

Chimiothérapie chez les patients avec une maladie cancéreuse avancée: quels sont les impacts physiologiques et à quoi devons-nous faire face en soins palliatifs

Renée Dugas MD

CSSS de St Jérôme et CSSS des Sommets à Ste Agathe des Monts
professeur adjoint de clinique Université de Montréal

27/04/2009

1



Plan de la présentation

- ❖ Évolution du diagnostic et à travers toutes les phases de traitement
 - Même lorsqu'on ne parle pas de guérison, les traitements de palliation permettent des rémissions et des survies plus longues; parle-t-on de qualité de vie?
- ❖ Il est important de noter que la chimiothérapie est accompagnée de d'autres RX qui sont en général
 - les chirurgies curatives ou palliatives
 - Les techniques à viser curatives ou palliatives
 - Stents, cryothérapie.....
 - La radiothérapie curative ou palliative



Oncologie

BMJ 2008; 337: a752
«What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: a qualitative study»
Suzanne Audrey et al

○ Que cherchons-nous à offrir du point de vue oncologique ?

- On parle de possibilité de ↓ de symptômes malgré les effets secondaires pour améliorer la qualité de vie
- Si une chimio lui est offerte sans aborder la survie, il va estimé une survie plus longue que la réalité
- Si une chimio lui est refusé sans que le temps de survie soit abordé, le patient peut interprété ce refus comme une question de coût trop élevé pour le «système»
- Plusieurs patients priorisent la survie sur la qualité de vie

Soins palliatifs

○ Que cherchons-nous à offrir en soins palliatifs ?

- Traiter pour obtenir une qualité de vie qui sera soit avec une guérison , une rémission ou une palliation des symptômes les plus incommodants avec les traitements les moins nocifs



Ce qui est important en tout temps

- ❖ Notre traitement doit toujours être centré sur le patient
- ❖ Notre traitement doit avoir un but de bien être pour le patient:
 - on revient toujours à la «qualité de vie», qui est différente d'un patient à l'autre et aussi d'un MD à l'autre.....



Résumé des problèmes rencontrés

- ❖ Problèmes que l'on doit affronter à travers les différentes étapes d'un cancer
 - Diminution physique anatomique ou fonctionnelle
 - Diminution des activités de la vie de tous les jours, des activités routinières
 - Diminution des activités collectives

Résumé des phases vécues par un patient sur quelques mois ou sur plusieurs années....

Phase	Besoins des patients	Symptômes	Impact
1 ^{ère} évaluation et 1 ^{er} plan de traitement	Information et formation...	Douleur, anxiété, insomnie	Bris de la routine journalière
2. Routine obligatoire pour le patient	Soins aigus indispensables et information	Douleur, anxiété, dépression, ↓ activité physique, besoin d'aide	Bris important de la routine et atteinte de la vie sociale
3. Récupération post traitement	Éducation, support, style de vie le plus sain possible	Douleur somatique et neuropathique, anxiété, dépression, œdème, fatigue, insomnie, mobilité +/- atteinte	Changement possible dans le travail, dans le vie familiale atteinte cosmétique....
4. Récidive	Éducation, formation, support.....	Même symptômes et possiblement en augmentation	Encore atteinte de la routine journalière, dans le travail, les loisirs....
5. Phase terminale	Support et éducation du patient et des proches....	Douleur, asthénie, dépression, fatigue, atteinte cognitive	Dépendance de plus en plus importante

Importance des différents outils d'évaluation avec une histoire clinique complète

- ❖ Ils nous aident à situer le patient dans une des phases présentées dans le tableau précédent
- ❖ Ceci permet d'orienter le plan de traitement le plus adéquat possible
- ❖ Ils aident à garder des espoirs réalistes
- ❖ Tout ceci doit rester centré sur le patient et son entourage

D'où viennent les échelles d'évaluation



- ❖ Symptômes prévalents chez les patients en phase palliative plus terminale
 - Fatigue, manque d'énergie, faiblesse, perte d'appétit, dyspnée
- ❖ Tests de laboratoires utiles ayant un caractère pronostique
 - FSC, % neutrophyles, % lymphocytes, CRPA, Albumine, BUN (pas la créatinine), Na, acide urique, LDH

Palliative Performance Scale: ressemble au Karnofsky

%	Mobilité	Niveau d'activité	Soins personnels	Ingestion alimentaire	niveau de conscience	Survie moyenne: en jours	
100	Complète	Normal non malade	Complet	Normal	Total		
90	Complète	Normal affaibli	Complet	Normal	Total		
80	Complète	Normal avec effort	Complet	Normal ou diminué	Total		
70	Diminuée	Ne peut travailler	Complet	Idem	Total	145	108
60	Diminuée	Ne peut faire l'entretien de son environnement	Besoin d'aide occasionnel	Idem	Total ou confusion	29	4
50	Principalement assis	Ne peut faire aucun travail	Besoin important d'aide	Idem	Total ou confusion	30	11 41
40	Principalement au lit	Idem	besoins considérable d'aide	Idem	Total ou somnolent ou confusion	18	8
30	Cloué au lit	Idem	Besoins presque continuel d'aide	Diminué	Idem	8	5
20	Cloué au lit	Idem	Soins complets	Minimal	Idem	4	2 6
10	Cloué au lit	Idem	Idem	Soins de bouche	Somnolent ou comateux	1	1
0	Mort	-----	-----	-----	-----		



Palliative Pronostic Score

Journal of Palliative medicine,
Vol9, Number 4, 2006 PP
993
Avec ajout des références
des articles suivants:
JPSM Vol 34, N0 6 2007-12
« Survaval prediction of
patients with advanced
cancer: the predictive
accuracy of the model based
on biological markers»
JPSM Vol 31, No6, 2006-06
« Uric acid as a pronostic
factor for survavil time»

Critères	Évaluation	Score
Dyspnée	Non Oui	0 1
Anorexie	Non Oui	0 1.5
Statut de performance	≥ 30 10-20	0 2.5
Fatigue	Non Oui	0 1
Prédiction clinique en semaines	11-12 7-10 5-6 3-4 1-2	2 2.5 4.5 6 8.5
% GB	≤8.5 8.6-11 ≥ 11	0 0.5 1.5
% lymphocytes	20%-40% 12%-19.9% ≤ 12%	0 1 2.5
Albumine	≤ 32-35	1.5
LDH	≥ 360	1.5
BUN, Na, CRPA, ac. urique	Évaluation individuelle	Importants si persistent anormaux après corrections d'épisodes inflammatoires aigues
Niveau de survie A B C	Autour de 30 jours ≥ 70% 30%-70% ≤ 30%	Score total 0-5.5 5.6-11 11.1 ≥ 17.5



Palliative Pronostic Index

JPSM Vol 35, No 6, june 2008
 « prospective validation of the Palliative
 Pronostic Index in patients with
 cancer »
 Carol A. Stone

Statut de performance / Symptômes	Score partiel
Palliative Performance Scale	
10-20	4
30-50	2.5
≥ 60	0
Ingestion orale	
bouchées normales ou moins	2.5
diminuée mais plus qu'une bouchée	1
complète	0
normal	0
Œdème	
présent	1
absent	0
Dyspnée au repos	
présent	3-5
absent	0
Delirium	
présent	4
absent	0
Groupes	
1 → ≤ 4	Survie moyenne 68 jours
2 → 4-6	21 jours
3 → > 6	5 jours



Formulaire d'évaluation du niveau de soins et de non réanimation au CSSS de St Jérôme

étiquette pour apposer sur la carte de la RAMQ

DOSSIER : _____ réanimation
 niveau de soins 1 niveau de soins 3 cardio-respiratoire
 niveau de soins 2 niveau de soins 4 oui non
 signature du médecin : _____ date : _____
 Rempli conformément à la section 4 de la Liste de contrôle, complétée le : _____

Centre de santé et de services sociaux de St-Jérôme

LISTE DE CONTRÔLE

À CONSERVER AU DOSSIER PATIENT

ÉTAPES DU PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR LES SOINS EN FIN DE VIE

ÉVALUATION DE LA SITUATION CLINIQUE
 (Indication clinique : issue fatale probable en deçà de 24 mois)

1 NOM DU SOIGNANT : _____
 Date : _____ Heure : _____
 COCHEZ SI COMMENTAIRES AU VERSO

VÉRIFICATION DE L'APTITUDE DU PATIENT
 Évaluation par un psychiatre ou un psychologue ou tout autre professionnel de la santé

2 NOM DU SOIGNANT : _____
 Date : _____ Heure : _____
 COCHEZ SI COMMENTAIRES AU VERSO

INSÉRER L'ADRESSOGRAPHE ICI

Con ullamcommy nulla aliquam vullaor adgnim nos alliquip susculis am- con velit wis er at ad tationesd tat- siscidunt iriuscipial ercil augait wismodoloream dolobore magna facidunt la feu feulsicin verassa-.

Tat verat, sisi ulput wisi- Volore facing el et nulla faccum olortisi- Ommodit illam dolore dolor sed magnissi eugait wis dolorpe riduisi in eugue dolobore nod magnis augue delisim quis euisi.

205616 13514 654 1321 564 321 356456 132 5656123

Personne en charge de la vérification du dossier :

SELON LE SOIGNANT

un seul "non" suffit pour qualifier le patient d'inapte	oui	non
Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle un plan de soins est proposé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend-il la nature et le but du plan de soins proposé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisit-il les risques et les avantages du plan de soins et les conséquences d'accepter/refuser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa capacité de compréhension est-elle affectée par sa maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXISTENCE DE VOLONTÉS ÉCRITES ANTÉRIEURES

Mandat (document légal, doit-être homologué)	<input type="checkbox"/>
Procuration légale	<input type="checkbox"/>
Testament de vie (pas un document légal)	<input type="checkbox"/>
Carte de fin de vie, bracelet etc.	<input type="checkbox"/>

CONSEITEMENT SUBSTITUÉ
 Nom du représentant légal : _____
 Lien avec le patient : _____

DISCUSSION PATIENT ou FAMILLE
 VOIR VERSO POUR EXEMPLES DE QUESTIONS POUR ENTAMER LA DISCUSSION ET INSCRIRE LE NOM DES PERSONNES PRÉSENTES. ☞

3 NOM DU SOIGNANT : _____
 Hôpital CHSLD Domicile
 Date : _____ Heure : _____
 COCHEZ SI COMMENTAIRES AU VERSO

DÉTERMINATION DES DÉSIRES POUR LES SOINS EN FIN DE VIE
 Décision consensuelle Conflit (préciser au verso)

PERSONNES RESSOURCES CONSULTÉES

Comité d'éthique clinique	<input type="checkbox"/>
Médecins spécialistes, infirmières pivot, autres collègues etc.	<input type="checkbox"/>
Travailleuses sociales	<input type="checkbox"/>
Agents de pastorale	<input type="checkbox"/>

NOMS DES PERSONNES CONSULTÉES :
 (inscrire la date)

DÉCISION – NIVEAU DE SOINS ET STATUT DE RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE
 VOIR VERSO : RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ☞

4 NOM DU SOIGNANT : _____
 Date : _____ Heure : _____
 COCHEZ SI COMMENTAIRES AU VERSO

NIVEAUX DE SOINS
 VOIR VERSO : RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ☞

<input type="checkbox"/> Niveau 1 : Réanimation cardio-respiratoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Niveau 2 : Réanimation cardio-respiratoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Niveau 3		
<input type="checkbox"/> Niveau 4		

RÉÉVALUATION DU PLAN DE SOINS ET STATUT RCR AU BESOIN, EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE OU AU PLUS TARD, AUX 6 MOIS.
 Insérez au dossier une nouvelle liste des étapes décisionnelles.

5 NOM DU SOIGNANT : _____
 Date : _____ Heure : _____
 COCHEZ SI COMMENTAIRES AU VERSO

VERSION MODIFIÉE LE _____
 VOIR FEUILLE SUIVANTE

PROJET PILOTE

page 1/2

LISTE DE CONTRÔLE # _____



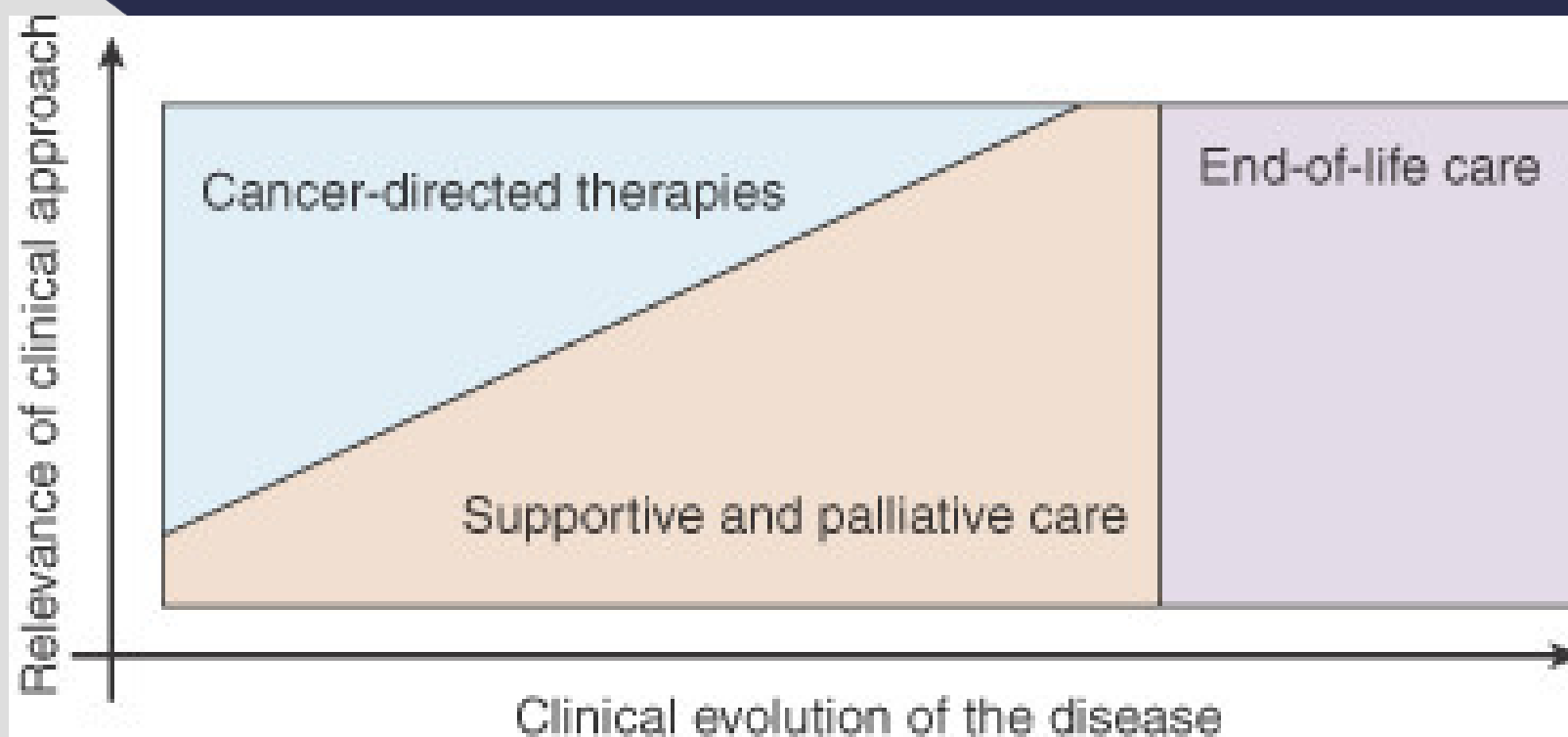


FIGURE 240-1 Cancer-directed therapies, palliative care, and end-of-life care.

Copyright © 2009 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Points importants auxquels on reste toujours confronté

- ❖ Désir d'un état de bien être
- ❖ Espérance d'une bonne santé physique
- ❖ Persistance de la fatigue
- ❖ Persistance d'une fragilité émotionnelle
- ❖ Espoir de reprendre son travail et ses activités comme avant
- ❖ Douleurs chroniques somatiques et neuropathiques restantes
- ❖ Problèmes digestifs variés
- ❖ Autres problèmes physiques dépendant de la néoplasie de départ





Pain control:

- Responder: improvement of 50% or greater in pain over basal assessment via the visual analogic scale for at least 4 weeks
- Nonresponder: any worsening for at least 4 weeks
- Stable: any condition not included in the previous ones

Performance status:

- Responder: improvement of 20% or greater over basal assessment
- Nonresponder: worsening of 20% or greater over basal assessment
- Stable: any condition not included in the previous ones

Weight gain:

- Responder: improvement of 7% or greater over basal weight for at least 4 weeks
- Nonresponder: any other condition not included in the previous one

The patient is considered a responder if:

- He is a responder in the two primary measures
- He is a responder in one of the primary measures and stable in the other one
- He is stable in the two primary measures and a responder in the secondary one

FIGURE 240-2 Clinical benefit assessment.

(Redrawn from Burris HA III, Moore MJ, Andersen J, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: A randomized trial. J Clin Oncol 1997;15:2403-2413.)

Soins palliatifs et oncologie

- ❖ Pour un patient sous chimiothérapie, lorsqu'il expérience une aggravation de ses symptômes et une diminution de sa capacité physique pendant des traitements (surtout si ce sont les 1ers), il vit une expérience paradoxale d'être rendu plus malade par ce qu'on lui offre
- ❖ Ceci peut être une conséquence normale de certains traitements ou, un signe que la maladie est plus avancée qu'elle ne le paraît....



Soins palliatifs et oncologie

- ❖ Notre position en soins palliatifs est de garder le patient le plus confortable possible
- ❖ Ceci permet au patient de pouvoir continuer des traitements qu'il aurait cessé autrement à cause de :
 - Mucosites sévères, nausée réfractaire, constipation, diarrhée, douleur, fatigue physique, découragement....
- ❖ Ceci demande un travail serré d'équipe entre l'hémato-oncologue et le MD de soins palliatifs, l'infirmière pivot, le psychologue, le travailleur social, le physiothérapeute, la diététiste.... et à l'occasion, le psychiatre



Soins palliatifs et oncologie: nouveaux progrès en oncologie

- ❖ Développement de nouveaux médicaments
 - Agents stimulateurs de l'érythropoïétine
 - Moins utilisés, car peuvent être nuisibles...
 - Les transfusions sont les RX si anémie sévère qui ne peut être corrigé par un ajout de fer
 - Les fer IV est ajouté , à l'occasion car plus efficace que per os

Soins palliatifs et oncologie: nouveaux progrès en oncologie

- ❖ Développement de nouveaux médicaments (suite)
 - «Colony stimulating factor»
 - Growth colony stimulating factor (G-CSF=Neupogen©) et le granulocyte-macrophage stimulating factor (GM-CSF=leukine©) sont les traitements standards pour ↓ le risque de neutropénie fébrile
 - Ils permettent aussi des traitements de myélosuppression avec moins de complications infectieuses sévères

Soins palliatifs et oncologie: nouveaux progrès en oncologie

❖ Développement de nouveaux médicaments

➤ Cytokynes

- Beaucoup de recherches sur les RX anticytokynes (pour prévenir le développement de la cachexie) axé sur les cytokynes anti-inflammatoires pour combattre les pro-inflammatoires
- Pour le moment les seuls vraiment utilisés sont les inhibiteurs COX (AINS) et certains nutraceuticals (EPA= acide éicosapentanoïque) ...problème de conformité au RX car goût pénible et nécessite une bonne quantité die

Soins palliatifs et oncologie: nouveaux progrès en oncologie

- ❖ Développement de nouveaux médicaments
 - Cytokynes
 - Inhibiteurs du TNF (Infliximab= Remicade © et Etanercept=Enbrel©) ont malheureusement favorisé le développement d'infection opportuniste comme la TB (étude avec des patients présentant de l'arthrite rhumatoïde)
 - Inhibiteur protéasome (Bortezomib= Velcade©) utilisé dans le RX du myélome multiple et du lymphome à manteau réfractaire, a une action de ↓ la fonte musculaire

Soins palliatifs et oncologie: nouveaux progrès en oncologie

❖ Développement de nouveaux médicaments (suite)

- Biphosphonates
 - RX de l'hypercalcémie (acide zolendronique)
 - RX de l'ostéoporose exacerbée par la maladie et les traitements (corticostéroïdes....)
 - RX de la douleur sur de l'ostéoporose ou de métastases osseuses (pamidronate=Aredia©, ac.zolendronique =Zometa©)

Soins palliatifs et oncologie: nouveaux progrès en oncologie

- ❖ Développement de nouveaux médicaments (suite)
 - Bloqueurs des récepteurs μ digestifs spécifiques
 - Permettent de traiter les constipations sévères associées aux opiacés (méthylnaltrexone= Relistor©)
 - Hormonothérapie
 - De remplacement lorsque non contrindiqué par la néoplasie primaire (ca du sein et ca de la prostate)
 - Cannabinoïdes

Chimiothérapies utilisées de longue date: agents alkylants

RX	Propriété	Indications	Toxicité / dose limite	Toxicité courante
Busulfan (Myleran, Busulfex)	Formation d'ions carbonium	LMC, syndrome myéloprolifératifs, transplantation de cellules souches	Myélosuppression	Irritation gastrointestinale, stérilité
Chlorambucil (Leukeran)	Dérivée de moutarde azotée; préparation orale	LLC, lymphome indolent, myélome, Hodgkin, tumeurs trophoblastiques, hairy cell leukemia	Myélosuppression	Irritation gastrointestinale
Cycliphosphamide (Cytosan, Procytox)	Prodrug activée en moutarde azotée par le P450	Utilisée dans les ca hématologiques et les tumeurs solides, leucémies aiguës et chroniques, lymphome, ca sein, ca poumon	Myélosuppression et cystite hémorragique	Alopécie, mucosites, stérilité, nausée, vomissement
Dacarbazine (DTIC)	Dérivée de carboxamide imidazole	Hodgkin, mélanome, sarcome	Myélosuppression	Nausée et vomissement
Fotemustine	De la famille des nitrosurées	Mélanome, ca du cerveau	Myélosuppression	Nausée et vomissement



Chimiothérapie et mucosites du système digestif

- ❖ Modèle en 5 étapes d'évolution que ce soit buccal ou ailleurs dans le système digestif
 1. Phase d'initiation
 2. Phase de message «upregulation»
 3. Phase de signalisation «amplification»
 4. Phase d'ulcérations
 5. Phase de guérison
- ❖ Ceci résume la majorité des symptômes digestifs
 - Stomatites, nausée et vomissements, diarrhées et constipation



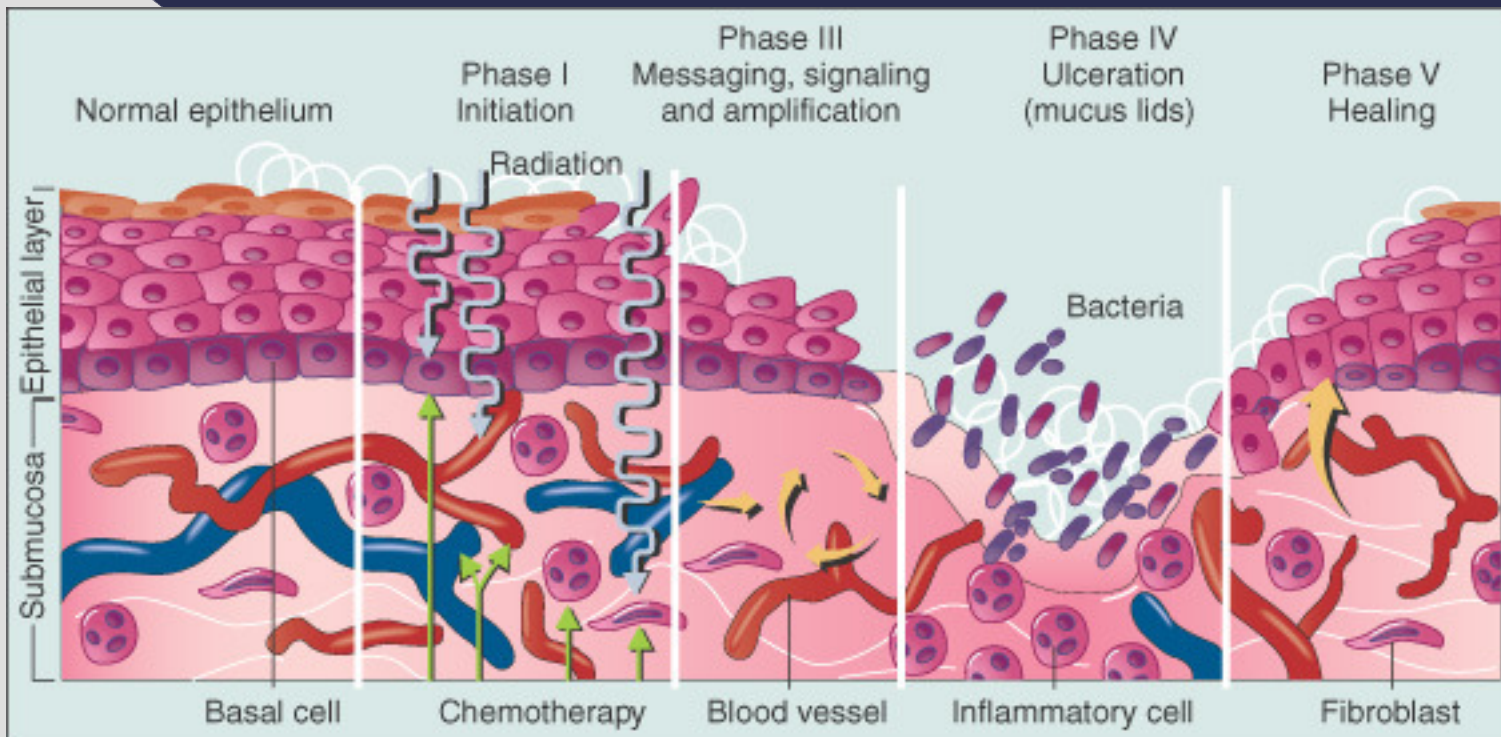
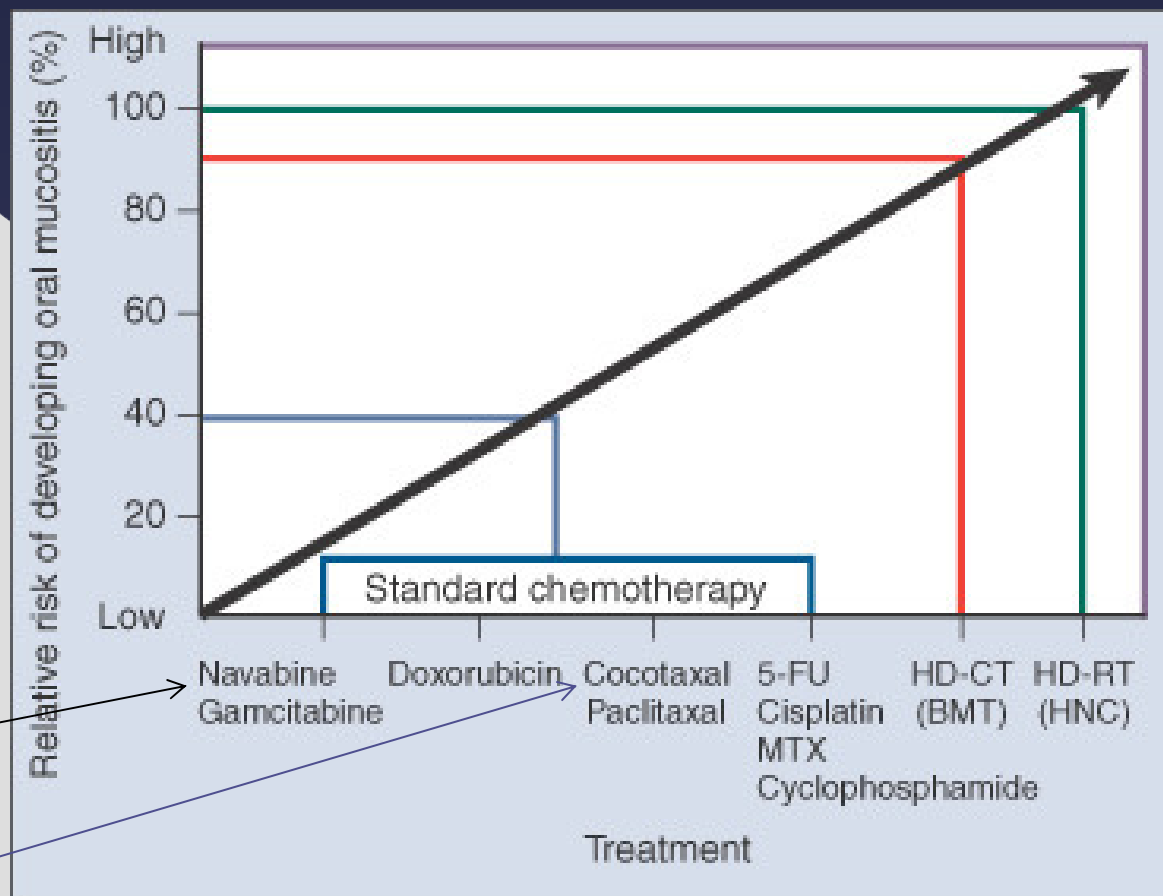


Figure 40-1 • Phases in the development of oral mucositis.

(Adapted from Peterson DE: New strategies for management of oral mucositis in cancer patients. J Support Oncol 2006;4:9–13.)

Curr Opin Support Palliat Care 1: 16-22, 2007 «Cytotoxic treatment-induced gastrointestinal symptoms»
 Nicole M.A. Bliilevens : ceci s'adapte à toutes les muqueuses intestinales
 Abeloff «Clinical Oncology» 2008 p 610





Navabine
Gemcitabine

Docetaxel

Figure 40-2 • Risk of mucositis according to type of cancer therapy.
 (Adapted from Peterson DE: New strategies for management of oral mucositis in cancer patients. J Support Oncol 2006;4:9–13.)

Curr Opin Support Palliat Care 1: 16-22, 2007 «Cytotoxic treatment-induced gastrointestinal symptoms»
 Nicole M.A. Bliilevens : ceci s'adapte à toutes les muqueuses intestinales
 Abeloff «Clinical Oncology» 2008 p 610



Chimiothérapies utilisées de longue date: agents alkylants (suite)

RX	Propriétés	Indications	Toxicité/ dose limite	Toxicité
Ifosfamide (Ifex)	Prodrug activée par le P450 en moutarde azotée	Lymphome, sarcome, ca testiculaire récidivant	Myélosuppression, cystite hémorragique qui peut être prévenue par la coadministration de mesna	Alopécie, nausée, vomissements, neurotoxicité
Melphalan (Alkeran)	Dérivé de moutarde azotée et phenylalanine	Myélome multiple, certains carcinomes, perfusion localisée dans les mélanomes	Myélosuppression	Anorexie, nausée, vomissements, mucosites, stérilité
Nitrosurées_ Lomustine (CCNU) Carmustine (BCNU)	Très liposoluble, traverse la barrière hématoencéphalique	Ca cerveau, lymphome, myélome, certains carcinomes	Myelosuppression	Nausée et vomissement
Temozolomide (Temodal)	Dérivée du dacarbazine. Préparation orale. Traverse la barrière hématoencéphalique	Glioblastome, mélanome métastatique	Myélosuppression	Nausée et vomissement



Chimiothérapie susceptible de causer des douleurs paresthésiques

Médication	Commentaires
Bortezomid (Velcade)	Atteinte principalement sensitive et relié à la dose
Cisplatine	Atteinte des grosses fibres sensorielles (vibration, proprioception); relié à la dose et cumulatif
Cytosine arabinoside (Cytosar) (Ara-C)	Polyneuropathie symétrique sensorimotrice et rare
Interferon	Paresthésie transitoire
Oxaliplatine (Eloxatin)	Atteinte des grosses fibres sensorielles (vibration, proprioception); relié à la dose et dose limité; syndrome d'hyperexcitabilité aigue
Paclitaxel, docetaxel (Taxol) (Taxotere)	Atteinte sensorimotrice relié à la dose et dose limité
Procarbazine (Matulane)	Paresthésie transitoire
Thalidomide, lenalidomide (Revlimid)	Polyneuropathie axonale sensori-motrice; incidence reliée à la dose et à la durée du traitement
Vincristine (Vincasar PFS)	Fréquent; dose relié; système nerveux autonome et sensorimoteur; exacerbé chez les patients avec neuropathie préexistante; dose limitée



Traitements habituels utilisés avec un opiacé associé

- ❖ Co-analgésiques efficaces pour les douleurs neuropathiques périphériques
- ❖ Utilisation de dosages élevés donnent plus d'effets secondaires que de bonne réponse thérapeutiques
- ❖ Intérêt à combiner plusieurs RX complémentaires
 - Tricycliques et surtout la Nortryptiline 10-50 mg die HS car présente moins d'effets secondaires et efficace seul ou associé avec un des anticonvulsivants
 - Carbamazépine 100-200 mg die
 - Gabapentin 100-600 mg die
 - Pregabalin (Lyrica©) 25-150 mg die
 - Penser à la méthadone ou petit dosage de Ketamine 30-100mg die



Voies administration utiles de médication analgésiques

- ◎ Gel et crème topique sur les zones avec allodynie
 - > Gel contenant ketamine 5-10% + gabapentin 6% et application locale tid (JPSM 2009, Vol 37, no3)
 - > Crème topique base Glaxal + morphine 0,5%-5%....
 - > Base Glaxal 58-90 gr + poudre de xylicaine 10-15 gr + ketamine (50mg/ml) 1 ml (Robert Thiffault)
 - > Crème de ketamine 1-1.5% (1gr/100mg crème base Glaxal) (Robert Thiffault)



Traitements habituels utilisés avec un opiacé associé

- ❖ Certains agents sont en voie de développement pour être reçu en même temps que les chimiothérapies à risques de façon protectrice
 - Infusion IV de gluconate de Ca^{++} + Infusion de sulfate de Mg
 - Amifostine : un thiophosphate protégeant les cellules contre les radiations et utilisé comme neuroprotecteur avec le paclitaxel (étude de phase III)
 - Glutamine: 10 gr tid-qid avec le paclitaxel semble ↓ la sévérité des neuropathies
 - L-carnitine (acide aminée) semble ↓ les symptômes neuropathiques chez les patients recevant du paclitaxel ou du cisplatine
 - Acide α -lipoïque utilisée lorsque la neuropathie est déjà présente et extrême



Conséquences à long terme des traitements cancéreux

- ❖ La chimiothérapie peut produire une atteinte chronique de la moëlle osseuse, du système immunitaire et laisser des dysfonctions de différents systèmes
 - Anthracyclines (doxorubicine) et atteinte du muscle cardiaque: atteinte moindre avec le mitoxantrone
 - Bléomycine et fibrose pulmonaire
 - Méthotrexate et dommages hépatiques lorsque utilisé de façon chronique pour les leucémies lymphoblastiques
 - Cisplatine et atteinte de la fonction rénale
 - Cyclophosphamide et atteinte vésicale avec risque de ca vessie
 - Vincristine et neuropathie sous forme d'engourdissements et picotements douloureux
 - Séquelles neurocognitives secondaires à plusieurs facteurs



Présentation et traitements subits par des patients à long terme

- ❖ Cancer du sein évoluant depuis plus de 5 ans et métastatique d'emblée sans atteinte d'organes vitaux (foie, poumon, cerveau)
 - Métastases osseuses
 - Métastases ganglionnaires variées et lymphoedème
- ❖ Traitements subits pour ralentir l'évolution et prévenir des complications
 - Chimiothérapies diverses et hormonothérapies de suppression
 - Utilisation des biphosphonates
 - RöRX sur les métastases osseuses pour douleur et prévention fracturaire
 - Chirurgie pour stabilisation de la colonne dorso lombaire et/ou vertébroplastie



Ce que je «traite» chez ces patients que je suis plus de 2-4 ans....

- ❖ Douleurs multiples somatiques et neuropathiques
 - Opiacé + co analgésie + biphosphonate etc....
- ❖ Lymphoedème avec tous les problèmes de douleurs et de limitations associées
- ❖ Fatigue continue, mais elles restent très actives!
- ❖ Atteinte de l'image corporelle car
 - Prise de poids plutôt que perte «tu as l'air bien....»
 - Atteinte de l'image corporelle autant sur le lymphoedème que sur les limitations progressives et déformations du squelette

Ce que je traite chez ces patients dont la maladie évolue depuis plusieurs années

- Œdème périphérique qui s'intensifie avec la détérioration de l'état générale et l'hypoprotéinémie et l'envahissement lymphatique direct ou par compression lymphatique et veineuse et/ou thrombophlébite.....
 - > Diurétique de l'anse + diurétique préservant le K+
 - Furosemide 20-80 mg+ aldactone 25-100 mg die
 - Dosage maximale pour 2-4 jours et diminuez en suite au dosage minimal efficace....surveillez les électrolytes
 - > Tentez en même temps une perfusion de 150 ml de 0.9 NaCl avec furosémide 250 mg en 20 min + 60 mEq NaCl en 20 min (JPSM, Vol37, No3 pp419-423)



Patiente avec cancer du sein agressif et jeune: 37 ans.....

- ❖ Apparition d'une masse mammaire en dedans de 2 mois et évolution rapide vers un envahissement de la moelle osseuse par des cellules anaplasiques d'origine mammaire, donc non présentation de métastases osseuses classiques et aussi méningite carcinomateuse fulminante
 - Pancytopénie et surtout thrombocytopénie
 - Douleur neuropathique centrale et périphérique extrême
 - Tenait absolument à continuer les transfusions et surtout les transfusions de plaquettes



Patiente avec cancer du sein agressif et jeune: 37 ans.....

❖ Elle a présenté

- Une détresse psychologique impressionnante et fut suivi en psychothérapie avec l'aide de la TS (fils adolescent et mère célibataire)
- L'intervenant naturel majeur est sa mère...très aidante malgré sa propre souffrance
- Problèmes digestifs de stomatites avec pyorrhée, nausée, constipations
- Douleurs somatiques et neuropathiques périphériques et centrales



Patiente avec cancer du sein agressif et jeune: 37 ans.....

❖ Traitements

- Stomatite: combinaison de mycostatin + cipro+ metronidazole+ famcyclovir
- Constipation : cocktail de laxatifs et peglite 500ml q 2 jrs (Relistor[®] n'était pas encore sur le marché)
- Douleurcombinaison d'opiacé et de co analgésie qui a varié selon la progression et en fin de vie le Sativex[®] en vaporisation a permis de ↓ l'opiacé de ½ et il fut nécessaire d'utiliser une perfusion continue sédatrice + phénobarbital
- Décès dans le calme après beaucoup d'orages....



2^e situation clinique qui évolue depuis plus de 10 ans

- ❖ Patient de 45 ans avec cancer du rectum opéré en 1998 et suivi de RöRX car envahissement local limité
- ❖ puis apparition de méta hépatiques depuis 2001 (hépatectomie partielle au début)
- ❖ accompagné du développement d'une masse abdominale depuis 2007 (résection d'une meta cicatricielle) et progression périnéale en plus de la progression de la masse abdominale
 - Meta périnéale, hépatique et ½ abdomen droit en entier

2^e situation clinique qui évolue depuis plus de 10 ans (suite)

- ❖ Il a subi de nombreuses lignes de chimiothérapies avec de multiples effets secondaires bien tolérés en général
- ❖ Il a subi d'autres RX de RôRX pelvienne
- ❖ Il me fut référé pour des douleurs surtout neuropathiques d'origine pelvienne et associé à la chimio
 - Sous méthadone depuis 5 mois et mieux ainsi...+ les autres RX...
- ❖ Maintenant il présente de la fatigue, de la faiblesse, des infections urinaires à répétition
- ❖ Toute chimio est cessée...
- ❖ Mais, il espère qu'il y aura encore un RX de prolongation même si il est réaliste d'un décès à court terme....la fuite était possible tant qu'il y avait de la chimio

3^e situation clinique

- ❖ Patient de 52 ans avec ca de la prostate d'emblée avec de nombreuses métastases osseuses il y a 4 ans
- ❖ Répond bien à l'hormonothérapie de suppression sans autre chimiothérapie pour le moment
- ❖ Présente des douleurs osseuses multiples bien contrôlées avec le Zometa, les opiacés et les limitations d'activité physique
 - Il n'avait eu aucun arrêt de travail lorsque je l'ai connu il y a 3 ans et ses douleurs étaient intolérables en plus de la fatigue.....
- ❖ Présente une fatigue qu'il combat continuellement et, aussi les bouffées de chaleur....

Les problèmes généraux que présente les patients que nous suivons plus de 2 ans....

- ❖ Douleurs sur néoplasie et qui progresse car la maladie progresse malgré les chimiothérapies
 - Envahissement locaux des plexi neurologiques
 - Envahissements locaux capsulaires (foie, os, rate, cerveau...)
 - Envahissements locaux et à distance cutanés....
 - Avec tout ce que ceci ajoute sur l'image du soi et ça nous ramène à un cancer qu'on veut fuir

Les problèmes généraux que présente les patients que nous suivons plus de 2 ans....

- ❖ Douleurs neuropathiques surajoutées par les chimiothérapies
 - Surtout des paresthésies en gant et en bas
 - Les chimiothérapies ralentissent, mais n'empêchent pas les envahissements neurologiques et tissulaires
- ❖ Atteinte neurologique centrale post chimiothérapie et post RöRX de douleur et/ou d'atteinte cognitive à court ou long terme

Les problèmes généraux que présente les patients que nous suivons plus de 2 ans....

- ❖ Prolongation avec les RX autres que la chimiothérapies, comme les transfusions sur plusieurs mois , sont difficiles à cesser....
- ❖ Les ponctions d'ascite à répétition sont appréciées, car bien pour l'image corporelle, mais la maladie progresse et, encore là, quand cesser ?.....
 - **Les patients s'accrochent à tout ce qui peut «camoufler» l'inévitable**

Soins palliatifs et oncologie: nouveaux progrès en oncologie

- ❖ Attention portée sur l'impact social personnel et communautaire
 - Ceci était moins abordé en oncologie il y a plus de 10 ans
 - Mais ça reste difficile d'arrêter surtout des traitements perçus comme moins invasifs tels que les transfusions...
- ❖ Attention portée sur le vécu du patient et de ses proches
 - Les patients et les proches s'accrochent beaucoup et ceci est plus vrai si la maladie dure depuis plusieurs années
 - Il est primordial qu'on puisse être impliquée en soins palliatifs dans les dernières années et surtout pas seulement dans les derniers jours!!!!



Il faut , plus que jamais travailler en équipe et se concerter

