

Oncologie et soins à domicile

Le 4 février, la Journée mondiale contre le cancer encourage, cette année, les enfants à manger sainement et être physiquement actifs. Un message qui veut sensibiliser parents et enfants aux dangers du surpoids et de l'obésité. Deux facteurs de risques pouvant mener au cancer à l'âge adulte. Une menace de santé publique, estime l'OMS qui prévoit que le cancer aura fait 84 millions de morts entre 2005 et 2015 si aucune mesure n'est prise.

Le cancer, à l'origine de plus de 7 millions de décès par an, constitue la première cause de mortalité dans le monde soit 13% de la mortalité mondiale. Les cancers du poumon, de l'estomac, du foie, du colon et du sein sont chaque année les plus meurtriers. Si environ 30% des décès par cancer pourraient être évités, on estime que d'ici 2030, le nombre de décès par cancer devrait poursuivre sa progression et atteindre 12 millions de personnes avec plus de 70% des décès par cancer dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

Des facteurs de risque connus comme le tabagisme, la consommation insuffisante de fruits et légumes, la consommation d'alcool, certaines IST, la pollution ou les fumées à l'intérieur du domicile, mais également l'obésité et le surpoids ou encore le manque d'exercice physique étaient encore à « la Une » à l'occasion de la récente Journée mondiale, en février dernier. Le vieillissement est un autre facteur fondamental dans l'apparition du cancer. En effet, l'incidence du cancer augmente de façon spectaculaire avec l'âge.

Le dépistage et le traitement précoces des cas pourraient réduire d'un tiers le nombre de cancers, car le traitement est plus efficace lorsque la maladie est décelée tôt. Point sur les cancers, leurs traitements et leurs effets indésirables et zoom sur quelques soins à domicile à prendre fréquemment en charge par l'Infirmière libérale.

P.B.

sommaire

LES PRINCIPAUX CANCERS DE L'ADULTE.....	14
LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS.....	17
MIEUX CIBLER LES CHIMIOTHÉRAPIES.....	21
DE L'HÔPITAL AU DOMICILE.....	23
EFFETS SECONDAIRES.....	25
PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE DES PLAIES TUMORALES.....	29
RADIOTHÉRAPIE, RADIODERMITE ET SUIVI AU DOMICILE.....	33
SUIVI ALIMENTAIRE EN ONCOLOGIE.....	36
DÉPISTAGE, LE RÔLE DU RADIOLOGUE.....	39

Coordination, auteurs et remerciements :

Dossier coordonné par Pascale Bernanose, validé par Anne-Françoise Germe, pharmacien hospitalier et le Dr Martine Soudani.

Rédaction : David Paitraud, pharmacien, Pierre Pérochon, diététicien, Marilène Lacaze Infirmière Principale, Coordination des soins (CSE), Institut de cancérologie Gustave Roussy (IGR) avec la participation d'Olivia Ribardière, infirmière experte et cadre infirmier responsable Coordination des Soins Externes CSE- IGR, Isabelle Fromantin, infirmière experte, P.B.

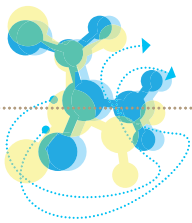
Nous remercions la MACSF et le Sou Médical, Anne Clerval, Christophe Cottret et Karine Stavrevich d'avoir contribué à la publication de l'article traitant du rôle du radiologue en deuxième lecture, ainsi que leur auteur, la juriste Nathalie Dondeyne - Jegu Groupe MACSF. Cet article est consultable sur le site de la MACSF : <http://www.macsf.fr> et <http://www.macsf.fr/vousinformer/2eme-lecture-depistage-cancer-sein.html>



A lire sur le web

Chaque article du dossier est désormais précédé d'une URL réduite

(ex : santelog.com/id1301) pour vous permettre, une fois « loggué » sur notre site d'accéder plus facilement à nos contenus.



Les principaux cancers de l'adulte

De la cellule normale à la cellule cancéreuse

La majorité des cancers est liée à des mutations de l'ADN de la cellule. On estime qu'il faut entre 3 et 7 mutations indépendantes pour transformer une cellule normale en cellule cancéreuse. Plus précisément, les mutations touchent des gènes codant pour des protéines impliquées dans les différentes voies de régulation cellulaire, telle que la prolifération cellulaire ou le phénomène de mort cellulaire (apoptose).

Ces gènes codants sont classés en 2 grandes catégories :

- les oncogènes, dont les produits permettent de stimuler la prolifération cellulaire ;
- les anti-oncogènes, dont les produits répriment cette prolifération.

Le développement d'un cancer peut également être favorisé par des facteurs stimulant la prolifération cellulaire ou bloquant la différenciation. On les appelle des promoteurs tumoraux.

Cancer et génétique

Les progrès réalisés en génétique au cours de ces dernières années ont permis d'individualiser le pronostic pour certains cancers en fonction des altérations génétiques en cause. Au sein d'un groupe de porteurs de maladies similaires sur le plan cytogénétique, histologique ou phénotypique, les pronostics peuvent être complètement différents en fonction de la mutation génétique observée.

Les principaux cancers de l'adulte, par organe
Le plus mortel : le cancer du poumon

Il représente en France la première cause de mortalité par cancer. Bien que le taux soit plus élevé chez l'homme, on note une augmentation de la fréquence chez les femmes. Celle-ci a été multipliée par 4 en 10 ans chez les femmes de 35 à 45 ans.

Du point de vue physiopathologique, on distingue deux catégories de cancers :

- les cancers à petites cellules ;
- les cancers non à petites cellules, les plus fréquents.

Le tabac représente le principal facteur de risque, avec la particularité que la durée de consommation intervient plus que la quantité. Un facteur génétique serait également en cause, expliquant que ce cancer soit développé chez des non fumeurs.

Physiopathologie : ce qu'il faut retenir

On classe les cancers selon le tissu et le type cellulaire dont ils proviennent. On distingue :

- les carcinomes, qui sont des tumeurs malignes issues des cellules épithéliales. Ils constituent les cancers les plus fréquents de l'adulte ;
- les sarcomes, qui sont des cancers provenant des cellules du tissu conjonctif, spécialisé ou non ;
- les tumeurs du système hématopoïétique, correspondant aux leucémies ou aux lymphomes ;
- les tumeurs du système nerveux central ;
- les tumeurs embryonnaires...

Les cellules cancéreuses présentent deux grandes caractéristiques :

elles se divisent de façon incontrôlée et ont une capacité à disséminer dans des tissus sains adjacents, conduisant à l'apparition de métastases.

Les différents cancers

Le cancer colorectal

Sous ce terme, sont regroupés les cancers du colon, notamment du sigmoïde, et du rectum. En termes de fréquence, il correspond au 3^e cancer observé chez l'homme et au 2^e chez la femme. Il se place en 2^e position en termes de mortalité, derrière le cancer du poumon. La survie relative à 5 ans est de 56 %. Le taux de survie dépend étroitement du stade de la maladie au moment du diagnostic, d'où l'intérêt du dépistage organisé au cours de ces dernières années.

Du point de vue physiopathologique, le cancer colorectal se développe le plus souvent à partir d'un polype adénomateux, appelé adénome. La détection et l'exérèse des polypes permettent de réduire le risque de cancer colorectal.

Les formes génétiques des cancers colorectaux représentent quant à elles moins de 10 % de l'ensemble de ces cancers et surviennent avant 40 ans.

Le cancer de la prostate

C'est le cancer le plus fréquent en France. En termes de mortalité, il arrive au 4^e rang. Il se caractérise par une évolution lente. Le principal facteur de risque est l'âge puisque l'âge moyen de diagnostic est 74 ans. Ce cancer est hormono-dépendant.

Le cancer du sein

C'est le plus fréquent des cancers féminins. Bien que ce cancer représente toujours la première cause de décès par cancer chez la femme, une baisse du taux de mortalité est observée depuis quelques années, notamment grâce au dépistage organisé. 70 % des cancers du sein se développent chez les femmes de 50 à 74 ans. Près de 10 % sont observés avant 35 ans. Le taux de survie relative à 5 ans après diagnostic est de 85 %. Du point de vue physiopathologique, les adénocarcinomes sont les plus courants. Ils se développent à partir des canaux et des lobules qui

70 % des cancers du sein se développent chez les femmes de 50 à 74 ans.

constituent le sein. On distingue deux catégories de cancers :

- les cancers dits in situ, lorsque les cellules cancéreuses sont confinées aux canaux et lobules ;
- les cancers infiltrants lorsque les cellules cancéreuses ont traversé la membrane des canaux ou des lobules et sont présentes dans les tissus qui les entourent. Dans ce cas, les cellules cancéreuses peuvent se propager dans les ganglions situés sous les bras (ganglions axillaires) et éventuellement diffuser dans l'organisme.

Cancer du foie

Le cancer du foie est le 13^e cancer le plus fréquent en France. Mais le nombre de cas augmente fortement. Notons que c'est la 3^e cause de mortalité dans le monde.

On l'observe plus fréquemment chez l'homme. L'âge moyen de survenue est 63 ans.

Le cancer du foie se développe presque toujours sur un foie atteint d'une maladie chronique, une cirrhose le plus souvent. Le foie est également l'organe sur lequel on peut observer des métastases dues à un autre cancer (côlon, ovaire, sein...).



© Uwe Grötzer - Fotolia.com

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)

Ces cancers regroupent les cancers de la cavité buccale, du pharynx et du larynx. Les cancers de la cavité buccale concernent le plancher de la bouche, la langue, les amygdales, le palais, les joues, les gencives et les lèvres.

Plus précisément, les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx représentent en France la 4^e localisation chez l'homme et la 11^e chez la femme. L'âge moyen de diagnostic est 61 ans.

Le risque de cancer des VADS est augmenté par la consommation de tabac, d'alcool, ainsi que par des substances cancérigènes (poussière de bois, amiante...) ou une infection buccale chronique.

Le cancer du col de l'utérus

Ce cancer a la particularité d'être consécutif à l'infection persistante par un virus, le papillomavirus humain (HPV), et plus fréquemment les sérotypes 16 et 18. Seules 1 à 2 % des femmes contaminées par le virus vont développer un cancer du col de l'utérus. La contamination a lieu lors de rapports sexuels.

En France, ce cancer se place au 22^e rang en terme de fréquence et au 10^e rang chez la femme. Cette fréquence est en baisse grâce au dépistage par frottis.

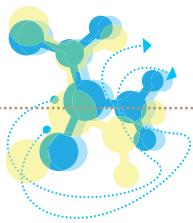
Dans le monde en revanche, il s'agit du 2^e cancer le plus fréquent.

Les lymphomes

Les lymphomes sont des tumeurs malignes du système lymphatique.

On distingue deux catégories de lymphomes :

- les lymphomes non hodgkiniens, existant sous de nombreuses formes évoluant de façon très dif-



férentes les unes des autres. Ceux-ci se développent à partir des lymphocytes T ou B (75 % des cas dans les pays occidentaux). Leur incidence dans le monde augmente. Ils représentent également une complication tumorale observée dans 5 à 10 % des cas de SIDA. Notons que 10 % des cancers de l'enfant sont des lymphomes NH ;
- le lymphome (ou maladie) de Hodgkin.

Les cancers de la peau et le mélanome

Trois catégories de cancers de la peau sont définies :

- le carcinome basocellulaire, le plus fréquent ; il ne produit pas de métastases ;
- le carcinome spinocellulaire ;
- le mélanome, le plus grave des cancers de la peau en raison de sa capacité à métastaser. Son développement est directement lié aux expositions solaires à risque. Son incidence et le taux de mortalité lié à ce cancer ont beaucoup augmenté ces 25 dernières années. Le mélanome cutané se situe au 18^e rang des décès par cancer.

Il est 2 à 3 fois plus fréquent chez les fumeurs.

Les autres cancers

Au 7^e rang de l'ensemble des cancers en France, on retrouve le **cancer de la vessie**, dont 82 % des cas sont observés chez l'homme.

Placé au 8^e rang en termes d'incidence, le **cancer du rein** est le 12^e cancer le plus mortel. **L'adénocarcinome** représente 90 % des cas de ce cancer. Il n'affecte généralement qu'un seul rein et survient rarement avant 50 ans.

Le cancer de la thyroïde se place au 12^e rang en terme de fréquence (mais 5^e chez la femme). C'est un cancer de bon pronostic.

Evolution en quelques chiffres

En hausse :

Cancer du poumon (chez la femme)
Cancer du foie

En baisse :

Cancer de l'estomac
Cancer de l'œsophage
Cancer du col de l'utérus

Incidence en hausse, mortalité en baisse :

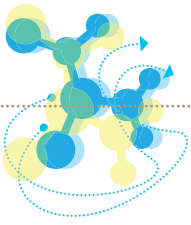
Cancer du sein
Cancer de la prostate

Le cancer du pancréas, réputé de mauvais pronostic notamment parce que les traitements étaient inefficaces jusqu'à une époque encore récente, est 2 à 3 fois plus fréquent chez les fumeurs. Des progrès notables ont été accomplis pour freiner l'évolution tumorale et améliorer la qualité de vie des patients.

Le **cancer de l'estomac** a une incidence en diminution en France. Cela s'explique notamment par une moindre consommation des aliments conservés par le sel et une meilleure qualité de l'eau. L'âge médian de diagnostic est 72 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme.

Le **cancer de l'œsophage** est celui dont l'incidence masculine a le plus diminué ces 25 dernières années, ainsi que la mortalité. Notons qu'il reste 4 fois plus fréquent dans certains départements du nord de la France que dans les départements du sud.

Enfin, le **cancer du testicule** est rare. Il est observé chez l'adulte jeune. Le pronostic est bon, en particulier au stade précoce. • •



Zoom sur les principaux traitements d'oncologie

Les découvertes réalisées sur les cancers et leur processus de développement ont permis de définir des protocoles thérapeutiques ciblés et d'ouvrir de nouvelles voies thérapeutiques. Dans tous les cas, le choix du protocole thérapeutique résulte d'une concertation médicale, notamment entre le chirurgien, le radiothérapeute et le médecin oncologue.

La chimiothérapie

Ce terme désigne tous les médicaments ayant pour but de détruire les cellules cancéreuses ou de les empêcher de se multiplier, par des mécanismes non spécifiques.

Moyens

Selon le protocole décidé, la chimiothérapie peut comporter un ou plusieurs produits médicamenteux, administré(s) par voie orale ou intraveineuse (plus spécifiquement voie IM, voie intrathécale, intra abdominale...). La posologie ou la fréquence d'administration, ainsi que la durée totale du traitement sont très variables d'un protocole à l'autre.

Les médicaments utilisés en chimiothérapie sont appelés médicaments cytotoxiques. S'ils sont toxiques pour la cellule cancéreuse, ils le sont également pour la cellule saine, expli-

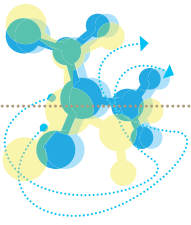
quant certains effets indésirables tels que la chute des cheveux ou les mucites.

Plus précisément, on peut classer les médicaments cytotoxiques en fonction de leur mode d'action. On distingue :

- les agents alkylants, qui induisent des modifications de l'ADN. On citera par exemple les moutardes à l'azote, les nitroso-urées ou les dérivés du platine ;
- les agents intercalants, induisant ou stabilisant des coupures de l'ADN par inhibition des enzymes topo-isomérases. On citera par exemple les anthracyclines ;
- les antimétabolites, inhibiteurs de la synthèse d'ADN. On citera par exemple les antifoliques (le méthotrexate), les antipuriques et les antipirimidiques ;
- les poisons du fuseau mitotique, agissant au niveau chromosomique. Il s'agit des vincalcoïdes et des taxanes ;



© Rob Bouwman - Fotolia.com



- les agents scindants : antibiotique radiomimétique agissant par fragmentation de l'ADN : Bleomycine ;
- les agents différenciateurs EX /ATRA (Acide tout trans-rétinoïque, Becarotène ;
- les anticorps monoclonaux : ex. : Alemtuzumab, Rituximab.

Caractéristiques

La chimiothérapie peut nécessiter une hydratation concomitante ou la mise en place d'une chambre implantable pour limiter l'agression des veines.

Des médicaments dits de « support » sont associés à la chimiothérapie. Ils ont pour objectif de prévenir ou limiter les effets indésirables.

La radiothérapie et autres traitements d'irradiation

La radiothérapie est une méthode de traitement locorégional des cancers, utilisant des radiations pour détruire les cellules cancéreuses en bloquant leur capacité à se multiplier. L'irradiation a pour but de détruire toutes les cellules tumorales tout en épargnant les tissus sains périphériques.

La radiothérapie est utilisée chez plus de la moitié des patients ayant un cancer. Elle est, avec la chirurgie, le traitement le plus fréquent des cancers.

Elle peut entraîner une guérison à elle seule. Elle peut être utilisée seule ou associée à la chirurgie et à la chimiothérapie. Ses indications sont liées au type de la tumeur, à sa localisation, à son stade et à l'état général du patient. Elle peut être faite en ambulatoire, c'est-à-dire sans hospitalisation, car les séances sont de courte durée et les effets secondaires moindres que lors d'une chimiothérapie.

On distingue quatre grandes techniques de radiothérapie :

La radiothérapie externe : c'est la plus connue et la plus utilisée, la source de rayonnement est à l'extérieur du malade. Les bombes au cobalt, qui utilisent une source radioactive γ de cobalt 60, ont pratiquement disparu, au moins dans les pays développés, au profit des accélérateurs linéaires de particules de rayonnement X haute énergie et faisceaux d'électrons. Il existe trois techniques principales : la radiothérapie conventionnelle, la radiothéra-

pie conformationnelle et la tomothérapie ou radiothérapie hélicoïdale, mais qui est peu répandue.

La curiethérapie : la source radioactive est placée pendant une durée limitée (le plus souvent quelques heures) ou définitivement, à l'intérieur du malade, dans la tumeur ou dans une cavité à son contact. Trois techniques principales, elles même se subdivisent en sous-techniques suivant leur débit de dose (bas débit et haut débit) et leur type de chargement (manuel ou différé). Il s'agit de la curiethérapie interstitielle, la curiethérapie endocavitaire et la curiethérapie endoluminale

La radiothérapie métabolique vectorielle : la source radioactive est liquide, injectable, non scellée, et va se fixer sur les cellules cibles.

La radiochirurgie : proche de la radiothérapie externe, son principe et ses indications sont cependant différents des autres techniques de radiothérapie en se rapprochant de ceux de la chirurgie, elle utilise un ou plusieurs faisceaux ultra-focalisés. Deux types d'appareillage sont utilisés : le Gamma-Knife ou Novalis et le Cyberknife.

Les effets secondaires peuvent être divers et variés suivant la localisation de l'irradiation. Dans tous les cas, on distingue la toxicité aiguë de la toxicité tardive.

La toxicité aiguë regroupe les conséquences qui se font ressentir dans les quelques jours après le traitement et jusqu'à 6 mois après. Elle touche surtout les tissus à renouvellement rapide comme la peau, les muqueuses, la moelle osseuse. La toxicité tardive regroupe les effets secondaires qui apparaîtront entre 6 mois et 30 ans après la fin de l'irradiation. Elle est irréversible et touche essentiellement les tissus de soutien, avec développement d'une fibrose.

L'immunothérapie

L'objectif de l'immunothérapie est de stimuler les défenses immunitaires de l'organisme.

Moyens

On utilise des substances secrétées normalement par l'organisme, les interférons et les interleukines dont l'interleukine-2. Il s'agit de facteurs de croissance modulant le développement de la cellule. L'interleukine-2 par exemple est un facteur de croissance des lymphocytes T.

Ces traitements sont principalement administrés par injection sous-cutanée ou perfusion IV continue.

Caractéristiques

L'interleukine-2 est indiquée dans le traitement de certaines formes métastatiques de cancer du rein et de mélanome malin. Les interférons sont indiqués dans le traitement de certaines leucémies, de lymphomes, de certaines formes de cancer de la moelle osseuse ou de mélanome malin.

L'hormonothérapie

Certains cancers sont dits hormonosensibles, c'est-à-dire que leur développement est sensible à l'action des hormones. C'est particulièrement le cas du cancer du sein, sensible aux estrogènes, et du cancer de la prostate, sensible à la testostérone. L'hormonothérapie permet de bloquer l'action de ces hormones et ainsi de stopper la stimulation de la tumeur.

Moyens

Dans le cas du cancer du sein, l'objectif des médicaments est de bloquer la production d'estrogènes. On utilise par exemple le tamoxifène ou les inhibiteurs de l'aromatase.

Dans le cas du cancer prostatique, les médicaments utilisés sont des agonistes ou antagonistes de la LH-RH, hormone impliquée dans la sécrétion de testostérone. Certains médicaments appelés anti-androgènes agissent en s'opposant à la testostérone.

La chirurgie

La chirurgie permet de retirer complètement la tumeur primitive ainsi que les lésions présentes dans les ganglions lymphatiques régionaux. Elle contribue ainsi à contrôler la tumeur.

Les moyens

La chirurgie consiste à :

- retirer un organe ;
- retirer une partie d'un organe. On parle de tumorectomie ;
- retirer des métastases ;

Caractéristiques

Les techniques chirurgicales ont beaucoup progressé, grâce notamment à l'apparition de techniques de destruction des tumeurs moins invasives (coelio-chirurgie, endoscopie).



© astoria - Fotolia.com

Les autres traitements

Les anticorps monoclonaux sont des protéines se liant de façon spécifique à la surface des certaines cellules. Dans le cas des lymphomes par exemple, les anticorps monoclonaux de synthèse se lient aux lymphocytes B (en cause dans le lymphome, Cf. 1ère partie) et entraînent la mort de ces cellules.

Les inhibiteurs des tyrosines kinases bloquent l'activité des récepteurs spécifiques de la cellule tumorale et inhibent ainsi sa croissance.

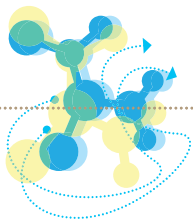
Les thérapies à venir

Les thérapies cellulaires : elles consistent à utiliser les cellules comme traitements. Elles sont déjà utilisées pour les greffes de moelle osseuse.

Les thérapies géniques : elles consistent à réparer les erreurs génétiques ayant induits la cancérisation de la cellule ou à développer des cellules immunitaires spécialisées dans la lutte contre les tumeurs.

L'antiangiogenèse : l'objectif de l'antiangiogenèse est d'empêcher la formation des vaisseaux sanguins qui permettent à la tumeur de se nourrir. • •

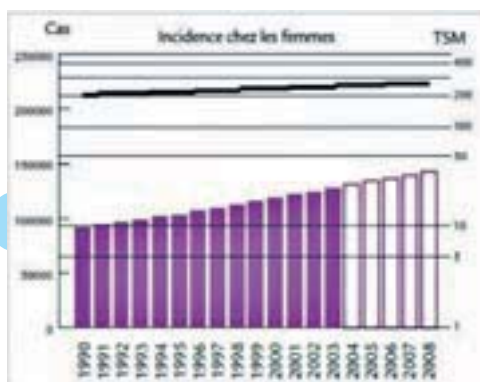
David Paitraud



Mieux cibler les chimiothérapies

Le rapport sur la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009, publié par l'Institut National du Cancer (INCa) recense et analyse les évolutions récentes de la pratique de la chimiothérapie des cancers dans les établissements de santé. Inscrit dans la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013, il souhaite garantir un accès égal aux traitements et aux innovations, tout en maîtrisant la hausse des coûts liée à l'usage croissant de chimiothérapies et au développement de molécules anticancéreuses innovantes mais coûteuses. Pour atteindre cet objectif, il recommande de mieux cibler les chimiothérapies et de les faire précéder par un test moléculaire.

Il fait suite à la parution d'un premier rapport sur la situation de la chimiothérapie des cancers en 2007. Deux grandes évolutions favorables à une meilleure qualité de prise en charge mais entraînant de fortes augmentations de coûts sont mises en avant :



L'évolution conjuguée de l'incidence des cancers (voir figures ci-contre) et de la démographie de la population entraîne une augmentation importante de la consommation de soins destinés à l'ensemble des pathologies cancéreuses. Le nombre des chimiothérapies augmente rapidement, la pratique de la chimiothérapie « intraveineuse » concerne aujourd'hui plus de 250.000 personnes par an, avec une augmentation de plus de 10 % en 2008 par rapport à 2006. L'usage croissant de chimiothérapies soit en complément des traitements locorégionaux, soit de façon prédominante ont permis d'améliorer considérablement la survie dans de nombreuses pathologies cancéreuses mais génère un nombre de malades à traiter plus élevé, d'au moins 30 % supérieur au nombre de malades incidents.

Les molécules anticancéreuses innovantes et coûteuses inscrites sur la liste autorisant le remboursement représentent, en 2008, 58 % du coût total des médicaments remboursés en sus des GHS, soit plus de 970 millions d'euros (hors secteur privé). Le coût annuel de ces médicaments anticancéreux innovants a augmenté de 15 % entre 2007 et 2008, avec, en 4 années, le dévelop-

pement de 21 nouvelles molécules ayant obtenu leur AMM en oncologie en France. Ces médicaments innovants sont remboursés aux établissements sous réserve de respecter les référentiels de bon usage produits par l'INCa et l'Afssaps.

Sécurité et de maîtrise des coûts : Ce rapport propose quatre pistes de réflexions

-la révision régulière des molécules inscrites dans la « liste en sus des GHS » ;

-la mise en œuvre de contrôles ciblés du respect des référentiels de bon usage ;

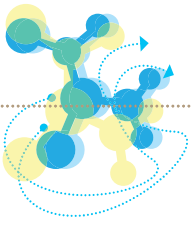
la mise en œuvre de mesures spécifiques pour restreindre l'usage des chimiothérapies « ciblées » aux seuls malades pouvant en obtenir des bénéfices sur la base des tests moléculaires pratiqués en préalable à leur utilisation.

Ainsi, six molécules aujourd'hui correspondent à cette toute nouvelle définition : il s'agit de molécules « ciblant » un évènement moléculaire déterminant pour leur activité antitumorale. Elles ne sont donc efficaces que si un test moléculaire a été effectué dans la tumeur du malade, confirmant l'intérêt de la prescription (**voir ci-dessous**).

Molécule	Mécanisme	Détourage génomique
Cisplatine	Trisubstitution de platine	Cancer du col de l'utérus et cancer du testicule
Cisplatine	Mécanisme de RTN et de P53/RB1	GBL
Herceptine	Amplification de HER2	Cancer du sein
Erlotinib	Mécanisme de EGFR	Cancer pulmonaire
Trastuzumab	Mécanisme de HER2	Cancer pulmonaire
Imatinib	Mécanisme anticancéreux (TKI)	Cancer du prostate
Trastuzumab	Mécanisme anticancéreux (TKI)	Cancer du prostate

Le rôle des plateformes de génétique moléculaire des cancers dans le ciblage des chimiothérapies : Réparties sur l'ensemble du territoire, 29 plateformes régionales ont pour vocation de réaliser des tests moléculaires pour l'ensemble des patients de la région et de permettre ainsi à ces derniers de bénéficier d'une prise en charge personnalisée et adaptée. Elles peuvent contribuer à la réalisation de recommandations spécifiques pour l'usage de certaines de ces molécules dans les cancers métastatiques après plusieurs lignes de traitement. ●●

P. B.



De l'hôpital au domicile : quelques soins spécifiques à l'oncologie

Le retour du patient à son domicile implique de garantir la continuité des soins par l'équipe soignante de ville. Les soins infirmiers constituent pour cela un maillon indispensable, d'un point de vue médical autant que psychologique.

L'administration des chimiothérapies à domicile

En 2003, l'ANAES a publié les recommandations relatives aux critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile. Un document qui a le mérite de poser les bases méthodologiques et techniques du traitement à domicile, mais plus encore, de donner des repères aux professionnels de santé pour le bien et la sécurité de leur patient.

Les prérequis :

Une règle, l'initiation d'un traitement de chimiothérapie est toujours réalisée à l'hôpital. La décision de l'administration d'un traitement de chimiothérapie à domicile est ensuite étudiée au cas par cas par l'équipe médicale. Celle-ci prend en compte des critères d'ordre divers, médical, social ou géographique. Du point de vue pharmacologique, certains protocoles thérapeutiques

L'administration d'un traitement de chimiothérapie à domicile nécessite de maintenir une permanence des soins, pour la sécurité du patient, 24 heures sur 24.

excluent d'office une administration hors milieu hospitalier. C'est le cas notamment des molécules provoquant des effets secondaires potentiellement graves attendus et immédiats, gravité risquant d'être majorée en milieu ambulatoire. En cas de traitement par méthotrexate à forte dose, par cisplatine, ifosfamide ou cyclophosphamide par exemple, la difficulté provient de la nécessité de mettre en place une hyperhydratation/hyperdiurèse en accompagnement. Enfin, le patient lui-même et son entourage doivent adhérer à ce projet, et accepter pleinement la mise en place du traitement à domicile. Ils doivent être informés des risques liés à cette pratique.

Malgré l'absence de données sur l'équivalence de sécurité des 2 modes de prise en charge, le groupe de travail considère que, sous réserve de l'absence d'événements indésirables graves de nature immédiate attendus, toute chimiothérapie

anticancéreuse réalisée ou réalisable en hospitalisation à temps partiel peut être proposée au patient dans le cadre d'une prise en charge à domicile.

La préparation des cytotoxiques

La préparation des médicaments cytotoxiques demande une vigilance accrue. La sécurité des patients, mais également de son entourage et du professionnel en charge de l'administration est un point essentiel. Toutes les précautions doivent être prises afin d'éviter une inhalation, un contact ou la projection du produit lors de sa manipulation. Attention, à domicile, sont possibles uniquement les traitements per os ou solutions prêtes à l'emploi, les préparations sont assurées par une pui ou structure habilitée (cf recommandations Anaes).

Les principaux risques

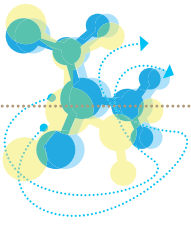
En cas d'administration veineuse centrale, les complications pouvant survenir à domicile et pour lesquelles l'IDE doit savoir réagir sont soit d'ordre technique (obstruction du cathéter, rupture ou migration du cathéter), soit liées à l'administration (extravasation, ulcérations ou nécroses cutanées), soit d'ordre plus général (infection au site d'implantation, détresse respiratoire aiguë ou thrombose veineuse sur le trajet du cathéter). En pratique, si ces complications ne nécessitent pas toujours une hospitalisation, elles déclenchent néanmoins une situation d'urgence au cours de laquelle tous les professionnels inclus dans le dispositif, du médecin traitant au médecin oncologue, sont informés.

Outre les complications liées à l'administration, l'IDE sera sensibilisé(e) au risque d'effets secondaires causés par le médicament. Une fièvre, des signes hémorragiques ou une fatigue anormale peuvent traduire une infection, une neutropénie, une hémorragie ou une anémie.

(Sources : ANAES 2003, critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile et http://www.canceraquitaine.org/rca/documents/jr2006/01chimio_domicile.pdf)

L'entretien de la chambre implantable

L'obstruction du cathéter est une des complications les plus fréquentes. Il n'est pas nécessaire



© robert leirich - Fotolia.com

de rappeler que les règles d'hygiène et d'asepsie doivent être respectées, afin de prévenir une infection.

Le rinçage aura pour objectif de prévenir l'obstruction et de maintenir la perméabilité du dispositif. Plus précisément, le rinçage est réalisé avec du sérum physiologique, « aussi efficace et moins contraignant que le sérum hépariné », selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de santé).

On définit quatre indicateurs de bon fonctionnement d'une chambre à cathéter implantable :

- la présence d'un reflux sanguin
- l'absence de douleur à l'injection
- un bon débit de perfusion
- une injection à la seringue aisée

Pour prévenir l'infection et l'obstruction du cathéter, mais également pour protéger l'IDE d'une exposition au sang, il est recommandé d'effectuer

le retrait de l'aiguille de Huber en pression positive, généralement par injection de sérum physiologique simultanément au retrait de l'aiguille.

Les soins des plaies cancéreuses

En oncologie, on distingue généralement les plaies cancéreuses, définies comme des plaies tumorales, et les autres plaies, les escarres ou les plaies liées aux traitements (radiodermites) par exemple. La prise en charge de ces plaies est traitée dans la suite de ce dossier.

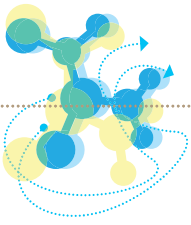
Ces plaies correspondent soit à des tumeurs initiales (un mélanome par exemple), soit à des plaies apparaissent lors des phases avancées d'un cancer. Ces plaies cancéreuses ne suivent pas un processus de cicatrisation normal. Leur prise en charge doit donc être pluridisciplinaire, médicale et infirmière.

La première étape consiste à évaluer la plaie. Son aspect, ses caractéristiques (taille, profondeur) et les modifications observées (augmentation de la douleur, saignement) sont des éléments essentiels, devant être transmis à l'oncologue. Ils permettent de déterminer le protocole de soin à mettre en place. Pour cette évaluation, plusieurs outils sont à la disposition des infirmières, tels que l'échelle colorielle (permettant d'évaluer le pourcentage de nécrose), la prise de mesure centimétrique, ou encore la photographie numérique.

Le soin permet en priorité de corriger ou pallier les symptômes gênants de la plaie, le plus souvent l'odeur, les saignements ou la fuite d'exsudat. Les différentes étapes du soin sont les suivantes :

- le nettoyage : il s'effectue à l'eau, sous la douche si possible, ou au sérum physiologique. L'utilisation d'antiseptique ou de bactéricides est prohibée en dehors des périodes d'infection avérée ;
- le pansement : le choix du pansement dépend de l'évaluation qui a été réalisée et notamment des paramètres suivants : saignements (pansement à visée hémostatique, de type alginate, et absorbante) mauvaise odeur (pansement au charbon), exsudats abondants (pansement absorbant de type hydrocellulaire, et drainant), nécrose (hydrogel), infection localisée (pansement à l'argent ou aux nanocristaux d'argent).

Enfin, le soignant doit savoir prendre en compte la douleur du patient au moment des soins. Cette douleur peut être atténuée pharmacologiquement, mais également grâce à la maîtrise des gestes, à l'écoute ou à la distraction de l'attention lors des soins. • •



Les effets secondaires des traitements anticancéreux

Les chimiothérapies ont souvent mauvaise réputation auprès des patients, notamment du fait des complications qui leur sont liées. Même s'ils sont très souvent transitoires, ces effets secondaires ne doivent pas être sous-estimés, au risque de remettre en cause l'observance du traitement.

Complications des chimiothérapies

Les traitements cytotoxiques des cancers sont responsables d'effets indésirables plus ou moins sévères, selon le nombre de médicaments associés et la dose utilisée. Ces effets indésirables sont la conséquence directe du mécanisme d'action des médicaments, qui agissent non seulement sur la cellule cancéreuse mais également sur les cellules saines.

Les nausées et les vomissements

L'incidence de la nausée en chimiothérapie est de 80 %. Parmi les chimiothérapies hautement émétisantes, on peut citer le cyclophosphamide, les sels de platine ou le méthotrexate à forte dose. Ces troubles dépendent de l'âge du patient, du sexe et du type de cancer. Plus précisément, le risque de nausées et de vomissements est majoré chez les patients jeunes, chez les femmes et en cas de cancer ORL ou de l'œsophage.

Les nausées et vomissements peuvent apparaître avant ou après la chimiothérapie. Dans le premier cas, on parle de vomissements anticipés favorisés par l'anxiété ou le jeune âge. Dans les vomissements post-chimiothérapie, on distingue les vomissements aigus observés dans les 24 heures et les vomissements retardés, survenant quelques jours après le traitement. L'arsenal thérapeutique pour pallier ces effets secondaires se compose des benzodiazépines en prévention des vomissements anticipés, des sétrons, des corticoïdes seuls ou en association avec des sétrons dont ils potentialisent l'action, de l'aprépitant en prévention des vomissements post-traitement, des antagonistes dopaminergiques plus rarement en cas de mauvaise tolérance ou échec à l'association sétrons + corticoïdes.

Selon les recommandations, l'hospitalisation est décidée si le nombre de vomissements est supérieur à 6 par jour, ou si une réhydratation du patient par voie intraveineuse est nécessaire.

La diarrhée

Les médicaments en cause sont le 5 fluoro-uracile, l'irinotecan, ou des inhibiteurs des tyrosines kinases. La prise en compte du délai d'apparition

permet d'orienter le choix des médicaments anti-diarrhéiques. En prévention des diarrhées précoces par exemple, c'est-à-dire survenant pendant la chimiothérapie, l'atropine en injection sous-cutanée est recommandée. En cas de diarrhées retardées, apparaissant dans les 4 à 10 jours post-chimiothérapie, le traitement se compose de lopéramide et de racécadotril. Les mesures diététiques consistent notamment à éviter les laitages. Les diarrhées sont graves si elles sont associées à une fièvre, une neutropénie, une déshydratation, des douleurs abdominales, une rectorragie, ou si elles persistent au-delà de 48 heures malgré un traitement symptomatique.

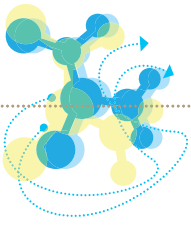
La constipation

On observe cet effet indésirable avec les vincalcaloïdes. Cependant, la constipation est plus souvent un effet indésirable des antalgiques et des antiémétiques.

Ces effets indésirables sont la conséquence directe du mécanisme d'action des médicaments, qui agissent non seulement sur la cellule cancéreuse mais également sur les cellules saines.

L'alopécie

Il s'agit de la perte des cheveux, des cils et sourcils parfois. On l'observe avec des chimiothérapies à base d'anthracyclines, de taxanes, de topotécan, d'ifosfamide, de vinorelbine, de capécitabine ou de cyclophosphamide. Le casque réfrigérant atténue la chute des cheveux. En exerçant un effet vasoconstricteur sur le cuir chevelu, il permet de diminuer le contact entre le médicament et le follicule pileux. En ambulatoire (la chute des cheveux commence généralement 2 à 3 semaines après le début de la chimiothérapie), on recommandera d'éviter les brushings, les colorations ou les lavages et brossages trop fréquents. Le remboursement des perruques est pris en charge par la Sécurité sociale, sur prescription médicale.



© eleorniu - Fotolia.com

la chute des cheveux commence généralement 2 à 3 semaines après le début de la chimiothérapie.

Les mucites

La mucite est une inflammation de la bouche, pouvant évoluer vers une ulcération. On l'observe par exemple avec le 5 fluoro-uracile, le méthotrexate, certains alkylants, les anthracyclines, les taxanes ou le paclitaxel. Les mucites peuvent aggraver un état de dénutrition. La prévention des irritations de la muqueuse buccale consiste à éviter l'alcool, les aliments épicés ou acides, ainsi que le port des prothèses dentaires. Des soins dentaires avant le traitement limitent l'apparition de mucites. Enfin, il est conseillé de faire sucer des glaçons avant les perfusions de cytotoxiques. La mucite est une cause de douleur à ne pas négliger. Il existe un traitement à l'hôpital (caphosol).

Réactions d'hypersensibilité

Ces réactions peuvent s'observer au niveau de la peau, s'exprimant par des démangeaisons, des rougeurs ou un œdème. On les observe avec les taxanes ou les anticorps monoclonaux. Une pré-médication par antihistaminiques et corticoïdes peut être envisagée.

Toxicité cutanée, crampes musculaires

Un prurit, une éruption maculo-papuleuse ou une sécheresse cutanée peuvent être observés après une chimiothérapie. Les crèmes émollientes et

une protection solaire sont alors conseillées. Le syndrome main-pied se traduit par un engourdissement, des picotements, un œdème ou une ulcération de la paume des mains ou de la plante des pieds. Les crampes musculaires, observées notamment avec l'imatinib, nécessitent un traitement symptomatique à base de myorelaxants, de calcium, de magnésium et de vitamine B6.

La toxicité hématologique

La toxicité hématologique peut concerner différents éléments du sang. Il peut s'agir d'une neutropénie (baisse des leucocytes), d'une anémie (baisse des globules rouges) ou d'une thrombopénie (baisse des plaquettes). Elle est commune à tous les cytotoxiques. Dans tous les cas, la surveillance de la numération formule sanguine est nécessaire.

La fièvre constitue un signe clinique majeur observé en cas de neutropénie. Mais attention, la prise de la température par voie rectale est proscrite en raison du risque hémorragique et infectieux.

L'anémie entraîne une fatigue. Il est parfois nécessaire de réaliser une transfusion sanguine. Enfin, la thrombopénie augmente le risque d'hémorragie.

La toxicité veineuse

Les médicaments tels que la doxorubicine, l'étoposide, les vinca-alcaloïdes et l'épirubicine sont

agressifs envers les parois veineuses. On privilégie donc l'abord veineux central par un cathéter long ou une chambre implantable. Dans certains cas, il peut y avoir passage des produits injectés dans les tissus environnants. C'est le phénomène d'extravasation, qui nécessite une prise en charge immédiate. L'extravasation peut entraîner une nécrose des tissus superficiels et profonds.

La toxicité neurologique

Les signes cliniques sont des sensations de fourmillements dans les extrémités, ou des sensations de froid. On observe une toxicité neurologique avec les sels de platine, les vinca-alcaloïdes et les taxanes. Il est donc nécessaire de réaliser une surveillance neurologique.

Tératogénicité

C'est un effet secondaire commun à tous les cytotoxiques. Une chimiothérapie est contre-indiquée en cas de grossesse et d'allaitement. La contraception doit être envisagée et être adaptée à la pathologie. C'est le cas du cancer du sein, pour lequel les contraceptifs oestrogéniques sont contre-indiqués.

Autres effets secondaires

Les chimiothérapies peuvent avoir des effets secondaires sur des organes tels que le cœur, le foie, le rein ou l'appareil urinaire.

Une irradiation de la bouche, du cou ou du thorax peut entraîner des difficultés pour déglutir.

Les effets secondaires de la radiothérapie

Les effets secondaires sont très variables selon la zone traitée. Une irritation de la peau est fréquemment observée. Il est donc conseillé d'éviter d'agresser la peau avec des substances lavantes irritantes ou des produits à base d'alcool.

Une irradiation de la bouche, du cou ou du thorax peut entraîner des difficultés pour déglutir. Il faut veiller à ce que ce problème n'évolue pas vers une sous-alimentation, au risque de provoquer une dénutrition.

Une irradiation de l'abdomen peut entraîner des problèmes digestifs de type nausées ou diarrhées. En cas d'irradiation du bassin, des troubles urinaires ou sexuels peuvent être observés. Enfin, une fatigue peut survenir après quelques séances de radiothérapie.

Les effets secondaires de l'hormonothérapie

Bouffées de chaleur, baisse de la libido et troubles de l'érection sont les effets indésirables les plus fréquemment observés en cas d'hormonothérapie. Ces troubles ne sont pas toujours bien accep-

On distingue :

- Les douleurs aiguës, de durée courte.
- Les douleurs chroniques, qui subsistent au-delà de 3 mois.
- Ces dernières doivent faire l'objet d'une grande vigilance de la part des professionnels de santé.
- Elles sont plus difficiles à traiter et risquent de ralentir le rétablissement du patient, entraînant une souffrance morale ou une dépression.

tés et doivent être abordés avec le médecin avant le début du traitement.

Les effets secondaires de l'iode radioactif

Ils se caractérisent le plus souvent par une perte du goût et de l'odorat. On observe également un gonflement des glandes salivaires.

Les maladies ou affections annexes

La douleur

La douleur est fréquemment observée chez les sujets atteints d'un cancer. Les équipes soignantes sont très sensibilisées à ce problème, pour lequel des progrès portant sur la prise en charge médicamenteuse autant que sur la prise en charge psychologique ont été réalisés au cours des dernières années. On considère aujourd'hui que près de 90 % des douleurs peuvent être soulagées.

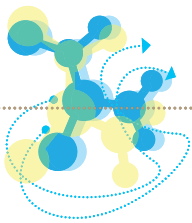
Dans le cas du cancer, les douleurs neuropathiques sont fréquentes. Elles se caractérisent par des sensations inhabituelles d'intensité variable, comme une sensation de brûlure, des fourmillements ou des picotements.

Contrairement aux douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques surviennent de façon anarchique, sans stimulus apparent. Elles sont la conséquence d'un endommagement du système nerveux par la tumeur, les métastases ou par le traitement. Cependant, la douleur n'est pas un critère de gravité du cancer. Certains cancers, pour lequel le pronostic est mauvais, n'entraînent aucune douleur !

On distingue les douleurs aiguës, de durée courte, et les douleurs chroniques, qui subsistent au-delà de 3 mois. Ces dernières doivent faire l'objet d'une grande vigilance de la part des professionnels de santé. Elles sont plus difficiles à traiter et risquent de ralentir le rétablissement du patient, entraînant une souffrance morale ou une dépression.

La dépression

Ce n'est pas par hasard que l'oncopsychiatrie est une spécialité médicale à part entière. Des psychiatres sont spécialisés en oncologie ! Cela signi-



© endostock - Fotolia.com

fié avant tout que les troubles psychologiques et pathologies associées fréquemment observées dans les cas de cancers font aujourd'hui l'objet d'une attention particulière. Il est important en effet de considérer et de traiter l'ensemble des pathologies touchant le patient, dépression comprise. Sans conclure à un lien direct de causalité entre le développement du cancer et la dépression, il est néanmoins admis qu'un état de bien-être psychologique contribue à une évolution favorable de la maladie, ou plutôt, qu'un état dépressif est un risque de ralentissement du rétablissement du patient.

La dépression peut également être entraînée par des douleurs chroniques insupportables, conduisant par exemple le patient à un isolement excessif. Le cercle vicieux dans lequel il est emporté se caractérise par l'entretien de la douleur par la dépression, autrement dit l'entretien de la cause par sa conséquence.

Escarres et plaies malodorantes

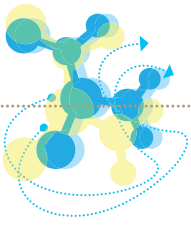
Les escarres et les plaies malodorantes sont des symptômes fréquemment observés chez les sujets en fin de vie, constamment alités. Leur prise en charge a pour objectif de prévenir la survenue de nouvelles plaies, d'en limiter l'extension, et bien entendu, de soulager le patient. La douleur

est, là encore, un facteur à prendre en compte par le personnel soignant. L'escarre entraîne également une grande souffrance morale, en détériorant l'image du patient.

C'est pourquoi la prévention de l'escarre est essentielle. Au-delà de l'escarre elle-même, la prévention permet d'éviter une douleur physique et surtout psychologique. Les mesures de prévention, si elles sont relativement simples, ne s'improvisent pas et font l'objet de recommandations très précises.

Déterminer les différents facteurs de risque d'apparition d'escarre constitue l'étape initiale de la prévention. On distingue généralement les facteurs de risque intrinsèques que sont l'âge, les pathologies neurologiques, la dépression ou l'infection, l'état de la peau ou encore, dans ce cas, l'immobilité. Le choix d'une stratégie de prévention revient au soignant qui devra tenir compte alors de l'environnement médical, social et familial du patient ainsi que des contraintes d'organisation. La prise en charge à domicile d'un patient en fin de vie, en particulier, nécessite une concertation entre les différents intervenants, y compris les proches du patient, afin de s'assurer de la faisabilité de la stratégie de prévention. ••

David Paitraud, pharmacien



Prise en charge des plaies tumorales

L'incidence des plaies tumorales dans les cancers du sein est estimée de 2 à 5% [1]. Dans une étude réalisée en Suisse en 2009, la prévalence de patients atteints de cancers métastatiques et développant une plaie tumorale est de 6,6% [2]. On peut donc considérer que ces lésions sont peu fréquentes comparativement à d'autres types de plaies chroniques tels que les ulcères ou les escarres. Il n'en demeure pas moins qu'il est important de les connaître tant elles peuvent être complexe à prendre en charge lorsqu'elles se présentent.

Le processus d'évolution d'une plaie tumorale dépend de la réponse du patient aux traitements anti cancéreux (ex : chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie). Les objectifs d'une prise en charge locale ne peuvent donc être posés indépendamment des traitements médicaux en cours qui vont sans cesse influencer non seulement sur le développement, mais aussi sur le risque infectieux (lors des périodes de neutropénie), l'aspect changeant de la plaie, etc...

Un geste chirurgical est bien sûr toujours souhaitable (curatif ou de propreté) mais pas toujours envisageable compte tenu de l'envahissement et de la localisation des lésions, ainsi que des traitements en cours. Les soins infirmiers ont alors toute leur place dans l'objectif de pallier aux inconforts (ex : gestion des exsudats, des odeurs) et prévenir les risques (ex : infectieux, hémorragiques). Ces soins, le plus souvent dits « palliatifs », doivent être réalisés avec minutie et constance au risque de s'exposer à des complications locales du lit de la plaie ou de la peau péri lésionnelle.

Qu'est ce qu'une plaie tumorale ?

Le terme de « plaie tumorale » regroupe différentes lésions dont l'étiologie peut être :

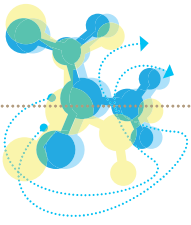
- une forme initiale de cancer : tumeur primitive cutanée ulcérée à la peau, ou évolution et atteinte par contiguïté d'une tumeur profonde (ex : cancer du sein)
- une récurrence cutanée et / ou lymphatique, ou nodule(s) ulcéré(s) à la peau (appelés aussi « nodules de perméation ») quelque soit la tumeur primitive.
- une dégénérescence de cicatrices préexistantes ou d'une plaie chronique généralement ancienne (ex : ulcère de Marjolin).

Le lit de la plaie est donc constitué de tumeur et ne peut être abordé de la même façon qu'une

autre plaie chronique. Dans ce cadre, les dépôts fibrineux vont parfois être protecteurs (si le bourgeon est hémorragique), les saignements spontanés peuvent souligner une angiogénèse excessive liée à l'évolution de la maladie, le débridement de la nécrose tumorale ne permet pas la reprise du processus de cicatrisation, et les odeurs ne sont pas forcément associées à un problème infectieux sous jacent mais à la présence de bactéries (anaérobies) présents dans la masse.

Nos repères sont donc bousculés au profit d'une plaie aux écoulements le plus souvent abondants, aux odeurs nauséabondes et au développement anarchique. Face à ce type de lésion, il est nécessaire de mobiliser toutes nos connaissances en soins de plaies afin de ne pas raisonner selon des habitudes (ex : nécrose = hydrogel) mais au cas par cas, en fonction des symptômes de la plaie.





Rappelons qu'une plaie tumorale peut se développer de façon extrêmement variée. Elle peut s'étendre de manière assez superficielle (cf. photo 1), se creuser jusqu'à des plans profonds (cf. photo 2), ou s'extérioriser sous forme d'hyperbourgeonnement (cf. photo 3). Chaque topographie privilégie l'émergence de symptômes particuliers. Ainsi est-il plus fréquent d'observer des douleurs intenses et/ou neuropathiques sur des plaies étendues, et des odeurs fortes et rebelles sur les formes extériorisées.

Le soin

Nous l'avons déjà dit, le soin s'inscrit dans démarche globale et interdisciplinaire. De ce fait, il ne peut être pensé sans un minimum d'informations médicales (traitement en cours, calendrier des cures de chimiothérapie, objectifs médicaux), d'où le caractère indispensable de transmissions infirmières ville-hôpital autour de ces patients. Et si ce lien n'existe malheureusement pas il est nécessaire de le créer tant que possible.

Le nettoyage

La plaie tumorale est colonisée (3). Le nettoyage s'effectue à l'eau et dans l'idéal, sous la douche (les bains sont prohibés). Un savon peut être utilisé, de préférence neutre et sans alcool, sous

forme liquide. Si le malade n'est pas en capacité physique ou psychologique de prendre une douche, le nettoyage de la plaie est réalisé au sérum physiologique ou à l'eau. Dans ce cas, il est important de laver non seulement la plaie mais aussi sa périphérie. L'utilisation de solutions décontaminantes (de type scrub) n'est pas nécessaire. L'utilisation d'antiseptique ou de bactéricide est prohibée en dehors des périodes d'infection avérée.

Si le malade n'est pas en capacité physique ou psychologique de prendre une douche, le nettoyage de la plaie est réalisé au sérum physiologique ou à l'eau.

Le pansement

Le choix du pansement primaire (en contact avec la plaie), du pansement secondaire (qui recouvre le pansement primaire) et de la fixation s'appuie sur l'évaluation clinique journalière. Une continuité des soins est cependant conseillée, sans changements trop fréquents de protocole, afin de ne pas « se perdre » dans une situation déjà compliquée. Contrairement aux autres plaies chroniques, l'association de plusieurs pansements est parfois

nécessaire pour tenter de pallier aux symptômes de la plaie.

- **Les exsudats de la plaie sont abondants** : des pansements absorbants (« pansements américains », hydrocellulaires) et drainants (alginate, hydrofibre, ou irrigo absorbant) vont être positionnés, seuls ou en association, en monocouche ou en multicouches, en fonction de la quantité d'exsudats et de la fréquence des soins.

Si la plaie est de petite taille et fortement exsudative, il est possible (assez rare) d'appliquer une poche de stomie, vidangeable et bi-bloc afin de permettre le nettoyage quotidien de la lésion.

NB : si la plaie est malodorante, l'utilisation d'hydrocellulaire est déconseillée car elle peut majorer les odeurs de part le milieu semi occlusif qu'elle crée.

- **La plaie sent mauvais** : ces odeurs sont le plus souvent liées aux germes anaérobies présents dans la nécrose tumorale. Mais elles peuvent être majorés par des problèmes d'hygiène et d'odeurs corporelles, si le patient ne prend pas de douche.

Si les soins d'hygiène ou le rapprochement des soins n'améliorent pas la situation, des pansements au charbon, qui filtrent les odeurs, peuvent être positionnés (ex : Carbonet®, Actisorb®).

Si l'odeur est liée à une charge bactérienne élevée à la surface de la plaie, l'application d'un bactéricide, de type pansement à l'argent fortement concentré (ex : Calgitrol®, Acticoat®), peut parfois aider à contrôler ce symptôme.

En phase palliative avancée de la maladie, l'administration de Metrodinazole (Tiberal®, Flagyl®, Rosex®) par voie générale ou locale réduit efficacement les odeurs nauséabondes. Mais attention, le Metrodinazole est un antibiotique susceptible d'exercer une pression de sélection. Il est donc réservé à cette période de fin de vie, sur un temps limité, sous prescription médicale, et sera préférentiellement administré par voie générale.

L'idéal est bien sûr d'effectuer une détersion mécanique afin d'ôter en totalité ce qui sent mauvais. Mais ce geste n'est pas toujours réalisable en raison du risque hémorragique ou tout simplement parce qu'il n'est pas réalisable. Bien souvent, seules les nécroses superficielles peuvent être retirées alors qu'elles ne sont pas nécessairement les plus malodorantes.

A ce jour, le contrôle des odeurs sur ce type de plaie n'est pas toujours possible. Des travaux de recherches translationnelles (cliniciens – chercheurs) sont en cours et permettront peut être à terme de développer des solutions efficaces.

- **La plaie saigne spontanément, entre les soins** : l'application d'un alginate combine effet

hémostatique et absorption. Mais attention, ce pansement peut être légèrement traumatique au retrait en se délitant ou s'il n'est pas assez humidifié avant d'être changé.

Si les hémorragies persistent, d'autres hémostatiques de contact sont disponibles comme le Pangen® ou le Surgicel®. Si leur application est répétée ou s'ils ne suffisent pas, il est important de comprendre l'origine des saignements (lié à l'angiogénèse de la plaie elle-même ? Favorisé pas la prise d'anticoagulant ? Dû à la présence de gros vaisseaux à proximité du lit de la plaie ?), de contrôler les répercussions biologiques de ces hémorragies et prendre au besoin les mesures nécessaires (ex : transfusion).

- **La plaie saigne uniquement au moment des soins**, ce sont des saignements dits « provoqués ». Les interfaces spécialement conçues pour ne pas adhérer (ex : Hydrotul®, Telfa Clear®) répondent à ce problème, sans assurer pour autant une absorption. Elles doivent donc être associées à un pansement secondaire absorbant.

D'autres types d'interfaces non grasses comme le Mepilex® Transfer combinent cette fonction d'interface non traumatique avec une absorption légère, tout en laissant passer les exsudats passer de part en part.

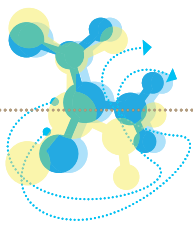
Mais les écoulements étant généralement abondants, un pansement absorbant et non traumatique de type hydrocellulaire peut être directement

Ces odeurs sont le plus souvent liées aux germes anaérobies présents dans la nécrose tumorale.

positionné sur la plaie, ou encore un hydrofibre (Aquacel®) qui en se gélifiant au contact des exsudats devient de ce fait non traumatique.

- **La plaie est nécrotique** : la prolifération de la nécrose tumorale sur ces lésions peut faire partie de leur processus d'évolution (péjoratif). À la différence d'autre type de plaie comme l'escarre, l'enlever ne permet pas la reprise du processus de cicatrisation et expose parfois le patient à des risques hémorragiques. Un débridement est envisagé s'il semble utile, si le geste est maîtrisé, et si échec de la détersion autolytique. Le chirurgien peut être appelé à cette occasion pour aider à la réflexion et la réalisation de ce geste.

- **La plaie est infectée** : le diagnostic de l'infection est avant tout clinique. Un résultat positif d'un prélèvement par écouvillonnage ne signifie



rien s'il n'est pas corrélé avec des signes d'infection (pus, aspect inflammatoire, température, modification inexplicable du lit de la plaie, majoration subite de la douleur...). Attention, ces signes peuvent être biaisés en oncologie car : en période d'aplasie l'organisme n'est pas capable de fabriquer du pus, la douleur du patient cancéreux est parfois fluctuante, la fièvre peut être masquée par des antipyrétiques ou corticoïdes, etc.

Poser le diagnostic d'infection locale d'une plaie tumorale est un exercice qui peut être difficile. Bien souvent, le clinicien est influencé (à tort) par l'aspect naturellement reboutant de la plaie.

Si la plaie est localement infectée, des pansements à l'argent ou aux nanocristaux d'argent peuvent être positionnés pendant dix jours environ.

Si l'infection est générale, le patient reçoit des antibiotiques. Il n'est donc pas nécessaire d'utiliser en plus un pansement bactéricide.

Dans tous les cas, un nettoyage abondant et l'application de pansements drainants (type alginate ou hydrofibre) permet de lutter contre l'infection.

En fin de soin, une vigilance toute particulière est apportée à l'entretien de la peau périlésionnelle

Dans tous les cas, un nettoyage abondant et l'application de pansements drainants (type alginate ou hydrofibre) permet de lutter contre l'infection.

(hydratation) ou à sa protection (ex : Cavilon®). L'utilisation d'adhésif est déconseillée, la peau péri ulcéreuse étant généralement fragilisée par la masse sous jacente, voir inflammatoire, induite ou douloureuse. De nouvelles fixations non adhésives disponibles en ville telles que le Tubifast® permettent de maintenir les pansements en place de façon confortable. Sinon, des bandes ou filets peuvent être positionnés. Certains pansements peuvent aussi avoir un maintien facilité par des propriétés d'adhérence (pansements siliconés non adhésif type Mepilex®), simplifiant ainsi la fixation.

Au delà du soin

La plaie tumorale évolue avec la maladie cancéreuse. Elle peut même exposer le patient, déjà fatigué, à des risques vitaux d'origine infectieuse ou hémorragique (rare). Devant ces difficultés et

La plaie tumorale peut exposer le patient, déjà fatigué, à des risques vitaux d'origine infectieuse ou hémorragique.

en cas d'échec des traitements, les prises de décisions sont gérées au cas par cas avec l'oncologue référent, en interdisciplinarité, si possible avec l'aide d'équipes spécialisées (ex: soins palliatifs, soins de supports).

Notons que certaines plaies tumorales peuvent rester stables, évoluer très progressivement, voir cicatriser. Mais quelque soit le contexte curatif ou palliatif, l'exigence de qualité de soin est identique avec ce type tout particulier de plaie, reflet extérieur d'une maladie grave et angoissante. De ce fait, la relation avec le patient lors du soin est particulièrement important et demande d'être en capacité de répondre aux diverses questions qu'il peut se poser sur la plaie, son évolution, la maladie et ses traitements. • •

**Isabelle Fromantin, infirmière expert
Plaies et cicatrisation**

NOTES

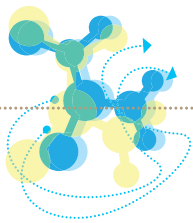
(1) LUND-NIELSEN B, MÜLLER K, ADAMSEN L. Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. J Clin Nurs. 2005 Jan;14(1):56-64.

(2) PROBST S., ARBER A, FAITHFULL S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. Eur J Oncol Nurs. 2009 Sep; 13(4):295-8. Epub 2009 Apr 21.

1 - incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné. (Le petit Larousse)

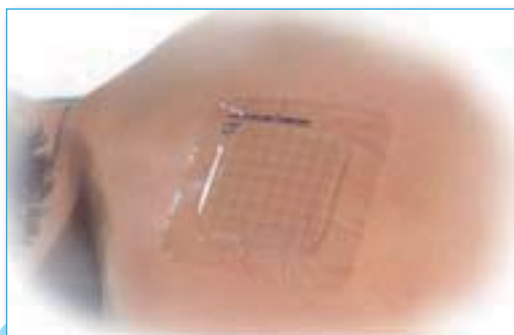
2 - prévalence : rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnés (Le petit Larousse)

3 - colonisation : présence de germes sur la plaie sans réponse inflammatoire et signes d'infection.



Radiothérapie, radiodermite et suivi à domicile

Dans un contexte où l'ambulatorio devient de plus en plus courant, les patients traités pour un cancer sont confrontés aux effets secondaires des traitements lorsqu'ils sont à domicile. En 2003, l'Institut Gustave Roussy a mis en place un service de coordination des soins externes (CSE) dont l'objectif est d'assurer les retours et le suivi au domicile, dans le respect strict des critères de qualité des soins, de sécurité des patients et de suivi de la maladie. En 6 années, les activités de coordination des soins se sont développées de manière importante et ce service prend en charge plus de 2.000 patients par an dont une file active de 500 patients bénéficiant de soins au domicile, en particulier en suivi de radiothérapie.



Le suivi de la radiothérapie au domicile ou la nécessité d'une collaboration : L'organisation de la prise en charge des patients nécessitant des soins au domicile nécessite outre une évaluation médico-psycho-sociale en lien avec les différents professionnels de santé en Intra-hospitalier, une coordination des ressources soignantes externes comme les réseaux, les cabinets infirmiers, les prestataires de service, les pharmaciens, les médecins traitants... L'infirmière coordinatrice est donc l'interface entre tous les professionnels pour assurer la continuité des soins. Cette organisation permet de rendre possibles des soins de qualité à l'issue de la période d'hospitalisation et d'adapter les protocoles de soins à l'exercice du soin au domicile. Tous types de soins sont concernés comme les perfusions, les appareillages techniques ou, bien entendu, les pansements.

Le traitement par radiothérapie peut être cause de divers effets secondaires. Les différentes perturbations ou troubles liés au traitement par radiothérapie sont abordés par le patient avec le service de coordination des soins externes dont, entre autres effets secondaires, la douleur ou encore l'état muqueux et cutané. Si l'évolution des appareils de radiothérapie permet aujourd'hui de moduler l'intensité ou de sculpter précisément l'irradiation et de faciliter le suivi des patients par les radiothérapeutes, les conseils de prévention restent primordiaux pour limiter l'apparition des radiodermites. Les effets secondaires de la radiothérapie doivent en effet ne pas être négligés et nécessitent, là encore, une prise en charge pluridisciplinaire qui va de l'hôpital à la

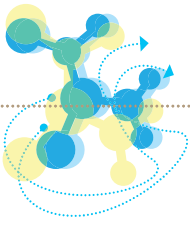
ville et doit être adaptée au fur et à mesure du déroulement du traitement. La coordination des soins s'inscrit donc en support et en dialogue avec les professionnels du soin à domicile, que ce soit au stade des conseils de prévention, au cours des situations curatives et après la radiothérapie.

En situation préventive : Les infirmières coordinatrices, puis les infirmières à domicile, suivent les patients de façon personnalisée et leur apportent les conseils adaptés à leurs besoins spécifiques :

- pratiquer un lavage doux de la peau avec savon dermatologique, sans frotter et en rinçant abondamment ;
- pratiquer un séchage soigneux pour éviter la macération et sans abrasion, soit par tamponnage soit au sèche-cheveux ;
- proscrire tous les produits à base d'alcool, comme le parfum ou le déodorant ainsi que les produits irritants ;
- proscrire également tout corps gras pendant la radiothérapie ;
- bien hydrater la peau avant le début de la radiothérapie et après la radiothérapie ;
- proscrire les expositions au soleil ;
- privilégier les vêtements amples, en coton, éviter l'acrylique et limiter les frottements ;
- ne pas se raser, ni utiliser de crème dépilatoire ou de cire.

En situation curative : L'infirmière coordinatrice comme l'infirmière libérale se doit d'adapter le traitement au cas par cas et précocement lors de l'apparition d'une radiodermite. L'infirmière libérale ou le patient lui-même peuvent, bien entendu, à tout moment alerter la coordination des soins externes en cas de complication. Le recours aux médecins ou aux services spécialisés qui suivent le patient permettront une décision collective sur la prise en charge thérapeutique à mettre en place.

En cours de radiothérapie : Face à tout signe de radiodermite débutante, l'infirmière proposera précocement l'utilisation de pansement de type Hydrosorb® (Hartmann). Ce produit apporte un effet immédiat de fraîcheur et présente une totale compatibilité avec les rayons ionisants. Ce pansement doit être retiré avant la séance et même précisément plu-



Exemple de cas clinique en curatif

Femme de 47 ans, irradiation du sein gauche, dose 45 Gy fractionnement 5x 1,80 Gy /semaine



27/09/05, peau saine, début du port d'Hydrosorb jour et nuit.



10/10/05, fin de traitement, peau saine.

sieurs minutes avant la séance afin que la peau soit parfaitement sèche lors de l'irradiation. Mais ce produit présente d'autres avantages :

- Il existe en version adhésive (Hydrosorb comfort®) ou non adhésive (Hydrosorb®), autorisant ainsi une application quelle que soit la zone à traiter et quelle que soit l'état de fragilité de la peau.
- Inscrit sur la LPPR (liste des produits pharmaceutiques remboursables), il évite des frais pour le patient.
- Disponible en pharmacie ou chez les prestataires de service couvrant le domaine de la « cicatrisation ».
- Dans le cas de plaies plus exsudatives, le service de coordination des soins externes conseille l'utilisation d'Hydroclean® pendant la période nécessaire pour limiter l'exsudat et puis en relais, l'utilisation d'Hydrosorb®.

Le recours à ce type de pansement permet d'améliorer considérablement l'état cutané et de soulager les sensations de brûlures tout en poursuivant le traitement par radiothérapie.



Après la radiothérapie : Les pansements par Hydrosorb® doivent être maintenus aussi longtemps que les desquamations persistent. L'application de crèmes hydratantes, telle la Biafine ou de crèmes dermatologiques, si nécessaire, doit prendre le relais des pansements. Les crèmes dermatologiques sont prescrites en accord avec les radiothérapeutes ou sur avis du dermatologue. En cas de présence de croûte, le CSE préconise tout simplement l'application de vaseline.

Prestataires et fournisseurs, des partenaires à part entière : Quelque soit le type de radiodermite et de traitement, la coordination des soins suit le patient, en coordination avec l'infirmière libérale,

surveille l'évolution de la plaie et évalue à chaque étape l'efficacité du traitement pour pouvoir le réadapter, si nécessaire, en collaboration avec le radiothérapeute et éventuellement avec évaluation médicale du service de petite chirurgie. La qualité de cette prise en charge, pas à pas, et cas par cas, est conditionnée par la connaissance des produits existants sur le marché et de leur utilisation. Les infirmières coordinatrices participent de façon régulière aux formations et présentations professionnelles portant sur les plaies et la cicatrisation. Elles reçoivent et testent régulièrement les nouveaux produits afin de les connaître parfaitement et pouvoir être force de conseil pour les professionnelles internes comme externes. Attachée depuis toujours à la qualité et au professionnalisme des prestataires de service avec lesquels elle choisit de travailler, à la qualité des dispositifs qu'elle choisit de recommander, la coordination des soins considère ses prestataires comme des collaborateurs à part entière apportant une vision réaliste du domicile et une valeur ajoutée certaine dans la prise en charge à domicile.

Une prise en charge pluridisciplinaire : Pour que



la radiodermite reste une complication minime et facilement gérable, elle doit donc être l'affaire de tous les acteurs de santé œuvrant dans une collaboration étroite, autour du patient. La radiodermite nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et une adaptation permanente à la situation « patient ». L'infirmière libérale et le patient lui-même sont les premiers témoins de l'apparition des troubles cutanés. Ces troubles doivent être pris en charge précocement pour éviter l'aggravation. Les services de coordination, mais également les réseaux ou services de HAD sont les garants de la bonne prise en charge de ces effets secondaires. Les prestataires de services et les laboratoires s'inscrivent également et totalement dans cette prise en charge par la formation, l'information et la mise à disposition des produits, pour accompagner l'infirmière libérale et le patient dans la prise en charge des effets secondaires de la radiothérapie. • •

Marilène Lacaze, Infirmière Principale, Coordination des Soins Externes, Institut Gustave Roussy, avec le concours d'Olivia Ribardière infirmière experte, cadre de santé et Responsable de la Coordination des Soins Externes, Institut Gustave Roussy.

Pour plus d'informations : www.hydroclean.fr/ et www.radiodermite.com

Prévention et traitement des radiodermites



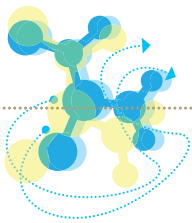
Hydrosorb® Pansement hydrogel en plaque

- Hydrate sans laisser de résidu
- Apaise
- Favorise la cicatrisation



*Liste des Produits et Prestations Remboursables

Pour en savoir plus ou faire un test, appelez notre infirmière conseil au : **N° Vert 0 800 17 37 57**



Suivi alimentaire en oncologie

La prise en charge nutritionnelle du patient en oncologie est indispensable pour améliorer, autant que faire se peut, la qualité de vie du malade. Elle permet également de lutter contre la dénutrition, facteur d'aggravation des diverses complications rencontrées.



© David Smith - Fotolia.com

Causes et facteurs de risque de la dénutrition en cancérologie

La dénutrition en oncologie résulte d'une réduction des apports et de perturbations métaboliques.

La réduction des apports alimentaires est principalement liée à l'anorexie. Celle-ci est fréquemment associée à des troubles accompagnant la prise alimentaire telles que l'altération du goût (dysgueusie), de l'odorat (dysosmie), des sécrétions salivaires (hyposialie). Les états dépressifs ou anxieux sont également des facteurs influençant l'appétit. De plus, les tumeurs situées à proximité de l'appareil digestif sont fréquemment associées, par obstruction mécanique en particulier, à une réduction des apports alimentaires.

Les traitements antinéoplasiques peuvent être à l'origine de différentes manifestations conduisant à la dénutrition : la chirurgie induit des modifications métaboliques avec un catabolisme protéique accru. En outre, lorsque celle-ci porte sur le tube digestif, les capacités fonctionnelles de ce dernier sont forcément touchées. La chimiothérapie est responsable d'atteintes des muqueuses (mucites). Elle s'accompagne de signes digestifs réduisant la prise alimentaire. On citera par exemple les nausées, les vomissements et les diarrhées (Voir plus haut : Effets secondaires).

Les conséquences de la radiothérapie vont être fonction de sa localisation. Lorsqu'elle touche la sphère aéro-digestives supérieure, elle peut amener à des atteintes osseuses ou dentaires réduisant la prise alimentaire. Lorsqu'elle est abdomino-pel-

viennne, elle peut conduire à un grêle radique (atrophie des villosités de l'intestin grêle) ayant perdu ses capacités absorbatives, provoquant des diarrhées ou être à l'origine d'occlusion.

L'évaluation nutritionnelle

La dénutrition en cancérologie altère la qualité de vie, augmente la morbi-mortalité péri-opératoire, peut aggraver le pronostic des cancers digestifs et altérer la réponse positive au traitement, d'où la nécessité de l'apprécier afin de mieux la combattre.

Il est indispensable au cours de l'évaluation d'obtenir la taille, le poids actuel et passé afin de déterminer la perte pondérale et sa rapidité.

Le calcul des ingesta permet d'évaluer le déficit alimentaire, sachant que les besoins énergétiques recommandés chez un patient atteint d'un cancer sont de 130 à 150% des dépenses énergétiques théoriques (soit : 35 à 45 kcal/kg/j et 1,4 à 1,8 g/kg/j de protéines).

Une perte de poids est sévère, c'est-à-dire associée à un risque accru de complications, dans les conditions suivantes :

Temps	Perte significative	Perte majeure
1 semaine	1 à 2%	> 2%
1 mois	5%	> 5%
3 mois	7,5%	> 7,5%
6 mois	10%	> 10%

Perte de poids et délai d'amaigrissement

Les scores et indices de risque permettent d'évaluer les risques de dénutrition :

Le PINI (Pronostic Inflammatory and Nutritional Index) combine l'analyse de 2 protéines de l'inflammation (CRP et orosomucoïde) avec 2 protéines sensibles aux variations de l'état nutritionnel (albumine et préalbumine).

$PINI = \text{oro (mg/l)} \times \text{CRP (mg/l)} / \text{alb (g/l)} \times \text{préalb (mg/l)}$

PINI	Patients
≤ 1	non infectés, non dénutris
entre 1 et 10	à faible risque
entre 11 et 20	à risque modéré
entre 21 et 30	à haut risque de complications
> 30	à risque vital

Le NRI (Nutrition Risk Index) ou indice de Buzby est recommandé afin d'évaluer les patients devant bénéficier d'une nutrition artificielle préopératoire avant une chirurgie lourde.

$NRI = 1,519 \times (\text{alb en g/l}) + 0,417 \times (\text{poids actuel/poids habituel}) \times 100$



NRI	Patients
> 97.5	non dénutris
entre 83,5 et 97.5	modérément dénutris
< 83.5	sévèrement dénutris

NB : Le calcul est facilité par l'utilisation du disque Nutrimètre®

Prise en charge nutritionnelle en milieu hospitalier et à domicile

La prise en charge diététique de l'anorexie repose sur le fractionnement de l'alimentation (6 à 8 repas/j), en petite quantité, avec des repas dés-structurés. Autrement dit, il s'agit de laisser le patient libre de manger ce qui lui plaît, quand il le souhaite.

L'enrichissement maison

Vous pouvez ajouter :

1 cuillère à soupe de lait écrémé, de la crème fraîche dans les plats sucrés (entremets, crèmes, yaourts...) ou salés (potages, purées), du fromage râpé, de la crème de gruyère, 1 jaune d'œuf, du beurre dans les plats salés, du sucre, du miel, de la confiture, de la crème de marron dans les laitages.

Lors de nausées, fractionnez l'alimentation (lisse et épaisse, froide et sans odeur, pauvre en graisses cuites) et encouragez la consommation des boissons telles que les sodas au cola dégazéifiés.

Lors d'épisodes diarrhéiques, pensez à faire boire fréquemment, en petites quantités. Proposez une alimentation pauvre en fibres, pauvre en graisses, et riches en pectines et mucilages (tapioca, coing, carotte, riz, banane).

La constipation est souvent induite par les antalgiques, la déshydratation et l'alitement prolongé. Elle constitue un trouble assez fréquent. Elle doit être combattue par un apport liquidien correct associé à la prise d'aliments riches en fibres. Le maintien d'une activité physique, même modérée (la marche), et la réalisation de massages abdominaux (kinésithérapie) sont à encourager.

Les mucites nécessitent une alimentation froide, lactée, lisse voire liquide si nécessaire. De plus la succion de glaçons, ainsi que la mastication de morceaux d'ananas frais, peut avoir une vertu apaisante.

Manger doit rester un plaisir

Tout l'environnement du repas doit être propice à la consommation : soignez la présentation (la vaisselle), veillez à la variété des textures, des goûts, au respect de la température. Pensez à assurer une aide à la prise alimentaire, si besoin. L'utilisation des CNO peut être nécessaire lors du rejet des aliments ou d'apports insuffisants. Variez la texture (liquide, épais), le goût (sucré, salé), le type (boisson lactée, jus de fruit, potage, crème dessert). Évitez la monotonie ! Il est conseillé de servir les CNO dans un verre, une tasse, un bol, plutôt que dans le conditionnement plastique initial. Proposez-les en fin de repas lorsque celui-ci est trop frugal, ou 2 heures avant le prochain du fait de leur effet satiétogène.

Si la nutrition orale est insuffisante ou impossible, la NE vient s'ajouter à l'arsenal nutritionnel. Elle doit être privilégiée chaque fois que le tube digestif est utilisable afin de maintenir la physiologie naturelle. La NP ne doit être envisagée que lorsque la NE est impossible (en postopératoire digestif, lors d'occlusion...).

La prise en charge diététique est un soin qui participe à la prise en charge globale du patient en équipe pluridisciplinaire. Il est indispensable que cette prise en charge nutritionnelle se poursuive à domicile. Le rôle des prestataires de services est alors primordial. La NE ou NP à domicile permet :

- d'assurer un bon état nutritionnel en préventif et en accompagnement des traitements ambulatoires,
- de rétablir le statut nutritionnel avant le traitement thérapeutique,
- le retour à domicile en prenant en compte l'état nutritionnel. • •

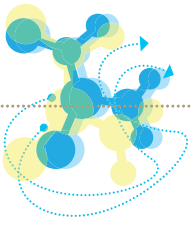
Pierre Pérochon, diététicien

NOTES

- (1) Plan Cancer 2009-2013. Action 11.4 : Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer.
- (2) Blackburn GL and al, 1977
- (3) www.nutrimetre.org
- (4) CNO : Compléments Nutritionnels Oraux
- (5) NE : Nutrition Entérale
- (6) NP : Nutrition Parentérale.

Bibliographie :

SOR (Standard Options Recommendations) de la FNCLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) : Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : Dénutrition et évaluation nutritionnelle, 1999. www.sor-cancer.fr
www.denuitration-formation.fr
Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés (HAS, 2003)



Dépistage : le rôle du radiologue

Le dépistage des cancers du sein est actuellement réglementé par l'arrêté du 29 septembre 2006 et ses annexes, complété par l'arrêté du 24 janvier 2008. En pratique, ces directives appellent un certain nombre d'interrogations pour le radiologue amené à réaliser la 2^e lecture. Le principe retenu est celui d'une 2^e lecture par un radiologue uniquement en cas d'absence d'anomalie en 1^{re} lecture. En effet, le texte précise au V).A. que « L'objectif de la deuxième lecture est la détection de cancers non repérés en première lecture, sans pour autant générer trop de faux positifs. (...) l'exercice de la seconde lecture consiste à relire les mammographies, avec pour unique objectif la détection d'images susceptibles d'être des cancers et que le premier lecteur n'aurait pas détectées. (...) ».



© fotografiche.eu - Fotolia.com

pour participer au dépistage. Cette partie précise les conditions de formation, de nombre de lectures minimales, de matériel (cf. également sur ce point le VII des annexes), le contrôle externe nécessaire avant installation, et enfin la convention à signer avec les organismes sociaux.

Parallèlement, l'arrêté du 24 janvier 2008 a introduit une nouvelle annexe relative à l'utilisation des systèmes de mammographie numérique dans le dépistage organisé des cancers du sein. En ce qui concerne spécifiquement la 2^e lecture, ce texte prévoit entre autre que le radiologue 2^e lecteur devra suivre une formation associant la pratique de la lecture de films issus de mammographies analogiques et de mammographies numériques, qui intégrera l'enseignement des spécificités techniques liées à l'utilisation du numérique. Le seuil du nombre de lectures annuelles à effectuer reste cependant inchangé.

▶ Qui peut être radiologue en 2^e lecture ?

Les conditions pour exercer cette 2^e lecture sont précisées au V) A.

Ainsi, le radiologue en 2^e lecture doit :

- sauf exceptions, être en activité,
- et être différent du radiologue ayant procédé à la 1^{re} lecture, ce qui paraît logique.

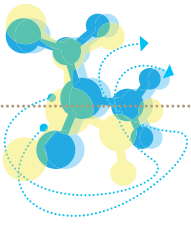
En outre, « Les deuxièmes lecteurs (L 2) sont des radiologues volontaires ayant reçu une formation spécifique, et s'engageant à lire au minimum 1 500 mammographies par an en tant que deuxième lecteur, en plus du seuil minimal de 500 mammographies annuelles. Cette donnée sera vérifiée au bout de deux ans de participation aux deuxièmes lectures, puis annuellement ».

La référence au seuil minimal de 500 mammographies annuelles semble donc renvoyer également aux conditions générales évoquées aux I) des annexes et que doivent remplir les radiologues

Qui doit communiquer avec la patiente à l'occasion de cette 2^e lecture ?

La priorité semble être donnée au 1^{er} radiologue. En effet, « en cas de résultat anormal en première ou en deuxième lecture, c'est le radiologue premier lecteur qui lui remet les résultats et qui devra veiller à l'orientation de la patiente » (cf. III) B.). Le texte recommande d'ailleurs que le 2^e lecteur soit anonymisé « en particulier vis-à-vis de la femme et de ses médecins », ce qui implique par conséquent qu'il ne soit pas amené à communiquer directement avec eux (cf. V)A.).

- Ainsi, après la 2^e lecture qui a confirmé que la mammographie était normale ou bénigne, c'est la structure de gestion qui est chargée d'adresser à la femme, dans un délai maximum de 15 jours, le compte rendu du 1^{er} lecteur.



© Artur Gabnyskiak - Fotolia.com

- Si la 2^e lecture conclut à une anomalie, c'est à nouveau le centre de gestion qui adresse un courrier à la femme afin de l'inviter à reprendre contact avec le 1^{er} radiologue afin d'effectuer des examens complémentaires. Ce centre informe également au préalable les médecins concernés.

Quelles sont les obligations en termes de délai ?

Le 1^{er} radiologue s'engage « (...) à transmettre à la structure de gestion dans des délais brefs les données nécessaires au suivi des personnes dépistées et à l'évaluation du programme, définies dans le présent cahier des charges (fiche d'interprétation, clichés pour deuxième lecture, bilan de diagnostic immédiat, bilan de diagnostic différé) » (cf. I). Aucune définition de ces « délais brefs » n'est donc donnée. On peut supposer qu'en cas de litige, un tribunal prendrait connaissance du délai moyen généralement constaté pour réaliser ces 2^e lectures afin d'apprécier si, dans le litige qui lui est soumis, un retard fautif peut être imputé à l'un ou l'autre des intervenants.

Existe-t-il des spécificités en cas de seins denses ?

Le texte ne semble pas admettre, a priori, de particularités de prise en charge. Cette hypothèse est évoquée au IV) B. : « les seins denses sans anomalie décelable doivent être classés BI-RADS ACR 1 (mammographie normale). Tous les examens classés BI-RADS ACR 1 ou 2 par le premier lecteur doivent être envoyés en deuxième lecture. »

A noter également que ce texte insiste sur le fait qu'il n'appartient pas au 2^e lecteur de demander une échographie pour des seins denses normaux si le 1^{er} ne l'a pas jugé utile (cf. V)A.).

De même, il est rappelé au IV.)B. que « La deuxième lecture a pour unique objectif de vérifier qu'il n'y a pas d'anomalie suspecte sur la mammographie et que les clichés sont techniquement suffisants. Elle n'a pas pour objectif de vérifier l'échographie ou la conduite à tenir proposée ».

Quelles sont les implications en termes de responsabilité ?

Tout dépendra en cas d'incident des circonstances dans lesquelles celui-ci est intervenu et de la qualité de chaque intervenant.

Ainsi, de manière générale en cas de demande de dommages et intérêts, les praticiens exerçant à titre libéral peuvent être déclarés personnellement responsables sur un plan pécuniaire en cas de faute, tandis que seule la responsabilité de l'établissement où le médecin exerce sera recherchée s'il est salarié ou agent public.

Dans ce type d'affaires, c'est généralement un retard ou un défaut de diagnostic qui sera reproché par la patiente et sa famille au praticien, à l'origine d'une perte de chance de bénéficier d'un traitement dans un délai adéquat.

A noter cependant qu'un défaut ou un retard de diagnostic ne sont pas en soit nécessairement fautifs. Les juges analysent dans cette hypothèse si ce diagnostic pouvait être vraisemblablement porté, en s'appuyant généralement sur l'avis d'un expert en ce domaine, qu'ils auront désigné. Celui-ci apprécie notamment si chacun a mis en œuvre les moyens nécessaires à l'établissement de ce diagnostic (il pourrait ainsi vérifier par exemple si le 1^{er} radiologue devait ou non faire réaliser une échographie) ou encore s'il existait des difficultés pour poser le diagnostic.

Le tribunal examinera ainsi si, au regard de la réglementation actuelle, le praticien a rempli son obligation de moyens envers l'intéressée. ••

Auteur : Nathalie Dondeyne-Jegu, Juriste



Nous remercions la MACSF et le Sou Médical, Anne Clerval, Christophe Cottret et Karine Stavrevich d'avoir contribué à la publication de l'article traitant du rôle du radiologue en deuxième lecture, ainsi que leur auteur, la juriste Nathalie Dondeyne-Jegu Groupe MACSF. Cet article est consultable sur le site de la MACSF : <http://www.macsf.fr> et <http://www.macsf.fr/vous-informer/2eme-lecture-depistage-cancer-sein.html>