

*Ce que devrait savoir
l'infirmière sur l'histoire
naturelle, le pronostic et le
plan de traitement des cancers
les plus fréquents; deuxième
partie.*

André Blais
Hémato-oncologue
22 octobre 2010
CSSS de Rimouski-Neigette

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 de l'individu 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

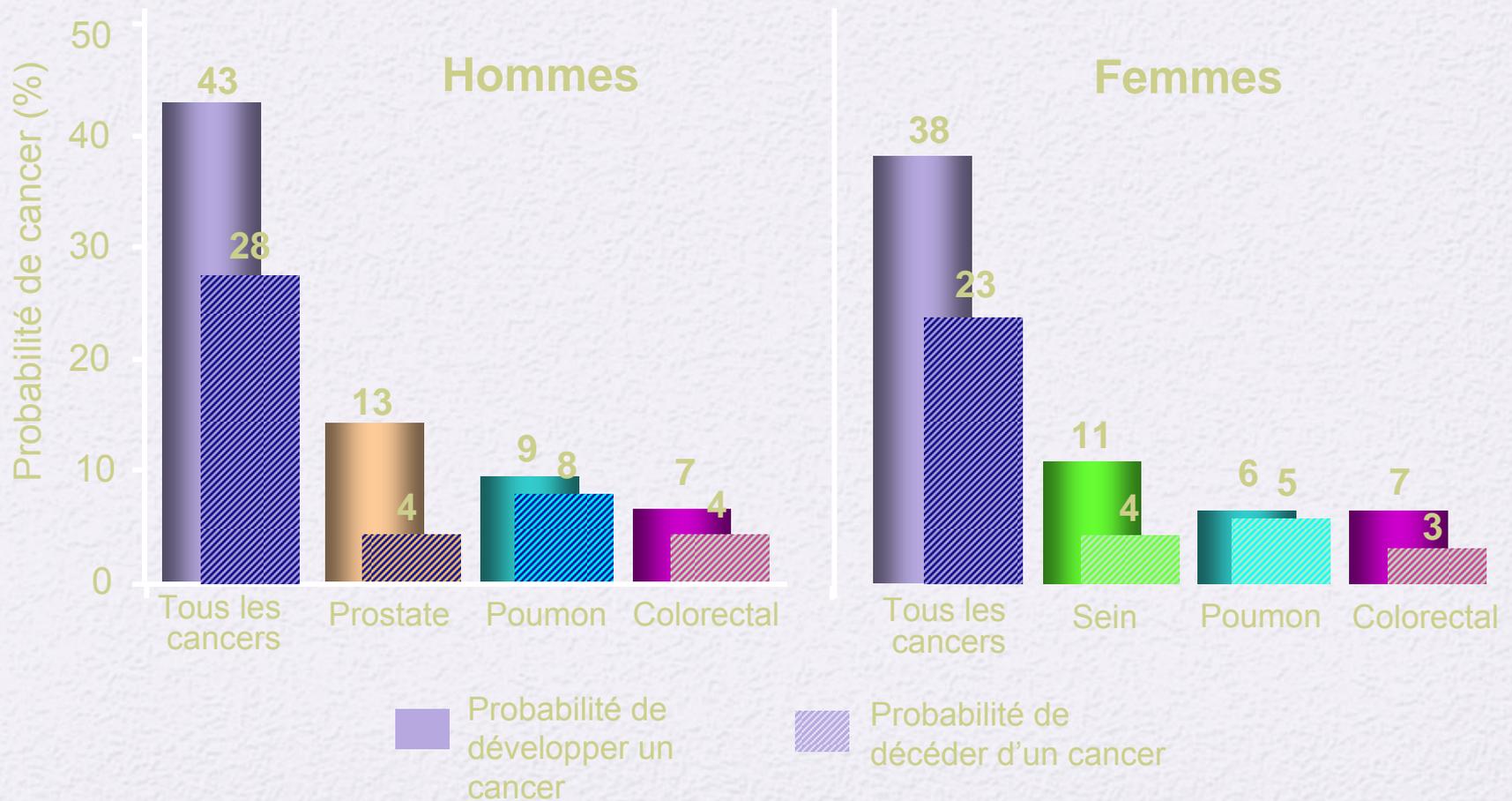
Retour sur les sujets de l'année dernière : cancer du sein, colorectal, poumon; une question facile et une moins facile?

- Généralités oncologie ...
- Cancer prostate (avancé) : généralités, traitement, impact du traitement
- Cancer ovaire
- Tumeur cérébrale (glioblastome)
- Lymphome
- Greffe de moelle : généralités
- Conclusion

Généralités oncologie

- Cancer = maintenant la première cause de mortalité (> maladie cardiovasculaire)
- Globalement, la mortalité par néoplasie est cependant à la baisse
 - Détection + précoce
 - Traitement + efficace

Incidence et mortalité selon les différents types de cancer



Généralités oncologie – Optique de la chimiothérapie

- Chimiothérapie à visée curative
 - **Lymphome**, leucémie aiguë, cancer testicule
- Chimiothérapie adjuvante ou complémentaire
 - Cancer sein, colorectal, **ovaire**, **glioblastome**, ...
- Chimiothérapie palliative/cancer métastatique
 - Cancer poumon, sein, colorectal, **prostate**, ...

Retour sur sujets de l'année dernière ...

- Cancer du sein
 - Est-ce que les femmes pré (A) et post (B) ménopausées ou les deux (C) atteintes d'un cancer du sein peuvent bénéficier de l'hormonothérapie adjuvante?
 - En 2010, est-ce meilleur pronostic d'avoir un cancer du sein HER positif (A) ou négatif (B)?

Retour sur sujets de l'année dernière ...

- Cancer colorectal
 - L'espérance de vie d'un patient atteint de cancer colorectal métastatique est d'environ 1 (A), 2 (B), 3 (C) ou 4 (D) ans avec les traitements contemporains
 - Les patients avec un cancer colorectal métastatique muté au niveau du gène K-ras ont un meilleur (A) ou moins (B) bon pronostic?

Retour sur sujets de l'année dernière ...

- Cancer du poumon
 - Le tabagisme est en cause dans environ 60 (A), 85 (B) ou 99 % (C) des cas de cancer du poumon?
 - Les traitements suivants, sauf un, peuvent être une option de deuxième ligne pour patient atteint de cancer du poumon non à petites cellules métastatique
 - A- Docetaxel (taxotère[®])
 - B- Erlotinib (Tarceva[®])
 - C- Soins de bon confort
 - D- Topotécan (hycamtin[®])

Cancer prostate

- Généralités
 - Le + fréquent cancer chez l'homme
 - Risque cumulatif (« life long »); 1/6, décès; 1/35
 - Souvent subclinique (petit cancer prostate + chez \approx 64 % des hommes entre 60-70 ans)
 - Symptômes : obstructifs urinaires, reliés à la présence de métastases (os, ganglions abd., poumons ...)
 - Traitement (cancer prostate localisé)
 - Prostatectomie radicale vs
 - Radiothérapie +/- hormonothérapie vs
 - Observation

Cancer prostate

(avancé/métastatique)

- Traitement d'abord par HORMONOTHÉRAPIE (agoniste LHRH +/- anti-androgène)
- Quand hormonoréfractaire : discussion pour chimiothérapie palliative
 - Docetaxel (taxotère[®]) iv aux 3 sem. ad 10 cycles si bénéfiques cliniques et tolérance ok
 - 😊 impact : ↓ symptômes et ↑ survie (18.9 mois de survie vs 16.5 avec ancien « standard »)
 - Si métastases osseuses : acide zoledronique (zometa[®]) iv aux 3-4 semaines
 - 😊 impact : ↓ de 22 % risque de complication osseuse sur métastases. Ex. : fracture

Cancer prostate

- La question qui tue...
 - « Garde », pensez-vous que je suis trop vieux pour prendre ce traitement de chimio??

Cancer ovaire

- Généralités
 - Risque cumulatif « life long »; 1/60-70
 - Dissémination abdominale/péritonéale
 - ~ 75 % stade III (abdomen +) ou IV au diagnostic
 - Symptômes : ballonnement abdominal, ...
 - Traitement : chirurgie optimale; « debulking » maximal

Cancer ovaire

- Traitement complémentaire par chimiothérapie indiqué après la chirurgie
 - Chimiothérapie carboplatin/paclitaxel (taxol[®]) iv aux 3 sem. X 6
 - ☺ impact : ~ 75 % de réponse clinique complète mais malheureusement ~ 75 % de rechute et ultimement décès
 - Survie variable : ~26 mois si chirurgie non optimale (maladie résiduelle > 2 cm) vs 60 mois si optimale
 - Chimiothérapie de deuxième ligne et subséquente
 - Si rechute > 6-12 mois après arrêt de chimio carbo/taxol : reprendre carbo/taxol
 - Si rechute + précoce ou si devenu platine résistant : caelyx, topotecan, gemcitabine, vp16 oral, tamoxifène ...

Cancer ovaire

- La question qui tue?
 - Moi, à 40 ans, j'ai un cancer du sein. Ma sœur a fait un cancer de l'ovaire. Ma fille a 20 ans et je suis inquiète pour elle. Est-ce que je peux passer le test pour les gènes du cancer??

Tumeur cérébrale (glioblastome)

- Généralités
 - 1 % des cancers de l'adulte, 2 % des décès
 - Pathologie des tumeurs cérébrales
 - 30 % méningiome (bénin)
 - 20 % glioblastome (astrocytome grade IV)
 - 10 % astrocytome
 - Symptômes
 - Hypertension intracrânienne : céphalées, nausées/vomissements, Δ personnalité...
 - Symptômes/signes focaux : parésie, trouble langage, convulsions...

Tumeur cérébrale (glioblastome)

- Généralités (suite)
 - Diagnostic : TDM→IRM
 - Traitement (glioblastome)
 - Decadron initialement
 - Résection maximale sécuritaire
 - Radiothérapie post-op
 - Combinée à chimiothérapie orale témozolamide (temodal[®]) : id pendant RT puis 5 jrs/mois x 6 mois

Tumeur cérébrale (glioblastome)

- Chimiothérapie temodal (+ RT) indiquée
 - 😊 impact de l'ajout de la chimiothérapie temodal
 - Survie ↑ de 12.1 mois à 14.6 mois, ↑ de la survie à 2 ans de 10.4 % à 26.5 %

Tumeur cérébrale

- La question qui tue?
 - Ma fille ado est toujours sur le téléphone cellulaire. Est-elle plus à risque pour une tumeur cérébrale??

Lymphome

- Généralités
 - 4-5 % des cancers
 - Pathologie de base
 - Maladie de hodgkin vs lymphome non hodgkinien
 - Lymphome non hodgkinien de bas grade vs lymphome « agressif » (diffus à grandes cellules)
 - Symptômes
 - Reliés aux masses ganglionnaires
 - Et +/- symptômes B (↓ pds, température, sudation nocturne)

Lymphome

- Pronostic et traitement
 - Hodgkin : chimiothérapie ABVD +/- radiothérapie (cure ≈ 75 % des patients tout stade confondu)
 - Lymphome non hodgkinien
 - LNH de bas grade : observation vs Rituximab (rituxan[®]) COP puis entretien au rituxan aux 2-3 mois x 2 ans vs leukeran oral (survie de plusieurs années mais maladie récidivante et incurable)
 - LNH « agressif » : chimiothérapie rituxan CHOP x 6-8 cycles (cure dans environ 40-50 % des cas)

Lymphome

- La question qui tue?
 - (Patient de 50 ans) Docteur, est-ce que c'est mieux d'avoir le lymphome de bas grade ou le lymphome « agressif »?

Greffe de moelle - Généralités

- Concept de cellules souches
- Concept de cellules souches périphériques ou circulantes
- Capacité de « homing » des cellules souches

Greffe de moelle – Généralités

- Autogreffe de moelle (de cellules souches hématopoïétiques)
- Étapes
 - Maladie doit être traitée/contrôlée, chimiosensible
 - Après mobilisation (+/- chimio et neupogène) : collecte de cellules souches périphériques par phérèse, cryopréservation
 - Chimiothérapie intensive pré-greffe (**concept de dose intensité...**)
 - Puis réinfusion du greffon de cellules souches comme « rescue » de la fonction hématopoïétique
- Indications + fréquentes (patients \leq 65 ans)
 - Myélome multiple (non curatif, + 1-2 ans de survie)
 - Maladie de hodgkin et lymphome en rechute (740 % de cure)
- Mortalité < 5 %

Greffe de moelle : généralités

- Allogreffe de moelle (cellules souches hématopoïétiques)
 - Greffon = cellules souches d'un donneur HLA compatible apparenté (frère, sœur) ou non apparenté (registre de donneurs)
 - Double effet thérapeutique
 - Effet de la chimiothérapie pré-greffe (éradiquer/tuer le + possible la maladie)
 - Effet « immunitaire » du greffon pour combattre/contrôler la maladie (**effet du greffon contre leucémie**)

Greffe de moelle - Généralités

- Indications + fréquentes (patients \leq 45-55 ans)
 - Leucémie aiguë à risque de rechute + élevé
 - Leucémie myéloïde chronique (jeune patient)
- Procédure plus risquée
 - Mortalité + élevée (10-30 %)
 - Plus morbide
 - GVH (maladie du greffon contre l'hôte)
 - Infection telle à CMV
- Aussi maintenant mini-allogreffe (allogreffe non myéloablative) ...

Conclusion

- Pour mieux aider nos patients, il faut toujours viser à en savoir un peu plus sur leur personne et sur la maladie dont ils souffrent
- MERCI de faire équipe ...