



SOMMAIRE

QUALITÉ DES SOINS

Les infirmiers ont suivi une formation en urologie 1

MÉDECINE DU SPORT

Une réponse rapide et spécialisée pour la prise en charge du genou du sportif 2

CARDIOLOGIE

La téléréadaptation cardiaque, une solution pour prévenir la récidive 3

ORTHOPÉDIE

Arthrose du pouce : quelle prise en charge proposer aujourd'hui ? 5

SOMMEIL

Laboratoire du sommeil : notre expertise en test de maintien d'éveil 6

DROITS DES PATIENTS

Commission des usagers, médiateur médical : qui sont les interlocuteurs des patients, en cas de réclamation ? 7

CHIRURGIE DIGESTIVE

Cancer de l'œsophage : rappels, épidémiologie, types et prise en charge 8

SÉNOLOGIE

La technique du mini dorsal lipofillé en reconstruction mammaire 9

GÉRIATRIE

Amylose cardiaque à propos d'un cas chez la personne âgée : comprendre pour mieux agir 10

SOINS PALLIATIFS

Intégrer l'accompagnement dès le diagnostic 14

QUALITÉ DES SOINS

Polyclinique d'Hénin-Beaumont
Hôpital de Riaumont

Les infirmiers ont suivi une formation en urologie

Dans le cadre de la formation continue, les infirmiers de l'Hôpital de Riaumont et de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont ont bénéficié d'une formation dispensée par le Docteur Laurent NISON, urologue du Groupe AHNAC. Cette séance leur a permis de renforcer leurs connaissances sur les pathologies urologiques courantes et les gestes techniques. Ces sessions de formation assurées en interne ont pour objectif l'amélioration de la qualité des soins. Cela traduit sur le terrain l'une des valeurs de notre groupe : « Rechercher l'excellence ». ■



Une réponse rapide et spécialisée pour la prise en charge du genou du sportif



Scannez ce QR code pour voir la vidéo de présentation (Youtube)

Dr Anass ARROUME, chirurgien orthopédiste et Dr Alexandre RIMETZ, médecin du sport

Un parcours de soin spécialement pensé pour les sportifs a été mis en place entre la Polyclinique d'Hénin-Beaumont, établissement réputé depuis trente ans pour son expérience en chirurgie, et le Centre de réadaptation Les Hautois à Oignies, spécialisé notamment dans la rééducation de l'appareil locomoteur.

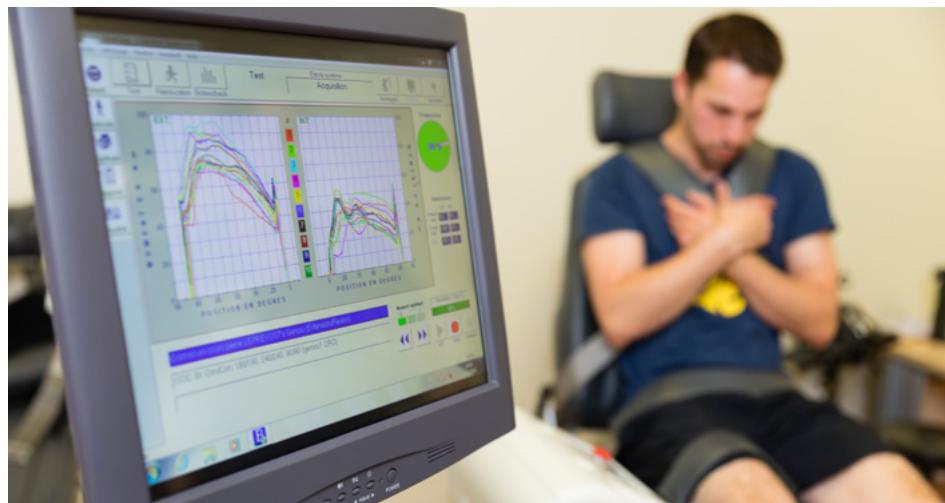
Le docteur Alexandre RIMETZ, médecin du sport et le docteur Anass ARROUME, chirurgien orthopédiste spécialisé dans la ligamentoplastie du genou, travaillent en lien étroit avant et après l'acte chirurgical.

La ligamentoplastie

« Les lésions du ligament croisé antérieur du genou sont assez fréquentes chez les sportifs, notamment dans les sports pivots comme le foot, le hand, le basket ou encore le ski », explique le docteur Anass ARROUME, qui opère à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont. « La ligamentoplastie est une intervention qui vise à reconstruire le ligament rompu, en utilisant un greffon. Celui-ci est prélevé sur le patient (le plus souvent, un ligament des ischio-jambiers). Nous effectuons tout d'abord une arthroscopie pour faire le bilan des lésions à l'aide d'une caméra dans le genou. On s'assure qu'il n'y a pas de lésions méniscales. Le cas échéant, elles sont traitées dans le même temps opératoire. Puis, l'intervention consiste à remplacer le ligament rompu par le greffon. Elle peut aussi bien se dérouler sous rachianesthésie que sous anesthésie générale. »

De la rééducation avant et après l'opération

La rééducation est une étape primordiale dans la récupération chez le sportif, tant avant l'intervention, qu'après. En préopératoire, elle consiste à préparer le genou au geste chirurgical, en récupérant les amplitudes articulaires et la force musculaire et en débutant d'ores et déjà le travail de contrôle neuromoteur. On sait maintenant que



l'absence de rééducation préopératoire est une perte de chance et favorise des complications (raideur, inhibition motrice, retard de progression, douleurs, etc.).

La rééducation post-opératoire se doit d'être précoce, adaptée au geste chirurgical. Nous savons qu'elle est longue et nécessite un échange constant avec le patient et l'équipe soignante dans son ensemble. Elle ciblera la récupération des amplitudes, et évitera les complications, comme le flessum. Un travail spécifique de renforcement est mis en place, notamment des ischio-jambiers et du quadriceps, selon un protocole clair et progressif.

L'objectif est de permettre au patient de reprendre les activités quotidiennes de marche et professionnelles, ainsi que la reprise d'une activité sportive dans les meilleures conditions.

Une communication simplifiée entre chirurgie et réadaptation

Le médecin du sport assure le suivi du patient. « La rééducation débute dans les 24 heures suivant l'intervention chirurgicale. L'avantage de travailler au sein d'un même groupe permet au chirurgien d'être informé très régulièrement de l'évolution de ses patients. Ceux-ci doivent respecter certains délais et des temps de cicatrisation. Le médecin du sport s'assure de la

bonne progression du patient à chaque phase de la rééducation. Il évalue les éventuelles complications. Au fil de la réathlétisation du patient, il encadre les tests au 4^e et au 7^e mois post-opératoire (Test isokinétique, K-start...) », détaille le docteur Alexandre RIMETZ. Le médecin encadre les équipes pluridisciplinaires du centre de réadaptation (kinés, enseignants en activités physiques adaptées, psychomotricien, psychologue, diététicienne, balnéothérapeute...). Enfin un partenariat d'imagerie médicale avec IRM et échographie permet d'accompagner également la prise en charge. À Oignies, le patient dispose d'un plateau technique et d'un équipement de pointe en imagerie motrice, renforcement isokinétique ainsi que d'une balnéothérapie. Le Centre Les Hautois, situé dans l'ancien château De Clercq à 15 minutes de Lille, est implanté au cœur d'un parc paysager de 7 hectares. La réadaptation est proposée en hôpital de jour. ■

Consultations :

Médecine du sport (Hénin-Beaumont -Oignies) : 03 21 79 10 10

Chirurgie traumato-orthopédique (Hénin-Beaumont) : 03 21 13 32 35

Hospitalisation (Oignies) : 03 21 79 10 07

La téléréadaptation cardiaque, une solution pour prévenir la récidive

Dr Marie-Michelle SIX, cardiologue

Le syndrome coronarien aigu reste un problème de santé publique malgré les progrès de sa prise en charge. La prévention de la récidive est un challenge sur lequel il est nécessaire de progresser. La réadaptation cardiaque permet l'éducation thérapeutique du patient, sa prise en charge psycho-sociale et l'amélioration de ses capacités fonctionnelles et de ses facteurs de risque cardiovasculaire. Elle est donc une étape essentielle du parcours de soins du patient coronarien, pour diminuer son risque de ré-hospitalisation (-18 %) et sa mortalité cardiovasculaire (-26 %)⁽¹⁾. Elle améliore également sa qualité de vie et sa réinsertion professionnelle.

Faciliter l'accès aux soins

Malheureusement, seul un patient coronarien sur trois bénéficie d'une réadaptation cardiaque actuellement en France. Les raisons principales sont le nombre de centres de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), leur éloignement géographique, leurs modalités de prise en charge chronophages, et la persistance d'un défaut d'adressage des MCO, cardiologues traitants et médecins traitants⁽²⁾. La réadaptation cardiaque est pourtant depuis de nombreuses années une recommandation de grade IA en France et en Europe, et devrait donc être un traitement systématique et non optionnel du patient coronarien. Il existe de très grandes disparités européennes⁽³⁾ mais aussi françaises⁽⁴⁾ dans l'accessibilité aux SMR cardiaques, et notre région présente le pourcentage de patients pris en charge en post SCA le plus bas de France. C'est dans ce sens et après analyse des pratiques à l'étranger, notamment en Angleterre, au Canada, et en Australie⁽⁵⁾, que quelques réadaptateurs cardiaques français ont souhaité développer la téléréadaptation cardiaque à domicile.

Une étude nationale, menée avec une start-up lilloise

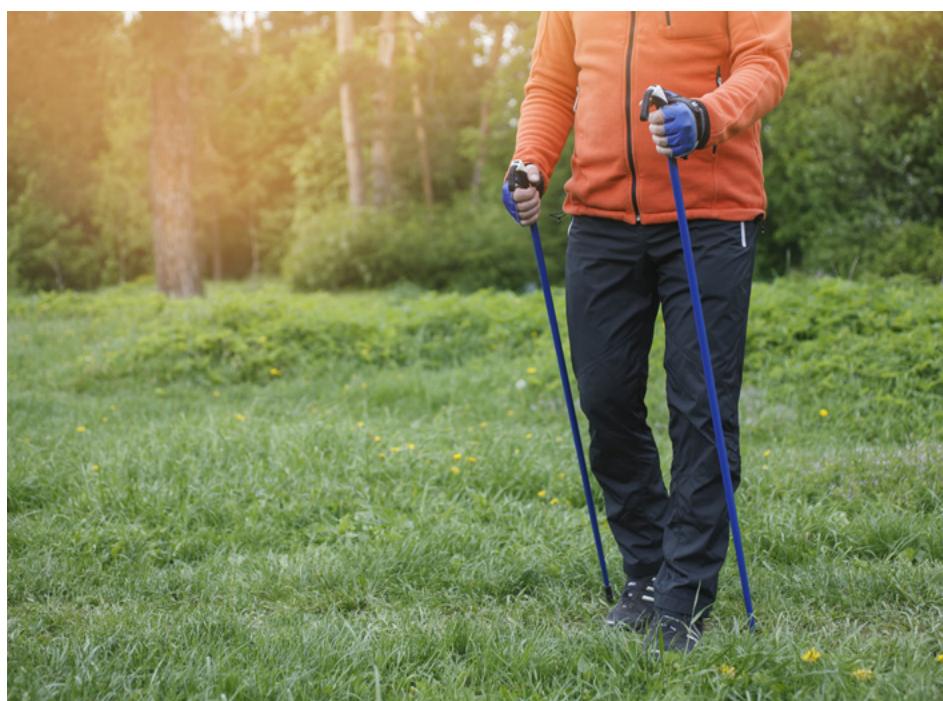
Ce type de prise en charge a débuté en janvier 2022 dans 8 centres français, dans le cadre de l'expérimentation article 51 « Walk Hop » (forfait dérogatoire autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, avec décret officiel d'autorisation paru en juillet 2021)⁽⁶⁾. Devant une multiplication des demandes et des résultats prometteurs, 12 centres supplémentaires ont été autorisés à participer à l'étude, par modification du décret officiel en mars 2023⁽⁷⁾. **Le centre Les Hautois fait partie des centres initiateurs de ce nouveau mode de prise en charge de réadaptation cardiaque « hors les murs du SMR ».** Le Dr Marie-Michelle SIX en est actuellement le porteur à l'échelle nationale. L'expérimentation se termine en novembre 2025, après 46 mois d'inclusions. Elle est en cours d'évaluation par les autorités de santé avec un passage dans le droit commun espéré pour 2026.

La plateforme de télémédecine ENSWEET utilisée dans « Walk Hop » a été développée par une start-up lilloise dont le président est Fabien Watrelot. Elle est en perpétuelle évolution, grâce aux retours des patients et des thérapeutes.

Une prise en charge identique à l'hôpital de jour, chez soi

Les patients inclus dans « Walk Hop » sont des patients volontaires, adultes, en post SCA ou angioplastie coronaire récente et à faible risque à l'effort (score RARE)⁽⁸⁾. **Le patient pris en charge en téléréadaptation cardiaque bénéficie comme le patient pris en charge en hôpital de jour (HDJ) d'un bilan initial complet** (bilan éducatif partagé, examen clinique, électrocardiogramme, échocardiographie, épreuve d'effort). Après élimination d'une contre-indication et signature d'un consentement, le patient bénéficie de 3 séances de réadaptation sur site. Celles-ci comportent : initiation au dispositif de télémédecine, séances de réentraînement tests, séances

éducatives et consultations individuelles (tabacologue, diététicienne, psychologue, assistante sociale...) si besoin. **Le patient se voit secondairement livré à domicile pour 15 séances supplémentaires, un cycloergomètre, un cardiofréquencemètre et un accès à la plateforme de télémédecine.** La plateforme permet de poursuivre la prise en charge multidisciplinaire. Elle donne au patient, un accès à une messagerie sécurisée bidirectionnelle avec le centre, permet sa surveillance durant les séances de réentraînement, leur prescription par un EAPA (enseignant en activité physique adaptée) du centre sur les données de l'épreuve d'effort et la réalisation de téléconsultations de suivi. Les séances de réentraînement sont analysées en asynchrone, sous 24 à 48h, et le programme est ajusté quotidiennement au ressenti du patient et à l'analyse de ses courbes de fréquence cardiaque durant les séances. **À l'issue des séances réalisées à domicile, le patient bénéficie comme en HDJ, d'un bilan final, comparé au bilan initial.**



Des résultats probants

L'étude de la cohorte française actuelle représentant plus de 1500 patients dont 10 % ont été inclus sur le site des Hautois, va prochainement faire l'objet d'un article scientifique. Elle montre de très bons résultats avec un gain en puissance à l'épreuve d'effort finale identique à ceux des patients ayant réalisé leur réadaptation en HDJ, avec une excellente observance et complétude du programme par les patients. Les critères d'inclusion sont respectés par les soignants. Cette nouvelle modalité de réadaptation apparaît sûre, avec très peu d'alertes de dépassement de fréquence cardiaque de sécurité, d'arrêt de prise en charge pour raisons médicales et l'absence d'événement cardiologique significatif. Les patients comme les soignants sont très satisfaits de cette modalité de prise en charge et de la plateforme ENSWEET. **Un patient sur deux ayant bénéficié d'une téléréadaptation cardiaque n'aurait pas réalisé de réadaptation si on ne lui avait pas proposé cette modalité de prise en charge.**

Une souplesse de prise en charge intéressante pour les jeunes actifs

Un consensus concernant les nouveaux modes de prise en charge en réadaptation « hors les murs des SMR » a été rédigé par les membres du GERS-P (groupe exercice, réadaptation, sport et prévention) de la société française de cardiologie en début d'année⁽⁹⁾. La volonté des cardiologues réadaptateurs est d'étendre à terme ce mode de prise en charge à toutes les indications de réadaptation cardiaque. Cette nouvelle modalité de prise en charge innovante, plus souple pour le patient et permettant le maintien de l'activité professionnelle, semble être très prometteuse pour améliorer l'accès à la réadaptation cardiaque notamment chez les sujets jeunes et actifs. Elle présente également un intérêt financier non seulement par un moindre coût de prise en charge, mais également en limitant les frais de transport et les durées d'arrêt de travail. La téléréadaptation est une réalité en cardiologie, déjà évoquée comme alternative par l'HAS⁽¹⁰⁾. Elle est aussi largement en réflexion dans les autres disciplines de réadaptation avec une écoute toute particulière des autorités de santé. ■



Références :

1. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease : Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1-12.
2. Corré J, Minvielle C, Douard H. Les freins à la prescription de la réadaptation cardiaque après un syndrome coronarien aigu en France en 2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(20-21):374-80. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/20-21/2016_20-21_4.html
3. Ruivo J, Moholdt T, Abreu A. Overview of Cardiac Rehabilitation following post-acute myocardial infarction in European Society of Cardiology member countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2023;30(9):758-68.
4. Grave C, Gabet A, Iliou MC, Cinnaud A, Tuppin P, Blacher J, et al. Évolutions nationales et régionales de l'admission en réadaptation cardiaque après un syndrome coronaire aigu en France entre 2009 et 2021 : des disparités persistantes. *Bull Epidémiol Hebd*. 2024;(8):164-74. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/8/2024_8_3.html
5. Rawstorn JC, Gant N, Direito A, et al. Telehealth exercise-based cardiac rehabilitation : a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2016;102:1183-119.
6. Ministère de la santé et de la prévention. Arrêté du 13 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « Walk Hop, Télé-réadaptation cardiaque un nouveau mode de réadaptation cardiaque hors les murs des SSR ». *Journal Officiel* 2021;28 juillet 2021.
7. Ministère de la santé et de la prévention. Arrêté du 20 mars 2023 modifiant l'arrêté du 13 juillet 2021 relatif à l'expérimentation Walk Hop, Télé-réadaptation cardiaque un nouveau mode de réadaptation cardiaque hors les murs des SSR. *Journal Officiel* 2023 ; 6 avril 2023.
8. Lacombe S.P, La Haye S.A, Hopkins-Rosseel D, et al. Identifying patients at low risk for activity-related events : the RARE Score. *J Cardiopulm Rehab Prev*. 2014;34:1806-7.
9. Marcadet D, Pavie B, Corone S, Faure A, Six M.M, Cazaubiel I, et al. Consensus document from the Group Exercice Rehabilitation Sports-Prevention (GERS-P) of the French Society of Cardiology on cardiac rehabilitation outside cardiac rehabilitation centres, including light private rehabilitation structures and cardiac telerehabilitation. *Arch Cardiovasc Dis*. 2025;118:415-421.
10. HAS Recommandations de bonnes pratiques. Critères d'orientation en réadaptation cardiaque et vasculaire. 17 octobre 2024.

Walk Hop



ensweet

Arthrose du pouce : quelle prise en charge proposer aujourd'hui ?

Dr Jérôme BRICOUT, Dr Pierre-Jean FAUQUETTE, chirurgiens orthopédistes



La rhizarthrose : « Qu'est-ce que c'est ? »

La rhizarthrose est la destruction du cartilage entre l'os trapèze et la base du premier métacarpien. C'est la maladie d'usure du cartilage la plus fréquente au niveau de la main. Elle touche 1 femme sur 3 après la ménopause et 1 homme sur 8.

Quels sont les symptômes ?

Douleurs de la base du pouce remontant au poignet, crampes, difficulté à saisir les objets, à utiliser la pince pouce-index, lâchages d'objet, perte de force, déformation du pouce avec enraissement, les symptômes sont multiples et souvent très évocateurs. L'association avec un syndrome du canal carpien est fréquente.

Quelle est la prise en charge initiale ?

Un traitement médical associant orthèse nocturne et infiltration de dérivés cortisonés ou d'acide hyaluronique peut être proposé en première intention. En cas d'inefficacité, un traitement chirurgical peut être envisagé pour récupérer un pouce indolore et de la force.

Quelle est la meilleure solution chirurgicale ?

La prothèse trapézo-métacarpienne est désormais la solution chirurgicale la plus fiable avec un délai de récupération rapide. Elle consiste en un resurfaçage des zones articulaires endommagées et douloureuses. Elle associe une cupule vissée ou impactée au sein du trapèze à une tige enclavée dans le métacarpien. Les implants sont sans ciment, revêtus d'hydroxyapatite ou de titane poreux pour permettre la meilleure ostéo-intégration possible. Les deux pièces sont articulées via une rotule. Les dernières générations de prothèse posées au sein de la Polyclinique de la Clarence ont prouvé leur longévité (Fauquette et Al).



Historiquement, la trapézectomie (= ablation de l'os trapèze) était proposée. La prothèse trapézo-métacarpienne donne des résultats plus rapides (résultat optimal à 2 mois vs 6) et une meilleure force (par conservation de l'architecture du pouce et de sa longueur). D'autres solutions thérapeutiques ont été proposées, sans qu'aucune ne devienne un traitement de référence comme c'est le cas aujourd'hui de la prothèse trapézo-métacarpienne.

Je suis allergique aux métaux, puis-je en bénéficier ?

OUI, des implants hypo-allergéniques sont désormais disponibles.

Comment se passe l'intervention ?

L'intervention se pratique la plupart du temps sous anesthésie loco-régionale, le bras seulement étant endormi. L'intervention dure environ 30 minutes et la bonne position du matériel est contrôlée pendant l'intervention par la pratique de radiographies par le chirurgien. Une hospitalisation d'une journée est nécessaire (chirurgie ambulatoire).



Quelles sont les suites opératoires ?

Aucune immobilisation n'est requise et une autorééducation est proposée. Un usage de la main est autorisé d'emblée, en évitant les activités en force et potentiellement traumatiques pendant 6 semaines. La cicatrice opératoire (environ 2 cm) est à protéger pendant 2 semaines. La conduite automobile est habituellement reprise entre 4 et 6 semaines post-opératoires. La rééducation auprès d'un kinésithérapeute n'est pas systématique.



Les Docteurs BRICOUT et FAUQUETTE pratiquent cette chirurgie depuis maintenant plusieurs années et participent désormais à la formation des jeunes chirurgiens à cette technique. Ils reçoivent sur Béthune, Divion, Liévin et Saint-Pol-sur-Ternoise pour proposer diagnostic et conseils. Toutes les interventions chirurgicales sont pratiquées à la Polyclinique de la Clarence à Divion. ■

Docteur Jérôme BRICOUT

jbricout@ahnac.com

Docteur Pierre-Jean FAUQUETTE

pjfauquette@ahnac.com

Contact : 03 21 54 90 34



Laboratoire du sommeil : notre expertise en test de maintien d'éveil

Dr Éric CARDOT, pneumologue

Les troubles de la vigilance liés au sommeil représentent un enjeu majeur de santé publique, tant pour la sécurité routière que pour les professions à haut niveau de responsabilité. Afin de vous accompagner dans le diagnostic et le suivi de vos patients, notre laboratoire d'enregistrement du sommeil met à votre disposition une expertise reconnue et un plateau technique de pointe.

Nous sommes spécialisés dans la réalisation du **test de maintien d'éveil (TME)**, outil indispensable pour évaluer objectivement la capacité d'un patient à rester éveillé en condition de stimulation réduite. Ce test s'avère particulièrement pertinent dans le cadre du suivi post-thérapeutique d'un syndrome d'apnées du sommeil et des évaluations réglementaires pour certaines professions à risque (transport, aéronautique, conduite professionnelle, etc.).

Notre équipe médicale et paramédicale, formée aux standards internationaux en médecine du sommeil, assure des examens conformes aux recommandations en vigueur. Les enregistrements sont réalisés dans un environnement adapté, garantissant confort du patient et fiabilité des données recueillies.

Les résultats détaillés, assortis d'une interprétation médicale claire, sont transmis rapidement afin de faciliter vos décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Collaborer avec notre laboratoire, c'est bénéficier d'un partenaire de confiance pour affiner vos bilans et renforcer la prise en charge globale de vos patients. ■

Contact : 03 21 54 90 36



Commission des usagers, médiateur médical : qui sont les interlocuteurs des patients, en cas de réclamation ?

Le Docteur Meki DJENDAR est médiateur médical à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont. Gérard ABRAHAM est président de la Commission des usagers (CDU) de la Polyclinique d'Hénin-Beaumont. Tous deux sont amenés à rencontrer les patients ou leurs familles, en cas de réclamation.

- M. Abraham, qui compose la CDU et quel est son rôle ?

« La CDU est, depuis 2016, la nouvelle dénomination de la Commission des relations entre les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Elle est obligatoire dans tous les établissements de soins et se réunit tous les trimestres, pour s'informer des plaintes, de la satisfaction des usagers et de la qualité de la prise en charge.

Elle est composée de :

- 1 représentant légal de l'établissement
- 2 médecins médiateurs (1 titulaire et 1 suppléant)
- 2 médiateurs non médicaux (1 titulaire et 1 suppléant)
- 4 représentants des usagers (2 titulaires et 2 suppléants)

Les représentants des usagers sont des membres bénévoles, désignés pour trois ans par l'Agence Régionale de Santé (ARS). S'ils sont tous membres d'une association de patients reconnue nationalement ou régionalement, ils représentent, dans le cadre de cette mission, tous les usagers, sans distinction. »

- Pour quelle raison vous êtes-vous engagé dans cette démarche ?

« Du fait de mon propre parcours (polypathologies) et pour avoir travaillé en milieu hospitalier en tant que responsable d'une blanchisserie, j'ai à cœur de mettre mes 15 années d'expérience personnelle au service du plus grand nombre et de l'institution ».

- Docteur Djendar, en quoi consiste votre mission de médiateur médical ?

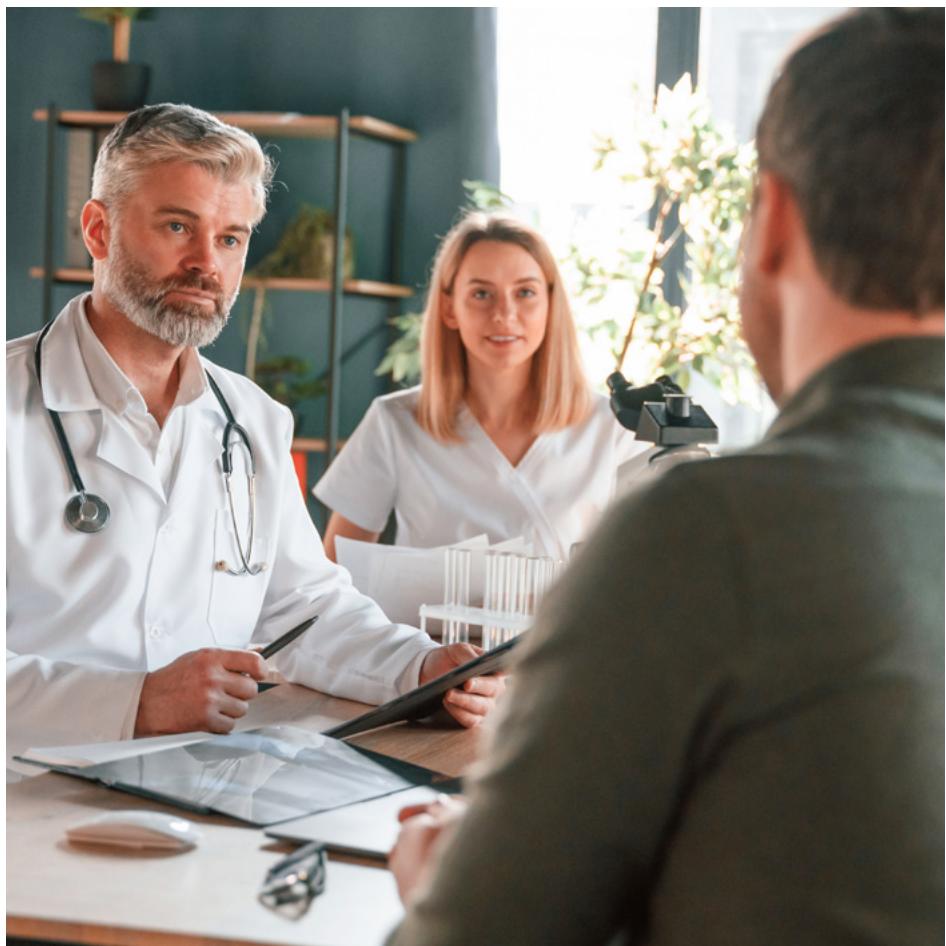
« Il existe un médiateur médical et un médiateur non médical dans l'exécutif de la CDU. Le médiateur fait le lien entre l'usager et l'institution de soins en cas de difficultés relationnelles, d'accident de parcours, d'événement indésirable. Il

analyse la situation, apporte son écoute aux personnes qui ont une plainte à exprimer. Si une réponse existe, elle doit leur être donnée.

Le médiateur joue également un rôle de conseil, pour le demandeur et l'institution, en les orientant objectivement vers les recours les plus adaptés à la problématique, pour trouver l'apaisement ou la réparation. Cela peut être un arrangement amiable, une démarche auprès de la commission d'indemnisation, une action en justice. Dans chaque cas, il se doit d'être impartial. Il explique comment se déroule la procédure et quels sont les espoirs d'obtenir gain de cause. »

- Quels sont les liens entre vos deux missions ?

« Chacun prépare sa médiation indépendamment, mais nous avons le même but : améliorer la qualité des soins et de la prise en charge. L'analyse des situations nous amène à travailler avec les ingénieurs qualité, et peut conduire à mener des évaluations des pratiques professionnelles, à mettre en place une stratégie pour une action correctrice, à diffuser des informations aux équipes impliquées ou non dans l'incident. » ■



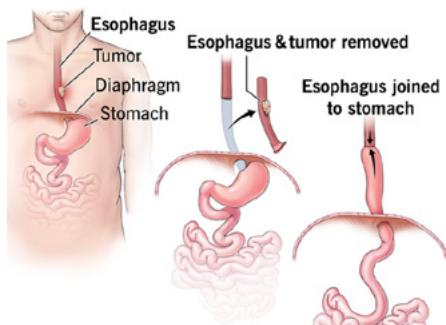
Cancer de l'œsophage : rappels, épidémiologie, types et prise en charge

Dr Thibault CROMBÉ, chirurgien viscéral

Le cancer de l'œsophage est une pathologie grave dont le pronostic reste réservé, 20 % de survie à 5 ans tous stades confondus. Le pronostic dépend du stade tumoral au diagnostic, pouvant approcher les 50 % de guérison pour des stades localisés et opérables.

Dans le département du Pas-de-Calais, son **incidence** est particulièrement marquée par l'association alcool-tabac, ce qui explique la prédominance des carcinomes épidermoïdes. Les adénocarcinomes liés au reflux gastro-œsophagien et à l'obésité progressent également, mais restent moins fréquents dans notre territoire.

Esophagectomy



Les **symptômes** les plus fréquents sont la dysphagie progressive, l'amaigrissement et parfois des douleurs rétro-sternales. Le **diagnostic** repose sur l'endoscopie avec biopsies, complétée par un bilan d'extension comprenant scanner, échoendoscopie et TEP.

La **prise en charge thérapeutique** varie selon le type histologique et l'état général du patient.

Pour les carcinomes épidermoïdes, la radiochimiothérapie concomitante constitue le traitement de référence, suivie d'une chirurgie. Pour les adénocarcinomes, la stratégie repose sur une chimiothérapie périopératoire associée à une chirurgie d'œsogastrectomie polaire supérieure, parfois complétée par de l'immunothérapie, tandis que les stades avancés ou inopérables relèvent d'une radiochimiothérapie exclusive ou de gestes endoscopiques à visée palliative (prothèse œsophagienne).

La prise en charge chirurgicale du cancer de l'œsophage est soumise à l'autorisation de l'ARS. La Polyclinique d'Hénin-Beaumont est aujourd'hui un des seuls établissements du territoire autorisé à réaliser cette chirurgie, en raison du volume annuel de patients et de l'expertise développée par son équipe. Chaque année, environ cinquante patients sont pris en charge au moment du diagnostic dans leur globalité. Parmi eux, un peu plus d'une vingtaine bénéficient d'une chirurgie, toujours réalisée par voie robotique à Hénin-Beaumont. Les autres patients sont traités médicalement en cas de contre-indication chirurgicale ou orientés vers le CHRU de Lille lorsqu'ils présentent des comorbidités trop lourdes ou des dossiers particulièrement complexes. Les patients opérés par voie robot-assistée à Hénin-Beaumont bénéficient également de la présence d'une unité de soins intensifs périopératoires. Cela apporte une garantie de sécurité optimale à des personnes souvent fragiles et comorbidées.



L'organisation locale permet ainsi une prise en charge globale et multidisciplinaire, intégrant nutrition, oncologie, radiothérapie et soins de support, avec une chirurgie robot-assistée qui réduit le risque de complications et améliore le confort post-opératoire. Cette complexité de la prise en charge multidisciplinaire place la **Polyclinique d'Hénin-Beaumont** comme **centre expert régional pour la chirurgie de l'œsophage**. ■

Contact : 03 21 13 30 72

Les docteurs CROMBÉ, CHAU, LE COQ et GABRIEL



La technique du mini dorsal lipoFillé en reconstruction mammaire

Dr Daphné BORJA DE MOZOTA, Dr Léa DELANNOY, Dr Jérôme PHALIPPOU, chirurgiens du sein

La prise en charge du cancer du sein évolue sans cesse, tant sur le plan carcinologique que dans la prise en charge globale et l'amélioration de l'image de soi, qui peut passer par un temps de reconstruction mammaire.

Celle-ci n'est jamais obligatoire et reste un choix personnel.

En France, seulement 30 % des patientes réalisent une reconstruction mammaire, souvent par manque d'information ou d'accès aux soins.

La reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal mini invasif avec lipofilling est une technique de reconstruction mammaire, variante de la technique classique du lambeau du grand dorsal.

C'est une évolution moderne, développée pour répondre à la demande d'un résultat naturel, avec moins de séquelles fonctionnelles, une sanction cicatricielle moindre et sans recours aux implants prothétiques. C'est une variante récente puisqu'elle a été développée et est pratiquée depuis 2017 par le Dr Piat à Strasbourg.

Reconstruction du sein autologue

Cette technique est dite autologue car permettant une reconstruction du sein de la patiente à partir de ses propres tissus. Elle peut être proposée en reconstruction mammaire immédiate ou différée après mastectomie totale. Elle s'adresse principalement aux patientes avec un volume mammaire faible à modéré, ne souhaitant pas ou ne pouvant pas avoir de prothèse.

De plus, les techniques autologues sont de plus en plus favorisées, afin de réduire le risque de complications en lien avec un implant mammaire.

La technique consiste à prélever une partie restreinte du muscle grand dorsal associé à un geste de lipomodelage.

L'acte se déroule en deux étapes :

- Prélèvement d'une portion du muscle grand dorsal de façon mini invasive (par un abord direct sous axillaire permettant



Avant opération



Après opération

une cicatrice discrète), associé au prélèvement d'une petite palette cutanée, puis d'une transposition du lambeau sur le thorax avec préservation du pédicule vasculaire, afin de reconstruire la base du sein.

- Lipomodelage : prélèvement de la graisse par lipoaspiration au niveau de l'abdomen et/ou des cuisses. La graisse est ensuite centrifugée et réinjectée dans le muscle pectoral, le muscle grand dorsal prélevé et la palette sous cutanée permettant d'obtenir un volume mammaire plus conséquent, afin de reconstruire le sein de manière naturelle. Plusieurs séances de lipofilling sont parfois nécessaires pour atteindre le volume souhaité.

Les séances de lipomodelage complémentaires seront réalisées en chirurgie ambulatoire.

Une meilleure récupération

Contrairement à la technique initiale, cette approche chirurgicale peut être réalisée sans changement de position de la patiente, ce qui permet un gain de temps opératoire non négligeable. De plus, la préservation partielle du muscle grand dorsal peut permettre une meilleure récupération fonctionnelle dans les suites.

Le temps d'hospitalisation est de 2 à 4 jours.

Tous les gestes de reconstruction sont réalisés à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont sous anesthésie générale et locorégionale, afin de réduire l'impact douloureux et de favoriser des suites opératoires confortables et une récupération rapide.

Les patientes bénéficient d'une évaluation spécialisée en algologie avant l'intervention, d'un accompagnement pendant leur séjour et d'un suivi après la prise en charge chirurgicale.

Il existe également un accompagnement par des kinésithérapeutes spécialisés avant l'opération, quand cela est possible (reconstruction secondaire), en cours d'hospitalisation et après cicatrisation.

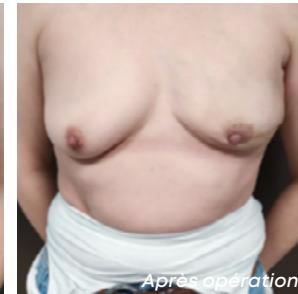
La reconstruction mammaire évolue afin de répondre au mieux aux besoins des patientes. Les techniques se multiplient pour offrir un résultat le plus harmonieux possible et adapté au morphotype, aux facteurs de risque et au souhait des patientes. Les modalités les plus adaptées seront définies en consultation de sénologie avec un chirurgien spécialisé.

La reconstruction mammaire fait l'objet d'une prise en charge à 100 % et sans dépassement d'honoraires à la Polyclinique. ■

Contact : 03 21 13 32 88



Avant opération



Après opération



Après opération

Amylose cardiaque à propos d'un cas chez la personne âgée : comprendre pour mieux agir

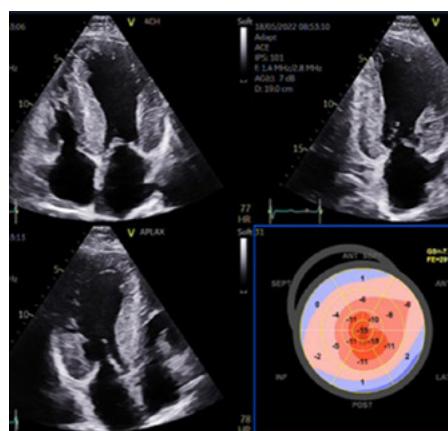
Dr Sanaa HANNAT, Dr Amandine LOUIS, gériatres

Madame SI, 87 ans, est hospitalisée en court séjour gériatrique pour asthénie généralisée. Dans ses antécédents, on retrouve une fibrillation atriale anti-coagulée, une hypertension artérielle, un diabète non insulino-dépendant. Ses traitements sont à base de : Fluindione, Bisoprolol, Furosemide, Spironolactone, Simvastatine, Metformine.

L'examen clinique retrouve une patiente asthénique eupnéeique. Les bruits du cœur sont irréguliers, avec présence d'œdèmes des membres inférieurs prenant le godet.

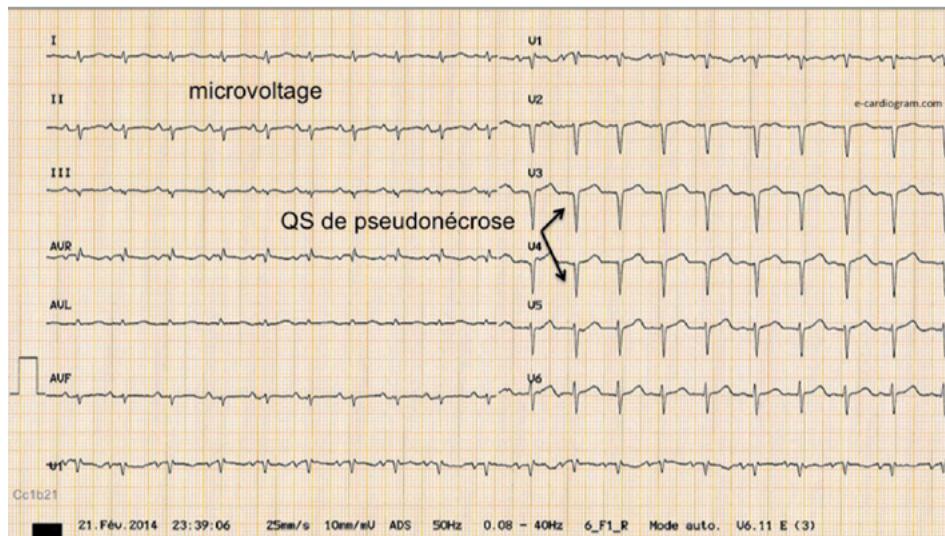
Le bilan biologique retrouve une anémie avec un taux d'hémoglobine à 7,2 g/dl, VGM microcytaire, la créatininémie est à 145 millimoles par litre avec une clairance de créatinine à 29 ml/min, les PROBNP sont élevés à 1832 Pg/l.

L'ECG retrouve une FA connue, micro-voltage, pas de BAV.



Échographie cardiaque : l'amyloïdose un modèle de cardiomyopathie restrictive

- Hypertrophie VG concentrée
- Épaisseur septale > 12 mm
- FEVG préservée
- Aspect granité et scintillant du myocarde (septum)
- Altération contraction longitudinale du VG épargnant l'apex (aspect en cocarde)
- Longtemps confondue avec la **cardiopathie hypertensive**



Concernant l'anémie ferriprive avec ferritinémie à 42 µg/par litre et épisode de méléna, la patiente a bénéficié d'une transfusion et de la réalisation d'une FOGD qui était sans particularité, la coloscopie retrouvait un angiome coecal qui a été électro-coagulé. Elle a bénéficié également d'une perfusion de 1 G de carboxymaltose ferrique.

Par ailleurs devant des œdèmes des membres inférieurs et des pro BNP élevés chez cette patiente n'ayant pas d'antécédents de cardiopathie.

Une ETT a été demandée, qui retrouve : oreillette gauche dilatée, FEVG normal, VCI congestive avec HTA P à 60 mmHg, l'attention est attirée par une hypertrophie du VG, le tout évoquant une cardiomyopathie hypertrophique décompensée sur probable amylose cardiaque.

La prise en charge clinique a consisté en la mise en place de diurétiques avec amélioration des œdèmes des membres inférieurs et de l'état général.

Un bilan d'amylose AL a été demandé :

EPP + IEPP : absence de gammopathie monoclonale.

EPU : absence de chaînes légères urinaire.

Le bilan a été complété par la recherche d'une Amylose à Transthyrétine (ATTR) avec la réalisation d'une scintigraphie osseuse retrouvant une hyper fixation modérée du radiotracer en regard du myocarde, discrètement supérieure à la fixation osseuse du gril costal (Score de PERUGINI à 2) concluant à une amylose cardiaque PERUGINI 2.

La patiente a été vue par notre cardiologue : Un holter ECG a été demandé dans la continuité de ce diagnostic d'amylose qui ne retrouve pas de BAV.

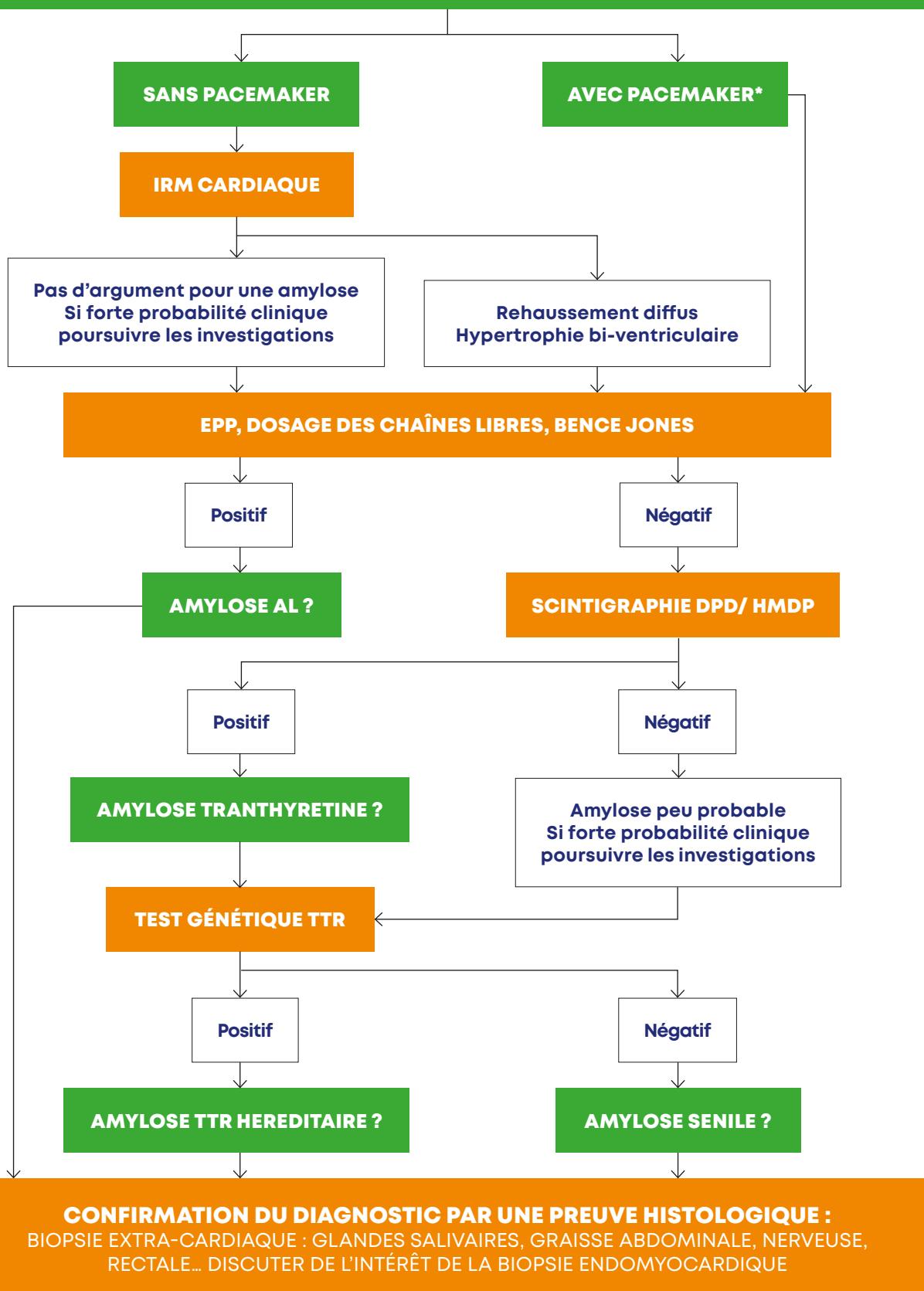
La posologie du Bisoprolol a été diminuée, l'introduction de Tafamidis chez cette patiente n'a pas été discutée au vu de la dégradation de la fonction rénale avec une clairance à 26 ml/min.

La suite est marquée par une chute sur Brady-FA motivant l'arrêt du Bisoprolol.

La patiente bénéficie d'un suivi conjoint en cardio-gériatrie et en cardiologie.

PATIENT(E) AVEC HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE CONCENTRIQUE +/- HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE DROITE +/- PROFIL RESTRICTIF +/- - ÉPANCHEMENT PÉRICARDIQUE

RECHERCHER : ANTÉCÉDENT FAMILIAL D'AMYLOSE, CANAL CARPIEN, MACROGLOSSIE, NEUROPATHIE, DYSAUTONOMIE



Damy Thibaud, Dania Mohty, Jean-François Deux, Jean Rosso, Nicole Benhaiem, Nicolas Lellouche, Laurent Sabbah, et al. « Amylose systémique sénile : définition, diagnostic, pourquoi y penser ? » La Presse Médicale, Journées européennes de la Société Française de Cardiologie, 42, no 6, Part 1 (1 juin 2013) : 1003-14. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.03.004>.



Discussion

INTRODUCTION

L'amylose est une maladie systémique rare, longtemps méconnue, mais aujourd'hui de mieux en mieux identifiée, surtout chez les personnes âgées. Elle correspond au dépôt de protéines insolubles anormales appelées fibrilles amyloïdes au niveau de plusieurs organes dont le muscle cardiaque.

Ces dépôts rendent le cœur rigide, l'empêchant de se remplir et de se contracter normalement, ce qui entraîne progressivement une insuffisance cardiaque.

Deux formes principales

Il existe deux grands types d'amylose cardiaque :

- Amylose AL (ou « chaînes légères ») : correspond à une pathologie liée à une production anormale de chaînes légères d'immunoglobulines secondaire à une prolifération clonale plasmocytaire par la moelle osseuse. C'est une forme souvent agressive, nécessitant une prise en charge hématologique.

- Amylose à transthyrétine (ATTR) : due à un dépôt de transthyrétine, une protéine fabriquée par le foie. Elle existe sous deux formes :

- héréditaire (hATTR) : rare, transmise génétiquement avec transmission autosomique dominante
- sauvage (ATTRwt) : la plus fréquente, touchant principalement les hommes âgés.

Diagnostic clinique d'une amylose cardiaque

Les signes cliniques cardiaques sont non spécifiques et correspondent à ceux d'une insuffisance cardiaque : essoufflement, œdèmes des membres inférieurs, palpitations, malaise orthostatique.

L'examen minutieux doit rechercher des manifestations extracardiaques associées correspondants à des dépôts amyloïdes systémiques.

L'attention du clinicien doit également se porter sur des signes extracardiaques pouvant orienter vers une amylose systémique, en particulier la présence d'un canal carpien, d'une neuropathie périphérique ou encore d'une rupture spontanée du tendon du biceps.

RED FLAGS : QUAND PENSER À L'AMYLOSE CARDIAQUE ?

SIGNALS D'ALERTE DE DIAGNOSTIQUES DE L'AMYLOSE CARDIAQUE

CLINIQUE	EXAMENS
HFPEF > 60 ANS	ECG :
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE INEXPLIQUÉE, ASSOCIÉE À :	• BAS VOLTAGES OU ASPECT DE PSEUDO-INFARCTUS
<ul style="list-style-type: none">• HYPOTENSION, DYSFONCTION AUTONOME	ÉCHOCARDIOGRAPHIE :
<ul style="list-style-type: none">• SYNDROME DU CANAL CARPIEN BILATÉRAL (HOMME)	<ul style="list-style-type: none">• HYPERTROPHIE INEXPLIQUÉE
<ul style="list-style-type: none">• STÉNOSE SPINALE	<ul style="list-style-type: none">• STÉNOSE VALVULAIRE AORTIQUE À FAIBLE GRADIENT ET AVEC BAS DÉBIT
<ul style="list-style-type: none">• RUPTURE SPONTANÉE DU TENDON DU BICEPS	<ul style="list-style-type: none">• « APICAL SPARING » (PRÉSERVATION DE L'APEX) SUR LE GLS
<ul style="list-style-type: none">• POLYNEUROPATHIE	
<ul style="list-style-type: none">• STÉNOSE VALVULAIRE AORTIQUE À FAIBLE GRADIENT ET AVEC BAS DÉBIT	IRM CARDIAQUE :
<ul style="list-style-type: none">• PERTE AUDITIVE PRÉMATURE	<ul style="list-style-type: none">• RÉHAUSSEMENT TARDIF APRÈS INJECTION DE GADOLINIUM
<ul style="list-style-type: none">• GÈNE INTESTINALE CHRONIQUE	<ul style="list-style-type: none">• INTÉRÊT PRONOSTIQUE : ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ
<ul style="list-style-type: none">• TROUBLES DE LA CONDUCTION < 60 ANS	<ul style="list-style-type: none">• RECHERCHE DES COMPLICATIONS : THROMBUS INTRACARDIAQUE, ÉPANCHEMENT PÉRICARDIQUE
<ul style="list-style-type: none">• ARYTHMIE CARDIAQUE INEXPLIQUÉE	SCINTIGRAPHIE OSSEUSE :
<ul style="list-style-type: none">• INTOLÉRANCE AUX I-ECA OU AUX BB	<ul style="list-style-type: none">• RECAPTURE DES TRACEURS MYOCARDIQUES
	LABORATOIRE :
	<ul style="list-style-type: none">• TROPONINÉMIE LÉGÈRE CHRONIQUE

ACE-I : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, BB : bêtabloquants, GLS : strain longitudinal global, HCMP : cardiomyopathie hypertrophique, HFpEF : insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée, LGE : rehaussement tardif après injection de gadolinium

La stratégie diagnostique repose d'abord sur l'exclusion d'une amylose AL, grâce à un bilan immunologique (electrophorèse et immuno-fixation des protéines sériques et urinaires) permettant d'éliminer la présence d'immunoglobulines monoclonales.

Une fois cette étape franchie, l'évaluation se poursuit par un bilan spécifique orienté vers l'amylose ATTR :

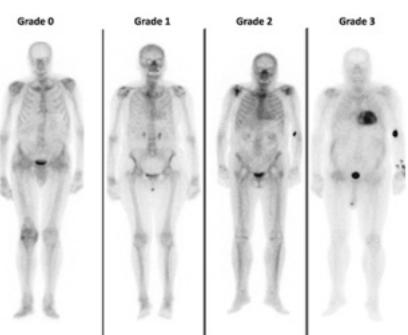
- ECG : L'élément le plus évocateur est la présence d'un micro-voltage, fréquemment observé.
un micro-voltage régulièrement retrouvé.

Une fibrillation atriale, des troubles de conduction atroventriculaires, des blocs de branche ou encore un allongement de l'intervalle QT peuvent également être présents.

- Échocardiographie cardiaque : l'amylose se traduit classiquement par une hypertrophie ventriculaire gauche, parfois associée à une atteinte du ventricule droit, une dilatation bi-auriculaire, un aspect scintillant du myocarde très évocateur, ainsi qu'un épaissement des valves cardiaques et du septum

inter-auriculaire. Une sténose aortique à bas débit peut également être observée.

- Scintigraphie osseuse : spécifique de l'amylose ATTR, met en évidence une fixation cardiaque anormale des traceurs, très évocatrice d'une ATTR, avec une gradation de l'atteinte selon le score de PERUGINI (0 à 3)



Garcia-Pavia, Pablo, Claudio Rapezzi, Yehuda Adler, Michael Arad, Cristina Bassi, Antonio Brucato, Ivana Burazor, et al. « Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis : a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases ». European Heart Journal 42, no 16 (21 avril 2021) : 1554-68. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab072>.

- IRM cardiaque : met en évidence un réhaussement tardif diffus du myocarde, associé à une infiltration amyloïde caractéristique.

Enfin, la distinction entre amylose à TTR héréditaire et amylose TTR sénile repose sur la recherche d'une mutation gène TTR.

Dans les formes héréditaires, ce test représente un intérêt majeur, puisqu'il permet le dépistage des descendants et favorise une prise en charge précoce améliorant le pronostic de la maladie.

Pronostic

Sans traitement, la maladie évolue vers une insuffisance cardiaque sévère. Mais le dépistage plus précoce et l'arrivée de traitements spécifiques améliorent désormais le pronostic et la qualité de vie.

Traitements disponibles

La prise en charge associe :

1- Traitement symptomatique : La gestion de l'épisode de l'insuffisance cardiaque aiguë reste délicate : En diminuant la précharge, les diurétiques doivent être prescrits avec prudence, les beta bloqueurs et les IEC sont souvent mal tolérés en raison du bas débit cardiaque.

2- Traitements spécifiques :

• Amylose AL : chimiothérapies modernes, souvent associées au DARATUMUMAB.

• Amylose ATTR : le Tafamidis est aujourd'hui le traitement de référence, en agissant en tant que stabilisateur de la TTR, il ralentit la progression de la maladie

Un autre stabilisateur de la TTR a reçu récemment l'AMM pour l'UE : il s'agit de Acoramidis

• Dans les formes héréditaires, de nouvelles thérapeutiques comme le Patisiran ou le Vutrisiran, basés sur la technologie siRNA et appelés thérapie génique silencieuse, ciblent directement le gène TTR afin d'en réduire la production.

Au regard de la diversité des traitements et des récents progrès thérapeutiques, un tableau récapitulatif est consacré au traitement (lire ci-dessous).

CONCLUSION

L'amylose cardiaque est une maladie grave mais de mieux en mieux comprise. Grâce aux progrès du diagnostic et aux nouveaux traitements, elle n'est plus une fatalité. Le défi reste de la reconnaître tôt, notamment chez les patients âgés, pour leur proposer une prise en charge adaptée et préserver leur autonomie. ■

Tableaux récapitulatifs du traitement de l'amylose cardiaque

PRINCIPALES ÉTUDES CLINIQUES PAR MÉDICAMENT

MÉDICAMENTS	NOM DE L'ÉTUDE (ANNÉE)	POPULATION	CRITÈRE PRINCIPAL SIMPLIFIÉ	RÉSULTAT CLÉ (VERSUS PLACEBO)
TAFAMIDIS : VO	ATTR-ACT (2018)	ATTR-CM, NYHA I-III	MORTALITÉ TOUTES CAUSES+ HOSPITALISATION	DIMINUTION MORTALITÉ ET HOSPITALISATION CV, DÉCLIN FONCTIONNEL RALENTIT, AMÉLIORATION QOL
PATISIRAN : IV	APOLLO-B (2023)	ATTR-CM	6MWD (TEST DE MARCHE SUR 6 MIN.) : KCCQ (KANSAS CITY CARDIOMYOPATHY QUESTIONNAIRE : QUESTIONNAIRE ÉVALUANT LA QUALITÉ DE SOINS)	PRÉSERVE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE ET AMÉLIORE LA QOL À 12 MOIS
VUTRISIRAN : SC	HELIOS- B (2025)	ATTR -CM	DÉCÈS TOUTES CAUSES+ ÉVÉNEMENTS CV MAJEURS	DIMINUTION DÉCÈS ET ÉVÉNEMENTS CV/ QOL PRÉSERVÉE
ACORAMIDIS	ATTRIBUTE-CM 2024	ATTR-CM	MORTALITÉ/ MORBIDITÉ/NTPROBNP/ KCCQ	BÉNÉFICE SIGNIFICATIF : DIMIN HOSPICV, QOL AMÉLIORÉE
EPLONTERSEN	CARDIO- TTRANSFORM (EN COURS)	ATTR-CM	COMPOSITE MORBI-MORTALITÉ	RÉSULTATS ATTENDUS (2026)

MÉDICAMENTS, MÉCANISMES, INDICATIONS ET NIVEAU DE PREUVE

MÉDICAMENT	MÉCANISME	INDICATION ACTUELLE	NIVEAU DE PREUVES / RECOMMANDATIONS
TAFAMIDIS	STABILISATEUR DE LA TTR	ATTR-CM SYMPTOMATIQUE NYHA I-III	PHASE 3 + (ATTR-ACT) : STANDARD DE SOINS
ACORAMIDIS	STABILISATEUR DE LA TTR	ATTR-CM	PHASE 3 POSITIVE (ATTRIBUTE – CM) AUTORISÉ USA 2024 ALTERNATIVE TAFAMIDIS
PATISIRAN	SIRNA(INHIBITION TTR HÉPATIQUE)	ATTR-CM	PHASE 3 POSITIVE (APOLLO B), PAS ENCORE APPROUVE PARTOUT
VUTRISIRAN	SIRNA(INHIBITION TTR HÉPATIQUE)	ATTR-CM	PHASE 3 POSITIVE (HELIOS-B) ; APPROBATIONS EN COURS
EPLONTERSEN	INHIBITION TTR	ATTR-CM (RÉSULTATS ATTENDUS)	DETJA APPROUVE POUR ATTR V -PN, ESSAI CARDIO-TTRANSFORM EN COURS

*Les principaux mécanismes d'action de ces traitements sont présentés ci-dessous :

siRNA(small interfering RNA) : molécules synthétiques ou naturelles qui vont se lier à l'ARN messager d'un gène cible (ici TTR) et déclencher sa dégradation : la protéine correspondante n'est plus produite par le foie → Diminution TTR circulante → diminution dépôts amyloïdes.

Appelés aussi thérapie génique silencieuse pour réduire l'expression d'une protéine pathologique

Stabilisateurs de la TTR : molécules qui se fixent sur la TTR → la stabilisant → empêchent sa désagrégation → diminution des dépôts amyloïdes

Inhibiteurs de la TTR : molécules qui bloquent directement la synthèse hépatique de TTR → baisse de la TTR circulante → réduction des dépôts amyloïdes.



Privilégier l'accompagnement du patient dès le diagnostic

L'hospitalisation en unité de soins palliatifs (USP) est souvent associée à la fin de vie. Or, depuis 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise une démarche palliative précoce. À qui s'adresse-t-elle et en quoi consiste-t-elle ?

L'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital de Riaumont a ouvert à l'automne 2024. Les dix lits de soins palliatifs accueillent des patients en phase terminale de leur maladie (cancer, maladies neurodégénératives...), mais également, dans le cadre d'une démarche palliative précoce, des personnes atteintes de maladies graves évolutives peuvent y être admises ou pour un séjour de répit pour les aidants.

Des soins palliatifs, pour une meilleure qualité de vie

Mis en place dès l'annonce d'une pathologie grave, les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients en leur proposant des soins de support. Cela concerne, par exemple, des malades du cancer qui peuvent intégrer temporairement l'USP alors qu'ils sont parallèlement dans une démarche curative. Leur prise en charge consiste alors à gérer les symptômes liés à leur pathologie, notamment la douleur, les troubles digestifs, la dyspnée, l'anxiété...

Les docteurs QUELLARD, LAMBERT, et ROUSSEAU travaillent en interdisciplinarité avec une équipe composée d'infirmières, aides-soignants, neuropsychologue, ergothérapeute, enseignant en activité physique adaptée, diététicienne, assistante sociale, hypnothérapeute,

psychomotrice. Tous concourent à apporter un mieux-être aux patients en marge de la médication. Le service dispose d'une salle de bien-être, d'une chambre famille et d'un office famille, pour que les patients puissent partager des moments d'intimité avec leurs proches dans un environnement de qualité.

Les patients peuvent aussi recevoir la visite des bénévoles de l'ASP Artois, apportant une présence et une écoute, ainsi que des membres de l'aumônerie.

Une solution sécurisante pour les médecins

Pour le médecin confronté à la détresse de patients atteints de pathologies graves, l'hospitalisation en USP représente une solution sécurisante.

L'Hôpital de Riaumont, conformément à sa mission de service public, a également ouvert des consultations externes de soins palliatifs.

L'équipe mobile de soins palliatifs intervient en soutien dans les différents services de l'Hôpital de Riaumont, à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont et dans la moitié des EHPAD du territoire Lens-Hénin. Aux côtés des soignants déjà impliqués, elle apporte son expertise

pour soulager la douleur, accompagner les décisions médicales et offrir une écoute attentive. Cette collaboration permet aux équipes soignantes de rester au plus près des besoins des patients, tout en garantissant une prise en charge globale, humaine et respectueuse du parcours de chacun. ■

L'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital de Riaumont répond aux demandes d'admission effectuées par les médecins de ville (y compris en HAD) directement par Trajectoire ou appel téléphonique sur la ligne directe dédiée aux médecins (03 21 44 98 02) ou la ligne des soins infirmiers (03 21 44 96 34).

Pour joindre l'équipe mobile de soins palliatifs : 06 89 95 35 82.

PRENEZ DATE !

A PARTIR DU DÉBUT D'ANNÉE 2026, DES FOCUS DE FORMATION PRATIQUE EN SOINS PALLIATIFS SERONT PROPOSÉS PAR LE DOCTEUR QUELLARD.

RENSEIGNEMENTS PAR MAIL À MQUELLARD@AHNAC.COM





Le Groupe AHNAC rejoint



Une plateforme de téléexpertise qui permet aux médecins d'échanger des avis cliniques rapidement et en toute sécurité.

**Besoin d'échanger avec un confrère,
de solliciter un second regard sur un cas patient ?**

Nos établissements sont actifs sur plusieurs spécialités :



- Maladies infectieuses / Endocrinologie / Diabétologie / Gériatrie / Cardiogériatrie / Oncogériatrie / Psychogériatrie / Cardiologie – *Hôpital de Riaumont à Liévin*
- Demande d'admission et/ou avis plaies et cicatrisation – *HAD du Hainaut à Valenciennes*
- Endocrinologie / Diabétologie – *Polyclinique d'Hénin-Beaumont*
- Cardiologie – *Polyclinique de La Clarence à Divion*



MédicalMag
est un magazine du Groupe AHNAC
Parution bi-annuelle, 3 700 exemplaires.
Directeur de la publication : Olivier DEVRIENDT.
Crédits photos : Laurent Ghesquière, Groupe AHNAC, AdobeStock. Conception et réalisation : Agence Audace, Direction de la Communication du Groupe AHNAC.

Groupe AHNAC, une offre de santé globale dans les Hauts-de-France : Polyclinique de la Clarence - Polyclinique d'Hénin-Beaumont - Hôpital de Riaumont - Centre de réadaptation « Les Hautois » - Clinique Teissier - Polyclinique du Ternois - Centre de psychothérapie « Les Marronniers » - Service d'Hospitalisation à Domicile du Hainaut - Services de soins infirmiers à Domicile - EHPAD « Aquarelle » - EHPAD « Denise Delaby » - EHPAD « Fernand Cuvelier » - EHPAD « Les jardins du Crinchon » - EHPAD « Les Charmilles » - EHPAD « Les Glycines » - Résidence Autonomie « Les Tréfées » - USLD « Les Iris » - USLD « Les Capucines » - CSAPA « Le Phénix » - Institut de formation des aides-soignants.

