

La radiothérapie pédiatrique : place du manipulateur

www.ignits.net



Mlle KHDIM fadwa
le 15/12/2016

PLAN:

Introduction:

Partie 1: La prise en charge de l'enfant et de ses parents

Partie 2: L'enfant et ses parents dans de la salle de simulation

Partie 3: l'enfant et ses parents dans une salle de traitement

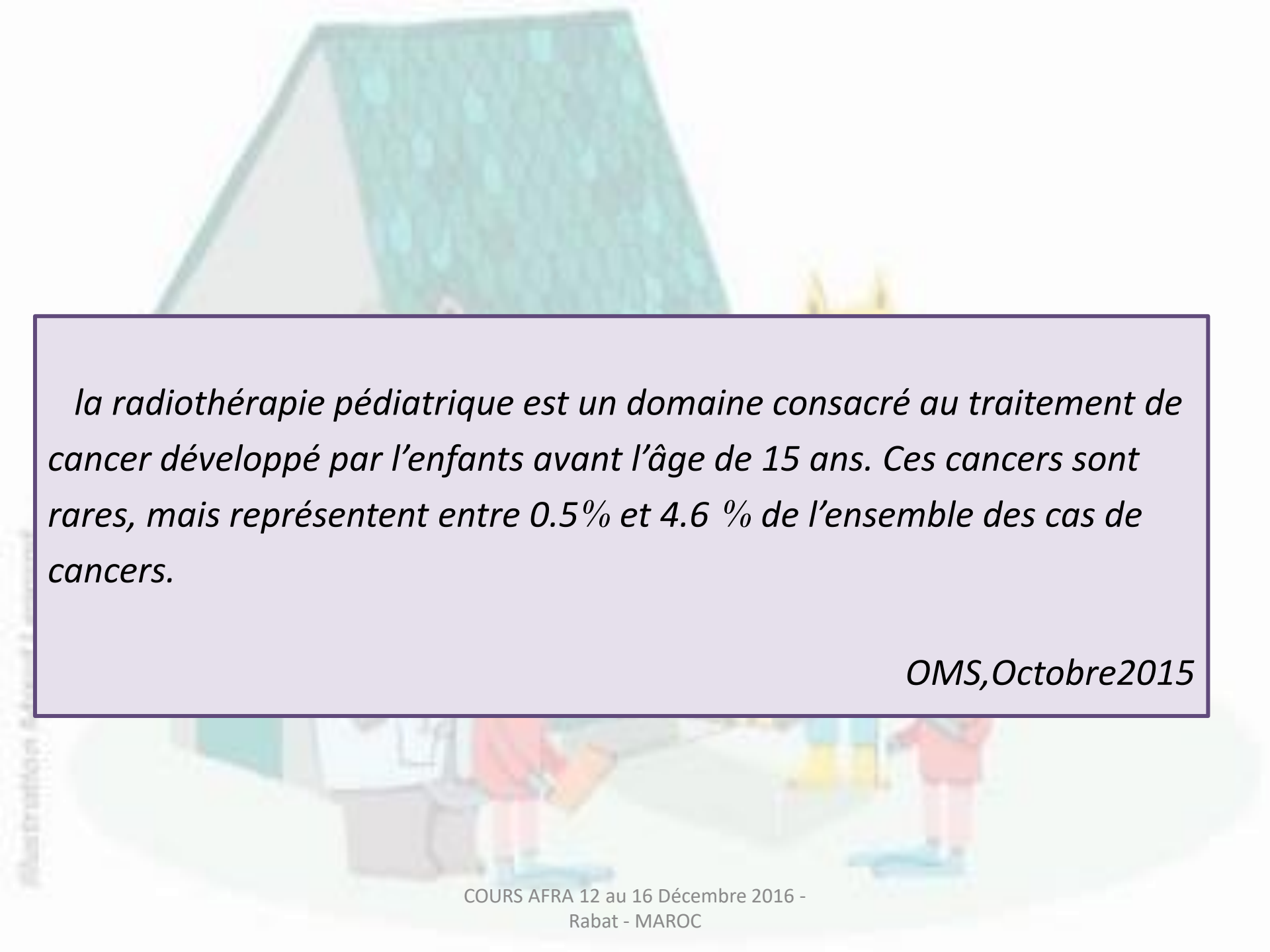
Partie 4: difficultés rencontrées

Conclusion:

Introduction



Illustration: Ahmed Elmaghrabi

The background features a stylized illustration of a house with a green roof and a chimney. In the foreground, several children are depicted in various poses, some appearing to be playing or interacting. The overall style is soft and illustrative.

la radiothérapie pédiatrique est un domaine consacré au traitement de cancer développé par l'enfants avant l'âge de 15 ans. Ces cancers sont rares, mais représentent entre 0.5% et 4.6 % de l'ensemble des cas de cancers.

OMS, Octobre 2015

RAPPELONS QUE

Le cancer chez l'enfant représente 3,2 % de tous les cancers colligés.

RCRC, Casablanca 2004

selon une étude épidémiologique des cancers de l'enfant qui a été réalisée dans le centre d'oncologie AL AZHAR à Rabat à partir de Juillet 1994 à Décembre 2004: parmi les enfants atteints de cancer, 60,3 % étaient des garçons et 39,7 % étaient des filles.

Au Maroc, les cancers de l'enfant les plus fréquents sont par ordre d'importance:

- les leucémies
- les lymphomes
- les tumeurs cérébrales

Ces cancers constituent la première cause de mortalité chez l'enfant et l'adolescent dans la plupart des pays.

IARC, International Agency for research on cancer Press, Lyon 2003.

À l'institut national d'oncologie Sidi Mohammed ben Abdallah (INO), les cancers les plus fréquents sont:

- MDH: maladie de Hodgkin
- Médulloblastome
- Néphroblastome
- Rétinoblastome

Scanner-
simulateur



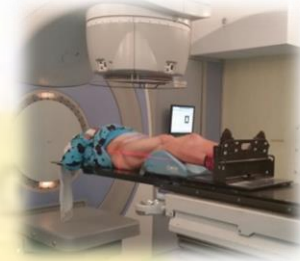
LINAC



Centrage
CT

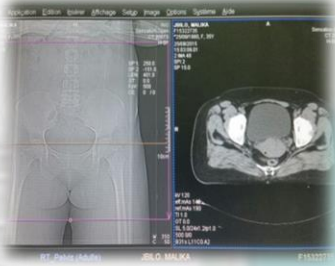


Séance de
traitement



Chaîne de radiothérapie externe

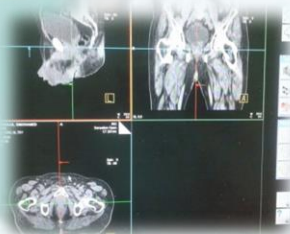
Acquisition
des images



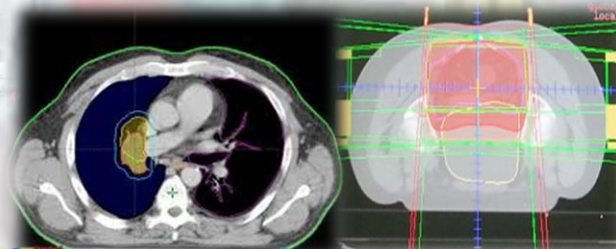
MEP et
Imagerie
de contrôle



Traitement
des
images



Contrôle et
préparation
au traitement



COURS AFRA 12 au 16 Décembre 2016 -
contourage et dosimétrie
Rabat - MAROC

Partie 1: la prise en charge de l'enfant et de ses parents


Illustration: Ahmed Elmaghrabi

La survenue d'un cancer est un véritable bouleversement pour l'enfant et un traumatisme pour sa famille surtout ses parents et ses frères et sœurs.

La prise en charge et l'accompagnement d'un enfant cancéreux et de ses parents est une des missions quotidiennes de toute l'équipe soignante durant toutes les étapes de traitement.

« Assurer des soins techniques n'est pas forcément un problème, mais prendre en charge globalement un petit malade, en tenant compte de la dimension relationnelle demande réflexion »

EQUIPE SOIGNANTE DU SERVICE DE REANIMATION PEDIATRIQUE
DU CENTRE CHIRURGICAL MARIE LONNELONGUE
au Plessis Robinson, 1995, pages 6 et 8

A cartoon illustration of a doctor in a white coat and a child in a blue shirt and red shorts standing in front of a house with a green roof. A yellow dog is sitting between them. The doctor is holding the child's hand. The text is overlaid on the scene.

Peut-on soigner et prendre soin
d'un enfant sans prendre soin de
communiquer ou d'entrer en
relation avec lui?

Non

La nécessité d'établir une relation de confiance surtout dans la première rencontre.

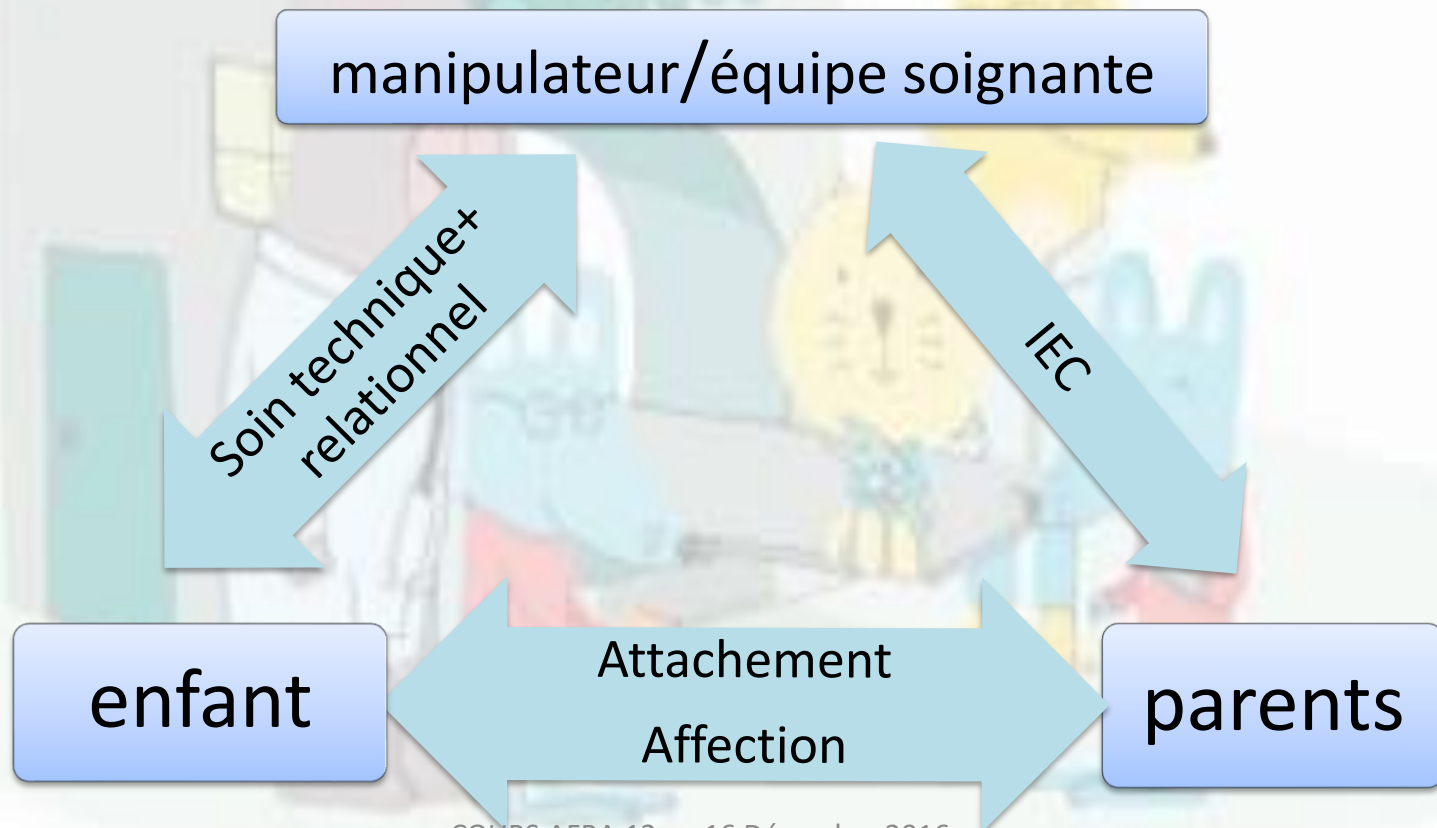
« La rencontre soignante a une efficacité propre qu'aucun acte technique ne peut remplacer, et qui devient d'autant plus utile que les soins techniques ne peuvent guérir totalement, ni rapidement ».

FOMENT A., 2003, page 1

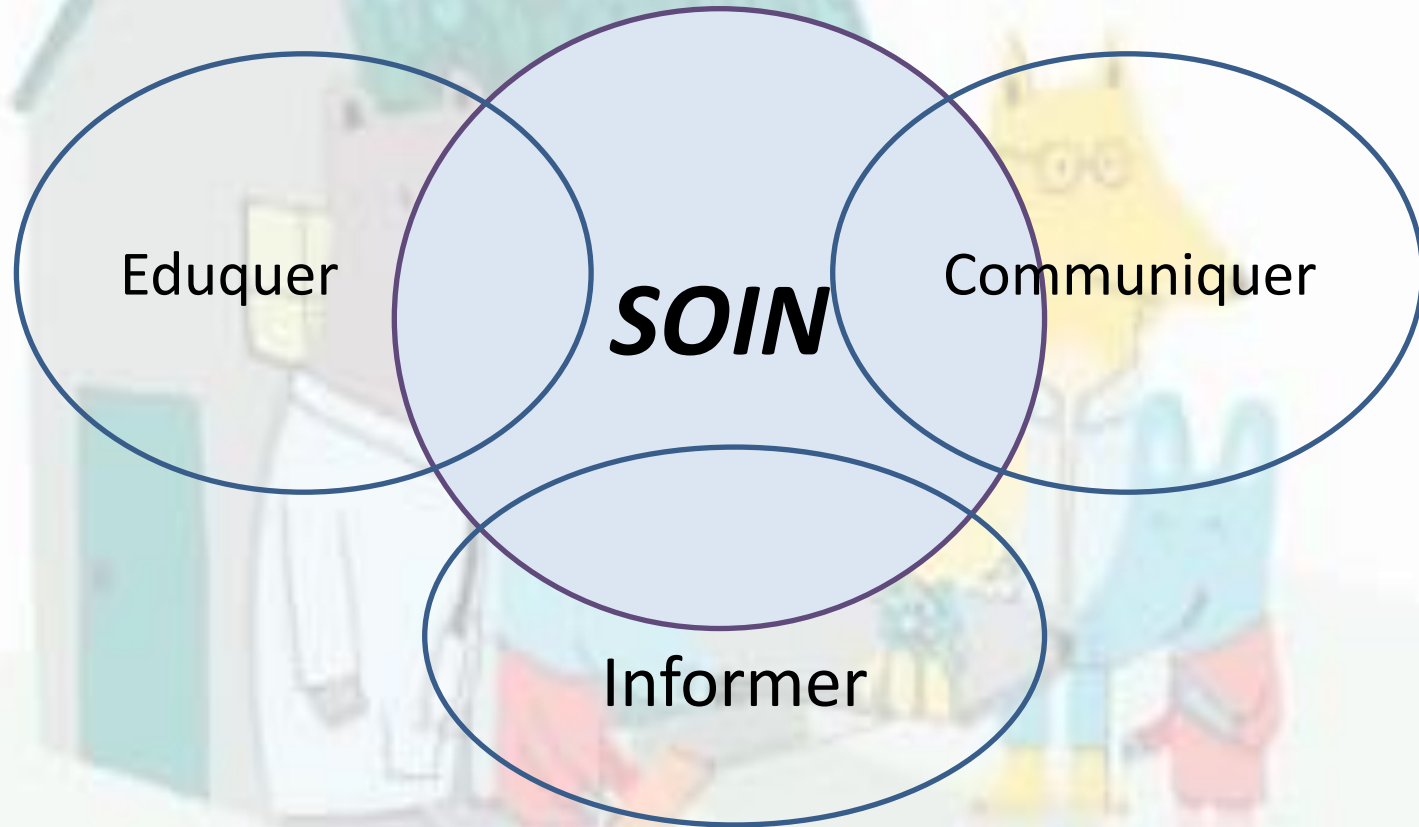
L'enfant, ses parents et l'équipe soignante

Le passage d'un enfant atteint d'un cancer dans un service de Radiothérapie se déroule en plusieurs étapes et peut durer de plusieurs jours à plusieurs semaines

➔ relation « familiale » manipulateur-enfant-parents



NON



L'enfant et ses parents au niveau de la salle de simulation:

- ❑ Pour l'enfant
 - ❑ son premier contact avec le manipulateur: angoisse, anxiété, peur...
 - ➔ il faut mettre l'enfant en confiance pour avoir sa coopération.
 - ❑ garder le contact physique de l'enfant avec les parents.
 - ❑ expliquer à l'enfant qu'on est là pour l'aider

- ❑ Préparer et savoir ce qui se passera peut aider à atténuer l'anxiété de l'enfant et de ses parents:
 - la nécessité de la simulation
 - la nécessité de l'immobilisation
 - l'utilisation de certains moyens de contention
 - la nécessité de traçage des points

important

Ne pas laisser les parents assis au bureau, à distance de la table d'examen mais bien les inviter à se tenir proches de la tête de l'enfant, lui tenant la main pendant le positionnement.

Moyens d'immobilisation et de contention

- le masque thermoformé: si la maladie est localisée au niveau de la tête ou au niveau du cou, un masque thermoformé sera confectionné au scanner. Ce masque est moulé à la forme du visage et permet de respirer normalement et de communiquer.
- le matelas à dépression : couramment appelée : coquille, il est composé de nombreuses billes. En aspirant l'air à l'intérieur, les billes se condensent et le matelas reproduit la forme de l'enfant.


Matériel nécessaire pour la simulation:

- Matériel de marquage:

- Feutres ou marqueurs permanents pour traçage
- Tégaderm pour protéger les marques qui sont très importants pour le traitement
- Des billes métalliques ou plombées
- Sparadrap
- Le nécessaire pour tatouage si l'âge de l'enfant le permet

Simulation sous et sans anesthésie

- ▶ si l'enfant est coopérant et peut s'installer dans la bonne position avec l'immobilisation nécessaire pour garantir une bonne reproductibilité de la position par la suite , on peut faire **la simulation sans anesthésie** .
- ▶ si l'enfant est âgé de moins de 3 ans ou de plus de 3 ans et angoissé et l'examen est long et nécessite une immobilisation totale pendant tout l'examen, **donc une anesthésie (sédation légère)** est peut être nécessaire, ce qui permet de réaliser l'examen dans des meilleurs conditions de sécurité et de réussite.

 une consultation pré-anesthésique est prévue avant l'examen et des consignes précises à respecter sont communiqués avec les parents: les consignes de jeûne, du maintien de la voie veineuse ...

1-3: Positionnement et repérage des point de référence

► examen sous anesthésie:

le manipulateur installe l'enfant après la sédation dans la bonne position

sur la table d'examen avec l'utilisation des moyens de contention nécessaires selon chaque pathologie et localisation.

► examen sans anesthésie:

Quand il installe l'enfant, le manipulateur lui explique qu'il va rester seul dans la salle durant l'examen, mais qu'on le surveille grâce à des caméras et nous pouvons également lui parler de l'extérieur grâce à l'interphone.

Repérage des points de références à l'aide des billes métalliques ou plombées.

Partie 3: L'enfant et ses parents dans la salle de traitement

- 3-1: Accueil de l'enfant et de ses parents
- 3-2: Mise en place sous et/ou sans anesthésie
- 3-3: Prise des images ,validation et nouveaux repérage
- 3-4: Traitement et surveillance

Partie 3: L'enfant et ses parents dans la salle de traitement

3-1: accueil de l'enfant et de ses parents

- ❖ Accueillir l'enfant et ses parents au niveau de la salle de traitement
- ❖ Vérifier les données personnelles de l'enfant: nom, prénom, âge et ID
- ❖ Expliquer à l'enfant et aux ses parents les étapes de traitement
- ❖ Envisager une anesthésie si l'enfant est en bas âge
- ❖ Renseigner les parents sur ses prochains RDV
- ❖ Sensibiliser les parents sur les éventuels effets secondaires qui peuvent survenir à leur enfant.

Ce qu'il faut expliquer à l'enfant :

- Il sera installé sur la table de traitement chaque séance dans la même position et avec les mêmes moyens de contention
- Il restera seul dans la salle
- Il sera sous surveillance vidéo et audio et ses parents peuvent lui parler et le voir durant toute la séance
- La salle restera éclairée pendant la séance
- Le traitement peut être interrompu en cas de besoin
- Le temps d'irradiation est court
- L'appareil tournera autour de lui sans jamais le toucher
- Les rayons sont incolores, inodores et indolores.
- Il ne ressentira aucune sensation particulière

Partie 3: L'enfant et ses parents dans la salle de traitement

3-2 : Mise en place

► Mise en place sans anesthésie:

- Installer l'enfant sur la table de traitement dans la même position qui a été déterminée lors de la simulation, en respectant tous les moyens de contention utilisés.
- Demander à l'enfant de ne pas bougé.

Partie 3: L'enfant et ses parents dans la salle de traitement

3-2 : Mise en place

► Mise en place avec anesthésie: LE JOUR J0

le médecin anesthésiste-réanimateur devient alors un membre indispensable de l'équipe soignante et collabore avec les manipulateurs en ce qui concerne :

- le temps qui va durer la MEP
- la fréquence du traitement et nombre de séances
- l'horaire du traitement

Partie 3: L'enfant et ses parents dans la salle de traitement

3-3 : Prise des images, Validation et nouveaux repérage

- Images de contrôle sont réalisées pour vérifier la prévision du traitement et la mise en place de l'enfant réelle sous l'appareil de traitement.
- Validation de traitement par le médecin
- Nouveaux points sont dessinés sur la peau (Tégaderm) ou sur le système de contention (ex: masque thermoformé)

Partie 3: L'enfant et ses parents dans la salle de traitement

3-4 : Traitement et Surveillance

- Le traitement démarre lorsque tous les contrôles de la machine et du traitement sont effectués avec succès
- Surveillance permanente au cours de la séance (par caméra vidéo et interphone) assurée par les manipulateurs.
- Pendant toute la durée de son traitement l'enfant bénéficie d'une consultation de surveillance hebdomadaire.

Les difficultés

Difficultés organisationnelles:

- La difficulté d'adapter l'enfant avec le milieu et le rythme de traitement.
- Le respect de l'horaire de traitement par les parents.
- La disponibilité du médecin anesthésiste-réanimateur

Difficultés fonctionnelles:

- Les pannes de la machine.