

LES RENCONTRES VILLE-HOPITAL EN SANTE DU DOUAISIS



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

L'équipe de Pneumologie du CH Douai - Dr Leroy, Médecin Généraliste à Aniche





Centre
Hospitalier
de DOUAI

Docteurs Tavernier et Hybiak

Pneumologues - CH de Douai

La filière de prise en charge d'oncologie thoracique :
Ensemble vers une meilleure coordination de l'intercure



Cancer pulmonaire

- 2011 : **41 715** en FRANCE
- 2011-2013 : **2500** dans le NORD PAS DE CALAIS

Au CH de DOUAI :

- Diagnostic :
 - 2014 : **103** patients
 - 2016 : **127** patients
- Chimiothérapies :
 - 2014 : **81** patients
 - 2016 : **97** patients



Organisation de la filière oncologie thoracique



Filière oncologique

Une prise en charge de proximité pour :

- Diagnostic
- Bilan pré thérapeutique (extension et évaluation pré thérapeutique)
- Phase thérapeutique
- Phase palliative



Diagnostic

- Fibroscopie
- Ponctions/biopsies pleurales
- Ponctions sous scanner
- Écho endoscopie (projet 2017)
- Sont externalisées :
 - Médiastinoscopies
 - Biopsies pulmonaires chirurgicales



Bilan d'extension

- Scanner
- IRM
- Sont externalisés les examens de médecine nucléaire :
 - Scintigraphies
 - PET Scanner



Évaluation pré-thérapeutique

- Nutritionnelle (Dr Dennetière)
- Cardiologique
- Respiratoire
- Évaluation Onco-Gériatrique (Dr Dervaux)
- Equipe mobile douleur et soins palliatifs (Dr Carlier)
avec médecins, infirmière psychologue...
- Assistantes sociales



Phase thérapeutique

- URCT : chimiothérapies
- HDJ (Métastases osseuses Dr Juillard, Onco Rhumatologue)
- SSR
- Sont externalisées :
 - Radiothérapie (conventionnelle et conformationnelle) à LDV
 - Chirurgie carcinologique



Phase palliative

- Ambulatoire : équipe mobile douleur et de soins palliatifs (Dr Carlier)
- Service soins palliatifs (Drs Vanbesien et Poulain)



Coordination ville-hôpital en oncologie

Objectifs :

- Eviter le passage aux urgences
- Rapidité de prise en charge
- Optimiser la relation hôpital ville
 - Secrétariat de Pneumologie :
03 27 94 73 05
 - LD du pneumologue d'astreinte aux heures ouvrables :
03 27 94 36 50



Gestion des effets secondaires en ville



Chimiothérapie conventionnelle

Annexe 5

Effets toxiques aigus et subaigus des anticancéreux : cotation OMS

	GRADE 0	GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
Hématologique (adulte)					
Hémoglobine	> 11,0 g/100 mL (> 6,8 mmol/L)	9,5-10,9 g/100 mL (5,6-6,7 mmol/L)	8,0-9,4 g/100 mL (4,95-5,8 mmol/L)	6,5-7,9 g/100 mL (4,0-4,9 mmol/L)	< 6,5 g/100 mL (< 4,0 mmol/L)
Leucocytes	> 4,0 G/L	3,0-3,9 G/L	2,0-2,9 G/L	1,0-1,9 G/L	< 1 G/L
Poly-neutrophiles	> 2,0 G/L	1,5-1,9 G/L	1,0-1,4 G/L	0,5-0,9 G/L	< 0,5 G/L
Plaquette	> 100 G/L	75-99 G/L	50-74 G/L	25-49 G/L	< 25 G/L
Hémorragie	Absence	Pétéchies	Modérée	Moyenne	Importante
Gastro-intestinal					
Bilirubinémie	< 1,25 x N	1,26-2,5 x N	2,6-5 x N	5,1-10 x N	> 10 x N
Transaminases	< 1,25 x N	1,26-2,5 x N	2,6-5 x N	5,1-10 x N	5,1-10 x N
Phosphatase alcaline	< 1,25 x N	1,26-2,5 x N	2,6-5 x N	5,1-10 x N	5,1-10 x N
Muqueuse buccale	Sans changement	Douleur	Érythème	Ulcération, alimentation liquide seulement	Alimentation impossible
Nausées-vomissements	Absence	Nausées	Vomissements transitoires	Vomissements nécessitant un traitement antiémétique	Vomissements incoercibles
Diarrhée	Absence	Transitoire, < 2 jours	Tolérable, > 2 jours	Intolérable, demandant un traitement	Hémorragique, Déshydratation
Urinaire					
Urémie ou Créatininémie	< 1,25 x N	1,26-2,5 x N	2,6-5 x N	5-10 x N	> 10 x N
Protéinurie	Sans changement	1+ ou < 3 g/L	2-3+ ou 3-10 g/L	4+ ou >10 g/L	Syndrome néphrotique
Hématurie	Sans changement	Microscopique	Macroscopique	Macroscopique + caillots	Anurie
Pulmonaire	Sans changement	Léger symptôme	Dyspnée d'effort	Dyspnée d'effort	Repos au lit complet
Fièvre/Allergie					
Fièvre	Absence	< 38° C	38° C - 40° C	> 40° C	Fièvre avec hypotension
Réaction allergique	Sans changement	Œdème	Bronchospasme n'appelant pas une réanimation	Bronchospasme n'appelant pas une réanimation	Choc anaphylactique
Cutanée/Alopécie					
Cutanée	Sans changement	Érythème	Desquamation, vésicules, prurit	Suintement, desquamation, ulcération	Fièvre avec hypotension
Effet alopeciant	Sans changement	Perte de cheveux	Alopécie modérée par plaques	Alopécie complète mais réversible	Alopécie irréversible
Infection	Absence	Mineure	Modérée	Majeure	Choc infectieux
Neurotoxicité					
Etat de conscience	Vigile	Assoupissements	Somnolence < 50 % des heures d'éveil	Somnolence > 50 % des heures d'éveil	Coma
Périphérique	Absence	Paresthésies et/ou diminution des réflexes tendineux	Paresthésies sévères et/ou faiblesse modérée	Paresthésies intolérables et/ou baisse importante de la force motrice Météorisme abdominal	Paralysie
Douleurs (non liées à la maladie)	Absence	Légère	Modérée	Sévère	Météorisme et vomissements



Insuffisance rénale aiguë

Tenir compte de :

- Diurétiques, IEC, Sartans, antidiabétiques oraux, tout médicament potentiellement néphrotoxique ...
- Hydratation
- Nausées vomissements
- Courbe pondérale
- Bilan entrées/sorties



Insuffisance rénale aiguë

Au moindre doute :

- Ionogramme sanguin, urée créatininémie en plus des bilans biologiques prescrits après la cure de chimiothérapie
- Dégradation possible sur 24 à 48 heures, nécessitant une prise en charge spécialisée rapide



Neutropénies fébriles

Définition :

Association d'une neutropénie leucocytes $< 1000/mm^3$ ou
PNN $< 500/mm^3$

Et

Fièvre avec 2 mesures à 1 heure d'intervalle $> 38^\circ$ ou une
mesure $> 38,3^\circ$

**= URGENCE VITALE potentielle même si le patient
est bien**



Neutropénie fébrile

URGENCE nécessitant :

- Avis médical rapide
- Surveillance 12 heures (sepsis? choc?)
- Contrôle biologique en urgence devant toute hyperthermie post chimiothérapie



Neutropénie fébrile

- 10 à 30% des tumeurs solides
- 10% de mortalité
- La fièvre est souvent le SEUL symptôme
- Signes de gravité :

Marbrures, extrémités froides, tb conscience, oligurie

TAS <90-110

FC >120/mn

FR > 20-30/mn

- Ttt : AUGMENTIN 1g*3, CIFLOX 500mg*2

Si vous suivez un traitement par chimiothérapie contre un cancer
(tumeur solide telle que cancer du poumon ou du sein,
ou hémopathie maligne telle que leucémie ou lymphome^(7,8))

► La vaccination contre les infections invasives à pneumocoque vous est recommandée⁽¹⁾



Qu'est-ce qu'une infection invasive à pneumocoque ?^(1,2)

Le pneumocoque est une bactérie responsable d'infections parfois sévères, appelées infections invasives, telles que par exemple :

PNEUMONIE BACTÉRIÉMIQUE⁽³⁾

Infection du poumon et passage des bactéries dans le sang

MÉNINGITE

Infection des méninges (enveloppes du système nerveux central)⁽⁴⁾

SEPTICÉMIE

État infectieux grave dû à une infection généralisée disséminée par le sang⁽⁵⁾



Ces infections sont-elles graves ?

Oui, elles peuvent laisser des **séquelles** voire être **mortelles**.⁽²⁾



Pourquoi vous est-il recommandé de vous faire vacciner ?

Vos défenses immunitaires sont affaiblies, ce qui peut favoriser la survenue de certaines infections ou en aggraver le pronostic.^(1,6) **Afin de prévenir ces infections, des recommandations spécifiques de vaccination ont donc été établies.**⁽⁶⁾



Quand et comment se vacciner contre les infections invasives à pneumocoque chez les enfants de plus de 5 ans et les adultes ?

- Si vous êtes **en cours de chimiothérapie** et que vous n'avez jamais été vaccinés ou que vous avez été vaccinés depuis plus de 3 ans avec le vaccin PPV23* il vous est recommandé de recevoir :
1 dose de Prevenar 13[®] puis, 8 semaines plus tard minimum, 1 dose du vaccin PPV23*.^(1,6)



- **3 mois après l'arrêt de la chimiothérapie**, si vous présentez des facteurs de risque d'infection sévère à pneumocoque, un rappel paraît souhaitable. Vous recevrez alors une dose de Prevenar 13[®] suivie, au moins 8 semaines après, d'une dose de PPV23*.

Il n'existe actuellement pas de données permettant de recommander la pratique de re-vaccinations ultérieures.⁽¹⁾

* Vaccin PPV23 : vaccin Pneumo23[®]



LES RENCONTRES VILLE-HOPITAL EN SANTE DU DOUAISIS

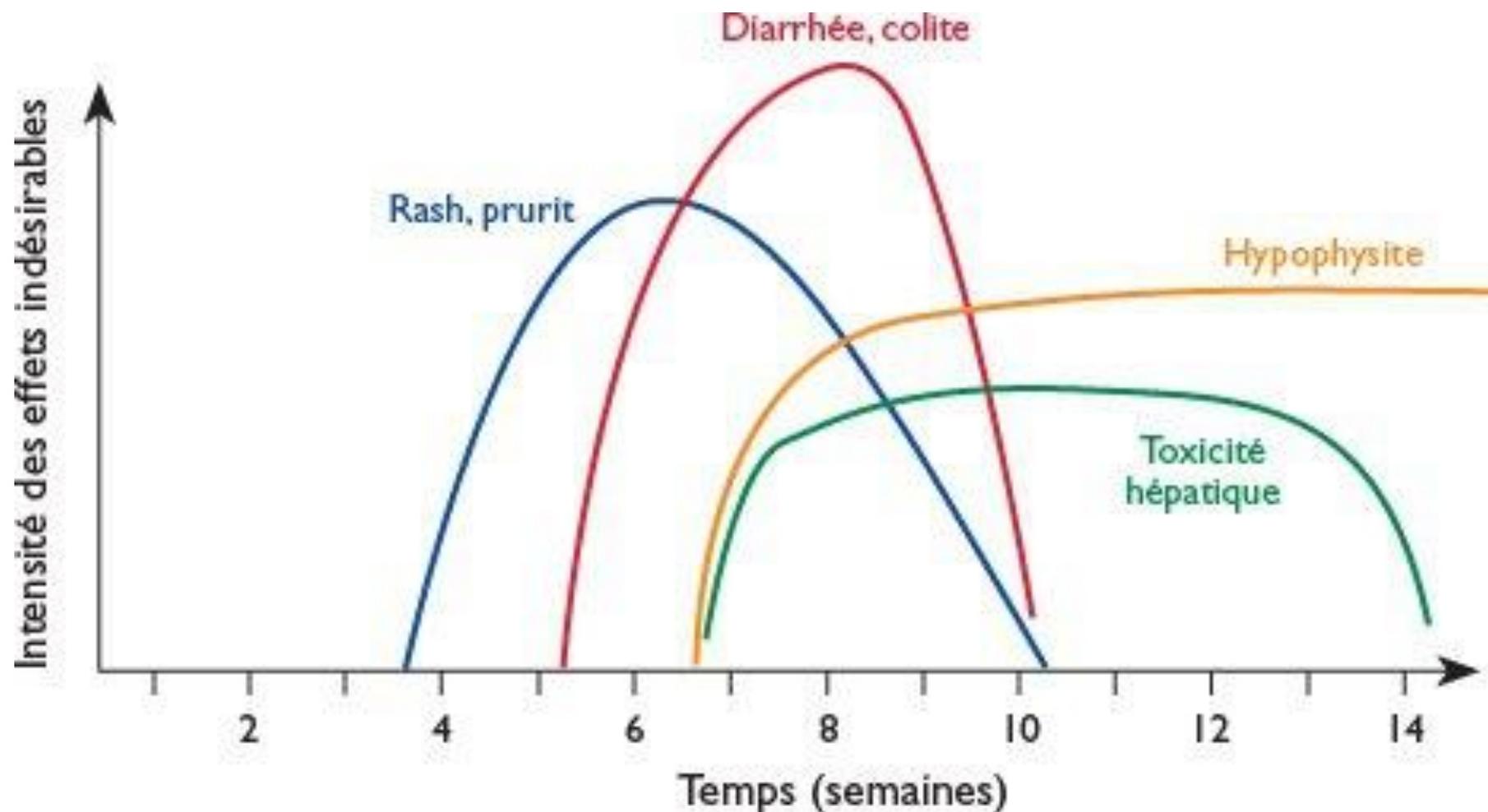


ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE
NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

Immunothérapie



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS





Effets secondaires cutanés

Rash d'origine immunologique :

Une seule solution :

Allo Drs DESMEDT/ MOREL

LD : 03 27 94 74 26

Ttt passe généralement par une corticothérapie et la suspension temporaire voire définitive du NIVOLUMAB



Effets secondaires digestifs/hépatiques

- Diarrhées/colite :

Si > 4 à 6 selles par jour malgré ttt symptomatique

Indication à hydratation IV

- Douleurs abdominales, sang dans les selles

Hépatiques : ASAT ou ALAT > 3 à 5 LSN et/ou

BILI tot $> 1,5$ à 3 LSN

Effets secondaires endocriniens

- Thyroïde : si TSH < 0,5 LIN ou > 2 LSN > avis endocrinologue
 - Hypophysite auto-immune :
Céphalées, troubles visuels,
Asthénie, anorexie,
Vertiges, nausées,
Hyponatrémie
- Indication CS, bilan endocrinien et IRM
- Insuffisance surrénalienne :
Déshydratation, hypotension, choc



Des questions ?



Centre
Hospitalier
de DOUAI

Docteurs Desurmont, Romanet et Graverol
Pneumologues - CH de Douai

Syndrome d'apnée du sommeil : vers une coopération
ville-hôpital



Centre
Hospitalier
de DOUAI

Docteur Desurmont



Approche Clinique



Définition du SAS

Le SAHOS est défini, par la présence des **critères A ou B et du critère C** :

- A. Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs
(évaluée par échelle d'Epworth)

- B. Deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :
 - Ronflements sévères et quotidiens,
 - Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil,
 - Sommeil non réparateur,
 - Fatigue diurne,
 - Difficultés de concentration,
 - Nycturie (plus d'une miction par nuit).

- C. Critère polysomnographique ou polygraphique :
index d'apnées hypopnées [IAH] $\geq 5/h$.

Autres éléments cliniques à rechercher :

- Obésité,
- Périmètre cervical,
- Anomalies morphologiques ORL, micro ou rétrognatisme,
- Sexe masculin,
- Pathologie respiratoires :
 - BPCO = Overlap Syndrome
 - FR de développer : - une hypoxémie chronique,
 - une hypercapnie
 - une HTTP
 - = aggravation du pronostique vital
 - SOH : PaO₂<70mmHg, PaCO₂>45mmHg, IMC >30kg/m
- Pathologie cardio- vasculaires :
 - Coronaropathie,
 - Troubles du rythme/conduction,
 - ATCD d'AVC,
 - HVG, Insuffisance cardiaque,
 - HTA
- Syndrome métabolique : obésité centrale + 2 facteurs parmi Hyperglycémie à jeun, hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie et HTA



Priorisation des enregistrements :

Priorité 1 : patients suspects de SAHOS avec :

- Hyper somnolence sévère (Epworth > 15) et activité professionnelle posant des problèmes de sécurité,
- Comorbidité,
- Un index de désaturation > 30/h (seuil de 4 %) à l'oxymétrie.

Priorité 2 : suspicion de SAHOS et hyper somnolence sévère

Priorité 3 : suspicion de SAHOS sans comorbidité, ni hyper somnolence, ni profession à risque.

Pas d'indication à enregistrer les ronfleurs asymptomatiques

Comorbidités : insuffisance coronaire, AVC, HTA réfractaire, insuffisance respiratoire, insuffisance respiratoire hypercapnique, grossesse.



LES RENCONTRES VILLE-HOPITAL EN SANTE DU DOUAISIS



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE
NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

Procédure Diagnostique



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

Examens diagnostiques :

- **La polysomnographie** > avec plus ou moins 7 signaux :

- EEG
- EOG
- EMG mentonnier
- Canule de pression nasale +/- thermistance : débits aériens naso-buccaux
- Sangles thoraco-abdominales : efforts respiratoires
- Oxymétrie : SaO₂ + FC

+ EMG jambiers, position, ronflement,

= l'identification et la quantification des évènements respiratoires, des stades de sommeil et le compte des micro-éveils aboutissant au calcul de l'index d'apnées-hypopnées par heure de sommeil et à un index des micro-éveils.



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

Examens diagnostiques :

- **Polygraphie ventilatoire** > avec au moins 4 signaux :

- Canule de pression nasale +/- thermistance : débits aériens naso-buccaux
- Sangles thoraco-abdominales : efforts respiratoires
- Oxymétrie : SaO₂ + FC

> permettant l'identification des évènements respiratoires et mesure l'index d'anomalies respiratoires par temps d'enregistrement.

Les faux négatifs de la polygraphie ventilatoire peuvent être expliqués par une sous-estimation de l'IAH du fait de la non-appréciation du temps de sommeil et/ou de la méconnaissance des évènements éveillants mais non désaturants.



Sévérité du SAS

Elle dépend de 2 composantes et prend en compte la + sévère :

- l'IAH :
 - Léger : entre 5 et 15 évènements par heure ;
 - Modéré : entre 15 et 30 évènements par heure ;
 - Sévère : 30 et plus d'évènements par heure.
- L'importance de la somnolence diurne :
 - Légère : accentuation de la somnolence physiologique (lecture, télé, passager d'une voiture)
 - Modérée: endormissements involontaires en situation passive (activités nécessitant + d'attention : concert, réunion)
 - Sévère : endormissements involontaires en situation active (marcher, conduire ou converser)



LES RENCONTRES VILLE-HOPITAL EN SANTE DU DOUAISIS



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE
NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

Traitement du SAHOS



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

Traitements :

- Pression Positive Continue (PPC) en première intention
 - SAHOS sévère : IAH > 30/h
 - SAHOS modéré : 15/h < IAH < 30/h + index des micro éveils > 10/h
 - SAHOS modéré : 15/h < IAH < 30/h + maladie cardio vasculaire grave
 - (reco du 10/09/2014 de la HAS) :
 - hypertension artérielle résistante,
 - fibrillation auriculaire récidivante,
 - insuffisance ventriculaire gauche sévère
 - maladie coronaire mal contrôlée
 - antécédent d'accident vasculaire cérébral
- OAM en première intention
 - SAHOS modéré : 15h/ < IAH < 30/h sans comorbidité vasculaire grave

Dans tous les cas : règles hygièno-diététiques + hygiène de sommeil



Au coeur de l'unité de sommeil



Des questions ?



Centre
Hospitalier
de DOUAI

Docteur Romanet - Manent



Le suivi



Aspects réglementaires

Contraintes règlementaires : prescription du traitement soumise à entente préalable avec SS ou organisme d'affiliation

Entente préalable accordée pour 21 semaines sous réserve des critères requis

Puis renouvellement annuel soumis à :

Observance minimale de 3 heures/j

Et

Efficacité clinique



Aspects réglementaires

En 2013 > essai de mise en place d'une téléobservance à la demande de la SS

Objectif : remboursement dégressif de la PEC en fonction de l'observance

Mais recours juridique par associations de patients > **la mesure est déboutée
par le conseil d'état en 2014**

**ON N'A PAS LE DROIT DE CONDITIONNER LE REMBOURSEMENT D'UN
TRAITEMENT A SON UTILISATION!**

**(en contradiction avec les données de la littérature : au moins 5 heures par
nuit pour diminuer les risques cardiovasculaires)**



Patients sous PPC

1) Surveillance clinique systématique

Périodicité : 3, 6 , 12 mois puis annuelle

Qu'est ce qu'on surveille?

- L'observance,
- L'efficacité clinique avec amélioration ou disparition des signes de départ
 - Contrôle du score d'epworth

Qui surveille ?

Médecin ou IDE spécialisée

Place du MG ? : qualifiée d'indispensable sans plus de précision; formés.



Patients sous PPC (suite)

Comment on surveille?

CS avec relevé d'observance +/- relevé machine du prestataire

PB : Nombre de patients à revoir annuellement en CS très élevé > ce qui augmente les délais de rdv pour les pneumologues

➔ Proposition de surveillance clinique systématique par le MG
DEP renouvelée par le spécialiste sur les données fournies par
le prestataire



Patients sous PPC (suite)

Surveillance spécialisée

Surveillance spécialisée par le médecin spécialiste dans certaines conditions :

- Mauvaise tolérance ou mauvaise efficacité de l'appareillage
Le spécialiste va proposer des adaptations voire changements de machine, alternative avec OAM
- Apparition d'une pathologie cardiovasculaire sous-jacente : interférence possible avec les réglages et le type de machine,
- Amaigrissement important avec ou sans chirurgie: évaluer la possibilité de retrait de la PPC,
- Prise de poids importante : possible nécessité de relayer avec une VNI,
- Autre pathologie respiratoire nécessitant un suivi : BPCO, asthme etc...



Patients sous OAM

Spécificités

Mise en place soumise également à entente préalable soit en 2^{ème} intention si intolérance PPC ou 1^{ère} intention si IAH entre 15 et 30 (sans fragmentation de sommeil et sans comorbidité CV). Pas de Renouvellement de DEP.

- > Pneumologue (ou neurologue): surveillance de l'efficacité de l'avancée mandibulaire par polygraphie ou PSG. Idem à chaque avancée.
- > Spécialiste de la dentition : réalise l'avancée et surveille les effets secondaires de la dentition (suivi prolongé car effets imprévisibles et à long terme).



CAS PARTICULIER

Conducteurs professionnels

Soumis à un arrêté de 2005 : en théorie la reprise du travail ne peut se faire qu'après vérification de l'efficacité de la PPC (ou OAM) par tests de maintien d'éveil. Aspect médico-légal.

Problème : ne se pratiquent que dans quelques centres spécialisés.
Difficulté d'obtenir des rdv.



CAS PARTICULIER

Conducteurs professionnels

Au minimum surveillance de l'efficacité clinique avant reprise du travail

Donc en théorie, le patient doit être en AT le temps de faire l'examen, de débiter le traitement et de vérifier son efficacité.

Surveillance au minimum tous les 5 ans par la commission d'aptitude au permis de conduire.



Surveillance en médecine du travail

- Surveillance régulière en médecine du travail pour vérification d'aptitude au poste en particulier travailleurs postés et/ou de nuit,
- La législation du travail stipule qu'il ne faut pas maintenir à un poste de sécurité un patient qui n'utilise pas sa PPC et reste somnolent.



Et le retrait de la PPC ?

Parfois pas d'autre alternative

Soit observance insuffisante soit intolérance soit inefficacité ou les 3

Difficultés souvent liées à l'initiation dans les 6 premiers mois

Avant de faire le retrait :

- Vérifier le fonctionnement optimal de la PPC
- Vérifier la bonne adaptation du masque
- Titration de pression optimale
 - Perméabilité du nez

Toujours prévenir le patient des risques encourus avant de demander le
retrait au prestataire.



ROLE DES PARTENAIRES DE VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE
NEOPLASIE BRONCHIQUE ET PATIENTS APPAREILLES POUR UN SAOS

Des questions ?



Centre
Hospitalier
de DOUAI

Docteur Graverol
