

LE QUOTIDIEN

DU MÉDECIN

LUNDI 10
NOVEMBRE 2003
PAGES SPECIALES
N° 7422

33^e ANNÉE - 21, RUE CAMILLE-DESMOULINS, 92789 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9

TEL. : 01.73.28.12.70 - http://www.quotimed.com - ISSN 0399 - 2659 - CPPAP 0407 T 81257



**78^e Réunion annuelle
de la Société française
de chirurgie
orthopédique
et traumatologique**
Paris, 10-14 novembre 2003

Chirurgie orthopédique : préserver l'indépendance tout au long de la vie



DÉCENNIE DES OS
ET DES ARTICULATIONS

Nombreuses sont les pathologies squelettiques qui peuvent aboutir à une dépendance. L'objectif de la chirurgie orthopédique est de rétablir une mobilité et une fonctionnalité les meilleures possibles afin d'offrir au patient, quel que soit son âge, toutes les chances de conserver une qualité de vie optimale

Dossier réalisé par le Pr Charles MSIKA

La qualité à perpétuité



Dr Jean Barthas
PHOTO DR

Il n'est jamais facile de tracer les limites de la mission d'une société savante, mais la sauvegarde du niveau scientifique acquis par la profession fait certainement partie d'une telle mission.

Sous l'impulsion de maîtres convaincus et de collègues motivés, la SOFCOT est remarquablement parvenue, au fil des décennies, à maintenir au sein de la profession l'un des niveaux de connaissances les plus performants sur la scène internationale, et cela, pour le meilleur bénéfice de nos patients.

La pérennité de ce savoir-faire, à travers le renouvellement des générations professionnelles, est donc indissociable de la mission plus globale de notre société que représente la promotion du niveau scientifique le plus avancé possible.

La SOFCOT, par la relation privilégiée qu'elle entretient avec les autres sociétés de chirurgie orthopédique francophones, doublée d'une place prépondérante dans l'ensemble des sociétés savantes européennes, se trouve, de fait, investie, avec le collège de ses membres, d'un rôle essentiel de représentativité nationale pour notre spécialité.

Comme pour réussir une intervention, le succès de ce rôle exige des ressources humaines et matérielles irréprochables. Le public des patients qui nous ont fait confiance (et continuent de le faire...), depuis l'individualisation de notre spécialité, exige légitimement le maintien d'une qualité de soins que nous avons aidé à porter aux tous premiers rangs mondiaux, malgré les contraintes économiques de chaque moment ; ce public ne se résoudra à aucun compromis dans la perpétuation de cette qualité dont nous avons accompagné le développement.

Nos autorités de tutelle, qui, jusqu'à présent, ont parfaitement compris la valeur de notre effort pour maintenir et améliorer la qualité de vie de nos patients, ne peuvent ignorer les contraintes nouvelles qui menacent le dynamisme, jusque-là incontesté, de notre spécialité ; ces autorités doivent nous apporter leur soutien sans faille pour toujours mieux servir nos patients.

Dr Jean BARTHAS

Chef du service de chirurgie orthopédique, hôpital Saint-Joseph, secrétaire général de la SOFCOT.

L'hyperspécialisation en orthopédie-traumatologie



Pr Daniel Goutallier
PHOTO DR

Progressivement, l'orthopédie-traumatologie, vaste spécialité, se fragmente. Les hyperspécialités apparaissent. On pouvait concevoir que la chirurgie des infections et la chirurgie des tumeurs soient prises en main « par des spécialistes » dont les actes chirurgicaux ne répondent pas aux mêmes principes que ceux de l'orthopédie-traumatologie générale. Mais les hyperspécialités articulaires, voire sub-articulaires, voient le jour. Les anciens ont tendance à penser que cette hyperspécialisation est dégradante pour le chirurgien, qui n'est plus qu'un « technicien » traitant une articulation et non plus une maladie et un malade.

Il faut bien reconnaître que tout pousse vers cette hyperspécialisation.

1) Le malade est enchanté de se faire opérer ses différentes articulations par de nombreux spécialistes.

Les pouvoirs publics et les assurances souhaitent diminuer les risques entraînés par les actes chirurgicaux. Ils pensent donc que les chirurgiens, qui, pour eux, ne sont déjà plus que des opérateurs, ne doivent pratiquer que les actes thérapeutiques qu'ils ont l'habitude de faire.

Les chirurgiens, enfin, trouvent aussi un confort intellectuel, physique et juridique à faire toujours les mêmes actes opératoires.

2) Il est normal que l'hyperspéciali-

sation ait d'abord touché les orthopédistes libéraux, puisqu'ils sont juridiquement et financièrement vulnérables. La notion de rentabilité des salles d'opération, mesurée en nombre de K chirurgicaux effectués par heure, apparue d'abord dans le monde libéral, mais qui pointe aussi le nez dans le monde hospitalier, a certainement encouragé l'hyperspécialisation. Mais il est possible que cette notion de rentabilité puisse parfois gêner le chirurgien, pour décider en son âme et conscience de la meilleure thérapeutique à proposer.

3) Les chirurgiens hospitaliers, et en particulier les hospitalo-universitaires, ont mieux résisté, peut-être à tort, à la déferlante de l'hyperspécialisation.

Mais l'évaluation directe ou indirecte par les pouvoirs publics de l'activité chirurgicale des hôpitaux à l'aide d'actes « traceurs », qui, malheureusement, ne couvrent qu'une partie des techniques chirurgicales qui peuvent être utilisées, a commencé à pousser les hospitaliers à éliminer de leur pratique des actes non reconnus comme traceurs, ce qui ne correspond peut-être pas à une rigueur médicale parfaite.

Les hospitalo-universitaires ont donc aussi commencé à hyperspécialiser. L'avènement dans les hôpitaux des 35 heures de travail pour le personnel paramédical, des 48 heures de travail pour le personnel médical et des repos compensateurs, a précipité l'évolution vers l'hyperspéciali-

Pr Daniel GOUTALLIER

Chef du service orthopédique, hôpital Henri-Mondor, Créteil
Président de la SOFCOT.

→ Suite page 8

Dysplasie fibreuse

La biologie moléculaire pourrait ouvrir la voie à de nouveaux traitements

PAGE 2

Luxation congénitale de hanche

Le dépistage en période néonatale peut être amélioré

PAGE 3

Coiffe des rotateurs

Une chirurgie très analytique pour la prise en charge des ruptures transfixiantes

PAGE 4

Anesthésie locorégionale

Une place croissante, mais sélective

PAGE 5

Fractures chez l'enfant

Un profil spécifique de complications aiguës

PAGE 6

Pseudarthrose septique du fémur

Patience et longueur de temps...

PAGE 7

Avec le concours des membres de la cellule de communication de la SOFCOT :
les Prs J.-P. Courpied, B. Augereau, J. Barthas, T. Bégué, G. Bellier, J. Caton, H. Coudane, A. Dambreville, A. Deburge, Ch. Delaunay, P. Denormandie, Ch. Msika
Site de la SOFCOT :
www.sofcot.com.fr



78^e Réunion annuelle de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique

L'hyperspécialisation en orthopédie-traumatologie

→ Suite de la première page

sation. Comment recruter de nombreux patients lorsqu'il n'y a plus d'infirmière de consultation ou de secrétaire après 16 heures ? Comment s'intéresser à la pathologie de plusieurs articulations lorsque le temps consacré aux actes chirurgicaux – les hospitalo-universitaires doivent aussi enseigner et chercher – devient de plus en plus réduit, ne permettant à chaque chirurgien que de faire au plus trois ou quatre actes chirurgicaux lourds par semaine ? Mais, même hyperspécialisé, ce n'est pas avec un aussi petit débit opératoire que l'on peut constituer, dans nos services où le nombre de chirurgiens permanents est des plus réduits, des séries suffisamment étoffées et étudiées pour être publiables. Pourtant, la publication est nécessaire pour classer les idées, pour enseigner clairement et pour progresser dans la hiérarchie.

L'hyperspécialisation est devenue une réalité. On peut le regretter. Comment faire au mieux avec elle ?

1) L'organisation hospitalière et hospitalo-universitaire.

L'organisation hospitalière, notamment des CHU, doit être rapidement et profondément modifiée.

Les services, qui ont tous dû acquérir une ou plusieurs hyperspécialités, doivent se regrouper pour constituer des ensembles pouvant couvrir la majorité d'entre elles. Tous les chirurgiens de chaque hyperspécialité doivent pouvoir dégager un temps suffisant pour se rencontrer, et discuter les succès et les échecs qu'ils ont connus, surtout lorsque les actes thérapeutiques sont communs à chacune des hyperspécialités, je pense en particulier aux problèmes des arthroplasties.

2) Les congrès d'orthopédie générale.

La participation des chirurgiens orthopédistes libéraux et hospitaliers à des réunions d'orthopédie générale, comme les réunions de la Société française d'orthopédie et de traumatologie (SOFCOT), doit être encouragée. C'est un moyen pour décloisonner les hyperspécialités.

3) Les journaux d'orthopédie.

La lecture des journaux d'orthopédie générale, qui possèdent un solide et indépendant comité de lecture, devrait aussi permettre aux orthopédistes d'être mieux armés pour faire le tri, parmi les très nombreuses publications hyperspécialisées, entre ce qui est intéressant et ce qui est très discutable.

4) L'enseignement de l'orthopédie.

De toute manière, l'hyperspécialisation ne peut être enseignée d'emblée. Elle ne peut être inculquée que si l'enseignant a déjà une expérience de chirurgien orthopédiste généraliste.

Il est donc nécessaire d'enseigner une orthopédie générale.

Cet enseignement doit aller du simple au compliqué. Les enseignants doivent permettre aux étudiants d'augmenter progressivement leurs connaissances théoriques et pratiques sur l'ensemble de l'orthopédie et des spécialités voisines. Apprendre les différentes pathologies ostéo-articulaires, avec leurs évolutions spontanées, devrait permettre de comprendre les différentes indications thérapeutiques (indications médicales et chirurgicales) et le pourquoi du comment des techniques chirurgicales. Apprendre la radiologie, pour que le chirurgien ne soit pas complètement radiologue-dépendant dans sa pratique courante, apprendre la biomécanique et les biomatériaux, pour qu'il puisse discuter avec les ingénieurs, apparaît nécessaire. Cinq ans d'enseignement général, dont l'enseignement pratique doit profiter des « départements » hospitaliers faisant co-exister plusieurs hyperspécialités, gardent les portes ouvertes à toutes les hyperspécialisations secondaires. On peut, en effet, espérer que le chirurgien orthopédiste reste jusqu'à la fin de sa vie chirurgien orthopédiste, mais il n'est pas certain qu'il ne doive pas changer d'hyperspécialité en fonction notamment des réussites thérapeutiques obtenues par les médecins, les généticiens, les rhumatologues et les imageurs.

On peut se réjouir de l'universalité orthopédique retrouvée dans les « exigences minimales » pour la formation des spécialistes européens en orthopédie.

En conclusion, l'hyperspécialisation en orthopédie est devenue une réalité. On peut le regretter. Mais il faut s'y adapter, pour en minimiser les effets pervers.

Pr D. G.

Des chirurgiens heureux

Le 78^e Congrès de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique se tient à Paris du 10 au 14 novembre 2003. Le nombre de participants en fait le plus important congrès d'une société nationale au plan européen.

C'est l'occasion de rappeler ce que sont les chirurgiens orthopédistes. Ce ne sont pas des fabricants de semelles orthopédiques, ce ne sont pas uniquement des chirurgiens du pied, ce ne sont pas des simples visseurs de boulons, pour rappeler simplement quelques fausses images de notre profession.

La chirurgie orthopédique et traumatologique avait au début du siècle des moyens limités et s'adressait à des pathologies actuellement en voie de disparition dans notre pays, comme les séquelles de poliomyélite ou la tuberculose ostéo-articulaire. Les évolutions les plus importantes, voire les révolutions, ont été le développement de l'ostéosynthèse des fractures, le traitement des affections dégénératives par des ostéotomies, en particulier de la hanche et du genou, et surtout l'introduction des prothèses articulaires, d'abord de la hanche, puis d'autres articulations, en particulier le genou. Progrès relativement récent, puisqu'il date des années 1960. Ces développements ont entraîné un essor de notre spécialité, la création de services hospitaliers de chirurgie orthopédique, une spécialisation exclusive des chirurgiens.

Notre génération a participé à cette évolution. Nous avons vécu le développement des prothèses articulaires, puis celui de la chirurgie endoscopique, notamment du genou. Nous sommes à l'aube d'autres évolutions : chirurgie assistée par robot, ordinateur, sonde à infrarouge, chirurgie mini-invasive, limitant les abords chirurgicaux, utilisation de biomatériaux, cultures cellulaires, thérapie génique...

La chirurgie orthopédique est un domaine très vaste, ce qui incite à une spécialisation de plus en plus marquée : membre supérieur, membre inférieur, rachis, bassin, tumeurs osseuses, infections ostéo-articulaires de l'adulte ou de l'enfant.

La chirurgie traumatologique intimement intriquée à la chirurgie orthopédique traite les lésions traumatiques récentes et leurs séquelles, pseudarthrose ou cal vicieux, des membres, du bassin et du rachis.

Tous ces champs d'activité méritent bien cinq jours de congrès annuel.

Notre spécialité ne se conçoit pas sans une étroite collaboration avec, d'une part, les rhumatologues, et ce n'est pas sans raison que nous avons souhaité faire cette année une séance commune avec la Société française de rhumatologie, et, d'autre part, les



Dr Hervé Olivier
PHOTO DR

radiologues, le développement des nouvelles techniques d'imagerie nous rendant encore plus dépendant de l'interprétation des images. Je déplore qu'il soit de plus en plus difficile d'avoir des réunions communes de service, hebdomadaires, pour discuter de dossiers posant des problèmes diagnostiques ou thérapeutiques. La disponibilité des intervenants se réduit dans un but de rentabilité. Nous sommes menacés par cet exercice comptable de la médecine. On nous demande un tableau de service annuel pour chaque intervenant, prévoyant à l'avance les activités de bloc opératoire, de consultation, de visite dans le service de codage, dans un but de comptabilité analytique. Cela ne peut pas et ne doit pas correspondre à la réalité. A quand le pointage ?

L'autre menace est ce qu'on appelle les restructurations. Sous ce vocable plein de promesses se cache en fait le désir de faire des économies, de réduire l'activité, en diminuant l'offre de soins et en augmentant les files ou les listes d'attente. Pour le moment, le souhait de regrouper des services d'urgences n'aboutit qu'à l'augmentation des délais d'attente. Le problème des urgences n'est pas le regroupement, mais l'efficacité. Malgré tous les efforts déjà faits, il n'y a pas d'organisation structurée des urgences, pour diagnostiquer et traiter dans les meilleurs délais, en limitant au minimum l'hospitalisation. Tant qu'on attendra une heure un brancardier pour emmener un blessé à la radio, où il attendra encore un certain temps, par manque de manipulateur, pour attendre à nouveau le brancardier pour le ramener au service des urgences, où il attendra à nouveau qu'un médecin responsable prenne une décision, qui se soldera souvent par un transfert, faute de place, même si le blessé est porteur d'une fracture très déplacée ou d'une luxation très douloureuse.

Nous sommes par ailleurs menacés

par les contraintes réglementaires de plus en plus lourdes, une accumulation des charges sur les chirurgiens. Je ne pense pas aux problèmes financiers, mais à la culpabilisation du chirurgien en cas d'infection nosocomiale ou de défaut mécanique, sur un implant orthopédique, par exemple. De ce fait, la pénibilité de notre profession la rend moins attractive pour les jeunes chirurgiens. Il y a même des projets de centre de responsabilité, confiant au chef de service la responsabilité de la gestion des effectifs, la responsabilité d'un plan pluriannuel d'activité. Nous avons une formation de soignant, pas de gestionnaire!

Il faut que nous restions vigilants sur deux aspects essentiels de notre métier, la personnalisation de notre relation avec le patient et la primauté de l'examen clinique sur tout examen complémentaire, qui ne peut être interprété qu'en fonction de la clinique. L'acte chirurgical n'est que secondaire, et il est lourd de conséquences, surtout s'il était inutile. Il est source de bien des angoisses, de doutes et d'insomnies et, pourtant, c'est un paradoxe, le chirurgien doit paraître sûr de lui pour inspirer confiance. Nous avons la chance, dans la majorité des cas, de ne pas soigner des maladies graves, mais des affections essentiellement douloureuses, et nous avons la chance de pouvoir supprimer de façon durable ces douleurs et le handicap qui en résulte. Gardons-nous d'un excès de confiance, mais dégustons la reconnaissance qui en résulte.

Les chirurgiens orthopédistes sont encore des chirurgiens heureux. Pour combien de temps ?

Dr Hervé OLIVIER

Chef du service de chirurgie orthopédique, hôpital Saint-Michel, Paris.

Formation

La SOFCOT poursuit un effort d'éducation et de formation de ses membres. Cet enseignement est coordonné par le Pr Jacques Duparc. Le texte de ces mises au point extensives est publié régulièrement par Elsevier dans les « Cahiers d'enseignement de la SOFCOT ».

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

Fondateurs :
Dr Marie-Claude TESSON-MILLET
Philippe TESSON

Edité par la Société d'Éditions Scientifiques et Culturelles.
SA au capital de 43 440 €.
Durée : 50 ans, à compter du 2 mars 1971.
21, rue Camille-Desmoulins,
92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9.
http://www.quotimed.com
Téléphone : 01.73.28.12.70. Fax : 01.73.28.13.94.

Principaux actionnaires : FIHS
PDG - Directeur de la publication :
Dr Gérard KOUCHNER.

Directeur de la rédaction :
Richard LISCIA.

Imprimé en France par TORCY QUEBECOR SA
77200 TORCY

CPPAP : 0407 T 81257 - ISSN : 0399-2659

Dépôt légal à parution

Le Quotidien du Médecin
une publication de



Tarifs d'abonnements annuels :
- médecins : 150 € TTC ;
- étudiants : 90 € TTC.
Reproduction interdite
sauf accord de la direction.

Maître d'œuvre : EDIPRO



Hernies discales thoraciques calcifiées : une pathologie mieux étudiée

L'équipe du CHU Pellegrin de Bordeaux (Dr Söderlund et coll.) a conduit une étude systématique de la correspondance entre l'imagerie radiologique des hernies discales thoraciques calcifiées et le matériel anatomopathologique récupéré sur treize cas opérés.

La hernie discale thoracique, dans sa forme calcifiée, est une entité rare et particulière. L'analyse radiologique doit apprécier le terrain rachidien sur lequel elle survient (séquelles de maladie de Scheuermann) et s'appuyer sur le scanner et l'IRM. Ces dernières techniques permettent de mieux définir le degré de pénétration durale et du

canal médullaire, ainsi que l'état du disque d'où provient la hernie.

A la lumière des corrélations rassemblées par l'équipe bordelaise, il semble que la hernie discale thoracique calcifiée survient préférentiellement sur un terrain d'antécédents de maladie de Scheuermann, que, par la suite, une calcification se produit au sein du disque sur un rachis dégénératif, et qu'une migration postérieure de matériel discal survient individualisant la hernie ; celle-ci induit des phénomènes métaplastiques osseux sur le ligament longitudinal dorsal pouvant aller jusqu'à une pénétration durale avec les risques que l'on connaît.