

EDITORIAL

Voici six ans que les quatre hôpitaux courtraisiens ont fusionné et trois ans que la plupart des services ont été réorganisés, avec le déplacement sur un autre site des collaborateurs et des activités, et les changements de travail, d'environnement et d'habitudes que cela suppose.

De nouvelles obligations, une ambiance moins familière, des déplacements d'un campus à l'autre, le sentiment d'un choix plus restreint : autant de points qui peuvent être très sensibles pour un patient.

Conscient de ceci, l'a|z Groeninge a essayé d'y faire face au mieux, d'offrir des prestations d'une qualité irréprochable, d'améliorer encore au quotidien ce qui devait l'être et surtout d'optimiser l'implication de ses collaborateurs.

Outre le patient, primordial, il convient de tenir compte de la participation à la politique et du rendement, de la forfaitisation et de la maîtrise des coûts, des instruments de mesure, de l'accréditation des médecins et des hôpitaux ainsi que des modèles de gestion tels que Kwadrant, Navigator et Delta.

You'd better slow down, when you run so fast to get somewhere, you miss half the fun of getting there.

Dr Jan TAVEIRNE
médecin-chef



REVUE
SCIENTIFIQUE

N° 5

JUIN 2006

L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES D'URGENCE (EPSI)

La psychiatrie d'urgence à l'a|z Groeninge

L'hôpital généraliste est le principal lieu de soins d'urgence. Il est ouvert 24 heures sur 24, généralement via le service des urgences. Cette porte ouverte crée un centre de crise au sens le plus large du terme.

Les services d'urgence sont confrontés à une augmentation des situations de crise psychiatriques, ce qui aboutit au développement d'une psychiatrie d'urgence en tant que sous-spécialité de la psychiatrie et à la création de services de crise psychiatriques spécifiques.

Lorsque le patient psychiatrique consulte le service des urgences, le psychiatre doit poser un diagnostic situationnel où l'évaluation du pronostic à très court terme est essentielle. Une prise en charge précoce est la meilleure manière de prévenir le développement d'un syndrome évolutif.

L'EPSI assure la prise en charge psychiatrique urgente.

Cette unité fait partie du département de psychiatrie et se trouve sur le campus Sint-Maarten. Sa principale caractéristique est son accessibilité ainsi que la possibilité d'obtenir

une assistance psychiatrique 24 heures sur 24.

Il est évident qu'une aide rapide est nécessaire étant donné que la personne concernée se trouve dans une situation de crise. Il est dès lors important de veiller à ce que le séjour en EPSI soit le plus bref possible (72 heures au maximum).

Le but de l'intervention est de mettre le patient dans un état d'esprit tel qu'il sera mieux en mesure d'accepter d'autres formes de traitement et d'assistance psychiatriques. La crise prend ainsi fin ou est maîtrisée. Après la pose du diagnostic tentatif, un plan de traitement peut être établi et le patient peut être transféré dans un autre service.

Dr. Koen TITECA

Service psychiatrie, psychosomatique et psychothérapie
a|z Groeninge – Campus Sint-Maarten
koen.titeca@azgroeninge.be

ÉVOLUTIONS RÉCENTES EN CARDIOLOGIE PÉDIATRIQUE

Les anomalies cardiaques congénitales comptent parmi les pathologies congénitales les plus fréquentes. En moyenne, 1 enfant sur 100 à 200 naît avec un problème cardiaque congénital. Les malformations les plus courantes sont les « anomalies cardiaques simples » telles que des défauts du septum auriculaire, un défaut du septum ventriculaire et une ouverture du ductus botalli. Les malformations cardiaques plus complexes comme la tétralogie de Fallot, la transposition des gros vaisseaux, le tronc artériel et le cœur univentriculaire sont moins fréquentes mais chaque année en Belgique, 750 à 1000 enfants naissent avec de telles malformations cardiaques complexes. Grâce à l'amélioration des traitements, la survie des enfants nés avec une malformation cardiaque s'est améliorée de manière notable. Il existe donc en Belgique un groupe de plus en plus important de patients qui ont été / sont traités pour une lésion cardiaque congénitale. Ce groupe est également de plus en plus âgé et éprouve un besoin spécifique de suivi médical approprié.

Au cours des dernières décennies, le domaine de la cardiologie pédiatrique a connu une importante (r)évolution technologique, tout comme le reste de la cardiologie. Les pathologies traitées sont naturellement restées en grande partie les mêmes, mais les possibilités diagnostiques et thérapeutiques ont énormément changé, essentiellement grâce aux évolutions importantes de l'imagerie médicale, des techniques de chirurgie et d'intervention (cathétérisme) ainsi qu'aux nouvelles stratégies médicamenteuses. En outre, les avancées dans la compréhension de la pathologie, de la pathophysiologie, de la génétique, de la néonatalogie et de la médecine intensive ont joué un rôle essentiel qui a abouti à des traitements moins invasifs pour les anomalies cardiaques simples et à de meilleurs résultats pour les malformations complexes.

Prof Dr. Luc Mertens, Prof Dr. Marc GEWILLIG
Cardiologie pédiatrique – Campus Sint-Niklaas
a/lz Groeninge, Kortrijk et UZ Leuven

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Le rôle de la chirurgie de l'obésité augmente sensiblement, compte tenu de la réelle épidémie d'obésité et d'obésité morbide observée dans le monde entier.

Le rôle du médecin traitant dans l'identification de candidats potentiels à la chirurgie bariatrique et le suivi de ces patients après l'intervention sont donc appelés eux aussi à augmenter de manière importante. Une certaine connaissance de base de la chirurgie bariatrique sera dès lors nécessaire afin de pouvoir offrir des soins optimaux.

Au cours des dernières décennies, la chirurgie bariatrique a connu un véritable essor. Aux États-Unis, une augmentation de 400 % a été enregistrée l'année dernière. Pourtant, actuellement, seul 1,6 % des patients pouvant prétendre à cette chirurgie ont été opérés. Autrement dit, nous pouvons certainement nous attendre à une nouvelle augmentation à l'avenir. Nous avons déjà expliqué dans l'article précédent que l'obésité est en train de prendre des proportions épidémiques aux États-Unis mais aussi en Europe. Aux États-Unis, l'obésité est actuellement la deuxième cause de mortalité.

La chirurgie d'amaigrissement, qu'elle consiste à réduire la taille de l'estomac ou à induire une malabsorption, est

apparue dans les années 60. Bien que les premières procédures aient donné des résultats moyens souvent accompagnés de graves complications, ces 20 dernières années, nous avons assisté à une évolution évidente vers de meilleures procédures causant nettement moins de problèmes à long terme. Les différentes techniques chirurgicales sont décrites.

Malheureusement, les traitements classiques non chirurgicaux de l'obésité (régime, exercice, médicaments, thérapie comportementale) n'ont pas pu empêcher l'augmentation progressive de la fréquence de l'obésité. Le faible taux de réussite à long terme en est probablement la cause principale. Ces résultats sont sensiblement meilleurs dans le cas de la chirurgie : environ 2/3 des patients ayant subi une dérivation gastrique par exemple, gardent un très bon contrôle de leur poids à long terme.

L'équipe du centre d'obésité – Campus Sint-Niklaas
Dr. Frank VAN ROOY, Dr. Dirk DEVRIENT, Dr. Gerd VANHAVERBEKE, Dr. Christophe GEORGE, Dr. Ann ELEWAUT, Dr. Philippe COMPERNOLLE, Mme Gerda VANDENDRIESSCHE, Mme Greet VERVENNE, Mme Sofie DECOCK, Mme Jorien FIEUW.

www.obesitas-centrum.be

ANGIOGRAPHIE CORONAIRE CT 64 COUPES

Le 64-slice MSCT est bien plus qu'un nouveau scanner. En matière d'imagerie cardiaque, il s'agit d'un outil pour le moins révolutionnaire. Grâce à une imagerie plus rapide et plus fine, il est désormais possible d'obtenir des images des coronaires d'une très grande précision. Les techniques invasives ne sont plus nécessaires pour une évaluation des coronaires. Grâce à une simple tomodynamométrie, les plaques calcifiées et non calcifiées peuvent être visualisées, tout comme leur impact sur le calibre des coronaires.

Une douleur atypique dans la poitrine, le suivi après un pontage ou la pose d'un stent et l'évaluation d'anomalies congénitales ne sont que quelques-unes des indications de l'angiographie coronaire CT.

Dr. Olivier Vanovermeire
Service d'imagerie médicale
Campus Maria's Voorzienigheid
olivier.vanovermeire@azgroeninge.be

TRAITEMENT SOUS VIDE: une percée dans le traitement des blessures compliquées

L'application locale d'une pression subatmosphérique contrôlée afin de favoriser la guérison des plaies n'est pas nouvelle mais ces dernières années, elle suscite un intérêt grandissant. Même si des résultats très prometteurs ont été décrits dans des établissements cliniques très divers et sont rapportés lors de chaque congrès international sur le soin des plaies, les RCT de qualité sur le traitement sous vide sont encore rares. L'explication scientifique du mécanisme de fonctionnement de ce traitement n'est pas encore très claire non plus. Néanmoins, les cliniciens sont convaincus de la valeur ajoutée que peut offrir le traitement sous vide.

Dr. Guy PUTZEYS

Service d'orthopédie - a lz Groeninge – Campus Sint-Maarten
guy.putzeys@azgroeninge.be

Dr. Gunther DE SMUL

Service de chirurgie vasculaire et thoracique - a lz Groeninge – Campus Maria's Voorzienigheid
gunther.desmul@azgroeninge.be

Dr. Pierre D'HOOGHE

Service de chirurgie plastique - a lz Groeninge – Campus Maria's Voorzienigheid
pierre.dhooghe@azgroeninge.be

Dr. Jeroen VANHAECKE

Groupe Main - a lz Groeninge – Campus Maria's Voorzienigheid
jeroen.vanhaecke@azgroeninge.be

Dr. Franky VANSTEENKISTE

Service de chirurgie abdominale - a lz Groeninge – Campus Sint-Niklaas
franky.vansteenkiste@azgroeninge.be

Dr. Paul WALLAERT

Service de chirurgie vasculaire et thoracique - a lz Groeninge – Campus Maria's Voorzienigheid
paul.wallaert@azgroeninge.be
Guido DEMAÏTER
Comité d'hygiène hospitalière - a lz Groeninge – Campus Sint-Maarten
guido.demaiter@azgroeninge.be

TÉLÉMÉDECINE: MIRAGE OU RÉALITÉ

Au sein du service d'ophtalmologie, des vidéoconférences sont organisées chaque mois depuis une dizaine d'années (chaque premier mardi du mois à 17h, sauf durant les vacances) grâce à une ligne ISDN (2 x 64 Ko). À ce jour, une centaine de vidéoconférences ont déjà eu lieu. Au début, seuls les sites de Lille et Courtrai y participaient, mais ils ont été rejoints par Amiens après un an et depuis 2000, par Rouen.

De quoi avons-nous besoin pour une vidéoconférence ? D'un PC dans lequel il est possible d'insérer une carte vidéo ISDN et d'un ordinateur portable avec sortie vidéo, de préférence raccordé au réseau où les autres données sont enregistrées et peuvent être lues via une sortie vidéo. Comme tous les dossiers ont été numérisés, nous pouvons

donner une belle iconographie des différents cas.

Après dix ans, nous sommes en mesure de faire le bilan des pour et des contre :

- Pour : échange interactif d'informations et de connaissances, décision rapide et par conséquent, diagnostic rapide, possibilité d'activer immédiatement une thérapie (si nécessaire) et suivi collectif.
- Contre : exige un certain investissement et des heures de travail qui ne peuvent être rémunérées nulle part, d'où un intérêt faible voire inexistant en dehors des centres universitaires.

Dr. Edward DE SUTTER

Service d'ophtalmologie - a lz Groeninge – Campus Onze-Lieve-Vrouw
edward.desutter@azgroeninge.be

OSTÉOPOROSE : UNE MALADIE TRÈS RÉPANDUE

Incidence - traitement - prévention

L'**ostéoporose** est une maladie systémique du squelette qui se caractérise par une faible masse osseuse et une micro-architecture anormale du tissu osseux, d'où une diminution de la solidité des os et un risque de fracture plus élevé.

En dépit d'un nombre croissant de facteurs de risque tels que le manque d'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool ainsi que de psychotropes, ces effets semblent être contre-balançés par une amélioration de la prévention tant de l'ostéoporose que des chutes. Les gens vivent plus longtemps. Si l'incidence par catégorie d'âge reste constante, nous allons évoluer en Belgique de 9000 fractures de la hanche en 1995 à 14.000 en 2020. Le coût élevé d'une fracture de la hanche souligne la nécessité de mesures de prévention plus importantes : éducation et information, encouragement de l'activité physique à tout âge et prévention des causes d'ostéoporose secondaire. L'ajout systématique de calcium et de vitamine D à l'alimentation des personnes de plus de 70 ans est logique. Il a été démontré que l'ajout de vitamine D permet, à lui seul, de réduire l'incidence des chutes

de 29 % grâce à l'effet de soutien du statut musculaire. Le traitement complet comporte différentes phases associées à des traitements ciblés pour chaque partie. La prévention primaire repose sur l'entretien d'une bonne forme physique dès la jeunesse et jusqu'à un âge avancé, une alimentation suffisamment riche en calcium (produits laitiers, légumes verts), une détection précoce grâce à une mesure de la densité osseuse à partir de la ménopause et surtout au cours des 5 années qui suivent, une prévention des chutes à partir de l'âge de 70 ans. Veiller à la polymédication : surtout celle ayant un effet psychotrope chez les patients gériatriques, supplémentation en vitamine D après 70 ans.

Dr. Philippe COMPERNOLLE

Service de médecine physique / révalidation - a|z Groeninge -
Campus Sint-Niklaas
tel. 056 242513
philippe.compernelle@azgroeninge.be

Service de médecine physique / révalidation à l'a|z Groeninge
Dr. Philippe Compernelle - Campus Sint-Niklaas
Dr. Pol Deryckere – Campus Sint-Maarten
Dr. Maria Nachtergaele – Campus Maria's Voorzienigheid
Dr. Bruno Van Hoecke – Campus Onze-Lieve-Vrouw

EMDR : UN TRAITEMENT FACTUEL DU SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

L'EMDR ou Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989a, 1989b, 1991, 1995, 2001) est une méthode thérapeutique destinée au traitement des conséquences d'un trauma. Après un événement traumatique, de nombreuses personnes développent les symptômes aigus d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT), qui disparaissent généralement de manière spontanée après un certain temps. Chez une minorité de personnes, ces symptômes évoluent vers une

forme chronique du SSPT. Les patients souffrent alors d'images récurrentes ou flash-back, évitent activement tout ce qui leur rappelle le trauma et se trouvent constamment en état d'hyperalerte, ce qui provoque des troubles du sommeil ou des réactions de peur exagérées.

Ludwig CORNIL

psychologue clinicien – psychotraumatologue
Service de psychologie clinique – a|z Groeninge -
Campus Sint-Maarten
ludwig.cornil@azgroeninge.be

DE L'HOPITAL A a|z GROENINGE