

CHIRURGIE CANCÉREUSE

**POUR LE BIEN
DES PATIENTS**



Sur cinq personnes atteintes d'un cancer, quatre subissent une intervention chirurgicale. Dans bien des cas, il s'agit d'une opération lourde, qui nécessite une anesthésie générale. Mais, ces dernières années, les progrès de la réanimation et des techniques chirurgicales, associés à des traitements adjuvants de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, ont permis de limiter au maximum les mutilations.

Dans la majorité des cas, les cancers sont liés à l'apparition, dans une région du corps, d'un amas de cellules qui se reproduisent à un rythme anormalement élevé : la tumeur. Combattre un cancer revient donc à éliminer ce foyer que constitue cette tumeur. Dans 80 % des cas, la chirurgie reste le moyen le plus radical. « Elle est historiquement le premier acte médical qui ait existé pour combattre le cancer, raconte Françoise May-Levin, cancérologue à la Ligue nationale contre le cancer. Et elle demeure le traitement le plus efficace dès lors que la tumeur est bien localisée et que l'on peut l'extraire sans risquer la vie du patient. » Il n'empêche. Extraire une tumeur n'a rien d'anodin et nécessite la plupart du temps une anesthésie générale. « Opérer est toujours une agression pour l'organisme et d'autant plus lorsqu'on intervient au niveau d'un organe, sinon vital, du moins important du corps humain, prévient Françoise May-Levin. Du cœur au

système immunitaire, toutes les fonctions subissent le choc opératoire. C'est pourquoi on s'assure notamment que le patient a un bon cœur et de bons reins, et n'a pas d'insuffisance respiratoire. »

Le temps de convalescence est très variable et les premiers jours qui suivent l'opération peuvent se révéler très fatigants. Pendant cette période, l'équipe soignante et les médecins ne quittent pas leur patient des yeux afin de le soulager, prévenir, détecter et soigner toute complication éventuelle, comme par exemple une hémorragie, un écoulement de lymphes, un retard de cicatrisation ou encore une phlébite. Aussi, les grosses interventions nécessitent-elles en moyenne une hospitalisation de deux semaines. La cicatrisation de la plaie dure cinq à dix jours et il est notamment nécessaire d'attendre environ une semaine après une opération de l'estomac ou de l'intestin pour pouvoir s'alimenter à nouveau normalement et progressivement.

2
semaines
c'est la durée moyenne d'hospitalisation suite à une grosse opération.

Des interventions moins traumatisantes

La chirurgie cancéreuse a toutefois fait de grands progrès ces dernières années. « Auparavant, ce traitement était souvent mutilant, car on retirait un maximum de tissu – voire même des organes – tout autour de la tumeur afin d'être certain de ne laisser aucune cellule cancéreuse résiduelle, explique Françoise May-Levin. La chirurgie est désormais beaucoup moins agressive et mutilante. Pour le cancer du sein, par exemple, on enlevait systématiquement tout le sein et tous les ganglions lymphatiques proches – les cellules cancéreuses ayant tendance à migrer par les voies lymphatiques. Aujourd'hui, on tente de préserver le sein ainsi qu'une majorité de ganglions avec la même marge de sécurité. » (Voir reportage page 14).

La chirurgie a vu son efficacité augmenter en partie grâce à son association avec les autres grands traitements du cancer que sont la chimiothérapie et la radiothérapie. Celles-ci (l'une ou l'autre ou parfois les deux successivement) peuvent être proposées en traitement néoadjuvant, c'est-à-dire avant l'opération, avec pour objectif de réduire au maximum la taille de la tumeur. « On peut ainsi réduire son volume de moitié, voire même des deux tiers dans le meilleur des cas, ce qui facilite grandement l'intervention chirurgicale », précise Dominique Gossot, chirurgien thoracique à l'institut mutualiste Montsouris à Paris. Ils peuvent également être proposés en traitement adjuvant, c'est-à-dire après l'opération. Il s'agira alors de détruire les cellules cancéreuses qui subsisteraient dans l'organisme (voir les dossiers sur la chimiothérapie et la radiothérapie dans *Vivre* n°s 337 et 338).



LE CHIRURGIEN, COMME UN MAGICIEN

L'acte chirurgical n'existerait pas sans le chirurgien. Pour Françoise May-Levin, cancérologue à la Ligue nationale contre le cancer, « il a un rôle formidablement important. C'est lui qui est à même de prendre les bonnes décisions étant donné qu'il est le seul à voir, à palper. Il est vu comme un magicien : on lui abandonne son corps, il voit "l'invisible" à l'intérieur du corps, ce que le malade ne verra jamais, et il agit dans le silence du sommeil. C'est ce qui explique qu'il ait une présence si forte auprès des malades, avant et après l'opération. Je dirais même que c'est par lui que passe la capacité de guérir du patient ».



L'EFFICACITÉ DE LA
CHIRURGIE AUGMENTE
LORSQU'ELLE EST
ASSOCIÉE AUX AUTRES
TRAITEMENTS DU
CANCER QUE SONT LA
CHIMIOTHÉRAPIE ET
LA RADIOTHÉRAPIE.

“ Opérer est toujours une agression pour l’organisme et d’autant plus lorsqu’on intervient au niveau d’un organe, sinon vital, du moins important du corps humain. ”

▶▶ Des temps d’intervention allongés

Autre bénéfice important de ces dernières années : les médecins maîtrisent de mieux en mieux l’environnement chirurgical, principalement l’anesthésie et la réanimation. Un meilleur dosage des médicaments anesthésiants tout au long de l’opération, l’assistance respiratoire et les nombreux appareils de surveillance (rythme cardiaque, oxygénation du sang, température du corps, état d’endormissement, etc.) ont diminué considérablement les risques de complication pendant et après l’opération, permettant ainsi d’allonger le temps d’intervention du chirurgien. « On peut ainsi intervenir calmement pendant six à sept heures si nécessaire alors qu’auparavant, les conditions n’étaient

plus réunies au bout de trois heures, se félicite le professeur Christian Meyer, chirurgien digestif au CHU de Strasbourg. *Cela nous permet d’être plus précis et minutieux dans notre intervention, aussi bien pour mieux délimiter la zone tumorale que pour les travaux de réparation.* » Les technologies chirurgicales ont également fortement évolué. Les chirurgiens utilisent de plus en plus d’instruments de suture mécaniques : les fils sont remplacés par des micro-agraves qui permettent pratiquement de « souder » les tissus entre eux en réalisant une couture quasi parfaite. Résultat : pour le cancer de l’œsophage, par exemple, les sutures entre l’œsophage et l’estomac ont été rendues beaucoup plus sûres. « Nous prenons également le temps de faire de la reconstruction, ajoute Christian



LA DOULEUR POSTOPÉRAIRE PRISE EN CHARGE

La prise en charge de la douleur postopératoire est désormais un droit du malade. Autrement dit, le personnel soignant doit faire en sorte que les patients ne souffrent pas de la douleur, laquelle est quasi inévitable après une grosse opération. Il existe aujourd’hui toute une panoplie de produits analgésiques (pour éliminer la douleur) correspondant à différents stades de douleur. Lorsqu’elle est forte, on en associe plusieurs. Depuis une quinzaine d’années, il existe un moyen qui permet au patient lui-même de gérer sa douleur selon son propre seuil de tolérance : c’est le PCA (acronyme anglais de patient controlled analgesia). Quand le patient souffre trop, il appuie lui-même sur une petite poire qui lui injecte du produit en intraveineuse.

Meyer. Par exemple, pour le cancer du rectum (la fin du gros intestin), nous réalisons de plus en plus souvent la reconnexion de l’intestin avec l’anus, ce qui est beaucoup plus appréciable pour la vie des patients que d’avoir une poche à excréments sur le ventre ! » Parfois avec l’aide des chirurgiens plasticiens, de plus en plus d’organes sont ainsi « reconstruits », soit en fin d’opération, soit dans le cadre d’une deuxième intervention. Aujourd’hui par exemple, les os peuvent être remplacés par des implants. Le remplacement le plus connu est sans aucun doute celui du sein,



LES MÉDECINS MAÎTRISENT
DE MIEUX EN MIEUX
L'ENVIRONNEMENT CHIRURGICAL,
PRINCIPALEMENT L'ANESTHÉSIE
ET LA RÉANIMATION.

pour lequel on dispose de matériaux généralement bien supportés par le corps.

Une révolution : la cœlioscopie

Mais la grande révolution de ces dernières années en matière de chirurgie, c'est la cœlioscopie. Développée dans les années 1990, cette technique de chirurgie dite « mini-invasive » permet en effet d'opérer sans avoir besoin d'ouvrir en grand le thorax ou l'abdomen. Elle est de plus en plus utilisée pour enlever de petites tumeurs ou métastases pour les cancers de la prostate,

du côlon, du rein ou encore du poumon. Elle consiste à enfiler dans le corps des tubes d'un centimètre de diamètre – nommés trocarts – via de petites incisions, par lesquels on fait passer une mini-caméra vidéo et des micro-instruments chirurgicaux. Le chirurgien peut alors visualiser son espace chirurgical sur un écran vidéo et contrôler ainsi le moindre de ses gestes. *« La cœlioscopie requiert des équipes bien entraînées, note Dominique Gossot. Elle est moins douloureuse et le patient récupère plus vite, car le choc chirurgical est moins grand. »* Les chirurgiens reconnaissent

même que le fait d'opérer en vidéo sur une image agrandie augmente la précision de leur intervention. C'est ainsi que les urologues qui enlèvent la prostate ont constaté une réduction des séquelles, urinaires ou sexuelles, car ils visualisent beaucoup mieux les nerfs à préserver. ■

YVES LUSSON



REPORTAGE AU CENTRE DE LUTTE CONTRE
LE CANCER PAUL STRAUSS À STRASBOURG

UNE CHIRURGIE À



Le centre de lutte contre le cancer Paul Strauss à Strasbourg s'est notamment spécialisé dans la chirurgie du cancer du sein. Précurseurs en France de la technique du ganglion sentinelle, son équipe a mis en place l'an dernier une visite préopératoire très appréciée.

Il est 10 heures dans l'un des blocs opératoires du centre de lutte contre le cancer Paul Strauss à Strasbourg. Assisté par son équipe chirurgicale, le docteur Jean-François Rodier opère une patiente atteinte d'un cancer du sein. Le téléphone sonne. Au bout du fil, le service d'anatomopathologie lui confirme qu'après analyse, le ganglion sentinelle – retiré vingt minutes plus tôt par le chirurgien –, n'est pas atteint de métastases cancéreuses. Il n'est donc pas nécessaire de retirer les autres ganglions. Un sourire de satisfaction éclaire les visages de toute l'équipe. Une fois de plus, une opération plus lourde et mutilante a été évitée grâce à la technique du ganglion sentinelle. ▶▶

VISAGE HUMAIN

►► **A la pointe de l'innovation**

Cela fait maintenant douze ans que l'équipe pratique cette technique. Ce n'est pas vraiment un hasard si c'est au centre Paul Strauss qu'elle est apparue pour la première fois en France. Créé en 1958, cet établissement est l'un des quatre centres privés à but non lucratif de lutte contre le cancer que compte l'est de la France. Son service chirurgical s'est spécialisé dans le traitement des cancers du sein et des cancers gynécologiques ainsi que dans la chirurgie thyroïdienne. 1 300 interventions ont lieu chaque année dans les trois blocs opératoires. « Le service est certes moins grand que celui d'un CHU, mais il a l'avantage d'être à dimension humaine, note Jean-François Rodier. Ici, tout est regroupé en un même lieu, ce qui favorise la communication et l'interaction entre les équipes soignantes. Cela nous permet de proposer à nos patients une prise en charge globale de leur maladie et de

développer des techniques innovantes, comme celle du ganglion sentinelle. Nous nous sommes également spécialisés dans la chirurgie de recours : nous opérons des patients jugés inopérables ailleurs. En outre, dans certaines indications opératoires, le médecin anesthésiste propose de pratiquer l'intervention sous hypnose. »

Dans sa chambre, Christiane, 66 ans, se prépare à être opérée d'une tumeur au sein. L'intervention aura lieu le lendemain. Déjà opérée d'un autre cancer il y a six mois, elle a insisté pour revenir se faire soigner au centre Paul Strauss. « Ici, j'ai un médecin de référence qui me suit tout au long du traitement, souligne-t-elle. J'ai même été accompagnée le jour où je suis allée passer une IRM (imagerie par résonance magnétique) au CHU voisin. Cette attention particulière m'a donné beaucoup de confiance. » C'est une valeur commune à tout le personnel soignant du centre Paul Strauss :

le bien-être du patient est une préoccupation telle que chacun est prêt à aller au-delà de la simple exécution de sa fonction. C'est vrai aussi bien pour les médecins que pour les infirmières : « Il nous arrive fréquemment d'engager des discussions informelles avec les patients pour leur donner des conseils, raconte Françoise Pichon, cadre infirmière et responsable des 39 lits des unités de soins du service chirurgical. Comme par exemple de rappeler aux patientes opérées du sein qu'il existe dans le commerce de jolis soutiens-gorge adaptés aux prothèses mammaires, solidarité féminine oblige ! Ces conseils ne sont pas donnés à la légère : je fais en sorte que chaque infirmière puisse suivre au moins une formation chaque année. Cela peut prendre la forme de séances de questions-réponses autour d'une table en présence de médecins. » Pour répondre encore plus aux besoins des patients, Françoise Pichon s'est



PLUS PETIT QUE DANS UN CHU, LE SERVICE CHIRURGICAL DE PAUL STRAUSS MISE SUR LA COMMUNICATION ET SUR L'INTERACTION ENTRE LES ÉQUIPES SOIGNANTES.



LA TECHNIQUE DU GANGLION SENTINELLE PEUT PERMETTRE D'ÉVITER UNE OPÉRATION LOURDE ET MUTILANTE.

LE BIEN-ÊTRE DU PATIENT EST UNE DES PRIORITÉS DU PERSONNEL SOIGNANT.

même lancée dans le design de sacs à main ! « Il s'agit d'un sac spécialement conçu pour se promener dans sa chambre ou dans les couloirs avec les flacons de Redon – des drains placés sous la cicatrice et destinés à recueillir les sécrétions liquides de la plaie. C'est une patiente qui, un jour, en mettant ses flacons dans un sac gibecière, m'a donné l'idée de contacter une couturière. C'est ainsi que le sac « Redon » est né. Aujourd'hui, nous projetons d'en fabriquer 5 000 dans un tissu non tissé avec le logo de la Ligue contre le cancer, qui en assure le financement », conclut Françoise Pichon.

Expliquer l'opération pour rassurer

Une action tout aussi exemplaire a été lancée par l'autre équipe de soins : celle du bloc opératoire. Depuis deux ans, chaque patient qui va se faire opérer reçoit dans sa chambre la visite de deux infirmières du bloc qui interviendront auprès



À LA RECHERCHE DU GANGLION SENTINELLE

Apparue en France il y a une dizaine d'années, la technique du ganglion sentinelle a grandement amélioré la chirurgie du cancer du sein. Son objectif : préserver au maximum les ganglions. Le ganglion sentinelle est en effet le premier des ganglions de la chaîne ganglionnaire située au niveau des aisselles. C'est lui qui est touché en premier en cas de métastase, c'est-à-dire en cas de migration des cellules cancéreuses du sein par les voies lymphatiques. Le chirurgien cherche d'abord à le localiser. Pour cela, la première technique utilisée est la lymphoscintigraphie. Elle consiste à injecter une molécule radioactive dans les voies lymphatiques, laquelle rejoint le ganglion. Un appareil de scintigraphie permet un premier repérage quelques heures avant l'opération. Un deuxième repérage a lieu pendant l'opération grâce à une sonde de détection, qui « bipe » à l'approche du ganglion radioactif. Une deuxième technique, utilisée en parallèle pendant l'opération, consiste à injecter dans les voies lymphatiques un colorant, de couleur bleue, qui rejoint également le ganglion. Ce sont ces deux procédés, visuel et sonore, qui permettent au chirurgien de le localiser. Une fois localisé, le ganglion est prélevé puis envoyé au service d'anatomopathologie pour être analysé immédiatement. Pendant ce temps, le chirurgien pratique une deuxième incision pour enlever la tumeur au sein. Moins d'une demi-heure plus tard, les résultats de l'analyse sont communiqués par téléphone au chirurgien. Si le ganglion contient des cellules cancéreuses, alors tous les ganglions de la chaîne ganglionnaire sont retirés. S'il n'en contient pas, alors les autres ganglions peuvent être préservés.



LE SERVICE CHIRURGICAL DE PAUL STRAUSS EST SPÉCIALISÉ DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS DU SEIN, DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES AINSI QUE DANS LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE.



ASSISTÉ PAR UNE ÉQUIPE CHIRURGICALE, LE DR JEAN-FRANÇOIS RODIER OPÈRE UNE PATIENTE ATTEINTE D'UN CANCER DU SEIN.

1300

interventions ont lieu chaque année dans les trois blocs opératoires du centre Paul Strauss.

▶▶ de lui le lendemain. Objectif : faire connaissance et échanger un maximum d'informations pour que tout se passe bien. Aujourd'hui, ce sont Véronique et Mireille qui se chargent de rendre visite à Christiane. Après un rappel des consignes (être à jeun, enlever ses bijoux, utiliser un savon spécial, etc.), elles lui racontent comment se passera l'intervention, photos du bloc à l'appui, et avec force détails. « On vous posera un masque à oxygène juste avant de vous endormir, explique

Mireille. Si vous entendez un bruit de vent, c'est normal, c'est lié au fait que la salle d'opération est en surpression, ajoute Véronique. Et bien entendu, votre douleur sera prise en charge dès votre réveil. » La séance n'a pas duré plus de dix minutes, mais elle a dissipé toute angoisse chez Christiane : « Il est rassurant de voir à quel point elles se mettent à votre place, se réjouit-elle. Elles m'ont même promis qu'elles me mettraient

une couverture si j'ai froid et m'ont donné un truc pour me relaxer : penser très fort à de bons souvenirs

avant d'être endormie. Je tâcherai d'y penser ! »

Peu répandue en France, cette visite préopératoire est très appréciée par les patients. Selon une enquête*, elle aurait même fait nettement diminuer leur appréhension, pour 54 % d'entre eux. Le personnel du bloc, jusqu'alors cantonné à des missions plutôt techniques, est également très satisfait de cette pratique jugée valorisante et créatrice de lien avec les patients et les autres services.

« C'est surtout très impliquant, souligne Véronique. On se sent encore

“Nous nous sommes spécialisés dans la chirurgie de recours : nous opérons des patients jugés inopérables ailleurs.”



CHRISTIANE, 66 ANS, REÇOIT LA VISITE DE DEUX INFIRMIÈRES DU BLOC POUR FAIRE CONNAISSANCE ET ÉCHANGER UN MAXIMUM D'INFORMATIONS.



LE PERSONNEL DU BLOC, CANTONNÉ SURTOUT À DES MISSIONS TRÈS TECHNIQUES, EST TRÈS SATISFAIT DE PARTICIPER AUX VISITES PRÉOPÉRATOIRES, JUGÉES CRÉATRICES DE LIEN AVEC LES PATIENTS.



LA LIGUE CONTRE LE CANCER COFINANCE LE SALAIRE DE L'ANIMATEUR DU NOUVEL ERI (ESPACE RENCONTRES INFORMATION) SITUÉ À L'ENTRÉE DU CENTRE.

plus responsable de cette personne dès lors qu'on a établi un échange avec elle et on donne tout pour que tout se déroule du mieux possible. »

Dominique Christ est la cadre infirmière responsable du bloc opératoire à l'initiative de cette nouvelle pratique. « Ces visites ont créé une grande dynamique et une belle cohésion au sein de l'équipe soignante », se félicite-t-elle. Le projet vient de remporter le prix Ruban Rose 2008 de l'association Le cancer du sein, parlons-en ! et a reçu 25 000 euros pour poursuivre des recherches dans ce domaine. Encore une fois, le centre Paul Strauss de Strasbourg aura montré l'exemple. ■

YVES LUSSON

** Enquête réalisée en 2007 par la cellule qualité du centre auprès de 100 patients.*



LE COMITÉ DU BAS-RHIN, SOUTIEN ESSENTIEL DU CENTRE

Le Comité départemental du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer est un soutien essentiel au développement des deux principaux établissements qui soignent les malades du cancer à Strasbourg : les hôpitaux universitaires et le centre Paul Strauss. Avec près de 14 000 adhérents et un budget de 1,6 million d'euros, il participe régulièrement au cofinancement d'équipements et d'équipes de recherche. « Au centre Paul Strauss, par exemple, nous venons de participer, à hauteur de 50 %, à l'achat d'un mammotome qui permet de faire des biopsies du sein sans chirurgie, ainsi qu'à l'achat d'un nouvel appareil de radiologie pour le bloc opératoire, précise Jean-Claude Janser, président du Comité. Nous cofinançons également depuis plus de deux ans, avec le groupe pharmaceutique Sanofi-Aventis, le salaire de l'animateur du nouvel Espace rencontres information (ERI), situé à l'entrée du centre. Et une grande part de notre activité consiste à aider directement les malades, notamment en leur apportant un soutien au moment de leur retour à domicile. »