

# AATSSO

Association des Assistant(e)s Techniques Spécialisé(e)s en Salle d'Opération

2021 n°14

Il aide l'anesthésiste, répond au téléphone, installe le patient. Appelle l'assistant, est allé chercher les RX que vous avez oubliées, prémedique le patient suivant, prépare le lavage, règle les appareils, donne un coup de main à côté, envoie l'extemporané de votre collègue, va chercher le plateau qui manque, prépare le garrot, compte les compresses etc...ect...ect...

Alors où est encore passé l'ASSO ?? Il n'est jamais là quand on a besoin de lui ...



2001

Il aide l'anesthésiste, ouvre les plateaux avec la TSO, répond au téléphone, installe le patient, prépare une table d'opération pour enchaîner avec la suite du programme, est allé chercher le microscope électronique, raccompagne la patiente précédente à l'hôpital de jour, donne un coup de main à côté, configure la tour de laparoscopie, demande à la stérilisation un plateau de neurochirurgie manquant, compte les tampons et les compresses...

Alors où est encore passé l'ATSSO ?? Il n'est jamais là quand on a besoin de lui ...



2021





**Madame Patricia Karius**  
Présidente *EHC Morges*  
Certificat ASSO + ASA



**Monsieur Carmine CIARAMELLA**  
Caissier *EHC Morges*  
Certificat ASSO



**Monsieur Stefan Arlt**  
Vice Président *EHC Morges*  
Certificat ATSSO



**Madame Floriane DISERENS**  
Secrétaire, *eHnv Saint Loup*  
Certificat ATSSO



**Madame Sandrine Strehl**  
Membre adjointe *eHnv Saint Loup*  
Certificat ASSO + ASA  
stérilisation niveau 1

# Présentation du comité

## Sommaire

Présentation du comité .....	02
Le mot de la Présidente .....	03
De l'aide de salle à l'ATSSO, 20 ans d'évolution .....	04
L'endoscopie digestive: l'art d'observer et d'instrumenter .....	08
Le retraitement des endoscopes .....	13
Prolapsus du rectum .....	18
La fibromyalgie, vous connaissez? .....	23
Le glaucome .....	24
Témoignages à l'attention des ATSSOs .....	28





# Le mot de la Présidente

Chères et Chers Membres,

Lorsque je me suis engagée au sein de ce comité jamais je n'ai pensé une minute que j'en serai la présidente; j'étais partie pour faire un mandat de 4 ou 5 ans!

Je voulais remercier et soutenir, par ce biais, celles et ceux qui avaient permis à la formation ASASO d'exister.

En 2006 la place de secrétaire s'étant libérée, j'ai naturellement postulé; ce que je n'avais pas anticipé, c'est que je me retrouverai propulsée présidente, d'abord ad interim puis finalement élue en 2010.

## La formation de 2002 à nos jours

Je me suis formée ASASO en 2003 (troisième volée) et ASA en 2008.

La demande de formation de notre corporation était si forte que trois volées de vingt candidats par an ne furent pas de trop. Cela a perduré plusieurs années pour répondre à ce besoin. Puis le flot a commencé à se tarir, et ce furent deux puis une volée l'an, pour en arriver à une seule volée de quinze candidats.

Au sein de la ComATSSO (Comité Espace Compétences), la question s'est posée: faire une session tous les deux ans. Et là: Miracle! L'année suivante ce creux de la vague, nous organisons deux sessions l'an! Ce regain ne s'est plus démenti depuis, puisque nous ouvrons deux certifications par an.

## 20 ans, quel bel âge !

Je ne regrette pas mon engagement; je suis toujours aussi fière de notre métier, que je revendique haut et fort.

Nous avons tous rêvé dans notre jeunesse d'avoir 20 ans, et maintenant nous en gardons le souvenir... Tout devenait possible, le monde s'ouvrait à nous et nous allions le changer.

Nous en sommes là, avec notre association: nous avons mis deux décennies pour être des ATSSOs,

reconnu(e)s et recherché(e)s par nos employeurs. Partis de rien, dans un secteur de niche, c'est un bel exploit!

Maintenant, il est temps d'aller de l'avant et de réfléchir ensemble à notre devenir. Que souhaitons-nous? Comment voyez-vous l'avenir de notre profession? A vous de nous aiguiller sur votre vision de la profession dans le futur.

Il va de soi que mon temps à la présidence est compté. car la retraite s'approche à grand pas. En tant que présidente, je ne serai plus là pour voir l'aboutissement du projet, mais je pourrai le mettre sur les rails.

Notre partenariat en tant qu'association avec Espace Compétences a permis la formation de près de 600 ATSSOs; le nombre de membres de l'association reste stable.

Ce qui est réjouissant, c'est que les différentes institutions recherchent des gens formés; elles ne rechignent pas à envoyer les nouveaux en formation. Même les HUG s'y sont mis, là où le CHUV s'était engagé depuis de nombreuses années. En résumé, c'est une belle avancée!

## Covid-19 et ATSSOs

Tout d'abord, précisons que les ATSSOs ne peuvent être infecté(e)s par le Covid-19, car ils. elles courent plus vite que le virus. Ce que nous n'avions pas vu venir, c'est cette pandémie qui nous a fait, pour certain(e)s d'entre nous, sortir de notre zone de confort.

Retourner au lit du patient, voilà qui a été courageux. Aborder le Covid d'abord et le soin au patient dans la peine ensuite, bien loin de l'accueil et de l'acte chirurgical soulignant notre polyvalence, voilà le maître-mot de notre profession.

Comme j'aimerais que nos gouvernants et nos institutions s'en rendent compte, et nous épaulent réellement dans une formation digne de ce nom!





# De l'aide de salle à l'Atsso, 20 ans d'évolution

Alors que je conduisais les patients au bloc opératoire, je me demandais ce qu'il pouvait bien se passer derrière ces portes closes, à l'intérieur du sas d'entrée...

Puis un jour, un poste d'aide de salle d'opération m'a été proposé. J'ai accepté, sans me poser trop de questions... Il est clair que ce travail m'intéressait et en plus, j'allais enfin découvrir ce qui se tramait derrière ces fameuses portes...

Donc, un jour de mars 2001, me voilà dans le vestiaire à m'affubler de la tenue en tissu bleu, sabots, bonnet et masque pour couronner le tout... Drôle d'allure! Après un bon lavage des mains au savon désinfectant, (la solution hydro-alcoolique n'existait pas à ce moment-là), je pénètre dans ce lieu totalement inconnu...

On me fait visiter, on m'explique le fonctionnement d'un bloc, on me parle de couloir «propre», de couloir sale, d'asepsie, d'antisepsie, de désinfection, de scopie, de tomie, pathologie, d'installations, de tables d'opérations, de plâtres, de contention, de facturation, de rayons, de tabliers de plomb, de coagulation, d'ampli de brillance, de stérilité, d'instrumentation, de circulant, etc, etc...

Je ne comprends que peu de choses mais je saisis immédiatement que la fonction d'aide-infirmière que je pratiquais auparavant me servirait peu dans ce nouveau projet, si ce n'est le contact avec le patient et la terminologie...

Ma vie allait changer, je me lançais donc avec enthousiasme et volonté dans ce périlleux défi.

Dans la salle, on me donne des consignes strictes, je dois observer et surtout ne rien toucher. Je suis impressionnée par cette fourmilière, il y a beaucoup de monde, chacun est affairé à ses tâches. Et le bruit, entre la ventilation, l'appareil d'anesthésie, l'instrumentiste qui prépare ses tables et l'aide de salle qui lui ouvre les DM. Je vois aussi qu'ils comptent les compresses et autres tampons.

Je trouve l'atmosphère assez hostile, il y a des machines, des câbles et des tuyaux partout, il fait froid, chaque personne est vêtue de la même manière, l'instrumentiste a l'œil sévère dès que quiconque l'approche...

Et là, au milieu de la salle, il y a le patient, couché sur la table le regard fixant le plafond...

A ses côtés, l'aide de salle lui parle, le rassure et lui sourit. Oui, le sourire se distingue malgré le masque...

Dans mon coin, j'assiste à l'anesthésie, à la préparation des tables d'instrumentation, à l'installation du patient pour sa PTH. On le cale avec des appuis, on lui fixe avec une bande une sorte de plaque en caoutchouc autour de la cuisse. Cette plaque est reliée par un câble dans un appareil, une coagulation...(en ce temps-là, les plaques jetables autocollantes n'existaient pas). On lave le site opératoire avec un set en tissu préparé par la stérilisation (pas d'usage unique à ce moment-là). Le chirurgien procède à l'antisepsie, l'instrumentiste habille l'équipe opératoire de blouses et de gants stériles. Ils installent les champs stériles sur le patient. On tend à l'aide de salle différents câbles et tuyaux. Un câble pour le moteur à air comprimé (les moteurs à accus n'étaient pas encore sur le marché). Un tuyau à brancher sur un bocal en verre, l'aspiration (un vrai bonheur à vider et laver...), et le câble de coagulation.

L'intervention peut commencer, pas de TTO en ce temps-là...

Je regarde tout cela avec intérêt et ne tarde pas à constater le rôle indispensable de l'aide de salle au cours de tout le processus, jusqu'au retour du patient dans son lit.

Entre 2 interventions, je me rends compte de la quantité de tâches à accomplir avant l'arrivée du patient suivant, désinfection et réfection de la table d'opération, nettoyage et désinfection de la salle et préparation des différents DM pour l'opération





suiivante... Il ne faut pas avoir les 2 pieds dans le même sabot! A nouveau, chacun accomplit ses tâches avec aisance et précision, tout est réglé comme une horloge, il ne faut pas perdre de temps...

Au fil des heures, des jours, des mois, je me familiarise avec ce métier totalement « à part ».

J'apprends les différentes techniques d'installations du patient ainsi que les risques liés à celles-ci. Les règles d'hygiène spécifiques au bloc opératoire, le fonctionnement des différents appareils, les mesures de protection liées à l'utilisation de certains DM (ampli, laser, etc...). La terminologie, le nom des instruments (combien de fois suis-je sortie de la salle chercher quelque chose dont j'avais oublié le nom et dont je ne connaissais pas l'utilité...). Les règles de nettoyage et désinfection des salles, DM et autres locaux annexes selon les normes en vigueur...

Je dois évidemment aussi apprendre à gérer le stress, le mien surtout, mais parfois celui des autres. L'ambiance peut se trouver quelquefois très tendue. Les situations d'urgences critiques, les rajouts sur la planification, les aléas divers et variés. En plus, il est important de le souligner, le caractère souvent bien trempé des collaborateurs... Mettez tout cela dans une salle de 40 m<sup>2</sup> confiné et vous obtenez une bombe à retardement... Il est donc important de réussir à faire la part des choses et essayer de réduire la pression.

Tout cela, je l'ai intégré au fil du temps, grâce à des collègues patientes et impliquées qui ont su m'inculquer les bases et subtilités du métier...

En 2003, j'ai bénéficié de la formation ASO, créée en 2001 par l'école Espace Compétences, une infirmière et une aide de salle de l'EHC.

D'une durée de 6 mois avec environ 15 jours de cours, cette formation m'a permis d'acquérir les connaissances théoriques sur ce que je mettais en pratique dans mon quotidien.

- Bases de l'anesthésie, matériel courant en anesthésie
- Gestion de la crise et des tensions au bloc
- Anatomie et physiologie de base
- Terminologie de base, techniques opératoires
- Installations opératoires et complications dues aux malpositionnements
- Cœlioscopie, électrochirurgie
- DM, ODIM, cadre juridique

- Gestion du stock
- Hygiène hospitalière, circuit des DM stériles, Hygiène hospitalière au bloc
- Préparation cutanée du patient, suture
- Comportement de l'ATSSO au cours des opérations
- Sécurité du patient, respect des règles, protocoles
- Accueil du patient
- Pathologie, pièces opératoires
- Plâtres, installations du patient (cours pratique)
- Radioscopie, radioprotection (théorie et pratique)
- Gestion des risques au bloc, ergonomie

Suite à cela, j'ai réellement pu faire un lien entre théorie et pratique, je sais désormais précisément comment et pour quelle raison j'exécute tel acte...Je peux et j'ose argumenter mon propre avis...

J'ai du plaisir à me rendre au travail et exercer dans cette bonne dynamique, je suis motivée et passionnée.

Je me rends compte qu'au fil du temps, tout est constamment en voie d'évolution. Techniques d'anesthésies, d'instrumentations, techniques opératoires, ce qui implique de plus en plus d'installations complexes, de techniques de radiologies différentes et donc de connaissances supplémentaires.

On utilise l'informatique en salle, on doit maîtriser certains programmes, savoir gérer les petites pannes et tenter de ne pas trop s'énerver quand ça « bug »...

Nous sommes tous confrontés à ces diverses évolutions, qui ont certes du bon, mais qui occupent une grande partie de notre temps, donc limitent notre contact avec le patient... Ce patient qui, par ailleurs, est devenu un client... En effet, notre client est d'ores et déjà un acteur à part entière de son séjour hospitalier. Terminée, l'époque où la personne était prise en charge comme un « malade » qu'on menait en lit au bloc op. A présent, si son état le permet, le client vient à pied jusqu'à l'intérieur de la salle. Il est donc impliqué au maximum dans ses soins durant son séjour hospitalier. Bien souvent, il s'est préalablement informé sur le déroulement de son opération, les techniques d'anesthésie, les suites post-opératoires, les risques liés à tout cela... Il arrive donc en salle avec un bagage non négligeable de connaissances (bonnes ou mauvaises) ...



Voilà aussi ce qui nous amène à respecter des règles extrêmement strictes en matière de traçabilité. Prouver ce qui a été fait, quand, comment, pourquoi, par qui...

- Check-list (TTO)
- Traçabilité des DM restérilisables (circuit complet de l'ouverture en salle jusqu'au retour à l'arsenal stérile)
- Anesthésie
- Traçabilité du personnel de salle
- Traçabilité des implants
- Traçabilité de l'installation (DL, DV, assis, jambières, etc...)
- Traçabilité des DM utilisés (garrot, ampli, tour de scopie, plâtre, laser, etc...)
- Traçabilité des instruments et compte de compresses
- ...

Les temps ont changé, ainsi que les mentalités, et ceci de toute part. Les clients ont des exigences, cela est tout à fait normal. La population vieillissante, donc plus fragile, fait partie de notre quotidien. Nous devons donc porter une attention toute particulière auprès de ces personnes. Notre mission demande des connaissances spécifiques dans toutes les disciplines. La sécurité du patient doit rester notre priorité.

Nous sommes polyvalents et devons sans cesse nous acclimater.

- Connaissances en informatique
- Connaissances en radiologie
- Connaissances approfondies des installations
- Connaissances approfondies des DM et autres accessoires, tables d'op, ...
- Connaissances approfondies des règles HPCI

Nous sommes à la fois...

- Informaticiens et mécaniciens
- Secrétaires et assistant(e)s médical
- Technicien(e)s en radiologie et plâtriers
- Installateurs de patient et biomédical
- Réceptionnistes et psychologues
- Technicien(e)s de surface et technicien(e)s de stérilisation
- Assistants auprès des anesthésistes

- Vigiles (vue d'ensemble de tout ce qu'il se passe en salle)
- Marathonien (quand on nous envoie chercher 1000 choses en même temps en 2 temps 3 mouvements)

En effet, nous sommes régulièrement amenés à répondre au téléphone, prendre des notes, retranscrire les infos données sur les documents de pathologie, remplir les différents formulaires de traçabilité, fiches de facturation, fax ou autres, identifier tous les documents, rentrer les données dans les programmes informatiques, faire des radios, préparer des plâtres, gérer des petites pannes, réparer des petites casses, faire parfois un peu de ster, nettoyer et entretenir les salles ainsi que les DM non stériles.

Au jour d'aujourd'hui, tout est planifié...

- Les heures d'arrivées des patients au bloc
- Les durées d'anesthésie
- Les temps opératoires
- La durée de nettoyage et remise en ordre de la salle
- La durée d'utilisation de la salle

Tout cela laisse peu de place aux imprévus ou autres difficultés rencontrés. Dans un bloc opératoire, chaque minute compte et coûte très cher.

Malgré cela, n'oublions pas que nous travaillons avec et sur des êtres humains. Ceux-ci ne sont pas des machines identiques, mais bien des personnes à part entière, toutes différentes les unes des autres. Notre but sera de leur offrir les meilleures conditions possibles à tout niveau afin qu'ils gardent un souvenir agréable de leur visite au bloc et principalement qu'ils retrouvent une qualité de vie optimale.

J'ai rédigé cet article afin d'expliquer qu'au fil du temps, notre fonction d'aide de salle d'opération est réellement devenue un «vrai» métier, ATSSO... Nous avons des responsabilités envers les patients, nos différents collègues et médecins.

Chaque personne au sein d'un bloc opératoire a son importance, chacun a besoin de l'autre pour accomplir son travail correctement...



L'ATSSO en quelques mots...

- A comme Adaptabilité
- T comme Téméraire
- S comme Solidaire
- S comme Serviable
- O comme Organisé

**Sandrine Strehl ATSSO**

Mais encore...

- Agréable
- Sympathique
- Empathique
- Conscientieux
- Respectueux
- Performant
- Professionnel
- Motivé
- Impliqué
- Sensé
- Confiant
- Vigilant
- Courageux
- Volontaire
- ...



En effet, le métier communément appelé «aide de salle» ou «tournant-e» n'a cessé d'évoluer ces dernières décennies.

Tout d'abord, depuis la création de l'association, il a changé de nom, il s'appelle désormais «Atsso», enfin un vrai nom! Une formation continue a donc vu le jour et ainsi a permis à l'Atsso d'être mieux reconnu et mieux revalorisé financièrement au niveau Suisse romand.

Ensuite, il y a eu une énorme évolution autant au point de vue médicale que technologique et informatique. La chirurgie laparoscopique a petit à petit remplacé la chirurgie ouverte, et l'endovasculaire a fait sa place dans le domaine de la chirurgie vasculaire et cardiaque. D'autres spécialités ont connu elles aussi des changements significatifs.

En l'occurrence, l'Atsso a dû suivre cette évolution en se formant in situ et en permanence. Il utilise désormais tout un arsenal de dispositifs médicaux (il serait trop long de tous les énumérer) mais pour faire simple, ce sont diverses tours de laparoscopie, divers amplificateurs de brillance, des systèmes

de navigation et d'autres multiples appareils à faire fonctionner. En plus, des connaissances en informatique sont aussi nécessaires à l'Atsso. Il est donc en perpétuelle et constante formation.

Le matériel de base du bloc opératoire a aussi suivi cette évolution, il est désormais plus maniable, plus agréable à utiliser et plus perfectionné. Mais parfois aussi, il s'est complexifié et donc rend le travail très éprouvant.

Voilà en résumé ce qu'il me semblait intéressant d'exprimer dans l'évolution des 30 dernières années et j'espère que ce point de vue personnel est représentatif du métier d'Atsso, que j'exerce depuis mon plus jeune âge toujours avec autant de plaisir et d'intérêt. J'espère aussi que l'association continuera d'exister car, grâce à elle, un journal annuel a été créé et des journées formatives nous permettent de nous maintenir au top dans l'exercice de notre profession.

**Isabelle Patthey ATSSO**



Je suis arrivée au bloc opératoire, un peu par hasard il y a 36 ans. J'avais une chambre à l'hôpital ce qui m'a permis de me lier d'amitiés avec l'équipe de garde et je suis rentrée par ce biais dans le monde du bloc opératoire. Je les y suivais, dès que possible le jour comme la nuit, quand j'avais congé. J'ai tout de suite aimé le travail en équipe et le côté technique de cette fonction.

J'ai postulé dès qu'une place s'est libérée et ne l'ai jamais regretté depuis. Le bloc opératoire est comme une famille, chaque corps de métier (chirurgien, instrumentiste, anesthésiste, ATSSO) est comme le maillon d'une chaîne qui ne peut fonctionner sans les autres. C'est un métier polyvalent, l'ATSSO étant installateur et circulant.

Depuis le début de ma carrière le métier a évolué au même rythme que la chirurgie. Les installations des patients se sont complexifiées pour suivre cette

évolution liée elle même à l'arrivée de différents dispositifs médicaux et machine pour les utiliser.

C'est un métier en perpétuel mouvement, chaque jour est différent. Le fait d'avoir plusieurs spécialités opératoires nous éloignent de la monotonie.

Savoir accueillir un patient, le mettre en confiance est notre premier devoir, mais l'installer dans les règles de l'art est notre tâche la plus importante. En tant que circulante nous devons aussi savoir manipuler les diverses machines (amplificateurs RX, tours de scopie, etc...)

L'esprit d'équipe est aussi une des clefs de ce métier.

En résumé, un ATSSO doit être polyvalent, collégial, curieux et inventif ne cherchant pas la monotonie.

**Patricia Karius ATSSO**



**Imprimerie  
de Marcelin**

**Numérique**

**Typo - Offset**

**Z.I. Riond-Bosson 13 • 1110 Morges 1 • Tél. 021 801 82 96  
www.imprimerie-marcelin.ch • imprimerie.marcelin@span.ch**

*Ce n'est pas qu'une impression!*





# L'endoscopie digestive : l'art d'observer et d'instrumenter

## Définition

L'endoscopie digestive est une méthode d'imagerie en gastroentérologie, dont le but est d'explorer le tube digestif en passant par les voies naturelles, avec la possibilité de réaliser des gestes locaux diagnostiques (biopsies ou ponctions) et des gestes thérapeutiques. Elle a aussi une place de premier choix dans certaines situations d'urgence telle que l'hémorragie digestive, l'angiocholite, l'obstruction digestive par corps étranger, tumeur ou torsion intestinale (volvulus du colon).

## Matériel

L'endoscopie digestive fait appel à trois grands types de matériels: les vidéo-endoscopes, les vidéo échodoscopes et les vidéocapsules endoscopiques.

Les **vidéo-endoscopes** sont les appareils les plus utilisés. Ils sont fins (au plus 13 mm de diamètre), de longueur variable (jusqu'à 210 cm) et souples. Ils sont insérés par les orifices naturels (bouche, anus) ou chirurgicaux (stomie par exemple) dans les segments de tube digestif à explorer. On désigne l'examen (et souvent parfois l'appareil) selon l'organe exploré. Ainsi, un gastroscope est utilisé pour examiner l'oesophage, l'estomac et le duodénum (oesogastroduodéoscopie ou endoscopie digestive haute), un entéroscope permet de réaliser une entéroscopie pour explorer l'intestin grêle, un coloscope permet de réaliser une coloscopie (exploration du côlon), etc. Ces appareils sont connectés à un processeur qui va traiter l'image, à un écran vidéo de haute définition, à une prise d'aspiration, à un système de lavage puissant (water-jet), à un insufflateur de gaz (air ou CO2) et à un système d'enregistrement d'images ou de vidéos. L'ensemble est installé sur un chariot. La poignée

de l'endoscope est munie de deux manettes de commandes de béquillage (pour orienter l'extrémité du tube vers le haut, bas, droite et gauche), de pistons pour insuffler du gaz ou aspirer les liquides ou les gaz, et d'un canal pour introduire les instruments de travail.



Endoscope connecté à sa colonne (processeur, écran).



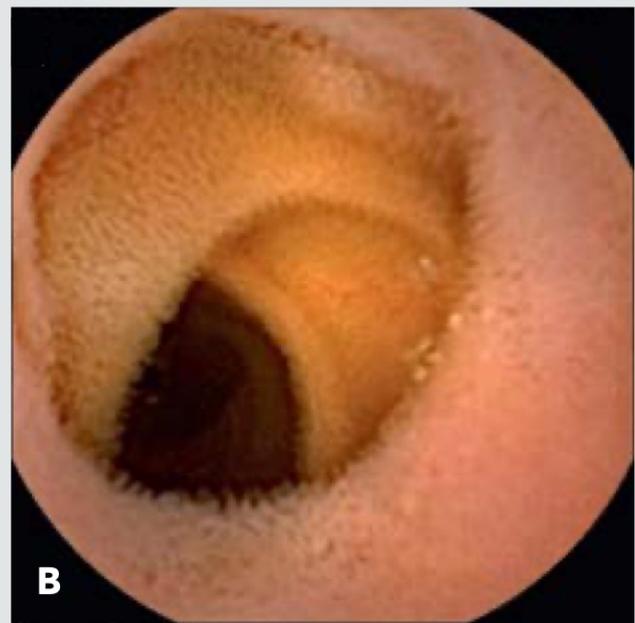
Poignée de commande de l'endoscope et ses principales fonctions. 1. Poignées de béquillage; 2. commande d'aspiration; 3. commande d'insufflation; 4. canal opérateur permettant l'introduction d'accessoires.



Les **écho-endoscopes** sont des appareils combinant des fonctions de vidéo-endoscopie et des fonctions d'échographie. Les ultrasons sont délivrés par un transducteur intégré à l'endoscope, et situé à l'extrémité distale du tube d'introduction. L'endoscope est relié à la fois à un processeur électronique et à une console échographique. Les écho-endoscopes peuvent donc délivrer une image endoscopique et des images échographiques. Munis d'un canal opérateur, ils permettent notamment le passage d'aiguilles de ponction qui autorisent le prélèvement de lésions dans la paroi ou à travers la paroi du tube digestif, sous visualisation écho-endoscopique.

Les **vidéo-capsules endoscopiques** sont des appareils photos miniatures de la taille d'une gélule d'environ 2 cm x 1 cm, capables de prendre des images du tube digestif, et notamment de l'intestin grêle qui n'est pas totalement explorable par les endoscopes en raison de sa longueur. Ces dispositifs étanches sont essentiellement composés de batteries, de sources lumineuses, d'une ou plusieurs têtes optiques et d'un système de transmission d'image par ondes radio. Aucune sédation ou hospitalisation n'est nécessaire, et la préparation de l'intestin grêle est minimale (jeûne simple, ou purge de faible volume). La vidéocapsule ingérée par le patient, progresse naturellement dans le tube digestif et transmet plusieurs images par seconde à un boîtier porté à la ceinture du patient. La capsule est éliminée par les voies naturelles, et n'a pas besoin d'être récupérée. La procédure dure en moyenne de cinq à huit heures pour un enregistrement de l'intestin grêle. À la fin de l'enregistrement, le boîtier est connecté à un logiciel de lecture qui reconstitue en séquence vidéo les dizaines de milliers d'images transmises par la capsule. L'opérateur lit cette séquence vidéo de façon différée et sélectionne dans son compte-rendu les éventuelles images pathologiques qu'il identifie et caractérise. Il s'agit d'une procédure strictement diagnostique, la capsule ne délivrant aucun traitement. Les principales indications de cet examen concernent l'intestin grêle, pour la recherche d'un saignement digestif aigu ou chronique resté inexpliqué après une gastroscopie et coloscopie, ou la recherche d'une maladie inflammatoire de l'intestin grêle.

### Examen par vidéocapsule de l'intestin grêle



A. Vue du dispositif ingestible.

B. Aspect normal de la muqueuse de l'intestin grêle vue par une vidéocapsule endoscopique.

### Le binôme en endoscopie

L'endoscopie est une discipline médicale dans laquelle l'infirmier(ère)/instrumentiste d'endoscopie a un rôle important dans la prise en charge du patient avant, pendant, et après l'examen, dans la désinfection et la maintenance des équipements médicaux, dans l'instrumentation endoscopique. Pour cela, il/elle doit acquérir des compétences, les entretenir par une pratique entraînée, connaître et se conformer aux différents textes réglementaires qui régissent l'activité (les vidéo-endoscopes font l'objet de règles strictes de décontamination et de traçabilité), et enfin, s'adapter dans un domaine en constante évolution.



En effet, des instruments de plus en plus nombreux peuvent être utilisés en endoscopie, qui font le quotidien de l'infirmier/instrumentiste en endoscopie et pour lesquels il doit avoir une parfaite maîtrise.

Ainsi, il est possible d'effectuer des biopsies, des colorations par des cathéters sprays pour améliorer le relief des lésions examinées, d'extraire des corps étrangers qu'ils soient ronds, coupants, piquants, de faire des ligatures élastiques, d'injecter différents produits médicamenteux, des colles biologiques, d'effectuer des hémostases par des moyens divers (utilisation de la coagulation par plasma d'argon, de sondes bipolaires, de clips, d'hémospay...), des polypectomies avec des anses de différents modèles et de tailles diverses, de lever des sténoses par des dilatations ou la pose de prothèses digestives ou biliaires qui ont, elles aussi, leurs particularités, de poser des sondes de gastrostomie... Les techniques de mucosectomie (EMR: endoscopic mucosal resection) et de dissection sous muqueuse (ESD: endoscopic submucosal dissection) ont vu le jour et permettent de retirer des lésions digestives planes et/ou de tailles très importantes, évitant ainsi la chirurgie transpariétale.

## Les 2 examens les plus fréquemment pratiqués

Parmi le large éventail de procédures endoscopiques disponibles actuellement, l'oesogastroduodénoscopie (OGD) et la coloscopie sont les deux examens de routine les plus largement diffusés. Ces examens sont à visée diagnostique, thérapeutique, ou de dépistage (cancer colo-rectal).

Mais d'autres permettent d'aborder les voies biliaires et/ou les canaux pancréatiques avec un endoscope à vision latérale (duodénoscope) sous un contrôle radiologique simultané.

Il s'agit de procédures à risque, réservées à des interventions thérapeutiques: extraction de calcul biliaire, mise en place de prothèse en cas de sténose tumorale bilio-pancréatique par exemple.

Différents organes, tumeurs, ganglions, kystes... avoisinant le tube digestif sont accessibles en écho-endoscopie. Ainsi on peut effectuer des ponctions et des drainages par le biais de prothèses qui vont perforer intentionnellement les parois digestives.

Pour tous les examens, la vacuité du tube digestif à examiner est toujours requise afin de permettre une bonne exploration.

L'abord du tube digestif haut nécessite ainsi un jeûne d'aliments solides d'au moins six heures.

L'OGD se réalise sous anesthésie locale (Xylocaïne en spray dans la cavité buccale) ou sous sédation. Le propofol tend à remplacer les benzodiazépines pour la sédation en endoscopie digestive.

L'abord du tube digestif bas nécessite une préparation afin d'évacuer les selles. Il peut s'agir de lavements évacuateurs pour un examen limité à la partie terminale du côlon, ou de purges par absorption orale de grands volumes de liquide pour une coloscopie totale.

La coloscopie totale est un examen généralement douloureux qui se réalise la plupart du temps sous sédation ou sous anesthésie générale si les conditions du patient le nécessitent. Le coloscope est introduit par l'anus: de l'air (ou le plus souvent maintenant du CO<sub>2</sub>) est insufflé pour observer les parois du côlon et si nécessaire de l'intestin grêle terminal (iléon). L'aide prévient l'apparition de «boucles» dans le colon à l'aide de compressions par un positionnement précis des mains sur différentes parties de l'abdomen, permettant ainsi la progression parfois difficile de l'endoscope.

## Exérèse de polypes

Un des gestes les plus fréquemment réalisés pendant une coloscopie est l'exérèse de polypes. Ceux-ci peuvent être minuscules ou de grande taille et d'aspect différent: sessile (sans pied) ou pédiculé (avec un pied).

L'ablation des très petits polypes < 5 mm est réalisée préférentiellement à l'anse froide (ou par pinces à biopsies mais la résection et l'analyse risquent d'être moins complètes).



Résection de minuscules polypes avec une anse ou une pince à biopsies



### Exemples de gros polypes sessiles



Pour les polypes de plus grande taille, l'analyse doit être fine avant de choisir la technique de résection.

Cette analyse doit être faite en lumière blanche haute définition et pourra être complétée par une chromoendoscopie virtuelle (NBI chez Olympus, i-scan chez Pentax, BLI chez Fuji) ou à l'indigo carmin ou par les zooms et les grossissements d'image. Ceci permet d'identifier les polypes les plus à risques de dégénérescence et d'envahissement profond de la sous-muqueuse.

La procédure doit idéalement être réalisée sous une insufflation au CO<sub>2</sub>. Les polypes les plus à risques de dégénérescence doivent être traités en 'monobloc' par dissection sous-muqueuse ou par chirurgie trans-anales (TEM) pour les lésions rectales, et par mucosectomie en monobloc pour les lésions coliques, ce qui est possible pour les lésions < 20 mm. Les grandes lésions peuvent être réséquées en plusieurs

fragments si elles ne semblent pas suspectes. Il est recommandé d'utiliser un courant mélangeant section et coagulation de type «endocoupe». En cas de doute sur la qualité de la résection, il est possible de tatouer la zone pour guider les contrôles endoscopiques ou une chirurgie complémentaire des lésions à risque de résection.

La prévention du risque hémorragique est réalisée en tenant compte des préconisations en vigueur, en particulier chez les patients sous anti-agrégants ou anticoagulants. Le matériel d'hémostase et de fermeture doit être prêt à l'emploi en salle et l'équipe entraînée.

### Exemple de résection de gros polype pédiculé



*Polype pédiculé: tête du polype et long pédicule*



Mise en place d'une endoloop (anse largable qui strangule le pied et les vaisseaux) pour prévenir du risque hémorragique lors de la coupe du pédicule.



Récupération du gros polype avec une anse à filet.



Coagulation de la muqueuse par le contact avec la tête du polype lors de la coupe, et petite déchirure par contact avec la pointe de l'anse.



Moignon du pédicule non hémorragique, grâce à la strangulation préalable par l'endoloop, et fermeture de la déchirure par 3 clips.

## En conclusion

Les diverses procédures d'endoscopie digestive sont essentielles dans la prise en charge des affections digestives. Plus que d'exams complémentaires, il s'agit le plus souvent d'interventions, à visée diagnostique et thérapeutique, nécessitant

presque toujours une préparation digestive (jeûne et/ou purge), et le plus souvent une sédation.

Si la quasi-totalité des procédures endoscopiques se déroulent dans la lumière digestive, de nouvelles procédures thérapeutiques comportent soit un franchissement de la paroi digestive (NOTES pour « natural orifice transendoscopic surgery »), soit une progression à l'intérieur même de la paroi digestive (tunnel pour le traitement de la gastroparésie ou de l'achalasie par exemple).

Les indications de ces gestes, bien que larges, doivent toujours être pesées en termes de bénéfices et de risques pour le patient.

**Dr Lelouche**



# Le retraitement des endoscopes

Avec les travaux d'agrandissement de l'hôpital de Morges, une attention particulière a été apportée à la disposition des locaux pour le traitement des endoscopes, stockage et transport des appareils sales et propres.

Le retraitement des endoscopes est assuré par les collaborateurs de la stérilisation, qui se consacrent exclusivement à la gestion de ces appareils et au fonctionnement des laveurs- désinfecteurs pour endoscopes dans la salle de retraitement ; ce service est sous la responsabilité du chef de la stérilisation.

Tous les personnels des unités d'endoscopie doivent suivre une formation pour le retraitement des endoscopes.

Le retraitement des endoscopes occupe une place essentielle dans la prévention des infections associées aux soins.

Il est important que les instructions de travail soient régulièrement mises à jour, selon l'évolution des connaissances scientifiques et des techniques actuelles.

Toutes les procédures internes sont validées par le responsable du service, le service HPCI et le département biomédical.

Après l'examen, l'endoscope contaminé subit en salle d'examen déjà une première aspiration de l'eau dans le canal opératoire, et un rinçage du canal eau-air ; puis il est déposé avec les accessoires utilisés dans le bac de transport, avant d'être recouvert d'une housse transparente et d'une étiquette

signalétique « sale », qui indique clairement qu'il s'agit d'un endoscope contaminé, donc à retraiter immédiatement. Il est ensuite emmené en salle de retraitement.



## Le retraitement

### 1. Protection du personnel

Le personnel est tenu de se protéger durant toutes les étapes avec des gants en nitrile, une sur-blouse de protection imperméable, des lunettes de protection et un masque chirurgical ou un masque à visière.





## 2. Test d'étanchéité

Ce test doit être effectué après chaque utilisation de l'endoscope; le retraitement ne doit pas être poursuivi si le test n'est pas conforme. L'immersion de l'endoscope dans une solution détergente désinfectante doit être complète.



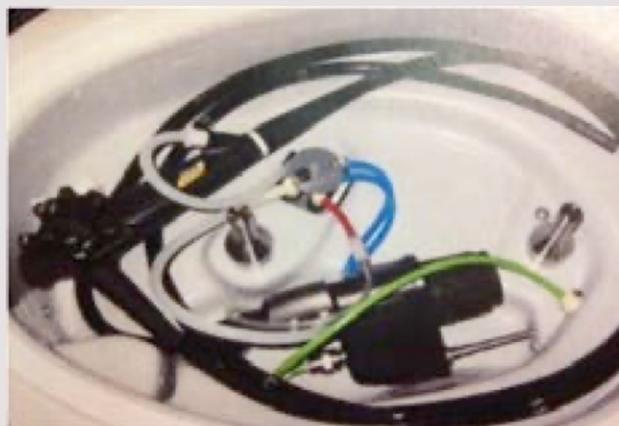
## 3. Pré-désinfection

Ecouvillonner l'endoscope avec la brosse à usage unique, en respectant la «marche en avant» (ne jamais faire de mouvements de va-et-vient avec les brosses); il faut réaliser 2 passages dans chaque canal, avec des brosses spécifiques pour endoscopes adaptées aux différents diamètres des canaux. Ces brosses sont à usage unique, et doivent être éliminées dans les poubelles à déchets urbains.

Désinfecter les différents canaux à l'aide d'une seringue de 20 ml.

Rincer tous les canaux trop petits pour être brossés (p. ex. le canal Aqua-Jet) avec une seringue remplie de solution détergente, vérifier que la solution sort de l'endoscope, brosser toutes les valves, les orifices, l'embout distal et les manettes à l'aide d'une brosse souple.

Une fois le pré-traitement terminé, l'endoscope est placé dans le laveur-désinfecteur pour la suite du retraitement automatisé avec lavage et désinfection des endoscopes.



## 4. Prise en charge après sortie du laveur-désinfecteur

Après la sortie du laveur-désinfecteur, l'endoscope ne doit pas avoir de résidus de salissures. Il faut effectuer un séchage complémentaire avec une compresse propre et de l'air comprimé médical filtré, puis lubrifier les joints et les valves.

L'endoscope retraité est ensuite déposé dans son bac de stockage (bac spécifique pour chaque famille d'endoscopes et identifié pour chaque appareil) préalablement désinfecté. Il est conduit dans la salle «propre», où se trouvent les armoires de stockage via un sas fermé.

Le système de traçabilité permet de déterminer qui a retraité l'endoscope, dans quel équipement l'endoscope a été retraité et avec quel cycle, quand il a été retraité, pour quel(le) patient(e) il a été utilisé et qui était le médecin responsable de l'examen endoscopique.

Selon les Bonnes Pratiques de Retraitement des Dispositifs Médicaux 2021, il est recommandé de conserver les documents de traçabilité durant 16 ans.



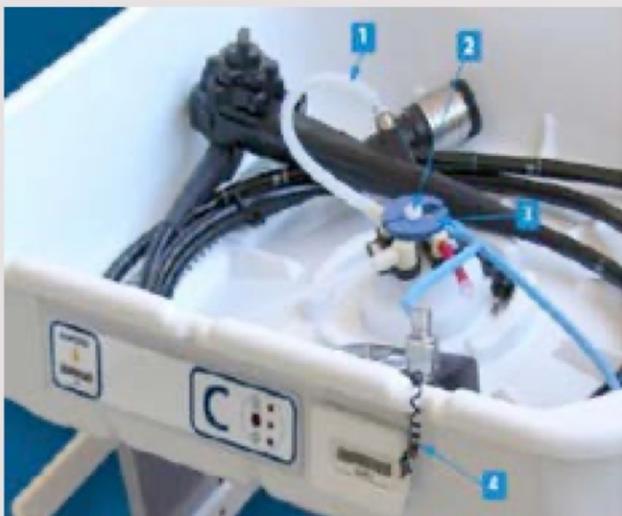


## 5. Stockage

Une enceinte de stockage conforme à la norme SN EN 16442 doit être qualifiée et le stockage validé d'après celle-ci.

Un transport approprié consiste à mettre l'endoscope dans son bac de stockage, qui permet sa protection et la conservation de la désinfection jusqu'à sa prochaine utilisation.

Dans certains pays, il existe des durées maximales de stockage dans une enceinte (Hôpital de Morges: 72 h.).



## 6. Contrôle microbiologique des endoscopes

La fréquence de réalisation de ce contrôle est d'au moins une fois par année sur chaque endoscope utilisé.

En référence aux recommandations internationales et nationales, les micro-organismes recherchés sont:

*Pseudomonas aeruginosa*, entérobactéries, *Staphylococcus aureus*, levures.

## 7. Contrôles souillure-test

Il est important d'utiliser des dispositifs d'épreuves de procédés contenant une souillure-test pour vérifier le fonctionnement régulier de l'équipement.

La norme SN EN ISO 15383-4 précise qu'au minimum un test trimestriel doit être effectué.

Un contrôle visuel plus un contrôle de fonctionnalité sont effectués après chaque cycle de nettoyage et de désinfection.

## 8. Contrôle microbiologique de l'eau

Une analyse chimique de l'eau osmosée ou déminéralisée utilisée pour le rinçage final doit être faite à l'installation du LDE.

L'eau de rinçage des endoscopes doit être analysée microbiologiquement:

- A l'installation des laveurs-désinfecteurs.
- Annuellement

A l'EHC, les analyses s'effectuent mensuellement les trois premières années de mise en service du LDE, puis trimestriellement. Les micro-organismes suivants sont recherchés:

Germes aérobies, *Pseudomonas aeruginosa*, légionelles et mycobactéries.

L'eau du réseau qui arrive au LDE est également contrôlée microbiologiquement et annuellement.



## 9. Produits de prétraitement

Il est important de s'assurer que le détergent et le désinfectant utilisés soient compatibles avec l'endoscope à retraiter.

Ils ne doivent pas contenir de substances fixant les protéines; le désinfectant utilisé doit être de haut niveau, assurant l'élimination de tous les micro-organismes à l'exception de quelques spores.



## 10. Normes applicables

SN EN ISO 15883-1 (Laveurs désinfecteurs-Exigences générales, termes et définitions et essais)

SN EN ISO 15883-4 (Laveurs désinfecteurs-Exigences et essais pour les laveurs désinfecteurs destinés à la désinfection chimique des endoscopes thermolabiles)

SN EN ISO 15883-5 (Essais de souillures et méthodes pour démontrer l'efficacité de nettoyage)

SN EN ISO 16442 (enceinte de stockage à atmosphère contrôlée pour endoscopes thermosensibles traités)

## 11. Bibliographie

Coll./Swissmedic: Guide de la check-list pour le retraitement des endoscopes (Berne, 2021),

Coll./SSHH/Swissmedic: Bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux (Berne, 2021).



# Prolapsus du rectum

## Résumé

Le prolapsus du rectum (PR) est une pathologie invalidante, apparaissant typiquement chez la femme d'un certain âge. Les symptômes peuvent mimer ceux d'une tumeur rectale ou anale. Souvent, les patients se plaignent de douleurs, d'incontinence et de saignements. Les diagnostics différentiels sont larges et l'anamnèse gynécologique et urologique fait partie de la consultation. Le diagnostic est fait par l'examen clinique. La réparation chirurgicale reste le traitement de choix. Actuellement, il existe plus de 100 chirurgies décrites pour corriger le PR. La tendance actuelle est d'effectuer une rectopexie par laparoscopie avec surtout des avantages au niveau du taux de récives.

## Introduction

Le prolapsus rectal (PR) est une pathologie relativement peu fréquente mais très invalidante. Les symptômes peuvent aller d'une simple protrusion en passant par un saignement anal, une constipation chronique jusqu'à l'incontinence aux selles. Le PR nécessite très souvent un traitement chirurgical. Pratiquement, quels sont les symptômes, quels sont les examens utiles et quels en sont les différents traitements? Le PR se définit par la protrusion des couches du rectum au travers de l'anus. Il se manifeste par une extériorisation des anneaux de la muqueuse rectale. Son incidence est de 0.25-0.45% dans la population adulte, sa prévalence est estimée à 1% des adultes au-delà de 65 ans. (1) Les femmes représentent 80-90% des patients.

Cette pathologie est connue depuis les civilisations égyptiennes et grecques dont la plus vieille référence se trouve dans le Papyrus Ebers 1500ans avant JC. Hippocrate a décrit un traitement original en proposant de suspendre le patient par les pieds et de le secouer pour réduire le prolapsus. Une fois le PR réduit, il a proposé d'appliquer de la soude caustique sur la muqueuse pendant trois jours. Les premières publications modernes remontent à 1888

par voie périnéale, puis en 1912 par voie abdominale. Durant le 20ème siècle, de multiples techniques ont été décrites, par voies abdominales et périnéales. (2)

Les facteurs de risques décrits sont le genre féminin, la multiparité, les accouchements par voie basse, et l'âge au-dessus de 40 ans. La constipation chronique, les pathologies psychiatriques et les antécédents de chirurgie pelvienne font partie également des facteurs de risque.

**A la consultation**, les symptômes décrits peuvent mimer ceux du cancer du rectum soit l'apparition d'une masse réductible ou non, de rectorragies, d'un inconfort abdominal, d'une sensation de vidange rectale incomplète, d'un transit altéré, d'une extériorisation de mucus ou d'une incontinence aux selles. Les premiers symptômes sont la protrusion d'une masse dans le canal anal avec décharge de mucus, souvent en association avec la défécation. Plus tard, le patient peut présenter une incontinence aux gaz puis aux selles. L'apparition de saignement est aussi fréquente. Le patient doit parfois effectuer une manœuvre digitale pour l'intérioriser.

Si le PR est réduit, l'examen externe peut ne rien montrer de particulier. On demande alors au patient de pousser comme pour aller à selles. (Image 1) Si le prolapsus n'est pas évident, le patient est prié d'aller sur une chaise percée ou aux toilettes et de s'asseoir jusqu'à procidence de celui-ci. Le toucher rectal est indispensable, il permet de détecter une faiblesse sphinctérienne, une masse ou une autre pathologie pelvienne (rectocèle, cystocèle, prolapsus utérin).

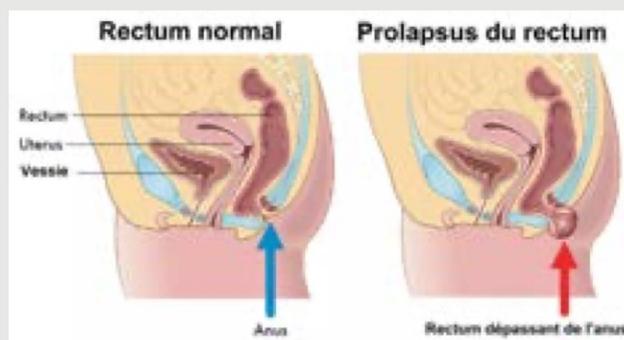


Image 1: Schéma





## Investigations fonctionnelles

Une colonoscopie doit absolument (Image 2) être effectuée avant de corriger le PR pour tout patient de plus de 50 ans ou avec des facteurs de risques habituels afin d'exclure une autre pathologie telle qu'une lésion tumorale ou une sténose diverticulaire, ce qui pourrait modifier le choix de la technique chirurgicale. (7)



Image 2: Prolapsus rectal

Des évaluations telles que la manométrie anale ou l'IRM pelvienne ne sont pas utiles dans les prises en charge du PR. La manométrie anale peut détecter des faiblesses sphinctériennes mais celles-ci ont tendance à s'améliorer après correction du PR et ne déterminent donc pas l'approche chirurgicale. (8) Chez les patients incontinents, le sphincter anal commence à regagner du tonus un mois après l'opération et la continence est généralement partiellement restaurée en 2-3 mois. (9)

## Traitement médicamenteux-conservateur

Le traitement médicamenteux du PR est utile pour minimiser les symptômes chez des patients qui ont soit trop de comorbidités pour une chirurgie (ce qui est très rare aujourd'hui), soit ne souhaitent pas se faire opérer. Le but est d'améliorer la qualité de vie de ces personnes mais il ne peut pas remplacer une chirurgie. La physiothérapie pelvienne peut améliorer les symptômes, mais surtout, elle peut être utilisée en post-opératoire pour renforcer la musculature si besoin. (10-12)

## Traitement en urgence

La plus importante complication liée au PR complet non opéré est l'incarcération. Le traitement est de placer le patient en position de Trendelenburg, d'appliquer des compresses froides ou du sucre jusqu'à ce que l'œdème diminue dans le but de pouvoir effectuer une réduction manuelle. (13) En cas d'échec, une intervention en urgence est indiquée. Le traitement consiste très souvent en une correction par voie périnéale. (14)

## Traitement chirurgical en électif

Le but du traitement chirurgical est de contrôler le prolapsus, restaurer la continence et minimiser la constipation. Le débat actuel se porte sur l'abord (périnéal ou abdominal), et sur la technique utilisée, notamment l'utilité d'un filet ou non.

## Abords chirurgicaux: périnéal ou abdominal ?

En général, l'abord périnéal a de meilleurs résultats en terme de morbidités et douleurs postopératoires et a un temps d'hospitalisation réduit par rapport à un abord abdominal. Malgré cela, il faut prendre en considération que les taux de récurrences sont trois à quatre fois plus élevés dans un abord périnéal. (15,16) Cette approche est souvent indiquée chez le patient âgé ou à hauts risques anesthésiques. Par ailleurs, il est possible d'effectuer un abord périnéal sous anesthésie locale ou locorégionale, permettant de ce fait une prise en charge éventuellement ambulatoire ou un retour à domicile dans les 24 heures (tablette 1). (17)

## Abords périnéaux

**Technique de Delorme:** (Image 3) Décrite par Delorme en 1900, elle implique la séparation de la muqueuse de la sous-muqueuse ainsi que la plicature de la muscularis propria. La mortalité est de 0-4 % et les taux de récurrence varient entre 0-16 %. (18,19)



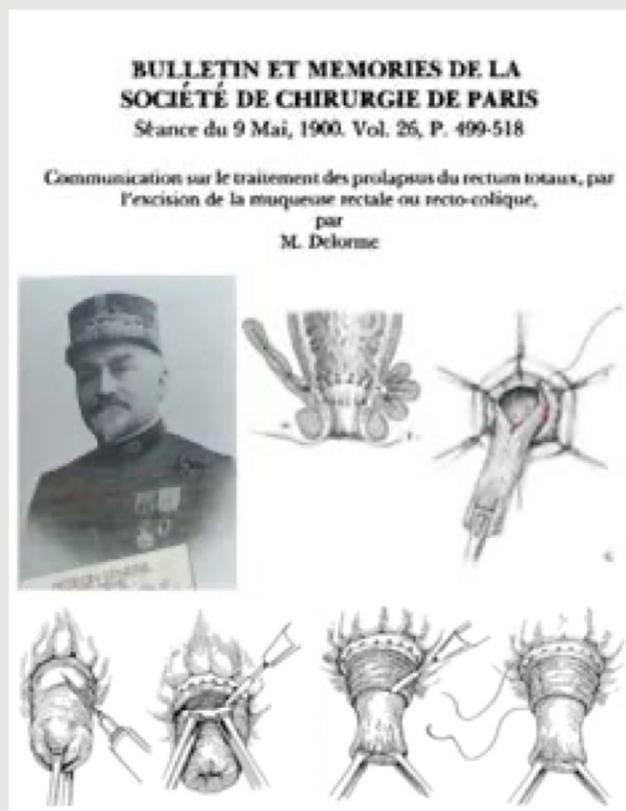


Image 3: Correction du PR par voie périnéale selon Delorme.

**Rectosigmoïdectomie selon Altemeier:** Technique impliquant une excision de toute la paroi rectale avec si possible une partie du sigmoïde en effectuant une anastomose colo-anale. La mortalité est de 0-5%, et les taux de récurrence entre 12,5-37%. (18,19)

### Abords abdominaux

Bien que similaires entre elles, les techniques par voie abdominale diffèrent par certains aspects. Une revue de la littérature a conclu qu'il n'y a pas encore de preuve suffisante qu'une technique soit meilleure qu'une autre. (22). Le choix de la technique n'a pas montré d'influence sur le taux de récurrence soit 1% à 1 an, 6.6% à 5 ans, 28.9% à 10 ans. (23)

La tendance actuelle est d'effectuer **une rectopexie antérieure par laparoscopie selon d'Hoore.** (Image 4) (24) Plusieurs études ont montré un très bon résultat de cette technique par rapport aux taux préopératoire d'incontinence et de constipation avec un taux de récurrence égal voire inférieur à d'autres techniques soit de 2-4.7%. (25,26) Différents types

de filets sont utilisés, absorbables ou non, avec des résultats similaires. (18) L'utilisation d'une prothèse biologique semble aussi efficace qu'une prothèse synthétique. (24)

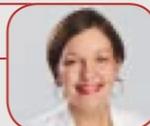


Image 4: Correction du prolapsus par abord abdominal avec apposition d'une prothèse sur le rectum et fixée au sacrum.

Les patients bénéficient surtout d'un meilleur contrôle de la douleur, et d'une reprise de transit plus rapide. (27) La faisabilité d'un abord laparoscopique a été démontrée possible même chez des patients à hauts risques. Les complications mineures sont significativement moins nombreuses. (28)



Image 5: AVANT - APRÈS


**Tabelle 1**

Technique chirurgicale	Avantages	Désavantages, risques	Récidive
<b>Perinéal</b>			
Delorme	Anesthésies loco-régionales	Récidives élevées	15-30%
Altemeier	Anesthésies loco-régionales	Excision du rectum +- sigmoïde « à l'aveugle », insuffisance anastomotique	15-30%
<b>Abdominale</b>			
Rectopexie antérieure (D'Hoore)	Restaure l'anatomie (aussi du compartiment antérieur), petit risque de lésions des nerfs	Utilisation matériel étranger	2-5%
Rectopexie postérieure	Mieux évaluer	Lésions de nerfs	2-10%
avec résection sigmoïdienne	Amélioration d'une constipation si présente	Morbidité augmentée	10-15%
Par laparoscopie	Douleurs moindres, court temps hospitalier	-	-
Assisté du robot	Facilite les sutures et protège mieux les nerfs	Coûts	-

## Bibliographie :

- Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. **Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse.** *Scand J Surg.* 2005; 94:207.
- Gourgiotis S, Baratsis S. **Rectal prolapse.** *Int J Colorectal Dis.* 2007;22:231-243.
- Hiltunen KM, Matikainen MJ, Auvinen O, Hietanen P. Clinical and manometric evaluation of anal sphincter function in patients with rectal prolapse. *Am J Surg.* 1986;151:489-492.
- Keighley MR, Shouler PJ. Abnormalities of colonic function in patients with rectal prolapse and faecal incontinence. *Br J Surg.* 1984;71:892-895.
- Stein EA, Stein DE. **Rectal procidentia: diagnosis and management.** *Gastroint Endosc Clin N Am.* 2006;16:189.
- Gonzalez-Argente XF, Jain A, Nogueras JJ, Davila WG, Weiss EG, Wexner SD. Prevalence and severity of urinary incontinence and pelvic genital prolapse in females with anal incontinence and rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2001; Jul;44(7):920-6.
- Bounovas A, Polychronidis A, Laftsidis P, Simopoulos C. **Sigmoid colon cancer presenting as complete rectal prolapse.** *Colorectal Disease* 2007;sep;9(7):665-6.
- Ris F., Colin JF, Chilcott M, et al. Atemeyer's procedure for rectal prolapse: analysis of long-term outcome in 60 patients. *Colorectal Dis.* 2012;Sep;14(9):1106-11.
- Ripstein CB. **Treatment of massive rectal prolapse.** *Am J Surg.* 1952;83:68-71.
- Hamalainen K-PJ, Ravio P, Antila S. **Biofeedback therapy in rectal prolapse patients.** *Dis Colon Rectum.* 1996;39:262-265.
- Jorge JM, Habr-Gama A, Wexner SD. **Biofeedback therapy in the colon and rectal practice.** *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2003;28:47.
- Khaikin M, Wexner SD. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence. *World J Gastroenterol.* 2006;12:3168.



- <sup>13</sup> Myers JO, Rothenberger DA. **Sugar in the reduction of incarcerated prolapsed bowel.** *Dis Colon Rectum.* 1991;34:416-418.
- <sup>14</sup> Ramanujam PS, Venkatesh KS. **Management of acute incarcerated rectal prolapse.** *Dis Colon Rectum.* 1992;35(12):1154-1156.
- <sup>15</sup> Kim DS, Tsang CB, Wong WD, Lowry AC, Goldberg SM, Madoff RD. **Complete rectal prolapse: evolution of management and results.** *Dis Colon Rectum.* 1999;42:460-469.
- <sup>16</sup> Riansuwan W, Hull TL, Bast J, Hammel JP, Church JM. **Comparison of perineal operations with abdominal operations for full-thickness rectal prolapse.** *World J Surg.* 2010 May;34(5):1116-22.
- <sup>17</sup> Kimmins MH, Evetts BK, Isler J, Billingham R. **The Altemeier repair: Outpatient treatment of rectal prolapse.** *Dis Colon rectum.* 2001;Apr;44(4):565-70.
- <sup>18</sup> Thandinkosi E, Wexner S; **Surgical management of rectal prolapse.** *Arch Surg.* 2005;140:63-73.
- <sup>19</sup> Madsen MA. **Perineal approaches to rectal prolapse.** *Clin Colon Rectal Surg.* 2008 May;21(2):100-5.
- <sup>20</sup> Scherer R, Marti L, Hetzer F. **Perineal Stapled Prolapse resection: A new procedure for external rectal prolapse.** *Dis Colon Rectum.* 2008;Nov;51(11):1727-30.
- <sup>21</sup> Hetzer FH, Roushan AH, Wolf K, Beutner U, Borovicka J, Lange J, Marti L. **Functional outcome after perineal stapled prolapse resection for external rectal prolapse.** *BMC Surg.* 2010;Mar;8;10:9.
- <sup>22</sup> Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. **Surgery for complete rectal prolapse in adults (Review);** *Cochrane review,* 2009.
- <sup>23</sup> Raftopoulos Y, Senagore A, Di Giuro G, Bergamaschi R. **Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse: a multicenter pooled analysis of 643 individual patient data.** *Dis Colon Rectum.* 2005;48:1200-1206.
- <sup>24</sup> Wahed S, Ahmad M, Mohiuddin K, Katory M, Mercer-Jones M. **Short-term results for laparoscopic ventral rectopexy using biological mesh for pelvic organ prolapse.** *Colorectal Disease.* 2011;14:1242-1247.
- <sup>25</sup> Collinson R, Wijffels N, Cunningham C, Lindsey I. **Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse: short-term functional results.** *Colorectal disease.* 2012;12:97-104.
- <sup>26</sup> Faucheron JL, Voirin D, Riboud R, Waroquet PA, Noel J. **Laparoscopic anterior rectopexy to the promontory for full-thickness rectal prolapse in 175 consecutive patients: short- and long-term follow-up.** *Dis Colon Rectum.* 2012 Jun;55(6):660-5.
- <sup>27</sup> Purkayastha S, Tekkis P, Athanasiou T, Aziz O, Paraskevas P, Ziprin P, Darzi A. **A comparison of open vs. laparoscopic abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: a meta-analysis.** *Dis Colon Rectum.* 2005;Oct;48(10):1930-40.
- <sup>28</sup> Plocek MD, Geisler DP, Glennon EJ, Kondylis P, Reilly JC. **Laparoscopic colorectal surgery in the complicated patient.** *Am J Surg.* 2005;190:882-885.
- <sup>29</sup> Deen KI, Grant E, Billingham C, Keighley MRB. **Abdominal resection rectopexy with pelvic floor repair versus perianal rectosigmoidectomy and pelvic floor repair for fullthickness rectal prolapse.** *Br J Surg* 1994, 81:302-304.
- <sup>30</sup> Steele SR, Goetz LH, Minami S, Madoff RD, Mellgren AF, Parker SC. **Management of recurrent rectal prolapse: Surgical approach influences outcome.** *Dis Colon Rectum.* 2006;49:440-445.

**Docteure Céline DUVOISIN CORDOBA**

**Spécialiste en chirurgie**

**Médecin adjointe**

**EHC – Hôpital de Morges**





# La fibromyalgie, vous connaissez ?

J'ignorais l'existence de cette maladie avant de travailler en tant qu'infirmière, en service d'antalgie, il y a de cela 17 ans.

Cette pathologie se caractérise par des douleurs musculaires diffuses et chroniques.

Les douleurs peuvent s'accompagner de troubles visuels, auditifs, maux de tête, acouphènes, anxiété, angoisse, dépression, fatigue, troubles du sommeil, pertes de mémoires, douleurs coliques... Le tout exacerbé par le stress et les variations météorologiques...

La fibromyalgie touche 3% de la population, avec une majorité de femmes entre 30 et 50 ans, les hommes et les enfants peuvent également être atteints.

Décrite pour la première fois en 1977 par deux auteurs canadiens; Smythe et Moldofsky, La fibromyalgie est depuis 2006 identifiée comme entité autonome dans la Classification internationale des maladies – 10<sup>e</sup> révision (CIM10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sous le code M79.7

Jusqu'à présent, le diagnostic de la fibromyalgie est clinique. En l'absence de lésion anatomique, d'anomalie biologique ou anatomo-pathologique pouvant rendre compte des symptômes déclarés, la variabilité des signes fonctionnels et la subjectivité de leur mesure rendent délicate sa reconnaissance.

Et c'est là que le bât blesse, cette maladie n'est pas encore reconnue ni en Suisse, ni en Europe, excepté le Portugal, où la reconnaissance est médicale et juridique.

Cependant le monde médical commence à se pencher sur la compréhension de l'étiologie de cette maladie, dont, en Suisse, la Dresse Joelle Chabwine, neurologue à Sion, qui mène une étude

sur le lien entre activité neuronale et douleur de fibromyalgie: «Vers une approche de la douleur par les mécanismes physiologiques sous-jacents».

Le traitement? Pas de réel traitement médicamenteux...

A ce jour, dans mon service à l'hôpital de Morges, une prise en charge multi disciplinaire initiée par le Docteur Christophe Perruchoud est toujours proposée aux patients, dont la stimulation magnétique transcrânienne qui montre chez certains patients de bons résultats sur la qualité du sommeil et la diminution de la douleur.

L'accompagnement?

Grâce à l'engagement de son comité, du personnel du bureau, des groupes d'entraide, l'ASFM Association Suisse des Fibromyalgiques œuvre, entre autre, à faire connaître et reconnaître la fibromyalgie (médical, social, juridique,...) et à apporter les connaissances utiles aux différents acteurs impliqués ou non dans la fibromyalgie, au travers de conférences, séminaires et autres formations, et à sensibiliser l'opinion publique à cette maladie.

En 2019, nous avons organisé la première journée internationale de la fibromyalgie, avec des conférences d'intervenants médicaux, ateliers de mieux-être, présence d'une doctoresse en médecine ayurvédique, et bien d'autres...

Cette année, la situation pandémique a mis nos activités en suspend...pour mieux reprendre d'ici peu

A suivre...

**Anne Smit**  
Présidente ASFM



# Le glaucome

## Introduction

En 1622, un ophtalmologue anglais du nom de Richard Bannister a décrit pour la 1<sup>ère</sup> fois l'association entre une pression intraoculaire élevée et le glaucome comme un œil trop dur et solide.

Le glaucome est une maladie oculaire pouvant avoir de graves conséquences si elle n'est pas traitée. Cette pathologie se caractérise par une destruction lente et progressive du nerf optique (Fig. 1 et 2) qui transporte les informations visuelles au cerveau.

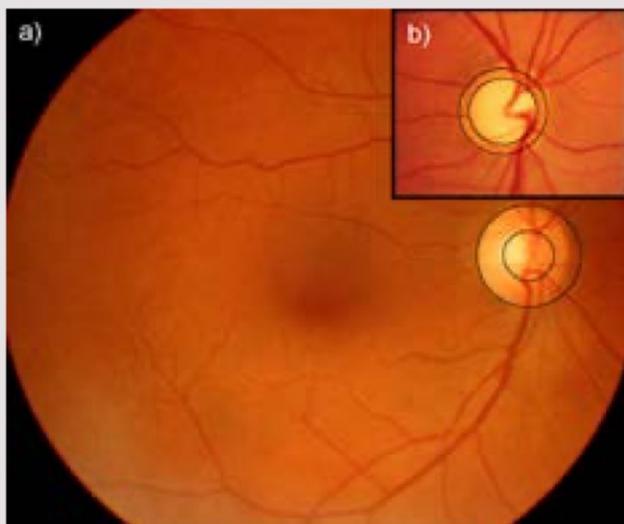


Fig. 1 : a) Fond d'œil d'une rétine et d'un nerf optique sain b) nerf optique glaucomateux, l'anneau neuro-rétinien (surface entre les deux cercles) diminué à cause de la perte de fibre nerveuse.

Comme le glaucome se décrit par une détérioration progressive du champ visuel périphérique, il n'y a pas de symptômes au stade précoce de la maladie. En conséquence, si la maladie n'est pas diagnostiquée et traitée, ceci peut entraîner la progression de la perte du champ visuel jusqu'à l'altération de la vision centrale.

Selon l'OMS, le glaucome est la deuxième cause de cécité dans le monde après la cataracte. En 2010, il était estimé que 44.7 millions de personnes étaient atteintes de glaucome dans le monde et ce chiffre augmentera à 58.6 millions en 2020.

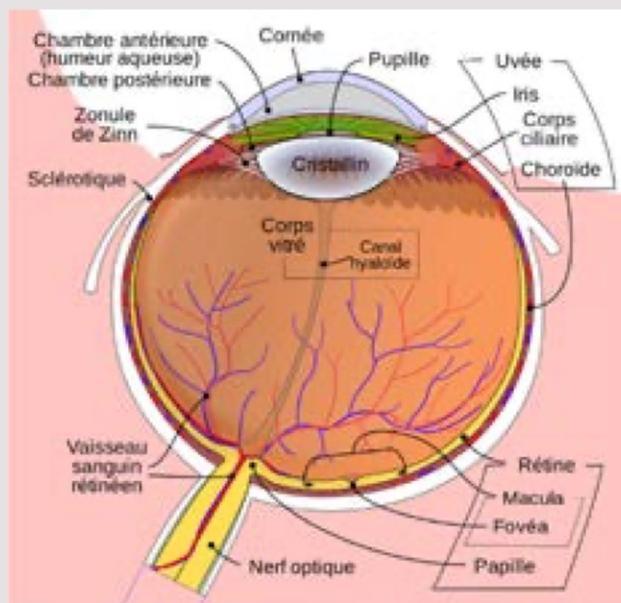


Fig. 2: Vue schématique d'un œil humain.

## Signes et symptômes

Le glaucome peut se présenter sous deux formes :

Le glaucome à angle ouvert, une forme chronique de la maladie, sans douleur. Les seuls signes sont une perte progressive de la vision périphérique, ainsi qu'une modification du nerf optique (causée par une perte progressive des fibres nerveuses).

Le glaucome à angle fermé se caractérise par une fermeture de l'angle irido-cornéen (zone qui réabsorbe l'eau de l'œil). De ce fait, ceci peut aboutir à un glaucome appelé aigu se décrivant par une douleur oculaire soudaine, un œil rouge, une présence d'halos autour des lumières, des nausées/vomissements, une diminution brutale de la vision et une pupille moyennement dilatée. Les symptômes énoncés résultent d'une pression intraoculaire importante (supérieure à >30 mmHg) qui peut susciter des lésions irréversibles du nerf optique en quelques jours, voire en quelques heures. C'est pourquoi, le glaucome aigu est considéré comme une urgence et une prise en charge rapide est nécessaire.



## Causes

Une anamnèse familiale positive est un facteur de risques pour un glaucome. Cependant, l'identification d'un gène spécifique chez un patient glaucomateux est impossible dans la plupart des cas. L'origine est souvent multifactorielle et peut s'expliquer par des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux. Comme par exemple lors d'utilisation prolongée de stéroïdes, d'un diabète avancé, de problèmes vasculaires de l'œil ainsi que d'inflammations de l'œil.

## Physiopathologie

La forme la plus commune de glaucome est causée par une hypertension intraoculaire avec angle ouvert (pression supérieure à 21 voire 24 mmHg). Dans la plupart des cas, l'absorption de l'humeur aqueuse par le trabéculum est diminuée à cause d'une augmentation de la résistance. Par conséquence, sa fonction en est perturbée et il en résulte l'augmentation de la pression intraoculaire. Tous les mécanismes physiopathologiques impliqués dans la dégénérescence des fibres du nerf optique ne sont pas totalement élucidés. Néanmoins, l'hyperpression intraoculaire constitue un élément majeur dans l'atrophie optique. La quasi-totalité des traitements utilisés à ce jour visent à diminuer la pression intraoculaire, soit en diminuant la production d'humeur aqueuse par le corps ciliaire, soit en augmentant le drainage de l'humeur aqueuse.

La pression intraoculaire est régulée par la production d'humeur aqueuse produite par le corps ciliaire. Le drainage est réalisé par le trabéculum (Fig. 3). L'humeur aqueuse passe du processus ciliaire à la chambre postérieure, traverse l'iris et circule jusqu'à la chambre antérieure où elle est absorbée par le trabéculum. Finalement, elle est résorbée dans la circulation veineuse.

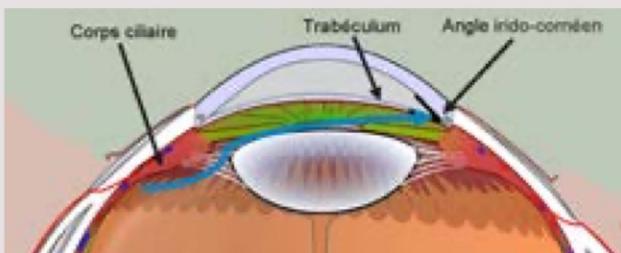


Fig. 3 : Trajet de l'humeur aqueuse du corps ciliaire à l'angle iridocornéen (flèche bleue).

Un autre type de glaucome est le glaucome à angle fermé qui est un angle irido-cornéen complètement fermé. Celui-ci est engendré par un déplacement de l'iris vers l'avant, lui-même poussé par le cristallin. Ce phénomène est remarqué principalement chez les patients ayant un œil d'aspect prédisposant (de petite longueur axiale).

Toutefois, dans de rares cas, un glaucome peut apparaître sans aucune augmentation de la pression. Ce dernier est appelé glaucome à pression normale. La physiopathologie de celui-ci est encore difficilement explicable. Dans certains cas, ce glaucome semble être causé par une pression artérielle trop basse pendant la nuit. Il est aussi plus fréquent chez les patients souffrant de maladie de Raynaud's (dérégulation vasculaire) et d'apnée du sommeil.

## Diagnostique

Afin de diagnostiquer un glaucome, plusieurs examens sont réalisés : la prise de la tension oculaire, l'analyse morphologique du nerf optique, le champ visuel périphérique et OCT (Optical Coherence Tomography). Ce dernier a changé radicalement la prise en charge du glaucome car il s'agit d'une méthode non-invasive qui utilise la lumière pour reconstruire une image comme une échographie (Fig. 4). Ces examens sont également répétés pour le suivi de la maladie.

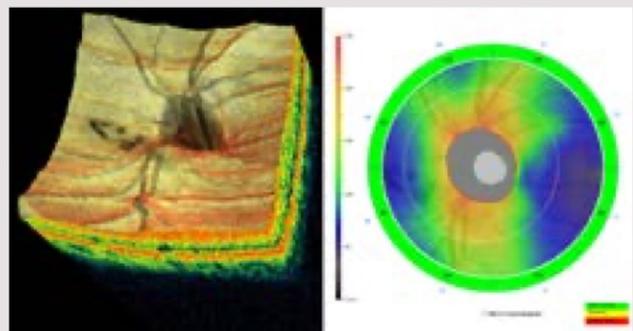


Fig. 4 : OCT du nerf optique permettant d'analyser l'épaisseur des fibres nerveuses qui le compose pour juger de la présence ou absence d'un glaucome ainsi que sa progression



## Traitement

Divers moyens thérapeutiques sont envisageables, le but premier étant de limiter les futurs dommages sur le nerf optique afin de préserver la vision. La plus grande partie des traitements vise à diminuer la pression intraoculaire, soit le facteur de risques majeur.

Les traitements médicamenteux sont administrés par gouttes, la plupart du temps. Plusieurs classes de médicaments existent: les prostaglandines,  $\beta$  bloqueurs,  $\alpha$  agonistes, inhibiteurs de l'anhydrase carbonique et inhibiteurs de la rho-kinase. Pour augmenter l'efficacité, la combinaison de ces classes est souvent appliquée.

Chaque traitement peut avoir des effets secondaires locaux, tels que des rougeurs et des picotements. Les  $\beta$  bloqueurs peuvent avoir dans de rares cas des effets secondaires systémiques. Afin de garantir l'efficacité de ces médicaments, la compliance reste un problème majeur des traitements en goutte qui doivent être administrés une à deux fois par jour.

Une intervention par laser peut être également utilisée. Deux types de laser existent: le laser YAG (neodymium-doped yttrium aluminum garnet) et SLT (Selective Laser Trabeculoplasty). Le laser YAG est utilisé pour réaliser un trou dans l'iris (Fig. 5) afin de faciliter le flux de l'humeur aqueuse. Celui-ci est utilisé, entre autres, pour les glaucomes à angle fermé.

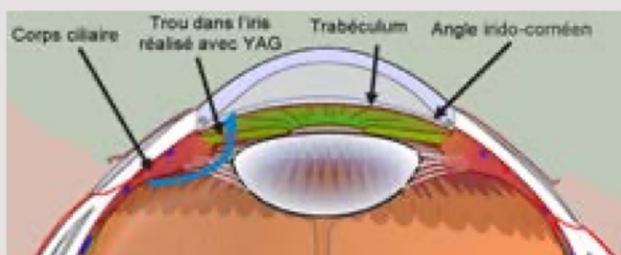


Fig. 5: Trajet de l'humeur aqueuse du corps ciliaire à l'angle iridocornéen après une iridotomie au YAG (flèche bleue).

Le traitement SLT permet de faciliter l'absorption de l'humeur aqueuse par le trabéculum et, de ce fait, diminue la pression intraoculaire. Cependant, son effet est temporaire et le traitement est à réitérer 12 à 24 mois après.

Ces traitements laser sont bien tolérés et ont un très faible risque de complication.

Le traitement chirurgical est utilisé en dernier recours, dans la majeure partie des cas quand la médication n'est plus suffisante ou quand la compliance est mauvaise. Dans les pays en voie de développement, la chirurgie du glaucome est réalisée plus facilement car les traitements en gouttes sont relativement onéreux et la compliance est basse.

Dans la quasi-totalité des chirurgies du glaucome, le but est d'augmenter la résorption d'humeur aqueuse. Deux principaux types d'intervention sont pratiqués: la pénétrante et la non-pénétrante.

La chirurgie pénétrante (trabéculéctomie ou implant de drainage) consiste à créer une ouverture entre l'intérieur de l'œil (la chambre antérieure) et l'extérieur de l'œil (l'espace sous conjonctival). Cette chirurgie diminue de façon importante la pression intraoculaire. Toutefois, elle comporte un risque d'hypotonie oculaire et un risque d'infection appelée endophtalmie, cela étant donné qu'une ouverture est faite vers l'extérieur de l'œil.

La trabéculéctomie est la plus réalisée au monde pour le traitement du glaucome. Elle peut être également combinée avec l'intervention de la cataracte. La trabéculéctomie consiste en la création d'un flap au niveau de la sclère (le blanc de l'œil) et son extension jusqu'au niveau de la cornée. Ensuite la création d'une fenêtre sous le flap est effectuée pour enlever une portion du trabéculum. Le flap scléral est suturé à sa place tout en faisant attention à ce que l'humeur aqueuse puisse s'écouler (Fig. 6). Pour terminer, la conjonctive est ensuite suturée par-dessus. En plus des risques déjà connus d'une chirurgie pénétrante, le flap a un risque de se fibroser rendant la trabéculéctomie inefficace.

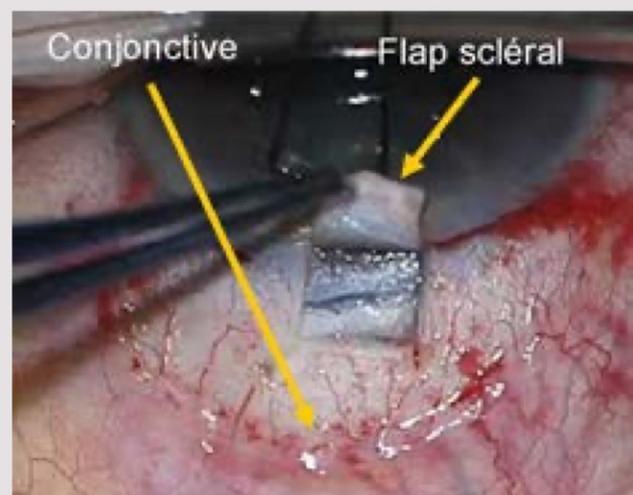


Fig. 6: Image d'une trabéculéctomie.



Les implants de drainage consistent en un tuyau qui se connecte de la chambre antérieure jusqu'à un réservoir dans l'espace sous-ténionien. Les implants existent sous différentes formes. Ils sont réservés la plupart du temps à des cas très complexes et utilisés en dernier recours. (Fig. 7)

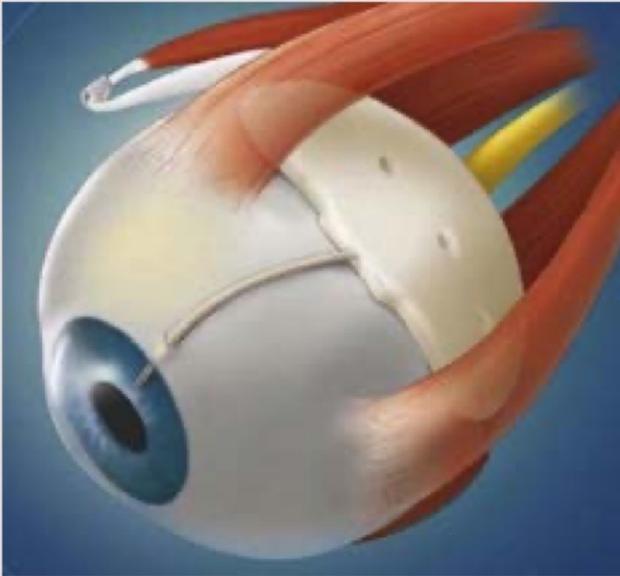


Fig. 7: Image d'un implant de drainage.

La SPIC (Sclérectomie profonde avec ou sans implant de collagène) est une version améliorée de la trabéculotomie avec deux différences majeures. Une membrane au niveau du trabéculum est préservée, ceci permettant de diminuer les risques d'infections intraoculaires et d'hypotonie. L'implant de collagène entre le flap et la sclère permet de diminuer les risques de fibrose. Ce type d'opération peut aussi être considéré comme non-pénétrant.

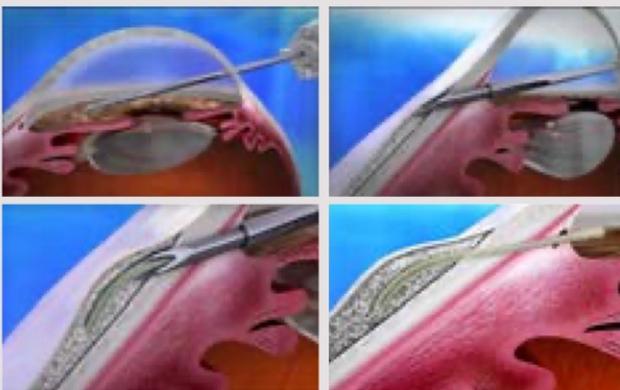


Fig. 8: Schéma représentant la mise en place d'un implant Xen

Dans le cas de la chirurgie non-pénétrante il n'y a pas de communication directe entre l'intérieur de l'œil et l'extérieur. Les risques d'hypotonie et d'infection sont donc beaucoup plus faible. Il existe plusieurs interventions possibles mais les deux citées ci-dessous sont les plus pratiquées.

Les implants, comme par exemple l'implant Xen (Fig. 8), sont des petits tuyaux qui permettent de bypasser le trabéculum et à l'humeur aqueuse de s'écouler dans l'espace sous conjonctival.

La GATT (Gonioscopy Assisted Transluminal Trabeculotomy) consiste à ouvrir le trabéculum sur 360 degrés, ce qui permet de diminuer sa résistance à l'humeur aqueuse. Pour ce faire, il convient d'introduire un filament dans le canal de Schlemm (veine qui absorbe l'humeur aqueuse) et ensuite de le tirer afin qu'il fasse un effet « fil à couper le beurre » au niveau du trabéculum. Il s'agit d'une opération très peu invasive et qui peut être répétée avec de très bons résultats au niveau du contrôle de la pression intraoculaire.

## Conclusion

Depuis ces dix dernières décennies, le diagnostic et le traitement du glaucome ont bénéficié de multiples améliorations. Actuellement, le challenge est de choisir les meilleurs outils et méthodes pour le diagnostiquer assez tôt afin d'opter rapidement pour le traitement adéquat afin que la vision des patients atteints soit préservée à long terme et ce, avec le minimum d'effets secondaires.

**Dr Richoz**

A ctive  
T echnique  
S erviable  
S olidaire  
O rganisé

Une équipe efficace, organisée,  
disponible, agréable, indispensable au  
bon fonctionnement du bloc opératoire

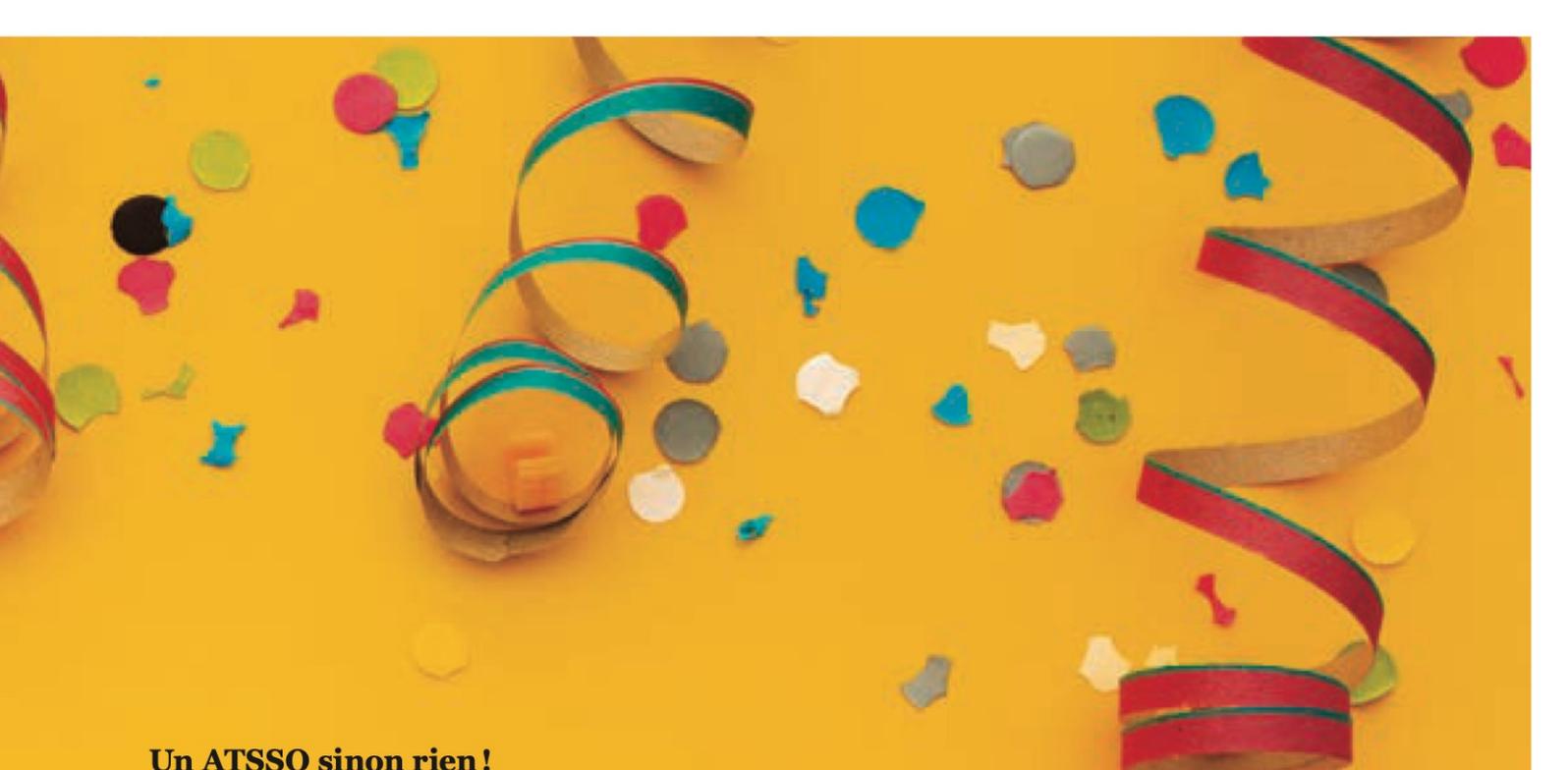
## Regards croisés: Panorama sur les ATSSOs



Collaboration pour  
la sécurité de nos patients



infirmières de la salle de réveil



## Un ATSSO sinon rien !

Un ATSSO, quésaco ? Un Assistant Technique Spécialisé en Salle d'Opération. Mais encore...

Que de chemin parcouru en 10 ans depuis l'aide de salle à l'ATSSO en passant par l'ASASO. Que de chemin parcouru pour faire connaître et reconnaître une profession presque secrète, propre à nos hôpitaux de la Romandie. En effet, cela ne fait que 20 ans que ces professionnels, sans diplôme à l'époque, ont créé une formation structurée en cours d'emploi permettant d'obtenir un titre reconnu et valorisé.

Mais de quel horizon viennent donc ces ATSSO ?

Une des particularités propres à ce métier est que chacun vient d'un horizon différent. Comme aucune formation préalable n'est nécessaire, nous allons trouver des anciens aides-soignants des services de soins, mais aussi un ancien libraire, un ancien gérant de boîte de nuit, un ancien barman... tous en quête d'une nouvelle orientation professionnelle tournée vers prendre soin de son prochain, décision prise après une mûre réflexion avant de changer radicalement de vie. Aussi éclectique et inadéquat que pourrait paraître de prime abord ce mélange entre anciens soignants et non soignants, cela permet au contraire d'apporter une complémentarité, une motivation, une fraîcheur, toutes bienvenues au sein d'un espace clos comme le bloc opératoire dont le quotidien est fait d'une succession de moments forts, heureux, mais aussi stressants, parfois tristes et douloureux. Cette disparité permet sans conteste d'apporter des ressources plus variées, salutaires pour continuer sereinement son travail.

Et quel est donc le travail qui se cache derrière ce terme d'Assistant Technique Spécialisé en Salle d'Opération ?

Là aussi, sans travailler au bloc opératoire, il est difficile d'imaginer l'éventail des compétences qui sont demandées à l'ATSSO. Il y a certes toutes les compétences techniques en lien avec le matériel, en constantes progression, de plus en plus hi-tech, qu'il est néces-

saire d'acquérir au fil de l'eau, dans toutes les spécialités chirurgicales réalisées dans le bloc opératoire. C'est sans doute cet aspect qui a motivé l'association à changer l'appellation de « simple » aide de salle d'opération en assistant technique spécialisé. Pour ma part, j'ai un peu de nostalgie que la notion d'aide ait disparu au profit de la technicité. En effet, si la connaissance du matériel est indispensable à la profession, il y a une compétence indissociable de ce travail. C'est la relation humaine, qu'elle soit empathique avec le patient, ou de soutien envers tous les autres professionnels du bloc opératoires, du médecin à l'infirmier, en passant par le technicien d'instrumentation. Pour moi, cet aspect est tout aussi important et ne doit pas être oublié.

En pratique, l'ATSSO est sans conteste le pivot central du bloc opératoire dont le travail est aussi important pour le confort et la sécurité du patient que son étroite collaboration avec les autres corps de métier du bloc permettant de travailler tous ensemble en équipe coordonnée. Comme chirurgien, l'ATSSO est mes yeux, mes oreilles et mes mains en dehors des limites de la zone stérile à laquelle je suis limité. Sans lui, pas de patient bien installé, pas de matériel bien branché et paramétré, pas d'instrument manquant donné, et j'en passe.

Le travail méconnu de l'ATSSO mérite donc largement sa place au bloc opératoire ainsi que ses lettres de noblesse au même titre que les autres équipes qui nous permettent tous ensemble d'opérer nos patients.

*Dr Alain Garcia, chirurgien*



Dans le cadre de mon activité au bloc opératoire, l'ATSSO est un/une collaborateur/trice avec qui je travaille très étroitement, en proximité immédiate, ce qui nécessite un rapport de confiance mutuel intact. C'est pratiquement le/la seul/e intervenant/e qui suit mon patient durant l'entier de son passage au bloc opératoire. Il/elle reçoit, en collaboration avec l'infirmier anesthésiste, le patient à l'entrée du bloc opératoire. Cela demande des capacités d'empathie permettant de créer un climat de calme, de sérénité et de compétence à l'accueil du/de la futur opéré/e dans un milieu souvent ressenti comme stressant. Une fois l'anesthésie faite, il/elle est responsable d'effectuer l'installation technique spécifique à l'intervention prévue, ce qui nécessite souvent des manipulations autant sur le patient que sur la table d'opération. Ces différents gestes doivent être précisément exécutés en se gardant de blesser le

patient incapable de réagir, car anesthésié. De plus, une installation dans les règles est indispensable pour que je puisse effectuer l'acte chirurgical avec précision et confort. C'est également l'ATSSO qui est chargé/e d'aller chercher et de délivrer à l'instrumentiste le matériel chirurgical supplémentaire nécessaire durant l'intervention. Cela demande une connaissance précise du matériel et de son emplacement au bloc opératoire. Une fois l'intervention terminée, c'est encore l'ATSSO qui est chargé de démonter l'installation technique et de raccompagner le patient en salle de réveil pour le replacer dans son lit. Il s'agira ensuite de nettoyer le matériel utilisé afin qu'il soit de nouveau opérationnel pour l'intervention suivante. On le voit, le cahier des charges de l'ATSSO est fourni et complexe, la qualité de son travail influe directement sur le bon déroulement de l'intervention. En ce qui me concerne, pouvoir m'appuyer sur une équipe d'ATSSO compétente et motivée représente une plus-value inestimable dans l'exercice de mon activité chirurgicale. En ce sens je plaide fortement pour une revalorisation de l'activité de ce corps de métier au sein de nos établissements.

***Dr Christian Berberat,  
Chirurgien Orthopédiste***

Les ATSSOs sont des membres indispensables de la grande famille du bloc opératoire. Une bonne relation ATSSOs-chirurgien est nécessaire avant, pendant et après l'acte chirurgical. L'équilibre entre professionnalisme, humour et respect mutuel est la clef du succès pour une atmosphère de travail de qualité. Et pour ma part, je trouve que c'est toujours le cas. La communication et l'entente sont toujours agréables et c'est un plaisir de travailler avec eux au quotidien.

***Dr Valentine Luzuy, chef de clinique chirurgie***

Quand on me demande qui est le plus important au bloc, je réponds en général l'ATSSO !

C'est peut-être paradoxal pour les gens qui ne connaissent pas bien le bloc mais pour moi c'est une réalité. Sans ATSSO rien n'est possible ! Si la salle n'est pas entretenue, on ne peut pas travailler, si les différentes machines obligatoires pour l'opération ne sont pas dans la salle, impossible de travailler, si personne ne peut donner le matériel à l'instrumentiste, il ne peut pas préparer ses tables, s'il n'y pas d'ATSSO, les câbles électriques ne seront pas branchés car il manque simplement une personne entre le côté stérile et le côté non stérile.

Pour moi il est clair qu'un anesthésiste peut être remplacé (dans certain cas) par une anesthésie locale, qu'un chirurgien peut se débrouiller sans instrumentiste mais sans ATSSO c'est tout simplement impossible. Qui ouvrira et donnera les liquides durant l'intervention ? Qui passera le fil choisi par l'opérateur en fin d'intervention ?

### **ATSSO : responsable du décor du théâtre, oui, mais peut-être aussi souffleur !**

Nous le savons la salle d'opération est appelée theater en anglais. Le chirurgien se plaît à y jouer le rôle principal et pour beaucoup d'entre nous un one-man show. L'ATSSO est dans ce cas certainement le responsable du décor, des accessoires et aussi surtout l'éclairagiste ! Mais ne serait-il pas aussi parfois le souffleur caché sous la scène ? La relation ATSSO-chirurgien regroupe tout cela : sécurité, confiance, complicité, aide, sérieux et... décontraction !

*Dr David Petermann, Chirurgien*

Pour moi l'Atsso est une personne indispensable à la bonne prise en charge d'un patient au bloc opératoire.

Tant par ses compétences que ses connaissances, ce(tte) collègue est sur tous les fronts.

De l'accueil du patient à son transfert en salle de réveil, en passant par son installation adéquate sur une table correctement équipée, de l'assistance à l'instrumentiste aussi bien qu'aux chirurgiens et aux anesthésistes, l'ATSSO œuvre partout.

Ce que j'admire le plus c'est le nombre de connaissances qu'ils ont en terme de matériel et d'équipement. Quand je les vois manipuler toutes ces machines, pour les endoscopies, pour la radiologie, pour l'angiologie

Le rôle d'ATSSO dans un bloc opératoire est primordial ! Sans ATSSO, pas d'opération !!!

C'est un métier difficile qui est malheureusement souvent apparenté au métier de nettoyeur de salle d'opération. Mais c'est faux. Un bon ATSSO connaît l'intervention, il la comprend pour anticiper les besoins des autres professionnels avec qui il travaille. Il est spécifiquement lié aux instrumentistes mais aide tout autant les anesthésistes, les chirurgiens, les chefs de cliniques, les assistants que les femmes de ménages du bloc. Ils sont une part importante de la réussite d'un bloc. Ils ont aussi souvent un lien très étroit avec le patient lors d'anesthésie locale.

En résumé les ATSSO sont pour moi une pièce maîtresse du bloc. Sans eux, pas d'opération.

Merci les ATSSO

*Anne Cevey, TSO*

De nombreuses choses sont précieuses dans ma collaboration avec les ATSSOs :

Dès l'accueil, sa relation à l'autre permet d'établir un climat de confiance, une expérience vécue plus appréciable pour les patients.

Cela me rassure de voir les précautions prises dans l'installation du patient, ainsi que les connaissances qu'ils mobilisent dans la technicité des différents appareils.

L'ATSSO est souvent considéré comme le binôme du TSO, mais en fait c'est aussi mon binôme.

*Tony Gratet, Inf. Anesth.*

sans oublier tout le matériel qui va avec ; instruments, cathéters, introducteurs, mandrins, alésoirs, matériel d'essai, et tout le reste... je suis impressionnée.

Ce métier est vraiment exigeant et demande des qualités particulières notamment en terme de polyvalence et de disponibilité.

J'espère de tout cœur que cette profession soit mieux reconnue et valorisée, du point de vue salarial mais également en tant que profession à part entière.

Merci pour la chouette collaboration.

*Rosemarie Iseli, Inf. Anesth.*



## Comment décrire mon interaction avec les ATSSOs ?

Au bloc opératoire, je suis concentré sur mon intervention, délicate mais routinière. Tout roule et je sais que mon ATSSO a préparé le terrain. Il continue à mettre l'huile nécessaire dans cet engrenage d'actes, avant l'arrivée de la patiente jusqu'après son départ, pour que notre intervention soit optimale. Mais c'est lorsque l'opération prend des allures inhabituelles, que mes demandes d'instruments et d'actes se surajoutent à celles habituelles, qu'il doit user de toute son expérience, efficacité mais aussi discrétion pour ne pas ajouter davantage de stress à celui déjà naissant. Merci pour votre soutien lors de ces moments de challenges physiques et intellectuels qui se déroulent au bloc opératoire, un lieu dans lequel sans vous, chaque pas serait ressenti beaucoup moins légèrement.

**Fadhil Belhia,**  
*Chirurgien gynéco/obstétrique*

Le soignant de l'ombre présent à tous les temps opératoires, entre Anesthésie et Chirurgie.

Un vrai métier qui s'est développé et forgé au fil du temps.

L'ATSSO a su s'adapter à l'évolution de la chirurgie, passant de l'ère du bistouri à celle de la robotisation.

Il est un fidèle collaborateur qui s'est parfaitement « amalgamé », fondu dans l'équipe opératoire apportant ses compétences en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être.

Un maillon de la chaîne essentiel du système opératoire organisé dans la prise en soins per-opératoire du patient.

Il est dans le prendre soin, portant une attention particulière à une personne vivant un moment anxiogène et ce, dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être.

Pour conclure, l'ATSSO est un Ami Très Sympathique Sagement Opérationnel.

**Pierre Calla, Cadre Inf. Anesth.**

## Un bloc c'est comme une équipe de rugby

Chacun joue à un poste différent en fonction de ses profils et de ses compétences. Mais un seul objectif : faire gagner l'équipe dans l'intérêt du patient !  
Si on pense parfois que le chirurgien est le marqueur d'essai n'oublions pas que tout seul il n'est rien.

Merci aux ATSSOs pour leur aide précieuse au quotidien !

**Dr Romain Desmarchelier, Orthopédiste**





## Les ATSSO au sein d'un bloc opératoire

Issus de professions complètement disparates, arrivés dans le métier par des biais conventionnels ou le plus souvent par reconversion professionnelle, les ATSSO n'en sont pas moins le lien indispensable au bon fonctionnement d'une équipe opératoire.

Œuvrant à toutes les étapes d'une intervention, ils sont le fil d'Ariane auquel chacun peut se raccrocher. Malgré un manque de valorisation de leur travail, ils restent motivés et déterminés à faire évoluer cette profession que trop peu connue.

L'ouverture d'esprit, une grande capacité d'adaptation et la curiosité sont des atouts majeurs pour cette profession en éternel mouvement.

Je travaille au bloc opératoire de l'hôpital de Morges comme instrumentiste depuis des années, et j'ai pu constater au fil du temps la grande évolution du rôle d'aide en salle aujourd'hui ATSSO - dans le travail quotidien.

Quand j'ai commencé, on faisait des radiographies pour les ostéosynthèses, la caméra pour les laparoscopies n'existait pas et les flux laminaires non plus. On désinfectait le bloc tous les soirs avec du Buraton®, et quand un(e) aide manquait on le/la remplaçait ; aujourd'hui, tout a changé, et les aides de salle ont pu bénéficier d'une formation qui lui donnent un certificat d'assistant(e) technique spécialisé(e) en salle d'opération. C'est une profession à part entière.

Pour les ATSSOs qui travaillent depuis des années dans un bloc, ils ont pu se former au fur et à mesure aux différents appareils de plus en plus sophistiqués, utilisés pour des spécialités opératoires de plus en plus

Face à cette corporation, je n'ai qu'un regret, l'absence de reconnaissance et d'uniformisation de leur profession. J'espère qu'un jour, cette quête aboutira.

**Véronique Pirlet, ICUS Bloc opératoire**

diversifiées ; pour quelqu'un qui commence et qui doit tout apprendre, la tâche est plus difficile et la formation au bloc prend un certain temps. On peut ajouter à cet apprentissage le stress du bloc opératoire, en faisant face aux différentes personnalités qui l'intègrent.

Pour moi, instrumentiste, on ne peut plus remplacer les ATSSOs comme dans le passé, car leur travail est devenu très technique dans presque toutes les spécialités – et les chirurgiens de plus en plus exigeants !

Je continue à penser que chacun a son rôle et ses responsabilités dans le bloc, dans un esprit d'équipe solidaire et collaborant entre nous tous, en tenant compte que notre objectif principal est le patient. J'espère que cette complicité par un regard, un geste, qui existe entre l'ATSSO et l'instrumentiste ne se perdra jamais.

**Yvonne Cuello, Inf. Instrumentiste**

Attachant

Autonome

dynamique

Toujours de bonne humeur

Spon Tané

empathique

Souriant

S'adapte facilement

responsable

Sociable

conscientieux

organisé

Optimiste

Compétent

polyvalent

**Stéphane Burlion, Inf. Anesth.**

J'ai été invité à intégrer la commission des Aides de salle en 2003. Ce n'est pas tout à fait le début (2001) mais pas loin.

Durant ces 18 ans, j'ai pu observer l'évolution de cette profession et avec mes complices de la commission, nous avons constamment adapté la formation, jusqu'à en changer la dénomination.

Mais la véritable transformation est le fruit de l'incroyable implication et du désir de faire reconnaître leur profession, des personnes mêmes qui la composent.

Elles sont passées :

- D'une posture d'Aide à celle de Spécialiste

- De discret à visible
- De manutentionnaire à ceux qui savent
- De force de travail à spécialiste de l'installation

En somme, l'Aide de salle est d'aujourd'hui l'Assistant Technique Spécialisé en Salle d'Opération (ATSSO)

- Le trait d'union entre l'équipe chirurgicale et l'ensemble des matériels et dispositifs chirurgicaux à disposition
- Un élément indispensable à la prise en charge des patients

Bravo pour avoir su investir et développer votre profession

**Clément Ros, Inf. Anesth.**

L'ATSSO

Avant, il conduisait des camions.

Elle était foraine.

Il était juriste.

Je suis allé le voir en concert. Deux fois.

Un jour, un infirmier anesthésiste a failli lui fracturer le tibia en lui descendant la table d'opération sur le genou.

Il joue de la guitare dans un groupe de rock.

Il fait du stand up paddle.

Il ne sait pas trop s'il veut se faire vacciner.

L'autre jour il a repéré une erreur d'identité dans le dossier d'une patiente. Ça lui a probablement sauvé la vie.

Elle m'a dit que je lui avais mal parlé.

Elle trouve que ce Covid, ça commence à bien faire.

Il fait de la moto.

Elle n'est pas là aujourd'hui. Je me demande si elle est en burn out.

Il paraît que dans son quartier, on l'appelle « Docteur ».

Elle a mal au dos.

Un jour, en salle, il a arraché un cheveu d'un chirurgien, qui dépassait du bonnet.

Il est fan de la Juventus.

Elle a commencé des études de physiothérapie.

Il a ouvert un studio de tatouage.

Ce soir, il a préparé à manger pour toute l'équipe de garde.

Il a toujours un mot sympathique pour le patient.

Avec elle, on sait qu'on va rigoler.

« C'est le seul à savoir faire marcher ce truc. »

Si ce soir on arrive à finir à l'heure, ça sera aussi grâce à lui.

Elle est ATSSO.

Il connaît son métier.

Ensemble on positionne le patient avant d'entrer en salle.

Appui-bras, têtère, plaque d'électrocoagulation, ouate, gel, Mefix, matelas, draps, couverture, tubulures de perfusions.

Le malade est confortablement installé.

Il est en sécurité.

**Dr Xavier Morisod, Médecin Anesthésiste**





Tout ce que vous aurez lu dans ces magnifiques témoignages est vrai. Nous sommes bel et bien « les yeux et les mains » des chirurgiens, parmi les piliers essentiels du bloc opératoire ; il est vrai encore que nos parcours de vies respectifs et respectables enrichissent notre savoir-être et, subséquemment, notre profession. Soit.

Gardons-nous cependant de tomber dans l'autosatisfaction, ou de pleurnicher sur notre sort dans des gargarismes de complaisance.

Bien sûr, devant l'évolution technique, la complexification de notre travail, sans oublier l'augmentation des flux opératoires, les filles et garçons de salle ont fait place aux aides de salle, puis au ASSOs, maintenant aux ATSSOs. Reconnu(e)s par nos collègues pour nos compétences, notre profession existe et évolue, et cela est bien.

Mais une profession, aussi noble soit-elle, n'est pas un métier.

Comprenez-moi bien: un métier implique une profondeur, une tradition, une reconnaissance que nous n'avons pas encore atteintes. Et pourtant. Et pourtant, que de nouvelles compétences acquises au fil des ans,

que d'abnégation devant le poids sans cesse croissant de nos responsabilités envers les patient(e)s, sans oublier notre courage dans les crises et les adversités de nos intenses journées au service de la Santé - noble tâche s'il en est. Notre évolution ne saurait s'arrêter en si bon chemin, alors il faut encore créer, construire, lutter comme l'ont fait naguère ces collègues qui nous ont permis, en 20 ans, de nous fédérer et de nous proposer un certificat au terme d'une formation que personne n'osait imaginer jusqu'alors.

L'avenir reste à faire. Il nous faut une formation reconnue, non seulement par nos pairs, mais aussi par les autorités cantonales; un projet en ce sens est désormais en cours, porté par diverses institutions et moi-même au nom de notre association.

Alors, espérons-le, nous aurons bien plus qu'une profession : nous aurons un métier. Encore mieux considérés et valorisés, les futur(e)s ATSSOs pourront ensuite l'embrasser à leur tour, reprenant ainsi humblement le flambeau légué par les Anciens.

**Stefan Arlt, vice-président de l'AATSSO**





**Medtronic**

**SWISS  
MADE**

Medtronic – un partenaire fiable  
du système de santé suisse



**rega** 

Nos équipes d'intervention.  
En formation permanente  
pour vous porter secours.

[www.rega.ch](http://www.rega.ch)