



SOMMAIRE

— ORTHOPÉDIE

Prothèse totale de genou et de hanche douloureuse 1-2

Casse-tête - Ruptures de la coiffe des rotateurs non réparables des sujets jeunes 3

— GASTROENTÉROLOGIE

Bienvenue aux Docteurs Favre et Nobecourt 3

— LE POINT SUR

Varices : bilans et traitements en 2022 4

— CARDIOLOGIE

Développement de l'activité de stimulation cardiaque 5

— PORTRAIT

Docteur Maïté SMAIL, chirurgienne du sein 6

— UROLOGIE

La neurostimulation sacrée 7

— ZOOM

Laboratoire du Sommeil 8

Prothèse totale de genou et de hanche douloureuse

— Dr Benoît LEBEL, Dr Xavier CASSAGNAUD, Dr Jérôme BRICOUT

Les arthroplasties du membre inférieur ont transformé la pratique orthopédique au cours des dernières décennies et leur utilisation est en croissante augmentation. Les progrès techniques et matériels en font des interventions fiables. Les résultats à long terme objectivent des taux de satisfaction avoisinant 90 % et des taux de survie à plus de 95 % à 15 ans, néanmoins des échecs subsistent. Le but premier de l'arthroplastie étant de restaurer l'indolence.

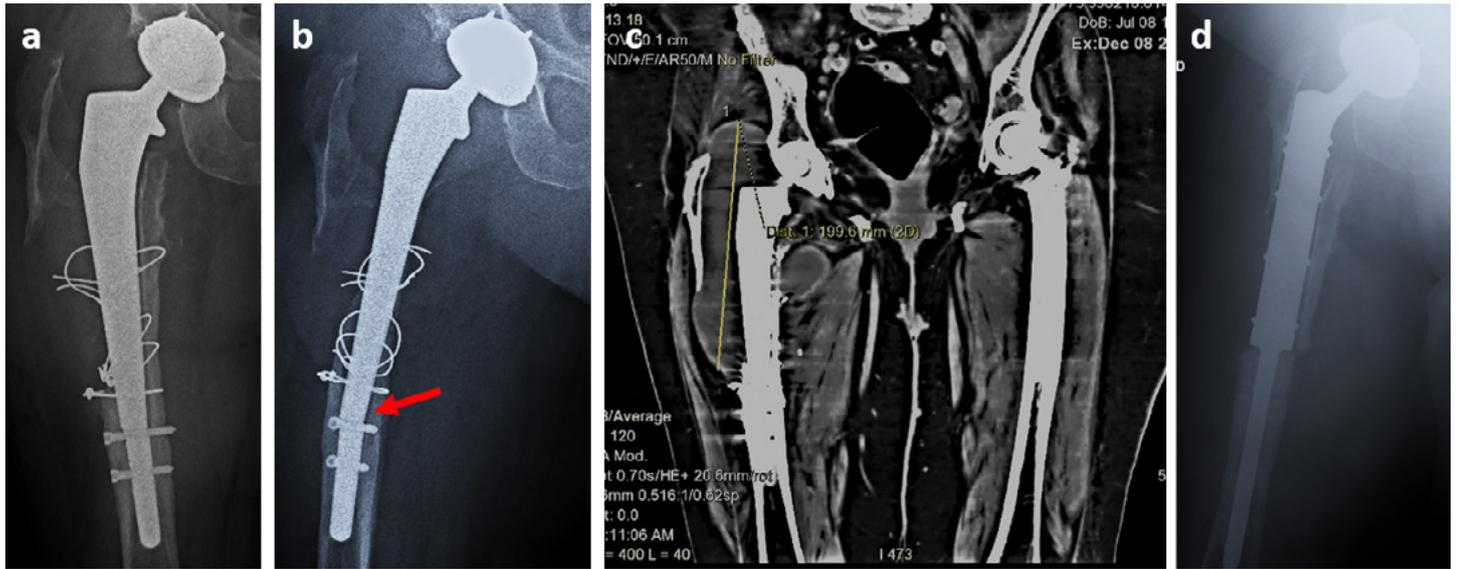
La douleur sur prothèse est un problème très préoccupant pour le praticien. Deux circonstances sont à distinguer : la prothèse qui a toujours été douloureuse et la prothèse qui allait bien et qui se dégrade. Le contrôle péri-opératoire de la douleur va jouer un rôle majeur sur le vécu de l'intervention et sur l'évolution de la récupération fonctionnelle. Jusqu'à trois mois de l'intervention, des douleurs peuvent persister et ne justifient pas, sauf arrière-pensée, d'examen complémentaire en plus du suivi radio-clinique habituel.

Face à une prothèse posée récemment qui reste douloureuse, **la principale cause à éliminer est le sepsis**. Parfois, l'anamnèse retrouvera des troubles cicatriciels, l'examen clinique pourra retrouver des signes inflammatoires, le bilan biologique pourra être perturbé... Mais il est possible qu'aucun argument n'oriente vers une origine septique. Notamment lors des infections à germe à croissance lente qui peuvent faire retarder

le diagnostic, comme lors des infections à propioni bacterium acnes. Une ponction articulaire est à envisager au moindre doute.

Les malpositions prothétiques peuvent également être source d'algie post-opératoire. L'étude du bilan radiologique permet d'objectiver les malpositions les plus grossières, pour la hanche : modification du centre de rotation, allongement, augmentation de l'offset ; pour le genou : surdimensionnement, défaut d'axe, excentration rotulienne... Il arrive que les radiographies soient rassurantes. Un bilan scanographique avec mesure des rotations des implants fémoraux et tibiaux pour l'arthroplastie de genou ; une mesure des versions fémorale et cotyloïdienne pour la prothèse de hanche pourront être nécessaires. Les grandes malpositions sont rares et bien souvent plusieurs petits défauts se combinent. Attribuer les douleurs à ces défauts mineurs n'est pas chose aisée et les reprises sont parfois décevantes. >>>





Exemple à long terme : Patiente de 72 ans avec une reprise de prothèse totale de hanche douloureuse et impotence brutale

- a- Prothèse de reprise verrouillée sans ciment
- b- Fracture d'implant fémorale non visible sur la face et très discrète de profil
- c- Collection au scanner et fracture du pivot fémoral non diagnostiqué
- d- Reprise par prothèse de type tumorale

Les douleurs peuvent aussi avoir une origine périarticulaire :

les muscles fessiers, le psoas (sur conflit avec la prothèse ou étirement) et le pyramidale pour la hanche, et le fascia-lata, les ischio-jambiers et l'appareil extenseur pour le genou. Les progrès de l'imagerie et des algorithmes permettent une meilleure exploration de l'environnement prothétique malgré les artefacts engendrés par les implants ; ainsi scanner et IRM peuvent trouver leur place. Ces algies sur prothèse peuvent également avoir une origine projetée ; ainsi une coxarthrose évoluée peut ne donner que des douleurs du genou et une méralgie peut mimer des douleurs de hanche. Enfin, les syndromes algiques complexes régionaux s'expriment le plus souvent de façon bruyante et s'accompagnent de douleurs mixtes à composante dysesthésique. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion qui pourra être confirmé par un examen scintigraphique.

Concernant la dégradation secondaire sur une prothèse qui ne posait pas de problème jusque-là, deux orientations principales sont à retenir : l'infection hémotogène et le descellement. Ces complications à distance justifient le suivi régulier de toute arthroplastie. L'infection hémotogène est souvent bruyante avec un antécédent infectieux précédant un tableau douloureux brutal sur arthroplastie. Parfois les choses sont plus insidieuses, avec une dégradation progressive et des douleurs croissantes. Le bilan radiologique objective alors des signes de réaction osseuse et des signes de descellement prothétique. Ainsi, une ponction articulaire est indiquée face

“
un examen clinique minutieux associé à un bilan inflammatoire et radiologique doivent permettre de démembrer la majorité des causes de douleurs après arthroplastie

”

à un descellement prothétique sans cause mécanique. Le descellement peut aussi également être aseptique ; il est alors la conséquence de l'usure, des débris prothétiques et des modifications physiologiques osseuses autour des prothèses. Une étude radiographique comparative chronologique permet souvent de diagnostiquer les signes de descellement, mais parfois un examen scanographique, plus précis, permet d'objectiver les signes de descellement débutant infra-radiologique. Au-delà de ces étiologies fréquentes, des douleurs peuvent apparaître après prothèses avec des étiologies multiples comme le « stress shielding » (excès de contrainte osseuse engendré par la prothèse), les fractures de fatigue, les tendinites périarticulaires...

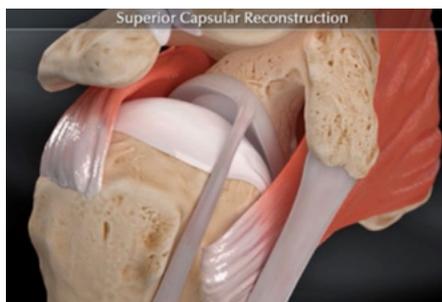
En conclusion, si les causes sont multiples, **un examen clinique minutieux associé à un bilan inflammatoire et radiologique doit permettre de démembrer la majorité des causes de douleurs après arthroplastie.** Une scintigraphie, un scanner voire une IRM (plus performante sur la hanche) peuvent affiner le diagnostic. Une fois celui-ci établi, il est important de rapporter les douleurs aux anomalies retrouvées. À la fin de ce bilan, 5 % des patients restent sans étiologie et un changement de prothèse n'est pas indiqué, sous peine d'échec. Dans ces cas, le recours aux confrères algologues est souvent bénéfique, et un travail en équipe permet au praticien de solliciter un avis éclairé auprès d'un confrère. ■

Casse-tête - Ruptures de la coiffe des rotateurs non réparables des sujets jeunes

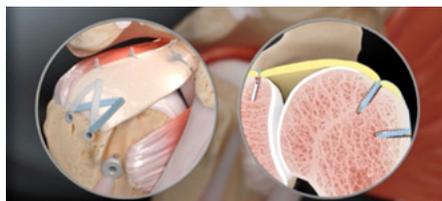
Dr Jérôme BRICOUT, Chirurgie Épaule Main Pied, AHNAC Liévin et Divion

La prise en charge chirurgicale et notamment arthroscopique des pathologies de la coiffe des rotateurs a connu depuis ces deux dernières décennies une véritable avancée en termes de prise en charge diagnostique et thérapeutique grâce aux progrès du matériel proposé aux praticiens.

Pour les patients qui bénéficient d'une réparation de coiffe, les résultats sont de plus en plus satisfaisants. Il reste cependant les cas difficiles et de plus en plus fréquents des vastes tendinopathies rompues non réparables du sujet jeune (entre 50 et 65 ans). Les solutions initialement assez invasives (transferts tendino-musculaires), car sujets trop jeunes pour l'éligibilité à la mise en place d'une prothèse totale inversée, ont eu tendance à le devenir de moins en moins grâce à l'apport de l'arthroscopie mais ne donnent pas suffisamment de satisfaction. Au demeurant



Vaste rupture de CDR non réparable



Patch d'allogreffe pour reconstruction capsulaire supérieure

il s'agit de gestes techniquement plus complexes et davantage à risque. Depuis

ces dernières années, les laboratoires ont développé des stratégies palliatives par des patchs d'allogreffe capables de renforcer un tendon très affaibli ou reconstruire le plan capsulaire supérieur, tentant d'éviter l'ascension souvent préjudiciable en abaissant et recentrant la tête humérale, permettant ainsi l'obtention d'un confort satisfaisant et le recrutement du muscle deltoïde dans de meilleures conditions. Ces patchs sont ainsi colonisés par les cellules du patient afin de créer un véritable néo tissu. Loin d'être un traitement miracle, ces techniques récentes et prometteuses permettent ainsi de gagner du temps pour un certain nombre de patients, voire de réadapter l'épaule au long cours. L'utilisation de cette technique des patchs d'allogreffe mise en place sous arthroscopie semble donc être une arme de plus dans le casse-tête des vastes tendinopathies rompues non réparables de la coiffe des rotateurs du sujet jeune. ■

GASTROENTÉROLOGIE

Bienvenue aux Docteurs FAVRE et NOBECOURT

Les Dr Mathilde FAVRE et Amélie NOBECOURT, **hépato-gastroentérologues**, sont arrivées à la polyclinique de La Clarence en février 2022. « J'ai été attirée par les **conditions de travail**, notamment la place laissée au bloc opératoire et la **taille humaine** de la structure », confie le Dr FAVRE, tandis que le Dr NOBECOURT souligne « la **bonne réputation de l'établissement** ». Le Dr FAVRE, diplômée en 2018 et titulaire des DU d'échographie abdominale et bientôt de pathologies fonctionnelles digestives, a été chef de clinique 2 ans à temps partagé entre le CHU de Lille et le CH de Lens, avec une activité principalement consacrée aux maladies du foie. Elle projette de passer le DU de proctologie, « le but étant d'être le plus polyvalente possible. » Le Dr NOBECOURT a une formation en **hépato-gastroentérologie** et **proctologie**. Elle réalise également les endoscopies. Interne à Lille en 2010, elle a exercé comme chef de clinique en 2014 au CHU de Lille, puis comme praticien hospitalier au CH de Lens en 2017. Les patients arrivent principalement dans le service par les consultations via leur médecin traitant et les urgences, plus rarement via une hospitalisation. Ils sont vus en consultation dédiée puis si besoin, différents examens sont programmés, réalisables à la clinique. Les délais sont en fonction de l'urgence. Les **médecins traitants** qui ont besoin d'une consultation pour une **prise en charge en urgence** peuvent appeler le **numéro d'avis gastro : 03 21 54 90 66**. ■



Varices : bilans et traitements en 2022

Dr Anne-France BRISSET et Dr Jean-Jacques HUBAUT

Pour éviter les complications graves (ulcère de jambe, phlébite, hémorragie...), il est indispensable de consulter un médecin vasculaire (aussi appelé angiologue ou phlébologue) pour faire un bilan avec réalisation d'une **exploration ultrasonographique (écho doppler pulsé couleur)** totalement indolore. Cet examen permet :

- l'étude des jonctions saphéno-fémorales, saphéno-poplitée (localisation, diamètre, reflux).
- l'étude des saphènes (saphène interne ou veine grande saphène VGD, saphène externe ou veine petite saphène VPS) leur trajet, reflux, diamètre.
- l'étude des autres veines tributaires, l'étude des perforantes en position allongée qui permet l'examen du réseau veineux profond pour éliminer une thrombose veineuse profonde ou superficielle, un syndrome post-phlébitique et l'étude du réseau artériel.

À l'issue de cette consultation, le praticien établit une **cartographie veineuse**, un diagnostic avec confirmation ou non d'une varice par défaillance d'une veine accessoire ou d'une veine saphène et guide le patient en lui conseillant une

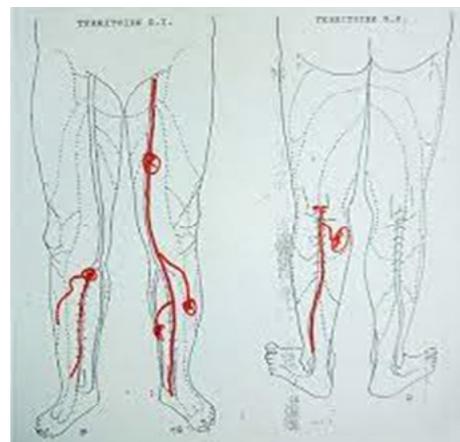


simple surveillance ou un traitement adapté.

En dehors des moyens médicaux, comme les bas de contention, la pratique d'une activité physique régulière et la lutte contre les surpoids, trois méthodes sont disponibles, et sont utilisées isolément ou en association, en fonction principalement de la taille de la varice :

- **la technique endoveineuse**, ablation thermique par laser endoveineux et radiofréquence (cf. encadré ci-dessous) qui peut être complétée par **la phlébotomie** pour traiter les varices superficielles extra-faciales.

- **l'ESM (EchoSclérose à la Mousse)** qui consiste à injecter un produit sclérosant sous forme de mousse sous guidage ultrasonographique pour les saphènes

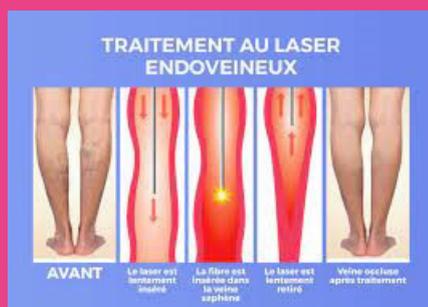


incontinentes et de diamètre inférieur à 4 mm, les veines tributaires (possible en ambulatoire ou au cabinet médical).

- **la chirurgie classique** (stripping et éveil-nage) qui est devenue très limitée (varices volumineuses, ectasie au niveau des jonctions et des troncs).

Ces traitements sont pris en charge à la Polyclinique de la Clarence par notre équipe réunissant un angiologue (Dr BRISSET) et deux chirurgiens (Dr DEWAILLY et Dr HUBAUT). ■

Le laser endoveineux, technique de référence



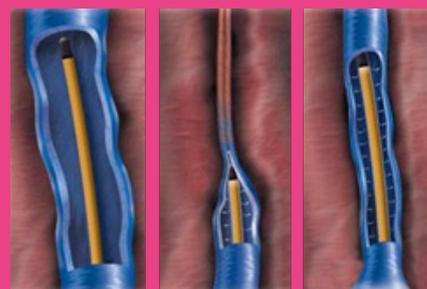
Pour supprimer les varices des membres inférieurs, le laser endoveineux peut être utilisé dans près de 80 % des cas (surtout si le patient n'a jamais été opéré). Cette technique existe depuis plus de 20 ans et a montré son efficacité, son innocuité et surtout ses avantages par rapport aux anciennes méthodes comme le stripping.

Il s'agit d'introduire transitoirement dans la veine saphène ou certaines de ses branches une fibre optique (reliée à un générateur laser) qui va chauffer et donc détruire définitivement la veine, qui se résorbe progressivement. Cette opération, d'une durée inférieure à une heure, se pratique au bloc opératoire

de la Polyclinique de La Clarence, sous anesthésie et avec une prise en charge ambulatoire (hospitalisation à la journée) dans 100 % des cas. Cette intervention nécessite bien sûr un bilan préopératoire.

Le patient porte des bas le mois qui suit l'intervention. L'arrêt de travail est d'une quinzaine de jours, surtout prescrit pour pratiquer une marche régulière dès le lendemain de l'opération. Le traitement comporte toujours des antidouleurs à base de paracétamol comme le Dafalgan (en moyenne 2 à 8 cp au total) et parfois un anticoagulant en injection dans le pli du ventre. Aucun soin n'est nécessaire sur les incisions qui ne font que quelques millimètres. Le patient peut reprendre la conduite automobile 8 jours après et le sport au bout d'un mois.

Les sensations désagréables, souvent peu gênantes pour la vie quotidienne mais très fréquemment perçues, sont liées aux **hématomes** qui se résorbent en 2 à 3 mois (intérêt d'appliquer précocement des poches de froid), à la **cicatrisation de la veine** (tiraillements voire légère inflammation sur la cuisse)



et aux **troubles sensitifs** de la peau (par irritation des nerfs du toucher qui nécessitent plusieurs mois pour récupérer) avec fréquemment des sensations bizarres lors de la toilette sur l'intérieur de la cuisse ou de la jambe.

Développement de l'activité de stimulation cardiaque

Dr Bénédicte LAUWERIER

Depuis 4 ans, l'activité de stimulation cardiaque est en nette progression au sein de la Polyclinique de la Clarence. Elle est en moyenne de 50 implantations annuelles pour 1 cardiologue interventionnel (Dr LAUWERIER). Elle se pratique sous anesthésie locale au bloc opératoire.

Elle regroupe une activité programmée et des implantations urgentes



Les implantations programmées comprennent :

- Les remplacements de boîtiers de pace-makers prévisibles grâce aux contrôles en consultation et par télésurveillance.
- Les indications non urgentes posées lors des consultations de cardiologie (maladie rythmique auriculaire, bradyrythmie).
- Les troubles conductifs vus lors des lectures de Holter ECG ou sur les moniteurs implantables sous-cutanés télésurveillés.

Les implantations urgentes sont :

- Des patients pris en charge aux urgences pour syncopes, lipothymies, chutes, décompensations cardiaques avec troubles conductifs documentés...
- Des patients hospitalisés pour un motif non rythmique mais dont la surveillance ECG ou monitorée fait poser l'indication d'une stimulation définitive.

La durée d'hospitalisation en post implantation est de 2 jours sauf complications. Une fois le contrôle et les réglages du dispositif effectués, le patient sort avec les ordonnances pour réalisation des soins de cicatrice ainsi qu'un rendez-vous de contrôle en consultation dans les 2 à 3 mois.

Le suivi est ensuite annuel en présentiel pour contrôle de l'état cutané de la loge du dispositif (dépistage d'infections) et contrôle du dispositif (batterie, impédances, bonne détection et stimulation). Une télé-surveillance est également systématiquement proposée (non imposée) au patient.

Les contrôles des stimulateurs en présentiel sont assurés par deux praticiens (Dr HUBERT et Dr LAUWERIER).



Ils s'organisent en trois demi-journées de consultations sur la semaine au plateau technique. Ils assurent le premier suivi rapproché à 2-3 mois indispensable pour affiner les réglages, contrôler la bonne cicatrisation de la loge située en pré-pectorale, le bon fonctionnement des sondes et répondre aux questions des patients par rapport au dispositif. Puis les consultations présentielle annuelles. La télé-surveillance est effectuée de façon pluri-hebdomadaire par un praticien (Dr LAUWERIER). Elle est possible grâce à un transmetteur donné au patient qu'il laisse à proximité de son lit (table de chevet). Le transmetteur capte, chaque nuit, par wifi, les données électroniques du stimulateur et les envoie sur un site internet sécurisé qui est consulté par le praticien.



Les données sont consultables entre 24 à 48h après leur recueil. Ce n'est pas de l'instantané ni une télé-alarme.

Avantages de la télésurveillance :

- dépistage de troubles du rythme, jusque-là non documentés, qui vont

nécessiter de débiter rapidement un traitement anti-coagulant.

- usure anormale et prématurée de la batterie (exceptionnel) ou surveillance d'une usure naturelle jusqu'au remplacement.
- arguments pour une rupture de sonde (chute ou élévation importante de l'impédance).
- défaut de stimulation pouvant signifier un déplacement de sonde (dans les 3 à 6 mois post-op).

La pose de moniteurs sous-cutanés est également une activité en augmentation

- Ce sont des dispositifs miniaturisés posés en ambulatoire au plateau technique dans de bonnes conditions d'asepsie par le Dr LAUWERIER avec l'aide d'une IDE expérimentée.

Les indications sont :

- Bilan de syncopes inexpliquées graves avec un bilan initial négatif (troubles conductifs graves mais paroxystiques donc difficilement détectables).
- Bilan de palpitations gênantes avec holters ECG classiques non contributifs.
- Bilan d'AVC ischémique avec recherche de troubles du rythme auriculaires paroxystiques pour valider une indication de traitement anti-coagulant.

Des consultations espacées en présentiel sont programmées mais non systématiques. La télé-surveillance permet de lire les données du moniteur à distance. Le patient peut déclencher un enregistrement en cas de symptômes afin de faire un diagnostic rapide de sa problématique.

Une fois le diagnostic trouvé, le dispositif s'extrait facilement. Sa longévité de batterie est de 2 ans en moyenne.

Pour cette année 2022, 26 pacemakers et 3 moniteurs SC ont été posés à fin avril. La plupart des patients ont une télé-surveillance. Le projet est de développer avec la radiologie, un service de contrôle et réglages des dispositifs avant passage en IRM. ■



Le Docteur Maïté SMAIL, chirurgienne du sein, a rejoint la Polyclinique de la Clarence en novembre dernier. Formée au Centre Oscar Lambret de Lille, son objectif est de développer la prise en charge du cancer du sein et de proposer aux patientes la possibilité d'une reconstruction mammaire.

Pouvez-vous nous présenter votre parcours ?

Dr SMAIL : Je suis un véritable globe-trotteur ! Originaire de la région parisienne, ma formation m'a amenée des Antilles à Toulouse jusqu'au pays de la Loire avant d'enfin poser mes valises dans les Hauts-de-France. J'ai essentiellement axé ma formation sur la cancérologie du sein, c'est dans ce cadre que j'ai passé mes dernières années au Centre Oscar Lambret.

Quels sont les enjeux de votre arrivée à la polyclinique de la Clarence ?

L'établissement est idéalement situé au sein d'un bassin géographique étendu. Le cancer du sein étant le cancer le plus fréquent de la femme, il existe un réel besoin d'étayer l'accès aux soins de nos patientes. L'enjeu ici est double : à la fois offrir une prise en charge de proximité et de qualité à nos patientes, identique à celle pratiquée dans les Centres de Référence, mais également diminuer les délais de prise en charge, ce qui est primordial en cancérologie ! Après plusieurs années passées au Centre Oscar Lambret, mon arrivée dans le bassin de vie permet une meilleure continuité des soins pour nos patientes.

Quelle prise en charge proposez-vous au sein de la Polyclinique de la Clarence ?

Depuis l'accréditation obtenue par le Dr DELZENNE en 2019, la chirurgie du cancer du sein peut être réalisée au sein de la Polyclinique de la Clarence. La chirurgie conservatrice du sein, lorsqu'elle est possible, est le plus souvent privilégiée. Des techniques d'oncoplastie sont parfois utilisées pour nous y aider en cas de lésions bifocales et/ou de taille modérée. Il s'agit alors de corréliser l'exérèse tumorale à un geste de chirurgie plastique afin de combler le défaut glandulaire tout en préservant la morphologie du sein et en améliorant ainsi les résultats esthétiques. Dans ces cas, une symétrisation du sein controlatéral est souvent envisagée. En cas de lésions plus évoluées ou multiples, une chirurgie radicale (mastectomie totale) peut être nécessaire et c'est alors que nous pouvons proposer aux patientes une reconstruction (prothèse, lipo-filling, ou lambeaux autologues de grand dorsal), qu'elle soit immédiate (au décours de la prise en charge chirurgicale initiale) ou différée (à distance d'une chirurgie), le tout sans dépassement d'honoraire. Dans tous les cas, une prise en charge adjuvante (chimiothérapie et/ou radiothérapie et/ou hormonothérapie) est souvent indiquée, après présentation de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Celle-ci pourra être réalisée au Centre Pierre Curie de Beuvry ou Centre Marie Curie d'Arras en fonction du lieu d'habitation de la patiente. Le suivi sera ensuite adapté à chaque patiente, en étroite collaboration avec les gynécologues, médecins généralistes, radiologues, kinésithérapeutes et psychologues du territoire. L'objectif est de créer un véritable maillage local, n'hésitez donc pas à me contacter pour toutes questions ou avis !

Numéro de contact secrétariat : 03 21 54 91 47

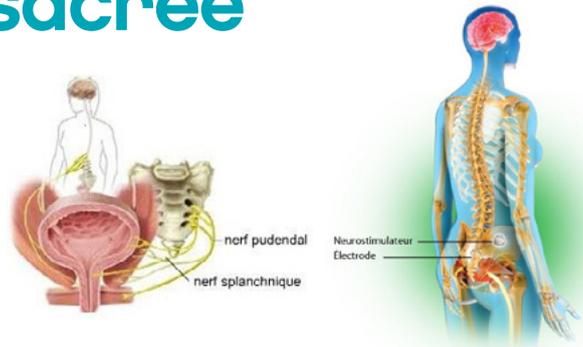


Docteur Maïté SMAIL, chirurgienne du sein

La neurostimulation sacrée

Dr Loïc GAUDUCHON, chirurgien digestif.

Le principe de la neurostimulation sacrée est de stimuler en continu les racines sacrées innervant les organes du petit bassin situés au niveau du sacrum à l'aide d'un neurostimulateur implantable. Celui-ci produit de faibles impulsions électriques transmises à une électrode appliquée à proximité de la troisième racine sacrée. L'objectif est de restaurer l'équilibre vésico-sphinctérien et ano-rectal pour la prise en charge des troubles mictionnels et/ou fécaux.



Les indications thérapeutiques de la neurostimulation sacrée sont l'**hyperactivité vésicale (HAV)** responsable d'une pollakiurie invalidante avec ou sans incontinence par impériosité (urgenterie) et impériosité invalidante (troubles dits irritatifs, rebelles aux traitements conservateurs), **la rétention urinaire chronique** avec hypertonie du sphincter strié, sans cause urologique décelable (troubles dits rétentionnistes), rebelles aux traitements conservateurs et **l'incontinence fécale** rebelle aux traitements conservateurs, avec sphincter anal intact (sans lésion ou après réparation sphinctérienne) ou sphincter anal altéré, si la taille de la lésion ne justifie pas la réparation sphinctérienne.

La neuromodulation sacrée s'effectue en 2 phases :

- une phase diagnostique (temporaire) pour tester l'efficacité et sélectionner les patients répondeurs.
- une phase thérapeutique avec l'implantation du matériel définitif.

PHASE TEST ou DIAGNOSTIQUE :

L'intervention est réalisée par le chirurgien sous anesthésie locale (+/- sédation) durant laquelle on peut observer les réponses motrices et sensibles ou sous anesthésie générale sans curare permettant d'observer uniquement les réponses motrices. Le patient est installé en décubitus ventral, les pieds en dehors de la table ou surélevés (les orteils doivent être visibles et mobiles). L'amplificateur de brillance doit pouvoir se déplacer facilement pour réaliser les vues de face et de profil du sacrum. Elle consiste à implanter une **électrode** définitive quadripolaire dans le **foramen sacré S3** (Fig.1).

Cette procédure est mini-invasive et réversible.

Le **neurostimulateur externe** (Fig.2) est ensuite relié à l'électrode et se porte dans une ceinture autour de la taille. Le **programmeur** (Fig.3) permet au praticien de régler les paramètres du stimulateur et au patient d'adapter la stimulation si nécessaire.



La phase test dure entre **7 et 14 jours** pour les indications urinaires et **21 jours** pour l'incontinence fécale. La stimulation est continue et le patient peut reprendre ses activités quotidiennes usuelles. Il doit tenir un **calendrier mictionnel et/ou des selles**. La positivité est objective lorsqu'on observe au moins **50 % d'amélioration d'au moins un des critères de diagnostic du trouble mictionnel ou fécal incriminé**.

La positivité est subjective lorsqu'on observe au moins **50 % d'amélioration de la qualité de vie** du patient (peut être objectivée par une EVA).

Le patient est **éligible** à l'implantation définitive si la réponse clinique est **supérieure à 50 %** lors de la phase test. On peut alors **passer à la phase thérapeutique**.

PHASE THÉRAPEUTIQUE :

Elle consiste en l'implantation du neurostimulateur en sous-cutané sous anesthésie locale au-dessus de la fosse iliaque en le raccordant directement à l'électrode. Cette procédure dure environ 20 minutes.

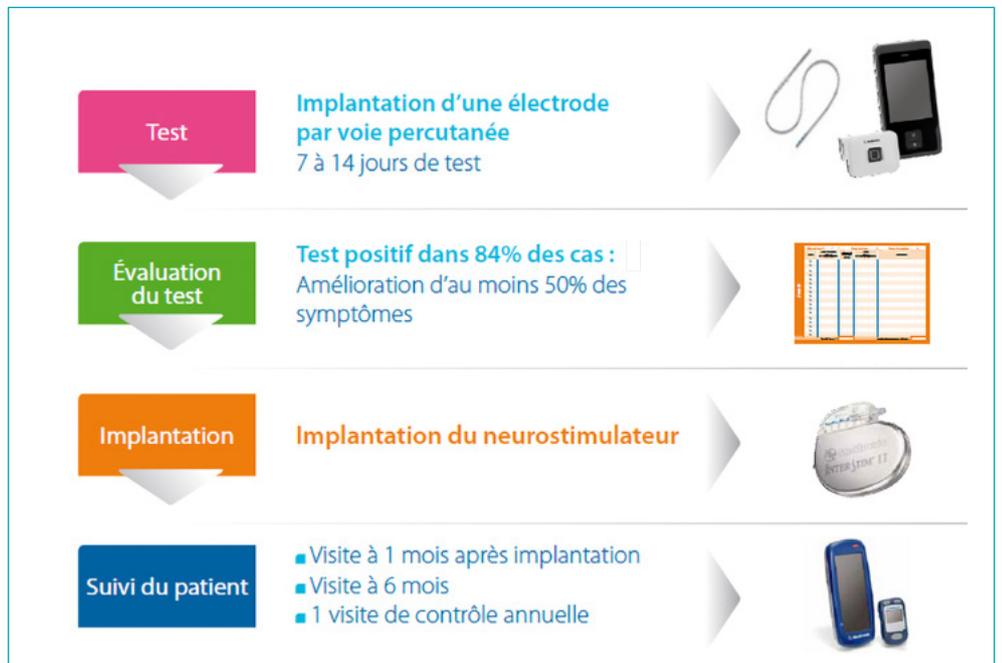
Si le test est négatif, l'électrode est retirée sous anesthésie locale.

SUIVI :

Un mois après l'implantation, on vérifie la cicatrice, les réglages et leur efficacité via une console de programmation (télémetrie) (Fig.4). Ensuite la vérification du bon fonctionnement du traitement est réalisée à **3 mois (optionnel), 6 mois puis tous les ans**.

Elle permet souvent **d'améliorer significativement la qualité de vie des patients**, notamment par le biais de leur resocialisation.

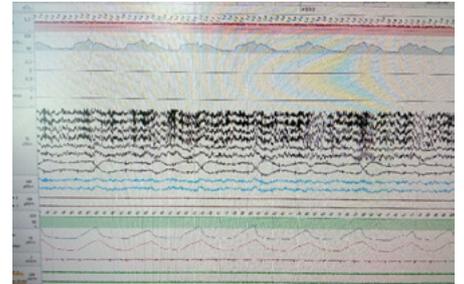
Cette thérapie est prise en charge par l'assurance maladie. ■



Laboratoire du Sommeil

— Dr *Éric CARDOT*

Les troubles du sommeil touchent 1/3 de la population. Leurs conséquences peuvent être graves : troubles cognitifs, troubles anxio-gènes-dépressifs, maladies cardio-vasculaires, diabète, prise de poids, problèmes immunitaires... Elles peuvent aussi avoir un retentissement professionnel et familial et majorer un risque accidentogène.



L'efficacité des traitements peut être contrôlée par des tests de vigilance comme le test de maintien d'éveil, qui confirme que le patient n'est plus somnolent et, si cela n'est pas le cas, proposer un traitement éveillant.

Insomnies, ronflements, hypersomnies, mouvements nocturnes anormaux, troubles du rythme circadien, syndrome d'apnées du sommeil, syndrome des jambes sans repos, cauchemars/ terreurs nocturnes/somnambulisme, fatigue chronique et fibromyalgie sont pris en charge au laboratoire du sommeil.

Les contrôles après appareillage en Pression Positive Continue (PPC) et en Ventilation Non Invasive (VNI), permettent d'optimiser les réglages en s'aidant de la mesure des gaz du sang et de la capnographie.

La disponibilité de 6 chambres dédiées aux explorations du sommeil, équipées de polysomnographes avec vidéo et de 3 polygraphes permet des délais de prise en charge brefs. Le personnel infirmier formé à la prise en charge des troubles du sommeil contribue à la qualité des explorations. ■

L'augmentation des besoins de dépistage des patients hypertendus ou ayant présenté une pathologie cardio vasculaire ou vasculaire cérébrale ainsi que certaines atteintes ophtalmologiques, urologiques, hématologiques, ORL et psychiatriques, de même que le développement de la chirurgie bariatrique dans l'établissement contribue au recrutement des patients.

Le service que nous avons développé permet de réaliser les examens diagnostiques tels que la **polygraphie ventilatoire** de dépistage et la **polysomnographie avec vidéo**. Ces enregistrements peuvent aussi être réalisés en ambulatoire.



MedicalNews est un magazine du Groupe AHNAC

Parution bi-annuelle, 2000 exemplaires • Directeur de la publication : **Fabienne PEUGNIEZ**

Conception et réalisation : **Agence Audace**

Groupe AHNAC, une offre de santé globale dans les Hauts de France : Polyclinique de la Clarence - Polyclinique d'Hénin-Beaumont - Hôpital de Riamont - Centre de réadaptation « Les Hautois » - Clinique Teissier - Polyclinique du Ternois - Centre de psychothérapie « Les Marronniers » - Service d'Hospitalisation à Domicile du Hainaut - Services de soins infirmiers à Domicile - EHPAD « Aquarelle » - EHPAD « Denise Delaby » - EHPAD « Fernand Cuvellier » - EHPAD « Les jardins du Crinchon » - EHPAD Les Charmilles - EHPAD Les Glycines - Résidence Autonomie Les Trèfles - USLD Les Iris - USLD Les Capucines - CSAPA Le Phénix - Centre d'études des Pneumoconioses - Institut de formation aide soignant