

Le CHHF lance la

Clinique du Dos
AXIS

www.chhf.be



A S

DOSSIER DE PRESSE

Dr Jean LAMBERT

Orthopédie-Traumatologie-Chirurgie de la colonne
Maître de stage D.E.S Orthopédie
CH Hornu-Frameries
Mail : lambertjeanmd@gmail.com

1. Pourquoi une clinique du dos multi disciplinaire ?

Les problèmes rachidiens sont de plus en plus nombreux.

En ce qui me concerne, je vois en moyenne 3500 à 4000 patients / an en consultation et 40% au moins représentent des problèmes de colonne.

La chirurgie rachidienne a fait des **progrès considérables** depuis les années 80 avec le développement de nouveaux matériaux, de nouveaux concepts (dispositifs inter épineux, prothèses discales, ligamentoplastie...) et des moyens opératoires de plus en plus performants (microscope, navigation assistée par ordinateur, vidéoassistance..).

Cependant **la chirurgie ne résout pas tout.**

Sur le nombre de patients vus en consultation / an, j'en opère finalement peu (environ 5 à 10%) car la clé du succès est la **bonne indication opératoire.**

Mais alors **que faisons-nous des autres** me direz-vous ?

Que font les patients que l'on ne doit pas opérer ?

Ils font ce qu'ils peuvent. Ils font du « shopping » médical. Ils consultent de multiples spécialistes, essayent de multiples traitements également dans les médecines parallèles. Ils sont le plus souvent désemparés. Un cercle vicieux très difficile à rompre s'installe lentement « lombalgies → dépression → abaissement du seuil de douleur → chronicité des symptômes »

Mais une prise en charge inadéquate expose le patient aux effets adverses des diverses procédures de diagnostic et de soins.

De plus, dans le grand public, les gens sont souvent mal informés.

Pour beaucoup de personnes, le neurochirurgien s'occupe exclusivement du cerveau, l'orthopédiste s'occupe des semelles orthopédiques et des pieds, le neurologue traite les migraines ! Pour la plupart des patients le concept de médecin rééducateur leur est totalement inconnu.

Actuellement, dans le monde médical, on a tendance à ne plus faire la distinction entre chirurgien orthopédiste et neurochirurgien qui s'occupe du rachis: on parle plutôt de chirurgien rachidien.

C'est justement **l'intérêt d'une structure multidisciplinaire** spécialisée dans un domaine précis. C'est la **mise en commun des connaissances et des compétences respectives** pour trouver (ou tenter de trouver) la solution optimale au patient.

C'est **changer les mentalités** (des patients et des médecins) en créant une médecine horizontale, dynamique, efficace où le patient n'aura qu'un interlocuteur plutôt qu'une médecine verticale, par étape, vieillissante, coûteuse et peu efficace.

Dans un autre registre, puisque **l'argent est aussi le nerf de la guerre** : savez-vous ce que représente le coût des lombalgies pour une société ? C'est astronomique !

→ frais médicaux directs : examens radiologiques, hospitalisations, médicaments, opérations...

→ frais indirects tangibles : absentéisme, arrêts de travail supportés par la collectivité

→ frais indirects intangibles : pertes de revenus du ménage, moins de dépenses → moins de recettes fiscales....

Les frais indirects étant nettement supérieurs aux frais directs.

Aux USA, déjà en 1990, une étude avait démontré que les coûts globaux annuels des lombalgies étaient estimés à 120 milliards de dollars !

Frymoyer J.W., Cats Baril W.L. *An overview of the incidences and cost of low-back pain.* Orthop. Clin. North Am. 22(2):263-271, 1991

Le coût financier de la prise en charge médicale de la lombalgie en France est estimé à environ de 2 milliards d'€ par an (source CNAMTS).

C'est un **problème majeur de santé publique.**

Au moins 70% des gens auront une fois dans leur vie un arrêt de travail pour lombalgies.

Je suis donc convaincu de deux choses en encourageant ce genre de structure multidisciplinaire : **nous améliorerons la qualité des soins et nous contribuerons à limiter les dépenses de santé.**

2. Expérience des cliniques du dos ?

Le Dr Brat et moi avons déjà créé une clinique du dos dans une autre institution en 2003.

Cette clinique du dos a eu un **très grand succès extra-muros** auprès des patients et des médecins généralistes **mais très peu en intramuros.** Certains médecins restent des individualistes. D'autres voient même ce genre de structure comme une activité concurrentielle à la leur. Bref, je pense que **les mentalités n'étaient pas prêtes il y a 5 ans.**

Cette clinique du dos à l'époque était aussi beaucoup **plus modeste** : elle comptait 5 médecins (2 radiologues + 1 neurologue + 1 rhumatologue + 1 chirurgien orthopédiste) + 2 kinés spécialisés.

Nous avons bien analysé le pourquoi et le comment de cet échec intramuros.

A Hornu, nous avons un soutien total de la Direction, du Conseil médical et des autres spécialistes en place. La création de cette clinique du dos AXIS a été bien préparée.

Voilà deux ans que le Dr Brat, le Dr Jodaitis et moi-même discutons de ce projet. L'organisation réelle sur le terrain a commencé en septembre 2007.

Notre clinique du dos actuelle (AXIS) sera aussi d'une toute **autre envergure.** Elle comprendra 12 médecins (2 neurochirurgiens + 2 chirurgiens orthopédistes + 2 médecins rééducateurs + 2 rhumatologues + 2 radiologues interventionnels + 1 médecin nucléariste

+ 1 neurologue), 1 ergothérapeute, 1 psychologue et au moins 2 kinés spécialisés. De plus nous disposerons d'une nouvelle infrastructure de réadaptation et de physiothérapie à la pointe du progrès.

Ce qui est aussi exceptionnel c'est que dans cette clinique du dos, **nous collaborons à 100% avec nos confrères neurochirurgiens.** Dans la plupart des

hôpitaux, ces deux disciplines se considèrent généralement comme directement concurrentielles. Pas chez nous ! Nous discutons des cas, on s'assiste pour les cas compliqués, on s'instruit mutuellement au contact de l'autre.

Pour ma part c'est mon ami, le Dr Jodaitis que je connais depuis 20 Ans, qui m'a appris à me servir du microscope opératoire et qui m'a convaincu du bien fondé de son utilisation.

On se remplace en consultation et en cas d'absence, les patients peuvent voir un autre spécialiste. C'est une **collaboration assez unique** qui mérite d'être signalée.

Dr Jean LAMBERT

La Chirurgie orthopédique dans la Clinique du Dos

Un peu d'Histoire....



C'est en 1741, que [Nicolas Andry de Boisregard](#), professeur en médecine au collège royal de Lyon, invente le mot « **orthopédie** ». Les racines grecques « ortho » (droit) et « pais, paidos » (enfant) viennent de ce que l'orthopédie avait pour but, au départ, de redresser les jeunes filles tordues (voir le symbole de l'« arbre tors » (tordu) du livre de Nicolas Andry qui sert actuellement de symbole aux orthopédistes); une autre étymologie possible associe les racines grecques "ortho" et "paiden" (je marche)

Une date clé dans la chirurgie rachidienne:

Raymond Roy-Camille (1927-1994), chirurgien orthopédiste, publie en 1961 en France les premiers cas d'implantation des **vis pédiculaires** toujours utilisées aujourd'hui.

Depuis les années 1980, de nombreux matériaux innovants ont été créés en chirurgie vertébrale (nouveaux traitements des scolioses infantiles, ostéosynthèses des fractures, systèmes d'arthrodèses avec vis et cages intersomatiques....) et de nouveaux concepts ont vu le jour (prothèses discales, ligaments intervertébraux, dispositifs percutanées, chirurgie « minimal-invasive », navigation chirurgicale pour aider à l'implantation des matériaux...).

Qui va traiter les problèmes de dos ?

En fait beaucoup de monde ! Le médecin généraliste, le chirurgien orthopédiste, le neurochirurgien, le rhumatologue, le neurologue, le médecin rééducateur, l'anesthésiste, le radiologue, le kinésithérapeute, l'ostéopathe, le sophrologue et parfois le psychiatreToutes ces spécialités ont chacune leurs compétences et des spécificités propres.

A notre avis, vu la complexité des diagnostics et des traitements, la thérapeutique des pathologies rachidiennes devrait être idéalement multidisciplinaire.

Les possibilités chirurgicales sont vastes mais la chirurgie n'est qu'un des aspects du traitement.

Spécialistes en Orthopédie, nous pratiquons la chirurgie rachidienne depuis 15 ans. Nous sommes sollicités pour des problèmes cervicaux, dorsaux et lombaires que ce soit en traumatologie ou en dégénératif.

Le patient n'est pas qu'une colonne vertébrale ! D'autres articulations (hanches, sacro-iliaques, épaules, genoux) peuvent avoir une influence directe sur le rachis. Le chirurgien orthopédiste est donc bien placé pour le traitement des pathologies rachidiennes dans sa **globalité**.

L'acte chirurgical demande rigueur, expérience et précision mais **l'indication opératoire** est le préalable à toute chirurgie !

AXIS, clinique du dos multidisciplinaire, où les compétences de plusieurs spécialistes de disciplines différentes sont réunies, est donc l'outil idéal pour décider de la meilleure prise en charge.

Bien entendu, une parfaite connaissance des techniques chirurgicales, une collaboration au quotidien avec nos amis neurochirurgiens, un recyclage permanent, l'utilisation du microscope ou de vidéo assistance, une équipe de salle d'opération spécialisée, un bon suivi

post-opératoire médical et paramédical sont également des éléments indispensables à une réussite chirurgicale.

Nous ne doutons pas un seul instant que notre clinique du dos AXIS ne pourra être qu'hautelement bénéfique aux patients, de plus en plus nombreux, qui souffrent de ces pathologies.

L'équipe de Chirurgie Orthopédique de la Clinique du Dos

Dr LAMBERT Jean

Apport de la neurochirurgie en pathologie rachidienne

La neurochirurgie traite les problèmes du cerveau, de la moelle épinière, des nerfs périphériques ainsi que de leurs enveloppes.

Elle s'est donc intéressée de façon rapprochée à la colonne vertébrale (cervicale, dorsale et lombaire) qui abrite une partie de ces structures neurologiques.

Initialement il s'agissait essentiellement de décompresser le système nerveux afin d'assurer son bon fonctionnement, parfois au détriment de la préservation de ses enveloppes et de sa dynamique.

Ce rôle de reconstruction et de stabilisation était par tradition réservé aux orthopédistes.

Progressivement, il est apparu que la colonne vertébrale et son contenu constituaient une entité indissociable à traiter d'un même tenant.

Certains orthopédistes et neurochirurgiens ont donc fini par échanger leur savoir pour devenir des « chirurgiens du rachis ». Les orthopédistes ont apportés leur science dans le domaine de la stabilisation par du matériel externe (vis, tiges et plaques..) et les neurochirurgiens leur approche de décompression chirurgicale mini invasive et sous microscope.

Le thème actuel auquel les deux disciplines adhèrent est celui de la restauration dynamique de la colonne assurant également la récupération ou la préservation la plus complète possible de la fonction rachidienne.

La technologie moderne progresse à grand pas et nous donne les moyens de cette restauration. Les ingénieurs travaillent maintenant de façon interactive avec les chirurgiens expérimentés.

Nous disposons déjà d'un arsenal thérapeutique varié et adapté a des situations diverses.

Les vis, les plaques, les tiges en font toujours parties mais sont placées de façon mini-invasive assurant une convalescence plus rapide et moins douloureuse.

Les prothèses discales cervicales et lombaires, les cages intersomatiques, les systèmes de soutien interépineux, de soutien articulaire postérieur, la neurostimulation sont autant de nouvelles thérapeutiques.

Nous avons désormais le choix du traitement chirurgical le plus adapté mais aussi le devoir de nous tenir au courant de cette modernité et d'y contribuer par nos recherches et notre expérience.

AXIS donc l'aboutissement logique d'une médecine moderne où le patient occupe une position prépondérante. Toutes les disciplines concernées par la colonne s'unissent en une seule entité pour prendre la meilleure décision thérapeutique et la mettre en œuvre !

Afin que les patients souffrants du dos se sentent totalement pris en charge: « bienvenue chez AXIS ! ».

L'équipe de Neurochirurgie de la Clinique du Dos

Dr JODAITIS Alexander

Dr MORELLI Daniele

Prise en charge de la douleur en radiologie interventionnelle

Au delà de l'objectivation des diverses causes de la douleur d'origine rachidienne, l'imagerie permet également d'accompagner le patient dans son trajet de soin.

Le diagnostic radiologique, complément souvent utile pour caractériser les causes de la douleur fait appel à diverses modalités :

- La radiologie conventionnelle donne une vue globale statique et morphologique du rachis, mais ne nous donne aucune objectivation des répercussions sur les structures nerveuses. Cette technique garde encore une indication de premier choix dans l'évaluation dynamique d'un segment rachidien.
- Le CT Scanner est un examen très accessible, performant et peu coûteux s'adressant aux patients présentant des symptômes rachidiens au sens large et rebelles aux traitements conservateurs.
- L'IRM reste malheureusement peu accessible, mais présente les avantages d'être une technique non-irradiante et la plus performante pour caractériser des douleurs persistantes post-opératoires.
- La discographie lombaire sous CT Scanner permet d'établir l'origine discale de symptômes quand le bilan initial présente une discordance radio-clinique ou dans la mise au point des arthrodèses et des prothèses.
- Certaines techniques d'anesthésie élective sous CT-fluoroscopie permettent également de faire un diagnostic étiologique quand plusieurs pathologies sont intriquées.

En termes d'imagerie thérapeutique, La CT-fluoroscopie, véritable scopie intégrée au Scanner, est devenue incontournable (Figure 1). Les avantages de cette technique sont bien définis :

- combinaison d'une imagerie à la fois diagnostique et thérapeutique
- guidage de l'aiguille en temps réel avec une précision anatomique millimétrique
- approche volumique des structures anatomiques surpassant la scopie conventionnelle
- geste thérapeutique rapide et sûr
- placement de l'aiguille au bon niveau
- injection élective en regard de la pathologie

La CT-fluoroscopie nous permet donc de réaliser de nombreux actes thérapeutiques en ambulatoire ou avec une hospitalisation très courte pour les interventions les plus lourdes.

Les applications cliniques les plus courantes sont les infiltrations périurales, périradiculaires (Figure 2) et facettaires. Cependant de nombreuses autres infiltrations peuvent être réalisées : nerf d'Arnold, nerf pudendal, muscle pyramidal, articulations costo-vertébrales, spondylolyse, ...

Certains traitements sont plus lourds et nécessitent une consultation d'information et de consentement, notamment les nucléotomies par laser et les vertébroplasties.

Une information complète est disponible sur le site web : www.ctfluoroscopy.org

Conclusion :

L'imagerie moderne permet une approche diagnostique et thérapeutique des patients souffrant du rachis.

La précision, l'innocuité et la rapidité du geste thérapeutique a permis l'intégration de la radiologie interventionnelle dans une approche clinique multidisciplinaire.

L'équipe d'Imagerie Médicale Interventionnelle de la Clinique du Dos

Dr VANDENBROECK Vincent

Dr CLAUS Emmanuel

Que peut offrir la Médecine Physique aux patients souffrant du dos ?

La Médecine Physique peut représenter pour ces patients un des volets du traitement dit conservateur.

Les traitements qu'elle propose s'adressent aux patients présentant des pathologies aiguës, subaiguës ou chroniques de la colonne vertébrale.

Dans le cadre de la « Clinique du Dos », outre les techniques classiques ou plus spécifiques comme les chaînes musculaires ou la rééducation posturale globale, elle s'inspirera des principes chers aux « Ecoles du Dos », à savoir apprendre au patient à mieux vivre avec son dos dans le but idéal de le faire réintégrer le monde de travail dans la fonction qui était la sienne ou dans une autre fonction plus adaptée à ses possibilités.

Le patient, dont la motivation sera au préalable évaluée par un psychologue, entrera dans un programme de reconditionnement de 36 séances étalé sur 6 mois maximum établi suite à la réalisation de tests évaluant sa force et sa mobilité dans les différents axes de mouvement (flexion – extension, latéroflexions et rotations).

Cette évaluation, répétée toutes les 12 séances, débouchera sur un programme généré par informatique qui combinera contractions concentrique et excentrique avec feed-back visuel permanent sur moniteur.

Un reconditionnement de la musculature du tronc ne peut être dissocié d'un entraînement cardio-vasculaire et d'un renforcement musculaire global qui seront proposés simultanément au patient après la réalisation de tests orientés générant une carte préprogrammée leur permettant cet entraînement de leur condition physique globale dans des conditions de sécurité optimales.

L'équipe de Médecine Physique et Réadaptation de la Clinique du Dos

Dr DISTER Richard

Dr VERMEERSCH Frank

La Rhumatologie dans la Clinique du Dos

Au sein de l'équipe multidisciplinaire Axis, nous souhaitons apporter :

- une approche plus globale du patient rachialgique grâce à notre formation d'interniste
- Notre connaissance des pathologies rachidiennes d'origine non mécanique, en particulier, celle des rhumatismes inflammatoires et des troubles du métabolisme osseux, dont l'approche thérapeutique s'est très modifiée ces dix dernières années, également celle du syndrome fibromyalgique, toujours l'objet de recherches
- Notre expérience des traitements conservateurs, en particulier des antalgiques, que nous veillons à adapter aux antécédents divers de chaque patient, et dont nous suivons les changements de modalités qui tiennent compte de la définition de la douleur par l'International Association for the Study of Pain (IASP) : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion »

L'équipe de Rhumatologie de la Clinique du Dos

Dr CAUSSIN Emmanuelle
Dr VILLERS Christine

Vous pouvez également consulter notre site web :
www.epicura.be

Contact Presse :
Delphine Dauby
Tél. : 065/ 71 36 97
E-mail : d.dauby@epicura.be