

VOEUX

Chers amis, qui nous accompagnez et nous soutenez sans relâche souvent depuis longtemps, acceptez nos vœux les plus sincères.

Que 2011 soit pour vous une année heureuse et sereine, qu'elle voie vos projets se réaliser et qu'elle vous garde en bonne santé, vous et ceux qui vous sont chers.

Fidèlement,

Bernard EISENMANN
et le Conseil d'Administration de l'OCOVAS

EDITO

Cher(e) Ami(e), Cher(e) Adhérent(e),

Impossible d'aborder un autre sujet. D'abord parce que l'objet du scandale est bien rare, repris par tous les journaux français, ensuite parce que certains d'entre vous pensent vraisemblablement que je puisse être concerné... Et je le suis effectivement, mais de façon tout à fait indirecte.

Afin de bien situer le décor, je précise que, depuis peu, j'ai accepté de travailler à la Clinique Claude Bernard à Metz, où je poursuis sur un mode mineur une activité de chirurgien cardio-vasculaire, fort utile cependant à mes autres activités à l'étranger (Laos, Ukraine, etc.).

Or, vous venez de lire dans les DNA du samedi 30 octobre 2010, en grandes manchettes, et sur la page de garde : Scandale à l'hôpital de Metz... Et, pour illustrer la photo on peut lire

« Chef du service de chirurgie cardiovasculaire du centre hospitalier de Metz a été suspendu... Graves irrégularités..... Surmortalité élevée... etc. »

C'est la première fois que l'on aborde ce sujet dans les DNA, alors que sur Internet et dans tous les autres quotidiens nationaux et régionaux les articles fleurissent depuis une bonne quinzaine de jours, en des termes souvent provocateurs et violents.

Une clarification s'impose dès à présent, alors même que tous les éléments sont loin d'être connus, raison d'être d'une prudence, d'une distanciation et si possible d'une neutralité indispensables. Tout ce que je décris ici se trouve largement exposé dans la presse, et peut être retrouvé facilement sur Internet.

Depuis 20 ans existent à Metz deux services, donc deux équipes de chirurgie cardiaque. L'un se trouve à l'hôpital public, hôpital dénommé BON SECOURS, l'autre se trouve à la clinique dénommée CLAUDE BERNARD. C'est cette dernière institution qui m'a sollicité, et à laquelle j'ai répondu positivement. À 50 km de Metz se trouve Nancy, ville dotée d'un centre Hospitalo-Universitaire, et qui par ailleurs vient d'inaugurer il y a quelques mois à peine un tout nouveau bâtiment, (fort cher) dédié à la cardiologie et à la chirurgie cardio-vasculaire.... Cette nouvelle structure à l'heure actuelle n'est que partiellement remplie, avec donc une rentabilité encore non optimale.

Les hommes étant ce qu'ils sont, je ne vous étonnerai pas en vous disant qu'il existe une certaine forme de rivalité entre ces deux villes de Lorraine : Metz et Nancy d'une part mais également entre les deux sites de chirurgie cardiaque de Metz eux-mêmes. Depuis fort longtemps l'administration de la santé en France pense qu'il y a une structure de trop à Metz, et cette perception a été rappelée tout récemment, lors de l'élaboration du schéma régional de la chirurgie cardiaque. Il a été dit, mais ce n'est pas nouveau, qu'un des services de Metz était appelé à disparaître.

Afin de « clarifier » davantage la situation des services de chirurgie cardiaque, l'administration a décrété que, pour être performant, un service devait répondre à un certain volume d'activité, et il a été énoncé qu'un minimum de 400 interventions devait pouvoir être effectué par année par un service de chirurgie cardiaque adulte. En ce qui concerne

la ville de Metz, sauf événement imprévisible, et vraisemblablement improbable, il n'est pas possible que les deux services actuellement présents puissent arriver tous les deux à ce volume d'activité. Il existe donc une menace potentielle qui pèse sur les deux structures.

À l'heure actuelle, le centre hospitalier public de Bonsecours est dans l'oeil du cyclone. Le niveau d'activité est relativement faible, et les résultats sont sous optimaux, avec un taux de mortalité très élevée. De là, à imaginer un certain nombre de déviations que le directeur de l'agence régionale de santé de Lorraine a énumérées très clairement, faisant référence à une mission d'expertise qu'il a lui-même diligentée, il n'y a qu'un pas. Pour ceux qui souhaitent en savoir davantage je les renvoie aux propos du directeur et des articles que différents journaux ont publiés.

Par ailleurs le médecin incriminé a été accusé de pratiques financières peu scrupuleuses, et là encore les journaux ne se sont pas privés de rapporter des exemples précis.

Comme vous pouvez le voir, la situation dans ce domaine en Lorraine est complexe et soumise à une attention toute particulière des responsables de la santé et des politiques de la région. Aucune décision définitive pour le moment n'est connue. Les analyses et les tractations sont en cours.

Je puis cependant vous affirmer qu'en aucun cas le président de l'association OCOVAS n'est concerné, et encore moins menacé. Par contre, lorsque les différentes analyses auront été menées à leur terme, et qu'une décision aura été prise, je vous en tiendrai informé, et si nécessaire en ferai l'exégèse.

Le Président Bernard EISENMANN



LES RÉTRÉCISSEMENTS DES ARTÈRES DU COEUR

Autres manifestations en dehors de l'angine de poitrine.

La complication la plus fréquente de la lésion dégénérative des artères coronaires, (donc des artères du coeur) consiste en un défaut de vascularisation du muscle myocardique. En effet les lésions de vieillissement, encore dites dégénératives entraînent l'apparition de dépôts d'abord graisseux, et puis scléreux à l'intérieur même de la paroi artérielle, ce qui résulte en un rétrécissement de l'artère. La conséquence toute naturelle en est une augmentation de la résistance à l'écoulement, ce qui finit par entraîner une diminution de la quantité de sang qui arrive au muscle. Le coeur qui doit fournir un effort important et sans relâche pour entretenir la vie voit ses capacités de travail et d'adaptation à l'effort fortement handicapées, va réagir à cette insuffisance d'apport. Dans un premier temps ceci se traduira par des douleurs dans la poitrine, la classique angine de poitrine.

Nous avons déjà largement abordé ce sujet, caractérisé par des rétrécissements sur le trajet des artères coronaires, rétrécissements qui siègent souvent sur les premiers centimètres des artères. Grâce à des pontages coronariens et il est possible d'amener du sang en aval des rétrécissements. Les pontages coronariens, permettant de contourner les obstacles sur les artères se font grâce à des veines essentiellement prélevées au niveau des membres inférieurs, mais également grâce à des artères, la plus classique d'entre elles se trouvant dans le thorax ; il s'agit de l'artère mammaire interne, cheminant directement derrière la paroi thoracique. Grâce à ces techniques, maintenant tout à fait éprouvées, il est possible d'améliorer la gêne que ressent le malade, mais également dans un certain nombre de cas de lever les dangers qui pèsent sur son coeur, et d'améliorer ainsi la survie. À un certain moment, la communauté médicale et chirurgicale discutait de façon très âpre sur la nécessité ou non d'utiliser une circulation extracorporelle, donc de faire ces interventions à coeur arrêté ou à coeur battant. Actuellement ce débat est clos. Les résultats immédiats et tardifs sont similaires. Il est cependant vraisemblable que le fait d'opérer sur un coeur arrêté permette d'obtenir des anastomoses, donc des pontages de meilleure qualité.

L'angine de poitrine n'est pas la seule conséquence de l'ischémie du coeur. (Ischémie = défaut de perfusion donc d'alimentation en sang). À un stade ultime, loin d'être exceptionnel, l'absence d'arrivée de sang, donc d'oxygène au niveau de la cellule du coeur finit par entraîner sa mort. Il s'agit là du classique infarctus du myocarde. La mort cellulaire est définitive. Les conséquences en sont très variables, et dépendent du degré d'extension de la zone considérée. Si plus de 40 % de la masse musculaire du coeur est détruite, (dans le cas présent par l'infarctus du myocarde), la mort est inéluctable. La seule solution à l'heure actuelle est de changer le coeur, donc de réaliser une transplantation cardiaque. Lorsque la destruction est moins importante, les conséquences peuvent revêtir plusieurs facettes.

En règle générale, lorsqu'une portion de la paroi du coeur meurt, et se nécrose, elle finit par s'amincir, voit toutes les cellules musculaires disparaître, et se transforme en une paroi scléreuse, semblable à de la couenne, sans aucune capacité contractile.

Si l'amincissement est encore plus important, et que la paroi devienne particulièrement fragile, il y a même des possibilités de rupture. Si la rupture se produit au niveau de la paroi externe du coeur le décès est pratiquement inéluctable. En effet le sang va quitter les cavités cardiaques, se trouver alors emprisonné par l'enveloppe qui

entoure le coeur, (le péricarde) avec comme conséquence un phénomène de compression du coeur lui-même, qui ne pourra plus ni se remplir ni chasser correctement le sang vers le reste de l'organisme. Mais il existe également des structures qui se trouvent à l'intérieur du coeur. On peut citer en particulier le septum interventriculaire, cloison musculaire qui sépare les deux ventricules, et citer également les piliers de la mitrale, volumineuses protubérances de muscle, situées à l'intérieur du coeur, et permettant le fonctionnement de la valve du coeur gauche, séparant l'oreillette du ventricule. Si une rupture survient au niveau du septum interventriculaire, ou bien concerne un des piliers de la mitrale, il s'ensuit une altération extrêmement grave du fonctionnement du coeur, mais tout de même un peu moins catastrophique que la rupture de la paroi libre. En règle générale le patient se met en insuffisance cardiaque aiguë, avec altération très importante de ses capacités respiratoires et de ses fonctions circulatoires. On a cependant le temps nécessaire de faire un bilan cardiaque, de faire le diagnostic correct, et de proposer la seule solution efficace, c'est-à-dire une sanction chirurgicale. Évidemment la chirurgie dans ces conditions d'extrême urgence, et sur un coeur particulièrement défaillant, à la phase aiguë d'un infarctus du myocarde n'est pas sans danger. On comprend que ces interventions comportent un risque important, mais il convient cependant de les entreprendre, c'est en règle générale la seule possibilité de survie du patient. Dans le cas présent il convient respectivement de fermer le trou qui se trouve au niveau du septum interventriculaire, et de réparer ou mieux encore de changer la valve mitrale.

Dans certains cas cependant, la paroi affectée par l'infarctus du myocarde ne se rompt pas, mais se contente (si on peut dire) de s'amincir. Ce faisant, elle perd non seulement ses capacités contractiles, mais encore elle se laisse facilement distendre et ceci peut avoir des conséquences sérieuses. Au fur et à mesure que le temps passe, cette paroi finie par produire une véritable poche à la surface du coeur, bosse qui ne contribuera pas du tout à la contraction du coeur et à l'éjection du sang, mais qui au contraire va avoir un double impact négatif : lorsque le coeur se contracte elle se laisse distendre par le sang que le coeur restant va tenter d'éjecter ; lorsque le coeur se relâche, phase au cours de laquelle il se remplit, la poche préalablement distendue va restituer le sang qu'elle a emmagasiné, et ce faisant, elle gêne plus ou moins considérablement cette phase de remplissage cardiaque. On comprend, à la longue, que le développement de cette poche, encore appelée anévrisme post infarctus du ventricule gauche va perturber le fonctionnement du coeur, et peut le précipiter dans l'insuffisance cardiaque. En outre, la circulation sanguine présente un profil hémodynamique incorrect dans l'anévrisme ventriculaire gauche, avec des zones de stagnation. Il peut donc se développer des caillots de sang à l'intérieur du coeur, caillots qui peuvent éventuellement se détacher, et entraîner des embolies périphériques, en allant se projeter dans le cerveau, les membres, ou les autres organes.. Il existe donc des raisons objectives de supprimer, voire simplement de réduire l'importance de cet anévrisme, pour espérer améliorer le fonctionnement du coeur, et éventuellement la survie du patient.

La première intervention qui visait à supprimer un anévrisme ventriculaire gauche date de près de 50 ans, et a été faite par un des pionniers de la chirurgie cardiaque, le Dr Denton COOLEY. Depuis cette date, de très nombreuses techniques ont été écrites, ce qui veut bien dire qu'aucune d'entre elles n'est parfaite, sinon satisfaisante. La meilleure d'entre elles était décrite par un Français, le Dr Vincent DOR, qui a rapporté une technique particulièrement astucieuse. Elle consiste à ouvrir l'anévrisme en plein milieu, ce qui évite toute agression du muscle cardiaque restant, et à exclure la zone anévrismale, en implantant un fragment de plaque prothétique plus ou moins grand, à la jonction des zones musculaires saines, et des zones anévrismales mortes ou akinétiques. Il s'agit là d'une intervention qui n'est pas très dangereuse, peu risquée, et donne souvent de bons résultats.

Cependant elle n'a aucune influence directe sur les capacités de fonctionnement du muscle non infarci, muscle qui souvent est également altéré par le défaut de perfusion du à des artères coronaires très malades.

Pour faire bonne mesure, il conviendrait non pas uniquement d'enlever la poche anévrismale, mais également d'améliorer la fonction du muscle restant. Ceci est d'autant plus vrai que tout infarctus du myocarde ne donne pas forcément naissance à un anévrisme ventriculaire, mais peut se « contenter » d'entraîner une cicatrice fibreuse au niveau du coeur. C'est dans ce contexte que les mesures de régénérescence musculaire trouvent toute leur place.

Il s'agit d'amener, de ré-ensemencer les zones non viables par des cellules musculaires nouvelles. C'est la une voie de recherche enthousiasmante, mais particulièrement difficile. Les recherches ont débuté il y a une dizaine d'années déjà, dans tous les domaines, ayant pour but de remplacer des cellules mortes, par de nouvelles cellules fonctionnelles. Ces tentatives ont été effectuées pour le coeur évidemment, mais également pour le foie, le poumon, le cerveau, la moelle épinière etc.. Chaque fois que l'on croyait avoir franchi une étape, d'autres difficultés survenaient, et à l'heure actuelle on est prudemment optimiste.

La dernière tentative qui a eu un grand retentissement dans le monde médical est l'injection de cellules embryonnaires dans le but de coloniser la moelle, chez des blessés présentant une paralysie des membres inférieurs à la suite d'un accident de la circulation. Le résultat ne sera connu que dans quelques mois ou quelques années.

Pour le coeur de très nombreuses tentatives ont déjà été effectuées, sans succès probant. Il faudra sans doute encore attendre un peu, voire beaucoup plus, pour obtenir un franc succès dans ce domaine. Pendant ce temps-là la chirurgie traditionnelle, et la thérapeutique médicale habituelle ont encore de beaux jours devant elles.

SPORTS-LOISIRS

Les personnes souhaitant recevoir courant janvier 2011 le calendrier des marches populaires programmées par OCOVAS pour l'année 2011 peuvent s'adresser à :
Fernand FINDELI – Tél. 03-88-74-57-80 ou 06-12-81-68-64.

REMISES de DON

A l'occasion de son 80ème anniversaire, **Madame Edith KNAPP** a souhaité, comme cadeau, de soutenir la recherche au développement de la chirurgie vasculaire et à cet effet un chèque de 290,- € a été envoyé à l'OCOVAS.

Nous lui en sommes très reconnaissants et nous nous joignons à tous ses amis pour lui souhaiter encore un heureux anniversaire.

CARNET

Nous déplorons la disparition de plusieurs de nos membres et amis :

- | | |
|---------------------|---------------------|
| ◆ M. Paul ULRICH | ◆ M. Pierre GERBER |
| ◆ M. Arthur BRONN | ◆ M. ROUAS |
| ◆ M. Xavier RAEPPEL | ◆ M. Joseph FECHTER |
| ◆ M. Raymond KLETT | ◆ M. René BILDSTEIN |

Que leurs familles, si durement éprouvées, sachent que nous prenons part à leur peine.

Nous leur adressons nos très sincères condoléances et les remercions de tout cœur pour les dons qui ont, à leur initiative, été offerts à l'OCOVAS.

Qu'il nous soit permis d'avoir une pensée particulière pour Bastien GRUBER, décédé subitement dans sa 17ème année.

Bastien était le fils unique de Corinne et Benoît GRUBER et le petit-fils de René BALL, membre de l'OCOVAS depuis 1996. René a assuré la permanence extérieure «Point Cœur» à Seltz aussi longtemps que celle-ci a fonctionné. René, sa fille Corinne et son gendre Benoît, ont opté d'un commun accord de verser l'intégralité des dons recueillis aux obsèques à l'OCOVAS. Nous les remercions de tout cœur de leur geste généreux et leur réitérons nos condoléances les plus sincères.

PENSEZ AU RENOUELEMENT DE VOTRE ADHESION

Le montant de la cotisation de base reste inchangé : 25,- €

Tout don supplémentaire sera le bienvenu. Votre soutien est indispensable à la poursuite de nos actions.

Et vous pouvez nous aider en sensibilisant vos proches, vos amis, votre entourage. Par avance, merci !

VOTRE REDUCTION FISCALE

Si vous êtes imposable, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt

Si votre don est de 100 €, il ne vous coûtera que 34 €

S'il est de 50 €, il ne vous coûtera que 17 €

S'il est de 25 €, il ne vous coûtera que 8,50 €

Un reçu fiscal ouvrant droit à réduction d'impôt vous sera délivré.

renseignements

OCOVAS

(Association des Opérés du Cœur
et des VAisseaux à Strasbourg)

16, rue Ste-Ellisabeth

67000 STRASBOURG

Tél./Fax : 03 88 35 33 11

ocovas@wanadoo.fr

HOPITAUX UNIVERSITAIRES

Service de Chirurgie

Cardio-vasculaire

B.P. 426

67091 STRASBOURG Cedex

POINT COEUR

☎ 03 88 35 33 11