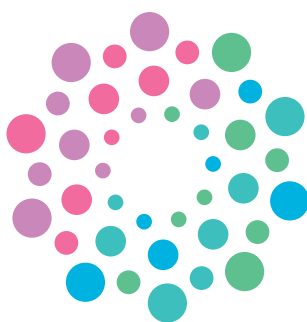


CHL KRIIBSZENTRUM

DÉPISTER | ENCADRER | TRAITER | SOUTENIR



CHL KRIIBSZENTRUM

DÉPISTER | ENCADRER | TRAITER | SOUTENIR

Rédaction

Dr Guy Berchem, Responsable Plateforme Oncologie
Dr Marc Schlessler, Directeur Médical Adjoint
Dr Martine Goergen, Directrice Médicale
Dr Catherine Charpentier, Service de Pneumologie
Dr Caroline Duhem, Service d'Hémo-Oncologie
Dr Filip De Bruyne, Service de Gynécologie
Pr Frank Hertel, Service de Neurochirurgie
Dr Jean-François Wilmart, Service d'Urologie

Dr Joseph Weber, Service de Gastroentérologie
Dr Juan Santiago Azagra, Service de Chirurgie Viscérale
Dr Jérôme Kechian, Service d'ORL
Dr Laurent Plawny, Service d'Hémo-Oncologie
Dr Catherine Atlan, Service d'Endocrinologie
Dr Isabelle Kieffer, Service d'Onco-Hématologie Pédiatrique
Dr Frédéric Fogen, Service de Soins Palliatifs
Mme Vanessa Grandjean, Service de Psychologie
Jean Jacques Repplinger, Service d'Hémo-Oncologie

SOMMAIRE



Organisation générale

Introduction	6
Vision	8

Organisation par Kriibszentrum

Longekriibs	10
Broschkriibs	12
Ennerleifskriibs	14
Gehirnkriibs	16
Urokriibs	18
Daarmkriibs	20
Bauchspeicheldrüsekrebs	24
Halskrebs	26
Blutkrebs	28
Schilddrüsenkrebs	32
Kannerkrebs	34

Le service infirmière spécialisée/case manager	36
---	-----------

Le soutien psychologique	38
---------------------------------	-----------

Les soins palliatifs	40
-----------------------------	-----------

INTRODUCTION



INTRODUCTION

L'oncologie médicale est une spécialité de la médecine interne un peu à part des autres : elle ne se limite pas à un organe, mais se concentre sur un processus pathologique particulier, le développement du cancer. Mais s'agit-il vraiment d'une seule pathologie ou plutôt d'une multitude de pathologies génétiquement et phénotypiquement diverses, voire d'une nouvelle pathologie chez chaque patient individuel ?

C'est évidemment une question à l'intersection de la philosophie et de la science, mais elle résume bien un des problèmes fondamentaux de cette jeune spécialité qui n'a pas plus de 50 ans.

Le département d'oncologie du CHL, fondé en 1978 par le Prof. Mario Dicato, propose depuis son origine des traitements oncologiques à la pointe de la technologie et tenant compte des dernières approches thérapeutiques. Au delà de la prise en charge des patients, le département s'engage dans la formation de jeunes médecins et est un acteur important de la recherche contre le cancer au Luxembourg, qu'elle soit clinique ou fondamentale.

Ainsi, une dizaine de médecins seniors oncologues et hématologues participent aujourd'hui à des études cliniques (plus d'une centaine d'études sur les dernières

années) ou mènent des projets de recherche fondamentale comme ceux du Pr Dicato au laboratoire de la Fondation Recherche Cancer et Sang (FRCS) et du Dr Berchem au laboratoire d'héματο-oncologie expérimental (LECR) du LIH qu'ils ont fondés.

Par ailleurs, le département a, depuis toujours, prôné une approche inter- et multidisciplinaire de la prise en charge du patient. Une collaboration très étroite entre les différents métiers, services et intervenants, tout comme la mise en commun de compétences hautement spécialisées sont essentielles afin d'accueillir les patients tout au long de leur suivi: dépistage, diagnostic, traitement(s), suivi post-thérapeutique, etc.

C'est ce partenariat multidisciplinaire avec les médecins et soignants des différentes spécialités, qui permet aujourd'hui au CHL de mettre à disposition des patients atteints de cancer, un centre de diagnostic, de traitement et de suivi de pointe : le **Kribszentrum** qui a pour vocation de traiter, encadrer, entourer et soutenir les patients qui nous font l'honneur de nous accorder leur confiance.

Signe de reconnaissance de leurs compétences et de leur expertise, tous les médecins du « **Kribszentrum** » ont ainsi été activement impliqués dans des groupes de travail ou de pilotage du premier Plan Cancer National du Luxembourg 2013 à 2018.

LA PRISE EN CHARGE DU CANCER AU CHL EN 2016, EN QUELQUES CHIFFRES

	Gehirnkribs Tumeurs du système nerveux central	Daarmkribs Cancer du côlon et du système digestif	Longekribs Cancer du poumon et des organes intra-thora- ciques (hors oesophage)	Blutkribs Maladies du sang et lymphomes	Broschkribs Cancer du sein	Schilddrü- sekribs Cancer de la thyroïde	Aaner Kribszorten Autres cancers *	TOTAL
Patients suivis par parcours **	273	461	217	433	921	160	1 566	4 031
Nouveaux patients en 2016 ***	54	166	76	71	231	57	588	1 243
Admissions ambulatoires dans le parcours	1 444	4 373	2 508	5 032	7 772	765	11 385	33 279
Admissions hospita- lières dans le parcours	367	1 077	679	1 268	609	113	1 653	5 766
Chimiothérapies : nombre de séances dispensées	194	856	808	2 457	1 765		1 437	7 517
Chimiothérapies : nombre de poches préparées	263	1 705	1 083	3 453	2 707		1 901	11 112

Patients identifiés ou traités dans l'un des services du Kribszentrum pour les pathologies concernées

** Détail : organes génitaux féminins 107, organes génitaux masculins 54, ORL (sauf thyroïde) 26, peau 287, voies urinaires 67, autres 47*



VISION



VISION

Les guérisons de cancer sont de plus en plus nombreuses grâce aux progrès thérapeutiques et diagnostiques. Ces progrès permettent aussi une amélioration significative de la durée et de la qualité de vie pour une majorité de patients. Des avancées fulgurantes en immunothérapie rendent possible une médecine personnalisée, dont les résultats sont encore plus prometteurs.

S'appuyant sur **l'expérience des équipes** et les évolutions de la médecine, le « **Kriibszentrum** » du CHL veut offrir une **prise en charge complète de tous les types de cancer**, de la prévention, au diagnostic et au traitement. Structure transversale reposant sur des équipes pluridisciplinaires dont tous les acteurs « tournent autour du patient », elle assure à tous les meilleurs soins basés sur une prise en charge coordonnée et un parcours de soin personnalisé.

Ce parcours de soin peut être complété par des thérapies innovantes accessibles grâce à la participation de nos médecins à des projets de recherche.

Ainsi, dès le début de sa maladie, le patient est considéré dans sa globalité, en tenant compte notamment de ses peurs, ses angoisses ses liens familiaux et sociaux. Il est activement impliqué dans les décisions thérapeutiques le concernant.

Patient, acteur de sa santé dans sa lutte contre le cancer.



Dr Catherine Charpentier
Dr Gilles Wirtz
Dr Marc Schlessler
Dr Kamal Abou Hamdan
Dr Hélène De La Barrière
Dr Emmanuel Leider

Dr Xavier Mathieu
Dr Pierre Bonnette

Dr Guy Berchem
Dr Fernand Ries
Dr Catherine Herremans

Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz

- › **De Pneumologie**
Dr Catherine Charpentier
Marie-Paule Sidon
- › **De Cancérologie**
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

- › **Infirmières expertes**
Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz
- › **Psychologue**
Anaïs Meulemans
- › **Infirmières de l'unité
médico-technique de
pneumologie**
- › **Infirmières de l'unité de
chimiothérapie de jour**
- › **Kinésithérapeute**
- › **Assistante sociale**
- › **Dietéticienne**

- **De Pneumologie**
Louise Kohoketenge
Sophie Neu
- **De oncologie**
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le cancer du poumon reste fréquent (environ 200 nouveaux cas par an au Luxembourg) et a jusqu'ici un très mauvais pronostic, dû essentiellement au fait que la maladie est longtemps silencieuse et découverte à un stade trop avancé.

Le CHL offre une filière complète de prise en charge du cancer du poumon quel que soit son stade en accord avec les dernières recommandations internationales.

Le patient est le plus souvent pris en charge initialement par un pneumologue qui va faire le **diagnostic** de la maladie :

- Diagnostic positif par le recueil de tissus cancéreux (par biopsies, ponction, voire abord minimal chirurgical) adressé au LNS
- Diagnostic d'extension de la maladie (Pet-scan, scanner ou IRM cérébrale, autre en fonction des localisations suspectées)
- Bilan pré-thérapeutique avec bilan pneumologique et cardiologique
- De plus en plus souvent, une analyse moléculaire approfondie (qui est réalisée chez nos patients en routine maintenant) révèle des altérations moléculaires qui peuvent orienter le traitement vers des modalités moins toxiques pour le patient (comprimés, immunothérapie).

Le dossier du patient est toujours discuté en **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)** avec radiologues, oncologues, chirurgiens thoraciques et pneumologues, où la meilleure attitude thérapeutique (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ou combinaison de ces différents options) est choisie collégialement.

Si la chimiothérapie est nécessaire, elle est réalisée en collaboration et dans les locaux du service d'oncologie médicale, mais de plus en plus souvent, cette option thérapeu-

tique n'est plus nécessaire d'emblée et des modalités moins toxiques peuvent être proposées.

Un suivi pluridisciplinaire est indispensable pour assurer la meilleure prise en charge en cas de progression ou de rechute de la maladie. Pendant toute sa prise en charge, il bénéficie de **soins de support**: kinésithérapie avec revalidation, psychologue, diététicienne, assistante sociale et soins palliatifs.

Nous proposons, en fonction de différents critères, aux patients de 55-75 ans ayant fumé plus de 30 PA (nombre de paquets fumés chaque jour multiplié par le nombre d'années d'intoxication) et un dépistage par Scanner thoracique à faible dose et sans injection pour dépister les stades précoces de cancer pulmonaire.

Nous organisons aussi la **prévention primaire** du cancer du poumon par une prise en charge des fumeurs pour les aider à arrêter de fumer, ce qui reste bénéfique à tout âge et quel que soit l'état de santé des patients.

Nous sommes au tournant d'une nouvelle époque où le cancer du poumon, maladie aiguë évoluant en un seul temps avec un pronostic effroyable, évolue vers une maladie chronique faite de périodes de rémissions et de rechutes : la caractérisation minutieuse au niveau des récepteurs des cellules tumorales au LNS est donc essentielle, suivie par une prise en charge médicale pluridisciplinaire.

Elle permet de choisir dans un arsenal de plus en plus complet LA molécule efficace pour une tumeur donnée pour un patient donné à un moment donné et lui donner le pronostic le meilleur possible.

Nous pouvons également dans beaucoup de cas proposer au patient de participer à une étude clinique. En effet, au CHL de nombreuses études cliniques sont ouvertes et donnent accès au patient à de **nouvelles molécules** non encore disponibles dans le commerce.

Parcours du patient

Symptôme spécifique

détecté par le Médecin traitant ou Polyclinique



Pneumologue



Bilan initial

(scanner, fibroscopie, biopsie)



Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

décision thérapeutique et évaluation psychologique



En fonction du test moléculaire

éventuellement traitement oral



Si maladie plus évoluée

» chimiothérapie ou immunothérapie



Si non

traitement par Radio et chimiothérapie



Poursuite du Bilan,

si opérable » chirurgie



Suivi

par pneumologue, radiothérapeute, oncologue...



Suivi psychologique

tout au long du processus

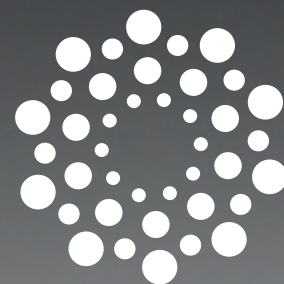


Soins continus,

voire palliatifs

BROSCHTKRIIBS

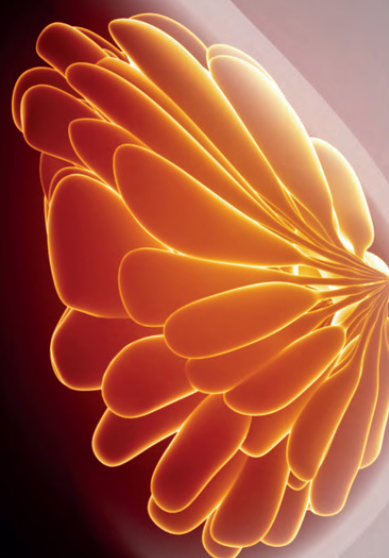
CANCER DU SEIN



ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Avec plus de 400 nouveaux cas diagnostiqués par an, le cancer du sein demeure de loin le plus fréquent des cancers féminins.

Dès 2003, une filière de prise en charge de cancer du sein (connue au CHL sous le nom de «**Groupe Sein**») s'est élaborée de manière multidisciplinaire, regroupant gynécologues, radio-sénologues, chirurgiens plasticiens et oncologues; l'équipe s'est entourée depuis de nouvelles compétences médico-soignantes spécialisées en pathologie mammaire. De cette manière, une prise en charge holistique et complète des patientes peut être assurée dès le diagnostic de cancer.



Les Acteurs

Gynécologues

Dr Claude Borsi
Dr Paul Gratia
Dr Filip de Bruyne
Dr Jean-Baptiste Olivier
Dr Marc Peiffer
Dr Gérald Simon
Dr Peter Nardai
Dr Mallory Martin
Dr Diagne Aïssatou
Dr Michel Borhoven
Dr Serge Ginter
Dr Assiya Ahaouari
Dr Ulrike Engel

Oncologues

Dr Caroline Duhem
Dr Fernand Ries
Dr Carole Bauer
Dr Lynn Rob
Dr Martina Degiorgis

Radiologues/Sénologues

Dr Jean-Felix Calafat
Dr Dounia El Azzouzi
Dr Daniel Janssens
Dr Fabienne Schaeffer

Binômes de département

› De Gynécologie

Dr Filip De Bruyne
Elsa Do Carmo

› De Cancérologie

Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

› Infirmières expertes

Susi Schmidt - *Breast care nurse*

Karine Schmit

› Psychologue

Vanessa Grandjean

› Infirmières de l'unité de chimiothérapie de jour

› Kinésithérapeute

› Assistante sociale

› Diététicienne

Les équipes avec leurs chefs d'unité

› De Gynécologie

Betty Kirschten

› De Cancérologie

Claudio Cerqueira

Peggy Henrotte

Le dépistage radiologique dont les radiologues du CHL ont été les pionniers dans le pays, permet un **diagnostic précoce**, préclinique de la maladie, soit dans le cadre du Programme Mammographie (organisé à Luxembourg depuis 1992) soit dans un contexte de prise en charge plus personnalisée, en fonction du niveau de risque de la personne concernée.

Dès qu'il y a suspicion de tumeur (par exemple : un examen de dépistage douteux ou un signe clinique alarmant), une **prise en charge rapide et cohérente** est proposée, en accord avec le médecin gynécologue et/ou le médecin traitant de la patiente : examen d'imagerie approprié (échographie, mammographie, IRM seins....) et prélèvement du tissu suspect sous différentes formes afin de confirmer le diagnostic : microbiopsie sous contrôle échographique, macrobiopsie sur table dédiée (également appelée «prone-table», matériel national dont ne dispose que le CHL) ou biopsie chirurgicale.

Une fois le diagnostic de cancer du sein confirmé, différents **tests** seront réalisés **sur les cellules tumorales** afin d'en définir le profil d'agressivité (les récepteurs aux hormones, certains signes de prolifération,...) et d'établir l'extension de la tumeur, tant dans le sein que dans les ganglions sous les bras ou sous forme de métastases à distance ; on parle dans ce cas de **bilan de généralisation**, en ayant recours à différents examens : scanner du corps entier, scintigraphie osseuse, PET scanner,...

Avant l'opération, le cas de la patiente sera discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour définir sans délai la meilleure séquence de prise en charge : faut-il encore faire certains examens ? Peut-on envisager d'emblée une opération et si oui, laquelle ? Faut-il au contraire commencer par un traitement avant l'opération ? (Type de chimiothérapie d'induction ?), etc...

C'est à ce stade également (donc très tôt dans le parcours de la patiente) que différents soignants dédiés à la pathologie mammaire interviennent pour offrir à la patiente et à sa famille une prise en charge spécifique et personnalisée : **« breast nurses », psychologues, assistantes sociales.**

Après l'opération et en fonction de l'analyse définitive de la tumeur (ce qui se fait au Laboratoire National de Santé), les

modalités d'un traitement complémentaire seront discutées en réunion multi disciplinaire et ensuite expliquées à la patiente, la plupart du temps par les médecins oncologues et la « *breast nurse* » : chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie ou traitement anti hormonal.

D'autres thèmes seront précocement abordés tels que celui de la préservation de la fertilité chez les patientes jeunes afin de pouvoir programmer une grossesse ultérieure en toute sécurité tout en veillant à entreprendre rapidement un traitement.

A ce stade également, des **traitements supportifs** seront proposés en parallèle afin d'offrir les meilleures chances de réhabilitation de la patiente : développement de l'activité physique (par exemple les Groupes sportifs spécialement dédiés au cancer du sein), acupuncture, réflexologie, hypnose.

Un important volet **« information »**, spécifiquement dédié aux patientes atteintes porteuses d'un cancer du sein a été développé dès le début des activités du Groupe Sein : Livrets d'information, CHL, blog informatif « cancerdusein-CHL », ateliers de psycho-oncologie. Une prise en charge onco-génétique est également proposée aux patientes chez lesquelles une prédisposition familiale est soupçonnée (ces patientes et éventuellement leur famille sont susceptibles de bénéficier d'un suivi particulier).

Enfin, nous avons toujours souhaité interagir de la manière la plus efficace et consensuelle possible avec les **associations** de patientes : Europa Donna Luxembourg, Fondation Cancer, Association Luxembourgeoise des Groupes Sportifs Oncologiques.

Plusieurs études de **recherche clinique et translationnelle** centrées sur le cancer du sein sont actuellement en cours dans le service d'oncologie médicale.

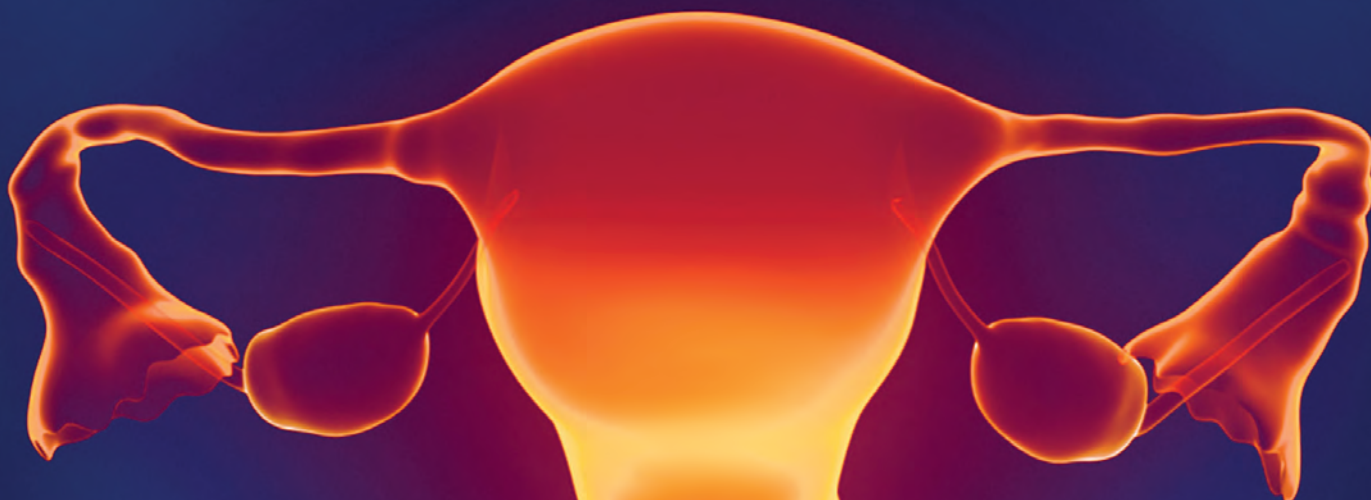
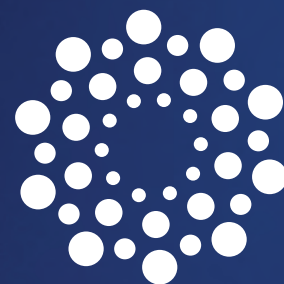
Toutes les étapes de traitement et tous les stades de la maladie sont pris en charge dans le service d'oncologie médicale, y compris des malades en rechute métastatique qui ne représentent heureusement qu'une minorité des patientes atteintes de cancer du sein: ces dernières seront souvent porteuses d'une maladie chronique qu'il faudra suivre et traiter pendant de nombreuses années.

Parcours du patient



ENNERLEIFSKRIIBS

CANCER DE L'ENDOMÈTRE



Les Acteurs

Gynécologues

Dr Claude Borsi
Dr Paul Gratia
Dr Filip de Bruyne
Dr Jean-Baptiste Olivier
Dr Marc Peiffer
Dr Gérard Simon
Dr Peter Nardai
Dr Mallory Martin
Dr Diagne Aïssatou
Dr Michel Borhoven
Dr Serge Ginter
Dr Assiya Ahaouari
Dr Ulrike Engel

Oncologues

- › L'équipe des cancérologues du CHL
Dr Caroline Duhem
Dr Carole Bauer
Dr Lynn Rob
Dr Fernand Ries

Binômes de département

- › De Gynécologie
Dr Filip De Bruyne
Elsa Do Carmo
- › De Cancérologie
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

- › Psychologue
Vanessa Grandjean
- › Infirmières de l'unité de chimiothérapie de jour
- › Kinésithérapeute
- › Assistante sociale
- › Diététicienne

Les équipes avec leurs chefs d'unité

- › De Gynécologie
Betty Kirschten
- › De Cancérologie
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte
- › De Chirurgie
Jil Wanderscheid – U30

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le cancer le plus fréquemment rencontré en gynécologie est le cancer de l'endomètre. Les autres cancers sont moins fréquents (col utérin, ovaire et trompes) **voire même rares** (vulve, vagin et tumeurs du placenta)

Le CHL propose une prise en charge incluant une mise au point, traitement et suivi des différents cancers gynécologiques. Les patientes symptomatiques sont détectées par le médecin de famille ou par nos collègues gynécologues. Après avoir assuré par **biopsie** qu'une maladie néoplasique est présente, le gynécologue traitant fait le **bilan d'extension** pour la maladie présente en utilisant l'infrastructure hospitalière du CHL, surtout la radiologie et la médecine nucléaire. Un suivi psychologique est proposé à la patiente et ses proches, dès le premier contact avec eux.

Le parcours pour les patientes atteintes d'une maladie néoplasique est un peu similaire pour toutes les disciplines médicales. Les patientes symptomatiques sont détectées par le médecin de famille ou par nos collègues gynécologues. Après avoir assuré par **biopsie** qu'une maladie néoplasique est présente, le gynécologue traitant fait le **bilan d'extension** pour la maladie présente en utilisant l'infrastructure hospitalière du CHL, surtout la radiologie et la médecine nucléaire. Un suivi psychologique est proposé à la patiente et ses proches, dès le premier contact avec eux.

Le dossier complet est alors présenté et discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour trouver la meilleure séquence thérapeutique (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie)

En cas d'un traitement chirurgical du cancer de l'endomètre, l'utilisation de la **chirurgie mini-invasive** est devenue le « golden standard ». Pour le traitement chirurgical du cancer du col, la voie endoscopique est favorisée si possible. Des simulations préopératoires 3D peuvent

devenir une aide importante pour la planification du geste chirurgical dans le futur proche.

Pour les cancers de l'ovaire, la laparoscopie a seulement un caractère diagnostique. Pour la chirurgie cyto-réductive, l'abord par laparotomie en incorporant les différentes disciplines nécessaires (gynécologie, chirurgie digestive / urologie) reste d'actualité.

D'autres défis pour l'optimisation du traitement chirurgical des cancers gynécologiques solides sont en cours de mise en place au CHL : l'utilisation, selon les guidelines internationaux, du concept de ganglion sentinelle pour les cancers de la vulve, du vagin, l'endomètre et du col utérin. Aussi la réalisation de la télé-médecine en anatomo-pathologie pour l'examen ex-temporanné et l'incorporation de la chirurgie robotique restent intéressantes.

Après le traitement initial, le **follow-up** se fait en **multidisciplinarité** entre gynécologues, oncologues, internistes et radiothérapeutes.

On ne peut pas trop accentuer l'importance du **suivi gynécologique de dépistage**. Pour cela, le département de gynécologie a mis en place une consultation spéciale consacrée aux saignements utérins anormaux. Elle permet d'accélérer la mise au point en proposant une échographie experte en même temps qu'une évaluation et éventuel traitement intra-utérin (hystéroscopie interventionnelle ambulatoire). La clinique mono thématique de la ménopause est un autre moyen de détecter une atteinte cancéreuse chez la patiente. Elle aussi a pour but de détecter plus vite les atteintes cancéreuses chez les patientes.

Parcours du patient

Symptômes détectés
par le médecin traitant
ou Polyclinique



Gynécologie



Bilan
Propos de suivi
Psychologique



**Réunion
de concertation
pluridisciplinaire
(RCP)**



Adaptation
de la thérapie si nécessaire



Suivi par Gynécologie,
Radiothérapie, Oncologie



Sinon
traitement par Radio
et /ou Chimiothérapie,
Hormonothérapie, chirurgie
secondaire



Poursuite du Bilan,
Poursuite du bilan,
si opération possible :
chirurgie

Soins continus,
voire palliatifs



GEHIRKRIIBS

CANCER DU CERVEAU



Les Acteurs

Neurochirurgiens

Prof Dr Frank Hertel
PD Dr Hans Böcher-Schwarz
Dr Jan Koy
Dr Harald Standhardt

Neuropathologistes

Prof Michel Mittelbronn

Oncologues

Dr Guy Berchem
Dr Fernand Ries
Dr Catherine Herremans

Oncologues Pédiatriques

Dr Isabelle Kieffer

Radiochirurgiens / Cyberknife

Dr Michel Untereiner
Dr Philippe Nickers
Prof Dr Frank Hertel
Dr Jan Koy
Dr Georges Doods

Radiothérapeutes

Dr Michel Untereiner
Dr Philippe Nickers
Dr Bérangère Frederick
Dr Céline Louis
Dr Sylvie Biver

Neuroradiologues

Dr Georges Doods
Dr Frédéric Maigne
Dr Annick Meurice

Neuroendocrinologues

Dr Frédéric Dadoun
Dr Catherine Atlan

Binômes de département

- › De Neurochirurgie
Dr Stefan Beyenburg
Marie-Paule Sidon
- › De Cancérologie
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

- › Infirmières expertes
Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz
- › Psychologue
Anaïs Meulemans
- › Infirmières de l'unité
de chimiothérapie de jour
- › Kinésithérapeute
- › Assistante sociale
- › Diététicienne

Les équipes avec leurs chefs d'unité

- › De Neurochirurgie
Patrick Feltgen
- › De Cancérologie
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Au Luxembourg, il y a environ 150 à 180 maladies néoplasiques primaires ou secondaires du système nerveux par an.

Ceux-ci comprennent les gliomes (OMS de grade I à IV), les méningiomes (grade I à III), les métastases (eg. Cancer du poumon et du sein), les adénomes hypophysaires, les neurinomes, les médulloblastomes et de nombreux autres types de tumeurs moins fréquentes.

Le Service National de Neurochirurgie a pour mission d'assurer la prise en charge neurochirurgicale de ces patients.

Pour cela, un équipement technique et un personnel expert sont disponibles. En principe, tous les types de tumeurs du système nerveux (tête, colonne vertébrale, système nerveux périphérique) peuvent être traités chez les adultes et les enfants.

Toutes les possibilités de **neuronavigation, stéréotaxie, microchirurgie, neuroendoscopie, résection sous fluorescence et neuromonitoring sont disponibles.**

En outre, il existe la possibilité d'une embolisation préopératoire de tumeurs hautement vascularisées.

Les patients sont discutés de façon interdisciplinaire dans des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec les oncologues, les neuroradiologues et d'autres spécialistes.

La **radiothérapie** adjuvante est réalisée en collaboration avec le service national de radiothérapie du Centre François Baclesse à Esch-sur-Alzette.

Les traitements radiochirurgicaux avec le **CyberKnife** sont planifiés et exécutés conjointement par les médecins du service national de neurochirurgie, de neuroradiothérapie et de neuroradiologie.

L'**évaluation neuropathologique** spécialisée a lieu au LNS. Si nécessaire, des échantillons de tumeurs sont également envoyés dans des centres de référence internationaux (participation à des études multicentriques, etc.).

Les évaluations, y compris mutationnelles et les **analyses génétiques**, sont effectuées conformément à la classification OMS actuellement en vigueur.

Si nécessaire, les patients sont traités dans des **études multicentriques** (internationales).

Le suivi neurochirurgical / interdisciplinaire est réalisé selon des lignes directrices valables au niveau international et des recommandations thérapeutiques.

Pour des formes particulières de traitement, telles que le traitement d'induction de chimiothérapie à haute dose, la greffe de moelle osseuse, en particulier en pédiatrie, il existe une collaboration avec des centres de référence francophones et germanophones.

Des thérapies de soutien psychologique oncologiques spéciales sont offertes ainsi que des traitements de soutien tels que l'orthophonie, la physiothérapie et l'ergothérapie.

Les traitements de réadaptation sont réalisés en collaboration avec le Centre National de Réadaptation luxembourgeois, ainsi que des centres de rééducation.

Si possible et avec le consentement des patients, des échantillons de tissus tumoraux et de sang sont également conservés pour des projets de recherches scientifiques.

Les priorités de **recherche** sont ici des analyses biochimiques et génétiques, en collaboration avec le LNS, le LIH et l'Université du Luxembourg (LCSB).

Parcours du patient



UROKRIIBS

CANCER UROLOGIQUE



Les Acteurs

Urologues

Dr Antoine Lurquin
Dr Chris Roller
Dr Jean-François Wilmart

Oncologues

Dr Fernand Ries
Dr Guy Berchem
Dr Lynn Robb
Dr Carole Bauer
Dr Catherine Herremans

Radiothérapeutes

Dr Michel Untereiner
Dr Philippe Nickers
Dr Bérangère Frederick
Dr Sylvie Biver

Nucléaristes

Dr Patrick Paulus
Dr Paul Jonard

Médecins spécialistes en radiologie diagnostique et interventionnelle

Dr Vincent Lens
Dr Nicolas Verbeeck
Dr Alain Nchimi

Binômes de département

- › **D'Urologie**
Dr Juan Santiago Azagra
Daniela Collas
- › **De Cancérologie**
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

- › **Infirmières expertes**
Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz
- › **Psychologue**
Anaïs Meulemans
- › **Infirmières de l'unité de chimiothérapie de jour**
- › **Kinésithérapeute**
- › **Assistante sociale**
- › **Diététicienne**

Les équipes avec leurs chefs d'unité

- › **D'Urologie**
Jil Wanderscheid
- › **De Cancérologie**
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le service réunit des spécialistes de l'urologie, médecins et chirurgiens urologues.

Il prend en charge le diagnostic et le traitement des pathologies du système urinaire de l'homme et de la femme ainsi que des pathologies de l'appareil génital masculin. Cela est réalisé avec les supports des plateaux techniques et des autres départements concernés : Imagerie médicale, médecine nucléaire, laboratoire, centre d'assistance médicale à la procréation, oncologie médicale, et radiothérapie (centre Baclesse).

Le service assure également la prise en charge 24h/24 et 7 jours sur 7 des troubles urologiques en relation avec des pathologies cancéreuses grâce au service des urgences de l'institution.

Les membres du service d'urologie collaborent quotidiennement avec un grand nombre d'autres spécialistes présents dans l'institution afin d'assurer une prise en **charge globale et pluridisciplinaire** des patients.

Les membres du service d'urologie travaillent en étroite collaboration et assurent un service de consultation ambulatoire où ils consacrent une partie importante de leur activité à l'information ainsi qu'au dépistage et à l'éducation préventive des patients dans le cadre des pathologies cancéreuses urologiques et des autres problèmes urologiques fréquemment rencontrés.

Le service d'urologie assure le **dépistage et le traitement des cancers urinaires de l'homme et de la femme** et les cancers génitaux masculins :

- › Cancer de la prostate
- › Cancer du testicule
- › Cancer du rein
- › Cancer de la vessie
- › Cancer des voies excrétrices

Les techniques d'**imagerie médicale et de médecine nucléaire** les plus récentes sont immédiatement disponibles sur place et permettent la réalisation de bilans complets dans d'excellentes conditions de réactivité et de sécurité.

L'existence de techniques d'IRM prostatique modernes permet une prise en charge optimisée des cancers de la prostate.

Tous les dossiers de patient sont présentés en **réunion de concertation multidisciplinaire** regroupant des urologues, des radiologues, des cancérologues (radiothérapeutes et chimiothérapeutes), ainsi que d'autres spécialistes si nécessaires. Un compte-rendu des décisions collégiales figure ensuite dans le dossier informatique du patient pris en charge pour un cancer urologique dans l'institution.

Dans le cadre de la **prise en charge chirurgicale** des pathologies cancéreuses urologiques, les urologues utilisent toutes les techniques chirurgicales de pointe à savoir la chirurgie conventionnelle ouverte, la chirurgie endoscopique dans le cadre des tumeurs de vessie ou de l'appareil urinaire, la chirurgie coelioscopique dans le cadre des tumeurs rénales et dans le futur l'utilisation de la chirurgie robotique pour traiter les tumeurs de la prostate ainsi que certains types de tumeurs rénales.

Concernant la prise en charge des tumeurs rénales, la chirurgie d'épargne rénale (avec conservation du rein et préservation de la fonction rénale c'est-à-dire la néphrectomie partielle) est utilisée le plus fréquemment possible quand les possibilités techniques le permettent et suivant les recommandations urologiques internationales.

Les atouts du service sont d'une part la présence d'une unité urologique avec permanence urologique 24h/24 et 7 jours sur 7 par une équipe d'urologues travaillant en étroite collaboration, l'accès à un plateau d'imagerie médicale et de médecine nucléaire complet et ceci dans le cadre d'un environnement médical spécialisé et pluridisciplinaire permettant la prise en charge de pathologie associée. L'utilisation également de techniques chirurgicales de dernière génération comme l'utilisation du laser ou l'acquisition d'un robot chirurgical Da Vinci de dernière génération.

Parcours du patient

Symptomatologie

urologique détectée par le médecin généraliste.

- › Anomalie biologique.
- › Polyclinique



Urologue



Examen urologique

avec éventuellement cystoscopie, échographie prostatique et biopsies échoguidées (+/- IRM)



Bilan radiologique rapide et ciblé



Suivi multidisciplinaire

urologique et oncologique



Surveillance active,

chirurgie (conventionnelle, laparoscopique, robotique dans le futur) chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, radiothérapie externe ou interne



Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

DAARMKRIIBS

CANCER DU SYSTÈME DIGESTIF



ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Les cancers du système digestif (œsophage, estomac, intestin, pancréas, foie) sont fréquents et concernent 423 nouveaux cas au Luxembourg en 2013, soit 20 % de tous les cancers (rapport annuel 2013 du registre morphologique des tumeurs). Deux tiers de ces cancers touchent le gros intestin (côlon et rectum) justifiant de par leur nombre un « Daarmkriibszenter ».

Le cancer du côlon est longtemps cliniquement silencieux et ne cause pas de plaintes. Devenu symptomatique (saignement, troubles du transit intestinal, etc.) le cancer colique se trouve généralement à un stade avancé avec des chances de guérison réduites. Ainsi à côté de la chirurgie, des traitements complémentaires sont nécessaires pour offrir les meilleures chances de guérison.

Suite p. 21

Les Acteurs

Gastroentérologues

Dr Joseph Weber
Dr Pierre Leider
Dr Spyridon Sofos
Dr Marc Felten
Dr Paul Berg
Dr Daniela Simion

Chirurgiens viscéraux

Dr Martine Goergen
Dr Juan Santiago Azagra
Dr Luca Arru
Dr Vito De Blasi
Dr Gennaro Giovanni Orlando
Dr Virginie Poulain
Dr René Braun

Oncologues

Dr Lynn Rob
Dr Carole Bauer
Dr Fernand Ries
Dr Catherine Herremans
Dr Guy Berchem

Binômes de département

- › De Gastro-Entérologie
Dr Frédéric Dadoun
Marie-Paule Sidon
- › De Chirurgie viscérale
Dr Juan Santiago Azagra
Daniela Collas
- › De Cancérologie
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

- › Infirmières expertes
Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz
- › Psychologue
Anaïs Meulemans
- › Infirmières de l'unité
médico-technique de
gastro-entérologie
- › Infirmières de l'unité de
chimiothérapie de jour
- › Kinésithérapeute
- › Assistante sociale
- › Diététicienne

Les équipes avec leurs chefs d'unité

- › De Gastro-entérologie
Peggy Henrotte
Cécile Py
- › De Chirurgie viscérale
Jil Wanderscheid
- › De Cancérologie
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte

Pour chaque patient, le traitement optimal est ainsi défini par une équipe de concertation pluridisciplinaire (RCP) du « Daarmkribszenter ».

Les devoirs d'un « Daarmkribszenter » vont bien au-delà du simple traitement du cancer et se justifient aussi de par son caractère préventif du cancer du côlon. En effet, la majorité des cancers coliques se développe à partir d'une excroissance bénigne de la paroi colique (=adénome) qui ne cause pas de plaintes. Heureusement la transformation d'un adénome en cancer met en moyenne 10 ans ce qui laisse de la place à leur détection. Ces adénomes peuvent être facilement détectés et enlevés lors d'un examen endoscopique de dépistage (= coloscopie) et permettant une vraie prévention du cancer colo-rectal. Une fois le polype enlevé par une résection endoscopique lors de la coloscopie, le risque de développer un cancer du côlon est quasi nul. Mettre l'accent sur la prévention est donc essentiel pour un « Daarmkribszenter » comme le dit le vieux proverbe: «mieux vaut prévenir que guérir». Aujourd'hui une coloscopie dite de dépistage réalisée à 55 ans est le meilleur moyen de lutter contre le cancer du côlon en prévenant son développement.

Le service de gastroentérologie du CHL dispose d'un **équipement endoscopique de pointe** avec une résolution d'image de haute définition pour répondre aux critères exigeants à la réalisation de ces examens de dépistage. De plus, en étroite collaboration avec le service d'anesthésie, cet examen peut être réalisé sous sédation profonde dans le meilleur confort possible pour les patients qui ont peur de cet examen.

Les médecins du service sont également agréés par le Ministère de la Santé pour réaliser les **examens de dépistage** dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles (FIT test). Ce test est simple à réaliser. L'analyse d'un échantillon de selles permet de détecter une minime quantité de sang présente dans les selles. Si ce test s'avère positif un examen endoscopique (= coloscopie) est nécessaire afin de clarifier la source de saignement. Ce saignement peut avoir de multiples causes et entre autre aussi être dû à un cancer ou un polype responsable de traces de sang invisibles à l'œil dans les selles. Comme le patient ne présente

pas encore de plaintes en cas de cancer il s'agit généralement d'un stade précoce et les chances de guérison sont de l'ordre de 90% par la simple chirurgie sans avoir recours à des traitements complémentaires lourds par radio- ou chimiothérapie.

Aujourd'hui, la **prise en charge des cancers coliques** est **interdisciplinaire**. Généralement, le premier contact se fait avec un gastroentérologue soit par consultation directe pour plaintes digestives, soit par l'intermédiaire de son médecin de confiance pour bilan complémentaire notamment en cas de perturbation du bilan sanguin (p. ex anémie). De plus en plus de personnes profitent de l'offre à réaliser une coloscopie préventive (= de dépistage).

En cas de cancer du côlon, si le patient le désire, le gastroentérologue prend en charge le **bilan d'extension de la tumeur** et l'évaluation de l'opérabilité. Si ce bilan retient une tumeur opérable sans arguments pour une dissémination à distance (ce qui est heureusement le plus souvent le cas), le patient est adressé directement au chirurgien de confiance du patient. Dans certains cas, même une résection endoscopique à visée curative peut être proposée. Pour les autres cas restants, la nécessité d'un traitement complémentaire avant chirurgie est définie en réunion de concertation interdisciplinaire (p.ex chimiothérapie +/- radiothérapie, traitement d'embolisation radiologique, etc).

Après l'opération, la pièce de résection est examinée au Laboratoire National de Santé et le cas est discuté en **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)** pour définir si un traitement complémentaire est nécessaire. Ceci est surtout le cas pour un cancer avec une atteinte des ganglions lymphatiques enlevés avec la tumeur lors de l'intervention chirurgicale. L'oncologue prend alors en charge le patient pour la réalisation de ce traitement complémentaire par chimiothérapie. Une fois le traitement initial terminé, le patient nécessite un suivi régulier pour confirmer la guérison et détecter le cas échéant une récurrence tumorale respectivement des métastases. Ce suivi (avec des examens radiologiques et endoscopiques ainsi que des analyses sanguines) peut être assuré suivant le désir du patient soit par l'oncologue, soit par le gastroentérologue.

Parcours du patient

Symptôme spécifique

détecté par le Médecin traitant, gastroentérologue, chirurgien ou Polyclinique

➤ **Gastroentérologue**

En fonction du test

moléculaire éventuellement traitement ciblé

➤ **Si maladie plus évoluée »**
chimiothérapie

Suivi

par gastroentérologue, oncologue, radiothérapeute, médecin traitant

➤ **Suivi psychologique**
tout au long du processus

Bilan initial

(colonoscopie, biopsie, scanner...)

Sinon

traitement par chimiothérapie pré opératoire (en cas de métastases hépatiques ou pulmonaires p.ex.)

En cas de progression,

chimiothérapie, soins continus, voire palliatifs

Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

décision thérapeutique et évaluation psychologique

Poursuite du Bilan,

si opérable » chirurgie
sinon » oncologue
si cancer rectum :
radio-chimiothérapie

Parcours du patient

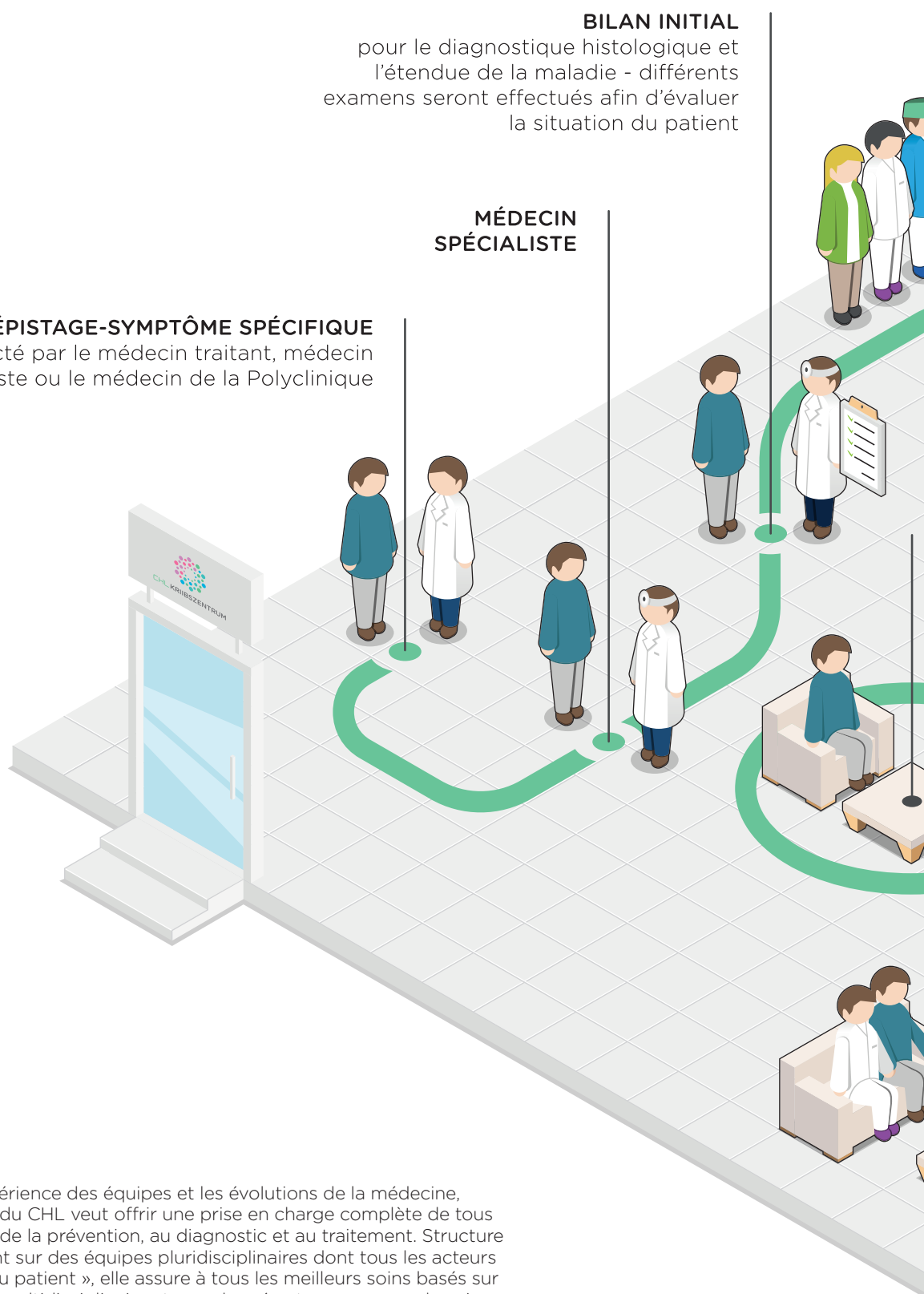
BILAN INITIAL

pour le diagnostic histologique et l'étendue de la maladie - différents examens seront effectués afin d'évaluer la situation du patient

MÉDECIN SPÉCIALISTE

DÉPISTAGE-SYMPTÔME SPÉCIFIQUE

détecté par le médecin traitant, médecin spécialiste ou le médecin de la Polyclinique



S'appuyant sur l'expérience des équipes et les évolutions de la médecine, le « Kribszentrum » du CHL veut offrir une prise en charge complète de tous les types de cancer, de la prévention, au diagnostic et au traitement. Structure transversale reposant sur des équipes pluridisciplinaires dont tous les acteurs « tournent autour du patient », elle assure à tous les meilleurs soins basés sur une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée et un parcours de soin personnalisé, selon les dernières recommandations scientifiques internationales.

RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)

décision thérapeutique
et évaluation psychologique
du patient

POURSUITE DU BILAN

si nécessaire

TRAITEMENT

chirurgie, chimiothérapie,
immunothérapie, radiothérapie,
ou autres traitements en
fonction de besoins du patient

SUIVI DE SUPPORT

(psychologique, nutritionnel,
kinésithérapique, assistance sociale)
tout au long du processus

SUIVI POST TRAITEMENT

SOINS DE CONFORT

voire palliatifs



BAUCHSPEICHELDRÜSEKRIIBS

CANCER DU PANCRÉAS



Les Acteurs

Gastroentérologues

- endoscopistes

Dr Joseph Weber
Dr Pierre Leider
Dr Spyridon Sofos
Dr Marc Felten
Dr Paul Berg
Dr Daniela Simion

Chirurgiens de l'appareil digestif et viscéraux

Dr Juan Santiago Azagra
Dr Vito De Blasi
Dr Martine Goergen

Radiologues

Dr Vincent Lens
Dr Nicolas Verbeek
Dr Alain Njchimi

Oncologues

Dr Lynn Rob
Dr Carole Bauer
Dr Fernand Ries
Dr Catherine Herremans

Binômes de département

- › De Gastro-Entérologie
Dr Frédéric Dadoun
Marie-Paule Sidon
- › De Chirurgie viscérale
Dr Juan Santiago Azagra
Daniela Collas
- › De Cancérologie
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

- › Infirmières expertes
Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz
- › Psychologue
Anaïs Meulemans
- › Infirmières de l'unité
médico-technique de
gastro-entérologie
- › Infirmières de l'unité de
chimiothérapie de jour
- › Kinésithérapeute
- › Assistante sociale
- › Diététicienne

Les équipes avec leurs chefs d'unité

- › De Gastro-entérologie
Peggy Henrotte
Cécile Py
- › De Chirurgie viscérale
Jil Wanderscheid
- › De Cancérologie
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte

En collaboration avec :

Le médecin généraliste du patient, le radiothérapeute, l'anatomopathologue, l'anesthésiste, le gériatre, le psychologue, le nursing, le nutritionniste, le réanimateur et l'assistant social

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Bien que faisant partie des cancers du système digestif, les cancers du pancréas de par leur nature et complexité diagnostique et thérapeutique sont considérés spécifiquement dans un groupe à part.

Leur statistique témoigne de leur augmentation sensible en incidence annuelle par 100.000 habitants estimée dans l'UE en 2012 à 9.5 chez l'homme venant de 4.9 cas en 1980 et de 6.3 chez la femme venant de 2.0 cas dans les années 80.

Cette augmentation s'est encore accélérée entre 2005 et 2012 avec 4.5% et 5.4% par an, respectivement, chez l'homme et chez la femme.

Les chiffres pour le Luxembourg venant de la même source et pour l'année 2012 sont : 11.2 cas par an et par 100.000 chez l'homme et 6.8 cas chez la femme (1)

A titre de comparaison, 7800 nouveaux cas par an en France et environ 9000 en Allemagne.

Le risque de se voir développer un cancer du pancréas est faible jusqu'à 50 ans, avec moins de 5% des cas, puis augmente avec un pic de fréquence entre 65 et 80 ans.

Par ordre de fréquence on considère : le cancer du pancréas exocrine ou adénocarcinome canalaire pancréatique représente 90% des formes de ce cancer. Les 10% restants sont constitués par de tumeurs beaucoup plus rares comme les ampullomes, les néoplasmes comme les cystadénomes, les tumeurs neuroendocrines, les tumeurs intracanales papillaires et mucineuses et finalement les localisations métastatiques uniques d'autres cancers primitifs comme par exemple le cancer à cellules claires rénal qui nécessitent des prises en charge spécifiques et de lors ce qui suit considère surtout le cancer exocrine ou adénocarcinome canalaire pancréatique.

Plusieurs facteurs sont aujourd'hui évoqués dans la genèse de ce cancer, en particulier le **tabagisme**, le régime alimentaire, notamment la présence d'une obésité, la présence d'un diabète, d'une consommation élevée d'alcool ou encore une pancréatite chronique. Une prédisposition familiale est en cause dans 5 à 10 % des cas.

Le diagnostic est le plus souvent réalisé à un stade avancé du fait d'une expression clinique tardive de la maladie. Seuls 20 % des patients sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est opérable avec intention de guérir. Tous stades confondus, la survie à 5 ans est de 5 %. En cas de chirurgie suivie de chimiothérapie, elle est de l'ordre de 20 % à 5 ans.

Les circonstances diagnostiques diffèrent selon où siège la tumeur dans le pancréas. La localisation est le plus souvent à la tête du pancréas, le cancer est alors révélé par un ictère (jaunisse) nu (sans fièvre), parfois accompagné d'une grosse vésicule et d'une altération de l'état général avec amaigrissement et parfois de douleurs abdominales.

Si la localisation est distale c'est-à-dire dans le corps ou la queue du pancréas, une douleur abdominale dans le flanc gauche, mais plus souvent une altération de l'état général sans douleurs seront le motifs de sa découverte...

Beaucoup plus rarement l'apparition d'un diabète de type 2 ou l'aggravation d'un diabète déjà connu ou encore l'apparition d'une pancréatite peuvent révéler le cancer.

Il est alors important de définir les Objectifs du bilan initial pour :

- › **Confirmer** le diagnostic et préciser l'histologie de la tumeur
- › **Annoncer** le diagnostic au patient
- › **Classifier** le cancer selon les critères Internationaux et autres critères pronostiques
- › **Etablir** le status de performance du patient
- › **Définir** lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) le traitement le plus adéquat selon les recommandations Internationales amandées par le groupe Cancer du pancréas de l'INC (2)
- › **Participer** avec le patient dans le libre choix de son traitement

Les acteurs impliqués dans ce processus sont :

Le médecin généraliste du patient, le gastroentérologue-endoscopiste, le chirurgien digestif, l'oncologue, le radiologue, le radiothérapeute, l'anatomopathologue, l'anesthésiste, le gériatre, le psychologue, le nursing, le nutritionniste, le réanimateur et l'assistant social.

Parcours du patient

Symptôme suspect

détecté par le Médecin traitant, Gastroentérologue, Chirurgien ou Polyclinique



Médecin spécialiste:

Gastroentérologue, Oncologue, Chirurgien viscéral



Bilan initial

Prise de sang avec marqueurs, Scanner Total Body coupes fines avec temps artériel et veineux, évaluation des comorbidités et définition du statut général du patient



Suivi psychologique et nutritionnel

Tout au long du processus



2. Le patient est "BORDERLINE"

- › histologie de la tumeur
- › chimiothérapie



1. Le patient est opérable

- › chirurgie
- › chimiothérapie adjuvante
- › suivi oncologique, psychologique, nutritionnel et social



Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

décision thérapeutique. Trois situations peuvent se présenter :



Réévaluation clinique opérable?

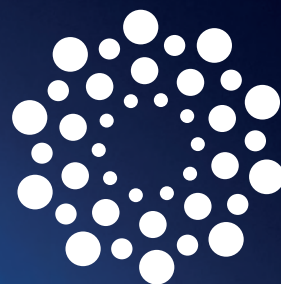


3. Le patient est inopérable

- › métastases
- › réévaluation péjorative d'une situation de type 2
- › prise en charge par l'oncologue avec un support psychologique, nutritionnel et social

HALSKRIIBS

CANCER DE LA GORGE



Les Acteurs

Médecins/chirurgiens ORL

Dr Jérôme Keghian
Dr Eugène Panosetti
Prof Dr Marc Remacle

Oncologues

Dr Catherine Herremans
Dr Guy Berchem

Binômes de département

› D'ORL

Dr Jérôme Keghian
Margarida Martins

› De Cancérologie

Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

› Infirmières expertes

Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz

› Psychologue

Anaïs Meulemans

› Infirmières de l'unité médico-technique d'ORL

› Infirmières de l'unité de chimiothérapie de jour

- › Kinésithérapeute
- › Assistante sociale
- › Diététicienne

Les équipes avec leurs chefs d'unité

› D'ORL

Meliha Bjelkic

› De Cancérologie

Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

L'ORL prend en charge les lésions tumorales, qu'il s'agisse de la face, du cou, du nez ou des oreilles.

Même si les carcinomes épidermiques sont les plus fréquents, nous traitons également les autres types de cancer, même ceux de nature plus rare (tumeurs acineuses des glandes salivaires, esthesioneuroblastome, chondroblastome laryngé...).

Le service étant divisé en un **pôle cou et larynx**, un **pôle nez**, un **pôle oreille** et un **pôle face** (avec des médecins spécialistes spécifiques dans chaque pôle), le patient est orienté vers le pôle concerné.

Dans un délai de temps court, vont s'enchaîner les différentes étapes de mise au point, de discussion dans des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), jusqu'au traitement.

L'examen en consultation permet de topographier et de classer la lésion. Les examens complémentaires compléteront le bilan loco-régional et à distance et le diagnostic final sera posé grâce aux biopsies.

Après discussion pluridisciplinaire, le choix du traitement est proposé et discuté avec le patient.

Lorsque l'option chirurgicale est retenue, nous bénéficions au bloc opératoire du savoir-faire et de technologies de pointe.

Ainsi les tumeurs de l'oreille, base du crâne et nez sont opérées sous microscope, ou optiques, couplés à la neuro navigation.

Nous privilégions les traitements conservateurs pour les tumeurs du cou et du larynx, et proposons aux patients, lorsque cela est possible, une chirurgie par voie endoscopique, couplée au laser et bientôt au Robot. On remarque ainsi une diminution des complications post opératoires, une réhabilitation dès fonction de déglutition et parole meilleure et un séjour hospitalier plus court.

Des équipes d'orthophonie et de kinésithérapie nous aident dans cette réhabilitation.

Le retour à domicile est soigneusement préparé après éducation de la famille et des patients, et lorsque toutes les conditions sociales, médico-soignantes le permettent.

Les tumeurs du nez et de la base du crâne sont traitées avec le même soin, et bénéficient du même plateau medico-technique. Il n'est pas rare que lorsque des tumeurs envahissent plusieurs secteurs, de la base du crâne ou du médiastin, nous réalisons nos chirurgies en multi-équipes: neurochirurgien, chirurgiens thoracique, chirurgien plastique.

Enfin, nous développons actuellement la prise en charge des patients souffrant de tumeur de la face. Cette prise en charge très spécifique nécessite des compétences particulières et un savoir faire chirurgical que peu de spécialistes proposent dans le pays.

Parcours du patient

Symptôme détecté

par le médecin traitant
ou Polyclinique



Médecin ORL



Bilan

Propos de suivi
Psychologique



Réunion multidisciplinaire



Traitement chirurgical
ou Adaptation de la
thérapie si nécessaire



Traitement

par Radio et /
ou Chimiothérapie,
Hormonothérapie, chirurgie
secondaire



Suivi

par ORL, Radiothérapie,
Oncologie



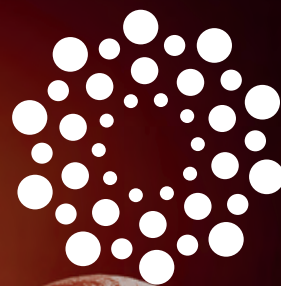
En cas de récurrence
éventuelle chirurgie,
radiothérapie ou
chimiothérapie



Soins continus,
voire palliatifs

BLUTKRIIBS

CANCER DU SANG



Les Acteurs

Hématologues

Dr Sigrid De Wilde
Dr Laurent Plawny
Prof. Dr Mario Dicato

Oncologues

Dr Fernand Ries
Dr Guy Berchem

Hématologues de laboratoire

Vincent Schlessier
Jean-Hugues François

Binômes de département

› De Cancérologie
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

› Psychologue
Anaïs Meulemans
› Infirmières de l'unité de
chimiothérapie de jour
› Kinésithérapeute
› Assistante sociale
› Diététicienne

Les équipes avec leurs chefs d'unité

› De Cancérologie
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte



ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le Service d'hématologie du Centre Hospitalier de Luxembourg est un centre d'hématologie dont les particularités sont la prise en charge de **l'hématologie lourde** à l'exception de la réalisation de l'allogreffe de moelle. Dans ce cadre l'ensemble des pathologies hématologiques malignes peuvent y être prises en charge.

LES LEUCÉMIES AIGÜES

Les leucémies aigües sont des cancers de la cellule souche hématopoïétique de la lignée lymphoïde (leucémie lymphoblastique aigüe) ou myéloïde (leucémies myéloïdes aigües).

Le **diagnostic** est souvent posé à partir d'une prise de sang réalisée par le médecin traitant ou par le médecin des urgences face à un problème d'infections récidivantes.

Le diagnostic de leucémie aigüe est une urgence qui nécessite une **collaboration étroite** et efficace entre les cytologistes du laboratoire d'hématologie du CHL, les hématologues cliniques et le médecin référent, sachant que chez le sujet jeune tout délai dans la mise en route du traitement se traduit en complications potentiellement désastreuses pour le patient.

La mise en route d'un traitement de chimiothérapie nécessite également d'obtenir un **bilan cardiologique et pneumologique**, ainsi que la **mise en place d'un cathéter central** le jour de l'entrée du patient. À ce titre, une étroite collaboration avec le service de cardiologie, de pneumologie, de chirurgie et d'anesthésie est indispensable.

Le traitement par chimiothérapie nécessite souvent un **isolement en chambre à pression positive** dotée d'un filtre HEPA, qui permettra de garantir une réduction des infections notamment fongiques en cours d'hospitalisation.

Parcours du patient

Médecin traitant,
Polyclinique, autre
centre hospitalier



Hématologue



Bilan initial
(scanner ponction
moëlle, PET etc)



Réunion de concertation
pluridisciplinaire (RCP)
facteurs pronostics ...

Autogreffe vs Allogreffe



Intensification



Bilan pronostic
(cytogénétique, 2ème
PET pour lymphome)



Chimiothérapie
d'induction

Suivi clinique
et psychologique continu



Retraitement
en cas de rechute



Soins palliatifs

A l'heure actuelle, le pronostic d'une leucémie aigüe s'établit sur base de marqueurs cytogénétiques et de biologie moléculaire. Sans ces examens, la prise en charge correcte d'une leucémie est impossible et la décision d'envoyer ou non le patient à l'allogreffe est impossible. Certains de ces examens sont également nécessaires pour mettre en route des traitements ciblés. A cet effet, le service d'hématologie et le Laboratoire du CHL collaborent étroitement avec le service de cytogénétique de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL), centre de génétique dynamique et jouissant d'une réputation d'excellence en Europe et dans le monde.

Dans certaines leucémies de mauvais pronostic, l'allogreffe de moelle est une **option thérapeutique** potentiellement salvatrice. Le CHL ne dispose pas de la technologie permettant de réaliser ce geste. Une convention a été signée avec les Cliniques Universitaires ST Luc et l'Institut Bordet à Bruxelles qui réalisent les allogreffes familiales pour nos patients. Une convention existe également avec la Clinique Universitaire Mont-Godinne Dinant qui réalise les allogreffes familiales. Entre 2015 et 2016, 22 patients ont été envoyés en Allogreffe.

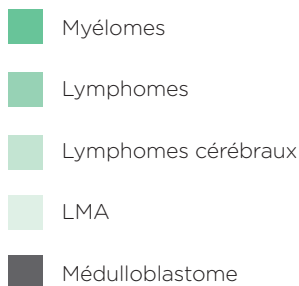
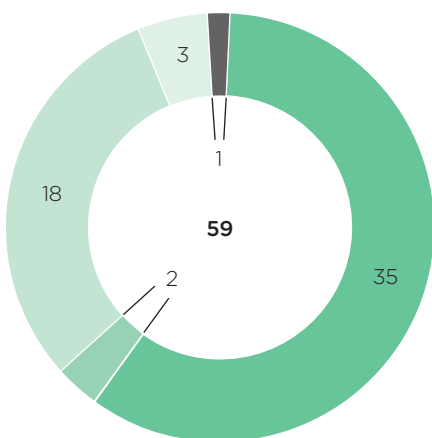
Sur le plan académique, le service d'hématologie a rejoint depuis 2010 le groupe HOVON. Sous cet égide, Le CHL a pu participer à plusieurs études académiques en hématologie lourde.

LES PATHOLOGIES LYMPHOPROLIFÉRATIVES

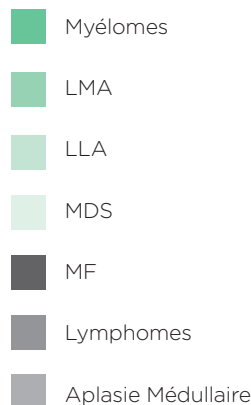
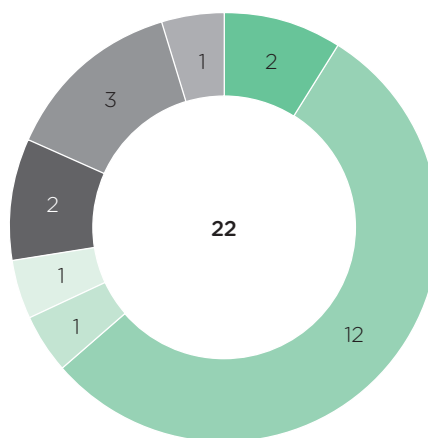
Les pathologies lymphoprolifératives les plus fréquemment rencontrées sont le lymphome le myélome et la leucémie lymphoïde chronique. Ces pathologies sont suspectées par le médecin référent, le plus souvent le médecin généraliste sur base d'une adénopathie pour le lymphome, d'un pic à l'électrophorèse ou d'une lymphocytose.

Une **collaboration avec les pathologistes du LNS** est nécessaire pour fournir les éléments cliniques permettant de confirmer le diagnostic. Dans le cadre des lymphomes, le diagnostic nécessite l'intervention d'un chirurgien viscéral, thoracique ou d'un ORL selon la localisation de l'adénopathie. Le traitement de ces maladies est souvent réalisé en ambulatoire ou en semi-ambulatoire.

Patients CHL allogreffés de 2015 à 2016



Autogreffes au CHL de 2015-2016



Le **monitoring** de la réponse thérapeutique nécessite la réalisation à des points précis du traitement, des modalités d'imagerie Scanner, Pet scanner.

L'AUTOGREFFE DE CELLULES SOUCHES

L'autogreffe de cellules souches est une modalité thérapeutique utilisée en première ligne dans le myélome ou certains lymphomes agressifs ou dans certains lymphomes en seconde ligne. Il s'agit d'une modalité de traitement consistant à administrer une chimiothérapie à des doses myélotoxiques.

La récupération hématologique est assurée par la transfusion de cellules souches autologues préalablement prélevées chez le patient. La période d'aplasie est relativement longue et nécessite une hospitalisation en chambre stérile.

Les autres centres s'occupant de patients atteints de myélome ou lymphomes au Luxembourg réfèrent régulièrement des patients pour autogreffe au Centre Hospitalier Luxembourg qui est d'ailleurs le Service National d'Hématologie.

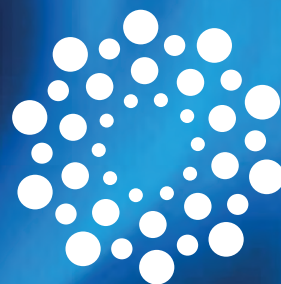
Entre 2015 et 2016, **59 autogreffes** ont été réalisées au sein de notre institution.

LES PATHOLOGIES MYÉLOPROLIFÉRATIVES

Les pathologies myéloprolifératives (leucémie myéloïde chronique, maladie de Vaquez, thrombocythémie essentielle, myélofibrose) sont des maladies chroniques de la cellule souche myéloïde. Leur traitement est essentiellement oral et se fait en ambulatoire. A l'heure actuelle, la biologie moléculaire est centrale dans l'établissement du diagnostic ainsi que pour le monitoring thérapeutique, notamment pour la leucémie myéloïde chronique. Le laboratoire du CHL dispose des moyens de réaliser les analyses de bcr-abl et Jak2V617F qui sont des éléments centraux dans la prise en charge de ces pathologies. **Une fois de plus la collaboration étroite entre cliniciens et biologistes est soulignée.**

SCHILDDRÜSEKRIIBS

CANCER DE LA THYROÏDE



Les Acteurs

Endocrinologues

Dr Catherine Atlan
Dr Frédéric Dadoun
Dr Maria Dunca
Dr Antuaneta Tudorescu
(Échographies et
cytoponctions)

Radiologues

Dr Vincent Lens
Dr Nicolas Verbeeck

ORL

Dr Jérôme Kechian
Dr Eugène Panosetti
Dr Sébastien Kuntzler

Chirurgiens

Dr Juan Santiago Azagra
Dr Vito De Blasi
Dr Virginie Poulain

Nucléaristes

Dr Patrick Paulus
Dr Paul Jonard

Oncologues

Dr Catherine Herremans
Dr Fernand Ries
Dr Guy Berchem

Binômes de département

- › **D'Endocrinologie**
Dr Frédéric Dadoun
Marie-Paule Sidon
- › **D'ORL**
Dr Jérôme Kechian
Margarida Martins
- › **De Chirurgie**
Dr Juan Santiago Azagra
Daniela Collas
- › **De Cancérologie**
Dr Caroline Duhem
Jean Jacques Repplinger

Équipe pluridisciplinaire

- › **Infirmières expertes**
Claudia Nunes Da Costa
Carole Jeitz
- › **Psychologue**
Anaïs Meulemans
- › **Infirmières de l'unité de
chimiothérapie de jour**
- › **Kinésithérapeute**
- › **Assistante sociale**
- › **Diététicienne**

Les équipes avec leurs chefs d'unité

- › **D'ORL**
Melha Bjelkic
- › **De Chirurgie**
Jil Wanderscheid
- › **De Cancérologie**
Claudio Cerqueira
Peggy Henrotte

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le cancer de la thyroïde est un cancer de bon pronostic dont le nombre de cas a beaucoup augmenté. On distingue cependant les cancers différenciés de la thyroïde les plus fréquents (80%), globalement de très bon pronostic, des cancers indifférenciés de très mauvais pronostic.

Au Luxembourg, en 2013 le registre morphologique des tumeurs a recensé 49 nouveaux cas chez les femmes et 17 chez les hommes faisant une incidence globale de 68 cas par an.

L'augmentation de l'incidence de ces cancers est en grande partie liée à l'augmentation des pratiques de dépistage (échographie notamment).

Le CHL **offre l'intégralité de la filière de prise en charge** : diagnostique (échographie, scintigraphies et cytoponction écho guidées, PET Scan) et thérapeutique (chirurgie, radiothérapie métabolique : Iode radioactif).

Le **diagnostic** est évoqué soit :

- › devant un nodule thyroïdien présentant à l'échographie des caractéristiques suspectes (utilisation de la stratification TIRADS: Thyroid imaging reporting and data system). Pour les nodules suspects (TIRADS > 4), une cytoponction est alors réalisée et selon le résultat le patient est éventuellement opéré.
- › devant un ganglion cervical découvert cliniquement ou sur une imagerie (échographie thyroïdienne ou scanner ou IRM du cou). Dans ce cas également, une cytoponction est réalisée et le patient est opéré s'il existe des cellules malignes d'origine thyroïdienne dans le prélèvement.
- › devant un goitre multinodulaire présentant des caractéristiques suspectes à l'échographie et/ ou des particularités de fixation à la scintigraphie thyroïdienne (nodule(s) non fixant(s) au Technétium et fixant au MIBI).

Le diagnostic est confirmé par l'examen anatomopathologique soit en per-opératoire soit en postopératoire.

Le traitement du cancer thyroïdien est essentiellement chirurgical.

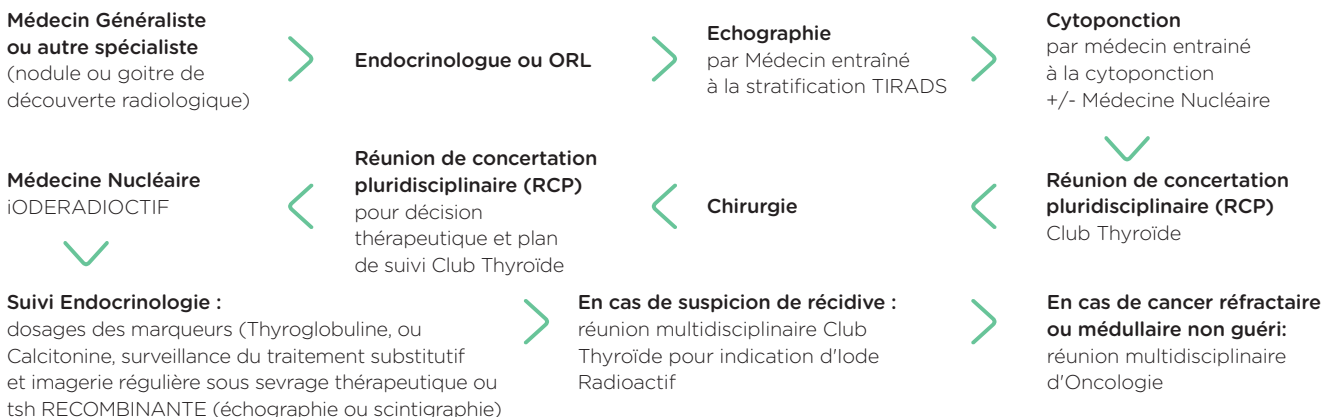
Après la chirurgie (thyroïdectomie partielle ou totale), chaque cas est discuté en **réunion de concertation pluridisciplinaire** (réunion mensuelle).

Sont discutés en particulier :

1. La nécessité d'un traitement complémentaire :
 - › Complément de chirurgie si nécessaire (thyroïdectomie totale si elle n'a pas été réalisée), curage des ganglions-
 - › Radiothérapie métabolique : Iode radioactif
2. La nécessité d'examens complémentaires :
 - › Scanner thoracique ou corps entier
 - › Scintigraphie Iode radioactif
 - › PET Scan
3. Le Plan de traitement et de surveillance :
 - › Type et Rythme et des examens de suivis par imagerie : échographie, scintigraphie thyroïdienne après injection de TSH recombinante
 - › Traitement hormonal substitutif et frénateur : suivi biologique (dosages des marqueurs selon le type de cancer: Thyroglobuline après injection de TSH recombinante ou sous sevrage du traitement substitutif ou Calcitonine) et objectifs thérapeutiques (taux de TSH)

Les rares cas de cancers résistants au traitement par Iode radioactif sont présentés en RCP d'oncologie.

Parcours du patient



KANNERKRIIBS

CANCER CHEZ L'ENFANT



Les Acteurs

Oncologues

Dr Isabelle Kieffer
Dr Caroline Thomée
Sophie Heybercht

Chirurgiens

Dr Cindy Gomes Ferreira
Dr Jerry Kieffer
Dr Paul Philippe

**Autres chirurgiens selon
pathologie/organe**

Binômes de département

› De La KannerKlinik
Dr Isabelle Kieffer
Elsa Do Carmo

Équipe pluridisciplinaire

› Infirmières Case manager
Christelle Wolf
› Psychologue
Astrid George
› Infirmières de l'hôpital
de jour
› Kinésithérapeute
› Assistante sociale
› Diététicienne

Les équipes des unités d'hospitalisation avec leurs chefs d'unité

› De Pédiatrie
Sandra-Lucile Lieser
› De l'Hôpital de jour
pédiatrique
Bob Kirfel

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Les cancers chez l'enfant n'étant pas les mêmes que les cancers chez l'adulte, ils ont besoin d'une prise en charge spécifique. Le Plan Cancer de Luxembourg a fait de la mise en place du **Service National d'Onco-Hématologie Pédiatrique (SNOHP)** un axe prioritaire. Le SNOHP est en construction au sein de la Kannerklinik du CHL. L'activité onco-hématologique pédiatrique existant au sein de la Kannerklinik depuis de nombreuses années, le SNOHP consacrera cette activité au sein d'un service, qui travaillera comme par le passé en lien **étroit avec les centres de référence onco-hématologiques universitaires européens**. Cette collaboration européenne sera formalisée par des conventions spécifiques. La participation aux **protocoles cliniques européens de traitement et de recherche et la participation à la recherche fondamentale** sont primordiaux pour garantir aux enfants du Luxembourg l'accès à un réseau d'excellence pour leur prise en charge.

L'accompagnement en soins palliatifs de fin de vie est également très particulier en pédiatrie. Le projet de Soins Palliatifs Pédiatriques lié au SNOHP devra être développé et implémenté au sein du SNOHP et de la Kannerklinik du CHL.

Le SNOHP permettra toutes les prises en charge ambulatoires des enfants atteints d'hémopathies, de cancers et tumeurs dans un premier temps, puis verra un développement vers une activité plus complète en fonction de son développement.

LES ACTEURS

Les oncologues-pédiatres et les infirmières spécialisées en oncologie pédiatrique

- › Le pédiatre pour les Soins palliatifs pédiatriques et les infirmières spécialisées en soins palliatifs pédiatriques
- › Le case-manager
- › Une onco-psychologue pédiatrique

LES RCP NATIONALES PÉDIATRIQUES

Les décisions concernant les traitements des enfants au sein du SNOHP seront prises après des **Réunions de concertations**



pluridisciplinaires (RCP) spécifiques pour le SNOHP, en lien avec les centres experts européens.

LES LOCAUX

Le Kannerkribszentrum (SNOHP) se trouvera au sein du Département de Pédiatrie de la Kannerklinik. Dans un premier temps il occupera 2-4 lits en hôpital de jour, et les enfants pourront être hospitalisés, si besoin, soit en soins intensifs pédiatriques, soit au sein des chambres à flux existant des unités d'hospitalisation.

L'accueil aux urgences pédiatriques est possible 24h/24h.

Le SNOHP pourra se reposer sur l'ensemble des infrastructures du CHL, et en particulier bénéficier des compétences des services nationaux pédiatriques du CHL et des services et compétences spécialisées pédiatriques (réanimation, radiologie, chirurgie, pédo-psychiatrie, pédiatrie, endocrinologie, néphrologie, cardiologie, gastro-entérologie, allergologie, pneumologie, infectiologie e.a.).

Parcours du patient

Symptôme spécifique
détecté par le Pédiatre
traitant ou Polyclinique



Pédiatre hospitalier



Bilan initial
(Biologie imagerie...)



Réunion multidisciplinaire nationale
décision thérapeutique
et évaluation psychologique
et sociale



Suivi par un oncopédiatre
local en association avec un
expert étranger



Tous les traitements
faisables ici seront réalisés
au Luxembourg



Sinon traitement
par chimiothérapie,
radiothérapie ou
chirurgie en fonction
de la pathologie



Évaluation
si traitement faisable
au Luxembourg ou en
collaboration avec un centre
étranger



Suivi psychologique
tout au long du processus

LE SERVICE INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE/CASE MANAGER



UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

Être atteint d'un cancer sous entend un passage à travers un parcours clinique avec des étapes prédéfinies et une organisation des compétences pluridisciplinaires au service du patient.

Cette organisation se déroule selon les principes de la collaboration. Des concertations régulières sont organisées où chaque discipline contribue avec ses observations professionnelles.

Des décisions sont prises et documentées sous forme d'objectif thérapeutique. Les prises en charge peuvent ainsi être encadrées de façon cohérente et le patient et son entourage soutenus selon leurs besoins du moment.

Les professionnels impliqués sont dans une démarche d'acquisition de nouvelles compétences afin d'améliorer les soins aux patients que ce soit technique et/ou relationnel tout au long du parcours.

Les Acteurs

› Infirmières

Claudia Nunes Da Costa
Carole Jéitz

› Esthéticienne

Marie Dewulf

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Depuis 2012, dans le cadre du programme national de prise en charge du cancer, le CHL s'est doté de deux **infirmières coordonnatrices « tumeur solide »**.

Leurs missions principales sont de **coordonner le flux et la prise en charge** dès l'annonce du diagnostic et d'accompagner le patient/la famille au courant de sa maladie tout en travaillant en équipe pluridisciplinaire.

Elles ont un **rôle d'information et de conseil** du patient/famille tout en respectant leurs attributions. Pour cela, elles recensent et répondent aux attentes/besoins des patients, le patient étant acteur dans sa maladie et étant pris en charge dans sa globalité.

Elles participent et sont impliquées dans les **tumorboards (réunions hebdomadaires)** et collaborent avec les partenaires externes. Elles identifient les diagnostics infirmiers et mettent en œuvre les plans de soins personnalisés au regard des effets secondaires des traitements ou de tout autre besoin perturbé.

Elles participent activement à **l'éducation du patient** au travers de supports d'enseignement spécifiques.

Les objectifs de cette consultation sont essentiellement de/d' :

- › permettre au médecin de pouvoir déléguer la coordination du parcours pré établi et des protocoles de prise en charge à une infirmière experte. Celle-ci assure le lien entre le domicile et le milieu hospitalier. Elle est la personne de contact, et selon son propre jugement clinique, va orienter le patient en collaborant avec l'équipe pluridisciplinaire et/ou les fonctions expertes
- › permettre au patient d'avoir en plus du médecin traitant, une personne de référence durant l'épisode de soins pour bénéficier d'une organisation centrée « patient » et d'un accompagnement personnalisé
- › identifier les besoins et les problèmes de santé du patient, sa fragilité sociale, ses difficultés propres en fonction de son âge, de ses capacités fonctionnelles, de son environnement familial et de son évolution et s'assurer que tout est mis en œuvre pour y répondre
- › soutenir le patient dans son processus d'empowerment (mobiliser ses ressources et ses capacités d'adaptation) pour lui permettre d'acquérir les connaissances nécessaires pour la gestion de son traitement (compliance), la prévention et la gestion d'éventuels effets secondaires

LA CONSULTATION EN PRATIQUE

L'avancée des traitements thérapeutiques conduit les patients cancéreux à prendre leur traitement chimiothérapie par voie orale à domicile. Un **encadrement précoce** et un **suivi du patient sous traitement oncologique oral constituent ainsi une étape primordiale dans l'adhésion du patient à son traitement** et sa compliance envers sa thérapie médicamenteuse.

Phase 1 : le Rendez-vous pré-traitement

- › Le patient est vu par nos soins avant de débuter son traitement : ce 1er RDV est très important car le patient rentrera à domicile et débutera seul son traitement
- › L'accueil du patient et la famille
- › La présentation de la consultation infirmière, des lieux, de l'équipe de support
- › L'évaluation des connaissances du patient, du conjoint ou autre membre de la famille concernant la pathologie et le traitement prévu.

- › L'évaluation des besoins et des attentes (craintes du patient /famille)
- › L'écoute du patient et réponses à ses questions
- › La prise de paramètres (Poids, TS, pulsation,...)
- › L'évaluation de l'état cutané.
- › L'explication du traitement comprenant les effets secondaires et les moyens de prévention pour minimiser ceux-ci
- › L'information du patient sur le plan de suivi
- › La remise de documents d'information concernant le traitement, l'hygiène de vie en vue d'atteindre une qualité de vie acceptable pour le patient
- › La prise de rendez-vous pour les examens ainsi que les prochains RDV chez le médecin et en consultation infirmière
- › L'accompagnement du patient vers la pharmacie de l'hôpital pour la délivrance du médicament ou s'assurer de la disponibilité du médicament en pharmacie de ville

Pour faire face au « choc émotionnel » que génère l'annonce de la maladie, nous privilégions l'information et la documentation avec juste le minimum d'éducation

Phase 2 : Le rendez-vous après une semaine et selon périodicité planifiée

- › Le patient revient après une semaine de prise du médicament pour la 1ère consultation de suivi. Nous débutons une démarche éducative
- › Évaluation de la semaine écoulée
- › Réalisation d'une prise de sang sur prescription médicale
- › Bilan sur les rendez-vous et examens (agenda patient)
- › Évaluation de son état physique (par ex. fatigue) et de son état psychique
- › Évaluation de l'état cutané
- › Évaluation de la tolérance et des effets secondaires
- › Éducation ciblée et personnalisée selon les demandes et besoins du patient avec mesure de la compliance au traitement, de l'observance des consignes
- › Écoute active et soutien
- › Appel du médecin si besoin (complications, besoin d'ordonnances, ...)
- › Réajustement du traitement par le médecin si besoin
- › Prise du prochain rendez-vous

Les fonctions supports nécessaires :

- › Esthéticienne
- › Assistante sociale
- › Équipe mobile soins palliatifs
- › Kinésithérapeute
- › Psychologue
- › Diététicienne

CONCLUSION

La réussite de cette organisation tient d'une bonne collaboration et communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire médico-soignante. La relation de confiance tissée avec le patient au décours des consultations contribue à la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé tout au long de son parcours de soins.

La disponibilité et la réactivité de l'équipe de consultation apportent au patient un sentiment rassurant, améliorent sa qualité de vie et permettent bien souvent, grâce à l'anticipation des complications ou des effets secondaires, de réduire le nombre d'hospitalisations.

LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE



Les Acteurs

› Psychologues

Astrid George, psychologue en onco-pédiatrie
Vanessa Grandjean, psychologue à la clinique du sein
Anaïs Meulemans, psychologue en onco-hématologie

LA PSYCHO-ONCOLOGIE

La psycho-oncologie étudie les relations entre la psychologie et le cancer.

Le cancer constitue un fardeau individuel en termes de souffrances physiques, psychologiques et sociales. Il représente aussi un fardeau sociétal important en raison de la perte de productivité des personnes atteintes de cancer et des coûts liés aux soins de santé.

Diverses études scientifiques ont démontré que la prise en charge psychologique a un impact sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'un cancer. Ce soutien permet en effet d'apprendre à gérer au mieux ses peurs et à calmer ses angoisses.

Afin de pouvoir gérer et comprendre au mieux les contre-coups, diverses aides doivent être offertes.

La psycho-oncologie au Centre Hospitalier du Luxembourg

La psycho-oncologie est un domaine multi-disciplinaire qui est lié aux principales spécialités de l'oncologie : les disciplines cliniques (chirurgie, médecine, pédiatrie, radiothérapie), l'épidémiologie, l'immunologie, l'endocrinologie, la biologie, la pathologie, la bioéthique, les soins palliatifs, la médecine physique et de réadaptation, les essais cliniques menés par la recherche (et prises de décisions associées), ainsi que de la psychiatrie et de la psychologie, l'assistant social, l'infirmier, l'aumônier et les défenseurs des patients.

Au sein du Centre Hospitalier du Luxembourg, le psychologue est disposé à rencontrer les patients à différentes étapes des traitements et/ou de la maladie: annonce du diagnostic, période péri-opératoire, des traitements de chimiothérapie et la phase de suivi.

La demande émane autant de l'équipe médico-soignante, que du patient et sa famille.

L'expérience a fait apparaître qu'il est plus aisé pour les patients que le psychologue assure un 1er contact systématique lors d'un des traitements. Cela donne la possibilité à chacun de décider s'il veut poursuivre le suivi psychologique. La possibilité est également offerte de faire appel au psychologue en cas de décompensation psychologique ultérieure.

Au travers d'entretiens individuels et de techniques de relaxation, une aide personnalisée, adaptée à chaque patient et à chaque étape de la maladie est offerte.

C'est une écoute et un regard neutre vis-à-vis de la maladie et des traitements. C'est également une ouverture vers la discussion des problèmes et des « crises » induits suite au diagnostic. Une intervention est proposée lors des moments de perte de confiance et d'espoir comme un endroit où le patient peut s'exprimer librement. Une façon est aussi d'y apprendre à mettre des mots sur les impressions et sentiments afin de les intégrer au mieux dans cette nouvelle réalité.

La psychologue est apte à aiguiller les personnes sur la manière d'informer l'entourage, les enfants via des discussions, des brochures et des livres.

Un entretien de couple et/ou familial aide à s'exprimer sur la situation, à effectuer une mise au point sur les perceptions de chacun au niveau de la maladie et de ses traitements. C'est un moment qui offre la possibilité de discuter ensemble des problèmes personnels et/ou familiaux. La perspective familiale-systémique est essentiel dans la prise en charge psychologique en pédiatrie.

La mise en place d'ateliers de psycho-oncologie aide également les patients et leur famille à gérer les aléas de la maladie en échangeant avec d'autres patients.

Le défi

Un défi essentiel en milieu hospitalier est de pouvoir intégrer à la meilleure technologie médicale, la prise en charge des conséquences psychosociales de l'annonce du cancer.

Ainsi, des intervenants différents sont indispensables pour assurer une prise en charge optimale à long terme.

Cette prise en charge a pour but de faciliter l'adaptation et de réduire les troubles psychologiques inhérents aux différentes étapes de la maladie et des traitements. Ces étapes incluent : le choc du diagnostic, la chirurgie et l'adaptation au corps mutilé, la prise en charge des effets secondaires des traitements adjuvants, l'anxiété, la dépression, le deuil, l'agressivité et les soins palliatifs sans oublier de tenir compte des implications émotionnelles de l'entourage proche.

Les domaines :

1. Pour les patients et les familles

- › Mise en place systématique d'un 1er contact avec le patient et/ou sa famille
- › Consultations psycho oncologiques à différents moments de la prise en charge médicale
- › Suivi des patients en hématologie, préparation à la greffe,...
- › Mise en place d'un d'accompagnement d'annonce aux enfants de parents atteints d'un cancer
- › Accompagnement de la fratrie
- › Diversité des techniques de prise en charge : techniques issues des thérapies cognitivo-comportementales, Hypnose Ericksonienne, EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing), ...
- › Prise en charge du diagnostic à la fin de vie et possibilité de suivi de deuil

2. Au niveau des soignants

- › Participation active au RCP
- › Mise en place de débriefing avec l'équipe médico-soignante lors de situations difficiles
- › Formation en psycho-oncologie : transfert des compétences vers les équipes soignantes

LES SOINS PALLATIFS



Les Acteurs

› Médecins spécialisés en soins palliatifs

Dr Frédéric Fogen

Dr Christiana Lopez Da Silva

LE SERVICE DE SOINS PALLIATIFS ET D'ACCOMPAGNEMENT EST FORMÉ DE :

1. l'équipe mobile de soins palliatifs et d'accompagnement:

- › présente sur tous les sites de l'hôpital
- › en premier lieu: équipe de support et de conseil pour les patients, l'entourage et les équipes médico-soignantes
- › plaque tournante entre le milieu hospitalier et les soins à domicile
- › disponible en semaine de 9 heures à 17 heures 30 et joignable par le téléphone de l'infirmière
- › la continuité des soins (nuits, samedi, dimanche et jours fériés) est assurée en collaboration avec l'unité fixe grâce à un dossier médico-soignant tenu à jour et disponible de manière informatique: les patients ont le numéro d'appel de l'unité en cas de besoin d'hospitalisation, de questions ou de soutien.

2. l'unité fixe de soins palliatifs :

- › située au 2^{ème} étage du site CHL Eich
- › 10 lits dont 1 chambre double
- › un bureau médico-soignant et une salle de pharmacie hospitalière
- › une salle de repos pour le personnel
- › une salle de séjour avec un espace-cuisine et un accès au balcon réservé aux patients
- › une possibilité de rooming-in: les frais d'hébergement sont pris en charge
- › une possibilité de visites sans restriction à condition de ne pas interagir avec les soins
- › l'unité est accessible 24h/24h et le médecin de garde peut être sollicité 24h/24h

DÉFINITION DES SOINS PALLIATIFS SELON L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002)

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie chronique évolutive potentiellement mortelle:

- › par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision;
- › par le traitement des douleurs et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.
- › Les soins palliatifs:
- › procurent le soulagement des douleurs et autres symptômes gênants;
- › soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal;
- › n'entendent ni accélérer ni repousser la mort;
- › intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients;
- › proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort;
- › offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil;
- › utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant, si nécessaire, une assistance au deuil;
- › peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie;
- › sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie;

- › incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

VALEURS FONDAMENTALES

Le service de soins palliatifs et d'accompagnement s'engage à respecter les valeurs fondamentales suivantes:

- › le respect des droits du patient;
- › la relation thérapeutique fondée sur la dignité et l'intégrité de la personne;
- › l'attention aux souffrances, besoins, attentes, espoirs et peurs des patients et de leurs proches;
- › l'éviction de tout acharnement thérapeutique;
- › la préservation ou l'amélioration de la qualité de vie;
- › le respect des attitudes thérapeutiques en accord avec les autres spécialités médicales.

MISSIONS

Le service de soins palliatifs et d'accompagnement répond à :

- › un projet d'établissement, c.à.d. répond au droit d'accès des patients aux soins palliatifs selon la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée, et à l'accompagnement en fin de vie;
- › une mise à disposition aux patients atteints d'une maladie incurable, évoluée et évolutive, d'une ambiance générale de disponibilité, d'écoute, d'authenticité, d'accueil et de chaleur humaine;
- › une amélioration du confort de vie en prévenant et en soulageant les douleurs physiques, mais aussi les autres symptômes pénibles de la maladie, en anticipant les risques de complications et en prenant en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans le respect de la dignité de la personne soignée ;
- › une intégration des proches dans le processus de la prise en charge du patient et un accompagnement pendant la maladie et pendant le deuil;
- › une promotion de la philosophie des soins palliatifs à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital;
- › un enseignement et une formation des professionnels de santé pour acquérir, entretenir et améliorer leur niveau de compétences dans ce domaine;
- › une implication dans la recherche, les études cliniques et les systèmes de documentation utilisés couramment en soins palliatifs;
- › une promotion de la réflexion éthique au sein des différentes équipes hospitalières.

FORMATION / ENSEIGNEMENT

Depuis 2012, le service est le seul terrain de formation médicale actuellement reconnu au niveau national pour le diplôme allemand de médecine palliative (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Ärztekammer Saarland) et accueille depuis 2016 des médecins en voie de spécialisation en médecine générale de l'Université du Luxembourg. Depuis 2017, les médecins du service accueillent également des étudiants en médecine de la Faculté de Médecine de Louvain.

ASPECTS SPECIFIQUES DU SERVICE

Le service de soins palliatifs assure des soins actifs et continus à des patients atteints de pathologie grave évoluée et/ou évolutive de façon à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychologiques, sociaux, culturelles et spirituels: aussi bien que pour des patients oncologiques et non-oncologiques.

Le projet de soins est définie ensemble avec tous les acteurs professionnels par écoute active et respect de la volonté et dignité du patient et de son entourage. Les patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs peuvent être identifiés par tous les services hospitaliers en utilisant le référentiel de soins de support et palliatifs basé sur l'échelle SPICT (Supportive and Palliative Care Indicator Tool). Le projet est établi à partir d'une évaluation standardisée par échelle validée en soins palliatifs ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) des douleurs et symptômes pénibles. En fonction de la situation clinique et de la volonté du patient, les sorties du cadre hospitalier et les maintiens à domicile sont les objectifs majeurs, toujours en étroite collaboration avec les médecins-généralistes et les réseaux de soins à domicile. Pour atteindre les objectifs fixés, des techniques médicamenteuses, parfois même invasives, ainsi que des méthodes complémentaires et techniques non-médicamenteuses sont employées par les professionnels formés.

TYPES DE PRISE EN CHARGE

L'admission à l'unité de soins palliatifs est indiquée dans les situations aiguës chez des patients où les soins à domicile ou en ambulatoire, respectivement au sein d'une autre unité d'hospitalisation avec l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs sont limités à cause de la présence de symptômes physiques et/ou psychiques insuffisamment contrôlés par les traitements et les moyens de soutien déjà mis en place et qui nécessitent une prise en charge par une équipe spécialisée en soins palliatifs.

Le but d'une hospitalisation au sein de l'unité de soins palliatifs est d'obtenir un meilleur contrôle des symptômes et d'envisager ainsi une sortie des patients soit avec un retour à domicile, soit avec une admission dans une unité de long séjour type hospice ou maison de soins.

Des traitements à visée curative ne peuvent pas avoir lieu, par contre, tous les traitements, invasifs ou non, même exceptionnellement la chimiothérapie ou la radiothérapie, visant au contrôle des symptômes, voire une prévention de complications possibles liées à l'évolution de la maladie, peuvent être prodigués si l'indication pour une admission à l'unité de soins palliatifs est donnée.

Toute demande d'admission à l'unité de soins palliatifs sera analysée par l'équipe mobile de soins palliatifs pour les patients hospitalisés. Les demandes d'admission pour des patients externes seront traitées en collaboration avec les médecins-généralistes.

Les patients externes sont prioritaires pour une admission: les patients hospitalisés peuvent bénéficier de l'intervention de l'équipe mobile en attendant une admission à l'unité fixe.

Pour les admissions, l'unité de soins palliatifs s'engage à respecter la charte suivante :

- › la présence d'une maladie incurable, évoluée et évolutive jusqu'au décès du patient, nécessitant l'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs: une liste exhaustive de ces maladies ne pourra pas être dressée
- › la présence de symptômes physiques (douleur, nausées, vomissements, dyspnée,...) et / ou psychiques (angoisse,...)
- › exceptionnellement une indication sociale
- › l'amélioration et / ou la stabilisation de la qualité de vie seulement envisageable avec une admission à l'unité de soins palliatifs
- › l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs familles
- › l'information précise sur les principes des soins palliatifs et l'accord préalable du patient, voire du représentant légal ou de la personne de confiance
- › l'information du patient sur la durée de séjour limitée et la sortie envisagée soit avec un retour à domicile soit vers l'hospice ou une maison de soins: les patients en fin de vie ou dans un état critique ne seront pas transférés
- › l'admission de patients adultes (âge > 18 ans)

Patients adultes :

Le service de soins palliatifs, aussi bien l'équipe mobile que l'unité fixe, prend en charge des patients adultes atteint de maladie chronique évoluée et/ou évolutive, potentiellement mortelle, à n'importe quel stade de leur maladie: oncologique, cardiaque, pulmonaire, neurologique et/ou dégénérative, rénale...

Enfants :

Les soins palliatifs pédiatriques sont organisés de manière interne à la Clinique Pédiatrique. L'équipe mobile de soins palliatifs peut être sollicitée pour avis et conseil. En cas de besoin, les enfants sont hospitalisés à la clinique pédiatrique qui dispose des compétences nécessaires. Aucun enfant ne peut être pris en charge à l'unité de soins palliatifs adultes.

Plus de 2000 collaborateurs CHL

5 valeurs communes

ENGAGEMENT DE SOLIDARITÉ

Compétence | Éthique | Responsabilité | Innovation | Intégrité
Projet | Transparence

RECHERCHE DE L'EXCELLENCE

Compétence | Expertise | Innovation | Qualité | Compétitivité
Professionalisme

EXIGENCE D'INTÉGRITÉ

Honnêteté | Transparence | Éthique
Exemplarité | Courage

PARTAGE DES CONNAISSANCES

Formation | Information | Expérience | Interdisciplinarité
Complémentarité | Travail d'équipe



Centre Hospitalier
de Luxembourg

Centre Hospitalier de Luxembourg

4, rue Ernest Barblé L-1210 Luxembourg

Tél : +352 44 11 11 Fax : +352 45 87 62 www.chl.lu