

N° 18 - JUILLET 2017

CLINIQUEMENT VÔTRE

FOCUS
LES ENDOSCOPIES
GASTROENTÉROLOGIQUES

LA PAROLE AUX EXPERTS
INFIRMIÈRE, UN MÉTIER
SUR LA LIGNE DE FRONT





GROUPE LEUBA
GREEN CENTER

8 CENTRES DE COMPÉTENCES DÉDIÉS À L'ÉCOMOBILITÉ

PARTENAIRE NATIONAL AUTOMOBILE
EXCLUSIF DE SOLARSTRATOS



« TOURNÉ VERS L'AVENIR, EN ROUTE POUR LA STRATOSPHERE »

INTER-AUTO

AIGLE – 024 468 04 54

GARAGE DE LA RIVIERA

LA TOUR-DE-PEILZ – 021 977 05 05

GARAGE DE L'ÉTOILE

RENENS – 021 633 02 02

MON REPOS AUTOMOBILE

LAUSANNE – 021 310 03 93

AUTO-RIVES

MORGES – 021 804 53 00

GARAGE DE LA PLAINE

YVERDON-LES-BAINS – 024 423 04 64

ÉTOILE AUTOMOBILE

CORTAILLOD – 032 729 02 90

L'ÉTOILE JURASSIENNE

DELÉMONT – 032 423 06 70

GROUPE-LEUBA.CH/GREENCENTER

SOMMAIRE

CLINIQUEMENT VÔTRE
N° 18 – JUILLET 2017

LES ACTUALITÉS DE HIRSLANDEN

4 News

FOCUS

7 Explorations
au cœur des organes

L'INTERVIEW

10 Dr Micaela Ödman-Jaques,
spécialiste en oto-rhino-
laryngologie et chirurgie
cervico-faciale

CHIRURGIE ET MÉDECINE

12 Chirurgie du genou: une équipe
applique les dernières avancées

CENTRES ET INSTITUTS

14 Une nouvelle unité
de radiologie interventionnelle
à la Clinique Cecil

LA PAROLE AUX EXPERTS

16 Pierrette Chenevard fait le point
sur le métier d'infirmière

CONFÉRENCES HIRSLANDEN

18 Urologie

LES MÉTIERS DE HIRSLANDEN

22 Christophe Belfio,
coordinateur des patients privés
à la Clinique Cecil

IMPRESSUM

Une publication pour le compte des cliniques Cecil et Bois-Cerf

RESPONSABLE DU PROJET HIRSLANDEN Isabelle Beier

RESPONSABLE DE RÉDACTION Élodie Maître-Arnaud

RÉALISATION Inédit Publications SA

TIRAGE 25 000 exemplaires

IMPRESSION Courvoisier-Attinger SA/Bienne

PHOTOS Vanina Moreillon, Pierre Vogel, Fotolia

ÉDITORIAL



© DR

INFIRMIÈRE(IER): UN MÉTIER EN PLEINE ÉVOLUTION

L'Association suisse des infirmières – ASI – a déposé une initiative en début d'année pour faire face à la pénurie annoncée des professionnels de la santé. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la croissance plus générale des besoins en santé, couplés au départ à la retraite de nombreux médecins, sont autant de défis qui nous poussent à la réflexion.

En raison de cette évolution, le besoin en prestations infirmières et médicales va augmenter, tout comme leur complexité. Parallèlement, les progrès médicaux et techniques vont se poursuivre, facilitant le traitement des maladies et leur prise en charge. Les ressources financières, quant à elles, resteront limitées. Le personnel infirmier est indispensable pour garantir un système de santé de qualité, nous en sommes parfaitement conscients! Dans ce numéro (*lire page 16*), Pierrette Chenevard vous présente les nouvelles compétences et les nouveaux rôles infirmiers.

Afin de répondre au mieux à tous ces défis, notre responsabilité, en tant que leader sur le marché des cliniques privées et en tant qu'acteur du système de santé, est de rester proactifs et de proposer des formations continues certifiées à nos collaborateurs, et plus particulièrement à nos infirmières(iers) cadres, ce qui nous permet de nous/ vous assurer une haute compétence de notre personnel.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et un bel été.

Cédric Bossart
Directeur
de la Clinique Bois-Cerf

Jean-Claude Chatelain
Directeur
de la Clinique Cecil

NEWS



© Charlotte Pichon

DÉFI CULINAIRE À LA CLINIQUE CECIL

Le 13 juin dernier, le traditionnel Défi Carlo Crisci - Hirslanden Lausanne a eu lieu dans les cuisines de la Clinique Cecil. Daniel Rossellat, syndic de Nyon, et le Dr Pierre Alain Triverio, spécialiste en médecine interne, se sont rencontrés par une chaleur estivale pour faire découvrir leurs recettes.

Au menu

Le poisson saint-pierre décliné en chaud et froid. Daniel Rossellat l'a interprété sous la forme d'un ciselé de saint-pierre en consommé d'asperges, tandis que le Dr Triverio l'a présenté rôti à la peau en duo de petits violets et céleri au verjus et carvi. Ce dernier a remporté cette 10^e édition du défi.

Retrouvez la recette gagnante et les photos du défi sur nos pages internet et notre page Facebook:
www.hirslanden.ch/cecil,
www.hirslanden.ch/boiscerf,
www.facebook.com/hirslandenromandie



© DR



© DR

CONFÉRENCE

Hirslanden Lausanne vous invite à la prochaine conférence médicale publique du cycle «Questions de santé», le 13 septembre 2017, de 20h00 à 21h00, à l'Hôtel Alpha Palmiers, rue du Petit-Chêne 34, 1003 Lausanne.

THÈME
OPHTALMOLOGIE
ET OPHTALMOCHIRURGIE



ORATEURS

- **Docteur PD François Majo**,
médecin spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie
- **Docteur Philippe Othenin-Girard**,
médecin spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie
- **Docteur Jean-Antoine Pournaras**,
médecin spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie

Entrée libre dans la limite des places disponibles.

Pour plus d'informations

Département Marketing et Communication Hirslanden Lausanne
Isabelle Gilliard-Dubois: Tél. +41 21 310 56 46

Retrouvez les résumés de toutes nos conférences sur
www.hirslanden.ch/conferences

EXPOSITIONS

À la Clinique Bois-Cerf

- Jean-Pierre Cavin,
photographie,
rez,
jusqu'à fin septembre 2017
- Osamu Oshida,
peinture classique,
étages 4, 5 et 6,
jusqu'à janvier 2018

À la Clinique Cecil

- Sylvie Rumo,
peinture abstraite,
étages 2, 3 et 4,
jusqu'à janvier 2018
- Valérie Harrison,
photographie,
bar-salon,
jusqu'à septembre 2017



MA CLINIQUE EST CONNECTÉE

Retrouvez l'actualité des cliniques Bois-Cerf et Cecil sur

- **Facebook**
www.facebook.com/hirslandenromandie
- **Twitter**
www.twitter.com/hirslandenrmd
- **YouTube**
www.youtube.com/hirslanden
- **Le Blog Hirslanden**
<https://blog.hirslanden.ch/fr/>



DES VIDÉOS SUR L'IPAD

Sur la version iPad du magazine *Cliniquement Vôtre* disponible sur l'App Store, retrouvez nos vidéos exclusives du trimestre. Les vidéos sont aussi sur YouTube: www.youtube.com/user/IneditPublications



**VOTRE PARTENAIRE
DANS LE PROCESSUS
DE GUÉRISON OU DE
PRÉVENTION DE
VOS PATIENTS.**

Sen'Su SA
Rue St-Pierre 4
CH-1003 Lausanne
T +41 21 331 29 00
F +41 21 331 29 01
info@sensu.ch
www.sensu.ch

Sen'Su est bien plus qu'une pharmacie traditionnelle. Articulant son activité autour de cinq pôles de compétences bien distincts, elle est à même de vous proposer les services d'une pharmacie classique en plus d'une large gamme d'autres prestations.

Nous pouvons, en concertation avec votre médecin traitant, vous proposer une médication complémentaire et alternative à vos médicaments pour en réduire les effets secondaires.

Notre laboratoire SISLAB quant à lui, vous délivrera des préparations sur mesure dans les domaines de l'aromathérapie, l'homéopathie, la phytothérapie médicale, la gemmothérapie, la médecine chinoise ou encore la nutrition cellulaire.

Pour pousser nos recherches, nous utilisons au quotidien des outils technologiques comme les analyses biologiques réalisées au moyen de tests sanguins au sein de notre laboratoire.

Et pour terminer, vous pourrez prendre soin de votre peau en la confiant aux mains de nos experts de l'Urban Spa : pôle spécialisé en mésothérapie et raffermissement cellulaire.

Sen'Su Votre



Tubes LED avec fonction ECO



Les tubes LED permettent le remplacement des tubes TL standard et sont particulièrement économiques.

- Détecteur de mouvement PIR (Infrarouge) ou HF (radar)
- Détecteur de luminosité et temporisateur intégré
- Réglage ECO21 de 0% à 40% de la puissance au repos

La détection d'un mouvement enclenche automatiquement le tube pour une durée fixée par l'utilisateur (5" à 60'). Passé ce délai les lumières reviennent automatiquement à un niveau défini lors de l'installation (0% à 40%).

Le capteur peut être orienté de plus ou moins 90° en fonction de la zone à couvrir.

 **Compusoft SA**
www.e-technic.ch





EXPLORATIONS AU CŒUR DES ORGANES

LES SPÉCIALISTES DU CENTRE INTERVENTIONNEL AMBULATOIRE D'ENDOSCOPIE DE LA CLINIQUE CECIL PRATIQUENT PRINCIPALEMENT DES ENDOSCOPIES DU SYSTÈME DIGESTIF (GASTROSCOPIE ET COLONOSCOPIE). LE DOCTEUR ROXANE HESSLER, SPÉCIALISTE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE, LÈVE LE VOILE SUR CES EXAMENS QUI CRISTALLISENT ENCORE CERTAINES PEURS.

Le cancer du côlon est le plus fréquent après ceux du sein, du poumon et de la prostate. Au cours de sa vie, 1 personne sur 16, soit 6,5% de la population, sera touchée par cette maladie, selon le rapport publié en 2015 par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et l'Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER). Cette maladie

répandue touche aussi bien les hommes que les femmes. Comme beaucoup de cancers, ce n'est que lorsque la maladie est très avancée, donc rarement guérissable, que des symptômes (saignements, obstruction intestinale) alertent le malade. D'où l'importance du dépistage. Le Dr Roxane Hessler est spécialiste en gastroentérologie et en médecine interne générale au Centre interventionnel d'endoscopie de la Clinique Cecil. Elle y effectue quotidiennement – tout comme ses collègues, les Drs Philippe Maerten et Christopher Doerig – des endoscopies dans le cadre de sa pratique médicale. Cette technique d'exploration invasive, également appelée fibroscopie, permet de visualiser



La spécialiste en gastroentérologie visualise sur un écran vidéo les images enregistrées lors de l'examen grâce au système optique situé à l'extrémité du tube semi-rigide introduit dans le système digestif du patient.

l'intérieur d'un organe creux, en l'occurrence la voie digestive, afin de poser un diagnostic, d'effectuer des prélèvements et de traiter directement des anomalies.

L'ENDOSCOPIE EN BREF

L'endoscopie consiste en l'introduction, par une voie d'accès naturelle (la bouche ou l'anus), d'un tube semi-rigide, dont l'extrémité est dirigeable dans toutes les directions. Grâce au système optique (lumière et caméra), l'examineur voit tout en direct sur écran vidéo et peut enregistrer des images. À la Clinique Cecil, l'endoscopie est utilisée en gastroentérologie, notamment à des fins diagnostiques et thérapeutiques.

Deux examens sont principalement pratiqués; comme leur nom l'indique, l'œso-gastro-duodénoscopie (OGD ou gastroscopie) permet d'examiner l'œsophage, l'estomac et le duodénum, et la colonoscopie (ou coloscopie) le côlon. Les patients que le Dr Hessler reçoit au Centre interventionnel ambulatoire d'endoscopie lui sont adressés principalement par leur médecin traitant. «Si l'endoscopie est un examen essentiel,

une bonne anamnèse et un examen clinique sont également primordiaux», précise-t-elle.

LEVER LE TABOU DES EXAMENS

Pour réaliser une gastroscopie, la seule exigence est que le patient soit à jeun plusieurs heures avant l'examen. Après son accueil au centre, il bénéficie de la mise en place d'une voie veineuse et remet un questionnaire médical auquel il a déjà répondu à la maison. Il passe ensuite dans la salle d'examen, où il peut discuter avec le Dr Hessler et poser toutes les questions qu'il souhaite. Un embout buccal est mis en place et une sédation est engagée. Cette dernière permet d'avoir un examen dans des conditions de confort optimales. Comme un aliment qu'on avalerait, l'endoscope descend et explore l'œsophage, l'estomac et le début de l'intestin grêle (duodénum). L'instrument, de 1 m de long, permet de poser, selon l'aspect des muqueuses, un diagnostic, d'effectuer des prélèvements et, dans certains cas, de traiter directement des anomalies. «Les indications sont multiples, telles qu'une perte de poids inex-

pliquée, des symptômes d'une maladie de reflux (brûlures de l'estomac, remontées acides), des douleurs à l'estomac, des nausées ou des vomissements inexplicables, une anémie, etc.», précise la spécialiste.

L'examen dure en moyenne 15-20 minutes, puis le patient est raccompagné au centre, où une collation lui est offerte. «Le patient se réveille très vite après l'examen et peut rentrer chez lui dans la demi-heure pour reprendre une vie normale», confirme la gastroentérologue. Comme après toute sédation, il n'est pas autorisé à conduire ou à signer des papiers importants dans les heures qui suivent l'endoscopie.

«LE PATIENT FAIT LA MOITIÉ DE L'EXAMEN»

L'autre examen, la colonoscopie, permet lui d'explorer le système digestif bas (côlon ou gros intestin et fin de l'intestin grêle, appelée iléon terminal). «Ses indications sont multiples et comprennent une perte de poids inexplicable, une anémie, des douleurs abdominales, la présence de sang dans les selles ou une perturbation du transit (diarrhées

ou constipation)», explique le Dr Hessler. Les prérequis pour cet examen sont plus contraignants. En effet, en plus d'être à jeun, le patient doit s'astreindre, en moyenne trois jours avant l'examen, à un régime alimentaire strict, sans fibres, sans fruits et sans légumes. L'arrêt de certains médicaments tels que les anticoagulants est parfois recommandé. «La veille de la coloscopie, parfois le jour même, le patient doit boire une préparation. Il y en a de plusieurs types et la quantité à ingérer est importante (en moyenne 2 à 4 litres)», ajoute la spécialiste. Cette préparation est indispensable pour nettoyer et préparer le côlon. «Je dis

toujours que c'est le patient qui fait la moitié de l'examen», sourit la gastro-entérologue.

L'endoscope utilisé est un peu plus long que pour la gastroscopie, entre 130 et 160 cm. L'examen dure en moyenne 30-45 minutes, mais peut être plus long en cas d'intervention. Le gastroentérologue gonfle le côlon avec du CO₂ pour le déplisser, ce qui peut occasionner des ballonnements transitoires. L'accueil et l'après-examen se déroulent de la même manière que pour la gastroscopie.

Si l'examen est normal et qu'il n'y a pas d'histoire familiale de cancer du côlon, le délai jusqu'à la prochaine coloscopie est de dix ans. Si l'on trouve des

polypes (excroissances de la muqueuse colique, lésions, précurseurs de certains cancers) et selon les résultats de leur examen au microscope, une nouvelle endoscopie devrait avoir lieu dans les trois à cinq ans.

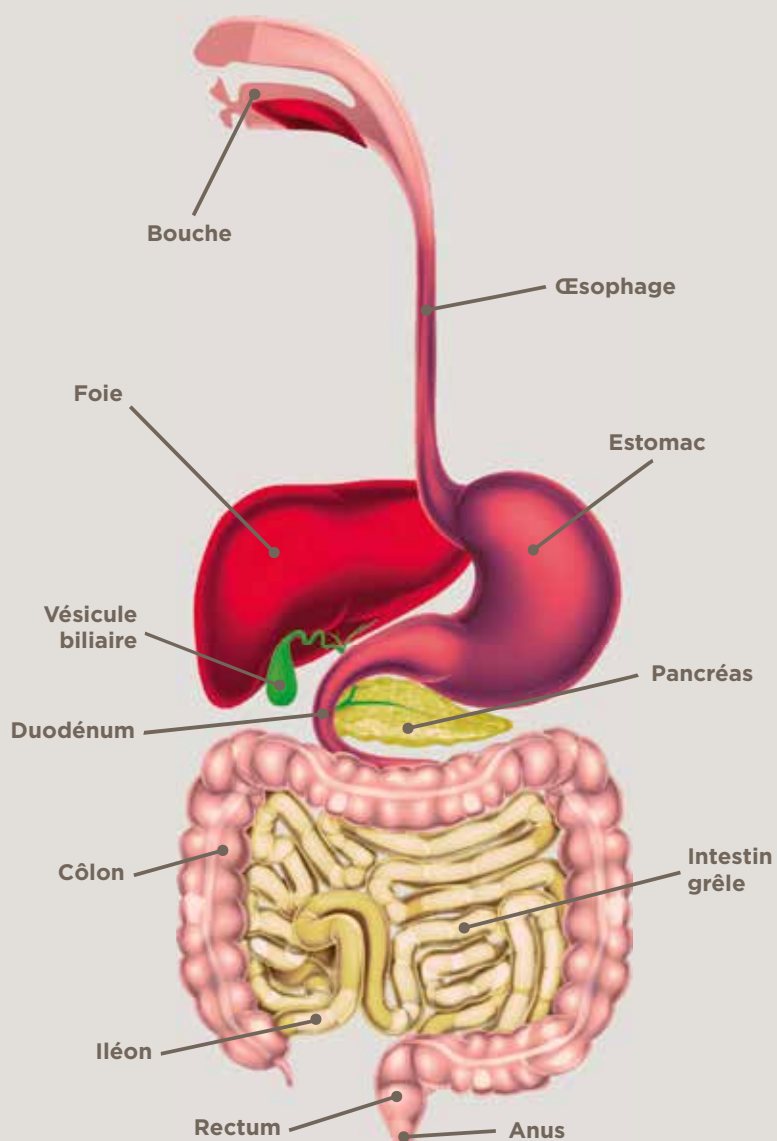
UN PREMIER CONTRÔLE DÈS 50 ANS

Bon nombre de coloscopies se font actuellement dans le cadre du programme pilote de dépistage du cancer colorectal, préconisé à partir de 50 ans. Le canton de Vaud a d'ailleurs pris les devants fin 2015, puisqu'il a contacté une partie de la population pour l'inviter à discuter du dépistage du cancer colorectal avec son médecin traitant, soit par la recherche de sang dans les selles, soit par la coloscopie. «Le grand atout de la coloscopie, c'est de pouvoir directement intervenir en retirant les éventuels polypes (exérèse)», souligne le Dr Hessler. Selon les statistiques, il y a environ 8% de risques de développer un cancer dix ans après la découverte d'un polype. «C'est donc un vrai avantage de pouvoir se débarrasser de ce risque avec la coloscopie», ajoute la gastroentérologue. Il existe par ailleurs une population dite à risque, principalement les patients dont un parent au premier degré (père, mère, frère, sœur) a présenté un cancer ou un polype avant l'âge de 60 ans. «Si votre sœur a eu un cancer colorectal à 48 ans, il est conseillé de faire une coloscopie dix ans avant, soit à 38 ans», explique-t-elle.

DÉPISTAGE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE DE BASE

Le rôle du gastroentérologue ne se résume pas à la prévention du cancer. Il intervient aussi en cas d'hémorragies dues à des ulcères gastriques ou duodénaux, de rupture de varices œsophagiennes ou de saignement diverticulaire, pour ne citer que quelques exemples. Il épargne ainsi très souvent au patient des interventions chirurgicales majeures. Pour décider d'une gastroscopie ou d'une coloscopie, l'entretien avec le médecin traitant ou le gastroentérologue est essentiel. Ces examens, pris en charge par l'assurance de base, permettent souvent de prévenir des maladies graves. Alors, pourquoi ne pas en discuter avec votre médecin? ■

ANATOMIE DU SYSTÈME DIGESTIF



MEHDI ATMANI



«L'ANATOMIE DE LA SPHÈRE ORL EST TRÈS BELLE, AVEC BEAUCOUP DE TISSUS NOBLES ET DÉLICATS»

LE DOCTEUR MICAELA ÖDMAN-JAQUES, SPÉCIALISTE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE, OPÈRE RÉGULIÈREMENT À LA CLINIQUE BOIS-CERF. RENCONTRE.

La spécialiste nous accueille à Morges, dans son cabinet conçu selon ses souhaits et les besoins de ses patients. Elle nous parle des pathologies qu'elle rencontre au quotidien et revient sur la chirurgie des amygdales, qui concerne de nombreux jeunes patients opérés dans le groupe de cliniques privées Hirslanden.

Pourquoi avez-vous choisi l'ORL ?

Au cours de mes études de médecine à Lausanne, j'ai très vite su que je souhaitais m'orienter vers l'ORL. Il était évident pour moi de choisir une spécialité qui me permettrait d'utiliser mes mains: je me considère comme une artisan! L'ORL m'a plu pour trois raisons: elle touche tout le monde, quel que soit l'âge ou l'état général de santé,

c'est une spécialité médicale et chirurgicale et on a la possibilité de soulager immédiatement certains patients, par exemple un enfant avec un corps étranger dans l'oreille, ce qui est très gratifiant. En outre, l'ORL est une spécialisation extrêmement variée. Et puis c'est une très «jolie» chirurgie.

Qu'entendez-vous par «jolie» ?

L'ORL comprend la chirurgie des sinus, de la gorge, mais également la chirurgie du cou. C'est une anatomie qui est très belle, avec beaucoup de tissus nobles et délicats. Le cou est un grand

carrefour, où passent des vaisseaux qui irriguent le cerveau, des nerfs qui font bouger les cordes vocales, la langue, le visage. C'est une sphère qui joue un grand rôle dans la communication, dans ce qu'une personne donne à voir d'elle. C'est ce qui fait tout son intérêt et son enjeu.

Quelles sont les pathologies que vous rencontrez le plus fréquemment?

Il y a une grande variété de pathologies, mais les trois grands motifs de consultation au cabinet sont le nez bouché (problème lié aux sinus, à une rhinite, à une déviation anatomique ou à des polypes), les vertiges (dus à des problèmes d'oreille interne), et puis je vois beaucoup d'enfants, notamment pour les pathologies associées aux amygdales.

L'ablation des amygdales semble beaucoup moins courante qu'il y a quelques dizaines d'années. Comment expliquez-vous cela?

C'est une chirurgie qui se faisait de manière très systématique à une époque, mais on en est ensuite revenu; on est devenu très frileux, en disant qu'il ne fallait surtout pas les enlever, ce qui a occasionné beaucoup de souffrances chez certains enfants qui avaient des amygdales très volumineuses et des angines à répétition, etc. Aujourd'hui, on a atteint un optimum: il y a des indications, mais on s'adapte en fonction de l'âge du patient et de ses plaintes.

Dans quels cas envisage-t-on l'ablation des amygdales chez l'enfant?

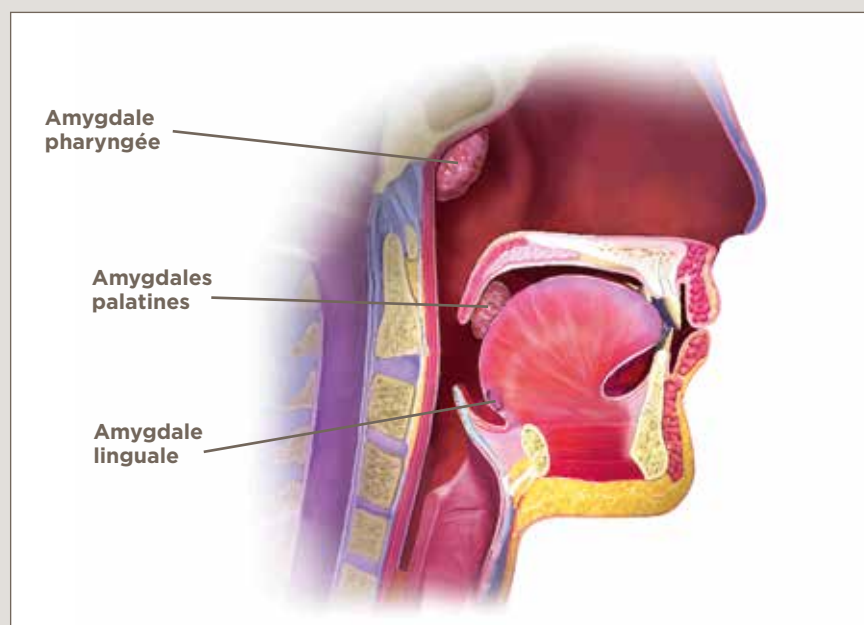
Selon moi, l'indication opératoire ne doit pas se résumer à une check-list: il est important de tenir compte de la personne qu'on a en face de soi. Chez les enfants qui font des angines à répétition, on enlève l'amygdale en entier. Chez ceux qui ont des problèmes d'otites à répétition ou d'obstruction, on n'en enlève qu'une partie, ablation souvent combinée à celle des végétations, qui se trouvent à l'arrière du nez. Il s'agit d'une constellation de symptômes auxquels il faut être attentif afin de déterminer le type d'opération à envisager.

Comment se passe l'intervention?

Tout d'abord, l'opération est moins douloureuse chez l'enfant que chez l'adulte. Elle dure environ une demi-heure. L'enfant arrive à jeun à la clinique et je le rencontre avec ses parents avant que l'on aille au bloc opératoire. Les parents quittent l'enfant au seuil du bloc. À Bois-Cerf, on a une super équipe, très respectueuse et bienveillante, on travaille dans une atmosphère

détendue et agréable pour tous, ce qui est très appréciable. L'enfant passe souvent une nuit à la clinique avant de rentrer à la maison, où il est important qu'il évite les efforts et fasse attention à ce qu'il mange: des choses froides et lisses uniquement, pendant une dizaine de jours. ■

PROPOS RECUEILLIS
PAR ADELINE VANOVERBEKE



ZOOM SUR LES AMYGDALES

Il existe trois types d'amygdales, situées dans la gorge ou «pharynx». On appelle l'ensemble des amygdales l'anneau de Waldeyer.

- Les amygdales palatines sont les plus connues, communément appelées amygdales dans le langage commun. Elles sont situées au fond de la cavité buccale, entre les piliers du palais.
- L'amygdale pharyngée, ou végétations, est située à l'arrière du nez. Elle est volumineuse chez l'enfant, puis disparaît à l'âge adulte. Elle peut être responsable de problèmes de ronflements, d'apnées et d'otites chroniques chez l'enfant, de par sa position en face des orifices des trompes d'Eustache.
- L'amygdale linguale est située dans la base de la langue.

Du tissu lymphoïde diffusément réparti sur les parois du pharynx complète ces amygdales.

Les amygdales forment un anneau «protecteur» face aux germes qui pénètrent dans le pharynx par la bouche et le nez. Les germes entrent en contact avec le tissu lymphoïde, ce qui permet d'activer précocement le système immunitaire. Et c'est parce que ce système immunitaire est en plein développement durant l'enfance que le volume des amygdales est plus important à cette période de la vie.

CHIRURGIE DU GENOU: UNE ÉQUIPE APPLIQUE LES DERNIÈRES AVANCÉES

SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE DU SPORT, LES DOCTEURS LAURENT GILLAIN ET ÉRIC CHOUDJA OUABO APPLIQUENT AU QUOTIDIEN LES DERNIÈRES AVANCÉES DE LA CHIRURGIE DANS LA RECONSTRUCTION DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR. AVEC SUCCÈS.

Le Dr Éric Choudja Ouabo a rejoint depuis peu la Clinique Bois-Cerf. Le Dr Laurent Gillain voit dans cette arrivée l'opportunité de créer une équipe uniquement consacrée à la chirurgie du genou, en particulier pour les sportifs. «Nous voulons développer ensemble des projets afin d'améliorer encore la prise en charge globale des patients avant, pendant et après l'opération», affirme-t-il. En effet, pour ces deux spécialistes passionnés, les prérequis à la réussite d'une intervention sont non seulement une technique chirurgicale qui préserve le plus possible la biologie du patient et qui reproduit au mieux la biomécanique du genou, mais aussi une prise en charge pluridisciplinaire personnalisée qui tient compte des spécificités de chacun.

«Beaucoup de gens pensent que si leur genou est atteint, ils en souffriront longtemps, voire toute leur vie», explique le Dr Choudja Ouabo. À tort, semble-t-il, car la chirurgie du genou, en particulier dans le domaine de la reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA), a connu des progrès considérables depuis cinq ans. Des progrès qui sont intégrés dans le protocole de soins de la Clinique Bois-Cerf.

PRÉSERVATION DU LCA NATIF ROMPU ET RÉPARATION DES MÉNISQUES

L'autogreffe du LCA – le ligament qui stabilise le genou en rotation – se fait ainsi par un prélèvement de tissus sur les tendons (de la cuisse ou rotulien) ou sur le muscle quadriceps du patient. Première nouveauté d'importance: le LCA lésé, qui était autrefois remplacé, est désormais conservé afin de servir de tuteur à la greffe, facilitant ainsi son



Le Dr Éric Choudja Ouabo et le Dr Laurent Gillain.

intégration. «Cette technique s'est vulgarisée en Europe depuis 2014 et est de plus en plus utilisée», précise le Dr Gillain.

La deuxième avancée concerne l'amélioration du diagnostic et de la réparation de lésions méniscales très instables, appelées déchirures ménisco-capsulaires. «Il y a encore deux ou trois ans, chez deux patients sur cinq, ces lésions n'étaient visibles ni par IRM, ni même lors de l'intervention», soulignent les Drs Gillain et Choudja Ouabo. Cette avancée permet une meilleure préservation des ménisques, qui jouent un rôle d'amortisseurs de chocs indispensables à la protection des cartilages. Le patient peut ainsi espérer retarder l'apparition d'une arthrose précoce.

BIO EXPRESS

Formé en Belgique, à l'Université catholique de Louvain, puis au CHUV, le Dr Laurent Gillain opère depuis 2010 à la Clinique Bois-Cerf. Il concentre son activité sur le genou et pratique quelque 400 interventions chaque année. Après avoir obtenu un titre de spécialiste FMH en chirurgie orthopédie en Suisse et un fellowship en chirurgie du genou et traumatologie du sport au Centre orthopédique Santy, Centre médical d'excellence de la FIFA, à Lyon, le Dr Éric Choudja Ouabo a rejoint la Clinique Bois-Cerf le 1^{er} avril dernier.

UN «NOUVEAU» LIGAMENT

C'est Steven Claes, un jeune chirurgien belge, qui est à l'origine de la troisième évolution majeure de cette sous-spécialisation de la chirurgie orthopédique. En 2013, sur la base d'anciens travaux et avec la collaboration d'autres spécialistes, il a mis en lumière l'existence d'un «nouveau» ligament du genou:

le ligament antéro-latéral (LAL). «Avec le LCA, ce ligament joue un rôle important dans la stabilité rotatoire du genou», relève le Dr Choudja Ouabo, lui-même auteur d'un ouvrage sur le sujet*.

Reconstruire ce ligament en même temps que le LCA augmente la stabilité du genou et protège la greffe de ce dernier. «Le taux de rupture du LCA après opération est généralement de 6%», poursuit le spécialiste. «Sur la base d'une analyse de 600 patients, avec un suivi minimum de deux ans, la réparation simultanée de ces deux ligaments permet aujourd'hui de diviser par trois ce pourcentage.» L'enjeu actuel pour le chirurgien est de définir dans quel cas il est nécessaire d'entreprendre cette greffe du LAL, afin d'éviter tout acte chirurgical inutile. À cet effet, les Drs Choudja Ouabo et Gillain ont lancé une étude afin de préciser les indications opératoires.

SPORTIFS EN PREMIÈRE LIGNE

Aujourd'hui en Suisse, ce sont les sportifs d'élite ou de compétition âgés de 16 à 32 ans qui sont le plus souvent concernés par une intervention chirurgicale sur le genou. «Les footballeurs sont les plus touchés, puis les skieurs, ainsi que ceux qui pratiquent d'autres sports de pivot, sollicitant fortement les genoux, comme le basket, le volley, le badminton, le squash ou le moto-

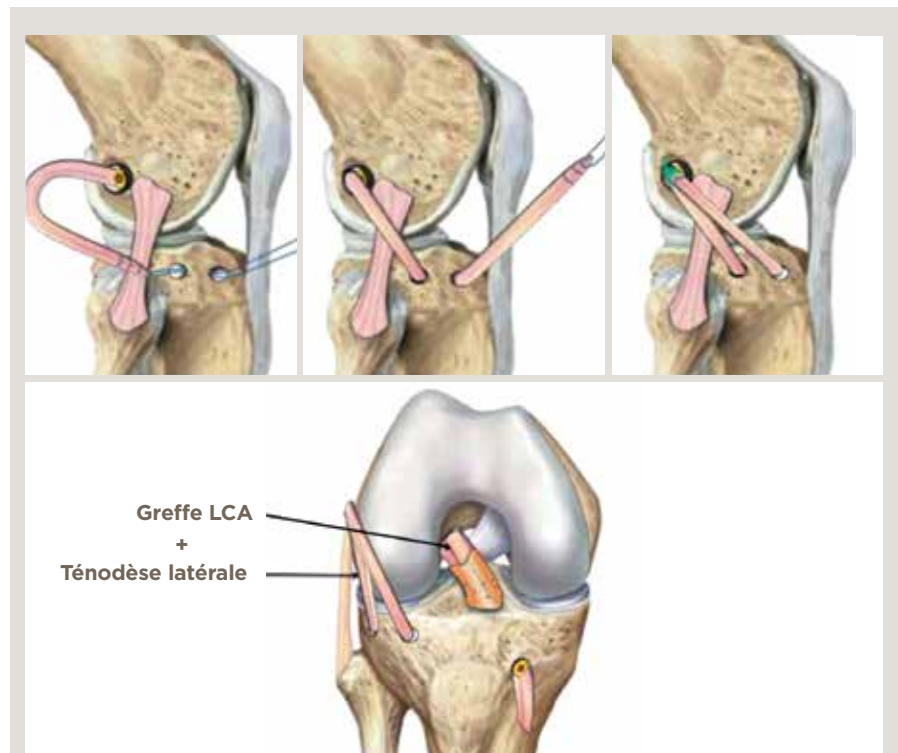


Image de reconstruction combinée du ligament croisé antérieur (LCA) et du ligament antéro-latéral (LAL).

cross», indique le Dr Choudja Ouabo. Et si l'âge a pendant longtemps été un critère important dans l'indication opératoire – passé 40-45 ans, un patient n'était en général pas opéré –, c'est beaucoup moins le cas aujourd'hui. Une discussion au préalable avec le patient permet de déterminer son niveau d'activité et de proposer une opération selon son désir de maintenir une pratique sportive à risque. «Sauf s'il s'agit d'un genou très usé, siège d'arthrose avancée, il n'y a plus de contre-indication majeure au traitement chirurgical», complète le Dr Gillain.

DOULEURS ATTÉNUÉES

Depuis plusieurs années déjà, les opérations sont pratiquées par arthroscopie, une technique mini-invasive qui consiste, après de très petites incisions, à introduire dans le genou une caméra, puis à traiter les lésions à l'aide d'instruments miniatures. Elles sont réalisées sous anesthésie locorégionale ou générale, parfois même en y associant l'hypnose. À la Clinique Bois-Cerf, la durée moyenne de séjour est de deux à trois jours. Les douleurs postopératoires sont fortement réduites, notam-

ment grâce à un nouveau système de cryothérapie compressive. «Mais la chirurgie n'est pas tout», relativise le Dr Gillain. «Nous intégrons le patient opéré dans un programme personnalisé de réathlétisation, auquel collaborent aussi préparateurs physiques, médecins du sport et physiothérapeutes.» Après l'usage de cannes durant un mois et une physiothérapie «classique» durant trois mois, le patient peut reprendre un sport de pivot après huit ou neuf mois, une fois cette réathlétisation terminée. Les résultats sont probants: selon une statistique interne, plus de 90% des patients opérés se disent satisfaits et plus de la moitié ont retrouvé le même niveau sportif qu'avant l'opération. ■

SANDRINE FATTEBERT KARRAB

* *Actualités sur le traitement chirurgical du LCA en 2017*, É. Choudja, B. Sonnery-Cottet, *Le Genou SIMS 2017*, Éditions Sauramps Médical, juin 2017.

UNE NOUVELLE UNITÉ DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE À LA CLINIQUE CECIL

LE DOCTEUR JEAN-BAPTISTE ZERLAUTH EST RADIOLOGUE, SPÉCIALISTE EN NEURORADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE ET INVASIVE. IL VA CRÉER ET DÉVELOPPER À LAUSANNE UNE NOUVELLE UNITÉ DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE. POUR CLINIQUEMENT VÔTRE, IL FAIT LE POINT SUR CETTE DISCIPLINE MÉDICO-CHIRURGICALE.

La neuroradiologie interventionnelle, ou NRI, est utilisée dans le diagnostic et le traitement des maladies vasculaires cérébrales, des pathologies du cou et de la colonne vertébrale. La NRI se fonde sur des technologies très avancées, utilisant, selon le type d'intervention, le scanner et/ou le guidage par fluoroscopie - un examen des tissus rendus opaques par l'action des rayons X. Ces techniques utilisent comme principe le guidage des instruments par rayons X. Accrédité depuis quelques mois à la Clinique Cecil, le Dr Jean-Baptiste Zerlauth va y mettre en place une nouvelle unité spécialisée, notamment dans le traitement et le diagnostic des maladies vasculaires cérébrales, équivalent romand de l'unité de la Klinik Hirslanden à Zurich, avec laquelle il collabore étroitement.

La NRI est-elle une nouvelle spécialité?

Non, elle date de plusieurs dizaines d'années et se fonde sur la radiologie. Elle est cependant peu représentée en Suisse, où seuls quelque 35 médecins



BIO EXPRESS

Le Dr Jean-Baptiste Zerlauth est radiologue, spécialiste en neuroradiologie diagnostique et invasive. Médecin associé au CHUV de 2012 à 2017 et fort d'une pratique en radiologie vasculaire de douze ans, il est attaché au caractère clinique de sa discipline, ainsi qu'à la transmission de son savoir. En plus de ses activités en cabinet privé, il conserve d'ailleurs une activité académique d'enseignement, avec une participation à plusieurs programmes scientifiques.

sont titulaires de la formation approfondie de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle. C'est pourquoi l'enseignement de cette discipline me tient particulièrement à cœur.

Dans quels cas recourt-on à la neuroradiologie diagnostique?

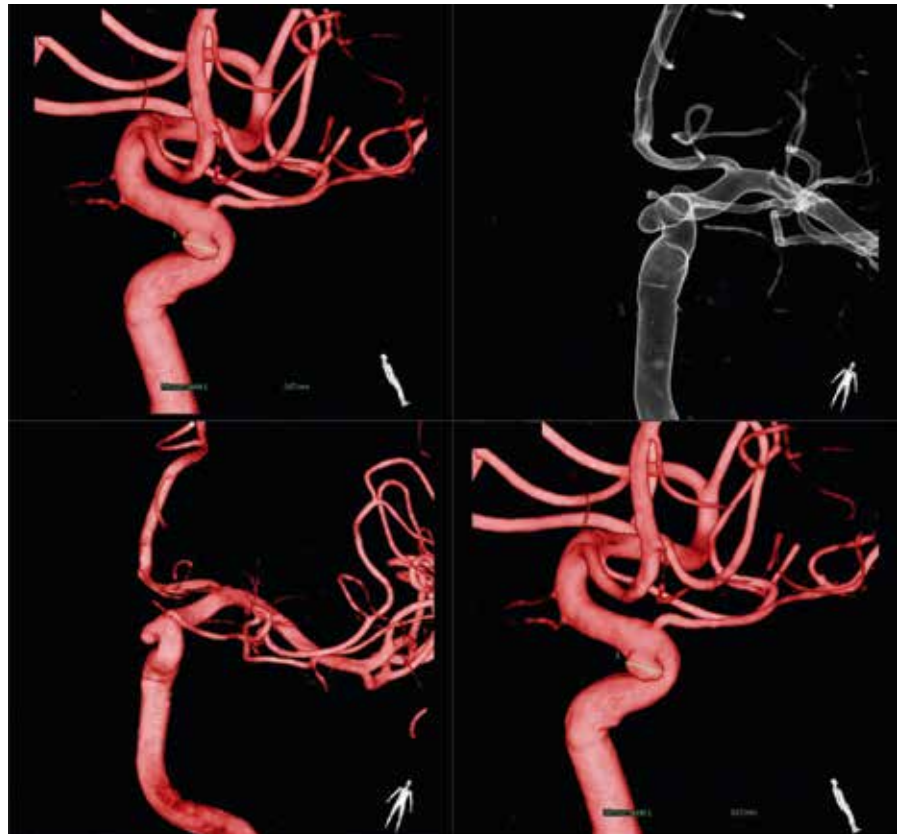
Par exemple, pour le bilan d'acouphènes, de migraines, de vertiges, de troubles de la mémoire, de tremblements, de maux de dos, de troubles de la vision, en cas de surdité et pour le suivi de tumeurs bénignes et malignes du système nerveux, de la colonne vertébrale, de la tête et du cou.

Quelles sont les pathologies qui peuvent être traitées par la neuroradiologie invasive?

Le neuroradiologue peut intervenir lors de malformations vasculaires telles que les anévrismes, les fistules, les malformations artério-veineuses et les accidents vasculaires cérébraux en phase aiguë, ainsi que lors de fractures et de certaines tumeurs vertébrales et ORL. Cette discipline permet de traiter également les douleurs vertébrales d'origines multiples, par exemple oncologiques ou dues à l'arthrose. Le neuroradiologue a aussi une activité de consultation, assurant ainsi le conseil et le suivi des patients.

Parmi ces maladies, quelles sont les plus fréquentes?

Tout d'abord, les anévrismes cérébraux, qui touchent 2 à 3% de la population. Ils sont très souvent découverts par hasard, lors d'un scanner ou d'une IRM effectuée pour une autre raison. Afin de prévenir un saignement compliqué - qui touche environ 10 personnes sur 100 000 par an -, un suivi approfondi



Grâce à l'imagerie médicale, la neuroradiologie permet notamment de visualiser, voire de traiter, certaines pathologies vasculaires cérébrales.

de la paroi de l'anévrisme est effectué. Lors de signes d'instabilité, l'anévrisme peut être traité de façon minimale invasive. La NRI est aussi efficace dans le traitement des acouphènes pulsatiles, ces bruits gênants dont certaines personnes souffrent de manière chronique. Autre indication, les fistules et malformations artério-veineuses, qu'il est possible de traiter en injectant, sous imagerie médicale, un adhésif liquide au moyen d'un micro-cathéter.

Comment se déroule une intervention sur un anévrisme?

L'équipe de médecins évalue d'abord le risque de rupture. Si le risque de saignement est jugé supérieur à celui d'une intervention, le traitement de l'anévrisme est généralement effectué par une piqûre artérielle au pli de l'aîne. Ensuite, un micro-cathéter est amené, sous contrôle de l'imagerie, dans l'artère cérébrale qui porte l'anévrisme. Ce dernier est occlus par des spires métalliques, appelées coils. D'une durée d'une à deux heures, l'intervention se pratique toujours sous anesthésie générale. Le patient reste seulement trois à quatre

jours à la clinique. Les risques postopératoires sont réduits et il peut reprendre rapidement une activité professionnelle et/ou sportive ou voyager en avion.

La NRI permet-elle de remplacer une intervention à crâne ouvert?

Oui; cependant, la neurochirurgie conserve toute sa place dans le traitement des affections du système nerveux, raison pour laquelle une approche multidisciplinaire est indispensable. Dans cet esprit, j'effectue des interventions endovasculaires complexes à la Klinik Hirslanden de Zurich, avec les professeurs et neuroradiologues Daniel Rüfenacht et Isabel Wanke, telles que les traitements de fistules et de malformations artério-veineuses. Nous partageons nos avis sur la prise en charge des patients, discutons des dossiers cliniques et radiologiques avec nos confrères neurochirurgiens, afin d'offrir à chaque patient une qualité de soins et une prise en charge optimale et individualisée. ■

PROPOS RECUEILLIS
PAR SANDRINE FATTEBERT KARRAB

INFIRMIÈRE, UN MÉTIER SUR LA LIGNE DE FRONT

PIERRETTE CHENEVARD DIRIGE ESPACE COMPÉTENCES, UN CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DANS LA SANTÉ ET LE SOCIAL POUR LA SUISSE LATINE. ELLE LIVRE SON ANALYSE SUR LES ENJEUX ET LES ÉVOLUTIONS DU MÉTIER D'INFIRMIÈRE. UNE FONCTION COMPLEXE ET VARIÉE, À REDÉFINIR.

Valoriser les soins infirmiers, tel est, entre autres, le défi que relève Espace Compétences depuis 2006. Niché à Cully, dans une annexe de l'Hôpital de Lavaux, ce centre est né de la fusion de l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI), de l'Institut romand des sciences et des pratiques de la santé et du social de la Croix-Rouge suisse (IRSP) et de H+ Formation de l'association des hôpitaux suisses. Cette institution, la plus importante de Suisse latine active dans la formation sociosanitaire, offre des cursus pour tous les collaborateurs actifs dans le secteur. Depuis ses débuts, Pierrette Chenevard en est la directrice. Elle analyse les enjeux et les évolutions du métier d'infirmière.

Vous êtes infirmière, économiste, cadre et formatrice. Avec ces quatre casquettes, quelle vision avez-vous de la profession d'infirmière?

À l'issue de mon diplôme d'économiste à la fin des années 1990, j'avais proposé le renforcement des cours sur l'économie de la santé. À l'époque, j'avais obtenu une demi-journée. Aujourd'hui, les soins infirmiers ont évolué en termes de concept et de recherche, mais pas sur le volet de l'économie de la santé. C'est un domaine qui est encore mal connu et mal compris dans le secteur des soins infirmiers.

C'est-à-dire que, pour mieux soigner, il faut comprendre les chiffres?

Non, il faut comprendre les chiffres pour valoriser les prestations que l'on offre. Aujourd'hui, l'ASI soutient une initiative pour revaloriser la profession. Cette initiative reprend l'idée que les infirmières puissent fournir des soins pris en charge par l'assurance de base sous leur propre responsabilité, une fois le diagnostic et le traitement posés par un médecin. Ce sont des situations courantes dans les EMS, les soins à domicile, le suivi de maladies chroniques ou la réadaptation. Si nous avions renforcé la formation dans l'économie de la santé, nous n'aurions peut-être pas eu besoin de cette initiative pour valoriser la profession.

Le métier a-t-il radicalement changé?

Fondamentalement, non. L'esprit reste le même. C'est l'environnement économique, politique et législatif qui a évolué. Le métier voit aussi l'arrivée de nouveaux métiers et de nouvelles pratiques. Je pense notamment à la démocratisation du dossier électronique du patient voulue par la Confédération, qui exige une meilleure coordination entre les institutions médicales. Le principal changement, c'est le patient. Il est mieux informé et va remettre en question certains soins. Il ira voir aussi la concurrence



pour comparer les prestations d'un établissement à l'autre. Et tout cela change beaucoup pour le soignant.

Quels sont les enjeux de la profession d'infirmière?

Ils sont multiples. D'abord, la coordination. Le personnel des soins infirmiers est 24h/24 à la disposition de la population. Ce n'est pas le cas de tous les soignants. Ce sont les infirmières qui travaillent au plus proche du médecin dans l'itinéraire d'un patient. Elles prennent en charge de plus en plus d'actes qui étaient préalablement assurés par le médecin. L'enjeu est donc de renforcer la coordination des soins infirmiers avec le médecin, mais aussi avec les fonctions du secteur, pour une meilleure prise en charge.

Comment ces différentes évolutions se traduisent-elles dans la formation?

Grâce au modèle HES, les filières de



UN PARCOURS ATYPIQUE

La carrière professionnelle de Pierrette Chenevard est un patchwork cohérent. Si l'actuelle directrice d'Espace Compétences s'est formée en soins infirmiers au milieu des années 1980, c'est d'abord pour s'investir dans l'humanitaire. Pendant plus d'une dizaine d'années, elle œuvre au CICR et coordonne la prise en charge des blessés de guerre sur les lignes de front. De retour en Suisse, Pierrette Chenevard se lance dans une licence d'économie, puis de formatrice d'adultes. Depuis 2006, cette amoureuse du terrain s'investit sur celui des soins en proposant des formations aux métiers des soins infirmiers.

dont le rôle est d'accompagner et de suivre le patient dès son arrivée dans une institution, voire avant. Elle gère son parcours de l'entrée à la facturation des soins. Cet itinéraire patient manager est là pour mettre de l'huile dans les rouages. Parmi les nouveaux métiers, il y a aussi le médiologue. C'est un clinicien qui va faire le lien entre les soignants et les informaticiens pour automatiser certaines tâches qui alourdiraient le cahier des charges des infirmières.

soins ont beaucoup évolué ces dernières années dans leur formation. Elles s'axent davantage sur l'interdisciplinarité, ce qui exige d'apprendre à déléguer et à coordonner la pratique avec les autres fonctions des soins infirmiers.

L'étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) prédit une pénurie d'infirmières à l'horizon 2025-2030. Est-ce que la Suisse forme suffisamment de professionnels en soins infirmiers?

Au dernier congrès de l'ASI, une professionnelle a interpellé le conseiller fédéral Alain Berset pour se plaindre de la difficulté de trouver une place de travail en sortant des HES. Il y a un discours paradoxal entre ce qui se dit politiquement et la réalité du terrain. Alors, oui, il faut former davantage d'infirmières et d'infirmiers, tout bonnement parce que leur carrière ne dure en moyenne que cinq ans.

Pour quelles raisons ces carrières sont-elles si courtes?

Parce que c'est un métier difficile, où l'on est constamment face à des gens en crise. Que l'on soit en maternité, en EMS, en psychiatrie, en soins à domicile ou aigus, les professionnels gèrent des personnes en crise. On évoque très peu la face cachée de la profession. Les infirmières et infirmiers ne parlent pas de leur métier au quotidien. Il y a le secret professionnel et de fonction. Les débriefings sont rares. En d'autres termes, c'est un métier qui est parfois lourd à porter.

Vous formez dans différentes disciplines des soins infirmiers. Certaines ont-elles davantage de besoins?

Pas spécialement. Par contre, nous formons de plus en plus aux nouveaux métiers, à la fonction d'«itinéraire patient manager» par exemple. C'est une personne issue des soins infirmiers,

Quelles seront les prochaines évolutions de la profession d'infirmière? La médecine prédictive?

On en parle beaucoup. La question est de savoir quelle sera la position des soignants dans la médecine prédictive. Je reviens d'un voyage à Shanghai, où j'ai pu visiter un centre ambulatoire de la taille du CHUV, entièrement dédié à la médecine prédictive et au check-up. N'importe qui, sans connaissances médicales préalables, peut connaître son état de santé et les futures maladies qu'il pourrait développer. Le problème, c'est que ces gens ressortent avec une prédiction très angoissante. Que faites-vous avec ce chiffre? L'information brute ne sert à rien. Il faut des soignants pour accompagner le patient dans ce check-up prédictif, mais aussi pour expliquer et donner du sens à cette donnée. ■

**PROPOS RECUEILLIS
PAR MEHDI ATMANI**

UROLOGIE: DE GRANDES AVANCÉES MÉDICALES ET CHIRURGICALES

LE TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA PROSTATE ET DU REIN A CONNU DE VÉRITABLES BOULEVERSEMENTS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES. DES PROGRÈS PRÉSENTÉS PAR LES DOCTEURS LAURENCE BASTIEN, ALAIN MOTTAZ, CÉDRIC TREUTHARDT ET JULIEN SCHWARTZ, SPÉCIALISTES EN UROLOGIE, LORS D'UNE CONFÉRENCE ORGANISÉE EN MARS DERNIER PAR LES CLINIQUES HIRSLANDEN LAUSANNE ET RÉSUMÉS ICI EN TROIS POINTS.



Emergence de la médecine personnalisée et de la thérapie génique, utilisation d'un robot réduisant les complications des interventions chirurgicales et limitant les durées d'hospitalisation. Le point sur les nouveaux traitements des tumeurs de la prostate et du rein.

ISABELLE BEIER

1. LA MÉDECINE PERSONNALISÉE AMÉLIORE L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS

Le décryptage complet du génome humain, réalisé en 2003, a marqué un tournant dans la médecine. Il a permis de mieux comprendre l'impact des gènes sur les différentes maladies. Cette avancée de la génétique a conduit à l'émergence de la médecine personnalisée (ou médecine de précision), qui vise, entre autres, à prescrire au patient le bon médicament dans la bonne dose, avec la bonne indication et au bon moment.

La médecine personnalisée permet en effet de comprendre comment les gènes d'un individu influencent sa réponse aux médicaments. Actuellement, les médecins ne disposent que de doses standard. Or, notre organisme possède une famille de protéines responsables de la métabolisation des médicaments et dont le fonctionnement varie d'un individu à l'autre. Si l'une d'elles est altérée ou absente, le médicament sur lequel elle intervient devient inefficace ou, au contraire, induit des effets secondaires. La pharmacogénétique nécessite ainsi d'établir un profil génétique précis du patient, après avoir obtenu son consentement éclairé. Un simple frottis buccal permet de faire une interprétation personnalisée et d'établir un passeport génétique.

UN DOMAINE PRÉCURSEUR POUR LA THÉRAPIE GÉNIQUE

La connaissance du génome humain a aussi permis le développement de la thérapie génique, qui consiste à modifier certains gènes pour corriger leur fonctionnement. Utilisée depuis une vingtaine d'années en laboratoire, elle permet d'optimiser l'efficacité de certains traitements classiques. «L'urologie



Dr Alain Mottaz

est un domaine précurseur pour les thérapies géniques», a expliqué le Dr Alain Mottaz. Il a cité une étude réalisée aux États-Unis entre 1999 et 2003. Soixante-six patients ayant un cancer de la prostate ont été traités par les traitements conventionnels et par thérapie génique. En l'espèce, les chercheurs ont «introduit» dans les cellules cancéreuses le virus de l'herpès. Les cellules cancéreuses ont alors produit une substance «reconnue» par un médicament contre l'herpès, qui attaque les cellules et les pousse à s'autodétruire. On parle de thérapie génique suicide. Associée aux traitements classiques, elle a augmenté de 5 à 20% le taux de survie à cinq ans chez la plupart des patients et diminué le taux de récurrence à 5%, avec de faibles effets secondaires. Cette technique pourrait être disponible «dans moins de dix ans», estime le Dr Mottaz.

2. LE CANCER DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes de plus de 70 ans en Europe. Le diagnostic passe par un dosage sanguin de la protéine sécrétée par la prostate, accompagné d'un toucher rectal et éventuellement précisé par une IRM et une biopsie. «Chez un homme de moins de 75 ans et ayant une espérance de vie de plus de dix ans, il existe trois moyens de traiter le cancer de la prostate», précise le Dr Cédric Treuthardt. Le premier, réservé aux patients à bas risque et répondant à des critères précis, est «l'abstention thérapeutique»: on se contente de surveiller activement l'évolution de la maladie. La deuxième option est de traiter la tumeur par radiothérapie. La troisième est l'ablation de la prostate par chirurgie ouverte ou par laparoscopie, beaucoup moins invasive. Après avoir insufflé

un gaz inerte dans l'abdomen pour le gonfler, le chirurgien pratique de fines incisions au travers desquelles il fait passer une caméra et des instruments. Cette technique ne laisse que de petites cicatrices, engendre moins de douleurs, accélère la récupération et diminue les complications.

INTERVENTIONS ROBOTISÉES

Depuis quelques années, de nombreuses interventions se font à l'aide du robot Da Vinci. Les bras de cette machine, dont les extrémités sont munies d'instruments, sont introduits dans le ventre du patient. Ils reproduisent les mouvements effectués par le chirurgien, qui est installé, à distance du champ opératoire, devant une console. «Cette technique nous donne une vision en 3D de l'intérieur de l'abdomen du patient», explique



Dr Julien Schwartz et Dr Cédric Treuthardt

le Dr Julien Schwartz. Pour le patient, les opérations robotisées ont de multiples avantages. Tout en reproduisant la chirurgie conventionnelle, elles diminuent les douleurs et permettent une récupération plus rapide, réduisant ainsi les durées d'hospitalisation. Le robot doit toutefois être manié par des chirurgiens bien formés et expérimentés.

3. LE CANCER DU REIN



Dr Laurence Bastien

Le rein récupère les substances toxiques véhiculées dans le sang et les transfère aux urines, qui les éliminent. Lorsqu'il ne fonctionne plus, le recours à la dialyse est indispensable. Le cancer du rein affecte 700 à 800 personnes par an en Suisse (soit 2% de tous les cancers). Il touche deux fois plus les hommes que les femmes. Ses facteurs de risque sont le tabac, le surpoids et l'hypertension artérielle. Depuis 1950, le nombre de cas détectés a augmenté de 126%. «Cet accroissement est dû aux progrès effectués

dans la détection de plus en plus précoce des tumeurs», précise le Dr Laurence Bastien. «Dans 80% des cas, elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme et sont découvertes de manière fortuite.» La chirurgie a beaucoup évolué. «Auparavant, on ôtait complètement le rein, ainsi que les vaisseaux sanguins qui l'irriguent et l'uretère», souligne la spécialiste. «Aujourd'hui, on enlève uniquement la tumeur et on préserve la partie saine de l'organe.» La plupart des interventions se font par laparoscopie. Toutefois, cette technique n'offre au chirurgien qu'une vision du champ opératoire en deux dimensions et, les instruments utilisés étant rigides, elle diminue la finesse de ses gestes et rend les procédures plus longues.

DES GESTES PLUS PRÉCIS, GRÂCE AU ROBOT

Tout en gardant les avantages de la laparoscopie, le robot en limite, là aussi, les inconvénients. En outre, des avancées technologiques permettent au praticien de mieux visualiser la forme et la taille de

la tumeur, ainsi que ses liens avec le reste du rein et sa vascularisation. En injectant dans le sang une substance fluorescente, il est désormais possible de repérer les vaisseaux se trouvant dans l'organe et de délimiter avec précision la partie du rein à ôter. Par ailleurs, avec la modélisation en 3D, les urologues disposent d'un outil précieux qui leur permet de préparer leur intervention. Ce procédé est actuellement en cours d'évaluation. Il existe quelques traitements alternatifs et mini-invasifs susceptibles de détruire les tumeurs par le chaud ou par le froid. Toutefois, ils ne peuvent être proposés que dans certains cas (petite tumeur, rein unique, insuffisance rénale, contre-indication chirurgicale), car le recul pour évaluer leur efficacité est encore insuffisant et le risque de récurrence est plus important. Se posent aussi les questions de la surveillance à effectuer et des traitements complémentaires à donner si le cancer se développe à nouveau. Actuellement, la chirurgie reste donc la technique de référence pour traiter le cancer du rein, comme celui de la prostate.



Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

Grâce à vos dons, les enfants hospitalisés reçoivent chaque semaine la visite des docteurs Rêves.

Merci pour votre soutien.

CCP 10-61645-5

theodora.org

Fondation
THEODORA

Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés



LE RAYON DE SOLEIL DES PATIENTS

DEUX ÉTABLISSEMENTS, DES PATIENTS, DES MÉTIERS. CLINIQUEMENT VÔTRE VOUS PROPOSE DE DÉCOUVRIR LES COMPÉTENCES MÉCONNUES DES CLINIQUES BOIS-CERF ET CECIL. COUP DE PROJECTEUR SUR CHRISTOPHE BELFIO, COORDINATEUR DES PATIENTS PRIVÉS À LA CLINIQUE CECIL.

La salle de restaurant aux vitraux colorés si distinctifs est baignée de lumière. Le regard s'échappe par les grandes fenêtres, attiré par le bleu du lac et la silhouette des Alpes. Le temps d'un instant, on oublie que l'on est ici dans un établissement de soins. Et c'est justement parce que la Clinique Cecil est un lieu unique qu'elle a choisi de parfaire l'accompagnement de ses clients privés en s'adjoignant les services d'un professionnel de l'accueil. Christophe Belfio a ainsi rejoint l'équipe hôtelière il y a un peu plus de deux ans, en tant que coordinateur des patients privés et VIP.

PROFESSIONNEL EN OR

Christophe Belfio vient de l'hôtellerie, une vocation devenue passion. Après avoir travaillé dans de prestigieux établissements en France, son pays de

naissance, et partout dans le monde, au service puis à la conciergerie, il obtient en 2010 la plus haute distinction dans son domaine d'activité en étant nommé concierge Clefs d'or.

En 2014, la Clinique Cecil décide de créer un nouveau poste pour offrir les meilleures prestations hôtelières à ses patients et s'aligner sur les autres établissements Hirslanden. L'occasion d'une nouvelle orientation dans la carrière de Christophe Belfio, qui saisit cette opportunité de continuer d'évoluer dans son métier: «Quand on est concierge Clefs d'or, on est au top de sa carrière. On garde cette distinction à vie et j'ai la chance de l'avoir reçue tôt; j'avais besoin de nouveaux défis.»

ACCUEIL PERSONNALISÉ

Ce qui fait la réputation de la Clinique Cecil, c'est bien sûr son excellence

médicale et technologique, mais aussi un accueil unique dans un cadre qui l'est tout autant. C'est ainsi à Christophe Belfio de s'assurer du confort des patients privés et VIP pendant la durée de leur séjour. «La clinique accueille 30 à 40% de patients privés, auxquels s'ajoutent les personnes qui viennent de l'étranger. Je les contacte avant leur hospitalisation pour connaître leurs préférences ou leurs souhaits particuliers, puis je les accueille à leur arrivée, les installe dans leur chambre et leur présente la clinique et ses services.» Tout au long du séjour, il est là pour répondre à leurs demandes (boissons, journaux, coiffeur, manucure, etc.) et pour les aider à faire de ce moment particulier de leur vie un temps aussi agréable que possible. «Je suis toujours au service des personnes, mais je profite ici d'un luxe immense, celui d'avoir du temps à leur consacrer. Discuter avec les patients fait partie de mon travail, je les aide à ne pas penser à la raison de leur présence ici... Je suis leur rayon de soleil!» C'est aussi lui qui organise le retour à la maison avec un chauffeur.

PRIVILÉGER LA RELATION

Parmi les qualités essentielles du coordinateur des patients privés, il y a bien sûr le sens de l'organisation et une certaine rigueur, mais aussi l'écoute et l'empathie. «Les patients sont plus vulnérables que des clients classiques... Cela modifie forcément la relation, qui est plus humaine et plus intime.» Et pour leur donner le sourire, Christophe Belfio se met en quatre, en organisant un dîner pour la famille, une fête d'anniversaire, ou en commandant des plats sur mesure: «Récemment, un patient avait un petit moral et avait très envie de pieds de porc. Les cuisines en ont préparé spécialement pour lui, il était ravi!»

Et si la clinique est un lieu moins propice aux demandes extravagantes, elle a déjà été le témoin d'événements exceptionnels: «Une patiente russe est venue accoucher à la Clinique Cecil. Pour son départ de la clinique avec leur petite fille, son mari avait demandé une voiture de collection emplies de fleurs. La famille a ensuite séjourné quelque temps dans un palace lausannois. C'était somptueux!» ■

ADELINE VANOVERBEKE



Vos réseaux sociaux entre de bonnes mains

www.inedit.ch



À LA CLINIQUE CECIL VOTRE CŒUR EST ENTRE DE BONNES MAINS

Une opération du cœur est une expérience extrême pour nos patients. Pour nous, elle fait partie de notre quotidien. Grâce à la coopération interdisciplinaire entre les médecins et le personnel soignant, vous bénéficiez d'un suivi individuel et vous êtes en contact permanent avec votre spécialiste. Nous attachons de l'importance à chaque détail pour que vous puissiez, le plus vite possible, retrouver votre autonomie.

www.hirslanden.ch/cc_centre_cardiovasculaire

L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE.

HIRSLANDEN LAUSANNE
CLINIQUE CECIL
CENTRE CARDIOVASCULAIRE CECIL
AVENUE RUCHONNET 53
1003 LAUSANNE
T 021 310 55 41