

# Des progrès historiques en médecine

*Un anniversaire est souvent l'occasion d'une rétrospective pour mieux se projeter dans l'avenir. Une sorte de bilan qui, dans le domaine d'activité des spécialistes en médecine invasive de notre pays, montre clairement que les bénéfices pour les patient(e)s ont considérablement augmenté ces dernières décennies, avec notamment une qualité de vie améliorée, des interventions moins invasives et moins de complications. La numérisation, la spécialisation associée à l'interdisciplinarité et les connaissances issues de la génétique sont les moteurs de l'innovation.*

**Professeur Michele Genoni**  
Président de la FMCH

**Dr. med Andreas Roos**  
Consultant Senior

**Dr. Lukas Künzler**  
Secrétaire général de la FMCH

## **Révolution dans le diagnostic – le corps sous toutes ses coutures:**

L'imagerie moderne a connu de véritables avancées. Aujourd'hui, l'IRM fournit des images à la résolution phénoménale. Les appareils modernes permettent de réécrire certaines parties des livres d'anatomie. Il est désormais possible de voir les tissus jusqu'à un demi-millimètre devant une prothèse, par exemple, et de détecter des complications post-chirurgicales dans la zone d'accès opératoire, mais aussi le relâchement de prothèses articulaires ou encore les infections. La gynécologie fait partie de ces nombreuses disciplines qui profitent largement des avancées de l'imagerie moderne. Ces progrès et ceux de la génétique ont jeté les bases d'innovations parfois de grande ampleur dans tous les domaines, conduisant à une médecine personnalisée et individualisée. Concrètement, cela se traduit par des interventions moins lourdes: pour le carcinome de l'endomètre, une laparotomie complète avec ablation de tous les ganglions

était autrefois pratiquée. Aujourd'hui, sur la base des risques déterminés par biologie moléculaire, l'intervention consiste en une laparoscopie mini-invasive ciblée avec ablation des ganglions lymphatiques sentinelles. La génétique exerce une grande influence dès le diagnostic préimplantatoire et jusqu'à la gynécologie oncologique. Les gènes BRCA1 ou BRCA2 et le cancer du sein et des ovaires d'origine génétique, que le grand public a découvert à travers la maladie de la célèbre actrice Angelina Jolie, en sont de bons exemples. Les femmes porteuses de ces mutations peuvent bénéficier d'examens de dépistage plus fréquents, d'opérations préventives et d'un traitement ciblé. La génomique peut également aider à identifier les meilleurs candidats pour certains types de traitements de l'infertilité, tels que les tests génétiques préimplantatoires, qui permettent de sélectionner les embryons ayant les meilleures chances de s'implanter et de se développer en bonne santé. De la même manière, le profilage moléculaire peut aider à classer les tumeurs gynécologiques en différents sous-types sur la base de leurs caractéristiques moléculaires, telles que le statut des récepteurs hormonaux, le statut HER2 ou les modèles d'expression génique, ce qui peut contribuer à prévoir la réponse et la résistance à différents traitements, comme l'hormonothérapie, la chimiothérapie ou la thérapie ciblée, et à opti-

miser le plan thérapeutique en conséquence. Environ un quart des patientes atteintes d'un cancer du sein produisent la protéine HER2 en excès dans les cellules cancéreuses. Une tumeur HER2-positif, contrairement à une tumeur HER2-négative, est associée à une évolution plus agressive de la maladie et à une réapparition plus rapide de la tumeur, raison pour laquelle une approche thérapeutique personnalisée est particulièrement importante pour les patientes HER2-positives.

Cette approche a permis de développer contre HER2 un anticorps spécifique qui stoppe la poursuite de la croissance tumorale et active les défenses immunitaires. Ce traitement n'étant utile qu'aux patientes présentant un excès de récepteurs HER2, il est impératif de déterminer le plus tôt possible le statut HER2 des patientes atteintes d'un cancer du sein.

## **Collaboration interdisciplinaire: ensemble pour les patient(e)s**

Compte tenu de ces différenciations, il est logique que le degré de spécialisation continue à fortement augmenter. S'il existait autrefois une seule discipline, la gynécologie, d'autres sont aujourd'hui venues s'y ajouter: l'obstétrique et la médecine de la reproduction, elles-mêmes comportant des sous-spécialités. Certains médecins ne traitent plus que des patientes atteintes d'un cancer du sein,

d'autres que des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. Dans ce contexte, le défi consiste à former une équipe capable de tout couvrir.

À cela s'ajoute l'importance croissante de l'interdisciplinarité – et ce dans toutes les disciplines: en dermatologie chirurgicale, elle est par exemple d'une importance capitale, et concerne en particulier la collaboration avec la chirurgie plastique et réparatrice, la gynécologie et la rhumatologie. De plus en plus de consultations et de conseils interdisciplinaires ont également été mis en place. En gynécologie, il est indispensable d'avoir une vue d'ensemble sous différentes perspectives, par exemple grâce au soutien de l'oncologie. Comme le font entendre les chirurgiens, les véritables innovations ne sont possibles qu'en équipe. Que fait-on par exemple avec un patient qui souffre d'un cancer de l'intestin et qui a déjà des métastases dans le foie? Parfois, la tumeur est de grande taille tandis que les

métastases sont petites, ou inversement. Quelle opération faut-il réaliser en premier? Faut-il d'abord une chimiothérapie ou une radiothérapie? Pour prendre la meilleure décision en matière de soins coordonnés, il faut un chirurgien colorectal, un oncologue et un radiologue. Si le chirurgien est ici un peu le chef d'orchestre, c'est bien l'orchestre lui-même qui est décisif pour le résultat global. Les cavaliers seuls n'ont pas leur place en médecine moderne, il faut jouer collectif. Aussi élevée que puisse être l'intelligence individuelle, elle le sera toujours moins que l'intelligence collective d'une équipe. C'est scientifiquement prouvé. Il est cependant essentiel que personne n'ait un rôle dominant et que chacun(e) puisse s'exprimer librement.

#### Les femmes en chirurgie

Aujourd'hui, les femmes ne sont plus obligées de travailler sous une fausse identité, comme en son temps Margarete

Anne Buckley (1789–1865), la première femme chirurgienne des temps modernes. Toute sa vie, elle a travaillé sous le pseudonyme Dr James Barry. Ce n'est qu'après sa mort que l'on a appris que le Dr Barry était une femme qui avait en outre réalisé avec succès l'une des premières césariennes. Les femmes ont entretemps investi le domaine de la chirurgie. Selon les statistiques actuelles de la FMH, la **proportion de femmes** y est actuellement de **26,4 %**. Il y a donc encore une bonne marge de progression. La situation est nettement meilleure dans d'autres spécialités, notamment en gynécologie, où leur proportion atteint environ 80 %. En revanche, les postes de direction, comme dans les autres secteurs économiques, sont encore un domaine réservé aux hommes.

## Symposium 20 ans FMCH: Innovation en médecine !

**Mercredi 02.10.2024**

L'innovation comme moteur d'un service de santé publique équitable, durable et de haute qualité. Avec des exposés d'introduction et des tables rondes, nous ouvrons le dialogue entre le secteur de la santé, la politique et l'économie.

Rejoignez-nous et échangez avec nos experts; Prof. Dr. Thomas Zurbuchen (ETH, ancien directeur scientifique de la NASA), Sarah Wyss (conseillère nationale), Damian Müller (conseiller aux États) et de nombreux représentants des sociétés médicales.

Inscrivez-vous des maintenant, le nombre de places est limité!



Programme



Inscription