

INTERVIEW



Le bloc du CHR d'Orléans : 7 salles d'opération, une équipe de 19 Ibodes polyvalentes sur les salles de chirurgie vasculaire, de neurochirurgie, de chirurgie maxillo-plastique et de chirurgie orthopédique et traumatologique.

Mme GERBEAUD, faisant fonction de cadre au bloc chirurgical du CHR d'Orléans, a accepté de nous faire partager son expérience de la mise en place de LCP au sein du bloc opératoire.

« L'équipe chirurgicale utilise désormais LCP comme principal système de plaques et vis. Quelles conséquences pour votre équipe d'Ibodes ? »

Cela nécessite une formation importante de l'équipe, d'autant plus que nous sommes toutes polyvalentes. Nous envoyons tous les ans des Ibodes au cours AO afin qu'elles soient formées à ces nouvelles techniques. De plus un staff de

démonstration du matériel a été organisé avec Synthes pour informer l'ensemble du personnel des spécificités du système. Il y avait énormément de questions pratiques et techniques qui nécessitaient des éclaircissements.

« Pensez-vous que le fait d'avoir un système polyvalent comme LCP vous simplifiera à l'avenir la gestion de votre matériel ? »

Certainement à terme. Le plus difficile pour nous, c'est de maîtriser la composition des boîtes, car il y a de très nombreuses variétés de plaques, avec des noms auxquels nous devons encore nous familiariser ! Nous avons été formées sur les plaques DCP de l'AO, déclinées maintenant en LCP. L'arrivée des nouvelles générations de plaques anatomiques AO nous demande de nous adapter. Mais au même titre que nous étions familiarisées avec les plaques standards, nous allons le faire avec le système de plaques et vis LCP. Tout s'apprend !



LCP

CONCOURS

GAGNEZ UNE PLACE pour le cours AO de Davos en décembre 2007

« Depuis 1960, des cours avancés et masters AO dans différentes spécialités se déroulent à DAVOS, siège de la Fondation AO et station de sport d'hiver suisse renommée. Avec environ 800 participants par semaine de cours, près de 60 nationalités convergent à DAVOS. Nous vous proposons de gagner votre place lors des Cours qui se tiendront à DAVOS en Décembre 2007 en participant à notre tirage au sort. Pour cela, retournez-nous le coupon-réponse dûment complété avant le 30.06.2007. »

www.aofoundation.org

AU QUOTIDIEN CHEZ SYNTHES



Mickaël Viatte

Si la satisfaction du chirurgien est notre priorité nous n'oublions pas le patient.

Le contrôle des sets de prêt par un préparateur logistique, Mickaël Viatte : « la sécurité avant tout dans le respect des instructions ».

La prérogative incontournable pour Mickaël et l'équipe logistique est de fournir un set au chirurgien avec zéro

défaut : « Lors du contrôle du set, nous devons être conscients de l'impact qu'a notre travail sur son utilisation et ainsi faciliter l'action du chirurgien ». Pour un résultat optimal, un set en retour de bloc est monté suivant la technique opératoire pour vérifier chaque pièce qualitativement et quantitativement (propreté, réassort...). Puis, un second contrôleur valide les quantités. Formé par le chef produit sur chaque set, Mickaël et ses collègues peuvent détecter un oubli dans les instructions de contrôles et en proposer l'application selon un mot d'ordre : sécurité. « Un set non contrôlé ne part pas en prêt, confirme Mickaël. Si la satisfaction du chirurgien est notre priorité nous n'oublions pas le patient pour lequel notre contribution à l'amélioration de sa santé passe par un set parfaitement préparé ».

SYNTHES SOUTIENT

L'AO-AA France - www.aofoundation.org

TRAUMA

- COURS DE BASE AO POUR INTERNES ET JEUNES CHIRURGIENS **Principes de traitement opératoire des fractures**
Du 25 au 28 mars 2007 à Sainte-Maxime (France)
- COURS DE BASE AO POUR INFIRMIER(E)S DE BLOC OPERATOIRE **Principes de traitement opératoire des fractures**
Du 25 au 28 mars 2007 à Sainte-Maxime (France)

CMF

- COURS DE BASE AO CMF POUR INTERNES ET JEUNES CHIRURGIENS **4e Cours Pratique Francophone d'Ostéosynthèse de la Face**
Du 22 au 25 mai 2007 à Sainte-Maxime (France)
- COURS DE BASE AO CMF POUR INFIRMIER(E)S DE BLOC OPERATOIRE **4e Cours Pratique Francophone d'Ostéosynthèse de la Face**
Du 22 au 25 mai 2007 à Sainte-Maxime (France)

L'AOSpine France - www.aospine.org

- COURS AOSpine MASTERCLASS **Spondylolisthésis et lésions traumatiques du rachis cervical supérieur**
Du 27 au 29 juin 2007 à Saint-Cyr sur Mer (France)
- COURS DE BASE AOSpine **Voies d'abord et techniques d'ostéosynthèse**
Du 2 au 5 octobre 2007 à Sainte-Maxime (France)

Renseignements et inscriptions :
Carine BIRQUY - Tél : 33 3 81.31.39.24
E-mail : carine.birquy@ao-courses.com

SYNTHES SERA PRÉSENT...

- 1 - 4 Mai**
SAS - Berlin (ALLEMAGNE)
- 4 - 5 Mai**
3^{ème} journées Printemps GETRAUM
CH Le Mans (FRANCE)
- 9 - 11 Mai**
UNAIBODE - Reims (FRANCE)
- 11 - 15 Mai**
EFORT 8^{ème} congrès - Florence (ITALIE)
- 16 - 20 Mai**
38^{ème} Réunion du GES - Taormine (SICILE)
- 24 - 25 Mai**
Journées internationales de Printemps SFMCP
AFCP - Pathologie du Pied - Nancy (FRANCE)
- 30 - 31 Mai • 1 Juin**
50 GRAND SUD - Pathologie du squelette
chez le sportif - Bordeaux (FRANCE)
- 4 - 8 Juin**
Cours de Traitement des fractures de la CFCOT
Tours (FRANCE)
- 7 - 9 Juin**
Congrès de la Société Française de Chirurgie
du Rachis - Nantes (FRANCE)
- 8 Juin**
SOS Face Paris - 30^{ème} anniversaire - Hôpital
Pitié Salpêtrière - Paris (FRANCE)
- 8 - 9 Juin**
1^{er} Congrès International de chirurgie mini-
invasive du Pied et de la Cheville - Arcachon
(FRANCE)
- 13 - 16 Juin**
60^{ème} Congrès de la Société Française de
Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
Besançon (FRANCE)
- 14 - 16 Juin**
SOTEST - Dijon (FRANCE)
- 21 - 23 Juin**
40^{ème} réunion de la SOO - Le Vinci - Tours
(FRANCE)
- 26 - 28 Septembre**
43^{ème} Congrès Français de Stomatologie et
Chirurgie Maxillo-Faciale - Caen (FRANCE)
- 5 - 8 Novembre**
82^{ème} Réunion annuelle SOFCOT - Paris (FRANCE)

PPU (Petits Plus Utiles)

un seul numéro pour :

COMMANDES

 N° Indigo **0 825 01 10 20**
0,15 € TTC/MN

 N° Indigo FAX **0 825 01 10 30**
0,15 € TTC/MN

PRÊTS

Téléphone : **03 81 31 25 69**
Fax : **03 81 31 25 71**

SAV

Téléphone : **03 81 31 25 66**
Fax : **03 81 31 25 71**

Pour toute autre information,
le numéro du **Standard** est :
Téléphone : **03 81 31 25 50**
Fax : **03 81 31 25 51**



EDITO

Un premier numéro, c'est toujours un événement. Nous avons conçu la Newsletter de Synthes comme un lien supplémentaire entre nous.

Vous découvrirez dans "Au quotidien chez Synthes", ce que Mickaël et l'équipe logistique accomplissent chaque jour pour votre satisfaction.

Vous lirez les Interviews du Dr Colin Dujardin et de Mme Gerbeaud qui nous font partager leur expérience du LCP. Le Focus est consacré à Prodisc, notre prothèse totale de disque qui vient de recevoir un avis favorable de la Commission Technique de la Haute Autorité de Santé en vue de son remboursement.

Vous noterez sur votre Agenda les rendez-vous de l'AO-AA France et de l'AOSpine France, enfin, en participant à notre Concours, vous pourrez gagner une place pour le cours AO de Davos en décembre 2007. Je vous souhaite une bonne lecture de ce 1^{er} numéro de la Newsletter de Synthes.

J'espère que vous aurez autant de plaisir à le lire que nous en avons eu à le réaliser.

Bernard CHAMINADOUR
Directeur Général de Synthes France

SOMMAIRE

- 1 ► **ÉDITO** - Le mot du Directeur Général
- 2 ► **FOCUS** - Prodisc, secret d'un succès
- 3 ► **ACTU** - TRAUMA - DHS Blade
- CMF - Distracteur Alvéolaire

- 4 ► **INTERVIEW** - CHR Orléans, l'expérience du LCP
- 5 ► **INTERVIEW** - IBODE du CHR Orléans
- 5 ► **CONCOURS** - Gagnez une place pour le cours AO de Davos
- 6 ► **AU QUOTIDIEN CHEZ SYNTHES**
- 6 ► **SYNTHES SOUTIENT**
- 6 ► **SYNTHES SERA PRÉSENT...**



Original Instruments and Implants of the Association
for the Study of Internal Fixation - AO/ASIF

1078 av. Oehmichen - B.P. 21019
25461 ETUPES - Cedex France
info.france@synthes.com
www.synthes.com



Dr Thierry Marnay

SECRET D'UN SUCCÈS

Quelle est la signification du nom PRODISC ?

T.M. : Quand, en 1989, nous avons mis au point ce concept de prothèse totale de disque, la recherche d'un nom générique a abouti assez rapidement au nom PRODISC : il s'agit d'une PROthèse, PRO reflète également un caractère professionnel et enfin signifie « en remplacement de ».

Les patients ayant déjà été opérés pour des hernies discales lombaires peuvent-ils bénéficier d'une PRODISC L7 ? D'une manière plus générale quelles sont les indications de PRODISC L ?

T.M. : L'arthroplastie lombaire répond en premier lieu au traitement de la maladie dégénérative d'origine multifactorielle (génétique, traumatismes, microtraumatismes...). L'indication première de la pose de prothèse est probablement la récurrence de hernies discales. Il existe en dehors des hernies d'autres indications : la maladie dégénérative sans hernie, les spondylo-listhésis dégénératifs de stade 1 (en particulier en L4/L5) chez le sujet jeune, et les sténoses dues au collapsus discal et au festonnage du ligament et du disque à l'intérieur du canal, la remise en hauteur permettant de redonner une taille normale au canal.

L'indication ne peut se poser qu'après des mois de traitement conservateur, une interview du patient permettant de comprendre l'origine de sa souffrance et ses conséquences au niveau médical, social et professionnel. La principale contre-indication est probablement la fragilité osseuse. A partir de 50 ans chez la femme et 60 ans chez l'homme, nous insistons beaucoup sur le contrôle de l'ostéodensitométrie. D'une manière générale, chaque fois que l'on se pose la question sur l'indication d'une arthrodèse dans le cadre d'une maladie discale, il faut se demander si la prothèse ne serait pas mieux adaptée.

Pouvez-vous nous donner les avantages des prothèses semi-contraintes par rapport aux prothèses non-contraintes ?

Plutôt que de parler de prothèse semi-contrainte ou non-contrainte, voyons cette question sous deux aspects.

Le premier aspect est la perte du degré de liberté de translation. Sur un disque normal, la liberté de translation est contrôlée par les éléments ligamentaires : le ligament antérieur, le ligament postérieur, la qualité de l'annulus et des articulations postérieures. A partir du moment où vous avez une destruction du ligament commun postérieur (maladie, inter-

ventions chirurgicales), que vous avez coupé le ligament commun antérieur pour mettre la prothèse (ou qu'il a été endommagé par la maladie), vous avez perdu ces éléments de contrôle de la translation. Cette perte doit être compensée par une hyper-distraction pour remettre en tension les éléments restants (périphérie du disque, coins postéro-latéraux ligamentaires...). Cette hyper-distraction peut maintenir la stabilité d'une prothèse non contrainte mais au dépend d'une tension locale qui n'est pas forcément bonne. Dans le cas d'une dégénérescence avec destruction des ligaments communs, nous neutralisons la translation par la fixation du noyau dans le plateau inférieur afin de remplacer ces éléments. C'est donc la prothèse qui, par sa stabilité intrinsèque, compense la perte d'éléments de stabilité naturelle que sont les ligaments.

Le second aspect est chirurgical : la stabilité de l'implant lui-même. Le risque avec une prothèse non-contrainte est la migration de son noyau, puisqu'il est libre dans l'espace. Un mouvement d'hyper-extension brutale suivi d'un mouvement d'hyper-flexion brutale peut provoquer une expulsion du noyau. Le prix à payer est très cher pour avoir ce degré de liberté qui ne m'apparaît pas très utile, au vu des risques pris. Nous avons fait le choix d'une mécanique plus simple mais qui correspond beaucoup plus à l'état pathologique du segment opéré.

Qu'en est-il du remboursement PRODISC L ?

Le remboursement de Prodisc L est un long cheminement initié au début des années 1990. Tous ceux qui ont été partie prenante de l'arthroplastie ont pu assister à l'ensemble des événements qui se sont succédés : remboursement, interdiction, autorisation partielle. Nous sommes aujourd'hui dans la phase terminale de ce cheminement puisque nous avons obtenu un avis favorable de la commission technique (CEPP) de la Haute Autorité de Santé. Il revient maintenant à la commission financière du ministère de la Santé (CEPS) de définir un prix de remboursement.



« Symposium Arthroplastie et remboursement » au moment de la SFCR - Nantes - 7 juin 2007

Quelles sont les étapes essentielles à la formation en arthroplastie pour un chirurgien ?

D'abord, il doit être un chirurgien du rachis, connaître la pathologie discale, l'ensemble des éléments du diagnostic, l'analyse de l'interview du malade et de la classification de sa pathologie, l'analyse des IRM et une connaissance de l'ensemble des environnements clinique, radiologique et thérapeutique de la maladie discale.

Ensuite, il y a la connaissance de la voie d'abord antérieure. En effet, celle-ci est parfois enseignée de façon incomplète et nécessite des connaissances multidisciplinaires : savoir gérer un abord antérieur sous-péritonéal et en cavité abdominale, connaître son anatomie, connaître les vaisseaux, savoir les disséquer voire même les réparer si nécessaire. S'il n'y est pas formé, la présence d'un chirurgien vasculaire est un élément de base. Il y a aujourd'hui beaucoup d'indications et de techniques qui passent par un abord antérieur (cages,

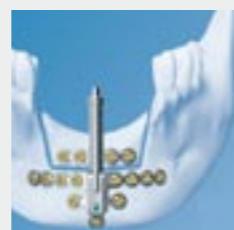
ostéosynthèses par voie antérieure) ; ce n'est donc plus un phénomène nouveau, même si cela demeure une formation particulière. Enfin, notons bien sûr la connaissance de la pose de la prothèse : la technique est conviviale et simple puisque les deux plateaux se mettent en place collabés, dans le bon positionnement avec la quille qui les guide. La clé de la bonne mise en place d'une prothèse dépend de la qualité de la disectomie, de la libération, du nettoyage postérieur des fibres. Ces éléments vont être acquis par une révision théorique de la pathologie, de l'anatomie antérieure, des techniques de la voie d'abord, de disectomie et de pose de PRODISC. Si on veut avoir une technique par voie antérieure qui soit parfaite et sans complication, il faut connaître l'ensemble de ces éléments. L'arthroplastie par voie antérieure vous donnera des résultats parfaits, sans douleur, avec une restauration maximale de la fonction, sans risque neurologique, infectieux, cicatriciel ; ce que ne donnent pas habituellement les techniques par voie postérieure.



TRAUMA

DHS Blade

Les fractures proximales de fémur sont devenues le quotidien des services de traumatologie. Leur nombre continuera de progresser dans les années à venir. Elles concernent, une population âgée avec un terrain ostéoporotique important. Le résultat de ces ostéosynthèses est donc souvent lié à la qualité de la prise céphalique. L'expérience du clou PFNA, confirme que l'utilisation d'une lame comme élément céphalique, permet de réduire significativement les risques de balayage dans les situations porotiques et de rotation dans les fractures instables. Ce principe d'une lame comme élément céphalique est repris et adapté à la plaque DHS avec la **DHS Blade**. Ainsi le système DHS® Synthes avec des solutions innovantes, vous permet de mieux répondre aux problèmes posés par ces fractures parfois difficiles.



Distracteur alvéolaire

Dans certains cas de déficience de hauteur d'os au niveau du maxillaire ou de la mandibule (traumatologie, résorption après extraction dentaire, résection de tumeur, ou déformité congénitale), un allongement de la crête s'avère nécessaire. Le distracteur alvéolaire SYNTHES est destiné à l'allongement vertical de la crête alvéolaire de la mandibule ou du maxillaire quand une distraction osseuse progressive est nécessaire. Le mécanisme d'angulation permet au chirurgien d'installer facilement le vecteur de distraction désiré pendant l'opération et choisir le vecteur le plus approprié pour le patient. La plaque basale rigide possède un ancrage sécurisé du dispositif de distraction dans un segment osseux résiduel ce qui assure une grande rigidité contre les tractions des tissus mous et prévient ainsi les potentiels changements défavorables du vecteur, ainsi le confort et la sécurité du patient sont garantis. Les trois longueurs de distractions disponibles offrent la flexibilité d'accommoder le distracteur à des conditions anatomiques différentes, et permet ainsi de l'adapter à tous types de patients. Un guide de soin est remis à chaque patient pour lui permettre de suivre le protocole et réaliser la procédure, grâce à l'instrument d'activation, en toute sécurité.



Le Dr Colin Dujardin est Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

« CHR d'Orléans L'expérience du LCP »

Le Centre Hospitalier Régional d'Orléans est composé de 2 sites principaux : l'hôpital Porte Madeleine et l'hôpital de La Source.

Au 5ème étage de l'hôpital de La Source, le service de chirurgie orthopédique et traumatologique regroupe 58 lits. 6 chirurgiens et 2 internes, soutenus par l'équipe paramédicale, prennent en charge 2400 patients par an. Deux tiers d'entre eux le sont au titre de la traumatologie.

Dans les indications de traitement par plaques et vis, les systèmes verrouillables trouvent au sein du service une place de premier choix. Le Dr Colin Dujardin a accepté d'en témoigner !

« Depuis combien de temps les systèmes verrouillés sont-ils utilisés dans le service ? »

Depuis la fin 2001. Le premier système que nous avons utilisé a été le système LISS fémur. C'est mon collègue, le Dr Yaffi, qui a été le premier convaincu de l'intérêt de ce type d'implant. Depuis, les systèmes verrouillables sont utilisés dans nombre d'indications de traitement par plaques et vis.

« Que vous a apporté ce système ? »

Sur le plan mécanique, ce système offre une stabilité angulaire et axiale de nos montages qui autorise une mobilisation active immédiate et une remise en charge souvent plus précoce. Au niveau de la prise en charge chirurgicale, ces implants nous ont permis de réaliser des ostéosynthèses moins agressives sur le plan biologique.

« Vous avez dans un second temps introduit les systèmes LCP dans vos pratiques chirurgicales. Pour quelles raisons ? »

Nous voulions faire le lien entre le système DCP classique de l'AO et les fixateurs internes type LISS. Les plaques LCP nous permettent puisqu'elles nous offrent la possibilité d'effectuer des montages type DCP, type LISS, ou de combiner les 2 techniques !

« Aujourd'hui, LCP est devenu le système que vous utilisez dans la quasi-totalité des indications de traitement plaques et vis, c'est votre nouveau standard ? »

Oui puisqu'il peut être utilisé dans toutes les configurations d'ostéosynthèses par plaques et vis. Ce système autorise des ostéosynthèses sans compression de la plaque contre l'os. Il n'y a donc plus de nécessité absolue de mettre à jour l'os. La zone fracturée est moins agressive, ce qui a un intérêt sur le plan biologique au niveau du foyer de fracture et sur le plan infectieux. De plus, la stabilité des montages réalisés permet également de diminuer les douleurs en réduisant la mobilité résiduelle du foyer de fracture. LCP est une arme supplémentaire dans notre arsenal thérapeutique. Mais ce n'est pas un système exclusif, nous utilisons également les autres types d'ostéosynthèses : clous, vissages percutanés, fixateur externe, en fonction des indications.

« Cela a-t-il été le choix de l'ensemble du service ? »

Oui, globalement l'ensemble des chirurgiens étaient d'accord. Certains sont restés fidèles aux techniques classiques de l'AO dès lors qu'il ne s'agit pas d'os ostéoporotique. Il faut noter que ce projet a également été porté par d'autres services dans l'établissement, comme la pharmacie et la stérilisation.

« Et s'il fallait revenir en arrière ? »

J'ai beaucoup de mal à l'imaginer ! Nous avons beaucoup de chance de pouvoir faire bénéficier nos patients de cette technologie. Elle a transformé notre pratique chirurgicale et les résultats de nos actes. L'adage de l'AO « Life is movement » est en train d'évoluer vers « Life is function » ! Et c'est certainement ce qui peut arriver de mieux à nos patients !

