

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)** établit **en tenant compte** des souhaits du patient

RCP

= **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire** : pour tout nouveau patient atteint de cancer, avant la mise en route du traitement, en établissement de santé

- **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	= 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...
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

= **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)

→ Si le traitement diffère de la proposition de la RCP, les raisons seront inscrites dans le dossier

- **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	= 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.
	Comporte : - 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
	Métastase cérébrale	<ul style="list-style-type: none"> - Radiothérapie des métastases symptomatiques - Corticothérapie si œdème cérébral et HTIC, mannitol - Antiépileptique si crise épileptique
	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>	
	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
	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
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
	Dyspnée et encombrement bronchique	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer le patient - Oxygénothérapie + corticoïdes - Encombrement bronchique : - limiter les apports hydriques - Inhibition des sécrétions par scopolamine
	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>