

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FORMATION CONTINUE 2009-2010

VENDREDI 4 DÉCEMBRE 2009

SÉANCES FACULTATIVES DE FIN D'AVANT-MIDI ET DÉBUT D'APRÈS-MIDI

10h30

13h30

CHIMIOTHÉRAPIE PALLIATIVE
ESPOIR OU ACHARNEMENT



Docteur Roger Ladouceur
Omnipraticien
CSSS Sud-Ouest de Verdun et Hôpital de Verdun

Docteure Stéphaie Perron
Omnipraticienne
CSSS de l'Énergie

Chimiothérapie palliative

Espoir ou acharnement?

Congrès de soins palliatifs, FMOQ, Laval
4 décembre 2009

Espoir ou acharnement

Dr Roger Ladouceur, Md, MSc, FCMF

Médecin responsable du plan de DPC au
Collège des Médecins du Québec

Médecin de famille et médecin en soins palliatifs
Hôpital de Verdun

Dre Stéphanie Perron, Md, CCMF

Médecin de famille et en médecine palliative
CSSS de l'Énergie, Shawinigan

Buts

- ◆ Aider les patients ayant un cancer avancé à prendre des décisions thérapeutiques réfléchies;
- ◆ Déterminer si ces traitements offrent de l'espoir ou constituent de l'acharnement thérapeutique;
- ◆ Répondre à la question "Docteur, y a-t-il autre chose que vous puissiez faire pour moi?"

Cancer Colorectal

- 3^{ème} cancer le plus fréquent
≈ 20 000 nouveaux cas (Canada) et 5000 (Québec)/an
- 2^{ème} le plus meurtrier
8 400 décès (Canada) et 2 350 décès (Québec)/ an
- Risque ↑ avec âge (à partir de 40 ans)
- Âge médian de présentation = 72 ans.

Cancer colorectal : Pronostic

Stage	Classification TNM	Survie 5 ans %
I	T1-2, No, Mo	> 90
IIA/B	T3-4, No, Mo	65-85
IIIA/B/C	Tx, Nx, Mo	25-65
IV	Tx, Nx, M1	5-7

Mises en situation # 1

Docteur, qu'en pensez-vous?

- **M. Théorêt**
souffre d'un cancer du colon avancé avec envahissement local et métastases hépatiques. Il ne peut être opéré. Sa maladie progresse malgré les traitements oncologiques.
- **Son épouse (votre patiente)**
a entendu parlé d'un nouveau médicament pour le cancer du colon : le Bévacizumab (Avastin®).
- **Elle vous demande conseil.**

Consignes

Triade

- Md : Conseiller Mme Théorêt
- Mme Théorêt : Demander conseil
- Observateur : Noter le conseil formulé

2 minutes

Ca colorectal métastatique Efficacité de la chimiothérapie

Plusieurs études prospectives ont démontré que la chimiothérapie prolonge la survie et améliore la qualité de vie comparativement aux soins palliatifs

Ca Colorectal Métastatique Traitement

Traitement approuvés ou utilisés

- Fluorouracil (5-FU) ad 1994
- Capecitabine (Xélo^{da})
- Irinotecan (Camptosar)
- Oxaliplatine (Eloxatin)*
- Bevacuzimab (Avastin)

* non approuvé, programme d'accès spécial

Bévacizumab Efficacité - Innocuité

Étude clinique contrôlée
(phase III)

Hurwitz et al. Bevacizumab plus Irinotecan,
Fluorouracil, and Leucovorin for metastatic Colorectal
Cancer

N Engl J Med 2004;350 :2335-42*

Hurwitz et coll

- ECC randomisée multicentrique
 - Irinotecan, Fluorouracil en bolus et Leucovorin (IFL) + Bévacizumab
 - versus
 - Irinotecan, Fluorouracil en bolus et Leucovorin (IFL) + Placebo.
- N= 813 patients Ca Colorectal métastatique
 - 402= IFL+ Bevacuzimab
 - 411= IFL+ Placebo

**Bévacuzimab (Avastin)
Hurwitz et coll**

- Critères d'exclusion
 - Chimiothérapie/biologique < 12 mois (sauf adjuvant)
 - RôRx < 14 jrs
 - Chx < 28 jrs
 - MCAS, Ascite, Grossesse, ASA ou AINS, coagulopathie
 - Métastases cérébrales

**IFL + Bevacizumab vs IFL + Placebo
Efficacité**

Hurwitz et al. Bevacizumab plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin for metastatic Colorectal Cancer
N Engl J Med 2004;350 :2335-42
Table 3. Analysis of Efficacy

**IFL + Bevacizumab vs IFL + Placebo
Efficacité**

Hurwitz et al. Bevacizumab plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin for metastatic Colorectal Cancer
N Engl J Med 2004;350 :2335-42
Figure 1. Kaplan-Meier Estimates of Survival

Mises en situation # 2

Docteur, qu'en pensez-vous?
(maintenant...)

- **M. Théorêt**
souffre d'un cancer du colon avancé avec envahissement local et métastases hépatiques. Il ne peut être opéré. Sa maladie progresse malgré les traitements oncologiques.
- **Son épouse (votre patiente)**
a entendu parlé d'un nouveau médicament pour le cancer du colon : le Bévacizumab (Avastin®).
- **Elle vous demande conseil.**

Consignes

Triade

- Md : Conseiller Mme Théorêt
- Mme Théorêt : Demander conseil
- Observateur : Noter le conseil formulé

2 minutes

Docteur, ce traitement peut-il..

Guérir sa maladie?

Lui permettre de vivre plus longtemps?

Améliorer sa qualité de vie?

Y a-t-il des effets indésirables?

**Notions de base en
chimiothérapie
palliative**

Indications de chimiothérapie

- Chimiothérapie palliative:
 - Pour pallier les symptômes chez des patients avec cancer disséminé quand les bénéfices potentiels excèdent les effets indésirables

Indications de changer/suspendre la chimiothérapie en cours

- Progression radiologique de la néoplasie
 - Parfois, élévation concomitante des marqueurs tumoraux
- Toxicité persistante au niveau médullaire, rénal, hépatique ou neurologique
- Diminution du statut de performance:
 - Échelle de Karnofsky <50%
 - ECOG 3-4

Echelle de performance selon ECOG-WHO

ECOG / ZUBROD Score	Statut de performance
0	Asymptomatique
1	Symptomatique, complètement ambulateur
2	Symptomatique, au lit (ou à la chaise) <50% du jour, incapable de travailler, capable de prendre soin de sa personne.
3	Symptomatique, au lit ou à la chaise >50% de la journée, mais non alité, prend soin de lui de façon limitée
4	Alité
5	Décédé

Échelle de performance de Karnofsky

Score	Statut de performance de Karnofsky
100	Normal, pas de plainte, pas d'évidence de maladie
90	Capable de faire activité normale: symptômes mineurs de maladie
80	Activité normale avec effort: quelques symptômes de maladie
70	Prend soin de lui: incapable de poursuivre activité normale ou travail actif
60	Requiert une aide occasionnelle mais est capable de s'occuper de ses besoins
50	Requiert une aide considérable et des soins médicaux fréquents
40	Invalide: requiert des soins spéciaux et de l'aide
30	Sévèrement invalide: hospitalisation indiquée, mort non imminente
20	Très malade, hospitalisation nécessaire: traitement actif nécessaire
10	Moribond, processus fatal progressant rapidement

Revue de la littérature: méthodologie

- Banque de donnée Pubmed
- Mots-clés: palliative chemotherapy and communication
- N=171
- Sélection des articles abordant spécifiquement la communication lors des décisions de chimiothérapie palliative
- Sélection d'articles reliés dans les bibliographies

Audrey et al (2008)

- Dans la plupart des consultations 26/37, la discussion sur les bénéfices de survie était vague ou non existante
- La plupart des patients n'ont pas reçu de l'information claire sur le bénéfice de survie de la chimiothérapie palliative

Koedoot et al (2004):

- **Pronostic: 39%**
- Absence de guérison:84%
- Possibilité de gain de survie: discuté dans 55% des cas
- **Qualité de vie mentionnée dans 44%** des entrevues
- **Option de suivi sans chimiothérapie (Watchful-waiting): 50%** (23% en une phrase et 27% avec explications plus extensives)
- Les patients plus vieux, les patients mariés et les patients dans les hôpitaux académiques reçoivent plus d'informations

Tattersall et al. (2002)

- Maladie incurable: 74.6% informés
- Espérance de vie: 57.6% informés
- **Alternatives aux traitements contre le cancer (comme les soins de support): 44.1% informés**
- **Qualité de vie: 36% informés**
- Incertitude sur les bénéfices du traitement: 72.9% informés
- **Vérification de la compréhension du patient: 10.2%**

Espoir ou acharnement Question de communication

- Matsuyama et al (2006)
 - Revue de la littérature de 1980 à 2006
 - **La perspective du patient est différente d'une personne en santé**
 - Patients prêts à recevoir des traitements avec peu de bénéfices et des toxicités majeures
 - **Recevoir de l'information réaliste sur les différentes options de traitement est difficile**
 - Nécessité de développer des outils d'aide à la décision: decisionaid.ohri.ca

Grunfeld et al (2006)

- Possibilité de contrôler la tumeur (45% patients)
- Donner de l'espoir (43% patients recevant 2^e ligne de chimio)

Comment améliorer la communication dans les décisions de chimiothérapie palliative

**Carte cognitive:
Prise de décision de traitement**

- 1-Obtenir les préférences du patient pour l'information ou la prise de décision
- 2-Identifier le choix à être fait
- 3-Décrire les options de traitement et confirmer la compréhension du patient
- 4-Discuter les valeurs et les préoccupations du patient en relation avec les options de traitement
- 5-Offrir de faire une recommandation personnelle
- 6-Négocier un laps de temps pour la décision

Back AL et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. CA Cancer J Clin 2005; 55: 164-177.

**Carte cognitive
Arrêt de la chimiothérapie palliative**

- 1-En débutant la chimiothérapie palliative, discuter explicitement de comment les progrès vont être évalués et les critères pour continuer ou cesser la chimiothérapie
- 2-Discuter de l'évidence clinique qui indique l'échec du traitement
- 3- Rediscuter de ce qui est le plus important maintenant pour le patient, en utilisant des questions pour découvrir les valeurs du patient

Consignes

Triade

- Md : Conseiller M. Théorêt
- Pt : Demander conseil
- Observateur : Noter le conseil formulé

2 minutes

Docteur, ce traitement peut-il..

Guérir sa maladie?

Lui permettre de vivre plus longtemps?

Améliorer sa qualité de vie?

Y a-t-il des effets indésirables?

Conclusion

Conclusion: Facteurs déterminants d'espoir ou d'acharnement

	Espoir	Acharnement
Attentes du <u>patient</u>	Réalistes	Irréalistes
Convictions du <u>md</u>	Réalistes	Irréalistes
Bénéfices du <u>Rx</u>	Démontrés	Minimes
Buts du traitement	Discutés + partagés	Ignorés + décrétés

Facteurs influençant les décisions de chimio palliative

Patient	Valeurs personnelles Attentes de la famille Compréhension du traitement Espoir
communication	Contenu de l'information Éléments facilitant la participation du patient Éléments non verbaux
Médecin	Progression radiologique Toxicité Statut de performance Valeurs personnelles

Messages -clés

1. Espoir ou acharnement: une question de communication
2. Les patients et leurs familles s'accrochent à l'espoir d'un traitement pour leur maladie
3. Les oncologues n'informent pas suffisamment les patients des avantages et inconvénients des chimios palliatives
4. La perspective du patient malade est différente de celle en bonne santé

Références

- Hurwitz H et coll. Bevacizumab plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin for metastatic colorectal cancer. *NEJM* 2004 ;350 :2335-42
- Audrey S et al. What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. *BMJ*.2008;337:a868
- Matsuyama R, Reddy S, Smith T.J. (2006). Why do patient choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J.Clin.Oncol.*,24,3490-3496.
- Grunfeld EA, Maher EJ, Browne S. et al.(2006) Advanced breast cancer patients'perceptions of decision making for palliative chemotherapy. *J. Clin.Oncol.*,24,1090-1098
- Tattersal MH,Gattellari M, Voigt K, Butow PN.(2002) When the treatment goal is not cure: are patients informed adequately? *Support. Care Cancer*,10,314-321.
- De Haes H, Koedoot N. 2003. Patient centered decision making in palliative cancer treatment: A world of paradoxes. *Patient Educ. Couns.*50 (1):43-49.

Références

- Thorne SE,Bultz BD, Baile WF et al (2005).Is there a cost to poor communication in cancer care?: A critical review of the litterature. *Psycho-oncology* **14**: 875-884
- Koedoot C.G., Oort F.J., De Haan R.J. et al. The content and amount of information given by medical oncologists when telling patients with advanced cancer what their treatment options are.palliative chemotherapy and watchful-waiting. *Eur.J.Cancer*,40,225-235.
- Ohlen et al. Exploration of communicative patterns of consultations in palliative cancer care. *European Journal of Oncology Nursing* (2008) 12, 44-57.
- Back AL et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 164-177.

Références

- www.palli-science.com
- www.geoq.com
- www.bccancer.bc.ca
- www.nccn.org
- www.asco.org
