



SOMMAIRE

ELSAN CLINIQUE SAINT-ANDRÉ

ELSAN CLINIQUE SAINT-ANDRÉ

- ▶ NANCY OCULOPLASTIC 2019 p 1

ELSAN POLYCLINIQUE DE GENTILLY

- ▶ Apports de l'arthroscopie en chirurgie du poignet
• Dr Alexandre DURAND et Dr Christophe CAMPS,
chirurgiens de la main p 2 à 4
- ▶ Implants mammaires macro-texturés retirés
du marché français : sécurité sanitaire ou excès
de zèle ?
• Dr Jean-Baptiste OLIVIER, Chirurgien du Sein
..... p 5, 6

ELSAN POLYCLINIQUE MAJORELLE

- ▶ De la Chirurgie Orthopédique Pédiatrique
à la Polyclinique Majorelle
• Drs Dominique Barbier et Eva Polirsztok,
Chirurgiens infantiles p 7, 8
- ▶ L'hypnose à la Polyclinique Majorelle
• Mme Laëtitia PETIT, Hypnothérapeute p 9

ELSAN GRAND NANCY

- ▶ Palmarès Hôpitaux et cliniques - Le Point,
Août 2019 p 10

NANCY OCULOPLASTIC 2019

A l'initiative de Dr Jean Luc FAU, ophtalmologue et sous l'égide de la Société Ophtalmologique Plastique Reconstructrice Esthétique Française (SOPREF), Nancy accueille une journée exceptionnelle dédiée à la Chirurgie Oculoplastique.

L'oculoplastie est une spécialité de l'ophtalmologie qui s'occupe de la chirurgie réparatrice et plastique de l'œil et de ses annexes (réparations de paupières, désobstruction de conduit lacrymal, exérèse de tumeur dans et autour des yeux, chirurgie orbitaire réparatrice... Mais aussi des procédures de rajeunissement du regard.

Pour ce premier rendez-vous 4 thématiques : Paupières esthétiques, Voie lacrymale, Paupières et Orbite seront déclinées autour des traitements chirurgicaux complexes puisque c'est en s'y confrontant régulièrement que le chirurgien améliore sa pratique opératoire quotidienne.

La journée sera rythmée par 24 intervenants experts qui partageront leurs pratiques avec les participants.

Lieu : Palais des congrès Victor Prouvé à Nancy - Vendredi 4 octobre 2019 de 8h30 à 18h
Inscriptions et renseignements sur le site : www.nancy-oculoplastic.fr



Apports de l'arthroscopie en chirurgie du poignet

Par les Dr Alexandre DURAND et Dr Christophe CAMPS, chirurgiens de la main - Institut Européen de la Main - Polyclinique Gentilly - NANCY

Historique

La première arthroscopie du poignet remonte à 1972, par Watanabe, à titre expérimental. Chen a rapporté plusieurs cas en 1979, puis Viegas aux Etats-Unis publia un article en 1985, suivi par Roth et Hadad en 1986. Terry Whipple posa les bases de cette technique la même année. En France, cette technique fut « importée » et développée par Rémy Bleton à Rueil-Malmaison, Michel Merle et Gilles Dautel à Nancy, depuis 1993. Rapidement, les auteurs français ont développé et raffinés les techniques ainsi que leurs indications, faisant passer l'arthroscopie du domaine diagnostique dans les années 1980 à la thérapeutique dans les années 1990.

Figure 1: Masaki WATANABE, élève de Kenji TAKAGI (l'inventeur de l'arthroscopie) - 1980.



Evolution

Progressivement, les progrès de la connaissance de cette articulation si complexe qu'est le poignet ont permis le développement de techniques nouvelles, en bénéficiant de l'intérêt « mini-invasif » de l'arthroscopie.

D'autres techniques plus classiques, alors réalisées « à ciel ouvert », ont été converties et adaptées aux contraintes arthroscopiques.

Avantages et bénéfices de l'arthroscopie

Cette technique permet de réaliser les gestes chirurgicaux par de courtes incisions du poignet, dorsales et palmaires.

Une moindre rançon cicatricielle, la préservation de l'ambiance capsulaire et ligamentaire, une moindre raideur et une iatrogénie diminuée sur les parties molles constituent l'essentiel des avantages de la technique.

Ces avantages sont à mettre en balance avec une difficulté technique et une longue courbe d'apprentissage qui obligent le praticien à une formation supplémentaire théorique et pratique, dispensée régulièrement dans les centres formateurs nationaux et internationaux.

Indications

Outil essentiel pour le chirurgien du poignet, demandant une pratique régulière et rigoureuse, l'arthroscopie du poignet est également faiblement iatrogène et ne nécessite qu'une courte hospitalisation.

Elle voit s'étendre ses indications régulièrement, et concerne autant la chirurgie programmée que la chirurgie en urgence.

L'apport de l'arthroscopie est réel concernant les gestes osseux, articulaires, ligamentaires :

- Réduction des fractures articulaires (fractures du radius distal, des os du carpe, notamment le scaphoïde).
- Bilan et traitement des lésions ligamentaires intra-carpiennes (lésions scapho-lunaires et luno-triquétrales).

- Résections osseuses et arthrodèses partielles du carpe (styloïdectomie radiale, résection distale de l'ulna pour conflit ulno-carpien, lunarectomie pour la maladie de Kienböck, arthrodèses intra-carpiennes de type scapho-capitulum, 4 os internes).
- Bilan et traitement de l'arthrose du poignet (résections du pôle proximal du scaphoïde, avec ou sans interposition prothétique, résection de la première rangée des os du carpe, interposition radio-scaphoïdienne, arthrose médio-carpienne).
- Résection de kystes synoviaux, avec des résultats comparables voire supérieurs aux résections à ciel ouvert.
- Bilan et traitements des lésions du ligament triangulaire (TFCC : sutures des lésions périphériques, réinsertion en cas d'avulsion fovéale, régularisation de lésions centrales).
- Greffes osseuses des pseudarthroses du scaphoïde carpien.
- Arthrolyse du poignet en cas de raideur post-traumatique.

Complications et limites de la technique

Les complications sont maintenant bien décrites et analysées, notamment par l'étude internationale de l'EWAS, à propos de 10 107 interventions réalisées par 36 chirurgiens dans 14 pays.

Selon cette étude, le risque de complication est de 5,98%, en incluant les complications mineures (neurapraxie transitoire d'un nerf superficiel, lésion cartilagineuse, corps étranger articulaire, fistule synoviale, œdème, infection superficielle, problème cicatriciel) et les complications majeures (lésion tendineuse, nerveuse, artérielle, défaut cartilagineux important, corps étranger nécessitant une arthrotomie, syndrome des loges, arthrite septique, raideur articulaire, algodystrophie, impossibilité de terminer le geste). Ce taux de complication est différent selon l'expérience des opérateurs : 22,58% de complication pour les séries de moins de 50 arthroscopies, pour 3,73% si la série comporte plus de 600 cas.

Une pratique régulière (> 25 arthroscopies/an) et une expérience suffisante (> 5 ans de pratique) permettent de diminuer significativement le risque de survenue de complications.

GEAP / EWAS

En 2005, le Groupe Européen d'Arthroscopie du Poignet (GEAP) avule jour, sous l'impulsion de Christophe Mathoulin et de Didier Fontès à Paris, déjà entourés d'un groupe de chirurgiens intéressés au développement de cette technique.

Figure 2 : Les moniteurs et élèves au Cours International d'Arthroscopie du Poignet - IRCAD - Strasbourg (novembre 2017)



Rebaptisé « European Wrist Arthroscopy Society » (EWAS), ce groupe, auquel nous participons activement depuis sa création, rayonne maintenant dans le monde entier, au travers de cours d'enseignement, de participation aux congrès et de la rédaction d'ouvrages de référence.

Cette société savante récente, dont le nombre de membres ne cesse de croître, rassemble aujourd'hui plus de 680 chirurgiens, originaires de 35 pays à travers le monde.

De même, il est constaté un glissement progressif du ratio (arthroscopie diagnostique/total des arthroscopies), avec l'expérience : de 35% en début d'expérience à moins de 13% pour les plus expérimentés. Dans notre expérience actuelle, le taux d'arthroscopie à visée diagnostique est inférieure à 5%.

Les limites sont marquées par :

- la taille de l'articulation, qui peut compromettre le bon déroulement de l'intervention, en cas de petit poignet, notamment chez la femme ;
- la difficulté pour réaliser l'acte en intégralité sous abord arthroscopique, ce qui a mené les chirurgiens à affiner les abords et les procédures, en raison de l'étroitesse du champ de travail ;
- le manque d'instruments dédiés, pour les procédures de ligamentoplastie notamment, ce qui contraint à réaliser plusieurs abords pour combiner des temps à ciel ouvert et sous arthroscopie (comme pour la ligamentoplastie de genou par exemple).

Le futur

L'apparition de nouveaux instruments, conçus conjointement par les équipes spécialisées et les industriels, étendra le champ des possibilités thérapeutiques.

Le développement d'optiques flexibles, les futures greffes cartilagineuses et la chirurgie augmentée sont en voie de recherche actuellement. Cette technique mini-invasive aujourd'hui essentielle, deviendra incontournable pour le chirurgien du poignet.

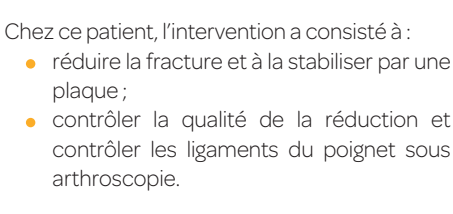
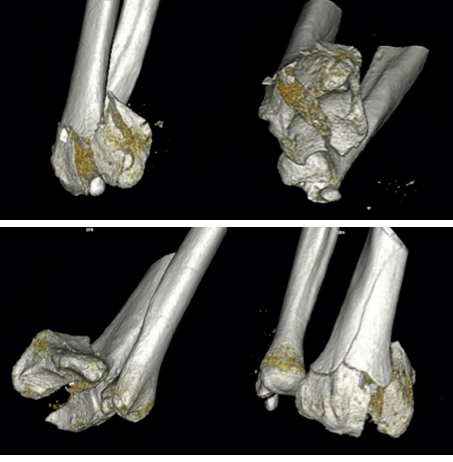
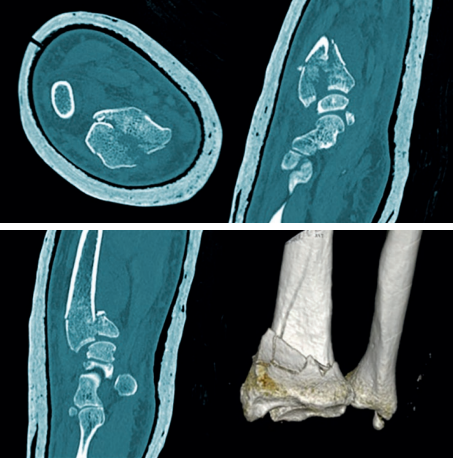
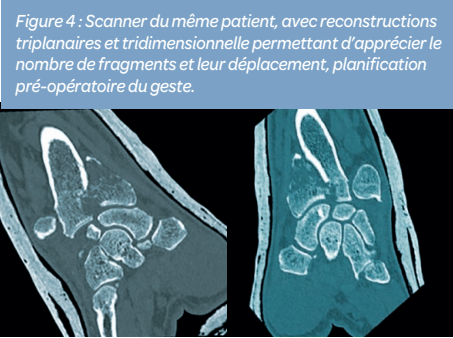
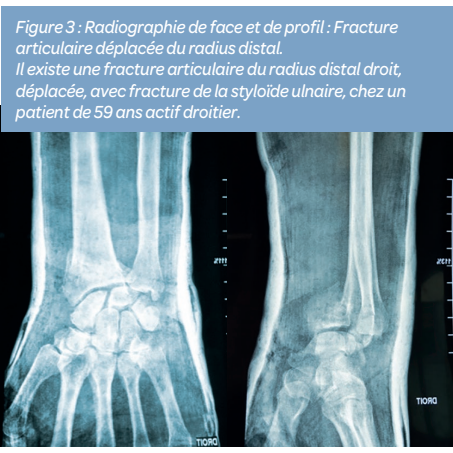
Exemple de fracture du poignet

La fracture articulaire du radius distal représente un challenge à la fois pour le praticien et pour le patient.

Pour le premier, il va falloir obtenir la réduction la plus parfaite possible de la surface articulaire, et s'assurer de l'absence de lésions associées (entorse grave, lésion du TFCC...). L'arthroscopie permet :

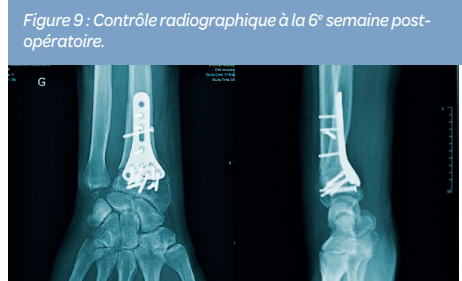
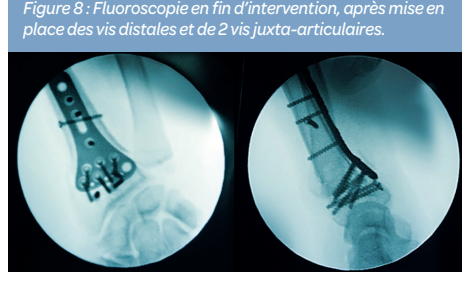
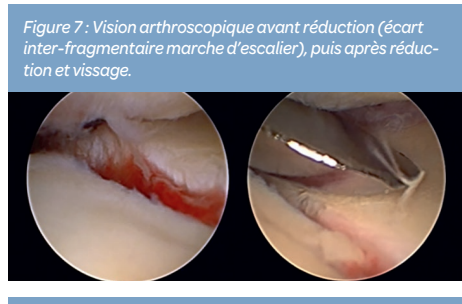
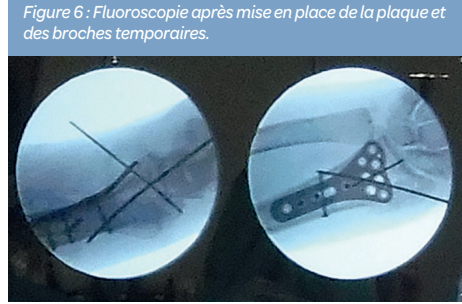
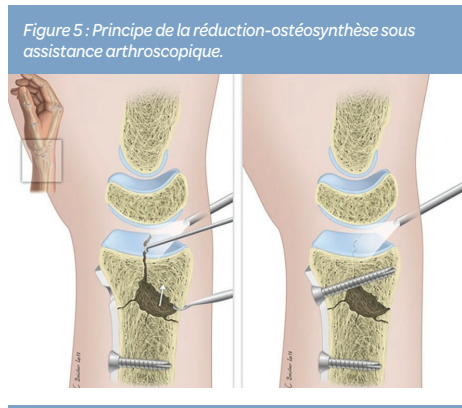
- de vérifier la qualité de la réduction de la surface articulaire ;
- de nettoyer l'articulation et de retirer les débris et l'hématome ;
- de tester les ligaments intrinsèques et le ligament triangulaire ;
- de réparer si besoin les lésions associées.

L'objectif est le traitement de l'ensemble des lésions, dans le même temps opératoire, avec mobilisation précoce, garantissant un meilleur résultat fonctionnel.



Chez ce patient, l'intervention a consisté à :

- réduire la fracture et à la stabiliser par une plaque ;
- contrôler la qualité de la réduction et contrôler les ligaments du poignet sous arthroscopie.



L'intervention s'est déroulée sous anesthésie loco-régionale, pendant une hospitalisation de 24 heures. Le patient a bénéficié de la pose d'un cathéter in-situ, à visée antalgique, pour une période de 48 heures (contrôles et retrait à domicile par une IDE du réseau Perfulor).

Une orthèse statique d'immobilisation sur mesure a été mise en place au 5^e jour post-opératoire. L'auto-mobilisation quotidienne a été débutée au 15^e jour post-opératoire, et la

rééducation conventionnelle au 45^e jour post-opératoire.

La reprise de l'activité professionnelle a été effectuée avant le 4^e mois, avec poursuite de la rééducation. La récupération fonctionnelle était subtotale au 8^e mois, avec des douleurs climatiques, une force à 90% du côté opposé, une flexion à 87% et une extension à 83%.

Exemple de greffe osseuse pour pseudarthrose du scaphoïde

Patient âgé de 24 ans, présentant une pseudarthrose du scaphoïde carpien droit, douloureuse, corporéale haute, dans les suites d'une fracture négligée datant de 12 mois (fig. 10).



Figure 10 : Bilan radiographique et scanner : pseudarthrose résorptive, de type Alnot II A, sans déformation majeure du scaphoïde, absence de signe d'ostéonécrose.

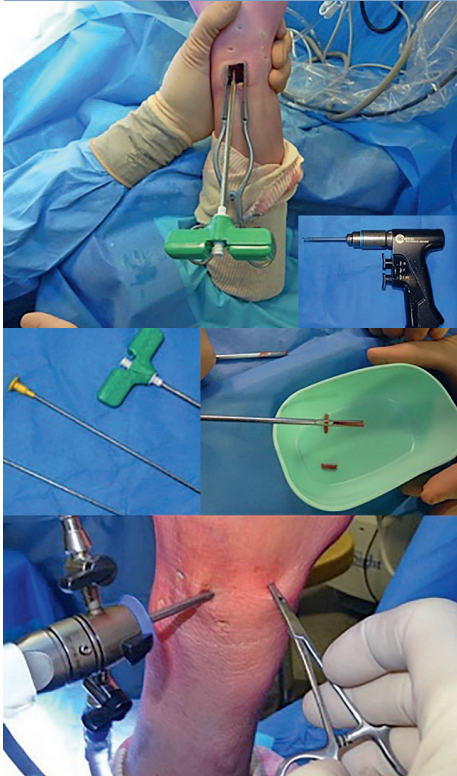


Figure 11 : La greffe osseuse est prélevée à l'aide d'un trocart à biopsie ostéo-médullaire.

Chez ce patient, en l'absence de déformation osseuse majeure, une greffe osseuse sous assistance arthroscopique a été proposée et acceptée. L'intervention se déroule sous anesthésie loco-régionale, en chirurgie ambulatoire. Les objectifs de l'intervention :

- confirmer le niveau et le type de pseudarthrose ;
- s'assurer de l'absence de lésion ligamentaire associée ;
- aviver la zone de pseudarthrose (résection osseuse, fig. 12) ;
- stabiliser l'os (broches ou vis) ;
- greffer avec de l'os spongieux prélevé au niveau de la métaphyse radiale (fig. 11 et 13) ;
- obtenir la consolidation osseuse.

Après mise en place d'une broche en attente, le temps arthroscopique consiste à nettoyer par fraissage la zone de pseudarthrose.

Figure 12 : Vue arthroscopique avant et après fraissage sur 3 mm de largeur, une broche d'ostéosynthèse est en place, au ras du fragment distal.

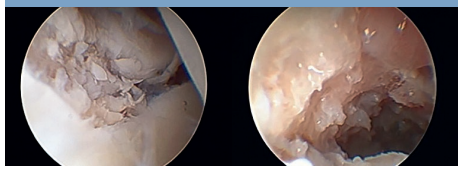


Figure 13 : Mise en place de la greffe sous forme de cylindres osseux de 3 mm de diamètre.

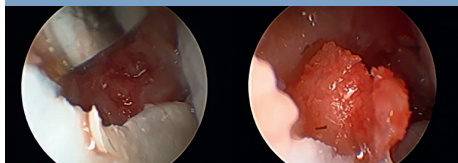
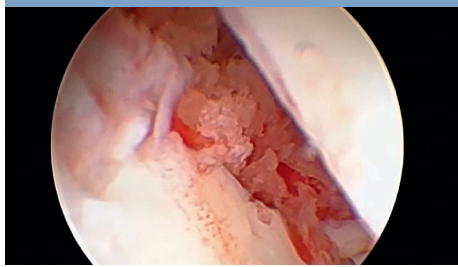


Figure 14 : La greffe osseuse est tassée dans la zone de pseudarthrose, la broche est avancée dans le fragment proximal du scaphoïde, puis une vis est mise en place.



Le patient porte une orthèse pour 12 semaines, avec contrôle radiographique toutes les 6 semaines, et scanner au 4^e mois post-opératoire (fig. 17).

Figure 15 : Aspect radiographique à la 6e semaine post-opératoire.



Figure 16 : Aspect radiographique au 3e mois post-opératoire.

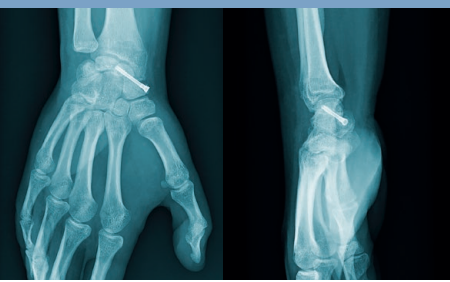
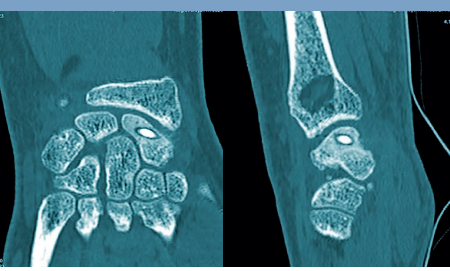


Figure 17 : Scanner de contrôle au 4e mois post-opératoire : La consolidation de la greffe osseuse est confirmée, la zone de prélèvement métaphysaire est en cours de reconstruction. Les coupes sont dans le même plan que la figure 10.



La reprise des activités professionnelles et sportives est envisagée après confirmation de la consolidation de la greffe osseuse (entre le 3^e et le 4^e mois).

La rééducation est parfois nécessaire pour récupérer les amplitudes articulaires et la force de serrage.

Conclusion

Progressant depuis plus de 40 ans, l'arthroscopie du poignet est un outil parvenu à maturité, indispensable au chirurgien spécialiste du poignet.

Son utilisation diagnostique et surtout thérapeutique est incontournable aujourd'hui.



Implants mammaires macro-texturés retirés du marché français : sécurité sanitaire ou excès de zèle ?

Par le Dr Jean-Baptiste OLIVIER, Chirurgien du Sein

Institut du Sein - 13 rue Blaise Pascal, 54320 Maxéville • 121 Route d'Arlon L1150 Luxembourg - Contact : dr.jbolivier@gmail.com



Le 2 avril 2019 une décision isolée de l'Agence Nationale Française de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) faisait la une des médias. Et pour cause : il s'agissait d'interdire ni plus ni moins du marché français, l'ensemble des prothèses mammaires macro-texturées du jour au lendemain. Cette décision plongeait ainsi brutalement l'ensemble des patientes porteuses d'implants mammaires ainsi que leurs proches dans un état de panique généralisé, qui n'est pas sans rappeler le climat de méfiance hérité sur le sujet depuis l'affaire PIP.

Car en effet, en toile de fond de cette nouvelle décision aussi bruyante soit elle, se dessine bel et bien l'ombre de l'épisode non moins médiatique mais ô combien plus important : le scandale PIP (Poly Implant Prothese).

Pour comprendre cette prise de position de l'ANSM aussi subite qu'incohérente, rappelons les événements marquants qui ont permis l'émergence du scandale PIP.

En Mars 2010, la firme française PIP est placée en liquidation judiciaire. Les délits de tromperie aggravée, escroquerie, publicité mensongère, mise en danger de la vie d'autrui, non-présence de marquage CE sont alors autant de motifs de poursuites judiciaires.

La société a en effet commercialisé depuis 2004, 100 000 implants mammaires siliconés par an.

On estime dans le monde à près de 400 000 femmes, porteuses d'implants mammaires de marque PIP. Le taux de défaillance de ces implants est estimé à plus de 25 %.

En cause : la présence d'un gel artisanal non-conforme à la place du gel de silicone traditionnel qui constitue le produit de remplissage des implants.

A partir de 2005, les premières plaintes contre PIP sont déposées.

Dans le viseur : un taux de rupture précoce anormalement élevé observé par plusieurs chirurgiens britanniques (on admet de manière générale un taux de rupture spontanée de 8,7 % à 10 ans).

En France, c'est en 2006 que pour la première fois les pouvoirs publics sont avertis à travers des signalements déposés en vain par des chirurgiens français auprès de l'ANSM (anciennement AFSSAPS).

Il faudra plus d'un an pour que l'organisme d'état se mobilise, et organise enfin un contrôle inopiné chez PIP, conduisant à la mise en lumière d'un des plus gros scandales mondiaux de santé publique.

C'est précisément ce délai de réaction et cette inertie qui a valu à l'AFSSAPS une condamnation en janvier 2019, par la justice française, reconnaissant ainsi une responsabilité de l'État dans cette affaire.

Il a ainsi été reproché à l'agence française de

ne pas avoir pris les mesures de contrôle et d'investigations nécessaires entre avril et décembre 2009.

Le tribunal retint que les données de vigilance pour l'année 2008, qui avaient fait apparaître une augmentation significative des incidents, auraient pu être traitées utilement à compter du mois d'avril 2009, date à laquelle ces incidents ont été portés à sa connaissance.

L'AFSSAPS, entre avril et décembre 2009 se serait fautive abstenue d'agir et aurait, par suite, engagé la responsabilité de l'État en matière de police sanitaire.

Voici le contexte qui a présidé à cette récente décision et avec lequel l'ANSM a dû composer lorsqu'en Novembre 2018, un consortium international de journalistes soulève le non moins brûlant dossier des « Implants Files ».

Dans ce vaste dossier, il est reproché aux implants mammaires d'être à l'origine de cas de cancers du sein rares : des cas de Lymphomes à Grandes Cellules. (LAGC). Ceux-ci représentent 1 % des lymphomes non hodgkiniens.

Le lymphome à grandes cellules est une entité de diagnostic histo-pathologique difficile, dont la pathogénie reste débattue. Si pour certains auteurs, elle serait d'origine multi-factorielle, la grande majorité considère une réaction inflammatoire chronique à corps étranger (à l'implant mammaire en l'espèce) comme étant à l'origine de son développement.

Le premier cas de LAGC est décrit en 1997 par Keech et Creech.

A ce jour, 656 cas de LAGC sont recensés à travers le monde, responsables de 17 décès.

Les cas français représentent 8% de ces cas mondiaux de LAGC (56 cas) tandis que la Belgique et l'Allemagne recensent respectivement 10 et 7 cas.

Si les cas de LAGC sont diagnostiqués et enregistrés de manière de plus en plus rigoureuse, l'incidence de cette pathologie reste pour autant difficile à évaluer. Ainsi si l'on consi-

dère que dans le monde, entre 6 à 10 millions de femmes sont porteuses d'implants mammaires, l'incidence de cette maladie serait alors estimée mathématiquement à 1 cas pour 10 000 à 15 000 patientes (soit 0,006 à 0,01 %). Néanmoins, à ce mode de calcul simpliste, des pondérations sont à apporter.

En effet, les données épidémiologiques ne retrouvent aucun cas de LAGC sur implants lisses. (Implants dont l'enveloppe est parfaitement lisse à contrario des implants texturés dont la surface est plus rugueuse afin de pouvoir « se fixer » aux tissus qui l'entourent).

A l'exception de patientes qui auraient bénéficié au préalable d'une implantation par implant texturés puis par implants lisses, tous les cas de LAGC ont été diagnostiqués sur implants texturés.

Une distinction doit alors être faite entre les implants dits microtexturés (dont la texture de la paroi est si fine qu'elle se rapproche de celle des implants lisses ; des implants dits macrotexturés dont l'enveloppe est plus épaisse agissant tel un effet velcro).

Ces implants macro-texturés ont le plus souvent une forme anatomique et sont pour cela particulièrement utilisés en reconstruction mammaire (après mastectomie) car ils reproduisent plus naturellement la forme du sein. Cet effet velcro est alors spécifiquement recherché de manière à ce que l'implant se fixe aux tissus et ne tourne pas sur lui-même, prévenant ainsi un risque de déformation secondaire du sein qui n'existe pas avec des implants simplement ronds ; ceux-ci rendant des résultats moins naturels.

Ces implants macro texturés sont sur-représentés dans les cas de LAGC puisque responsables de 70% à 85% des cas de LAGC selon les séries.

Si l'on considère alors les cas de LAGC rapportés au seul sous-groupe de femmes portant des implants texturés, l'estimation de l'incidence corrigée serait plutôt évaluée à 1 cas pour 2832 patientes (soit 0,03%).



Ces données ont été pointées du doigt depuis plusieurs mois et notamment en février 2019 au cours de l'audition d'experts internationaux organisée par l'ANSM.

L'avis du comité a été publié dans la foulée précisant que «dans le cadre de la chirurgie reconstructrice, l'utilisation des implants texturés n'était pas indispensable mais demeurerait indiquée dans un certain nombre de situations dans lesquelles la texture de l'implant constituait un bénéfice avéré en termes de forme anatomique, de stabilité, d'expansion tissulaire et de réduction du risque de la capsulite rétractile».

Le comité d'experts concluait que la plus grande prudence devait être réservée aux implants mammaires macro texturés. Le comité ne recommandant toutefois pas d'explantation préventive de ces implants texturés.

Pour autant, force est de constater que l'ANSM a décidé de manière autoritaire et sans autre forme de concertation de ne pas suivre l'avis des experts, avis qu'elle avait pourtant sollicité de sa propre initiative.

Cette prise de position, reste sur le plan international tout à fait isolée puisqu'aucun autre organisme de sécurité sanitaire n'a pris une telle décision, pas même la FDA américaine (Food and Drug Administration), pays dans lequel on recense pourtant 257 cas de LAGC dont 5 décès.

Cette interdiction s'étend à 7 marques d'implants mammaires sans aucune distinction et concerne l'ensemble des implants macro-texturés et donc de forme anatomique.

A ce niveau de risque, la violence et l'instantanéité d'une telle décision prise dans la hâte et sous la pression médiatique interroge.

En effet, n'avons nous jamais eu écho, par exemple, d'une telle position de l'ANSM sur le risque de cancer de l'endomètre induit par la prise de Tamoxifène, traitement prescrit largement dans le cancer du sein ?

Si l'ANSM avait voulu réagir afin de se prémunir d'éventuels griefs d'inaction, lesquels lui ont été reprochés par le passé, elle ne s'y serait sûrement pas prise autrement.

Car bien évidemment, le contexte franco-français du scandale PIP donne un écho tout particulier à cette nouvelle révélation médiatique de maladie rare. Ainsi, neuf ans après le scandale PIP, difficile de ne pas voir aujourd'hui dans cette nouvelle position radicale de l'ANSM, la réponse qui aurait dû être prise dès 2008, mais qui aujourd'hui face au risque de LAGC, paraît totalement prématurée et disproportionnée. Cette décision est mauvaise puisqu'elle prive de fait les patientes françaises, candidates à une reconstruction mammaire après le traitement d'un cancer d'une possibilité de reconstruction mammaire par une technique simple par implant anatomique, dont les mensurations et la forme sont adaptées en fonction des mensurations du sein controlatéral.

Les patientes souhaitant être reconstruites ainsi, n'auront à présent en France, plus que l'unique choix de voir leur sein reconstruit avec une forme ronde, créant ainsi le plus souvent une asymétrie majeure.

Cette décision est mauvaise car elle laisse planer le doute sur l'influence supposée auprès de l'ANSM d'un certain «lobbying chirurgical» selon lequel des techniques de reconstructions mammaires sans implant (méthodes autologues qui sont néanmoins plus lourdes et qui ne sont pas accessibles à toutes les patientes, bien que parfois parfaitement indiquées) seraient meilleures.

Cette décision est mauvaise car elle ne respecte pas les principes élémentaires de l'«evidence based medicine», elle ne repose sur aucun substrat scientifique clairement établi et indiscutable statistiquement.

Cette décision est grave car elle ravive un climat de défiance des patientes vis à vis des produits de santé et plus largement du corps médical. Cette annonce replonge de manière brutale les patientes dans le stress post traumatique de l'affaire PIP, qui pourtant n'a pas de commune mesure en terme de santé publique avec le risque de LAGC.

Cette décision est grave car prise dans l'urgence de l'injonction médiatique, elle révèle l'influence nuisible de certains médias sur une réflexion scientifique posée, réfléchi et étayée au profit d'une réflexion empreinte d'émotions et d'instantanéité.

Aux effets de manche dogmatiques de l'ANSM nous aurions probablement préféré une réflexion pertinente sur la nécessaire surveillance des patientes porteuses d'implants mammaires, sur la mise en garde des effets secondaires rares de certains implants texturés ainsi que sur la création d'un registre central national des prothèses mammaires à l'image d'autres pays Européens comme le Danemark.

De toute évidence, afin de ne pas réitérer les errements du passé, l'ANSM s'est pressé d'apporter une réponse face aux injonctions publiques et médiatiques.

Mais comme souvent, les décisions prises dans la hâte et sous la contrainte ne sont pas toujours les meilleures : pécher par défaut de surveillance et négligence est une chose, l'ANSM a déjà été condamnée pour cela.

Mais pécher par excès de précaution en ouvrant largement le parapluie n'est pas non plus à la hauteur de ce que l'on est en droit d'attendre d'un tel organisme de santé publique.



De la Chirurgie Orthopédique Pédiatrique à la Polyclinique Majorelle

Par Les Drs Dominique BARBIER et Eva POLIRSZTOK, Chirurgiens infantiles - SCM Chirurgie Pédiatrique des Ombelles.

Le pôle mère-enfant de la Polyclinique Majorelle élargit son activité avec l'ouverture de La Chirurgie Pédiatrique des Ombelles. L'ensemble de la prise en charge des pathologies des membres et du rachis pour les petits et plus grands est désormais assuré au sein de la Polyclinique Majorelle.

L'orthopédie pédiatrique est une spécialité à part entière dont la première évocation date du XVIII^e siècle.

Elle est l'association de l'exigence technique de la chirurgie orthopédique et de la connaissance du développement de l'enfant et de l'adolescent requise par la pédiatrie médicale.

En amont de l'orthopédie adulte, elle a pour but de prendre en charge les pathologies spécifiques à chaque âge, en accompagnant le développement du squelette soumis aux contraintes de la croissance.

La biomécanique osseuse particulière au squelette en développement exige une bonne connaissance des techniques chirurgicales adaptées.

Le contexte psychologique est également à prendre en compte, en associant autant que possible l'enfant aux décisions thérapeutiques, dans la mesure de ses possibilités de compréhension.

La prise en charge des pathologies orthopédiques des enfants et des adolescents est assurée par le Docteur BARBIER avec une compétence spécifique pour les pathologies du genou, du sport, des troubles de croissance des membres inférieurs et des maladies osseuses (kystes, dysplasie) et par le Docteur POLIRSZTOK avec une compétence spécifique pour les pathologies du rachis.

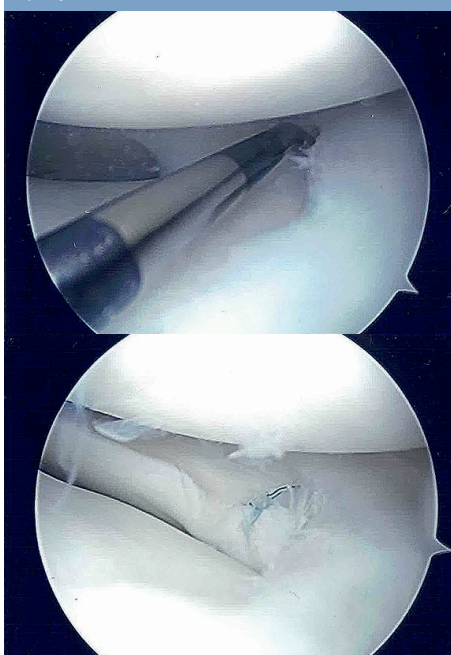
Les pathologies du genou de l'enfant et des membres inférieurs proviennent de diverses origines.

Elles peuvent être induites par un défaut de croissance des membres ou survenir après un traumatisme.

Elles englobent donc des pathologies traumatiques pures telles que les fractures, les pathologies ligamentaires, méniscales,

cartilagineuses ou rotuliennes du genou, mais également des inégalités de longueur congénitales ou acquises des membres, des déformations en genu valgum ou en genu varum ainsi que des maladies osseuses qui peuvent entraîner elles aussi des troubles de la croissance ou des fragilités osseuses.

Vue per-opératoire arthroscopique du genou gauche, suture d'une lésion méniscale du ménisque externe (avant-après).



Par ailleurs, l'orthopédie pédiatrique prend en charge les malformations/déformations congénitales des pieds et des hanches telles que le pied bot, le métatarsus varus, la luxation de hanche...

Le genou ligamentaire de l'enfant a ses particularités liées à ce squelette en croissance, liées à la nécessité de chirurgie à visée conservatrice d'un organisme jeune, liées à l'anatomie des structures (petite taille, plus grande élasticité) et à la présence d'un enfant ou d'un adolescent pour lequel le discours et le comportement attendu sont singuliers.

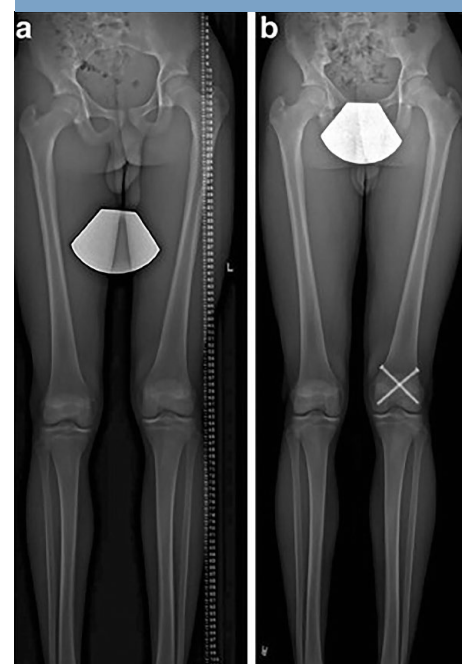
Les techniques chirurgicales doivent être adaptées à ces contraintes même si les moyens utilisés (arthroscopie, cryothérapie) sont identiques.

Les inégalités de longueur sont anodines lorsqu'elles n'atteignent pas le centimètre mais peuvent évoluer avec la croissance. C'est là tout l'enjeu de l'orthopédie

pédiatrique que de tenter de prédire cette évolution pour adapter la prise en charge au cas par cas. En cas d'inégalité prévisionnelle supra-centimétrique, une compensation doit être envisagée pour éviter une bascule du bassin et donc du dos qu'il soutient.

Inégalité de longueur des membres inférieurs traitée par vissage en croix ([a] avant- [b] après).

Curr Rev Musculoskelet Med.2016.Dec;9.



Une prise en charge chirurgicale de modulation de croissance ou d'allongement peut alors être proposée en fonction de l'importance de cette inégalité et de la volonté du patient et de sa famille.

Les déformations en genu valgum et genu varum sont parfois normales dans la petite enfance mais s'estompent progressivement durant la croissance.

En présence d'une déformation résiduelle ou d'une évolution de cette déformation il est également possible de proposer une modulation de croissance pour minimiser le risque arthrogène futur.

Les maladies osseuses sont elles aussi diverses et nécessitent parfois une simple surveillance, parfois un traitement orthopédique ou une chirurgie devant la fragilité osseuse qu'elles induisent et le risque fracturaire qui s'y associe ou devant les déformations ou inégalités engendrées

Palmarès Hôpitaux et cliniques - Le Point, Août 2019



Dans le Palmarès du Point 2019 qui a passé au crible 571 établissements privés pour 44 disciplines médicales et chirurgicales, les établissements du Groupe ELSAN sont particulièrement à l'honneur : 11 cliniques au tableau d'honneur des 50 meilleurs cliniques privées de France dont la Polyclinique de Gentilly est classée 13^e, 55 établissements cités, 36 premiers dans leur région, 46 premiers dans leur département.

Les 4 cliniques du territoire nancéiens s'illustrent dans de nombreuses spécialités.

Clinique Ambroise Paré

Spécialités et palmarès :	Rang national	Rang régional	Rang départemental		Rang national	Rang régional	Rang départemental
▷ Chirurgie des carotides	4 ^e	2 ^e	2 ^e	▷ Varices	16 ^e	5 ^e	2 ^e
▷ Stimulateurs cardiaques	19 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Infarctus du myocarde	25 ^e	3 ^e	2 ^e

Polyclinique de Gentilly

Spécialités et palmarès :	Rang national	Rang régional	Rang départemental		Rang national	Rang régional	Rang départemental
▷ Hernies de l'abdomen	2 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Cancer du poulmon	3 ^e	2 ^e	1 ^e
▷ Chirurgie de l'obésité	3 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Pneumologie	3 ^e	1 ^e	1 ^e
▷ Cancer du rein	5 ^e	2 ^e	1 ^e	▷ Chirurgie de la cornée	8 ^e	1 ^e	1 ^e
▷ Cancer de la vessie	12 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Calculs urinaires	15 ^e	1 ^e	1 ^e
▷ Adénome de la prostate	16 ^e	2 ^e	1 ^e	▷ Chirurgie de l'épaule	17 ^e	1 ^e	1 ^e
▷ Cancer de la prostate	17 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Cancer de la prostate	17 ^e	1 ^e	1 ^e
▷ Prothèse de hanche	19 ^e	2 ^e	1 ^e	▷ Chirurgie du dos	20 ^e	2 ^e	2 ^e
▷ Vésicule biliaire	35 ^e	2 ^e	1 ^e	▷ Prothèse de genou	40 ^e	3 ^e	1 ^e

Polyclinique Majorelle

Spécialités et palmarès :	Rang national	Rang régional	Rang départemental		Rang national	Rang régional	Rang départemental
▷ Cancer du sein	27 ^e	4 ^e	1 ^e	▷ Chirurgie du dos	31 ^e	4 ^e	2 ^e

Clinique Saint-André

Spécialités et palmarès :	Rang national	Rang régional	Rang départemental		Rang national	Rang régional	Rang départemental
▷ Strabisme	7 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Chirurgie du pied	16 ^e	2 ^e	1 ^e
▷ Chirurgie dentaire et orale	24 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Cataracte	29 ^e	4 ^e	2 ^e
▷ Chirurgie Maxillo-faciale	29 ^e	1 ^e	1 ^e	▷ Chirurgie du dos	36 ^e	3 ^e	3 ^e

Un grand merci à nos équipes médicales, soignantes, administratives et techniques dont le travail est ainsi récompensé !

L'hypnose à la Polyclinique Majorelle

Par Mme Laëtitia PETIT, Hypnothérapeute.

Au sein de la Polyclinique Majorelle, l'hypnose est utilisée pour accompagner les différents patients dans leur parcours de soins, avant, pendant ou après une intervention. La pratique de l'hypnose permet au patient d'aborder son passage dans la structure de soins et de récupérer dans les meilleures conditions.

Qu'est-ce que l'hypnose ?

L'hypnose est un phénomène naturel, nous expérimentons cet état plusieurs fois par jour, lorsque nous sommes concentrés sur un travail, une lecture, la conduite ou durant d'autres activités favorisant l'attention.

Et aussi particulièrement au moment juste avant de s'endormir ou de se réveiller.

Cet état se traduit par une grande concentration, une distorsion du temps, c'est ce qu'on appelle un état modifié de conscience : cet état ressemble à une profonde relaxation, et grâce à cet état vous avez accès à votre inconscient.

L'hypnose peut être utilisée à différents moments dans les soins.

Utilisation de l'hypnose pour l'accompagnement lors du cancer

Parfois, le cancer a une influence néfaste sur la notion d'estime de soi.

Dans ce sens, c'est intéressant de travailler sur le renforcement du Moi pour permettre au patient de faire face à la maladie d'une façon plus confortable.

Le sentiment d'anxiété, la peur et le stress sont des facteurs ayant une influence sur l'évolution de la maladie. Lorsqu'on produit un sentiment de calme, de confiance et de sécurité, on utilise de façon plus appropriée les fonctions du système immunitaire permettant de faire face à la maladie.

Les méthodes d'imagerie mentale permettent au patient d'être acteur de son rétablissement et apportent la pierre angulaire du traitement : le patient ne subit plus le traitement ! Bien au contraire, il participe activement en combattant les sentiments de désespoir et d'impuissance.

Les effets secondaires liés aux traitements du cancer lors de la chimiothérapie sont abordés en hypnose. Ainsi, il est possible de traiter le manque d'appétit, les vomissements, les diarrhées et les nausées.

Enfin, le recours à des techniques de gestion de la douleur (analgésie, anesthésie, insensibilité...) répondent aux préoccupations de nombreux patients.

Le but est de procurer aux patients un soutien efficace et obtenir ainsi une meilleure rémission.

Utilisation de l'hypnose pour traiter l'anxiété

Si l'anxiété est considérée comme une réaction tout à fait normale face à une situation à l'origine de stress ou d'inquiétude, c'est quand elle devient excessive et qu'elle présente un vrai facteur d'inconfort pour le patient qu'elle est classifiée comme « trouble de l'anxiété ».

C'est bien l'intensité et le raisonnement qui découle de la sensation d'anxiété qui détermine s'il s'agit d'une situation normale ou anormale.

Nous entendons par anxiété un état psychologique ayant parfois une action physiologique sur le corps. Cet état d'anxiété est matérialisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux comme la peur, l'inquiétude face à une situation donnée, la difficulté ressentie et la crainte de quelque chose ou de quelqu'un.

L'hypnothérapeute va accompagner le patient dans un lieu ressource pour traiter l'anxiété.

L'hypnosédation

On appelle la technique de l'hypnose pratiquée au bloc opératoire l'hypnosédation.

Une certaine dose de médicament est administrée pour détendre le patient et faciliter son entrée dans l'hypnose mais la dose utilisée est inférieure à la dose habituellement nécessaire pour générer une anesthésie pendant l'acte opératoire.

L'hypnothérapeute accompagne le patient dans un souvenir ou une activité agréable pendant que l'acte chirurgical est réalisé. Le souvenir, ou l'activité agréable en question, sera choisi d'un commun accord avec le patient.

L'hypnoanalgésie

De manière générale, l'hypnoanalgésie permet à la personne d'utiliser ses propres ressources pour mettre à distance les sensations de douleur, les réduire, les modifier et s'en protéger, afin de transformer le vécu de la situation douloureuse.

Le thérapeute aide le patient à instaurer des pensées agréables, à se focaliser sur des souvenirs, des sensations différentes, à s'évader du présent et du concret. La personne se retrouve légèrement dissociée de ce qui se passe, des sensations et des perceptions désagréables. En diminuant ainsi l'anxiété, on réduit considérablement la perception de la douleur.

La PMA (Procréation Médicalement Assistée), la FIV (Fécondation In Vitro) et l'hypnose

Ce parcours de procréation peut apporter du stress, des peurs et des dépressions nerveuses, ce qui peut expliquer la contraction de l'utérus et un dérèglement des hormones.

L'intimité et la vie quotidienne du couple sont perturbées : lorsque le désir d'enfant envahit leur quotidien, l'accompagnement par hypnose permet d'adoucir ce parcours qui est fait de séquence d'espoir et de déception.

L'hypnose aide à mieux vivre ce parcours au quotidien.

L'hypnose au secours des maux de grossesse : nausées, fatigue, insomnie

La grossesse est un moment particulier dans la vie d'une femme.

Chaque cas est unique et aucune grossesse n'est similaire.

Les changements physiologiques engendrent souvent des maux sur lesquels il est intéressant de travailler en hypnose.

Le but du travail en hypnose est de permettre à la future maman d'être indépendante et de pouvoir utiliser les techniques d'auto hypnose afin de les utiliser elle-même en dehors des séances.

Gestion des émotions par l'hypnose

Les 9 mois de grossesse font parfois vivre les montagnes russes émotionnelles à la future maman.

Il est possible qu'elle ressente une hypersensibilité ou qu'elle connaisse des angoisses dont on parle peu :

- PEUR d'accoucher ;
- PEUR de ne pas être une bonne mère ;
- PEUR de voir son corps changer ;
- PEUR de perdre sa liberté...

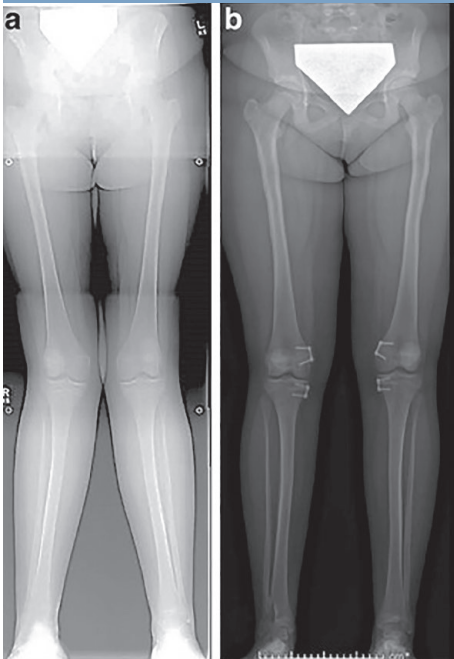
Il ne peut être que bénéfique d'accueillir ces émotions afin de ne pas les laisser déborder.

Tout cela peut être également adressé au futur papa.

L'hypnose offre de multiples applications que ce soit pour la prise en charge de la future maman, ou un patient devant subir une intervention chirurgicale. L'ensemble du panel d'interventions de l'hypnose est présent à la Polyclinique Majorelle.

lorsqu'elles se situent au contact du cartilage de croissance.

Genu valgum bilatéral traité par héli-épiphysiodèses temporaires fémorales et tibiales ([a] avant- [b] après).
Curr Rev Musculoskelet Med.2016.Dec;9.



La scoliose idiopathique de l'enfant et de l'adolescent est une maladie chronique, caractérisée par une déformation de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace.

Cette déformation d'apparition progressive est responsable d'une déviation des épaules, du tronc et de la taille.

Elle apparaît le plus souvent à l'adolescence, parfois plus tôt. La cause exacte en est toujours inconnue.

L'existence d'une gibbosité permet son diagnostic clinique et permet de la différencier des attitudes scoliotiques. Le reste de l'examen clinique permet de distinguer les scolioses dites secondaires (myopathie, trouble neurologique, malformation vertébrale, maladie osseuse).

Il existe un retentissement respiratoire, fonctionnel, douloureux parfois, et esthétique, le plus souvent au moment d'une transformation corporelle parfois difficile à assumer pour l'adolescent(e).

Le vieillissement physiologique du rachis est également altéré par l'existence de la scoliose et une progression persiste, à minima, à l'âge adulte.

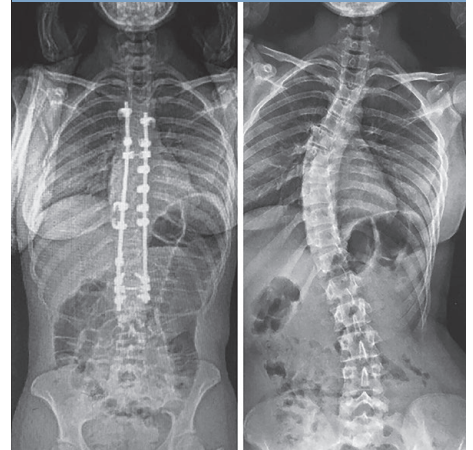
Lorsque la scoliose est sévère et évolutive, avant la fin de la croissance, il est impératif, d'enrayer son évolution.

Le traitement reconnu jusqu'alors est le traitement orthopédique par corset, associé à une prise en charge fonctionnelle par kinésithérapie. Il faut faire comprendre au patient que ce traitement permet de freiner voire de stopper l'évolution de la scoliose mais en aucun cas de revenir en arrière et supprimer la courbure existante. De nouvelles techniques chirurgicales alternatives au corset sont en cours de développement.

En fin de croissance, si la scoliose n'a pas pu être contenue par le traitement par corset, et qu'elle atteint une angula-

tion sévère, avec un retentissement fonctionnel, la prise en charge chirurgicale de référence reste l'arthrodèse vertébrale postérieure.

Résultats post-opératoire d'arthrodèse thoracique en fin de croissance.



La situation du cabinet, au sein de la Polyclinique Majorelle, permet de proposer une facilité d'accès pour les patients et leurs familles, la proximité de la radiologie le jour de la consultation sur rendez-vous concernant les examens de radiologie standard ou l'utilisation des techniques d'imagerie EOS du Centre Jacques Callot situé à 700m (cf. article mars 2019 - n°20, p.7) - ainsi qu'une unité de lieu entre la consultation et la prise en charge chirurgicale le cas échéant.

