

CHIRURGIE SOUS ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE : RÉDUIRE L'ANXIÉTÉ AVEC MUSIQUE ET RÉALITÉ VIRTUELLE

Lors d'une intervention chirurgicale sous anesthésie locorégionale, le patient reste conscient, ce qui peut être générateur d'angoisse. La littérature scientifique sur les bienfaits péri-opératoires de la musique comprend près de 4 000 publications, toutes convergentes : l'écoute musicale réduit l'inconfort et l'anxiété du patient pendant et après la chirurgie, ainsi que la douleur post-chirurgicale. La musicothérapie diffuse un genre spécifique de musique aux propriétés relaxantes alors que la musique « familière » relève du choix du patient.

À la Clinique Victor Hugo, deux méthodes sont

proposées de manière quasi systématique en consultation d'anesthésie pré-opératoire : le casque de réalité virtuelle (Oculus Quest® et logiciel HypnoVR®) associant plusieurs univers apaisants à de l'hypnose conversationnelle, et le casque de musique équipé d'un système actif. Ce dernier réduit les bruits externes (Bose® Quiet Comfort 35 II) et diffuse une musique familière. « Nous les avons comparés dans le cadre d'une étude prospective entre 2019 et 2020 auprès des patients les plus anxieux, décrit le D'Ouri Rouche, anesthésiste-réanimateur. 26 patients ont été inclus. Concernant la prise en charge de l'anxiété

per et péri-opératoire, ils étaient globalement satisfaits des deux méthodes : la moyenne est de 3,3/4 pour le casque de réalité virtuelle et de 3,8/4 pour la musique seule. Ces deux méthodes réduisent l'inconfort, l'anxiété voire l'agitation liés à la chirurgie sous anesthésie locorégionale. Elles permettraient, dans certaines situations, de surseoir à l'anesthésie générale et probablement de réduire l'utilisation de sédatifs en péri-opératoire. Ces technologies participent à l'amélioration de l'expérience patient à la Clinique Victor Hugo. »

D'Ouri ROUCHE,
anesthésiste-réanimateur

MALADIE MÉTABOLIQUE DU FOIE : LE DÉPISTAGE EST ESSENTIEL DANS LES POPULATIONS À RISQUE

La progression inquiétante des hépatopathies dysmétaboliques est une préoccupation majeure de santé publique. Aujourd'hui, la maladie du foie gras ou NAFLD (stéatose hépatique non alcoolique / *Non-Alcoholic Fatty Liver Disease*) touche 25 % de la population générale. « Elle correspond à une accumulation de graisses dans les hépatocytes, précise le D' Laetitia Fartoux, hépato-gastroentérologue, et on la retrouve préférentiellement chez les personnes obèses, avec un risque d'atteinte fibrosante sévère, surtout s'ils cumulent des comorbidités métaboliques (insulinorésistance, diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension artérielle) ainsi que des facteurs de risque comme le sexe masculin, un âge supérieur à 65 ans, et/ou un tabagisme. » 20 % des stéatoses évoluent vers un processus inflammatoire chronique dénommé NASH (*Non-Alcoholic SteatoHepatitis*) sous l'influence de

plusieurs facteurs (patrimoine génétique, statut hormonal, composition du microbiote intestinal, régime alimentaire, etc.). L'inflammation chronique dans la NASH peut conduire à une fibrose hépatique dont le stade ultime est la cirrhose. Celle-ci expose à un risque de carcinome hépatocellulaire et à une insuffisance hépatique. Chez des patients en surpoids ou obèses et avec des comorbidités comme le diabète, la dyslipidémie ou l'hypertension artérielle, il est indispensable de proposer des stratégies de dépistage de la fibrose au moyen de tests non invasifs simples (test sanguin simple FIB4 associant transaminases et plaquettes, Fibromètre et/ou Fibrotest) et/ou une évaluation de l'élasticité du foie par élastométrie (ex: Fibroscan), dont un exemplaire est opérationnel à la Clinique Victor Hugo.

D' Laetitia FARTOUX, gastro-entérologue, hépatologue

LE GROUPE



VIVALTO SANTÉ

Entre nous, la vie

FOCUS RECHERCHE

Les recherches appliquées aux soins et à l'offre de soins sont essentielles à l'amélioration de la prise en charge des patients. Elles constituent un levier d'efficience pour les établissements de santé, en termes d'attractivité, de démographie médicale et pour la diffusion précoce de l'innovation à tous les patients.

Le regroupement de tous les établissements sous l'égide du GCS VS ERI* permet de recenser annuellement l'activité de recherche à l'échelle du Groupe grâce aux systèmes SIGAPS* (indicateur « publications ») / SIGREC* (indicateur « essais cliniques »), et prétendre aux financements MERRI*.

Ces subventions ministérielles amplifient la dynamique de recherche et valorisent les domaines d'excellence des équipes médicales en soutenant les projets de promotion à visée de publications.

Parallèlement à l'allocation financière reversée individuellement aux praticiens contributeurs, deux enveloppes spécifiques ont été dédiées cette année à l'accompagnement des projets médicaux portés soit par les praticiens à titre individuel soit par les établissements.

Ces dotations permettent d'allouer les ressources nécessaires au bon déroulement des projets (soutien réglementaire, méthodologique, organisationnel).

En 2019, 10 études de promotion de recherche médicale dans des spécialités variées ont été soutenues par la Direction de la recherche au sein de différents établissements.. ○

Stéphanie DUREL-PINSON

* GCSVS ERI : Groupement de Coopération Sanitaire Vivalto Santé Enseignement Recherche Innovation
SIGAPS : Système d'Interrogation de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SIGREC : Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques
MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'innovation



41

ÉTABLISSEMENTS



820 M€

CHIFFRE D'AFFAIRES



2 400

PRATICIENS



9 400

SALARIÉS



6 050

LITS, PLACES ET POSTES

FÉVRIER 2021

ÉDITO



Caroline HERPE-
FOUCHER
Directrice Générale



D' Patrick HOUVET
Président de la CME

L'année 2020 a été marquée par la situation sanitaire exceptionnelle à laquelle nous avons tous été confrontés.

Nous avons, face à cette crise, réorganisé notre offre de soins par le biais d'une approche territorialisée, en assurant une prise en charge chirurgicale pour nos patients tout en soutenant les équipes des autres établissements du Groupe sollicitées pour l'organisation de filières covid+.

Cette réorganisation nous a permis de confirmer la maturité de notre parcours patient en chirurgie ambulatoire, 95 % de notre activité chirurgicale étant réalisée en ambulatoire, preuve de la haute technicité médicale de nos chirurgiens ainsi que de notre expertise dans la coordination des soins.

Dans le même temps, notre hyperspécialisation en chirurgie des extrémités a été saluée par le classement du magazine Le Point : avec la reconnaissance de notre expertise pour les chirurgies du membre inférieur et du membre supérieur, et le rôle central de notre activité d'urgences mains.

En 2020, un nouveau pôle a également émergé au sein de la Clinique, avec le développement important de l'activité d'endoscopie digestive, soutenue par l'arrivée de deux nouveaux praticiens et la mise en place d'une prise en charge en fast-track pour tous nos patients.

En ce début d'année, je fais le vœu que 2021 puisse nous conforter dans l'expertise que nous avons acquise l'année dernière et la poursuite de nos innovations dans nos pôles d'excellence.

Caroline HERPE-FOUCHER

VIVRE VIVALTO SANTÉ



À LA LOUPE

CHIRURGIE DE L'AVANT-PIED : une récupération accélérée

Dans la chirurgie de l'avant-pied, les nouvelles technologies percutanées et mini-invasives permettent une mobilisation plus rapide avec moins de complications post-chirurgicales.

Les techniques innovantes désormais couramment utilisées font appel à un procédé percutané, c'est-à-dire au travers de la peau et, de ce fait, mini-invasif.

post-opératoire. Le contrôle opératoire en direct est réalisé sous fluoroscopie, technique de radiologie télévisée, émettant peu de radiations. »

LA CHIRURGIE DE L'HALLUX VALGUS

« L'objectif et la méthodologie restent identiques à la chirurgie classique, avec une coupe osseuse (ostéotomie), explique le D' Cyrille Cazeau, chirurgien orthopédiste, mais les avantages de ces techniques mini-invasives et percutanées sont majeurs avec, en premier lieu, une récupération fonctionnelle accélérée. L'agressivité de l'intervention chirurgicale est limitée par une dissection réduite. La solidité des montages permet un appui immédiat d'où une moindre morbidité

« La chirurgie de l'hallux valgus se décompose en trois étapes, à commencer par la libération de l'articulation métatarso-phalangienne – où la technique percutanée remplace avantageusement l'abord classique à ciel ouvert –, suivie d'une ostéotomie du premier métatarsien puis de l'hallux », explique le chirurgien. L'ostéotomie du premier métatarsien est réalisée au moyen d'un abord mini-invasif de 2 cm, ce qui remplace l'abord classique de 8 cm.



» Les coupes osseuses provoquent la translation de la tête et permettent d'effacer l'« oignon ». « Le chirurgien procède à des coupes en "V", mécaniquement solides, ce qui autorise un appui immédiat du pied, précise le D^r Cazeau. Le troisième temps consiste en l'ostéotomie de la première phalange. La technique percutanée, par introduction d'une fraise motorisée de 2 mm de diamètre, remplace favorablement la pratique à ciel ouvert avec une scie oscillante. Le respect d'un murosseux en garantit la stabilité. »

La stabilité mécanique est une préoccupation centrale

DIMINUER LES COMPLICATIONS

D'autres chirurgies sont réalisées au moyen de cette technique percutanée, à l'exemple des métatarsalgies,

des griffes d'orteil ou de la pathologie du cinquième rayon. Elles entrent toutes dans une réflexion consistant à remettre au plus vite l'organe opéré dans son contexte de travail habituel, en appui, afin de faciliter la récupération. « La stabilité mécanique est une préoccupation centrale, pour un appui complet immédiat et une mobilisation articulaire, ajoute le D^r Cazeau. En effet, stimulation et consolidation osseuse précoces assurent un résultat plus rapide, tout en diminuant les complications, comme la raideur articulaire, la déminéralisation, l'algodystrophie ou les phlébites. »

D^r Cyrille CAZEAU, chirurgien orthopédiste
Pour en savoir plus : www.chirurgie-du-pied.fr

En couverture : illustration d'une chirurgie de l'hallux valgus

Prothèse totale de cheville : UN IMPLANT DÉSORMAIS FIABLE

L'arthrose tibio-talienne, communément appelée arthrose de cheville, est une atteinte le plus souvent d'origine post-traumatique. Elle fait alors suite, après quelques mois ou même plusieurs décennies, à une fracture articulaire de la cheville ou de la jambe. Une alternative chirurgicale sérieuse à l'arthrodèse se discute : la prothèse de cheville.

Une option chirurgicale à évaluer au cas par cas

Le nombre de fractures articulaires traumatiques de la cheville ou de la jambe est en augmentation. L'arthrodèse, intervention chirurgicale destinée à bloquer une articulation lésée par l'obtention d'une fusion osseuse, était la règle. Une autre option chirurgicale existe : la prothèse de cheville. « Cette intervention a connu, dans les années 1970, de lourds échecs, retrace le D^r Yves Stiglitz, chirurgien orthopédiste. Mais les améliorations successives en font à présent une chirurgie fiable, offrant des résultats à dix ans comparables à ceux des autres prothèses articulaires. Ainsi, les implants les plus modernes affichent un taux de survie de plus de 90 % à dix ans. » Cette génération de prothèse ayant été conçue il y a une dizaine d'années, il faut encore attendre pour revendiquer un recul supérieur. « Il est aujourd'hui légitime, chez tout patient souffrant d'une arthrose de cheville, de discuter cette possibilité en fonction des situations particulières de chacun », affirme le spécialiste.

PAS D'ÂGE LIMITE POUR LA PROTHÈSE

Chacune des deux options chirurgicales possède ses avantages et inconvénients, à évaluer au cas par cas. La rapidité des suites est en faveur de la prothèse totale de cheville – un appui complet

immédiat, l'immobilisation par botte amovible durant quelques jours seulement et la possibilité d'une chirurgie réalisée en ambulatoire – l'emportent sur les lourdeurs post-opératoires d'une arthrodèse où l'appui est interdit et l'immobilisation par botte plâtrée imposée pendant deux à trois mois. À plus long terme en revanche, l'usure mécanique inéluctable de la prothèse doit être soupesée, face à la durabilité quasiment sans limite d'une arthrodèse une fois sa consolidation obtenue.

« Ainsi, pour une qualité de vie clairement en faveur des prothèses, faut-il accepter le risque de l'incertitude sur le très long terme ? Sachant qu'en cas de difficultés, le recours à l'arthrodèse après un échec de prothèse est possible, » précise le D^r Yves Stiglitz. « Il n'existe pas d'âge limite au-delà duquel la prothèse serait contre-indiquée. Au contraire, les patients les plus âgés seront d'autant plus demandeurs s'ils sont autorisés dès le jour de l'intervention à prendre complètement appui sur le membre opéré », poursuit le chirurgien. Les plus jeunes sont souvent attirés par la préservation de la mobilité offerte par la prothèse de cheville, dans le souci de poursuivre une pratique sportive. Les sports sans impact sont alors privilégiés afin de réduire l'usure prothétique.

D^r Yves STIGLITZ, chirurgien orthopédiste



Prothèse de la cheville

20 PROTHÈSES DE CHEVILLES ONT ÉTÉ POSÉES PAR LE D^r YVES STIGLITZ À LA CLINIQUE VICTOR HUGO EN 2020, PARMI LES 200 POSÉES EN FRANCE.

RÉALITÉ MIXTE :

innovation mondiale en chirurgie de l'épaule

Le Dr Philippe Collin, ancien Président de la société Française de chirurgie de l'épaule et chirurgien orthopédiste, a développé la réalité mixte, une innovation technologique mondiale, avec deux autres confrères, français et américain, au sein d'une équipe de spécialistes internationaux. Il a réalisé l'implantation d'une prothèse de l'épaule en réalité mixte avec visualisation en 3D en per-opérateur. L'enjeu est de développer cette pratique en devenant la première clinique parisienne à proposer un guidage robotique complet très rapidement.

Un guidage robotique complet

La technologie comporte deux phases : la réalisation d'un plan pré-opératoire en amont de l'intervention, sur un ordinateur à l'aide du logiciel de planification pré-opératoire BLUEPRINT™, conçu par la startup française IMASCAP (groupe Wright Medical N.V.). De manière totalement virtuelle, le praticien implante une prothèse (reconstruite en trois dimensions) dans l'épaule du patient ; une articulation particulièrement difficile d'accès. De cette façon, il optimise son geste, d'autant plus précis, ainsi que le positionnement de l'implant. Ensuite, au bloc opératoire, le chirurgien chausse des lunettes de réalité mixte (HoloLens, Microsoft) et opère en visualisant simultanément l'épaule du patient et une représentation holographique tridimensionnelle de l'épaule associée au plan pré-opératoire. Les données 3D du plan pré-opératoire sont projetées tel un hologramme dans les lunettes du chirurgien : c'est la première fois que le logiciel de planification est directement associé à des lunettes à réalité mixte.

UNE PRÉCISION INÉGALÉE

Par le geste et la parole, le chirurgien affiche, fait pivoter et analyse la représentation holographique de l'articulation juste en face du champ chirurgical, et observe les images holographiques sous tous les angles. Pouvoir comparer en direct l'épaule holographique en



Intervention du Dr Philippe COLLIN avec les lunettes de réalité mixte

3D et l'épaule opérée permet de guider le chirurgien, pour un résultat dont la précision est inégalée.

Les recherches se poursuivent pour, à court terme, envisager un guidage per-opératoire, en temps réel, du geste chirurgical à l'intérieur de l'articulation. L'ambition est d'élargir cette technologie à l'ensemble de la chirurgie orthopédique et traumatologique. ○

Dr Philippe COLLIN, chirurgien orthopédiste

Pour en savoir plus : www.chirurgie-epaule-paris.com

ENTORSES DU POUCE :

accidentologie en trottinette

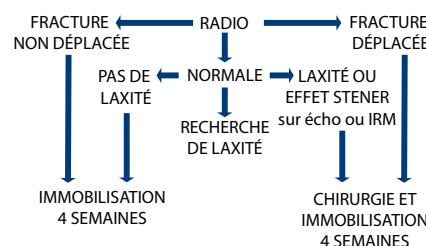
En France, dans le contexte sanitaire actuel, on n'a pas de remontées mécaniques dans les stations de ski... mais on a des trottinettes ! Durant ces périodes de confinement, l'accidentologie des mains a diminué. Les entorses des ligaments latéraux du pouce ne sont pas uniquement produites par le classique « planter du bâton » dans la neige. Nous avons actuellement une augmentation des accidents de la main à cause de l'utilisation croissante des trottinettes.

En effet, les petites roues des trottinettes ont tendance à se bloquer dans les aspérités et trous des revêtements des rues de la capitale, envoyant par-dessus bord le conducteur de trottinette qui se crispe sur son guidon, générant, lors de sa chute, un écartement excessif du pouce responsable d'une entorse.

Le patient présente en général un œdème et une douleur en regard de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Une radiographie centrée recherchera un arrachement

osseux associé. L'examen clinique permettra d'évaluer la laxité latérale du pouce en extension et en flexion, ainsi qu'une laxité antéropostérieure, à comparer avec le pouce controlatéral.

Adaptation du traitement de l'entorse du pouce



En cas de doute, une échographie ou une IRM permet de visualiser le ligament pour savoir s'il est distendu ou rompu et de trouver sa position par rapport à l'insertion de l'aponévrose de l'adducteur du pouce (effet Stener). On peut alors prévoir le traitement adapté. ○

Dr Frédérique MAZODIER, chirurgien orthopédiste