

*« Ce que devrait savoir l'infirmière
sur l'histoire naturelle et le
pronostic des cancers les plus
fréquents... »*

André Blais
Hémato-oncologue
Journée scientifique en oncologie
CSSS de Rimouski-Neigette
Le 18 septembre 2009



Introduction

- Titre de présentation un peu prétentieux de ma part ...
- Avoir + de connaissances, c'est toujours bon en général ... Ok (on ne peut être contre la vertu)
- Mais en savoir + sur la maladie du patient spécifique que l'on traite (p/r au but du traitement, au pronostic ...) peut moduler les interactions et les interventions que l'infirmière a avec son patient
- Infirmière a un rôle primordial auprès du patient



Plan de la présentation

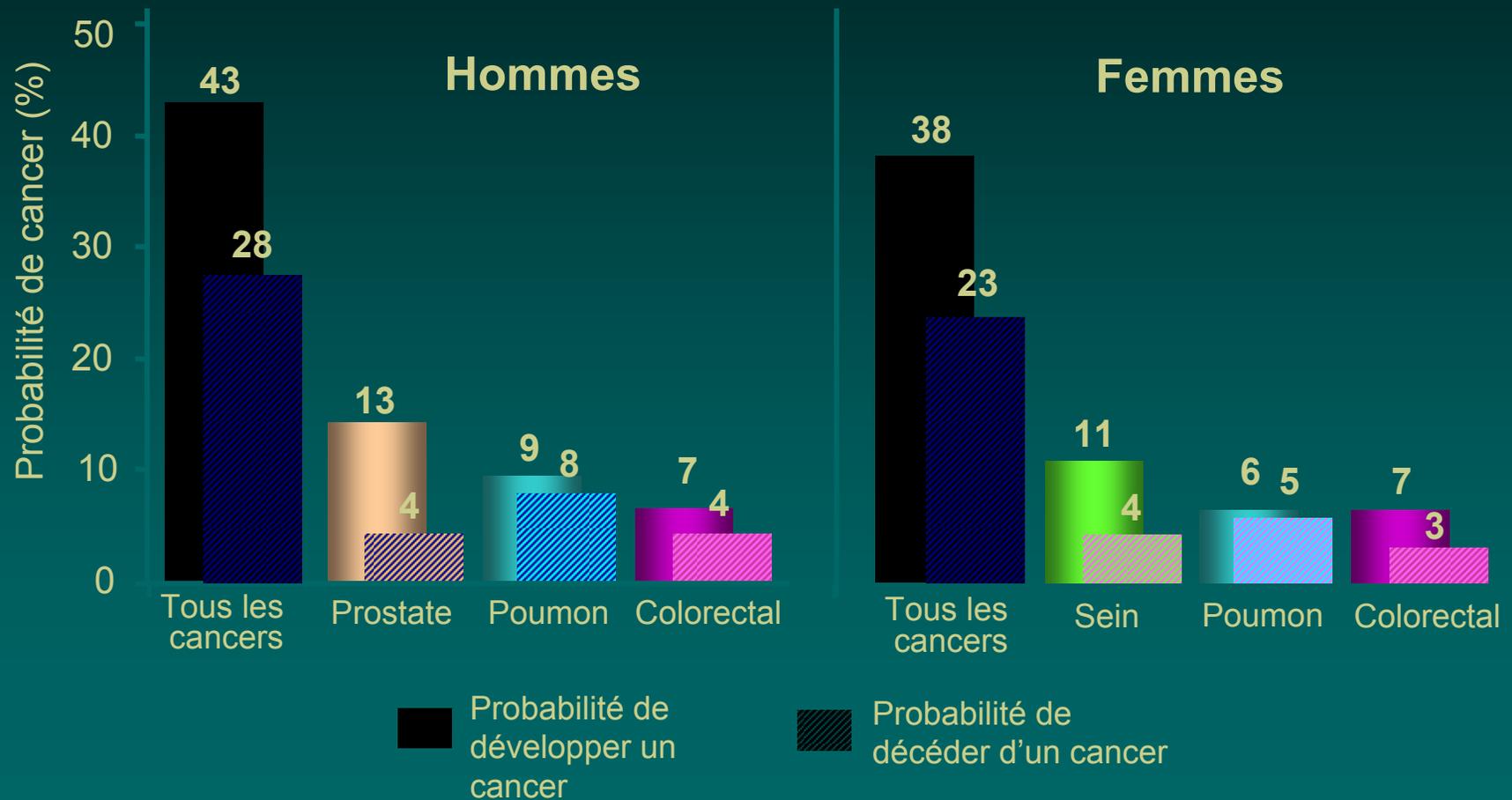
- Généralités statistiques/épidémiologiques
- Généralités du « staging » et traitement du cancer
- Optiques de la chimiothérapie
- Généralités, principes de traitement, histoire naturelle/pronostic
 - Cancer du sein
 - Cancer colorectal
 - Cancer poumon
- Conclusion



Généralités : statistiques, épidémiologiques

- Cancer = maintenant première cause de mortalité (> maladies cardio-vasculaires)
- Mortalité selon les différents types de cancer

Mortalité selon les différents types de cancer





Généralités du « staging » et traitement du cancer

- Classification/ «staging » utilisés pour la majorité des cancers solides = système TNM et regroupement en stade
 - T = taille de la tumeur primaire
 - N = présence, nombre de ganglion locorégional
 - M = présence ou non de métastase à distance
- Chaque type de cancer a son TNM spécifique
- Sauf exception, les tumeurs solides métastatiques (M_1) sont incurables; traitement non curatif



Généralités du « staging » et traitement du cancer

- Modalités de traitement pour le cancer
 - Chirurgie
 - Radiothérapie (adjuvante ou palliative)
 - Chimiothérapie



Optiques de la chimiothérapie

- Chimiothérapie à visée curative
 - Néoplasies hématologiques (hodgkin, LNH, leucémie aiguë)
 - Cancer testicules
- Chimiothérapie adjuvante : complémentaire au traitement primaire chirurgical. Pour diminuer le risque de rechute à distance. Concept de « micrométastases »
 - Néo sein, colorectal, poumon



Optiques de chimiothérapie...

- Chimiothérapie à visée palliative : pour pallier les symptômes, « aider » le patient, tenter d'optimiser sa qualité de vie, à un moindre degré (ou variablement) augmenter la survie
 - Néo sein, colorectal, poumons, uro, gynéco ...
- Chimiothérapie néo-adjuvante : pré-op - pour rendre opérable la tumeur
 - Néo sein inflammatoire, rectum localement avancé



Cancer sein; généralités

- Risque « life long » = 1/8-9
- Atteinte axillaire dans ~ 50 % des cas. Taux de rechute élevé (surtout rechute métastatique)
- Sans atteinte axillaire. Quand même ~ 25 % de rechute

- Au total ~ 60 % vont en guérir



Traitement du cancer du sein; généralités

- D'abord traitement local (traitement de la tumeur primaire et minimiser le risque de rechute locale)
 - Chirurgie mammaire (souvent conservatrice)
 - Radiothérapie locale complémentaire
- Traitement systémique adjuvant (minimiser le risque de rechute métastatique. Concept de « micrométastases »)



Traitement systémique adjuvant

- 3 possibles traitements systémiques adjuvants (+/- 1'un ou l'autre)
 - Chimiothérapie souvent
 - Hormonothérapie (quand ER / PR +)
 - Traitement ciblé avec trastuzumab (Herceptin[®]) /HER2 neu surexprimé
- La grande majorité des patientes vont bénéficier d'une certaine forme de traitement systémique adjuvant

Pronostic de base / impact du traitement adjuvant

- Exemple :

Risque de base = 60 % de mortalité et traitement qui ↓ de 25 % le risque de décès; 😊 15 % gain absolu

Vs Risque de base = 20 % et traitement qui ↓ de 25 % le risque de décès : 😊 5 % gain absolu



Cancer du sein métastatique

- Maladie traitable mais malheureusement incurable
- Survie médiane de **24-36 mois mais variable**
+++
- Pattern métastatique :
 - Os/ganglions
 - Pleuro-pulmonaire
 - Foie
 - SNC





Cancer du sein; la question qui tue...
(QQT)

- Après 5 ans, est-ce que je suis guérie?
- Est-ce que mon cancer du sein est dû aux hormones (à la prémarine que je prenais)?
- Est-ce dangereux pour ma fille?



Cancer colorectal; généralités

- Risque « life long » = 1/18 (6 %)
- Au diagnostic
 - ~ 50 % stade I et II
 - ~ 25 % stade III (N⁺)
 - ~ 25 % M₁ (métastatique)
- Au total ~ 50 % vont en guérir



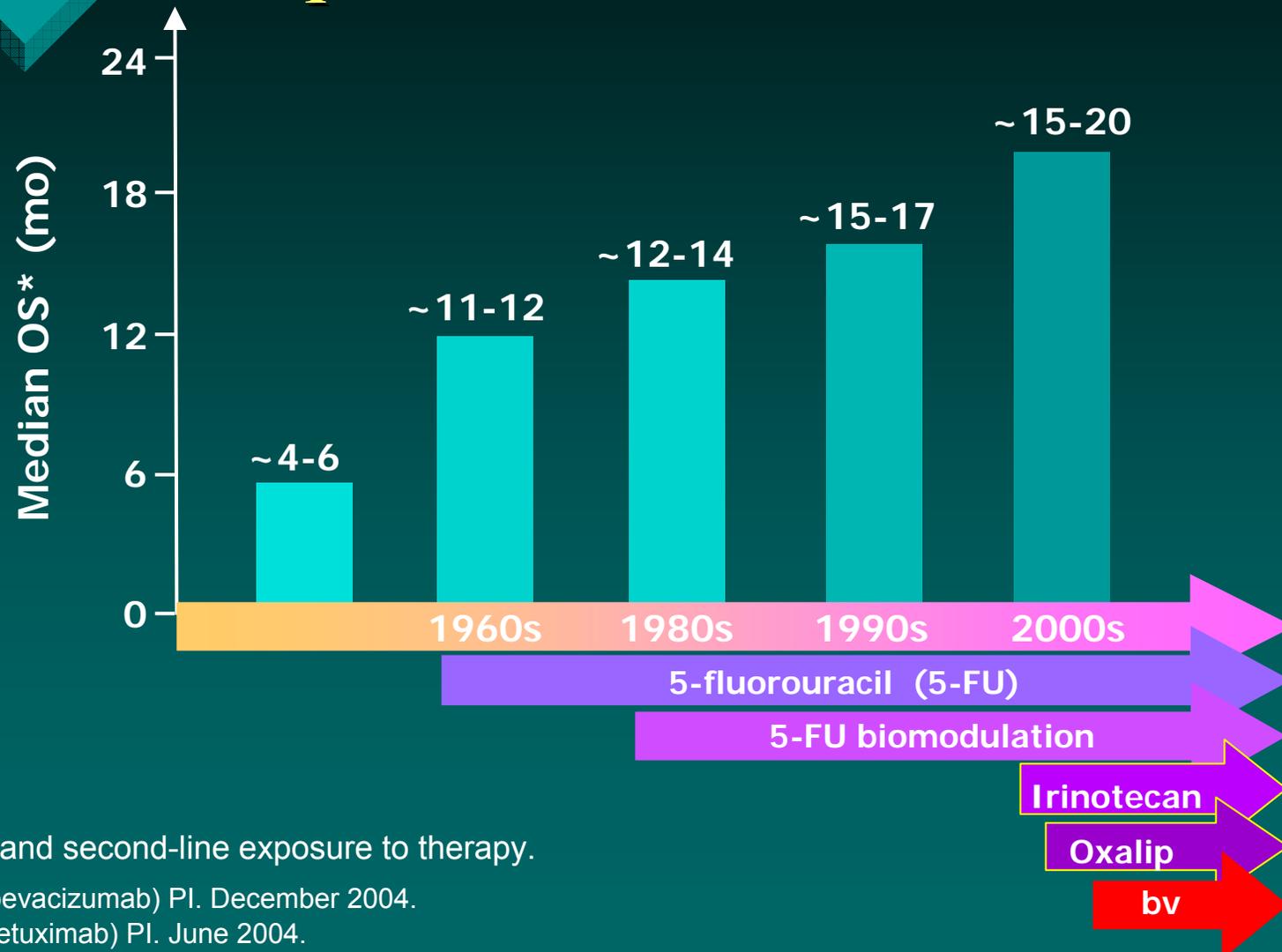
Traitement du cancer colorectal; généralités

- Chirurgie d'abord (maladie localisée)
- Chimiothérapie adjuvante pour les stades III (N⁺)
 - Folfox, capecitabine (Xeloda[®])
 - ↓ ~ 50 % taux de rechute
- + Radiothérapie pelvienne pour néo du rectum

Cancer du côlon métastatique

- « Pattern » métastatique :
 - Foie
 - Poumons
 - Os, SNC
- Survie médiane avec chimio palliative de mieux en mieux; **18-24 mois**

Histoire du traitement du cancer colorectal métastatique



*Both first- and second-line exposure to therapy.

Avastin™ (bevacizumab) PI. December 2004.

Erbix™ (cetuximab) PI. June 2004.

Van Cutsem and Verslype. *ASCO Educ Book*. 2002.



Cancer colorectal; la question qui tue... *(QQT)*

- (Cancer du côlon métastatique) : j'ai une bonne réponse à la chimio, est-ce que je peux l'arrêter pour un bout de temps?
- Avez-vous de la chimio en pilule pour ma maladie?



Cancer du poumon; généralités

- Première cause de mortalité néoplasique pour les deux sexes
- Lien étroit avec tabagisme (> 80 % des cas)
- Risque relatif (fumeurs); x 15
- 80 % = cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC), 20 % cancer poumon à petites cellules (oat cell)
- Mauvaise maladie : **au total ~ 20 % vont en guérir**

CPNPC; modalités de traitement selon le stade et pronostic

Stade au diagnostic	Traitement	Pronostic général
CPNPC localisé stades I et II ≈ 1/3 au diagn.	Chirurgie +/- Chimiothérapie adjuvante (↑ absolu de 5-10 % la survie)	- 40-60 % de rechute
CPNPC localement avancé stade III / médiastin + ≈ 1/3 au diagn.	Chimio/radiothérapie	- 10-15 % de cure ≈ 15-18 mois de survie médiane
CPNPC métastatique stade IV ≈ 1/3 au diagn. (40 %)	Chimiothérapie palliative discutée	≈ 9-10 mois de survie médiane



CPNPC métastatique

- Chimiothérapie palliative souvent discutée, patient avec indice fonctionnel acceptable
 - Doublet à base de platine comme carboplatine/gemcitabine
- ☺ Bénéfices en moyenne = **+ 2 mois de survie** (survie médiane de 9-10 mois) sans compromettre qualité de vie en général. ↑ survie à 1 an de 10-20 %
à 30-35 %



Cancer du poumon à petites cellules (CPPC); survol

- \approx 20 % des cancers du poumon
- « Staging » \neq
 - Forme limitée; $\frac{1}{2}$ thorax
 - Forme extensive; métastatique
- Risque \uparrow de mét. SNC
- + Chimio sensible que CPNPC mais récidivant...



CPPC; modalités de traitement selon le stade et pronostic

Stade	Traitement	Pronostic
Forme limitée $\approx 1/3$	Chimio-radiothérapie <ul style="list-style-type: none">- Chimio; cisplatine/VP16 x 4-6 cycles- Radiothérapie thorax précoce- Radiothérapie prophylactique cérébrale pour répondant	Survie médiane de 15-20 mois. $\approx 10-20\%$ de cure
Forme extensive $\approx 2/3$	Chimiothérapie palliative <ul style="list-style-type: none">- Chimio; carboplatine/VP16 x 4 cycles- Radiothérapie prophylactique cérébrale pour répondant	Survie médiane de 9-12 mois



Cancer du poumon; la question qui tue... (QQT)

- (CPNPC métastatique) : vous, « garde » pensez-vous que cela vaut vraiment la peine de recevoir cette chimiothérapie?
- Je n'ai pas arrêté de fumer : est-ce grave?



Merci de votre attention!

et surtout

Merci de votre précieuse collaboration pour
« prendre soin » de ces patients!