INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

CANCÉROLOGIE

Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux

I-10-142

Dr Jérôme ALEXANDRE
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux

Objectifs :

– Expliquer les principes de la prise en charge globale du malade à tous les stades de la maladie en tenant compte des problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

A - EVALUATION GLOBALE DU PATIENT CANCEREUX

- C'est le premier temps de la prise en charge. Elle est indispensable à l'établissement d'un projet thérapeutique adapté au patient. Cette évaluation devra parfois être répétée en cours d'évolution afin de reconsidérer les objectifs thérapeutiques.

1. Paramètres liés au cancer

- Existence de symptômes en identifiant ceux perçus comme les plus gênants pour le patient. Le retentissement fonctionnel doit être évalué : qualité du sommeil, capacités à s'alimenter, conséquences sur l'activité sociale, professionnelle et familiale.
- Retentissement général : amaigrissement récent (exprimé en pourcentage du poids de forme), état général évalué selon l'indice de performance de l'OMS.
- Retentissement sur les grandes fonctions : fonction rénale, hépatique, respiratoire.
- Identification des facteurs pronostiques :

– Liés à un risque élevé de rechute ou d'évolution rapide.
  * Siège du primitif.
  * Stade d'extension TNM, nombre de sites métastatiques.
  * Grade histo-pronostic.
  * Taux élevé de LDH.
  * Intervalle libre court entre le diagnostic initial et la rechute.
  * Etat général (indice OMS).

– Liés à une probabilité faible d'efficacité des traitements systémiques et de la radiothérapie et/ou à une probabilité importante de toxicité.
  * Siège du primitif et type histologique : degré de sensibilité habituelle au traitement.
  * Etat général (indice OMS).
  * Amaigrissement, dénutrition (hypo-albuminémie).
  * Grand syndrome inflammatoire.
  * Echec des traitements antérieurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Etat de santé antérieur au diagnostic de cancer

- Co-morbidités :
  - Susceptibles d'augmenter la toxicité du traitement : insuffisance rénale chronique, immunosuppression…
  - Susceptibles de se décompenser à l'occasion des traitements : diabète, insuffisance cardiaque.
  - Pronostique péjoratif d'une autre pathologie que le cancer pouvant faire renoncer à une thérapeutique anti-cancéreuse agressive qui n'apporterait un bénéfice qu'à long terme.
  - Pathologie psychiatrique sévère pouvant limiter la compliance au traitement.
  - Autonomie : pour les activités de base (alimentation, toilette, fonctions sphinctériennes, mobilisation) et les activités instrumentales (utilisation des transports, du téléphone…).
  - Capacités de compréhension : langage écrit et oral, niveau d'éducation.

3. Contexte psychosocial

- Présence d'un entourage capable d'assurer une aide matérielle, ou à défaut présence d'un lien affectif.
- Conditions de logement :
  - Etage, ascenseurs.
  - Distance habitation–lieu habituel du traitement.
- Difficultés financières éventuelles, conséquences pécuniaires de la maladie.

4. Etat psychique et souhaits du patient

- Vécu : antécédent personnel ou familial de maladie grave.
- Réaction psychique à l'annonce du diagnostic.
  - Abattu, dépressif.
  - Résigné, fataliste.
  - Combatif.
- Valeurs prioritaires pour le patient à conserver à tout prix : activité sociale (éviter l'alopécie), musique (éviter la neuropathie)…

B - ETABLISSEMENT D'UN PROJET DE SOINS GLOBAL

1. Notion de prise en charge globale

- **La prise en charge globale** consiste à associer au traitement spécifique du cancer, une prise en charge des symptômes physiques, en particulier la douleur, et de la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.
- Cette prise en charge est donc nécessairement multidisciplinaire.

2. Objectifs des soins

- Ils sont définis au vu du pronostic du cancer, de l'effet attendu des traitements, des co-morbidités, et des souhaits du patient :
  - Objectif curatif ou tout au moins de rémission prolongée : le confort du patient est également un objectif mais la priorité est donnée à l'efficacité optimale du traitement spécifique. Une certaine toxicité des traitements est donc acceptable.
  - Objectif " palliatif " : une amélioration symptomatique est espérée mais le gain en survie attendue est faible ou nul. Le confort est une priorité. Les traitements doivent être peu toxiques, ce d'autant plus que le gain attendu est faible.
- Ces objectifs doivent être réévaluer régulièrement en fonction de l'évolution du cancer.

3. Soins spécifiques et symptomatiques

- Les soins spécifiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie…) ont pour but d'agir sur la tumeur pour stopper ou freiner son évolution. Ils peuvent cependant améliorer certains symptômes même sans agir véritablement sur l'évolution du cancer :

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier
SERVIER

radiothérapie sur une métastase osseuse douloureuse…
- Les traitements symptomatiques visent à diminuer les symptômes ou à les rendre plus supportables sans agir sur l'évolution du cancer. Cependant, la correction d'une anémie ou le bon contrôle de la douleur peuvent améliorer le pronostique. Les biphosphonates ralentissent l'évolution des métastases osseuses.

- Ces deux types de traitements ne doivent donc pas être opposés mais associés ; c'est le concept de soins continus : tout au long de l'évolution du cancer, tous les soins qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie et du pronostique du patient doivent être associés.
- Dans certaines situations (en particulier en cas de rechute), aucun traitement spécifique n'est susceptible de procurer des avantages supérieurs aux inconvénients (effets secondaires, contraintes matérielles). Un traitement purement symptomatique est alors réalisé. Le plus souvent, l'espérance de vie du patient est alors très limitée. Les soins vont se concentrer sur le confort immédiat. Les traitements ne participant pas à cet objectif seront évités. Le recours aux examens complémentaires sera limité à ceux susceptibles de modifier la thérapeutique.

4. Prise en charge de la souffrance psychologique

- A côté des symptômes physiques, il existe fréquemment une souffrance psychologique liée aux bouleversements qu'entraîne le cancer dans la vie d'un sujet : pronostic vital en jeu, nécessité de renoncer à un certain nombre de projets, difficultés matérielles, perturbation de l'image corporelle…
- Si les véritables pathologies psychiatriques sont rares, des troubles psychologiques réactionnels sont fréquents. Le fait d'être atteint d'une maladie grave, potentiellement mortelle, entraîne des mécanismes psychologiques de défense. Ils permettent au patient de faire son deuil de sa vie antérieure. On distingue plusieurs étapes successives :
  - Le déni : le patient refuse de reconnaître la gravité de sa situation.
  - La révolte : agressivité à l'égard des soignants et de l'entourage.
  - Le marchandage : "promettez-moi que je vais guérir si je fais la chimiothérapie".
  - La dépression : le malade se repli sur lui même, se désintéresse de son entourage et se désinvestit du traitement de la maladie.
  - L'acceptation.
- Il est nécessaire d'assurer un soutien psychologique personnalisé tout en respectant ces mécanismes de défense : pas d'acharnement face au déni de la maladie par exemple.
- Un traitement psychotrope peut être nécessaire en cas d'anxiété majeure ou de dépression.

5. Les acteurs de la prise en charge globale du patient cancéreux

- Ils ne se limitent pas en corps médical.
  - Equipes médicales :
    - * Cancérologue, radiothérapeute, chirurgien.
    - * Médecin spécialiste des soins palliatifs, présent en particulier au sein d'équipes mobiles de soins palliatifs.
    - * Médecin généraliste.
  - Equipes para-médicales.
    - * Infirmières, aide-soignantes.
    - * Kinésithérapeute.
  - Psychologue.
  - Diététicienne.
  - Assistante–sociale.
  - Ministres du culte.

C - SURVEILLANCE APRES TRAITEMENT D'UN CANCER

1. Objectifs

- Détecter les récidives avant qu'elles ne deviennent symptomatiques :
  - Récidives locales : les plus importantes à diagnostiquer précocement car elles peuvent être

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

accessibles à un traitement "curatif ", exemple : récidive locale d'un cancer du sein après tumorectomie qui pourra être traitée par mastectomie.

– Récidives métastatiques : elles font toute la gravité du cancer. Pour la plupart des tumeurs solides de l'adulte, l'objectif du traitement sera palliatif. Le bénéfice pour le patient d'un diagnostic précoce des métastases est controversé et n'existe probablement que lorsque une rémission prolongée peut être espérée (cancer du sein, de l'ovaire, du côlon…). Les tumeurs germinales sont un cas à part puisqu'une rechute, même métastatique ne fait pas renoncer à un objectif curatif. Dans ce cas une surveillance étroite est impérative.

- Détecter les complications retardées du traitement.
- Détecter un deuxième cancer qui peut être épidémiologiquement lié : cancers liés au tabac et à l'alcool par exemple.
- Favoriser la réadaptation du patient.

2. Moyens

- Examen clinique : il est toujours nécessaire.
- Examens radiologiques : ils sont fonctions du siège de la tumeur primitive.
  – La mammographie bilatérale annuelle est indispensable après cancer du sein.
  – Les examens à la recherche d'une dissémination métastatique sont le plus souvent réalisés uniquement sur signes d'appel : TDM thoracique, abdominal, cérébral, scintigraphie osseuse.
- Marqueurs tumoraux : ils ne sont utiles à la surveillance que s'ils étaient élevés lors du diagnostic initial et sur leur élévation est suffisamment sensible et spécifique de la rechute.
  * b-HCG et AFP dans les tumeurs germinales.
  * ACE dans le cancer du côlon.
  * PSA dans le cancer de la prostate.
  * Thyroglobuline dans le cancer de la thyroïde différencié.
  * ACE et calcitonine dans le cancer médullaire de la thyroïde.

3. Fréquence et durée

- Le risque de rechute est généralement maximum dans les cinq premières années. Durant cette période, la surveillance sera plus rapprochée. Des rechutes peuvent survenir très tardivement, en particulier dans le cancre du sein, le mélanome. Classiquement, la surveillance doit toujours être poursuivie à vie du fait du risque de rechute tardive, de 2ème cancer.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier