

LE CŒUR
AU CENTRE
DEPUIS

20 ANS



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Edito

Charles Kleiber,
Président du Conseil d'Administration de l'Hôpital du Valais

Le bel anniversaire du cœur en Valais !

Le cœur: notre plus fidèle serviteur aux 100'000 battements quotidiens! Il est le précieux baromètre de notre bonne santé. Que son rythme s'affole anormalement ou qu'il cesse de battre et c'est notre pronostic vital qui peut être en jeu. N'oublions pas que dans notre pays, soixante personnes décèdent par jour d'un infarctus ou d'une pathologie cardiovasculaire.

Mais ce constat n'est pas une fatalité. L'Hôpital du Valais l'a compris depuis bien longtemps, en mettant tout en œuvre pour faire de la prévention et proposer des prestations d'excellent niveau à ses patients. C'est donc avec une vraie fierté que nous fêtons cette année le 20^e anniversaire de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie dans notre hôpital. Ce temps de passage symbolique nous permet de rappeler à toutes les Valaisannes et tous les Valaisans qu'ils disposent d'un hôpital dont les résultats dans ce domaine sont excellents, du niveau des plus grands hôpitaux universitaires. Des résultats qui ont entraîné une baisse significative de la mortalité pour ce type de pathologies et qui nous permettent d'affirmer avec détermination la pertinence des

médecines de pointe en Valais, au service de la population valaisanne.

Chaque année, l'Hôpital du Valais traite près de 1'500 patients, que ce soit en cardiologie ou en chirurgie cardiaque. Les compétences et la complémentarité de nos différents spécialistes, le talent du personnel soignant et des procédures bien rôdées nous permettent de garantir une prise en charge performante, avec le souci permanent de contracter le temps pour réduire les conséquences d'un accident cardio-vasculaire.

Dans ce domaine, comme dans bien d'autres, la collaboration avec le CHUV est excellente. Nos spécialistes en chirurgie cardiaque ou en cardiologie partagent d'ailleurs leur temps d'intervention entre le CHUV et notre hôpital. C'est un partenariat qui profite aux deux centres mais surtout aux patients valaisans.

Cet anniversaire est l'occasion de mettre en valeur toute la chaîne de compétences médico-soignantes qui œuvre au service de votre bonne santé cardiaque.

L'être humain au centre.



Moyens et techniques de la chirurgie cardiaque

Chirurgiens cardiaques: des hommes de sang-froid

La chirurgie cardiaque n'a qu'un demi-siècle de recul sur ses réalisations. Et le chemin parcouru est astronomique entre les premières sutures cardiaques et le cœur artificiel.

Sur près de 6'200 interventions pratiquées en Valais depuis la création du service de chirurgie cardiaque à Sion en 1994, 4'200 sont liées à un problème cardiaque et/ou valvulaire. Les 2'000 autres concernent des procédures «mineures» comme la pose de pacemakers ou de défibrillateurs. A l'hôpital de Sion, c'est une demi-douzaine d'opérations du cœur qui est effectuée toutes les semaines.

Les principales pathologies cardiaques qui font appel à la chirurgie cardiaque sont les maladies coronariennes (problèmes de «trafic» ayant pour conséquence un apport en sang insuffisant au muscle cardiaque, comme l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde), les affections valvulaires (problèmes de fermeture ou d'ouverture des valves) et les malformations (cardiopathies congénitales – 15'000 à 20'000 personnes en Suisse). Les lésions coronariennes peuvent être traitées selon leur gravité, de façon médicamenteuse,

par dilatation et mise en place de stents dans les artères malades (cardiologie) ou par pontages aorto-coronariens (chirurgie cardiaque). Cette technique permet de contourner une artère coronaire rétrécie ou obstruée en implantant un autre vaisseau (une artère ou une veine) en aval de cette dernière. C'est comme créer un pont un peu plus loin, une déviation, qui prévient l'infarctus myocardique et, parfois, la mort.

Les affections valvulaires, qui concernent la moitié des opérations du service de chirurgie cardiaque de Sion, peuvent avoir de graves conséquences. Les valves aortiques et mitrales déterminent en effet la direction du flux sanguin et empêchent son reflux. Déchirées, calcifiées ou raccourcies, elles ne remplissent plus leur fonction. On procède donc à leur changement ou à leur réparation.

Mais la population vieillit et certaines maladies du patient âgé deviennent plus fréquentes. C'est le cas de la sténose (rétrécissement) de la valve aortique qui survient souvent après 60 ans et dont l'incidence augmente avec l'âge. Le traitement standard consiste en un remplacement de

la valve par une prothèse mécanique, composée essentiellement de carbone, ou biologique, composée de tissu animal.

Par contre, chez le patient âgé présentant un haut risque opératoire, la nouvelle valve biologique peut être introduite par l'artère fémorale ou par voie apicale (pointe du cœur). C'est ce qu'on appelle le TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation). Pour la plupart des interventions, les chirurgiens ont besoin de la circulation extra-corporelle (CEC ou machine cœur-poumons). C'est une «pompe» mécanique extérieure au corps du patient qui remplace durant l'intervention

l'irrigation sanguine naturelle de son corps. De plus en plus performante et miniaturisée (mini-CEC), cette machine, gérée par les perfusionnistes, évite certains effets collatéraux provoqués par les modèles plus anciens (comme l'activation des réactions inflammatoires).

Depuis une quinzaine d'années, la chirurgie cardiaque mini invasive permet des interventions

à cœur battant (sans l'arrêter) en ne faisant que des petites incisions, évitant ainsi la sternotomie (ouverture du thorax). Non seulement cette technique limite les traumatismes opératoires, mais elle permet aussi au patient de récupérer plus vite. Grâce à des incisions de l'ordre de quelques centimètres, à des instruments de plus en plus fins et à l'association d'un système d'imagerie, la durée de l'intervention et la douleur sont moins importantes.

«La chirurgie cardiaque mini invasive permet au patient de récupérer plus vite.»

La chirurgie cardiaque de demain n'a rien de futuriste. C'est une combinaison de plusieurs éléments, pour certains déjà éprouvés. Une salle hybride, des

matériaux à mémoire de forme comme le Nitinol (alliage Nickel/Titane déjà utilisé dans les stents et les valves TAVI) et la duplication de tissu humain pour créer des valves s'ajouteront bientôt à la palette des praticiens qui œuvrent ensemble, qu'ils soient chirurgiens cardiaques, cardiologues, réanimateurs, anesthésistes, perfusionnistes, infirmiers ou chercheurs. Pour tous, les mots d'ordre sont mixité et partage des techniques et des savoirs.



Moyens et techniques de la cardiologie

Médecine du cœur, médecine de cœur

L'OMS impute un tiers des décès mondiaux aux maladies cardio-vasculaires. Le plus connu des accidents cardiaques est l'infarctus du myocarde qui signifie qu'en l'absence d'irrigation du cœur (souvent à cause d'un caillot qui bouche une artère), une partie du muscle cardiaque est touchée et meurt si elle n'est pas revascularisée dans les premières heures après le début des douleurs. Chaque année en Suisse, près de 30'000 personnes sont touchées par un accident coronarien aigu (infarctus du myocarde et/ou angine de poitrine). Tabagisme, diabète, hypertension, obésité, sédentarité ou hérédité favorisent l'athérosclérose et augmentent de manière significative les risques d'accidents cardiovasculaires.

A l'hôpital de Sion, parmi les examens pratiqués par les cardiologues, la coronarographie est l'un des plus courants. Ils en effectuent environ 1'300 par an. Un cathéter (tube) est introduit dans l'artère du bras ou de la jambe pour être amené jusqu'au cœur. L'injection d'un produit

de contraste sous la caméra à rayons X permet de voir s'il existe des rétrécissements sur les artères du cœur. Près de 700 patients ont subi une dilatation coronaire en 2013. Il s'agit d'amener dans l'artère du cœur un ballonnet au niveau du rétrécissement; en se gonflant, le ballonnet dilate l'artère afin de permettre au sang de circuler à nouveau normalement. Cette intervention est une angioplastie, souvent complétée par la pose d'un stent, sorte de petit ressort métallique ou biorésorbable, que l'on pose à l'endroit du rétrécissement pour éviter que l'artère ne se rebouche.

De nombreux examens techniques sont disponibles pour rechercher une maladie cardiaque. Du stéthoscope ou de l'électrocardiogramme à l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), les progrès en matière de diagnostic sont impressionnants. Les cardiologues peuvent procéder à une échographie cardiaque en passant une sonde sur le thorax ou par l'œsophage, permettant de bien voir la fonction du muscle

cardiaque et des valves. La scintigraphie permet de détecter un défaut d'irrigation du myocarde (muscle cardiaque), signe de rétrécissement d'une artère coronaire. L'IRM quant à elle, donne des informations sur l'anatomie du cœur et sur son fonctionnement, et peut aussi diagnostiquer un défaut d'irrigation. C'est un examen complet et indolore, sans rayons X. D'autres analyses viennent encore compléter les diagnostics, comme les examens sanguins et le test d'effort.

La cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque intègrent de plus en plus la miniaturisation des instruments et l'approche percutanée. Ces progrès technologiques, moins agressifs pour le patient, permettent de traiter des malades à haut-risque opératoire ou considérés comme inopérables.

En quelques années, une réduction des facteurs de risque et une meilleure prise en charge thé-

rapeutique ont permis de diminuer de près de moitié le nombre de décès d'origine cardiaque. Les patients vivent ainsi plus longtemps et surtout en meilleure forme.

Après une «réparation» mécanique, un programme de réadaptation cardiaque ambulatoire, en partenariat avec la Clinique Romande de Réadaptation, ou stationnaire comme au Centre Valaisan de Pneumologie, est proposé au patient afin qu'il puisse plus rapidement recouvrer et

entretenir sa santé. Le but est de retrouver au plus vite des conditions de vie optimales, et de diminuer le risque de récurrence. Et comme dans un orchestre, chacun joue sa partition, le chef d'orchestre étant le patient lui-même.

«Les patients vivent plus longtemps et surtout en meilleure forme.»





Prof. Pierre Vogt,
ancien médecin-chef du service de
cardiologie du Centre Hospitalier
du Valais Romand et médecin-chef
du service de cardiologie du Centre
Hospitalier Universitaire Vaudois

Prof. Pierre Vogt

Une réalisation dans un contexte animé

«Dans les années 1980, entre une coronarographie effectuée à l'hôpital de Sion et une opération de pontages aorto-coronariens pratiquée dans un centre universitaire, le patient valaisan pouvait attendre plusieurs mois.

Depuis 1990, je venais ponctuellement à Sion faire des coronarographies, à l'époque chasse gardée des radiologues. Toutefois, lorsqu'il fallait faire une dilatation des artères, les patients devaient être transférés au CHUV à Lausanne ou dans un autre centre car nous n'avions pas de chirurgie cardiaque sur place. Trois ans plus tard, lorsque j'ai évoqué la

possibilité de créer un service de cardiologie et de chirurgie cardiaque à l'hôpital de Sion, je me suis heurté à de nombreuses résistances aussi bien internes qu'externes y compris de la plupart des établissements hospitaliers du canton. Peu de personnes ont compris l'importance de ce projet et je garde une très grande reconnaissance à ceux qui m'ont soutenu à différents niveaux: le Dr Georges Dupuis, médecin cantonal, M. René Bornet, directeur de l'Hôpital de Sion et plusieurs de mes collègues dont mes amis, le Dr Edouard Blanc et le Dr Benoît Delaloye. Finalement, grâce aux soutiens du directeur

général du CHUV, M. Bernard Decrauzat, des Prof. Sadhegi et Kappenberger, respectivement médecins-chefs des services de chirurgie cardiaque et de cardiologie du CHUV à Lausanne, une convention de collaboration intercantonale a été signée en 1993 par Messieurs les conseillers d'Etat de l'époque, M. Philippe Pidoux pour le Canton de Vaud et M. Raymond Deferr pour le Valais.

Cette convention a permis de créer à Sion les services de cardiologie que je dirigeais à l'époque et de chirurgie cardiaque en engageant le Dr Frank Stumpe, chirurgien cardiaque du CHUV. Nous avons gardé tous deux une activité à temps partiel à

Lausanne. Notre collaboration que je qualifierais d'exemplaire, basée sur la confiance et l'amitié, a duré 15 ans jusqu'en 2007, date à laquelle j'ai définitivement quitté le Valais pour prendre la tête du service de cardiologie du CHUV.

Je garde de cette époque un souvenir lumineux, une époque de construction avec l'arrivée par la suite de collègues qui ont renforcé l'hôpital et la médecine valaisanne. Beaucoup de travail, une totale confiance entre nous, une fidélité indéfectible et une amitié solide, voilà les ingrédients qui nous ont permis de construire en Valais une médecine dont nous sommes fiers.»

**«Je souhaite à nos jeunes collègues
de connaître autant de satisfactions.»**

Dr Frank Stumpe

Demain c'est déjà aujourd'hui

«La chirurgie cardiaque en Valais est née du besoin de décharger le CHUV qui débordait de demandes. La convention de collaboration avec Lausanne a été signée en décembre 1993.

Après 6 mois de préparatifs, de formation des collaborateurs et d'acquisition de matériel adéquat, la chirurgie cardiaque valaisanne a vu le jour en mai 1994.

Fort d'une expérience de plus de 5'000 interventions à Lausanne, j'ai opéré seul pendant près de 2 ans, ce qui serait impensable aujourd'hui. Trois jours par semaine à Sion et deux à Lausanne, je jonglais entre les deux sites. Disponible toute l'année à Sion, je n'ai jamais compté mes heures, me levant souvent à 3 heures du matin pour une urgence. Je ramenaient les nouvelles techniques et le savoir-faire académique en Valais. Nous avions, à l'époque, les mêmes résultats qu'au CHUV.

Au départ, je voulais être médecin généraliste mais le chirurgien patriarche qui m'a formé m'a dit que j'étais doué pour la chirurgie. Dans ce métier, il faut savoir ce qu'on veut, être rigoureux

et s'imposer. Il faut aussi mettre les patients et leur famille en confiance.

Ancien président du groupe Cœur de Swiss-Transplant, je reste très intéressé par la transplantation cardiaque. J'ai, à ce titre, pu travailler quelques mois avec le Prof Christian Cabrol à Paris. Autour de la chirurgie cardiaque, il y a un travail colossal d'infrastructures, de recherche et de développement.

«Je n'ai pas choisi la chirurgie cardiaque, elle s'est imposée.»

En Valais, toutes les interventions de chirurgie cardiaque conventionnelles sont pratiquées, à l'exception de la chirurgie cardiaque pédiatrique et de la transplantation.

La chirurgie cardiaque de demain c'est déjà aujourd'hui. Nous n'avons pas encore la valve prothétique idéale. Nous espérons un jour fabriquer un tissu humain suffisamment résistant pour l'employer comme valve; tout cela combiné à la chirurgie robotique, déjà beaucoup utilisée en chirurgie générale.

J'ai toujours des contacts avec quelques anciens patients, réunis en clubs sous le nom de Reissverschluss*.

* Fermeture éclair



Dr Frank Stumpe,
ancien médecin-chef du service
de chirurgie cardiaque du Centre
Hospitalier du Valais Romand



Prof. René Prêtre,
chef du service de chirurgie
cardiaque du Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois

Prof. René Prêtre

Le cœur, notre plus gros réacteur

«La chirurgie cardiaque est née il y a soixante ans et a connu trois vagues successives, à chaque intervalle de vingt ans. La première fut celle des pionniers, une chirurgie parcimonieuse et dangereuse; la seconde fut celle de la diffusion, en particulier aux centres universitaires, une chirurgie déjà mieux maîtrisée et plus convaincante; la troisième fut celle de la démocratisation avec une implantation dans les centres régionaux, une chirurgie cette fois devenue sûre et efficace. L'Hôpital du Valais a eu l'honneur de faire partie du tout début de cette troisième vague.

«Le cœur est l'organe dominant, fort et noble.»

Le cœur est l'organe dominant, fort et noble de l'organisme. C'est aussi son moteur. Celui qui lui donne vie. Pourtant, à l'inverse de la plupart des autres, il peut défaillir en quelques minutes. Par bonheur, il répond à des actions bien ciblées et bien coordonnées. L'acquisition de réflexes efficaces n'est possible qu'avec une exposition régulière à ces problèmes. Ainsi, une unité de réanimation cardiaque profite à toutes les unités

de soins aigus, en particulier à la traumatologie et à la chirurgie lourde. Pour un hôpital, le cœur s'avère être aussi un moteur extraordinaire.

Une unité de chirurgie cardiaque est lourde et doit rester en phase avec les développements qui prolifèrent. Isolée, cette modernité est difficile à assurer. Notre partenariat CHUV-HVS permet de la garantir et d'offrir les meilleurs soins et les dernières nouveautés en même temps que dans un centre universitaire.

Les Valaisans, avec leurs montagnes qui les obligent à des efforts physiques réguliers, leur grand air non pollué, leur caractère et leur indépendance d'esprit, souffrent certainement moins de problèmes cardiaques que nous, les citadins stressés. Ces atouts ne les mettent pourtant pas entièrement à l'abri d'un problème pouvant survenir sur leur cœur aguerri. C'est à ce moment qu'ils pourront mesurer leur chance d'avoir un centre performant, directement chez eux.»

Dr Enrico Ferrari

Essayer, tester, développer

«Avec 400 procédures par an au service des Valaisans, la chirurgie cardiaque agit comme un booster, tirant vers l'excellence l'ensemble des services qui partagent avec elle la prise en charge de patients complexes. Soins intensifs, anesthésiologie et soins infirmiers doivent gérer des techniques et des savoirs de plus en plus pointus.

Le progrès est une affaire d'homme. Lorsqu'on propose des projets et des améliorations aux équipes, avec le soutien de ses pairs et de sa direction, la dynamique se crée et le patient gagne! Le taux de mortalité inchangé depuis trente ans est le résultat d'avancées conjuguées: la technologie de la chirurgie cardiaque mini invasive, et des interventions moins traumatiques.

Il faut aujourd'hui à peine plus d'une heure pour remplacer une valve aortique. Il en fallait trois encore récemment. Tout cela grâce à des médecins, des ingénieurs et des pionniers qui, à force d'entêtement et d'innovations, nous permettent d'en être là aujourd'hui!

La convention avec le CHUV fait de l'Hôpital du Valais le centre formateur de tous les chefs de clinique qui exercent en chirurgie cardiaque à Lausanne. Sion est un formidable vivier de talents.

En Valais, l'esprit de groupe fédère les équipes. Perfusionnistes, intensivistes, anesthésistes, cardiologues sont mobilisables facilement car notre structure hospitalière est légère et nous nous connaissons tous. Ça nous permet de mieux suivre nos patients après les interventions: avant d'être des techniciens, nous sommes des médecins. Sans ce «Team Work», nous ne pourrions absolument rien faire. A l'avenir, nous aimerions guérir des malades qui sont aujourd'hui inopérables ou à très haut risque, en conjuguant le talent des hommes, la technologie de pointe, le développement comme à Lausanne d'un programme TAVI et une salle hybride.

Nous devons assurer la continuité mais nous devons aussi faire évoluer nos pratiques, sinon d'autres le feront à notre place.»

«En chirurgie cardiaque, les détails font la différence.»

Dr Enrico Ferrari,
chef du service de chirurgie cardiaque
du Centre Hospitalier du Valais
Romand

Dr Dominique Delay

Partager ses connaissances

«Pratiquer la chirurgie cardiaque est passionnant. C'est un métier entre théorie et pratique, liant l'intellectuel au manuel. On apprend constamment. C'est une expérience de vie très enrichissante, malgré parfois la frustration de ne pas obtenir le succès escompté en dépit de longs efforts.

La chirurgie cardiaque requiert un haut niveau de compétences et exige un engagement important. Je suis très agréablement surpris de voir autant de jeunes médecins prêts à s'investir sans compter. Ça me rassure pour le futur.

Dans notre discipline, la technologie est essentielle. En 50 ans, d'immenses progrès ont été faits. Toutefois, il semble raisonnable d'utiliser des technologies éprouvées. Il faut évaluer très rigoureusement toute nouvelle technologie avant de l'intégrer de «routine». Nos résultats vont dépendre de la qualité de notre travail et aussi de celle des technologies utilisées, indépendamment de leur nouveauté. Il faut également se méfier des enjeux financiers qui y sont liés et rester objectif.

La chirurgie cardiaque idéale est un mélange entre dialogue préopératoire avec le patient,

intervention adaptée sur mesure à ses problèmes et accompagnement dans sa récupération postopératoire.

A l'instar de nombreuses disciplines chirurgicales, la chirurgie cardiaque en Valais nécessite un grand travail d'équipe, que ce soit avec les anesthésistes, les soins intensifs ou les réanimateurs notamment.

Pour les patients, la proximité est importante, que ce soit pour la rapidité d'intervention ou pour la présence de leur famille dans les phases de récupération.

«La chirurgie idéale est proche de celle que nous pratiquons.»

Il ne faut pas non plus négliger l'intérêt financier que cela représente pour le Canton,

car envoyer des patients dans des établissements extra cantonaux coûterait plus cher à plusieurs niveaux.

Je pense qu'il est logique de partager les connaissances et le savoir-faire acquis, tant en enseignant à nos cadets à l'Hôpital de Sion qu'à l'université, mais aussi avec des praticiens dans d'autres pays qui ont moins de moyens.»

Dr Dominique Delay,
médecin-chef, service de chirurgie
cardiaque du Centre Hospitalier
du Valais Romand



Dr Grégoire Girod,
chef du service de cardiologie
du Centre Hospitalier
du Valais Romand

Dr Grégoire Girod

Une collaboration enrichissante pour les patients

«L'Hôpital de Sion dispose de 22 lits que se partagent les services de cardiologie et de chirurgie cardiaque. Deux tiers sont occupés par les patients cardiologiques.

Depuis mon arrivée au poste de chef de service de la cardiologie, plusieurs projets ont été développés. Ça a commencé par un nouveau concept de réadaptation cardiaque ambulatoire en 2009, l'introduction de l'électrophysiologie invasive en 2010 et le développement de l'IRM cardiaque en 2011.

Sur le plan de la maladie coronaire, les cardiologues posent le diagnostic par une coronarographie et dilatent les artères en implantant des stents. En effet, beaucoup d'actes se font aujourd'hui par voie percutanée et sont moins lourds qu'une opération chirurgicale. Lorsque la maladie est plus avancée ou plus complexe, le chirurgien effectue alors des pontages ou remplace une valve malade.

Aujourd'hui, la frontière entre nos deux disciplines devient plus perméable. Un exemple

est le remplacement d'une valve cardiaque en passant par la jambe (TAVI), un travail d'équipe entre cardiologues et chirurgiens. Pour ce faire, le mieux serait une salle hybride, qui nous permettrait de disposer d'un plateau technique plus adapté et de conditions d'asepsie optimales. Pour le moment, les TAVI sont encore effectués dans un hôpital universitaire. Lorsque cette technique s'appliquera à davantage de patients en Valais, nous la pratiquerons aussi à l'Hôpital du Valais.

«On ne voit bien qu'avec le cœur.»

Antoine de Saint Exupéry

L'avantage des petites équipes est que nous n'avons pas besoin de longs colloques

en cas de problème. Le chirurgien vient parfois directement en salle de coronarographie, on discute et on prend une décision collégiale. Ça facilite énormément les choses.

La cardiologie bénéficie aussi d'une convention avec le CHUV. Elle assure une qualité de prestations sur le long terme. Les nouvelles techniques arrivent aussi plus vite en Valais grâce aux cardiologues qui pratiquent sur les deux sites.»

Gabriel Tazlari, Edmond Mabillard et Pascal Le Goff,
perfusionnistes en circulation extra-corporelle
au Centre Hospitalier du Valais Romand

Les progrès de la mini-CEC

«Perfusionniste est un anglicisme qui signifie pompiste. Pour les Allemands, nous sommes des cardiotechniciens. A l'Hôpital du Valais, les perfusionnistes sont arrivés exactement en même temps que les chirurgiens cardiaques. Les uns ne peuvent pas travailler sans les autres. Nous sommes là pour assurer la circulation extra-corporelle des patients dont on doit arrêter le cœur pour le réparer. Il faut que le cœur et les gros vaisseaux soient exsangues mais le cerveau et les autres organes ne peuvent pas être privés de perfusion sinon ils meurent. C'est pour cette raison que nous dévions le flux sanguin vers une machine cœur-poumons (CEC), circuit extérieur qui supplée la fonction de pompage du cœur et celle des poumons pendant que le chirurgien cardiaque travaille. Cela permet le maintien des fonctions vitales.

Nous avons une grande responsabilité car si la machine s'arrête, le patient est en grand danger.

La qualité des pontages réalisés est moindre si le cœur du patient continue à battre et 90% des interventions de ce type sont réalisés avec

la CEC. Seuls 10% sont réalisés à cœur battant. Il est très difficile de travailler et de suturer un organe qui bouge sans arrêt.

Dès qu'on enclenche la CEC, on a conscience que ça doit durer le moins longtemps possible pour éviter les problèmes induits par la circulation extracorporelle. Le sang n'est pas fait pour circuler dans des tuyaux en plastique. Beaucoup de recherches s'effectuent autour des matériaux biocompatibles mais il reste bien du chemin à parcourir dans le génie génétique, comme la culture de cellules du myocarde que l'on pourrait, à terme, réimplanter chez le malade.

La mini-CEC est beaucoup moins agressive pour l'organisme. Le sang reste dans le corps du patient qui devient son propre réservoir. Grâce notamment à sa miniaturisation, elle permet une réduction de moitié des impacts sur l'organisme, notamment en matière d'inflammations. Elle devient aussi beaucoup plus sophistiquée que les CEC conventionnelles.

Il faut garder l'équilibre entre les volumes de sang et les résistances vasculaires du malade.

La mini-CEC rend plus étroit le travail avec les anesthésistes qui régulent le flux sanguin en dilatant ou rétrécissant les différents diamètres du système vasculaire pour nous permettre à nous, perfusionnistes, de restituer les bons volumes sanguins au patient.

Il faut aussi bouger régulièrement le corps de la personne opérée pour réguler les flux.

Lorsque les interventions sont programmées, nous travaillons toujours à deux, pilote et co-pilote. Par contre, en cas d'urgence, nous sommes seuls. Dans ces cas-là, nous opérons avec la CEC standard.

Nous ne sommes que trois dans tout le canton du Valais à assurer la fonction de perfusionniste. Ce métier demande une disponibilité de chaque instant, tous les jours de l'année. De toute façon, en cas d'urgence vitale, on ne discute même pas.

Il nous arrive d'intervenir dans d'autres domaines comme celui de la chirurgie non cardiaque (sur les

gros vaisseaux). On s'occupe aussi du réchauffement des victimes d'avalanches en état d'hypothermie et également en cas de besoin d'assistance cardio-respiratoire.

A la base, nous sommes infirmiers, cursus complété par une formation en anesthésiologie ou en soins intensifs. Il faut, en outre, pouvoir justifier de deux ans d'expérience dans l'un de ces domaines. Puis, nous suivons une formation au CHUV. Nous sommes également diplômés au niveau européen, ce qui nous donne la possibilité de travailler hors des frontières suisses.

Pour exercer cette profession, il faut être fiable, réfléchir vite et prendre la bonne décision. Cela demande aussi une bonne dose d'adaptabilité car il faut composer avec les réactions du patient, les choix du chirurgien cardiaque et les imprévus qui peuvent survenir pendant l'intervention.»

«Au bloc, nous formons un team solide et complémentaire.»



Edmond Mabillard et Gabriel Tazlari,
perfusionnistes en circulation extra-corporelle
au Centre Hospitalier du Valais Romand

Joël Sinnaeve

Un maillon de la chaîne de réussite

«Au début de ma carrière, en 1991, j'ai eu la chance de participer au développement des soins intensifs. Avec l'arrivée de la chirurgie cardiaque, le Dr Frank Stumpe m'a envoyé en formation à Lausanne pour, à mon tour, former l'équipe de Sion.

L'unité de cardiologie et de chirurgie cardiaque, c'est 1'500 patients par an et une équipe de 40 personnes à gérer.

Avec le clinicien, nous avons élaboré un programme de formation qui permet à chacun d'acquérir les connaissances cardiologiques spécifiques à la prise en charge de nos patients.

Les premiers jours qui suivent l'intervention, la priorité est mise sur la sécurité du patient. Cette étape requiert une technicité importante. Pour les suivants, on peut faire intervenir son ressenti. Notre objectif principal est de le transformer en acteur de sa santé. La majorité de nos patients présentent un problème d'athérosclérose, maladie chronique qui nécessite une implication personnelle du patient. On va le sensibiliser aux

risques cardiovasculaires futurs et le motiver pour qu'il s'engage à travailler l'un ou l'autre de ces facteurs de risque.

Pour cela, on dispose d'outils pédagogiques comme l'entretien motivationnel ou le projet Elips. Ce sont des techniques spécifiques qui demandent aussi une formation particulière des infirmières.

On discute beaucoup avec les chirurgiens qui visitent leurs patients quotidiennement et échangent sur leur évolution clinique et psychologique en vue de leur future prise en charge.

Au sein de l'Hôpital du Valais, la cardiologie et la chirurgie cardiaque ne sont pas rivales. La qualité de collaboration à Sion n'est à nulle autre pareille. Elle a été imprimée par le tandem Stumpe-Vogt, collègues et amis de longue date. Ils décidaient ensemble. Aujourd'hui, cette dynamique est toujours d'actualité et la collaboration est étroite quand un cas délicat se présente. C'est même la pierre angulaire de cette coopération.»

« La chaleur humaine sécurise, le lien motive. »

Joël Sinnaeve,
infirmier chef de l'unité des soins continus et de cardiologie du Centre Hospitalier du Valais Romand

Marius Robyr

«Ma prise en charge à Sion a été remarquable»

«Durant des années, la Patrouille des Glaciers a été une partie de ma vie et j'ai toujours dit que je souhaitais la faire avec mes enfants. Pour ma première participation comme patrouilleur, en 2010, une mauvaise chute m'a empêché de rallier Verbier. Et en 2012, la météo a contraint les organisateurs à interrompre la course.

L'objectif a donc été remis à 2014. À la fin de l'été 2013, alors que j'allais entamer ma préparation

pour l'hiver, j'ai connu un petit souci avec un ménisque. Je devais me faire opérer. Lors du contrôle préopératoire, mon médecin de famille, le Dr Métrailler, a soupçonné un problème cardiaque. Mais, comme je me sentais parfaitement bien, je ne me suis pas inquiété. Après l'opération du ménisque, j'ai tout de même consulté un ami cardiologue, le Dr Berclaz, qui a décelé un problème cardiaque relativement grave et important.

J'ai pris un coup au moral. Je devais faire une croix sur la patrouille et j'avais de la peine à y croire, car je me sentais en pleine forme. Au CHUV, le Dr Jeanrenaud a confirmé le verdict:

sténose aortique asymptomatique sévère. La mort subite pouvait frapper n'importe quand. Même là, dans le bureau du médecin.

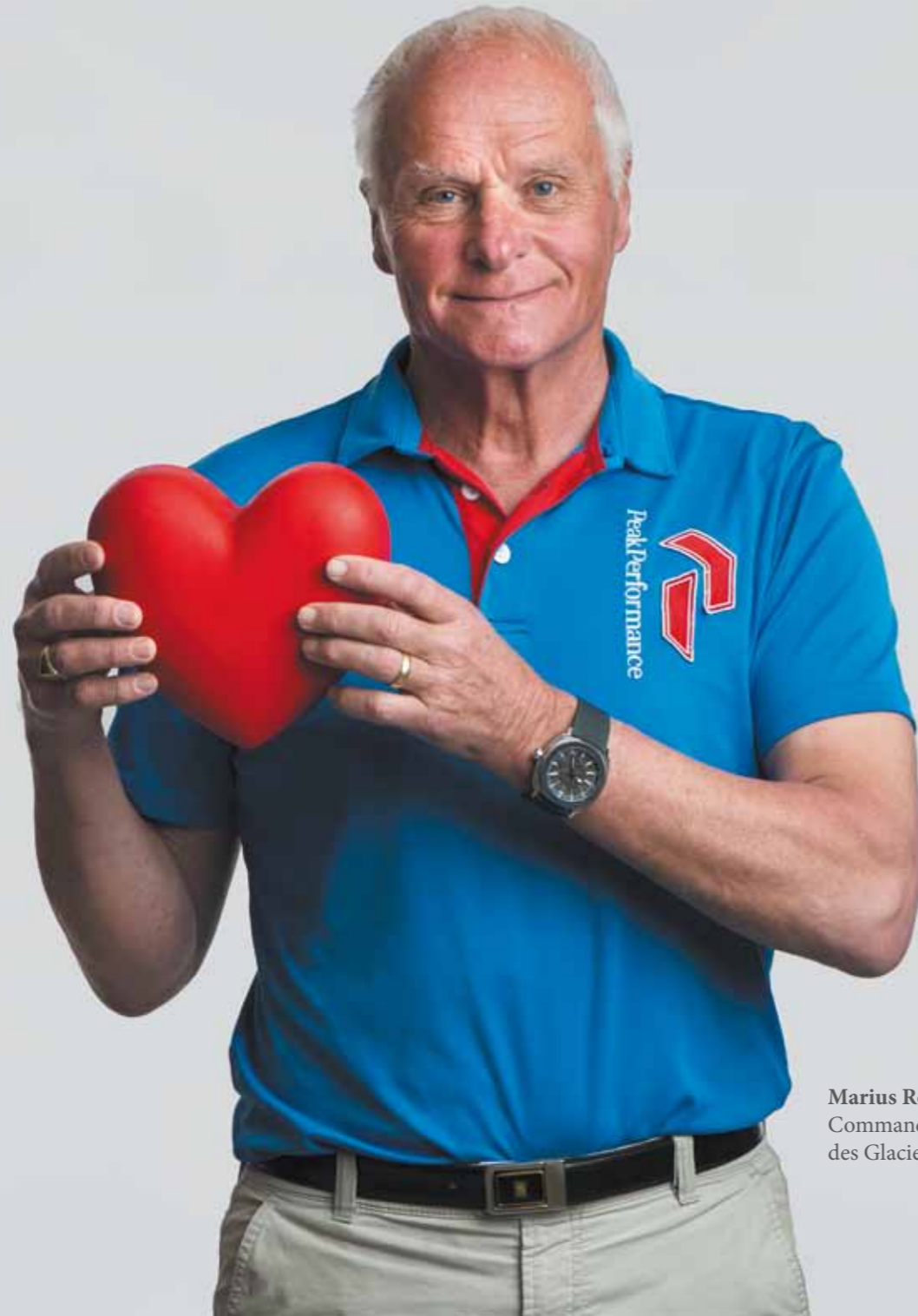
Mon cas, particulier vu l'absence de symptômes, a intéressé le Prof. Prêtre, qui a accepté de m'opérer à Sion quelques jours plus tard. L'accueil au service de cardio-

logie a été remarquable, tout comme la prise en charge. J'ai vécu une heure extraordinaire lors de la cor-

«Mon séjour en deux mots? Qualité et sécurité.»

narographie avec le Dr Girod. Il explorait mes artères et je pouvais tout suivre sur un écran avec ses explications, c'était fabuleux.

Après l'opération, je suis passé aux soins intensifs avant de rejoindre les soins continus. Dans les deux services, j'ai trouvé la qualité des soignants tout à fait remarquable. Et s'il ne fallait garder que deux mots de mon séjour au service de cardiologie, ce serait qualité et sécurité. L'esprit d'équipe et la bonne humeur des soignants m'ont aussi permis de ressentir une grande sérénité.»



Marius Robyr,
Commandant de la Patrouille
des Glaciers de 1990 à 2008

Remerciements

«La direction du Centre Hospitalier du Valais Romand remercie toutes les personnes qui, depuis 20 ans, œuvrent au service des patients et de la population valaisanne en participant à la qualité de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie.»

Impressum

Editeur: Hôpital du Valais (RSV), Direction générale,
Service de communication, 1950 Sion.

Graphisme: Eddy Pelfini Graphic Design, Sion.

Photos: Robert Hofer, Sion / Hôpital du Valais.

Impression: Valmedia AG, Viège.

© Hôpital du Valais | Tous droits réservés | Mai 2014

