



## SOFCOT Infos - n°20

Juin 2018

Rédacteur: Rémi Kohler



### Sommaire

- › [1. Congrès 12 au 15 Novembre 2018 - Centenaire de la SOFCOT](#)
- › [2. Les Hôpitaux Universitaires Marseillais](#)
- › [3. La SOFCOT se met en conformité avec le RGPD](#)
- › [4. Rapport d'étape sur le registre des prothèses de la SOFCOT](#)
- › [5. Le CNP-SOFCOT se dote d'un site internet de référentiels](#)
- › [6. Un nouveau Livre blanc de la chirurgie orthopédique et traumatologique](#)
- › [7. Analyse d'ouvrage RAC](#)
- › [8. Webzine HAS](#)
- › [9. Bibliographie du CDO](#)
- › [10. Agenda](#)



1. Congrès 12 au 15 Novembre 2018 - Centenaire de la SOFCOT

# CENTENAIRE DE LA SOFCOT



Nation invitée :  
SUISSE



Société mise à l'honneur :  
SFA



## 12-15 NOVEMBRE 2018

— 93<sup>e</sup> CONGRÈS —

PARIS, PALAIS DES CONGRÈS

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

Secrétariat Scientifique  
**SOFCOT**

56 rue Boissonade, F-75014 Paris  
Tél. : +33 (0)1 43 22 47 54  
[www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)



Organisation du Congrès

eventime

44 Bd Périer, F-13008 Marseille  
Tél. : +33 (0)4 91 94 54 72  
[contact@sofcot-congres.fr](mailto:contact@sofcot-congres.fr)



## 2. Les Hôpitaux Universitaires Marseillais

*Une nouvelle rubrique de la newsletter, « Focus sur un CHU » a été initiée dans une précédente newsletter avec un « Focus sur Strasbourg » par JF. Kempf, Présidence du CNP-SOFCOT oblige ! Cette rubrique permettra aux membres de la SOFCOT de mieux connaître nos conditions d'exercice.*

*Celle qui suit, consacrée au CHU de Marseille a été rédigée par JN. Argenson, responsable du pôle adulte, et Jean-Luc Jouve, responsable du pôle enfant, tant il est vrai que l'orthopédie couvre ces deux secteurs. Je les remercie pour la précision et la concision de leur article qui présente les équipes, les hôpitaux et surtout les thématiques de recherche de la cité phocéenne.*

*Le « Tour de France » va se poursuivre régulièrement avec, en Septembre, un focus sur le Grand Ouest par Ph. Rosset, Présidence de l'AOT oblige... !*

### **Les Hôpitaux Universitaires Marseillais**

L'histoire des Hôpitaux de Marseille commence au XII<sup>ème</sup> siècle, avec la fondation sur la rive nord du Lacydon de l'Hôpital du Saint-Esprit. À la Renaissance, la population augmentant, on décide de réunir à l'Hôpital du Saint-Esprit, l'Hôpital Saint-Jacques de Galice pour ouvrir un " bel et grand hôpital ", ce sera l'Hôtel Dieu qui sera remplacé en 1753 par le nouvel Hôtel Dieu... devenu maintenant le siège de l'hôtel Intercontinental.

En 1858, on inaugure l'Hôpital de l'Immaculée Conception puis en 1887 l'Hôpital Sainte-Marguerite. Avec la création des CHU, sont ensuite construits en 1964 le C.H.U. Nord, et en 1974 le C.H.U. Timone.

Le CHU de Marseille compte actuellement quatre hôpitaux répartis sur trois sites : Nord, Centre (La Timone et La Conception) et Sud (Sainte-Marguerite/Salvator), représentant un ensemble de 3400 lits.

La chirurgie orthopédique et traumatologique marseillaise est intégrée au sein du Pôle Locomoteur qui regroupe aussi la chirurgie reconstructrice et de la main ainsi que la rhumatologie.

Le service de chirurgie orthopédique pédiatrique fait partie du Pôle de pédiatrie.

**Les services de chirurgie orthopédique et traumatologie adulte sont répartis sur les trois sites des Hôpitaux Universitaires de Marseille**, avec des activités thématiques sur chaque site et des praticiens qui se déplacent en fonction des activités :

**Au CHU Nord** sont concentrées les activités de reconstruction osseuse liées aux polytraumatismes et aux tumeurs avec le Trauma Center (seul hôpital disposant de la totalité des spécialités chirurgicales, en particulier de chirurgie thoracique) et le centre de Cancérologie chirurgicale pour les tumeurs osseuses, ainsi que la chirurgie du pied avec actuellement les Professeurs Georges CURVALE, Xavier FLECHER et Alexandre ROCHWERGER, les Docteurs Marie LE BARON, Pascal MAMAN et Richard VOLPI. Ces équipes assurent toutes les urgences traumatologiques 24h/24.

**Au CHU Centre (Hôpital de la Timone)** sont concentrées les activités de chirurgie orthopédique vertébrale, de traumatologie et de chirurgie de la main avec actuellement les Professeurs Patrick TROPICANO, Benjamin BLONDEL, Sébastien PARRATTE et Jean-Noël ARGENSON, les docteurs Damien LAMI et Matthieu OLLIVIER. Les activités de chirurgie vertébrale se font en collaboration avec le service de neurochirurgie des Professeurs Henry DUFOUR et Stéphane FUENTES, avec la création d'une unité commune de chirurgie du rachis et un bloc opératoire commun. Le service de chirurgie de la Main (Pr Regis LEGRE) accueille des chefs de clinique issus, soit de la filière de chirurgie orthopédique, soit de la filière de chirurgie plastique. Ces équipes assurent toutes les urgences traumatologiques et les urgences de la main 24h/24.



**Au CHU Sud (Hôpital Sainte-Marguerite)** se trouve l'Institut du Mouvement et de l'Appareil Locomoteur (IML) qui regroupe la chirurgie orthopédique prothétique et sportive des membres avec actuellement les Professeurs Jean-Noël ARGENSON, Xavier FLECHER et Sébastien PARRATTE, les Docteurs Damien LAMI, Matthieu OLLIVIER et Pierre-Olivier PINELLI. L'IML associe sur le même lieu : chirurgie orthopédique, rhumatologie, radiologie ostéo-articulaire interventionnelle, médecine et traumatologie du sport, plateau de rééducation fonctionnelle (avec partenariat public-privé) et unité mixte de recherche (CNRS/Aix-Marseille Université avec le Groupement Interdisciplinaire en biomécanique articulaire (Giboc)).

Le Pôle Locomoteur exploite pour la chirurgie orthopédique et traumatologie 140 lits d'hospitalisation et 20 places d'ambulatorio. Une partie de l'hospitalisation de l'hôpital Nord a été refaite en 2014 et l'autre le sera d'ici 2020. Une partie de l'hospitalisation de la Timone a été refaite en 2015 et l'autre le sera d'ici 2020. En outre, en 2015 a été inauguré le bâtiment médicotechnique

[photo1] qui accueille les nouvelles urgences, et le bloc opératoire avec un étage dédié à la chirurgie vertébrale, la neurochirurgie, la chirurgie de la main et la traumatologie (8 salles opératoires modernes).



Au sein de l'IML inauguré en 2011 à l'hôpital Sainte-Marguerite se trouvent hospitalisation moderne et salles opératoires connectées.

Des salles dédiées à la formation existent sur chacun des trois sites avec amphithéâtre de 120 à 200 places sur Centre et Nord, et salle de réunion reliée au bloc opératoire et en vidéoconférence sur Sud.

Enfin le Pôle Locomoteur codirige le *Centre de référence des Infections ostéoarticulaires du Sud-Est* qui est implanté au sein de l'IHU des Maladies Infectieuses à l'hôpital de la Timone.

### **Le Pôle Locomoteur est impliqué dans la recherche clinique et fondamentale**

La recherche fondamentale s'appuie en grande partie sur le laboratoire GIBoc. Les thématiques concernent la pose de prothèses articulaires, la réaction du tissu osseux sain et pathologique, les greffes méniscales et ligamentaires, l'équilibre rachidien, l'os en croissance.

Le Giboc regroupe un ensemble de compétences pluridisciplinaires autour d'une thématique unique de recherche : la biomécanique du système ostéoarticulaire. Il fait partie de l'UMR 7287 AMU/CNRS (Institut des Sciences du Mouvement) et pour une meilleure synergie entre cliniciens, biomécaniciens et biologistes, l'équipe GIBoc s'est installée en 2016 dans les locaux de l'hôpital au sein de l'Institut du Mouvement et de l'Appareil Locomoteur (IML – Hôpital Sainte-Marguerite). L'équipe est actuellement composée de 20 titulaires dont 9 PUPH et 2 MCUPH, dont 7 chirurgiens orthopédistes HU issus de la chirurgie adulte et pédiatrique, les autres issus de la radiologie ostéoarticulaire et de la rhumatologie.

Une équipe de recherche d'une telle taille, multidisciplinaire, traitant de thématiques de recherches fondamentales dans le domaine de la biomécanique implantée en site hospitalier, est assez rare à l'échelle nationale. Il s'agit, en outre, de la première unité CNRS implantée au sein de l'APHM. L'insertion en milieu hospitalier favorise également la formation des cliniciens aux techniques de l'ingénieur aussi bien pour ce qui concerne la caractérisation expérimentale que pour ce qui concerne la simulation numérique. Pour cela l'équipe a la responsabilité du Master *Bioingénierie des Tissus et des Implants* qui a pour objectif de former des ingénieurs, des scientifiques et des cliniciens à ces problématiques de recherche. Ont ainsi été soutenus au cours des dernières années 20 masters II de recherche, 14 doctorats et 6 HDR.

Les activités scientifiques du laboratoire GIBoc concernent plus particulièrement trois thématiques :

**L'os en croissance et les organes de croissance de l'os** (le cartilage et le périoste) associés également aux problèmes de régénération tissulaire en présence ou non d'un biomatériau aux échelles cellulaires et tissulaires.

**La qualité osseuse en présence ou non d'un biomatériau** ; la connaissance des caractéristiques mécaniques de l'os et du cartilage est indispensable pour la compréhension des mécanismes de fracture et pour le choix des techniques thérapeutiques.

**Les dispositifs médicaux implantables** ; le comportement à long terme des prothèses est un problème accentué par le vieillissement de la population. Les travaux de l'équipe visent à apporter de nouveaux outils pour appréhender les mécanismes d'usure jusqu'à la formation de débris et contribuer à la compréhension du comportement à long terme des prothèses articulaires.

Les autres partenariats du Pôle Locomoteur en recherche fondamentale se font avec : le laboratoire IRPHE (Institut de Recherche sur les Phénomènes Hors Equilibre) UMR 6594 CNRS situé à l'Ecole Centrale de Marseille pour une partie de la recherche rachidienne, l'UMR1097 INSERM Immunogénétique de la polyarthrite Rhumatoïde, et le laboratoire du centre de recherche en oncologie biologique et oncopharmacologie pour les sarcomes osseux.

**Le Pôle Locomoteur est au centre des collaborations avec les autres structures de soins** du territoire prenant en charge la chirurgie orthopédique et traumatologie avec :

**Le groupe hospitalier de territoire régional public** et des collaborations avec les **Hôpitaux d'Instruction des Armées** de Lavéran (Marseille) et Sainte-Anne (Toulon), les centres hospitaliers d'Aix en Provence, Martigues, Aubagne, Avignon et Toulon. Ces collaborations concernent des programmes de recherche clinique communs et de formation au travers de praticiens issus du Pôle Locomoteur.

**Les groupes hospitaliers privés** avec l'Hôpital Européen, la clinique Juge, le groupe Ramsay (Vélodrome et Résidence du Parc) au travers de réunions scientifiques communes et de praticiens en double appartenance.

### **Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique pédiatrique (JL. Jouve)**

L'orthopédie pédiatrique marseillaise a entamé une mutation profonde lors des 3 dernières années. Les 2 sites d'orthopédie pédiatriques Nord et Timone se sont mutualisés au niveau des équipes.

L'équipe senior repose sur 3 PUPH (Professeurs Jean-Luc Jouve, Franck Launay et Elke Viehweger) un MCUPH (Dr Sébastien Pesenti) et 3 PH ( Drs Emilie Peltier, Elie Choufani, Jean-Marc Guillaume). En 2017 Plus de 1000 patients ont été opérés sur le site Timone dont 250 rachis et 800 sur le site Nord en 2017.

Les moyens lourds de chirurgie de recours ont été regroupés sur le site de la Timone enfants, au contact de toutes les spécialités de pédiatrie médico-chirurgicale. Nous disposons désormais d'un plateau technique pédiatrique et d'une réanimation pédiatrie très récents. Certains dispositifs tels que le scanner pédiatrique sont mutualisés avec les adultes mitoyens. Les techniques de

monitorage sont optimisées et utilisées de manière autonome par les 4 seniors pratiquant la chirurgie vertébrale pédiatrique.

Un nouveau service d'urgence pédiatrique avec une UHCD de 9 lits vient d'ouvrir permettant d'accueillir les 120 patients quotidiens d'urgence de proximité et de recours régional.

L'hôpital mère –enfant Nord garde cependant toute sa place dans le dispositif avec une réception des urgences équivalente à celle de la Timone enfant et un plateau technique entièrement dédié à l'ambulatoire pédiatrique.

Concernant la recherche, la collaboration étroite avec le laboratoire de biomécanique de l'Institut des Sciences du Mouvement (UMR 7287 AMU/CNRS) dans laquelle les seniors du service sont membres en tant que laboratoire d'accueil permettent de développer les travaux du laboratoire d'analyse du mouvement. Là encore le partenariat avec les chirurgiens orthopédistes et neurochirurgiens de l'unité rachis de la Timone nous dirigent dans une thématique d'analyse du mouvement en pathologie vertébrale qui est la spécificité du service. Parallèlement sont poursuivis les axes croissance, tumeurs et malformations congénitales pour lesquelles nous sommes centre de compétence.

Jean-Noël Argenson, Chef du Pôle Locomoteur et Jean-Luc Jouve, Président CMEL Hôpital d'enfants  
[retour au sommaire](#)



### 3. La SOFCOT se met en conformité avec le RGPD



**(Règlement Général sur la Protection des données ; GDPR en anglais pour *General data protection regulation*)**

Comme tout le monde, votre messagerie doit être inondée de mails relatifs au RGPD

C'est une directive européenne qui se place au-dessus des lois nationales et n'a donc pas besoin de retranscription dans chaque État pour être applicable. Mais bien sûr, nous sommes en France, et donc nos députés s'appliquent à la retranscrire... Elle n'en reste pas moins applicable depuis le 25 mai 2018.

**Ce règlement est une grande avancée.** Pour la première fois dans ce domaine, ce ne sont plus les Américains qui font la loi. En effet, ce règlement s'applique aux données de tout citoyen européen, quelle que soit la nationalité de l'organisme qui traite des informations personnelles. On voit même

de nombreuses sociétés américaines, et pas des moindres (*Apple...*) qui ont décidé d'appliquer les règles de protection des données personnelles à tous leurs clients, y compris non européens.

**Qu'y gagne-t-on ?** Toute donnée personnelle (et dès qu'on enregistre un nom associé à une adresse mail, on traite une donnée personnelle) doit être protégée dès la conception informatique. Ceci implique :

Que le détenteur de la donnée doit donner son accord pour utilisation, et ce de façon active. On ne peut plus utiliser de case à cocher pré remplie...

Que l'utilisation des données doit être clairement explicitée (via les mentions légales, qui doivent donc apparaître sur tout site internet enregistrant des données personnelles), et le RGPD insiste sur le « clairement », bannissant explicitement les textes juridiques incompréhensibles.

Que l'utilisateur doit pouvoir à tout moment corriger une donnée le concernant.

Qu'on doit pouvoir, non seulement, obtenir l'effacement complet de nos données personnelles (« droit à l'oubli ») mais aussi en récupérer une copie complète, dans un format informatique générique, permettant de réinjecter ces données dans un autre système (« portabilité »).

Il y est associé un changement de paradigme quant à la **déclaration des traitements de fichiers** (informatiques ou papier.)

Auparavant, il fallait demander l'autorisation à la CNIL pour mettre en œuvre un traitement automatisé de données. Sans cette autorisation, on était dans l'illégalité, avec un risque d'amende assez ridicule (150 000 €), ce qui a dû bien faire rire les avocats de *Facebook* il y a quelques années !

Aujourd'hui, vous n'avez plus de demande d'autorisation à faire, mais la CNIL peut, à tout moment, venir contrôler vos programmes pour vérifier leur conformité au RGPD. Elle contrôlera non seulement l'utilisation qui en est faite, mais aussi comment vos données sont protégées (sécurisation des transferts et des serveurs, chiffrement des communications, utilisation de mots de passe « forts », etc.) Et là, en cas de non-conformité, l'amende peut s'élever à 20 millions d'euros, ou 4% du chiffre d'affaires global de la société, y compris hors Europe (maintenant *Facebook* rigole moins...)

**Le CNP-SOFCOT** avait déjà un CIL (correspondant Informatique et Liberté), maintenant renommé DPO (Data Protection Officer) qui s'attache à vérifier cette conformité au RGPD des nombreux traitements informatiques de notre société, puisque tous demandent au moins votre nom et prénom (site SOFCOT et gestion des membres, site du congrès et bibliographie internationale, échanges avec l'informatique Orthorisiq et DPC-COT, etc.)

Le site de la SOFCOT s'est donc enrichi de ces fameuses mentions légales, que vous nous invitons à consulter. Il y a encore beaucoup de travail à faire : chiffrement de l'accès à tous les « sites » SOFCOT, contrôle de tous les transferts de données entre la SOFCOT et ses prestataires de service, finalisation du registre complet des traitements, servant de « preuve de conformité », et sûrement d'autres à découvrir.

**Antoine Poichotte (DPO SOFCOT)**

[retour au sommaire](#)



## 4. Rapport d'étape sur le registre des prothèses de la SOFCOT

*Christian Delaunay, responsable de la Commission Registres de la SOFCOT, réalise un travail de fond débuté il y a déjà plusieurs années, pour que nous arrivions à constituer des registres nationaux de prothèses, sous l'égide de la SOFCOT. Les difficultés sont nombreuses :*

*Problème d'exhaustivité, donc d'implémentation du registre par les chirurgiens, De référencement des prothèses, permettant une exploitation pertinente des données par les chirurgiens (la collaboration avec l'ANSM et l'ATIH, et surtout avec la CNEDIMTS et le CEPS, est indispensable)*

*D'exploitation de ce fichier à des fins scientifiques, voire commerciales auprès des industriels, ce qui pose la question corollaire de la protection des données (en synergie avec la Commission Informatique et Données).*

*Il présente ici un rapport d'étape et nous livrera dans le BOF d'octobre 2018 un dossier complet sur ce sujet. Nous le remercions vivement pour ce travail dans lequel il s'implique depuis plusieurs années.*

Après 12 ans d'existence, le nouveau rapport 2018 du registre multicentrique des Arthroplasties Totales de Hanche de la SoFCOT sera bientôt disponible sur le site du CNP... En voici un résumé succinct...

Ce rapport 2018 porte sur les résultats de 39 112 arthroplasties totales de hanche (ATH) implantées par une centaine de chirurgiens orthopédistes français sur la période 2006 – 2017. Rédigé en Anglais pour en faciliter la diffusion, il se décompose en 3 parties dont voici résumées quelques données d'intérêt.

### 1ère Partie : ATH Primaires

Du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2017, **35 085 ATH 1aires** ont été enregistrées, à un âge moyen de 70,6 ans chez 57% de femmes, essentiellement pour coxarthrose live (75,2%) et fracture de hanche (7,7%).

Un abord postéro-externe a été utilisé dans 52% des cas de manière relativement stable dans le temps, alors que l'on note depuis 2012 une nette progression des abords antérieurs au détriment des voies externes.

90,3% des ATH sont conventionnelles, totalement non cimentées pour les 2/3 avec une cupule à double mobilité dans 33,2% des cas. Le calibre 28mm des têtes est prédominant (54,7%) ainsi que le couple alumine-alumine à 29% (métal-métal à 2,7%). En cas de cimentage, un ciment imprégné d'antibiotiques a été majoritairement utilisé (de 87,3% en 2009 à 93.5% en 2015).

### 2 ème Partie : Ré-intervention et Révisions

Du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2017, **4 027 réinterventions d'ATH** ont été enregistrées, à un âge moyen de 72,4 ans chez 57% de femmes.

Le descellement aseptique reste la 1ere cause de réintervention mais en repli (passant de 53,4% en 2011 à 45% en 2017), devant la luxation (12,4%), les fractures péri-prothétiques (10,5%) et l'usure et l'ostéolyse (8,7%). Les autres causes de réintervention sont les complications infectieuses chroniques (6,4%), l'infection aigue (4,7%), la douleur (4,2%) et la fracture d'implant (3,2%).

La réintervention la plus pratiquée reste le changement complet de tous les composants prothétiques (45,2%) devant le changement acétabulaire isolé (30,5%) et fémoral isolé (13,5%)

A : Caractéristiques des implants révisés : La majorité des ATH révisées étaient dotées d'une tige fémorale conventionnelle et une cupule classique dans 80% et de type double mobilité (DM) dans 15,6%. La majorité des implants révisés étaient non cimentés et les inserts acétabulaires étaient en polyéthylène conventionnel dans 71,7%, en alumine (11,3%), en PE hautement réticulé (7,6%) et en métal-sandwich (2,9%).

B : Caractéristiques des implants utilisés lors de la révision : 23,2% des révisions acétabulaires ont été cimentées, 22,4% ont nécessité le recours à un anneau de soutien et 54,4% furent réalisées sans ciment, cette tendance étant croissante. En cas de cimentation, un ciment aux antibiotiques fut utilisé dans 91,7% des cas.

C : Analyse des révisions : Le plus important groupe de patients, révisés pour descellement aseptique, est constitué de femmes dans près des 2/3 des cas, et la moitié des ATH révisées étaient cimentées. A l'opposé, les patients révisés pour infection ou descellement septique est essentiellement constitué d'hommes. Les fractures per-opératoires ou péri-prothétiques surviennent plus souvent chez des patients âgés.

Une étude détaillée sur les facteurs influents (âge, fixation, types d'implants, etc...) sur les modalités de révision est disponible dans le rapport complet. Par exemple, en comparaison avec les cupules acétabulaires standards, le recours aux cupules à double-mobilité permet de réduire le risque de révision pour luxation d'un facteur 2,25 mais augmente le risque de révision pour fracture péri-prothétique d'un facteur n1,82.

### 3ème Partie : Analyse préliminaire des révisions d'ATH déjà incluses dans la 1ère partie

Sur les 4 027 révisions, **434 ont concerné des ATH incluses dans la 1ère partie**. Sans surprise, la 1ère cause de ces révisions relativement précoces était la luxation, suivie par les fractures péri-prothétiques, l'infection aigüe et le descellement aseptique.

Du fait de l'impossibilité légale de croiser les données des registres avec celles de l'Etat Civil en France, les analyses de survie de type Kaplan Meier ne sont pas réalisables.

Le registre utilise donc le taux de révision pour 100 composants observés - année (Rp100COA) initialement utilisé dans le registre australien, selon la formule :

(Nombre de révisions x 100) : (Nombre d'implantations primaires initiales x temps d'observation en année)

Les études menées par l'ancien *European Arthroplasty Register* a permis d'établir après une revue systématique des données des registres et de la littérature internationaux que le taux moyen de Rp100COA était de 1,29 \*.

Le tableau ci-dessous résume quelques-unes de ces données comparatives :

| <b>Par type d'implant</b>                    | <b>Total ATH</b> | <b>Composants observés année</b> | <b>Recul moyen (années)</b> | <b>N Révisions</b> | <b>Rp100COA</b> | <b>Intervalle de confiance à 95%</b> |      |
|--|------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------------|------|
| ATH conventionnelle                          | 31681            | 131153                           | 4,1                         | 393                | <b>0.30</b>     | 0.27                                 | 0.33 |
| Resurfaçage                                  | 354              | 1946                             | 5,5                         | 0                  | <b>0.00</b>     | 0.00                                 | 0.20 |
| <b>Par type de cupule</b>                    |                  |                                  |                             |                    |                 |                                      |      |
| Standard                                     | 21917            | 105341                           | 4,8                         | 287                | <b>0.27</b>     | 0.24                                 | 0.31 |
| Double Mobilité                              | 11633            | 31371                            | 2,7                         | 122                | <b>0.39</b>     | 0.33                                 | 0.46 |
| Cupule mobile                                | 1516             | 4480                             | 2,9                         | 25                 | <b>0.56</b>     | 0.38                                 | 0.82 |
| <b>Par fixation</b>                          |                  |                                  |                             |                    |                 |                                      |      |
| Totalement cimentée                          | 3524             | 21531                            | 6,1                         | 55                 | <b>0.26</b>     | 0.20                                 | 0.33 |
| Totalement non-cimentée                      | 23948            | 87096                            | 3,6                         | 322                | <b>0.37</b>     | 0.33                                 | 0.41 |
| Hybride (cupule non cimentée, tige cimentée) | 7104             | 30619                            | 4,3                         | 50                 | <b>0.16</b>     | 0.12                                 | 0.22 |
| <b>Par couple de frottement</b>              |                  |                                  |                             |                    |                 |                                      |      |
| Alumine / alumine                            | 10193            | 40465                            | 4                           | 131                | <b>0.32</b>     | 0.27                                 | 0.38 |
| Alumine / PE                                 | 8706             | 33121                            | 3,8                         | 102                | <b>0.31</b>     | 0.25                                 | 0.37 |
| Acier / PE                                   | 7083             | 33396                            | 4,7                         | 92                 | <b>0.28</b>     | 0.22                                 | 0.34 |
| Cobal-chrome / PE                            | 7538             | 25598                            | 3,4                         | 97                 | <b>0.38</b>     | 0.31                                 | 0.46 |
| Métal / métal                                | 960              | 6610                             | 6,9                         | 6                  | <b>0.09</b>     | 0.04                                 | 0.20 |

\*G. Labek, M. Thaler, W. Janda, M. Agreiter, B. Stöckl. Revision rates after total joint replacement. CUMULATIVE RESULTS FROM WORLDWIDE JOINT REGISTER DATASETS. *J Bone Joint Surg [Br]* 2011;93-B:293-7.

**PLUS D'INFORMATIONS ?**

[www.sofcot.fr/Pages/Registre-des-protheses-de-hanche /](http://www.sofcot.fr/Pages/Registre-des-protheses-de-hanche/)

<https://sofcot.memdoc.org/>

Christian Delaunay, responsable de la Commission Registres de la SOFCOT

[retour au sommaire](#)



## 5. Le CNP-SOFCOT se dote d'un site internet de référentiels

Avec la montée en charge du CNP, la SOFCOT se devait d'avoir un outil centralisé, et accessible à tous, pour consulter les guides, référentiels, recommandations, et autres textes de référence, de plus en plus nombreux.

Ces textes, élaborés par l'Académie d'Orthopédie et Traumatologie CNP-SOFCOT, ORTHORISQ, nos SAP, la HAS, etc., sont à vocation professionnelle et s'adressent, avant tout, aux chirurgiens.

Certains textes qui concernent aussi l'orthopédie traumatologie, provenant d'autres CNP (GERIATRIE) ou de la SFAR, y seront aussi présentés après validation par le Conseil Scientifique du CNP-SOFCOT.

Vous disposez donc d'un nouveau menu sur le [site de la SOFCOT : « Référentiels »](#)

Il est situé entre la bibliographie et les informations aux patients. Il vous dirige sur le nouveau site, très simple d'utilisation.

Vous disposez d'un menu par thème (membre sup, membre inf, etc.) qui donne accès à un tableau des textes de références en vigueur, avec un lien de téléchargement du texte.

Si vous cliquez sur le nom du texte de référence, vous obtenez sa fiche, avec les différentes versions publiées.

La loupe permet de rechercher tous les documents contenant les mots clés que vous saisissez.

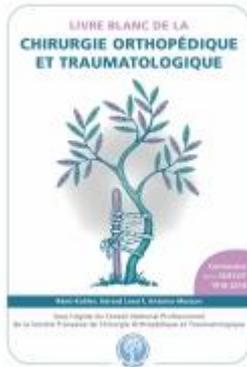
Il ne reste plus qu'à l'alimenter, en particulier avec les conclusions des derniers symposiums...

Antoine Poichotte, Commission informatique, données et santé connectée

[retour au sommaire](#)



## 6. Un nouveau Livre blanc de la chirurgie orthopédique et traumatologique



Si l'Orthopédie-Traumatologie existe depuis l'antiquité, la Société d'Orthopédie fête cette année ses 100 ans. Chaque année, plus de six millions de patients ont recours à notre spécialité. Les progrès scientifiques en orthopédie traumatologie ont existé de tous les temps mais se sont considérablement accélérés depuis 70 ans, et nous sommes déjà engagés dans une nouvelle grande mutation, conséquence de la révolution numérique. Sur le plan de la réglementation, de l'enseignement de la spécialité, l'évolution est tout aussi rapide. Un premier Livre Blanc de la SOFCOT faisait le point en 2005 sur l'état de la spécialité. Dix ans plus tard, les deux tomes de « l'Histoire de la SOFCOT » (G. Lecerf, R. Kohler, J.-Y. Nordin, J. Caton) édités en 2015, dressaient un tableau complet de l'évolution de la profession et de la réglementation.

La spécificité et la rapidité d'évolution technique et réglementaire de notre profession nous ont conduit à constater qu'il n'y avait pas de livre facilement accessible pour faire connaître notre spécialité. C'est pourquoi il nous est apparu utile de faire, en cette année de centenaire, un nouveau Livre Blanc de la spécialité et de notre société professionnelle, le CNP-SOFCOT. Ce livre a pour but d'éclairer les multiples facettes d'une spécialité dont l'importance est essentielle au cœur du système de santé.

Rémi Kohler et moi-même, nous avons rédigé cet ouvrage à « quatre mains », avec l'aide précieuse d'Antoine Masson, journaliste, bon connaisseur de notre société, qui nous apporté sa vision « grand public » et a largement contribué à la recherche des données statistiques, et à la rédaction de la première partie.

Ce livre blanc s'adresse aux orthopédistes eux-mêmes et en particulier aux « juniors », car les évolutions réglementaires récentes justifient d'aborder le cursus de formation, les modes d'exercice, de surspécialisation, de formation continue, aux instances de santé, qui auront une connaissance plus précise du « poids » économique et démographique qu'elle représente, de la technicité et des besoins fondamentaux indispensables à la sécurité du patient, ainsi que de sa gouvernance, aux médias, qui cerneront mieux les domaines que recouvre ce terme « chirurgie orthopédique et traumatologique », son implication dans les « urgences » et enfin aux « usagers de la santé », qui découvriront l'organisation pratique de la profession.

Ce livre se présente en deux parties ; la première fait le point sur l'orthopédie traumatologie en 2018, sur le plan professionnel, administratif, et universitaire et est destiné à faire la promotion d'une spécialité peut-être un peu trop discrète ; la seconde est composée de fiches plus techniques précisant le rôle et l'organisation de toutes les structures de la profession et de celles qui gravitent autour d'elle.

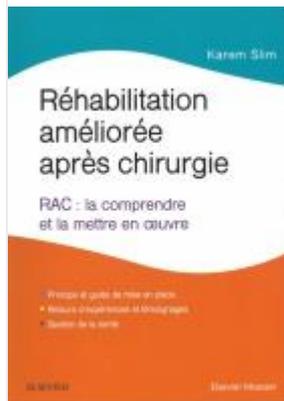
Vous retrouverez ce Livre Blanc sur le site du CNP-SOFCOT, dès la fin de l'été. Il sera diffusé sous une forme aisément consultable, accessible à tous, et qui sera évolutive grâce à son support numérique.

Gérard Lecerf

[retour au sommaire](#)



## 7. Analyse d'ouvrage RAC



### **Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC): La comprendre et la mettre en œuvre (Karem Slim)**

La RAC (ou RRAC) (récupération -ou réhabilitation- améliorée après chirurgie) est la traduction du concept anglo « *enhanced recovery after surgery* ». Ce petit livre, dont la lecture est très facile et agréable est une bonne mise au point sur ce sujet en plein essor pour des raisons autant économiques (baisse des DMS) que de qualité des soins (moindre morbidité, moindre réhospitalité) ; certes il est écrit par un chirurgien digestif (et d'ailleurs la RAC a été introduite dans ce champ, en particulier colo rectal) mais toutes les spécialités sont mentionnées, en particulier pour la bibliographie des protocoles qui ont un large socle commun, des méta analyses des résultats (en orthopédie encore peu de travaux rapportés au-delà).

Le livre aborde les principes (sous tendus par des règles physiologiques qui vont à l'encontre des idées reçues : « RAC, une lutte contre les dogmes »); les protocoles (cad les techniques), et les programmes (ensemble de la prise en charge) sont développés aux différents temps (pré opératoire, en cours d'hospitalisation, et aussi après la sortie++ (cette dernière devant être gérée avec la plus grande attention). L'« éducation thérapeutique » bien différente de la simple information, l'implémentation des protocoles dans l'équipe, son calendrier et les audits réguliers d'évaluation au cours de celle-ci, l'analyse des freins à la mise en place de cette évolution sont détaillés bénéficiant de nombreux schémas, tableaux, annexes qui éclairent les choses.

Mais surtout il développe avec beaucoup de bon sens et de pédagogie les règles d'application qui nécessitent l'adhésion de toute l'équipe : « on passe d'une équipe d'experts à une équipe experte ».

Le « trinome soignant leader » (chirurgien, anesthésiste et infirmier référent), au centre de l'organisation et le « patient acteur » sont au même niveau.

Au total : la RAC est une « médecine de bon sens, une bonne médecine pratiquée dans un bon esprit »; l'aspect organisationnel, qui rebute au départ, ne doit pas être exagéré !

Bref on l'a compris, c'est un petit ouvrage complémentaire des travaux parcellaires disponibles qui donnera un éclairage d'ensemble et pourra circuler au sein des acteurs.

Rappelons à cette occasion la mise au point de la HAS (Juin 2016) programmes de récupération améliorée après chirurgie RAAC (Rapport d'orientation et synthèse de celui-ci).

*Elsevier ed 2018*

*128 pages*

*ISBN 978-2-294-76177-5*

Rémi Kohler

[retour au sommaire](#)



## 8. Webzine HAS

La SOFCOT a tissé des liens étroits avec la HAS, en particulier depuis 2014. Outre des recommandations, dont certaines élaborées en commun, la HAS diffuse une newsletter mensuelle de la HAS (Webzine) (en sus d'un numéro spécial annuel commun HAS-SOFCOT à l'occasion de notre congrès, dédié spécifiquement à l'orthopédie). Parfois, des focus sur certains sujets qui peuvent nous intéresser, comme [ce dossier publié en Mars sur l'accréditation](#), une mise au point intéressante sur ce sujet.

Rémi Kohler

[retour au sommaire](#)



## 9. Bibliographie du CDO



[Référentiel pédagogique: Traitement des luxations péri-lunaires et des fractures-luxations du carpe en utilisant un protocole standardisé par Capo JT, Corti SJ, Shamian B, Nourbakhsh A, Tan V, Kaushal N, Debkowska M. Hand \(N Y\). 2012 Dec;7\(4\):380-7. doi: 10.1007/s11552-012-9452-y.](#)

[Trucs et Astuces: Traitement arthroscopique des arthrites septiques chez les très jeunes enfants avant 6 ans par Thompson RM, Gourineni P. J Pediatr Orthop. 2017 Jan;37\(1\):e53-e57.](#)

---

[Vigilance Bibliographique: Le tabagisme est associé à une plus grande précocité dans la reprise des prothèses totales de genou par Lim CT, Goodman SB, Huddleston JI 3rd, Harris AHS, Bhowmick S, Maloney WJ, Amanatullah DF. Knee. 2017 Oct;24\(5\):1182-1186. doi: 10.1016/j.knee.2017.05.014. Epub 2017 Aug 7.](#)

[Vigilance Bibliographique: Devenir postopératoire et complications chez les patients présentant un accident cardiaque après une arthroplastie totale du genou par Curtis GL, Newman JM, George J, Klika AK, Barsoum WK, Higuera CA. J Arthroplasty. 2017 Aug 3. pii: S0883-5403\(17\)30680-0. doi: 10.1016/j.arth.2017.07.043.](#)

[Vigilance Bibliographique: La mortalité et les complications sont-elles différentes chez les patients avec fractures sur hanche native ou hanche prothétique ? par Haughom BD, Basques BA, Hellman MD, Brown NM, Della Valle CJ, Levine BR. J Arthroplasty. 2018 Feb 1. pii: S0883-5403\(18\)30084-6. doi: 10.1016/j.arth.2018.01.046](#)

[Quel est l'impact du tabagisme sur le risque de révision d'une arthroplastie de hanche ? par Bedard NA, Dowdle SB, Owens JM, Duchman KR, Gao Y, Callaghan JJ. J Arthroplasty. 2018 Jan 9. pii: S0883-5403\(18\)30003-2. doi: 10.1016/j.arth.2017.12.041](#)

[Lavage et débridement sont-ils efficaces en cas d'infection précoce sur prothèse totale du genou ? par Narayanan R, Anoushiravani AA, Elbuluk AM, Chen KK, Adler EM, Schwarzkopf R. J Arthroplasty. 2018 Jan 9. pii: S0883-5403\(18\)30001-9. doi: 10.1016/j.arth.2017.12.039](#)

[Vigilance Bibliographique: La maladie de Parkinson augmente-elle le risque de complications péri-opératoires après une arthroplastie totale de hanche ? par Newman JM, Sodhi N, Dalton SE, Khlopas A, Newman RP, Higuera CA, Mont MA. J Arthroplasty. 2018 Jan 16. pii: S0883-5403\(18\)30014-7. doi: 10.1016/j.arth.2018.01.006](#)

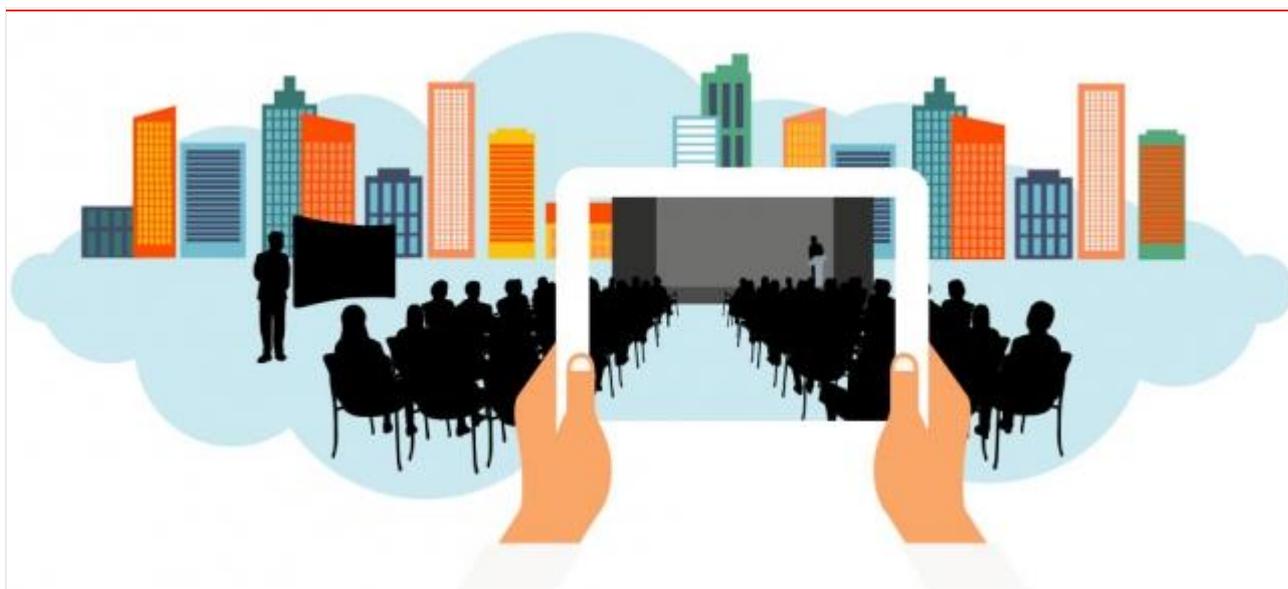
Raphaël Vialle et toute l'équipe du CDO  
[retour au sommaire](#)

---



## 10. Agenda

Rendez-vous sur notre [AGENDA](#) pour retrouver les événements qui vous intéressent!



*Pour se désinscrire, merci d'envoyer un message à [sofcot@sofcot.fr](mailto:sofcot@sofcot.fr)  
[retour au sommaire](#)*