cours, intégrée à la vie des patientes, une enquête à un an est également réalisée. A un an (Fig.2) les réponses au questionnaire montrent que 89% des patientes ont maintenu une activité physique et sportive programmée régulière à raison de 3h30 mn par semaine. Mais que 97% des patientes gardent à l'esprit la nécessité de maintenir une activité physique quotidienne et ont pris l'habitude de « bouger »régulièrement.

L'analyse des motifs d'arrêt des activités physiques est étudiée parmi les 13% de patientes, le motif le plus fréquent reste le coût de ces activités dans plus de 70% des cas. La fatigue ressentie au cours de la maladie est peu soulignée mais le manque de motivation et de temps restent très présent. Il est à noter que 68% des patientes ont repris leur activité professionnelle

La réhabilitation physique individuelle et en groupe permet de redonner l'envie d'incorporer un peu d'AP dans la vie quotidienne de chaque patient cancéreux. Ceci d'autant que grâce à des ateliers pratiques de sophrologie et des entretiens de psychologie la notion d'effort est facilitée par une amélioration de la fatigue et un chemin vers le mieux-être. L'échange des groupes de parole solidarise ses patientes devant la pathologie qui les touche, et aide à une reconstruction physique et morale.
Conclusion : le programme adapté, réalisé par une équipe pluridisciplinaire remplit son rôle et ses objectifs immédiats et à long terme. Il doit faire logiquement partie des soins de suite d'une patiente en cours de traitement pour cancer du sein.

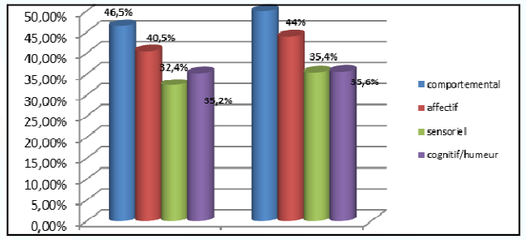


Fig 1 Amélioration des scores de FATIGUE .Echelle de PIPER (différents critères)

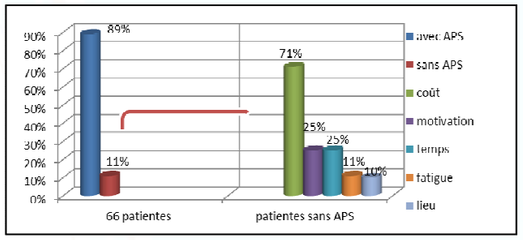


Fig2 : suivi de AP à 1 an et motifs d'arrêt de la pratique d'une AP

6 Soins de support en cancérologie, par les Docteurs MURON et NICOLAS.

Docteur MURON

Oncologie Médicale

Docteur NICOLAS

Soins Palliatifs

Les différents soins de support du HPL permettent une prise en charge global du patient atteint d'un cancer.
Au sein du HPL, les soins de support en cancérologie c'est :
- un dispositif de soutien à l'annonce (DSA) : rencontre de tous les patients au moment du diagnostic ou des rechutes pour expliquer le programme des soins;
- la prise en charge de la douleur : 2 IDE référentes et 1 médecin qui consulte en interne ou en externe si besoin;
- la prise en charge psychologique : 1 oncopsychologue;
- la prise en charge nutritionnelle : 2 diététiciennes;
- la prise en charge sociale : 1 assistante sociale et 1 IDE s'occupant des SSR;
- la prise en charge de la dépendance tabagique : 1 tabacologue (Consultation interne et externe);
- les soins socio-esthétiques : 2 socio-esthéticiennes à temps partiel, une cabine de soin au sein de l'http pour dispensation des soins au cours des perfusions de chimiothérapie;
- les soins palliatifs et terminaux : 5 lits au sein du service de médecine avec des patients venant de mutation interne, du domicile, d'HAD ou d'autres établissements.

Il s'agit donc d'une équipe pluridisciplinaire motivée qui intervient tout au long de parcours du patient.

Elle est à la disposition des patients et des collaborateurs soignants via un numéro unique : **04.77.42.29.95**

7 Nutrition en cancérologie ORL, par Ambre DESHAYES et le Docteur SIMON.

Docteur SIMON

Chirurgie ORL

Ambre DESHAYES

Diététicienne

En collaboration avec le Docteur Simon et Ambre DESHAYES, un travail a permis la réalisation d'un diaporama en matière de nutrition en Cancérologie ORL. Ce travail a été présenté lors du colloque médical du 28 mars 2013.
Après un rappel sur la dénutrition (définition, dépistage, causes et conséquences), l'importance de cette prise en charge en cancérologie et plus précisément en cancérologie ORL a été largement abordé.
Par la suite la complémentation orale a été développée, en admettant qu'elle pouvait être une aide majeure en matière de dénutrition.
C'est ensuite la nutrition entérale qui est évoquée. Elle demeure être une nutrition artificielle mais reste simple d'utilisation et bien moins coûteuse que la nutrition parentérale. Une étude comparative sur ces deux types de nutrition permettait la mise en valeur de cette nutrition entérale plus particulièrement en cancérologie ORL.
Enfin et pour conclure, il a été noté l'importance de la prise en charge à domicile de la nutrition entérale et l'énorme intérêt pour le patient de poursuivre son traitement chez lui.

Numéro 1

NOVEMBRE 2013

Journal d'information santé

La Lettre de l'HPL

www.hopitalprivedelaloire.fr

Standard: 08-26-30-42-42 (0.15€ ttc/min)

Urgences: 04-77-42-28-00 (24h/24)

hpl.contact@gsante.fr

Générale de santé
HÔPITAL PRIVÉ DE LA LOIRE

Edito

Bonjour,
Pour ce premier colloque médico-chirurgical à l'Hôpital Privé de la Loire, nous avions choisi le thème du cancer, problème d'actualité et qui occupe malheureusement notre quotidien et le vôtre. L'idée était de vous présenter quelque chose de différent avec des interventions courtes et des sujets très variés. Ce résumé permettra à ceux qui n'ont pas pu venir, d'avoir un aperçu du colloque et j'espère vous incitera à nous rejoindre la prochaine fois. Notre objectif étant de pouvoir se réunir 2 fois par an et de voir se rapprocher les médecins de ville de ceux de l'Hôpital Privé de la Loire.
À la prochaine fois j'espère,

Pierre Villard, Vice-Président CME.

AU SOMMAIRE

1 - Imagerie en cancérologie : un arsenal à l'HPL, par les Docteurs GEISSLER et LIEUX.

2 - Réhabilitation précoce en chirurgie thoracique, par les Docteurs FREY et NASLIEUX.

3 - Fast track surgery en cancérologie digestive, par les Docteurs MAISONNETTE SIRI.

4 - Repérage et prélèvement du ganglion sentinelle dans les cancers de prostate : une spécificité locale, par les Docteurs PERRAUD et SOLER.

5 - Reconditionnement physique et psychologique chez des patientes atteintes d'un cancer du sein, par les Docteurs GUY et VILLARD.

6 - Soins de support en cancérologie, par les Docteurs MURON et NICOLAS.

7- Nutrition en cancérologie ORL, par Madame DESHAYES et le Docteur SIMON.

1 Imagerie en cancérologie: un arsenal à l'HPL, par les Docteurs GEISSLER et LIEUX.

Docteur GEISSLER

Centre Imagerie Nucléaire

Docteur LIEUX

Centre Imagerie Médicale

L'imagerie est devenue une étape majeure et incontournable dans le diagnostic, le traitement et la surveillance des cancers.
Le Centre d'Imagerie Médicale (C.I.M.), dispose d'un équipement de radiologie complet et moderne : deux salles de radiographie numérisée, une salle d'artériographie et radiologie interventionnelle, un mammographe à numérisation directe avec tomosynthèse, quatre échographes avec élastographie et Doppler, une table pour macrobiopsies et repérage stéréotaxique mammaire, deux scanners multicoupes, une IRM 1.5 T.
L'équipe du CIM s'est, en particulier, spécialisée dans quatre secteurs de pointe :
Sénologie : utilisation de la tomosynthèse, élastographie et IRM pour le diagnostic, micro- et macrobiopsies assistées sous vide (mammotome), repérage pré-opératoire des lésions infracliniques sous échographie, mammographie et même IRM…
Prostate : utilisation d'IRM 1.5 / 3 T dernière génération avec antennes de surface, séquences spécifiques morpho-

logiques et fonctionnelles (diffusion, perfusion) ; bilan pré-opératoire en lien étroit avec urologues.
Thyroide : échographie, élastographie, cytoponctions…
Radiologie interventionnelle : toutes sortes de ponctions guidées (écho, scanner, IRM), mise en place de prothèse biliaires par abord percutané, cémentations osseuses, embolisations tumorales…

Le Centre d'Imagerie Nucléaire (C.I.N.), dispose de tous les équipements les plus récents spécifiques à la Médecine Nucléaire (imagerie moléculaire et fonctionnelle) dont l'impact en cancérologie est majeur.

Le CIN comprend 3 unités :

L'unité « scintigraphie » est dotée de trois gamma-caméras dernière génération, dont deux SPECT-CT, c'est-à-dire avec scanner de repérage. On y réalise en cancérologie des scintigraphies planaires (osseuses, pulmonaires, rénales, thyroïdiennes, ventriculographies isotopiques…) et hybrides 3 D (osseuses, ganglion sentinelle, octreoscan, MIBG…).

L'unité « T.E.P. » est dotée d'une caméra TEP-TDM temps de vol HD, remplacée en 2012, permettant de faire toute sorte de tomographies par émission de positons (PET-scan) : ^{18}FDG = métabolisme glucidique des tumeurs (explore la plupart des cancers), ^{18}F-Choline = métabolisme lipidique des tumeurs (ADK prostate), ^{18}FNa = activité ostéoblastique (squelette).

L'unité « radiothérapie métabolique » permet de traiter les envahissements osseux secondaires évolués non accessibles à la radiothérapie externe.

2 Réhabilitation précoce en chirurgie thoracique, par les Docteurs FREY et NASSIRI.

Docteur FREY
Chirurgie Thoracique

Docteur NASSIRI
Pneumologie

La réhabilitation précoce (RP) en chirurgie thoracique d'exérèse majeure concerne l'ensemble de mesures péri-opératoires ayant pour but :
- une récupération plus rapide de l'état physiologique du patient,
- une diminution de la morbi-mortalité,
- une réduction de la durée d'hospitalisation et des coûts de santé.

Plusieurs études rapportent avec un niveau de preuve de 1 à 2 l'efficacité de la réhabilitation précoce en chirurgie thoracique.

Les différents volets de la RP sont :
- la Ventilation Non Invasive : débutée au domicile du patient elle est reprise dès les premières heures post-opératoires. Effectif à l'HPL depuis décembre 2012.
- l'Analgésie post-opératoire : si la péridurale reste le gold standard, le cathéter paravertébral est l'alternative de choix, technique réalisée en routine depuis plusieurs années à l'HPL.
- le drainage thoracique : l'évolution des pratiques va vers un drainage par un seul drain pleural au lieu de deux. Ablation du drain si possible à J+1 tant que les fuites liquidiennes restent inférieures à 450 ml. Les drains sont enlevés sous Protoxyde d'Azote.
- la déambulation précoce est favorisée en cas de fuite persistante par l'acquisition de mini valise de drainage, portable en bandoulière.
- la chirurgie d'exérèse vidéo assistée (VATS) est une procédure de plus en plus réalisée par les centres de chirurgie thoracique. Elle reste en cours d'évaluation et trouve son indication pour les tumeurs périphériques de stade I.

3 Fast track surgery en cancérologie digestive, par les Docteurs MAISONNETTE et LENORMAND.

Docteur MAISONNETTE
Chir. Viscérale et Digestive

Docteur LENORMAND
Anesthésie—Réanimation

Le concept *Fast Track* (FT) ou réhabilitation précoce (ERAS : *enhanced recovery after surgery*), a été introduit par Kehlet en 1995, dans le cadre de la chirurgie colique.
Ils suggèrent que la combinaison entre la chirurgie *laparoscopique*, l'analgésie péridurale, la réalimentation précoce et la mobilisation rapide des patients, permet de réduire la douleur et les différentes dysfonctions organiques induites par le stress chirurgical.
L'objectif principal est de faciliter le rétablissement et le confort des patients, tout en diminuant la morbidité, la durée d'hospitalisation.
Associé à ce concept, il a été établi que la prise en charge périopératoire ont été battus en brèche, avec des modalités de prise en charge permettant une diminution du jeûn, de la morbidité postopératoire et de la durée d'hospitalisation.
Traditionnellement les patients opérés du tube digestif observent une période de jeûne postopératoire avec aspiration digestive dans le but de prévenir les nausées / vomissements et de protéger la suture sous-jacente et ce jusqu'à reprise de transit intestinal marquant la résolution de l'iléus postopératoire.
Cependant, l'évidence scientifique va à l'encontre de ce type de prise en charge :
- une renutrition précoce après chirurgie prévient une augmentation de la perméabilité muqueuse intestinale, permet une balance azotée positive, augmente les apports caloriques globaux et réduit le taux de complications infectieuses.
- en comparant une réalimentation pré–Eoce (dans les 24h) vs tardive après chirurgie colique, deux méta-analyses font état d'une tendance à une amélioration des suites dans le groupe précoce (notamment sur le taux de complications et la durée d'hospitalisation) en démontrant leur faisabilité et leur sécurité.

La chirurgie FT combine l'ensemble des procédures permettant de diminuer les douleurs et le catabolisme post opératoires. De ce fait, ce concept thérapeutique tend, en accélérant la réhabilitation post opératoire, à diminuer la durée d'hospitalisation.

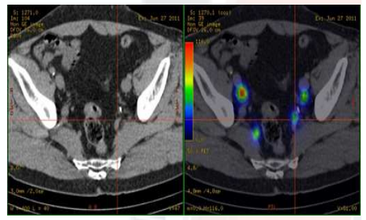
Cette approche est de plus en plus proposé à nos patients au HPL, dès la consultation avec le chirurgien, et discuté en concertation avec l'anesthésiste lors de la fin de l'intervention et lors du séjour avec les équipes soignantes et les kinésithérapeutes pour permettre une mobilisation rapide des patients avec un lever à J0.

4 Repérage et prélèvement du ganglion sentinelle dans les cancers de prostate: une spécificité locale, par les Docteurs PERRAUD et SOLER.

Docteur PERRAUD
Chirurgie Urologique

Docteur SOLER
Centre Imagerie Nucléaire

Introduction : l'exérèse du ganglion sentinelle (GS) est une technique devenue incontournable dans le traitement du cancer du sein ou du mélanome. Le GS est le premier ganglion recevant le drainage lymphatique d'une tumeur. En clair, il s'agit du premier ganglion pouvant être envahi. Il existe, à l'heure actuelle, peu de publications sur le GS prostatique. Les objectifs de notre étude sont, d'une part, de mesurer le taux de détection du GS par SPECT-CT (scintigraphie couplée au scanner) et son taux d'envahissement, d'autre part, d'évaluer l'incidence sur la gestion chirurgicale et oncologique des patients.
Méthodes et patients : 93 patients atteints d'un cancer de la prostate de pronostic intermédiaire ont été inclus et relevaient d'une prostatectomie radicale sous coelioscopie. Des injections intraprostatiques de nano-sphères marquées au ^{99m}Tc ont été réalisées, guidées par échographie transrectale, suivies d'une imagerie SPECT-CT 2 heures après. La chirurgie était réalisée le lendemain. La lymphadénectomie radioguidée était assistée par une sonde gamma laparoscopique (CLERAD, France). Un curage pelvien limité a été pratiqué dans tous les cas.
Résultats : un drainage lymphatique pelvien a été observé dans 95,6 % (89/93) par SPECT-CT (aires iliaques internes ou externes). Le taux de détection du GS était 97,7 % (87/89). Le GS était envahi dans 6 cas (5/87 = 5,75 %) ; dans ces 6 cas et dans les 81 cas sans envahissement du GS, aucune métastase n'a été trouvée dans les autres ganglions lymphatiques, ainsi que chez les 6 patients pour lesquels aucun GS n'a pu être réséqué sélectivement.
Discussion-conclusion : le faible taux d'envahissement n'est pas étonnant puisque le score de Gleason était de 6 à 9 (faible risque métastatique). Ces résultats préliminaires sont donc prometteurs, en particulier pour les patients qui auraient pu être considérés à tort N0. Très souvent le GS a été retrouvé dans l'aire hypogastrique, zone non couverte par le curage « classique ». Notre étude est en cours, et si ces résultats sont confirmés sur large échantillon, la procédure pourrait être pratiquée en routine pour les carcinomes prostatique de faible risque.



Cette étude a fait l'objet d'une communication affichée au 2013 Genitourinary Cancers Symposium (14-16 février 2013), Orlando, Floride. *Sentinel lymph node in prostate carcinoma: Methodology, feasibility, surgical, and oncological consequences: A prospective study about 93 patients. Claude Soler, Yves Perraud, Eric Gremillet, Corine Armand, Benjamin Geissler, Aline Steiner, Frederic Levigne; HPL, Centre d'Imagerie Nucleaire, Saint-Etienne, France; Department of Urology, HPL, Saint-Etienne, France*

5 Reconditionnement physique et psychologique chez des patientes atteintes d'un cancer du sein, par les Docteurs GUY et VILLARD.

Docteur GUY
Cardiologie

Docteur VILLARD
Chirurgie Gynécologique

Plusieurs méta-analyses montrent l'impact de l'activité physique (AP) sur la fatigue et le pronostic vital des patientes touchées par un cancer du sein. Le maintien de l'AP à long terme est l'objectif à atteindre. Le centre de réadaptation associe des compétences pluridisciplinaires (kinésithérapeute, APA, sophrologue, psychologue, diététicienne, tabacologue, cardiologue). Avec les spécialistes de cette pathologie (chirurgien, gynécologue, oncologue et radiothérapeute), nous avons mis en place cette prise en charge en 2012. Programme sur 7 semaines à raison de 3 fois par semaine (cardiotraining, travail du gain articulaire, amélioration du drainage lymphatique, éducation posturale, gainage musculaire, gym hypopressive, et éducation thérapeutique). Le programme comporte également une partie dédiée à la gestion du stress visant l'amélioration de la qualité de vie.

Nous avons évalué après 21 séances sur une cohorte de 29 patientes, les effets immédiats (fatigue, qualité de vie, score anxiété et dépression). La prise en charge pendant la radiothérapie ou à la fin des traitements (chimiothérapie, radiothérapie) est réalisable dans de bonnes conditions avec un effet très significatif sur les critères de fatigue (Fig1) (échelle PIPER : amélioration de 32 à 46.5%). Les scores se sont améliorés en moyenne respectivement de, 20.6 %,36.2% et 13.6% pour les différents thèmes étudiés (anxiété, dépression et qualité de vie). Par ailleurs, conscient de la nécessité du maintien d'une AP au long