



VOUS & NOUS

NUMÉRO 8 • MARS 2006

LA LETTRE OUVERTE

TRIMESTRIELLE

D'ARC EN CIEL

Bienvenue

Bienvenue dans ce huitième numéro de «**Vous & Nous**», lettre trimestrielle d'**Arc en Ciel**.

Il y a tout juste un an débutait la mise en place d'une expérimentation sur les rémunérations spécifiques (RS) pour une durée de 2 ans. Cette expérimentation concerne la plupart des réseaux de soins palliatifs de l'Ile-de-France. Nous venons de recevoir le rapport intermédiaire de l'évaluation des RS qui analyse les données recueillies au 15 Octobre 2005 pour l'ensemble des réseaux concernés.

L'expérimentation est partie sur de bonnes bases même si la volumétrie observée est inférieure aux prévisions. Elle concerne 256 professionnels de santé sur l'ensemble des réseaux concernés (33 professionnels pour **Arc en Ciel** : 14 IDE, 17 médecins et 2 psychologues). L'expérimentation a bien démarré et le nombre d'actes côtés par les professionnels de santé est progressivement croissant depuis 6 mois. On note cependant que la très grande majorité des RS est cotée par les infirmiers (81 % des actes) contre seulement 8 % des actes par les psychologues.

La majorité des actes de soins palliatifs pour les médecins concerne des actions d'écoute et de soutien (66 % des cas). Ils ne réalisent pour l'instant que peu d'actes techniques au chevet des patients. On se trouve dans une situation analogue pour les IDE dont 54 % des actes relèvent d'action de soutien, d'information ou d'évaluation.

Ce ne sont pour l'instant que des chiffres intermédiaires. Vous allez très prochainement recevoir un questionnaire qui nous permettra de mieux évaluer les pratiques des professionnels de santé collaborant avec le réseau **Arc en Ciel**.

Comme d'habitude, le contenu de ce numéro sera disponible sur notre site internet (www.reseauarcenciel.org).

Bonne lecture à tous !

Bao Hoa Dang et Joselyne Rousseau

AGENDA

LES FORMATIONS À VENIR

Toutes les formations ont lieu dans les locaux d'**Arc en Ciel** 63 rue de Strasbourg - Saint Denis.

Elles sont ouvertes à tous les professionnels de santé.

L'inscription est gratuite et peut être faite par téléphone

avril

⊖ Jeudi 6 avril 2006 de 21h à 22h30

• Titre de la formation : Droits et devoirs des patients et des soignants

• Intervenant : Madame Delphine LEROUX, juriste, MACSF

⊖ Mardi 11 avril de 13h30 à 15h

• Atelier pratique : Nouveautés en radiologie diagnostique et interventionnelle

Animé par Hélène BOADA, infirmière coordinatrice Réseau Arc en Ciel

mai

⊖ Jeudi 4 mai 2006 de 21h à 22h30

• Titre de la formation : Souffrir de soigner : le burn-out

• Intervenant : Docteur François BAUMANN, vice-président de la Ligue Internationale d'Éthique, auteur de « Le Burn Out »

⊖ Mardi 9 mai de 13h30 à 15h

• Atelier pratique : Sédation et fin de vie

Animé par Hélène BOADA, infirmière coordinatrice Réseau Arc en Ciel

⊖ Vendredi 19 mai de 9h à 17h

• Titre du séminaire : Soins palliatifs à domicile (niveau 2) et particularités de la kinésithérapie en phase palliative

• Intervenant : Docteur Claude Grange, médecin responsable de la consultation douleur de l'hôpital de Dreux et de l'unité de soins palliatifs de Houдан

juin

⊖ Jeudi 1^{er} juin 2006 de 21h à 22h30

• Titre de la formation : Le travail de deuil

• Intervenant : Madame Chantal PAPIN, psychologue clinicienne, Fédération européenne VIVRE SON DEUIL

⊖ Mardi 13 juin de 13h30 à 15h

• Atelier pratique : Bilan

Animé par Hélène BOADA, infirmière coordinatrice Réseau Arc en Ciel



Cancer de la prostate : à propos d'un cas clinique

Monsieur P. est un homme de 65 ans chez qui le toucher rectal a révélé une prostate indurée, asymétrique et non fixée. Il n'a aucun antécédent familial, n'a aucune symptomatologie urinaire. Son PSA est à 8 ng/ml et le rapport PSA libre/PSA total est de 18 %.

Compte tenu de l'âge du patient, le risque d'une tumeur maligne rend nécessaire un bilan diagnostique précis. L'absence de symptomatologie urinaire ne permet pas d'exclure la présence d'un cancer localisé. De même, 70 % des cancers de la prostate surviennent chez des sujets sans antécédents familiaux particuliers.

En effet, l'âge est le principal facteur de risque du cancer de la prostate car son incidence augmente avec le vieillissement : (200 à 300/100.000 entre 60 et 70 ans et > à 600/100.000 après 70 ans sur des statistiques de 1990).

Le test le plus performant pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate est le dosage sérique du PSA. Celui-ci a de plus une valeur pronostique et participe à la prédiction du stade tumoral. Il est de plus utilisé pour moduler l'indication de la biopsie prostatique, des examens d'imagerie (scanographie, scintigraphie osseuse) et du traitement. Cependant, le dosage du PSA a ses limites : en effet le PSA est spécifique de la pathologie prostatique et non du cancer de la prostate. Ce dosage dépend également du volume de la prostate. Une partie de ces écueils peuvent être évités en effectuant le dosage au moins 2 mois après un épisode infectieux, une biopsie prostatique ou une intervention prostatique préalable. En revanche, un simple toucher rectal – sans massage prostatique – ne modifie pas ce dosage.

Chez ce patient ayant un toucher rectal anormal, un taux de PSA > 4 ng/ml et un rapport PSA libre/PSA total < 20 %, le diagnostic repose sur la biopsie transrectale échoguidée. Réalisée lors d'une consultation ou d'une courte hospitalisation, avec ou sans anesthésie, la biopsie consiste à ponctionner la prostate à divers endroits (en

général 6 prélèvements réalisés au hasard dans les 2 lobes) et à examiner au microscope les fragments prélevés.

Il est nécessaire de couvrir ce geste qui se fait sous guidage échographique à travers le rectum par une prise d'antibiotiques. Des saignements rectaux et urinaires ainsi qu'une fièvre peuvent être observés au décours de cet examen.

Chez ce patient, les six prélèvements se sont avérés négatifs. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à redemander une nouvelle série de 6 à 12 prélèvements toujours sous repérage échographique et antibioprofylaxie. Il faut en effet savoir que pour un PSA à 8 ng/ml la rentabilité diagnostique n'est que de 25 %.

Dans la deuxième série, 4 prélèvements sur 6 sont positifs : la longueur totale du tissu envahi est de 21 mm, l'histologie est en faveur d'un adénocarcinome de grade 3 + 3 avec un score de Gleason 6. Ces résultats sont évocateurs d'un cancer bien différencié, de volume important avec risque très faible de métastases ganglionnaires pelviennes et risque d'extension capsulaire > 75%. A ce stade, un bilan d'extension est nécessaire :

L'extension locale :

L'IRM peut parfois préciser si la tumeur a franchi la capsule et si les vésicules séminales et le tissu périprostatique ne sont pas envahis.

La tomодensitométrie pelvienne recherche la présence éventuelle de métastases ganglionnaires.

Recherche de métastases à distance :

La tomодensitométrie abdominale permet de retrouver les métastases ganglionnaires périaortiques.

La scintigraphie osseuse est inutile dans le cas de notre patient. En effet celle-ci ne se justifie que



dans 3 situations : PSA supérieur à 10 ng/ml, score de Gleason supérieur ou égal à 7 ou présence de douleurs osseuses.

Pour notre patient, au terme de ce bilan :

l'IRM ne retrouve pas de rupture capsulaire, les vésicules séminales ne sont pas envahies. La TDM ne montre pas d'envahissement ganglionnaire

Nous sommes en présence d'un stade T2b, No, Mo.

Chez ce patient un traitement à visée curative est tout à fait justifié.

La prostatectomie radicale est le traitement le plus fréquemment proposé dans les cancers prostatiques localisés de stade T1, T2 ou certains T3 précoces avec un PSA < 20 ng/ml, un score de Gleason < 8 et une extension extra-prostatique limitée.

La guérison est observée dans 80 % des cas au stade T1c et PSA < 7, dans 50 % des cas au stade T2 et dans moins de 15 % des cas au stade T3 et PSA > 15. Il n'y a plus de récurrence au-delà de 5 à 7 ans.

Mais l'indication du traitement dépend également du choix du patient qui doit avoir été informé des différentes solutions thérapeutiques et de leurs conséquences urinaires et sexuelles. En effet la prostatectomie radicale se complique d'impuissance dans 29 % à 91 % des cas, d'incontinence urinaire dans 4 % à 40 % des cas et plus rarement de sténose de l'urètre ou du col vésical.

• **L'impuissance** : le risque d'impuissance augmente avec l'âge du patient et la taille de la tumeur. Si cette impuissance persiste, différents traitements peuvent être envisagés : les injections intracaverneuses de PGE1 ou les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 par voie orale. Par ailleurs cette intervention supprime définitivement l'éjaculation sans altérer cependant la sensation de plaisir lors des rapports sexuels.

• **L'incontinence urinaire** : l'incontinence permanente et définitive est exceptionnelle. Elle se limite le plus souvent à quelques fuites lors des efforts importants. Elle s'améliore au cours du temps.

• **Le rétrécissement de l'urètre** : la suture entre la vessie et l'urètre peut cicatriser en créant une fibrose voire un rétrécissement. Il nécessite alors une intervention d'élargissement par les voies naturelles.

Si ce patient refuse l'intervention chirurgicale, on peut lui proposer une radiothérapie par voie externe, sachant qu'elle génère moins d'effets secondaires (5 % à 36 % de troubles urinaires et 4 % à 50 % d'impuissance). Cependant, si les taux de rémission prolongée sont proches de ceux de la prostatectomie radicale, on ne peut pas parler de guérison car un risque de récurrence existe toujours à long terme même après 15 à 20 ans. Le traitement par radiothérapie externe comprend environ 40 séances à raison de 5 séances par semaine pendant 8 semaines. Les effets secondaires les plus fréquents sont dus à l'irritation des organes avoisinants : pollakiurie, dysurie, diarrhée, brûlures au niveau de l'anus et éventuellement rectorragies. Tous ces symptômes sont régressifs à l'arrêt du traitement. Au niveau sexuel, une impuissance apparaît progressivement. Cette impuissance sera plus difficile à contrôler en raison de la fibrose induite par les rayons.

Et si ce patient avait un stade T3a, N1, Mo (rupture capsulaire, vésicules séminales indemnes, 3 ganglions anormaux à la TDM et une scintigraphie osseuse normale) ?

A ce stade, la guérison ne peut être obtenue, sauf exception, par un traitement local. Le traitement standard repose sur le traitement hormonal associé ou non à la radiothérapie.

Le traitement hormonal consiste en une castration chirurgicale (pulpctomie ou orchidectomie bilatérale) ou chimique par des analogues de la LH-RH et/ou antiandrogéniques stéroïdiens.

Chez ce patient encore jeune, on peut proposer un traitement à base d'anti-androgènes non stéroïdiens qui préservent la libido et l'activité sexuelle. La survie moyenne est de 8 à 10 ans. Les métastases surviennent en moyenne à partir de la cinquième année.

Docteur Louis WOLFELER
Chirurgien Urologue HPNP



LE RÉSEAU recrute

LE RESEAU ARC EN CIEL RECRUTE !

ASSISTANTE SOCIALE

Diplômée d'État



Profil de poste :

- Évaluation sociale des situations à domicile
- Interventions auprès des patients en fin de vie et de leur entourage
- Bonne connaissance des dispositifs sociaux
- Travail intégré au sein d'une équipe pluridisciplinaire
- Expérience dans le domaine de la santé appréciée
- Permis de conduire

Qualités requises :

Capacité à travailler en équipe, écoute, autonomie

Statut :

Mi-temps, CDI, poste à pourvoir de suite

Adresser votre CV et votre lettre de motivation soit :

en nous écrivant au Réseau Arc en Ciel :
63, rue de Strasbourg 93200 Saint-Denis
en nous envoyant un mail à :
reseauarcenciel@wanadoo.fr
ou en nous contactant par téléphone
au : 01 49 33 05 55



Pour plus de renseignement sur notre activité, n'hésitez pas à :

- Visiter notre site Internet au : www.reseauarcenciel.org
- Nous contacter par téléphone au : 01 49 33 05 55
- Nous envoyer un mail à : reseauarcenciel@wanadoo.fr
- Nous écrire au Réseau Arc en Ciel :

63, rue de Strasbourg - 93200 Saint-Denis
De même, si vous souhaitez participer à l'écriture de "Vous & Nous", la lettre ouverte trimestrielle d'Arc en Ciel en nous envoyant des articles, vous pouvez procéder de la même manière.

(les articles doivent parvenir avant le 15 mai 2006).
Prochaine parution : juin 2006.

"Vous & Nous"

- la lettre ouverte trimestrielle d'Arc en Ciel
- Rédaction : Joselyne Rousseau - Bao Hoa Dang
- Réalisation : Sylvie Duplan
- Impression : JPB Imprim

Cicely Saunders, pionnière du mouvement des soins palliatifs, est décédée le 14 Juillet 2005 à l'âge de 87 ans.



Elle naquit en Angleterre en 1918 et fit tout d'abord des études d'infirmière. C'est à la fin de ses études qu'elle rencontra David Talma hospitalisé au St Thomas Hospital. Cet homme de 40 ans, échappé des camps de la mort mourait d'un cancer en phase terminale dans une douleur que Cicely Saunders qualifiait de «total pain» (tout est douleur !). Cicely Saunders l'accompagna jusqu'à la mort dans un autre hôpital où il fut transféré.

A l'âge de 33 ans Cicely Saunders entreprit des études de médecine. Pendant 3 ans, elle travailla de façon bénévole au St Luc Hospital qui fut créé en 1893 pour soigner les patients atteints de tuberculose et de cancer en phase terminale. L'équipe en place prônait depuis 1935 l'administration d'opiacés

à intervalles réguliers et ce sans attendre la réapparition de la douleur. Cicely Saunders fit la preuve que la morphine ne provoquait pas d'accoutumance et que seule l'augmentation de la douleur amenait les patients à demander une majoration des doses. Elle créa le St Christopher Hospice en 1967, et utilisa la première avec son équipe la morphine de façon préventive (potion de St Christopher). Dans cet hospice, les familles étaient accueillies et pouvaient accompagner leurs proches jusqu'à la fin.

En 1969, elle créait un service d'hospitalisation à domicile et en 1971 un service de suivi post décès.

Elle avait d'ores et déjà posé les jalons de la notion actuelle des soins palliatifs.

Docteur Joselyne ROUSSEAU



Rendez-vous national

Le 12^e congrès National de la SFAP
Société Française d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs
**se tiendra les 15, 16 et 17 juin 2006
à Montpellier**

Il aura pour thème
**«Accompagnement, soins palliatifs,
exigences collectives : quelle place
pour la personne»**

Inscriptions en ligne www.sfap.org