

Journal des Grangettes

Un robot chirurgical révolutionnaire

C'est un réel progrès pour le milieu médical. Le robot Da Vinci assiste les chirurgiens lors d'interventions complexes. Il permet des gestes plus précis et, surtout, moins invasifs.



Le geste du chirurgien est reproduit par les deux commandes manuelles.

Pour traiter un cancer de la prostate, du rein, du col de l'utérus ou pour la pose d'un bypass gastrique, les chirurgiens de la Clinique des Grangettes opèrent désor-

mais à l'aide du Da Vinci, un robot doté de quatre bras articulés. Cette nouvelle technologie présente de nombreux avantages, aussi bien pour le person-

nel médical que pour le patient. En plein essor, la chirurgie robotisée révolutionne la prise en charge des malades. Notre grand dossier.

Page 4

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Une hanche artificielle high-tech

Grâce à un nouveau type de prothèse, le chirurgien peut intervenir sur des patients plus jeunes. Moins intrusive et plus performante, cette technologie permet davantage de mouvements.

Page 19



CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Le dialogue, une étape essentielle

Avant de procéder à une intervention de chirurgie esthétique, une discussion avec le spécialiste s'impose. La modification physique a des implications d'ordre psychologique.

Page 10

CARDIOLOGIE



Un cœur en forme

Grâce à des installations d'imagerie biomédicale de plus en plus performantes, 80% des artères coronaires obstruées peuvent être traitées sans avoir recours à la chirurgie ouverte.

Page 7

MATERNITÉ

L'arrivée d'un bébé



Une nouvelle vie commence pour Lara Polati et Ben Steward, qui ont eu la joie d'accueillir le petit Giacomo. Récit en photos.

Page 12



Le patient, notre priorité



La Clinique des Grangettes et son parc.

Chères lectrices, Chers lecteurs,

Saviez-vous que Genève figure parmi les villes pionnières en matière de chirurgie robotisée? La Clinique des Grangettes s'est également lancée dans cette aventure et a équipé son bloc opératoire du spectaculaire, et tout dernier robot Da Vinci. Les praticiens, et surtout les patients, peuvent désormais bénéficier des avantages de cette technologie révolutionnaire. Dans notre dossier (pages 4, 5 et 6), nos spécialistes racontent leurs premières interventions effectuées grâce à ce robot et les nouvelles perspectives que cette technologie ouvre dans le secteur médical.

Nous vous offrons aujourd'hui notre 3^e numéro du «Journal des Grangettes», publication que nous avons voulu cette année plus informative et par conséquent plus utile pour vous et votre entourage. Il s'agit en effet de familiariser le grand public avec les avancées médicales et de valoriser sans relâche le savoir-faire de toute une communauté. Une attention particulière a été donnée dans ce numéro au secteur mère-enfants (pages 12 à 17)

notamment avec ce témoignage émouvant de parents vivant leur première expérience de naissance aux Grangettes.

Dans cette même dynamique, la Clinique des Grangettes continue de se développer. Ceux qui empruntent la route de Chêne ont pu constater que les travaux se poursuivent: le bâtiment d'urgences pédiatriques et celui dédié à l'oncologie sont en cours de réalisation, quant au chantier du nouveau bloc opératoire et du bâtiment des lits pour les patients étrangers, nous prévoyons de le débiter l'année prochaine. Ce dernier nous permettra notamment d'honorer notre partenariat avec le nouvel hôpital saoudien Al Mafsha (lire page 22).

Notre institution a également signé une convention avec les Hôpitaux universitaires genevois (HUG) afin de favoriser les échanges entre les deux sites. Autant de collaborations réjouissantes pour nous, qui respectent notre leitmotiv: placer le patient au cœur de nos priorités.

Bonne lecture,

Gilles Rufenacht, directeur

Depuis sa fondation au début du siècle dernier, la Clinique des Grangettes a connu, on le sait, un formidable essor grâce à ses compétences dans le secteur mère-enfant. Ce domaine continue d'ailleurs à faire la réputation de l'institution même si d'autres spécialités se sont développées depuis.

Le secteur chirurgie médecine, dont j'ai eu l'honneur de prendre la direction médicale, forme un nouveau pôle de compétence grâce aux nombreux spécialistes de haut vol qui nous ont apporté leur savoir-faire au cours des dernières années. Ma longue expérience au sein des Hôpitaux universitaires genevois m'a permis de côtoyer des praticiens exceptionnels. Je suis particulièrement fier que nombre d'entre eux aient rejoint la Clinique des Grangettes pour y apporter leur talent et leurs compétences.

Ainsi, la Clinique des Grangettes peut aujourd'hui se déployer dans de multiples

directions. Nous nous réjouissons ainsi d'ouvrir le premier centre du cancer privé de Suisse romande, actuellement en cours de construction. Les patients pourront y être pris en charge tout au long de leur maladie, depuis le diagnostic jusqu'au traitement, de manière à assurer un suivi aussi rigoureux que possible et à intervenir dès qu'il est nécessaire. Le deuxième projet qui me tient particulièrement à cœur concerne la construction d'un nouveau bloc opératoire de toute dernière génération tant dans les équipements que dans les dimensions.

La Clinique des Grangettes, réputée pour la qualité de sa prise en charge dans le domaine obstétrical, élargit ses domaines de compétence, sans perdre ce qui a forgé sa culture au cours de son premier siècle d'histoire: offrir des prestations de pointe dans un environnement apaisant, et, avant tout, humain.

Anastase Spiliopoulos
Directeur médical
du secteur chirurgie médecine

Chirurgie et soins

Clinique des Grangettes
Genève

www.grangettes.ch

Le robot Da Vinci au service du chirurgien

À la Clinique des Grangettes, les médecins utilisent un robot pour des interventions chirurgicales qui requièrent précision et dextérité. Nettement moins invasive pour le patient, la chirurgie robotisée diminue les traumatismes postopératoires.

Avec ses 500 kg, sa console de commande et ses quatre bras articulés, c'est un outil surprenant qui s'active au bloc opératoire. Récemment installé à la Clinique

des Grangettes, cet impressionnant robot chirurgical, baptisé Da Vinci, révolutionne le monde du bistouri grâce à de nombreux avantages par rapport à la chirurgie traditionnelle: plus de

confort et de précision pour le chirurgien et une convalescence moins lourde et moins douloureuse pour le patient. A la pointe de la technologie, la vocation multidisciplinaire du Da Vinci

permet de l'employer pour des interventions de différents types. On l'utilise notamment en chirurgie urologique, digestive et gynécologique.

UROLOGIE

«Nous sommes en pleine révolution»

Aujourd'hui, c'est en urologie que l'on utilise le plus fréquemment la chirurgie robotisée. Cette spécialité, qui concerne les reins, les voies urinaires ainsi que le système reproducteur masculin, peut déjà employer le Da Vinci pour un bon nombre d'interventions.

Chirurgie moins invasive

Parmi les pathologies concernées, le cancer de la prostate, qui touche un homme sur six, se situe en tête de liste. «C'est la tumeur maligne la plus fréquente chez l'homme, explique le Dr Franz Schmidlin, urologue à la Clinique des Grangettes. Lorsque la maladie est diagnostiquée à un stade précoce, la chirurgie offre un traitement sûr qui permet de guérir les patients. En cas de cancer, le chirurgien doit enlever la totalité de la prostate (prostatectomie radicale). En Suisse, cette intervention était jusqu'à maintenant pratiquée majoritairement avec une chirurgie ouverte nécessitant une large incision abdominale.» L'arrivée du Da Vinci modifie les pratiques. «Cet outil extraor-

dinaire permet une chirurgie peu invasive et donc moins traumatisante», poursuit le spécialiste. «Aux Etats-Unis, trois quarts des prostatectomies sont déjà effectuées, avec succès, à l'aide du robot et en Suisse, plusieurs centres l'utili-

sent déjà.» «Le Da Vinci permet au chirurgien d'opérer sur des organes difficilement accessibles avec dextérité et précision, ajoute le Dr Frank Mayer, également urologue aux Grangettes. Cela réduit les risques de saignement et, dans le cas

de la prostate, diminue les dommages sur les nerfs érecteurs.» A l'aide du robot, la technique opératoire change radicalement. Les yeux du chirurgien sont rivés à une double lunette qui lui offre une image tridimensionnelle. Le Da Vinci S est



Lors d'opérations de prostatectomie, l'usage du robot diminue les risques de dommages sur les nerfs érecteurs.



Les instrumentalistes participent activement à l'intervention, tout en observant les écrans.

un modèle de la dernière génération. Grâce à la haute définition, il permet d'agrandir jusqu'à 12 fois la vision. Assis face à une console, le praticien commande à distance les instruments qui sont fixés sur les bras opérateurs du robot. On pratique avant l'installation du robot de petites incisions dans la peau pour laisser passer les instruments jusqu'à la région à opérer. «Il est important de préciser que le robot ne remplace pas le chirurgien. Il est un simple intermédiaire entre lui et le patient. Par ailleurs, un deuxième chirurgien et toute une équipe se trouvent à proximité du patient.»

Le robot ne remplace pas l'homme

Le Dr Franz Schmidlin et le Dr Frank Mayer soulignent que la chirurgie robotique peut aussi être utilisée pour d'autres interventions

urologiques comme l'ablation de tumeurs rénales ou la chirurgie reconstructive des voies urinaires. «Progressivement une grande partie de la chirurgie ouverte urologique va disparaître», estime le Dr Mayer. «On est en pleine révolution chirurgicale, résume le Dr Schmidlin. A l'avenir, de nouvelles

CHIRURGIE DIGESTIVE

«Le robot permet une vision tridimensionnelle»

Le temps des grandes cicatrices sur l'abdomen semble bel et bien révolu. Aujourd'hui, sauf en cas d'urgence ou de complications, les cancers ou autres pathologies d'un organe de l'appareil digestif se traitent à travers de petites incisions, effectuées sur la paroi abdominale. La laparoscopie, qui consiste à

techniques chirurgicales vont certainement arriver sur le marché. Les robots vont être miniaturisés tout en devenant plus performants et ouvrir le chemin à d'autres technologies mini-invasives comme la nanotechnologie (technologie de particules minuscules).» Pour le moment, le patient bénéficie

de nombreux avantages du robot pour la récupération postopératoire: elle devient moins lourde, moins douloureuse et permet une hospitalisation plus courte. Grâce à l'excellente précision chirurgicale obtenue avec le robot, les chirurgiens s'attendent à de meilleurs résultats oncologiques.

opérer à travers de petits orifices grâce à de longs instruments et une caméra, est pratiquée depuis le milieu des années 1980 et reste la méthode la plus adaptée pour de nombreuses opérations. Mais cette technique chirurgicale présente tout de même des limites lors d'interventions plus compliquées, que le robot Da Vinci peut

surmonter. «Par rapport à la chirurgie traditionnelle, la laparoscopie a démontré ses bénéfices, notamment en termes de confort postopératoire, explique le Dr Gilles Chassot, chirurgien à la Clinique des Grangettes. En revanche, le praticien, qui opère avec de longs instruments, a peu de liberté de mouvement. Par ailleurs, il doit

retrouver ses repères anatomiques sur un écran qui fournit une image bidimensionnelle.»

Davantage de précision et de sécurité

Le réel atout de la chirurgie assistée réside dans le fait qu'elle réunit aussi bien les avantages de la laparoscopie que ceux de la chirurgie traditionnelle. «En fait, avec le robot, nous effectuons les mêmes mouvements qu'avec la main, poursuit le Dr Chassot. Il nous permet donc d'avoir la même sensation qu'en chirurgie

ouverte alors qu'on travaille en chirurgie minimalement invasive. Et surtout, le robot permet une vision tridimensionnelle, ce qui est sans doute l'un des aspects les plus extraordinaires.»

L'une des interventions qui profitent de l'arrivée du Da Vinci est le bypass gastrique chez les personnes qui souffrent d'obésité morbide, c'est-à-dire lorsque leur indice de masse corporelle dépasse 40. Le chirurgien doit réduire l'estomac à une petite poche de 20 à 25 ml, sur laquelle est suturée une portion de l'intestin grêle, de telle sorte que plus d'un mètre d'intestin soit court-circuité, ce qui entraîne une diminution de l'absorption

des aliments. «Cette intervention nécessite beaucoup de sutures, indique le chirurgien. En laparoscopie, nous utilisons des agrafeuses mécaniques qui, parfois, peuvent créer des réactions inflammatoires exagérées et un resserrement des sutures. Avec le robot, nous pouvons, comme en chirurgie ouverte, recoudre avec du fil résorbable, avec une précision extraordinaire.»

Outre les sutures, la précision du robot permet aussi d'effectuer avec plus de sécurité des dissections fines, par exemple en cas de tumeur du rectum ou de curages ganglionnaires. Combiné à d'autres technologies, le Da Vinci démontre encore plus ses capa-

rités. «Le scanner nous permet d'effectuer une reconstruction tridimensionnelle d'un organe, indique le Dr Chassot. Nous pouvons donc prédire des anomalies anatomiques par exemple. Lors de l'opération, cette image radiologique va être superposée à l'image réelle. Le chirurgien peut voir l'ensemble de l'architecture intérieure de l'organe et opérer très minutieusement, comme s'il avait des yeux aux rayons X. En fait, il est possible de programmer de manière extrêmement précise une opération. Le robot permet une chirurgie extraordinaire. Ce type de combinaison (image radiologique et chirurgie) sera sans doute de plus en plus utilisée à l'avenir.»

GYNÉCOLOGIE

«Les temps opératoires diminuent rapidement»



La double lunette offre au chirurgien une vision tridimensionnelle.

«La gynécologie aussi doit attraper le train en marche!» Le Dr Pierre Stuckelberger, gynécologue à la Clinique des Grangettes, suit actuellement des cours de formation aux Etats-Unis et en France pour le robot Da Vinci. «Au départ, on ne voyait pas les avantages de la chirurgie robotisée dans cette discipline, car la laparoscopie convient bien aux interventions gynécologiques. Les résultats se

révèlent excellents. Les gynécologues ont d'ailleurs été les pionniers de ce type de chirurgie dans les années 1980.»

Depuis l'autorisation de la FDA (Food and Drug Administration, l'organisme qui a, entre autres, le mandat d'autoriser la commercialisation des médicaments aux Etats-Unis) pour l'utilisation du système Da Vinci en gynécologie en 2005, les études se multi-

plient et démontrent des résultats convaincants. Selon Intuitive Surgical, l'entreprise américaine qui commercialise le robot Da Vinci, les ventes destinées aux gynécologues représentent la plus forte progression actuellement.

Un instrument que le praticien doit apprendre à maîtriser

«Le professeur américain John Boggess a comparé les trois techniques opératoires (chirurgie traditionnelle, laparoscopique et robotisée) sur un nombre équivalent de patientes qui souffraient d'un cancer de l'ovaire ou de l'utérus», rapporte le Dr Pierre Stuckelberger. Les chiffres parlent d'eux-mêmes: 416 ml de perte de sang en chirurgie ouverte, 145 ml en laparoscopie et 95 ml avec le Da Vinci. Par ailleurs, le nombre de ganglions prélevés, qui sont des marqueurs tumoraux, est supérieur grâce à une accessibilité et une dissection facilitées par le robot. Quant

à la durée moyenne du séjour hospitalier, elle est beaucoup plus courte: de 1 jour au lieu de 1,2 jour en moyenne en laparoscopie et 3,2 jours en chirurgie ouverte.» Outre les maladies oncologiques, les cas d'endométriose sévère (une affection gynécologique provoquée par la présence de fragments de muqueuse utérine qui se forment en dehors de leur localisation normale) peuvent également être traités par chirurgie robotique. Pour commencer leur apprentissage, les chirurgiens pratiquent des opérations moins complexes telles que les myomectomies (ablations de fibromes utérins) ou les hystérectomies (ablations de l'utérus). «Le robot est un nouvel instrument que le praticien doit apprendre à maîtriser. Plusieurs études américaines confirment que les temps opératoires diminuent rapidement en fonction de la courbe d'apprentissage des chirurgiens, ainsi que la formation et l'expérience de l'ensemble de l'équipe du bloc opératoire. Si le rôle de chaque personne est bien défini, les interventions assistées par le robot Da Vinci apporteront des résultats spectaculaires.»

L'angiographie au secours du cœur

Grâce à des installations de plus en plus performantes d'imagerie biomédicale, les interventions chirurgicales lourdes, pour soigner les artères coronaires obstruées, diminuent au profit de l'angioplastie.



Les cardiologues, en salle de cathétérisme, effectuent un examen angiographique.

On le compare souvent à une station de pompage. Le cœur, moteur de vie, assure la bonne circulation du sang. Il l'envoie dans les grandes artères, qui se subdivisent en vaisseaux de plus en plus petits, pour irriguer toutes les parties du corps. Comme chaque organe, il risque de tomber malade et ne plus fonctionner à plein rendement. Mais son traitement n'est plus aussi lourd que dans le passé: les interventions chirurgicales à cœur ouvert peuvent désormais sou-

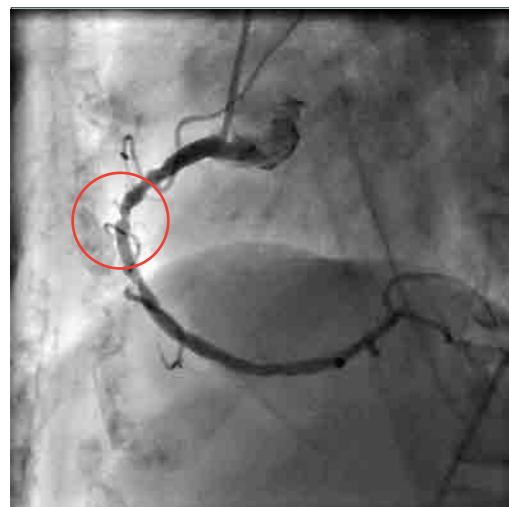
vent être évitées. Ceci grâce aux progrès de l'angiographie (l'étude des vaisseaux sanguins par l'imagerie digitalisée) et surtout de l'angioplastie, une intervention à distance pratiquée à travers l'artère fémorale, qui permet d'éviter le pontage coronarien.

Les progrès de l'angiographie

«L'une des maladies cardio-vasculaires les plus fréquentes reste

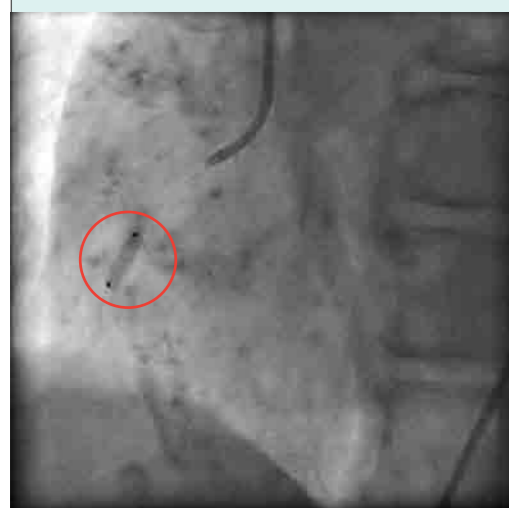
l'artériosclérose coronaire, la cause principale des infarctus du myocarde», note le Dr Pascal Chatelain, cardiologue à la Clinique des Grangettes. «Il s'agit de dépôts graisseux sur les parois internes des artères du cœur (coronaires) qui, s'ils continuent à grossir, finissent par boucher les artères.» Du fait de cette obstruction, la partie de l'organe concernée n'est plus irriguée et, donc, plus oxygénée. Elle peut perdre sa capacité à se contracter et à participer au tra-

vail du cœur. «En introduisant un cathéter (un tuyau en plastique, fin et souple) par l'artère fémorale, nous remontons jusqu'au cœur pour examiner les coronaires. Nous injectons un produit de contraste imperméable aux rayons X, qui nous permet de voir toute l'arborescence vasculaire pendant quelques secondes, sur nos écrans. Si nous remarquons un défaut de remplissage du contraste, cela signifie qu'une artère est rétrécie, voire obstruée.»



1 Angiographie sélective de la coronaire droite montrant une sténose (rétrécissement) courte dans la partie proximale de l'artère (cercle rouge).

Mise en place du ballonnet porteur du Stent (endoprothèse métallique). Le centrage se fait au moyen de marqueurs radio-opaques situés à chaque extrémité du ballonnet (points noirs de part et d'autre de la sténose).



3 Inflation du ballonnet pour l'expansion du Stent à haute pression (plus de 12 atm).

Résultat angiographique final après la mise en place du Stent, montrant la disparition de la sténose.



Récemment rénovée, la salle de cathétérisme de la Clinique des Grangettes permet ainsi d'établir des diagnostics précis dans un premier temps, puis d'intervenir par voie endovasculaire, c'est-à-dire en passant à nouveau par les vaisseaux. «Aujourd'hui, lorsqu'une artère coronaire est touchée, dans 80% des cas nous pouvons effectuer une angioplastie», poursuit le Dr Chatelain. Cette technique remplace avantageusement les pontages coronariens, une opération chirurgicale aux conséquences nettement plus lourdes. «Lors de cette intervention, la «plastie» du vaisseau va être réalisée pour qu'il retrouve son diamètre normal et que le sang puisse à nouveau y circuler.» En fait, à l'aide d'un cathéter spécial, un ballonnet est introduit dans l'artère malade. Sur le ballonnet est fixée une prothèse métallique (baptisée «Stent»). Une fois que l'endroit à traiter est

atteint, le ballonnet se gonfle et dilate l'artère tout en déployant le Stent. Le ballonnet est ensuite retiré et la petite prothèse métallique reste en place apposée aux parois pour maintenir l'artère ouverte (voir illustrations).

De nombreux avantages

Pratiquée généralement en séjour ambulatoire, l'angioplastie présente de nombreux avantages par rapport à une opération chirurgicale. «Outre la durée de l'hospitalisation qui est bien plus courte, cette intervention ne nécessite pas de convalescence, n'impose pas de cicatrice et crée moins d'inconfort», résume le médecin. La première angioplastie a été réalisée en 1977, mais les installations de dernière génération dont dispose la Clinique des Grangettes se sont beaucoup perfec-

tionnées depuis: l'imagerie est de meilleure qualité et fournit ainsi un potentiel diagnostique plus précis, ce qui facilite les interventions.

«A long terme, le but sera d'éviter toute opération chirurgicale pour ce genre de pathologie», anticipe le Dr Chatelain. ■

Aussi dans les jambes

L'angioplastie ne se pratique pas uniquement sur les coronaires: les patients souffrant de troubles de l'irrigation sanguine au niveau des membres inférieurs peuvent aussi éviter le traitement chirurgical. Lorsqu'une artère fémorale, qui irrigue la jambe, se rétrécit à cause de dépôts graisseux, le membre devient douloureux en activité. En cas d'aggravation de la maladie, les douleurs surviennent aussi au repos. Si l'on n'intervient pas, dans les cas extrêmes, les tissus non irrigués meurent, ce qui risque de provoquer une gangrène.

Grâce à l'angioplastie périphérique, l'artère peut être dilatée afin de lui redonner un diamètre intérieur normal et de rétablir ainsi la circulation du sang. La technique est la même que celle de l'angioplastie coronaire. L'intervention dure une à deux heures et n'implique généralement pas d'hospitalisation.

Des pacemakers très bavards

Les stimulateurs cardiaques sont désormais équipés de fonction de communication à distance. Ce qui pose des questions inédites, notamment en matière de sécurité.

Transmission de données, diagnostic in absentia, intervention à distance... La télé-médecine s'apprête à entrer dans la vie quotidienne des patients. Prenez les stimulateurs cardiaques: ils disposent désormais d'une fonction permettant une liaison sans fil au réseau téléphonique. Le principe est simple: dès que leurs capteurs détectent un événement anormal, une alerte pourra être envoyée au praticien, qui, selon les données reçues, décidera de la marche à suivre. Avec les effets que l'on imagine: gain de temps, efficacité accrue, mais aussi réorganisation complète des relations entre soignant et soigné.

Un cœur sur écoute 24 heures sur 24

Equipées de batteries au lithium-ion, ces merveilles de technologie miniaturisées n'ont pas grand-chose à voir avec les premiers stimulateurs cardiaques apparus il y a juste un demi-siècle (la première implantation date de 1958). A l'origine, les pacemakers avaient pour seule fonction de déclencher des impulsions pour empêcher le cœur de battre trop lentement (bradycardie). Depuis une quinzaine d'années, ils sont aussi capables de mesurer l'activité du patient grâce à ces capteurs qui écoutent son cœur 24 heures sur 24. «Certains appareils peuvent également mesurer la résistance thoracique et réagir si la personne est en train d'accumuler de l'eau dans ses poumons, signe d'une insuffisance cardiaque», précise le

Dr Jacques Metzger, cardiologue à la Clinique des Grangettes.

Depuis peu, les fonctions de pile et d'instrument de mesure sont donc complétées par une possibilité de liaison wireless au réseau téléphonique. «En Suisse cependant, cette fonction n'est pas activée pour l'instant, car elle pose des problèmes médico-juridiques qui ne sont pas prévus dans la loi actuelle», indique le Dr Jacques Metzger. Dans d'autres pays en revanche, comme en Israël, de tels appareils sont déjà connectés à un service d'intervention rapide: quand une alarme est générée, le système avertit automatiquement l'ambulance.

Ce dispositif a été développé par le leader des technologies médicales Medtronic. Son réseau Care-Link, mis en place aux Etats-Unis, permet au patient de transmettre lui-même, par ligne téléphonique standard, les données de son appareil cardiaque à un serveur sécurisé. Connecté à la même machine, le personnel de clinique peut alors effectuer un check-up de routine, ou un diagnostic plus précis en cas d'incident. Un tel envoi de données peut aussi être effectué automatiquement grâce au dispositif Conexus qui établit la communication pendant le sommeil du patient.

La pose d'un stimulateur cardiaque appartient aujourd'hui à la médecine de routine. «On met des pacemakers à des gens dont le cœur bat trop lentement, ou trop vite, ou qui ont le cœur fatigué, explique le Dr Jacques Metzger. Aux Etats-Unis, il y a eu un débat très animé au sujet du



Certains modèles récents de pacemakers peuvent transmettre des informations au médecin.

vice-président Dick Cheney, dont le cœur bat trop vite. Il porte un défibrillateur que l'on peut interroger à distance, sans contact, c'est-à-dire sans qu'un médecin se trouve à ses côtés. Ce qui pose des questions délicates en matière de sécurité.» Comme on l'imagine, le fabricant a pris toutes les mesures pour prévenir une intrusion de hackers sur la ligne vice-présidentielle...

Les cliniques suisses vont-elles à leur tour proposer à leurs patients de tels services de communication à distance? «C'est un possible projet, indique le Dr Jacques Metzger. Les pacemakers que nous posons en sont capables, mais cette fonction n'est pas acti-

vée pour l'instant car elle nécessiterait toute une infrastructure: un personnel de surveillance devrait être mobilisé 24 heures sur 24 pour recevoir les messages d'urgence. En matière légale également, il faudrait déterminer précisément quelles sont les responsabilités du médecin dans chaque situation. Or la Suisse n'a pas encore légiféré sur ces questions.» La question risque de se faire pressante dans une société où les baby-boomers atteignent l'âge de la retraite. Maintenant que ces appareils permettent un contrôle sans faille, des individus sans réel problème cardiaque pourraient bien, eux aussi, demander qu'on leur pose un pacemaker. Au cas où... ■

Le dialogue: la clé d'une opération esthétique réussie

Passé 30 ans, il est plus difficile d'accepter psychologiquement une modification importante de son aspect physique. Avant de procéder à une intervention, une discussion détaillée avec le spécialiste s'impose.

Augmentation ou diminution mammaire, rhinoplastie, lifting... La chirurgie esthétique s'est considérablement développée ces dernières années. Elle séduit aujourd'hui hommes et femmes, tous âges confondus.

Malgré le progrès des techniques, et l'expérience accumulée par les

spécialistes, cette pratique n'est cependant pas sans risque. Le Dr Pierre-Olivier Parvex, spécialiste FMH en Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique aux Grangettes, ne le cache pas à ses patients: en chirurgie esthétique, des complications peuvent survenir suite à une intervention. «Plus on opère, mieux on opère, mais

statistiquement, on a aussi davantage de risques de se trouver face à une insatisfaction. Si 98% des patients sont pleinement satisfaits du résultat obtenu, il faut tout faire pour que les 2% restants aient également un résultat acceptable. Une intervention de chirurgie esthétique devrait toujours apporter un bénéfice au patient.»

Il s'agit donc, pour le patient, de mettre en balance le risque inhérent à toute intervention chirurgicale par rapport à ce que l'opération va améliorer dans sa vie. «Le rôle du chirurgien plasticien n'est pas de juger ou d'influencer la demande, poursuit le Dr Parvex. Il doit choisir, en fonction de cette demande, la techni-



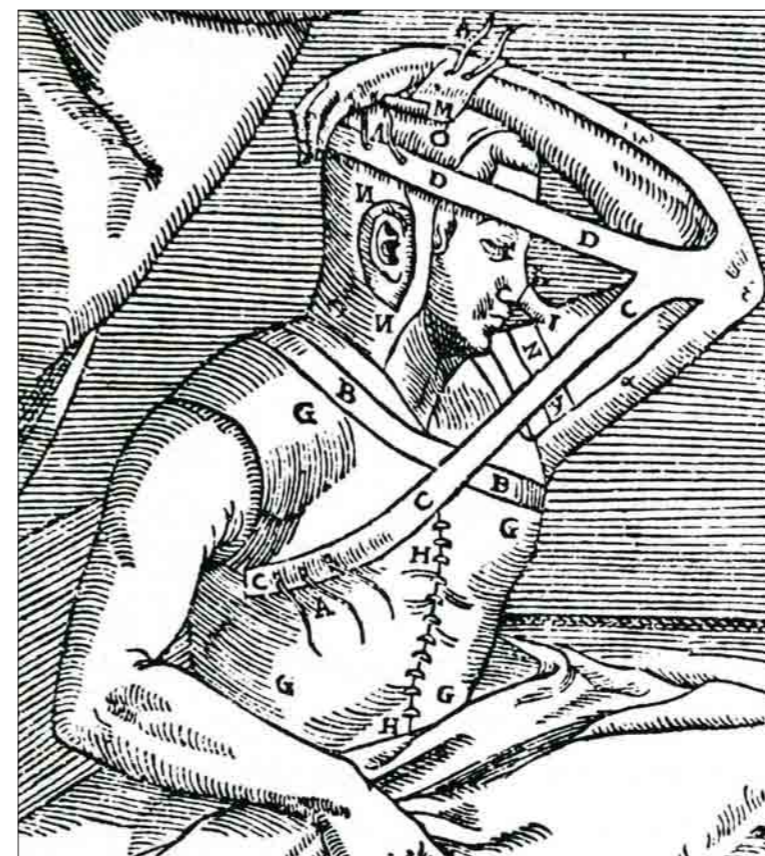
Entretien entre patient et praticien, clé du succès d'une intervention.

Une pratique qui date de l'Antiquité

On ne le réalise pas forcément, mais les premières ébauches de chirurgie reconstructive et même esthétique datent de l'Antiquité déjà. La chirurgie plastique est ainsi la plus ancienne des pratiques chirurgicales.

Des écrits datant de 600 ans avant J.-C. témoignent d'opérations de reconstruction du nez et des lobes auriculaires en Inde. Les Egyptiens de la même période corrigeaient déjà les fentes labiales (becs de lièvre) ou l'excès de peau des paupières supérieures. Ces connaissances chirurgicales se sont ensuite étendues à la Rome antique via les Perses, la Grèce et l'Irak. La médecine arabe puis, plus tard, les Italiens de la Renaissance ont repris ces principes et les ont fait évoluer.

Mais c'est véritablement au début du XIX^e siècle, avec les guerres napoléoniennes, que la chirurgie plastique a connu un véritable essor. Les techniques de reconstruction se sont ensuite considérablement développées au fil des conflits. C'est durant la Première Guerre mondiale que le pas vers la chirurgie plastique moderne s'est effectué. La chirurgie purement esthétique, elle, ne se pratique que depuis une cinquantaine d'années.



La reconstruction du nez, au XVI^e siècle.

que médicale et/ou chirurgicale la mieux adaptée pour obtenir le résultat souhaité. Si la gêne du patient est importante, il acceptera d'effectuer plus d'efforts afin de la corriger. Ces efforts sont de différents types: par exemple une intervention chirurgicale plutôt qu'un traitement médical, des cicatrices plus ou moins importantes, une période de récupération plus ou moins longue, des coûts plus ou moins élevés. L'équilibre entre la gêne présentée par le patient et les efforts qu'il consentira pour la corriger est essentiel pour la réussite d'un traitement esthétique.»

Le rôle du chirurgien se révèle donc primordial, y compris avant et après l'intervention. «Pendant le temps de la préparation à l'opération, et durant tout son suivi, le médecin doit rester disponible pour écouter son patient, répondre à ses questions, prévenir un désir techniquement irréalisable, lever ses doutes pendant la période postopératoire immédiate, l'aider à attendre le résultat et le soutenir en cas de complication.»

Le médecin doit rester disponible pour écouter son patient

Face à chaque demande, le praticien doit aussi mettre en garde le patient sur les conséquences psychologiques d'un changement esthétique. «A partir de trente ans, une modification trop radicale sera souvent difficilement acceptée. Il y a en effet un risque de perte d'identité. Il faut prévenir la personne pour s'assurer que c'est bien ce qu'elle souhaite. Un corps plus jeune se prête mieux aux transformations parce que l'image corporelle n'est pas encore complètement fixée au niveau cérébral.» Lorsque le regard de l'autre change, les conséquences sont importantes car c'est en effet à travers son physique que l'on se met en relation avec autrui. «C'est d'abord l'apparence extérieure de

l'autre qui nous attire, et c'est à la nôtre qu'il répond. Son regard bienveillant nous rassure.»

Il faut différencier la chirurgie esthétique de la chirurgie réparatrice qui, comme son nom l'indique, vise à corriger des défauts majeurs engendrant des problèmes médicaux comme les douleurs dorsales dues à une poitrine trop forte par exemple. Par ailleurs, ce que l'on appelle la chirurgie reconstructive consiste à redonner une forme ou une fonction à une partie du corps qui l'a perdue suite à une maladie (par exemple un cancer du sein) ou à un accident.

Obtenir un effet naturel

«La chirurgie esthétique a affiné les techniques utilisées en chirurgie réparatrice ou reconstructive pour les développer dans deux axes différents: la modification de la forme (oreilles décollées, rhinoplastie, lipo-aspiration) et le rajeunissement (lifting facial, correction

des paupières, abdominoplastie). La première est adressée principalement à des patients jeunes, généralement de moins de trente ans, afin de leur permettre d'intégrer et de bénéficier du changement. La seconde est pratiquée chez des patients plus âgés qui souhaitent harmoniser leur apparence à leur jeunesse d'esprit. Une partie du ralentissement du vieillissement est réalisé sans chirurgie, par l'injection de substances telles que le Botox ou l'acide hyaluronique, par de la mésothérapie, des peelings chimiques, des traitements au laser ou autres.

Toutefois les résultats des traitements non chirurgicaux sont encore limités tant en efficacité qu'en durée. Ces techniques permettent de retarder une intervention chirurgicale qui se doit d'être la plus légère et précise possible, afin d'obtenir un effet naturel. Une meilleure connaissance des processus du vieillissement nous permettra certainement de faire d'importants progrès par la suite, notamment au moyen de la thérapie génique.»

Les temps forts d'une naissance

Depuis le 27 septembre, Lara Polati et Ben Steward sont les heureux parents du petit Giacomo. Ils racontent.



L'enfant arrive à terme.



Le jeune couple attend les premières contractions pour se rendre à la clinique.

A quelques jours de l'accouchement, Lara Polati, 30 ans, et son mari Ben Steward, 32 ans, n'ont qu'une seule envie: tenir leur petit garçon dans leurs bras. «J'ai hâte de

faire sa connaissance», se réjouit la future maman. Du côté paternel, on souhaite surtout «que tout se passe bien».

Pour ce jeune couple d'expatriés, dont les familles se trouvent à l'étranger, le soutien du personnel médical à la maternité se révèle primordial. «Ma mère viendra dès que j'aurai accouché, explique Lara Polati. Mais les conseils et l'assistance des sages-femmes et des nurses représentent un réel réconfort.»

Installés depuis trois ans à Genève, les futurs parents se sont rencontrés en 2001. «Ben était venu étudier en Italie pour une année. Ensuite je l'ai accompagné en Angleterre, où je travaillais chez Reuters, dans le secteur financier. En 2005, j'ai postulé pour une place à Genève au sein de la même entreprise, et mon mari, qui est journaliste, m'a suivi.» Après avoir assisté aux cours prénataux et préparé la chambre du bébé, Lara Polati et Ben Steward attendent impatiemment les premiers signes de l'accouchement pour se rendre à la Clinique des Grangettes. ■



Le jour de l'accouchement, Lara Polati doit patienter allongée sur le côté pour permettre au cœur du bébé de battre normalement.



Le petit Giacomo, entouré de ses parents et de sa grand-mère maternelle.

«a permis d'éviter la césarienne.» «Je me suis toujours sentie entre de bonnes mains, dit Lara Polati. Le rôle de chaque personne était bien défini en salle d'accouchement.» La jeune femme est restée ensuite quatre jours à la maternité des Grangettes. «Les nurses m'ont montré comment allaiter mon bébé et m'ont donné des conseils sur son hygiène, mais aussi sur mon propre régime alimentaire. Et mon mari a donné son premier bain à Giacomo!» Heureux, le jeune couple se sentait ensuite prêt à rentrer à la maison, et commencer une nouvelle vie à trois. ■



Après quelques heures de travail en salle d'accouchement, la famille est réunie.

Après plusieurs heures de travail en salle d'accouchement, le petit Giacomo Oscar Steward a pointé le bout de son nez le samedi 27 septembre. «J'ai résisté un bon moment à la péridurale, raconte la jeune maman. Mais quand les contractions sont devenues trop douloureuses, j'ai

demandé l'intervention.» Suite à cela, les battements de cœur du bébé n'ont cessé de ralentir. Le personnel médical n'a pas tardé à réagir. «L'obstétricienne a demandé à Lara de se positionner sur le côté droit, explique le papa. Le bébé a très bien réagi et tout est redevenu normal. Cela



Ben Steward donne le premier bain à son fils.

Une mesure ultraprécise de la fréquence cardiaque du fœtus

En quelques années, l'usage du STAN, un électrocardiogramme fœtal, s'est imposé dans de nombreuses maternités. Grâce à des mesures plus précises que le monitoring traditionnel, il permet un meilleur diagnostic, et donc limite les interventions.

La surveillance du travail de l'accouchement implique une prise en charge toujours plus technique et spécialisée. Un exemple d'évolution récente de la technologie s'appelle le STAN. Ce tout petit capteur, délicatement placé sur la peau du crâne du bébé, va mesurer la fonction cardiaque du fœtus de manière particulièrement précise. Avec le monitoring traditionnel, les capteurs qui sont sys-

tématiquement placés sur le ventre de la mère pour la surveillance de l'enfant, donnent une idée de son rythme cardiaque et montre la fréquence des contractions.

La longueur du travail, la quantité de liquide amniotique et bien d'autres facteurs peuvent impliquer un épuisement du fœtus. La surveillance du rythme cardiaque de l'enfant, intrinsèquement relié à

celui des contractions utérines, permet de savoir si celui-ci supporte ou non le travail d'accouchement. Une intervention peut devenir nécessaire et dans certains cas, il convient soit d'accélérer le processus de l'accouchement, soit de partir en césarienne. La technologie apportée par le STAN est la précision de l'information quant à la capacité du bébé à supporter un accouchement. Ajouté aux deux autres cap-

teurs lorsqu'une souffrance fœtale est suspectée, il mesure alors avec plus d'exactitude l'état de l'enfant. Sa fiabilité peut permettre de limiter les interventions (ex: césarienne, ventouse, forceps).

Des informations très précises sur l'état du fœtus

Cet électrocardiogramme réduit cependant la mobilité de la parturiente. Par ailleurs, son application implique un geste qui doit être effectué avec beaucoup de soin: il faut s'assurer que la poche des eaux est bien rompue, que la tête du fœtus se présente bien et le capteur peut alors être fixé, explique la sage-femme. L'utilisation de l'électrocardiogramme fœtal modifie de façon conséquente les habitudes de surveillance. «Lorsqu'on ne travaille qu'avec les capteurs placés sur le ventre, l'interprétation des informations est plus difficile et nécessite beaucoup d'anticipation. Parfois le monitoring traditionnel indique une nécessité d'intervention, alors que le STAN montre que tout va bien. Nous nous baserons donc sur ce dernier pour déterminer la prise en charge adéquate.» Les avantages du STAN l'imposent comme un appareil de plus en plus utile, même s'il nécessite, pour le personnel, d'intégrer de nouveaux réflexes. «Dans de nombreux cas, il permet de mieux respecter la physiologie du processus de l'accouchement en limitant le risque d'interprétation faussement alarmiste.» Un véritable progrès, donc.

Prévenir la souffrance fœtale

La souffrance fœtale ne concerne pas, comme le laisse croire son appellation, une douleur du fœtus, mais s'utilise médicalement pour évoquer la diminution de son oxygénation, nommée hypoxie. Durant la grossesse, l'hypoxie fœtale est le plus souvent chronique et évolue sur plusieurs mois. L'appréciation de la gravité de cet état repose sur un certain nombre d'examen médicaux comme l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et l'échographie. Si elle s'aggrave, la souffrance fœtale chronique nécessite parfois

l'arrêt de la grossesse avant son terme. Durant l'accouchement, la souffrance fœtale monopolise l'attention des sages-femmes et des obstétriciens. Car la survenue d'une hypoxie aiguë met en danger la vie de l'enfant dans les minutes qui suivent, et nécessite une césarienne si la naissance par voie naturelle n'est pas possible immédiatement. C'est pourquoi le personnel suit attentivement le rythme cardiaque du nourrisson ainsi que le taux d'acidité de son sang durant tout le travail.



Aidée par une nurse, la jeune maman prend soin de son enfant.

Les soins des premiers instants de vie

Respiration, battements de cœur, mensurations: le pédiatre examine l'enfant dans les 24 heures qui suivent sa naissance. Une étape décisive pour la santé future du nouveau-né.

«Dès sa naissance, le nouveau-né est pris en charge par le service de néonatalogie en salle d'accouchement ou d'opération. Le pédiatre examine l'enfant dans ses premières 24 heures. Le personnel soignant contrôle tour à tour sa respiration, ses pulsations cardiaques, sa température, l'oxygénation puis, si nécessaire, la glycémie de son sang. Il relève ensuite son poids, sa taille et son périmètre crânien.»

Le Dr Pierre Klausner, pédiatre responsable à la Clinique des Granges, connaît particulièrement bien la procédure puisque l'établissement figure dans le peloton de tête des services de néonatalogie en Suisse avec plus d'un millier de naissances annuelles.

Le contact peau à peau

Pour plus de 80% des nouveau-nés, le séjour à l'hôpital se résume à une adaptation à leur vie extra-utérine. Ils apprennent à téter et découvrent leur environnement. «Ces premiers jours imprègnent profondément les relations réciproques avec les parents, qu'elles soient visuelles, auditives, olfactives ou gustatives. Elles sont stimulées par le contact peau à peau et la proximité en chambre.» poursuit le docteur.

Après une période de perte pondérale d'environ 3-4 jours, l'enfant reprend du poids, son cordon ombilical sèche. Le pédiatre examine le nourrisson une seconde fois et s'entretient avec les parents. Si tout se passe bien, le nouveau-né peut alors gagner le domicile familial en toute quié-



Le Dr Klausner examine un nouveau-né.

tude, avec différentes consignes pour le premier mois de sa vie.

Un à deux dixièmes des enfants nécessitent des soins particuliers dès leur naissance. Il peut s'agir d'un support métabolique (lutte contre l'hypoglycémie), respiratoire (apport d'oxygène en couveuse), antibiotique (en cas d'infection néonatale), nutritionnel (sonde naso-gastrique) ou de photothérapie (lumière bleue lors de jaunisse trop intense). Parfois, il faut recourir à des examens spécialisés (radiologie, échographie, électrocardiogramme) ou à des consultations externes (chirurgien pédiatrique, cardiologue pédiatrique, neurologue pédiatrique, gastroentérologue pédiatrique, orthopédiste, etc). «L'avenir de la néonatalogie va dans le sens d'une prise en charge personnalisée,

toujours plus ciblée sur les besoins particuliers du nouveau-né et son adaptation primaire à la vie. Cela ne peut s'entendre qu'au moyen d'une très bonne collaboration entre les obstétriciens, les anesthésistes, l'équipe soignante, ainsi que tous nos consultants.»

La jaunisse touche un bébé sur trois

Appelée aussi ictère, la jaunisse du nourrisson touche particulièrement les prématurés, autour du 2^e ou 3^e jour après la naissance. Elle s'explique par le fait que leurs fonctions hépatiques se révèlent souvent insuffisantes. Le foie du nouveau-né est alors incapable d'absorber la bilirubine, une substance libérée par les globules rouges. Celle-ci se stocke alors dans la peau qui prend une couleur jaunâtre. Lorsqu'un nouveau-né est atteint de jaunisse, il suffit en général d'attendre que le foie commence à fonctionner correctement pour que le problème disparaisse de lui-même. Dans des cas plus graves, on aura recours à la photothérapie afin d'éliminer la bilirubine. Ce traitement consiste à exposer l'enfant à des rayons ultraviolets, à l'aide d'un incubateur spécialement conçu à cet effet.

Le Centre Brazelton Suisse fête ses dix ans

Les spécialistes de la petite enfance ainsi que les parents, accompagnés de leurs enfants, se sont réunis au mois d'octobre pour célébrer cet anniversaire.

En 1998, la doctoresse Nadia Bruscheiler-Stern créait le Centre Brazelton Suisse (CBS) à Genève. Depuis, elle a formé 150 professionnels à

la méthode Brazelton (lire encadré) et a apporté son enseignement à travers des cours et des séminaires dans plus de dix pays à travers le monde.

Afin de célébrer la première décennie du Centre Brazelton Suisse, trois journées de conférences et de festivités ont été organisées au début du mois d'octobre. «Ces manifestations ont été grandement appréciées par le public et les professionnels, raconte Nadia Bruscheiler-Stern. Il est important pour nous de faire connaître le centre et ses activités. La Clinique des Grangettes nous héberge gracieusement, mais nous sommes une entité indépendante reconnue d'utilité publique et soutenue par des dons privés.»

Lors d'une journée de conférences scientifiques, dix intervenants de haut niveau ont expliqué l'apport des neurosciences dans les soins du bébé. «Le professeur Brazelton est venu des Etats-Unis pour l'occasion. Accompagné de son proche collaborateur le docteur

Sparrow, il a présenté plusieurs vidéos illustrant son approche et le travail réalisé depuis des décennies.» Lors de la cérémonie officielle, le conseiller d'Etat François Longchamp a remis un cadeau au professeur Brazelton pour saluer l'ensemble de sa carrière. Un parcours remarquable pour le pédiatre plein de vitalité, qui fête ses 90 ans cette année et qui s'investit toujours autant dans le développement de l'enfant.

Finalement, un goûter a eu lieu dans le Parc de la Clinique des Grangettes. Près de 150 parents accompagnés de leurs enfants se sont déplacés malgré le froid pour poser leurs questions au professeur Brazelton, au docteur Sparrow et à la doctoresse Bruscheiler-Stern. Les questions des parents ont fusé de toutes parts. La rencontre aurait pu durer encore longtemps. ■



Le professeur Brazelton répond aux questions des enfants et de leurs parents.

La méthode Brazelton: «Le bébé est une personne»

Célébre pour ses travaux dans le monde entier, le pédiatre Thomas Berry Brazelton a mis au point une technique permettant aux parents de mieux comprendre leur bébé dès les premiers jours de sa vie, et construire ainsi avec lui une relation harmonieuse. Depuis 1998, un centre appliquant sa méthode a ouvert ses portes dans l'enceinte de la clinique genevoise des Grangettes.

Géré par la doctoresse Nadia Bruscheiler-Stern, pédiatre et pédopsychiatre, et la psychologue Johanna Grenier, ce lieu permet aux professionnels de suivre des formations tandis que parents et enfants y trouvent une écoute

pour développer leur connaissance de l'autre, selon le grand principe du pédiatre: «Le bébé est une personne.» Grâce à l'impulsion de la Doctoresse Bruscheiler-Stern, cette méthode a été rendue accessible en Suisse suite à l'ouverture du centre, qui célèbre ses dix ans.

Les parents viennent y accroître leurs propres connaissances afin de mieux gérer, par exemple, les difficultés du développement de l'enfant, des problèmes comportementaux ou physiques, une situation familiale compliquée ou la suite d'un accouchement pénible. Prises en compte suffisamment tôt, ces épreuves précoces dans la vie d'un bébé peuvent se

résoudre grâce au travail à la fois préventif et thérapeutique exercé dans les consultations. Par l'intermédiaire d'un outil développé par le pédiatre américain, «l'échelle de Brazelton», toute la complexité du comportement du nouveau-né jusqu'à ses deux mois peut ainsi être explorée, ce qui permet d'évaluer, entre autres, la qualité de son sommeil, ses comportements face aux câlins ou à la fatigue, sa robustesse, sa sensibilité, ses réflexes ou encore son autonomie. Une approche pleine de bon sens qui permet de découvrir son enfant et de favoriser un développement sain, mais aussi de dépister rapidement d'éventuels troubles.

www.brazelton.ch Tél. +41 22 305 06 65

Allaitement maternel ou biberon: l'éternel dilemme

Nourrir son enfant au sein ne s'avère pas déterminant pour la santé du nouveau-né. Pour le Dr Jean-François Huber, chaque mère doit faire son propre choix.



L'allaitement, selon le dessinateur Pecub.

Les générations de mères se succèdent, mais cette grande question demeure: est-ce mieux de nourrir son bébé au sein ou au biberon? Si les recommandations médicales fluctuent au fil des études, le Dr Jean-François Huber, gynécologue-obstétricien aux Grangettes, recommande à chacune de décider librement: «S'il est vrai que le bébé reçoit des anticorps grâce au lait maternel durant les six premières semaines de sa vie, chaque femme doit se sentir libre dans sa

décision. Le biberon ne nourrira pas moins bien que le sein. Ce qui compte, c'est le plaisir qu'éprouve la mère à nourrir son enfant, son aisance et sa disponibilité.»

Le but est de nourrir son enfant

«Le but est de nourrir son enfant, d'une manière ou d'une autre, et il ne faut pas culpabiliser les mères

qui ne souhaitent pas allaiter, poursuit le médecin. Il faut cependant encourager une mère qui décide de le faire car les débuts sont difficiles et qu'un contact précoce avec le nourrisson est essentiel. Mais il faut selon moi également défendre et soutenir celles qui préfèrent donner le biberon. Beaucoup de femmes aujourd'hui n'ont elles-mêmes pas été nourries au sein, elles peuvent donc avoir plus de mal à envisager cette relation. De plus, l'allaitement peut être anxiogène puisqu'on ne voit pas

ce qu'avale le bébé. De ce point de vue, le biberon a un côté très rassurant.»

On observe que de nombreuses femmes ne poursuivent pas l'expérience de l'allaitement au-delà des six premières semaines du bébé. Un choix souvent déterminé par les contraintes familiales et professionnelles. «Mais que ce soit clair, relève le Dr Huber. Jamais la qualité d'une mère ne se mesure à l'importance de sa montée de lait!» ■

Les urgences en clinique privée: la qualité et l'efficacité pour tous

Pas besoin d'une assurance complémentaire pour pouvoir se rendre aux urgences d'une clinique privée. La prise en charge y est souvent plus efficace et plus rapide que dans les grands hôpitaux universitaires.



Entrée des urgences à la Clinique des Grangettes.

On ne le sait que trop peu: les urgences des cliniques privées représentent une véritable alternative aux urgences des centres hospitaliers. Car si les soins nécessitant une hospitalisation sont réservés aux seuls adhérents d'assurances complémentaires, les urgences sont accessibles à tout le monde. Facturée selon les barèmes Tar-Med, la prise en charge est souvent plus rapide, et tout aussi spécialisée que dans les grands hôpitaux publics ou universitaires.

«En clinique, le personnel médical est déjà complètement formé, ce qui permet de prodiguer des soins de manière plus efficace», explique le Dr Christophe Huehn, responsable des urgences pour adultes à la Clinique des Grangettes. À cet avantage s'ajoutent la qualité du plateau technique et les

compétences pointues des nombreux spécialistes qui peuvent intervenir en cas de besoin.

Une atmosphère de confiance

«Les urgences sont un lieu de tri, de diagnostic et de mise en route d'un traitement, poursuit le Dr Huehn. Nous sommes une interface entre le monde extra et intra-hospitalier. Dans le souci d'une prise en charge suivie dans le temps, nous demandons à nos médecins d'avoir une vision d'ensemble, de faire le relais avec le médecin traitant et si nécessaire avec les différents partenaires hospitaliers. Nous cherchons à tout prix à instaurer une atmosphère de confiance. Cela nous

de chacun. Notre but consiste à accueillir les gens aimablement, à les traiter efficacement et de manière économique, puis à assurer le suivi.»

La création d'un réseau d'urgences

Inaugurées il y a cinq ans et ouvertes de 7h à 23h la semaine et de 8h à 23h le week-end, les urgences de la Clinique des Grangettes connaissent un succès croissant. Au point que la clinique voit désormais plus loin. «Afin de faciliter l'accès aux urgences à Genève, nous participons à la mise sur pied d'un réseau d'urgences. Il faut décharger l'hôpital cantonal et encourager les patients à se rendre, dans la mesure du possible, chez leur médecin traitant.»

Ainsi, les HUG, l'Hôpital de la Tour, la permanence d'Onex, la Clinique de l'Arve et celle des Grangettes réfléchissent ensemble à la mise en place d'un réseau collectif, afin d'améliorer la fluidité de la prise en charge des urgences pour adultes. ■



Une hanche artificielle high-tech

Grâce à un nouveau type de prothèse de hanche, le chirurgien peut intervenir sur des patients plus jeunes. Moins intrusive et plus performante, cette technologie permet davantage de mouvements. Explications.

Chaque année, près de 15'000 prothèses de hanche sont implantées en Suisse sur des patients qui souffrent notamment d'arthrose, une maladie due à l'usure du cartilage (lire encadré, page 20). Malgré les croyances, les personnes âgées ne sont pas les seules touchées: environ 10% des patients opérés ont moins de 50 ans. Pour leur

permettre de rester actifs, une prothèse dite «de resurfaçage» représente une alternative intéressante à la méthode traditionnelle.

«Lorsqu'on pose une prothèse classique, on enlève l'extrémité supérieure du fémur et on la remplace par une tige, solidement ancrée dans l'os sur une quinzaine de centimètres, explique le

Dr Richard Gambirasio, spécialiste de la chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique des Grangettes. Mais sa durée de vie est limitée: un changement des implants est donc souvent nécessaire après 10 à 15 ans. Cette réintervention est fréquemment rendue difficile en raison d'une mauvaise qualité osseuse autour

de la prothèse, qui empêche un ancrage solide.» Conséquences: des opérations difficiles, des résultats fonctionnels imprévisibles et un taux de complication élevé. Pour les patients âgés et peu actifs, l'opération classique reste cependant la solution prioritaire pour le traitement de l'arthrose avancée de la hanche. Mais dans ce cas, les médecins con-



Contrairement à une prothèse classique (à droite), la technologie de resurfaçage préserve l'os au maximum (à gauche).



Les derniers modèles de prothèses de resurfaçage permettent de rester actif.

seillent aux patients jeunes d'attendre le plus longtemps possible avant d'être opérés. Une attente souvent longue et douloureuse.

L'avantage de préserver un maximum d'os

Abandonnée à cause de mauvais résultats pendant les années 1980, la prothèse de resurfaçage revient sous une nouvelle forme avec des matériaux et des techniques chirurgicales plus performants. «Ce type de prothèse a l'avantage de préserver un maximum d'os, indique le Dr Richard Gambirasio. Seule la partie abîmée de la tête du fémur est enlevée et recouverte par un implant métallique. En cas de réopération éventuelle pour usure ou descèlement, même des années plus tard, l'implantation d'une prothèse classique ne posera aucun problème,

l'os du fémur proximal étant intact.» En outre, la prothèse de resurfaçage permet au patient d'effectuer tous les mouvements, sans risque de la déboîter: croiser les jambes, s'accroupir et se mettre à genoux, des mouvements qui seraient tous contre-indiqués

avec une prothèse classique. «La reprise des activités de la vie professionnelle et sportive est souvent plus rapide qu'après la pose d'une prothèse standard. Par ailleurs, la majorité des patients dit ne pas la sentir.» Malgré ces avantages, la prothèse de resurfa-

çage n'est pas adaptée à tout le monde. «Idéalement, elle est destinée à une femme de moins de 55 ans ou à un homme de moins de 65 ans avec une bonne qualité osseuse, pour éviter le risque de fractures du col du fémur sous la prothèse. Les candidats doivent aussi avoir une hanche dont l'anatomie est globalement préservée, une bonne fonction rénale et ne pas être allergiques aux métaux.» Dans la pratique, environ 15% des patients qui nécessitent une prothèse de la hanche remplissent les critères pour une prothèse de resurfaçage.

Cette technique novatrice tend à se développer rapidement en Europe et aux Etats-Unis, mais elle requiert des connaissances spécifiques de la part du chirurgien et une technique rigoureuse. Afin d'augmenter la précision de l'implantation, le Dr Richard Gambirasio pratique cette opération systématiquement avec l'assistance d'un ordinateur intra-opératoire qui vérifie le positionnement dans les trois dimensions. Les études cliniques concernant la prothèse de resurfaçage donnent des résultats très satisfaisants à moyen terme (5-10 ans). Il faudra par contre encore attendre quelques années pour connaître la place exacte de cette technique dans l'arsenal du chirurgien orthopédiste. ■

Vivre avec une arthrose

De quoi s'agit-il?

L'arthrose, que l'on nomme aussi arthropathie chronique dégénérative, est une maladie qui affecte les articulations. Elle se caractérise par la destruction progressive du cartilage articulaire, pouvant aller jusqu'à sa disparition complète. Cela rend les mouvements difficiles et même très douloureux.

Les causes?

Mis à part l'âge, plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de l'arth-

rose, tels qu'une mise à contribution excessive des articulations, notamment lors de sport de compétition, d'entraînements intensifs ou d'un travail contraignant physiquement. Une blessure, une opération, une inflammation, des maladies métaboliques comme le diabète, une condition héréditaire ou alors le surpoids figurent parmi les causes possibles.

Comment soulager les douleurs?

Il est important de bouger régulièrement et faire de l'exercice,

mais il faut éviter les activités sportives qui exercent une forte pression sur les articulations. La marche et la nage sont conseillées. Opter pour des chaussures confortables, qui maintiennent le pied sans le serrer. La chaleur sous toutes ses formes (enveloppements chauds, bains chauds...) peut également aider. Outre les médicaments, la kinésiothérapie, la physiothérapie, les massages, les cures hydrominérales, l'acupuncture et l'électrothérapie sont aussi recommandés.

L'échographie n'examine pas que les bébés

Indolore et non invasive, l'échographie musculo-squelettique permet de détecter de nombreuses pathologies. A travers son livre et son enseignement, le Dr Stefano Bianchi plaide pour un développement de l'usage de cette technique d'imagerie.



L'examen échographique détecte les problèmes sur tous les tissus mous.

On l'associe souvent à la grossesse. Pourtant, l'examen échographique permet aussi de détecter des problèmes aux muscles, aux tendons, aux ligaments, aux articulations et autres tissus mous du corps humain. La méthode est la même: le radiologue applique un gel transparent sur la partie du corps à contrôler. À l'aide d'une sonde, il envoie des ultrasons qui reproduisent l'imagerie sur un écran. Un diagnostic est posé en quelques minutes. En plein essor depuis une quinzaine d'années, l'échographie musculo-squelettique reste pourtant peu maîtrisée par le personnel médical.

«L'échographie musculo-squelettique est une technique d'imagerie médicale très efficace et avantageuse, mais difficile à réaliser, explique le Dr Stefano Bianchi, radiologue de l'appareil locomoteur à la Clinique des Grangettes. Bien plus que les autres examens radiologiques (imagerie par résonance magnétique (IRM), radiogra-

phie conventionnelle ou scanner), elle dépend énormément des connaissances et de l'expérience du médecin qui effectue l'examen.»

En termes d'équipement et de personnel, les charges liées à ce type d'examen sont relativement peu coûteuses: réalisée dans une salle d'examen quelconque, l'échographie s'effectue à l'aide d'un appareil mobile qui peut être conduit auprès du patient, si celui-ci est alité. De plus, une seule personne (le médecin échographe) est nécessaire pour faire l'examen et l'évaluer. L'infrastructure est aussi beaucoup moins coûteuse. «On trouve des échographes d'entrée de gamme pour 45'000 francs déjà, alors qu'il faut compter entre 300'000 et 600'000 francs pour une salle de radiographie, détaille François del Coso, directeur administratif de l'unité de radiologie de la Clinique des Grangettes. En matière d'échographie, la Clinique des Grangettes a investi dans du matériel haut de gamme pour répondre aux exigences médicales et techniques de ses spécialis-

tes.» Pour le patient, l'échographie donne des réponses. «Sur les images échographiques, explique le Dr René de Gautard, radiologue aux Grangettes également, le médecin verra si la personne souffre d'une déchirure de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule, par exemple. Il pourra aussi évaluer une tendinite, une anomalie musculaire ou un kyste.»

L'échographie ne présente aucune contre-indication

Ce type d'examen a l'avantage d'être non agressif et sans douleur. «Grâce à son caractère non invasif, l'échographie ne commet aucun dommage et ne présente absolument aucune contre-indi-

cation, poursuit le radiologue. Tout le monde peut passer une échographie. Pour plusieurs maladies de l'appareil locomoteur, elle représente une bonne alternative à l'IRM pour les claustrophobes et les patients porteurs d'un pace-maker cardiaque.» Outre les diagnostics, l'échographie permet de suivre en temps réel une intervention. «Pour tout type d'injection, l'imagerie peut guider le médecin qui saura où piquer avec précision. Si l'on souhaite retirer le sang à l'intérieur d'un hématome à l'aide d'une seringue, on peut observer l'extraction, en direct, sur l'écran.» Limite principale de cette technologie: l'imagerie échographique ne reproduit pas l'intérieur des os. «S'il est nécessaire de juger le plan osseux, ajoute le Dr Stefano Bianchi, on combine cet examen à la radiographie conventionnelle. Ce sont deux techniques bien tolérées par les patients, qui se complètent parfaitement.» ■

PUBLICATION

«Ultrasound of the Musculoskeletal System»

Pour développer et répandre l'utilisation de l'échographie musculo-squelettique, le Dr Stefano Bianchi et son confrère Carlo Martinoli, professeur de radiologie à l'Université de Gênes, ont publié l'ouvrage scientifique «Ultrasound of the Musculoskeletal System» aux éditions Springer-Verlag en 2007. Considéré comme une référence internationale, ce recueil détaille l'échographie musculo-squelettique de A à Z: des moyens d'obtenir une image de qualité optimale à l'interprétation de l'information. Chaque chapitre est abondamment illustré de dessins et de photographies. Richard Tupler, radiologue américain et critique scientifique pour la société Doddy Review Services, estime que «ce recueil mérite sa place dans toute bibliothèque de radiologie».

Le savoir-faire des Grangettes s'exporte en Arabie saoudite

La Clinique des Grangettes s'engage dans un projet de soutien auprès de l'hôpital saoudien Al Mashfa: elle met à disposition ses compétences pour faciliter la mise en route et la gestion de ce nouvel établissement.

Après avoir vu le jet d'eau de Genève pour la première fois, le roi Fahd d'Arabie saoudite décida d'offrir le même spectacle aux citoyens de Jeddah. Ainsi, depuis les années 1980, un jet de 312 mètres de haut existe sur la mer Rouge. En voyage à Genève, l'entrepreneur saoudien Bakr Khoja n'a pas été uniquement impressionné par le célèbre geyser genevois: le savoir-faire et les valeurs de la Clinique des Grangettes l'ont également séduit. A tel point qu'il a fait appel aux compétences de l'établissement genevois pour la réalisation et l'exploitation du futur hôpital Al Mashfa situé à Jeddah, ville côtière de l'Arabie saoudite.



Le futur hôpital Al Mashfa, en Arabie saoudite, collaborera étroitement avec les Grangettes.

«Nous sommes très fiers de ce partenariat avec Al Mashfa, se réjouit Gilles Rufenacht, directeur des Grangettes. Nous allons conseiller et apporter notre savoir-faire à tous les niveaux: de l'organisation et aménagement des services à la formation des collaborateurs. Un véritable pont va s'établir entre

nos deux institutions: les médecins des Grangettes auront la possibilité de se rendre à Jeddah et de consulter ou d'opérer sur place. Si des patients nécessitent des traitements complexes non produits à Al Mashfa, nous pourrions les accueillir à Genève et les hos-

pitaliser au sein du futur bâtiment pour patients étrangers des Grangettes.» En janvier 2009, un chef de projet expérimenté des Grangettes, Vincent Kopp, se rendra sur place pour une durée de deux ans. «Pour l'instant, explique-t-il, notre priorité consiste à engager et former le personnel clé du nouvel hôpital, tel que la directrice des soins. Celle-ci travaillera aux Grangettes pendant quelques mois afin de s'imprégner de notre culture d'entreprise, mais aussi de notre approche très pragmatique, qui place le patient au cœur des priorités.»

En construction, l'hôpital Al Mashfa ouvrira ses portes au cours de l'été 2009. «L'Arabie saoudite connaît un fort développement, ajoute Gilles Rufenacht. Notre collaboration avec ce premier hôpital nous sert de projet pilote. Nous envisageons de poursuivre ce partenariat sur le long terme et même

d'exporter notre savoir-faire en matière de gestion hospitalière à d'autres futurs établissements de la péninsule.»

Impressum

Edition automne-hiver
2008 | 2009

Editeur: Editions des Grangettes
Rédaction: Largeur.com
(Melinda Marchese, Pierre Grosjean, Lucie Rihs, Geneviève Ruiz)
Maquette, graphisme et photos: Fausto Pluchinotta
Impression: Imprimerie Atar
Tirage: 135'000 copies
Adresse:
Clinique des Grangettes
7, ch. des Grangettes
CH - 1224 Chêne-Bougeries
Tél. +41 22 305 01 11
Fax +41 22 349 80 21
www.grangettes.ch



Gilles Rufenacht et l'entrepreneur saoudien Bakr Khoja signent le partenariat.



MICHEL PONT, EMILIE BOIRON, METIN ARDITI et ZEP

Faites comme nous, soutenez la Croix-Rouge genevoise!

Vous aussi devenez membre!

- vous nous donnerez les moyens de développer nos programmes sociaux et humanitaires en faveur de milliers de personnes dans le besoin à Genève.
- vous renforcerez le réseau Croix-Rouge à Genève.
- vous serez régulièrement informé(e) des activités de la Croix-Rouge genevoise grâce au magazine «Votre Croix-Rouge».
- vous obtiendrez le droit de vote à l'Assemblée Générale annuelle.

Comment procéder?

Il suffit de s'inscrire sur internet www.croixrougegenevoise.ch ou de retourner le bulletin d'adhésion ci-contre à la Croix-Rouge genevoise.

Vous recevrez notre magazine ainsi qu'un bulletin de versement pour vous acquitter de la cotisation annuelle de **CHF 50.-***.

D'avance merci de votre soutien!

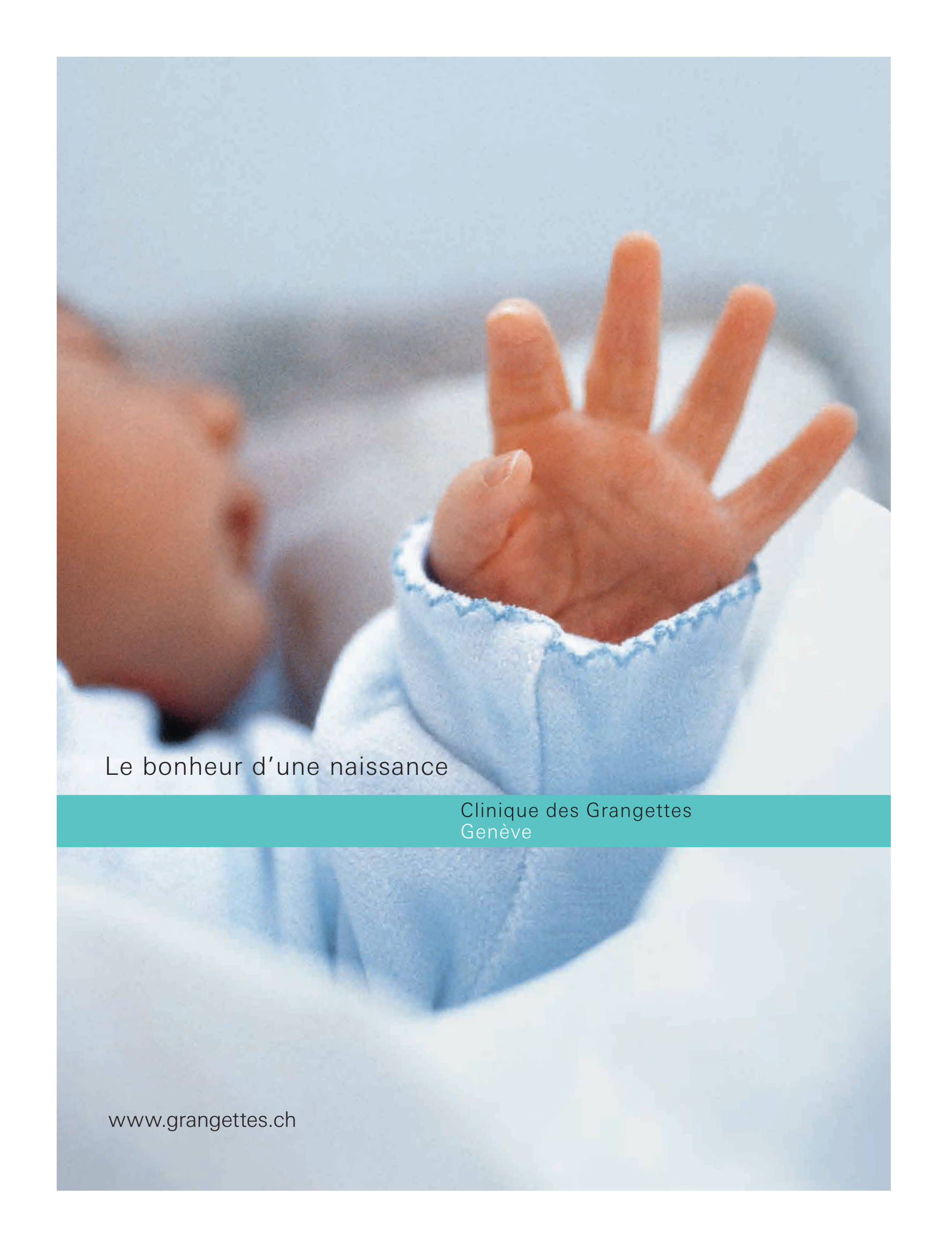
* membre individuel

genève 
Croix-Rouge genevoise

Je désire devenir membre
de la Croix-Rouge genevoise:

Nom _____
Prénom _____
Rue/N° _____
NPA _____
Ville _____
Tél _____
E-mail _____

Bulletin d'adhésion à retourner par voie postale à:
Croix-Rouge genevoise - Route des Acacias 9 - 1211 Genève 4
Par fax: 022 300 31 83 ou www.croixrougegenevoise.ch



Le bonheur d'une naissance

Clinique des Grangettes
Genève

www.grangettes.ch