



Le Cancer du Pancréas

Par le Docteur François CORFIOTTI, Chirurgien Viscéral et Digestif, Polyclinique du Parc
Le pancréas aide à la digestion et joue un rôle majeur dans la régulation du taux de glucose dans le sang. Un cancer apparaît lorsque des cellules du pancréas se développent et se multiplient de manière anarchique et incontrôlée jusqu'à former une tumeur maligne. La plupart des tumeurs se situent sur la tête du pancréas, partie de l'organe proche de l'intestin.

L'Adénocarcinome pancréatique est une pathologie grave. Elle sera en 2030 la première cause de décès par cancer digestif solide bien avant le cancer du colon.

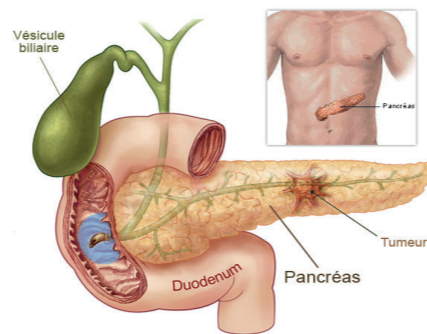
Jusqu'au début des années 2000 la résection chirurgicale était la pierre angulaire de la prise en charge et seuls les malades pouvant d'emblée bénéficier de la chirurgie espéraient une guérison. Depuis, l'arrivée de nouveaux protocoles de chimiothérapie a ouvert une nouvelle ère thérapeutique. Le protocole FOLFIRINOX, largement utilisé en France, permet actuellement de doubler la survie des malades en position métastatique. Les effets escomptés sur les patients opérés et/ou opérables sont prometteurs mais soulèvent de nouvelles questions.

En effet, ce nouvel acteur dans la prise en charge du cancer pancréatique a complètement bouleversé nos pratiques. L'interrogation initiale lors du diagnostic n'est plus uniquement « Est-ce opérable ». Il s'agit bel et bien d'un problème de stratégie et de combinaison thérapeutique. Les

discussions autour de ces situations se sont donc complexifiées : « Est-ce opérable ? », « Par quel traitement commencer ... Chimiothérapie ? Chirurgie ? Radiothérapie ? », « Quand faut-il opérer le patient... ? ». Nous en venons même à nous poser une question interdite il y a 20 ans : « Le patient ne sera-t-il vraiment jamais résecable ? » dans le cas des malades à un stade déjà avancé...

La collaboration entre les principaux intervenants devient donc primordiale en plus de leur expertise individuelle. Il ne s'agit plus d'un parcours direct du chirurgien vers l'oncologue (ou l'inverse) mais bien d'une prise en charge commune entre radiologues, chirurgiens, anesthésistes, oncologues et gastroentérologues. C'est à la faveur des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) bi mensuelle que chaque stratégie est décidée et efficacement mise en place grâce au réseau de soins en cancérologie du Hainaut auquel nous appartenons.

Enfin, la recherche fondamentale est en passe de fournir des marqueurs et des outils utilisables quotidiennement par les praticiens pour mieux sélectionner les thérapeutiques et leur timing. Des modèles de cancers pancréatiques issus des tumeurs de nos patients sont déjà à l'étude. Plusieurs marqueurs seront, je l'espère, rapidement à l'essai pour nous guider dans nos choix. A la faveur d'une collaboration entre la Polyclinique du Parc de Saint Sauve avec le laboratoire de recherche sur le cancer du pancréas de l'INSERM à Lille (UMR 1172 - OrgaRES - Dr VINCENT). La polyclinique du Parc prend également activement part à cette facette de la prise en charge.



MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION



La prise en charge du rachis dégénératif et de la scoliose de l'adulte au CRF de la Rougeville

Par le Dr Sabiha BAZI-DEBRAY, Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation

Parmi les patients que nous accueillons dans le service beaucoup d'entre eux, adultes et personnes âgées, présentent des douleurs handicapantes avec altération de la qualité de vie. Il peut exister des troubles majeurs de la posture et de la marche en lien avec une affection de la colonne vertébrale d'origine dégénérative (de type scoliose et/ou cyphoscoliose ainsi que des troubles de la statique dans le plan sagittal).

Les scolioses thoraco-lombaires et lombaires de l'adulte peuvent évoluer après l'adolescence ou se constituer à l'âge adulte du fait de la dégénérescence des éléments musculo-ligamentaires paravertébraux et du disque

intervertébral.

Les scolioses de l'adulte font l'objet d'une prise en charge de plus en plus fréquente car l'augmentation de la durée de vie des patients en bonne condition physique ne fait que croître ainsi que l'exigence fonctionnelle de ceux-ci. Selon les auteurs, la prévalence de la scoliose de l'adulte est de 1 à 10%.

Il s'agit d'une approche médico technique appareillage type corset associée à une prise en charge médico rééducative pluri, inter et transdisciplinaires : médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, ortho- prothésiste, kinésithérapeute, ergothérapeute, professeur d'activité physique adaptée (APA), psychologue,

assistante sociale.

Cette offre de soins concerne tous les patients atteints, ayant bénéficié d'une chirurgie ou non.

Les objectifs sont les suivants :

Diminuer, voire contrôler les douleurs, freiner les déformations rachidiennes, maintenir voire améliorer l'équilibre postural, améliorer les troubles de l'équilibre et de la marche, optimiser l'autonomie, améliorer la qualité de vie, réadaptation réinsertion à la vie socio-familiale et professionnelle pour les adultes actifs.

Il existe désormais une consultation spécifique au Centre de Rééducation Fonctionnelle de La Rougeville.

SEPTEMBRE 2020

La lettre DES HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT

ELSAN
HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT
POLYCLINIQUE VAUBAN
POLYCLINIQUE DU PARC
CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DE LA ROUGEVILLE



À LA UNE

CRÉATION D'UNE SALLE HYBRIDE

La Polyclinique Vauban investit de nouveau dans son bloc opératoire avec la création d'une salle hybride (mixant chirurgie et imagerie) pour la chirurgie vasculaire

Ces travaux vont durer 9 mois (avril à décembre 2020) avec un investissement de près de 1 700 000€. Une salle hybride, c'est l'association d'un bloc opératoire à un système de radiographie perfectionné pour pratiquer des

interventions mixtes en chirurgie et en interventionnel. Elle permet d'associer aux gestes chirurgicaux et médicaux des techniques d'imagerie interventionnelle de haute qualité. Cette combinaison permet d'effectuer des interventions de pointe mini-invasives sous imagerie 2D et 3D, de réaliser des actes plus précis, plus rapides et moins invasifs pour le patient. La mise en service de la salle hybride est prévue début 2021.

NOUVEAUX ARRIVANTS :

Dr Aurore BANSARD
Médecin en soins de suite et réadaptation
- Soins palliatifs

Dr François CORFIOTTI
Chirurgien viscéral et digestif

Dr Djamel EL FAHSI
Médecin du sport

Dr Fabian HACCOURT
Chirurgien gynécologique et mammaire

Dr Philippe LECOCCQ
Médecin infectiologue

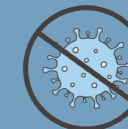
Dr Pierre MOLINET
Médecin en soins de suite et réadaptation
- Gériatre

Dr Armelle PAQUIN
Gynécologue-obstétricienne spécialisée en AMP

Dr Cora RECH-NUÑEZ
Pédiatre

Dr Saïd KEDDAR
Médecin urgentiste

INFORMATIONS COVID-19



Pendant l'épidémie COVID19, les Hôpitaux Privés du Hainaut ont accueilli une centaine de patients au sein de ses unités COVID, et se sont organisés avec le Centre Hospitalier de Valenciennes, afin de mobiliser des moyens matériels et humains, et coordonner la prise en charge des patients dans le valenciennois.

Afin de respecter les mesures strictes et les gestes barrières, les Hôpitaux Privés du Hainaut ont mis en place et maintiennent les dispositifs suivants : protection des professionnels de santé et des patients, questionnaire patient sur d'éventuels symptômes, prise de température, mesures de précaution de contact, distanciation sociale, circuits et des procédures COVID,...



Le cancer de la prostate : 1er cancer de l'homme

Le cancer de la prostate touche environ 50 000 hommes par an en France. Les Hauts-de-France montrent un taux de surmortalité supérieur de 17% à la moyenne nationale. Par le Dr Dominique FOSSATI, Urologue

• Qu'est-ce-qu'un cancer masculin ?

Le cancer de la prostate est le premier cancer de l'homme. Il y a aussi le cancer des testicules mais il est plus rare.

• À quoi sert la prostate ?

La prostate est une glande située sous la vessie qui entoure le canal urinaire. Elle fait la taille d'une noix, soit une trentaine de grammes. Elle produit les sécrétions séminales qui accompagnent l'éjaculation. La prostate est liée au développement hormonal et joue un rôle dans la continence (capacité à retenir ses urines).

• Quels sont les hommes les plus touchés par la maladie ?

L'âge est un facteur important. Un cancer de la prostate à 30 ans n'existe pas. Dans une carrière d'urologue, diagnostiquer des cas avant 50 ans reste exceptionnel.

• Les cancers du sein ou colorectal bénéficient d'un dépistage de masse, pourquoi ce n'est pas le cas du cancer de la prostate ?

Parce qu'il n'est pas reconnu d'utilité

publique et qu'il reste encore décrié, mais on y viendra peut-être. Il y a une quinzaine d'années, les urologues opéraient un peu trop rapidement, or s'il est possible de vivre sans prostate, son ablation peut entraîner des effets indésirables comme l'incontinence ou l'impuissance, qu'on traite aujourd'hui. Lorsqu'un patient vient consulter, il faut en tout cas que le dépistage lui soit proposé.

• Comment diagnostique-t-on un cancer de la prostate ?

Ce n'est pas simple à diagnostiquer, à traiter et à expliquer. Pour déterminer s'il y a un cancer ou pas, il faut doser le PSA (pour Antigène Prostatique Spécifique) dans le sang, faire un toucher rectal et un IRM (imagerie par résonance magnétique). L'échographie seule ne permet pas d'établir un diagnostic.

• Quels sont les traitements possibles ?

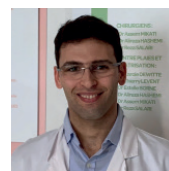
On peut proposer la surveillance active, à savoir des examens réguliers

sans opération. D'autres traitements existent comme la curiethérapie (grains radioactifs à l'intérieur de la prostate), la radiothérapie, la chirurgie. Les ultrasons sont en cours de développement et constituent une avancée majeure. C'est l'avenir, car cette technique permet de traiter une zone définie de la prostate qui, sous l'effet des ultrasons, va se nécroser. Nous avons fait l'acquisition d'un appareil spécifique et proposé ce type d'intervention à une centaine de patients depuis quatre ans à la Polyclinique Vauban.

• Comment explique-t-on le taux de surmortalité enregistré dans les Hauts-de-France ?

Il n'est pas lié au cancer de la prostate, mais aux facteurs environnementaux. Il peut aussi y avoir un retard de diagnostic ou un défaut d'information. La prévention est importante. Les campagnes de sensibilisation telles que Movember ont un impact, notamment sur le grand public.

SOMMEIL ET FIBRILLATION AURICULAIRE



Fibrillation auriculaire et syndrome d'apnée du sommeil

1 patient sur 2 avec fibrillation auriculaire (FA) a un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil à 4/5 selon les études. Par le Dr Zouheir SOUISSI, Cardiologue spécialisé en rythmologie, et le Dr Rémi LOMBARD, Médecin du sommeil.

Le syndrome d'apnée du sommeil se caractérise par une fermeture complète (apnée) ou incomplète (hypopnée) du pharynx, plusieurs fois par heure au cours du sommeil. L'apnée du sommeil se manifeste par des ronflements, des arrêts de la respiration, un sommeil non réparateur, de la fatigue, une somnolence, des maux de tête au réveil, des levers fréquents pour uriner, de l'irritabilité, ou encore des troubles de la mémoire et de la concentration...

Ces périodes répétées d'asphyxie, dont le dormeur n'a pas conscience, engendrent une hypoxie intermittente délétère pour l'organisme, en particulier sur le plan cardiovasculaire. Ces périodes d'hypoxie, via une activation du système nerveux sympathique, ont un effet sur la pression artérielle. De plus, l'obstruction des voies supérieures entraîne une dépression intrathoracique, ce qui augmente le retour veineux et induit une dilatation atriale et ventriculaire droite. Des études ont pu montrer que ces

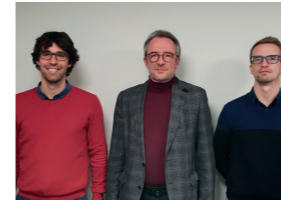
modifications s'accompagnent de dysfonctionnements électriques au niveau des oreillettes droites et gauches, qui sont caractéristiques du processus conduisant à une fibrillation auriculaire. Les patients souffrant d'un syndrome d'apnées du sommeil présentent une hyperexcitabilité atriale bien plus importante que dans la population générale. L'extrasystole auriculaire s'avère ainsi plus fréquente chez ces patients. Or, il s'agit d'un facteur déclenchant de la fibrillation auriculaire. Les personnes souffrantes de syndrome d'apnées du sommeil ont jusqu'à 4 fois plus de risque de développer de la fibrillation auriculaire que les personnes sans syndrome d'apnées du sommeil. Parmi les patients consultant leur cardiologue pour de la fibrillation auriculaire, 50 à 80% de ces personnes ont un syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif associé. Il existe donc un lien étroit entre fibrillation atriale et syndrome d'apnées

hypopnées obstructives du sommeil.

Cela expose à un surrisque d'accident vasculaire cérébral. La prise en charge multidisciplinaire permet de détecter ces patients et de leur proposer une fois le diagnostic établi, un traitement anticoagulant pour prévenir le risque d'accident vasculaire cérébral ou une ablation de la fibrillation si les palpitations représentent une gêne.

Le syndrome d'apnée du sommeil non traité est un facteur de risque de problème cardiovasculaire (fibrillation auriculaire, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et de diabète. Un dépistage et une prise en charge adéquate de ce dernier permet d'en diminuer les conséquences.

Chez les patients ayant bénéficié d'une ablation de fibrillation auriculaire, traiter un syndrome d'apnée du sommeil est essentiel car cela s'accompagne d'une meilleure efficacité de l'intervention : presque 50% de récurrence de moins.



Le traitement de la rhizarthrose du pouce au Pôle Main du Hainaut

La rhizarthrose expliquée par les Docteurs Pascal Ledoux, Kevin Bruynseels et Eric Moest, Chirurgiens de la main

• Qu'est-ce-que la rhizarthrose du pouce ?

Il s'agit de l'arthrose la plus fréquente au niveau de la main. Elle touche davantage les femmes que les hommes. Les deux côtés sont souvent atteints. Cette articulation est sollicitée dans tous les mouvements de préhension.

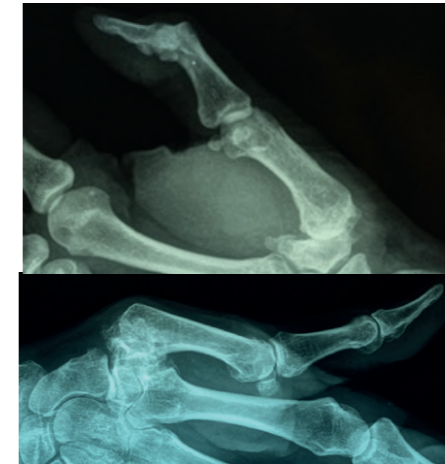
La rhizarthrose se manifeste surtout par des douleurs lors des mouvements de préhension, mais aussi parfois au repos. Ces douleurs peuvent provoquer le réveil durant la nuit. Une diminution de la force de préhension et une perte de mobilité se développent progressivement.

La rhizarthrose est parfois bien tolérée malgré une atteinte importante sur les radiographies. Par contre, des formes radiologiques peu évoluées peuvent être très mal tolérées. Il n'y a pas de corrélation entre l'importance des lésions radiologiques et l'importance des plaintes.

Progressivement, la base du pouce peut se déformer et l'écartement du pouce devient plus difficile ce qui diminue les capacités de préhension. Progressivement le pouce peut se déformer de manière importante pour aboutir à une déformation en « Z ».

• Quels sont les examens nécessaires pour confirmer le diagnostic ?

Une radiographie est suffisante pour confirmer le diagnostic. Elle est nécessaire pour planifier une éventuelle intervention chirurgicale.



• Quels sont les traitements de la rhizarthrose du pouce ?

Les traitements médicamenteux (anti-inflammatoires, anti-douleurs, glucosamine, etc.) sont généralement peu efficaces. Les infiltrations ne donnent pas d'effet durable et elles augmentent les complications en cas de geste chirurgical ultérieur.

Il existe plusieurs interventions chirurgicales pour la rhizarthrose du pouce :

- L'arthrodèse qui consiste à bloquer complètement l'articulation. Cela a pour effet de supprimer le mouvement du doigt le plus mobile de la main ce qui n'est pas satisfaisant sur le plan fonctionnel.

- La trapézectomie consiste à enlever le trapèze avec lequel s'articule la base du premier métacarpien. Cette intervention entraîne une perte de force et de mobilité. Elle est très longue à récupérer (6 à 9 mois). Il peut

persister des douleurs, ou celles-ci peuvent réapparaître parce qu'il y a une ascension du métacarpien et parfois un contact douloureux avec le pôle distal du scaphoïde.

- La prothèse trapézo métacarpienne est la solution qui donne les meilleurs résultats en termes de force, mobilité et rapidité de récupération. Les prothèses trapézo métacarpiennes sont couramment posées depuis une trentaine d'années et elles permettent le plus souvent « d'oublier son pouce ».

Les prothèses s'accompagnaient d'un risque de luxation précoce de 5 à 10 %. Les prothèses actuelles, à double mobilité ont permis de supprimer le risque de luxation précoce des prothèses.



L'intervention se fait en ambulatoire. Elle est suivie par une immobilisation du pouce durant 2 à 3 semaines et ensuite du port d'une petite attelle amovible durant 2 semaines.

Comme pour toutes les prothèses, la prothèse trapézo métacarpienne peut se desceller après un délai d'une quinzaine d'années (le taux de survie des prothèses à 10 ans est de 90 à 95 % suivant les séries).

On peut alors la remplacer par une nouvelle prothèse.

PARCOURS PATIENTS

ADEL, l'application qui simplifie l'hospitalisation

ADEL, l'assistant digital ELSAN, est une application mobile gratuite et téléchargeable sur IOS et Android, permettant au patient de simplifier son hospitalisation, de la décision d'intervention jusqu'au retour au domicile.

Avec ADEL, le patient bénéficie au quotidien d'un accompagnement personnalisé tout au long de son parcours de soins, en lien avec l'équipe médicale qui le prend en charge. L'objectif est de permettre au patient de vivre ces moments en toute sérénité,

d'être rassuré en ayant à disposition toutes les informations dont il a besoin.

L'application permet au patient de consulter à tout moment : son parcours de soins personnalisé et détaillé étape par étape, des checklists pour bien se préparer, des informations pratiques sur l'établissement (coordonnées, plan, itinéraire interactif...), des articles validés ou rédigés par l'établissement.

A certaines étapes de son parcours, le patient est invité à répondre à des questionnaires interactifs pour assurer

le suivi pré et post-opératoire.

Une console de suivi permet à l'équipe soignante de vérifier l'état de santé du patient-utilisateur d'ADEL. Selon les réponses fournies par le patient sur son état de santé, son équipe médicale pourra le recontacter.

ADEL, c'est aussi des SMS de convocation, des notifications et des rappels pour guider le patient aux moments clés de son parcours.

Cet applicatif est disponible pour les patients de la Polyclinique du Parc depuis début Juin 2020.