



Adobe Stock | #358449229

SOMMAIRE

- ▶ **La recherche clinique**
SAS ORACLE 1, 2
- ▶ **OTOSCOPIE : comment optimiser ce geste en médecine ?**
Dr Nicolas BOULANGER 2 à 4
- ▶ **Le spondylolisthésis par lyse isthmique**
Dr Laurent ZABÉE et Dr Emmanuel BRAUN ... 5 à 8
- ▶ **Restoris, le traitement de référence pour la dysfonction érectile au Centre d'Urologie de Gentilly - Nancy**
Dr Bruno PIERFITTE pour le Centre d'Urologie des Drs CHOPIN, GAUCHER, HUBERT, MAIRE, NICOLAS, PIERFITTE 9, 10
- ▶ **Le casque à réalité virtuelle en soins palliatifs**
Dr Stéphanie CHALOT 11
- ▶ **Arthrodèse lombaire mini invasive par voie postérieure trans-foraminale : le mini T-LIF**
Dr Aurélie TOQUART 12 à 14
- ▶ **Quand la poitrine est un handicap : la réduction mammaire**
Dr Jean-Pascal FYAD 15
- ▶ **Les établissements ELSAN du Grand Nancy parmi les meilleurs hôpitaux privés de France dans le dernier palmarès du Point** 16



La recherche clinique

SAS ORACLE

L'unité de recherche clinique ORACLE a été créée par intérêt scientifique avant tout, elle permet aux patients d'accéder aux nouveautés thérapeutiques et de disposer des traitements de demain.

C'est également un moyen d'être un acteur de poids dans le domaine de la cancérologie au niveau régional, et de participer activement aux avancées thérapeutiques. L'activité de recherche clinique est au cœur du Plan Cancer.

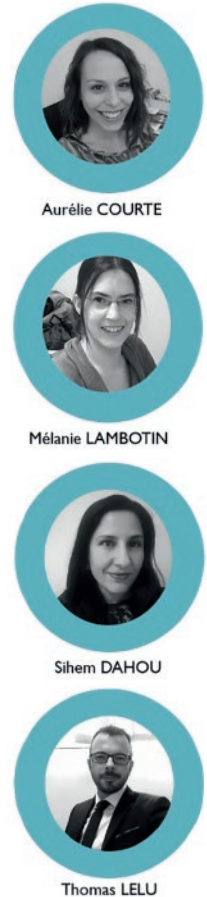
L'objectif est d'améliorer la prise en charge future des cancers mais également de contribuer à la découverte de nouveaux traitements et de nouvelles stratégies qui pourront bénéficier à un grand nombre de personnes touchées par le cancer.

De nombreux progrès restent à accomplir, tant dans la recherche de nouveaux traitements que dans l'élaboration de nouvelles stratégies thérapeutiques. C'est dans cette optique que dans le respect de la loi relative à la protection des personnes qui se prêtent à une recherche biomédicale, loi dite de « Bio-Ethique » du 9 Août 2004 (Loi n°2004-806), le patient peut se voir proposer la participation à un essai clinique, après validation par l'investigateur et l'équipe de recherche clinique de critères d'inclusions stricts.

Présentation de l'équipe médicale de recherche clinique :



Présentation de l'équipe :



- Plus de 300 essais clinique depuis 2005.
- Plus de 3600 patients se sont vu présenter un essai clinique.
- Plus de 150 publications.



ELSAN CLINIQUE SAINT-ANDRÉ

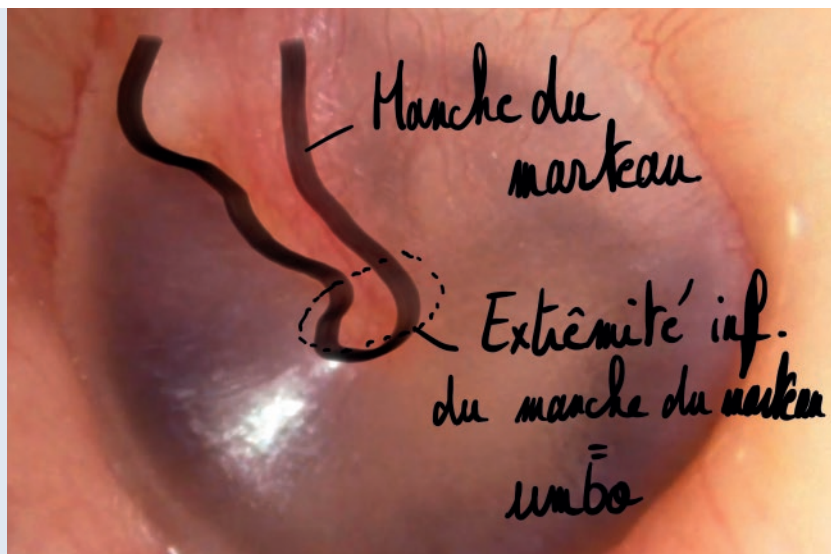
OTOSCOPIE : comment optimiser ce geste en médecine ?

Dr Nicolas BOULANGER, ORL NANCY, Clinique SAINT-ANDRÉ

Dans cet article, nous reverrons l'essentiel à savoir en otoscopie en MG.

Partie 1 : Quels sont les meilleurs otoscopes disponibles en MG et quels sont les moyens simples d'ablation de bouchon de cérumen en consultation ?

Partie 2 : Disponible au format numérique à l'adresse www.guideline.care où nous reverrons l'interprétation des otoscopies sous forme de vidéos de tympan commentées et annotées en live.



Partie 1

Pour faire une bonne otoscopie, il faut pouvoir déjà bien voir la membrane tympanique.

Pour cela, il faut 3 choses :

- de quoi enlever le cérumen ;
- un bon otoscope ;
- un patient (enfant) coopérant.

La meilleure technique pour enlever le cérumen chez l'enfant est une anse LED, elle ressemble à un jouet, rassure l'enfant et est très efficace pour enlever le cérumen en éclairant l'oreille de l'enfant.



Anse LED pour ablation du cérumen chez l'enfant.

Vous pouvez en commander sur Amazon ou Alibaba (moins de 1 euro pièce).

Pour les adultes, la meilleure solution est de faire un lavage d'oreille pour enlever le cérumen. Le meilleur système que je connaisse est celui-ci.



Ear Wash System WelchAllyn.

Toujours utiliser de l'eau tiède, l'eau trop chaude ou trop froide entraîne une stimulation calorique de l'oreille interne et peut créer un vertige. Ce système se branche au robinet, il vous faudra donc un point d'eau dans votre salle de consultation pour vous en servir.

Si vous n'avez pas de point d'eau disponible, vous pouvez acheter une poire de lavage d'oreille et la remplir d'un énéma = eau tiède un peu savonneuse (utiliser du savon liquide). Le savon permet de mieux décoller le cérumen de la peau de l'oreille du conduit auditif.



Pour le commander, il est lui aussi disponible sur Amazon ou Alibaba.

Petit aparté : A quoi sert le cérulyse ?

Le cérulyse ne fait pas disparaître les bouchons ! Il les ramollit. C'est déjà pas mal, mais le principe c'est d'en placer dans l'oreille en cas de bouchon dur et adhérent pour l'enlever plus facilement à la poire après par exemple !

A ce stade, vous devriez pouvoir visualiser un tympan dans toutes les situations quelque soit la quantité de cérumen dans le conduit auditif.

Passons donc à la 2^e étape : Comment bien voir le tympan ?

Je vais être très cash d'emblée, quand j'utilise les otoscopes de mes amis MG, je ne vois pas grand chose.

Exemple de type d'appareil très peu performant (peu importe la marque) :

Il y a plusieurs types d'otoscopes : classique, pneumatique et connecté.

Nous allons faire un tour des otoscopes que je trouve les plus performants.



Je précise que je n'ai aucun lien d'intérêt avec les fabricants.

D'ailleurs, vous savez quoi en ORL, on n'utilise pas « vos » otoscopes, on utilise un microscope comme celui-là par exemple :



Le gros intérêt du microscope est de pouvoir faire une otoscopie en ayant les deux mains libres ! Cela change tout, cela permet de faire des aspirations et des soins locaux.

Revenons aux différents otoscopes

Dans les otoscopes dits « classiques », le plus performant selon moi est le macroview de WelchAllyn.



L'otoscope se tient de 2 grandes façons :

1 Prise « marteau »



2 Prise « ulnaire »



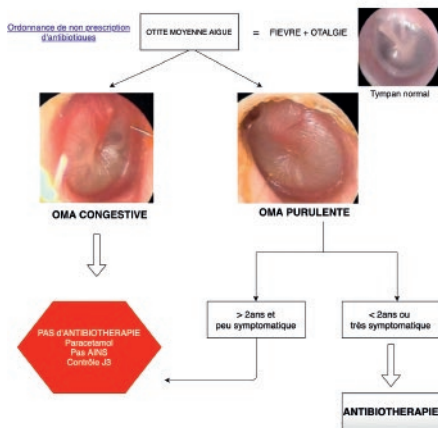
Il faut privilégier la prise ulnaire car elle permet, notamment chez les enfants +++ , de vite ressentir un mouvement de la tête du patient lors de l'examen et donc de retirer l'otoscope pour éviter de le blesser.

Parlons maintenant de l'otoscope pneumatique. Ce type d'otoscope est carrément sous utilisé en France alors qu'il est super super pratique pour faire le diagnostic d'une collection rétro tympanique.

L'intérêt de diagnostiquer une collection rétro tympanique est CAPITAL dans 2 grandes situations :

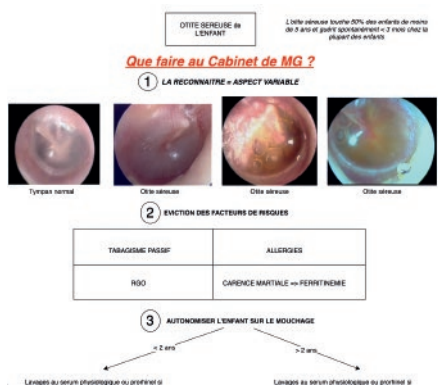
1. L'otite moyenne aiguë (OMA) est-elle congestive ou collectée ?

La réponse à cette question change la prise en charge thérapeutique comme vous pouvez le voir dans cette fiche sur les OMA disponible sur www.guideline.care (taper « otite » dans la barre de recherche ou scanner le QR ci-contre) :



2. L'otite séreuse de l'enfant

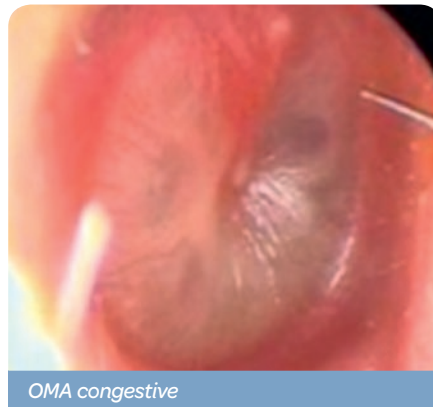
Comme vous pouvez le voir dans cette fiche sur les otites séreuses de l'enfant : www.guideline.care (taper « otite séreuse » dans la barre de recherche ou scanner le QR code ci-contre) :



L'otoscope pneumatique permet donc (à l'aide d'une petite poire) d'insuffler de l'air dans le conduit auditif pendant que l'on réalise l'otoscopie.

- 1. Lorsque la caisse du tympan est remplie d'air (situation normale), vous verrez la membrane du tympan se mobiliser sous la pression de l'air que vous insufflez.
- 2. S'il y a une collection par contre, la membrane tympanique sera immobile signant un épanchement rétro tympanique, et ça c'est super pratique !

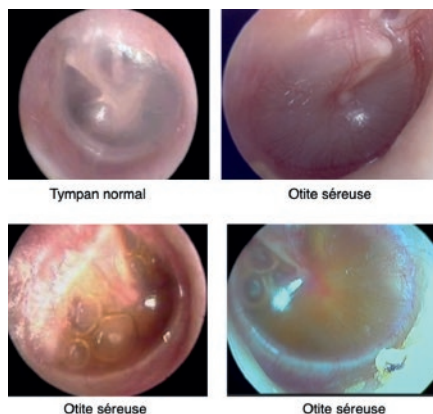
En effet une **otite moyenne aiguë congestive** ne nécessitera pas d'antibiothérapie selon les recommandations HAS de la SFORL.



Une **otite moyenne aiguë collectée**, c'est à dire avec un épanchement liquidienn purulent à la place de l'air dans la caisse du tympan, pourra nécessiter une antibiothérapie.



Pour les otites séreuses, c'est parfois difficile d'identifier un épanchement rétro tympanique chez l'enfant... les aspects otoscopiques sont très variables d'un patient à l'autre.



Ce type d'otoscope permet de prendre une photo ou une vidéo de l'otoscopie. Le gros intérêt est de demander en cas de doute un avis à votre correspondant ORL.

La demande d'un avis sur une image de manière asynchrone se nomme la télé expertise. Elle est rémunérée par la CPAM depuis 2019.

Dernier otoscope : l'otoscope numérique

La meilleure solution (et de loin) pour l'otoscopie numérique est d'acheter un oto-endoscope et de l'adapter à votre smartphone. Vous profiterez ainsi des qualités photo et vidéos exceptionnelles des iPhones Apple® par exemple.

Voici un lien où s'en procurer : <https://endoscope-i.com/> WelschAllyn vient de sortir le macroview numérique également ici :

Vous pouvez aussi acheter l'otoscope macroview dans une version numérique. En effet, le macroview est disponible en version classique et en version numérique.

Comptez 600 euros pour le macroview classique, 1000 euros pour le modèle numérique et 1500 euros pour l'oto endoscope qui s'adapte à votre smartphone.

Ce type de matériel a une durée de vie très longue, comptez 15 ans en usage standard.

Cela représente un budget certes, parmi mes amis MG, aucun ne regrette d'avoir changé son vieille otoscope pour l'un de ses otoscopes plus modernes.

Dernière étape : comment obtenir une coopération de l'enfant ?

- 1. Créer un environnement rassurant, j'évite les termes « Ne bouge pas » avant de commencer l'examen... car « Ne bouge pas » chez l'enfant peut être entendu comme « si tu bouges, tu vas avoir mal ».
- 2. Détourner son attention, avec les parents à côté, une peluche, un écran. La peluche a des oreilles ? Je fais une otoscopie de la peluche. L'enfant est plus grand ? Je lui dis que je vais faire une photo comme pour un selfie avec un smartphone.
- 3. Avoir une anse pour retirer le cérumen ! Dans la vraie vie, il y a toujours un peu de cérumen à retirer (Cf. plus haut).

Voilà la première partie de l'article est terminée.

La deuxième partie avec otoscopies commentées et annotées est disponible au format numérique en tapant l'adresse www.guideline.care ou en scannant le QR code ci-contre :



En réalisant cette deuxième partie, vous pourrez valider votre 1h votre DPC en MG grâce à guideline.care !

Le spondylolisthésis par lyse isthmique

Dr Laurent ZABÉE et Dr Emmanuel BRAUN, Unité du Rachis - Groupe ELSAN - Polyclinique de Gentilly - Clinique Saint-André - Polyclinique Majorelle

1 Introduction

La première observation d'un spondylolisthésis a été faite en 1782 par Herbiniaux, obstétricien belge, qui remarqua des difficultés lors d'accouchement chez certaines femmes présentant une déformation de la jonction lombo-sacrée. Ces accouchements étaient compliqués par l'étroitesse des voies naturelles à cause du glissement de la vertèbre L5 en avant du sacrum.

Le terme de spondylolisthésis a été utilisé la première fois par Kilian en 1853. Il est dérivé du grec « spondylos » qui signifie vertèbre et « olisthesis » qui signifie glissement.

Taillard le définit comme « le glissement en avant d'un corps vertébral accompagné de ses pédicules, de ses apophyses transverses et de ses articulaires supérieures. » Ce glissement est permis par une solution de continuité ou une elongation de la portion inter articulaire ou isthme (pars interarticularis).

On parle de spondylolyse lorsqu'il y existe une lyse de la pars interarticularis ou isthme sans glissement.

2 Épidémiologie

Le spondylolisthésis est une affection assez fréquente.

La majorité des spondylolisthésis survient entre 5 et 7 ans.

L'incidence de la spondylolyse dans la population générale est de 6% avec un ratio homme/femme de 2/1. Ce pourcentage ne semble pas augmenté avec l'âge.

L'incidence du spondylolisthésis chez les enfants de moins de 6 ans est de 2,6% alors qu'il est de 5,4% chez les adultes.

Environ 50 à 65% des lyses isthmiques s'accompagnent d'un glissement vertébral.

Il semble exister un caractère génétique et familial de la spondylolyse et du spondylolisthésis puisque 26% des patients porteurs d'un spondylolisthésis par lyse isthmique ont un parent proche au 1^{er} degré atteint de la même pathologie.

L'incidence varie en fonction de l'ethnie. Elle est plus fréquente dans la population caucasienne que dans la population noire. Chez les Esquimaux d'Alaska, l'incidence est d'environ 50%.

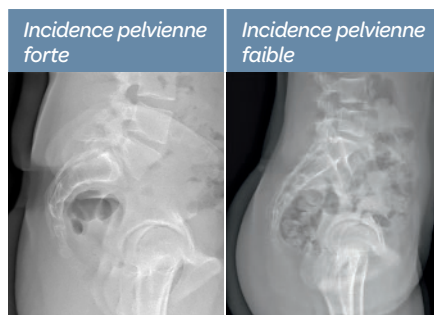
Dans près de 90% des cas, la lyse atteint la vertèbre L5. Dans 10% des cas c'est la vertèbre L4 qui est atteinte et de façon plus exceptionnelle L3, L2 ou L1. Aucune description n'a été faite au niveau thoracique et elle est exceptionnelle au niveau cervical.

Spondylolyse et spondylolisthésis sont la rançon de la verticalisation. Ces lésions n'ont jamais été observées chez des sujets non marchants.

3 Notion d'équilibre sagittal du rachis

L'incidence pelvienne (IP) est l'angle entre la perpendiculaire au plateau sacré et la ligne joignant le centre des têtes fémorales avec le milieu du plateau sacré. L'incidence pelvienne reste stable tout au long de la vie. Ses valeurs normales sont entre 35 et 85°.

On distingue les bassins à incidence pelvienne forte des bassins à incidence pelvienne faible.



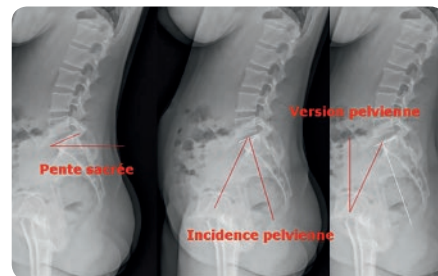
Épaisseur importante du bassin

Épaisseur faible du bassin

○ **La pente sacrée (PS)** est l'angle d'inclinaison du plateau sacré de profil par rapport à l'horizontale.

○ **La version pelvienne (VP)** est l'angle entre la verticale et la ligne joignant le centre des têtes fémorales avec le milieu du plateau sacré.

Il existe la relation $IP = PS + VP$.



4 Physiopathogénie

L'acquisition de la lordose conduit à l'inclinaison du plateau sacré et de la vertèbre L5 exposant ainsi l'isthme de L5 au cisaillement (effet coupe cigare) entre l'articulaire inférieure de L4 et l'articulaire de S1.

L'isthme se rompt progressivement réalisant une fracture de fatigue. Cette fracture ne consolide pas et aucune réaction périostée n'est visible. La cicatrisation s'organise en tissu fibrocartilagineux nommé nodule de Gill.

L'équilibre sagittal du rachis influence l'incidence des spondylolisthésis par lyse isthmique.

En effet, une lordose forte et une incidence élevée augmentent les contraintes en cisaillement.

5 Classifications

Il existe plusieurs classifications.

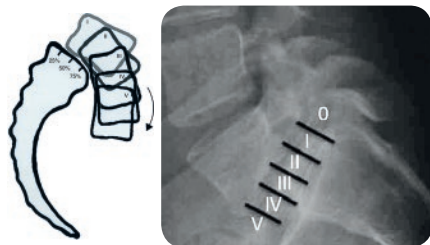
La classification de WILSTE, MAC NAB et NEWMAN décrit 5 types de spondylolisthésis selon l'étiologie et des critères topographiques.

○ **Type 1** : SPL dysplasique = il s'agit d'une lésion congénitale de la région lombosacrée avec atteinte des facettes articulaires de S1 ou de l'arc postérieur de L5. La pars interarticularis est intacte mais elle est gracile et allongée.

- **Type 2** : SPL liés à une anomalie de l'isthme (pars interarticularis). Il en existe 3 types :
 - ➔ A. Lyse isthmique par fracture de fatigue de la pars interarticularis
 - ➔ B. Élongation de la pars interarticularis
 - ➔ C. Fracture de la pars interarticularis
- **Type 3** : SPL dégénératif par dégénérescence discale et artulaire
- **Type 4** : SPL Traumatique avec fracture « aiguë » après un traumatisme violent ; cette situation est exceptionnelle
- **Type 5** : SPL pathologique (processus néoplasique ou métabolique)

MEYERDING a proposé en 1932 une classification basée sur le degré de glissement. Il distingue 5 degrés :

- **Grade 1** : glissement de 25% ou moins
- **Grade 2** : glissement compris entre 25 et 50%.
- **Grade 3** : glissement compris entre 50 et 75%.
- **Grade 4** : glissement de plus de 75%
- **Grade 5** : spondyloptose.



Cependant aucune de ces classifications ne prend en compte la balance sagittale sacro-pelvienne et donc ne permet pas au chirurgien de définir une stratégie opératoire. Le groupe d'étude des déformations rachidiennes (Spinal Deformity Study Group = SDSCG) a proposé une classification des spondylolisthésis L5S1 basée sur trois caractéristiques qui peuvent être analysées sur des radiographies de profil.

Les critères étudiés sont :

- A. Le degré de glissement (faible ou élevé).
- B. L'incidence pelvienne (faible, normale ou élevée).
- C. L'équilibre sagittal lombo-pelvien (équilibré ou non équilibré).

SPL L5S1	Bas Grade	Type 1 PI < 45° (nutcracker)
		Type 2 45° < PI < 60°
		Type 3 PI > 60°
SPL L5S1	Haut Grade	Type 4 Pelvis équilibré
		Pelvis Rétroversé
		Type 5 rachis équilibré Type 6 rachis déséquilibré

6 Formes cliniques

61. Formes asymptomatiques

Le spondylolisthésis par lyse isthmique est le plus souvent asymptomatique et découvert de manière fortuite.

62. Lombalgies aiguës ou subaiguës

Cette circonstance de découverte est plutôt rare et doit faire douter de la seule participation du spondylolisthésis à l'origine de cette lombalgie. Il peut s'agir d'une fracture isthmique lors d'un épisode traumatique en hyper extension plus ou moins violent.

63. Lombalgies chroniques

C'est le mode de découverte le plus habituel. Il s'agit d'une lombalgie basse en barre d'allure mécanique avec majoration de celle-ci lors des activités et amélioration au repos.

64. Radiculalgies

C'est le deuxième signe après la lombalgie. Elle concerne essentiellement la racine L5 qui est comprimée soit par le nodule de Gill soit par la sténose foraminale L5S1. Elles sont souvent tronquées au genou.

La racine L5 peut également être comprimée par une hernie discale L4L5. On parle de double crush syndrome lorsque la racine L5 est comprimée à la fois par une hernie L4L5 et dans le foramen L5S1.

7 Évaluation radiologique

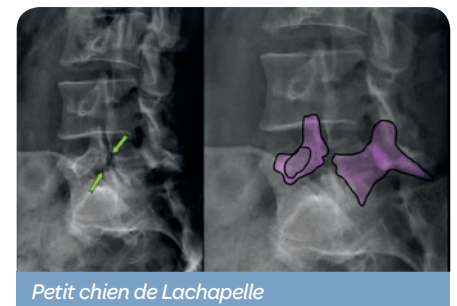
71. Les radiographies :

Il faut demander des radiographies de face, de profil et de trois quarts.

La lyse est difficilement identifiable sur les radiographies de face vraie et se diagnostique mieux sur les clichés avec rayons ascendants.

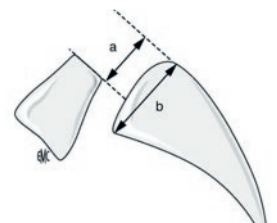
Les clichés de profil sur grande cassette permettent d'évaluer l'équilibre sagittal.

Les clichés de trois quarts recherche le chien de Lachapelle décapité. Les clichés dynamiques de profil permettent de mettre en évidence une instabilité.



Les clichés de profil permettent de classer le spondylolisthésis selon Meyerding, de calculer le pourcentage de glissement selon Taillard (rapport entre la zone découverte du plateau supérieur de S1 sur le plateau complet) et le pourcentage de glissement de Boxall (rapport de la zone découverte du plateau supérieur de S1 sur le diamètre antéro-postérieur de L5).

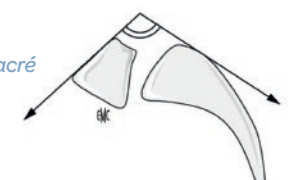
Pourcentage de glissement de Taillard



Les clichés de profil permettent surtout d'évaluer la rotation entre L5 et S1 et donc d'évaluer la cyphose lombo-sacrée.

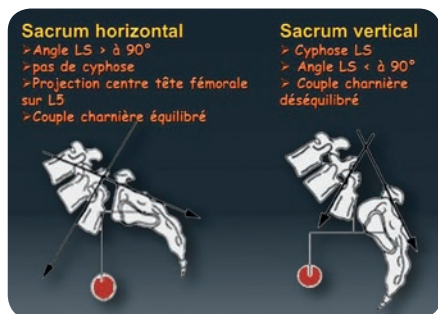
L'angle lombosacrée de Dubousset est le plus utilisé. Il est formé par le bord supérieur de L5 et le bord postérieur de S1. Normalement cet angle est supérieur à 100°. On parle de cyphose sévère lorsqu'il est inférieur à 90°.

Angle lombo-sacrée de Dubousset





Deux formes de spondylolisthésis peuvent être distinguées : les formes à sacrum vertical et les formes à sacrum horizontal.



Les spondylolisthésis à sacrum vertical sont d'apparition précoce et sont la conséquence d'une instabilité régionale importante. Une cyphose lombosacrée s'installe progressivement et le pelvis est rétroversé.

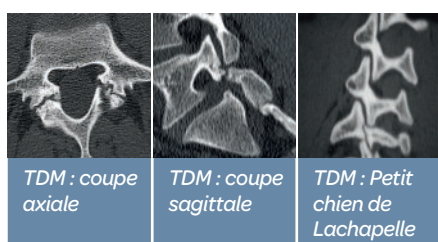
Tout ceci peut aboutir à la spondyloptose. Le tableau clinique est en général très symptomatique.

Les spondylolisthésis à sacrum horizontal sont plutôt d'origine microtraumatique du fait de contraintes locales excessives.

Le déplacement est moins évolutif et la cyphose lombo sacrée est moins importante voire inexistante. Ils sont souvent asymptomatiques.

72. Le scanner :

La lyse isthmique est facilement identifiable sur les coupes osseuses. On apprécie également les limites des foramens.



73. L'IRM

Elle permet d'apprécier au mieux l'état des disques, des plateaux vertébraux et des foramens intervertébraux.

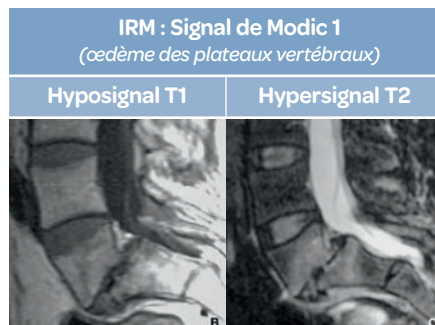
L'appréciation de l'état d'hydratation du disque selon la classification de Pfirrmann est importante.

Si le disque est bien hydraté au niveau lésionnel, une reconstruction isthmique peut être proposée.

Si le disque sus-jacent est altéré, l'arthrodèse est en général prolongée.

Des modifications de signal des plateaux vertébraux peuvent être présents.

Il peut s'agir d'un signal de Modic 1 (Hypo-signal T1 et Hypersignal T2) en général corrélé avec des patients très lombalgiques et très invalidés.



L'étude du foramen intervertébral permettra d'identifier une compression racinaire. L'IRM permet de mettre en évidence une compression de la racine dans le foramen et d'en apprécier sa sévérité.

Classification des sténoses foraminales		
V : Vertèbre - D : Disque - NR : racine - nerveuse - LF : ligament jaune - FJ : facette articulaire		
Foramen normal Racine entourée de graisse		
Grade 1 Sténose modérée	Disparition de la graisse antéro-postérieure modérée	
	Disparition de la graisse supéro-inférieure modérée	
Grade 2 Sténose moyenne	Disparition de la graisse antéro-postérieure et de la graisse supéro-inférieure moyenne	
	Disparition de la graisse antéro-postérieure et de la graisse supéro-inférieure et déformation de la racine	
Exemple de grade 3 : sténose foraminale sévère. La racine est déformée		

8 Histoire naturelle

Il faut distinguer les spondylolisthésis lytiques (à sacrum horizontal) et les spondylolisthésis dysplasiques (à sacrum vertical). Ces derniers sont pris en charge par les pédiatres.

Les spondylolisthésis lytiques s'aggravent essentiellement à l'âge adulte par pincement discal. Le verrou discal saute et permet le listhésis.

Selon Boxal, le facteur prédictif le plus important dans la progression du spondylolisthésis est un angle de glissement de plus de 55°. Cet angle est défini par l'angle formé entre la ligne parallèle au plateau inférieur de L5 et la perpendiculaire à la face postérieure du corps de S1.

Les patients avec une incidence pelvienne faible et une faible pente sacrée ont un faible risque de voir progresser leur spondylolisthésis. A contrario, les spondylolisthésis dysplasiques et les glissements importants (> 50%) sont des facteurs de progression.

D'autres facteurs de progression ont été identifiés. Il s'agit des personnes de sexe féminin et les enfants avant leur poussée de croissance.

9 Traitement

91. Le traitement conservateur :

Il concerne la majorité des spondylolisthésis.

S'il s'agit d'une lombalgie aiguë secondaire à une fracture isthmique, on cherche une consolidation du foyer de fracture par une immobilisation par un héli bermuda pendant deux à trois mois.

En cas de lombalgies chroniques, un traitement symptomatique associant repos avec simple ceinture lombaire, antalgiques, anti-inflammatoires et physiothérapie sera proposé.

S'ajoute au traitement symptomatique, un travail sur la mobilité sous pelvienne. En effet, il existe fréquemment une raideur sous pelvienne qui doit être prise en compte dans la prise en charge rééducative.

Des séances de renforcement musculaire doivent être proposées.

En cas de radiculalgies, outre le traitement symptomatique habituel, pourront être proposées des infiltrations scanno-guidées.

En cas de découverte fortuite d'une spondylolyse ou d'un spondylolisthésis à faible déplacement, aucun traitement particulier n'est nécessaire. Il faut bien expliquer le caractère bénin de cette pathologie au patient.

Aucune restriction physique ou sportive ne doit lui être imposée. Les patients pratiquant des sports en hyper extension doivent être informés du risque d'aggravation de leur état en cas de poursuite de leurs sports favoris (gymnastique, équitation, danse).

Une surveillance radiographique est nécessaire tous les six à douze mois. Nonobstant, les activités physiques professionnelles doivent être adaptées et le port de charges lourdes prohibé.

92. Le traitement chirurgical :

92.1. La reconstruction isthmique :

La fracture isthmique ancienne se comporte comme une pseudarthrose.

Le but de l'intervention est de réparer l'isthme en retirant le tissu fibrocartilagineux ou nodule de Gill, d'aviver les bords de l'isthme, d'y apposer de la greffe osseuse autologue et de stabiliser l'ensemble par une vis-crochet.



Cette option thérapeutique est à réserver aux lyses isthmiques sans déplacement donc à la seule spondylolyse avec un disque d'aspect normal à l'IRM tant sur le plan de sa hauteur que de son hydratation.

92.2. Les arthrodèses

Elles sont toujours associées à une décompression lorsqu'il existe une compression radiculaire.

Cette décompression est soit directe lorsque l'abord est postérieur soit indirecte lorsque l'abord est antérieur.

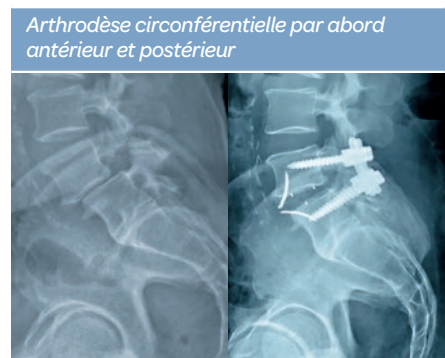
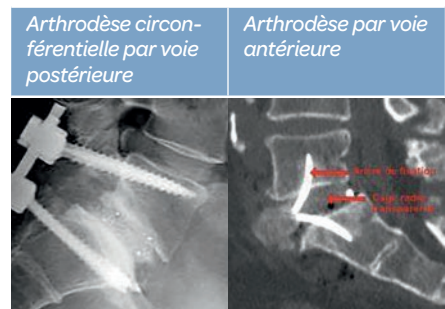
Le but des arthrodèses instrumentées est de réduire et stabiliser le spondylolisthésis.

Plusieurs techniques existent.

Les plus communes sont les arthrodèses postéro latérales, les arthrodèses circonférentielles, les arthrodèses par voie antérieure et les arthrodèses par double abord antérieur et postérieur.

- Les arthrodèses postéro latérales et circonférentielles se réalisent par un abord postérieur.
- Les arthrodèses postéro latérales instrumentées consistent en la mise en place d'une stabilisation rigide avec vis pédiculaires et greffe postérolatérale.

Pour réaliser une arthrodèse circonférentielle, on ajoute une cage intersomatique par voie postérieure à l'arthrodèse postérolatérale.



10 Spondylolisthésis et sport

Un nombre important de spondylolyse est constaté chez les sportifs pratiquant des sports associant hyper extension et rotation comme la gymnastique, la lutte et le cricket.

La prévalence de la spondylolyse a été évaluée pour des sportifs de compétition espagnols :

- aviron : 16 % ;
- gymnastique : 14 % ;
- trampoline : 16 % ;
- haltérophilie : 13 %
- sport de combat : 11 % (boxe : 14 %, judo : 11 %, karaté : 9 %) ;
- natation : 10 % ;
- athlétisme : 9 % (course : 7 %, sport de lancer : 27 %, décathlon : 13 %).

La seule contre-indication formelle à la pratique sportive semble être un spondylolisthésis avec un glissement supérieur à 50 %, même s'il est asymptomatique.

En réalité, cette éventualité est rarissime car un tel glissement s'accompagne toujours de modifications de la posture, du pas et de la bascule pelvienne qui sont très rapidement incompatibles avec une pratique sportive intensive.

Par contre, la pratique sportive est possible chez toutes les autres personnes.

Il faut insister auprès du sportif afin qu'il modifie les gestes potentiellement microtraumatiques.

Il faut avant tout apprécier les capacités physiques et juger les plaintes fonctionnelles avant de se décider sur une aptitude sportive, quel que soit l'importance de la lyse isthmique.

Restoris, le traitement de référence pour la dysfonction érectile au Centre d'Urologie de Gentilly - Nancy

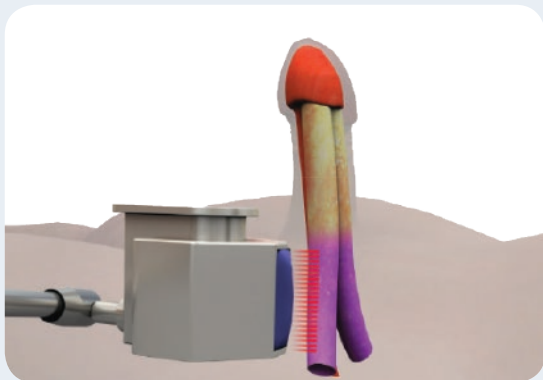
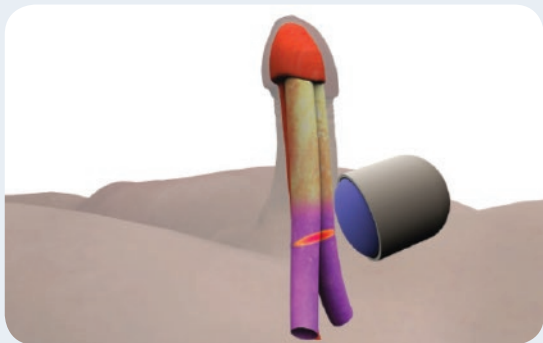
Dr Bruno PIERFITTE pour le Centre d'Urologie des Drs CHOPIN, GAUCHER, HUBERT, MAIRE, NICOLAS, PIERFITTE
Médipôle de Gentilly - Nancy



Le centre d'Urologie à Nancy est équipé du système Renova, permettant d'administrer le traitement Restoris aux patients souffrant de dysfonction érectile ou de douleurs péniennes.

Ce traitement traite la dysfonction érectile grâce à des ondes de choc linéaires de faible intensité. Plusieurs études cliniques ont permis de mettre en évidence le bénéfice du traitement, qui agit sur la cause et non sur les symptômes de la dysfonction érectile ou des douleurs péniennes. Le traitement par ondes de choc est utilisé depuis de nombreuses années en médecine.

C'est un traitement non invasif, sans anesthésie, simple, rapide, sans douleur et sans effet secondaire qui permet retrouver une activité sexuelle saine et sans contrainte.



Qui peut bénéficier du traitement Restoris ?

Ce traitement est la solution pour les patients souffrant de :

- **Maladie de Lapeyronie** (phase dite inflammatoire ou active).
- **Douleurs péniennes chroniques** (CPPS ou prostatite chronique).
- **Dysfonction érectile en raison d'une déficience vasculaire ou mixte**. Le traitement est également approprié aux patients présentant une contre-indication ou des effets secondaires aux IPDE5 (de type Viagra, Cialis ou Levitra), ou qui ne répondent pas à la pharmacothérapie. Il peut aussi être préconisé aux personnes souhaitant améliorer la qualité de leurs érections suite à une prostatectomie radicale récente ou à un traitement de radiothérapie pour cancer de la prostate (protocole en phase d'études cliniques).

Il est donc particulièrement indiqué pour les hommes recherchant une alternative à la pharmacothérapie.

Pourquoi choisir le traitement Restoris ?

Pour un protocole plus court et plus efficace.

La technologie permet la création d'une grande zone focale linéaire de 70x40 mm, le long de l'organe cible (contrairement aux autres dispositifs qui génèrent uniquement un point focal). Ceci permet une meilleure couverture du corps et de la racine du pénis.

La puissance du système permet d'optimiser le traitement et de réduire le nombre de séances. En effet, le succès des protocoles repose sur la diffusion d'un nombre élevé de pulsations (5000 impulsions acoustiques par séance), ce qui permet de recouvrir plus rapidement et plus efficacement les tissus érectiles.



Combien de temps dure le traitement ?

Le nombre de séances à réaliser est déterminé en fonction du diagnostic établi avec le patient.

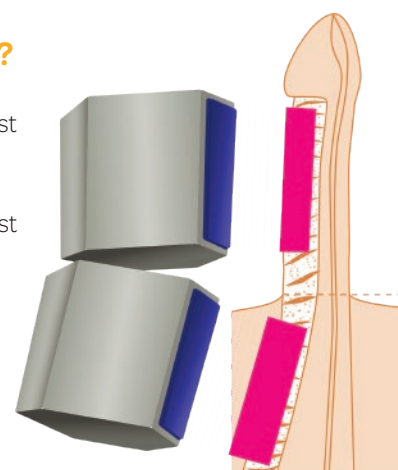
Les protocoles pour les douleurs péniennes	Type de douleurs et applications	Nombre de séances	Les protocoles pour le traitement de la DE	Degré de sévérité	Nombre de séances
Prostatite chronique et du syndrome de la douleur pelvienne chronique (PC/SDPC)	Traitement des douleurs chroniques pouvant apparaître depuis plus de 3 mois chez les personnes atteintes de douleur pelvienne chronique.	Traitement en 10 séances <ul style="list-style-type: none"> 1 ou 2 fois par semaine pour les douleurs péniennes Diffusion de 10x5000 impulsions acoustiques, soit 50 000 ondes de choc au total. 	Score IIEF supérieur à 17 sans comorbidité	Traitement de la dysfonction érectile chez les patients ayant un score au questionnaire IIEF supérieur à 17, sans comorbidité.	4 séances <ul style="list-style-type: none"> 1 fois par semaine Diffusion de 4 x 5 000 impulsions acoustiques, soit 20 000 ondes de choc sur la totalité du traitement.
	Application sur la région pelvienne (incluant le bas ventre, les muscles du plancher pelvien, le périnée, le pénis, les testicules, la prostate, l'aîne, le rectum, le coccyx).	Traitement en 12 séances <ul style="list-style-type: none"> 1 ou 2 fois par semaine pour les douleurs chroniques Avec diffusion de 12x5000 impulsions acoustiques, soit 60 000 ondes de choc sur la totalité du traitement. 			
Douleur dans le cas de la maladie de Lapeyronie	Traitement des douleurs pouvant apparaître lors de la phase aiguë de la maladie de Lapeyronie. Application sur la plaque fibreuse.	Traitement en 10 séances <ul style="list-style-type: none"> 1 ou 2 fois par semaine Diffusion de 10 x 5 000 impulsions acoustiques, soit 50 000 ondes de choc sur la totalité du traitement. 	Score IIEF supérieur à 17 avec comorbidité	Traitement de la dysfonction érectile chez les patients ayant un score au questionnaire IIEF supérieur à 17, avec comorbidités vasculaires (diabète, hypertension, maladies cardiaques, dyslipidémie, tabagisme, etc.).	6 séances <ul style="list-style-type: none"> 1 ou 2 fois par semaine Diffusion de 6 x 5 000 impulsions acoustiques, soit 30 000 ondes de choc sur la totalité du traitement.
			Score IIEF compris entre 10 et 17	Traitement de la dysfonction érectile chez les patients dont l'IIEF est compris entre 10 et 17.	6 séances <ul style="list-style-type: none"> 1 ou 2 fois par semaine Application en double traitement : 40 minutes au lieu de 20 minutes. Diffusion de 6 x 10 000 impulsions acoustiques, soit 60 000 ondes de choc sur la totalité du traitement.

Est-ce que les résultats du traitement sont pérennes dans le temps ?

Pour les patients souffrant de dysfonction érectile légère à modérée, le traitement Restoris est efficace dans 90% des cas, et le résultat est pérenne avec 3 ans de recul.

Pour les patients souffrant de dysfonction érectile sévère à très sévère, le traitement Restoris est efficace dans plus de 60% des cas, et le résultat est pérenne à 90% avec 1 an de recul.

Le traitement Restoris par Renova est recommandé par l'European Association of Urology.
www.restoris.fr



Le casque à réalité virtuelle en soins palliatifs

Dr Stéphanie CHALOT, Soins palliatifs.



Le casque à réalité virtuelle a été présenté au CLUD's (comité de lutte contre la douleur et symptômes) en juin 2021. En septembre 2021, la Polyclinique de Gentilly a acquis un casque à réalité virtuelle de la société HYPNOVR. Ce casque est mis à disposition de l'équipe de soins palliatifs.

« Détendez-vous, soufflez, inspirez... Vous êtes sur une plage tropicale ou dans une forêt... Comme dans une bulle de tranquillité ». Cette immersion dans un environnement en trois dimensions (3D), plongeant les patients dans un état de conscience proche l'hypnose médicale, donne l'opportunité aux patients d'être apaisés pour être soignés en toute sérénité.

L'équipe des soins palliatifs, l'infirmière ressource douleur, l'infirmière de la RAAC, les infirmières de coordination et la stomathérapeute de la Polyclinique proposent ce casque aux patients. Il est un réel outil lors des soins invasifs (pansements, soin de nursing, pose de cathéter...) permettant de diminuer le stress pouvant majorer la douleur. De plus, il favorise le bien-être des patients hospitalisés.

Ce dispositif a déjà fait ses preuves ! Une patiente atteinte d'un cancer avec de multiples plaies était douloureuse et anxieuse lors de la réfection du pansement de sa plaie sus malléolaire avec mise à nu des tendons et de l'os. La patiente avait pour thérapeutique une PCA (pompe auto-analgésie) de morphine et d'hypnovel. Le premier soin a été réalisé sous KALINOX mais inefficace pour la patiente. C'est alors que le casque de réalité virtuelle lui a été proposé.

L'évaluation de l'anxiété avant le soin est de 4/10. Avec la mise en place du casque, l'anxiété diminue à 2/10 pendant le soin et est évaluée à 0/10 après la réfection du pansement. La douleur ressentie pendant le soin a diminué avec l'utilisation du casque. Grâce à l'utilisation de cet outil, les doses de morphiniques et d'anxiolytiques ont été diminuées. Le soin se déroule dans une sérénité absolue aussi bien pour la patiente que pour les soignants.

Le casque de réalité virtuelle a aussi fait ses preuves lors des séances de chimiothérapie avec une diminution de l'appréhension de la séance (ex : pose d'aiguille de Hubert) et des effets secondaires (ex : nausées). Nous allons déployer ce dispositif au sein de la clinique afin que de nombreux patients puissent bénéficier de ces effets positifs.

Des séances pourront également être proposées aux professionnels.

Arthrodèse lombaire mini invasive par voie postérieure trans-foraminale : le mini T-LIF

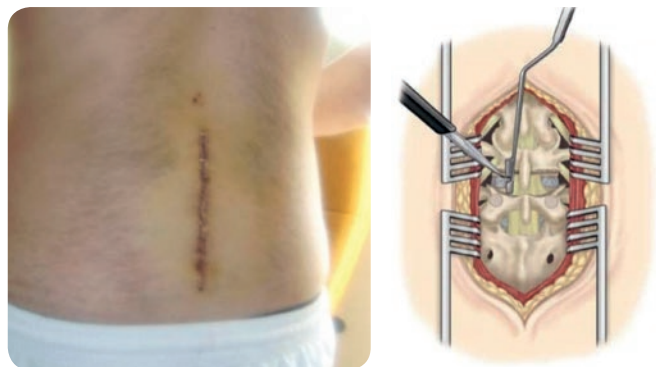
Dr Aurélie TOQUART, Chirurgie du rachis, Chirurgie orthopédique et traumatologie.

Une arthrodèse est le fait d'obtenir une fusion entre 2 vertèbres. Le T-LIF (Transforaminal Lombar Interbody Fusion) est une arthrodèse lombaire par voie postérieure. L'abord s'effectue par voie transforaminale et l'objectif est d'obtenir une fusion circconférentielle (antérieure (disque) + postérieure) du segment intervertébral.

La résection la plus complète du disque est effectuée, et celui-ci est remplacé par un implant appelé « cage » qui va servir de cale et de support pour la greffe osseuse.

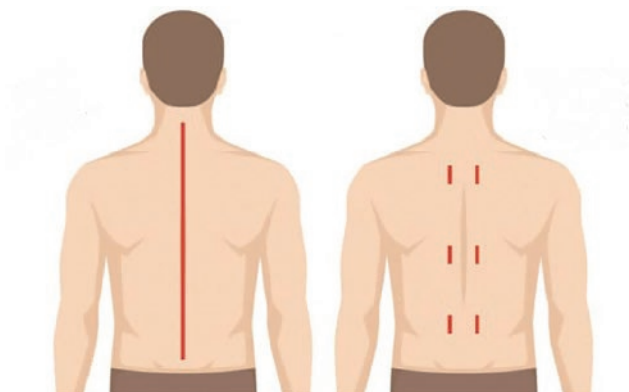
Le tout est stabilisé par une fixation postérieure à l'aide de vis et tiges.

L'arthrodèse standard, ou encore conventionnelle est effectuée par voie « ouverte » c'est-à-dire que la zone opérée est ouverte avec une longue incision cutanée et un large écartement des muscles, pour pouvoir bien visualiser et accéder à la colonne vertébrale.



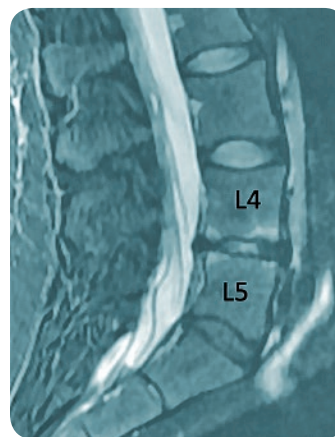
Abord conventionnel

Le mini TLIF est le fait de réaliser cette arthrodèse par voie mini-invasive, ou encore percutanée, c'est-à-dire d'effectuer de petites incisions pour y insérer le matériel à travers la peau et les muscles, afin de limiter au maximum la désinsertion et donc le délabrement musculaire.



Indications du mini T-LIF

Ce sont toutes les indications d'arthrodèse postérieure, le plus souvent sur un niveau, à savoir les spondylolisthésis, les canaux lombaires avec instabilité dynamique, les discopathies lombaires entraînant des lombalgies discogéniques invalidantes (nocturnes, inflammatoires et/ou mécaniques, soulagées en extension du tronc et au contraire aggravées en flexion) ou encore les récurrences multiples de hernie discale.



Exemple de discopathie L4-L5 avec pincement et protrusion discale, réaction inflammatoire des plateaux vertébraux en miroir, entraînant des lombalgies chroniques et invalidantes chez une patiente de 42 ans.



Exemple de spondylolisthésis dégénératif L4-L5 chez un patient de 78 ans, entraînant des lombalgies mécaniques, aux changements de position, à la station debout, ainsi que des radiculalgies bilatérales et difficultés à la marche.

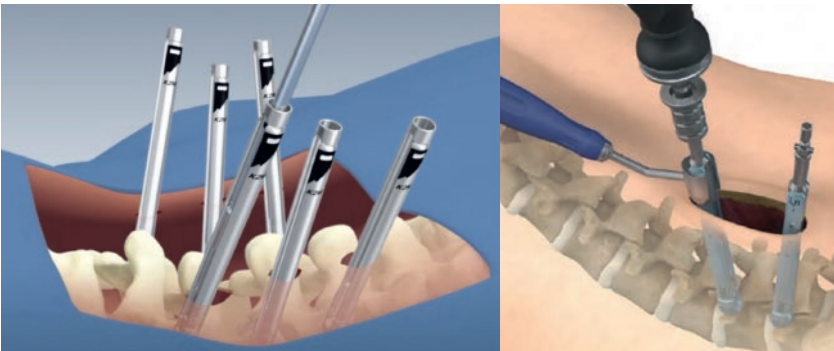
Technique opératoire



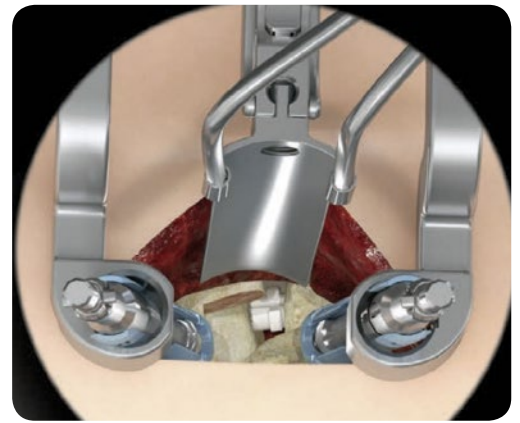
L'installation est la même que par voie conventionnelle, sous anesthésie générale, le patient est installé en décubitus ventral.



L'appareil de scopie est mis en place dès le début de l'intervention puisque l'on débute par le vissage percutané : on réalise de petites incisions latérales paramédianes pour y implanter les vis à travers la peau et les muscles, sous contrôle radiographique.

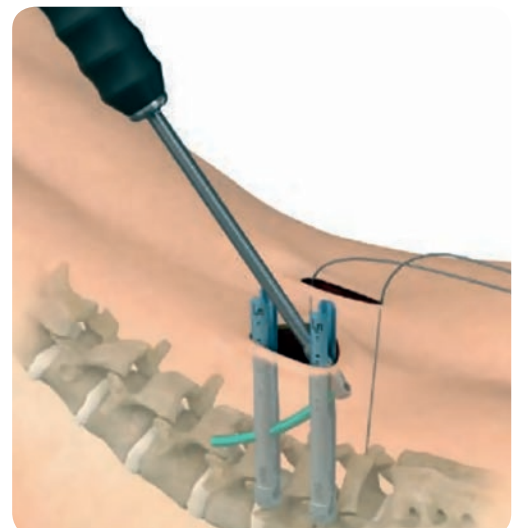
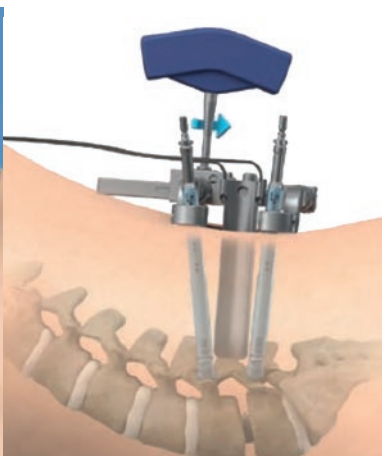
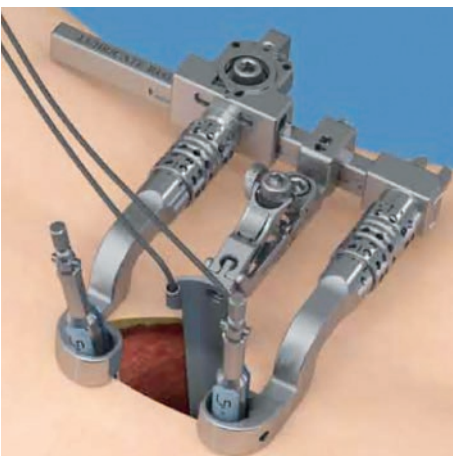


Puis à l'aide d'un écarteur mini invasif spécifique, placé sur les vis, on réalise la libération osseuse (une lamino-arthrectomie mini invasive), où un grossissement est nécessaire (micro-chirurgie).



Le disque est alors exposé, il est réséqué au maximum, puis l'implant (cage inter somatique) est mis en place.

Enfin les vis sont reliées entre elles par des tiges que l'on verrouille à l'aide d'écrous (les tiges sont glissées sous la peau et les muscles).



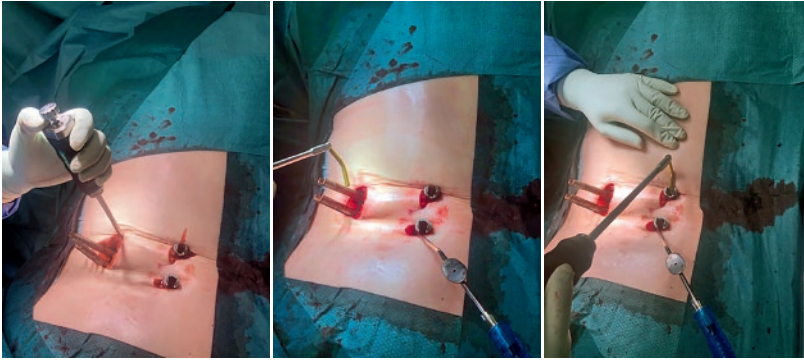
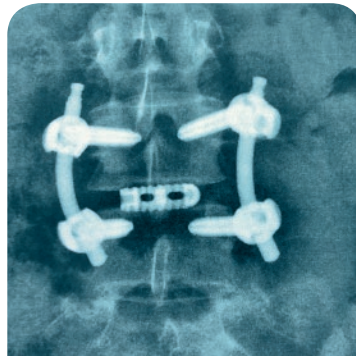


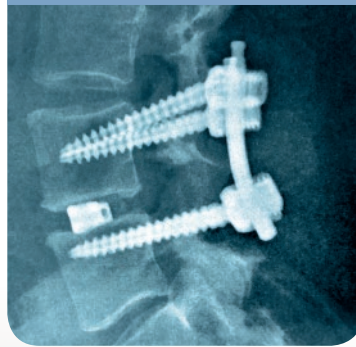
Image de scopie per opératoire



Radiographie de contrôle à 6 semaines.



Cicatrice en fin d'intervention



Avantages

Les résultats cliniques et radiologiques à long terme sont semblables à l'arthrodèse conventionnelle (taux de fusion osseuse, douleur, satisfaction, qualité de vie des patients, reprise des activités professionnelles et de loisirs).

Mais à court et moyen termes, la récupération est meilleure : le geste est moins invasif : cicatrice plus petites, pas de décollement important des muscles.

Le préjudice esthétique est également amoindri. Le temps opératoire est réduit (après une courbe d'apprentissage bien évidemment).

Il existe une diminution des risques per opératoires tels que le saignement, ou la malposition d'implant puisque le geste est réalisé sous contrôle de l'amplificateur de brillance.

Le risque d'infection est nettement réduit, la cicatrisation est plus rapide.



Ce type de chirurgie entre parfaitement dans le cadre de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) puisque la mobilisation s'effectue plus rapidement en raison de douleurs post opératoires beaucoup moins importantes.



Le retour à domicile est en général possible dès le deuxième jour post-opératoire.

La diminution des douleurs post-opératoires entraîne une consommation d'analgésiques nettement réduite.

Cette technique est indiquée chez tout patient, mais est très bénéfique chez les patients à risque tels que les patients obèses, diabétiques, âgés, avec risque anesthésique majoré ...

Il s'agit donc d'une technique moderne, avec de nombreux avantages, qui permet une prise en charge adaptée, chez tout patient, et qui permet de traiter certains patients fragiles ou à risques chez qui nous n'aurions peut-être pas pu proposer une prise en charge chirurgicale auparavant.

Bibliographie

Arthrodèses transforaminales : intérêts de l'abord minimal invasif -

Doi : 10.1016/j.neuchi.2013.05.002

F. Zairi, M. Allaoui, L. Thines, A. Arikat, R. Assaker



Quand la poitrine est un handicap : la réduction mammaire

Dr Jean-Pascal FYAD - www.drfyad.fr

Chaque femme entretient un rapport particulier avec sa poitrine. Pour certaines, c'est un motif de fierté, une zone du corps investie d'une forte signification symbolique (avec une charge érotique importante), un signe d'appartenance au genre féminin. Pour d'autres, c'est tout le contraire : un stigmate, un « objet de honte », un relief encombrant, un fardeau. Pour celles-là, la réduction du volume et du poids des seins sera vécue comme une délivrance, un nouveau départ !

Quand peut-on parler d'hypertrophie des seins ?

Au sens de l'Assurance Maladie, on peut parler d'hypertrophie mammaire dès lors que l'on réduit d'au moins 300 grammes le poids du sein. L'hypertrophie peut donc être uni ou bilatérale (et souvent asymétrique). Néanmoins, certaines femmes peuvent mal vivre une poitrine qui conviendrait à d'autres et il est tout à fait possible d'accéder à leur demande de réduction du poids même inférieure à 300 grammes. Dans ce cas, l'opération et tous les frais annexes ne seront pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

Hypertrophie ou ptôse ?

L'hypertrophie s'accompagne presque toujours d'un aspect tombant des seins. A contrario, les seins peuvent être tombants, sans excès de volume : il s'agit d'une ptôse. Elle se définit par une distance fourchette sternale-mamelon supérieure à 22 cm. Sa correction emprunte une technique comparable à celle de la réduction mammaire et n'est pas prise en charge.

Des situations très différentes

- 1. **A l'âge adulte** : l'hypertrophie souvent présente depuis la puberté a pu être aggravée par une grossesse et/ou la prise de poids.
- 2. **A la ménopause** : une poitrine qui était bien supportée peut devenir gênante avec l'augmentation de son volume.
- 3. **Chez l'adolescente** : l'augmentation brutale et importante du volume des seins peut entraîner un réel handicap à la fois physique et social.
- 4. **Les séquelles d'un traitement conservateur** : une tumorectomie élargie peut réaliser une réduction importante d'un sein, cause d'une asymétrie majeure.

La réduction mammaire : comment ça marche ?

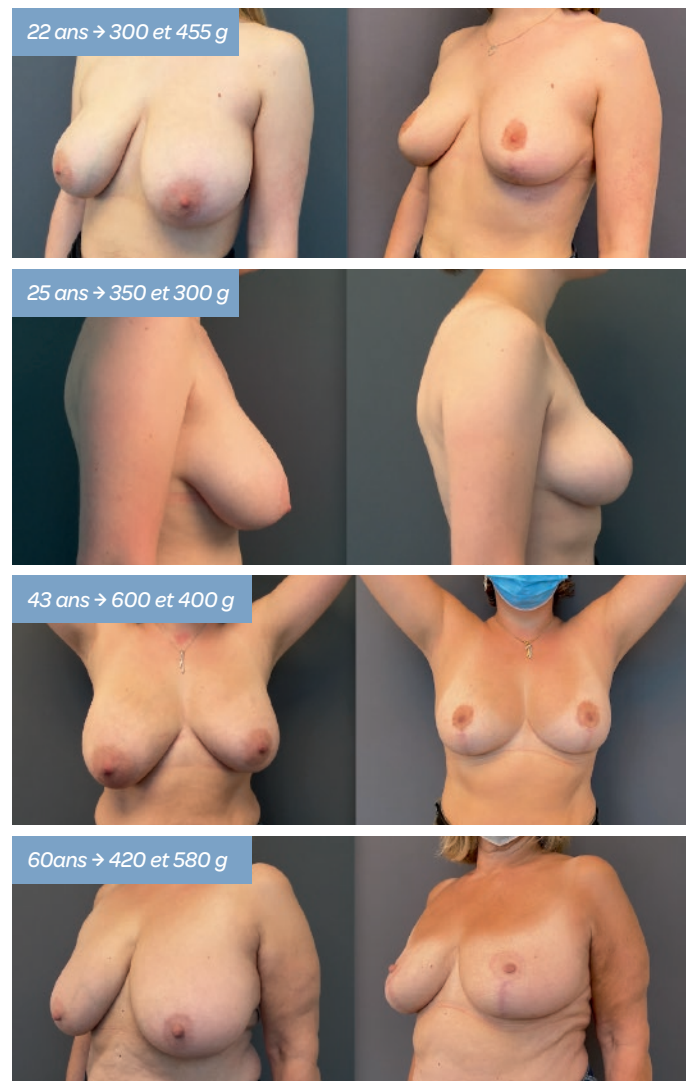
Scannez le QR-Code ci-contre.



Quels sont les risques ?

- 1. **La rançon cicatricielle** : la cicatrice en T inversé est habituelle (des techniques à cicatrices verticales existent aussi). La qualité des cicatrices n'est jamais garantie. Néanmoins, même lorsque les cicatrices sont disgracieuses, le niveau de satisfaction reste bon car le soulagement est réel. Chez l'adolescente, les cicatrices sont volontiers rouges et hypertrophiques.

- 2. **Les conséquences du repositionnement de l'aréole et du mamelon** : modification de la sensibilité, impossibilité d'allaiter et souffrance vasculaire sont les principaux risques. Ce dernier est le plus grave, car il peut entraîner une nécrose partielle ou totale de l'aréole. Ainsi, pour des flèches (distance entre la fourchette sternale et le mamelon) supérieures ou égales à 30 cm, la greffe aréolaire sera parfois proposée pour contourner ce risque.



→ **En pratique** : la réduction mammaire est une opération le plus souvent peu douloureuse. Elle est réalisée selon différentes modalités. Pour ma part, il s'agit d'une intervention réalisée sous anesthésie générale, en ambulatoire, avec deux semaines d'arrêt de travail. Je n'utilise pas de drain, toutes les sutures sont enfouies et les pansements imperméables sont gardés inchangés pendant 6 jours. Ils autorisent la prise de douches quotidiennes. La reprise des activités sportives est autorisée après 1 mois.

Au final, la réduction mammaire est une intervention réalisée en routine par tous les chirurgiens plasticiens. Sa réalisation est parfois délicate, voire émaillée de complications, mais elle apporte toujours à la patiente un bénéfice important, à la fois sur le plan physique et sur le plan psychologique.

Les établissements ELSAN du Grand Nancy parmi les meilleurs hôpitaux privés de France dans le dernier palmarès du Point



L'hebdomadaire Le Point vient de publier son palmarès 2021 des meilleurs hôpitaux et cliniques de France. Parmi les 334 établissements privés évalués, la Polyclinique de Gentilly est saluée par le magazine, gagne 5 places et se classe 20^e au palmarès des 50 meilleures cliniques de France.

Le classement comprend également de belles réussites au niveau national, régional et départemental :

Polyclinique de Gentilly

Pathologies	Rang national 2021	Rang régional	Rang départemental
Pneumologie	2/40	1	1
Calculs urinaires	13/40	2	1
Chirurgie de l'obésité	10/25	1	1
Vésicule Biliaire	27/50	3	1
Hernies de l'abdomen	8/25	2	1
Chirurgie du dos	12/40	1	1
Prothèse la hanche	32/50	3	1
Chirurgie de l'épaule	24/30	4	2
Cancer de la prostate	22/30	3	1
Cancer du rein	6/15	3	1
Cancer du poumon	5/20	2	1
Arthrose de la Main	16/35	4	1
Cancer du côlon et de l'intestin	12/30	2	1
Chirurgie des testicules de l'adulte	14/20	3	1

Clinique Ambroise Paré

Pathologies	Rang national 2021	Rang régional	Rang départemental
Chirurgie des carotides	9/15	3	2
Infarctus du Myocarde	13/40	1	1
Stimulateurs cardiaques	17/40	2	1
Angioplastie coronaire	4/40	1	1

Polyclinique Majorelle

Pathologies	Rang national 2021	Rang régional	Rang départemental
Chirurgie du dos	31/40	3	2
Cancer du sein	25/30	4	1
Fibrome utérin	27/50	2	1
Endométriose	13/15	2	1
Cancer de l'utérus	27/30	2	1

Polyclinique Saint-André

Pathologies	Rang national 2021	Rang régional	Rang départemental
Cataracte	26/50	4	1
Strabisme	8/15	1	1
Chirurgie dentaire & orale	19/50	2	1
Chirurgie maxillo-faciale	30/40	2	1
Chirurgie du pied	5/30	1	1

Le Point



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



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



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



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