

LE MAGAZINE DE L'HÔPITAL NEUCHÂTELOIS

mag'

DOSSIER
**LES ATOUTS DE LA
CHIRURGIE A L'HNE**

Spécialisation, compétences
et proximité.

N° 08 / 2014

CARDIOLOGUE HOSPITALIER

L'HNE a le plaisir d'annoncer l'arrivée début 2014 d'un cardiologue au sein de son département de médecine, en la personne du Dr Cyril Pellaton, médecin adjoint, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne.

Le Dr Pellaton a effectué ses études de médecine à Neuchâtel puis à la faculté de Lausanne où il a obtenu son diplôme de médecin et son doctorat en médecine. Il a effectué son cursus de médecine interne principalement au CHUV et à Neuchâtel jusqu'en 2009, avant de s'orienter vers la cardiologie, d'abord au CHUV, puis à Londres et à Paris. Il est au bénéfice d'un FMH en médecine interne (2010) et d'un FMH de spécialiste en cardiologie (2012). Il est également porteur d'un titre de formation post-graduée en médecine d'urgence (SSMUS, 2012) et d'un certificat post-gradué en IRM cardiaque (niveau 3, European society of cardiology, 2013).

Employé par l'HNE à 100%, il conserve une collaboration avec le CHUV, notamment dans le domaine de l'IRM cardiaque.

ASSISTANCE AU SUICIDE: DIRECTIVE INSTITUTIONNELLE

La mission fondamentale de l'HNE est de soigner les patients et de les accompagner jusqu'à la fin de leur vie si une guérison n'est pas possible; l'assistance au suicide ne fait donc pas partie de ses activités. La direction générale a admis toutefois la possibilité d'un recours à l'assistance au suicide, à de strictes conditions: le patient hospitalisé qui souhaite y recourir (via une association ad hoc) doit être capable de discernement et ne pas pouvoir rentrer à son domicile; il doit persister dans sa demande alors que toutes les alternatives de traitement lui ont été proposées; sa maladie ou les séquelles de son accident doivent être graves et incurables et/ou sa fin de vie être proche. Le patient ne doit pas être influencé dans son choix par des pressions extérieures. L'intervention directe des collaborateurs et collaboratrices de l'HNE est exclue. Un groupe d'évaluation vérifie que ces conditions sont remplies.

PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES OPTIONS STRATÉGIQUES VALIDÉ PAR LE CONSEIL D'ETAT

Dans une conférence de presse tenue le 25 septembre 2014, le Conseil d'Etat a salué la volonté de l'HNE de concrétiser les options votées par le peuple et donné son accord de principe aux réorganisations proposées. Saisi au début de l'été de quatre rapports d'Hôpital Neuchâtelois relatifs à la mise en œuvre d'options stratégiques portant sur un horizon de moyen terme, le Conseil d'Etat s'est prononcé sur les propositions formulées dans ce cadre. Moyennant l'obtention d'un certain nombre de compléments d'informations, le gouvernement a donné son accord de principe à la grande majorité de ces propositions. Il entend par ailleurs lancer prochainement les études relatives à l'organisation spatiale de l'HNE à plus long terme.

PASSAGE DE TÉMOIN DANS LE SERVICE D'ORL

Le Dr Jean-Paul Friedrich, médecin-chef du service d'ORL du site de La Chaux-de-Fonds depuis 1987, a passé le témoin au Dr Yves Jaquet le 1er septembre dernier. Il conserve une activité en tant que consultant à l'HNE et dans son cabinet privé en ville. Son successeur, le Dr Yves Jaquet, né en 1974, est quant à lui au bénéfice d'un double FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale. Il est désormais médecin-chef du service d'ORL de l'HNE.

SITE DE LA CHAUX-DE-FONDS: LE HALL D'ENTRÉE EN COURS DE MÉTAMORPHOSE

Le hall d'entrée du site de La Chaux-de-Fonds vit une profonde métamorphose. Les travaux ont commencé dans la première semaine d'avril et se dérouleront en plusieurs phases jusqu'au début 2015.

Les travaux représentent un investissement de 2.1 millions de francs. Les grands axes des transformations sont les suivants: un tambour installé à l'entrée et un sas tempéré amélioreront sensiblement la température et les conditions de travail dans le hall; le desk d'accueil sera revisité, les salles d'attente reconfigurées et les boxes d'accueils redistribués et rénovés complètement. Parallèlement, le kiosque, entièrement adapté, sera réorienté et une cafétéria agréable sera mise à disposition.

Le pari du service des constructions et des architectes mandatés est de rechercher un maximum de lumière dans le hall et de donner une sensation d'espace malgré une hauteur sous plafond relativement faible.

Ces travaux seront suivis de ceux des unités de soins et des chambres de patients qui, après une phase de planification, débiteront au printemps 2016 et dureront au maximum 4 ans.



ARRIVÉE DE NOUVEAUX MÉDECINS CADRES

En chirurgie, le Dr Jean-Damien Nicodème a rejoint l'HNE le 21 juillet en tant que médecin adjoint. Il est titulaire d'un FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il a occupé préalablement un poste de chef de clinique dans le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique des HUG, responsable de la chirurgie du pied diabétique.

Le service de médecine du site de La Chaux-de-Fonds est quant à lui renforcé depuis le 1er août par l'arrivée du Dr Gregor Raphaël John, médecin adjoint. Titulaire d'un FMH en médecine interne, le Dr John a effectué une partie de sa spécialisation en médecine interne à l'HNE-La Chaux-de-Fonds. Il a travaillé aux HUG depuis 2009 en tant que chef de clinique dans le service de médecine interne générale.

En imagerie médicale, la Dresse Laura Calzolari, jusqu'ici cheffe de clinique, est promue à la fonction de médecin adjoint à 80% dès le 1er août 2014. La Dresse Emilie Nicodème-Paulin, actuellement cheffe de clinique aux HUG, rejoindra quant à elle le département en tant que médecin adjoint à 80% le 1er novembre 2014.

La chirurgie générale et spécialisée de l'HNE a de grands défis à relever pour répondre aux besoins de la population neuchâteloise.

Chaque jour, médecins et soignants oeuvrent au sein du département de chirurgie pour accueillir et prendre en charge les patients qui viennent subir une opération. Ce peut être pour une intervention courante ou spécialisée. On comprend dès lors que la chirurgie est un vaste domaine qui englobe de nombreuses compétences.

Il y a d'abord la chirurgie générale qui représente 95% des interventions. Il s'agit des opérations «courantes» telles qu'appendicectomies, cholécystectomies, cures de hernies, etc. Bien que fréquentes - près de 4000 par an pour l'HNE - ces types d'interventions demandent des compétences techniques indéniables. L'évolution des techniques, des prises en charge, des traitements médicamenteux nécessitent des ajustements et des adaptations continus que les chirurgiens et les équipes soignantes acquièrent régulièrement dans le cadre de leur formation continue.

Il y a ensuite la chirurgie hautement spécialisée qui joue un rôle phare et moteur dans une institution telle que la nôtre. Celle-ci représente 5% des cas. La littérature s'accorde à démontrer qu'ils sont suffisamment rares pour justifier leur concentration, observant ainsi de meilleurs résultats. Ainsi, depuis 2009, par la signature d'une convention intercantonale, les cantons s'engagent à planifier en commun ce type de prestations. De grandes enquêtes fédérales sont lancées, afin de recenser ces cas et les compétences nécessaires à leur prise en charge, en termes de spécialistes, de disponibilité, d'équipe pluridisciplinaire et de plateau technique. Si les critères

sont restrictifs et contraignants, c'est pour améliorer encore les résultats attendus.

Les premières décisions sont tombées dès 2011 et c'est ainsi que l'HNE s'est déjà vu accorder, en ce qui concerne la chirurgie, une accréditation en tant que centre primaire de chirurgie bariatrique et une accréditation de deux ans en chirurgie complexe du rectum, valable pour le site de Pourtalès. D'autres décisions sont encore attendues, concernant par exemple la chirurgie vasculaire ou thoracique.

Rappelons que la centralisation des prestations ne touche pas uniquement le domaine chirurgical. L'HNE a été, en effet, le premier centre certifié en ce qui concerne la prise en charge des patients souffrant d'un accident vasculaire cérébral («Stroke unit»).

La chirurgie ambulatoire prendra également de l'essor ces prochaines années, en raison principalement de l'évolution des techniques opératoires et d'anesthésie, mais aussi grâce aux modifications des protocoles de soins. Les patients deviennent de plus en plus partenaires de leur propre prise en charge, avec lesquels les équipes planifient le déroulement de leur séjour.

Cette édition d'HNE MAG est aussi l'occasion de remercier chaleureusement les équipes des services de chirurgie pour leur engagement en faveur de nos patients.

Dresse Anne-Françoise Roud
Directrice médicale



SOMMAIRE ...

- p02** Actualités
- p03** Edito
- p04** Les réels atouts de la chirurgie à l'HNE
- p07** Chirurgie bariatrique
- p10** Chirurgie viscérale
- p13** L'anesthésie
- p14** Chirurgie urogynécologique
- p17** Chirurgie thoracique
- p19** Chirurgie ORL
- p22** Chirurgie colorectale
- p24** Chirurgie urologique
- p26** Chirurgie générale

IMPRESSUM !!!

UNE PUBLICATION DE
L'HOPITAL NEUCHATELOIS
Muriel Desaulles,
Secrétaire générale

RÉDACTION
Microplume sàrl,
Marie-José Auderset,
Jean-Blaise Held,
Vucherens

GRAPHISME
additive, Aline Jeanneret,
Saint-Blaise

PHOTOGRAPHIE
Walery Osowiecky
Renaud Sterchi
Neuchâtel

TIRAGE 3000 exemplaires

IMPRESSION
Europ'Imprim Swiss,
Bevaix

Les hôpitaux régionaux ont une place importante à jouer en matière d'interventions médico-chirurgicales. Le Dr Marc Worreth, chef du département de chirurgie de l'HNE, en est convaincu. Ces institutions ont, selon lui, un triple rôle: la prise en charge immédiate de patients en cas d'urgence, de nombreux actes chirurgicaux dans les blocs opératoires de l'hôpital et, dans certains cas, l'orientation des patients vers des centres universitaires. «L'essentiel, note-t-il, c'est que, pour les gens, ces hôpitaux soient proches d'eux et qu'ils assurent des soins de très haute qualité.» Interview.

Les réels atouts de la chirurgie à l'HNE

Interview de Marc Worreth, chef du département de chirurgie





Un chirurgien qui travaille dans un hôpital régional peut-il sortir du train-train des opérations courantes, dans la mesure où les opérations les plus pointues sont dévolues aux hôpitaux universitaires?

Il n'y a pas d'opération courante. Chaque opération est unique, parce que chaque patient est unique. Et ce n'est pas une figure de style. Les situations médicales sont différentes, les émotions, l'approche face à la maladie et à la souffrance. Lors de chaque opération, il y a un challenge, des surprises possibles, qu'il faut savoir gérer.

Et puis, détrompez-vous, à l'HNE nous avons développé des secteurs d'activité qui nécessitent de grandes compétences dans la chirurgie hautement spécialisée. Des opérations très pointues, comme vous dites, nous en faisons tous les jours à La Chaux-de-Fonds et à Neuchâtel. Nous cherchons un équilibre entre ces domaines de pointe et une prise en charge plus courante. Il s'agit donc également de réunir des compétences pour les urgences, par exemple. Nous devons être capables de bien soigner les patients qui arrivent ou alors de les aiguiller rapidement sur un centre spécialisé après les avoir stabilisés. C'est par exemple ce que nous faisons lorsqu'une personne présente un traumatisme hépatique majeur, nous la prenons en charge dans les délais les plus courts possible et, si nécessaire, nous l'envoyons en milieu universitaire.

Vous avez d'ailleurs développé des accords de collaboration avec les hôpitaux universitaires de Berne, Lausanne et Genève...

Notre but, c'est que le patient soit toujours pris en charge par la meilleure équipe. Dans certains cas, elle se trouve ici à Neuchâtel ou à La Chaux-de-Fonds. Pour d'autres pathologies, il n'y a pas la possibilité de réaliser des opérations en nombre suffisant ou alors l'équipement nécessaire manque et nous transférons le patient dans des centres universitaires. C'est la raison de ces conventions de partenariat que nous avons conclues ou que nous sommes en train de conclure avec plusieurs hôpitaux.

Quels sont les domaines où l'HNE excelle en matière de chirurgie?

Il y a la chirurgie du rectum. Nous avons un nombre suffisant de patients, les compétences sont excellentes et nous disposons de tout l'équipement nécessaire. Nous avons acquis une reconnaissance provisoire officielle et nous oeuvrons pour la rendre définitive.

La chirurgie thoracique est aussi un domaine phare de l'HNE. Nous disposons à Neuchâtel d'une belle équipe médico-chirurgicale, qui travaille en lien étroit avec le CHUV.

Et puis, il y a le traitement de l'obésité. Nous prenons en charge les patients souffrant d'obésité morbide. Nous sommes dans une phase de développement d'une consultation pluridisciplinaire d'obésité. Tous les patients obèses ne peuvent pas être opérés à l'HNE: les patients ayant déjà bénéficié d'un traitement chirurgical auparavant – par exemple un anneau gastrique – doivent être réopérés dans un centre de référence. Le traitement de ces patients entre dans la catégorie de la médecine hautement spécialisée. De mon point de vue, la question de l'obésité est un problème de santé publique majeur. Notre projet de Centre cantonal d'obésité comprend une collaboration étroite avec les médecins traitants du canton pour améliorer et étendre la prise en charge de ces patients.

Vous parlez de collaboration avec le CHUV, les HUG ou l'Inselspital. Est-ce une tendance forte?

Bien sûr! Mais c'est surtout pour nous, hôpital régional, une opportunité extraordinaire de rester performant. Ces liens permettent d'assurer une formation continue de haute qualité pour les médecins de l'HNE. Le fait de pouvoir se rendre régulièrement à Lausanne, Berne ou Genève, de participer à des opérations, d'assister à des colloques est une chance énorme.

Il faut ajouter que ces liens institutionnels se basent souvent sur des liens d'amitié. Les gens se connaissent, ils ont parfois fait une partie de leur formation ensemble, ils ont eu des échanges, se sont croisés dans les hôpitaux, ont travaillé ensemble. Des rapports de confiance se sont établis. Ainsi, quand on envoie un patient dans un hôpital universitaire, on peut lui dire en toute sincérité: «Je vous envoie chez un collègue que je connais, en qui j'ai toute confiance. Il fera les choses parfaitement».

Venons-en à la pratique chirurgicale d'aujourd'hui. Elle paraît de moins en moins agressive...

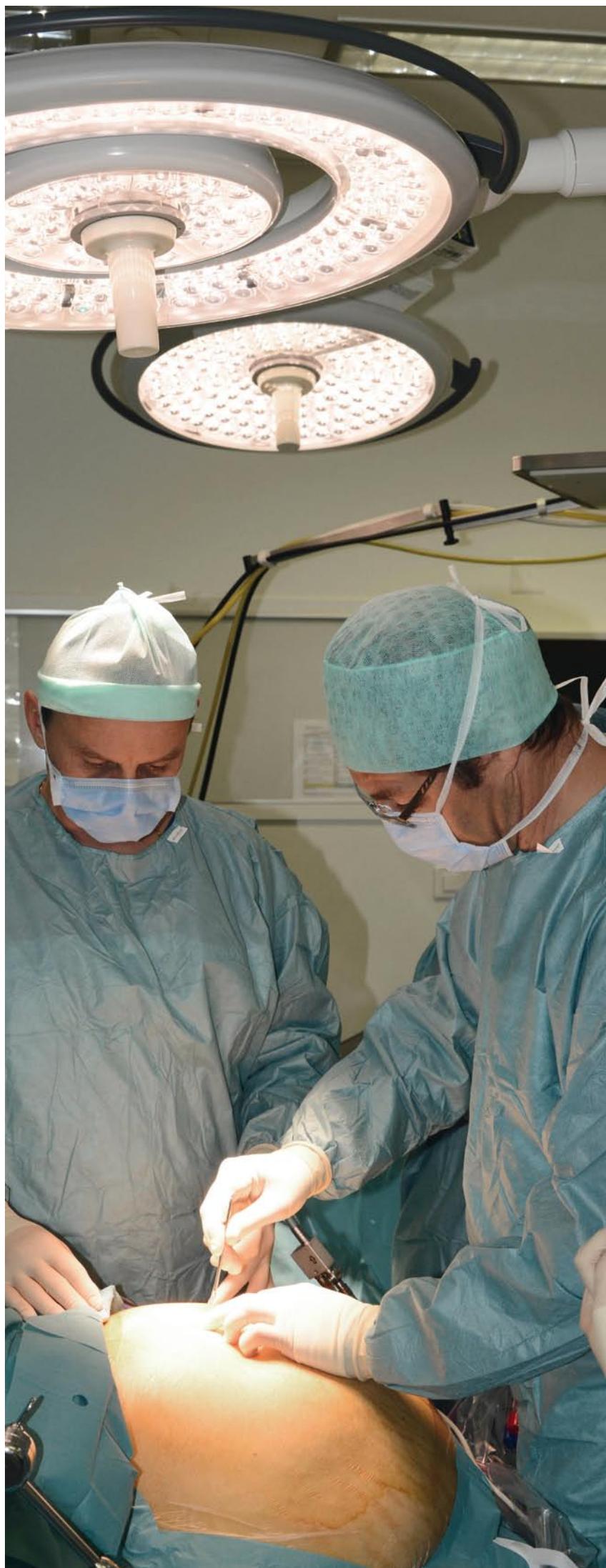
Effectivement, on ne l'appelle pas mini-invasive pour rien. La laparoscopie qui permet d'intervenir dans l'abdomen en évitant les grandes incisions a presque trente ans. L'utilisation d'une minicaméra lors d'opérations a bouleversé les pratiques. Cette technique qui s'est étendue à pratiquement toute la chirurgie permet un rétablissement des patients beaucoup plus rapide. Conjuguée avec le programme de prise en charge globale ERAS (voir page 10), la chirurgie mini-invasive a assurément de très beaux jours devant elle!

Vu sur le bureau du Dr Marc Worreth

«J'ai l'extrême privilège de pénétrer à l'intérieur d'un corps humain. Ceci est à chaque fois pour moi un moment de respect, de recueillement, un peu comme à l'entrée d'un Temple.

Surtout ne pas nuire, surtout être discret dans cette incursion à l'intérieur de mon semblable. Tout remettre en ordre nettement avant de s'en aller. Car véritablement, je n'ai aucun droit sur ce corps entrouvert, mais seulement des devoirs.»

Prof. Jean-Paul Cachera, chirurgien, spécialisé dans la chirurgie cardiaque



Dans le canton de Neuchâtel, quelque 14'000 personnes souffrent d'obésité. La plupart ont essayé moult régimes sans réussir à maigrir ou à maintenir la perte de poids. Or, l'obésité constitue un facteur de risque pour la santé et diminue l'espérance de vie. Un jeune de 20 ans avec un indice de masse corporelle de 40 à 45 a une espérance de vie raccourcie de 15 ans par rapport à un jeune dans le même état de santé, avec un indice corporel normal. C'est dans ce contexte que s'est développée la chirurgie bariatrique. Celle-ci consiste à réduire le volume de l'estomac et à modifier le circuit alimentaire. Elle vise à diminuer la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'organisme.

L'Hôpital neuchâtelois est officiellement reconnu comme centre bariatrique primaire. Il prend en charge le suivi complet des patients souffrant de pathologies liées au surpoids, grâce à une approche multidisciplinaire. A la tête du département de chirurgie, le Dr Marc Worreth a une longue expérience dans ce domaine.

Le bypass pour réduire le volume de l'estomac

Chirurgie bariatrique



La journée du chirurgien commence par une visite dans la chambre de Delphine, qui va être opérée dans moins d'une heure d'un bypass gastrique.

La patiente est assise sur son lit, détendue; elle a le sourire. Il lui demande comment elle se sent et si elle a bien dormi.

- Très bien. Je ne me fais pas de souci. Je sais que je suis dans de bonnes mains.

- Vous serez descendue au bloc opératoire dans un quart d'heure. Et cet après-midi, je vous reverrai. Mais, souvenez-vous, nous en avons parlé longuement: dans l'après-midi, vous vous promènerez le long du couloir, ne serait-ce qu'un petit moment. La mobilisation rapide permet de récupérer plus vite après une opération, et d'éviter des problèmes comme les thromboses.

Le fruit d'une longue démarche

Cette opération est le résultat d'une longue démarche commencée il y a deux ans. Au départ, Delphine pouvait être candidate à la chirurgie bariatrique, puisqu'elle répondait aux critères précis définis par l'Office fédéral de la santé publique: avoir une obésité importante (plus de 35 d'indice de masse corporelle), de longue date et résistant aux traitements habituels (deux ans de thérapies restées inefficaces). Elle a donc pu traverser les différentes étapes en rencontrant de nombreux spécialistes: nutritionniste, psychologue, psychiatre, cardiologue, pneumologue,

gastroentérologue. «Cette prise en charge nécessite une équipe multidisciplinaire spécialisée dans ce domaine, explique le Dr Marc Worreth. Ces professionnels abordent le patient avec toute la compréhension, le respect et la douceur dont il a besoin. Car la personne en surpoids est généralement en souffrance et manque d'estime de soi.»

Au fil des semaines, Delphine a eu divers bilans de santé, des discussions sur ses habitudes alimentaires passées et futures, une réflexion sur son rapport à la nourriture, des informations sur les avantages et désavantages d'une telle intervention, une préparation au changement de vie après l'opération. «Par moments, j'ai eu des doutes, je ne savais plus si je voulais réellement me lancer. Des jours, c'était oui, des jours, c'était non. Aujourd'hui je me sens prête. Je suis très bien informée sur l'opération elle-même et sur les conséquences. Je suis impatiente de pouvoir commencer une nouvelle vie.» Dernière condition pour l'opération: Delphine a dû s'engager à être suivie sa vie durant par une équipe multidisciplinaire d'un centre bariatrique accrédité. Cette surveillance est indispensable à long terme. Elle est un gage de succès. «L'opération n'est pas une solution magique, conclut le chirurgien. Elle est efficace, mais elle ne résout pas tous les problèmes. C'est une petite partie de la prise en charge globale qui va lui permettre de perdre du poids et de maintenir cette perte pondérale. Elle nécessite un suivi à vie, pour éviter les carences alimentaires, la reprise de poids ou d'autres problèmes encore.»

Empêcher l'apparition de maladies liées à l'obésité

La patiente en avait assez d'être fatiguée et essoufflée lorsqu'elle enfilait des chaussettes, montait quelques marches d'escalier, mettait les courses dans le coffre de sa voiture. «Le bypass n'est pas une opération esthétique, relève le chirurgien. Il n'est pas réalisé pour rendre le patient plus beau. L'objectif de cette intervention chirurgicale est d'empêcher l'apparition de maladies qui se développent à cause de cette accumulation de graisse. Parmi celles-ci, on peut citer l'hypertension artérielle, le diabète, l'infarctus ou l'AVC, les problèmes veineux et cutanés, le syndrome d'apnée du sommeil, ainsi que tous les dégâts causés sur les articulations.»

Delphine a déjà pris de nouvelles habitudes alimentaires. Avec ses quatre enfants âgés entre 3 et 11 ans, elle ne prenait pas le temps de manger calmement: «J'ai appris avec la diététicienne à me donner du temps pendant les repas. C'est une question d'organisation. A mon retour à la maison, mon mari sera là, il a pris congé. Ainsi je pourrai prendre de nouvelles habitudes.»

L'opération

Arrivée au bloc opératoire. L'une des soignantes qui a amené la patiente dans son lit, contrôle son identité. Pouvez-vous me donner votre prénom et votre date de naissance?

- Delphine, 5 avril 1982.

Puis elle compare avec les indications écrites sur le bracelet d'identification que porte la patiente.

- Tout est ok. On y va. C'est parti!

Le médecin et l'infirmier anesthésistes prennent le relais. Nouveau contrôle d'identité. Ils endorment la patiente avec une anesthésie générale et la curarisent, ce qui bloque la transmission neuromusculaire. En effet, pour ce type d'opération, la musculature doit être complètement relâchée pour éviter les mouvements respiratoires. Le chirurgien peut ainsi travailler dans les meilleures conditions possibles. La patiente ne respire plus seule. Elle est connectée à une machine qui fait le travail.

Elle est ensuite installée pour l'opération elle-même. Elle est allongée sur la table; ses bras et les jambes sont maintenus par de larges bandes. Elle est maintenue presque à la verticale, afin que les organes tombent vers le bas. Les points d'appui sont protégés.

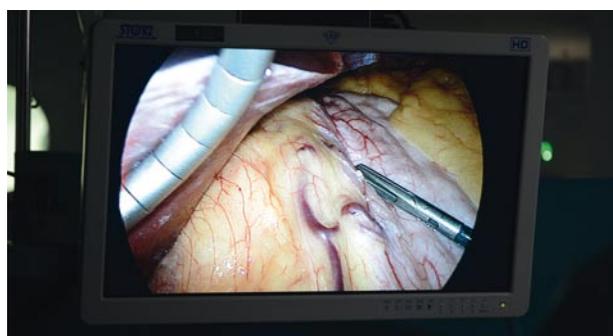
«L'installation est la clé d'une opération qui se fait dans de bonnes conditions, constate le Dr Worreth. Quand la patiente est bien installée, sa sécurité est assurée et l'opération est plus facile.» La patiente est ensuite recouverte d'un champ stérile. Seul son ventre désinfecté fait face au chirurgien.

Puis Marc Worreth s'arrête pour le timeout. Il redonne le nom de la patiente, demande à l'infirmière instrumentiste si tout est prêt, aux anesthésistes si c'est ok. Puis, il lance: «alors bonne route!»

Une technique mini-invasive: la laparoscopie

L'intervention chirurgicale se fait par laparoscopie, une technique mini-invasive qui permet d'opérer sans faire une grande incision abdominale. Le Dr Marc Worreth fait plusieurs petites incisions sur l'abdomen, qui lui permettent d'introduire une caméra vidéo, un écarteur et des instruments très allongés. Il manipule ses instruments en suivant ses gestes sur un écran vidéo.

Le chirurgien, l'assistante et l'infirmière instrumentiste ont les yeux rivés sur l'écran qui transmet une image agrandie des organes de la patiente. Le ventre est gonflé avec de l'air, qui sera évacué à la fin de l'intervention. La chirurgienne assistante déplace un écarteur pour dégager un espace de vision et de travail. Le chirurgien peut





ainsi entrer dans la cavité abdominale et y effectuer différents actes opératoires. Avec ses instruments, il navigue entre la masse graisseuse, l'estomac, la rate et le foie.

L'aide de salle éteint la lumière. Sur l'image, les contrastes sont renforcés; la vision est plus précise. L'équipe est soudée autour du patient. La concentration est à son comble. Tel un capitaine de bateau, le chirurgien est attentif à tout ce qui se passe autour de lui: les déplacements, les sons. Rien ne lui échappe.

Création d'une petite poche de quelques décilitres

L'opération consiste à réduire le volume de l'estomac et à modifier le circuit alimentaire. Le chirurgien divise l'estomac en deux parties. Il crée ainsi une petite poche de 15 ml qu'il reliera à l'intestin grêle. La taille de cet estomac nouvellement formé est tellement réduite qu'elle limite l'apport alimentaire et donne un sentiment de satiété avec de plus petites portions. De plus, comme une partie de l'intestin est court-circuité, le bol alimentaire est moins bien assimilé. L'autre partie de l'estomac est également reliée à l'intestin grêle. Elle ne reçoit plus de nourriture et se limite à sécréter les sucs digestifs.

Pour réaliser cette opération, le chirurgien utilise peu d'instruments, principalement une agrafeuse mécanique et une aiguille pour recoudre. L'agrafeuse permet à la fois de couper au milieu et de faire l'étanchéité en appliquant trois rangées d'agrafes.

A de nombreuses reprises, il injecte localement un médicament anesthésique qui agira durant plusieurs heures, de façon à limiter les douleurs lors du réveil de la patiente.

Cette intervention chirurgicale par laparoscopie permet de récupérer plus rapidement qu'avec une opération classique.

- C'est incroyable comme l'organisme récupère facilement quand les tissus sont bien traités, constate le Dr Marc Worreth. La laparoscopie présente tous les facteurs de réussite pour que la cicatrisation et la guérison puissent se faire rapidement. Quand la patiente verra les petites cicatrices sur son ventre, elle ne réalisera pas ce qu'on a fait à l'intérieur. D'autant plus que dans quelques heures elle fera quelques pas et mangera déjà un repas léger.

L'opération a duré une heure et demie. Delphine sortira de l'hôpital dans un ou deux jours. Elle sera en arrêt de travail pendant quatre semaines. Avec le bypass gastrique, elle peut espérer perdre à peu près 60 % à 70 % de son excès de poids en 2 ans.

Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle ou IMC est le rapport du poids sur la taille au carré.

Entre 20 et 25: poids normal.

Entre 25 et 30: surpoids.

Dès 30: obésité.

Entre 40 et 50: obésité morbide.

Supérieur à 50: superobésité morbide.

Il y a encore quelques années, les patients opérés du colon étaient hospitalisés 11 jours et restaient alités durant trois jours. Aujourd'hui, s'il n'y a pas de complication, ils rentrent chez eux après 5 à 6 jours. Quelques heures après l'intervention chirurgicale, ils peuvent déjà s'asseoir sur le fauteuil à côté de leur lit et manger une soupe. Le lendemain, ils marchent dans les couloirs. Cette évolution a été rendue possible grâce au programme ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) initié en novembre 2012 à l'Hôpital neuchâtelois.

Avec ERAS, les patients sont plus vite d'aplomb

Chirurgie viscérale

Le chirurgien Jean-Jacques Brugger et l'anesthésiste Christopher Sulzer sont les chevilles ouvrières de la réhabilitation améliorée après les opérations du côlon et du rectum, selon le concept ERAS. Ils se sont formés à cette approche au CHUV à Lausanne. Depuis, le projet a fait son chemin, d'autres professionnels se sont formés et l'Hôpital neuchâtelois a reçu la certification ERAS en juin 2013. «Le but n'est pas de diminuer la durée du séjour, précise le Dr Jean-Jacques Brugger. C'est avant tout d'améliorer le bien-être du patient et sa sécurité, de diminuer les douleurs et les complications grâce à une meilleure prise en charge de l'équipe multidisciplinaire avant, pendant et après l'opération et grâce à sa participation active.»

Une approche multidisciplinaire

Cette prise en charge standardisée requiert la collaboration des différents intervenants qui entourent le patient, ainsi que celle du patient lui-même. Elle exige que ces professionnels communiquent davantage entre eux, remettent en question leurs pratiques et l'adaptent aux circonstances. « Avec le protocole ERAS, explique Christopher Sulzer, médecin-chef en anesthésiologie, le chirurgien atténue au maximum le stress chirurgical, notamment en diminuant au maximum la taille des incisions. Le médecin anesthésiste focalise son attention sur la gestion de la douleur et des liquides per et post-opératoires et sur la prévention des



nausées et vomissements postopératoires. L'équipe soignante se mobilise pour rassurer et stimuler le patient, l'inciter à s'alimenter et à se mobiliser. Enfin le patient lui-même participe activement à sa réhabilitation.»

Une récupération très rapide

Madame Arlette Houcheringer a pu profiter du programme ERAS lors de son opération des intestins suite à des crises de diverticulite. Elle a été très étonnée de récupérer si rapidement et sans douleur, après une intervention chirurgicale de plusieurs heures. «Les cicatrices tiraient un peu, mais les seules fois où j'ai eu mal, c'était lorsque je riais ou que je toussais. J'avais des médicaments contre la douleur, mais c'était quand même incroyable d'être aussi bien!»

Un patient actif

Quand le Dr Brugger a proposé à Mme Houcheringer cette nouvelle prise en charge, elle a accepté sans hésitation. «J'avais envie de jouer le jeu. L'essentiel pour moi était de retrouver ma forme le plus vite possible et de sortir de l'hôpital dans les meilleurs délais.»

Dix jours avant son hospitalisation, la patiente avait rendez-vous à l'hôpital pour les examens habituels et pour une rencontre avec l'infirmière référente d'ERAS, l'anesthésiste, le médecin assistant de chirurgie et le physiothérapeute. Ils lui ont détaillé le déroulement de son hospitalisation et ce que l'on attendait d'elle. «Comme à chaque fois, explique Sandra Damiao, infirmière référente ERAS, nous lui avons expliqué ce que nous allions mettre en place ensemble. Le but est que le patient s'implique dans cette démarche, qu'il travaille côte à côte avec nous.» Mme Houcheringer était confiante, prête à s'investir: «Je n'avais pas envie d'en savoir beaucoup sur l'opération elle-même. Je leur faisais totalement confiance. En revanche, je voulais qu'on m'explique ce qu'on attendait de moi. Après l'opération, j'allais devoir me lever et m'alimenter beaucoup plus vite que ce qui se faisait par le passé. J'étais motivée à suivre ces recommandations.»

Comme Arlette Houcheringer est fumeuse, le physiothérapeute lui a proposé de faire des exercices respiratoires à la maison avant l'hospitalisation. Elle a dû poursuivre cet entraînement par la suite.

Le journal de bord de la patiente

Lorsqu'elle est rentrée à l'hôpital, la veille de l'intervention, Mme Houcheringer a reçu un journal de bord. Elle devait y inscrire les faits marquants de ses journées: comment s'est-elle sentie? Quelle quantité a-t-elle mangé et bu? Combien de temps est-elle restée sur son fauteuil et combien de temps a-t-elle marché? Ce carnet fait partie intégrante du programme ERAS.

Autres nouveautés: en fin de journée, elle a pu manger normalement. Il n'est en effet plus nécessaire de jeûner huit heures avant d'entrer au bloc. Durant la soirée, elle a dû boire quatre petits flacons d'une boisson citronnée et sucrée, une par heure, puis à nouveau le matin avant l'opération. «Si le patient peut boire jusqu'à deux heures avant l'opération, il est plus tranquille et a moins de douleurs, constate le Dr Christopher Sulzer. La sensation de soif est extrêmement désagréable. Tout comme la sensation d'avoir la bouche pâteuse après l'opération.»

L'opération elle-même

Le pilier central de ce programme consiste à faire, dans la mesure du possible, une opération par voie minimale invasive. «Si j'ouvre le ventre d'un malade de haut en bas sur quarante cm, au moins six



nerfs (dermatomes) sont touchés, relève Jean-Jacques Brugger, médecin-chef au service de chirurgie de l'HNE-Portalès. Si je fais seulement trois incisions transverses de 5,5 cm au-dessus du pubis ou dans le ventre, je ne touche qu'un ou deux nerfs». Cette technique chirurgicale, appelée laparoscopie, permet de réaliser des interventions chirurgicales en utilisant une caméra et des instruments minuscules. «Avant l'introduction d'ERAS, poursuit Jean-Jacques Brugger, on laissait les patients dans la salle de réveil durant la nuit qui suivait l'intervention. Actuellement on les opère, et deux heures plus tard ils sont dans leur chambre. Pour la chirurgie du rectum, c'est encore plus flagrant. On les mettait aux soins intensifs. Aujourd'hui, sur les cent derniers patients opérés, seuls quatre ont été aux soins intensifs.

J'aime à dire que l'introduction de la laparoscopie dans les années 90 a révolutionné la chirurgie viscérale. De la même manière, l'introduction d'ERAS va révolutionner la prise en charge des patients.»

A noter qu'avec ERAS, le chirurgien opère un côlon sans poser de drains, ni de sonde gastrique et sans préparation colique.

Maîtriser la douleur

La récupération du patient dépend également de l'anesthésie. «Le point central, c'est le contrôle optimal de la douleur, remarque le Dr Christopher Sulzer. En effet, si quelqu'un est confortable, il sera plus enclin à déambuler et son rétablissement sera facilité. En revanche, s'il a mal, il n'a pas envie de bouger, de marcher, de manger.» Une péridurale assure le contrôle de la douleur après le réveil et dans les jours qui suivent l'opération. Afin d'éviter les effets secondaires inhérents aux opiacés (nausées et vomissements, démangeaisons), les anesthésiques à base de morphine sont rarement prescrits. Les patients sont suivis durant la période postopératoire par le service d'antalgie et l'intensité de la douleur est évaluée régulièrement. L'objectif est de diminuer progressivement la quantité d'antalgiques.

«Pour ce qui est de la chirurgie en elle-même, nous faisons une anesthésie générale; pour ce qui est du contrôle de la douleur dans le postopératoire, nous la combinons avec une péridurale. De plus, nous utilisons des médicaments de courte durée d'action, poursuit-il, ainsi le patient se réveille plus rapidement et pourra se mobiliser plus vite».

Le médecin anesthésiste réduit également l'apport de liquides intraveineux durant l'opération afin d'éviter les oedèmes. Cette diminution améliore la vidange gastrique, réduit les risques cardiopulmonaires, favorise la guérison des tissus et la reprise du fonctionnement de l'intestin.

La mobilisation du patient

Après l'opération, une fois dans leur chambre, les patients peuvent se reposer. Quelques heures plus tard, les soignants vont essayer de les lever et de les installer dans un fauteuil. Certains restent assis un quart d'heure, d'autres une heure. «Cette mobilisation précoce permet en quelque sorte de «remettre la machine en route», constate Sandra Damiao, infirmière référente d'ERAS. Elle contribue aussi à limiter les risques de complications post-opératoires, tels que problèmes cardiaques et pulmonaires, thromboses et occlusions intestinales. Avec des effets aussi bénéfiques, la plupart des patients sont motivés et prêts à s'engager dans cette démarche. Pourtant, il est essentiel de rester souple et de s'adapter à la réalité de chacun. Si l'un d'eux a la tête qui tourne ou qu'il a envie de vomir, on le recouche et on

recommencera le lendemain. Mais dans la plupart des cas, les patients arrivent à rester assis un moment dans leur fauteuil.» Arlette Houcheringer n'a pas pu se lever le jour même. Elle a dû passer la nuit en salle de réveil, en raison de complications. Le lendemain, elle a commencé à se lever et à faire quelques pas. «Je craignais de m'évanouir, car cela m'arrive de temps à autre. L'infirmière est restée à mes côtés et je n'ai même pas eu le tournis. Les jours suivants, le physiothérapeute a pris le relais pour m'entraîner à monter et descendre les escaliers. Comme j'avais encore les fils, ce n'était pas évident; de plus, j'avais de la peine à respirer. Mais ça s'est amélioré très rapidement. Chaque jour, lorsque je marchais dans les couloirs, je me fixais des petits objectifs supplémentaires. Dès que je les avais réalisés, j'étais contente de retourner m'asseoir ou de me coucher. Dès le quatrième jour, je passais une bonne partie de mes journées à l'extérieur de ma chambre.»

L'alimentation du patient

Quelques heures après l'opération, les patients reçoivent un repas léger. Mais souvent ils n'ont pas faim. En revanche, ils ont soif. Ils boivent volontiers de l'eau, de la soupe et une boisson protéinée. «Ils ne doivent pas se forcer de manger, estime l'infirmière. Le programme peut déployer ses effets, même s'ils ne mangent pas tout ce qu'ils ont sur leur plateau.»

Dès le lendemain de l'intervention, les patients reçoivent un repas normal. «Au déjeuner, j'ai mangé une petite miche de pain avec beurre, confiture et café. J'ai apprécié ce repas. Ca m'a étonné», relève Mme Houcheringer.

De retour à la maison

Après 6 jours d'hôpital, Arlette Houcheringer a pu rentrer à la maison. «J'étais suffisamment en forme pour retourner chez moi et j'étais contente de m'être remise aussi rapidement, explique-t-elle. Les statistiques le montrent clairement: avec l'introduction du protocole ERAS, la durée de séjour a diminué de moitié; elle est passée de 12 à 6 jours dans le domaine de la chirurgie colorectale. Le pourcentage de réadmission reste inférieur à 1%. De plus, les complications post-opératoires ont diminué de façon significative. Cette évolution a par conséquent permis de diminuer les coûts liés à l'hospitalisation.

En quittant l'hôpital, les patients ne sont pas livrés à eux-mêmes. Une hotline est à leur disposition en cas de questions ou de problèmes. Par exemple s'ils ont de la fièvre, mal au ventre ou s'ils ne se sentent pas bien. De plus, l'infirmière référente les appelle après deux ou trois jours pour voir comment ils vivent leur retour à domicile. Ils reverront encore le chirurgien pour enlever les fils et faire le point.

Repérer ce qui peut être amélioré

Les données consignées par le patient dans son journal de bord et par les professionnels dans des formulaires ad hoc sont introduites dans le programme informatique ERAS. Chaque patient qui a profité de cette réhabilitation rapide y a son propre dossier. En tout, une centaine de paramètres sont réunis pour mesurer les performances, les complications et les améliorations. Cette base de données permet d'analyser les pratiques, de repérer ce qui peut être amélioré. Il permet aussi de comparer les données avec celles d'autres institutions.

La démarche ERAS a porté ses fruits pour ce qui est de la chirurgie colorectale. Elle sera prochainement étendue à d'autres domaines, comme la chirurgie thoracique, bariatrique et gynécologique.



Placebo consacrée à ERAS

Placebo a réalisé une émission intitulée «ERAS ou comment récupérer mieux et plus vite après une opération». Elle fait partie d'une série coproduite par l'HNE et Canal Alpha, qui abordent des sujets médicaux.

En tout temps, vous pouvez les visionner sur le site www.h-ne.ch

Pas d'anesthésiste, pas d'opération

On l'oublie parfois, mais le travail du chirurgien est intimement lié à celui des anesthésistes. Ceux-ci travaillent en équipe: un médecin et un infirmier spécialisés, qui peuvent être relayés suivant la durée de l'intervention.

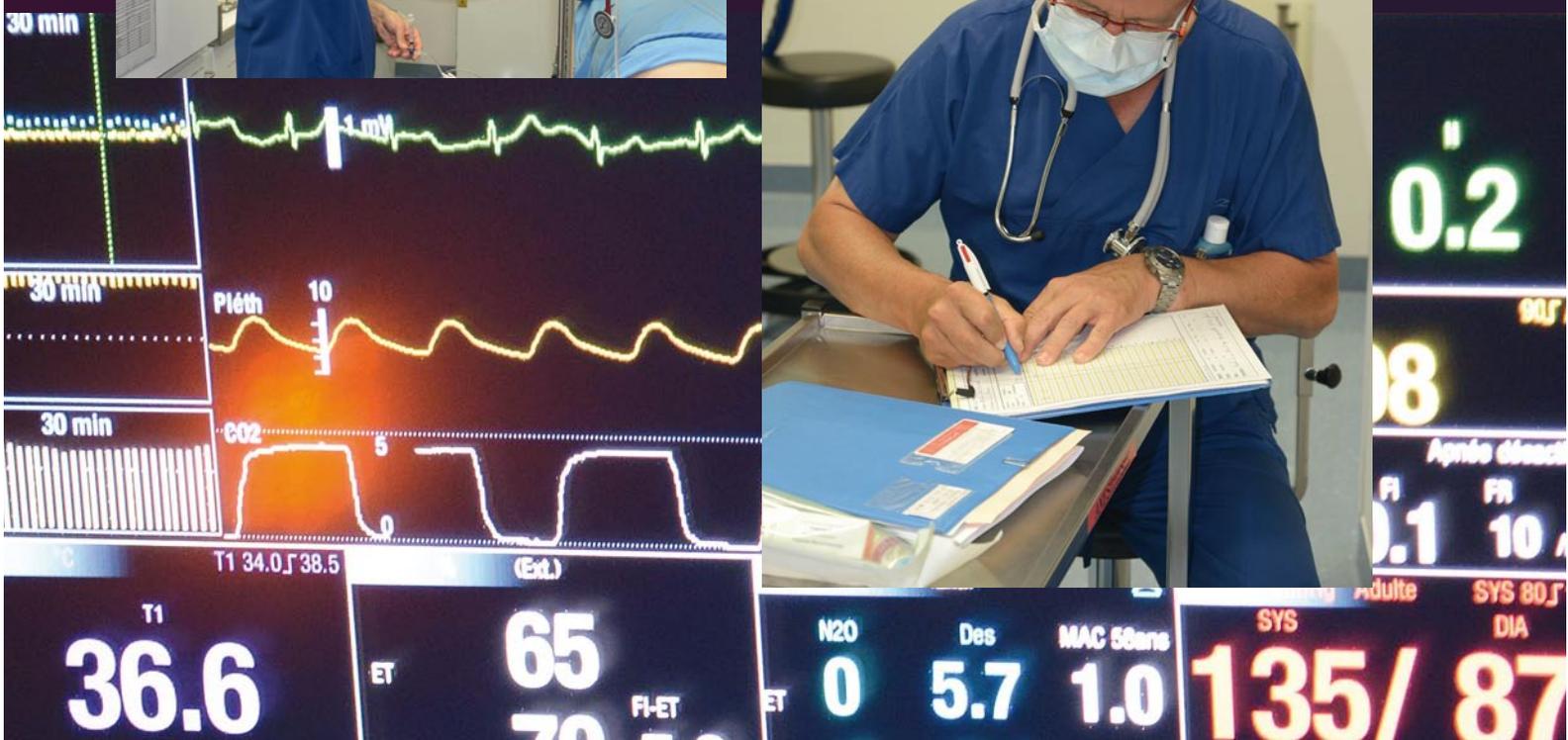
Quelques jours avant une opération, le médecin anesthésiste voit le patient. Il lui pose différentes questions, notamment sur ses éventuelles maladies, allergies et sur sa consommation de médicaments. Si nécessaire, il procède aussi à divers examens. Il peut ainsi prévoir un protocole et rassembler tous les atouts pour prévenir les éventuelles difficultés qui pourraient survenir. Il choisit avec le patient la technique, anesthésie loco-régionale (endormissement d'un membre ou d'une région du corps) ou générale (sommeil artificiel).

Lors de l'opération, les anesthésistes assurent de nombreuses tâches: maintenir l'endormissement, lutter contre la douleur, maintenir la respiration donc l'apport en oxygène du patient, remplacer les pertes sanguines, etc. «Il s'agit d'être le moins délétère possible, relève une infirmière anesthésiste. Nous cherchons toujours à obtenir la balance la plus favorable possible entre les répercussions de l'anesthésie et le bien-être du patient.» Pour ce faire, trois classes de médicaments sont utilisées: les premiers font dormir, mais ils n'ont pas d'effet analgésique. Les deuxièmes sont destinés à lutter contre la douleur, mais ils n'ont

pas d'effet sur l'endormissement. Les troisièmes sont destinés à favoriser le relâchement musculaire. Lors d'une opération, les anesthésistes dosent ainsi de la façon la plus fine possible l'apport en médicaments de chacune des trois classes.

C'est la raison pour laquelle ces spécialistes gardent un contrôle permanent sur l'évolution des paramètres durant l'opération. Ils se montrent particulièrement attentifs au rythme cardiaque, à la pression artérielle ainsi qu'aux paramètres ventilatoires notamment. «Lorsque le patient a mal, sa fréquence cardiaque et sa pression artérielle augmentent, relève le Dr Jean-Marc Favre, médecin-chef de service. On augmente donc l'apport en analgésiques. Mais si celui-ci devient trop important, la pression diminue. Il s'agit donc de doser les apports de façon subtile. Et durant toute l'opération, nous procédons ainsi à des corrections selon les signes d'endormissement, de douleur ou de pertes sanguines.» Aujourd'hui, les anesthésistes utilisent en outre souvent un index «BIS» qui permet d'apprécier la profondeur de l'anesthésie. Pour le spécialiste, ce paramètre permet de doser plus finement les besoins du patient en médicaments. «Notre pratique a considérablement évolué ces dernières années, précise le Dr Jean-Marc Favre. Il y a encore une vingtaine d'années, les produits utilisés avaient une action de plus longue durée. Le réveil après une anesthésie générale était donc prolongé. Aujourd'hui, nous recourons à des produits à action plus rapide et brève. Pour cela, durant l'opération, nous devons être attentifs à chaque instant pour apporter les corrections nécessaires. Le jeu en vaut la chandelle: grâce à cette méthode, les patients sont beaucoup plus rapidement sur pied et leur qualité de réveil, immédiatement après l'opération, est généralement bien meilleure.»

L'anesthésie



Le service de gynécologie-obstétrique remplit une mission délicate, celle de prendre en charge les patientes de tous âges. «Ce n'est pas parce qu'une femme n'a plus de projets de maternité qu'elle cesse d'être une femme», affirme le Dr Pascal Talla, médecin adjoint. «Plus elle avance en âge, plus elle a besoin qu'on assure son confort social. L'HNE s'est engagé à assurer cette mission auprès de la population féminine du canton.» Il prend en charge des pathologies comme les incontinences urinaires et anorectales, les descentes d'organes. Le journal HNE MAG a suivi le Dr Talla au bloc opératoire, où se sont succédé plusieurs interventions chirurgicales liées à divers problèmes féminins.

Une préoccupation de tous les instants: favoriser le confort social

Chirurgie urogynécologique

9h30, salle d'opération numéro 4. Avant d'entrer, le chirurgien se lave les mains, les poignets, les avant-bras et les coudes. Il s'agit de prévenir le risque d'infection du site opératoire en cas de piqûre ou de déchirure des gants pendant l'intervention. Ce matin-là, il a déjà assumé une césarienne; le nouveau-né et sa maman se portent bien. Mentalement, il se prépare pour la prochaine intervention: remédier à une incontinence urinaire d'effort associée à une ablation de l'utérus et des ovaires.

- Beaucoup de femmes ont des soucis d'incontinence urinaire, note le Dr Talla. Mais certaines croient encore qu'il s'agit d'une évolution naturelle et qu'elles doivent l'accepter. Leur qualité de vie diminue, car elles craignent d'avoir des pertes urinaires lorsqu'elles toussent, éternuent, rient, mettent leurs courses dans le coffre de leur voiture, jouent avec leurs enfants ou pendant les rapports sexuels par exemple. Certaines n'osent pas en parler, hésitent à sortir de chez elles et s'isolent, ce qui est dramatique. Or, des solutions existent. Elles passent par des séances de physiothérapie pour renforcer le tonus musculaire du périnée ou par une intervention chirurgicale des plus courantes, puisque j'en réalise toutes les semaines.

Lorsque le Dr Pascal Talla arrive au bloc, le médecin et l'infirmier anesthésistes ont déjà réalisé l'anesthésie de la patiente. Il rejoint les six autres professionnels, camouflés derrière des tenues vertes, masque chirurgical, coiffe, gants et sabots. Ils l'installent

en position gynécologique, puis la recouvre du champ opératoire stérile. L'étoffe cache le corps de la patiente, laissant libre une petite ouverture pour l'intervention. Tout est prêt. Le chirurgien s'installe face au ventre de la patiente. Le médecin assistant et l'infirmier instrumentiste sont postés à ses côtés. Le Dr Talla fait d'abord des petites incisions dans lesquelles il pourra passer la caméra miniature et ses instruments chirurgicaux spécialement adaptés. Le ventre est ensuite gonflé pour créer un espace pour opérer. L'opération se fait par laparoscopie pour l'ablation de la matrice et des ovaires. Les trois paires d'yeux sont rivées sur l'écran. La cure d'incontinence associée se fait par les voies naturelles.

De l'autre côté, le médecin et l'infirmier anesthésistes focalisent leur attention sur le visage du patient et sur leur écran de surveillance des fonctions vitales.

- Eteignez la lumière s'il vous plait, demande le Dr Talla.

L'image sur l'écran devient plus contrastée permettant une meilleure observation et évaluation de la situation. L'ablation de la matrice et des ovaires terminée, le chirurgien passe par les voies naturelles. Il ouvre un chemin entre le vagin et l'urètre pour faire passer une bandelette de soutien de l'urètre. A l'aide d'une aiguille, il la met en place sous l'urètre et la tend jusqu'à la racine des cuisses des deux côtés grâce à deux petites incisions de moins d'un demi-centimètre. Il vérifie l'intégrité de l'urètre et de



la vessie en contrôlant leurs parois respectives. Cette bandelette synthétique soutient ainsi ce canal, dont la fonction est d'assurer l'évacuation des urines à partir de la vessie.

- La bandelette est un matériel bio compatible et biotolérable. Après quatre à six semaines, elle sera envahie par les tissus de l'organisme pour faire un seul corps. Et chaque fois que la patiente va avoir une activité qui amène une pression dans l'abdomen, qui pousse les organes vers le bassin, l'urètre viendra s'écraser sur cette bandelette et restera fermé, empêchant les fuites d'urine.

L'opération, peu invasive, dure 30 minutes.

- Au réveil, dès que la patiente reprendra sa miction spontanée, elle pourra sortir de l'hôpital après un contrôle médical. Je la reverrai demain et dans six semaines elle sera revue par son gynécologue.

11h, salle d'opération numéro 4. Le chirurgien est à nouveau au bloc opératoire. La patiente souffre cette fois d'une faiblesse sévère du périnée avec une descente des organes: vessie, fond vaginal, rectum et intestins, associée à une incontinence urinaire. L'affaissement d'un ou de plusieurs organes est un problème fréquent chez les femmes de plus de cinquante ans. La vessie en avant, l'utérus et le vagin au milieu et le rectum en arrière sont soutenus par des ligaments et des muscles qui forment le périnée ou le plancher pelvien. Or, avec les années, les accouchements, le surpoids, le travail physique et la ménopause, ce plancher peut s'affaiblir; les organes ne sont alors plus tenus correctement à leur place et ils descendent. C'est ce que l'on appelle le prolapsus. L'intervention chirurgicale se fait soit par voie laparoscopique, soit par voie vaginale.

- L'opération est l'aboutissement d'un long processus, explique le Dr Pascal Talla. Lorsque la patiente vient en consultation pour un problème de descente d'organe et/ou d'incontinence urinaire, il faut tout d'abord une évaluation clinique de la situation, définir le type d'incontinence urinaire, son mécanisme d'apparition, relever les perturbations occasionnées par ces problèmes sur la qualité de vie de la patiente. Puis nous discutons ensemble des différents traitements possibles. Si le stade est peu avancé, je propose de commencer par un traitement physiothérapeutique. S'il n'y a pas d'amélioration avec cette rééducation du périnée ou si le problème est trop sévère, une correction chirurgicale est indiquée. Tout dépend également des attentes de la patiente. Si elle se sent handicapée sur le plan qualité de vie, la chirurgie peut être aussi d'emblée justifiée.



Pour cette patiente, l'objectif de l'intervention est de remonter les organes et de les maintenir à leur place naturelle. Pour ce faire, le chirurgien utilise deux prothèses: une grande en postérieur du vagin entre le vagin et le rectum qu'il fixe dans les ligaments les plus résistants du bassin; elle permet de maintenir l'organe suspendu. Une autre prothèse plus petite (bandelette) soutiendra l'urètre. Ces prothèses (filets poreux) seront envahies par les tissus environnants de la patiente au travers de leurs mailles.

- S'il n'y a pas de complications, dans deux ou trois jours, cette patiente pourra quitter l'hôpital et devra respecter une période de repos physique de quatre à six semaines sans port de charge de plus de 4 kg.

13h30. Le Dr Pascal Talla se penche vers une troisième patiente couchée sur la table d'opération. Il la salue et s'assure que tout va bien pour elle. Celle-ci restera éveillée durant toute l'intervention. Cette patiente avait été opérée pour une incontinence urinaire il y a une année. L'opération avait bien réussi et la patiente n'avait plus de pertes urinaires. Toutefois, la muqueuse à proximité de la prothèse s'est érodée, provoquant des douleurs chez le mari lors des rapports sexuels.

- Nous allons retirer cette bandelette de soutien et la remplacer par une autre, mais en changeant de technique opératoire. Nous allons, cette fois-ci, la faire sortir au niveau du pubis au lieu de la racine des cuisses comme lors de la pose précédente.

Pour cette intervention, le médecin anesthésiste a fait une rachianesthésie en piquant au bas du dos, comme une péridurale. Elle est endormie jusqu'au nombril.

- Avec ce type d'anesthésie, explique le Dr Jean-Marc Favre, anesthésiste, médecin-chef de service, le chirurgien pourra

demander à la patiente de pousser et de tousser pour contrôler le réglage de la tension sur la bandelette afin d'éviter de trop comprimer l'urètre. Ce qu'il ne pourrait pas faire lorsque la patiente a eu une anesthésie générale.

Le chirurgien utilise une technique chirurgicale mini-invasive pour poser cette bandelette et une camera introduite dans l'urètre puis dans la vessie pour exclure une lésion de ces deux structures lors de cette pose. Ce qui permet, selon les termes des professionnels de la santé, de diminuer l'agression chirurgicale sur le corps de la patiente. Ainsi les douleurs post-opératoires sont réduites, les sutures très limitées, les complications plus rares.

- D'une façon générale, relève le Dr Talla, dans la mesure du possible, on donne la préférence à la chirurgie par les voies naturelles ou par voie endoscopique. Les raisons sont multiples. Nous cherchons notamment à préserver la vie sexuelle chez la femme.

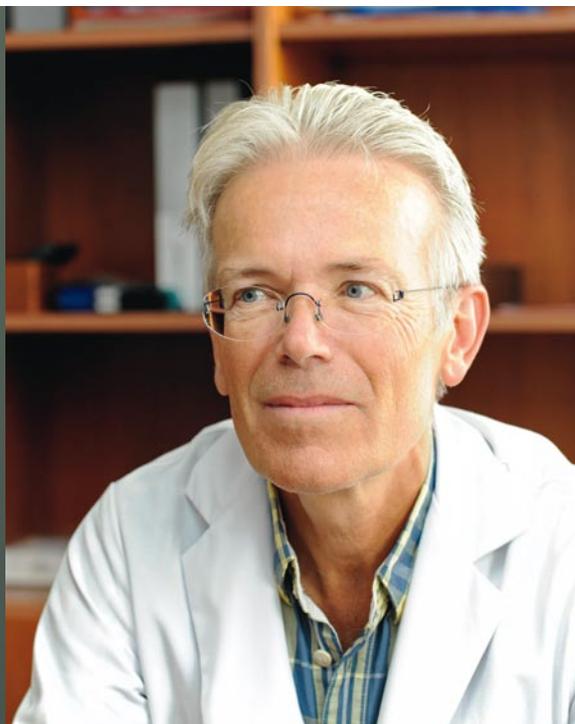
L'opération va durer 30 minutes. La patiente quittera l'hôpital dans les heures qui suivent.

15 heures. Nous quittons le Dr Pascal Talla qui poursuit son après-midi avec une dernière opération. Avant de franchir le seuil du bloc opératoire numéro 4, il nous rappelle ce qui lui tient à cœur.

- La prise en charge d'une incontinence urinaire ou d'une descente d'organe n'est généralement pas une urgence. Mais quand une femme consulte pour ce genre de problème, elle voudrait retrouver une qualité ou un confort de vie acceptable ou juste retrouver sa vie d'avant, lorsqu'elle n'avait pas encore ce problème. Après six semaines, je la revois pour un contrôle post opératoire. Elle m'explique comment son quotidien a été transformé. C'est une belle récompense qu'elle nous offre!



Le Dr Rémi Schneider est aujourd'hui médecin-chef de service à l'HNE. Il s'est spécialisé dans la chirurgie générale avec deux sous-spécialisations en viscérale et thoracique. Ce Neuchâtelois d'origine a commencé ses études de médecine au début des années 70. C'est dire qu'en quelque 40 ans, il a pu assister aux progrès fulgurants de la chirurgie et en devenir un acteur dynamique. Portrait d'un spécialiste qui allie esprit de collaboration, détermination et humanisme.



Chirurgie thoracique

Un travail d'équipe pour le bien du patient

Ces dernières décennies, tout a changé dans la chirurgie. Les compétences requises et les techniques. «Quand mon père, qui était chirurgien, s'est installé à La Chaux-de-Fonds dans les années 80, il faisait encore un peu de tout: urologie, gynécologie,... Il lui arrivait même d'opérer des fractures.» Peu à peu, la spécialisation est devenue la norme. Même la chirurgie générale suit cette tendance. «La chirurgie viscérale comme la chirurgie vasculaire ou la chirurgie thoracique nécessitent aujourd'hui des compétences très pointues. Il est ainsi devenu impossible de se former dans tous les domaines. Personnellement, lors de ma formation de chirurgien, j'ai encore pu travailler dans ces trois disciplines. Aujourd'hui, c'est en thoracique que j'exerce l'essentiel de mon activité en tant que référant seul porteur du titre de spécialiste dans le canton.

Une collaboration stimulante

Son parcours, le Dr Schneider le commence au CHUV à Lausanne. Son doctorat en poche, il s'en va deux ans au Canada pour y mener notamment des activités de recherche. Il en revient avec un bagage académique qui lui vaut d'être nommé privat-docent à l'Université de Lausanne. Mais, ne se sentant pas de devenir professeur, il part en 1995 à l'Hôpital de Martigny comme chirurgien-chef. En 2000, il est nommé chef du service de chirurgie de l'hôpital des Cadolles à Neuchâtel. A la suite de la création de l'HNE, il devient médecin-chef du département de chirurgie. Un poste qu'il quitte en 2013. «Je souhaitais me recentrer sur ma pratique de chirurgien. Et ce, d'autant plus que la façon dont nous travaillons dans le domaine des pathologies thoraciques est très stimulante.» Une collaboration intense s'est mise en place entre la chirurgie thoracique et la pneumologie. Les deux pneumologues hospitaliers maîtrisent les techniques d'investigation actuelles si bien qu'un véritable coup d'accélérateur a pu être donné dans la prise en charge des pathologies thoraciques. «C'est un modèle d'avenir:

la prise en charge médico-chirurgicale conjointe est très efficace dans certaines situations. En réunissant les compétences, on a ainsi une prise en charge qui devient en tous points comparable à ce qui se fait dans un hôpital universitaire».

Les colloques «tumor board»

L'esprit de collaboration qui anime le Dr Rémi Schneider ne s'arrête pas là. «Aujourd'hui, je n'opère plus un patient cancéreux sans que son cas ait été présenté à une équipe multidisciplinaire, appelée «tumor board». Il s'agit de rencontres qui rassemblent le chirurgien, le pneumologue, l'oncologue, le radiologue, le radiothérapeute et le pathologue. Ensemble, nous évaluons chaque cas et définissons la stratégie à développer. Certains de ces colloques se font en collaboration avec des spécialistes d'autres hôpitaux. Nous avons notamment développé une collaboration active avec le CHUV qui dispose d'un centre de chirurgie thoracique doté d'une équipe très compétente. Un des adjoints de ce centre vient régulièrement à Neuchâtel pour participer au tumor board ou à une opération. Et lorsqu'un patient ne peut pas être opéré à Neuchâtel, nous l'envoyons à Lausanne. Dans certains cas, je me rends également au CHUV pour pratiquer l'intervention avec mon collègue.» Cette collaboration est précieuse aux yeux du Dr Schneider, car elle se poursuit au gré des besoins et il est toujours bon de pouvoir partager ses interrogations avec un collègue. Un exemple: «Il y a quelques semaines, j'ai opéré un patient. La nuit suivante, il était aux soins intensifs et il n'allait pas bien. On se demandait s'il fallait le réopérer, faire une bronchoscopie. J'ai transmis par mail la radio à mon collègue qui était chez lui. Nous avons pu en parler au téléphone. Comme il connaissait la situation - puisque nous l'avions étudiée lors d'un tumor board - son avis était important. Finalement, nous avons opté pour une surveillance accrue, sans nouvelle intervention. Ce choix s'est révélé être le bon.»

La chirurgie des petits trous

Au cours de sa carrière, le Dr Rémi Schneider a également été un des acteurs d'une véritable révolution des techniques opératoires. «Nous sommes passés d'une chirurgie des grandes incisions à une chirurgie des petits trous. Autrement dit, chaque fois que c'est possible, nous utilisons aujourd'hui des techniques mini-invasives.» Les gynécologues ont été les premiers à recourir à cette méthode. Puis sont venus les chirurgiens spécialistes de l'abdomen. Le principe est relativement simple: il suffit de quelques incisions pour pouvoir procéder à l'acte chirurgical. Un trou pour faire passer la caméra et généralement deux autres pour les instruments. En outre, pour voir clair dans un ventre, on y insuffle du gaz, ce qui permet de se glisser plus aisément entre les organes.

Le double rôle de la cage thoracique

«En chirurgie thoracique, les choses sont allées plus lentement. C'est que les côtes jouent à la fois un rôle complexificateur et simplificateur. D'une part, elles sont une barrière qu'il n'est pas toujours facile de contourner, mais d'autre part elles créent un espace rigide où il est possible d'opérer sans insufflation.»

La réticence des chirurgiens spécialisés dans les pathologies du thorax s'expliquait également par l'aspect oncologique: «Une grande partie de nos interventions sont liées à des cancers. Il s'agit donc d'avoir une vue aussi précise que possible de la tumeur, de procéder à son ablation totale et d'éviter de contaminer des tissus sains. On sait aujourd'hui qu'avec la vidéo-chirurgie, non seulement c'est possible, mais que, au bout du compte, les résultats sont au moins aussi favorables qu'avec les techniques traditionnelles.»

Les avantages des opérations mini-invasives

Si les chirurgiens se sont laissés séduire par les techniques mini-invasives, c'est qu'elles n'ont pratiquement que des avantages pour le patient. «Les suites sont beaucoup plus simples pour lui. Ses douleurs sont moindres, il reste moins longtemps à l'hôpital et il peut donc plus rapidement reprendre ses activités habituelles. De plus, s'il doit suivre une chimiothérapie ou une radiothérapie, il est possible de commencer le traitement plus rapidement. C'est pour cette raison que chaque fois que c'est possible, nous recourons aujourd'hui à ces techniques de pointe.»

Endoscopie, laparoscopie, thoracoscopie,...

Les nouvelles techniques chirurgicales sont souvent associées au suffixe -scopie. Comment s'y retrouver? «C'est un peu le flou en la matière, note le Dr Rémi Schneider. Au départ, on a utilisé le suffixe -scopie, simplement pour dire qu'on allait examiner un organe à l'aide d'une caméra. Le mot grec scopie signifie aller voir, examiner. On faisait généralement précéder ce terme de endo-, qui signifie «à l'intérieur». Endoscopie est donc le terme générique. Et puis, avec la diversification des caméras, avec leur spécialisation, on a éprouvé la nécessité de préciser les termes.» C'est ainsi que sont nées la laparoscopie et la coelioscopie, pour l'examen de l'abdomen; l'hystérocopie pour l'utérus, la sinusoscopie pour les sinus, la colonoscopie ou coloscopie pour le côlon ou la bronchoscopie pour les bronches. Et ce ne sont là que quelques-uns des trente termes usités dans le milieu médical!

C'est donc de façon un peu abusive qu'on parle d'une opération par thoracoscopie, par exemple. «En fait, le thoracoscope nous permet de visualiser le champ de notre intervention. Il ne permet évidemment pas de réaliser l'opération en elle-même. En fait, il serait plus judicieux de parler d'opération vidéo-assistée. Ou alors d'opération par abord mini-invasif.»



Des chirurgiens de l'HNE se racontent sur vidéo

A l'occasion de la Journée nationale de la chirurgie du 13 novembre passé, l'Hôpital neuchâtelois avait organisé une série de conférences données par des chirurgiens de l'HNE sur les thèmes suivants:



- **Comment devenir chirurgien**
par le Dr Charles Becciolini, médecin-chef de service
- **L'évolution de la chirurgie**
par le PD Dr Rémi Schneider, médecin-chef de service
- **La chirurgie vasculaire**
par le Dr Ivan Bruschweiler, médecin-adjoint
- **La prise en charge ERAS**
(récupération rapide du patient après une opération chirurgicale)
par le Dr Jean-Jacques Brugger, médecin chef de service
- **La chirurgie proctologique**
par le Dr Roland Chautems, médecin-chef
- **La chirurgie de l'obésité**
par le Dr Marc Worreth, médecin-chef du département de chirurgie

Vous pouvez les visionner sur le site de l'HNE, à l'adresse suivante:

<http://www.h-ne.ch/hne-communication-publications>,
puis en cliquant sur «Journée nationale de la chirurgie 2013».

Le service d'ORL de l'HNE prend en charge une très large panoplie de situations. Installé sur les sites de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, il est aujourd'hui dirigé par le Dr Yves Jaquet. Ce chirurgien a achevé sa formation au CHUV et s'est notamment spécialisé au Canada en chirurgie cervico-faciale et en chirurgie reconstructrice. L'ORL – pour oto-rhino-laryngologie – couvre cette partie de la médecine et de la chirurgie qui prend en charge les problèmes nez-gorge-oreille ainsi que la chirurgie du cou. «En fait, nous nous occupons de tout ce qui se trouve entre les méninges et les clavicules à l'exception des yeux et de la colonne vertébrale», note le Dr Yves Jaquet. Entretien avec ce chirurgien visiblement passionné par son métier.

Un travail tout en finesse

Le champ d'intervention de l'ORL est large. Nous pouvons passer d'une opération de l'oreille moyenne à l'ablation d'un cancer du larynx, en passant par l'assainissement des sinus en cas de sinusite chronique, une endoscopie des voies aéro-digestives supérieures ou une simple amygdalectomie.

Vous travaillez donc avec des instruments chirurgicaux très différents d'une opération à l'autre?

Effectivement. Si nous devons opérer dans l'oreille, nous travaillons au microscope et nos instruments sont tous très petits et fins. Pour une opération endonasale – dans le nez –, nous utilisons un endoscope, une caméra minuscule qui nous permet de voir notre travail sur un écran de télévision. Ceci est doublé d'un système de navigation nous permettant de nous situer en temps réel sur le scanner du patient. Cela nous permet de savoir à chaque instant où nous nous trouvons. C'est primordial, car, toujours dans le nez, nous sommes à quelques millimètres d'organes essentiels tels que la base du crâne, les artères carotides, les orbites. En revanche, dans la chirurgie du cou, nous utilisons des instruments plus traditionnels comme le bistouri, les ciseaux ou les pincettes. Pour autant, la précision reste au rendez-vous: ici aussi, nous devons passer tout près des vaisseaux et des nerfs crâniens qu'il faut à tout prix préserver. D'ailleurs, pour nous faciliter la tâche, nous utilisons souvent des loupes qui grossissent deux à trois fois.

Est-ce facile de passer d'un type d'opération à l'autre?

C'est une question d'habitude. Cela devient vite naturel. En revanche, cela complique l'apprentissage. Quand on débute dans cette spécialisation, on a parfois l'impression de devoir recommencer à zéro, parce qu'on aborde une nouvelle facette du métier, avec des techniques complètement différentes. Pour un chirurgien ORL aguerri, cette variété est plutôt source de plaisir. Nous n'avons jamais le sentiment de faire la même chose. Mais cela exige aussi de notre part, comme d'ailleurs dans chaque domaine de la médecine, une attention constante aux nouvelles techniques et aux nouveaux instruments disponibles.

On dit souvent que le chirurgien est un orfèvre...

Je ne sais pas si le terme est le bon, mais c'est vrai que nous faisons des choses très fines, très précises. Prenons l'exemple de la chirurgie de l'étrier, le dernier osselet de l'oreille interne. Il a effectivement une forme d'étrier, mais il est minuscule: quatre millimètres en hauteur, trois de largeur et moins d'un millimètre d'épaisseur. Quand on doit l'enlever et le remplacer par une prothèse, il est exclu de trembler. Le moindre faux mouvement et le patient risque de devenir sourd de cette oreille et d'avoir d'importants problèmes de vertiges.

Ne pas trembler, c'est toujours possible?

C'est d'abord une question d'habitude, d'entraînement, de gestion du stress, et puis il faut une bonne hygiène de vie mais pas seulement pour les chirurgiens!

L'opération est-elle toujours la meilleure des solutions?

Certes non. Dans bien des situations, elle est inévitable. Par exemple en oncologie, c'est souvent le cas: l'opération est une des modalités thérapeutiques, mais d'autres traitements peuvent donner de meilleurs résultats. Il faut peser le pour et le contre et c'est d'ailleurs toujours ainsi que nous agissons en médecine. On se demande toujours: «risque-t-on de faire plus de mal que de bien?», «si cela m'arrivait, est-ce que j'aimerais un tel traitement?». C'est d'ailleurs une question que les patients nous posent souvent: «A ma place, qu'est-ce que vous feriez?»

Et que répondez-vous?

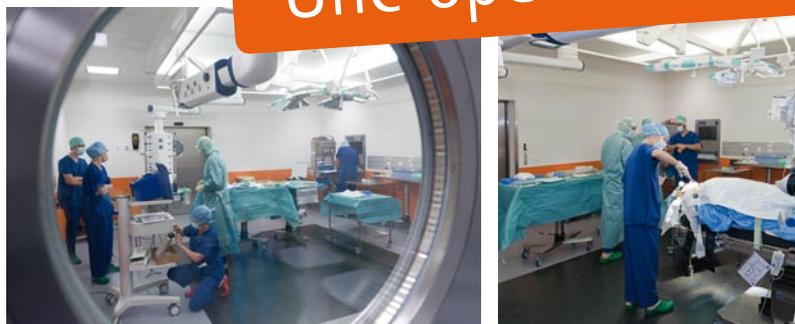
Je leur dis simplement quel serait mon choix. Mais je ne leur donne cette information que s'ils le demandent et je leur précise dans la foulée que c'est mon avis et qu'ils ne sont pas obligés d'avoir le même. Je remarque que cet échange aide souvent le patient à prendre une décision. Avant cela, ce qui est important, c'est qu'il dispose de tous les éléments, de toutes les informations pour se forger son opinion. Chaque traitement a des aspects positifs et des aspects négatifs. Le patient doit les connaître. C'est indispensable.

L'HNE dispose d'une large palette de compétences pour soigner et opérer les maladies ORL des patients neuchâtelois. A quel moment décidez-vous de transférer un patient à vos collègues des hôpitaux universitaires?

Cela dépend justement des compétences disponibles et de l'infrastructure nécessaire pour prendre en charge une situation donnée. Nous référerons à un spécialiste dans un centre universitaire les patients avec une maladie ou un problème peu fréquent auxquels nous sommes peu exposés ou qui nécessite un équipement particulier. Mais globalement, la structure de l'Hôpital neuchâtelois permet de mettre en œuvre la très grande majorité des opérations d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. J'opère aussi à l'Inselspital à Berne où, dans le fond, c'est aussi l'infrastructure qui change et qui rassure. On peut ajouter qu'à l'HNE, nous avons aussi des compétences reconnues. Par exemple, mon collègue le Dr Jean-Paul Friedrich a très largement contribué au développement de l'endoscopie et de la chirurgie endonasale. Il fait autorité dans ce domaine.

Mercredi matin, 08h15. A travers le hublot de la porte d'entrée de la salle d'opération, on distingue deux personnes. Elles sont en train de disposer des instruments et des compresses sur des tables recouvertes de tissu vert. Autour d'elles, des écrans et des instruments de mesures et de monitoring. On les voit deviser calmement.

Une opération:



La porte s'ouvre.

- Bonjour! Qui êtes-vous?
- Nous sommes de HNE Mag et nous venons suivre une opération avec le Dr Yves Jaquet.
- Bienvenue. On nous avait informés. Entrez. Le patient ne devrait pas tarder. Ils sont en train de le préparer juste à côté.

Arrive le chirurgien qui nous explique que la phase préopératoire sera beaucoup plus longue que prévu. «Rien de problématique» assure-t-il cependant. Il nous explique alors que sa tâche ce matin est de procéder à l'ablation de la glande thyroïde de la patiente. «Une des parties de la glande malade a beaucoup augmenté de taille en peu de temps et provoque une compression de la trachée qui se retrouve écrasée. La patiente a plus de mal à respirer. Il n'est pas envisageable que cela se résorbe. D'où l'ablation.»

- Est-ce une opération délicate?
- On peut le dire. Nous devons passer juste à côté des nerfs récurrents. Il s'agit des petits nerfs qui permettent aux cordes vocales de bouger. Pour minimiser le risque, nous disposons d'un «assistant»: un moniteur qui avertit dès qu'on s'en approche de trop près. Nous devons aussi préserver les glandes parathyroïdes qui sont toutes petites, situées au dos de la glande.
- Le nerf récurrent est-il visible à l'œil nu?
- Oui, et encore mieux avec les lunettes que je vais porter et qui grossissent 2,5 fois. Il devient alors bien visible. Le risque de toucher ce nerf est faible mais reste une de nos préoccupations principales.

08h45. On amène la patiente endormie déjà installée sur la table d'opération à roulettes. Chacun s'affaire selon un schéma visiblement bien rodé. Les uns branchent les fils qui relieront la patiente aux instruments de contrôle. Sa tension est de 134 / 65 et son cœur bat à 63 pulsations par minute. Tandis que le technicien de salle d'opération aide le chirurgien à enfiler ses gants stériles, la médecin cheffe de clinique procède à une large désinfection du cou et du bas du visage de la patiente. Le champ opératoire stérile est posé, laissant juste une place dégagée pour l'opération elle-même.

Les 7 personnes qui occupent la salle sont à leur poste. Autour de la tête de la patiente se trouvent le chirurgien, la cheffe de clinique, un médecin assistant et le TSO, le technicien de salle d'opération. A l'autre bout de la table, le médecin anesthésiste et l'infirmière



L'ablation de la glande thyroïde



anesthésiste. Enfin, hors de la zone stérile, une autre technicienne en salle d'opération qui se tient continuellement prête à apporter du matériel.

09h05. L'opération commence. Le chirurgien prend son bistouri et se met à entailler la peau. Au fur et à mesure de son travail, il cautérise les petites veines et artères qui se trouvent sur son passage. Il dispose pour cela d'un bistouri qui peut assumer les deux tâches. Le travail est souligné par des bips qui résonnent en permanence sans que personne semble s'en inquiéter. «C'est normal, explique la TSO. A chaque fois que le bistouri coagule un vaisseau ou une artère, cela sonne. L'autre bip indique les battements du cœur. Tant que tout va bien, il n'y a pas de quoi s'y attarder!»

Les minutes s'égrènent. Tout est calme dans la salle. Rien à voir avec les séries télé américaines où le chirurgien s'agit, les moniteurs s'affolent et les anesthésistes laissent éclater leur anxiété... Ici, c'est une atmosphère de concentration qui prédomine. Il s'agit de mener à bien un travail d'une extrême précision. La cheffe de clinique, la Dresse Guinchard-Cherpillod, effectue le travail de dissection sur l'un des côtés de la glande à la recherche du nerf récurrent qu'elle pourra identifier et préserver. La patiente est sous assistance respiratoire. Comme elle est très profondément endormie, ses poumons ne travaillent pas seuls. Une machine lui fournit l'air dont elle a besoin. Au pied de la table d'opération, les anesthésistes observent leurs moniteurs. Soudain, l'infirmière anesthésiste se lève et dit: «Il y a un problème avec la ventilation de la patiente». Pendant que l'infirmière vérifie les branchements, le médecin anesthésiste s'empare aussitôt de la pompe manuelle et ventile la patiente. Une minute plus tard, tout est rentré dans l'ordre.

10h30. La glande thyroïde est retirée. Le médecin nous la montre. Elle a effectivement de multiples nodules et un large gonflement bien visibles. Elle est ensuite mise dans un récipient puis sera évidemment analysée en profondeur pour comprendre les causes de l'anomalie.

L'équipe commence alors à recoudre les tissus ensemble. C'est le médecin assistant, le Dr Voruz, qui est à l'œuvre. Il lui faudra une bonne demi-heure pour mener son travail de fermeture à bien. Dans quelques jours, la patiente pourra quitter l'hôpital. La seule exigence nouvelle sera pour elle de prendre très régulièrement un médicament dont l'action se substituera à celle de l'hormone produite par la glande thyroïde.

La chirurgie colorectale se concentre sur tous les problèmes et les maladies liés au gros intestin et à la région de l'anus. Les médecins spécialisés dans ce domaine traitent de troubles organiques aussi divers que les hémorroïdes, la diverticulite du côlon, le prolapsus (descente) du rectum, les tumeurs du côlon et de l'anus ou encore l'incontinence anale. A l'Hôpital neuchâtelois, le Dr Roland Chautems suit des patients atteints de ce genre de problèmes. Il est spécialisé en chirurgie viscérale et coloproctologie. Ces spécialités touchent à l'intimité de la personne et elles constituent un sujet tabou, difficile à aborder. Conscient de cette particularité, ce médecin-chef attache une attention particulière à l'accompagnement des patients.

Le chirurgien, le patient et son intimité

Chirurgie colorectale

Je tiens d'abord à recevoir le patient dans un lieu de consultation agréable et calme où son intimité est respectée. Ensuite, il est indispensable de prendre le temps nécessaire pour discuter avec lui avant de l'examiner. J'essaie de m'adapter à la sensibilité de chacun. Avec certains, on peut aller rapidement à l'examen; avec d'autres, il faut écouter leur histoire pour obtenir les informations nécessaires qu'ils peinent à exprimer. Il faut un mélange de patience et d'empathie. Vous ne pouvez pas commencer un examen dans cette sphère-là sans avoir créé un lien basé sur la confiance. La qualité du contact dépend aussi de la secrétaire-aide médicale qui participe à la consultation. Ses qualités humaines jouent un rôle non négligeable dans le succès de la consultation.

Pour un patient, il y a sans doute des mots difficiles à prononcer, car souvent tabous, et des situations difficiles à évoquer. Et pourtant vous devez obtenir toutes les informations nécessaires pour faire un diagnostic pertinent.

Il est indispensable d'utiliser des mots que le patient comprend. S'il n'arrive pas à exprimer spontanément ses problèmes, je peux évoquer des situations qui lui parlent. Je lui tends ainsi la perche. Il se rend compte que je comprends ce qu'il vit. Il peut alors commencer à en parler. Il me dira par exemple si une incontinence est suspectée: «Quand je vais me promener en ville, et que j'ai un souci, je sais exactement où sont les toilettes publiques.»

En tant que chirurgien, votre rôle est avant tout d'opérer. Or, avec votre spécialisation en chirurgie viscérale et coloproctologie, vous ne vous limitez pas à cet art.

Si un patient est adressé pour une hernie par exemple, le diagnostic est clair. Le chirurgien va pouvoir envisager l'opération. Avec les problèmes du colon, mais plus particulièrement ano-rectaux, il peut y avoir toute une phase d'investigations pour mieux établir le diagnostic. Par exemple, pour les problèmes fonctionnels comme l'incontinence ou la constipation, chaque patient a besoin d'un traitement sur mesure. Il faut s'adapter à son histoire, tenir compte des traitements qu'il a déjà eus. La solution ne passera pas forcément par la chirurgie.

Lorsqu'un patient est atteint d'une tumeur, je lui dis toujours que nous allons faire un long voyage ensemble. Ce voyage commence au premier rendez-vous, il se poursuit avec toute la période du bilan et du traitement (radiothérapie) avant l'opération s'il y en a un, il continue avec l'opération elle-même et se prolonge avec le suivi postopératoire et oncologique à long terme.

Pour de nombreuses pathologies, vous travaillez en équipe, avec des collègues d'autres disciplines.

Nous sommes souvent amenés à travailler en équipe interdisciplinaire, que ce soit pour prendre des décisions de traitement ou pour prendre en charge mutuellement un patient. Lors de problèmes fonctionnels comme l'incontinence, nous sommes en lien avec nos confrères gynécologues et des physiothérapeutes par exemple. Pour le bilan radiologique des maladies colorectales, nous travaillons avec des radiologues qui réalisent et interprètent les examens que nous discutons ensemble. Pour les tumeurs cancéreuses, de nombreux spécialistes interviennent: chirurgien, gastroentérologue, radiologue, radiothérapeute et oncologue.

Qu'est-ce qui a changé ces dernières années dans votre discipline?

Actuellement, dans toutes les chirurgies, nous attachons une grande importance à la qualité de vie du patient et au résultat fonctionnel. C'est particulièrement vrai dans mon domaine: dans la chirurgie du rectum, des infections près de l'anus (fistules et abcès), de l'incontinence, il faut se demander chaque fois ce que sera la qualité de la continence après l'opération. Ceci peut se résumer par cette simple question: vais-je pouvoir aller aux toilettes normalement? Si ce n'est pas le cas, la personne aura d'autres interrogations: pourrai-je avoir une vie sociale? Sortir faire mes courses? Partir en vacances? Voir mes amis? Cette situation peut entraîner un isolement social, un repli sur soi et une dépréciation de l'image personnelle. Il faut donc aussi se tenir au courant des techniques nouvelles en relation avec ces maladies, pour favoriser le meilleur confort possible du patient.

Quelques maladies traitées par la chirurgie colorectale

Les pathologies traitées par le Dr Chautems et son équipe sont nombreuses. Nous nous arrêtons sur trois d'entre elles, parmi les plus courantes.

Les hémorroïdes

A partir de cinquante ans, une personne sur deux aura des hémorroïdes qui provoqueront des douleurs ou de l'inconfort. Ce sont des structures internes complexes formées de vaisseaux, qui jouent aussi un rôle important dans la continence. Elles peuvent augmenter de taille et provoquer des symptômes tels que saignements, douleurs ou apparitions de petites boules près de l'anus. Les accouchements, la constipation, la sédentarité et les altérations liées à l'âge peuvent en être responsables. La nourriture peut également jouer un rôle. Il est important de prendre ce problème au sérieux à temps. En effet, plus on prend en charge ces hémorroïdes précocement, plus le traitement est simple.

Les thérapies disponibles

- Lorsque les symptômes sont légers, il suffit parfois de modifier la façon de se nourrir, d'adopter une alimentation équilibrée, riche en fibres et de boire suffisamment pour améliorer le transit. Cette mesure permet parfois de supprimer les symptômes de gêne ou de douleurs.
- Si les hémorroïdes sont débutantes et qu'elles commencent à poser problème, mais sont encore à l'intérieur, le vaisseau dilaté peut être ligaturé avec un élastique à sa base. L'intervention peut se faire à la consultation, sans anesthésie. Après quelques jours, le tissu meurt; il est éliminé avec l'anneau élastique.
- Si les hémorroïdes sont très grosses, elles doivent être enlevées chirurgicalement. C'est une opération classique, connue depuis plus de 80 ans. Elles donnent de très bons résultats, mais les douleurs postopératoires sont réelles. Les plaies nécessitent des soins locaux.
- Une autre intervention consiste à remettre les hémorroïdes à l'intérieur et à les fixer avec une agrafe circulaire sur la muqueuse rectale. L'opération dure une vingtaine de minutes. Cette technique tend à disparaître au profit de la suivante:
- Cette nouvelle technique vient d'être introduite à l'HNE. A l'aide d'un petit endoscope et d'une sonde à ultrason, le chirurgien repère les artères hémorroïdaires. Il les lie pour réduire l'apport sanguin et donc à terme diminuer le volume des hémorroïdes. Il peut les fixer pour qu'elles ne ressortent plus. Il n'y a pas de plaies à traiter donc moins de douleurs et pas de soins postopératoires.

L'incontinence anale

C'est un sujet tabou, qui reste donc caché. Pourtant, selon une étude que nous avons réalisée à Genève, plus de 10 % des patients de plus de 60 ans souffrent à un certain degré d'incontinence anale. Il s'agit d'une incapacité à retenir les gaz et/ou les selles, due à la lésion d'un nerf ou des muscles de l'organe sphinctérien. Les femmes sont plus touchées que les hommes par ce problème, ceci en raison des grossesses et des accouchements. L'incontinence anale peut aussi être provoquée par une maladie ou un traumatisme neurologique, un diabète avancé ou suite à une opération liée à un cancer du rectum.

La consultation spécialisée commence par un entretien qui vise à évaluer précisément le degré d'incontinence et son impact sur la qualité de vie. Un examen clinique permet d'estimer la qualité des muscles du sphincter, y compris à l'aide d'une imagerie à ultrason. On peut également mesurer la force de ces muscles par manométrie anale.

Les thérapies disponibles

Différentes solutions sont possibles sans que l'on ait besoin de passer par la chirurgie.

- La physiothérapie des muscles du plancher pelvien
- L'adoption d'un régime alimentaire
- La prise de médicaments

Si aucune de ces thérapies ne donne de résultat et si la qualité de vie du patient est fortement diminuée, la chirurgie peut s'avérer indispensable. Elle peut prendre notamment la forme d'une reconstruction des faiblesses du plancher pelvien, d'une reconstruction des sphincters ou d'une stimulation des nerfs de la continence avec un pacemaker.

Cette dernière technique, introduite à l'HNE, consiste à implanter une électrode dans un des orifices du sacrum pour stimuler électriquement le nerf responsable de l'activité du sphincter. L'intervention est faite sous anesthésie locale. Elle est réalisée en deux temps: d'abord sous forme de test: l'électrode est alors reliée à une batterie à l'extérieur du corps. Si cette intervention offre une amélioration de plus de 50%, une deuxième opération permettra d'implanter une batterie définitive sous la peau, comparable à un pacemaker pour le coeur.

Les tumeurs colorectales

Il s'agit d'un des trois cancers les plus fréquents chez l'homme et la femme. Il peut être héréditaire. Les symptômes peuvent être multiples: pertes de sang par l'anus, fatigue due à l'anémie chronique, troubles du transit, perte de poids et d'appétit, etc. Les tumeurs colorectales peuvent être dépistées grâce à la coloscopie conseillée à partir de cinquante ans.

Les thérapies disponibles

Le dépistage est important, parce qu'un polype (tumeur bénigne du côlon ou du rectum) débutant peut être enlevé durant la coloscopie.

En revanche, si le polype est trop volumineux ou s'il s'agit déjà d'un cancer, un traitement chirurgical, éventuellement précédé par une chimiothérapie et une radiothérapie dans les cas de cancer du rectum, sera nécessaire. Ce genre de prise en charge est délicate, d'autant plus que la tumeur peut se trouver plus ou moins près des sphincters. La question essentielle est de savoir s'il est possible de sauver ces muscles pour conserver leur fonction naturelle. L'enjeu est d'allier les résultats oncologiques tout en préservant au mieux la qualité de vie du patient.

La chirurgie du rectum, considérée comme hautement spécialisée, ne peut se faire, en Suisse, que dans un certain nombre d'hôpitaux accrédités dont l'HNE fait partie.

Le Dr Jean-Emmanuel Lalive revient d'un séjour professionnel en Allemagne. Pendant un an, il a échangé son poste à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds avec le Dr Thomas Meier, un collègue œuvrant en Westphalie dans un hôpital de taille comparable à l'HNE. L'occasion pour cet urologue de découvrir d'autres pratiques chirurgicales et de se confronter à un système de santé bien différent du nôtre.

L'expérience allemande du Dr Lalive



J'ai souhaité aller en Allemagne pour vivre dans un autre milieu et apprendre une autre langue. Quand j'étais adolescent, mes parents m'ont emmené à Cambridge pour une expérience identique. Cela a été très enrichissant pour moi. Je voulais faire profiter ma famille d'une telle aventure. Nous avons donc investi la maison du Dr Meier et il en a fait de même chez nous. Et surtout, nous nous sommes échangé notre travail. Je me suis donc retrouvé à l'hôpital de Gütersloh, une ville de 100'000 habitants, à mi-distance de Dortmund et de Hanovre. Là-bas, le service d'urologie est plus grand que celui de l'HNE, avec quelque 30 à 40 lits.

Professionnellement, comment les choses se sont-elles passées?

C'est assez paradoxal. En même temps, c'est un autre monde et, en même temps, il est assez semblable. Il y a des petits détails qui peuvent être un peu perturbants. En salle d'opération, par exemple, la pédale qui nous permet de mener un certain nombre d'actions était de l'autre côté, l'arrivée d'eau n'était pas à la même place, etc. On s'y fait vite, cependant. Et puis, il y a la langue. En dehors du domaine spécialisé, il nous manque vite des mots. Mais surtout, les instruments chirurgicaux et les techniques opératoires peuvent être assez différents. Par exemple, ils utilisent des instruments qui sont souvent plus simples et donc meilleur marché, mais pas toujours aussi efficaces que les nôtres. En revanche, dans certaines opérations, ils ont la possibilité de recourir à trois caméras de diverses grandeurs, là où nous n'en disposons que d'une seule.

Et pour les techniques opératoires?

Ils utilisent davantage que nous la laparoscopie. Dans certains cas, cela m'a paru un bien, dans d'autres pas. Il leur arrive aussi de mener l'opération d'une autre manière que nous. Ainsi pour une opération de la prostate, ils passent par-dessous la glande alors que nous passons par-dessus. Pour certaines opérations du rein, leur approche est différente également. Je peux donc dire que j'ai élargi le champ de mes possibilités opératoires. D'ailleurs, nous allons parfois appliquer ces techniques avec un collègue de l'hôpital du Jura. Il nous arrive fréquemment d'opérer ensemble. Il est venu en Allemagne quelques jours pour se familiariser lui aussi avec ces techniques. Je vais donc pouvoir choisir la méthode qui me paraît la meilleure au cas par cas.



Vous semblez dire que la laparoscopie n'est pas toujours indiquée. Or, on a souvent l'impression que c'est la panacée.

C'est vrai que la chirurgie des petits trous est à la mode. Et c'est justifié. C'est d'ailleurs la voie que nous privilégions ici en urologie parce qu'elle est également mini-invasive. Mais ce n'est pas le seul argument à prendre en compte. Parfois la méthode traditionnelle est préférable.

En Allemagne, je me suis rendu compte qu'on proposait parfois la laparoscopie parce que c'est un argument de vente face à d'autres hôpitaux. Dans ce pays, la concurrence est féroce et on cherche tous les arguments pour attirer les «bons» patients, alors qu'on s'efforce de refuser celui qui risque de coûter trop cher.

Précisément, vous n'avez pas particulièrement apprécié le système de santé allemand.

Je suis effectivement inquiet face au développement de notre système de santé, qui a tendance à prendre la même voie que notre voisin germanique. Là-bas, avant la santé du patient, le souci numéro un, c'est la question des coûts: combien de temps va durer l'hospitalisation? allons-nous être remboursés suffisamment? comment assurer la survie financière de l'établissement hospitalier? Honnêtement, les gens que j'ai rencontrés ont la même morale médicale que nous, mais ils sont soumis à de telles contraintes financières qu'ils n'arrivent plus à résister à cette pression quotidienne. Et c'est tout le système qui est soumis à ces conditions. Songez que les médecins généralistes ne sont payés qu'à la première consultation et ne touchent plus rien durant les trois mois qui suivent. Donc, si un patient vient plusieurs fois, le généraliste ne reçoit pas plus des assurances.

En rentrant, je me suis dit que nous avons aujourd'hui un excellent système de santé en Suisse. Mais nous devons être vigilants pour empêcher qu'il ne se dégrade.

Une dernière question: et vous, est-ce que vous avez pu apporter quelque chose à vos collègues allemands?

J'étais là pour découvrir et apprendre des choses nouvelles, bref pour m'adapter au milieu et pas le contraire. Je ne voulais pas passer pour un donneur de leçons. Mais j'ai malgré tout apporté un élément. Dans l'hôpital où je me trouvais, ils faisaient un usage à très grande échelle d'un antibiotique, toujours le même, sans discrimination. Le taux de résistance spontanée à ce médicament était devenu énorme, quelque 95%. Le chef du service avait probablement senti mon scepticisme et m'a demandé de faire un exposé à l'ensemble de mes collègues. Il m'a prêté une oreille attentive, mais je me suis rendu compte que les autres médecins et internes du service voulaient garder leurs habitudes. Finalement, le responsable a édicté des directives que j'ai mises en place avec la pharmacie de l'hôpital. Nous avons pu diminuer la consommation de 60% sans que les patients développent davantage de complications.

Pour conclure, je dirais que je suis très satisfait de l'expérience que j'ai vécue et de ce qu'elle pourra apporter aux patients neuchâtelois.



Le Dr Jean-Claude Renggli, médecin-chef du service de chirurgie à La Chaux-de-Fonds, pratique la chirurgie générale. Il prend en charge autant des interventions sur les tissus mous que sur les os pour la traumatologie. Il a deux sous-spécialisations: la chirurgie générale et traumatologie et la chirurgie viscérale. C'est dire s'il pratique une grande variété d'interventions chirurgicales.

Une vision d'ensemble nécessaire



Pas de semaine type pour ce chirurgien général. Il suit des patients qui viennent pour des problèmes «courants» d'hernies, d'appendicite, de vésicule, de thyroïde et de fracture notamment. Ces interventions qui n'exigent pas une prise en charge hautement spécialisée demandent pourtant des compétences techniques pointues et variées. Or, on sait que les pratiques chirurgicales évoluent constamment. Il n'est dès lors par évident pour un chirurgien général de suivre ces évolutions. «Avant, le chirurgien général faisait tout, explique le Dr Jean-Claude Renggli. Peu à peu, les choses ont changé. Il faut avoir la sagesse de lâcher certains types d'interventions. Personnellement, je ne fais plus de sénologie ni de traumatologie lourde. Il faut s'attacher à être bon dans certains domaines. Pour moi, c'est avant tout la chirurgie viscérale. Il s'agit de tout ce qui touche à l'abdomen, depuis l'estomac jusqu'au rectum pour le digestif.»

Collaboration essentielle

Au bloc opératoire, la synergie est le maître mot. Elle permet d'avoir le meilleur résultat pour le patient. En effet, lors d'opérations délicates, il est fréquent que des chirurgiens mettent en commun leurs compétences pour une intervention particulière. «Si je dois faire un curage axillaire, précise le Dr Renggli, je collaborerai avec mon collègue qui le fait très souvent. Il me donnera son avis ou même opérera avec moi. De la même manière, lors de l'ablation d'une tumeur au rein, je travaillerai volontiers avec l'urologue, les systèmes urinaires et digestifs étant très proches. Les affinités qui se développent ainsi entre chirurgiens sont essentielles. Elles permettent d'être d'autant plus performants.»

Un maillon essentiel dans le service

Qu'apporte un chirurgien général dans un hôpital comme l'HNE? Il répond aux besoins de la population du canton, puisqu'il

Téléchargez les précédents numéros de HNE mag' sur notre site internet

www.h-ne.ch > communication/médias > publications > HNE Mag



peut prendre en charge une grande partie des interventions chirurgicales. Mais dans certains cas particuliers, il envoie le patient auprès de collègues chirurgiens spécialisés dans le domaine concerné ou dans un hôpital universitaire.

Par ailleurs, dans le service de chirurgie qui accueille en permanence une cinquantaine de patients, un chirurgien général a une vision globale de tous les patients. «Il ne s'agit pas de remplacer les collègues spécialisés en chirurgie viscérale, thoracique, urologique, orthopédique, traumatologique ou maxillo-faciale. Chacun des spécialistes suit ses patients. Mais le fait d'être au courant de chaque situation permet de réagir si une question se pose dans le service: le chirurgien général pourra prendre certaines décisions ou décider d'appeler le spécialiste s'il l'estime nécessaire. Dans la pratique, on voit aussi que nous sommes des interlocuteurs pour nos collègues du Service de médecine. Ils nous demandent notre avis lorsqu'un patient souffre d'une pathologie particulière nécessitant éventuellement une intervention chirurgicale.»

Vision globale

La vision d'ensemble du chirurgien général est aussi utile lors des colloques de garde le matin à 7h40. L'équipe de nuit fait la synthèse de tout ce qui s'est passé depuis la veille pour les collègues qui reprennent le flambeau. Elle passe en revue l'évolution des

patients opérés, présente la situation des patients nouvellement hospitalisés, montre les examens réalisés. C'est le chirurgien général qui anime cette séance ainsi que celle de 16h qui joue le même rôle pour l'équipe de nuit. Ces échanges, ces transmissions d'informations permettent de connaître l'évolution de chaque patient, d'avoir une vue d'ensemble du service, d'avoir les cartes en main pour prendre des décisions: compléter les examens d'un patient, opérer un autre dont l'état se péjore, confirmer le départ d'un patient qui évolue positivement, poursuivre l'observation d'un autre patient.

Evaluer et orienter le patient

Durant les gardes de nuit et de week-end, le chirurgien général a les compétences pour superviser ou prendre en charge un grand nombre de pathologies. Ce qui simplifie grandement l'organisation. Par exemple: si la prise en charge d'un polytraumatisé est faite par un urgentiste et par un chirurgien général, ils peuvent évaluer la situation, décider des priorités, appeler les collègues spécialistes si nécessaire. «Si le patient a des fractures osseuses et que, dans le même temps, son abdomen est tendu et douloureux, il faut probablement s'occuper avant tout de son ventre. Il pourrait avoir une hémorragie interne. S'il a une fracture de la rate, le chirurgien général doit intervenir en premier lieu, l'orthopédiste sera sur le pont une fois le problème urgent vital résolu.»



Notre journal, votre journal

Vous aimeriez réagir à un article, vous avez une information qui peut intéresser les lecteurs, vous aimeriez que la rédaction traite d'un sujet particulier...

N'hésitez pas à en faire part à Muriel Desaulles à l'adresse suivante:

hne.mag@h-ne.ch ou HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds.

Ce journal paraît trois fois par année. Il est à votre disposition dans le hall d'entrée des 7 sites de l'HNE, dans les salles d'attente, dans les cabinets médicaux et sur notre site internet, à l'adresse suivante: <http://www.h-ne.ch>

RECEVOIR HNE mag'. Si vous désirez recevoir HNE mag' personnellement, contactez-nous: HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds, 032 967 24 08, hne.mag@h-ne.ch

«Chaque opération est unique,
parce que chaque patient est unique.»

Dr Marc Worreth

«Le but est que le patient s'implique,
qu'il travaille côte à côte avec nous.»

Sandra Damiao, infirmière référents ERAS

«Si le patient peut boire jusqu'à deux heures avant l'opération,
il est plus tranquille et a moins de douleurs.»

Dr Christopher Sulzer

«Aujourd'hui nous recourons à des produits à action rapide et brève.
Les patients sont plus rapidement sur pied.»

Dr Jean-Marc Favre, anesthésiste

«On donne la préférence à la chirurgie par les voies naturelles
ou par voie endoscopique.»

Dr Pascal Talla

«Le but de notre prise en charge est
d'améliorer le bien-être du patient.»

Dr Jean-Jacques Brugger

«Aujourd'hui, je n'opère plus un patient cancéreux
sans que son cas ait été présenté à une équipe
multidisciplinaire.»

Dr Rémi Schneider

«Le patient nous pose souvent la question:
"A ma place, que feriez-vous?"»

Dr Yves Jaquet

«Lorsque le patient est atteint d'une tumeur,
je lui dis que nous allons faire un long voyage ensemble.»

Dr Roland Chautems

«Nous privilégions la chirurgie mini-invasive,
mais parfois la méthode traditionnelle est préférable.»

Dr Jean-Emmanuel Lalive

«Au bloc opératoire, la synergie est le maître mot.»

Dr Jean-Claude Renggli

