

# ONCOPARTAGE®

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



## EDITO

**Chers amis, chers confrères,**



A l'heure où la situation sanitaire progresse dans le sens que nous espérons tous tant, où la vaccination contre le coronavirus s'accélère, les activités de soin reprennent un visage un peu plus « normal » qu'au cours des mois précédents.

Même si des dépistages ont été reportés, même si des diagnostics ont été retardés, la prise en charge des

patients se poursuit, que leur cancer soit très fréquent ou, au contraire, rare.

Dans ce numéro, nous vous proposons d'aborder la question du syndrome douloureux post-mastectomie, mais aussi celle de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes. Hormis ces cas, nous vous proposons de découvrir les avancées qui ont été mises en place en routine dans le parcours de soins, qu'il s'agisse de la pose des voies veineuses centrales par des infirmières formées et exerçant sous responsabilité médicale, de la place de l'hypnosédation en anesthésie ou encore du bilan de la vaccination contre la COVID-19 et de ses indications.

Comme d'habitude, nous vous souhaitons une bonne lecture. L'épidémie sera bientôt derrière nous, la vaccination nous permettra de retrouver une vie normale et les gestes barrière, confinements et autres couvre-feux ne seront plus qu'un mauvais souvenir !

Dr Pauline Soibinet-Oudot  
*Oncologie médicale*



## ACTUALITÉS DE L'INSTITUT

### LA POSE DE VOIES VEINEUSES CENTRALES MAINTENANT RÉALISÉES PAR LES INFIRMIÈRES

La pose de voies veineuses centrales est une activité soutenue dans les CLCC. Elle répond à des indications et recommandations codifiées. Elle permet l'administration sécurisée d'un traitement pour chimiothérapie anticancéreuse, nutrition parentérale, antibiothérapie, transfusion. Le nombre de pose est en constante augmentation, la demande de réactivité est forte.

Suite à un protocole de coopération validé par l'ARS Grand Est, en 2019, un projet de pose par des IDE est enclenché.

Après une solide formation en interne, deux IDE de l'institut posent chacune depuis novembre 2020 environ 16 chambres implantables ou PICC-lines par mois, sous délégation médicale.

Elles sont les interlocutrices privilégiées des patients. En effet, elles contactent ceux-ci quelques jours avant la pose au bloc opératoire. Leurs explications ainsi que leurs consignes évitent d'éventuelles difficultés lors des poses, notamment l'arrêt de certaines thérapeutiques (anticoagulants, ...) ou encore la gestion des allergies.

« Le retour des patients est positif. Ils remplissent un consentement pour cette délégation et, depuis le début, aucun patient ne s'est opposé à cette pratique par des IDE. Les médecins délégants sont joignables facilement et répondent à la moindre de nos interrogations »

« La spécialisation de l'infirmière grâce à ce protocole de coopération apporte une plus-value significative dans la prise en charge oncologique du patient ainsi qu'un enrichissement des compétences de l'infirmière et de son parcours »

Laura THOUVENIN  
*IDE poseuse*

Diana ALVÈS  
*IDE poseuse*

Eric MAIZIÈRE  
*Cadre de santé*

**LE  
SAVIEZ  
VOUS ?**

En France

**1 500 patients / an**  
entre 15 et 25 ans = AJA  
(Adolescents et Jeunes Adultes)

# LE SYNDROME DOULOUREUX POST-MASTECTOMIE : LE RÔLE MAJEUR DE LA MÉDECINE DE VILLE.

Le syndrome douloureux post-mastectomie (SPDM) représente un enjeu de santé publique important car il est fréquent entre 20 à 50 % (1) chez les patientes opérées et impacte de façon majeure leur qualité de vie (2). Cette approximation épidémiologique est due aux incohérences de définitions. L'International Association for the Study of Pain (IASP) en 1994 le défini comme « une douleur chronique débutant immédiatement ou précocement après une mastectomie ou une tumorectomie, affectant le thorax antérieur, l'aisselle et/ou le bras dans sa moitié supérieure » (3), mais certains auteurs élargissent cette définition en prenant en compte tous les troubles musculo-squelettiques associés.

Les facteurs de risques de la survenue de cette complication peuvent être classés en trois catégories : pré-opératoire (âge jeune, angoisse / dépression, douleur préexistante, consommation d'opioïdes) péri-opératoire (technique chirurgicale / protocole anesthésique) post-opératoire (douleur post opératoire immédiate, douleur neuropathique, hyperalgésie périciatrielle, radiothérapie, chimiothérapie). (1) Il est évident que les acteurs de médecine de ville ont un rôle majeur pour diminuer l'impact du SDPM. Ainsi le contrôle de la douleur pré-opératoire, la prise en charge des facteurs de risques psycho-sociaux : angoisse, dépression sont des prérogatives des soins premiers.

Le médecin généraliste peut donc coordonner les soins avec le kinésithérapeute, le psychologue, l'infirmière, l'ostéopathe et tous les autres acteurs nécessaires.

La détection et la prise en charge de la douleur physique et psychologique sont au cœur de la prise en charge des soins oncologiques de supports et nécessitent un travail de coordination pluridisciplinaire où la médecine de ville tient une place prépondérante.

L'équipe des soins de support est disponible pour échanger sur tous les problèmes de douleur : secrétariat du DISSPO 03.26.50.43.73.

1 Tait RC, Zoberi K, Ferguson M, Levenhagen K, Luebbert RA, Rowland K, Salsich GB, Herndon C. Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. J Pain. 2018 Dec;19(12):1367-1383  
 2 Kenne Sarenmalm E, Browall M, Gaston-Johansson F. Symptom burden clusters: a challenge for targeted symptom management. A longitudinal study examining symptom burden clusters in breast cancer. J Pain Symptom Manage. 2014 Apr;47(4):731-41  
 3 Merskey H, Bogduk N ; Task Force on Taxonomy of the IASP. Classification of the Chronicle Pain. Seattle: International Association for the Study of Pain, 1994

Dr Grégoire OUDOT  
 Médecine générale

**LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE PEUT DONC COORDONNER LES SOINS AVEC LE KINÉSITHÉRAPEUTE, LE PSYCHOLOGUE, L'INFIRMIÈRE, L'OSTHÉOPATHE ET LES AUTRES ACTEURS NÉCESSAIRES**

## CATÉGORIES FACTEURS DE RISQUES

PRÉ-OP

- Âge jeune
- angoisse / dépression
- Douleur préexistante
- Consommation d'opioïdes

PÉRI-OP

- Technique chirurgicale
- Protocole anesthésique

POST-OP

- Douleur post-opératoire immédiate
- Douleur neuropathique
- Hyperalgésie périciatrielle
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

# L'HYPNOSÉDATION À L'INSTITUT

L'hypnosédation au bloc a un intérêt dans un certain nombre de situations.

Lors de la consultation chirurgicale, pour des actes courts avec une couverture possible d'anesthésie locale et/ou loco-régionale, le chirurgien peut proposer au patient de réaliser l'intervention sous hypnosédation.

La SFAR (2009) définit la pratique hypnotique comme « l'application d'une technique relationnelle qui cherche à séparer le patient de la réalité environnante pour l'immerger dans un changement suggéré à l'imagination afin de procurer dans le cadre de l'anesthésie, une analgésie ou une anxiolyse ».

Cette pratique permet une diminution des effets indésirables dus aux anesthésies, un meilleur vécu des patients et une réhabilitation précoce.

Les patients sont pris en charge de la même manière que pour une anesthésie générale : consultation, prise en charge au bloc. De cette manière, à tout moment, une anesthésie générale peut être réalisée.

Les patients rencontrent une première fois l'infirmière anesthésiste accompagnant la séance d'hypnosédation à l'issue de la consultation d'anesthésie ; ils peuvent ainsi poser des questions, recevoir les

informations nécessaires et bénéficier d'une courte séance d'hypnose s'ils le désirent.

À l'issue du geste chirurgical, le passage en salle de surveillance post-interventionnelle est évalué selon l'utilisation ou non des médicaments. Il est possible que le patient retourne dans le service de chirurgie ambulatoire sans passer par la salle de surveillance post-interventionnelle. La réalimentation et la déambulation sont donc précoces.

Dr Laszlo FEHER  
*Anesthésie*

Elise CHAMPMARTIN  
*IADE*



**IL EST POSSIBLE QUE LE PATIENT  
RETOURNE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE  
AMBULATOIRE SANS PASSER PAR LA SALLE  
DE SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE**

# PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES (AJA)

Les cancers de l'adolescent et de l'adulte jeune (entre 15 et 25 ans) représentent 1 500 patients/an en France.

Il s'agit d'un âge frontière entre le monde de l'enfance et celui de l'adulte. Ces patients peuvent donc être pris en charge dans des services différents (secteur pédiatrie ou service adulte).

Ils présentent des besoins spécifiques liés à la transformation physique, psychique et sociale. À l'âge de l'émancipation, des premières relations amoureuses et du choix professionnel, ces jeunes patients vont faire l'expérience de la maladie et avec elle, la perte de cheveux, la perte d'autonomie et l'isolement du cercle amical.

Les hospitalisations répétées, les complications des traitements, les chirurgies vont couper l'adolescent de son cercle amical ainsi que du système éducatif. Chez le jeune adulte cela va retentir sur son cursus professionnel. Tout ceci peut conduire à un retard à l'insertion socio-professionnelle.

Créer une prise en charge dédiée à ses patients, c'est prendre en compte l'impact de la maladie et des traitements sur ces problématiques.

D'un point de vue thérapeutique, il faut réussir à dépasser le cloisonnement pédiatrie/médecine adulte. En effet, deux jeunes avec la même pathologie peuvent être amenés à recevoir des traitements différents selon leur lieu de prise en charge. Il se pose alors la question du choix thérapeutique mais également de l'accès aux essais cliniques souvent limités aux plus de 18 ans.

De nombreuses études ont montré que pour une même pathologie, le pronostic des AJA était moins bon que celui des enfants ou des adultes. Ceci peut s'expliquer par un retard diagnostique ou une observance moins bonne aux traitements.

Tout ceci conduit à une fragilité de ces patients dans la lutte contre le cancer.

C'est suite à ces constatations et devant la création de structures et d'équipes AJA en France que nous avons créé un groupe de travail dédié en collaboration avec les services d'onco-pédiatrie et d'hématologie du CHU. Une infirmière formée peut désormais intervenir dans ce cadre pour assurer un suivi spécifique de ces patients. Nous sommes également en cours de réflexion pour la création d'une rcp dédiée qui permettrait d'assurer un suivi commun de ces jeunes patients et de mutualiser les connaissances.

Dr Pauline SOIBINET-LOUDOT  
*Oncologie médicale*

Bénédicte DETRUISEUX  
*Infirmière coordinatrice  
des adolescents et des jeunes  
adultes atteints de cancer  
CHU de Reims*



**NOUS SOMMES ÉGALEMENT EN COURS  
DE RÉFLEXION POUR LA CRÉATION D'UNE RCP  
DÉDIÉE**

# VACCINATION CONTRE LA COVID-19 : INDICATIONS ET BILANS

On sait désormais que le risque de décès ou de développer une forme grave de l'infection à SARS-CoV-2 est plus élevé chez les patients atteints de cancer. Cependant, une forme plus légère est également délétère pour leur prise en charge oncologique en entraînant des reports de séances de chimiothérapie, radiothérapie ou des bilans d'évaluation. Dans ce contexte l'INCa a publié le 1er février 2021 des préconisations afin d'identifier les patients porteurs de tumeur solide ultra-prioritaires pour la vaccination : Traitement à visée curative, 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> ligne métastatique, radiothérapie pour tumeur intra-thoracique primitive etc... (1). D'autres critères ont été définis pour les patients atteints d'hémopathie maligne. Dès le 18 février 2021 l'institut a mis en place des séances de vaccination 2 jours par semaine pour les patients répondant à ces critères. L'approvisionnement en doses de vaccin auprès du CHU a été obtenu en concertation avec la Préfecture et l'ARS.

Durant cette période, la vaccination ne pouvant se faire au dépend de la poursuite des activités de prise en charge du cancer, c'est sur la base du volontariat que cette organisation a été mise en place et maintenue jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2021. Différents professionnels y ont pris part :

pharmaciens, cadres de santé, infirmières et bien sûr des médecins de toutes spécialités ont assuré les consultations de pré-vaccination.

En parallèle la vaccination des personnels de l'institut était également organisée.

Le 6 mai 2021, la DGS a émis des recommandations concernant une 3<sup>ème</sup> dose de vaccin notamment pour les patients traités par chimiothérapie lymphopénisante (2).

Au total 330 patients ont pu recevoir un cycle complet de vaccination à l'institut parmi lesquels 96 ont pu bénéficier d'une 3<sup>ème</sup> dose.

»

Dr Damien PARENT  
Pharmacie

(1) <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Priorisation-des-patients-atteints-de-cancer-pour-la-vaccination-contre-le-SARS-CoV2-l-Institut-national-du-cancer-publie-ses-preconisations>  
(2) [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs\\_urgent\\_52\\_precisions\\_sur\\_la\\_vaccination\\_imd.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs_urgent_52_precisions_sur_la_vaccination_imd.pdf)

**“ AU TOTAL 330 PATIENTS ONT PU RECEVOIR UN CYCLE COMPLET DE VACCINATION ”**

**Journée cinto**  
CANCER TOXICITÉS  
Améliorer la qualité de vie des femmes porteuses d'un cancer du sein

**3<sup>ème</sup> édition**

**02-October 2021**

Programme et inscription bientôt disponible sur [www.institutgodinot.fr](http://www.institutgodinot.fr)

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](mailto:oncopartage@reims.unicancer.fr). Retrouvez les numéros précédents sur [www.institutgodinot.fr](http://www.institutgodinot.fr)

**ONCOPARTAGE • INSTITUT GODINOT • JUILLET 2021** • 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 Kœnig - 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 Kœnig - CS 80014 - 51726 Reims Cedex • **ISSN** : 2497-4439 • **Exemplaire gratuit** • **Crédits photos** : Institut Godinot, Adobe Stock • **Ont collaboré pour ce numéro** : Yacine Merrouche, Laurence Cariven, Pauline Soibinet-Oudot, Eric Maizière, Laura Thouvenin, Diana Alvès, Laszlo Feher, Elise Champmartin, Grégoire Oudot, Béatrice Detruiseux (CHU de Reims), Damien Parent • **Pour toutes informations, contacter** : 03 26 50 44 54 - [direction.generale@reims.unicancer.fr](mailto:direction.generale@reims.unicancer.fr) - [www.institutgodinot.fr](http://www.institutgodinot.fr)

Ce courrier vous est envoyé par l'Institut Godinot afin de vous tenir informé de l'actualité de notre Institut. Vous pouvez à tout moment vous désabonner en nous contactant à l'adresse suivante : [desabonnement@reims.unicancer.fr](mailto:desabonnement@reims.unicancer.fr)

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données personnelles ainsi que celui de limitation de leur traitement, en nous contactant à l'adresse [desabonnement@reims.unicancer.fr](mailto:desabonnement@reims.unicancer.fr). En cas de réponse insatisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.