



# QUOI DE NEUF ... ?



ACTU DU POLE  
CHIRURGIE



*J'ai le plaisir de vous présenter un focus sur les nouvelles activités du Pôle Chirurgie de l'établissement, placé sous la responsabilité de Madame le Docteur Martine TASSIN, Chef de Pôle.*

*Nous pouvons nous féliciter d'avoir des équipes de chirurgiens novateurs et performants, de jeunes anesthésistes dynamiques et brillants qui permettent sans cesse de faire évoluer notre hôpital et d'améliorer la prise en charge de nos patients.*

*Bonne lecture à toutes et tous.*

**Philippe LEGROS, Directeur**

## LA CHIRURGIE REFRACTIVE

**Le Centre Hospitalier de Cambrai propose depuis le mois de juin 2017 la prise en charge de toute la chirurgie réfractive (chirurgie de la myopie, de l'hypermétropie, de la presbytie, anneaux intracornéens, incisions relaxantes en particulier) ainsi que la mise en place des anneaux intracornéens dans les kératocônes et les ectasies de la cornée ; ceci grâce à un laser Femtoseconde et un laser Excimer de toute dernière génération.**



### Qu'est-ce que la chirurgie réfractive ?

Pendant longtemps, les patients souffrant d'un problème de vision (amétropie) n'ont eu comme seul moyen de correction que les lunettes ou les lentilles cornéennes. Depuis maintenant plus de quinze ans, la science moderne nous propose une nouvelle alternative face à ces défauts de vision : la chirurgie réfractive.

Alors que les lunettes et les lentilles cornéennes constituent un moyen de correction, la chirurgie réfractive vise à enrayer le problème visuel modifiant la structure de l'œil lui-même ; c'est-à-dire la forme et la géométrie de la cornée.

### Quelles sont les anomalies de réfraction ?

Dans un œil normal, le trajet des rayons lumineux est modifié par la cornée et le cristallin pour leur permettre de converger sur la rétine.

- ☛ L'œil myope étant trop long, les rayons lumineux convergent en avant de la rétine.
- ☛ L'œil hypermétrope est trop court et les rayons lumineux convergent (virtuellement) en arrière de la rétine.
- ☛ L'œil astigmatique présente des anomalies de courbure cornéenne qui créent des distorsions de l'image rétinienne.
- ☛ L'œil presbytie : Les personnes presbytes ne distinguent pas clairement les objets proches.

Les différents moyens de correction (lunettes, lentilles de contact) ont pour but de rectifier le trajet des rayons lumineux ; les techniques de chirurgie réfractive sculptent la cornée pour permettre la focalisation des rayons lumineux pour une image la plus nette possible.

### Quelles sont les motivations des patients ?

Les motivations des patients pour la chirurgie réfractive sont diverses et correspondent à des enjeux pratiques, fonctionnels, esthétiques et financiers. L'estime de soi est également partie prenante chez certains patients, en particuliers atteints de fortes amétropies (myopie forte, etc.). Les facteurs principaux mis en avant par les patients (souvent associés) pour justifier la réalisation d'une chirurgie réfractive sont :

- ✓ l'intolérance aux lentilles de contact,
- ✓ l'aspect inesthétique des verres de lunettes,
- ✓ le sentiment d'insécurité voir de handicap provoqué par la dépendance à une correction optique (forts amétropes),
- ✓ le besoin de pratiquer certaines activités sportives ou de loisir sans lunettes ou lentilles (natation, voile, ski, moto, voyages et séjour en milieu naturel ou hostile, etc.),
- ✓ l'amélioration de la vision.



## Quoi de Neuf ... ?

Dans tous les cas, le souhait d'une chirurgie réfractive doit émaner du patient. Ce souhait pourra donner suite à une intervention, à condition que le bilan préopératoire y soit favorable, et que les attentes du patient soient conformes aux résultats envisagés.



### Le déroulement de l'intervention

La chirurgie des yeux à visée réfractive est effectuée sous anesthésie topique ; c'est-à-dire avec instillation de gouttes, sans aucune piqure ni injection, en ambulatoire (pas d'hospitalisation) et le plus souvent de manière bilatérale. Elle est indolore.

Le bilan préopératoire est effectué au cabinet du praticien, avec en particulier une mesure de l'épaisseur (pachymétrie) et de la forme de la cornée (topographie).

Juste avant l'intervention, un dernier examen est

effectué au Centre Hospitalier de Cambrai avec la station de travail Sirius schwind permettant de mesurer la taille de la pupille (pupillométrie) et l'abérométrie (défauts qualitatifs de la vision), en particulier chez les presbytes, les astigmatés et les cornées déjà préalablement opérées.

Le plus souvent est effectué un femtolasik bilatéral, permettant de traiter tous les défauts de la vision, avec un laser femtoseconde qui effectue la découpe du capot puis avec un laser excimer qui procède au traitement dans le lit intrastromal de la cornée, sous le capot. Cette intervention dure environ 20 mn pour les 2 yeux. Le patient sort 2h après l'intervention, à la suite d'un contrôle en lampe à fente du bon positionnement du capot. La vision qui reste brouillée environ 4h après la chirurgie devient très satisfaisante dès le lendemain matin sans aucune correction.

Parfois est effectué une PKR (photokératectomie réfractive), dont le résultat visuel est plus progressif (environ 1 semaine) et qui nécessite la pose d'une lentille de contact à l'œil opéré.

Enfin, pour les cornées atteintes d'ulcères ou d'érosions récidivantes, la PTK (photokératectomie thérapeutique) est pratiquée, prise en charge par la sécurité sociale, dure comme la PKR environ 5mn et se termine par la pose d'une lentille pansement.

Les retouches chirurgicales des traitements réfractifs jusqu'à 24 mois après l'intervention sont assurées gratuitement au CH de Cambrai jusqu'à pleine satisfaction du patient.



### L'Ophtalmologie au Centre Hospitalier de Cambrai :

**Equipe médicale :** Docteurs Frédéric AISSANI, Responsable, Youcef BOUKRA, Anne-Dorothee TCHAMO NDANGANG, Aimé MAYAMBA, Abdallah BACHACK

**Pour prendre rendez-vous :** contactez les Consultations Externes : ☎ 03.27.73.73.51



## LA RECUPERATION ACCELEREE APRES CHIRURGIE

Depuis son arrivée il y a un an au Centre Hospitalier de Cambrai le Docteur Cyril DELAY, chirurgien orthopédiste, a apporté avec lui bon nombre de techniques novatrices dans la prise en charge principalement des affections de la hanche et du genou. Dernièrement grâce à la mise en place du protocole RAAC (Récupération Accéléré Après Chirurgie) celui-ci a pu réaliser des interventions de prothèses de genou et de la hanche en chirurgie ambulatoire.

Entretien avec le Docteur Cyril DELAY par Angélique DE SOUSA (ADS), Chargée de Communication



**ADS : Qu'est ce que le protocole RAAC ?**

**Dr Delay :** "Il s'agit d'un concept d'optimisation de chaque étape de la chirurgie d'un patient allant de la première consultation jusqu'au mois suivant le retour à domicile. Depuis 3 à 4 ans de plus en plus de centres en France, privés ou publics, s'essaient à cette vision novatrice de la chirurgie. Celle-ci est difficile à mettre en oeuvre car nécessite une refonte complète de la prise en charge à laquelle chaque intervenant était habitué avec parfois des idées perturbantes de prime abord. Tout les intervenants sont donc impliqués : chirurgien bien sûr, anesthésiste, personnel paramédical hospitalier ainsi que les partenaires libéraux (kinesithérapeute, infirmière à domicile etc...). La finalité est de rendre des interventions réputées lourdes par le passé plus supportables physiquement et abordables psychologiquement."

**ADS : Comment avez vous réussi à mettre ce processus en place ?**

**Dr Delay :** "Cela a pris environ 9 mois. J'ai d'abord ciblé des interventions accessibles en faisant les réparations de ligaments croisés de genou et chirurgie de l'hallux valgus en ambulatoire avec ce protocole permettant ainsi aux équipes de se familiariser avec les nouveaux procédés d'anesthésie, de techniques chirurgicales mini invasives, de prise en charge de la douleur. La RAAC a ensuite été appliquée à l'ensemble des prothèses de hanche et de genou pour atteindre le résultat que l'on connaît aujourd'hui."

**ADS : Quels sont donc ces changements qui permettent cette évolution ?**

**Dr Delay :** "Dès la consultation je prends le temps d'expliquer au patient sa maladie, les modalités de sa prise en charge autour de l'opération et les innovations technologiques dont il va bénéficier pour permettre un rétablissement rapide. Tout cela représente beaucoup - trop - d'informations en très peu de temps. C'est alors qu'intervient une infirmière dédiée que j'ai personnellement formée à cette technique et qui va devenir la pierre angulaire de la prise en charge : un lien privilégié accessible par une ligne téléphonique directe et une adresse mail qui les accompagnera tout au long du processus."



(Madame Perrine HOUILLON : ☎ 03.27.73.73.11 / ✉ [infraac@ch-cambrai.fr](mailto:infraac@ch-cambrai.fr))...

## Quoi de Neuf ... ?

... Pour ma part, techniquement l'ensemble du geste chirurgical a été revu : les voies d'abord sont dorénavant dites « mini invasives » comme la voie antérieure pour la hanche ou la voie sous quadriceps pour le genou préservant les muscles et les tendons, ne créant ainsi quasiment aucune lésion de l'anatomie du patient ce qui permet une cicatrisation interne plus rapide. Les implants utilisés sont modernes avec une usure négligeable et un risque de luxation quasi nul permettant au patient de reprendre l'ensemble de ses activités sans restriction avec des mobilités normales. L'accent est également mis sur l'absence de saignement durant l'intervention et la prise en charge efficace des douleurs en collaboration avec l'anesthésiste, permettant de nous passer de l'utilisation de drain et de perfusion. Si bien qu'à son retour dans sa chambre le patient est rhabillé avec ses propres vêtements et peut dans la journée bénéficier de sa première séance de kinésithérapie."

**ADS :** *Vous dites que l'anesthésiste a également un rôle important pour atteindre un tel niveau, quel est-il ?*

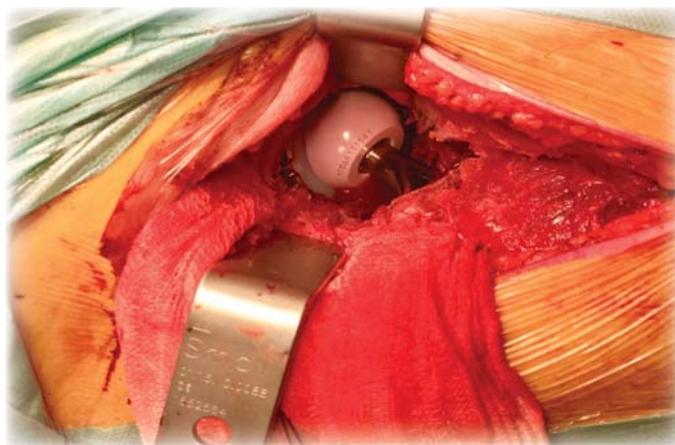
**Dr Delay :** "Il intervient à 3 périodes de la prise en charge :

- lors de la consultation pré opératoire, il détecte un taux d'hémoglobine et/ou de fer bas et compense ceux-ci avant l'intervention. Il définit en accord avec le patient la façon de l'endormir : localement ou totalement et dans ce dernier cas, établit alors un protocole de sédation personnalisé qui permettra un réveil sans difficulté.
- Au cours de l'intervention celui-ci réalise le blocage des nerfs de la sensibilité autour de l'articulation opérée par un anesthésiant longue durée (24 à 48 heures) qui ne gênera pas l'utilisation des muscles pour la rééducation mais permettra de ne sentir aucune douleur au réveil. Il participe également à la diminution des pertes sanguines en utilisant des produits permettant la coagulation des micro vaisseaux.
- Dans les suites, il établit la stratégie de médicaments antalgiques par la bouche adaptée au patient en limitant les effets secondaires."

**ADS :** *Pouvez vous nous en dire plus sur le rôle de relai joué par l'infirmière spécialisée évoquée précédemment ?*

**Dr Delay :** "Celle-ci revoit les patients immédiatement après ma consultation. Cela leur permet de lui poser des questions auxquelles ils n'avaient pas pensé ou osé me demander. Elle leur explique à nouveau l'ensemble des étapes qu'ils vont franchir, leur prend chacun des rendez vous à venir et les accompagne dans les démarches. Ils échangent leurs coordonnées permettant au patient de lui poser des questions d'ordre pratique à n'importe quel moment et à elle de les recontacter quelques jours avant l'intervention afin de s'assurer que tout est assimilé, que le domicile et les suites sont déjà mises en place.

Pour les patients en ambulatoire, elle les contacte le lendemain et surlendemain de l'intervention (je les revois personnellement au 3è jour en consultation) afin de détecter une complication ou des difficultés."



*Prothèse de hanche*



*Prothèse de genou sans garrot*

## **ADS : Le rôle du personnel hospitalier a-t-il changé ?**

**Dr Delay :** "Oui, et dans le bon sens. Le patient est réellement autonomisé.

Finis les patients qu'il fallait porter, laver, nourrir etc..., qui mobilisaient nos aide-soignants et infirmières. Maintenant ceux-ci sont formés aux soins associés (mise en place des bas de contention, aide à l'habillage) et surtout à la physiothérapie où l'accent est mis dans les procédés de cryothérapie et pressothérapie entre les séances de kinésithérapie pour limiter l'oedème et la douleur.

L'infirmière n'a plus de perfusion à gérer et les pansements ne sont refaits qu'une fois au cours d'une hospitalisation.

La kinésithérapeute est mise à contribution très régulièrement car la stimulation du patient est un des principes de la RAAC. Pour autant cette rééducation se fait relativement facilement car les patients sont déjà capables de pratiquer les escaliers au lendemain de l'intervention."

## **ADS : Comment s'organise le retour à domicile?**

**Dr Delay :** "Les patients rencontrent leur kinésithérapeute une première fois avant l'intervention pour une séance d'apprentissage du béquillage. Au cours de celle-ci, la date du retour à domicile est fixée et le kinésithérapeute peut donc à l'avance planifier ses passages.

L'infirmière libérale sera sollicitée pour les pansements, les anticoagulants ne se feront plus par piqûre.

En accord avec le patient, si besoin, un lit médicalisé aura été installé avant son retour ainsi que l'ensemble des commodités qui lui simplifieront la vie."



*Prothèse de hanche par voie antérieure*

## **ADS : la RAAC s'adresse-t-elle a des patients précis ? Jeune ? En bonne santé ?**

**Dr Delay :** "Il ne faut pas confondre ce protocole et la chirurgie en ambulatoire qui représente le "saint graal". Ce protocole s'applique effectivement à tous les patients.

3 groupes se dégageront, la grande majorité des patients qui resteront hospitalisés 2 jours, les patients demandeurs et qui remplissent certaines conditions de sécurité et qui ne dormiront pas à l'hôpital et enfin les personnes isolées ou pour qui le retour à domicile compromet leur sécurité et qui bénéficieront d'un centre de rééducation."



**Equipe Chirurgie Ortho-Traumatologie :** Docteurs Philippe MIQUEL, Chef de Service, Cyril DELAY, Varenka BARIATINSKY, Jean-Gille GAFFURY, Natacha LECOMTE THATY, Emmanuel UCLA,

**Equipe d'Anesthésie :** Docteurs Martine TASSIN, Chef de Pôle, Julien LHORS, Vincent DEMAEGHT, Caroline TESSE, Paulette NGO NJEL

**Pour prendre rendez-vous :** contactez les Consultations Externes : ☎ 03.27.73.73.51

## CREATION DE BINOMES ANESTHESISTE-CHIRURGIEN

Dans le cadre de l'amélioration qualitative de la prise en charge des patients au bloc opératoire, un projet a été mis en place depuis quelques mois : la réalisation de **binôme anesthésiste-chirurgien**, afin de permettre une meilleure continuité des soins.

**L'objectif est de permettre à chaque malade de voir en consultation de pré-anesthésie l'anesthésiste qui l'endormira dans les semaines à venir.**

Des binomes ont été créés dans le cadre d'un planning fixé à la semaine : les consultations de pré-anesthésie concernant chaque chirurgien seront donc planifiées de préférence avec l'anesthésiste qui va endormir le patient.

**Nous souhaitons permettre initialement à 60 % de nos malades de voir leur anesthésiste en consultation.**

De ce fait, nous demandons que la prise de rendez-vous en consultation d'anesthésie se fasse aux Consultations Externes auprès de Madame Sandra RICHARD, Secrétaire Médicale Referente : ☎ **03.27.73.76.36**.



## LES ARRIVEES MEDICALES DE 2017 : 18 nouveaux médecins



- ✓ Ali MADANI, Court Séjour Gériatrique, janvier 2017
- ✓ Rima JABER, Chirurgie Viscérale et Bariatrique, février 2017
- ✓ Carmen BAEZ SANTANA, Hépatogastro-entérologie, février 2017
- ✓ Mohamad MURAD, Cardiologie, mars 2017
- ✓ Rodica TILVAN, Médecine Polyvalente, juin 2017
- ✓ Caroline TESSE, Anesthésie, juillet 2017
- ✓ Vincent DEMAEGHT, Anesthésie, juillet 2017
- ✓ Virginie CHEVALIER, Dermatologie, juillet 2017
- ✓ Frédéric LUCAS, Urgences, août 2017
- ✓ Jean-Nicolas CHATELET, Pharmacie, août 2017
- ✓ Michael PREVOT, psychiatrie, septembre 2017
- ✓ Kamel CHABCHOUB, Urologie, octobre 2017
- ✓ Firas CASSEN, Pédiatrie, novembre 2017
- ✓ Sorana STATICESCU, Pédiatrie, novembre 2017
- ✓ Pauline DURIEZ, Orthopédie-traumatologie, novembre 2017
- ✓ Adryen BISIAU, Anesthésie, novembre 2017
- ✓ Camille DEFOORT, Gynécologie Obstétrique, novembre 2017
- ✓ Roland MAFOUTA, Court Séjour Gériatrique, décembre 2017

