

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 12
20 mars 2024



44 Infection cutanée
Les défis de la prise en charge de la gale

12 **Pratique en vogue**
L'accouchement assisté par une sage-femme

16 **Recherche de pointe**
Entretien avec le lauréat du «Rising Star Award»

30 **Statistique médicale FMH**
Structure et évolution du corps médical en 2023

Plus de sommeil
la nuit¹

QUVIVIQ[®]
50 mg¹



Plus d'énergie
le jour¹



Il est temps de mettre en place un nouveau schéma thérapeutique pour vos patients souffrant d'insomnie chronique.²

¹ Mignot E et al. Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Neurol.* 2022;21(2):125-139. ² QUVIVIQ[®] (daridorexant), Information professionnelle, mise à jour de l'information : mai 2022, www.swissmedinfo.ch

Informations abrégées sur la prescription **QUVIVIQ[®] (daridorexant)**:

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, veuillez consulter les informations professionnelles et destinées aux patients pour QUVIVIQ[®] sur www.swissmedinfo.ch. **QUVIVIQ[®] (chlorhydrate de daridorexant)** : Comprimés pelliculés de daridorexant de 25 mg et 50 mg. **I/PdE** : Indiqué chez l'adulte pour le traitement des troubles de l'insomnie caractérisés par des symptômes présents depuis au moins 3 mois et avec un impact significatif sur le fonctionnement pendant la journée. **P/MdE** : Dose recommandée : 50 mg chaque soir, 30 minutes avant le coucher. Dose journalière maximale : 50 mg. En cas de troubles de la fonction hépatique ou prise concomitante d'inhibiteurs modérés du CYP3A4 : 25 mg chaque soir. Co-administration avec des déprimeurs du SNC : Ajustements posologiques sur la base d'une évaluation clinique. Usage pédiatrique : Non indiqué. Estimer la pertinence du traitement 3 mois après le début du traitement, puis à des intervalles réguliers. **CI** : Hypersensibilité au principe actif ou excipients ; narcolepsie ; utilisation concomitante d'inhibiteurs puissants du CYP3A4. **MeG/P** : Il doit être déconseillé aux patients de consommer de l'alcool. Une paralysie du sommeil et des hallucinations hypnagogiques/hypnopompiques peuvent survenir. Des symptômes similaires à une cataplexie légère ont été observés en association avec des antagonistes doubles des récepteurs de l'orexine. Interrompre immédiatement le traitement avec QUVIVIQ en cas de comportement complexe du sommeil. La prudence s'impose en cas de prescription concomitante de déprimeurs du SNC et chez les personnes > 75 ans, lorsque le patient présente des symptômes de dépression, des comorbidités psychiatriques ou neurologiques instables, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) sévère ou souffre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sévère. Non recommandé en cas d'une insuffisance hépatique sévère. Les personnes présentant une anamnèse d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. **IA** : L'utilisation avec des inducteurs modérés ou puissants du CYP3A4 peut réduire l'efficacité. La prudence s'impose en cas d'administration concomitante de substrats de CYP3A4, CYP2C9, BCRP et de P-gp, avec une surveillance étroite en cas d'index thérapeutique étroit. L'alcool a entraîné des effets additifs sur les performances psychomotrices. **G, A** : N'utiliser pendant la grossesse que si l'état clinique de la femme enceinte requiert le traitement. Éviter pendant l'allaitement car un risque de somnolence excessive chez l'enfant ne peut pas être exclu. **EsAaC&UdM** : Un intervalle d'au moins 9 heures est recommandé entre l'ingestion et la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines. **EI** : Communs : maux de tête, somnolence, vertiges, nausées, fatigue. **SD** : Prodriquer des soins médicaux généraux symptomatiques et traitements d'appoint. Dose supra-thérapeutique : somnolence, faiblesse musculaire, troubles de l'attention, fatigue, céphalées et constipation. **NA** : 68481 (Swissmedic). **P** : 10 ou 30 comprimés pelliculés de 25 mg ou 50 mg [B]. **TdA** : Idorsia Pharmaceuticals Ltd., 4123 Allschwil, Suisse. Pour obtenir des informations détaillées, veuillez consulter les informations professionnelles actuelles sur www.swissmedinfo.ch.

QUVIVIQ[®]
daridorexant

idorsia

Importations inédites et connues



Sandra Ziegler
Dre phil. II, MS,
directrice des EMH
sandra.ziegler[at]emh.ch

Peu connue dans les pays à revenus élevés disposant de systèmes de santé adéquats, la gale touche pourtant environ 200 millions de personnes dans le monde. Cette parasitose cutanée causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei* sévit dans les pays pauvres aux climats chauds et humides, où elle représente un défi de taille pour les systèmes de santé. On note également sa présence dans des centres surpeuplés pour requérants d'asile, le long des routes migratoires. Les conditions d'hébergement précaires favorisent la propagation du parasite. Avec l'arrivée de réfugiés en Suisse et leur accueil dans des centres d'asile, la gale est de plus en plus présente dans notre pays. L'article de revue du Swiss Medical Forum en page 44 décrit, à l'aide de deux cas, comment se manifestent les infections par la gale, et détaille les mesures de contrôles en Suisse.

Une importation d'une autre nature se produit dans tout le secteur de la santé. Chaque année, la Suisse reconnaît 2,4 fois plus de diplômes de médecins étrangers qu'elle ne forme de médecins. Cette situation, combinée à un taux dangereusement élevé de personnes quittant la profession et au départ à la retraite des baby-boomers, place l'ensemble du système devant de grands défis. Christoph Bosshard, vice-président de la FMH, écrit à juste titre dans l'analyse de la semaine en page 28: «Il ne suffit pas d'agir uniquement sur la formation, il faut aussi que les précieuses forces de travail restent dans la

profession.» Vous constaterez, à partir de la page 31, comment la situation s'est accentuée avec les dernières statistiques médicales.

Avec l'arrivée de réfugiés en Suisse et leur accueil dans des centres d'asile, la gale est de plus en plus présente dans notre pays.

Un article de Silke Biethahn, Martina Göldlin et Urs Fischer, du comité de la Société suisse de neurologie (SSN), vient compléter cet état de fait. À partir de la page 38, ils y analysent la situation des neurologues en Suisse. Aujourd'hui, plus de 60% de la population souffrent de troubles neurologiques tels que démences ou accidents vasculaires cérébraux. Avec l'évolution démographique, on peut s'attendre à ce que l'incidence des maladies neurologiques augmente encore. Les auteurs illustrent comment, en neurologie, la pénurie et l'importation de personnel qualifié, les départs à la retraite, la démographie et le gel des admissions par cantons se combinent de manière fatale et mettent ainsi en péril les soins.

Annonce

Die Erinnerung bleibt - würdevolle Fotografien von Sternkindern

Die Dein Sternkind Stiftung bietet Erinnerungsfotos als Geschenk für Eltern, die entweder ein bereits verstorbenes Kind zur Welt bringen mussten oder denen der Tod des Neugeborenen unausweichlich bevorsteht.

- ★ Dein-Sternkind verfügt über ein stetig wachsendes Netzwerk von ehrenamtlichen Fotografen - auch in Ihrer Nähe.
- ★ Dein-Sternkind Fotografien machen wertvolle Bilder von lebenden und bereits verstorbenen Kindern.
- ★ Dein-Sternkind Fotografien schaffen liebevolle Erinnerungen der kurzen gemeinsamen Zeit. Kostenlos, Professionell und Diskret.
- ★ Dein-Sternkind Fotografien, fotografieren ab natürliche Geburt, auch vor der 24. SSW und auch bei Feto- und Totgeburt. Natürlich auch in der Schweiz.



Notfallnummer: +49 (0) 9406 - 95 88 755 www.dein-sternenkind.eu
Erreichbar 24/7 über Anrufbeantworter oder Alarmierungsformular auf unserer Webseite

"das erste und letzte Bild"
DEIN STERNKIND STIFTUNG



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH



Livres de fiction

Divertissement et suspense issus de la plume de médecins



Retrouvez ces livres ainsi que d'autres ici:
shop.emh.ch/collections/belletristik

Zoom sur



12

La tendance est au naturel

Obstétrique Depuis quelques années, plusieurs hôpitaux de Suisse alémanique proposent l'accouchement assisté par une sage-femme. La responsabilité revient donc à la sage-femme, qui dispense les soins obstétricaux en toute autonomie. La confiance est de mise, notamment de la part des médecins.

Marion Loher

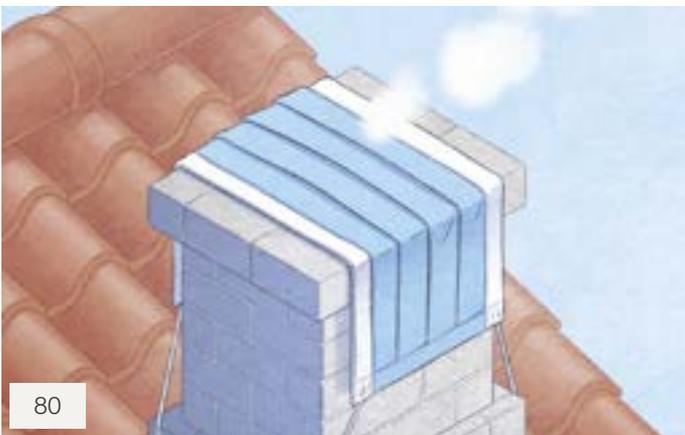


16

«On manque encore de preuves scientifiques»

Recherche de pointe Cela faisait dix ans que le «Rising Star Award» de la Société européenne de gastroentérologie (UEG) n'avait pas été remis à un Suisse. Nous avons demandé au lauréat, Thomas Greuter, gastroentérologue et chercheur invétéré, comment il associe travail clinique et recherche, et quelles sont les perspectives pour sa spécialité qui a le vent en poupe.

Propos recueillis par Simon Maurer



80

Consultation polluée

Durabilité La concentration de particules fines a diminué en Suisse. En revanche, on enregistre une nette hausse au niveau régional due à la combustion de bois. La mise en place de mesures préventives et individuelles contre ces nuisances fait désormais partie des missions du médecin, estime notre auteur.

Bernhard Aufderreggen

Annonce

Admis aux caisses dans la liste B¹

Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

La solution convaincante au double mécanisme d'action²

Soulagement des troubles à la suite d'une hyperplasie
bénigne de la prostate¹

www.swissmedicinof.ch | www.schwabepharma.ch

Références

1. www.swissmedicinof.ch 2. Koch E. et al. Pharmakologische Wirkungen von Sabal- und Urticaextrakten als Grundlage für eine rationale Therapie der BPH. Der Urologe (B) 1994; 34: 90-95. 07/20
Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.

Indication
équivalente à
celle de la
tamsulosine¹ ✓

Sans altération
de la sexualité¹ ✓



Schwabe
Pharma AG

From Nature. For Health.

02/23

Sommaire

3	Éditorial de Sandra Ziegler Importations inédites et connues
8	CONTENU ÉDITORIAL
8	Actualités
8	À la page «Il n'y a aucune échappatoire»
12	Article de fond La tendance est au naturel
16	Interview «On manque encore de preuves scientifiques»
20	Forum In memoriam: Georg Rutishauser (1927–2024)
25	Forum Courrier à la rédaction
26	Communications
78	Savoir Traitements anticancéreux ciblés: efficaces, mais pas miraculeux
80	Cabinet malin Consultation polluée
82	Le mot de la fin de Rahel Gutmann Décrocher des sourires
27	FMH
28	Analyse de la semaine du Comité central ... et ceterum censeo ...
30	FMH Actuel Statistique médicale 2023: 40% de médecins étrangers

Impressum

Bulletin des médecins suisses

Organe officiel de la FMH, l'association professionnelle des médecins suisses
Contact: +41 61 467 85 55, redaktion.saez@emh.ch, www.bullmed.ch

Rédaction: Rahel Gutmann, Carole Scheidegger, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Bahador Saberi, Christelle Grisnax, Anja Kemmer (assistante de rédaction), Dominique Fischer (rédaction Point fort).
Vous trouverez les membres de l'Advisory Board en ligne sur www.bullmed.ch

ISSN: version imprimée: 1661-5948 / version électronique: 1424-4012. Paraît le mercredi.

© FMH Le Bulletin des médecins suisses est une publication en libre accès (open access). Sur la base de la licence Creative Commons «Attribution – Pas d'Utilisation commerciale – Pas de Modification 4.0 International», les utilisateurs ont le droit de reproduire, de distribuer et de communiquer cette œuvre au public. Le nom de l'auteur doit toujours être clairement indiqué. L'utilisation à des fins commerciales n'est autorisée qu'avec l'accord explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse

Le Forum Médical Suisse est l'organe officiel de formation postgraduée et continue de la FMH et une revue officielle de formation postgraduée et continue de la SSMIG. Il est membre du «Committee on Publication Ethics» (COPE) et est répertorié dans le «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), ce qui lui permet de répondre aux exigences de l'ISFM concernant les revues à comité de lecture (peer review).
Contact: +41 61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch/fr. Soumission de manuscrits en ligne: www.manuscriptmanager.net/smf

Rédaction scientifique: Prof. Dr méd. Nicolas Rodondi, Berne (rédacteur en chef); Prof. Dr méd. Martin Krause, Müllheim (rédacteur en chef adjoint); PD Dre méd. Carole Elodie Aubert, Berne; Prof. Dr méd. Stefano Bassetti, Bâle; Prof. Dr méd. Idris Guessous, Genève; Prof. Dr méd. Lars C. Huber, Zurich; Prof. Dr méd. Gérard Waeber, Lausanne; Prof. Dre méd. et phil. Maria M. Wertli, Baden.
Vous trouverez les membres de l'Advisory Board en ligne sur www.medicalforum.ch/fr

Rédaction interne à la maison d'édition: Magdalena Mühlemann (responsable de la rédaction), Dre méd. Ana M. Cettuzzi-Grozaj (responsable du lectorat médical), Dre méd. Susanne Redle (responsable du peer review), Maria João Brooks (assistante de rédaction).

37	Nouvelles du corps médical
38	ORGANISATIONS
38	Société Suisse de Neurologie (SSN) Un danger pour les soins neurologiques
41	SWISS MEDICAL FORUM
42	Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause
44	Article de revue Défis de la prise en charge de la gale dans les centres d'asile et en cabinet
50	Le cas particulier Fièvre en tant que phase prodromique
54	Quel est votre diagnostic? Réaction inflammatoire due à un anti-inflammatoire?
68	POINT FORT: ONCOLOGIE
68	Carcinome urothélial métastatique: le future est là
71	Rare mais important: diagnostic différentiel du lymphome B cutané
74	Syndromes myélodysplasiques
57	SERVICES
57	Offres et demandes d'emploi
61	Séminaires et événements
63	FMH Services

ISSN: version imprimée: 1424-4977 / version électronique: 1424-4985. Paraît le mercredi.

© EMH Éditions médicales suisses SA (EMH), 2022. Le Forum Médical Suisse est une publication en accès libre (open access) des EMH sous la licence CC BY-NC-ND 4.0, qui accorde aux utilisateurs le droit illimité de reproduire, distribuer et communiquer l'œuvre au public sous les conditions suivantes: (1) le nom de l'auteur doit être mentionné, (2) l'œuvre ne doit pas être utilisée à des fins commerciales et (3) l'œuvre ne doit en aucun cas être adaptée ou modifiée. L'utilisation commerciale n'est permise qu'avec l'autorisation explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Maison d'édition: EMH Éditions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch/fr

Announces: Philipp Lutzer, tél. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Marché de l'emploi et annonces par rubrique: Régie des annonces, tél. +41 61 467 85 71, stellenmarkt@emh.ch

Rubrique FMH Services: FMH Consulting Services, Office de placement, case postale 246, 6208 Oberkirch, tél. +41 41 925 00 77, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnements membres FMH: FMH Fédération des médecins suisses, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 15, tél. +41 31 359 11 11, dlim@fmh.ch

Autres abonnements: Service à la clientèle EMH, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

Remarque: les posologies, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Concept créatif: Agence Guido Von Deschwanden

Production: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruk.ch

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © Christian Weiß / Dreamstime



Broncho-Vaxom®
un produit
suisse
depuis 1979

Des études récentes montrent que :

Le pollen favorise la survenue d'infections respiratoires¹



Protégez vos patients vulnérables contre les infections respiratoires tout au long de l'année²⁻⁴



En savoir plus
sur les effets du pollen
sur le système
immunitaire



BRONCHO-VAXOM®
Le seul immunomodulateur suisse avec triple effet
pour renforcer le système immunitaire

1. Gilles et al. Pollen exposure weakens innate defense against respiratory viruses. *Allergy*. 2020 Mar;75(3):576-587. 2. Bessler WG et al. The bacterial extract OM-85 BV protects mice against influenza and Salmonella infection; *International Immunopharmacology* 2010;10:1086-90. 3. Parola C et al. Selective activation of human dendritic cells by OM-85 through a NF- κ B and MAPK dependent pathway; *PLoS One* 2013;8:e82867. 4. Pasquali C et al. Enhanced Mucosal Antibody Production and Protection against Respiratory Infections Following an Orally Administered Bacterial Extract; *Frontiers in Medicine*. 2014; Oct;30:141. Les références sont disponibles sur demande.

Broncho-Vaxom C: lysats bactériens: adulte: capsule 7 mg, enfant: capsule/sachet 3.5 mg. **I:** immunothérapie. Prévention des infections récurrentes des voies respiratoire et des exacerbations infectieuses aiguës de la bronchite chronique. **Po:** traitement préventif: 1 capsule adultes ou capsule/sachet enfants (de 6 mois à 12 ans) par jour à prendre à jeun pendant 10 jours consécutifs par mois, durant 3 mois consécutifs. Le traitement prophylactique peut être initié pendant la phase aiguë d'infections des voies respiratoires, en association avec d'autres traitements. L'administration chez les enfants de moins de 6 mois n'est pas recommandée. **Ci:** hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **Préc.:** des réactions d'hypersensibilité sont possibles. En ce cas, arrêtez le traitement immédiatement. **IA:** aucune connue. **G/A:** Pas de données cliniques suffisantes. Prudence en cas d'utilisation durant la grossesse ou l'allaitement. **Ei:** fréquents: céphalées, toux, diarrhée, douleurs abdominales, rash. Occasionnels: réactions d'hypersensibilité de la peau, nausées, vomissements, érythème, éruption érythémateuse, éruption cutanée généralisée, prurit, fatigue, oedèmes périphériques. **Liste D.** Informations détaillées: www.swissmedinfo.ch. Titulaire de l'autorisation : **OM Pharma SA, CH-1217 Meyrin**. Distribution: **OM Pharma Suisse SA, CH-1752 Villars-sur-Glâne**. Mise à jour de l'information: novembre 2023.



Environ 4200 personnes en Suisse ont besoin d'une hémodialyse.

À la page

«Il n'y a aucune échappatoire»

Maladie rénale Les personnes qui ont besoin d'une hémodialyse doivent souvent financer de leur poche le transport jusqu'au centre de dialyse. Une étude de la Haute école spécialisée bernoise a déterminé le montant de ces frais. Le responsable de l'étude, Kai-Uwe Schmitt, explique pourquoi la situation ressemble souvent à une jungle administrative pour les personnes concernées.

Propos recueillis par Carole Scheidegger

Kai-Uwe Schmitt, comment est née l'idée d'étudier les frais de transport?

Cette thématique vient de la pratique clinique, du contact direct avec les patientes et les patients. Les frais de transport font souvent débat, mais il n'existait jusqu'à présent aucune base de données pour la Suisse.

Qu'est-ce qui vous a le plus surpris dans les résultats?

L'hétérogénéité. Pour un problème très concret comme les frais de transport des personnes sous dialyse, il n'existe pas de réglementation uniforme; il y a une multitude d'approches individuelles.

Les personnes concernées pâtissent-elles des coûts de transport?

La moitié des personnes interrogées s'en inquiètent effectivement. En moyenne, les frais de transport s'élèvent à environ 5000 francs par an, mais on constate de grandes variations (voir encadré). Certains doivent économiser ce montant.

L'assurance de base couvre au maximum 500 francs par an. Ceux qui sont actuellement encore mobiles s'inquiètent de l'évolution de leur situation lorsque leur état de santé se dégradera encore. Les personnes concernées sont dans l'obligation de suivre un traitement par dialyse. Il ne s'agit pas d'interventions temporaires, mais bien d'un traitement à long terme. Il n'y a, pour ainsi dire, aucune échappatoire.

Quelles distances doivent parcourir les patients et quels sont leurs moyens de transport?

Ils parcourent en moyenne 11,9 kilomètres pour se rendre au centre de dialyse. Les différences sont toutefois considérables. Dans les régions les plus reculées, les trajets sont plus



Prof. Dr Kai-Uwe Schmitt

Responsable du partenariat académie-pratique entre la Haute école spécialisée bernoise et le groupe de l'île

longs. En règle générale, les patients se rendent au centre de dialyse sans correspondance, et près de la moitié d'entre eux utilisent un véhicule privé. Environ 31% sont conduits au centre par un service de transport de patients ou un service de transport bénévole. Les autres, soit 12%, utilisent principalement les transports publics.

Quelles solutions envisagez-vous pour atténuer le problème des coûts du transport?

Un guichet unique pourrait aider. La situation est complexe. Il existe, pour chaque canton et chaque besoin, différentes possibilités de soutien: par exemple les prestations complémentaires, l'AI ou les fondations. C'est une jungle dans laquelle il n'est pas facile de s'y retrouver. J'imagine que cette offre de guichet unique soulagerait également le corps médical, s'il pouvait orienter ses patients vers un service compétent.

Vous avez réalisé un sondage et des interviews. Le sondage est-il représentatif?

L'enquête représente très bien la population répertoriée dans le Registre suisse des dialyses, notamment en termes d'âge, de sexe et de type de dialyse. Environ 10% de toutes les personnes dialysées ont participé à l'enquête. En raison de la méthodologie utilisée, l'enquête n'est toutefois pas représentative d'un point de vue statistique. Les participants de la Suisse italophone sont par exemple surreprésentés, tandis que les francophones sont sous-représentés.

Comment l'étude a-t-elle été financée?

Dans le cadre d'un appel d'offres lancé par la Fondation Suisse du Rein, des projets de recherche pouvaient être soumis. Nous avons proposé le thème des coûts de transport et avons obtenu le marché.



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

5000 francs en moyenne

En Suisse, quelque 4200 personnes sont tributaires d'une hémodialyse. Selon l'étude de la Haute école spécialisée bernoise (HESB), les patients dépensent en moyenne 5041 francs par an en transports pour se rendre à leur séance de dialyse [1]. La fourchette des coûts moyens est toutefois large. La moitié des personnes interrogées paient moins de 2925 francs par an, tandis que 25% paient 6006 francs par an ou plus. Selon la HESB, la présente étude est la première à examiner à la loupe ces coûts de transport en Suisse. Six personnes ont été interrogées lors d'entretiens individuels, et 498 personnes ont en outre participé à un sondage.

Quoi de neuf?

Nouveau médecin-chef en neuroradiologie à Aarau



Prof Dr méd.
Pasquale
Mordasini

KSA Le Prof. Dr méd. Pasquale Mordasini prendra ses fonctions de médecin-chef en neuroradiologie à l'Hôpital cantonal d'Aarau (KSA) le 1^{er} novembre 2024. Il est actuellement médecin-chef adjoint et responsable de la neuroradiologie diagnostique et interventionnelle à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, comme l'indique un communiqué du KSA. Pasquale Mordasini a étudié la médecine humaine à l'Université de Berne. Outre ses nombreuses activités de recherche, il apporte une expérience de plusieurs années en matière de direction et de gestion. Le professeur Mordasini a été médecin adjoint à l'Institut universitaire de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle de l'Hôpital de l'Île à Berne et, depuis 2022, médecin-chef adjoint, directeur du service de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle et responsable de la formation continue du réseau de radiologie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall. Il fait partie d'un réseau actif de sociétés spécialisées nationales et internationales. «De par son parcours impressionnant et sa personnalité intégrative, Pasquale Mordasini est un enrichissement pour le KSA», souligne le Prof. Dr méd. Egbert Nitzsche, responsable du secteur des services médicaux centraux.

Le LUKS nomme un nouveau médecin-chef en chirurgie viscérale



Prof Dr méd.
Martin Bolli

LUKS Le Prof Dr méd. Martin Bolli prendra la direction du secteur de la chirurgie viscérale pour l'ensemble du groupe LUKS en tant que médecin-chef. Son engagement comprendra un investissement accru dans la chirurgie robotique à l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS). Ce spécialiste dans le domaine de la chirurgie des tumeurs et de la chirurgie assistée par robot devra, avec les médecins-chefs des sites de Lucerne, Sursee, Wolhusen et Stans, faire avancer le développement de la chirurgie abdominale du groupe LUKS. Martin Bolli a étudié la médecine à Zurich et effectué une grande partie de sa formation chirurgicale à Bâle. Il a participé à la recherche chirurgicale et oncologique et posé les bases de son habilitation dans le domaine de la chirurgie des tumeurs. Ces cinq dernières années, il a été médecin-chef adjoint de la chirurgie viscérale au Claraspital, Clarunis. À Bâle, il a notamment dirigé le domaine de la chirurgie du tractus gastro-intestinal supérieur et participé au développement de la robotique en chirurgie abdominale. Il enseigne depuis des années la chirurgie à l'Université de Bâle.

Au cœur de la science

Le COVID-19 peut faire baisser le QI

Coronavirus Difficultés de concentration et fatigue peuvent être les conséquences d'une infection par le coronavirus. Deux études, publiées récemment dans le *New England Journal of Medicine*, ont révélé que le COVID-19 pourrait également provoquer une baisse du QI. Dans une étude prospective menée en Angleterre, les troubles cognitifs concernaient surtout la mémoire, la pensée abstraite et les fonctions exécutives. Les déficits les plus importants étaient observés chez les personnes infectées par le type sauvage ou la variante alpha du SARS-CoV-2 ou chez celles qui devaient être traitées en soins intensifs en raison d'une évolution grave de la maladie. Selon une étude norvégienne menée d'août à septembre 2022, les troubles cognitifs ont persisté jusqu'à trois ans. Près de 110 000 adultes ont été testés en ligne, y compris des personnes ayant été infectées par le coronavirus, des patientes et patients souffrant d'un Covid long et des personnes non infectées.

doi.org/10.1056/NEJMoa2311330

Sommeil profond et sociabilité

Comportement Le degré de sociabilité d'une personne peut être déterminé par les ondes cérébrales pendant le sommeil profond dans une zone spécifique du cerveau. C'est la conclusion à laquelle sont parvenus des scientifiques de l'Université de Berne. Les ondes cérébrales lentes, appelées «slow waves», apparaissent pendant le sommeil profond et indiquent une bonne qualité de sommeil. Leur activité est très individuelle. Selon l'étude, plus une personne présente de «slow waves» dans la jonction temporo-pariétale droite (JTP), plus elle agit de manière prosociale. Cette zone du cerveau est impliquée dans la capacité à se mettre à la place de l'autre. L'équipe de recherche a étudié le sommeil nocturne des participants et a ensuite testé leur comportement social dans le cadre d'un jeu. Il s'est avéré que les participants ayant une activité «slow-wave» importante dans la JTP étaient plus généreux envers les membres d'un groupe qu'une personne ayant une activité «slow-wave» plus faible.

doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0885-23.2024

Divers

Un accueil personnalisé



Le CHUV facilite la prise en charge des personnes en situation de handicap.

CHUV Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), un dispositif d'accueil personnalisé vise à prendre en compte les besoins spécifiques des patientes et patients avec un trouble du spectre autistique (TSA) et/ou une déficience intellectuelle.

Des personnes spécialement formées sont à disposition de la patientèle pour examiner les besoins, planifier un séjour ou une consultation ou encore informer et coordonner les soignantes et soignants. Le dispositif nommé DAC-TSA assure en outre la coordination avec les cliniciens afin de les sensibiliser, les préparer et les conseiller. Ce dispositif peut être activé dans l'ensemble des départements de l'hôpital.

Selon le Dr Vincent Guinchat, médecin-chef au Service des troubles du spectre de l'autisme et apparentés, ce dispositif répond à un réel besoin des personnes porteuses d'un TSA. «A priori, l'environnement hospitalier est angoissant et n'est pas conçu pour ces patientes et patients neuro-atypiques. Les procédures de soins sont mal comprises et parfois intrusives, le cadre est bruyant, les temps d'attente sont mal supportés.» Cette démarche transversale et multidisciplinaire proposerait donc une porte d'entrée simple et facile d'accès pour l'ensemble des soins généraux.

Contactez l'équipe du DAC-TSA: 021 314 42 45 (lundi, mardi et jeudi de 8h 30 à 16h). Mail: ac-tsa[at]chuv.ch

En chiffres

Excès d'alcool



Une équipe des HUG et de l'Université de Genève a étudié l'influence de la consommation d'alcool sur le risque de souffrir d'un autre événement cardiovasculaire indésirable majeur après un AVC.

Au total, **6557** personnes ont été suivies médicalement pendant **12** mois et les données sur leurs consommations hebdomadaires d'alcool ont été recueillies simultanément.



Les épisodes de consommation excessive d'alcool (binge drinking), même s'ils surviennent **moins d'une fois** par mois, étaient associés à un risque **deux fois plus élevé** de décès, d'infarctus du myocarde ou d'AVC. doi.org/10.1093/eurjpc/zwad364

Personnalité de la semaine

Il lutte contre le glaucome



Prof. Dr méd.

Kaweh Mansouri

Spécialiste FMH en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie et vice-président exécutif de la World Glaucoma Association (WGA)

Ophtalmologie Le Prof. Dr méd. Kaweh Mansouri est le nouveau vice-président exécutif de la World Glaucoma Association (WGA). L'association s'engage dans le monde entier pour lutter contre le glaucome et les handicaps qui y sont liés. C'est la première fois depuis la création de l'organisation qu'un spécialiste européen, et de surcroît suisse, est nommé à ce poste, comme l'indique la WGA. «C'est un grand honneur et une marque de reconnaissance de la part de mes collègues du monde entier», souligne Kaweh Mansouri.

Doté d'une double nationalité autrichienne et suisse, Kaweh Mansouri a étudié la médecine à Vienne (Autriche). Après sa formation de spécialiste FMH en ophtalmologie, il est devenu chef de clinique à l'Université de Genève dans le service du glaucome. Il a ensuite poursuivi sa formation postgraduée au Hamilton Glaucoma Center de l'Université de Californie (États-Unis), où sa fascination pour le glaucome s'est intensifiée: «C'est une maladie neurodégénérative dont nous ne savons pas encore grand-chose – je voyais cela comme un défi pour un jeune médecin et chercheur. De plus, j'étais fasciné par les méthodes chirurgicales.» Kaweh Mansouri a ensuite obtenu le titre de formation approfondie en chirurgie ophtalmique FMH. Depuis 2015, il

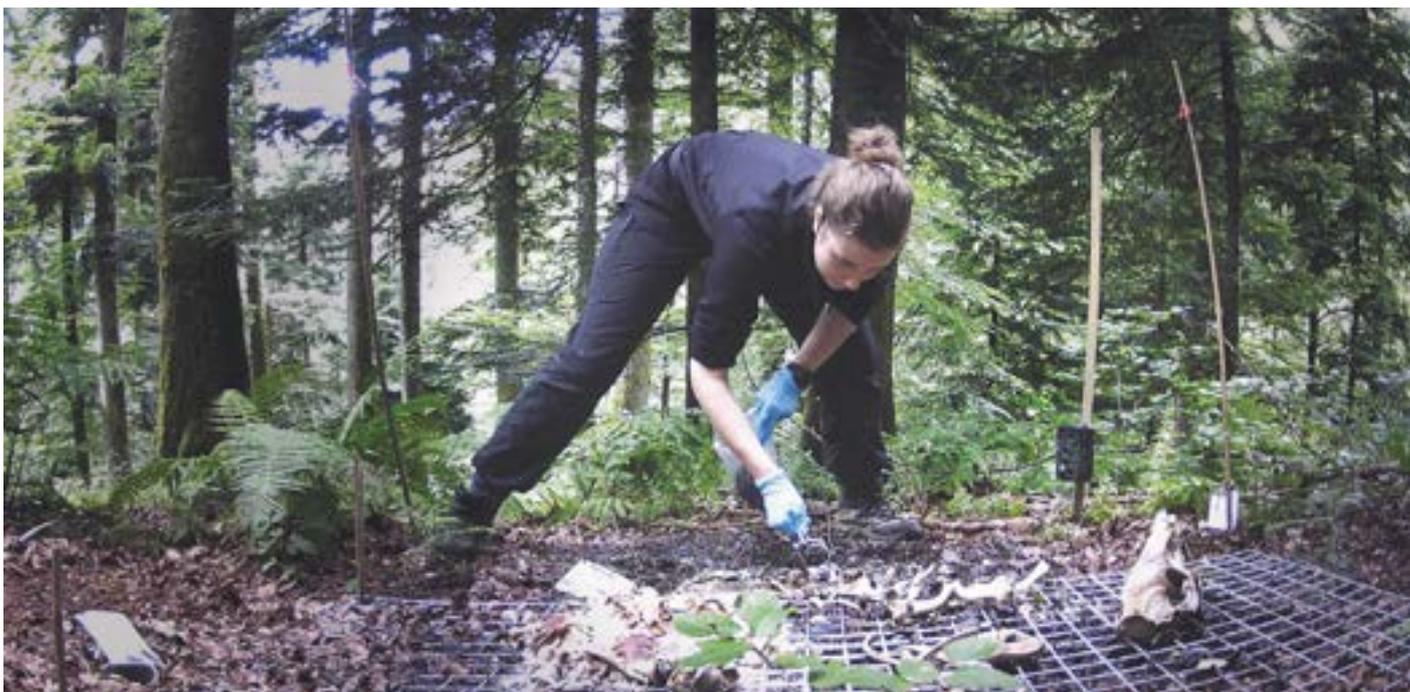
travaille comme spécialiste en ophtalmologie à la clinique Swiss Visio Montchoisi à Lausanne. En 2017, il a fondé avec le Dr méd. André Mermoud la Swiss Glaucoma Research Foundation et en a pris la présidence. La lutte contre le glaucome lui tient à cœur: «Il peut être stabilisé dans la plupart des cas avec les méthodes thérapeutiques existantes. C'est une tragédie que tant de personnes souffrent d'une perte de vision permanente, soit par ignorance à ce sujet, soit par manque d'accès au système de santé.»

En tant que nouveau vice-président exécutif de la WGA, Kaweh Mansouri veut contribuer à vaincre un jour le glaucome. Selon lui, il s'agit d'augmenter le nombre de membres et d'encourager ainsi la prochaine génération de spécialistes du glaucome. Le professeur Mansouri est persuadé que le glaucome sera encore mieux traité dans un avenir proche. De grands progrès ont déjà été réalisés au cours des 12 dernières années avec l'introduction de la chirurgie micro-invasive du glaucome (MIGS). L'avenir proche apportera les premières thérapies géniques pour diverses formes de glaucome, ainsi que des thérapies neuroprotectrices, ajoute-t-il.



Scannez le code QR et découvrez les dernières actualités médicales et scientifiques!

Repéré



© Piège photographique / Lara Indra (départ. d'anthropologie, IRM, Université de Berne)

Médecine légale Des scientifiques de l'Université de Berne ont étudié les processus de décomposition sur des cadavres de porcs déposés dans la nature. Ils ont constaté que la méthode utilisée jusqu'à présent en Suisse pour évaluer la décomposition devait être adaptée. Leur nouvelle méthode permettra désormais une datation plus précise des cadavres. doi.org/10.1111/1556-4029.15497



Certaines femmes préfèrent un accouchement naturel avec le moins d'interventions possible.

La tendance est au naturel

Obstétrique Depuis quelques années, plusieurs hôpitaux de Suisse alémanique proposent l'accouchement assisté par une sage-femme. La responsabilité revient donc à la sage-femme, qui dispense les soins obstétricaux en toute autonomie. La confiance est de mise, notamment de la part des médecins.



© Viad Samodanov / Dreamstime

La naissance d'un enfant est une expérience intense pour les parents, source de joies et d'angoisses. En Suisse, la plupart des femmes accouchent à l'hôpital. Au terme d'une grossesse sans complication, certaines préfèrent un accouchement naturel sans personnel médical spécialisé. Plusieurs hôpitaux de Suisse alémanique, à l'instar de l'Hôpital universitaire de Bâle et du Centre hospitalier de Bienne, ont désormais répondu à ce besoin en proposant l'accompagnement à la naissance par une sage-femme. Par ailleurs, certains établissements ont suivi la procédure de reconnaissance de la Fédération suisse des sages-femmes, comme l'Hôpital cantonal de Baden ou l'Hôpital cantonal de Nidwald. Dans le canton de Zurich, neuf hôpitaux proposent depuis début 2023 des soins obstétricaux dispensés par une sage-femme. En effet, Zurich est jusqu'à présent le seul canton à avoir intégré cette offre dans les missions de ses hôpitaux.

Renforcer l'autodétermination des femmes

Dans le cadre de l'accouchement assisté par une sage-femme, la responsabilité professionnelle de la grossesse, du suivi postnatal et du déroulement autonome de l'accouchement incombe à la sage-femme. Peu avant l'accouchement, une deuxième sage-femme vient en renfort. On ne consulte l'avis du médecin qu'en cas de complications ou à la demande de la sage-femme. «Avec ce modèle, nous aimerions apporter une plus grande continuité dans le suivi de la grossesse et de la naissance, tout en favorisant l'autodétermination des femmes et en limitant les interventions médicales à leur strict minimum», explique Barbara Stocker, présidente de la Fédération suisse des sages-femmes. Susanne Grylka, responsable de l'Institut de recherche sur les sciences maïeutiques et la fertilité de l'Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), ajoute: «D'après les recherches, nous savons que les femmes qui accouchent avec peu d'interventions sont davantage satisfaites.» [1, 2]

Pour accoucher sous la seule supervision d'une sage-femme, les futures mamans doivent remplir certains critères.

Les futures mamans accordent beaucoup d'importance à la continuité du suivi et de l'accompagnement, c'est pourquoi certaines optent pour leur médecin traitant, développe Barbara Stocker. «Mais nombre de femmes, surtout les primipares, ignorent que le médecin ne sera pas dans la pièce de la première contraction à l'accouchement. Le rôle du médecin est différent: il intervient pour l'accouchement, en cas de trop fortes douleurs ou de complications.» Les heures pendant ou entre les contractions relèvent de la compétence d'une sage-femme. Une fois en travail, les femmes ne sont souvent plus en mesure de dire ce qu'elles veulent ou non. «Il en résulte parfois des erreurs de jugement, qui peuvent causer des blessures psychiques ou physiques et faire de l'accouchement une expérience traumatisante.»

Avec le développement de la médecine au cours des dernières décennies, une forte médicalisation et pathologisation a également pris place dans le domaine de l'obstétrique. Ainsi, la mortalité de la mère et de l'enfant a peu à peu baissé. En parallèle, le nombre d'interventions médicales lors de l'accouchement a augmenté. L'exemple le plus marquant est celui de la césarienne [3]. Selon l'Office fédéral de la statistique, un enfant sur trois naît actuellement par césarienne en Suisse. Le taux de césariennes est élevé par rapport à d'autres pays et dépasse le taux de 15 à 20% fixé par l'OMS.

Une demande limitée

En Suisse, la clinique de gynécologie de l'Hôpital de l'Île à Berne est pionnière en matière de soins obstétricaux prodigués par une sage-femme, et ce, depuis 18 ans. «Nous observons déjà à l'époque une demande croissante des femmes enceintes pour accoucher naturellement dans un cadre familial avec le moins d'interventions médicales possible», déclare Daniel Surbek, médecin-chef de la clinique de gynécologie et membre du comité de la Société suisse de gynécologie

et d'obstétrique. Un tel accouchement peut aussi bien se dérouler en maison de naissance ou à domicile. Mais la naissance assistée par une sage-femme dans une clinique présente un avantage décisif: en cas d'urgence, un médecin peut rapidement intervenir et la femme est directement sur place. Elle n'a même pas besoin de changer de chambre. «Cela représente une sécurité pour les futures mamans, un souhait qui figure en tête de liste», poursuit-il.

À l'époque, les sages-femmes de l'Hôpital de l'Île s'étaient prononcées en faveur d'une plus grande autonomie dans leur pratique quotidienne, avec davantage de liberté décisionnelle pour les accouchements physiologiques sans complication. C'est pourquoi la clinique a commencé par un projet pilote qui, après une évaluation réussie, s'est transformé en une offre régulière. Daniel Surbek est satisfait de l'évolution de cette forme d'accouchement à la clinique de gynécologie. «Le principe et la collaboration entre les sages-femmes et le personnel médical spécialisé fonctionnent très bien. Les femmes se sentent bien et entre de bonnes mains.»

Il y a deux ans, la clinique de gynécologie de l'Hôpital de l'Île a publié une étude [4], qui passe en revue les expériences de plus de 500 accouchements planifiés par des sages-femmes de la clinique. Il en ressort que ce modèle offre une grande sécurité pour la mère et l'enfant, même s'il est encore rarement demandé. Sur la période de 2006 à 2019, seuls 2,6% des naissances étaient prévues avec des sages-femmes. «Nous nous sommes rendu compte du nombre limité de femmes qui choisissent un tel accouchement», ajoute le médecin-chef. Par ailleurs, pour accoucher sous la seule supervision d'une sage-femme, les futures mamans doivent remplir certains critères. La femme enceinte et l'enfant à naître doivent, par exemple, être en bonne santé et dans un état général satisfaisant, et la grossesse doit se dérouler sans problème et en douceur.

Une bonne communication et organisation entre les groupes professionnels revêt une importance majeure.

«Cela implique un conflit potentiel»

En même temps, la clinique de gynécologie de Berne a introduit le modèle de l'accouchement assisté par une sage-femme agréée. La demande y est plus forte, explique Daniel Surbek. C'est pourquoi la clinique a fortement augmenté le nombre de sages-femmes agréées ces dernières années. Celles-ci assurent un suivi continu, de la grossesse au post-partum en passant par l'accouchement. «Ce modèle est effectivement très apprécié», confirme Barbara Stocker, présidente de la Fédération suisse des sages-femmes. Malheureusement, les hôpitaux qui proposent cette formule ne sont pas assez nombreux. Mais elle pense que les soins obstétricaux dispensés par une sage-femme et la sage-femme agréée rendent la profession plus attrayante. «De nombreuses sages-femmes ont cessé leur activité professionnelle en raison de leur insatisfaction, de l'impossibilité à mettre en pratique les compétences acquises au cours de leur formation. Elles étaient contraintes d'exécuter ce qui était prescrit.» Avec le modèle d'accouchement assisté par une sage-femme, les choses

bougent: elles assument la responsabilité et la prise de décision. La satisfaction, d'après la scientifique Susanne Grylka, s'en trouve augmentée. Mais cela requiert aussi de la confiance, notamment de la part des médecins.

Aujourd'hui, les femmes réfléchissent bien plus à la manière de mettre leur enfant au monde.

Raison de plus pour assurer une communication saine et une bonne organisation entre les deux groupes professionnels et au sein des équipes interdisciplinaires, et instaurer des directives claires dans les hôpitaux. «L'accouchement naturel et physiologique est un domaine où le travail des sages-femmes et celui des gynécologues se chevauchent. Cela implique un conflit potentiel», émet Daniel Surbek. Selon lui, les deux groupes professionnels ont, par nature, une vision différente de l'accouchement. «Les médecins voient plutôt ce qui pourrait arriver, tandis que les sages-femmes mettent l'accent sur le caractère naturel de l'accouchement et sur les besoins de la parturiente.» Pour lui, il est extrêmement important de garantir une bonne formation initiale et continue, tant pour les sages-femmes que pour les médecins. La présidente de la Fédération suisse des sages-femmes partage cet avis: «Ce n'est qu'en comprenant la physiologie que l'on reconnaîtra la pathologie.»

Barbara Stocker précise que les hôpitaux ne sont pas tous tenus d'offrir le modèle d'accouchement assisté par une sage-femme, surtout si une maison de naissance se trouve à proximité. Toutefois, il est important, pour elle, que les femmes aient le choix partout en Suisse. «Aujourd'hui, les femmes réfléchissent bien plus à la manière de donner naissance à leur enfant. Elles savent ce qu'elles veulent ou non, même dans le cas d'une éventuelle intervention médicale.»



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

Une fois guéri, un zona peut laisser des cicatrices cutanées persistantes

Certaines personnes continuent à présenter des cicatrices visibles sur la peau longtemps après la résorption d'un zona. L'incidence et les facteurs de risque de cicatrices post-herpétiques ont été examinés dans le cadre d'une étude de cohorte prospective.

Le zona est typiquement caractérisé par une douleur sévère et une éruption érythémateuse suivie de l'apparition de vésicules à liquide clair groupées en bouquets qui évoluent en pustules sur 7 à 10 jours.¹ Si les lésions cutanées guérissent en général complètement en l'espace de 2 à 4 semaines, des cicatrices ou des altérations pigmentaires (p. ex. hypo- ou hyperpigmentation) post-herpétiques, qui peuvent être durables^{1,2}, voire permanentes dans certains cas, sont possibles.¹

L'incidence de cicatrices cutanées après résorption d'un zona a été déterminée dans une étude prospective menée auprès de patients consultant à l'hôpital pour un zona (N=113) avec les caractéristiques démographiques et médicales des patient-e-s qui ont développé des cicatrices.^{2,*}

Dans cette étude, 42% (n=47/113) des sujets étaient immunodéprimés.² Environ 10% des patient-e-s ayant développé un zona présentaient des cicatrices visibles

6 mois après leur épisode (n=11/113; 9,7%) et la plupart des cicatrices étaient bien visibles (n=9/11; 82%).² Les emplacements les plus fréquents des cicatrices post-herpétiques étaient le torse (n=5), la région cervicale (n=3) et le visage (n=3).²

Dans cette petite cohorte de patients, les facteurs de risque de cicatrisation post-herpétiques se sont révélés être les cas sévères (n=10/11) et l'immunosuppression (n=9/11).²

Des cicatrices sur la peau peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie et la vie sociale et professionnelle des patient-e-s, l'aspect de la peau d'une personne pouvant affecter son estime de soi et l'image qu'elle a d'elle-même.³ Les patient-e-s dont les signes visibles d'un zona persistent sans guérir peuvent



Illustration: cicatrisation hypertrophique et zona récurrent chez un patient avec VIH (L2,3).² L'illustration, reproduite avec l'autorisation de Springer Nature, a été publiée initialement dans El Hayderi L, et al. Am J Clin Dermatol. 2018.

recourir à des traitements correctifs tels que la chirurgie esthétique.²

En prévenant efficacement le zona, la vaccination avec SHINGRIX peut réduire les complications potentielles de la maladie.^{1,2,4,†}

Facteurs de risque chez les patient-e-s hospitalisé-e-s avec cicatrisation post-herpétique (n = 11/113):²

Maladie sévère (10/11)	
Immunosuppression (9/11)	

Les résultats ont été initialement publiés dans El Hayderi, et al. Am J Clin Dermatol. 2018.²
L'image a été créée par GSK de manière indépendante à partir des données originales.

Protégez vos patient-e-s âgé-e-s de 50 ans et plus contre le zona^{4,†} – c'est maintenant qu'il faut leur parler de la prévention du zona.

* Étude prospective sur 3 ans menée auprès de patient-e-s atteint-e-s de zona confirmé (N=113) dans un centre universitaire de soins tertiaires en Belgique. Les cas de zona ont été confirmés par des frottis de Tzanck pour coloration histochimique à l'acide périodique Schiff (APS) et marquage immunohistochimique du virus varicelle-zona et du virus Herpes simplex de type I et II, et tous-tes les patient-e-s ont été traité-e-s par acyclovir en administration orale ou intraveineuse conformément au protocole de soins standard de l'établissement. La moyenne d'âge de la cohorte était de 60.6 ans (plage: de 25 à 88 ans) et 47 sujets (42%) étaient immunodéprimés. Les patient-e-s identifié-e-s avec des cicatrices post-herpétiques 1 mois après guérison des lésions cutanées du zona (n=11) ont été suivis tous les 2 mois pendant 6 mois.²

† SHINGRIX ne protège pas 100% des individus vaccinés.

Shingrix (Vaccin contre le zona, recombinant, avec adjuvant). **PA:** Glycoprotéine E du virus varicelle-zona (antigène gE). Il: Prévention du zona chez les adultes de 50 ans et plus, et chez les adultes de 18 ans et plus présentant un risque accru de zona. **P:** Posologie usuelle: Immunisation de base: deux doses (chacune à 0,5 ml), intervalle de 2 mois au minimum. Posologie

spécifique: voir information professionnelle. Par voie intramusculaire dans le muscle deltoïde. On ne dispose d'aucune donnée concernant la nécessité de doses de rappel. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants. **M/P:** Une réponse immunitaire protectrice peut ne pas être obtenue chez tous les sujets vaccinés avec Shingrix. **IA:** Shingrix peut être administré simultanément à un vaccin contre la grippe saisonnière sans adjuvant, un vaccin PPV23, un vaccin PCV13 ou un vaccin dTpa. Toujours injecter les vaccins à des sites différents. **G/A:** Il n'existe pas de données cliniques sur l'emploi pendant la grossesse et l'allaitement. **EI:** Très fréquents: Céphalées, symptômes gastro-intestinaux (y compris nausées, vomissements, diarrhée et/ou douleurs abdominales), myalgie, réactions au site d'injection (douleurs, rougeur, gonflement), fatigue, frissons, fièvre. **Frequents:** Prurit au site d'injection, malaise. **Occasionnels:** Lymphadénopathie, vertiges, arthralgie. **Expériences post-commercialisation: Rares:** Réactions d'hypersensibilité. **Très rares:** Syndrome de Guillain-Barré. **Fréquence inconnue:** Toxicité cutanée grave. **Cons:** Conserver au réfrigérateur (2-8°C). **Pr:** Flacon de poudre et flacon de suspension, x1. **CR: B. Mise à jour de l'information:** mars 2023. GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee. Consulter www.swissmedicinfo.ch pour des informations détaillées.

Veillez signaler les effets indésirables médicamenteux à l'adresse swiss@gsk.com. Les professionnel-le-s de la santé peuvent demander les références mentionnées à GlaxoSmithKline AG.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Shingrix disponible sous www.swissmedicinfo.ch.

Références: 1. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of Herpes Zoster. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2008;57(RR-5):1-30. 2. El Hayderi L, Nikkels-Tassoudji N, Nikkels AF. Incidence of and risk factors for cutaneous scarring after herpes zoster. Am J Clin Dermatol. 2018;19:893-897. 3. Kowalewska B, Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, et al. Quality of life in skin diseases as perceived by patients and nurses. Adv Dermatol Allergol 2020;XXXVII(6):956-961. 4. Information professionnelle Shingrix, www.swissmedicinfo.ch, consulté en février 2024.

Cet article a été rendu possible grâce au soutien financier de GlaxoSmithKline AG.

Vous souhaitez en savoir plus sur le zona?



Cliquez sur «play» pour écouter le témoignage d'une véritable patiente souffrant de zona: DeAnn, 55 ans



Souhaitez-vous être au courant du statut de livraison des vaccins GSK? Inscrivez-vous à la newsletter.

LE ZONA EST ÉVITABLE – POURQUOI ATTENDRE?

SHINGRIX
(ZOSTER VACCINE RECOMBINANT, ADJUVANTED)

image-symbole

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3, CH-3053 Münchenbuchsee, Tél. +41 (0)31 862 2111, Fax +41 (0)31 862 22 00, www.glaxosmithkline.ch
Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2024 GSK group of companies or its licensor.

«On manque encore de preuves scientifiques»

Recherche de pointe Cela faisait dix ans que le «Rising Star Award» de la Société européenne de gastroentérologie (UEG) n'avait pas été remis à un Suisse. Nous avons demandé au lauréat, Thomas Greuter, gastroentérologue et chercheur invétéré, comment il associe travail clinique et recherche, et quelles sont les perspectives pour sa spécialité qui a le vent en poupe.

Propos recueillis par Simon Maurer

Thomas Greuter, vous avez reçu le «Rising Star Award 2024» de la Société européenne de gastroentérologie. Félicitations! Que signifie cette récompense pour vous?
C'est une reconnaissance importante du travail que j'ai accompli ces dix dernières années. J'en retire une certaine fierté, car je suis encore relativement jeune dans mon domaine d'activité. Je la reçois humblement aussi, car si j'ai pu en arriver là, c'est grâce aux nombreux soutiens dont j'ai bénéficié dans ma carrière.

Le dernier Suisse à avoir reçu ce prix était Michael Scharl, en 2014. Il est aujourd'hui un professeur renommé de l'Hôpital universitaire de Zurich. Où vous voyez-vous dans dix ans?

Je veux poursuivre avec la recherche universitaire et mon travail clinique. J'aimerais aussi développer ma propre équipe de laboratoire à l'Hôpital universitaire de Zurich. Ici, j'espère obtenir des subventions pérennes. Mon objectif à moyen terme est clairement un poste de professeur titulaire à l'Université de Zurich, sachant que mon lien à cet établissement remonte à mes études.

Vous êtes médecin adjoint à l'Hôpital GZO de Wetzikon. Vous êtes aussi chercheur à l'Université de Zurich. Comment gérez-vous votre emploi du temps?

Ce n'est possible qu'avec beaucoup de flexibilité et de soutien. Officiellement, je suis un jour par semaine à Zurich, pour les recherches que je mène avec mon équipe sur l'œsophagite à éosinophile – une affection de l'œsophage. Mais si l'on considère objectivement le temps consacré à la recherche, c'est un

poste à 40% qui s'ajoute à mon quotidien clinique. J'effectue une grande partie de mes recherches sur mon temps libre, le week-end ou en dehors de mes horaires de praticien. J'y suis habitué depuis que je travaille avec les Hôpitaux universitaires de Zurich et le Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne. La recherche ne fonctionne pas sans initiative personnelle.

«Une recherche de pointe est aussi possible hors des grands centres urbains, notamment si les structures adéquates sont présentes.»

Vous êtes chercheur à l'Hôpital universitaire de Zurich, sans y travailler comme médecin. C'est atypique. Ce ne serait pas plus simple d'y être à temps plein?

C'est possible. Mais je suis avec le GZO depuis toujours, j'y ai maintenant aussi des attaches familiales et j'aime beaucoup mon travail ici, en première ligne. Je vois au quotidien ce que la patientèle issue du milieu rural apprécie, et ce dont elle a besoin. Cet environnement me permet de mener des recherches centrées sur elle. De plus, j'ai la chance que l'objet de mes recherches, l'œsophagite à éosinophile, soit fréquent aussi hors des zones urbaines, ce qui facilite mon travail. Une carrière comme la mienne n'est en général possible qu'avec beaucoup de soutien, ce que m'apportent la clinique de gastroentérologie de l'Hôpital universitaire de Zurich et le GZO.

Le PD Dr méd. Thomas Greuter, gastroentérologue, est médecin adjoint à l'Hôpital GZO (Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland) de Wetzikon et intervient comme enseignant aux universités de Zurich et Lausanne. Il mène des recherches sur l'œsophagite à éosinophile et dirige plusieurs projets internationaux.



En tant que praticien dans un petit hôpital, vous avez aussi des inconvénients en matière de structures de recherche. Pour vos études, vous n'avez par exemple pas de collaborateur scientifique à qui déléguer les tâches statistiques. Ce ne serait pas le cas dans un hôpital universitaire.

La recherche n'est possible qu'avec un réseau – ça ne marche pas sans. Cela vaut aussi en hôpital universitaire. Sans réseau, vous êtes, là aussi, un combattant solitaire, soumis à une très forte pression concurrentielle. Ces dernières années, j'ai pu développer un vaste réseau, avec notamment des partenaires à Zurich, Lausanne, Berne et aux États-Unis, avec lesquels je collabore. Cela inclut aussi des statisticiens, qui me prêtent parfois main-forte. Le fait de ne pas être au même endroit n'est pas un souci dans la recherche.

Cependant, sans le soutien universitaire, vous ne pourriez pas publier dans les revues les plus renommées...

C'est vrai en recherche fondamentale. Mais justement, je pense qu'une recherche de pointe est aussi possible hors des grands centres urbains, notamment si les structures adéquates sont présentes. L'oesophagite à éosinophile en est un parfait exemple. La maladie a été découverte en Suisse dans les années 1990, par le professeur Alex Straumann, qui a été le premier à l'identifier lorsqu'il pratiquait en cabinet. Les grandes revues ont d'abord refusé de publier les thèses d'un médecin exerçant en cabinet. Ce n'est que lentement que les spécialistes ont reconnu ce diagnostic révolutionnaire et qu'Alex Straumann a reçu la reconnaissance qu'il méritait.

Dans la même veine, la dernière lauréate du prix Nobel de médecine, Katalin Karikó, expliquait en interview que les financements allaient aujourd'hui aux études plus simples d'accès plutôt qu'aux projets adoptant une approche inédite [1]. C'est aussi un problème, selon vous?

Le problème est peut-être plus la difficulté de financer des projets qui vont à contre-courant des tendances «mainstream». J'ai moi-même deux projets qui questionnent certains dogmes. L'un est une étude sur les étapes précédant l'oesophagite à éosinophile. L'autre un travail sur l'influence de divers types de lait sur sa pathophysiologie. Cela dit, en Suisse, on est plutôt bien lotis en matière de financements.

«Ces prochaines années, on devrait introduire sur le marché des médicaments qui stoppent l'évolution de la fibrose.»

On disait autrefois qu'il fallait passer un an aux États-Unis pour espérer devenir professeur ou médecin-chef. Est-ce toujours le cas?

J'ai moi-même passé deux ans aux États-Unis à la clinique Mayo et je le ressens comme un enrichissement, qui m'a aidé à plusieurs égards. D'abord sur le plan professionnel: j'ai fait de la recherche sur la transduction des signaux et les fibroses dans le domaine du foie et j'ai pu rencontrer les plus grosses pointures du domaine. À Rochester, dans le Midwest américain, où j'étais, les possibilités financières sont impressionnantes, même au regard des standards suisses. Il s'y ajoute

un vaste effectif de patientes et patients, et un savoir-faire inégalé. Il y avait une centaine de gastroentérologues en plus de nous, les Fellows. Et j'en ai aussi beaucoup retiré sur le plan personnel.

C'est-à-dire?

Les États-Unis sont un melting-pot qui vit de la migration de gens brillants venus du monde entier. On se fait d'excellents contacts pour la recherche, on gagne en mobilité – une mobilité essentielle notamment dans le monde académique. L'atmosphère est très ouverte et ce n'est pas une culture de combattants solitaires, mais de travail d'équipe. Il y a beaucoup à apprendre. Je pense qu'en 2020, je n'aurais pas été prêt à quitter Zurich pour Lausanne sans ce séjour préalable aux États-Unis.

«Je pense qu'en 2020, je n'aurais pas été prêt à quitter Zurich pour Lausanne sans ce séjour préalable aux États-Unis.»

Où voyez-vous les prochaines percées scientifiques en gastroentérologie?

Pour les affections intestinales inflammatoires, on a désormais un mix de substances biologiques, à l'efficacité très spécifique. Ce sont des médicaments chers, mais qui changent réellement la donne. Ces prochaines années, on devrait aussi introduire sur le marché des médicaments qui stoppent l'évolution de la fibrose – et qui restent aujourd'hui encore le Graal de notre spécialité. En endoscopie interventionnelle, on se rapproche de plus en plus de la chirurgie. La plus grande avancée a eu lieu en hépatologie, pour le traitement de l'hépatite C.

Le traitement de la fibrose aurait un effet majeur, du point de vue économique, sur la prise en charge des fibroses hépatiques liées à l'alcool.

Oui, mais pas seulement. Car j'ai noté, dans mes recherches, que beaucoup de mécanismes et enseignements en matière de fibrose hépatique valent aussi pour d'autres organes. Les médiateurs cellulaires présents dans le foie jouent aussi un rôle dans l'intestin, l'oesophage, et même dans les poumons. Ce qui veut dire que consulter une revue de pneumologie peut aider à trouver de nouvelles impulsions pour nos propres recherches.

Les sujets de gastroentérologie sont populaires et les articles sur l'alimentation, placés par exemple en page d'accueil des sites des revues, génèrent souvent de nombreux clics. Cet intérêt aide-t-il à sensibiliser le grand public aux questions de gastroentérologie?

On parle sûrement plus aujourd'hui des problèmes gastro-intestinaux. Mais cela reste souvent superficiel, avec toujours de nombreux tabous. Il est plus facile de parler d'oesophage que d'anus. Plus on approfondit le sujet, plus c'est inconfortable pour de nombreuses personnes. Alors qu'il faudrait parler bien plus de ces sujets, ne serait-ce que pour améliorer le suivi des recommandations de dépistage du cancer de l'intestin, soit une coloscopie tous les dix ans au moins, à partir de 50 ans. Il y a un manque évident de connaissances chez nos patientes et nos patients.



© Reto Schliatter

«La recherche n'est possible qu'avec un réseau», explique Thomas Greuter.

C'est vraiment encore un souci? Les directives sur le sujet sont pourtant claires.

Oui! Mais avoir des directives ne veut pas dire qu'elles sont mises en œuvre. Par exemple, dans mon domaine - l'œsophagite à éosinophile -, notre groupe de recherche suisse a récemment découvert qu'il n'y a pas eu de progrès en matière de pose du diagnostic ces vingt dernières années. Il s'écoule toujours trop de temps entre le premier symptôme et le diagnostic, malgré un tableau clinique désormais bien connu. Et ce, parce que les patientes et les patients consultent trop tard, en raison d'une mauvaise interprétation des symptômes. Mais aussi à cause du délai qui sépare le premier examen de la pose du diagnostic.

Et ce, malgré la popularité, ces dernières années, de l'ouvrage de vulgarisation «Le charme discret de l'intestin» de Giulia Enders et l'essor des thèmes liés à l'alimentation.

C'est en effet un point d'introduction parfait au sujet qui nous intéresse. Mais s'agissant de l'intestin, il y a aussi beaucoup de demi-vérités, qui rendent un échange sérieux difficile. On manque encore de preuves scientifiques sur certaines questions. Mes patientes et mes patients avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin s'intéressent surtout à l'alimentation, mais on a peu de recommandations scientifiquement fondées. Je leur déconseille en général un changement radical de régime et je les oriente vers une ou un nutritionniste.

Et vous, quelles règles suivez-vous en matière d'alimentation?

Aucune. Et je n'en ai jamais recommandé. Je ne fais souvent que deux repas par jour, le midi et le soir. Ce qui laisse un délai assez long entre la prise de nourriture du soir et du lendemain midi. J'ai appris, il y a peu, qu'on nomme ça le jeûne intermittent. Mais c'est un hasard et je ne suis pas pour encourager les jeunes adultes en bonne santé à suivre un régime ou un mode d'alimentation spécifique.



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Prof. Dr. méd. Georg Rutishauser a fondé, avec des collègues, le club des «faux pas».

In memoriam: Georg Rutishauser (1927–2024)

Nécrologie Le 16 février 2024, le Prof. Dr. méd. Georg Rutishauser est décédé à l'âge de 98 ans. Il a longtemps exercé comme professeur ordinaire et médecin-chef en urologie à l'Hôpital universitaire de Bâle (USB). Au cours de sa longue carrière, il a marqué l'urologie de son empreinte dans la région bâloise, en Suisse et en Europe.

Le Prof. Dr. méd. Georg Rutishauser est né à Bâle en 1927. Il a d'abord été scolarisé à Bâle puis, à cause de la guerre, à Schiers en internat. Il a étudié la médecine dans sa ville natale et a participé à un séminaire de recherche à Paris, d'où ses liens étroits avec l'urologie en France.

Il a étudié l'urologie à une époque où cette spécialité n'existait pas encore en tant que telle;

elle était initialement rattachée à la chirurgie. Son mentor, le professeur Heinrich Heusser (1894–1967), a fait de l'urologie une branche de la médecine à part entière et a obtenu un poste d'enseignant en urologie en 1951. Hélas, il est décédé de manière inattendue en 1967. Le professeur Rutishauser, âgé de 38 ans, lui a succédé à la tête du service d'urologie. Il l'a alors déve-

loppé pour en faire une clinique autonome, dont la grande renommée a largement dépassé les frontières helvètes.

Une longue carrière couronnée de succès

Le Prof. Dr. méd. Georg Rutishauser a été le premier titulaire d'une chaire en urologie à l'Université de Bâle et a exercé pendant plus de 30 ans

comme médecin-chef en urologie, à l'USB autrefois appelé *Bürgerspital* avant d'être rebaptisé *Kantonsspital* (Hôpital cantonal) puis Hôpital universitaire de Bâle. En cette qualité, il a également occupé la fonction de professeur adjoint du département de chirurgie sous la direction du Prof. Dr méd. Martin Allgöwer. En plus de nombreuses autres fonctions, il a été secrétaire et président de la Société suisse d'urologie (SWISS UROLOGY) et l'un des rares Suisses à avoir accédé à la présidence de la Société d'urologie du Sud-Ouest de l'Allemagne (SWDGU). En 1980, il a été nommé doyen de l'Université de Bâle. Il a dirigé la prestigieuse revue «Urological Research» pendant plus de dix ans et a également fait partie du comité éditorial de deux revues médicales notoires, «Urologen A» et «European Urology». Il était membre honoraire de la Société suisse d'urologie et de la Société allemande d'urologie. En 1997, il a pris sa retraite à l'âge de 70 ans, en pleine forme physique et mentale. Il a transmis à son successeur une clinique réputée au fonctionnement parfait.

Bien avant l'établissement de la culture de l'erreur en médecine, Georg Rutishauser a fondé, avec des collègues, le club des «faux pas».

La culture positive de l'erreur

Le Prof. Dr méd. Georg Rutishauser était un médecin innovant, critique et autocritique. Bien avant que la culture positive de l'erreur ne s'établisse en médecine, avec des collègues, il a fondé le club des «faux pas», où l'on discutait ouvertement des complications, des erreurs et des «catastrophes médicales» pour en tirer des enseignements futurs. En outre, grâce à son habileté politique, il a beaucoup contribué à surmonter la «pensée étroite», encore très marquée à l'époque au sein de l'Hôpital universitaire. Il a toujours considéré les domaines liés à l'urologie tels que l'oncologie, la radiologie, la radio-oncologie ou l'endocrinologie comme des partenaires à part entière et non comme des adversaires. Les rencontres interdisciplinaires d'oncologie qui se déroulaient dans une atmosphère décontractée à Tramelan, dans le Jura, resteront gravées dans nos mémoires. Les problèmes, les nouvelles approches thérapeutiques, les études et bien d'autres sujets y étaient discutés d'égal à égal dans une ambiance conviviale. De même, on débattait des problèmes oncologiques et organisationnels, trop peu thématés dans la pratique quotidienne, devant une saucisse et un rösti à l'occasion d'une *Onkowurst* (en français: «onco-saucisse»). Grâce à ces réunions d'équipe régulières, de

nombreuses tensions ont pu être réduites voire évitées autour d'une bière ou d'un verre de vin. Il accordait une importance particulière à la convivialité dans les relations humaines et professionnelles.

Habile, persévérant et novateur

Ceux qui ont eu l'occasion de travailler avec le Prof. Dr méd. Georg Rutishauser se souviennent de sa grande dextérité. Une qualité particulièrement importante pour un chirurgien. Il maîtrisait la chirurgie ouverte, encore très répandue à l'époque, sous toutes ses facettes, avec une haute précision et une grande rapidité. Il était toujours prêt à remettre en question les acquis et à se confronter aux nouveautés. Il a, par exemple, été l'un des premiers à utiliser et à développer la chirurgie transurétrale, notamment la résection endoscopique de la prostate. Considérée aujourd'hui comme une opération de routine, elle s'avérait autrefois difficile, stimulante, parfois hémorragique, et peu maîtrisée. Debout, en regardant d'un œil à travers une loupe chirurgicale de faible puissance et peu éclairante, il réséquait en copeaux le tissu prostatique. C'est là que le fameux professeur démontrait son habileté, sa persévérance et son esprit novateur.

Outre son travail clinique remarquable, il était également un chef de clinique très organisé et rapide. En tant que modèle d'intégration, il a façonné le département de chirurgie des années durant, tout en veillant, en arrière-plan, aux finances et à la tranquillité.

La formation de la relève

Le Prof. Dr méd. Georg Rutishauser a contribué à la formation et au perfectionnement d'un grand nombre d'urologues. Il se sentait responsable de ses assistants et s'occupait d'eux. Nombre de ses élèves, moi y compris, lui sont très reconnaissants.

Sa personnalité se caractérisait par une grande humanité et un sens du service. Cela impliquait aussi quelques emportements quand il avait en face une personne peu professionnelle, négligente voire maladroite. Son visage virait d'abord au rouge, avant qu'il ne dégage ses remarques et, en un rien de temps, il passait à autre chose. Le Prof. Dr méd. Georg Rutishauser n'était pas rancunier, mais on savait à quoi s'en tenir avec lui. Derrière son air bourru se cachait un cœur tendre.

L'humour du professeur ne sombrera pas dans l'oubli. Un humour tantôt ironique, tantôt sarcastique, mais toujours drôle, habile et adapté à la situation. Il savait désamorcer certaines situations par une remarque ou un geste amusant pile au bon moment. L'anecdote suivante en est un bon exemple. Au cours d'une visite, une patiente, à qui il avait demandé comment elle

allait, lui a répondu qu'elle n'avait plus de papier toilette. Il lui a rétorqué: «Et voilà un rouleau tout frais» en le lui donnant promptement. Malgré sa réputation et sa notoriété, le Prof. Dr méd. Georg Rutishauser n'a jamais fait grand cas de sa personne. Il s'est toujours préoccupé des patients et de la cause. Ainsi, à l'occasion de son 90^e anniversaire, il s'est opposé avec véhémence à un symposium en son honneur ou à un hommage dans les journaux.

Il maîtrisait la chirurgie ouverte, encore très répandue à l'époque, avec une haute précision et une grande rapidité.

Avec le départ du Prof. Dr méd. Georg Rutishauser, l'urologie suisse déplore la perte de l'un de ses pionniers et de ses dernières grandes personnalités. L'Université de Bâle perd un académicien engagé et l'Hôpital universitaire un professeur et médecin-chef innovant. Nous perdons tous un médecin et un ami très apprécié. Nous garderons de lui un souvenir ému.

Le Prof. Dr méd. Georg Rutishauser était l'époux de Denise Rutishauser (née Denise Férrare, décédée en 2019) et le père de deux enfants, Isabelle Gloor-Rutishauser et Patrick Rutishauser. Nous présentons nos sincères condoléances à la famille et aux proches.

*Prof. em. Dr méd. Thomas Gasser
Ancien médecin-chef et professeur ordinaire
spécialiste en urologie
Ancien doyen de la Faculté de médecine de
l'Université de Bâle*

Ceci est votre page!

Vous pouvez nous soumettre vos textes pour la rubrique «Forum». Pour plus d'informations, veuillez consulter la page bullmed.ch/publier

Pendant la saison des pollens comme le reste de l'année, la prévention des infections respiratoires pourrait aider les personnes vulnérables – même si elles ne souffrent pas d'allergie.

Vers une prévention des infections respiratoires pendant toute l'année chez les patients à risque ?

Les infections respiratoires sont principalement d'origine virale. Elles surviennent surtout l'hiver, mais sont également favorisées par des facteurs environnementaux sans lien avec le froid, comme le pollen ou la pollution. Des études récentes, notamment sur le COVID-19, ont montré que le pollen augmente les infections respiratoires virales (IRV) chez les personnes allergiques comme chez celles non allergiques. D'où la question de la prévention annuelle des IRV chez les patients à risque, comme les enfants qui présentent des IRV fréquentes et les patients atteints de BPCO ou d'asthme. Prévenir les IRV et atténuer leurs symptômes forment un important enjeu contemporain, qui s'accroîtra encore à l'avenir avec le changement climatique et la dégradation de la qualité de l'air.

Dr méd. Andreas Jung^a, PD Dr méd. Oliver Fuchs^b, Prof. Dr méd. Philipp Latzin^c, Dr méd. Miriam Marchon^d, Dr méd. Carolin Steinack^e, Prof. Dr méd. Nicolas Regamey^f

^a chef de service, Pneumologie pédiatrique, Hôpital cantonal de Winterthur; ^b médecin chef, Allergologie, Hôpital cantonal de Lucerne; ^c chef de service, Pneumologie pédiatrique et allergologie, Inselspital, Clinique pédiatrique, Berne; ^d spécialiste en médecine générale interne et pneumologie, direction médicale de Localmed, Laupen; ^e cheffe de clinique meV, Service de pneumologie, Hôpital universitaire de Zurich; ^f co-médecin chef, Pneumologie pédiatrique, Clinique pédiatrique de Suisse centrale, Lucerne, Président de la Société suisse de pneumologie pédiatrique.

L'asthme et la BPCO augmentent le risque d'IRV, ainsi que la durée et la sévérité des symptômes des IRV. Mais l'inverse est également vrai: les infections respiratoires peuvent déclencher des exacerbations de la BPCO ainsi que des crises d'asthme [1, 2, 3]. On estime que les virus respiratoires (notamment le virus de la grippe, le virus respiratoire syncytial et le rhinovirus) sont responsables de plus de 85% des crises d'asthme [4]. Les enfants présentent un risque accru d'IRV. Ils sont aussi particulièrement vulnérables à la triade pollution atmosphérique, allergies et infections respiratoires qui devient une préoccupation croissante dans le monde [5, 6]. Par ailleurs, les infections respiratoires sévères avant l'âge de 5 ans font partie des facteurs pédiatriques qui contribuent à augmenter le risque de BPCO plus tard à l'âge adulte [7, 8].

Infections et facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux peuvent augmenter la sensibilité aux infections respiratoires. Certains d'entre eux, comme la pollution atmosphérique ou les déjections d'acariens, agissent tout au long de l'année. La pollution atmosphérique, par exemple, diminue l'activité

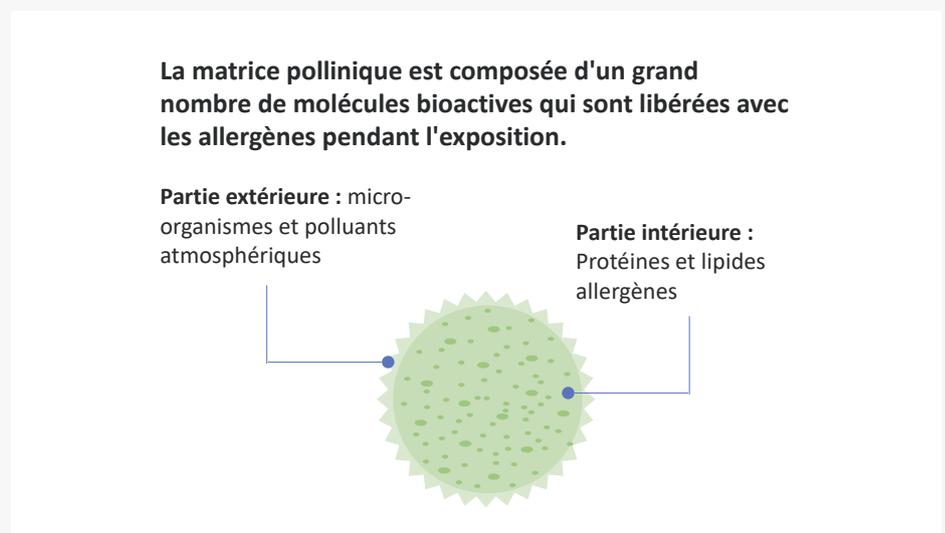


Figure 1: Substances actives associées au pollen. Adapté de [13].

des macrophages, promeut l'inflammation, up-régule certains récepteurs d'entrée des pathogènes et modifie le microbiote local et son biofilm [9,10]. Quant au pollen, il peut déclencher une réaction allergique, mais il facilite également les infections respiratoires via des propriétés indépendantes de l'allergie: il peut

notamment down-réguler les interférons α , β and λ qui forment l'un des piliers de la réponse antivirale [11, 12]. Par ailleurs, le pollen transporte divers pathogènes, notamment des virus (Fig. 1) [13]. À l'instar des déjections d'acariens, il possède aussi des protéases qui affectent directement l'intégrité de la membrane épithé-

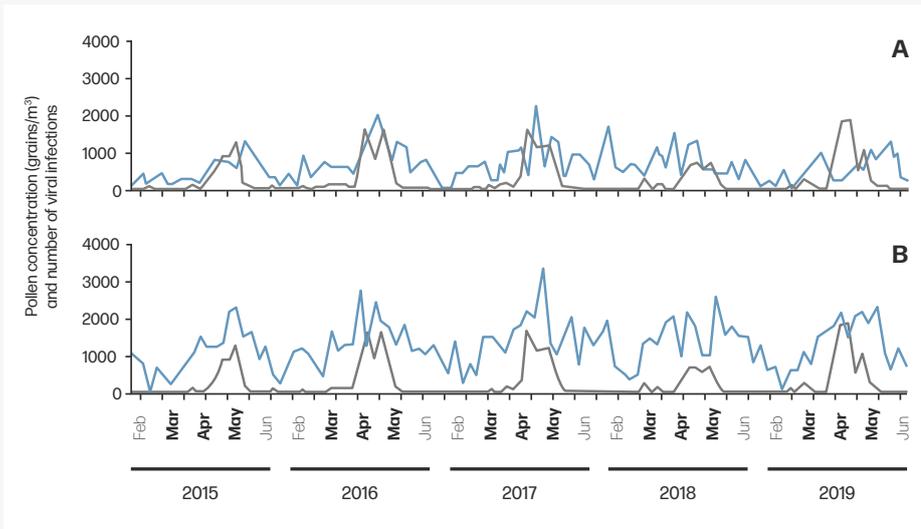


Figure 2: Concentration de pollens d'arbres (gris) et nombre d'infections respiratoires virales (bleu) de février à juin sur une période de 5 ans (2015-2019) à Séoul (Corée du Sud) chez des enfants (A) atopiques et (B) non atopiques. Adapté avec autorisation de [5].

liale [14]. Ainsi, les facteurs environnementaux peuvent favoriser les infections respiratoires d'un bout à l'autre de l'année, et cela par des mécanismes indépendants de l'atopie ou des réactions allergiques respiratoires.

Synchronisme des pics

L'un des cas les mieux documentés de hausse des infections respiratoires liée au pollen est celui de la pandémie de COVID-19, dont la temporalité de certains pics infectieux de SARS-CoV-2 a pu être corrélée à celle de pics polliniques, notamment en Suisse [15]. Mais cette observation n'est pas spécifique au COVID-19. Des résultats similaires ont été obtenus sur une collection de 20062 prélèvements nasopharyngés effectués en Suède entre 2010 et 2013 et analysés par PCR pour recherche de virus respiratoires [16]. Parmi ces prélèvements, 5782 étaient positifs au rhinovirus et leur analyse temporelle a révélé une corrélation significative entre le moment du prélèvement et la présence de pollen de bouleau [11]. Une étude analogue sur cinq ans a mis en évidence la synchronicité des pics polliniques et des IRV chez 6223 enfants sud-coréens [5], et cela indépendamment de leur statut allergique (Fig. 2). Cela signifie que pendant la saison pollinique, la prévention des infections respiratoires pourrait aider les patients à risque, qu'ils soient atopiques ou non, notamment les patients atteints d'asthme ou de BPCO, mais également les enfants qui présentent des IRV récurrentes.

Mécanismes de prévention par les lysats bactériens

Réduire l'exposition aux allergènes et aux virus respiratoires reste une importante mesure

préventive pour les personnes atteintes de maladie respiratoire chronique et/ou atopique. Produire un vaccin contre chaque virus respiratoire paraît peu réaliste. Une piste alternative consiste à moduler la réponse immunitaire afin qu'elle cible plus efficacement les infections respiratoires. C'est l'approche immunomodulatrice déployée par les lysats bactériens comme Broncho-Vaxom® (OM-85). OM-85 est un lysat standardisé de 21 souches bactériennes souvent détectées chez les patients atteints d'infections respiratoires récurrentes. Un abondant corpus de données issues d'études précliniques [cf. 17 pour une revue] a permis de mettre au jour certains de ses mécanismes d'action. Ils sont multiples et complexes – à l'instar des processus immunitaires à l'œuvre dans le poumon. La prévention par OM-85 repose sur la modulation de plusieurs cascades de signalisations immunitaires, notamment au niveau de l'épithélium, dans les cellules dendritiques et les lymphocytes T régulateurs [18,19]. Parmi les principaux effets d'OM-85 figure la stimulation des interférons antiviraux α et β [20, 21] qui, comme mentionné plus haut, peuvent être down-régulés par le pollen. Son autre effet majeur est de prévenir une inflammation excessive en inhibant l'expression d'une série de gènes pro-inflammatoires [22, 23]. En outre, Broncho-Vaxom® «apprend» au système immunitaire pulmonaire à ralentir l'inflammation et à mieux activer ses défenses antivirales [24]. Ainsi, l'immunomodulation par OM-85 renforce les défenses antivirales du poumon et améliore de ce fait le contrôle de l'inflammation épithéliale, ce qui se traduit par des résultats cliniquement mesurables.

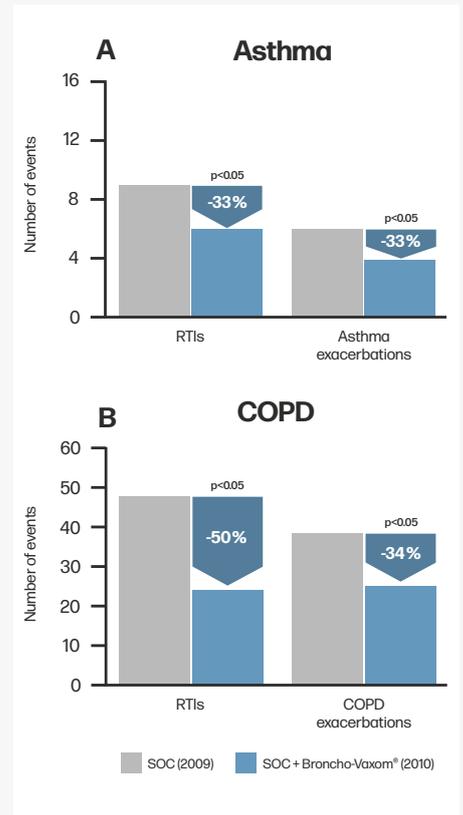


Figure 3: Réduction du nombre d'infections respiratoires et (A) des crises d'asthme ou (B) des exacerbations de BPCO sous Broncho-Vaxom® (OM-85) + SOC vs année précédente sous SOC uniquement. Les mêmes patients asthmatiques et BPCO ont été suivis séquentiellement d'une année à l'autre. Adapté avec autorisation de [27] (RTIs = Respiratory Tract Infections, SOC = Standard Optimized Care).

Effets cliniques

De nombreuses études cliniques ont montré qu'OM-85 peut réduire les infections respiratoires chez les personnes atteintes d'asthme, de BPCO ou d'allergie, ainsi que chez les enfants qui présentent des infections respiratoires récurrentes. Ainsi, une méta-analyse Cochrane a mis en évidence une baisse significative de 36% des infections respiratoires chez l'enfant [25]. Une autre méta-analyse a également relevé des baisses significatives des crises d'asthme et des épisodes de wheezing liés aux infections respiratoires chez l'enfant [26]. Des résultats comparables ont été observés en terrain atopique: en présence d'asthme (Fig. 3A) ou de rhinite allergique, OM-85 a diminué significativement de 33% le nombre de crises et le nombre d'infections respiratoires chez des patients de 16 à 65 ans [27]. Dans cette même étude, OM-85 a aussi été administré à des patients atteints de COPD et a réduit de 50% leur taux d'infections respiratoires et de 34% leur taux d'exacerbations (Fig. 3B). Ces études et méta-analyses ont également montré qu'OM-85 est bien toléré dans toutes les classes d'âge.

Conclusion et perspectives

Bien des situations cliniques exigent de réduire la récurrence des infections respiratoires, afin d'éviter des complications durables et une perte de qualité de vie. La prévention revêt une grande importance dans ce contexte. Elle semble également mieux comprise et mieux acceptée depuis la pandémie de COVID-19 et les leçons qui en ont été tirées. Toute forme efficace de prévention est donc la bienvenue, qu'il s'agisse de masques pour les groupes à risque, de vaccination et/ou d'immunomodulation. Ceci est d'autant plus vrai que le changement climatique, la pollution de l'air et la hausse des allergies mettent les poumons à rude épreuve – et un regard sur l'avenir n'incite pas à l'optimisme. Dans ce contexte, des informations précieuses proviennent de deux cohortes longitudinales qui suivent en temps réel l'évolution de la santé pulmonaire des enfants en Suisse: BILD (Bern Basel Infant Lung Development) [28] et SPAC (Swiss Paediatric Airway Cohort) [29]. Ces études contribuent à mieux comprendre les facteurs de risque pulmonaires et à évaluer sur le long terme l'impact des mesures préventives.

Actuellement, OM-85 fait l'objet de plusieurs grandes études cliniques randomisées surtout centrées sur les enfants. Elles portent notamment sur la prévention primaire et secondaire du wheezing et des crises d'asthme, ainsi que sur la prévention des infections respiratoires récurrentes et de la bronchiolite.



Simple et bref: «Comment le pollen inhibe la réponse antivirale» – une vidéo didactique du Prof. Traidl-Hoffmann (durée 6 minutes).

Références

- 1 Belachew AB *et al.* (2023). Asthma and Respiratory Infections From Birth to Young Adulthood: The Espoo Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 192(3), 408–419.
- 2 Romero-Tapia SD *et al.* (2023). Advances in the Relationship between Respiratory Viruses and Asthma. *Journal of Clinical Medicine*, 12(17), 5501.
- 3 Whittaker H *et al.* (2023). Frequency and severity of respiratory infections prior to COPD diagnosis and risk of subsequent postdiagnosis COPD exacerbations and mortality: EXACOS-UK health care data study. *Thorax*, 78(8), 760–766.
- 4 Edwards MR *et al.* (2017). Viral infections in allergy and immunology: how allergic inflammation influences viral infections and illness. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 140(4), 909–920.
- 5 Choi YJ *et al.* (2022). Analysis of the association among air pollutants, allergenic pollen, and respiratory virus infection of children in Guri, Korea during recent 5 years. *Allergy, Asthma & Immunology Research*, 14(3), 289–299.
- 6 Endaryanto A *et al.* (2023). The Notorious Triumvirate in Pediatric Health: Air Pollution, Respiratory Allergy, and Infection. *Children*, 10(6), 1067.
- 7 Martinez FD (2016). Early-life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 375(9), 871–878.
- 8 Svanes C *et al.* (2010). Early life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 65(1), 14–20.
- 9 Monoson A *et al.* (2023). Air pollution and respiratory infections: the past, present, and future. *Toxicological Sciences*, 192(1), 3–14.
- 10 Hussey SJ *et al.* (2017). Air pollution alters *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pneumoniae* biofilms, antibiotic tolerance and colonisation. *Environmental microbiology*, 19(5), 1868–1880.
- 11 Gilles S *et al.* (2020). Pollen exposure weakens innate defense against respiratory viruses. *Allergy*, 75(3), 576–587.
- 12 Hsu AC *et al.* (2012). Critical role of constitutive type I interferon response in bronchial epithelial cell to influenza infection. *PloS one*, 7(3), e32947.
- 13 Guryanova, SV *et al.* (2022). How Do Pollen Allergens Sensitize? *Frontiers in Molecular Biosciences*, 9(June), 1–17.
- 14 Wan H *et al.* (1999). Der p 1 facilitates transepithelial allergen delivery by disruption of tight junctions. *The Journal of clinical investigation*, 104(1), 123–133
- 15 Damialis A *et al.* (2021). Higher airborne pollen concentrations correlated with increased SARS-CoV-2 infection rates, as evidenced from 31 countries across the globe. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(12), e2019034118.
- 16 Sundell N *et al.* (2016). A four year seasonal survey of the relationship between outdoor climate and epidemiology of viral respiratory tract infections in a temperate climate. *Journal of Clinical Virology*, 84, 59–63.
- 17 Ballarini S *et al.* (2022). Can bacterial lysates be useful in prevention of viral respiratory infections in childhood? The results of experimental OM-85 studies. *Frontiers in pediatrics*, 10, 1051079.
- 18 Strickland DH *et al.* (2011). Boosting airway T-regulatory cells by gastrointestinal stimulation as a strategy for asthma control. *Mucosal immunology*, 4(1), 43–52.
- 19 Pasquali C *et al.* (2014). Enhanced mucosal antibody production and protection against respiratory infections following an orally administered bacterial extract. *Frontiers in medicine*, 1, 41.
- 20 Dang AT *et al.* (2017). OM-85 is an immunomodulator of interferon- β production and inflammasome activity. *Scientific reports*, 7(1), 43844.
- 21 Pivniouk V *et al.* (2022). Airway administration of OM-85, a bacterial lysate, blocks experimental asthma by targeting dendritic cells and the epithelium/IL-33/ILC2 axis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 149(3), 943–956.
- 22 Kaczynska A *et al.* (2022). Promising immunomodulatory effects of bacterial lysates in allergic diseases. *Frontiers in Immunology*, 13, 907149.
- 23 Scott NM *et al.* (2017). Protection against maternal infection-associated fetal growth restriction: proof-of-concept with a microbial-derived immunomodulator. *Mucosal immunology*, 10(3), 789–801.
- 24 Troy N *et al.* (2022). Protection against severe infant

- lower respiratory tract infections by immune training: Mechanistic studies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 150(1), 93–103.
- 25 Del-Rio-Navarro BE *et al.* (2012). Cochrane Review: Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(2), 629–717.
- 26 de Boer GM *et al.* (2020). Bacterial lysate therapy for the prevention of wheezing episodes and asthma exacerbations: a systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Review*, 29(158).
- 27 Koatz AM *et al.* (2016). Clinical and immunological benefits of OM-85 bacterial lysate in patients with allergic rhinitis, asthma, and COPD and recurrent respiratory infections. *Lung*, 194, 687–697.
- 28 Salem Y *et al.* (2024). Cohort Profile Update: The Bern Basel Infant Lung Development Cohort. *International journal of epidemiology*, 53(1), dyad164. <https://www.bild-cohort.ch/en/>
- 29 Pedersen ES *et al.* (2018). The Swiss Paediatric Airway Cohort (SPAC). *ERJ open research*, 4(4). <https://www.spac-study.ch/>

Les références citées sont à la disposition des professionnels de santé sur demande auprès d'OM Pharma.

Avec l'aimable soutien d'OM Pharma Suisse SA. L'information professionnelle abrégée de Broncho-Vaxom® se trouve en face du sommaire.

Courrier à la rédaction

Demokratieverständnis der SÄZ ade?

Die Einheitliche Finanzierung Ambulant/ Stationär (EFAS) ist überfällig, aber durch den von den Kantonen durchgesetzten sachfremden Einschluss der Pflegefinanzierung droht statt der ursprünglich angestrebten Entlastung eine Mehrbelastung der Prämienzahler. Sie wird wie üblich zu Unrecht den Ärzten angelastet werden, mit entsprechend eindringlicherem Ruf nach Globalbudget etc.

Die Folgen der neu für die Versicherten ungedeckelten Pflegefinanzierung wurden in der SÄZ nie besprochen. Trotzdem wurde unser Beitrag von der Redaktion abgelehnt. Welchen Wert hat ein verfassungsmässiges Referendumsrecht, wenn Angehörige der von einem Gesetzesentwurf meist betroffenen akademischen Berufsgruppe nicht einmal mehr in ihrem Verbandsorgan die Argumente für ein Referendum darstellen dürfen?

Dres. med. Sabine Bichsel-Linghel (Basel), Daniel Bracher (Bern), Hans-Ulrich Buerke (Zürich), Angelo Cannova (Zürich) Patrick Hildbrand (Brig-Glis), Robert Schönenberger (St. Gallen), Erich Sigrist (Steinhausen)

Replik zu «Demokratieverständnis der SÄZ ade?»

Im Dezember 2023 ist es dem Parlament gelungen, eine äusserst komplexe und technische Vorlage, nämlich die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, mit grosser zustimmender Mehrheit zu verabschieden. Damit ist nach vierzehn (!) Jahren Debatte ein gutschweizerischer Kompromiss gelungen, welcher von 22 Verbänden im Gesundheitswesen aktiv unterstützt und begleitet wurde, darunter neben der FMH auch mfe, FMCH, medswiss.net, H+ und Spitex. Mit dieser Vorlage wird der grösste Fehlanreiz zulasten der Prämienzahler behoben. Neu werden die ambulanten Leistungen gleich wie die stationären Behandlungen mitfinanziert durch Steuergelder. Das entlastet die Prämienzahler.

Die FMH hat von ihren Delegierten den Auftrag erhalten, EFAS zu unterstützen und hat diese über die ganze Zeit regelmässig informiert über den Stand der Beratungen. Der Einbezug der Langzeitpflege ist in der Tat

sachfremd, war aber eine klare Vorgabe der Kantone, ohne die EFAS nie mehrheitsfähig geworden wäre im Parlament. Im Positiven führt dies zu einer seit langer Zeit gewünschten Harmonisierung der Finanzierung der Langzeitpflege über die ganze Schweiz. Um die von den Leserbriefautoren befürchtete Verschiebung der Kosten auf die Prämienzahler zu verhindern, hat das Parlament weitere Kompromisse gemacht. Für Umsetzung wird Bund und Kantonen eine lange Übergangsfrist von sieben Jahren gewährt. Die Kosten müssen transparent ausgewiesen und die Tarife für die Pflegefachleute kostendeckend sein. Das hat dazu geführt, dass der Schweizerische Berufsverband für Krankenpflege das Referendum nicht unterstützt.

Es ist unbestritten, dass es für die einkommensunabhängigen Kopfprämien in der Schweiz einen besseren Sozialausgleich braucht als heute. Dazu kann die Bevölkerung am 9. Juni abstimmen über die Prämieninitiative der Sozialdemokratischen Partei, welche verlangt, dass die Prämienbelastung 10% des verfügbaren Einkommens nicht übersteigen darf.

Kommt EFAS zur Abstimmung, wird die FMH im Vorfeld der Abstimmung selbstverständlich ihre Mitglieder über diese technisch komplizierte Vorlage informieren.

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH

STOP Bürokratie

Brief zu: Gilli Y. Wie politische Entscheide Bürokratie ausbauen statt abbauen. Schweiz Ärztezg. 2024; 105(8):22-23

Danke Frau Gilli, dass Sie sich mit dem Thema der übermässigen Bürokratie und ihrer katastrophalen Kosten-Nutzenverhältnisse für das gesamte Gesundheitssystem befasst haben. Enttäuschend (aber nicht unerwartet) ist die fehlende Reaktion der Politik diesbezüglich. Die FMH sollte doch viel mutiger sein, sich dagegen zu wehren. Als einzelne Ärzte dürfen wir wohl nicht gesetzliche (wenn auch immer unnötige) Pflichten missachten. Es braucht

vielleicht harte, laute und wenn nötig «provokative» Widerstandsaktionen durch unsere Standesorganisation, um eine öffentliche Debatte entstehen zu lassen, damit die Absurdität und die Gefahren dieser Situation auch für die allgemeine Bevölkerung offensichtlich und verständlich werden. Erst dann werden die Politiker diesem Problem eine angemessene Bedeutung geben.

Dr. med. Mauro Capoferri, Chiasso

Replik zu «STOP Bürokratie»

Die FMH ist einverstanden mit der grossen Dringlichkeit und Bedeutung, die der Bekämpfung der unsäglichen Mikroregulierung und daraus folgenden Bürokratie zukommen muss. Sie macht das mit genau dieser Bestimmtheit, die Kollege Capoferri fordert. Um die Schlagkraft gegenüber den politischen Entscheidungsträgern weiter zu erhöhen, sammelt sie zurzeit von ihren Mitgliedern konkrete Beispiele aus dem Praxisalltag. Diese sind nicht nur notwendig, um einen detaillierten Überblick über die Mosaiksteine zu erhalten, welche die Bürokratie noch laufend erhöhen, sondern auch, um diese gezielt zu bekämpfen. Die FMH lädt deshalb alle Kolleginnen und Kollegen ein, Beispiele für den Bürokratieerlauf zu sammeln und der FMH zuzustellen.

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH

Envoyer un courrier

Vous pouvez transmettre votre courrier à la rédaction en ligne sur:

bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre

Communications

Examen de spécialiste

Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en ophtalmochirurgie à adjoindre au titre de spécialiste en ophtalmologie

Date

Samedi 16 novembre 2024

Lieu

Berne, Hôpital de l'Île

Délai d'inscription

1^{er} juin – 20 août 2024

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Ophtalmologie

Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en pneumologie pédiatrique à adjoindre au titre de spécialiste en pédiatrie

Date

Examen écrit: 28 septembre 2024

Examen oral: 5 septembre 2024

Lieu

Examen écrit: en ligne

Examen oral: UKBB, Spitalstrasse 33,

4056 Bâle

Délai d'inscription

30 avril 2024

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Pédiatrie

Vermischtes

Podcast FMH – Folge 22: Balance zwischen Gesundheit und Lebensträumen

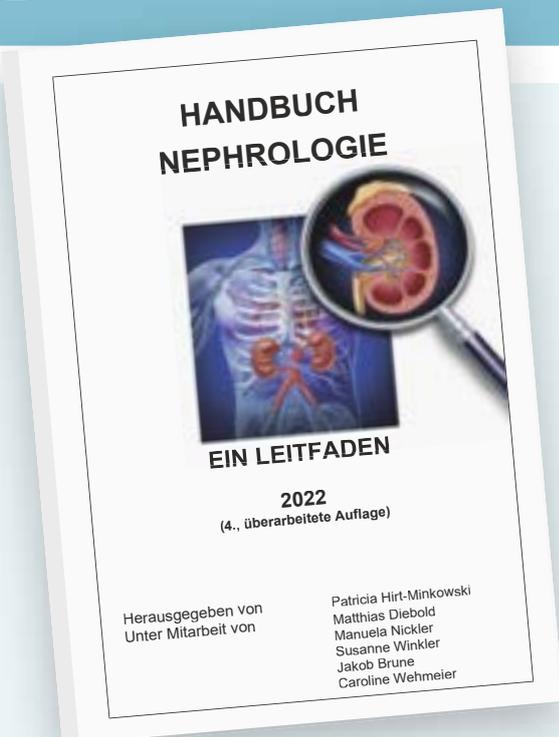
Seit der Pubertät leidet My To Siegrist an Schmerzen und Schwellungen an den Armen, Ellenbogen und Händen. Was ihre Hausärzte in Deutschland zuerst als normale Prellungen abtaten, entpuppte sich als entzündliches Rheuma. Damals gab es noch nicht viele Behandlungsmöglichkeiten und man prognostizierte ihr eine düstere Zukunft. Doch My To Siegrist liess sich davon nicht unterkriegen und steht heute mitten im Leben. Ihr jetziger Rheumatologe begleitet sie auf diesem Weg. Die neuste Folge des FMH-Podcasts «An meiner Seite» finden Sie hier: www.an-meiner-seite.ch

Annonce



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH



Publié par Patricia Hirt-Minkowski

Manuel de néphrologie – Guide pratique



Retrouvez ce livre ainsi que d'autres ici:
shop.emh.ch/collections/all

FMH



28

... et ceterum censeo ...

Statistique médicale Dépendre de l'étranger n'est pas un modèle viable pour assurer durablement la prise en charge médicale. Il est urgent d'augmenter les capacités de formation mais aussi d'améliorer les conditions de travail pour que les médecins restent dans la profession, notamment par un allègement de la charge administrative et par l'introduction d'un nouveau tarif médical approprié.

Christoph Bosshard



30

Statistique médicale 2023: 40% de médecins étrangers

Chiffres actuels Le nombre de médecins et leur taux d'activité jouent un rôle décisif pour garantir des soins de haute qualité. La statistique médicale annuelle de la FMH dresse le tableau actuel du nombre de médecins en exercice en Suisse.

Stefanie Hostettler, Esther Kraft



© Tmcphotos / Dreamstime

Les conditions-cadres doivent être conçues de manière à motiver les médecins à poursuivre leur vocation.

... *et ceterum censeo* ...

Statistique médicale Dépendre de l'étranger n'est pas un modèle viable pour assurer durablement la prise en charge médicale. Il est urgent d'augmenter les capacités de formation mais aussi d'améliorer les conditions de travail pour que les médecins restent dans la profession, notamment par un allègement de la charge administrative et par l'introduction d'un nouveau tarif médical approprié.



Christoph Bosshard
Dr méd., vice-président
de la FMH, responsable
du département DDQ

Au Sénat de Rome, Caton l'Ancien était connu pour l'expression persévérante et opiniâtre avec laquelle il concluait ses discours jusqu'à ce qu'il obtienne gain de cause. Je garde donc espoir qu'un jour, la statistique médicale annuelle de la FMH ne montre plus uniquement les évolutions qui se répètent ou s'aggravent, mais mène aussi à la prise de mesures efficaces.

Quand la Suisse assumera-t-elle enfin ses responsabilités pour assurer sa propre relève médicale?

Besoin loin d'être couvert

Le nombre insuffisant de personnel qualifié formé en Suisse crée une situation qui continue à se tendre: aussi bien le nombre de diplômes délivrés à la fin des études de médecine que les titres de spécialiste obtenus au terme de la formation postgraduée sont loin de permettre d'assurer la couverture médicale. Nous formons à peine la moitié des médecins dont nous avons besoin chaque année alors que la densité de l'offre a tendance à être inférieure à celle des pays limitrophes. Le plus grand défi se situe à

la fin des études de médecine. Chaque année, nous reconnaissons 2,4 fois plus de diplômes de médecin obtenus à l'étranger que nous en délivrons dans nos universités. Combien de temps encore pourrons-nous nous le permettre? Sans parler de la dimension éthique de cette fuite des cerveaux qui s'étend jusque dans les pays émergents. Nos voisins sont en train de prendre des mesures pour augmenter l'attractivité de la pratique médicale. Dès lors, il devient évident que ce mécanisme d'importation ne pourra rester le socle de notre approvisionnement à long terme.

Nous formons à peine la moitié des médecins dont nous avons besoin chaque année.

On peut se demander quand les décideurs politiques de notre pays changeront les conditions-cadres pour motiver les médecins à poursuivre leur vocation au lieu de les freiner?

Nombre de départs inquiétant

Nous le voyons, l'entendons, le lisons et en faisons l'expérience dans toutes les professions de la santé: le nombre de personnes qui choisissent de quitter leur profession augmente de façon inquiétante. Il n'est donc guère utile de concentrer uniquement l'offensive sur la formation, il s'agit aussi de faire en sorte de garder ces précieuses forces de travail. La mise en place de conditions-cadres attrayantes dépend fortement des ressources financières à disposition et cela s'applique à toutes les professions en général. Le défi particulier de la médecine est que les prestations y sont remboursées selon un tarif d'assurance sociale qui doit être approuvé par le Conseil fédéral. Or les données sur lesquelles ce tarif se fonde

Il ne suffit pas d'agir uniquement sur la formation, il faut aussi que les précieuses forces de travail restent dans la profession.

datent du siècle passé et sont donc totalement obsolètes. Par conséquent, il n'est pas en mesure de répondre aux principes d'adéquation et d'économicité exigées par la loi. Cela fait cinq ans que le Conseil fédéral ne cesse de renvoyer le nouveau tarif TARDOC aux partenaires tarifaires qui l'ont élaboré pour qu'ils procèdent à diverses améliorations ou répondent à de nouvelles exigences. La nouvelle version

remaniée du tarif (TARDOC 1.3.2) est désormais prête à être approuvée car, à ce stade, son degré de maturité est nettement supérieur à toutes les versions antérieures. Il est donc grand temps que le Conseil fédéral passe à l'étape suivante et approuve ce nouveau tarif ambulatoire afin de poser les bases du renforcement des soins de premier recours et de l'interprofessionnalité! Car il est urgent d'encourager l'interprofessionnalité.

Vague de départs à la retraite

Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un œil à la répartition par catégorie d'âge du corps médical: la génération des baby-boomers part en masse à la retraite alors que le secteur ambulatoire des cabinets aurait besoin d'eux pour assurer la prise en charge des patients et éviter que la pénurie ne s'accroisse. Quelle est la reconnaissance de leur engagement lorsqu'on voit poindre à l'horizon une avalanche de nouvelles directives et d'obstacles administratifs dont certains sont déjà réalité, sans avoir les ressources pour y répondre? Nous ne pouvons pas nous permettre de laisser des collègues méritants se résigner à abandonner la profession.

Il est urgent d'alléger la charge administrative pour que nos collègues ne se résignent pas à partir.

EAE pour l'administration aussi

La force de travail de toutes et tous et de toutes les générations est malheureusement bien trop impactée par la charge administrative et cela ne va pas en s'améliorant. Dans ce domaine aussi, il est urgent de poser la question des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité pourtant omniprésents dans la LAMal: quelle utilité pour quelles tâches administratives? Et d'où proviendront les ressources pour les accomplir? Enfin, il est tout aussi important de clarifier si toutes ces tâches doivent être accomplies par des médecins ou si du personnel administratif pourrait tout aussi bien s'en charger. Mais cela aussi nécessite des ressources qui ne doivent en aucun cas manquer ensuite à nos patients! Une réflexion critique sur la surcharge administrative suivie de mesures pourrait rapidement libérer des ressources et renforcer la motivation. Ces possibilités sont à portée de main, des «low hanging fruits» comme les nomment les écoles de management, mais quand allons-nous donc enfin les saisir?

Pour en savoir davantage sur l'évolution en chiffres des médecins en exercice, je vous

invite à lire l'article consacré à la statistique médicale 2023 en page 30.

Je suis tout à fait conscient de ne rien apporter de nouveau au débat dont les enjeux ne sont d'ailleurs pas difficiles à comprendre, mais il est urgent d'agir et nous ne pouvons pas nous permettre de laisser passer plus de temps.

Je conclurai donc cet article plein d'espoir par ces mots: ... et ceterum censeo ...



© Piyapong Sirtutan / Dreamstime

En 2023, 41 100 médecins exerçaient en Suisse.

Statistique médicale 2023: 40% de médecins étrangers

Chiffres actuels Le nombre de médecins et leur taux d'activité jouent un rôle décisif pour garantir des soins de haute qualité. La statistique médicale annuelle de la FMH dresse le tableau actuel du nombre de médecins en exercice en Suisse.

Stefanie Hostettler^a; Esther Kraft^b

^a Dre sc. EPFZ, division Numérisation, démographie et qualité (NDQ) de la FMH; ^b lic. rer. oec., cheffe de la division Numérisation, démographie et qualité (NDQ) de la FMH

Les données fournissent un aperçu de la structure du corps médical et montrent son évolution, offrant ainsi une base de données fiable pour les prises de décisions. En 2023, d'après la statistique médicale de la FMH, 41 100 médecins exerçaient en Suisse (35 488 équivalents plein temps), dont 14 573 étaient en formation postgraduée en vue de l'obtention d'un titre de spécialiste (source: logbook

électronique de l'ISFM, cf. encadré Base de données en fin d'article). La part de femmes parmi les médecins en activité n'a cessé d'augmenter ces dernières années pour atteindre 46,6%. L'âge moyen des médecins est actuellement de 49,9 ans (46,6 ans pour les femmes et 52,8 ans pour les hommes). De plus en plus de médecins partagent leur cabinet avec un collègue ou exercent dans un cabinet de

groupe (2013: 41,4%; 2023: 56,2%). La part de médecins qui ont accompli leurs études à l'étranger est de 40,4% et a augmenté de 0,9 point par rapport à l'année précédente. Leurs pays d'origine sont l'Allemagne (50,2%), l'Italie (9,5%), la France (7,1%) et l'Autriche (6,0%).

Comme le montre la forte dépendance vis-à-vis de l'étranger, les médecins formés en Suisse ne parviennent pas à couvrir les besoins et il est



Statistique médicale de la FMH 2023

Faits | Chiffres



Avec 0,8 équivalent plein temps pour 1000 habitants, la densité médicale dans les soins de premier recours est trop basse.

La population augmente et les besoins en prestations médicales s'accroissent. Les programmes de promotion de la médecine de famille doivent être poursuivis et développés.



18 % des postes de médecins-chefs sont occupés par des femmes.

Des modèles tels que le travail à temps partiel et le job-sharing pour les postes de direction favorisent l'égalité en matière de possibilités de carrière et de salaire.

41 100

médecins au chevet de leurs patientes et patients

Âge moyen:

50 ans

Femmes :

47 %

Hommes :

53 %

Les hommes restent majoritaires en 2023, même si la part des femmes augmente continuellement depuis plusieurs années.

L'âge moyen des médecins en Suisse est de 50 ans (femmes : 47 ans, hommes : 53 ans). Les médecins du secteur ambulatoire ont en moyenne 10 ans de plus (55 ans) que leurs collègues du secteur hospitalier (44 ans).

Spécialisation la plus répandue :

la médecine interne générale

La médecine interne générale (21 %) est la spécialisation la plus répandue, suivie de la psychiatrie et psychothérapie (10 %), de la pédiatrie (5 %) et de la gynécologie et obstétrique (5 %).



La Suisse compte 40 % de médecins étrangers.

Pour lutter contre la dépendance à l'égard de l'étranger et la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, il faut augmenter le nombre de places de formation pré- et postgraduée en Suisse.

Toujours moins de médecins exercent en cabinet individuel (2013 : 59 % ; 2023 : 44 %).

Les offres de soutien pour la reprise ou l'ouverture d'un cabinet ou pour la recherche d'un-e successeur-e peuvent soulager les médecins.



Secteur ambulatoire :

54 %

Secteur hospitalier :

45 %

Les médecins sont 22 014 à exercer principalement dans le secteur ambulatoire, et 18 426 dans le secteur hospitalier ; 600 exercent dans un autre secteur (assurances, administration publique, industrie, etc.). Le secteur hospitalier compte une part plus importante de femmes (49 %) que le secteur ambulatoire (43 %).

Plus d'informations de plus articles en complément à lire sur le site Internet de la FMH : www.fmh.ch/fr



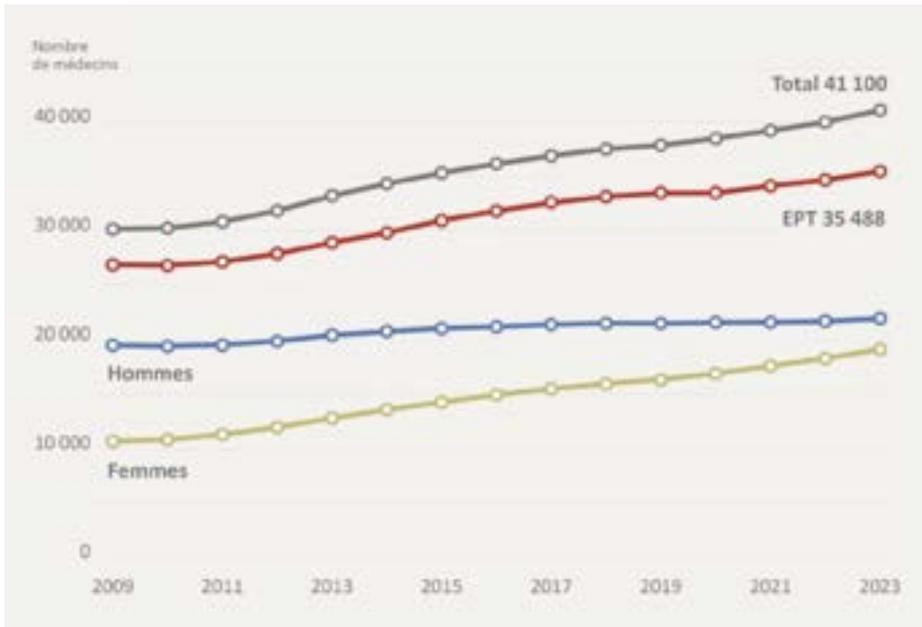


Figure 1: Évolution du nombre de médecins entre 2009 et 2023.

impératif de créer des places de formation pré- et postgraduée supplémentaires pour garantir durablement la sécurité de l'approvisionnement. Ensuite, pour que les médecins restent dans la profession, il faut instaurer des conditions de travail adaptées (modèles de temps de travail flexibles, conciliation entre vie privée et professionnelle, réduction des tâches administratives, etc.).

Densité médicale inchangée

En 2023, 41 100 médecins exerçaient en Suisse, ce qui correspond à une densité médicale de 4,6 médecins pour 1000 habitants. Mesurée en équivalents plein temps (35 488), la densité médicale s'élève à 4 médecins pour 1000 habitants. Elle est donc comparable à celle des pays voisins: Autriche (5,4), Allemagne (4,5), Italie (4,1) et France (3,2) (source: statistique OCDE). Le nombre de médecins en activité a augmenté de 2,7 points par rapport à l'année précédente, ce qui correspond à 1098 médecins de plus.

Différences d'âge

En 2023, un médecin sur deux en exercice en Suisse est âgé de 50 ans ou plus et un sur quatre de 60 ans ou plus. L'âge moyen des femmes médecins est de 46,6 ans, contre 52,8 ans pour les hommes (soit 49,9 ans en moyenne). Dans les classes d'âge plus élevées, les hommes sont majoritaires, tandis qu'aujourd'hui, la relève est plutôt féminine. Cette tendance n'a fait que s'accroître ces dernières années. L'âge moyen des médecins de premier recours qui exercent dans le secteur ambulatoire s'élève à 53,7 ans, et 32,2%, donc presque un tiers, a 60 ans et plus.

Cabinets majoritaires

53,6% des médecins exercent leur activité principale dans le secteur ambulatoire, 44,8% dans le secteur hospitalier et 1,6% dans un autre secteur (administration, assurances, associations, etc.). La part de femmes médecins est plus élevée dans le secteur hospitalier (49,1%) que dans le secteur ambulatoire (44,7%), ce qui s'explique

principalement par le nombre plus important de femmes de générations plus jeunes encore en formation postgraduée dans les hôpitaux. Même si un nombre plus important de médecins exerce dans le secteur ambulatoire, le nombre d'équivalents plein temps est quasiment identique dans les deux secteurs, ce qui illustre que le taux d'activité moyen dans le secteur ambulatoire est plus faible que dans le secteur hospitalier (tableau 1).

Médecine interne générale appréciée

Parmi les médecins en exercice, la médecine interne générale est la spécialisation la plus répandue (21,1%), suivie de la psychiatrie et psychothérapie (9,7%), de la pédiatrie (5,3%), de la gynécologie et obstétrique (5%) et des médecins praticiens (4,2%). Vous trouverez des informations sur les autres disciplines sur le site de la FMH: <https://www.fmh.ch>.

Les disciplines dans lesquelles les femmes médecins sont les plus représentées sont la gynécologie et obstétrique (68,4%), la pédiatrie (68,4%) et la psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (66,9%). Les hommes sont majoritaires par rapport aux femmes dans les disciplines chirurgicales (chirurgie maxillo-faciale: 90,8%; chirurgie orthopédique: 87,3%; chirurgie thoracique: 84,8%).

3829 médecins hommes et 2033 médecins femmes ont obtenu plusieurs titres. Le titre de spécialiste le plus fréquent est celui de médecine interne générale (4189). On retrouve le plus grand nombre de détentrices et détenteurs de plusieurs titres en médecine intensive (848), en cardiologie (816) et en anesthésiologie (544).

Relève médicale déterminante

1118 personnes ont obtenu leur diplôme fédéral en médecine humaine en 2022 (femmes: 666; hommes: 452). Les chiffres pour 2023 ne sont pas encore disponibles. Aussi en 2022, la Commission des professions médicales (MEBEKO) a reconnu 2736 diplômes de médecin étrangers [1].

Tableau 1: Aperçu du nombre de médecins en exercice par sexe et par secteur (activité principale) en 2023

	Femmes		Hommes		Total	
	Nombre (EPT)	%	Nombre (EPT)	%	Nombre (EPT)	%
Secteur ambulatoire	9830 (6801)	44,7	12 184 (10 504)	55,3	22 014 (17 443)	53,6
Secteur hospitalier	9041 (8008)	49,1	9385 (9290)	50,9	18 426 (17 298)	44,8
Autre secteur	266 (202)	40,3	394 (330)	59,7	660 (531)	1,6
Total	19 137 (14 471)	46,6	21 963 (19 910)	53,4	41 100 (35 488)	100,0

EPT = équivalent plein temps

En 2023, 14 573 médecins sont enregistrés comme étant en formation postgraduée (source: logbook électronique de l'ISFM). Au début de l'activité indépendante, le nombre de médecins exerçant dans le secteur hospitalier et dans les cabinets médicaux est à peu près identique. Dès l'âge de 41 ans, ils sont plus nombreux à s'installer en pratique privée et ce nombre reste nettement supérieur au secteur hospitalier, même après l'âge de la retraite (figure 2).

1927 médecins ont obtenu un titre fédéral de spécialiste en 2023 (dont 56,7% de femmes). À la fin de leur formation postgraduée, soit au moment de l'obtention de leur premier titre fédéral de spécialiste, les médecins sont âgés en moyenne de 34,5 ans (34,5 ans pour les femmes et 34,6 ans pour les hommes). La part des titres octroyés dans les disciplines généralistes (médecine interne générale, pédiatrie et médecin praticien) est de 45,2%. La durée de la formation postgraduée (du diplôme fédéral de médecin à l'obtention du premier titre) est en moyenne de 7,5 ans. La durée de formation pour obtenir un titre de médecine interne générale est de 7,2 ans, de 8,1 ans pour la chirurgie et de 8,5 ans pour la psychiatrie et psychothérapie.

Forte dépendance envers l'étranger – 40% des médecins sont titulaires d'un diplôme étranger.

En 2022, la MEBEKO a reconnu 1316 titres de spécialiste étrangers, la plupart en tant que médecin praticien (204), en médecine interne générale (134), en anesthésiologie (118) et en psychiatrie et psychothérapie (103) [1].

Forte dépendance de l'étranger

Des 41 100 médecins en exercice en Suisse, 40,4% (16 590) sont d'origine étrangère. La part de médecins étrangers n'a cessé d'augmenter ces dernières années (figure 3). La majorité des médecins titulaires d'un diplôme étranger vient d'Allemagne (50,2%), loin devant l'Italie (9,5%), la France (7,1%) et l'Autriche (6,0%). Le nombre de médecins étrangers a augmenté de 170 points, passant de 9756 en 2013 à 16 590 en 2023.

Dans le secteur ambulatoire, la part de médecins étrangers s'élève à 39,6%, contre 40,1% dans le secteur hospitalier. Dans les soins de premier recours, le nombre de médecins étrangers est de 33,9%, contre 45,3% dans les disciplines spécialisées.

Diminution du taux d'activité

En 2023, le taux d'activité des médecins s'est élevé en moyenne à 8,6 demi-journées (1 demi-

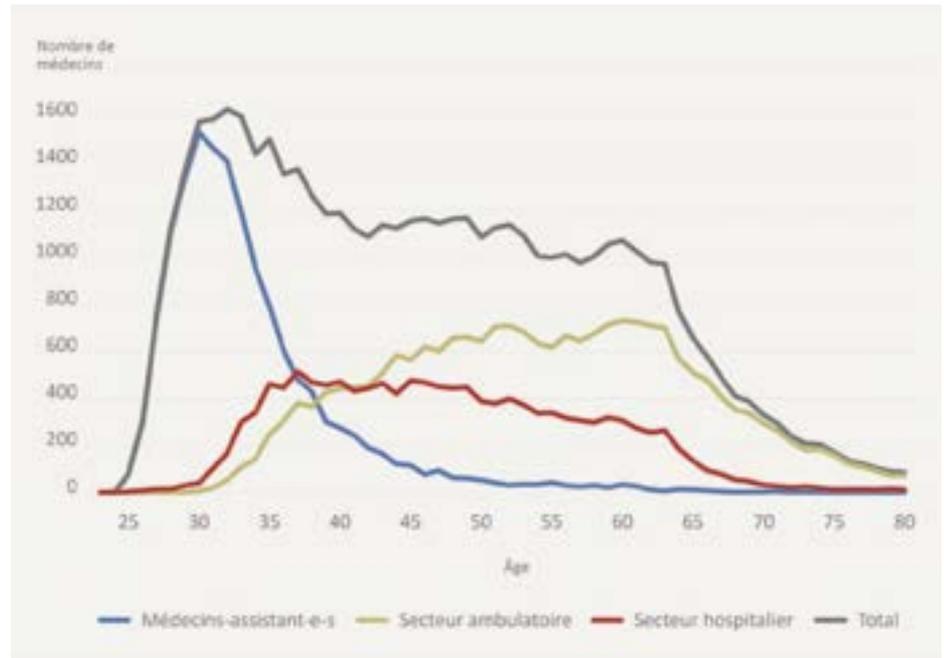


Figure 2: Nombre de médecins en 2023, en fonction de l'âge, de la formation et du secteur. Secteur ambulatoire: médecins avec un titre de spécialiste exerçant principalement dans le secteur ambulatoire. Secteur hospitalier: médecins avec un titre de spécialiste exerçant principalement dans le secteur hospitalier. Médecins-assistant-e-s: médecins n'ayant pas encore de titre de spécialiste (source: logbook électronique de l'ISFM).

journée = 4 à 6 h) par semaine. Un équivalent plein temps correspond à 55 heures hebdomadaires. Dans le secteur ambulatoire, le taux moyen de 7,9 demi-journées est inférieur de 1,5 demi-journée à celui du secteur hospitalier (9,4 demi-journées). Le taux d'activité moyen des femmes (ambulatoire: 6,9; hôpital: 8,9 demi-journées) est inférieur à celui des hommes (ambulatoire: 8,6; hôpital: 9,9 demi-journées). Depuis 2013, le taux d'activité a baissé dans tous

les secteurs (tableau 2). Il y a dix ans, le taux d'activité moyen était encore de 9 demi-journées par semaine.

Cabinets individuels en baisse

43,8% des médecins qui exercent dans le secteur ambulatoire le font dans un cabinet individuel. Depuis 2013, cette proportion a diminué de 14,8 points. La part des femmes en cabinet individuel est de 36,1%, ce qui est inférieur à la

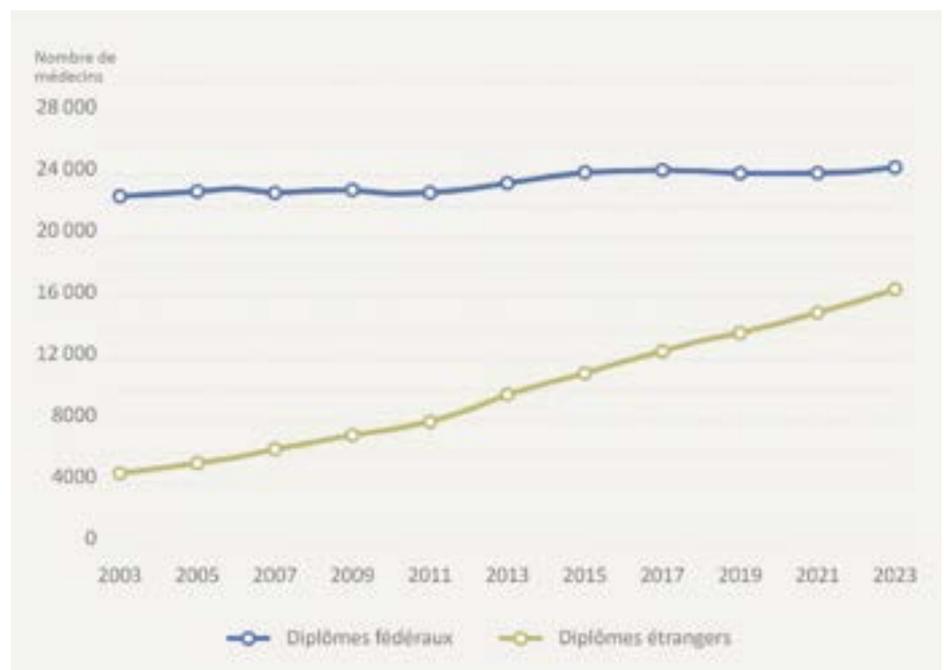


Figure 3: Nombre de médecins détenteurs d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger en 2023.

Tableau 2: Taux d'activité en demi-jours par semaine et par secteur en 2013 et 2023

		2013	2023
		Demi-journées	Demi-journées
Secteurs	Secteur ambulatoire	8,2	7,9
	Secteur hospitalier	9,5	9,4
	Autres	8,6	8,0
	Total	9,0	8,6

part des femmes en cabinet à deux médecins et cabinets de groupe, où elle s'élève à 47,7%. En 2023, la proportion de médecins âgés de plus de 60 ans était de 47,3% dans les cabinets individuels et de 25,1% dans les cabinets de groupe. Le nombre de cabinets de groupe comptant quatre médecins ou plus a augmenté au cours des dix dernières années (2013: 28,9%; 2023: 42,2%) (fig. 4).

Femmes cadres sous-représentées

Dans le secteur hospitalier, les médecins en formation postgraduée (hommes et femmes confondus) sont majoritaires et représentent environ 50,2% de l'effectif. 19% d'entre eux occupent des postes de chef de clinique, 13,8% de médecin-adjoint et 9,1% de médecin-chef. Le nombre de médecins femmes diminue à mesure que l'on monte dans la hiérarchie. Les femmes sont sous-représentées dans les échelons hiérarchiques supérieurs par rapport à ce que leur proportion dans les groupes d'âge concernés aurait pu laisser présager. Ce n'est qu'au niveau de la formation postgraduée que la part des femmes est prépondérante (60,1%), puis elle ne fait que baisser plus on monte dans la hiérarchie: elle est de 51,3% chez les chefs de clinique, de 33,0% chez les médecins-adjoints et de 18,0% chez les médecins-chefs. Il y a de nettes différences entre les spécialités médicales. En chirurgie, seuls 4,7% de femmes occupent un poste de médecin-chef et en urologie, elles ne sont que 2,8%. En revanche, en gynécologie et obstétrique, la part de médecins-chefs est de 33%, et de 25,9% en psychiatrie et psychothérapie.

Qualité des soins en danger

Le système de santé de notre pays est sous pression. Les sociétés médicales sont préoccupées par la pénurie de personnel qualifié (manque de personnel, manque de relève, garantie de la qualité de la formation postgraduée et des conditions de travail permettant d'assurer la qualité) [2]. En raison de la charge administra-

tive élevée, les médecins n'ont pas suffisamment de temps à accorder aux patients, ce qui péjore la qualité des soins [2,3]. Le nombre de cabinets qui n'acceptent plus de nouveaux patients a plus que doublé depuis 2012, passant de 14% à 32% [3]. De longs délais d'attente et des fermetures de cabinets ne font qu'aggraver la situation déjà précaire.

La relève médicale est aussi sous pression; un tiers des futurs médecins envisagent de changer de métier après leurs premières expériences dans la profession [4]. Les raisons invoquées sont la charge de travail et le taux d'activité élevé (environ 56 heures par semaine). L'horaire légal contractuel serait de 50 heures hebdomadaires (la loi sur le travail fixe la durée maximale légale de travail pour les médecins-assistantes et médecins-assistants et les cheffes de clinique et chefs de clinique à 50 heures par semaine). Un temps de travail

moins élevé, moins de bureaucratie, la réduction des tâches non médicales et une numérisation qui crée de la plus-value seraient autant d'atouts pour améliorer les conditions de travail. Mais disposer d'un plus grand nombre de professionnelles et professionnels de la santé reste primordial.

Investissements dans la formation

La part de plus en plus importante de médecins étrangers devrait également être un incitatif pour augmenter le nombre de places de formation pré- et postgraduée. Aujourd'hui, plus de 40% des médecins en exercice viennent d'ailleurs, ce qui, outre les questions éthiques que cela implique, entraîne une dépendance accrue envers l'étranger. Il faut toutefois s'attendre à ce que le recrutement de spécialistes étrangers devienne plus difficile à l'avenir, car des pays comme l'Allemagne et la France prennent des mesures pour rapatrier et/ou pour garder leurs médecins. L'augmentation du nombre de places d'études ne permettra cependant pas à elle seule de garantir que les personnes formées en plus se spécialiseront dans les disciplines où les besoins sont les plus importants, comme la médecine de premier recours.

Cabinets de médecine de premier recours

Les médecins de premier recours assument une fonction centrale dans le système de santé: en Suisse, environ 90% de tous les motifs de consultation peuvent être traités de manière définitive par les médecins de premier recours. Les généralistes suivent leurs patientes et leurs patients sur de longues périodes et, dans la plu-

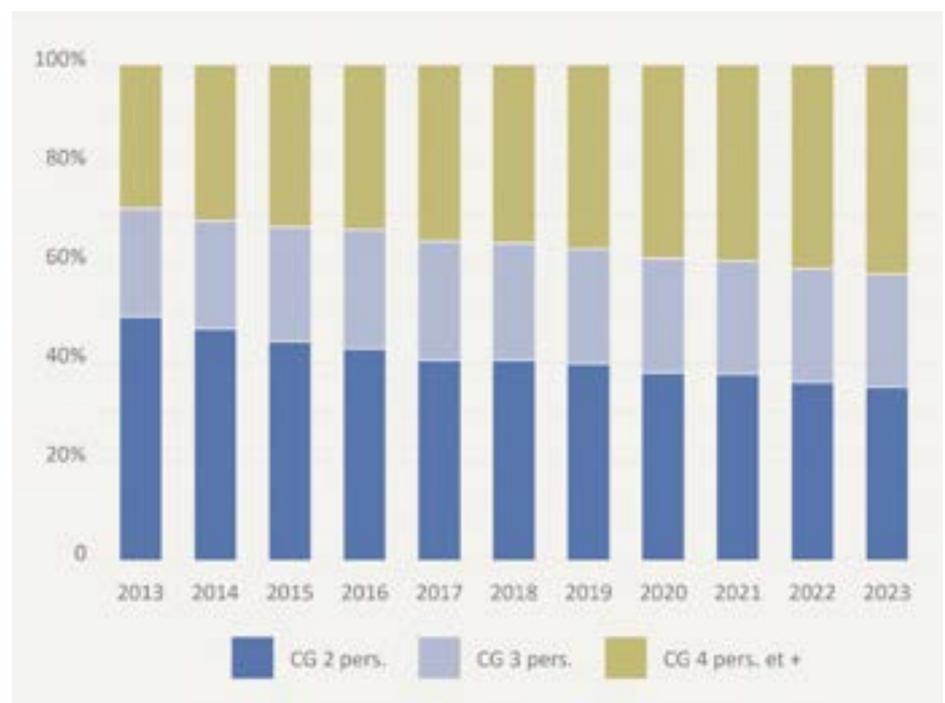
**Figure 4:** Évolution du nombre de cabinets de groupe (CG): répartition en % selon la taille des cabinets.

Tableau 3: Glossaire (par ordre alphabétique)

Activité principale	Est considéré comme activité principale le secteur dans lequel le médecin exerce la majeure partie de son activité (secteur ambulatoire, hospitalier ou autre).
Autre secteur	Font partie d'un autre secteur les activités de médecins ne relevant ni du secteur ambulatoire ni du secteur hospitalier, p. ex. les médecins engagés par des assurances, par l'administration publique (cantonale/fédérale) ou par l'industrie.
Cabinet à deux médecins ou de groupe	Utilisation d'appareils, d'équipements ou de locaux par deux ou plusieurs médecins.
Cabinet individuel	Utilisation d'appareils, d'équipements ou de locaux par un seul médecin.
Canton	Le canton pris en compte est celui dans lequel le médecin exerce son activité principale. S'il n'a rien indiqué à ce sujet, c'est le canton de l'adresse de contact qui est pris en compte.
Discipline principale	La discipline principale d'un médecin correspond au titre de spécialiste dans le cadre duquel il exerce la majeure partie de son activité médicale (d'après son autodéclaration et les règles prédéfinies).
Médecins du secteur ambulatoire, du secteur hospitalier ou d'un autre secteur	Médecins qui exercent leur activité principale dans le secteur ambulatoire, le secteur hospitalier ou un autre secteur.
Médecins en exercice	Les médecins en exercice correspondent aux personnes qui ont terminé avec succès leurs études universitaires en médecine (avec ou sans formation postgraduée) et qui exercent dans le secteur ambulatoire, dans le secteur hospitalier (y c. les médecins-assistants) ou dans un autre secteur (p. ex. administration, assurances) (source: OFS).
Secteur ambulatoire	Font partie du secteur ambulatoire les consultations données et les soins dispensés par des médecins en cabinet individuel ou de groupe. Les patients sont généralement traités de manière ambulatoire ou à leur domicile (visites à domicile). Font également partie du secteur ambulatoire les activités des médecins consultants privés dans les hôpitaux ou dans des dispensaires, des infirmeries ou des établissements analogues attachés à des entreprises, des écoles, des homes pour personnes âgées, des organisations syndicales et des confréries (source: OFS). Cela vaut p. ex. pour les médecins exerçant en cabinet.
Secteur hospitalier	Font partie du secteur hospitalier les traitements médicaux, diagnostics, soins, interventions chirurgicales, analyses, services d'urgence et activités de formation prégraduée, postgraduée et continue, etc. dans les hôpitaux. Font également partie du secteur hospitalier les foyers protégés avec un encadrement social 24 h sur 24 accueillant des enfants, des personnes âgées et des groupes de personnes dont l'autonomie est limitée (source: OFS)
Taux d'activité	Le taux d'activité est indiqué en demi-journées. Une demi-journée correspond à un volume de travail de 4 à 6 heures.

part des cas, les premiers examens effectués permettent d'éviter de devoir référer les patients à des spécialistes, ce qui impliquerait des coûts supplémentaires. Aujourd'hui, la couverture des soins n'est pas toujours assurée et il faut s'attendre à une péjoration de la situation dans les années à venir [5,6] (augmentation du nombre de médecins qui abandonnent la profession, besoins accrus en prestations médicales, etc.). Dans les régions rurales surtout, il devient difficile de trouver de nouveaux professionnels de santé, ce qui a un impact négatif sur la prise en charge. La fermeture de cabinets se traduit par des personnes qui consultent plus fréquemment un spécialiste ou se rendent dans un service ambulatoire hospitalier. Les soins sont ainsi fragmentés et nécessitent davantage de ressources [7], ce qui entraîne une hausse des coûts.

Nouveaux modèles de travail

Pour promouvoir les soins de premier recours, il faut tenir compte de l'évolution des façons de travailler. Les médecins ne souhaitent plus forcément pratiquer seuls et veulent pouvoir exercer à temps partiel [8]. Les cabinets de groupe forment donc une réponse possible et permettent

aux jeunes médecins de rester dans la profession. En proposant des postes à temps partiel, de la flexibilité en termes de vacances, des salaires équitables et une bonne ambiance de travail, les cabinets de groupe se positionnent comme des employeurs attrayants.

42+4: un modèle innovant

L'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC) a lancé au printemps 2023 sa revendication des 42 heures plus 4, à savoir 42 heures de soins aux patients et 4 heures de formation postgraduée. Le projet pilote mené notamment par l'Institut de médecine intensive de l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) montre qu'il est possible d'instaurer une semaine de 42 heures plus 4 à l'hôpital [9]. La semaine de 42 heures soulage le personnel et garantit aux médecins en formation la possibilité de pouvoir suivre les 4 heures de formation postgraduée structurée prescrites par la loi durant leur temps de travail. Depuis janvier 2024, le service de psychiatrie intégrée Winterthur –Zürcher Unterland (IPW) a également introduit le modèle «42+4» pour ses médecins en formation. L'hôpital de Thurgovie

Thurgau AG garantit même 8 heures de formation postgraduée structurée. Pour y parvenir, le personnel soignant assume sous délégation une partie des tâches médicales. De tels modèles de travail sont attrayants et appréciés, mais leur financement reste un défi. Des processus internes simplifiés et des directives moins contraignantes de la part des assureurs-maladie et des autorités pour le secteur hospitalier offriraient un allègement bienvenu.

Investissements urgents

Avec 12% du produit intérieur brut, le secteur de la santé est l'un des plus gros secteurs économiques de Suisse. En référence à l'évolution démographique, on constate un ralentissement de la hausse des coûts [10]. Le monitoring des cabinets médicaux de la FMH montre que même si le nombre de patients augmente, les coûts par patients restent stables ou sont en légère baisse [11]. Les investissements dans la santé se caractérisent par un bénéfice à long terme lié à un développement durable: la population est plus productive, plus innovante et plus résiliente. De plus, la santé est une condition préalable à la prospérité et à une société solidaire.

Base de données

La statistique médicale de la FMH est établie en fin d'année (jour de référence: 31 décembre de l'année concernée). La banque de données de la FMH (n = 41 100) contient les caractéristiques principales de la démographie médicale telles que l'âge, le sexe, la nationalité et le lieu où les médecins exercent leur profession. Il y a des lacunes dans la statistique médicale en ce qui concerne les médecins en formation postgraduée (environ 8000 personnes) en raison du manque d'indications dans la banque de données de la FMH et dans les autres banques de données telles que le registre des professions médicales (MedReg) ou les listes de membres affiliés aux conventions TARMED qui doivent être croisées avec la banque de données de la FMH (par exemple pas d'adresse valable pour le lieu de travail). L'indication du nombre total et de l'âge des 14 573 médecins en formation est tirée du logbook électronique de l'ISFM (un outil destiné aux médecins-assistants pour saisir leur formation postgraduée). Les analyses démographiques de la statistique médicale de la FMH comptent 38% de médecins en formation. Environ 95% des médecins ayant terminé leur spécialisation sont recensés dans la statistique médicale.

Les données concernant l'activité professionnelle (taux d'activité, structure des cabinets, etc.) reposent sur les données autodéclarées recueillies au moyen d'un questionnaire sur le portail des membres myFMH (échantillon myFMH). En 2023, cet échantillon de myFMH contient les données de plus de 20 846 médecins, qui ont été comparées aux données de l'ensemble de la population de médecins en exercice en Suisse (sexe et secteur). On a ainsi constaté que le secteur hospitalier et les femmes du secteur hospitalier étaient sous-représentés dans l'échantillon (différence > 10% par rapport à l'ensemble de la population). Pour minimiser ce biais, les chiffres par secteur et par sexe ont été analysés séparément ou pondérés en conséquence.

La situation actuelle en Suisse exige un engagement de la part des politiques et de la Confédération, notamment pour les adaptations suivantes: augmentation des places de formation, réduction de la bureaucratie, encouragement de la numérisation.

Vous trouverez la statistique médicale 2023, l'outil de recherche pour la statistique médicale et d'autres évaluations sur le site de la FMH: www.fmh.ch.

La division Numérisation, démographie et qualité propose des évaluations spécifiques, vous pouvez la contacter: [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch) / 031 359 11 11.

Correspondance

[ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch)



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

Annonce

POTASSIUM HAUSMANN®
ION
L'ION POSITIF PUISSANT
en cas d'hypokaliémie

- Pour une substitution efficace en cas de déficit potassique^{1,2}
- Seule substitution de potassium par voie orale pour l'adulte à être prise en charge par les caisses-maladie^{1,2,3}
- Deux formes galéniques adaptées à la situation métabolique^{1,2}

Plus «d'énergie»
pour les
choses importantes
de la vie!

Références

1) Information professionnelle Potassium Hausmann® comprimés effervescents sous www.swissmedinfo.ch 2) Information professionnelle KCl Retard Hausmann® comprimés retard sous www.swissmedinfo.ch 3) www.spezialtaetenliste.ch
Nous mettons à disposition toutes les références sur demande.

KCl retard Hausmann®, comprimé retard. C: préparation potassique acidifiante. Comprimé retard 745,5 mg de chlorure de potassium correspondant à 10 mmol de potassium resp. 391 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'alcalose ou avec une alcalose métabolique hypochlorémique concomitante, p. ex. lors d'abus de laxatifs; déficience potassique consécutive au traitement salidiurétique ou abus (oedème, hypertension, cirrhose hépatique ou autres atteintes hépatiques), particulièrement chez les patients sous médication digitale. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j; max. 150 mmol/j. Comprimés retard à prendre après les repas, sans les croquer, avec beaucoup de liquide. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoadostéronisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique, transit gastro-intestinal ralenti ou inhibé, en association aux anticholinergiques. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastrointestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamterène, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques, anticholinergiques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: www.swissmedinfo.ch. Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.

Potassium Hausmann® comprimés effervescents. C: préparation potassique alcalinisante. Comprimé effervescent: 1685,9 mg de citrate de potassium et 1444 mg d'hydrogencarbonate de potassium correspondant à 30 mmol de potassium resp. 1172,9 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'acidose ou avec une acidose métabolique déclarée concomitante. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j; max. 150 mmol/j. Dissoudre les comprimés effervescents dans 1-2 dl d'eau, à avaler lentement, lors des repas. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoadostéronisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastrointestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamterène, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: www.swissmedinfo.ch. Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Anjes Stojkovic-Gasser (1988), † 21.12.2023, 4402 Frenkendorf

Hermann Christen (1946), † 31.1.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3 714 Frutigen

Fausto Casella (1928), † 14.2.2024, Spécialiste en pneumologie et Spécialiste en médecine interne générale, 6500 Bellinzona

Michel Charles Huguenin (1936), † 16.2.2024, Spécialiste en pédiatrie, 1205 Genève

Ulrich Robert Obrecht (1946), † 16.2.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4537 Wiedlisbach

Georges Rutishauser (1927), † 16.2.2024, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Urologie, 4054 Basel

Benjamin Fässler (1942), † 19.2.2024, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4512 Bellach

Hugonin Contat (1936), † 21.2.2024, 1936 Verbier

Alice Bosch-Gwalter (1926), † 25.2.2024, 8640 Rapperswil SG

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Veronika Blum, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Medizinische Onkologie, Mitglied FMH, Angestellt im Tumor Zentrum Aarau AG, Rain 34, 5000 Aarau, ab 01.04.2024

Özcan Dogan, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Ärzte im blauen Haus, Zürcherstrasse 11, 4310 Rheinfelden, ab 01.04.2024

Andreas Gutwein, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Angiologie, Angestellt in Zentrum für Gefässmedizin Mittelland, Aarenaustrasse 2b, 5000 Aarau, ab sofort

Marc Maeder, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Angestellt in Doktor Zentrum Wettingen AG, Bahnhofstrasse 88, 5430 Wettingen, ab sofort

Andrea Martig, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Kinderpraxis Drachenhügel, Rosengässchen 2, 4310 Rheinfelden, ab 01.04.2024

Beata Morovicova, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Angestellt im Ärztezentrum Würenlos, Grossezelgstrasse 18, 5436 Würenlos, ab sofort

Pascal Schenk, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Angestellt in Knochenschlosser AG, Bernstrasse 84, 4852 Rothrist, ab 01.08.2024

Alexander Skall, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Alexander Skall, Kupfergasse 15, 4310 Rheinfelden, ab 01.05.2024

Christian Sommer, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Angestellt in Gesundheitszentrum Fricktal AG, Riburgerstrasse 12, 4310 Rheinfelden, ab 01.04.2024

Caspar Steiner, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Orthopädie am Rhy, Roberstenstrasse 31, 4310 Rheinfelden, ab 01.04.2024

Maxim Zavorotnyy, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt in Psychiatrische Dienste Aargau AG, Königsfelderstrasse 1, 5210 Windisch, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Yakupoglu Yakup, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Leitender Arzt in Kantonsspital Aarau, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Letizia Meier, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, Medbase Kriens Mattenhof, Am Mattenhof 4, 6010 Kriens
Anna Maria Peter, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Kinderarztpraxis am Bahnhof, Robert-Zünd-Str. 2, 6005 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.



© Tashatuvango / Dreamstime

Le gel des admissions aurait un impact négatif sur la prise en charge des patients dans les secteurs ambulatoire et hospitalier.

Un danger pour les soins neurologiques

Nombres maximaux Les cantons peuvent décréter un gel des admissions pour les nouveaux médecins lorsque le plafond défini est atteint dans une spécialité. Or, pour la neurologie, le taux de couverture actuel de 100% est nettement inférieur aux besoins. Une limitation conformément à l'ordonnance sur les nombres maximaux entraînerait une pénurie de spécialistes.

Silke Biethahn^a; Martina Gödlin^b; Urs Fischer^c au nom du Comité de la Société Suisse de Neurologie (SSN)

^a Dre méd., assesseure du comité de la SSN; ^b Dre méd., présidente de la Swiss Association of Young Neurologists (SAYN); ^c Prof. Dr méd., président de la SSN

Les affections neurologiques représentent un problème majeur dans la population suisse: elles sont actuellement la première cause de handicaps (figure 1) et la deuxième cause de décès [1]. Plus de la moitié de la population européenne (environ 60%) souffre d'une maladie neurologique [2]. Parmi les maladies neurologiques les plus fréquentes figurent, outre la migraine et les maladies neuromusculaires, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les démences, qui ont un impact très important sur les coûts de la santé en Suisse. Compte tenu de l'évolution démographique de la Suisse, il faut s'attendre à ce que la prévalence de ces deux dernières maladies augmente sensiblement au cours des prochaines années et décennies et que les besoins en soins médicaux continuent de croître.

Une révolution thérapeutique s'est heureusement produite dans le domaine de la neurologie au cours des 30 dernières années: alors qu'auparavant, cette discipline présentait surtout un intérêt diagnostique, des progrès incroyables ont été accomplis entre-temps concernant les possibilités thérapeutiques, avec des répercussions correspondantes sur la qualité de vie et la durée de vie des personnes concernées [3, 4]. De nombreuses maladies neurologiques et les handicaps qui en découlent sont devenus évitables et traitables en cas de diagnostic précoce et de prise en charge adéquate.

L'augmentation du nombre de patientes et patients et l'amélioration des possibilités thérapeutiques s'accompagnent d'un besoin croissant en neurologues. Selon l'étude Global Burden of Disease [2, 6–11], environ 1,6 million de personnes en Suisse souffrent de céphalées et de migraine [6], 400 000 de neuropathies [7], 115 000 de démences [8] et environ 100 000 de maladies cérébrovasculaires [2]. L'épilepsie (près de 20 000) [9], la maladie de Parkinson (près de 15 000) [10] et la sclérose en plaques (près de 14 000) [11] sont un peu plus rares. Même si une partie des patientes et patients souffrant de céphalées ou de polyneuropathies sont traités en premier lieu par des médecins de famille, il est possible d'estimer de manière très conservatrice qu'au moins 1 million de personnes en Suisse – soit environ 11% de la population suisse – requièrent un traitement neurologique ambulatoire.

Besoins vs ressources disponibles

Les données de NewIndex, qui reflètent les prestations des médecins dans les cabinets, montrent que depuis plusieurs années, le nombre de minutes par patiente/patient par an est constant, s'élevant à environ 90 minutes. Dans les consultations des hôpitaux, cette durée est probablement un peu plus élevée en raison des patientes et patients particuliers vus dans les

consultations spécialisées et de la mission de formation postgraduée. Il y a donc un besoin de traitement médical de plus de 1 500 000 heures. Un équivalent temps plein (ETP) effectuée 10 heures par jour sur 220 jours de travail par an, ce qui correspond à 2200 heures (sans compter les tâches administratives). Ainsi, il faudrait déjà près de 700 neurologues (ETP) rien que pour le traitement neurologique ambulatoire des patientes et patients.

La prévalence des AVC et démences augmentera sensiblement et les besoins en soins médicaux continueront de croître.

Outre les soins ambulatoires, les neurologues sont aujourd'hui indispensables dans de nombreux autres domaines des soins de santé: ils prennent en charge les patientes et patients souffrant de maladies neurologiques aiguës (entre autres AVC) dans les services d'urgence, assurent leur suivi en milieu hospitalier, sont impliqués dans le traitement et l'évaluation du pronostic dans les unités de soins intensifs (y compris diagnostic de mort cérébrale), prennent en charge les patientes et patients dans les centres de neuroréhabilitation et les cliniques de la mémoire. Globalement, le nombre de neurologues nécessaires pour les soins hospitaliers est aussi élevé que pour le domaine ambulatoire,

de sorte que le besoin total se situe aux alentours de 1400 neurologues.

Ces dernières années, le nombre de neurologues en Suisse a augmenté: en 2009, ils n'étaient que 426, soit 361 ETP (environ 14‰ du corps médical); en 2015, ils étaient déjà 570/511 ETP (environ 16‰ du corps médical); et en 2022, 724/647 ETP (19‰ du corps médical) [12]. Cette augmentation a pour l'essentiel concerné le secteur hospitalier. Alors qu'en 2009, le nombre de neurologues travaillant à l'hôpital (51%) était encore à peu près égal à celui des neurologues en cabinet, les collègues travaillant à l'hôpital sont désormais nettement majoritaires (57%) [13]. Leur augmentation est notamment due à la mise en place et à l'extension des Stroke Units, après que différentes études ont montré que le devenir des patientes et patients victimes d'un AVC pouvait être significativement amélioré par un traitement dans une Stroke Unit [14]. Au total, ce nombre est toutefois loin de couvrir les besoins calculés ci-dessus, soit environ 1400 neurologues.

Offre de soins inférieure à la moyenne

Avec un neurologue pour 14 000 habitants, la densité de l'offre de soins neurologiques en Suisse reste inférieure à la moyenne internationale en comparaison avec les pays dont les structures socio-économiques sont similaires, et ce malgré l'augmentation du nombre de neurologues de ces dernières années. Selon une sous-analyse de l'European Academy of Neurology (EAN) à partir des données de l'étude Global Disease

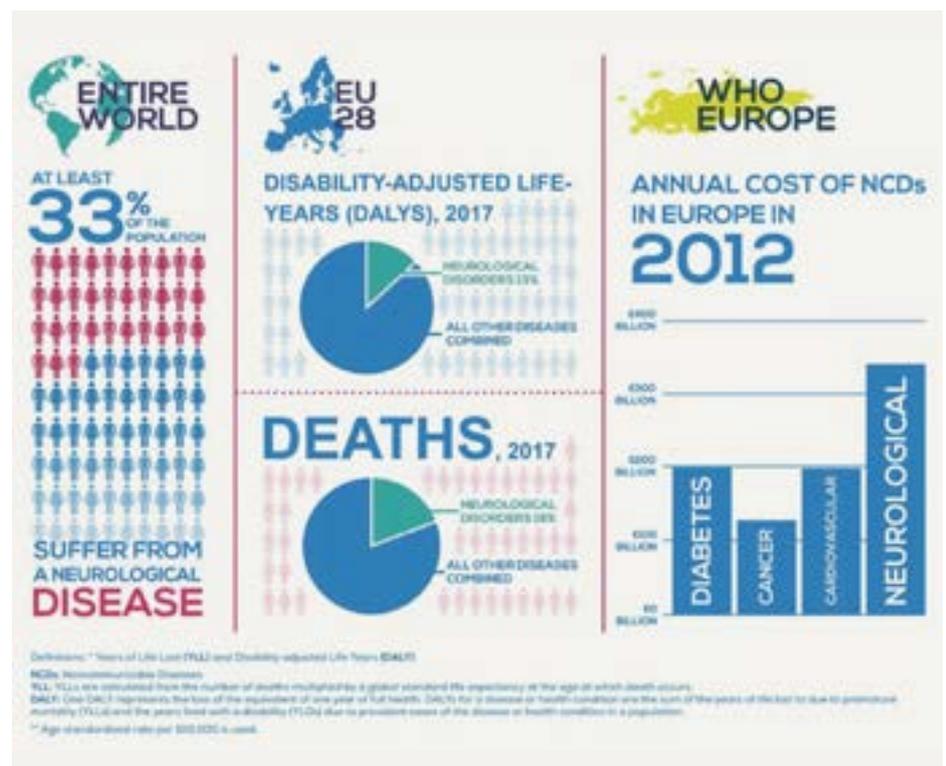


Figure 1: Aperçu de l'importance des maladies neurologiques en Europe et dans le monde [5].

Organisations

Burden 2017 [15], la densité d'offre de soins moyenne en Europe occidentale est d'un neurologue (ETP) pour 12 000 habitants, ce qui est nettement plus élevé qu'en Suisse. Cependant, au vu des chiffres calculés ci-dessus, même une telle densité ne suffit guère à couvrir les besoins en matière de diagnostic et de traitement neurologiques.

Le besoin élevé de consultations neurologiques en Suisse s'est également reflété dans une enquête menée par la Société Suisse de Neurologie en avril 2023, qui portait notamment sur les délais d'attente moyens aussi bien dans les cabinets de neurologie que dans les services ambulatoires des hôpitaux. Ont participé à cette enquête 188 cabinets de neurologie de 22 cantons, 20 cliniques de soins aigus et 13 cliniques de réadaptation. Il en est ressorti que les délais d'attente moyens pour obtenir un rendez-vous étaient de près de deux mois dans les cabinets médicaux et de 2,5 mois dans les hôpitaux en polyclinique générale, parfois nettement plus dans les services ambulatoires spécialisés. Cela entraîne des retards importants dans les diagnostics et les traitements nécessaires. De plus, les longs délais d'attente incitent de plus en plus les patientes et patients à se rendre aux urgences en raison de leur grande souffrance, ce qui représente une charge supplémentaire pour les services d'urgence déjà très fréquentés [16].

Au moins 1 million de personnes en Suisse – 11% environ de la population – requièrent un traitement neurologique ambulatoire.

La pénurie de spécialistes s'accroît

Il est à supposer que même sans régulation des admissions, les besoins croissants en matière de prise en charge des patientes et patients neurologiques se heurteront à l'avenir à une stagnation, voire une diminution du nombre de médecins spécialistes. Aujourd'hui, 34% des neurologues ont 55 ans et plus et prendront donc leur retraite dans les 10 prochaines années. Parallèlement, la proportion de médecins travaillant à temps partiel augmente dans toutes les disciplines, de sorte que les collègues qui partent à la retraite doivent être remplacés par un plus grand nombre de neurologues.

Or, aujourd'hui déjà, les besoins en neurologues ne peuvent de loin plus être couverts par des spécialistes suisses, avec pour conséquence une dépendance vis-à-vis de spécialistes étrangers supérieure à la moyenne par rapport à d'autres disciplines: actuellement, 57% des neurologues travaillant en Suisse sont titulaires

d'un diplôme étranger. Cette dépendance vis-à-vis de spécialistes étrangers s'aggraverait encore si les possibilités d'installation en cabinet étaient limitées: si une partie des médecins cadres des hôpitaux ne pouvait pas, comme c'est le cas actuellement, s'installer en cabinet, les perspectives pour la relève neurologique seraient très limitées, tant à l'hôpital qu'en cabinet, ce qui réduirait encore l'attractivité d'une spécialité moins bien rémunérée financièrement que la moyenne.

En Europe occidentale, la densité d'offre de soins est d'un neurologue pour 12 000 habitants, contre un pour 14 000 en Suisse.

Répercussions négatives

Le gel des admissions aurait donc un impact négatif sur la prise en charge des malades non seulement dans le secteur ambulatoire, mais aussi dans le secteur hospitalier et les cliniques de réadaptation. La pénurie de spécialistes qui en résulterait entraînerait d'une part une détérioration de la prise en charge des patientes et patients et, d'autre part, une augmentation de la fréquentation des services d'urgence et des hospitalisations, qui sont coûteuses et mobilisent beaucoup de ressources. Compte tenu de la longue durée de la formation postgraduée – au moins 6 ans –, la pénurie de spécialistes ne pourrait pas être comblée en quelques années, même par un changement de cap politique. Les répercussions secondaires du gel des admissions se feraient sentir dans 10–20 ans au plus tard, en gardant à l'esprit l'augmentation supplémentaire attendue des maladies neurologiques.

En conclusion, le taux de couverture calculé de 100% pour la neurologie en Suisse correspond aujourd'hui déjà à une sous-offre de soins, qui s'aggraverait encore dans les années à venir en raison de différents facteurs. Une régulation des admissions basée sur des hypothèses inadéquates, qui accélérerait encore cette pénurie de spécialistes, aura des conséquences négatives sur la prise en charge des patientes et patients, avec un recours accru à des structures coûteuses et mobilisant des ressources importantes. Dans l'intérêt de nos patientes et patients, mais aussi de nos jeunes collègues, le Comité de la Société Suisse de Neurologie se prononce contre l'application de l'ordonnance sur les nombres maximaux, en particulier en neurologie, et demande aux décideuses et décideurs compétents d'écarter la pénurie de soins qui menace et d'examiner de manière critique les données disponibles, y compris pour les autres disciplines.

Correspondance
aline.locher[at]imk.ch



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

SWISS MEDICAL FORUM

Depuis 2001, le SMF publie des articles axés sur la pratique couvrant tout le spectre de la médecine. Il est l'organe officiel de formation postgraduée et continue de la FMH et une revue officielle de formation postgraduée et continue de la SSMIG. En tant que membre de la COPE, le SMF remplit les critères de l'ISFM pour une revue d'évaluation par les pairs.



162

Prise en charge de la gale dans les centres d'asile et en cabinet

Parasitose cutanée La gale est un sujet de préoccupation grandissant, même dans les pays à revenus élevés, en raison du nombre croissant de requérantes et requérants d'asile et de leurs conditions de vie. L'objectif de cet aperçu est de faire le point sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique en cabinet et sur la procédure à suivre en cas d'accumulation de cas dans les centres d'asile.

Marco Seneghini, Antonio Cozzio et al.



168

Fièvre en tant que phase prodromique

Nécrolyse épidermique Un patient de 79 ans s'est présenté spontanément en urgence en raison d'une fièvre et d'un abattement général. Il a signalé que deux jours auparavant, il avait d'abord souffert de douleurs sourdes à l'oreille droite, puis de frissons et d'une fièvre atteignant près de 40 °C.

Julian Mair am Tinkhof, Jivko Kamarachev, Michael Bodmer



172

Réaction inflammatoire due à un anti-inflammatoire?

Obstruction pulmonaire Une patiente de 36 ans s'est présentée aux urgences en raison d'une toux, d'un rhume, de douleurs thoraciques et d'une perte de force. Lors de l'inspiration profonde, elle se plaignait de fortes douleurs thoraciques. Depuis environ six semaines, elle souffrait en outre de céphalées persistantes.

Rafael Pereira Marques, Carl F. Capellen, Robert Thurnheer

Journal Club

Weekly Briefing

Prof. Dr méd. Lars C. Huber; Prof. Dr méd. Martin Krause

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Sarcoïdose aiguë

Récidives et évolution à long terme

Des données à long terme sont pour la première fois disponibles pour >200 patientes et patients atteints du syndrome de Löfgren (SL; cf. «Vintage Corner»): les cas ont été diagnostiqués entre 1959 et 2020 et présentent une prédominance de sexe (60% de femmes) et une prédisposition génétique (HLA-DRB1*03 positif). Dans 94% des cas, il y a eu une résolution complète dans les deux ans suivant le diagnostic initial, et même dans 100% des cas avec positivité DRB1*03. Seuls 10 malades n'ont pas guéri. À long terme, 11% ont connu une récurrence, dont la moitié >5 ans après le diagnostic initial. Le risque de récurrence est également influencé par la génétique (DRB1*03 négatif et DRB1*15 positif). En bref: dans la plupart des cas, le SL a un excellent pronostic. Reste à savoir si le test génétique est rentable.

Am J Respir Crit Care Med. 2024, doi.org/10.1164/rccm.202307-1291LE. Rédigé le 10.2.24_HU

Embolie pulmonaire

Prise en charge ambulatoire

Il est connu depuis plus de dix ans qu'après le diagnostic d'une embolie pulmonaire aiguë (EPA), les malades à faible risque, définis sur la base du score PESI («Pulmonary Embolism Severity Index») et de la stabilité hémodynamique, peuvent être traités en ambulatoire en toute sécurité. Selon une grande étude américaine, cela est encore appliqué de manière bien trop peu systématique: sur >1,6 million de diagnostics d'EPA avec un faible score de risque, seuls 35% des patientes et patients ont quitté les urgences pour rentrer chez eux et le taux ne s'est guère amélioré au fil du temps – 38% (2012–2014) vs. 33% (2018–2020). Les caractéristiques cliniques et démographiques n'ont pas permis de déterminer qui est hospitalisé et qui est traité en ambulatoire en cas de risque faible.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-2442. Rédigé le 10.2.24_HU

Vintage Corner

Syndrome de Löfgren: triade typique

La triade associant lymphadénopathie hilare bilatérale, érythème noueux et arthrite de la cheville correspond au syndrome de Löfgren. Ce phénotype spécifique de la sarcoïdose aiguë est pathognomonique – la pose du diagnostic peut être purement clinique. Si de la fièvre s'y ajoute, la valeur prédictive positive est de 95% (!): une biopsie ou la détermination de biomarqueurs est superflue. Le pneumologue suédois Sven Löfgren (1910–1978) a attribué cette constellation à une sarcoïdose aiguë sur la base d'une série de 212 cas et l'a décrite pour la première fois comme «bihilar lymphadenopathy syndrome». Les manifestations sont spécifiques au sexe: les femmes ont plus souvent un érythème noueux, les hommes surtout une arthrite bilatérale sans atteinte cutanée.

Acta Med Scand. 1952, PMID: 14932794. Rédigé le 10.2.24_HU

CME

Pyléphlébite

- La pyléphlébite (PP) est une thrombophlébite septique du système porte (SP). Il s'agit d'une complication rare mais grave d'une infection de l'abdomen ou du bassin.
- En principe, toute infection abdominale impliquant des organes drainés par le SP peut s'accompagner d'une PP. La diverticulite a supplanté l'appendicite comme cause la plus fréquente. Toutefois, les PP sont également décrites comme complication des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, de la pancréatite, de la cholangite, etc.
- La PP débute comme une thrombophlébite des petites veines dans la zone infectée correspondante. Elle peut aussi s'étendre

hors du SP aux veines spléniques et mésentériques.

- La présentation clinique n'est pas spécifique: fatigue, fièvre, douleurs abdominales avec paroi abdominale tendue, nausées, vomissements, diarrhée.
- Les analyses de laboratoire révèlent des signes inflammatoires (leucocytose, protéine C réactive) et des valeurs hépatiques élevées (phosphatase alcaline, transaminases). Une élévation de la bilirubine est rare. Dans presque tous les cas, les hémocultures sont positives. Il s'agit souvent d'infections polymicrobiennes (*Bacteroides*, *Escherichia coli*, *Streptococcus*).
- Il n'existe pas de critères diagnostiques: en présence d'un thrombus dans le SP avec sepsis, le tableau clinique peut être com-

patible avec une PP. Une PP doit être envisagée devant tout sepsis intra-abdominal avec bactériémie polymicrobienne.

- Les antibiotiques à large spectre, initialement par voie intraveineuse, sont la pierre angulaire du traitement. Une durée de traitement prolongée (4–6 semaines) est recommandée.
- Le rôle de l'anticoagulation n'est pas clair. De petites études ont montré un bénéfice en termes de mortalité.
- Les complications de la PP sont l'ischémie intestinale, l'abcès hépatique et l'infarctus splénique. Malgré l'antibiothérapie, la mortalité est élevée (10–30%).

StatPearls. 2024, PMID: 33085393. Rédigé le 7.2.24_HU

Chrononutrition

Manger souvent et repas principal à midi

Il existe de nombreuses recommandations pour la prévention de l'obésité. La chrononutrition a suscité un grand intérêt dans ce contexte. Elle consiste à manger au bon moment. 2050 personnes (18-65 ans) ont été interrogées sur leurs habitudes alimentaires et leur indice de masse corporelle (IMC). Lorsque le principal repas de la journée était pris le soir, l'IMC était supérieur de 0,85 ($p = 0,02$). Inversement, les deux habitudes alimentaires suivantes étaient significativement associées à un IMC plus faible: >3 repas par jour et repas principal à midi. Même si ces associations étaient indépendantes du sexe, de l'âge, de l'apport calorique et de l'activité physique, la portée de l'étude, basée sur les réponses à un questionnaire, est limitée.

Clin Nutrition ESPEN. 2024,
doi.org/10.1016/j.clnesp.2024.01.022.
Rédigé le 22.2.24_MK

Maladie de Dupuytren

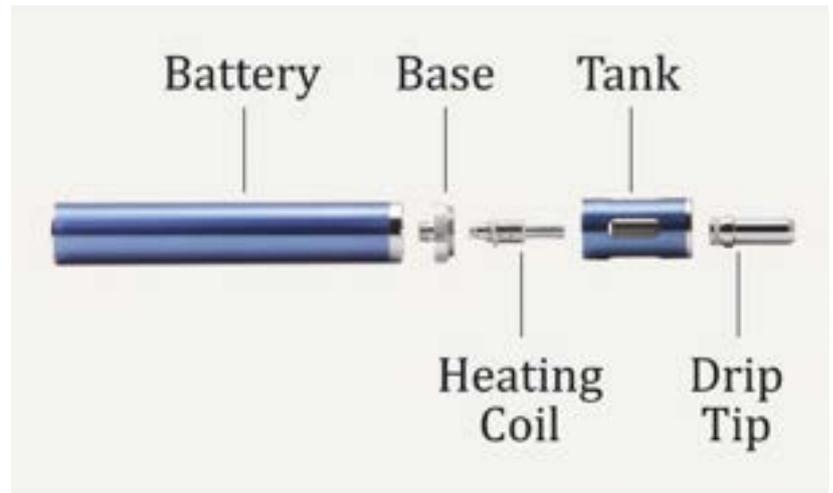
Chirurgie, aponévrotomie ou collagénase?

La maladie de Dupuytren est une affection fréquente du tissu conjonctif de l'aponévrose palmaire. La formation de nodules et de brides réduit l'extension du 4^e et du 5^e doigt. En cas de gêne fonctionnelle au quotidien, une intervention est indiquée.

Une étude randomisée a comparé trois interventions chez 302 personnes: chirurgie (101), aponévrotomie à l'aiguille (101) et injections de collagénase (100). Après trois mois, les trois mesures avaient un taux de succès similaire d'environ 72%. Après deux ans, la chirurgie était supérieure: taux de succès de 78% contre 65% avec la collagénase et 50% avec l'aponévrotomie à l'aiguille. Alors que le résultat favorise la chirurgie, l'anesthésie locale est un avantage pour les deux autres interventions.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-1485.
Rédigé le 25.2.24_MK

Arrêt du tabagisme



La composition de l'e-cigarette.

© Frank Eckgold / Adobe Stock

Rôle de l'e-cigarette

Les cigarettes électroniques (e-cigarettes) se composent d'un embout buccal, d'une batterie, d'un atomiseur et d'une cartouche contenant un liquide avec un arôme et de la nicotine (cf. figure). Suite à l'aspiration par l'embout buccal, le liquide est chauffé et vaporisé, de sorte qu'il peut être inhalé («vapotage»). L'exposition à la nicotine et la dépendance s'en trouvent maintenues, mais il n'y a plus les sous-produits toxiques et cancérigènes du tabac brûlé. Bien que plusieurs études considèrent le vapotage comme judicieux pour arrêter de fumer, le vapotage en tant que substitut au tabac est controversé en raison d'autres risques pour la santé et parce qu'il constitue une porte d'entrée potentielle pour le tabagisme chez les jeunes.

Dans une étude soutenue par le Fonds national suisse, 1246 fumeuses et fumeurs (>4 cigarettes/jour) souhaitant arrêter de fumer ont été randomisés pour arrêter de fumer avec ou sans e-cigarettes. 47% étaient des femmes, l'âge moyen était de 38 ans, la consommation moyenne était de 15 cigarettes/jour et 85% avaient essayé au moins une fois d'arrêter de fumer. Le groupe d'intervention comptait 622 personnes, le groupe contrôle 624. Pour les e-cigarettes, les sujets pouvaient choisir eux-mêmes l'arôme et la concentration de nicotine. Les deux groupes ont reçu des conseils pour arrêter de fumer et pouvaient utiliser en plus des substituts nicotiniques. Après six mois, 28,9% des sujets du groupe d'intervention et 16,3% de ceux du groupe contrôle étaient abstinents de manière continue. Les effets indésirables pertinents étaient rares dans les deux groupes. Les symptômes respiratoires (par ex. toux) étaient moins fréquents dans le groupe d'intervention.

Cette étude conforte les preuves de l'utilité des e-cigarettes pour une abstinence tabagique réussie. Les personnes abstinents dans le groupe d'intervention ont généralement continué à fumer des e-cigarettes à base de nicotine. Cela signifie que les e-cigarettes devraient être recommandées dans la consultation pour arrêter de fumer surtout lorsque l'abstinence tabagique est prioritaire et que la dépendance à la nicotine est secondaire.

N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2308815.
Rédigé le 22.2.24_MK

Prurit, promiscuité et stigmatisation

Défis de la prise en charge de la gale dans les centres d'asile et en cabinet

La gale est un sujet de préoccupation grandissant, même dans les pays à revenus élevés, en raison du nombre croissant de requérantes et requérants d'asile et de leurs conditions de vie souvent défavorables. L'objectif de cet aperçu est de faire le point sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique en cabinet et sur la procédure à suivre en cas d'accumulation de cas dans les centres d'asile, en se basant sur notre expérience récente et sur la littérature médicale existante.

Dr méd. Marco Seneghini^a; Prof. Dr méd. Antonio Cozzio^b; Dr méd. Hans Gammeter^c; Sandra Heim^d; Marina Koller^e; Prof. Dr méd. Stefan P. Kuster^a; Dr méd. Matthias Schlegel^a; Peter Schwarz^f; Dr méd. Raphael Tamo^a; Dr méd. Domenica Flury^a

^a Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^b Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen;

^c Kantonsarztamt St. Gallen, St. Gallen; ^d Trägerverein Integrationsprojekte St. Gallen, St. Gallen; ^e Staatssekretariat für Migration (SEM), Bern; ^f Bundesasylzentrum, Altstätten

Introduction

La gale, causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei*, est une parasitose cutanée qui touche environ 200 millions de personnes dans le monde et est associée à une morbidité élevée et à une stigmatisation sociale [1]. La gale est endémique dans les pays à revenus faibles et intermédiaires et dans les régions au climat chaud et humide, où elle constitue un problème de santé publique majeur [2]. En 2017, l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) a officiellement inscrit la gale sur la liste des maladies tropicales négligées, afin de sensibiliser davantage à cette maladie et de promouvoir des mesures aux niveaux national et mondial pour contrôler cette maladie évitable [3].

Dans les pays à revenus élevés, les cas de gale sont sporadiques et touchent principalement les personnes vivant dans des centres d'asile [4, 5]. L'augmentation du nombre de

requérantes et requérants d'asile ainsi que la surpopulation dans certains camps de réfugiés le long des trajets de migration, parfois dans des conditions d'hygiène précaires, favorisent la propagation de la gale [6]. Toutefois, même en dehors de ce groupe à risque, la gale ne doit pas être oubliée comme cause possible de prurit – par exemple lors de flambées dans les établissements médico-sociaux, les crèches ou les écoles.

Les vignettes de cas suivantes illustrent différentes situations et les défis qu'elles posent lors d'infestations scabieuses chez des requérantes et requérants d'asile.

Vignette 1: échec thérapeutique

Un requérant d'asile irakien de 19 ans s'est présenté à la clinique dermatologique en raison d'un prurit persistant. Quatre semaines auparavant, il avait reçu, avec certains membres de sa famille, un traitement local et systémique par crème à base de perméthrine et ivermectine (0,2 mg/kg de poids corporel par voie orale), administré à deux reprises (Jour 0 et Jour 8), en raison d'une suspicion de gale. Lors d'un nouvel examen, des acariens vivants ont été détectés sur les mains à l'aide d'un dermatoscope (signe du delta / «jet with contrail» [fig. 1, définition cf. section «Diagnostic»]).

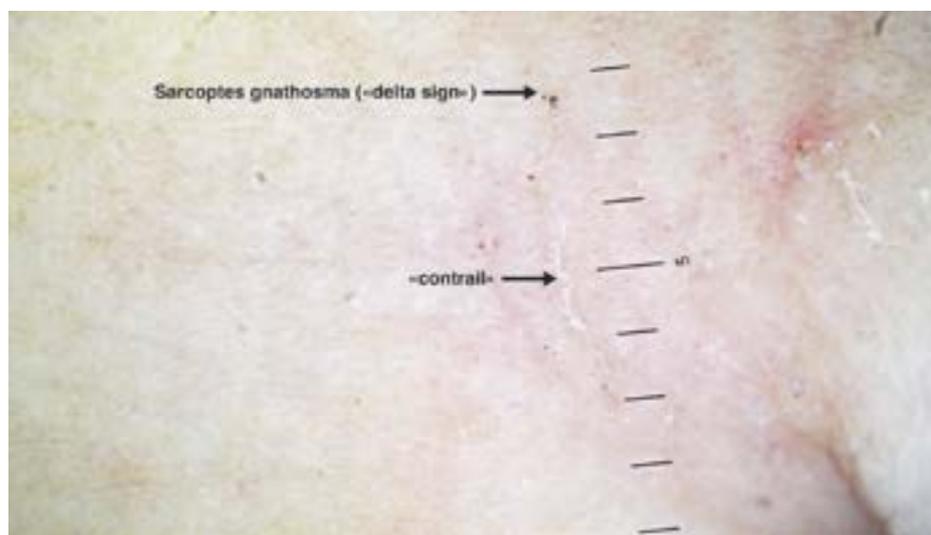


Figure 1: Dermatoscopie révélant la présence d'acariens avec signe du delta / «jet with contrail».

Le patient, sa mère, ses frères et sœurs et les personnes en contact proche ont à nouveau été traités par voie topique et systémique. Lors du contrôle de suivi quatre semaines plus tard, le patient ne présentait presque plus de symptômes et des acariens n'ont plus été détectés.

Ce cas illustre le fait que des réinfestations scabieuses peuvent se produire, en particulier dans des institutions surpeuplées comme les centres d'asile. Cependant, il est souvent difficile de savoir s'il s'agit d'une réinfestation par des personnes en contact proche non traitées ou d'un épisode persistant dû à un manque d'observance.

Vignette 2: altérations cutanées post-scabieuses

Un requérant d'asile afghan de 18 ans se plaignait depuis quelques semaines d'un prurit intense et d'éruptions cutanées. Bien qu'il ait déjà été traité à plusieurs reprises contre la gale avec ses contacts proches au centre d'asile, les symptômes persistaient. Le médecin de famille l'a alors adressé pour un examen dermatologique en raison d'une suspicion de gale résistante aux traitements. L'examen dermatologique n'a toutefois pas révélé d'infestation scabieuse active, mais une dermatite post-scabieuse accompagnée d'une folliculite (fig. 2).

Après prescription d'une corticothérapie topique et d'un traitement symptomatique par antihistaminiques, les symptômes ont nettement régressé.

Cela montre bien que des symptômes persistants ne sont pas toujours dus à une nouvelle infection ou à une infection persistante. Il s'agit souvent d'une dermatite irritative post-scabieuse causée par des particules et excréments



Figure 2: Tableau clinique avec folliculite et dermatite post-scabieuse sur le torse, le cou et le visage en vue d'ensemble (A) et en gros plan (B). Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

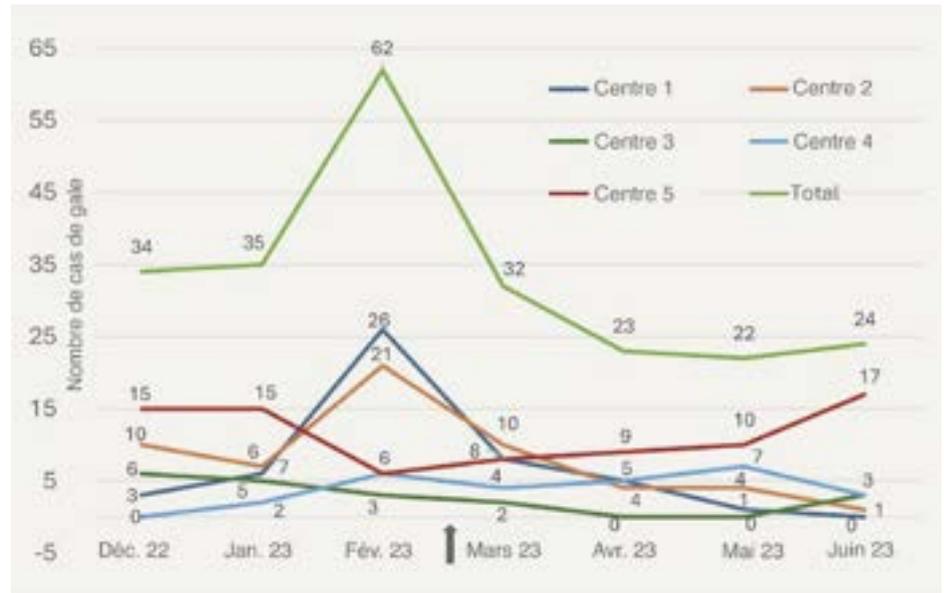


Figure 3: Représentation graphique de l'évolution dans le temps des nouveaux cas de gale dans les centres d'asile concernés du canton de Saint-Gall. Le début de l'intervention est indiqué par une flèche sur l'axe temporel.

d'acariens immunogènes résiduels, qui peuvent persister dans la peau même après l'élimination de *Sarcoptes scabiei* jusqu'au renouvellement épithélial complet de la peau après environ 4-6 semaines [7, 8]. Si les symptômes persistent au-delà de six semaines malgré la prise certaine des médicaments, un examen dermatologique est recommandé afin de déterminer s'il s'agit d'autres dermatoses pruriteuses.

Vignette 3: accumulation de cas de gale dans les centres d'asile

Les deux cas décrits sont loin d'être des cas isolés. En février 2023, plusieurs points de contact (Service du médecin cantonal, cliniques d'infectiologie et de dermatologie de l'Hôpital can-

tonal de Saint-Gall) ont constaté une multiplication des cas de gale dans différents centres d'asile du canton de Saint-Gall.

Face à cette recrudescence, une équipe spéciale a été constituée en étroite collaboration avec les administrations des centres d'asile et le Service du médecin cantonal du canton de Saint-Gall, composée de représentantes et représentants des centres d'asile, du Service du médecin cantonal du canton de Saint-Gall, du Secrétariat d'État aux migrations (SEM) et du service d'infectiologie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, dans le but de réduire les (nouvelles) infections dans tous les centres d'asile au niveau cantonal et communal.

Afin d'évaluer la situation actuelle, une enquête a été menée en mars 2023 auprès de la direction médicale du centre fédéral d'asile cantonal et de quatre centres communaux, et une surveillance mensuelle de tous les nouveaux cas de gale a été mise en place. Les données recueillies début mars 2023 (fig. 3) montrent qu'en février 2023, deux centres communaux en particulier présentaient une prévalence ponctuelle élevée de la gale, de 30,9% (26 personnes sur 84) et 31,8% (21 personnes sur 66). Par contre, dans les trois autres centres, la prévalence était nettement plus basse, de 2,9% (6 sur 204), 5,4% (3 sur 55) et 10,5% (6 sur 57). Dans tous les centres, les mineurs étaient les plus touchés et la population de malades la plus représentée était celle des réfugiés d'Afghanistan, qui constituaient le plus grand groupe de migrantes et migrants dans tous les centres.

Les résultats du questionnaire ont montré une grande hétérogénéité entre les centres en termes de diagnostic et de traitement (tab. 1).

Tableau 1: Diagnostic et traitement de la gale dans cinq centres d'asile de Suisse orientale – résultats de l'enquête électronique de mars 2023

Centre	Population	Nombre de cas en 02/2023	Diagnostic le plus souvent posé par	Type de traitement	Traitement des personnes de contact	Durée des mesures supplémentaires
1	RMNA* et adultes	26/84 (30,9%)	Médecins	Topique et systémique	Uniquement cas suspects symptomatiques	7 jours
2	RMNA	21/66 (31,8%)	Professionnels de la santé	Systémique	Non	7 jours
3	RMNA et adultes	3/55 (5,4%)	Médecins	Systémique	Uniquement cas suspects symptomatiques	10 jours
4	RMNA et adultes	6/57 (10,5%)	Professionnels de la santé	Topique et systémique	Non	7 jours
5	RMNA et adultes	6/204 (2,9%)	Médecins	Topique et systémique	Non	1 × en même temps que chaque traitement

* RMNA: requérantes et requérants d'asile mineurs non accompagnés

Dans trois des cinq centres, le diagnostic de la gale avait été posé par les médecins traitants; dans les deux autres centres, c'était le personnel infirmier qui était responsable de cette tâche. Dans aucun des centres, un dépistage de routine de la gale n'avait été effectué. Dans trois des cinq centres, un traitement combiné (topique et systémique) avait été administré, tandis que dans deux centres, un traitement exclusivement systémique avait été mis en œuvre. Aucun des centres n'avait effectué de traitement systématique des contacts proches. Les mesures environnementales prévues (avant tout lavage du linge de lit et des autres textiles des personnes concernées) avaient été appliquées de manière très variable (parfois quotidiennement pendant 8–10 jours). D'après le questionnaire, la mise en œuvre et le contrôle rigoureux de ces mesures sur une période aussi

longue étaient difficilement réalisables, en particulier en présence de nombreux cas.

À partir des résultats de notre enquête, nous avons pu identifier une série de facteurs de risque de transmission et de réinfection, qui ont servi de base à l'introduction de mesures (fig. 4).

Cette série de mesures incluait divers éléments, dont la sensibilisation des résidentes et résidents et du personnel, notamment à l'aide de matériel d'information multilingue illustré, la gestion thérapeutique uniforme avec un traitement systémique et des mesures supplémentaires pour les cas index et leurs contacts, ainsi que le transfert rapide de tous les cas compliqués. Après l'implémentation de cette série de mesures, la surveillance mensuelle a révélé une réduction significative des cas de gale dans les centres à forte prévalence (fig. 3).

Aspects généraux et prise en charge

Transmission

La transmission de la gale se fait par contact cutané direct et prolongé, favorisé par la promiscuité [9]. En dehors du corps humain, les acariens peuvent survivre pendant 24–36 heures au maximum à une température de 21 °C et une humidité relative de 40–80%. Des niveaux d'humidité relative plus élevés et des températures plus basses favorisent la survie, tandis que des températures plus élevées et une humidité plus basse entraînent la mort prématurée des acariens [10]. La capacité des acariens à infester un hôte diminue avec le temps passé hors de l'hôte [10]. Le risque d'infestation augmente avec le nombre d'acariens à la surface de la peau des personnes concernées et la période d'incubation est de 2–5 semaines en cas de primo-infestation, mais de 1–4 jours seulement en cas de réinfestation [11].

La transmission des acariens de la gale par les textiles, tels que les vêtements et la literie, est théoriquement possible, mais rare dans la pratique, sauf en présence d'un nombre élevé d'acariens, comme dans le cas de la gale croûteuse [12]. Dès les années 1940, des expérimentations ont montré que le principal mode de transmission sur le plan épidémiologique était le contact physique direct [13]. Cela s'explique par la diminution rapide de l'infectiosité en dehors de la peau, par le faible nombre d'acariens chez les personnes immunocompétentes et par le déplacement lent des acariens [14]. Les personnes qui sont contaminées par une personne atteinte de la gale commune sont généralement les membres d'une famille ou d'une communauté, par exemple les couples, les proches, les frères et sœurs et les parents avec de jeunes enfants.

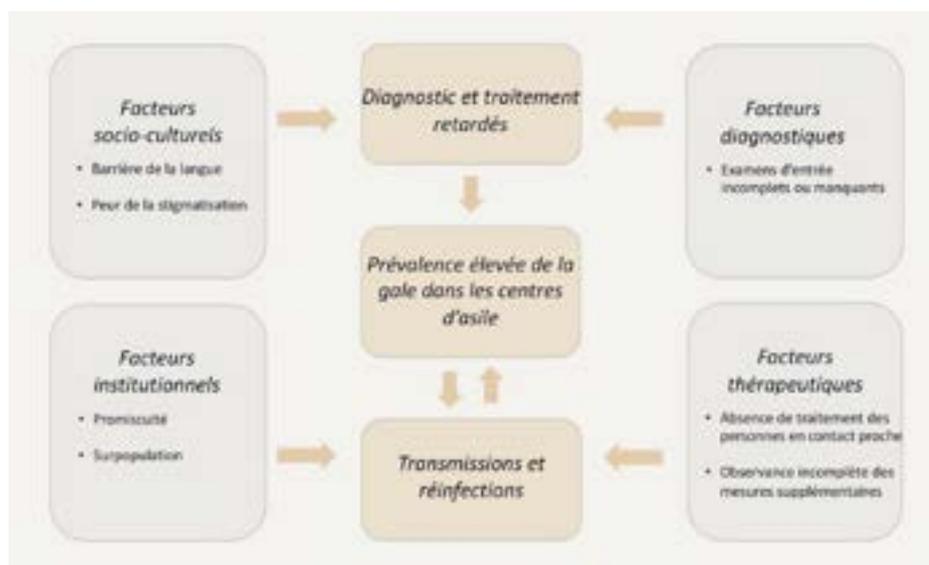


Figure 4: Représentation schématique des facteurs responsables d'une prévalence élevée de la gale dans les centres d'asile.

Physiopathologie et clinique

Les acariens de la gale creusent des sillons caractéristiques dans la couche supérieure de la peau de l'hôte, principalement dans les zones cutanées où la couche cornée est plus fine, comme les espaces interdigitaux, les poignets, les coudes, les aisselles et la région génitale, où ils pondent leurs œufs. Ces sillons sont visibles sur la peau sous forme de fines lignes rouges ou de tunnels. Le prurit présente à la fois les caractéristiques des réactions d'hypersensibilité de type I (immédiate) et de type IV (retardée) [15] aux composants des acariens, en particulier à leur salive. Le prurit est particulièrement intense surtout la nuit et aussi après une douche chaude. Le grattage peut provoquer des lésions cutanées responsables d'infections bactériennes secondaires (notamment par des streptocoques du groupe A ou des staphylocoques dorés). Le risque de surinfection bactérienne n'est pas seulement accru en raison des lésions cutanées: les acariens de la gale produisent également des enzymes qui inhibent le système immunitaire et affaiblissent les défenses contre les bactéries [16, 17].

Dans de rares cas, une hyperinfection avec un nombre très élevé d'acariens peut se produire, entraînant une gale croûteuse (anciennement gale norvégienne). Cliniquement, la gale croûteuse se manifeste par une dermatose hyperkératosique qui touche la paume des mains et la plante des pieds et s'accompagne de profondes fissures cutanées. La gale croûteuse peut tout à fait toucher des membres entiers et, plus rarement, le corps entier [18]. Une éosinophilie et un titre d'IgE élevé sont fréquents [19]. Les facteurs de risque en sont les formes sévères d'immunosuppression, en particulier les déficits en cellules T (par ex. infections avancées par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH] [20-23] ou le virus T-lymphotrope humain de type 1 [HTLV-1] [18] et transplantation d'organe [24]). La virulence de l'acarien de la gale ne joue pas de rôle notable dans le développement de la gale croûteuse. La gale croûteuse peut également toucher les personnes âgées immobiles, ce qui devrait être considéré comme un risque potentiel de transmission.

Diagnostic

Bien que le diagnostic de la gale soit généralement clinique, il convient, notamment en cas d'échec thérapeutique éventuel ou lorsque le diagnostic initial n'est pas établi avec certitude, de procéder à un examen précis à l'aide d'un dermatoscope, qui permet de mieux visualiser les sillons sinueux et squameux [25]. En cas de flambée, il est recommandé de le faire chez au moins une personne. Au bout du sillon sca-

bieux, un triangle foncé marqué est visible et représente la partie avant de l'acarien (tête, bouche et pattes avant). Il est appelé signe «delta» ou «jet with contrail», en raison de sa ressemblance avec la forme d'un avion à aile delta [25]. Un test à l'encre peut également être réalisé en complément pour visualiser rapidement et à moindre coût les sillons cutanés [26]. Occasionnellement, les œufs et les scybales peuvent aussi être détectés par examen microscopique d'une biopsie tangentielle de l'épiderme supérieur (fixation par huile minérale). En cas de prélèvement correct, cette biopsie est indolore et ne nécessite pas d'anesthésie locale. Si seule une expertise clinique est réalisée, les critères correspondants doivent être pris en compte le cas échéant [27].

Traitement

La gale non compliquée peut être traitée par perméthrine (crème topique à 5%; scabicide et ovicide) ou ivermectine (par voie systémique; scabicide uniquement). Les deux présentent une efficacité équivalente en cas d'observance optimale. La dose standard d'ivermectine est de 200 µg/kg de poids corporel par voie orale. La prise doit se faire à jeun [28]. Comme l'ivermectine n'a pas d'effet ovicide, une deuxième dose doit être prise après sept jours pour s'assurer que les acariens fraîchement éclos entre-temps sont également tués.

En Suisse, l'ivermectine a été inscrite sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) en mai 2023. Les pharmacies sont ainsi autorisées à fabriquer de l'ivermectine sous forme de gélules et de suspensions conformément aux prescriptions médicales individuelles et à facturer les coûts via l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette inscription sur la LMT est toutefois limitée au traitement de la gale.

L'ivermectine est disponible sous différents noms commerciaux:

- Subvectin® (3 mg), autorisé depuis le 8 mai 2023 (liste B et non admis par les caisses).
- Stromectol® ou Scabioral®, qui ne sont ni autorisés ni admis par les caisses et doivent être importés de l'étranger par les professionnels de la santé.

Le traitement topique par crème à base de perméthrine 5% doit être appliqué sur tout le corps (de la tête aux orteils), en évitant tout contact avec les muqueuses (yeux, nez et bouche). Chez les personnes de plus de 60 ans ou de moins de 3 ans, il ne faut pas oublier de traiter en particulier la nuque, les joues, les oreilles, la tête et le cuir chevelu, car ces parties sont souvent touchées dans ces groupes d'âge. Les ongles des doigts et des orteils doivent être coupés court avant l'application. La perméthrine doit rester sur la peau pendant la nuit ou

au moins 8-12 heures avant d'être rincée. Si les mains sont lavées pendant la phase de pose de la perméthrine de huit heures (par ex. passage aux toilettes/lavage de la vaisselle), elles doivent à nouveau être enduites de perméthrine à 5%. De nombreux cas d'infections scabieuses «résistantes» sont probablement dus à une mauvaise application du traitement topique [29], ce qui peut être corrigé en répétant le traitement après sept jours [30]. La perméthrine est l'option thérapeutique privilégiée chez les femmes enceintes et – avec adaptation en fonction du poids – chez les enfants de moins de 15 kg, car les données de sécurité concernant l'utilisation de l'ivermectine dans ces groupes de population sont limitées [31, 32]. Chez les femmes enceintes, le temps d'application doit toutefois être limité à deux heures [33].

Dans les institutions telles que les centres d'asile, il est recommandé d'administrer deux fois un traitement systémique, car un traitement topique est souvent difficile à mettre en œuvre en raison des contraintes pratiques et des problèmes d'observance qui en découlent [29].

Pour le traitement de la gale classique, une monothérapie topique ou systémique rigoureuse est suffisante, alors que pour le traitement de la gale croûteuse, une combinaison de perméthrine et d'ivermectine ainsi que des administrations plus fréquentes sont recommandées [8, 9, 34].

Mesures environnementales

L'effet des mesures environnementales est limité, mais ne doit pas être négligé. Ces mesures sont toujours appliquées parallèlement au traitement médicamenteux des personnes concernées et des personnes en contact étroit (membres de la famille et personnes en contact physique étroit) et sont répétées après une semaine en même temps que le traitement médicamenteux. Les vêtements et le linge de lit, les serviettes, les peluches de lit et autres textiles qui ont été en contact avec les personnes concernées dans les 2-3 jours précédant le début du traitement sont lavés en machine à 60 °C au minimum. Alternativement, les objets (y compris textiles non lavables) peuvent être conservés dans un sac plastique hermétiquement fermé pendant au moins 72 heures ou dans le congélateur pendant au moins 24 heures. Les matelas et les canapés ne doivent pas être utilisés pendant au moins 72 heures (uniquement en cas de gale croûteuse) afin d'être également décontaminés [7, 2].

Défi de la prise en charge dans les centres d'asile

Sur la base de notre enquête et de notre expérience dans les centres d'asile, les points sui-

vants sont décisifs pour la réduction des cas et des transmissions en cas de flambée de gale dans les centres d'asile:

Augmentation de la sensibilisation

Il est essentiel de sensibiliser davantage les requérantes et requérants d'asile et le personnel médical à la gale. Expliquer les symptômes, les voies de transmission et les mesures préventives peut permettre aux personnes impliquées de prendre des mesures proactives et de réduire les éventuelles réticences à en parler (par ex. en cas de prurit dans la région génitale). En conséquence, le matériel d'information sur la gale doit être adapté aux personnes et disponible dans les langues nécessaires (par ex. farsi, pachto et turc) (exemple sur <https://kssg.guidelines.ch/guideline/4452> Guidelines.ch). Si nécessaire, des formations doivent être organisées pour les médecins de famille et le personnel de santé des centres d'asile.

Surveillance

Une surveillance des cas de gale dans les institutions, et plus largement au niveau cantonal, permet de prendre rapidement des mesures adéquates (vignette de cas 3; fig. 3).

Diagnostic et traitement précoces

Comme la gale est le plus souvent acquise sur les longs trajets de migration, un diagnostic et un traitement rapides à l'arrivée des requérantes et requérants d'asile sont décisifs pour éviter la propagation de la gale au sein des institutions. En particulier pour les mineurs non accompagnés et les réfugiés en provenance de pays connus pour leur forte prévalence de la gale, il convient de poser des questions ciblées sur les éventuels symptômes et de procéder à un examen physique. Si, pour des raisons de personnel, les requérantes et requérants d'asile ne peuvent pas être examinés immédiatement, les personnes concernées ainsi que le service compétent ultérieur doivent être informés et l'examen doit être effectué dès que possible.

Lignes directrices uniformes avec concepts thérapeutiques clairs

Il est essentiel que les personnes concernées bénéficient dans tous les centres d'un traitement à bas seuil, basé sur l'évidence et préservant au maximum les ressources, afin de garantir une mise en œuvre à plus long terme. Nous recommandons donc de donner au personnel soignant les moyens d'établir un diagnostic et d'initier un traitement de manière autonome, sans dépendre des visites médicales. Aussi bien le traitement systémique, y compris des personnes en contact étroit – c'est-à-dire toutes celles vivant dans la même

pièce –, que les mesures environnementales doivent être simplifiées et uniformisées. Au lieu de laver les textiles et la literie tous les jours pendant 7–10 jours après chaque traitement, cela peut se limiter à des mesures uniques après chaque traitement.

Orientation des cas compliqués/incertains vers des consultations spécialisées

Les cas compliqués, incertains ou difficiles à traiter doivent être adressés le plus rapidement possible à une consultation de dermatologie ou d'infectiologie afin d'initier rapidement un traitement approprié.

Procédure à suivre en cas de flambée

En cas de forte augmentation des cas (à partir d'un tiers de malades parmi tous les résidentes et résidents), un traitement universel de tous les requérantes et requérants d'asile de l'institution doit être évalué. Un traitement du personnel asymptomatique n'est pas nécessaire. Cette approche se fonde sur des données issues d'études de population réalisées dans des régions endémiques et non endémiques, y compris dans des centres d'asile aux Pays-Bas [35].

Perspectives

En résumé, la clé du succès dans la lutte contre la gale en tant que maladie transmissible dans les institutions telles que les centres d'asile peut être considérée comme multifactorielle. Une composante centrale à cet égard est le rôle indispensable d'une coopération orchestrée entre toutes les personnes impliquées des institutions et des autorités sanitaires ainsi que les expertes et experts, en particulier pendant les situations de flambée épidémique. Cette coopération permet l'implémentation de mesures de contrôle efficaces pour protéger la santé des personnes vulnérables dans ces établissements.

Correspondance

Dr. med. Domenica Flury
Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene
Departement Innere Medizin
Kantonsspital St. Gallen
CH-9007 St. Gallen
Domenica.flury@kssg.ch

Ethics Statement

Des consentements éclairés écrits sont disponibles pour la publication.



Dr méd. Marco Seneghini
Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene,
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

L'essentiel pour la pratique

- La gale est la maladie dermatologique infectieuse la plus fréquente dans la population de réfugiés en Europe [6] et entraîne une grande souffrance pour les personnes touchées (prurit, risque de surinfection, stigmatisation).
- Du fait du taux de migration élevé actuel, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de cas de gale.
- Des efforts communs et des mesures préventives et thérapeutiques standardisées, y compris la formation du personnel et la sensibilisation des personnes concernées, peuvent contribuer à réduire efficacement la prévalence de la gale dans les groupes de personnes concernées et les centres d'asile, et ainsi à éviter les transmissions. Nous recommandons l'initiation d'un traitement à bas seuil déjà en cas de suspicion clinique ainsi qu'un traitement empirique par ivermectine, qui est bien adapté en raison de sa facilité d'administration par voie orale.

Conflict of Interest Statement

SH déclare avoir obtenu du Trägerverein Integrationsprojekte St. Gallen (TISG) du temps de travail en tant que responsable des services de santé pour la rédaction du présent manuscrit. Les autres auteurs et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

Concept, méthodologie et rédaction: MS, DF et MS; révision: tous. Tous les auteurs et auteurs ont lu le manuscrit soumis et sont coresponsables de tous les aspects du travail.



Références

La liste complète des références est disponible sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1397784404>.



Protégez vos ordinateurs des virus,
des spams et des logiciels malveillants –
avec HIN Endpoint Security.

En savoir plus

Collaboration simple et sécurisée dans
le système de santé suisse

www.hin.ch/fr/endpoint



Nécrolyse épidermique

Fièvre en tant que phase prodromique

Dr méd. univ. (AT) Julian Mair am Tinkhof^a; PD Dr méd. Jivko Kamarachev^b; Prof. Dr méd. Michael Bodmer^a^a Medizinische Klinik, Zuger Kantonsspital, Baar; ^b Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich, Zürich

Contexte

Le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) et la nécrolyse épidermique toxique (NET) désignent des réactions immuno-médiées extrêmement rares, potentiellement létales, qui entraînent un décollement aigu de la peau et des muqueuses. La maladie est principalement causée par des médicaments, raison pour laquelle il convient en principe d'accorder une attention particulière à l'anamnèse médicamenteuse face à toute lésion aiguë de la peau ou des muqueuses [1].

Présentation du cas Anamnèse et évolution

Un patient de 79 ans s'est présenté spontanément en urgence en raison d'une fièvre et d'un abattement général. Il a signalé que deux jours auparavant, il avait d'abord souffert de douleurs sourdes à l'oreille droite, puis de frissons et d'une fièvre atteignant près de 40 °C. Il avait pris ponctuellement du diclofénac, ce qui avait initialement fait régresser les troubles. Toutefois, comme il souffrait toujours d'un manque de force prononcé et d'une fièvre persistante, il a décidé de consulter un médecin.

L'anamnèse personnelle a révélé, en plus d'une maladie coronarienne, une hypertension artérielle, une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et un cancer de la prostate métastatique récemment diagnostiqué. Dix jours avant la consultation en urgence actuelle, le patient avait reçu pour la première fois un traitement anti-androgène par apalutamide pour traiter son cancer. En outre, il continuait à prendre ses médicaments habituels à doses inchangées, à savoir 100 mg d'acide acétylsalicylique, 10 mg d'édétimibe et 40 mg d'atorvastatine par jour.

À l'examen clinique, le patient était alerte, parfaitement orienté, normotendu

(100/65 mm Hg) et fébrile, avec une température tympanique de 38,9 °C. L'examen cardiovasculaire était sans particularité. Il y avait une douleur à la pression dans la partie supérieure droite de l'abdomen, sans signes péritonitiques. L'inspection de la peau et des muqueuses était normale. Il n'y avait pas de lymphadénopathie.

L'hémogramme a montré une anémie normochrome normocytaire, avec une hémoglobine de 125 g/l (norme 120–160 g/l), une leucopénie de 2,4 G/l (norme 4,0–10,0 G/l) et une thrombocytopénie de 76 G/l (norme 150–350 G/l). Il y avait également une lymphopénie de 0,14 G/l (norme 1,00–4,50 G/l), avec des neutrophiles et des éosinophiles normaux.

Les analyses de laboratoire ont révélé une insuffisance rénale aiguë KDIGO 2 (KDIGO: «Kidney Disease – Improving Global Guidelines»), avec une créatinine de 140 µmol/l

(norme 62–106 µmol/l; valeur de référence en 2021 env. 60 µmol/l). Le patient présentait en outre des valeurs hépatiques élevées, avec une aspartate aminotransférase (ASAT) de 166 U/l (norme <50 U/l), une alanine aminotransférase (ALAT) de 209 U/l (norme <50 U/l), une gamma-glutamyltransférase (GGT) de 88 U/l (norme <61 U/l), une bilirubine de 9 µmol/l (norme <21 µmol/l) et une phosphatase alcaline de 355 U/l (norme 40–129 U/l), compatibles avec un profil lésionnel mixte hépatocellulaire-cholestatique. De plus, une élévation de la protéine C réactive (CRP) à près de 100 mg/l (norme <5 mg/l) a été constatée. Les électrolytes étaient dans la norme.

Les cultures d'urine et de sang prélevées n'ont pas révélé la présence d'agents pathogènes. La tomodynamométrie complémentaire avec produit de contraste du thorax et de l'abdomen a mis en évidence de multiples méta-



Figure 1: Documentation photographique. Stade initial de l'épidermolyse avec lésion cutanée bulleuse, **A)** bras proximal, **B)** peau plissée, **C)** décollement étendu de l'épiderme sur la face dorsale de la cuisse proximale / région fessière, **D)** décollement de la peau au niveau du pavillon de l'oreille. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

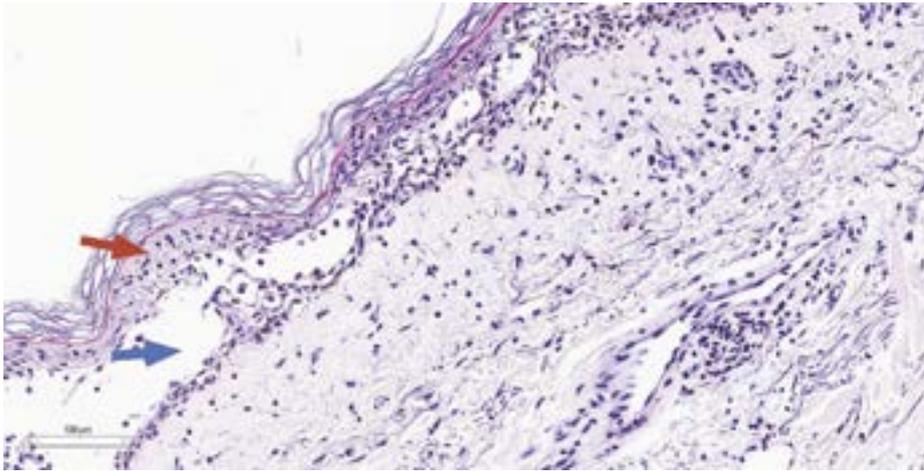


Figure 2: Histologie (biopsie), coloration à l'hématoxyline-éosine (grossissement $\times 400$, cf. quadrillage en bas à gauche de l'image). Formation d'une fente sous-épidermique (flèche bleue), nombreux kératinocytes apoptotiques dans l'épiderme allant jusqu'à une nécrose épidermique complète dans le toit de la bulle (flèche rouge). L'infiltrat inflammatoire se compose principalement de lymphocytes, auxquels s'ajoutent quelques granulocytes éosinophiles.

stases pulmonaires et osseuses du cancer de la prostate connu, mais aucun signe de processus inflammatoire. Au vu de la légère ectasie des voies biliaires intrahépatiques et du canal cholédoque qui a été observée en plus chez le patient fébrile présentant des douleurs dans la partie supérieure droite de l'abdomen et des valeurs inflammatoires élevées, nous avons considéré qu'une cholécystite/cholangite débutante était envisageable dans le cadre du diagnostic différentiel. En présence d'un tableau septique formel avec un score SOFA («Sequential Organ Failure Assessment») de deux points (thrombocytopenie, insuffisance rénale), une antibiothérapie empirique par ceftriaxone a été mise en place. En outre, le patient a reçu du métamizole et du paracétamol à la demande.

Au cours de l'hospitalisation, le patient s'est plaint d'une odynophagie nouvellement apparue, avant que des lésions cutanées bulleuses douloureuses, en partie étendues, n'apparaissent de manière aiguë simultanément à plusieurs endroits du corps en l'espace de trois jours. Elles ont d'abord été observées dans la région fessière, sur la face dorsale des deux cuisses, dans le dos, au niveau des deux aisselles et sur le pavillon de l'oreille (fig. 1). Par ailleurs, de premières lésions bulleuses ont été constatées sur la muqueuse buccale. En quelques heures, un décollement cutané étendu s'est produit.

Une atteinte oculaire ou une manifestation génitale n'était pas objectivable à ce moment-là. Il n'y avait pas d'autres efflorescences cutanées et toujours pas de lymphadénopathie. Le



Figure 3: Documentation photographique. Tableau clinique complet de la nécrolyse épidermique toxique avec 55% de la surface corporelle touchée au total. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

dernier épisode fébrile a été documenté le soir précédant l'apparition des manifestations cutanées. Les analyses de laboratoire de contrôle ont montré à la fois une amélioration des paramètres de rétention rénale et une régression de l'hépatopathie. Les éosinophiles étaient toujours dans la norme.

Diagnostic

Au vu de la présentation clinique, nous avons pensé en premier lieu à la présence d'un SSJ. Dans le cadre du diagnostic différentiel, nous avons également considéré qu'un syndrome DRESS («Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms») était possible, même si les altérations cutanées avec formation rapidement progressive de lésions bulleuses ainsi que l'absence de lymphadénopathie et d'éosinophilie contredisaient cette hypothèse. Comme autre diagnostic différentiel, nous avons songé à un «Staphylococcal scalded Skin Syndrome», qui s'accompagne de bulles intra-épidermiques. Cette maladie se manifeste toutefois principalement durant l'enfance et provoque dans un premier temps un érythème généralisé, suivi de l'apparition de bulles avec décollement cutané. Un érythème polymorphe était aussi concevable, mais dans ce cas, il y a le plus souvent des cocardes d'anneaux concentriques avec une bulle centrale. Une érythrodermie exfoliative aurait également été possible, bien que dans ce cas, les muqueuses ne soient généralement pas touchées et que les lésions soient moins douloureuses. En raison du cancer connu du patient, nous avons par ailleurs envisagé un pemphigus paranéoplasique comme étiologie possible. En outre, il fallait aussi penser à une dermatose à IgA linéaire, qui se manifeste également par des lésions cutanées bulleuses et qui peut être distinguée d'un SSJ par biopsie sur la base du dépôt d'IgA sur la membrane basale [1].

Pour confirmer le diagnostic, une biopsie cutanée a été prélevée au niveau de la paroi abdominale, et l'examen histopathologique a révélé des résultats compatibles avec une dermatite cytotoxique suraiguë du spectre SSJ/NET (fig. 2).

Épïcrise et traitement

Devant une forte suspicion de SSJ, le patient a été transféré dans un centre des brûlés pour la suite du traitement. En l'espace de quelques jours, les lésions cutanées érosives hémorragiques ont touché au total 55% de la surface corporelle, de sorte que les critères d'une NET étaient remplis (>30% de la surface corporelle) (fig. 3).

Pour évaluer la mortalité associée, le score SCORTEN («Severity-of-Illness Score for

Le cas particulier



Figure 4: Documentation photographique. **A)** Application locale de pommade à l'huile d'amande, **B)** épithélialisation croissante. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Toxic Epidermal Necrolysis») s'est établi chez les personnes atteintes de SSJ. Outre l'âge de la patiente ou du patient, ce score tient compte de la fréquence cardiaque, de la présence éven-



Figure 5: Documentation photographique. Contrôle de suivi après douze semaines avec épithélialisation complète. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

tuelle d'un cancer, de la surface corporelle touchée, ainsi que de marqueurs de laboratoire tels que l'urée, le bicarbonate et le glucose [2]. Chez notre patient, le score SCORTEN de trois points indiquait une mortalité prédictive de 35%.

Dans l'unité de soins intensifs pour brûlés, le patient a reçu une thérapie liquidienne suffisante ainsi qu'une transfusion d'immunoglobulines pendant trois jours. En outre, des soins intensifs des plaies et une application d'huile d'amande sous une compresse Metalline (compresse spéciale multicouche qui empêche la plaie d'adhérer) ont été effectués (fig. 4).

Par la suite, des épisodes de fièvre $>39^{\circ}\text{C}$ se sont régulièrement produits; en l'absence de preuve de complication infectieuse, ils ont été interprétés comme entrant dans le cadre de l'évolution de la nécrolyse épidermique. Avec les mesures mentionnées, la situation cutanée s'est petit à petit améliorée, avec une réépithélialisation progressive (fig. 5).

Aucune atteinte oculaire n'a été constatée au cours de l'évolution. Une humidification prophylactique de la cornée a été effectuée à l'aide d'un gel oculaire à base d'acide hyaluronique et d'une pommade ophtalmique à base de vitamine A.

Suite à une amélioration constante de la situation cutanée, le patient a finalement pu être transféré en réadaptation stationnaire après trois semaines d'hospitalisation dans l'unité des brûlés et deux semaines supplémentaires en service normal.

Au préalable, les déclencheurs potentiels de l'affection ont été évalués, et une éventuelle infection par le VIH ou les mycoplasmes a été exclue. Parallèlement, une anamnèse médicale détaillée a été recueillie. L'évolution temporelle de l'utilisation des médicaments en corrélation avec le début de la maladie s'est avérée décisive. La séquence temporelle correspondante est illustrée dans la figure 6.

Discussion

Le SSJ et la NET, qui ne se distinguent pas par leurs facteurs déclenchants et leur pathomécanisme, sont regroupés sous le terme de nécrolyses épidermiques. Leur incidence est d'environ 1-2 cas pour 1 million de personnes par an. La surface cutanée totale affectée joue un rôle décisif dans la classification. Dans le SSJ, le décollement cutané est $<10\%$ de la surface corporelle, alors qu'il est $>30\%$ dans la NET. Entre les deux (10-30%), une «forme intermédiaire SSJ/NET» est définie. Les lésions cutanées sont précédées d'une phase prodromique de quelques jours avec de la fièvre et des symptômes grippaux. Une photophobie, un prurit conjonctival ou des douleurs à la déglutition peuvent indiquer une atteinte cutanéomuqueuse précoce. Les lésions cutanées débutent le plus souvent sur le visage et le thorax par un exanthème maculeux, plus rarement par un exanthème érythémateux généralisé. La peau est typiquement très douloureuse à la palpation. Rapidement, des lésions bulleuses caractéristiques se forment. Le signe de Nikolsky peut être positif. La maladie est de courte durée (8-12 jours) et s'accompagne dans 80% des cas d'une atteinte oculaire, dans 90% des cas d'une atteinte cutanéomuqueuse et dans 66% des cas d'une urétrite [3].

Les nécrolyses épidermiques sont causées dans environ 75% des cas par des médicaments, plus rarement par des infections, par exemple à *Mycoplasma pneumoniae*. Dans jusqu'à un tiers des cas, aucun déclencheur ne peut être identifié. Dans des études épidémiologiques, un risque accru de déclenchement de nécrolyses épidermiques a été constaté pour divers médicaments. Les déclencheurs les plus fréquents sont notamment l'allopurinol, les anticonvulsifs aromatiques (phénytoïne, lamotrigine, carbamazépine, oxcarbazépine) et certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS; dérivés oxicam, diclofénac et inhibiteurs de COX-2). Il existe aussi une association

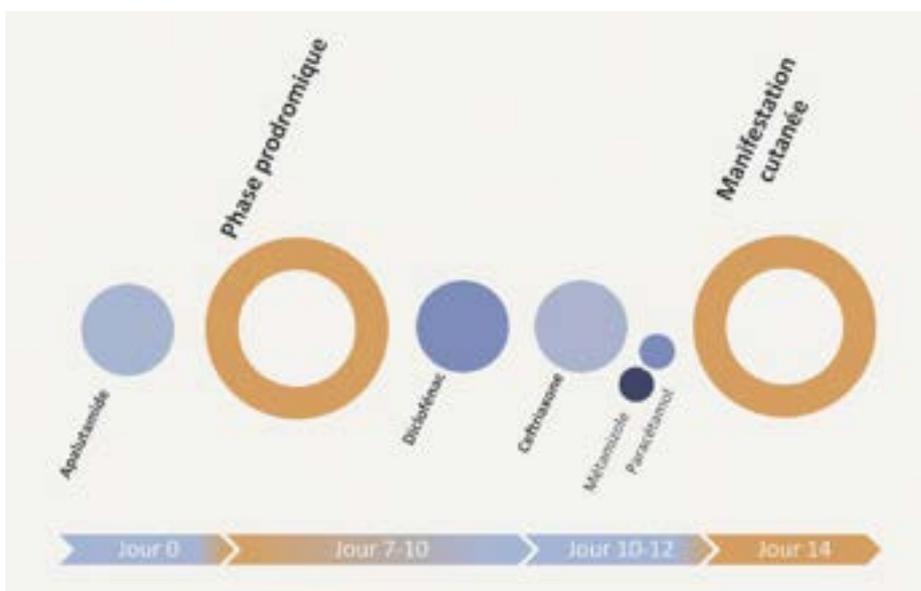


Figure 6: Évolution temporelle de la maladie et des médicaments utilisés.

avec l'utilisation d'antibiotiques tels que les sulfamides, le triméthoprime, les aminopénicillines ou les quinolones [4-7]. Il y a typiquement une période de latence de quatre jours à quatre semaines après le début du traitement médicamenteux. Une prise bien tolérée de plus de deux mois rend l'apparition d'un SSJ / d'une NET très improbable. L'infection par le VIH est considérée comme un facteur de risque majeur de nécroses épidermiques. Il existe en outre une association entre le SSJ / la NET et une maladie maligne sous-jacente, les hémopathies malignes présentant le risque le plus élevé.

Dans notre cas, une association causale avec le diclofénac, le méfamizole ou le paracétamol semble improbable vu que la phase prodromique postulée avait déjà débuté à ce moment-là. Le même argument plaide aussi contre la ceftriaxone en tant que déclencheur, celle-ci n'ayant été administrée que deux jours avant les manifestations cutanées. De plus, le patient avait auparavant déjà toléré le médicament sans problème à plusieurs reprises. En revanche, l'apalutamide a été instauré environ dix jours avant le début de la phase prodromique, et des effets indésirables correspondants ont déjà été rapportés dans la littérature depuis la mise sur le marché du médicament [8].

Le mécanisme physiopathologique exact des nécroses épidermiques n'est pas définitivement élucidé. Des études antérieures ont suggéré une réaction cytotoxique à médiation cellulaire T contre les kératinocytes, au sens d'une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV. D'autres études ont montré que les lymphocytes T cytotoxiques sont spécifiques aux médicaments et qu'ils sont strictement associés à certains types d'antigènes des leucocytes humains (HLA). Dans ce contexte, les médicaments peuvent stimuler directement le système immunitaire (cibles: récepteur des cellules T, molécules du complexe majeur d'histocompatibilité [CMH] de classe I) et entraîner une expansion clonale des cellules T cytotoxiques spécifiques aux médicaments, qui sont directement et indirectement (notamment via la granulysine) cytotoxiques vis-à-vis des kératinocytes [9].

Concernant les options thérapeutiques en cas de nécrose épidermique, les mesures générales telles que le soin méticuleux des plaies, le traitement de la douleur, la thérapie nutritionnelle et l'hydratation adéquate revêtent une très grande importance. En outre, en cas d'atteinte oculaire, il convient d'appliquer un traitement topique multidimensionnel minutieux. Il n'existe actuellement pas de pharmacothérapie basée sur des preuves de haut niveau pour le SSJ / la NET. Différentes options

L'essentiel pour la pratique

- La nécrose épidermique est une situation d'urgence aiguë potentiellement fatale.
- En cas de lésions cutanées ou muqueuses bulleuses aiguës, il convient d'envisager immédiatement une nécrose épidermique comme diagnostic différentiel.
- Un diagnostic et un traitement précoces sont décisifs pour le pronostic des malades.
- Les personnes immunodéprimées (cancer, VIH, etc.) présentent un risque nettement plus élevé de développer une nécrose épidermique.
- L'identification de l'agent déclencheur est au premier plan dans la phase aiguë, suivie par des mesures de soutien, des traitements immunomodulateurs et des glucocorticoïdes.

thérapeutiques immunomodulatrices, telles que les glucocorticoïdes systémiques, la ciclosporine, l'étanercept ou les immunoglobulines, ont été évaluées dans des études rétrospectives. Une méta-analyse récente a montré un bénéfice en termes de mortalité en cas d'association de glucocorticoïdes et d'immunoglobulines par rapport aux immunoglobulines seules [10]. De même, la ciclosporine a montré un avantage de survie par rapport au traitement de soutien seul. Dans une méta-analyse plus ancienne, les glucocorticoïdes associés à la ciclosporine ont montré un bénéfice en termes de mortalité par rapport à un traitement de soutien standard, tandis que les immunoglobulines n'ont pas montré de bénéfice [11].

Correspondance

Dr. med. univ. Julian Mair am Tinkhof
Medizinische Klinik
Zuger Kantonsspital
Landhausstrasse 11
CH-6340 Baar
julian.mairamtinkhof[at]jcloud.com

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Harr T, French LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Orphanet J Rare Dis*. 2010;5:39.
- 2 Bastuji-Garin S, Fouchard N, Bertocchi M, Roujeau JC, Revuz J, Wolkenstein P. SCORTEN: a severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis. *J Invest Dermatol*. 2000;115(2):149-53.
- 3 Chang YS, Huang FC, Tseng SH et al. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis: acute ocular manifestations, causes, and management. *Cornea*. 2007;26(2):123-9.

- 4 Frey N, Bodmer M, Bircher A, Jick SS, Meier CR, Spoendlin J. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in Association with Commonly Prescribed Drugs in Outpatient Care Other than Anti-Epileptic Drugs and Antibiotics: A Population-Based Case-Control Study. *2019;42(1):55-66.*
- 5 Frey N, Bircher A, Bodmer M, Jick SS, Meier CR, Spoendlin J. Antibiotic Drug Use and the Risk of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Population-Based Case-Control Study. *J Invest Dermatol*. 2018;138(5):1207-9.
- 6 Mockenhaupt M, Viboud C, Dunant A, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: assessment of medication risks with emphasis on recently marketed drugs. The EuroSCAR-study. *J Invest Dermatol*. 2008;128(1):35-44.
- 7 Halevy S, Ghislain PD, Mockenhaupt M, et al. Allopurinol is the most common cause of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Europe and Israel. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(1):25-32.
- 8 European Medicines Agency [Internet]. Amsterdam: Erleada [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/erleada>
- 9 Chen CB, Kuo KL, Wang CW et al. Detecting lesional granulysin levels for rapid diagnosis of cytotoxic T lymphocyte-mediated bullous skin disorders. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9(3):1327-1337.e3.
- 10 Patel TK, Patel PB, Thakkar S. Comparison of effectiveness of interventions in reducing mortality in patients of toxic epidermal necrolysis: A network meta-analysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021;87(5):628-4.
- 11 Zimmermann S, Sekula P, Venhoff M et al. Systemic Immunomodulating Therapies for Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2017;153(6):514-22.



Dr méd. univ. (AT)
Julian Mair am Tinkhof
Medizinische Klinik,
Zuger Kantonsspital, Baar

Obstruction pulmonaire et sinusites

Réaction inflammatoire due à un anti-inflammatoire?

Rafael Pereira Marques, médecin diplômé; Dr méd. Carl F. Capellen; Prof. Dr méd. Robert Thurnheer

Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Münsterlingen, Spital Thurgau AG, Münsterlingen

Description du cas

Une patiente de 36 ans s'est présentée aux urgences en raison d'une toux, d'un rhume, de douleurs thoraciques et d'une perte de force. Lors de l'inspiration profonde, elle se plaignait de fortes douleurs thoraciques. Depuis environ six semaines, elle souffrait en outre de céphalées persistantes, contre lesquelles elle avait régulièrement pris de l'acide acétylsalicylique (AAS) ou de l'ibuprofène. Au cours des deux dernières semaines, elle s'était aussi vu prescrire une antibiothérapie empirique par azithromycine pendant trois jours en raison d'une toux légèrement productive. À son admission, la patiente était dans un état général réduit, afebrile et hémodynamiquement stable. L'auscultation pulmonaire a révélé une expiration prolongée avec des sibilants et ronchi expiratoires. Le reste de l'examen clinique, la gazométrie artérielle et la radiographie du thorax étaient sans particularité.

Au cours des quatre années précédentes, la patiente avait souffert de sinusites à répétition. Dans les mois précédant la consultation d'urgence, une rhinosinusite persistant malgré une corticothérapie topique nasale et systémique avait conduit à une consultation oto-rhino-laryngologique, lors de laquelle une polyposse nasale, une éosinophilie sanguine de 1,7 G/l et une protéine C réactive (CRP) de 27 mg/l avaient été constatées. La biopsie avait montré une inflammation ulcéreuse aiguë avec une proportion élevée de granulocytes éosinophiles.

Question 1

Quel diagnostic différentiel semble le plus probable à ce stade?

- Granulomatose éosinophilique avec polyangéite (GPEA)
- «Aspirin-exacerbated respiratory disease» (AERD)
- Rhinosinusite chronique avec polyposse nasale (RSC-PN)
- Granulomatose avec polyangéite (GPA)
- Aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA)

En raison de l'obstruction détectée à l'auscultation pulmonaire, de la polyposse nasale avec rhinosinusite progressive affectant les voies respiratoires inférieures révélée par l'anamnèse et de l'intolérance présumée à l'AAS, nous avons considéré que le diagnostic le plus probable était celui d'une maladie respiratoire exacerbée par l'AAS / les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) au sens d'une AERD. Le complexe de symptômes associant rhinosinusite chronique avec polypes nasaux (RSC-PN), asthme bronchique et réactions d'intolérance déclenchées par les AINS est appelé asthme analgésique, maladie respiratoire exacerbée par l'Aspirine (AERD) ou, anciennement, maladie de Widal (triade de Samter) [1].

La détérioration de l'état général, l'asthme et l'éosinophilie faisaient également évoquer une granulomatose éosinophilique avec polyangéite (GPEA) comme diagnostic différentiel (DD) possible. En l'absence d'autres caractéristiques

neurologiques, cutanées, cardiaques et rénales de la GPEA, ce DD était plutôt relégué au second plan. Il en allait de même pour la granulomatose avec polyangéite (GPA), lors de laquelle des altérations du parenchyme pulmonaire et d'autres atteintes d'organes, le plus souvent des reins, peuvent survenir, mais avec laquelle l'asthme n'aurait pas été compatible. L'asthme et l'éosinophilie sanguine sont aussi des critères majeurs dans l'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA). Dans cette maladie, il faut néanmoins s'attendre à des infiltrats et à des altérations radiologiques dus à des bronchectasies centrales et à des «mucus plugs», et les symptômes nasaux n'auraient pas été compatibles. La RSC-PN peut être associée ou non à de l'asthme; dans le cas présent, les trois éléments de l'AERD, également appelée maladie de Widal (triade de Samter), étaient présents. L'AERD, la NERD («NSAR-exacerbated respiratory disease») et la triade de Samter, ou maladie de Widal, désignent la même maladie.

Question 2

Lequel de ces mécanismes ne fait pas partie de l'AERD?

- Dérèglement du métabolisme de l'acide arachidonique
- Surproduction de leucotriènes
- Réaction muqueuse médiée par les immunoglobulines A
- Éosinophilie sanguine et tissulaire
- Activation des mastocytes

La physiopathologie du syndrome d'intolérance à l'AAS repose sur un trouble acquis du métabolisme de l'acide arachidonique et sur une perturbation consécutive du rapport entre les médiateurs pro-inflammatoires et anti-inflammatoires, ce qui entraîne une inflammation chronique des voies respiratoires [2]. L'action pharmacologique des AINS, qui inhibent la cyclooxygénase 1 (COX-1), aggrave ce déséquilibre de manière aiguë et induit également une activation des mastocytes [3]. Les immunoglobulines (Ig) A interviennent dans la défense locale des muqueuses contre les agents pathogènes et ne jouent aucun rôle dans l'intolérance à l'AAS. La tryptase joue un rôle dans l'activation des mastocytes et est souvent élevée dans les réactions respiratoires induites par l'AAS.

Question 3

Laquelle des mesures suivantes n'est *pas* indiquée?

- Traitement par inhalation de l'asthme (par ex. bêtamimétique de longue durée d'action [LABA] plus corticostéroïde inhalé [CSI])
- Corticothérapie topique de la RSC-PN
- Traitement par anti-IgE monoclonal
- Traitement par perfusion au moyen d'antagonistes du facteur de nécrose tumorale (TNF)- α
- Désensibilisation à l'AAS

Pendant l'hospitalisation, une corticothérapie systémique a été initiée et la corticothérapie topique nasale a été poursuivie. Tous les traitements analgésiques de type AINS ont été arrêtés. En outre, un traitement par inhalation au moyen d'un bêtamimétique de longue durée d'action et d'un corticostéroïde inhalé (LABA-CSI) a été introduit, accompagné d'une physiothérapie respiratoire. Un traitement par antagonistes des récepteurs des leucotriènes semblait également judicieux [4], mais cette option a été abandonnée au vu de l'amélioration rapide obtenue avec la corticothérapie. Si les conditions sont remplies, un traitement anti-IgE peut être indiqué à la fois contre l'asthme et la RSC-PN. Les antagonistes du TNF- α n'ont pas leur place ici.

Question 4

Lequel des anticorps monoclonaux suivants est utilisé comme traitement de la RSC-PN et de l'asthme analgésique?

- Dupilumab
- Bévacizumab
- Infliximab
- Natalizumab
- Tocilizumab

Pour les personnes souffrant d'une AERD ou d'une RSC-PN, dont les symptômes persistent malgré les traitements mentionnés ci-dessus, il est recommandé soit d'administrer un médicament biologique, soit de procéder à une désensibilisation à l'AAS. En cas d'asthme associé à une polyposse nasale, un traitement par dupilumab (anticorps monoclonal) est particulièrement indiqué pour bloquer les récepteurs de l'interleukine (IL)-4 et de l'IL-13 et réduire ainsi l'inflammation [4] (fig. 1).

Les autres médicaments biologiques autorisés en Suisse pour l'asthme et la RSC-PN sont le mepolizumab, un anticorps anti-IL-5, et l'omalizumab, un anticorps monoclonal anti-IgE.

Par la suite, la patiente a présenté une nouvelle détérioration clinique avec une augmentation de la dyspnée; les analyses de laboratoire ont révélé une augmentation persistante de la vitesse de sédimentation, une éosinophilie et une leucocytose. À la tomographie, plusieurs opacités en verre dépoli en mosaïque, compatibles avec une pneumonie atypique –

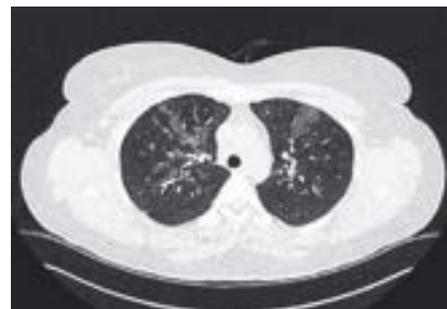


Figure 2: Tomodensitométrie thoracique (fenêtre pulmonaire, coupe axiale): plusieurs opacités en verre dépoli en mosaïque des deux côtés, compatibles avec des infiltrats pneumoniques ou éosinophiliques.

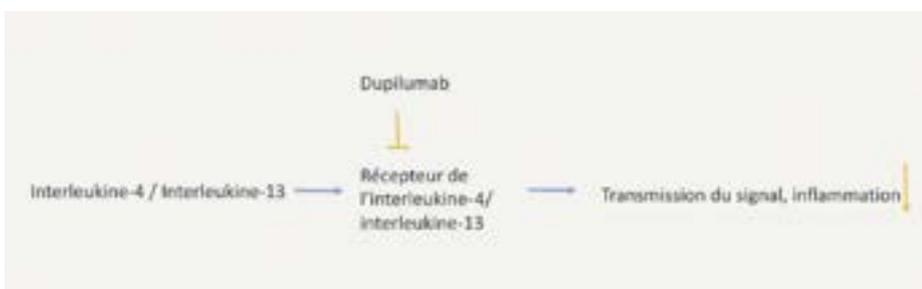


Figure 1: Mode d'action du dupilumab. Le dupilumab est un anticorps monoclonal qui bloque les récepteurs de l'interleukine (IL)-4 et de l'IL-13, atténuant ainsi la réaction inflammatoire.

DD: infiltrats pulmonaires éosinophiliques – ont été mises en évidence (fig. 2).

Un traitement empirique par lévofloxacine intraveineuse et prednisone 50 mg pendant cinq jours a été initié. Après la prise en charge des coûts par la caisse-maladie, un traitement par anticorps au moyen du dupilumab a finalement été prescrit. Plus tard, un test de la fonction pulmonaire a été effectué et a révélé un trouble respiratoire obstructif avec une réversibilité partielle significative.

Question 5

Quelle affirmation relative à l'AERD est la plus pertinente?

- Sans traitement, une rémission spontanée est souvent obtenue en quelques années.
- LAERD peut dans la majorité des cas être guérie par le dupilumab, un inhibiteur sélectif des récepteurs de l'IL-4 et de l'IL-13.
- LAAS et les AINS doivent être durablement évités, sauf après une désensibilisation.
- Sous dupilumab, les traitements inhalés de l'asthme (par ex. LABA-CSI) peuvent généralement être arrêtés.
- Des effets indésirables limitant le traitement surviennent dans jusqu'à 20% des cas sous dupilumab.

Le syndrome d'intolérance à l'AAS est une affection persistante qui, en règle générale, ne guérit pas spontanément. Même les médicaments biologiques n'entraînent pas la guérison de la maladie. Si un traitement efficace est trouvé et toléré, il doit être poursuivi indéfiniment. Après une désensibilisation à l'AAS, l'utilisation continue d'AAS permet de réduire la formation de polypes nasaux. En principe, les traitements inhalés restent indiqués pour tous les médicaments biologiques utilisés contre l'asthme bronchique. Ces derniers sont chers, mais généralement bien tolérés.

Discussion

Le diagnostic d'une maladie respiratoire induite par l'AAS ou les AINS (AERD, NERD ou triade de Samter / maladie de Widal) est posé chez les personnes souffrant d'asthme, de RSC-PN et d'intolérance à l'AAS ou aux autres AINS [5, 6]. Celle-ci se manifeste par des symptômes aigus des voies respiratoires supérieures et/ou inférieures après la prise de ces inhibiteurs de la COX-1. Les réactions aux AINS sont considérées comme «pseudo-allergiques», car elles ne sont pas médiées par les immunoglobulines E (IgE) [6]. Les principaux symptômes de l'AERD se développent en général progressivement sur une période de plusieurs années [7].

La prévalence de l'asthme analgésique est d'environ 7% chez les adultes asthmatiques,

Quel est votre diagnostic?

d'environ 14% chez les asthmatiques sévères, et d'environ 16% chez les personnes souffrant de RSC-PN [8]. L'asthme et la sinusite chronique peuvent s'aggraver même si les inhibiteurs de la COX-1 sont évités [5]. La physiopathologie de l'AERD implique un trouble acquis du métabolisme de l'acide arachidonique et une perturbation consécutive du rapport entre les médiateurs pro-inflammatoires et anti-inflammatoires, ce qui entraîne une inflammation chronique des voies respiratoires supérieures et inférieures. L'action pharmacologique des inhibiteurs de COX-1 aggrave ce déséquilibre de manière aiguë et induit en outre une activation des mastocytes [3]. Le diagnostic est posé sur la base de la présence des trois composantes cliniques décrites ci-dessus et peut être confirmé par un test de provocation orale. Les personnes atteintes d'AERD doivent d'abord arrêter les inhibiteurs de la COX-1 et recevoir un traitement approprié de l'asthme conforme aux lignes directrices, ainsi qu'un traitement topique et éventuellement chirurgical de la RSC-PN [8]. Les corticoïdes systémiques sont efficaces, mais doivent être évités autant que possible en raison de leur profil d'effets indésirables. Pour les patientes et patients qui restent symptomatiques malgré les traitements susmentionnés, il est recommandé d'administrer en plus un médicament biologique contre l'asthme ou de procéder à une désensibilisation à l'AAS suivie d'un traitement quotidien par AAS. La désensibilisation à l'AAS et la prise quotidienne d'AAS améliorent les symptômes de l'asthme et de la rhinosinusite chronique chez 80–90% des personnes traitées [9]. La désensibilisation est particulièrement recommandée aux personnes qui souhaitent ou doivent prendre de l'AAS ou un autre AINS, soit quotidiennement, soit de manière intermittente, pour d'autres raisons (par ex. en cas de maladie rhumatismale ou de maladie coronarienne) [8]. Le dupilumab est avant tout recommandé pour les personnes souffrant d'asthme sévère ou instable, pour celles qui ne tolèrent pas l'AAS ou qui présentent des contre-indications potentielles, et/ou pour celles chez qui le traitement par inhalation de l'asthme a préalablement échoué [4]. La dose doit être adaptée en fonction de l'indication et du poids, et les différentes doses initiales et d'entretien doivent être prises en compte.

L'asthme analgésique avec RSC-PN est une maladie persistante qui ne régresse pas spontanément. Un traitement efficace et bien toléré est poursuivi indéfiniment. Toutefois, d'autres médicaments, tels que le paracétamol, le métamizole ou les inhibiteurs de la COX-2, peuvent être utilisés sans risque comme analgésiques [10].

Réponses

Question 1: b. Question 2: c. Question 3: d.

Question 4: a. Question 5: c.

Correspondance

Prof. Dr. med. Robert Thurnheer
Kantonsspital Münsterlingen
Spitalcampus 1
CH-8596 Münsterlingen
robert.thurnheer[at]stgag.ch

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- Widal F, Abrami P, Lermoyez J. First complete description of the aspirin idiosyncrasy-asthma-nasal polyposis syndrome (plus urticaria)--1922 (with a note on aspirin desensitization). *J Asthma*. 1987;24(5):297–300.
- Ferreri NR, Howland WC, Stevenson DD, Spiegelberg HL. Release of leukotrienes, prostaglandins, and histamine into nasal secretions of aspirin-sensitive asthmatics during reaction to aspirin. *Am Rev Respir Dis*. 1988;137(4):847–54.
- Fischer AR, Rosenberg MA, Lilly CM, Callery JC, Rubin P, Cohn J, et al. Direct evidence for a role of the mast cell in the nasal response to aspirin in aspirin-sensitive asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 1994;94(6Pt1):1046–56.
- Castro M, Corren J, Pavord ID, Maspero J, Wenzel S, Rabe KF, et al. Dupilumab efficacy and safety in moderate-to-severe uncontrolled asthma. *N Engl J Med*. 2018;378(26):2486–96.
- Szczeklik A, Stevenson DD. Aspirin-induced asthma: advances in pathogenesis, diagnosis, and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;111(5):913–21.
- Simon RA. NSAIDs (including aspirin): allergic and pseudoallergic reactions [Internet]. Teheran, Iran: UpToDate; 2022 (consulté le 31.10.2022). Disponible sur: <https://medilib.ir/uptodate/show/2082>
- Szczeklik A, Nizankowska E, Duplaga M. Natural history of aspirin-induced asthma. AIANE Investigators. European Network on Aspirin-Induced Asthma. *Eur Respir J*. 2000;16(3):432–6.
- Laidlaw TM, Israel E. Aspirin-exacerbated respiratory disease [Internet]. Alphen aan den Rijn, Niederlande: UpToDate; 2023 (consulté le 31.10.2022). Disponible sur: <https://www.uptodate.com/contents/aspirin-exacerbated-respiratory-disease>
- Berges-Gimeno MP, Simon RA, Stevenson DD. Long-term treatment with aspirin desensitization in asthmatic patients with aspirin-exacerbated respiratory disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;111(1):180–6.
- West PM, Fernández C. Safety of COX-2 inhibitors in asthma patients with aspirin hypersensitivity. *Ann Pharmacother*. 2003;37(10):1497–501.



Rafael Pereira Marques,
médecin diplômé

Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Münsterlingen,
Spital Thurgau AG, Münsterlingen

OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

Toutes les offres et demandes d'emploi en ligne sous jobs.saez.ch

Insertionen

Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz
Telefon 061 467 85 71
E-Mail: stellenmarkt@emh.ch
Online-Jobportal: <https://jobs.saez.ch>

Insertionspreise exkl. MWST (schwarz/weiss)

1/1 Seite/page	186 × 256 mm = CHF 3984.–
3/4 Seite/page	186 × 190 mm = CHF 3174.–
1/2 Seite/page	88 × 256 mm = CHF 2279.–
	186 × 126 mm = CHF 2279.–
3/8 Seite/page	88 × 190 mm = CHF 1874.–
5/16 Seite/page	88 × 158 mm = CHF 1579.–
1/4 Seite/page	88 × 126 mm = CHF 1299.–
	186 × 62 mm = CHF 1299.–
1/8 Seite/page	88 × 62 mm = CHF 639.–
1/16 Seite/page	88 × 30 mm = CHF 339.–

Alle Preise zuzüglich 7,7% MWST.

Online-Schaltung ab 1/4 Seite inkl.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Tous les prix avec 7,7% TVA en sus.

Publication en ligne incluse à partir d'un 1/4 de page

Dernier délai: 14 jours avant parution

Die Magen-Darm Zentrum AG betreibt mehrere Praxen im Fachgebiet der Gastroenterologie in der Ostschweiz und sucht für den Standort Frauenfeld eine(n) fachlich eigenverantwortliche(n) Fachärztin/Facharzt für Gastroenterologie zur Erweiterung des ärztlichen Teams.

Fachärztin / Facharzt Gastroenterologie 40–100% zur Erweiterung des Ärzteteams am Standort Frauenfeld

Sie sind teamfähig und streben ein langfristiges Engagement in Zusammenarbeit mit Patienten und zuweisenden Ärzten an und bringen nebst dem fachlichen Know-how auch unternehmerisches Denken, sowie Organisationsgeschick und eine hohe Sozialkompetenz mit.

Wir bieten Ihnen:

- Eine fachlich eigenverantwortliche und selbstbestimmende Tätigkeit in einer lebhaften und fachlich anspruchsvollen gastroenterologischen Praxis.
- Einen regelmässigen fachlicher Austausch mit den Kollegen vor Ort sowie den anderen Standorten.
- Ein breites und anspruchsvolles Leistungsspektrum im Fachgebiet der ambulanten Gastroenterologie sowie die Möglichkeiten zum Ausbau des Praxisangebotes.
- Geregelte, bei Bedarf auch flexible Arbeitszeiten.
- Freude bei der Arbeit in einem harmonischen Arbeitsumfeld mit einem motivierten und dynamischen ärztlichen und pflegerischen Team.
- Eine Anbindung an ein regionales Spital sowie an eine Privatklinik.
- Eine leistungsgerechte Vergütung abgesichert durch einen hohen Grundlohn
- Unterstützung bei der Erlangung der Zulassung zur fachlich eigenverantwortlichen Tätigkeit.

Wir freuen uns auf eine eigenverantwortlich tätige, motivierte, ideenreiche, sowie sozialkompetente Kollegin/Kollegen, welche(r) ein langfristiges Engagement sucht und sich gerne bei der Weiterentwicklung des medizinischen Institutes einbringt.

Gerne freuen wir uns auf Ihre Bewerbung, welche Sie bitte an Magen-Darm-Zentrum AG, Dr. Daniel Mitas adressieren unter:

daniel.mitas@magen-darm-zentrum.ch.

Ansonsten erreichen Sie uns auch telefonisch unter 052 233 48 38.

MAGEN-DARM-ZENTRUM



Praxis für Magen-, Darm- und Lebererkrankungen

Oberer Deutweg 59

8400 Winterthur

www.magen-darm-zentrum.ch

Tel: 052 233 48 38

Da, wo es
passiert.

Überall für Sie da.

rega 



Gönner werden:
rega.ch/goenner



Ente Ospedaliero Cantonale



The Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) and the University of Italian Switzerland (USI)
are seeking applications for the position of

Head of the Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano Full Professor of Gastroenterology and Hepatology at the Università della Svizzera Italiana

The successful applicant will hold the positions of:

- Head, Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano
- Medical Director of the future EOC Division of Gastroenterology and Hepatology
- Full Professor of Gastroenterology and Hepatology at the Faculty of Biomedicine of the University of Lugano in Switzerland, Institute of Human Medicine, responsible for organizing the theoretical and clinical teaching of gastroenterology and hepatology as part of the training programs in human medicine.

Essential criteria

The candidate must have:

- postgraduate qualification in gastroenterology in accordance with Art. 20 and 21 of the Federal Law on University Medical Professions (LPMed). For foreign qualifications, Mebeko recognition is required before starting work at the EOC;
- established experience in gastroenterology with expertise in diagnostic endoscopy, acquired at least in a leading role at a university or cantonal hospital or equivalent foreign institution;
- academic qualification to teach gastroenterology at a Swiss or foreign university;
- solid and proven experience in the clinical and managerial running of a hospital service;
- expertise in the clinical management of endoscopy rooms, outpatient clinics and ward patients;
- ability to manage quality and clinical governance programs for the Service's medical staff;
- willingness to collaborate with a proven team of physicians active in the various fields of gastroenterology and hepatology, both at the Lugano site and at the other EOC sites, in order to continue its development and maintain its clinical excellence;
- willingness to maintain and develop a culture of continuous improvement and optimization of patient value;
- Experience and willingness to promote multidisciplinary/interprofessional clinical collaboration (e.g. tumour boards);
- experience in actively promoting, contributing to and supporting the achievement of the objectives of the hospital as a whole;
- willingness to continue and strengthen collaboration with local doctors;
- commitment to develop training and research activities that foster the academic progression of staff members, ensuring continuity with the activities already developed;
- evidence of academic teaching, the development of basic and continuing education in gastroenterology and hepatology and a keen interest in scientific research;
- solid and proven experience in conducting a research program (clinical, translational and/or fundamental) and obtaining funds for research projects;
- willingness to collaborate with members of the Faculty of Biomedical Sciences of the Università della Svizzera Italiana (USI) in the definition and implementation of study paths and the development of research within the Faculty;
- interest and motivation to promote projects and positions related to the concept of equal opportunities;
- adequate knowledge of Italian, English and ideally one other national language.

The successful applicant will be offered

- the opportunity to join a solid and experienced staff;
- the role of head of the Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano, and the future role of director of the EOC Division of Gastroenterology and Hepatology;
- involvement in the board of directors of the EOC Department of Medicine;
- involvement as full professor in a new and dynamic Faculty of Biomedicine;
- active participation in the realization of the Master in Human Medicine of the USI Faculty of Biomedicine.

The starting date is 1st January 2025, subject to negotiation.

The conditions of appointment are outlined in the recruitment policy for EOC staff and physicians and, for the academic part, in the Terms of Reference and Regulations on the general working conditions of academic staff at USI.

USI and EOC aspire to be an exemplary university and employer, ensuring equal opportunities in recruitment, development, retention and promotion of staff, and that no-one is disadvantaged on the basis of their gender, cultural background, disability, sexual orientation or identity. We encourage everyone who meets the selection criteria to apply.

Applications, in electronic format, complete with curriculum vitae and copies of study and work certificates, must be uploaded on the dedicated platform, at the following address: <http://www.eoc.ch/Offerte-lavoro.html> by **17.04.2024**. Incomplete applications, received at other addresses, in paper format or after the deadline, will not be accepted.

For further information, please contact:

Clinical matters:

Prof. Dr. med. Paolo Ferrari, Chief Medical Officer – Direzione generale, Ente Ospedaliero Cantonale (paolo.ferrari@eoc.ch – Phone +41 91 811 13 14).

Academic matters:

Prof. Dr. med. Giovanni Pedrazzini, Dean, Faculty of Biomedicine, Università della Svizzera Italiana (giovanni.pedrazzini@usi.ch – Phone +41 58 666 49 00).

Bellinzona / Lugano, 20 March 2024

The procedure in question is not subject to any means of appeal and/or remedy in law, since the contract to be concluded with the successful bidder is based on private law.



Le Pôle santé Vallée de Joux est une institution novatrice qui emploie 200 collaborateurs au Sentier. Selon un modèle de soins intégrés, il propose des prestations hospitalières, d'hébergement et d'accompagnement des personnes âgées. Il collabore étroitement avec les partenaires des réseaux sanitaires et communautaires locaux et cantonaux. Il met à disposition de la population des prestations de soins et de santé coordonnées.

Pour compléter le service de médecine interne générale de l'Hôpital de la Vallée de Joux, nous recherchons:

**Un.e chef.fe de clinique
ou un.e médecin adjoint.e
entre 80% et 100%**

Activités principales

Le service de médecine interne contient 20 lits et un service des urgences avec 5000 consultations par an avec un niveau de formation C pour la médecine interne hospitalière. Il accueille 6 médecins assistants en formation. Le poste consiste à encadrer les médecins assistants et participer à leur formation, de développer et mettre en place des projets concernant le service de médecine du Pôle Santé Vallée de Joux. La gestion du service des urgences et la formation du personnel soignant font également partie des activités de ce poste.

Compétences – exigences requises

- Diplôme fédéral suisse ou titre jugé équivalent reconnu par la MEBEKO
- FMH en médecine interne générale ou équivalent
- Être en possession d'un titre de séjour valable ou nationalité UE/AELE
- Expérience hospitalière en tant que chef de clinique ou équivalent
- Intérêt pour l'ensemble du spectre de la médecine interne générale, aiguë et chronique, stationnaire et ambulatoire
- Maîtrise de la langue française orale et écrite; sens de la communication et de l'organisation

Nous offrons

L'opportunité de travailler au sein d'une petite équipe enthousiaste, de fournir des soins à une population très reconnaissante et de participer au développement du Pôle Santé, encore unique en Suisse. De plus notre établissement est situé à proximité de plusieurs grands hôpitaux bénéficiant d'un plateau technique complémentaire. Tout cela dans une magnifique région à découvrir sur www.valleedejoux.ch et sur www.valtv.ch.

Entrée en fonction: de suite ou à convenir

N'hésitez pas à prendre contact avec nous pour toute demande d'information supplémentaire:

Dr. med. A. Groscurth, Médecin chef du service de médecine interne au +41 21 845 18 58 ou à andreas.groscurth@psvj.ch

Dr. med. S. Naiken, Directeur Médical au +41 21 845 22 08 ou à dim@psvj.ch

Postulation avec les documents usuels: bertrand.meylan@psvj.ch (resp. RH)

Pôle Santé Vallée de Joux · Rue de l'hôpital 3, 1347 Le Sentier
+41 21 845 18 18 · info@psvj.ch · psvj.ch

187044-12



Fachärztin / Facharzt Anästhesiologie mit Schwerpunkt Herzanästhesie 80–100%

per 1.6.2024 oder nach Vereinbarung

Das Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Klinik Hirslanden Zürich – ein Zentrum der medizinischen Maximalversorgung inkl. grosser Herzchirurgie – führt pro Jahr rund 13 000 Anästhesien durch und bietet das gesamte Spektrum modernster anästhesiologischer und intensivmedizinischer Leistungen an. Auf der Intensivstation mit insgesamt 22 SGI zertifizierten Betten werden jährlich um 2500 Patienten betreut. Die Intensivmedizin unserer Klinik bietet ein beinahe vollständiges Spektrum (operativ und internistisch) von schwer kranken Patienten. Das Institut ist eine Weiterbildungsstätte Fachärztin / Facharzt Intensivmedizin (Kat. A) sowie Anästhesiologie (Kat. A2).

IHRE AUFGABEN

- Klinische Tätigkeit im Regel- und Dienstbetrieb des gesamten Instituts
- Vielseitiges und verantwortungsvolles Aufgabengebiet, welches eine herausfordernde Fachaufgabe in einem hochinteressanten und dynamischen Umfeld darstellt
- Fördern und fordern einer konstruktiven, leistungsorientierten sowie wertschätzenden Kultur der Zusammenarbeit
- Mitarbeit in der ärztlichen und nicht-ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

IHR PROFIL

- Facharzttitel für Anästhesiologie (Schweiz oder äquivalent) mit breiter klinischer Erfahrung
- Kompetenz in allen Gebieten der Herzanästhesie inkl. Echokardiographie von erwachsenen Patient:innen einschliesslich länger dauernder Kaderfunktion
- Breite intensivmedizinische Kenntnisse in unseren Schwerpunktdisziplinen, ein Facharzttitel für Intensivmedizin (Schweiz oder äquivalent) ist wünschenswert
- Hohe Sozialkompetenz, Flexibilität und teamorientierte interdisziplinäre sowie interprofessionelle Arbeitsweise
- Motiviert, gemeinsam mit spezialisierten Teams und unseren Belegärztinnen und Belegärzten zu medizinisch effektiven und ökonomisch effizienten Behandlungsprozessen beizutragen
- Bereitschaft zur permanenten fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung

UNSER ANGEBOT

Es erwartet Sie eine kollegiale und enge Zusammenarbeit in einem einsatzfreudigen Team von hochqualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten in einer modernen 335-Betten Privatklinik in Zürich mit einem sehr breiten anästhesiologischen und intensivmedizinischen Spektrum. Wir bieten Ihnen eine innovationsfördernde und moderne Arbeitsumgebung, in welcher Sie mit verschiedenen Anspruchsgruppen interdisziplinär und interprofessionell zusammenarbeiten. Ausserdem profitieren Sie von interessanten Anstellungsbedingungen. Dies sind nur einige Gründe, weshalb die Privatklinikgruppe Hirslanden zu den attraktivsten Arbeitgebern im Schweizer Gesundheitswesen gehört.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Prof. Dr. med. Michael Ganter, Institutsleiter unter +41 44 387 3890 (michael.ganter@hirslanden.ch) gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen zum Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin finden sie unter

<https://www.hirslanden.ch/de/klinik-hirslanden/centers/institut-fuer-anaesthesiologieundintensivmedizin.html>

187360-12

Immobilien | Immeubles | Immobili



Erstvermietung Praxis Wetzikon direkt am Bahnhof

Direkt am Bahnhof (S5, S15, S3, S14) 22 Min. von Zürich, neben P&R, befindet sich Ihre neue attraktive Praxis (Arzt/Zahnarzt). Repräsentativ, nachhaltig gebaut, angenehme moderne Räume im 4. OG, 185 m², 3 m hoch. Grosses Einzugsgebiet. Erfolgreiche Dermatologie/Allergologie-Praxis im Hause. Die Praxisfläche (Rohbaumiete) wurde geplant, ist von den Behörden bewilligt und kann realisiert oder anders gestaltet werden. Vorgesehen wurden Empfang, Büro, Labor, Steri, Apotheke, Behandlungsraum mit Klima und Vorbereitungs-Raum, 2 weitere Behandlungsräume, Wartezimmer, Technikraum, Aufenthaltsraum und Putzraum. 1-2 Parkplätze im UG mit Tageslicht. Terrasse im 6. OG kann mitbenutzt werden. Umgebung: Heilpflanzen und Brunnen mit eigener Quelle.

Bezugstermin: **Oktober 2024.**

Mietpreis und Doku auf Anfrage:
Inés Engel, 079 356 90 90, ines.engel@me.com

187616-12

Diverses | Divers | Varie

Von privat zum Kauf gesucht Allgemeinmedizinische Praxis

Übergang zum spätestens 01.01.2028

Inkl. Weiterbildungszeit zur Praktischen Ärztin

(3. Ausbildungsjahr ambulanter Teil: Sommer 2026 bis Sommer 2027, der gleichzeitig die persönliche Übernahme der Stamm-Patienten sichert).

Bitte melden Sie sich unter chiffrage 187567

187567-12



zeckenliga.ch

Liga für Zeckenranke Schweiz
Ligue suisse des maladies à tiques
Lega svizzera dei malati vittime delle zecche
Swiss league for patients with tick-borne diseases

Wir setzen uns für Präventionsarbeit sowie für die Betroffenen und Angehörigen ein.

Unterstützen Sie uns mit einer Spende.
PC-Konto: 30-674735-4. Vielen Dank.

Délai pour offres et demandes d'emploi:

14 jours avant parution

VORSICHTIG



Ihre Spende in guten Händen.

Achten Sie auf das Zewo-Gütesiegel. Dann können Sie darauf zählen: Ihre Spende kommt am richtigen Ort an und bewirkt Gutes.



04.04.2024–06.04.2024

8. Österreichischer interprofessioneller Palliativkongress

Villach, 9500 Villach, Österreich
 Kontakt: Tagungsinformation: Mondial Congress & Events
opg@mondial-congress.com

06.04.2024

Kardiologie Netzwerk Burgenland: Update 2024

Kardiologie Netzwerk Burgenland: Update 2024

Hotel Galantha, Esterhazyplatz 3, 7000 Eisenstadt, Österreich
 Kontakt: Barbara Horak, David Grünseis
kardio@maw.co.at

06.04.2024–11.04.2024

GI Surgery Davos Course

The DavosCourse 2024 offers three different levels of skills training and corresponding lectures. Participants interested in robotic surgery have the possibility to book a separate robotic training course.

Congress Center Davos, Switzerland, Talstrasse 49a, 7270 Davos Platz, Schweiz
 Kontakt: c/o ak-medizin
DAVOSCOURSE@AK-MEDIZIN.COM

10.04.2024–13.04.2024

XXXII. Wissenschaftliche Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der OEGGG 2024

Salzburg Congress, Auerspergstraße 6, 5020 Salzburg, Österreich
 Kontakt: Tagungssekretariat: Sekretariat der AGO Österreich, Frau Ingrid Zeimet-Kirchmair
kontakt@ago-austria.at

11.04.2024 | 09.15–17.00 Uhr

Diagnostikkurs in medizinischer Parasitologie: Darmprotozoen

Neben der Beobachtung lebender Parasiten und der Beurteilung mikroskopischer Präparate werden auch Biologie, Epidemiologie, Nachweismethoden und klinische Aspekte von intestinalen Protozoen behandelt.

Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH), Kreuzstrasse 2, 4123 Allschwil, Schweiz
 Kontakt: Ursina Mory
courses@swisstph.ch

11.04.2024 | 08.45–16.30 Uhr

14. MSM-Symposium

«Wirbelsäule, Mythen und Realität» ist das Thema des 14. MSM Symposiums. Auch dieses Jahr stellen Referenten aus unterschiedlichen beruflichen und therapeutischen Richtungen ihr Fachwissen zum erwähnten Thema vor.

Eventfabrik Bern, Fabrikstrasse 12, 3012 Bern, Schweiz
 Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

11.04.2024 | 11.00–18.00 Uhr

15th Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD)

Symposium zum Thema «Alles rund um die Depression – ein Update für die Praxis» inkl. Crashkurs. Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie auf der SGAD-Website.

Radisson Blu Hotel, Zurich Airport, Rondellstrasse, 8302 Kloten, Schweiz
 Kontakt: Sonia Fröhlich de Moura
info@sgad.ch

12.04.2024–13.04.2024

40. Frühjahrstagung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG)

Congress Center Villach, Europaplatz 1, 9500 Villach, Österreich
 Kontakt: Kongresssekretariat und Anmeldung: Mondial Congress & Events
oedgfj@mondial-congress.com

12.04.2024–13.04.2024

Herzultraschall – Update praxisnahe 2024 // Update-Seminar 1: Echokardiographische Messungen

Herzultraschall - Update praxisnahe 2024

Landhotel Straßerhof, Marktplatz 30, 3491 Straß im Straßertale, Österreich,
 Kontakt: Informationen bei: MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft Frau Barbara Horak
kardio@media.co.at

12.04.2024 | 09.00–17.30 Uhr

Behandlungen von Menschen mit extremen Einstellungen – Rahmenbedingungen und Herausforderungen

Kulturhaus Helferei, Kirchgasse 13, 8001 Zürich, Schweiz
 Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

12.04.2024–13.04.2024

Österreichkongress für Radio-technologie

Steiermarkhof, Ekkehard-Hauer-Straße 33, 8052 Graz, Österreich
 Kontakt: Ärztezentrale med.info
azmedinfo@media.co.at

12.04.2024–13.04.2024

EASIE-Blutungen Hands-On Trainingskurs

AKH Wien, Wien, Österreich
 Kontakt: Informationen bei: MAW – Kongressbüro, Frau Nina Strasser
oeggh.fortbildungen@media.co.at

12.04.2024 | 09.15–18.30 Uhr

Strategien zur Überwindung von Starre & Blockaden – Von der Hemmung zum Impuls

In diesem Seminar wird praxisnah aufgezeigt, wie wir Ängste überwinden, Muster auflösen und warum festgehaltene Blockaden sogar ein Gegenspieler, ein exzellenter Wegweiser sind, um Wege zur Veränderung deutlich zu machen.

IKP Zürich, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich, Schweiz
 Kontakt: Nicole Eisele
seminare@ikp-therapien.com

13.04.2024–16.09.2023

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Präzisionsmedizin, das ist etwas, was wir alle wollen. Es geht also um die Frage, was ist wirklich dran an der Präzisionsmedizin, ist es mehr Wunsch oder bereits Wirklichkeit? Das wollen wir 2024 miteinander diskutieren.

Rhein-Main Congress Center, Wiesbaden, Deutschland
 Kontakt: m:con-mannheim:congress GmbH
alexander.feuerstein@mcon-mannheim.de

14.04.2024–17.04.2024

European Colorectal Congress (ECC) Spring 2024

ECC Spring offers 64 Expert Lectures and interaction opportunities with key opinion leaders in colorectal surgery from all over Europe.

Forum Fribourg, Route du Lac 12, 1763 Granges-Paccot, Schweiz,
 Kontakt: Michael Adamina
contact@eccspring.org

Séminaires et événements

14.04.2024–19.04.2024

Lindauer Psychotherapiewochen 2024: Bedrohung und Solidarität

Das Gefühl der Bedrohung ist allgegenwärtig: Pandemie, Krieg, Extremwetter, Klimawandel, Erodierung demokratischer Selbstverständlichkeiten. Notwendig wären wohl neue Formen des Miteinander, ein neues füreinander eintreten, eine neue Solidarität.

Inselhalle Lindau, 88131 Lindau (Bodensee), Deutschland
Kontakt: Lindauer Psychotherapiewochen
info@lptw.de

17.04.2024 | 18.30–20.30 Uhr

Update Allergologie für Allgemeinmediziner 2024

Heute laden wir Sie ein, die Tradition der Online-Webinare fortzusetzen und bieten Ihnen eine Vertiefung in das Thema Allergologie für Praktiker an.

Online, Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen, Schweiz
Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

18.04.2024–20.04.2024

32. Österreichisches Osteoporoseforum

Eventresort Hotel scalaria, Markt 107, 5360 Sankt Wolfgang im Salzkammergut, Österreich
Kontakt: Carmen Zavarsky
osteoporose@media.co.at

19.04.2024 | 09.00–17.30 Uhr

Psychothérapie: que peut apporter le neurofeedback?

Journée d'introduction au Neurofeedback

Le Cazard, Rue Pré-du-Marché 15, 1004 Lausanne, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

19.04.2024–20.04.2024

10. Frühjahrssymposium der Österreichischen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin (ÖGKiZ)

Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Kinderzahnmedizin (ÖGKiZ)

Salzburg Congress, Auerspergstraße 6, 5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: Michaela Perner
info@fruehjahrssymposium.at

20.04.2024

Highlights in Cardiology 2023/24

Hotel Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160 Wien, Österreich
Kontakt: Information / Anmeldung: MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft, Frau Sonja Chmella
kardio@maw.co.at

21.04.2024–26.04.2024 |

Lindauer Psychotherapiewochen 2024: Erschöpfung und Widerstandskraft

Erschöpfung ist nach unseren Erfahrungen mit der Corona-Pandemie noch allgegenwärtiger als zuvor. Nicht nur diejenigen, die an einer Erschöpfungskrankheit nach Infektion leiden, sind gemeint, auch in geringerem Maße wir alle.

Inselhalle Lindau, 88131 Lindau (Bodensee), Deutschland
Kontakt: Lindauer Psychotherapiewochen
info@lptw.de

23.04.2024 | 19.00–20.00 Uhr

Online Infoabend: Berufsbegleitendes Doktoratsstudium der Medizinischen Wissenschaft «Dr. scient. med.»

Dein Weg zum «Dr. scient. med.». Melden Sie sich zum Online-Infoabend für das berufsbegleitende Doktoratsstudium der Medizinischen Wissenschaft an der UFL an. Weitere Informationen unter: studium@ufl.li

Private Universität im Fürstentum Liechtenstein
Kontakt: Corinne Müller
studium@ufl.li

24.04.2024–26.04.2024

141. Deutscher Chirurgie Kongress (DCK 2024)

Vom 24. – 26. April 2024 erwartet Sie beim DCK 2024 im Congress Center Leipzig ein facettenreiches Programm aus den verschiedenen Fachbereichen der Chirurgie.

CCL – Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
dck@wikonect.de

26.04.2024–27.01.2024

Haemostasis in Critical Care

11. Interdisziplinärer Hämostaseologischer Intensivworkshop für OP und Intensivstation – Workshopreihe Perioperative Hämostaseologie

Kantonsspital St. Gallen, Rorschacher Strasse 226, 9016 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: Jacqueline Fiore
jacqueline.fiore@zlmmsg.ch

26.04.2024–27.04.2024

Kärntner Internistentage «Innere Medizin am See» 2024

Hotel Werzer Astoria, 9210 Pörschach am Wörthersee, Österreich
Kontakt: Veranstaltungen: MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

26.04.2024

Rhythmologie – Update 2024

Lentos Kunstmuseum Linz, Doktor-Ernst-Koref-Promenade 1, 4020 Linz, Österreich
Kontakt: Information / Fachausstellung: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

26.04.2024–27.04.2024

14. Kölner Heimdialysekongress des KfH

Heimdialyse-Expertise für die gesamte nephrologische Community

Köln Marriott Hotel, Johannisstraße 76-80, 50668 Köln, Deutschland
Kontakt: KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.
info@kfh-dialyse.de

27.04.2024

3. Oberösterreichischer Rheumatag

Schlossmuseum Linz, Schlossberg 1, 4020 Linz, Österreich
Kontakt: Frau Sonja Chmella, Frau Nicole Lehner
maw@media.co.at

**Votre manifestation manque?**

Entrez-la sur events.emh.ch

Votre manifestation doit se démarquer?

Nous serons ravis de vous aider.

events@emh.ch

FMH SERVICES

Insertionen aufzugeben auf www.fmhjob.ch oder gegen eine Erfassungspauschale bei: FMH Consulting Services, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Chiffre-Anfragen sind zu richten an E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

Les annonces sont à passer sur www.fmhjob.ch ou chez: FMH Consulting Services, tél. 021 922 44 35, e-mail: mail@fmhjob.ch.

Les réponses relatives à des annonces sous chiffre sont à adresser à e-mail: mail@fmhjob.ch.

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

AG – Attraktive Praxis oder Büroräume in Rheinfelden zu vermieten – Im Töpferpark nahe Bahnhof vom 01.07.2024, 5 Räume, 130 m² Fläche, Rollstuhlgerecht, Lift, Parkplätze vorhanden. Tel. 061 105 00 54, E-Mail: Patricia.brugger@toepferpark.ch.

BE – Hausarztpraxis Bern Altstadt – zu verkaufen (SWE) ev. vermieten Praxis. 200 m², 5 Behandlungsräume, ebenerdig, schwellenlos, Röntgen, Aesculap, Labor Axonlab. ideal für 2–3 Ärzte/-innen www.schiffllaube.ch.

BE – Stadt Bern Kinderarztpraxis abzugeben – Kinderarztpraxis in Ärzte-Zentrum im Westen von Bern altershalber abzugeben. Zentrale Lage mit Parkplätzen und guter Erreichbarkeit (Zug, Tram, Bus), grosszügige Praxisräume (98 m²), freundliche, wertschätzende Familien und Mitarbeiterinnen. Auskunft für interessierte/n Nachfolger/in: Dr. med. Matthias Winkler, Mühledorfstrasse 1, 3018 Bern, E-Mail: matthias_c_winkler@bluewin.ch, Tel. 079 754 99 47.

BE – Nachfolge in eine attraktive Hausarztpraxis mit Qualitätsgütesiegel und elektronischer KG im Raum Bern gesucht – In einer beliebten Wohngemeinde angrenzend an Bern ist per Anfang 2025 eine etablierte Pra-

xis für Allgemeine Innere Medizin (geeignet auch für 2 Ärzte Teilzeit) mit vollelektronischer Praxisadministration, Selbstdispensation und einem überdurchschnittlich grossen Patientenstamm an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Sie befindet sich an einer frequentierten Strasse und doch im Grünen. Das Zentrum von Bern ist in 15 Min. erreichbar. Kontaktaufnahme bitte unter Ref. 231 0909: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BE – Attraktive Gruppenpraxis für Allgemeine Innere Medizin mit vollelektron. Praxisadministration südlich von Bern – In einer beliebten Wohngemeinde in der Südagglomeration von Bern ist per Herbst 2024 eine etablierte Hausarztpraxis zu übergeben. Die ländliche, familienfreundliche Gemeinde in Stadtnähe zeichnet sich durch eine hohe Wohn- und Lebensqualität aus. Die rollstuhlgängige Praxis (221 m²) mit grosser Patientennachfrage befindet sich in einem repräsentativen Geschäftshaus und verfügt über ein grosszügiges Parkplatzangebot. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5399: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BL – Hausarztpraxis in stadtnaher Region zu übergeben – Per sofort oder nach Vereinbarung suchen wir für eine etablierte, gut laufende Hausarztpraxis an verkehrstechnisch idealer Lage in der Nähe der Stadt Basel eine/n oder mehrere Nachfolger/innen. Die Region ist hausärztlich unterversorgt und die Praxis mit Selbstdispensation besitzt einen grossen und treuen Patientenstamm sowie gepflegte Räumlichkeiten, welche grosszügig bemessen sind. Falls Sie mit dem Schritt in die Selbständigkeit liebäugeln und eine gute und langjährige Beziehung zu den Patienten schätzen, melden Sie sich bitte schriftlich unter der Referenznummer 2775 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

BS – Etablierte Hausarztpraxis nahe der Altstadt Grossbasel zu übergeben – In eine verkehrstechnisch optimal gelegene Praxis für Allgemeine Innere Medizin im Zentrum von Basel mit einem gut durchmischten Patientengut, loyalen Mitarbeiterinnen und entsprechender Grundversorger-Infrastruktur suchen wir altershalber per Ende 2024 eine Nachfolge. Die Praxis (ca. 120 m²) befindet sich in einem ruhigen Wohnquartier und ist auch für 2 Ärzte (m/w) geeignet. Gut geregelter Notfalldienst, günstige Übernahmekonditionen und grosser Patientenstamm. Wir freuen

uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0706: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

NE – Remisé cabinet MG – Médecin généraliste installé en cabinet de groupe au bord du lac de Neuchâtel cherche à remettre sa patientèle. Cabinet moderne et très agréable. Excellentes conditions de travail. CA supérieur à 500KF. Contact tél. 0041 79 682 74 13, e-mail: jacques.boulan@groupe-med.ch.

SG – Gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin am rechten Zürichseeufer zu übergeben – An bester Lage in einem ruhigen, zentrumsnahen Quartier einer beliebten Wohngemeinde am Zürichsee ist per Ende 2024 eine rollstuhlgängige Hausarztpraxis mit Röntgen, Ultraschall, Lufu, 24-h-EKG, EKG, Labordiagnostik und Selbstdispensation an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Günstige Mietkonditionen inkl. PP und TG, gut eingespieltes MPA-Team und der sehr gut organisierte Notfalldienst (in der Nacht nur Hintergrunddienst). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5423: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

SO – Zukunftsorientierte und moderne Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in – In der Nähe der Stadt Solothurn suchen wir für eine moderne, gut laufende und lebhaft Praxis eine/n motivierte/n und dynamische/n Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin als Nachfolger/in. Vom Vorgänger kann ein attraktives Patientengut übernommen werden. Die Praxisräumlichkeiten verfügen über eine moderne Infrastruktur mit elektronischer Administration, digitalem Röntgen und Labor. Darüber hinaus ist die Praxis verkehrstechnisch hervorragend gelegen mit einer Bushaltestelle in Gehdistanz und einem grossen eigenen Parkfeld mit mehreren Parkplätzen. Gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte stehen hinter Ihnen und freuen sich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2640 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

SO – Ertragsstarke Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe / keine Investitionen nötig (Miete möglich) – In der Agglomeration zur Hauptstadt des Kan-

FMH Services – La plus grande organisation de services du corps médical

tons gelegen, profitiert diese renommierte Praxis von einem überregionalen Einzugsgebiet. Altershalber suchen wir eine Nachfolgerin (w/m) – auf Wunsch ist eine Sukzession möglich. Dank der grosszügigen Raumeinteilung kann die Praxis auch als Gemeinschaftspraxis geführt werden. Der Standort ist interessant – einerseits verkehrstechnisch gut erreichbar, andererseits in idyllischer Landschaft eingebettet. Vor dem Praxisgebäude stehen 6 Parkplätze zur Verfügung. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 231 4356: FMH Consulting Services AG, Gregor Dietrich, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

TG – Praxisräume mit OP – In den interdisziplinären Ärzteetagen des attraktiv gelegenen TKB Gebäudes im Zentrum von Kreuzlingen sind ca 220 m² moderne Praxisräume mit OP zu vermieten. E-Mail: reichel.martin@hin.ch.

VD – Spécialiste en pneumologie (0.8–2 EPT) à Yverdon – Recherche pneumologue en raison d'un départ à la retraite prévu en 2025, début d'activité à convenir, possible dès 2024, à temps partiel ou plein temps. Activité indépendante actuellement mais activité dépendante possible. Situé dans un centre médical moderne informatisé, bien situé et accessible de plein pied, de bonne réputation et polyvalent (urgences médico-chirurgicales diurnes, 6 médecins de médecine interne générale, allergo-immunologie, 3 physiothérapeutes, diététicienne, densitométrie, ECG, Holter, MAPA, laboratoire...). Infirmière spécialisée en soins respiratoires sur place 1.5j/sem, radiologie standard, échographie, gazométrie, polygraphes, oxymétrie nocturne, spirométrie, DLCO, Pmax inspiratoire et expiratoire, pléthysmographie (box compatible avec ergospirométrie et test de 6 mn), FENO, ponction pleurale. Investissement financier limité et activité pouvant débuter en quelques jours. Activité de médecine interne générale aussi possible. Renseignements e-mail: prieder@lapermanence.ch (discrétion assurée).

VS – Cabinet de généraliste à remettre dans le Valais central – Après plus de 20 années d'activité en cabinet et pour cause de départ à la retraite, nous cherchons pour début 2025 un ou deux généralistes qui reprennent l'activité. Le cabinet (5 pièces sur 108 m²) est équipé d'un laboratoire, d'un ultrason et du dossier patient informatisé. Il est très bien situé près des parkings et des transports publics. Les locaux sont spacieux, lumineux et tranquilles. Le cabinet sera remis en état et meublé lors de la remise et après avoir consulté le successeur. Une remise progressive est possible et le travail est assuré dès le premier jour. En outre vous pouvez compter sur l'aide de l'assistante médicale sur place. Etes-vous intéressé ou souhaitez-vous plus d'informations? Contactez-nous par écrit et en mentionnant la réf. 241 0042 à : FMH Consulting Services, Olivier Dousse, e-mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

ZH – Praxis-Nachfolger/in gesucht – Für meine gut gehende Allgemein-Praxis suche ich per Ende 2024 altershalber einen italienisch sprechenden Nachfolger. Kontakt unter Chiffre I-42303.

ZH – Praxisteil in Zürich zu übergeben – In rheumatologisch-internistischer Gemeinschaftspraxis in Zürich-Höngg werden infolge beruflicher Neuorientierung eines der Gesellschafter ab dem 01.04.2024 zwei bis drei gut eingerichtete Räume frei (12–25m²). Die Praxis ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erschlossen. Offene und Tiefgaragenparkplätze sind in unmittelbarer Nähe - ebenso eine Physiotherapie und eine Apotheke. Sehr gut geeignet für Grundversorger, da nach Pensionierung mehrerer Hausärzte/-innen in diesem Stadtteil diesbezüglich Nachholbedarf besteht. Denkbar wäre auch ein Zusammengehen mit Neurologen, Chiropraktoren, Psychiatern, Gutachtern, Ergotherapeuten oder Ernährungsberatern. Gemeinsam ge-

nutzt werden können Empfang, Wartezimmer, Teeküche, Labor und digitales Röntgen. Die Krankengeschichten werden digital geführt. Kontaktadresse, E-Mail: rzh@hin.ch.

ZH – Nachfolge Augenarztpraxis – Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42205.

ZH – Übergabe einer Hausarztpraxis in der Stadt Zürich zum Ende des Jahres 2024 – Für eine bestens gelegene und seit langem etablierte Einzelpraxis für Allgemein- und Innere Medizin in der Stadt Zürich suche ich einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin. Die Praxis ist 90 m² gross, mit einem Bus / Tramhaltestelle vor dem Haus und einem Bahnhof in der Nähe. Es gibt eine Selbstdispensation und einen treuen Patientenstamm. Kontakt unter Chiffre I-42114.

Praxispartner Angebote Offres de partenaires de cabinet Offerte di partner di studio medico

BE – Chirurg/in für Praxispartnerschaft in Thun – Gesucht wird ein/e Praxispartner/in infolge Pensionierung des jetzigen Arbeitskollegen. Die chirurgische Praxis Bestetti befindet sich zentral beim Bahnhof in Thun und verfügt über einen Operationssaal Klasse I sowie über schöne, helle Jugendstil-Räume. Die Anfrage richtet sich aufgrund der Praxisinfrastruktur an Fachärzte verschiedener chirurgischer Disziplinen. Web: www.praxis-bestetti.ch, E-Mail: valentina.bestetti@hin.ch, Tel. 078 689 53 70.

VD – Cabinet Montreux – Cabinet à Montreux, flamboyant neuf, 180 m², à deux minutes de la gare, cherche collaborateurs, toute spécialité possible. E-mail: info@gynecologie-montreux.ch.

Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

AG – Hausarzt/-ärztin zur Verstärkung einer sehr attraktiven Hausarztpraxis gesucht – Wir suchen für eine gut laufende und topmoderne Hausarztpraxis in der Nähe der Stadt Aarau eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (60–100%) zur Ergänzung des Teams. Es werden Ihnen faire und kollegiale Anstellungsbedingungen mit guten Verdienstmöglichkeiten und flexiblen Arbeitszeiten auch mit Ausblick auf eine eventuelle zukünftige Partnerschaft geboten. Die Praxis ist vollumfänglich digitalisiert, sehr gut ausgelastet, gepflegt und befindet sich an einer bestens erreichbaren Lage. Wenn Sie über eine fundierte Ausbildung verfügen und gerne in einem motivierten, gut eingespielten und aufgestellten Team arbeiten, dann melden Sie sich bitte schriftlich. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 3015 bei: Federer und Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

AG – Hausarzt/-ärztin in Suhr – Die Ärztegemeinschaft Suhr bietet: Ein offenes, sympathisches Team, Hausarztmedizin mit effizienten Abläufen, gutes Einkommen, flexible, familienfreundliche Arbeitsmodelle, wöchentliche Fortbildung, zentrale Lage, grosses Freizeitangebot in der Umgebung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung

als Facharzt/-ärztin - Assistent/in - Praxispartner/in. www.arzt-suhr.ch; E-Mail: ivo.bugmann@hin.ch; E-Mail: juergen.martin@hin.ch; www.medix.ch.

AG – Moderne, humorvolle Hausarztpraxis (Kleindöttingen AG) sucht Verstärkung mit flexiblem Pensum – Wir suchen ab Oktober 2024 oder auf Vereinbarung einen/eine Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH/praktischen Arzt oder eine Praxisassistentin im 20–100%-Pensum. Wir sind eine modern eingerichtete, langbestehende Praxis mit einem gut eingespielten Team. Eine wertschätzende Arbeitsatmosphäre ist uns wichtig. Wir bieten einen spannenden Berufsalltag mit flexiblen, zeitgemässen Arbeitszeiten. Wir arbeiten mit einer digitalen Krankengeschichte und digitalem Röntgen. Zudem findet sich in unserem Pausenraum immer was zum Naschen. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: ursula.hesse@dorf-praxis.ch.

AG – Leitender Arzt / Leitende Ärztin (80–100%) für Gruppenpraxis in Aarau – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Unsere Hausärztinnen und Hausärzte betreuen ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Aarau Sie als Leitenden Arzt / Leitende Ärztin mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin und Flair für Personalführung und Betriebswirtschaft. Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Roland Moser, Regionenleiter (Tel. +41 44 451 04 10, E-Mail: roland.moser@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Fachärztin/Facharzt Kinder- und Jugendmedizin 50–100% – Im Januar 2024 ist die Monvia Praxis in die neuen Räumlichkeiten an der Rodmattstrasse 47 umgezogen. Wir wollen die Praxis mit einer neuen Sprechstunde im Bereich Kindermedizin erweitern. Kommen Sie in unser Team und lassen Sie uns gemeinsam die neue kindermedizinische Sprechstunde gestalten und etablieren. Haben wir Ihr Interesse geweckt etwas Neues zu wagen? Schreiben Sie Dr. med. Veronika Müller (Leitende Ärztin), E-Mail: veronika.mueller@monvia.ch.

BE – Verstärkung der Angiologie im Gefässzentrum Bern – Facharzt/Fachärztin für Angiologie 60–100%, Option für Partnerschaft, Bern VASC Angiologie Interventionen AG Wir sind eine Gruppe von Angiologinnen und Angiologen mit einem eigenen Katheterlabor und betreiben 3 moderne Praxen an den Standorten Bern und Solothurn. Hier bieten wir breite Gefässmedizinische Diagnostik wie auch minimalinvasive venöse Therapien an und bedienen ein überregionales Zuweisernetzwerk. Im Hinblick auf einen Generationenwechsel sind wir auf der Suche nach neuen Kolleginnen und Kollegen mit Interesse an einer langfristigen, teamorientierten Zusammenarbeit in einem kollegialen und interdisziplinär aktiven Umfeld. Es besteht die Aussicht auf Partnerschaft. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Erfahren Sie mehr in einem persönlichen Gespräch und beim Besuch unserer Praxisräume. Bitte wenden Sie sich für weitere Auskünfte oder Ihre Bewerbung an folgenden Kontakt: PD Dr. med. T. Willenberg Tel. 079 550 13 90, E-Mail: towillenberg@hin.ch.

BL – Hausärztin/Hausarzt idealerweise mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen eine/n engagierte/n Allgemeinmediziner/in, um unserem Team in unserer gut etablierten Hausarztpraxis in Binningen beizutreten. Wir legen grossen Wert auf die ganzheitliche Betreuung unserer Patienten/-innen und bieten eine breite Palette von Dienstleistungen an, um ihre medizinischen Bedürfnisse zu erfüllen. Anforderungen: Abge-

schlossenes Medizinstudium und Approbation als Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder vergleichbare Qualifikation, Empathie und Mitgefühl im Umgang mit Patienten/-innen, Teamfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit. Wir bieten: Attraktive Vergütung und Arbeitsbedingungen, ein freundliches und unterstützendes Arbeitsumfeld, die Chance, ein Teil eines engagierten Teams zu sein, das sich der Gesundheit und dem Wohlbefinden unserer Patienten/-innen verschrieben hat. Wir freuen uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen per E-Mail an: doktor-karli@hin.ch.

BL – Hausärztin oder Hausarzt 50% – Wir sind eine familiäre Hausarztpraxis mit einem aufgestellten, motivierten und eingespielten MPA - Ärztinnen - Team nahe am Zentrumsspital mit guter Vernetzung zu den Spezialisten und suchen eine Allgemeininternistin oder einen Allgemeininternisten zu 50% ab Oktober 2024 im Anstellungsverhältnis. Die Praxis ist zentral gelegen und modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte, EKG, digitalem Röntgen, Praxislabor, Ultraschall und Praxisapotheke. Wir freuen uns auf Deine Bewerbung! E-Mail an: michele.richert@hin.ch; www.myfamilydoc.ch.

FR – Recherche médecin Généraliste ou Praticien dans cabinet de groupe pour compléter notre équipe – Nous cherchons un médecin généraliste ou praticien pour rejoindre un cabinet de groupe avec 7 autres généralistes, 2 pédiatres et des paramédicaux à Bulle (FR), à un taux d'activité de 60–100%. L'équipe est jeune et dynamique, le cabinet quasiment neuf et très bien équipé. Merci de nous contacter par e-mail en cas d'intérêt: nt@cm-latour.ch.

LU – Leitende Ärztin / Leitender Arzt (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Paulusplatz – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Unsere Hausärzte und Hausärztinnen betreuen ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Luzern nach Vereinbarung Sie als Leitende Ärztin / Leitender Arzt mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin und Flair für Personalführung und Betriebswirtschaft. Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Claudia de Rossi, Regionenleiterin (Tel. +41 44 318 60 00, E-Mail: claudia.derossi@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Löwencentrum und Paulusplatz – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in Luzern Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

LU – Oberarzt/Oberärztin Schlafmedizin 80–100% – Spannende Oberarztstelle in Schlafmedizin / Wir, ZÜRICH Care Klinik für Schlafmedizin, ein Spitzenreiter im Bereich der akkreditierten Schlafmedizin, suchen eine engagierte Oberärztin oder einen engagierten Oberarzt. Diese Position bietet die Gelegenheit, in einem innovativen Umfeld zu arbeiten, das Wert auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und persönliche Entwicklung legt. Ihre Rolle umfasst die eigenverantwortliche Betreuung ambulanter Patienten, die Mitgestaltung unseres medizinischen Angebots und die Spezialisierung auf Bereiche wie das Restless-Legs-Syndrom,

Hypersomnie und Parasomnien. Ideale Kandidaten bringen einen Facharzttitel in Psychiatrie, Pneumologie oder Neurologie mit, haben drei Jahre klinische Erfahrung und Interesse an der Schlafmedizin. Wir bieten nicht nur eine konkurrenzfähige Entlohnung, sondern auch umfangreiche Weiterbildungsmöglichkeiten, attraktive Pensionspläne und exklusive Mitarbeiterbenefits. Wenn Sie in einer Position mit echtem Einfluss auf die Patientenversorgung und in einem innovativen Umfeld arbeiten möchten, freut sich Dr. med. Sebastian Zaremba, Chefarzt KSM Luzern, über Ihren Anruf unter Tel. +41 41 202 06 60. Treten Sie unserem Team bei und treiben Sie mit uns gemeinsam die Schlafmedizin voran.

LU – Suche Fachärztin/-arzt Innere / Allgemeine Medizin – Für unsere gut etablierte Allgemeinpraxis nahe bei Luzern, suchen wir zur Zusammenarbeit nach Vereinbarung eine/n junge/n Fachärztin/-arzt. Wir sind ein top motiviertes engagiertes und eingespieltes Team. Es erwartet Sie eine moderne Praxis mit zeitgemässer Einrichtung (digitales Röntgen, grosses Labor, Sonographie, Ergometrie, Apotheke, EKG, Laser, elektronische KG, etc.). Sie verfügen über ein abgeschlossenes Medizinstudium mit Facharztbildung zum Allgemeinmediziner oder Internist und bringen Erfahrung im ambulanten Bereich mit. Zu Ihren Stärken gehören eine routinierte Arbeitsweise sowie die Fähigkeit auf Menschen einzugehen. Sie sprechen fließend Deutsch und verfügen über weitere Sprachkenntnisse, dann möchten wir Sie gerne kennenlernen. Falls Sie Interesse an einer lebhaften und vielseitigen Tätigkeit haben, dann zögern Sie nicht, uns Ihre Bewerbung zuzusenden. Kontaktinformationen, E-Mail: buchhaltung@praxisdrwuest.ch, Tel. 041 320 11 52.

SG – Neues Ärztezentrum in der Gemeinde Uzwil sucht Kollegin/Kollege zur Teamverstärkung – Sind Sie Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin oder Gynäkologie und Geburtshilfe? Oder sind Sie im Bereich Schmerztherapie tätig? Unser Mandant sucht motivierte Ärzte für den Ausbau der Gruppenpraxis. Tätigkeit in Anstellung oder Selbstständigkeit (Teilzeit oder Vollzeit). Unterstützung durch Zentrumsleitung, kein Risiko, gegenseitiger Austausch und Nutzung der Synergien. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0520: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

SG – Pioniergeist und Gestaltungsvermögen sind gefragt! – Facharzt/-ärztin AIM 50–100% gesucht! – 'xundart', das Ärzte-eigene Netzwerk in der Region Toggenburg - Wil - Uzwil - Flawil wird im Frühjahr 2024 im früheren Spital Wattwil eine Hausarzt-Gruppenpraxis eröffnen. Wir suchen Kolleginnen und Kollegen mit Pioniergeist und Gestaltungsvermögen. Schlägt Ihr Herz für eine vielfältige verantwortungsvolle Grundversorgung? Wir freuen uns auf Ihre Nachricht. Für Fragen und Bewerbungen E-Mail: info@xundart.ch.

SG – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir suchen eine/n Psychiater/in für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein hervorragendes Team, und würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen oder melden Sie sich unter Tel. 079 771 53 90.

SG – Fach- oder Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 50% für Gruppenpraxis in St. Gallen – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten

ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in St. Gallen nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt bzw. im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Christiane Biefer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 224 08 00, E-Mail: christiane.biefer@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

SO – Innovatives kardiologisches Team sucht Verstärkung – Unsere kardiologische Gruppenpraxis ist gut etabliert, hat eine dynamische, junge Kultur und deckt alle nicht invasiven kardiologischen Untersuchungen ab. Entsprechend suchen wir tatkräftige Verstärkung im Ärzteteam, wenn Ende 2024 unser Senior Kardiologe in den verdienten Ruhestand geht. Wenn Du Interesse hast zu mindestens 50% in unserer zentral gelegenen Praxis in einem sympathischen Team zu arbeiten, melde Dich per E-Mail (carola.ramazina@hin.ch) oder Telefon (062 297 00 33).

SO – Psychiater/in gesucht – Wir suchen ab 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine Fachkollegin mit abgeschlossener Facharztbildung FMH und Berufserfahrung aus Klinik oder zugehöriger Ambulanz, zu denselben Konditionen, die wir selbst haben (ertragsbasierte Entlohnung mit stellenprozentbezogener Beteiligung an den Gemeinkosten). Wir leisten uns eine betont flexible Ferien- und Abwesenheitsregelung, die so nirgends üblich ist. Unsere Praxis verfügt über ein Arztsekretariat mit Empfangsdienst und über die Möglichkeit, eigene Laboranalysen zu machen, sowie über eine ICT-Infrastruktur mit Praxissoftware. Im Rahmen des Anordnungsmodells arbeiten wir fallweise mit Fachpsycholog/innen zusammen, die wir persönlich bestens kennen. Falls du interessiert bist, erwarten wir gerne deine Unterlagen (an E-Mail: mederga@hin.ch) und freuen uns sehr, dich kennenzulernen. Unsere Gruppenpraxis liegt ab Juli neu in unmittelbarer Nähe des Amthausplatzes und ist verkehrstechnisch bestens erschlossen.

SZ – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Schwyz – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben und betreibt schweizweit 13 Gruppenpraxen. Nun sucht unser motiviertes Team in Schwyz nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Chantal Tromp, Leitende Ärztin (Tel. +41 41 818 20 10, E-Mail: chantal.tromp@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

VS – Cabinet médical à Sion – Cabinet de groupe, médecine générale, bien équipé (radiologie digitalisée, labo, ECG, spirométrie, échographie, recherche collaborateur(s); reprise à court ou moyen terme possible. Contact unter Chiffre I-42212.

ZG – Leitende Ärztin / Leitender Arzt Allgemeine Innere Medizin – Wir suchen eine/n Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: stellensuche@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Ophthalmologie (20–60%, konservativ) – Zur Verstärkung meiner modernen und grosszügigen Praxis im Zürcher Unterland suche ich per 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/einen Kollegen. Sie verfügen über einen Facharzt/Fachärztin Ophthalmologie und legen grossen Wert auf menschliche und fachliche Kompetenz. Ihr Spektrum umfasst die ganzheitliche konservative Augenheilkunde. Auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: petra.luteijn@hin.ch freue ich mich.

ZH – Augenarzt/Augenärztin – Wir suchen für die Mitarbeit in der Praxis einen/eine Augenarzt/Augenärztin 20–60%. Anfragen unter Tel. 076 416 65 75.

ZH – Kinderarzt/-ärztin 20–100% – Wir suchen nach einer engagierten Fachkraft, welche unsere jüngsten Patienten kompetent und liebevoll betreut. Die Praxis Ärzte am Graben, eine lebendige und familiäre Gemeinschaftspraxis in der Altstadt von Winterthur, bietet ein breites Spektrum an Fachgebieten, darunter Hausarztmedizin, Gynäkologie, Neurologie, Dermatologie, Urologie und Pädiatrie. Sie erwartet ein hochmotiviertes Team, sehr schöne Räumlichkeiten sowie äusserst attraktive Konditionen, die sich durch die Zusammenarbeit innerhalb unserer Praxis ergeben. Ihr Kontakt: Esther Scheitlin, Tel. 079 647 67 72, E-Mail: e.scheitlin@arzt-winterthur.ch. Praxis Lindengut AG, Unterer Graben 29, 8400 Winterthur.

ZH – Allgemeinarzt/-ärztin – Als Grundversorger suche ich für meine leistungsfähige Allgemeinpraxis im Stadtzentrum von Winterthur eine/n gut ausgebildete/n engagierte/n Kollegen/-in zur Mitarbeit in der Praxis. Es besteht die Möglichkeit zur Weiterbildung in Hausarztmedizin da ich als Lehrpraktiker anerkannt bin. Pensum 60%, später nach Vereinbarung 80–100%. Ich bin an einer langfristigen Zusammenarbeit interessiert, der spätere Einstieg als Teilhaber/in in die Praxis ist möglich. Sie haben Interesse und Freude am Beruf, Erfahrung in der Betreuung von chronisch kranken Patienten und Interesse an der Begegnung mit Menschen verschiedener Herkunft; Sie verfügen über Sozialkompetenz und ein ruhiges, höfliches, gepflegtes Auftreten und bringen persönliches Engagement und Zuverlässigkeit mit. Sie sind mit dem Schweizerischen Gesundheitssystem vertraut. Es erwartet Sie eine sichere, unbefristete Arbeitsstelle in einer etablierten Praxis mit grossem Patientenstamm, gutem Salär und Sozialleistungen. Wir pflegen in unserem aufgestellten Team eine lockere Atmosphäre wo gegenseitiger Respekt, Humor und Freundlichkeit einen grossen Stellenwert haben. Gerne erwarte ich Ihre Kontaktaufnahme E-Mail: aminzahran10@gmail.com.

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie – Wir suchen eine Fachärztin für Gynäkologie für unsere erfolgreiche und zentral gelegene Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Fachärztin/Facharzt Dermatologie – Wir suchen für unsere Laser-/Hautarztpraxis mit optimaler Laserausstattung eine/n Kollegen/-in zur Verstärkung unseres Praxisteams. Pensum 30–50%. E-Mail: ch.ravens@bluewin.ch.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in der Stadt Zürich – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheit-

lich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in der Stadt Zürich (Praxisstandorte Zürich-Wiedikon, Zürich-Oerlikon und Zürich-Affoltern) Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Hinwil per sofort oder nach Vereinbarung eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH. Wir bieten eine moderne Infrastruktur (digitales Röntgen, Ultraschall, Labor), sehr attraktive Anstellungsbedingungen mit Umsatzbeteiligung, einen grossen Patientenstamm sowie ein top-motiviertes Praxisteam. Berufsanfänger/innen, Assistenzärzte/-innen kurz vor der Facharztprüfung oder Wiedereinsteiger/innen sind gerne willkommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: aerzte.hinwil@hin.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Dermatologie – Wir suchen eine/n Dermatologen/-in für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson. E-Mail: job@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90.

ZH – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir wollen unsere erfolgreiche Praxis am Löwenplatz in Zürich mit einem Psychiater (m/w) verstärken. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten und interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem guten Team. Wir erwarten Kollegialität und Freude im Beruf und freuen uns auf Ihre Bewerbung an Dr. med. Isis Amitirigala: E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Facharzt /-ärztin für Gynäkologie oder Psychiatrie oder Onkologie – Möchtest du als Infrastrukturnutzer in einer zentral gelegenen Praxis in ZH arbeiten? Wir sind ein interdisziplinäres Team und freuen uns über Verstärkung! Kontakt unter Chiffre I-42032.

ZH – FMH für Allgemeine Innere Medizin / Praktischer Arzt/Praktische Ärztin – Wir sind eine neue Permanence (Walk-In) für Allgemeinmedizin und einem angebundenen Orthopäden/Traumatologen. Die Räumlichkeiten sind zentral gelegen und ein paar Gehminuten vom Zürcher Hauptbahnhof entfernt. Besonders attraktiv sind die flexiblen Arbeitszeiten. Urlaubszeit ist 5 Wochen bei einem 100% Arbeitspensum und kann selbstverständlich abgesprochen werden. Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, melden Sie sich einfach unverbindlich. Wir freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen mit Ihnen! Ihr Team des Permanence Medical Center Bewerbungen bitte an E-Mail: muxelbernhard@gmail.com.

ZH – Winterthur - Fachärztin/Facharzt Kinder- und Jugendmedizin 60–100% – Unser Monvia Zentrum Winterthur sucht per Januar 2024 eine/n Pädiater/in, mit breiter Berufserfahrung sowie Erfahrung im Schweizer Gesundheitssystem. Ein grosses engagiertes Team unterstützt Sie bei Ihrer Arbeit, damit Sie und Ihre kleinen Patienten sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Wir legen Wert auf unsere Monvia Kultur und ein gutes Miteinander im Team. Mehr Informationen auf www.monvia.ch/jobs oder senden Sie Ihren CV direkt an Lydia Arent (Leitende Ärztin), E-Mail: personal@monvia.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte Institution für dringende Konsultationen mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an zentraler Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (40–100%). Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allg. Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

Praxisgesuche
Recherches de cabinets
Ricerche di studi medici

Rentable Hausarztpraxis per Mitte 2024 gesucht – In Region Inner-/Ost-/Nord-CH. Voraussetzung: MPA-Team zur Übernahme, eKG, (halb)digitales Röntgen, faire Konditionen. Kontakt E-Mail: mediscan@bluewin.ch.

Interessante Nachfolgelösung für ophthalmologische Praxis – Sie planen Ihre Zukunft und möchten Ihre Praxis übergeben. Für eine renommierte Praxisorganisation mit Wachstumsstrategie suchen wir eine Praxis zur Übernahme. Das Kompetenzzentrum für Ophthalmologie und -chirurgie verfügt über ausgewiesene Fachärzte, welche auch eine sukzessive Übernahme sicherstellen können. Kooperationsformen sind ebenfalls verhandelbar. Dynamik, Motivation, Verlässlichkeit sowie ein zuvorkommender Umgang mit den Patienten sind Programm. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0279: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

Stellengesuche Ärzte
Demandes d'emploi médecins
Ricerche di posti per medici

Endokrinologie/Diabetologie – Facharzt/Fachärztin, erfahren, sucht Option zur Mitarbeit/Vertretung. Kontakt unter Chiffre G-3123.

Plus d'annonces et des requêtes sur
www.fmhjob.ch

Achats

| **Simplement
économiser
du temps et
de l'argent**

Jusqu'à 25%
de rabais

Le point de vente destiné aux médecins et cabinets
**Médicaments, appareils médicaux, matériel
de consommation courante, etc. à un tarif
préférentiel**

- Conditions spéciales auprès des fournisseurs partenaires
- Délais de paiement prolongés et facture groupée
- Commande directe chez de nombreux fournisseurs partenaires

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch





© Katarzyna Blasiewicz / Dreamstime

Un doublement de la survie globale a pu être documenté.

Carcinome urothélial métastatique: le future est là

Grande percée En plus de vingt ans, il n'y a pas eu de progrès dans le traitement du carcinome urothélial métastatique de la vessie et de l'appareil urogénital supérieur. L'année dernière, plusieurs nouvelles options thérapeutiques ont fait leur entrée dans la pratique clinique – ce sont là des perspectives positives.

Richard Cathomas

Prof. Dr méd. Onkologie/Hämatologie Kantonsspital Graubünden

Chaque année en Suisse, environ 1300 personnes développent un carcinome urothélial invasif et environ 600 en décèdent. Le carcinome urothélial métastatique (80% émanant de la vessie et 20% de l'appareil urogénital supérieur) représente un défi thérapeutique majeur en oncologie.

Évolution du paysage thérapeutique

Depuis les années 1990, le traitement consistait en une chimiothérapie à base de platine. Ce traitement permettait certes d'obtenir de bons taux de réponse allant jusqu'à 50%, mais les succès étaient de courte durée. La survie globale (SG) moyenne n'était que de 10–14 mois [1, 2]. Ce n'est

qu'avec l'immunothérapie que le pronostic a pu être amélioré, l'immunothérapie d'entretien s'étant imposée comme standard depuis 2020. En cas de maladie stable après une chimiothérapie primaire, un passage à l'inhibiteur de point de contrôle PD-L1 avelumab est effectué, ce qui permet d'allonger la SG de 7 mois [3]. Une percée majeure a été réalisée au niveau de la ligne de traitement ultérieure grâce au conjugué anticorps-médicament («antibody-drug conjugate» [ADC]) enfortumab vedotin (EV).

L'EV se compose comme suit: l'enfortumab est un anticorps monoclonal dirigé contre l'antigène de surface nec-tine-4, qui est majoritairement exprimé sur les cellules cancéreuses urothéliales. Cet anticorps est associé à un agent chimiothérapeutique (vedotin), qui est libéré à l'intérieur des cellules cancéreuses. Les ADC peuvent donc être considérés comme des chimiothérapies ciblées. L'EV est administré par voie intraveineuse. Les patientes et patients préalablement traités répondent bien à la monosubstance. Le traitement par EV apporte un net avantage en termes de SG par rapport à la chimiothérapie traditionnelle. L'EV est utilisé de manière standard en Suisse depuis 2021 [4].

Chaque année en Suisse, environ 1300 personnes développent un carcinome urothélial invasif et environ 600 en décèdent.

Nouveautés dans le traitement de première ligne

Une avancée décisive dans le traitement des personnes atteintes d'un carcinome urothélial métastatique jusque-là non traité a été présentée en octobre 2023 lors du congrès annuel de l'ESMO (European Society for Medical Oncology). L'étude EV-302 a évalué un traitement combiné par EV et l'agent immuno-oncologique pembrolizumab (EV-Pembro). Ce traitement a été comparé au traitement jusqu'ici standard consistant en une chimiothérapie combinée à base de platine et de gemcitabine.

Les résultats étaient exceptionnellement bons et statistiquement significatifs. Sous EV-Pembro, un doublement de la SG (32 mois contre 16 mois) a pu être documenté. De plus,

cette forme de traitement présentait un meilleur taux de réponse que le traitement par platine/gemcitabine (68% contre 44%) [5]. En outre, moins d'effets indésirables ont été observés par rapport à la chimiothérapie classique. Sur la base de ces résultats, le traitement par EV-Pembro s'est imposé comme la forme thérapeutique privilégiée chez la plupart des malades. Il faut toutefois tenir compte du profil d'effets indésirables particulier de l'EV. Des neuropathies périphériques, une toxicité cutanée ainsi que des effets indésirables oculaires peuvent survenir. Le traitement nécessite donc un suivi spécialisé étroit et proactif. Un registre prospectif suisse sera créé encore cette année pour collecter des données en dehors de l'étude.

Lors du même congrès, les résultats positifs de Checkmate 901 (une autre étude sur le traitement de première ligne) ont été présentés. La chimiothérapie par cisplatine/gemcitabine a été comparée à la même chimiothérapie associée à l'agent immuno-oncologique nivolumab. La comparaison a montré que la chimio-immunothérapie a entraîné une amélioration significative de la SG de 2,8 mois et que le taux de réponse s'est également amélioré [6]. Sans surprise, l'association a présenté un taux légèrement plus élevé de toxicités sévères.

Les deux études sont présentées de manière comparative dans la figure 1.

Nouveautés dans les lignes de traitement ultérieures

Les changements rapides et profonds dans le domaine du traitement de première ligne ont une grande influence sur le traitement ultérieur, en particulier lorsque la maladie continue de progresser. Une étape importante a pu être franchie grâce à un traitement personnalisé: en présence d'altérations moléculaires dans le gène FGFR, le traitement par erdafitinib, un inhibiteur de tyrosine kinase du FGFR, a montré des résultats prometteurs [7, 8]. De telles altérations du FGFR se produisent dans environ 15–20% de tous les carcinomes urothéliaux (plus souvent dans l'appareil urogénital supérieur). Chez les patientes et patients préalablement traités par au moins une immunothérapie, une amélioration significative de la SG a été obtenue par rapport à la chimiothérapie [7]. L'erdafitinib s'administre quotidiennement par voie orale. Les principaux effets indésirables sont une toxicité de la peau et des ongles, une hyperphosphatémie, une

Tableau 1: Résumé des résultats des études EV-302 et Checkmate 901

	Étude EV-302		Étude Checkmate 901	
	EV/Pembro	Platine/Gem	Cis-Gem-Nivo	Cis/Gem
SG (mois)	31,5	16,1	21,7	18,9
SSP (mois)	12,5	6,3	7,9	7,6
TRG	68%	44%	58%	43%
RC	29%	13%	22%	12%
Toxicité G3/4	55%	70%	62%	52%

Abréviations: EV/Pembro, enfortumab vedotin et pembrolizumab; G3/4, toxicité de grade 3 ou de grade 4 selon CTCAE; Gem, gemcitabine; Nivo, nivolumab; RC, rémission complète; SG, survie globale; SSP, survie sans progression; TRG, taux de réponse global

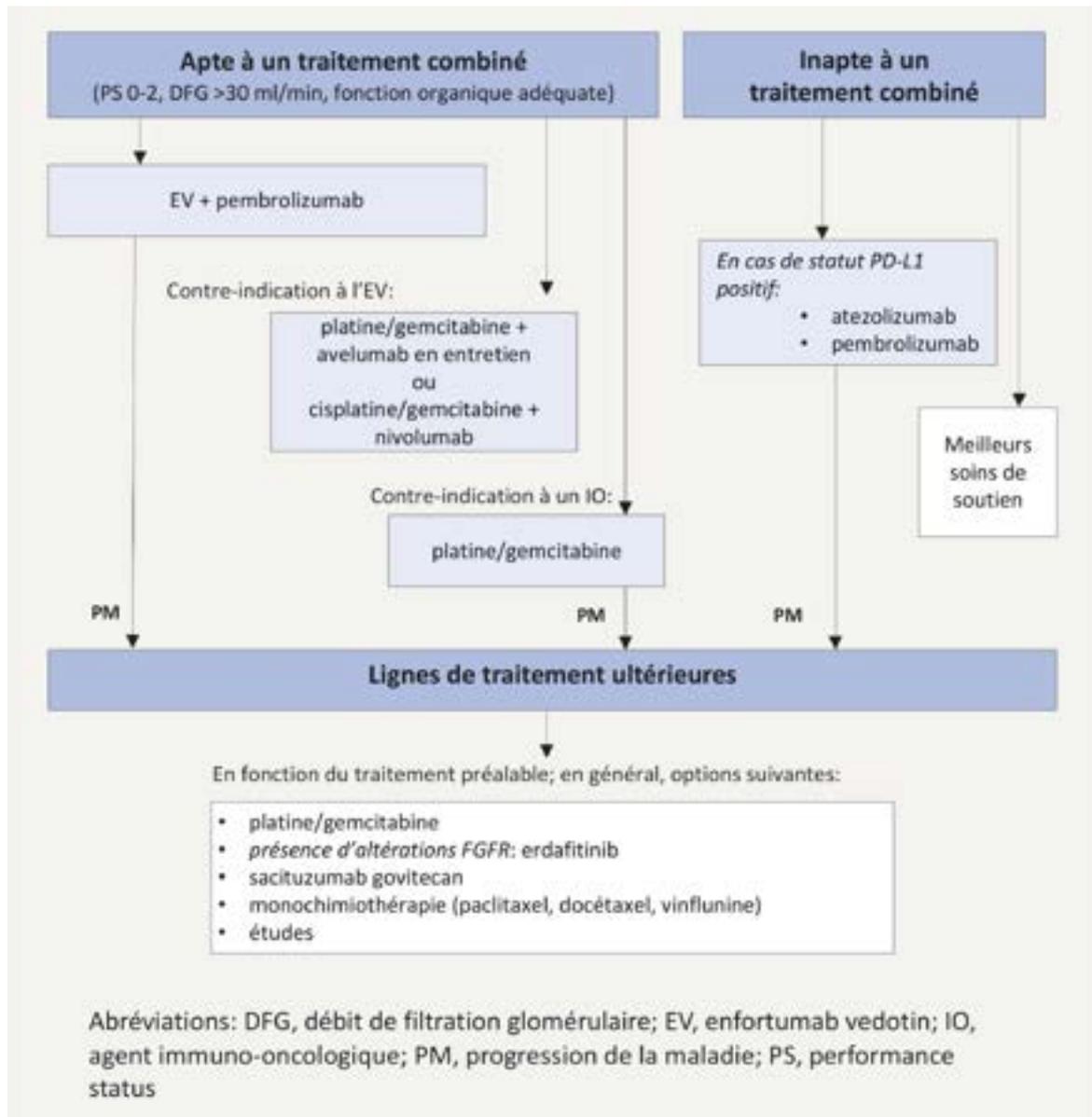


Figure 2: Recommandations actualisées pour le traitement du carcinome urothélial métastatique (modifiées d'après les lignes directrices 2024 de l'EAU)

diarrhée, une stomatite ainsi que des troubles oculaires. Dans tous les cas, les altérations du FGFR doivent être déterminées précocement chez tous les patients et patientes pour lesquels des traitements supplémentaires sont envisageables. Un autre nouveau traitement en cours d'évaluation est l'ADC sacituzumab govitecan, dirigé contre l'antigène de surface Trop-2. Les premiers résultats sont prometteurs [9], mais les résultats des études randomisées sont encore attendus.

Recommandations thérapeutiques futures

Sur la base des résultats évoqués, les lignes directrices pour le traitement du carcinome urothélial métastatique doivent être adaptées. Les recommandations de l'EAU sont présentées dans la figure 2. Le déplacement de l'immunothérapie en première ligne de traitement ainsi que le traitement par EV soulèvent encore de nombreuses questions concernant les futures formes de traitement. Ces questions ne pourront trouver de réponse que dans les années à venir. En conclusion, l'année 2023 a apporté des résultats très réjouissants,

qui ont nettement amélioré le pronostic des personnes atteintes de carcinome urothélial métastatique.

Correspondance

richard.cathomas[at]ksgr.ch



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Prof. Dr méd. Richard Cathomas

Médecin-chef du service d'hémo-oncologie à l'Hôpital cantonal des Grisons (Coire)



© Rafael Fores / Dreamstime

Le pcMZL est la maladie lymphomateuse à cellules B la plus fréquente de la peau.

Rare mais important: diagnostic différentiel du lymphome B cutané

Dermato-oncologie La distinction entre les sous-types de lymphomes cutanés à cellules B se développant sous forme de nodules est pertinente en raison des différents pronostics et traitements – et complexe. De nouvelles découvertes moléculaires donnent l'espoir d'un traitement plus efficace et mieux toléré des formes agressives.

Antonio Cozzio^a; Céline Grindatto^b

^a Prof. Dr Dr méd. Chefarzt Kantonsspital St.Gallen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, St. Gallen, ^b Medizinstudentin, UZH

La majorité des lymphomes B cutanés (cutaneous B-cell lymphoma, CBCL) ont généralement un très bon pronostic. Les trois CBCL primitifs les plus fréquents – le lymphome cutané primitif centrofolliculaire (primary cutaneous follicle center cell lymphoma, pcFCL), le lymphome cutané primitif de la zone marginale (primary cutaneous marginal zone lymphoma, pcMZL) et le lymphome cutané primitif diffus à grandes cellules B, «type jambe» (pc

diffuse large B-cell lymphoma, «leg type», pcDLBCL-LT) – représentent bien plus de 95 % de tous les CBCL. Les deux autres sous-types, l'ulcère cutanéomuqueux EBV+ et le lymphome intravasculaire à grandes cellules B, sont extrêmement rares. L'entité pcDLBCL-NOS est encore en discussion et ne figure pas dans la classification de l'OMS [1]. Les informations résumées ci-après sont détaillées dans les lignes directrices S2k de l'AWMF en vigueur [2].

Tableau 1: Modèles d'expression de la CBCL

	Bcl2	Bcl6	Mum1/IRF4
pcMZL	+	-	-
pcFZL	-	+	-
pcDLBCL, LT	+/-	+/-	+

Lymphome de la zone marginale de la peau

Le pcMZL est le CBCL le plus fréquent. Il touche principalement les patientes et patients d'âge jeune et intermédiaire, entre 20 et 50 ans. Il affecte le plus souvent le tronc et les membres supérieurs [3]. Sur le plan clinique, il se manifeste par de petites papules ou des nodules rougeâtres non squameux, souvent associés à un prurit. La croissance est très lente, souvent autolimitée, avec une involution spontanée possible. Les pseudolymphomes (par exemple au stade II de la borréliose de Lyme) sont un diagnostic différentiel typique. Du point de vue histologique, les pcMZL présentent souvent des plasmocytes matures. Le tableau 1 résume les marqueurs immunohistochimiques caractéristiques. Si les cellules tumorales ne présentent pas de commutation de classe des immunoglobulines et expriment toujours des IgM, il faut rechercher un éventuel lymphome du MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) systémique avec atteinte cutanée secondaire, ces lymphomes exprimant souvent aussi CXCR3. Ces examens sont résumés dans les lignes directrices mises à jour de l'AWMF [2].

La fréquence du pcFCL est similaire à celle du pcMZL. Ces deux maladies [...] affectent principalement les régions du tronc et de la tête.

Les étapes diagnostiques, y compris l'imagerie initiale, sont essentielles pour distinguer un CBCL primitif d'un CBCL secondaire (avec atteinte ganglionnaire primaire, tableau 2). Les approches thérapeutiques du pcMZL sont: abstention-surveillance, excision chirurgicale, radiothérapie locale, injections locales de corticoïdes et immunothérapie (rituximab ou interféron, tous deux off-label en Suisse, tableau 3). En raison du taux de survie à 5 ans très élevé (plus de 98%) en cas de récurrence cutanée, une stratégie d'abstention-surveillance est également judicieuse au cas par cas. En cas de MZL IgM- et/ou CXCR3+, des traitements plus agressifs sont indiqués (radiothérapie, évaluation d'une immunochimiothérapie) [4].

Caractéristiques cliniques et stratégies diagnostiques du lymphome B

La fréquence du pcFCL est similaire à celle du pcMZL. Ces deux maladies touchent généralement des patientes et patients âgés d'environ 30-60 ans et affectent principalement les régions du tronc et de la tête [3]. Les signes cliniques sont: papules ou plaques rougeâtres non squameuses, éventuellement accompagnées d'un prurit. Les nécroses et ulcérations

cutanées sont atypiques en cas de foyers infectieux étendus. L'histologie conventionnelle montre un schéma de croissance folliculaire ou plus rarement diffus, sachant que le schéma de croissance n'a pas d'influence sur le pronostic. Les marqueurs caractéristiques englobent les anticorps listés dans le tableau 1. En cas d'expression de Bcl2, Myc ou Mum1, la prudence est de mise, car le diagnostic différentiel de lymphome diffus à grandes cellules B cutané primitif ou secondaire doit être évalué, en particulier en cas de croissance cellulaire diffuse.

Les étapes diagnostiques et options thérapeutiques sont résumées dans les tableaux 2 et 3. Alors que des examens de la moelle osseuse ne sont pas indiqués en cas de pcMZL, une biopsie de la moelle osseuse doit être évaluée en cas de pcFCL. En cas d'anomalies histologiques/immunohistochimiques, d'indice de prolifération élevé, de dissémination cutanée ou en particulier de localisation sur la jambe, nous recommandons d'effectuer une biopsie de la moelle osseuse. On ignore à ce jour encore pourquoi des pcFCL plus agressifs se développent au niveau de la peau de la jambe. Chez les patientes et patients présentant une infiltration de la moelle osseuse, le taux de survie à 5 ans passe de plus de 95% à environ 60%; dans ces cas, des interventions systémiques (immunochimiothérapie) précoces sont indiquées. Après la pose du diagnostic et l'examen d'imagerie, le traitement du pcFCL avec atteinte exclusivement cutanée, bien plus courant, est le même que pour le pcMZL non compliqué.

Lymphome cutané primitif diffus à grandes cellules B

Parmi les trois CBCL fréquents, le pcDLBCL-LT représente le sous-groupe le plus rare (environ 15% du nombre total de cas). Son pronostic est le moins bon, avec un taux de survie à 5 ans autrefois d'environ 30% et aujourd'hui d'environ

Tableau 2: Clarifications pour le CBCL

Anamnèse et examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> Durée, croissance, étendue des lésions, lymphadénopathie /organomégalie, symptômes B
Analyses de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> Biopsie de la moelle osseuse obligatoire pour le DLBCL-LT, facultative pour le pcFZL et le pcMZL Immunoélectrophorèse sanguine et urinaire Sérologie de borréliose, facultative
Biopsie	<ul style="list-style-type: none"> Histologie avec coloration à l'HE, immunohistochimie des lymphocytes B et des marqueurs Bcl2/Bcl6/Mum1 Protocole PCR IgH de BIO-MED-2 (à l'avenir: lymphopanel pour détecter les mutations des voies de signalisation des récepteurs BCR/TLR, autres?)
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> (TEP)-TDM pcDLBCL-LT: en complément, IRM du SNC

Tableau 3: Options thérapeutiques pour le CBCL

Diagnostic / stadification	1 ^{re} ligne	2 ^e ligne
Lésions solitaires (pcMZL, pcFCL)	<ul style="list-style-type: none"> • Abstention-surveillance +++ • Antibiotiques (en cas de pcMZL avec sérologie de borréliose positive) • Excision ou radiothérapie • Injections intralésionnelles de corticoïdes 	
Foyers multiples (pcMZL, pcFCL)	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques (en cas de pcMZL avec sérologie de borréliose positive) • Excision ou radiothérapie • Injections intralésionnelles de corticoïdes • Interféron ou rituximab par voie intralésionnelle (tous deux off-label) 	<ul style="list-style-type: none"> • Très rarement indiqués: • rituximab/bendamustine, • doxorubicine ou gemcitabine, éventuellement avec rituximab
pcDLBCL-LT Lésion solitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Excision, radiothérapie et/ou R-CHOP 	w
pcDLBCL-LT Lésions multiples, étendues	<ul style="list-style-type: none"> • R-CHOP, R-miniCHOP • Études cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Rituximab/bendamustine • Doxorubicine, gemcitabine • Études cliniques

50–60% (depuis l'établissement du traitement par rituximab-CHOP). Cette maladie touche principalement les individus âgés (femmes>hommes), entre 70 et 90 ans, et se manifeste le plus souvent au niveau de la jambe [3]. Cette localisation ainsi que son profil histologique diffus à grandes cellules et son pronostic limité sont à l'origine de sa dénomination de pcDLBCL, «leg type» (LT). Malgré ce nom, la maladie peut en principe se manifester sur toutes les parties de la peau, mais elle sera toujours qualifiée de «leg type» («type jambe») si les analyses histologiques et immunohistochimiques confirment le diagnostic.

Il est important de distinguer cette entité d'un pcFCL à profil de croissance diffus, car leurs pronostics sont nettement différents et le pcDLBCL-LT doit généralement être traité de manière plus agressive. Les marqueurs immunohistochimiques, les examens et les options thérapeutiques sont résumés dans les tableaux 1, 2 et 3.

Fait intéressant, les pcDLBCL-LT semblent présenter une parenté génétique avec les DLBCL du SNC et des testicules.

Parenté génétique et perspectives thérapeutiques

Fait intéressant, les pcDLBCL-LT semblent présenter une parenté génétique avec les DLBCL du SNC et des testicules. Ils appartiennent au groupe des ABC-DLBCL, «activated-B-cell type» DLBCL [4]. Dans les DLBCL du SNC et les DLBCL cutanés «leg type», il y a souvent des mutations des récepteurs des cellules B (BCR) et des voies de signalisation des récepteurs Toll-like (TLR). Ces mutations (surtout celles des BCR) activent la tyrosine kinase de Bruton (BTK). Il existe plusieurs inhibiteurs de cette kinase; des applications

cliniques préliminaires et des petites séries de cas montrent une meilleure réponse du pcDLBCL-LT à ces inhibiteurs de BTK. Ces résultats positifs doivent encore être vérifiés dans le cadre d'études cliniques. En attendant, les traitements de choix du pcDLBCL-LT restent l'excision / la radiothérapie et/ou l'immunochimiothérapie par rituximab-CHOP ou rituximab-bendamustine, en fonction de l'âge / du statut ECOG des patientes et patients.

Correspondance

Antonio.Cozzio[at]kssg.ch



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



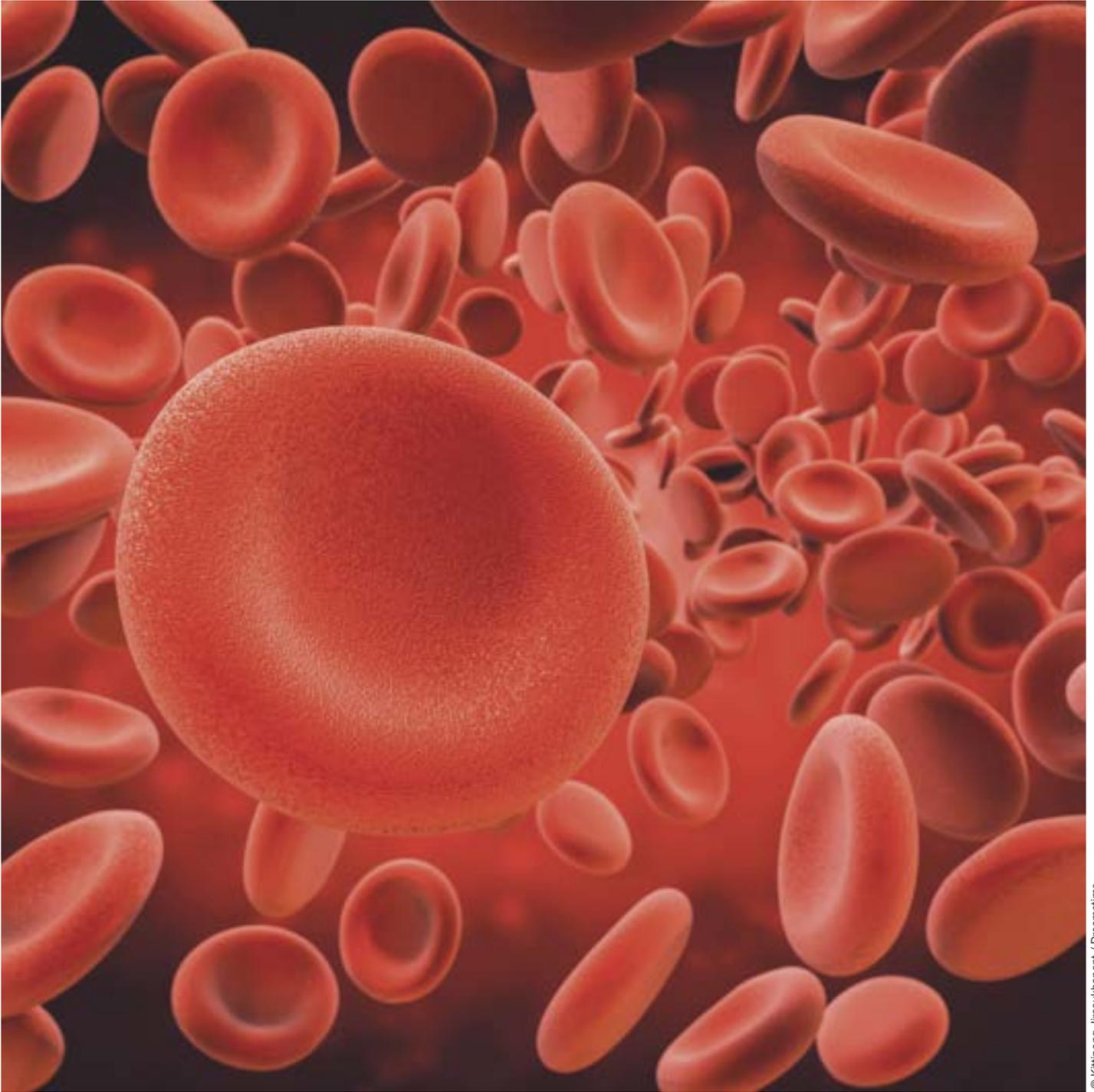
Prof. Dr Dr méd. Antonio Cozzio

Médecin-chef de la clinique de dermatologie, vénérérologie et allergologie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall.



Céline Grindatto

Étudiante en médecine à l'Hôpital universitaire de Zurich.



© Kittipong Jirasukhanont / Dreamstime

Le nombre de cas des SMD a considérablement augmenté au cours des dernières années.

Syndromes myélodysplasiques

Évolution clonale La transplantation de cellules souches est l'unique traitement curatif pour les syndromes et néoplasies myélodysplasiques. Cependant, peu de personnes y sont éligibles. La hausse des cas et le taux élevé de comorbidités se répercutent sur le coût des soins de santé.

Nicolas Bonadies

Prof. Dr méd. Nicolas Bonadies, cabinet d'hématologie et d'oncologie, médecin agréé des cliniques Hirslanden Berne, Board Member et coordinateur du Swiss MDS Study Group

Syndromes myélodysplasiques / néoplasies

Les syndromes myélodysplasiques / néoplasies (SMD) représentent un groupe hétérogène de maladies clonales provoquées par des mutations pilotes («driver») somatiques dans les cellules souches hématopoïétiques et progénitrices (HSPC) [1]. Les SMD se caractérisent par une hémato-poïèse inefficace accompagnée d'inflammation, de dysplasie, de cytopénie et d'un risque variable de développement d'une leucémie myéloïde aiguë (LMA) secondaire. Comme pour de nombreux autres cancers, la progression clonale est causée par une accumulation aléatoire de modifications génétiques dans les HSPC (tableau 1). La pression de sélection des cellules clonales est provoquée par une interaction complexe de facteurs intrinsèques, mais aussi extrinsèques à la cellule ainsi que par la perte du contrôle immunogène des tumeurs [2].

Diagnostic et stratification du risque

L'incidence des SMD a nettement augmenté au cours des dernières années. Cela est dû au vieillissement croissant de la population, à une sensibilité diagnostique accrue pour la détection de modifications clonales et à une amélioration de la survie en cas de cancer [3]. Ce développement a des répercussions considérables sur les ressources de notre système de santé. Cela nécessite une grande expertise, à la fois dans la détection, le diagnostic et le traitement de cette maladie complexe. La classification de l'OMS ainsi que les stratifications de la maladie (IPSS, IPSS-R et IPSS-M) et du risque basé sur le patient (Karnovsky, CCI et HCT-CI) sont les piliers d'une gestion appropriée du traitement. L'utilisation du séquençage nouvelle génération (NGS) a considérablement amélioré notre compréhension de l'origine génétique, de la composition clonale et de l'évolution. Ces dernières années, cette avancée thérapeutique a influencé la détection de modifications clonales des HSPC, l'évaluation du pronostic,

Take-home messages

- L'incidence et la prévalence des patientes et patients atteints de SMD ne cessent d'augmenter. Cela a des répercussions significatives sur les ressources dans le domaine des soins de santé.
- Des médecins expérimentés doivent examiner et accompagner les personnes atteintes de SMD pour pouvoir établir le plan thérapeutique le mieux adapté à cette maladie complexe.
- Le séquençage nouvelle génération (NGS) permet d'identifier les stades précoces de l'hématopoïèse clonale et de surveiller l'évolution clonale.
- La greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques (allo HSCT) reste l'unique option thérapeutique curative. Elle est indiquée chez une minorité de patientes et patients atteints de SMD. Les personnes âgées en bonne condition physique peuvent toutefois être approuvées pour une «allo HSCT».
- Bien que de nouvelles options thérapeutiques se profilent, l'éradication de l'évolution clonale sans transplantation est jusqu'à présent inatteignable.

Tableau 1: Mutations «driver» somatiques récurrentes en cas de SMD [1]

Classe	Gène	Fréquence (%)
Épissage de l'ARN	SF3B1*	25-30
	SRSF2	10-15
	U2AF1	5-10
	ZRSR2	5
	SF3A1	1-2
	SF1	1-2
	U2AF65	1-2
	PRPF40B	1-2
Facteurs épigénétiques	TET2	20-25
	DNMT3A	5
	ASXL1	10-15
	EZH2	5
	IDH1	1-2
Facteurs de transcription	IDH2	1-2
	RUNX1**	10-20
	SETBP1	1-2
	NPM1	1-2
	ETV6	2
Cycle cellulaire	CEBPA**	1-2
	GATA2**	1-2
	TP53	5-10
Complexe de la cohésine	PTEN	1
	CBL	1-2
	STAG1	1
Signalisation cellulaire	STAG2	6
	RAD21	1
	NRAS/KRAS	5-10
	JAK2	1-2
	FLT3	2
	CBL	1-2

Sélection des gènes les plus fréquemment touchés par des mutations «driver» somatiques récurrentes en cas de SMD. La fréquence sert d'exemple. Les données ont été tirées d'études ayant examiné d'autres néoplasies myéloïdes en plus des SMD.
* association élevée avec des sidéroblastes en couronne
** mutations génétiques somatiques et constitutionnelles

l'attribution du traitement ainsi que la surveillance de la réponse thérapeutique.

Risque spécifique à la maladie

Le traitement des patientes et patients atteint de SMD s'oriente sur le risque personnel et spécifique à la maladie [3]. Cela signifie que, chez les patientes et patients présentant un risque faible, la survie moyenne est de 3-8 ans, et la mortalité dépend principalement de complications dues à la cytopénie (événements cardiovasculaires, infections et hémorragies). Aussi le traitement de ces patientes et patients doit-il se concentrer sur l'amélioration de l'inflammation liée à la cytopénie, la qualité de vie et la réduction de la progression de la maladie. En revanche, les personnes atteintes de SMD présentant un risque élevé affichent une survie moyenne de 1-3 ans. Elles décèdent généralement d'une transformation en LMA. Le traitement de ces patientes et

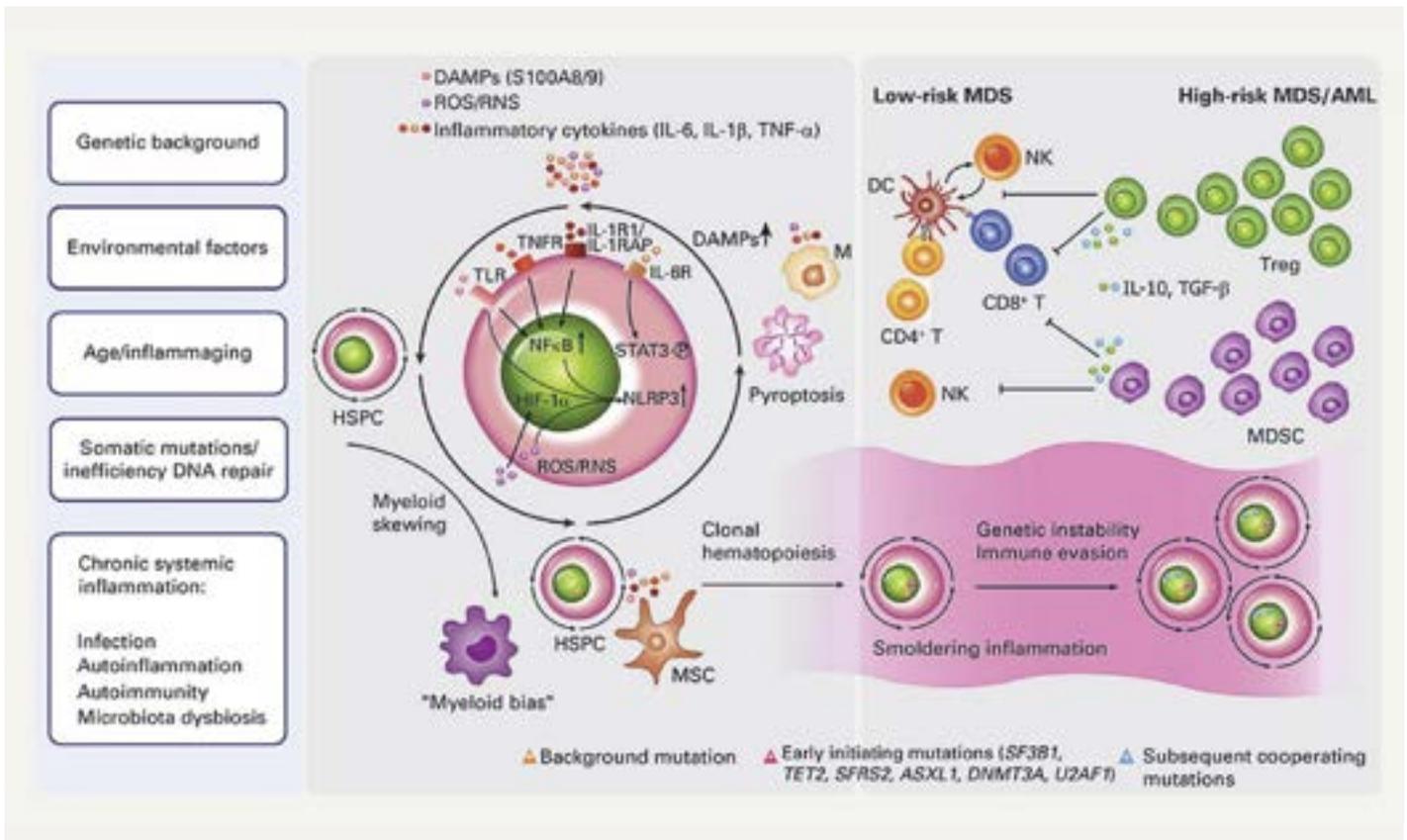


Figure 1: Physiopathologie des SMD [2].

La progression est provoquée par l'accumulation aléatoire de modifications génétiques dans les HSPC.

patients vise à retarder la progression de la LMA et à améliorer la survie globale.

Chez les patientes et patients asymptomatiques présentant un risque faible, l'évolution de la maladie peut être surveillée. Il convient de reconnaître à temps et de traiter de manière multidisciplinaire les symptômes associés à la cytopénie (anémie, hémorragies, tendance à l'infection), mais aussi les

phénomènes paranéoplasiques (souvent hyper-inflammatoires) (figure 2). Outre les transfusions classiques de concentrés érythrocytaires, des facteurs de croissance (érythropoïétine et analogues, thrombopoïétine et analogues) et, récemment aussi, des agents de maturation érythroïde (luspatercept) sont utilisés. Il est par ailleurs fait appel au lénalidomide (SMD avec del 5q) ou à la cyclosporine A (SMD hypoplastique). Il

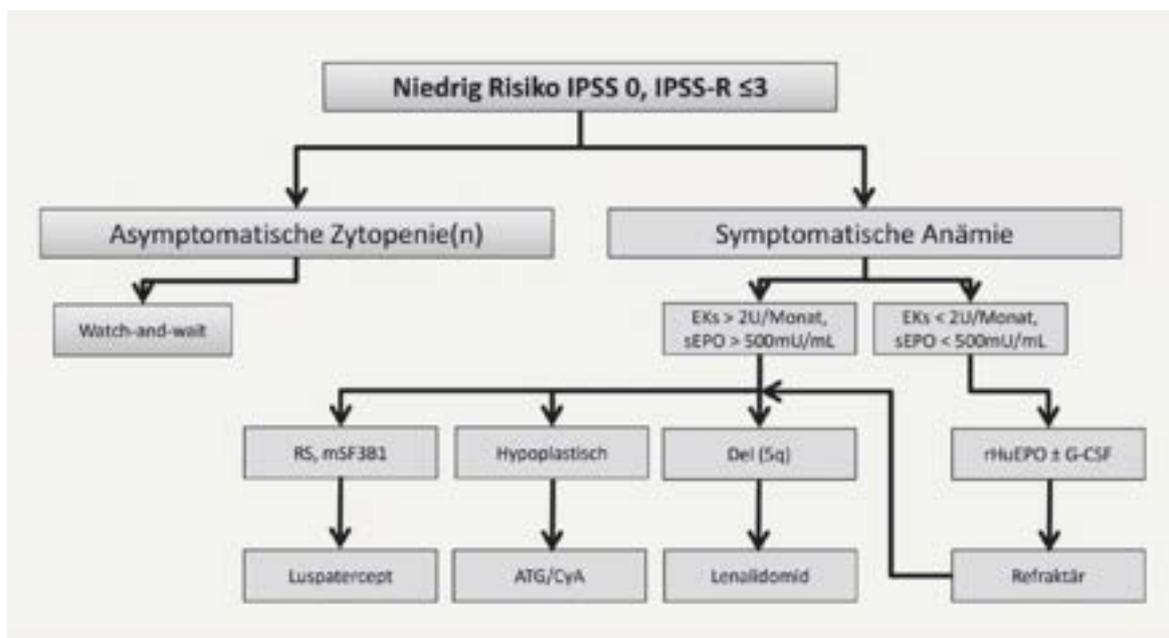


Figure 2: Traitement des SMD à risque faible.

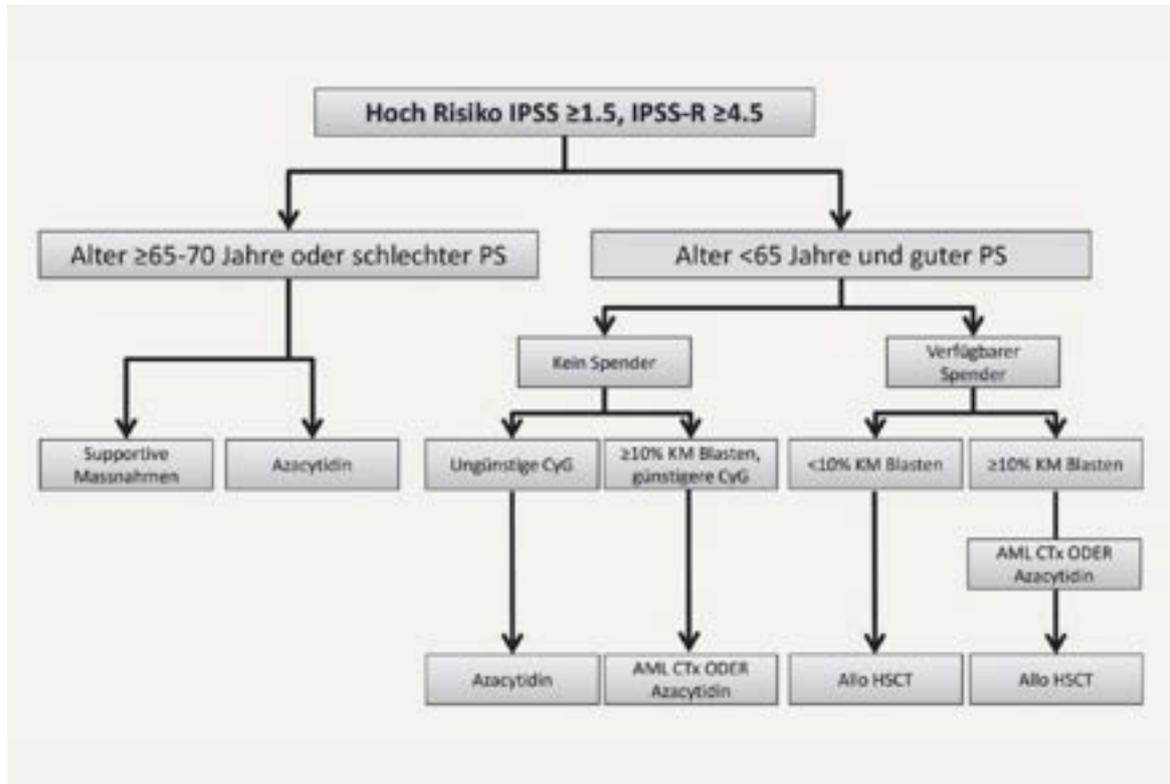


Figure 3: Traitement des SMD à risque élevé.

Allo HSCT: greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques; AML CTx: chimiothérapie de la LMA; ATG: globuline anti-thymocytes; CSA: cyclosporine A; EKs: concentrés érythrocytaires; G-CSF: facteur de stimulation des colonies de granulocytes; KM: moelle osseuse; PB: sang périphérique; PS: statut de performance.

est important d'identifier les néoplasmes myéloprolifératifs (MPN) chez les personnes atteintes de SMD, sous forme d'hybrides SMD/MPN, pour lesquelles des substances supplémentaires peuvent être employées (hydroxycarbamide, inhibiteurs de JAK, interférons).

Allo HSCT – unique option thérapeutique curative

L'unique option thérapeutique curative en cas de SMD à risque élevé reste la greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques (allo HSCT). Il s'agit d'un traitement intensif. Les patientes et patients doivent se soumettre à une sélection méticuleuse. De plus, cette forme thérapeutique spécifique n'est proposée que dans trois centres universitaires en Suisse (Genève, Bâle et Zurich). La plupart des patientes et patients ne sont pas considérés pour ce type de traitement en raison de leur âge avancé ou de comorbidités, et reçoivent donc un traitement palliatif par des agents hypométhylants (azacitidine), éventuellement associés à un inhibiteur de BCL2 (vénétoclax).

Perspectives

Actuellement, la recherche se consacre de manière intensive aux options thérapeutiques pour les personnes atteintes de SMD, pour prévenir la progression de l'évolution clonale vers une LMA par modulation du système immunitaire. L'objectif ultime, l'éradication des HSPC clonales, demeure toutefois hors de portée sans allo HSCT.

Correspondance
bonadies[at]hin.ch



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Prof. Dr méd. Nicolas Bonadies
Hématologue et interniste FMH,
médecin agréé des cliniques Hirslanden, Berne,
Membre du conseil d'administration et coordinateur du
Swiss MDS Study Group.

Traitements anticancéreux ciblés: efficaces, mais pas miraculeux

Oncologie Les conjugués anticorps-médicament allient les avantages des anticorps à ceux de la chimiothérapie. Les traitements anticancéreux de ce type autorisés à ce jour se sont révélés extrêmement efficaces. Ils ne sont toutefois pas des remèdes miracles.

Simon Koechlin

La chimiothérapie est l'un des principaux piliers du traitement des cancers. Les substances utilisées dans ce contexte empêchent la multiplication des cellules cancéreuses ou les détruisent. Cependant, ces cytostatiques attaquent non seulement les cellules cancéreuses, mais aussi les cellules saines. Depuis des décennies déjà, les chercheuses et chercheurs tentent d'améliorer la précision des traitements afin que le principe actif chimiothérapeutique détruise, autant que possible, uniquement les cellules cancéreuses.

L'idée de médicaments capables de cibler les cellules malades et d'y libérer leurs principes actifs a déjà germé au début du XX^e siècle dans l'esprit du Prix Nobel allemand Paul Ehrlich [1]. Ce dernier qualifiait ces molécules de «balles magiques», car elles ne touchent qu'une cible bien précise. Toutefois, ce n'est que bien plus tard, avec une meilleure compréhension du système immunitaire et la découverte du fait que les cellules tumorales ont souvent des antigènes différents de ceux des cellules saines, que la vision de Paul Ehrlich dans la lutte contre le cancer a commencé à se concrétiser. De nombreux anticorps capables de reconnaître très spécifiquement les antigènes présents sur les cellules tumorales et, pour certains, d'inhiber, voire de stopper leur croissance, ont été développés. L'inconvénient: bien souvent, ces immunothérapies n'ont pas l'effet cytocide d'une chimiothérapie.

L'anticorps achemine le médicament vers la cellule

Depuis quelques années, on assiste à l'essor d'un concept alliant la sélectivité élevée des anticorps à l'efficacité des agents chimiothérapeutiques [2]. «Actuellement, des conjugués anticorps-médicament sont développés à grande échelle», explique le Prof. Dr méd. Stefan Aebi, médecin-chef en oncologie médicale à l'Hôpital cantonal de Lucerne. Les conjugués anticorps-médicament (CAM) sont composés d'un agent toxique lié chimiquement à un anticorps. L'anticorps achemine ce principe actif au bon endroit en se fixant à un antigène spécifique de la cellule cancéreuse. La cellule cancéreuse absorbe le conjugué, à la suite de quoi le principe actif est libéré et déploie ses effets.

En janvier, par exemple, deux entreprises pharmaceutiques, BioNTech et DualityBio, ont annoncé le lancement d'une étude de phase 3 sur un CAM pour le traitement du

cancer du sein métastatique [3]. Le traitement candidat, appelé BNT323/DB-1303, aurait démontré une activité antitumorale encourageante dans les études préliminaires chez les patientes et patients atteints de tumeurs avancées exprimant le récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2) soit à un niveau élevé (HER2-positif), soit à un niveau faible (HER2-low), selon les deux entreprises. HER2 est une protéine située à la surface des cellules tumorales qui, lorsqu'elle est activée, favorise la croissance cellulaire. Selon le plan de l'étude, l'essai devrait inclure 532 patientes et patients et se poursuivre jusqu'en 2028 [4].

Les conjugués anticorps-médicament (CAM) sont composés d'un agent toxique lié chimiquement à un anticorps.

Principe actif analogue déjà établi

Stefan Aebi réagit avec réserve à l'annonce des deux entreprises. Selon lui, l'étude reproduit une étude déjà publiée qui avait testé avec succès un CAM appelé trastuzumab-déruxtécan [5]: «Le trastuzumab-déruxtécan est déjà établi dans la pratique clinique.» L'étude en cours compare cependant le BNT323/DB-1303, dont la structure est fondamentalement analogue, non pas avec le trastuzumab-déruxtécan, mais avec une chimiothérapie conventionnelle, quelque peu dépassée. «L'avenir nous dira s'il en résultera un progrès», déclare le Prof. Aebi.

Outre le trastuzumab-déruxtécan, plusieurs autres CAM sont déjà utilisés en routine dans le traitement de différentes tumeurs malignes, y compris les lymphomes, indique le Prof. Aebi. «Ils se sont révélés très efficaces et ce, selon le CAM et la maladie tumorale, comme traitement pouvant contribuer à la guérison et comme traitement utilisé dans un but palliatif.»

En particulier les cellules du cancer du sein qui surexpriment les récepteurs HER2 (HER2-positif) réagissent très bien à ces traitements, ajoute le Prof. Dr méd. Thomas Ruhl, directeur du Tumor- und BrustZentrum Ostschweiz.



© Phacharawat Sub In. / Dreamstime

La chimiothérapie est l'un des principaux piliers du traitement des cancers. Cependant, les cytostatiques s'attaquent aussi aux cellules saines.

«Dans ce contexte, nous constatons des rémissions de plusieurs années, même en cas de maladie métastatique. Mais pour d'autres types de cancer du sein, ces CAM donnent de moins bons résultats.» Selon le Prof. Ruhstaller, l'un des défis est que les CAM nécessitent toujours un antigène sur la cellule cancéreuse, auquel l'anticorps peut se fixer. «Or, la détection de tels antigènes se révèle souvent difficile et leur valeur prédictive pour une tumeur n'est pas toujours très élevée.»

Nouveaux progrès en vue

Néanmoins, les deux experts attendent beaucoup des CAM à l'avenir. «D'autres CAM seront certainement autorisés dans les un ou deux ans à venir», affirme Stefan Aebi. Le potentiel n'est pas encore épuisé. «Des progrès sont attendus tant dans la découverte d'antigènes appropriés que dans le développement d'anticorps et de principes actifs, ainsi que dans la liaison entre les composants.»

Avec les nouveaux CAM, le principe actif chimiothérapeutique n'est par exemple pas fixé de manière irréversible à l'anticorps, la liaison se dissout dans la cellule, explique Thomas Ruhstaller. «Ainsi, le principe actif peut pénétrer dans les cellules voisines.» C'est un avantage dans les tumeurs

pour lesquelles chaque cellule ne porte pas à sa surface l'antigène auquel le CAM se fixe. «L'effet est ainsi plus durable», ajoute le Prof. Ruhstaller.

Toutefois, selon les deux experts, les CAM ne sont pas des remèdes miracles, comme l'espérait peut-être Paul Ehrlich. Il existe de nombreuses autres approches dans la lutte contre le cancer, explique Stefan Aebi. De plus, poursuit Thomas Ruhstaller, des traitements spécifiques ayant des indications limitées sont aujourd'hui souvent combinés avec des traitements traditionnels, utilisés dans différentes lignes de traitement ou administrés de façon séquentielle. «Les possibilités et la diversité thérapeutique s'en trouvent considérablement augmentées – tout comme la complexité des traitements oncologiques.»



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

Consultation polluée

Durabilité La concentration de particules fines a diminué en Suisse. En revanche, on enregistre une nette hausse au niveau régional due à la combustion de bois. La mise en place de mesures préventives et individuelles contre ces nuisances fait désormais partie des missions du médecin, estime notre auteur.

Bernhard Aufderreggen

L'hiver dernier, un jeune habitant du Valais central s'est adressé aux Médecins en faveur de l'Environnement (MfE). Dans son village, on se chauffait beaucoup au bois. Selon lui, la fumée sortant des cheminées basses lui causait des problèmes respiratoires. Ses actions auprès des voisins, de la commune et des autorités cantonales sont restées sans succès. Il a alors pris contact avec les MfE. Pour nous, cette démarche est à l'origine du bilan sur la combustion de bois, les particules fines et le réchauffement climatique.

Les particules fines: un danger pour la santé

De nos jours, la recherche scientifique en sait bien plus sur les risques des particules fines sur la santé. Outre les inflammations aiguës des muqueuses du nez, du pharynx et des voies respiratoires, les maladies pulmonaires déjà présentes tendent à s'aggraver. Les urgences et décès dus aux maladies respiratoires et cardio-vasculaires sont plus élevés dans les régions polluées, de même pour les cancers du poumon et les cas de démence. En 2023, la Commission fédérale de l'hygiène de l'air (CFHA) a réuni les dernières connaissances scientifiques dans une publication [1] et proposé un renforcement des valeurs seuils en Suisse selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). On pourrait ainsi éviter près de 3000 décès causés par la pollution de l'air, un nombre considérable de BPCO, de cas de démence et d'asthme [2].

Le bois est une source d'émissions

Ces dernières années, le recours au bois énergie, considéré comme renouvelable et neutre pour le climat, a été fortement promu. Mais sa combustion génère de fortes émissions de particules fines de type PM10 et surtout de type PM2.5. Ce problème est certes atténué par une combustion optimale dans les anciens fours, les poêles à bois et à pellets modernes et par les extracteurs de poussière dans les centrales à bois. Mais il subsiste.

En grandissant, un arbre absorbe du dioxyde de carbone (CO₂) pendant environ septante ans. Une fois abattu et brûlé, le gaz à effet de serre retourne dans l'atmosphère [3]. «Depuis des années, la quantité de carbone réinjecté dans les forêts européennes diminue et on ne peut plus raisonnablement penser que le carbone libéré lors de la combustion de bois sera rapidement réabsorbé», a récemment déclaré l'Office fédéral de l'environnement allemand [4]. Il faut donc se servir

du bois comme matériau de construction, le réutiliser le plus longtemps possible plutôt que d'en faire la promotion comme source d'énergie. À cela s'ajoutent, pour faire face à la forte demande de ces derniers temps, les nombreuses importations de bois de chauffage (pellets) de l'étranger, dont les forêts ne sont pas exploitées de manière durable.

Le corps médical face à la pollution de l'air

- Lors d'une consultation, en présence des symptômes susmentionnés, il convient d'envisager la pollution de l'air par les particules fines comme déclencheur et d'encourager les patients touchés dans leur démarche d'assainissement de l'air.
- Lors de la combustion de bois, on peut réduire la quantité de particules fines en optimisant la combustion [5] et en utilisant un collecteur de poussière.
- Selon la médecine préventive, il faut renoncer à promouvoir le chauffage au bois. La rénovation des bâtiments, les pompes à chaleur et l'énergie solaire sont les solutions d'avenir.
- Il faut baisser les valeurs seuils de particules fines suivant les propositions de la CFHA.

Et qu'en est-il du jeune Valaisan? Sa situation a peu évolué. Une cheminée du quartier a légèrement été rehaussée. Mais les désagréments perdurent, si bien qu'il tente une action en justice. Pour sûr, la prévention aiderait beaucoup de personnes.



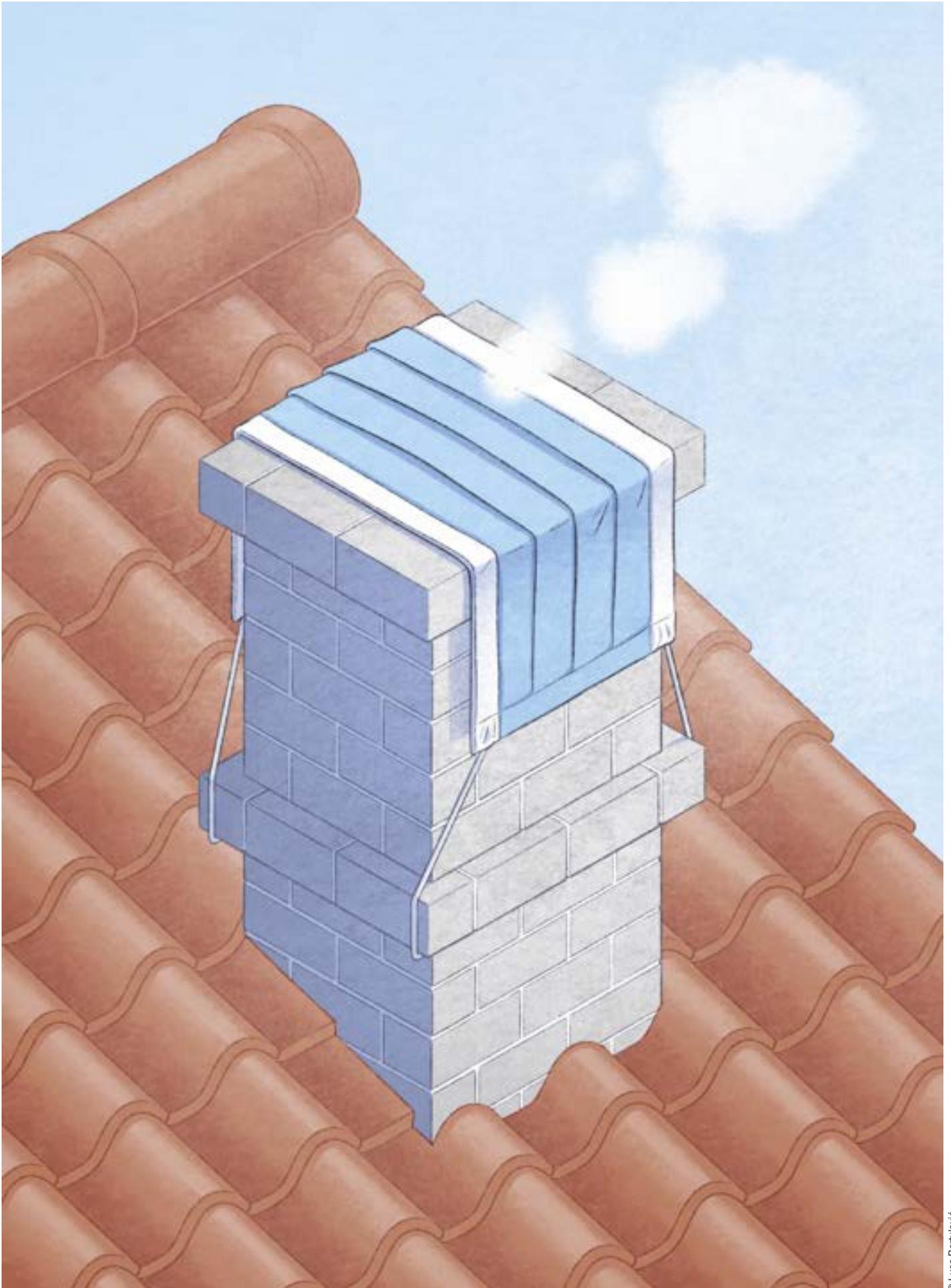
Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Dr méd. Bernhard Aufderreggen

Président des Médecins en faveur de l'environnement (MfE). Il écrit régulièrement dans cette rubrique sur la durabilité dans le secteur de la santé.



Décrocher des sourires



Rahel Gutmann
Rédactrice au Bulletin
des médecins suisses

Récemment chez le dentiste... Euh, chez le dentiste? Ce sujet a-t-il vraiment sa place dans le Bulletin des médecins suisses? Disons que oui, car je vais me concentrer sur sa salle d'attente. Une salle d'attente avec un grand aquarium au milieu et des fauteuils rouges en forme d'étoiles de mer autour, des livres pour enfants, des tracteurs en bois et des briques Duplo disséminées aux quatre coins de la pièce. Comme vous pouvez le deviner, je vais chez le même dentiste depuis que je suis petite. Du coup, j'attends mon tour en compagnie de parents et de leurs chérubins. Il y a les timides qui restent à côté de papa et maman, et ceux qui sont absorbés par tous ces irrésistibles jouets. Pour ma part, je passe le temps à étudier les dessins d'enfants accrochés au mur. On y retrouve des classiques du style maison avec arbre et soleil souriant, des dessins avec des personnages de Mickey ou avec des autocollants de couleur. Et sur d'autres, on déchiffre un «merci» écrit d'une petite main hésitante.

Je suppose que ces petites attentions font plaisir à ceux qui les reçoivent, indépendamment de la qualité du chef-d'œuvre.

Ces images me touchent. Enfant, je n'ai jamais pensé à faire un dessin au dentiste pour le remercier. Même pas après avoir enfin été débarrassée de mon appareil dentaire! Je suppose que ces petites attentions font plaisir à celles et ceux qui les reçoivent, indépendamment de la qualité du chef-d'œuvre.

Mon hypothèse est-elle correcte? Existe-t-il une étude sur la valeur des remerciements dans le milieu professionnel médical? Sans surprise, j'ai d'abord trouvé des articles en ligne sur la psychologie du travail, expliquant que les supérieurs devraient remercier leur équipe. Et les collaboratrices et collaborateurs leurs collègues. Même si ces deux points sont importants et corrects, ce n'était pas ce que je cherchais. J'ai eu beau affiner ma recherche, je

n'ai trouvé aucune étude sur le sujet, seul un grand nombre d'articles traitant de la question suivante: comment remercier son médecin?

Plusieurs sites proposent des idées de cartes de remerciement. Un site va jusqu'à créer des poèmes pour exprimer sa gratitude à son médecin [1]. Un autre site dresse une liste d'éléments à inclure dans la carte et recommande d'offrir un bouquet de fleurs en plus [2]. Un forum propose même d'offrir des capsules de café ou des gâteaux à l'équipe du cabinet médical [3].

N'hésitez pas à nous envoyer une photo de votre plus beau remerciement ou à partager votre meilleure anecdote à ce sujet!

On vous a sans doute déjà remercié(e) pour votre travail. Peut-être qu'une carte trône sur votre bureau ou un dessin sur les murs de votre cabinet. Voilà pourquoi je m'adresse à vous: n'hésitez pas à envoyer à [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch) une photo de votre plus beau remerciement ou à partager votre meilleure anecdote à ce sujet, en expliquant brièvement pourquoi ce message vous a fait particulièrement plaisir. Les chances d'obtenir un échantillon représentatif sont plutôt minces, mais j'ai bon espoir que, conformément au dicton «plaisir partagé, plaisir doublé», ces remerciements permettent de décrocher des sourires, au sein de notre équipe ou parmi nos lectrices et lecteurs. Toutes ces petites joies contribuent à notre bien-être, j'en suis convaincue. Étude à l'appui ou non.



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Explorer. S'informer.

Inscrivez-vous dès maintenant sur [swisshealthweb.ch](https://www.swisshealthweb.ch)
et devenez membre premium pendant 3 mois!



Profitez de services exclusifs:

- Base de données de médicaments
- Articles spécialisés
- Articles curatés
- Guidelines
- Offres de formation postgraduée et continue
- Calendrier des événements
- Offres d'emploi
- Outils pratiques

EGb 761®¹



Elle peut encore s'occuper de son jardin seule.

Repousser la démence.^{2,3,4}

Nouveau
comprimé compact
Tebokan®



Ancien comprimé de 240 mg

Nouveau comprimé de 240 mg

Tebokan® 240

Extrait spécial de ginkgo biloba EGb 761®



- 1x 240 mg par jour¹
- Admis aux caisses, liste B^{1,5}
- Propre culture de ginkgo⁶

Information professionnelle abrégée Tebokan® 120/Tebokan® 240: C: 1 cpr. filmé contient 120 mg ou 240 mg d'extrait de ginkgo-biloba (EGb 761®) (DER 35-67: 1), quantifié à 26,4-32,4 mg ou 52,8-64,8 mg de flavonoglycosides et 6,48-7,92 mg ou 12,96-15,84 mg de terpenolactones (ginkgolides, bilobalides). Agent d'extraction acétone 60% m/m. I: traitement symptomatique des déficiences des performances mentales. Adjuvant à l'entraînement à la marche lors de claudication intermittente. En cas de vertiges et d'acouphènes. P: matin et soir 1 cpr. filmé (120 mg) ou 1 cpr. filmé 1x par jour (240 mg). C: hypersensibilité aux extraits de ginkgo-biloba. E: très rares: légers troubles gastro-intestinaux, maux de tête ou réactions allergiques cutanées. IA: un effet inverse des médicaments réduisant la coagulation du sang ne peut pas être exclu. P: 90 et 120 cpr. filmés (120 mg) ou 30, 60 et 90 cpr. filmés (240 mg). CV: B, admis aux caisses. TA: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedinfo.ch
Références: 1. Information professionnelle®; <https://www.swissmedinfo.ch/>; mise à jour: avril 2022. 2. Kaschel R. et al., Ginkgo biloba: specificity of neuropsychological improvement – a selective review in search of differential effects. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009;24:345-370. 3. Kurz A et al., Leichte kognitive Störung: Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. Nervenarzt 2004; 75: 6-15. 4. Tian J et al., Chinese herbal medicine Qinggongshoutao for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimers Dement (N Y). 2019;5:441-449. Published 2019 Sep 4. doi:10.1016/j.trci.2019.03.001. 5. <https://www.spezialistenliste.ch/>; Tebokan®; Letzter Zugriff 1.6.2023. 6. Schmid W., Balz J. P. et al., Cultivation of Ginkgo biloba L. On three continents. Acta Hort. 2005; 676, 177-180. 10.17660/actahortic.2005.676.23. Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma. Schwabe Pharma AG, Erlstrasse 2, 6034 Küssnacht am Rigi. 06/2023



**Schwabe
Pharma AG**
From Nature. For Health.