

Polyclinique Inkermann Eclairages

février 2015 | 08

Polyclinique Inkermann
84, route d'Aiffres - 79000 Niort
0826 30 28 28
polyclinique@inkermann.fr

Éclairages. Lettre de la polyclinique Inkermann.
Directeur de la publication : Christophe Régniez. Rédaction : Erick Chevaleraud.
Conception : BVM Communication. Photo DR. Dépôt légal : février 2015.
Imprimé sur du papier recyclé.

RÉSECTION DE LA PROSTATE

Inkermann s'équipe d'un laser prostatique

Une nouvelle alternative efficace est proposée depuis peu à Inkermann dans le traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Traditionnellement, la prostate est résectuée en réalisant des copeaux par électrocoagulation, avec un risque de saignement. La vaporisation laser, quant à elle, offre les mêmes résultats fonctionnels que la

résection classique, mais avec un risque de saignement nettement diminué. La Polyclinique Inkermann vient de s'équiper de la dernière génération de laser de vaporisation photo-sélective de la prostate Greenlight®. Grâce à une caméra endoscopique introduite par les voies naturelles, le volume prostatique est réduit par vaporisation à l'aide d'une fibre laser. Une sonde urinaire est laissée alors en place après l'intervention, pour une durée moyenne de 24 à 48 heures.

résection classique, mais avec un risque de saignement nettement diminué. La Polyclinique Inkermann vient de s'équiper de la dernière génération de laser de vaporisation photo-sélective de la prostate Greenlight®. Grâce à une caméra endoscopique introduite par les voies naturelles, le volume prostatique est réduit par vaporisation à l'aide d'une fibre laser. Une sonde urinaire est laissée alors en place après l'intervention, pour une durée moyenne de 24 à 48 heures.

Des avantages considérables

Les principaux avantages de cette technique sont la baisse du risque de saignement, une réduction de la durée de sondage urinaire post-opératoire ainsi que de la durée d'hospitalisation. Cette technique est recommandée chez les patients sous traitement anticoagulants ou à haut risque cardio-vasculaire. En l'absence de risques particuliers définis par le chirurgien, l'intervention peut être réalisée en ambulatoire (arrivée le matin et départ en fin d'après-midi), avec ablation de la sonde vésicale à domicile par une infirmière le lendemain matin.

Quelques effets indésirables

Après l'intervention, il peut y avoir des troubles urinaires telles des envies fréquentes ou ↻

édito

Contre le dogmatisme de la loi de santé

Le projet de loi de santé, examiné par le Parlement début avril, installe un service public hospitalier (SPH) dont seront exclues les cliniques impuissantes à répondre aux conditions d'entrée : interdiction de dépassement d'honoraires sur l'ensemble des activités de soins de l'établissement. Une astuce pour rendre inéligibles 100 % des cliniques aux missions de service public comme les urgences, la cancérologie ou les naissances, et une rupture d'égalité majeure avec les établissements publics pour lesquels cette condition n'est pas requise (maintien de patientèle privée) ! En échange de négociations, les cliniques levaient leur préavis de grève début janvier, mais restent mobilisées au côté des médecins si ce dispositif mortifère pour nos établissements, nos médecins et la liberté de choix de nos patients venait à être entériné.

Christophe Régniez,
directeur de la polyclinique
Inkermann



urgentes qui s'estompent en quelques semaines. Mais ni les érections ni l'orgasme ne seront altérés par l'intervention. En revanche, il n'y aura plus d'éjaculation, comme lors d'une résection standard (éjaculations rétrogrades dans la vessie). Un rétrécissement – ou sténose – du canal de l'urètre ou du col de la vessie peut parfois survenir : il est révélé par une diminution rapide de la force du jet d'urine. Le risque de ré-intervention (récidive des symptômes liée à une repousse de l'adénome) est inférieur à 10 % dans une période de trois ans. Une équipe de trois chirurgiens-urologues, les Docteurs Pascal Cante, Isabelle Souillac et Yves Coblenz, prend en charge plus de 1000 actes par an, toutes techniques confondues.

DRS PASCAL CANTE,
ISABELLE SOUILLAC ET
YVES COBLENTZ

EXCELLENTS TAUX D'HOSPITALISATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Adénoïdectomies
98 %

Avulsion dentaire
93 %

Arthroscopies du genou
91 %

Chirurgie canal carpien
88 %

Chirurgie du cristallin
85 %

Lithotritie extra-corporelle
85 %

Chirurgie des varices
67 %

Accès vasculaire
67 %

Chirurgie des hernies inguinales
50 %

Chirurgie des hernies de l'enfant
50 %

Polyclinique Inkermann à savoir

Traitement par courant de radiofréquence des arythmies cardiaques

Une technique qui permet d'obtenir jusqu'à 95 % de réussite favorisant la diminution des traitements pharmacologiques.

Les effets physiologiques des courants de radiofréquence sont connus depuis 1893. En traversant le corps humain, ces courants n'entraînent pas d'autres lésions qu'un échauffement au point de contact entre les fils conducteurs et la peau. Depuis les années 30 le bistouri électrique permet d'obtenir des lésions de coagulation ou de section selon l'onde délivrée. Plus la surface de contact avec la peau est faible, plus l'échauffement est important, ainsi que la lésion. Les courants de radiofréquence comme agent lésionnel en cardiologie permettent le traitement radical curatif d'un grand nombre d'arythmies en transformant le tissu myocardique arythmogène en une cicatrice fibreuse sans activité électrique. Les techniques d'ablation par voie endocavitaire intracardiaque se font grâce aux cathéters dédiés, connectés à un générateur de courant de radiofréquence. Les arythmies les plus couramment traitées par ablation sont : le flutter atrial, la fibrillation atriale, les tachycardies jonctionnelles de type réentrée intra-nodale ou auriculo-ventriculaire, etc.

Comment ça marche ?

La procédure se déroule sous anesthésie locale dans un bloc d'électrophysiologie, après consentement éclairé du patient. Les cathéters sont alors introduits par la veine fémorale sous anesthésie locale, et positionnés dans des zones précises à l'intérieur des cavités cardiaques. Le guidage se fait en général

par radioscopie. La zone arythmogène et le mécanisme précis de l'arythmie sont réalisés en début d'examen grâce à une étude électrophysiologique. L'ablation, proprement dite, est réalisée en chauffant de façon intermittente grâce au cathéter la zone arythmogène jusqu'à sa lésion complète.

Un franc succès

Cette technique permet d'obtenir jusqu'à 95 % de réussite pour le flutter typique de l'oreillette droite, ce qui permet de diminuer ou d'arrêter selon les cas les traitements pharmacologiques. Cette activité est désormais réalisable par l'équipe cardiologique de la Polyclinique en collaboration avec le plateau technique du Centre hospitalier de Niort du service de cardiologie. Une équipe de six cardiologues, les Drs Chomeni, Ennouchi, Haldenwang, M'Bow, Nassif, Turmel, a pris en charge plus de 1200 patients hospitalisés en cardiologie en 2014. Chaque médecin dispose d'un cabinet de consultation dans l'établissement.

DRS CHOMENI, ENNOUCHI,
HALDENWANG, M'BOW, NASSIF
ET TURMEL



BIENVENUE

Nous saluons l'arrivée parmi nous de :
Dr Isabelle Souillac – chirurgien urologue
Dr Alexandre Valagier – chirurgien vasculaire
Dr Clément Watel – radiologue

VERS UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE L'AMBULATOIRE

En 2013, le taux de chirurgie ambulatoire en Poitou-Charentes était de 43,9 % (39,6 % dans les Deux-Sèvres), soit légèrement supérieur à la moyenne nationale. La Polyclinique Inkermann, quant à elle, atteignait alors ses objectifs contractualisés avec l'ARS avec un taux de 52 %. En 2015, la Polyclinique s'engage avec l'ARS Poitou-Charentes dans un benchmark régional des Unités de chirurgie ambulatoire (UCA). Il s'agit d'un audit organisationnel de premier niveau, fondé sur la comparaison du fonctionnement et des performances des différents établissements. L'objectif est double : d'abord évaluer notre organisation en nous mesurant aux 22 autres établissements de santé de la région pratiquant la chirurgie ambulatoire ; puis améliorer la performance interne de l'ensemble des actes. Le taux cible de chirurgie ambulatoire, défini lors du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre la Polyclinique Inkermann et l'ARS, s'élèvera en 2017 à 60 %.

INKERMANN SOLLICITE PAR LES SOCIÉTÉS SAVANTES

La Polyclinique Inkermann était l'unique établissement de santé à participer en novembre 2014 à l'enquête nationale sur l'ambulatoire (SFAR-OPERA), visant à déterminer les effets adverses (douleur, nausée, vomissement) et leur prise en charge pour un certain nombre d'actes (dent de sagesse, arthroscopie du genou, hernies, varices, tumorectomies mammaires, hallux valgus, célioscopie digestive, hystérectomie, main en dehors du canal carpien). La Polyclinique Inkermann a été contactée par la SFAR (Société française d'anesthésie réanimation) pour une seconde enquête nationale sur l'hypothermie et ses conséquences pour le patient à laquelle nos patients seront soumis pendant une semaine en mars. Nous attendons toujours une réponse du CHU de Poitiers pour leur demande d'agrément de terrain de stage pour les internes. Nous avons déposé deux dossiers, en anesthésie et en chirurgie orthopédique.