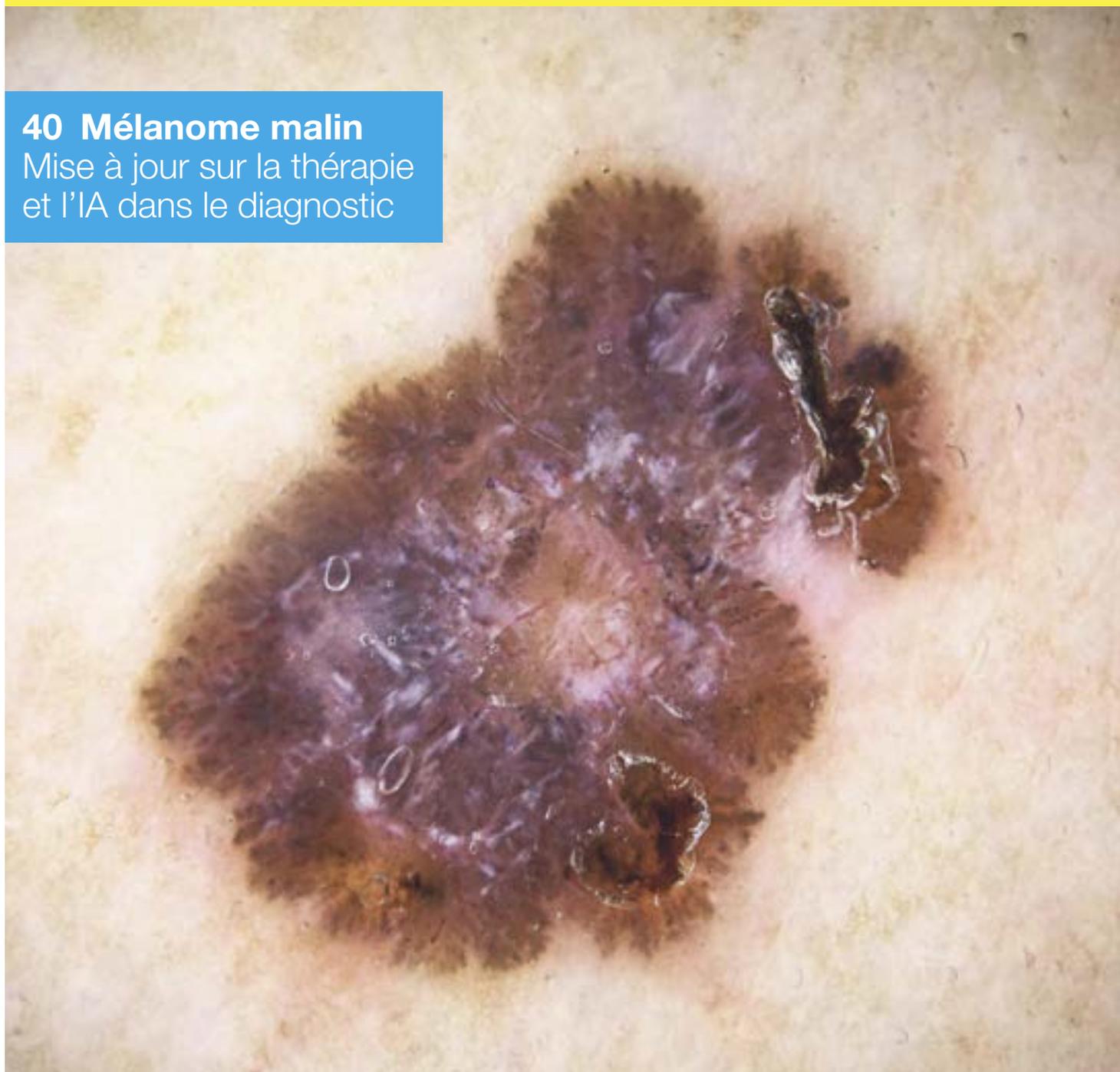


BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 27/28
3 juillet 2024

40 Mélanome malin

Mise à jour sur la thérapie
et l'IA dans le diagnostic



12 **Accès aux soins**
La Romandie face aux
déserts médicaux

16 **Fin de vie**
Immersion dans la résidence
palliative Maison de Tara

28 **Santé des médecins**
ReMed et l'asmac: soutien et
conseil en cas de crise

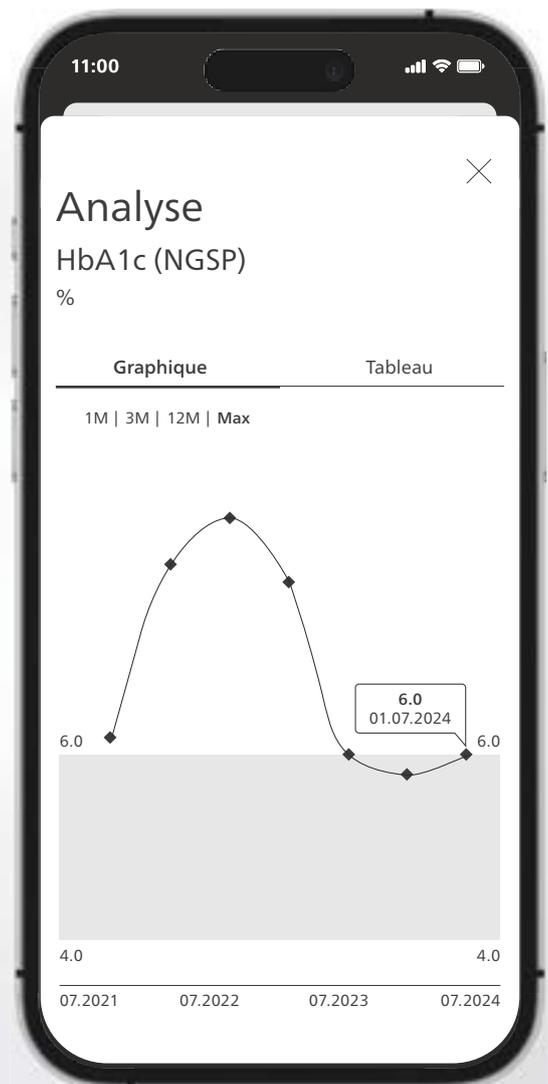
My Viollier – L'App dédiée aux patients

Connaissez vos valeurs

Votre santé est-elle importante pour vous ? Quelle influence ont vos habitudes alimentaires ?

Avec l'App My Viollier, vous avez accès, en tant que patient – après autorisation d'accès unique délivrée par votre médecin – à tous vos résultats de laboratoire de Viollier et du laboratoire du cabinet médical. Vous connaissez ainsi vos valeurs et pouvez suivre leur évolution dans le temps, aussi bien sous forme de tableaux que de graphiques.

Utilisez l'App My Viollier comme motivation pour garder et améliorer votre santé.



Classer l'existant, découvrir des nouveautés



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

D'ici 2040, l'incidence du mélanome malin devrait encore augmenter de 50%. Cela signifie que de plus en plus de patientes et patients atteints de cette pathologie se présenteront dans les cabinets médicaux. Une détection précoce et un diagnostic fiable de la maladie sont essentiels pour le pronostic. J'ai lu avec intérêt comment les spécialistes et les généralistes, mais aussi les patientes et patients, peuvent profiter des nouvelles méthodes de diagnostic assistées par l'IA. Benjamin Pohl, Paulina Koehler et leurs co-auteurs décrivent et classent les dernières évolutions en matière de diagnostic et de traitement du mélanome malin dans l'article de revue du Swiss Medical Forum en page 40.

Swiss orthopaedics a également effectué un classement. Dans le cadre de l'initiative «Choosing Wisely», l'association a identifié les cinq traitements dans le domaine de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie auxquels il est possible de renoncer en toute confiance. Vous en saurez plus sur les recommandations et le contexte sous-jacent en page 32.

Dans certains cas, moins c'est plus. Dans d'autres cas, moins, c'est trop peu. Plusieurs régions de Suisse romande en font l'expérience. Dans le Jura vaudois, dans les cantons de Fribourg et du Valais ainsi que dans le Jura bernois, la pénurie de médecins de famille est encore plus marquée que dans d'autres parties de la Suisse.

Dans son article de fond en page 12, Gilles Labarthe examine les solutions possibles pour éviter que des «déserts médicaux» ne se forment dans ces régions. Ce qui est frappant dans ce dossier, c'est que derrière les nouvelles ap-

Les médecins peuvent utiliser des méthodes de diagnostic assistées par l'IA pour diagnostiquer le mélanome malin.

proches présentées, se cache souvent l'engagement personnel d'individus. Qu'il s'agisse du généraliste proche de la retraite se souciant de la continuité des soins ou du jeune médecin de famille qui trouve une solution viable grâce à ses attaches personnelles avec la commune. De telles initiatives ne peuvent qu'être bénéfiques pour les patientes et patients. La garantie des soins médicaux permet d'optimiser la prise en charge, qui plus est dans un environnement familial.

La rubrique Savoir traite du lien entre l'intestin et le cerveau, un sujet qui ne m'était pas connu. Il apparaît en effet de plus en plus clairement que l'intestin, ou plus précisément la flore intestinale, a une influence sur la santé du cerveau. J'ai voulu en savoir plus à ce sujet. Si vous êtes dans le même cas que moi, l'article en page 62 offre une première immersion très intéressante.

Annonce



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH

Publié par Patricia Hirt-Minkowski (Hrsg.)
**Manuel de néphrologie –
Guide pratique**

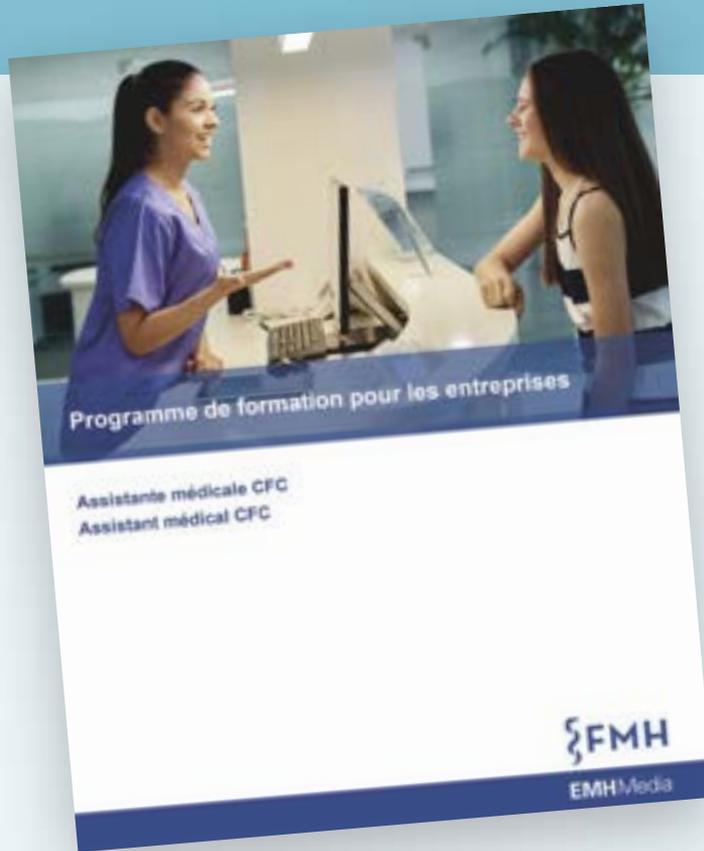


Retrouvez ce livre ainsi que d'autres ici:
**shop.emh.ch/
collections/all**



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH



Simone Haller, Helen Jung, Beatrice Krähenbühl

Programme de formation pour les entreprises – Assistante médicale / Assistant médical CFC

La profession d'assistante médicale / assistant médical est très polyvalente et couvre un large éventail de domaines d'activité. Au cours de la formation, de nombreuses compétences sont acquises, approfondies et consolidées. Il n'est pas facile de garder une vue d'ensemble de tous les objectifs de formation à atteindre. Nous avons été motivées à créer ce programme de formation pour les entreprises, qui devrait permettre, aussi bien

aux personnes en formation qu'aux formatrices et formateurs, d'avoir une bonne supervision des compétences professionnelles à atteindre.

Dans ce document, tous les objectifs évaluateurs de l'entreprise sont énumérés de manière claire et compréhensible. Ceux-ci se basent sur l'Ordonnance de formation du 15 mars 2018, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019.



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

Zoom sur



12

La Romandie face aux déserts médicaux

Accès aux soins Le phénomène du manque de généralistes s'aggrave en Suisse romande, surtout dans les régions de montagne. En cause, les nombreux départs à la retraite non remplacés. Que faire? Plusieurs communes recherchent activement des solutions. Exemples à Saint-Cergue, Tavannes, Reconvilier et Évolène.

Gilles Labarthe



16

Voyage au bout de la vie

Résidence palliative En Suisse, nombreuses sont les personnes en fin de vie qui souhaitent terminer leurs jours à la maison. À Chêne-Bougeries, dans le canton Genève, la Maison de Tara propose une alternative à l'hospitalisation et accompagne des personnes jusqu'à leur dernier souffle. Reportage.

Lucas Vallois



64

© Damien Camat; Luca Bartulovic

Une sale affaire

Durabilité Les aires de jeux offrent aux enfants un espace pour développer et exercer leurs compétences. Mais des substances toxiques se sont accumulées dans le sol de certaines de ces aires. Il faut donc un assainissement rapide des sites contaminés pour protéger nos enfants des effets à long terme sur leur santé.

Bernhard Aufderreggen

Annonce



EMPLOIS

Bulletin des médecins suisses

À consulter
maintenant!

Publiez des offres d'emploi qui font mouche!

- Abonnements de recherche avec notifications
- Possibilité de postuler et de gérer les candidatures directement via le portail
- Optimisé pour tous les terminaux

jobs.saez.ch



Sommaire

3	Éditorial de Sandra Ziegler Classer l'existant, découvrir des nouveautés	31	Nouvelles du corps médical
8	CONTENU ÉDITORIAL	32	ORGANISATIONS
8	Actualités	32	smarter medicine, swiss orthopaedics Liste Top 5 Chirurgie orthopédique et traumatologie
8	À la page Près d'un milliard de francs investis dans un institut de recherche à Bâle	34	Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP) La neuropsychologie diagnostique
12	Article de fond La Romandie face aux déserts médicaux	37	SWISS MEDICAL FORUM
16	Reportage Voyage au bout de la vie	38	Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause
21	Forum Moins de directives, plus de responsabilité individuelle	40	Article de revue MIG Mélanome malin: mise à jour sur le traitement et intelligence artificielle dans le diagnostic
22	Forum Courrier à la rédaction	45	Le cas particulier La maladie de Mondor: un diagnostic oublié?
23	Communications	48	Comment interprétez-vous ce résultat? Hyperlactatémie: parfois plus que le reflet d'une hypoperfusion tissulaire
62	Savoir De l'intestin au cerveau	52	Forum Courrier à la rédaction
64	Cabinet malin Une sale affaire	54	SERVICES
66	Le mot de la fin d'Anne-Françoise Allaz De l'économicité à la durabilité	54	Offres et demandes d'emploi
25	FMH	57	Petites annonces
26	Analyse de la semaine du Comité central Les dés sont jetés, mais la partie continue	58	FMH Services
28	ReMed Salomé, médecin-assistante		

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, Alan Niederer, 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).

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, Münchensteinerstrasse 117, 4053 Basel, Tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch/fr

Annances: 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: © International Skin Imaging Collaboration. CC0 1.0

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.swissmedicinfo.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.swissmedicinfo.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.



© Herzog & de Meuron

L'Institute of Immune Engineering (BIIE) doit servir de plaque tournante pour la science multidisciplinaire.

À la page

Près d'un milliard de francs investis dans un institut de recherche à Bâle

Médecine pédiatrique La Fondation Botnar investit près d'un milliard de francs suisses dans la création d'un nouvel institut de recherche à Allschwil (BL), dans la région de Bâle. À l'horizon 2027, les quelque 300 collaborateurs de l'Institute of Immune Engineering (BIIE) étudieront la santé des enfants et des adolescents. Il est prévu que le nouveau centre de recherche collabore avec l'ETH Zurich et l'Université d'Oxford.

Dominique Fischer

Le nouvel institut se consacrera à la recherche dans le domaine du développement de nouveaux diagnostics et thérapeutiques basés sur le système immunitaire, comme le fait savoir la Fondation Botnar. L'objectif est d'améliorer la santé des enfants et des adolescents dans le monde entier. L'accent sera mis sur les régions à revenus faibles et moyens et l'institut recevra près d'un milliard de francs suisses de la Fondation Botnar au cours des 15 premières années.

L'interdisciplinarité est une chance

Les fondements scientifiques du Botnar Institute of Immune Engineering ainsi que le vaste domaine de l'immuno-ingénierie reposent sur le recoupement de trois sous-domaines interdisciplinaires: l'immunologie systémique, l'immunologie synthétique et l'immunologie informatique, explique Adrian Kohler, porte-parole du BIIE. Au BIIE, ces domaines ne sont donc pas strictement séparés les uns des autres, mais apportent

un cadre flexible qui favorise les chevauchements et les coopérations entre les différents champs de recherche. Le centre de recherche doit servir de plaque tournante pour la science multidisciplinaire et rassembler des personnes aux compétences variées. Les experts viennent de l'immunologie, de la biomédecine, de la bioingénierie, de la biologie systémique et synthétique, de la biologie informatique, de l'intelligence artificielle et de l'apprentissage automatique, détaille Adrian Kohler.

Jusqu'à leur emménagement dans le nouveau bâtiment en 2027, les chercheurs seront logés dans la dépendance bâloise de l'ETH Zurich.

Collaboration étroite avec l'Université d'Oxford

Avec les partenaires fondateurs que sont l'ETH Zurich et l'Université d'Oxford, le développement de solutions médicales efficaces devrait aller de l'avant. Le Basel-Oxford Centre of Immune Engineering sera créé dans le cadre de la collaboration avec l'Université d'Oxford. «Il comprend des chaires et des programmes de formation pour les étudiantes et étudiants, ainsi que l'accès aux installations de recherche clinique de l'Université d'Oxford», précise Adrian Kohler. Il ajoute que l'Université d'Oxford dispose en outre de capacités particulières dans le domaine de l'immunologie translationnelle et de la santé globale. «Le développement et l'utilisation du vaccin COVID-19 d'Oxford et la récente recommandation de l'OMS pour un vaccin contre le paludisme développé à Oxford en sont les meilleurs exemples.»

La tradition des sciences de la vie

Jusqu'à leur emménagement dans le nouveau bâtiment en périphérie de Bâle en 2027, les chercheurs seront logés dans la dépendance bâloise de l'ETH Zurich. Dans le cadre de l'évaluation du projet, une équipe avait envisagé différents sites dans le monde entier pour l'implantation du nouvel institut. Le choix s'est finalement porté sur Bâle. Son important cluster des sciences de la vie et sa tradition humanitaire et philanthropique auraient fait pencher la balance en faveur de la cité rhénane.

Perpétuer une vision

Rappelons que la Fondation Botnar, dont le siège est à Bâle, a été créée en 2023 par Marcela Botnar pour perpétuer l'héritage philanthropique de sa famille. La fondation investit dans des initiatives innovantes et dans la recherche, dans le but de promouvoir la santé des enfants et des jeunes dans le monde entier. En 2019, elle a créé à Bâle le Botnar Research Centre for Child Health (BRCCCH) et y a déjà consacré plus de 100 millions de francs.

Quoi de neuf?

Nouvelle co-médecin-chef en neurologie



Dre méd. Isabell Greeve

Olten La Dre méd. Isabell Greeve reprendra en octobre 2024 la codirection du service de neurologie des Hôpitaux de Soleure (soH) et la direction de l'Hôpital cantonal d'Olten. Elle succède à la Dre méd. Susanna Frigerio. Isabell Greeve occupe actuellement un poste de direction à la clinique universitaire de neurologie de l'Université de Bielefeld. D'origine allemande, elle a étudié la médecine à Bochum et Hambourg et a obtenu l'autorisation d'exercer en 1996. En 2008, elle a obtenu le titre de spécialiste en neurologie. Elle a par ailleurs effectué des recherches dans le domaine des maladies neurodégénératives (démence) et de la neuroimmunologie (sclérose en plaques), et dispose d'une spécialisation dans les maladies neuro-immunologiques et neurodégénératives. Avec Isabell Greeve, la clinique médicale de l'Hôpital cantonal d'Olten complète son offre «dans le sens d'une prise en charge globale des patients atteints de maladies neurologiques telles qu'AVC, maladie de Parkinson et épilepsie». La Dre Greeve dirigera l'équipe d'Olten et travaillera en étroite collaboration avec le co-médecin-chef Dr méd. Robert Bühler, du site de Soleure.

Une biologiste médicale primée



Prof. Dre rer. nat. Yvonne Döring

Artériosclérose La Prof. Dre rer. nat. Yvonne Döring reçoit le Prix de la recherche 2024 de la Fondation Suisse de Cardiologie, doté de 20 000 francs. La biologiste médicale de l'Université de Berne a contribué à la compréhension de l'artériosclérose en tant que conséquence de l'inflammation des vaisseaux. «Les travaux de recherche d'Yvonne Döring ont largement contribué à la compréhension du processus pathologique de l'artériosclérose», déclare Thomas F. Lüscher, président de la Commission de recherche de la Fondation Suisse de Cardiologie. L'artériosclérose est la principale cause de l'infarctus du myocarde, de l'attaque cérébrale et des troubles de la circulation sanguine. Yvonne Döring étudie les processus inflammatoires dans les artères et leur influence sur la formation de plaques. Elle se concentre sur les chimiokines et leurs récepteurs, qui contrôlent les cellules immunitaires et l'inflammation. L'inhibition de ces protéines pourrait constituer un nouveau traitement contre les maladies cardiovasculaires, mais nécessite un blocage local et spécifique au niveau du vaisseau enflammé.

Au cœur de la science

Fixer des priorités

Comportement Des scientifiques de l'Université de Genève et de l'Icahn School of Medicine (USA) ont étudié la manière dont le cerveau humain distingue les objectifs urgents des objectifs moins urgents. L'étude montre des différences dans le traitement des objectifs immédiats et lointains au niveau comportemental et cérébral et a été publiée dans la revue *Nature Communications*. Les chercheurs se sont concentrés sur l'hippocampe, qui joue un rôle important dans la mémoire épisodique. Les participants ont été invités à se projeter mentalement dans une mission spatiale et à atteindre différents objectifs. La pertinence des objectifs changeait au fil du temps, mais la priorité était donnée aux besoins actuels. En outre, les objectifs immédiats ont été identifiés plus rapidement. Les images IRM ont montré des activations différentes de l'hippocampe en fonction du type d'objectif. Ces découvertes pourraient avoir un impact sur la compréhension des troubles psychiatriques qui peuvent entraver la formulation d'objectifs clairs, notamment ceux liés à la dépression.

doi.org/10.1038/s41467-024-48648-9

Un nouveau système d'EEG

Activité cérébrale Des scientifiques de l'Hôpital de l'Île et de l'Université de Berne ont développé un nouveau système d'électroencéphalogramme (EEG) de longue durée en collaboration avec le Wyss Center for Bio and Neuro Engineering. Ce système permet de surveiller en continu l'activité cérébrale au quotidien et pourrait révolutionner le traitement de l'épilepsie et d'autres maladies neurologiques, indique l'Hôpital de l'Île. Le système utilise des électrodes implantables sous le cuir chevelu pour un enregistrement ultra-long de plusieurs mois. La sécurité et la praticabilité du système ont été testées dans le cadre d'une étude au cours de laquelle jusqu'à 28 électrodes ont été placées en toute sécurité sur l'ensemble de la tête. Le système donne des résultats comparables aux techniques d'EEG traditionnelles et permet une localisation précise des signaux cérébraux. Il a donc le potentiel de révolutionner le traitement de l'épilepsie et d'ouvrir une nouvelle ère dans la surveillance cérébrale.

doi.org/10.1212/WNL.000000000209428

Divers

Comprendre les proches-aidants



© Monkey Business Images / Dreamstime

Les proches-aidants de personnes atteintes de démence ont des besoins spécifiques.

Différences entre sexes Une nouvelle étude de l'Université de Lucerne (UniLu) met en évidence les besoins spécifiques des proches-aidants de personnes atteintes de démence en Suisse centrale. L'étude a été réalisée dans le cadre d'un stage de recherche du «Master in Health Sciences».

Selon l'UniLu, la particularité de l'étude tient au fait qu'elle se concentre sur les différences entre les sexes. L'étude a porté sur le vécu du stress et les stratégies d'adaptation. Elle a montré que les femmes ressentent plus de stress que les hommes et qu'elles sont plus enclines à adapter leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs proches. L'enquête, à laquelle 224 personnes ont par-

ticipé, montre aussi que les femmes offrent plus souvent un soutien émotionnel et font appel à l'aide de la famille et des amis. Les hommes, en revanche, utiliseraient plus souvent des stratégies de distraction et d'évitement et auraient davantage recours à des services de soins professionnels.

Ces résultats souligneraient la nécessité de mesures de soutien ciblées pour les proches-aidants afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Les différences entre les sexes devraient être prises en compte. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour mieux comprendre la situation et l'améliorer.

En chiffres

Inégalités socio-économiques



Une équipe franco-suisse a mis en lumière l'impact à long terme des inégalités socio-économiques sur la qualité de vie des femmes ayant eu un cancer du sein.

Les **5900** femmes qui ont participé à l'étude (doi.org/10.1200/JCO.23.02099) ont eu un cancer du sein précoce (sans métastase), un cancer fréquent et dont plus de **80%** des femmes guérissent.



Au diagnostic, les inégalités de qualité de vie entre les deux extrêmes socio-économiques sont notables, avec un score de **6,7**. Le score augmente à **11** pendant le traitement, puis se maintient à **10 deux ans** après le diagnostic.



© Macrone / Dreamstime; Raulaimu / Dreamstime; Ondřej Pros / Dreamstime

Personnalité de la semaine

Il a marqué la pédiatrie



Prof. Dr méd. Gian Paolo Ramelli

Ancien directeur du service de pédiatrie du groupement hospitalier tessinois EOC

Médecine pédiatrique Le prix Guido Fanconi a été décerné cette année au Prof. Dr méd. Gian Paolo Ramelli. Ce pédiatre expérimenté est depuis de nombreuses années une personnalité éminente de la pédiatrie en Suisse et un lauréat hautement méritant du prix Fanconi, comme le rapporte l'organisation pédiatrie suisse (SSP) dans un communiqué.

Gian Paolo Ramelli est à la retraite depuis environ un an. L'ancien directeur du service de pédiatrie du groupement hospitalier tessinois EOC a été nommé professeur à la faculté de médecine de l'Université de Bâle en 2014. Il a par ailleurs présidé la SSP de 2017 à 2021. «Il est un expert reconnu dans le domaine de la neurologie pédiatrique et a considérablement marqué le domaine de la neurologie pédiatrique en Suisse par ses recherches cliniques pertinentes», déclarait le Prof. Dr méd. Urs Frey, médecin-chef et directeur médical de l'Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle (UKBB) lors de la cérémonie de remise du prix. «Il est connu pour l'excellence de sa formation postgraduée et continue et s'est engagé de manière exemplaire dans les différentes sociétés spécialisées et dans la faculté de biomédecine en Suisse italienne», a poursuivi Urs Frey. D'après lui, Gian Paolo Ramelli a toujours représenté la pédiatrie selon les normes éthiques

les plus élevées et a été un modèle pour les jeunes pédiatres de Suisse.

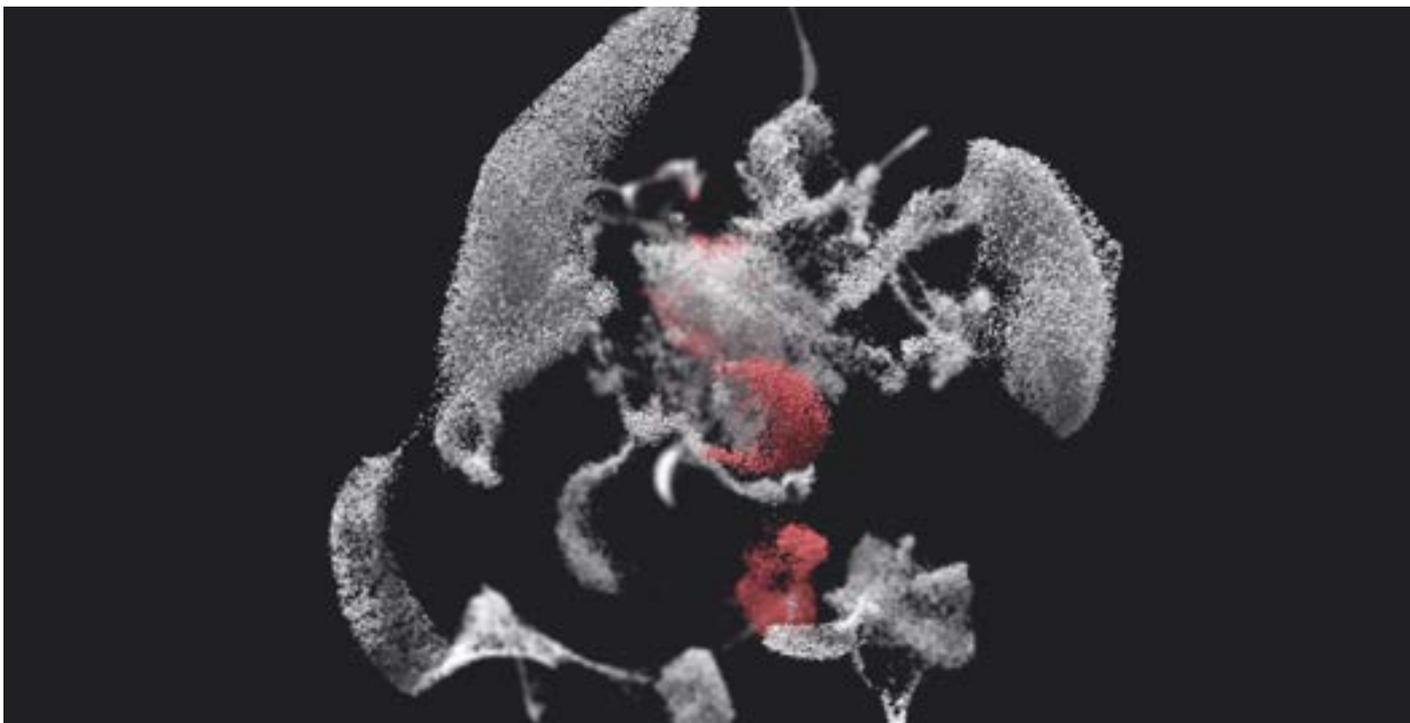
Formé à l'Université de Berne, Gian Paolo Ramelli a obtenu son doctorat en médecine en 1983. En 1984, il a commencé sa formation postgraduée en pédiatrie et en neurologie pédiatrique et a travaillé dans différents hôpitaux universitaires suisses en tant que médecin-assistant et chef de clinique. En 1993, il a obtenu le titre de spécialiste FMH en pédiatrie et, en 1995, le titre de spécialiste FMH en neurologie pédiatrique, avant d'être nommé chef du service de pédiatrie de l'Hôpital régional de Bellinzona e Valli en 1998. Grâce à son travail à l'échelle nationale, il a appris à connaître les différentes mentalités du pays et a utilisé ces connaissances avec succès. «Il a réussi à promouvoir la collaboration entre la pédiatrie de sa région d'origine, le Tessin, et les autres hôpitaux pédiatriques suisses.» Urs Frey lui a exprimé sa gratitude pour son engagement et son «travail infatigable en pédiatrie au Tessin et dans toute la Suisse».

Le prix Fanconi est doté de 10 000 francs et porte le nom de Guido Fanconi (1892-1979), considéré comme le fondateur de la pédiatrie moderne.



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

Repéré



Tabulae Paralytica Des scientifiques de l'EPFL ont cartographié la dynamique cellulaire et moléculaire des lésions de la moëlle épinière. Publiée dans Nature, leur étude (doi.org/10.1038/s41586-024-07504-y) identifie un ensemble spécifique de neurones et de gènes qui jouent un rôle majeur dans la guérison et propose une thérapie génique dérivée de ces découvertes.



Le Medicentre Tavannes, dans le Jura bernois, a été créé en collaboration avec la commune et fonctionne aujourd'hui avec six médecins généralistes.

La Romandie face aux déserts médicaux

Accès aux soins Le phénomène du manque de généralistes s'aggrave en Suisse romande, surtout dans les régions de montagne. En cause, les nombreux départs à la retraite non remplacés. Que faire? Plusieurs communes recherchent activement des solutions. Exemples à Saint-Cergue, Tavannes, Reconvilier et Évólène.



© Damien Carniel

Porte d'entrée dans le Jura vaudois, Saint-Cergue n'est qu'à 15 minutes en voiture de Nyon et des bords du Léman. On peine à imaginer que ce village dynamique de 2800 habitants, axe incontournable de domaines skiables et de nombreux sentiers de randonnée, devienne soudain un désert médical. Et pourtant. En 2018, le dernier généraliste présent depuis 37 ans a cherché en vain un reprenneur. Jusqu'au moment où il rencontre un jeune médecin belge qui souhaite s'installer. Le Dr méd. Emmanuel de Leuze témoigne: «J'ai fait toutes mes études de médecine en Belgique et j'ai travaillé comme indépendant pendant deux ans à Bruxelles. Amoureux de la montagne, j'ai eu un coup de cœur en me promenant à la Dôle.»

Salarié du GHOL

Sauf qu'à cette époque, le dossier du Dr De Leuze est refusé pour des motifs administratifs compte tenu de l'obligation

d'effectuer au moins trois années de pratique et de formation continue en Suisse. «Les responsables de la commune cherchaient vraiment un médecin, ils étaient désespérés et se sont mis en contact avec l'Hôpital de Nyon. Et un jour, j'ai été contacté par la direction». Le Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL) l'intègre comme chef de clinique adjoint à l'Hôpital de Nyon. Puis il commence à exercer à 80%, toujours en tant que salarié, mais cette fois dans le nouveau Centre médical de Saint-Cergue, inauguré en janvier 2023 et fruit d'une entente entre la commune et le GHOL. Le bilan est très positif. Pour sa première année d'exploitation, le centre a accueilli 903 patientes et patients, avec 2219 consultations. La patientèle compte en majeure partie des résidents de la commune de Saint-Cergue, mais aussi des habitants d'Arzier-le-Muids, La Cure – avec quelques patients français.



«L'accueil a été excellent, autant par la commune que par le GHOL et les habitants.»

Dr méd. Emmanuel De Leuze

Médecin praticien au Centre médical de Saint-Cergue

Les clés du succès

Pour Emmanuel De Leuze, l'engagement de son prédécesseur dans le processus de transmission du centre médical est l'un des principaux facteurs déterminants de cette réussite. Des consultations ont été menées ensemble, ce qui a permis de mieux connaître sa patientèle. L'absence totale de médecin dans un périmètre proche et la difficulté pour certaines personnes, notamment âgées et ayant besoin de suivi médical, de descendre en ville ont également contribué à sa bonne implantation. «L'accueil a été excellent, autant par la commune que par le GHOL et les habitants. J'ai une assistante qui m'aide beaucoup. Le centre médical a été conçu comme une antenne relais, connectée à l'Hôpital de Nyon, donc si je veux avoir la radiologie, je n'ai qu'à composer quatre chiffres. J'ai accès à tout le panel de spécialistes, aux urgences, que je peux prévenir de l'arrivée d'un patient», détaille le Dr De Leuze. Autre satisfaction, les autorités locales ont mis à disposition des locaux dans une ancienne poste et ont contribué à l'aménagement. Le jeune médecin conclut sur ces recommandations: «Rester sur des solutions locatives, des petites structures pour que cela fonctionne et attire un généraliste. Laisser au médecin la liberté de s'organiser, pour être efficace. Et le mettre en réseau avec les spécialistes de la région.»

Un cas unique... pour le moment

Pour l'heure, cet exemple de centre médical reste unique dans le canton. Il est le fruit «d'une véritable volonté politique» et contribuera «au rayonnement et à l'attractivité de Saint-Cergue», espère Valérie Legrand-Germanier, élue municipale en charge notamment du secteur de la santé publique. Mais ce nouveau type de partenariat entre communes et GHOL devrait se développer ces prochaines années, confirme à Nyon Étienne Caloz, qui a pris la tête de la direction générale du Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique en 2022, après avoir été directeur du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR). Il évoque un changement de stratégie, à long terme:

«Depuis deux ans, nous nous rendons compte que nous devons beaucoup plus nous ouvrir vers l'extérieur. Nous avons aussi l'intention de développer des cabinets sur le territoire, mais par subsidiarité, comme dans le cas de la commune de Saint-Cergue, qui nous a demandé de les aider.» Le directeur du GHOL entend avancer avec prudence. «J'ai travaillé dans deux régions où les médecins en cabinet privé sont



«L'important est de fluidifier les parcours des patients et d'éviter les hospitalisations inutiles.»

Étienne Caloz

Directeur général du Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique

assez farouchement indépendants. Les médecins installés voient l'hôpital un peu comme le monolithe. On craint que l'hôpital ne vienne manger sur ses plates-bandes. Nous nous attachons à créer la confiance et la collaboration.» Il mentionne comme objectif potentiel «Terre Sainte, une région sous-dotée en médecins généralistes, tout à l'ouest du canton de Vaud» et regroupant huit communes totalisant environ 20 000 habitants. Et de nuancer que: «Notre approche consiste à combler des manques, s'il y en a au niveau des communes. Ce n'est pas une affaire financière, ni notre cœur de métier, ni un axe stratégique. L'important est de fluidifier les parcours des patients et d'éviter les hospitalisations inutiles. La croissance ne se dément pas aux urgences, entre autres parce que beaucoup de gens n'ont plus de médecin traitant. Sur les trois premiers mois de 2024, nous avons une croissance de 17% par rapport à 2023. C'est un peu extrême.»

Manque de visibilité

Le phénomène du manque de généralistes s'aggrave en Suisse romande et frappe surtout le Jura vaudois, les cantons de Fribourg, du Valais ou encore le Jura bernois, d'après les chiffres de l'Office fédéral de la santé et les études de l'Observatoire de la santé. Il touche d'abord les régions reculées ou de montagne, mais pas seulement. «En 2023, un médecin sur deux en exercice en Suisse est âgé de 50 ans ou plus, un sur quatre de 60 ans ou plus, et 40,4 % des médecins en activité sont d'origine étrangère. Cette proportion ne cesse de croître», avertit la FMH [1]. Le recours à des chasseurs de tête pour sonder les besoins et trouver des candidats assurant la reprise de cabinets est devenu une pratique courante. Certaines communes font appel à des sociétés de consulting. À la direction du GHOL, Étienne Caloz explique ainsi que son établissement a récemment engagé un médecin senior – qui avait lui-même un cabinet privé à Begnins – pour se charger des relations avec les médecins installés. «Nous avons donc clairement identifié une personne qui connaît le tissu local», souligne le directeur du GHOL.

Un Réseau de l'Arc proactif

Dans le Jura bernois, le Réseau de l'Arc mène une action plus large. En accord avec sa vision de représenter la première organisation de soins intégrés de Suisse, le Réseau de l'Arc réunit différents hôpitaux, centres médicaux et autres fournisseurs de prestations, en lien avec ses partenaires: Swiss Medical Network, l'assurance-maladie Visana et le canton de Berne. Une des premières réalisations remonte à 2016 avec l'ouverture du premier Medicentre à Moutier, suivi en été 2018 par l'ouverture du Medicentre Tavannes, un projet piloté par l'Hôpital du Jura bernois. Cette structure est située en plein centre du village, dans les locaux rénovés et réaménagés de l'ancien magasin Manor. Le Dr méd. Alain Kenfak, directeur médical du Réseau de l'Arc, rappelle que «Medicentre Tavannes a été créé en collaboration avec la commune, qui a beaucoup facilité son installation, sans toutefois entrer dans l'actionnariat. Il fonctionne aujourd'hui avec six médecins généralistes et dessert la population de Tavannes et environs, soit quelque 3500 habitants. Prévu pour faciliter l'activité des médecins, il a été pensé comme du clé en mains avec toute la structure immobilière et l'infrastructure, des assistantes médicales et une facturation gérée. Nous avons sur place un laboratoire et une radiologie. Les médecins qui travaillent ici sont salariés par le Réseau de l'Arc, mais selon un modèle très souple et flexible, avec un salaire et une rémunération ajustée, liée à leur activité.» Il évoque un cabinet à l'équilibre pour l'exercice 2023.



«Les communes souvent offrent les locaux, les frais d'installation et de démarrage.»

Dr méd. Alain Kenfak

Directeur médical du Réseau de l'Arc

Implication des communes

«Ne pas saturer les urgences, garantir une médecine de proximité» font partie des objectifs globaux des Medicentres. Le Dr Kenfak ajoute qu'en matière de stratégie, «nous ne faisons rien sans l'implication formelle de la commune, aussi pour évaluer les besoins en matière de soins et voir quel est le bon calibre d'activités à mettre en place. C'est une analyse au cas par cas. Les communes souvent offrent les locaux, les frais d'installation et de démarrage. Certaines font de la location à prix préférentiel, ce qui baisse les charges fixes.» À titre de comparaison, le Medicentre de Corgémont inauguré en 2022 fonctionne avec deux généralistes seulement. Et celui de Courtelary, qui a ouvert en janvier 2024, «est issu d'un cabinet de généraliste qui n'a pas trouvé de reprenneur et est entré en discussion avec l'hôpital». La direction du Réseau de l'Arc précise qu'une antenne à Court ainsi que d'autres Medicentres seront mis en place dans d'autres localités de la région ces prochaines années. D'un autre côté, l'antenne de Reconvilier fonctionne très différemment: «C'est une antenne du Medicentre Tavannes où l'on offre des demi-journées de consultations pour des patients qui n'avaient plus de médecins généralistes et qui ne peuvent se déplacer. C'est un de nos médecins d'ici qui se déplace. Ce qui nous évite de devoir créer un cabinet entier, ou qui serait sous-équipé, ou avec beaucoup trop de charges fixes pour fonctionner.»

Préoccupations

Daniel Buchser, maire de Reconvilier, commune de 2400 habitants, avoue toutefois être déçu par cette demi-journée par semaine de consultations décentralisées, dépendantes du Medicentre Tavannes. Pour lui, la mesure ne suffit pas à remplacer les deux médecins partis à la retraite qui exerçaient sur place. Sa commune avait mis à disposition un cabinet médical de premier recours situé dans les locaux administratifs, à tarif préférentiel, pour une année d'essai. «Mais après deux ans et demi, nous n'avons toujours pas pu revoir le contrat et avons perdu pour plus de 30 000 francs de location. Ce sont des locaux qui pourraient accueillir sans problème deux généralistes à temps partiel», regrette le maire.



«Nous partons de zéro côté fichier clients, mais avec plusieurs avantages.»

Dr méd. Florian Chevrier

Spécialiste en médecine interne générale au Cabinet médical du Val d'Hérens

Autre sujet de préoccupation générale, la position du Réseau de l'Arc face à l'installation de médecins privés. Alain Kenfak rassure: «Il est vrai que cette question d'une concurrence déloyale s'est souvent posée. Pour éviter cela, lorsqu'il y a un projet de Medicentre, nous allons d'abord voir d'autres médecins déjà installés et nous leur demandons ce qu'ils en pensent. Souvent, nous avons pu leur proposer de participer, de collaborer. Nous n'avons pas de visée d'exclusivité, ni d'intervenir s'il n'y a pas de besoins.»

Impliqué dès le début

Pour éviter un désert médical, la commune valaisanne d'Évolène – huit villages, plus de 1600 habitants plus les nombreux résidents à la saison – s'est dirigée vers une autre solution: attirer et installer des praticiens à titre privé, avant de les intégrer au projet de Maison de santé destiné à préparer la relève des trois médecins installés, partant à la retraite. Le succès tient pour beaucoup au profil et à l'implication personnelle du généraliste contacté, natif d'Évolène, qui a notamment travaillé aux urgences de l'Hôpital de Sion dès 2020.

Avoir deux médecins généralistes partie prenante, et déjà actifs sur place, a été un élément clé pour le projet de Maison de santé à Évolène.

Lorsque le Dr méd. Florian Chevrier et la Dre méd. Anne Sarah Lavanchy, sa collègue, s'installent finalement à Évolène en 2021 et ouvrent le Cabinet médical du Val d'Hérens, c'est après avoir effectué les emprunts nécessaires pour les infrastructures et équipements – deux salles de consultation, une salle de petites urgences avec ECG, un petit laboratoire et une salle de radiologie –, et garanti les salaires des deux assistantes médicales. «Nous partons de zéro côté fichier clients, mais avec plusieurs avantages», détaille Florian Chevrier.

Tous deux conservent entretemps un pourcentage de travail aux urgences de l'Hôpital de Sion, ce qui permet la continuité des soins et des contacts rapprochés avec les spécialistes régionaux. D'autre part, la commune facilite leur installation et leur propose un loyer préférentiel, en attendant que se concrétise le projet auxquels ils seront intégrés à court terme. La future Maison de santé – avec médecin généraliste, physiothérapeute, dentiste – et de la petite enfance a été acceptée en votation en mars 2023. Son ouverture est annoncée pour 2026. Elle est maintenant en très bonne voie, surtout du fait «d'avoir deux médecins généralistes partie prenante, et déjà actifs sur place», conclut Virginie Gaspoz, présidente de la commune.



Références

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



Dans le canton de Genève, la Maison de Tara est une alternative pour les personnes en fin de vie ne pouvant rester ni à l'hôpital, ni chez elles.

Voyage au bout de la vie

Résidence palliative En Suisse, nombreuses sont les personnes en fin de vie qui souhaitent terminer leurs jours à la maison. À Chêne-Bougeries, dans le canton Genève, la Maison de Tara propose une alternative à l'hospitalisation et accompagne des personnes jusqu'à leur dernier souffle. Reportage.



Les montagnes surplombant le lac Léman sont couvertes d'un manteau blanc. Les contrastes de couleurs sont saisissants en ce milieu de mois d'avril. Située dans la commune verdoyante de Chêne-Bougeries, qui jouxte Genève, la Maison de Tara semble se réveiller paisiblement, au rythme de la nature qui l'entoure. Un grand jardin, au style anglosaxon, borde cet ancien cabinet médical et participe à cette quiétude.

Pourtant, une fois le pas de la porte d'entrée franchi, c'est une tout autre ambiance qui se dévoile. C'est un va-et-vient incessant. Plusieurs femmes s'affairent, le sourire aux lèvres, dans un cadre cosy qui détonne avec une unité palliative conventionnelle. Ce sont des bénévoles. «Bonjour, je viens

en immersion le temps d'une journée à la Maison de Tara.» Je suis accueilli par la directrice des lieux, Sabine Murbach. Nous échangeons brièvement le temps d'un café dans la salle à manger: «C'est une maison non médicalisée qui accueille à 99% du temps des personnes ayant une maladie oncologique et dont les soins sont compatibles avec un maintien à domicile. Nous comptons plus d'une centaine de bénévoles et chacun a suivi ou suit une formation d'une année à l'accompagnement de personnes en fin de vie», explique-t-elle avant de repartir pour un entretien avec une potentielle nouvelle âme charitable.

Cette résidence, à taille humaine, est composée de quatre chambres individuelles équipées de lits médicalisés, de tapis



La Maison de Tara compte plus d'une centaine de bénévoles. Tous sont formés sur place pour devenir proches-aidants.

d'alarme, de lits d'appoint permettant aux proches de passer la nuit avec la résidente ou le résident, ainsi que d'autres éléments de confort. «Certains apportent même leurs meubles, leurs tableaux et encore d'autres effets personnels. Ça leur permet de se sentir comme à la maison», explique Astrid, massothérapeute et bénévole de la première heure, depuis 2011.

La résidence fait le plein

Deux chambres sont situées au rez-de-chaussée et deux autres à l'étage. Des handilifts permettent d'y accéder. Tous les lits sont occupés: «Au premier étage se trouve Ginette*, entrée en fin d'année dernière. Elle a fait ses adieux à ses proches, elle ne s'alimente et ne s'hydrate plus depuis bientôt une semaine. Dans la seconde chambre à l'étage, Alexandre*, un homme d'une quarantaine d'années touché par une tumeur au cerveau, réside ici depuis quatre jours. Son état se péjore. Au rez-de-chaussée se trouve Suzette*, une dame d'un certain âge frappée par un cancer pulmonaire et intestinal métastasé au niveau hépatique. Et Jean-Paul*, la soixantaine, affecté par un cancer de la plèvre», explique Elisabeth, l'une des trois infirmières-coordinatrices des soins employées par la fondation.

Jean-Paul reçoit la visite d'un ami. Les deux discutent confortablement installés dans le petit salon situé à l'entrée

La Maison déménage

La Maison a fermé ses portes à la fin mai et les rouvrira au mois de septembre, toujours à Chêne-Bougeries. La commune assure vouloir garder cette fondation reconnue d'utilité publique et laïque sur ses terres, précise Sabine Murbach. Depuis quelques années, la commune met à disposition à titre gracieux les locaux actuels et finance un crédit de travaux à hauteur de 2,5 millions de francs. À noter que les soins médicaux sont remboursés par la caisse-maladie, et que le coût de la pension quotidienne s'élève à 80 francs.

de la Maison. La chambre de Suzette se trouve juste à côté. Un homme entre chez Tara: «Bonjour, je suis le fils de Suzette.» Il vient voir sa mère quand il le souhaite, à n'importe quel moment de la journée. Après son départ, deux bénévoles vont prévenir Suzette qu'il est bientôt l'heure de manger. La résidente se plaint de douleurs sous la poitrine et à la hanche. «Odile, peux-tu venir m'aider à déplacer Suzette?», demande Astrid. Tous les volontaires connaissent et maîtrisent les précautions à suivre pour manipuler les résidents. La communication n'est pas aisée avec Suzette, elle répète souvent les mêmes choses, et cela a le don d'égayer leurs échanges. Astrid comprend que ses sous-vêtements sont trop serrés. «Nous devrions dégrafer son soutien-gorge et peut être enlever l'armature de ses sous-vêtements. Ce n'est pas la première fois qu'elle se plaint de cette gêne», suggère Astrid à sa collègue. Si la cinquantaine de bénévoles qui s'y relaie chaque semaine est l'une des pièces maîtresses de l'organisation, les employés comme Nicolas, le cuisinier, jouent un rôle tout aussi important.

«Ici, c'est à la carte»

Un fumet commence à embaumer le salon. En cuisine, Nicolas s'active depuis tôt ce matin: «Je suis allé faire quelques emplettes pour m'assurer qu'il ne manque rien pour ces prochains jours», explique-t-il tout en mijotant une soupe aux légumes et en supervisant le reste du repas. Lui accompagne les résidentes et résidents à sa manière, en leur faisant plaisir gustativement, lance-t-il. «Je ne pourrais pas faire de toilette mortuaire par exemple. Je suis trop sensible à ce genre de choses.» Au-dessus de son plan de travail, quatre affiches sont collées sur un rangement mural. Elles correspondent aux préférences alimentaires des résidentes et résidents, tous repas confondus. Par exemple, Jean-Paul souhaiterait une salade de fruit au petit-déjeuner ainsi qu'une biscotte avec de la confiture. On peut y lire qu'il «mange de tout» et qu'il a un faible pour les plats onctueux, mais en



À la suite de son hospitalisation pour un cancer de la plèvre, les HUG ont prescrit à ce résident des séances de physiothérapie.



Nicolas accompagne les résidentes et résidents à sa manière en leur faisant plaisir gustativement.

petites portions. «Ici, c'est à la carte, et c'est ce qui me plaît, je peux vraiment adapter ma cuisine à chacun, comme à la maison», souligne le cuisinier.

Des bénévoles s'activent entre la cuisine et la salle à manger afin de dresser la table. «Nous devons ajouter une extension à la table car deux proches d'Alexandre vont se joindre à nous pour le repas», précise une bénévole. La flexibilité est de mise. Et Astrid d'ajouter que: «Si l'un de nos résidents, dans son parcours chez Tara, a une folle envie de burger, nous, les bénévoles, nous courons lui en acheter un. Un jour, un jeune résident voulait sortir de cette Maison, il n'en pouvait plus. Un bénévole est alors exprès venu avec sa décapotable pour l'emmener manger un burger devant un coucher de soleil», raconte-t-elle d'un ton gai, avant de rejoindre la séance de transmission.

Un travail de concert

Tous les jours, à 12h30, l'une des trois infirmières-coordinatrices des soins et les bénévoles se réunissent afin d'échanger toutes les informations collectées par la veilleuse de nuit, l'intendante et par les bénévoles du matin. Astrid et les trois relèves de l'après-midi assistent à cette séance de transmission menée par Elisabeth. C'est un rituel quotidien qui commence par le gong d'un petit bol chantant tibétain et un moment de recueillement.

Étant donné qu'Alexandre est arrivé il y a quatre jours chez Tara et que la relève ne le connaît pas encore, Elisabeth procède à une anamnèse détaillée sans pour autant faire l'impasse sur l'état de santé et l'humeur des autres résidents. Les antécédents et besoins médicaux du quarantenaire sont présentés, ainsi que tout le pan social et familial. «Alexandre est venu directement des HUG, et y retournera régulièrement pour suivre sa chimiothérapie palliative. Il a des troubles évolutifs de la mémoire, des pertes d'équilibre et de tonus. Il a également un problème oculaire, une diplopie au niveau de son œil droit en lien avec sa tumeur, ce qui accentue les risques de chute. Il faut donc être très prudent dès qu'on le mobilise, notamment lorsqu'on monte et descend l'escalier avec le handilift», prévient Elisabeth.

S'ensuit une description d'ordre socio-biographique, «ce qui permet de mieux appréhender le résident et de fournir les clés du savoir-être à nos bénévoles». Car si un savoir-faire en matière d'aide et de soins palliatifs est dispensé chez Tara, le savoir-être s'avère tout aussi important pour accompagner les résidentes et résidents dans leurs dernières étapes de vie, explique Elisabeth. «Nous faisons partie de leur quotidien et devenons des proches-aidants qui accompagnons ces personnes. Nous mettons de 'l'être' dans du 'faire', autrement dit de l'empathie, de la bienveillance et du respect de la personne.»

L'infirmière de Ginette interrompt la session pour faire un bref bilan de son intervention. «Elle est confortable?», demande Elisabeth. «Non elle ne m'a pas parlé, elle ne veut pas répondre, mais j'ai pu lui donner les traitements indiqués par son médecin et faire les soins nécessaires», répond l'infirmière de chez Sitex, l'un des services d'hospitalisation à domicile qui est en lien direct avec chaque médecin traitant des résidents. «Les médecins sont généralement spécialisés en soins palliatifs», précise Elisabeth avant de clôturer la transmission.

Comme un domicile

«Finalement, nous fonctionnons comme un domicile», insiste Elisabeth. Les infirmières des organismes de soins de base viennent sur place en moyenne trois fois par semaine, tandis que les médecins se déplacent une fois par semaine, tous les quinze jours ou plus. Tout dépend de l'évolution de l'état de santé de leur patient. «Généralement, ce sont ces infirmières qui font appel aux médecins mais cela nous arrive aussi si nous remarquons une péjoration importante.» Pour pallier l'éventuelle dégradation d'un état de santé, la Maison dispose de deux pharmacies équipées du nécessaire pour agir sur le confort des personnes avant que les infirmières ou les médecins n'interviennent.

Au final, c'est un travail de concert: «Nous sommes les yeux et les oreilles du corps médical», souligne Sabine Murbach, la directrice. Et de préciser que: «Tara existe aussi grâce au réseau de soins et à l'intervention au domicile et à la forte disponibilité des médecins spécialisés, je pense notamment au Groupe genevois de médecins pratiquant les soins palliatifs. Cette collaboration nous permet d'offrir



Tous les jours à 12h30, l'infirmière-coordinatrice des soins et les bénévoles se réunissent pour la séance de transmission.

Reportage

notre présence et donc un lieu de vie. Nous avons beaucoup de chance.»

Témoignages

Dans son malheur, Annita*, la femme d'Alexandre, s'estime elle aussi chanceuse: «Il faudrait plus de maisons comme Tara», dit-elle la gorge nouée. «C'est un don de Dieu, car il n'y a pas beaucoup de solutions de ce genre à Genève.» Une aide-soignante aurait proposé à la famille d'orienter son mari vers Tara. «Avec notre jeune enfant, et seule, je ne pouvais ni me reposer physiquement, ni émotionnellement.» Si la résidence palliative est une alternative pour ces personnes ne pouvant pas rester à l'hôpital ou à la maison, elle est aussi un soulagement pour leurs proches, précise la directrice. La présence et la surveillance assurée 24 heures sur 24 apaise Annita: «Mon mari devient faible. Qu'est-ce que je dois faire? Ici ce n'est pas l'argent qui compte, mais l'amour et l'aide que l'on y trouve.»

En somme, l'accompagnement holistique, comme leit-motiv, sort de ces échanges. Une forme de prise en charge qui s'avère d'autant plus importante aujourd'hui selon Elisabeth, car «elle permet de répondre notamment aux nouvelles réalités sociales et familiales induites par exemple par l'isolement, les divorces, le vieillissement démographique», et aux lacunes qui persistent dans les soins ambulatoires à domicile [1].

Jean-Paul, au sortir de sa sieste, accepte aussi de témoigner. Cela fait une semaine qu'il a intégré Tara pour le dernier voyage de sa vie, dit-il. «Aux HUG, j'ai appris que les gens ici étaient très sensibles à l'écoute et aux besoins des résidents. Donc je suis venu visiter la Maison, et le cadre m'a beaucoup plu. C'est un peu comme un Bed & Breakfast. D'ailleurs, je vais bientôt organiser un grand barbecue dans le jardin avec des dizaines d'amis.» Parfois déstabilisé par le nombre de nouveaux bénévoles qu'il rencontre chaque jour, Jean-Paul ne tarit pas d'éloges quant au fonctionnement de la Maison: «D'un point de vue humain et économique, c'est un système très intelligent. On est peu de résidents, on a beaucoup d'espace personnel et les frais sont très bas grâce aux fonds privés. Impossible de retrouver ce cadre dans le service public, car tout le monde court», conclut-il avant de rejoindre sa chambre pour une séance de physiothérapie prescrite par son médecin.

*noms d'emprunt



Référence

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

Annnonce

Sans calcul compliqué?

La solution: 1 x par jour, 12 mmol*, 100% citrate^{1,2,3}



- 1 x prise quotidienne^{1,2,3}
- 12 mmol*
- admis par les caisses-maladie⁴

La performance,
droit au but

3 Li Lithium 6.94	4 Be Beryllium 9.0122	
11 Na Sodium 22.990	12 Mg Magnésium 24.305	
19 K Potassium 39.098	20 Ca Calcium 40.078	21 Sc Scandium 44.956

Références

1) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sous www.swissmedicinfo.ch, consulté en septembre 2023 2) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps sous www.swissmedicinfo.ch, consulté en septembre 2023 3) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre sous www.swissmedicinfo.ch, consulté en septembre 2023 4) Liste des spécialités de l'OFSP sur www.spezialitaetenliste.ch, état en septembre 2023. Nous mettons à disposition toutes les références sur demande.

Résumé de l'information aux professionnels: Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps, capsules / Magnésium-Diasporal® 300, granulés / Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre, granulés. **Principe actif:** Magnesium ut Magnesii citras; 100 mg de magnésium (= 4,0 mmol) par capsule resp. 301 mg de magnésium (= 12,4 mmol) par sachet. **Indication:** Prophylaxie et traitement des troubles du rythme à caractère tachycardique, en cas de maladie coronarienne, hyperexcitabilité neuromusculaire, syndrome tétanique, contractures musculaires, myosite ossifiante, prophylaxie des récives des urolithiases oxalocalciques, pré-éclampsie, éclampsie, carences en magnésium, lors de besoins accrus en magnésium. **Posologie:** Adultes et adolescents dès 12 ans 1 x 3 capsules resp. 1 sachet par jour. Durée du traitement: au moins 6 semaines. **Contre-indications:** Insuffisance rénale aiguë ou chronique, prédisposition à la lithiase phospho-ammoniac-magnésienne; excisicose. **Précautions:** En cas de troubles bradycardiques de la conduction intracardiaque, en cas d'insuffisance rénale. **Interactions:** Tétracyclines, fluorures, cholécalférol. **Grossesse/Allaitement:** peut être administré. **Effets indésirables:** occasionnels: des selles molles. **Présentation:** Emballage de 120 capsules resp. 20 et 50 sachets; Liste: B; remboursé; Doetsch Grether SA, 4051 Bâle; mise à jour de l'information: août 2017. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo.ch.

DOETSCH GRETHER SA, 4051 Bâle, tél. 061 287 34 11, info@doetschgrether.ch, www.doetschgrether.ch

DG
DOETSCH GRETHER
PHARMA • OTC • CONSUMER CARE



Les réglementations du système de santé suisse ne sont pas toutes judiciaires.

Moins de directives, plus de responsabilité individuelle

Dérégulation Le système de santé suisse est surréglementé. Dans leur ouvrage, Willy Oggier et Vincenza Trivigno expliquent les raisons ainsi que les problèmes qui en découlent. Jana Siroka nous présente les solutions que proposent les deux auteurs aux défis auxquels sont confrontés les fournisseurs de prestations.

En prenant comme exemple la médecine de réadaptation, Willy Oggier et Vincenza Trivigno montrent les considérations fondamentales qui sous-tendent cette dérégulation, où se trouvent les problèmes découlant de la surréglementation et comment réussir une dérégulation judicieuse du système de santé suisse.

En préambule, les auteurs mettent l'accent sur l'urgence de la dérégulation du système de santé, notamment dans un contexte marqué par la pénurie de main-d'œuvre, les évolutions technologiques et l'augmentation des coûts: «Le système de santé fait partie des secteurs économiques avec la plus forte densité de réglementations en Suisse. Certaines d'entre elles sont judiciaires, d'autres l'ont peut-être été et d'autres jamais, mais elles sont toujours en vigueur.»

Éviter la duplication des examens

La médecine de réadaptation apporte à la Suisse un bénéfice social et économique élevé. Son

importance va encore s'accroître au vu de l'évolution démographique en Suisse. Face aux besoins croissants de la population en matière de réadaptation, l'une des revendications légitimes des auteurs serait de renoncer à des mesures cantonales de contrôle des admissions dans le domaine de la réadaptation ambulatoire. Cette mesure est notamment justifiée par le fait que, dans le cas contraire, les besoins en réadaptation en milieu hospitalier devraient continuer à augmenter.

Il faut tenir compte du fait qu'en médecine de réadaptation, l'indication a déjà été examinée ailleurs et au préalable. Il faut donc éviter la duplication des examens. Les différences entre la rééducation ambulatoire, semi-stationnaire et stationnaire sont abordées de manière détaillée.

Les auteurs soulignent la nécessité de flexibilité et de marge de manœuvre, sans pour autant négliger la responsabilité sociale. En présentant une large palette de propositions de mesures et d'exemples concrets issus du domaine de la

réadaptation, ils montrent que la dérégulation n'est pas seulement souhaitable, mais nécessaire.

L'importance de la responsabilité

L'ouvrage est divisé en plusieurs chapitres, commençant par une explication de la réglementation en général jusqu'à la réglementation dans la médecine de réadaptation suisse, en passant également par ses différentes fonctions. Les raisons de la réglementation sont ensuite exposées en détail dans une perspective économique, en abordant les défaillances du marché, les biens méritoires et les aspects de politique sociale et conjoncturelle.

Les auteurs proposent un grand nombre de mesures de dérégulation, tant au niveau systémique qu'économique. Celles-ci vont de l'introduction d'approches orientées sur les résultats à des propositions concrètes visant à réduire la charge administrative. Une autre recommandation vise la suppression de la procédure de garantie de paiement pour les traitements de réadaptation stationnaires.

Les auteurs estiment qu'il est important que les institutions assument leur propre responsabilité. Ils indiquent qu'il est également possible d'éviter la réglementation lorsque les différents acteurs s'autorégulent judicieusement là où c'est nécessaire. En ce sens, ils présentent dans les annexes des exemples de telles initiatives prises par SWISS REHA.

Pour résumer, cet ouvrage offre un aperçu de la problématique de la surrégulation dans le système de santé suisse et présente différentes approches pour réduire les obstacles bureaucratiques. Il s'agit d'un livre passionnant et rigoureux pour toutes celles et ceux qui s'engagent, dans une perspective économique, en faveur d'une politique de santé plus efficace et axée sur les patientes et patients.

Jana Siroka, membre du Comité central de la FMH, en charge du Département des soins stationnaires et des tarifs



Willy Oggier, Vincenza Trivigno **Weniger Vorschriften – mehr Eigenverantwortung. Deregulierung in der Rehabilitation**
Bern, SGPP, 2024

Courrier à la rédaction

Myofascial-induzierte Migräne

Brief zu: Wegener S et al. Bessere Hirngesundheit, bessere Lebensqualität. Schweiz Ärztztg. 2024;105(15):75-77.

Dem Beitrag über Migräne können wir voll zustimmen. Kopfschmerzen sind häufig und können eine Quelle für chronisches Schmerzleiden sein. Da scheint die Einteilung in mehr oder weniger als 15 Tage pro Monat fast ein bisschen beschönigend. Es stellt sich die Frage, wieso 10-15% der Bevölkerung ein solches Leiden haben sollen. Ursachen für Kopfschmerzen gibt es unzählige, entsprechend schwierig kann die Abklärung sein. Schade ist, dass eine wahrscheinlich sehr häufige Form der migräniformen Kopfschmerzen immer noch keinen gebührenden Eingang in die Schulmedizin der Kopfwehspezialistinnen und -spezialisten gefunden hat: Zwar wird überall das Spannungskopfwahl (auch cervicogene Migräne beziehungsweise cervicocephales Syndrom) erwähnt, aber stiefmütterlich behandelt und kaum erläutert. Wir können bezeugen, dass regelmässig und nicht wenige Patientinnen und Patienten von neurologischer Seite als (atypische) Migräne diagnostiziert und behandelt wurden, aber eine myofascial vermittelte, cervicogene Migräne hatten. Das ist nicht erstaunlich, wenn man die sehr migräneähnliche Symptomatik kennt. Ohne die Befunde einer gekonnten, mindestens manuellen, besser osteopathischen, Untersuchung können wir uns schlecht vorstellen, dass eine gute Triage von Kopfschmerzbetroffenen möglich ist. Die Ursache dieser Kopfschmerzen liegt in unserer Erfahrung oft in einer (stressbedingten) Parafunktion. Neben dem Zähneknirschen gibt es auch Pressen mit der Zunge und den Zähnen und andere Formen. Bei Status nach HWS-Traumen und anderen Pathologien, bei Fehlformen der Wirbelsäule und anderen chronischen Schmerzen (in Assoziation mit Schlafstörungen) wird die Parafunktion häufiger. Zahnärzte berichten, dass Notfälle wegen Parafunktion zunehmend

sind, aber sich als Zahnprobleme präsentieren. Das würde erklären, warum Entspannungstechniken hilfreich sind und auch Ausdauertraining und psychologische Methoden empfohlen werden. Erwähnenswert ist, dass es eine auf die Parafunktion spezialisierte Physiotherapieausbildung (Methode nach Crafta) gibt. Wünschenswert wäre, dass Ärztinnen und Ärzte, die sich schwergewichtig mit Kopfschmerzen beschäftigen, diese myofascial-induzierte Migräneform auf Ebene der manuellen und/oder osteopathischen Betrachtungsweise selber praktisch kennen oder entsprechend überweisen.

Dr. med. Dominik Hauser, FMH Innere Medizin, FA SAMM und SAGOM, Frauenfeld

Dr. med. Jürg Sturzenegger, FMH Rheumatologie, FA SAMM und SAGOM Frauenfeld

Das Wasser ist nicht wärmer auf der anderen Seite des Atlantiks

Brief zu: Söldi A. Im kalten Wasser schwimmen lernen. Schweiz Ärztztg. 2024;105(11):12-15

Als Auslandsschweizer lese ich gerne die Schweizerische Ärztezeitung. Sie hält mich auf dem Laufenden, erzeugt ein wenig Heimweh, oft Erstaunen, manchmal Stolz, aber hin und wieder Kopfschütteln. Ich wollte schon länger einige Bemerkungen zum Thema Medizinstudium/Assistenzarzt von der anderen Seite des Atlantiks machen, denn die Thematik ist auf beiden Seiten des Atlantiks aktuell und in manchen Aspekten ähnlich. Damit meine ich das Gefühl von Anspruch und Anrecht, was wir hier «Entitlement» nennen. Ein junger Mensch wird schon in der Primarschule früh «zielgerichtet gefördert». Examen kommen, Noten werden registriert, wenn nötig werden Nachhilfestunden verabreicht, alles mit der Absicht, die Gymnasialprüfung zu bestehen. Im Gymi geht's weiter: Fächer werden optimal für die Eignungsprüfung zum Medizinstudium gewählt. Im Medizinstudium sind Examen, Laborveranstaltungen, Pflichtvorlesungen etc. genau festgelegt, es braucht kein Nachdenken. Erfolg wird gemessen an bestandenen Examen. Am Ende des Studiums sehen sich alle diese phänomenalen Auswendig-Lerner, Examen-Spezialisten, Konformisten plötzlich konfrontiert, zu entscheiden, was mit dem Rest des Lebens anzufangen. Was für ein Arzt will ich

sein? Bin ich bereit, das ohne Limiten 24/7 zu akzeptieren? Wie viel Stress kann und will ich erdulden und zu was für einem Preis? Alles Fragen, die bislang sorgfältig vermieden wurden. Das Phänomen des «Entitlement» taucht auf: Warum muss ich denn solche Fragen beantworten, ich habe ja alle Prüfungen glanzreich bestanden, habe genau befolgt, was mir gesagt wurde, ich bin ein Erfolg und wann wird dieser endlich anerkannt? Und dann sind wir erstaunt, dass ein Drittel aller Medizinstudenten beschliesst, nie zu praktizieren? Die Scheidungsrate unter Ärzten ist mit über 50% höher als in anderen Berufen. Wir, die Gesellschaft, insbesondere Eltern und Fakultätsmitglieder, tragen daran auch Schuld, indem wir die Studenten so erziehen und auslesen und von allen Unannehmlichkeiten behüten. In der Schweiz, wo der Staat die Ausbildung bezahlt, fragt man sich, ob sich diese Investition lohne. In den USA, wo die Ausbildung privat finanziert wird, ist die Frage eine andere: Wer erlaubt sich, mir zu sagen, ich dürfe nicht machen, was ich wolle, ich bezahle ja.

Thomas V. Bilfinger M.D., Sc. D., FACC, FCCP, FACS, FMH, Stony Brook, New York (Vereinigte Staaten)

Envoyer un courrier

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

bullmed.ch/publier/remettre-uncourrier-des-lecteurs/remettre

Communications

Examen de spécialiste

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

Date

Vendredi 20 septembre 2024

Lieu

Universitäts-Kinderspital Zürich

Délai d'inscription

Vendredi 9 août 2024

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

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en médecine du travail

Date

Jeudi 16 janvier 2025 + jeudi 23 janvier 2025

Lieu

Berne

Délai d'inscription

15 novembre 2024

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

Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en psychiatrie de consultation et de liaison à adjoindre au titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie

Date

Mercredi 19 mars 2025

Lieu

CHUV, Les Allières, Av. de Beaumont 23, 1011 Lausanne

Délai d'inscription

Lundi 4 novembre 2024

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

Divers

Podcast FMH – Épisode 19: Quand les médecins tombent malades: l'histoire de Sara

Les médecins ne sont pas à l'abri de tomber malades. Quand Sara (prénom d'emprunt) apprend que son mari souffre d'un grave problème de santé, elle a l'impression de perdre pied. Cette jeune médecin, cheffe de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), se reproche d'avoir raté quelque chose et fait une dépression. Dans le cabinet du Dr Franco Renato Gusberti, psychiatre et psychothérapeute, elle se retrouve cette fois dans le rôle de la patiente. Ils se sont rencontrés grâce au réseau de soutien ReMed. Cette organisation du corps médical aide les médecins confrontés à des difficultés à continuer de pratiquer dans les meilleures conditions possibles. Vous trouverez le nouvel épisode du podcast FMH «À mes côtés» ici: www.a-mes-cotes.ch.

Villars-sur-Glâne, juillet 2024

Rappel de lots Trioфан Antitussif gouttes jusqu'au niveau des patients

N° d'autorisation 53967
Pharmacode 7835670

En accord avec l'Institut suisse de médecine thérapeutique Swissmedic, nous vous informons par la présente d'un rappel des lots suivants de Trioфан Antitussif gouttes (N° d'autorisation 53967) :

Produit	Pharmacode	Lot	Date de fabrication	Date d'expiration
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	AAV44501	06.09.2022	08.2025
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	AAV44601	06.09.2022	08.2025
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	AAZ92301	13.06.2023	05.2026
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	AAZ92201	13.06.2023	05.2026
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	NAA26202	14.07.2023	06.2026
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	NAA26102	14.07.2023	06.2026
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	NAA26001	11.07.2023	06.2026
Trioфан Hustenstilller Tropfen	7835670	NAA25901	11.07.2023	06.2026

Le rappel du médicament est effectué par mesure de précaution en raison de la possibilité de particules de plastique tombées du compte-gouttes (sous le capuchon de ferme-

ture) et susceptibles d'être ingérées par les patients.

Des investigations supplémentaires ont montré que l'écart était dû au processus d'emballage

et que des lots supplémentaires contrôlés présentaient partiellement le même type de défaut. Il ne peut donc pas être totalement exclu que des particules de plastique soient ingérées lors de l'utilisation des gouttes.

Nous vous remercions d'avance pour le bon déroulement de la reprise et du remboursement de la marchandise concernée par le rappel. La marchandise renvoyée vous sera créditée.

Pour toutes questions complémentaires, veuillez-vous adresser au service clients (Tél. 058 851 93 00 ou par e-mail serviceclients@verfora.ch).

Pour le **signalement de tout effet indésirable** (EI), Swissmedic recommande aux personnes concernées d'utiliser l'Electronic Vigilance System (EIViS), l'outil de déclaration d'effets indésirables. Toutes les informations nécessaires sont disponibles sous www.swissmedic.ch.

Nous vous prions de nous excuser pour le désagrément causé par ce retrait et vous remercions pour votre collaboration.

VERFORA AG, Villars-sur-Glâne

FMH



26

Les dés sont jetés, mais la partie continue

Politique de la santé Celles et ceux qui pensaient que la dynamique à l'œuvre en politique de la santé avait déjà atteint son paroxysme ont sans doute déchanté après les décisions importantes prises en juin: frein aux coûts, TARDOC, associations des assureurs et deuxième volet de mesures – et d'autres suivront.

Yvonne Gilli



28

Salomé, médecin-assistante

Santé des médecins Pour que la prise en charge des patientes et des patients soit optimale et de qualité, il faut des médecins en bonne santé. Mais comment faire concorder leur quotidien professionnel exigeant avec un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée? Que faire si, en dépit de tout, un déséquilibre s'installe? L'asmac et ReMed présentent des possibilités de conseil et de soutien.

Yvonne Stadler, Peter Christen



© Ronstik / Dreamstime

Avec le rejet de l'initiative pour un frein aux coûts et la décision du TARDOC, les dés sont jetés, mais la partie continue.

Les dés sont jetés, mais la partie continue

Politique de la santé Celles et ceux qui pensaient que la dynamique à l'œuvre en politique de la santé avait déjà atteint son paroxysme ont sans doute déchanté après les décisions importantes prises en juin: frein aux coûts, TARDOC, associations des assureurs et deuxième volet de mesures – et d'autres suivront.



Yvonne Gilli
Dre méd., présidente de
la FMH

En dépit de toutes les discussions sur les coûts, le rejet sans appel (63%) de l'initiative pour un frein aux coûts le 9 juin dernier laisse clairement apparaître que l'électorat suisse n'est pas prêt à compromettre des soins de santé de haute qualité, accessibles à toutes et tous. Les politiciennes et les politiciens ont la certitude de jouer sur la corde sensible de la population lorsqu'ils s'attaquent à la question des primes pour se profiler. Il n'en reste pas moins que les paroles fortes, les recettes simplistes et les promesses creuses du frein aux coûts n'ont pas suffi à convaincre.

Un engagement qui paie...

Si la catastrophe politique liée au rationnement du frein aux coûts a pu être évitée, c'est avant

tout grâce à la forte alliance qui s'est constituée en faveur du système de santé. Les spécialistes du corps médical, des soins infirmiers et de nombreuses autres professions de la santé se sont autant engagés contre l'initiative que les organisations de patientes et patients. Ils ont informé leur entourage, partagé leur point de vue dans les médias sociaux, déposé du matériel d'information sur leur lieu de travail ou porté le badge «Frein aux coûts, non». D'autres ont préféré «tracter» dans les gares, participer à des stands ou à des manifestations.

... mais qui doit se poursuivre

Avec leur soutien, toutes ces personnes ont donné un visage à notre système de santé rappelant ainsi que la prise en charge de nos

patientes et patients ne dépend en aucun cas de sombres profiteurs qui expédient 26 heures de traitements superflus par jour comme s'ils n'en avaient jamais assez. Non, il s'agit au contraire de personnes qui exercent à toute heure du jour et de la nuit, souvent au prix d'une forte pression liée au temps et aux coûts, tout en assumant de nombreuses responsabilités, et qui souhaitent traiter leurs patientes et leurs patients de la meilleure manière possible. Nous devons continuer de montrer que notre système de santé repose sur un immense engagement de personnes et qu'il est porteur d'un bénéfice indispensable à notre société. Pour nous, c'est le seul moyen de nous opposer à la culture de la méfiance, aux explosions réglementaires et bureaucratiques, et aux demandes de justification que cela implique, encouragées au niveau politique. Une fois le matériel de la campagne contre le frein aux coûts retiré de votre salle d'attente, nous vous encourageons à le remplacer par le petit présentoir qui renvoie au podcast de la FMH, ou alors par une affiche de notre campagne «Pour vous». Avec un courriel à [kommunikation\[at\]fmh.ch](mailto:kommunikation[at]fmh.ch), vous pouvez obtenir le matériel que vous souhaitez.

Le TARDOC, approuvé ou pas ?

Le 19 juin, dix jours seulement après la votation sur le frein aux coûts, une autre grande étape a été franchie. La conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider a annoncé que le TARDOC, déposé cinq ans plus tôt par cura-futura, la FMH et la CTM, et après que les exigences sans cesse renouvelées de la Confédération ont été satisfaites, serait finalement introduit en janvier 2026 ; et avec lui, une partie des forfaits ambulatoires soumis par santésuisse et H+. Ces approbations partielles sont cependant couplées à un vaste catalogue de conditions très complexes, que le Conseil fédéral expose dans une lettre de huit pages aux partenaires tarifaires. Si ces derniers ne parviennent pas à remplir ces conditions dans un délai de quatre mois, soit d'ici début novembre, la Confédération définira tous les détails concernant l'introduction du tarif.

Si près du but, et un nouvel obstacle

Après un long marathon tarifaire, c'est avec un certain soulagement que nous approchons du but: l'introduction d'un tarif médical ambulatoire actuel. Même si le Conseil fédéral n'a pas manqué de dresser de nouveaux obstacles, la volonté de la FMH et des autres partenaires tarifaires de trouver une solution satisfaisante reste intacte. D'ailleurs, sans cette volonté et cette opiniâtreté, nous ne serions jamais là où nous sommes, aussi proches du but. Maintenant, la question qui se pose est de savoir dans

quelle mesure ces nouveaux obstacles s'avèreront surmontables. Les expertes et les experts des partenaires tarifaires disposent d'un délai très court pour analyser si et comment les nombreuses conditions du Conseil fédéral peuvent être remplies. Faut-il rappeler que nous attaquons à des tâches aussi exigeantes ne nous a jamais fait renoncer. Lorsqu'une solution existe, nous la trouvons.

Nouvel élan avec les caisses-maladie

Un message offrant une opportunité inespérée pour le partenariat tarifaire de demain nous est parvenu le 20 juin, soit le lendemain de la décision du TARDOC, lorsque les assureurs-maladie ont annoncé la création d'une nou-

Nous attaquer à des tâches aussi exigeantes ne nous a jamais fait renoncer. Lorsqu'une solution existe, nous la trouvons.

velle association pour les représenter. Dans le domaine des tarifs notamment, cette annonce laisse présager un nouvel élan et l'espoir de trouver des solutions constructives avec ce nouveau partenaire. À l'avenir, si une seule association parle au nom de tous les assureurs-maladie, cela pourrait même simplifier les travaux que nous menons ensemble en faveur d'un système de santé de haute qualité, efficace et accessible à toutes et tous.

La politique ignore le terrain

Au-delà de ces multiples étapes déterminantes et largement médiatisées, d'autres dossiers politiques sont restés plus «discrets» malgré des avancées importantes en juin. Diverses décisions du Conseil des États concernant le deuxième volet de mesures du Conseil fédéral ont suscité la consternation, notamment lorsqu'une majorité réunissant le PS, les Verts, les Verts libéraux et une grande partie du Centre a décidé de remettre en selle le nouveau fournisseur de prestations pour les soins coordonnés, supprimé auparavant par le Conseil national [1, 2]. Cette décision a été prise en faisant fi de tous les avertissements lancés par les expertes et les experts qui connaissent le terrain et selon lesquels cette idée née de l'administration fédérale n'encouragerait aucunement les soins intégrés, mais les étoufferait sous la bureaucratie. Une semaine plus tard, la commission de la santé du Conseil national (CSSS-N) a heureusement maintenu la suppression de ces nouvelles réglementations par 14 voix contre 10 [3]. Mais ce sujet continuera de nous accompagner

et sollicitera l'engagement de la FMH pour juguler la bureaucratie du système de santé.

La partie continue...

Celles et ceux qui pensent que les dés sont jetés depuis la votation sur le frein aux coûts et la décision du TARDOC ont raison, mais pas totalement. Car la partie n'est pas terminée ; elle se poursuit à un rythme toujours plus soutenu. Après la votation sur le frein aux coûts, il s'agit désormais de mettre en œuvre le contre-projet indirect. L'introduction des nouveaux objectifs en matière de coûts et de qualité exigera beaucoup d'heures de travail de toutes les parties concernées. La décision du TARDOC s'accompagne aussi de nombreux nouveaux défis : des exigences vastes et complexes veulent être mises en œuvre – dans un délai très bref alors que deux des partenaires tarifaires sont sur le point de céder leur place à une nouvelle organisation faitière des caisses-maladie. Ce nouveau partenaire est le bienvenu, mais malheureusement aussi encore totalement inconnu. Parallèlement, le deuxième volet du Conseil fédéral requiert notre attention, notamment pour éviter que le succès des soins intégrés en Suisse soit sacrifié sur l'autel d'une législation mal ficelée. Et comme si cela ne suffisait pas, depuis que le référendum sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (EFAS) a abouti, la prochaine votation populaire est en marche ; elle aussi déterminante pour l'avenir du système de santé.

... avec une bonne équipe

La FMH continuera d'être fortement sollicitée sur le terrain de la politique de la santé. Nous sommes donc très heureux de bénéficier d'une équipe solide pour représenter les médecins qui exercent en Suisse. En juin, la Chambre médicale a également été l'occasion d'élire deux nouveaux membres du Comité central: Michael Andor et Olivier Giannini. Avec cette équipe, accompagnés du soutien de nos membres, nous serons en mesure de relever les défis qui nous attendent en vue de préparer le système de santé aux enjeux de demain.



Références

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



© Denis Raev / Dreamstime

Surmené en formation postgraduée? L'histoire de Salomé D. est inventée, mais montre où les jeunes médecins peuvent trouver de l'aide.

Salomé, médecin-assistante

Santé des médecins Pour que la prise en charge des patientes et des patients soit optimale et de qualité, il faut des médecins en bonne santé. Mais comment faire concorder leur quotidien professionnel exigeant avec un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée? Que faire si, en dépit de tout, un déséquilibre s'installe? L'asmac et ReMed présentent des possibilités de conseil et de soutien.

Yvonne Stadler^a; Peter Christen^b

^a Avocate, responsable juridique et directrice adjointe de l'asmac; ^b Dr méd., co-directeur du programme ReMed

Salomé D. (personne fictive) est médecin-assistante et travaille à 100% dans une clinique psychiatrique. Elle aime son travail de médecin, même si les gardes de dix heures par jour sont plutôt la règle que l'exception. En raison d'une charge de travail élevée - du fait notamment de la pénurie actuelle de personnel qualifié - Salomé est affectée à un nombre de gardes toujours plus important que ne le prévoit son contrat de travail et que ne l'autorise la loi sur le travail. Leur nombre et le travail qu'elle doit y accomplir constituent une lourde charge. À cela s'ajoutent les gardes de nuit. Les heures supplémentaires augmentent et, avec elles, la fatigue. Elle est au bord de l'épuisement et décide de se faire aider. Un collègue de travail lui conseille de s'adresser à ReMed, le réseau de la FMH destiné aux médecins.

Salomé sait désormais quels sont ses droits et ses devoirs vis-à-vis de son employeur.

ReMed apporte son soutien

ReMed offre aux médecins exerçant en Suisse un conseil par une ou un collègue expérimenté en cas de situation de crise. À titre de première consultation, ReMed prend contact avec la ou le collègue à la recherche de soutien dans les 72 heures, tente de comprendre la situation et élabore des solutions. Même si la FMH soutient et finance ReMed, elle n'a à aucun moment accès aux dossiers personnels. ReMed est lié au secret médical. Les tâches médicales et administratives sont clairement séparées.

Pour les personnes concernées, il est important de savoir que l'asmac et ReMed s'occupent des demandes, des craintes et des soucis.

Lors de l'entretien de conseil téléphonique, Salomé est soulagée de pouvoir faire part de sa situation éprouvante à une personne compétente et neutre qui salue son courage et son initiative de demander de l'aide. Elle est rassurée d'apprendre qu'elle n'est pas la seule à s'adresser à ReMed pour cause d'épuisement, mais que de nombreuses et nombreux collègues en formation postgraduée le font aussi. L'entretien vise à faire le point et à dégager des possibilités d'alléger la charge qui pèse sur Salomé: peut-elle solliciter un entretien auprès de ses supérieurs pour discuter de sa situation et trouver des solutions? Peut-elle céder des gardes ou réduire ses heures

Prestations de l'asmac

- Bureau de notification: les abus sur le lieu de travail peuvent y être signalés de manière simple. L'asmac se penche sur chaque notification et essaie de trouver des solutions (www.meldestelle-vsao.ch/fr/bureau-de-notification).
- Conseil en matière de planification des services: l'asmac propose aux hôpitaux, cliniques et planificateurs de services un conseil gratuit en matière de planification des services afin d'harmoniser au mieux les besoins des hôpitaux et du corps médical (www.vsao.ch/fr/conditions-de-travail/planification-des-services).
- Coach my Career: le programme de mentorat intergénérationnel de la FMH, de l'asmac, de l'AMDHS et d'autres associations (www.vlss.ch/fr/carriere/coach-my-career).
- Conseil juridique: pour les questions juridiques, et notamment celles relatives au droit du travail, les membres de l'asmac peuvent s'adresser au service de conseil juridique gratuit (www.vsao.ch/fr/services-et-support/conseil-juridique).
- Coaching téléphonique: pour toute question relative à la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée, les membres de l'asmac peuvent s'adresser gratuitement au Bureau UND: www.vsao.ch/fr/services-et-support/coaching-telephonique.
- Ateliers et séminaires: l'asmac propose régulièrement des ateliers et des webinaires sur différents thèmes liés à la planification de carrière et à la formation postgraduée médicale.
- Les prestations de l'asmac en un coup d'œil: www.vsao.ch/fr/services-et-support.



supplémentaires? Est-il possible de changer temporairement pour un service plus calme? Salomé ne veut pas se mettre en congé maladie pour le moment et ne veut pas laisser tomber son équipe, mais elle est en même temps sceptique quant aux possibilités organisationnelles de se décharger. Un entretien de suivi est convenu pour dans dix jours. Au fil du temps, son état s'aggrave plutôt qu'il ne s'améliore, aucune possibilité d'alléger son quotidien ne se dessine. Salomé a du mal à dormir, elle se rend au travail fatiguée, sans énergie et rencontre des difficultés à se concen-

trer. Elle a commis une erreur lors de la prescription d'un médicament, ce qui l'accable encore davantage. Lors du deuxième entretien de conseil, la conseillère ReMed lui recommande vivement d'en parler à sa ou son médecin de famille et d'envisager un congé maladie. Pour le soutien psychothérapeutique, Salomé reçoit des adresses de psychiatres et de thérapeutes qui collaborent avec ReMed et qui sont familiarisés avec les problèmes de stress des médecins.

Salomé a été mise en incapacité de travail à 100% pendant deux semaines, le but étant qu'elle

Prestations de ReMed

- Prestations de ReMed: soutien en cas de crise. ReMed prend contact avec la ou le collègue à la recherche de soutien dans les 72 heures, tente de comprendre la situation et élabore des solutions. ReMed peut être contacté via la ligne d'assistance 24h/24 au 0800-0REMED (0800-073633), ou via internet (remed.fmh.ch/fr/contact.html).
- Les groupes de coaching en ligne offrent un cadre idéal pour un échange en toute confiance, ouvert et personnel sur tous les thèmes professionnels stressants, difficiles et exigeants (ONLINE-Coaching groups, www.fmh.ch)
- Stages cliniques en cabinet: après une absence due à une crise, les médecins concernés peuvent être déstabilisés par la perspective de reprendre leur activité dans leur cabinet. Un stage auprès d'une ou d'un médecin mentor leur permet de retrouver l'assurance et la confiance requises pour exercer une activité à responsabilité au cabinet médical (Mentorat et stages cliniques en cabinet, www.fmh.ch)
- Témoignages de médecins ayant vécu des crises (Compte-rendus d'expérience, www.fmh.ch)
- Présentations à l'occasion de sessions de formation postgraduée et continue ou dans le cadre de congrès spécialisés.
- Les prestations de ReMed en un coup d'œil: remed.fmh.ch/fr/index.html.



augmente progressivement son taux d'activité. Elle souhaite reprendre le travail à 100% le plus rapidement possible. Elle craint sinon d'être licenciée. De plus, elle a mauvaise conscience vis-à-vis de ses collègues, qui doivent désormais se répartir sa part de travail au sein de l'équipe et fournir des heures supplémentaires.

L'asmac conseille

Comme Salomé est membre de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (asmac), la médecin de ReMed lui suggère de demander du soutien auprès de celle-ci. Elle fixe un rendez-vous pour un entretien avec la juriste de la section concernée.

Lors de l'entretien, Salomé peut clarifier les diverses questions juridiques qu'elle se pose. Elle apprend qu'en cas d'incapacité de travail, elle n'a en principe [1] pas à craindre d'être licenciée pendant un délai de protection limité dans le temps et fixée par la loi [2]. De plus, la juriste lui fait savoir qu'il n'est pas de sa responsabilité de savoir comment la charge de travail de l'équipe sera désormais organisée et répartie sans elle. C'est à l'employeur que revient cette tâche. Mais elle apprend aussi qu'en cas d'incapacité de travail prolongée, elle devra éventuellement rattraper son année de formation postgraduée afin d'acquérir dans les règles les compétences et aptitudes d'une médecin spécialiste [3].

Lors de l'entretien, Salomé peut clarifier les diverses questions juridiques qu'elle se pose.

Salomé sait désormais quels sont ses droits et ses devoirs vis-à-vis de son employeur. Elle va mieux et pourra bientôt reprendre son travail à 100%, grâce notamment au soutien de ReMed et de l'asmac. Mais elle souhaite désormais prévenir de telles situations et mieux concilier sa vie privée et sa vie professionnelle, tout en faisant avancer sa carrière. Elle a bénéficié d'un coaching téléphonique de la part du Bureau UND qui lui a donné de précieux conseils sur la manière de concilier sa vie professionnelle et sa vie privée, dans la perspective notamment de fonder une famille. De plus, elle bénéficie de l'aide d'une mentore, organisée par le programme «Coach my Career», avec qui elle peut discuter de questions relatives à sa carrière médicale.

Prenez contact

L'histoire de Salomé est inventée de toutes pièces. Elle est toutefois exemplaire des innombrables cas similaires que les collaboratrices et collaborateurs de l'asmac et les conseillères et conseil-

lers de ReMed rencontrent au cours de leur travail quotidien. Malheureusement, de tels cas ne peuvent pas être totalement évités. Il est donc d'autant plus important pour les personnes concernées de savoir que l'asmac et ReMed prennent en charge les demandes, les craintes et les soucis de nos médecins par le biais d'offres et de services concrets qui ont fait leurs preuves. N'hésitez pas à nous contacter pour que nous puissions vous aider.

Correspondance
stadler[at]vsao.ch



Références

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

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Bernard Neuhaus (1942), † 30.5.2024, Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, 2502 Biel/Bienne

Giorgio Binda (1958), † 4.6.2024, Spécialiste en médecine interne générale, 6875 Casima

Pierre Reusser (1952), † 5.6.2024, Facharzt für Infektiologie, Facharzt für Hämatologie, Facharzt für Medizinische Onkologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 2905 Courtedoux

Monika Pfaller (1964), † 9.4.2024, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 8952 Schlieren

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Entlebuch hat sich angemeldet:

Marieke Raffenberg, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Ärztezentrum Malters, Luzernstrasse 45, 6102 Malters

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Christoph Kryenbühl, Facharzt für Ophtalmologie, ab 01.01.2024 zu 40-60%, in Goldau Sz.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht[at]hin.ch.

Annonce

PERENTEROL® 500

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**

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

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



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

* Limitatio : en traitement des récurrences des maladies associées au *Clostridium difficile* récurrent et en prophylaxie des maladies associées au *Clostridium difficile*-assozierten récurrent, et dans les cas où en raison de l'état général une diarrhée grave induite par les antibiotiques n'est pas à exclure.

Références : 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 (HF) 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



© Davidgrutz / Dreamstime

Les listes Top 5 indiquent les traitements auxquels il est possible de renoncer sans crainte.

Liste Top 5 Chirurgie orthopédique et traumatologie

Recommandations L'organisation d'utilité publique smarter medicine et la Société suisse de chirurgie orthopédique et traumatologie (swiss orthopaedics) publient une liste Top 5. Celle-ci énumère les traitements auxquels il est possible de renoncer, selon la devise de smarter medicine: «Moins, c'est parfois plus».

Organisme responsable «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

En 2022, la société mère nationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie swiss orthopaedics avait chargé ses groupes d'expertes et experts d'élaborer des propositions de recommandations pour Choos-

sing Wisely, qui ne soient pas en conflit avec les recommandations existantes d'autres sociétés de discipline médicale. Dans le cadre de la retraite annuelle de swiss orthopaedics, ces propositions ont été classées par ordre de priorité

et cinq recommandations ont été retenues pour la liste Top 5. Les groupes d'expertes et experts se sont chargés de l'élaboration définitive et la liste a été approuvée par swiss orthopaedics lors de la retraite 2023.

Aperçu des cinq recommandations:

1. Pas de débridement arthroscopique en première intention pour une gonarthrose [1-4].

La gonarthrose est une maladie dégénérative de l'articulation du genou qui s'accompagne de douleurs croissantes, d'une réduction de la mobilité et d'une diminution de la capacité à marcher. Avec la progression de la maladie, les épanchements et les déformations articulaires augmentent. Par ailleurs, des lésions des ménisques associées, qui sont, soit à l'origine du développement de l'arthrose, soit secondaires à celle-ci, participent à la symptomatologie.

La thérapie conservatrice est le traitement initial de choix. Elle consiste en des mesures médicamenteuses (AINS, éventuellement corticostéroïdes et/ou sulfate de chondroïtine/gluco-samine) ou physiothérapeutiques (actives ou passives). Cela permet, dans la plupart des cas, d'obtenir un soulagement adéquat des symptômes. Si le symptôme principal est un blocage articulaire en raison d'une languette méniscale ou de corps libre articulaire, l'arthroscopie peut alors être utilisée avec succès.

Niveau d'évidence: étude contrôlée randomisée de niveau I.

2. Pas d'IRM/scanner en première intention pour les problèmes de hanche (sans radiographie conventionnelle) [5, 6].

Les maladies dégénératives de la hanche sont fréquentes. En cas d'arthrose précoce, une correction chirurgicale de la morphologie articulaire est envisageable alors qu'en cas d'arthrose prononcée, un remplacement de l'articulation par une prothèse, après échec d'un traitement conservateur, sera nécessaire.

Si les radiographies conventionnelles (vue d'ensemble du bassin) mettent en évidence une dégénérescence avancée avec un amincissement significatif de l'espace articulaire (c'est-à-dire de degrés 2 et 3 selon la classification de Tönnis), une imagerie plus approfondie par IRM/scanner sera inutile car le diagnostic est établi sur la base des radiographies conventionnelles.

En cas de questions spécifiques (p. ex. lésions tendineuses associées, déformations morphologiques, patients jeunes), il reviendra au spécialiste de demander un examen complémentaire (arthro-)IRM/scanner.

Niveau d'évidence: ligne directrice basée sur un consensus.

3. Pas d'antibiothérapie empirique en cas de suspicion d'infection orthopédique (chronique) [7].

Les infections orthopédiques sans septicémie mettent rarement en jeu la vie du patient dans l'immédiat. Elles laissent en général suffisamment de temps pour effectuer un diagnostic adéquat et donc traiter l'infection de manière optimale par l'identification des germes responsables. Celle-ci est donc une étape particulièrement importante afin d'introduire une antibiothérapie ciblée, dont la durée sera souvent très longue.

L'administration d'antibiothérapie sans connaissance des germes impliqués est inefficace, voire même délétère.

Dans le cas rare d'une septicémie ou d'autres états mettant en jeu la vie du patient, il faudra toujours chercher à identifier les germes en cause en effectuant des hémocultures et, si possible, une ponction des articulation(s) cliniquement atteinte(s), avant de commencer une antibiothérapie.

Niveau d'évidence: ligne directrice basée sur un consensus.

4. Pas de décompression sous-acromiale isolée sans traitement conservateur infructueux pendant au moins 6 mois [8-11].

La décompression sous-acromiale est une procédure chirurgicale, arthroscopique ou ouverte, qui consiste à traiter le syndrome de conflit de l'épaule par une bursectomie de la bourse sous-acromiale, seule ou en combinaison à une acromioplastie.

Le syndrome de conflit de l'épaule est une atteinte inflammatoire de la bourse sous-acromiale avec ou sans tendinopathie de la coiffe des rotateurs associée, qui entraîne des douleurs lors de l'élevation du bras au-dessus de l'horizontale.

Alors qu'une seule méta-analyse a décrit des résultats fonctionnels légèrement meilleurs après le traitement chirurgical, des études contrôlées randomisées et méta-analyses montrent une amélioration équivalente des douleurs après une

À propos de la société de discipline médicale

swiss orthopaedics est la Société suisse de chirurgie orthopédique et de traumatologie. Elle compte plus de 1000 membres. L'assurance et la promotion de la qualité sont l'une des principales priorités de la société. Vous trouverez plus d'informations sous: www.swissorthopaedics.ch

décompression sous-acromiale isolée qu'après un traitement conservateur comprenant attente, administration d'AINS, infiltration de corticostéroïdes sous-acromiaux ou différentes approches physiothérapeutiques.

Niveau d'évidence: étude contrôlée randomisée de niveau I.

5. Pas de biopsie de tumeur de l'appareil locomoteur sans une imagerie suffisante, une coordination interdisciplinaire et un geste effectué par un spécialiste expérimenté [12-17].

Toute tumeur de l'appareil locomoteur suspecte d'être un sarcome osseux ou des tissus mous doit faire l'objet d'un examen radiologique exhaustif et spécifique. L'évaluation doit ensuite être réalisée au sein d'un centre interdisciplinaire des sarcomes, où un plan de traitement sera défini. La prise en charge d'une telle tumeur doit toujours débiter par une biopsie, bien que le risque de contamination soit controversé, qui doit impérativement être planifiée avec le chirurgien qui opérera le patient.

Les biopsies percutanées des os et des tissus mous sont le premier choix: elles fournissent un diagnostic histopathologique fiable, augmentent le taux de résections R0, réduisent le taux de réinterventions et diminuent les coûts associés aux complications.

Occasionnellement un diagnostic ne peut être posé lors de la première biopsie, une seconde biopsie permettra dans la plupart des cas d'atteindre cet objectif.

Niveau d'évidence: C (études rétrospectives).

Correspondance

[moritz.tannast\[at\]unifr.ch](mailto:moritz.tannast[at]unifr.ch)
[lars.clarfeld\[at\]sgaim.ch](mailto:lars.clarfeld[at]sgaim.ch)



Références

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

smartermedicine
Choosing Wisely Switzerland

À propos de smarter medicine

L'organisation d'utilité publique smarter medicine s'engage depuis 2014 contre les soins inappropriés et la surmédicalisation dans le domaine médical en Suisse. Pour atteindre ses objectifs, smarter medicine encourage la discussion et la recherche sur les traitements inutiles. Elle publie du matériel d'information et fournit régulièrement des recommandations au personnel médical ainsi qu'aux patientes et patients dans le cadre de «listes Top 5». Pour plus d'informations: www.smartermedicine.ch



© Atthapon Rakstheput / Dreamstime

Grâce à son diagnostic ciblé, la neuropsychologie diagnostique permet d'objectiver l'état cognitif et psychique du patient, ainsi que son comportement.

La neuropsychologie diagnostique

FAQ Les médecins de famille sont généralement le premier point de contact pour les patientes et patients souffrant de problèmes neurocognitifs. Ils assument un rôle important dans le diagnostic présumé et peuvent prescrire un examen neuropsychologique. Quelle est la procédure exacte à suivre? Voici un bref aperçu de la neuropsychologie diagnostique.

Andreas U. Monsch, au nom de l'Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP)

Prof. em. Dr phil., président de l'ASNP; ancien directeur de la Memory Clinic, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Bâle; Faculté de psychologie, Université de Bâle

Depuis le 1.7.2017, la neuropsychologie diagnostique est une prestation obligatoire de l'assurance de base en Suisse selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), réglée par l'article 11a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Au 1.4.2021, la structure tarifaire puis les accords concernant la valeur du point ont été fixés contractuellement entre les partenaires tarifaires – H+, l'Association Suisse des Neuro-

psychologues (ASNP), curafutura et tarifsuisse – et approuvés par le Conseil fédéral.

Cet article donne un bref aperçu de la neuropsychologie diagnostique à l'intention des médecins prescripteurs.

En quoi consiste la neuropsychologie diagnostique?

La neuropsychologie étudie le vécu et le comportement humain en tant que fonction de notre

cerveau et du système nerveux central. Cette discipline se consacre en particulier à la compréhension des bases fonctionnelles neuroanatomiques, neurophysiologiques et biochimiques de la relation entre le cerveau et le comportement. En tant que science interdisciplinaire, elle travaille en étroite collaboration avec la médecine générale, la neurologie, la neuropédiatrie, la psychiatrie, la neuroradiologie et la neurochirurgie, et se consacre principalement au dia-

gnostic des troubles des fonctions cérébrales dites supérieures, telles que la perception, l'apprentissage, la mémoire, le langage, l'attention, la logique, la planification, la psychomotricité, la cognition sociale, la motivation, les émotions et la conscience.

Comment se déroule la collaboration entre les médecins prescripteurs et les neuropsychologues?

Tous les médecins pratiquant en Suisse peuvent prescrire un examen neuropsychologique. Il est recommandé d'utiliser à cet effet un formulaire de prescription correspondant (<https://www.neuropsych.ch/fr/professionnels/neuropsychologie-en-lamal>). La procédure est illustrée dans la figure 1.

La neuropsychologie diagnostique est une prestation obligatoire de l'assurance de base conformément à la loi sur l'assurance-maladie.

Les médecins de famille sont généralement le premier contact pour les patientes et patients souffrant de problèmes neurocognitifs. Ils assument un rôle important dans le diagnostic présumé et donc dans l'orientation vers un centre spécialisé. Ainsi, dans le domaine du vieillissement, la consultation neuropsychologique dans les Memory Clinics (voir www.swissmemory-clinics.ch) s'est établie. Celles-ci se distinguent par leur multidisciplinarité, qui inclut une collaboration obligatoire avec la neuropsychologie, mais également avec la neurologie, la gériatrie, la gérontopsychiatrie et la neuroradiologie. L'interdisciplinarité au sein de ces établissements est mise en pratique par des conférences diagnostiques régulières.

Tous les médecins peuvent prescrire un examen neuropsychologique. Il est recommandé d'utiliser un formulaire de prescription.

En outre, les neuropsychologues travaillent – soit en institution, soit dans leur propre cabinet – en collaboration avec des centres spécialisés en pédiatrie, neuropédiatrie/neurologie, ou encore psychiatrie pour adultes, enfants et adolescents. Ces dernières années, par exemple, la souffrance psychologique a augmenté chez les patients en psychiatrie de transition – adolescents et jeunes adultes jusqu'à 26 ans –, et ainsi le besoin de diagnostic pour les troubles

de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) et les troubles du spectre de l'autisme (TSA). Dans ce cas, la neuropsychologie peut, en plus de l'évaluation des critères cliniques, définir de façon objective les ressources et les déficits existants au moyen d'une évaluation des performances spécifiques (voir ci-après). Ainsi, il est possible de recommander des mesures thérapeutiques et pédagogiques appropriées et de proposer des conseils ou une psychoéducation.

Un autre exemple est le besoin croissant de compétences diagnostiques en neuropsychologie pour les patients atteints du syndrome de Covid long.

Quels patients bénéficient de la neuropsychologie diagnostique?

Grâce à un diagnostic ciblé, la neuropsychologie diagnostique objective l'état cognitif et psychique du patient, tout comme son comportement. L'examen vise particulièrement les fonctions cérébrales potentiellement perturbées à la suite

d'un accident ou d'une maladie. La demande concerne, par exemple, des patients souffrants des maladies suivantes (suspectées ou avérées):

- Troubles du développement neuronal et mental: troubles du développement intellectuel, grande prématurité, troubles du langage, troubles du spectre autistique, TDAH et troubles apparentés, troubles spécifiques de l'apprentissage (dyslexie, dysgraphie, dyscalculie, dyspraxie), maladies métaboliques, etc.
- Lésions cérébrales acquises: traumatismes crâniens, encéphalites (infectieuses, bactériennes), borrélioses, VIH, intoxications, etc.
- Maladies somatiques ayant des répercussions sur le cerveau, y compris les maladies neurologiques: les accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques, les tumeurs cérébrales et autres maladies oncologiques, la sclérose en plaques, l'épilepsie, les troubles métaboliques et endocriniens, etc.
- Processus de vieillissement cérébral pathologique: par exemple maladie d'Alzheimer,

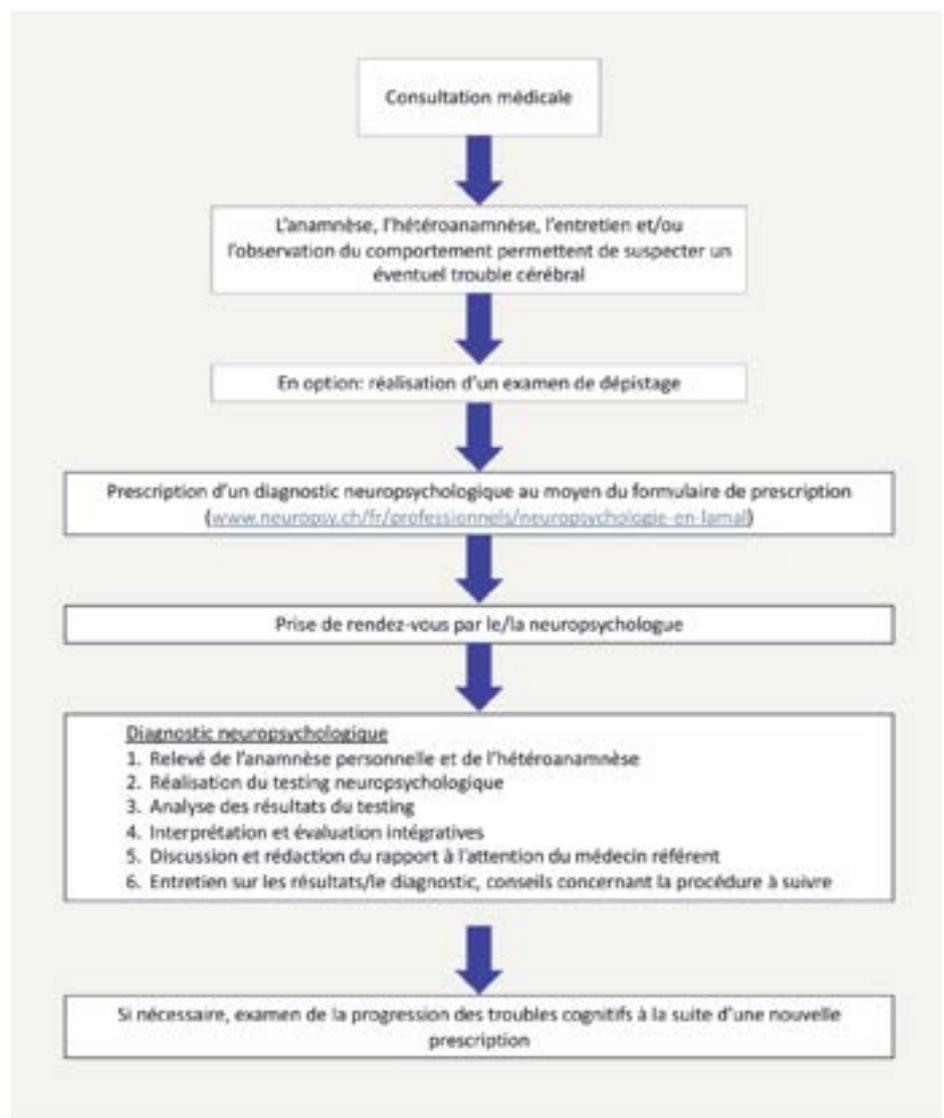


Figure 1: Déroulement de la prescription de neuropsychologie diagnostique.

Organisations

Psychologues spécialisés en neuropsychologie FSP – formation initiale, postgraduée et continue

Les neuropsychologues spécialisés sont titulaires d'un master en psychologie et ont suivi une formation postgraduée de neuropsychologue d'une durée de 5 ans en règle générale. Celle-ci se compose d'une partie théorique (au moins 1360 unités) et d'une formation pratique (au moins 5840 unités). En outre, pour conserver le titre de spécialisation, il faut justifier chaque année d'un minimum de 80 heures de formation continue.

démences vasculaires, dégénérescence lobaire fronto-temporale, etc.

- Anomalies psychiatriques en cas de suspicion de cause(s) organique(s) cérébrale(s) / diagnostic différentiel lors de l'apparition de plusieurs syndromes en parallèle, etc.

Que se passe-t-il lors d'un examen neuropsychologique?

1. Relevé de l'anamnèse personnelle et de l'hétéroanamnèse

Le diagnostic neuropsychologique comprend une anamnèse très minutieuse et, si possible, une hétéroanamnèse au moyen d'interviews et de questionnaires standardisés et semi-standardisés.

2. Réalisation du testing neuropsychologique

Le testing formel doit être complet, standardisé et se compose de procédures numériques et analogues validées empiriquement. La procédure est guidée par des hypothèses, c'est-à-dire que le choix des procédures de l'examen est adapté à la problématique et à certains résultats obtenus, ainsi qu'à l'âge, au sexe, à la formation et au contexte socioculturel du patient. L'observation du comportement fait partie intégrante de l'examen.

Lors des tests cognitifs, les dimensions suivantes sont examinées et évaluées:

- Attention: attention soutenue, attention sélective, attention divisée, vitesse psychomotrice, etc.
- Fonctions exécutives: planification, prise de décision, mémoire de travail, gestion du feedback, contrôle des erreurs, inhibition, flexibilité mentale, etc.
- Mémoire: mémoire à court terme, mémoire épisodique (y compris le rappel libre, le rappel indicé, la reconnaissance), mémoire à long terme (mémoire sémantique, mémoire autobiographique, apprentissage implicite, apprentissage procédural), etc.

- Langage: langage expressif, traitement des nombres, dénomination, manque du mot, fluidité verbale, grammaire, syntaxe, lecture, langage réceptif, etc.
- Capacités perceptivo-motrices: perception visuelle, reconnaissance des formes, objets, des visages, etc., perception de l'espace et la cognition spatiale, traitement visuo-construc-tif; contrôle et planification des actions motrices et pratiques, etc.
- Cognition sociale dans les aspects de la reconnaissance des émotions, de la capacité d'empathie, des troubles du comportement, etc.

Un aspect très important du diagnostic neuropsychologique est constitué par les procédures visant à déceler la majoration consciente ou inconsciente des déficits. Il s'agit ici d'objectiver le manque de disposition à l'effort au moyen de tests de cohérence et de plausibilité ainsi que de procédures de validation des troubles spécialement développées.

3. Analyse des résultats du test

Dans la mesure du possible, des valeurs normatives obtenues sur des personnes en bonne santé sont utilisées dans l'examen neuropsychologique. Cela permet d'élaborer un profil de performance lors de l'appréciation des résultats des tests.

L'examen neuropsychologique comprend une anamnèse et, comme élément central, un testing cognitif complet.

4. Interprétation et évaluation intégratives

Les performances individuelles des patients sont évaluées de manière transversale et longitudinale, sur la base des résultats obtenus et en tenant compte des connaissances scientifiques actuelles. Le résultat immédiat d'un test n'est pas la seule source d'informations sur les performances cognitives. L'observation du comportement et les données anamnestiques fournissent des informations supplémentaires. Cette vue d'ensemble intégrative de l'anamnèse, du profil de performance cognitive et de l'observation du comportement permet une évaluation différenciée en ce qui concerne:

- l'objectivation et la quantification des déficits neuropsychologiques;
- l'interprétation fonctionnelle et neuroanatomique des modifications du vécu et du comportement du patient, et donc une contribution décisive à l'étiologie de la maladie, respectivement des atteintes cérébrales dues à un accident ou à une maladie;

- l'estimation et l'évaluation d'aspects importants de la vie quotidienne tels que les performances scolaires, le potentiel de formation, le fonctionnement général dans la vie quotidienne, y compris l'activité et la participation sociale, la communication, l'autonomie, la capacité de travail, la capacité relative de jugement, la gestion d'activités à risque, etc. Il est donc crucial de mettre en évidence les fonctions intactes en plus des déficits existants.
- Il est important de préciser ici qu'une prescription visant uniquement à évaluer l'aptitude à la conduite automobile ne constitue pas une prestation obligatoire de l'assurance de base.

5. Discussion interdisciplinaire et rédaction du rapport à l'intention du médecin référent

Selon la problématique, les résultats sont discutés de manière interdisciplinaire, par exemple lors d'une discussion de cas. Le rapport neuropsychologique écrit sert à documenter les résultats obtenus, à les évaluer de manière intégrée, à estimer les limitations existantes dans le quotidien (scolaire et professionnel), l'évolution probable (pronostic), ainsi qu'à recommander des possibilités de traitement. Le rapport sert au médecin référent pour la prise en charge médicale et psychosociale ultérieure du patient.

6. Entretien sur les résultats et le diagnostic, conseils, recommandations et procédure à suivre

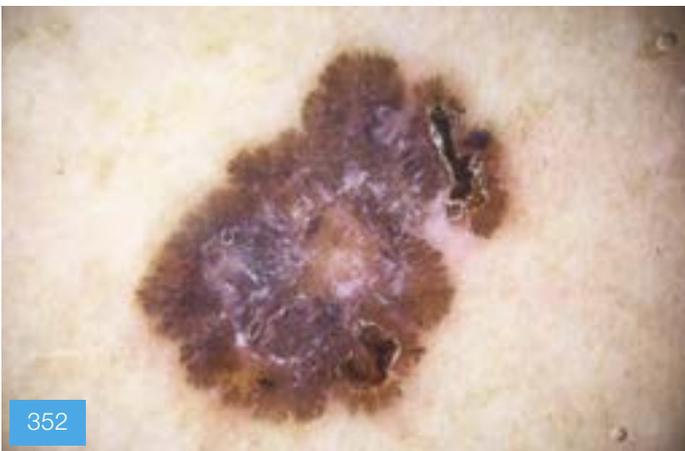
Les résultats et le diagnostic neuropsychologique sont expliqués lors d'un entretien personnel avec le patient et – si nécessaire – ses parents ou ses proches. Il est important de présenter les conséquences pour le patient dans les domaines de la vie quotidienne. De plus, les possibilités de thérapie et d'intervention sont expliquées et des réponses sont apportées aux questions du patient et de ses proches.

Correspondance

andreas.monsch[at]unibas.ch

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.



352

Mélanome malin: mise à jour sur le traitement et l'IA diagnostique

Nouvel espoir De nouvelles possibilités thérapeutiques et diagnostiques suscitent de l'espoir dans la lutte contre le mélanome malin. L'intelligence artificielle a déjà le potentiel d'analyser avec précision les lésions cutanées et offre une aide pour le dépistage précoce. Outre les optimisations dans le cadre du dépistage précoce, les taux de survie et les chances de rémission sont améliorés.

Benjamin D. Pohl, Paulina V. Koehler et al.



357

La maladie de Mondor: un diagnostic oublié?

Thrombose veineuse Un patient de 40 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux, consulte pour la persistance d'une douleur thoracique droite. Deux semaines auparavant, il avait consulté un autre service d'urgences ambulatoires, le diagnostic retenu était une contusion du muscle petit pectoral droit.

Cécile Barras, Samuel Staubli et al.



360

Hyperlactatémie: parfois plus qu'une hypoperfusion tissulaire

Physiopathologie Une patiente âgée de 37 ans connue pour un syndrome de dépendance à l'alcool, un tabagisme actif ainsi qu'une ancienne polytoxicomanie sevrée il y a plus de dix ans (cocaïne et héroïne) et sans traitement habituel, consulte aux urgences en raison de douleurs abdominales avec vomissements, inappétence et anorexie.

Amin El Mohri, Thierry Bonjour, Olivier Boulat

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Diltiazem et AOD

Attention: risque hémorragique accru

Le rivaroxaban et l'apixaban sont actuellement les anticoagulants les plus fréquemment prescrits en cas de fibrillation auriculaire. En cas de comédication, certaines mises en garde doivent toutefois être prises en compte, notamment l'interaction avec le cytochrome CYP3A4 [1]. Cela vaut aussi pour l'antagoniste calcique diltiazem: une étude de cohorte rétrospective (>200000 cas!) a comparé le risque hémorragique sous anticoagulation par rivaroxaban ou apixaban et contrôle de la fréquence cardiaque nouvellement débuté [2]. Par rapport à un traitement bêtabloquant par métoprolol, le contrôle de la fréquence par diltiazem a significativement augmenté le risque d'hospitalisation (hazard ratio [HR] 1,22) ou de décès (HR 1,19) en lien avec une hémorragie pertinente – en particulier à des doses >120 mg/j.

AOD: anticoagulants oraux directs
1 Swiss Med Forum. 2024, doi.org/10.4414/smf.2024.1372310831.
2 JAMA. 2024, doi.org/10.1001/jama.2024.3867.
Rédigé le 25.5.2024_HU

Tabagisme

BPCO, emphyseme, bronchite

Cette étude prospective menée aux États-Unis avec plus de 500000 personnes (âge moyen 50 ans, 56% de femmes; 59% de jamais-fumeurs, 24% d'ex-fumeurs, 17% de fumeurs actifs) fournit des chiffres impressionnants sur l'association entre le tabagisme et la mortalité due aux maladies respiratoires chroniques. Les fumeurs actifs ont un taux de mortalité respiratoire 16 fois plus élevé que les jamais-fumeurs! Un arrêt du tabac entre 15 et 34 ans réduit le risque pratiquement au niveau de celui des jamais-fumeurs (risque relatif [RR] 1,01), un arrêt entre 35 et 64 ans le réduit de moitié (RR 8,79). Chez les fumeurs actifs, le tabagisme est responsable de >90% de tous les décès dus à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), à l'emphyseme et à la bronchite chronique dans les pays occidentaux. Ne jamais commencer – arrêter tôt!

Chest. 2024, doi.org/10.1016/j.chest.2024.04.022.
Rédigé le 28.5.24_HU

Vintage Corner

Atteinte nasale en cas de zona ophtalmique

Cette étude a évalué 83 personnes immunocompétentes avec zona ophtalmique aigu. Les efflorescences caractéristiques se sont manifestées dans 81 cas dans la région du nerf frontal (cuir chevelu, front, paupière supérieure); dans 52 cas, les branches du nerf nasociliaire (infrotrochléaire, paroi nasale externe, pointe du nez: «signe de Hutchinson») étaient touchées. 53 des personnes examinées avaient une inflammation oculaire, 52 une éruption nasociliaire, dont 45 avec une atteinte oculaire (PPV* 86,5%). Environ 150 ans après sa première description, le signe de Hutchinson reste un bon prédicteur et un signal d'alarme pour la présence de complications oculaires en cas de zona: le risque relatif d'inflammation oculaire est de 3,35, celui de dénervation cornéenne de 4.

* PPV: positive predictive value
Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2003, doi.org/10.1007/s00417-002-0609-1.
Rédigé le 25.5.24_HU

CME

Insuffisance cardiaque: sel et liquide

- La restriction hydrosodée fait partie des recommandations habituelles lors de la consultation en cas d'insuffisance cardiaque (IC): les lignes directrices en la matière recommandent d'éviter la consommation excessive de sel (>5 g/j) et de s'hydrater à raison de 1,5–2 l/j.
- Ces recommandations se fondent sur des considérations relatives à la physiopathologie du système neuro-humoral. Il s'agit en majorité d'avis d'experts, des preuves issues d'études randomisées avec une puissance statistique adéquate faisant défaut.
- De nouvelles données remettent même en question le rôle de la restriction hydro-

sodée. Un document de consensus de la Heart Failure Association de l'European Society of Cardiology résume les principales valeurs clés:

- Les apports y sont définis comme suit: 1,5–4 g de sodium et 1,5–2,5 L de liquide par jour sont considérés comme «normaux», >4 g et >2,5 L comme «libéraux», et <1,5 g et <1,5 L comme «restrictifs». À noter: 1 g de sodium correspond à 2,54 g de sel.
- En cas d'IC chronique compensée (c.-à-d. sous traitement intensif de l'IC, pas de diurétiques de l'anse ou à faible dose et sans signes de congestion), des apports normaux à libéraux en sodium (jusqu'à 5 g/j) et des apports normaux à libéraux en liquide sont recommandés, en tenant compte de la sensation de soif et des conditions clima-

tiques: plus dans les environnements chauds et humides, et vice-versa.

- En cas d'IC aiguë (congestion manifeste, pendant la phase d'augmentation progressive de la dose du traitement de l'IC ou sous diurétiques de l'anse à haute dose), des apports en sel normaux sont recommandés. Il n'y a pas de preuve du bénéfice d'apports en sel restrictifs. L'excrétion urinaire de sodium devrait cependant toujours être supérieure aux apports en sodium.
- Des apports en liquide normaux sont aussi recommandés tant que le bilan hydrique est négatif (intake < output). Une approche restrictive doit être adoptée en cas d'hyponatémie concomitante.

Eur J Heart Fail. 2024, doi.org/10.1002/ejhf.3244.
Rédigé le 3.6.24_HU

Dépistage précoce du cancer

Biopsie liquide

Il y a peu de doutes qu'un dépistage précoce du cancer améliore le pronostic. Le dépistage par mammographie, coloscopie ou frottis de Papanicolaou a fondamentalement amélioré le traitement et la survie. Divers biomarqueurs sanguins (par ex. antigène spécifique de la prostate) ont été décevants, n'ayant pas entraîné une diminution de la mortalité due au cancer recherché. Les nouvelles technologies de traitement des biopsies liquides (BL) semblent combler cette lacune. La détection de l'ADN tumoral libre circulant permet un vaste dépistage à partir d'une simple prise de sang. La condition est que l'ADN tumoral soit déjà présent dans le sang dans la phase précoce du cancer et que les méthodes d'analyse soient assez développées pour que des quantités infimes d'ADN soient reconnues comme étant spécifiques de la tumeur.

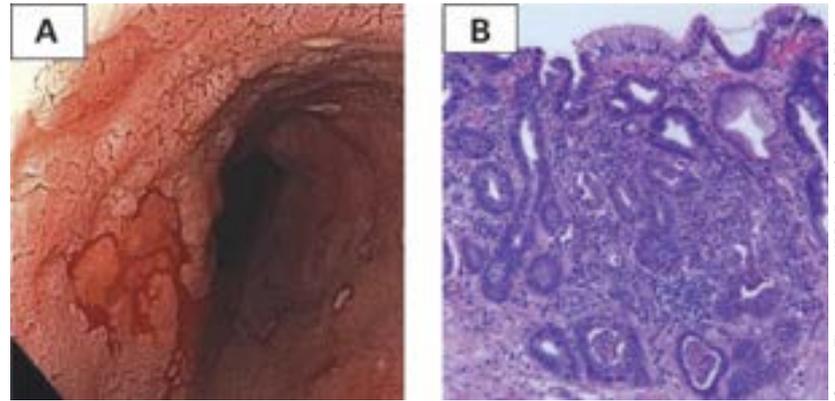
Dans une étude portant sur 6662 personnes de >50 ans, l'analyse de la méthylation de l'ADN a permis de détecter un signal de cancer chez 92 personnes [1]. La recherche intensive d'un cancer a révélé un carcinome jusqu'alors inconnu chez 35 d'entre elles, dont environ la moitié se trouvait encore à un stade précoce. Chez 57/92, aucune tumeur maligne n'a été détectée («faux positif»). 6321 personnes avec un signal de cancer négatif ont pu être suivies. 6235 n'ont pas développé de tumeur («vrai négatif»), 86 ont développé une tumeur maligne («faux négatif») dans l'année qui a suivi.

Un éditorial [2] met en garde contre l'euphorie que suscitent ces résultats. Les résultats faussement positifs entraînent de nombreux examens diagnostiques, parfois invasifs. Avant des dépistages généralisés, il convient d'évaluer soigneusement le rapport coût-efficacité et les conséquences du surdiagnostic et du surtraitement. Le critère d'évaluation «mortalité par cancer», qui doit être amélioré par le dépistage, nécessite généralement plusieurs années d'études. Le traitement des résultats positifs du dépistage nécessite une évaluation/confirmation immédiates et professionnelles qui mobilisent simultanément de nombreuses ressources, qui ne sont peut-être même pas disponibles. En outre, le sang ne convient pas pour la détection précoce de tous les types de cancer. Pour les cancers de la vessie ou du sein, les BL d'urine ou de lait semblent plus prometteuses.

Conclusion: les BL ont le potentiel de minimiser les années de santé perdues et la mortalité prématurée en lien avec un cancer. L'essentiel est de les utiliser de manière prudente et contrôlée, en tenant compte des «effets indésirables».

1 Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01700-2.
2 Nat. Med. 2024, doi.org/10.1038/s41591-024-03046-y.
Rédigé le 8.6.24_MK

Progrès



A) Endoscopie: carcinome de Barret à long segment. **B)** Histologie (coloration HE, x400): adénocarcinome intramuqueux bien différencié, pT1a m3, ly(-), v(-) G2 (de [2]).

© 2021 The authors. MDPi, Basel, Switzerland, CC BY

Cancer de l'œsophage

Cet article de revue [1] résume les progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement du cancer de l'œsophage (CO). Le CO est la 7^e tumeur maligne la plus fréquente au monde. On distingue deux sous-types histologiques, l'adénocarcinome (AC) et le carcinome épidermoïde (CE). Indépendamment du sous-type, le pronostic est jusqu'à présent extrêmement mauvais, notamment parce que le CO n'est découvert qu'à un stade avancé.

Dans le CE, des mutations spécifiques apparaissent avec l'âge, catalysées en outre par la consommation d'alcool et de tabac, et finissent par initier la carcinogénèse. Il se produit d'abord des clones dysplasiques et finalement des clones néoplasiques intraépithéliaux, qui s'accompagnent d'une forte réaction inflammatoire. Enfin, l'épithélium néoplasique se développe de manière exophytique en CE, le plus souvent localisé dans l'œsophage moyen et supérieur.

L'AC se développe par le biais d'une mosaïque métaplasique de cellules épithéliales cylindriques et squameuses à la jonction avec l'estomac et peut être facilement identifié par endoscopie comme œsophage de Barrett (OB) (figure). Le reflux gastro-œsophagien est considéré comme le principal facteur de risque d'OB. L'épithélium de l'OB présente de nombreuses mutations ponctuelles, mais reste stable sans dysplasie. Ce n'est que dans 0,1–0,5% des cas qu'un AC se développe par le biais d'une dysplasie de bas et de haut grade, déclenché par des mutations activatrices critiques.

Pour la surveillance de l'OB, des endoscopies régulières avec biopsies sont recommandées. Pour la détection des dysplasies du CE, la chromoendoscopie au lugol est appropriée. À l'avenir, des analyses de l'air expiré ou d'épithéliums obtenus à l'aide d'éponges placées de manière mini-invasive pourraient simplifier le diagnostic. Le dépistage est effectué en mesurant la méthylation de l'ADN et en identifiant des profils de mutations typiques ou des marqueurs de surface.

La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie restent les piliers du traitement curatif. De nombreuses questions concernant la combinaison thérapeutique optimale (adjuvant, néoadjuvant) sont influencées par le sous-type, le statut PDL1 et HER2* et d'autres facteurs. De plus, les premiers résultats avec des agents biologiques et des inhibiteurs de points de contrôle sont encourageants.

En résumé, la connaissance de la carcinogénèse moléculaire a élargi les possibilités diagnostiques et l'arsenal thérapeutique. Il faut espérer que le pronostic de cette maladie s'en trouvera amélioré.

* PDL1: programmed death ligand 1; HER2: human epidermal growth factor receptor 2.

1 BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-074962.

2 Cancers (Basel). 2021, doi.org/10.3390/cancers13040752.

Rédigé le 7.6.24_MK

Nouvel espoir

Mélanome malin: mise à jour sur le traitement et intelligence artificielle dans le diagnostic

De nouvelles possibilités thérapeutiques et diagnostiques suscitent de l'espoir dans la lutte contre le mélanome malin. L'intelligence artificielle a déjà le potentiel d'analyser avec précision les lésions cutanées et offre une aide pour le dépistage précoce. Outre les optimisations dans le cadre du dépistage précoce, les taux de survie et les chances de rémission sont améliorés continuellement.

Benjamin D. Pohl^{a*}, médecin diplômé; Paulina V. Koehler^{a*}, médecin diplômée; Dr méd. Lara V. Maul^a; Dr méd. Alina Müller^a, médecin diplômée; Dr méd. Veronika Schmidt^a; Dr méd. Franziska Wenz^a; Prof. Dr méd. Heinz Läubli^b; Prof. Dr méd. Alfred Zippelius^b; Prof. Dr méd. Alexander A. Navarini^a

Universitätsspital Basel, Basel: ^a Dermatologie; ^b Onkologie

* Co-premiers auteurs

Le mélanome ne perd pas de sa pertinence

Les études les plus récentes confirment l'augmentation de l'incidence du mélanome malin à l'échelle mondiale. Les prévisions actuelles tablent sur une hausse supplémentaire de 50% du nombre de cas et sur une augmentation potentielle de 68% des décès d'ici 2040 [1], ce dernier chiffre ne tenant toutefois pas compte de l'amélioration des taux de réponse au traitement.

L'examen macroscopique reste d'une importance capitale dans le diagnostic des mélanomes cutanés. L'application des critères ABCDE (A: asymétrie; B: bords irréguliers; C: couleur; D: diamètre; E: Évolution) et du «ugly duckling sign» permet déjà d'identifier de nombreuses lésions suspectes comme étant des mélanomes. Grâce à la dermatoscopie avec microscopie en épiluminescence et à la reconnaissance de motifs caractéristiques du mélanome (fig. 1), les dermatologues parviennent à

distinguer de manière encore plus fiable les lésions bénignes et malignes [2]. Cette méthode d'examen nécessite certes une formation spécifique [3, 4], mais un pré-triage au cabinet de médecine de famille peut être utile et intéressant pour les patientes et patients [5].

Tant les patientes et patients (consultation sur hautproblem.ch) que les médecins (consiliams sur dermakonsil.ch) peuvent aujourd'hui recourir à des consultations télédermatologiques pour obtenir une évaluation des lésions

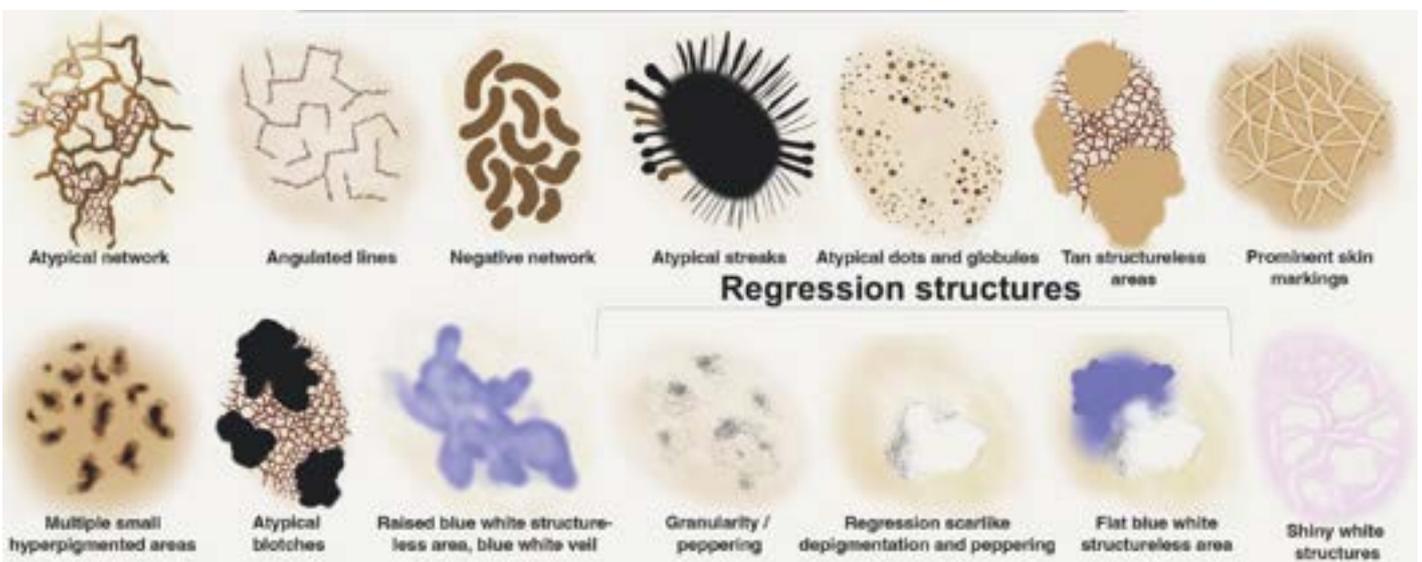


Figure 1: Structures dermatoscopiques spécifiques au mélanome [48].

suspectes par une ou un spécialiste. Une bonne qualité d'image ainsi que l'anamnèse sont ici essentielles pour établir un diagnostic numérique correct. Cependant, il n'est pas (encore) possible aujourd'hui de renoncer à un examen dermatoscopique en cas de lésions mélanocytaires.

Avec le nombre croissant d'aides techniques au diagnostic, les patientes et patients ainsi que les médecins non dermatologues sont confrontés à une offre pléthorique et donc au défi de filtrer les offres de qualité. Les dermatologues peuvent apporter une contribution majeure en informant sur les avantages et les risques des modalités diagnostiques et en apportant leur expérience clinique.

L'intelligence artificielle et ses possibilités

Selon toute vraisemblance, le triage des naevi pourrait aussi bientôt être assisté par l'intelligence artificielle (IA) dans le diagnostic de routine. Son intégration dans le diagnostic du mélanome ouvre de nouvelles possibilités. Dans certaines études, les réseaux neuronaux artificiels ont obtenu un taux de détection aussi bon que les spécialistes en dermatologie, mais ces résultats n'ont été obtenus jusqu'à présent que dans des conditions artificielles [6, 7]. Si ces algorithmes pouvaient être davantage utilisés dans le diagnostic quotidien, cela pourrait éventuellement conduire à un diagnostic plus précoce et, par conséquent, peut-être même à une réduction de la morbidité et de la mortalité. En Australie, par exemple, des efforts sont déployés pour que de tels outils d'IA soient utilisés dans le cadre du dépistage dans les régions rurales dépourvues de dermatologues, ce qui permettrait de soulager le système de santé [8]. La télédermatologie assistée par l'IA a également un grand potentiel d'amélioration des soins dans les pays plus pauvres [9]. La performance d'un algorithme basé sur l'IA pour l'évaluation du risque de lésions mélanocytaires dépend fortement de l'ensemble de données avec lequel il a été entraîné. La qualité des images des lésions cutanées à diagnostiquer peut aussi être un facteur limitant pour la fiabilité du diagnostic. En outre, d'autres facteurs tels que le type de lésion cutanée, les poils, les croûtes ou les marques faussent en partie la qualité du diagnostic. Des études cliniques supplémentaires sont donc nécessaires pour identifier et optimiser ces limitations et d'autres [10]. L'examen critique des résultats fournis par une IA et l'évaluation clinique restent donc vivement recommandés. Nous avons récemment montré qu'une application commerciale certifiée CE pour les patientes et patients produisait un taux de surdiagnostic des lésions suspectes 27 fois supérieur à celui

des dermatologues, ce qui peut contribuer à de nombreuses excisions superflues et à un stress psychologique inutile pour les personnes concernées [11].

L'étude MELVEC menée à l'Hôpital universitaire de Bâle a pour objectif de réunir et de comparer les méthodes nouvelles et traditionnelles de dépistage précoce du mélanome, afin de vérifier et éventuellement d'établir de nouvelles approches diagnostiques optimales. Une nouveauté en Suisse est l'utilisation de l'IA avec un algorithme d'apprentissage profond pour évaluer les lésions mélanocytaires à partir d'images 3D (Vectra®) de l'ensemble du tégument. De plus, nous comparons la précision diagnostique dans le cadre de l'étude avec l'outil d'imagerie 2D le plus répandu (FotoFinder ATBM® Master). Ces techniques d'imagerie permettent d'identifier de nouvelles lésions et de détecter les moindres changements dynamiques lors des consultations de suivi. Cela représente un défi quotidien pour la clinicienne ou le clinicien en particulier chez les personnes présentant de multiples naevi atypiques. Un score de probabilité de malignité est en outre calculé sur la base de clichés pris au microscope en épiluminescence par les deux dispositifs médicaux, après examen par une ou un dermatologue. En cas de résultat anormal, la ou le médecin est ensuite consulté pour une nouvelle évaluation. Après la deuxième évaluation, les lésions concernées sont excisées et examinées histologiquement, selon la décision médicale. Dans le cadre de l'étude, nous évaluons la valeur ajoutée de la combinaison de l'intelligence humaine et de l'IA pour le diagnostic du mélanome dans la pratique clinique quotidienne en conditions réelles, ce qui est aussi appelé l'intelligence augmentée («augmented intelligence») [11]. Il en va du potentiel d'une relation symbiotique entre la clinicienne ou le clinicien et l'IA, dans laquelle les technologies d'IA ne doivent pas remplacer l'intelligence humaine, mais la soutenir et la renforcer.

Mélanome: et après?

Il est notoire que l'épaisseur verticale maximale de la tumeur (selon Breslow) constitue l'un des principaux facteurs de risque en termes de pronostic. Elle est également un élément fondamental des critères de l'AJCC («American Joint Committee on Cancer») et a une influence décisive sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques [12].

Une étude de registre suédoise récemment publiée confirme le bon pronostic des mélanomes minces d'une épaisseur maximale de 1,0 mm. Dans la population présentée, la survie spécifique au mélanome était de pas moins

de 97% après 10 ans. Ce résultat est comparable aux données d'autres études [13]. Par contraste, une étude des données du registre du cancer du Queensland, en Australie, est disponible. L'étude rétrospective décrit d'une part une prédominance et d'autre part une proportion croissante de décès attribuables aux mélanomes minces par rapport aux mélanomes épais. Les auteurs l'expliquent par un surdiagnostic de la maladie et critiquent la nécessité d'un diagnostic précoce. Les nouvelles techniques basées sur l'IA pourraient encore renforcer la tendance décrite en Australie [14].

Dans ce contexte, il convient aussi de mentionner l'article publié en 2021 dans le *New England Journal of Medicine* sur les surdiagnostics de mélanome dus à un dépistage accru, qui fait l'objet d'une controverse depuis sa parution, car il remet en question le bien-fondé du dépistage du mélanome de manière générale [15]. Cette discussion ne peut pas encore être considérée comme close, car d'autres études, comme par exemple une étude rétrospective récemment publiée ne montrant pas de potentiel métastatique moindre des petits mélanomes, réfutent, selon d'éminents experts et expertes comme le Prof. Hauschild de Kiel, l'argumentation de l'article en question [16, 17].

L'épaisseur verticale maximale de la tumeur est également déterminante pour décider de la nécessité d'une exérèse du ganglion lymphatique sentinelle («lymphadénectomie sentinelle»). À partir du stade pT1b, c'est-à-dire à partir d'une épaisseur tumorale de 0,8 mm, voire moins en cas d'ulcération, l'indication d'une exérèse du ganglion lymphatique sentinelle doit être discutée dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire sur les tumeurs cutanées, sur la base des dernières lignes directrices en vigueur [18, 19].

Quand l'indication d'une exérèse du ganglion lymphatique sentinelle doit-elle être examinée?

- Dès que l'épaisseur de la tumeur dépasse 0,8 mm
- Déjà plus tôt en cas d'ulcération

Outre l'épaisseur verticale maximale de la tumeur, l'ulcération et le taux de mitose font respectivement partie des critères de stadification et des marqueurs pronostiques [12]. Pour calculer le risque de récurrence et de décès, il existe désormais des outils techniques dans lesquels les principaux critères pronostiques peuvent être saisis. Ceux-ci donnent de bons

Tableau 1: Biomarqueurs dans le mélanome

LDH	Marqueur tumoral	Diagnostic d'extension en cas de suspicion/détection de métastases à distance (stade IV)
S100B	Marqueur tumoral	Diagnostic d'extension en cas de suspicion/détection de métastases à distance (stade IV) Patientes et patients asymptomatiques à partir du stade IB pour le suivi Résultats d'études insuffisants concernant le diagnostic chez les patientes et patients asymptomatiques avec diagnostic primaire: actuellement sujet à des discussions controversées
ADNtc	Marqueur tumoral potentiel	Pas encore discuté pour l'instant dans les lignes directrices

LDH: lactate déshydrogénase; S100B: S100 calcium-binding protein B; ADNtc: ADN tumoral circulant.

résultats et peuvent faire partie de la communication médicale avec les collègues et, après réflexion éthique, avec la patiente ou le patient. Un nomogramme recommandé est disponible sur le site internet melanomarisk.org.au/SNL-Form [20].

Dans le diagnostic tumoral, la détection de biomarqueurs moléculaires continue de gagner en importance (tab. 1). Dans le domaine du mélanome, le diagnostic au moyen de l'ADN tumoral circulant (ADNtc) dans le sang périphérique, aussi appelé «biopsie liquide», est certes une méthode qui se trouve encore en phase d'essai, mais les résultats sont déjà prometteurs. Environ 90% des patientes et patients atteints de mélanome présentent une mutation BRAF, NRAS ou TERT. De nouvelles études ont montré un lien entre la mise en évidence d'ADNtc avec mutation NRAS ou BRAF dans le sang, détecté par réaction de polymérisation en chaîne (PCR), et la survie des patientes et patients. Cette méthode pourrait également contribuer à améliorer le suivi du mélanome [21].

Immunothérapie: nouvelles études (pivots)

Les traitements systémiques évoluent eux aussi à un rythme fulgurant. Alors qu'il y a 20 ans, le pronostic du mélanome métastatique était

L'immunothérapie pas uniquement en cas de métastases!

- Les mélanomes ulcérés épais (>4 mm) ont un moins bon pronostic.
- L'immunothérapie est autorisée comme traitement adjuvant à partir du stade IIB/C.

encore considéré comme sombre avec une survie à 5 ans d'environ 16%, l'immunothérapie et le traitement ciblé par inhibiteurs de BRAF et de MEK ont révolutionné les possibilités thérapeutiques et modifié durablement la dermatoncologie [22]. Par ailleurs, de nouveaux médicaments ont été commercialisés et de nouveaux régimes thérapeutiques se sont établis au cours des dernières années.

Depuis la mi-2022, l'inhibiteur de la «programmed cell death protein 1» (PD-1) pembrolizumab est autorisé en Europe par l'Agence européenne des médicaments (EMA) en tant que traitement adjuvant chez les patientes et patients sans métastases du ganglion lymphatique sentinelle au stade IIB/C de l'AJCC [23]. Il n'existe actuellement pas d'autorisation pour cette indication en Suisse [24]. Auparavant, la monothérapie adjuvante par pembrolizumab ou nivolumab n'était autorisée qu'à partir du stade III. Une étude récemment publiée sur le traitement adjuvant au stade IIIB-C a montré un «number needed to treat» de 8,5 pour le nivolumab par rapport au placebo en ce qui concerne la survie globale [25]. L'étude Keynote-716 a évalué le traitement adjuvant par pembrolizumab chez des personnes atteintes de mélanome de stade IIB/C, qui ont reçu soit un traitement par pembrolizumab toutes les trois semaines pendant 17 cycles, soit des perfusions de placebo. Le critère d'évaluation primaire était la survie sans récurrence, pour laquelle une amélioration de 36% a été constatée sous pembrolizumab par rapport au placebo (hazard ratio: 0,64). Après deux ans de suivi, 81,2% des patientes et patients du groupe pembrolizumab étaient toujours exempts de tumeur, contre 72,8% dans le groupe placebo [26]. En raison du profil d'effets indésirables, une évaluation individuelle stricte du rapport bénéfice/risque par les médecins traitants est recommandée à ce stade [27].

Le traitement néoadjuvant est une autre évolution dans le contexte des tumeurs résecables. Une étude récemment publiée a montré que la survie sans récurrence était significativement meilleure (14,7 mois) lors d'un traitement néoadjuvant (c'est-à-dire établi avant l'opération) par l'inhibiteur de PD-1 pembrolizumab (3 perfusions préopératoires suivies de 15 perfusions postopératoires) que lors d'un simple traitement adjuvant par pembrolizumab [28].

L'étude Relativity-047 est la première étude randomisée de phase III à avoir validé l'inhibition du «lymphocyte activation gene-3» (LAG-3) comme nouvelle stratégie thérapeutique pour le traitement des patientes et patients atteints de mélanome. Elle a comparé la survie sans progression (SSP) de personnes atteintes d'un mélanome avancé, non résecable ou métastatique, traitées par relatlimab (160 mg) en association à dose fixe mensuelle avec l'inhibiteur de PD-1 nivolumab (480 mg). Dans cette cohorte, la SSP a été prolongée à 10,1 mois, contre 4,6 mois pour le nivolumab en monothérapie. Le relatlimab est un anticorps anti-LAG-3 qui reconstitue les fonctions effectrices des lymphocytes T épuisés et stimule la réponse immunitaire contre les cellules tumorales. Le traitement d'association a montré des avantages pour tous les sous-groupes pré-spécifiés, bien que les effets indésirables de grade 3-4 liés au traitement aient été plus fréquents qu'avec la monothérapie [29]. La toxicité du traitement d'association s'avérant bien maîtrisable sur le plan clinique, le relatlimab plus nivolumab pourrait constituer une nouvelle option pour le traitement systémique de première ligne de ces patientes et patients. On ignore toutefois comment cette association se positionne par rapport au traitement de pre-

Nouvelle immunothérapie par relatlimab au stade métastatique

- Les patientes et patients atteints de mélanome avancé non résecable ou métastatique peuvent bénéficier de l'inhibiteur de LAG-3 relatlimab plus nivolumab.
- L'association est supérieure au nivolumab en monothérapie, mais présente une toxicité plus élevée.
- Il reste encore à déterminer comment cette association s'intégrera dans la stratégie thérapeutique pour le traitement du mélanome, car en Suisse, le traitement d'association par ipilimumab plus nivolumab est souvent le traitement de première ligne standard.

mière ligne par ipilimumab (inhibition de la «cytotoxique T-lymphocyte-associated protein 4» [CTLA-4]) et nivolumab (inhibition de PD-1), qui est aujourd'hui le plus utilisé [30]. Comme la toxicité du relatlimab et du nivolumab semble moindre, cette association pourrait être une option chez les patientes et patients présentant des comorbidités. Il reste à voir comment les prochaines lignes directrices S3 sur le mélanome se positionneront à cet égard.

Une autre option thérapeutique au stade métastatique est le traitement par lymphocytes infiltrant la tumeur. Dans une étude de phase III menée aux Pays-Bas et au Danemark, des patientes et patients ont été traités avec des cellules T prélevées d'une lésion tumorale et mises en culture. Ce traitement s'est avéré supérieur au traitement par l'inhibiteur de CTLA-4 ipilimumab chez les personnes chez lesquelles l'immunothérapie ciblée anti-PD-1 avait échoué [31].

Le talimogène laherparépev (T-VEC) marque un tournant en tant que premier virus oncolytique autorisé. Il s'agit d'une forme modifiée du virus herpès simplex de type 1 qui se multiplie dans les cellules tumorales et entraîne l'expression de marqueurs de surface avec stimulation du système immunitaire. Après l'injection du médicament, une lyse tumorale locale est déclenchée en plus de la réponse immunitaire systémique contre la tumeur maligne [32, 33]. Une étude randomisée de phase III a montré des avantages significatifs du médicament par rapport au facteur de stimulation des colonies de granulocytes-macrophages (GM-CSF) en termes de réponse durable, de réponse globale, de rémission complète et de survie globale [34]. Le médicament a été approuvé pour le sous-groupe ayant obtenu le plus d'avantages dans le cadre de l'étude, à savoir les mélanomes non résectables, avec métastases locales ou à distance, de stade IIIB, IIIC ou IVM1a, sans métastases osseuses, cérébrales, pulmonaires ou autres métastases viscérales [35].

Le traitement de deuxième ligne actuel après une récurrence ou une progression d'un mélanome sous inhibiteur de «programmed cell death-ligand 1» (PDL1) en monothérapie ou en association avec un inhibiteur anti-CTLA4 consiste en l'administration d'ipilimumab/nivolumab [36]. Dans le contexte d'un taux de réponse objective d'environ 28% pour le traitement d'association dans le cadre d'une étude de phase II et d'options thérapeutiques limitées, de nouvelles possibilités sont intensivement recherchées pour les populations de patientes et patients concernées [37]. LEAP004 est une étude de phase II sur le traitement de deuxième ligne des personnes atteintes de mélanome avancé de stade III/IV ou progressant sous trai-

tement ou ayant reçu la dernière dose d'un inhibiteur de PD1 au cours des trois derniers mois. Au lieu du traitement de deuxième ligne conventionnel, les patientes et patients se sont vu administrer dans le cadre de l'étude, au maximum trois fois toutes les trois semaines, un traitement combiné associant le pembrolizumab (200 mg) et l'inhibiteur de tyrosine kinase lenvatinib (20 mg). La SSP médiane de 4,2 mois et la survie globale de 14 mois décrites sont encourageantes compte tenu du besoin urgent d'options thérapeutiques alternatives. Toutefois, des études de phase III sont nécessaires pour confirmer les observations et objectiver davantage les résultats [38].

Le tébentafusp suscite de l'espoir dans le traitement du mélanome choroidien. Dans une étude de phase III ayant comparé le tébentafusp au pembrolizumab, à l'ipilimumab ou à la dacarbazine, une survie globale de 73% a été constatée dans le groupe d'étude comprenant des personnes HLA-A*02:01-positives non traitées auparavant, contre 59% dans le groupe contrôle. Il s'agit d'une protéine de fusion qui se lie d'une part aux marqueurs de surface des cellules de mélanome et, d'autre part, aux cellules CD3-positives. Ainsi, les cellules immunitaires tuent les cellules de mélanome indépendamment de leur spécificité intrinsèque [39]. L'entité du mélanome choroidien doit toutefois être considérée séparément du mélanome cutané. Une étude de phase I a montré des résultats prometteurs concernant le tébentafusp en monothérapie chez des patientes et patients HLA-A2-positifs naïfs de traitement atteints de mélanome métastatique [40]. L'association du médicament avec le durvalumab et/ou le tremélimumab chez des patientes et patients prétraités atteints de mélanome cutané métastatique a entraîné une amélioration de la survie à un an d'environ 76% dans le cadre de la trithérapie, qui ne différait pas sensiblement de celle obtenue avec l'association de tébentafusp et de durvalumab. Ces données soulignent l'importance du médicament en tant que tel et, le cas échéant, du traitement d'association avec des mécanismes d'action complémentaires [41].

Immunothérapie: pas sans effets indésirables

En raison de l'activation collatérale des lymphocytes T qui n'ont pas d'activité immunitaire antitumorale, il n'est pas rare que l'immunothérapie entraîne également des effets indésirables inflammatoires graves et souvent difficiles à traiter. Ceux-ci peuvent survenir même après des mois d'administration sans complications ou après la fin du traitement. La colite, la pneumonie, l'hépatite ou l'encéphalite auto-immunes sont des exemples de tels effets indésirables potentiellement mortels. Des effets indésirables cardiovasculaires graves, tels que l'insuffisance cardiaque et la myocardite, ainsi que des complications neurologiques sont également décrits dans le cadre de l'immunothérapie. Même si la fréquence de certains effets indésirables est moindre par rapport au traitement par des agents chimiothérapeutiques, tous les médecins traitants ne doivent pas relâcher leur attention. Une vigilance accrue de toutes les disciplines médicales est indispensable pour une détection précoce des complications et une prise en charge interdisciplinaire optimale des patientes et patients [42].

La réduction parfois irréversible de la qualité de vie des patientes et patients atteints de maladies auto-immunes chroniques en raison de l'immunothérapie souligne l'importance d'une information complète des malades et de leurs proches avant le début du traitement. En particulier en cas d'utilisation adjuvante et de rémission, l'administration d'immunothérapies et la durée du traitement doivent être discutées de manière critique, car des effets indésirables persistants peuvent survenir même après la fin du traitement. La diminution de la qualité de vie liée au traitement, associée à d'autres facteurs de risque, doit être prise en compte lors

de la fin du traitement. La diminution de la qualité de vie liée au traitement, associée à d'autres facteurs de risque, doit être prise en compte lors

L'immunothérapie a des conséquences [12]

- Effets indésirables potentiellement mortels comme la colite, la pneumonie, l'hépatite ou l'encéphalite auto-immunes.
- La qualité de vie peut être altérée même longtemps après la fin du traitement.
- Les effets indésirables graves des immunothérapies et des traitements ciblés doivent être évalués et traités de manière interdisciplinaire.
- Des corticoïdes systémiques et, le cas échéant, d'autres médicaments immunosuppresseurs ainsi qu'une interruption du traitement oncologique sont recommandés en présence des effets indésirables suivants, en fonction de leur sévérité: colite auto-immune, effets indésirables cardiaques auto-immuns, pneumonie, effets indésirables hépatiques (à partir du grade 1 CTCEA [«Common Terminology Criteria for Adverse Events»]), endocrinopathies.
- Les endocrinopathies nécessitent un traitement hormonal de substitution en fonction de leur sévérité.
- Les effets indésirables dermatologiques doivent faire l'objet d'un traitement symptomatique.

de la prise de décision et discutée avec la patiente ou le patient. Les conséquences sociales et psychiques du traitement sont tout aussi pertinentes que les effets indésirables physiques. Des troubles tels que la fatigue, les arthralgies ou les troubles anxieux accrus peuvent entraîner une diminution directe et indirecte de la qualité de vie, par exemple par une participation limitée à la vie sociale. Les différences décrites à ce sujet entre une monothérapie par un inhibiteur anti-PD1 et une association avec un inhibiteur anti-CTLA4 dans le cadre d'une étude clinique soulignent combien il est important de considérer individuellement les cas des patientes et patients. Une évaluation optimale du rapport bénéfice/risque ne peut être réalisée qu'en concertation avec la patiente ou le patient, en tenant compte de sa situation spécifique et de ses souhaits personnels [43, 44].

Traitement: une décision multilatérale?

Une étude menée dans quatre cliniques dermatologiques allemandes a révélé que moins de 50% des patientes et patients ayant reçu un traitement systémique au cours des derniers mois de leur vie ont bénéficié d'une discussion sur les options palliatives. Pour un quart des patientes et patients, l'entretien n'a eu lieu que 15 jours avant le décès. Dans l'étude, les entretiens tardifs sur les meilleurs soins de soutien possibles ont été abordés de manière exemplaire. En outre, parmi les patientes et patients hospitalisés en raison d'effets indésirables graves, seuls 15% ont retiré un bénéfice de la dernière immunothérapie administrée. L'examen critique de la culture du dialogue médical actuel en fin de vie souligne l'importance des entretiens précoces, au cours desquels les options palliatives sont présentées [45]. Une communication ouverte lorsqu'un diagnostic (pré)terminal est établi pourrait potentiellement empêcher un surtraitement et donner aux patientes et patients un sentiment d'autodétermination. En présentant des options, l'objectif thérapeutique et le traitement des personnes concernées peuvent être progressi-

L'essentiel pour la pratique

- Le dépistage précoce des mélanomes est décisif pour le pronostic. Les cliniciennes et cliniciens – surtout les non-spécialistes – seront aidés à l'avenir par l'intelligence artificielle dans l'évaluation des résultats de la microscopie en épiluminescence.
- L'épaisseur verticale maximale de la tumeur joue un rôle décisif dans le traitement et le pronostic des mélanomes, ainsi que dans la décision relative à l'exérèse du ganglion lymphatique sentinelle.
- Le pembrolizumab est déjà indiqué dans les mélanomes à partir du stade IIB/C.
- L'association de relatlimab et nivolumab pour le traitement des mélanomes avancés non résecables ou métastatiques a montré des avantages en termes de survie sans progression. L'évaluation et le positionnement du traitement dans les recommandations des lignes directrices font encore défaut.
- En raison des effets indésirables cliniques pertinents des immunothérapies, il est conseillé de procéder à une évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque.

vement adaptés à leurs souhaits. Des discussions ouvertes de la part de la ou du médecin pourraient en outre permettre aux patientes et patients d'exiger plus facilement un changement de l'objectif thérapeutique et du traitement. Actuellement, différentes études examinent les possibilités d'éviter les entretiens palliatifs tardifs. Il s'agit notamment de l'identification des patientes et patients concernés, de la mise à disposition de matériel d'information avant l'entretien, ainsi que de différents programmes de formation et structures d'entretien [46].

Le service de dermatologie de l'Hôpital universitaire de Bâle, en collaboration avec le service d'oncologie, le service de chirurgie plastique et le comité directeur de la réunion de concertation pluridisciplinaire sur les tumeurs cutanées, ainsi que l'Hôpital universitaire de Zurich et l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, publie régulièrement un livret décrivant le diagnostic, le traitement et le suivi en dermato-oncologie dans la pratique clinique quotidienne [47]. Il peut être commandé auprès des auteurs et est également consultable sur dermacompass.net.

Correspondance

Prof. Dr. med. Alexander A. Navarini
Universitätsspital Basel
Dermatologische Poliklinik
Burgfelderstrasse 101
CH-4055 Basel
[Alexander.Navarini\[at\]usb.ch](mailto:Alexander.Navarini[at]usb.ch)

Funding Statement

PVK: soutien à la recherche du Dana-Farber Cancer Institute (DFCI) à Boston et bourses du Medizinisches Curriculum München (MeCuM) et de la Ludwig-Maximilians-Universität München (PROSA LMU). LVM: subventions du Research Fund Junior Researcher de l'Université de Bâle, de la Voluntary Academic Society (Société académique volontaire), Bâle, et de la fondation de recherche volontaire de l'Hôpital universitaire de Bâle.

Conflict of Interest Statement

LVM: soutien aux frais de voyage (à l'attention de l'institution) d'Almirall, Amgen, Eli Lilly, MSD, Novartis, Pierre Fabre, Roche, Sanofi; subventions (à l'attention de l'institution) d'Almirall, Amgen, Eli Lilly, MSD, Novartis, Pierre Fabre, Roche, Sanofi pour la participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards. AM: soutien aux frais de voyage de Sanofi, Eli Lilly, BMS. HL: soutien à la recherche (à l'attention de l'institution) d'Ono Pharmaceuticals; redevances de licence pour aSig mAb (à l'attention du groupe de recherche et à titre personnel); honoraires de consultant (à l'attention de l'institution) de SAB Glycoera et SAB Palleon Pharma; soutien aux frais de voyage d'Amgen; HL est en outre cofondateur de la société Singenavir AG. AZ: fonds de recherche de Catalym, Secarna, T3, Roche, Vectorbiopharma et Brightpeaks; honoraires de consultant d'Engimmune, BMS, MSD, Hoffmann-La Roche. AAN: obtention de subventions et/ou activité de consultant et/ou d'intervenant et/ou d'investigateur dans des études cliniques pour AbbVie, Almirall, Amgen, Biomed, BMS, Boehringer Ingelheim, Canfield, Celgene, Eli Lilly, Galderma, GSK, LEO Pharma, Janssen-Cilag, MSD, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre Pharma, Philogen, Regeneron, Roche, Sandoz, Sanofi et UCB; Actionnaire Derma2Go AG, Derma.One GmbH.

Références recommandée

- Haenssle HA, Fink C, Schneiderbauer R, Toberer F, Buhl T, Blum A, et al.; Reader study level-I and level-II Groups. Man against machine: diagnostic performance of a deep learning convolutional neural network for dermoscopic melanoma recognition in comparison to 58 dermatologists. *Ann Oncol*. 2018 Aug;29(8):1836–42.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. [AWMF]). Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms, Langversion 3.3., AWMF-Registernummer 032/024OL. 2020 [consulté le 14.05.2023]. Disponible sur: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/melanom>
- Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Basset-Seguín N, et al.; European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment - Update 2022. *Eur J Cancer*. 2022 Jul;170:256–84.
- Michielin O, van Akkooi AC, Ascierto PA, Dummer R, Keilholz U; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2019 Dec;30(12):1884–901.
- Rinderknecht T, Kunz M, Koceva I, Navarini AA, Maul LV. Dermatooonkologie: Basler Algorithmen für Diagnostik, Therapien und Nachsorge im klinischen Alltag. Dermatologische Klinik, Universitätsspital Basel; August 2021. Disponible sur: https://www.unispital-basel.ch/en/dam/jcr:1dd64960-f97c-42b1-a5a2-fbea5b7fc321/zentr_hauttumor_Booklet_Dermatooonkologie.pdf

Références

La liste complète des références en ligne sont disponibles sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1458120677>.



Benjamin D. Pohl, médecin diplômé
Dermatologie, Universitätsspital Basel,
Basel



Paulina V. Koehler, médecin diplômée
Dermatologie, Universitätsspital Basel,
Basel

Thrombose veineuse superficielle inhabituelle

La maladie de Mondor: un diagnostic oublié?

Cécile Barras^a, médecin diplômée; Dr méd. Samuel Staubli^b; Dr méd. Rosanne Gubelmann^a; Prof. Dr méd. Lucia Mazzolai^b; Dr méd. Kevin Selby^a

^a Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département des policliniques, Unisanté, Lausanne; ^b Service d'angiologie, Département cœur-vasseaux, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Contexte

La prise en charge des thromboses veineuses superficielles (TVS) est essentiellement décrite pour les membres inférieurs. Néanmoins, la ou le médecin généraliste devrait connaître les présentations atypiques pour lesquelles elle ou il sera amené.e à évoquer en premier un diagnostic. Une douleur de la cage thoracique en fait partie.

La maladie de Mondor est une TVS de la paroi thoracique antérieure correspondant au système veineux épigastrique supérieur [1]. Il existe également d'autres variantes qui peuvent toucher la veine dorsale du pénis («penile Mondor's disease») et le système lymphatique axillaire («axillary web syndrome») [2, 3].

Les premiers cas de la maladie de Mondor ont été décrits sous le nom de cas de sclérodémie diffuse ou circonscrite par Fagge en 1869 [4]. En 1922, Fiessinger et Matthieu parle d'une «thrombo-phlébite de la paroi thoraco-abdominale causée par un état grip-pal», dont la clinique et la guérison spontanée sont similaires à celles connues de nos jours [5]. D'autres cas décrits en 1932 par Daniels sont associés à des douleurs thoraciques [6]. Mais c'est en 1939 que le chirurgien français Henri Mondor donne son nom à la maladie en la décrivant cliniquement et histologiquement, d'après une série de cas survenus suite à des traumatismes, comme une «trunculite sous-cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-latérale», dont la définition demeure jusqu'à ce jour [7, 8].

Nous décrivons ici le cas d'un homme de 40 ans, rencontré dans un service d'urgences ambulatoires de médecine générale.

Rapport de cas Anamnèse

Il s'agit d'un patient de 40 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux, qui consulte pour

la persistance d'une douleur thoracique droite. Deux semaines auparavant, il avait consulté un autre service d'urgences ambulatoires, le diagnostic retenu était une contusion du muscle



Figure 1: Image clinique révélant un cordon d'environ 20 cm le long de la ligne axillaire antérieure droite. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Le cas particulier

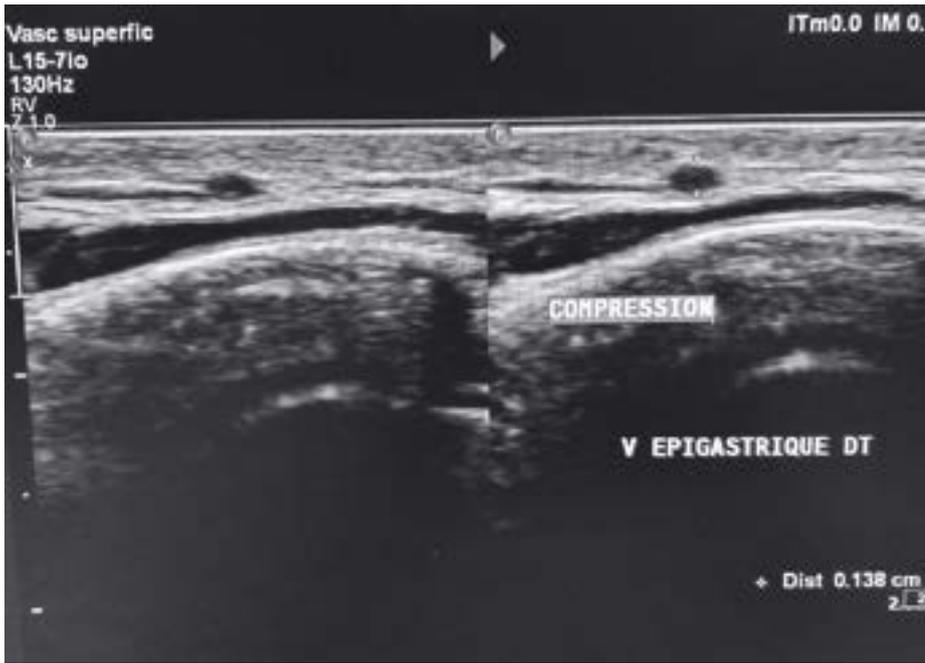


Figure 2: Ultrason montrant la veine thoraco-épigastrique incompressible sur 3 cm.

petit pectoral droit. Malgré la prise d'antalgiques simples (paracétamol 1 g et anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] per os et topiques) pendant plusieurs jours, la douleur est restée identique.

Il décrit la persistance d'une douleur légère de type «tiraillement» lors de l'élévation du bras droit, qui est apparue à la suite du port de charges lourdes qui ont comprimé son hémithorax droit. Il a remarqué une zone indurée à l'endroit de la douleur.

À noter qu'il s'est fait vacciner de sa première dose de vaccin Moderna contre la COVID-19 sur le bras controlatéral le même jour que l'apparition des douleurs.

Il ne présente pas d'état fébrile, ne décrit pas de perte de poids, de perte d'appétit ou de sueurs nocturnes. Il ne fume pas, ne boit pas d'alcool et ne consomme aucune drogue. Il pratique régulièrement la course à pied, le vélo et la natation.

Examen clinique

Les paramètres vitaux sont dans la norme. Lors de l'élévation du bras droit, nous constatons un cordon induré d'environ 20 cm s'étendant sur la ligne axillaire antérieure droite (fig. 1). Nous n'observons pas de rougeur, d'œdème ou de rétraction cutanée. La douleur n'est pas reproductible à la palpation et il n'y a pas d'adénopathies régionales. Les pouls périphériques sont bien perçus.

Examens paracliniques

Une formule sanguine simple, une protéine C réactive (CRP) ainsi que les D-dimères sont dans les normes. Un ultrason réalisé par nos

collègues angiologues montre la veine thoraco-épigastrique incompressible sur un segment de 3 cm de long en région mi-thoracique, compatible avec une courte thrombose (fig. 2). Les veines profondes sont perméables.

Diagnostic

Le diagnostic de TVS d'origine traumatique (suite à la compression thoracique dans le cadre du déménagement) est alors posé.

Traitement

Nous avons proposé au patient de poursuivre une antalgie simple et avons ajouté des patch anti-inflammatoires locaux. Nous lui avons conseillé une diminution de l'activité physique jusqu'à la résolution de ses symptômes.

Évolution

Nous avons contacté le patient par téléphone huit semaines plus tard. La gêne et l'induration ont complètement disparues. Il ne prend plus d'analgésiques ni d'anti-inflammatoires et a repris son activité physique habituelle.

Discussion

Nous présentons ici le cas d'une TVS dans un lieu inhabituel, la paroi thoracique, appelée maladie de Mondor. Les autres variantes («penile Mondor's disease» et «axillary web syndrome») ne seront pas discutées dans cet article.

La prévalence de la maladie de Mondor n'est pas connue au vu du peu de cas décrits dans la littérature (quelques centaines). La maladie affecte principalement les femmes

entre 30 et 60 ans [2]. L'origine est majoritairement idiopathique (45%), traumatique (25%), iatrogénique (20%) ou oncologique (principalement cancer du sein) (5%) [9]. L'origine traumatique peut venir d'une chirurgie, d'un étirement musculaire, d'une compression de la cage thoracique ou d'une électrocution [1]. La maladie de Mondor est caractérisée par l'apparition soudaine d'un cordon induré sous-cutané sur la paroi thoracique, indolore et rarement inflammatoire. La présentation clinique est typique dans la majorité des cas. Cependant, comme dans le cas présenté ci-dessus, une douleur de la cage thoracique peut être le motif de consultation. Le diagnostic différentiel d'une douleur de la paroi thoracique doit donc être évoqué. Devant une douleur déclenchée par le mouvement, une contusion musculaire ou une fracture de côte doivent être écartées. Une atteinte de la plèvre devrait également être considérée. En cas de signes inflammatoires une lymphangite ou une infection cutanée doivent être suspectées. L'atteinte lymphatique peut parfois être difficile à différencier d'une atteinte veineuse, amenant à la réalisation d'exams immunohistochimiques [1]. Un bilan biologique est proposé pour le diagnostic différentiel et la recherche de causes secondaires éventuelles. Le dosage des D-Dimères n'est pas recommandé. En cas de doute diagnostique, l'ultrason avec compression permet de confirmer la présence d'un thrombus au sein du réseau veineux superficiel et d'exclure une thrombose veineuse profonde (TVP) associée [10]. Lors d'atteinte mammaire, la clinique montre au stade précoce des signes inflammatoires locaux et une rétraction cutanée du sein. Au vu d'un lien établi entre la maladie de Mondor et le cancer du sein, une mammographie est recommandée si la patiente ou le patient présente une clinique suggestive et des facteurs de risque [1]. Un état d'hypercoagulabilité lié à une hémopathie (p. ex. déficit en protéine C ou mutation du facteur V Leiden), une vasculite (p. ex. la maladie de Buerger [thromboangéite oblitérante], la périartérite noueuse, le syndrome de Behçet ou l'artérite giganto-cellulaire) ou d'autres néoplasies sont d'autant de causes associées à la maladie de Mondor qui peuvent être recherchées en fonction des facteurs de risque [9].

De manière générale, l'incidence des TVS en médecine de premier recours reste peu établie, particulièrement pour les membres supérieurs et autres sites inhabituels [10]. Nous discutons ici les recommandations actuelles de la prise en charge des TVS validée uniquement pour les membres inférieurs. L'incidence des TVS augmente avec l'âge et est associée au sexe féminin [12]. L'origine est majoritairement spontanée mais peut être médiée par un trau-

matisme, le plus souvent suivant la pose d'une voie intraveineuse. La présence d'un réseau veineux variqueux est associée au développement d'une TVS spontanée [13]. En raison d'une TVP associée dans 23% des cas et d'un risque de 10% de développer une complication thrombo-embolique dans les trois mois qui suivent [14], la Société européenne de chirurgie vasculaire (ESVS) a adapté ses recommandations en 2021 [15]. En fonction de la taille du thrombus, elle propose une anticoagulation par fondaparinux 2,5 mg une fois par jour ou rivaroxaban 10 mg deux fois par jour (ou héparine de bas poids moléculaire [HBPM] en seconde intention). Si la TVS mesure >5 cm et se trouve à >3 cm du réseau profond, la durée de l'anticoagulation est de 45 jours [16, 17]. Dans les cas d'une TVS à <3 cm du réseau profond et la présence de facteurs de risque, une anticoagulation thérapeutique pour trois mois est recommandée. L'élimination des veines incompétentes par chirurgie ou voie endovasculaire n'est plus recommandée en première intention [15].

Les TVS des membres supérieurs et de lieu inhabituel ne sont pas intégrées dans ces recommandations et font l'objet d'une évaluation au cas par cas. Il n'y a, à ce jour, pas de risque de TVP concomitante ou de complications thromboemboliques ultérieures connu justifiant une prise en charge similaire au TVS des membres inférieurs. Concernant la maladie de Mondor, en absence de cause secondaire, la guérison est la plupart du temps spontanée

après deux à huit semaines [8]. Un traitement symptomatique avec des AINS topiques suffit en général à soulager les personnes concernées. Dans les cas de douleurs très importantes et ne cédant pas au traitement antalgique, une anticoagulation à but thérapeutique (p. ex. rivaroxaban 10 mg une fois par jour) pourrait être proposée afin d'accélérer la guérison.

Un suivi est recommandé afin de s'assurer de la disparition des symptômes et signes cliniques.

Correspondance

Cécile Barras
Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Département des policliniques
Unisanté
Rue du Bugnon 44
CH-1005 Lausanne
cecile.barras[at]unisanté.ch

Remerciements

Les auteures et auteurs remercient le patient qui nous a autorisé à publier son histoire médicale et qui a lui-même posé le nom de son diagnostic.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

KS a déclaré avoir reçu une bourse de recherche de la Fondation Leenaards. Les autres auteures et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- Alvarez-Garrido H, Garrido-Ríos AA, Sanz-Muñoz C, Miranda-Romero A. Mondor's disease. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34(7):753-6.
- Laroche JP, Galanaud J, Labau D, Van Kien AK, Bristot D, Boge G, Quéré I. Mondor's disease: what's new since 1939? *Thromb Res*. 2012;130 Suppl 1:S56-8.
- Calanca L, Alatri A, Schaller MD, Sermier A, Mazzolai L. Deep vein thrombosis of the penis: an unusual but severe complication of prostatic abscess. *Vasa*. 2013;42(3):214-7.
- Fagge C. Remarks on certain cutaneous affections. *Guy's Hosp Rep*. 1869;15:195-364.
- Fiessinger N, Mathieu P. Thrombophlébites des veines de la paroi thoraco-abdominale. *Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris*. 1922;46:352-4.
- Daniels WB. Superficial thrombophlebitis: a new cause of chest pain. *American Journal of the medical Sciences*. 1932;183:398-401.
- Mondor H. Tronculite sous-cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-latérale. *Mem Acad de Chir*. 1939;65:1274-8.
- Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's disease. *J Natl Med Assoc*. 1996;88(6):359-63.
- Amano M, Shimizu T. Mondor's Disease: A Review of the Literature. *Intern Med*. 2018;57(18):2607-12.
- Cosmi B. Management of superficial vein thrombosis. *J Thromb Haemost*. 2015;13(7):1175-83.
- Obradovic K, Adzic N, Pavlovic Stankovic D, Petkovic I, Urban V, Milosevic Z. Superficial Thrombophlebitis of the Breast (Mondor's Disease): An Uncommon Localization of Common Disease. *Clin Med Insights Case Rep*. 2020;13:1179547620972414.
- Marchiori A, Mosena L, Prandoni P. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment. *Semin Thromb Hemost*. 2006;32(7):737-43.
- Gencer B, Tribout B, Alatri A, Mazzolai L, Calanca L. Thrombose veineuse superficielle: quelles nouveautés dans la prise en charge?. *Rev Med Suisse*. 2011;7(314):2098-101.
- Decousus H, Quéré I, Presles E, Becker F, Barrellier MT, Chanut M, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med*. 2010;152(4):218-24.
- Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, Bauersachs R, Bellmunt-Montoya S, Black SA, et al. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2021;61(1):9-82.
- Decousus H, Prandoni P, Mismetti P, Bauersachs RM, Boda Z, Brenner B, et al. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs. *N Engl J Med*. 2010;363(13):1222-32.
- Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Raabe E, Weitz JI, Jersemann K, et al. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol*. 2017;4(3):e105-13.

L'essentiel pour la pratique

- La maladie de Mondor fait partie des thromboses veineuses superficielles dont la clinique ou le clinicien est moins habitué.e à appréhender la prise en charge. Le diagnostic devrait être évoqué devant l'observation et la palpation d'un cordon induré de la cage thoracique pouvant être associé à une douleur superficielle.
- Le diagnostic est avant tout clinique. En cas de doute diagnostique, un ultrason permet de confirmer la présence d'un thrombus et d'exclure une thrombose veineuse profonde associée. La recherche d'une cause secondaire, principalement oncologique, doit être réalisée en fonction des facteurs de risque des personnes concernées, le cancer du sein étant la principale cause secondaire associée à la maladie de Mondor.
- Le traitement consiste en l'application d'anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques, la guérison est spontanée après plusieurs semaines.



Cécile Barras, médecin diplômée
Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département des policliniques, Unisanté, Lausanne

Respecter la physiopathologie

Hyperlactatémie: parfois plus que le reflet d'une hypoperfusion tissulaire

Amin El Mohri^a, médecin diplômé; Dr méd. Thierry Bonjour^a; Dr méd. Olivier Boulat^b, FAMH

^aService de médecine intensive, Hôpital du Valais, Sion; ^bService de chimie clinique, Département de médecine de laboratoire et pathologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Description du cas

Une patiente âgée de 37 ans connue pour un syndrome de dépendance à l'alcool, un tabagisme actif ainsi qu'une ancienne polytoxicomanie sevrée il y a plus de dix ans (cocaïne et héroïne) et sans traitement habituel, consulte aux urgences en raison de douleurs abdominales avec vomissements, inappétence et anorexie évoluant depuis quatre jours. Elle développe dans un deuxième temps des troubles de l'état de conscience ainsi qu'une hypotension artérielle.

La gazométrie artérielle initiale met en évidence une acidose métabolique à trou anionique augmenté (TA: $[\text{Na}^+ + \text{K}^+] - [\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-]$, normes inférieur à 15 mmol/l; TA corrigé: $\text{TA} + 0,25 \times [40 - \text{Albumine}]$) avec pH à 7,24, bicarbonates à 4,5 mmol/l, pCO_2 à 11 mm Hg, excès de bases à -22,3 mmol/l, chlorémie à 99 mmol/l, TA à 33 mmol/l ainsi qu'une hyperlactatémie à 22 mmol/l. Au bilan biologique on retrouve un sodium (Na^+) à 135 mmol/l, potassium (K^+) à 2,3 mmol/l, urée et créatinine dans la norme. Le trou osmolaire est calculé à 16 mosmol/kg H_2O ($\text{TO}: 2 \times \text{Na}^+ + \text{urée} + \text{glucose}$, norme <10-15 mosmol/kg H_2O). À noter également une hypoglycémie à 1,2 mmol/l, une perturbation des tests hépatiques avec bilirubine totale à 100 $\mu\text{mol/l}$, aspartate aminotransférase (ASAT) 719 U/l, alanine aminotransférase (ALAT) 85 U/l, une perturbation discrète de la crase avec un taux de prothrombine (TP) mesuré à 54% et la présence de traces de corps cétoniques dans les urines. L'éthanolémie, les créatine kinases

(CK) et la recherche d'alcool sont négatives; en outre la recherche de toxiques dans les urines est négative.

Un diagnostic de choc hypovolémique sur pertes digestives est initialement retenu. Un remplissage vasculaire est débuté parallèlement à un soutien vasopresseur par noradrénaline et la patiente est intubée en raison des troubles de l'état de conscience.

Question

Laquelle de ces affirmations est vraie?

- L'hyperlactatémie est expliquée en partie par l'hypovolémie sévère et l'état de choc consécutif.
- L'insuffisance hépatique ne favorise pas l'hyperlactatémie.
- Le trou anionique élevé n'est expliqué que par l'hyperlactatémie qui est à 22 mmol/l.
- L'acidose présente est une acidose purement lactique.

Réponse

La réponse correcte est a.

Discussion

Bien que le plus fréquemment due à une dysoxie tissulaire en cas d'état de choc, l'hyperlactatémie peut avoir d'autres causes. Classiquement, l'hyperlactatémie est classifiée en fonction de son étiologie en deux grandes catégories: l'hyperlactatémie dysoxique et l'hyperlactatémie non-dysoxique. La compréhension de la physiopathologie permet de distinguer

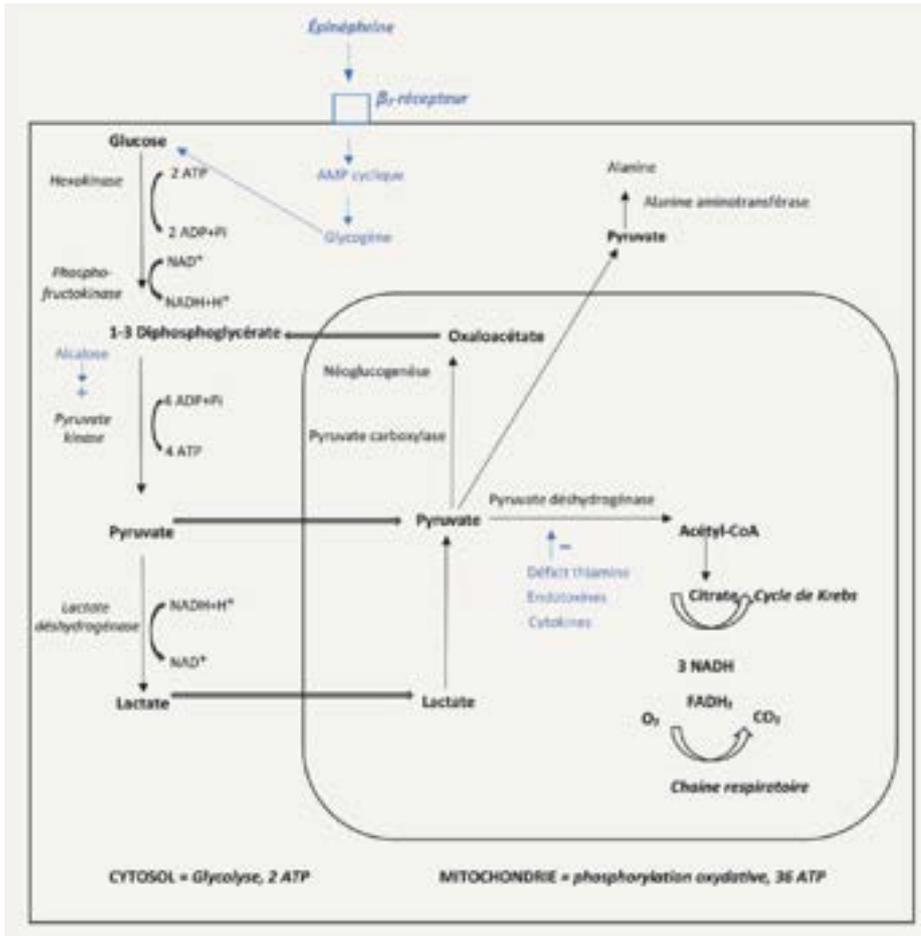
aisément une hyperlactatémie dysoxique et non dysoxique et peut permettre d'optimiser la prise en charge de la patiente ou du patient.

Physiologie

La lactatémie (norme: <2 mmol/l) résulte de la relation entre la production et la clairance du lactate. Ce dernier est produit au niveau tissulaire (muscle squelettique, tissu adipeux, cerveau, poumon, cœur et tube digestif) à raison de 20 mmol/kg/jour [1]. Chez un adulte de 70 kg en situation basale, la production de lactate est de 1300-1500 mmol/jour dont la majeure partie provient de la glycolyse.

Le lactate n'est pas une molécule toxique mais un substrat énergétique indispensable au fonctionnement cellulaire. La glycolyse, principale source d'énergie nécessaire au fonctionnement cellulaire, se déroule au niveau du cytosol, c'est-à-dire à l'extérieur de la mitochondrie; le glucose est métabolisé en 1-3 di-phosphoglycérate (grâce à la phosphofructokinase) et ensuite en pyruvate (grâce à la pyruvate kinase). Les catécholamines (endogènes ou exogènes), au travers de leur action sur le récepteur β_2 , induisent une activation de la voie de la glycolyse [1].

Par la suite le métabolisme du pyruvate fait intervenir quatre voies distinctes dépendantes de l'activité de quatre enzymes: la pyruvate déshydrogénase (PDH, cofacteur de la thiamine) donnant l'acétyl-coenzyme A (acétyl-CoA); la pyruvate carboxylase (PC) donnant l'oxaloacétate; le lactate déshydrogénase (LDH) donnant le lactate et l'ALAT donnant l'alanine



Adapté de [3], avec permission.

Figure 1: Métabolisme du lactate et du pyruvate.

AMP: adénosine monophosphate; ADP: adénosine diphosphate; ATP: adénosine triphosphate; CoA: coenzyme A; CO₂: dioxyde de carbone; FADH₂: flavine adénine dinucléotide; NAD⁺: β-nicotinamide adénine dinucléotide; NADH: nicotinamide adénine dinucléotide; O₂: oxygène.

(fig. 1). En état d'équilibre on a un rapport lactate/pyruvate à 10:1.

En présence d'oxygène, la conversion du pyruvate en acétyl-CoA sous l'action de la PDH permet au métabolisme mitochondrial de se poursuivre au niveau du cycle de Krebs et de la chaîne respiratoire (phosphorylation oxydative) conduisant à la production de 36 molécules d'adénosine triphosphate (ATP) par molécule de glucose. En absence d'oxygène, cette voie n'est plus utilisable et le pyruvate s'accumule, conduisant à l'accumulation de lactate sous l'action de la LDH avec un rapport lactate/pyruvate supérieur à 10 (NB: en anaérobiose, le métabolisme du glucose en pyruvate conduit à la production de seulement deux molécules d'ATP par molécule de glucose). Le lactate, produit dans les tissus par la glycolyse est ensuite relâché dans la circulation puis retransformé en glucose par néoglucogénèse dans le foie et dans une moindre mesure dans les reins. La consommation du lactate est favorisée par un phénomène de «lactate shuttle» intra et inter organe grâce aux transporteurs monocarboxylates (MCT) [1].

En condition physiologique, le lactate a un rôle central dans le métabolisme énergétique. En effet, il peut d'une part être utilisé pour la néoglucogénèse (retransformé en pyruvate, cycle de Cori) et d'autre part être utilisé comme substrat énergétique par reformation et oxydation du pyruvate dans les mitochondries (cycle de Krebs). Une hyperlactatémie peut trouver son origine soit dans une augmentation de sa production, soit dans une diminution de son élimination, soit par la combinaison de ces deux composantes [3].

La relation entre l'alanine et le pyruvate par la voie de l'ALAT hépatique, et d'autre part entre le pyruvate et la néoglucogénèse, témoigne de la relation entre les métabolismes protéique et glucidique.

À noter que le lactate existe sous deux formes isomériques: L-lactate et le D-lactate. Le L-lactate c'est celui mesuré en pratique clinique, constituant la presque totalité du lactate endogène et ayant une signification physiopathologique. Le D-lactate provient de l'alimentation (fromages, yogourts, etc.) et de la production bactérienne intestinale; le syndrome de l'intestin court (pullulation microbienne) peut faire

augmenter significativement le D-lactate et peut causer une acidose avec une encéphalopathie.

On dit souvent à tort que l'hyperlactatémie est obligatoirement associée à une acidose lactique, ce qui est souvent faux. En effet dans des conditions d'aérobiose les protons H⁺ produits au cours de la glycolyse (lors de l'hydrolyse de l'ATP), sont recyclés pour la synthèse d'ATP dans le cycle de Krebs et au cours de la néoglucogénèse via le cycle de Cori; en revanche lors d'une dysoxie tissulaire et/ou de diminution de la néoglucogénèse hépatique l'hyperlactatémie est associée à une acidose métabolique [2].

L'acidose métabolique lactique, caractéristique des états de dysoxie tissulaire, implique un TA augmenté. Ce dernier est égal à la somme des cations moins la somme des anions (voir formule décrite plus haut) et devrait être nul au vu du principe d'électroneutralité. La norme du TO est par ailleurs inférieur à 15 mmol/l car par simplicité pas tous les électrolytes sont dosés en routine; un TA élevé traduit la présence d'un excès d'anions indosés (par exemple lactates, phosphates, sulfates, etc.). En pratique clinique le TA est élevé dans principalement trois situations qui peuvent être associées: hyperlactatémie, acidocétose (diabétique, de jeûne, alcoolique) ou insuffisance rénale [2]. Lorsque ces trois étiologies n'expliquent pas l'augmentation du TA il faut rechercher une intoxication (éthanol, polyéthylène glycol, méthanol, éthylène glycol) qui peut conduire à une augmentation du TO (osmolalité calculé - osmolalité mesurée). Par ailleurs en cas de TA normal, on est en face plutôt à des pertes de bicarbonates (digestives, rénales) ou apports en chlore augmenté.

Étiologies

On distingue l'hyperlactatémie dysoxique de type A des hyperlactatémies non dysoxiques de type B (se référer à la classification de Woods et Cohen). La connaissance de l'équation du transport d'oxygène (équation simplifiée: DO₂ = contenu artériel en oxygène × débit cardiaque = 1,34 × hémoglobine × saturation artérielle en oxygène × débit cardiaque) est essentielle; elle permet d'isoler de manière simple les facteurs responsables d'une baisse du transport en oxygène responsable d'une dysoxie tissulaire soit: l'anémie, l'hypoxémie et la baisse du débit cardiaque. Par ailleurs la dysoxie peut être systémique lors de la baisse de la DO₂ ou localisée en raison de la redistribution du débit cardiaque aux dépens de certains territoires lors d'une obstruction vasculaire isolée ou lors des troubles de la microcirculation [3].

Dans le tableau 1 sont listés les principales étiologies et mécanismes des hyperlactatémies en pratique clinique; l'hyperlactatémie asso-

Comment interprétez-vous ce résultat?

Tableau 1: Principales étiologies d'hyperlactatémie et leurs mécanismes physiopathologiques (hors erreurs innées du métabolisme)

Mécanismes	Diminution apport en oxygène (dysoxie)	Stimulation β_2 -adrénergique – Mécanisme adaptatif rencontré en cas de stress physiologique aigu – Augmentation des catécholamines, notamment de l'épinéphrine	Activation de la glycolyse	Interférence avec la phosphorylation oxydative (PO)	Diminution de l'activité de la pyruvate déshydrogénase	Clairance du lactate diminuée	Présence ou absence d'acidose, Transport de l'O ₂ (DO ₂)
Étiologies							
États de choc, insuffisance cardiaque avancée, traumatisme sévère	+	+					DO ₂ bas avec acidose
Sepsis	+	+			+		DO ₂ bas ou normal au début, acidose si pas de traitement
Hypoxémie sévère (PaO ₂ <30 mm Hg) ou anémie sévère (Hb <50 g/l)	+						DO ₂ bas, acidose si pas de traitement
Insuffisance hépatique chronique						+	Augmentation importante de la lactatémie si insuffisance hépatique aiguë, acidose si sepsis associé
Cancer, lyse tumorale	+ (localisée)		+ (Effet Warburg)			+ (Métastases hépatiques)	Acidose peut survenir notamment lors de l'association de ces différents mécanismes
Médicaments*				+			Acidose au vu de l'atteinte de la PO
Metformine				+		+ Suppression de la néoglucogénèse hépatique	Acidose au vu de l'atteinte de la PO
Alcools Éthanol, méthanol, propylène-glycol, éthylène glycol				+			Acidose au vu de l'atteinte de la PO
Intoxication au CO	+			+			DO ₂ bas avec acidose

* Linézolide, antirétroviraux, propofol, nitroprussiate, cyanure, barbituriques, valproate de sodium, antidépresseurs, statines, salicylés

CO: monoxyde de carbone; Hb: hémoglobine; O₂: oxygène; PaO₂: pression partielle en oxygène dans le sang artériel.

ciée à des erreurs innées du métabolisme (déficits enzymatiques tel que le syndrome de Melas ou la maladie de Von Gierke) n'est pas abordée dans cet exposé. En ce qui concerne les étiologies d'hyperlactatémie non dysoxiques généralement non associées à une acidose [1, 4, 5], les plus fréquentes sont: l'hyperglycémie et les médicaments β -adrénergiques par stimulation des récepteurs beta-adrénergiques et activation de la glycolyse, le catabolisme musculaire par augmentation de la

disponibilité en alanine, l'alcalose par stimulation de la pyruvate kinase et le déficit en thiamine par inhibition de la PDH. Les convulsions, le shivering et l'exercice intense sont caractérisés par une augmentation des besoins en oxygène avec apparition d'une acidose lactique transitoire à la suite de l'activation de la glycolyse et dans le phéochromocytome on retrouve une baisse du DO₂ avec stimulation des récepteurs β_2 et rarement une acidose associée.

Conclusions

La compréhension de la physiopathologie est essentielle à la prise en charge de la patiente ou du patient selon l'étiologie de l'hyperlactatémie. En effet, si l'hyperlactatémie est d'origine dysoxique il est impératif de rechercher un problème de DO₂, si non, d'autres causes d'hyperlactatémie sont à évoquer. Il est fréquent en pratique clinique que plusieurs étiologies conduisant à une hyperlactatémie coexistent.

Dans la situation clinique évoquée en introduction l'amplitude de l'hyperlactatémie ainsi que la présence concomitante d'un état de choc, d'une acidose métabolique à TA élevé et d'une hypoglycémie sévère fait évoquer une origine plurifactorielle. Une fraction du lactate est secondaire à l'état de choc et donc d'origine dysoxique; en effet à la mesure invasive du débit cardiaque grâce à un cathéter artériel pulmonaire on met en évidence une baisse de ce dernier avec des résistances vasculaires systémiques basses. Une autre fraction est probablement issue d'une production excessive de pyruvate du fait d'une glycolyse accélérée sur jeûne prolongé avec épuisement progressif des réserves de glycogène expliquant l'hypoglycémie sévère (traces de corps cétoniques dans les urines, alcoolémie et fonction rénale initiale dans la norme). Un défaut de clairance hépatique (contexte d'hépatopathie chronique et foie de choc au bilan biologique) de même qu'un déficit en thiamine se surajoutent potentiellement (dénutrition et éthyliisme chronique). Des pathologies du métabolisme innées, un insulinome ainsi que d'autres étiologies d'insuffisance hépatique ont été exclues (hépatites virales et auto-immunes, virus de l'immunodéficience humaine [VIH], intoxication au paracétamol, maladie de Wilson, déficit en alpha-1-antitrypsine); la biopsie hépatique est en faveur d'une fibrose F3 suggestive d'une origine éthylique dans le contexte.

La patiente a présenté une évolution favorable après remplissage vasculaire et traitement vasopresseur, perfusion de glucose G20% en continu, substitution en vitamine B₁-B₂ et K; par ailleurs et complexifiant le tableau clinique il est à noter l'apparition secondaire d'une insuffisance rénale aiguë anurique due à l'état de choc nécessitant une épuration extra-rénale et une pneumonie sur broncho-aspiration avec syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) nécessitant une antibiothérapie par méropénem et une ventilation protectrice.

En tant que témoin du métabolisme oxydatif et énergétique cellulaire/tissulaire, mais aussi de l'aptitude de l'organisme à éliminer (clairance par le cycle de Cori notamment), la mesure du lactate est essentielle pour la prise en charge des patientes et patients critiques. L'association de l'hyperlactatémie avec la mortalité a été démontrée dans de nombreuses publications. La durée de l'élévation du lactate sanguin et la vitesse de sa clairance sont également des prédicteurs indépendants de la mortalité [3]. La mesure du lactate est d'autant plus importante qu'elle permet une stratégie de prise en charge guidée par la lactatémie permettant une ré-

duction significative de la morbidité et de la mortalité.

Aspect pré-analytique d'importance clinique

Selon la situation clinique, les prélèvements concomitants veineux périphériques et artériels peuvent indiquer des concentrations différentes de lactate. En cas de lactate veineux périphérique dans la norme (<2 mmol/l), la valeur concomitante artérielle est très vraisemblablement dans la norme également et donc utilisable cliniquement de façon fiable. En revanche en cas de valeur anormale, la valeur du lactate veineux périphérique ne peut pas être utilisée de façon fiable, notamment chez les patientes et patients présentant une acidose et/ou une hypotension. En effet le lactate artériel et lactate veineux périphérique ne sont en général pas identiques puisqu'ils représentent la balance entre production et clairance des lactates en provenance des différentes régions de l'organisme (anomalies de la perfusion et/ou du métabolisme cellulaire dans la microcirculation en cas de sepsis par exemple). Ceci n'est pas vrai pour le lactate veineux central qui a des valeurs très similaires avec le lactate artériel et qui peut être utilisé de façon fiable en clinique [6].

La stabilité de la mesure du lactate veineux est de un jour au frigo et le prix est de 23 CHF (Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], 2020).

Concernant la gazométrie artérielle (lactate artériel) il faut éliminer immédiatement les bulles d'air et mélanger l'échantillon verticalement et horizontalement sans secouer; la stabilité de l'échantillon est inférieure à 15 minutes (maximum 30 minutes) et le prix est de 68 CHF (CHUV, 2020).

Pour finir une pseudo-hyperlactatémie avec acidose métabolique peut être retrouvée lors d'une intoxication à l'éthylène glycol; en effet certains kits de dosage et certains gazomètres sont incapable de distinguer le lactate du glycolate à cause de la ressemblance moléculaire; la mesure au laboratoire (et non au gazomètre ou avec les point-of-care tests) peut infirmer ou confirmer l'hyperlactatémie [5].

Messages principaux

- L'hyperlactatémie n'est pas associée systématiquement à une dysoxie tissulaire.
- Le lactate est un composant essentiel à la prise en charge des patientes et patients critiques et la connaissance de la physiopathologie permet l'identification du mécanisme en cause de l'hyperlactatémie.

Correspondance

Amin El Mohri
Service de médecine intensive
Hôpital du Valais
Av. Grand-Champsec 80
CH-1951 Sion
amin.elmohri[at]hopitalvs.ch

Ethic Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Références

- 1 Kraut JA, Madias NE. Lactic acidosis. *N Engl J Med*. 2014;371(24):2309-19.
- 2 Gross A, Kissling S, Schneider A. L'acidose métabolique aux soins Intensifs : considérations théoriques et aspects pratiques. *Rev Med Suisse*. 2018 ;14(626):2025-9.
- 3 Ben-Hamouda N, Haesler L, Liaudet L. Hyperlactatémie et acidose lactique chez le patient critique. *Rev Med Suisse*. 2013;9(410):2335-40. doi: 10.53738/REV-MED.2013.9.410
- 4 Garcia-Alvarez M, Marik P, Bellomo R. Stress hyperlactataemia: present understanding and Controversy. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014;2(4):339-47.
- 5 Blohm E, Lai J, Neavyn M. Drug-induced hyperlactatemia. *Clin Toxicol (Phila)*. 2017;55(8):869-78.
- 6 Réminiac F, Saint-Etienne C, Runge I, Ayé DY, Benzekri-Lefevre D, Mathonnet A, Boulain T. Are Central Venous Lactate and Arterial Lactate Interchangeable? A Human Retrospective Study. *Anesth Analg*. 2012;115(3):605-10.

Courrier à la rédaction

Tablettenintoxikation

Brief zu: Bianca AV, Shaikh KA. Wann ist die maximale Detoxifikation direkt indiziert? Swiss Med Forum. 2024;24(15):203-5.

Mit Interesse haben wir den Artikel zu einer schwer verlaufenen Venlafaxin-Intoxikation mit Krampfanfällen und kardiogenem Schock gelesen. Aus Sicht von Tox Info Suisse möchten wir drei Punkte zu diesem Artikel anmerken, die Dekontamination, den Verlauf der Intoxikation und die Tablettenmenge.

Dekontamination

Die Magenspülung ist mit einem erheblichen Risiko behaftet und die Evidenz für ein verbessertes Outcome fehlt, deshalb wird sie seit vielen Jahren nicht mehr empfohlen und die Empfehlung im Artikel zur Magenspülung sollte deshalb nicht befolgt werden.

Es überrascht sehr, dass angegeben wird, im Zentrumsspital sei eine Magenspülung mit Extraktion eines «Tabletten-Bezoars» durchgeführt worden. Bei einer Magenspülung werden Tabletten oder Tablettenreste nur teilweise und unzuverlässig aus dem Magen entfernt. Insbesondere ist nicht zu erwarten, dass Bezoare, die je nach Anzahl der miteinander verklumpten Tabletten recht gross sein können, durch eine Magenspülung entfernt werden.

Das Standardverfahren zur Entfernung grösserer Tablettenmengen ist heute die Gastroduodenoskopie. Diese sollte nach Einnahme einer potentiell lebensbedrohlichen Menge von Retardpräparaten oder Substanzen, die nicht an Kohle binden, in Betracht gezogen werden. Im Anschluss an die Gastroduodenoskopie kann je nach Substanz Aktivkohle verabreicht werden.

Gerade bei Venlafaxin-Retardpräparaten spielt ausserdem die Galenik der Tabletten für die Dekontaminationsempfehlung eine grosse Rolle. Bei gewissen Depotcaps mit Makropellets ist die Bildung eines Bezoars möglich, bei Präparaten mit Mikropellets ist eine solche nicht zu erwarten.

Die primäre Giftelimination sollte so früh wie möglich erfolgen und nicht erst dann, wenn schwere Symptome auftreten. Der Fall unterstreicht deshalb, wie wichtig die Abschätzung der maximal möglichen Einnahmemenge ist, um die Dekontamination, die Therapie und den Ort der Hospitalisation (peripheres Spital oder Zentrumsspital mit Möglichkeit der extrakorporalen Membranoxygenierung [ECMO]) adäquat zu planen.

Verlauf

Die im Verlauf auftretenden rezidivierenden und mit Benzodiazepinen nicht beherrschbaren Krampfanfälle sind keinesfalls mit der ursprünglich genannten Menge von drei Tabletten vereinbar. Differentialdiagnostisch ist bei einer ansonsten gesunden Jugendlichen mit Suizidversuch neben weiteren eingenommenen Substanzen auch eine falsch niedrig angegebene Tablettenmenge sehr wahrscheinlich. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wäre eine Reevaluation des Falles angezeigt gewesen und weitere mögliche therapeutische Massnahmen hätten diskutiert werden sollen.

Tablettenmenge

Im Artikel ist von 160 leeren Blistern und einer Gesamtmenge von 24 g die Rede. Ein Blister enthält mehrere Tabletten, sodass die Angabe von 160 leeren Blistern und 24 g nicht zusammenpassen. Einer Gesamtmenge von 24 g entsprechen 160 Tabletten à 150 mg.

*Prof. Dr. med. Alexander Jetter,
Dr. med. Colette Degrandi,
Dr. med. Katrin Faber,
Dr. med. Cornelia Reichert;
Tox Info Suisse, Zürich*

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Replik

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen von Tox Info Suisse für ihre wertvolle Rückmeldung [1] und sind in zwei Punkten mit dem Input einverstanden. Ergänzend möchten wir Folgendes kommentieren:

Zur Dekontamination

Wir stimmen zu, dass die Terminologie hier falsch gewählt wurde.

Faktisch wurde, wie bereits von den Autorinnen und Autoren des Leserbriefs korrekt wiedergegeben, eine Ösophagogastroduode-

noskopie mit endoskopisch gesteuerter Magenspülung (mit Endoskop und Endowasher) und Extraktion von Medikamentenresten durchgeführt. Dies, wie bereits in unserem Artikel [2] erwähnt, unter Atemwegssicherung.

Auch möchten wir für die diesbezügliche Anmerkung danken und – ebenfalls wie bereits in unserem Artikel erwähnt – erneut darauf hinweisen, dass auch eine endoskopisch gesteuerte Magenspülung oder eine endoskopisch gesteuerte Extraktion der Medikamentenreste nicht als Standardmassnahme gewählt, sondern nur in gewissen potentiell lebensbedrohlichen Situationen und bei gesicherten Atemwegen erwogen respektive durchgeführt werden sollte [3].

Spannend und deshalb anzumerken ist, dass in einem in unserem Artikel erwähnten ähnlichen Fallbeispiel mit Bedarf zum extrakorporalen Life Support (ECLS) bei Venlafaxin-Intoxikation mit der retardierten Form nach acht Tagen noch perlenartige Pillenfragmente im Magenaspirat gefunden werden konnten [4]. Ferner zeigt auch ein kürzlich publizierter Case Report einer Patientin mit Mischintoxikation (Valproat, Estazolam, Chlorpheniramin, Acetylsalicylsäure) – mit Durchführung einer Magenspülung erst vier Stunden nach Ingestion – noch eine signifikante Reduktion des Medikamentenspiegels im Magen und auch eine Reduktion des Medikamentenspiegels in den Blutwerten [5]. In unserem Fallbeispiel wurde die endoskopisch gesteuerte Magenspülung >24 Stunden nach Intoxikation durchgeführt.

Hier möchten wir die Empfehlung einer frühen Dekontamination erneut unterstreichen.

Zum Verlauf

Aufgrund der Krampfanfälle war uns bei Aufnahme auf die Intensivstation bewusst, dass eine grössere Menge an Substanz eingenommen worden war. Auch wurde zu diesem Zeitpunkt eine erneute Intoxikationsanamnese mit den Angehörigen durchgeführt, leider ohne weitere aufschlussreiche Angaben. Die Gefahr und das Ausmass des späteren Kreislaufstillstandes wurden zu diesem Zeitpunkt nicht antizipiert. Die Krampfanfälle waren aber beherrschbar und gaben gemäss unserem Wissenstand und aus unserer Erfahrung noch keinen Anlass, die Patientin in ein Zentrum mit Möglichkeit zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) zu verlegen [6].

Envoyer un courrier

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

<https://smf.manuscriptmanager.net/>

Tablettenmenge

Wie korrekt hervorgehoben, passen die Angaben im Artikel nicht zusammen. Gemeint waren in diesem Fall: «zahlreiche aufgefundene leere Blister Venlafaxin, entsprechend 160 Tabletten bzw. einer Menge von 24 g».

Wir hoffen, wir konnten mit diesen Kommentaren Klarheit schaffen und danken erneut für das aufmerksame Lesen und die wertvollen Anmerkungen.

*Dr. med. Amanda Virginia Bianca,
Dr. med. Karim Alexander Shaikh*

Conflict of Interest Statement

Die Autorin und der Autor haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Jetter A, Degrandi C, Faber K, Reichert C. Tablettenintoxikation. *Swiss Med Forum*. 2024;24(27-28):364.
- 2 Bianca AV, Shaikh KA. Wann ist die maximale Detoxifikation direkt indiziert? *Swiss Med Forum*. 2024;24(15):203-5.
- 3 Hafer C, Kielstein JT. Therapie akuter Intoxikationen. *Intensivmedizin up2date*. 2014;10(03):201-5.
- 4 Murphy L, Rasmussen J, Murphy NG. Murphy, Venlafaxine overdose treated with extracorporeal life support. *CMAJ*. 2021;193(5):E167-E170.
- 5 Zhou Y, Tong JL, Peng AH, Xu SY. Comparison of drug concentrations in blood and gastric lavage fluid before and after gastric lavage: A case report. *World J Clin Cases*. 2023;11(31):7680-3.
- 6 Vo KT, Merriman AJ, Wang RC. Seizure in venlafaxine overdose: a 10-year retrospective review of the California poison control system. *Clin Toxicol (Phila)*. 2020;58(10):984-90.

Erratum

Concerne: Barazzone C, Barben J, Blanchon S, Hammer J, Kuehni CE, Latzin P, et al. Asthme de l'enfant d'âge scolaire à partir de 5 ans. *Swiss Med Forum*. 2024;24(25):318-23.

Dans l'article «Recommandations suisses 2023: Partie 2 – Asthme de l'enfant d'âge scolaire à partir de 5 ans», une photo montrant un enfant inhalant directement dans la bouche avec un aérosol-doseur bleu a été utilisée comme en-tête dans la table des matières et en ligne.

Le Prof. Dr méd. Alexander Möller et les auteurs et auteurs de l'article trouvent ce choix d'illustration malencontreux et argumentent comme suit: «Chez les enfants, l'utilisation d'un aérosol-doseur sans chambre d'inhalation est obsolète. Les enfants ne peuvent pas coordonner correctement le déclenchement

précis de la pulvérisation avec l'inspiration et ne produisent pas, lors de l'inspiration, un volume inspiratoire suffisant pour inhaler complètement l'aérosol. Par conséquent, le dépôt est principalement localisé dans la région bucco-pharyngée, ce qui, d'une part, rend le médicament inefficace et, d'autre part, entraîne des effets secondaires indésirables. Chez les enfants, l'inhalation avec un aérosol-doseur implique obligatoirement l'utilisation d'une chambre d'inhalation adaptée à l'âge, en règle générale avec un embout buccal sans masque à l'âge scolaire. Dès que la coordination et le flux respiratoire le permettent, il faut utiliser des inhalateurs de poudre sèche.»

La maison d'édition s'excuse pour cette inexactitude. L'image d'en-tête a été remplacée en ligne.

201662-27-28

www.spitalzentrum-biel.ch

Le Centre hospitalier Bienne est le centre médical public de la région bilingue Bienne-Seeland-Jura bernois (Suisse). Il offre à l'ensemble de la population des soins complets dans tous les domaines spécialisés de la médecine moderne. Chaque année, plus de 100'000 patientes et patients nous accordent leur confiance. Quelque 1'800 collaborateurs et collaboratrices actifs dans près de 40 professions différentes trouvent chez nous un poste attrayant.

Au Centre hospitalier Bienne, les services d'angiologie, de chirurgie vasculaire et de radiologie interventionnelle travaillent main dans la main au sein d'un centre vasculaire indépendant. Grâce à cette interdisciplinarité quotidienne, nous sommes en mesure de proposer à nos patientes et patients l'ensemble des examens et thérapies relevant de la médecine vasculaire. Notre zone d'activité très étendue permet une grande diversité et un niveau de compétences élevé dans le domaine de l'angiologie. Nos compétences clés comprennent toutes les procédures endovasculaires axées sur la revascularisation artérielle et l'embolisation dans un laboratoire de cathétérisme flambant neuf de dernière génération, ainsi que le traitement mini-invasif des varices.

Dans le cadre de la constitution de notre équipe, nous recherchons pour une date à convenir un(e)

Médecin adjointe / Médecin adjoint du service d'angiologie 60 - 100%

Vos tâches – notre poste

- Environnement interdisciplinaire fortement interconnecté: collaboration étroite avec l'orthopédie du pied avec consultation du pied diabétique à risque, la néphrologie, la neurologie avec consultation neurovasculaire, la médecine interne et de nombreuses autres disciplines
- Réalisation autonome d'interventions artérielles de revascularisation en cas de connaissances préalables de ce domaine et/ou d'interventions phlébologiques, ou apprentissage de ces aptitudes sous supervision
- Possibilité de mettre en place sa propre consultation sur un site externe
- Supervision des médecins-assistants du Centre vasculaire, participation à la formation continue des médecins-assistants (catégorie B)
- Bonne conciliation entre vie professionnelle et vie privée
- Environnement bilingue (allemand et français)

Vos compétences – nos attentes

- Titre de spécialiste en angiologie (fédéral ou reconnu par la MEBEKO)
- Esprit d'équipe et capacité à travailler de manière autonome
- Allemand ou français courant, bonnes connaissances de l'autre langue
- Plusieurs années d'activité dans un hôpital suisse

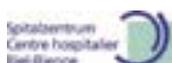
Vos possibilités – notre offre

Au CHB, nous vivons la diversité: des collègues bilingues issus de nombreuses professions différentes, dans la ville multiculturelle de Biel/Bienne. Nous œuvrons ensemble: une grande collaboration interdisciplinaire et beaucoup d'entraide. Nous nous développons: des possibilités de formation et l'occasion de participer activement à la construction de l'avenir du Centre hospitalier.

En plus de conditions d'engagement modernes, nous vous proposons divers rabais (pharmacie, transports publics, ou pour vos loisirs), un restaurant avec des prix avantageux ainsi qu'une crèche interne.

Vous êtes à la recherche d'un nouveau défi et êtes prêt(e) à vous engager pleinement dans le développement et le façonnement de notre Centre vasculaire? La doctoresse Lea Attias-Widmer, médecin-chef du service d'angiologie et responsable du Centre vasculaire, se tient volontiers à votre disposition pour tous renseignements complémentaires au numéro de tél. 032 324 38 24 ou à l'adresse lealina.attias-widmer@szb-chb.ch.

Nous nous réjouissons de recevoir votre candidature en ligne sur www.centre-hospitalier-bienne.ch.



Kantonsspital Baden



Zur Verstärkung unseres ärztlichen Teams der Abteilung Endokrinologie/Diabetologie suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung einen Oberarzt/Oberärztin (80-100%).

Oberarzt/-ärztin Endokrinologie/Diabetologie 80-100% (m/w/d)

Interessiert?

Weitere Informationen zu dieser Stelle und Online-Bewerbung unter ksb.ch/jobs.

201474-27-28

Soziales Engagement!

Bei einem 8- bis 14-tägigen Einsatz in einem der betreuten Aufenthalte für MS-Betroffene.

Fragen? Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme: veranstaltungen@multiplesklerose.ch, Telefon 043 444 43 43
multiplesklerose.ch, Spenden & Helfen

damit es besser wird

MS

Schweizerische
Multiple Sklerose
Gesellschaft

Exportieren Sie Hoffnung.

In Äthiopien ist die Nachfrage besonders gross.

Stiftung Menschen für Menschen
Stockerstrasse 10 | 8002 Zürich | Tel. 043 499 10 60
info@mfm-schweiz.ch | www.menschenfuermenschen.ch



WIR SUCHEN

IHRE KOMPETENZ
FÜR DIE GESUNDHEIT

FÜR DAS LKH VILLACH

- Ärztin oder Arzt für die
Krankenhaushygiene -
Teilzeitbeschäftigung möglich

KLINIKUM KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

- Fachärztinnen und Fachärzte für
Urologie
- Ärztin/Arzt für eine Ausbildungsstelle
im Sonderfach Nuklearmedizin in
Vollzeitbeschäftigung
- Fachärztinnen und Fachärzte für
Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Ärztinnen und Ärzte für
Ausbildungsstellen im Sonderfach
Innere Medizin und Kardiologie

201316-27-28



BEWERBEN SIE SICH JETZT ONLINE!

Nähere Informationen zu den aktuellen
Stellenausschreibungen finden Sie unter
karriere.kabeg.at

SCHAUT GUT AUS!

IHRE ZUKUNFT IN DEN
KÄRNTNER LANDESKLINIKEN

KABEG
IHRE GESUNDHEIT
UNSERE KOMPETENZ



zeckenliga.ch

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

Wir setzen uns für Präventions-
arbeit sowie für die Betroffenen und
Angehörigen ein.

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



Ayez du cœur.
Aidez-nous à aider.

La Fondation Suisse de Cardiologie encourage la recherche, conseille les
patientes et patients et motive pour la prévention par la vie saine.

Merci cordialement pour votre soutien.
IBAN CH16 0900 0000 1000 0065 0
www.swissheart.ch/dons



Fondation Suisse
de Cardiologie

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale



© Rob Lewis

«Vieles ist wieder möglich
nach einer Hirnverletzung.
Wichtig ist der Support.»

Daniel Albrecht, Ex-Skirennfahrer



**FRAGILE
SUISSE**

Hirschlag, Schädel-Hirn-Trauma,
Hirntumor: Eine Hirnverletzung
kann alle treffen.

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



PETITES ANNONCES

Toutes les petites annonces en ligne sous jobs.saez.ch

Insertionen

Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Münchensteinerstrasse 117, 4053 Basel
Telefon 061 467 85 71
E-Mail: stellenmarkt@emh.ch

Kleinanzeigen/Petites annonces (Inserate/Angebote/Gesuche/Diverses)

4 aufeinanderfolgende Ausgaben
(Anzahl Zeichen)

- 0–300 Zeichen/caractères CHF 485.–
- 301–600 Zeichen/caractères CHF 660.–
- 601–900 Zeichen/caractères CHF 891.–
- 901–1200 Zeichen/caractères CHF 1122.–

Alle weiteren Zeichen werden mit einer Abstufung von 40 Zeichen à CHF 30.– berechnet.

Chiffregebühr für 4 Ausgaben CHF 50.–

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen
Mediadaten: <https://www.swisshealthweb.ch/de/verlag/inserieren/>

Les prix s'entendent hors TVA de 8,1%.

Délai de remise: 14 jours avant parution
<https://www.swisshealthweb.ch/fr/lediteur/publier-une-annonce/>

Stellenangebote Offres d'emploi Offerte di posti

VD – Anesthésiste FMH

Nous recherchons pour la Clinique Bellefontaine à Lausanne un(e) anesthésiste FMH pour un taux de 20% ayant de bonnes connaissances dans les sédations pour des interventions de chirurgie esthétique. Vous pouvez postuler à l'adresse suivante: secretariat@belle-fontaine.ch.

Annonce



PETITES ANNONCES

Bulletin des médecins suisses

Publiez des annonces qui font mouche!

- 4 numéros consécutifs (nombre de caractères)
- 0 à 1 200 caractères
- Les petites annonces remplacent nos anciens formats 1/8 et 1/16 de page
- Vous pouvez dès à présent envoyer votre texte à notre adresse e-mail stellenmarkt@emh.ch

nouveau

Réservez
maintenant!



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

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

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-43307.

GR – Praxisräumlichkeiten (80 m²) im Zentrum von Thusis – 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.

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

SG – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% für Doppelpraxis in St. Gallen – Unsere Doppelpraxis in der Stadt St. Gallen sucht eine Nachfolgelösung für den altershalber ausscheidenden Kollegen für anfangs 2025 oder nach Vereinbarung. Die modern eingerichtete und auf modernstem Stand ausgerüstete Hausarztpraxis verfügt über einen treuen und grossen Patientenstamm und ist im Quartier seit 60 Jahren gut etabliert. Sie haben die Möglichkeit, Ihre Tätigkeit selbständig oder im Angestelltenverhältnis zu gestalten; auf jeden Fall locken die Vorteile der unabhängigen Berufsausübung mit entsprechenden Freiräumen und attraktivem Verdienst. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: Krontalpraxis Dres. med. M. Krüsi. & V. Sibalic, Rehetobelstrasse 7, 9000 St. Gallen, E-Mail: m.kruesi@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 zur Vervollständigung des Teams wieder eine/n Psychiater/in. Unsere Praxis liegt in der Zuger Altstadt, ist sehr ruhig gelegen und nur wenige Gehminuten vom See und Parkhaus entfernt. Der Mietanteil beträgt 750.-. Zeitpunkt der Vermietung nach Vereinbarung. Weitere Infos: Manfred Riedle, Tel. 076 369 98 77.

ZH – Selbständige/r Hausarzt/-ärztin im Jahr 2025 - eine Utopie? – Kleine Hausarzt-Doppelpraxis mit grosser Lebensqualität in Zürcher Aussenquar-

tier sucht per Anfang 2025 neue Betreiber/innen. Die Praxis ist gut integriert im Quartier, hat elektron. KG und Praxislabor. Kein Röntgen, keine Selbstdispensation. An dankbaren Patienten herrscht kein Mangel. Interessiert an erschwinglichem, unkompliziertem Einstieg in die Selbständigkeit? Auskunft / Erstkontakt: E-Mail: hausarztpraxis-zuerich@hin.ch.

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.

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.

FR – Facharzt für ORL sowie Hals- und Gesichtschirurgie für ein ORL-Zentrum in Fribourg gesucht – Zur Ergänzung des Teams eines interdisziplinären HNO und Hals- und Gesichtschirurgie Zentrums in Fribourg, suchen wir nach Vereinbarung einen Facharzt in Hals- Nasen- Ohren Heilkunde und Hals- und Gesichtschirurgie (oder Anerkennung) mit mehrjähriger Berufserfahrung. Unser Zentrum ist zweisprachig, gute Kenntnisse der französischen Sprache sind erforderlich. Ein Interesse für rekonstruktive und ästhetische Chirurgie sowie für die Betreuung und Chirurgie von Schlafapnoe-Syndromen ist von Vorteil. Haben Sie Lust, Teil eines dynamischen Teams zu werden und unser Leistungsspektrum zu erweitern? Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Zusammenarbeit und später Partner des Zentrums zu werden. Das Zentrum (280 m²) verfügt über verschiedene Untersuchungs- und Sprechzimmer, 1 zertifizieren Praxis-OP sowie über Operations-Tage an der Klinik. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme mit der Ref.

231 1918 an: FMH Consulting Services AG, Olivier Dousse, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

FR – Recherche d'ORL et chirurgien cervico-facial dans un centre d'ORL fribourgeois – Afin de compléter l'équipe d'un centre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de haut standard technique à Fribourg, nous recherchons une/un médecin porteur/e d'un titre fédéral, ou équivalent, d'ORL et de chirurgie cervico-faciale avec plusieurs années d'expérience professionnelle. Le centre est bilingue, de bonnes connaissances de l'allemand sont souhaitables. Un intérêt pour la chirurgie reconstructive (rhinoplastie, oncologie cutanée, etc.) ainsi que pour la prise en charge de la chirurgie d'apnées du sommeil serait un atout. Avez-vous envie de rejoindre l'équipe dynamique et d'élargir l'éventail des prestations du centre? Vous pouvez travailler comme salarié ou indépendant avec possibilité de devenir partenaire après une période d'essai si entente. L'entrée en fonction est à convenir. Le centre spacieux (280m²) dispose de plusieurs salles de consultation et d'un OP-cabinet certifié ainsi que de journées opératoires dans la clinique abritant le centre. Divers autres spécialistes sont reliés au centre. Il est facile d'accès en transport public et privé. Pour tout renseignement et pour votre candidature, veuillez nous envoyer votre dossier avec lettre de motivation par mail en mentionnant la réf. 231 1918 à: FMH Consulting Services AG, Monsieur Olivier Dousse, tél. 021 922 44 35, e-mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

ZH – Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen für innovative Gruppenpraxis in Altstetten gesucht – Für unsere neu gegründete, moderne, innovative und Ärzte-geführte Gruppenpraxis im aufstrebenden Zürcher Stadtteil Altstetten suchen wir ab Anfang 2025 engagierte Fachärzte, die unsere Vision der fächerübergreifenden Zusammenarbeit teilen und idealerweise eine abgeschlossene Weiterbildung in einer der folgenden Fachrichtungen haben: Orthopädie, Rheumatologie, Angiologie, Nephrologie, Gynäkologie, Onkologie, Endokrinologie, Gastroenterologie. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Kontaktieren Sie uns gerne unter E-Mail: praxis.wecare@gmail.com. Wir freuen uns auf Sie!

Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

BE – Fachärztin/Facharzt AIM - für familiäre Praxis – Im Zuge einer Nachfolgelösung suchen wir eine weitere Hausärztin/Hausarzt 40–100%. Die moderne, interdisziplinäre Familienpraxis Ärztehaus Papiermühle liegt direkt am Bahnhof Papiermühle (Ittigen). Auf rund 470m² Fläche arbeiten zwei Hausärzte, drei Kinderärzte/-innen sowie eine Kinderpneumologin unter einem Dach. Sie erwartet: eine familiäre Atmosphäre, ein tolles Team, flexible Arbeitszeiten und gute Entschädigung. Ihre Verantwortung: Sie betreuen eigenverantwortlich bestehende und neue Patienten, in einem innovativen Ärztehaus mit digitaler Krankengeschichte, digitalem Röntgen, Ultraschall sowie einem Praxislabor und Bodyplethysmograph. Ihr Profil: Sie verfügen über eine abgeschl. Facharztbildung oder erfüllen die Voraussetzungen für eine eidg. Anerkennung. Ihre Perspektiven: Möglichkeit, eine verantwortungsvolle und selbstständige Tätigkeit in einem erfahrenen, dynamischen und familiären Team zu übernehmen. In Anstellung oder mit tiefem In-

vestitionsbedarf beteiligt – beide Varianten mit attraktivem Lohnmodell und sehr guten Sozialleistungen. Wenn Sie Teil unseres engagierten Teams sein möchten, so freuen wir uns auf Ihre elektronische Bewerbung mit vollständigen Unterlagen an E-Mail: ah-papiermuehle@hin.ch. Bei Fragen steht Ihnen Sarah Hüsler (Tel. 079 510 23 22) gerne zur Verfügung. www.ah-papiermuehle.ch.

BE – Wir suchen dich! (oder euch) 50-100% in Spiez – Wir sind eine sympathische, gut organisierte Hausarztpraxis in Spiez und suchen Verstärkung. Als kleine Gruppenpraxis in einem sehr angenehmen Kollegium am Ort und bestens geregelterm Notfalldienst arbeiten wir gerne und engagiert in der Hausarztmedizin als Team. Auch für 2 Kolleginnen oder Kollegen ist Platz und Arbeit genug vorhanden. Wir freuen uns auf eine Kontaktnahme! Dr. med. Andreas Jost, E-Mail: joprivat@bluewin.ch, www.praxis47.ch.

BE – Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 50–100% für Gruppenpraxis in Bern – 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 Bern nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Anita Stalder, Leitende Ärztin (Tel. +41 31 385 71 11, E-Mail: anita.stalder@sanacare.ch) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.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. Geregelt 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, selbstständiges 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 Mural, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.



«Wie kann ich sicherstellen, dass mein Arbeitsvertrag rechtlich korrekt ist?»

Die Anstellung in der Arztpraxis beinhaltet juristisch knifflige Punkte. Lassen Sie Ihren Vertrag durch erfahrenen Juristen und Ökonomen der FMH Services prüfen.

«Comment puis-je m'assurer que mon contrat de travail est juridiquement correct?»

L'engagement d'un collaborateur comprend des points délicats au niveau juridique. Faites élaborer ou vérifier votre contrat par les juristes et les économistes de FMH Services.



*Wir sind für Sie da!
Nous sommes là pour vous!
Nicole Gerber*

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

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.

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, eröffnen 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 Weltwirtschaftsforum 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 Versorgung • 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 – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für unsere Gruppenpraxen in Luzern

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

NW – Hausarzt/-ärztin gesucht! Top Stelle am See für FA für Allgemeine Innere Medizin oder Praktische/r Arzt/Ärztin

Für unser bestens laufendes Ärztezentrum direkt am See im schönen und steuerünstigen Hergiswil (NW) bei Luzern, suchen wir eine/n motivierte/n Hausärztin/Hausarzt mit oder ohne Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten beste Arbeits- und flexible Anstellungsbedingungen sowie eine gute Entlohnung. www.aerztezentrum.ch; E-Mail: marcelo.walker@hin.ch; Tel. 041 630 26 67.

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 Assistenz 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 Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

TG – Fachärztin/-arzt für Allg. Innere Medizin 50–60 % mit Praxis-Übernahmeoption, am Bodensee – Für unsere lebhaft Grundversorgerpraxis in Neukirch-Egnach suchen wir Sie als Ärztin/Arzt AIM.

Es erwartet Sie ist eine wachsende Gemeinde mit hoher Lebensqualität, ein eingespieltes MPA-Team und eine vielseitige und spannende Tätigkeit. Eine Praxisübernahme mit einem weiteren FA, schrittweise ab 2026, wäre eine Option. Sind Sie interessiert? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme. E-Mail: Reto.Kaelin(at)hin.ch, Tel. 071 477 27 27, Dr. med. Reto Kälin.

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.

TI – Oftalmologia, dermatologia e psichiatria

Centro polispecialistico a Mendrisio cerca specialisti in oftalmologia, dermatologia e psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con libero esercizio e RCC, per collaborazioni in % da definire. È richiesta la lingua italiana parlata e scritta. Inviare le candidature a e-mail: specialisti.candidati@gmail.com.

ZG – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie

Wir wollen unsere erfolgreiche Praxis in Zug 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 Martin Olsson: E-Mail: martin.olsson@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90 Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Zürich-Stadelhofen

Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Zürich-Stadelhofen per 1. September 2024 oder 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: Dr. med. Karin Oberbörsch, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 261 00 04) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Augenarzt (m/w) in Winterthur Downtown (40–60%)

Augen auf! Werden Sie Teil unseres netten Ärzteteams im beliebten Augenzentrum von Winterthur Nähe Bahnhof. Wir freuen uns auf Sie! E-Mail: admin@augenzentrum-winterthur.ch.

ZH – Fachärztin/-arzt Allgemein Innere Medizin (50–100%)

Die Arztpraxis beim Gemeindehaus in Regensdorf sucht Teammitglied mit Facharzttitel AIM. Praktische Berufserfahrung in der Schweiz von Vorteil. Wir bieten Teilzeit-Modelle, attraktive Anstel-

lungsbedingungen, Unterstützung bei Weiterbildung, und u.a. minimale Administration durch zentralen Management-Support. Gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich. Bewerbungen an E-Mail: p.schneider@arztpraxis-beim-gemeindehaus.ch.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in der Stadt Zürich – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in der Stadt Zürich (Praxisstandorte Zürich-Wiedikon, Zürich-Oerlikon und Zürich-Affoltern) Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzt/-ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

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 – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte ärztliche Institution mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an äusserst zentraler Lage (Franklinterum Bahnhof Oerlikon, <https://franklinterum.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 – 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 arbeiten-

de/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/-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 – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt – Wir suchen für unsere lebhafteste 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 abgeschlossenes Team freut sich über Ihre Mitarbeit! Kontakt unter E-Mail: praxis-wiesendangen@hinmail.ch, Tel. 052 338 23 23.

Praxisvertretungen Remplacements Sostituti in studio medico

BE – Mutterschaftsvertretung (80–100%) Hausarztpraxis Lenk – Lust auf einen Winter in den Bergen? Wir suchen ab Oktober 2024 für 4–6 Monate eine Mutterschaftsvertretung in unserer Gruppenpraxis an der Lenk. Für weitere Auskünfte und bei Interesse freuen wir uns über Deine Kontaktaufnahme: Simmepraxis, E-Mail stefanie.bowee@hin.ch, Tel. 033 733 16 01.

ZH – 40–60% Allgemeinmedizin; Sept. - Dez. 2024; 8104 Weiningen bei Zürich/Limmattal, Gruppenpraxis – Praxisvertretung in Gruppenpraxis (3 Ärztinnen, 5 MPA), 40–60%, für 10–12 Wo Mitte Sept. bis Mitte Dez. 24. Kein NF-Dienst. Keine Pädiatrie & 12j. Gute Betreuung durch das erfahrene Team. Voll digitalisiert inkl. Röntgen. Praxislabor, Praxisapotheke. Flexible Arbeitszeiten. Die Stelle bietet super Gelegenheit für Einblick in die Grundversorgung auch für jüngere Kolleg*Innen. Voraussetzung: 3–4j Berufserfahrung, profunde Kenntnis der Schweiz. Mundart und des CH-Gesundheitswesens, CH-Diplomanerkennung, CH-Staatsbürgerschaft oder C-Niederlassung. Kontakt: E-Mail: Hausaerzte-Weiningen@hin.ch; Tel. 044 752 2020.

Praxisgesuche Recherches de cabinets Ricerche di studi medici

Innovative Nachfolgelösung für Ihre Gynäkologie-Praxis – Sie planen Ihre Pension und möchten Ihre Praxis bald übergeben? Im Auftrage einer innovativen, eigentümergeführten Organisation suchen wir eine gynäkologische Praxis in der D-CH zur Übernahme (ab Anfang 2025 oder nach Vereinbarung). Diese Organisation verfügt über qualifizierte Fachärzte und sichert Qualität und Kontinuität. Damit bleibt Ihre Praxis inkl. Patienten und Angestellte in guten Händen. Auf Wunsch können Sie auch weiterarbeiten und sich dabei administrativ entlasten lassen. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 241 1576: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

FMH SERVICES

Aller de l'avant

Conseils pour médecins et cabinets

Ouverture du cabinet
Gestion du cabinet
Cabinet de groupe
Remise du cabinet



Plus d'informations sur
www.fmhconsulting.ch

De l'intestin au cerveau

Échange L'intestin ne fait pas que digérer les aliments, il communique aussi avec le cerveau. La recherche commence juste à comprendre comment fonctionne ce que l'on nomme l'axe intestin-cerveau. Et il semblerait que la santé mentale en dépende également.

Simon Koechlin

Le cerveau est le centre de commande du corps. Mais il ne pilote pas seul, il est lui aussi soumis à des influences – de l'appareil digestif par exemple. Intestin et cerveau sont reliés par une sorte de ligne dédiée. «Divers mécanismes relient l'intestin au cerveau», affirme le Dr méd. Timur Liwinski. Chercheur clinique aux Cliniques universitaires psychiatriques (UPK) de Bâle, il étudie les interactions entre alimentation, santé intestinale et maladies psychiques. Le nerf vague est le principal canal de communication. 70 à 80% de ses fibres iraient de bas en haut, de l'intestin au cerveau, indique Timur Liwinski. Intestin et cerveau communiquent aussi par le système immunitaire et hormonal.

Et les milliards de bactéries qui colonisent le tractus gastro-intestinal jouent un rôle clé dans cette communication. «Les bactéries intestinales influencent notamment le système immunitaire intestinal qui, à son tour, influence le système immunitaire dans le cerveau», explique Timur Liwinski. Les microbiotes produisent en outre des médiateurs et autres métabolites, qui montent par exemple au cerveau via les vaisseaux sanguins et y délivrent leur signal.



«En soignant son microbiome et en respectant des heures de sommeil régulières, on fait du bien à son intestin et à son cerveau.»

Dre sc. nat. Salome Kurth

Professeure assistante, Département de psychologie de l'Université de Fribourg

Un manque d'études causales

De nouvelles méthodes de séquençage rapide de l'ADN permettent depuis peu d'étudier de plus près le microbiome et l'axe intestin-cerveau. «La recherche dans ce domaine a explosé ces 15 dernières années», indique la PD Dre sc. nat. Salome Kurth, professeure assistante au Département de psychologie de l'Université de Fribourg. Elle étudie le lien

entre développement du microbiome intestinal chez l'enfant d'une part, et sommeil et développement cérébral d'autre part.

Les signaux émis par l'intestin pourraient avoir des conséquences jusqu'ici insoupçonnées sur la santé psychique. Les premières recherches les lient à des maladies neurodégénératives [1] ou des troubles psychiatriques comme la dépression [2, 3]. Mais il ne faut pas surestimer l'état actuel des connaissances, tempère Timur Liwinski. «Nous n'en savons pas assez. S'il existe des corrélations et quelques solides études sur le modèle animal, on manque d'études causales sur l'humain.»

De rares études montrent une relation causale, dont une a été conduite à l'UPK de Bâle. Elle a prouvé que les probiotiques – mélanges de bactéries intestinales vivantes – appuient l'effet des antidépresseurs et peuvent atténuer la dépression [4]. Mais Timur Liwinski, qui n'a pas participé à l'étude, ne croit pas que les probiotiques remplaceront un jour les antidépresseurs. «Leur effet n'est pas assez fort et nous les comprenons trop peu.» Ainsi, on ne saurait pas vraiment d'où vient leur effet: la biodiversité microbienne accrue, l'interaction avec d'autres bactéries intestinales ou même un propre métabolite produisant une bactérie intestinale?

Avantages des aliments fermentés

Selon lui, des probiotiques, qui nourrissent les bactéries intestinales, et des postbiotiques, des métabolites produits par les bactéries intestinales, seraient des options thérapeutiques prometteuses. Une alimentation appropriée fournit les deux au corps. Les aliments fermentés comme la choucroute sont même à la fois des pré-, pro- et postbiotiques: ils contiennent des nutriments pour les bactéries intestinales, les bactéries fermentaires et, par la prédigestion bactérienne, des métabolites comme le neurotransmetteur GABA, qui semble jouer un rôle dans nombre de troubles psychiques.

Timur Liwinski dirige, à l'UPK, une étude analysant le régime cétogène, pauvre en glucides et riche en graisses, en tant que mesure médicale contre la dépression. «Le régime cétogène est controversé et les données manquent pour le



© Kateryna Chyzhevska / Dreamstime

Les signaux émis par l'intestin pourraient avoir des conséquences jusqu'ici insoupçonnées sur la santé psychique.

recommander à la population générale», explique Timur Liwinski. Mais des signes clairs indiquent qu'il pourrait agir contre diverses maladies psychiatriques.



«Très peu de médecins interrogent, à la première consultation, leurs patientes et patients sur leur alimentation. Cela doit changer.»

Dr méd. Timur Liwinski

Chercheur clinique, Cliniques universitaires psychiatriques (UPK) de Bâle

Flore intestinale et rythme de sommeil

Salome Kurth a elle aussi mis à jour, dans une étude chez le nourrisson, un lien entre le microbiome, qui se constitue environ dans les trois premières années de vie, et les schémas de sommeil [5]. Les nourrissons dont le profil de bactéries intestinales était moins varié à trois mois dormaient bien plus dans la journée – ils avaient donc aussi un comportement de sommeil immature. Elle a en outre découvert que les enfants qui mangent à heures régulières se réveillent moins la nuit [6]. Salome Kurth suppose là encore un lien avec le microbiome: jusqu'à 30% des bactéries intestinales ont une activité qui suit un rythme diurne. Une alimentation régulière pourrait favoriser ce rythme – et soutenir ainsi, via le microbiome, l'établissement du rythme circadien.

Salome Kurth débute à présent une étude d'intervention, avec des chercheurs de l'ETH Zurich, de l'Hôpital cantonal

de Fribourg et de l'Hôpital des enfants de Suisse centrale. Une partie des 380 jeunes enfants qui devraient y participer recevra un mélange de probiotiques et de prébiotiques [7]. «Nous voulons savoir si ce type de synbiotiques peut favoriser la régulation du sommeil de l'enfant et le bon développement de sa santé, comme l'absence d'allergie», explique Salome Kurth.

Il est encore trop tôt pour émettre des recommandations scientifiquement fondées sur la façon dont l'entretien des bactéries intestinales peut aider le développement et la santé du cerveau. Il n'y a pas encore de traitement autorisé. Mais l'importance des traitements holistiques est de plus en plus évidente, souligne Salome Kurth. «En soignant son microbiome et en respectant des heures de sommeil régulières, on fait du bien à son intestin et à son cerveau.» L'alimentation, complète Timur Liwinski, est un facteur décisif pour la santé du microbiome intestinal, du cerveau et de tout le corps. «Très peu de médecins interrogent, à la première consultation, leurs patientes et patients sur leur alimentation. Cela doit changer.»



Références

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

Une sale affaire

Durabilité Les aires de jeux offrent aux enfants un espace pour développer et exercer leurs compétences. Mais des substances toxiques se sont accumulées dans le sol de certaines de ces aires. Il faut donc un assainissement rapide des sites contaminés pour protéger nos enfants des effets à long terme sur leur santé.

Bernhard Aufderreggen

En tant qu'«Homo ludens», nous nous découvrons nous-mêmes et le monde qui nous entoure en jouant. Les aires de jeux publiques et privées sont essentielles au développement social et personnel de l'enfant. Mais beaucoup ont un sol contaminé par des substances toxiques: gaz d'échappement des voitures, de l'industrie, hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et métaux lourds issus des cendres ou scories disséminées, résidus de peintures au plomb, substances per- et polyfluoroalkylées (PFAS), pesticides et dioxines émises par les incinérateurs. 36 000 parcelles utilisées comme terrains de jeux dépasseraient, selon les calculs modélisés de l'Office fédéral de l'environnement de 2020 [1], les seuils de contamination. Plusieurs milliers d'enfants pourraient donc, en jouant, être exposés à une charge toxique.

Une réduction des seuils de plomb sur les places de jeux, de 1000 mg à 300 mg par kilo, est en cours de discussion. C'est insuffisant. Les publications médicales [2] sont claires: le sol des places de jeux ne devrait pas contenir de plomb du tout. Car les jeunes enfants jusqu'à 3 ans découvrent leur environnement avec les yeux et les mains, mais aussi avec la bouche (phase orale). Quand l'enfant ingère de la terre contaminée au plomb, 50% du métal lourd passe dans son organisme, contre 10% chez l'adulte. Chez l'enfant, les plus petites concentrations de plomb dans le sang ont un effet négatif avéré sur l'intelligence, l'attention et les performances scolaires. En d'autres termes: le plomb rend idiot – et c'est irréversible. Les enfants avec de hautes concentrations de plomb dans le sang souffrent d'une capacité de concentration réduite, de troubles de la croissance, d'une puberté retardée, de troubles rénaux et d'anémie. Le seuil envisagé de 300 mg/kg de terre reste donc bien trop élevé [3]. Il devrait être à zéro. Avec le Swiss Center for Applied Human Toxicology (SCAHT), nous réclamons un seuil – pragmatique – de 83 mg/kg.

La pédiatre Nicole Jundt Herman plaideait en 2018, dans un article scientifique de la revue PAEDIATRICA, pour un biomonitoring de la charge toxique et une stratégie de prévention [4]. Quasiment rien n'a été fait depuis. La Suisse est en retard. De nombreux pays ont d'ores et déjà des pro-

grammes de prévention et de détection de ce type de charges, comme aux États-Unis avec le Center for Disease Control and Prevention (CDC) [5].

Le Parlement suisse révisé actuellement la loi sur la protection de l'environnement [6]. Un soutien financier pour l'assainissement des places de jeux contaminées est en discussion. Au Parlement, et en particulier au sein de la commission responsable du Conseil national (CEATE-CN), nous avons plaidé pour le plus généreux financement possible de l'assainissement et une analyse systématique de la charge. Les délibérations ne sont pas terminées. Et nous ne lâchons rien.

Que pouvons-nous faire dans la situation actuelle?

- En cas de suspicion ou d'interrogation clinique, il faut évaluer la charge potentielle de métaux lourds ou autres substances toxiques issues de l'environnement dans le sang et l'urine des enfants et des adultes. Il faut ensuite investiguer les sources des charges critiques et les éliminer.
- Nous sommes tous ancrés dans des communautés, des quartiers, et nous pouvons œuvrer pour l'évaluation préventive des places de jeux et jardins et la réalisation des éventuels assainissements requis.



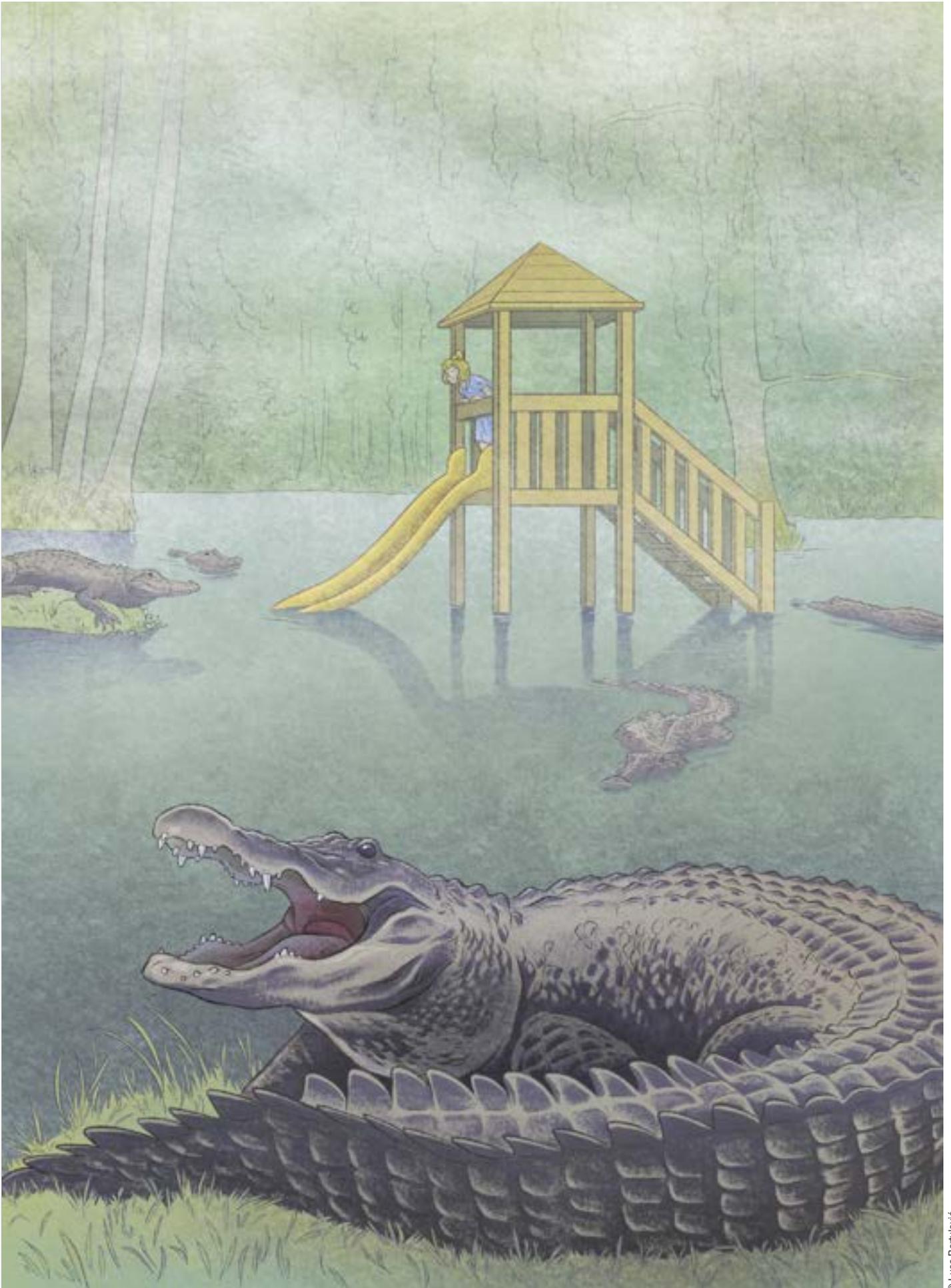
Références

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



Dr méd. Bernhard Aufderreggen

Président des Médecins en faveur de l'environnement (MfE). Il écrit régulièrement dans cette rubrique sur la durabilité dans le secteur de la santé.



De l'économicité à la durabilité



Anne-Françoise Allaz

Prof. Dre méd., membre de l'Advisory Board du Bulletin des médecins suisses

Chères et chers collègues, peut-être n'avez-vous pas encore lu l'article de Gabriela Lang et al., «Économicité: un arrêt déterminant du Tribunal fédéral» [1], paru récemment dans le Bulletin des médecins suisses.

Certes, nous pouvons ressentir l'omniprésence de l'économicité dans les discours qui nous entourent comme une perte de sens. Pourtant, cet article a une grande importance pour tous les médecins installés dont les pratiques ou la clientèle présentent des caractéristiques les faisant sortir des moyennes statistiques et qui – pour certains – se sont vu demander a posteriori la restitution de sommes d'argent parfois considérables. Le Service juridique de la FMH nous informe là d'une bonne nouvelle: le récent arrêt du Tribunal fédéral spécifie que le «contrôle de l'économicité» des prestataires de soins par les assureurs-maladie – voulu par la LaMal – se compose toujours non seulement d'une analyse statistique (comme jusqu'ici), mais également d'un examen individuel ciblé du cabinet identifié comme un «outlier». Ainsi, «le résultat d'un prestataire de soins hors norme statistique ne permet pas de conclure au caractère non économique», une évidence d'ailleurs défendue de longue date par la FMH.

Au-delà de sa dimension économique, il s'agit ici tout autant de la reconnaissance de la diversité des pratiques médicales, des formations particulières de certains collègues, du temps ou de la fréquence des consultations nécessaires à une patientèle spécifique. Les médecins touchés par ces demandes de restitution d'honoraires pour «non-économique» pourraient témoigner de l'indignation, du sentiment d'injustice et de l'angoisse ressentis. Espérons que l'explicitation des particularités d'une pratique puisse désormais prendre réellement la place centrale qui lui revient lors de tels contrôles.

Même s'il existe quelques «moutons noirs» dans notre profession et que bien du chemin reste à parcourir – dans certains domaines plus encore que dans d'autres – la limitation des coûts de la

santé est bel et bien aujourd'hui une préoccupation de nombreux médecins. Pour autant, elle rencontre en pratique des obstacles organisationnels, décisionnels et sociétaux non négligeables dans les cabinets de médecine générale, comme l'a décrit récemment une interniste [2]. L'application de «less is more» et la contention des coûts en médecine de ville n'atteindront pas l'ampleur souhaitable sans être accompagnées de mesures de coordination des soins, de sensibilisation des prestataires, sans oublier l'éducation et l'information des patients.

Les médecins touchés par les restitutions d'honoraires pourraient témoigner de l'indignation, de l'injustice et de l'angoisse ressenties.

Dans l'esprit d'une proposition médicale sensible aux coûts, réflexive et incluant justement cette information si prioritaire des patients, l'on peut saluer le projet «12 mois 12 actions pour l'environnement» [3]. Cette belle initiative conjointe émanant de médecins de famille et de la Société Genevoise de Pédiatrie, encadrée par l'Université de Genève et soutenue par «Planète Santé», vise à promouvoir une santé durable. Ce projet, lancé en début d'année dans tous les cabinets de médecine générale et de pédiatrie de Suisse romande, comprend notamment des propositions visant à éviter les prescriptions d'antibiotiques, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'examen complémentaires inutiles, en plus de mesures de prévention médicale et de durabilité environnementale. Une initiative aussi motivante qu'inspirante qui, tout en contribuant à l'économicité, met la durabilité au premier plan des préoccupations.



Références

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



Apprenez à mettre en œuvre la
sécurité des données dans votre
cabinet – avec la HIN Academy.

En savoir plus



Collaboration simple et sécurisée dans
le système de santé suisse

www.hin.ch/academy

EGb 761®¹



Elle peut encore s'occuper de son jardin seule.

Repousser la démence.^{2,3,4}

Nouveau
comprimé compact
Tebokan®



Ancien comprimé de 240 mg

Nouveau comprimé de 240 mg

Tebokan® 240

Extrait spécial de ginkgo biloba EGb 761®



- 1x 240 mg par jour¹
- Admis aux caisses, liste B^{1,5}
- Propre culture de ginkgo⁶

Information professionnelle abrégée Tebokan® 120/Tebokan® 240: C: 1 cpr. filmé contient 120 mg ou 240 mg d'extrait de ginkgo-biloba (EGb 761®) (DER 35-67: 1), quantifié à 26,4-32,4 mg ou 52,8-64,8 mg de flavonoglycosides et 6,48-7,92 mg ou 12,96-15,84 mg de terpenolactones (ginkgolides, bilobalides). Agent d'extraction acétone 60% m/m. I: traitement symptomatique des déficiences des performances mentales. Adjuvant à l'entraînement à la marche lors de claudication intermittente. En cas de vertiges et d'acouphènes. P: matin et soir 1 cpr. filmé (120 mg) ou 1 cpr. filmé 1x par jour (240 mg). CI: hypersensibilité aux extraits de ginkgo-biloba. EI: très rares: légers troubles gastro-intestinaux, maux de tête ou réactions allergiques cutanées. IA: un effet inverse des médicaments réduisant la coagulation du sang ne peut pas être exclu. P: 90 et 120 cpr. filmés (120 mg) ou 30, 60 et 90 cpr. filmés (240 mg). CV: B, admis aux caisses. TA: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedinfo.ch

Références: 1. Information professionnelle®; <https://www.swissmedinfo.ch/>; mise à jour: avril 2022. 2. Kaschel R. et al., Ginkgo biloba: specificity of neuropsychological improvement – a selective review in search of differential effects. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009;24:345-370. 3. Kurz A et al., Leichte kognitive Störung: Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. Nervenarzt 2004; 75: 6-15. 4. Tian J et al., Chinese herbal medicine Qinggongshoutao for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimers Dement (N Y). 2019;5:441-449. Published 2019 Sep 4. doi:10.1016/j.trci.2019.03.001. 5. <https://www.spezialistenliste.ch/>; Tebokan®; Letzter Zugriff 1.6.2023. 6. Schmid W., Balz J. P. et al., Cultivation of Ginkgo biloba L. On three continents. Acta Hort. 2005; 676, 177-180. 10.17660/actahortic.2005.676.23. Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma. Schwabe Pharma AG, Erlstrasse 2, 6034 Küssnacht am Rigi. 06/2023



**Schwabe
Pharma AG**
From Nature. For Health.