



SOMMAIRE

ELSAN POLYCLINIQUE DE GENTILLY

- ▶ L'urologie à la Polyclinique de Gentilly 1
- ▶ La Chirurgie Robotique en Urologie
• Dr Nicolas HUBERT 2, 3
- ▶ Première Live masterclass HOLEP
à la Polyclinique de Gentilly 4

ELSAN CLINIQUE AMBROISE PARÉ

- ▶ Mitraclip : plastie mitrale percutanée en pratique
• Drs Simon LEMOINE et Nicolas LAURENT 5

ELSAN CLINIQUE SAINT-ANDRÉ

- ▶ Implantologie dentaire et ORL
• Dr Nicolas BOULANGER 6
- ▶ Retour sur le congrès NancyOculoplastique 2019
• Dr Jean-Luc FAU 7, 8

ELSAN POLYCLINIQUE MAJORELLE

- ▶ Chirurgie orthopédique pédiatrique : premières
ligamentoplasties du genou chez l'enfant en
ambulatoire à la Polyclinique Majorelle
• Dr Dominique BARBIER 9
- ▶ La graisse dans tous ses états
• Dr Jean-Pascal FYAD 10, 11

LES BRÈVES 12

ELSAN POLYCLINIQUE DE GENTILLY

L'urologie à la Polyclinique de Gentilly

L'urologie à la Polyclinique de Gentilly :

- 6 urologues et une équipe paramédicale dédiée.
- 33 lits dédiés et une unité d'ambulatoire.
- 1 laser pour l'adénome de prostate.
- 1 Robot Da Vinci pour la chirurgie robotique.
- 1 lithotriteur et la technique d'urétéroscopie laser pour les calculs urinaires.
- L'activité uro-néphrologique et génitale :
3658 séjours en 2019.



La Chirurgie Robotique en Urologie

Par le Dr Nicolas HUBERT, Centre d'Urologie Nancy, Polyclinique de Gentilly



Développée au début des années 2000, la chirurgie robotique est rapidement devenue une technologie chirurgicale mini-invasive incontournable en urologie mais aussi dans de nombreuses autres spécialités chirurgicales (chirurgie digestive, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie ORL, chirurgie gynécologique).

C'est principalement par l'urologie que la chirurgie robotique a vu son essor se confirmer, au point que cette technique devient prédominante pour certaines interventions.

L'exemple le plus frappant concerne la prostatectomie radicale : « l'école » française a été le précurseur dans la prostatectomie par voie coelioscopique, mais les derniers chiffres de 2018 en France montrent que 47% des prostatectomies sont réalisées au robot, 26% en coelioscopie standard et 27% en chirurgie ouverte.

D'amélioration technique de la coelioscopie classique, la chirurgie robotique permet, maintenant qu'elle est arrivée à maturité, de développer la chirurgie mini-invasive pour d'autres interventions dont la complexité n'autorisait pas la voie coelioscopique jusqu'alors et pour lesquelles la chirurgie ouverte restait la technique de référence.

La chirurgie coelioscopie

Dans les années 1990 est apparue l'endoscopie chirurgicale. L'intérêt de cette technique était de travailler dans une cavité naturelle grâce à une vision déportée utilisant une caméra au bout d'un endoscope ainsi que des instruments adaptés. D'abord décriée en raison de sa difficulté et de l'augmentation de la durée opératoire (nouvelle approche chirurgicale anatomique, vision en 2D, instruments rigides et peu mobiles, ergonomie inconfortable), cette technique est devenue la référence pour certaines interventions dans de multiples spécialités : urologie, chirurgie gynécologique et digestive (coelioscopie), chirurgie orthopédique (arthroscopie).

Cependant, ses avantages pour le patient (diminution de la taille des incisions, des douleurs post opératoires, des saignements, du taux de complications, avec des résultats oncologiques identiques) ont fait d'elle une technique de référence pour certaines interventions

urologiques (néphrectomie totale, cure de prolap sus génital).

Fig 1 : Des trocarts permettent d'accéder à la cavité abdominale au travers de la paroi pour passer caméra et instruments.



Les inconvénients de cette technique restent tout de même importants (on commence à décrire des troubles musculo-squelettiques chez les chirurgiens pratiquant la coelioscopie), la chirurgie assistée par robot a pu y apporter une amélioration majeure.

La chirurgie robotique

Différents appareils d'assistance à la coelioscopie ont été développés dès la fin des années 1990, dans le but de garder les avantages de la coelioscopie tout en réduisant ses contraintes.

Le modèle de référence actuel est le robot Da VINCI (Intuitive). Il ne s'agit pas à proprement parler d'une chirurgie robotique, mais d'une chirurgie par télémanipulateur : le chirurgien commande, par l'intermédiaire d'une console, un manipulateur qui porte les instruments et la caméra.

Ce télémanipulateur magnifie les mouvements du chirurgien et n'a aucune possibilité d'initiative : il ne s'agit donc pas d'un système autonome comme on pourrait le penser en entendant le mot « robot ».

Les avantages sont multiples : vision en 3 dimensions, instruments articulés en intracorporel avec la même mobilité que les doigts et poignets du chirurgien tout en éliminant ses tremblements, démultiplication des mouvements, position assise ergonomique du chirurgien : le chirurgien à l'impression d'avoir les mains et la tête « à l'intérieur » sans pratiquer une ouverture large.

L'apport de la robotique perfectionne la technique coelioscopique. Les retombées attendues étant bien évidemment per et post-opératoires : diminution de la durée opératoire, des

pertes sanguines, amélioration de la précision du geste chirurgical, diminution de la fatigue physique et mentale du chirurgien.

Fig 2 : les bras qui portent les instruments au-dessus du patient



Fig 3 : Le chirurgien à la console

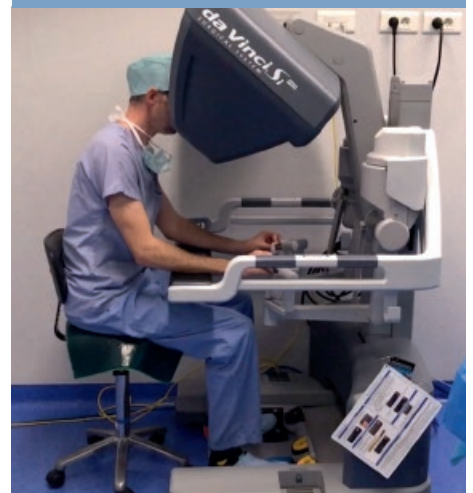


Fig 4 : Chirurgie expérimentale : on peut évaluer la taille des instruments par rapport au citron.



Ainsi le progrès représenté par passage de la coelioscopie classique à la coelioscopie assistée par robot est superposable à celui du passage de la chirurgie ouverte à la coelioscopie assistée par robot.

Pourquoi donc, jusqu'à présent, le développement de la chirurgie robotique n'a pas été

autant soutenu ? Plusieurs facteurs sont en cause :

D'une part, l'analyse de la littérature montre que, d'un point de vue oncologique, les résultats sont identiques aux deux autres techniques chirurgicales.

D'autre part, le coût de la technique robotique est le frein principal à son développement. L'achat d'un robot varie de 1,5 à 2 millions d'euros, auquel il faut rajouter le contrat d'entretien, et le coût des instruments à usage unique (300€ par instrument pour minimum 3 instruments par intervention).

Le coût plus élevé de l'intervention robotique par rapport à la coelioscopie standard est donc en sa défaveur si l'on ne prend en compte que le coût du matériel. Pourtant, un outil permettant un geste chirurgical plus précis et une moins grande fatigue du chirurgien ne peut avoir qu'un effet bénéfique pour le patient, diminuant le coût lié aux complications immédiates et à moyen terme, mais également au séjour hospitalier en diminuant la DMS.

Jusqu'à peu, il était pourtant impossible de connaître exactement l'impact de la chirurgie robotique en France car il n'existait pas de code CCAM permettant de la distinguer de la coelioscopie standard. Depuis la CCAM v58 (juin 2019), il est possible de l'individualiser et nous pourrions ainsi étudier et comparer rétrospectivement le service médical rendu des différentes techniques chirurgicales.

Développement récent de la chirurgie robotique

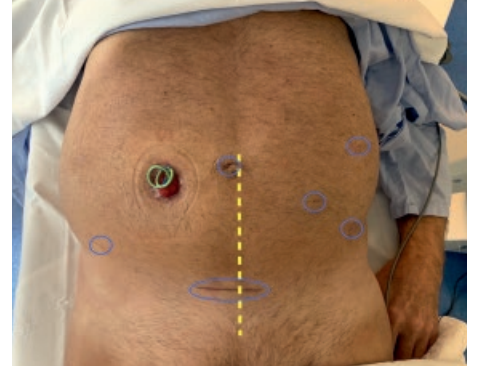
Depuis quelques années, la chirurgie robotique a permis de développer les techniques mini-invasives pour certaines pathologies pour lesquelles la chirurgie ouverte restait la chirurgie de référence, du fait de l'extrême difficulté de la coelioscopie standard dans ces indications.

Ainsi, l'urologie a vu l'application de la coelioscopie assistée par robot à la néphrectomie partielle, à l'endométriiose pelvienne profonde ou à la cystectomie avec dérivation urinaire digestive, jusque-là réalisées principalement en chirurgie ouverte.

Ces chirurgies bénéficient ainsi du geste plus précis, de la meilleure vision opératoire, et de la position ergonomique du chirurgien lui permettant de diminuer ses contraintes posturales et mentales liées à l'augmentation de la durée opératoire.

Les dernières études concernant la cystectomie robot assistée retrouvent ainsi, en dehors d'une augmentation de la durée opératoire, une diminution des pertes sanguines peropératoires, une diminution des complications postopératoires (douleurs, hémorragie, retour de transit, taux de reprise chirurgicale) et surtout une nette diminution de la durée d'hospitalisation. Enfin, d'un point de cicatriciel, le résultat est en faveur de la technique coelioscopique assistée par robot.

Fig 5 : résultat cicatriciel à 1 mois d'une cystectomie robot assistée avec dérivation urinaire cutanée : en jaune pointillé l'incision qui aurait été faite en chirurgie ouverte. Entouré en bleu : les différentes incisions permettant de placer les trocarts. Au plus bas, l'incision de « césarienne » permettant de sortir les pièces opératoire. A gauche de l'Ombilic : l'orifice de stomie urinaire.



Cependant, ces interventions sont de très haute technicité et nécessitent d'être réalisées dans un centre expert en chirurgie robotique (maîtrise de l'outil, fort débit, multidisciplinarité du centre), doté d'une unité de soins continus ou de réanimation chirurgicale.

Conclusion

D'un développement exponentiel, la chirurgie robotique est maintenant arrivée à maturité en urologie. De technique de non-infériorité pour certaines interventions, elle apparaît pour d'autres comme une technique supérieure avec un bénéfice certain pour les patients. Cependant ces chirurgies de pointe ne doivent être envisagées que dans un centre expert de chirurgie robotique.

Il existe des pistes d'avenir prometteuses en cours de développement, avec principalement l'intégration de la réalité augmentée lors du geste chirurgical afin de le rendre encore plus précis.



 Centre d'Urologie 8 rue Colette 5400 Nancy

Première Live masterclass HOLEP à la Polyclinique de Gentilly

Le vendredi 7 janvier, la Polyclinique de Gentilly a organisé avec l'École de Chirurgie de Nancy et les Docteurs Jean-Luc MOREAU, Nicolas HUBERT, urologues, la retransmission en direct aux chirurgiens et internes en chirurgie de l'Hôpital virtuel de Lorraine mais aussi aux urologues du groupe Elsan de deux interventions d'énucléation prostatique pratiquées par le Docteur Olivier ALENDIA et commentées par le Professeur Stéphane LARRE.

Selon Franck VANLANGENDONCK, Directeur de la Polyclinique de Gentilly, cet évènement illustre la démarche de l'établissement qui vise à améliorer en permanence la qualité de la prise en charge des patients et l'innovation à leur service.



Énucléation de la prostate au laser holmium (H.O.L.E.P) : en quoi cela consiste ?

L'hypertrophie bénigne de prostate est une pathologie très fréquente chez l'homme. Cette hypertrophie bénigne de prostate se traduit par des troubles urinaires du bas appareil de type obstructif et de type irritatif.

Cette pathologie non traitée peut aboutir à des complications comme la rétention aiguë d'urine, l'infection urinaire récidivante, la formation de calcul dans la vessie ou l'insuffisance rénale.

En France, plus de 2 millions d'hommes après 50 ans souffrent de troubles urinaires en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate. En cas d'échec du traitement médical, une intervention chirurgicale leur est proposée. Près de 80 000 interventions sont ainsi réalisées chaque année en France.

Historiquement, deux techniques sont utilisées : la résection endoscopique par l'urètre et l'adénomectomie voie haute pour les très grosses prostatites imposant une ouverture chirurgicale de l'abdomen.

En 1998 la première énucléation laser (HOLEP® : Holmium Laser Enucléation of the Prostate) a été réalisée en Nouvelle Zélande. Cette technique consiste à retirer l'adénome prostatique.

L'intervention est effectuée à l'aide un endoscope introduit dans le canal de l'urètre. L'énucléation de l'adénome prostatique s'effectue par une fibre Laser Holmium de forte puissance (100 watts) pilotée par un écran vidéo de contrôle.

La partie centrale de la prostate une fois libérée est fragmentée dans la vessie à l'aide d'un morcellateur, puis évacuée par l'urètre. Une sonde vésicale est mise en place en fin d'intervention.

Largement utilisée dans certains pays européens et anglo-saxons, ce traitement est actuellement en plein essor en France. L'HOLEP présente des résultats fonctionnels à long terme identiques aux techniques de références.



Les principaux avantages de l'HOLEP sont :

1. Baisse importante de la durée d'hospitalisation.
2. Diminution du saignement per et post opératoire.
3. Possibilité d'effectuer l'intervention chez des patients sous antiagrégants plaquettaire.
4. Grâce à son principe d'énucléation, l'HOLEP permet une analyse des prélèvements.
5. Le volume de la prostate n'est plus un facteur limitant à la voie endoscopique.

Mitraclip : plastie mitrale percutanée en pratique

Par les Docteurs Simon LEMOINE et Nicolas LAURENT



Docteur Simon LEMOINE

Nous avons constitué une équipe de cardiologie structurale privée en Lorraine au sein du groupe Elsan permettant une prise en charge des valvulopathies de manière mini-invasive.

Fort de notre expérience dans la prise en charge du rétrécissement aortique serré par méthode TAVI, nous avons poursuivi avec la réalisation de plastie mitrale percutanée pour la prise en charge des insuffisances mitrale sévère avec mise en place d'un clip pour réunir les feuillets de la valve mitrale avec l'objectif de réduire la régurgitation mitrale.



Indication

Patients avec une insuffisance mitrale secondaire de grade 3+/4+ symptomatique malgré une prise en charge médicale optimale et remplissant les critères suivants :

- non éligibles à la chirurgie de réparation ou de remplacement valvulaire ;
- ayant eu une hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 12 mois précédant l'intervention ;

- ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche comprise entre 20 et 50% ;
- et une surface de l'orifice régurgitant > 0,3 cm² et un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche ≤ 96 mL/m².

Les patients ayant un ventricule gauche fortement dilaté (défini par un volume télédiastolique indexé du ventricule gauche > 96 mL/m²) et une insuffisance mitrale modérée ou moindre, démontré par un orifice régurgitant de la valve mitrale ≤ 0,3 cm², ne sont pas éligibles à la technique (non indication).

Les critères cliniques et échocardiographiques doivent être validés par une équipe multidisciplinaire

Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de comorbidités extracardiaques ne sont pas éligibles à la technique (non indication).

Conditions de réalisations :

- structure médico chirurgical avec cardiologue interventionnel chirurgical cardiaque, un cardiologue spécialisé en imagerie cardiaque et un anesthésiste.

Phase pré-intervention :

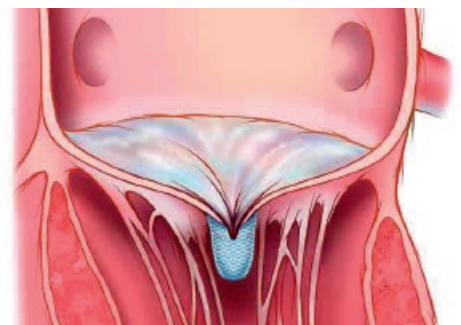
- réalisation d'une échographie transoesophagienne pour confirmer la faisabilité du geste, la sévérité de la fuite et l'absence de contre indication ;
- consultation d'anesthésie ;
- staff Medicochirurgicale.

Phase hospitalière :

- hospitalisation la veille de l'intervention ;
- salle de bloc de chirurgie cardiaque
- intervention : Voie fémorale veineuse avec mise en place d'un desilet permettant l'introduction du cathéter guide transeptal ;

- passage de l'aiguille transeptal jusqu'à l'oreillette gauche sous ETO ;
- mise en place du cathéter guide orientable 24 F du système mitraclip et du système de délivrance du clip ;
- écho guidage en 3 D du clip pour franchir la valve mitrale, l'échographiste guide en permanence le cardiologue pour orienter le clip de façon à pouvoir attraper les feuillets de la valve et gérer le clip ;
- évaluation sous échographie de la fuite résiduelle après la pose du mitraclip ;
- retrait d'un système et fermeture du point de ponction.

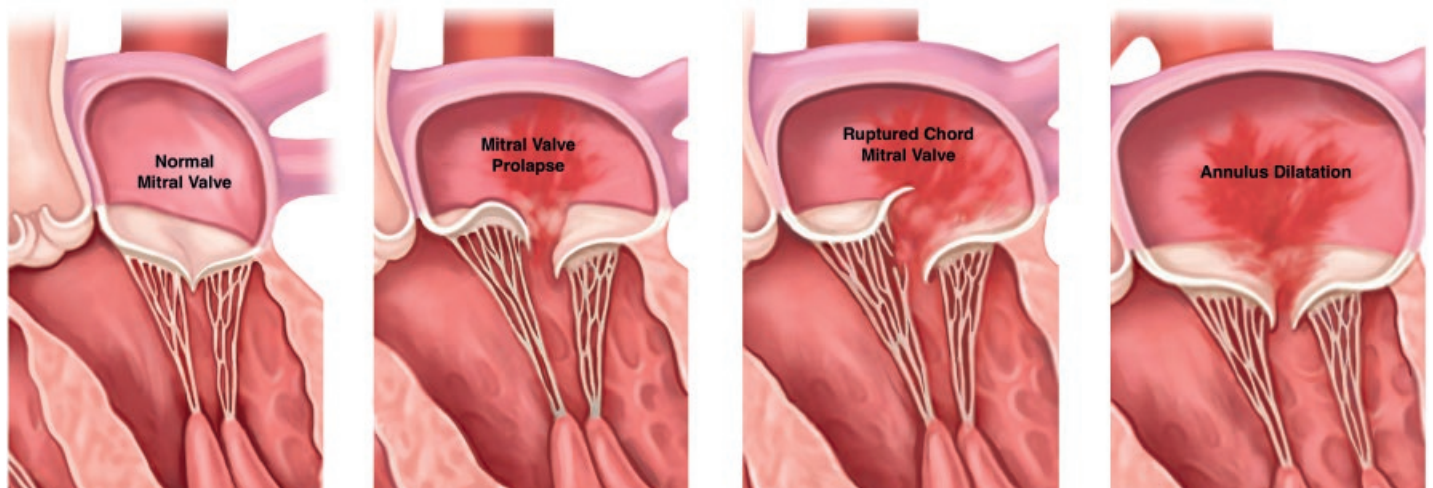
Sortie du patient possible le lendemain.



Conclusion

La prise en charge des insuffisances mitrale sévères est possible de manière mini invasive au sein d'une équipe médico chirurgicale avec réalisation d'une plastie mitrale percutané (clip mitral).

Notre équipe au sein du groupe Elsan à travers les deux cliniques privée (Polyclinique Gentilly et Claude Bernard) réalise l'ensemble des procédures de cardiologie interventionnelle et chirurgicales possible en 2020 de manière totalement autonome et indépendante.



Implantologie dentaire et ORL

Par le Dr Nicolas BOULANGER, ORL - 132 Rue André Bisiaux, 54320 Maxéville - centre-ortl.fr

En 2019, les sociétés savantes d'ORL et de chirurgie dentaire (SFCO AFI SFPIO SFORL) ont publié des **recommandations de bonnes pratiques à respecter avant la pose d'implant et/ou un sinus lift en regard des sinus maxillaires.**

Le but de cet article est donc de synthétiser ces recommandations pour vous donner les éléments clés à respecter dans votre pratique implantaire quotidienne.

1 - Introduction

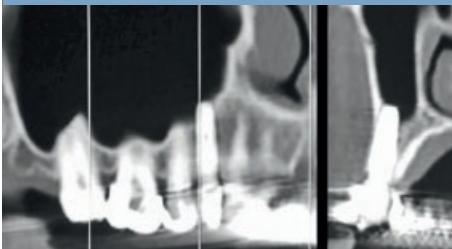
Les chirurgies pré-implantaires et implantaires ont connu un fort développement ces 30 dernières années grâce aux découvertes notamment sur l'ostéo-intégration du Pr Per-Ingvar Brånemark.



Le Professeur Per-Ingvar Brånemark dans son bureau.

La réhabilitation dentaire des secteurs 1 et 2 est très souvent en contact avec la paroi sinusienne.

Rapports étroits dents-implants et sinus maxillaire.



Ces rapports anatomiques étroits font courir des risques de complications sinusiennes pendant et après la procédure implantaire.

2 - Les 3 recommandations clés

→ **Recommandation n°1** : Il est recommandé de : **rechercher systématiquement une pathologie ORL sinusienne lors du bilan pré**

implantaire (implant et/ou sinus lift) en regard du sinus maxillaire.

Un taux de 40% de complications post opératoires a été rapporté en cas de comblement osseux pré-implantaire quand la pathologie rhinosinusienne est ignorée.

Ne pas faire de bilan ORL pré implantaire exposerait donc l'implantologue à des risques de sinusites.

Ce bilan ORL pré implantaire doit comporter au minimum :

- un interrogatoire ORL sinusien (score de Dixon) ;
- un examen d'imagerie 3D **adapté.**

→ **Recommandation n°2** : Un Orthopantomogramme n'est pas suffisant.

→ **Recommandation n°3** : Le type d'examen adapté lors du bilan pré implantaire est un Cone Beam ou un scanner.

Concernant le Cone Beam à réaliser, la taille du champ à utiliser (FOV) varie selon les réponses du malade à l'interrogatoire sinusien.

En effet, il existe deux grandes situations :

- **Situation n°1** : Le malade n'a pas d'antécédent sinusien et un score de Dixon bas = le Cone Beam devra prendre **la totalité du sinus maxillaire avec son ostium** mais il est inutile d'inclure les autres sinus dans le champ.

Image adaptée à un bilan pré implantaire incluant : l'ostium en haut ; le plancher en bas.

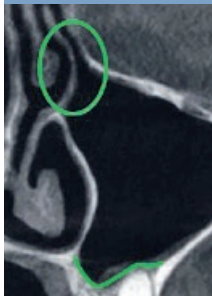


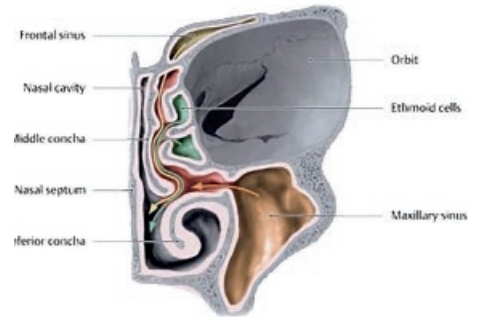
Image inadaptée à un bilan ORL pré implantaire car n'incluant pas l'ostium du sinus maxillaire.



Le plus important dans l'analyse ORL d'un sinus n'est pas l'épaisseur de la muqueuse mais la **perméabilité de l'ostium.**

Un sinus maxillaire sain est un sinus maxillaire avec un ostium perméable : on dit alors que le sinus est bien « ventilé » :

Flèche orange : bonne ventilation par l'ostium d'un sinus maxillaire gauche.



- **Situation n°2** : le malade a des antécédents sinusiens et/ou un score de Dixon élevé. Le Cone Beam devra inclure **la totalité des sinus de la face.**

Cone beam incluant la totalité des sinus de la face. Image adaptée au bilan orl en cas d'antécédents sinusiens et un score de Dixon élevé.



3 - Conclusion

L'évaluation ORL pré implantaire doit donc être **systématique**, comprendre un **interrogatoire sinusien ORL** (score de Dixon) et un **examen d'imagerie 3d** (Cone Beam ou scanner) avec une taille de champ adaptée aux réponses faites par le malade lors de l'interrogatoire sinusien.

Le suivi de ces recommandations éditées par les sociétés savantes (SFCO, AFI, SFPIO, SFORL) permet de diminuer les risques ORL post implantaires qui ne sont pas rares.

- **30% des patients implantés ont des antécédents sinusiens.**
- **40% de complications post opératoires ont été rapportées en cas de comblement osseux pré-implantaire si la pathologie rhinosinusienne est ignorée.**
- **Un malade sur 6 est à risque de complications sinusiennes après sinus lift.**

Téléchargez la recommandation synthétisée ici : <https://www.concedo.fr/elsan>



Retour sur le congrès NancyOculoplastic 2019

Par le Dr Jean-Luc FAU, Oculoplasticien et organisateur du congrès



Le premier congrès nancéen et national de chirurgie oculoplastique (cf encadré) s'est tenu le 4 octobre 2019 au centre de congrès Victor Prouvé de Nancy, sous l'égide de la SOPREF.

Lors de cette journée, 24 orateurs venant de toute la France, mais aussi de Belgique et de Suisse, ont communiqué sur quatre items principaux : l'esthétique du regard, la chirurgie palpébrale réparatrice et fonctionnelle, la chirurgie lacrymale et la pathologie médico-chirurgicale orbitaire.

Les 120 internes en ophtalmologie de tout le Grand Est n'ont pas été oubliés car ils ont été invités gracieusement pour bénéficier de cette journée de formation médico-chirurgicale. Le congrès a été plébiscité par près de 140 conférenciers et exposants (dont le groupe ELSAN représenté par Marie-Gabrielle DEGRAVE), tant pour la richesse et l'intérêt des communications que pour la ponctualité de l'organisation.

La seconde édition du congrès est prévue pour octobre 2021 : NancyOculoplastic 2021.



La chirurgie oculoplastique

La région péri orbitaire est une zone anatomique frontière qui intéresse plusieurs spécialités dont la dermatologie, la chirurgie plastique et l'ophtalmologie.

La chirurgie oculoplastique (ou oculoplastie) a pour vocation de traiter les éléments de la région palpébrale et péri orbitaire. L'oculoplasticien est initialement formé à l'ophtalmologie. Le regard est dépendant de la dualité oculaire sensorielle, et la chirurgie du regard est par définition une chirurgie d'organe. Le champ d'action de la chirurgie oculoplastique est ainsi centré sur le regard, que ce soit pour son embellissement ou sa réparation pour assurer la continuité de la fonction visuelle et comporte :

- la chirurgie esthétique palpébrale et péri palpébrale (ride de la glabelle, patte d'oie) ;
- la chirurgie réparatrice des malpositions palpébrales (ectropion, entropion, ptosis, malposition des cils) ;
- le traitement des tumeurs palpébrales bénignes et malignes ou la réparation de leur traitement initial ;
- les anomalies de la sécrétion et de l'évacuation des larmes responsables d'un larmolement, uni ou bilatérales ;
- la réparation post traumatique ou paralytique des paupières (séquelles d'accidents, de chirurgie ou de paralysie) ;
- les tumeurs bénignes et malignes issues de l'orbite ou propagées à l'orbite.

Chirurgie esthétique et palpébrale

L'amélioration des connaissances anatomiques et l'émergence de nouveaux concepts anatomo-

physiologiques ont favorisé une analyse plus soignée des désordres esthétiques du regard et de la région péri orbitaire. L'opposition classique entre la chirurgie esthétique (de confort et d'embellissement) et la chirurgie fonctionnelle réparatrice (correction des malpositions) n'est en pratique plus aussi formelle.

Les allers-retours sont fréquents au travers de cette frontière ténue qui cloisonne les deux entités, grâce à la diversification des traitements médico-chirurgicaux. Ainsi, et particulièrement en ce qui concerne la chirurgie du regard, le chirurgien ne peut plus être « réparateur » sans être esthétique, ni « esthétique » sans avoir au préalable veillé à protéger, voire à restaurer, les structures anatomiques garantes d'un bon fonctionnement sensoriel.

Outre le vieillissement oculaire intrinsèque (génétique) et extrinsèque (acquis), la sénescence du regard est contingente de la ptose tissulaire, de la perte des volumes et de la dissynergie entre les muscles extenseurs (ouverture du regard) et contracteurs (fermeture du regard).

L'embellissement de la paupière supérieure fait appel à la blépharoplastie supérieure, avec repositionnement du sourcil lorsque la sénescence périorbitaire l'exige (Dr O. GALATOIRE, Paris).

La chirurgie de la paupière asiatique est particulière et nécessite des précautions spécifiques en raison d'une anatomie palpébrale qui se différencie de la paupière caucasienne (Dr P.T. SCHMITT, Strasbourg).

Les pertes de volume de la paupière supérieure bénéficient de la greffe micro adipocytaire, notamment pour la reconstitution de l'organe

en rouleau corrigeant une paupière supérieure creuse (Dr P. IMBERT, Toulouse).

Souvent, le **ptosis** participe à la sénescence du regard et donne un air fatigué qui accentue l'impression de vieillissement du visage. Les techniques de corrections chirurgicales du ptosis sont multiples et répondent toujours à une analyse rigoureuse de la paupière supérieure (Dr M HAMEDANI, Lausanne). Il est cependant possible, dans certaines conditions de corriger temporairement le ptosis par la toxine botulique (Dr E SARFATI, Toulon).



En ce qui concerne la **paupière inférieure**, les pertes de volumes sont facilement corrigeables par la lipostructure ou greffe micro adipocytaire (Dr P. ESCALAS, Nantes), alors que les excès de volume, en cas de lipoptose sans excès cutané, est l'apanage de la voie conjonctivale (Dr JM. RUBBAN, Lyon).



Le traitement des xanthélasmas est fréquemment chirurgical, parfois médical par laser (Dr E. BAGGIO, Lyon).

➔ **Les traitements adjuvants non chirurgicaux** appellent aux produits agissant sur l'hypertonie musculaire, par la toxine botulique, et les compensateurs de volume, dont l'acide hyaluronique plus ou moins réticulé, est le plus connu. Les différentes techniques de rajeunissement médical péri orbitaires ont été détaillées par le Dr T. MALET (Marseille).



Chirurgie palpébrale réparatrice

➔ **La maladie de Basedow** est un motif fréquent de consultation dans le cadre de la réhabilitation du regard, du fait de l'orbitopathie dysthyroïdienne qui peut nécessiter des gestes spécifiques au niveau des muscles rétracteurs des paupières (Dr T. MAALOUF, Nancy) ou des chirurgies orbitaires plus complexes parfois réalisées en urgence pour sauver la fonction visuelle (Dr J. LAGIER, Nice).



➔ **Le Floppy Eyelid Syndrome** est une malposition palpébrale particulière avec des paupières anormalement laxes fréquemment associée un syndrome d'apnée du sommeil et source de larmoiement chronique (Dr M ZMUDA, Paris).

➔ **Les tumeurs pigmentées** palpébro-conjonctivales, en particulier la mélanose de Dubreuil ne sont pas rares et nécessitent une prise en charge spécifique et attentive, voire pluridisciplinaire (Pr F. MOURIAUX, Rennes).



➔ **La lagophthalmie**, primitive ou acquise, bénéficie de l'utilisation de matériaux inertes pour alourdir la paupière supérieure en association avec des techniques chirurgicales de relâchement des muscles rétracteurs des paupières (Dr N. AMAR, Paris).

➔ **La gestion des complications opératoires**, précoces ou tardives, nécessite une prise en charge par des techniques réparatrices appartenant au champ de la chirurgie plastique réparatrice. La parfaite compréhension de la cicatrisation des constituants anatomiques du regard est alors fondamentale pour permettre une réparation palpébrale cosmétique (Dr PV. JACOMET, Paris).



➔ **L'oculomotricité et les paupières** sont interdépendantes les unes des autres par un trait d'union neuro-musculaire qui a été détaillé par le Dr A SPIELMANN (Nancy) grâce à de nombreuses vidéo didactiques.



Pathologies orbitaires

➔ **Les inflammations orbitaires** (spécifiques ou non) ne sont pas rares en pathologie orbitaire. Elles nécessitent une analyse soignée des différents symptômes (Dr J. LASUDRY, Bruxelles).

L'approche pragmatique de l'analyse des **tumeurs orbitaires**, tant du point de vue clinique que par l'imagerie (scanner, IRM, PET scan) a été développée par le Pr A. DUCASSE (Reims), en rappelant les points fondamentaux pour une prise en charge efficace concertée avec le patient et souvent pluridisciplinaire.

Chirurgie des orbites anophtalmes

➔ **L'orbite anophtalme** est une orbite ne contenant pas le globe oculaire, soit de façon primitive soit de façon acquise (dans les suites d'une éviscération, ou énucléation, ou bien

d'une exentération). Le volume oculaire intra orbitaire physiologique est remplacé par un implant biocolonisable. La gestion des extrusions d'implants biocolonisables et la prévention des complications infectieuses ont été revues par le Dr L. LONGUEVILLE (Bordeaux).

La technique de chirurgie réparatrice orbitaire, faisant appel à la greffe dermo-graisseuse, bien connue en chirurgie orbitaire, a été longuement détaillée par le Dr A. RETOUT (Rouen), qui a partagé son expérience en la matière.

➔ Enfin, **l'adaptation prothétique oculaire** nécessite une analyse précise de la cavité par l'oculariste afin d'adapter au mieux une prothèse oculaire externe faite sur mesure et peinte manuellement selon la couleur de l'autre oeil. Parfois, il est possible d'adapter des coques sclérales sur des yeux encore présents, afin d'améliorer la qualité esthétique du regard, sans avoir recours à la chirurgie (J. BORNERT, Strasbourg).

Chirurgies lacrymales

➔ **La pathologie des voies lacrymales** est spécifique à l'ophtalmologie mais comporte une zone frontière avec la chirurgie ORL et palpébrale. Le Dr B. FAYET (Paris) nous a partagé sa grande expérience pour reprendre les symptômes initiaux du larmoiement, à tout âge ainsi que les indications thérapeutiques actualisées qui ont bénéficiées, depuis 20 ans, de l'évolution des biomatériaux, pour faciliter l'excrétion lacrymale physiologique.

Le larmoiement à voie lacrymale perméable est une forme particulière de larmoiement dont l'origine est plurifactoriel et dont le traitement n'est pas toujours couronné de succès (Dr I. LARRE, Reims).



Pour conclure, différentes **techniques de chirurgies oculoplastiques** innovantes ont été reprises et détaillées lors de séquences vidéos.



Chirurgie orthopédique pédiatrique : premières ligamentoplasties du genou chez l'enfant en ambulatoire à la Polyclinique Majorelle.

Par le Dr Dominique BARBIER, Chirurgien infantile

La rupture du ligament croisé et l'ensemble des pathologies liées au sport sont en augmentation dans la population pédiatrique ces dernières années du fait de la modification des pratiques sportives et de l'amélioration du diagnostic de ces lésions par le développement de l'Imagerie par Résonance Magnétique.

L'évolution des techniques et le savoir-faire acquis dans le traitement des potentiels troubles de croissance permettent désormais une prise en charge bien plus précoce de ces patients.

Actuellement, la chirurgie des genoux de l'enfant est réalisée à tout âge par des techniques mini-invasives et arthroscopiques; elle concerne aussi bien les pathologies ligamentaires, méniscales, cartilagineuses ou osseuses; les ostéochondrites ou les pathologies d'instabilité de la rotule.

L'adaptation des techniques et de l'environnement péri-opératoire à l'enfant et à l'adolescent permet dorénavant de réaliser ces gestes dans de bonnes conditions durant des hospitalisations courtes et en ambulatoire.

C'est ainsi que depuis l'ouverture en septembre 2019 d'une activité de chirurgie infantile au sein de la polyclinique Majorelle, deux premières patientes âgées de 10 et 15 ans ont pu être opérées d'une reconstruction du ligament croisé antérieur associée à la réparation de lésions méniscales, en chirurgie ambulatoire.

Le raccourcissement des durées d'hospitalisation, grâce à un encadrement adapté et à une information essentielle en amont, permet aux plus jeunes de regagner leur cadre de vie et de retrouver leurs habitudes. L'école est ainsi reprise quelques jours seulement après l'intervention sous couvert d'une attelle

Les suites opératoires sont marquées, à la différence des ligamentoplasties de l'adulte, par une immobilisation du fait de l'importante souplesse des tissus de l'enfant et de l'adolescent qui, lorsque le transplant est trop vite sollicité, entraîne son élongation.

Cette immobilisation, généralement par une attelle de cryothérapie compressive, permet une diminution de la consommation d'antalgiques en quantité et en durée. Cryothérapie et médicaments sont cessées à l'initiative du patient lorsqu'il est indolore, généralement autour de la première semaine.



Après cette période de repos du genou débute une période de rééducation, à domicile ou proche du lieu de scolarisation. La reprise du sport s'effectue après la première année post-opératoire, car la ligamentisation du transplant est plus longue chez l'enfant et l'adolescent. Certaines activités sont cependant reprises dans l'intervalle.

La prise en charge orthopédique des enfants et des adolescents est donc spécifique de par l'environnement qu'il faut apporter à ces jeunes patients aux caractéristiques biologiques particulières, même devant des lésions parfois semblables à celles retrouvées chez l'adulte.

La graisse dans tous ses états

Par le Dr Jean-Pascal Fyad, Nancy

Une révolution est passée inaperçue en chirurgie plastique : celle de la greffe adipocytaire (ou lipofilling pour les anglophones). Et pourtant, en 20 ans, cette technique proposée au début pour le rajeunissement facial (technique de Coleman), s'est étendue à toutes les composantes de la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique en modifiant profondément leurs approches.

«Plastique» = modeler en grec : la chirurgie plastique est la chirurgie des formes, et jusque là, pour donner de la rondeur à une partie du corps (seins, face, membres, fesses), il n'existait que les implants en silicone, l'acide hyaluronique, l'hydroxyapatite ou tout autre substitut osseux.

Contrairement à ces produits, la graisse issue du sujet a toutes les qualités : absence de rejet, stabilité à long terme et souplesse naturelle, expliquant son succès. Tour d'horizon des indications de la technique.

Graisse prête à être réinjectée.



Reconstruction du sein

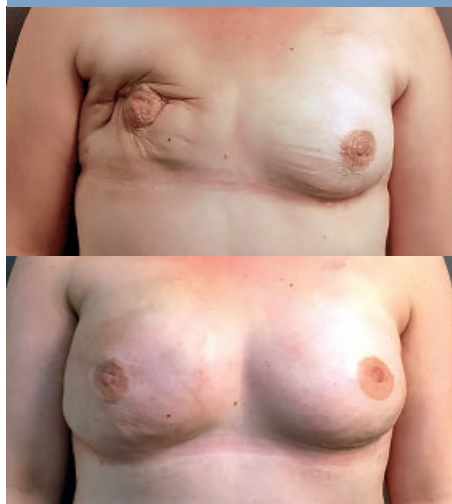
Le lipofilling a profondément changé, et les résultats, et l'approche même de la reconstruction.

Les deux grandes méthodes (reconstruction par implant, et reconstruction par lambeau autologue) restent certes les deux options principales.

Mais aujourd'hui, en ajoutant 1 à 3 séances supplémentaires, les greffes graisseuses complètent le volume et améliorent les contours du sein reconstruit (photo 1).

Pour certains, les limites esthétiques des implants, leur durée de vie limitée (avec la nécessité de ré-interventions) et le risque (rarisime mais non nul) de Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules Associé aux Implants (LAGC-AI), poussent à l'utilisation de la graisse comme technique exclusive de reconstruction du sein (photo 2).

2 Reconstruction du sein droit par greffes graisseuses exclusives.



C'est possible ! Mais deux conditions doivent être réunies : que la mastectomie ait préservé suffisamment de graisse sous cutanée, et surtout, que les réserves graisseuses corporelles soient importantes (Indice de masse corporelle très supérieur à 25). Ces deux conditions sont trop rarement réunies...

Asymétrie mammaire

Depuis la levée des restrictions par la Haute Autorité de Santé en 2015, l'injection de graisse autologue dans la glande mammaire ne fait plus débat.

Même si on n'aura jamais de preuve absolue d'innocuité de la technique, l'absence d'événement grave, alors que les injections sont routinières en France et à travers le monde depuis 10 ans, est un élément qui rassure.

Ainsi, chez l'adolescente, le lipofilling est devenu la technique de référence pour corriger une hypotrophie unilatérale, qu'elle soit isolée, ou qu'elle constitue l'élément central du syndrome de Poland (agénésie du grand pectoral, brachymésophalangie, dystopie aréolaire).

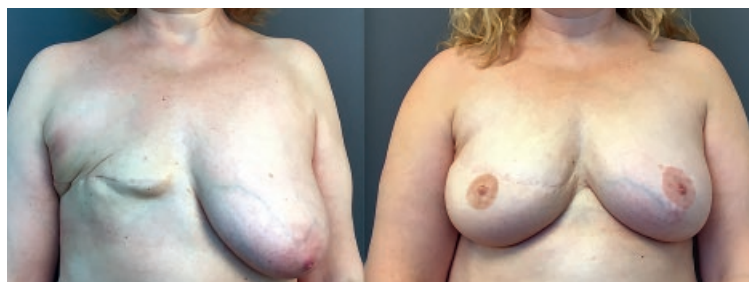
L'Assurance Maladie prend d'ailleurs en charge les 2 ou 3 séances nécessaires depuis fin 2017. Au gré des injections, on va assister au développement « presque naturel » du sein en retard de croissance, même si la correction de la dystopie aréolaire pourra être incomplète (photo 3).

3 Correction d'hypotrophie du sein droit par greffes graisseuses (et mastopexie gauche).



Séquelles esthétiques des traitements conservateurs du sein

80% des cancers du sein bénéficient d'un traitement conservateur (tumorectomie et radiothérapie +/- chimiothérapie). Un rapport élevé entre volume de la tumorectomie et volume du sein, mais également la localisation de la



1 Reconstruction du sein droit par lambeau de grand dorsal autologue et greffes graisseuses.



4 Correction des séquelles de tumorectomie droite par greffes graisseuses et repositionnement du mamelon.

tumorectomie (quadrants inférieurs), ou la nature grasseuse du sein sont des facteurs de risque de mauvais résultat esthétique.

La patiente peut être gênée par une asymétrie de volume entre les deux seins, un creux sur le site de tumorectomie (photo 4), voire une déformation du sein, ou encore par un creux laissé par le retrait de la chambre implantable (photo 5).

5 Comblement grasseux après dépose de chambre implantable.



Dans tous ces cas, 1 à 2 séances de réinjection de graisse peuvent corriger les dépressions sous cutanées, et libérer les adhérences profondes.

Vieillesse du visage

Quand on parle de chirurgie de «rajeunissement» du visage, on pense d'emblée à la correction du relâchement cutané des bajoues et du cou (lifting cervico-facial) et des paupières (blépharoplasties supérieures et inférieures).

Cependant, on a rarement conscience que l'aspect fatigué ou vieilli du regard, et plus globalement du visage, a toujours une composante volumique.

Le creusement de la jonction palpébro-jugale (qui marque les cernes et «squelettise» le regard) et l'apparition de la «vallée des larmes» (entre le cerne et la joue par effondrement de la graisse malaire), constituent des signaux visuels majeurs par les jeux d'ombre qu'ils produisent (photos 6 et 7).

6 Blépharoplastie inférieure et comblement grasseux des cernes et des vallées des larmes.



7 Blépharoplasties supérieures et inférieures et comblement grasseux des cernes et des vallées des larmes.



La restauration naturelle des volumes perdus par transfert grasseux contribue, avec la chirurgie du relâchement, à retrouver tout simplement un visage en adéquation avec son état psychique : reposé !

Autres applications des greffes grasses

Les greffes adipocytaires peuvent corriger tout manque de volume, ou toute dépression sous cutanée, sur toute partie du corps. Les deux seules conditions du succès sont : la qualité du site receveur (épaisseur de la graisse sous cutanée et souplesse de la peau), et l'abondance des sites donneurs.

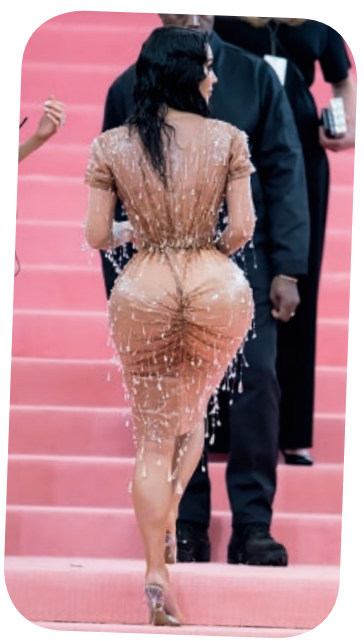
Chez cette personne souffrant des séquelles esthétique d'un pied bot congénital, 4 séances de lipofilling ont permis de réduire la différence de volume des mollets. L'aspect esthétique est amélioré, et le port de bottes est devenu possible sans artifice (photo 8).



8 Correction de séquelles de pied bot droit par greffes grasses.

Enfin ce tour d'horizon ne serait pas complet si on omettait de citer le *Brazilian Butt Lift*, «BBL», devenu un nouveau canon de beauté grâce à la diffusion d'images via les réseaux sociaux (Kim Kardashian).

Il associe un creusement exagéré de la taille par liposuction et une hypertrophie du rebondi des fesses par réinjection de cette graisse. Mais dans ces cas médiatisés, forcer le trait confine souvent à la caricature...



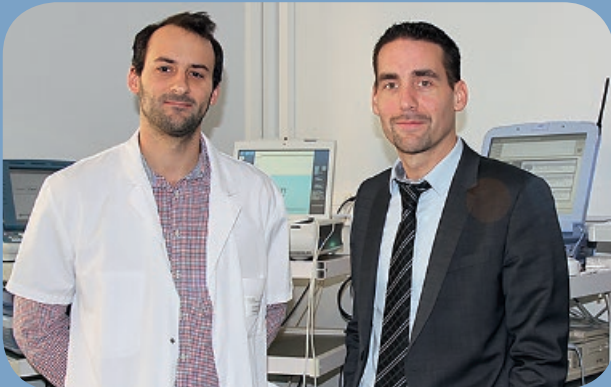
Pour en savoir plus (principe d'action, déroulement, risques)...
Fiches d'information officielles sur le lipofilling : www.drfyad.fr

Film d'information sur le lipofilling (série « Mon doc me croque », chaîne Youtube) : <https://bit.ly/2SHflbO>



Nouveau cardiologue spécialisé en rythmologie à la Clinique Ambroise Paré

Franck VANLANGENDONCK, directeur de la Clinique Ambroise Paré est fier d'accueillir le **Dr Pierre-Cyril FLECHON**, cardiologue général spécialisé en rythmologie, installé à Jarville et réalisant les actes techniques et invasifs ainsi que le suivi des pacemakers/défibrillateurs à la clinique.



Nouvelle Oncologue au Centre d'Oncologie de Gentilly

Nous vous annonçons l'arrivée du **Dr Laurène GAVOILLE**, Oncologue médical au sein du Centre d'Oncologie de Gentilly, titulaire d'un D.E.S. d'Oncologie Médicale, d'un D.I.U de Cancérologie géni-urinaire et ancienne Interne des Hôpitaux de Nancy.

Le Docteur GAVOILLE a passé deux semestres d'internat chez nous et vient prendre la suite du Docteur Célia BECUWE parti travailler en Bretagne.



Les travaux du nouveau service de Chimiothérapie ambulatoire ont débuté.

Ils devraient se poursuivre jusqu'à la fin du mois d'Août pour une ouverture courant Septembre.

Ce nouveau service plus grand et plus fonctionnel avec sa salle blanche à l'intérieur même de l'unité, avec un espace dédié aux soins de support, disposera de près de 50% de postes en plus (32 postes contre 22 actuellement).



EPU en chirurgie Pédiatrique à la Polyclinique Majorelle

Les Drs Eva POLIRSTOK et Dominique BARBIER proposent une session d'EPU en chirurgie orthopédique pédiatrique. Plus de 75 professionnels de santé de la région ont assisté à la première, n'hésitez pas à vous inscrire aux prochaines.

Les Docteurs Dominique Barbier et Eva Polirstok en partenariat avec la Polyclinique Majorelle vous convient à un cycle de soirées sur la chirurgie orthopédique pédiatrique avec 2 thèmes par session.

Salle de réunion de la Polyclinique Majorelle

95 rue Ambroise Paré - 54000 Nancy

→ Le 11 février 2020 à 20h00

- 2.1 - Traumatologie du membre supérieur
- 2.2 - Le genou de l'enfant.

→ Le 7 avril 2020 à 20h00

- 3.1 - Traumatologie du membre inférieur.
- 3.2 - Douleurs rachidiennes.

→ Le 16 juin 2020 à 20h00

- 4.1 - Enfant et sport : Membres.
- 4.2 - Enfant et sport : Rachis.

Ces soirées seront suivies d'un cocktail dînatoire.

Retour sur l'activité « hypnose » à la Polyclinique Majorelle

Depuis avril 2019, Laetitia PETIT exerce une activité d'hypnothérapeute au sein de l'établissement. Aide-soignante formée à la pratique de l'hypnose à l'école MHD, elle accompagne des patientes du service chirurgie, de la maternité, salle des naissances mais aussi de néonatalogie (333 depuis le début de son activité).

Elle accompagne également les parents qui subissent un deuil périnatal.

Elle a débuté depuis peu un travail avec les enfants pris en charge en chirurgie pédiatrique afin de les préparer aux différents examens et à la chirurgie.

Son écoute et sa bienveillance sont des qualités très appréciées des équipes médicales et paramédicales de la Polyclinique Majorelle.

