



centre
hospitalier
départemental

Vendée

brèves médicales

n° 31 - décembre 2007

>>> 1 édit

>>> 2 arrivées/départs

>>> 3 Service d'Anatomie
Pathologique

>>> 4 Développement de la filière
de soins gériatriques au CHD -
site de La Roche-sur-Yon

>>> 5 Le FIBROSCAN® : un examen
non invasif, révolutionnaire
dans les maladies chroniques
du foie

>>> 6 Réflexions sur la médecine
polyvalente de proximité

>>> 7 La resynchronisation
ventriculaire gauche -
traitement électrique
de certaines insuffisances
cardiaques - pratiquée au CHD
depuis 2005

>>> 8 Création d'une consultation
d'urologie à Luçon

édito >>> 1

2007 se termine, 2008 va commencer. Moment de transition mais période riche pour les Brèves Médicales :

L'anatomie pathologique expose son activité trop méconnue et pourtant capitale : son rôle diagnostique et pronostique, l'évolution et les progrès permanents de ses techniques, ses participations tant aux concertations pluridisciplinaires d'oncologie qu'aux réseaux départemental et régional et ses projets.

Est aussi exposé le développement de la filière de soins gériatriques du site yonnais du C.H.D, visant à participer aux besoins de soins en la matière du département où la proportion de personnes âgées est la plus importante de la région.

Sont aussi développées dans ce numéro les applications des nouvelles techniques de resynchronisation ventriculaire gauche pratiquées au C.H.D depuis 2005 dans certaines formes d'insuffisance cardiaque.

Un examen non invasif révolutionne l'approche diagnostique des maladies hépatiques chroniques. Il est utilisé au C.H.D depuis six mois. Un article de ce numéro lui est consacré.

Ce numéro s'enrichit aussi de réflexions sur la médecine polyvalente de proximité et toute la diversité des aspects de ses rôles essentiels dans la chaîne de santé.

Dès le 9 janvier 2008 sera assurée une consultation avancée d'urologie sur le site luçonnais. Tous renseignements sur celle-ci figurent dans ce numéro.

Cette présentation pourrait faire figure de sommaire, mais comment serait-il possible de privilégier tel ou tel article pour le commenter ? Les Brèves Médicales vous souhaitent à vous et aux vôtres d'excellentes fêtes de fin d'année.

arrivées >>> 2

Site de la Roche-sur-Yon

Dr Simon BATTISTI, praticien contractuel en chirurgie urologique.

Dr Guillaume BELLIARD, praticien contractuel en réanimation.

Dr Yves BLEHER, assistant en médecine post-urgence.

Dr Virginie BORDES, assistant en gynécologie.

Dr Florent CAPRON, praticien hospitalier en anesthésiologie.

Dr François DESROYS du ROURE, praticien hospitalier au laboratoire de biologie.

Dr Isabelle LABORDE, praticien contractuel à la pharmacie.

Dr Hélène LAGADEC, praticien contractuel en anesthésiologie.

Dr Aurélie LELONG, assistant en anesthésiologie.

Dr Luc POUPLIN, praticien contractuel en anesthésiologie.

Dr Olivier RIVAULT, praticien contractuel en anesthésiologie.

Dr François SUBIGER, praticien hospitalier au laboratoire de biologie.

départs >>> 2

Site de la Roche-sur-Yon

Dr Idriss ARNAUDET, praticien contractuel en réanimation.

Dr Jacky BENOIST, praticien hospitalier en gynécologie.

Dr Cyrille COUILLARD, praticien contractuel au SAMU-SMUR.

Dr Bertrand DOUSSET, assistant en anesthésiologie.

Dr Martine MARTIN-GRELLIER, assistante en médecine post-urgence.

Dr Olivier RIVAULT, praticien contractuel en anesthésiologie.

Dr Jean-Christophe WALLEZ, praticien hospitalier contractuel en gynécologie.

Site de Luçon

Dr Anne LE NECHET, praticien hospitalier en médecine.

Service d'Anatomie
Pathologique >>> 3

L'Anatomie Pathologique est une spécialité qui reste discrète et méconnue puisqu'il s'agit de prendre en charge les prélèvements tissulaires, le plus souvent solides, effectués par des praticiens aux-

quels un compte-rendu est par la suite adressé. Ceux-ci se chargent alors d'informer le patient sans que celui-ci puisse supposer le travail effectué.

Néanmoins cette spécialité reste un maillon indispensable lors de la prise en charge de nombreuses maladies, surtout cancéreuses.

L'équipe médicale du service d'Anatomie Pathologique du CHD est composée en théorie de quatre médecins (en fait trois actuellement) aidés par 11 personnes dont 5 sont des techniciens chargés de préparer les coupes histologiques avant leur interprétation par les médecins.

Une activité dédiée au C.H.D.

Il n'y a pratiquement pas de prélèvements tissulaires en dehors de l'Hôpital. Du fait de l'évolution des pratiques médicales et des renseignements attendus dans les compte rendus, l'activité du service s'est progressivement orientée fortement vers la **cancérologie**. C'est donc naturellement que le service a intégré le pôle de Cancérologie de l'Hôpital.

Le rôle de l'Anatomie Pathologique est tout d'abord diagnostique sur les biopsies effectuées en cours d'examen endoscopiques ou sur des lésions radiologiques (comme pour les lésions mammaires ou les masses tumorales profondes). Eventuellement le diagnostic est fait sur de petites pièces chirurgicales comme les ganglions lymphatiques, les thyroïdes ou certaines pièces d'exérèse mammaire.

C'est ensuite au cours de l'**examen des grosses pièces de chirurgie carcinologique** que son rôle est particulièrement important puisque les renseignements fournis auront des **conséquences directes sur la suite du traitement du patient**. Ces renseignements concernent des éléments pronostiques : le type histologique, le stade (c'est à dire l'extension locorégionale), le grade (la différenciation) ainsi que la qualité des limites d'exérèse de la tumeur. Dans certains cas, il devient possible sur certaines tumeurs de donner une prédiction de la réponse au traitement.

Un compte rendu donnant tous ces renseignements de la façon la plus lisible possible est élaboré et directement intégré dans le dossier informatif de l'Hôpital concernant le patient, il est ainsi rapidement à la disposition de tous les médecins qui suivront le patient.

Ainsi au cours de l'année 2006, 9 000 dossiers ont été lus dont 133 tumeurs des voies aériennes supérieures, 138 tumeurs du tube digestif, 49 carcinomes thyroïdiens, 107 cancers broncho-pulmonaires et pleuraux, 222 cancers mammaires, 104 cancers de la sphère gynécologique, 413 cancers de prostate, 141 tumeurs de la peau, 108 tumeurs urologiques autres que la prostate, 174 lymphomes.

Les anatomopathologistes partici-

pent autant qu'ils le peuvent aux réunions de concertation pluridisciplinaire d'Oncologie au sein desquelles est décidée la suite du traitement.

Des techniques en évolution permanente :

- la technique courante, élaborée depuis de nombreuses années et tout à fait standardisée, est relativement longue puisque nécessite une fixation parfaite des tissus avant leur inclusion en paraffine et la coupe des lames.

- la survenue de l'immunohistochimie dans les années 1980 a révolutionné la spécialité. Il s'agit de mettre en évidence des antigènes (autrement dit des protéines) à l'aide d'anticorps spécifiques. Cette technique est longtemps restée cantonnée au rôle d'aide au diagnostic, permettant néanmoins ces dernières années d'importantes précisions avec l'apparition d'anticorps spécifiques de certains organes (TTF1 pour les cancers pulmonaires) voire même, dans certains cas, de marqueurs de malignité (P504s des carcinomes de prostate). Elle a aussi permis de revoir la classification des lymphomes.

Néanmoins les évolutions les plus marquantes concernent la mise en évidence de protéines permettant de prédire si la tumeur va être sensible à certains traitements. C'est le cas de la mise en évidence des récepteurs hormonaux dans les cancers du sein ou, plus récemment, la mise en évidence de protéines qui traduisent des anomalies des gènes (mutation ou amplification par exemple de l'Her-2 dans les cancers du sein) permettant la mise en place de bio-thérapies.

Cette technique d'immunohistochimie est faite couramment de façon standardisée et fiable. Elle reste d'un coût modéré ce qui explique qu'actuellement toutes les recherches sur les anomalies des gènes cherchent à avoir une application en immunohistochimie, qui reste la méthode la plus simple pour les détecter.

Néanmoins cette technique est parfois mise en défaut et il faut recourir à une étude plus directe des anomalies du génome, par exemple par des techniques d'hybridation in situ. Il s'agit de techniques relativement récentes actuellement en voie de développement, pas encore en place à l'heure actuelle dans le service.

Des coopérations multiples

Le service a répondu à l'appel d'offres lancé par l'INCA en 2005 pour créer un réseau de tumorothèque à visée sanitaire en lien avec la tumorothèque centrale de Nantes. Les échantillons de tumeur sont ainsi congelés en respectant les règles d'organisation d'acheminement et de traçabilité actuellement en vigueur pour fiabiliser le diagnostic et le pronostic des cancers et également favoriser la recherche.

L'anatomie pathologique est également partie prenante des réseaux de cancérologie tels qu'Onco Vendée. Les compte-rendus ont vocation à intégrer le Dossier Communiquant en Cancérologie qui sera mis en place par Onco Pays de la Loire. Enfin, le service transmet régulièrement des données au Registre des Cancers de Vendée.

Des projets orientés vers l'amélioration de la qualité

L'organisation du service s'applique à mettre en place les règles de bonne pratique de la profession.

D'une part, les locaux ont été conçus pour respecter les règles d'hygiène préconisées. Une partie du service est dédiée aux bureaux et une autre aux activités techniques au niveau desquelles il y a plus de risques d'exposition aux agents infectieux. Le traitement des prélèvements d'organes arrivant dans le service est clairement séparé dans une pièce à part. Les déchets et les toxiques dont le formol sont éliminés par des sociétés spécialisées.

Par ailleurs, la solution informatique du service permet une traçabilité précise des échantillons au cours de leur traitement jusqu'à l'élaboration du compte-rendu.

Enfin une démarche qualité propre au service, décrivant les différentes procédures pour la prise en charge des échantillons est en cours.

Enfin, l'équipe médicale est particulièrement attentive à l'évolution des nouvelles techniques qui apparaissent et réfléchit à de futurs développements.

Dr Claire Magois

Développement de la filière de soins gériatriques au CHD - site de La Roche-sur-Yon >>>4

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une évolution des besoins de soins.

Ce vieillissement touche particulièrement la Vendée qui est le département où la proportion de personnes âgées (PA) est la plus importante de la région. Le littoral de notre département est particulièrement concerné. Les projections sur le territoire de santé prévoient une augmentation de la part de personnes de plus de 75 ans de 16,6% dans les 5 ans à venir et de 100 % d'ici 2030. Pour le pays yonnais, le nombre de plus de 85 ans devrait doubler entre 2005 et 2015 et celui des plus de 75 ans augmenter de 32 %. Cette évolution s'accompagne d'une multiplication du nombre de pathologies par patient. Si l'on exclut les problèmes visuels et dentaires, les personnes âgées déclarent **4,9 maladies entre 65 et 79 ans et 5,4 après 80 ans** (les pathologies cardio vasculaires, ostéo articulaires et endocriniennes sont les plus fréquentes) (*enquête du CREDES 2000*).

Dans ce contexte, apparaît la notion de fragilité de la personne âgée. La fragilité traduit un équilibre médical et socioéconomique précaire pouvant être rompu par tout stress extérieur, même mineur comme une pathologie bénigne. Le sujet âgé fragile est donc susceptible de se décompenser dans son autonomie lors d'une pathologie aiguë, d'un effet indésirable d'un médicament ou d'un stress d'ordre socioaffectif^{1,2}. Différents critères de fragilité ont été décrits. **Quatre dimensions principales sont à prendre en compte** : la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, la diminution de la force musculaire (risque de chute), les fonctions cognitives et relationnelles, l'état nutritionnel et l'âge >80 ans ou 85 ans.

10 à 35 % des PA seraient fragiles selon les tranches d'âge considérées^{2,3,4}. Le risque de décès à 5 ans est multiplié par 3 et celui d'entrée en institution par 9 chez les sujets fragiles par rapport aux sujets autonomes⁵. Lors d'une pathologie aiguë, la durée d'hospitalisation est plus longue chez les sujets fragiles que chez les sujets indépendants ; le taux de ré-hospitalisation est également plus élevé⁶.

Au CHD, site de la Roche-sur-Yon, les personnes de 75 ans et plus représentent le quart des hospitalisés. Elles sont dans 40 % des cas admises via le service des urgences où leur durée de prise en charge y est plus long. Dans les services de courts séjours, leur durée moyenne de séjour est 1,5 fois plus long que la durée moyenne de séjour tous âges confondus.

Le dispositif de soin est donc amené à évoluer pour prendre en compte ces différentes évolutions. Le Plan Solidarité Grand Age 2007 - 2012, présenté en juin 2006 «[...] est destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Dans cet objectif, le système hospitalier doit pouvoir faire face à l'accroissement de personnes âgées, notamment de plus de 75 ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent polyopathologiques et fragiles [...]»⁷.

Il est donc préconisé de renforcer la filière de soins gériatriques. «Elle doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique»⁷. Elle doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs «maillons» que sont : **un service de court séjour gériatrique, une unité mobile de gériatrie (UMG), une unité d'évaluation gériatri-**

que (UEG), les soins de suite et de réadaptation (SSR), et les soins de longue durée (SLD).

Elle s'appuie sur de solides partenariats avec les acteurs de soins et médico sociaux extra hospitaliers

Afin de développer la filière gériatrique sur le site de la Roche-sur-Yon, des moyens ont été attribués (dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen signé entre le CHD et la tutelle), **pour la création en septembre 2007 d'une UMG et d'une UEG.** La création d'un service de court séjour de gériatrie est programmé dans le schéma directeur.

L'unité d'évaluation gériatrique (UEG) du CHD - site de La Roche sur Yon

■ Définition

- Structure de soin en interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville ;

- Centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé ;

- Qui assure une prise en charge ambulatoire et constitue une porte d'entrée dans la filière gériatrique.

■ Missions

- Dispenser une évaluation médico-sociale (dépistage des facteurs de fragilité : contexte psycho-social, risques de chutes, dénutrition...) pour proposer une stratégie de prise en charge adaptée et collaborer au suivi (comme par exemple pour les personnes âgées porteuses de pathologies cancéreuses) ;

- Proposer des bilans en alternative à une hospitalisation classique, notamment pour les résidents des EHPAD ;

- S'assurer de la coordination des soins autour du patient en lien avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, SSIAD, HAD, professionnels libéraux...) ;

- Participer à l'organisation du soutien à domicile dans une dynamique de réseau.

■ **Composition** : un médecin gériatre à mi-temps (Dr Ronan FEVRIER), une infirmière (Mme Annie MORINEAU) et une assistante sociale.

■ Fonctionnement

- La personne âgée est adressée par un médecin au gériatre de l'UEG. L'évaluation est programmée par l'équipe de l'UEG.

- Un compte-rendu complet est adressé au médecin traitant et au médecin qui adresse le patient.

- La coordination est assurée par un gériatre.

- Ouverture : le lundi, mercredi et un jeudi sur deux.

■ Localisation : Pont Rouge (RDC)

■ Coordonnées :

Secrétariat : 02 51 44 63 31

Fax : 02 51 44 63 89

Mél : ueg@chd-vendee.fr

L'unité mobile de gériatrie (UMG) du CHD - site de La Roche sur Yon

■ **Définition** : Elle intervient dans

l'ensemble des services médicaux et chirurgicaux non gériatriques et aux urgences, **en soutien** aux équipes des services, **pour participer** à l'optimisation de la prise en charge de la personne âgée hospitalisée.

■ Missions :

- Dispenser une évaluation médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;

- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;

- Aider à orienter les patients dans la filière gériatrique notamment pour un suivi ambulatoire (UEG) ;

- Participer à l'organisation des sorties en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, services sociaux, SSIAD, structures d'hébergement, réseau gérontologique...).

■ **Composition** : un médecin gériatre à mi-temps (Dr Ronan FEVRIER) et une assistante sociale à mi-temps (Mlle Emilie CHENE).

■ Fonctionnement

- L'UMG intervient **sur indication du médecin** du service hospitalier dans lequel est hospitalisé le patient. La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé.

- La sortie du patient s'effectue sous la responsabilité du médecin du service d'hospitalisation.

- L'assistante sociale de l'UMG **suit** et évalue la situation des personnes dans les services de courts séjours jusqu'à leur sortie et **transmet** le dossier des personnes suivies aux urgences à l'assistante sociale référente du service d'aval.

- Un compte-rendu d'intervention est remis au service.

- La coordination de l'équipe mobile est assurée par un gériatre.

■ Coordonnées :

Secrétariat : poste 2222

Mél : umg@chd-vendee.fr

Le fonctionnement de ces deux unités, mises en place depuis début septembre 2007, est en cours de formalisation (dossier informatisé, indicateurs de suivi...). Lors de l'ouverture du service de court séjour gériatrique, prévu dans le schéma directeur, le CHD - site de la Roche-sur-Yon sera doté d'une filière de soins gériatriques complète.

■ Références bibliographiques

1 - Gonthier R. Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins, Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse, 2003; 3, 187-196

2 - Arveux I. Le sujet âgé fragile, la revue de gériatrie 2002; 27, 569-581

3 - Sauvel C. Facteurs associés à l'évolution à un an de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à leur domicile, Revue épidémiologie santé publique, 1994; 42, 13-23

4 - Nandini Dendukuri The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity, JAGS, 2004; 52, 290-296

5 - Rockwood K. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people, Lancet, 1999; 353, 305-306

6 - Winograd CH Screening for frailty : criteria and predictors of outcomes, J AM Geriatr Soc, 1991; 39, 778-84.

7 - Circulaire N°DHOS/02/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Dr Ronan Février

**Le FIBROSCAN° :
un examen non invasif,
révolutionnaire
dans les maladies
chroniques du foie >>> 5**

La biopsie du foie est l'examen de référence pour l'évaluation du degré de fibrose hépatique dans toutes les maladies chroniques du foie. Il s'agit néanmoins d'un examen qui ne tire de conclusion que sur un très petit échantillon de tissus, ce qui est à l'origine d'erreurs d'évaluation. D'autre part, bien que les complications qui lui sont attribuées soient rares, ce geste reste invasif ce qui limite relativement son indication et surtout son acceptation par les malades.

Depuis six mois, le CHD, sur le site de la Roche-sur-Yon, expérimente l'utilisation d'une nouvelle technique d'évaluation non invasive de la fibrose hépatique. Il s'agit d'un dispositif dénommé FIBROSCAN° développé par la société Française ECHOSENS.

Le FIBROSCAN° mesure l'élasticité du foie (variation de la dureté) à partir de la vitesse de propagation d'une onde de choc dans un milieu relativement homogène comme l'est le tissu hépatique. Suite à une légère percussion de la paroi de l'abdomen, une onde de cisaillement est produite. L'évaluation de l'élasticité du foie est ensuite obtenue grâce à une mesure de la vitesse de propagation de cette onde par un faisceau d'ultrasons. Cette technique strictement indolore, rapide et non invasive est très reproductible après un temps court d'apprentissage. Cette mesure peut être réalisée chez quasiment tous les patients, la seule limite étant une épaisseur excessive de la paroi abdominale ou la présence d'ascite. Le FIBROSCAN° n'apprécie aucun autre paramètre que la fibrose hépatique. Il est clairement établi que la fibrose est étroitement corrélée à la mesure de l'élasticité hépatique.

Historiquement, le FIBROSCAN° a été développé, pour évaluer l'évolution de la fibrose au cours des hépatites chroniques virales en particulier l'hépatite virale C mais aussi l'hépatite B. Par extension, les études actuelles nous permettent de réaliser cette évaluation dans la maladie chronique alcoolique du foie et dans la stéatose hépatique non alcoolique. Les performances diagnostiques sont excellentes lorsqu'il y a une fibrose avancée et pour le diagnostic de cirrhose, ou lorsqu'il n'existe pas de fibrose.

Les stades intermédiaires sont plus difficiles à évaluer. On réalise habituellement une correspondance entre la mesure, dont la valeur est exprimée en kPa, et les stades de fibrose selon le score anatomopathologique METAVIR (F0, F1, F2, F3, F4). La cohorte de patients suivis par le Docteur PERRÉ au CHD de la Roche-sur-Yon, en particulier dans les co-infections VIH et VHC, a participé aux études en cours permettant d'établir les seuils discriminants pour le FIBROSCAN° chez ce profil de patients. Actuellement, pour évaluer la fibrose hépatique dans l'hépatite virale C, de façon non invasive, la Haute Autorité de Santé recommande l'association du FIBROSCAN° et d'un test biologique d'évaluation de la fibrose. La ponction biopsie hépatique conserve néanmoins de nombreuses indications, en particulier lorsque ces deux méthodes d'évaluation sont discordantes, mais aussi lorsqu'il s'agit d'évaluer d'autres caractéristiques pathologiques structurales hépatiques ou d'orienter le diagnostic vers une cause précise. Les résultats actuels laissent supposer la possibilité à venir d'un dépistage de la cirrhose par le FIBROSCAN° à grande échelle. Pour l'instant, aucun programme national ou international n'a été organisé. Il est en effet nécessaire de réunir auparavant des informations plus précises concernant en particulier les faux positifs de la méthode. Cette technique semble néanmoins extrêmement prometteuse non seulement pour l'évaluation mais aussi pour le suivi évolutif des patients en attente de traitement ou sous traitement. Cette technique vient d'être évaluée chez l'enfant et semble réalisable quel que soit l'âge, avec une excellente performance et une acceptabilité élevée, néanmoins il est impératif de réunir de larges études contrôlées avant d'en généraliser l'utilisation.

L'expérience du CHD s'est fondée sur un partenariat entre le laboratoire pharmaceutique Roche et les services d'hépatogastroentérologie et de médecine post-urgence. Le laboratoire Roche a gracieusement sponsorisé la location de l'appareil durant six mois entre le 1^{er} juin et le 31 décembre 2007. L'équipe médicale de gastro-entérologie et de médecine post-urgence a été formée par la société ECHOSENS. Les patients pouvant bénéficier de la technique ont été appelés à se présenter en consultation spécifique ou ont pu être explorés au cours d'une venue en hôpital de jour pour un bilan plus large. À ce jour, plus de 250 patients ont pu bénéficier de cet examen. La grande simplicité de réalisation se confirme dans notre expérience et s'amplifie bien sûr avec le nombre de patients explorés. Globalement, la quasi-totalité des patients ont exprimé leur grande satisfaction de pouvoir bénéficier d'une exploration non invasive plutôt que d'encourir le

désagrément ou les risques mêmes rares d'une ponction biopsie hépatique. La simplicité de l'examen a permis de renouveler les mesures et d'évaluer parfois déjà sur une courte période de temps la notion d'évolution de la fibrose hépatique. L'expérimentation de cette technique au centre hospitalier a permis une ouverture vers nos collègues de ville, trois attachés de gastro-entérologie du CHD ont en effet été formés à la technique et peuvent y accéder sur leurs vacances.

La disponibilité du FIBROSCAN° serait remise en cause à la fin de l'année 2007 à l'issue du contrat passé avec la société ECHOSENS si la pérennisation de cette technique innovante ne fait pas l'objet d'un projet d'acquisition ou de location sur le long terme dans le cadre d'un partenariat de financement entre les deux pôles auxquels les services d'hépatogastro-entérologie et de médecine post-urgence sont actuellement associés. Le FIBROSCAN° révolutionne la facilité et l'innocuité du diagnostic de fibrose et de cirrhose du foie. Il est de ce fait essentiel que le centre hospitalier départemental puisse mettre à disposition des patients de Vendée et des médecins spécialistes et généralistes qui les prennent en charge, cette méthode innovante qui augmente la sécurité du diagnostic et du suivi.

Dr Matthieu Schnee
(hépatogastro),

Dr Philippe Perré
(médecine post-urgence)

**Réflexions sur la
médecine polyvalente
de proximité >>> 6**

Le système de santé actuel est pluriel. La médecine libérale se distingue de la médecine salariée et la médecine « de ville », dite aussi ambulatoire, de la médecine hospitalière. Certaines zones frontières brouillent les cartes (médecine hospitalière libérale et médecine ambulatoire salariée). Enfin la médecine générale ou polyvalente offre un regard différent de la médecine de spécialité d'organe sur la prise en charge et l'offre des soins.

Bien souvent, au « généraliste » est dévolu l'accès aux soins primaires, l'éducation à la santé, l'orientation des prises en charge et la coordination de ces dernières. Lui revient aussi, dans cette connaissance du milieu de vie du patient, et comme « médecin traitant », une certaine idée de la hiérarchie des soins à mener dans le cadre de polypathologies. En cela la formation de ces médecins est spécifique. Aux spécialistes revient la prise en charge particulière d'organe quand celle-ci ne peut être gérée par les médecins généralistes ou quand les actes techniques spécifiques le nécessitent.

Cette médecine polyvalente ou générale doit pouvoir se décliner

en ambulatoire sous la forme de la médecine générale actuelle mais aussi sous une forme hospitalière. Cette dernière répond, comme sa sœur ambulatoire, à une exigence de proximité. En cela cet exercice hospitalier a besoin de clarification et de définitions. Que sont ces services de médecine polyvalente hospitalière ? Qui y travaille ? Qu'y fait-on, qui y soigne-t-on ? Quels sont leurs besoins ? Comment s'articule la prise en charge avec les services de spécialité ? Quelles sont leurs limites et leurs fragilités ?

Pour répondre à ces questions nous ne pouvons nous rapporter qu'à l'expérience de certains services de soins. Le service de médecine générale du site de Montaigu soutient depuis de nombreuses années cette approche de proximité et de polyvalence reposant sur un partenariat avec les médecins généralistes libéraux du secteur. C'est fort de ces relations que le service peut orienter ses projets selon trois axes, qui sont là une triple demande des médecins du secteur (cf. travail de thèse du Dr MANDIN 18/04/2007) :

1 - le traitement de pathologies aiguës qui ne peuvent plus être menées en ville du fait de leur gravité ou de la fragilité des patients et qui ne nécessitent pas de prise en charge spécialisée.

1 bis - la mise en route de traitements spécifiques à proximité du lieu de vie des patients afin de leur éviter des transports coûteux et fatigants : par exemple la prise en charge des chimiothérapies cancéreuses.

2 - la réalisation de bilans étiologiques de syndromes variés pouvant conduire vers une prise en charge spécialisée. Ces « bilans » nécessitent des moyens techniques et des avis spécialisés.

3 - la prise en charge des problèmes sociaux de territoire qui nécessitent une hospitalisation transitoire.

Cette médecine hospitalière polyvalente de proximité doit être le premier recours hospitalier pour les patients présentant des pathologies multiples et ne nécessitant aucune prise en charge urgente mettant en danger le pronostic vital ou nécessitant un acte technique urgent de spécialité. Comme la médecine générale de ville, l'approche des médecins hospitaliers sera la gestion médicale des pathologies non compliquées, la décision de hiérarchisation des soins en lien avec le patient sa famille et le médecin traitant, l'orientation des patients vers des structures de spécialités pour la suite de la prise en charge. Ces services hospitaliers doivent reposer sur une organisation proposant un service d'urgence pouvant à tout moment gérer une urgence vitale, stabiliser une défaillance d'organe en vue d'un transfert médicalisé vers une structure de soins intensifs. Pour assurer ces missions, les ser-

vices de médecine polyvalente de proximité doivent pouvoir bénéficier d'un plateau technique de qualité afin de proposer une prise en charge conforme aux bonnes pratiques de la médecine et aux recommandations des experts et de l'HAS. Ceci fait donc appel à un accès à une biologie de qualité et un plateau technique d'imagerie (dont un TDM).

L'accès au plateau technique, aussi utile soit-il, ne doit pas faire oublier la nécessité d'avis spécialisés. Ce soutien spécialisé est utile à plusieurs niveaux. Il offre au patient hospitalisé (et au médecin qui l'adresse) une garantie de prise en charge de qualité. Il offre au praticien généraliste hospitalier un certain regard sur la prise en charge de cette spécialité donc une formation lui permettant une certaine autonomie dans la gestion de ces pathologies d'organe. Ceci permet aussi une plus grande graduation des prises en charge. Les malades qui relèvent d'un service de médecine polyvalente, seraient traités sur place diminuant donc la saturation des services de spécialité qui, à terme, pourraient jouer leur rôle de recours avec plus de pertinence et développer une approche plus technique de leur spécialité. Enfin à travers des filières de prise en charge au plus près des patients, ces spécialistes assurent une couverture de territoire permettant une base de recrutement pérenne. Enfin, dans une approche financière et gestionnaire hospitalière, le passage de spécialistes dans un service de médecine de proximité fait diminuer la DMS donc dynamise l'activité et les recettes.

Cette approche graduée et sécurisée pour le patient et son médecin traitant est valorisante pour tous. Le relatif isolement de ces services de proximité doit être pondéré par la définition de réseaux de soins, l'identification de partenariats de travail, une formation spécifique des médecins qui y exercent à une plus grande capacité d'autonomie. La nécessité de travailler en réseau reste la meilleure garantie de qualité et de pertinence des soins apportés dans ces structures, qui du fait de leur taille, pourraient laisser penser aux usagers et aux médecins de ville que les soins réalisés seraient de moins bonne qualité.

Pour mener cette mission de médecine polyvalente de proximité, les médecins de ces services doivent rester en contact étroit avec la médecine polyvalente de ville. Cette proximité doit se décliner sur une connaissance mutuelle, un échange en terme de prise en charge des patients communs, une ouverture de l'hôpital aux médecins de ville pour une discussion collégiale dans les prises de décisions lourdes pour l'avenir des patients, peut être à terme une implication plus avancée de ces derniers dans la gestion de leurs patients hospitalisés

et une plus grande disponibilité des médecins hospitaliers pour une activité partagée entre médecine de ville et médecine hospitalière. En attendant cette proximité doit être recherchée, nourrie et entretenue par des rencontres professionnelles communes et des formations à développer en partenariat. Ce travail commun doit pouvoir aboutir à des protocoles de prises en charge, de la recherche commune et une amélioration de nos pratiques respectives au service des patients que nous soignons. Même si l'exercice de la médecine hospitalière n'est pas tout à fait celle de la ville, la philosophie des soins repose sur les mêmes fondamentaux.

Dr Patrick Point

La resynchronisation ventriculaire gauche - traitement électrique de certaines insuffisances cardiaques - pratiquée au CHD depuis 2005 >>> 7

La stimulation cardiaque conventionnelle est indiquée pour empêcher les ralentissements cardiaques symptomatiques. Ce nouveau mode de stimulation a un tout autre objectif et ne s'adresse pas (forcément) aux patients bradycardes.

Il s'adresse aux malades qui présentent, malgré un traitement médical optimal (IEC, bêta bloqueurs, aldactone et autres diurétiques), des récidives d'insuffisance cardiaque et qui ont un ventricule gauche dilaté, une fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 35%, un élargissement des QRS à l'ECG supérieur à 120 millisecondes.

L'idée qui a abouti à cette technique est que ces malades ont une contraction non homogène de leur ventricule gauche : le septum interventriculaire et la paroi latérale du ventricule gauche n'étant pas synchrones. Ceci conduit à une diminution du débit cardiaque et à une aggravation de l'insuffisance mitrale par contraction non synchrone des piliers mitraux.

On est donc parvenu à implanter chez ceux-ci une sonde de stimulation sur le septum interventriculaire et une seconde sur la paroi libre du ventricule gauche (fig.). En stimulant ensemble ces deux structures, on tente de resynchroniser la contraction du ventricule gauche jugée asynchrone.

Validation : deux premières études publiées en 2002 montrèrent que les groupes traités voyaient leur situation fonctionnelle s'améliorer et que les ré-hospitalisations pour insuffisance cardiaque étaient divisées par 3. L'étude CARE-HF (2005) confirme ces données et montre chez les malades traités une diminution de la mortalité par rapport au groupe témoin (suivi moyen 36 mois).

Problèmes techniques : on sait depuis longtemps fixer une sonde

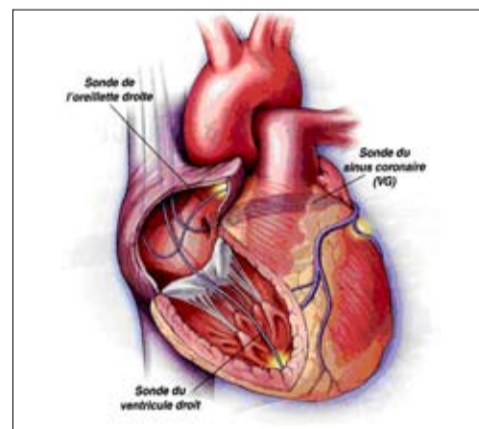
et stimuler le septum inter-ventriculaire puisqu'on le fait en stimulation classique. On monte une sonde par l'intermédiaire d'une veine, on passe la valve tricuspide et on est dans le ventricule droit. Il suffit alors de visser cette sonde sur le septum coté ventricule droit. Le problème a été d'aller sur ou vers la paroi libre du ventricule gauche... L'astuce a consisté à cathétériser le sinus coronaire qui se jette dans l'oreillette droite et qui draine les veines du cœur (fig.). Une fois que celui-ci est cathétérisé, on pousse la sonde jusque dans une veine coronaire de la paroi latérale du ventricule gauche où elle est « coincée » en quelque sorte dans la distalité de la veine coronaire.

Cette technique reste cependant longue et difficile (durée d'intervention 2 à 4 heures versus ¾ d'heure à une heure pour un stimulateur cardiaque classique).

Les interventions se font au bloc opératoire, sous anesthésie locale, comme pour une stimulation cardiaque conventionnelle. Elles nécessitent donc l'implantation de 3 sondes dans les cavités cardiaques : une dans l'oreillette droite, une dans le ventricule droit, une dans une veine coronaire. Les trois sondes sont reliées à un stimulateur resynchronisateur de la taille d'un Pace Maker classique.

Au CHD, 21 systèmes ont été implantés en 2006 (1600 stimulateurs de ce type ont été implantés en France en 2006).

L'implantation de ces systèmes est soumise, depuis 2004, à autorisation. Dans les Pays de La Loire, six centres sont autorisés : les deux CHU, deux cliniques (Nantes, Le Mans), deux CHG (Le Mans et le CHD). En effet, le coût d'un tel matériel est de 5600 € (3800 € de stimulateur + 1800 € de sondes), totalement pris en charge par la Sécurité Sociale (stimulateur classique : 3700 à 4200 € sondes comprises).



Positionnement des 3 électrodes de stimulation pour une resynchronisation ventriculaire. La troisième électrode est introduite dans le sinus coronaire jusqu'à une veine courant le long de la paroi libre du ventricule gauche permettant une activation précoce de ce ventricule.

D'après New England Journal of Medicine 2002; 346 : 1903

Problèmes d'indications : malheureusement seuls 70% des patients implantés seront des « répondeurs » et l'un des problèmes est d'améliorer la sélection des patients (essentiellement grâce à l'échographie cardiaque), pour encore mieux choisir ceux qui peuvent bénéficier de ce traitement.

Ainsi donc les techniques de rythmologie voient leur éventail s'élargir en terme de systèmes implantés : après le stimulateur cardiaque sont apparus les défibrillateurs et les systèmes de resynchronisation. Ceci conduit un centre comme le nôtre - qui n'a pas l'autorisation d'implanter les défibrillateurs - à implanter cependant plus de 300 systèmes par an ce qui justifie pleinement la décision de mettre notre salle d'électrophysiologie aux normes d'un bloc opératoire, salle qui va donc « tourner » à plein entre l'électrophysiologie (diagnostique et interventionnelle) et les diverses stimulations cardiaques définitives.

Dr Claude Gully

Création d'une consultation d'urologie à Luçon >>> 8

Le Dr Nicolas Gaschignard va ouvrir une consultation avancée d'urologie sur le site de Luçon à partir du 9 janvier 2008.

Cette consultation sera hebdomadaire, le mercredi matin, de 8H30 à 12H. Elle aura lieu dans l'aile de consultation au 1^{er} étage du bâtiment Delorme. Elle sera ouverte exclusivement aux patients externes qui ne sont pas suivis sur le site de la Roche-sur-Yon (afin de ne pas multiplier les contraintes de dossiers). En particulier, tous les opérés continueront d'être suivis à la Roche-sur-Yon. Pour les patients hospitalisés à Luçon, une consultation ne sera programmée qu'après accord téléphonique préalable de M. le Dr Gaschignard.

Cette consultation permettra les mêmes investigations qu'à la Roche-sur-Yon (échographie, endoscopie, débitmétrie), à l'exception des biopsies de prostate qui seront toujours réalisées à la Roche-sur-Yon. Les patients relevant d'une indication opératoire seront programmés secondairement à La Roche-sur-Yon.

La prise de rendez-vous est dès maintenant assurée par le secrétariat de consultations externes, de 9H à 17H, au 02.51.28.33.47.

Le Dr Gaschignard espère ainsi pouvoir répondre aux besoins de ses confrères généralistes pour la population de Luçon. Cette consultation est néanmoins plus restreinte en nombre de consultants que celles de la Roche-sur-Yon et il ne sera pas possible d'y rajouter des patients en surnombre. En cas d'urgence, il sera préférable de s'adresser à un des trois chirurgiens urologues sur le site de La Roche-sur-Yon.

BRÈVES MÉDICALES ■ publication semestrielle ■ directeur de publication : G. COUTURIER ■ Administration, rédaction : M^{lle} Ouisse - Direction des Usagers et de l'Accueil ■ n° ISSN : 1167-2072 ■ dépôt légal : 1^{er} trimestre 1992 ■ maquette, photos et impression : C. DUDIT - Centre Hospitalier Départemental