**HIRSLANDEN LAUSANNE**
CLINIQUE BOIS-CERF
CLINIQUE CECIL

HIRSLANDEN

Nº 19 – OCTOBRE 2017

# CLINIQUEMENT VÔTRE

## FOCUS
## LA CHIRURGIE VITRÉO-RÉTINIENNE

## LA PAROLE AUX EXPERTS
## INTERVIEW DE FRANZ IMMER, DIRECTEUR DE SWISSTRANSPLANT

HIRSLANDEN
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY

# MY SEN'SU CARD BY WEE*

*carte valable dès le 1er novembre 2017

**15%**
**DE REMISE**

Sen'Sù 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 et d'une médication sur mesure.

Nous avons profité de la rentrée pour instaurer quelques nouveautés. Désormais, faites partie des membres privilégiés de notre clientèle en vous procurant gratuitement notre nouvelle carte de fidélité en pharmacie!

- **Vous bénéficierez de 15% de remise tous les 15 du mois**
(sur tout l'assortiment, excepté les médicaments sur ordonnance)

- **Vous cumulerez des points lors de vos achats: 1 point = 1 franc**
Le partenariat entre Sen'Sù et la carte Wee vous permet de dépenser la somme des points cumulés en pharmacie ou dans les nombreux commerces Wee Partner en Suisse et à l'étranger**.

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

**Grâce à l'application **wee APP**, vous trouverez la liste de tous les **wee PARTNER** dans le monde et bénéficierez de nombreuses offres.

wee

Google play

Download on the App Store

Photo: Pierre-Yves Massot. Espace publicitaire offert.

## 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

# SOMMAIRE

**CLINIQUEMENT VÔTRE**
N° 19 – OCTOBRE 2017

**LES ACTUALITÉS DE HIRSLANDEN**
**4** News

**FOCUS**
**7** La chirurgie vitréo-rétinienne

**L'INTERVIEW**
**10** Docteurs Hamel-Romoscanu et Vajda-Girod, spécialistes en gynécologie

**CHIRURGIE**
**12** La chirurgie oncologique du dos

**MÉDECINE**
**14** La cardiologie de premier recours

**LA PAROLE AUX EXPERTS**
**16** Franz Immer, directeur de Swisstransplant

**CONFÉRENCES HIRSLANDEN**
**19** Les maladies cardiaques chez les femmes

**LES MÉTIERS DE HIRSLANDEN**
**22** L'activité physique au service du bien-être

**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** 25000 exemplaires
**IMPRESSION** Courvoisier-Attinger SA/Bienne
**PHOTOS** Vanina Moreillon, Marie-France Millasson, Fotolia

# ÉDITORIAL

## CHÈRES LECTRICES, CHERS LECTEURS,

La Clinique Bois-Cerf célèbre cette année son 125e anniversaire!

À l'heure de la digitalisation de notre société et de l'accélération qui lui est liée, nous profitons de l'occasion pour marquer un temps d'arrêt sur l'histoire et les valeurs que cette dernière nous transmet.

En 1892, les sœurs trinitaires de Valence sont contraintes par la montée d'un climat fortement anticlérical de quitter leur siège français. Une partie d'entre elles décident alors de s'établir à Lausanne, où elles aspirent à ouvrir une école.

Face à la misère qui règne dans les quartiers populaires, elles décident cependant d'ouvrir leur maison «Le Petit Bois-Cerf» aux indigents qui ont besoin de soins, et bénéficient du soutien du Dr Louis Verrey, un ophtalmologue de renom.

En 1903 est inauguré un nouveau bâtiment hospitalier et le célèbre professeur Placide Nicod rejoint l'établissement en 1906. La clinique connaît alors un succès qui perdure jusqu'à aujourd'hui.

Le secret, car il y en a un, est à rechercher dans l'esprit que les sœurs trinitaires nous ont transmis. Nous ne résistons pas à l'envie de citer à ce propos l'abbé Léon Barbey, qui dit à l'occasion du 50e anniversaire: «Pour que Bois-Cerf vive, il suffit que vous, Messieurs les médecins, et vous, mes Révérendes Sœurs, vous gardiez l'esprit de cette maison. Les installations matérielles peuvent changer, et il faut qu'elles changent, suivant la marche des progrès de la science médicale. Les personnes se succèdent. Des noms nouveaux surgissent. L'âme seule peut ne pas s'altérer, et c'est cette âme que nous aimons. C'est cette âme qu'au nom des malades de Bois-Cerf [l'abbé Barbey avait lui-même été hospitalisé] je vous prie de sauvegarder, vous tous dont l'influente collaboration déterminera pour l'avenir la réalisation de nos vœux.»

Les cliniques Bois-Cerf et Cecil ainsi que toutes les collaboratrices et tous leurs collaborateurs sont fiers de partager aujourd'hui encore ces valeurs humanistes, qui traversent les époques et qui sont le meilleur gage d'une qualité et d'une prise en charge axées sur l'humain.

Bien cordialement,

**Cédric Bossart**
Directeur
de la Clinique Bois-Cerf

**Jean-Claude Chatelain**
Directeur
de la Clinique Cecil

# NEWS

## LA CLINIQUE BOIS-CERF A 125 ANS !

En 1892, des sœurs trinitaires de Valence quittent la France et son climat anticlérical et s'installent à Lausanne. Elles y achètent la grande campagne de Bois-Cerf, près de la Croix d'Ouchy, dans le dessin de poursuivre une activité dédiée à l'enseignement, un but qu'elles ne réaliseront jamais.
À peine arrivées, les sœurs commencent en effet par s'occuper des enfants démunis du quartier d'Ouchy, puis se rendent très vite compte que les soins aux malades représentent une tâche plus importante pour elles. Elles décident dès lors de développer une activité hospitalière dans leur maison du Petit Bois-Cerf.

125 ans plus tard, la Clinique Bois-Cerf a su conserver l'âme de ses fondatrices. Cet amour du prochain qui ressort de tous les documents historiques peut être aujourd'hui encore ressenti par tout patient, visiteur, médecin ou soignant qui se donne la peine de s'arrêter quelques minutes sur soi.

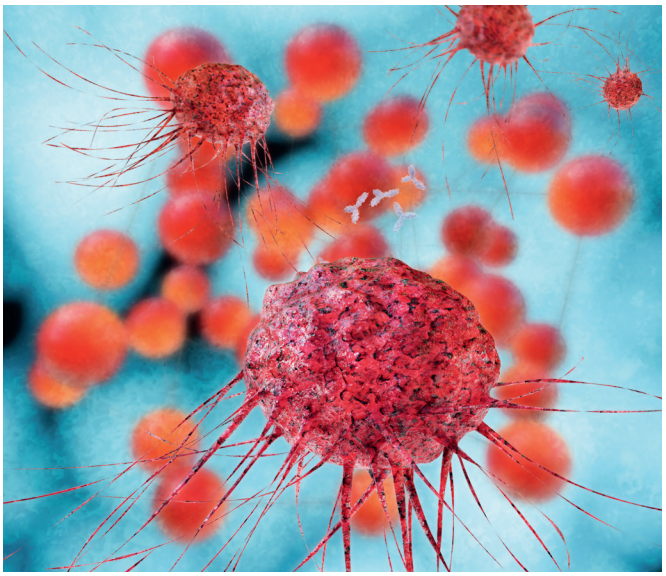
À l'occasion de cet anniversaire, nous avons édité un numéro hors-série de *Cliniquement Vôtre* retraçant l'histoire de notre établissement et de ceux qui le font vivre depuis 1892.

## TUMOR BOARD D'ONCOLOGIE CHIRURGICALE

Dans le but d'optimiser la qualité de la prise en charge multidisciplinaire des patients traités au sein de Hirslanden Lausanne, des Tumor Boards d'oncologie médicale sont organisés une fois par semaine par les cliniques Bois-Cerf et Cecil. Destinés aux médecins, ils réunissent les spécialistes impliqués dans le traitement des cancers et favorisent l'échange entre confrères.

Rendez-vous tous les mercredis (sauf jours fériés), de 18h00 à 19h00, dans le nouvel Auditoire Léman de la Clinique Cecil. Vous avez aussi la possibilité de participer aux Tumor Boards par vidéoconférence.

Informations et coordination: infirmière référente
Leila Belkhiter-Manfé, 021 619 67 94, tb.cecil@hirslanden.ch

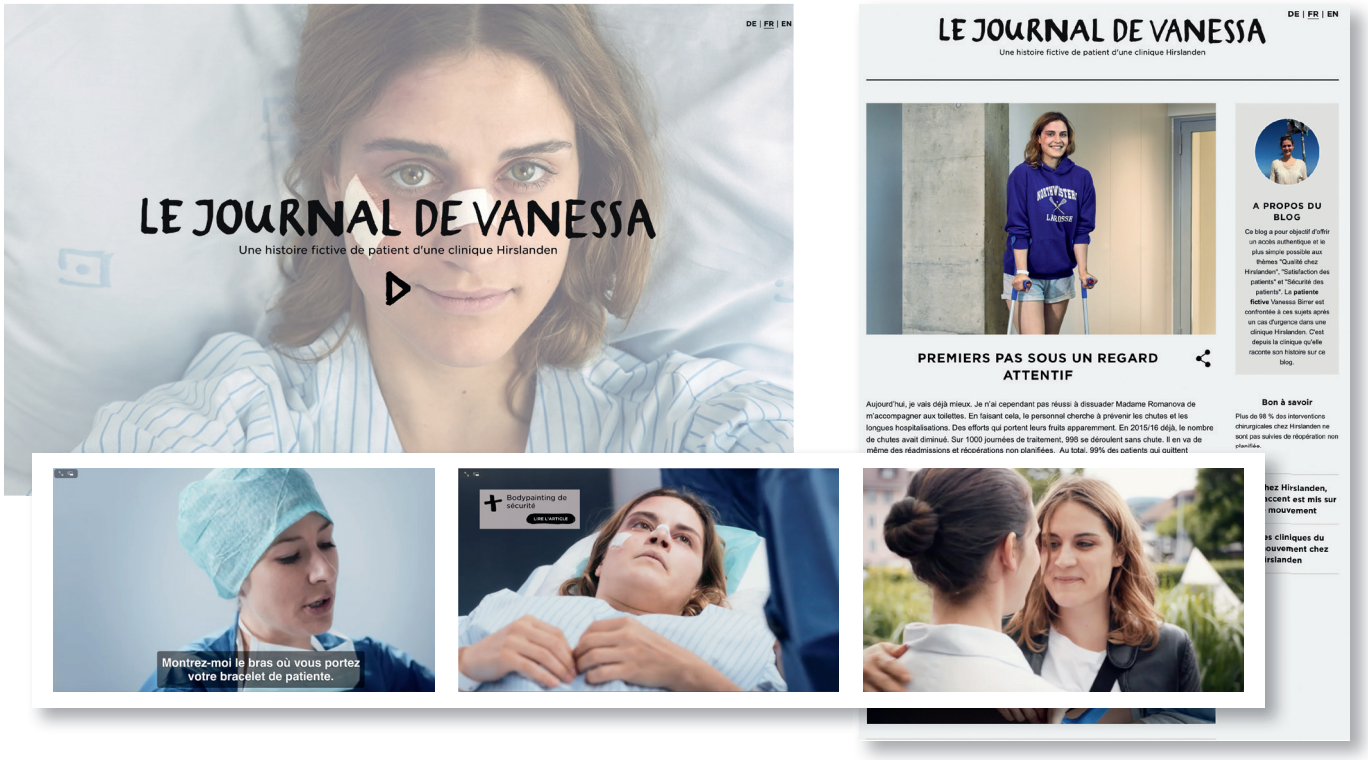


© Fotolia

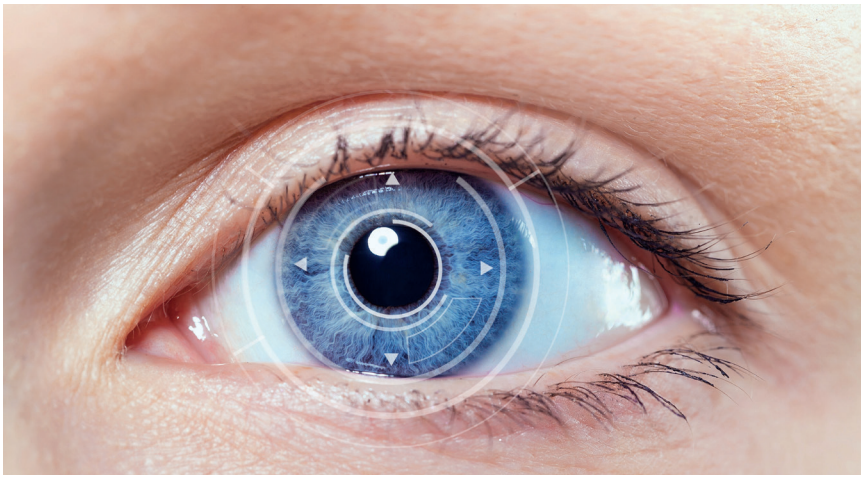
## LE JOURNAL DE VANESSA

Ce blog raconte l'histoire fictive d'une patiente d'une clinique Hirslanden. Il a pour objectif d'offrir un accès authentique et le plus simple possible aux thèmes «Qualité chez Hirslanden», «Satisfaction des patients» et «Sécurité des patients».

La patiente fictive est Vanessa Birrer. Elle est confrontée à ces sujets après un cas d'urgence. En textes, images et vidéos, c'est depuis la clinique qu'elle raconte son histoire, de façon très réaliste. Suivez-la sur www.journal-de-vanessa.ch



# NEWS



## CONGRÈS ROMAND D'OPHTALMOLOGIE

Le Congrès romand pour le personnel du bloc opératoire d'ophtalmologie a eu lieu le 8 juillet dernier et a rassemblé environ 60 participants pour suivre des conférences et ateliers animés par des médecins spécialistes du domaine.

Au programme: la chirurgie de la cataracte, l'hypnose en ophtalmologie, la myopie, la paupière et le projet humanitaire East Timor Eye Program.

Organisée par le Centre d'ophtalmologie de la Clinique Bois-Cerf, en collaboration avec Alcon, cette formation s'adressait au personnel du bloc opératoire pour présenter et discuter les actualités dans le domaine de l'ophtalmochirurgie.

## EXPOSITIONS

**À la Clinique Bois-Cerf**
- Jean Margelisch, photographie, étage rez
- Oshida Osamu, peinture étages 4, 5, 6

**À la Clinique Cecil**
- Rumo Sylvie, peinture, étages rez, 2, 3, 4
- Yves Ryncki, photographie, étage -3

© Sylvie Rumo

Sylvie Rumo, *Between two,* acrylique sur toile, 100 x 80 cm, 2017

## MA CLINIQUE EST CONNECTÉE

Retrouvez l'actualité des cliniques Bois-Cerf et Cecil sur
- **Facebook**
  www.facebook.com/hirslandenromandie
- **Twitter**
  www.twitter.com/hirslandenrmde
- **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

# LA CHIRURGIE VITRÉO-RÉTINIENNE À LA CLINIQUE BOIS-CERF

**LA CLINIQUE BOIS-CERF EST À LA POINTE EN MATIÈRE DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES AFFECTIONS DE LA RÉTINE. INDICATIONS, TECHNIQUES ET SUITES OPÉRATOIRES: LE POINT AVEC LE DOCTEUR JEAN-ANTOINE POURNARAS, SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE FMH ET OPHTALMOCHIRURGIE FMH.**

La vitrectomie est une intervention chirurgicale oculaire de plus en plus courante, non parce que les pathologies se multiplient, mais parce qu'elles sont mieux détectées. «Nous disposons de nouveaux moyens diagnostiques non invasifs et indolores, comme la tomographie en cohérence optique*, qui donne une vision en coupe de la rétine et permet d'en repérer très finement toutes les anomalies», précise le Dr Pournaras. C'est grâce à ce genre d'appareils que l'ophtalmologie a pu progresser à très grands pas au cours de cette dernière décennie.

La rétine est une fine membrane de 250 microns d'épaisseur qui tapisse la partie interne et postérieure du globe oculaire. Ce tissu nerveux capte la lumière et envoie l'information au cerveau.
La plupart des pathologies traitées chirurgicalement se trouvent à la surface de la macula, la zone centrale de la rétine, située dans l'axe de la pupille *(voir schéma)*. Elles concernent l'interface entre la rétine et le vitré, ce gel qui remplit l'œil. À partir de 40 ans, celui-ci se liquéfie et, normalement, se détache de la rétine. Les problèmes surviennent lorsqu'il y reste collé: le vitré peut alors produire une traction sur la rétine, la déformer, voire y créer un trou appelé trou maculaire. Après décollement du vitré, une membrane épirétinienne peut également former une fine pellicule à la surface de la rétine. Celle-ci occasionne une gêne en se contractant, car elle déforme

ou fait gonfler la rétine, provoquant un œdème. À la périphérie rétinienne, une traction anormale du vitré sur la rétine peut aboutir à la création d'un trou pouvant mener au développement d'un décollement de rétine.

**SYMPTÔMES ET INDICATIONS OPÉRATOIRES**

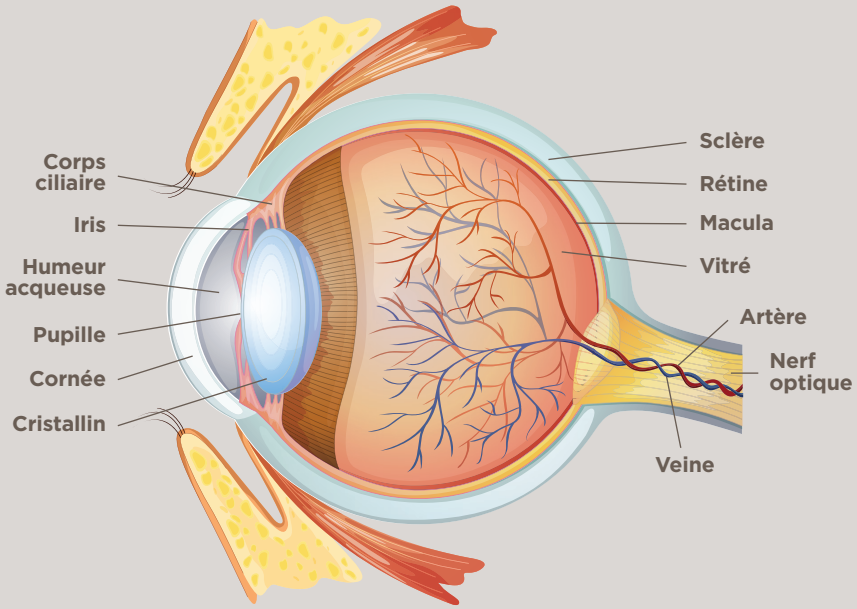
Mis à part les décollements de rétine, les symptômes signalant une anomalie de cette dernière sont à traiter comme des semi-urgences et ne sont jamais douloureux. On les remarque à des modifications de la vision, de type ondulations ou baisse d'acuité. «L'évolution de ce type de pathologies est très lente, car elles s'installent progressivement. Cela explique aussi pourquoi on les détecte généralement à partir de 50 ans. On ne devient jamais aveugle, mais plus la maladie s'installe, plus elle peut laisser des altérations qui risquent de perdurer après la chirurgie», souligne le Dr Pournaras. Afin de déterminer le bon moment pour intervenir, le chirurgien évaluera la gêne ressentie par le patient. Elle sera plus précoce chez une personne qui lit beaucoup ou qui doit effectuer des travaux de précision. D'autres patients, à l'inverse, qui recourent principalement à leur vision de loin, réagiront plus tardivement. Lorsque l'intervention est indiquée et souhaitée par le patient, le chirurgien discutera avec lui des risques inhérents à ce type d'opération. Les complications sont rares – moins de 5% des cas. L'opération peut toutefois déclencher un décollement de rétine, une infection ou une hypertonie postopératoire. Toutes ces chirurgies accélèrent le vieillissement du cristallin et pourraient aboutir

**GREFFE DE CORNÉE: PAS ASSEZ DE DONNEURS**

EXPLICATIONS DU DR FRANÇOIS MAJO, SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE ET OPHTALMOCHIRURGIE

Une centaine de greffes de cornée sont effectuées chaque année à la Clinique Bois-Cerf. La cornée est un hublot transparent d'un demi-millimètre d'épaisseur, situé devant l'iris et la pupille. Elle est recouverte de cinq couches de cellules épithéliales, sa charpente est constituée de collagène et, sur sa face postérieure, une couche unique de cellules (les cellules endothéliales) maintient son épaisseur normale et sa transparence. Si ces cellules sont insuffisantes en nombre, la cornée s'épaissit et perd sa transparence. Dans ces cas, une greffe de la partie profonde de la cornée est nécessaire. Les principales indications de greffe de la cornée comprennent les maladies de l'endothélium de la cornée, les kératocônes (ou déformation de la cornée) et les infections pouvant par exemple compliquer le port de lentilles de contact. On réalise 650 greffes de cornée en moyenne chaque année en Suisse. Soit deux fois mois qu'aux États-Unis si l'on ramène au nombre d'habitants. Le manque de greffons est en partie dû au fait qu'en Suisse, les cornées, comme les autres organes, sont principalement prélevées dans les centres hospitaliers universitaires. Une diversification des lieux de prélèvement permettrait sans doute d'augmenter le nombre de greffons à disposition. Autre facteur expliquant la pénurie: en l'absence de consentement explicite du donneur de son vivant, c'est aux familles venant de perdre un proche, et alors dans la tourmente d'une telle situation, d'autoriser les prélèvements sur le corps du défunt.

**ANATOMIE DE L'ŒIL**




à une intervention de la cataracte plus précoce. La pathologie à traiter véritablement en urgence est le décollement de rétine, qui se signale par des flashs, l'apparition de mouches volantes ou un voile noir. Ici, pas d'hésitation: «Si l'on n'opère pas dans la semaine, les séquelles peuvent être relativement importantes pour la vision, allant jusqu'à une perte totale», souligne le Dr Pournaras.
Presque toutes les opérations de la rétine s'effectuent sous anesthésie locorégionale, au bloc opératoire. Pour accéder à la macula, on commence par retirer le vitré (vitrectomie), qui sera remplacé par un liquide sécrété par l'œil lui-même en quelques heures. On réalise trois micro-incisions dans la conjonctive et la sclère, où viendront se glisser de petits tubes permettant de faire entrer des instruments très fins – 23 gauge (0,6 mm), voire 25 gauge (0,45 mm).

## VISUALISATION EN 3D

Depuis le mois d'août, le bloc ophtalmique de la Clinique Bois-Cerf est le premier site en Suisse doté d'un nouvel appareil qui permet une visualisation ultra-digitale pendant l'opération. Désormais, le chirurgien n'opère plus directement depuis son microscope, mais via un écran géant 3D relié à cet appareil. «Ce système de visualisation ultra-digital permet notamment d'utiliser une source de lumière moins puissante pendant l'intervention, ce qui sera moins traumatisant pour la rétine», explique le Dr Jean-Antoine Pournaras. Grâce à cet outil, le chirurgien peut aussi visualiser un maximum de détails, ce qui optimise encore la précision du geste opératoire. Un énorme avantage, puisque dans ce domaine on travaille dans l'infiniment petit.
Dans la grande partie des cas, une intervention sur la rétine dure en moyenne moins d'une heure, sauf complications. Elle se pratique généralement en ambulatoire: le patient peut repartir dans l'heure qui suit. On ne ressent généralement pas de véritable douleur, tout au plus une gêne. L'œil peut présenter une rougeur localisée, compte tenu du fait que les tubes traversent la paroi de l'œil, qui est très vascularisée.

## SUITES OPÉRATOIRES

Un contrôle est effectué le lendemain de l'intervention, moment où l'on retire également le pansement. Un autre contrôle doit être programmé la semaine suivante, pendant laquelle le patient doit prendre quelques précautions: il doit s'abstenir de mettre de l'eau sur son visage et porter une coque de protection sur l'œil durant la nuit, pour éviter tout frottement. Un traitement sous forme de gouttes s'impose pendant quatre à six semaines. D'autres contrôles sont à prévoir après un, trois, six et douze mois.
Si le patient remarque assez rapidement une amélioration de son acuité visuelle, les résultats nécessiteront plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant de se stabiliser. «Le cerveau doit se réhabituer à travailler avec ces nouvelles connexions. Il arrive même que certains patients relèvent encore une évolution positive six mois ou une année après l'opération», souligne le spécialiste. ■

**SYLVIE ULMANN**

**BIO EXPRESS**

Spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmo-chirurgie, le Dr Jean-Antoine Pournaras s'est formé dans le Service universitaire d'ophtalmologie de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, à Lausanne. Il a également fait une sous-spécialisation en rétine médicale et chirurgicale à l'Hôpital Lariboisière, à Paris. De retour à l'Hôpital ophtalmique, il a été nommé médecin associé dans l'équipe de chirurgie vitréo-rétinienne et responsable de la formation chirurgicale. En avril 2017, il cofonde le cabinet d'ophtalmologie et d'imagerie oculaire RétinElysée, à Lausanne. Le Dr Pournaras est accrédité à la Clinique Bois-Cerf.

* **Une technique d'image en coupe qui utilise une combinaison de lumières provenant de différents récepteurs afin d'obtenir une meilleure résolution.**

# «DES ÉQUIPES COMPÉTENTES ET UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL IDÉAL»

**INSTALLÉES EN CABINET DE GROUPE DEPUIS TROIS ANS, LES DRS ILINCA HAMEL-ROMOSCANU ET PATRICIA VAJDA-GIROD, SPÉCIALISTES EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE FMH, ONT À CŒUR D'OFFRIR LA MEILLEURE PRISE EN CHARGE À LEURS PATIENTES. RENCONTRES CROISÉES.**

Dans leur cabinet entièrement rénové, idéalement situé en centre-ville et facilement accessible, chacune apporte son expertise, et des spécialités complémentaires, véritable atout dans certains cas complexes. Toutes deux sont accréditées à la Clinique Cecil, où il leur arrive parfois d'opérer ensemble. «La Clinique Cecil est également le principal lieu d'accouchement pour mes patientes. J'y trouve des équipes compétentes, serviables, et un environnement de travail idéal», explique Patricia Vajda-Girod. Elles nous parlent de leurs spécialisations et de leur quotidien au cabinet.

## DR ILINCA HAMEL-ROMOSCANU

**Pouvez-vous nous parler de votre spécialisation?**
La sénologie est la spécialité médicale qui recouvre les pathologies du sein. En Suisse, ce sont les gynécologues qui couvrent cette discipline. Hormis la chirurgie plastique de la poitrine, les patientes s'adressent aux gynécologues pour les questions concernant leurs seins: douleurs, masses (bénignes ou malignes), écoulements mamelonnaires, problèmes liés à l'allaitement, troubles de développement de la glande mammaire. Après avoir bénéficié d'une formation complète à la maternité de Genève, je suis partie en France pour poursuivre ma formation en chirurgie gynécologique. J'ai travaillé dans un centre anti-cancéreux qui traitait des patientes de la région atteintes d'un cancer du sein. En parallèle, j'ai obtenu un diplôme interuniversitaire de sénologie et de pathologie mammaire.

**Quels sont les motifs de consultation les plus fréquents?**
Grâce à la reprise du cabinet médical de mon prédécesseur ainsi qu'à ma récente installation, l'âge et le profil de mes patientes sont très variés: des patientes post-ménopausées, d'un certain âge, qui consultent pour des pathologies utérines ou mammaires; des patientes périménopausées, avec essentiellement des troubles hormonaux compliqués par des saignements abondants; des patientes en âge de procréer, pour leur grossesse ou qui souffrent de problèmes d'infertilité liés par exemple à l'endométriose ou à des troubles de cycle; enfin, les plus jeunes patientes, qui consultent essentiellement pour une contraception ou des maladies sexuellement transmissibles.

**Ces patientes s'adressent-elles directement à vous?**
Pour la plupart, oui, mais certaines d'entre elles me sont adressées par leurs proches, leurs médecins de famille et, au vu de mon activité obstétricale et chirurgicale, par des gynécologues qui n'opèrent ou n'accouchent pas dans le canton de Vaud ou dans la région lausannoise.

**Qu'appréciez-vous le plus dans votre métier?**
J'aime surtout la diversité des consultations et l'activité en clinique: au cours d'une journée de consultation, on est amené à voir des patientes ou des couples qui attendent un enfant, à faire des échographies et des examens de suivi de grossesse, à traiter des pathologies chirurgicales ou endocriniennes. Ce contact très différent d'une patiente à l'autre me plaît. Et puis l'activité en clinique est une autre satisfaction, entre les interventions gynécologiques et les accouchements par voie basse ou par césarienne.

---

## DR PATRICIA VAJDA-GIROD

**Vous êtes spécialisée en médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique.**
**Qu'est-ce que cela recouvre en pratique?**
La médecine de la reproduction est une spécialité particulière et privilégiée, qui effectue des progrès tous les jours. L'infertilité touche 10% des couples et c'est un privilège de pouvoir les accompagner et les aider dans leurs démarches et dans leur désir de devenir parents. L'endocrinologie gynécologique s'occupe, elle, des troubles hormonaux de la femme, comme la ménopause, les problèmes hormonaux que l'on peut rencontrer à l'adolescence ou encore les troubles de l'ovulation tels que le syndrome des ovaires polykystiques, etc. Ce sont donc des pathologies diverses qui peuvent toucher les femmes à tout âge.

**Quels sont les motifs de consultation les plus fréquents?**
J'ai beaucoup de suivis de grossesse, de cas d'infertilité et, bien sûr, de contrôles annuels. Mais il y a bien plus de pathologies au cours d'une journée!

**Y a-t-il un profil type des patientes qui s'adressent à vous?**
Ce qui rend mon métier particulièrement intéressant et non routinier, c'est justement le fait qu'il n'y a pas de profil type. Nous traitons des femmes de tout milieu, de toute culture, de tout âge et de tout horizon. Le plus important à mes yeux est le fait que le courant entre la patiente et le médecin passe bien et que l'on puisse établir une relation de confiance sur le long terme.

**Qu'appréciez-vous le plus dans votre métier?**
Le plaisir de ce métier réside principalement dans l'aide que l'on peut apporter dans des situations simples tout autant que complexes. La pratique de la gynécologie fait appel à de nombreuses compétences académiques, parfois chirurgicales, mais aussi relationnelles... ■

**PROPOS RECUEILLIS PAR ADELINE VANOVERBEKE**

# LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU DOS

**TUMEURS PRIMAIRES OU MÉTASTASES, TRAITEMENT PALLIATIF OU CURATIF, TECHNIQUES ET SUITES OPÉRATOIRES: LE POINT SUR LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU DOS AVEC LE DOCTEUR JEREMY BRODARD, SPÉCIALISTE EN NEUROCHIRURGIE FMH.**

La neurochirurgie du dos, également appelée chirurgie spinale, est une sous-spécialisation de la neurochirurgie qui prend en charge les affections des différentes structures de la colonne vertébrale (os, nerfs et moelle épinière). Les plus fréquentes sont les pathologies dites dégénératives, comme l'arthrose, l'usure des disques vertébraux ou les hernies discales. Elles se distinguent des affections traumatiques, ou fractures, et des malformations congénitales. La chirurgie oncologique, enfin, se préoccupe des tumeurs bénignes ou malignes du dos.

Récemment accrédité à la Clinique Cecil, le Dr Jeremy Brodard, spécialiste en neurochirurgie FMH, complète l'équipe de spécialistes du Neurocentre – Centre du dos *(lire l'encadré)*. Et c'est à Nyon qu'il a installé son cabinet privé. Formé à Zurich et en Allemagne, il a développé des compétences particulières dans le domaine de la chirurgie spinale oncologique au centre universitaire Klinikum rechts der Isar, à Munich, un centre de référence dans le traitement des tumeurs affectant les structures de la colonne vertébrale.

«La chirurgie oncologique du dos s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, notamment avec l'oncologue», explique le Dr Brodard. «La chirurgie est souvent un traitement complémentaire à la radiothérapie et/ou à la chimiothérapie.» Le but de l'opération est de soulager la douleur causée par la tumeur et/ou de répondre à un problème fonctionnel.

## TUMEURS PRIMAIRES ET SECONDAIRES

Les tumeurs qui se développent dans la colonne vertébrale sont le plus souvent des métastases de cancers primaires (sein, prostate et poumon, pour l'essentiel). Il arrive même que le diagnostic de la tumeur primaire soit posé à l'occasion d'examens visant à expliquer une douleur au dos. Certaines tumeurs ont à l'inverse pour origine les structures mêmes

**Un système de neuronavigation permet de visualiser en 3D la zone à opérer.**

de la colonne vertébrale. Ces tumeurs primaires, notamment de la moelle épinière, sont toutefois beaucoup plus rares. La plupart affectent les os. Qu'il s'agisse d'une tumeur primaire ou secondaire, les indications opératoires sont les mêmes. «Le chirurgien doit se poser deux questions», souligne le Dr Brodard. «Les structures nerveuses sont-elles touchées? La stabilité de la colonne est-elle compromise? Je n'interviens en effet qu'en cas de douleur, d'instabilité et/ou de problème fonctionnel.» La chirurgie peut être

**«LE BUT DE LA CHIRURGIE EST DE SOULAGER LA DOULEUR CAUSÉE PAR LA TUMEUR ET/OU DE RÉPONDRE À UN PROBLÈME FONCTIONNEL.»**
DR JEREMY BRODARD

à visée palliative – ce qui est souvent le cas des métastases – ou à visée curative. «Beaucoup de tumeurs de l'os sont bénignes. On peut avoir un très bon pronostic dès lors que l'on a pu réséquer complètement la tumeur.»

### TECHNIQUES OPÉRATOIRES

Le choix de la technique opératoire dépend de la taille et de la localisation de la tumeur, ainsi que de l'envahissement des structures nerveuses. Pour opérer une tumeur entraînant une instabilité de la colonne sans compression des nerfs, le chirurgien peut intervenir au moyen de petites incisions par voie percutanée, afin de stabiliser la vertèbre à l'aide de vis. «Si les nerfs sont comprimés, une incision centrale supplémentaire peut suffire, mais on doit souvent procéder à une chirurgie ouverte.»
Lors de la fixation des vis, le chirurgien utilise un système de neuronavigation, permettant de visualiser en 3D la zone à opérer, de guider son geste au millimètre près et de contrôler la mise en place des vis avant de suturer la plaie chirurgicale.
Certaines tumeurs osseuses ne comprimant pas les nerfs et localisées dans la vertèbre peuvent parfois être détruites par radiothérapie; en cas de besoin, il est alors possible de stabiliser ensuite la vertèbre grâce à une vertébroplastie. Cette technique consiste en une injection de ciment dans la vertèbre, par voie percutanée et sous contrôle de l'imagerie médicale.

### SUITES OPÉRATOIRES

Les patients sont généralement mobilisés six à huit heures après une intervention et sont hospitalisés une petite semaine. Les risques d'hématomes sont étroitement contrôlés, ainsi que la douleur. «Les deux ou trois premiers jours peuvent être assez pénibles et nécessitent l'administration de médicaments dérivés de la morphine», précise le Dr Brodard. «Mais la douleur diminue assez vite.»
En cas de déficit neurologique important avant l'intervention, le patient est envoyé en postopératoire dans un centre de réhabilitation pendant plusieurs semaines. Après la chirurgie, le traitement de la tumeur est souvent complété par un traitement adjuvant de radiothérapie et/ou de chimiothérapie. ■

**ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD**

### LA CHIRURGIE DU DOS À LA CLINIQUE CECIL, LAUSANNE

À la croisée de la neurochirurgie et de la chirurgie orthopédique, la chirurgie du dos constitue une activité importante à la Clinique Cecil, où est situé le Neurocentre – Centre du dos, qui regroupe six spécialistes:

- cinq neurochirurgiens: Dr Jeremy Brodard, Prof. Heinz Fankhauser, Dr Philippe Otten, Dr PD Olivier Vernet, Dr Jimmy Villard;
- un chirurgien orthopédiste: Prof. Constantin Schizas.

# QUAND LE CŒUR S'EMBALLE

**ESSOUFFLEMENT, ARYTHMIE, DOULEURS THORACIQUES… PARFOIS, NOTRE CŒUR SE RAPPELLE À NOUS. LE POINT SUR LA CARDIOLOGIE DE PREMIER RECOURS ET LA PRÉVENTION AVEC LES DOCTEURS VANESSA CRISINEL ET DANIELLE ZAUGG LONGCHAMP, SPÉCIALISTES EN CARDIOLOGIE FMH, RÉCEMMENT ACCRÉDITÉES À LA CLINIQUE CECIL.**

La cardiologie de premier recours a pour mission de poser un diagnostic sur des symptômes ponctuels ou réguliers ressentis par les patients. Dans plus de 90% des cas, les patients qui consultent pour la première fois un cardiologue sont orientés par leur médecin traitant. Ce dernier les questionne sur les troubles ressentis et confrontent ces symptômes aux facteurs de risques. Il constitue ainsi un premier filtre de diagnostic: s'il juge nécessaire de contrôler le cœur, il adresse son patient à un spécialiste, avec une lettre d'accompagnement.

## MOTIFS DE CONSULTATION

Les symptômes à l'origine d'une première consultation en cardiologie sont variés et touchent des patients de tout âge, même si les facteurs de risque s'accentuent souvent à partir de 50 ans. Les personnes se plaignent par exemple de douleurs thoraciques (sensation d'oppression, de picotements, etc.), elles ont de la peine à respirer, ont des palpitations ou font des malaises ou des syncopes, à l'effort mais parfois aussi au repos. D'autres patients sont déjà suivis parce qu'ils ont un souffle au cœur ou des problèmes d'hypertension et qu'il convient de s'assurer qu'il n'y a pas d'atteintes structurelles cardiaques. Certaines personnes n'ont aucun de ces symptômes, mais doivent être vues par un cardiologue avant une opération chirurgicale, si elles ont des facteurs de risque, ou suite à certains traitements de chimiothérapie dits «cardio-toxiques». Enfin, certains patients consultent dans le but d'obtenir un bilan cardiologique, qui peut être requis pour souscrire une assurance vie ou pratiquer certains sports extrêmes.

## BIO EXPRESS

Les Drs Vanessa Crisinel et Danielle Zaugg Longchamp ont fait leurs études de médecine à Lausanne. C'est au cours de leur formation en cardiologie au CHUV qu'elles se sont rapprochées, devenant les «inséparables» du service. Elles sont cheffes de clinique depuis quelques années quand elles se décident, en 2016, à se lancer dans l'aventure de l'exercice libéral. Elles se sont ainsi installées en février de cette année.

**Dr Vanessa Crisinel.**
**À gauche :**
**Dr Danielle Zaugg Longchamp.**

**COMMENT SE PASSE LE PREMIER RENDEZ-VOUS?**

La consultation commence par la reprise de l'anamnèse réalisée par le médecin traitant. Symptômes, habitudes de vie, facteurs de risque, traitements en cours… tout est passé en revue pour que le spécialiste puisse se faire sa propre idée en fonction des explications que lui donne le patient, et déterminer les tests à réaliser pour poser un diagnostic.

Ces différents tests peuvent notamment consister en une échocardiographie. Cette technique fait appel aux ultrasons pour explorer les structures du cœur, leurs mouvements et les flux du sang dans les chambres cardiaques, notamment dans les cas de dyspnée ou de souffle au cœur.

Le spécialiste peut aussi procéder à une ergométrie (test d'effort). Ce test comprend la mise en place d'électrodes sur le thorax du patient, qui est invité à courir sur un tapis ou à pédaler sur un vélo, afin d'observer la capacité fonctionnelle du cœur, la réponse de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque à l'effort, et de rechercher une éventuelle maladie coronarienne ou encore une arythmie.

Pour les patients victimes de syncopes ou présentant des palpitations suggestives d'un trouble du rythme, un enregistrement électrocardiographique (ECG) de 24-48 heures (Holter) ou d'une semaine (R-Test) peut être posé: plusieurs électrodes sont placées sur le torse et reliées à un boîtier enregistreur qui permet de recueillir le tracé ECG dans la vie quotidienne du patient. Ce tracé est ensuite décodé afin de qualifier et éventuellement de quantifier l'arythmie et d'évaluer son lien avec les symptômes décrits.

Enfin, pour les personnes chez qui une hypertension est suspectée, un Remler (mesure de la tension artérielle sur 24 heures) peut être prescrit, afin d'estimer si un traitement est nécessaire. Quant aux patients porteurs d'un pacemaker ou d'un défibrillateur, le suivi consiste en l'interrogation périodique du dispositif, afin d'évaluer son bon fonctionnement et de repérer la présence d'une arythmie.

**ET ENSUITE?**

Les résultats de ces examens sont connus le jour même de la consultation et présentés au patient par le cardiologue. Ils vont déterminer la suite de la prise en charge et le traitement qui doit éventuellement être mis en place. Les problèmes d'hypertension seront ainsi suivis par le médecin traitant. En cas de mise en évidence d'une cardiopathie, un suivi régulier par le cardiologue pourra s'avérer nécessaire. Certains résultats exigeront des investigations plus poussées, sous la forme de prises de sang chez le médecin traitant, ou d'examens plus spécifiques, tels qu'une IRM cardiaque, une échocardiographie transœsophagienne ou une coronarographie. Dans certains cas enfin, il sera envisagé une intervention chirurgicale, voire la mise en place d'un pacemaker ou d'un défibrillateur. Mais il arrive aussi que le patient se voit simplement conseiller de modifier ses habitudes de vie, en reprenant une activité sportive, même douce, en modifiant son régime alimentaire, en freinant ou en stoppant sa consommation de tabac. En effet, le surtraitement est à éviter autant que possible et des mesures hygiéniques et/ou diététiques peuvent parfois suffire pour obtenir des résultats positifs. ■

**ADELINE VANOVERBEKE**

**PRENDRE SOIN DE SON CŒUR**

Si l'on ne peut rien contre l'hérédité et le temps qui passe (des facteurs de risque pour certains), ces règles de vie sont de vrais atouts pour protéger son cœur:

- éviter le tabac;
- exercer une activité physique régulière;
- veiller à gérer au mieux son stress;
- surveiller son poids corporel;
- être attentif à son alimentation;
- surveiller sa tension artérielle et équilibrer ses taux de sucre et de cholestérol dans le sang.

# «IL N'Y A PAS DE LIMITE D'ÂGE POUR DONNER SES ORGANES»

**LE NOMBRE DE DONNEURS EST EN NETTE BAISSE. CE QUI PLACE LA SUISSE EN QUEUE DE PELOTON PAR RAPPORT À SES VOISINS EUROPÉENS. FRANZ IMMER, DIRECTEUR DE SWISSTRANSPLANT, EXPLIQUE LES RAISONS DE CETTE PÉNURIE ET L'IMPORTANCE DE DEVENIR DONNEUR.**

Deux décès par semaine faute de greffe. C'est le triste bilan 2016 de Swisstransplant, qui s'alarme de l'érosion du don d'organes en Suisse. Fin 2016, la fondation nationale pour le don et la transplantation d'organes enregistrait près de 1500 patients sur liste d'attente, et seulement 391 transplantations.
Le nombre de donneurs en mort cérébrale est passé de 143 en 2015 à 111 en 2016. Soit 11,5 donneurs pour un million d'habitants. Une baisse qui pourrait s'accentuer malgré le plan d'action déployé par la Confédération et les cantons.
Franz Immer dirige Swisstransplant depuis 2008. Ce chirurgien cardiaque constate qu'en dépit des évolutions aux niveaux politique et hospitalier, le taux de dons ne cesse de baisser. Car si les Suisses sont à 85% favorables au don, peu franchissent le pas.

**Comment analysez-vous l'évolution du don d'organes en Suisse?**
L'année 2015 fut exceptionnelle, avec 30% d'augmentation des donneurs par rapport à 2014. Certes, les chiffres ont baissé en 2016, mais nous constatons une nette augmentation du nombre de donneurs ces dernières années. Cette tendance s'explique par le succès du plan d'action de la Confédération et des cantons au niveau hospitalier. Depuis le 1er juillet 2016, 150 personnes s'engagent en Suisse au sein des hôpitaux pour établir les structures et les processus nécessaires pour la détection de donneurs potentiels aux urgences et aux soins intensifs. Plus de 60% de ces spécialistes ont suivi une formation complète et ont passé les examens finaux comme experts nationaux du don d'organes et tissus. La sensibilisation porte ses fruits.

**Pourtant, la liste d'attente ne cesse de s'allonger. Certains organes sont-ils plus touchés que d'autres par cette pénurie?**
Aujourd'hui, 1500 personnes attendent une transplantation, dont 80% pour une greffe rénale. Les organes vitaux comme le foie, le cœur et les poumons souffrent particulièrement de cette pénurie. La mortalité est malheureusement toujours importante pour ces malades.

**«LA MOITIÉ DE LA POPULATION N'EST PAS PRÊTE À PRENDRE UNE DÉCISION. NOUS AURIONS BESOIN D'ENVIRON 170 DONNEURS PAR AN (111 ACTUELLEMENT) POUR ENRAYER LA PÉNURIE.»**
FRANZ IMMER

**Selon les enquêtes d'opinion menées par Swisstransplant, près de 85% de la population serait favorable au don d'organes. Or seule une petite part franchit le pas. Comment expliquez-vous cette réticence?**
Le don d'organes est un sujet difficile à aborder. Les questions liées à la mort restent encore taboues ou se posent tardivement. Les autres freins viennent des proches du défunt qui ne connaissent pas son avis sur le don d'organes. C'est le cas dans environ 50% des entretiens aux soins intensifs en Suisse. Il arrive aussi que la famille soit divisée sur la question. Son accord est pourtant indispensable si la personne décédée n'a pas de carte de donneur. D'autres refusent pour des motifs religieux. Certains croient aussi que la mort cérébrale n'est pas un critère pour établir le décès. Actuellement, le taux de refus en Suisse est passé d'environ 40% en 2008 à 50% en 2012 pour dépasser les 60% en 2016. C'est la raison principale de la pénurie d'organes en Suisse.

**Qui sont les donneurs et quels sont les prérequis au don?**
Les donneurs classiques sont hospitalisés dans les unités de soins intensifs. Leur pronostic vital est extrêmement faible, voire nul. Ils sont souvent maintenus en vie artificiellement. Deux médecins cadres doivent établir le diagnostic de mort cérébrale par un scanner, pour s'assurer que le cerveau n'est plus vascularisé. Le patient est déclaré mort en regard de la loi même si le cœur bat toujours. Dans ce cas, nous avons 72 heures pour prélever les organes. Les familles ont donc assez de temps pour prendre une décision. Les hôpitaux ont également un programme de donneurs de cœur arrêté. Il s'agit généralement de patients qui décèdent dans les 120 minutes suivant l'arrêt des traitements palliatifs. Le don vivant existe aussi. On en enregistre environ 120 par an. La plupart sont des greffes rénales. Mais il s'agit presque exclusivement de dons au sein d'une même famille.

**Avec 11,5 donneurs pour un million d'habitants, la Suisse est en queue de peloton en comparaison européenne. Pourquoi?**
Le taux de refus est de 60%. Il s'explique par la loi sur le don d'organes. La Suisse fonctionne sur le modèle du consentement explicite élargi. C'est-à-dire qu'une personne doit explicitement exprimer son désir de devenir donneur, soit en téléchargeant la carte, soit en informant ses proches.
Les autres pays européens comme la France, l'Autriche et l'Italie fonctionnent sur le modèle du consentement présumé. Tous les citoyens sont considérés comme donneurs, sauf refus expressément exprimé. Le taux de refus est donc deux fois plus bas qu'en Suisse. Ce qui est important à souligner – dans la modalité du consentement présumé –, c'est qu'il y a toujours l'entretien avec les proches. Le but primaire et de connaître l'avis du défunt.

**La Suisse ne devrait-elle donc pas imiter ses voisins européens en adoptant le consentement présumé?**
C'est une question politique qui prend de plus en plus d'importance. Il est très probable que Swisstransplant n'atteigne pas son objectif de 20 donneurs pour un million d'habitants d'ici à fin 2018.*

**Quelles seraient les mesures incitatives pour augmenter le nombre de donneurs?**
Il faudrait renforcer la médiatisation du don d'organes, ainsi que les campagnes d'information. Les gens n'ont pas nécessairement conscience de la souffrance du malade en attente d'une greffe. Ils oublient que cela peut leur arriver et ne mesurent pas l'impact sur la personne transplantée.

**La sensibilisation est-elle à la hauteur de l'enjeu?**
Oui, je pense, même si l'on peut toujours faire mieux. Depuis 2008, l'Office fédéral de la santé publique dépense 1,5 million de francs par an dans les campagnes du don d'organes. Elles sont efficaces; le problème est que la moitié de la population n'est pas prête à prendre une décision. Nous aurions besoin d'environ 170 donneurs par an (111 actuellement) pour enrayer la pénurie.

**Vous avez lancé des campagnes pour sensibiliser les jeunes. Sont-elles efficaces?**
Très efficaces. Chez les jeunes, nous enregistrons un taux de refus très bas. Swisstransplant est actif dans 150 collèges de Suisse, ainsi que dans les écoles de recrues.

**Le personnel hospitalier est-il suffisamment formé aux enjeux du don d'organes?**
Depuis 2016, Swisstransplant finance 150 personnes dans les hôpitaux pour informer les soignants et les médecins sur le don d'organes. Tous les hôpitaux ont mis sur pied des structures et des protocoles.

**Comment devient-on donneur?**
Il n'y a pas de limite d'âge. On peut donner un foie ou un rein jusqu'à 85 ans, les poumons jusqu'à 75 ans et le cœur jusqu'à 70 ans. Pour devenir donneur, il faut en informer explicitement Swisstransplant et ses proches. Depuis 2014, il est possible de télécharger et d'imprimer la carte de donneur sur notre site www.swisstransplant.org ou d'en créer une de manière électronique. Grâce à une borne qui équipe 42 hôpitaux suisses – dont certaines cliniques Hirslanden –, la carte s'affiche sur le smartphone d'un patient admis aux urgences. Elle renseigne sur ses données médicales, les coordonnées de ses proches et s'il souhaite être un donneur. Ce n'est pas le but, mais chacun peut changer d'avis à tout moment. ■

**PROPOS RECUEILLIS PAR MEHDI ATMANI**

* **Le 8 septembre dernier, le conseil de fondation de Swisstransplant a décidé que le projet d'un registre volontaire devrait être poursuivi et mis en œuvre. Il soutient une initiative lancée mi-octobre pour rétablir le consentement présumé.**

# Le nouveau Cayenne.

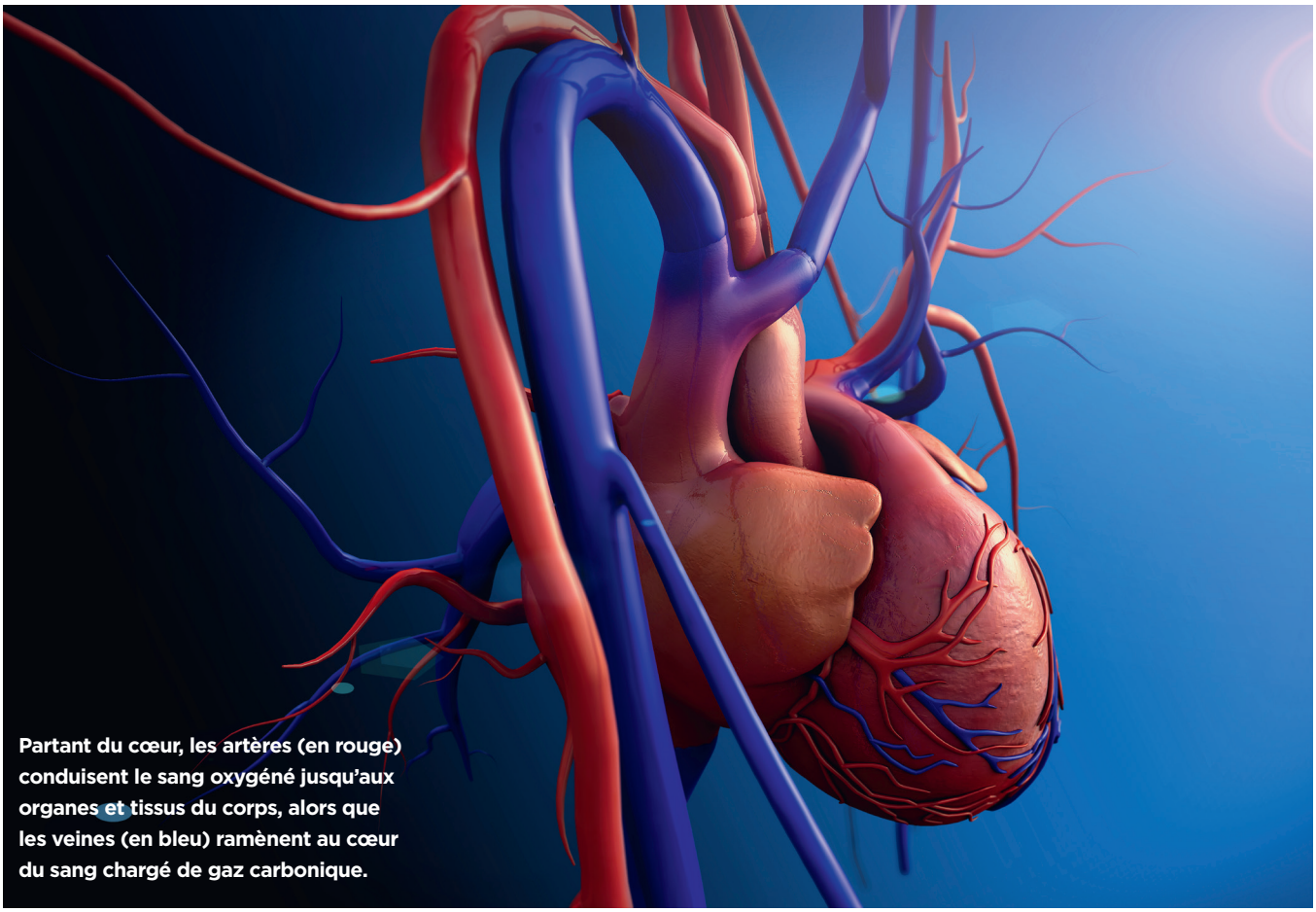
**Participez au lancement officiel le 2.12.2017 au Centre Porsche Lausanne.**

**Centre Porsche Lausanne**
D-Auto Suisse SA
Route de Bussigny 38
1023 Crissier 1
Tél. +41 (0)21 552 39 11
info@porsche-lausanne.ch
www.porsche-lausanne.ch

PORSCHE

# MALADIES CARDIAQUES: LES FEMMES AU CŒUR DU PROBLÈME

**LONGTEMPS CONSIDÉRÉES COMME ÉTANT DES PROBLÈMES TYPIQUEMENT MASCULINS, LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES N'ÉPARGNENT POURTANT PAS LES FEMMES. BIEN AU CONTRAIRE. LA MORTALITÉ CORONARIENNE EST PLUS ÉLEVÉE CHEZ ELLES QUE CHEZ LES HOMMES.**



**Partant du cœur, les artères (en rouge) conduisent le sang oxygéné jusqu'aux organes et tissus du corps, alors que les veines (en bleu) ramènent au cœur du sang chargé de gaz carbonique.**

Chez les femmes aussi, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès; elles sont deux fois plus mortelles que chez les hommes. Cela vient notamment du fait que leurs symptômes sont souvent atypiques et que la maladie peut être silencieuse. Le diagnostic est également plus délicat. Sans compter que les femmes sont sous-représentées dans les études scientifiques. Elles font en outre l'objet de traitements moins agressifs que les hommes et bénéficient de moins de réadaptation après avoir été opérées. Les interventions chirurgicales entraînent donc une morbidité et une mortalité plus importantes dans la population féminine, d'autant que les femmes sont plus âgées au moment de l'opération.

Lors de la conférence organisée par Hirslanden en juin dernier, à Lausanne, les Drs Malika Fivaz-Arbane, Fabrice Rapp, spécialistes en cardiologie FMH, le Dr Etienne Delacrétaz, spécialiste en cardiologie et rythmologie FMH, et le Dr Javier Orrit, spécialiste en chirurgie cardiovasculaire FMH, ont présenté les traitements disponibles pour le cœur.

## ANGINE DE POITRINE ET INFARCTUS

Les maladies coronariennes sont dues à une affection touchant une ou plusieurs des trois artères coronaires qui irriguent le cœur. L'angor – ou angine de poitrine – provient d'un rétrécissement du diamètre des artères coronaires provoqué par des plaques d'athérome (formées de carbonate de calcium

et de cristaux de cholestérol). Il provoque des douleurs au niveau du thorax pouvant irradier dans la mâchoire et l'épaule gauche, et il donne une sensation d'oppression. Ces symptômes se manifestent à l'effort ou en cas de stress, mais cessent au repos. L'angor peut aussi être atypique, surtout chez les femmes, les symptômes apparaissant alors au repos (essoufflement, oppression, douleurs à l'estomac et nausées, sueurs froides, épuisement, vertiges ou douleurs dorsales).
Deux types particuliers de maladies coronariennes affectent les femmes à différentes périodes de leur vie.
Le syndrome X, ou angor «à coronaires normales», est lié à des atteintes de petits vaisseaux sanguins et survient entre 50 et 60 ans; le syndrome de tako-tsubo, ou infarctus «à coronaires normales», frappe entre 60 et 80 ans. Appelé aussi «syndrome du cœur brisé», car il est souvent provoqué par un stress émotionnel, il se présente comme un infarctus en phase aiguë, mais il est souvent transitoire et disparaît alors en une à quatre semaines.

## ÉVALUER SES PROPRES RISQUES

Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont variés: consommation de tabac, diabète de type II, obésité, hyperlipidémie, hypertension artérielle, insuffisance rénale et maladies inflammatoires. À cela, il faut ajouter l'âge (le risque augmente à partir de 55 ans), l'histoire familiale, le stress et la sédentarité. En fonction de ces différents facteurs, il est possible d'établir un score qui évalue le risque qu'a un individu de mourir d'une maladie cardiovasculaire ou de faire un infarctus du myocarde non mortel dans les dix ans. Chacun peut d'ailleurs calculer son score en allant sur le site du GSLA (www.gsla.ch). Le dépistage d'une maladie cardiovasculaire chez la femme se fait à l'aide d'un test d'effort, mais sa valeur diagnostique étant moins bonne que chez l'homme, on lui préfère souvent une imagerie de stress.

## TRAITER LES CORONAIRES SANS OUVRIR

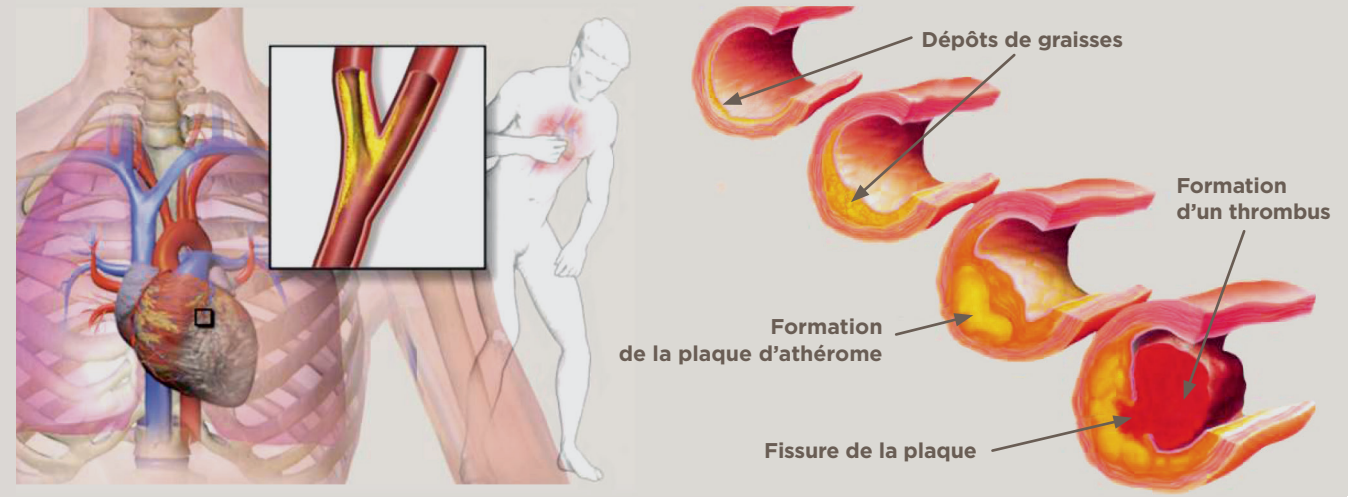
Une fois le diagnostic posé, il est possible d'avoir recours à la cardiologie interventionnelle, qui consiste à traiter le cœur sans ouvrir le thorax et donc sans laisser de cicatrices. On utilise un cathéter pour acheminer un médicament ou un stent jusqu'aux artères coronaires. Ce tube souple peut être introduit soit dans une veine, soit dans une artère. En cas d'infarctus, on rompt la plaque d'athérome à l'aide d'un ballonnet placé à l'extrémité du cathéter que l'on déploie dans l'artère obstruée afin de la libérer. Le cathétérisme est aujourd'hui un traitement sûr et efficace.

## RYTHME CARDIAQUE PERTURBÉ

La cadence des battements du cœur peut être perturbée. Cette arythmie peut provenir d'une tachycardie (le cœur s'emballe), d'une extrasystole (contraction anarchique et anormale du cœur) ou d'une fibrillation auriculaire résultant d'une désorganisation de la mécanique cardiaque.
Les mouvements du cœur sont naturellement produits par une onde partant d'un petit foyer électrique qui donne des impulsions très régulières assurant la synchronisation des cellules du cœur. Ce système électrique est fragile et peut faire l'objet de perturbations, de plus en plus fréquentes quand on avance en âge. Lorsqu'il est totalement désorganisé, le rythme cardiaque devient chaotique. Les deux oreillettes battent très vite, tout comme les ventricules, véritables pompes qui envoient le sang vers les poumons et tous les organes et tissus de l'organisme.

## DES IMPULSIONS PARASITES

La fibrillation auriculaire est déclenchée par des impulsions parasites, venant des derniers centimètres des veines pulmonaires aboutissant à l'oreillette gauche, qui bombardent le cœur et le déstabilisent. Cette arythmie est liée à l'âge: un jeune sur 1000 est touché, alors que 6 à 7% des 80-89 ans sont affectés. Les symptômes varient selon les individus: certains n'en ont aucun ou sont simplement fatigués, alors que d'autres ont l'impression qu'ils vont mourir. Les patients se plaignent géné-




**LES MALADIES CORONARIENNES**

**L'angor, ou angine de poitrine, est dû à un rétrécissement du diamètre des artères coronaires provoqué par des plaques d'athérome (formées de carbonate de calcium et de cholestérol). Lorsque ces plaques se rompent, elles bouchent les artères et provoquent un infarctus du myocarde.**

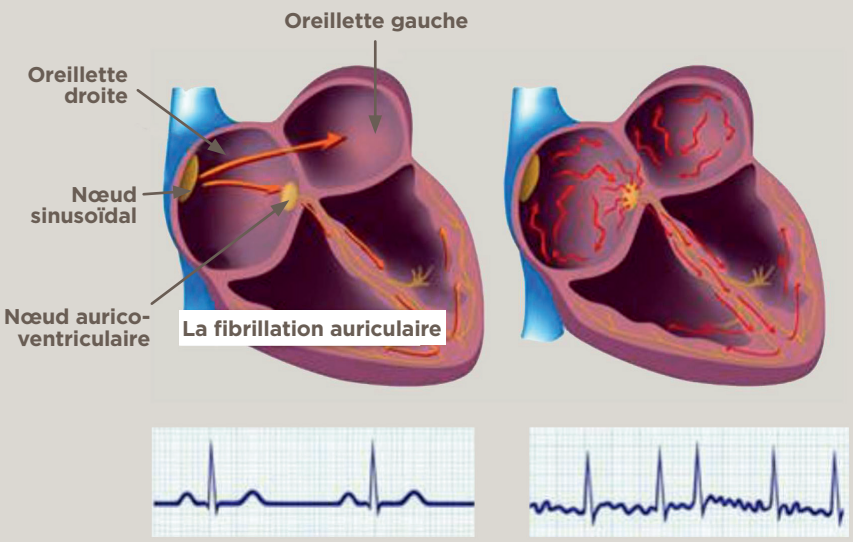
ralement de palpitations, de difficultés à souffler ou même d'une sensation d'oppression dans le thorax. À long terme, ces battements accélérés peuvent entraîner une insuffisance cardiaque. Les complications les plus graves restent toutefois les attaques cérébrales (AVC). Les femmes sont plus fréquemment affectées que les hommes par une fibrillation auriculaire qui, chez elles, s'accompagne de plus de risques de complications graves. Cette maladie a donc un plus grand impact sur leur pronostic vital.

## MÉDICAMENTS OU CAUTÉRISATION

Le traitement consiste à freiner le rythme cardiaque à l'aide de médicaments. Dans certains cas, ralentir le cœur ne suffit pas et il faut avoir recours à des médicaments plus agressifs. On prescrit aussi des anticoagulants aux personnes qui présentent un risque de caillots sanguins dans les artères, et donc d'AVC. Chez 1 à 2% des patients, on peut pratiquer une thermoablation. L'intervention consiste à introduire un cathéter dans la veine fémorale et à l'amener jusqu'à l'oreillette droite. En perçant un trou dans une membrane, on fait ensuite passer le tube souple dans l'oreillette gauche. On cautérise alors tout autour des veines pulmonaires, afin de neutraliser leurs impulsions désordonnées et de protéger l'oreillette.

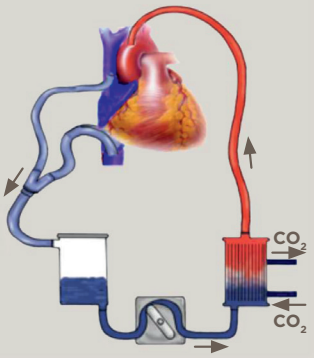
## LA CHIRURGIE CARDIAQUE

En Suisse romande, il se pratique chaque année environ 1300 interventions de chirurgie cardiaque majeures. Le pourcentage des femmes opérées est en augmentation constante. La véritable révolution de la chirurgie cardiaque a eu lieu en 1953 avec l'arrivée de la circulation extracorporelle, qui permet d'opérer un cœur exsangue et à l'arrêt. Le sang qui arrive au cœur est envoyé dans une machine cœur-poumon, où il est oxygéné avant d'être réintroduit dans la circulation du patient.
Aujourd'hui, certains cas de maladies coronariennes sont opérés à cœur battant. La Clinique Cecil dispose d'ailleurs d'une salle hybride cardiovasculaire permettant au cardiologue et au chirurgien cardiaque de collaborer et de traiter un patient en partie par angioplastie et en partie par chirurgie.




**La fibrillation auriculaire est une maladie qui provient d'une perturbation des impulsions électriques qui régulent le rythme cardiaque, lequel devient alors chaotique.**

**La circulation extracorporelle a révolutionné la chirurgie du cœur. Le sang qui y arrive est envoyé dans une machine cœur-poumon, où il est oxygéné avant d'être réintroduit dans la circulation du patient. Cette méthode permet d'opérer avec un cœur exsangue et à l'arrêt.**




## CONTOURNER LA LÉSION ARTÉRIELLE

Pour traiter une maladie coronarienne, on a recours au pontage, qui consiste à établir un pont pour contourner le principal segment artériel obstrué. Le sang peut ainsi circuler normalement et oxygéner les différents territoires du cœur. On peut réaliser le pontage en prélevant la veine saphène interne de la jambe, les artères mammaires ou l'artère radiale. La tendance actuelle est d'utiliser en premier lieu l'artère mammaire interne gauche. Dans la très grande majorité des cas, les patients peuvent ensuite de nouveau travailler, faire du sport et se livrer à leurs activités quotidiennes habituelles.

## RÉPARER OU REMPLACER UNE VALVE CARDIAQUE

Lorsque l'une des valves cardiaques est malade, on s'efforce de la réparer en gardant les propres tissus du patient. Si la réparation n'est pas possible, il faut remplacer la valve endommagée par une prothèse mécanique ou biologique. Les implants mécaniques nécessitent de prendre des anticoagulants. C'est pourquoi on préfère avoir recours à la réparation ou, éventuellement, à une prothèse biologique pour traiter des femmes jeunes susceptibles d'avoir des enfants. Qu'il s'agisse de pontage coronarien ou de chirurgie valvulaire, les femmes ont légèrement plus de risques de complications que les hommes durant le mois qui suit l'intervention. Mais ensuite, leur longévité et leur qualité de vie sont identiques à celles des sujets masculins. ■

**ISABELLE BEIER**

# L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AU SERVICE DU BIEN-ÊTRE

**DEUX ÉTABLISSEMENTS, DES PATIENTS, DES MÉTIERS. *CLINIQUEMENT VÔTRE* VOUS PROPOSE DE DÉCOUVRIR LES COMPÉTENCES MÉCONNUES DES CLINIQUES HIRSLANDEN LAUSANNE. COUP DE PROJECTEUR SUR ALINE ROCCATI, MAÎTRE DE SPORT APA AU CENTRE ACTIF + DE LA CLINIQUE BOIS-CERF.**

C'est au rez inférieur de la Clinique Bois-Cerf que nous accueille Aline Roccati, après un cours d'aquagym. Cette jeune maman de trois enfants affiche un sourire chaleureux et communicatif, qui dit d'emblée le plaisir que lui apporte l'exercice de son métier. Elle est l'une des quatre maîtres de sport APA du Centre Actif +, au sein duquel elle travaille depuis treize ans.

## PRENDRE SOIN PAR LE SPORT

Aline Roccati a étudié les sciences du sport à l'Université de Lausanne, puis s'est spécialisée en APA, activité physique adaptée, soit l'adaptation des activités physiques à des pathologies ou besoins particuliers. Peu de temps après la fin de ses études, elle a eu l'opportunité de rejoindre le Centre Actif +, un lieu qui lui permet d'associer le sport et la médecine, ses deux centres d'intérêt, et de venir en aide aux personnes en partageant sa philosophie: «Le sport a toujours été présent dans ma vie, mais je n'ai jamais été intéressée par la compétition. Ce qui me plaît, c'est ce que la pratique apporte comme bien-être physique et psychique.» Très rapidement, elle a eu la possibilité de mettre en place des programmes spécialisés, notamment pour les personnes souffrant d'ostéoporose, pour celles atteintes d'une maladie cardio-vasculaire ou pour les patients en cours de traitement oncologique. Au quotidien, son temps se partage entre personal training, cours de fitness, cours adaptés et travail administratif.

## DU PLAISIR AVANT TOUT

Le programme de réadaptation oncologique de Bois-Cerf est une réussite, et Aline Roccati en est fière. «Nous sommes les seuls en Suisse romande à proposer ce genre de prise en charge adaptée. Le programme est maintenant en place depuis deux ans et fonctionne bien. Je me suis beaucoup investie dans ce projet; cela n'a pas toujours été simple au début – j'ai notamment dû, en tant que jeune maman, me confronter à l'idée de la mort –, mais quelle satisfaction aujourd'hui!» Pour cette professionnelle qui mise beaucoup sur la part humaine et relationnelle de son travail, le suivi des patients est un grand bonheur. «Nous voyons ces personnes deux fois par semaine pendant douze à seize semaines, à travers des activités de marche et de circuit training en salle. Cela donne l'occasion aux participants de chaque groupe (six à huit personnes) de discuter, d'apprendre à se connaître, et c'est essentiel. Il arrive même que l'on se voie en dehors des séances, autour d'un repas ou autre! Créer un environnement convivial est très stimulant pour tout le monde. Il faut qu'il y ait du plaisir avant tout.»

## CONFIANCE ET ESTIME DE SOI

Car l'objectif recherché dans ces séances de sport axées sur le médical, c'est avant tout le bien-être. Le sport aide à dormir mieux, à se sentir mieux dans chaque activité du quotidien, mais il permet aussi de retrouver une certaine confiance en ses capacités et peut donc contribuer à renforcer son estime de soi. Et les personnes ayant connu la maladie en ont souvent besoin. «Mon travail consiste à faire en sorte que les gens ne soient jamais mis en échec. Au départ, certains commencent à suivre les cours par obligation, mais quand ils finissent par totalement adhérer au programme et qu'ils continuent de venir au Centre après, juste par plaisir, c'est une jolie victoire!» Au nombre des plus beaux souvenirs, ce patient qui lui avait annoncé que, grâce aux séances, il avait de nouveau pu monter sur sa moto, à laquelle il avait dû renoncer à cause de la maladie. ■

**ADELINE VANOVERBEKE**

HIRSLANDEN

# LA MEILLEURE FAÇON DE RETROUVER SA MOBILITÉ.

Catherine a retrouvé sa liberté de mouvement. Des soins médicaux personnalisés et une collaboration interdisciplinaire sont un gage de qualité et la recette de notre succès. Grâce à notre expérience, vous pourrez, vous aussi, retrouver rapidement votre mobilité d'avant.

Conseil et information – T 0848 333 999
www.hirslanden.ch/orthopedie

Catherine, 47 ans
Opérée du ligament croisé

L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE.

HIRSLANDEN
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY

GROUPE LEUBA
EXCLUSIVE

# *L'excellence tout simplement !*

*Haute horlogerie et véhicules d'exception fascinent…*

Le Groupe Leuba vous propose une offre exclusive sur les Mercedes-Benz Classe S et AMG GT.

À l'achat d'un de ces véhicules d'exception, nous aurons le plaisir de vous offrir une montre Ateliers DeMonaco en guise de bienvenue.

*…elles ont en commun la perfection et allient à la fois tradition, innovation et luxe.*

Mercedes-Benz

ATELIERS
DEMONACO

OFFRE VALABLE JUSQU'AU 31.12.2018

**LES SUCCURSALES DU GROUPE LEUBA SA SE RÉJOUISSENT DE VOUS ACCUEILLIR**

**GARAGE DE L'ÉTOILE**
1020 RENENS

**MON REPOS AUTOMOBILE**
1003 LAUSANNE

**INTER-AUTO**
1860 AIGLE

**ÉTOILE AUTOMOBILE**
2016 CORTAILLOD

**GARAGE DE LA RIVIERA**
1814 LA TOUR-DE-PEILZ

**GARAGE DE LA PLAINE**
1400 YVERDON-LES-BAINS

**AUTO-RIVES**
1110 MORGES

**L'ÉTOILE JURASSIENNE**
2800 DELÉMONT

**WWW.GROUPE-LEUBA.CH**
facebook.com/groupe-leuba