

AAtSSO

Association des Assistants Techniques Spécialisés en Salle d'Opération

2016 n°11





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



Monsieur Carmine CIARAMELLA
Caissier *EHC Morges*
Certificat ASSO



Monsieur Stéphane 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



Madame Mary-Claude ANGULO
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
Remise des certificats AtSSO	04
Formation AtSSO	05
La Circulation Extra-Corporelle ou CEC	06
Bulletin d'inscription	11
Prise en charge lors d'une rupture du LCA	12
Remerciements	18
Chirurgie contre la migraine : une nouvelle option pour soulager les céphalées chroniques	19
Une stomie... et après?	22
Mercy Ships: des vies transformées!	29
14 ^e Journée d'information et programme	33
Journée AATSSO - Lavey-les-Bains 2015	34





Le mot de la présidente

Souvenez-vous... 2015 fut une petite année, avec peu de candidats à la formation AtSSO : 14 personnes seulement! Avec un minimum requis de 12 participants pour qu'une classe soit ouverte, et qu'elle soit rentable face aux coûts d'une importante infrastructure en locaux et intervenant(e)s.

Après concertation avec Espace Compétences, nous en étions donc venus à envisager, à notre corps défendant, à ne proposer cette formation d'AtSSO qu'une année sur deux. Situation en demi-teinte, donc.

Puis arriva 2016. Changement de programme : cette fois-ci, nous avons trop de candidat(e)s, dont certain(e)s ont été inscrit(e)s sur une liste d'attente. Rien n'est acquis. Tout reste possible!

C'est pourquoi la session 2017 commencera plus tôt, pour permettre aux élèves « en réserve » d'avoir leurs certificats dans le courant de l'année. Encourageant, non ?



Cours de perfectionnement

Malheureusement, son bien modeste succès nous a conduit à ne le proposer plus que tous les deux ans. En outre, après évaluation et si la tendance reste frileusement identique, nous nous verrions dans l'obligation de le suspendre totalement, bien qu'il propose un bon rafraîchissement de nos connaissances - tout en comptant comme un jour de cours Espace Compétences. Décourageant, non ?

Nous constatons donc que la vie d'une association professionnelle est ainsi faite, de périodes « en dents de scie », ressemblant un peu aux pics d'un ECG... Mais il faut y croire, parce que nous exerçons un métier passionnant, et que les exigences de nos hôpitaux en matière de soins de qualité devraient idéalement être égales au plaisir que nous avons à y travailler.

Puisse l'édition 2016 de notre journal aiguïser votre curiosité, et satisfaire votre soif de nouvelles connaissances.

Le Comité et moi-même vous souhaitons une agréable lecture, en attendant le plaisir de vous retrouver le 1^{er} octobre à Lavey-les-Bains pour notre journée informative.

En attendant, portez-vous bien!

Patricia Karius



2015: Remise des certificats AtSSO par notre association

Les examens de cette volée ayant eu lieu en décembre, nous avons remis les certificats en janvier 2016 pour éviter d'être en concurrence avec les fêtes de fin d'année. Cette situation va se reproduire cette année.

Ce fut un beau moment de partage et d'émotions. Félicitations à nos nouveaux et nouvelles collègues!

Photos: M^{me} Line Divone Guignier





FORMATION ATSSO

FORMATION ATSSO

Au vu des demandes d'inscriptions 2016 et de la création d'une liste d'attente, les cours 2017 débuteront plus tôt que les années précédentes pour permettre aux candidat(e)s en attente d'obtenir leur certificat au plus vite.

Merci de penser à confirmer votre inscription dès que possible.



Espace Compétences SA
Rte de Grandvaux 14
1096 Cully
Tél: 021 799 92 60
Fax: 021 799 92 65

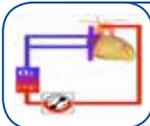
info@espace-competences.ch
www.espace-competences.ch



ESPACECOMPÉTENCES

CENTRE DE FORMATION
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL





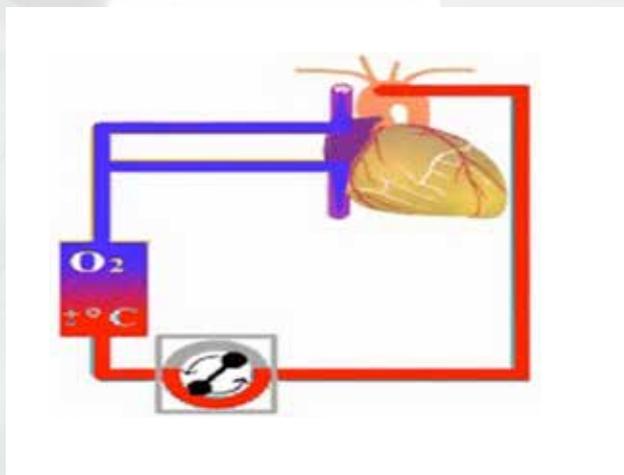
La Circulation Extra-Corporelle ou CEC

La CEC est un dispositif médical complexe, qui, en suppléant la circulation sanguine et son oxygénation, va permettre la chirurgie dite « à cœur ouvert ».

Ce dispositif est composé d'un circuit principal, d'aspirations et d'accessoires.

1- Le circuit principal

La CEC reçoit le sang veineux via la canulation des veines caves, qui drainent le sang par gravité, donc sans aspiration vers le réservoir de la machine.

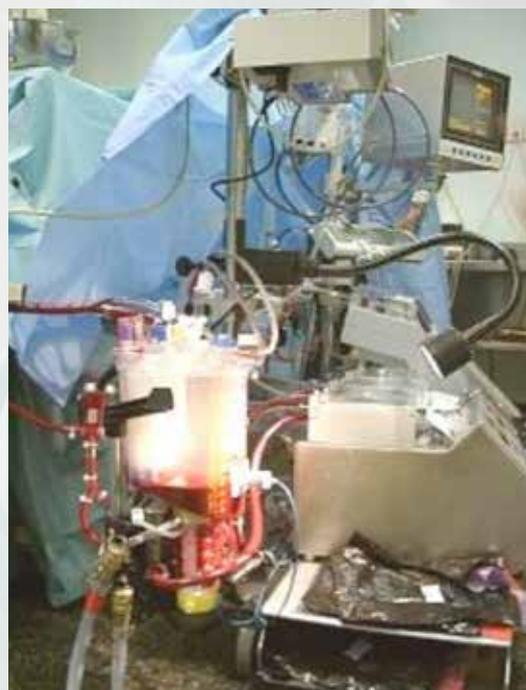


1-1 L'Oxygénateur:



Il permet la transformation du sang veineux en sang artériel en se suppléant aux poumons. Par le même mécanisme de différence de concentration d'oxygène et de CO₂, l'oxygénateur va permettre les échanges gazeux, comme le feraient les poumons du patient.

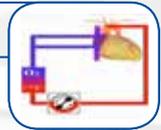
1-2 La pompe à galets:



C'est elle qui va délivrer le débit cardiaque en fonction de la vitesse de rotation de ses deux galets.

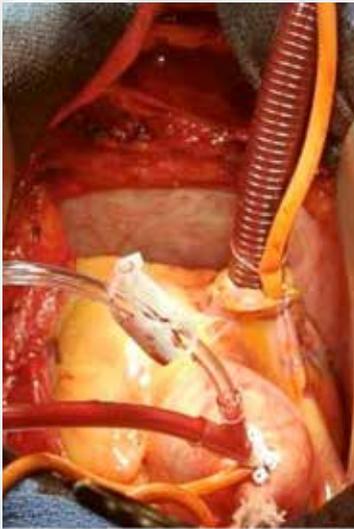
Ceci aura pour conséquence de diminuer les flux capillaires, d'augmenter les hormones de stress ainsi que les résistances vasculaires systémiques.

Mais les plus grands changements sont qu'elle transforme un débit pulsatile en un débit continu d'une part, et engendre une maltraitance du sang d'autre part.



1-3 Les aspirations gauche et droite:

L'aspiration gauche, directement connectée à l'aiguille de cardioplégie sur l'aorte, permet de réduire la taille du cœur gauche selon les besoins du chirurgien, et de permettre l'évacuation des bulles d'air lors de la fermeture.



L'aspiration droite correspond à une aspiration classique du champ opératoire.

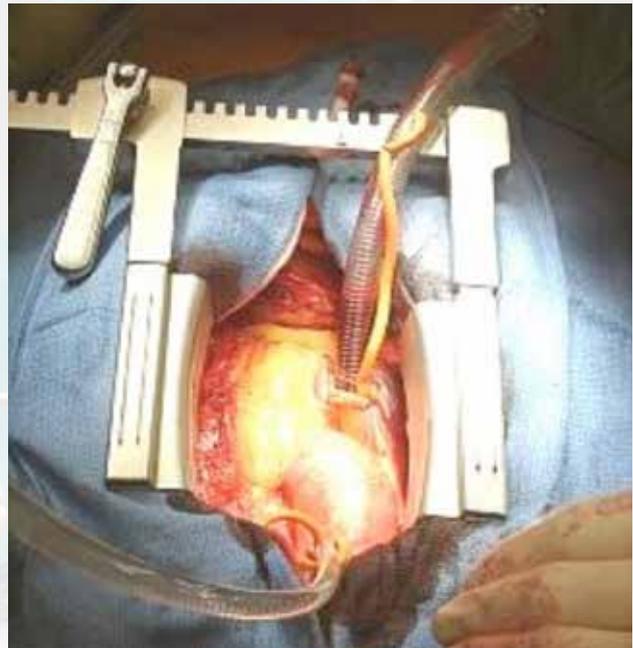
1-4 Les accessoires sont:



- Cardioplégie simple, au sang chaud ou froid
- Un vaporisateur
- Un blender d'O₂
- Un filtre
- Monitoring (SaO₂, PaO₂, T)
- L'hémodiafiltration

1-5 La canulation:

Pour des raisons anatomiques, une canule de gros calibre est introduite dans l'oreillette droite via la veine cave supérieure, et une de plus petit calibre est introduite dans l'aorte. C'est ce dispositif qui impose une oxygénation dans le circuit.



Ce dispositif impose quelques contraintes qui sont:

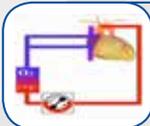
- La canulation
- Le débit cardiaque continu
- L'arrêt de la ventilation mécanique peropératoire, l'anticoagulation et l'antidote
- L'hémodilution
- L'hypothermie

Le débit cardiaque:

- Débit: 2,2 à 2,4 l/min/m² à 35 C et plus 1,6 à 1,8 l/min/m² à 28 C
- Pression moyenne: de 50 à 100 mmhg
- Flux continu
- Maltraitance du sang

La physiologie du débit cardiaque:

- $Q_{\text{Cœur}} = FC \times VES$
 - Force de contraction à post-charge = $\frac{RVS}{\text{Volume}} / P_{\text{trans-murale}}$



2- les contraintes techniques :

2.1 - L'arrêt de la ventilation mécanique

- Situation unique en anesthésie!
- Libère de la place dans le champ opératoire
- Liée à la canulation

2.2 - L'anticoagulation et l'antidote

- Héparine 300 ui/kg chirurgie
100 ui/kg CEC priming
x ui/kg CEC maintien
- Hémodron > 400 secondes
- Antidote: Protamine = 80% de la dose totale d'héparine

2.3 - L'hémodilution

- Priming: Colloïdes 500ml + RL 1000 ml
- Le sang est réservé en 2ème intention dépendante de l'Hb
- L'adjonction de volume supplémentaire est dépendant de la volémie

2.4 - L'hypothermie

- Protection organique face à l'arrêt cardiaque
37 C = 3 min
28 C = 15 min
20 C = 30 min

3 - La conduite de la CEC :

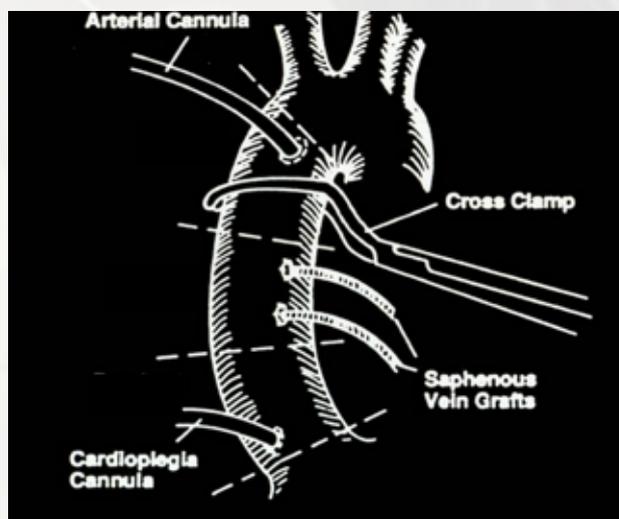
- L'entrée en CEC
- Le maintien en CEC
- La sortie de CEC

3.1 - L'entrée en CEC

Au démarrage de la CEC, il va y avoir compétition entre deux cœurs, celui du patient et celui de la machine. Ce temps de confrontation doit être le plus court possible afin de diminuer le stress du cœur du patient. A l'aide d'un liquide froid directement versé sur le cœur et la baisse de la température du sang réinjecté, nous recherchons la fibrillation du cœur du patient. La fibrillation reste une activité électrique mais ne génère plus de mécanique d'éjection de sang, ce qui permet le clampage aortique sans risque de dilatation du cœur. C'est à ce moment que via l'aiguille de cardioplégie, le chirurgien introduit le liquide de cardioplégie via

les coronaires du cœur pour permettre ainsi son arrêt complet.

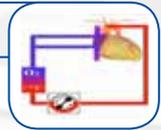
Le clampage aortique



3.1.a - Le réveil per-opératoire

L'hémodilution entraîne une modification pharmacologique, puisqu'elle diminue brutalement la fraction libre des médicaments responsables du niveau de l'anesthésie.

Parallèlement, l'organisme libère des hormones de stress.



3.1.b - La protection myocardique

- L'hypothermie
- La solution de cardioplégie
- La solution de Chamway externe
- La décharge du VG

3.2 - Le maintien de la CEC

Pour traiter l'hypotension :

- élévation du Q pompe
- VC (phényléphrine)

Pour traiter l'hypertension :

- baisse du Q pompe
- approfondir l'anesthésie
- vasodilatateur

3.3 - La sortie de CEC

Reprendre la ventilation mécanique avant la sortie de pompe.

Retour à l'autonomie du cœur :

- Sans aide
- Avec aide Amines / Pace
- Contre-pulsion
- Aide circulatoire ECMO
- Greffe en urgence

La contre-pulsion

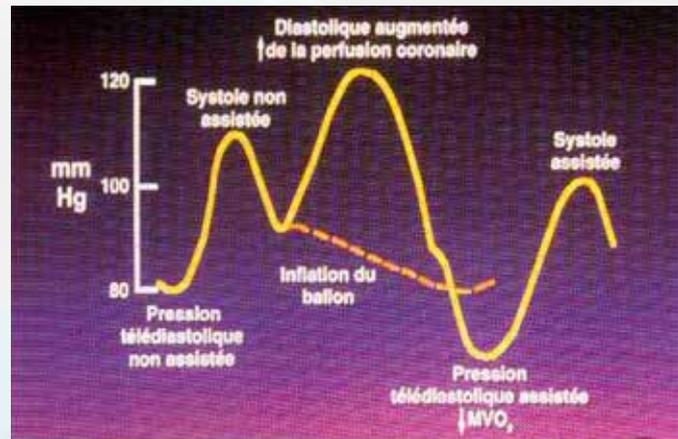


Figure 2 : Principe de fonctionnement de la contre-pulsion : amélioration de la perfusion coronaire et baisse de la postcharge.

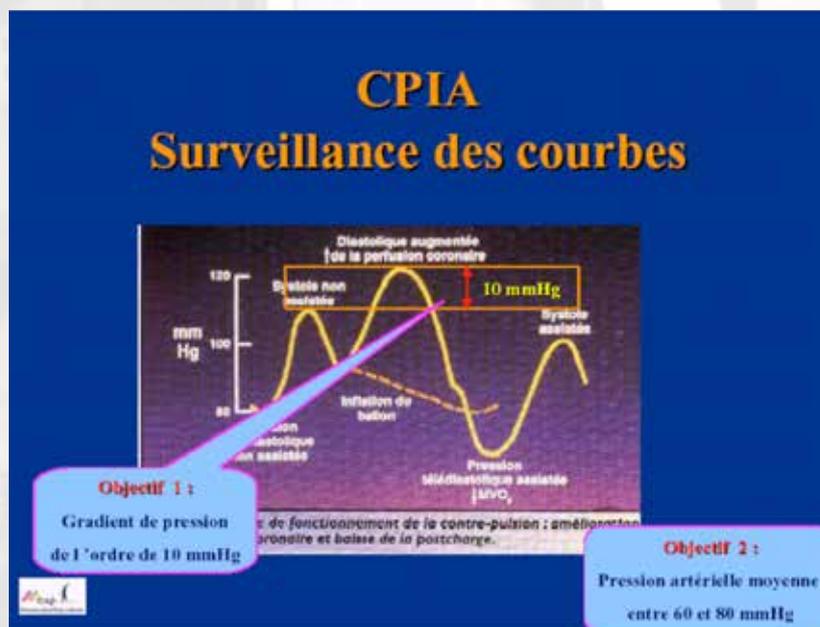
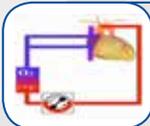
CPIA

Mise en place du ballon

Le repère supérieur du ballon doit se trouver au pied de la sous-clavière gauche

L'extrémité inférieure doit se trouver au-dessus des artères rénales

Schéma 2 = CPIA
Sonde munie d'un ballonnet gonflé à l'hélium introduit par l'artère fémorale jusqu'à l'artère descendante. Le système est relié à une console, le système du ballonnet est fonction de l'ECG :
- lors de la diastole, le ballonnet se gonfle provoquant un reflux de sang dans les coronaires ce qui augmente l'oxygénation du cœur ;
- lors de la systole, le ballonnet se dégonfle créant une dépression ce qui facilite l'éjection donc, soulage le cœur.



4 - Accidents en CEC

- Embolies gazeuses ou athéromateuses
- Dissection aortique
- Drainage veineux insuffisant
- Désamorçage
- Défaut de protection myocardique

5 - Réaction inflammatoire

- Contact sang-circuit
- Contact air- gaz
- Ischémie de perfusion
- Stress chirurgical
- Stress anesthésique
- Transfusion sanguine
- Protamine

6 - Perturbation de l'hémostase

- Activation de la coagulation
- Activation de la fibrinolyse
- Dysfonction plaquettaire et thrombopénie
- Interaction hémostase – inflammation

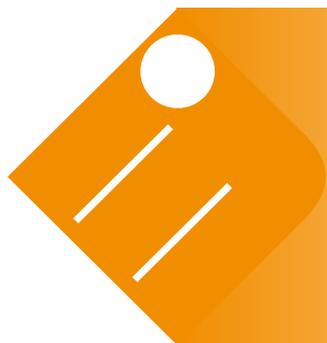
Conclusion :

La CEC est un dispositif complexe, maîtrisé en Suisse par des spécialistes formés qui sont en charge de son bon fonctionnement. En effet, comme le cœur du patient, la CEC ne peut souffrir d'un quelconque arrêt sous peine de causer des lésions irréversibles aux organes du malade.

Ce dispositif a permis le développement de la chirurgie cardiaque moderne.

Les cardiologues ont, eux, développé des techniques beaucoup moins invasives qui ont permis de retarder l'âge moyen d'une intervention chirurgicale d'une décennie.

Clément Ros
Infirmier-anesthésiste et perfusionniste



Imprimerie de Marcelin

PAO

Typo - Offset

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

IMPRESSION NUMÉRIQUE !

Ce n'est pas qu'une impression!

Bulletin d'inscription AAtSSO

Cotisation annuelle: 30.–

Madame

Monsieur

Nom

Prénom

Adresse

NP/Localité

Tél. privé

Email

Fonction

Tél. prof.

Employeur

NP/Localité

Date

Signature

AAtSSO - CP 2212 - 1110 MORGES 2 - www.aatssso.ch



Prise en charge lors d'une rupture du LCA

Ces dernières années, les entorses du genou associées à des lésions ligamentaires ont sensiblement augmenté, conséquence d'une pratique sportive soutenue dans la population. Les sports tels que le ski, le snowboard, le football ou le basketball, pour ne citer que les principaux, sont fréquemment associés à des entorses sévères des genoux.

Anatomie

Globalement, la stabilité du genou est principalement assurée par les ligaments collatéraux, interne et externe, et par les ligaments croisés, antérieur et postérieur. Les ligaments collatéraux garantissent la stabilité de l'articulation dans le plan frontal (gauche/droite), alors que les ligaments croisés celle dans le plan sagittal (avant/arrière). Dans une moindre mesure, la stabilité de l'articulation repose également sur les ménisques interne et externe, l'appareil capsulaire ainsi que sur la musculature.

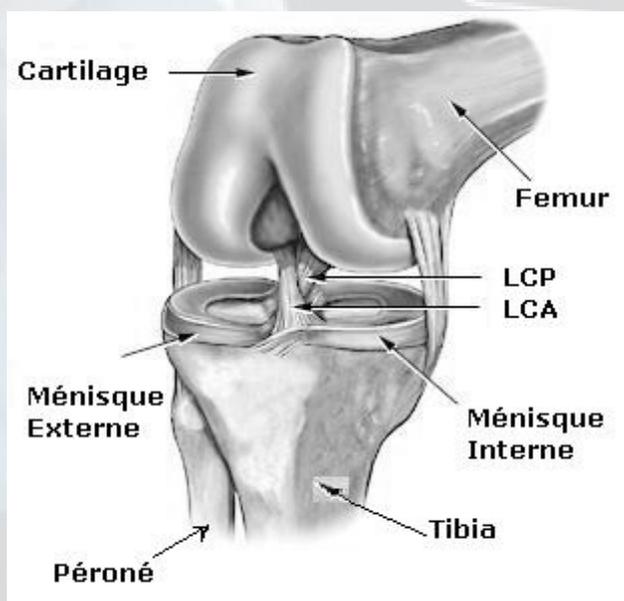
Fonction

Le ligament croisé antérieur empêche le tibia de glisser vers l'avant et freine sa rotation interne. Sa rupture a donc pour conséquence une instabilité antérieure du genou, car le tibia peut en conséquence glisser vers l'avant de manière incontrôlée, provoquant ainsi une sensation de lâchage douloureux. Il s'ensuit un sentiment d'insécurité pour le patient qui n'aura plus confiance en son genou.

Pour certains, ladite insécurité se répercute déjà dans la vie quotidienne (monter des escaliers, marcher en terrain irrégulier etc.) alors que pour d'autres seule la pratique de sports exposés devient impossible. Ces lâchages répétés sont très néfastes pour le genou et s'accompagnent, tôt ou tard, de lésions méniscales et/ou cartilagineuses influençant négativement le pronostic fonctionnel du genou à long terme.

Le mécanisme de la lésion

Dans le cadre de la pratique des sports de balle et/ou de contacts, le déclencheur de la lésion est souvent une torsion du genou liée à la réception d'un saut ou à un changement de direction abrupt. Un choc direct avec un adversaire, alors que le pied garde un contact au sol ou un coup de pied dans le vide sont également des mécanismes possibles. L'avènement de la technique du «carving» dans la pratique du ski alpin soumet les genoux à des sollicitations violentes dans les courbes et en cas de chute, les lésions ligamentaires complexes sont assez fréquentes.



<http://www.chirurgieorthopedique-nord-artois.fr/wp-content/uploads/2012/09/lca-1.png>



http://a404.idata.over-blog.com/600x447/3/69/80/02/anatomie_et_rupture_du_LCA.jpg-e1998.jpg

Diagnostic

La personne qui subit une entorse sévère du genou, associée à une lésion ligamentaire, ressent ou entend souvent un craquement dans l'articulation, accompagné d'une douleur, d'un gonflement et d'une impotence fonctionnelle plus ou moins sévère. Cependant, dans certains cas, ces signes peuvent également faire défaut.

L'examen clinique permet de cerner plus précisément l'étendue des dégâts. Différents tests de stabilité sont effectués afin de détecter une éventuelle lésion du ligament croisé antérieur, postérieur, des ligaments latéraux interne et externe ainsi que des ménisques. Lorsque le genou est fraîchement blessé, donc douloureux, gonflé et impotent, ces tests sont difficiles à effectuer, voir impraticables. Il est alors nécessaire de refaire un bilan clinique à distance d'environ une semaine lorsque la phase aiguë s'est résorbée. Les tests cliniques les plus utilisés sont le « lachmann 1 », le « tiroir antérieur 2 »

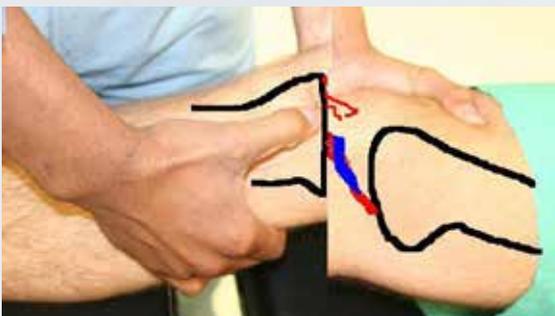


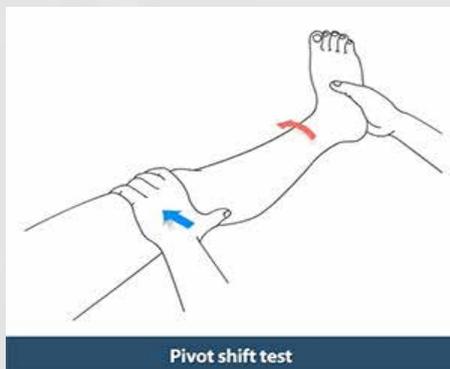
Figure 1: <http://www.orthopaedicsone.com/download/attachments/4554895/lachman+8.JPG>



Figure 2



ainsi que le « pivot shift 3 » qui permettent de mettre en évidence une instabilité antérieure.



Pivot shift test

Figure 3: <http://www.hipkneespecialist.co.uk/wp-content/themes/vikas-vedi/images/pivot-shift.jpg>

Imagerie

L'examen clinique est complété par un bilan radiologique. Des radiographies standards sont effectuées lors de la première consultation afin d'exclure la présence d'une fracture.



[http://orthopedie-paris-nord.fr/Photos/Diapositive1\(002\).jpg](http://orthopedie-paris-nord.fr/Photos/Diapositive1(002).jpg)



IRM du genou: fissure du ménisque interne

[http://orthopedie-paris-nord.fr/Photos/Diapositive1\(002\).jpg](http://orthopedie-paris-nord.fr/Photos/Diapositive1(002).jpg)

L'IRM représente l'imagerie de prédilection et permet de poser un diagnostic précis et complet de l'étendue des dégâts. En effet, il est très important de mettre en évidence d'éventuelles lésions associées, qu'elles soient méniscales, cartilagineuses ou même osseuses (microfractures), car elles sont susceptibles d'influencer le plan de traitement.

Les traitements

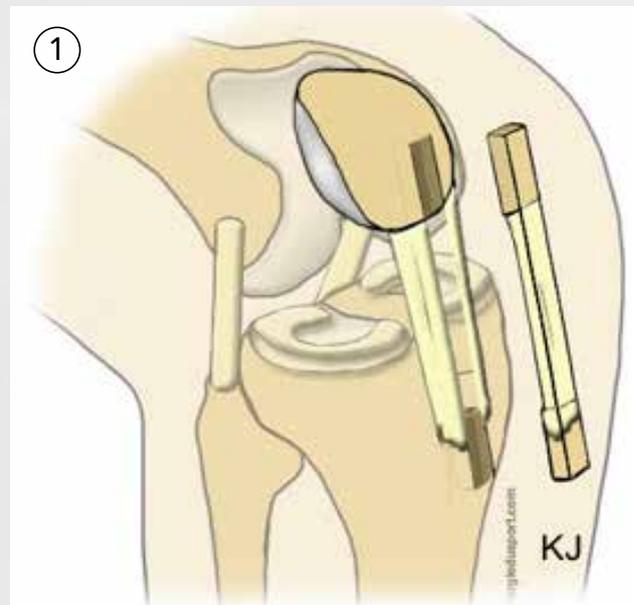
Un genou privé de son ligament croisé antérieur est instable. Cette instabilité peut être aggravée par la présence de lésions associées, qu'elles soient méniscales ou ligamentaires. Si tel est le cas, le patient peut avoir des sensations de lâchage douloureuses et désécurisantes, dans la vie courante déjà pour certaines personnes, dans la pratique sportive uniquement pour d'autres. Le prise en charge médicale vise donc à restaurer la stabilité du genou afin de retrouver une fonction confortable et sûre. Pour ce faire, on distingue deux types de traitements différents: le traitement conservateur, dit fonctionnel, et le traitement chirurgical.



Le traitement conservateur vise à compenser la perte du ligament croisé antérieur par un entraînement musculaire et proprioceptif spécifique. La musculature du genou, en particulier le quadriceps devant et les ischios-jambiers derrière, participe activement à sa stabilité. Contrairement à la stabilité ligamentaire qui est passive, c'est-à-dire dépendante d'un ligament intact, la stabilité musculaire est active, et dépend donc d'une bonne fonction et coordination musculaire, susceptible d'être améliorée par un entraînement spécifique, s'étendant en général sur plusieurs mois. Un traitement conservateur sera considéré comme réussi si la personne retrouve une bonne fonction de son articulation au quotidien, sans douleurs ni lâchages, lui permettant de vaquer à ses occupations professionnelles et loisirs à satisfaction. Le patient doit bien comprendre que son genou demeure instable (le ligament croisé antérieur manque) et de ce fait garde un certain risque de déboîtement s'il est soumis à une sollicitation brusque et inattendue. Ce traitement convient donc particulièrement aux personnes menant une vie relativement sédentaire, sans désir de pratiquer des activités sportives à risques.

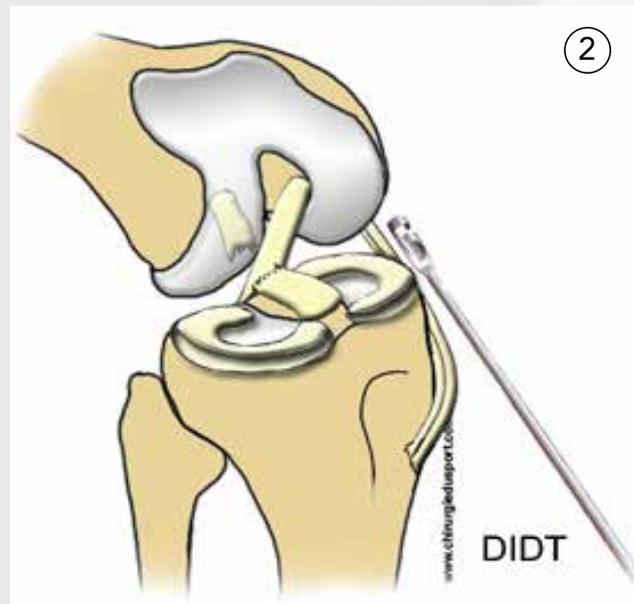
Le traitement chirurgical vise à reconstruire le ligament croisé antérieur déchiré. Les personnes désirant reprendre des activités sportives à risques, les personnes qui souffrent d'une instabilité récidivante au quotidien, malgré un traitement conservateur bien mené, ainsi que les personnes présentant des lésions associées sévères (ménisques, cartilage) sont candidates au traitement chirurgical. Le principe du traitement chirurgical consiste en une reconstruction du ligament croisé antérieur par le biais d'une greffe autologue (matériel prélevé sur le patient lui-même). Différents tendons autour du genou peuvent être prélevés et utilisés comme greffe :

1. Le tiers central du ligament rotulien, augmenté à chacune de ses extrémités par une barrette osseuse, provenant d'un côté de la rotule, de l'autre côté de la tubérosité tibiale antérieure.

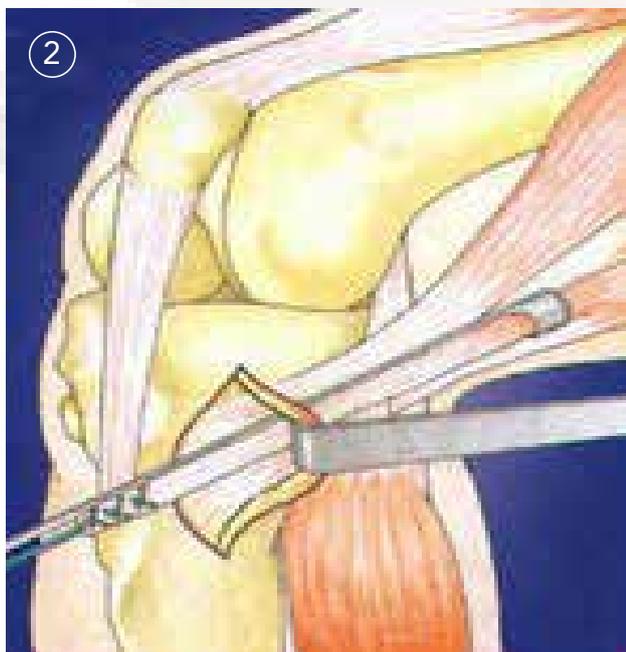


http://www.chirurgiedusport.com/images/dessin_chirurgie%20rupture_lca_didt_kj_chirurgiedusport_docteur_lefevre_560.jpg

2. Les ischios-jambiers, plus précisément le semi tendineux et/ou le droit interne.



http://www.chirurgiedusport.com/images/dessin_chirurgie%20rupture_lca_didt_kj_chirurgiedusport_docteur_lefevre_560.jpg



http://www.louvard.be/_Media/img32923jpg_med.jpeg

3. Le tiers central du quadriceps (au dessus de la rotule), avec d'un côté une barette osseuse provenant du pôle supérieur de la rotule, et de l'autre une partie tendineuse libre.

Une fois le greffon prélevé et préparé, le principe chirurgical de reconstruction demeure le même, quel que soit le greffon choisi. Par voie arthroscopique, les restes du ligament croisé antérieur déchiré sont nettoyés et les points d'insertion au niveau du tibia et du fémur repérés. Au moyen d'instruments de visée spécifiques, un tunnel osseux est foré au niveau du tibia et du fémur. Le greffon sera ensuite passé au travers de ces deux tunnels osseux et fixé au niveau de ceux-ci au moyen d'une vis

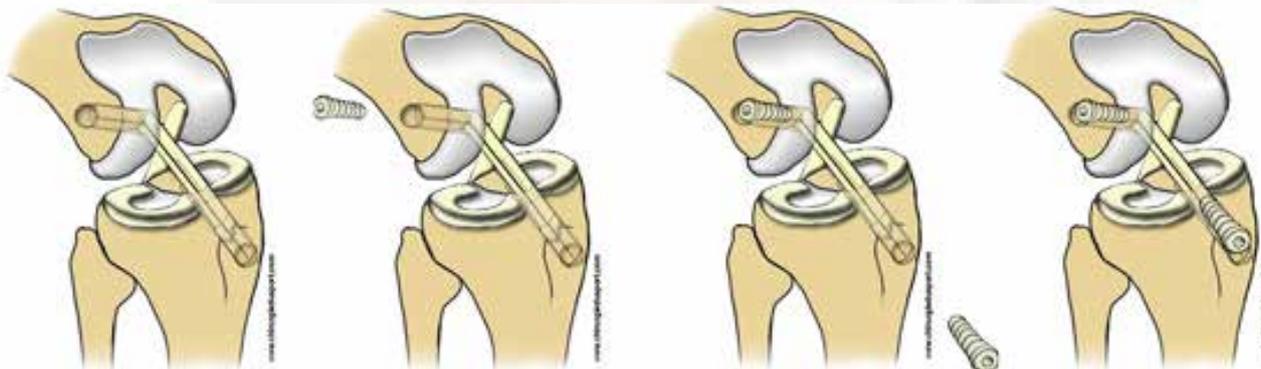
d'interférence résorbable ou d'un autre système adéquat disponible sur le marché. La partie du greffon traversant l'articulation prendra, le plus précisément possible, la trajectoire de l'ancien ligament croisé antérieur. Il s'ensuivra une phase de guérison, de cicatrisation et d'intégration du greffon au niveau des tunnels osseux et, à terme, le tissu tendineux du greffon se transformera en un tissu aux propriétés ligamentaires.

Dans le même temps opératoire, il faudra tenir compte des éventuelles lésions associées méniscales et/ou cartilagineuses.

Quand opérer ?

Le ligament croisé antérieur n'est pas un organe vital, il n'y a donc aucune raison de pratiquer une reconstruction dans l'urgence. De plus, nous savons aujourd'hui qu'une opération effectuée sur un genou douloureux et inflammatoire (épanchement, contusion osseuse) augmente le risque de développer des complications postopératoires telles qu'une raideur articulaire, voire une maladie de Sudeck, prolongeant ainsi la rééducation et retardant la récupération finale.

Il est donc préférable de démarrer systématiquement par un traitement fonctionnel et de planifier une opération à distance, si elle est nécessaire. La chirurgie se fera alors sur un genou calme, indolore, présentant une amplitude de mouvement retrouvée, au plus tôt 4 à 8 semaines après le traumatisme initial.



www.chirurgiedusport.com/images/ligamentoplastie_vis_kj_keneth-jones_os-tendon-os_chirurgiedusport_docteur-lefevre_quatre.jpg

L'AAtSSO remercie l'Ensemble Hospitalier de la Côte pour la mise à disposition des salles à l'Hôpital de Morges pour nos séances et les cours organisés par Espace Compétences.



HÔPITAL DE MORGES BLOC OPÉRATOIRE

- 6 salles d'opération (endoscopie comprise)
- 1 salle de réveil
- Bloc opératoire pluridisciplinaire
- Plateau technique de pointe
- Environ 6000 interventions par année
- Equipe interdisciplinaire



PROXIMITÉ
HUMANITÉ
COMPÉTENCE
RESPONSABILITÉ

ECUBLENS
Centre médical
Arcades EPFL

MORGES
Hôpital de Morges
EMS Nelty de Beausobre
EMS Les Pâquis
Centre Médical Charpentiers

AUBONNE
Hôpital et EMS d'Aubonne

GILLY
Hôpital de Gilly



Chirurgie contre la migraine : une nouvelle option pour soulager les céphalées chroniques

Introduction

Jusqu'à 20% de la population féminine et 6% de la population masculine sont touchées par des migraines chroniques. Ces pourcentages correspondent à une personne qui souffre de migraines pour quatre ménages.

Les symptômes de la migraine sont souvent invalidants: douleurs unilatérales ou bilatérales très fortes, nausées, vomissements, photo-sensibilité et photophobie. Les patients présentant des migraines récurrentes recourent à des traitements non pharmacologiques (acupuncture, physiothérapie, ostéopathie, etc...), ou pharmacologiques (traitements symptomatiques, analgésiques et prophylactiques). Quand les médicaments ne sont pas efficaces, les patients cherchent le calme et souvent l'obscurité pendant plusieurs heures, dans l'impossibilité de mener une vie familiale ou professionnelle normale.

Une nouvelle théorie

Certaines migraines sont causées par un écrasement des nerfs sensitifs du visage et de la nuque. Souvent, il s'agit de douleurs réfractaires aux médicaments ou de douleurs post-traumatiques, comme suite à un coup du lapin. Cette hypothèse a été étudiée aux Etats-Unis depuis l'an 2000. Les docteurs Pietramaggiori et Scherer – après leur formation clinique en chirurgie plastique et nerfs périphériques à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Lausanne (CHUV) - se sont donc spécialisés aux USA dans le domaine de la chirurgie contre la douleur et les migraines.



Figure 1 : En jaune, les nerfs impliqués dans les migraines frontales. En rouge, les muscles. En irritant les nerfs, ils causent la douleur.

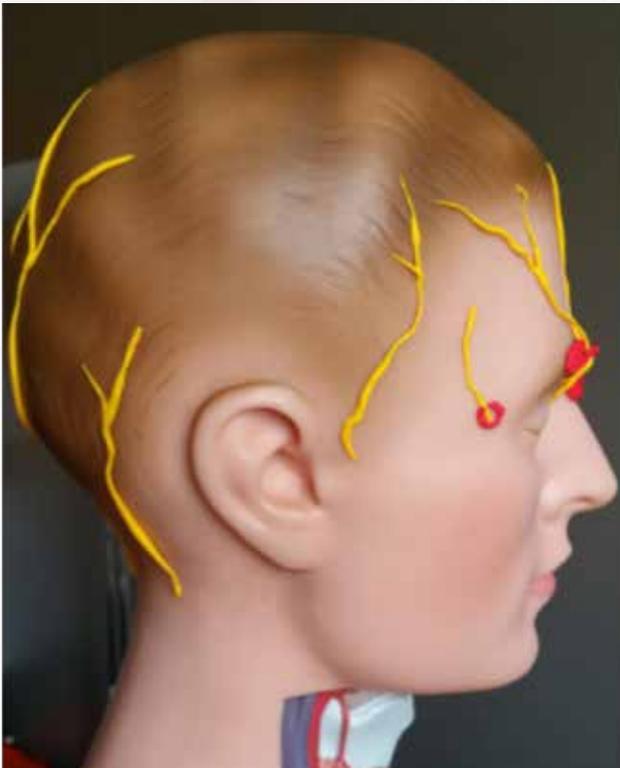


Figure 2: Les nerfs dans les tempes et dans la nuque sont souvent impliqués dans les migraines.

Les tests

C'est comme le tunnel carpien au niveau de la tête: au niveau des sourcils sur les yeux, des tempes, dans la nuque et tout autour de la tête, il existe des points – bien décrits anatomiquement – où les nerfs se trouvent dans des espaces étroits. La compression entraîne des douleurs, et la chirurgie peut donc soulager les patients en libérant ces nerfs.

Les patients peuvent souvent indiquer exactement les points où les nerfs sont coincés. Pour comprendre si un patient est candidat à la chirurgie contre la migraine, il faut effectuer des tests pendant une consultation. Si le patient a une crise au moment de la consultation, on procède à une anesthésie locale: si l'on arrive à éliminer complètement les douleurs en anesthésiant un nerf spécifique, nous déduisons que le nerf est impliqué dans ces douleurs. Cependant, puisqu'il n'est pas toujours possible de recevoir les patients pendant une crise, nous procédons alors de temps en temps à des injections de Botox, qui soulagent les spasmes faciaux causés par des muscles comme le « corrugateur » (le muscle qui fait la « ride du lion », en rouge dans la fig. 1). Ces muscles sont une des structures qui écrasent les nerfs et les

irritent. Dans le cas du Botox, on attend plusieurs mois pour voir l'effet sur les migraines, et l'on demande aux patients de tenir un sorte de « journal des migraines » pour analyser les résultats.

La chirurgie

Une fois que le patient est jugé « bon candidat », on procède à la chirurgie qui est généralement ambulatoire (le patient reste dans le Centre une demi-journée), et dure environ deux heures. Suite à l'intervention le patient peut avoir encore des céphalées (mais moins violentes qu'auparavant), ou quelques crises de migraine (mais beaucoup moins fréquentes). Certains patients ont des fourmillements, des sensations gênantes, ou des anesthésies temporaires, qui peuvent être soulagées par massages ou par ergothérapie. Malgré ces effets transitoires, les patients sont bien contents de vivre sans migraines.

Les résultats

Les résultats sont fortement encourageants, avec autour de 85% de patients satisfaits de l'intervention, dont environ 35% restent sans migraines et 50% avec une amélioration significative (réduction de >50% de l'intensité ou de la fréquence). Pour les 15 % restants, il n'existe malheureusement pas encore de solution, mais il n'y a du moins pas de péjoration par rapport à avant l'intervention.

Malgré ces résultats concluants, il existe encore un peu de scepticisme chez les neurologues, mais c'est toujours le cas quand une nouveauté est introduite en médecine.

Le futur

Une recherche continue nous permettra d'augmenter le pourcentage de réussite. Une solide connaissance de l'anatomie est fondamentale quand l'on opère sur des nerfs de moins d'un millimètre de diamètre, en excluant toute lésion. Notre avantage est d'avoir libre accès à la salle de dissection d'anatomie de l'Université de Lausanne, où l'on donne des cours pour apprendre aux autres médecins l'anatomie et la physiologie des nerfs dans tout le corps.



Les témoignages



«Une nouvelle vie après l'opération de nerfs périphériques pour améliorer mes migraines...

En mars 2015, j'ai été opérée par les docteurs Pietramaggiore et Scherer; ma vie a réellement changé. Depuis des années, je devais faire face à d'horribles migraines qui étaient toujours un frein dans toutes mes activités professionnelles, sociales et sportives.

Depuis, il y a eu une amélioration de 75% et j'ai pu, dès le mois de juillet, gravir à nouveau des 4000 m dans les Alpes, sans aucune douleur.

Il y a eu pour moi une nouvelle vie après cette opération!

Merci aux médecins et à leur équipe.»

Isabelle S.

«Je profite de l'occasion pour vous informer que 18 mois ont passé depuis la chirurgie, et je peux dire franchement que cette dernière a changé ma vie. Je souffrais de maux de têtes chroniques et de migraines habituelles qui m'ont vraiment handicapée. Maintenant, les maux de têtes sont beaucoup moins fréquents, les migraines très rares et beaucoup moins sévères qu'avant. Comme résultat, j'ai beaucoup plus d'énergie, et je peux continuer ma vie d'avant avec une nouvelle appréciation!» Christina P.

«Bonsoir!

G. vous fait part qu'il est heureux de ne plus souffrir de maux de tête. Il se dit être une autre personne, un truc de fou! Moi pareil! Voilà pour les bonnes nouvelles! Merci et belle soirée!»

Eliza et G. (enfant de 12 ans)

Dr Giorgio Pietramaggiore

Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique, FMH

Chirurgie des nerfs Périphériques

Ancien chef de clinique universitaire (CHUV)

Privat Docent de l'Université de Lausanne

Dr Sandra Scherer

Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique, FMH

Chirurgie des nerfs Périphériques

Ancienne cheffe de clinique universitaire (CHUV)

Privat Docent de l'Université de Lausanne

Contact:

Centre Médico-Chirurgical Nyon

9, Rue de La Morâche

Tél: 022 362 03 62

<http://www.cmcnyon.ch/fr/specialites-medicales/chirurgie-de-la-douleur/chirurgie-de-la-migraine>



Une stomie... et après ?

La stomie vient du mot grec « Stoma » qui signifie bouche. Dans notre spécialisation, la stomathérapie, il s'agit de l'abouchement intentionnel (contrairement à la fistule à abouchement cutané) d'un organe creux à la peau. Ainsi la stomathérapie n'est pas à confondre avec la stomatologie, spécialisation médicale de l'ORL.

De nombreux chirurgiens ont laissé leur nom aux techniques opératoires qu'ils ont mises sur pied (Hartmann, Bricker, Duke, De Kock, Malone, Monti...) et souvent aux stomies qui y sont associées. Ce fut pour les pionniers de la chirurgie issue des grandes guerres.



Margaret White (UK), 1750
Première représentation connue d'une personne stomisée

De nombreuses pathologies, complications chirurgicales ou accidents peuvent conduire à la confection d'une stomie. Celle-ci peut être réalisée quasiment sur l'ensemble du tractus digestif (oesophagostomie -> sigmoïdectomie) ou du trajet urinaire (néphrotomie -> vésicostomie).

Une stomie peut être transitoire ou définitive, de décharge ou d'alimentation. Elle peut aussi être, mais beaucoup plus rarement, de repos (toujours associée à une stomie d'aval de décharge) voire pour réaliser des irrigations antérogrades. Elle peut toucher tous les âges de la vie (prématurés -> adultes).

Selon la cause qui a amené à la confection de la stomie, de la situation de la personne (vécu d'avant, représentations, ressources auprès de proches, habilités manuelles et cognitives), le vécu de la stomie et la gestion des appareillages nécessaire pour la suite seront tout autre.

Un des rôles majeurs du stomathérapeute est d'accompagner la personne et/ou les proches dans l'appropriation de cette nouvelle image corporelle, de ces nouveaux soins et surveillances, trouver avec elle des stratégies d'apprentissage et d'aide adaptées à leur réalité tout en tenant compte de la situation locale de la stomie (et son évolution), du matériel à disposition, dans une approche globale, interdisciplinaire et en procédant par étapes.



La stomie idéale... un mythe ?

La stomie, en particulier lorsqu'elle est de décharge devrait être :

- Loin de plis cutanés (en particulier lorsque la personne est assise)
- Eloignée des rebords osseux
- A distance des cicatrices
- En-dessus ou au-dessous de la taille
- Visible par la personne stomisée
- Ourlée à la peau de 2 cm (la stomie évolue encore pendant 4 à 5 semaines après l'intervention, en perdant son œdème post-opératoire)

Pour cela, il est fortement utile que la personne soit vue par le stomathérapeute avant l'intervention en vue de faire ces repérages dans diverses positions, selon des repères particuliers (si colostomie gauche, droite; iléostomie ou urostomie). Repérages qui seront à adapter selon les habitudes du patient et au regard du statut abdominal.

La consultation préopératoire est aussi importante afin de reprendre avec le patient ce qui a été dit par le chirurgien, parler avec lui de ses représentations de la stomie et de sa gestion, de compléter les informations selon son besoin et éventuellement proposer à ce dernier de rencontrer un autre patient stomisé s'il le désire.

Ceci n'est réalisable que si l'intervention est programmée. Dans les cas d'urgence, au mieux le patient sera vu avant d'aller au bloc opératoire; au pire une fois l'intervention effectuée.

Les étapes post-opératoires, pour les stomies de décharge, où intervient le stomathérapeute sont :

- En post-opératoire immédiat: pour vérifier que ce qui a été prévu a bien été fait. Donner de la documentation appropriée et plus ciblée en fonction. La bonne vascularisation de la stomie, de sa bonne fixation à la peau et de la reprise du transit seront une des surveillances à conduire.

La poche est transparente, sans filtre, à ouverture avec bouchon, à fenêtre, stérile ou non stérile: inesthétique mais pratique pour les soignants.

- Lors de stomies urinaires de type Bricker (Urétérostomie Cutanée Trans-Iléale), les soins devront être réalisés de manière stérile tant que les sondes urétérales seront en place.
- Lorsque le transit aura repris et les matières un peu épaissies, ou lors du retrait des sondes urétérales, un système différent du système post-opératoire pourra être proposé au patient parmi les différentes alternatives à disposition sur le marché.

L'appareillage étant considéré comme un vêtement, la charte internationale des patients stomisés nous invite à les guider dans le choix de l'appareillage plutôt que de le leur imposer. Les études ont démontré que l'apprentissage des soins, surveillance et diverses manipulations en seront facilités.

Les poches pourront alors être :

- Opaques ou transparentes
- Avec filtre pour les poches digestives ou avec valves anti-reflux pour les poches urinaires
- Fermées pour les poches de colostomie gauche
- Vidables = Ouvertes avec clamp intégré (velcro ou picots) pour les matières fécales pâteuses, avec robinet pour les poches urinaires.
- Vidangeables = Ouvertes avec bouchon (poche de drainage ou poches urinaires) lorsque les effluents restent liquides.



Le système pourra être en une 1 ou 2 parties (poche et plaque ensemble ou séparées). Chaque système sera montré avec ses avantages et inconvénients, le choix se portant par élimination vers le système qui semble le mieux convenir à la personne. Le système sera alors testé une semaine afin de vérifier s'il est bien étanche, s'il est bien toléré à la peau et s'il est effectivement pratique pour la personne. Comme la stomie va évoluer pendant quelques semaines en post-opératoire, il va falloir attendre que celle-ci se stabilise pour s'assurer que l'appareillage choisi convienne bien.

Parfois le recours à un système convexe (lorsque la stomie se rétracte et/ou est à fleur de peau) sera utile, d'autres fois nous aurons besoin d'un système concave (hernie parastomiale ou grosseur en cours).

L'enseignement se fera par étape :

- Apprendre à vider/vidanger la poche
- Apprendre à changer la poche sur la plaque, si on est dans un système deux pièces
- Apprendre à changer la plaque sur la peau

Chacune de ces étapes se faisant en 3 temps :

- La personne voit comment on fait le soin
- Lorsque la personne se sent prête, elle le fait sous supervision
- Lorsque la personne se sent à l'aise, elle le fait seule



Types d'appareillage dans les années 1940... et d'aujourd'hui dans les pays industrialisés... Avec alternative d'aujourd'hui trouvée dans des pays à ressources réduites.

De l'aide sera trouvée sur les étapes manquantes encore à accomplir, ou pour lesquelles la personne ne se sent pas (ou n'est pas) capable de réaliser. Parfois c'est un tiers qui s'investit dans ces soins et surveillances... parfois cela peut compromettre un retour à domicile, faute de personne ressource.

Le stomathérapeute est aussi là pour prévenir, surveiller et commencer à traiter certaines complications :

- Complications précoces de la stomie: nécrose, désunion vis-à-vis du plan cutané, fistulisation et abcès parastomial. Il peut faire appel à différents produits spécifiques à la stomathérapie pour traiter ces affections et en réfère au chirurgien selon la gravité et l'évolution. Les problèmes d'hémorragie seront aussi à référer au chirurgien pour suivi et le problème d'éviscération relèvera d'un cas d'urgence chirurgicale (l'intestin devant être gardé humide jusqu'à l'intervention chirurgicale, faute de nécroser et de n'être plus fonctionnel).
- Complications tardives de la stomie: sténose, hernie, prolapsus sont à craindre et des moyens palliatifs pourront être proposés avant d'envisager une ré-intervention chirurgicale si besoin.
- Complications cutanées autour de la stomie: intolérance au matériel, dermatite de contact sur frottement ou changements d'appareillages trop fréquents, dermatites liées aux effluents, bourgeons et granulomes, mycoses ou cristaux de phosphates dans les cas de stomies urinaires, manifestations de problèmes dermatologiques comme un herpès, un psoriasis, un zona, un pyoderma gangrenosum... sont à redouter et à traiter dès que possible. En effet, des problèmes cutanés peuvent compromettre la tenue des appareillages. Il est donc fondamental de ne pas trop attendre pour les prendre en soins et en surveiller l'évolution afin de s'assurer de la pertinence des protocoles mis en place. Là aussi bon nombre d'accessoires spécifiques à la stomathérapie seront des plus utiles.



Complications	Signes	
Nécrose		Couleur: cyanosée, noire
Désinsertion		Désinsertion totale: la stomie disparaît dans l'abdomen
		Désinsertion partielle: risque d'occlusion et d'hyperthermie
Occlusion		° Douleurs, nausées, vomissements
Fistules Absès péristomial		° Signes locaux d'infection: douleur, rougeur ° Signes de péritonite (en cas de fistule profonde): douleur, fièvre
Hémorragie		° Saignement ° Signes généraux: hypotension, tachycardie...
Eviscération		Exposition des anses intestinales
Perforation		° Signes locaux d'infection: douleur, rougeur ° Signes de péritonite: douleur, fièvre
		° Perforation intra-pariétale
		° Perforation intra-péritonéal

Complications	Signes	
Sténose		° Selles en forme de "spaghetti" ° Absence de selles
Eventration péristomiale		Proéminence de la paroi abdominale
		
Prolapsus		Déroulement de l'intestin vers l'extérieur

Complications stomiales précoces (jusqu'à J 30) et tardives

Bien souvent ces soins sont menés par le stomathérapeute, qui en référera le cas échéant au chirurgien si besoin. Il pourra donner des conseils sur la vie quotidienne : en lien avec les voyages, le port de charge, la piscine ou les bains... Concernant la sphère intime et l'impact sur la sexualité, si la question est abordée, elle sera souvent référée à des médecins spécialisés pour trouver des pistes de solutions adaptées à chaque problématique rencontrée.

Dans les cas provisoires, le stomathérapeute intervient en radiologie une fois le lavement à la gastrographine prescrit par le chirurgien digestif en

vue de changer l'appareillage. Il interviendra une fois le rétablissement effectué, afin de s'assurer que le transit reprend normalement et sans troubles de la continence. Un relai pourra éventuellement être fait avec la physiothérapeute spécialisée en périnéologie.

Dans les cas de stomies d'alimentation, le rôle du stomathérapeute sera tout autre: collaboration avec les diététiciennes, et diffusion d'informations sur les soins et surveillance liés au type de stomie et d'appareillage, tant auprès des soignants que des personnes stomisées.



Complications	Signes	
Dermatite de contact		Irritation localisée, lésions de friction
		Irritation généralisée s'étendant sur toute la surface concernée
		Brûlure sur irritation ou allergie
Dermatite liée aux effluents		Irritation pouvant aller jusqu'à la brûlure, selon un trajet déterminé (zones de fuite)
		Macération
Mycoses		Dépôts blanchâtres dans zone irritée
Folliculites		Petites collections purulentes sur la base des poils

Bourgeons		Phénomène cicatriciel en général à la base de la stomie, de dimension et d'étendue variable, pouvant récidiver
Granulomes		
Cristaux de phosphates		<ul style="list-style-type: none"> ° Incrustation de dépôts blanchâtres à grisâtres ° Peau rougeuse, douloureuse, humide au toucher
Complications liées à des maladies sous-jacentes : Pyoderma gangrenosum		<ul style="list-style-type: none"> ° Pustules rouges au sein d'ulcérations purulentes ° Bords surélevés, peau de couleur rouge bleutée ° Lésions douloureuses, pouvant se creuser et s'étendre
Psoriasis		Eruptions cutanées liées à la maladie et à la sollicitation fréquente de ce territoire par les appareillages
Cancérisation		Lésions suspectes, fragiles (hémorragiques) associées à des douleurs, troubles du transit...
Escarres		Lésions de pression sur une zone précise

Complications cutanées

D'où vient la stomathérapie ?

La première stomathérapeute était une patiente iléostomisée américaine (Norma N. Gill, 1920-1998). Elle s'est associée avec le chirurgien qui l'avait opérée, le Dr Robert Turnbull de la Clinique Cleveland (Ohio, USA), pour créer la spécialisation dans les années 50-60. Cette spécialisation est devenue rapidement une spécialisation infirmière et s'est regroupée en une association mondiale (le WCET) en 1978 suite à un congrès international qui s'était tenu à Milan (Italie).

Aujourd'hui la formation certifiante doit répondre à des critères édictés par cette association ; le WCET et la spécialisation se sont répandus de par le monde. Comme en Suisse Romande il n'existe pas encore une telle formation, nous devons la faire en France ou en Belgique. Bon nombre d'entre nous l'ont faite à Lyon et quelques irréductibles à Bordeaux.

On nous appelle aussi des ETs, pour Entérostomathérapeutes ; même si cette dénomination est sujette à débat puisqu'elle ne recouvre pas l'ensemble de nos champs d'intervention.



Le 26 juin est devenue la journée Mondiale des Stomathérapeutes, en l'honneur de Norma (jour de son anniversaire).



Norma N. Gill dans ses jeunes années

Le stomathérapeute... un changeur de poche ?



Dessin réalisé par un patient stomisé

Eh bien non! Ces quelques lignes n'abordent qu'une partie de nos 4 champs d'actions possibles.

En effet, en dehors des patients stomisés, nous pouvons nous occuper aussi de patients porteurs de fistules à abouchement cutané, de patients souffrant de troubles de la continence... et, dans certains lieux, de patients porteurs de plaies chroniques.

Les activités de suivi de dossier, de gestion des stocks,

de réalisation de statistiques d'activité, d'effectuer des factures (avec la connaissance des différents types de possibilités de remboursement), de réaliser des ordonnances pour le matériel et de rédiger du courrier aux assurances en cas de dépassement de forfaits... sont autant d'activités de l'ombre qui font de la stomathérapie un domaine qui permet de développer de multiples talents, dans une vision globale et interdisciplinaire.

D'ailleurs... savez-vous que nombres d'entre nous ont des doubles mandats: hôpital-domicile!

Besoin d'aide et de soutien ?

Bien que les stomies soient de plus en plus transitoires (plus souvent digestives qu'urinaires), on compte de plus en plus de patients (en particulier les patients cancéreux) qui se retrouvent à vivre, avec le temps, avec deux stomies.

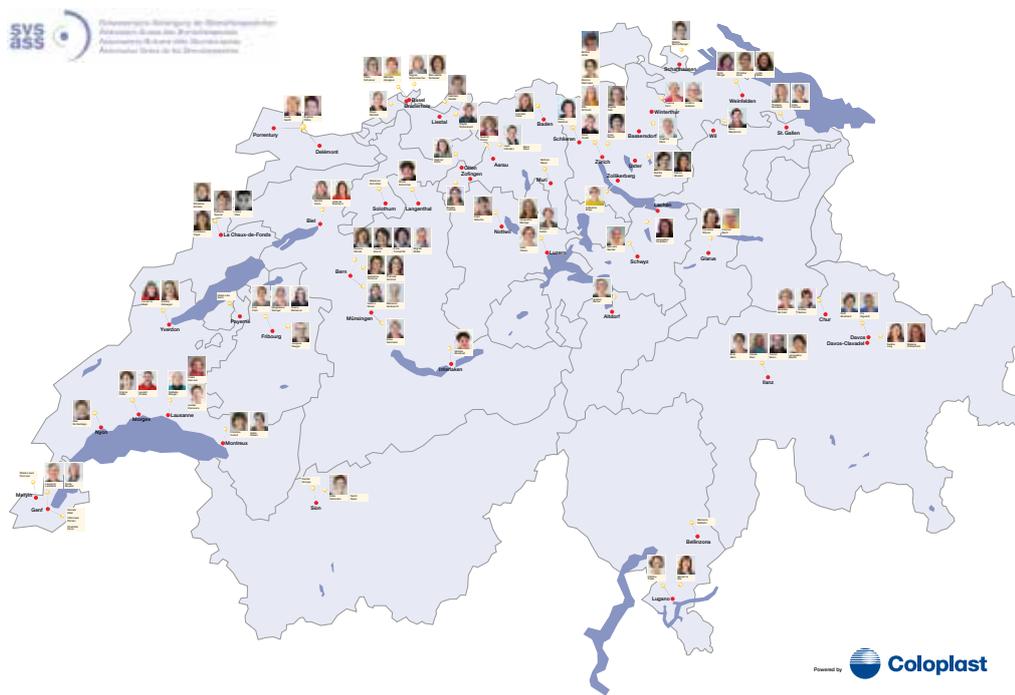
Avoir une stomie n'est jamais anodin et des aides précieuses sont à disposition, comme :

- L'association des patients stomisés (ILCo), avec ses antennes cantonales, l'existence de groupes de paroles et/ou de blogs spécialisés sur internet.
- Connaître les contenus de la charte internationale des droits du patient stomisé (1998) et de la fatwa pour les personnes stomisées de confession musulmane (1987)
- Disposer d'un passeport particulier pour faciliter le passage en douane (notamment lors de trajets en avion), en particulier pour le port de liquide à bord.
- Sans oublier de se référer, en cas de besoin ou de questions à des spécialistes qui travaillent en réseau et qui peuvent de plus en plus appuyer leurs pratiques à la lumière de documents de consensus (par exemple: International Ostomy Guidelines développés par le WCET en 2014).

Les références apportées en bibliographie vous apporteront plus de détails utiles.



Une stomie... et après? | Laurent Chabal



Laurent Chabal
 Infirmier stomathérapeute spécialisé
 Chargé de cours HES
 Responsable de la Commission Publications & Communications du WCET

Carte des stomathérapeutes en Suisse, réalisée en 2015, pour le jubilé de notre association.

Références:

- Association Française d'Entérosthérapeutes. (2003). Guide des bonnes pratiques en stomathérapie: chez l'adulte – entérostomies; chez l'adulte – urostomies; chez l'enfant; La stomathérapie en 12 recommandations – texte court des recommandations. Lyon: AFET & Ligue contre le cancer, comités du Rhône et de l'Isère. Hollister
- Benirschke, R. & Minamide, E. (2009). Embracing life, great comebacks from ostomy surgery. Encinitas, CA: Rolf Benirschke Entreprise, Inc.
- Canadian Association for Enterostomal Therapy. (2008). Best Practice Recommendations: Enterocutaneous Fistulae (ECF). Ottawa: CAET
- Devaux, S. (sous la direction de). (2011). Le point sur... les stomies et les fistules. Paris: Esford
- Dominicé, P., Favario, C. & Lataillade, L. (2000). La pratique des infirmières spécialistes cliniques. Identifier des savoirs spécifiques. Paris: Sali Arslan
- Erwin-Toth, P. & Krasner, D. L. (2012). Enterostomal Therapy Nursing. Growth & Evolution of a Nursing Specialty Worldwide. A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET. Cambridge: Cambridge Publishing, 2d edition
- Feulin, C., Crispin, B. & Deccache, A. (2010). Comprendre le vécu des patients stomisés: quels besoins d'aide et d'éducation. Série des dossiers techniques. Bruxelles: ULC – RESO, Service communautaire de Promotion de la Santé
- Ligue Suisse contre le cancer. (2012). L'urostomie; l'iléostomie; la colostomie.
- Lyon, C. & Smith, A. (2010). Abdominal stomas and their skin disorders, an atlas of diagnosis and management. 2e édition. Londres: Informa Health care, Dansac
- Meyer, C., Jacquemin, D., Rodriguez, A. & Kraemer, A. (2007). L'infirmière stomathérapeute. Paris: Masson, Abrégés, Professionnels Infirmière
- Meyer, S. (2005). Osons en parler! Connaître son intimité, source de plaisir et de désir, gérer et traiter les problèmes d'incontinence. Paris: Favre
- Salter, M. (1992). Altération de l'image corporelle, le rôle de l'infirmière. Paris: Interéditions
- SVS, ASS; SBK, ASI. (2009). Profil des stomathérapeutes Suisses
- Wound Ostomy Continence Nurse Association. (2010). The wound, ostomy and continence nursing, educational essentials. 1st edition. Mt. Laurel: WCON Society national office
- Zulkowski, K., Ayello, E.A. & Stelton, S. (Eds). (2014). WCET International Ostomy Guideline. Osborne Park, Australia: WCET
- www.svs-ass.ch/fr/, www.wcetn.org, www.ilco.ch



Mercy Ships: des vies transformées!

Imaginez...

Un navire-hôpital avec un équipage de 400 bénévoles, tels que chirurgiens, infirmiers, cuisiniers et autres spécialistes. Imaginez ensuite que ce navire se rende dans les pays les plus pauvres du monde pour y offrir tous ses services gratuitement. C'est ça Mercy Ships!



Le navire l'Africa Mercy

Fondé en 1978 à Lausanne, Mercy Ships est une organisation humanitaire internationale basée sur des valeurs chrétiennes qui dispense une aide médicale spécialisée aux personnes les plus démunies en Afrique. Elle soutient en outre durablement le développement local à l'aide de programmes de formation et de rénovations d'infrastructures, dans le but d'améliorer les systèmes de santé des pays visités.

Depuis 38 ans, Mercy Ships utilise pour son travail des navires-hôpitaux qui facilitent l'accès aux soins médicaux. L'Africa Mercy, le plus grand navire-hôpital civil du monde, est équipé de 5 salles d'opération, une unité de soins intensifs et 82 lits d'hôpital. Sa gestion totalement autonome et l'application de normes qualitatives occidentales permettent de réaliser des opérations complexes à bord du navire-hôpital, évitant ainsi le transfert des patients vers un hôpital en Europe.



L'équipage au complet de l'Africa Mercy



Des chirurgiens à l'œuvre dans une des 5 salles d'opération à bord

Des chirurgiens, infirmières, ophtalmologues, dentistes et autres professionnels de la santé y travaillent bénévolement, prennent en charge leur propre billet d'avion et participent même aux coûts d'hébergement et de repas à bord du navire. Ces bénévoles permettent aux patients de d'avoir une nouvelle chance dans la vie, grâce à leur passage à bord du navire: par exemple en retirant des grosses tumeurs bénignes, en réalisant des greffes de peau à la suite de brûlures graves ou en soignant des femmes souffrant de fistules obstétricales. Ces transformations de vies redonnent aux patients quelque chose qu'ils avaient perdu: l'espoir!



Les patients retrouvent la joie de vivre après leur opération.

Rencontrez Françoise !



Françoise, à Madagascar

Françoise est une infirmière-instrumentiste avec une formation en soins généraux et une spécialisation en salle d'opération. Originaire du Jura neuchâtelois, mère de trois filles adultes et en pré-retraite elle a eu envie de se mettre au service de ceux qui en ont le plus besoin. Ayant la chance d'être en excellente santé, elle met à profit et à disposition ses connaissances et son expérience professionnelle en s'engageant avec Mercy Ships. Elle répond à quelques questions.

Comment as-tu entendu parler de Mercy Ships ?

J'ai entendu parler de Mercy Ships dans ma famille par une connaissance qui a vécu deux ans à bord de l'Africa Mercy. C'était il y a quelques années. Au fond de moi j'ai rapidement su que je réaliserai ce rêve, mais il m'a fallu quelques temps pour que je sois prête à embarquer.

Combien de fois es-tu déjà allée travailler à bord ?

J'ai eu la chance de travailler à bord deux fois jusqu'à présent. La première fois six semaines et la deuxième fois quatre semaines. Je suis rentrée de ma dernière mission mi-décembre 2015. Je prévois de retourner sur le bateau en janvier 2017.

Quelle est ta motivation à travailler gratuitement à bord ?

Plusieurs raisons ont motivé mon bénévolat: un métier génial que je pratique et que j'aime depuis longtemps, une vie en Europe aisée qui me permet de donner aux plus démunis non seulement de l'argent mais aussi de mon temps et mes capacités. Je réalise mieux et vois concrètement à qui vont mes efforts.



D'autre part j'aime l'esprit de l'engagement bénévole, qui ôte toute compétition et mise en valeur de soi.

Quelles sont les procédures chirurgicales effectuées à bord ?

Mercy Ships a délibérément choisi de pratiquer des interventions spécialisées dans les domaines des chirurgies ophtalmique, maxillo-faciale, orthopédique, plastique, générale et en santé des femmes (pour réparer les fistules vésico-vaginales). Les cas sont sélectionnés avec beaucoup de professionnalisme et de réalisme tout en voulant donner une chance de «vie transformée» à un maximum de patients, majoritairement jeunes.

Qu'est-ce que le travail à bord t'apporte dans ton travail en Suisse ?

En travaillant à bord j'ai constaté que nous pouvons travailler avec moins de stress. Le travail et les longues journées opératoires se passent dans le respect, le calme et la sérénité. Et nous sommes tout aussi performants!

Le travail à bord exige beaucoup de flexibilité et d'adaptation et il faut savoir improviser avec les moyens existants au bloc lorsque l'on rencontre des cas «jamais vu». C'est un excellent apprentissage même si l'on a des années d'expérience.

Quelles différences techniques y a-t-il entre le travail en Suisse et sur le navire ?



Dans un des blocs de l'Africa Mercy, équipé presque comme en Suisse!

Les techniques opératoires sont les mêmes, elles sont universelles, ainsi que le nom des instruments. Mais il faut les savoir en anglais! La grande différence réside

dans toutes les procédures écrites, les nombreuses «checklists» qui ressemblent peu à celles que nous avons dans nos hôpitaux suisses.

Les responsabilités des infirmières-instrumentistes/TSO sont-elles les mêmes qu'en Suisse ?

La responsabilité est plus étendue. L'infirmière ou la TSO va chercher elle-même le patient à l'hôpital, le conduit en salle d'opération, l'installe sur la table d'opération, assiste l'anesthésiste. Puis elle est tour à tour circulante, instrumentiste et assistante du chirurgien. A la fin de l'intervention elle accompagne le patient à la salle de réveil et est responsable de la transmission du rapport et des ordres post-opératoires.



Françoise assiste le Dr Gary Parker, chirurgien maxillo-facial, depuis 25 ans à bord

La remise en état, les nettoyages de la salle font également partie du travail. A bord, pas d'AtSSO, pas de personnels pour le nettoyage. Par contre les instruments sont entièrement pris en charge par le service de la stérilisation, ceux-ci seront décontaminés, lavés et reconditionnés. Il suffit de les déposer à la fin de l'intervention.

Comment est l'esprit d'équipe dans une salle d'opération à bord du navire ?

L'équipe est très internationale et peu d'infirmières ou chirurgiens se connaissent ou se côtoient longtemps. Tous ont le même but et le même état d'esprit et il y a un immense respect des autres, de leur savoir faire, de leur expérience. Pas de compétition, pas d'enjeu financier, seuls la réussite de l'intervention et le bonheur de participer à ces changements de vie comptent.



Mercy Ships : des vies transformées ! | **Sophie Corset**

Y a-t-il un événement particulier, une rencontre qui t'a touchée ?

J'ai été touchée par la reconnaissance et les merveilleux sourires de nos patients opérés.

J'ai également beaucoup d'admiration pour les « day crew », les jeunes traducteurs qui viennent du pays pour nous seconder. Ils sont si aimables, toujours prêts à aider, ne se plaignent jamais et pourtant leur vie en dehors du navire est si difficile.



Deux « day crew » motivés de Madagascar !

Quelque chose que tu aimerais ajouter ?

Une telle expérience humanitaire permet de prendre réellement conscience de l'important, de l'essentiel ou du superflu dans notre vie.

Les conditions d'engagement à bord du navire pour des TSO ou infirmières-instrumentistes sont les suivantes :

- 2 ans d'expérience au minimum après le diplôme
- De très bonnes connaissances en anglais
- Une durée minimale de 2 semaines d'engagement

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à contacter Sophie Corset, responsable du recrutement à Mercy Ships Suisse, sophie.corset@mercyships.ch ou 021 654 32 02.

Rédactrice Sophie Corset
Responsable du recrutement



Le travail de Mercy Ships est rendu possible grâce à l'engagement de centaines de bénévoles qui offrent leur temps et leurs compétences à bord du navire et au généreux soutien de particuliers, fondations et entreprises. Depuis sa fondation, Mercy Ships compte plus de 2.5 millions de bénéficiaires directs. Reconnue d'utilité publique, l'Association Mercy Ships est exonérée d'impôts et tous les cantons ont accepté la déductibilités des dons versés.

www.mercyships.ch / 021 654 32 10

CCP: 10-17304-3

IBAN CH47 0900 0000 1001 7304 3

SWIFT/BIC POFICHBEXXX



Samedi 1^{er} octobre 2016

Grand Hôtel des Bains - **1892 Lavey-les-Bains**

Journée gratuite pour les membres de l'AAtSSO

Fr. 95.– pour les personnes non membres

Inscription jusqu'à fin août auprès de
AATSSO – CP 2212 – 1110 Morges 2

ou par email: info@aatsso.ch

8 h 30

Arrivée, café/croissants

8 h 45

Accueil et mot de bienvenue

9 h - 11 h 15

Plancher Pelvien Professeur Sylvain MEYER

Incontinence: problème de femmes dont elles n'osent parler

11 h 30

Assemblée Générale ou apéritif pour nos invités

12 h 15

Repas (Buffet froid, chaud et desserts)

13 h 30 - 16 h

La neurochirurgie spinale/spondylodèse, kyphoplastie

O-Arm, Navigation, moteur Midas et peak aquamantis

Maison Medtronic: Jurica TRIPALO, Julien ROH, Olivier BASSOT,

Christoph BÜRGI

16 h 30

Détente dans les bains



Journée AATSSO - Lavey 2015







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