



LIVRET

D'INFORMATION



**GUIDE PLATEAU
TECHNIQUE
DERMATOLOGIE**



Sommaire

Présentation unité	2
Abréviations	6
Hygiènes des voies d'abord.....	6
Etudiants	7
Valves bi directionnelles.....	8
Manipulations des lignes veineuses	8
Retrait des voies d'abords.....	8
Température.....	9
Transfusion	9
Les différents objectifs des traitements en oncologie	10
La surveillance de l'efficacité du traitement ou de l'évolution de la maladie.....	11
Immunothérapie.....	14
Chimiothérapie	16
Anti TNF	16
Définitions	18
Stades Mélanomes.....	19
Transport.....	20
SDT	20
Médimat	20
Photo plaie.....	21
Gestion des déchets	21

Présentation de l'unité

Le plateau technique de dermatologie coordonné par le Pr DEREURE est composé de plusieurs unités spécifiques avec des missions propres à chacune et complémentaires dans le parcours du patient. Les consultations de dermatologies se situent au rez-de chaussée et les autres unités de dermatologie au 1^{ère} étage.

L'unité accueille une population atteinte de maladies dermatologiques chroniques variées. Les patients sont suivis pour des dermatoses auto-immunes, inflammatoires ou infectieuses, pour de la cancérologie, ou encore pour des pathologies génétiques rares. L'accueil des patients se fait en journée, du lundi au vendredi, sur des amplitudes horaires allant de 8h à 18h30. L'équipe soignante assure une polyvalence au sein des unités selon les compétences de chacun.

Une Infirmière en Pratiques Avancées (IPA), mention oncologie, prend en charge les patients dans le service d'hôpital de jour. L'équipe médicale lui confie des patients ayant un cancer cutané et un traitement.

Les Consultations

Plusieurs types de consultations en fonction de la pathologie et du parcours de soins du patient. On y retrouve des patients à divers moments de leur parcours.

- 1^{ère} consultation : patients adressés par leur médecin traitant ou dermatologue de ville pour recevoir une expertise dans le domaine de la dermatologie.
- Consultations de suivi : les patients reviennent à la demande de leur dermatologue référent qui les re-convoque d'une fois sur l'autre. Ou suivi décidé par le dermatologue référent en fonction des pathologies.
- Consultations de dermatologie pédiatrique.
- Séances de laser thérapeutique et de laser vasculaire.
- Séances de « Day-Light » qui consistent à traiter des lésions cutanées à l'aide d'une crème photo-sensibilisante qui s'active à la lumière naturelle du jour.
- Consultation d'annonce (cancérologie) : entretien téléphonique + consultation infirmier
- Consultation Pansement.

L'Allergologie

Les patients y reçoivent une consultation spécialisée, lorsqu'ils présentent des réactions allergiques à expression cutanée, allant jusqu'à l'angioœdème, ou en cas de dermatoses chroniques (eczéma, urticaire).

Lors de leur première venue, le médecin prescrit le bilan à réaliser (tests cutanés, biopsies, bilan sanguin) qui permettra de préciser le type de maladie, orientant les explorations vers la recherche de la cause qui, une fois connue, pourra éventuellement être prévenue. Tous les mercredis, des actions éducatives sont mises en place pour les patients atteints de dermatite atopique

L'Hôpital de Jour

Service qui accueille des patients atteints de dermatoses chroniques ou d'un cancer cutané, nécessitant un traitement systémique. En HDJ, les dermatoses chroniques sont pour la plupart des maladies auto-immunes inflammatoires comme le Psoriasis, le Lupus systémique ou la maladie de Verneuil. Les cancers cutanés sont pour la plupart le mélanome, le cancer épidermoïde cutané ou le syndrome de SEZARY.

Les patients sont aussi reçus en HDJ pour réaliser un bilan composé d'une ou plusieurs consultations pluridisciplinaires et/ou d'examen paracliniques. Les patients sont convoqués

à la demande de leur dermatologue réfèrent à intervalles réguliers, pour le suivi de leur pathologie. Les patients sous traitement par « cures » viennent toutes les 2, ou 4, ou 6 ou 8 semaines selon les protocoles.

La Photothérapie Dynamique (PTD) :

Au sein de l'Hôpital de Jour ont lieu, un lundi sur deux, des demi-journées de séances de Photothérapie Dynamique. Ce traitement se base sur l'utilisation d'une crème photosensibilisante (la même que pour les séances de « Day-Light ») qui est activée par la lumière rouge. Cette méthode est adaptée pour le traitement des lésions précancéreuses (la kératose actinique) en alternative à la cryothérapie, ainsi que pour certains types de cancers, afin d'éviter la chirurgie (ou lorsque celle-ci est compliquée).

Le Parcours PACODERM

Il s'agit d'un parcours de soin proposé aux patients atteints de cancers cutanés sous traitement systémique. Il permet de coordonner l'intervention de tous les acteurs du soin, à savoir médecins, infirmière en pratique avancée, infirmiers, assistante-sociale, pharmacien, psychologue, diététicienne.

C'est un dispositif qui a été créé pour donner des outils au patient afin de mieux comprendre sa maladie et son traitement, et d'en être acteur. Il fait également le lien entre la ville et l'hôpital, le patient pouvant toujours contacter l'équipe hospitalière via une ligne téléphonique dédiée

La Puvathérapie

Chaque patient est adressé par un dermatologue et a un protocole de soin personnalisé, précisant le type et la puissance d'UV médicaux (UVA/UVB), ainsi que la durée d'exposition en fonction de sa pathologie.

Ce protocole est adapté au fur et à mesure de la prise en charge, en fonction de l'évolution des atteintes cutanées. Les patients peuvent aussi recevoir des soins par ionophorèse pour traiter l'hyperhidrose palmo-plantaire ainsi que les verrues résistantes à la cryothérapie. Une consultation médicale spécialisée est effectuée tous les jeudis, de 12h à 14h.

Le Bloc Opératoire

L'unité de chirurgie assure uniquement des interventions sous anesthésie locale, concernant des affections dermatologiques, la grande majorité étant des exérèses de lésions cancéreuses ou suspectes de l'être.

Le service assure également la réfection des pansements à J3 de certaines interventions, les suivantes étant assurées par les infirmières libérales.

Des phlébectomies y sont pratiquées chaque mercredi matin.

Abréviations

ADK : Adénocarcinome

MM : Mélanome malin

BA : Bain d'amidon

PB : Pemphigoïde bulleuse

CE : Carcinome épidermoïde

CC : Cold cream

DA : Dermatite atopique

Hygiène des voies d'abord

Voies d'abords	Frq de réfection du pansement et/ou du KT	Rinçage
PICC	J1 de la pose puis Tous les 7j ou tous les 4j si point de ponct° invisible	Rinçage pulsé avec 10 à 20cc de NaCl 0.9% Ne jamais utiliser des seringues inférieures à 10cc => risque d'endommagement du KT lié à la pression
PAC	J1 de la pose puis J4 si points chir en place. Tous les 7j avec changement de l'aiguille ou tous les 4j si point de ponct° invisible	
VVC	J1 de la pose puis Tous les 7j ou tous les 4j si point de ponct° invisible	
MIDLINE (attention c'est une VP)	J1 de la pose puis Tous les 7j ou tous les 4j si point de ponct° invisible	
VVP	Tous les 7j avec changement du KT	
SC	Retrait du KT si 1.5L / site dépassé en 24h ou si signe clinique locaux (œdème, inflammation, douleur)	Limiter l'injection direct à 1 à 2cc

Etudiants

Un classeur étudiant est à disposition regroupant

- Le planning des étudiants (si l'étudiant est absent, l'IDE du secteur doit noter le jour d'absence),
- Le livret d'accueil,
- Le questionnaire avec les actes à réaliser (à faire valider les nouvelles acquisitions par l'IDE du secteur).

Changement de la voie	ATS pour pose KT et/ou réfection pansement
6 mois max	Protocole : 4 temps Chlorhexidine + soin stérile : charlotte + masque + gants stériles...)
Pas de limite	Protocole : 4 temps Chlorhexidine + soin stérile : charlotte+ masque+ gants stériles...) 2 temps Chlorhexidine alcoolique pour le retrait de l'aiguille
1 mois	Protocole : 4 temps Chlorhexidine + soin stérile : charlotte + masque + gants stériles...
1 mois	Protocole : 4 temps Chlorhexidine + soin stérile : charlotte + masque + gants stériles...
7 jours	Protocole 4 temps Chlorhexidine alcoolique si peau souillée Si non, 2 temps Chlorhexidine alcoolique
Si limite de perfusion atteinte et/ou apparition de signes cliniques	1 temps d'ATS alcoolique

Valves bidirectionnelles

Au CHU nous disposons uniquement de **valves neutres** (valves violettes transparentes). Dans le cas d'un PICC rincé : les valves doivent être changées tous les 7 jours avec gants stériles.

Lors de la déconnection de la seringue de rinçage ou de la ligne => **Clamper le temps de la déconnection. Ne jamais laissé clampé un PICC** cela peut induire une dépression dans la tubulure et de ce fait, engendrer la formation d'un thrombus.

ATTENTION, certains PICC disposent de valves à pression positives intégrées. Vous les reconnaîtrez car ces PICC n'ont pas de clamp. De ce fait, ne pas rajouter de valve à pression neutre mais juste un bouchon stérile.

Manipulation des lignes veineuses

- **La manipulation des lignes veineuses** se fait **toujours** avec des compresses stériles imprégnées d'ATS alcoolique - Elles doivent être changées tous **7 jours**.
- Changement du bouchon stérile **après chaque utilisation** sur le robinet.
- Lorsque les robinets ne sont pas utilisés, **ils doivent être fermés** pour des raisons de sécurité.
- Les PCA et les chimiothérapies doivent être branchées au plus proche du patient.

Retrait des voies d'abords

Lors de l'ablation de **l'aiguille de PAC** utilisation de gants **non stériles** et réaliser un protocole **2 temps Chlorhexidine + séchage**.

Lors de **l'ablation d'une VVC** utilisation de gants non stériles ou stériles si mise en culture de l'extrémité, réaliser l'antisepsie avec 1 temps Chlorhexidine + séchage. Le patient doit être en décubitus dorsal, haut du corps en déclive.

Après le retrait du KT, pour le patient, respecter un **décubitus dorsal strict d'au moins 1h**.

Lors du retrait de VVC ou PICC ou MIDLINE envoyer l'extrémité si suspicion d'infection avec signes locaux. Ecouvillonner le point de ponction si présence d'un écoulement purulent.

Température

Prévenir les médecins/internes dès que température avérée.

Sur avis du Médecin/interne, faire hemoc :
HAA à faire en **VVP + voie centrale** (PAC, VVC...) s'il y en a une.
Toujours commencer par les HAA en VVP car s'il y a une infection de la voie centrale relargage dans la circulation lors du rinçage.

On réalise alors sur avis médical :
1 trains d'hemoc (1 aérobie/vert + 1 anaérobie/orange) à renouveler autant de fois que demander par le médecin en VVP ou Voie centrale.

Toujours commencer par le tube vert

Transfusion

Prescription réalisée par les médecins et **faxer** par eux même.

CGR : 6h pour les passer à partir de l'heure de départ de l'EFS inscrite sur l'emballage.

En amont : s'assurer de la **validité des RAI + groupage** (doivent dater de - 3 jours), si pas de RAI ou que le délai de 3j est dépassé : renvoyer un tube RAI.

Pour un **patient inconnu** de l'EFS (jamais venu dans le service ou à l'hôpital) : nécessité d'envoyer **un tube groupage et un tube RAI** : soit **deux tubes distincts**, sur **2 bons distincts** et horaire différentes.

Dès qu'une transfusion de CGR ou de plaquettes est prescrite : réaliser un **transport matière** (par le PTAH, de l'EFS à la dermato Hdj en sélectionnant l'horaire de réception voulu).

Une fois la transfusion finie : penser à mettre **la prescription et la fiche de délivrance complétée** dans une enveloppe avec **écrit EFS – hemovigilance** et mettre dans la bannette « coursier ».

Le dossier transfusionnel (jaune) se range dans le classeur patient, à la sortie du patient le dossier est à archiver.

Si accident transfusionnel : prévenir les médecins.

Les différents objectifs des traitements en oncologie

Le traitement néo-adjuvant :

Réduire la taille de la tumeur avant le traitement chirurgical ou radiothérapie.

Pour le mélanome de stade III (atteinte ganglionnaire) ou stade IV (atteinte organe) SI résécable.

Traitements néo-adjuvants :

- Soit PEMBROLIZUMAB (3 cures à 200mg) puis curage puis poursuite du PEMBROLIZUMAB adjuvant pour 12 mois de traitement au total.

- Soit 2 cures IPILIMUMAB (1mg/kg) + NIVOLUMAB (3mg/kg) puis curage puis suite du traitement en fonction de la réponse pathologique.

L'analyse en anatomopathologie des ganglions retirés, après le traitement néo-adjuvant, montre la réponse au traitement néo-adjuvant :

- Réponse pathologique majeure ($\leq 10\%$ tumeur viable), partielle ($>10 - \leq 50\%$ tumeur viable) ou pas de réponse pathologique ($> 50\%$ tumeur viable).

Le traitement adjuvant :

Prévenir le risque de récurrence du cancer.

Exemple pour le Mélanome :

Mélanomes de stades IIB, IIC et III : après résection complète (bilan d'imagerie normal). Proposition PEMBROLIZUMAB 400 mg toutes les 6 semaines pendant un an

Mélanomes de stades III ou IV : après résection complète (bilan d'imagerie normal), proposition NIVOLUMAB 480mg toutes les 4 semaines pendant un an.

Mélanomes de stade III ET Mutation BRAF V600 : après résection complète, proposition d'une double thérapie ciblés per os (DABRAFENIB et TRAMETINIB) pendant un an ou d'une immunothérapie. CHOIX du traitement adjuvant.

La radiothérapie peut aussi être un traitement adjuvant pour les carcinomes épidermoïdes cutanés ou les carcinomes de Merkel.

Le traitement curatif :

Pour détruire les cellules cancéreuses. Permettre soit une rémission complète ou partielle soit une stabilisation.

+/_ en complément de chirurgie et/ou de radiothérapie.

Pour les patients non opérables (stades III inopérables ou stades IV) : immunothérapie, thérapie ciblée, essai thérapeutique, chimiothérapie...

Le traitement palliatif :

Pour maintenir autant que possible la qualité de vie physique, psychologique et relationnelle d'une personne.
Adapté à chaque patient.

Les traitements palliatifs sont nombreux :
Les soins de confort, la prise en charge de la douleur mais aussi : chimiothérapie, l'immunothérapie, la radiothérapie et la chirurgie.

La surveillance de l'efficacité du traitement ou de l'évolution de la maladie

Décidé lors de la RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) + recommandations HAS et GCC (Groupe de Cancérologie Cutanée de la SFD).

Patient sous traitement : surveillance par imagerie trimestrielle+ surveillance clinique lors de la venue du patient.

Choix des imageries lors de la RCP. Peut-être modifié par l'oncologue référent en fonction de l'évolution clinique et/ou para-clinique.

Pour le traitement adjuvant dans le mélanome : alternance échographie ganglionnaire avec scanner TAPC ou TEP-TDM + imagerie cérébrale (TDM C ou IRM C)

Les examens par imagerie

L'ECHOGRAPHIE :

Technique qui utilise les ultra-sons qui se réfléchissent sur les organes pour donner une image. **Elle permet de visualiser la taille, l'emplacement et la structure d'organes constitués de tissus mous.**

Les ultra-sons ne passent pas dans l'air et dans l'os donc pas d'échographie pour poumons, colons, os, crâne.

En cancérologie fréquemment utilisée pour surveiller des ganglions. Limité par la profondeur de l'organe examiné (exemple : un ganglion trop profond sera mal visualisé)

LE SCANNER :

Utilise des rayons X (comme la radiographie) pour reconstituer des images du corps en 3 dimensions. L'usage d'un produit de contraste améliore la qualité des images obtenues.

En cancérologie, il permet de voir les lésions cancéreuses (leur morphologie) sur les organes et de les mesurer.

Les lésions dites « cibles » :

> 10 mm, en général 5 par patient et/ou 2 par organes.

Les mesures de ces lésions cibles sont comparées lors de chaque scanner avec le 1^{er} scanner qui les décrit (scanner de baseline).

Les lésions dites non-cibles :

Déjà présentes sur le scanner de baseline mais ne sont pas les plus importantes en taille, ou < 10 mm, ou nouvelle. Elles peuvent être décrites, devenir une lésion cible et surveiller.

Critères RECIST :

Pour comparer les mesures des lésions cibles et de donner en % l'évolution de la somme des diamètres. Exemple : réponse partielle avec >30% RECIST de l'ensemble des lésions cibles.

En conclusion : le critère RECIST est un critère d'imagerie de réponse au traitement.

Réponse complète, réponse partielle, stabilité, progression.

LE TEP-SCAN 18F-FDG :

Examen scintigraphique qui utilise un produit radio-actif qui est fixé à du glucose.

Une fois injecté, se diffuse dans tout le corps et se fixe sur des cellules consommatrices de sucre.

Cet examen étudie l'activité métabolique des tissus.

Le TEP est un appareil qui va capter les rayonnements émis par le radiotraceur.

Plus une cellule consomme du sucre, plus son métabolisme est important : on parle d'hyper-métabolisme (ou d'hyperfixation) et plus son rayonnement est important. Il est mesuré avec le SUV (valeur de fixation normalisée).
SUV minimum 1

Le TEP est complété par un scanner pour superposer l'image fonctionnelle du TEP avec la localisation anatomique au scanner.

Les cellules cancéreuses consomment beaucoup de sucre donc hypermétabolisme important.

Attention : Le cerveau et le cœur sont des organes qui consomment beaucoup de sucre donc cet examen ne permet pas de visualiser correctement une activité tumorale sur ces organes. **Cet examen doit toujours être complété par une imagerie cérébrale dans le cas du mélanome.**

En cancérologie le TEP-TDM est utilisé pour surveiller l'activité tumorale dans certains organes comme dans les **ganglions** par exemple. Il permet de détecter une activité tumorale pas toujours visible au scanner comme sur **la peau** ou une récurrence dans un organe difficilement visible sur le scanner.

L'IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

Permet d'obtenir des images détaillées en 3 dimensions avec une résolution en contraste élevée.

Elle permet de mieux voir certains organes comme : cerveau, moelle épinière, muscle, cœur.

Elle est demandée en complément d'un examen ou pour surveiller des lésions cancéreuses sur les organes précédemment cités.

Immunothérapie

NOM DU TRAITEMENT	INDICATION	TYPE DE TRAITEMENT
PEMBROLIZUMAB :	Mélanome en traitement adjuvant ou curatif	Anticorps monoclonal : immunothérapie qui restaure l'immunité anti-tumorale lymphocytaire
NIVOLUMAB :	Mélanome en traitement adjuvant ou curatif	Idem pembro
IPILIMUMAB en association Avec NIVO	Mélanome stade IV	Anticorps monoclonal
MOGAMULIZUMAB :	Mycosis Fongoïde ou syndrome de Sézary après échec d'un premier traitement	Anticorps monoclonal
CEMPIPLIMAB	CE (Carcinome épidermoïde) stade IV ou localement avancé non opérable ou radiothérapie curative en 1 ^{ère} ligne de traitement	Anticorps monoclonal : immunothérapie qui restaure l'immunité anti-tumorale lymphocytaire
AVELUMAB :	Carcinome de MERKEL métastatique	Anticorps monoclonal
RITUXIMAB :	Maladies auto-immunes+ Pemphigoïde bulleuse +lymphome B cutané	Anticorps monoclonal
TEBENTA FUSP :	Uniquement mélanome uvéal métastatique + anti-gène leucocytaire humain HLA A 0201+	Protéine de fusion qui active lymphocytes T

POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES
400mg toutes les 6 semaines ou 200mg toutes les 3 semaines	Colite, Hépatite, dysthyroïdie, pneumopathie inflammatoire...
480mg toutes les 4 semaines ou 240mg toutes les 2 semaines	Idem pembro
4 perfusions toutes les 3 semaines en association au NIVO Puis NIVO seul	Colites ++ Hépatites ++
1 perf/semaine X4 puis 1perf/15j	Lymphopénie, éruptions cutanées, stomatites ++ Sinon IDEM autres immunothérapie
1 perf toutes les 3 semaines	(idem PEMBRO), éruptions cutanées, prurit, pneumopathie interstitielle, colite
1 perf/2sem 1 ^{ere} cure en HC. Cure d'entretien selon PM	Allergie au début Prémédication les 4 premières perf Neutropénie, leucopénie, Prurit, allergie
1 perf toutes les semaines	Troubles cardiaques, réactions cutanées, syndrome de relargage des cytokines

Chimiothérapie

NOM MEDICAMENT	INDICATION	FAMILLES
PACLITAXEL	Mélanome stade IV	CHIMIO : bloque la division des cellules cancéreuses
BEVACIZUMAB (Avastin)	Plusieurs cancers : Angiosarcome	Anticorps monoclonal qui cible l'angiogenèse
BEVACIZUMAB (Avastin)	Plusieurs cancers : Angiosarcome	Anticorps monoclonal qui cible l'angiogenèse
BENDAMUSTINE	Leucémie lymphoïde chronique -Lymphome malin non hodgkinien, traitement de 2e intention (du) Myélome multiple avec neuropathie chez le sujet > 65 ans	Agent alkylant anti-tumorale possédant une action antinéoplasique et cytocide Ou : cytotoxique qui endommage l'ADN des cellules
CARBOPLATINE +ERBITUX : (Cetuximab)	Plusieurs cancers avec stade avancé+ atteinte cérébrale	CHIMIO+ anticorps monoclonal
FOTEMUSTINE (muphoran)	Mélanome Stade avancé avec atteinte cérébrale	CHIMIO
CARBOPLATINE +ERBITUX : (Cetuximab)	Plusieurs cancers avec stade avancé+ atteinte cérébrale	CHIMIO+ anticorps monoclonal
FOTEMUSTINE (muphoran)	Mélanome Stade avancé avec atteinte cérébrale	CHIMIO

Anti TNF

REMSIMA/ REMICADE	Indication : Polyarthrite rhumatoïde/ maladie de crohn/rectocolite hémorragique/ rhumatisme psoriasique de l'adulte/ psoriasis	Immuno-suppresseur + anticorps monoclonal Se fixe sur le facteur de nécrose tumorale et bloque son action
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FREQUENCE	EFFETS SECONDAIRES
1 Cycle : 1 perf/ 3 semaines	Nausées, vomissements, photosensibilité, asthénie, fièvre, perte cheveux, neutropénie, leucopénie
1perf/toutes les 2 à 3 semaines selon PM	HTA / risques thrombotiques artérielles / micro angiopathie thrombotique rénale : protéinurie nécessaire/ retard de cicatrisation
1perf/toutes les 2 à 3 semaines selon PM	HTA / risques thrombotiques artérielles / micro angiopathie thrombotique rénale : protéinurie nécessaire/ retard de cicatrisation
De 3 à 6 cycles toutes les 3 à 6 semaines	Nausées, vomissement, neutropénie, aplasie médullaire...
1 CYCLE : -j1(carbo/ cetux) J15(cetux seul) J21(cetux seul)	Troubles sanguins, réactions cutanées, inflammation des muqueuses
-1perf/sem X 3 semaines -Puis une perf 35j après	Saignements + hémorragies ++
1 CYCLE : -j1(carbo/ cetux) J15(cetux seul) J21(cetux seul)	Troubles sanguins, réactions cutanées, inflammation des muqueuses
-1perf/sem X 3 semaines -Puis une perf 35j après -Puis perf tous les 28j	Saignements + hémorragies ++

8 semaines	Risque d'allergie ou de mauvaise tolérance pendant l'injection (nausées, douleur abdominale, maux de tête) Plus à risque face aux infections virales (grippe), infections respiratoires, sinusite.
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Définition

LES CHIMIOTHERAPIES

La chimiothérapie a pour but de détruire ou d'empêcher la prolifération des cellules cancéreuses. Pour ce faire, il existe plusieurs types de substances chimiques. Les médicaments de chimiothérapie peuvent :

- altérer l'ADN des cellules cancéreuses ;
- cibler les métabolites essentiels ;
- cibler les enzymes et molécules permettant à ces cellules de bien fonctionner ;
- empêcher ces cellules de se diviser (on parle de poisons du fuseau mitotique).

La chimiothérapie affecte les cellules sur **l'ensemble** du corps et particulièrement les cellules se renouvelant rapidement : les cellules intestinales, de la moelle osseuse ou encore les cellules du cuir chevelu.

IMMUNOTHERAPIE (anticorps monoclonaux)

Un anticorps monoclonal est une protéine créée pour leurrer le système immunitaire défaillant.

Dans les maladies auto-immunes :

Notre système immunitaire s'attaque par erreur à certaines cellules du corps.

Les anticorps monoclonaux ciblent et neutralisent des protéines responsables d'une réaction immunitaire anormale (trop importante) dont l'inflammation de certaines cellules. Ils vont donc agir en faisant baisser la réaction immunitaire, c'est pourquoi on parle d'immunosuppresseur. Ils peuvent augmenter la vulnérabilité à certaines maladies et justifient une surveillance rapprochée.

Dans les traitements des cancers :

Les anticorps monoclonaux ont différents modes d'action :

- Certains neutralisent des substances nécessaires à la croissance des tumeurs (**CETUXIMAB**).
- D'autres leurrent le système immunitaire pour que celui-ci puisse reconnaître les cellules cancéreuses comme des cellules étrangères et les détruire. Ils restaurent la réponse immunitaire anti-tumorale.

Il existe 2 familles : Les Anti-PD1 (**PEMBROLIZUMAB** et **NIVOLUMAB**) et les Anti CTLA-4 (**IPILIMUMAB**)

Il n'y a pas d'effet immunosuppresseur. Au contraire, il y a une réactivation des certains lymphocytes que l'on retrouve dans le mécanisme de l'inflammation (d'où les effets secondaires : colite, thyroïdite, hypophysite, ...)

L'immunothérapie est donc un traitement qui va stimuler le système immunitaire en empêchant sa désactivation par les points de contrôle ce qui augmente la réponse immunitaire anti-tumorale de l'organisme.

Stades mélanome

Stade 0	-Tumeur in situ
Stade IA	-Tumeur inférieure ou égale à 1 mm d'épaisseur, sans ulcération et mitoses < 1/mm ²
Stade IB	-Tumeur inférieure ou égale à 1 mm d'épaisseur, avec ulcération et/ou mitoses ≥ 1/mm ² -Tumeur supérieure à 1 mm et inférieure ou égale à 2 mm d'épaisseur, sans ulcération
Stade IIA	-Tumeur supérieure à 1 mm et inférieure ou égale à 2 mm + ulcération -Tumeur supérieure à 2 mm et inférieure ou égale à 4 mm - ulcération
Stade IIB	-Tumeur supérieure à 2 mm et inférieure ou égale à 4 mm : + ulcération -Tumeur supérieure 4 mm : - ulcération
Stade IIC	-Tumeur supérieure 4 mm : + ulcération
Stade IIIA	-Tumeur - ulcération, métastases microscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux
Stade IIIB	-Tumeur - ulcération, métastases macroscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit », -Tumeur + ulcération, métastases microscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases « en transit »
Stade IIIC	-Tumeur + ulcération, métastases macroscopiques dans 1, 2 ou 3 ganglions lymphatiques régionaux -Tumeurs avec ou sans ulcération, métastases dans 4 ganglions lymphatiques régionaux ou plus ou métastases en transit avec métastase(s) ganglionnaire(s) régionale(s)
Stade IV	- Métastases à distance

Transports

Aller sur intranet => prise en charge patient => ptah UF => accès a ptah UF => Rentrer ses identifiants, puis cliquer sur l'icône « créer une demande de transport... ».

- Patient : pour toute demande de transport ou un examen, une consultation, une mutation, une sortie vers un autre établissement ou un RAD.

Si les patients sont commandés en **fauteuil**, ils doivent être **habillés et chaussés**.

Les patients allant au **bloc** doivent être commandés en **brancard** à l'aller et au retour.

- Matière : pour toute demande de transport d'analyse biologique hors horaire de passage coursier (à déposer au dépôt de GdC), de commande de CGR, d'affaires personnelles de patient à transférer dans un autre service, de demande de prêt de matériel à un autre service.

- Si le patient a deux examens rapprochés dans le temps, il est important de faire un **chainage** pour qu'il puisse aller d'un RDV à un autre sans repasser dans le service, pour se faire, après avoir renseigné le premier examen, il suffit de cliquer sur « ajouter un RDV » pour pouvoir renseigner le deuxième.

SDT

Logiciel de commande de matériel, possibilité de commander du matériel manquant.

Sur intranet aller dans Logistique /locaux et investissements puis dans SDT demandes serv. Se connecter avec son matricule puis faire demande bon pour. Renseigner les items demandés. Sélectionner la catégorie du catalogue puis rechercher le produit. Sélectionner le produit puis rentrer la quantité voulue et cliquer sur la touche entrée du clavier (la ligne s'affiche en violet). Ajouter au panier puis cliquer sur enregistrer et envoyer. Pour imprimer la demande c'est en haut à droite de l'écran.

Medimath

Quand on prend un des derniers produits de la dotation, on sort l'étiquette, lors des livraisons des produits : rangement des étiquettes si stock suffisant. Les étiquettes sont scannées les lundis et jeudis par des personnes extérieures, livraisons les mardis et vendredis.

Photo plaie

Pour ajouter la photo sur une fiche de pansement : s'envoyer la photo sur son mail pro, puis se connecter et enregistrer la photo sur le bureau par exemple, cliquer sur la loupe dans la fiche pansement, cliquer sur insérer puis choisir la photo et valider la fiche pansement. Supprimer la photo ensuite.

Gestion des déchets

Sac noir : tous.

Sac jaune (DASRI) : midinette pour objet tranchant/piquant, poche de liquide biologique (>1L) quel que soit le statut infectieux, rampes d'arbres après utilisation chimio, contenant de produits biologique cassables.

CONTACTS

Numéro de téléphone :

04 67 33 69 04 (HDJ)

04 67 33 02 08 (Consultations)

Numéro de fax :

04 67 33 69 69 / 69 58

Bâtiment de Dermatologie
(MPEA localisé en face des Urgences
Tête et Cou (UTEC), à côté des cuves
d'air qui sont sur le parking face à
l'hôpital Gui De Chauliac (GDC)).

> Un accès possible par l'avant du
bâtiment en descendant la route de
l'hôpital St Eloi depuis la pharmacie
en direction de la sortie.

> Un autre accès se situe en face
de la rampe des UTEC
(accès aux consultations).



Service communication - 01/24 - E.K.



Dermatologie Plateau Technique
Pôle Cancérologie,
Médecine & Immunologie
Hôpital Saint Eloi
80 avenue Augustin Fliche
34295 Montpellier Cedex 5

www.chu-montpellier.fr