

Contact



Hôpital du Valais
Spital Wallis

LE MAGAZINE
DE L'HÔPITAL DU VALAIS
N° 8 – JANVIER 2017

La chirurgie *au centre*

- Histoire de la chirurgie en Valais
- Chirurgien général, le décathlonien de la chirurgie
- Qui fait quoi en salle d'opération?
- Traumatologie, un canton à la pointe
- Orthopédie: plus vite sur pied avec «Rapid recovery»

NEUROCHIRURGIE

UN GPS POUR GUIDER LA MAIN DU CHIRURGIEN

Sécurité

Une «check-list» inspirée de l'aviation

Obésité

Opérer et changer ses habitudes

Portraits

Des femmes dans des spécialités «masculines»

Autant que nécessaire — aussi peu que possible — la chirurgie est davantage qu'un coup de scalpel

Interventions dans la substance génétique ou dans le système immunitaire sont les directions aujourd'hui prises par la recherche médicale. Cela permettra un jour d'identifier les maladies et de les prendre en charge aussi tôt que possible. Aujourd'hui, malgré les progrès déjà réalisés, la chirurgie reste cependant souvent le seul recours possible face à certaines maladies ou blessures.

La chirurgie n'est pourtant pas forcément synonyme d'opération. Seul celui qui connaît les avantages et les inconvénients de la chirurgie ou d'un traitement conservateur peut conseiller son patient et le prendre en charge en toute confiance.

La chirurgie a connu un développement fulgurant au cours des dernières années. Son champ d'application est si vaste et si complexe qu'un seul chirurgien ne peut pas l'embrasser en entier. Il s'en est suivi, et s'ensuit toujours, une spécialisation toujours plus « pointue », également rendue possible par le développement d'instruments et d'appareils chirurgicaux permettant des opérations toujours moins invasives et plus respectueuses des tissus.

Plutôt que de procéder à une opération à cœur ouvert, il est aujourd'hui parfois possible d'installer des valves cardiaques à l'aide d'un cathéter. De même, des opérations dans l'estomac ou les intestins sont aujourd'hui possibles par voie laparoscopique, c'est-à-dire sans ouvrir le ventre. Les arthroscopies facilitent de leur côté des opérations complexes des articulations. Les progrès de l'imagerie médicale avant, mais aussi pendant les opérations permettent aussi de réaliser des interventions de manière plus précise et contrôlée.

L'étendue d'une opération peut aussi être déterminée de manière très précise. Lorsqu'il s'agit d'intervenir sur une tumeur, l'opération n'est qu'un élément de la prise en charge interdisciplinaire réalisée sur mesure pour chaque patient.

D'un autre côté la chirurgie subit aussi une pression économique croissante. Les masses critiques exigées par la Confédération pour certains types d'opérations rendent nécessaire la concentration de ces dernières dans des centres spécialisés. Et les différents processus doivent toujours être analysés pour rendre le parcours du patient plus efficace.

Des défis importants, auxquels il s'agira aussi de répondre dans la perspective de l'extension des hôpitaux de Sion et de Brigue ces prochaines années. Le tout sans faire de compromis sur la sécurité et la qualité des soins. Au contraire: les contrôles de sécurité doivent être intégrés à la prise en charge, les résultats des thérapies protocolés et comparés sur le plan national. Cela permettra d'améliorer de manière continue la sécurité du système et d'assurer la qualité.

Les fortes variations saisonnières du nombre de patients, en particulier durant la saison d'hiver dans des domaines comme la traumatologie, constituent aussi des défis logistiques, tout en exigeant un important engagement des collaborateurs.

La stérilisation centrale, en cours de construction à Martigny, exigera pour sa part une réorganisation du stockage des instruments et des domaines opératoires. Cela induira forcément des modifications dans l'organisation quotidienne des opérations.

Autant de missions à accomplir ces prochaines années...

Avec ce numéro de Contact, nous vous donnons un petit aperçu du quotidien riche et varié de la chirurgie à l'Hôpital du Valais et nous vous souhaitons une agréable lecture.



Dr. Claude Haller
Chef du Département de chirurgie
du Centre Hospitalier
du Valais Romand



Dr. Thomas Beck,
Chef de la Clinique de chirurgie
du Centre Hospitalier
du Haut-Valais

Sommaire

- 02 Actualités
- 06 Dossier : la chirurgie
- 08 Histoire de la chirurgie en Valais
- 12 Portraits : des femmes dans des métiers d'hommes
- 14 Obésité : opérer et changer de comportement
- 20 Pas d'opération sans stérilisation et anesthésie
- 22 Quizz : qui fait quoi en salle d'opération
- 26 Traumatologie : l'expertise d'un canton alpin
- 30 Neurochirurgie : un GPS pour guider la main du chirurgien
- 42 Lectures et multimédia
- 43 Consultations de chirurgie à l'Hôpital du Valais

10

Impressum

Contact Le magazine de l'Hôpital du Valais destiné aux patients, visiteurs et collaborateurs de l'Hôpital du Valais, ainsi qu'à toute personne intéressée par le quotidien de notre institution. Edité en français et en allemand, ce magazine est imprimé sur du papier FSC, qui garantit une production et une consommation responsables des produits issus de la forêt.

Editeur : Hôpital du Valais, Direction générale, Service de communication, 1950 Sion

Responsable de la publication : Joakim Faiss

Rédaction : Diana Dax, Joakim Faiss, Dr Thomas Beck, Dr Claude Haller

Photos : Joakim Faiss, Arnaud Pellissier, Richard Kuonen, DR

Impression : Imprimerie Gessler SA, Sion

Edition électronique : www.hopitalvs.ch/contact-mag



23

32

36

Actualités

SIERRE

Fin de l'activité hospitalière à Sainte-Claire

Les derniers patients de la Clinique Sainte-Claire de Sierre ont été transférés en août 2016 à l'Hôpital de Sierre et à Montana. La cessation d'activité hospitalière de la Clinique Sainte-Claire est ainsi effective depuis le mois de septembre 2016 et les travaux de transformation en EMS devraient débuter en 2017.

L'allocation de nouvelles compétences et ressources à l'Hôpital de Sierre permettra de répondre au mieux aux enjeux de la médecine des seniors à l'Hôpital du Valais en créant un véritable pôle de compétences dans ce domaine. Le tout dans une intégration étroite aux autres sites et disciplines médicales du Centre Hospitalier du Valais Romand. Le personnel concerné de la clinique Sainte-Claire poursuit aujourd'hui son engagement au sein d'un autre établissement de l'Hôpital du Valais et la transition a pu être assurée sans licenciement.



SION

Un appartement pour les parents d'enfants hospitalisés

Grâce au soutien de la Fondation Dr Emmanuelle de Wolff, du Kiwanis Club Sion Valais ainsi que de la Fondation Kiwanis International, l'Hôpital du Valais propose depuis le mois de juillet 2016 un logement aux parents d'enfants hospitalisés, à 7 minutes à pied seulement de l'Hôpital de Sion.



L'appartement « Dr Emmanuelle de Wolff & Kiwanis » est un lieu d'hébergement temporaire à prix modique, prévu pour accueillir des parents provenant d'une région éloignée du canton et ayant un enfant hospitalisé au Service de pédiatrie de l'Hôpital de Sion.

Plus d'informations sur : www.hopitalvs.ch/appartement

RÉADAPTATION CARDIOVASCULAIRE

1000 patients et une reconnaissance pour la CRR et le CHVR

Le centre ambulatoire de réadaptation cardiovasculaire de la Clinique romande de réadaptation (CRR) et du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) a accueilli son 1000e patient durant l'été 2016. Un cap franchi alors que le centre vient d'être reconnu comme centre de formation spécialisé.

Le programme ambulatoire de réadaptation cardiovasculaire existe sous cette forme depuis 2009. Il est né suite à l'effort commun du service de cardiologie du CHVR et de la CRR pour refondre le programme alors existant. Cette collaboration très réussie est une référence en



Suisse romande et permet d'optimiser les spécificités des deux établissements. La CRR met à disposition ses équipements et infrastructures de haut niveau ainsi que des physiothérapeutes spécialement formés, alors que la prise en charge et le suivi médical sont effectués par l'équipe du Service de cardiologie de l'Hôpital de Sion.

Actualités

INFRASTRUCTURES

Projets primés à Sion et Brigue

Les infrastructures de l'Hôpital du Valais doivent être modernisées afin de répondre de manière optimale aux défis qui attendent le secteur hospitalier et garantir la sécurité des patients et la qualité des prestations. Pour le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR), il s'agit de regrouper toute l'activité opératoire à l'hôpital de Sion. Celui-ci assurera également la médecine de base, ainsi que la médecine spécialisée et hautement spécialisée. Les sites de Sierre et Martigny conserveront la médecine de base de proximité et la gériatrie.

Le concours d'architecture pour l'extension et la transformation de l'Hôpital de Sion a été remporté par GMP + Ferrari Architectes à Lausanne avec le projet « CampuSanté » (photo ci-dessous). Pour le jury, « les auteurs du projet ont été particulièrement attentifs à l'implantation de la nouvelle extension en forme de L au sud et à l'ouest de l'hôpital.



Le projet est rigoureux, relativement compact et efficace. Cette solution habile permet de préserver les espaces paysagers extérieurs. Le projet dégage un espace de référence entre le socle du bâtiment existant et la nouvelle extension. Il propose une réelle réalisation par étape, ce qui permettra à l'hôpital actuel de continuer ses activités pendant le chantier.»



Les activités hospitalières du Haut-Valais seront concentrées sur le site unique de Brigue. Dans ce cadre, le projet « United » (ci-dessus) du bureau bernois Burckhardt + Partner AG a remporté le concours d'architecture pour la rénovation et l'extension de l'hôpital. Pour le jury, ses auteurs « ont réussi à créer une vision cohérente qui repositionne le Centre Hospitalier du Haut-Valais dans le tissu urbain de la ville ».

Cette nouvelle répartition hospitalière sera réalisée de manière échelonnée dès 2020.

VIÈGE

Nouveaux locaux pour l'urologie



De nouveaux locaux consacrés à l'urologie ambulatoire ont été mis en service au printemps 2016 à Viège. Une extension nécessaire pour répondre à la demande accrue de la population haut-valaisanne et à l'augmentation des maladies urologiques. Par la même occasion, du nouveau matériel d'investigation et de traitement par voies mini-invasives a été mis à disposition du service, dont la dotation en personnel a également été adaptée.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Clinique de jour ouverte à Brigue

Une clinique de jour consacrée à la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent a été ouverte durant l'été 2016 à Brigue. Cette nouvelle offre comble une lacune importante dans le domaine de la santé mentale des plus jeunes, qui bénéficient ainsi d'une prise en charge multidisciplinaire en psychiatrie et psychothérapie. Le Centre psychiatrique du Haut-Valais dispose aujourd'hui d'une offre complète pour les enfants, adolescents et adultes sur le site de Brigue.





LA CHIRURGIE (DU GREC ANCIEN «CHEIR» (MAIN) ET «ERGON» (ŒUVRE, TRAVAIL) EST LA DISCIPLINE MÉDICALE QUI PREND EN CHARGE LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE NOMBREUSES AFFECTIONS PAR LE BIAIS D'OPÉRATIONS OU DE TECHNIQUES CONSERVATIVES.



Dossier

La chirurgie

1.1	Histoire - En Valais, la chirurgie dans la foulée des grands chantiers	08
1.2	Chirurgien général, le décathlonien du bloc opératoire	10
1.3	Orthopédie et urologie : des femmes dans des spécialités masculines	12
1.4	Obésité : opérer et changer de comportement	14
1.5	Chirurgie viscérale, au centre du traitement des cancers	18
1.6	Anesthésie : pour des opérations sans douleur ni stress	20
1.7	Quizz : qui fait quoi en salle d'opération?	22
1.8	Sécurité en salle d'opération : l'aéronautique comme modèle	25
1.9	Traumatologie : des pistes de ski à l'hôpital et retour	26
2.0	Avant et après l'opération : le défi logistique de la stérilisation	28
2.1	Neurochirurgie : un GPS pour guider la main du chirurgien	30
2.2	Chirurgie vasculaire : Rendre sa place au flux sanguin	32
2.3	Chirurgie thoracique : ERAS®, un label de qualité reconnu	34
2.4	Des spécialistes dans tous les domaines	36
2.5	Orthopédie : plus vite sur pied avec la méthode « Rapid recovery »	38
2.6	Lectures et multimédia : des idées pour approfondir vos connaissances	42
2.7	Liste des consultations : trouvez un chirurgien spécialisé à l'Hôpital du Valais	43

La chirurgie dans la foulée des grands chantiers

L'histoire de la chirurgie en Valais est étroitement liée aux grands chantiers au tournant du siècle passé : tunnel du Simplon et ligne du Gornergrat dans le Haut-Valais, fortifications de Savatan, endiguement du Rhône et ligne ferroviaire des CFF à travers le canton.

« Dans le haut du canton, le Dr Daniele Pometta, médecin du chantier du Simplon réalise les premières opérations dans "l'hôpital de l'entreprise du Simplon" dont il a entrepris la création en 1899 », note le Dr Stefan Loretan, auteur de l'ouvrage « Die Geschichte des Spitals in Brig von 1304 – 1970 ». La patientèle du Dr Pometta, composée d'ouvriers du chantier, lui vaudra le surnom de « Tunneldoktor ».

Pour voir le premier hôpital moderne et public du Valais, il faudra attendre 1901, avec la naissance de la clinique Saint-Amé, à Saint-Maurice, à l'initiative du chanoine Bourban. « Au tournant du siècle, lorsque le Valais commence à s'industrialiser, Saint-Maurice est l'endroit où les ouvriers arrivent en grand nombre », explique l'historienne Marie-France Vouilloz-Burnier dans le petit film de la Médiathèque Valais consacré à la clinique aigaonoise. « Ils travaillent aux fortifications de Savatan, sur le Rhône et aux CFF sur la ligne du Simplon. Avec cet afflux de travailleurs, on craint aussi un afflux de blessés. »

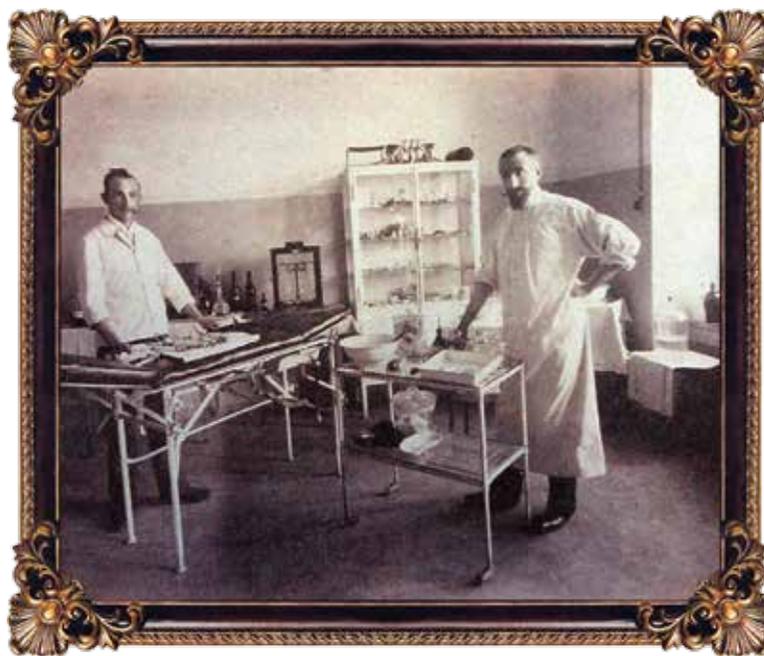
« On travaillait pratiquement 24 heures sur 24. On me réveillait pratiquement toutes les nuits... »

Bernard Zen Ruffinen

« Avant 1901, il n'y a pas en Valais d'hôpital public qui dispose de salle d'opération. On ne peut pas être opéré sur place, dans le canton. Ce n'est pas possible. Lorsque la clinique Saint-Amé ouvre, c'est avec une salle d'opération. Certes avec les instruments d'alors, mais elle est faite de manière extrêmement moderne pour son époque. » La première véritable opération a lieu deux jours après l'ouverture de la clinique, à la fête de Saint-Laurent, le 10 août 1901. C'est une femme qui est opérée d'une hernie et que les médecins réussissent à sauver.

Saint-Maurice avant Martigny, Monthey et Brig

Après Saint-Maurice, Martigny ouvre son hôpital en 1907, Monthey et Brigue en 1908, avec le « Kreisspital Oberwallis » à l'emplacement de l'actuel hôpital de Brigue. « Cet hôpital accueille un service de chirurgie doté d'une salle d'opération au rez-de-chaussée. La première lampe opératoire sera installée en 1929 et, en raison du nombre croissant d'opérations, une deuxième salle d'opération verra le jour en 1935 », explique le Dr Stefan Loretan. La patientèle est alors surtout composée de travailleurs des chantiers du Lötschberg, de la Furka et du Simplon, victimes d'accidents de travail, la population générale étant plutôt sceptique et réticente à l'idée de se rendre à l'hôpital. À la fin des travaux de construction des différents tunnels et après la création d'une clinique qui deviendra l'hôpital de Viège, les hôpitaux haut-valaisans souffriront d'ailleurs de leur surcapacité. La région sierroise devra patienter jusqu'en 1922 pour qu'un hôpital y voie le jour. Et à Sion, qui disposait d'un « asile », l'Hôpital régional Sion-Hérens-Conthey est créé en 1937 avec pour mission de s'occuper exclusivement des malades.



Le Dr Pometta dans sa salle d'opération de Brigue au début du 20^e siècle.

Le chirurgien? Un généraliste

À l'époque, et encore bien des années plus tard, le chirurgien était un véritable généraliste, apte à réaliser la plupart des opérations. « *Un grand patron qui régnait sur son domaine* », se souvient Bernard Zen Ruffinen, chirurgien à Martigny des années 1950 à 1980. « *Il était formé pour toute la chirurgie connue à ce moment-là. Avec quelques exceptions, comme le cerveau ou la chirurgie thoracique. Nous opérions surtout des goîtres, des prostatites, des estomacs, des vésicules et pratiquions des césariennes. Surtout, il fallait toujours "ouvrir" le patient, contrairement à aujourd'hui où les opérations par laparoscopie sont toujours plus courantes. Et on travaillait pratiquement 24 heures sur 24. On me réveillait pratiquement toutes les nuits...* »

Avec les moyens du bord

Les salles d'opération et le matériel à disposition étaient évidemment des plus rustiques. « *Au début du siècle, le Dr Pometta mettait son propre appareil de radiographie à disposition de l'hôpital* », rappelle le Dr Stefan Loretan. « *On n'avait pas les scanners et tout ce bazar* », sourit le Dr Zen Ruffinen, aujourd'hui âgé de 94 ans. « *À mon arrivée à Martigny, il n'y avait qu'un poste de radiographie dans un corridor avec une jeune fille qui faisait fonctionner cet engin, sans protection. Quand je suis parti, il y avait deux radiologues avec une installation magnifique...* »

Anesthésie à l'éther pur

Cette évolution se retrouve aussi dans les activités de soutien, comme l'anesthésie « *qui était plutôt primaire jusque dans les années 1950* », poursuit le Dr Zen Ruffinen. « *Les sœurs, qui n'étaient pas toujours formées, endormaient les patients avec de l'éther pur. De mon côté, j'avais la chance d'avoir un cousin qui avait étudié l'anesthésie. Je l'appelais en cas de besoin et il venait depuis Sion pour anesthésier mes patients.* »

Aujourd'hui, avec les nombreuses spécialités médicales représentées tant en médecine générale qu'en chirurgie, on mesure le chemin parcouru depuis l'époque où les opérations chirurgicales étaient réalisées par des artisans, plus manuels et dirigés par les docteurs qui tiraient leur savoir de la littérature...



LE CHIFFRE

1,80 CHF, le prix « promotionnel » d'une journée d'hôpital au début du 20^e siècle à l'hôpital de Brigue. Le prix normal était de 2,50 CHF et la promotion servait à populariser l'hôpital. L'entier de la somme était à charge du patient.

Le décathlonien du bloc opératoire

«À l'origine, le terme de chirurgie était synonyme de chirurgie générale», rappelle le Dr Thomas Beck, chef de la chirurgie du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO). «Aujourd'hui l'activité s'est spécialisée en plusieurs domaines et sous-domaines comme la chirurgie viscérale, cardiaque, vasculaire, la traumatologie et bien d'autres encore.»



Le chirurgien général est le «spécialiste» du tout-venant, l'expert des cas fréquents.

Le développement rapide de la médecine et les avancées technologiques ont rendu cette spécialisation nécessaire et inévitable. *«Impossible aujourd'hui de maîtriser la totalité des opérations possibles. Celles-ci sont toujours plus difficiles et éprouvantes, faisant appel à des équipements techniques toujours plus pointus. Les cas complexes doivent être opérés par des spécialistes ou concentrés dans des centres de référence.»*

«On peut oser une comparaison avec l'athlétisme», image le Dr Beck. «Impossible pour tous les athlètes d'exceller dans l'ensemble des disciplines sportives. Les qualités du coureur de fond ne sont pas les mêmes que celle du sprinter. Le filiforme sauteur en hauteur n'a aucune chance au lancer du poids. Pourtant, on trouve encore des décathloniens, qui s'alignent dans plusieurs disciplines et obtiennent dans chacune d'entre elles des résultats au-dessus de la moyenne, même s'ils ont eux aussi leur sport préféré.»

Impossible d'avoir des spécialistes partout

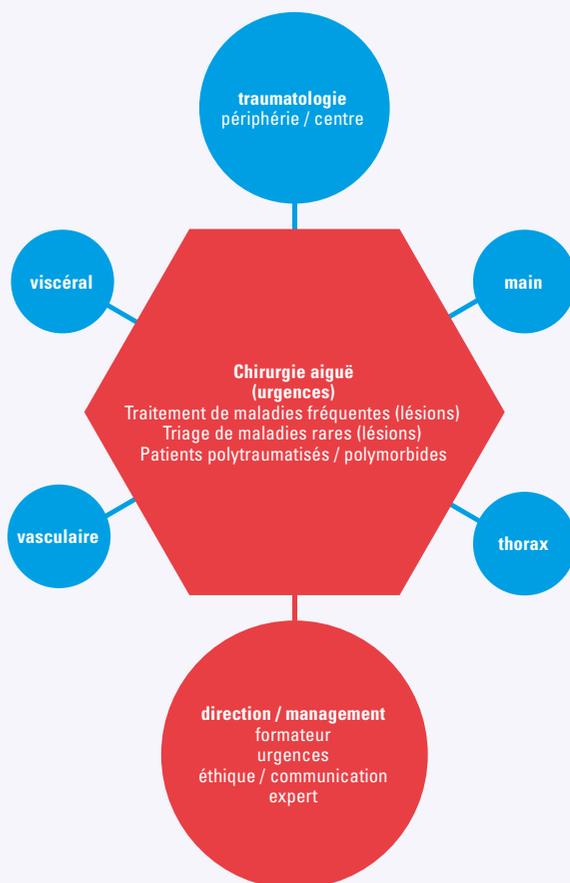
Dans le domaine médical, chaque blessure ou chaque maladie n'est pas forcément grave ou compliquée au point de nécessiter l'intervention d'un spécialiste. Pour des raisons financières, de fréquence de cas ou géographiques, chaque hôpital périphérique ne peut pas non plus disposer de spécialistes pour toutes les disciplines médicales.

« Le chirurgien général est le premier interlocuteur pour une blessure ou une maladie “chirurgicale”. »

Dr Thomas Beck

C'est là que le chirurgien général entre en jeu. Il est le « spécialiste » du tout-venant, l'expert des cas fréquents, le décathlonien parmi les chirurgiens spécialisés. « Comme le médecin de famille dans son cabinet est le premier recours pour une prise en charge médicale, le chirurgien général est le premier interlocuteur pour une blessure ou une maladie “chirurgicale”. Pour une opération planifiée, mais le plus souvent dans des situations d'urgence à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. » L'étendue de sa formation lui permet de réaliser un triage consciencieux et d'évaluer avec précision si un patient peut être pris en charge sur place ou s'il doit être dirigé vers un spécialiste ou un centre de référence.

Au-delà de ses aptitudes globales, le chirurgien général est le plus souvent spécialisé dans un ou plusieurs domaines. Comme le décathlonien, il a aussi ses disciplines de prédilection et joue un rôle précieux dans un hôpital périphérique, qui bénéficie de ses compétences particulières. « Le chirurgien général est ainsi capable de réaliser des opérations de qualité dans 90 % des cas, tout en étant encore un expert dans certains domaines », souligne le Dr Thomas Beck.



Compétences de bases et spécialisations

L'illustration ci-dessus correspond à l'organisation de la clinique de chirurgie du SZO, à Viège. Chacun des sept chirurgiens est un « généraliste » disposant d'une spécialisation dans un domaine particulier pour des opérations électives. Chacun est aussi au bénéfice d'une formation en traumatologie pour des opérations en urgence.

1.3 Orthopédie

« Il y a un côté « pratique et manuel » dans l'orthopédie qui me plaît bien »

Le Dr Claire Stanchina est la seule femme chirurgienne orthopédiste au Centre Hospitalier du Valais Romand. Une exception dans une spécialité plutôt masculine.

Son quotidien est fait de vis, de clous, de plaques métalliques et autres prothèses de hanche ou de genou. *« C'est vrai que c'est assez physique et ce doit être une des raisons pour lesquelles l'orthopédie attire surtout les hommes »,* admet le Dr Claire Stanchina, médecin adjointe du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) depuis août 2014. *« Il y a un aspect bricolage, l'expression est certes caricaturale, mais j'aime bien ce côté manuel, pratique avec un résultat immédiat, lorsqu'il s'agit de redresser les choses un peu tordues, cassées... »*

Titulaire d'un master en biomécanique *« qui permet de comprendre les contraintes et les efforts qui s'exercent sur le corps et les matériaux utilisés »,* le Dr Claire Stanchina a été formée principalement à Strasbourg, ville réputée pour l'invention des méthodes modernes d'enclouage et d'ostéosynthèse. *« Je me suis rapidement tournée vers l'orthopédie, adulte et pédiatrique. Ce sont des spécialités chirurgicales où l'on peut assez vite réaliser de petites choses. Comme stagiaire j'ai déjà pu pratiquer certains gestes, avec l'impression d'avoir un vrai rôle, ce qui m'a définitivement convaincue que j'avais trouvé ma voie. »*

« Les pionnières ont eu la vie plus dure »

Un « vrai rôle » pas toujours facile à décrocher lorsque l'on est une femme dans un milieu très masculin. *« C'est vrai qu'au départ on nous prend plus volontiers pour l'infirmière que pour le médecin... Et à mes débuts, il y avait certainement moins de respect pour moi que pour un autre cadre, car j'étais une femme et j'ai été nommée jeune. Heureusement, avec le temps ça va mieux et les mentalités évoluent. Il y a 15 ou 20 ans, une femme en orthopédie était moins bien accueillie qu'aujourd'hui. Les pionnières ont eu la vie plus dure que moi... »*

L'évolution technologique a aussi permis à davantage de femmes de choisir cette spécialité, en rendant parfois le travail moins physique. *« Il est aujourd'hui plus simple de mettre un clou qu'il y a quinze ou vingt*

ans », estime Claire Stanchina. *« Et ce n'est pas parce qu'on est une fille que l'on ne va pas y arriver. »*

Reste que certains clichés ont la vie dure : *« Il n'y a pas si longtemps, on m'a dit que je n'avais pas le physique de l'emploi, car un orthopédiste doit être soit un homme, soit une femme au profil de camionneur... »* Force est de constater que c'est loin d'être le cas, même s'il *« est difficile d'être féminine au quotidien »*. Pas facile de mettre des jupes, du vernis à ongles ou des bijoux, Claire Stanchina a trouvé la parade : *« Je mets des chaussures à talons »,* sourit-elle. *« Plusieurs patients m'ont déjà dit que ça avait marqué d'avoir un chirurgien en talons... »*



Dr Claire Stanchina : « Les pionnières ont eu la vie plus dure que moi... »

« Un patient qui refuse d'être soigné par une femme, c'est très rare »

Certains patients de l'urologue Teresa Pastor sont parfois surpris d'être pris en charge par une femme dans cette spécialité où elles sont rares. Mais le plus souvent, cela ne pose aucun problème.

« On croit souvent que l'urologie est une spécialité réservée aux hommes, car elle s'occupe de leur système génital », relève le Dr Teresa Pastor, médecin adjointe du Service d'urologie du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR). *« Mais il ne s'agit que d'une petite partie de notre activité qui, sinon, concerne autant les hommes que les femmes. L'urologue est le médecin des voies urinaires: les reins, l'uretère, la vessie ou l'urètre sont des organes que l'on trouve chez l'homme et la femme. L'urologie n'est donc pas le pendant masculin de la gynécologie »,* rappelle-t-elle.

Les patients ne sont-ils toutefois pas surpris d'être pris en charge par une femme? *« Certains un peu »,* avoue-t-elle. *« Du alors ils sont un peu gênés et je les détends avec des petites blagues. Mais les patients qui refusent d'être traités par une femme sont extrêmement rares. Nettement moins nombreux que ce que je craignais à mes débuts. Et pour la plupart des patients, cela ne pose aucun problème. »* Pour les patientes et les enfants, être une femme est même souvent un avantage selon Teresa Pastor.

Des médecins de confiance

Arrivée en Suisse au début 2016 après des études en Espagne et un début de carrière en Allemagne, le Dr Pastor ne changerait rien si c'était à refaire. *« Je choisirais à nouveau l'urologie »,* assure-t-elle. *« Comme tous les urologues à qui j'ai posé la question d'ailleurs. »* Pour elle, cette spécialité passionnante offre plusieurs avantages: *« La chirurgie en elle-même est très variée, de la chirurgie mini-invasive aux opérations plus importantes. L'urologue est aussi très autonome. Il fait tout, du diagnostic au suivi des patients, en passant par l'opération elle-même. »* Pour de nombreux patients, suivis durant plusieurs années, l'urologue devient ainsi un médecin de confiance. Et d'un point de vue très pratique, l'urologie offre une bonne qualité de vie à ses spécialistes. *« Les gardes sont moins contraignantes que dans d'autres disciplines. On les fait à la maison et les opérations en urgence restent rares. Cela me permet aussi de passer du temps avec mes enfants et de les voir grandir. »*



Dr Teresa Pastor:
« Je choisirais à nouveau l'urologie. »

« Encore pas mal de préjugés »

Unique urologue féminine à l'Hôpital du Valais, Teresa Pastor a ainsi été surprise du peu de consœurs qu'elle comptait en Suisse. *« Là où j'ai étudié en Espagne, 40 % des urologues sont aujourd'hui des femmes. Ici, je pense qu'il y a encore pas mal de préjugés sur l'urologie. Tout le monde veut être cardiologue ou interniste. L'urologue est plus bizarre, avec les pieds mouillés à cause de l'urine (rires)... Mais une fois que l'on a découvert l'urologie, on y reste. »*

Le seul bémol viendrait de la place faite aux femmes, en chirurgie comme dans d'autres métiers ou dans la société en général. *« Au-delà de sa formation, une femme doit encore montrer qu'elle sait faire les choses alors que l'on ne se pose pas ce genre de question pour un homme. Ce n'est sûrement pas juste, mais le monde est malheureusement ainsi... »*

Obésité : opérer et changer de comportement

En Valais, selon l'Observatoire valaisan de la santé, près d'un homme sur deux et près d'une femme sur trois sont en surpoids ou obèses. L'obésité touche 10 % des hommes et des femmes. La chirurgie peut leur venir en aide, à certaines conditions.



Les Drs Mariano Winckler et Jean-Marie Calmes lors d'un "bypass" à l'hôpital de Sion.

« Il faut aussi savoir que le fait de perdre du poids induit une augmentation de l'espérance de vie qui peut aller jusqu'à huit ans, c'est énorme. »

Dr Mariano Winckler

Diabète, hypertension, problèmes musculosquelettiques, problèmes respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers, baisse de l'estime de soi, stigmatisation... L'obésité est associée à de nombreux problèmes de santé physique et psychosociale. « Si on parvient à diminuer l'obésité, on agit aussi sur les principales causes de mortalité », souligne le Dr Mariano Winckler, médecin adjoint dans le Service de chirurgie du CHVR, à Sion.

« Il faut aussi savoir que le fait de perdre du poids induit une augmentation de l'espérance de vie qui peut aller jusqu'à huit ans, c'est énorme. Il faut bien voir l'obésité comme une maladie et pas seulement un problème lié à la nourriture. Il faut donc analyser tout ce qu'il y a autour du malade avant d'envisager une chirurgie dite bariatrique. L'idée est de voir le malade comme un être humain dans toute sa complexité est non seulement avec l'œil du chirurgien qui veut couper... »

Chirurgie : une possibilité parmi d'autres

« La chirurgie n'est ainsi qu'une des étapes possibles du traitement de l'obésité », rappelle le Dr Winckler. « C'est pourquoi le Centre des maladies métaboliques permet également de prendre en charge des patients qui n'ont pas forcément besoin d'une chirurgie de l'obésité » (lire en page 16).

Une prise en charge globale

« La chirurgie dite bariatrique, ce n'est pas uniquement de la chirurgie », confirme le Dr Dorota Teterycz, médecin-chef de l'Unité de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier du Valais Romand. « C'est bien une prise en charge globale et multidisciplinaire, avec un spécialiste du métabolisme, des nutritionnistes, diététiciennes, endocrinologues, psychiatres et psychologues. » Toute cette équipe doit être spécialement formée à la problématique de l'obésité et ce n'est qu'une fois la phase de préparation avec chacun des spécialistes achevée (environ 6 mois) que l'on pourra passer à l'opération proprement dite.

« Bypass » ou « sleeve » ?

Lorsque l'on évoque la chirurgie de l'obésité, la pose d'un anneau gastrique est l'intervention qui vient le plus souvent à l'esprit. « Cette technique a toutefois été abandonnée, car il a été démontré qu'elle posait davantage de problèmes qu'elle n'en résolvait », note le Dr Tetrycz. Aujourd'hui, en Suisse, le bypass gastrique est l'opération la plus fréquente. « C'est aussi la plus complexe, car on supprime une partie de l'estomac, et l'on va en outre faire une "déviation" qui exclut toute une partie du tube digestif. Cela permet de réduire la quantité d'aliments ingérés tout en ne digérant qu'une partie de ces derniers. » Cela permet de limiter l'apport de sucres et de graisses, avec l'inconvénient que d'autres nutriments et vitamines seront présents en plus faible quantité. C'est pourquoi un suivi est indispensable pour s'assurer que les patients ne souffrent pas d'anémie, d'un manque de vitamines ou d'autres troubles.

La « sleeve gastrectomie » est une autre technique possible, mais elle est moins pratiquée en Suisse. « Avec cette technique, on diminue le volume de l'estomac, donc le volume des aliments ingérés. L'opération est relativement simple, mais exige davantage d'efforts de la part du patient par la suite. Car l'estomac est un muscle et si l'on ne fait pas attention, il reprend son volume initial. »

Intervention par laparoscopie

Dans les deux cas, les opérations se font par voie laparoscopique. « L'introduction de cette technique pour la chirurgie bariatrique dans les années 1990 a contribué à "populariser" ces opérations », relève le Dr Thomas Beck, chef de la chirurgie du Centre Hospitalier du Haut-Valais. « Ces opérations, sujettes à complications étaient plutôt rares avant l'apparition de cette technique ». Le séjour à l'hôpital dure de trois à cinq jours, selon un protocole standardisé, de l'entrée du patient à l'hôpital à son retour à domicile.



Chirurgie de l'obésité, pour qui ?

En Suisse, les critères pour envisager une opération de chirurgie de l'obésité, ou bariatrique, sont édictés par la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) et valables dans tout le pays. Un indice de masse corporelle de 35 kg/m² constitue le critère de base. « Si on estime que l'on peut d'abord travailler sur le comportement des patients, ou si on est en présence d'autres problèmes, endocrinologiques, cardiaques ou pulmonaires, il faudra les régler d'abord », explique le Dr Dorota Tetrycz, médecin-chef de l'Unité de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier du Valais Romand. « Si nous ne remplissons pas les critères exigés, l'assurance refusera de toute manière le remboursement de l'opération ». Et comme la SMOB garde la trace des demandes et des opérations, impossible de tenter sa chance à plusieurs endroits en cas de refus.

Suivi après l'opération

« Après une opération réussie suit une prise en charge également standardisée, avec des contrôles réguliers par le médecin traitant, en collaboration étroite avec l'équipe bariatrique », ajoute le Dr Thomas Beck. « Ce suivi est primordial », insiste le Dr Mariano Winckler. « Les modèles qui font l'impasse sur la préparation avant l'opération et le suivi des patients ensuite sont voués à l'échec. Et c'est ce que nous voulons éviter. » Pour obtenir des résultats sur le long terme, le patient doit forcément y mettre du sien et changer ses habitudes. « La chirurgie n'est qu'un coup de pouce », rappelle le Dr Tetrycz. « Si l'on veut des résultats durables, il faut changer de comportement au quotidien ».



Le Dr Vittorio Giusti, chef du Centre des maladies métaboliques du Centre Hospitalier du Valais Romand (lire en page 16).

1.4 Chirurgie de l'obésité



Le Centre des maladies métaboliques

Le Centre des maladies métaboliques du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) est une entité pluridisciplinaire qui regroupe des spécialistes en chirurgie, en psychiatrie et psychologie, en endocrinologie, en pédiatrie, en diététique et en nutrition pour préparer les patients nécessitant de la chirurgie bariatrique ou pour évaluer et proposer un autre traitement adéquat.

L'objectif est notamment d'identifier les causes de la souffrance, de proposer un parcours adapté et personnalisé pour améliorer la qualité de vie. Cela passe par un changement durable des habitudes alimentaires et un ajustement de l'activité physique.

Qui peut en bénéficier ?

Toutes les personnes, enfants, adolescents et adultes, en surpoids, souffrant d'obésité, de troubles de comportement alimentaire, de problèmes nutritionnels ou de problèmes métaboliques, ainsi que toutes les personnes adultes intéressées par la chirurgie de l'obésité et/ou un traitement thérapeutique.

Comment ça se passe ?

Le patient est reçu pour une première consultation d'un peu plus d'une heure, où le médecin évalue son poids et les plus importants composants de sa prise de poids. En fonction du profil du patient, plusieurs traitements sont proposés: prise en charge nutritionnelle, thérapie sur le comportement alimentaire ou intervention chirurgicale.

Contact : 027 603 73 12



>25 kg/m²
IMC INDIQUANT UN SURPOIDS

30 kg/m²
IMC INDIQUANT L'OBÉSITÉ

35 kg/m²
IMC SYNONYME D'OBÉSITÉ SÉVÈRE

37,3 % 
DE LA POPULATION SUISSE EST EN SURPOIDS

10%  de la population
suisse est obèse

 **5'000** opérations bariatriques
par an en Suisse

100'000 PERSONNES EN SURPOIDS
EN VALAIS ET **20'000** OBÈSES

IMC = poids / taille en mètre²
EXEMPLE: 78 KG / 1,83M² = IMC 23,3
Indice de masse corporelle

Dans le haut-Valais depuis 1998

Le Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO) est un centre primaire certifié de la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) pour la chirurgie de l'obésité. On y réalise des opérations en cas d'obésité morbide depuis 19 ans. À ce jour, quelque 400 patients ont pu y être opérés.

Ces opérations, en général pratiquées par voie laparoscopique, sont réalisées par une équipe multidisciplinaire et selon une procédure standardisée. Au SZO le Dr PD Rudolf Steffen a réalisé les premières opérations de chirurgie bariatrique en 1998. Au début, il s'agissait d'anneaux gastriques, puis des «bypasses» dès 2002, la technique des anneaux n'apportant que peu de bénéfices à long terme. Cette activité est assurée depuis 2006 par le Dr Alejandro Metzger, avec environ 30 patients opérés chaque année.

Les réopérations bariatriques doivent être réalisées dans un centre de référence. Avec la clinique Beau-Site à Berne, qui réalise plus de 500 interventions de chirurgie de l'obésité par an (notamment par les Drs Steffen et Metzger), le SZO dispose d'un centre des plus compétents en la matière.

Le traitement chirurgical de l'obésité ne se limite par ailleurs pas à la chirurgie viscérale, mais se voit complété par une chirurgie reconstructive. Et, sur la durée, la réussite n'est possible qu'avec une prise en charge nutritionnelle, psychologique et sociothérapeutique à long terme. Les succès enregistrés à ce jour expliquent aussi l'acceptation croissante et la popularité de cette méthode.

La chirurgie au centre du traitement curatif des cancers

La prise en charge des cancers de l'appareil digestif représente la majorité de l'activité de la chirurgie viscérale. *«Multidisciplinaire et multimodale, elle nécessite la collaboration de nombreuses disciplines (gastroentérologie, oncologie, radio-oncologie, radiologues) et la mise en œuvre de nombreuses stratégies telle que la chimiothérapie et la radiothérapie, entre autres»,* explique le Dr Claude Haller, chef du Département de chirurgie du Centre Hospitalier du Valais Romand. *«La chirurgie reste toutefois la clé du traitement curatif, car il faut enlever le cancer et ses ramifications pour avoir une chance de guérir.»*



L'Hôpital de Sierre vient d'ouvrir sa nouvelle structure de chirurgie ambulatoire après des transformations au niveau de l'accueil des patients, du bloc opératoire et de la salle de réveil.

Maladies fonctionnelles et inflammatoires

De nombreux patients souffrent également de maladies fonctionnelles, comme le reflux gastrique où l'acidité de l'estomac remonte dans l'œsophage qui se trouve dans le thorax et provoque des brûlures acides. *«Ces pathologies peuvent faire l'objet d'une correction chirurgicale lorsque les médicaments ne suffisent plus»,* note le Dr Haller.

La chirurgie viscérale s'occupe également des complications des maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique...) lorsque ces dernières surviennent malgré les traitements médicamenteux. Dans ce domaine, la médecine a également fait de grands progrès avec l'arrivée de l'immunothérapie.

Nouvelles techniques micro-invasives

«La chirurgie viscérale elle-même a également connu un développement important ces dernières années grâce à l'arrivée de nouvelles technologies micro-invasives. Les techniques endoscopiques, laparoscopiques et de radiologie interventionnelle permettent de diminuer la durée d'hospitalisation en raison de leur caractère moins invasif que la chirurgie ouverte.» Les programmes standardisés et participatifs tels que ERAS® ont également participé largement à la diminution de la durée de séjour.



La chirurgie viscérale a connu un développement important ces dernières années grâce à l'arrivée de nouvelles technologies micro-invasives.

Certains domaines de la chirurgie viscérale ont été rattachés à la médecine hautement spécialisée (MHS), comme la chirurgie du rectum, du pancréas, du foie ou de l'œsophage. L'Hôpital de Sion dispose actuellement de reconnaissances dans ce domaine, lui permettant d'effectuer une partie de ce cette chirurgie MHS.

Développement de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire se développe actuellement dans certains domaines spécifiques de la chirurgie et permet grâce à des filières optimisées et rapides aux patients de rentrer en toute sécurité le jour même à la maison. L'Hôpital de Sierre vient d'ouvrir sa nouvelle structure de chirurgie ambulatoire après des transformations au niveau de l'accueil des patients, du bloc opératoire et de la salle de réveil. Cette nouvelle organisation permet au patient d'arriver en fauteuil, voire à pied directement au bloc opératoire et de rentrer à domicile peu après son intervention.

LA CHIRURGIE VISCÉRALE



La chirurgie viscérale est la spécialité de la chirurgie qui prend principalement en charge les affections digestives. Les organes concernés sont notamment l'œsophage, l'estomac, le foie, le pancréas, le côlon et le rectum. La chirurgie viscérale du côlon (gros intestin) se divise en plusieurs sous-catégories comme la chirurgie des cancers, la chirurgie des maladies inflammatoires intestinales et infectieuses, ainsi que la chirurgie fonctionnelle.

Anesthésie

Pour des opérations sans douleur ni stress

Le but de l'anesthésie est de rendre une intervention chirurgicale possible sans que le patient ne ressente de douleur ou de stress.

VISITE PRÉANESTHÉSIQUE



Pour conseiller le patient et choisir la meilleure méthode, les médecins anesthésistes doivent recueillir certaines informations sur son état de santé ainsi que sur l'opération prévue. D'autre part, le patient doit être informé sur la méthode d'anesthésie choisie et les risques inhérents, afin de pouvoir donner un consentement éclairé. C'est le but de la visite préanesthésique, en présence d'un médecin anesthésiste. L'Hôpital du Valais espère travailler dans le futur sur un module de visite préanesthésique virtuelle, accessible en ligne.

Cette visite est assurée dans le cadre de l'Unité d'évaluation préopératoire (UEP), qui répond à un concept global permettant, en conformité avec les recommandations des sociétés faitières de chirurgie et d'anesthésiologie, d'évaluer simultanément le patient du point de vue anesthésiologique et chirurgical, à distance de son intervention, ainsi que de compléter son dossier administratif et de pratiquer les examens nécessaires.

L'UEP permet ainsi d'évaluer l'état de santé du patient, d'établir la stratégie anesthésique en accord avec le patient et en adéquation avec son état de santé et le geste chirurgical, mais aussi de déterminer le lieu de destination postopératoire le plus adapté : unité ambulatoire, étage d'hospitalisation, soins continus ou soins intensifs.

Davantage de renseignements sur internet :
www.hopitalvs.ch/anesthesie

Il est aujourd'hui possible chez des patients de tout âge de réaliser des interventions chirurgicales de longue durée avec un haut degré de sécurité. Le médecin anesthésiste choisit la meilleure méthode d'anesthésie, les meilleurs médicaments et assure un traitement et une surveillance individualisés pour chaque patient.

Une anesthésie s'articule en général autour de trois axes. Premièrement, il faut que le patient ne ressente pas de douleur; deuxièmement, pour que le chirurgien puisse travailler, il faut que la partie à opérer soit immobile; troisièmement, selon l'opération ou le souhait du chirurgien et/ou du patient, il faut que le patient puisse « dormir » pendant la durée de son opération.



Méthode adaptée à la situation

Pour atteindre ces objectifs, les anesthésistes utilisent des médicaments la plupart du temps injectés par une veine et qui agissent sur le système nerveux central. On parle alors d'anesthésie générale. Pour des anesthésies dites locorégionales, les médicaments sont injectés dans les tissus à proximité d'un nerf et agissent sur ce dernier ou sur le système nerveux périphérique.

Selon la partie du corps ou l'organe à opérer, ainsi que la durée prévue de l'opération, médecins et patient déterminent la meilleure méthode — la plus «confortable», mais aussi celle qui induira le moins de risques d'effets secondaires ou délétères pour le patient. *« Un peu comme pour partir en voyage, selon la destination, on choisit le meilleur moyen de locomotion »,* image une anesthésiste.



C

B

A

D

02

01

03



Qui
sont ces gens?

Quizz

Réponses au verso

Quels
sont ces objets?



Les 5 étapes de la « check-list » opératoire

Avant le transport du patient au bloc opératoire

Le personnel soignant vérifie l'identité du patient, que son dossier soit complet, ainsi que le marquage du côté à opérer.

Avant l'entrée en salle d'opération

Le personnel soignant vérifie à nouveau l'identité du patient ainsi que le marquage du côté à opérer.

Avant l'anesthésie

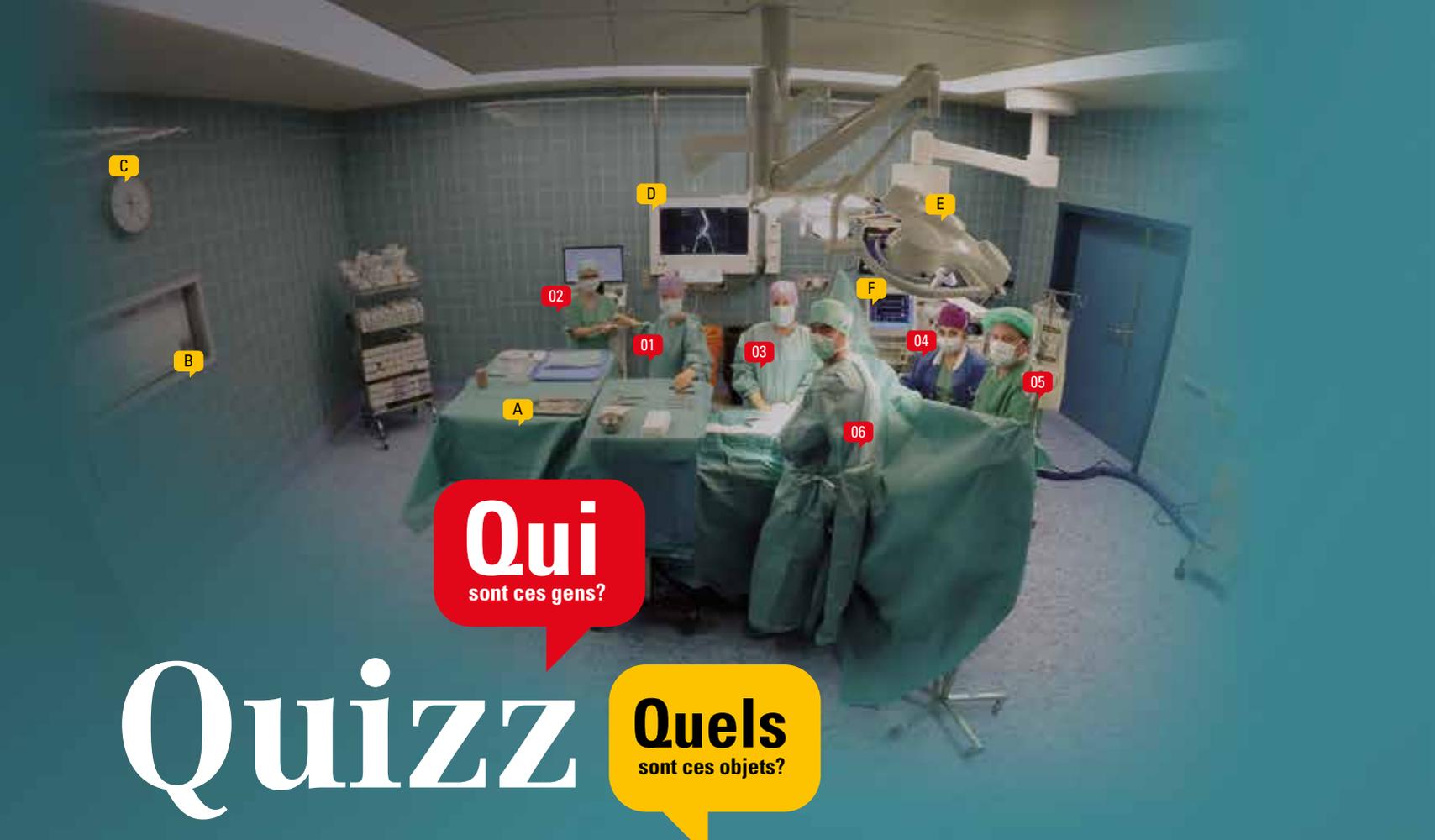
L'anesthésiste contrôle l'identité du patient, le type d'opération, le marquage du côté à opérer, les allergies, le dossier du patient, etc.

Avant l'incision

« Team time-out » pour toutes les personnes présentes en salle d'opération (chirurgiens, anesthésistes, instrumentistes, personnel soignant). Les informations liées au patient sont rappelées, afin que tous les participants aient le même niveau d'information.

À la fin de l'opération

« Sign out »: comptage du matériel utilisé (compresses, instruments...), contrôle de l'identification des échantillons et des formulaires de laboratoire, traitement postopératoire, etc.)



Qui
sont ces gens?

Quels
sont ces objets?

01 Instrumentiste

Personne qui s'occupe des instruments stériles ainsi que de tous les consommables utiles durant l'intervention.

02 Aide de salle / Instrumentiste tournante

Personne qui accueille le patient au bloc opératoire et qui transmet le matériel stérile à l'instrumentiste durant l'intervention. Elle gère également les appareils (coagulation, lumière...)

03 Médecin-assistant en chirurgie

Médecin en formation qui assiste le chirurgien et qui apprend son métier de chirurgien.

04 Infirmière anesthésiste

Infirmière spécialisée en anesthésie qui conduit l'anesthésie (générale ou locorégionale) durant l'opération sous supervision du médecin anesthésiste.

05 Médecin anesthésiste

Médecin spécialisé en anesthésiologie, responsable de l'anesthésie (suppression de la sensation de douleur qui permet l'opération).

06 Chirurgien

Médecin spécialisé qui pratique l'acte opératoire.

A Tables d'instrumentation

Tables stériles qui contiennent tous les instruments et consommables pour pratiquer l'intervention chirurgicale.

B Tableau d'affichage

Permet d'afficher les données du patient, les procédures d'urgences...

C Horloge

Permet à toute l'équipe de vérifier le « timing » des interventions et le déroulement du programme opératoire.

D Écran pour images radiologiques

Écran géant relié aux services de radiologie et permettant d'afficher l'imagerie médicale du patient (CT-Scan, IRM, radio...).

E Scialytiques

Lampes puissantes et focalisables pour avoir une vision optimale durant l'intervention (lumière standard progressivement remplacée par les LED).

F Colonne d'anesthésie

Contient tous les appareils nécessaires à la conduite et au contrôle de l'anesthésie et des fonctions vitales du patient (moniteur cardiaque, ECG, gaz d'anesthésie, respirateur...).

1.8 Salle d'opération

L'aéronautique comme modèle



Dans l'aviation, toute une série de vérifications doit obligatoirement être réalisée avant que l'avion ne puisse décoller. De la même manière, en salle d'opération des contrôles standardisés permettent d'éviter les erreurs et d'améliorer la sécurité du patient.

Lorsque vous embarquez dans un avion pour vos vacances, vous espérez avant tout arriver en sécurité à destination. Pendant que vous vous installez à bord, de multiples contrôles sont réalisés dans le cockpit et autour de l'avion. Ce dernier ne bouge pas avant que toutes ces vérifications, basées sur des « check-lists » standardisées, soient terminées. Peu importe qui au sein de l'équipage émet une réserve : tant que tous les points n'ont pas été vérifiés et validés, aucune autorisation de décoller n'est délivrée.

Pour une opération chirurgicale, il en va de même que dans l'aviation. L'objectif principal est d'amener le bon patient au bon endroit avec la bonne opération et sans incident évitable. La préparation d'un patient pour une opération chirurgicale jusqu'au moment de l'incision suit un protocole d'apparence compliqué, mais standardisé. Pourtant, contrairement à l'aviation, les contrôles de sécurité étaient jadis peu nombreux et l'utilisation de « check-lists » quasi inexistante.

Une recommandation de l'OMS

Sur recommandation de l'OMS et à la demande de nombreuses sociétés médicales et d'organisations de patients, ces « check-lists » ont aujourd'hui aussi trouvé leur place dans les blocs opératoires. « Par exemple, au Centre Hospitalier du Haut Valais (SZO), un groupe de travail interdisciplinaire a élaboré une telle liste de vérification qui est utilisée pour toutes les interventions depuis l'automne 2014 » explique le docteur Thomas Beck, chef de la chirurgie du SZO. En l'occurrence, la liste de l'OMS a servi de base, avant d'être adaptée aux particularités du SZO. « La même réflexion a été menée l'année suivante au Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) avec introduction d'une « Check-list » sur les trois sites, à savoir Sion, Sierre et Martigny », précise le Dr Claude Haller.

Des contrôles de sécurité standardisés ont ainsi été introduits dans les différentes phases préparatoires de chaque opération, et le processus est interrompu en cas de problème. L'identité du patient est contrôlée à plusieurs reprises, avant le départ au bloc opératoire, lors de l'entrée en salle et encore avant l'anesthésie. « Par exemple, lors de chaque opération où il est possible de se tromper de côté, le bon côté doit être marqué d'une croix bien visible, sinon le patient n'entre tout simplement pas dans la zone opératoire. »

Une pause pour un dernier point de situation

Le dernier contrôle en salle est appelé « team-time-out ». Une courte pause juste avant l'incision qui requiert l'attention de toutes les personnes présentes. Avec l'aide de la « check-list », on contrôle une dernière fois l'identité du patient, l'opération prévue et le côté à opérer. Les étapes difficiles de l'opération sont annoncées et l'on confirme aussi quels médicaments sont administrés, en vérifiant les possibles allergies. C'est seulement lorsque tous ces points sont validés que l'opération commence.

« L'introduction d'une « check-list » signifie un changement culturel », admet le Dr Beck. « Auparavant les médecins, chirurgiens et anesthésistes, étaient hiérarchiquement au centre de l'opération. La vérification basée sur une « check-list » implique une communication standardisée qui place tous les membres de l'équipe au même niveau. L'utilisation d'un tel outil nécessite aussi un apprentissage et son usage ne fait sens que s'il est utilisé à 100 %. C'est seulement dans ce cas qu'une telle démarche standardisée améliore la sécurité du système et du patient par la même occasion. » Au CHVR un groupe de travail se réunit deux fois par année pour vérifier l'application quotidienne de la « check-list » au sein des trois blocs pour toutes les opérations. « Ces contrôles se font en étroite collaboration avec le service qualité », souligne le Dr Claude Haller.

Des pistes de ski à l'hôpital et retour

Chaque hiver, quelque 600 blessés lors d'une activité sportive sont opérés au Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO). Cela en fait un des plus grands centres de Suisse pour ce genre d'accident, avec un haut niveau d'expertise qu'il partage avec l'Hôpital de Sion, qui bénéficie de son côté du statut de « Trauma Center ».



PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Pour des blessures comme celle de Christine (fracture de la tête du tibia), « une prise en charge multidisciplinaire est très importante », note le Dr Thomas Beck, chef de la chirurgie du SZO. « Le personnel soignant, les physiothérapeutes et les médecins doivent travailler de concert, sans oublier la coopération et la motivation du patient, qui joue un rôle très important dans la rééducation. »

La physiothérapie ambulatoire est engagée immédiatement après la sortie de l'hôpital, afin de mobiliser l'articulation et éviter le raccourcissement des muscles. L'entraînement de force peut reprendre uniquement lorsque l'os est suffisamment solide. « La proximité des services permet aux physiothérapeutes de discuter avec le chirurgien en cas d'imprévu durant la rééducation ». Ce dernier contrôle l'évolution après 6 et 12 semaines.

Son anniversaire, Christine¹ l'avait imaginé autrement. En cette magnifique journée du mois de février 2014, les conditions d'enneigement sont parfaites et elle décide de passer son anniversaire en famille, sur les pistes de ski. Malheureusement, durant la matinée déjà, elle se tord le genou et chute lourdement. « J'ai immédiatement senti une douleur insupportable. Ma jambe pointait à l'opposé de la normale », se souvient la malheureuse. Les secours sont alarmés, et elle est transportée à l'hôpital de Viège par hélicoptère après avoir reçu un puissant calmant. Aux urgences de Viège, Christine subit un contrôle complet. Mis à part sa blessure au genou, tout est en ordre. Mais l'articulation est très enflée, douloureuse et ne peut pas être mobilisée. La radio confirme le diagnostic : fracture de la tête du tibia. Elle n'échappera pas à une opération en urgence en guise de cadeau d'anniversaire...

Première opération pour stabiliser l'articulation

Son genou est toutefois trop enflé pour que les chirurgiens puissent traiter directement la blessure. Au cours d'une première opération, ils doivent d'abord lui poser un fixateur externe, afin de stabiliser l'articulation le temps que le genou désenfle. Quatre jours plus tard, au cours d'une deuxième opération, les spécialistes peuvent s'atteler à la réduction de la fracture avec des plaques et des vis.

¹ Prénom d'emprunt

« Les opérations de la tête du tibia sont délicates, les lésions sont parfois même irréparables et peuvent entraîner d'importantes séquelles. »

Dr Bernd Wilhelm

Des interventions délicates

« Les opérations de la tête du tibia sont délicates, les lésions sont parfois même irréparables et peuvent entraîner d'importantes séquelles », note le Dr Bernd Wilhelm, chef du Service de traumatologie du SZO. « Le but est de reconstruire la tête du tibia de manière à permettre une mobilisation immédiate de l'articulation du genou sous une charge partielle. Comme il s'agit d'un os relativement poreux, la guérison dure environ trois mois avant de pouvoir supporter une charge complète. » Autant de temps que le patient passera avec des béquilles.

Rééducation déjà à l'hôpital

Christine entame sa rééducation à l'hôpital, directement après l'opération. Les physiothérapeutes lui enseignent comment se comporter avec sa jambe opérée, afin de permettre son retour à domicile aussi tôt que possible. Il lui faut par exemple apprendre à monter et descendre les escaliers sans trop charger la jambe opérée.

« En plus des soins quotidiens, nous montrons aussi aux patients comment nettoyer la plaie et changer les pansements », explique Michaela Lauber, cheffe d'unité de soins en chirurgie. « Nous organisons aussi les soins à domicile et expliquons aux patients comment ils peuvent faire pour s'habiller, malgré leur handicap temporaire. Ils apprennent aussi à faire leurs injections quotidiennes pour prévenir les thromboses ».

Cinq jours après la deuxième opération, Christine peut ainsi rentrer chez elle, avec l'aide de sa famille, de ses amis et le soutien d'une aide familiale. Avec plusieurs séances hebdomadaires de physiothérapie, qui lui permettent de retrouver mobilité et force dans sa jambe blessée, sa convalescence se passe très bien. Douze semaines après l'opération, elle peut ainsi progressivement abandonner les béquilles et elle s'entraîne sans relâche: randonnée pédestre, raquettes, course à pied...

Retour sur les skis

Très exactement 350 jours après la première opération Christine chausse à nouveau ses skis, mais elle doit encore reprendre confiance dans sa jambe et la plaque installée dans le genou la gêne encore. Après avoir constaté la guérison complète de la tête du tibia, les chirurgiens entreprennent une troisième opération, quatorze mois après la deuxième pour retirer tous les éléments métalliques de son articulation. Et, en novembre 2015, après une guérison complète et sans complication, Christine se retrouve à nouveau sur les pistes.

Une grave blessure au genou, bien guérie, peut aussi être une sorte de cadeau d'anniversaire, même avec un peu de retard...



Dr Bernd Wilhelm



SAISON D'HIVER: UN GRAND DÉFI POUR L'HÔPITAL

Quelque 550 patients, à peine moins qu'à Sion, sont transportés par hélicoptère à l'hôpital de Viège chaque hiver suite à un accident de sports d'hiver. D'autres patients arrivent également en ambulance ou par leurs propres moyens.

Lors de grosses journées, les urgences de l'hôpital de Viège prennent en charge jusqu'à 120 patients, dont de nombreux enfants. Parmi ces 120, une vingtaine en moyenne doivent être opérés et passer au moins une nuit à l'hôpital. « C'est spécialement le cas les week-ends ou durant les fêtes », souligne le Dr Thomas Beck, chef de la clinique de chirurgie du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO).

Ces pointes saisonnières nécessitent des adaptations du nombre de lits et du personnel. « La saison d'hiver est un grand défi pour tout l'hôpital et tant les médecins que le personnel soignant font preuve d'un engagement hors-norme. » À peine un patient a-t-il quitté l'hôpital que son lit est déjà occupé par un autre.

A Sion, le statut de « Trauma center » attribué à douze établissements seulement en Suisse témoigne également du haut niveau de prise en charge des blessés graves. Parmi ces derniers, les accidents de ski ou de snowboard sont en cause dans près de 30% des cas.

2.0 La stérilisation

La stérilisation : un défi logistique

Le Service de stérilisation centrale fournit des dispositifs médicaux stériles aux divers sites de l'Hôpital du Valais et gère les quelques 1500 plateaux d'instruments en circulation.



Lors d'une opération chirurgicale, les spécialistes utilisent toute une panoplie d'instruments différents. Pour poser une prothèse de genou par exemple, un chirurgien peut utiliser jusqu'à 200 outils différents. Certains sont à usage unique, mais la plupart sont des instruments à usage multiple et doivent être stérilisés afin d'être utilisés à nouveau.

« À l'Hôpital du Valais, nous traitons ainsi 60'000 unités chaque année », explique le chef de la Stérilisation centrale, Vincent Buchard. « Une unité étant un conteneur standard d'environ 30 x 30 x 60 cm. Selon sa destination et le type d'opération, il peut contenir de 10 à 50 instruments ». Pour chaque type d'opération, des plateaux standards sont préparés, selon les indications du chirurgien et du personnel du bloc opératoire. « Quelque 1500 plateaux différents sont ainsi en circulation à l'Hôpital du Valais », relève Vincent Buchard.

Stérilisation à 134 °C

Les plateaux d'instruments circulent en circuit fermé : après l'utilisation en salle d'opération, conteneurs et instruments sont transportés à la stérilisation. Là, ils sont d'abord lavés et désinfectés, deux opérations largement automatisées, même si certains instruments complexes doivent être traités à la main. Leur fonctionnalité est ensuite vérifiée et ils sont replacés dans les conteneurs ou autres types d'emballage en suivant scrupuleusement la « check-list » correspondant à chaque plateau. Ces derniers passent ensuite dans des autoclaves pour être stérilisés à la vapeur d'eau à 134 degrés. Certains instruments sensibles à la chaleur sont stérilisés au peroxyde d'hydrogène, à basse température (environ 55 °C). Une solution plus onéreuse et réservée à environ 5 % des instruments.

« À l'Hôpital du Valais, nous traitons ainsi 60'000 unités chaque année. Quelque 1500 plateaux différents sont en circulation. »

Vincent Buchard, chef de la Stérilisation centrale



À Martigny dès 2017

L'Hôpital du Valais (HVS) construit aujourd'hui à Martigny une nouvelle stérilisation centrale (illustration en haut à droite) à la pointe de la technologie et respectant les normes strictes en vigueur. Le bâtiment respectera également le standard Minergie. Devisée à un peu moins de 17 millions de francs, cette stérilisation centrale sera consacrée au retraitement des instruments chirurgicaux de l'HVS et de l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC).

Chaque année, le Service de stérilisation de l'Institut Central des Hôpitaux (ICH) y prendra en charge 90'000 unités de stérilisation, correspondant à 4'800 m³ de matériel. Ce service unique, ouvert 7 jours sur 7, emploiera l'équivalent d'environ 38 personnes à plein temps. L'ouverture de ce centre de compétence et de formation (il abritera la formation CFC de technologue en dispositifs médicaux dès la rentrée 2018) est prévue en 2017. « Nous visons aussi une certification ISO 13485 pour 2018. Cela nous permettra de travailler pour des tiers, comme les cliniques, les médecins privés, les dentistes et tous ceux qui doivent utiliser du matériel réutilisable stérile. »

Un GPS pour guider la main du chirurgien

Lors d'opérations du cerveau ou de la colonne vertébrale, un système de navigation tridimensionnelle permet de diriger et de positionner les instruments avec une précision inédite.

Comme toutes les branches chirurgicales, la neurochirurgie a énormément bénéficié des avancées technologiques des vingt dernières années et le développement de l'imagerie grâce à l'informatique a constitué un progrès majeur. « On est passé d'images en deux dimensions sous forme de coupes du corps humain, réalisées avec des scanners et des IRM, à des reconstructions en trois dimensions de l'organe à analyser et à opérer », explique le Dr Marc Morard, chef du Service de neurochirurgie de l'Hôpital du Valais, à Sion.



DEMAIN, DES ROBOTS

Toujours dans le même souci d'être le moins "nocif" possible dans toute intervention chirurgicale (rappelons l'adage « Primum non nocere », « d'abord ne pas nuire ») se développe actuellement l'utilisation de « robots ». Le but de ces derniers est de remplacer la main de l'homme pour des gestes qui exigent un maximum de stabilité. Le Service de neurochirurgie a ainsi participé activement à la validation d'un tel robot (bras articulé) utilisé pour la mise en place de vis dans la colonne vertébrale.

« Le développement continu et de plus en plus rapide de la technologie et des moyens dont nous disposons nous offrent sans cesse de nouvelles possibilités chirurgicales », relève le Dr Morard. « Mais il n'est peut-être pas inutile de rappeler qu'en dépit de toutes ces avancées techniques et technologiques, la pierre angulaire d'une chirurgie réussie résidera toujours dans la justesse de l'indication opératoire. » Et cela, le robot n'est pas près de le réaliser...

Un GPS, comme pour les voitures

La neurochirurgie et la chirurgie de la colonne vertébrale, dite « spinale » évoluent dans un environnement fragile. Pour opérer dans le système nerveux (cerveau) ou à sa proximité (chirurgie spinale) « il est dès lors utile de savoir exactement où l'on se trouve », souligne le Dr Morard. C'est ainsi qu'a été développée la (neuro)navigation, un système comparable au GPS utilisé pour les automobiles. « Dans notre cas, la tête du patient, la colonne vertébrale ou toute autre partie du corps, représentent la terre. Des caméras dans la salle d'opération sont les satellites géostationnaires et les instruments du chirurgien les véhicules. Cela permet au chirurgien de voir sur un écran où se trouve l'instrument qu'il manipule et d'être guidé pour éviter de léser des régions importantes. »

Pour la chirurgie crânienne, la neuronavigation permet de planifier l'endroit précis où l'ouverture du crâne (la craniotomie) doit être faite, de définir le point exact où l'on peut pénétrer dans le cerveau lui-même et d'identifier des limites à ne pas dépasser. Bref, « un outil qui améliore considérablement la sécurité et l'efficacité du geste chirurgical. »



Le scanner mobile « O-Arm » permet de vérifier le bon positionnement des vis directement en salle d'opération.

Un scanner mobile en salle d'opération

Ce qui est vrai pour le cerveau l'est également pour la colonne vertébrale, avec une difficulté supplémentaire pour obtenir une image précise. *« Il est facile de fixer la tête dans une position donnée. Pour la navigation crânienne, on utilise ainsi des images (scanner ou IRM) effectuées quelques jours avant l'opération. Pour la colonne vertébrale, le patient n'étant jamais exactement dans la même position, il faut pouvoir faire une imagerie en salle d'opération. »* À Sion, un scanner mobile qui répond au nom de « O-Arm » le permet depuis quatre ans. L'association de ce scanner et de la navigation permet de relever l'un des grands défis de la chirurgie de la colonne vertébrale, qui est de placer des implants, principalement des vis, correctement dans les vertèbres. *« Avant l'utilisation de la navigation, entre 10 % et 30 % des vis étaient placées de manière imparfaite, selon diverses études internationales. Un certain pourcentage de ces dernières devait être remplacé, par une nouvelle opération. Depuis que nous disposons de la navigation, nous avons posé 1800 vis. Aucune n'a dû être remplacée lors d'une nouvelle opération. »*

CHIRURGIE MINI INVASIVE



Outre par l'imagerie et la navigation, l'évolution stupéfiante de la chirurgie de la colonne vertébrale depuis les années 90 a aussi été rendue possible par le développement de multiples implants. *« Cette évolution se poursuit, avec la volonté de pratiquer une chirurgie de plus en plus "mini invasive", la moins "délabrante" possible pour les tissus adjacents à la colonne vertébrale, en particulier les muscles. »*

Rendre sa place au flux sanguin

Lorsque veines et artères sont malades, dilatées ou trop rétrécies pour assurer le transport sanguin, le chirurgien vasculaire dispose de plusieurs moyens pour intervenir.

Première cause de mortalité dans le monde, l'artériosclérose est une dégénérescence de la paroi artérielle due à l'hypertension, au tabagisme, au diabète et au cholestérol. Ses conséquences sont multiples: infarctus du myocarde, angine de poitrine, anévrisme aortique, accidents vasculaires cérébraux, artériopathie oblitérante entre autres. *« Cette maladie se traduit par des rétrécissements ou des obstructions des vaisseaux sanguins »,* rappelle le Dr Claude Haller, chef du Service de chirurgie vasculaire du Centre Hospitalier du Valais Romand, à Sion. *« Il n'y a alors plus assez de sang qui parvient aux organes, causant des insuffisances fonctionnelles, des douleurs ou parfois même des gangrènes. »*

L'intervention du chirurgien permet de rétablir un flux sanguin approprié pour l'alimentation des organes en oxygène et en nutriment. *« Il est possible de rétablir le flux sanguin soit en dilatant le segment malade soit en reconstruisant l'axe artériel par un pontage. »*

« Stent » ou pontage ?

La première méthode, dite « endovasculaire », consiste à dilater l'artère au moyen d'un ballon introduit au travers de la peau et de l'artère. Un « stent », sorte de ressort métallique tubulaire peut ensuite être disposé à l'intérieur du vaisseau de façon à le maintenir ouvert. *« Grâce à cette technique, les douleurs postopératoires ainsi que les risques d'infections sont grandement diminués. Le retour à la vie normale est rapide. »*

Lorsqu'il n'est pas possible de procéder par voie endovasculaire, le patient se verra proposer une opération de pontage artériel. Un nouveau circuit artériel est alors réalisé, le plus souvent en utilisant une veine du patient ou avec une prothèse, synthétique ou biologique. *« Une opération plus lourde pour le patient, mais le résultat à long terme est excellent ».*

Anévrisme, des artères dilatées

Une autre maladie fréquente des artères survient lorsqu'elles se dilatent, constituant alors un anévrisme. Contrairement à l'artériosclérose, l'anévrisme ne produit habituellement pas de symptôme, car le flux sanguin est préservé. Par contre, il expose au risque de rupture et d'hémorragie et nécessite un suivi strict et parfois une opération chirurgicale, comme la mise en place d'une endoprothèse (stent couvert) ou l'interposition d'un pontage.

L'activité des chirurgiens vasculaires de l'Hôpital du Valais ne se limite pas à ces quelques exemples. Outre le traitement des varices, ils mettent aussi en place fistules et cathéters pour la dialyse et posent des neurostimulateurs de la moelle épinière. Ces derniers diffusent des impulsions électriques qui permettent d'améliorer l'irrigation artérielle des membres inférieurs. Ils sont placés lorsque les artères sont trop endommagées et qu'aucune autre opération n'est possible.



UN « CENTRE DU VAISSEAU » ACCRÉDITÉ

L'Hôpital du Valais fait partie des quelques centres suisses offrant l'ensemble des traitements actuels liés à la chirurgie vasculaire.

Depuis février 2014, il bénéficie en outre d'une accréditation comme « Centre du vaisseau USSMV ». *« Aucun des spécialistes impliqués dans le diagnostic et le traitement des maladies vasculaires, qu'il s'agisse de l'angiologue, du chirurgien vasculaire ou du radiologue interventionnel, n'est en mesure, à lui seul, de couvrir l'ensemble des besoins du patient souffrant d'une maladie vasculaire »*, explique le Dr Claude Haller. C'est pourquoi un « centre du vaisseau » accrédité, doit assurer la présence de ces trois spécialistes. L'accréditation, que l'Hôpital du Valais a été parmi les premiers en Suisse à obtenir, donne des garanties quant au plateau technique, au contrôle de qualité ainsi qu'à la collaboration interdisciplinaire.



Un label de qualité reconnu pour la chirurgie thoracique

Depuis novembre 2015, la chirurgie thoracique du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) est certifiée ERAS®, un label de qualité reconnu au niveau international déjà attribué à la chirurgie colorectale en 2013.



« Cette pratique a un avantage évident pour les patients... »

Dr Michel Christodoulou

« Le modèle ERAS® systématise la prise en charge des patients chirurgicaux par l'application de règles et de procédures établies dans la médecine factuelle », explique le Dr Michel Christodoulou, chef de l'Unité de chirurgie thoracique du CHVR. « Il s'agit avant tout d'améliorer et d'optimiser le parcours du patient grâce à l'implication d'une équipe pluridisciplinaire dédiée à la chirurgie thoracique. Cette équipe réunit notamment des nutritionnistes, des anesthésistes, des intensivistes, des chirurgiens, des infirmières spécialisées et des physiothérapeutes. Un protocole prédéfini permet à chacun de travailler de la même manière et dans le même but : procurer les meilleurs soins au patient afin qu'il puisse bénéficier d'une convalescence plus rapide. » Les études montrent en effet que le protocole ERAS® améliore la récupération post opératoire en diminuant les complications et en permettant un retour à domicile plus rapide. « Cette pratique a un avantage évident pour les patients, qui sont mieux informés et deviennent des partenaires actifs et responsables dans leur prise en charge. Ils doivent par exemple tenir à jour un petit carnet qui retrace leurs actions durant la convalescence. »

La certification ERAS® de l'Unité de chirurgie thoracique du CHVR, en novembre 2015, constituait une première pour la Suisse et il s'agissait du deuxième centre ERAS® Thorax en Europe. L'application clinique a

débuté en avril 2015 et plus de 70 patients avaient déjà bénéficié de cette prise en charge en août 2016. Un audit en continu est en outre réalisé pour chaque patient afin d'analyser les écarts et de mettre en place des ajustements.

LA CHIRURGIE THORACIQUE

La chirurgie thoracique est la discipline médicale qui prend en charge les traitements, mais aussi les interventions chirurgicales liées aux maladies de la paroi thoracique, pulmonaires et médiastinales. La prise en charge pluridisciplinaire pour certaines pathologies, comme le cancer pulmonaire, peut offrir un traitement curatif et la chirurgie thoracique joue un rôle important tant pour le diagnostic que pour traitement. Lorsqu'elle est possible, la chirurgie reste en effet le seul traitement curatif à ce jour. En dehors des pathologies oncologiques, la chirurgie thoracique prend en charge des pathologies infectieuses (empyème pleural, abcès pulmonaires), traumatiques (costales, sternales et pulmonaires), malformatives (thorax en entonnoir), neurologiques (hypersudation palmaire, érythrophobie) et fonctionnelles (pneumothorax, pneumopathies). Dans le souci d'offrir aux patients le meilleur traitement avec un minimum de préjudices fonctionnels et esthétiques, les interventions pratiquées sont aussi peu invasives que possible, comme la thoracoscopie ou la médiastinoscopie. L'activité de l'Hôpital du Valais dans ce domaine s'inscrit également dans un réseau plus large qui lui permet de faire partie des quelques centres suisses offrant une formation et l'ensemble des traitements actuels liés à la chirurgie thoracique.

DAVANTAGE D'INFORMATIONS

Sur internet: www.hopitalvs.ch/thorax



2.3 Témoignage

« Chacun est vraiment à sa place »

Simone* a dû se faire enlever une partie du poumon et a bénéficié du protocole ERAS®. C'est informée, rassurée et encouragée qu'elle a pu subir son opération.

Simone rentre d'un contrôle chez le médecin, où une radiographie réalisée avec d'autres examens a révélé une tache blanche sur un poumon. « Ma stupéfaction passée, le médecin se voulait rassurant », confie Simone. « Mais je devinais qu'il pouvait y avoir autre chose. » Un scanner thoracique le confirme et elle se découvre « un nodule que je ne voulais pas appeler tumeur. C'était une réalité compliquée à intégrer ». Une chirurgie est alors envisagée pour enlever une partie du poumon.

Suivent des moments évidemment difficiles. « Un nuage sombre m'accompagnait et n'était pas disposé à s'en aller facilement. Découvrir que sa vie pourrait se terminer plus tôt, laisser une famille, des enfants... Rester calme, ne pas envisager le pire est un combat qu'il faut partager pour continuer sereinement. La difficulté a été de le dire aux enfants et de les aider à gérer la nouvelle en même temps. » Heureusement, famille et amis seront d'un grand secours moral et pratique.

Vient alors le temps des différents examens et rendez-vous médicaux. « Je découvre des gens professionnels, chaleureux, empathiques et disponibles », se souvient Simone. « Avant l'hospitalisation, j'ai rendez-vous avec un anesthésiste et avec une infirmière spécialisée, qui m'expliquent tout ce qui se passera durant mon séjour hospitalier. J'en sors très satisfaite et encouragée. »

« Une prise en charge vraiment sécurisante »

Le jour de l'opération, Simone est accueillie dans le service de chirurgie « F3 », à l'hôpital de Sion. « L'équipe est très accueillante et la prise en charge vraiment sécurisante. Le chirurgien m'a mise en confiance et je pars relativement sereine en salle d'opération. L'intervention se passe bien et je peux quitter l'hôpital rapidement. La semaine suivante, comme prévu par le protocole ERAS®, l'infirmière spécialisée me téléphone et m'encourage pour ma convalescence à domicile. »

Simone revoit encore le chirurgien quelques jours plus tard, qui lui transmet les résultats de l'analyse du nodule : tout a disparu avec l'intervention. « Je ne peux que remercier chacun pour toute la prise en charge de cette situation », se réjouit la patiente. « Chacun est vraiment à sa place et les soins sont de haute qualité ».



« Le chirurgien m'a mise en confiance », témoigne Simone.

*Prénom d'emprunt

Des spécialistes dans de nombreux domaines

Depuis de nombreuses années, la chirurgie, comme la médecine, se décline dans des disciplines de plus en plus spécialisées. L'Hôpital du Valais dispose d'un plateau technique à la pointe et de spécialistes dans quasiment tous les domaines de la chirurgie.

« Actuellement, il n'est plus possible à un chirurgien d'être expert dans tous les domaines. Déjà durant les études, puis durant les années de formations le choix d'une discipline doit être fait »; explique le Dr Claude Haller, chef du Département de chirurgie du Centre Hospitalier du Valais Romand. Il n'est ensuite pas rare que, même dans une discipline, les chirurgiens se spécialisent encore dans un domaine très pointu. Cette hyperspécialisation permet de rester à la pointe de l'innovation et de la technologie. *« Elle nécessite également un plateau technique important qui doit être maintenu à niveau régulièrement. L'Hôpital du Valais offre à la population un plateau technique moderne à la pointe de la technologie dans quasiment tous les domaines de la chirurgie. »*

Chirurgie plastique, reconstructive et de la main

Le Dr Patrice Zaugg a repris depuis la fin de l'été 2016 la chefferie du service de chirurgie plastique et reconstructive, ainsi que de la chirurgie de la main à l'Hôpital de Sierre. Spécialiste dans le domaine des reconstructions complexes, son service offre toutes les prestations dans ces domaines. Les transformations à l'hôpital de Sierre (accueil, bloc opératoire, salle de réveil) et le développement de la chirurgie ambulatoire permettront d'optimiser au maximum la prise en charge de ces patients. *« L'utilisation de fauteuil jusque dans les blocs opératoires va considérablement diminuer l'attente des patients et également raccourcir leur prise en charge »*, explique le Dr Haller.

Chirurgie cardiaque à la pointe

Le service de chirurgie cardiaque sous la responsabilité du Dr Dominique Delay, qui travaille également à temps partiel au CHUV, offre toutes les prestations dans ce domaine, hormis la transplantation. Les techniques minimales invasives et à cœur battant sont également pratiquées à l'hôpital de Sion.



Opération de chirurgie cardiaque à Sion, avec le Dr Dominique Delay.

SPÉCIALISTES DES SOINS POSTOPÉRATOIRES

La présence de chirurgiens à la pointe des nouvelles techniques et bénéficiant d'un plateau technique moderne nécessite également une prise en charge multidisciplinaire en pré et postopératoire. Le Dr Raymond Friolet, médecin-chef des soins intensifs de l'Hôpital de Sion, assure avec son équipe les soins postopératoires, aussi bien dans la chirurgie électorale que dans la prise en charge des polytraumatisés.

«L'Hôpital de Sion fait parti des 12 Trauma Centers en Suisse reconnus par la MHS et pouvant accueillir les blessés graves», rappelle le Dr Haller. Cette reconnaissance nécessite un plateau technique important, ainsi que la présence de nombreux spécialistes 24h/24 et 365j/an.

«La présence d'un Trauma Center fort et efficace en Valais est très importante pour la population, compte tenu de la situation géographique du Valais et des nombreuses activités sportives.»

AUSSI POUR LES ENFANTS

A Sion, le Service de chirurgie pédiatrique assure toute la chirurgie pédiatrique et la traumatologie de base. Une dernière activité d'importance dans une région où la chirurgie pédiatrique enregistre parfois d'importants pics saisonniers, notamment de novembre à avril avec les accidents de ski, et en été.

Un reportage complet a été consacré à la chirurgie pédiatrique dans le numéro 7 de Contact, disponible en PDF sur le site internet de l'Hôpital du Valais: www.hopitalvs.ch/contact-mag

Pour les autres disciplines, voir aussi la liste des consultations en page 43.



Plus vite sur pied grâce à la méthode « Rapid recovery »



La clinique orthopédique du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO) applique depuis cinq ans le concept « Rapid Recovery » lors de la pose de prothèses de genou et de hanche et des opérations de l'épaule. À la clé : une récupération plus rapide après l'opération.

La technique de chirurgie mini-invasive « Rapid Recovery », ou « récupération rapide après chirurgie » a fait ses preuves avec plus de 1400 prothèses de hanche ou de genou posées en cinq ans au SZO. « Le procédé, qui s'applique aussi aux opérations de l'épaule, est peu douloureux, préserve les tissus et ne laisse que de petites cicatrices », assure le Dr Andreas Ottersbach, chef de la clinique d'orthopédie.

La plupart des patients concernés souffrent d'arthrose, ou des suites d'une blessure sportive. « Il s'agit avant tout du bien-être du patient : lorsque l'impact sur la qualité de vie est trop important, nous lui recommandons d'opter pour une articulation artificielle. »

Une information détaillée

Outre le recours à des moyens techniques à la pointe de la modernité, le travail en équipe interdisciplinaire et l'implication active du patient dans le processus sont des éléments essentiels pour la réussite du traitement. « Les patients sont informés en groupe du déroulement du traitement, qui est similaire pour tous. » Les différentes étapes sont abordées : l'anesthésie, l'opération, la rééducation et la physiothérapie. Le patient peut aussi venir aux séances d'information avec des membres de sa famille ou des amis et des séances individuelles permettent d'évoquer en privé la situation spécifique du patient.

À domicile en trois à cinq jours

Avec la méthode « Rapid recovery », la mobilisation du patient débute le jour même de l'opération. Dans la plupart des cas, le patient peut rentrer chez lui après trois à cinq jours, avec des séances de physiothérapie en ambulatoire. « Les patients viennent volontiers à l'hôpital

pour la physiothérapie, car la proximité des chirurgiens les rassure. En cas d'incertitude, les physios peuvent se renseigner rapidement auprès des médecins ou des chirurgiens », précise Marielle Tschopp, cheffe du Service de physiothérapie du SZO.

Longue durée de vie

« Vingt ans après l'opération, plus de 90 % des articulations sont toujours en place dans l'organisme et en état de fonctionnement », assure le Dr Ottersbach. « Et toutes les prothèses articulaires peuvent être changées plusieurs fois. Cela est surtout un point important chez les patients jeunes. »

« Près de neuf patients sur dix peuvent déjà se lever le jour de l'opération et rentrer chez eux dans les trois à cinq jours. »

Dr Andreas Ottersbach





Chronologie indicative pour une prothèse de hanche



Première européenne



La clinique d'orthopédie continue à renforcer son domaine de compétence. Après les endoprothèses de la hanche, du genou et les interventions à l'épaule, le Dr Ferdinand Krappel a introduit en septembre la procédure « Rapid recovery » pour la chirurgie de la colonne vertébrale. Des avancées sont également réalisées dans le domaine de la chirurgie de la main, sous la direction du Dr Erhard Markiefka. « Le Centre hospitalier du Haut-Valais est la première clinique d'Europe dans laquelle le concept de récupération rapide est appliqué dans les quatre pôles de l'orthopédie — c'est-à-dire pour le genou, la hanche, le

dos et l'épaule », explique Martina Remonda, responsable du projet de récupération rapide de Zimmer Biomet en Suisse. « Brigue jouit d'une renommée nationale et internationale. Nous avons déjà reçu de nombreux confrères européens pour échanger nos expériences. À ce jour, les personnes qui ont fait le plus de chemin pour venir nous voir sont deux professeurs de Corée du Sud et un confrère de Malaisie. En septembre, un orthopédiste de New York a participé à deux opérations de la hanche », indique le Dr Ottersbach.



Le Dr Andreas Ottersbach et son "invité", le Dr Roy I. Davidovitch (USA), lors d'une opération au Centre Hospitalier du Haut-Valais.

2.5 Orthopédie - Témoignage



Photo DR

«Lorsqu'on est bien préparé, on se remet plus vite»

Que ce soit sur le plan privé ou professionnel, Beat Imhof, 62 ans, est une personne mobile. Cet ex-champion suisse et européen de course en montagne et vainqueur de la course Sierre-Zinal garde la forme en tenant une boulangerie-pâtisserie à Bettmeralp et en pratiquant différentes activités sportives.

«J'ai toujours eu des problèmes de hanche. Ces dernières années, j'ai été très fortement limité par des douleurs au niveau des hanches et du dos. Je ne pouvais presque plus marcher et ne dormais quasiment plus la nuit. Les symptômes et les images des examens d'IRM laissaient penser que je souffrais d'arthrose. Mon médecin de famille m'a orienté vers des spécialistes. Les résultats des examens complémentaires réalisés par le Dr Andreas Ottersbach ont confirmé les suspicions d'arthrose avancée dans les deux hanches. La douleur était si importante depuis si longtemps que nous nous sommes attaqués immédiatement au problème le plus urgent: la hanche gauche.

Le Dr Ottersbach et ses confrères m'ont communiqué des informations très détaillées. Mon frère avait subi la même opération deux ans auparavant et en était enchanté. J'ai beaucoup appris de son expérience et me sentais bien préparé. Je suis entré à l'hôpital le 28 avril 2016 au

matin et on m'a opéré à 11 h 30. Tout s'est passé conformément aux informations que j'avais reçues et comme je l'avais imaginé. Seulement quatre heures après l'opération, j'ai pu me lever, m'appuyer presque totalement sur ma jambe et faire quelques pas avec l'aide d'une physiothérapeute. Je ne ressentais plus aucune douleur. J'ai été bien pris en charge et me suis très bien senti.

Sur le vélo après trois semaines

«Je suis rentré à la maison au bout de cinq jours. J'ai utilisé des béquilles pendant seulement 10 jours. Ma séance hebdomadaire de physiothérapie et mes 15 minutes quotidiennes d'exercices personnels à la maison m'ont aidé à me remettre rapidement sur pied. Je pouvais penser à nouveau à mon métier et au sport. Seulement trois semaines après, j'ai englouti 1200 mètres de dénivelé en vélo, de la vallée jusqu'à Bettmeralp. Ma hanche gauche me convient. Mon mal de dos a également disparu. Rendez-vous a été pris pour la hanche droite le 18 octobre. Je voulais être prêt pour la saison hivernale. Je suis convaincu que lorsqu'on est bien préparé et va se faire opérer dans le bon état d'esprit, on se rétablit également plus vite. On ne subit pas simplement le traitement. On en est une composante.»



Lectures & multimédia

De l'hospice au réseau santé

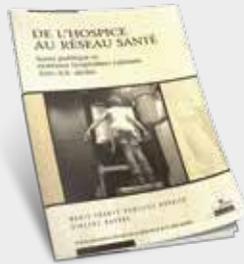


Décrite dans son contexte social, culturel et politique, l'histoire de la santé publique et de la médecine dans le canton du Valais au cours de ces deux derniers siècles est intimement liée au développement des structures hospitalières régionales.

Les auteurs s'attachent à décrire l'éclosion des réseaux hospitaliers modernes, héritiers des systèmes d'hospices d'origine très ancienne et présents en Valais jusqu'à la fin du XIX^e siècle. A cette histoire s'associe celle du développement des diverses professions de santé, de la gestion publique des systèmes et d'une législation de plus en plus complexe. L'ouvrage, fondé sur une importante recherche dans les archives valaisannes, est le fruit d'un mandat confié par le Département de la santé du Valais à l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique. Il est pourvu d'une abondante iconographie souvent inédite, ainsi que d'annexes documentaires et d'une importante bibliographie.

Info:

De l'hospice au réseau santé
Marie-France Vouilloz Burnier, Vincent Barras
Editions Monographic, Sierre
442 pages, CHF 48.-



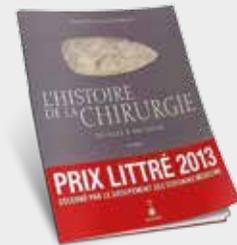
L'histoire de la chirurgie, du silex à nos jours



Réalisée dès le Néolithique comme en témoigne la découverte d'ossements, et depuis la plus haute Antiquité, la chirurgie a connu un cheminement fait de luttes, de hasards, parfois d'erreurs, mais aussi de magnifiques découvertes qui ont construit l'Histoire, fruit de siècles de tâtonnements, d'avancées et parfois de reculs. Dans l'Occident médiéval, contrairement à l'Orient, les conceptions antiques et erronées de Galien font loi; la dissection des cadavres est interdite par l'Eglise et la chirurgie régresse. Les "barbiers" doivent attendre la Renaissance pour perfectionner leur art. Ce renouveau est l'oeuvre de chirurgiens comme Ambroise Paré et Fabrizio d'Acquapendente, mais aussi d'anatomistes, Vésale, Léonard de Vinci et enfin de chercheurs persévérants et épris de vérité, tels Harvey, Malpighi et Miguel Servet.

Info:

L'histoire de la chirurgie, du silex à nos jours
Pierre-Louis Choukroun
Editions du Dauphin
215 pages, CHF 102.-



Les princes du sang



Cette passionnante saga romanesque retrace l'histoire de la chirurgie depuis le XVIII^e siècle à travers la vie de cinq chirurgiens d'une même famille.

Les acteurs en sont des hommes qui tentent de survivre au milieu des tempêtes qui ont marqué leur siècle. Ils ont été pris dans la tourmente de la Révolution et des guerres napoléoniennes, ils ont subi la défaite en 1870, connu la victoire en 1918 et 1945 et les souffrances de la guerre d'Algérie. Ils ont vu naître l'anesthésie générale, l'asepsie, la radiologie, les antibiotiques, les greffes d'organes et le triomphe de l'informatique.

Info:

Les princes du sang - Gilbert Schlogel
Le Livre de poche
960 pages, CHF 15.60



Vidéo: une journée avec Dr Claude Haller



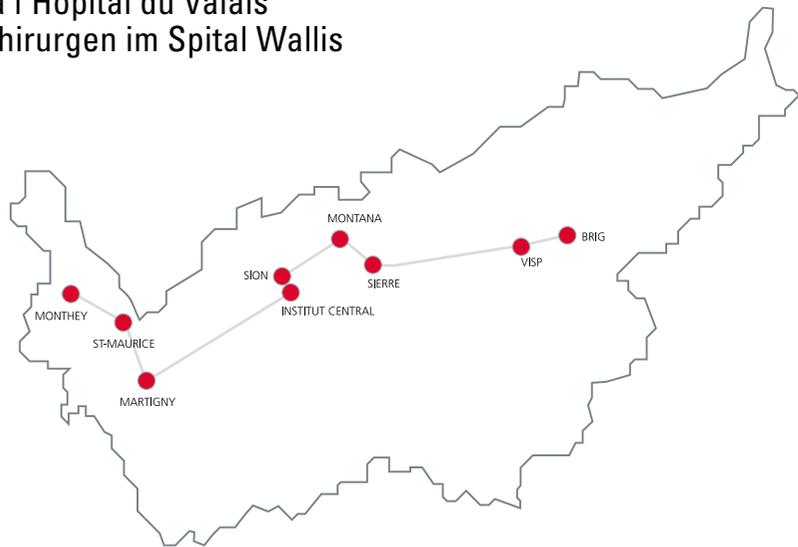
L'Hôpital du Valais pousse les portes du bloc opératoire pour suivre le Dr Claude Haller médecin-chef au service de chirurgie et responsable de l'unité de chirurgie vasculaire de l'Hôpital de Sion.

Récit illustré et vidéo en ligne sur le site de l'Hôpital du Valais:
www.hopitalvs.ch/une-journee-avec



Consultations - Sprechstunden

Trouvez un chirurgien spécialisé à l'Hôpital du Valais
Finden Sie einen spezialisierten Chirurgen im Spital Wallis



Consultations Valais romand

Chirurgie générale, viscérale, proctologique

Lieu Martigny

Tél 027 603 90 23 Fax 027 603 90 24

E-Mail philippe.richard@hopitalvs.ch

Responsable Dr Philippe Richard

Chirurgie générale, viscérale, proctologique et bariatrique

Lieu Sion

Tél 027 603 41 34 Fax 027 603 41 35

E-Mail mariano.winckler@hopitalvs.ch

Responsable Dr Mariano Winckler

Chirurgie thoracique

Lieu Sierre

Tél 027 603 75 21 Fax 027 603 75 22

E-Mail michel.christodoulou@hopitalvs.ch

Responsable Dr Michel Christodoulou

Chirurgie vasculaire

Lieu Sion

Tél 027 603 44 41 Fax 027 603 44 42

E-Mail daniel.danzer@hopitalvs.ch

Responsable Dr Daniel Danzer

Chirurgie vasculaire

Lieu Sion

Tél 027 603 41 24 Fax 027 603 41 20

E-Mail claud.haller@hopitalvs.ch

Responsable Dr Claude Haller

Ophtalmologie et ophtalmochirurgie

Lieu Martigny

Tél 027 603 96 96 Fax 027 603 96 98

E-Mail isabelle.gaillard@hopitalvs.ch

Responsables Dr Audrey Navarro,
Dr Catherine Roux-Lelièvre

Plaie chronique

Lieu Sion

Tél 027 603 40 85 Fax 027 603 41 11

E-Mail consultplaies@hopitalvs.ch

Responsables Mme Ariele Rey, Dr Claude Haller

Orthopédie

Lieu Martigny

Tél 027 603 98 06 Fax 027 603 96 65

E-Mail beat.moor@hopitalvs.ch

Responsable Dr Beat Kaspar Moor

ORL et chirurgie cervico-faciale

Lieu Sion

Tél 027 603 44 51 Fax 027 603 44 49

E-Mail consultb-secretariat@hopitalvs.ch

Responsable Dr Salim Bouayed

Obésité - Centre des maladies métaboliques

Lieu Sierre

Tél 027 603 73 12

E-Mail vittorio.giusti@hopitalvs.ch

Responsable Dr. Vittorio Giusti

Sprechstunden Oberwallis

Allgemeinchirurgische Sprechstunde

Ort Visp

Tel 027 604 21 71 Fax 027 604 20 96

E-Mail roland.zengaffinen@hopitalvs.ch

Verantwortlicher Dr. Roland Zengaffinen

Viszeralchirurgische Sprechstunde

Ort Visp

Tel 027 604 21 71 Fax 027 604 20 96

E-Mail roland.zengaffinen@hopitalvs.ch

Verantwortlicher Dr. Roland Zengaffinen

Traumatologische Sprechstunde

Ort Visp

Tel 027 604 21 71 Fax 027 604 20 96

E-Mail bernd.wilhelm@hopitalvs.ch

Verantwortlicher Dr. Bernd Wilhelm

Oberarztsprechstunde

Ort Visp

Tel 027 604 21 71 Fax 027 604 20 96

E-Mail thomas.beck@hopitalvs.ch

Verantwortlicher Dr. Thomas Beck

Wundmanagement / Stomaberatung

Ort Visp / Brig

Tel 027 604 32 02

E-Mail wundstomamangement@hopitalvs.ch

Verantwortliche Frau Judith Zenhäusern,
Frau Rebecca Curiger

Orthopädische Sprechstunden

Allgemeine Orthopädie

Ort Brig

Tel 027 604 31 13 Fax 027 604 32 57

E-Mail andreas.ottersbach@hopitalvs.ch

Verantwortlicher Dr. Andreas Ottersbach

Orthopädische Sprechstunden

Handchirurgie

Ort Brig

Tel 027 604 31 13 Fax 027 604 32 57

E-Mail erhard.markiefka@hopitalvs.ch

Verantwortlicher Dr. Erhard Markiefka

Orthopädische Sprechstunden

Wirbelsäulenchirurgie

Ort Brig

Tel 027 604 31 13 Fax 027 604 32 57

E-Mail ferdinand.krappel@hopitalvs.ch

Verantwortlicher Dr. Ferdinand Krappel



Hôpital du Valais
Spital Wallis



www.hopitalvs.ch



Contact