

ITEM 292 : PRISE EN CHARGE D'UN MALADE CANCEREUX

PARCOURS THERAPEUTIQUE

Evolution récente en cancérologie :

- **Guérisons plus fréquentes, survies prolongées** : maladies chronicisées, prise en charge de l'**après-cancer** à mettre en place (prise en charge globale : médicale, psychosociale)
 - **Incurabilité des maladies métastatiques** : mise en place des **soins de support, pluridisciplinarité**
 - **Mise en place d'un Plan Cancer (INCa)** : dimension sociétale particulière du cancer par rapport à d'autres pathologies
- Le parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer est codifié** (cadre réglementaire).
- Tout nouveau patient diagnostiqué en cancérologie doit bénéficier d'une **Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)** et d'un **Programme personnalisé des soins (PPS)** établi en tenant compte des souhaits du patient

RCP	<p>= Réunion de Concertation Pluridisciplinaire : pour tout nouveau patient atteint de cancer, avant la mise en route du traitement, en établissement de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiche standardisée de données médicales remplie par le médecin qui inscrit le patient - Pluridisciplinarité = présence d'au moins 3 spécialistes différents, adaptés selon le type de la RCP : spécialiste d'organe, oncologue médical, chirurgien, radiothérapeute, radiologue, anatomopathologiste, pharmacien hospitalier → La présence du médecin traitant est sollicitée mais non obligatoire → Le patient peut être présent dans certains cas - Avis de la RCP : proposition thérapeutique, noms et qualifications des participants, proposition d'inclusion dans un essai thérapeutique ou non → inclut dans le dossier du patient → En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, le traitement peut être débuté avant la RCP mais le dossier devra être présenté ultérieurement
------------	--

L'annonce d'un cancer (ou d'une rechute) est un traumatisme pour le patient.

Une **information adaptée, personnalisée, progressive et respectueuse** doit être délivrée. Mieux cette annonce est vécue, meilleure sera l'adhésion du patient au projet thérapeutique.

Dispositif d'annonce, légalement codifié = 1^{ère} étape de la prise en charge globale : **obligatoire** selon la loi du 4 mars 2002

- 4 temps : temps médical (annonce), temps d'accompagnement paramédical, temps dédié aux soins de support et temps d'articulation avec la médecine de ville

CONSULTATION D' ANNONCE	Temps médical	<ul style="list-style-type: none"> = Annonce par le médecin thésé référent qui a fait le diagnostic et s'occupe de la prise en charge - Au cours d'une consultation personnalisée ± accompagné par la personne de confiance - Dans un environnement adapté : intimité, confidentialité, sans être interrompu - Doit être précoce après obtention du diagnostic de certitude histologique - Information orale et écrite, claire, loyale et appropriée au niveau de compréhension du patient, délivré au cours d'une consultation prolongée, avec tact et empathie - Evolution de la maladie sans et avec traitement, retentissement socio-professionnel, pronostic - Projet thérapeutique : RCP, PPS - A la fin de l'entretien : s'assurer de la bonne compréhension du diagnostic et prévoir la suite → Information consignée dans le dossier médical (traçabilité de l'entretien)
	Temps d'accompagnement soignant	<p>Rencontre avec l'infirmière d'annonce :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reprendre et compléter les informations médicales - Repérer les besoins spécifiques du patient (notamment psychosociaux) - Information sur la possibilité de consultation avec un psychologue - Orientation vers les associations de malade - Mise en place de programmes d'éducation thérapeutique
	Temps dédié aux soins de support	<p>= Permettre l'accès aux différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire et aux mesures de soutien : soutien social, soutien psychologique, équipe douleur, prise en charge nutritionnelle...</p>
	Temps d'articulation avec la médecine de ville	<ul style="list-style-type: none"> - Compte-rendu adressé par le médecin référent au médecin traitant - Médecin traitant : responsable de la demande d'exonération du ticket modérateur (PEC 100% au titre d'ALD n°30) et de l'intégration du patient dans un réseau de soin

PPS	<p>= Programme Personnalisé de Soins : formalise la proposition de prise en charge thérapeutique, adopté avec le patient après la RCP (qui reste libre de ses décisions)</p> <p>→ Si le traitement diffère de la proposition de la RCP, les raisons seront inscrites dans le dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volet soins = calendrier prévisionnel de soins et de suivi : durée prévisible d'hospitalisation, dates et lieux des différentes phases de traitement... - Volet social : bilan social, consultation sociale de mi-parcours - Contacts utiles
------------	---

PPAC	<p>= Programme Personnalisé de l'Après-Cancer : illustre les difficultés et enjeux d'une prise en charge multidisciplinaire. Document remis au patient et adressé au médecin traitant.</p> <p>Comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un volet de surveillance médicale : informations médicales sur traitements reçus, iatrogénie, traitements à poursuivre, modalités de surveillance - Un volet qualité de vie et accès aux soins de support : soutien psychologique, socio-esthétique, nutrition, etc. - Un volet accompagnement social - Une liste des contacts utiles : professionnels de santé concernés, réseaux, associations
-------------	---

MESURES ASSOCIÉES		
- Prise en charge multidisciplinaire, après certitude diagnostique (preuve histologique), après discussion en RCP et après inclusion dans un protocole de recherche si possible		
Voie d'abord	<p>= Cathéter veineux central avec chambre implantable = port-à-cathéter : généralement sous-clavier → prévention de la toxicité périphérique des chimiothérapies systémiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au bloc opératoire, sous AL, en asepsie stricte, sous contrôle échographique - RP de contrôle systématique : malposition du cathéter veineux, pneumothorax iatrogène - Complication : - Infection avec bactériémie <ul style="list-style-type: none"> - Thrombose de cathéter - Ponction d'un organe de voisinage lors de la pose (artère carotide, poumon) 	
PEC sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Formulaire de déclaration d'ALD 30 rempli par le médecin traitant - Assistance sociale : réinsertion socio-professionnelle - Arrêt de travail possible pour longue maladie avec indemnités en nature (tiers-payant) et en espèces (indemnités journalières) - Reconnaissance en maladie professionnelle si besoin 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation par un psychologue ou un psychiatre : recherche d'un syndrome dépressif, de troubles du sommeil, de troubles anxieux - Mesures non médicamenteuses : psychothérapie de soutien, relaxation, associations de malade... - TTT médicamenteux si besoin : anxiolytique, antidépresseur, hypnotique 	
	Contexte de maladie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Victime : envoi du dossier à la CPAM dans un délai de 15 jours (maximum 2 ans), avec certificat médical initial, déclaration de maladie professionnelle en 5 exemplaires et attestation de salaire remplie par l'employeur - Médecin : certificat médical en 4 exemplaires mentionnant la nature de la maladie, les signes cliniques et paracliniques et les suites probables - CPAM : remet la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle (pour la gratuité des soins), avec un délai de 3 mois pour statuer, et si besoin l'avis du CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) si maladie ne remplissant pas les critères du tableau des maladies professionnelles
	Indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> - En nature : PEC 100% sans avance de frais - En espèces : indemnité journalière pendant l'ITT (60% de J1 à J28, 80% après J29) - Si séquelles définitives : capital si IPP < 10%, rente si IPP > 10%
Surveillance	Protection	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciement interdit pendant l'arrêt - En cas de séquelle/inaptitude : aménagement de poste, reclassement professionnel - Si licenciement inévitable : indemnités majorées
	<p>= Surveillance pluridisciplinaire, personnalisée, adaptée au stade et à la prise en charge thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge curative : surveillance rapprochée pendant 5 ans (ou plus), puis régulière (annuelle, parfois à vie) - Prise en charge palliative : surveillance plus rapprochée (tous les 3 mois ou selon évolutivité) <p>Objectifs : - Efficacité : dépistage précoce d'une récurrence loco-régionale ou à distance ou d'un 2^{ème} cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tolérance: complications, qualité de vie, réinsertion professionnelle - Observance : éducation du patient, mesures préventives (sevrage tabagique, alcoolique...) 	
	C	<p>= Souvent tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire (retentissement, signes fonctionnels), examen local, ganglionnaire et général
PC	<ul style="list-style-type: none"> - Biologie : marqueur tumoral, NFS, plaquettes ± autres selon le contexte - Imagerie : systématique ou sur signe d'appel - PET-scanner corps entier : utile si réascension de marqueur tumoral avec bilan d'extension négatif 	

SOINS DE SUPPORT

Généralités	<p>= Ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques (INCa).</p> <p>→ Place majeure et croissante des soins de support : leur mise en place précoce chez les patients non curables augmente la qualité de vie et la survie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Font partie intégrante de la prise en charge globale des patients atteints de cancer. - Centre la prise en charge sur celle des symptômes : importance donnée à la qualité de vie des malades, projet thérapeutique adapté en fonction du rapport bénéfice/risque propre à chaque situation (palliative vs curative) 	
Douleur	<p>→ Recherche et évaluation systématique de toute douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement étiologique : chimiothérapie anti-cancéreuse - Antalgique de palier adapté (1 à 3) : privilégier la voie orale ou SC, prise régulière à heure fixe (en prévention) - Co-antalgiques : AINS, corticoïdes, bisphosphonates - Mesures non médicamenteuses : kinésithérapie, radiothérapie antalgique, radiologie interventionnelle (cimentoplastie, embolisation), médecines alternatives... 	
Dénutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les mécanismes : carence d'apport, hypercatabolisme, malabsorption - Evaluer l'état nutritionnel : IMC, performans status ou indice de Karnofsky, perte de poids en %, enquête alimentaire, mesure anthropométrique (pli cutané, circonférence brachiale) et biologique (albumine, pré-albumine) - PEC multidisciplinaire : diététicienne, médecin traitant, oncologue - Renutrition progressive, en privilégiant la voie orale avec régime hypercalorique, hyperprotidique, compléments oraux - En cas d'échec ou de dénutrition sévère : nutrition entérale, voire parentérale 	
MT symptomatique	Métastase osseuse	<ul style="list-style-type: none"> - Antalgique de palier adapté (1, 2 ou 3) : rapidement de palier 3 si besoin - Traitement local : radiothérapie flash, cimentoplastie (tassement vertébral ou du cotyle) - Biphosphonate IV 1 fois/mois : antalgique et prévention des fractures - Lésion rachidienne : immobilisation par corset, avis chirurgical pour ostéosynthèse si lésion à risque
MT symptomatique	Métastase cérébrale	<ul style="list-style-type: none"> - Radiothérapie des métastases symptomatiques - Corticothérapie si œdème cérébral et HTIC, mannitol - Antiépileptique si crise épileptique
MT symptomatique	Autres	<p>= Hépatique, pulmonaire... : plus rarement symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement spécifique si besoin : radiofréquence, pose de prothèse...
Nausées/vomissements	<p>= Souvent 2^{ndr} à la chimiothérapie : anticipé (stress), aigu ou retardé</p>	
Nausées/vomissements	Aigus	<ul style="list-style-type: none"> - Corticothérapie : 1 mg/kg/j par voie IV ou orale - Sétron = ondansétron (Zophren®) = antagoniste sérotoninergique 5HT3 : 8 mg/j - Aprépitant (Emend®) = anti-neurokinine 1 (NK1) : 125 mg à J1 → Sétron et aprepitant : à prescrire sur ordonnance de médicament d'exception
Nausées/vomissements	Retardés > 24h	<ul style="list-style-type: none"> - Corticothérapie : 1 mg/kg/j jusqu'à J4 - Aprépitant (Emend®) : 80 mg à J2 et J3 ± Métoclopramide (Primpéran®) = anti-dopaminergique : à la demande
Nausées/vomissements	Anticipés	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiolytique type alprazolam (Xanax®)
Autres	Anémie	<ul style="list-style-type: none"> - Correction des carences martiales et vitaminiques en folate et vitamine B12 - EPO si anémie arégénérative < 11 g/dl (uniquement en contexte non curatif) - Support transfusionnel si besoin
Autres	Dyspnée et encombrement bronchique	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer le patient - Oxygénothérapie + corticoïdes - Encombrement bronchique : - limiter les apports hydriques <li style="padding-left: 20px;">- Inhibition des sécrétions par scopolamine
Autres	Asthénie	<p>= Symptômes fréquent, souvent multifactoriel : syndrome dépressif, anémie, insuffisance surrénalienne (MT surrénalienne, arrêt de corticothérapie prolongée), diabète cortico-induit, hypothyroïdie iatrogène (radiothérapie...) ou directement liée au cancer</p>