



AHFMC Newsletter décembre 2018



QUOI DE NEUF EN CANCEROLOGIE ?

Jeudi 6 décembre 2018

IFSI - 28 rue Foubert, Le Havre
Accueil et buffet 19 h 30 - Début des conférences 20 h 30

Organisateurs

Dr Laurent MARTIN, Dr Matthieu BLONDET

Contexte : L'oncologie vit une période bouillonnante sur le plan des connaissances et des thérapies. Il devient difficile de s'y retrouver et cela pose mille questions : Comment aider nos patients à comprendre leurs thérapies et leurs perspectives de survie ? Comment connaître et gérer les effets secondaires ? Comment travailler ensemble alors que le nombre de cancérologues et de médecins généralistes reflue ?

Immunothérapie – Thérapies ciblées - Chimiothérapie

30 minutes pour comprendre ces thérapies, leurs mécanismes, leurs avantages, leurs limites
Dr Florian CLATOT, Centre Henri Becquerel

Cancers pulmonaires

Thérapies ciblées - Cancer chez les personnes âgées
Dr Jean QUIEFFIN, GHM

Cancers du sein

Intérêt pratique des nouveaux bilans

Les dépistages des cancers en 2018

Prostate, sein, colon, col
Dr Florian CLATOT, Centre Henri Becquerel

Cancers du colon

Toxicité des thérapies ciblées
Dr Gilles PIOT, Clinique des Ormeaux

3 Messages flash

Cancer ORL – Urgences en cancérologie - Hygiène de vie et cancer

Comment travailler et communiquer ensemble

Connaître les perspectives de survie du patient et gérer les effets secondaires
Dr Laurent MARTIN, Centre Guillaume le Conquérant et Dr HOMOKOS, HPE

L'arrêt des soins

Quand et comment basculer d'un traitement cancérologique lourd vers un accompagnement médico-social palliatif
Dr Laurent MARTIN, Centre Guillaume le Conquérant et Dr HOMOKOS, HPE

Renseignements et inscriptions auprès de
Mmes Huraut et Taillard : 06 74 85 33 20 - ahfmc.secretariat@gmail.com

FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN LIGNE

En raison des conditions de l'ANDPC en cette fin d'année 2018, cette formation ne peut être intégrée au DPC



AHFMC

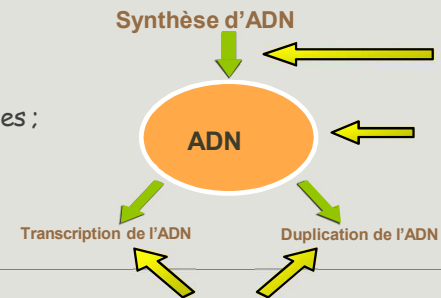
3, Rue Jean Hascoët 76600 Le Havre
06 74 85 33 20
ahfmc.secretariat@gmail.com
www.ahfmc.fr



1960 chimiothérapie

inhibe la division des cellules tumorales,
empêche leur multiplication rapide.

agit sur toutes les cellules en division qui ne sont pas uniquement des cellules cancéreuses ;
donc potentiellement nocive pour certaines cellules saines.



Les thérapies ciblées 2000 du cancer

agissent sur la croissance des tumeurs et sur les métastases, en ciblant plusieurs molécules impliquées dans le développement et la propagation

Cible une anomalie moléculaire : Protéines et enzymes impliquées dans les processus de prolifération, d'apoptose, d'angiogénèse ou de régulation du cycle cellulaire = cible thérapeutique

- Cible 1 : Inhibition signaux de prolifération
- Cible 2 : Inhibition angiogénèse tumorale

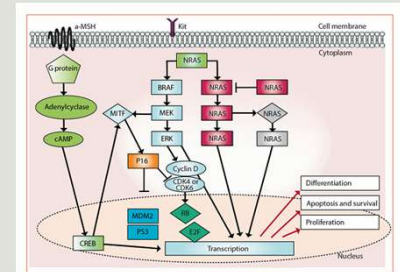
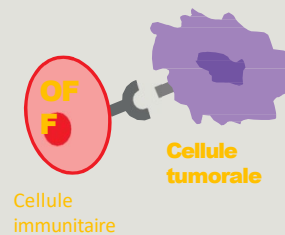


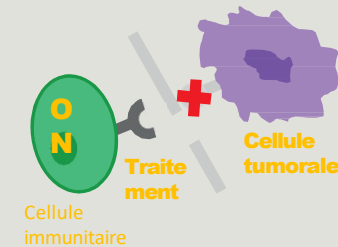
Figure 1. Biologie moléculaire du mélanome. D'après Eggermont AM et al. Lancet 2014 ; 383 : 816-27.

immunothérapie 2010

Les cellules tumorales se lient aux cellules immunitaires et les désactivent



Les immunothérapies empêchent les cellules tumorales de désactiver les cellules immunitaires



Comment travailler et communiquer ensemble



Le patient cancéreux

Continuité de la
prise en charge
globale du patient

Prise en charge de
la maladie
cancéreuse

Prise en charge des
effets secondaires
du traitement

Besoins

- 1) Information du médecin traitant sur l'information donnée au patient
- 2) Information et compréhension du patient vis-à-vis de son projet de soins, son pronostic et son traitement
- 3) Information du médecin traitant sur le protocole dont bénéficie le patient
- 4) Information du médecin traitant sur la toxicité des molécules du protocole
- 5) Information du médecin traitant sur la conduite à tenir
- 6) Possibilité de communication médecin traitant prescripteur si besoin

Communication traditionnelle

- Courriers
- compte rendus
- RCP

documents donnés au patient

- Fiche effet secondaires des traitements
- Projet personnalisé de soins (PPS)

Guides

- Référentiels de prise en charge des toxicités

Participation du médecin traitant aux réflexions et prises de décision

- RCP
- Annonce

Communication immédiate

- Disponibilités des uns et des autres

Continuité des soins

- Astreintes et urgences

supports



Formalisation de la
communication

lettre type



Acces à un catalogue

Protocoles
Molécules



Arbre décisionnel

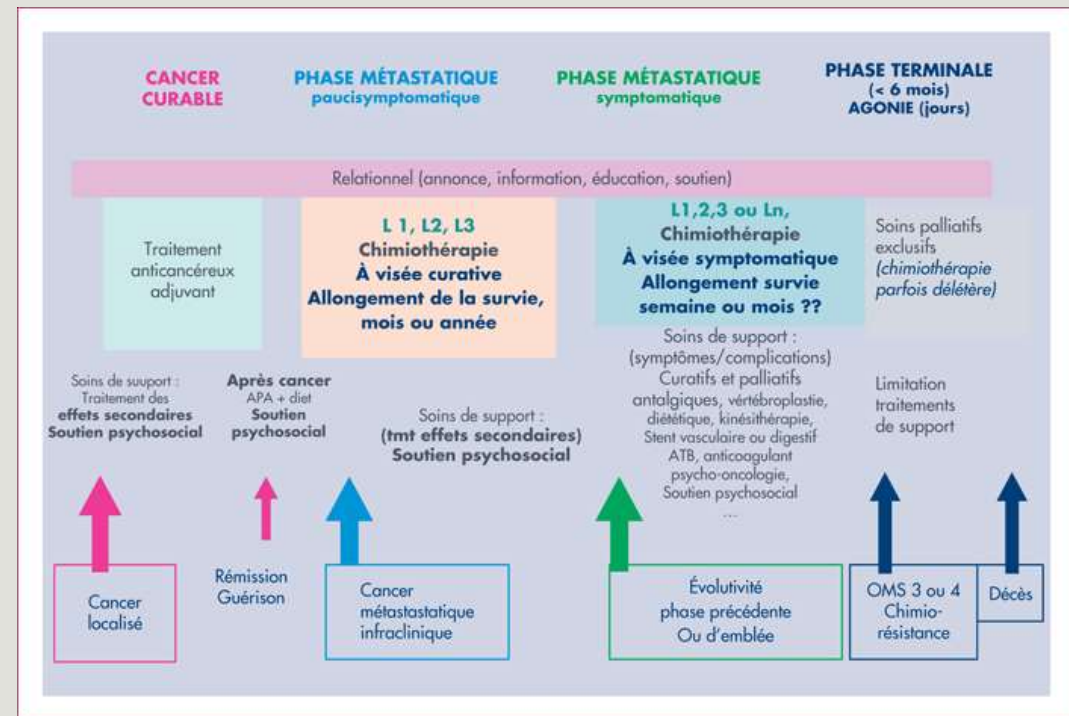
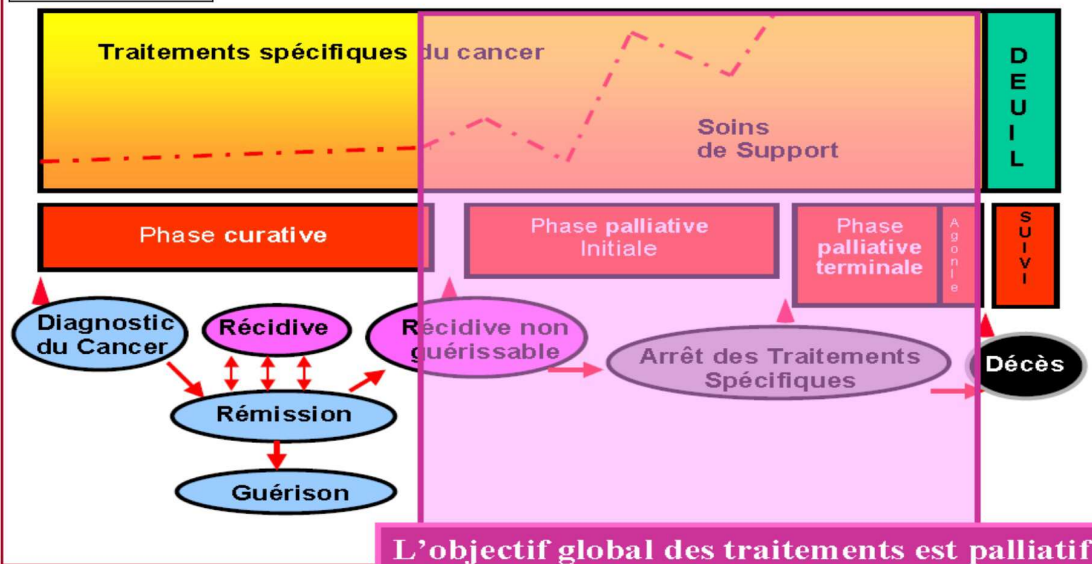
idées

Après la chimiothérapie ?

Arrêt de la chimiothérapie

Le Parcours Personnalisé de Soins

Les phases palliatives



Phase curative: chimiothérapie +/- autres traitement

Phase palliative: chimiothérapie

- Gain de survie
- Traitement des symptômes
- En association avec d'autres traitements = soins de support
- Soutien psychologique
- Nécessite une réflexion spécifique



évaluer les bénéfices attendus et risques encourus

Principe

- Patient impliqué
- Contexte médical
 - État général
 - Comorbidité
 - Effets secondaires des chimiothérapies antérieures
- psychologique
 - Attente du patient
 - Projet de soins
 - Espoir
- Données de la science
 - Efficacité de la ligne de chimiothérapie
 - Réponse tumorale
 - Survie
- Subjectivité
- Réflexion pluriprofessionnelle



Que doit on prendre en compte?

Bénéfices

- survie
- Symptômes
- Soutien psychologique

Risque d'une chimiothérapie de fin de vie

- Altération de l'état général
- Apparition des symptômes de la toxicité
- Difficultés pour le patient et ses proches de se préparer
- Difficulté pour le patient d'intégrer la réalité de fin de vie
- Difficulté d'exprimer ses souhaits pour les conditions de son décès
- Insatisfaction des soignants d'effectuer des actes inutiles et dangereux

Quelles sont
les difficultés
spécifiques?

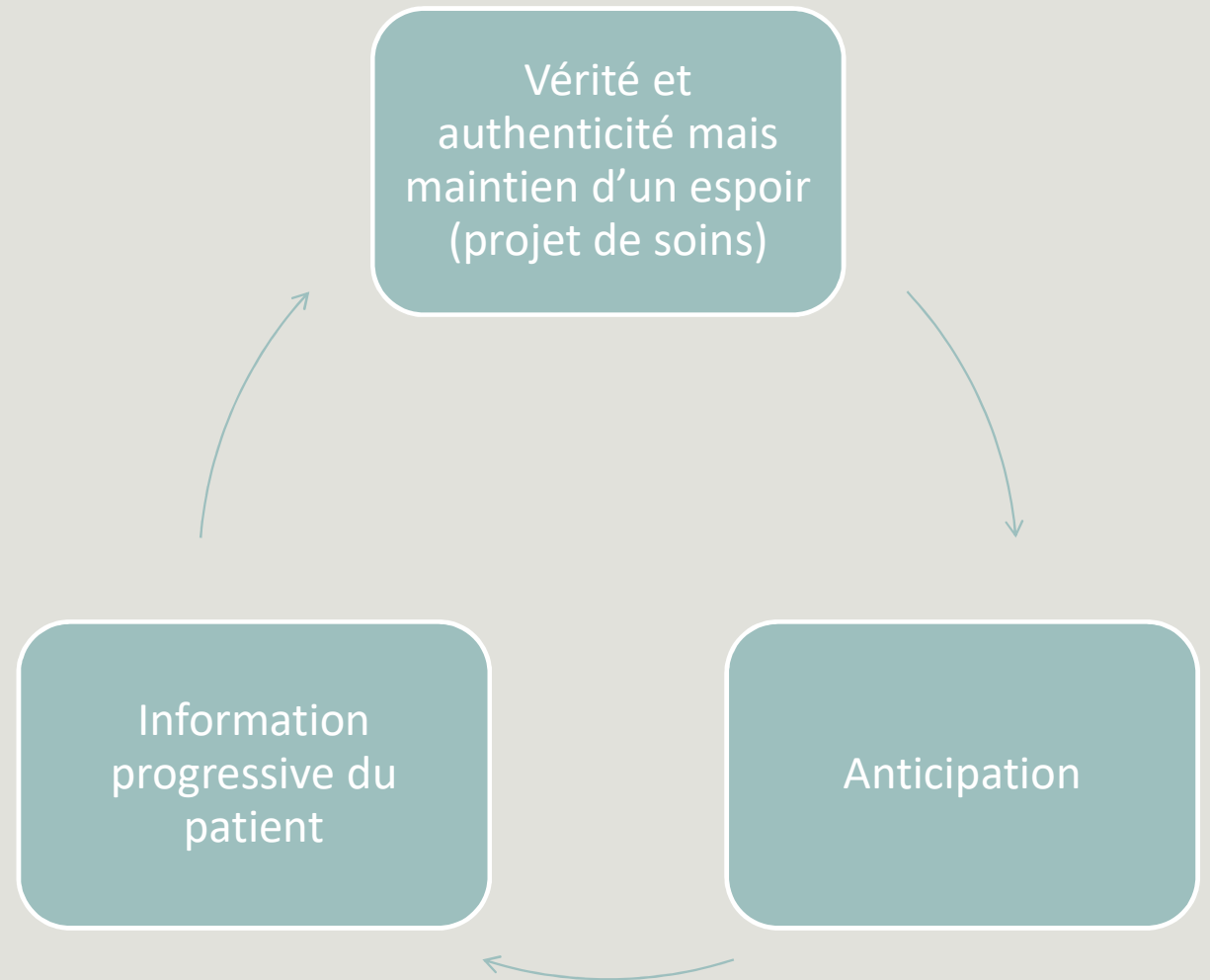
Question légale

- Droit des patients
- Directives anticipées

Question éthique

- Capacité d'autodétermination du patient dans ce contexte
- Mécanismes de défense ambivalent
- Pression de l'entourage

Processus complexe



PEC classique vs soins palliatifs cancer du poumon métastatique

Etude du Massachusett General Hospital Temel et al NEJM 2010 363:733-42

151 patients diagnostic de cancer du poumon métastatique

soit PEC classique = chimiothérapie à « visée curative »

soit PEC soins palliatifs d'emblée = soins de support +/-chimio quand symptomes

- Résultats:
- Survie = 11,6 mois (PEC palliative) vs 8,9 mois (PEC classique)
- Moins de sd dépressifs dans la bras PEC palliative
- Même nombre de syndromes anxieux
- QOL meilleure dans le bras PEC palliative

Mais l'immunothérapie ?