



SOFCOT Infos - n°23

Avril 2019

Télécharger SOFCOT Infos - n°23

Rédacteur: *Philippe Merloz*



Sommaire

- › [1. Edito de notre nouveau rédacteur en chef](#)
- › [2. Infos flash SOFCOT - Congrès, Bibliographie, Paiement des cotisations 2019](#)
- › [3. Retour sur un symposium innovant : Implications techniques et médico-légales des faillites d'ostéosynthèse](#)
- › [4. Preprints : résistance des médecins versus adoption par les biologistes !](#)
- › [5. Révolution numérique des professions de santé : préparons-nous dès maintenant !](#)
- › [6. L'orthopédie-traumatologie au CHU de Bordeaux](#)
- › [7. Communication de l'association « algodystrophie beaucoup plus fort ensemble »](#)
- › [8. Actus HAS](#)
- › [9. Agenda](#)



1. Edito de notre nouveau rédacteur en chef



Chers collègues, chers amis,

La **lettre du CNP Sofcot N° 23 d'Avril 2019** est la première dont j'assure la coordination. Je succède donc dans cette tâche à Rémi Kohler qui a été depuis 2014 et avec Norbert Passuti l'initiateur de cet organe bimestriel de communication interne. A cela, il faut ajouter la coordination du Bulletin des Orthopédistes de langue Française (BOF), semestriel.

Assurer la succession de Rémi Kohler n'est pas chose facile. J'ai pu apprécier ses multiples qualités que tout le monde connaît : dynamisme, volontarisme, ténacité et réactivité. Cette découverte n'est pas récente puisque nous avons travaillé régulièrement ensemble depuis que Rémi a assuré la Présidence de l'Académie de Chirurgie Orthopédique en 2014.

Comme le disait en 1969 un homme politique célèbre, il faut maintenant assurer le « changement dans la continuité » : les principes respectifs d'édition de la lettre du CNP Sofcot et du Bulletin des Orthopédistes de langue Française seront respectés. Je souhaite que ces deux organes continuent à satisfaire vos attentes, à côté des autres moyens de communication que sont les réseaux sociaux. Il est surtout important que vous sachiez que l'un des rôles du coordinateur (ou rédacteur) que je suis, consiste d'abord à être à l'écoute de toutes les composantes du CNP Sofcot (sociétés associées et partenaires, commissions, AOT, Collège, Orthorisq, Syndicat, FICOT) et de leurs acteurs (*la communication est l'action de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un ou, s'il y a échange, de les mettre en commun*).

Je remercie le directoire de la SOFCOT et son secrétaire général Franck Fitoussi de la confiance qu'ils m'accordent. Je me réjouis de pouvoir travailler avec eux et avec Eléonore Brackenbury qui assure le secrétariat de rédaction et la mise en ligne des publications.

Merci à Rémi pour ses conseils éclairés et pertinents.

Je mesure la confiance et l'honneur qui me sont faits.

Bien amicalement à tous.

« Une monstrueuse aberration fait croire aux hommes que le langage est né pour faciliter leurs relations mutuelles » **Michel Leiris** (1901 – 1990) ; *Brisées*, Mercure de France, 1966

« La musique est peut-être l'exemple unique de ce qu'aurait pu être - s'il n'y avait pas eu l'invention du langage, la formation des mots, l'analyse des idées - la communication des âmes ». **Marcel Proust** (1871 – 1922). *A la recherche du temps perdu*, La Prisonnière, Gallimard, 1989 (*NRF1923*)

Philippe Merloz, Rédacteur en Chef

[retour au sommaire](#)



2. Infos flash SOFCOT - Congrès, Bibliographie, Paiement des cotisations 2019



[RETROUVEZ TOUTES LES INFOS CONGRES SUR NOTRE SITE](#)



Accès direct à la **bibliographie internationale** avec cette adresse : <https://sofcot.ovidds.com/authentication/login> (si problèmes de connexion, envoyer un mail à sofcot@sofcot.fr)



Paiement des cotisations 2019 s'effectue dans **l'espace membre** : connexion avec votre identifiant (email) et mot de passe



Notre **programme** pour la **journée des kinés** le 12 novembre est prêt: alors n'hésitez pas à le diffuser auprès de vos confrères afin qu'ils viennent nombreux :

[PROGRAMME KINES 2019](#)

2 thèmes seront discutés:

Gonarthrose et arthrite non infectieuse du genou (adulte et enfant)

Fracture de l'extrémité proximale de l'humérus et de la scapula

Responsables :

Philippe Adam (Strasbourg), Alexandre Poignard (Paris)

[retour au sommaire](#)



3. Retour sur un symposium innovant : Implications techniques et médico-légales des faillites d'ostéosynthèse



Pourquoi faire un symposium sur les faillites des ostéosynthèses ?

Il était inédit à la SOFCOT de faire un symposium relatif aux « faillites » de nos traitements, qui néanmoins ne peuvent être occultées dans la pratique quotidienne de la chirurgie traumatologique et peuvent être source d'implications médico-légales. C'est pour cela qu'il s'inscrivait naturellement dans le cadre du DPC.

La faillite mécanique de l'ostéosynthèse d'une fracture peut se définir comme une situation ne permettant pas la consolidation de la fracture, soit par instabilité de la fixation qui peut conduire à une ou plusieurs reprises chirurgicales ou à des troubles de la consolidation osseuse qui peut être retardée ou s'effectuer dans une position anatomique non tolérable du fait d'un déplacement secondaire. La prévalence de ces faillites est difficile à évaluer de façon globale mais à travers la littérature, un chiffre de 10 % semble raisonnable.

Ce symposium reposait sur un travail multicentrique réalisé par plusieurs services de chirurgie orthopédique et traumatologique rompus à la prise en charge des fractures. Deux sites anatomiques ont été choisis et étudiés pour leurs très grandes fréquences : la hanche avec les fractures per-trochantériennes du fémur proximal, survenant principalement chez les personnes âgées sur un os de qualité médiocre, et la cheville avec les fractures malléolaires, intéressant toutes les tranches d'âge de la population. Les patients de ces deux groupes ont été inclus de façon rétrospective continue sur une période de 6 mois et leurs évolutions étudiées en fonctions des données démographiques, du type de fracture et de la technique de fixation réalisée.

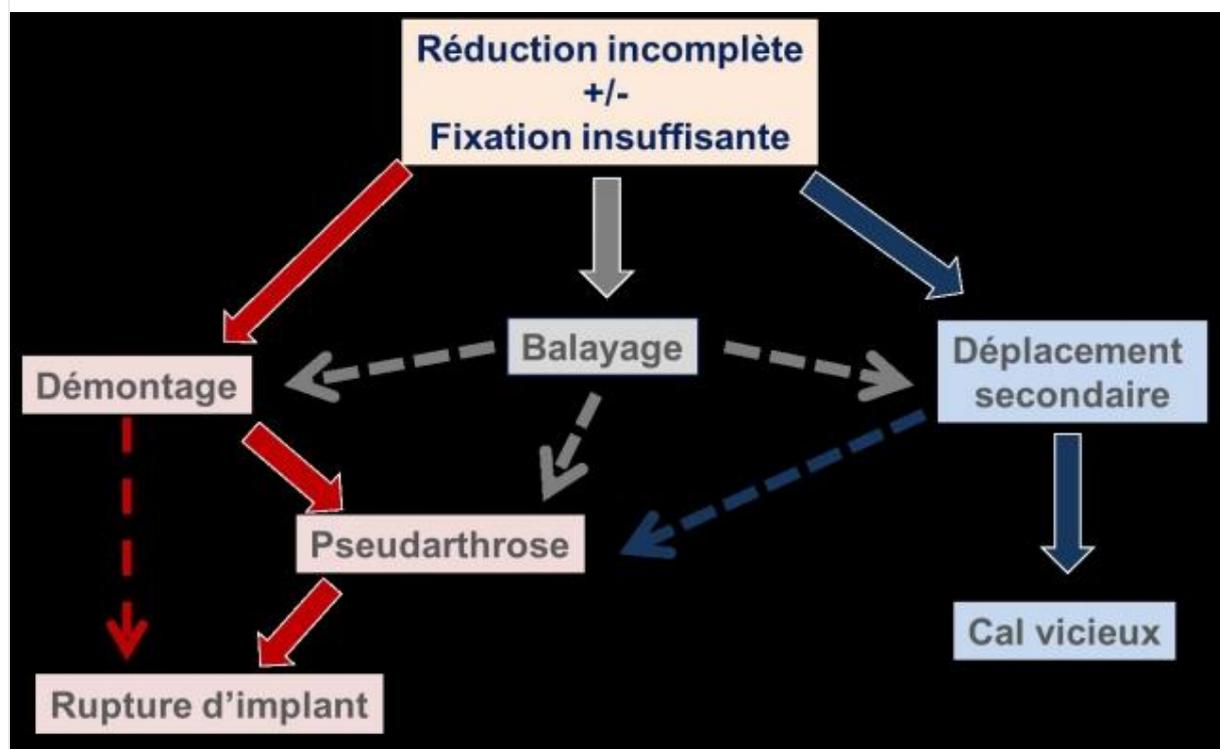
Un autre volet de l'étude recensait sur une période de 3 ans l'ensemble des faillites mécaniques d'ostéosynthèse des os longs, sachant toutefois les limites d'exhaustivité de l'étude rétrospective du fait de l'absence de code diagnostic spécifique rendant la recherche impossible dans la base de données du PMSI. L'enquête au sein des services participant a permis de retrouver les patients par l'étude des comptes rendus opératoires, et la recherche de séjours multiples sur la période donnée.

Les objectifs de cette étude étaient pour chacune des séries d'évaluer les seules complications mécaniques de la fixation de la fracture, d'analyser quelles pouvaient en être les causes et quelles ont été les conséquences. Les résultats ont été confrontés aux données actuelles de la littérature et nous avons cherché à déterminer s'il y avait des facteurs prédictifs de ces faillites d'ostéosynthèse. Parmi ceux-ci, certains peuvent être intrinsèques au patient, donc non modifiable par le chirurgien, comme la qualité de l'os, l'âge, le type plus ou moins complexe de la fracture, la présence de comorbidités et l'association à d'éventuelles addictions (tabac, alcool, etc...). D'autres dépendent de l'acte chirurgical, en fonction de l'option thérapeutique choisie et de sa réalisation technique. Ce sont sur ces derniers facteurs que les efforts de prévention doivent porter pour minimiser les risques d'échec et faire émerger des recommandations de bonne pratique lorsqu'il existe un niveau de preuve suffisant.

L'histoire naturelle d'une faillite d'ostéosynthèse, quel que soit le site est stéréotypée : la réduction incomplète de la fracture plus ou moins associée à une fixation mécaniquement insuffisante conduit à type d'évolution :

- Démontage rapide de l'ostéosynthèse, et éventuelle rupture d'implant.
- Balayage progressif des implants, source de déplacement secondaire et/ou de démontage
- Déplacement secondaire, et consolidation en cal vicieux

Bien sûr, ces situations sont intriquées, les faillites mécaniques et les déplacements secondaires font le lit des pseudarthroses, dont certaines conduiront à une rupture d'implant. Les séquences des faillites sont résumées dans le schéma ci-dessous :



Les résultats détaillés présentés lors du symposium feront l'objet de publications ultérieures dans la revue de notre société.

Quelles peuvent être les implications médico-légales de ces faillites d'ostéosynthèse ?

La chirurgie orthopédique et traumatologique est la spécialité chirurgicale la plus affectée par les plaintes, probablement du fait de lésions à fort risques de séquelles fonctionnelles plutôt que vitales. La faillite d'une ostéosynthèse peut être vécue par le patient comme un échec du traitement et l'inciter à demander réparation dans une démarche considérée légitime bien que souvent infondée. Même s'il reste moindre que pour la chirurgie orthopédique programmée, le nombre de plaintes en traumatologie a connu ces dernières années une forte croissance tant en Amérique du Nord qu'en Europe. Les indemnités représentent un coût énorme pour les établissements publics de santé qui prennent majoritairement en charge la traumatologie.

Aujourd'hui, la multiplication des sources d'information et leur accessibilité facile (Internet) offrent au patient de multiples renseignements sur sa pathologie. Bien que de qualités inégales, elles participent à la vigilance du patient vis-à-vis de son traitement et à ce qu'il lui semble être en droit d'en attendre, après une chirurgie à visée essentiellement fonctionnelle.

La typologie des plaintes en traumatologie [Giannoudis P, *Injury* 2018] concerne de façon décroissante : les erreurs ou retard au diagnostic (22.5%), la prise en charge initiale inadaptée (20%), les lésions iatrogènes, les complications infectieuses (23%), les complications médicales majeures ou décès et plus rarement les échecs d'ostéosynthèse qui regroupent dans la littérature : le mauvais positionnement des implants, l'insuffisance technique ou « poor surgery » (8.6%) et les troubles de consolidations (retards, pseudarthroses, cals vicieux). Ce sont ces deux derniers qui représentent les faillites d'ostéosynthèse. Au Royaume Uni, sur la période 2000-2006, 4.8 millions d'actes orthopédiques ont été réalisés et 2312 plaintes ont abouti, soit 0.048% [Atrey A., *J Bone Joint Surg* 2010], ce qui permet de relativiser le nombre de mise en cause du chirurgien. Plus récemment, toujours au Royaume Uni [Ring J, *Injury*, 2017], parmi la totalité des plaintes alléguées dans les fractures de hanche, 15.7% reprochaient une « incompétence chirurgicale ». Cela confirme l'importance de l'information des risques inhérents au traitement chirurgical. Ce qui est souvent interprété par le patient comme une négligence ou une faute technique du chirurgien est considéré après une information claire et suffisante comme un risque inhérent au type de traitement effectué.

Ce symposium a été l'occasion de faire une revue de la littérature internationale sur ce sujet et de préciser le statut juridique de la France dans ce domaine. De façon pratique, les notions de faute, d'aléa et de maladresse fautive ou non ont été rappelées, ainsi que le rôle des magistrats et des experts. En tout état de causes, le rôle de l'information et la traçabilité de sa délivrance dont la charge incombe au chirurgien est fondamental. C'est l'expert, dont la compétence doit être reconnue et se limiter au strict aspect médical scientifique, qui apporte au magistrat l'éclairage sur les moyens thérapeutiques et les techniques spécialisées à mettre en œuvre selon les dernières données acquises de la science. L'évolution de la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine) a permis d'établir des recommandations accompagnées de leur grade en fonction du niveau de preuves scientifiques des études réalisées. Cela permet d'établir dans certains cas de recommandations de bonne pratique clinique. Dans le domaine de la traumatologie, les études à fort niveau de preuve scientifique (grade A) restent peu nombreuses ; ces limites qualitatives et quantitatives de la « meilleure évidence disponible » risquent d'induire des recommandations inappropriées ou dogmatiques.

La traumatologie n'exempte en rien l'information que le chirurgien doit donner au patient ou à sa famille ; cela est primordial dans l'établissement de la relation de confiance entre le patient et son chirurgien. L'ostéosynthèse des fractures expose à des complications locales et techniques parfois difficiles à anticiper, ce qui impose un suivi régulier du patient pour ne pas l'exposer à une perte de chance si une reprise chirurgicale s'avérait nécessaire. Dès lors, le consentement du patient doit être recueilli, éclairé par une

information actualisée sur les risques et bénéfices attendus propres à la modification de la prise en charge thérapeutique. Le patient doit également être acteur de son traitement.

La formation initiale de haut niveau du chirurgien et un perfectionnement continu sont les garants d'une prise en charge chirurgicale de qualité. Le praticien doit également être préparé dans son cursus à faire face à d'éventuelles plaintes judiciaires des patients, et savoir justifier ses choix thérapeutiques et ne pas s'exposer inutilement par manquement au devoir d'information auquel chaque patient doit prétendre. Chaque fracture est un cas particulier et le chirurgien orthopédiste doit agir dans le respect des principes éthiques de sa profession et dans l'intérêt du plus grand bien du patient pris individuellement.

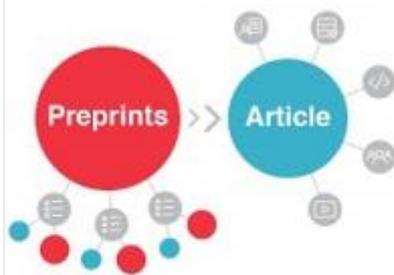
Vous pouvez voir la vidéo de ce symposium en allant sur [notre SITE](#) et en cliquant sur "**bibliothèque**" (se connecter avec son identifiant et mot de passe).

Jean-Christophe Bel (Lyon), Jean-Marc Féron (Paris), François Loubignac (Toulon)

[retour au sommaire](#)



4. Preprints : résistance des médecins versus adoption par les biologistes !



Les preprints sont des manuscrits diffusés avant leur évaluation par les pairs. Ils peuvent être déposés sur des serveurs publics, où, après leur dépôt, ils ont été brièvement inspectés pour éliminer les manuscrits insultants, racistes, homophobes, malveillants, manifestation incohérents, ... Cette inspection n'est pas une revue par les pairs comme pratiquée par une revue scientifique. Ils sont librement accessibles.

Le terme 'preprint' est employé dans la langue française, et préféré aux traductions (pré-publication, pré-impression). Les preprints ont été développés dès 1991 en physique et depuis 2014 en biologie. Vont-ils être utilisés par la communauté médicale ? La littérature sur les preprints est importante, et les controverses nombreuses. La communauté ASAPbio (<https://asapbio.org/>) est un réseau de chercheurs qui font la promotion des preprints en biologie.

En janvier 2019, quatre revues d'orthopédie ont publié un éditorial commun [1] avec le titre : '*Clinical Orthopaedics and Related Research, The Bone & Joint Journal, the Journal of Orthopaedic Research, and The Journal of Bone and Joint Surgery Will Not Accept Clinical Research Manuscripts Previously Posted to Preprint Servers*'. Ces revues rejoignent des revues médicales comme le JAMA. D'autres revues médicales (Lancet par exemple) acceptent la soumission de preprints [2].

Voici les arguments principaux des revues médicales :

1. Les serveurs de preprints peuvent être perçus par certains (et utilisés par des chercheurs moins scrupuleux) comme des preuves même si les études n'ont pas fait l'objet d'un examen par les pairs

; le public peut ne pas être en mesure de discerner un preprint non revu par les pairs d'un article important dans une revue prestigieuse.

2. Il semble peu probable que le genre de dialogue préalable à la publication qui a eu lieu dans d'autres disciplines universitaires (comme les mathématiques et la physique) aura lieu en médecine ou en chirurgie parce que les incitatifs sont très différents.
3. Les serveurs de preprints peuvent conduire à 2 versions concurrentes, voire contradictoires, du "même" contenu disponible en ligne en même temps, ce qui peut causer (au moins) de la confusion et (au plus) de graves dommages.
4. Pour la plupart des diagnostics médicaux (et surtout chirurgicaux), quelques mois d'examen des résultats d'une étude ne font aucune différence ; le rythme de la découverte et de la diffusion est généralement adéquat.
5. Il existe de meilleurs moyens d'atténuer les biais positifs et de promouvoir la transparence, qui sont les deux avantages principaux présumés des serveurs de preprints.

Ces réserves concernent les recherches sur la personne humaine, et pas la biologie. En médecine, contrairement aux autres sciences, la recherche clinique sera lue par des patients et familles, et les médias. Il existe une appétence pour interpréter les données, et la recherche clinique est plus facile à lire que d'autres disciplines scientifiques. Des manuscrits provoquants seront disséminés dans les médias, sans avoir le filtre du peer-review.

En France, Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et la santé, dont l'Inserm, le Cnrs,..) et ALLEnvi (Alliance nationale de recherche pour l'environnement), ont publié leur position : 'Les preprints sont une forme recevable de communication scientifique' (<https://aviesan.fr/aviesan/accueil/toute-l-actualite/les-preprints-sont-une-forme-recevable-de-communication-scientifique>). Ils énoncent :

- Les *preprints* et les publications constituent deux formes de production scientifique ; ils devraient donc être distingués dans les dossiers scientifiques.
- Le statut de chaque *preprint* au regard des processus de validation par les pairs doit être clair pour chacun et notamment pour les lecteurs les moins avertis des pratiques du monde académique.
- La date de diffusion du *preprint* vaut date d'antériorité de la découverte qu'il relate ; pour cela elle doit pouvoir être certifiée.
- La publication des recherches cliniques et environnementales en *preprints* ne peut être envisagée qu'avec la prudence requise en fonction de leur impact potentiel.

Des praticiens français, s'ils participent à une recherche collaborative avec l'Inserm, sont dans une situation ambivalente. Ce pourrait être résumé ainsi : '*si je veux ajouter des références à ma liste de titres et travaux, je peux déposer des preprints car l'Inserm les accepte ; si je veux soumettre un manuscrit à l'une des quatre revues d'orthopédie citées ci-dessus, ou au JAMA, je ne dois pas déposer mes manuscrits dans des serveurs de preprints.*' S'il s'agit de la même recherche, quelle conduite choisir ?

A Lire aussi :

[1]https://journals.lww.com/jbjsjournal/Fulltext/2019/01020/Clinical_Orthopaedics_and_Related_Research,_The.1.aspx

[2]<https://www.redactionmedicale.fr/2017/12/preprints-la-recherche-clinique-fait-de-la-r%C3%A9sistance.html>

www.redactionmedicale.fr

Hervé Maisonneuve, rédacteur scientifique



5. Révolution numérique des professions de santé : préparons-nous dès maintenant !



Le think tank **#leplusimportant** prône des réformes de la formation et des pratiques médicales pour tenir compte des avancées technologiques, qui promettent de grands gains de productivité. Promouvoir l'innovation et le numérique, ouvrir les parcours des professionnels de santé, adapter leur formation aux enjeux du futur : autant d'ambitions au cœur du projet de loi santé dont la discussion s'ouvre cette semaine en commission à l'Assemblée. Sont-elles toutefois à la hauteur du défi que représentent les impacts des nouvelles technologies sur les professionnels de santé ? Ces effets sont-ils correctement appréhendés ou risquent-ils de remettre en cause jusqu'aux bénéfices attendus de ces nouvelles technologies pour les patients ?

Le numérique, la robotisation et l'intelligence artificielle (IA) vont en effet, au cours des prochaines années, bouleverser notre système de santé : le modèle quantitatif d'analyse d'impact que nous avons élaboré met en évidence 45 % de gains de productivité potentiels en moyenne, d'ici à 2030, pour les huit professions de santé, médicales et paramédicales analysées, couvrant près de 80 % du total des professionnels de santé (aides-soignants, infirmiers, cadres de santé, pharmaciens, généralistes, chirurgiens, radiologues...).

L'acte de soin sera profondément transformé par une délégation croissante de l'analyse aux machines (diagnostic grâce à l'IA, aide à la prescription, évaluation des risques des patients...). Plus largement, les reports de tâches vers les machines (comme la gestion des stocks ou des flux physiques hospitaliers, la prise de rendez-vous, la recherche et l'analyse d'information, le codage des actes) devraient « libérer » du temps pour les professionnels au profit de la relation avec le patient ou d'activités médicales ou soignantes. Ces technologies devraient aussi accroître les capacités des professionnels de santé qui auront accès à l'ensemble des connaissances et protocoles, facilitant ainsi le diagnostic et la prescription.

Inversement, ces innovations accélèrent l'obsolescence des connaissances et des compétences. Elles suscitent des craintes de déqualification et de déclassement et, partant, d'une évolution à plusieurs vitesses du corps médical et soignant. Autant de risques qu'il importe d'analyser et de traiter au plus tôt. D'autant plus qu'in fine c'est principalement du rythme d'adoption des technologies par les professionnels que dépendra l'ampleur de leur impact.

Selon qu'il sera plus ou moins rapide, la productivité des professionnels de santé pourrait varier de 15 points en 2030, soit l'équivalent du temps de près de 300 000 professionnels de santé, qui pourrait être « réinvesti » dans des activités médicales et soignantes au service des patients. L'enjeu pour les professionnels, comme pour la collectivité, est donc majeur.

Or, force est de constater que non seulement l'adoption du numérique par les professionnels de santé est beaucoup plus lente que dans d'autres secteurs, mais aussi que le système de formation et de gestion des parcours des professionnels n'est, pour l'heure, pas adapté à ces disruptions technologiques. A titre illustratif, est-il raisonnable, alors que l'IA devient capable d'interpréter des examens aussi bien – voire bientôt mieux – que les radiologues, de continuer à en former autant et, surtout, de la même manière que les générations précédentes ?

Si le projet de loi santé comporte d'importantes avancées, celles-ci méritent d'être approfondies à l'aune de ces constats. Il faut ainsi transformer le modèle de recrutement et de formation, en recentrant ses objectifs sur l'analyse critique d'informations, la créativité, l'empathie, le travail avec les machines, le travail collaboratif. Nous estimons également nécessaire de réduire la durée des formations initiales (la mémorisation des connaissances devenant moins cruciale) au profit de formations continues, ou encore en facilitant l'intégration de profils externes et en développant les doubles cursus (par exemple ingénieur/médecin).

Il convient aussi d'accélérer la transition à large échelle des compétences et des conditions d'exercice des professionnels en activité, en favorisant les cursus complémentaires dans le cadre de la formation continue. Les technologies doivent également pouvoir être mises au profit de l'amélioration de l'évaluation et l'autoévaluation des pratiques des professionnels. Nous proposons également de soutenir les projets d'innovations technologiques portés par les professionnels eux-mêmes et d'intégrer une évaluation des impacts des innovations qui sollicitent un remboursement par l'Assurance-maladie.

Il est également temps de réviser l'architecture des professions de santé pour fluidifier les parcours et enrichir les périmètres d'activité, notamment des personnels soignants, à certains actes assistés par la technologie. Les modèles de rémunération des professionnels doivent également évoluer pour éviter le maintien d'actes réalisables par les machines, favoriser les délégations de tâches entre professionnels et recentrer chacun sur celles à plus forte valeur ajoutée.

Les médecins qui commenceront à exercer en 2030 ont déjà commencé leurs études. Nous devons agir au mieux dès maintenant pour favoriser l'adoption des innovations technologiques par les professionnels de santé dans des conditions satisfaisantes et valorisantes pour eux, au service et au bénéfice des patients.

Tribune (Supplément « Science & médecine » du Monde 13- 3-2019)

Céline Vigné, Jean-Philippe Alosi, Mathias Dufour, Rémi Rouet, Nassim Berrached, Jean-Yves Robin, membres du think tank #leplusimportant (Leplusimportant.org)

[retour au sommaire](#)



6. L'orthopédie-traumatologie au CHU de Bordeaux

1. HISTORIQUE et PRESENTATION GENERALE

Le CHU de Bordeaux comprend 3 sites :

- Dans le centre-ville celui de l'Hôpital Saint André
- A proximité du stade Chaban Delmas, l'Hôpital Pellegrin
- A Pessac, en banlieue sud, l'Hôpital Sud.

L'Orthopédie-Traumatologie se situe en réalité autant en Pédiatrie qu'en Chirurgie de l'Adulte au niveau du site Pellegrin :

au niveau du Tripode, construit en 1978 , sur le 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} Etage on trouve le service d'Orthopédie Adulte.



au niveau de l'Hôpital des Enfants, construit en 1992, on trouve le service d'Orthopédie Pédiatrique:



La Faculté de Médecine est située à proximité immédiate du site Pellegrin. Au sein de cette Faculté, il existe l'École de Chirurgie qui comprend le Laboratoire d'Anatomie, un Laboratoire de Simulation Chirurgicale et le DETERCA (laboratoire de chirurgie expérimentale animale), très utile pour la formation des chirurgiens orthopédistes.

Les Urgences Pédiatriques et Adultes sont reçues séparément dans ces 2 sites, Tripode et Hôpital et Enfants.

Initialement avant 1978 il existait un Centre de Traumatologie et le Centre Tastet-Girard. L'Hôpital des Enfants était situé cours de l'Argonne, à distance du site Pellegrin jusqu'en 1992.

Actuellement et ce depuis le 1^{er} mars 2019, suite au départ du Pr Le Huec, il existe un seul service d'Orthopédie Adulte dont le Chef de Service est le Pr Jean-Marc Vital ; ce service comprend 2 unités, une unité périphérique dont le chef est le Pr Thierry Fabre et une unité rachis dont le chef est le Pr Olivier Gille.

A l'Hôpital des Enfants, c'est le Pr Yan Lefevre qui est le chef de l'unité Orthopédie Pédiatrique.

2 - L'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE ADULTE

Elle comprend 148 lits, 6 blocs de chirurgie réglée, 1 bloc aux Urgences.

On estime qu'il y a eu en 2017 : 6418 patients opérés programmés, dont 1909 en Ambulatoire, soit 23 %.

L'activité de consultation est estimée à 30 000/an.

2.1. Dans l'UNITE PERIPHERIQUE, dont le Chef est le Pr Thierry Fabre ,

Les spécificités cliniques sont les suivantes :

- Chirurgie reconstructive du membre inférieur : Pr Thierry Fabre, Dr Vincent Souillac, Dr Rafael De Bartelo.
- Chirurgie du membre supérieur : Dr Alexandra Erbland, Dr Marie-Laure Abi- Chala.
- Infection ostéo-articulaire en collaboration avec le service de maladies infectieuses du Pr Charles Cazanave : Pr Thierry Fabre, Dr Vincent Souillac
- Tumeurs osseuses : Pr Thierry Fabre, Dr Vincent Souillac, Dr Alexandra Erbland.
- Neuro-Orthopédie et lésions nerveuses complexes : Pr Thierry Fabre, Dr Alexandra Erbland , Dr Marie-Laure Abi -Chala.
- Chirurgie du sportif : Pr Thierry Fabre, Dr Rafael De Bartelo.
- Chirurgie du pied avec un centre médico-universitaire : Dr Olivier Laffenetre , Docteur Julien Lucas Y Hernandez .
- Chirurgie des séquelles traumatiques (Orthoplast) : Pr Thierry Fabre , Pr Vincent Casoli (chirurgien plastique).
- Chirurgie de la main (SOS main en partenariat avec le service de chirurgie plastique du Pr Pelissier) : Dr Marie-Laure Abil-Chala , Dr Alexandra Erbland).

La recherche :

On retiendra que le Pr Fabre est chercheur associé au laboratoire de Bio-ingénierie et des Tissus INSERM 1026 (Laboratoire BIOTIS). Les travaux sont réalisés sur la régénération nerveuse périphérique et des biomatériaux, sur la réparation des pertes de substance osseuse et biomatériaux.

La recherche clinique se fait grâce à un PHRC sur les phages, sur les comblements osseux avec nanoparticules, sur les tiges fémorales avec traitement antibactérien et sur la navigation des prothèses de hanches à partir d'un système Os-Naveos.

Il n'existe pas de collaboration public/privé mais par contre des collaborations avec des GHT : CH de Blaye (Dr Lucas), CH d'Arcachon (Dr Blangis).

La coopération adulte/pédiatrie en périphérie se fait pour les tumeurs, les pathologies dégénératives et la traumatologie.

2.2 Dans L'UNITE RACHIS, dont le chef est le Pr Olivier Gille

Les spéci ficités cliniques sont :

- Pathologie dégénérative : Pr Olivier Gille, Pr Jean-Marc Vital et Pr Vincent Pointillart .
- Métastases rachidiennes : Dr Vincent Pointillart, Dr Camille Damade.
- Tumeurs rachidiennes primitives en collaboration avec l'Institut Bergonié : Pr Olivier Gille, Dr Simon Mazas.
- Déformations rachidiennes : Dr Ibrahim Obeid, Dr Louis Boissière.
- Traumatologie rachidienne : implication des 4 chefs de clinique.

Il existe un lien entre l'Hôpital Public et l'Hôpital Privé, puisque 2 chirurgiens sont PH mi-temps CHU/Clinique (Dr Obeid, Dr Boissière).

L'ICV (institut de la colonne vertébrale) coordonne l'information des patients et la formation des chirurgiens : www.icv-bordeaux.fr

Il existe une collaboration avec la Pédiatrie pour les déformations, notamment avec l'utilisation commune de l'OARM (scanner per-opératoire) ainsi que des staffs communs de déformations pédiatriques.

La recherche

Sont en cours 2 PHRC centre promoteur et un PHRC centre participant, ces PHRC ayant trait aux prothèses versus cages cervicales, à la non fusion lombaire et aux expansions vertébrales associées à une cimentoplastie.

L'unité travaille avec 2 attachés de recherche (ARC).

Elle organise depuis de nombreuses années un Congrès International de Chirurgie de la Colonne Vertébrale et elle participe au Groupe Européen d'Etude des Déformations (European Deformity Study Group).

2.3. Les PERSPECTIVES pour l'ORTHO-TRAUMATOLOGIE ADULTE

Un travail est actuellement en cours pour développer au maximum l'activité ambulatoire (avec ouverture de 4 blocs neufs à la fin de l'année 2019, pour développer aussi la Récupération Améliorée Après la Chirurgie (RAAC) .

A plus long terme, il existe un plan immobilier qui prévoit la création d'un plateau technique unique pour l'ensemble des blocs chirurgicaux du Tripode à la fois d'urgence, d'ambulatoire et de chirurgie réglée.

3. ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE PEDIATRIQUE

L'Hôpital des Enfants dispose des urgences pédiatriques, d'une réanimation pédiatrique et de son propre bloc opératoire.

L'unité d'orthopédie, intégrée au service de Chirurgie Pédiatrique dirigée par le Pr Eric Dobremez est dirigée par le Pr Yan Le fèvre et se pose comme unité référente pour les différents centres de la Nouvelle Aquitaine.

Elle présente 22 lits de chirurgie conventionnelle, 6 lits en unité de soins attentifs et 5 lits en hôpital de jour.

Les membres de l'équipe et leurs **spécialités cliniques** respectives sont les suivants :

- Pr Yan Lefèvre : Chirurgie du rachis de l'enfant et l'adolescent. Chirurgie des tumeurs osseuses.
- Dr Abdelfatah Lalioui : Pathologie des membres supérieurs et arthroscopie
- Dr Clémence Pfirmann : Pathologies neuromusculaires et IMC, maladies osseuses constitutionnelles.
- Dr Audrey Angelliaume : Pathologies du rachis de l'enfant et l'adolescent, malformations congénitales des membres inférieurs, pathologies neuro-musculaires, patients amputés.
- Dr Johanna Clet : Pathologies rhumatismales pédiatriques et maladies osseuses constitutionnelles.
- Dr Anaïs Delgove : Référent en pathologie du membre supérieur.

L'unité propose des consultations spécialisées et multidisciplinaires (rachis, neuromusculaires, membre supérieur, IMOC...). Il existe un accès au centre d'analyse de la marche.

Il existe également un accès au scanner per opératoire fluoro-navigué (Oarm) via nos collaborations avec les services de chirurgie du rachis adulte et de neurochirurgie.

Il existe des consultations avancées dans divers centres de la région Nouvelle Aquitaine (Centre Hélio-Marin à Saint Trojan les Bains, Centre du Nid Béarnais à Pau...).

Les axes de recherche sont :

- les conséquences médullaires de la chirurgie du rachis en collaboration avec l'unité Inserm 1215 dirigée par le Pr Oliet.
- la douleur péri-opératoire en collaboration avec le service d'anesthésie pédiatrique (Dr Bathoz) et l'unité Inserm 1215 et d'autres unités du Neurocentre Magendie.
- l'étude de dispositifs innovants (Tige Magec, clou Precise, Cerament...).

Il existe une collaboration étroite avec les collègues libéraux bordelais avec des réunions d'étude de dossiers tous les deux mois.

Perspectives

L'unité d'orthopédie pédiatrique est une équipe jeune, entièrement renouvelée durant ces dix dernières années et qui a vocation à se développer encore, notamment face aux contraintes territoriales et l'important bassin de population grandissant de la métropole bordelaise et la Région Nouvelle Aquitaine. En ce sens, l'hôpital pédiatrique va se voir équiper d'ici deux ans d'un nouveau bâtiment qui accueillera une nouvelle réanimation pédiatrique, de nouvelles urgences pédiatriques et un nouveau bloc opératoire entraînant une importante modernisation des moyens disponibles (TDM per opératoire fluoronavigué, IRM...).

L'unité est particulièrement impliquée dans la formation universitaire (collaboration avec le CHU de Limoges pour la formation régionale) et via divers soci étés (SOFO, SOFCOT, SFCR, EPOS...) ainsi que le Collège de Chirurgie National de Chirurgie Pédiatrique (CNHUCP).

Enfin les membres de l'équipe s'investissent dans diverses missions humanitaires en collaboration avec différentes ONG ([La chaine de l'Espoir](#), [Médecins sans frontières](#)...).

Jean-Marc Vital, chef du pôle chirurgie et responsable de l'unité d'orthopédie-traumatologie du rachis au CHU de Bordeaux

[retour au sommaire](#)



7. Communication de l'association « algodystrophie beaucoup plus fort ensemble »



NDLR : Ce texte nous est communiqué par l'association « algodystrophie beaucoup plus fort ensemble »

Cette association a été constituée en mai 2018 et réunit des personnes de différents horizons. Elle souhaite mieux sensibiliser les patients et les soignants autour de cette pathologie souvent déroutante.

« Algoneurodystrophie, syndrome de Sudeck, Syndrome Régional Dououreux Complexe (SRDC)...

Autant de termes qui recouvrent pourtant une seule pathologie. Référencée parmi les 8000 pathologies rares, l'algoneurodystrophie (AND) survient de façon imprévisible après un traumatisme ou une intervention pour fracture de la cheville, entorse, ligamentoplastie.... Ou tout simplement après un choc bénin.

Les œdèmes, les rougeurs mais surtout des douleurs disproportionnées qui résistent à toute forme de traitement médicamenteux et qui demeurent dans le temps sont particulièrement significatifs de l'algoneurodystrophie.

Souvent les médecins évoqueront des délais d'apparition allant de **six mois à deux ans, dans 80 % des cas**, avec trois phases distinctes dans l'évolution de la pathologie :

- Une phase inflammatoire dite chaude où se développent les douleurs, rougeurs et œdèmes.
- Une phase de raideur articulaire dite froide où les douleurs persistent et où les œdèmes et rougeurs se résorbent avec une atrophie musculaire et une perte de mobilité articulaire de plus en plus grande, l'articulation étant comme bloquée et le handicap fonctionnel réel.
- Une phase séquellaire qui peut demeurer pendant plusieurs années voir s'installer de façon définitive.

Parfois, ces phases se succèdent très rapidement dans le temps ; pour d'autres cela s'étale sur plusieurs mois, voire années. Parfois, notamment chez les plus jeunes, la phase froide fera son apparition d'emblée alors que pour d'autres les phases chaudes et froides peuvent se succéder dans une même journée. Et pour ce qui est du délai des deux ans, il faut prendre ces données avec précaution car beaucoup sont ceux qui en souffrent depuis plusieurs années...

Cette pathologie souffre encore d'un manque de reconnaissance et de sensibilisation vis-à-vis du personnel médical.

Les femmes de 40 à 45 ans semblent plus touchées mais cette pathologie atteint aussi les hommes et les enfants quel que soit leur âge.

Combien de personnes sont-elles touchées en France ?

Malheureusement, il est difficile de le savoir. 25 000, 50 000 personnes ... le manque d'études médicales récentes sur le sujet ne permet pas de corroborer ces chiffres. Parmi ces personnes qui souffrent, Sianna,

10 ans, Laurianne, 15 ans, Françoise, 42 ans, Pierre, 57 ans, et tant d'autres.... Etats-Unis, France, Angleterre, Canada... Les cas d'algoneurodystrophie sont référencés de par le monde, et ce depuis le 19^{ème} siècle.

Pourquoi n'a-t-on pas encore de traitement si cette pathologie est connue depuis si longtemps ?

Ce que l'on sait, c'est qu'aucun traitement n'a fait ses preuves aujourd'hui. Anti-inflammatoires, opiacés, mais aussi antiépileptiques (Lyrica® ou cymbalta® par exemple) sont utilisés pour leurs effets sur les douleurs neuropathiques.

On distingue dans cette pathologie des douleurs neuropathiques avec des sensations de fortes brûlures, des décharges électriques ou encore des dysesthésies à type de fourmillements au niveau du membre touché mais aussi des douleurs nociceptives liées au traumatisme.

D'autres traitements peuvent pour certains avoir un effet positif comme les cataplasmes d'argile pour ses vertus anti-inflammatoires ou encore l'acupuncture, l'utilisation d'huiles essentielles etc... Une physiothérapie douce et l'électrothérapie sont souvent associées pour permettre de conserver une mobilité articulaire sans aggraver les douleurs.

Et la guérison ?

On ne guérit pas d'une algodystrophie. On vit avec !! On peut entrer en rémission, quand les symptômes se mettent en sommeil mais la réapparition des symptômes est toujours possible et ce même après plusieurs mois de mise en sommeil. De trop nombreux témoignages viennent le démontrer.

De même, une algodystrophie peut s'étendre à d'autres articulations au fil du temps sans que ces dernières n'aient été impactées à l'origine. Ces cas sont peu connus mais ils sont bien réels.

Dans tous les cas, la douleur est vive, intense, à empêcher le sommeil, le repos. Au membre supérieur, utiliser sa main, prendre un verre, écrire, tous ces gestes du quotidien deviennent impossibles pour la personne qui souffre d'algoneurodystrophie. Pour certains, marcher plus de cent mètres est un exploit et « encore aujourd'hui, un an après cette double entorse, courir 1 km relève du challenge sportif ! » Pourquoi met-on plus d'un an voire plusieurs années pour pouvoir à nouveau refaire quelques pas après une simple entorse alors que d'autres seront guéris en moins de deux semaines ?

L'absence de données médicales ne permet pas d'identifier **réellement les causes du mécanisme de cette pathologie**. Des atteintes des nerfs périphériques sont parfois évoquées pour expliquer ce phénomène et ont pu être provoquées par le traumatisme initial, une trop forte contention ou encore une trop longue immobilisation.

Dans certains cas, une rééducation mal adaptée ou une sollicitation trop vive d'une articulation avant sa cicatrisation complète peuvent également expliquer l'origine des symptômes observés.

En effet, compte tenu du dysfonctionnement des nerfs périphériques, les vaisseaux sanguins ne parviennent plus à assurer leur rôle ce qui explique les rougeurs, œdèmes et la douleur persistante.

A tort, pendant longtemps, on a cru que l'algodystrophie venait toucher les personnes particulièrement fragiles psychologiquement ou anxieuses... On sait maintenant qu'il n'en est rien. L'impact psychologique avéré est la conséquence des douleurs chroniques et du handicap qui entravent la qualité de vie de la personne.

En effet, comment espérer mener une vie normale quand on n'arrive plus à trouver le sommeil, quand le moindre geste du quotidien ou même poser le pied sur le sol le matin provoque des douleurs ou encore pour les plus jeunes comment poursuivre une scolarité normale ?

Ceux qui parlent le mieux de l'algoneurodystrophie sont ceux qui en souffrent ou en ont souffert, car la douleur n'est jamais mieux exprimée que par ceux qui la vivent au quotidien.

Dans notre association, la plus jeune patiente a 10 ans et s'appelle Sianna. Suite à une entorse, Sianna souffre d'algoneurodystrophie depuis trois ans. La vie de Sianna est entrecoupée de périodes de rémission, de joies et de rires comme toutes les petites filles de son âge mais aussi de périodes avec des douleurs, un pied qui passe par toutes les couleurs, une mobilité réduite, et les périodes de fauteuil roulant lorsque les douleurs sont trop fortes.... Les parents de Sianna ont cherché des réponses et des traitements mais le parcours est difficile.

Laurianne, 15 ans est déscolarisée depuis deux ans. Entorse également avec une algoneurodystrophie qui aura duré six mois puis une nouvelle entorse et là une algoneurodystrophie qui résiste et des douleurs qui s'installent...

Pour l'instant, Laurianne voudrait être une ado comme les autres

Françoise, 42 ans, un travail, du sport, une vie bien remplie et ... une chute toute bête en jouant avec ses enfants, une entorse sur la cheville gauche, une immobilisation prolongée 15 jours puis encore 15 jours à la demande de son médecin traitant, une reprise d'activité peut être trop rapide, il fallait bien assurer le quotidien... un mois plus tard, des rougeurs tous les soirs au niveau du pied, l'inflammation et la douleur lancinante qui empêchent de dormir, ... les scintigraphies sont négatives, pas de décalcification, donc pas d'algoneurodystrophie se dit-on et pourtant.... La marche est difficile même après cinq mois... une année plus tard, cel a va mieux, la vie a repris mais les raideurs se sont installées au niveau de la cheville sans pour autant empêcher la marche.

Les exemples sont bien trop nombreux et tous si différents....

L'association « algodystrophie beaucoup plus fort ensemble » est née de la volonté de malades et de familles de malades de collecter des fonds pour engager de réelles recherches médicales sur cette pathologie. Mais ce n'est pas notre seul but. Les fonds collectés serviront également à parrainer des personnes souffrant d'algoneurodystrophie et qui disposent de peu de revenus. Acheter un fauteuil roulant, équiper sa maison, faire face aux frais médicaux.... Notre association vise également à aider ceux qui ont perdu leur travail et leurs revenus suite à cette pathologie ».

[Association algodystrophie beaucoup plus fort ensemble](#)

[Lire aussi : Diagnostiquer une algodystrophie \(2011\)](#)

[Collège Français des Enseignants en Rhumatologie](#)

[Conférence d'enseignement de Pierre Lascombes sur le Syndrome Régional Dououreux Complexe de l'enfant](#)

[retour au sommaire](#)



1° Infos HAS 15 mars 2019 : [SIMULATION EN SANTE et GESTION des RISQUES](#)

2° WEBZINE HAS du 18 mars 2019 : [JOURNEES NATIONALES DE GERONTOLOGIE](#)

Ces sujets ont trait à l'activité d'ORTHOGERIATRIE

[Réduire le nombre des hospitalisations non programmées pour les personnes âgées en institution](#)

[Prévention de la dépendance iatrogène pour les personnes âgées hospitalisées](#)

[Guider la prise en charge du patient âgé polypathologique](#)

[Dossier de liaison d'urgence pour le patient âgé dépendant](#)

[Fractures de la hanche chez le patient âgé :](#)

[Benzodiazépines : programmer l'arrêt dès la prescription](#)

[retour au sommaire](#)



9. Agenda

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



Pour vous désinscrire de cette newsletter, merci d'envoyer un message à sofcot@sofcot.fr

[retour au sommaire](#)