

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 24
12 juin 2024

46 Recommandations
Maladies respiratoires
obstructives chez l'enfant



12 Médecine de la longévité
Une mégatendance: où en
sommes-nous aujourd'hui?

18 Maladies infectieuses
Des affections oubliées
refont surface

28 Prix Innovation Qualité 2024
Portrait du projet lauréat
«Innovation numérique»

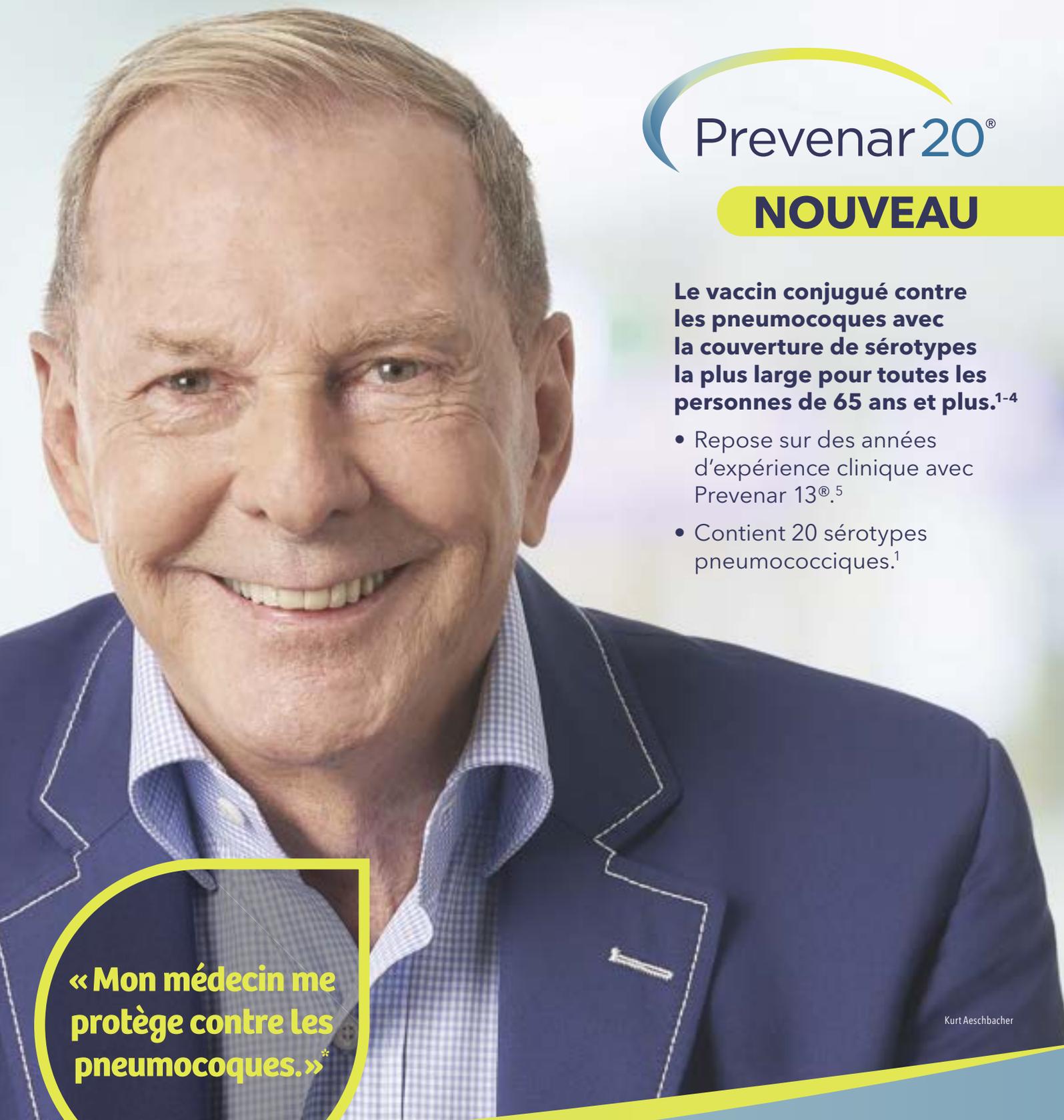
Annonce

PERENTEROL® 500

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**

Plus d'information à la page 7

 Zambon



Prevenar20®

NOUVEAU

Le vaccin conjugué contre les pneumocoques avec la couverture de sérotypes la plus large pour toutes les personnes de 65 ans et plus.¹⁻⁴

- Repose sur des années d'expérience clinique avec Prevenar 13®.⁵
- Contient 20 sérotypes pneumococciques.¹

« Mon médecin me protège contre les pneumocoques. »*

Kurt Aeschbacher

* Le vaccin protège uniquement contre les sérotypes de *Streptococcus pneumoniae* contenus dans le vaccin. Comme pour tout vaccin, il est possible que la vaccination ne protège pas toutes les personnes vaccinées.¹

Références: 1. Prevenar 20®: Information professionnelle actuelle sur www.swissmedinfo.ch. 2. Vaxneuvance®: Information professionnelle actuelle sur www.swissmedinfo.ch. 3. Institute for Infectious Diseases, University of Bern, Switzerland Annual Report of the National Center for invasive Pneumococci (NZPn), 2022; dernière consultation 2/2024. 4. Office fédéral de la santé publique (OFSP). La vaccination contre les pneumocoques est désormais recommandée comme vaccination complémentaire pour toutes les personnes à partir de 65 ans. OSFP-Bulletin 2010;51:1202-1205. Les références sont disponibles sur demande.

Prevenar 20® (vaccin pneumococcique conjugué 20-valent, polyside pneumococcique des sérotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F et protéine porteuse CRM₁₉₇). **Indications:** Immunisation active pour la prévention des maladies invasives et des pneumonies causées par *Streptococcus pneumoniae* chez les personnes âgées de ≥65 ans. **Posologie:** 1 dose. **Contre-indications:** Hypersensibilité à l'un des composants ou à l'anatoxine diphtérique. **Mises en garde/précautions:** Ne doit pas être administré par voie intravasculaire. Réaction anaphylactique. Maladie concomitante. Thrombopénie et troubles de la coagulation. Protection exclusivement contre les sérotypes de *Streptococcus pneumoniae* inclus dans le vaccin. Aucune donnée disponible sur les personnes immunodéprimées. Excipients revêtant un intérêt particulier. **Interactions:** L'administration concomitante avec un vaccin contre la grippe saisonnière et un vaccin à ARNm contre la COVID-19 été étudiée. Aucune donnée n'est disponible concernant l'administration concomitante avec d'autres vaccins. **Effets indésirables:** Réactions locales (douleurs/sensibilité, induration/gonflement, érythème, mobilité limitée du bras), fatigue, céphalées, douleur musculaire, douleur articulaire, fièvre, frissons, rash, appétit diminué, réaction anaphylactique/anaphylactoïde, y compris choc, e.a. **Présentations:** 1 x 0.5 ml und 10 x 0.5 ml suspension injectable en seringue préremplie. Catégorie de remise B. **Titulaire de l'autorisation:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Pour de plus amples renseignements, voir l'information professionnelle sur le produit, sur www.swissmedinfo.ch. (V003)

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Prevenar 20® disponible sur www.swissmedinfo.ch.



Pfizer AG
Schärenmoosstrasse 99
8052 Zürich

Pleins feux sur la qualité



Sandra Ziegler
PhD, MS,
directrice des EMH
sandra.ziegler[at]emh.ch

56 projets en faveur de la qualité ont été soumis dans les catégories «Innovation numérique», «Sécurité des patients» et «Prix spécial du jury» pour le prix Innovation Qualité de l'ASQM/FMH de cette année. C'est du jamais vu. L'ASQM/FMH a créé ce prix afin d'honorer et soutenir ces efforts, et de diffuser au sein du corps médical les connaissances qui ont fait leurs preuves dans la pratique. Vous découvrirez les projets primés en page 28 de ce numéro ainsi que dans le numéro suivant.

D'autres aspects de la qualité sont abordés dans un entretien avec la professeure Heike Bischoff-Ferrari. La célèbre chercheuse en gérontologie de l'Université de Zurich se penche depuis des années sur les thèmes de la longévité. Aujourd'hui, la vie devrait être idéalement aussi longue et saine que possible. C'est ce que nous associons à la qualité. Mais qu'est-ce qui y contribue? Quel rôle joue le mode de vie? Qu'en est-il de la prévention? Et dans quelle mesure les gènes pré-déterminent-ils notre vieillissement? Retrouvez cet entretien mené par Adrian Ritter en page 12.

Dans le Swiss Medical Forum, en page 46, nous publions les recommandations des Sociétés Suisses de Pneumologie Pédiatrique et de Pédiatrie sur le diagnostic et le traitement

des maladies respiratoires obstructives chez les jeunes enfants. Environ un enfant sur trois souffre d'une telle maladie respiratoire avant l'âge de trois ans. En règle générale, elles sont provoquées par des virus. Toutefois, chez une partie des enfants, ces affections sont déjà l'expression d'un asthme. L'article se penche avant tout sur ce thème.

Se détacher du passé peut aussi, en partie, aller de pair avec un gain de qualité. En page 80, Angelo Barrile décrit, dans un Cabinet malin très personnel, comment il s'est engagé sur cette voie. L'ouvrage d'Arthur Brooks l'a particulièrement interpellé. «Si notre expérience ne nous

Se détacher du passé peut aussi, en partie, aller de pair avec un gain de qualité.

aide pas à passer du 'toujours plus' à 'qualité avant quantité', nous nous épuisons et pleurons en permanence nos succès passés», écrit-il. Cette lecture l'a aidé à se détacher de ses attentes et de ses représentations bien ancrées, à se redéfinir et à gagner en qualité de vie. J'ai été touché par ce texte et je vais certainement commander le livre de Brooks.

Annonce



Ein Burnout bremst das Leben aus.

Bei einem Burnout schafft eine massgeschneiderte, interdisziplinäre und integrative Behandlung die Basis, um Kraft und Vitalität wiederzufinden.

Essstörungen
(ab 16 Jahren)

Adipositas

Depressionen,
Angst, Burnout

Psychotherapie
Generation 50+

Privat
Klinik
Aadorf

*Persönlich
und diskret.*

Privatklinik Aadorf
Tel. +41 (0) 52 368 88 88
info@klinik-aadorf.ch

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}
- KCl Retard Hausmann® comprimés retard et Potassium Hausmann® comprimés effervescents – 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 (œdème, hypertension, cirrhose hépatique ou autres atteintes hépatiques), particulièrement chez les patients sous médication digitalique. 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, hypoaldostérionisme, 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'hydrogénocarbonate 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, hypoaldostérionisme, 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.

Zoom sur



12

«Nous sommes une espèce vieillissante»

Longévité Vivre vieux et en bonne santé: une mégatendance au cœur de l'actualité. Mais qu'est-ce qui est déjà possible? Aucun remède miracle n'est encore en vue, déclare la chercheuse en gérontologie, Heike Bischoff-Ferrari, dans une interview qui ouvre notre série thématique sur la longévité. Elle espère toutefois que la prévention prendra une tout autre importance à l'avenir.

Propos recueillis par Adrian Ritter



18

On les croyait disparues

Maladies oubliées Nombre de maladies infectieuses n'effraient plus les pays développés tels que la Suisse. Cependant, la plupart d'entre elles n'ont pas été éradiquées. Pour certaines, les experts notent même une recrudescence du nombre d'infections. Comment expliquer cela? Le point sur la situation.

Simon Koechlin



80

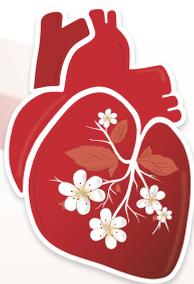
Savoir lâcher prise

Bien-être Angelo Barrile a réussi à donner un nouvel élan à sa vie. Pour apporter du changement, notre auteur a dû apprendre à se détacher du passé. C'est un livre d'Arthur Brooks qui l'a aidé à entamer ce processus.

Angelo Barrile

© Nico Zonvi; M.R. Fakhrrozi / Dreamstime; Luca Bartulovic

Annonce



Cardiplant® 450

Extrait spécial d'aubépine quantifié WS® 1442

Un cœur fort pour une vie active.
Pour les troubles cardiaques d'origine nerveuse¹

Fortifie le cœur^{1,2,3}

Apaise le cœur^{1,3,4}

Protège le cœur^{1,3,5}



Admis par les caisses

Information professionnelle abrégée Cardiplant® 450: C: 1 cpr. filmé contient 450 mg d'extrait sec de feuilles et fleurs d'aubépine (4 à 6.6-1) quantifié à 71.6 à 97.0 mg de procyanidines oligomères. Agent d'extraction éthanol 45% (m/m). I: Troubles cardiaques d'origine nerveuse tels qu'accélération du pouls, palpitations, douleurs lancinantes dans la région du cœur, sensation de vertige et une sensation d'oppression dans la poitrine. P: Adultes: 1 à 2 cpr. filmés par jour avec un peu de liquide. Pour la dose de 2 cpr. filmés, il est recommandé de prendre le 1^{er} cpr. filmé le matin et le 2^e le soir. CI: Ne pas utiliser chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans ni en cas d'hypersensibilité à l'aubépine. EI: Aucun connu. EA: Aucune connue. GA: Pas de données cliniques disponibles. P: 50 et 100 cpr. filmés. CV: D, admis aux caisses. TA: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinfo.ch.
Références: 1 www.swissmedicinfo.ch 2 Chatterjee et al. 2004. Crataegus special extract WS® 1442 improves cardiac function and reduces infarct size in a rat model of prolonged coronary ischemia and reperfusion. Life Sci. Feb 27; 74(15): 1945-55. 3 Holubarsch et al. 2018. Benefit-Risk Assessment of Crataegus Extract WS® 1442: An Evidence-Based Review. Am J Cardiovasc Drugs. Feb; 18(1): 25-36. 4 Koller et al. 2005. Weissdom-Spezialextrakt in der Therapie früher Stadien der KHK-assoziierten, Herzinsuffizienz. MMW Originalien; 147 (IV): 159-164. 5 Chatterjee et al. 1997. In vitro and in vivo studies on the cardioprotective action of oligomeric procyanidins in an Crataegus extract of leaves and blooms. Arzneimittelforschung; 47: 821-825. Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma. 04/2024

Schwabe Pharma
From Nature. For Health.

Sommaire

3	Éditorial de Sandra Ziegler Pleins feux sur la qualité
8	CONTENU ÉDITORIAL
8	Actualités
8	À la page «Il n'existe pas de solution miracle pour les systèmes complexes»
12	Interview «Nous sommes une espèce vieillissante»
18	Article de fond On les croyait disparues
24	Forum L'art d'être médecin de famille
78	Savoir Le retour des mangeurs de bactéries
80	Cabinet malin Savoir lâcher prise
82	Le mot de la fin de Monika Moser La relève
25	FMH
26	Analyse de la semaine du Comité central ... and the winner is...
28	FMH Actuel Innovation Qualité 2024: les lauréates et lauréats (1)
32	FMH Actuel Durabilité en anesthésie: état des lieux et perspectives

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, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, 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).

35	Nouvelles du corps médical
36	ORGANISATIONS
36	Tox Info Suisse Prudence avec le méthotrexate à faible dose!
36	OFSP, CFIST Le «safer sex» ne se limite plus au préservatif
43	SWISS MEDICAL FORUM
44	Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause
46	Recommandations Maladies respiratoires obstructives du petit enfant en âge préscolaire de 1–4 ans
51	Quel est votre diagnostic? Lorsque le bon traitement a un effet paradoxal
54	Le cas particulier Insuffisance cortico-surrénalienne subaiguë
69	POINT FORT: ONCOLOGIE
69	Le plus tôt est le mieux
72	Médecine personnalisée dans le cancer du sein
74	TCPDB: un diagnostic précoce est décisif
76	Traitement médical en cas d'irradiations accidentelles et de catastrophes nucléaires
57	SERVICES
57	Offres et demandes d'emploi
64	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: © Nagy-Bagoly Iлона / Dreamstime

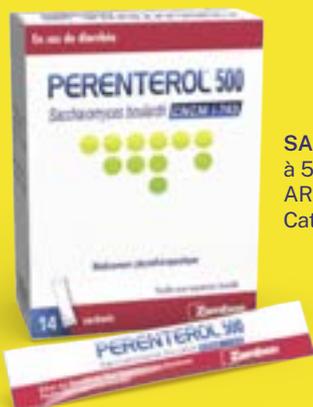
UNIQUE
PROBIOTIQUE AVEC
500 mg
DE *SACCHAROMYCES
BOULARDII* CNCM I-745¹

Pour la prévention et le
traitement de la diarrhée
due aux antibiotiques

PERENTEROL® 500

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**

NOUVEAU DOSAGE



SACHETS
à 500 mg / 14 (LS*)
ARÔME TUTTI-FRUTTI
Catégorie de remise : B

* Lim

1. Antidiarrhéiques microbiens ATC: A07FA www.swissmedicinfo.ch (mai 2024). Une copie de la référence est disponible sur demande.

Perenterol® C : *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745. I : diarrhées, y c. prévention lors d'antibiothérapie ou d'une alimentation par sonde. **PO** : avant les repas ; adultes, enfants : 1^{er} jour 250 mg 2x/jour, puis 250 mg 1x/j. (2x250 mg/jour ou 1x500 mg/jour sur prescription médicale); antibiothérapie (sur prescription médicale) jusqu'à 1 g/jour; suite à une alimentation par sonde (sur prescription médicale) : jusqu'à 2 g/jour. **CI** : Hypersensibilité au *Saccharomyces boulardii* ou à l'un des excipients ; Allergie à la levure ; Patients dans un état critique, immunodéficience, cathéter veineux central. **PR** : assurer une réhydratation suffisante ; ne pas ouvrir sachets/capsules dans la chambre du patient ; attention particulière requise lors de la manipulation du produit en présence des patients porteurs d'un cathéter, afin d'éviter toute contamination des microorganismes transmise par les mains ou aéroportée ; ne pas mélanger avec un liquide ou un aliment trop chaud, glacé ou alcoolisé. Les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit total en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares) ne doivent pas prendre ce médicament (capsules et sachets contiennent du lactose). Les patients présentant une intolérance héréditaire au fructose (IHF) ne doivent pas prendre ce médicament (sachets contiennent du fructose et du sorbitol). En cas d'utilisation sur une longue période, Perenterol sachets peuvent abîmer les dents. **EI** : rarement ballonnements et cas isolés de constipation ; très rarement réactions cutanées allergiques, dyspnée, réactions anaphylactiques et choc anaphylactique ; très rares cas de fongémie et cas isolés de sepsis, principalement chez des patients porteurs de cathéter veineux central, patients dans un état critique ou immunodéprimés. **IA** : le principe actif *S. boulardii* est sensible aux médicaments antifongiques ; peut évtl. donner des résultats faussement positifs lors d'analyses microbiologiques des selles. **G/A** : rien ne suggère un risque pour le fœtus ou l'enfant. **P** : Perenterol 250 pdr sachet 10* lim. (LS mai 24), 20* lim. (LS mai 24), 10 x 20* lim. (LS mai 24); , 10* lim. (LS mai 24), 20* lim. (LS mai 24), 10 x 20* lim. (LS mai 24) (D) ; Perenterol 500 pdr sachet 14* lim. (LS mai 24) (B) [Décembre 2023]. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <http://swissmedicinfo.ch>.

Information destinée aux spécialistes.

Zambon Suisse SA, Via Industria 13 - CH-6814 Cadempino, www.zambonpharma.com/ch

PERENTEROL® 500

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**



À Saint-Gall, les médecins ont appelé les électeurs à rejeter l'initiative sur le frein aux coûts. Résultat: 62,8% des votants l'ont refusée dimanche.

À la page

«Il n'existe pas de solution miracle pour les systèmes complexes»

Frein aux coûts Dimanche dernier, les Suisses ont rejeté par 62,8% des voix l'initiative sur le frein aux coûts. À cette occasion, nous nous sommes entretenus avec la présidente de la FMH, Yvonne Gilli, sur le résultat de la votation.

Propos recueillis par Bahador Saberi

Que signifie le «non» espéré à l'initiative sur le frein aux coûts pour la FMH et le corps médical?

Le score très net est une reconnaissance par les électeurs suisses d'un système de santé de haute qualité et accessible à tous. La population a fait confiance aux arguments des professionnels de la santé qui ont combattu l'initiative. Pour le corps médical, le rejet du frein aux coûts représente un pas important pour la défense de bonnes conditions de travail. Il s'agit également d'un signal clair adressé aux politiques pour qu'ils ne se focalisent pas sur les coûts mais sur les bénéfices.

Comment freiner la hausse des primes à l'avenir?

Le corps médical est coresponsable d'un système de santé qui soit non seulement de bonne qualité, mais également accessible à tous et abordable. La péréquation sociale visant à alléger les primes par tête est incontestée. Du côté politique, les plus importantes mesures sont maintenant la mise en œuvre du contre-projet indirect à l'initiative du PS sur l'allègement des primes ainsi que l'entrée en vigueur de l'une des réformes les plus importantes de la LAMal: le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. La population pourra se prononcer à ce sujet. Le

corps médical aura un mot important à dire en combattant de manière résolue et crédible le référendum contre cette loi. Une deuxième étape imminente est la fixation de tarifs adéquats, et donc l'approbation prochaine de la réforme tarifaire ambulatoire TARDOC.

Quel est votre message aux partisans de l'initiative sur le frein aux coûts?

Il n'existe pas de solution miracle pour les systèmes complexes. Des procédures axées sur la recherche de solutions peuvent être mises en œuvre en collaboration avec les acteurs du système de santé.

Quelles sont les prochaines étapes de la FMH concernant ce dossier?

Pour le corps médical, c'est la pénurie de personnel qualifié qui constitue un danger dans un avenir proche, et non la surabondance de l'offre. Outre l'augmentation du nombre de places d'études et de formation, nous avons besoin de conditions professionnelles attrayantes – aussi bien pour maintenir les jeunes médecins dans la profession que pour motiver les médecins à la retraite à poursuivre leur activité. Il faut donc, par exemple, des modèles de temps de travail modernes, une réduction de la bureaucratie et des micro-réglementations inefficaces, une numérisation utile et des tarifs appropriés.

Que pensez-vous des projets du PS et du Centre concernant une caisse maladie unique?

Il est clair qu'une caisse unique ne changerait rien à l'évolution actuelle. L'évolution des coûts due à la démographie, aux progrès de la médecine et à la prise de conscience croissante en matière de santé se fait indépendamment du fait que l'on ait ou non une caisse unique. Les hausses de primes doivent être accompagnées de mesures politiques appropriées et socialement acceptables. Faire moins, c'est aussi faire plus en politique. Les réformes importantes doivent d'abord être mises en œuvre maintenant et leur impact doit être évalué avant qu'un système d'excellente qualité ne soit fondamentalement remis en question.



Yvonne Gilli
Dre méd., présidente de la FMH

Quoi de neuf?

Nouveau médecin-chef en anesthésiologie et médecine intensive



Dr méd.
Christian Seidl

Soleure À partir du 1^{er} décembre 2024, le Dr méd. Christian Seidl entrera en fonction en tant que médecin-chef en anesthésiologie et médecine intensive au Bürgerspital de Soleure, rapportent les Hôpitaux de Soleure (soH). Il succède au PD Dr méd. Ingo Bergmann. Depuis 2019, Christian Seidl occupe un double poste: celui de directeur médical adjoint au service d'ambulance de Bâle et celui de chef de groupe spécialisé en anesthésie et de Chief Medical Officer de Salem Anästhesie AG pour l'Hôpital Hirslanden Salem. Ces vingt dernières années, son parcours professionnel l'a conduit dans plusieurs cliniques suisses, comme l'Hôpital de l'Île ou le Spitalzentrum Oberwallis. Originaire d'Allemagne, il a obtenu son diplôme de médecine humaine à l'Université Julius-Maximilian de Würzburg (DE). Il a déposé sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de l'Université de Berne. Il a ensuite décroché diverses qualifications supplémentaires et suivi des formations continues. Christian Seidl a notamment obtenu le titre de médecin spécialiste en anesthésiologie. Outre le traitement orienté vers le patient, la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle est une préoccupation centrale pour Christian Seidl.

Nouvelle doyenne de la Faculté de médecine



Prof. Dre méd.
Eva Scheurer

Bâle La Prof. Dre méd. Eva Scheurer a été élue nouvelle doyenne de la Faculté de médecine de l'Université de Bâle (UNIBAS). Au 1^{er} août, elle succédera au Prof. Dr méd. Primo Schär, qui prend le poste de vice-recteur de la recherche de l'UNIBAS. Depuis 2014, elle est directrice de l'Institut de médecine légale au Département de la santé du canton de Bâle-Ville et professeure de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle. Eva Scheurer a fait ses études de médecine humaine aux universités de Berne et de Lausanne. Elle a effectué son stage de médecin-assistante à l'Institut de pathologie de l'Université de Berne. En 2003, elle a obtenu son titre de spécialiste en médecine légale FMH. Elle a ensuite étudié la physique à l'Université de Berne et a obtenu son diplôme de physique en 2008. De 2008 à 2014, elle a travaillé comme médecin spécialiste en médecine légale à l'Université de médecine de Graz (A). Parallèlement, elle a dirigé de 2011 à 2014 l'Institut Ludwig Boltzmann d'imagerie médico-légale clinique à Graz. Depuis 2018, elle est présidente de la Société Suisse de Médecine Légale (SSML).

Au cœur de la science

Des cellules souches dopées au glucose

Arthrose Des scientifiques de l'Université de Genève (UNIGE) ont réussi à accroître la durée de vie de cellules souches injectées dans le cartilage pour faciliter la régénération de tissus endommagés par l'arthrose. En combinant l'injection des cellules souches à un apport de glucose libéré progressivement, les scientifiques ont découvert que la survie des cellules souches était prolongée et permettrait de stimuler la régénération du cartilage. «La subtilité de notre travail a été d'accrocher les molécules de glucose à de l'acide hyaluronique, afin que le glucose ne soit pas tout de suite éliminé, mais soit libéré par petites doses régulières», explique Olivier Jordan, maître d'enseignement et de recherche à l'UNIGE. Cette approche ouvre de nouvelles perspectives pour les thérapies par cellules souches dans des environnements mal vascularisés et pauvres en nutriments, tels que les articulations arthrosiques, mais aussi pour d'autres thérapies régénératives.

doi.org/10.1016/j.ijpharm.2024.124139

Une nouvelle approche contre l'EBV

Virologie Des scientifiques de l'Université et de l'Hôpital universitaire de Bâle, sous la direction du Prof. Dr Christoph Hess, ont développé une nouvelle approche contre le virus d'Epstein-Barr (EBV) et les éventuelles maladies qui en découlent. Selon une étude publiée dans la revue Science, le virus manipulerait les cellules immunitaires infectées pour augmenter la production de l'enzyme IDO1, favorisant la multiplication rapide des cellules B reprogrammées. Cela peut entraîner un lymphome chez les patients dont le système immunitaire a été supprimé après une transplantation d'organe. Les scientifiques ont découvert des niveaux élevés d'IDO1 des mois avant le diagnostic de lymphome chez les patients. Les médicaments déjà disponibles pour inhiber IDO1 ont montré des résultats positifs lors d'essais sur des souris, en réduisant la transformation des cellules B et donc la charge virale et le développement du lymphome. Cette approche pourrait être utilisée à l'avenir pour lutter contre les maladies associées à l'EBV.

doi.org/10.1126/science.adk4898

Prix et distinctions

Épilepsie: deux projets primés



Les projets des lauréats portent tous deux sur la mesure de l'activité cérébrale.

Activité cérébrale Le prix d'encouragement de la recherche de la Ligue suisse contre l'épilepsie, doté de 25 000 francs, a été attribué à deux projets portant sur l'évaluation et l'interprétation des électroencéphalogrammes (EEG).

Filippo Costa, de l'Institut de neuro-informatique de l'Université de Zurich, et la Dre Debora Ledergerber, directrice du département de recherche en neurophysiologie clinique de la Clinique Lengg, sont les premiers lauréats. Ils ont développé un algorithme capable de détecter les signaux d'épilepsie dans l'EEG et de les enregistrer à haute compression. Leur objectif est d'optimiser l'algorithme pour la surveillance à long terme et les tests cognitifs.

Le deuxième lauréat, le Dr Eric Ménétré des Hôpitaux universitaires de Genève, a utilisé des données existantes et nouvelles pour visualiser des réseaux cérébraux individuels de patients épileptiques afin d'améliorer les diagnostics et de soutenir les pronostics en cas d'attaque cérébrale ou de démence. Ce nouvel outil pourrait aider à mieux diagnostiquer et traiter l'épilepsie, ainsi qu'à améliorer les pronostics après une attaque cérébrale ou en cas de démence.

Selon la Prof. Dre méd. Barbara Tettenborn, présidente de la Ligue contre l'épilepsie, les deux projets contribuent au développement de la recherche sur l'épilepsie.

Citation de la semaine

«Nous devons réorienter la médecine. Actuellement, nous traitons en premier lieu les maladies et reléguons la prévention au second plan. Il faut détecter les changements biologiques dans le corps plus tôt.»

Prof. Dre méd. Heike Bischoff-Ferrari

En page 12, retrouvez l'interview de la présidente du centre de recherche sur l'âge et la mobilité à l'Hôpital universitaire de Zurich, sur le thème de la longévité.



© Nico Zorn



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

Personnalité de la semaine

Elle dirige le Collège des chefs de service



Prof. Dre méd. Sophie Pautex
Médecin-chef du Service de médecine palliative aux HUG

Genève La Prof. Dre méd. Sophie Pautex, médecin-chef du Service de médecine palliative aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a été élue présidente du Collège des médecins-chefs et cheffes de service. Elle devient ainsi la première femme à occuper cette fonction, dixit les HUG. En poste depuis le 1^{er} mai dernier, elle endossera ce rôle jusqu'au 30 avril 2028.

Le Collège des médecins-chefs et cheffes de service est essentiel dans l'élaboration de la politique médicale des HUG, explique l'institution dans un communiqué. Interrogée par le Bulletin des médecins suisses, Sophie Pautex détaille: «Une fois par mois, les 70 chefs de service, une partie du comité de direction, le directeur médical et le doyen se réunissent et traitent des thèmes choisis par les chefs de service.» Lors de son premier collège, qui s'est tenu le 22 mai dernier, «des thèmes généraux tels que l'implication des patientes et patients dans leurs parcours de soins, l'accès aux données médicales pour la recherche ou encore la formation du personnel» ont animé les discussions.

En somme, le collège, en tant qu'organe représentatif et consultatif, sert de plateforme de concertation et d'échange

d'informations entre les services médicaux. Les réglementations hospitalières relatives au corps médical et à ses activités y sont également discutées.

Tout au long de son mandat, Sophie Pautex souhaite «proposer des améliorations» dans la prise en charge des patientes et patients, tout en accompagnant leurs proches. Un objectif marqué par sa spécialité en médecine palliative: «Le but est de faciliter le travail des collaborateurs et collaboratrices en favorisant l'interprofessionnalité et les interactions, propres au domaine palliatif», précise-t-elle.

Diplômée de l'Université de Genève en 1993, Sophie Pautex s'est spécialisée en médecine interne, gériatrie et soins palliatifs. Son parcours professionnel a été jalonné par des postes de direction au sein des HUG, où elle a dirigé des équipes médicales et contribué à l'évolution des pratiques cliniques. En plus de son rôle clinique, elle a également mené une carrière en recherche et en enseignement, partageant son expertise avec les générations futures de médecins. À noter qu'elle a publié plus de 150 articles dans des revues médicales et scientifiques et a fait partie du comité directeur du Programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67).

Repéré



Modèles 3D Les 27 et 28 mai 2024 a eu lieu le premier cours sur la chirurgie de la base du crâne au CHUV. Dans le cadre de cette formation pratique, les participantes et participants ont pu s'exercer sur des modèles imprimés en 3D à partir de données radiologiques de cas réels. Chaque modèle comportait des pathologies tumorales et des nerfs avec des fils implantés qui permettaient la stimulation électrique pendant la dissection.

«Nous sommes une espèce vieillissante»

Longévité Vivre vieux et en bonne santé: une mégatendance au cœur de l'actualité. Mais qu'est-ce qui est déjà possible? Aucun remède miracle n'est encore en vue, déclare la chercheuse en gérontologie, Heike Bischoff-Ferrari, dans une interview qui ouvre notre série thématique sur la longévité. Elle espère toutefois que la prévention prendra une tout autre importance à l'avenir.

Propos recueillis par Adrian Ritter

Professeure Bischoff-Ferrari, quel âge aimeriez-vous dépasser en tant que gériatre?

J'aimerais rester active et en bonne santé autant que faire se peut. Je préfère ne pas me fixer d'âge. En médecine de la longévité, seule une minorité poursuit l'objectif de considérablement augmenter l'espérance de vie, voire d'atteindre l'immortalité, ce qui est illusoire à mon avis. La majeure partie de la recherche en médecine de la longévité et en géroscience entend prolonger la vie en bonne santé.

Mais le vieillissement est-il, comme on l'entend parfois, une maladie?

Non, nous autres humains sommes une espèce vieillissante, cela fait partie de notre biologie. Cependant, le vieillissement est le premier facteur de risque de maladies chroniques telles que le diabète, le cancer et l'hypertension. Elles ont toutes pour origine le processus de vieillissement, au cours duquel surviennent de plus en plus de lésions cellulaires, des inflammations et une perte des mécanismes de réparation de l'organisme. Cette origine commune à toutes les maladies chroniques est une chance à ne pas laisser passer.

Comment l'exploiter?

Si nous pouvions ralentir le processus de vieillissement voire faire reculer l'horloge biologique, il serait possible de traiter conjointement et préventivement un grand nombre de maladies. Une approche systémique permettrait d'améliorer

la santé des gens et de prolonger leur vie en bonne santé. Tel est notre objectif immédiat, à atteindre le plus rapidement possible.

Pourquoi est-ce si urgent?

Le vieillissement démographique se poursuit avec, à la clé, une augmentation des coûts de la santé. D'après plusieurs

Des millions pour une vie plus longue

C'est le concours de tous les superlatifs, avec un prix de 101 millions de dollars à la clé. Le XPRIZE Healthspan sera décerné à l'équipe qui parviendra à prolonger de dix ans l'espérance de vie en bonne santé d'ici 2030 [3]. L'équipe gagnante doit démontrer que sa thérapie (changement de mode de vie, médicament, appareil, etc.) rajeunit d'au moins dix ans les fonctions musculaires, cognitives et immunitaires des personnes âgées de 65 à 80 ans, sur une période de traitement d'un an maximum. Le prix est organisé par la fondation XPRIZE, qui s'engage en faveur de l'innovation dans différents domaines au moyen de concours. De nombreuses entreprises et fondations cofinancent la récompense.



© Nico Zorivi

Pour Heike Bischoff-Ferrari, l'objectif de la médecine de la longévité consiste à prolonger la «vie en bonne santé».

études [1], il faut repousser l'âge de la retraite pour conserver une prévoyance vieillesse finançable. C'est aussi pour cette raison que nous devons promouvoir la santé. L'espérance de vie en bonne santé n'est actuellement que de 64 ans en moyenne en Europe. Pour réduire les coûts de la santé tout en maintenant la productivité dans une société moderne vieillissante, il faut trouver des moyens pour que les gens restent plus longtemps actifs et en bonne santé. Indépendamment des aspects économiques, je pense que les gens sont en droit d'être actifs et en bonne santé plus longtemps. En effet, l'âge ressenti par les gens serait moins élevé que leur âge calendaire. Des enquêtes [2] révèlent que les septuagénaires d'aujourd'hui se sentent dix ans plus jeunes environ.

«La majeure partie de la recherche en médecine de la longévité et en gérosceince entend prolonger la vie en bonne santé.»

Comment freiner les sources du vieillissement et augmenter l'espérance de vie en bonne santé?

Nous devons réorienter la médecine. Actuellement, nous traitons en premier lieu les maladies et reléguons la prévention au second plan. Il faut détecter les changements biolo-

giques dans le corps plus tôt, avant qu'ils ne causent des maladies et des handicaps quasiment irréversibles. Les progrès dans ce domaine permettent d'utiliser le temps imparti avant l'apparition des maladies. La prévention devient pour ainsi dire le traitement. Comme élément déterminant, nous disposons de biomarqueurs moléculaires mesurant le processus biologique du vieillissement.

«Nous autres humains sommes une espèce vieillissante, cela fait partie de notre biologie.»

Ces biomarqueurs existent-ils?

Au cours de la dernière décennie, de grands progrès ont été réalisés dans ce domaine. Nous disposons aujourd'hui de biomarqueurs qui évaluent notre âge biologique, l'âge réel de notre corps par rapport à l'âge calendaire. Ces marqueurs indiquent si nous vieillissons plus ou moins vite que les autres. Certaines signatures protéomiques peuvent même prédire qu'un individu en bonne santé avec un «cœur plus vieux» présente un risque accru d'insuffisance cardiaque. Parmi les autres biomarqueurs moléculaires prometteurs figurent les horloges épigénétiques, qui se rapportent aux méthylations de l'ADN.

Interview



La Prof. Dre Dre méd. Heike Bischoff-Ferrari est enseignante en gériatrie et gérontologie et préside le centre de recherche sur l'âge et la mobilité à l'Hôpital universitaire de Zurich. Elle est également directrice académique du campus de médecine gériatrique à l'Hôpital municipal de Zurich et membre du groupe de travail de l'OMS «Clinical Consortium Healthy Aging». Elle dirige l'étude DO-HEALTH sur le vieillissement en bonne santé en Europe et coordonne le programme de recherche translationnelle IHU HealthAge en France.

Dans quelle mesure peut-on déjà utiliser ces biomarqueurs?

Des études sont en cours pour évaluer s'il est vraiment possible de mesurer l'effet des mesures préventives et thérapeutiques destinées à ralentir le vieillissement et si le risque de maladies chroniques diminue. Leur but est de valider les biomarqueurs et les mesures. Si les marqueurs font leurs preuves, ce sera un avantage de taille.

Dans quelle mesure?

Tester l'efficacité, en particulier des interventions préventives, est jusqu'à présent chronophage, compliqué et onéreux, nos valeurs de mesure devant se référer à une lésion d'organe. Toutefois, si un biomarqueur venait à indiquer qu'une intervention ralentirait le vieillissement biologique au bout de six mois, la prévention ferait un bond en avant. Une mesure directe et individuelle encouragerait plus de monde à adopter un mode de vie sain.

«Pour ralentir le vieillissement, il convient de renforcer la résilience des mécanismes biologiques clés.»

Au-delà du mode de vie, il existe plusieurs approches pour ralentir le vieillissement, du sang jeune aux cellules souches en passant par la thérapie génique.

Que peut-on en espérer?

Pour ralentir le vieillissement, il convient de renforcer la résilience des mécanismes biologiques clés, comme la fonction des mitochondries ou des cellules immunitaires. Le processus de vieillissement est étroitement lié à l'instabilité et à la vulnérabilité de ces mécanismes. Nous ne connaissons pas encore d'approches thérapeutiques efficaces. Le rajeunissement est déjà possible pour le modèle animal, mais pas encore pour l'humain. Toutefois, on investit actuellement beaucoup de moyens de recherche dans ce domaine avec, par exemple, le concours XPRIZE (voir encadré). Dans le modèle animal, l'efficacité de nombreuses approches est déjà prouvée. Nous attendons désormais les résultats des études cliniques. L'éventail couvre des médicaments déjà existants, comme la metformine et de nouveaux sénolytiques, ainsi que la reprogrammation cellulaire. Dans une dizaine d'années, nous en saurons nettement plus sur ce qui fonctionne.

On commercialise toutefois déjà divers produits et thérapies sous le label anti-âge.

Oui, hélas! Sans la moindre preuve et souvent avec une garantie infondée. Cela nous inquiète. Vivre plus longtemps en bonne santé est devenue une mégatendance. Il est d'autant plus crucial de mener une recherche sérieuse à ce sujet. Nous avons besoin de centres de recherche universitaires en réseau international. Les universités américaines étudient beaucoup la longévité. En 2024, on a créé le centre de recherche IHU HealthAge en France. En collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux, nous planifions un campus dédié à la gériatrie et gériatrie en Suisse. Une

La recherche sur la longévité en Suisse

Heike Bischoff-Ferrari coordonne les projets suivants, conjointement avec des partenaires nationaux et internationaux:

- DO-HEALTH-BioAge: étude sur l'effet des facteurs liés au mode de vie sur différentes horloges épigénétiques et signatures protéomiques relatives à la biologie du vieillissement [4].
- Programme de recherche Precision Age: programme de prévention digital pour une médecine personnalisée. Le but est de renforcer la biologie du vieillissement chez les individus de 45 ans et plus.
- ICOPE (Integrated care for older people): avec Pro Senectute, lancement d'un projet en 2024 pour mettre en œuvre le programme de l'Organisation mondiale de la santé dans le canton de Zurich [5].
- Swiss Frailty Network and Repository: programme national de recherche sur le repérage précoce de la fragilité dans les hôpitaux de soins aigus. En collaboration avec les cinq chaires de gériatrie de Suisse [6].

telle structure ferait office de centre de référence en médecine et en recherche, en plus de jouer un rôle essentiel au niveau international.

Qu'en pensez-vous? Dans quelle mesure parviendrait-on à prolonger la vie en bonne santé?

C'est difficile à dire. L'espérance de vie en bonne santé a légèrement augmenté dans le monde au cours des dernières décennies. Mais nous constatons aussi des reculs, par exemple aux États-Unis et en Écosse. Il n'est donc pas facile de maintenir le niveau actuel. Un allongement de l'espérance de vie en bonne santé de deux ans d'ici 2030 serait un grand

«En collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux, nous planifions un campus dédié à la gériatrie et gériatrie en Suisse.»

succès. Nous veillons à ce que la longévité en bonne santé soit possible pour tous. À cet égard, le programme ICOPE – Integrated care for older people – de l'Organisation mondiale de la santé est important et reconnu dans le monde entier.

Que doivent faire les médecins quand leurs patientes et patients leur parlent de longévité?

Même si les marqueurs biologiques du vieillissement sont utilisés dans des études, il est important de souligner qu'ils n'en sont pas encore aux essais cliniques. En revanche, nous savons que le mode de vie influence considérablement notre



© Nico Zorivi

«Les maladies chroniques ont toutes pour origine le processus de vieillissement», explique Heike Bischoff-Ferrari.

épigénétique et le risque de maladies chroniques. Ainsi, nous devrions toujours encourager nos patientes et patients à y faire attention: dormir suffisamment, veiller à garder un poids de forme, manger sain, bouger, entretenir des contacts sociaux, être prêt à apprendre de nouvelles choses. L'idéal étant de combiner ces petits changements. Il est donc possible d'agir dès maintenant pour rester en bonne santé plus longtemps. Il faudra encore un peu de patience pour les nouvelles thérapies.



Références

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

NOUVEAU: vaccin conjugué 20-valent contre les pneumocoques pour les adultes de 65 ans et plus

Prevenar 20[®]: couverture de sérotypes encore plus large du vaccin contre les pneumocoques

Prevenar 20[®] contient 20 sérotypes; il en couvre plus de 70%. Parmi l'ensemble des vaccins conjugués contre les pneumocoques (PCV), il dispose de la couverture la plus large des sérotypes.¹⁻⁴ Les sérotypes de PCV20 provoquent plus de deux fois plus de cas de maladies invasives à pneumocoques que les sérotypes de PCV13 selon des enquêtes récentes. Cela souligne l'importance croissante de la protection contre les sérotypes de PCV20.^{2,3}

Prevenar 20[®]: la plus large couverture de sérotypes

Prevenar 20[®] est un nouveau vaccin conjugué 20-valent contre les pneumocoques, disponible pour les adultes de 65 ans et plus.¹ Prevenar 20[®] a été développé à partir de Prevenar 13[®], vaccin conjugué 13-valent, et contient les sept sérotypes supplémentaires 8, 10A, 11A, 12F, 15B, 22F et 33F, qui sont associés, partout dans le monde, à une gravité de la maladie, un potentiel invasif et une résistance aux antibiotiques accrus.^{1,5} En Suisse, Prevenar 20[®] dispose de la couverture de sérotypes la plus large de tous les vaccins conjugués contre les pneumocoques (PCV).¹⁻⁴

Prevenar 20[®] est autorisé pour les adultes ≥65 ans en Suisse.¹ Cette vaccination unique par un vaccin conjugué contre les pneumocoques est recommandée depuis janvier 2024 comme vaccination complémentaire pour toutes les personnes de 65 ans et plus.⁴

Prevenar 20[®] est indiqué pour l'immunisation active pour la prévention des maladies invasives et des pneumonies causées par *Streptococcus pneumoniae* chez les adultes ≥65 ans. Prevenar 20[®] n'est pas autorisé chez l'enfant. Prevenar 20[®] protège uniquement contre les sérotypes de pneumocoques contenus dans le vaccin. L'utilisation de Prevenar 20[®] doit se faire conformément aux recommandations officielles.¹



L'emballage représenté ne correspond pas à l'original.

Références

- 1 Prevenar 20[®]: information professionnelle mise à jour sur www.swissmedicinfo.ch
- 2 Institute for Infectious Diseases, University of Bern. Switzerland Annual Report of the National Center for invasive Pneumococci (NZPn), 2022; dernière consultation en 04/2024.
- 3 Vaxneuvance[®]: information professionnelle mise à jour sur www.swissmedicinfo.ch; dernière consultation en 03/2024
- 4 Office fédéral de la santé publique (OFSP). La vaccination contre les pneumocoques est désormais recommandée comme vaccination complémentaire pour toutes les personnes à partir de 65 ans. OFSP-Bulletin 4(2024):14-24.
- 5 Senders S, et al. Safety and Immunogenicity of a 20-valent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Healthy Infants in the United States. *Pediatr Infect Dis J.* 2021;40(10):944-951.

Des références sont disponibles sur demande.

Responsabilité du contenu et financement:

Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zurich

Information professionnelle abrégée

L'information professionnelle abrégée de Prevenar 20[®] est reproduite à la deuxième page de couverture de ce numéro.



© Prostockstudio / Dreamstime

La baisse de la protection vaccinale individuelle expliquerait par exemple le regain de cas de rougeole.

On les croyait disparues

Maladies oubliées Nombre de maladies infectieuses n'effraient plus les pays développés tels que la Suisse. Cependant, la plupart d'entre elles n'ont pas été éradiquées. Pour certaines, les experts notent même une recrudescence du nombre d'infections. Comment expliquer cela? Le point sur la situation.

Simon Koechlin

Les maladies infectieuses accompagnent l'humain depuis toujours. Des siècles durant, les générations qui nous ont précédés ont eu du mal à s'en protéger ou s'en débarrasser. Mais au siècle dernier, la médecine et la santé préventive ont fait d'énormes progrès. Nous avons développé des vaccins, amélioré les traitements, affiné les concepts d'hygiène. Nous avons réussi, dans les pays industrialisés du moins, à faire reculer certaines maladies infectieuses et la peur qu'elles inspiraient.

Quand les chiffres migratoires liés aux conflits augmentent, les cas de rougeole peuvent aussi augmenter en Suisse.

Pourtant, seule une maladie infectieuse humaine est considérée comme vaincue au plan mondial: un programme de vaccination de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a permis, en 1980, de déclarer officiellement l'éradication de la variole [1]. Si beaucoup d'autres maladies sont devenues bien plus rares ces dernières décennies, des épidémies restent possibles. Et régulièrement, les médias parlent du retour de plus en plus fréquent, en Suisse aussi, de maladies que l'on pensait «oubliées» ou déjà éradiquées [2].

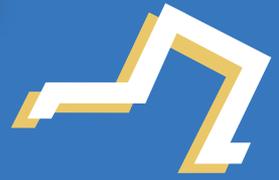
La gale, affection cutanée touchant principalement les enfants et causée par un acarien, le sarcopte, a souvent fait les gros titres ces derniers mois [3-5]. Cette maladie est l'une des spécialités du KD Dr méd. Michael Büttcher, médecin adjoint en infectiologie pédiatrique et directeur du Centre d'études à l'Hôpital des enfants de Suisse centrale (KidZ) – Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS). Il confie: «Ces deux à trois dernières années, au LUKS, on note une nette augmentation des cas de gale. En 2022, nous avons traité quelque 90 cas, 150 en 2023, et environ 40 cette année, jusqu'à fin mars.»

Lucerne n'est pas une exception. Les spécialistes d'autres hôpitaux font le même constat [6]. Et d'autres pays d'Europe

Rougeole

La rougeole est une maladie hautement contagieuse, provoquée par une infection virale. Une étude [18] a conclu, il y a quelques années, que la rougeole se serait séparée dès le VI^e siècle avant J.-C. de la peste bovine – devenant ainsi très vite transmissible à l'humain. Avant 1963, où l'on commence à vacciner [19] à large échelle, une grande épidémie de rougeole sévissait tous les deux ou trois ans. Elle coûtait chaque année quelque 2,6 millions de vies à travers le monde. Le vaccin contre la rougeole est considéré comme l'une des plus grandes réussites de l'histoire de la médecine: entre 2000 et 2022, il a évité près de 57 millions de décès [20]. La couverture vaccinale en Suisse est telle qu'il n'y a plus que de rares cas isolés ou de petites épidémies avec des chaînes de contamination courtes.

Lyman®



50 000

Héparine native hautement dosée, allantoiné et dexpanthéno¹

... en cas de douleurs chroniques aux jambes d'origine veineuse, de sensation de lourdeur et d'œdèmes de stase¹

**DOULEUR
CHRONIQUE**

Le produit topique pour troubles veineux le plus prescrit en Suisse³

Gel | Emgel | Onguent



- A un effet antithrombotique et anti-inflammatoire^{1,2}
- Soulage la douleur et les démangeaisons¹

pris en charge par les caisses maladie

Références : 1 Swissmedicinfo.ch. 2 Zimmermann R E: Untersuchungen zur transkutanen Heparinapplikation. Therapiewoche (12/1982) Heft 49, 32: 6157-6164. 3 IQVIA, C05B, Lyman Mengen Total, per 25.04.23.

Information professionnelle abrégée : voir page 21

Article de fond

rappellent eux aussi une recrudescence de la maladie depuis quelques années. Mais on ne dispose pas de chiffres sûrs, y compris en Suisse. Car la gale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. L'ampleur de la hausse du nombre de cas est donc incertaine.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dit avoir été informé en début d'année de quelques épidémies locales, notamment dans les structures d'accueil de jour pour enfants [7]. Il n'exclut pas une hausse générale de la prévalence de la maladie, mais met en garde contre des conclusions trop hâtives: «Les rapports médiatiques insistants sur quelques épidémies locales ne permettent pas d'en déduire une forte tendance à la hausse de la prévalence de la gale.»

La gale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. L'ampleur de la hausse du nombre de cas est donc incertaine.

Migrations et taux de vaccination

Les maladies à déclaration obligatoire permettent une meilleure vue d'ensemble. Les chiffres de l'OFSP montrent, il y a deux ans, une brusque hausse des cas de diphtéries en Suisse. Alors que le nombre annuel de cas déclarés restait dans la plage à un chiffre depuis 2016, il est brusquement monté à 94 en 2022. 28 cas ont été découverts en 2023, contre seulement deux cette année, à mi-avril [8].

L'épidémie est à l'époque découverte par l'équipe de la PD Dre méd. Cornelia Staehelin, médecin adjointe en infectiologie et médecine tropicale et du voyage à l'Hôpital de l'Île de Berne. Depuis 2016, conjointement avec le médecin de famille Dre méd. Patricia Iseli, l'Hôpital de



© landphotography / Dreamstime

La gale touche souvent les enfants de moins de cinq ans.

L'Île est en charge des soins de santé fournis aux demandeurs d'asile des deux centres fédéraux pour requérants d'asile de Berne et Kappelen (BE), où sont apparus les premiers cas. «Presque tous les malades étaient de jeunes hommes originaires d'Afghanistan – un pays où le système de santé ne fonctionne pas», indique Cornelia Staehelin. «Tous avaient en général fait un long voyage par la route et sont arrivés chez nous déjà infectés par la bactérie de la diphtérie.»

Gale

Les gens souffraient de la gale il y a déjà plus de 2500 ans [15]. Provoquée par les acariens, cette maladie est aujourd'hui largement répandue dans le monde, avec jusqu'à 400 millions de cas annuels, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Le nombre de cas est particulièrement élevé là où les gens vivent longtemps dans la promiscuité. En Europe centrale, la gale était jusqu'à peu considérée comme rare. Depuis quelques années, on parle de plus en plus souvent d'épidémies, malgré le manque de suivi épidémiologique. La gale est une affection gênante, mais sans danger et bien traitable: on utilise le plus souvent une crème à base de perméthrine ou de l'ivermectine par voie orale. La perméthrine n'est pas toujours efficace et l'appliquer sur l'ensemble du corps est fastidieux. Mais les comprimés d'ivermectine ne sont pas encore autorisés pour l'enfant de moins de 15 kilos (environ 5 ans). Une équipe chapeautée par Michael Bütcher veut donc prouver, via une étude internationale, l'efficacité et la sécurité d'un traitement avec une forme galénique d'ivermectine adaptée à l'enfant [16].

Tuberculose

Des chercheurs ont découvert des traces de tuberculose sur le crâne d'un homme préhistorique ayant vécu il y a un demi-million d'années [21]. Et le médecin grec Hippocrate faisait déjà, au V^e siècle avant J.-C., une impressionnante description de cette maladie autrefois nommée «phtisie». Au début du Moyen-Âge, la tuberculose est rare en Europe, le continent n'étant pas assez peuplé pour une transmission continue. À partir du XVIII^e siècle, les épidémies de tuberculose se multiplient – en Suisse par exemple, une épidémie fait plus de 18000 morts en 1905 et 1906. À l'époque, les malades sont traités dans des cliniques spécialisées, en altitude. L'apparition des antibiotiques fait reculer le risque de tuberculose et, dans les années 1960, les sanatoriums pour tuberculeux ferment leurs portes. La Suisse ne compte aujourd'hui plus que quelques centaines de cas par an, majoritairement chez les migrants. La tuberculose se soigne en général bien avec des antibiotiques spéciaux.

Les migrations peuvent donc initier des épidémies de maladies devenues rares dans nos régions. Sachant que les cas de diphtérie sont restés très circonscrits aux centres pour requérants d'asile, sans contaminer la population locale. Cornelia Staehelin l'explique de deux façons: «D'une part, une fois arrivés, les requérants d'asile n'ont presque aucun contact avec les locaux. De l'autre, la population suisse est largement vaccinée contre la diphtérie.»

Un recul de la protection vaccinale individuelle est une cause supplémentaire de la potentielle hausse de prévalence d'une maladie infectieuse. La rougeole en est un parfait exemple. Protéger la population générale contre cette maladie hautement infectieuse requiert une couverture vaccinale avec deux doses d'au moins 95%. En Suisse, la couverture vaccinale contre la rougeole – mesurée chez les enfants et les adolescents – est de 94% [9]. Elle a donc légèrement augmenté par rapport à la période pré-pandémie de Covid-19.

Le recul de la protection vaccinale est l'une des causes de la potentielle hausse de prévalence d'une maladie infectieuse.

Après l'unique cas de rougeole déclaré en 2021 et 2022, il y en a eu 42 en 2023 et déjà 72 en 2024, à mi-mai [10]. C'est une situation que l'on retrouve pour nombre de maladies transmissibles, écrit l'OFSP: pendant la période de Covid-19, les infections étaient rares – grâce aux mesures de prévention des infections, aux restrictions de voyage et peut-être aussi au moindre nombre de personnes allant chez le médecin. Les chiffres sont maintenant repartis à la hausse. Selon l'OFSP, le «comeback» de la rougeole ne correspond en fait qu'à un retour aux taux d'incidence observés à la fin des années 2010.

La hausse globale des cas de rougeole pourrait aussi être un autre effet collatéral de la pandémie de coronavirus, d'après Cornelia Staehelin. «Partout dans le monde, les systèmes de santé se sont presque exclusivement axés sur le Covid-19», rappelle-t-elle. «Beaucoup de pays ont ensuite manqué de ressources pour la mise en œuvre d'autres mesures de santé comme des campagnes de vaccination.» Quand les chiffres migratoires liés aux conflits augmentent, les cas d'infection peuvent aussi augmenter en Suisse.

Le corps médical manque-t-il de compétences dans la gestion des maladies devenues rares?

Tuberculose et coqueluche

Les cas de tuberculose ont aussi été au plus bas durant la pandémie de coronavirus. Si de 2015 à 2018, il a été diagnostiqué entre 500 et 600 cas par an, ce chiffre est tombé à environ 350 cas dans les années 2020 à 2022 [11]. Il semble depuis remonter légèrement. Les migrations jouent ici aussi

Lyman®

200 000 forte

Effet maximal de l'héparine !²

... en cas d'inflammations aiguës marquées associées à des douleurs aux jambes d'origine veineuse²

DOULEUR AIGÜE

Lyman® – l'éventail le plus large de formes et de dosages¹

Gel | Emgel | Onguent



Références : 1. Swissmedinfo.ch. 2. Zimmermann R E: Untersuchungen zur transkutanen Heparinapplikation. Therapiewoche (12/1982) Heft 49, 32: 6157 – 6164

Lyman® / 200 000 – Onguent / Emgel / Gel C : 2000 U.I. d'héparine/g ; 3 mg d'allantoïne/g, 4 mg de dexpanthénol/g
I : Troubles liés aux varices tels que douleurs, sensation de lourdeur, jambes gonflées (oedème de stase) et traumatismes à caractère contus lors de la pratique d'un sport ou suite à un accident. Sur prescription du médecin, également lors d'inflammations des veines (superficielles), comme traitement d'appoint après une sclérose des varices ainsi qu'en complément de soutien lors de thromboses veineuses. **P :** Appliquer 2–3 fois par jour sur les parties à traiter et les régions cutanées avoisinantes. Lors d'inflammations veineuses, ne pas faire pénétrer, mais appliquer une couche épaisse et recouvrir d'un bandage. **CI :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients ; présence avérée d'une thrombopénie induite par l'héparine (TIH). **PR :** Ne pas appliquer sur des plaies ouvertes, ni sur des muqueuses ni sur le site de l'infection en cas de processus purulents. Éviter tout contact avec les muqueuses et la conjonctive. Ne pas masser lors de manifestations thrombotiques. **IA :** Pour l'héparine disponible dans la circulation systémique, une augmentation supplémentaire du risque de saignements est possible en cas de traitement simultané par des anticoagulants. Une accumulation de l'effet pourrait en résulter. **EI :** Dans des rares cas, des réactions locales peuvent apparaître. **E :** Tubes à 60 g et 100 g. Catégorie de vente D. Drossapharm SA, 4002 Bâle. **Informations détaillées :** Veuillez consulter www.swissmedinfo.ch. Toutes les références peuvent être demandées à Drossapharm.



© M.R. Fakhrrozi / Dreamstime

Des ulcères aux pieds et aux jambes se sont formés à la suite d'une infection par la gale.

un rôle clé, car la plupart des cas touchent des personnes venant de pays à haute endémicité, indique Cornelia Staehelin. «La tuberculose ayant une longue période de latence, on ne détecte pas toujours tous les cas dans les centres pour requérants d'asile. Les médecins de famille sont donc essentiels pour une détection précoce.»

De même, une collaboration entre les divers acteurs du système de santé est décisive pour lutter contre d'autres infections, telles que la coqueluche (*Bordetella pertussis*). En suisse, une épidémie a touché environ 46 000 personnes en 1994/95 puis a été suivie d'un net recul du nombre de cas. Aujourd'hui, la coqueluche touche plusieurs milliers de personnes par an [12]. Michael Büttcher ne note toutefois pas de tendance à la hausse à l'échelle nationale. Mais il y a régulièrement des épidémies locales, surtout chez les personnes non vaccinées.

Prévenir une évolution fatale de la coqueluche chez les nourrissons demande, selon lui, que les gynécologues incitent les femmes enceintes à faire un rappel du vaccin. «En se faisant vacciner durant la grossesse, la mère transmet à

son enfant des anticorps qui le protègent bien durant ses six premiers mois de vie, jusqu'à la protection directe induite par la vaccination du nourrisson.» L'information n'est parfois pas communiquée aux futures mamans, regrette Michael Büttcher. «Les médecins ont peut-être du mal à parler de vaccination durant la grossesse.»

Il note aussi parfois une insuffisance de traitement contre la gale. Dans une enquête [13] publiée fin 2023 et menée auprès de 250 médecins suisses, lui et son équipe relèvent notamment de gros écarts en termes de thérapie: six médecins non dermatologues sur dix disent ne traiter que les sujets présentant des symptômes cliniques visibles. Les symptômes de gale n'apparaissent toutefois que trois à six semaines après l'infection. «Il est donc crucial de traiter tous les membres de la famille d'une personne infectée», souligne Michael Büttcher.

L'importance de sensibiliser

Le corps médical manquerait-il donc de compétences dans la gestion des maladies devenues rares? Les compétences en

matière de gale ont peut-être été un peu perdues, confirme Michael Büttcher. Cette maladie n'est pas toujours facile à détecter, il y aurait divers diagnostics différentiels, comme celui de la dermatite atopique bien plus fréquente. Et les maladies affectant typiquement les migrantes et les migrants sont un gros défi pour les médecins de famille reprenant le suivi, ajoute Cornelia Staehelin. «Une attention particulière est portée à ce type de maladies dans les centres pour requérants d'asile. Le quotidien des médecins de famille est toutefois généralement centré sur tout un éventail d'autres pathologies.»

Globalement, précise Cornelia Staehelin, le corps médical en Suisse est malgré tout bien formé. «On nous adresse souvent des malades, pour un diagnostic de tuberculose par exemple, ce qui est un gage d'attention et de savoir. Il y a eu par ailleurs chez des requérants d'asile, malgré un tableau clinique typique, quelques cas de diagnostic tardif d'hépatite B, de schistosomiase ou d'infection au VIH – simplement parce qu'ils vivaient depuis longtemps déjà en Suisse.» Il reste donc important de faire un rappel régulier de ces maladies relativement rares, pour qu'elles ne tombent pas dans l'oubli.

C'est aussi l'avis de Michael Büttcher. «Notre système de santé publique offre plusieurs possibilités pour former ou sensibiliser mieux encore le personnel médical», dit-il. Un moyen efficace est notamment de publier les mises à jour régulières des nombres de cas. S'agissant de la gale, Michael Büttcher pense qu'il y a des progrès à faire. Il voudrait parvenir à faire intégrer la maladie dans le système de déclaration Sentinella [14]. «Cela fournirait une vision systématique à l'échelle nationale et pourrait servir de modèle, car presque aucun autre pays développé d'Europe n'effectue un suivi de la gale.»

Diphtérie

À la fin du XIX^e siècle, la diphtérie est une maladie redoutée en Europe centrale. En Suisse, dans les années 1880, elle pouvait être responsable de plus de 2000 décès par an [17]. En 1890, le chercheur allemand Emil von Behring découvre un anticorps contre la toxine diphtérique et, quelques décennies plus tard, un vaccin est mis à disposition sur le marché. Il en résulte un rapide déclin de la maladie, qui disparaît presque entièrement des pays industrialisés après la Seconde guerre mondiale. Dans les régions à couverture vaccinale plus basse comme l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine, la diphtérie reste en revanche fréquente. En Suisse, on observe de petites épidémies cycliques, en raison par exemple de vagues migratoires en provenance de régions à forte prévalence de diphtérie.



Références

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



Quels sujets préoccupent les médecins de famille?

L'art d'être médecin de famille

Critique de livre Après 27 ans de pratique, Giovanni Fantacci sait que le métier de médecin de famille est une profession à la fois exigeante et enrichissante. Il a compilé son expérience dans un plaidoyer pour la médecine de famille intitulé «Hausarzt 4.0.». Hans Köppel nous propose ici une recension de cet ouvrage.

Giovanni Fantacci signe un livre impressionnant sur ses décennies d'activité en tant que médecin généraliste dans une petite commune de l'Unterland zurichoïse. Il y décrit son parcours, d'enfant d'une famille d'immigrés italiens à médecin généraliste. Ses récits sur la période suivant ses études illustrent de manière saisissante les importants changements survenus dans la médecine de cette époque.

Dans les chapitres ci-après, le médecin et auteur évoque les différentes tâches incombant au médecin de famille:

- la vaccination des enfants et adolescents
- l'accompagnement des patients à chaque étape de leur vie
- la prise en charge de personnes en situation de handicap sévère dans une institution de proximité
- le suivi des personnes âgées et malades jusqu'à leur décès, notamment en cas de cancer grave
- la coordination des traitements dispensés par les médecins spécialistes et le suivi des patients dans le respect des mesures médicales requises

Il faut poser les jalons

Pour ce faire, Giovanni Fantacci explique que des principes éthiques et idéologiques fondés sont essentiels et que chaque médecin doit sans cesse s'y référer. Ainsi, la deuxième partie de l'ouvrage traite avec brio les questions suivantes:

- Qu'est-ce la vie?
- Qu'est-ce le bonheur?
- Comment mener une vie heureuse et épanouie?
- Qu'en disent les différentes écoles philosophiques?

Par ailleurs, Giovanni Fantacci aborde dans ses écrits les thèmes existentiels de la fin de vie et de la mort, éléments importants de la prise en charge médicale.

L'amour de son prochain

Hausarzt 4.0 est un ouvrage formidable qui vous aidera à mieux comprendre les multiples missions d'un médecin généraliste engagé. Une telle activité n'est possible que s'il s'agit d'une réelle vocation exercée avec plaisir, engagement et sens du devoir. Ce livre retranscrit à merveille cet engagement et cette joie de pratiquer la médecine.

Le lecteur ressent l'amour pour les gens, leurs forces, leurs faiblesses et leurs défauts. L'ouvrage s'adresse aux personnes désireuses de connaître les questions auxquelles sont confrontés les médecins de famille dans leur pratique. De plus, il peut inspirer et encourager les jeunes médecins à choisir la belle profession de médecin de famille.

Dr méd. Hans Köppel, Baden



Hausarzt 4.0
Ein Plädoyer für die Hausarztmedizin
Giovanni Fantacci
Zürich: edition gai saber, 2024

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

FMH



26

... and the winner is...

Prix qualité La qualité comme maître-mot. Malgré des conditions-cadres très exigeantes, de nombreux projets de grande valeur voient le jour. Tous les deux ans, les meilleurs d'entre eux peuvent concourir pour le prix Innovation Qualité de l'ASQM/FMH, qui vient d'être remis lors du dernier symposium de l'ASQM.

Christoph Bosshard



28

Innovation Qualité 2024: les lauréates et lauréats (1)

Remise des prix Les gagnantes et gagnants ont été désignés: trois projets en faveur de la qualité ayant fait leurs preuves dans le système de santé suisse ont été récompensés par le prix Innovation Qualité 2024 lors du symposium de l'ASQM à Berne. Dans le présent et le prochain numéro du Bulletin des médecins suisses, nous dressons le portrait de ces projets lauréats dans les trois catégories de prix.

Roxane Kübler, Fabienne Hohl



32

Durabilité en anesthésie: état des lieux et perspectives

Développement durable Confronté à un changement de paradigme, le système de santé de notre pays est appelé à développer une approche durable et favorable à la santé. Une nouvelle prise de position de la Société suisse d'anesthésiologie et de médecine périopératoire (SSAPM) montre la contribution de l'anesthésie.

Salome Meyer, Robin Rieser, Laurentiu Marin



© Tomert / Dreamstime

Les lauréates et lauréats de l'Innovation Qualité 2024 ont reçu leur prix le 24 mai lors du symposium de l'ASQM.

... and the winner is...

Prix qualité La qualité comme maître-mot. Malgré des conditions-cadres très exigeantes, de nombreux projets de grande valeur voient le jour. Tous les deux ans, les meilleurs d'entre eux peuvent concourir pour le prix *Innovation Qualité* de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) de la FMH, qui vient d'être remis lors du dernier symposium de l'ASQM.



Christoph Bosshard
Dr méd., vice-président
de la FMH, responsable
du département
Données, démographie
et qualité

Imaginez un instant que Dällenbach Kari* s'exprime sur le thème de la qualité dans le domaine de la santé et sur les exigences, aujourd'hui au premier plan, de l'administration et de la politique visant à la mesurer et à la quantifier. Il nous raconterait sans doute son histoire de la pièce de cinq francs: en rentrant chez lui pendant la nuit, Kari perd une pièce de cinq francs. Il se met à la chercher sous le faisceau d'un lampadaire. Intrigué, un policier l'interpelle et lui demande ce qu'il fait. Ensemble, ils poursuivent alors les recherches. Après un certain temps, le policier

demande à Kari s'il peut préciser un peu plus l'endroit où il a perdu sa pièce. «Bien sûr», répond Kari en désignant l'obscurité. Étonné, le policier lui demande alors pourquoi il ne cherche pas là où il l'a perdue. Kari lui explique qu'il n'y verrait rien, parce qu'il fait nuit, et qu'il cherche donc là où il y a de la lumière.

Les anecdotes de Dällenbach Kari nous font toujours sourire, même si sa fin personnelle a été tragique. Les attentes récurrentes concernant la «mesurabilité chiffrée» de la qualité, que l'on nomme ainsi précisément

parce qu'elle n'est pas quantifiable au sens propre (sans quoi le terme «quantité» serait suffisant), nous laissent aussi particulièrement songeurs. En choisissant soigneusement des paramètres de substitution pertinents, en les collectant et en les présentant d'une certaine façon, il est certes possible de répondre à certaines questions qualitatives de manière quantitative. Mais toutes ces exigences de justification et de contrôle, et toutes les structures que cela nécessite, nous renvoient à la fameuse

L'ASQM/FMH prend le contre-pied de cette situation en établissant des mesures pluridisciplinaires en faveur de la qualité.

question de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité, si importante – à juste titre – dans le domaine des assurances sociales. La question fondamentale qu'il faudrait se poser est la suivante: les connaissances que l'on en tire apportent-elles une valeur ajoutée équivalente à l'investissement consenti? Si ce n'est pas le cas, alors la question de la qualité doit être posée ici aussi!

Depuis plus de deux ans, la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité part du principe que tous les nouveaux processus de développement et de contrôle de la qualité exigés par le législateur à l'article 58a de la LAMal, ainsi que les modifications et les conditions structurelles nécessaires à cet effet, sont déjà inclus et indemnisés dans le tarif TARMED, obsolète et datant du siècle dernier. Cette position a malheureusement un impact considérable sur le travail en faveur de la qualité, à bien des égards. Ainsi, les conventions qualité exigées par la loi doivent aussi en tenir

Avec le prix *Innovation Qualité* de l'ASQM/FMH, nous voulons donner de la visibilité à des projets qui ont fait leurs preuves.

compte, ce qui a pour conséquence de freiner sensiblement l'engagement initial des professionnels de la santé, déjà en prise avec une bureaucratie galopante. Au moment de concrétiser les conventions qualité, nous nous concentrons donc pour la réduire le plus possible et éviter de devoir sacrifier encore davantage le temps passé auprès de nos patientes et de nos patients. Car en médecine, c'est *le temps* qui est à la base de tout investissement

en faveur de la qualité. Et c'est précisément ce temps qui est déjà fortement sous pression compte tenu des exigences d'économie et des contraintes administratives actuelles.

On pourrait se résigner; et c'est malheureusement ce qui arrive trop souvent. L'ASQM/FMH a néanmoins décidé de prendre le contre-pied de cette situation et de créer du sens en établissant, en collaboration avec toutes les organisations affiliées, des mesures pluridisciplinaires visant à améliorer et à développer la qualité. Sans jamais perdre de vue notre vocation et notre mission pour nos patientes et nos patients, nous en discutons et continuons à les développer en permanence. Tout en étant bien entendu prêts à contribuer à la mise en œuvre de l'article 58a de la LAMal dès que les conditions-cadres y seront propices.

Avec le prix *Innovation Qualité* décerné tous les deux ans par l'ASQM/FMH, nous incitons les professionnelles et professionnels sur le terrain à soumettre des projets ayant fait leurs preuves et leur donnons ainsi de la visibilité. Les lauréates et lauréats de la dernière édition ont été dévoilés lors du symposium de l'ASQM le 24 mai 2024; vous découvrirez leurs

Découvrez les portraits des lauréats de l'*Innovation Qualité* dans ce numéro du BMS et dans le prochain.

portraits dans le présent numéro du Bulletin des médecins suisses et dans celui de la semaine prochaine. Nous espérons que vous aurez du plaisir à en apprendre plus sur ces fantastiques projets!

J'en profite pour remercier ici les 56 équipes qui ont soumis leurs projets. Ce nombre est déjà en soi une belle preuve des efforts menés en faveur de la qualité en médecine. Je remercie également nos 32 organisations partenaires qui ont soutenu activement l'édition 2024. Sans oublier les membres des jurys qui ont eu la lourde tâche de désigner les lauréats. Et enfin, je remercie l'ensemble de nos collaboratrices et collaborateurs, sans qui ce prix n'existerait pas.

N'oublions jamais qu'il est essentiel de chercher et surtout de trouver la pièce de cinq francs là où nous l'avons perdue et pas simplement là où il est le plus facile de la chercher! Pour cela, il faut aussi savoir mettre à profit les connaissances collectives de chacune et de chacun d'entre nous, et c'est précisément cela qui est au cœur de la mission de l'ASQM, l'organisation qualité de la FMH.

* Note du traducteur: Dällenbach Kari, de son vrai nom Karl Tellenbach (1877–1931), était un coiffeur bernois connu pour son originalité. Il fait l'objet d'un grand nombre d'anecdotes, vraies ou inventées. Atteint d'une grave maladie, il met fin à ses jours en 1931.



Innovation Qualité 2024: les lauréates et lauréats (1)

Remise des prix Les gagnantes et gagnants ont été désignés: trois projets en faveur de la qualité ayant fait leurs preuves dans le système de santé suisse ont été récompensés par le prix Innovation Qualité 2024 lors du symposium de l'ASQM à Berne. Dans le présent et le prochain numéro du Bulletin des médecins suisses, nous dressons le portrait de ces projets lauréats dans les trois catégories de prix.

Roxane Kübler^a; Fabienne Hohl^b

^a M.A., responsable opérationnelle de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) de la FMH; ^b division Communication de la FMH

L'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) a reçu un nombre record de candidatures pour le prix Innovation Qualité 2024: 56 projets au total! 13 ont été soumis en français, 43 en allemand. 16 projets concernaient le secteur ambulatoire, 17 le secteur hospitalier et 23 étaient intersectoriels. Les deux jurys interprofessionnels n'ont donc pas eu la tâche facile. Un jury a évalué les projets des catégories «Innovation numérique» (choix thématique 2024) et «Prix spécial du jury». L'autre jury était chargé des projets concourant dans la catégorie «Sécurité des patients». 22 personnes au total ont été mobilisées en tant que membres du jury pour le prix Innovation Qualité 2024.

Un réseau vivant – un grand merci!

En 2024 également, l'ASQM a pu compter sur un important et généreux soutien de la part

des organisations partenaires: 32 partenaires du secteur de la santé (voir encadré) ont contribué à la quatrième édition du prix Innovation Qualité en menant des actions de communication à son sujet. Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des candidates et des candidats, des membres du jury et de nos organisations partenaires pour leur engagement en faveur de la qualité dans le domaine de la santé!

L'écho considérable du prix Innovation Qualité 2024 montre à quel point la démarche qualité est ancrée dans le système de santé suisse. L'ASQM se réjouit donc d'autant plus de pouvoir décerner tous les deux ans ce prix, doté d'un montant total de 40 000 francs. Elle rend ainsi hommage à l'important engagement en faveur de la qualité dans le système de santé suisse et en particulier aux projets exceptionnels et durables des pionnières et pionniers de

la qualité. En tant qu'organisation propre aux médecins de la FMH traitant des questions de qualité, l'ASQM offre également aux professionnels de la santé une plateforme établie pour l'échange mutuel et la mise en réseau.

Projets primés

Le projet arrivé en tête du prix Innovation Qualité 2024 dans la catégorie «Innovation numérique» est l'«Application d'autogestion SERO». Nous en dressons le portrait dans le présent numéro du Bulletin des médecins suisses. Dans la catégorie «Sécurité des patients», c'est le projet «Tableau de bord pour la sclérose en plaques» qui a été récompensé. Le «Prix spécial du jury» a quant à lui été attribué au projet intitulé «La qualité par la réflexion». Nous vous présenterons ces deux projets la semaine prochaine dans le numéro 25 de notre magazine.

L'ASQM de la FMH félicite chaleureusement les gagnantes et gagnants! Vous trouverez les descriptions de leurs projets, des informations sur le prix Innovation Qualité ainsi que les descriptions des projets présélectionnés par le jury sur www.innovationqualite.ch.

Correspondance

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

Les 32 partenaires du prix Innovation Qualité 2024

Académie suisse des sciences médicales (ASSM) • Aide et soins à domicile Suisse • Association Genevoise des Assistantes & Assistants Médicaux (AGAM) • Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) • Association Romande des Assistantes Médicales (ARAM) • Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD) • Association suisse des ergothérapeutes (ASE) • Associazione Ticinese Assistenti di Studio Medico (ATAM) • Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) • ChiroSuisse • Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) • Curacasa • Faculté de médecine de l'Université de Berne • Faculté de médecine de l'Université de Genève • Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) • Fédération suisse des patients (FSP) • Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) • Fondation EQUAM • H+ Les Hôpitaux de Suisse • Haute école spécialisée bernoise, département Santé • Hôpital universitaire de Bâle (USB) • Hôpital universitaire de Zurich (USZ) • Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) • Insel Gruppe AG • Oncosuisse • Organisation suisse des patients (OSP) • Physician Associates Switzerland (PAS) • Physioswiss • Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA) • Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) • Swiss Nurse Leaders • Swissnoso

Catégorie «Innovation numérique»

Application SERO

En Suisse, environ 1000 personnes se suicident chaque année. Soutenue dans le cadre du Plan d'action national pour la prévention du suicide et de Promotion Santé Suisse, la société Luzerner Psychiatrie AG a réalisé le projet SERO (Prévention du suicide organisée de manière uniforme au plan régional) [1]. L'une des quatre mesures du projet est l'application d'autogestion SERO [2].

L'application vise à soutenir les personnes concernées, leurs proches et d'autres personnes de référence avant, pendant et après les crises suicidaires, à les renforcer dans leurs compétences personnelles et à encourager leur autogestion. Cela permet de soulager le système de santé. L'application SERO est la première application de prévention du suicide pour les pays germanophones. Elle est gratuite et également disponible en français, en italien et en anglais.

Développement participatif

La première version de l'application s'adresse aux personnes concernées par un risque accru de suicide, tandis que la deuxième version a été créée à l'intention des proches. Les exigences posées à l'application ont été recueillies et continuellement développées dans le cadre d'ateliers participatifs et tripartites avec des personnes concernées, des proches et des professionnels, d'entretiens individuels et de groupes de discussion ainsi que de recherches bibliographiques scientifiques.

Stratégies de prévention combinées

Les six stratégies essentielles et internationalement reconnues d'une application de prévention du suicide ont pu être intégrées dans l'application SERO comme suit [3]:

- Évaluer les humeurs et les pensées suicidaires: grâce à l'instrument visuel PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) [4], l'application permet aux utilisateurs d'autoévaluer leur état émotionnel et de suivre les fluctuations de leur tendance suicidaire; il est ainsi possible d'intervenir à temps et à court terme.
- Développer un plan de sécurité / de ressources: dans le cadre d'un processus structuré, les personnes concernées élaborent leur plan de sécurité personnel ou les proches leur plan de ressources; celui-ci leur sert de guide avant et pendant une crise suicidaire et renforce leurs capacités à faire face.
- Recommandation de stratégies d'adaptation: l'application peut, si nécessaire, proposer des activités et des stratégies personnalisées par le biais d'un message à l'écran.



Équipe du projet Application SERO: Janine Brunner, Gregor Harbauer, Caroline Gurtner et Michael Durrer; absente de la photo: Kerstin Denecke (contact: michael.durrer[at]lups.ch).

- Information et sensibilisation: l'application contient des informations sur le thème de la suicidalité destinées aux personnes concernées et à leurs proches, ainsi que des liens complémentaires.
- Accès à un réseau de soutien personnel: l'application facilite le contact avec les personnes qui apportent leur soutien, favorise le sentiment d'appartenance à une communauté et réduit l'isolement social.
- Accès à la consultation d'urgence: l'application permet d'accéder immédiatement à des services de conseil et à des lignes d'urgence lorsqu'une situation nécessite une aide plus approfondie.

Pour les personnes et leurs proches

L'application d'autogestion SERO est innovante parce qu'elle combine les six stratégies essentielles mentionnées ci-dessus en une seule application. Elle se distingue notamment par l'intégration de l'instrument visuel validé PRISM™-S pour une auto-évaluation rapide de la suicidalité [4]. Cette intégration, combinée à un plan de sécurité, renforce la capacité des

personnes concernées à pouvoir évaluer leur risque de suicide à un moment donné.

En outre, l'application leur fournit des connaissances qui leur permettent de prendre des décisions éclairées sur le recours à leurs propres mesures ou au soutien d'autres personnes, et offre également un soutien aux proches. Sur la base du plan de sécurité partagé en temps réel, les proches peuvent apporter un soutien individuel et ciblé aux personnes concernées. Les autres applications de prévention du suicide n'offrent pas ces possibilités.



Références

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



Prenez des décisions thérapeutiques reposant sur un large consensus. En toute sécurité et avec efficacité dans les tableaux d'indication virtuels – avec les HIN Medical Boards.

En savoir plus

Collaboration simple et sécurisée dans le système de santé suisse

www.hin.ch/fr/medicalboards





© Emilyprofamily / Dreamstime

Le changement climatique a de multiples effets directs et indirects sur la santé et le système de santé.

Durabilité en anesthésie: état des lieux et perspectives

Développement durable Confronté à un changement de paradigme, le système de santé de notre pays est appelé à développer une approche durable et favorable à la santé. Une nouvelle prise de position de la Société suisse d'anesthésiologie et de médecine périopératoire (SSAPM) montre la contribution de l'anesthésie.

Salome Meyer^a; Robin Rieser^b; Laurentiu Marin^c

^a Dre méd., MBA, spécialiste en anesthésiologie, Head of Sustainability Initiative SSAPM, Member Sustainability Board WFSA;

^b collaborateur scientifique, division Santé publique de la FMH; ^c Dr méd., spécialiste en anesthésiologie, Sustainability Initiative SSAPM

Le changement climatique met notre santé et notre bien-être à rude épreuve. Il s'agit de l'une des plus grandes menaces pour la santé mondiale au 21^e siècle. L'Accord de Paris sur le climat adopté en 2015 pour lutter contre le changement climatique prévoit de limiter le réchauffement global à moins de deux degrés Celsius par rapport à l'ère préindustrielle [1]. Ratifié par la Suisse en 2017, notre pays a réaffirmé son engagement à limiter l'impact du réchauffement climatique.

Si les besoins en santé de connaissent pas de limites, les ressources à disposition sont, elles, limitées.

De ce fait, le système de santé est face à un double défi: d'une part, les ressources financières dépensées pour soigner les affections découlant de l'impact du réchauffement climatique sur la santé sont importantes et, de l'autre, les systèmes de santé des pays industrialisés génèrent jusqu'à 10% des émissions nationales de gaz à effet de serre [2].

Situation en Suisse

Le système de santé de notre pays n'a cessé de se développer au cours des dernières années et, sous sa forme actuelle, il sollicite une part toujours plus importante des ressources financières, humaines et naturelles à disposition. Si les besoins en santé de connaissent pas de limites, les ressources à disposition sont, elles, limitées.

Aspects écologiques du propofol

- Sur la quantité totale de propofol administrée à un patient, 1% est évacué tel quel dans l'urine et 99% sont métabolisés.
- Le propofol non métabolisé (excrété par les patients ou rejeté sans être utilisé) est toxique pour les organismes aquatiques.
- Le propofol non métabolisé s'accumule dans les masses graisseuses et présente un haut potentiel de bioaccumulation et de mobilité dans le sol.
- Pour une destruction totale, le propofol doit être chauffé au moins 2 secondes à 1000 °C [19].
- Le propofol a un indice de persistance, bioaccumulation et toxicité (PBT) de 6 sur 9 [20].

Tout le monde s'accorde à dire que des réformes s'imposent pour atteindre les objectifs communs en matière de santé publique, médecine individuelle et durabilité [3]. Le développement durable, basé sur la responsabilité environnementale, la solidarité sociale et l'efficacité économique dans le respect des limites planétaires, a été déclaré priorité nationale. Cela exige un changement de paradigme qui implique de s'éloigner d'une vision focalisée sur la seule guérison pour s'orienter vers un système de santé résilient sur le plan climatique et favorable à la santé. Cette démarche doit permettre aux personnes concernées de mener une vie digne selon leur propre perspective.

Les prises de position sur le développement durable et la santé planétaire publiées par l'ASSM et la FMH ont jeté les bases de ce changement de paradigme [3, 4]. Leur objectif est de soutenir les acteurs de la santé pour qu'ils développent des pratiques garantes aussi bien du bien-être des individus que de la protection de la planète.

Les défis de l'anesthésiologie

L'anesthésiologie fait partie intégrante de la prise en charge médicale. En tant qu'organisation faitière des spécialistes en anesthésiologie, la SSAPM s'attelle depuis plus de 70 ans à garantir et à développer la qualité des soins dans cette discipline.

Notre objectif est d'informer les prestataires de soins anesthésiologiques des enjeux et de les aider à rendre leur activité plus durable en favorisant la prise de conscience. À l'avenir, les décisions concernant le type d'anesthésie, les anesthésiants et les appareils d'anesthésie devront prendre en compte les aspects liés à la durabilité tout en maintenant la priorité sur la sécurité des patientes et des patients.

Pour ce faire, il s'agit de prendre en compte les émissions directes et indirectes de l'anesthésie.

1. Émissions directes

L'impact de notre activité sur l'environnement est pluriel. L'empreinte carbone du développement, de la production, du conditionnement et de l'élimination des appareils d'anesthésie et des médicaments est importante. Son volume dépend de nombreux facteurs sur lesquels les spécialistes en anesthésiologie peuvent agir directement [5]. C'est sur ceux-ci que nous aimerions ici nous concentrer.

Les gaz anesthésiques sont de puissants gaz à effet de serre qui ont des conséquences néfastes pour le climat [6]. Même si le propofol, qui est le deuxième anesthésique le plus couramment utilisé en anesthésie générale, n'est pas un gaz à effet de serre, sa fabrication et son

Aspects écologiques des gaz anesthésiants

- Puissants gaz à effet de serre qui contribuent au changement climatique.
- 99% sont renvoyés tels quels dans l'atmosphère, soit 5% environ de l'empreinte carbone d'un hôpital et le facteur le plus important de l'empreinte carbone d'une salle d'opération [17, 18].

utilisation génèrent aussi du CO₂ et ses propriétés hydrotoxiques et biotoxiques ont un impact considérable sur les écosystèmes [7]. Hormis le choix de la substance à administrer, son mode d'application est également au centre des préoccupations. Il s'agit d'administrer la dose la plus faible possible, d'éviter toute perte et, dans la mesure du possible, de recycler les déchets ou de les éliminer correctement. La recommandation détaillée figure dans la prise de position, disponible à l'adresse: www.ssapm.ch.

Notre but est de permettre aux prestataires de soins anesthésiques d'intégrer la durabilité dans leur travail.

L'utilisation accrue de produits médicaux à usage unique en anesthésie engendre une augmentation constante des émissions liées à notre travail [8], et ce même si nous savons que recourir à des produits réutilisables est presque toujours synonyme d'impact environnemental plus faible et de coûts réduits [9-13]. Cette tendance devrait être revue de manière critique en tenant compte des spécificités locales. Les doutes quant à une hygiène insuffisante fréquemment mentionnés lorsqu'il est question de matériel réutilisable ont été réfutés scientifiquement à plusieurs reprises [5].

De manière générale, toute procédure d'achat devrait prendre en compte les émissions générées par un produit. Les analyses du cycle de vie (ACV) de plus en plus fréquentes permettent de comparer les différents produits.

La question des déchets doit être incluse dans la préparation des actes d'anesthésie. En anticipant quels kits et quels médicaments vont être utilisés, il est possible d'éviter tout surplus et gaspillage. Le programme de recyclage final devrait être adapté aux exigences locales.

Analyse du cycle de vie

- L'analyse du cycle de vie (ACV) de l'Administration des services généraux américaine est la méthode la plus utilisée pour quantifier l'impact environnemental d'un produit tout au long de son cycle de vie, incluant les matières premières, la fabrication, le conditionnement, la distribution, l'utilisation et le traitement des déchets [21].
- Connue aussi sous l'approche «Cradle-to-Grave».
- Devrait faire partie intégrante de nos décisions et procédures d'achat.

2. Émissions indirectes

Les émissions indirectes de notre activité comprennent notamment l'énergie, les infrastructures et la consommation d'eau [13], domaines dans lesquels les possibilités d'action individuelles sont plus faibles. À l'instar des travaux de rénovation et des projets de construction menés avec le niveau de connaissances requis, l'anesthésie peut néanmoins poser des jalons importants du fait de son rôle central dans la planification des processus périopératoires. Notamment en mettant l'accent sur le passage aux énergies renouvelables et l'utilisation de systèmes de gestion du chauffage et de la ventilation, ainsi que sur la mise en place de stratégies pour économiser l'eau et des pratiques de stérilisation efficaces [14-16].

Si nous parvenons à réduire nos émissions de manière durable, nous apporterons une contribution importante au bien-être de nos patients et de la planète.

Pour y parvenir, il faudra intégrer les principaux facteurs de durabilité dans la formation prégraduée, postgraduée et dans la recherche en anesthésie. De par le rôle clé des anesthésistes dans la prise en charge périopératoire, nous avons la possibilité d'œuvrer de manière

interdisciplinaire pour instaurer des méthodes de travail durables.

Notre contribution

Afin de rendre la pratique de l'anesthésie plus durable en Suisse, la SSAPM a rédigé une prise de position sur la durabilité («Sustainability in Anaesthesiology: A Swiss Perspective») qui figure sur notre site internet. Nous sommes l'une des premières sociétés de discipline médicale en Suisse à proposer un tel guide pour ses membres et les personnes intéressées.

En réduisant nos émissions, nous contribuons activement au bien-être de nos patients et de la planète.

Ce document offre à tous les anesthésistes en exercice des connaissances de base et des propositions concrètes pour agir. Nous espérons ainsi vous inciter à poser la question de la durabilité dans votre lieu de travail, à chercher des solutions adaptées et à les mettre en œuvre.

Afin de pouvoir répondre de manière encore plus ciblée aux questions des prestataires de soins anesthésiques en Suisse, nous réalisons une enquête dans les prochaines semaines permettant de dresser un état des lieux de la durabilité dans les services d'anesthésiologie en Suisse. Les résultats et leur évaluation seront publiés en temps voulu.

La durabilité étant un processus interdisciplinaire et interprofessionnel, n'hésitez pas à nous envoyer vos suggestions et vos sources d'inspiration.

Correspondance

sustainability[at]ssapm.ch



Références

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

Consultez la prise de position complète de la SSAPM: «Sustainability in Anaesthesiology: A Swiss Perspective»

Vous trouverez la prise de position et de plus amples informations sur les activités de la SSAPM en matière de durabilité sur son site internet:



www.ssapm.ch/fr/specialites/durabilite

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Jacques Borgeaud (1941), † 8.1.2024,
Spécialiste en médecine interne générale,
2740 Moutier

Kaspar Weber (1931), † 18.4.2024, Facharzt
für Psychiatrie und Psychotherapie,
3075 Rüfenacht BE

Bettina Benz-Baumann (1938), † 27.4.2024,
8404 Winterthur

Jean Klingler (1940), † 4.5.2024, Facharzt
für Kinder- und Jugendmedizin, 2502 Biel/
Bienne

Fred Gudat (1938), † 8.5.2024, Facharzt für
Pathologie, 79189 Bad Krozingen DE

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Claire Bridel, Spécialiste en neurologie,
membre FMH, Avenue de la Roseraie 76 A,
1205 Genève

TG

Matthias Werner, Facharzt für Gynäkologie
und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Bernrain-
strasse 19, 8280 Kreuzlingen

VG

Jonathan Francisco Illan Montero, Spécialiste
en pédiatrie, membre FMH, Rue de la Corsaz
27, 1820 Montreux

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Manuel Brand, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis
Dr. med. Andreas Brand, Oberdorfstrasse 25,
3053 Münchenbuchsee

Martina Cesal, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis
Bubenberg, Bubenbergplatz 8, 3011 Bern

Linda Habib, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, Südland Health AG,
Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-
denten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern
Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der
Frist entscheidet der Vorstand über die
Aufnahme der Gesuche und über allfällige
Einsprachen.

Annonce



LIBRAIRIE
Éditions médicales suisses EMH

Nous nous réjouissons
de votre visite!

Un univers de lectures captivantes:

- Vaste sélection d'ouvrages spécialisés
- Romans policiers passionnants
- Livres pour enfants, BD... et plus!

shop.emh.ch





© Filippo Carlot / Dreamstime

En 2022, Tox Info Suisse a reçu plus de 40 000 appels, ce qui correspond à une augmentation de 2,5% par rapport à l'année précédente.

Prudence avec le méthotrexate à faible dose!

Numéro d'urgence Trois des cinq décès dont Tox Info Suisse a eu connaissance en 2022 sont survenus après un surdosage au méthotrexate à faible dose. Il avait été administré en prise quotidienne au lieu d'hebdomadaire, ou son dosage n'avait pas été adapté malgré une détérioration de la fonction rénale. Ces cas sont présentés dans le rapport sur les consultations du centre antipoison.

Alexander Jetter^a; Colette Degrandi^b; Katrin Faber^b; Cornelia Reichert^c

^a Prof. Dr méd., chef de clinique, Tox Info Suisse, Zurich; ^b Dre méd., cheffe de clinique, Tox Info Suisse, Zurich; ^c Dre méd., cheffe de service, Tox Info Suisse, Zurich

Tox Info Suisse, le centre antipoison suisse, a reçu 40 583 appels en 2022. Organisé en tant que fondation d'utilité publique, ce centre de consultation, dont le numéro d'appel d'urgence est le 145, est à la disposition des personnes privées et des professionnels de la santé 24 heures sur 24, 365 jours par an, pour répondre à toutes leurs questions sur les intoxications. Les intoxications manifestes ou potentielles chez l'être humain ont été à l'origine de 36 197 appels. 1712 appels ont concerné des animaux. Certaines expositions à une substance toxique ont fait

l'objet de plusieurs appels. On comptabilise par conséquent 33 865 consultations concernant des intoxications manifestes ou potentielles chez des personnes et 1 678 chez des animaux.

Les appels les plus fréquents concernaient des incidents chez des enfants de moins de 5 ans ayant été exposés à des produits ménagers, des médicaments ou des plantes (14 289 cas, soit 42,2% de la totalité). Le deuxième groupe le plus important parmi les cas avec indication d'âge était celui des adultes entre 20 et 40 ans (3 102 cas, soit 9,2%). Avec 52,1% de femmes contre 47,0% d'hommes, les cas étaient un peu

plus fréquents chez les personnes de sexe féminin (dans 0,9% des cas, le sexe n'a pas été communiqué). La plupart des expositions à une substance toxique chez l'être humain étaient des cas d'intoxication aiguë (94,4%). Des circonstances d'intoxication chronique étaient à l'origine de 3% des cas. Alors que 72,3% des intoxications étaient accidentelles dans l'environnement domestique, 10,5% étaient dues à des ingestions intentionnelles suicidaires et 2,1% à des abus. La figure 1 donne un aperçu des groupes des principales substances toxiques.

Retours des médecins

Une évaluation de la gravité potentielle de l'intoxication a déjà lieu lors de la consultation téléphonique et est communiquée aux appelants. Une évaluation définitive ne peut toutefois être effectuée qu'ultérieurement après la disparition des éventuels symptômes. Afin d'améliorer constamment son activité de conseil, Tox Info Suisse

de renseignements, pour actualiser les documents de conseil et en vue d'une évaluation scientifique. Les collaboratrices et collaborateurs de Tox Info Suisse souhaitent ici remercier chaleureusement les médecins pour ce précieux soutien aux activités de Tox Info Suisse.

Pour les évaluations suivantes, seuls les cas pour lesquels un lien de causalité entre l'intoxication et les symptômes a pu être évalué

comme «probable» ou «assuré» ont été pris en considération. Les cas asymptomatiques ont été pris en compte si l'absence de symptômes était documentée dans la réponse du médecin. Une causalité assurée signifie que l'agent incriminé a été déterminé dans l'organisme, que l'évolution dans le temps et les symptômes lui correspondent et que les symptômes ne peuvent pas s'expliquer par une autre affection

La plupart des appels concernent des intoxications d'enfants de moins de 5 ans.

Suisse est tributaire des retours des médecins. C'est pourquoi tous les médecins qui contactent Tox Info Suisse pour une intoxication potentielle ou manifeste reçoivent une confirmation écrite de l'évaluation, accompagnée d'une demande d'informations sur l'évolution du cas et son issue. En 2022, le taux de retour a été de 62,2% pour un total de 8205 demandes de renseignements émanant du corps médical. Tous les retours sont lus avec la plus grande attention et enregistrés dans la banque de données interne de Tox Info Suisse afin que ces informations soient disponibles en cas de futures demandes

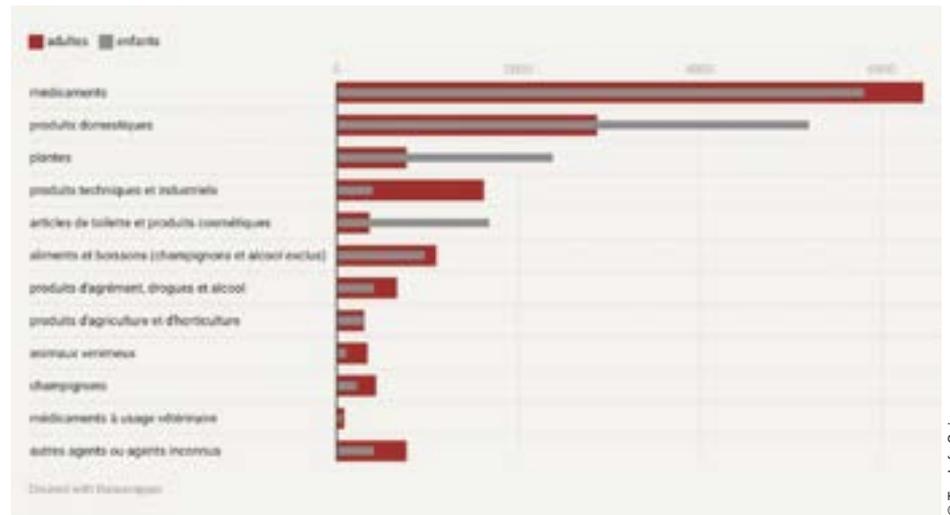


Figure 1: Fréquence des groupes d'agents pour tous les cas d'exposition toxique chez l'être humain.

groupes d'agents/ gravité	adultes					enfants					total	
	O	L	M	G	F	O	L	M	G	F		
médicaments	310	1027	400	142	3	266	301	66	15	0	2530	63.7%
produits domestiques	28	136	25	6	0	69	113	10	1	0	388	9.8%
produits techniques et industriels	27	191	34	3	2	17	26	4	1	0	305	7.7%
produits d'agrément, drogues, alcool	11	119	90	34	0	21	24	5	1	0	305	7.7%
plantes	11	22	15	2	0	24	14	0	1	0	89	2.2%
produits d'agriculture et d'horticulture	5	15	0	1	0	2	0	1	0	0	24	0.6%
articles de toilette et produits cosmétiques	8	21	1	2	0	11	24	3	0	0	70	1.8%
champignons	7	36	29	0	0	7	9	3	0	0	91	2.3%
animaux venimeux	2	19	8	5	0	6	2	0	0	0	42	1.1%
boissons et aliments	1	11	10	2	0	10	11	5	0	0	50	1.3%
médicaments à usage vétérinaire	2	4	0	0	0	2	4	0	0	0	6	0.2%
autres agents ou agents inconnus	4	34	14	4	0	6	8	1	0	0	71	1.8%
total	416	1635	626	201	5	433	536	100	19	0	3971	100%

Tableau 1: Gravité de l'évolution des expositions toxiques selon les différents groupes d'agents (Gravité: O = sans symptôme, L = intoxications légères, M = intoxications moyennes, G = intoxications graves, F = intoxications fatales).

Organisations

ou une autre cause. Une causalité probable est définie par les mêmes critères, à l'exception de la détermination analytique. La gravité de l'intoxication est déterminée sur la base des symptômes, selon des critères standardisés. On distingue ici l'évolution asymptomatique, les cas présentant des symptômes légers, moyens ou graves et les cas dont l'issue est fatale. Les intoxications légères ne nécessitent en général pas de traitement. Un traitement est par contre souvent nécessaire en présence de symptômes de gravité moyenne et obligatoire en présence de symptômes graves. Bien souvent, une prise en charge médicale intensive, généralement de courte durée, est également nécessaire.

Décès dus au méthotrexate

Alors que les années précédentes, on rapportait généralement au maximum un décès lié à un surdosage (relatif) accidentel de méthotrexate à faible dose, Tox Info Suisse a eu connaissance en 2022 de trois décès liés à un traitement continu par méthotrexate. Dans deux des trois cas, le méthotrexate avait été administré par erreur en prise quotidienne au lieu du dosage hebdomadaire prescrit. Dans un cas, la dose de méthotrexate avait été dou-

blée parallèlement à l'administration d'anti-douleurs du groupe des anti-inflammatoires non stéroïdiens et en dépit d'une détérioration de la fonction rénale. Avant que les symptômes n'apparaissent et que l'erreur soit constatée et le méthotrexate stoppé, il s'est écoulé respectivement 3, 8 et 17 jours. Les deux femmes et l'homme décédés avaient tous plus de 70 ans. Ils présentaient les symptômes suivants: détérioration de l'état général, faiblesse, fièvre allant

Deux cas de décès sont survenus en raison d'une administration quotidienne de méthotrexate.

jusqu'à la septicémie, lésions des muqueuses. Une neutropénie, une leucopénie allant jusqu'à la pancytopénie ont également été mises en évidence en laboratoire ainsi que bien souvent une détérioration de la fonction rénale. Dans certains cas, on a d'abord suspecté une cause infectieuse primaire avant de constater que c'était le méthotrexate le responsable en raison des modifications de l'hémogramme et après vérification de la médication. La prise quoti-

dienne au lieu d'hebdomadaire a commencé dans les deux cas lors du passage à une nouvelle forme de prise en charge (réadaptation, soins à domicile) et peut donc être qualifiée de problème d'interface.

Dans un autre cas grave associé au méthotrexate, une prise quotidienne au lieu d'hebdomadaire a également été à l'origine d'une stomatite et d'une gingivite sévères, d'un exanthème et de vomissements multiples accompagnés d'une pancytopénie marquée. La prise quotidienne au lieu d'hebdomadaire a également été une cause de toxicité fréquente dans les cas d'intoxication légers et modérés au méthotrexate. Par ailleurs, des cas ont été rapportés dans lesquels l'administration hebdomadaire était correcte, mais où la détérioration de la fonction rénale (par exemple en raison d'une infection ou de l'administration d'AINS pendant plusieurs jours), cause la plus probable de la toxicité du méthotrexate, n'avait pas été détectée. Dans la plupart des cas, les symptômes de toxicité ont commencé par une détérioration non spécifique de l'état général ou une augmentation des douleurs. L'arrêt immédiat des doses trop fréquentes de méthotrexate et une administration rapide d'acide folinique sont essentiels.

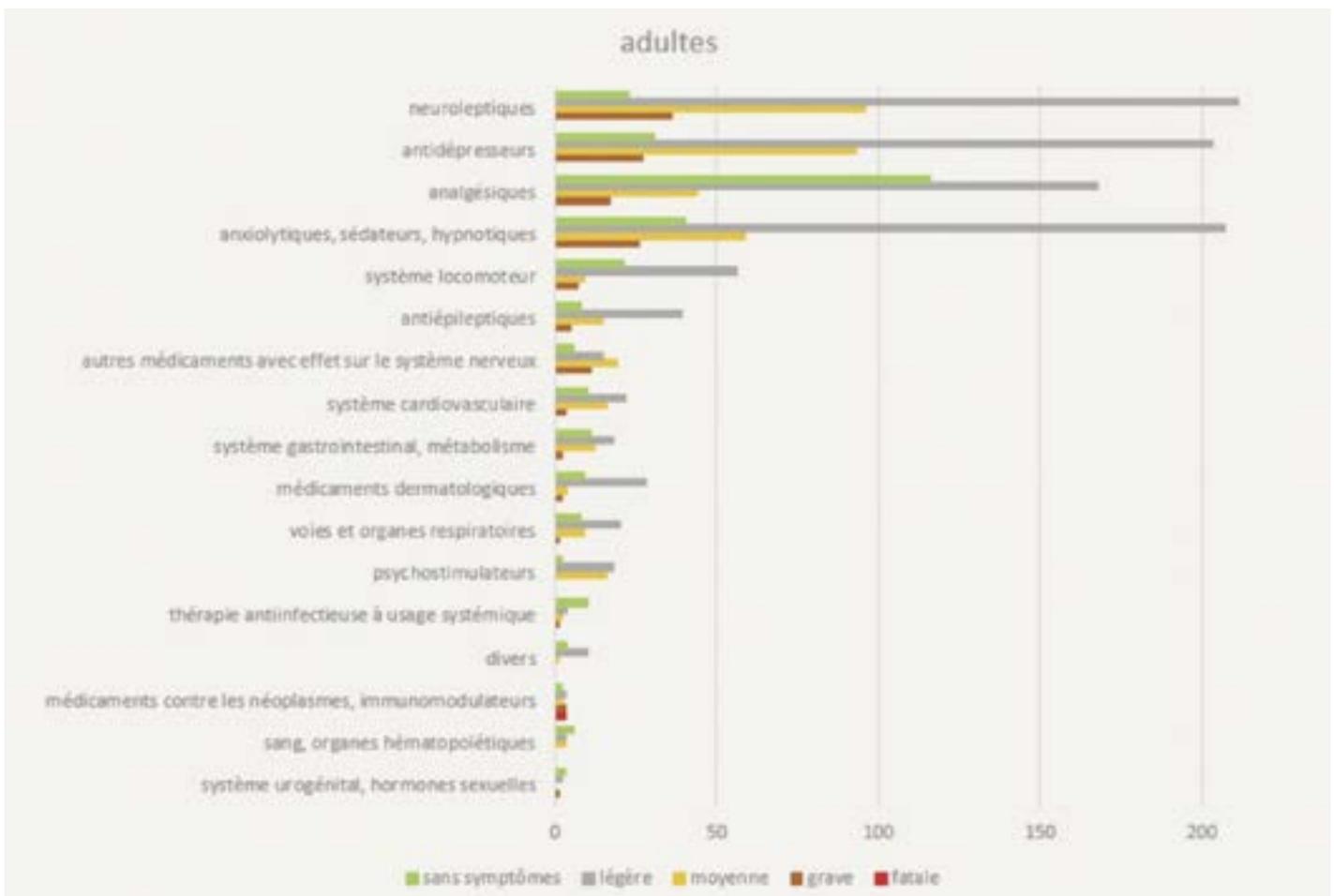


Figure 2: Gravité des intoxications médicamenteuses chez l'adulte (personnes ≥16 ans).

Les deux autres décès survenus en 2022 concernaient des adultes de sexe masculin qui avaient ingéré respectivement du nitrite de sodium et de l'acide chlorhydrique dans une intention suicidaire.

Médicaments psychoactifs

Le tableau 1 donne un aperçu de la gravité des intoxications par des substances toxiques appartenant aux différents groupes d'agents. Les médicaments étant la cause la plus fréquente d'intoxication, les figures 2 et 3 donnent un aperçu de la gravité des intoxications selon les différentes classes de médicaments chez l'adulte et l'enfant/adolescent jusqu'à 16 ans.

Par ailleurs, les intoxications non médicamenteuses peuvent également présenter des évolutions graves. Ainsi, si les accidents liés à des substances corrosives sont fréquents dans l'environnement domestique, les intoxications restent toutefois généralement légères, car ces produits domestiques ne contiennent en principe que de faibles concentrations de substances acides ou alcalines. Par chance, les brûlures chimiques graves aux alcalins et acides forts sont plutôt rares. Elles peuvent néanmoins être fatales comme ce fut le cas pour l'un des cinq décès déplorés en 2022. Dans le mi-

lieu de la drogue, des accidents peuvent se produire avec de l'eau ammoniaquée, surtout si celle-ci a été transvasée dans des bouteilles destinées à la consommation et n'a pas été étiquetée. Dans le rapport annuel 2022, disponible sur le site Internet de Tox Info Suisse (toxinfo.ch), les brûlures chimiques sont présentées de manière plus détaillée en tant que thème principal.

En résumé, Tox Info Suisse a reçu plus de 40 000 appels, ce qui correspond à une augmentation de 2,5% par rapport à l'année précédente. Ce fort besoin d'information en cas

La plupart des intoxications moyennes et graves sont dues à des médicaments psychoactifs.

d'exposition à une substance toxique se traduit également par une augmentation de près de 75% des demandes de journalistes, qui ont reçu plus de 90 réponses de Tox Info Suisse.

Les retours des médecins sur l'évolution des intoxications sont particulièrement précieux, car ils contribuent à améliorer constam-

ment la qualité des consultations. Les collaborateurs de Tox Info Suisse les en remercient vivement et remercient également la FMH pour son soutien financier.

Correspondance

alexander.jetter[at]toxinfo.ch

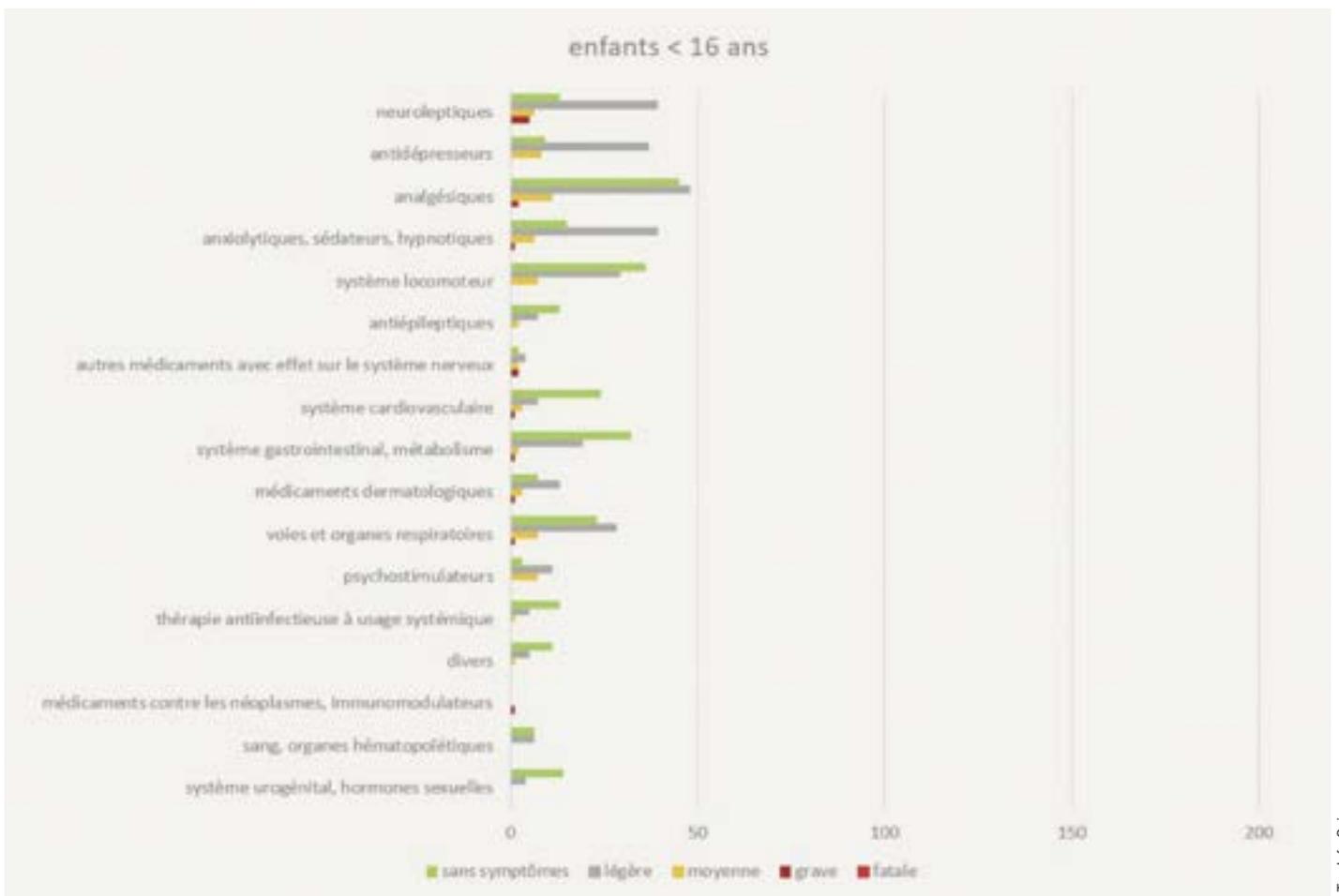


Figure 3: Gravité des intoxications médicamenteuses chez l'enfant et l'adolescent (personnes <16 ans).

Le «safer sex» ne se limite plus au préservatif

Programme national NAPS D'ici 2030, il n'y aura plus de transmission du VIH et des virus des hépatites B et C en Suisse, et l'incidence des autres infections sexuellement transmissibles aura baissé. Tel est l'objectif du nouveau programme national NAPS adopté par le Conseil fédéral, qui cible les groupes de personnes plus fortement exposés. La recommandation principale de la campagne LOVE LIFE: «Faites votre safer sex check».

Office fédéral de la santé publique (OFSP); Représentations de la Commission fédérale pour les questions liées aux infections sexuellement transmissibles (CFIST)

Face à l'augmentation des diagnostics de VIH et de sida, la première campagne «STOP SIDA» avait été lancée il y a plus de 35 ans, le 3 février 1987. Ce jour-là, le présentateur du téléjournal allemand Charles Clerc expliquait que le préservatif était le seul moyen disponible pour se protéger d'une infection au virus du sida [1]. Son intervention avait provoqué de nombreuses réactions et marqué l'histoire de la télévision suisse. La population a compris et appliqué le message véhiculé sur le préservatif.

Situation épidémiologique

Depuis le pic des années 1980, le nombre de nouvelles infections au VIH a constamment diminué, avec des fluctuations d'une année à l'autre. Depuis plus de vingt ans, les diagnostics d'hépatite C (VHC) sont en recul, et les cas d'hépatite B (VHB) sont restés plutôt stables, les infections aiguës reculant même légèrement.

Durant la même période, les diagnostics de gonorrhée et de chlamydie ont augmenté, principalement en raison de tests plus fréquents. Quant à la syphilis, elle semble se stabiliser à un niveau élevé, malgré la hausse des tests. Les infections sexuellement transmissibles (IST) se propagent davantage parmi les groupes clés de la prévention, dont les hommes (gays, bisexuels, queers et autres) ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes achetant ou vendant des prestations sexuelles [2].

Évolution de la prévention

La prévention du VIH, des IST, du VHB et du VHC a beaucoup évolué, surtout au cours des quinze dernières années. Ce changement s'explique notamment par les nouvelles connaissances et possibilités médicales: par exemple, l'introduction de la prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) et la découverte qu'un traitement antirétroviral efficace empêche la transmission du virus.

Un autre aspect important est l'évolution du cadre sociétal, comme le montrent les débats publics concernant la diversité des genres et des sexes; cette situation engendre du soutien, mais aussi des critiques. En parallèle, on observe un fort brassage entre les lieux de prédilection des groupes particulièrement exposés, ce qui pose de nouveaux défis pour le travail de prévention. En outre, les rencontres s'organisent de plus en plus via des supports numériques. Ce phénomène mérite aussi une attention particulière.

Nouveau programme NAPS

Le 29 novembre 2023, le Conseil fédéral a adopté le nouveau programme national «Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles» (NAPS) [3]. Le programme s'appuie sur la vision selon laquelle d'ici à 2030, il n'y aura plus de transmission du VIH et des virus des hépatites B et C en Suisse, et l'incidence des IST aura baissé. Il contribue à améliorer la santé sexuelle des personnes vivant en Suisse.

Cette vision ambitieuse correspond aux objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [4] et des Nations unies (UNAIDS) [5]. Pour qu'elle se réalise, des structures faciles d'accès et des offres adaptées aux besoins sont nécessaires. Au niveau individuel, il s'agit de sensibiliser et d'informer les personnes, tout en renforçant leurs compétences pour agir. Ainsi, elles seront en mesure de se protéger et de recourir aux offres de conseil, de vaccination, de dépistage et, si nécessaire, de traitement. La consultation et le traitement par le personnel médical et les services de conseil et de dépistage volontaires («voluntary counseling and testing», VCT) représentent des offres importantes.

La sexualité au cabinet médical

Pour de nombreuses personnes, le fait de poser des questions sur leur propre sexualité lors d'une consultation médicale demande beaucoup de courage. Ainsi, elles peuvent se sentir soulagées et soutenues si elles savent que le personnel aborde ce sujet de manière ouverte dans son cabinet. Dans la salle d'attente ou de consultation, la présence de dépliants sur le «safer sex check» ainsi que de brochures ou d'affiches sur la santé sexuelle peut offrir une première opportunité de dialogue. Ensuite, il est essentiel que, durant la consultation, les patientes et patients ne se sentent pas jugés, mais soutenus. Tout le monde ne se sent pas à l'aise dans un cabinet médical. Selon la situation, une information sur les offres de VCT peut se révéler utile.



PRÊTE!
POUR UNE
NUIT BLANCHE.

Faites votre
safer sex check:
lovelife.ch

 Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun Svizra
Confederaziun Svizra

 Adolescents Suisses
Aide Suisse pour la Santé
Aids Aids Svizzera

 SANTÉ SEXUELLE
DE KUFFEL E GEHÖRCHT
SALUTE SESSUALE

 **LOVE LIFE**

Le nouveau slogan de la campagne LOVE LIFE est «Faites votre safer sex check».

Organisations

Écouter et questionner

Si des patientes et patients lancent des insinuations ou posent des questions à demi-mot, il vaut la peine de les interroger de manière ciblée et explicite. Ce genre de situation donne ainsi la possibilité d'un conseil adéquat et, si nécessaire, d'un traitement. Si les questions ciblées n'aboutissent pas à un dialogue sur la santé sexuelle, les patientes et patients savent malgré tout qu'elles et ils pourront s'adresser à leur médecin en cas de besoin.

Le préservatif ne figure plus au centre de la communication, même s'il demeure un moyen essentiel de prévention.

Anamnèse sexuelle en cas de symptômes

Lorsque des personnes se présentent au cabinet médical avec des symptômes pouvant indiquer une IST ou une infection au VIH, nombre d'entre elles se sentent soutenues et, souvent, soulagées lorsque leur médecin aborde le sujet de manière ouverte et directe. Une anamnèse sexuelle minutieuse permet ainsi de proposer les tests indiqués. Des renseignements précis présentent un autre avantage: le médecin peut fournir des conseils sur les futures stratégies de protection et discuter d'une éventuelle information pour le ou la partenaire ou de son traitement. Dans tous les cas, il est judicieux de renvoyer les patientes et patients vers un service spécialisé, comme un checkpoint s'occupant des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. En cas de soupçon de violence sexuelle, il peut être indiqué de proposer un contact avec un service de consultation et d'aide aux victimes.

Le préservatif mais pas que...

Que ce soit au cabinet médical ou dans le cadre de la campagne, les exigences en matière de communication sur le safer sex sont aujourd'hui élevées: elle doit être ciblée, différenciée, basée sur les risques et adaptée au contexte dans lequel les rapports sexuels ont lieu. Par conséquent, le préservatif – symbole et quintessence du safer sex – ne figure plus au centre de la communication à la population dans le cadre de LOVE LIFE, même s'il demeure un moyen essentiel de prévention.

À l'origine, le safer sex désignait la stratégie de prévention du VIH; au fil des années et des décennies, son champ s'est élargi. Aujourd'hui, il inclut en plus la protection contre les hépatites B et d'autres IST ainsi que les hépatites C et s'applique dans divers contextes et dans des constellations sexuelles individuelles. La

«simple» recommandation centrée sur l'usage du préservatif ne permet plus de faire face à cette complexité. Elle doit se différencier pour protéger la santé, en tenant en compte de toutes les possibilités comme la vaccination, la prévention médicamenteuse, le dépistage et le traitement. Le nouveau concept du safer sex est placé sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en collaboration avec l'Aide suisse contre le sida (ASS), Santé sexuelle Suisse (SSS) et la Commission fédérale pour les questions liées aux infections sexuellement transmissibles (CFIST).

Pour créer les bases correspondantes, l'ASS a élaboré un Guide sur le safer sex, que la CFIST a validé en juin 2023 [6]. Le nouveau safer sex check a été développé à partir de ce document, en collaboration avec l'ASS, SSS et avec la participation de professionnels de la santé et de l'éducation sexuelle.

Un nouveau «safer sex check»

La nouvelle mouture du «safer sex check» est complètement différente de la première à tous les niveaux: technique, structure, graphisme et contenu. L'outil émet des recommandations de protection et de test personnalisées, complètes et concrètes, contribuant ainsi à renforcer la compétence des personnes pour gérer les risques.

Des dépliants sur le «safer sex check» dans la salle de consultation peuvent offrir une première opportunité de dialogue.

Revêtant la fameuse couleur rose de LOVE LIFE, le check est attrayant, simple et intuitif comme un chat. Élément central du nouveau projet de campagne, il doit devenir aussi évident avant une relation sexuelle que de changer les draps ou de monter sa tente pour passer une nuit romantique à la belle étoile. Il est disponible en français, en allemand, en italien, en romanche et en anglais.

Disponible 24 heures sur 24

Le «safer sex check» n'est pas un outil destiné à remplacer la consultation médicale. Mais contrairement aux professionnels de la santé, il est disponible 24 heures sur 24. Le caractère anonyme permet aux utilisatrices et utilisateurs d'accéder plus facilement à des informations sur des thèmes tabous ou dont ils pourraient avoir honte. Par conséquent, il serait utile que les médecins mettent à disposition des informations sur le «safer sex check» dans leur cabinet. En même temps, tout porte à

Lancement de la nouvelle campagne LOVE LIFE

Le «safer sex check» a été lancé le 25 avril 2024, au début de la campagne LOVE LIFE qui, après une pause de quatre ans, entend à nouveau sensibiliser aux précautions à prendre et aux risques encourus lors de rapports sexuels.

Les sites www.lovelife.ch et www.bag.admin.ch/vih-ist donnent de plus amples informations sur ces thèmes.

Le matériel de campagne destiné aux professionnels et aux cabinets est disponible sur www.lovelife.ch/fr/publications.

croire que cet outil transmettra aux personnes qui l'utilisent de nouvelles connaissances et des compétences pour gérer les risques, ce qui les encouragera à prendre rendez-vous dans un cabinet médical si nécessaire.

Perspectives

La campagne actuelle s'adresse à toutes les personnes sexuellement actives. Elle sera suivie, dès 2025, d'un volet ciblant les groupes clés, à savoir les personnes en provenance de pays à forte prévalence de VIH ou celles qui achètent des prestations sexuelles en Suisse ou à l'étranger. Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, l'ASS met en œuvre des mesures éprouvées depuis de nombreuses années. Il est désormais prévu d'appliquer davantage cette démarche à d'autres groupes clés.

Correspondance

[epi\[at\]bag.admin.ch](mailto:epi[at]bag.admin.ch)
[eksi\[at\]bag.admin.ch](mailto:eksi[at]bag.admin.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.



304

Maladies respiratoires obstructives du petit enfant

Recommandations La Société Suisse de Pneumologie Pédiatrique et la Société Suisse de Pédiatrie présentent leurs recommandations pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies respiratoires obstructives chez les enfants d'âge préscolaire de 1 à 4 ans. Une deuxième partie consacrée à l'asthme chez les enfants d'âge scolaire suivra dans le prochain numéro.

Nicolas Regamey, Constance Barazzone et al.



309

Lorsque le bon traitement a un effet paradoxal

Douleurs de hanche Une patiente de 85 ans a été amenée aux urgences après avoir trébuché et ressenti des douleurs aiguës immobilisantes à la hanche droite. Il existait des signes de fracture, avec une jambe droite raccourcie et en rotation externe. La patiente a signalé des douleurs progressives préexistantes de la hanche ipsilatérale.

Nishanthan Yogarajah, Michael Dietrich et al.



312

Insuffisance cortico-surrénalienne subaiguë

Retard de diagnostic Un triple pontage aortocoronarien a été réalisé chez un patient de 66 ans. Le neuvième jour post-opératoire, une thrombopénie a été constatée. Une thrombopénie induite par l'héparine a été suspectée et confirmée par la détection d'anticorps PF4/héparine.

Chiara Carlino, Faiza Lamine et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Stéatohépatite non alcoolique

Le resmétirom freine-t-il la progression?

Une stéatohépatite non alcoolique (NASH) avec fibrose hépatique évolue vers une cirrhose et/ou un carcinome hépatocellulaire. Le resmétirom, un agoniste oral des récepteurs des hormones thyroïdiennes, semble être le premier médicament capable de freiner cette évolution fatale. Dans une étude soutenue par le fabricant, sur 1000 personnes avec NASH + fibrose, 2/3 ont été traitées avec 80 ou 100 mg de resmétirom et 1/3 avec un placebo pendant un an. Les données étaient basées sur des biopsies du foie. Un arrêt de l'activité inflammatoire de la NASH sans progression de la fibrose a été observé dans 26–30% des cas et une régression de la fibrose sans augmentation de l'activité inflammatoire de la NASH dans 24–26% des cas, contre respectivement 10 et 14% sous placebo. Les diarrhées et les nausées étaient plus fréquentes sous resmétirom.

N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2309000. Rédigé le 7.5.24_MK

Plaque sans sténose

Intervention coronarienne judicieuse?

Les plaques coronaires riches en lipides risquent de se rompre et de provoquer une occlusion aiguë du vaisseau par un thrombus. Ces plaques «vulnérables» ne sont souvent pas sténosantes, mais sont néanmoins reconnaissables à l'angiographie coronaire. Une intervention coronarienne (IC) sur ces plaques non sténosantes est-elle pertinente? 1606 personnes ont été randomisées 1:1 pour être traitées par IC + médicaments ou uniquement par médicaments. Le critère d'évaluation combiné décès-infarctus du myocarde-revascularisation-hospitalisation à deux ans est survenu dans 0,4% des cas dans le groupe d'intervention et dans 3,4% des cas dans le groupe de traitement médicamenteux ($p = 0,0003$). La fréquence des effets indésirables pertinents était similaire. Il s'agit de la première grande étude justifiant une IC sur des plaques vulnérables non sténosantes.

Lancet. 2024, doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00413-6. Rédigé le 7.5.24_MK

PTT

Administration précoce de caplacizumab

Le purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) est dû à l'activité accrue du facteur de von Willebrand (FvW), qui entraîne une agrégation plaquettaire excessive et la formation de microthrombi. Le traitement fait appel au caplacizumab (Cab), un anticorps monoclonal qui se lie au FvW et bloque ainsi l'agrégation plaquettaire. Le Cab réduit la durée du PTT, mais semble prolonger le délai jusqu'à normalisation de la fonction du FvW. Une analyse de 113 poussées de PTT montre que l'administration précoce de Cab ≤ 3 jours après le diagnostic, par rapport à l'administration tardive de Cab après > 3 jours, réduit la durée du traitement concomitant par échanges plasmatiques de 20 à 11 jours. Ni l'administration précoce ni l'administration tardive ne prolongent le délai jusqu'à normalisation de la fonction du FvW.

Blood. 2024, doi.org/10.1182/blood.2023022725. Rédigé le 7.5.24_MK

CME

Coccygodynie

- La coccygodynie désigne des douleurs chroniques tenaces dans la région du coccyx. Elle est fréquente et souvent ignorée [1]. Le rapport femme/homme est d'environ 4:1.
- Les déclencheurs connus sont les traumatismes verticaux dus à une chute sur le coccyx, l'accouchement et les microtraumatismes dus par exemple à la pratique du vélo ou de la moto ou à une position assise prolongée dans une mauvaise posture (maladie de la télévision). Dans la moitié des cas, aucun déclencheur certain n'est identifié.
- Les facteurs de risque sont l'obésité, qui prédispose à une mauvaise position as-

sisée, ou une perte de poids rapide, ainsi qu'une hypermobilité du coccyx.

- Le diagnostic est clinique. Il y a typiquement des douleurs en position assise, accentuées lors des changements de position, notamment lors de l'inclinaison vers l'arrière. La douleur est reproductible à la palpation externe ou rectale du coccyx.
- La radiographie est un examen de routine après un traumatisme, afin d'exclure une fracture ou une luxation.
- Souvent, les douleurs disparaissent sans traitement après plusieurs semaines ou mois. Il est toutefois judicieux de traiter avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens locaux ou oraux et de diminuer la pression [2]. Ce traitement conservateur est efficace dans 90% des cas.

- La pression est réduite en évitant de s'asseoir ou en utilisant un coussin d'assise approprié qui ménage l'ischion. Un coussin en biseau avec effilement vers l'arrière peut aussi être utilisé.
- Si les douleurs persistent, le traitement par une ou un spécialiste de la douleur est judicieux: mobilisation manuelle des articulations, infiltration de stéroïdes, blocage du ganglion impar, bloc périurétral.
- Si ces mesures échouent également, la résection chirurgicale du coccyx est indiquée après exclusion d'un processus malin du coccyx par imagerie par résonance magnétique.

1 Z Rheumatol. 2023, doi.org/10.1007/s00393-022-01254-w.
2 Swiss Med Forum. 2021, doi.org/10.4414/smfm.2021.08671.
Rédigé le 7.5.24_MK

Connaissances médicales

«Do not worry about machine learning...»

... worry more about how you can become a learning machine» [1]. Ainsi conclut l'éditorialiste d'une étude sur l'influence des connaissances médicales sur la précision du processus diagnostique et les erreurs cognitives (biais) et les place de manière pointue dans le contexte des possibilités et limites de l'intelligence artificielle (IA).

Les erreurs diagnostiques résultent le plus souvent d'un raisonnement clinique erroné. Mais le cheminement vers le bon diagnostic est-il déterminé par nos connaissances médicales ou plutôt par des processus cognitifs (intuition vs. analyse)? Cette question a été abordée dans une étude bien pensée [2]: dans une première phase, des médecins assistants (MA) internistes ont dû se remémorer les principaux faits de six entités différentes (entre autres carence en vitamine B₁₂, insuffisance surrénale et endocardite). Selon les résultats, ils ont été répartis en deux groupes, l'un avec des connaissances élevées et l'autre avec des connaissances faibles («high knowledge» [HK] et «low knowledge» [LK]). Dans une deuxième phase, les MA ont été confrontés à des vignettes cliniques, dont la moitié étaient dotées d'une caractéristique particulière («saillant distracting feature» [SDF]) qui devait les mettre sur une fausse piste, à savoir un diagnostic incorrect.

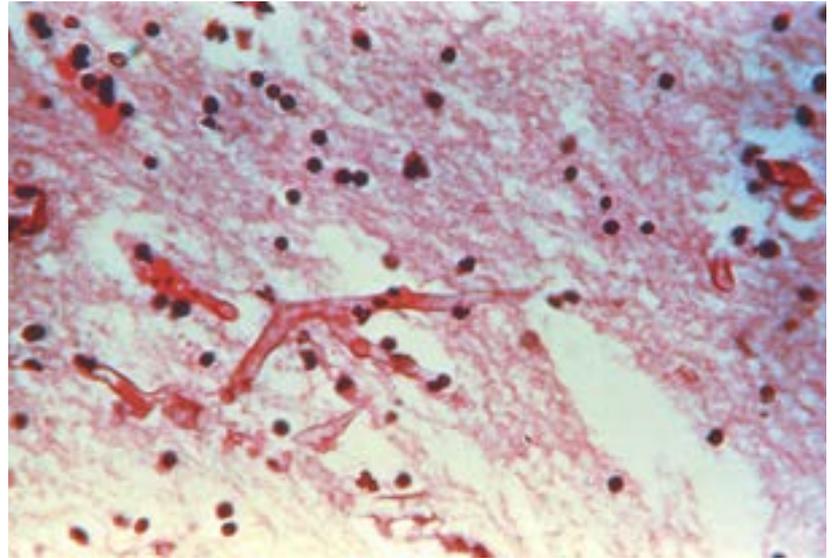
Quels ont été les résultats des deux groupes? Pour les vignettes sans SDF, il n'y avait aucune différence dans la précision diagnostique entre les MA-HK et les MA-LK. Mais dans les cas avec SDF, les MA-LK ont plus souvent posé un diagnostic erroné. En outre, le temps nécessaire pour parvenir à un diagnostic a été mesuré: pour les vignettes avec SDF, les deux groupes ont eu besoin de plus de temps. La différence dans le succès du diagnostic ne semble donc pas être due à des processus cognitifs, mais en premier lieu aux connaissances. Cela semble évident: qui ne sait pas que la fièvre, le souffle cardiaque et les hémorragies en flammèches indiquent une endocardite n'arrivera pas au bon diagnostic, même après une analyse aussi longue soit-elle. Bien sûr: avec l'IA et des grands modèles de langage, la mobilisation rapide des faits médicaux peut perdre de son importance. Toutefois, les connaissances médicales resteront indispensables pour résoudre les problèmes diagnostiques.

1 BMJ Qual Saf. 2024, doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017141.

2 BMJ Qual Saf. 2024, doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016621.

Rédigé le 9.5.24_HU

Quiz



© CDC/ Dr. Lucille K. Georg, 1968

Mucormycose: filaments fongiques dans une biopsie tissulaire.

Diabète et rhinosinusite aiguë

Imaginez la vignette suivante (inspirée de [1, 2]: Un patient de 40 ans avec diabète sucré de type 2 connu et mal contrôlé (HbA_{1c} 15%) se présente avec une faiblesse marquée, des céphalées rétro-orbitaires, de la fièvre (39 °C), une pression artérielle de 125/75 mm Hg, un pouls de 95/min, une fréquence respiratoire de 24/min et une saturation en oxygène de 96% en air ambiant. L'examen physique révèle une tuméfaction livide maxillaire droite et une exophtalmie de l'œil droit. Les paramètres inflammatoires sont élevés: leucocytes 13,4 G/l (norme 4–11 G/l), protéine C réactive 230 mg/l (norme <5 mg/l). Une tomographie de la tête et du cou montre un gonflement de l'orbite droite et des altérations inflammatoires au sens d'une sinusite maxillo-ethmoïdale droite prononcée. Les muqueuses nasales sont recouvertes d'une croûte noire («black eschars»).

Quel diagnostic suspectez-vous?

- A) Phlegmon facial
- B) Fasciite nécrosante
- C) Mucormycose rhinocérébrale
- D) Anthrax cutané

L'histopathologie de la biopsie de la muqueuse montre des hyphes non cloisonnés (cf. figure) en rubans («ribbon formations») avec angio-invasion et nécroses tissulaires: il s'agit d'une mucormycose. La mucormycose rhinocérébrale (synonyme: zygomycose) est une infection rare mais grave due à des champignons opportunistes du groupe des *Mucorales* (entre autres *Mucor*, *Rhizopus*, *Rhizomucor*). Les spores sont inhalées et se propagent rapidement en cas de déficit immunitaire. Le nez, les sinus paranasaux et le cerveau sont principalement touchés. Les facteurs prédisposants incluent diabète sucré mal contrôlé, corticothérapie, hémochromatose et traitement par chélateurs du fer, infection par le VIH, neutropénie, transplantation d'organes solides et néoplasies hématologiques.

En raison de l'évolution grave avec une mortalité élevée (25–62%), un diagnostic et un traitement rapides sont décisifs. De l'amphotéricine B liposomale doit être administrée dès la suspicion, puis prolongée après confirmation du diagnostic, en général pendant 4–6 semaines ou selon la réponse clinique. Les tissus infectés doivent faire l'objet d'un débridement chirurgical.

1 JAMA. 2024, doi.org/10.1001/jama.2024.0642.

2 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMicm2309352.

Rédigé le 9.5.24_HU

Recommandations suisses 2023: Partie 1

Maladies respiratoires obstructives du petit enfant en âge préscolaire de 1–4 ans

La Société Suisse de Pneumologie Pédiatrique et la Société Suisse de Pédiatrie présentent dans cette première partie leurs recommandations pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies respiratoires obstructives chez les enfants d'âge préscolaire. Une deuxième partie consacrée à l'asthme chez les enfants d'âge scolaire suivra dans le prochain numéro.

Prof. Dr méd. Nicolas Regamey^{a,b}; Prof. Dr méd. Constance Barazzone^c; Prof. Dr méd. Jürg Barben^d; Dr méd. Sylvain Blanchon^e; Prof. Dr méd. Jürg Hammer^f; Prof. Dr méd. Claudia E. Kuehni^g; Prof. Dr méd. Philipp Latzin^h; Dr méd. Isabelle Rochat Guignardⁱ; Dr méd. Peter Salfeld^j; Prof. Dr méd. Daniel Trachsel^k; Dr méd. Maura Zanolari^l; Dr méd. Dominique Gut^m; Prof. Dr méd. Alexander Möllerⁿ; au nom de la Société Suisse de Pneumologie Pédiatrique (SSPP) et de la Société Suisse de Pédiatrie (pédiatrie suisse)

^a Abteilung für Pädiatrische Pneumologie, Kinderspital Zentralschweiz, Luzern; ^b Medizinische Fakultät, Universität Bern, Bern; ^c Unité de pneumologie pédiatrique, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital des Enfants, Université de Genève, Genève; ^d Abteilung für pädiatrische Pneumologie, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen; ^e Unité de pneumologie et mucoviscidose pédiatrique, Service de pédiatrie, Département Femme-Mère-Enfant, Hôpital universitaire de Lausanne et Université de Lausanne, Lausanne; ^f Abteilung für Intensivmedizin und Pneumologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel; ^g Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Bern; ^h Abteilung für Pneumologie und Allergologie, Universitäts-Kinderklinik, Inselspital, Universität Bern, Bern; ⁱ Abteilung für pädiatrische Pneumologie, Klinik für Kinder und Jugendliche, Kantonsspital Münsterlingen, Münsterlingen; ^j Pneumologia pediatrica, Istituto Pediatrico della Svizzera Italiana, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Bellinzona; ^k Pädiatrie, MedZentrum Hochdorf, Hochdorf; ^l Abteilung für pädiatrische Pneumologie, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich

Introduction

Les recommandations présentées ici concernant le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires obstructives chez le jeune enfant d'âge préscolaire sont une version abrégée des recommandations récemment publiées dans la revue *Paediatrica* [1]. Elles se basent principalement sur les lignes directrices de la «Global Initiative for Asthma» (GINA) de 2023 [2]. Pour la surveillance de l'asthme, nous ren-

voyons à la version intégrale dans *Paediatrica* [1]. Des recommandations suisses pour la prise en charge en urgence de la bronchite obstructive aiguë et de la crise d'asthme ont été publiées récemment [3], nous nous limitons ici à les mentionner.

Définitions

Le terme de bronchite obstructive décrit en principe une infection virale des voies respiratoires inférieures avec obstruction respiratoire (en premier lieu des grandes et moyennes bronches) et comme symptôme principal la respiration sifflante, appelée aussi «wheezing» [4]. D'autres symptômes et signes typiques sont la toux, la tachypnée, le tirage, le battement des ailes du nez et la respiration saccadée avec des gémissements expiratoires.

La bronchite obstructive est une maladie fréquente. Environ un tiers des enfants manifeste au moins une bronchite obstructive avant

la fin de la 3^e année de vie [5]. Les agents les plus fréquents responsables de bronchites obstructives sont les rhinovirus, le virus respiratoire syncytial (VSR), les métapneumovirus humains, les coronavirus, les adénovirus et les virus para-influenza et influenza. De nombreux enfants souffrent de bronchites obstructives infectieuses répétées à l'âge préscolaire, surtout pendant les trois premières années de vie. Sont surtout concernés les garçons, les anciens enfants prématurés, les enfants avec un petit poids de naissance et les enfants exposés avant et après la naissance au tabagisme, exposés plus fréquemment aux virus ou avec une prédisposition atopique. La plupart de ces enfants est moins sujette à ce problème en grandissant, devenant par la suite asymptomatique sans souffrir d'asthme.

Chez une petite partie des enfants en âge préscolaire, les bronchites obstructives répétées sont l'expression d'un asthme, défini, comme à l'âge scolaire, comme étant une mala-

Les articles de la rubrique «Recommandations» ne reflètent pas forcément l'opinion de la rédaction. Les contenus relèvent de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire; dans le cas présent, il s'agit de la Société Suisse de Pneumologie Pédiatrique (SSPP) et de la Société Suisse de Pédiatrie (pédiatrie suisse).

die chronique caractérisée par des symptômes (wheezing, toux et/ou dyspnée), une obstruction réversible, une inflammation chronique et une hyperréactivité des voies respiratoires. Toutes ces manifestations ne sont pas forcément présentes chez chaque patiente ou patient en tout temps.

Diagnostic

Contrairement à l'âge scolaire où l'asthme peut être diagnostiqué par des tests objectifs [6], des tests comparables font défaut pour l'âge préscolaire. Le diagnostic d'asthme à l'âge préscolaire se base essentiellement sur l'anamnèse et l'examen clinique. Les tests objectifs ne seront qu'indicatifs. Des symptômes respiratoires

Recommandation

À l'âge préscolaire, l'anamnèse et l'examen clinique permettent de diagnostiquer l'asthme. Les symptômes clés sont la respiration sifflante, la toux, la dyspnée et une réduction de l'activité quotidienne, notamment si les symptômes se manifestent sans infection des voies respiratoires concomitante ou sont déclenchés par l'activité physique, le rire, des pleurs, l'exposition au tabagisme, le froid, la pollution ou le contact avec des allergènes animaux. Des tests objectifs peuvent être indicatifs du diagnostic (recommandation conditionnelle, niveau de preuve modéré) [2].

Recommandation

À l'âge préscolaire, le diagnostic d'asthme devrait être posé avec prudence car il peut être angoissant. Des termes comme «suspicion d'asthme» ou «asthme probable» sont plus appropriés pour la prise en charge de ces enfants et leurs familles (recommandation conditionnelle, sur la base de l'expérience clinique) [2].

Recommandation

Si on diagnostique de l'asthme à l'âge préscolaire, on peut utiliser le terme d'«asthme du petit enfant» (recommandation conditionnelle, niveau de preuve modéré) [2].

épisodiques comme le wheezing ou la toux étant fréquents chez les enfants en bas âge, aussi sans asthme, le diagnostic d'asthme est difficile à l'âge préscolaire.

Anamnèse

Comme à l'âge scolaire, la recherche des symptômes clés représente la base des investigations. Ces symptômes doivent donc être questionnés systématiquement. Les symptômes clés de l'asthme sont la respiration sifflante (haletante, expiratoire, continue, «wheezing»)

récidivante, la toux, des difficultés respiratoires (dyspnée, respiration poussive) et la réduction de l'activité quotidienne (fig. 1).

Les symptômes évocateurs sont surtout ceux apparaissant sans maladie infectieuse concomitante ou qui sont déclenchés par l'activité physique, le rire, les pleurs, l'exposition au tabagisme, le froid, la pollution ou des contacts avec des allergènes animaux. Il peut être utile que les parents filment les bruits ou mouvements respiratoires avec leur téléphone portable.

Des indications en faveur d'un asthme sont en outre une anamnèse personnelle ou familiale d'atopie (dermatite atopique, rhinite allergique, allergies alimentaires) ou la présence d'asthme chez un parent du premier degré. L'apparition des premiers épisodes de bronchite obstructive après l'âge de 1½ an est un argument supplémentaire en faveur d'un asthme.

Essai thérapeutique

Un essai thérapeutique avec des médicaments de base (corticoïdes inhalés [CI] ou antagonistes des récepteurs des leucotriènes [LTRA]) pendant 2-3 mois est souvent entrepris chez les enfants en âge préscolaire avec des symptômes d'asthme. On vérifie la réponse en évaluant le contrôle des symptômes (le jour et la nuit) ainsi que la fréquence des épisodes de wheezing et des exacerbations. Une nette amélioration pendant le traitement suivie d'une péjoration après l'arrêt confortent le diagnostic présumé d'asthme. L'asthme étant très variable

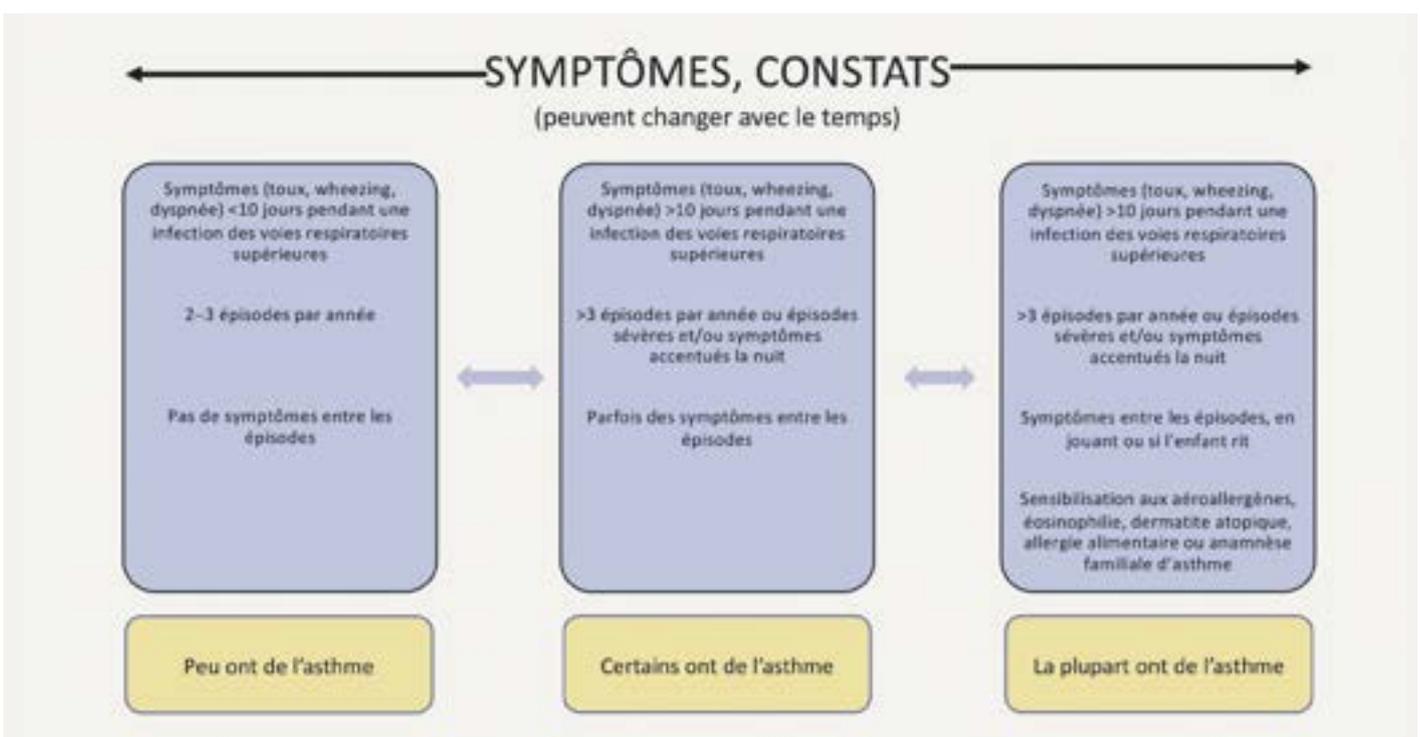


Figure 1: Diagnostic de l'asthme à l'âge préscolaire (adapté et traduit d'après [2]).

Recommandations

pendant la petite enfance, on doit parfois répéter le traitement d'essai pour confirmer le diagnostic.

Examens objectifs

Fonction pulmonaire

La plupart des enfants en âge préscolaire n'étant pas en mesure d'effectuer des manœuvres expiratoires reproductibles, les fonctions pulmonaires, tests de provocation bronchique et autres tests physiologiques jouent un rôle mineur dans le diagnostic de l'asthme à cet âge.

Détermination de l'inflammation des voies respiratoires

La mesure standardisée du monoxyde d'azote expiré lors d'une seule respiration («fractional exhaled nitric oxide»; FeNO), où l'enfant expire contre une résistance afin d'obtenir un flux constant de 50 ml/s, exige des facultés de coordination qui manquent à la plupart des enfants en âge préscolaire. Chez les petits enfants, on peut mesurer la FeNO en respiration de repos («tidal breathing») ou par une méthode indirecte (offline, avec un sac). Des valeurs de référence pour enfants de 1–5 ans ont été publiées [7]. Ces mesures sont cependant réalisées dans peu de centres. Des valeurs élevées de FeNO sont indicatives mais ne prouvent pas un asthme à l'âge préscolaire. Elles peuvent servir pour la prédiction d'un éventuel asthme à l'âge scolaire [8–10].

Tests allergiques

La mise en évidence d'une sensibilisation à des allergènes inhalés chez un enfant en âge préscolaire souffrant de bronchites obstructives récidivantes est un indice très probant pour un asthme, la plupart des enfants asthmatiques étant sensibilisés contre un ou plusieurs allergènes [11–13]. L'absence de sensibilisation contre les aéroallergènes fréquents n'exclut néanmoins pas le diagnostic d'asthme.

La sensibilisation aux allergènes peut être mise en évidence par des tests cutanés ou le dosage des immunoglobulines E spécifiques. Les tests allergiques font partie du diagnostic de base de l'asthme du petit enfant et devraient être effectués indépendamment de l'âge de l'enfant. Parfois, les tests diagnostiques doivent être répétés (par ex. après une année), l'éventail des sensibilisations contre des allergènes pouvant s'élargir avec l'âge.

Radiographie thoracique

Les radiographies ne sont pas utiles pour le diagnostic de l'asthme à l'âge préscolaire. Une radiographie thoracique peut néanmoins être indiquée lorsqu'on cherche un diagnostic différentiel.

Diagnostiques différentiels

Le diagnostic sans équivoque d'un asthme à l'âge préscolaire étant difficile, d'autres causes pouvant provoquer une respiration sifflante, de la toux ou des difficultés respiratoires doivent être soigneusement évaluées et exclues (tab. 1) [14]. Des investigations plus approfondies sont notamment indiquées lors de symptômes dès la naissance, de vomissements associés aux symptômes respiratoires, de bruits respiratoires continus, d'absence de lien entre symptômes et déclencheurs typiques comme les infections des voies respiratoires, de symptômes ORL chroniques, de ronflements habituels, d'absence de réaction aux bronchodilatateurs ou stéroïdes, de retard de croissance ou de signes focaux à l'auscultation.

Traitement de l'asthme à l'âge préscolaire

Comme à l'âge scolaire, l'objectif du traitement de l'asthme pendant la petite enfance est d'obtenir et maintenir un contrôle complet de l'asthme, d'éviter les exacerbations, de minimiser les effets indésirables des médicaments et de rendre une vie sans limitations dues à l'asthme possible. Ce dernier point est particulièrement important, le fait de jouer étant essentiel pour un développement social et physique normal.

La prise en charge de l'asthme est, comme à l'âge scolaire, un cercle continu d'évaluation du contrôle de l'asthme, d'adaptation du traitement et de vérification de l'efficacité du traitement. Le choix du traitement et la prise en charge ne se basent pas seulement sur un contrôle efficace de l'asthme mais s'orientent aussi sur les facteurs de risque individuels et les comorbidités. En outre, les objectifs des parents concernant le traitement de l'asthme et leurs préférences devraient être inclus dans les choix thérapeutiques («shared decision making»).

Traitement par paliers (fig. 2)

Palier 1

Lorsque les symptômes sont rares, pas plus que 2 fois par mois, on peut administrer au besoin des bêtamimétiques de courte durée d'action (BACA; le plus souvent salbutamol). En général, deux nébulisations de l'aérosol à 100 µg devraient suffire. Les inhalations devraient se faire au moyen d'un aérosol doseur et d'une chambre d'inhalation, avec masque ou embout buccal (dès environ 3–4 ans et dès que l'enfant sait bien fermer la bouche autour de l'embout et respirer par la bouche). L'administration orale de salbutamol n'est pas recommandée en raison du long délai d'action et du taux d'effets indésirables plus élevé.

Tableau 1: Diagnostiques différentiels importants de l'asthme à l'âge préscolaire [2]

Diagnostic différentiel	Signes
Infections virales récidivantes banales des voies respiratoires	Surtout toux, écoulement nasal, nez bouché pendant <10 jours; pas de symptômes entre les épisodes infectieux
Reflux gastro-œsophagien	Toux lors des/après les repas; renvois/vomissements; pneumonies récidivantes; réponse insatisfaisante aux bronchodilatateurs
Aspiration d'un corps étranger	Toux soudaine, violente et/ou stridor en mangeant ou en jouant; pneumonies récidivantes de localisation identique
Bronchite bactérienne prolongée	Toux productive chronique; réponse insatisfaisante aux bronchodilatateurs
Trachéomalacie	Râles respiratoires; toux aboyante; symptômes souvent présents dès la naissance; réponse insatisfaisante aux bronchodilatateurs
Malformation cardiaque congénitale	Souffle cardiaque; cyanose en buvant/mangeant; retard de croissance; tachycardie; tachypnée ou hépatomégalie; réponse insatisfaisante aux bronchodilatateurs
Dyskinésie ciliaire primitive	Besoin d'oxygène pendant une période postnatale prolongée; rhinite persistante dès la naissance; toux productive chronique et infections pulmonaires récidivantes; otites récidivantes; réponse insatisfaisante aux bronchodilatateurs; situs inversus (score PICADAR [15] >5)
Mucoviscidose	Toux productive chronique et infections pulmonaires récidivantes; retard de croissance; diagnostic différentiel rare pour les enfants nés en Suisse après 2010 (dépistage néonatal)

PICADAR: Primary Ciliary Dyskinesia A Scale.

Adapté et traduit d'après [2]. © 2023 Global Initiative for Asthma, avec l'aimable autorisation.

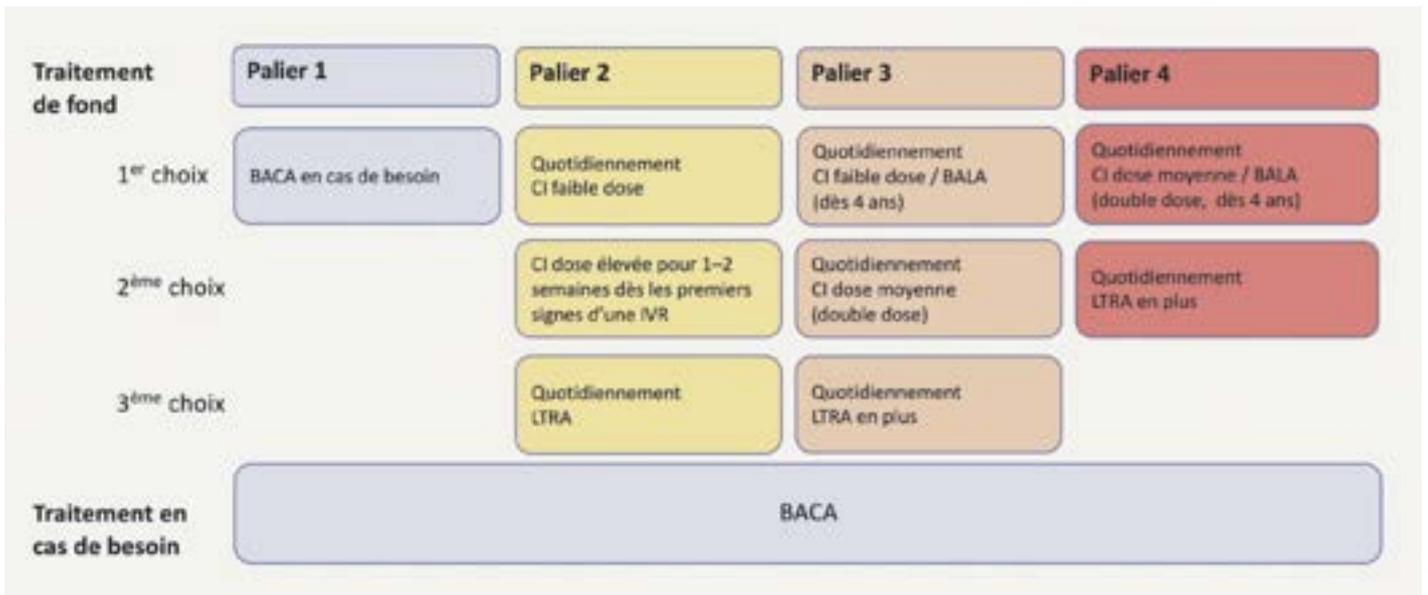


Figure 2: Schéma du traitement par paliers de l'asthme infantile (1–4 ans).

BACA: bêta-agonistes de courte durée d'action, p.ex. salbutamol; BALA: bêta-agonistes de longue durée d'action; CI: corticoïdes inhalés; LTRA: antagonistes des récepteurs des leucotriènes; IVR: infection des voies respiratoires. Les enfants dont l'asthme n'est pas maîtrisé avec le palier 3, devraient être adressés à une consultation de pneumologie pédiatrique pour établir un diagnostic différentiel.

Palier 2

En présence de symptômes plus fréquents (>2 fois par mois) ou pour les enfants avec un asthme, on devrait initier un traitement de fond avec des CI faiblement dosés. Ce traitement de fond devrait être poursuivi pour au moins trois mois, puis réévalué. Pour les enfants avec des épisodes associés à une infection, le traitement de fond peut être limité à la saison froide (saison des infections). Pour les enfants avec des épisodes déclenchés uniquement par des infections, un traitement intermittent avec des CI hautement dosés peut représenter une alternative (par ex. fluticasone 125 µg 2-0-2 pendant 1–2 semaines en plus du salbutamol dès les premiers signes infectieux) [16–18]. En tant que troisième choix on peut envisager un traitement par LTRA. Les données actuelles suggèrent que ce traitement est moins efficace que les CI faiblement dosés, notamment chez les petits enfants avec une sensibilisation prouvée à des aéroallergènes [16, 19]. En outre, il faut prendre en considération les possibles effets indésirables des LTRA (par ex. troubles du sommeil, effets psychiques) qui ont incité la «U.S. Food and Drug Administration» (FDA) à émettre une mise en garde en 2020 [20].

Il est important de discuter avec les parents ou les personnes ayant la garde de l'enfant de la décision de prescrire un traitement de fond et du choix thérapeutique. Ils devraient être informés sur les avantages et les risques du traitement ainsi que sur l'importance du maintien d'un niveau d'activité normal pour un développement physique et social sain de leur enfant.

Bien qu'on ait observé des répercussions des CI sur la vitesse de croissance chez les enfants prépubères pendant les 1–2 premières années de traitement, l'effet n'est ni progressif ni cumulatif. La seule étude qui a examiné les effets à long terme ne montre qu'une diminution d'environ 0,7% de la taille adulte [21, 22]. Un asthme insuffisamment contrôlé a de son côté des effets négatifs sur la taille adulte [23]. Les parents et les personnes ayant la garde devraient aussi être informés sur les possibles effets indésirables des LTRA sur le sommeil et le comportement [24].

Palier 3

Si le traitement de l'asthme est insuffisant, les points suivants devraient être vérifiés avant d'envisager une augmentation du dosage: diagnostic correct, technique d'inhalation, compliance adéquate, élimination des facteurs de risque modifiables comme l'exposition aux allergènes et au tabagisme. Lorsqu'on augmente le traitement, l'option privilégiée est le doublement du dosage des CI. Une alternative à envisager est la combinaison de CI et de LTRA. Pour les enfants à partir de quatre ans on peut, comme à l'âge scolaire, passer à une combinaison de CI (faiblement dosés) et de bêta-agonistes de longue durée d'action (BALA); les produits à base de CI-BALA ne sont admis qu'à partir de l'âge de quatre ans. Si ce palier de traitement ne permet pas un contrôle efficace de l'asthme, l'enfant devrait être adressé à une consultation de pneumologie pédiatrique. En raison des effets indésirables non négligeables, les stéroïdes oraux

devraient être utilisés avec prudence (aussi dans la situation aiguë) et jamais en traitement de fond.

Choix du mode d'inhalation

Le traitement par inhalation est le pilier du traitement de l'asthme de l'enfant de moins de cinq ans. L'aérosol doseur avec une chambre d'inhalation (selon l'âge avec ou sans masque) est le mode d'administration de choix [25].

Facteurs environnementaux et prévention d'allergènes

Il existe entre temps une évidence considérable que la fumée passive exerce un effet négatif sur la situation pulmonaire, l'exposition au tabagisme devrait donc être absolument évitée. On devrait procéder aux vaccinations recommandées selon le plan de vaccination suisse, aussi en présence d'un risque atopique élevé. Les vaccins n'accroissent pas l'asthme. Concernant la prévention d'allergènes, sont utiles, en présence d'une sensibilisation cliniquement significative, surtout des mesures de prévention secondaire. Ces mesures devraient être prises de manière pragmatique en tenant compte des symptômes. En présence d'une allergie aux acariens cliniquement significative, des housses de protection posées correctement corréleront avec une diminution des exacerbations de l'asthme [26]. Ces housses ne sont actuellement pas remboursées par l'assurance de base. Toutefois, certaines assurances complémentaires remboursent cet investissement coûteux. Si une famille n'a pas les moyens d'acheter des housses de protection, elle peut aussi utiliser

Recommandations

un protège-matelas plastifié, ainsi que des oreillers et des couettes lavables. Les données scientifiques actuelles ne sont pas concluantes en ce qui concerne la prévention primaire d'allergènes dans le but d'éviter une sensibilisation.

Processus d'élaboration des recommandations

Un groupe de travail composé d'expertes et d'experts de la Société Suisse de Pneumologie Pédiatrique et de pédiatrie suisse a élaboré ces lignes directrices basées sur l'évidence pour la pratique clinique. Le groupe de travail a effectué une recherche systématique de la littérature, a discuté des recommandations par écrit et lors d'une réunion de consensus et a évalué la qualité des preuves et la force des recommandations à l'aide du concept GRADE («Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation») [27].

Correspondance

Prof. Dr. med. Nicolas Regamey
Co-Chefart
Kinderspital Zentralschweiz
Spitalstrasse
CH-6000 Luzern 16
Nicolas.regamey[at]luks.ch

Funding Statement

CB: honoraires de consultante des Hôpitaux universitaires de Genève. CEK: subvention du Fonds national suisse (320030_212519).

Conflict of Interest Statement

NR: honoraires de conférencier (à titre personnel) de Vertex, OM Pharma, Schwabe Pharma et (à l'attention de l'institution) de Sanofi; financement de frais de congrès/voyage de Vifor (à titre personnel et à l'attention de l'institution); subventions pour la participation à un Data Safety Monitoring ou Advisory Board (à l'attention de l'institution). CB: honoraires de consultante Indep-rh; financement de frais de congrès (Royal medical congress, Amman, Jordanie, 2023); présidence de la Prim'Enfance Foundation (non rémunérée). SB: financement de frais de congrès d'OM Pharma (European Cystic Fibrosis Conference 2023; à l'attention de l'institution). CEK: membre de l'ERS Taskforce on clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5–16 years (Gaillard et al, ERJ. 2021). PL: subventions (à l'attention de l'institution) de Vertex, OM Pharma; honoraires de conférencier (à l'attention de l'institution et à titre personnel) de Vertex, Vifor, OM Pharma; subventions pour la participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards (à l'attention de l'institution et à titre personnel) de Polyphor, Vertex, OM Pharma, Vifor, ainsi que (à titre personnel) de Santhera (DMC), Allegra, Sanofi Aventis. IRG: subventions de la Fondation Rhumatismes Enfants Suisse JIR Cohorte. PS: membre du Comité de la Ligue pulmonaire de Thurgovie. MZ: financement de frais de congrès/voyage de OM Pharma (ERS 2022); subvention de Sanofi (Dupilumab-Board). DG: délégué qualité pédiatrie suisse. JB, JH, DT et AM ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

Nicolas Regamey et Alexander Möller ont rédigé les manuscrits. Les autres auteurs et auteurs ont participé aux discussions de consensus, ont évalué et commenté

de manière critique le contenu des manuscrits et ont participé à la rédaction des manuscrits. Tous les auteurs et auteurs approuvent la version finale des manuscrits.

Références

- Regamey N, Barazzone-Argiroffo C, Barben J, Blanchon S, Hammer J, Kuehni C, et al. Recommandations suisses pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies respiratoires obstructives du petit enfant en âge préscolaire de 1 à 4 ans. *Paediatrica*. 2023;34(3):4–13. doi: 10.35190/Paediatrica.d.2023.3.1
- Global Initiative for Asthma [Internet]. Fontana, WI: Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2023. [cited 03.03.2024]. Available from: www.ginasthma.org
- Augsburger F, Hammer J, Staubli G, Barazzone-Argiroffo C. Prise en charge et traitement de la crise d'asthme de l'enfant aux urgences. *Swiss Med. Forum*. 2017;17(11):258–63.
- Schorlemer C, Eber E. [Acute viral bronchiolitis and wheezy bronchitis in children]. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2020;168(12):1147–57.
- Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. *The Group Health Medical Associates*. *N Engl J Med*. 1995;332(3):133–8.
- Gaillard EA, Kuehni CE, Turner S, Goutaki M, Holden KA, de Jong CCM, et al. European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5–16 years. *Eur Respir J*. 2021;58(5):2004173.
- van der Heijden HH, Brouwer ML, Hoekstra F, van der Pol P, Merkus PJ. Reference values of exhaled nitric oxide in healthy children 1–5 years using off-line tidal breathing. *Pediatr Pulmonol*. 2014;49(3):291–5.
- Singer F, Luchsinger I, Inci D, Knauer N, Latzin P, Wildhaber JH, Moeller A. Exhaled nitric oxide in symptomatic children at preschool age predicts later asthma. *Allergy*. 2013;68(4):531–8.
- Caudri D, Wijga AH, Hoekstra MO, Kerkhof M, Koppelman GH, Brunekreef B, et al. Prediction of asthma in symptomatic preschool children using exhaled nitric oxide, Rint and specific IgE. *Thorax*. 2010;65(9):801–7.
- Moeller A, Diefenbacher C, Lehmann A, Rochat M, Brooks-Wildhaber J, Hall GL, Wildhaber JH. Exhaled nitric oxide distinguishes between subgroups of preschool children with respiratory symptoms. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;121(3):705–9.
- Moustaki M, Loukou I, Tsabouri S, Douros K. The Role of Sensitization to Allergen in Asthma Prediction and Prevention. *Front Pediatr*. 2017;5:166.
- Azad MB, Chan-Yeung M, Chan ES, Dytnerki AM, Kozyrskyj AL, Ramsey C, Becker AB. Wheezing Patterns in Early Childhood and the Risk of Respiratory and Allergic Disease in Adolescence. *JAMA Pediatr*. 2016;170(4):393–5.
- Holt PG, Rowe J, Kusel M, Parsons F, Hollams EM, Bosco A, et al. Toward improved prediction of risk for atopy and asthma among preschoolers: a prospective cohort study. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;125(3):653–9, 659.e1–659.e7.
- Doherty G, Bush A. Diagnosing respiratory problems in young children. *Practitioner*. 2007;251(1697):20, 22–25.
- Behan L, Dimitrov BD, Kuehni CE, Hogg C, Carroll M, Evans HJ, et al. PICADAR: a diagnostic predictive tool for primary ciliary dyskinesia. *Eur Respir J*. 2016;47(4):1103–12.
- Fitzpatrick AM, Jackson DJ, Mauger DT, Boehmer SJ, Phipatanakul W, Sheehan WJ, et al; NIH/NHLBI AsthmaNet. Individualized therapy for persistent asthma in young children. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;138(6):1608–1618.e12.
- Kaiser SV, Huynh T, Bacharier LB, Rosenthal JL, Bakel LA, Parkin PC, Cabana MD. Preventing Exacerbations in Preschoolers With Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(6):e20154496.
- Murphy KR, Hong JG, Wandalsen G, Larenas-Lineman D, El Beledi A, Zaytseva OV, Pedersen SE. Nebulized Inhaled Corticosteroids in Asthma Treatment in

- Children 5 Years or Younger: A Systematic Review and Global Expert Analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(6):1815–27.
- Castro-Rodriguez JA, Rodriguez-Martinez CE, Ducharme FM. Daily inhaled corticosteroids or montelukast for preschoolers with asthma or recurrent wheezing: A systematic review. *Pediatr Pulmonol*. 2018;53(12):1670–7.
- U.S. Food & Drug Administration [Internet]. Silver Spring, MD: FDA requires Boxed Warning about serious mental health side effects for asthma and allergy drug montelukast (Singulair); advises restricting use for allergic rhinitis [Internet]. Content current as of 2020 03 13 [cited 03.03.2024]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-requires-boxed-warning-about-serious-mental-health-side-effects-asthma-and-allergy-drug>
- Loke YK, Blanco P, Thavarajah M, Wilson AM. Impact of Inhaled Corticosteroids on Growth in Children with Asthma: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133428.
- Kelly HW, Sternberg AL, Lescher R, Fuhlbrigge AL, Williams P, Zeiger RS, et al. Effect of inhaled glucocorticoids in childhood on adult height. *N Engl J Med*. 2012;367(10):904–12.
- Pedersen S. Do inhaled corticosteroids inhibit growth in children? *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164(4):521–35.
- Benard B, Bastien V, Vinet B, Yang R, Krajcinovic M, Ducharme FM. Neuropsychiatric adverse drug reactions in children initiated on montelukast in real-life practice. *Eur Respir J*. 2017;50(2):1700148.
- Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ. beta-agonists through metered-dose inhaler with valved holding chamber versus nebulizer for acute exacerbation of wheezing or asthma in children under 5 years of age: a systematic review with meta-analysis. *J Pediatr*. 2004;145(2):172–7.
- Murray CS, Foden P, Sumner H, Shepley E, Custovic A, Simpson A. Preventing Severe Asthma Exacerbations in Children. A Randomized Trial of Mite-Impermeable Bedcovers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;196(2):150–8.
- Schunemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106–10.

Douleurs de hanche non spécifiques

Lorsque le bon traitement a un effet paradoxal

Nishanthan Yogarajah, médecin diplômé; PD Dr méd. Michael Dietrich, EMBA HSG; Dr méd. Adrian Markus Bisig;

Prof. Dr méd. Robert Theiler; Dr méd. univ. (AT) Gregor Freystätter

Universitäre Klinik für Altersmedizin, Stadtspital Zürich Waid, Zürich

Description du cas

Une patiente de 85 ans a été amenée aux urgences par les secours après avoir trébuché et ressenti des douleurs aiguës immobilisantes à la hanche droite en juillet 2021. En raison des douleurs, elle ne pouvait pas soulever sa jambe droite. De plus, il existait des signes de fracture, avec une jambe droite raccourcie et en rotation externe. La sensorimotricité était normale. La patiente a signalé des douleurs progressives de la hanche ipsilatérale présentes depuis cinq mois.

Depuis 2001, une affection de type polymyalgie rhumatismale avec douleurs pelviennes diffuses était traitée par le médecin de famille par de la prednisone orale à doses décroissantes jusqu'à un minimum de 7,5 mg par jour, avec une bonne réponse. En 2013, la patiente avait été victime de fractures atraumatiques des vertèbres thoraciques (T) 4 et 5. En 2016, une spondylodèse avait été réalisée à hauteur de L3-S1.

Question 1

Quel diagnostic différentiel n'entre pas en ligne de compte en cas de douleurs de la hanche?

- a) Fracture
- b) Syndrome douloureux lombo-radulaire
- c) Arthrite septique
- d) Déchirure du ménisque latéral
- e) Coxarthrose activée

En cas d'anamnèse de chute avec douleurs immobilisantes aiguës, il faut penser à une fracture. À l'anamnèse, il n'y avait pas d'indices d'une infection ou d'une origine lombaire des douleurs de hanche. Une déchirure du ménisque latéral provoque en général des douleurs locales et liées à l'effort au niveau du genou. Une coxarthrose activée entraîne principalement des douleurs au niveau de la hanche lors de la marche (douleurs au démarrage) et de la montée des escaliers.

En 2013, la patiente a développé une ostéoporose secondaire induite par les stéroïdes, avec un T-score de l'avant-bras gauche de $-3,0$ écarts-types (ET). La densité osseuse du rachis lombaire n'était pas interprétable en raison d'altérations dégénératives. Par ailleurs, le T-score du col du fémur était de $-0,3$ ET et celui de la hanche gauche de $0,3$ ET. Une faible densité osseuse au niveau du radius distal observe en cas de maladies endocrinologiques telles que l'hyperthyroïdie et l'hyperparathyroïdie. Il n'y avait aucun indice en ce sens chez la patiente. De plus, une cardiopathie hypertensive était connue.

Question 2

Quel traitement médicamenteux doit être utilisé en premier lieu en cas d'ostéoporose induite par les stéroïdes?

- a) Modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes (SERM)
- b) Bisphosphonate
- c) Térparatide
- d) Dénosumab
- e) Hormonothérapie substitutive

Les SERM sont uniquement autorisés pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées, mais des données font défaut chez les femmes de plus de 75 ans [1]. Les bisphosphonates représentent le traitement de première ligne de l'ostéoporose induite par les stéroïdes, en association avec du calcium et de la vitamine D. Le térparatide est autorisé comme traitement de deuxième ligne de l'ostéoporose sévère [2]. Le dénosumab est principalement utilisé dans le traitement de l'ostéoporose postménopausique, comme traitement d'appoint chez les femmes atteintes d'un cancer du sein sous traitement adjuvant par inhibiteurs de l'aromatase et chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate sous hormonothérapie ablative [3].

L'hormonothérapie substitutive est autorisée pour prévenir ou retarder l'ostéoporose induite par une carence œstrogénique chez les femmes ménopausées ayant un risque élevé de fracture et en cas de symptômes de carence œstrogénique nécessitant un traitement. Selon les lignes directrices, l'hormonothérapie substitutive doit être débutée dans les dix ans suivant la ménopause ou à un âge inférieur à 60 ans [4].

À son admission, notre patiente prenait les médicaments suivants: acide acétylsalicylique 100 mg en prophylaxie primaire, prednisone 7,5 mg, nébivolol 5 mg. Les médicaments anti-ostéoporotiques utilisés jusqu'à présent étaient l'ibandronate 3 mg par voie intraveineuse tous les trois mois (2013-2015) avec du calcium et de la vitamine D, le térparatide 20 µg par voie sous-cutanée à titre probatoire (interrompu au bout d'un mois en raison d'effets indésirables) et le dénosumab 60 mg par voie sous-cutanée tous les six mois depuis octobre 2018 (dernière dose en février 2021).

Question 3

Après l'examen clinique, quel examen est recommandé pour le diagnostic primaire des douleurs de hanche?

- a) Échographie de la hanche
- b) Radiographie du bassin en incidence antéro-postérieure
- c) Imagerie par résonance magnétique (IRM) de la hanche
- d) Détermination de l'hémogramme et des paramètres inflammatoires
- e) Tomodensitométrie (TDM) du bassin et de la hanche

Tous les examens diagnostiques dépendent de l'anamnèse et de la clinique. En cas de douleurs de hanche inexplicables, il est judicieux de réaliser une radiographie d'ensemble du bassin, une option rapide et peu coûteuse pour exclure

Quel est votre diagnostic?



Figure 1: Radiographie du bassin en incidence antéro-postérieure. Vue d'ensemble du bassin avec fracture fémorale atypique complète à droite et spondylodèse à hauteur de L3-S1. Épaississement de la corticale du fémur gauche au niveau de la face latérale de la diaphyse fémorale proximale.



Figure 2: Radiographie du bassin en incidence antéro-postérieure cinq mois avant l'admission. Moitié droite de la vue d'ensemble du bassin avec épaississement de la corticale au niveau de la face latérale de la diaphyse fémorale proximale droite.

une pathologie de la hanche ou une fracture de l'anneau pelvien. L'une des principales limites d'une échographie adéquate, outre le fait qu'elle est dépendante de l'examineur, est la non-visualisation des structures intra-articulaires. L'IRM sert en particulier d'examen complémentaire en cas de résultats peu clairs lors du premier examen, notamment pour exclure une nécrose de la tête fémorale. Des analyses de laboratoire sont judicieuses en cas de signes cliniques d'infection ou de maladie rhumatologique. La TDM est utilisée pour rechercher

des altérations osseuses, telles que des micro-fractures.

Face à une forte suspicion clinique de fracture du fémur droit, la radiographie conventionnelle a montré chez notre patiente une fracture proximale de la diaphyse fémorale droite déplacée et raccourcie, des contours articulaires correspondant à l'âge dans le genou droit, ainsi qu'une coxarthrose légère à droite (fig. 1).

Cinq mois auparavant, une radiographie de la hanche avait été réalisée en raison des douleurs de la hanche liées à l'effort. Elle avait révélé un épaississement de la corticale au niveau de la face latérale de la diaphyse fémorale proximale (fig. 2).

Question 4

Quel diagnostic posez-vous (fig. 1 et 2)?

- Fracture fémorale pertrochantérienne
- Fracture du col du fémur médial
- Fracture fémorale atypique (FFA)
- Fracture de l'anneau pelvien antérieur
- Nécrose de la tête fémorale

Dans l'ensemble, les critères anamnestiques et radiologiques d'une FFA, présentés dans l'encadré, étaient remplis.

Le jour même de l'admission, la FFA a fait l'objet d'un traitement chirurgical sans complications au moyen d'un clou gamma long. Fait intéressant, les contrôles radiologiques de suivi ont aussi montré un épaississement de la corticale du côté opposé, bien que celui-ci n'ait pas été mentionné dans le compte rendu (fig. 1). La patiente a ensuite été admise en rééducation musculo-squelettique. Pendant son séjour en rééducation, elle s'est plainte de douleurs immobilisantes croissantes de la hanche controlatérale. Dans le cadre d'un contrôle de suivi



Figure 3: Radiographie du bassin en incidence antéro-postérieure. À droite: état après traitement chirurgical de la fracture fémorale atypique au moyen d'un clou gamma long trois mois auparavant. À gauche: fracture fémorale atypique incomplète.

chirurgical ambulatoire, le diagnostic d'une FFA du côté gauche a été posé (fig. 3). Elle a été traitée chirurgicalement.

Après le traitement chirurgical de la première FFA à droite en juillet 2021 et de la deuxième FFA à gauche en octobre 2021, le traitement médicamenteux a été adapté comme suit: après l'arrêt du dénosumab, du zolédronate 5 mg a été administré par voie intraveineuse en août 2021 afin d'éviter un phénomène de rebond [6]. À partir de février 2022, la patiente a été traitée mensuellement par romosozumab 210 mg par voie sous-cutanée. Le romosozumab est contre-indiqué en cas d'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde, qui n'étaient pas connus chez la patiente. Elle a très bien toléré le traitement anabolisant osseux, sans effets indésirables. Les contrôles ultérieurs ont montré une évolution

Définition de la fracture fémorale atypique (FFA) selon la «American Society for Bone and Mineral Research (AS-BMR) Task Force 2013 Revised Case Definition of AFFs» [5]

Critères majeurs (au moins 4 doivent être remplis)

- Fracture de la diaphyse fémorale située en distal du petit trochanter et en proximal de la région supracondylienne
- Non associée à un traumatisme ou associée à un traumatisme minime
- Ligne de fracture partant de la corticale latérale
- Orientation transversale
- Pas de fracture comminutive ou fracture comminutive minime
- Épaississement périosté/endosté de la corticale latérale localisé

Critères mineurs

- Épaississement généralisé de la corticale au niveau de la diaphyse fémorale
- Douleurs
- Retard de consolidation de la fracture
- Fractures diaphysaires bilatérales complètes ou incomplètes (partant de la face latérale)

réjouissante, la patiente était capable de marcher sans aide et était à nouveau complètement autonome.

Discussion

Des FFA peuvent survenir en cas de traitement par bisphosphonates et dénosumab, les facteurs causaux étant notamment la durée du traitement et la puissance antirésorptive. Lorsqu'ils sont administrés correctement, les bisphosphonates sont bien tolérés, la réduction du risque de fracture l'emportant sur le risque d'effets indésirables rares. Sur le plan épidémiologique, les FFA présentent une incidence de 50-130 cas pour 100 000 personnes-années parmi les personnes traitées par bisphosphonates. L'incidence semble être corrélée à la durée et à la dose du traitement par bisphosphonates [5]. Une durée de traitement allant jusqu'à cinq ans n'est probablement pas associée à un risque accru de fractures atypiques [7]. Selon les lignes directrices, la possibilité d'une pause thérapeutique devrait être examinée après trois à cinq ans [8]. Le risque absolu de FFA diminue après l'arrêt des bisphosphonates [9]. Pour le dénosumab, la situation épidémiologique est plus difficile à cerner en raison des traitements antérieurs fréquents par bisphosphonates. Une durée de traitement allant jusqu'à dix ans présente un profil bénéfice/risque favorable [10]. Dans l'étude FREEDOM, deux patientes ont été victimes d'une FFA sous dénosumab, l'incidence étant ainsi aussi faible que pour les bisphosphonates [11, 12]. Sur la base des données disponibles, il n'est actuellement pas possible de recommander l'arrêt ou l'allongement de l'intervalle d'administration du dénosumab, car le risque de fractures vertébrales multiples semble être accru en cas d'administration retardée du dénosumab [6, 13].

La physiopathologie exacte de la FFA est en grande partie inconnue et principalement décrite pour les bisphosphonates. En raison de leur longue persistance à la surface des ostéoclastes, ils ont un effet à long terme qui persiste même après la fin du traitement [8]. Ils se déposent à la surface de l'os cortical et trabéculaire et sont absorbés par les ostéoclastes matures. Les bisphosphonates suppriment ainsi le remodelage intracortical du cal, ce qui peut finalement conduire à une capacité de réparation réduite de l'os avec une survenue accrue de microfractures [14]. Il convient de mentionner que le dénosumab semble exercer une plus grande influence sur le remodelage [15].

Selon la définition de l'«American Society for Bone and Mineral Research» (ASBMR), la FFA est une fracture par insuffisance, une forme de fracture de contrainte qui survient

lors d'une sollicitation normale d'un os ayant une forme non physiologique. En raison de la suppression du remodelage par les bisphosphonates, ces microfractures ne peuvent pas guérir. Une rupture transversale latérale de la diaphyse fémorale et/ou du fémur sous-trochantérien est caractéristique, car en raison de l'axe anatomique, la contrainte la plus élevée s'exerce précisément sur ces régions aux propriétés osseuses altérées [5, 11].

Sur le plan thérapeutique, il est recommandé d'arrêter le traitement antirésorptif existant et de procéder à un enclouage intramédullaire prophylactique en présence de facteurs de risque de fracture (défauts de la corticale latérale, œdème osseux, douleurs). En cas d'ostéoporose sévère, un traitement anabolisant osseux, par exemple par parathormone, serait indiqué, suivi d'un traitement antirésorptif d'entretien [11]. Il n'existe à ce jour aucune donnée probante sur la poursuite du traitement de ces patientes et patients avec le nouveau traitement anabolisant osseux romosozumab, mais ce dernier devrait être envisagé en particulier en cas de risque élevé de fractures de fragilité [11, 16]. En cas de FFA d'un côté, il faut être attentif à la survenue d'une FFA du côté opposé [17-24].

Question 5

Laquelle des affirmations suivantes concernant la FFA est vraie?

- Les personnes victimes d'une FFA ont un risque accru de FFA controlatérale.
- En cas de suspicion de FFA, il convient d'effectuer une radiographie d'ensemble du bassin en incluant la diaphyse fémorale proximale et en recherchant des épaississements ou des altérations de la corticale latérale du côté opposé.
- En cas de douleurs de hanche non spécifiques sous traitement antirésorptif, il faut penser à une FFA.
- En cas de FFA, un traitement anabolisant osseux est recommandé.
- Toutes les affirmations (a-d) sont correctes.

En résumé, en cas de douleurs de hanche non spécifiques sous traitement antirésorptif, il faut penser à une FFA et effectuer une radiographie d'ensemble du bassin en incluant la diaphyse fémorale proximale et en recherchant des épaississements et des altérations de la corticale latérale du côté opposé. Un traitement anabolisant osseux par romosozumab, suivi d'un traitement antirésorptif de consolidation, pourrait constituer une autre option thérapeutique, en plus du téraparatide. Notre patiente est passée au romosozumab en raison de l'administration mensuelle plus simple.

Réponses

Question 1: d. Question 2: b. Question 3: b. Question 4: c. Question 5: e.

Correspondance

Dr. med. univ. Gregor Freystätter
Universitäre Klinik für Altersmedizin
Stadtspital Zürich Triemli
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
[Gregor.Freystaetter2\[at\]stadtspital.ch](mailto:Gregor.Freystaetter2[at]stadtspital.ch)

Remerciements

Nous tenons à remercier l'équipe de radiologie du Stadtspital Zürich Waid pour l'interprétation et la mise à disposition des clichés d'imagerie.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

RT déclare avoir reçu des honoraires de conférencier d'Amgen. Les autres auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références recommandées

- compendium.ch [Internet]. Berne: HCI Solutions SA; c2021 [consulté le 19.04.2024]. Information professionnelle: Evista, comprimés pelliculés. Disponible sur: <https://compendium.ch/product/84851-evista-filmtabl-60-mg/mpro>.
- Meier C, Lamy O, Krieg MA, Mellinghoff HU, Felder M, Ferrari S, Rizoli R. The role of teriparatide in sequential and combination therapy of osteoporosis. *Swiss Med Wkly*. 2014;144:w13952.
- compendium.ch [Internet]. Berne: HCI Solutions SA; c2022 [consulté le 19.04.2024]. Information professionnelle: Prolia. Disponible sur: <https://compendium.ch/product/1158369-prolia-60-mg-ml-m-nadelschutz/mpro#>.
- Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an endocrine society guideline update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(3):dga048.
- Shane E, Burr D, Abrahamsen B, Adler RA, Brown TD, Cheung AM, et al. Atypical subtrochanteric and diaphyseal femoral fractures: second report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res*. 2014;29(1):1-23.



Références

La liste complète des références en ligne est disponible sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1207874663>.



Nishanthan Yogarajah,
médecin diplômé
Universitäre Klinik für Altersmedizin,
Stadtspital Zürich Waid, Zürich

Retard de diagnostic

Insuffisance cortico-surrénalienne subaiguë

Chiara Carlino^a, médecin diplômée; Dr méd. Faiza Lamine^b; Dr méd. Haithem Chtioui^c; Prof. Dr méd. Nicolas Garin^a

^a Service de médecine interne, Hôpital Riviera Chablais, Rennaz; ^b Unité d'endocrinologie et diabétologie, Service de médecine interne, Hôpital Riviera Chablais, Rennaz;

^c Service de pharmacologie clinique, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Contexte

Nous présentons une situation d'hémorragie bilatérale des surrénales, interprétée initialement comme des incidentalomes surrénaux. Le retard diagnostique a conduit à une insuffisance cortico-surrénalienne (ICS) subaiguë.

L'ICS aiguë peut engager le pronostic vital. Les symptômes et signes sont peu spécifiques et peuvent passer inaperçus ou être confondus avec un état infectieux. La localisation bilatérale d'incidentalomes des surrénales impose la réalisation rapide d'un bilan hormonal à la recherche d'une insuffisance surrénalienne qui doit être substituée sans délai. Une imagerie dédiée doit ensuite être réalisée.

Description du cas

Anamnèse

Il s'agit d'un patient de 66 ans, opéré d'un triple pontage aortocoronarien. Pendant l'intervention, une charge de 34 000 U d'héparine est administrée suivie en post-opératoire par une thromboprophylaxie par héparine de bas poids moléculaire (HBPM). Une thrombopénie à 55 G/l est constatée au 9^{ème} jour post-opératoire. Le diagnostic de thrombopénie induite par l'héparine (TIH) est suspecté, confirmé par le dosage des anticorps anti-PF4/héparine (anticorps contre le complexe facteur plaquettaire 4 / héparine). L'HBPM est interrompue, un traitement par inhibiteur direct de la thrombine (argatroban) est introduit et relayé par l'acénocoumarol dès normalisation de la thrombopénie. Au 18^{ème} jour post-opératoire, une pré-syncope fait suspecter une embolie pulmonaire. Celle-ci est infirmée par l'angio-CT thoracique, qui révèle fortuitement

des masses surrénaliennes bilatérales de nature indéterminée. Une attitude expectative est adoptée, sans bilan endocrinologique. Le patient est transféré dans un hôpital proche de son domicile, sept jours après le CT-scan.

Examen clinique, résultats et traitement

À l'admission dans le second hôpital, le patient est hypotendu à 90/50 mm Hg. Le bilan sanguin retrouve un taux de cortisol basal à 210 nmol/l (norme: 172–497 nmol/l), une natrémie à

137 mmol/l et une kaliémie à 4,5 mmol/l. Un test au Synacthen[®] montre un taux de cortisol passant de 184 nmol/l à 212 nmol/l après stimulation, posant le diagnostic d'ICS. Le caractère primaire de celle-ci est confirmé par une valeur d'adrénocorticotrophine (ACTH) élevée à 42,2 pmol/l (norme: <10,3 pmol/l). Le bilan est complété par un CT-scan des surrénales, qui confirme la présence de lésions bilatérales (4,4 × 3,3 cm à gauche, 3,3 × 2,6 cm à droite), d'allure hémorragique (fig. 1).



Figure 1: CT-scan abdominal en temps portal, coupe axiale, montrant des masses surrénaliennes bilatérales d'allure hémorragique (densité moyenne 50,48 UH, déviation standard 26,1 UH). ds: déviation standard; HU: unités Hounsfield (UH).

Évolution

Parallèlement, le patient présente une syncope et une hypotension systolique à 90 mm Hg, interprétée comme un signe d'ICS aiguë. Une perfusion de NaCl 0,9% et l'administration d'hydrocortisone 100 mg en bolus intraveineux (i.v.) sont instaurés, poursuivi par 50 mg de d'hydrocortisone i.v. toutes les huit heures les jours suivants. Un relai per os par hydrocortisone 30 mg/jour en deux prises est initié après trois jours.

L'évolution clinique est favorable avec résolution de l'orthostatisme et amélioration du profil tensionnel. Le bilan hormonal de suivi révèle une insuffisance surrénalienne primaire chronique avec un déficit glucocorticoïde et minéralocorticoïde. Après deux ans, le CT-scan montre des glandes surrénales d'aspect normal avec disparition complète des lésions hémorragiques.

Discussion

Introduction

La TIH est un syndrome d'hypercoagulabilité acquise, résultant d'une activation des plaquettes par le complexe immun héparine-PF4. L'activation des plaquettes induit un excès de thrombine, conduisant à la formation de thromboses et une thrombopénie de consommation. Tous les patients et patientes peuvent développer une TIH. L'incidence est majorée lors de l'utilisation d'une héparine d'origine bovine, non fractionnée, avec un degré de sulfatation élevé, ainsi que dans les contextes post-opératoires, en particulier chirurgie cardiaque [1-4]. La TIH peut induire des complications thrombotiques et secondairement hémorragiques, en particulier au niveau des surrénales [4].

L'hémorragie bilatérale des surrénales survient lors d'une nécrose tissulaire des glandes, secondaire à une thrombose veineuse surrénalienne [5, 6]. Ces glandes sont susceptibles aux infarctus veineux car elles possèdent un riche réseau artériel, drainé par une seule veine centrale [7].

Les facteurs prédisposants à l'hémorragie surrénalienne incluent le traitement anticoagulant, le stress post-opératoire, les traumatismes, le syndrome des anticorps anti-phospholipides et le sepsis (p. ex.: syndrome de Waterhouse-Friderichsen). Dans une série récente de la Mayo Clinic incluant 115 patientes et patients avec une hémorragie surrénalienne, 10% des cas étaient associés à une TIH, dont 89% survenaient en post-opératoire avec une atteinte bilatérale et une ICS aiguë lors du diagnostic [8].

La complication principale de l'hémorragie surrénalienne bilatérale est l'ICS primaire

aiguë. Dans une série de 17 cas d'hémorragie surrénalienne bilatérale secondaire à une TIH, la mortalité s'élevait à 27% si l'atteinte était identifiée et à 100% si l'ICS n'était pas reconnue [7]. L'incidence d'une hémorragie bilatérale des surrénales est probablement sous-estimée, car l'autopsie est rarement réalisée si la cause du décès est attribuée à d'autres facteurs [4].

Manifestations cliniques de l'ICS

L'hypotension inexplicable était la principale manifestation clinique chez notre patient pauci symptomatique [7].

Le diagnostic différentiel de l'hypotension chez une personne hospitalisée est vaste: hypovolémie, défaillance cardiaque, sepsis, médicaments. Cependant, une ICS aiguë doit être évoquée en priorité lors de lésions surrénaliennes bilatérales. Les signes et symptômes de l'ICS sont des douleurs abdominales, des nausées et vomissements, une anorexie, asthénie, parfois des vertiges ou un état fébrile, une hyponatrémie ainsi qu'une tachycardie et une hypotension réfractaire [4].

Diagnostic de la TIH

Dans le cadre de la TIH, la thrombopénie apparaît 5-14 jours après l'exposition à l'héparine. Le diagnostic de la TIH repose sur le calcul d'un score de probabilité clinique, nommé score des «4T» («Thrombocytopenia, Timing, Thrombosis, oTher») [9].

Des anticorps anti-PF4/héparin peuvent apparaître 5-10 jours après l'exposition à l'héparine. Leur spécificité est faible puisqu'ils sont observés chez 20-61% des patientes et patients post-chirurgie cardiaque. Uniquement 1-3% d'entre eux développent une TIH dans les 5-10 jours de l'exposition [1].

Les complications de la TIH sont souvent thrombotiques mais des saignements peuvent aussi survenir. Le risque de thrombose est de 5-10% initialement, puis de 40-50% les semaines suivantes, même lorsque le taux de plaquettes s'est normalisé, imposant une anticoagulation thérapeutique pendant plusieurs mois [3].

Diagnostic de l'ICS

La mise en évidence d'incidentalomes surrénaliens bilatéraux, requiert la réalisation rapide d'un bilan hormonal en raison du risque d'ICS. Un CT-scan ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) dédiée doivent ensuite être réalisés pour clarifier la cause [10]. L'aspect radiologique typique d'une hémorragie surrénalienne correspond à une masse hétérogène avec une densité spontanée variable (50-90 UH) [11]. Dans notre cas, des incidentalomes surrénaliens bilatéraux ont été objectivés au 18^{ème} jour post-opératoire chez

un patient symptomatique. Malheureusement, le bilan endocrinologique a été omis, et le diagnostic d'ICS n'a été posé que dix jours plus tard devant l'aggravation clinique. L'évolution subaiguë de l'ICS chez notre patient est plutôt atypique dans le contexte d'hémorragie surrénalienne bilatérale. Cependant, un retard diagnostic (entre deux et onze jours) est souvent décrit, l'état de choc étant attribué à une origine septique dans 50% des cas [4].

Le test au Synacthen® est le test de référence pour poser le diagnostic d'ICS [12]. Il évalue la capacité de sécrétion maximale de cortisol par les surrénales en réponse à un stress. Après administration de 250 µg d'ACTH synthétique en i.v. ou intramusculaire, le cortisol plasmatique est mesuré à T0 puis à 60 minutes. Un pic inférieur à 500 nmol/l (<18 µg/dl) est en général diagnostique pour une ICS. Un dosage couplé de l'ACTH à T0 permet d'orienter vers une origine primaire (ACTH plasmatique élevée >2× la norme) versus secondaire (ACTH plasmatique normale ou basse). Si une ICS aiguë est suspectée chez une personne cliniquement instable, le traitement substitutif d'hydrocortisone doit être instauré immédiatement, avant l'obtention du résultat des dosages hormonaux. Dans ce cas, un prélèvement sanguin du cortisol plasmatique, couplé à l'ACTH, doit être fait juste avant l'administration de l'hydrocortisone. Le test au Synacthen® peut être alors fait à distance, après stabilisation de la personne concernée et 24 heures après la dernière administration d'hydrocortisone.

Traitement

Le traitement de la TIH consiste à relayer l'héparine par un anticoagulant alternatif, tel que l'argatroban en première intention (risque de saignement 6-7%) [1, 4]. L'arrêt de l'héparine seul n'est pas suffisant pour écarter le risque de thrombose [3]. Les antivitamines K sont à éviter jusqu'à la normalisation des plaquettes, afin de ne pas déclencher un effet thrombotique paradoxal en exacerbant le déséquilibre entre facteurs pro et anticoagulants, déjà présent lors de la TIH [1].

L'ICS aiguë nécessite une corticothérapie substitutive et une restauration volémique. Le corticostéroïde de choix est l'hydrocortisone qui a effet minéralocorticoïde à un dosage >40-50 mg raison pour laquelle il n'est pas nécessaire d'ajouter de la fludrocortisone. En cas de suspicion d'une ICS aiguë, il est recommandé d'administrer 100 mg d'hydrocortisone i.v. chez l'adulte, suivie par une dose de 200 mg / 24 heures. En alternative, il est possible d'utiliser de la prednisolone. La dexaméthasone est à éviter car dépourvue d'effet minéralocorticoïde.

Le cas particulier

Généralement, une hémorragie surrenalienne bilatérale sur TIH entraîne à terme une ICS chronique avec un déficit minéralocorticoïde associé, comme chez notre patient. Ceci impose un traitement substitutif d'hydrocortisone à faible dose associé si nécessaire à la fludrocortisone au long cours. Le monitoring comporte un suivi régulier des symptômes et signes de sous/surdosage en glucocorticoïdes et minéralocorticoïdes, du poids, de la pression artérielle ainsi que des électrolytes. L'éducation thérapeutique des patientes et patients en particulier pour les «sick day rules» (augmentation de la dose d'hydrocortisone lors de maladie intercurrente, intervention chirurgicale, procédure sous anesthésie générale) est indispensable pour la prévention de l'ICS aiguë [12].

L'essentiel pour la pratique

- La thrombopénie induite par l'héparine (TIH) peut induire des complications thrombotiques et secondairement hémorragiques, particulièrement au niveau des surrénales.
- Une anticoagulation prolongée avec un agent alternatif aux héparines est nécessaire lors de diagnostic de TIH.
- L'insuffisance corticosurrénalienne (ICS) aiguë est potentiellement mortelle et les premiers signes peuvent passer inaperçus ou être confondus avec un autre état de choc.
- La découverte fortuite de masses surrenaliennes bilatérales impose un bilan endocrinologique immédiat ainsi qu'une imagerie dédiée.

Correspondance

Chiara Carlino
Médecine interne
Hôpital Riviera-Chablais
Route du Vieux-Séquoia 20
CH-1847 Rennaz
carlino.chiara[at]hotmail.com

Remerciements

Nous remercions le PD Dr méd. Thomas Glücker et le Dr méd. Benyelles Lotfi du service de radiologie à l'Hôpital Riviera Chablais.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Références

- 1 Ahmed I, Majeed A, Powell R. Heparin induced thrombocytopenia: diagnosis and management update. *Postgrad Med J*. 2007;83(983):575-82.
- 2 Bakaeen FG, Walkes JCM, Reardon MJ. Heparin-Induced Thrombocytopenia Associated With Bilateral Adrenal Hemorrhage After Coronary Artery Bypass Surgery. *Ann Thorac Surg*. 2005;79(4):1388-90.
- 3 Jang Ik-Kyung, Hursting Marcie J. When Heparins Promote Thrombosis. *Circulation*. 2005;111(20):2671-83.
- 4 Rosenberger LH, Smith PW, Sawyer RG, Hanks JB, Adams RB, Hedrick TL. Bilateral adrenal hemorrhage: The unrecognized cause of hemodynamic collapse associated with heparin-induced thrombocytopenia. *Crit Care Med*. 2011;39(4):833-8.
- 5 Kurtz LE, Yang S. Bilateral adrenal hemorrhage associated with heparin induced thrombocytopenia. *Am J Hematol*. 2007;82(6):493-4.
- 6 Montealegre-Gallegos M, Bose S. Bilateral adrenal hemorrhages in a patient with heparin-induced thrombocytopenia. *CMAJ*. 2019;191(44):E1222.
- 7 Saleem N, Khan M, Parveen S, Balavenkatraman A. Bilateral adrenal haemorrhage: a cause of haemodynamic collapse in heparin-induced thrombocytopenia. *BMJ Case Rep*. 2016;2016:bcr2016214679.
- 8 Ketha S, Smithedajkul P, Vella A, Pruthi R, Wysokinski W, McBane R. Adrenal haemorrhage due to heparin-induced thrombocytopenia. *Thromb Haemost*. 2013;109(4):669-75.
- 9 Cuker A, Gimotty PA, Crowther MA, Warkentin TE. Predictive value of the 4Ts scoring system for heparin-induced thrombocytopenia: a systematic review and meta-analysis. *Blood*. 2012;120(20):4160-7.
- 10 Fassnacht M, Arit W, Bancos I, Dralle H, Newell-Price J, Sahdev A, et al. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol*. 2016;175(2):G1-34.
- 11 Radiopaedia.org [Internet]. Gaillard F, Hacking C, Worsley C, et al. Adrenal hemorrhage. c2008 May 2 [last revised 2024 Apr 30, cited 2024 May 25]. Available from: <https://doi.org/10.53347/rID-863>
- 12 Bornstein SR, Allolio B, Arit W, Barthel A, Don-Wauchope A, Hammer GD, et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(2):364-89.



Chiara Carlino, médecin diplômée
Service de médecine interne,
Hôpital Riviera Chablais, Rennaz

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

Platin Package: 2 × 1/1 Seite/page = CHF 6895.–

- 2 × 1/1 Seite (gleiches Inserat), 186 × 256 mm
max. 6110 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 60 Tage

Gold Package: 1/2 Seite/page = CHF 3375.–

- 1/2 Seite hoch, 88 × 256 mm
max. 3000 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/2 Seite quer, 186 × 126 mm
max. 2730 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Silver Package: 3/8 Seite/page = CHF 2780.–

- 3/8 Seite, 88 × 190 mm
max. 2100 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Bronze Package: 1/4 Seite/page = CHF 1795.–

- 1/4 Seite hoch, 88 × 126 mm
max. 1260 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/4 Seite quer, 186 × 62 mm
max. 1170 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Tous les prix avec 8,1% TVA en sus.

Dernier délai: 14 jours avant parution



zeckenliga.ch

Liga für Zeckenkranke 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.

Medizinisches
Zentrum **VIVA**

Im Kubus beim BäreTower in Ostermundigen hat Ende November 2023 das innovative medizinische Zentrum den Betrieb aufgenommen. Die moderne und zukunftsorientierte Organisation bietet umfassende Leistungen für eine integrierte Versorgung. Das Angebot beinhaltet hausärztliche Grundversorgung, einen Walk-in Notfall, verschiedene medizinische Fachrichtungen, paramedizinische Therapien, Beratungsangebote sowie ambulante Pflege.

Ab Sommer 2024 suchen wir Dich als:

Ärztin/Arzt Allgemeine Innere Medizin (Grundversorgung), 40–100%

Deine Herausforderung:

- Du betreust selbstständig Deine Patientinnen und Patienten. Zudem übernimmst Du Dienste auf unserem Walk-in Notfall.
- Du arbeitest eng mit Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Bereichen zusammen (hochmoderne Radiologie, Gastroenterologie, Ernährungsberatung).
- Du übernimmst von Zeit zu Zeit den hausärztlichen Notfalldienst der Region und nimmst am Qualitätszirkel unseres Ärztenetzwerks teil.
- Du wirkst direkt bei der Entwicklung und Gestaltung von Abläufen und Prozessen mit.
- Du kannst zudem Verantwortlichkeit in der Erarbeitung von Richtlinien und Handlungsabläufen übernehmen und so den weiteren Aufbau des Zentrums prägen.

Deine Qualifikationen:

- Facharzttitel Allg. Innere Medizin oder Praktizierender Arzt (CH-Anerkennung)
- Hohe Belastbarkeit und Sozialkompetenz
- Interesse an fachlichem Austausch im Ärzteteam
- Hohes Engagement für die Entwicklung und Umsetzung einer erfolgreichen integrierten Versorgung der Patientinnen und Patienten

Das können wir Dir bieten:

- Junges, dynamisches Team mit viel Motivation und einer Prise Humor
- Unkomplizierter Wissensaustausch im Ärzteteam inkl. Falldiskussion
- Möglichkeit von supervidierten Sonographien durch unseren Radiologen (SGUM-Tutor)
- Regelmässige Arbeitszeiten / Familienkompatibel
- Grosses Einzugsgebiet im Osten von Bern / bereits bestehender Patientienstamm
- Attraktive Lohnmodelle (Fix/Flex) auch bei Niedrigpensum
- Unterstützung bei externen Weiterbildungen
- Hilfestellung bei Beantragung der Berufsausübungsbewilligung

Für weitere Auskünfte steht Dir Lisa Fässler, HR & Org. Entwicklung, unter T 031 917 77 04 gerne Verfügung. Wir freuen uns über Deine Bewerbung: hr@mz-viva.ch (Unsere Mailadressen sind HIN-verschlüsselt).

Medizinisches Zentrum VIVA AG

Bernstrasse 21 • 3072 Ostermundigen • info@mz-viva.ch • www.mz-viva.ch

198525-24



197/579-24

Das Luzerner Kantonsspital mit den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen ist ein Unternehmen der LUKS Gruppe und gehört damit einer der führenden Spitalgruppen der Schweiz an. Die über 8000 Mitarbeitenden sind mit Herzlichkeit, Kompetenz und Engagement rund um die Uhr für das Wohl der Patientinnen und Patienten da. Die Kliniken und Institute der LUKS Gruppe bieten medizinische Leistungen von höchster Qualität. Für unser Team suchen wir per 1. Februar 2025 oder nach Vereinbarung eine/n

Chefärztin/Chefarzt und Klinikleitung Plastische Chirurgie 80-100% Luzern

Ihr Wirkungsfeld

- Wir sind eines der grössten Zentrumsspitäler in der Schweiz und decken, abgesehen von der Transplantation, alle chirurgischen Disziplinen ab, inklusive zertifiziertes Polytraumazentrum und alle HSM Bereiche in den verschiedensten Disziplinen.
- Wir haben ein zertifiziertes Kopfhalsstumorzentrum (HNO & MKG) und betreiben Sarkomchirurgie auf hohem Niveau.
- Die mikrochirurgische Rekonstruktion inkl. Lymphchirurgie ist seit Jahren auf hohem Niveau etabliert und es besteht eine enge interdisziplinäre Kooperation mit dem Zentrum für Hauttumore, Brustchirurgie und Bariatrische Chirurgie.
- Das Departement Chirurgie erfüllt die Zentrumsfunktion für die Zentralschweiz mit einem Einzugsgebiet von rund 700'000 Einwohnern.
- Sie übernehmen neben der CA-Tätigkeit auch die Klinikleitung über die Klinik der plastischen Chirurgie und Handchirurgie. Die Handchirurgie wird durch einen eigenen Chefarzt geführt und verantwortet. Das gesamte Team der gemeinsamen Klinik besteht somit aus 2 Chefärzten, 3 Leitenden Ärzten, 4 Oberärztinnen/-ärzten und 8 Assistenzärztinnen/-ärzten.
- Ihr Einsatz und Engagement in der Aus- und Weiterbildung Ihres Teams ist uns ein wichtiges Anliegen. Sie schätzen eine konstruktive, interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Ihre Erfahrung

- Sie verfügen über den FMH-Facharzttitel plastische Chirurgie (oder eines in der Schweiz anerkannten, äquivalenten Facharztstitels) mit Schwerpunkt in der plastischen Rekonstruktion.
- Sie besitzen eine Habilitation und bringen Erfahrung aus der aktiven klinischen Forschung und der universitären Lehre mit und Sie sind interessiert, diese am Luzerner Kantonsspital fortzusetzen (mit Möglichkeit zur Umhabilitation). Sie sind bereit neue klinische Dienstleistungen aufzubauen und zukunftsgerichtete Methoden einzuführen.
- Sie sind eine erfahrene Führungspersönlichkeit mit hoher Sozial- und Kommunikationskompetenz und zeichnen sich durch Verlässlichkeit, Empathie und Integrität aus.
- Sie sind vertraut mit dem Schweizerischen Gesundheitssystem und haben eine gute Vernetzung in Ihrer Fachgesellschaft.

Ihre Perspektiven

- Es erwartet Sie ein breites und anspruchsvolles Aufgabenspektrum im gesamten Gebiet der Chirurgie in einem interdisziplinären und wertschätzenden Setting.
- Ihnen zur Seite steht ein erfahrenes interprofessionelles Team in einer modernen Infrastruktur.
- Ihr Input und Ihre Ideen prägen Ihre Aufgabe entsprechend den Werten des Luzerner Kantonsspitals LUKS.

Ihr Weg zu uns

Wir freuen uns auf Ihre vollständige online Bewerbung bis spätestens am 30 Juni 2024. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Prof. Dr. Jürg Metzger, Departementsleiter Chirurgie, Leiter Wahlkommission, juerg.metzger@luks.ch, Tel. +41 41 205 48 60.



Mit 5900 Mitarbeitenden ist das Spital Wallis der bedeutendste Arbeitgeber im Kanton. Jährlich werden ca. 40 000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt und über 633 000 ambulante Konsultationen durchgeführt. In der Klinik Frau-Kind finden pro Jahr über 700 Geburten statt.

Das Spital Wallis sucht für das Spitalzentrum Oberwallis in der Klinik Frau-Kind für die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe eine/n:

Chefärztin/-arzt und Klinikleiter/-in 80–100%

Ihre Aufgaben:

- Vorsitz Klinikleitung der Klinik Frau-Kind
- Als Mitglied der Klinikleitung gehören Sie zur erweiterten Geschäftsleitung des SZO
- Möglichkeit der Führung einer persönlichen Sprechstunde innerhalb des Spitals
- Klinisch aktive, operative Tätigkeit im bestehenden Kaderärzte-Team der Gynäkologie und Geburtshilfe
- Freude an der Weiterbildung von Assistenz- und Oberärzten
- Gestalten und Weiterentwickeln der Klinik Frau-Kind
- Entwicklung und Mitarbeit in den Spezialsprechstunden
- Beteiligung am Nacht- und Wochenenddienst der Gynäkologie und Geburtshilfe

Ihr Profil:

- Grosses Augenmerk auf einer umfassenden, ganzheitlichen medizinischen Betreuung der Patientinnen und Schwangeren
- Eine integrative, dienstleistungsorientierte und teamfähige Persönlichkeit
- Fördern der interdisziplinären / interprofessionellen Zusammenarbeit
- Führungskompetenzen mit dem Leadership- Führungsverständnis
- Eine Weiterbildung in Betriebswirtschaft, Gesundheitsökonomie ist von Vorteil
- Facharzttitel FMH Gynäkologie/Geburtshilfe mit operativem Schwerpunkt oder Äquivalent
- Zusatzqualifikationen wie einen der FMH Schwerpunkte im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich, mindestens aber FMH Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall
- Erfahrung als Leitende/r Ärztin/Arzt oder als Chefärztin/ Chefarzt, mit Vorteil in der Schweiz

Unser Angebot:

- Die Möglichkeit in einem Standortspital der Zukunft zu arbeiten
- Kompetentes, engagiertes Team von Ärzten, Hebammen und Pflegenden
- Hervorragende interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Spitalzentrums
- Attraktive Anstellungsbedingungen und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Attraktive, sonnige Bergregion mit hoher Lebensqualität und bester Anbindung an nationale sowie internationale Zentren

Arbeitsort: Visp

Stellenantritt: ab 1. Oktober 2024 oder nach Vereinbarung

Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Dr. Reinhard Zenhäusern, Ärztlicher Direktor SZO, Tel. +41 27 604 36 60, reinhard.zenhausern@hospitalvs.ch oder Frau Nicole Truffer, HR Business Partner, Tel. +41 27 604 15 12, nicole.truffer@hospitalvs.ch.

Senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bitte bis am **28. Juni 2024** über unsere Internetseite.

www.spitalvs.ch/stellen



198480-24



Chefärztin / Chefarzt Frauenklinik

⌚ 100% 📅 nach Vereinbarung, unbefristet 📍 Aarau

Die Frauenklinik des KSA Aarau gehört zu den grössten nichtuniversitären Frauenkliniken der Schweiz und deckt die fünf Schwerpunkte Fetomaternale Medizin, Urogynäkologie, Gynäkologische Onkologie, gynäkologische Senologie sowie gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ab. Zusammen mit der Neonatologie betreibt die Frauenklinik eines der 9 Perinatalzentren der Schweiz mit einer Neonatologie der höchsten Versorgungsstufe. Im Jahr 2027 erfolgt der Bezug des modernen Spitalneubaus, in welchem das Perinatalzentrum auch örtlich mit der Frauenklinik zusammenwächst. Die Klinik verfügt über ein DKG-zertifiziertes Brustzentrum, ein gynäkologisches Krebszentrum sowie eine DKG-zertifizierte Dysplasieeinheit. Sie verzeichnet jährlich 2000 bis 2500 Geburten und führt neben der Gebärabteilung ein Geburtshaus. In den drei eigenen Operationsälen werden jährlich ca. 2000 gynäkologische Operationen durchgeführt.

Ihre Aufgaben

Sie übernehmen die Gesamtverantwortung für die Frauenklinik, was auch die operative Führungsverantwortung wie auch die Budgetverantwortung mit einschliesst. Ihre Mitarbeit im klinischen Tagesbetrieb inkl. Notfalldienst sowie die aktive Beziehungspflege und die Kooperation mit Zuweisenden und Belegärzten und -ärztinnen sämtlicher Fachrichtungen sind selbstverständlich. Sie setzen sich in der Nachwuchsförderung und in der Aus- und Weiterbildung von Medizinstudierenden und angehenden Fachärztinnen und Fachärzten sowie Schwerpunktträger/-innen ein (die Frauenklinik ist Weiterbildungsstätte der Kategorie A für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie SWIF-anerkannte Ausbildungsklinik für vier Schwerpunkte). Die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit schätzen und pflegen Sie in Ihrer täglichen Arbeit.

Ihr Profil

Wir suchen für die Stelle "Chefärztin / Chefarzt Frauenklinik" eine habilitierte Persönlichkeit mit mehreren Jahren Erfahrung in leitender Position an einer Universitätsklinik oder an einem anderen Zentrumsspital. Sie verfügen über den Schweizer Schwerpunkttitel für Operative Gynäkologie und Geburtshilfe und einen Schweizer Schwerpunkttitel entweder für Fetomaternale Medizin, Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie, Urogynäkologie, Gynäkologische Onkologie oder Gynäkologische Senologie. Mit den Gegebenheiten des schweizerischen Gesundheitswesens sind Sie vertraut. Die MEBEKO-Anerkennung setzen wir bei ausländischen Diplomen voraus. Ausgeprägtes betriebswirtschaftliches Denken und Handeln sind weitere Voraussetzungen für diese herausfordernde Stelle.

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung

Weitere Informationen und Online-Bewerbung auf www.ksa.ch/jobs

Dr. Daniel Lüscher, Verwaltungsratspräsident und CEO a. i.
+41 62 838 94 00





Swissmedic ist die Schweizerische Überwachungsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte. Sie gewährleistet, dass nur qualitativ einwandfreie, sichere und wirksame Heilmittel in der Schweiz in Verkehr gebracht werden.

Die Abteilung Clinical Assessment umfasst ca. 40 Mitarbeitende. Sie beurteilen die klinischen, pharmakokinetischen und biostatistischen Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit und das daraus resultierende Nutzen-Risikoverhältnis von Arzneimitteln.

Möchten Sie am Puls neuester medizinischer Erkenntnisse und Entwicklungen arbeiten und sich als wissenschaftlich orientierte/r Mediziner/in in ein neues, spannendes Tätigkeitsgebiet einbringen? Für unsere **Abteilung Clinical Assessment** suchen wir einen

Clinical Assessor/in 80 - 100%

Ihre neue Herausforderung

Als medizinische(r) Expertin/Experte erwartet Sie eine wissenschaftlich anspruchsvolle Aufgabe an einer hochinteressanten Schnittstelle des Gesundheitswesens. Im Rahmen von Antragsverfahren begutachten Sie die klinische Dokumentation von Arzneimittel-Entwicklungsprogrammen für verschiedene Therapiegebiete und wirken an Zulassungsentscheidungen mit. Dank Ihrer Mitwirkung können Patienten/innen rasch Zugang zu innovativen Therapien von zentraler Bedeutung erhalten. Sie arbeiten interdisziplinär mit verschiedenen Fachrichtungen und mit einem externen Expertengremium zusammen. Nach Bedarf vertreten Sie auch die Abteilung Clinical Assessment in internen und externen Fachgruppen. Internationale Zusammenarbeit mit Partnerbehörden ergänzt diese spannende Rolle.

Ihr Profil

Nach dem Abschluss Ihres Studiums in Humanmedizin haben Sie eine Facharztausbildung in Neurologie oder Innerer Medizin erworben und verfügen klinische Erfahrung. Zusätzlich bringen Sie Kenntnisse in den Methoden der klinischen Forschung und optimalerweise Arbeitserfahrung aus der pharmazeutischen Industrie mit. Sie arbeiten gerne wissenschaftlich, fokussiert, eigenverantwortlich, interdisziplinär und verfügen über eine hohe Sozialkompetenz. Ausserdem erfassen Sie komplexe Zusammenhänge rasch und setzen Ihre redaktionellen Fähigkeiten gerne beim Verfassen von medizinischen Berichten ein. Sie kommunizieren klar und adressatengerecht in mindestens einer Amtssprache (D/F/I) und in Englisch.

Wir bieten Ihnen

In einem fachlich interessanten Umfeld an der Schnittstelle von Medizin, Pharmazie und öffentlicher Gesundheit bieten wir Ihnen eine abwechslungsreiche und spannende Tätigkeit an. Attraktive Anstellungsbedingungen, ein flexibles Jahresarbeitszeitmodell mit der Möglichkeit, einen Teil Ihres Pensums im Home Office zu arbeiten, und ein Arbeitsort in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof Bern gehören zu dieser spannenden und vielseitigen Tätigkeit.

Fühlen Sie sich angesprochen? Dann zögern Sie nicht, Ihr vollständiges Bewerbungsdossier an uns zu senden. Für telefonische Auskünfte steht Ihnen Prof. Dr. Katrin Bürk, Einheitsleiterin Clinical Assessment oder Pascale Le Stanc, HR Business Partnerin, gerne zur Verfügung (Telefon +41 (0)58 462 02 11).

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

pascale.lestanc@swissmedic.ch

Swissmedic
Personal und Organisation Ref. CA 1
Hallerstrasse 7 3012 Bern

198758-24



Ärztliche Co-Leitung Rettung Aargau West und Oberärztin / Oberarzt Anästhesie

🕒 80%-100% 📍 Aarau

📅 Per sofort oder nach Vereinbarung, unbefristet

Die Ärztliche Leitung Rettung Aargau West braucht Unterstützung in der Funktion einer Co-Leitung und die Klinik für Anästhesie (A1) expandiert.

Ihre Aufgaben

- Kaderärztliche eigenverantwortliche Tätigkeit (ca. 60%)
- Ärztliche Co-Leitung Rettung Aargau West (ca. 40%)
- Mitarbeit in allen anästhesiologischen Spektren des KSA
- Beteiligung am anästhesiologischen Präsenzdienst
- Mitarbeit bei klinikinternen und klinikübergreifenden Projekten

Ihr Profil

- Schweizer Arzt diplom oder äquivalente Ausbildung mit ME-BEKO-Anerkennung
- Eidgenössisch anerkannter Facharzt Anästhesiologie
- FA präklinische Notfallmedizin / Notarzt SNGOR oder äquivalente Ausbildung
- Erfahrung im Rettungswesen
- Erfahrung in allen Bereichen der klinischen Anästhesie (Ausnahme Herz- und Transplantationschirurgie)
- Arbeiten gerne in einem versierten und motivierten Team

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung

Weitere Jobs und Online-Bewerbung auf www.ksa.ch/jobs

Prof. Dr. med. Lorenz Theiler, Chefarzt Anästhesie, Bereichsleiter Perioperative, Notfall- & Intensivmedizin
+41 62 838 45 81



ksa.ch/jobs



**The Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) and
the Università della Svizzera italiana (USI)**

are seeking applications for the position of

**Head of the Cantonal Institute of Pathology of the EOC, Locarno
Full Professor of pathology at the Università della Svizzera italiana**

The successful applicant will hold the positions of:

- Head, Cantonal Institute of Pathology of the EOC in Locarno
- Full Professor of pathology at the Faculty of Biomedical Sciences of the Università della Svizzera italiana in Switzerland, Institute of Human Medicine, responsible for organizing the theoretical and clinical teaching of pathology as part of the training programs in human medicine.

Essential criteria

The candidate must have:

- postgraduate qualification in pathology 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 pathology with expertise in diagnostic cytology and/or molecular pathology, acquired at least in a leading role at a university or cantonal hospital or equivalent foreign institution;
- academic qualification to teach pathology at a Swiss or foreign university;
- solid and proven experience in the clinical and managerial running of a pathology service;
- ability to manage quality and clinical governance programs;
- experience and willingness in promoting multidisciplinary clinical collaboration (e.g. accredited centers of expertise for tumor diseases);
- willingness to develop an integrated diagnostic strategy in collaboration with other diagnostic services;
- experience in promoting, contributing and actively supporting the achievement of the objectives of the Institute as a whole;
- willingness to continue and strengthen collaboration with local doctors;
- commitment to developing a training and research activity that is capable of promoting the academic progression of collaborators, ensuring continuity with the activities already developed;
- experience in conducting a research program (clinical, translational and/or fundamental), with a track record of scientific publications on the specific topics of the call and in obtaining research funding;
- 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 linked to the concept of equal opportunities;
- good knowledge of Italian and English. Knowledge of national languages is an advantage;
- effective verbal and written communication skills. Should be able to adapt communication style to suit different audiences.

The successful applicant will be offered

- the opportunity to join a solid and experienced staff;
- the role of medical and scientific director the Cantonal Institute of Pathology of the EOC in Locarno;
- involvement as full professor in the dynamic Faculty of Biomedical Sciences;
- active participation in the realization of the Master in Human Medicine of the USI Faculty of Biomedical Sciences.

The starting date is 1st October 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. As an institution that promotes diversity and inclusion, USI encourages applications from women and all people belonging to underrepresented categories.

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 **26.06.2024**. 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 Biomedical Sciences, Università della Svizzera italiana (giovanni.pedrazzini@usi.ch – Phone +41 58 666 49 00).

Bellinzona / Lugano, the 29th May 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

Stellenmarkt / Offres et demandes d'emploi / Offerte e domande d'impiego

Wir suchen ab dem 1. Oktober 2024 oder nach Vereinbarung eine/n

Assistenzärztin/Assistenzarzt

Ihre Aufgaben

Sie übernehmen die Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren beiderlei Geschlechts mit Störungen aus dem gesamten kinder- und jugendpsychiatrischen Spektrum (u.a. ADHS, Depressionen, suizidale Krisen, selbstverletzendes Verhalten, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen etc.). Neben Krisenbehandlungen werden diagnostische Abklärungen sowie längerfristige Therapien durchgeführt.

Ihr Profil

Sie kommen aus der Schweiz oder dem EU-/EFTA-Raum, haben gute Deutschkenntnisse und Interesse an der Tätigkeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern.

Unser Angebot

Sie finden bei uns eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem engagierten, multiprofessionellen Team. Ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot mit finanzieller Beteiligung sowie interne und externe Supervision unterstützen Sie in Ihrer Fort- bzw. Weiterentwicklung. Über den Weiterbildungsstellenleiter (Universität Basel) besteht die Möglichkeit zur Promotion. Eine Rotation in die Erwachsenenpsychiatrie ist möglich. Unsere Klinik verfügt über ein Nachtarzsystem, Personalzimmer und eine Kindertagesstätte und liegt in einer reizvollen Landschaft zwischen dem Bodensee und den Schweizer Voralpen. Wir sind von den grösseren Städten Zürich, Winterthur, St. Gallen und Konstanz gut erreichbar.

Ihr direkter Kontakt: PD Dr. med. Lars Wöckel, MHBA, und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Clienia Littenheid AG in Littenheid, erteilt Ihnen gerne weitere Auskünfte: T +41 71 929 63 18.

Wir freuen uns auf Ihre Onlinebewerbung

clienia  Führend in Psychiatrie und Psychotherapie



198229-24



Fachärztin/-arzt Kardiologie

Ab sofort oder nach Vereinbarung zur Verstärkung in unserer digitalisierten Praxis im Zentrum von Schwyz mit komplettem nicht invasivem Leistungsspektrum im eingespielten, familiären und unkomplizierten Team.

Einstiegspensum 20–40% (Steigerung mögl.) mit möglicher Zusatz-Anstellung am Kantonsspital Luzern (60–80%, kardiologie-spez. Fachgebiet ggf. wählbar).

Kontakt: carmen.schneiders@hin.ch

Kardiologie Schwyz

Dr. med. Carmen Schneiders
FMH Kardiologie, FMH Innere Medizin, SEMS Sportmedizin
Schmiedgasse 3, 6430 Schwyz

198327-24

OP-Zentrum mit Praxisräumen in Winterthur sucht Kooperation mit Ärzten, Praxisgemeinschaften oder anderen Institutionen im Gesundheitswesen.

Ihre Vorteile bei uns:

- Moderne Ausstattung: Profitieren Sie von unserer modernen medizinischen Infrastruktur.
- Flexible Nutzung: Integrieren Sie Ihre Praxis in unsere Räumlichkeiten, die neben 2–3 Operationssälen, eine grosse Holding Area und drei separate Praxis-/Behandlungsräume umfassen.
- Gemeinsame Nutzung: Nutzen Sie gemeinsam mit uns den Empfangsbereich sowie den Wartebereich für Ihre Patienten.

Interessenten melden sich bitte unter **CHIFFRE 197421**.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

197421-24

Da dank Gönnern.

Ohne Gönner keine Rega.

Gönner werden:
rega.ch/goenner

rega 



medgate_

Chez nous, la journée de travail se termine vraiment à l'heure convenue.

Devenir praticien·ne en télémédecine et jouir d'une liberté inouïe.

medgate.ch/findejournée

Postulez dès maintenant!

184016-24

Immobilien | Immobilier | Immobili

Nouveau centre de santé de l'Unterland zurichois attire les médecins avec des surfaces de cabinet attractives – Plusieurs espaces locatifs encore disponibles**Le Centre Rietbach à Bachenbülach comble une lacune en matière de soins médicaux.**

Sous le slogan «Shopping meets Health», le centre récemment ouvert propose une large gamme de services médicaux combinés à une expérience de shopping attrayante.

Bachenbülach, ZH – Le Centre Rietbach jouit déjà d'une grande popularité. Les cabinets sont littéralement pris d'assaut par les patients, ce qui souligne la forte demande de services médicaux dans la région.

Les espaces disponibles sont exclusivement loués à d'autres prestataires de services médicaux, souligne Alexander Herren de P&F Immobilien AG, le promoteur du projet. Toutes les spécialités sont les bienvenues, tant qu'elles ne font pas concurrence aux locataires actuels. Un groupe de médecins généraliste renommé, un cabinet de pédiatrie avec sept médecins et un cabinet dentaire ultramoderne sont déjà ouverts. D'ici à la fin de l'année, un service de soins à domicile (Spitex) et d'autres prestataires de services ouvriront également leurs portes.

En dehors des établissements médicaux, le centre propose une large gamme de services et de possibilités de shopping. On y trouve notamment un hôtel d'affaires, Burger King, JYSK, Petfriends et un salon de beauté. Les magasins situés à proximité, tels que Parkallee, le nouveau Coop Mega Store, Aldi, Smyths Toys et Jumbo, font du Centre Rietbach un carrefour animé pour la santé et le quotidien.

**Conseils et inspiration «Espaces locatifs disponibles» au Centre Rietbach**

Tous les intéressés par les surfaces de cabinet médical peuvent contacter Alexander Herren.
E-mail: herren@pfimmobilien.ch, téléphone: 061 564 74 32
site web: www.rietbach-center.ch

198308-24



**Hirnschlag, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor:
Hirnverletzungen können alle treffen.**

Hilfe für Menschen mit Hirnverletzung und Angehörige. Helfen auch Sie! PC 80-10132-0



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 – Aarau renovierte Praxisräumlichkeiten 101 m² (ev. + 101 m²) mit 2 Parkplätzen – Unmittelbar vor der Praxis. Rollstuhlgängig, Ärztehaus, nahe Hirsländchenklinik. Miete CHF 2370.- inkl. NK. ab 1.12.2024 oder früher. E-Mail: haueter.eyedoc@bluwin.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@bluwin.ch, Tel. 079 754 99 47.

BL – Übergabe Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis – in BL (Vorortgemeinde BS). Nach Absprache gut gepflegte Praxis günstig abzugeben. Gemeinschaftspraxis räumlich möglich (4-7 Zimmer). Sehr gute Bus-/Tramverbindung, mit Parkplätzen (+ für Personal Tiefgarage). Kontakt unter Chiffre I-43046.

GR – Praxisräumlichkeiten (80 m²) im Zentrum von Thuisis – Per 1. Juli o.n. Vereinbarung im EG eines ruhigen Mehrfamilienhauses. Infos+Fotos siehe fmhjob.ch/suche-praxis. Kontakt: Roman Caviezel, 078 883 83 15.

GR – Umfassende Medizin fernab Konkurrenz- und Leistungsdruck in der magischen Region Surselva – An bester Lage in der verkehrstechnisch sehr gut erschlossenen Gemeinde Disentis zwischen Chur und Andermatt ist per Frühling 2025 eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere ohne Goodwill zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (128 m²) mit lichtdurchfluteten Sprechzimmern befindet sich in einem topmodernen Gebäude. Der Notfalldienst wird tagsüber (ca. 2x pro Monat) bis 20 Uhr geleistet und in der Nacht behält man nur den Hintergrunddienst. Kontaktaufnahme bitte unter Ref. 241 1567: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

LU – Tolle Hausarztpraxis mit Patientenstamm – Suchen Sie eine wunderschöne Hausarztpraxis mit Charm für 2-3 Ärzte. Inkl. Patienten. Kontakt unter Chiffre I-43150.

LU – Nachmieter Praxisräume – Praxis-Räumlichkeiten in der Stadt Luzern abzugeben per 01.09.2024 oder nach Vereinbarung. Beste Lage, sehr guter Zustand, 188 m². 3 sehr helle Untersuchungs-/Behandlungsräume. WC + Dusche/WC. Kleine, voll ausgestattete Küche (Kühlschrank, Herd, Mikrowelle, Geschirrspüler). Waschmaschine und -trockner. Neu installierte Klimaanlage. Kein Röntgen. Ggf. mit Möblierung (v. a. USM). Kontaktnahme via E-Mail: praxis-luzern@gmx.ch.

LU – Attraktives Ärztezentrum mit vollelektronischer Praxisadministration in der Nordagglomeration von Luzern – Im Zentrum einer Vorortgemeinde von Luzern ist per Mitte 2025 oder n. V. ein modernes Ärztezentrum (erweiterte Grundversorgung) mit Selbstdispensation zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (145 m² mit u.a. 4 SZ; zusätzlich Archivraum und Aufenthaltsraum) befindet sich in einem gepflegten Wohn- und Geschäftshaus mit Lift. Optimaler Standort, beste Erreichbarkeit mit dem ÖV oder Auto, grosszügiges Parkplatzangebot. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0741:

FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

TG – Gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit Selbstdispensation im Bezirk Weinfelden zu übergeben – In einer grösseren Gemeinde zwischen St. Gallen und Weinfelden ist per Sommer 2025 oder n. V. eine etablierte Hausarztpraxis (125 m²) zu fairen Konditionen zu übergeben. Der Bodensee und die Städte St. Gallen oder Weinfelden sind nur 20 Minuten von der Praxis entfernt. Konstante Umsatzzahlen, sehr gut durchmischtes Patientengut, ein eingespieltes MPA-Team, bestens geregelter Notfalldienst, Selbstdispensation, beliebte Wohnlagen inmitten einer ländlichen Idylle und doch in Stadtnähe sind nur einige Vorteile dieses Angebotes. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 221 4816: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

TG – Praxisräume mit OP – In den interdisziplinären Ärzteteagen 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.

VS – Nachfolge in einer Praxis für Allgemeine Innere Medizin gesucht – Für meine Praxis in Naters suche ich eine Nachfolge (m/w) zur Weiterbetreuung meiner Patienten. Die Praxis befindet sich an verkehrsgünstiger Lage, Bahnhof in 2 Minuten erreichbar. Sie ist modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte und modernstem Labor. Sie verfügt über ein eingespieltes Praxisteam und einen grossen Patientenstamm. Die Übernahmebedingungen sind fair. Die Region ist sehr schön mit vielen Sonnentagen und umfassendem Sportangebot. Sind sie auf der Suche nach einer spannenden und vielseitigen Herausforderung? Dann freue ich mich auf Ihre Kontaktaufnahme. E-Mail: monika.arnold@hin.ch, Tel. +41 79 370 44 84.

ZG – Psychiatrisch Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft – in Zug sucht eine/n Nachfolger/in für in Pension gehenden Psychiater. Die Raummiete inkl. Infrastruktur beträgt 750.-. Zeitpunkt nach Vereinbarung. Weitere Infos: Manfred Riedle, Tel. 076 369 98 77.

ZH – Praxispartner für Praxis Orthopädische Chirurgie gesucht – Umsatzstarke orthopädische

Praxis in der Stadt Zürich, spätere Übernahme auch als Doppelpraxis möglich. Kontakt unter Chiffre I-43129.

ZH – Moderne Hausarzt-Gruppenpraxis in Zürich Seebach sucht Nachfolger/innen – auf Wunsch Coaching inklusive – Für eine lang-jährig bestehende Hausarztgruppenpraxis in Zürich-Seebach suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung gut ausgebildete Hausärzte/-innen. Sie arbeiten Voll- oder Teilzeit, erhalten einen guten Monatslohn und tragen kein finanzielles Risiko. Sie arbeiten mit einem eingespielten, motivierten Team und können auf Wunsch einen pensionierten Hausarzt als Coach beziehen. Die Praxis ist geräumig, hell, freundlich und modern ausgestattet: elektronische KG, Labor, EKG, Ergometrie, digitales Röntgen, Apotheke. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung mit CV an E-Mail: bewerbungen.aerztehaus-seebach@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-42868.

ZH – Hausarztpraxis mit Selbstdispensation direkt am linken Zürichseeufer zu übergeben – Zentral gelegene, helle, moderne allgemein-internistische Hausarztpraxis in attraktiver, steuergünstiger Gemeinde am linken Zürichsee (200 m²) mit Seesicht sucht 1–2 sympathische junge Nachfolger/innen. Ideal für Doppelpraxis oder Kombination Allgemeininternist/Spezialist. Geschäftshaus mit weiteren Ärzten. Gutes Potential. Wir freuen uns über Ihre schriftliche Bewerbung an Herrn Janick Merkofer unter der Referenznummer 2885 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

ZH – Moderne Hausarztpraxis mit elektronischer Praxisadministration im Bezirk Hinwil zu übergeben – Zentrumsnah in einer grösseren Gemeinde im Zürcher Oberland mit wunderschönem Bergpanorama und stetig wachsender Bevölkerung ist per Ende des Jahres 2024 eine Praxis für Allgemeine Innere Medizin (292 m²) an einen oder mehrere Nachfolger (m/w) zu übergeben. Bestens geregelter Notfalldienst (kein Nachtdienst), Selbstdispensation, optimale ÖV-Verbindung nach Zürich, Wetzikon oder Rapperswil und kein zusätzlicher Investitionsbedarf. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0094: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

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

BL – Praxispartnerschaft mit Übernahmeoption – Bis in ca. 3 Jahren möchte ich in den 'Unruhestand' treten. Ich führe eine pädiatrische Praxis (mit 1 MPA) in einer direkt an Basel angrenzenden Gemeinde (mit Selbstdispensation; sehr gute Anbindung im ÖV). Gerne würde ich kürzer treten und eine Nachfolge einarbeiten. Vorsorge, Allgemeinpädiatrie (mit Labor) und Sonographie der Hüften gehören zum Alltag. Ziel wäre mein Pensum zu reduzieren während ein Partner sein Pensum aufbaut. Kontakt unter Chiffre I-43005.

Stellenofferten
Offres d'emploi
Offerte di posti

AG – Facharzt/Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendmedizin 50–100% – Wir sind eine vielseitige Gruppenpraxis für Kinder- und Jugendmedizin in Wettingen AG und suchen ab August 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/Kollegen zur Aufstockung unseres Fachärzteteams. Auch eine Subspezialität wäre willkommen. Die Praxis ist gut mit ÖV oder PW (Tiefgarage im Haus) erreichbar und bietet gute Einkaufsmöglichkeiten in nächster Nähe. Arbeitsbeginn und Anstellungsmodalitäten besprechen wir gerne in einem persönlichen Gespräch. Bewerbungen bitte an Frau Dr. med. Tanja Belzer, Bahnhofstrasse 88, 5430 Wettingen oder per E-Mail an tanja.belzer@hin.ch.

AG – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (50–100%) in Buchs AG – Wir suchen als weitere Verstärkung für unsere schnell wachsende hausärztliche Gruppenpraxis eine Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Eine Beteiligung an der Praxis ist bei Interesse im Verlauf möglich. Unsere moderne, ärztteigene Praxis mit einem stabilen Team befindet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in unserer Praxis das ganze Spektrum der Hausarztmedizin an und haben eine attraktive Ferien- und Fortbildungsregelung sowie eine zeitgemässe Entlohnung. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unverbindlich bei unserem ärztlichen Leiter Dr. med. Dominik Weber (E-Mail: d.weber@hin.ch oder Tel. 062 822 00 50). Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage www.aerztezentrum-buchs.ch.

BE – Schulärztin/Schularzt 35% – Per 14. Oktober 2024 oder nach Vereinbarung suchen wir Sie für unser motiviertes schulärztliches Team im Gesundheitsdienst der Stadt Bern. Geregelte Arbeitszeiten ohne Dienste, Berner Schulferien frei, Arbeitstage vorzugsweise Montag und Dienstag. Das vollständige Inserat finden Sie unter www.bern.ch/stellen.

BE – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% – Wir sind eine moderne, innovative und gleichzeitig familiäre Hausarztpraxis in der schönen Gemeinde Worb. Worb ist optimal gelegen, nicht weit von der Stadt Bern entfernt, liegt das Dorf zudem am Rande des Emmentals. Als Praxis möchten wir gerne den entscheidenden Unterschied in der Region und auf der Welt machen. Der positive und unterstützende Umgang mit unseren Patienten/-innen und den Mitarbeitenden ist für uns zentral. Das vielseitige Angebot und eine anregende Arbeitsumgebung sind uns wichtig. Eine spannende und vielseitige Tätigkeit erwartet Sie. Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir Sie als motivierte Fachärztin/motivierten Facharzt Innere Medizin. Was Sie mitbringen: Freude am Umgang mit Patienten/-innen und der medizinischen Tätigkeit, Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin, evidenzbasierte Behandlung von Patienten/-innen, selbständiges Arbeiten, optimalerweise Chirurgie-Erfahrung. Was Sie erwartet: Ein anregendes Umfeld und ein motiviertes Team, Unterstützung bei Fortbildungen, Möglichkeit zur längerfristigen Mitarbeit, faire leistungsbezogene Entlohnung. Sie möchten die Reise mit uns zusammen wagen? Perfekt! Dann melden Sie sich bei uns! Dr. med. Doris von Muralt, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.

Ganze Schweiz – Facharzt / Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit Russischkenntnissen gesucht – Ab sofort oder nach Absprache suchen wir ärztliche Verstärkung für unser Ärztezentrum mit 2 Praxen in Winterthur. Die Praxen sind modern ausgerüstet. Wir sind als Weiterbildungsstätte für 1 Jahr Allgemeine Innere Medizin anerkannt und bieten unseren Patienten eine breite Versorgung in Notfallmedizin, Kardiologie, Psychosomatik und allgemeiner Hausarztmedizin. Wir betreuen 4000 ukrainische Flüchtlinge, daher sind Russischkenntnisse bei uns sehr wichtig. Unseren Mitarbeitern bieten wir 6 Wochen Urlaub, eine deutlich überdurchschnittliche Entlohnung und ein spannendes Aufgabenfeld. Wir freuen uns darauf, Sie in unserem freundlichen Team begrüssen zu dürfen. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: Notfallklinik Dr. Eismann, Bankstrasse 20, 8400 Winterthur, E-Mail: info@notfallklinik-eismann.ch.

GE – Recherche ophtalmologue avec droit de pratique à Genève et numéro RCC genevois – Le cabinet 'Ophtalmologie Cornavin' cherche un ophtalmologue qui a un droit de pratique et un numéro RCC genevois, et qui désire s'installer ou faire quelques consultations à Genève en tant qu'indépendant. Le pourcentage de travail est négociable. Le cabinet est proche de la gare cornavin, a une ambiance de travail saine, et est très bien équipé: optométriste, orthoptiste, OCT de segment antérieur/postérieur, photo couleur du fond d'oeil, CV, topographie cornéenne, biométrie, microscopie spéculaire/pachymétrie, US A/B-Scan/UBM, laser YAG/SLT/Argon, Hess Weiss, lampe à fente portable pour les bébés/handicapés, casque pour le fond d'oeil. Si intéressé(e) veuillez écrire à l'adresse e-mail suivante: valeria_kheir@live.com. Si pas de droit de pratique/num RCC à GE: merci de s'abstenir.

GR – Im Zentrum von Davos 50–100% Fachärztin/Facharzt Dermatologie und Venerologie – Möchten Sie Teil einer führenden Praxis für Dermatologie und Aesthetische Medizin sein? Dermis Hautklinik Zürich Bülach ist seit 2013 die Anlaufstelle im Grossraum Zürich für Dermatologie, Allergologie, Aesthetische Chirurgie sowie Aesthetische Medizin. Mit mehreren Jahren Erfahrung, Kompetenz und Leidenschaft für Aesthetik und Patientensicherheit, eröffneten wir im April 2023 unseren vierten Standort im Zentrum von Davos. Davos liegt inmitten der atemberaubenden Schweizer Alpen und bietet eine malerische und inspirierende Umgebung zum Arbeiten. Ebenfalls ist Davos für sein internationales Umfeld bekannt, da es Gastgeber des jährlichen Weltwirtschaftsforums ist (WEF). In Davos können Sie eine gute Work Life Balance erleben, da die Stadt eine gesunde Lebensweise fördert. Insgesamt bietet Davos als Arbeitsort für Dermatologen eine einzigartige Kombination aus natürlicher Schönheit, hochwertiger medizinischer Versorgung in einem internationalen Umfeld, die es zu einem attraktiven Arbeitsort machen. Wir bieten auf höchstem Niveau dermatologische Behandlungen, chirurgische Eingriffe sowie das gesamte Spektrum der ästhetischen Dermatologie und ästhetischen Medizin an. Dazu stehen uns die neuesten, innovativsten Geräte und Materialien zur Verfügung. Teamwork steht bei uns an oberster Stelle. Ihre Hauptaufgaben: • Selbständige ärztliche Tätigkeit als Fachärztin/Facharzt für Dermatologie & Venerologie • Medizinische Versorgung unserer Patientinnen • Beratung und Behandlung der Patienten im Bereich der ästhetischen Dermatologie. Ihr Profil: • Fachärztin/Facharzt für Dermatologie und Venerologie (FMH oder MEBEKO Anerkannt) • Mehrjährige ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versor-

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

gung • Verantwortungsbewusste, empathische und engagierte Persönlichkeit mit Interesse an teamorientierter und interdisziplinärer Zusammenarbeit • Hohe Sozialkompetenz, Teamfähigkeit, Flexibilität und Freude am selbständigen Arbeiten • Geübter Umgang mit digitalen Arbeitsmitteln. Ihr Gewinn: • Herzliche und Leidenschaftliche Arbeitsatmosphäre • Aktive Mitgestaltung der Praxis • Mitwirkung bei der Abdeckung unverzichtbarer medizinischer Leistungen • Höchste Wertschätzung sowie die Basis sich fachlich und persönlich weiterzubilden • Hohe Work Life Balance • Internationales wie einheimisches Patientengut • Sehr gute Verdienstmöglichkeiten • Und vieles mehr... Mehr über die Dermis Hautklinik und das Praxisteam erfahren Sie auf unserer Website. Fühlen Sie sich angesprochen? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an burch@dermis-hautklinik.ch.

LU – Fachärztin/-arzt 20–100% (Fachrichtungen Neurologie, Pneumologie, Psychiatrie, allgemeine Innere Medizin) – Arztstätigkeit in Schlafmedizin (MO-FR/nur tags); Bewerbung E-Mail: karin.blaettler@hofklinik.ch.

SG – Narkosearzt/-ärztin 50–80% – Privatklinik in der Ostschweiz sucht Narkosearzt/-ärztin 50–80%. Kontakt unter Chiffre I-43043.

SG – Fach- oder Assistenzarzt/-ärztin 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 Laura Kóvács, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

SG – Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100% – Wir suchen eine/n Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100% für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein starkes Team und gute Arbeitsbedingungen. 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.

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.

SO – Mitarbeit in orthopädischer und traumatologischer Praxis – Zentral in Solothurn in unmittelbarer Nähe zur Privatklinik Obach suche ich Unterstützung in meiner orthopädischen und traumatologischen Praxis. Gesucht wird Hilfe bei der Sprechstunde und As-

sistenz im OP. Es besteht die Möglichkeit einer Anstellung oder der Aufbau einer eigenen Selbstständigkeit. Operationen bei Belegarztstätigkeit möglich. E-Mail: alex.fischer@ortho-praxis-fischer.ch, Tel. 076 594 44 68.

SZ – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in Schwyz – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben. 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).

TG – Hausarzt/internistischer Konsiliararzt, Facharzt (a) für Allgemeine Innere Medizin 60–100% – Infolge der Pensionierung des aktuellen Stelleninhabers suchen wir eine/n Nachfolger/Nachfolgerin für eine Hausarztpraxis, die der Neurorehabilitationsklinik Zihlschlacht angegliedert ist. Ihre Aufgaben sind das selbstständige Führen einer Hausarztpraxis, sowie der dazugehörigen Apotheke. Ausserdem sind sie aktives Mitglied im regionalen Ärztenetzwerk und übernehmen Konsiliararztdienste in der Rehaklinik Zihlschlacht. Neben dem anerkannten Facharzttitel in der allgemeinen inneren Medizin gehört ein Fähigkeitsausweis für Abdomen-Sonographie, sowie gute Deutschkenntnisse zu Ihrem Profil. Ausserdem sind Sie ein Sachverständiger für den Strahlenschutz und haben bereits Erfahrungen in einer Kaderfunktion einer internistischen A- oder B-Klinik. Bei weiteren Fragen steht Ihnen Dr. med. D. Zutter, Ärztlicher Direktor, Tel. +41 71 424 30 02 gerne zur Verfügung.

ZG – Arzt/Ärztin FMH AIM für schöne Arztpraxis an zentraler Lage gesucht – Hier bietet sich die Möglichkeit, in einer schönen, gut gelegenen Arztpraxis mit eingespieltem Team mit zu arbeiten. Sehr gute Bezahlung, 4- Tage Woche, 8 Wochen Ferien. Kontakt unter Chiffre I-43064.

ZG – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 60–100% – Wir suchen eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. 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/-ärztin Dermatologie 40–100% sowie Assistenzarzt/-ärztin Dermatologie 80–100% – Praxis Lindengut AG – ein dynamisches, familiär und persönlich geführtes Unternehmen. Unsere drei Standorte sind zentral in der Altstadt von Winterthur gelegen. Für unsere dermatologischen Praxen am Graben und an der Obergasse suchen wir Verstärkung für unser motiviertes Team. Interessiert? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: Esther Scheitlin, Tel. 079 647 67 72, E-Mail: e.scheitlin@arzt-winterthur.ch.

ZH – Moderne Praxis sucht Fachkollegen/-innen – Erstklassige Praxis im Zentrum von Winterthur, zentral in Bahnhofsnähe. Neue, helle Räumlichkeiten, vor 1 J. eröffnet, ausgestattet mit Röntgen-Anlage, La-

bor, Ultraschall, ESWT, EMTT und Praxis-OP. Ich suche Kollegen/-in in den Disziplinen: Orthopädie, Handchirurgie, Plastische/ästhetische Chirurgie, Rheumatologie, Phlebologie, Dermatochirurgie. Entweder Anstellung oder im Rahmen eines Infrastrukturungsvertrags. E-Mail: winortho@hin.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte ärztliche Institution mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an äusserst zentraler Lage (Franklinter Bahnhof Oerlikon, <https://franklinter.ch>), die umfassende ärztliche Versorgung in Zürich-Nord bietet, einschliesslich dringender Behandlung und allgemeinmedizinischer Betreuung. Sie ist ausgestattet mit modernster Infrastruktur und arbeitet mit Spezialisten und Krankenhäusern für weiterführende Versorgung zusammen. Das Team wird durch Hausärzte ergänzt und deckt ein breites Spektrum akuter und hausärztlicher Beschwerden ab. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin. 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.

ZH – FA Allgemeine Innere Medizin (m/w) 50–100% – Aufgrund einer bevorstehenden Pensionierung sind wir auf der Suche nach Verstärkung für unser Team. Wir sind eine kleine unabhängige Hausarztpraxis im Wohnquartier Friesenberg mit Fokus auf der langjährigen persönlichen Betreuung unserer Patienten. Wir bieten das gesamte Spektrum der Hausarztmedizin inklusive Sonographie, Kleinchirurgie sowie Röntgen an, es besteht Selbstdispensation. Fixe Arbeitszeiten Montag bis Freitag 08:00–17:00. Unserem gut eingespielten Team ist eine respektvolle und freundliche Zusammenarbeit sehr wichtig! Bewerbungen an Dr. med. univ. Charlotte Seer, E-Mail: praxisfriesenberg@hin.ch.

ZH – Fachärztin/Facharzt Gastroenterologie 40–100% zur Ergänzung unseres Teams des Bauchzentrum Rapperswil/Rüti – Wir sind eine gastroenterologisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis mit den Hauptstandorten Rapperswil und Rüti ZH sowie neu auch in Wetzikon (vorerst nur Chirurgie). In einem hervorragend vernetzten, interdisziplinären Umfeld (Chirurgie, Onkologie mit lokalem Tumorboard, Radioonkologie, Gynäkologie mit interdisziplinärer Beckenbodensprechstunde) und einem treuen Zuweiserstamm, bieten wir das gesamte Spektrum der ambulanten Gastroenterologie in der Praxis an. Für eine langfristige Zusammenarbeit suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/n engagierte/n, sorgfältig arbeitende/n, motivierte/n und teamfähige/n Facharzt/-ärztin Gastroenterologie mit guten Deutschkenntnissen. Neben flexiblen Arbeitszeiten, guter Entlohnung und grosszügigen Sozialleistungen, erwartet Sie ein motiviertes, gut eingespieltes Team. Unsere Praxen sind sowohl mit dem öffentlichen Verkehr, als auch mit dem Auto gut erreichbar. Bei Wunsch und guter Eignung ist eine spätere Partnerschaft denkbar. Wir freuen uns auf Ihre vollständige Bewerbung, die Sie gerne an E-Mail: hansueli.ehrbar@hin.ch schicken. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte direkt an Dr. med. Hansueli Ehrbar, Tel. 055 220 17 76.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin Mobile Heimarztpraxis Zürich – Medaxo – Menschlich nah. Mit über 180 Fachspezialisten vernetzt und versorgt die Medaxo Gruppe ihre Patientinnen und Patienten mit Leidenschaft in verschiedensten Arztpraxen, den mobilen Heimarztpraxen sowie der Klinik Hohmad. Wir suchen an unserem Standort der mobilen Heimarztpraxis am Standort Zürich/Aargau Verstärkung durch einen Facharzt / eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin oder praktische Ärztin / praktischer Arzt. 50–80 Stellenprozente. Stellenantritt ab sofort oder nach Vereinbarung. Bei Fragen steht Ihnen Frau Alba Fernandez COO Mobile Heimarzt Praxen gerne zur Verfügung: Tel. +41 56 521 24 00 oder E-Mail: alba.fernandez@medaxo.ch.

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 – Allgemeinarzt/-ärztin 40–60% – Arztpraxis Kalkbreite, mitten in Zürich, ausgezeichnet angebunden an ÖV, sucht Haus- oder Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 40–60% nach Vereinbarung. Wir sind eine Gruppe von fünf Fachärztinnen/-innen und bieten eine breite Grundversorgung in gut ausgestatteten modernen Praxisräumlichkeiten bei geregelten Arbeitszeiten und in einem aufgestellten Team. Wir freuen uns über Ihre Bewerbung an die Arztpraxis Kalkbreite (E-Mail: arztpraxiskalkbreite@hin.ch). Weitere Auskünfte erteilen gerne Dr. med. Susanne Nagel und Dr. med. Michael Burkhard, Tel. 044 350 39 39.

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 Arbeitsbedingungen. 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/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 – Fachärztin/Facharzt Dermatologie – Wir suchen eine Kollegin / einen Kollegen für die angestrebte oder selbstständige Mitarbeit in unserer erfolgreichen dermatologischen Praxis in Kloten. Wir sind sehr gut im lokalen medizinischen Netzwerk integriert und behandeln das ganze Spektrum der Dermatologie (inkl. Praxisop). Bei Interesse melden Sie sich bitte bei Dr. med. Michael Geiges (E-Mail: michael@geiges.ch, Tel. 078 661 00 44, www.dermakloten.ch).

ZH – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin (40–80%) und Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (30–60%) – ab sofort oder nach Vereinbarung. Für unsere sehr gut laufende mediX Praxis in Dübendorf suchen wir eine/n weitere/n Fachärztin/ Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Gynäkologie. In unserer schönen und hellen Praxis im Zentrum von Dübendorf finden Sie ein motiviertes und sehr gut eingespieltes Team von 3 Ärzten und 4 MPAs sowie 2 Lernenden. Wir bieten ein modernes Arbeitsumfeld in einer kollegialen Atmosphäre, 40 Stunden Arbeitswoche, 5 Wochen Ferien, 1 Woche bezahlte Weiterbildung pro Jahr sowie wöchentliche QZ-Fortbildungen und eine überdurchschnittlich attraktive Vergütung sowie sehr gute Sozialleistungen. Wiedereinsteiger und Teilzeitarbeitende sind bei uns willkommen. Die Praxis gehört zum Ärztenetz mediX Zürich. Wir sind unabhängig von Krankenkassen und privaten Investoren oder Grossverteilern. Haben Sie Freude an patientenorientierter, evidenzbasierter Medizin und einem kollegialen Austausch? Schätzen Sie ein Arbeitsklima, welches durch gegenseitigen Respekt, Wertschätzung sowie Hilfsbereitschaft geprägt ist? Weitere Informationen finden Sie unter www.medix-praxis-duebendorf.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon. Dr. med. Margarete Schäublin, Leitende Ärztin, mediX Praxis Dübendorf, Tel. 044 802 10 00, E-Mail: margarete.schaebulin@medix.ch.

ZH – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt – Wir suchen für unsere lebendige Praxis vor den Toren Winterthurs eine engagierte ärztliche Unterstützung. Die Praxis ist mit der modernsten Infrastruktur ausgestattet und bietet somit die Möglichkeit einer optimierten Patientenbetreuung. Röntgen- und Sonographie-Zertifikat sind von Vorteil. Gynäkologie und Allgemeine Innere Medizin finden eine optimale Synthese unter einem Dach. Der kollegiale Austausch des gesamten Teams wird hier wieder gelebt. Flexible Arbeitszeiten, zeitgemässe Arbeits- und Vertragsmodelle sind uns ein Anliegen. Unser aufgeschlossenes Team freut sich über Ihre Mitarbeit! Kontakt unter E-Mail: praxis-wiesendangen@hinmail.ch, Tel. 052 338 23 23.

Assistentenstellen
Postes d'assistants
Posti per medici assistenti

ZH – Assistenzarzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–80% für Gruppenpraxis in Zürich Stadelhofen – Die Hausarztmedizin fasziniert Sie? Holen Sie sich das praktische Rüstzeug für Ihre Karriere mit einer Praxisassistenz von Januar 2025 bis August 2025. 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 Zürich Stadelhofen Sie als Assistenzarzt/-ärztin im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr. Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Karin Oberbörsch, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 261 00 04, E-Mail: karin.oberboersch@sanacare.ch) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).



«Kann ich beim Verkauf meiner Praxis heute noch mit einer Goodwill-Leistung rechnen?»

Ja, denn ein Praxisnachfolger profitiert von den durch Sie erarbeiteten immateriellen Werten, wie z. B. dem Patientenstamm oder der Lage. Im Rahmen einer Praxisbewertung ermittelt die FMH Services den Inventarwert und den Goodwill Ihrer Praxis.

«Lors de la vente de mon cabinet, puis-je encore compter sur la valeur du goodwill?»

Oui c'est souvent le cas, car votre successeur pourra bénéficier des valeurs immatérielles que vous avez créées telles que la clientèle ou l'emplacement. Grâce à l'estimation de votre cabinet, FMH Services pourra déterminer le goodwill et la valeur d'inventaire.



*Wir sind für Sie da!
Nous sommes là pour vous!
Olivier Dousse*

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

Avenue d'Ouchy 66
1006 Lausanne
Tél. 021 922 44 35

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

Estimation de l'entreprise

Simplement bien évalué

Neutre et
reconnu

Estimations réalistes et au prix du marché
**En cas de reprise, départ, divorce
ou succession d'un partenaire de cabinet**

- Estimation neutre de l'entreprise (inventaire, goodwill, valeur des actions)
- Rapport prix-prestation intéressant
- Leader sur le marché, solide expérience et largement reconnu dans le domaine des évaluations de cabinets médicaux de toute forme juridique

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Avenue d'Ouchy 66

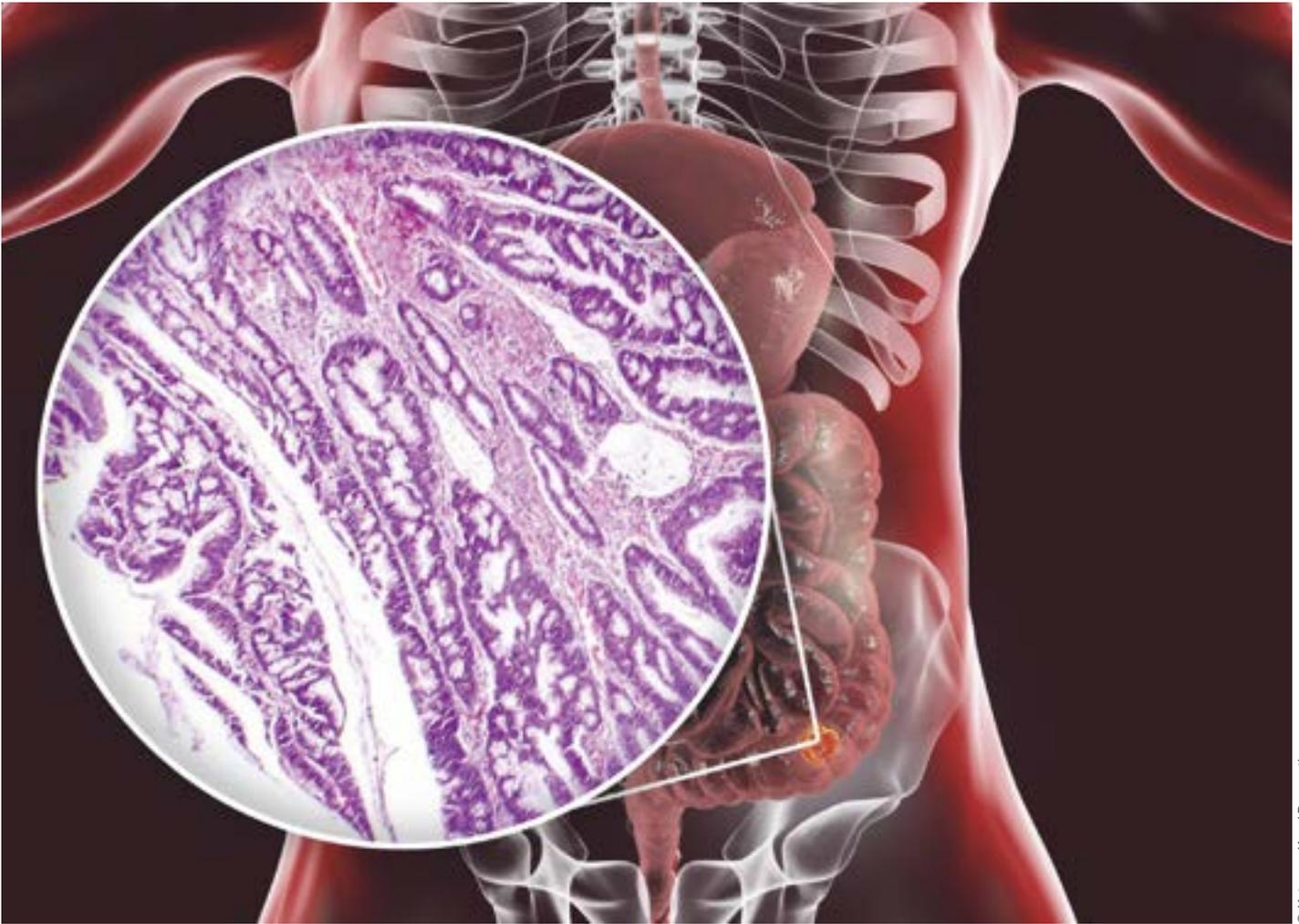
1006 Lausanne

Tél. 021 922 44 35

mail@fmhconsulting.ch

www.fmhconsulting.ch





© Kateryna Kon / Dreamstime

Les examens de dépistage permettent de détecter les stades précoces du cancer du côlon.

Le plus tôt est le mieux

Prévention Le cancer du côlon est un cancer fréquent et malheureusement souvent fatal. Un mode de vie sain permet de réduire le risque de développer la maladie. Les examens de dépistage augmentent les chances d'un diagnostic précoce et d'une guérison. Même chez les personnes jeunes, les éventuels symptômes doivent être pris au sérieux.

Nicole Steck^a; Julia Schwarz^b

^a Dr. phil. nat.; ^b Dr. med. vet.; ^{a, b} Krebsliga Schweiz

En Suisse, le cancer du côlon est la tumeur maligne la plus fréquente après le cancer de la prostate, du sein et du poumon. Chaque année, il touche environ 2500 hommes et 2000 femmes. Avec environ 1700 décès par an, le cancer du côlon est responsable d'environ un décès lié au cancer sur dix. Il s'agit donc du cancer le plus mortel après le cancer du poumon.

Des études ont montré qu'un mode de vie sain peut réduire le risque de développer un cancer du côlon. Il s'agit de pratiquer une activité physique régulière, d'adopter une alimentation riche en fibres alimentaires et pauvre en viande rouge ou en alcool, d'éviter le surpoids et de ne pas fumer. Cela ne signifie pas pour autant que le cancer du côlon est dû au comportement des personnes touchées. Elles ne peuvent

être tenues pour responsables, car un mode de vie sain ne garantit pas d'échapper au cancer du côlon.

Facteurs de risque accru

Il existe une prédisposition familiale dans environ 20% des cancers du côlon. Outre le syndrome de Lynch, la polypose adénomateuse familiale et la polypose hamartomateuse, toute une série d'autres mutations génétiques sont associées à un risque accru de cancer du côlon. Nombre d'entre elles n'ont pas encore pu être identifiées. Par conséquent, les personnes ayant des parents proches atteints d'un cancer du côlon devraient être conseillées individuellement. En cas de risque accru de cancer du côlon, des coloscopies régulières peuvent s'avérer utiles déjà à un âge jeune. Outre la prédisposition génétique, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin comme la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn augmentent aussi le risque de développer un cancer du côlon.

20% des cancers de l'intestin ont une composante familiale; un conseil individuel est recommandé pour les personnes concernées.

Un meilleur pronostic grâce au dépistage précoce

Grâce au dépistage précoce et à l'amélioration des méthodes thérapeutiques, la maladie est aujourd'hui curable dans de

nombreux cas. Plus de deux tiers des personnes touchées sont encore en vie environ cinq ans après le diagnostic de cancer du côlon. Comme pour de nombreux cancers, plus la tumeur est détectée tôt, meilleur est le pronostic. Il est donc essentiel d'en déceler les premiers signes.

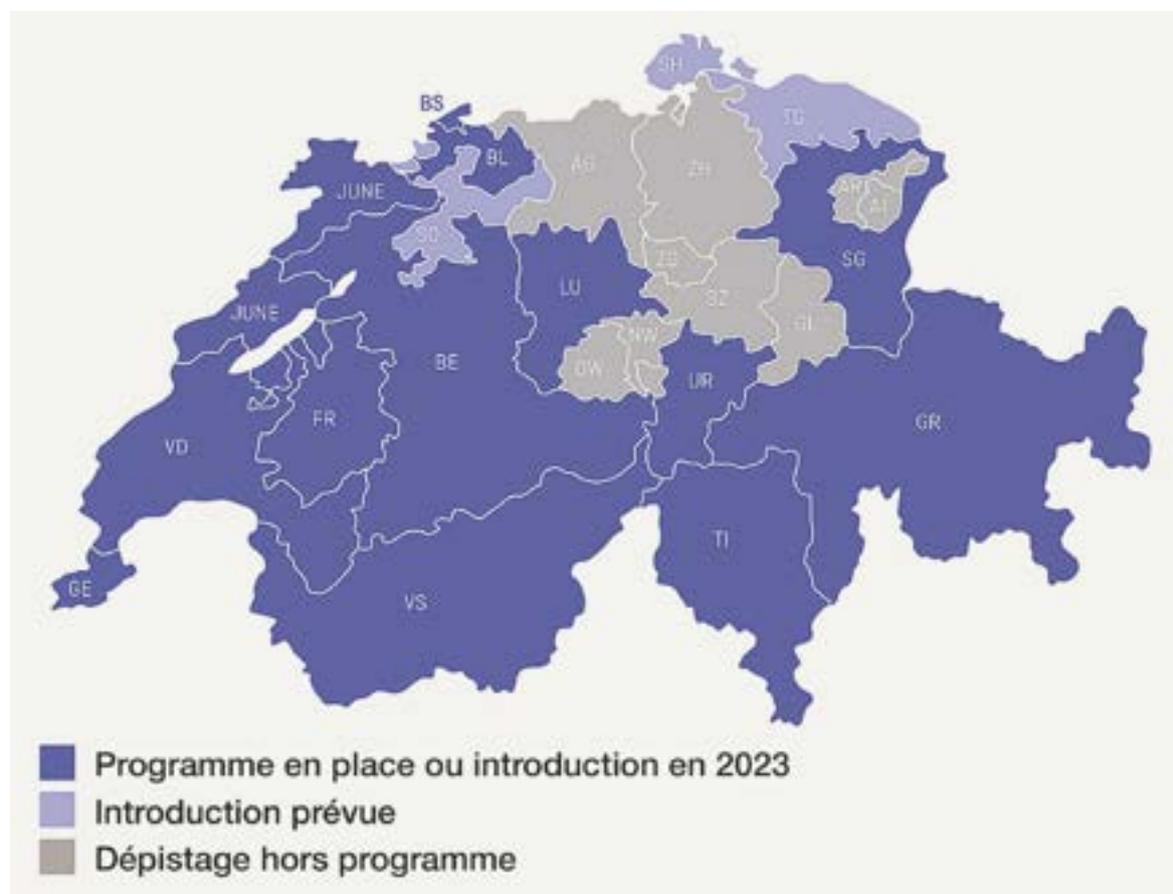
Le cancer colorectal se développe lentement et, au début, il évolue souvent de manière asymptomatique ou avec des symptômes très peu spécifiques et légers. Il existe toutefois des signes d'alerte qui devraient amener à exclure un cancer du côlon. En font notamment partie:

- sang dans les selles
- diarrhée ou constipation soudaine, ou alternance entre les deux
- selles filiformes, besoin d'aller à la selle sans exonération
- perte de poids sans raison claire
- selles glaireuses, saignements du rectum
- pâleur, abattement, fatigue permanente

Bien que plus de 90% des cancers du côlon surviennent chez les personnes de plus de 50 ans, l'incidence du cancer du côlon a légèrement augmenté ces dernières années chez les femmes et les hommes plus jeunes. Il est donc essentiel que les médecins prennent au sérieux les signes d'alerte même chez les personnes jeunes et prescrivent une coloscopie en cas de symptômes persistants.

TIF ou coloscopie?

La coloscopie permet de détecter directement les polypes et de les éliminer. Ces excroissances d'abord bénignes peuvent au fil des années se transformer en tumeurs. La possibilité



non seulement d'identifier les tumeurs à un stade précoce, mais aussi d'éliminer leurs précurseurs, fait du cancer du côlon un candidat idéal pour le dépistage.

En conséquence, 17 cantons suisses proposent à ce jour un programme de dépistage ou sont en train d'en introduire un. La plupart des programmes laissent aux personnes de plus de 50 ans vivant en Suisse le choix entre deux méthodes. D'une part, elles peuvent se soumettre à une coloscopie qui, en cas de résultats normaux, doit être répétée tous les dix ans. D'autre part, elles peuvent effectuer à domicile un test de recherche de sang dans les selles (test immunochimique fécal [TIF]). En l'absence de sang dans les selles, ce test doit être répété tous les deux ans. Certains cantons misent aussi uniquement sur le TIF.

L'incidence du cancer du côlon a légèrement augmenté ces dernières années chez les femmes et les hommes plus jeunes.

Le TIF est certes moins sensible que la coloscopie et ne permet pas de supprimer directement les polypes, mais de grandes études montrent qu'il permet tout de même de réduire la mortalité liée au cancer du côlon s'il est réalisé de manière rigoureuse tous les deux ans [1]. Étant donné qu'il n'est pas invasif et qu'il peut être réalisé sans purge préalable, il constitue en outre une alternative pour les personnes qui ne souhaitent pas subir de coloscopie. La participation aux programmes de dépistage peut ainsi être augmentée.

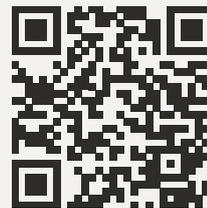
Beaucoup de gens ne savent pas s'ils souhaitent se soumettre à un examen de dépistage, ni lequel. Un entretien avec le médecin de famille, au cours duquel les avantages et les inconvénients des examens, le risque personnel et les préférences individuelles sont discutés de manière nuancée, peut aider à prendre une décision éclairée. Dans les cantons où il n'existe pas de programme, il est particulièrement important que les différentes options soient abordées par le médecin de famille. Tant le TIF tous les deux ans que la coloscopie tous les dix ans sont remboursés par les caisses. Toutefois, le dépistage en dehors d'un programme n'est pas exonéré de franchise.

Selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, le dépistage du cancer du côlon est couvert par l'assurance maladie de 50 à 69 ans.

Élévation de l'âge limite de prise en charge des coûts
Selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), le dépistage du cancer du côlon est aujourd'hui pris en charge par l'assurance maladie entre 50 et 69 ans. La plupart des lignes directrices internationales ainsi que celles de la World Gastroenterology Organization (WGO) recommandent un dépistage du cancer du côlon pour les personnes âgées de 50 à 74 ans. En Suisse aussi, plus de la moitié des

Pour plus d'informations

Les personnes concernées et leurs proches trouveront des informations faciles à comprendre sur www.liguecancer.ch/cancer-colon, ainsi qu'une vidéo explicative et des brochures d'information à télécharger gratuitement.



diagnostics de cancer du côlon concernent des personnes de plus de 70 ans. Ainsi, la Ligue suisse contre le cancer, conjointement avec d'autres organisations et sociétés de discipline médicale, a déposé l'année dernière une demande auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) afin que la limite d'âge supérieure pour le dépistage du cancer du côlon soit relevée à 74 ans. En outre, elle s'engage pour que de tels programmes soient proposés dans tous les cantons.

Correspondance
[media\[at\]krebsliga.ch](mailto:media[at]krebsliga.ch)

Conflict of Interest Statements

Cet article a été mis à disposition par la Ligue suisse contre le cancer. Le Bulletin des médecins suisses et le Forum Médical Suisse déclinent toute responsabilité quant à son contenu.



Références

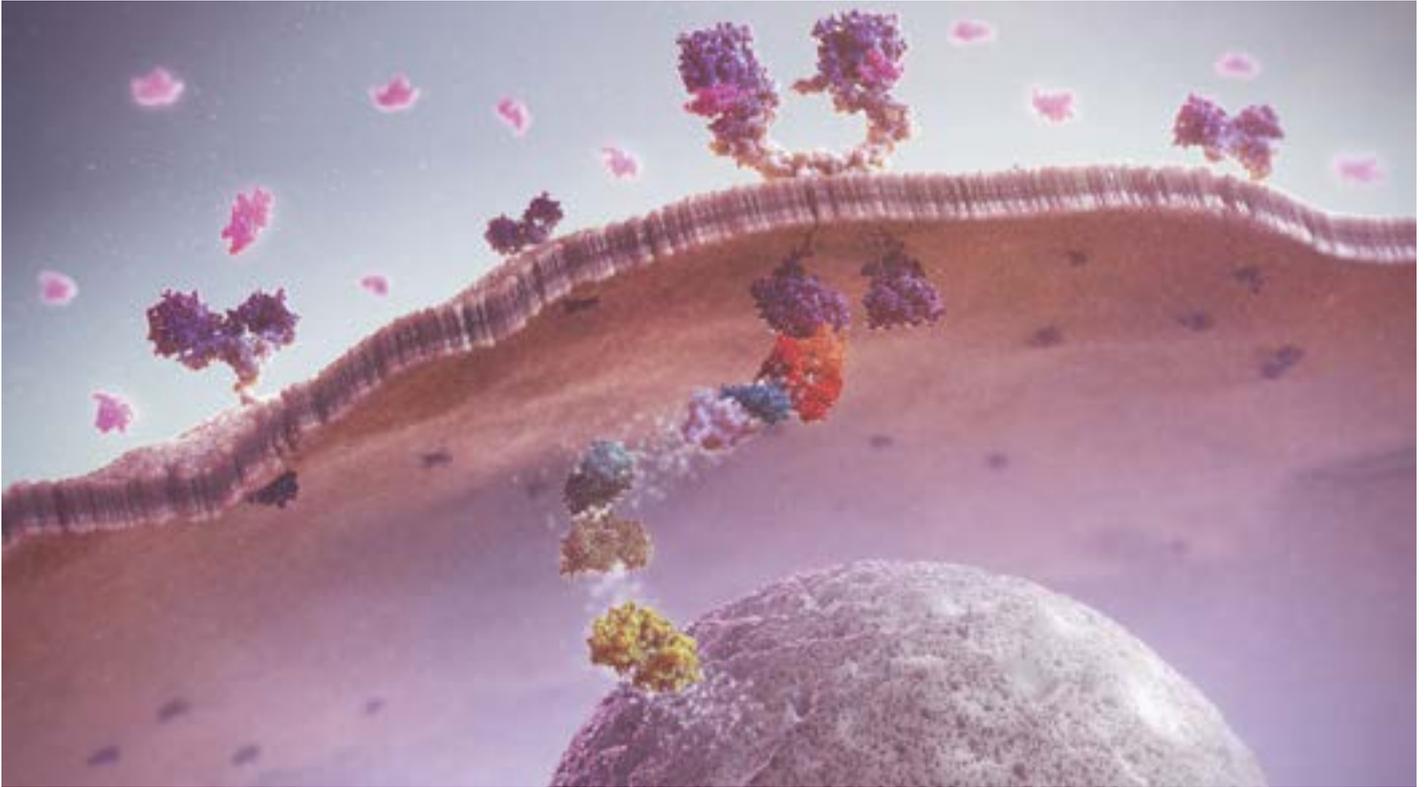
À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Dre phil. nat. Nicole Steck
Collaboratrice scientifique auprès de la Ligue suisse contre le cancer



Dre méd. vet. Julia Schwarz
Spécialiste du dépistage précoce auprès de la Ligue suisse contre le cancer



L'intégration de biomarqueurs dans la pratique clinique permet un traitement sur mesure pour toutes les personnes concernées.

Médecine personnalisée dans le cancer du sein

Diagnostic: cancer du sein Ce qui semble être une entité uniforme est en réalité si hétérogène que les sous-types individuels, avec leur profil moléculaire et leur pronostic différents, peuvent être considérés comme des maladies à part entière. Par conséquent, ils forment le point de départ pour des traitements ciblés basés sur des biomarqueurs.

Nadjeda Valtcheva
Dr. rer. nat., AstraZeneca

La caractérisation des tumeurs du sein commence par l'évaluation histologique classique, qui est effectuée au microscope par le pathologiste et fournit le diagnostic. Comme pour les autres entités tumorales, il s'y ajoute la classification TNM, qui permet d'évaluer la progression de la maladie. À première vue, cela ne ressemble pas à de la médecine personnalisée.

Malgré des similitudes entre les cancers, les cellules malignes présentent souvent des caractéristiques spécifiques qui découlent du tissu d'origine. Ainsi, les hormones stéroïdiennes œstrogène et progestérone contrôlent la croissance

tumorale de certains sous-types de cancer du sein via leurs récepteurs respectifs ER et PR (regroupés sous le terme «à récepteurs hormonaux positifs HR+»). Dans d'autres sous-types de cancer du sein, les cellules tumorales surexpriment le récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2/ERBB2), ce qui entraîne une croissance incontrôlée. C'est de là que découle également la désignation toujours courante des sous-types de cancer du sein: HR+, HER2+ et, pour ceux qui n'expriment aucun de ces biomarqueurs, cancer du sein triple négatif (TNBC) [1]. Jusqu'ici, tout va bien: c'est logique et clair.

Un biomarqueur d'un autre type ajoute un niveau de complexité supplémentaire. Celui-ci est héréditaire et influence la biologie des tumeurs au point qu'elles peuvent être regroupées en un sous-type distinct [2, 3]. Il s'agit des mutations germinales (germline) dans les gènes *BRCA1* et *BRCA2*, qui sont à l'origine du cancer du sein héréditaire.

Nouvelles connaissances

Au plus tard depuis la percée des méthodes de biologie moléculaire (puces à ADN et séquençage à haut débit), un tsunami de données génomiques (ADN) et de données d'expression (ARN) s'est produit [4, 5]. Celles-ci ont apporté un éclairage profond sur les voies de signalisation que la tumeur «actionne» pour se développer. Les connaissances, et donc la complexité, se sont démultipliées et la jungle des noms de gènes et de protéines contribuant au développement tumoral s'est considérablement densifiée. Et qu'en est-il de la médecine personnalisée? Les nouvelles connaissances n'ont pas seulement la liste des publications des auteurs, mais se frayent également un chemin dans la pratique. Les connaissances sur les gènes (et les protéines qu'ils codent) qui jouent un rôle central pour la tumeur ouvrent la voie à des traitements ciblés. Ce qui permet à une tumeur de se développer est aussi son talon d'Achille.

Par exemple, les patientes et patients atteints d'un cancer du sein HER2-positif sont souvent traités par trastuzumab, un anticorps monoclonal qui cible spécifiquement le récepteur HER2.

Conjugués anticorps-médicament

Les conjugués anticorps-médicament (ADC) représentent une nouvelle avancée dans le domaine des anticorps, consistant à charger un anticorps, par exemple le trastuzumab, d'une molécule toxique [7]. Celle-ci est libérée lors de l'absorption dans la cellule cancéreuse et agit comme un poison (par exemple trastuzumab emtansine [8]). Pour le nouvel ADC trastuzumab déruxtécán, il y a en plus un effet dit «bystander» – la molécule toxique se diffuse dans les cellules voisines et y déploie également son effet toxique. Ainsi, il suffit d'une faible expression de HER2 pour détruire les cellules cancéreuses [9]. La coévolution des médicaments et des biomarqueurs fonctionne donc aussi dans l'autre sens. Sur le plan clinique, la classification binaire traditionnelle en HER2-positif et HER2-négatif a dû être adaptée. Désormais, le degré d'expression de HER2+ (HER2-positif ou HER2-low) est pris en compte.

Mais revenons au tsunami de données génomiques et de données d'expression et à leur utilité pour de nouveaux traitements ciblés: les données ont révélé une autre voie de signalisation qui est souvent surrégulée dans les tumeurs HR+, à savoir la voie de signalisation AKT, qui conduit à la prolifération des cellules [4]. PI-3-K, Akt1 et Pten font partie de cette cascade de signalisation. Les cellules tumorales utilisent cette voie de signalisation pour se développer de manière incontrôlée, en appuyant sur l'accélérateur (activation constitutive de PI-3-K et Akt) ou en desserrant le frein (inactivation de Pten). Voilà une cible bienvenue du point de vue thérapeutique: l'apélisib inhibe la protéine PI-3-K [10], tandis que l'inhibiteur capivasertib inhibe Akt1 en tant que point de jonction de la voie de signalisation et contrecarre les éventuels dysfonctionnements de l'une des trois protéines [11].

Biomarqueurs héréditaires

Qu'en est-il à présent des biomarqueurs héréditaires *BRCA1/2*? Traditionnellement, les patientes et patients atteints de cancer du sein et présentant des antécédents familiaux suspects étaient testés non seulement pour déterminer le pronostic et adapter la stratégie chirurgicale, mais aussi pour évaluer le risque de développement d'un cancer chez les apparentés sains. Le thème du test *BRCA1/2* est devenu polarisant depuis que les inhibiteurs de PARP sont utilisés dans la pratique clinique – ils sont efficaces aussi bien en cas de cancer du sein métastatique (talazoparib [12], olaparib [13]) qu'en cas de cancer du sein précoce (olaparib [14]). Un dilemme pour le médecin – le terme de «maladie génétique» inquiète inutilement les patientes et patients ainsi que leur famille, mais d'un autre côté, une possibilité de traitement efficace serait disponible en cas de résultat positif [15]. Dans le cancer du sein, les immunothérapies qui utilisent le biomarqueur PD-L1 (atézolizumab, pembrolizumab [16]) forment un chapitre distinct. Le cancer du sein est une maladie complexe, avec divers sous-types qui se distinguent par leur profil moléculaire et leur pronostic.

Conclusion

L'identification de biomarqueurs forme la base du développement de traitements personnalisés susceptibles d'améliorer significativement les chances de survie et la qualité de vie des patientes et patients atteints de cancer du sein [17]. L'intégration de biomarqueurs dans la pratique clinique permet un traitement sur mesure pour toutes les personnes concernées. De ce fait, au-delà du sous-type histologique, une importance croissante est accordée au profil moléculaire.

Correspondance

nadjeda.valtcheva[at]astrazeneca.com

Conflict of Interest Statement

Cet article a été mis à disposition par AstraZeneca AG et s'adresse à un public de professionnels. Le Bulletin des médecins suisses et Swiss Medical Forum n'assument aucune responsabilité quant à son contenu.



Références

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

Abréviations

TNM – Tumor, Nodes, Metastasis,
BRCA – breast cancer gene



Dre méd. Nadjeda Valtcheva
Diagnostic Manager chez AstraZeneca SA



© Avec l'aimable autorisation du Prof. Dr. M. Schmid

On estime que le taux de nouveaux cas en Europe est d'environ 1000 patients par an.

TCPDB: un diagnostic précoce est décisif

Interdisciplinarité Le dépistage précoce de cette néoplasie hématologique rare (TCPDB) et agressive est décisif. Le diagnostic interdisciplinaire et le CD123 en tant que vecteur d'espoir thérapeutique mettent en lumière de nouvelles pistes dans la lutte contre cette maladie difficilement saisissable.

Werner Kempf^a; Antonio Cozzio^b; Stefan Dirnhofer^c; Emmanuela Guenova^d; Vera Ulrike Bacher^e; Mathias Schmid^f; Gerasimos Tsilimidos^g; Sabine Blum^h; Alexandre Theocharidesⁱ

^aProf. Dr. med. Kempf und Pfaltz Histologische Diagnostik und Dermatologisches Zentrum Zürich, ^bDr. med., Dr. sc. nat., KSSG St.Gallen, ^cProf. Dr. med., USB Basel, ^dProf. Dr. med., CHUV Lausanne, ^eProf. Dr. med., Insel Bern, ^fProf. Dr. med., Triemli Zürich, ^gDr. med., CHUV Lausanne, ^hPD Dr. med., CHUV Lausanne, ⁱPD Dr. med., USZ Zürich.

La tumeur à cellules plasmacytoïdes dendritiques blastiques (TCPDB) est une néoplasie hématologique rare et agressive, qui se manifeste très souvent d'abord au niveau cutané et est associée à un très mauvais pronostic. Un diagnostic précoce, basé sur des biopsies cutanées et de moelle osseuse, est essentiel et est assuré par une équipe interdisciplinaire. Le CD123 est un marqueur diagnostique et de plus en plus aussi un marqueur thérapeutique. La TCPDB est une néoplasie qui émane des cellules dendritiques plasmacytoïdes (pDC) ou de leurs précurseurs [1, 2]. Bien que son incidence exacte soit inconnue, le taux de

nouveaux cas en Europe est estimé à environ 1 000 patientes et patients par an [2]. Environ 90% des personnes atteintes développent initialement des lésions cutanées asymptomatiques, rapidement progressives, rappelant souvent des hématomas, de taille et de morphologie hétérogènes [3–5]. Par la suite, la maladie s'étend rapidement aux ganglions lymphatiques, au sang et à la moelle osseuse avec un essaimage de cellules leucémiques [4, 5]. D'autres organes extramédullaires comme la rate, le foie ou le système nerveux central peuvent aussi être touchés [2–4, 6]. Non traitée, la TCPDB est rapidement fatale [4]. Du fait de sa rareté et de son hétérogénéité

clinique, elle est difficile à diagnostiquer [5]. Or, un diagnostic précoce est décisif pour le succès thérapeutique en raison de la progression agressive de la maladie.

Diagnostic de la TCPDB

Le diagnostic définitif de la maladie requiert une biopsie des lésions cutanées avec caractérisation immunohistochimique des marqueurs des pDC et, le cas échéant, une analyse par cytométrie en flux des cellules tumorales dans le sang ou la moelle osseuse en cas d'atteinte leucémique [2, 4]. En outre, des analyses cytogénétiques peuvent fournir des informations supplémentaires pour le diagnostic différentiel [4]. Lors du diagnostic, il faut aussi garder à l'esprit que la TCPDB peut survenir dans 10 à 20% des cas concomitamment ou consécutivement à un syndrome myélodysplasique ou une leucémie myéomonocytaire chronique [7]. Au vu de la nécessité d'un diagnostic rapide et du large éventail de diagnostics différentiels, la collaboration multidisciplinaire entre dermatologues, pathologistes et hématologues revêt une grande importance. Le cas de chaque patiente ou patient doit impérativement être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire. De plus, les examens requis doivent être effectués dans un centre de traitement disposant de l'expertise nécessaire.

Examens dermatologiques cliniques

Les lésions cutanées de la TCPDB sont en général asymptomatiques et varient en taille (de quelques millimètres à plusieurs centimètres), en forme et en couleur. Elles peuvent se présenter sous forme de papules solitaires ou multiples, d'infiltrats contusiformes ou de plaques disséminées et de lésions nodulaires ou tumorales, parfois accompagnées d'ulcération [8-11], des cas de purpura ayant aussi été rapportés (figure 1A). En raison du vaste spectre de manifestations cliniques, les lésions peuvent être confondues avec d'autres affections cutanées bénignes et malignes [9-12]. Les lésions isolées ont généralement un meilleur pronostic clinique que les formes éruptives, qui sont considérées comme un marqueur de maladie agressive [13].

Anomalies histologiques et cytomorphologiques

La TCPDB se caractérise par un infiltrat monomorphe diffus de cellules blastiques de taille moyenne [11], qui couvre généralement la quasi-totalité du derme, l'épiderme étant épargné [2]. Les noyaux ont une cytomorphologie blastique à chromatine fine et un ou plusieurs nucléoles (figure 1B) [11]. Le liseré cytoplasmique est généralement mince et a un aspect gris-bleu et agranulaire à la coloration de Giemsa [11]. L'aspirat de moelle osseuse et le sang périphérique peuvent présenter des caractéristiques cytomorphologiques telles que des pseudopodes et des microvacuoles contenant du glycogène qui forment un collier de perles le long de la membrane cellulaire [14, 15].

Immunophénotypage

Le diagnostic de TCPDB est confirmé par immunophénotypage des cellules tumorales, réalisé à partir des examens immunohistochimiques et/ou de la cytométrie en flux de la moelle osseuse ainsi que du sang périphérique en cas d'atteinte leucémique [4]. Les cellules de la TCPDB doivent exprimer plusieurs marqueurs associés aux pDC, qui peuvent

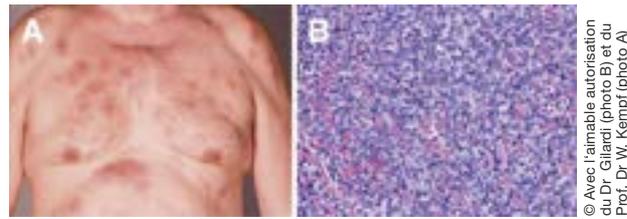


Figure 1: TCPDB: manifestations cliniques: plaques et nodules partiellement brunâtres et contusiformes (A); infiltrat de cellules tumorales blastiques et extravasations d'érythrocytes (B).

© Avec l'aimable autorisation du Dr. Gillardi (photo B) et du Prof. Dr. W. Kempf (photo A)

se recouper avec ceux d'autres hémopathies malignes comme la leucémie myéloïde aiguë, mais aussi d'autres néoplasies. Les principaux marqueurs diagnostiques de la TCPDB sont les suivants: CD4, CD123 (chaîne α du récepteur de l'interleukine 3), CD56, BDCA2 (CD303), protéine associée à CD2 (CD2AP), BDCA4, CLA ainsi que TCL1 et TCF4 [16]. Les critères diagnostiques de la TCPDB comprennent la positivité de CD123, CD4, CD56, TCL1, TCF-4 et CD303, tandis que d'autres marqueurs de la leucémie myéloïde, notamment la myéloperoxydase et le lysozyme, ne sont pas exprimés [7]. Les cas de TCPDB doivent être soigneusement distingués des «AML with BPDCN-like immunophenotype».

Examens cytogénétiques

Des examens cytogénétiques ne sont pas nécessaires pour le diagnostic de la TCPDB, mais peuvent fournir des informations supplémentaires pour différencier les néoplasies myéloïdes [4]. Ainsi, la TCPDB est souvent associée à un caryotype complexe, à de fréquentes délétions de gènes suppresseurs de tumeurs et à des mutations affectant la méthylation de l'ADN ou le remodelage de la chromatine [17].

Conclusion

Le diagnostic rapide de la TCPDB requiert une collaboration interdisciplinaire bien rodée entre dermatologues, (dermato-)pathologistes et hématologues. Le diagnostic repose sur les manifestations dermatologiques, sur les caractéristiques histo- et cytomorphologiques et surtout sur l'immunophénotypage des cellules tumorales.

Conflict of Interest Statement

Cet article a été mis à disposition par Stemline Therapeutics Switzerland GmbH. Le Bulletin des médecins suisses et Swiss Medical Forum n'assument aucune responsabilité quant à son contenu.



Références

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



Prof. Dr Werner Kempf

Kempf und Pfaltz Histologische Diagnostik und Dermatologisches Zentrum, Zurich



© Yulia Dvornikova / Dreamstime

Depuis que Vladimir Poutine a menacé d'utiliser des armes nucléaires dans la guerre en Ukraine, la perception des gens a changé.

Traitement médical en cas d'irradiations accidentelles et de catastrophes nucléaires

Syndrome d'irradiation aiguë Les irradiations accidentelles et les catastrophes nucléaires sont rares. La Suisse n'a guère été touchée ces dernières années. De ce fait, l'expérience en matière de gestion des maladies radio induites a pratiquement disparue. Compte tenu de la situation mondiale et des menaces d'utilisation d'armes nucléaires, il est essentiel de conserver les connaissances sur le traitement des personnes irradiées.

Urs Schanz^a; Cordula Walt^b; Nina Mosimann^c; Daniel Storch^c

^a PD Dr. med., Universitätsspital Zürich, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, ^b Universitätsspital Zürich, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, ^c Dr., Bundesamt für Gesundheit, Sektion Radiologische Risiken

Jusqu'à récemment, lorsqu'on parlait d'irradiations accidentelles et de catastrophes nucléaires, on pensait surtout aux accidents de centrales nucléaires comme ceux de Three Mile Island en 1979, de Tchernobyl en 1986 ou de Fukushima en 2011. Les irradiations accidentelles, souvent provoquées par des manipulations inappropriées de sources de rayonnement dans le domaine civil, sont rarement relatées dans les médias. Les actes des services secrets, comme l'empoisonnement en novembre 2006 d'Alexander Litvinenko, ancien agent du KGB devenu dissident, n'ont

suscité qu'un engouement médiatique de courte durée. Il avait bu du thé contenant du polonium radioactif (Po-210) et est décédé en l'espace de 3 semaines des suites d'un syndrome d'irradiation aiguë.

Des décennies après l'horreur des bombardements atomiques d'Hiroshima et de Nagasaki en 1945, qui ont coûté la vie à des centaines de milliers de personnes, et après la fin de la guerre froide en 1991, presque plus personne en dehors des cercles militaires ne s'intéressait au potentiel destructeur des armes nucléaires.

Russie et Hiroshima

Depuis la première menace du président russe, Vladimir Poutine, à l'automne 2022, d'utiliser des armes nucléaires dans la guerre en Ukraine, la perception des gens a massivement changé. Soudain, une menace oubliée depuis longtemps est à nouveau d'actualité. Depuis lors, Poutine a réitéré ses propos à plusieurs reprises dans les médias nationaux et internationaux. De plus, l'ancien président des États-Unis, Donald Trump, dans le cadre de sa campagne pour un nouveau mandat présidentiel, a provoqué une onde de choc dans le monde occidental. Il a suscité l'irritation en déclarant qu'il abandonnerait à la Russie certains États membres de l'OTAN ne payant pas suffisamment («do whatever the hell they want», CNN, 11 février 2024). Les appels à l'armement nucléaire de l'Europe se répandent dans la presse internationale.

Suite à la catastrophe de la centrale nucléaire de Fukushima le 11 mars 2011, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a été tenu, dans l'Ordonnance sur la radioprotection, article 135, alinéa 5, du 26 avril 2017, de veiller au maintien des connaissances sur le traitement des personnes fortement irradiées. Grâce à un soutien financier supplémentaire de l'IFSN et de la Suva, un poste à 20% a été créé à l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) au 01.01.2019 pour la préservation de ce savoir. L'auteur (U.S.) de cette tribune remplit cette mission depuis lors, en coopération avec des collaboratrices et collaborateurs de l'OFSP (N.M. et D.S.) et de l'USZ (C.W.).

Dans le cadre de ce mandat, il est tenté de mettre en place, en collaboration avec les grandes cliniques d'héματο-oncologie de Suisse, un réseau de traitement des personnes irradiées. Lors de la visite de chacune de ces cliniques, U.S. a présenté un exposé sur le thème «Irradiations accidentelles et catastrophes nucléaires: principes de base et traitement médical». L'objectif était de sensibiliser l'auditoire à cette thématique et de le convaincre de participer au réseau national. Les centrales nucléaires suisses (Leibstadt, Beznau I, II et Gösgen) étant considérées comme bien surveillées et sûres, le réseau n'a pas suscité un grand intérêt dans un premier temps. Avec la première menace de bombe atomique proférée par Vladimir Poutine, l'intérêt aussi bien des professionnels de la santé que de la population s'est cependant accru de façon spectaculaire!

Il est également opportun de familiariser un large public de médecins à certains aspects fondamentaux et au traitement médical des victimes de radiations en situation de catastrophe. Comme il n'y a pas lieu de s'attendre à ce que des bombes atomiques soient utilisées directement en Suisse, mais dans le pire des cas à proximité des frontières, il est improbable qu'il y ait des victimes par irradiation directe ou par onde thermique ou onde de choc. Toutefois, des retombées radioactives peuvent se propager sur le territoire suisse.

Traitement des irradiations en Suisse

Ces retombées radioactives ne provoquent généralement pas de syndrome d'irradiation aiguë, mais peuvent contribuer au développement ultérieur de cancers par incorporation de radionucléides. Pour certains radionucléides, il existe des antidotes qu'il convient d'administrer rapidement. Les comprimés d'iode, dont la prise serait ordonnée

Informations complémentaires

Des informations à ce sujet sont par exemple disponibles sur le site internet REMM (Radiation Emergency Medical Management – <https://remm.hhs.gov/>) du US Department of Health & Human Services). Ce site internet est simple à utiliser et intuitif et fournit des instructions de traitement concrètes.



Pour des informations explicatives et approfondies, nous recommandons de consulter notre site internet <https://strahlenunfall.ch/>



En cas d'intérêt, nous sommes volontiers disposés à faire une présentation sur ce thème dans le cadre de manifestations de formation continue. Cela pourrait aussi se faire dans le cadre de la formation continue obligatoire dans le domaine de la radioprotection et être comptabilisé comme tel.

par les autorités en cas de besoin, sont probablement l'antidote le plus connu. Des antidotes contre d'autres radionucléides sont également connus. Jusqu'à présent, le savoir-faire relatif à leur utilisation n'est disponible que dans quelques cliniques spécialisées, mais à l'avenir, espérons qu'il le sera dans tous les hôpitaux du réseau de traitement à mettre en place.

En cas d'irradiation purement externe ou en combinaison avec une contamination, il faut s'attendre à l'apparition d'un syndrome d'irradiation aiguë à partir d'une dose corps entier de 2 sieverts (Sv). Celui-ci n'apparaît généralement qu'après un délai de quelques jours, ce qui laisse suffisamment de temps pour s'informer si un traitement est indiqué. Pour des doses d'irradiation inférieures à 2 Sv, il est tout à fait possible d'adopter une approche expectative ambulatoire en procédant régulièrement à des contrôles et à des analyses sanguines (avant tout nombre de lymphocytes). L'évolution clinique et hématologique est déterminante pour le traitement ultérieur.

Correspondance

[urs.schanz\[at\]jusz.ch](mailto:urs.schanz[at]jusz.ch)



Urs Schanz

Consultant MOH accident radiologique à l'Hôpital universitaire de Zurich et mandaté par l'Office fédéral de la santé publique, section risques radiologiques

Le retour des mangeurs de bactéries

Antibiorésistance Longtemps délaissée, la phagothérapie suscite un regain d'intérêt grâce à son efficacité contre les bactéries multirésistantes. Une étude clinique va démarrer à Lausanne et deux chercheurs de l'EPFL ont développé un outil unique pour «piéger» les phages.

Julie Zaugg

Un homme de 41 ans souffre d'une maladie pulmonaire chronique causée par la bactérie multirésistante *Pseudomonas aeruginosa*. Hospitalisé depuis six mois aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le patient était branché en permanence à une intraveineuse lui inoculant des antibiotiques, sans perspective d'amélioration.

Mais l'administration d'un traitement expérimental, sur une base compassionnelle, aurait amélioré son état de santé, selon les HUG. Le patient a inhalé une suspension à base de phages, soit des virus mangeurs de bactéries. Ces microorganismes ont pour particularité de s'accrocher à un récepteur de la bactérie, qu'ils infectent de leur ADN avant de se répliquer et de la faire exploser.

La phagothérapie: une alternative thérapeutique?

Appelé phagothérapie, ce traitement né dans les années 1920, mais largement abandonné depuis les années 1950, a recommencé à susciter de l'intérêt dans le monde occidental depuis quelques années. Les médecins y voient une partie de la solution contre les bactéries multi-résistantes, qui tuent 25 000 personnes par an en Europe et pourraient provoquer jusqu'à 10 millions de décès sur le plan mondial d'ici 2050 [1].

Ces cinq dernières années, les phages ont été utilisés dans une vingtaine de cas, sur une base compassionnelle, à l'image du traitement fourni au patient des HUG. Cela a permis de traiter des infections respiratoires, avec un taux de succès de 80% [2]. Les procédés de fabrication utilisés jusqu'ici manquent toutefois de standardisation et il n'existe pas d'études cliniques démontrant de façon robuste l'action des phages contre les bactéries multi-résistantes.

Lancement d'un essai clinique à Lausanne

C'est pour pallier ces manques qu'une équipe scientifique – composée de la Dre méd. Angela Koutsokera, pneumologue au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),

du Dr. Grégory Resch du Centre de recherche et d'innovation en sciences pharmaceutiques cliniques du CHUV et du professeur Alexandre Persat du laboratoire de mécanique du microbe de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) – s'appête à lancer un essai clinique pour déterminer l'efficacité des phages chez les patients atteints de mucoviscidose ou de bronchectasies.

Une spécialité géorgienne

La phagothérapie a été développée en 1919 par Félix d'Hérelle, un microbiologiste de l'Institut Pasteur de Paris. Son usage s'est rapidement répandu mais la généralisation des antibiotiques dès les années 1950 lui a porté le coût de grâce. Un pays, la Géorgie, a toutefois continué à lutter contre les infections à l'aide de phages à l'Institut Eliava de Tbilissi, fondé en 1923 par un Géorgien qui avait travaillé avec Félix d'Hérelle. «Durant toute la période de l'URSS, l'Institut dominait la production de phages dans l'espace soviétique», relate sa directrice Mzia Kutateladze. «Les soldats de l'Armée rouge s'en servaient même de façon prophylactique pour lutter contre les infections intestinales.»

Aujourd'hui, l'Institut Eliava continue de proposer la phagothérapie, y compris à quelque 500 patients étrangers par an – dont des Suisses. «Nous avons six produits à base de phages prêts à l'usage», précise la responsable. «Nous nous en servons contre les infections intestinales, celles contractées durant une opération et celles causées par la mucoviscidose.» Les phages sont sourcés dans la bibliothèque de l'Institut ou dans les lieux où ils se propagent naturellement – les égouts, les sols, les excréments – puis purifiés et intégrés à une solution stérile.

Ces quinze dernières années, Grégory Resch a assemblé une collection de plus de 100 phages dans laquelle il pourra puiser. «Nous commencerons par tester divers phages sur la bactérie à l'origine de l'infection, isolée à partir d'une expectoration du patient, pour déterminer lesquels sont les plus efficaces», détaille-t-il.

Le laboratoire d'Alexandre Persat prendra alors le relais, examinant l'effet des phages sélectionnés par Grégory Resch sur des organoïdes de poumon infectés par la bactérie du patient, qui reproduisent plus fidèlement qu'un tube à essai l'environnement dans le corps humain. Le phage le plus efficace sera ensuite concentré et purifié, puis administré au patient.

Selon les chercheurs, le développement d'une telle phagothérapie personnalisée représente une première sur le plan national. «En ne donnant au patient que le phage qui marche contre la bactérie causant son infection, on accroît l'efficacité du traitement», indique Grégory Resch. «En outre, on réduit sans doute au minimum le risque de voir se développer des résistances à l'encontre des phages, à l'image de ce qui s'est passé pour les antibiotiques.»

Le procédé déployé par les trois chercheurs reste toutefois lent et lourd à mettre en œuvre. «Il faut compter au moins 24 heures pour identifier le phage le plus efficace à l'aide d'une culture en laboratoire», note Grégory Resch.

Un nouveau projet suisse-français

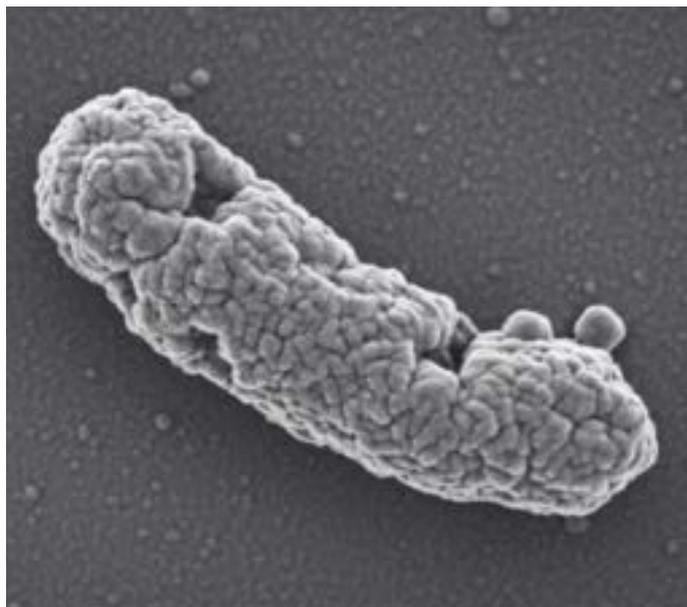
Un nouveau projet, mis sur pied par le CHUV, l'EPFL, le Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives et le Centre national de la recherche scientifique en France, et dont Grégory Resch est l'investigateur principal, pourrait faire passer cette durée à moins de quatre heures. Un gain de temps crucial lorsqu'on a affaire à des patients en mauvais état de santé.

Pour ce faire, Nicolas Villa et Enrico Tartari, deux chercheurs à l'EPFL du groupe du professeur Romuald Houdré, ont développé des nanopinces optiques qui permettent de saisir et de manipuler des objets microscopiques, sans les toucher et donc sans les endommager [3]. «Nous avons fabriqué un circuit imprimé luminaireux en silicium par lequel passe un faisceau de lumière hautement concentré», indique Nicolas Villa. «La lumière se loge dans un micro-trou de ce circuit et crée une force qui attire les particules et les maintient en place.» Le tout est intégré à une puce équipée d'un circuit microfluidique qui alimente les nanopinces en micro-organismes.

Selon la façon dont l'objet ainsi «piégé» perturbe le signal luminaireux, on peut inférer toute une série d'informations. «Nous avons testé le dispositif avec trois sortes de phages et avons découvert qu'ils imposent chacun une signature différente sur la lumière, rendant leur identification possible», note Nicolas Villa.

Les nanopinces permettent aussi d'évaluer l'efficacité des phages, «en particulier d'analyser quel phage parmi un cocktail de phages utilisé en phagothérapie est le plus prolifique», précise-t-il. À terme, les chercheurs espèrent pouvoir détecter l'explosion de la bactérie sous l'effet des phages. «Cela provoque des changements dans la propriété de la lumière», explique Nicolas Villa.

Malgré ces avancées, les patients devront sans doute attendre encore cinq à dix ans avant d'avoir accès plus large-



Des phages s'attaquent à une bactérie.

ment à des médicaments à base de phages, pense Grégory Resch. Les essais cliniques pour ces préparations hautement personnalisées à base de matériel biologique, nécessaires pour chaque indication, seront en effet longs et complexes à mettre en œuvre.

Si les grands groupes pharmaceutiques risquent de snobier ces traitements qui ne concerneront qu'une minorité de patients en impasse thérapeutique, la phagothérapie pourrait toutefois servir à soigner des infections plus bénignes, accroissant la taille du marché. L'émergence d'une poignée de start-up cherchant à commercialiser des traitements à base de phages, à l'image de la portugaise Technophage et de l'israélienne BiomX, démontre l'intérêt naissant du secteur privé.



Références

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

Savoir lâcher prise

Bien-être Angelo Barrile a réussi à donner un nouvel élan à sa vie. Pour apporter du changement, notre auteur a dû apprendre à se détacher du passé. C'est un livre d'Arthur Brooks qui l'a aidé à entamer ce processus.

Angelo Barrile

Hier, au cours du rendez-vous bimestriel avec ma psycho-oncologue, nous avons constaté que, plus de trois ans après ma chimiothérapie et le début de ma deuxième vie, je me trouve encore en phase de transition. Fin 2020, je m'étais fixé comme objectif premier de régler ce qui m'importait et qu'il me fallait achever pendant le temps (peut-être pas très long) qu'il me restait à vivre, histoire de donner plus de sens à mon existence en suivant mon cœur. Je m'y suis mis corps et âme et ai appris à dire «non» (quoique pas aussi fermement que le neveu de Vanessa Kraege dans sa chronique d'avril!).

Fort heureusement, je me suis décidé à changer certains aspects de ma vie. J'ai redéfini mes priorités, avec mon retrait du monde politique et ma réorientation professionnelle, axée sur la médecine du corps et de l'esprit et l'accompagnement psychosocial de mes patientes et patients. Autant de décisions justes et nécessaires. Mais se détacher du passé a été et reste un grand défi.

En tapant «lâcher prise» dans le moteur de recherche, vous verrez défiler des centaines de sites web. Nombre d'entre eux vous promettent, en suivant simplement quelques règles (huit à douze en général), des résultats positifs, pouvant être optimisés en s'inscrivant à une newsletter, un blog, un podcast, un cours en ligne ou un séminaire.

Le thème du lâcher-prise est constamment abordé dans le travail sur la personnalité et dans la littérature spécialisée. Deux éléments du lâcher-prise me semblent particulièrement importants: la confiance et la patience, des sujets régulièrement abordés dans notre groupe d'échange pour les personnes ayant vécu une expérience de mort imminente. La confiance que tout ira bien, que chaque chose a un sens, que nous sommes tous aussi parfaits que nous pouvons l'être, que nous pouvons trouver la solution qui sommeille en nous. Et puis la patience. Tout changement prend du temps. Si l'on considère que l'intégration d'une expérience de mort imminente avec les changements qui en résultent prend en moyenne sept ans, je ne suis même pas arrivé à la moitié du périple avec mes trois ans. Je m'exerce donc à la patience et j'apprends à faire confiance. Tout se passe bien, même si ce n'est pas toujours évident.

J'ai récemment lu «From strength to strength» d'Arthur Brooks, qui aborde entre autres le thème du lâcher-prise. Par le contenu et la formulation, ce livre s'adresse à des personnes performantes et habituées à se surpasser. Au cours de la deuxième moitié de notre vie, nos performances diminuent naturellement. Si notre expérience ne nous aide pas à passer du «toujours plus» à «qualité avant quantité», nous nous épuisons et pleurons en permanence nos succès passés. Pour l'auteur, la solution consiste à se défaire des attentes et idées que l'on se fait de soi-même.

Il faut se redéfinir. Sa référence à Thomas d'Aquin et aux quatre attachements mondains que sont l'argent, le pouvoir, le plaisir et l'honneur, que je qualifierais plutôt de désirs de réussite, m'a particulièrement interpellé. Le livre d'Arthur Brooks m'a permis de découvrir lequel des quatre m'a le plus habité pendant des décennies et me donne aujourd'hui le plus de mal à lâcher prise.

Outre les aspects que je viens de mentionner, le discours direct de ce livre m'a fait réaliser le tournant radical qu'à pris (ou est en train de prendre) ma vie grâce au lâcher-prise et pourquoi je me sens nettement plus satisfait et performant qu'il y a quelques années.

Pour conclure, je dirais que malgré quelques désagréments physiques, je ne me suis jamais senti aussi bien depuis des décennies. Au cours des trois dernières années, bien des choses ont changé en moi et dans ma vie, à chaque fois accompagnées de douleurs dues au lâcher-prise et à la redéfinition de soi. Je sens, je sais que c'est la marche à suivre, même si elle ne fait que commencer. Il me reste encore beaucoup de choses à accepter et cela sera tout sauf un long fleuve tranquille. J'ai besoin de confiance et de patience pour l'avenir, jusqu'à la fin.



Angelo Barrile

Médecin de famille et ancien conseiller national, il écrit ici régulièrement sur le bien-être et l'équilibre vie privée/vie professionnelle.



La relève



Monika Moser

Dre méd., médecin-assistante à l'Hôpital cantonal d'Olten, membre de l'Advisory Board du Bulletin des médecins suisses et du comité directeur de l'ASMAC Section Berne

Peu avant 15 heures, le bureau des urgences est en effervescence: les voix se mêlent, les postes de travail suffisent à peine pour tout le monde, une personne boit encore un café, un moniteur émet des bips et une patiente sonne en arrière-plan.

L'équipe du matin reçoit le soutien tant attendu, finit de taper un diagnostic et annonce une dernière radiographie, histoire que tout soit prêt pour la relève.

L'équipe du soir arrive à l'hôpital reposée, peut-être encore un peu ensommeillée, motivée – du moins on l'espère –, ignorant ce que les heures à venir lui réserveront. Le stress n'a pas encore commencé, on discute de-ci de-là encore un peu de sa vie privée ou bien on prend brièvement connaissance sur écran des patientes et patients hospitalisés de la veille.

15 heures: on présente succinctement, lit après lit, les patientes et patients présents. On répartit les tandems pour le service du soir, composés d'un médecin et d'un infirmier ou d'une infirmière, qui prennent alors la patientèle en charge. Si le traitement est bientôt terminé, les médecins de l'équipe du matin restent en charge jusqu'à la fin. Ils se réjouissent quand il ne reste que peu de cas à traiter, car ils doivent encore documenter une grande partie du travail de la journée. L'équipe du soir, quant à elle, préfère s'occuper d'un nombre de cas limité, voire d'aucun.

Au cours de notre vie professionnelle, nous sommes toutes et tous à un moment donné confrontés à des transmissions de ce genre. Quant au format, il peut être plus détaillé et donc plus chronophage, ou alors plus concis mais moins informatif. En fonction de l'orientation et surtout de la taille de la clinique, on aura à faire soit à l'un, soit à l'autre.

Dans le texte, il a toujours été question des services du matin et du soir. Le service du matin doit décider des patientes et patients à garder ou à transférer. Nous autres, médecins, avons

tendance à parler de «nos» patients et nous sentons responsables d'eux jusqu'à la fin. L'avantage de cette approche est la continuité. Cependant, je vois comme inconvenient le fait de vouloir tout terminer une fois son service fini. La charge et le temps de travail sont déjà assez élevés. Les médecins qui n'arrivent pas à laisser la main, qui font subir des examens complémentaires aux modalités non clarifiées, ne rendent souvent leur rapport que bien après leurs heures de service. Les cas les plus complexes bénéficient même parfois de la venue de la nouvelle équipe qui se plonge dans le dossier et apporte d'autres idées. En outre, la concentration et l'efficacité diminuent au cours d'une rude journée de travail.

Si tout le monde se mobilise et met en œuvre «la culture de la transmission», toute l'équipe en profitera.

Le personnel soignant nous montre l'exemple. Il se voit davantage comme une équipe de soins et, après la relève, une nouvelle infirmière en pleine forme reprend systématiquement le flambeau de la responsabilité. Même si, comparé à la gestion des cas par les médecins, la responsabilité des soins infirmiers permet de passer le relais plus facilement, on pourrait être plus efficace dans ce domaine.

Je constate régulièrement que les médecins ne veulent pas laisser leurs patientes et patients par crainte de surcharger les collègues: dans notre cas, l'équipe du soir. Mais si tout le monde se mobilise et met en pratique «la culture de la transmission», toute l'équipe en profitera. Après tout, nous avons tous des services du matin et du soir.

La pagaille ambiante des 15 heures prend fin un quart d'heure plus tard dans un service d'urgences organisé – du moins on l'espère.

Au cœur de la médecine

Plateforme numérique de connaissances et de services pour les professionnels de la santé en Suisse.



Bénéficiez d'avantages exclusifs avec l'abonnement SHW Beta:

→ Accès illimité à tous les contenus et services

→ Directives EbM basées sur des preuves

→ Offres de formation continue et post-graduée

→ Accès aux nouvelles fonctionnalités

Laitea®

Huile de lavande (Silexan®)

Laitea® indique le chemin en cas d'anxiété et d'agitation!

Seul anxiolytique
à base de plantes
dans la LS³

- Effet anxiolytique comparable à celui du lorazépam et de la paroxétine^{1,2}
- Une fois par jour³
- Non sédatif⁴
- Aisément associable aux contraceptifs^{5,6}
- Contient l'huile de lavande Silexan®



Admis aux caisses

Gélule
1 fois par jour

Information professionnelle abrégée Laitea®: C: 1 capsule contient 80 mg d'huile de lavande (Silexan®). I: En cas d'anxiété et d'agitation. P: Les adultes de plus de 18 ans prennent 1 capsule par jour. CI: Hypersensibilité à l'huile de lavande, grossesse, l'allaitement, insuffisance hépatique, personnes moins de 18 ans et patients présentant une intolérance héréditaire au fructose. EI: Fréquent: Eructations, nausées et réactions cutanées allergiques. Rare: Céphalées. Très rare: Fatigue. IA: Aucune connue. P: 14, 28 et 56 capsules. CV: D, admis aux caisses (LS) avec Limitatio consulter www.spezialitaetenliste.ch TA: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedinfo.ch

Références: 1. Woelk H, Schläfke S. A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavenderoil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine* 2010; 17:94-99. 2. Kasper et al. Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder--a randomized, double-blind comparison to placebo and paroxetine. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014 Jun;17(6):859-69. 3. www.swissmedinfo.ch 4. Mueller WE, Schuwald A, Noeldner M, Kasper S, Friedland K. Pharmacological Bases of the therapeutic use of Silexan (Lasea®). *Psychopharmakotherapie* 2015; 22: 3-14. 5. Heger-Mahn D1, Pabst G, Diemel A, Schläfke S, Klipping C. No interacting influence of lavender oil preparation silexan on oral contraception using an ethinyl estradiol/levonorgestrel combination. *Drugs R D.* 2014 Dec;14(4):265-72. 6. Doroshynko O, Rokitta D, Zadayan G, Klement S, Schläfke S, Diemel A, Gramatté T, Lück H, Fuhr U. Drug cocktail interaction study on the effect of the orally administered lavender oil preparation Silexan on cytochrome P450 enzymes in healthy volunteers. *Drug Metab Dispos* 2013; 41:987-993. 05/2023

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



**Schwabe
Pharma AG**

From Nature. For Health.