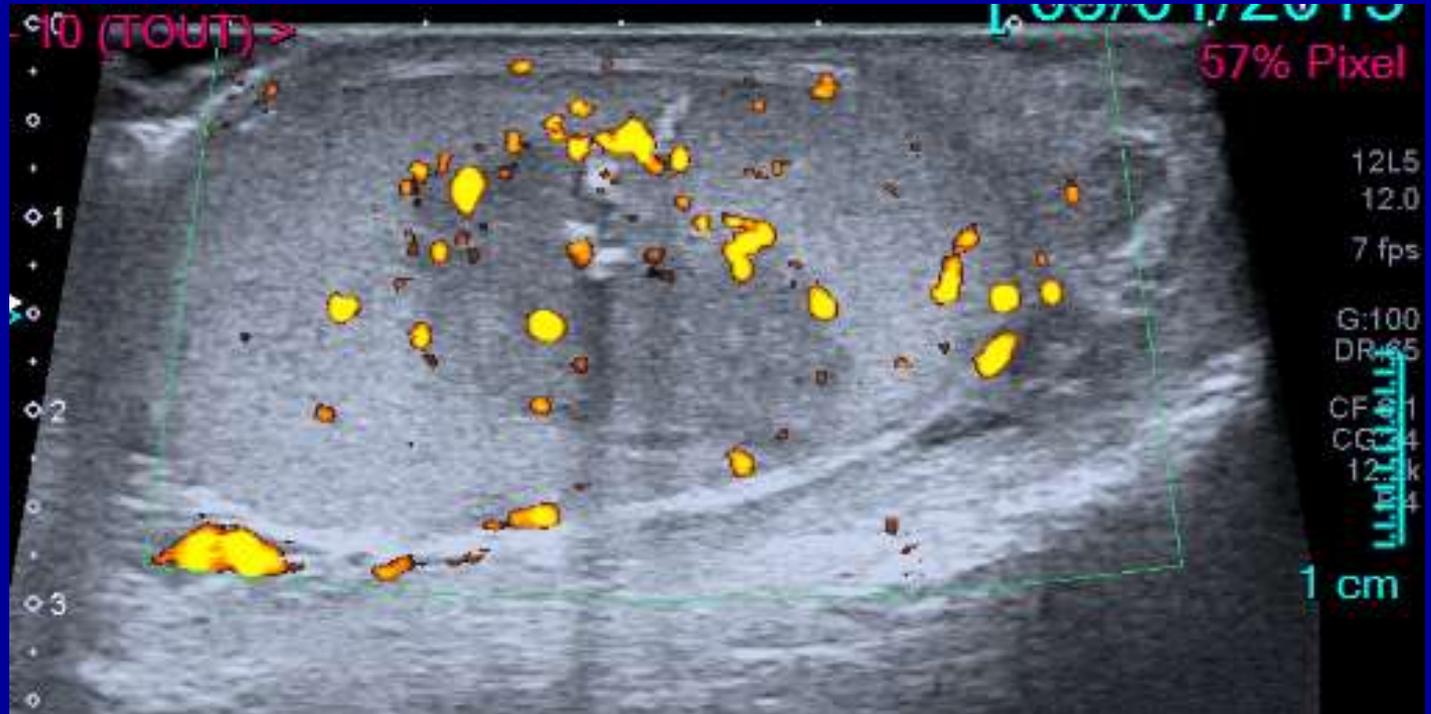


# Imagerie en oncologie : quelques spécificités

Cours DES, Module oncologie  
L Rocher, Radiologie B,  
CHU Bicêtre

- Le dialogue, la pré annonce
- Procédure d'alerte
- Urgences/iatrogénie/immunodepression
- ongeriatrie

# 25 ans infertilité (azoospermie) échographie



- Que dites vous au patient ?

# TDM Douleur lombaire : (collègue médecin)





# Les priorités quotidiennes des radiologues dans l'imagerie cancérologique

- Avoir un bon diagnostic
- Ne pas passer à côté d'une pathologie grave, urgente
- Travailler avec un matériel performant
- Au sein d'une équipe (médicale et paramédicale) dynamique
- Savoir transmettre / Avoir un avis pertinent en staff
- Avoir une biopsie positive / Réussir un geste difficile / Ne pas avoir de complication grave (radiologie interventionnelle)
- Établir une relation constructive avec le patient ?

# Quels cancers sont souvent vu en premier lieu par les radiologues ?

- Sénologie (mammo, echo...)
- Neuro (TDM/IRM)
- Thyroïde (échographie)
- Poumon (RX, TDM)
- Foie/reins/pancréas (Echo, TDM, IRM)
- OS (Rx, TDM, IRM, scinti)
- Tissus mous (échographie, IRM)
- Lymphome (Echographie, TDM)
- Testicule, vessie (Echographie)

# Pour certains K : TT chirurgical mutilant ou chimiotherapie sans biopsie

- Rein
- Testicule
- Neuro
- K enfant (neuroblastome..)

# Considérations générales

## Communication avec les patients

- Transformations des relations médecin patients++++
- Nécessité d'information (loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades)
- Mise en place d'un « partenariat » ou plutôt d'une « relation de confiance » entre le médecin et le malade
- Comment apprend-on à informer le patient?

# Relation médecin -Malade

- Socle de l'exercice médical...en radiologie, à adapter
- Variable en fonction des situations : urgence, pathologies chronique, annonce de mauvaise nouvelle
- Médecin « idéal » : image idéalisée d'un maître de sa discipline , sorcier, confident, père ? , mère ? , demi-dieu...
- Patient « idéal » : « bon malade »,compliant et guérissable, rassurant le médecin sur son pouvoir, ses compétences, confirmant sa vocation
- Maladie incurable : confrontation médecin à ses limites, impuissance, blessure narcissique.

# Annnonce d'une mauvaise nouvelle

- Inverse des idéaux des soins
- Génère souffrance
  - Impuissance a guérir ?

## Du paternalisme à l'autonomie du malade : évolution de la relation

- Modèle plus égalitaire
- Valorisant l'autonomie ?
- Partenaire de soins
- Information du patient : contre-pouvoir nécessaire pour tendre vers un équilibre des savoirs, et se prémunir d'incompétences
- Accompagnement du patient
- Information utile : pas de partage du savoir, ni des responsabilités.

# Le contexte social actuel

- Actuellement , la jeunesse, la santé et la richesse occupent une place d'honneur !
- Difficulté pour les vieux, les malades et les pauvres ...Marginalisation
- Annonce de la maladie : perte de sa valeur sociale
- Patient : victime de malchance (actuellement assimilée volontiers à une tare..).
- Droit absolu d'être guéri - peu importe la maladie
- Contexte médico-légal : non guérison = coupable. Celui qui s'estime lésé devrait bénéficier d'un recours légal et financier.

# La société face à la mort

- Quasi refus de la réalité de la mort
- Autrefois, les décès avaient lieu à la maison : les enfants se situaient dans une continuité (vie vieillissement mort).
- Maintenant , on meurt à l'Hôpital : les sphères de la vie et de la mort sont séparées.
- L'individu (médecin compris), s'attend à passer une vie qui ne parait ne devoir jamais s'arrêter, en parfaite santé.
- Le professionnel de santé ne peut faire référence à une religion donnée

# Mauvaise nouvelle

- « Nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait la patient de son avenir »
- Moins celui-ci se doute de la gravité, plus la nouvelle lui apparaîtra mauvaise
- Peur du médecin : maladresse, incapacité..
- Racines de cette peur : conception de la maladie qui prévaut actuellement dans notre société, souffrance du patient
- Paradoxe : en radiologie « examen normal » =déception (pas d'explication..)... mal vecue(alors je suis psy?)

# A qui incombe la tâche d'annoncer une mauvaise nouvelle ?

- Quelque soit le professionnel de santé, il faut qu'il soit formé.
- Il faut acquérir des compétences en matière de communication de mauvaises nouvelles, par l'observation des méthodes employées par des confrères. et dans la pratique, c'est rarement le cas !

- Le professionnel de santé répugne à effectuer un travail pour lequel il n'a pas eu de formation.
- Axiome ancré dans la pratique : ne jamais appliquer une procédure à moins de savoir comment procéder dans le cas où celle-ci ne produirait pas le résultat escompté
- Mais comment faire face à des réactions de colère ou de désespoir ? Éviter l'entretien ?
- Si réaction excessive : désapprobation de confrères, d'autant plus que l'on est en bas de la hiérarchie !
- Mais aucun ménagement à l'égard du malade ne rendra une radiographie normale

# L'enjeu

- « Le médecin était froid, insensible »  
(en fait gêné, nerveux...)
- Augmentation des litiges : problèmes de communications ++++
- Travail bien fait : source de satisfaction
- Moins de lassitude du travail

# qq références

- Ollivier, Cancer 2009
- 81% des femmes sur 190 patientes
- 30 questions
- 79% souhaitent une brochure d'information
- 36% voudraient rencontrer le radiologue avant l'examen
- 77% apres

# Pourquoi le cancer ?

- Cancer : une maladie à part
- HTA sévère, Cardiopathie, Insuffisance rénale : importante diminution de l'espérance de vie, mais pas le même vécu que le cancer.
- « Le cancer fait refluer de passé, suspend de présent, et désagrège le futur. Il distord le temps du malade, désorganise ses rythmes, suscite chez lui des perceptions nouvelles, et modifie mêmes ses vécus » A Bouregba, psychologue, psychanalyste (LNCC)

# Le cancer est fréquent !

- Aujourd'hui, un tiers des décès masculins et un quart des décès féminins sont dus aux cancers.
- Examen d'imagerie à l'Hôpital : proportion importante de patients atteints de cancer

# Annonce du diagnostic

- Situation extrême comme décisions d'arrêt de soins, fin de vie...
- « souvenez vous du jour où vous m'avez annoncé que j'avais un cancer. Ma vie a basculé »
- « quand vous m'avez dit cancer, j'ai mis sur off, je n'ai pas pu entendre tout ce que vous m'avez dit après »
- Mots associés : souffrance, rejet, culpabilité, mort
- Tumeur = Tu meurs
- Violence d'autant plus importante que le patient est asymptomatique.

# Mécanismes de défenses inconscients des malades

- Déni (kyste, polype, on m'a rien dit..)
- Maîtrise (vérifications de tous les examens, suspicion à l'égard des soignants)
- Révolte (agressivité)
- Déplacement du problème (contraintes des trajets, pb financiers..)
- Lutte, sublimation (associations, danger pour les soignants de sous estimer la souffrance)
- Régression (souvent transitoire, relation enfants-parents)

# Mécanismes de défenses inconscients des soignants

- Mensonge
- Banalisation , dérision
- Fausse réassurance
- Rationalisation
- Évitement, collusion
- Fuite en avant : trop d'information/incompréhensible
- Contre transfert : le médecin se met à la place du malade qu'il imagine à son image
- Burn-out : épuisement physique, émotionnel et mental

# Dispositif d'annonce

- Inclus dans le plan Cancer
- A la demande des associations de patients
- Inclus des consultations d'annonce avec personnel dédié
- Le radiologue : **la pré-annonce**

# Relation avec le patient : Historique de notre profession

- Lorsque A. Béclère, père de la radiologie française, a décidé en 1896 de se consacrer à la radiologie, ses collègues, médecins des hôpitaux, l'ont interpellé en ces termes « *tu déshonores le corps des hôpitaux en devenant photographe* ».
- Mais même le photographe a un contact avec son client !
- **Radiologie standard** : examens spéciaux/artériographies
- **Échographie** : contact privilégié.
- **TDM** : d'abord toutes les heures, maintenant tous les  $\frac{1}{4}$  d'heure.. cela devient compliqué...
- **IRM** : choix des séquences / timing/ débit moins important mais vigilance accrue sur le résultats des différentes séquences
- **Interventionnel/sénologie** : plus clinicien
- Équipes plus importantes en nombre, « rentabilité » des machines, organisation, gestion du personnel...
- Actuellement, phase de stabilisation ?
- Ou est la place du patient ?

# Du symptôme à la RCP : 1<sup>er</sup> exemple..

- M X, 50 ans , fumeur, consulte son médecin traitant pour une toux chronique
- L'examen clinique est normal
- **Radiographie de thorax** faite en ville : **opacité para-hilaire droite, intérêt d'un TDM...**
- Nouvelle consultation : prescription d'un scanner thoracique « exploration d'une opacité hilaire droite... »
- **Rendez vous téléphonique au centre le plus proche**
  - Secrétariat ouvert, rendez vous pris
  - « Vous êtes à l'hôpital X, vous téléphonez pour un rendez vous tapez 1, pour joindre un proche tapez 2... »
  - « vous voulez prendre un rendez vous avec : la consultation de médecine tapez 1, la consultation de chirurgie tape 2, la radiologie tapez 3... »
  - « Le bureau des rendez vous est occupé, veuillez rappeler ultérieurement »

# Finalemment...



- Rendez vous 1 semaine plus tard avec taux de créatinémie
- Scanner : accueil



# Puis salle d'attente et de préparation



# Réalisation de l'examen



temps médical...  
qui est à la console : un interne, un  
sénior, personne ?  
A l'hôpital, l'organisation est  
multifactorielle...



# Que devient le patient ?

- Lui a -t-on proposé de voir le radiologue?
- Inquiet du résultat , va-t-il oser demander à voir le radiologue ?
- Le plus souvent : vous viendrez dans 48H chercher les résultats...
- On enverra le compte rendu à votre médecin traitant

H1 : « vous viendrez prendre les résultats de votre examen dans 48H »

48 H après le patient revient et lit : « masse pulmonaire hilare droite d'allure maligne avec adénopathies locorégionales , à confronter aux données d'une fibroscopie »

- il téléphone à son médecin traitant (alors en consultation), qui l'adresse à un pneumologue pour une fibroscopie avec biopsie)

- Il a peur, et ne reprend pas rendez vous

- Il reviendra dans le circuit de soin via les urgences, à l'occasion d'une hémoptysie massive

- Le pire : il se suicide

## H2 : il voit le radiologue

- « Le scanner confirme qu'il existe une anomalie. Voulez vous que nous joignons votre médecin traitant pour accélérer votre prise en charge ? »
  - Oui, le MT gère, le CR lui est envoyé ou faxé (fax sécurisé), les images données avec CD.
  - Oui, le MT est d'accord pour qu'un rendez vous avec le pneumologue du centre soit pris
  - Non, les clichés et le CR sont donnés au patient

# Relation radiologue patient : Le point de vue du clinicien

- Adhésion dans ce projet...mais
- Ambivalence : « il vaut mieux ne rien dire que de faire une annonce inadaptée ».
- Veut garder la maîtrise de la relation ?
  - « Si vous vous mettez à faire de la clinique... »
  - « Si c'est « untel » qui voit les patients, pourquoi pas ? Mais pas n'importe qui... »
  - « Il va y avoir deux sons de cloches... »
- Amélioration de la relation radiologue/patient:  
amélioration de la relation radiologue/clinicien

# Le point de vue du patient : ses priorités

- Rendez vous rapide
- Pas de souffrance
- Pas de complication
- Rapidité
- Pertinence du diagnostique, de l'évaluation, connaissance rapide du résultat
- Annonce (préannonce) médicalisée d'un diagnostic

# Le point de vue du patient...dans quelques cas caricaturaux

- « j'ai passé un scanner le lundi, demandé par mon médecin traitant. Je suis venu chercher les résultats. J'ai lu en sortant: tumeur bronchique avec métastases hépatiques »
- « J'ai vu le visage du médecin à l'échographie et j'ai compris que c'était grave , mais il ne m'a rien dit . Je n'ai pas osé lui demander ce qu'il y avait».
- « Le médecin m'a demandé : La tumeur du foie est-elle connue? »
- « Il étaient deux, et l'un a dit à l'autre : c'est manifestement un CHC sur foie de cirrhose ».
- « J'ai passé mon scanner à l'hôpital. La porte de la salle d'attente était entrouverte et j'ai entendu :
  - « Elle a un foie complètement métastatique, c'est foutu, t'a vu son âge? ».
  - « Il n'a pas bu que de la Badoit... »
  - « Avec 40 paquets-années , c'est pas étonnant, on récolte ce qu'on a semé.... »

# Le point de vue de la ligue

- Pas de plainte majeure dans la relation avec les radiologues....car il n'y a pas ou peu de relation
- Mais ce sont les malades qui sont demandeurs du dispositif d'annonce....car celle-ci est trop brutale et mal préparée
- Si les radiologues occupaient plus le terrain de la pré annonce, l'annonce du diagnostic en serait facilité.
- Si on signale une anomalie, organiser la prise en charge à la suite de l'examen
- Pas de différence entre les patients dans la salle d'attente (impression de circuit privilégié...)

# Le point de vue des agents, des secrétaires, et des manipulateurs

- Période d'adaptation
- Accueil des patients amélioré (motivation de l'équipe)
- Meilleure identification des patients fragiles.
- Plus de contacts verbalisés entre les médecins et le personnel

# Les différents modes d'exercice

- Grande variété de pratiques...du cabinet libéral de ville au CLCC.
- Souvent, en ville, « tradition » de voir le patient en radiologie standard, en TDM, en IRM. Salle de confidentialité.
- L'exercice des « gros centres privés » se rapproche plus de celui de l'hôpital
- Mais moins de monde, pas de stagiaire, pas d'interne...
- A l'hôpital : standard, TDM : le patient n'est vu qu'exceptionnellement. IRM +/-

# Le vécu du professionnel de santé

- La peur de faire mal : pas d'anesthésie !
- L'empathie : on prend facilement part à la détresse du patient. Sa propre émotion est le reflet de celle du patient.
- Peur de l'échec thérapeutique
- Peur des reproches
  - On tient le messenger pour responsable des mauvaises nouvelles qu'il porte
  - Sentiment qu'il y a nécessairement un responsable de toute détérioration de la santé d'une personne

# Le vécu du professionnel de santé

- Peur d'exprimer ses sentiments
  - La réserve est de rigueur
  - Signe de manque de professionnalisme...
  - Or il est normal et utile de savoir montrer un minimum de compassion
  - Attitude différente quand on a la blouse blanche, pour une même situation
  - Savoir se servir des compétences humaines de base
- Peur de sa propre maladie, de sa propre mort
  - Choix d'une carrière médicale : désir d'échapper à sa propre mortalité
  - Plus on voit une ressemblance entre le patient et soi-même...
  - Chance de ne pas se trouver de l'autre côté du bureau
- Peur de la hiérarchie médicale
  - Vestige de l'habitude de ne rien dire au patient

## En fonction de la technique : le contact change...

- **En échographie**, la pénombre, la position et le contact corporel peuvent favoriser le dialogue.
  - Position « dominant/dominé »
  - Attention au visage
  - Dialogue de fin d'examen variable
  - **-inexistant**
  - **-Rassurant !**
  - **-Amorcer l'annonce.**
- **La radiologie standard** (or mammographie) est moins concernée par le problème de pré-annonce du cancer, en particulier à l'hôpital.
- **En tomодensitométrie et en IRM**, le contact avec les patients dépend de l'organisation du service.
- Il n'est en aucun cas systématique et le délai nécessaire à l'interprétation peut-être un argument pour ne pas dire d'emblée au patient ce qui a été vu

# Comment ?

- Pas dans un couloir
- Pas devant les autres patients
- Au mieux, salle de confidentialité
- Mais l'absence de salle dédiée ne doit pas être un prétexte pour éviter de voir les patients
- « S'il n'y a pas de bonnes manières d'annoncer une mauvaise nouvelle, il y en a de mauvaises » (Henri Pujol)
- En apprentissage, c'est difficile !
  - Situer sa place : je suis le Dr A., interne dans le service
  - Faire seul la pré annonce d'un cancer peut être au delà des responsabilités d'un interne
    - Vérifier si le patient consulte rapidement,
    - comment le compte rendu sera récupéré,
    - au besoin appeler un sénior,
    - Appeler le clinicien correspondant,
    - faire relire rapidement l'examen par le senior référent dans le domaine

Pas dans un couloir...



Pas devant les autres patients



# lieu de confidentialité?

Attention a la porte !

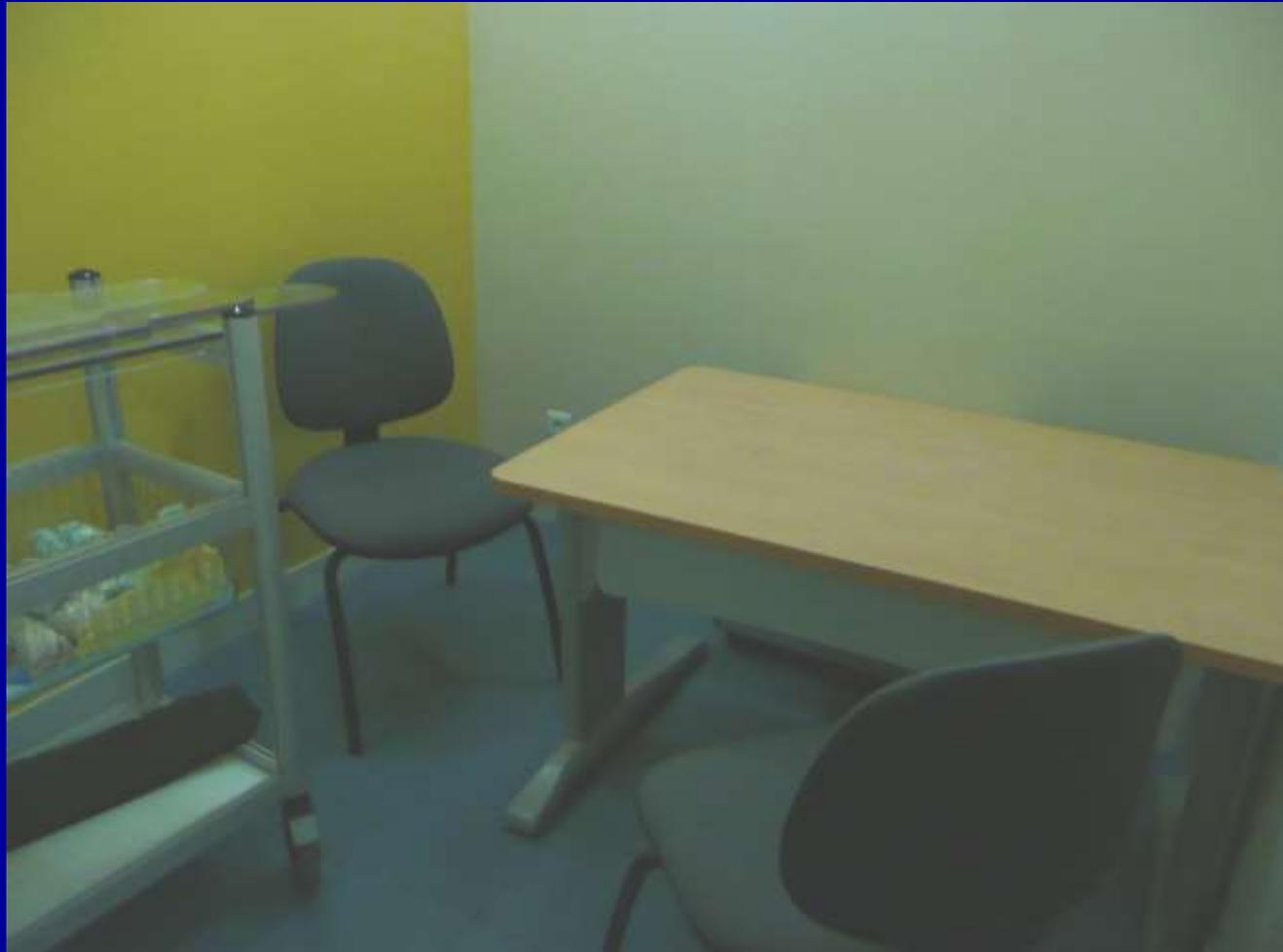


Position  
du médecin

# Assis pour les mauvaises nouvelles...



Salle de confidentialité...souvent vide, si accès difficile



## Comment aborder le patient (situation de contrôle habituel, sans pré annonce)...

« vous vouliez me voir ? » ou « je peux vous voir », on peut préférer :

- « Vous avez un moment à nous accorder? »
- Trouver une formule pour faire comprendre qu'il ne s'agit pas d'une consultation.

# Les étapes de l'entretien

- Préparation de l'écoute
  - Présentation/ poignée de main/ S'asseoir (surtout si mauvaises nouvelles)/ pas derrière un bureau/ patient habillé/ distance convenable (zone tampon du corps, 50 à 90 cm...)/ position pas trop décontracté (jambes croisée, corps en arrière.. / geste ?
- Interrogation
  - Comment s'est passé l'examen? Quelle était la raison qui vous avait fait consulter le Dr X... ?
- Ecoute active
  - Ne couper la parole qu'en cas de nécessité /admettre les moments de silence/ Vous vouliez me demander quelque chose?
- Signe de compréhension
  - Répétition (reprendre une phrase du patient/reformulation)
- Réponse
  - Pas de réponse agressive/ pas de jugement de valeur/ pas de tentative prématurée pour rassurer le patient/ privilégier la réponse empathique (oui, je sais combien il est pénible d'attendre ici aussi longtemps)/ questions ouvertes

# Pré-annonce du cancer

- « certaines images sont anormales, et expliquent probablement les symptômes pour lesquels p vous avez consulté »
- « Il s'agit probablement d'une maladie sérieuse, mais cet examen d'imagerie n'est qu'un élément du diagnostic »
- « il est possible que votre médecin demande d'autres examens en complément, et nous ferons notre possible pour que vous obteniez des rendez vous le plus rapidement, s'il souhaite que vous les effectuez ici et que vous en êtes d'accord »

# Situations cliniques fréquentes

- Le patient très bavard
- Le patient agressif
- Le patient autoritaire
- Le patient est un proche
- Le patient est un professionnel de santé

## Le patient très bavard « à propos, j'ai oublié de vous dire... »

- Souvent anxieux
- Pièges : laisser perler sans interrompre/ne pas l'écouter/l'interrompre brutalement/s'énervier
- Pistes : empathie /interruption  
« stratégique »
  - « je comprends que vous êtes inquiet »
  - « si je vous ai bien compris »
  - « qu'est ce qui est le plus difficile en ce moment »

## Le patient agressif

« vous me donnez un rendez vous bien trop tard, je paye mes impôts et la sécurité sociale, que vous êtes mal organisé, ça n'est pas normal...»

- Mécanisme de défense : la projection agressive (attribuer à une cause extérieure une problématique, une souffrance)
- Traduction d'une angoisse, colère, blessure narcissique, culpabilité
- Pièges : réagir en miroir / rapport de force / justification / se laisser insulter / se sentir en échec
- Pistes : laisser parler / gérer ses émotions / stabilité / impliquer le patient dans l'examen / empathie / poser les limites « je ne peux pas accepter que vous me parliez ainsi, quelles que soient vos difficultés que je respecte »

## Le patient autoritaire

« Vous enverrez l'examen à mon médecin, je n'ai pas le temps de venir le chercher, avec un double à mon domicile »

- Ton directif
- Inversion des rôles
- Pièges : Obéir sans discuter/s'offusquer ouvertement « je sais ce que j'ai à faire, ce n'est pas à vous de me le dire »
- Pistes : recul/ dépasser son sentiment d'indignation/ confiance/ humour/ parfois accepter une certaine manipulation nécessaire

# le patient est un proche (ou le proche d'un collègue)

- Si possible, anticiper cette situation : adresser à un confrère, quitte à l'accompagner.
- Nécessite de l'expérience +++
- Aborder tout patient en professionnel
- Pas de familiarité
- Eviter de se trouver dans la situation de devoir annoncer ce type de nouvelle à un proche
- Cela arrive quand même....
- Faire relire l'examen par quelqu'un de neutre ou de moins impliqué

# Si le patient est un professionnel de santé

- Il peut ne pas comprendre (pas toujours spécialiste du problème)
- « Je sais que vous êtes médecin, et si vous le voulez bien, nous allons envisager le problème qui vous préoccupe d'un point de vue humain »
- « Pouvons nous reprendre depuis le début des symptômes ? »
- « Arrêtez moi si vous savez déjà ce que je vous explique »
- Erreurs par excès ou par défaut

# 4 objectifs de la communication (S Dauchy, IGR)

- Obtenir de l'information
- Donner de l'information
- Construire une relation
- Assurer un soutien (empathie+++)

## Ce qu'il faut éviter (1)

- **La fuite** : éviter sciemment le dialogue après un examen manifestement pathologique, surtout si le patient est demandeur d'explication.
- **Faire récupérer un compte rendu inquiétant par le patient sans explication.**
- **Le mensonge** : dire ou écrire qu'un examen est normal s'il ne l'est manifestement pas.
- **Affirmer brutalement** le diagnostic de « cancer » ou de « métastases » la radiologie n'étant pas l'anatomie pathologique et pouvant se tromper.
- Utiliser des **adjectifs qualificatifs inquiétants**
- **Informers les proches avant le patient**
- **Ne pas écouter les réactions émotionnelles**
- **Aborder trop rapidement les questions pratiques**

## Ce qu'il faut éviter (2)

- Avoir une attitude tranchée, destructive voire **culpabilisante** (CHC sur cirrhose alcoolique...)
- **Banaliser** la situation
- Vouloir **rassurer à tout prix**
- Trop **tarder** à en venir au fait
- Se **substituer au clinicien**, et décrire de façon détaillée la suite du parcours, voire recommander un autre médecin ou une autre équipe que le prescripteur !
- Donner des informations péjoratives ou complexes à un **patient qui ne désire manifestement pas en recevoir**.

# Synthèse sur l'annonce

- L'art de communiquer de mauvaises nouvelles fait partie intégrante de travail du professionnel de santé et demande de l'expérience
- Le professionnel de santé a l'obligation éthique et légale de dire la vérité au patient; c'est surtout la manière de la dire qui détermine les résultats de l'entretien médical
- L'art d'annoncer de mauvaises nouvelles doit s'apprendre et s'appliquer dans le travail clinique de tous les jours
- Les patients et leur proches contribuent à l'apprentissage des professionnels de santé, par leur réactions : reproches, éloges, gratitude

# Cas de l'interne en formation

- En apprentissage, c'est difficile !
  - Situer sa place : « je suis le Dr A., interne dans le service »
  - « Mon impression est que...mais le compte rendu sera validé par un médecin senior du service. »
  - « Nous avons une procédure de double lecture, c'est pourquoi je ne peux vous donner des résultats définitifs. Quand revoyez vous votre médecin ? »
  - Faire seul la pré annonce d'un cancer peut être au delà des responsabilités d'un interne
    - Vérifier si le patient consulte rapidement,
    - comment le compte rendu sera récupéré,
    - au besoin appeler un sénior,
    - Appeler le clinicien correspondant,
    - faire relire rapidement l'examen par le senior référent dans le domaine

# Le suivi d'un patient traité pour cancer

- Il n'est pas toujours possible de répondre de façon définitive.
- Commencer par une question de type « comment avez-vous supporté la chirurgie? »
- Avez-vous mal quelque part ?
- Si comparaison : « vous savez que nous devons comparer les images et que cela prend du temps. Vous aurez notre compte rendu définitif à la consultation du ... »
- Si RAS : « ma première analyse rapide de l'examen ne retrouve rien de particulier, mais le compte rendu définitif vous parviendra ... »
- Si apparition d'une lésion : « il y a des modifications qui peuvent être en relation avec la maladie »
- Si aggravation manifeste : je vous trouve fatigué, je crois que l'examen va également dans ce sens. Nous allons joindre le Dr X pour avancer le rendez vous..

# Les procédures d'alerte : un enjeu difficile !

- Aggravation d'une pathologie connue (apparition de métastases..)
- Tumeur très vraisemblable méconnue jusqu'à présent (découverte fortuitement)
  - Consultant externe de l'hôpital
  - Consultant externe de ville
  - Urgences : nuits et week-end
  - Tumeurs vues à la première ou la deuxième lecture

- Règle : prévenir clinicien correspondant de la découverte d'une image anormale, d'une tumeur inattendue...et le noter dans le compte rendu.
  - DECT
  - Voir le patient +++
  - Courrier « fléché » au clinicien
  - Lette au MT
  - Lettre au patient
- Contrôler le parcours prévu du patient : HDJ, C Ext de hôpital, C externe de ville, Hospitalisé...
- Si on a pas vu le patient, organiser la récupération des clichés et du compte-rendu.
- Mobilisation de l'ensemble de l'équipe (secrétariat+++)



# Ce qui va aider

- 3C
- PPS ?
- Livret d'accueil
- Enseignement des DES
- RCP

# Les sites

- INCA
- Espace éthique : information et cancer
  - À télécharger
- LNCC
- [http://storage02.brainsonic.com/customers/igr/20091209\\_audiocast/jour1/session\\_6/files/index.html](http://storage02.brainsonic.com/customers/igr/20091209_audiocast/jour1/session_6/files/index.html)

# Quelques ouvrages de base

- La relation médecin malade-Référence EMC
- S'asseoir pour parler- **Robert Buckman** -Masson
- Imagerie et oncologie/SFR/Dialogue entre le radiologue et la patient atteint d'un cancer/**L Ollivier**. Considérations psychologiques, juridiques et éthiques et responsabilité médicale en cancérologie.Frison - Rocher
- Psycho-oncologie Masson
- Vivre une maladie grave
- Relation médecin -malade/l'annonce de la maladie/**Isabelle Moley-Massol**/ Da Te Be
- Parler avec le malade C Landolo. Le généraliste.

# Urgences en oncologie : remerciements a M Di Palma

- Compression medullaire +++
- Engagement cérébral +++
  - Organiser la prise en charge suivi ++++ apres l'examen d'imagerie
- Dans la pile du jour... position du port a cath....
- Embolie pulmonaire
- Savoir prévenir (même un CR normal est important)

# iatrogénie

- Insuffisance rénale : obtenir créatinémie
  - Cis platine +++
    - K poumon/testicule/ovaire
- Myélome et PDC
- Radiologie interventionnelle
- Injection par KT central (rinçage)

# immunodepression

- Infection pulmonaire « fortuite »
  - Recupérer numération
  - Si aplasie, antibiothérapie dans les 6 heures

# L'oncogériatrie

Remerciement à Pauline Rabier

- La moitié des cancer survient chez les plus de 65 ans
- Le cancer, première cause de mortalité chez les plus de 65 ans
- En tête après 75 ans:  
cancer colorectal, cancer de la prostate,  
cancer du sein

# INCIDENCE DU CANCER PAR LOCALISATION: FEMME

FEMMES	TOUS	<75 ans	75-84 ans	>85 ans
COLON-RECTUM	12,6%	8,7%	<b>19,5%</b>	<b>24,1%</b>
DIGESTIF autre	5,9%	4,1%	9,1%	10,9%
POUMON	5,6%	6,1%	5,1%	3,3%
ORL	2,4%	2,6%	1,9%	2,4%
SEIN	36,9%	42,8%	26,1%	19,9%
GYNECOLOGIQUE	9,2%	9,7%	8,8%	6,9%
URINAIRE	2,9%	2,2%	<b>4,4%</b>	<b>4,4%</b>
HEMATOLOGIQUE	7,4%	6,6%	<b>9,3%</b>	<b>19,3%</b>

Docteur Ludmilla RIBIERE,  
Clinique Porte Verte à VERSAILLES

# AU TOTAL, CHEZ LA FEMME ÂGÉE

- *Plus on avance en âge, plus les cancers digestifs prennent une place importante alors que la fréquence des cancers du sein diminue.*
- *Importance des pathologies hématologiques (essentiellement Myélome multiple et LLC): 50% des cas sont diagnostiqués à partir de 75 ans.*
- *62 % des cas de tumeurs invasives de la vessie sont diagnostiqués à partir de 75 ans.*

# INCIDENCE DU CANCER PAR LOCALISATION : HOMME

HOMME	TOUS	<75 ans	75-84 ans	>85 ans
COLON-RECTUM	10%	8,6%	<b>12,5%</b>	<b>15,4%</b>
DIGESTIF autre	8,6%	8,2%	9,2%	10,1%
POUMON	11,8%	12,8%	9,9%	7,4%
ORL	5,4%	6,6%	2,9%	2,5%
PROSTATE	40,5%	40,1%	<b>42,9%</b>	<b>35,3%</b>
URINAIRE autre	6,4%	5,8%	<b>7,5%</b>	<b>9,5%</b>
HEMATOLOGIQUE	6,2%	6,1%	<b>6,1%</b>	<b>8,1%</b>

# AU TOTAL, CHEZ L'HOMME ÂGE

- La part des *cancers digestifs* augmente avec l'âge;
- Les *cancers pulmonaires et ORL* diminuent;
- Le *cancer de la prostate* reste le plus fréquent;
- 46% des cas de *tumeurs invasives vésicales* sont diagnostiquées à partir de 75 ans.

- Les patients âgés restent à l'heure actuelle sous représentés dans les essais thérapeutiques
- Les investigations sont moins complètes,
- Ils bénéficient moins de traitement curatif et des traitements adjuvants
- Csq: diagnostic à un stade plus tardif et moins bon pronostic

# Et pourtant...

- Les patients sont désireux de traitement adapté
- Un bénéfice en terme de survie et de qualité de vie est démontré en cas de traitement

# Le patient âgé est

- Un malade atteint d'un cancer
- Un malade à fort potentiel
  - De co-morbidités ou de poly pathologie
  - De complications post-thérapeutiques
  - Probabilité de survie altérée
  - A risque d'association de plusieurs cancers (récent ou non)

# L'oncogériatrie, nouvelle forme de collaboration, avec pour objectifs:

- Etablir des diagnostic précis (**clinique, biologique, radiologique et anatomopathologique**) de l'état de santé du patient afin d'aboutir à des thérapeutiques adaptées à chaque individu
- Mise en place de stratégies préventives efficaces visant à maintenir un état de santé et d'autonomie optimaux (soins de support)

# Aide décisionnelle: Algorithme de Balducci

Après évaluation gériatrique, 3 groupes de patients

-**groupe dit « harmonieux »** = patient autonome, pas de comorbidité  
<<traitement optimal, dose standard

-**groupe dit « intermédiaire »** = dépendance fonctionnelle et/ou 1 à 3 comorbidités

<<traitement adapté ou soins de confort

-**groupe dit très fragile** = >3 comorbidités, dépendance, sd gériatrique évolutifs

<<soins de confort

*The Oncologist 2000; 5: 224-237*

## 10.1 Outil principal de dépistage évalué : le questionnaire 'G8'

Au vu des résultats de notre analyse exploratoire, nous proposons donc le questionnaire G8 présenté ci-dessous (tableau 4) ainsi qu'en annexe 3. Il est coté de 0 à 17, l'état du patient étant considéré d'autant plus altéré que le score est bas.

**Tableau 4 : l'outil de dépistage G8**

	Items	Réponses possibles (score)
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
C	Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
	TOTAL	0 - 17

# Conclusion

- Oncologie : thématique de choix pour améliorer nos pratiques
  - Relation avec patient
  - Relation avec équipe
  - Relation avec MT
  - Alerte
  - Precaution d'usage
- La communication : encadrée par le senior+++ (incitation à voir les patients)