



**HIRSLANDEN**  
CLINIQUE BOIS-CERF



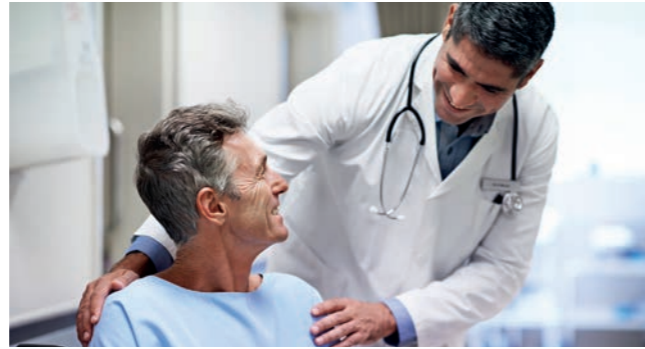
# LES LÉSIONS DES MÉNISQUES



NOUS VOUS ACCOMPAGNONS ET SOUTENONS AVANT,  
PENDANT ET APRÈS VOTRE OPÉRATION.

HIRSLANDEN  
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY

# VIE ACTIVE



Le programme «Retour à la Vie Active» a pour but de vous informer et de vous donner les moyens de participer avec l'équipe soignante au succès de votre intervention.

Ce programme repose sur un accompagnement rapproché durant la phase qui précède votre hospitalisation, pendant votre séjour à la clinique et à votre retour à domicile.

Vous pourrez, avant votre intervention, lire tranquillement cette brochure ainsi que les autres documents contenus dans votre dossier. Votre médecin reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Une fois admis à la clinique, un infirmier et un physiothérapeute vous accompagneront durant votre séjour. Ils vous aideront à progresser en personnalisant votre programme.

En espérant que «Retour à la Vie Active» vous apportera l'aide nécessaire à un prompt et complet rétablissement, nous vous souhaitons un bon séjour à la clinique et dans l'optique d'améliorer l'information patient, nous nous réjouissons que vous nous fassiez part de vos commentaires.

# SOMMAIRE

- 4 LÉSIONS DES MÉNISQUES**  
ANATOMIE  
VASCULARISATION  
DÉCHIRURE MÉNISCALE
- 5 OPÉRATION PAR ARTHROSCOPIE**  
L'ARTHROSCOPE  
ARTHROSCOPIE
- 6 SUTURE DU MÉNISQUE**  
SUTURE MÉNISCALE  
DÉCHIRURE EN ANSE DE SEAU  
FRACTURE DU MÉNISQUE INTERNE
- 7 RÉSECTION PARTIELLE DU MÉNISQUE**  
DÉCHIRURE RADIAIRE DU MÉNISQUE EXTERNE  
DÉCHIRURE OBLIQUE  
DÉCHIRURE D'ORIGINE DÉGÉNÉRATIVE
- 8 SUITES OPÉRATOIRES**  
APRÈS L'OPÉRATION  
RETOUR À LA VIE ACTIVE  
À LA SORTIE DE LA CLINIQUE  
LES SUITES  
TRAITEMENT MIXTE
- 9 COMPLICATIONS POSSIBLES**  
DOULEUR  
HÉMATOME  
INFECTION  
THROMBOSE  
ALGO-NEURODYSTROPHIE  
RAIDEUR  
COMPLICATIONS CUTANÉES  
ARTHROSE
- 10 QUESTIONS FRÉQUENTES**
- 12-14 SUIVI HOSPITALISATION**  
12 JOURNAL DE BORD  
14 AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR
- 15 AIDE-MÉMOIRE**  
AIDE-MÉMOIRE PRÉOPÉRATOIRE  
VOS ACCÈS INTERNET
- CONTACTS**  
VOIR AU DOS DE LA BROCHURE

## LES LÉSIONS DES MÉNISQUES

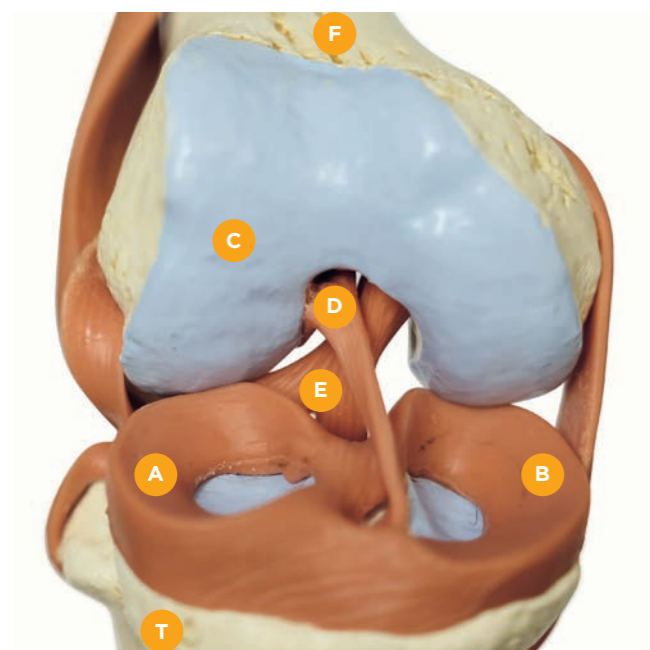
L'objectif de ce document est de vous donner les réponses aux questions que vous vous posez. Il ne présente cependant que des généralités. Il ne remplace pas les informations que vous donne votre médecin sur votre propre état de santé et ne prévaut pas sur celles-ci.

# LÉSIONS DES MÉNISQUES

## ANATOMIE

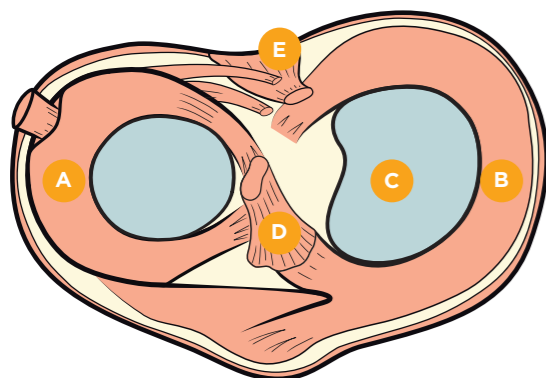
Les ménisques sont des coussinets de fibrocartilage (cartilage fibreux) en forme de croissant présents dans l'articulation du genou et fixés à la capsule articulaire. Mobiles par rapport aux surfaces cartilagineuses, leur fonction est de répartir la charge et de stabiliser l'articulation du genou.

### Vue de face du genou droit



- A. Ménisque externe
- B. Ménisque interne
- C. Cartilage
- D. LCA (ligament croisé antérieur)
- E. LCP (ligament croisé postérieur)
- F. Fémur
- T. Tibia

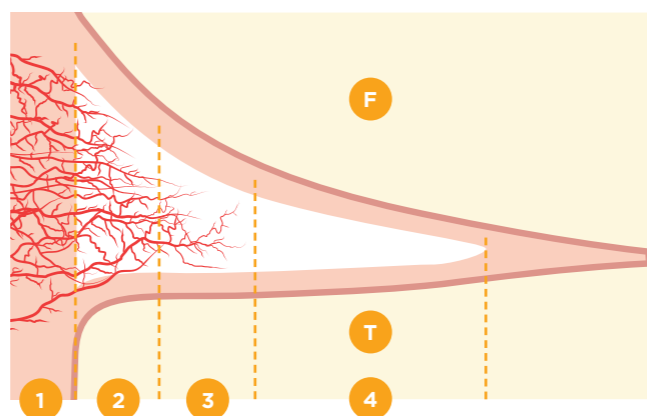
### Vue supérieure des ménisques du genou



## VASCULARISATION

Les ménisques sont irrigués à la périphérie du genou par des vaisseaux sanguins. Ceux-ci proviennent de la capsule articulaire et irriguent le ménisque dans sa portion la plus épaisse. La partie centrale du ménisque, plus mince, est nourrie par imbibition par le liquide articulaire (synovie). La vascularisation joue un rôle clé dans le processus de cicatrisation.

### Coupe du ménisque dans son épaisseur



1. La capsule articulaire est située à la périphérie du ménisque. La vascularisation y est excellente.
2. La zone rouge est située dans la zone périphérique du ménisque. La vascularisation y est excellente et le potentiel de cicatrisation élevé.
3. La zone rouge-blanche est localisée dans la zone intermédiaire du ménisque. La vascularisation et le potentiel de cicatrisation y sont variables.
4. La zone blanche est au centre du ménisque. La vascularisation y est absente et le potentiel de cicatrisation faible.

## LA DÉCHIRURE MÉNISCALE

Le ménisque peut être lésé en cas d'entorse du genou avec ou sans lésions ligamentaires associées. Le pronostic de guérison en cas de suture est d'autant plus favorable que la lésion est localisée en périphérie sur un ménisque sain et dans un genou stable.

Les coussinets méniscaux peuvent aussi se déchirer en cas de sollicitations excessives et répétées. Il s'agit alors de lésions d'usure dites dégénératives qui ont un faible potentiel de guérison. On observe souvent des lésions cartilagineuses associées, synonymes d'une arthrose débutante.

# OPÉRATION PAR ARTHROSCOPIE

**SAUF CAS EXCEPTIONNELS, LA CHIRURGIE DES MÉNISQUES EST HABITUELLEMENT PRATIQUEE PAR ARTHROSCOPIE.**

## L'ARTHROSCOPE

Il s'agit d'un instrument optique que l'on introduit dans l'articulation à travers une incision de 5 mm. Ce «tube» est connecté par des tuyaux à un système d'irrigation (pompe) et par une fibre optique à une source de lumière. Relié à une caméra, ce système permet de visualiser sur un ou plusieurs écrans l'intérieur de l'articulation explorée.

Le genou est l'articulation qui est le plus souvent arthroscopée, mais toute articulation est susceptible de l'être. L'arthroscopie du genou est indiquée aussi bien pour la chirurgie des ménisques que pour celle des ligaments et/ou du cartilage.

## ARTHROSCOPIE

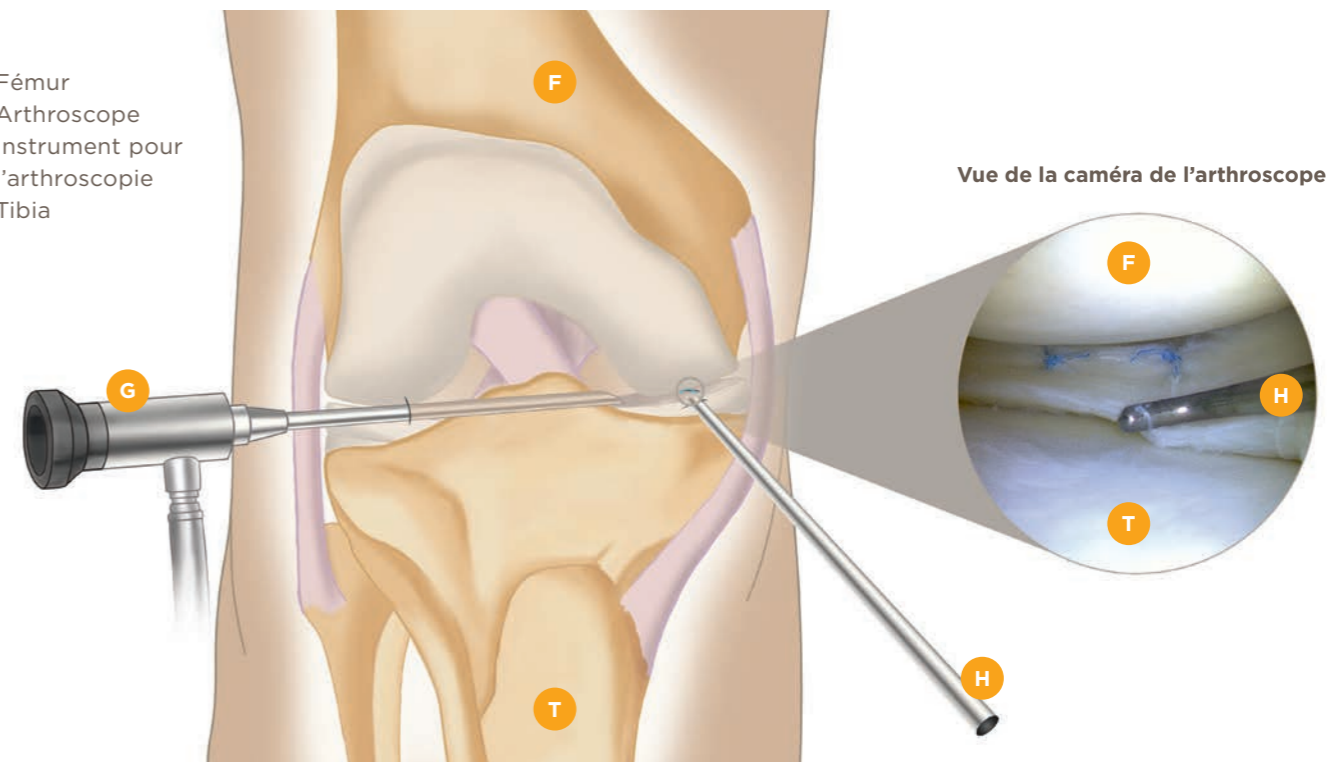
L'arthroscopie est une technique chirurgicale inventée au Japon. Introduite en Europe dans les années 1960, elle donne la possibilité d'explorer une articulation depuis l'intérieur, de visualiser et de palper les différentes structures. Au départ, l'arthroscopie était proposée à visée diagnostique, mais elle s'est rapidement imposée comme une technique chirurgicale à part entière avec l'avantage d'éviter l'ouverture de l'articulation.

Des gestes chirurgicaux sont réalisés sous contrôle visuel par des instruments miniaturisés introduits à travers de petites incisions cutanées. La panoplie de ces instruments s'est considérablement étoffée ces dernières années et parallèlement les possibilités chirurgicales. L'arthroscopie a l'avantage de faciliter la récupération postopératoire et vous offre plus de confort.

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de suivre l'intervention sur un moniteur en écoutant en direct les explications du chirurgien. On peut également enregistrer les images.

### Vue de face du genou droit avec les points d'entrée de l'arthroscope et des instruments dans le genou

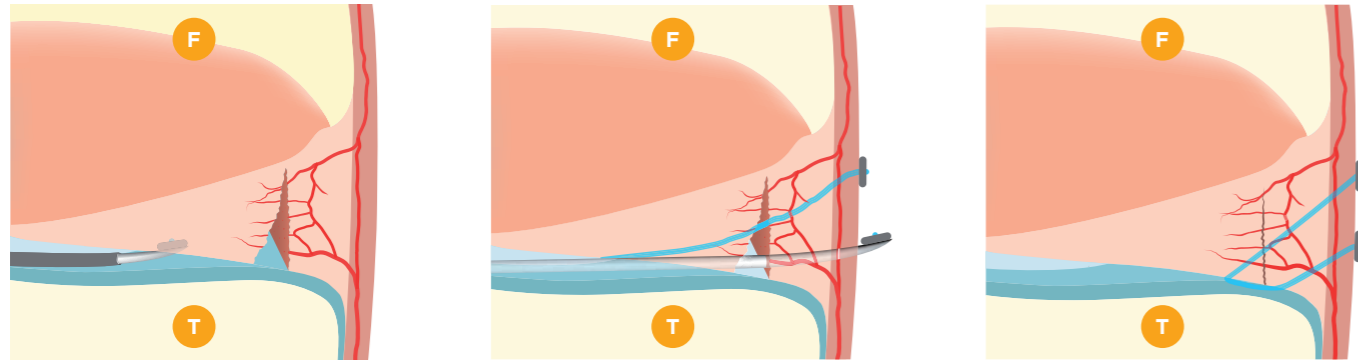
- F. Fémur
- G. Arthroscope
- H. Instrument pour l'arthroscopie
- T. Tibia



# SUTURE DU MÉNISQUE

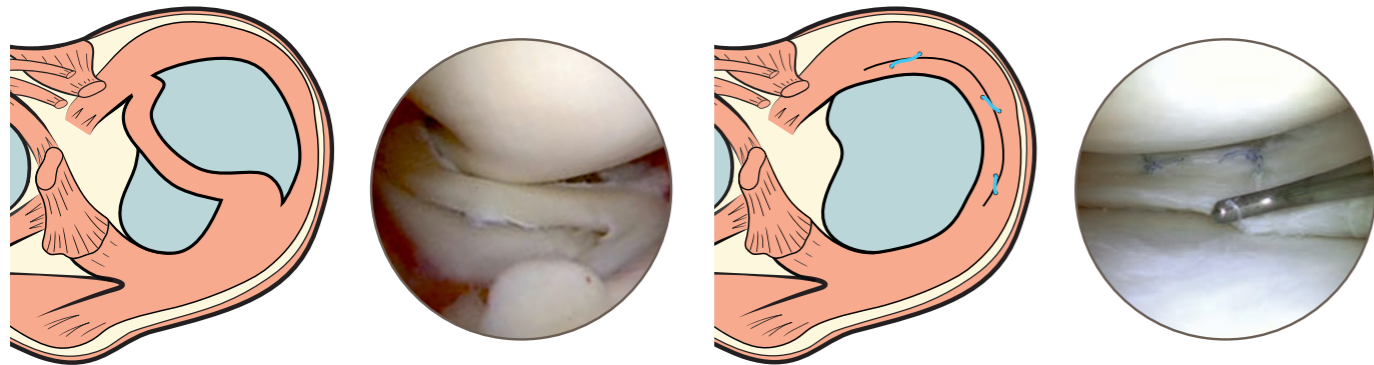
## 1. SUTURE MÉNISCALE

Dans la mesure du possible, il faut suturer les déchirures méniscales. Pour ce faire, nous employons de petites ancrs résorbables que l'on dépose tels de petits harpons dans la capsule articulaire en arrière du ménisque. Les ancrs sont reliées entre elles par un fil qui est noué sous tension dans l'articulation.



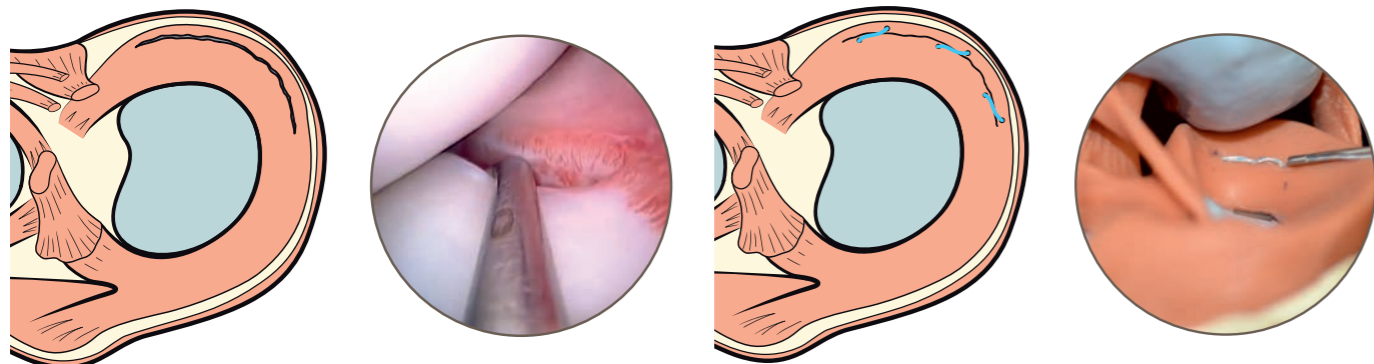
## 2. DÉCHIRURE EN ANSE DE SEAU DU MÉNISQUE INTERNE DROIT

Ci-dessous, vous trouverez un visuel d'une déchirure complexe en lambeau avec luxation de toute la partie postérieure et médiane du ménisque interne. Étant donné que la déchirure est située en zone rouge-blanche vascularisée, on procède d'abord à la réduction de la luxation du lambeau méniscal, puis à sa suture.



## 3. FRACTURE DU MÉNISQUE INTERNE DROIT EN CAS DE DÉCHIRURE SIMULTANÉE DU LCA

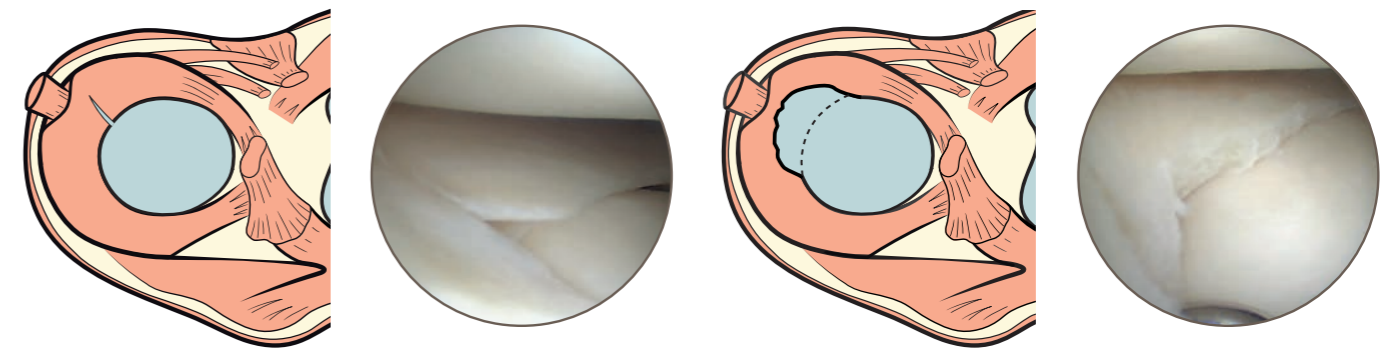
Il s'agit d'un cas typique de lésion très favorable à une réparation par suture. Le pronostic est d'autant meilleur en cas de plastie associée du LCA (ligament croisé antérieur). La lésion est située en zone très bien vascularisée à haut potentiel de cicatrisation. Le type de réparation est une suture fixant les deux berges de la lésion dans leur position d'origine.



# RÉSECTION PARTIELLE DU MÉNISQUE

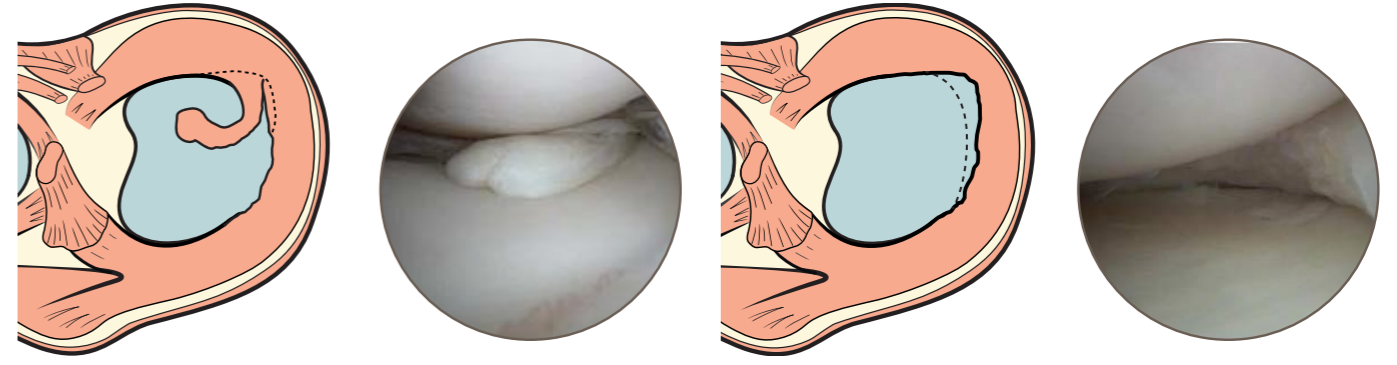
## 1. DÉCHIRURE RADIAIRE DU MÉNISQUE EXTERNE DROIT

La configuration de cette lésion en zone blanche-blanche ne se prête pas bien à une suture seule. La résection partielle est obligatoire, mais doit être aussi économique que possible en préservant au maximum le ménisque sain. Une suture complète fréquemment le traitement et évite que la lésion se prolonge ou récidive.



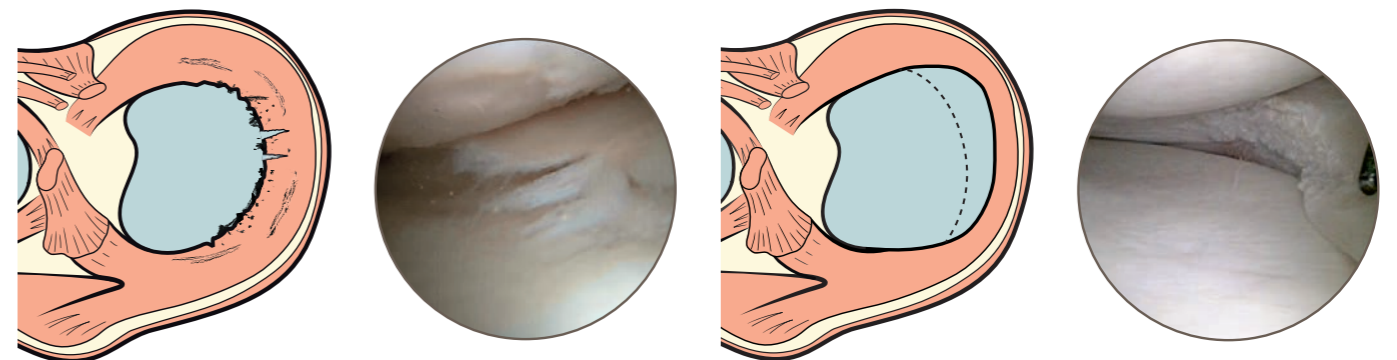
## 2. DÉCHIRURE OBLIQUE AVEC LAMBEAU EN BATTANT DE CLOCHE DU MÉNISQUE INTERNE DROIT

Cette lésion ne laisse pas d'autre solution que la résection de la languette méniscale. Une résection économique permet au reste du ménisque sain de continuer à jouer son rôle d'amortisseur et de stabilisateur. Ceci est d'autant plus important pour le ménisque externe qui lorsqu'il n'est pas réparable expose fatalement le genou à l'arthrose.



## 3. DÉCHIRURE D'ORIGINE DÉGÉNÉRATIVE DU MÉNISQUE INTERNE DROIT

Il s'agit de lésions d'usure qui s'accompagnent de lésions du cartilage plus ou moins avancées. Une suture ne peut être envisagée; seule la résection des lambeaux méniscaux est indiquée.



# SUITES OPÉRATOIRES

## APRÈS L'OPÉRATION

Vous serez conduit en salle de réveil où vous resterez en surveillance continue jusqu'à votre transfert en chambre. On veillera à ce que vous n'ayez pas mal et que vous soyez installé confortablement. Dès que vous aurez récupéré de votre anesthésie, vous serez invité à vous mettre debout et à faire quelques pas. Une physiothérapie est proposée sous forme de massages drainant, réveil musculaire et école de marche.

## RETOUR À LA VIE ACTIVE

Après suture ou résection d'une partie du ménisque, il est possible de marcher en appui sans limitation de la charge, si les douleurs le permettent. Il faut éviter de laisser le genou fléchi trop longtemps et se garder des porte-à-faux (pas de pied sur une chaise!). En cas de suture, la flexion du genou est limitée à 90° pendant les 4 premières semaines.

Un programme personnalisé vous sera proposé en fonction du traitement pratiqué, de votre âge et de vos capacités sportives.

## À LA SORTIE DE LA CLINIQUE

En quittant la clinique, vos douleurs doivent pouvoir être contrôlées par une médication simple. Vous devez avoir compris et savoir pratiquer les différents exercices à faire à la maison.

## LES SUITES

Les petites incisions pratiquées pour l'arthroscopie sont généralement fermées par des points de suture. L'ablation des fils est réalisée après 8-10 jours au cabinet médical.

En cas de saignements, les pansements doivent être changés et les plaies désinfectées. Si les plaies sont sèches après 4 jours, les fils de suture peuvent rester à l'air libre moyennant une désinfection une fois par jour. En cas de rougeur ou d'écoulement suspect, il faut en référer immédiatement à votre chirurgien.

La physiothérapie est facultative. Elle est présente si le médecin la juge nécessaire en plus des conseils prodigués par la physiothérapeute lors votre séjour en clinique.

## TRAITEMENT MIXTE

Une suture peut être associée à une résection méniscale en cas de lésion complexe. Les languettes centrales (zone blanche) non vascularisées sont excisées et le «mur» méniscal soit la partie localisée en zone rouge est ensuite suturé pour préserver la fonction du ménisque. Le pronostic est favorable si la partie suturée est bien vascularisée.



# COMPLICATIONS POSSIBLES

## DOULEUR

La douleur est normale, mais peut être soulagée par des médicaments d'usage courant (anti-inflammatoires et paracétamol). L'amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques, l'absence d'immobilisation postopératoire, la reprise précoce de la marche avec appui ont rendu ces interventions moins douloureuses qu'avant. Notre philosophie est de lutter activement contre la douleur, car elle complique la rééducation postopératoire. La gestion de la douleur demande votre collaboration, car vous êtes seul à pouvoir l'évaluer et nous aider à en trouver la cause. Ensemble, nous pouvons mieux vous soulager. Si la douleur s'aggrave, il faut tenir votre chirurgien au courant de cette évolution.

## HÉMATOME

Toute intervention entraîne un saignement. Il est favorisé par les traitements de prophylaxie antithrombotique (ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies). L'hématome se traduit habituellement par l'apparition de tâches (ecchymoses) sensibles, qui disparaissent spontanément en quelques semaines. Parfois, le volume de sang qui s'accumule dans le genou devient trop important; ce qui entraîne douleurs et gonflement. Une ponction pour évacuer les caillots peut s'avérer nécessaire et apporter un grand soulagement.

## INFECTION

L'infection constitue un risque pour toute opération. Au niveau du genou, c'est une complication rare, mais qui peut s'avérer grave. La surveillance au cours des premières semaines qui suivent l'intervention permet de la suspecter en cas de douleurs, fièvre, un gonflement du genou, une rougeur anormale de la peau ou un écoulement au niveau de la cicatrice. Il est impératif qu'une fois revenu à votre domicile, vous avertissiez votre chirurgien de tout incident étant survenu dans cette période postopératoire. Il importe d'identifier le microbe responsable avant de mettre en route un traitement antibiotique adapté. Le traitement de l'infection postopératoire est chirurgical.

## THROMBOSE

L'alitement et le manque d'activité physique conduisent à une stase veineuse (ralentissement du drainage veineux) dans les membres inférieurs. Cette stase favorise la formation de caillots sanguins dans les veines. C'est pour cette raison que nous proposons systématiquement un traitement antithrombotique prophylactique qui, s'il ne l'élimine pas totalement, permet de réduire le risque de thrombose et sa complication grave qui est l'embolie pulmonaire.

## ALGO-NEURODYSTROPHIE

Également appelée Maladie de Südeck, ou Complex Regional Pain Syndrome en anglais, elle se caractérise par une raideur précoce, accompagnée de douleurs et d'œdème. La physiopathologie de cette complication est inconnue. L'évolution vers la guérison est souvent longue: plusieurs mois ou même plusieurs années, mais toujours certaine.

## RAIDEUR

La raideur constitue un risque pour toute intervention intra-articulaire. Elle se traduit par une limitation de la flexion ou/et de l'extension du genou. La raideur est le plus souvent due à des adhérences qui se forment à l'intérieur de l'articulation. Elle peut nécessiter une éventuelle mobilisation sous anesthésie ou plus tard une arthrolyse (libération des adhérences), intervention qui peut être effectuée sous arthroscopie. La rééducation postopératoire joue un rôle fondamental dans la prévention de cette complication.

## COMPLICATIONS CUTANÉES

La cicatrice peut être douloureuse et/ou s'accompagner de zones d'anesthésie ou au contraire de zones hypersensibles. L'étirement ou la lésion de petits nerfs cutanés en est responsable. Le désagrément est passager dans la plupart des cas, mais un traitement peut parfois s'avérer nécessaire.

## ARTHROSE

L'ablation d'une grande partie du ménisque peut conduire à l'arthrose à plus ou moins court ou moyen terme. L'évolution vers l'arthrose n'est toutefois pas toujours liée au geste chirurgical mais plus à l'état préopératoire du genou.

# QUESTIONS FRÉQUENTES

## QUELLE EST LA DURÉE DE L'OPÉRATION ?

La durée de cette opération peut varier de 20 à 60 minutes sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend des gestes associés. Habituellement, elle dure moins d'une heure, mais il faut compter en plus le temps de la préparation.

## PRONOSTIC EN CAS DE RÉSECTION

En cas de lésion isolée sans atteinte cartilagineuse sur un genou stable, le pronostic est bon. Si le ménisque est largement déchiré et que les lésions du cartilage sont modestes, le pronostic après une résection méniscale arthroscopique reste relativement bon. Si la lésion du ménisque est associée à des lésions extensives du cartilage, le pronostic est réservé et l'évolution vers l'arthrose probable.

## PRONOSTIC EN CAS DE SUTURE

De nombreuses études montrent des taux de succès de sutures méniscales entre 80% et 90%. Le succès dépend de la localisation, du type de la déchirure et du caractère aigu ou non de la lésion. Les meilleurs résultats sont obtenus chez des patients jeunes avec des déchirures périphériques récentes. Si le LCA est déchiré, le genou doit être stabilisé en même temps que la suture du ménisque est effectuée. Le pronostic de cicatrisation est excellent dans la plupart des cas.

## QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS ?

Hormis chez des patients trop fragiles pour supporter une chirurgie, ou chez des patients incapables de marcher en raison d'atteintes graves du système neuromusculaire des membres inférieurs, il n'y a pas vraiment de contre-indication à cette chirurgie.

## QUE DOIS-JE FAIRE SI LE GENOU ENFLE ?

Votre genou peut rester enflé après l'opération. Ceci est en partie lié à l'instillation d'eau durant l'arthroscopie. Cette tuméfaction persistera quelques jours. Vous pouvez la réduire en prenant des médicaments anti-inflammatoires, en appliquant des cold packs (glace) sur votre genou et en restant tranquille. Toutefois, si le genou présente des signes suspects d'infection, nous vous conseillons de reprendre contact avec votre chirurgien dans les plus brefs délais.

## QUAND PUIS-JE CONDUIRE ?

Si vous possédez une voiture automatique et que l'on vous a opéré le genou gauche, vous pouvez reprendre le volant. S'il s'agit du genou droit, il est préférable de s'abstenir de conduire pendant 2 à 5 semaines, selon le traitement prodigué.

## QUAND DOIS-JE REVOIR MON CHIRURGIEN ?

Un premier rendez-vous vous sera proposé 8-10 jours après l'opération pour enlever les fils de suture et s'assurer de l'absence de complications.

## QUAND PUIS-JE REPREDRE LE SPORT ?

La reprise du sport nécessite la guérison complète du ménisque, soit 6 semaines après une résection et 3 mois après une suture.

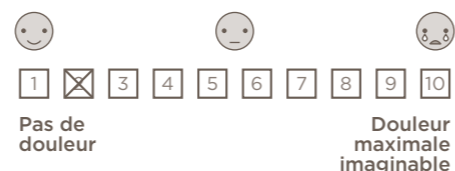
## FAUT-IL UNE TRANSFUSION ?

Le recours à la transfusion sanguine est exceptionnel pour toute chirurgie arthroscopique. En effet, la technique génère peu de saignements; les saignements occasionnés sont rapidement et facilement identifiables et traités par électrocoagulation.





# AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR



## DOULEUR AU REPOS

JOUR

1

Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## DOULEUR EN MOUVEMENT

Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JOUR

2

Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JOUR

3

Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

# AIDE-MÉMOIRE PRÉOPÉRATOIRE

Check-list des démarches à faire avant votre opération ainsi que des documents et objets personnels à prendre avec vous pour votre entrée en clinique.

## UNE FOIS QUE L'INDICATION OPÉRATOIRE A ÉTÉ POSÉE ET LE JOUR OPÉRATOIRE AGENDÉ, ENVIRON TROIS SEMAINES AVANT VOTRE OPÉRATION VOUS DEVEZ :

- Prendre rendez-vous chez votre médecin généraliste
- Recevoir une lettre de convocation ainsi que des informations sur votre séjour à la Clinique Bois-Cerf
- Remplir le questionnaire préanesthésique et le consentement éclairé
- Envoyer au plus tard une semaine avant votre opération le consentement éclairé, daté et signé, à votre chirurgien si pas déjà remis
- Recevoir une convocation de la clinique pour un rendez-vous avec le médecin anesthésiste afin d'évaluer votre état de santé
- Envoyer à votre chirurgien la liste de médicaments utilisés et vos allergies connues
- Organiser les rendez-vous de physiothérapie pour l'étape postopératoire
- Organiser le transport pour votre sortie après l'hospitalisation
- Fixer un rendez-vous de contrôle postopératoire avec votre chirurgien

## LE JOUR DE VOTRE ENTRÉE EN CLINIQUE VOUS DEVEZ APPORTER CES DOCUMENTS :

- Avis d'entrée à la Clinique Bois-Cerf
- Carte d'assurance
- Radiographies
- Résultats de laboratoire
- Carte de groupe sanguin
- Questionnaire de santé
- Questionnaire préanesthésique
- Consentement éclairé pour l'anesthésie
- Carnet d'auto-surveillance pour diabétique
- Carnet de surveillance si vous êtes sous anticoagulant
- Médicaments dont vous faites usage régulier et communiquer les allergies connues

## AINSI QUE VOS EFFETS PERSONNELS :

- Articles de toilette (linges et lavettes fournis)
- Pyjama, robe de chambre, chemise de nuit
- Sous-vêtements habituels et chaussettes
- Trainings (idéalement avec fermeture Éclair sur le côté)
- Pantoufles fermées et baskets
- Maillot de bain
- Lunettes
- Lecture
- Carnet d'adresses et numéros de téléphone personnels

[WWW.VIEACTIVE.CH](http://WWW.VIEACTIVE.CH)

## VOS ACCÈS INTERNET

E-MAIL: \_\_\_\_\_

MOT DE PASSE: \_\_\_\_\_

Vous pouvez modifier votre mot de passe dans votre profil si besoin



NOUS SOMMES AU SERVICE DE VOTRE SANTÉ. NOS 17 CLINIQUES, 4 CENTRES MÉDICAUX, 16 INSTITUTS DE RADIOLOGIE ET 4 INSTITUTS DE RADIOTHÉRAPIE AINSI QUE NOS CENTRES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ET NOS SERVICES D'URGENCES S'Y ENGAGENT JOUR APRÈS JOUR. NOUS SOMMES ÉGALEMENT PRÉSENTS DANS VOTRE RÉGION: AARAU, BERNE, BIENNE, CHAM, GENÈVE, GUIN, HEIDEN, LAUSANNE, LUCERNE, MEGGEN, MÜNCHENSTEIN, SCHAFFHOUSE, SAINT-GALL, ZURICH.

VOUS TROUVEREZ DAVANTAGE DE DÉTAILS SUR LE SITE: [WWW.HIRSLANDEN.CH/SITES](http://WWW.HIRSLANDEN.CH/SITES)

### **L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE.**

CONSEIL ET INFORMATION  
HIRSLANDEN HEALTHLINE 0848 333 999

### **EN CAS DE PROBLÈMES LIÉS À VOTRE HOSPITALISATION**

CONTACTEZ VOTRE CHIRURGIEN

L'ÉTAGE DE VOTRE SÉJOUR  
T 021 619 69 69  
EN DEHORS DES HEURES OUVRABLES  
T 021 619 68 06

LE CENTRE D'URGENCES  
HIRSLANDEN LAUSANNE  
T 021 310 50 30

### **EN CAS D'URGENCE**

APPELEZ LE 144

### **CLINIQUE BOIS-CERF**

AVENUE D'OUCHY 31  
CH-1006 LAUSANNE  
T 021 619 69 69  
F 021 619 68 25  
[CLINIQUE-BOISCERF@HIRSLANDEN.CH](mailto:CLINIQUE-BOISCERF@HIRSLANDEN.CH)

[WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE](http://WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE)

