

ONCOPARTAGE®

ACTUALITÉS EN CANCÉROLOGIE - Institut Godinot - Centre de Lutte Contre le Cancer

unicancer



EDITO

Chers amis, chers confrères,



La RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie) permet une approche globale de la patiente opérée favorisant le rétablissement précoce de ses capacités. L'objectif est à la fois d'améliorer l'information et le confort des patients, la sécurité des prises en charge tout en favorisant une sortie de l'hôpital rapide après 24 à 48 heures, voire en ambulatoire. Nous sommes engagé depuis 2016 dans la mise en place des procédures RAAC, conformément aux

valeurs d'innovation, de service rendu et de formation des professionnels des Centres de Lutte Contre le Cancer.

A ce titre, notre service de chirurgie-anesthésie a été sélectionné en 2019 comme service référent par l'ARS Grand-Est pour promouvoir la RAAC. Il encadre trois services de gynécologie (Strasbourg, Haguenau, Mulhouse) et les progrès de ces services sont déjà observés.

La RAAC s'appuie sur des avancées en matière de prise en charge :

- organisationnelles : l'Infirmier de Pratiques Avancée (IPA) améliore la qualité de l'information pré-opératoire, la détection des fragilités et l'instauration des mesures de pré-rehabilitation. Il sécurise aussi les suites opératoires en mettant en place un protocole de surveillance alternant consultations, visites à domicile et appels téléphoniques.

- chirurgicales : associée aux autres mesures, l'apport de la chirurgie mini-invasive coelioscopique, voire robot assistée, est majeur pour permettre le rétablissement rapide de malades en diminuant le traumatisme chirurgical.

- Anesthésiques : l'optimisation des techniques per-opératoire d'anesthésie et une prise en charge anesthésique protocolisée multimodale en post-opératoire, permettent une mobilisation et une déambulation très précoces.

Pr Yacine MERROUCHE
Directeur général

ACTUALITÉS DE L'INSTITUT

L'INFIRMIER.E DE PRATIQUES AVANCÉES

En chirurgie, l'IPA intervient aux trois temps de la prise en charge : pré, per et post opératoire.

Dans le programme de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), l'IPA est le lien formel entre le patient et les équipes (soignantes et médicales) intra et extra hospitalières. Il participe à la rédaction, la réalisation et au suivi des programmes.

Un protocole d'organisation est établi entre l'IPA et le chirurgien, alternant consultations pré-opératoires et suivis téléphoniques post opératoires. Le suivi téléphonique à domicile est organisé et adapté aux besoins de chaque patient. De manière générale, il commence à J-2, et continue dès le lendemain de la sortie, puis en moyenne autour du 10^{ème} jour après la sortie. Le patient a la possibilité de contacter quand il le souhaite l'IPA, qui reste un lien privilégié dans son parcours de prise en charge.

La prise en charge par l'IPA peut être organisée bien en amont de la chirurgie.

Son objectif est l'évaluation et la correction des fragilités et des comorbidités et d'instaurer des mesures de pré-rehabilitation avant la chirurgie :

- Information, et éducation pour permettre au patient d'être dans une dynamique participative de sa prise en charge.
- Evaluation et correction de l'état nutritionnel, permettant une préparation optimale du per et du post-opératoire.
- Evaluation de l'activité physique et suivi régulier jusqu'à la récupération post-opératoire.
- Recherche et correction de carence martiale, permettant de limiter les transfusions pré, per et post opératoires.
- Soutien aux patients et aux familles.

La RAAC, la pré-rehabilitation avant chirurgie, le développement de la chirurgie ambulatoire, demandent une évolution des organisations et un changement de paradigme, qui permettent à l'IPA d'être un nouveau maillon dans la prise en charge des patients en chirurgie carcinologique.

M. Arnaud CROCHET
Infirmier de pratiques avancées

LE SAVIEZ VOUS ?

Les IPA ont le droit :



- de renouveler certaines prescriptions
- de prescrire des médicaments non soumis à prescriptions médicales obligatoires
- certains dispositifs médicaux

LE RÔLE ESSENTIEL DE L'ANESTHÉSIE DANS LA RAAC

La RAAC (Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie) a été introduite au cours de l'année 2018 pour les chirurgies gynécologique et digestive.

La standardisation et l'uniformisation des protocoles d'analgésie per- et postopératoire, incluant l'alimentation et la mobilisation, sont un des piliers essentiels de la RAAC, avec l'information et l'optimisation médicale pré opératoire, et la surveillance post opératoire des patients rentrés à domicile.

Avant l'intervention, une gestion non médicamenteuse de l'anxiolyse a été instaurée, ainsi que la diminution de la durée du jeûne pré opératoire. Les patients peuvent manger jusqu'à 6 heures avant l'intervention et surtout boire des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant. C'est un changement important, améliorant à la fois le confort des patients et leur capacité de récupération rapide.

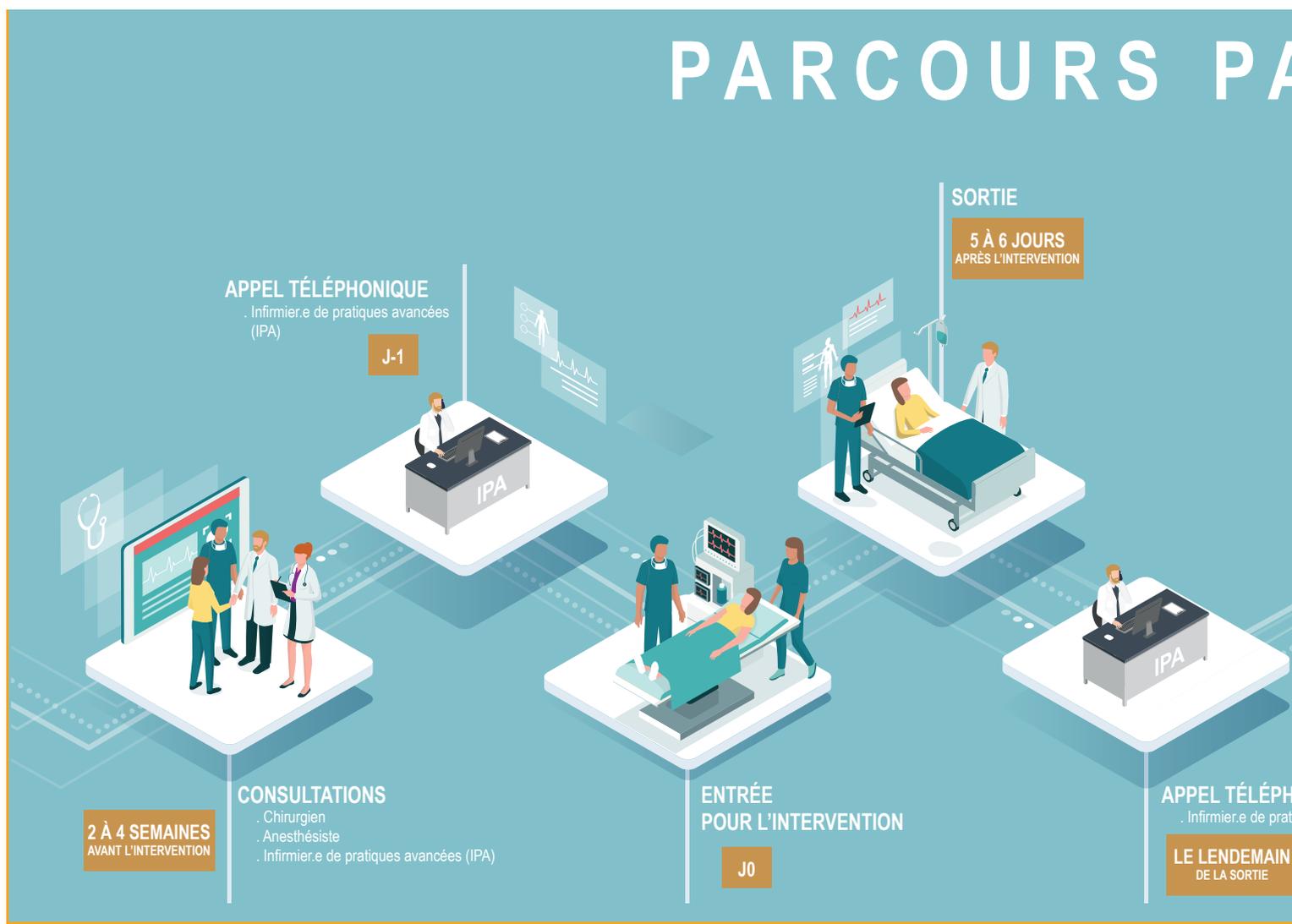
“ **LE RETOUR À DOMICILE, DÉCIDÉ AVEC LE PATIENT, PEUT AINSI SE FAIRE BEAUCOUP PLUS RAPIDEMENT**

Pendant l'intervention chirurgicale, des molécules d'anesthésie (hypnotiques, morphiniques et curares) de courte durée d'action sont utilisées, les effets disparaissent très rapidement après la fin du geste chirurgical.

De plus, les apports liquidiens sont monitorés et optimisés permettant d'éviter tout excès, mais aussi tout déficit de remplissage. Le réveil est ainsi plus rapide et plus agréable pour les patients. L'épargne morphinique, la prévention de l'hypothermie, l'optimisation de la ventilation assistée font partie des autres mesures importantes de la RAAC.

Dès les premières heures après le retour en chambre dans l'Unité de Soins Continu ou le service de Chirurgie, les patients sont mobilisés et mis au fauteuil. Ils reprennent, pour la plupart, l'alimentation et leurs médicaments le soir même par voie orale, permettant de les déperfusion. Toutes ces mesures, nécessitant l'implication de tous les membres de l'équipe, permettent aux patients de récupérer beaucoup mieux et beaucoup plus rapidement du geste chirurgical. Le retour à domicile, décidé avec le patient, peut ainsi se faire beaucoup plus rapidement.

Dr Laszlo FEHER
Anesthésie



RAAC ET CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE CARCINOLOGIQUE

La mise en place de la RAAC (Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie) permet la réalisation de gestes gynécologiques considérés comme « lourds » avec des DMS (Durées Moyennes de Séjour) de plus en plus courtes, voire en ambulatoire dans certains cas.

Les principaux gestes concernés sont les hystérectomies, les annexectomies, les curages pelviens, voire lombo-aortiques, les omentectomies, ... dans le cadre de cancers du col, de l'endomètre, des ovaires ou de chirurgies prophylactiques (BRCA, syndrome de Lynch).

Avant l'intervention, le renforcement de la qualité de l'information et la mise en place éventuelle de mesures de pré habilitation préparent la patiente à l'hospitalisation, le plus souvent à J0, et à l'intervention.

Le geste chirurgical est réalisé si possible par voie mini-invasive coelioscopique, voire robot assistée. Les cicatrices et les douleurs pariétales sont ainsi limitées, rendant la mobilisation précoce plus facile. En synergie avec les protocoles d'anesthésie, sont utilisées des basses pressions d'insufflation (entre 6 et 8 mmHg) permettant de limiter les compensations ventilatoires nécessaires par les anesthésistes. Par ailleurs, le gaz insufflé dans la cavité abdominale est à température à 37° limitant l'hypothermie. Est ainsi favorisé un réveil plus rapide et agréable.

Par ailleurs, l'utilisation des drains est limitée aux indications indispensables. En effet, le drain par sa présence et les douleurs qu'il génère, retarde la reprise du transit.

Les sondes urinaires et naso gastriques sont retirées dès que possible, souvent à la sortie du bloc, favorisant ainsi la mobilisation précoce du patient.

Enfin, la mobilisation précoce, l'utilisation du pédalier et la mastication du chewing gum font partie des mesures accélérant la récupération du patient et autorisant une sortie plus rapide.

Dr Vivien CECCATO
Chirurgie

“ LA MISE EN PLACE DE LA RAAC PERMET LA RÉALISATION DE GESTES GYNÉCOLOGIQUES CONSIDÉRÉS COMME « LOURDS » AVEC DES DMS DE PLUS EN PLUS COURTES

PATIENT : RAAC

APPEL TÉLÉPHONIQUE

Infirmière de pratiques avancées (IPA)

J+12 À 14



CONSULTATION POST-OPÉATOIRE

Chirurgien

J+30



APRÈS LA CONSULTATION POST-OPÉATOIRE

Surveillance et suivi pendant 5 ans par un oncologue et/ou un radiothérapeute et/ou un gynécologue

ONCOLOGIQUE
Infirmière de pratiques avancées (IPA)

LA RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE LOURDE

Certain (e) patients (es) présentant des pathologies cancéreuses sont diagnostiqués à un état avancé de la maladie, notamment les cancers d'origine digestives ou gynécologiques avec carcinose péritonéale ou des métastases à distances. Ces patients restent éligibles à un traitement curatif. Cependant, le parcours thérapeutique est long et lourd (chimiothérapie, biothérapie, radiothérapie) avant d'aboutir au traitement chirurgical. La maladie par elle-même engendre un état de carence nutritionnelle et de stress psychologique. Ces derniers accentuent l'état de fragilité des patients (es). L'état général du patient (e) est déterminant quant aux possibilités de subir (trouver un autre mot moins lourd/grave) le parcours thérapeutique et de se rétablir d'une intervention chirurgicale lourde et pourvoyeuse de morbidité non négligeable.

Afin de réduire les risques de complications postopératoire, de réduire les durées de séjours hospitaliers, réduire la durée de récupération postopératoire, peut être adapté un programme de pré-habilitation et de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC).

La pré-habilitation : consiste à

- Informer, éduquer et faire participer le patient à sa prise en charge thérapeutique
- Corriger et traiter l'état de dénutrition
- Renforcer les capacités physiques et pulmonaires
- Corriger l'anémie ferriprive

La RAAC consiste à :

- Diminuer le traumatisme chirurgical en adoptant des techniques de chirurgie mini-invasive (la cœlioscopie) quand cela est possible.
- Anticiper et prendre en charge la douleur
- Éviter les drainages et les sondes naso-gastriques et urinaire
- Lever précoce des patients à J0 de l'intervention
- Autoriser une alimentation précoce à J0 de l'intervention.

Toute cette prise en charge doit être réalisée en informant et en collaborant avec le médecin traitant et les partenaires de santé. Pour coordonner et mettre en place les mesures détaillées ci-dessus, l'infirmier de pratique avancée (IPA) a un rôle clé dans la mise en œuvre du programme.

Dr Koceila AMROUN
Chirurgie

Dr Arnaud CROCHET
Infirmier de pratiques avancées

“ TOUTE CETTE PRISE EN CHARGE DOIT ÊTRE RÉALISÉE EN INFORMANT ET EN COLLABORANT AVEC LE MÉDECIN TRAITANT



Mars bleu

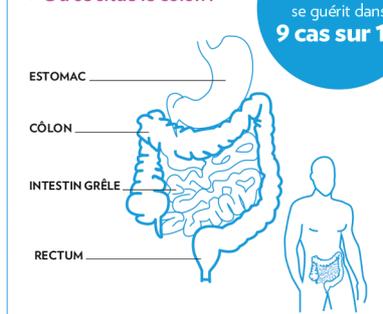
Mois de sensibilisation et de dépistage au cancer colorectal

POURQUOI CE DÉPISTAGE EST IMPORTANT ?

Le cancer colorectal, aussi appelé cancer de l'intestin, est la **2^e cause de décès par cancer en France**. Il se développe lentement à l'intérieur du côlon ou du rectum, le plus souvent à partir de petites lésions dénommées polypes. Ce cancer est l'un des plus fréquents et touche 4 hommes sur 100 et 3 femmes sur 100, le plus souvent après l'âge de 50 ans.

Le dépistage permet de détecter un cancer à un stade très précoce et d'augmenter les chances de guérison. Grâce à ce dernier, on peut aussi repérer un polype avant qu'il n'évolue en cancer. En cas d'antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer ou de maladie du côlon, votre médecin pourra vous proposer d'autres modalités de dépistage.

> Où se situe le côlon ?

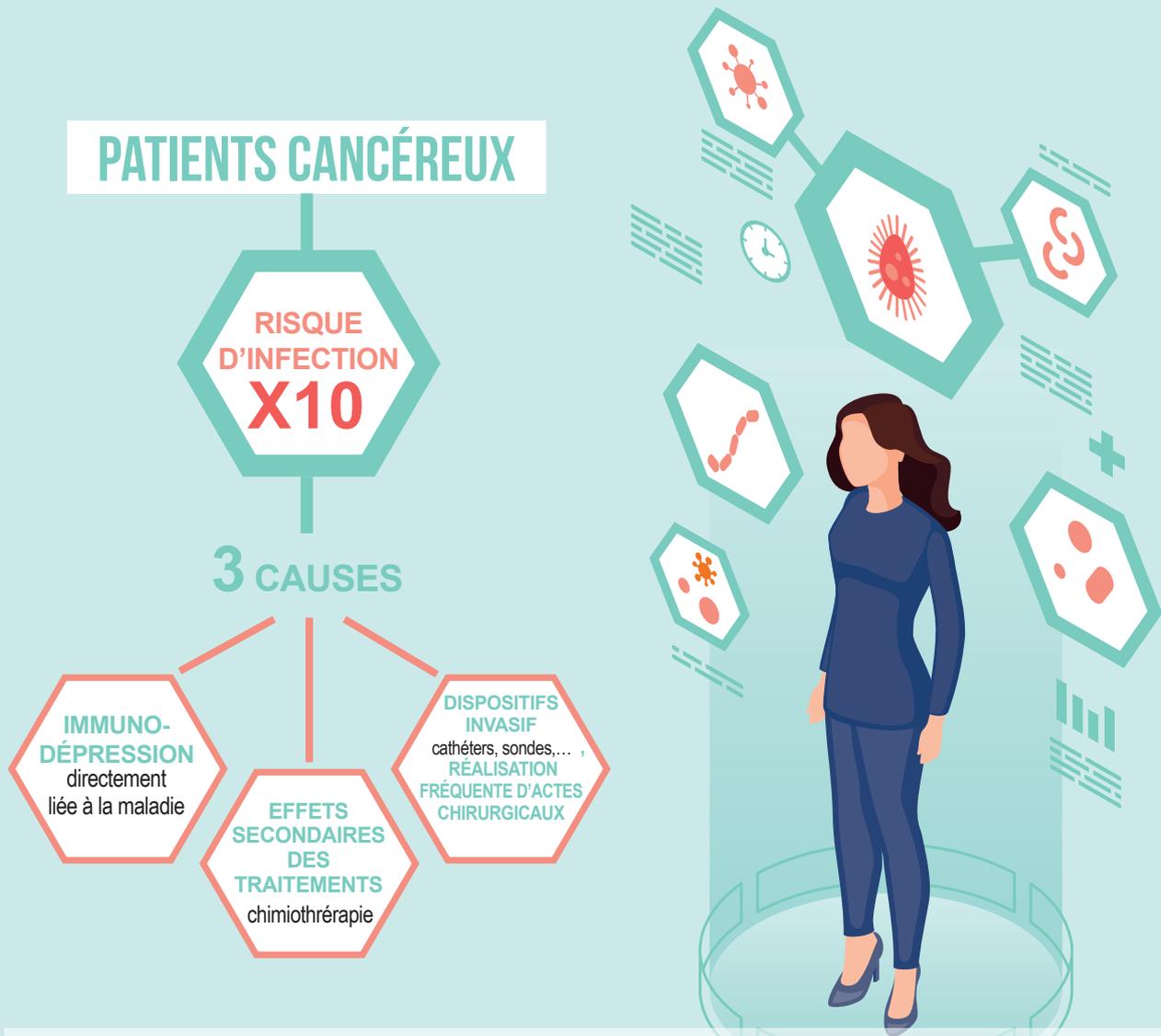


Détecté tôt, un cancer colorectal se guérit dans **9 cas sur 10**

Si cette lettre a retenu votre attention et que vous souhaitez recevoir la version digitale, envoyez votre demande par email à l'adresse suivante : oncopartage@reims.unicancer.fr. Retrouvez les numéros précédents sur www.institutgodinot.fr

ONCOPARTAGE • INSTITUT GODINOT • MARS 2020 • Lettre d'informations à destination des professionnels de santé • Institut Godinot, Centre de Lutte Contre le Cancer de Reims et du territoire Champagne-Ardenne (ESPIC) 1 rue du Général Koenig - CS 80014 - 51726 Reims Cedex • Yacine Merrouche • Directeurs de la publication : Yacine Merrouche, Laurence Cariven • Responsable de la rédaction : Jean-Baptiste Rey • Création et réalisation : Elodie Menis • Impression : Institut Godinot - 1 rue du Général Koenig - CS 80014 - 51726 Reims Cedex • ISSN : 2497-4439 • Exemple gratuit • Crédits photos : Institut Godinot, Adobe Stock • Ont collaboré pour ce numéro : Yacine Merrouche, Laurence Cariven, Adeline Debreuve-Theresette, Vivien Ceccato, Arnaud Crochet, Koceila Amroun, Laszlo Feher • Pour toutes informations, contacter : 03 26 50 44 54 - direction.generale@reims.unicancer.fr - www.institutgodinot.fr

VACCINATION & CANCER



Au sein des hôpitaux, le DIM (Département d'Information Médicale) à la charge du codage de l'activité médicale afin de facturer à l'Assurance Maladie les prises en charge réalisées (hospitalisations, consultations externes, examens de biologie ou d'imagerie). Ce codage a un caractère obligatoire pour tous les établissements de santé et est étroitement encadré par les tutelles.

Le médecin responsable du DIM encadre les techniciens (TIM) pour le recueil et la saisie des données médicales, sociales et administratives sur la base du dossier médical. Il réalise des contrôles qualité du codage pour s'assurer de sa conformité au regard des nomenclatures en vigueur (CIM-10, CCAM). Ces données permettent de classer les séjours d'hospitalisation dans des « groupes homogènes de séjours » (GHS) auxquels sont associés des tarifs. Ainsi, chaque séjour fait l'objet d'une valorisation spécifique calculée de manière à couvrir au plus juste l'ensemble des frais engagés par l'établissement pour cette prise en charge : frais généraux, logistique, personnels,

matériels, médicaments... Régulièrement, des contrôles sont réalisés par les tutelles pour s'assurer que le codage et la facturation respectent les consignes.

Le médecin DIM intervient ensuite dans l'exploitation des données d'activité : à partir des données codées, il produit des tableaux de bord à destination de la direction et des médecins et cadres responsables des différents services. Ces statistiques permettent d'examiner les fluctuations d'activité constatées et d'émettre des hypothèses sur leurs origines. Ils permettent également d'anticiper les éventuelles variations du volume d'activité et de la valorisation financière qui s'y rattache (par exemple : fermeture d'un lit pour cause de travaux, développement d'une nouvelle activité, actualisation annuelle des consignes de codage et des tarifs des GHS...).

De fait, le médecin DIM a une fonction charnière entre la direction, les médecins cliniciens et les tutelles.



PRINCIPALES SITUATIONS INFECTIEUSES

INFECTIONS SUR DISPOSITIFS D'ABORD VASCULAIRE

(en particulier chambre à cathéter implantable)

NETROPÉNIES FÉBRILE

INFECTIONS OPPORTUNISTES

type aspergillose invasive, légionellose.

INFECTIONS DE SITE OPÉRATOIRE

De plus, les infections dites bénignes dans la population générale (comme la grippe) sont généralement plus sévères chez les patients atteints de cancer.

Les Infections de Site Opératoires (ISO)

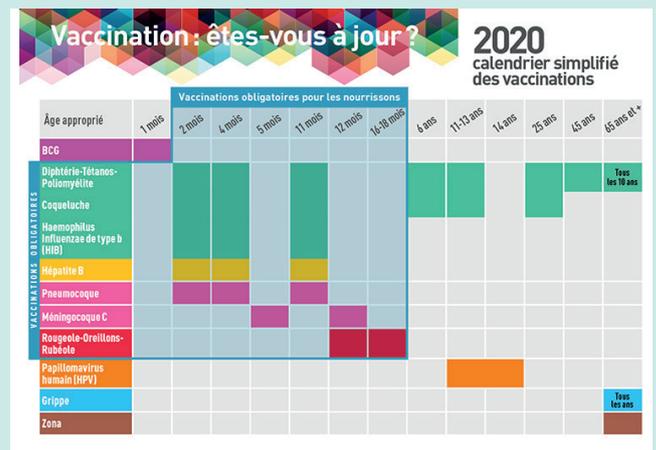
Elles se définissent comme des infections survenant sur une zone anatomique opérée, dans le mois suivant une intervention chirurgicale (dans l'année si du matériel étranger, comme une prothèse mammaire, a été implanté). Les ISO représentent 20 à 30% des infections nosocomiales, et concernent 4 à 12% des patients opérés (selon les sites anatomiques concernés).

En chirurgie carcinologique, le risque est encore plus élevé, du fait de l'immunodépression. La prévention passe par une antibioprophylaxie et une préparation cutanée optimale (douche préopératoire au savon doux le jour de l'intervention puis antiseptie du champ opératoire avec un antiseptique adapté), et surtout par une maîtrise des facteurs de risque directement liés au patient et à son mode de vie : la dénutrition et le tabagisme sont les 2 principaux facteurs de risque d'ISO.

Le bon usage des antibiotiques

Les patients traités pour un cancer reçoivent souvent plus d'antibiotiques que les autres, du fait de leur susceptibilité augmentée aux infections. Par conséquent, le risque de faire émerger un germe multi-résistant est plus important en oncologie que dans d'autres secteurs.

A l'heure actuelle, les mesures visant à limiter la transmission de ces bactéries multi-résistantes (BMR) et hautement résistantes émergentes (BHRé) d'un patient à un autre sont bien connues. L'hygiène des mains, grâce aux Solution Hydro-Alcooliques (SHA), permet notamment de réduire le risque de transmission croisée. Cependant, le meilleur moyen de prévention vis-à-vis des BMR reste la maîtrise de l'usage des antibiotiques. Dans ce but, des référentiels de bonnes pratiques ont été validés par plusieurs sociétés savantes, et permettent de guider les prescriptions d'antibiotiques au regard des éléments cliniques et paracliniques disponibles.



Retrouvez toutes les informations nécessaires : vaccination-info-service.fr

Outre les 11 vaccins obligatoires pour la population générale née avant le 1^{er} janvier 2018, les professionnels de santé doivent obligatoirement être immunisés contre l'hépatite B. Cependant, d'autres vaccins sont recommandés chez les professionnels intervenant en milieu de soin, en particulier en oncologie :

- la tuberculose,
- la coqueluche,
- la varicelle,
- la rougeole,
- la rubéole,
- la grippe saisonnière.

Dr Adeline DEBREUVE-THERESSETTE
Information médicale

La vaccination des professionnels de santé intervenant en oncologie est d'autant plus important que l'immunodépression liée au cancer et à ses traitements peut rendre inefficace les vaccins chez les patients. Se vacciner, c'est donc se protéger et protéger les autres : les patients comme son propre entourage !