

# SOFCOT 2014



89<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL  
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE  
ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
10-13 NOVEMBRE

# Le journal du Congrès

## QUALITÉ DES SOINS

La HAS au cœur  
du congrès

Entretien avec  
le Dr Rémy Bataillon  
Directeur adjoint de la Direction  
Amélioration de la Qualité  
et de la Sécurité des Soins,  
à la HAS

p.11



## APPLI SMARTPHONE

Le CJO lance  
son application

p.8

Mardi 11 novembre  
de 8<sup>H</sup>30 à 10<sup>H</sup>00,  
salle 343

## MÉDAILLÉS 2014

10 chirurgiens rejoignent  
le tableau d'honneur  
de la Sofcot

p.30

Découvrez leurs réflexions  
sur l'orthopédie



## SÉANCE INAUGURALE

Vincent Roca,  
des mots  
pour le rire

p.8

Représentation unique  
de l'humoriste mardi 11 novembre  
de 18<sup>H</sup>15 à 19<sup>H</sup>45, amphi Bordeaux



## AGENDA

- Lundi 10 > p.2 à 6
- Mardi 11 > p.6 à 20
- Mercredi 12 > p.21 à 24
- Jeudi 13 > p.24 à 31

## QUALITÉ, ÉVALUATION, GESTION DES RISQUES

# De l'art d'opérer les bons choix thérapeutiques

AMÉLIORATION  
DE LA QUALITÉ DES SOINS

AMÉLIORATION  
DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

BONNES PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES

ÉVALUATION DES ACTES  
ET DES DISPOSITIFS

SERVICE RENDU  
AU PATIENT

RECOMMANDATIONS  
PRATIQUES...

[www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)

# Défendre et développer notre spécialité

Norbert PASSUTI, Président du CNP-SOFCOT



*« Nous avons mis en application nos projets dans une perspective de développement et de défense de notre spécialité. »*

Chers Collègues, Cher Amis, Dear Guests,

**U**ne année de présidence nécessite un engagement permanent dans cette fonction qui a pris un essor particulier avec la mise en place effective du CNP-SOFCOT (Conseil National Professionnel). Il s'agit d'une étape essentielle permettant une défense de toutes les composantes de notre société associant la SOFCOT, l'AOT, le Collège, Orthorisq, le SNCO et la FICOT; par ailleurs, toutes les sociétés associées et partenaires ont été impliquées directement dans nos différentes actions par le biais du CNP-SOFCOT (réunion tous les 2 mois) et par l'intermédiaire des différentes commissions de notre groupe.

Je souhaiterais rappeler les axes de travail définis lors de ma prise de fonction en novembre 2013 et préciser les événements concrets qui ont permis l'application de ces choix politiques.

## QUALITÉ, ÉVALUATION

La ligne directrice pour l'année 2014 était la **qualité et l'évaluation**. Nous avons mis en place des liens étroits avec la HAS et le Président du Collège de la HAS, le Professeur Jean-Luc Harousseau, nous fait l'honneur de sa présence lors du Congrès 2014.

Cette collaboration a permis de définir des tables rondes pouvant aboutir à des recommandations, leur validation permettant alors d'être opposables pour les instances réglementaires (en particulier les ARS).

Dans l'avenir, les symposiums SOFCOT pourront être réalisés en

*« Le DPC se développe et malgré les incertitudes réglementaires, nous poursuivons nos programmes dans le cadre cognitif et évaluatif. »*

partenariat avec la HAS et permettront l'établissement de référentiels de pratique et de recommandations de pratiques cliniques. Le travail bibliographique selon la méthodologie HAS permet à nos jeunes collègues, internes et CCA, de bénéficier d'une formation par la méthode de niveau de preuves, ce qui est une solution pratique pour éviter les conflits d'intérêts. Ce travail conjoint débouchera, lors du congrès 2014, sur une convention HAS-SOFCOT.

D'autre part, nous avons élaboré un « Dossier spécial COT » avec la HAS, destiné aux médecins généralistes et mis en ligne sur le site HAS lors de notre congrès. Ces relations importantes pour notre discipline seront confortées par le choix de Rémi Kohler comme chargé de missions « entre HAS et SOFCOT » afin d'échanger régulièrement sur des sujets communs.

Le CNP-SOFCOT et la SFHG, par l'intermédiaire de Jean-Alain Epinette, participent à une réunion avec la CNEDIMTS<sup>(1)</sup> pour défendre nos positions pour la révision du projet de nomenclature des PTH. De même, la Commission de la Nomenclature, sous la conduite de Bernard Llagonne, effectue un important travail pour faire évoluer nos actes et cotations. Pour cela, toutes les sociétés associées et partenaires ont été interrogées pour donner leurs propositions.

La représentation de notre société dans les **différentes instances « réglementaires »** est essentielle. À ce titre, nous sommes présents à la FSM (dans toutes les commissions), à l'ANSM (Commission de la matériovigilance dirigée par Philippe Tracol) et à la DGOS (en particulier avec la Commission Ambulatoire dirigée par Christophe Hulet). Tout cela traduit une véritable action collective de la maison d'orthopédie qui nous permet d'être un interlocuteur unique pour les tutelles, ce qu'elles apprécient ! Un exemple de ce fonctionnement

a été notre position commune devant l'IGAS et l'IGF pour la chirurgie ambulatoire (un groupe réunissant le CNP-SOFCOT, le SNCO et les représentants des sociétés associées de la chirurgie de la main, du pied et la SFA).

## ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE EN 2014

Grâce aux efforts constants de nos prédécesseurs, en particulier Bernard Augereau et Alain Sautet, nous avons mis en place une participation effective de toutes les spécialités de notre discipline, par l'intermédiaire des représentants des Sociétés associées et partenaires au Conseil d'Administration du CNP-SOFCOT. Leur implication a été identifiée dans différents domaines tels que le E-learning, le DPC, le choix des sujets de conférences d'enseignement, les réunions avec nos tutelles.

**Le DPC se développe** et malgré les incertitudes réglementaires, nous poursuivons nos programmes dans le cadre cognitif (conférences d'enseignement) et dans le cadre évaluatif. À ce sujet, nous avons renforcé les liens et les moments de rencontre avec Orthorisq (plus précisément Jacques Tabutin et Henri Bonfait), ce qui nous a permis cette année de proposer une journée complète DPC le lundi du prochain congrès.

## COMMUNICATION

Le plan communication était aussi un autre objectif prioritaire pour 2014. En interne, l'énorme travail mis en place par Rémi Kohler et nos secrétaires a débouché sur la newsletter du CNP-SOFCOT, publiée tous les 2 mois, permettant un véritable échange avec nos collègues. Ce partage de l'information est indispensable avec un rôle marqué des Sociétés Associées et Partenaires et du SNCO pour informer en continu la revue bibliographique proposée par Raphaël Vialle, le centre de documentation étant un élément

de mise au point des connaissances très apprécié des membres de la SOFCOT.

La communication « grand public » est un objectif ambitieux qui doit faire connaître notre spécialité. La refonte du site internet sous l'impulsion d'Arnaud Blamoutier puis d'Henri-François Parent a permis de créer un axe dédié au grand public et aux patients. L'étape suivante est d'avoir une véritable reconnaissance par les médias des grandes audiences (en particulier, chaînes télévisées) pour donner notre avis devant des problèmes de santé publique (accidents de la route, traumatologie sportive, les sujets âgés, etc.).

La communication passe aussi par notre présence lors de grands congrès de spécialité. À ce sujet, nous rappelons que la France était la nation invitée de l'AAOS en mars 2014. L'Académie Américaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie est le plus important congrès mondial de la spécialité tant en termes d'audience qu'en niveau scientifique. La France a organisé et participé à 3 ICL (équivalent des conférences d'enseignement) sur trois thèmes: la membrane induite (A.-C. Masquelet), les PTG à plus de 10 ans de recul (J.-N. Argenson) et les prothèses inversées d'épaule (P. Boileau). Par ailleurs, deux sessions posters, spécifiques à la France étaient dirigées et conduites

(1) Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé.

par Bernard Augereau et Yves Catonné.

Nous avons insisté sur les relations franco-américaines anciennes, à la fois historiques et professionnelles. Notre « Clip Vidéo » a été très apprécié par les membres du board de l'AAOS.

Dernier point important, les industriels français présents ont pu présenter leurs innovations et ainsi confirmer auprès de nos collègues américains le dynamisme et l'originalité des idées françaises. Cette manifestation importante s'est terminée par un moment convivial avec une réception amicale en présence du Consul Général de France.

Nous sommes également sollicités par toutes les sociétés étrangères pour présenter les travaux français en orthopédie et traumatologie.

**Notre participation à l'EFORT** a été importante à Londres en juin 2014. Les représentants français sont présents dans toutes les commissions, en particulier, dans le Comité d'Éthique et le Comité Éducation. Le rôle de la France apparaît important et Dominique Chauveaux, en tant que Président du Collège, a une position essentielle pour travailler sur un « *European curriculum* ». Cette participation marquée de la France se traduira par la nomination de Thierry Bégué comme Président du Comité Scientifique en 2015 et par la probable obtention de l'organisation du Congrès EFORT en France en 2019.

**Au final**, nous avons mis en application nos projets dans une perspective de développement et de défense de notre spécialité par le lien permanent avec les Sociétés Associées et Partenaires.

L'avenir appartient aux jeunes collègues et nous avons impliqué les représentants du CJO dans plusieurs structures de décisions et, lors du congrès, la mise en application de nos objectifs a été permise par le travail de Charles Court, Secrétaire Général, et Franck Fitoussi, Secrétaire Général Adjoint. Mon compagnon d'aventure, Rémi Kohler, a été d'une aide précieuse pour réaliser ces projets. Bien entendu, les 3 secrétaires, Ghislaine, Eléonore et Myriam, ont travaillé sans relâche durant cette année de présidence. ▲

Norbert PASSUTI

## Des travaux rigoureux et validés

Rémi KOHLER, Président 2014 de l'Académie d'Orthopédie Traumatologie (AOT)

**Cette nouvelle édition du Congrès (89° du genre!) est marquée, comme chaque année, par les thématiques définies en début de mandat par le Président de la SOFCOT.**

Cette année il s'agit de « **Qualité, évaluation, gestion des risques** », thème porteur qui imprègne notre activité, et chacun de nous n'a pas attendu cette proposition pour la mettre en pratique ! Pour autant, elle est assortie maintenant de procédures formalisées qui s'intègrent, et s'intégreront de plus en plus, dans le DPC (dans sa valence dite évaluative). Ce thème a bénéficié largement du concours de la HAS, dont c'est l'une des missions (il y a un service « *Amélioration de la qualité et sécurité des soins* » qui définit les bonnes pratiques professionnelles et un autre « *d'évaluation des actes et des dispositifs* » qui apprécie le service rendu au patient). Plusieurs thèmes et sessions de ce Congrès se rapportent ainsi à ces questions :

> Une **table ronde, du Cercle Nicolas Andry**, en présence du Président du Collège de la HAS, le Professeur Jean-Luc Harousseau, précisera exactement ces notions et leur importance dans une société professionnelle comme la nôtre.

> Deux tables rondes internationales ont également intégré cette thématique :

- celle de la SICOT consacrée à **la matériovigilance** (plaques verrouillées et traçabilité des greffons).

- Celle « européenne » conduite avec 3 Sociétés : **EFORT** et **EPOS**, les Sociétés européennes d'orthopédie adulte et pédiatrique, et la **NOF** (Nordic Orthopedic Federation) qui regroupe 8 pays d'Europe du Nord (pays scandinaves, pays baltes et Pays-Bas) dont la culture en la matière n'est plus à démontrer. Ainsi seront traités 3 sujets « médico-économiques » :

- Les bénéfices de la chirurgie mini invasive,
- La « *fast track surgery* », procédure nouvelle qui s'imposera de plus en plus (à côté de la chirurgie

ambulatoire) comme mode de prise en charge,

- L'importance des registres en chirurgie orthopédique.

À noter que cette question des registres fait aussi l'objet d'une Conférence d'enseignement, témoignant de son actualité.

> Par ailleurs, deux tables rondes coordonnées par la SOFCOT et la HAS viendront traiter de sujets controversés avec des recommandations pratiques :

- **Le dépistage de la luxation congénitale de hanche** (SOFOP et HAS) qui fait le point sur un sujet d'importance si l'on en juge par un constat affligeant : un diagnostic de la luxation encore souvent tardif, après l'âge de la marche. Seront en particulier rappelés l'importance de l'examen clinique néonatal initial, puis répété tout au long de la première année de vie, et le recours non systématique, mais seulement dans des indications ciblées, à l'échographie de hanche.

- De même, **la pertinence de la chirurgie dans la lombalgie chronique** : ce tableau, fréquent chez l'adulte, dont la conséquence économique est lourde, nécessite un rappel critique des différentes méthodes proposées et avec là encore, des recommandations sur les indications et la pertinence de la chirurgie dans cette situation.

> Une séance de communications particulières sera également consacrée à cette thématique qualité – gestion des risques, comme c'est l'usage maintenant à chaque Congrès.

> Des tables rondes, en forme de face-à-face « contradictoire » traiteront de 2 sujets de technique chirurgicale, d'actualité, accompagnés d'une veille bibliographique HAS rigoureuse :

- Quelle est – s'il y en a une – la meilleure **voie d'abord pour une prothèse totale de hanche**, en termes de résultat fonctionnel ?

- Est-il préférable de traiter une **fracture du plateau tibial** par un abord conventionnel ou mini invasif ?



À côté de ces thèmes, le Congrès sera assorti d'une vision longitudinale enfant/adulte qui découle des spécialités des deux Présidents (Norbert Passuti est chirurgien d'adultes et du rachis, Rémi Kohler est chirurgien en orthopédie pédiatrique). Ainsi, à côté des 2 symposiums (**LCA à plus de 10 ans, fractures de l'extrémité proximale de l'humérus pluri fragmentaires**), a été instauré un 3<sup>e</sup> symposium faisant le point sur **la scoliose idiopathique de l'enfant et de l'adulte**. La confrontation de séries non opérées (histoire naturelle) et opérées étudiant la mortalité/morbidité de tels gestes permet de mieux cerner les indications. Un tel travail pose les bonnes questions... et amorce seulement les réponses...

**La recherche** est un autre thème important de ce Congrès, avec l'os bien sûr, véritable organe, comme objet : la biomécanique de l'os et la fragilité osseuse :

- constitutionnelle chez l'enfant – c'est l'ostéogénèse imparfaite et nous bénéficierons d'un expert renommé sur ce sujet en la personne de François Fassier de Montréal,
- acquise chez l'adulte, dans le cadre du vieillissement (sans même parler de gériatrie).

Tels sont les grands sujets de ce Congrès, soucieux de présenter des travaux rigoureux et validés. Il comporte par ailleurs beaucoup de discussions professionnelles (chirurgie ambulatoire, parcours de soins...), administratives, pédagogiques (une table ronde sur la Rédaction médicale est ainsi empreinte d'une évaluation critique : des phénomènes de plagiat ont défié la presse scientifique ces derniers mois) ▲

Rémi KOHLER

## TRIBUNE

## Hors du CNP-SOFCOT, pas d'issue !

Gilles WALCH, futur président de la SOFCOT



**R**églementations, accréditations, validations, tutelles, assurances, développement professionnel continu, nomenclature, formation, chirurgie ambulatoire, site internet... Des mots qui sont autant d'épines dans la chaussure de chaque chirurgien orthopédiste traumatologue, libéral ou public, et qui empêchent d'avancer voire pourrissent la vie de la plupart d'entre nous.

Mais qui s'occupe de toutes ces épines ? Si nous n'avions qu'à soigner nos patients, les voir en consultation, les rassurer, les opérer, notre vie serait un rêve et nous serions certainement plus efficaces pour la société qui nous a formés et qui nous rétribue pour le faire. Seulement voilà, ne soyons pas aveugles et égoïstes, il faut représenter et défendre notre profession au quotidien si l'on ne veut pas être relégué à de simples fonctions de technicien.

Qui peut faire ça si ce n'est le CNP-SOFCOT ? La plupart d'entre vous sont membres d'une ou de plusieurs Sociétés de sur-spécialité, nationales ou internationales : arthroscopie, genou, hanche, rachis, main, épaule, pied... sans parler des groupes de travail ou des Sociétés régionales. On se

sent forcément plus à son aise dans ces Sociétés savantes au milieu de gens qui partagent la même passion. Mais atterrissons, arrêtons de nous voiler la face. Face à ces « agressions » réglementaires ou administratives, face au gouvernement et aux tutelles (vous savez, les fonctionnaires qui sont payés pour régler, légiférer, et faire appliquer la loi française), il faut développer une telle énergie, sacrifier tellement de temps pour défendre notre profession, qu'il n'est plus possible de le faire en dehors d'une grosse structure fédérative. Il faut tellement de moyens pour faire un site internet, assurer la formation continue (e-learning par exemple), communiquer auprès du grand public, établir des collaborations européennes, développer la chirurgie ambulatoire... qu'il n'est matériellement pas possible que chaque sur-spécialité puisse se consacrer efficacement à tous ces projets ou toutes ces obligations. Seule une Société de rang national, regroupant toutes les forces vives de chaque sur-spécialité peut y faire face : c'est le CNP SOFCOT. Cette « nouvelle » SOFCOT ne peut plus être considérée comme un « ramassis de vieux patrons » comme on

l'entend, ou comme certains le pensent encore, malheureusement. Ce doit être le regroupement de tous les orthopédistes traumatologues de France et de Navarre, juniors et seniors, libéraux et du secteur public, femmes et hommes, sur-spécialistes ou traumatologues orthopédistes généraux. Mettons ensemble notre énorme énergie, notre peu de temps libre, nos moyens financiers déclinants pour défendre l'orthopédie-traumatologie française.

Notre formation, notre niveau d'excellence, nos sur-spécialités sont reconnus dans le monde entier comme parmi les meilleurs. Continuons dans cette voie, regroupons nous tous au sein du CNP SOFCOT, ne craignons pas de mutualiser tous les moyens nécessaires à la bonne marche d'une Société : secrétariat, locaux, conseils fiscaux ou juridiques, site internet, formation, sans oublier temps disponible, altruisme, investissement et dévouement personnel...

Un CNP SOFCOT fort profitera à toutes nos sur-spécialités, à tous les chirurgiens libéraux ou publics. Toutes et tous sont désormais représentés au sein du Conseil d'administration qui se réunit à Paris tous les 2 mois

*« Adhères au CNP-SOFCOT, surtout les jeunes, libéraux ou publics, participez à notre congrès annuel. »*

dans les locaux de la SOFCOT ; toutes et tous sont représentés à notre congrès annuel ; mais nous avons besoin de l'adhésion et du soutien de l'ensemble des orthopédistes Français. Adhères au CNP-SOFCOT, surtout les jeunes, libéraux ou publics, participez à notre congrès annuel, et surtout expliquez aux récalcitrants, aux individualistes, aux sceptiques de tous bords que c'est non seulement notre intérêt à tous mais c'est en plus vital pour le présent et l'avenir de notre profession. Il y va du maintien de l'orthopédie – traumatologie, au firmament de la médecine française ◀

Gilles WALCH

## E-LEARNING La formation interactive à domicile

Nouvelle technique d'enseignement adoptée par la SOFCOT en juin 2013, le e-learning rencontre un réel succès, en témoigne le taux de fréquentation de la plateforme. Il y a entre 150 à 450 participants connectés selon les sessions, dont 15 % depuis l'étranger. Huit sessions ont déjà eu lieu.

**C**e mode de formation présente de nombreux avantages. Ludique et convivial, il permet de participer aux sessions en live depuis n'importe quel endroit, y compris chez soi. Un accès en différé offre la possibilité de visionner à tout moment les sessions archivées sur le

serveur de la SOFCOT. La plateforme devient ainsi une nouvelle source de référence médicale accessible 24H/24H pour éclairer un geste, une procédure, un protocole selon le cas clinique à traiter. Cette forme interactive d'enseignement contribue également à la validation du DPC,



grâce au questionnaire imposé avant et après le direct ou le différé. Les sessions seront prochainement accessibles selon 3 niveaux. Un premier pour les chirurgiens en formation (interne, chef de clinique, etc.)

avec la participation du Collège de la SOFCOT. Un second pour les chirurgiens généralistes déjà installés et qui souhaiteraient approfondir une technique opératoire. Un troisième pour des chirurgiens très spécialisés, en anglais pour un accès international, et avec la participation d'orateurs étrangers de renom ◀

**ACCÈS À LA PLATEFORME D'E-LEARNING : [www.fmcevent.com/sofcot/](http://www.fmcevent.com/sofcot/)**



## CONFÉRENCE D'ENSEIGNEMENT



# Visco-supplémentation : techniques, indications et résultats

Virginie LEGRÉ-BOYER

Les chirurgiens orthopédiques ont de plus en plus recours à la visco-supplémentation. La SOFCOT consacre une conférence d'enseignement à cette technique, présentée par le Dr Virginie Legré-Boyer, rhumatologue.

Cette conférence s'attache à faire le point sur le rationnel et sur l'utilisation des injections articulaires d'acide hyaluronique (AH) encore dénommées visco-supplémentation ou visco-induction, qui représentent, avec les infiltrations cortisoniques, le principal traitement local de l'arthrose. Ce traitement est-il vraiment efficace ? Une controverse a récemment agité les sociétés savantes, à l'issue des résultats discordants de certaines méta-analyses évaluant les injections d'AH *versus* placebo. Au point que des recommandations internationales pour la prise en charge de la gonarthrose ont été tout nouvellement modifiées, en réduisant la place des injections d'AH. Même si l'efficacité est modérée (20 %) par rapport au placebo, sur la douleur et la fonction,

*« Les meilleurs résultats s'observent avec des arthroses modérément douloureuses, sans épanchement, avec un interligne articulaire conservé. »*

il y a un taux important de patients répondeurs (60-70 % dans la gonarthrose). L'avantage est de permettre une épargne en antalgiques opiacés et en AINS, avec un meilleur rapport bénéfices-risques, et parfois de repousser l'heure de la prothèse. L'efficacité clinique est retardée de 2-4 semaines par rapport aux infiltrations cortisoniques, mais se prolonge pendant 6 voire 12 mois.

### Y A-T-IL DE BONNES ET MAUVAISES INDICATIONS ?

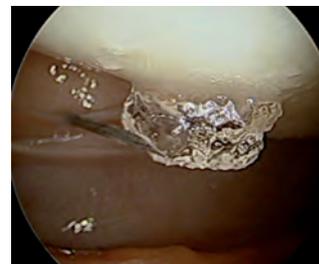
Même si un profil type de patients répondeurs n'est pas clairement établi, les meilleurs résultats s'observent avec des arthroses modérément douloureuses, sans épanchement, avec un interligne articulaire conservé, à moduler selon l'articulation concernée. La moins bonne indication paraît être la coxarthrose évoluée qui reste du domaine prothétique. L'intérêt se développe dans la chondropathie ou l'arthrose débutante du sujet jeune, en complément ou en alternative à la chirurgie conservatrice (conflit fémoro-acétabulaire, lésions ostéo-chondrales du talus, etc.).

De quels acides hyaluroniques dispose-t-on, et comment les utiliser ?

Les principaux dérivés disponibles en France, réticulés ou non, ainsi que les nouveaux produits combinés à d'autres substances (mannitol, sorbitol, chondroïtine) sont détaillés à l'occasion de cette conférence. La technique d'injection intra-articulaire d'AH, conditionne non seulement l'efficacité de l'AH, mais aussi sa tolérance (réactions locales). Elle est parfois délicate et peut bénéficier de certaines astuces. Les modalités pratiques diffèrent selon l'indication : pour la gonarthrose, seule indication remboursée (sous conditions) en France, on effectue selon les produits, soit une série de 3 injections (à 1 semaine d'intervalle), soit une injection mono-dose, avec des dérivés souvent réticulés, qui voient leur succès augmenter. Dans les articulations autres que le genou, rien n'est bien codifié : les doses injectées varient selon les dérivés d'AH (linéaires ou réticulés) et la capacité articulaire.

Que faire en cas d'épanchement articulaire ? L'attitude sera discutée : ponction et corticoïdes préalables à la visco-supplémentation ou dans le même temps ?

Les injections d'Acide Hyaluronique sont-elles risquées ?



Une revue récente de la littérature conclut à une innocuité de la visco-supplémentation. La tolérance générale des injections d'AH est excellente, contrastant avec celle des corticoïdes, permettant une utilisation facile chez des sujets âgés, poly-pathologiques ou poly-médicamentés. Des réactions locales sont rares, en règle mineure avec une bonne technique d'injection, mais parfois spectaculaires, en gardant toujours en mémoire la possibilité d'un sepsis



LUNDI 10 NOV.

14<sup>H</sup>15 - 15<sup>H</sup>15

AMPHI BORDEAUX,  
NIVEAU 3

# Orthorisq, changement d'horaires

La session d'Orthorisq se déroule cette année en deux temps. Explications.

Cette modification d'horaire est liée aux contraintes découlant de la mise en place du développement professionnel continu (DPC). Pour que l'évaluation des formations dispensées durant la session d'Orthorisq puisse être intégrée au DPC, la réglementation interdit le déroulement de ces formations en présence de l'industrie.

La session évaluative du matin sera complétée l'après-midi par un module

cognitif. « Certains programmes de DPC étant associés aux conférences d'enseignement de l'AOT, sur le versant évaluatif du risque des pratiques professionnelles et des conduites thérapeutiques, nous avons donc dû diviser notre séance en deux, avec l'évaluation des pratiques professionnelles le lundi et l'assemblée générale le mardi midi », explique François Loubignac, Secrétaire général d'Orthorisq.

Cette nouvelle organisation a-t-elle une incidence pour les congressistes ? La validation des programmes d'accréditation annuelle oblige les chirurgiens à être présents le lundi matin. La nécessité d'être à l'heure à la session Orthorisq implique pour certains

d'arriver à Paris dès le dimanche soir. « La validation de la journée de formation aussi bien pour la démarche d'accréditation que pour la validation du DPC oblige les adhérents à être présent dès l'ouverture de la session pour respecter les contraintes réglementaires », précise Henri Bonfait, Directeur d'Orthorisq.

Quant à l'assemblée générale qui aura lieu le mardi, ces nouvelles dispositions n'auront probablement pas d'impact. « Ce n'est pas la partie de la session d'Orthorisq qui attire le plus de monde », reconnaît François Loubignac. Mais, la question du quorum ne se posera pas, grâce à la mise en place du vote des délibérations par internet.



▲ Ablation d'une vis bloquée par perforation.

Et, si l'on s'en tient au nombre d'inscrits – 1003 mi-octobre pour seulement 766 l'an passé à la même période –, force est de constater que les nouveaux horaires ne freinent en rien la venue des chirurgiens. « Nous les avons alertés très tôt, dès avril », explique Natacha Gérard, Secrétaire d'Orthorisq. Cette anticipation a permis à chacun de s'organiser en conséquence ▲



## RENDEZ-VOUS

LUNDI 10 NOVEMBRE

8<sup>H</sup>00 - 12<sup>H</sup>30

GRAND AMPHITHÉÂTRE

MARDI 11 NOVEMBRE

12<sup>H</sup>15 - 13<sup>H</sup>45

SALLE 352 AB, NIVEAU 3

## TEMPS FORTS du LUNDI 10 NOVEMBRE

- 8<sup>H</sup>20-10<sup>H</sup>00: Table ronde > Ré-interventions difficiles.
- 10<sup>H</sup>00-10<sup>H</sup>15: Programme d'accréditation 2015.
- 10<sup>H</sup>15-11<sup>H</sup>00: Comportements au bloc opératoire. Brûlures cutanées en rapport avec le matériel d'électrocoagulation en chirurgie arthroscopique.
- 11<sup>H</sup>00-12<sup>H</sup>30: Table ronde > Prescriptions médicamenteuses préopératoires en établissement de santé.



## EN BREF

L'association compte environ **2 000 adhérents**, ce qui fait d'Orthorisq l'un des premiers organismes agréés en gestion de risques médicaux.

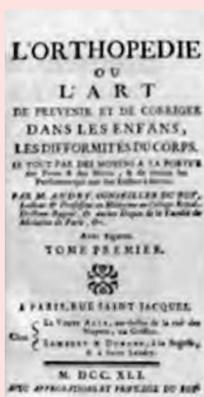
## CERCLE NICOLAS ANDRY

MARDI 11 NOVEMBRE

# Grandes et petites histoires de l'orthopédie

Frédéric DUBRANA

Pour la première fois, le Cercle Nicolas Andry se scinde en trois parties, avec des communications libres et diverses, une table ronde sur l'évaluation et la qualité en présence du Pr Harousseau, Président du Collège de la HAS, et une table ronde à la mémoire des poilus.



▲ Nicolas Andry, la gravure de l'arbre tors et le cahier N°8 « Mémorial du Centenaire 1914-2014 ».

En guise de mise en bouche, voici un aperçu des communications. Rémi Kohler qui s'est attaché à l'histoire du traitement de la scoliose décrit la manière dont les déformations du rachis ont été abordées des temps reculés jusqu'aux orientations actuelles acquises il y a 30 ans à peine. À travers cette histoire, on parcourt celle de l'orthopédie française, constatant à l'occasion que seuls deux siècles séparent Andry de Cotel et Dubousset.

Jacques Caton nous rappelle que l'orthopédie est le fruit d'une association médicale et technique.

FABRICATION FRANÇAISE

# ARTHURUM 2,5%

SOLUTION VISCO-ÉLASTIQUE  
POUR INJECTION INTRA-ARTICULAIRE

## Mono injection pour le Traitement symptomatique des douleurs articulaires de la GONARTHROSE

HYALURONATE DE SODIUM  
CONCENTRATION 2,5%  
75 mg/3 mL



1 injection intra-articulaire



LCA PHARMACEUTICAL - 9, Allée Prométhée, F-28000 CHARTRES, FRANCE  
Tel : +33 (0)2 37 33 39 30 - Fax : +33 (0)2 37 33 39 39 - E-mail : lca@lca-pharma.com - Web : www.lca-pharma.com

ARTHURUM 2,5% - SOFCOT - 2014-10 - PN - 9105192/00

### CERCLE NICOLAS ANDRY

MARDI 11 NOVEMBRE

7

L'histoire de la maison Lépine à Lyon illustre cette collaboration. Cette saga familiale nous montre le chemin parcouru des couteliers du 18<sup>e</sup> siècle à la fabrication des dispositifs médicaux implantables... Du « bistouri à la prothèse », l'histoire de ce fabricant français sur trois siècles, résume bien les intérêts croisés indispensables entre chirurgiens et industriels pour le plus grand bénéfice des patients. Patrick Cronier a largement évoqué les années passées l'anatomie artistique, réalisant un travail unique qu'il faudra un jour individualiser et regrouper en un seul livre. Cette année, il aborde l'anatomie artistique de la main, s'interrogeant sur une morphologie très particulière de l'extrémité des doigts, avec une courbure dorsale de la dernière phalange, qu'on ne rencontre jamais chez l'individu vivant (sauf sur le pouce) et que certains artistes ont choisi de représenter à toutes les époques et dans le monde entier. À tous, très bon Cercle Nicolas Andry



▲ Catalogue de la maison Lépine 1882.



▲ Homme se faisant Seppuku (Utagawa Toyokuni, 19<sup>e</sup> siècle).

Détail: les phalanges distales sont très courbes. ▼



### Le Cercle Nicolas Andry RECRUTE !

Pour sa huitième réunion le Cercle Nicolas Andry continue à se développer, toujours aidé par la maison d'édition *Sauramps Médical*, qui année après année édite le recueil des communications. Gageons que s'il ne reste rien du Cercle dans quelques années sa mémoire perdurera grâce aux publications.

Mais revenons au temps présent. Les animateurs fondateurs ont besoin de renfort, car certains d'entre nous ont pris une retraite méritée. N'hésitez pas à contacter les animateurs présents cette année à la SOFCOT (A.-C. Masquelet, F. Dubrana, P. Gleyze et P.-O. Pinelli) si vous souhaitez participer à la vie du Cercle, nous avons besoin de vous...

MARDI 11 NOV.  
8<sup>H</sup>00 - 12<sup>H</sup>30  
AMPHI HAVANE

# Vincent Roca, des mots pour le rire

Humoriste facétieux, pourfendeur raffiné de nos petits travers se jouant avec gourmandise de la langue française, apprécié pour ses chroniques à mots piquants sur France Inter, dans l'émission Le Fou du Roi, Vincent Roca s'installe pour une représentation unique au congrès de la SOFCOT. Un rendez-vous salubre pour nous rappeler que le rire ne sera jamais une espèce *prothésée*...

## Quelle est l'origine de votre présence au congrès de la SOFCOT ?

Rémi Kohler voulait apporter une note originale et humoristique au congrès de la SOFCOT. Il se trouve que son cousin Jean-Loup Chiflet est également mon éditeur. Rémi Kohler m'a alors, par son intermédiaire, proposé de participer au congrès. Il m'a remis un cahier des charges et des documents sur l'orthopédie et la SOFCOT pour m'aider à préparer un spectacle en lien avec la chirurgie orthopédique.

## Comment l'orthopédie et plus largement la médecine qui ne sont pas des sujets particulièrement légers vous inspirent-ils ?

Je suis un amoureux de la langue française. J'aime m'amuser avec les mots. En me plongeant dans les documents remis par Rémi Kohler, j'ai découvert des mots étonnants. J'ai travaillé sur le vocabulaire orthopédique mais aussi

sur celui propre à la SOFCOT, riche en acronymes. J'ai préparé deux textes, l'un autour de la chirurgie orthopédique, l'autre sur ces acronymes. Ce n'est pas la première fois que je m'inspire de cet univers. Lorsque j'étais chroniqueur au Fou du Roi, j'avais écrit un texte en partant du langage autour des os à l'occasion de la venue du paléontologue Yves Coppens.

## Quelle est pour vous la force de l'humour face à des sujets graves ?

C'est un challenge de faire rire avec des thèmes qui ne sont pas réjouissants. Mais, c'est important de

pouvoir rire de choses graves. C'est une manière de prendre un peu de distance. Un jour, à la fin d'un spectacle dans lequel je m'amusais de la maladie d'Alzheimer, des personnes dont un proche était atteint de la maladie sont venues me voir pour me dire que cela leur avait fait un bien fou, en éloignant un moment leur souffrance. Le rire permet de prendre du recul avec ce qui nous entoure et ce qui peut nous affecter. C'est également une arme d'attaque pour se moquer des travers de notre monde, une façon d'affirmer des choses de manière élégante ▲

## À VISIONNER :

« *Vite, rien ne presse !* », commandez le DVD sur [www.vincent-roca.com](http://www.vincent-roca.com)

## À LIRE ET ÉCOUTER :

« *Tout Roca... sinon rien !* » aux Éditions Chiflet et Cie (avec un CD de quinze chroniques du Fou du Roi).

« *Vite, rien ne presse !* » et « *Qu'est-ce qu'on fait pour Noël ?* », deux livres-disques édités chez Camino Verde. [www.caminoverde.com](http://www.caminoverde.com)

## À LIRE : *Papiers bavards*

(Éditions Albin Michel, 2000, 331 p.)

## *Vincent Roca sucre les phrases*

(Éditions Albin Michel, 2003, 313 p.)

*Éloge de quelques inutiles (et autres célébrités)* (Éditions Le Pré aux clercs, 2005, 297 p.)



## À NE PAS MANQUER :

« *Qu'est-ce qu'on fait pour Noël ?* », de Vincent Roca et Jacques Dau, du 12 novembre 2014 au 25 janvier 2015, au théâtre du Lucernaire, Paris Réservations : 01 45 44 57 34



## BIO EXPRESS

Né à Bregenz, en Autriche, le 17 mai 1950, fils spirituel de Raymond Devos, Bobby Lapointe et Boris Vian, Vincent Roca est l'auteur de quelque 800 chroniques distillées pendant l'émission Le Fou du roi de Stéphane Bern, sur France Inter, de janvier 2000 à juin 2011. En 2011, il reçoit le grand prix Raymond-Devos de la langue française créé en 2003 et qui récompense les talents d'écriture et de jeu d'artistes s'inscrivant dans la lignée de l'humoriste disparu en 2006. De février 2012 à mars 2013, Vincent Roca interprète son spectacle *Vite, rien ne presse !* à Paris au Théâtre du Lucernaire puis au théâtre du Petit Hébortot. En juillet 2014, il se produit sur les planches du Festival d'Avignon, au théâtre des Béliers, avec son nouveau spectacle *Qu'est-ce qu'on fait pour Noël ?* Parrain de l'association Sourires d'Enfants, Vincent Roca contribue également à l'organisation de spectacles dont les recettes servent à la construction d'écoles en Asie du Sud-Est.



MARDI 11 NOV.  
18H15 - 19H45  
AMPHI BORDEAUX

## CJO Prendre le train du numérique

Le Collège des jeunes orthopédistes propose un programme dense où l'innovation tient une grande place.

### La matinée s'articule en trois temps :

- Une conférence sur les bases de la tribologie et ses implications biomécaniques.
- Un exposé sur les aspects légaux qui régissent la vie des internes et des chefs de clinique.
- Une présentation de nouvelles technologies avec une application CJO d'aide à la décision thérapeutique (sur iPhone et Android) lancée à l'occasion du congrès ainsi qu'un point sur les nouveaux guides de coupe et sur

l'orthopédie 2.0 avec l'intégration des outils numériques dans la pratique professionnelle. Il s'agit de trois sujets majeurs de la vie d'un jeune chirurgien. « *Dans le cadre de la refonte des programmes de formation en orthopédie, il nous faut renforcer nos connaissances théoriques. Notre spécialité nécessite des fondements solides en anatomie, biomécanique et biomatériaux. Ensuite, les jeunes font des remplacements, très vite, très tôt, sans avoir la connaissance exacte des risques et du cadre légal de leurs interventions. Enfin, nous devons prendre ce train de l'évolution numérique. Aux États-Unis, le corps médical a largement adopté*



SMARTPHONE : le CJO lance son application d'aide à la décision thérapeutique.

ces technologies pour la gestion des blocs opératoires et la planification préopératoire » explique Nicolas Reina, président du CJO ▲

MARDI 11 NOV.

8H30 - 10H00, SALLE 343

«Les prothèses de Genou Attune sont des dispositifs médicaux de classe III fabriquées par DePuy Ireland et dont l'évaluation de conformité a été évalué par le BSI, CE0086. La prothèse de genou Attune a pour objectif d'améliorer la mobilité du patient et de réduire la douleur en remplaçant l'articulation endommagée chez des patients présentant un capital osseux suffisant pour fixer et soutenir les composants de la prothèse. Les candidats à une arthroplastie totale de genou Attune incluent les patients qui présentent une articulation extrêmement douloureuse et/ou invalidante à cause d'une ostéoarthrite, d'une arthrite post-traumatique, d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'un échec d'une précédente implantation. Les Prothèses de genou Attune sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans certaines conditions : consulter ameli.fr. Lire attentivement la notice d'utilisation. N° référence : 14/07/DPYFR/PM/006-30/07/14 »



## CONVERGENCE DES PHILOSOPHIES CHIRURGICALES

Technique à coupes dépendantes

Technique à coupes indépendantes

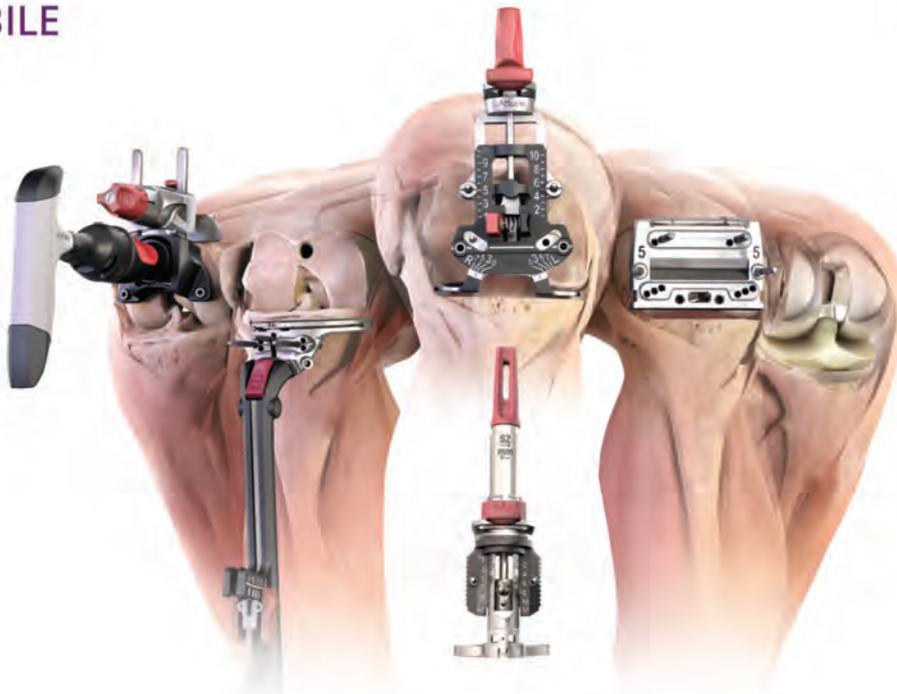
### PLATEAU MOBILE



PS



CR/CS



### PLATEAU FIXE



PS



CR/CS

# Pertinence de la chirurgie de la lombalgie chronique dite commune

Cédric BARREY

Quand faut-il envisager une cure chirurgicale de la lombalgie chronique de l'adulte, pathologie parmi les plus fréquentes dans les pays industrialisés ? Revue des recommandations de bonne pratique.

La lombalgie chronique est définie par une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner de périodes d'acutisation très invalidantes, d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou. L'analyse de l'imagerie (radiographie, scanner, IRM) permet de définir 3 catégories :

- Lombalgie d'origine non dégénérative (dite symptomatique) secondaire à une cause traumatique, tumorale, infectieuse ou inflammatoire (SAA).
- Lombalgie d'origine dégénérative secondaire à une pathologie discale, facettaire, musculaire, ligamentaire, et/ou associée à un trouble régional et/ou global de la statique rachidienne (mesure des paramètres d'équilibre).
- Lombalgie d'origine indéterminée sans relation retrouvée avec des lésions anatomiques.

Telles sont les définitions retenues en consensus (accord professionnel) par le groupe de travail représentatif de la SOFCOT et de la SFCR.

## EFFICACITÉ SUR LA FONCTION ET LA DOULEUR

Les techniques chirurgicales, utilisées dans le contexte de la lombalgie chronique commune et identifiées dans la littérature, sont les techniques de fusion, les prothèses discales, les systèmes de stabilisation dynamique et les dispositifs inter-épineux. Les techniques de fusion visent à obtenir un pont osseux entre deux vertèbres à l'aide d'un greffon osseux ou d'un substitut avec ou sans fixation instrumentée. Les données de la littérature ne permettent pas de

conclure quant à une éventuelle supériorité d'une technique de fusion comparée à une autre en termes de résultat clinique (évalué avec l'ODI<sup>(1)</sup>). La fusion n'est pas supérieure à la prise en charge non chirurgicale incluant une rééducation intensive et une prise en charge cognitive sur la récupération de la fonction (évaluée par l'ODI) et la douleur (étude de niveau 2). Les résultats de la fusion sont supérieurs au traitement non chirurgical n'incluant pas de rééducation intensive (étude de niveau 2).

La prothèse discale, par comparaison à la fusion ou à la rééducation multidisciplinaire, peut améliorer la fonction et la douleur du lombalgie chronique sans que cette amélioration ait une signification clinique (étude de niveau 2).

Les systèmes de stabilisation dynamique et les dispositifs inter-épineux sont peu évalués. Les études identifiées sont des études de faible niveau de preuve (étude de niveau 4). Elles ont inclus, pour la plupart, une population hétérogène de lombalgiques (canal lombaire étroit, spondylolythésis, hernie discale, dégénérescence discale) et ne permettent pas de formuler de conclusion claire. Des études complémentaires sont nécessaires pour préciser la place éventuelle de ces techniques dans la prise en charge de la lombalgie chronique commune. En l'état actuel des connaissances, ces techniques ne sont pas recommandées dans le cadre de la lombalgie chronique commune (accord professionnel).

## FACTEURS INFLUANTS SUR LE RÉSULTAT

Les facteurs susceptibles d'influer sur le résultat de la chirurgie (troubles psychologiques, obésité, arrêt de travail, diabète, tabagisme, procès en cours avec son employeur, comorbidités) sont mal évalués dans la littérature. Aucune conclusion ne peut être formulée avec un niveau de preuve élevée. Néanmoins, il semble que :

- les patients ayant une dépression et les patients fumeurs répondent



mieux au traitement non chirurgical (étude de niveau 4),

- les patients diabétiques sont plus susceptibles d'infection du site opératoire que les non diabétiques (étude de niveau 4),
- les patients en dialyse, les sujets âgés (> 70 ans) et les sujets ayant une atteinte pulmonaire ont un risque de mortalité péri-opératoire plus important (étude de niveau 4).

Les facteurs cliniques ou para-cliniques susceptibles de prédire le résultat d'un geste chirurgical sont mal évalués dans la littérature. Une seule étude de faible niveau de preuve (étude de niveau 4) a été identifiée. Les facteurs prédictifs d'un bon résultat après prothèse discale étaient : courte durée de la lombalgie, Modic type I ou II et FABQ-W (*Fear-avoidance belief questionnaire - work*) faible. Les facteurs prédictifs d'un meilleur résultat avec la rééducation étaient un ODI élevé, une faible détresse et le fait de ne pas utiliser de stupéfiants quotidiennement.

Un travail récent de *literature review* vient de démontrer l'intérêt du rétablissement de la lordose dans les résultats cliniques des arthroèses lombaires courtes.

## INDICATIONS

Aucune étude n'a évalué la période optimale du traitement médical préalable à une intervention chirurgicale chez le lombalgie chronique commun. Le groupe de travail recommande par accord professionnel :

- une prise en charge non chirurgicale d'au moins un an avant d'envisager une chirurgie chez un patient ayant une lombalgie chronique d'origine dégénérative sans radiculopathie,
- une réévaluation du patient avant d'envisager un geste chirurgical

pour s'assurer qu'il s'agit toujours d'une lombalgie chronique d'origine dégénérative,

- une réévaluation des traitements antérieurs. Idéalement le traitement du lombalgie chronique comporte une éducation thérapeutique, une rééducation, une thérapie cognitive et le recours aux antalgiques,

• une information du patient sur les options thérapeutiques disponibles précisant notamment la prise en charge multidisciplinaire avec rééducation intensive et thérapie cognitivo-comportementale est une option thérapeutique d'efficacité similaire à celle de la chirurgie,

- une information du patient sur les risques de la chirurgie,
- une recherche et une prise en charge des facteurs susceptibles d'influer sur le résultat de la chirurgie : diabète, dépression, insuffisance rénale chronique en dialyse, tabagisme, atteinte pulmonaire. Les autres facteurs comme l'obésité ou l'existence de comorbidités sont à rechercher et à faire prendre en charge bien que leur impact sur le résultat de la chirurgie ne soit pas démontré.

Les tests pronostiques suivants : immobilisation par une orthèse, discographie provocatrice, fixateur externe ne sont pas recommandés de principe car ils ne permettent pas de prédire le résultat de la fusion.

Avant traitement chirurgical d'une lombalgie chronique, il est recommandé d'analyser l'équilibre sagittal par radiographies grandes cassettes pour ne pas ignorer un problème mécanique de déséquilibre sagittal pouvant modifier la stratégie thérapeutique

(1) ODI = Oswestry disability index.



MARDI 11 NOV.  
9H00 - 10H00  
SALLE 351

## La HAS au cœur du congrès

La Haute Autorité de Santé intervient à plusieurs reprises sur le congrès de la SOFCOT. Entretien avec le Dr Rémy Bataillon, Directeur adjoint de la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, à la HAS.

### Quelles sont les raisons de la présence de la HAS au congrès de la SOFCOT ?

D'une façon générale, la Haute Autorité de Santé souhaite renforcer ses partenariats avec les conseils nationaux professionnels de spécialité dans le champ de l'amélioration des pratiques, afin d'avoir des productions intégrées à la pratique quotidienne de médecins et chirurgiens, et au plus près de leurs besoins. Par ailleurs, des liens plus anciens

existent déjà avec les orthopédistes, via l'engagement d'Orthorisq et la politique très volontariste d'amélioration des pratiques de la SOFCOT qui s'illustre au niveau du DPC. La SOFCOT est donc un partenaire naturel pour imaginer de nouvelles modalités de travail en faveur de l'amélioration de la qualité des soins.

### Que présentez-vous au congrès ?

Nous montrons les résultats de ce travail de production avec la SOFCOT,

mené durant un an. L'un, finalisé, concerne la luxation congénitale de la hanche. Ce travail a été lancé à l'initiative de la SOFCOT qui nous a alertés de la recrudescence du nombre de cas de LCH non dépistés. L'autre, en cours d'achèvement, fait partie d'un programme de travail de la HAS. Il porte sur la chirurgie du rachis. C'est l'occasion d'inaugurer une démarche originale : nous allons demander aux participants de la table ronde concernée leur avis sur la faisabilité et la pertinence des recommandations en cours, au regard de leur pratique. Nous soutenons également des productions de la SOFCOT en formant de jeunes orthopédistes aux exigences méthodologiques de la HAS et à la gestion des conflits d'intérêts. Par ailleurs, nous présentons le dossier spécial « orthopédie & traumatologie » réalisé en partenariat avec la SOFCOT. Chaque année, nous publions en ligne sur notre site la somme des travaux de la HAS sur une spécialité. Ce dossier est réalisé en concertation avec les responsables des conseils nationaux professionnels de spécialité concernées.



**Dr Rémy BATAILLON,**  
Directeur adjoint de la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, à la HAS

### Une convention liant HAS et SOFCOT doit être officialisée lors du congrès. Quel en est l'enjeu ?

Elle vise à la fois à afficher la volonté de travailler ensemble à l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins, à formaliser les modalités de ce partenariat à partir de l'expérience acquise et à organiser l'expertise dans la spécialité, conformément aux dispositions législatives et réglementaires ▲

## LA HAS PENDANT LE CONGRÈS

- > **Cercle Nicolas Andry - TABLE RONDE « Évaluation et qualité »**  
MARDI 11 / 8<sup>H</sup>00-12<sup>H</sup>30 / Amphi Havane
- > **TABLE RONDE « Dépistage de la luxation congénitale de la hanche (LCH) et recommandations de la HAS »**  
MARDI 11 / 8<sup>H</sup>00 - 9<sup>H</sup>00 / Salle 351
- > **TABLE RONDE « Pertinence de la chirurgie dans la lombalgie chronique et recommandations de la HAS »**  
MARDI 11 / 9<sup>H</sup>00-10<sup>H</sup>00 / Salle 351
- > **FACE-À-FACE « Fractures des plateaux tibiaux : abord conventionnel versus abord mini-invasif »**  
MARDI 11 / 10<sup>H</sup>30-12<sup>H</sup>00 / Salle 352



**LES DOSSIERS SPÉCIAUX (SUR LE WEBZINE DE LA HAS) : [www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1098393/fr/webzine-dossiers-speciaux-accueil](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1098393/fr/webzine-dossiers-speciaux-accueil)**

**RETROUVEZ LA HAS SUR LE STAND A6**  
dans la zone institutionnelle  
(Hall Passy, niveau 1).

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## RECHERCHE

### Thèses d'université

Pour la seconde fois, des thèses de recherche soutenues en 2014 en orthopédie-traumatologie sont présentées pendant le congrès de la SOFCOT. Elles illustrent l'engagement d'équipes dans la recherche fondamentale.

> **Contribution clinique et biomécanique au diagnostic d'hyperlaxité de l'épaule**  
Mickaël Ropars (Rennes)

> **Approche de thérapie cellulaire pour la réparation osseuse : applications aux ostéonécroses observées chez les patients drépanocytaires**  
Alexandre Poignard (Créteil)

**MARDI 11 NOV.**  
**12<sup>H</sup>30 - 16<sup>H</sup>00**  
**SALLE TERNES, NIVEAU 1**

> **Reconstruction osseuse par la technique de la membrane induite. Développement et caractérisation d'un modèle animal chez le rat**  
Richard Gouron (Caen)



> **Description et valeur d'un indice prédictif d'évolutivité des scoliose idiopathiques de l'enfant**  
Aurélien Courvoisier (Grenoble)

> **Etude expérimentale de la perfusion de la moelle spinale après un traumatisme médullaire à dure-mère intacte**  
Marc Soubeyrand (Le Kremlin-Bicêtre)

> **Restauration articulaire : à propos de l'utilisation du greffon ostéocartilagineux costal au membre thoracique et condition anatomique de son prélèvement**  
Daniel Lepage (Besançon)

> **Analyse tridimensionnelle de la posture rachidienne**  
Benjamin Blondel (Marseille) ▲

# Fractures des plateaux tibiaux : abord conventionnel versus abord mini-invasif

Louis-Etienne GAYET, Tanguy VENDEUVRE, Vincent STEIGER et Laurent BAVEREL

La chirurgie mini-invasive se développe dans tous les domaines, y compris dans la traumatologie. Quelle est sa place dans le traitement des fractures des plateaux tibiaux, problème fréquent en traumatologie ? Quand faut-il privilégier l'abord conventionnel ? Le but de ce face-à-face est de poser des indications opératoires précises pour ces deux techniques, chacune gardant une place dans l'arsenal thérapeutique.

La kyphoplastie avec ballonnets a d'abord été utilisée dans la chirurgie rachidienne. Dans certaines fractures ou tassements vertébraux, cette technique consiste à introduire par une courte incision, environ 1 cm, un ballonnet dans le pédicule de la vertèbre. On gonfle le ballonnet dans le corps vertébral pour réduire la fracture, puis on injecte du ciment.

Cette technique prometteuse a été appliquée dans les fractures des plateaux tibiaux et les fractures du calcanéum. En effet, les fractures des plateaux tibiaux (tubéroplastie) restent un problème fréquent en traumatologie. Leur traitement doit assurer la restauration de la qualité fonctionnelle du genou et le respect de l'équilibre statique du membre inférieur. La gravité de ces fractures est due à leur localisation articulaire, à la complexité de leur diagnostic et de leur prise en charge thérapeutique.

Avec les Docteurs Tanguy Vendevre, Vincent Steiger et Laurent Baverel, nous avons organisé en 2012, à la Société d'Orthopédie de l'Ouest de Nantes, un symposium sur les fractures articulaires des plateaux tibiaux, à propos de 412 cas. De cette étude, il était ressorti que la chirurgie

mini-invasive avait une place de choix dans la prise en charge des fractures des plateaux tibiaux. L'idée est donc venue d'organiser un face-à-face sur la prise en charge des plateaux tibiaux en comparant : abord conventionnel et abord mini-invasif.

## SPÉCIFICITÉS

Plusieurs problèmes se posent dans la prise en charge des fractures des plateaux tibiaux :

- Problème d'analyse des fractures avec des classifications de plus en plus sophistiquées grâce à l'apport des scanners en 3D. En effet, l'indication opératoire et le choix de la technique mini-invasive ou conventionnelle dépendent de l'analyse précise du scanner préopératoire qui doit être systématique.
- La chirurgie mini-invasive nécessite également un matériel différent avec notamment des ballonnets de kyphoplastie adaptés aux plateaux tibiaux. L'installation peut être différente par rapport à la chirurgie conventionnelle. Il faut souvent utiliser l'arthroscopie et l'amplificateur de brillance est indispensable.
- Dans les fractures des plateaux tibiaux, il existe souvent un enfoncement.



Le ballonnet sert en percutané à rétablir l'anatomie normale. Il s'ensuit un vide qu'il faut combler. Le problème du comblement n'est pas encore totalement résolu avec la revue de la littérature. Certains mettent du ciment acrylique non résorbable, d'autres de l'os spongieux, d'autres du ciment phosphocalcique, d'autres enfin n'utilisent aucun comblement.

- Il s'agit souvent de polytraumatisés avec des lésions cutanées qui entraînent des complications parfois importantes. La prise en charge des lésions associées est donc importante. Là aussi, la chirurgie mini-invasive permet dans certains cas de diminuer les problèmes de cicatrisation secondaire.
- Le but de la chirurgie mini-invasive est également de réduire l'hospitalisation et d'accélérer la récupération fonctionnelle avec des arrêts de travail moins longs qu'avec la chirurgie classique.

## 50-50

D'après notre revue de la littérature et notre expérience personnelle, la chirurgie mini-invasive permet de traiter environ une fracture des plateaux tibiaux sur deux. La chirurgie classique garde sa place dans l'autre moitié des cas.

Nous proposons donc un vissage simple percutané mini-invasif dans les fractures non ou peu déplacées, les fractures unitubérositaires externes ou internes, les fractures postéro médiales et les fractures

spinotubérositaires de type I. Cette intervention peut se faire sous amplificateur de brillance et arthroscopie. La tubéroplastie et le comblement peuvent être effectués en cas d'enfoncement, c'est-à-dire dans les fractures mixtes « séparation/enfoncement » et les fractures enfoncement « pures », beaucoup plus rares.

Les plaques d'ostéosynthèse simples ou mieux verrouillées peuvent être proposées dans tous les autres types de fractures, c'est-à-dire les spinotubérositaires de type II ou de type III et les fractures bitubérositaires simples, complexes ou comminutives. La tubéroplastie mini-invasive peut être proposée en cas de tassement, c'est-à-dire les fractures spinotubérositaires de type III et les fractures bitubérositaires complexes de type II et comminutives de type III associées à un comblement. La tubéroplastie peut être proposée si les plaques sont mises en percutané. Ce face-à-face permet donc de mieux poser les indications opératoires, chaque type de chirurgie conventionnelle ou mini invasive ayant une place très précise ◀



**MARDI 11 NOV.**  
**10<sup>H</sup>30 - 12<sup>H</sup>00**  
**SALLE 352**

# Rayonnement de la chirurgie orthopédique française à l'étranger, la contribution de l'AMFA

Créée en 1978, l'Association médicale franco-asiatique (AMFA) participe depuis plus de trente ans au rayonnement de la chirurgie orthopédique française à travers le monde, en l'occurrence dans les pays d'Extrême-Orient où elle a contribué à son développement.



**ENTRETIEN AVEC ALAIN PATEL, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION**, ancien chef de service à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, professeur à l'université René Descartes, à Paris, membre d'honneur de la plupart des sociétés d'orthopédie des pays du Sud-Est asiatique et Doctor honoris causa à l'université de Rangoon.

## Dans quelles circonstances est née l'AMFA ?

En 1969, j'ai commencé à pratiquer l'orthopédie à Singapour. L'AMFA est née dix ans après, en 1979, au sein de l'université de l'hôpital Raymond Poincaré qui souhaitait créer une section Asie pour son département international.

## Quels étaient les objectifs de l'AMFA ?

Il s'agissait de former des chirurgiens et infirmières de bloc à la cardiologie et à l'orthopédie, en envoyant dans les pays concernés des chirurgiens et infirmières pour opérer et dispenser des cours, tout en faisant venir en France des chirurgiens et infirmières, dans le cadre de bourses.

## Quels sont les pays que vous avez aidés ?

J'ai, dans un premier temps, été délégué pour faire du conseil auprès des médecins singapouriens qui ne connaissaient pas la chirurgie orthopédique française. Parallèlement, l'un d'eux venait d'obtenir une bourse d'études à l'hôpital Cochin, à Paris. Dans les années qui ont suivi, une vingtaine de ces bourses ont permis à des chirurgiens singapouriens de venir en France se former.

Je suis ensuite parti en Corée du Sud puis à Taïwan, où nous avons pu de la même manière permettre à des chirurgiens de bénéficier de bourses, pour venir étudier l'orthopédie à Paris.

De même, pendant 22 ans, nous avons assuré une importante collaboration avec l'Indonésie qui s'est traduite

notamment par la venue de 25 chirurgiens à Paris.

Nous avons décidé de former également des infirmières de bloc, en envoyant des infirmières de l'AP-HP sur place, avant de faire venir des infirmières asiatiques à Bichat et la Pitié-Salpêtrière, à Paris et à Raymond Poincaré, à Garches.

En 17 ans, ce sont quelque 500 infirmières asiatiques, 6 chirurgiens coréens et 8 chirurgiens taiwanais qui ont pu venir ainsi se former à la chirurgie orthopédique.

Puis, nous nous sommes intéressés à la Thaïlande. Douze chirurgiens sont venus en France, avec des bourses octroyées par le ministère des Affaires étrangères. Leur séjour et leur formation ont été coordonnés par l'AMFA. Tous ces chirurgiens et infirmières ont créé un point d'ancrage avec la France et permis à l'orthopédie française de se diffuser dans leurs pays. En 1989, nous avons tenté de poursuivre ce travail au Cambodge, mais sans succès. La situation politique y était trop compliquée.

En 1993, nous avons commencé à aider le Laos, en transformant un ancien hôpital de 150 lits construit par les Russes à Vientiane en centre d'orthopédie et de traumatologie. Pendant quatorze ans, nous avons envoyé sur place des chirurgiens français jeunes retraités, assistés d'IBODE pour faire fonctionner l'hôpital et former les jeunes orthopédistes laotiens. Nous avons également contribué à équiper les blocs opératoires, la réanimation et les services avec du matériel envoyé de France. Dans le

même temps, 6 chirurgiens orthopédistes laotiens, dont l'un d'eux est aujourd'hui doyen de l'université de Vientiane, ont pu séjourner en France. La filière française ayant porté ses fruits, nous avons quitté ce Centre en 2007. Bien que n'intervenant plus dans ces pays, nous y avons conservé des liens étroits avec les équipes en place qui sont devenues autonomes. La Birmanie est le seul pays que nous aidons encore activement.

## Depuis quand date votre intervention en Birmanie ?

Cela a commencé en 1980, avec la venue en France, à Garches, d'un chirurgien birman qui avait opéré avec succès la femme de l'ambassadeur de France, rescapée d'un accident de voiture dans lequel celui-ci perdit la vie. La France a tenu à remercier ce chirurgien, ainsi qu'un anesthésiste et un infirmier, en leur accordant une bourse d'un an pour se perfectionner à Paris.

À leur retour en Birmanie, qui ne connaissait alors que l'école orthopédique anglaise, ils ont sensibilisé leur ministre de la santé au savoir-faire français. C'est ainsi que je me suis rendu sur place, pour visiter les trois villes accessibles à ce moment-là. Nous avons décidé d'aider massivement le pays, avec le soutien du ministère français des Affaires étrangères, tout en faisant venir chez nous, principalement à Paris, un à deux chirurgiens birmans par an avec des IBODE. Dix-sept chirurgiens ont ainsi pu se former en France. Le premier d'entre eux est devenu recteur de

l'université de Rangoon. Deux chirurgiens de la main ont été formés à la microchirurgie et en 2006, nous avons développé la chirurgie de la scoliose à Rangoon.

Nous avons envoyé dans le pays des containers entiers de matériel pour équiper les blocs opératoires modernes permettant de poser des prothèses totales de hanche et de genou, de réaliser de la traumatologie avec les techniques récentes, d'effectuer des ostéosynthèses ou encore des enclouages et bien sûr des anesthésies. L'industrie nous a également aidé en permettant l'envoi de matériel d'ostéosynthèse ou en faisant don d'instruments. Un atelier de réparation et d'entretien des installations a été créé à Rangoon en 2007. Tout s'est toujours bien passé. Il ne nous a jamais été demandé de bakchich. Et aucun container n'a été éventré.

Nous avons fait gagner à la Birmanie 15 à 20 ans de progrès en orthopédie et traumatologie. L'orthopédie dans les grands centres et hôpitaux est de bon niveau, même s'ils ont encore à apprendre la chirurgie du rachis. À Mandalay, le pays dispose d'un hôpital d'orthopédie de 150 lits qui devrait prochainement doubler de capacité. C'est le centre d'orthopédie le plus important de Birmanie, traitant jusqu'à dix patients en hôpital de jour et seize en programme de chirurgie froide.

## Comment sont financées vos actions ?

Au début, nous profitions des bourses du ministère des (SUITE en page 14)

## Rayonnement de la chirurgie orthopédique française à l'étranger, la contribution de l'AMFA

(SUITE de la page 13)

Affaires étrangères, dans le cadre de la coopération internationale, pour faire venir des chirurgiens et des infirmières. Mais, ces bourses n'existent plus depuis 10 ans. Nous avons pu continuer grâce à l'appui de l'AP-HP qui a pris en charge les coûts de formation et de séjour des infirmières de bloc opératoire. Aujourd'hui, le financement de l'association repose essentiellement sur des dons privés et le soutien de fondations.

### Où en êtes-vous de vos objectifs de formation des chirurgiens asiatiques ?

En Birmanie, dernier pays que nous aidions, la mission de l'AMFA en orthopédie est terminée, même si nous restons en contact pour du conseil. Cela se fait par téléphone ou Internet, en lien avec une coordinatrice birmane. Par ailleurs,

un orthopédiste birman fait le lien avec le ministère de la santé du pays.

Notre action se réduit à l'envoi de techniciens mais le pays est autonome, y compris financièrement. L'AMFA poursuit son travail dans le domaine de la chirurgie cardiaque et dans les régions où elle a installé 23 dispensaires.

### Quelles ont été les clefs du succès de vos missions d'orthopédie en Asie, en dehors des aspects financiers et matériels ?

En Asie, la confiance et la fidélité sont très importantes. Quand ce sont les mêmes équipes qui reviennent, que ce soit en Birmanie ou dans les autres pays que nous avons aidés, nos interlocuteurs ont confiance. Ces deux éléments constituent la carte de visite de l'AMFA ▲



## TABLE RONDE Fragilité osseuse, une prise en charge multidisciplinaire et évolutive

François GOUIN et Dominique HEYMANN

La fragilité osseuse est une situation pathologique qui expose à des douleurs d'origine mécanique mais surtout à des fractures pour des traumatismes minimes. Elle entraîne un lourd handicap tant pour les enfants multi-opérés de leurs fractures que pour les personnes âgées, alors exposées à la perte de leur autonomie.

Cette table ronde abordera plusieurs aspects cliniques de la fragilité osseuse : les formes pédiatriques dominées par l'ostéogenèse imparfaite (OI), l'ostéoporose des sujets âgés et certaines formes localisées de fragilité osseuse induites par exemple par des prothèses articulaires. Le fil conducteur de cette thématique est la compréhension récente des mécanismes biologiques de la résorption osseuse, que partagent les différentes formes cliniques. Ainsi la prise en charge des patients n'est plus univoque et chirurgicale, mais multidisciplinaire et évolutive, dans le cadre de stratégies thérapeutiques qui intègrent une approche médicale par des

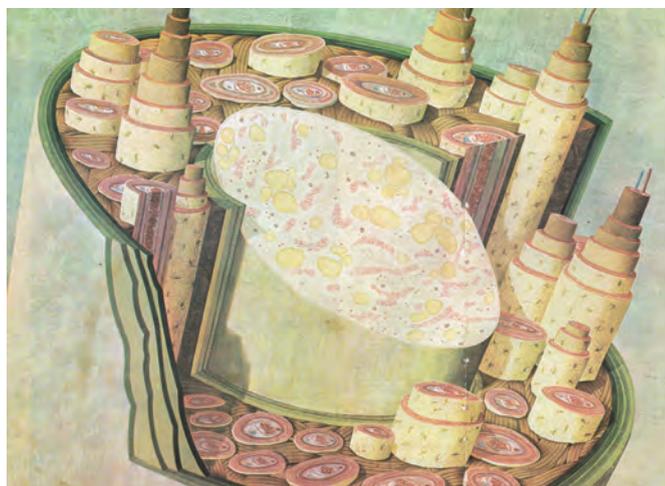
molécules répondant aux mécanismes biologiques identifiés (dont les thérapies ciblées) et une approche chirurgicale moins agressive.

### PANORAMA

Dans cette optique, notre table ronde réunira des cliniciens pédiatres et adultes et des chercheurs spécialistes français et canadiens de la fragilité osseuse. Seront abordés les outils modernes et non invasifs d'évaluation de la qualité osseuse, les bases génétiques de biologie moléculaire ainsi que les traitements médicaux adaptés à l'OI et l'évolution de la prise en charge chirurgicale parallèlement aux progrès des traitements médicaux de l'OI.

### PROBLÈME DE SOCIÉTÉ

Pour les adultes, la connaissance des mécanismes physiopathologiques de l'ostéoporose a également ouvert la voie de la prévention des fractures



ostéoporotiques; mais l'ampleur de ce problème de société d'aujourd'hui et surtout de demain fait que son approche ne se résume pas aux progrès des molécules, mais s'intègre dans une politique de santé pour la société, dont témoigne la mise en place de réseaux et de parcours de soins pour les patients.

### FORMES IATROGÈNES

Enfin, les formes « iatrogènes » de fragilité osseuse générées par certains implants prothétiques relèvent de mécanismes biologiques proches de ceux décrits pour les autres pathologies citées plus haut: nous

présenterons les matériaux qui aboutissent à la résorption osseuse, les améliorations attendues en particulier avec les nouveaux polyéthylènes et examinerons quand et dans quelles circonstances on pourra proposer un acte chirurgical moins lourd que le changement prothétique.

La prise en charge des différentes formes de fragilité osseuse est un bel exemple de l'évolution des pratiques chirurgicales, d'une approche purement mécanique vers une approche médico-chirurgicale éclairée par les progrès de la recherche fondamentale et translationnelle ▲

► MARDI 11 NOV.  
16H00 - 18H00  
SALLE PASSY

# Prise en charge et évaluation des résultats des fractures à 4 fragments de l'extrémité proximale de l'humérus

Dominique SARAGAGLIA et François SIRVEAUX

Les fractures à quatre fragments de l'extrémité proximale de l'humérus, également appelées fractures céphalo-bitubérositaires (figure 1), restent très difficiles à traiter. Il n'y a pas encore, à ce jour, de consensus parmi les chirurgiens traitant ces fractures.

L'objectif de ce symposium est de faire un état des lieux des différents traitements utilisés dans 12 centres spécialisés français et d'en évaluer les résultats à partir de 2 études distinctes : une prospective et une rétrospective.

L'étude prospective a été menée du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013 après avoir eu l'aval du comité d'éthique et de la CNIL, même s'il s'agissait en fait d'une étude de « soins courants » ne faisant courir aucun risque au patient, chaque centre utilisant le traitement qui lui était familier. Nous avons ainsi colligé les traitements suivants : traitement orthopédique, ostéosynthèse par plaque vissée (figure 2), ostéosynthèse par clou centromédullaire (figure 3), ostéosynthèse par embrochage (figure 4), ostéosynthèse par la technique du bilboquet (figure 5) et remplacement prothétique par prothèse anatomique (figure 6) ou inversée (figure 7). Tous les patients ont été revus avec un recul minimum de 6 mois et maximum de 18 mois. Ainsi, nous avons pu mener une étude épidémiologique, recueillir les complications éventuelles des différents traitements et disposer d'une évaluation des résultats fonctionnels à court terme. L'étude rétrospective a consisté à revoir les patients opérés entre 2009 et 2011 de manière à avoir un recul minimum de 2 ans. Nous avons pu ainsi analyser les résultats tardifs tant anatomiques (cals vicieux, nécrose

de la tête humérale (figure 8), migration ou lyse des tubérosités) que fonctionnels (douleurs résiduelles, raideur, gêne dans la vie quotidienne, force musculaire).

Nous avons pu, de cette façon, colliger 219 dossiers dans l'étude prospective et 389 dans l'étude rétrospective. Ce qui constitue une base de données particulièrement remarquable. Les conclusions du symposium porteront certainement sur moins de dossiers, une fois éliminés les dossiers incomplets, les décès et les perdus de vue.

Ce symposium devrait faire ressortir un certain nombre de données intéressantes qui pourraient faire changer notre pratique quotidienne

FIGURE N°1



Scanner 3D d'une fracture déplacée à 4 fragments de l'extrémité proximale de l'humérus.

FIGURE N°2



Ostéosynthèse par plaque vissée à têtes de vis verrouillées d'une fracture déplacée à 4 fragments de l'extrémité proximale de l'humérus.

FIGURE N°3



Ostéosynthèse par clou centromédullaire d'une fracture déplacée à 4 fragments de l'extrémité proximale de l'humérus.

FIGURE N°4



Vissage + embrochage d'une fracture déplacée à 4 fragments de l'extrémité proximale de l'humérus.

FIGURE N°5



Ostéosynthèse par la technique du Bilboquet d'une fracture à 4 fragments de l'extrémité proximale de l'humérus.

FIGURE N°6



Prothèse dite anatomique pour fracture de l'extrémité proximale de l'humérus.

FIGURE N°7



Prothèse inversée type Grammont pour fracture de l'extrémité proximale de l'humérus.

FIGURE N°8



Ostéonécrose de la tête humérale suite à une fracture déplacée de l'extrémité proximale de l'humérus traitée par clou centromédullaire.



**MARDI 11 NOV.**  
**16H00 - 17H30**  
GRAND AMPHI

# Scoliose idiopathique de l'enfant et l'adulte, un sujet difficile

Jean-Luc JOUVE et Daniel CHOPIN

Sujet transversal et inédit au congrès de la SOFCOT, la scoliose idiopathique demeure un sujet difficile en pleine évolution. La SOFCOT, la société française de chirurgie du rachis (SFCR) et le groupe d'étude de la scoliose (GES) font le point sur les nouvelles approches de la pathologie.



▲ Jeune fille de 15 ans présentant une scoliose de 35 degrés lombaire malgré le port d'un corset depuis 3 ans et en aggravation sous corset. Un traitement chirurgical précoce permet une correction moyennant le blocage de 3 niveaux discaux.

**D**es avancées majeures concernant la scoliose idiopathique de l'enfant ont eu lieu durant les vingt dernières années, à l'exception de l'étiologie. Sur ce point, aucune des nombreuses études consacrées n'est encore parvenue à déterminer avec certitude les causalités de la pathologie. Seul point d'accord, somme toute important, il n'existe pas de facteur mécanique déclenchant ou aggravant une scoliose idiopathique. C'est vers d'autres domaines qu'il faut donc se tourner.

## DÉPISTAGE

D'importants progrès ont été accomplis au niveau du dépistage. L'implication des généralistes et de la médecine scolaire permet de bien repérer les enfants affectés d'une scoliose idiopathique. Quant au dépistage d'une scoliose secondaire, il bénéficie des avancées constantes en imagerie, plus simple, performante et peu invasive: radiographies micro-dosées, scanners optiques non irradiants, accès facilité à l'IRM. L'imagerie EOS permet notamment d'obtenir des images 2D et 3D moyennant une irradiation divisée par 8 par rapport à une radiographie conventionnelle. La composante 3D de la scoliose permet d'en affiner le diagnostic.

## ÉVALUATION

L'évaluation de nos pratiques a permis également de mieux cerner l'efficacité des techniques mises en œuvre chez l'enfant. Si la kinésithérapie régulièrement prescrite n'a toujours pas à ce jour démontré son efficacité, le traitement par corset a en revanche passé avec succès les épreuves « d'évaluation par la preuve ». Parallèlement les techniques chirurgicales ont gagné en efficacité grâce à l'évolution des implants et en sécurité du fait des techniques de monitoring médullaire. Les suites en sont à présent simplifiées et la reprise d'une vie normale se fait plus rapidement.

AVANT

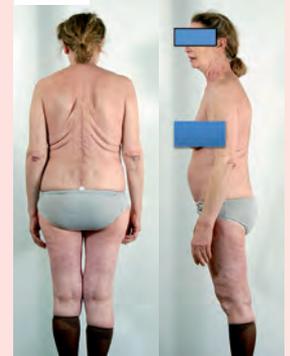


Patiente de 60 ans. Antécédents ▲ lombalgiques. Aggravation sur les 2 dernières années avec installation progressive d'un déséquilibre antérieur et latéral. Station debout possible uniquement avec une canne à gauche. Ne sort plus de chez elle. Lombalgies et syndrome claudiquant limité à quelques mètres.



Décompression et correction ▲ par ostéotomie vertébrale transpédiculaire asymétrique de L4 et fixation T11 Pelvis. Rééquilibration du tronc de face et de profil.

APRÈS



Périmètre de marche illimité ▲ sans canne.

## SCOLIOSE DE L'ADULTE

L'une des plus grandes avancées de ces vingt dernières années tient à la prise de conscience que la fin de la croissance ne marque pas un terme à l'évolution d'une scoliose idiopathique. En effet, certaines formes de scolioses se dégradent après la fin de la croissance. Leur méconnaissance peut conduire à des situations extrêmement complexes, voire des impasses thérapeutiques. La prise en charge de la scoliose de l'adulte ne se limite plus désormais à un traitement palliatif constat d'impuissance. De véritables solutions existent. La chirurgie de la scoliose adulte est devenue une spécialité à part entière. Les passerelles se multiplient entre les chirurgiens infantiles et adultes. Cette pathologie s'enrichit de manière permanente du *feedback* de chacun.

## COMPOSANTE TRIDIMENSIONNELLE

Il est établi que l'équilibre sagittal du patient est tout aussi important pour son avenir que sa courbure coronale ou sa gibbosité. Cette analyse de la scoliose a permis de démembrer des formes de pronostic très variables conditionnant le traitement dès l'enfance avec une optique résolument tournée vers le long terme. Il est démontré que certaines formes a priori modérées en fin de croissance vont évoluer de manière péjorative à l'âge adulte, pouvant aboutir à des situations très invalidantes en

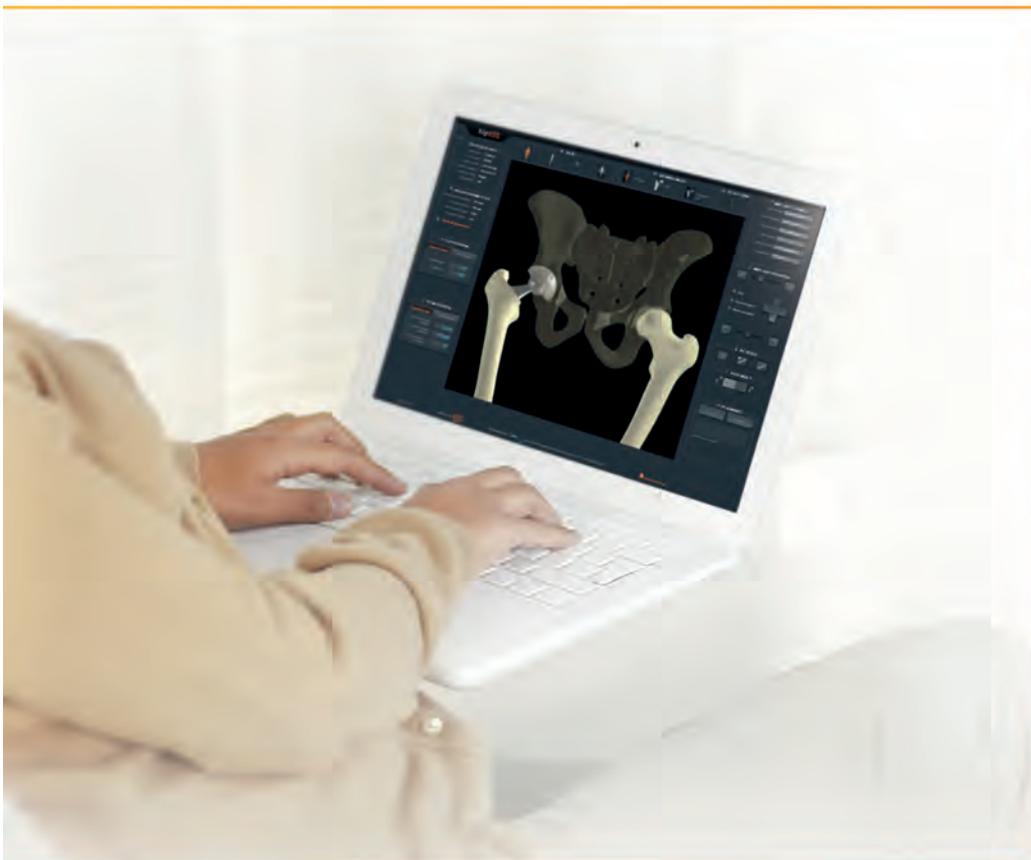
deuxième partie de vie, sur une population vieillissante et active.

Il apparaît clairement que les chirurgiens pédiatres et médecins physiques doivent tout mettre en œuvre pour conduire des enfants en fin de croissance à un rachis équilibré dans le plan sagittal même si cela passe par une courbure résiduelle modérée. Ils doivent identifier les formes de mauvais pronostic bien que peu inquiétantes en fin de croissance et savoir intervenir afin de pouvoir effectuer des gestes simples et limités.

La surveillance après la fin de la croissance – tous les cinq ans pour tenir compte de l'évolution lente de la scoliose – doit devenir la règle. Une sensibilisation du public et des soignants est nécessaire. Les médecins traitants doivent savoir que désormais une scoliose décompensée et douloureuse en deuxième partie de vie n'est pas une fatalité mais peut bénéficier de traitements efficaces ▲

► MARDI 11 NOV.  
14H30 - 15H00  
GRAND AMPHI

## La précision des mesures 3D pour une arthroplastie de la hanche optimale



Mercredi 12 novembre

## SYMPOSIUM hipEOS

Salle 315  
12h30 - 13h30

Déjeuner offert

### hipEOS

- Logiciel de planification personnalisée
- Images basse dose
- Mesures 3D en charge



Venez découvrir hipEOS à la SOFCOT – stand F38-39

# Dépistage de la luxation congénitale de hanche : bonnes pratiques et recommandations de la HAS

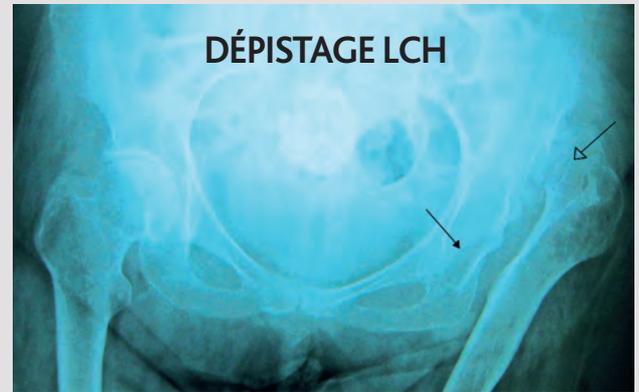
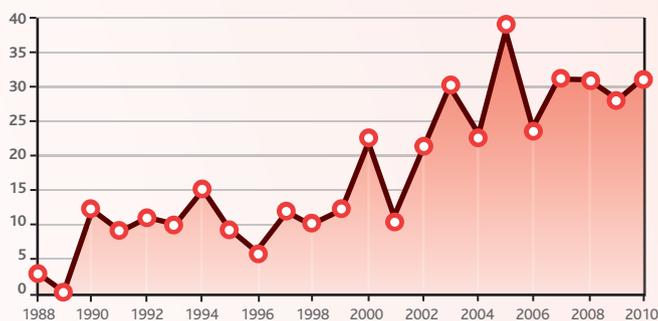
Rémi KOHLER, Philippe WICART et Christian MORIN (SoFOP), Nathalie GELBERT et Alain BOCQUET (AFPA), Laurence MAINARD-SIMARD et Hubert DUCOU-LE-POINTE (SFIPP)

L'objectif de ce projet, initié par Rémi Kohler, Philippe Wicart et Christian Morin, est de rappeler les bonnes pratiques en matière de dépistage de la luxation congénitale de la hanche.

Cette démarche est justifiée par la recrudescence très significative depuis 2003 des luxations congénitales de la hanche (LCH) diagnostiquées tardivement, après l'âge de 1 an. Ceci a été clairement démontré par une étude prospective nationale de la SOFOP (Société Française d'Orthopédie Pédiatrique) menée en 2010. Ce phénomène est principalement la conséquence d'une faillite du dépistage néonatal. De plus, au cours de la première année de vie une surveillance clinique inadaptée, parfois absente ou non répétée ou un défaut

de considération des facteurs de risques pour la prescription d'une échographie complémentaire sont autant de facteurs contributifs. Une seconde étude prospective se focalisant sur les LCH diagnostiquées après l'âge de 4 mois menée en 2012 par la SOFOP, l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) et la Société francophone d'imagerie pédiatrique et prénatale (SFIPP), confirme ces données. Les travaux de 1986 (SOFOP) et 1991 (conférence de consensus), établissant les principes et modalités du dépistage, semblent « ignorés » ou « oubliés ».

**Luxations congénitales de la hanche (LCH) diagnostiquées tardivement**  
Evolution en France de 1988 à 2010



## NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Les travaux de la SOFOP, de l'AFPA et de la SFIPP, sous l'égide de l'HAS, ont permis de définir de nouvelles recommandations pour le dépistage de la LCH constituant le support de la table ronde SOFCOT 2014 « Dépistage de la LCH et recommandations de la HAS ». À la demande de la SOFCOT et de la SOFOP, la HAS a publié une fiche mémo dédiée au dépistage de la luxation congénitale.

Les conclusions simples et pragmatiques en forme de « stratégie », selon un arbre décisionnel, sont proposées :

- **primauté de l'examen clinique**, qui doit être systématique, avec en particulier une grande valeur d'alerte de la limitation ou de l'asymétrie de l'abduction de hanche,
- **nécessité de répéter cet examen** lors de toutes les consultations obligatoires de la première année de la vie,
- **l'échographie n'est pas systématique** mais est réservée en cas d'anomalie clinique ou lorsque sont présents un ou plusieurs facteurs de risque,
- **identification des facteurs de risque** : ceux reconnus actuellement sont :
  - antécédents familiaux en ligne directe,
  - présentation du siège,
  - signe témoin d'un conflit postural comme un torticolis ou un bassin oblique congénital. Concernant les facteurs de risque, à ce jour le sexe féminin, pas plus que les déformations du pied, ne sont retenus comme tels.

Ce travail a déjà bénéficié d'une large diffusion : Congrès des Sociétés de pédiatrie à Lyon en mai 2014,

programme DPC des Journées Françaises de Radiologie à Paris en octobre 2014.

## PERSPECTIVES ET LIMITES ACTUELLES

Il faudra, par le biais de la SOFOP et de l'AFPA, renouveler une étude prospective dans les deux ans à venir pour évaluer l'impact de cette campagne et savoir s'il y a eu une baisse significative des diagnostics tardifs. Par ailleurs, il faudra dans les mois à venir :

- s'assurer d'une plus grande implication des médecins généralistes, acteurs importants de ce dépistage,
- proposer, lorsque cela sera remis à l'ordre du jour en 2015, l'amélioration du carnet de santé de l'enfant en y intégrant une mention « dépistage de la luxation de hanche » aux divers examens de la première année et non pas seulement à l'examen néonatal,
- affiner la reconnaissance épidémiologique des facteurs de risque, comme le sexe féminin par exemple. La réalisation d'une étude prospective multicentrique est nécessaire et un projet de recherche médico-économique (PRME) a été soumis à la SOFCOT.
- acquérir et mettre à disposition des outils pédagogiques auprès des équipes concernées (mannequins d'entraînement "baby hippy") et diffuser une vidéo pédagogique sur les manœuvres de dépistage clinique ▶

## JOURNÉE DE SPÉCIALITÉ

### SOFROT, la recherche aussi

La Société française de recherche orthopédique et traumatologique (SOFROT) est de nouveau présente cette année, sur le congrès de la SOFCOT. Elle y présente des travaux de recherche réalisés par de jeunes orthopédistes. Neuf communications sont proposées couvrant plusieurs champs : morphologie, anatomie, imagerie.

Cette session est l'occasion pour Philippe Rosset, président de la SOFROT, de faire passer un message auprès des orthopédistes : « Il faudrait que les orthopédistes se tournent davantage vers la recherche fondamentale ».

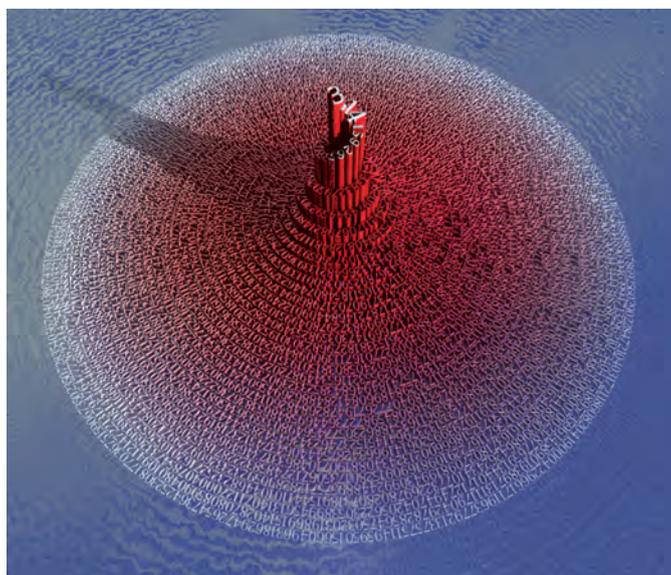
RENDEZ-VOUS MARDI 11 NOVEMBRE  
DE 10<sup>H</sup>30 À 12<sup>H</sup>00, SALLE 343, NIVEAU 3

MARDI 11 NOV.  
8<sup>H</sup>00 - 9<sup>H</sup>00  
SALLE 351

## TABLE RONDE

# La fin de la dictature de l'Impact Factor ?

Claus ROLL



Claus Roll, éditeur médical, se penche sur l'émergence des « Altmétrics » dans la rédaction médicale.

Cette émergence fait suite à différentes évolutions dans l'édition médicale et scientifique, ainsi qu'aux besoins croissants de l'évaluation des travaux scientifiques à différents niveaux : l'auteur cherche à augmenter la visibilité de ses travaux ; l'institution cherche à évaluer la qualité de sa production scientifique et bien sûr l'éditeur souhaite pour cela fournir des outils adaptés à ces partenaires. Il est admis que publier un article dans une revue à « impact factor » ne présage pas du nombre de citations à venir et donc de l'impact d'un article à l'échelle individuelle. De même, les journaux au format électronique ont conduit à une dissociation entre la revue et les articles qui y sont publiés. Il est

d'autant plus important de pouvoir fournir des outils permettant de montrer l'impact individuel de chaque article. Figurent parmi ces outils des tableaux et graphiques d'usage (téléchargements, visites, etc.), la liste des citations via différentes bases comme Scopus, CrossRef, PMC etc., le nombre de sauvegardes via CiteULike, Mendeley, et le nombre de discussions dans les médias sociaux.

S'agissant d'outils récents, certains résultats notamment en médecine montrent que les articles les plus suivis dans les réseaux sociaux sont en lien avec la psychologie, la nutrition ou la sexualité (twitter en particulier). D'autres études montrent qu'il n'est pas systématiquement possible de relier le score Altmétrics aux citations. Pour homogénéiser et mieux établir ces outils, un groupe d'éditeurs, rédacteurs et scientifiques s'est réuni lors du congrès annuel de la *The American Society for Cell Biology* et a rédigé la « déclaration de San Francisco » pour diminuer l'influence de l'impact factor dans l'évaluation de la production scientifique ◀



**MARDI 11 NOV.**  
**12H30 - 14H00**  
**SALLE 351**

## FORUM SICOT

# Matériorvigilance et traçabilité

En concordance avec la thématique générale du congrès, le forum SICOT s'intéresse à la matériorvigilance et la traçabilité.

La pose des plaques verrouillées a été choisie pour illustrer les enjeux de la matériorvigilance, avec une mise au point sur les principes, avantages et limites (ruptures, difficultés d'extraction) de la technique, par Werner Knopp, Mujtaba Nassiri et Eric Benfrech.

Pierre Hoffmeyer dressera une synthèse des indications permettant de savoir quand utiliser ces plaques et éviter ainsi d'éventuelles complications. « *La matériorvigilance, parfois négligée, doit être le problème de tous. Pour avancer dans ce domaine, il faut que les chirurgiens jouent le jeu en déclarant les incidents* », souligne Philippe Tracol qui dirige ce forum avec Maurice Hinsenkamp.



Concernant la traçabilité, l'exemple viendra des greffons osseux. « *Ce sont des bio-matériaux d'origine humaine qui nécessitent une traçabilité dont les chirurgiens doivent bien connaître les règles* », explique P. Tracol. Paul Ashford, spécialiste de ces questions auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), fera le point sur la façon dont cette traçabilité est organisée en Europe et ce qu'il convient précisément de faire.

Des progrès restent à accomplir en France notamment, comme l'expliquera Didier Mainart ◀



**MARDI 11 NOV.**  
**8H00 - 9H30**  
**SALLE PASSY**

### REMERCIEMENTS

La SOFCOT remercie tous les exposants pour leur fidèle présence à son congrès.

Une mention plus particulière est destinée aux annonceurs de l'édition 2014 du journal du Congrès : **LCA Pharmaceutical** (p.7), **Depuy Synthes** (p.9), **EOS-IMAGING** (p.17), **Medtronic** (p. 32).

### SOFCOT 2014

Le journal du Congrès

JOURNAL DU 89<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOFCOT

**Directeur de la publication :**

Norbert PASSUTI

**Comité éditorial :** Charles MSAKA, Jean-Marie POSTEL

**Coordination et rédaction :**

Pierre DERROUCH

**Système graphique :** CTERRIBLE

**Crédits iconographie :**

Jean Tholance, Eduardo Amorim, James Heilman, fdecomite, Michael Cohen, Dan, Flickr, Thierry Llsadsades, Castgen, Quentin Meulepas, Trysil

**Impression :** Imprimerie Le Réverend

[www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)

# Une courbe d'apprentissage impitoyable

Si la SOFCOT se veut à présent une société professionnelle, son patrimoine génétique reste celui d'une société savante à vocation éducative. La réponse aux nouveaux besoins pédagogiques passe par la révolution numérique, toujours en cours.

Une mutation sans équivalent historique a lieu dans tout ce qui touche à l'éducation en médecine. Les outils aussi bien d'apprentissage que pédagogiques se sont transformés. Un site web a pour vocation polyvalente d'être à la fois une vitrine de présentation de notre société savante, un espace d'accès privilégié à une multitude de services variés pour nos membres et une plateforme d'offre et d'échange de connaissances. À ce titre, il nécessite une gestion et une alimentation quotidienne par notre équipe permanente du bureau administratif.

## LA CONCRÉTISATION D'UN PROJET LONGUEMENT ÉLABORÉ

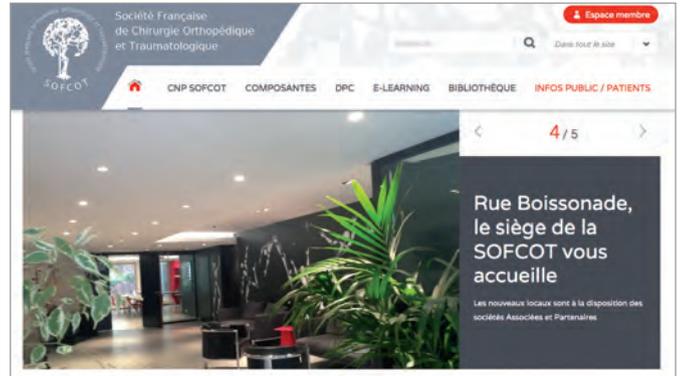
À une époque où l'offre de ressources éducatives connaît une explosion sans précédent, notre société se devait de défendre sa « pôle position » sur la scène de la chirurgie orthopédique francophone. Pour une institution comme la nôtre, ayant rodé au fil des décennies ses méthodes de travail, prendre en marche le train de la révolution numérique représente tout autant une nécessité inévitable qu'un défi technique redoutable. Le site Internet restait au cœur de cette démarche évolutive et sa « remise à l'heure » ne pouvait plus être indéfiniment reportée. Cette tâche, conceptuellement simple à imaginer, s'avère en fait, en pratique, une route semée d'embûches qu'une équipe de volontaires motivés, accompagnée de notre bureau administratif, a tenté de lever... chemin faisant.

Tous les éditeurs, ou de façon plus générale, les producteurs de contenu, en particulier éducatif se trouvent confrontés depuis quelques années à la nécessité de faciliter l'accès aux utilisateurs de leurs produits. Ces produits ont d'ailleurs subi une transformation radicale : autrefois exclusivement imprimés sur papier (ou accessoirement sur pellicule), ils se sont retrouvés

numérisés et amplifiés c'est-à-dire porteur à la fois de contenus rédactionnels et d'une iconographie multimedia (audiovisuelle). De telles banques de données, autrefois localisées dans des bibliothèques spécialisées, doivent à présent être consultables, en permanence et à distance, quel que soit le terminal de l'utilisateur : ordinateur personnel, tablette, téléphone cellulaire. Cette soif d'apprentissage à distance, particulièrement vivace dans toutes les disciplines médicales spécialisées ou non, est généreusement étanchée par une prolifération sans précédent de sites spécialisés. Se surajoute à cette abondante disponibilité d'informations une énorme vague montante, initiée à partir des universités américaines les plus prestigieuses, de cours théoriques diffusés vers des audiences de masse (MOOC). Un phénomène de saturation de l'offre est donc à l'œuvre et une féroce compétition s'ensuit pour accaparer l'attention et/ou le temps de disponibilité de l'utilisateur final. La préciosité du temps pour la plupart des professionnels fait que la consultation d'un site doit représenter pour l'utilisateur une expérience éducative enrichissante quasi instantanée. Dans le cas contraire, lassitude et effort de recherche trop fastidieux à l'intérieur du site compromettent le désir de fréquentation du site.

## LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE PLUS QU'UN AUTRE

Aujourd'hui, cette technologie fait partie intégrante de l'enseignement supérieur. La chirurgie orthopédique n'échappe pas à cette tendance lourde d'autant mieux qu'il s'agit d'une chirurgie des plus réglées. La transmission des connaissances peut inclure non seulement les vidéos de technique chirurgicale, le téléenseignement ou e-learning mais également les ateliers de simulation opératoire. Cette



mutation technologique a un coût élevé non seulement en ressources humaines de production de contenu (par d'éventuels chirurgiens à générale vocation d'enseignement) mais également en ressources humaines de digitalisation et de mise en ligne de ces contenus. Cette aventure titanique n'a pas découragé l'équipe motivée et bénévole de la SOFCOT appuyée par notre bureau administratif. Après de nombreuses réunions de nos comités de pilotage en binômes avec le prestataire de services sélectionné, le nouveau site Internet a fini par voir le jour, voici quelques semaines. Il a conservé les fonctionnalités les plus fréquentées de notre site précédent et s'est enrichi de nouvelles possibilités. Petit bémol ou regret à cette aventure non anodine sur le plan budgétaire, notre prestataire aurait dû inclure dans sa livraison la mise à notre disposition d'un « formateur » de Webmaster afin de rendre nos administratrices encore plus parfaitement autonomes pour maintenir et réactualiser le site sans assistance extérieure. Malgré la fatalité qui veut que tout site Internet, quel qu'il soit, se trouve déjà obsolète le jour de sa mise en ligne il faut espérer que le nôtre, dans sa nouvelle formule, satisfera longtemps le plus grand nombre de membres de notre société et le public en général.

## QUELQUES QUESTIONS EN SUSPENS

À la première question, disposons-nous à présent d'un site Internet de qualité ? La réponse est « oui », sans équivoque malgré les inévitables ratés

de « rodage ». À la deuxième question, ce site internet est-il définitif ou nécessitera-t-il des « corrections évolutives » ? La réponse est encore une fois affirmative dans la mesure où c'est l'expérience des usagers qui permet au fur et à mesure d'éliminer d'éventuels « bugs » ou d'éventuelles sources d'insatisfaction inévitablement rencontrées au démarrage. Le retour de terrain, c'est-à-dire les suggestions sans retenue ni timidité de tous nos membres, sera indispensable à de telles « corrections évolutives ». À la troisième question, comment enrichir ce site en matériel éducatif de plus en plus performant ? La réponse dépend avant tout de nos collègues, en particulier les plus jeunes, à même de contribuer à la réalisation de séquences filmées de techniques chirurgicales de toutes sortes au même titre qu'ils rédigent un manuscrit d'article en vue de publication.

À la dernière question, ces « corrections évolutives » du site seront-elles coûteuses ? La réponse est encore une fois affirmative... L'accès à la bibliographie internationale, plébiscité en fréquentation par nos membres, est déjà un poste immense de dépenses pour la SOFCOT. L'e-learning est également, à un moindre niveau, coûteux... L'engagement des plus jeunes générations avec leur créativité naturelle devrait permettre d'enrichir des connaissances partagées, au sein du site, par tous nos membres, et sans doute de constituer la solution d'avenir la plus avantageuse d'équilibre budgétaire de ce site ambitieux. La mise à la disposition de ses membres, par la SOFCOT, d'un site refondé doit être le catalyseur d'une réflexion innovante à la fois pour les méthodes d'apprentissage de notre métier et le moyen de diffusion et de partage de nos connaissances mutuelles.

**Charles MSIKA, et toute la commission du site internet :** Bernard AUGEREAU, Arnaud BLAMOUTIER, Dominique CHAUVEAUX, Charles COURT, Thomas GRÉGORY, Rémy KOHLER, Henry PARENT, Norbert PASSUTI, Antoine POICHOTTE, Alain SAUTET et Bernard TOMENO **ainsi que l'ensemble du bureau administratif :** Eléonore BRACKENBURY, Ghislaine PATTE et Myriam RACHDI.

## ► JOURNÉE DES SPÉCIALITÉS Riche programme : hanche et genou au coude à coude

Jean-Alain EPINETTE, Président de la SFHG

La Société française de chirurgie de la hanche et du genou (SFHG) propose un programme attractif de communications, symposiums et veille technologique.

Les sujets ont été sélectionnés pour susciter échanges d'idées et partage de connaissances sur les sujets les plus actuels d'avancées technologiques, de consensus thérapeutique voire de controverses, à propos d'innovation ou de retours sur expérience.

Le programme débute avec la « *veille technologique* » (dirigée par P. Piriou et S. Boisgard), dédiée cette année à un sujet de controverse particulièrement discuté au sein de notre communauté, à savoir les « *Prothèses Totales à Tige Courte* ». Qu'appelle-t-on tige courte ? Quelle différence avec les tiges « raccourcies » ? La classification des différents modèles, les points de vue de l'ingénieur et du chirurgien, ainsi que les données de la matériovigilance et l'analyse de la littérature permettront de préciser les tenants et aboutissants de cette option prothétique, avec en complément le résultat d'une étude SFHG.

La « *Guest Lecture* » du Pr Ullmark (Suède), président de l'*European hip society* (EHS), sera consacrée à la reconstruction acétabulaire par greffes compactées - « *Impaction bone grafting of the acetabular socket* » -, suivie d'une présentation

de l'EHS. Le symposium SFHG de la matinée est dédié au « *Devenir des prothèses totales de genou non réaxées* », dirigé par B. Tillie, G. Pasquier et A. Cazenave, avec un travail considérable sur plusieurs centaines de dossiers, d'analyse du devenir de ces prothèses de genou dont l'axe post-opératoire se situe en dehors des limites conventionnelles. Quelles en sont les conséquences cliniques et radiologiques ? Et les résultats feront-ils mentir la maxime jusqu'alors péremptoire selon laquelle « *in medio stat virtus* » ?

Les « *Séances d'actualités orthopédiques* » sont une nouveauté dans le programme de notre Journée SFHG, visant à faire le point sur des sujets qui font le présent (et sans doute le futur) de notre activité orthopédique. Cette année, le sujet retenu est « *l'amélioration de la récupération fonctionnelle des arthroplasties de hanche et de genou* », en partenariat avec le groupe « GRACE » (Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie, [www.grace-asso.fr](http://www.grace-asso.fr)), et sera présenté par C. Schwartz, N. Bonin et K. Slim (Président du Groupe GRACE). Les « *communications particulières* » embrassent les sujets les plus actuels de chirurgie prothétique de la hanche



et du genou, au terme d'une sélection des meilleurs travaux dédiés aux grandes questions qui se posent en pratique quotidienne, de la rétention des inserts des cupules double mobilité, aux guides de coupe spécifiques ou l'intérêt de la télémétrie dans les prothèses de genoux, en passant par les résultats de séries de prothèses de hanche ou de genou et certaines options techniques particulières en pratique chirurgicale orthopédique. En dernier lieu, le symposium portant sur « *les facteurs de luxation dans les prothèses de hanche* » (dirigé par H. Migaud et M.-H. Fessy) ne manquera pas de passionner l'auditoire, autant qu'il a mobilisé les énergies et l'enthousiasme de plusieurs dizaines d'équipes chirurgicales, pour tenter de cerner les facteurs d'instabilité inhérente au matériel prothétique, aux options chirurgicales, tout

autant qu'à l'influence du patient lui-même... Les conséquences de ce fléau que représente l'instabilité après prothèse de hanche, première ou deuxième cause d'échecs dans tous les registres nationaux de prothèses, pourront être débattues et discutées en fonction de leur mode de survenue, leur délai post-opératoire et l'analyse des algorithmes de traitement de toute instabilité de hanche, qu'elle soit occasionnelle ou devenue chronique ◀



MERCREDI 12 NOV.  
8<sup>H</sup>00 - 16<sup>H</sup>00  
AMPHI BORDEAUX



## GETRAUM, actualités de traumatologie ostéoarticulaire

La journée de spécialité du GETRAUM débute par deux mises au point concernant des interventions sur fracture de l'extrémité inférieure du fémur, l'une sur la pose d'un clou rétrograde, l'autre sur la mise en place d'une plaque verrouillée MIPO (*minimal invasive percutaneous osteosynthesis*).

Elles sont suivies de deux tables rondes : « *Fractures dia-physaire de l'avant-bras de l'enfant à l'adulte* » et « *Luxations acromio-claviculaires* ». La journée se poursuit par une série de communications particulières ainsi qu'un atelier de présentation de matériel. Elle s'achève par l'assemblée générale et une réunion du bureau ◀

► MERCREDI  
12 NOV.

8<sup>H</sup>30 - 17<sup>H</sup>30  
SALLE PASSY

## GSF-GETO : indications non tumorales pour les prothèses massives du genou

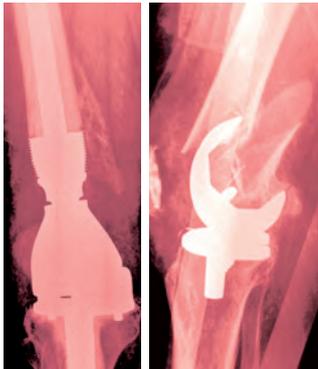
Le Groupe Sarcome Français-Groupe d'Étude des Tumeurs Osseuses (GSF-GETO) met cette année l'accent sur les indications non tumorales des prothèses massives de genou à charnière. Il reçoit également un invité de marque en la personne d'Antonie Taminiau, de la prestigieuse université de Leiden en Hollande.

**L**a matinée démarrera par des communications libres permettant aux jeunes chirurgiens de présenter leurs travaux.

Suivra une table ronde dirigée par Philippe Rosset sur les prothèses massives du genou et du fémur proximal, habituellement utilisées pour la reconstruction articulaire après résection des tumeurs osseuses primitives. « En dehors de ces indications qui intéressent assez peu les orthopédistes, des indications plus larges existent dans le traitement de métastases, de certaines fractures non pathologiques

ou d'échecs de prothèses au niveau du genou ou de la hanche », explique Philippe Anract. Ces prothèses avaient jusqu'à présent la réputation d'une durée de vie relativement faible; l'arrivée de nouveaux matériaux en accroît la survie. Autant d'éléments qui offrent un intérêt pour un spectre plus étendu d'orthopédistes. En milieu de matinée, Antonie Taminiau, tiendra une conférence sur la reconstruction biologique après résection de tumeurs dans des localisations atypiques.

La séance s'achèvera par des informations sur les Réseaux de référence pour la prise en charge des tumeurs osseuses et des sarcomes des parties molles (RESOS et NETSARC) (François Gouin) et sur un résumé des congrès internationaux qui leur sont consacrés (Fabrice Fiorenza) ▲



► **MERCREDI 12 NOV.**  
**8H00 - 12H00**  
**SALLE TERNES**

## AFCP : ostéotomie de Weill et anomalies congénitales du pied

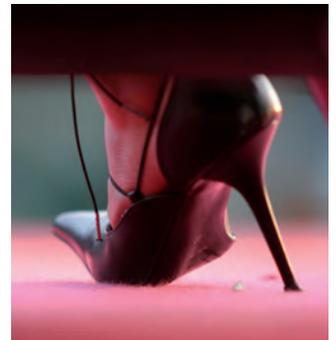
Jean-Alain COLOMBIER, Président de l'AFCP  
et Eric TOULLEC, Secrétaire général de l'AFCP

L'intérêt pour la chirurgie du pied augmente d'année en année. L'AFCP, l'association française de chirurgie du pied, société partenaire de la SOFCOT, s'efforce d'accompagner ce développement.

**C**ette année encore le programme de la journée spécialité de l'AFCP est dense. Après les séances de communications particulières, nous proposons comme à l'habitude deux rendez-vous :

- La conférence d'enseignement de Thibaut Leemrijse traite de « L'ostéotomie de WEILL à 25 ans », et d'une façon générale du traitement chirurgical des troubles statiques de l'avant-pied par des ostéotomies de relèvement et de raccourcissement qui ont fait la preuve de leur efficacité.

- Le symposium dirigé par François Bonnet et Bruno Ferré traite des anomalies congénitales du pied. Il reste fidèle à cette forme de conférence scientifique qui réunit des experts d'une discipline pour faire le point sur un sujet donné. Loin d'être un catalogue, il se veut pratique et recentré sur les pathologies que nous rencontrons. Fait nouveau, il doit comporter une évaluation de nos pratiques et laisser une part à l'evidence based medicine (EBM), ou la médecine fondée sur les preuves.



Sur le plan sociétal, cette journée est également importante avec notre assemblée générale durant laquelle se déroule, à 14 heures, l'élection du nouveau Bureau. L'assemblée générale permet en outre de présenter notre action et de définir nos prochaines réunions. Cette année, nos journées de printemps auront lieu à Nice, en mars, avec la société de chirurgie du pied italienne comme invitée ▲

► **MERCREDI 12 NOV.**  
**8H00 - 17H00**  
**SALLE 352**

## SFCR, pathologies neurologiques et rachis Laurent BALABAUD

Comme chaque année, la journée de la SFCR au cours de la SOFCOT 2014 débute par les conférences d'enseignement.

R. Assaker y expose les voies d'abord antérieures et latérales du rachis lombaire et lombo-sacré, tandis que J. Tonetti fait le point sur le traitement des fractures en compression (Magerl type A) de la charnière

thoraco-lombaire chez le sujet jeune. Suit un premier symposium qui aborde un sujet rarement évoqué : les pathologies neurologiques et le rachis. Ce dernier en tant que « protecteur » de structures neurologiques peut être à la fois la cause ou la conséquence d'affections neurologiques diverses. Ainsi, sont traités la maladie de Parkinson et la camptocormie, la syringomyelie et l'Arnold Chiari dans la scoliose, les tumeurs intra-durales et les déformations du rachis, le

Charcot spine, les kystes arachnoïdiens et l'ectasie durale, la spasticité et le rachis, la myélopathie cervicale et la dystonie, et les scolioses neuromusculaires. Un second symposium consacré à l'enfant fait le point sur les nouveaux dispositifs de traitement des scolioses : tiges d'extension et agrafes à mémoire de forme. Quant à la rubrique « Quoi de neuf », elle apporte un éclairage sur le monitoring peropératoire contrôlé par le chirurgien, et le vissage pédiculaire et l'ostéoporose



en 2014. La journée se termine par le prix de la meilleure communication orale et six cas cliniques ▲

# OTSR, l'important c'est de grimper...

Charles MSIKA

Nous l'attendions au mois de juin, il ne fut connu que fin juillet: le fameux « *Impact Factor* » qui évalue l'audience de notre revue sur la scène internationale des publications scientifiques.

L'objectif existentiel d'un article est de figurer dans les banques de données bibliographiques référencées. La citation consiste à figurer dans une liste de références bibliographiques concluant un article ou le chapitre d'un manuel d'enseignement. L'impact reflète l'influence d'une étude ou d'un article sur la thématique explorée et pour tenter de quantifier cette influence on fait appel à des mesures bibliométriques dont notre « *Impact Factor* » est une alternative parmi d'autres possibilités.

## OUTIL DE SURVEILLANCE

À l'heure d'une concurrence exacerbée par la mondialisation, il n'est pas d'activité humaine qui puisse échapper à un comparatif de sa compétitivité ou de sa productivité. Cela vaut pour les universités pour lesquelles le classement de Shanghai est devenu un étalon de référence, cela vaut aussi pour les publications scientifiques pour lesquelles l'Impact Factor monopolise, sans doute à tort, l'attention des acteurs impliqués. Tous ces classements ne sont en fait que l'établissement d'un profil spécifique fondé sur de nombreuses variables, quelquefois hétéroclites et le plus souvent arbitrairement sélectionnées. Dans le cas du classement des universités, interviennent le nombre de Prix Nobel ou de Médailles Fields accumulées par les anciens de ces universités ainsi que le nombre de publications acceptées par les journaux les plus en vue, tels que Sciences ou Nature. Est également pris en compte le nombre de citations des chercheurs de l'université en question recensé par la Compagnie Nord-Américaine, Thomson Reuters. Cette Société à vocation commerciale, qui n'est pas *strico sensu* un observatoire de l'édition scientifique à travers le monde, a su néanmoins se bâtir un « *business model* » autour de méthodes rigoureuses relevant et archivant les articles et journaux scientifiques. L'Impact Factor, produit dérivé du nombre des citations recensées par cette dernière société, propose un score des revues scientifiques, sur la base d'une formule de calcul convenue, mais

fondée sur une observation se limitant aux deux dernières années complètes de parution de la revue.

## BIBLIOMÉTRIE

Les facteurs d'impact ont été imaginés initialement pour disposer d'une échelle d'appréciation du degré de dissémination et notoriété d'une revue et de l'étendue de son audience. C'est un peu la rançon du monde de communication dans lequel nous vivons. Sans qu'une publication scientifique soit assimilable à un message publicitaire, les agences de publicité utilisent des scores à la fois d'impact (recensement de la population ayant pris connaissance du message délivré) et de pourcentage d'agrément avec le contenu de ce message. Cette démarche n'est pas sans rappeler les citations sélectionnées comme référence d'une étude publiée. Mais si malgré certaines réserves l'Impact Factor satisfait les éditeurs, il n'en est pas toujours de même pour les auteurs. Ces derniers sont plutôt intéressés par le retentissement des résultats de leur étude. Certaines revues pluridisciplinaires mais à forte notoriété disposent d'Impact Factor « hors de portée »; ce n'est pas pour autant qu'un ultra-spécialiste d'une thématique donnée gagnera à publier dans une telle revue plutôt que dans un journal monodisciplinaire voire encore plus spécialisé. L'Impact Factor est un chiffre brut qui reflète une réalité tronquée à plus d'un titre. Il lui est parfois préféré une moyenne de ce facteur sur cinq années qui témoignerait mieux de la stabilité du lectorat. Même en évitant de faire de l'Impact Factor une obsession, parfois dénoncée comme une véritable tyrannie, il convient de lui reconnaître un certain mérite de motivation pour des comités de rédaction bénévoles, souvent coupés des réalités de leur lectorat. Il existe cependant des alternatives à l'Impact Factor qui demeure, malgré son nom, un reflet grossier de l'influence d'une revue: il s'agit par exemple de « *l'Eingenfactor* » ou de « *l'h-index* » dont le mode de calcul diffère en affinant la pondération purement quantitative par des paramètres qualitatifs



tenant compte de la notoriété des supports de citations et/ou de l'historique de crédibilité du chercheur et/ou de l'institution à l'origine de la publication.

## TENDANCE VS CHIFFRE ABSOLU

Depuis son lancement par l'APCORT sous l'égide de la SOFCOT, OTSR - d'année en année - a élargi son cercle, à la fois de lecteurs et d'auteurs. L'Impact Factor 2013 de notre revue publié l'été dernier est de 1 168. La progression est notable car elle surpasse celle de l'année dernière et autorise OTSR à gagner des places dans sa catégorie (39<sup>e</sup> à présent). De façon étonnante, bien que se voulant à l'origine une revue internationale privilégiant l'exposition sur la scène mondiale de travaux de culture francophone, il semble que ces derniers perdent du terrain en « volonté de présence ». On ne peut donc qu'encourager nos plus jeunes collègues à préférer la publication de leurs travaux dans OTSR, plutôt que de faire de ce titre un choix par défaut après avoir vu leur manuscrit rejeté par des revues plus prestigieuses. L'important pour un auteur est avant tout d'être lu et idéalement ensuite d'être cité. Un tel effort de solidarité nationale peut d'ailleurs être utile à cet effet, et indirectement doper quelque peu l'Impact Factor.

## ARTISANS DU SUCCÈS

On ne peut conclure ce « coup de champagne » à OTSR sans saluer la constance et la permanence de l'effort de tous les acteurs intervenant de près ou de loin dans la chaîne d'élaboration du produit fini, l'article au sein de son numéro. Mais avant d'évoquer ces multiples

intervenants, un hommage appuyé et respectueux doit être rendu, en priorité, à un pionnier fondateur de la rigueur scientifique et de la crédibilité dont jout à présent notre revue. Vous l'avez deviné, il est destiné au Pr Jean-Michel Thomine, rédacteur en chef émérite, dont la disparition cet été a affecté la plupart d'entre nous. Il a su durant de nombreuses années, par son dévouement à la communauté orthopédique francophone, servir de modèle à son cercle rapproché de collaborateurs au journal. Sur les traces de l'inspiration insufflée par ce grand serviteur de l'orthopédie, la ruche laborieuse de production ininterrompue de nos nombreux articles doit son fragile succès à l'engagement bénévole des reviewers et quasi bénévole de membres du comité de rédaction assisté de deux secrétaires aussi patientes que dévouées. Pour confirmer cet essai, pour l'instant réussi qu'a été l'internationalisation de la Revue de chirurgie orthopédique (RCO), encouragée par l'APCORT, la contribution accrue des reviewers est plus que jamais indispensable. À l'instar d'autres grands journaux leaders dans notre spécialité, un projet de séminaires de « *reviewing* » est envisagé dans nos locaux accueillants de la Maison de l'orthopédie.

Nos collègues plus jeunes, bien au fait d'une thématique donnée, ne doivent pas hésiter à se porter volontaires à une telle tâche même si elle paraît parfois ardue et contraignante. Cette mission a en effet une double portée éducative, personnelle pour celui qui s'y engage et d'intérêt collectif inappréciable. ▀

**La rédaction de OTSR :** Rédacteur en chef: P. BEAUFILS, rédacteurs adjoints: J.-L. BESSE, P. CLAVERT, P. HARDY, P. MASSIN, H. MIGAUD, C. MSIKA, D. ROULEAU, R. SERINGE et J. TONETTI.

## Prothèse totale inversée d'épaule, le point

Les innovations autour de la prothèse totale inversée de l'épaule et les fractures de la tête radiale sont au cœur de la journée de spécialité de la SOFEC, la Société française de l'épaule et du coude. Mais pas seulement.

La matinée débutera par une série de communications particulières aux sujets variés (coiffe, coude, arthroplastie puis instabilité d'épaule). Puis, le Dr Marie-Thérèse Gatt, anesthésiste-algologue animera une séance de mise au point sur la prise en charge de la douleur en chirurgie de l'épaule, sujet particulièrement important dans la pratique quotidienne pour cette chirurgie réputée douloureuse.

Dans le cadre de la conférence de l'invité, le Pr Lieven Dewilde, orthopédiste belge (Gent) très connu en particulier pour ses travaux sur la biomécanique de la prothèse inversée de

l'épaule, fera le point sur ces arthroplasties, de plus en plus utilisées. « Ces prothèses donnent de très bons résultats mais ne sont pas exemptes de complications », indique Cécile Nérot, présidente de la SOFEC. De nombreuses équipes poursuivent leurs travaux sur ce sujet. Cette conférence permettra une bonne analyse des innovations techniques et mécaniques visant à améliorer la longévité de ces implants ».

L'après-midi, un symposium dirigé par Bertrand Coulet sera consacré aux prothèses de la tête radiale avec une mise au point sur les différents implants, leurs indications et les recommandations

de mise en place, avec une évaluation des bénéfices obtenus selon le contexte notamment la sévérité des lésions associées.

Deux vidéo-flash suivront, l'une sur la cure chirurgicale d'un cal vicieux de fracture du trochiter, l'autre sur l'optimisation de l'exposition de la glène pour la mise en place d'une prothèse d'épaule.

Cécile Nérot rappelle l'importance de l'implication de la SOFEC, au sein de la SOFCOT : « Nous sommes, comme les autres sociétés associées, de plus en plus sollicités pour avis ou prise des décisions dans les domaines que nous couvrons. C'est très valorisant. » ▲



► MERCREDI 12 NOV.  
8<sup>H</sup>00 - 16<sup>H</sup>00  
AMPHI HAVANE

## JOURNÉE DES SPÉCIALITÉS

JEUDI 13 NOVEMBRE

## Au cœur de l'orthopédie pédiatrique

Claude KARGER et Philippe WICART

La correction des déformations ostéo-articulaires et la prévention des complications constituent les principaux axes de réflexion de la journée de la SOFOP.

La journée débute par une session de communications orales comptant 12 interventions, témoignant du dynamisme scientifique de la SOFOP, société française d'orthopédie pédiatrique. Ces communications qui déclinent les différents champs de l'orthopédie pédiatrique se réfèrent à un même thème : la correction des déformations ostéo-articulaires. Celles-ci peuvent affecter les membres et requérir des ostéotomies associées ou non à des allongements osseux. Les systèmes d'allongement centromédullaire par clous ont récemment bénéficié d'améliorations. Le rachis du jeune enfant peut être aussi le siège de déformations

pouvant faire appel à des instrumentations rachidiennes télescopiques sans arthrodèse dont l'évaluation de l'efficacité et du coût fait l'objet de plusieurs communications.

### ÉPIPHYSIOLYSE FÉMORALE

Le traitement de l'épiphysiolyse fémorale proximale à grand déplacement est-il un problème résolu ? Tel est le sujet, non consensuel et polémique, du symposium dirigé par Saad Abuamara, Vincent Cunin et Brice Ilharborde. Il s'appuie sur une étude nationale et prospective de la SOFOP visant à préciser les facteurs de risques et les modalités de prévention de complications iatrogènes majeures, telles que l'ostéonécrose post-réductionnelle de l'épiphyse fémorale ou la coxite laminaire dont la fréquence peut atteindre 50 % dans certaines séries. Le Pr David Aronsson (South Burlington - USA),



invité de la SOFOP et réputé pour ses travaux sur ce sujet, contribue au débat en y apportant un éclairage nord-américain.

### QUELS CHIRURGIENS DEMAIN ?

Claude Karger, Président de la SOFOP, a invité Alain-Charles Masquelet pour une conférence intitulée « Quel genre de chirurgien allons-nous former ? ». Cette question est un enjeu majeur du fait des modifications non seulement réglementaires apparues ces dernières années mais aussi et surtout à cause d'une approche nouvelle de la spécialité par les jeunes chirurgiens.

### COMPLICATIONS EN ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE

La journée se clôture par une session « complications et événements

porteurs de risque » incluant neuf communications orales offrant une analyse critique et une discussion constructive avec la salle. Les thèmes abordés seront divers. L'exérèse d'hémivertèbre fait l'objet de deux communications relatant des complications mécaniques ou septiques. La chirurgie vertébrale des enfants atteints de trisomie 21 est particulièrement exposée à des complications étudiées à travers l'analyse d'une série importante. Parmi d'autres, sont étudiées une complication vasculaire d'un vissage ilio-sacré, une paralysie du nerf fibulaire commun après correction extemporanée d'un genu valgum et l'évaluation du risque infectieux induit par un allongement avec clou centromédullaire au décours d'un premier allongement avec fixateur externe ▲

► JEUDI 13 NOV.  
8<sup>H</sup>00 - 16<sup>H</sup>00  
AMPHI HAVANE

## JOURNÉE DES SPÉCIALITÉS CAOS, l'informatique gagne peu à peu la chirurgie orthopédique

Pas de révolution technique récente, mais l'utilisation de l'informatique en orthopédie se développe d'année en année. Le point avec le CAOS.

La matinée démarre avec des communications particulières axées sur deux thèmes principaux: les guides de coupes personnalisés et l'apport de la 3D et du système EOS® dans la chirurgie prothétique. L'après-midi, une conférence est dédiée à la robotique. « Sa miniaturisation récente devrait rendre la robotique plus adaptée à l'orthopédie qu'elle ne l'était jusqu'à maintenant. Si les évaluations cliniques confirment l'intérêt de cette nouvelle

génération de robotique chirurgicale, les industriels vont s'y intéresser et proposer des solutions pour les orthopédistes », explique Jean-Yves Jenny, Président du CAOS. Deux mises au point suivent: l'une sur les avancées et perspectives de l'imagerie 3D avec le système EOS®; l'autre sur les guides de coupe personnalisés. « Bénéficiant de l'apport de la 3D, ces



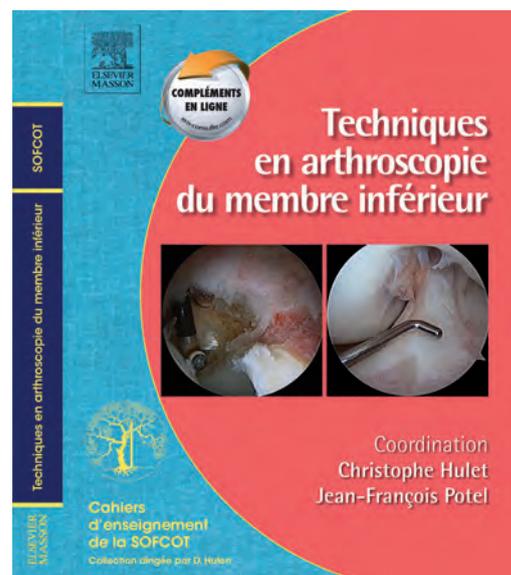
guides ont connu un fort développement ces trois dernières années. Ils permettent d'accélérer le geste chirurgical, tout en le rendant plus précis. La technologie arrivant à maturité, une mise au point s'imposait », souligne Jean-Yves Jenny ▲

► JEUDI 13 NOV.  
8H00 - 16H00  
SALLE TERNES

## MONOGRAPHIES SOFCOT Une journée restreinte mais de haute qualité Charles MSIKA

Pérennisant la tradition solidement établie par J. Duparc puis D. Hutten de mettre à la disposition des congressistes le livre des Conférences d'enseignement et des ouvrages thématiques, la SOFCOT avec les Éditions Elsevier présente cette année une livraison moins abondante mais d'excellente qualité.

Le rituel livre des Conférences d'enseignement tout d'abord, qui outre l'avantage de constituer une retranscription quasi intégrale du discours de l'orateur permet également, via Internet, d'accéder au diaporama complet d'accompagnement. Un tel formatage du matériel éducatif facilite considérablement l'observance des exigences réglementaires du DPC, dans son volet à visée évaluative, pour ceux qui n'auraient pas tout à fait maîtrisé le sujet du premier jet. Outre cet excellent outil de « révision des connaissances », un deuxième ouvrage consacré aux « Techniques en arthroscopie du membre inférieur » est également publié à l'occasion du Congrès. Il est dans la lignée du recueil « Techniques en arthroscopie du membre supérieur » publié l'année dernière et plébiscité par les congressistes. Dans l'esprit du précédent, ce nouveau traité détaillé d'arthroscopie est coordonné dans sa rédaction par Christophe Hulet et Jean-François Potel sous la direction desquels ont collaboré plus d'une soixantaine de



spécialistes. Toutes les applications des techniques arthroscopiques aux multiples pathologies du membre inférieur y sont consignées. Trois grandes sections s'y trouvent individualisées: hanche, genou, cheville. Pour chacune un chapitre de traitement est consacré à chaque profil

lésionnel susceptible d'être rencontré en pratique courante. L'orthopédie pédiatrique n'y est pas oubliée. Comme pour les conférences d'enseignement, ce manuel offre des compléments éducatifs multimédia en ligne sous la bannière « emconsulte.com » des Éditions Elsevier.

Ainsi, malgré une discrète réduction de voilure par rapport à l'année précédente, la SOFCOT par sa branche consacrée aux publications (APCORT) perpétue son engagement motivé d'offrir aux soignants un matériel pédagogique de haute qualité ▲

# Réforme de santé aux États-Unis : suite d'un feuilleton chaotique

Une année après la mise en route effective de ce qui se voulait le legs historique de la Présidence Obama, la réforme de santé aux États-Unis dont l'objectif est de doter d'une assurance maladie les non-assurés (un cinquième environ de la population), le bilan s'avère en demi-teinte. Les tout derniers résultats des élections de mi-mandat en attestent.

**P**our les opposants, l'échec est patent. Pour les supporters, le succès pour l'instant très partiel est à portée de main, à l'horizon du terme du mandat présidentiel (2016). Il reste difficile pour l'heure, malgré tout, de dresser un bilan objectif et impartial. Il faut néanmoins reconnaître que certaines lignes ont bougé.

## DES RÈGLES DU JEU THÉORIQUEMENT CLAIRES

La couverture de santé historique, Medicaid, réservée aux indigents et préexistante à la réforme, a vu élargir le nombre de ses bénéficiaires. La loi promulguée sous l'administration Obama, et dans les seuls états signataires, rend éligibles à cette couverture certains immigrants en règle et/ou les citoyens disposant d'un revenu égal ou inférieur à 138 % du seuil fédéral national de pauvreté. Pour ceux, non éligibles à cette couverture et dont le revenu se situe entre 100 % et 400 % de ce seuil, la loi offre des crédits d'impôts aux souscripteurs d'une couverture à travers des « bourses » d'assurance créées à cet effet. La très vaste majorité des non-assurés, antérieurement à la réforme, appartient à l'une de ces deux catégories. Un an après la mise en fonction (en ligne) de ces « bourses » il est éclairant, en termes de santé publique, de mesurer l'impact produit par de telles dispositions sur le pourcentage de la population à présent assurée, et sur le niveau d'accès au soin de ces nouveaux assurés.

## MOINS DE NON ASSURÉS

Depuis l'ouverture des inscriptions, différents sondages semblent indiquer une baisse du pourcentage de personnes dépourvues d'assurance, mais des paramètres indépendants

empêchent d'établir une relation directe de causalité entre l'introduction de la loi et de telles modifications du profil de la population : la marge d'erreur de ces sondages, l'évolution des conditions économiques d'ensemble, les modifications diverses des contributions patronales à l'assurance de leurs salariés et les tendances naturelles individuelles de volonté d'assurance préexistantes à la loi. Des chercheurs en Santé Publique ont donc tenté, par une méthodologie aussi rigoureuse que le permet la situation encore évolutive, de déterminer et de préciser l'éventuelle corrélation entre la décision législative et la correction du défaut de couverture assurantielle. L'approche analytique est rendue complexe principalement par le caractère relativement récent de la loi, et par la présence de ces facteurs « parasites », déjà cités, susceptibles d'altérer une telle corrélation : du fait d'un changement d'environnement économique (taux de chômage par exemple), du fait de la restriction à deux catégories de population du bénéfice de la loi (classe la plus basse de revenu et classe moyenne/basse de revenus), du fait de l'absence de certitude de fiabilité des sources de données (Ministère des Affaires Sociales et des Services à la Personne et Registres d'inscriptions à Medicaid) et enfin du fait du délai d'inertie inhérent à la collecte de ce type de données. L'analyse statistique a porté sur un échantillon de plus de quatre cent mille personnes. Cet échantillon concernait des adultes d'âge compris entre 18 et 64 ans car comme on le sait, les sujets de 65 ans et plus aux États-Unis ont, de toute façon, droit à l'un des programmes d'assurance maladie les plus généreux du Monde (Medicare).



## UN TRAITEMENT STATISTIQUE ÉLABORÉ

Avec une période d'étude couvrant l'intervalle entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 30 juin 2014 l'objectif de première intention de la recherche consistait à déterminer la situation assurée versus non assuré des sujets au terme de l'ouverture de l'inscription ; l'objectif secondaire était d'évaluer l'accès aux soins sur des notions telles que le choix de son médecin et les difficultés rencontrées (l'année précédant l'expansion de la couverture) à payer les factures de soins médicaux sans sombrer dans le surendettement. C'est sur la base d'une méthode de régression de variables multiples que fut évaluée la probabilité de réalisation de ces deux types d'objectif dans la durée. Les modèles utilisés furent ajustés pour la plupart de leur co-variables démographiques et/ou économiques : sexe, appartenance raciale, stabilité de l'emploi, revenu du foyer, Etat de résidence (les Etats n'ont pas, tous, accepté les incitations du gouvernement fédéral à élargir leur programme Medicaid), etc. Les modifications d'objectif obtenu du fait de telles variables furent comparées à la situation des sujets existant en octobre 2013, c'est-à-dire antérieurement à l'ouverture des inscriptions. L'évaluation conduite sur l'échantillon fut confrontée à celle réalisée sur les bases de données étatiques ou gouvernementales fédérales, préalablement anonymisées et toujours en utilisant une approche similaire de modèles de régression logistique de probabilité évolutive de ces objectifs. La confirmation déduite de cette confrontation atteste de la robustesse de l'analyse conduite.

## QUELQUES CHIFFRES ÉCLAIRANTS

La moyenne d'âge de l'échantillon était d'un peu plus de quarante ans, avec un peu plus de soixante pour cent de Blancs, quinze pour cent de sujets hispaniques et dix pour cent de Noirs. Le taux de « non-assurance » passa d'un peu plus de vingt pour cent à quelque seize pour cent ce qui représente un « gain de couverture » de près de cinq pour cent sur la période considérée. La capacité de pouvoir accéder à son propre médecin ou d'être en mesure de régler sans difficulté ses factures médicales augmenta, durant la même période de référence, d'environ 2,5 %. Les résultats d'une telle recherche ne peuvent être tous discutés ici mais semblent annoncer d'une probable transformation en profondeur de la couverture de santé des Américains.

L'absence de groupe « contrôle » dans une telle étude empêche cependant, à ce stade, d'établir une relation de cause à effet entre les nouvelles tendances observées et la mise en place pratique de la réforme. Il en est de même pour d'autres possibles facteurs, non évalués, également susceptibles d'avoir contribué à cette transformation partielle du profil de la population non assurée.

## AU TOTAL

Malgré les limites, déjà évoquées, inhérentes à une telle étude, il semble démontré que la mise en route effective de la réforme de santé au début du dernier trimestre 2013 ait opéré une transformation du segment de population des non assurés. La question reste de savoir si ce segment finira, ou non, à terme par quasiment disparaître. ▀

Charles MSIKA d'après l'article de B. Sommers et Col. *Health Reform and Changes in Health insurance coverage in 2014. New England Journal of Medicine*, 28 août 2014.

## FORUM L'évaluation médico-économique vue d'ailleurs

Rémi KOHLER

L'EFORT (*European Federation of Orthopedic and Traumatology*), l'EPOS (*European Pediatric Orthopedic Society*) et la NOF (*Nordic Orthopedic Federation*) s'associent pour une table ronde consacrée à l'évaluation médico-économique des soins.

**P**ourquoi ces trois sociétés ? Elles sont complémentaires : l'EFORT et l'EPOS abordent les différents problèmes chez l'adulte et chez l'enfant et la NOF, invitée de la SOFCOT en 2014, nous fait profiter de la culture et de l'expérience de cette problématique « évaluation et qualité » dans les pays nordiques. Trois thèmes jalonnent cette table ronde « européenne » :

- **les registres** : indissociables de la matériovigilance, ils peinent en France à se mettre en place. On peut compter sur le soutien de la Haute Autorité de Santé pour nous aider, avec les organismes d'assurance maladie, à aboutir à leur mise en place en bénéficiant justement de l'expérience de nos partenaires.
- **la « fast track surgery »** : ce concept nouveau, forgé par les pays nordiques, consiste à réduire la durée d'hospitalisation pour le confort du patient et la diminution



Aare MÄRTSON,  
Président de la NOF

des coûts, ce qui nécessite une solide préparation tant en amont qu'en décours d'hospitalisation.

- **les gestes mini-invasifs**, particulièrement innovants. On voit donc bien dans ces trois thèmes à quel point l'évaluation, fil conducteur du Congrès, est en prise directe avec notre activité clinique quotidienne ◀

## TABLE RONDE

### Quand la douleur rencontre l'orthopédie

Une grande partie de la chirurgie orthopédique est une chirurgie de la douleur. Or les orthopédistes en méconnaissent souvent la physiopathologie.

Diffuser la connaissance sur la physiopathologie de la douleur, échanger et partager à propos de la douleur chronique, souvent difficile à prendre en charge, sont les objectifs de cette table

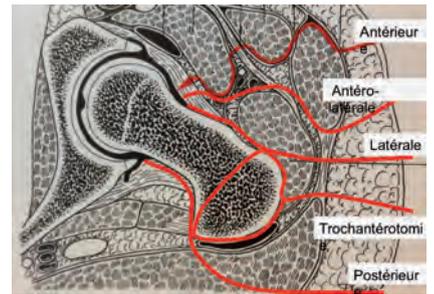
► JEUDI 13 NOV.  
8<sup>H</sup>30 - 9<sup>H</sup>00  
AMPHI BORDEAUX

ronde, organisée avec la Société française d'étude traitement de la douleur (SFETD) pour la première fois. La physiopathologie de la douleur de l'arthrose fait l'objet d'une conférence afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles une pathologie, longtemps silencieuse devient un jour douloureuse. La douleur postopératoire en chirurgie du rachis, un des

## TABLE RONDE Prothèse totale de hanche : quelle voie, d'abord ? ...

Faut-il privilégier une voie d'abord dans la chirurgie de la hanche ? Le point au cours de la table ronde : « Dans le labyrinthe des voies d'abord de la hanche ».

**L**e développement de la chirurgie mini-invasive pour les arthroplasties totales de hanche depuis une dizaine d'années a relancé une controverse sur les voies d'abord de la hanche parfois trop fortement médiatisée. Trois voies principales



gardent chacune leurs partisans : la voie d'abord antérieure (Hueter sur table orthopédique, voie antéro-latérale de Röttinger), la voie postéro-latérale (la plus répandue) et les voies latérales trans-musculaires.

Depuis quelque temps, certains orthopédistes relayés par des industriels plaident pour la supériorité de la voie antérieure sur table orthopédique. Mais est-ce la (seule) voie à suivre ? Pour Patrice Mertl, qui dirige cette table ronde, le débat doit rester scientifique : la chirurgie mini-invasive permet d'améliorer les résultats avec moins de complications, une meilleure stabilité de la prothèse et des douleurs réduites, et ce quel que soit le type de voie d'abord utilisé. La littérature n'a pas permis à ce jour de démontrer de façon significative la supériorité d'une voie sur une autre. « Il faut que chaque chirurgien utilise la voie qu'il maîtrise le mieux. La voie d'abord ne fait que donner confiance au chirurgien qui transmet à son tour cette confiance au patient », souligne Patrice Mertl qui ajoute : « Seules les

indications doivent justifier le choix d'une voie ». Si, par exemple, la voie antérieure pourrait sembler préférable pour des PTH avec une tête de 22 mm afin de réduire le risque de luxation, pour des PTH avec une tête de 32 ou 36 mm, les différentes voies d'abord semblent équivalentes en termes de stabilité prothétique. Il ne faut pas non plus négliger certaines techniques « historiques » trans-ossueuses, comme la trochantérotomie qui peut présenter encore un intérêt dans certaines indications spécifiques.

L'enjeu de cette table ronde est donc de montrer que dans un certain nombre de cas, la récupération du patient un mois et demi après l'intervention est similaire, quelle que soit la voie d'abord. « Le plus important demeure la durée de vie de la prothèse totale de hanche, et non pas seulement la récupération immédiate », conclut P. Mertl ◀

► JEUDI 13 NOV.  
10<sup>H</sup>00 - 11<sup>H</sup>30  
AMPHI BORDEAUX

problèmes majeurs en orthopédie, est également abordée. Le troisième thème traité sera celui des douleurs neurogènes. « La coopération entre la SOFCOT et la SFETD est essentielle pour progresser dans la compréhension et améliorer les prises en charges pré et post opératoires », souligne Olivier Gagey, modérateur de la table ronde avec Serge Perrot ◀



## ECMES, une méthode toujours jeune

Depuis son développement par l'école de Nancy à partir de 1979, l'embrochage centromédullaire élastique stable (ECMES) chez l'enfant a rencontré un écho croissant auprès des orthopédistes du monde entier. Histoire, techniques et indications actuelles sont au cœur de la conférence dédiée à cette méthode toujours jeune.

Quand la méthode est bonne, elle finit toujours par s'imposer. C'est toute l'histoire de l'ECMES promu par un chirurgien inspiré et opiniâtre. Jean-Paul Métaizeau réussit dans un premier temps à convaincre son chef de service de développer ce concept né en 1977 à Séville. « *Ce qui n'est pas toujours une mince affaire* », souligne avec amusement Pierre Lascombes, animateur de la conférence et ambassadeur de la technique. C'était sans compter l'intuition de Jean-Noël Ligier et

Jean Prévot qui comprirent tout l'intérêt de ce procédé innovant. De publications en formations, en passant par de nombreux cours, la technique destinée aux fractures diaphysaires (fractures de deux os de l'avant-bras, du fémur, du tibia et de l'humérus) et métaphysaires (fractures du col radial qui ont vu le taux de nécrose épiphysaire pratiquement disparaître notamment) a gagné ses galons en France, puis en Europe, avant d'être diffusée à travers le monde. Au point de devenir le Gold standard pour la prise en charge de certaines fractures infantiles. Même les américains, pourtant réticents au changement, ont fini par l'adopter, 20 ans après. Pourquoi ce succès ? « *L'embrochage centromédullaire élastique stable est un concept de traitement des fractures des os longs*

*de l'enfant qui allie le respect de la physiologie de la réparation des fractures, l'innocuité vis-à-vis des structures de croissance, et le caractère mini-invasif de l'approche chirurgicale* », explique Pierre Lascombes qui a publié en 2006 un livre<sup>(1)</sup> traduit en 2010 en anglais recensant les avantages et indications du concept. L'ECMES remplace la classique broche rectiligne par un clou cintré flexible dont le diamètre doit être au moins égal à 40 % de celui du canal médullaire. « *Ces clous peuvent ainsi travailler en opposition à l'intérieur de l'os, selon le principe constructif de l'arc-boutant* », rapporte P. Lascombes qui ajoute : « *Tel un forgeron, le chirurgien doit adapter la forme des implants au type de la fracture* » ▲

(1) Embrochage centromédullaire élastique stable, Elsevier Masson.



► JEUDI 13 NOV.  
10H00 - 11H30  
AMPHI BORDEAUX

## TABLE RONDE Fragilité osseuse au fil de l'âge, comment la caractériser ?

La fragilité osseuse constituant l'un des axes forts du congrès est abordée ici sous l'angle de la recherche, dans une table ronde organisée conjointement par la Société de biomécanique et la SOFAMEA (Société française d'analyse du mouvement chez l'adulte et l'enfant).



Ces tables rondes communes entre les deux sociétés, en association avec la SOFCOT, ont vu le jour en 2010 et ont lieu tous les deux ans, les années paires. Elles se calent sur la thématique phare du congrès. Leur principe est d'associer un clinicien et un biomécanicien pour chacun des exposés présentés et de décliner le thème retenu selon les grands axes d'intérêt des chirurgiens orthopédistes (en particulier membre inférieur, membre supérieur, rachis, pédiatrie). Cette table ronde s'efforce d'être en parfaite complémentarité avec celle sur la « *fragilité osseuse enfant et adulte* » du mardi 11 novembre.

À partir d'un problème clinique sont exposés les travaux de recherche s'y rapportant. « *L'intérêt est de montrer en quoi les premiers résultats de ces recherches peuvent rapidement modifier l'exercice*

*clinique* », explique Patricia Thoreux, présidente de la Société de biomécanique qui organise ces tables rondes depuis 2010. Cette année, les exposés sont consacrés à l'ostéogenèse imparfaite, à la caractérisation des contraintes au niveau de l'unité disco-vertébrale et à la stabilité primaire des tiges fémorales non cimentées. Deux thèmes plus généraux font aussi l'objet d'un focus : la prédiction du risque de fractures chez le sujet âgé souffrant d'ostéoporose et l'incidence de l'activité physique sur la densité osseuse, de l'enfant à la personne âgée ▲

► JEUDI 13 NOV.  
16H00 - 17H30  
SALLE 351

# Histoire de la SOFCOT : un nouveau tome en préparation

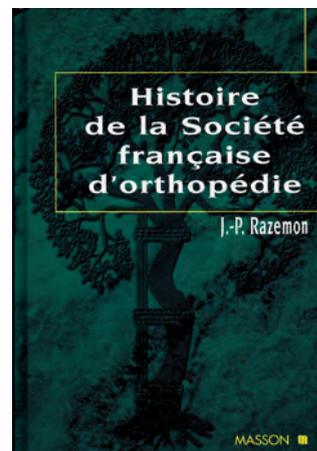
Après le premier livre de l'histoire de la SOFCOT, réalisé par Jean-Pierre Razemon et publié en 1998 à l'occasion des 80 ans de la société savante, un deuxième tome est en préparation.

Compte tenu des importantes évolutions en Orthopédie Traumatologie depuis 1998, Bernard Augereau, Président de la SOFCOT en 2013, a souhaité donner une suite à l'ouvrage de J.-P. Razemon, très apprécié des orthopédistes, car l'Histoire de la SOFCOT fait partie de la culture des jeunes chirurgiens

orthopédistes; les moins jeunes se rendront compte de l'importance des responsabilités exercées par la SOFCOT dans de très nombreux domaines où sa présence est indispensable pour l'avenir de la profession. Gérard Lecerf, auteur d'une lecture statistique et scientifique sur l'évolution qualitative et quantitative

des congrès, pilote le comité éditorial de ce tome 2 aux côtés de Rémi Kohler, Jacques-Yves Nordin et Jacques Caton.

Le livre compile les témoignages directs, ou à partir de leurs différents discours, des Présidents qui se sont succédés à la tête de la SOFCOT depuis 1998 et les contributions des principaux interlocuteurs de la société savante (Orthorisq, etc.)



**PRENEZ DATE :** Le livre sera distribué en **NOVEMBRE 2015** à l'occasion du **90<sup>e</sup> congrès de la SOFCOT**, avec la réédition du tome 1.

## SYMPOSIUM Traitement des laxités antérieures du genou

Nicolas GRAVELEAU et Christophe HULET

Ce symposium s'intéresse aux résultats à plus de 10 ans du traitement chirurgical des laxités antérieures du genou par reconstruction du ligament croisé antérieur.

Le devenir d'une reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) par ligamentoplastie « moderne » (autogreffe réalisée sous arthroscopie avec préservation du capital méniscal) demeure incertain, notamment pour les résultats au-delà de 10 ans. Après trois ans de travail, notre groupe de travail rapporte les résultats à 10 et 20 ans pour dégager des profils type ou portraits-robots de l'évolution de ces genoux opérés. Depuis le symposium de 1987 sous la direction de Jean-Claude Imbert, consacré au traitement des ruptures ligamentaires fraîches, du chemin a été parcouru avec de nombreuses évolutions.

### SPORTIFS EXPOSÉS

Affection fréquente chez le jeune sportif (plus de 40 000 interventions de reconstruction en 2014) avec notamment plus de 18 000 ruptures liées à la pratique du ski sur une seule saison, la rupture du LCA est régulièrement traitée chirurgicalement par une reconstruction du ligament, après sélection des patients en tenant compte des recommandations de la HAS en 2008. Cette intervention vise à reconstituer l'anatomie du genou afin que celui-ci

redevienne fonctionnel, stable et indolore pour permettre la reprise des activités sportives, en limitant la survenue de lésions méniscales ultérieures et cartilagineuses secondaires. En théorie, cette technique pourrait avoir pour objectif secondaire à long terme le ralentissement de la dégradation arthrosique du genou.

### RÉSULTATS PEU SENSIBLES

Les résultats cliniques et radiographiques à court terme (2 et 5 ans de recul) ont fait l'objet de nombreuses publications sur la reprise des activités sportives. Cependant, 2 à 5 ans après la chirurgie, leur avenir fonctionnel reste une vraie préoccupation. Les résultats à plus long terme sont plus rares même si des équipes françaises (P. Chambat - thèse de Selva; H. Dejour - thèse de T. Ait si Selmi; J.-L. Lerat; B. Moyen - thèse de F. Chotel, P. Neyret - thèse de J. Pemin; B. Locker - thèse de G. Pierrard) avaient rapporté des résultats intéressants sur des patients pris en charge il y a de nombreuses années avec souvent un capital méniscal non intact au moment de l'intervention. Une étude conduite à Caen en 2006 (publiée dans AJSM) pour analyser ce type de résultats au-delà de 10 ans



avec des genoux préservés au moment de l'intervention avait orienté les résultats et renforcé l'idée de la nécessité de conservation méniscale, mais l'effectif était « faible » avec 100 patients.

### PATIENTS TRÈS MOBILES

L'intérêt d'une étude rétrospective multicentrique était de pouvoir recueillir un collectif plus important et mieux représentatif des résultats au niveau national. Ces patients jeunes au moment de l'intervention sont très mobiles. Il est parfois difficile de les suivre en consultation avec un examen habituel clinique et radiographique même si l'évolution de certains des genoux, y compris ceux opérés, incite à les suivre régulièrement. Ainsi nous comptons améliorer avec cette étude les données recueillies par rapport à celles déjà publiées sur des sujets jeunes au moment de l'intervention qui 10 ans plus tard ont bien souvent moins de 40 ans. Il s'agissait d'une étude rétrospective multicentrique qui impliquait 19 centres médicaux et les investigateurs principaux sont Christophe Hulet (CHU de Caen) et Nicolas Graveleau (Espace Médical Vauban, Paris) mais aussi les centres de

Lyon (Centre Albert Trillat, Centre Santy, Hôpital Lyon sud), de Paris (CHU Ambroise Paré et La Pitié-Salpêtrière, Clinique des Maussins, Centre Nolle, Institut Goethe et CMC Paris V), les CH de Versailles et Mayenne, les Hôpitaux militaires dans leur ensemble, la Polyclinique de l'Europe à La Baule, le centre Borely de Marseille et les CHU de Caen, Brest, Nice et Grenoble.

Nous avons ainsi pu analyser plus de 600 patients à 10 ans de recul et 180 à 20 ans de recul, ce qui en fait un collectif important. Nous avons pu ainsi étudier de nombreux critères pronostics et les recouper avec la littérature afin de dégager des portraits type d'évolution des genoux en termes de stabilité, re-rupture, évolution méniscale, reprise du sport et devenir arthrosique. Il est également intéressant d'analyser nos pratiques en fonction des recommandations éditées par HAS en 2008 et de comparer les résultats aux deux reculs

📅 **JEUDI 13 NOV.**  
**16H00 - 17H30**  
**GRAND AMPHI**

# Best of de la SOTEST

Pierre KEHR, Président permanent de la SOTEST

La SOTEST réunit les chirurgiens orthopédistes et traumatologues du grand Est de la France, comportant les régions Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine.

Fondée en 1973 par Ivan Kempf, Eugène Schvingt, Philippe Vichard, Lucien Mole et Jean Sommelet, la Société d'orthopédie traumatologie de l'Est de la France (SOTEST) a tenu sa première réunion en juin 1973 à Strasbourg. En 2009, elle a organisé un congrès franco-allemand au Pays de Bade (Europapark de Rust), en 2011 à Lyon, en 2012 à Marrakech avec la SMACOT et en 2013 à Grenoble.

Depuis 2014, elle est revenue dans ses régions d'origine à Reims et sera en 2015 à Strasbourg pour une nouvelle réunion franco-allemande.

Ses objectifs sont les suivants :

- réunir les spécialistes orthopédistes et traumatologues chaque année autour de deux tables rondes, tantôt dans l'une des villes sièges de CHU, tantôt dans une autre ville du Grand Est et faire organiser son congrès annuel tantôt par un

universitaire, tantôt par un hospitalier non universitaire, tantôt par un chirurgien libéral, en alternant les cinq régions,

- donner l'occasion aux jeunes chirurgiens orthopédistes, assistants-chefs de clinique, internes en fin de formation et assistants ou attachés de s'exprimer en présentant les travaux de leur service,
- assurer la formation médicale continue de ses membres.

Par ailleurs, la SOTEST est cofondatrice en 1991 avec le GECO (Groupe d'Etude pour la Chirurgie Osseuse) de la Revue de langue anglaise EJOST (*European journal of orthopaedic surgery and traumatology*), agréée MEDLINE depuis janvier 2013.

## ÉVOLUTIONS ET PERSPECTIVES

Le congrès annuel permet de vérifier la vitalité de la SOTEST et l'intérêt que lui portent les jeunes chirurgiens, ce qui contraste avec la diminution du nombre des cotisants ! Le congrès annuel réunit chaque année 120 à 160 chirurgiens et constitue un plateau d'expression pour les jeunes chirurgiens tout en donnant la parole à des conférenciers prestigieux sur des sujets de pointe. Nous comptons beaucoup sur l'ouverture de la SOTEST vers les régions françaises voisines ainsi que vers les pays étrangers pour accroître son attractivité ▲

## ▶ DEVENIR MEMBRE

Sur [www.sotest.org](http://www.sotest.org) ou en écrivant au Secrétaire général, le Dr Christian CUNY via son secrétariat (M<sup>me</sup> Estelle BILEHOU), Service de Chirurgie orthopédique et traumatologique, Hôpital de Mercy - 1, allée du Château 57530 Ars-Laquenexy - 57038 Metz Cedex 01 - Tél. : 03 87 55 31 88 - Email : [c.cuny@chr-metz-thionville.fr](mailto:c.cuny@chr-metz-thionville.fr)

## LIENS AVEC LA SOFCOT

Depuis 2008, une convention de partenariat a été signée avec la SOFCOT. Elle permet l'échange d'informations variées et facilite la candidature des membres de la SOFCOT pour rejoindre la SOTEST.



JEUDI 13 NOV.  
14<sup>H00</sup> - 15<sup>H00</sup>  
SALLE 352

## ▶ DISTINCTION

# Les médaillés d'honneur de la SOFCOT

Français, américain, canadien, espagnol, dix chirurgiens rejoignent le tableau d'honneur des médaillés de la SOFCOT. Tous ont marqué l'orthopédie-traumatologie. Ils nous livrent ici leurs réflexions.

### Dr Jean-Paul MÉTAIZEAU, Metz

« La chirurgie est l'une des rares professions imposant la prise en charge de l'intégralité du travail : évaluation de la situation, choix stratégiques, puis réalisation technique. Cela procure d'énormes satisfactions, mais ajoute le poids considérable d'une responsabilité qui ne peut être partagée. Si le niveau de connaissance théorique doit être très élevé, même le plus érudit ne pourra mener à bien un traitement s'il ne possède pas l'adresse et la maîtrise technique. Celles-ci s'acquerraient et s'entretiennent par une pratique intensive, comme un véritable sport d'adresse de haut niveau. »



### Dr Christian MORIN, Berck-sur-Mer

« Entre un internat à Paris « très rachis » (Cauchoix, Roy Camille) et un Clinicat chez Alain Deburge à Beaujon, une fenêtre sur l'orthopédie pédiatrique allait s'ouvrir à Berck. Elle ne se refermera plus durant 25 ans.

Georges Morel à Berck, Dean Mac Ewen à l'Alfred du Pont Institute de Wilmington et le GEOP se chargeront de me faire aimer pour toujours cette merveilleuse spécialité.

C'est à l'Institut Calot que s'est déroulée toute ma carrière, dans une structure originale, privée, participant au service public. J'ai aimé ce mode de fonctionnement et même s'il était loin d'être parfait, j'espère qu'il aura encore de l'avenir à proposer à nos jeunes collègues chirurgiens qui ne peuvent pas tous être universitaires et que le privé pur fait réfléchir.

Malgré un certain isolement je ne me suis jamais senti seul, voyageant beaucoup et ayant longtemps eu la possibilité d'accueillir dans mon service de jeunes orthopédistes en formation venant de France ou d'ailleurs.

Et puis, il y avait les amitiés forgées grâce à ces groupes d'études à qui je dois tant : le GEOP qui deviendra la SOFOP, le GES car une bonne partie de mon activité a été consacrée aux traitements des scolioses de l'enfant, la SOFCOT qui me permettait chaque mois de novembre de me replonger dans ce qui fut la chirurgie de mes débuts. »



### Dr Daniel CHOPIN, Berck-sur-Mer

« Des élèves sans maîtres ne sont que des orphelins de l'esprit... Pol Lecoeur, Jean Cauchoix, anciens présidents de la SOFCOT, ont été pour moi deux maîtres modèles. Le génie, l'esprit critique, la remise en question systématique de toute idée reçue, de Pol Lecoeur ; la rigueur de Jean Cauchoix, et pour les deux : la précision de l'examen, du geste opératoire, la primauté du raisonnement sur la technique, et la relation avec les patients.

Mon intérêt précoce pour la chirurgie rachidienne a trouvé, grâce à Jean Cauchoix, la possibilité rarissime il y a plus de 35 ans, d'une pratique exclusive chez l'enfant et l'adulte.

Son développement a été considérable dans toutes ces années, et il a été passionnant d'y contribuer. La création de la SFCR en a été la conséquence naturelle devant l'augmentation du nombre de chirurgiens du rachis et en raison de ses problèmes spécifiques.

Elle a bien évidemment des liens étroits avec la SOFCOT par la filière de formation de ses membres, mais aussi avec les neurochirurgiens, autre partie prenante de l'activité. Cette évolution conjointe de deux cultures mises souvent en opposition est tout à fait exemplaire. »



**Pr François FASSIER,**  
Montréal, Canada

« Tombé en amour » avec l'orthopédie durant mon stage d'externat à Lyon, chez le Pr De Mourgues, (alors que je pensais devenir neurologue!), ce choix ne m'a jamais déçu. À Grenoble, le Pr Butel m'a montré la voie de l'orthopédie pédiatrique, idée bientôt renforcée par un semestre d'internat à St-Vincent-de-Paul avec le Pr Seringe. Sur les conseils de Jean Dubouset, je suis parti à Montréal pour un an où j'ai été si bien accueilli par Morris Duhaime et son équipe... que j'y suis resté! Mon intérêt pour les maladies rares (dont l'ostéogénèse imparfaite) s'est développé, et mon association avec l'Hôpital Shriners pour Enfants-Canada depuis 1992 m'a permis d'avoir une carrière inespérée sur le plan international. La passion est toujours présente, mais il est temps de passer le flambeau et de préparer une nouvelle étape... Outre les « patrons » qui ont influencé ma carrière et ma vie, je tiens à remercier mes patients et leur famille : une suite de rencontres qui ont été des découvertes et une source d'épanouissement autant sur le plan humain que sur le plan professionnel. Le leur dois beaucoup ! »



**Pr Jean-Michel ROGEZ,** Nantes

« L'orthopédie et la SOFCOT, l'orthopédie pédiatrique et le GEOP puis la SOFOP, ont fait de moi un chirurgien qui chacun le sait est un médecin complet (même pédiatre!!!) qui fait en plus la chirurgie, pour l'autre. Mes fonctions universitaires (Professeur, Doyen...) m'ont fait enseignant, passionné - car j'enseignais l'anatomie et la chirurgie (appliquée), donc j'avais plein d'histoires à raconter aux étudiants (quel que soit leur niveau!!!) - et organisateur (au moins au CHU où j'exerçais) de mes disciplines... Cela complétait mon exercice. Donc je n'ai rien fait seul, mais avec une équipe, des maîtres, des élèves, et grâce aux sociétés et aux groupes, j'ai été un éternel étudiant qui voulait par-dessus tout rendre service, au mieux de la science (expérimentale) au patient, quel que soit son âge et son sexe, grâce à la chirurgie orthopédique qui était ma passion. J'ai une immense gratitude envers toutes celles et ceux qui m'ont instruit d'abord puis accompagné dans une vie personnelle, professionnelle et amicale, riche et passionnante. Merci l'anatomie et la chirurgie orthopédique, merci la SOFCOT et la SOFOP. »



**Pr Carlos VILLANUEVA,**  
Barcelone, Espagne

« À partir du moment où j'ai choisi la carrière de chirurgien, mon dévouement pour l'orthopédie et la traumatologie s'est posé de façon aussi naturelle que mon engagement comme joueur de rugby. Avec quarante et un ans de pratique hospitalière, j'aimerais transmettre aux orthopédistes qui démarrent l'importance de l'analyse et du raisonnement. Les études et la participation aux congrès de la spécialité sont certainement nécessaires pour réunir l'information dont nous avons besoin, les manuels sont utiles pour les détails chirurgicaux mais l'excellence ne s'acquiert qu'après cette phase d'information réalisée, avec une analyse rigoureuse du problème propre à chaque patient et des alternatives thérapeutiques. C'est pour cela que des initiatives comme le forum de l'IGASS (International group for advancement in spinal science), avec la présentation de cas cliniques, permettent aux participants de connaître les alternatives de traitement mais surtout la réflexion pour arriver à la décision thérapeutique. »



**Pr David ARONSSON,**  
South Burlington, États-Unis

« J'ai grandi dans une famille tournée vers les affaires et prenais le même chemin quand j'ai décidé, en milieu de seconde année universitaire d'abandonner cette voie qui ne me correspondait pas. Je me suis orienté vers la médecine, plus adaptée à mon profil « humanitaire ». J'ai travaillé durant mes études de médecine à Chicago dans l'hôpital pour enfants avec le Dr David Sutherland, lequel m'a proposé de faire un stage en France, à Montpellier, auprès du Dr Jean-Gabriel Pous. C'est à leur contact et à celui du Dr Alain Dimeglio qu'est née ma vocation d'universitaire en orthopédie-traumatologie. Au cours de mes 10 ans à l'Hôpital pour enfants du Michigan et 24 ans à l'Université du Vermont, j'ai eu l'honneur d'enseigner aux résidents en orthopédie et étudiants en médecine, de faire de la science fondamentale et de la recherche clinique, d'effectuer des interventions chirurgicales, et de suivre les patients. Assister et participer aux réunions nationales et internationales m'a permis de rencontrer des collègues intéressants et merveilleux pour échanger des informations et prodiguer de meilleurs soins à nos patients. J'encourage les jeunes orthopédistes à voir des patients, opérer et s'engager dans l'enseignement et la recherche avec un esprit ouvert puis progressivement à se concentrer sur ce qui est vraiment le plus plaisant et intéressant pour eux. »



**Dr Pierre CHERSTIAN,** Marseille

« Mon attirance précoce pour la chirurgie orthopédique reposait avant tout sur mon goût pour la physique, la mécanique, les solutions concrètes, l'efficacité thérapeutique. Qu'y a-t-il de plus valorisant que de réparer la structure portante du corps, la charpente ! Surtout pas de philosophie, notre discipline est très sérieuse, voire même, très anguleuse ! Partant de cet a priori un peu rigide, j'ai été confronté au réel, découvrant une discipline médico-chirurgicale où on évolue du diagnostic au traitement avec une prise en charge globale et responsable de la totalité de la chaîne de soins, en adaptant le traitement à chaque patient et à sa famille, avec un projet de soin personnalisé. C'est ce qui m'a fait comprendre très précocement la place importante des sciences sociales qui ont fait depuis une irruption remarquée dans le soin. C'est vraiment ce que j'ai aimé dans mon métier. La chirurgie orthopédique pédiatrique est l'expression la plus aboutie d'un véritable art chirurgical joignant à la connaissance humaine, y compris de soi-même, la gestion de la complexité, le raisonnement, la prise de décision, la minutie du geste et l'évaluation future de ses conséquences. C'est loin de l'ébénisterie sur des os en croissance et c'est pleinement satisfaisant. C'est cette dimension humaine jointe à une pratique rigoureuse que j'aimerais avoir transmise aux plus jeunes. »



**Dr Henry CONNES,** Millau

« Être chirurgien orthopédiste quand on a été bien formé, que l'on exerce dans une petite ville en restant proche d'un CHU et que l'on pratique le type de chirurgie que l'on aime est un véritable plaisir. Et si on y ajoute la possibilité de rencontrer des confrères de qualité, cela ne me laisse qu'un regret, que tout soit passé si vite. Comme tous, je suis heureux des progrès accomplis mais je me déssole de voir l'évolution de nos pratiques aussi bien en chirurgie qu'en médecine. À l'heure où les moyens de communication explosent, nous ne savons plus communiquer simplement. Maîtriser son acte ne suffit pas. Pour que la relation soit totale avec le patient, il faut l'accompagner de paroles et de gestes. Il faut prendre du temps. Sans rejeter le progrès, la qualité de la relation médecin-malade me semble essentielle. Un défaut de qualité de cette relation n'est-il pas en cause dans la plupart des problèmes judiciaires ?! Quand le champ de nos libertés se restreint chaque jour davantage, quand techniques et technologies semblent nous dominer, il ne nous reste qu'à redevenir des hommes à part entière, des hommes « responsables », avec nos qualités et nos défauts au service de nos malades. »



**Pr Dominique MOULIES,** Limoges

« C'est en écoutant Pierre Rigault à la SOFCOT que j'ai été séduit et trouvé ma voie auprès de cet esprit si brillant et de son école. Je n'oublierai jamais l'accueil de la SOFCOT, le centre de documentation, le bureau, tous ceux qui m'ont conduit à participer à la transformation du groupe d'orthopédie pédiatrique en SOFOP, plus lisible et plus fort. Aujourd'hui, nos pathologies courantes se sont modifiées : les grandes malformations sont moins fréquentes, mais les anomalies du rachis et des membres, en particulier la luxation congénitale de hanche sont loin d'avoir disparu. Même la traumatologie nous apporte encore beaucoup de séquelles secondaires évitables. Car, outre « le savoir pédiatrique » (physiologique, morphologique, psychologique) qui permet de bien raisonner, il faut aussi connaître les règles et les limites de cette chirurgie. Jamais je n'ai regretté d'être au quotidien dans cet univers chirurgical si particulier, si varié et si gratifiant. Je souhaite à nos plus jeunes collègues orthopédistes ce même bonheur et milite pour les attirer dans nos services pendant un ou deux semestres pour apprendre les bases de cette « sous » spécialité. »



# KYPHON® EXPRESS™ II

Traitement des fractures vertébrales  
par compression

THERAPIES

## Accès aux vertèbres thoraciques

**NOUVEAU**  
+ Fin  
+ Résistant  
- Compliant



SERVICES & SUPPORT

[www.medtronic.fr](http://www.medtronic.fr)

Medtronic France S.A.S.  
27 Quai Alphonse Le Gallo  
92513 Boulogne-Billancourt Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 38 17 00

Le système de cyphoplastie par ballonnets Kyphon® Express™ II est un dispositif médical de classe IIb, comprenant de l'instrumentation de classe IIa, fabriqués par Medtronic Sofamor Danek Inc. – CE N°0123.

Il est indiqué dans la réduction et la stabilisation de fractures par compression dues à un traumatisme, un cancer ou une maladie dégénérative type ostéoporose. Le système Kyphon® Express™ II est composée d'accès osseux, de ballons accompagnés de leur seringue de gonflage, d'un ciment et d'un système de délivrance du ciment.

Le système Kyphon® Express™ II n'est pas pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Veuillez vous reporter à la notice du dispositif avant toute utilisation.

TECHNOLOGIES OPTIMISEES

**MICHELSON  
TECHNOLOGY  
AT WORK**