisé, de proximité, organisé par la maternité, autour d'une équipe pluridisciplinaire, pour toutes les étapes de la grossesse.

Ce programme s'articule autour de 3 thématiques :

① La présence d'une sage-femme coordinatrice de la grossesse

Elle propose une écoute permanente :

► Pour le couple et la famille :

Interlocutrice privilégiée des futurs parents à tout moment de la grossesse, elle leur propose :

- Un temps d'échange pour exprimer leurs attentes, obtenir des réponses à leurs questions, des conseils personnalisés mais également d'évoquer d'éventuelles difficultés,
- D'établir un projet de naissance personnalisé (accouchement en salle nature, peau à peau avec maman et papa, mise au sein précoce...),

- De réaliser l'inscription à la maternité,
- La visite de la Maternité (salles de naissances, chambres, nurserie, salle nature...),
- Les prestations proposées au sein de l'établissement pour favoriser le bien-être et celui de l'enfant,
- De recevoir les aînés de la fratrie en leur proposant un temps de découverte de la Maternité.

Les rendez-vous proposés gratuitement sont également l'occasion de faire passer des messages de prévention (Mort Inattendue du Nourrisson, sécurité en voiture...).

► Pour les professionnels autour du couple :

- Elle fait le lien avec le professionnel qui suit la grossesse afin d'assurer un suivi sécuritaire,
- Elle travaille en réseau avec les sages-femmes libérales (préparation à la naissance...),
- Elle travaille avec une équipe pluridisciplinaire (psychologue, tabacologue, diététicienne, assistante sociale...).

② Une application mobile personnalisée

L'application permet aux futures mamans de rester connectées à leur maternité. Elle est disponible gratuitement dans les stores IOS et Android.

Les futurs parents peuvent y retrouver :

- Des infos hebdomadaires,
- Un agenda interactif personnalisé,
- Des articles et dossiers conseils,
- Des check-lists personnalisées...

③ Des ateliers et réunions d'informations thématiques

- **L'allaitement maternel** : des consultations anté et post-natales sont proposées par notre infirmière puéricultrice consultante en lactation, Gwénaëlle HUMBERT,
- **Les ateliers massages bébés**, animés par Gwénaëlle HUMBERT et Nancy GRIVEL qui sont certifiées par l'Association Française de Massage Bébé,
- **Les ateliers initiation au portage bébé**, animés par Marine DELY, infirmière en néonatalogie,
- **Les RDV sécurité de l'enfant en voiture**, animés par l'association Sécurange. L'objectif étant d'informer, conseiller et aider les parents dans leur choix de siège-auto, dans l'installation et dans l'utilisation,
- **Les RDV des grossesses multiples**, animés par l'association Jumeaux et Plus et visant à accompagner les parents de jumeaux, triplés ou plus (accompagnement psychologique, matériel...),
- **Les RDV du langage** animés par le Syndicat des Orthophonistes de Meurthe-et-Moselle et visant à sensibiliser les parents à la lecture dès le plus jeune, à l'impact des écrans sur les enfants...

D'autres ateliers sont en réflexion pour 2019 : diététique, futurs papas, grands frères/grandes sœurs...

Pour en savoir plus :

Célia REINA

Sage-femme coordinatrice Materniteam
03 83 94 43 43
sf.coordinatrice@majorelle.org
www.maternite-majorelle.com



Le Centre d'Aide Médicale à la Procréation de la Polyclinique Majorelle

Par le Dr Emeline SCHMUTZ, gynécologue spécialisé en médecine de la reproduction.

Le centre clinique et biologique agréé pour les activités d'Assistance Médicale à la Procréation

Un centre clinique et biologique agréé pour les activités d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) existe au sein de la Polyclinique Majorelle venant ainsi compléter ses nombreuses activités : une maternité, un centre de néonatalogie (niveau 2B), un service de chirurgie gynécologique et oncologique, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie orthopédique, urologique, digestive et ophtalmologique.

Epidémiologie de la fertilité

Même si elle n'est pas vitale pour l'individu, la procréation l'est pour l'espèce et a toujours occupée une place importante dans la société.

L'âge moyen de la première grossesse est de plus le plus tardif (30,1 ans en 2010 en France). Le pourcentage de couples sans grossesses après un an sans contraception est actuellement de l'ordre de 15 à 25 % en France, ce qui constitue un vrai problème de santé publique.

Ainsi c'est en moyenne 1 couple sur 5 qui consulte pour infertilité. La fertilité est la capacité à concevoir.

C'est la condition indispensable, bien que non suffisante, pour la fécondité, qui est le fait d'avoir donné naissance à un enfant. La fertilité est largement dépendante de l'âge de la femme, de la fréquence des rapports sexuels et de la fenêtre de fécondité. Elle peut être modifiée par des causes pathologiques, féminines, masculines ou mixtes.

Parmi les causes féminines, on retrouve la dysovulation, les causes cervicales, tubaires, infectieuses, l'endométriose, le tabac, le cannabis, l'obésité, l'anorexie, les substances reprotoxiques.

Les facteurs de risque d'infertilité masculine sont génétiques, biologiques, anatomiques, environnementaux.

C'est sur la fertilité que les thérapeutiques agissent pour aboutir à la fécondité.

Sur environ 800 000 naissances en France, 28 000 sont le fruit de l'Assistance Médicale à la Procréation.

Le Centre d'AMP Majorelle reçoit environ 1500 couples par an. Un centre pluri disciplinaire.

L'équipe d'AMP est pluridisciplinaire. Elle est composée de 3 gynécologues spécialisés en Médecine de la Reproduction, les Docteurs Sérgolène Thouvenot, Mathilde Werner et Emeline Schmutz, travaillant en collaboration avec l'équipe de Biologie de la Reproduction, les Docteurs Jean-Marcel Paulus, Sandrine Lerond et Alexandra Meyer. Le laboratoire compte 4 techniciennes et 2 secrétaires dédiées à l'activité d'AMP. L'équipe travaille conjointement avec les radiologues de la clinique, les Docteurs Philippe Bassnagel, Bruno Fagniez, Christine Grentzinger et Frédéric Geissler, dans le parcours d'AMP (contrôle échographique lors des stimulations ovarianes, ponctions ovarianes et réalisation des transferts embryonnaires).

Le centre d'AMP travaille également en étroite collaboration avec les Docteurs Bertrand May et David Tisserant, chirurgiens gynécologues. En effet, l'endométriose est souvent diagnostiquée lors d'un bilan d'infertilité (lors d'examens d'imagerie ou coelioscopie diagnostique).

Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) comprenant gynécologues, chirurgiens et radiologues a donc été mise en place depuis 2018 afin de discuter de la meilleure prise en charge pour ces couples.

Il est également parfois nécessaire de recourir à l'expertise d'uro-andrologues,

plus particulièrement auprès des Docteurs Grégoire Chopin et Nicolas Hubert, pour évaluer et traiter une pathologie masculine.

L'accompagnement psychologique des couples est assuré par Mme Sylvie De Lavergne, psychologue.

Cet aspect est essentiel car les traitements impliquent un investissement moral important. Tous les dossiers des couples sont examinés et discutés en RCP hebdomadaire.

Activités d'AMP

Les techniques d'AMP, installées en France dès 1980 par les professeurs G. DAVID, R. FRYDMANN et J. TESTART, ont largement évolué et continuent à se perfectionner.

Elles comprennent :

- La simple induction de l'ovulation.
- L'insémination intraconjugale ou avec sperme de donneur.
- La fécondation in vitro.
- La fécondation in vitro avec injection d'un spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte.
- La congélation des embryons.
- Le transfert des embryons cryoconservés (TEC).
- Le don et l'accueil des embryons cryoconservés (non autorisé à Majorelle).
- Le don de gamètes : de spermatozoïdes depuis 1970 et d'ovocytes plus récemment, réalisé uniquement dans les CECOS.

L'Agence de la Biomédecine (ABM) contrôle l'activité des centres d'AMP, donne les agréments, édite des recommandations, met à la disposition des praticiens et des patients un site internet d'information très complet.

Le laboratoire possède l'agrément pour la conservation de gamètes et tissus germinaux dans le cadre de la préservation de la fertilité avant traitement stérilisant.

A noter également que notre centre possède l'agrément pour la prise en charge des couples sérodiscordants hépatite B ou C.

Les chiffres

L'ABM publie annuellement les bilans chiffrés de l'activité et des résultats des centres publics et privés d'AMP.

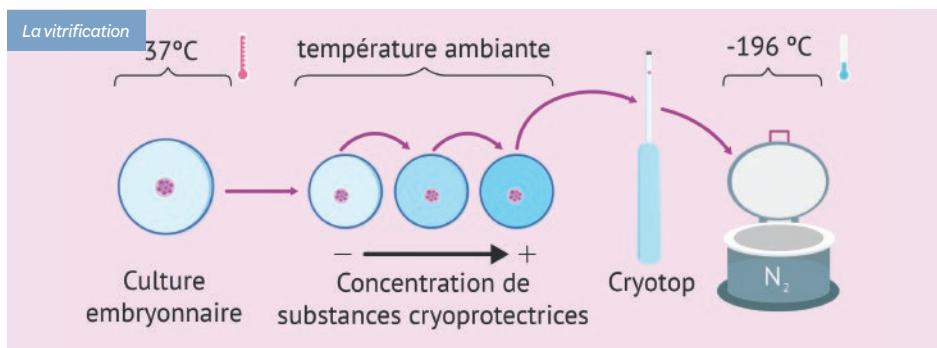


Les derniers résultats publiés sont ceux portant sur l'activité de 2015. Ainsi pour la FIV, toutes indications confondus et âges confondus, le pourcentage moyen de chances d'obtenir une grossesse est de 27,1% par transfert frais.

Le pourcentage moyen d'accouchement par ponction est de 20,4%.

L'activité annuelle du centre Majorelle est d'environ 334 inséminations (IAC /IAD), 493 ponctions (FIV/ICSI) et 210 TEC.

	FIV	ICSI
Nombre de ponctions	130	370
Nombre de transferts	79	183
Nombre moyen d'embryons transférés	1,26	1,26
Nombre de grossesse par an	41	66
% de grossesses par transfert frais	52,00 %	36,10 %
		Décongélation
Nombre de décongélation	217	
Nombre de TEC	210	
Nombre moyens d'embryons transférés	1,1	
% de grossesses par TEC	22,40 %	



La vitrification

Il s'agit d'une technique de «cryoconservation rapide» qui permet à un liquide de se solidifier sans formation de cristaux.

Elle est autorisée en France depuis 2010. Elle est pratiquée dans notre centre depuis 2011. Cette technique a pour but d'améliorer le taux de survie embryonnaire post décongélation et in fine les taux de grossesses issues d'un TEC. Les résultats des équipes pratiquant la vitrification montrent des taux de survie supérieurs à 90% et de grossesses supérieures à 30% par transfert.

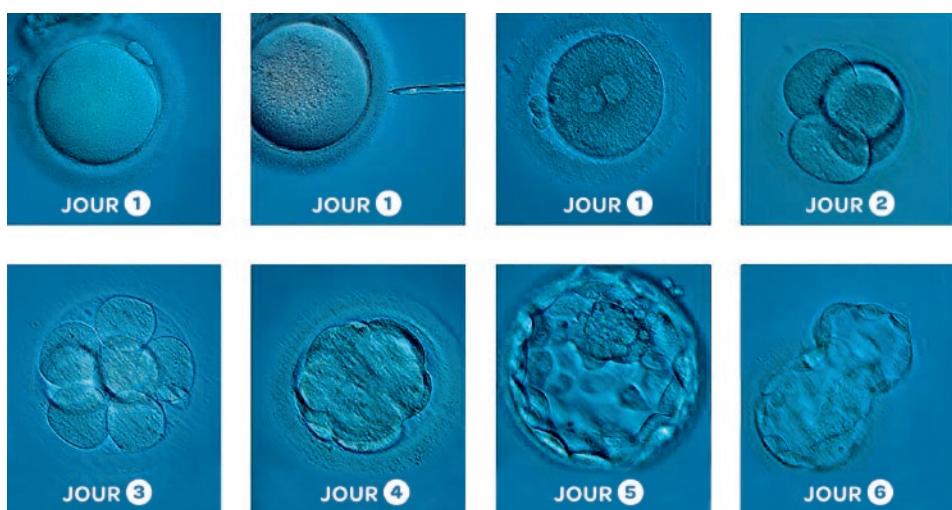
Blastocyste

Le transfert d'embryon est l'ultime étape de la fécondation in vitro.

L'ovocyte est inséminé avec le spermatozoïde au laboratoire. Lorsque la fécondation a lieu, le développement de l'embryon commence et celui-ci donnera lieu au futur bébé.

Le blastocyste correspond à l'état de l'embryon au bout de 5 ou 6 jours de développement. Dans des conditions naturelles c'est précisément lors de cette phase que l'embryon est prêt à s'implanter dans l'endomètre.

C'est la raison pour laquelle le blastocyste a de plus grandes possibilités d'engendrer une grossesse après transfert ce qui constitue un de ses principaux avantages.



Cependant tous les embryons ne parviennent pas à cette phase en laboratoire.

Dans notre centre, au vu de ces résultats, et dans la mesure du possible, nous privilierons alors le transfert d'embryon au stade blastocyste.

Dans le même sens, notre centre est favorable au transfert d'un seul embryon (SET ou Single Embryo Transfert) afin de limiter le risque de grossesses gémellaires grevées d'une morbidité obstétricale importante, ce d'autant que les taux cumulés de grossesses (après transfert de tous les embryons obtenus lors d'une ponction, frais et congelés) sont équivalents voir meilleurs à ceux obtenus après transferts de deux embryons frais (DET ou Double Embryo Transfert) puis des embryons congelés.

Au sein de cette spécialité dans laquelle les techniques et la connaissance des mécanismes expliquant l'infertilité ne cessent de progresser, notre équipe est attentive à assurer au couple une prise en charge de qualité afin d'optimiser leur chance de procréer.

Parallèlement, le bien-être de ces couples, les rassurer tout au long de ces examens et de ces traitements complexes, sont des priorités pour tous les intervenants : cliniciens, biologistes et soignants de la Polyclinique Majorelle.

Fatigue et vieillissement du visage en 2019 : une large gamme de soins

Pour ceux qu'on trouve fatigués, alors qu'ils ont bien dormi, et qui ne supportent plus les remarques régulières des collègues, il existe des soins efficaces, médicaux ou chirurgicaux, temporaires ou définitifs. Pour d'autres, plus âgés, qui sont gênés par l'inadéquation entre leur psychisme, leur mode de vie et leur visage, la chirurgie plastique peut apporter un certain réconfort. Comment ? Pour quel risque ? Avec quels résultats ? Passage en revue des principales techniques de « rajeunissement » du visage.

Par le Dr Jean-Pascal FYAD, chirurgien esthétique.

L'acide hyaluronique

Utilisé sous forme de gels résorbables de viscosités différentes, l'acide hyaluronique permet de combler à la demande les rides, ridules et dépressions du visage. Efficace, avec peu d'effets secondaires, et facile d'utilisation, il est devenu l'acte N°1 en médecine esthétique. Sa tenue dans le temps dépend de la viscosité du gel, entre 6 et 18 mois.

Comblement des sillons nasogéniens par gel d'acide hyaluronique.



Comblement des cernes par gel d'acide hyaluronique.



La blépharoplastie

La plus simple (paupières supérieures) est réalisable sous anesthésie locale. La plus complète corrige en outre le plissé des paupières inférieures, les poches graisseuses et les cernes pour retrouver son regard « comme avant ». L'intervention est alors réalisée sous sédation ou sous anesthésie générale, en ambulatoire. Il n'y a plus aucune trace après deux semaines. C'est l'opération du visage la plus demandée.

Blépharoplasties supérieures et inférieures avec comblement graisseux des cernes et des vallées des larmes (séquelles de maladie de Basedow).



Blépharoplasties supérieures et inférieures avec comblement graisseux des cernes et des vallées des larmes.



Le lifting cervico-facial

Cette intervention est un paradoxe : fantasme pour ses effets « anti-âge », c'est aussi la plus décriée (avec sans doute l'augmentation excessive des lèvres) !

Il faut dire que beaucoup de vedettes télévisuelles lui ont fait une bien mauvaise publicité : augmentation caricaturale des volumes, déformation de la bouche, disparition des expressions et perte du caractère « familier » du visage. Et pourtant, utilisée à bon escient, c'est la seule technique capable de corriger efficacement les grands relâchements cutanés du bas du visage et du cou, sans effet caricatural !

Les résultats dépendent pour partie de la qualité de la peau et de la structure du visage. Le lifting est souvent associé à une chirurgie du regard, et à une restauration des volumes graisseux.

Lifting cervico-facial avec restauration des volumes par greffes graisseuses.



Lifting cervico-facial de l'ovale et du cou.



Le peeling profond

L'héliodermie regroupe les altérations cutanées liées aux UV : rides et ridules (front, lèvres, joues, pattes d'oie), lentigos (taches solaires).

Chez certaines personnes les prédispositions génétiques ou le tabac majorent sévèrement la profondeur des rides.

Pour ces personnes, le peeling profond (ou toute autre technique de destruction du derme superficiel : dermabrasion, laser CO₂) est une solution extrêmement efficace.

Il nécessite cependant, du fait de son caractère agressif, une sélection rigoureuse des patients et un accompagnement tout au long de la phase de cicatrisation. Ses résultats sont souvent spectaculaires.

Peeling profond du visage.



Peeling profond du visage.



► Pour retrouver les fiches d'information officielles de chaque intervention : www.drfyad.fr