



Médiscope VOIX PRIVÉE

LE MÉDISCOPE VOIX PRIVÉE : L'ACTUALITÉ MÉDICALE DES CLINIQUES À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

N°1 – octobre 2016

Institut ophtalmique de Somain L'Institut fait peau neuve

L'Institut ophtalmique, un institut historique fondé en 1873, est aujourd'hui un centre hyperspécialisé de renommée régionale et nationale. Il s'est agrandi avec l'aménagement de nouveaux locaux début 2016.

La spécificité de ce centre mono-disciplinaire est de rassembler sur un même site les compétences nécessaires au diagnostic, à l'évaluation, au traitement et à la surveillance de l'ensemble des affections oculaires. De plus, la sur-spécialisation des chirurgiens garantit une prise en charge optimale à chaque patient.

Focus sur les nouveaux aménagements. L'Institut dispose d'un nouvel hall d'accueil de 300 m² qui lui permet d'accueillir les patients dans le respect de la confidentialité. Un nouveau salon est dédié aux accompagnants, équipé d'un téléviseur et de distributeurs automatiques de snacks

et boissons fraîches. Le circuit patient a été entièrement revu pour permettre de limiter les temps d'attente et garantir ainsi une prise en charge de la cataracte en moins de deux heures.

11 000 interventions y sont pratiquées chaque année, et l'activité est en croissance constante.

Une nouvelle salle supplémentaire de bloc opératoire est opérationnelle. Le plateau technique dispose désormais d'une 4^e salle de bloc opératoire équipée des dernières technologies permettant la réalisation de l'ensemble des actes de chirurgie ophtalmique. Enfin, l'Institut disposait déjà

d'un grand parking gratuit de 160 places, une nouvelle voirie facilite dorénavant l'entrée et la sortie des véhicules.



ÉDITO

MédiPôle Partenaires est un groupe de cliniques expérimenté et reconnu dans les domaines de la Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), des Soins de suite et de réadaptation (SSR), de l'Hospitalisation à domicile (HAD), et de services à la personne. Notre groupe multi-régional bénéficie d'un maillage territorial dense et d'un large éventail d'expertises au service des patients et de leurs pré-occupations.

Nos établissements ont tous en commun un projet médical fort. Ce qui nous anime, c'est cette volonté de faire de nos cliniques des lieux d'excellence médicale, où la compétence de nos équipes médicales et paramédicales et l'innovation n'ont qu'un seul but : offrir à nos patients la meilleure prise en charge possible.

Cette lettre Médiscope répond à notre volonté de vous diffuser des informations ayant trait aux activités médicales des cliniques tant sur le plan de la technicité, de la sécurité que de la recherche. Ce rendez-vous médical a donc pour objectif de créer ou de consolider un partenariat naturel et durable avec l'ensemble des professionnels de santé que vous représentez.

Pour suivre notre actu en temps réel retrouvez nous sur :



@MPartenaires



Médipôle
Partenaires

90 % des actes sont réalisés en ambulatoire

Le taux de prise en charge en ambulatoire est un gage de qualité et sécurité des soins que le ministère de la Santé souhaite augmenter. Au premier trimestre 2016, 90 % des interventions ont été réalisées en ambulatoire. Cette prise en charge est bien entendu adaptée au patient, à son autonomie, et à son état général de santé. Pour les patients les plus autonomes, un nouveau circuit ambulatoire écourté.

Nouvel accueil ambulatoire

Une fois les formalités administratives réalisées, le patient est orienté vers le nouvel accueil ambulatoire au 1^{er} étage où il est ensuite pris en charge par l'équipe soignante. Après un passage aux vestiaires, le patient est installé sur un brancard en salle de préparation pour être conduit jusqu'à la salle de bloc.

En fin d'intervention, le patient est transféré en salle de réveil. Il est levé et ramené aux vestiaires uniquement après autorisation de l'anesthésiste, puis rejoint ensuite le salon de repos afin d'y prendre une collation. Après l'évaluation de son état de santé et sous la responsabilité de l'anesthésiste, le patient pourra regagner son domicile.

Pour les patients les moins autonomes, une prise en charge ambulatoire classique est possible. Le patient est accueilli et installé en chambre. Transféré au bloc opératoire, il y est préparé pour l'intervention et pris en charge par l'équipe du bloc opératoire. À la fin de l'intervention, il est installé dans son lit et profite d'un



Arrivée de trois praticiens et ouverture d'un nouveau bâtiment de consultations

Trois nouveaux praticiens ont rejoint l'équipe médicale en 2015. Pour accompagner ce développement, un nouveau bâtiment de consultations a été ouvert en 2016. Ce nouvel espace de 1300 m², où sont regroupés 15 praticiens permet d'accueillir davantage de patients chaque jour et ainsi pallier le déficit d'accès aux soins des patients de la région.

Un nouveau centre de consultation à Douai

Les praticiens de l'Institut ont ouvert un nouveau centre de consultation à Douai suite au départ et au non remplacement de 7 ophtalmologistes partis en retraite en 2014. Un projet rendu possible grâce à un partenariat avec la Mairie de Douai et la Communauté d'Agglomération du Douaisis.

temps de repos allité ou assis. Une collation lui est servie. Après l'évaluation de son état de santé et sous la responsabilité de l'anesthésiste, le patient pourra regagner son domicile.

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des patients après la mise en place du nouveau circuit patient. Sur 67 patients interrogés : 97 % se disent satisfaits ou très satisfaits de leur prise en charge globale à l'Institut et 99 % d'entre eux recommanderaient l'Institut à leur proche.

Certification sans réserve pour la Polyclinique du Parc

La HAS a salué le travail des équipes de la Polyclinique du Parc de Saint-Saulve lors de la certification V2014, obtenue avec la note maximale (A) « sans écart ». Si l'objectif est bien d'obtenir le niveau maximum de reconnaissance, dans

les faits, c'est l'engagement quotidien et constant de tous les professionnels au service du soin et de la qualité qui est ici salué. Un niveau d'exigence en constante augmentation qui a permis aux équipes d'atteindre la maturité dans les pratiques et le service.

Polyclinique du Parc

Prothèse totale de hanche par voie antérieure

Depuis au moins 18 mois, nous pratiquons à la Polyclinique du Parc, la chirurgie de la prothèse totale de hanche par voie antérieure et sans table de traction, le patient étant en simple décubitus dorsal sur la table opératoire.

Cette intervention est réalisée sous rachianesthésie ou anesthésie générale avec injection de curare pour le relâchement musculaire. Il s'agit d'une approche chirurgicale anatomique et non traumatique, puisqu'elle protège les muscles et les tendons.

Cette stratégie s'intègre parfaitement dans la philosophie actuelle de récupération rapide après chirurgie prothétique.

Les avantages de cette technique sont réels et nombreux. Tout d'abord le contrôle de la stabilité et donc la réduction significative du risque de luxation, le contrôle de la longueur des membres, puis une prévention de la boiterie. Par ailleurs, cette technique permet une diminution de la douleur post-opératoire. Enfin, elle offre une récupération rapide avec le démarrage d'une rééducation le jour même ou le lendemain et permet donc un retour précoce à une vie normale.

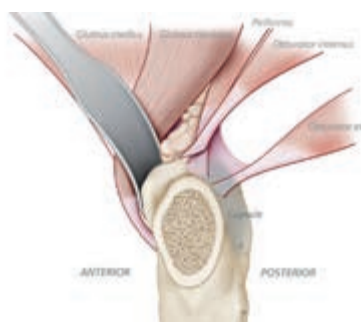
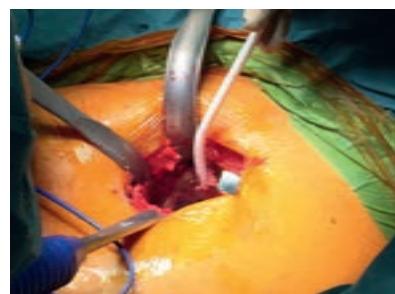
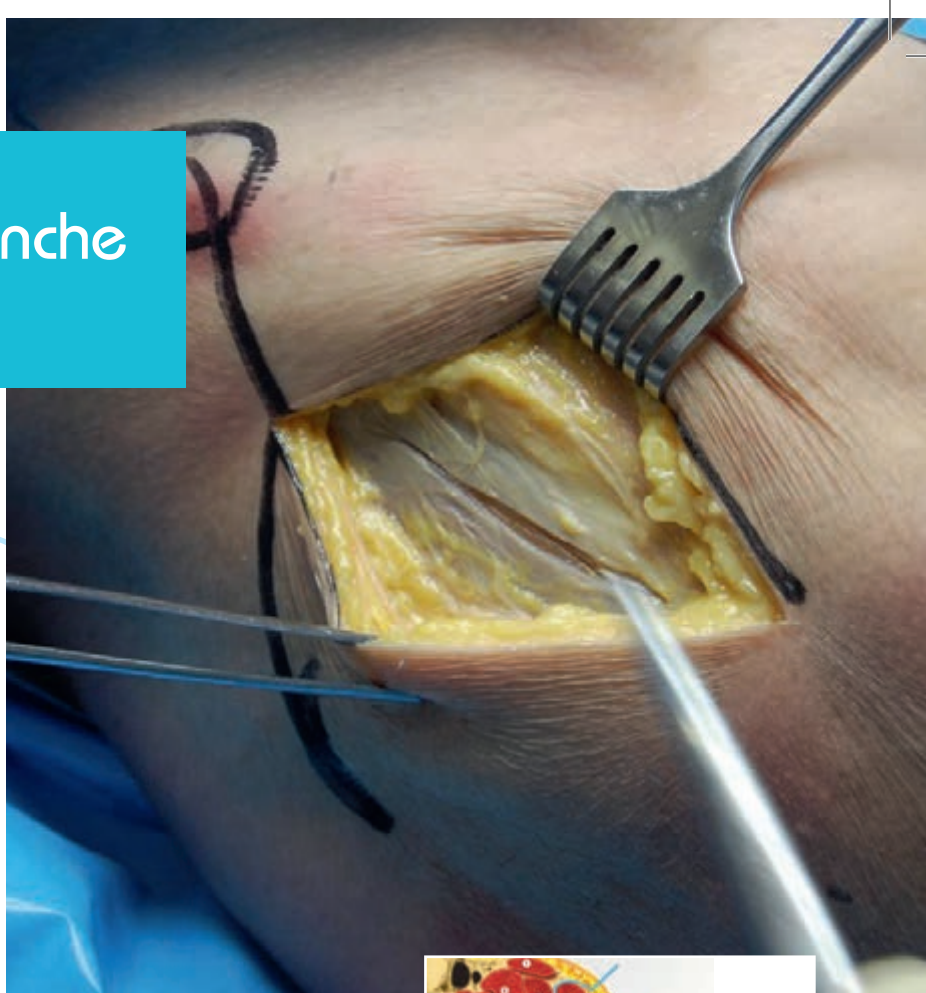
Une technique bien rôdée à la Polyclinique du Parc

L'abord chirurgical suit un espace inter-musculaire et inter-nerveux, réduisant les risques de lésion des muscles, des tendons, des vaisseaux et des nerfs. Cette voie d'abord nécessite quelques écarteurs et des porte-râpes spécifiques. La coupe du col fémoral est réalisée sans luxation de la hanche, après ouverture de la capsule (capsulotomie ou capsulectomie antérieure).

La préparation du cotyle est plutôt aisée, mais il faut bien protéger le muscle droit antérieur et éviter le débord antérieur de l'implant afin de ne pas entraîner de conflit avec le tendon du psoas.

La préparation du fémur est plus exigeante. Elle demande une certaine expérience de la part du chirurgien. Il s'agit de - s'assurer d'une bonne libération capsulaire à la face interne du grand trochanter et surtout à la partie supérieure et inférieure du col fémoral ; de ne pas forcer sur l'élévateur fémoral car si le fémur ne s'expose pas, c'est que la libération capsulaire est insuffisante ; de se méfier des fausses routes fémorales et vérifier régulièrement le fût fémoral. S'il existe un doute sur la direction de la râpe, un contrôle radiologique per opératoire (amplificateur de brillance) est conseillé. Cette voie d'abord peut être déconseillée dans les cas suivants : coxarthrose ankylosante et ou engainante, coxa vara, col fémoral court, patients fortement musclés et/ou en surcharge pondérale.

Docteur Richard Elhage, chirurgien orthopédiste, Polyclinique du Parc



L'hyperactivité vésicale idiopathique

L'hyperactivité idiopathique touche environ 15 % des femmes et 5 % des hommes. La fréquence, la sévérité des symptômes, le retentissement sur la qualité de vie ou l'humeur en font un véritable problème de santé publique.

L'hyperactivité vésicale (HAV) a été définie par l'International Continence Society par la survenue d'urgences avec ou sans incontinence souvent associée à une pollakiurie ou une nycturie. Le caractère idiopathique est affirmé par l'absence de causes infectieuses, neurologiques ou urologiques.

La prise en charge de première intention repose sur un traitement médical

Une prise de conscience est tout d'abord nécessaire. Il s'agit ensuite de délivrer des conseils hygiéno-diététiques, et de prescrire des séances de kinésithérapie périnéo-sphinctérienne avec une technique de bio-feed-back et comportementale et un traitement médicamenteux par anticholinergiques en cas d'échec.

Une nouvelle classe de médicaments a vu le jour et est commercialisée depuis janvier 2016. Il s'agit d'agonistes des récepteurs B3 adrénergiques dont les résultats sont comparables aux anticholinergiques mais dénués d'effets indésirables extra-vésicaux (bouche sèche, constipation, etc.).

En cas d'échec de cette prise en charge, deux alternatives peuvent être proposées aux patientes.

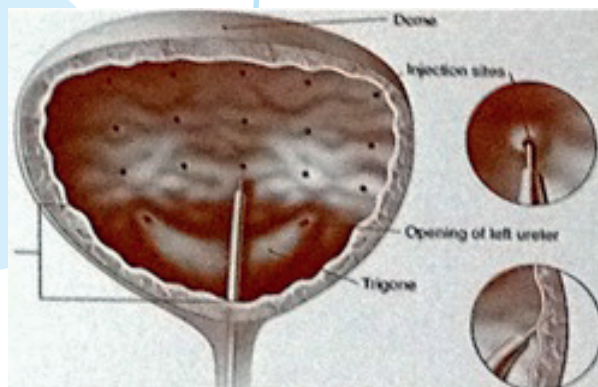
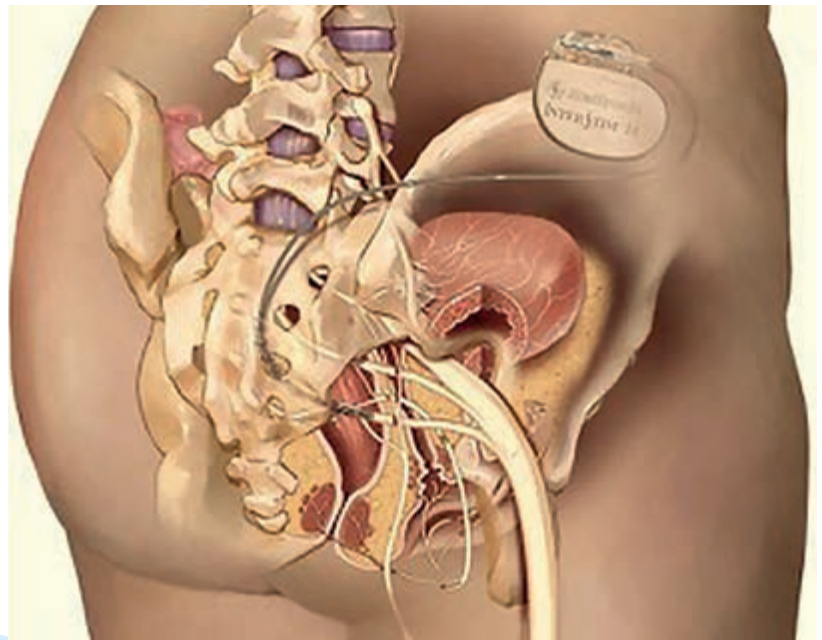
La neuromodulation des racines sacrées

La technique repose sur une phase de test consistant en l'implantation d'une électrode au contact de la troisième racine sacrée S3. L'année 2015 a vu apparaître deux innovations techniques : une modification de la courbure de l'électrode permettant d'optimiser ses performances, et un boîtier temporaire à usage unique contrôlé par une commande « blue tooth ».

Au terme de cette phase de test, si le contrôle des symptômes est satisfaisant, l'implantation sous-cutanée d'un neuromodulateur définitif peut être proposée. La durée de vie de ce dispositif varie de trois à sept ans selon l'intensité développée pour contenir les symptômes et nécessite alors un remplacement par un nouveau neuro-modulateur ; l'électrode trans-sacrée restant en place. Parmi des patients bien sélectionnés, trois sur quatre répondent de manière satisfaisante à la période de test. Le taux de satisfaction à deux ans varie de 75 à 85 % chez les patients implantés.

Les injections de toxine botulique A

Leur indication est désormais validée dans la prise en charge de l'HAV idiopathique si celle-ci comporte au



moins deux fuites par jour. 20 points d'injection sont effectués sous contrôle cystoscopique au sein du muscle détrusor permettant de délivrer 50 UI au cours de la première procédure puis 100 UI au cours des injections ultérieures.

Le taux de satisfaction est d'environ 80 % au prix d'un risque de rétention d'urine transitoire de l'ordre de 5 à 10 % et justifiant ainsi chez les patientes l'acceptation de s'engager dans une démarche d'auto-sondage en cas de nécessité.

Aucune recommandation ne permet actuellement de positionner l'une ou l'autre technique en première intention. L'indication est alors posée en fonction des souhaits du patient, de ses appréhensions, de son âge mais également selon l'expérience de l'urologue.

Dr Jérôme Colin, chirurgien urologue,
Polyclinique Vauban

Traitement moderne de l'anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale par procédure endo-vasculaire

Les techniques endo-vasculaires sont en constante amélioration. Elles permettent d'envisager le traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale avec sérénité et un risque opératoire faible. À la différence de la chirurgie ouverte, une surveillance régulière bi-annuelle est nécessaire par écho-doppler.

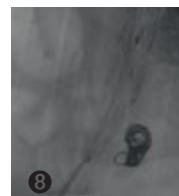
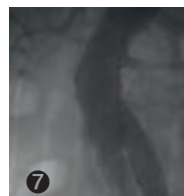
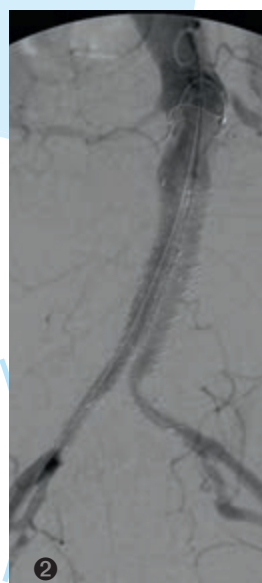
Le traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale est bien codifié depuis plusieurs années. Il est admis à l'heure actuelle que lorsque le diamètre de l'aorte abdominale sous rénale atteint et dépasse 50 mm, son exclusion par chirurgie ouverte (laparotomie), ou par procédure endo-vasculaire (fig. 1 et 2) doit être envisagée afin d'éviter sa rupture qui reste grevée d'une lourde mortalité (50 et 80 %)

Le passé

La chirurgie ouverte par laparotomie médiane xypho-pubienne ou par abord rétro-péritonéal réputé moins invasif (fig. 3 et 4) était la seule option thérapeutique. Chez les patients à haut risque menacés de rupture imminente, on pouvait privilégier une procédure atypique qui consistait à réaliser l'embolisation du sac anévrysmal par des coils, afin de provoquer la thrombose et rétablir la vascularisation des membres par pontage extra-anatomique. Cette procédure ne mettait pas le patient à l'abri de la rupture du sac embolisé. Elle était de ce fait peu utilisée sauf dans des cas exceptionnels et bien choisis. À côté de ces techniques, des procédures expérimentales endo-vasculaires faisant appel à des endo-prothèses couvertes bifurquées ou coniques ont vu le jour (fig. 5 et 6).

Aujourd'hui

Le traitement de l'anévrisme de l'aorte est possible par des procédures endo-vasculaires validées et remboursées par le CPAM. Cela a entraîné un bouleversement majeur dans l'approche thérapeutique chez les patients fragiles, chez qui l'abstention était préconisée. En effet, les bons résultats immédiats obtenus après exclusion de l'anévrisme par ces procédures, le peu de complications per et post opératoires observées par rapport à la chirurgie ouverte (cardio-vasculaires-pulmonaires-rénales-digestives, etc.), un séjour de 24h aux soins intensifs et une hospitalisation en général de 72 h, nous ont incités à les généraliser aux sujets jeunes présentant un bon état général. Le choix de ces techniques endo-vasculaires est conditionné par le statut anatomique du collet anévrysmal : sa longueur par rapport aux artères rénales ainsi que son diamètre et le nombre des collatérales qui partent du sac anévrysmal (artères lombaires, artère mésentérique inférieure, artère polaire inférieure rénale, artère iliaque interne). Un collet anévrysmal inférieur à 12 mm risque d'induire une fuite de type 1 (fig. 7) avec comme conséquence l'augmentation du diamètre du sac et sa rupture. Les collatérales qui restent perméables (fuite de type 2) après exclusion endovasculaire du sac participent également à l'évolution de celui-ci et peuvent entraîner sa rupture. Ces collatérales sont dans certains cas embolisées en même temps ou avant l'exclusion endovasculaire de l'anévrisme (fig. 8).



Comment éviter ces fuites ? D'abord par une meilleure sélection des candidats. Ainsi chez les patients qui ont un anévrisme à collet court et large, la chirurgie ouverte reste la seule option à proposer. L'embolisation des collatérales avant l'exclusion de l'anévrisme ou pendant la procédure permet d'éviter ce type de fuite. Lorsqu'une fuite de type 2 survient immédiatement après exclusion endovasculaire, il faut surveiller l'évolution du sac par angioscanner à trois mois d'intervalle car ces fuites disparaissent pour la plupart entre le 3^e et le 6^e mois.

Surveillance à distance. En cas de fuite de type 2 persistante sans augmentation du diamètre de l'anévrisme, la surveillance régulière est de mise par échodoppler qui doit être réalisé tous les trois mois par un radiologue ou un angiologue rompu à ces examens. En cas de fuite de type 2 avec augmentation du

diamètre du sac, on peut proposer d'abord l'embolisation des collatérales par coils. En cas d'échec, une laparotomie s'impose pour lier les collatérales et réduire la poche anévrysmale sans remplacer l'endoprothèse. En cas de fuite de type 1 sur un collet long supérieur à 12 mm, une extension par endoprothèse (cuff) vers les artères rénales permet de régler le problème. En revanche, en cas de persistance de la fuite, la laparotomie est inévitable.

Demain

Ces techniques endovasculaires vont se généraliser surtout chez les patients jeunes et âgés en raison du faible risque opératoire. Elles nécessitent soit une ponction percutanée des artères fémorales, soit et c'est notre préférence, la réalisation de deux abords aux plis de l'aîne équivalents aux abords de crossectomies dans la chirurgie des varices pour éviter les faux anévrismes ou les ruptures rencontrées après ponction percutanée. La durée de séjour est de 72 h à cinq jours et varie en fonction des facteurs de risques liés à chaque patients.

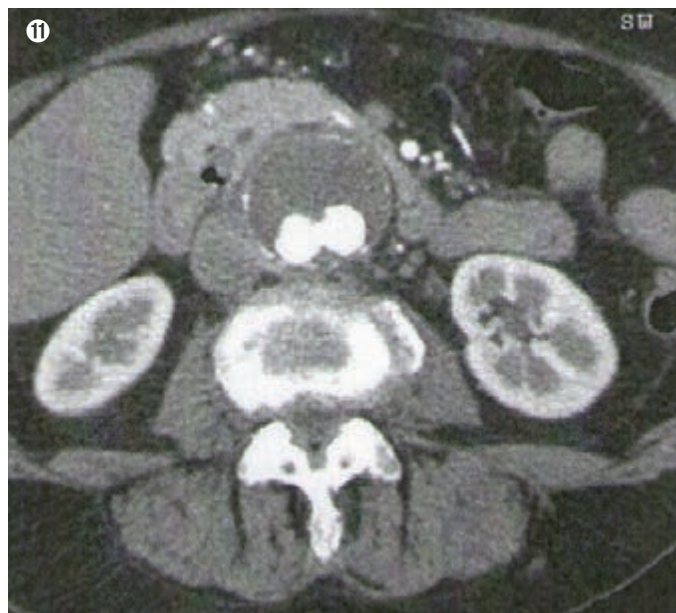
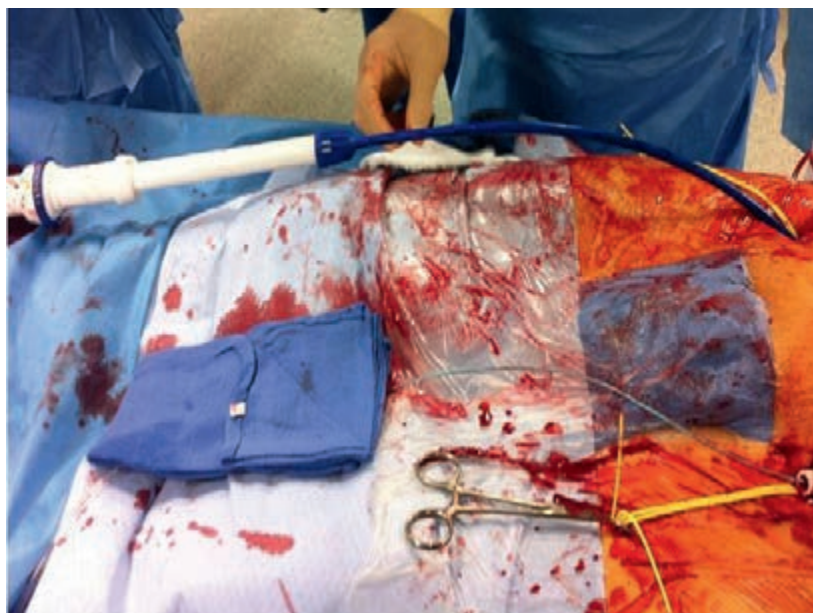
Chez les patients jeunes, ces techniques ont l'avantage de permettre une reprise de travail rapide et d'éviter le dysfonctionnement sexuel rencontré dans la chirurgie ouverte et l'éventration.

Quelle surveillance réalisons-nous ?

Nous recommandons l'angioscanner à la sortie et à un mois. (fig. 11) Si l'évolution est favorable, la surveillance peut être poursuivie à trois, six et douze mois la première année, et tous les six mois par la suite par échodoppler. En cas d'apparition d'anomalies au niveau du sac et des artères iliaques, l'angioscanner est à préconiser.

Nous recommandons aussi un ASP à la sortie et ensuite annuel afin de surveiller la bonne tenue de la charpente métallique de la prothèse (déplacement, fracture métallique).

Dr Assem Mikati, chirurgien vasculaire,
avec les Drs Alireza Hashimi et Francis Lasou,
chirurgiens vasculaires, Polyclinique Vauban



La réhabilitation précoce en chirurgie prothétique : mythe ou réalité ?

La démarche RRAC (récupération rapide après chirurgie) protocolisée vise à améliorer l'accompagnement des patients et à accélérer la reprise de leur autonomie dans une logique de parcours de santé et de continuité des soins avant l'hospitalisation, pendant le séjour hospitalier et lors du retour à domicile. Il s'agira de diminuer l'impact physique et psychologique de l'intervention.

La réhabilitation précoce, aussi appelée Fast Track Chirurgie, est une réalité sans nul doute ! Le constat sans appel se traduit par une baisse de la mortalité de 30 à 50 % à deux ans avec l'utilisation systématique du Fast Track. L'intérêt est réel : il est proportionnel suivant l'âge mais exponentiel à partir de 85 ans.

D'un point de vue technique et médical

« J'opère depuis très longtemps sans garrot. Comme l'ont démontré les anesthésistes lors d'une réunion de la SOFCOT il y a quelques années, le garrot n'apporte qu'une seule chose : le confort au chirurgien... ce qui n'est pas le problème du patient, sans compter que les complications thrombo-emboliques sont plus importantes avec l'utilisation d'un garrot. La chirurgie n'est pas plus difficile sans garrot, il suffit que le chirurgien utilise des lunettes protectrices. L'hémostase au fur et à mesure de l'intervention permet d'éviter les saignements importants que l'on peut avoir à la levée du garrot.

Quant au drainage, c'est un sujet sans limite qui continue à faire couler beaucoup d'encre. J'ai drainé pendant longtemps, par habitude, comme on me l'a appris. J'ai d'abord mis des drains que je retirais au bout de deux jours, puis au bout d'un jour, pour finir enfin par ne plus en mettre du tout. À ce jour, il n'y a pas eu plus de complications à type d'hématome. L'ablation des drains est très anxiogène et de nombreuses études ont pointé l'absence de différence entre l'utilisation ou non d'un drain. Sur le plan de l'autonomie, l'absence de drain, tout comme celle de perfusion, permet au patient de se remettre debout le jour même, sans être "accroché" à des perfusions ou autres tuyaux.

L'utilisation de corticoïdes est systématique en anesthésie. Ce produit a plusieurs effets : outre le fait de diminuer les nausées et les vomissements, il a un rôle anti-inflammatoire et antalgique majeur dans les suites, sans oublier son rôle stimulant au réveil pour le premier levé. La morphine n'est plus prescrite systématiquement mais uniquement en cas de besoin. Notre expérience portant sur 18 mois montre qu'un peu moins de 10 % des patients ont recours à la morphine.

Le changement en per-opératoire est uniquement dû au protocole LIA (Local Infiltration Analgesia), qui correspond à une infiltration de l'articulation et des tissus périarticulaires. Nous utilisons un volume total de 140 ml de Ropivacaine. Nous avons désormais retiré l'utilisation de l'adrénaline afin d'éviter le risque de né-

crose cutanée : les dernières études n'ayant pas démontré une différence significative avec son utilisation en systématique.

Sur le plan technique : la 1^{re} injection de 50 cc se fait juste avant la pose des implants afin d'infiltrer en sous-périoste et dans les coques condyliennes.

La 2^e injection intervient lorsque les implants sont posés : elle se fait le long de l'arthrotomie, de l'appareil extenseur, de l'aileron et tout autour du périoste.

La dernière infiltration se fait en sous cutané.

Les injections sont plus efficaces si elles sont organisées et distantes d'environ 2,5 mm autour de la plaie.

L'objectif est de pouvoir développer la RRAC pour toutes les chirurgies mais il y a encore un long chemin à parcourir. En effet, cette démarche est le fruit d'un travail d'approche du soin et d'organisation des

En fin de compte, c'est surtout la préparation du patient à son implication dans ses soins qui ont fait le changement de cette prise en charge.

équipes de plusieurs années, une mise en place du process lente, nécessitant des ajustements réguliers et des remises en question. Pour cela, les acteurs du soin autour du patient doivent être formés.

La prise en charge du patient est globale et pluridisciplinaire. Elle implique bien sûr les chirurgiens, les anesthésistes, les infirmières et aides-soignantes mais également, l'ensemble du personnel paramédical exerçant au sein de la clinique – kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale. »

Le patient responsabilisé

Lors d'une réhabilitation précoce, le patient connaît parfaitement le scénario qui va se jouer à la clinique et l'équipe veille à l'accompagner durant son séjour par une prise en charge de la douleur adaptée. Le patient est informé et accompagné, il est coaché : avant l'intervention, il reçoit des documents détaillés, est reçu en consultation et participe à des réunions. L'anesthésie proposée est moderne et la prise en charge de la douleur post-opératoire agressive. L'anxiété avant chirurgie, qui favorise la douleur post-opératoire, est minimisée. Le retour à domicile est rapide, encadré et préparé.

Le Fast track va devenir la prise en charge de référence. Ce n'est pas une révolution mais un nouveau management qui replace le patient au centre de la prise en charge et qui vise à sa satisfaction.

**Dr Sylvain Gadeyne, chirurgien-orthopédiste,
Polyclinique du Parc Saint-Saulve**

ACTUALITÉ LE CONFORT DES PATIENTS AVANT TOUT

La Polyclinique du Parc propose désormais des offres de prestations et services hôteliers supplémentaires et à la carte, afin d'améliorer le confort de ses patients, quel que soit leur mode de prise en charge. Téléviseur avec écouteurs pour chaque patient en chambre double et sans surcoût, offres améliorées pour les patients pris en charge en ambulatoire (choix de collation, télévision, offre de films et de chaîne sportive, wifi en illimité...), offres « confort » et « prestige » pour les patients hospitalisés optant pour une chambre particulière, l'offre est plurielle et graduée suivant les attentes des patients. Par ailleurs, la polyclinique poursuit la rénovation de ses locaux et proposera prochainement dans sa maternité des chambres « comme à la maison », avec un espace accueil pour la famille. La Polyclinique Vauban développera une offre similaire dans le courant du second semestre 2016.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE : DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS

Ouverture d'une unité de dialyse médicalisée à la Polyclinique Vauban. Des séances nocturnes de 18 h à 24 h sont proposées pour les patients en activité.

MÉDECINS

DU NOUVEAU DANS NOS ETABLISSEMENTS

La maternité

Le pôle gynécologie-obstétrique de la Polyclinique du Parc renforce son équipe. Bienvenue au Dr Emmanuel Majambere, gynécologue-obstétricien qui remplace le Dr Georges Bera, qui a pris sa retraite. Bienvenue également au Dr Abderrahmane Hamriti, pédiatre, qui vient renforcer l'équipe pédiatrique. La maternité de la Polyclinique du Parc propose désormais des séances d'ostéopathie et des ateliers d'information sur la grossesse et l'allaitement maternel, ainsi que des séances de préparation à la sortie et au retour à domicile.

Le Centre de rééducation de La Rougeville

Le Centre de rééducation La Rougeville à Saint-Saulve souhaite la bienvenue au Dr Sabiha Bazi, médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, qui nous rejoint en juillet 2016.

Des offres complémentaires pour répondre au mieux aux besoins de la population du secteur

La Polyclinique du Parc Saint-Saulve vient d'inaugurer son service de médecine à orientation gériatrique, qui vient compléter l'offre de soins du service de médecine polyvalente à orientation digestive de la Polyclinique Vauban de Valenciennes. Le Dr Pierre-Marie Molinet, gériatre, a rejoint les équipes médicales de la Polyclinique du Parc dans le cadre de l'ouverture de ce service. Contact : 03 27 23 92 97

Une synergie renforcée entre l'Institut ophtalmique de Somain et la Polyclinique Vauban de Valenciennes.

Afin d'améliorer l'accès aux soins des patients du Hainaut, le Dr Thierry Amzallag, praticien de l'institut, opère désormais également à la Polyclinique Vauban. Un deuxième praticien de l'institut ophtalmique, spécialisé dans la chirurgie de la paupière, rejoindra l'équipe de la Polyclinique Vauban prochainement.

ÉVÉNEMENTS ET INNOVATIONS

Save the date : première journée de cancérologie des cliniques privées.

Les praticiens des Polycliniques Vauban, du Parc et de la Clinique Les Dentellières vous donnent rendez-vous le samedi 28 janvier 2017 pour échanger sur des sujets fédérateurs et d'actualité autour de la prise en charge en cancérologie. Un programme complet vous sera adressé d'ici la fin de l'année.

La Maison d'urologie de la Polyclinique Vauban à la pointe de l'innovation.

Depuis fin 2015, la coelioscopie en 3D et le système Focal One® pour le traitement localisé du cancer de la prostate par technique d'ultrasons focalisés font partie des techniques de pointe utilisées pour traiter les patients du service d'urologie.

L'Institut ophtalmique de Somain

L'Institut ophtalmique de Somain s'est équipé de deux systèmes Callisto Eye Markerless (Zeiss). Cette technologie permet d'assister le chirurgien pendant les interventions de la cataracte pour la pose d'implants toriques (implants spécifiques corrigeant l'astigmatisme).

L'équipe du Pôle Nutrition Obésité des Polycliniques du Parc et Vauban

L'équipe du Pôle Nutrition Obésité des Polycliniques du Parc et Vauban propose un nouveau traitement pour la perte de poids : le ballon gastrique Ellipse. Cette méthode non chirurgicale mais qui nécessite un suivi pointu, consiste à placer temporairement un ballon dans l'estomac pour entraîner de la satiété.

MédiPôle Partenaires un groupe pluri-régional

Polyclinique du Parc

5 pôles de compétences (290 lits et places) :

- Pôle orthopédie et rachis (chirurgie orthopédique, du rachis, de la main)
- Pôle viscéral (chirurgie viscérale, de l'obésité, endocrinienne, gastro-entérologie, cancérologie)
- Pôle de la face (chirurgie ORL, stomatologie, implantologie, odontologie, cancérologie)

- Pôle mère-enfant (assistance médicale à la procréation, gynécologie obstétrique, chirurgie gynécologique, sénologie)
- Pôle SSR Médecine (SSR spécialisé affections appareil locomoteur, SSR polyvalent, soins palliatifs et médecine à orientation gériatrique)

Polyclinique Vauban

4 pôles d'excellence (260 lits et places) :

- cancérologie : du diagnostic jusqu'à la fin de vie
- cardio-vasculaire : explorations, médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation
- urologie : diagnostic et chirurgie à la pointe de la technologie (laser, Focal One, coelioscopie 3D)
- digestif : prise en charge médicale et chirurgicale dont la prise en charge de l'obésité

Autres services et spécialités :

- médecine d'urgence
- dialyse
- ophtalmologie, esthétique, orthopédie
- soins de suite et de réadaptation polyvalents

Institut ophtalmique de Somain

- Chirurgie : paupière ; glaucome ; rétine et du vitré ; strabisme ; cataracte ; réfractive : myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie ; cornée ; voies lacrymales

