

NEWS

Ouverture d'un nouveau service de stérilisation

Le service de stérilisation de la clinique Convert a été entièrement rénové fin 2016 afin de satisfaire aux exigences de sécurité et d'hygiène et aux normes applicables à l'activité de stérilisation.

Il est équipé de deux laveurs désinfecteurs double porte et de deux autoclaves avec traçabilité informatique du matériel pris en charge au sein de l'établissement. L'équipe est composée de six agents de stérilisation et d'un responsable de production sous la responsabilité du pharmacien gérant de l'établissement.



Convert...sations médicales

Mars 2017 - N° 2



Nous prenons soin de vous

CLINIQUE
CONVERT

Ils nous ont rejoints



Docteur Caroline BEYNAT,
Pneumologue.

DESC de Cancérologue
Capacité d'Allergologie



Docteur Antoine BOGE,
Cardiologue.

Ancien interne du CHU de DIJON
Ancien assistant des hôpitaux
Spécialiste en cardiologie interventionnelle



Dr Maxime FERRIER,
Chirurgien Orthopédiste
Spécialiste hanche, cheville et pied.

Titulaire du diplôme inter universitaire
de chirurgie de la cheville et du pied.



Docteur Nicolas LETZELTER,
Chirurgien Ophtalmologiste.

Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon,
Chef de Clinique à la Faculté.

Orientation :
chirurgie du segment antérieur
(cataracte, glaucome,
chirurgie de la surface oculaire)

Comité de rédaction :

Dr Eric BRUYERE, Chirurgien gynécologue - Arnaud MARCHAND, Directeur Général
Dr Pierre VALLESE, Chirurgien orthopédiste, Président de CME

NOUS CONTACTER

CLINIQUE

Standard : 08 26 30 12 34 /
04 74 45 64 85
Urgences : 04 74 45 65 29

SECRÉTARIATS CABINETS MÉDICAUX

Anesthésie : 04 74 45 64 95
Cardiologie : 04 74 24 76 75
Esthétique : 04 74 45 64 04
Gastroentérologie : 04 74 21 28 86
Gynécologie : 04 74 45 64 18
Imagerie Médicale : 04 74 24 73 44
Imagerie Nucléaire Scintigraphie :
04 74 23 43 17
IRM Scanner : 04 74 24 73 45
Kinésithérapie : 04 74 45 09 19
Ophtalmologie : 04 74 23 27 13
ORL : 04 74 50 60 40
Orthopédie : 04 74 45 64 22
Pneumologie : 04 74 45 08 19
Stomatologie : 04 74 45 64 93
Urologie Dr NICOLAS : 04 74 45 64 28
Urologie Drs PAULHAC et STEFANI :
04 74 45 64 19
Vasculaire : 04 74 47 96 76
Viscéral digestif : 04 74 45 64 11

Edito

Chères consœurs,
chers confrères,
chers amis,

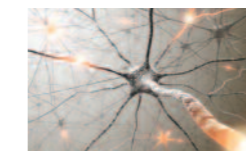
Le printemps vient d'arriver et avec lui le nouveau numéro de Convert...sations Médicales que vous tenez déjà dans vos mains. J'espère que ces nouveaux articles vous séduiront autant que les précédents l'ont fait. Une lettre d'information toujours placée sous le signe de la nouveauté : technologique avec l'acquisition de l'énergie plasma pour le traitement de l'endométriose, la stimulation médullaire et l'oxygénothérapie HDN ; organisationnelle avec l'extension de la Réhabilitation Améliorée à d'autres chirurgies et l'accueil des familles en réanimation ; immobilière avec la rénovation complète de la stérilisation au bloc opératoire ; et enfin... avec l'arrivée de nouvelles têtes.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Dr Eric BRUYÈRE

QU'EST CE QUE LA STIMULATION MÉDULLAIRE EPIDURALE (SME)?

Dr Carole GINGUENE
Neurochirurgien



Les douleurs neuropathiques (DN) ne sont pas liées à un excès de nociception mais au dysfonctionnement du circuit de la douleur. Pour cela elles résistent à la plupart des traitements usuels, et nécessitent des traitements lourds grevés d'effets secondaires, sans obtenir d'antalgie efficace.

Le principe de la neurostimulation : court-circuiter la transmission douloureuse au niveau des cordons postérieurs de la moelle. Cette stimulation génère alors des paresthésies non douloureuses dans les territoires ciblés.

Les indications sont nombreuses : lésion nerveuse périphérique, neuropathie diabétique, algodystrophie, DN post amputation, DN ischémie d'artériopathie grade 3 ou 4 non revascularisable, lésion incomplète plexus brachial, queue de cheval, angor réfractaire non revascularisable.

La SME permet de diminuer les DN et donc la prise médicamenteuse, d'améliorer la qualité de



vie du patient. L'incidence sur le retour au travail et son impact économique en santé publique expliquent pourquoi elle est tant plébiscitée aux USA et en Europe.

La validation de l'indication de SME requiert le consensus d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) régionale qui regroupe des algologues, médecins MPR, psychologue, chirurgiens. Cette RCP se réunit toutes les 6 semaines et est ouverte à tous.

L'implantation de SME implique 2 temps chirurgicaux à une semaine d'intervalle :
- mise en place de l'électrode, reliée à un stimulateur externe pour une phase de test (hospitalisation 2 jours)
- si le patient est soulagé d'au moins 50% des douleurs lors de la visite contrôle auprès de l'algologue, l'implantation est effectuée (ambulatoire), sinon le matériel est déposé.

Une électrode IRM compatible sera disponible en France en 2017 (jusqu'à présent la SME contre indiquait les IRM comme les Pace Makers).



Nous prenons soin de vous

CLINIQUE
CONVERT

L'OXYGÉNOTHÉRAPIE À HAUT DÉBIT NASAL : une technique qui ne manque pas d'air !

L'oxygène (O₂) découvert en 1772 a acquis son statut de médicament en 1998. L'oxygénothérapie est indiquée dans les situations d'hypoxie tissulaire caractérisée par une inadéquation en apport et besoin en O₂. Plusieurs interfaces existent pour l'administration : les lunettes nasales permettant d'obtenir une fraction inspirée en oxygène (FiO₂) de 24 à 40%, le masque venturi assurant une FiO₂ de 24 à 60 % et le masque à haute concentration avec des FiO₂ > 60%.

Les principales limites de l'oxygénothérapie conventionnelle sont une absence de conditionnement de l'O₂ (pas de réchauffement et humidification insuffisante malgré les barboteurs) et une tolérance médiocre avec les masques.



L'Oxygénothérapie à Haut Débit Nasal (HDN) n'est utilisée que depuis quelques années par les Réanimateurs et est en plein essor. Le fonctionnement est simple : un mélangeur air/oxygène permet d'administrer des débits élevés (jusqu'à 60L/min) avec une FiO₂ maîtrisée. Les gaz muraux sont humidifiés et réchauffés par un humidificateur chauffant et délivrés au patient grâce à des canules nasales de gros diamètre.

Sur le plan physiologique, grâce au haut débit, il existe un lavage de l'espace mort nasopharyngé, une diminution du collapsus pharyngé inspiratoire, une augmentation de la pression expiratoire.

Sur le plan clinique, on constate une amélioration rapide de l'oxygénation et de la dyspnée comparée à l'oxygénothérapie conventionnelle, une meilleure clairance muco-ciliaire grâce à l'humidification. On constate aussi une amélioration du confort et de l'observance du patient. Il s'agit en Réanimation mais aussi aux Urgences d'une technique en progression pour la prise en charge de l'insuffisance respiratoire aiguë hypoxique non hypercapnique permettant d'éviter l'intubation. Une étude récente (FLORALI) a montré une amélioration du pronostic des patients sous HDN en situation de détresse respiratoire hypoxémique. Plusieurs études sont en

Dr Nicolas JACQUIOT
Anesthésiste réanimateur



cours pour définir son positionnement dans d'autres situations cliniques (pré oxygénation avant intubation et en post extubation pour éviter l'échec).

Le service de Réanimation de la clinique dispose de 4 colonnes d'Oxygénothérapie à Haut Débit Nasal permettant la prise en charge des patients hypoxémiques en plus des techniques classiques de Ventilation Invasive et Non Invasive.

Enfin, la technique est en train de diffuser à domicile avec certes des débits d'O₂ moins élevés mais un conditionnement des gaz à l'identique.

PLASMAJET

une nouvelle énergie pour une nouvelle prise en charge

Dr Elodie BOIS
Chirurgien gynécologue

L'endométriase concerne 10 à 15 % des femmes.

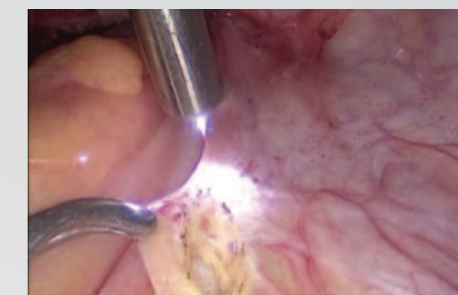
L'endomètre est la muqueuse qui tapisse la cavité utérine. L'endométriase se caractérise par la présence anormale de fragments d'endomètre, à l'extérieur de l'utérus : sur les organes génitaux internes comme le corps de l'utérus ou les ovaires mais également non génitaux comme le péritoine ou le rectum. En effet cette pathologie peut se présenter sous forme de nodule ou de kyste. Elle peut être responsable de douleurs pendant les règles (dysménorrhée), les rapports (dyspareunie), l'exonération (dyschésie), et peut être une cause d'infertilité.

La Technique du Plasmajet est un système qui utilise du gaz Argon, où l'excitation du gaz forme un Plasma et donc création de trois formes d'énergie ; la lumière, l'énergie cinétique et l'énergie thermique.

- La lumière : un petit soleil qui donne la lumière froide et qui n'a aucun effet sur les yeux ou les tissus, au contraire elle peut améliorer la visibilité du champ opératoire.
- Cinétique : sert à écarter le plan du tissu devant l'opérateur et de repousser les liquides dans les tissus, ce qui prépare l'action thermique.
- Thermique : l'énergie qui sert à faire la coupe, la coagulation et la vaporisation.

Le PlasmaJet est un instrument chirurgical de dernière génération permettant au chirurgien d'opérer l'endométriase (profonde ou légère) tout en minimisant les risques et en préservant les organes adjacents durant l'intervention. La profondeur et la diffusion thermique sont contrôlées et maîtrisées.

Ses avantages sont multiples et la prise en charge des kystes endométriosiques a changé depuis l'apparition de cette technologie. Le kyste endométriosique caractéristique est « brûlé » de l'intérieur. On ne pratique donc plus l'exérèse du kyste. Par conséquent le cortex ovarien est moins fragilisé et donc épargné. Le capital folliculaire est donc préservé chez ces femmes jeunes souvent nuligestes.



C'est également un outil de dissection rassurant pour des nodules sur l'uretère, les shaving du rectum etc.

En cancérologie il peut servir à pulvériser les nodules de carcinose péritonéale, sans léser l'intestin.

Le principal, et peut-être unique, inconvénient de cette technique reste le coût de la sonde à usage unique.

Dans la lignée des centres de référence nationaux de prise en charge de l'endométriase, nous avons choisi à la clinique Convert d'investir dans cette technique innovante afin d'offrir aux patientes qui nous sont confiées, sécurité et préservation de leur fertilité. Cet équipement est à la notre disposition depuis février 2017.

LA RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS HYSTÉRECTOMIE : Comment faire encore mieux ?

Dr Anne VUILLEMIN
Dr Eric BRUYÈRE
Chirurgiens gynécologues

La réhabilitation précoce vise à favoriser la récupération rapide des capacités physiques et psychiques du patient opéré. Pour cela, on cherche à optimiser la prise en charge des facteurs de limitation : analgésie, alimentation, mobilisation. Cela nécessite la coopération de l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux qui accompagnent l'opéré mais également l'implication du patient, acteur de sa propre récupération.



Depuis 2008, grâce au développement de la coelioscopie, nous réalisons plus de 95 % des hystérectomies par voie vaginale ou coelioscopique. La voie laparotomique est devenue

anecdotique (la moyenne nationale est de 50 %). Grâce à cette chirurgie mini-invasive, nous avons pu réduire la durée moyenne de séjour à 2,2 jours et la durée de cessation d'activité à moins de 6 semaines (la moyenne nationale est supérieure à 2 mois).

Depuis septembre 2016 à la clinique Convert, la réhabilitation précoce est proposée aux patientes prises en charge pour une hystérectomie, qu'elle que soit la voie d'abord. L'introduction de cette nouvelle organisation des soins a déjà permis de réduire la durée du séjour en deçà de 2 jours, de réduire la durée de la cessation de l'activité. Au final, cette nouvelle prise en charge, qui remet la patiente au centre du soin, apporte un bénéfice triple : à l'individu, à l'établissement de soins et à la société.

Le retour à domicile

- Départ à J1 ou J2
- Compte-rendu opératoire et d'hospitalisation remis le jour du départ
- Appel le lendemain du départ de l'infirmière référente
- Passage le lendemain du départ d'une infirmière libérale pour l'initiation du suivi à domicile en collaboration avec le médecin traitant
- Tenue à jour quotidienne par la patiente du carnet de bord (qui pourrait être remplacé ultérieurement par un site internet sécurisé ou une appli pour smartphone)
- Récupération du carnet de bord par le chirurgien lors de la visite postopératoire

Soins et suivi en aval de l'hystérectomie

- Analgésie « multimodale » utilisant plusieurs agents, avec infiltration au site opératoire à la ropivacaïne, afin de réduire les besoins en morphine.
- Chirurgie mini-invasive
- Absence de drainage, retrait rapide de la sonde urinaire (à J0)
- Reprise des boissons et d'une alimentation légère le soir même
- Lever précoce

Préparation en amont de l'hystérectomie

- Information sur le protocole par le chirurgien ET l'anesthésiste
- Remise d'un « carnet de bord » informant la patiente et l'incitant à participer
- Lutte contre la dénutrition avec complément hypercalorique préopératoire
- Lutte contre la soif avec boissons sucrées jusqu'à 2h avant la chirurgie.
- Hospitalisation le jour de l'intervention, quelques heures avant celle-ci
- Prévention des vomissements post opératoires

RÉANIMATION : soignons... l'accueil des familles.

Dr Mathieu PAGE
Anesthésiste réanimateur

L'hospitalisation d'un proche en réanimation, souvent non attendue et brutale, conduit à divers symptômes d'anxiété, de dépression. Jusqu'à 80% pour les conjoints sont touchés. De la confusion initiale, bloquant toute communication, la "famille" au sens large passe souvent par plusieurs stades d'humeurs variables (anxiété, colère, culpabilité, déni, résignation...) comme lors d'un deuil. Des facteurs favorisant cette anxiété ont été décrits, comme l'absence de salle d'attente, le manque d'informations, la méconnaissance du travail des soignants en réanimation (impression d'immobilisme) ou encore la perception d'informations contradictoires.

Prenons un exemple classique : "votre proche aura peut-être un scanner demain" expliqué par l'infirmier est interprété en état de stress par "AURA un scanner demain". Si ce scanner est jugé inutile le lendemain par le médecin à la lumière d'éléments nouveaux, ceci générera incompréhension et fausses interprétations ("ils ne se coordonnent pas", "ils font des économies", "ils ne savent pas ce qu'ils font"...).

Les études médicales et paramédicales préparent mal à la communication. Le soignant, souvent mû par de bons sentiments peut faire de fines erreurs de communication amplifiées par le stress du proche. Les "brutes en blanc" ne sont finalement pas si fréquentes que les vendeurs de scandales l'affirment.

Ces dernières années, une attention croissante est portée à la prise en charge des familles en salle de déchocage (UVI - urgence vitale immédiate) comme en réanimation. Des groupes de recherche tel que FAMIREA évaluent les améliorations simples à apporter. Un entretien dit "structuré" avec les familles a prouvé son bénéfice sur le ressenti des familles et l'apaisement des échanges ultérieurs. Il s'agit de rencontrer le médecin et l'infirmière en charge de son proche dans un lieu calme, assis, avec du temps pour les questions mais aussi les silences tellement

nécessaires à la communication non verbale. La remise d'un livret d'accueil détaillant le fonctionnement de la réanimation améliore aussi la compréhension et la satisfaction (abaissant l'incompréhension de 30 % à 10 %).

Des défis pour l'avenir nous attendent pour encore progresser. Des formations en communications "de crise" avec simulations se développent. Les services de réanimation augmentent les horaires de visites, jusqu'à 24h sur 24 pour permettre d'améliorer la compréhension des soins mais aussi de réduire l'inconfort du patient directement. La désignation systématique d'un représentant du patient hospitalisé est un objectif incontournable et souhaité par 90% des personnes interrogées. La place de ces représentants dans le processus décisionnel (fin de vie, limitation) reste encore à trouver entre une attitude "paternaliste" (le médecin seul décide et le représentant subit) et une "autonomie" trop importante source d'anxiété (l'équipe médicale ne sait pas et laisse au représentant la responsabilité de faire des choix impossibles). L'aide du médecin traitant dans les cas difficiles est incontournable.

La réanimation de demain sera probablement toujours plus technologique mais devra obligatoirement devenir plus humaine pour l'accompagnement de nos patients et de leurs proches.



L'explication point par point des éléments de la chambre de réanimation sur le livret d'accueil améliore la compréhension et réduit l'anxiété.