Unité de Parcours de Soins Coordonnés

Parcours de soins coordonnés en oncologie

Par le Dr Fabrice LENGLET, Médecin référent de l'Unité de Parcours de Soins Coordonnés de l'Hôpital Privé Saint-Claude.

✓ Le parcours de soin :

Lors de la découverte d'une pathologie tumorale, il est proposé au patient d'entrer dans un parcours coordonné.

Après l'annonce du diagnostic par le praticien , une prise en charge en hôpital de jour est proposé au patient afin de rencontrer les différents intervenants nécessaires à sa prise en charge.

✓ L'Hôpital de Jour :

Lors de cette demi-journée, le patient va bénéficier de plusieurs interventions :

•L'infirmière coordinatrice :
Elle réalise un entretien avec le patient et réalise la consultation d'annonce.

-Elle est en charge d'apporter les informations médicales, en complément de celles fournies par le praticien.
-Elle s'assure de la bonne compréhension du diagnostic et des traitements.
-Elle a une approche globale de la personne et recherche des éléments de fragilité : humeur, alimentation , isolement social.....

•La psychologue
Elle réalise un entretien individualisé avec le patient.
Ceci constitue une première prise de contact qui permet de « démystifer »la fonction.
-Cet entretien permet de faire un premier état des lieux sur le plan thymique, sur les angoisses....

•La diététicienne
Cette rencontre va permettre de faire un point sur l'état nutritionnel actuel.
-Identifier une dénutrition ou un risque de dénutrition.
-Apporter des conseils hygiéno-diététiques.
-Présenter éventuellement les compléments alimentaires, l'alimentation entérale ou parentérale.

•La référente sociale
Elle réalise un état des lieux des besoins de la personne.
-Accompagne les patients dans leurs démarches administratives.
-Accompagne les patients dans le cadre des demandes d'aides à la personnes, conseille en terme de matériel...

•La pharmacienne
Elle réalise une consultation d'information sur les médicaments et protocoles de soins programmés.

-Elle informe sur le déroulement de la séance, les différents produits, les effets indésirables...
-Elle parle du lien Ville Hopital qui est réalisé avec l'officine du patient.
-Elle présente l'unité où seront réalisées les préparations de chimiothérapie et parle des contraintes dues à la sécurité.

•Le gériatre
Pour les patients qui le nécessitent (en fonction du G8), et afin d'ajuster au mieux la prise en charge une évaluation gériatrique est réalisée.

Elle permet de pallier à certains besoins, de participer à la décision et au choix des différents traitements possibles dans le cadre de la RCP.

Cette évaluation gériatrique permet de définir 3 grands groupes de patients :
-1er : patient pouvant recevoir un traitement normal
-2ème : patient intermédiaire nécessitant un ajustement du traitement et une surveillance plus étroite.
-3ème : patient fragile orientant le plus souvent vers des soins de confort exclusifs

•et si besoin, recours à d'autres spécialités ou intervenants.

Au terme de la journée, une synthèse médicale est rédigée à destination du médecin traitant et des intervenants en charge du patient.

Elle reprend l'ensemble des interventions réalisées.

Tout ceci doit permettre au patient et à son entourage d'être acteur de ses soins tout au long de sa période de prise en charge.

Ce parcours patient permet :
-d'informer le patient
- d'anticiper l'organisation des soins
-de réduire l'anxiété pré-thérapeutique
-minimiser les conséquences des actes médicaux (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie...)
-contrôler et stimuler l'autonomie du patient
- prévenir et corriger la dénutrition
-permettre la mise en place d'un soutien ou d'un suivi psychologique

✓ Et ensuite :

Lors de sa prise en charge en oncologie, le patient sera amené à revoir les différents acteurs vus lors de cette demie journée.

En fonction des souhaits et des besoins des patients, il pourra lui être proposé de réaliser une nouvelle 1/2 journée , soit en cours de traitement (changement de protocole, apparition de difficultés particulières...), soit un peu à distance de la fin des traitements permettant ainsi au patient de se sentir accompagné et soutenu.

ELSAN Unité de Parcours de Soins Coordonnés
HÔPITAL PRIVÉ SAINT CLAUDE

Septembre 2022

La lettre

Hôpital Privé Saint-Claude

ELSAN
HÔPITAL PRIVÉ SAINT CLAUDE

A la une

Le service de chimiothérapie de l'Hôpital Privé Saint Claude et son Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) refaits à neuf

Investir pour l'avenir : c'est une priorité pour l'Hôpital Privé Saint- Claude qui vient de refaire à neuf son service de chimiothérapie ambulatoire ainsi que son Unité de reconstitution des cytotoxiques (URC).

«Plusieurs mois de travaux et une enveloppe de 500 000 € ont été nécessaires pour rénover intégralement cette unité qui peut accueillir jusqu'à seize patients simultanément», précise Philippe Guibon, le directeur de l'établissement.

✓ Les travaux ont notamment porté sur la modernisation des box réservés aux patients, de la salle d'accueil collective et des zones de circulation du service. Lequel vient de voir son équipe de médecins oncologues renforcée par l'arrivée d'un nouveau praticien en la personne du Docteur Anthony Saroufim. Chef de clinique durant six ans (2009-2015) à l'institut Gustave-Roussy (centre régional de lutte contre le cancer situé à Villejuif, en région parisienne), ce Francolibanais d'origine a ensuite exercé à Beyrouth en tant que médecin libéral (2015-2020) avant de revenir poursuivre sa carrière en France.

✓ Tout comme ses quatre autres confrères en poste au service d'oncologie, le Docteur Saroufim est appelé à traiter tous les types de cancers (digestifs, urologiques, sénologiques et gynécologiques, pulmonaires, etc). «En fait, nous traitons toutes les tumeurs solides», résume le Dr Anthony Saroufim.

✓ Entièrement réaménagée, l'Unité de reconstitution des cytotoxiques offre des conditions de travail parfaitement sécurisées pour le personnel comme pour les patients. Il faut dire que c'est dans cette unité que sont préparées l'ensemble des chimiothérapies anticancéreuses injectables, les thérapies ciblées et l'immunothérapie. [...]

[...] ✓ En poste à l'URC, la pharmacienne Véronique Loeuillet nous détaille le processus systématiquement appliqué : «En premier lieu, les médecins oncologues prescrivent le protocole de chimiothérapie et la posologie des médicaments devant être administrés à leur patient. Après une étape de validation pharmaceutique, des fiches de fabrication sont éditées, permettant la préparation sous isolateur des anticancéreux.

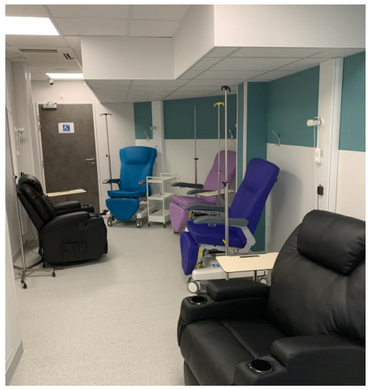
Pour cela, nous disposons au sein de l'URC d'un isolateur de dernière génération équipé de deux postes de travail. Chaque médicament préparé est ensuite protégé par un emballage scellé, se présentant sous forme de poche.» Précisons au passage que les préparations de chimiothérapie anticancéreuses ne sont pas disponibles sous une forme commercialisée. Chacune est unique, ciblant un seul patient selon le protocole établi par le médecin prescripteur afin de l'adapter spécifiquement à la pathologie, au poids et à l'état général du malade.

✓ Vous l'aurez compris, la salle de préparation des chimiothérapies constitue le centre névralgique de l'activité de l'URC. Son installation et l'utilisation de ses équipements sont rigoureusement réglementées. Elle doit en outre répondre à des contraintes techniques dont certaines s'apparentent à celles d'un bloc opératoire.

L'an passé, l'URC de l'hôpital privé Saint-Claude a permis la réalisation de 6 000 poches (traitements) pour 2 500 séances de chimiothérapie.

L'équipe pluridisciplinaire :

•5 médecins oncologues : Dr BENFERHAT, Dr CREPIN, Dr DEJOUR, Dr SAROUFIM (arrivé en février 2022), Dr VANELSLANDER
•L'équipe de la pharmacie (3 préparateurs et 1 pharmacien dédié)
•Une infirmière coordinatrice et les professionnels qui constituent l'équipe de soins de support (diététicienne, psychologue, assistante sociale)
•3 infirmiers



Oncologie

La prévention et le dépistage des cancers

Par le Dr Anthony SAROUFIM, oncologue médical à l'Hôpital Privé Saint-Claude

Le cancer est incurable quand il est métastatique. La prévention et le dépistage permettent d'éviter ou de diagnostiquer le cancer à un stade précoce, où les chances de survie sont élevées. En cancérologie, il existe un dépistage pour le cancer du sein, du colon, du col de l'utérus, du poumon et du mélanome. En France, un dépistage est organisé pour le cancer du sein et du colon.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme ; une femme sur huit risque de développer un cancer du sein. C'est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Lorsque le cancer du sein est détecté à un stade précoce, les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 95%, d'où l'importance du dépistage. Le dépistage organisé en France consiste à faire une mammographie (avec parfois une échographie mammaire) tous les 2 ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans.
Chez la femme à risque très élevé, en cas d'antécédents de cancer du sein ou de l'ovaire dans la même branche parentale (3 cas de cancer du sein, ou 2 cas dont un est diagnostiqué < 40 ans, ou 1 cas de cancer du sein < 35 ans, ou un cas de cancer de l'ovaire < 70 ans, ou un cas de cancer du sein chez l'homme), une consultation d'oncogénétique s'impose, ainsi qu'un dépistage spécifique nécessitant en plus de la mammographie annuelle, une IRM mammaire annuelle entre l'âge de 25 et 69 ans, vu sa sensibilité élevée de détecter le cancer, ainsi qu'une échographie pelvienne annuelle à partir de l'âge de 30 ans pour le dépistage du cancer de l'ovaire dans ce cas héréditaire. Environ 5% des cancers du sein sont héréditaires, liés surtout aux gènes BRCA1 et BRCA2.

En cas de mutation BRCA1 ou BRCA2, une mastectomie prophylactique et une ovariectomie prophylactique pourront être proposées à la femme.

Le cancer colo-rectal (CCR) est le 3ème cancer chez l'homme après le cancer de la prostate et le cancer du poumon, et le 2ème cancer chez la femme après le cancer du sein.

Les principaux facteurs de risque sont : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), la consommation de viande rouge et transformée, la consommation d'alcool, le tabac, l'obésité, le syndrome métabolique, la sédentarité et le diabète.
Environ 5% des CCR sont héréditaires. Le syndrome de Lynch est la cause héréditaire principale. La consommation de poisson, de légumes et d'aliments riches en fibres, est un facteur protecteur.
Plusieurs études prospectives ont montré que le déficit en vitamine D entraine une augmentation de l'incidence du CCR, et une augmentation de la mortalité par CCR. La supplémentation par Vitamine D pourrait diminuer le risque du CCR.

Le dépistage organisé en France se fait entre l'âge de 50 et 74 ans, par la recherche du sang dans les selles tous les 2 ans, bien que les dernières recommandations proposent le début du dépistage dans la population générale à l'âge de 45 ans. Le dépistage se fait par l'un des examens suivants :
1- La recherche du sang dans les selles par guaiac test ou FIT (test immunochimique fécal) tous les ans, 2- ADNf-FIT (recherche du sang dans les selles, combinée à la recherche d'ADN fécal altéré) tous les 3 ans, 3- La coloscopie tous les 10 ans, 4- La sigmoidoscopie tous les 5 ans, et 5- La CT Colonographie tous les 5 ans.

Le syndrome de Lynch est la cause héréditaire la plus fréquente du CCR. Selon le critère d'Amsterdam modifié, ce syndrome doit être recherché quand il existe trois membres de la famille atteints de CCR dont un est apparenté au premier degré par rapport aux autres, avec deux générations successives atteintes, et un cas diagnostiqué avant l'âge de 50 ans.
En cas de syndrome de Lynch, le dépistage débute à l'âge de 20 ans, avec une coloscopie faite tous les 1 ou 2 ans, avec dépistage des cancers liés à ce syndrome, comme le cancer de l'estomac par fibroscopie digestive, l'endomètre et les voies urinaires hautes par échographie. Une colectomie prophylactique n'est pas proposée à la personne portant les mutations génétiques de ce syndrome.

L'incidence du cancer du col de l'utérus est en cours de diminution en Occident. Cependant, ce cancer demeure un problème majeur de santé chez la femme. C'est le 4ème cancer chez la femme en incidence, et 85% des cas sont diagnostiqués dans les pays en voie de développement. Le facteur de risque principal est l'infection persistante par le virus HPV, d'où la prévention primaire par la vaccination contre ce virus chez les jeunes filles.
Le dépistage est recommandé chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, à intervalles réguliers tous les 3 ans, après 2 frottis annuels normaux. Le dépistage est recommandé aussi chez les femmes vaccinées contre le virus HPV. Le dépistage diminue l'incidence du cancer du col de plus de 90%. Le dépistage devient organisé dans plusieurs départements en France.

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme. L'étude randomisée NLST (National Lung Screening Trial) incluant plus de 53000 personnes tabagiques de plus de 30 paquets/année, âgées de 55-74ans, a évalué le bénéfice du dépistage par scan thoracique à faible dose de produit de contraste ou par radio pulmonaire, sur le cancer du poumon.
Le dépistage du cancer du poumon par scan thoracique (et non par la radio pulmonaire), diminue le risque de mortalité par cancer du poumon de 20%.
Plusieurs sociétés internationales et européennes de cancer, recommandent le dépistage du cancer du poumon par scan thoracique à faible dose, chez les individus à haut risque. Il ne s'agit pas de dépistage organisé en France, mais au cas par cas.
Le dépistage et le suivi du cancer du poumon ne sont pas des alternatives à l'arrêt du tabac qui reste la prévention primaire principale.

Le mélanome est le cancer le plus agressif et mortel de la peau.
Plusieurs facteurs de risque peuvent favoriser son développement : Antécédent personnel ou familial de mélanome, un nombre de nævus atypiques > 2, un nombre de nævus communs > 40, un antécédent de brûlure solaire, une exposition aux UV artificiels, un phototype cutané de type I (peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts).
En présence d'un patient à risque, une orientation vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau est recommandée, ainsi qu'un auto-examen cutané une fois par trimestre, avec consultation du dermatologue si changement de la taille, du contour ou de la couleur de la lésion.