

19 EMES rencontres
infirmières
en
oncologie

BIENVENUE

WWW.AFIC-RENCONTRES.ORG

SAMEDI 19 MARS 2016
À LA MAISON DE LA CHIMIE
28 BIS RUE ST DOMINIQUE
75007 PARIS

METRO INVALIDES

Interactions médica...
...MENTEUSES!



BLOCS NOTES RÉSUMÉ DES COMMUNICATIONS



Évènement organisé par l'A.F.I.C.



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(els) de Cancérologie

www.afic-asso.org



- NOS ÉVÈNEMENTS R.I.O ET R.I.O.R.
- INSCRIPTIONS GRATUITES EN LIGNE
- ACTUALITÉS
- ESPACE PARTENAIRES
- INFOS PRATIQUES
- PRIX DU POSTER
- PRIX INFIRMIER ANY D'AVRAY

DEUX SITES INTERNET POUR MIEUX VOUS INFORMER !



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

« Ensemble,
transformons les défis d'aujourd'hui
en victoires de demain »

Le site officiel de notre association

www.afic-asso.org



- Informations et partages
d'expériences
- Espace adhérents
- Actualités
- B.I.C.
- Agenda
- Résumé des communications
en ligne



INTRODUCTION DE LA PRÉSIDENTE DE L'A.F.I.C.



Pascale DIELENSEGER
Présidente de l'A.F.I.C. et
Rédactrice en Chef du B.I.C.
(Bulletin infirmier du Cancer)

BIENVENUE AUX 19ÈMES R.I.O. PARIS !

Cette 19ème édition Rencontres Infirmières en Oncologie annuelles est comme toujours dédiée au « prendre soin » en cancérologie dans ses différentes dimensions.

Ce rendez-vous, tant attendu, va être rythmé d'échanges entre professionnel(le)s, de partages d'expériences, d'idées et de nouveautés dans l'exercice du soin en cancérologie.

Le contenu de nos communications varié, construit par des infirmiers ayant répondu à l'appel de l'A.F.I.C. pour participer à l'élaboration du programme scientifique, vous éclaire de sujets traités avec brio par des orateurs de qualité, membres ou non de la profession infirmière. Quoi qu'il en soit, tous inscrivent leur intérêt pour des soins de qualité aux personnes atteintes de cancer dans leurs actions quotidiennes.... Tout Comme Nous !!

L'A.F.I.C. est heureuse de pouvoir, cette année encore, vous accueillir au sein de ce lieu mythique de la Maison de la Chimie, pour que demain soit fait d'énergies renouvelées auprès des patients.

Merci à nos orateurs, au Comité Scientifique et d'Organisation 2016, à nos fidèles partenaires et merci à vous.

Bonne journée parmi nous !

« Ensemble,
transformons les défis d'aujourd'hui
en victoires de demain »

P. DIELENSEGER



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

ADHÉREZ À L'A.F.I.C. AFIN DE :

- Partager votre expertise professionnelle
- Vous investir au sein des comités régionaux, nationaux et internationaux
- Faire connaître l'association et partager les avantages avec vos pairs
- Participer aux actions menées en termes de reconnaissance de notre spécificité « infirmier(e)s de cancérologie »



Informations sur www.afic-asso.org  

* Un cadeau offert à chaque nouvel adhérent le jour des R.I.O.R. ou des R.I.O.



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

LES 19ÈMES R.I.O. SONT RÉALISÉES GRÂCE À NOS NOMBREUX SOUTIENS, MERCİ À EUX :

SYMPOSIA



Bristol-Myers Squibb



MERCK

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET PRESTATAIRES DE SERVICE



Bristol-Myers Squibb



PAXMAN^o
PIONEERS IN SCALP COOLING



Bayer HealthCare



MSD
Vivre mieux



PRESSE SPÉCIALISÉE



INSTITUTIONS



AR.SI

NOS PROCHAINS ÉVÈNEMENTS :

- R.I.O.R. RENNES : 26 novembre 2016
- R.I.O. PARIS : 25 mars 2017
- EDITION SPECIALE 20 ANS

INSCRIPTION GRATUITE ET OBLIGATOIRE
SUR WWW.AFIC-RENCONTRES.FR

ORGANISATION, RELATIONS SOUTIENS, PARTICIPANTS & PRESSE :

Hafida BENNOUR
06 85 08 45 76
contact@tutti-frutti.fr



ASSOCIATIONS MISES À L'HONNEUR :

- UAFLMV
- JSC
- Julien et Jonadev
- Tribu Cancer
- Sparadrap
- ARSI

PROGRAMME 19ÈMES RIO

19 MARS 2016 - 8H00 À 18H00

MAISON DE LA CHIMIE - 28 BIS RUE ST DOMINIQUE METRO INVALIDES
75007 PARIS



MATINÉE : CONFÉRENCE ET DÉBATS

8h30 - 8h45 : Introduction

Pascale DIELENSEGER, Présidente A.F.I.C., Rédactrice en chef du B.I.C.

8h45 - 9h00 : Résultat du questionnaire «Ensemble construisons l'A.F.I.C. de demain»

Monique DEBARD, Membre du CA A.F.I.C.

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

9h00 - 9h30 : Les plaies en oncologie : de la pratique clinique à la recherche et l'innovation

Isabelle FROMANTIN, Infirmière Institut Curie Paris

9h30 - 10h00 : Cancer du pancréas : quelles avancées thérapeutiques

Pr Christophe MARIETTE, Chef du département de chirurgie digestive et oncologique, Hôpital Universitaire Claude Huriez Lille

10h00 - 10h30 : Activité physique et cancer : quels effets ? pour quelles activités ?

Pr Martine DUCLOS, Médecin, endocrinologue et physiologiste, Professeur des Universités, Chef du service de Médecine du Sport et des explorations fonctionnelles, CHU G Montpied Clermont Ferrand (63)

10h30 - 10h45 : Remise de la bourse R.S.I.C. A.F.I.C. 2016

Pascale DIELENSEGER, Présidente A.F.I.C. & Frédéric DESPIAU, Coordinateur Bourse R.S.I.C. A.F.I.C.

10H45 - 11H15 : PAUSE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

11h15 - 11h45 : Education thérapeutique en cancérologie : Leviers et freins à la mise en œuvre

Emmanuelle ARFE, Cadre de Santé, Institut Universitaire du Cancer Oncopole Toulouse

11h45 - 12h15 : Clinique de suivi à long terme : quelle prise en charge pour les adultes traités pendant l'enfance pour un cancer

Dr Brice FRESNEAU, Institut Gustave Roussy Villejuif, & Sophie RIVOLLET, Psychologue clinicienne, Département de Pédiatrie, Institut Gustave Roussy Villejuif

12h15 - 12h45 : Interactions médicamenteuses : Induction, inhibition et alimentation

Dr François LOKIEC, Chef du département de Radio-Pharmacologie Institut Curie, Hôpital René Huguenin Saint-Cloud

12h45 - 13h00 : PRIX INFIRMIER ANY D'AVRAY, une marque du groupe ADERANS - A.F.I.C. 22ème édition 2016

Nicole RAMA, Vice-Présidente A.F.I.C. et Présidente du Prix Infirmier

13H00 - 14H15 : DÉJEUNER

APRES-MIDI : SYMPOSIA EN COLLABORATION AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

14h15 - 15h00 : SANOFI

L'incontournable essor de l'oncogériatrie

15h00 - 15h45 : BRISTOL MYERS SQUIBB

Les fondamentaux de l'immunologie en cancérologie

Dr Aurélien MARABELLE, Médecin oncologue, D.I.T.E.P. Département d'Innovations Thérapeutiques des Essais Précoces Institut Gustave Roussy Villejuif

Anne Hubert, infirmière, S.I.T.E.P., Institut Gustave Roussy Villejuif

15h45 - 16h15 : PRIX DU POSTER A.F.I.C. 2016

Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE, Membre du CA de l'AFIC, Responsable du site internet et du Prix du poster, Référente E.O.N.S. et Comité B.I.C.

PAUSE

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

16h15 - 17h00 : ROCHE

Apport de l'hypnose conversationnelle dans l'interaction avec le patient

17h00 - 17h45 : MERCK

Comment prévenir et gérer les radiodermites dans les cancers des VADS traités par RT + anti-EGFR ? Le rôle clé des infirmières

BORG Marie-Claude (Nice), BRAYER Josette (Dijon), BOSSE Laurence (Toulouse), NEGRACHE Hafiza (Toulouse)

17h45 : Conclusion

Pascale DIELENSEGER, Présidente A.F.I.C. Rédactrice en Chef du B.I.C.

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION (C.S.O.) R.I.O PARIS 2016 :

Sophie BAUMONT, Marie-Laure DE BOTTON, Monique DEBARD, Pascale DIELENSEGER, Elianne DUBOIS, Sylvie LOZANO, Elodie MEUNIER, Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE, Amel M'SADEK, Hélène PECOIL, Nicole RAMA, Sandrina RODRIGUES & Véronique TUAL

COORDINATION :

Frédéric DESPIAU

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»



Monique DEBARD
Membre du CA A.F.I.C.

Les différents plans cancers ont participé à faire évoluer la prise en charge des patients ainsi que les compétences des infirmier(e)s.

Différentes évolutions sont constatées : Nouveaux traitements, transformation du métier ou apparition de nouveaux métiers, chronicisation de la maladie cancéreuse

Afin de mieux accompagner les professionnels à ces changements, l'AFIC décide d'interroger fin 2015 les soignants

Les objectifs sont de recueillir les perceptions et attentes concernant une association professionnelle en cancérologie

Ce questionnaire nous permet d'apporter des améliorations ou évolutions professionnelles en lien avec vos réponses et suggestions.

Environ 200 sont réceptionnés

Nous vous en communiquons les résultats.



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

QUESTIONNAIRE AFIC

19^{èmes} RIO, MARS 2016
Paris, Maison de la Chimie

8H45 - 9H00 :
**RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE
«ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE
DEMAIN»**



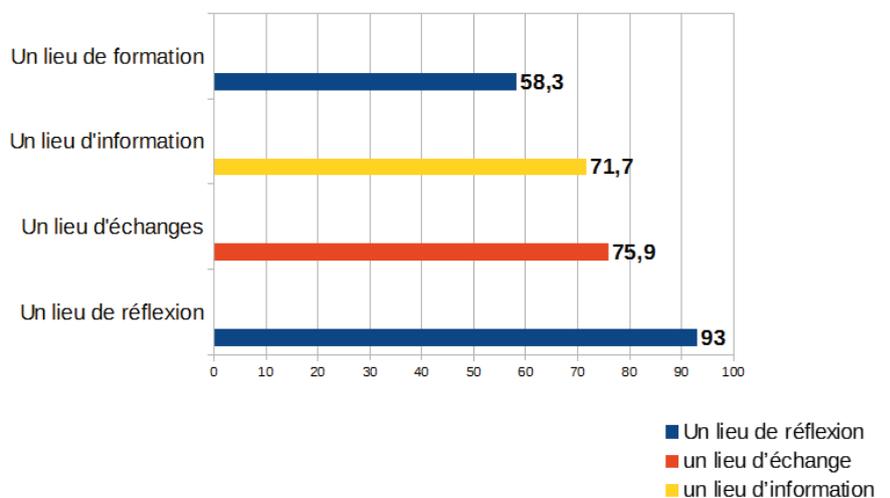
**I. Qu'est ce qu'une association
professionnelle ?**

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Qu'est ce qu'une association professionnelle ?

- Un lieu de réflexion professionnelle, colloque, groupe de travail, comité ... **93 %**
- Un lieu d'échange **75,9 %**
- Un lieu d'information **71,7 %**
- Un lieu de formation **58,3 %**

Qu'est ce qu'une association professionnelle ?

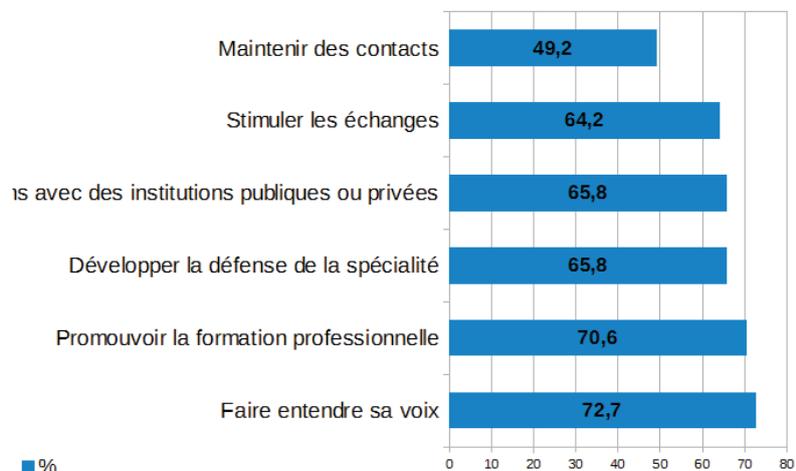


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Quel est le but d'une association professionnelle nationale ?

- Faire entendre sa voix 72,7 %
- Promouvoir la formation professionnelle 70,6 %
- Développer la défense de la spécialité 65,8 %
- Établir des liens avec des institutions publiques ou privées 65,8 %
- Stimuler les échanges 64,2 %
- Maintenir des contacts avec des organisations similaires 49,2 %

Quel est le but d'une association professionnelle nationale ?

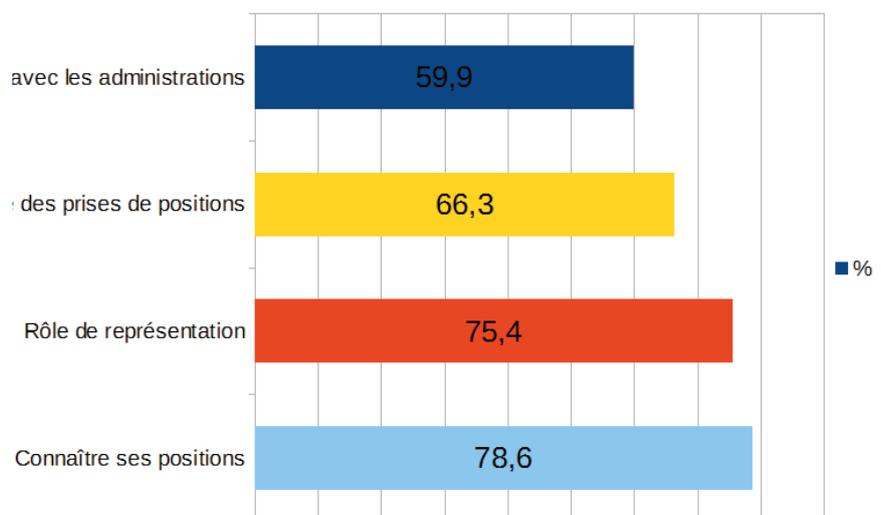


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Pourquoi faire entendre sa voix ?

- Elle fait connaître ses positions par le biais d'articles avec les responsables politiques ou administratifs **78,6%**
- Elle a un rôle de représentation de ses membres auprès des institutions et/ou organismes **75,4%**
- Elle adopte des prises de positions selon les sujets touchant la profession **66,3 %**
- Elle sert d'interlocuteur avec les administrations et la société **59,9 %**

Pourquoi faire entendre sa voix ?

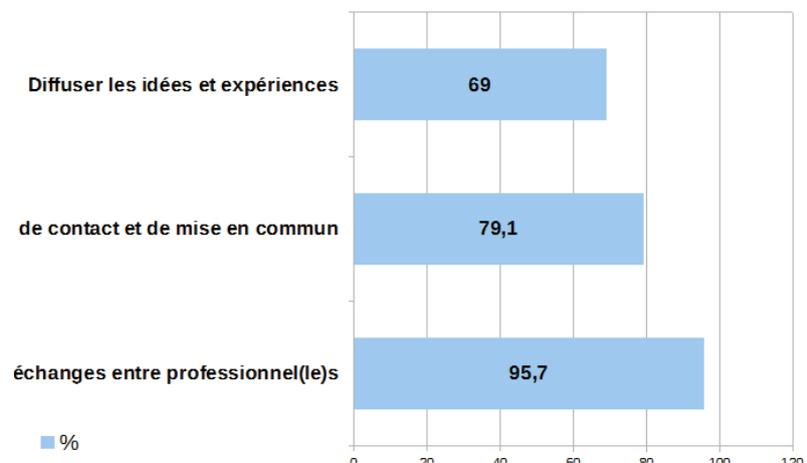


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Stimuler les échanges pourquoi ?

- Faciliter les échanges entre professionnel(le)s de la cancérologie quelque soit le lieu géographique, la structure et type d'exercice **95.7 %**
- Être un lieu de contact et de mise en commun des idées et des expériences **79.1 %**
- Diffuser les idées et expériences au plus grand nombre dans un but désintéressé **69 %**

Stimuler les échanges , pourquoi ?

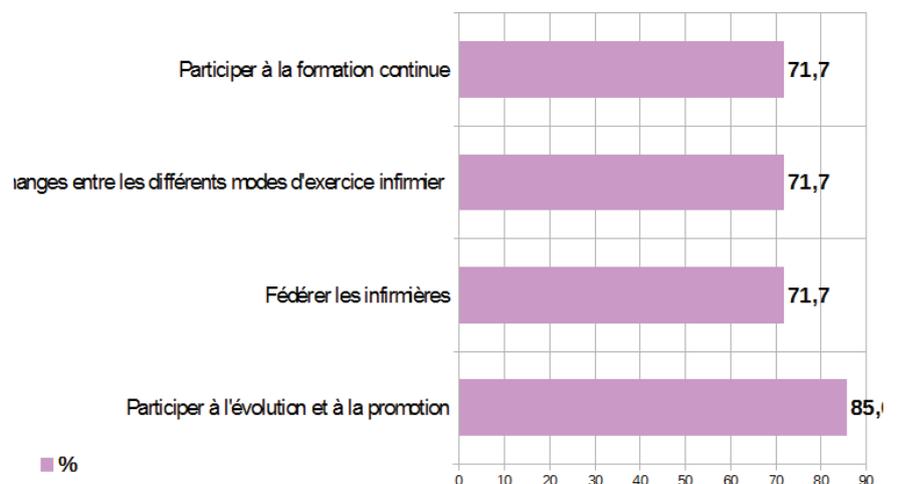


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Développer la défense de la spécialité, pourquoi ?

- Participer à l'évolution et à la promotion des sources de connaissances en cancérologie 85,6 %
- Fédérer les infirmières et infirmiers exerçant auprès de personnes atteintes de cancer 71,7 %
- Favoriser les échanges entre les différents modes d'exercice infirmier 71,7 %
- Participer à la formation continue des infirmier(e)s 71,7 %

Développer la défense de la spécialité, pourquoi ?



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

II. Association professionnelle en Cancérologie

La spécialisation, pourquoi ?

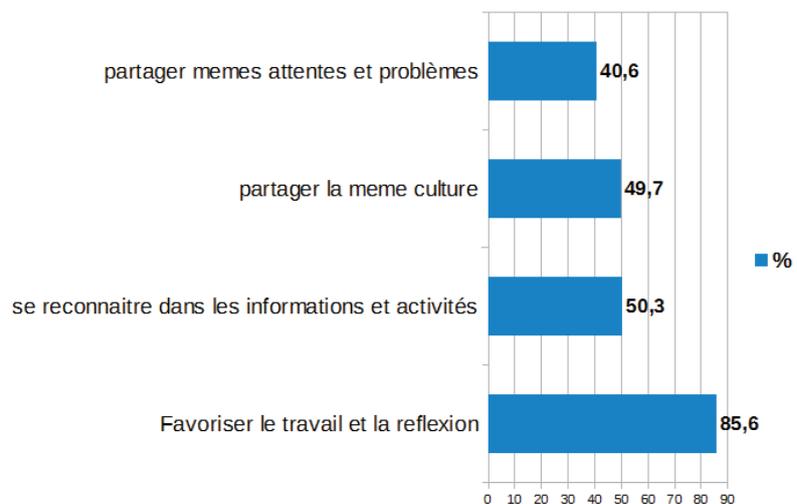
"Ceux qui pensent que
c'est impossible sont priés
de ne pas déranger
ceux qui essaient ..."

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

La spécialisation, pourquoi ?

- Favoriser le travail et la réflexion dans un contexte plus approprié **85,6 %**
- Se reconnaître dans les informations et activités proposées **50,3 %**
- Partager la même culture et le même environnement **49,7 %**
- Mêmes attentes et mêmes problèmes que les autres professionnels **40,6 %**

La spécialisation, pourquoi ?

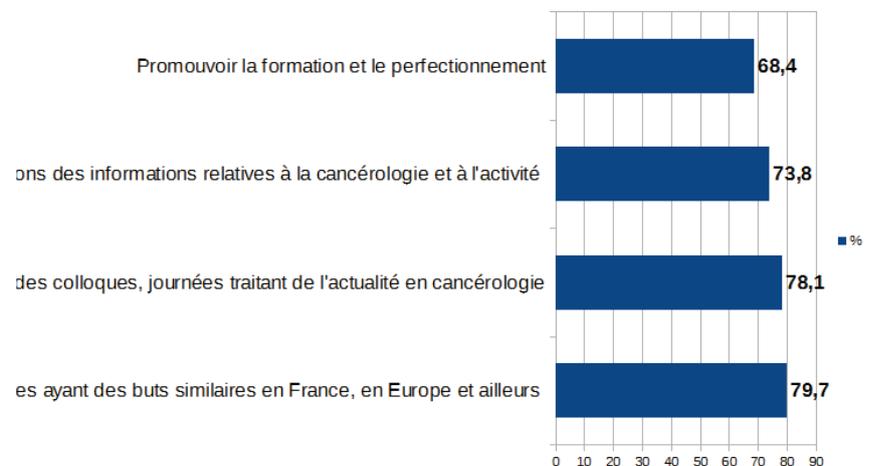


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Lien avec d'autres associations professionnelles, pourquoi ?

- Nouer et entretenir des relations avec des organismes ayant des buts similaires en France, en Europe et ailleurs **79.7 %**
- Organiser des colloques, journées traitant de l'actualité en cancérologie **78.1 %**
- Diffuser par ses publications des informations relatives à la cancérologie et à l'activité des professionnel(le)s en cancérologie en national, en Europe et à l'international **73.8 %**
- Promouvoir la formation et le perfectionnement de ses membres **68,4 %**

Lien avec d'autres associations professionnelles, pourquoi ?

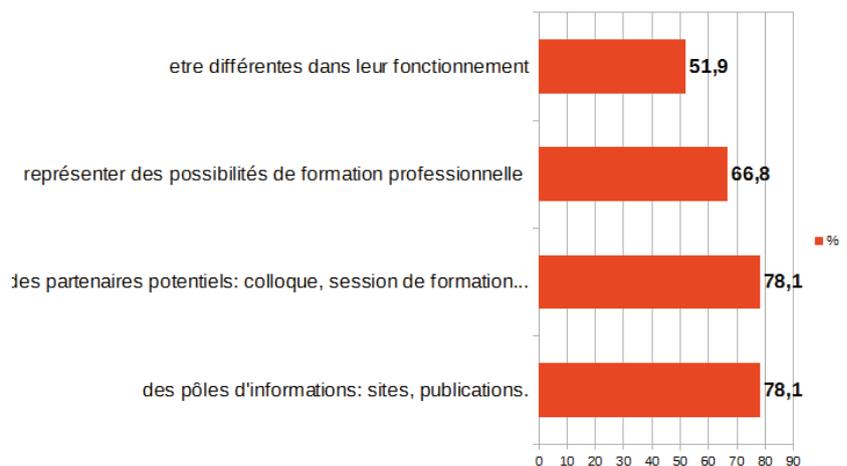


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Associations, au-delà de nos frontières, quel intérêt ?

- Elles peuvent être des pôles d'informations: sites, publications... **78.1 %**
- Elles peuvent être des partenaires potentiels: colloque, session de formation... **78.1 %**
- Elles peuvent représenter des possibilités de formation professionnelle... **66.8 %**
- Elles peuvent être différentes dans leur fonctionnement **51,9 %**

Associations, au-delà de nos frontières, quel intérêt ?

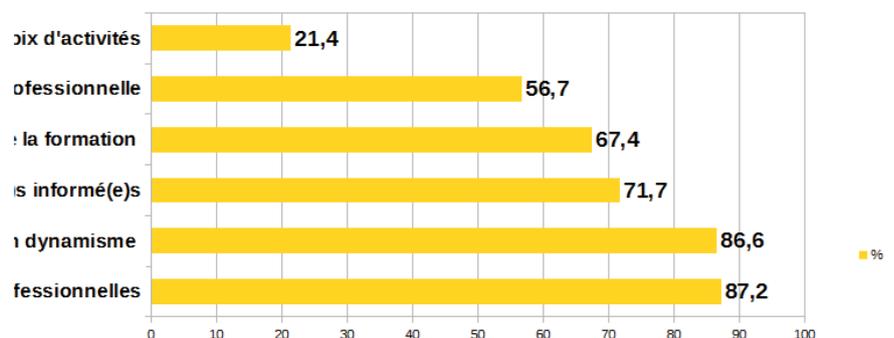


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Pensez-vous que l'évolution d'une association professionnelle dépende de :

- Sa proximité avec les réalités professionnelles 87,2%
- Son dynamisme 86,6 %
- Sa capacité à tenir ses adhérent(e)s informé(e)s 71,7%
- Son intérêt aux débats publics touchant l'évolution de la profession, de la formation 67,4%
- Son insertion dans la vie publique et professionnelle 56,7%
- Du choix d'activités 21,4%

Pensez-vous que l'évolution d'une association professionnelle dépende:

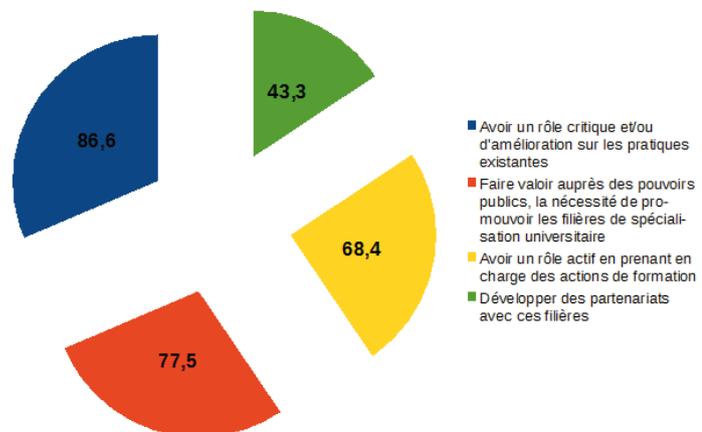


8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Q.5 : Promouvoir la formation professionnelle, pourquoi ?

- Avoir un rôle critique et/ou d'amélioration sur les pratiques existantes **86.6 %**
- Faire valoir auprès des pouvoirs publics, la nécessité de promouvoir les filières de spécialisation universitaire **77.5 %**
- Avoir un rôle actif en prenant en charge des actions de formation **68.4 %**
- Développer des partenariats avec ces filières **43,3 %**

Q.5 : Promouvoir la formation professionnelle, pourquoi ?



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

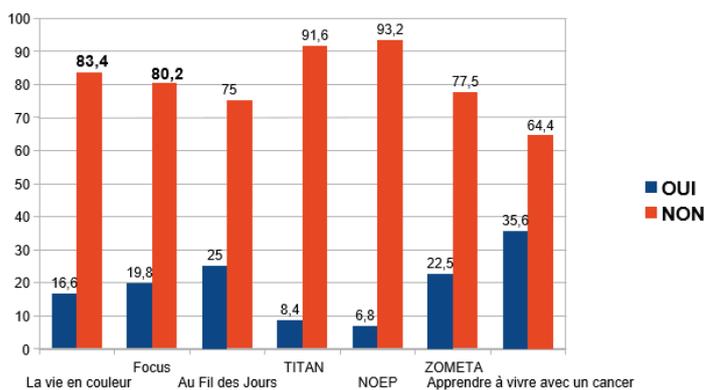
III. L'AFIC : ses formations et partenaires

L'AFIC: ses formations et partenaires

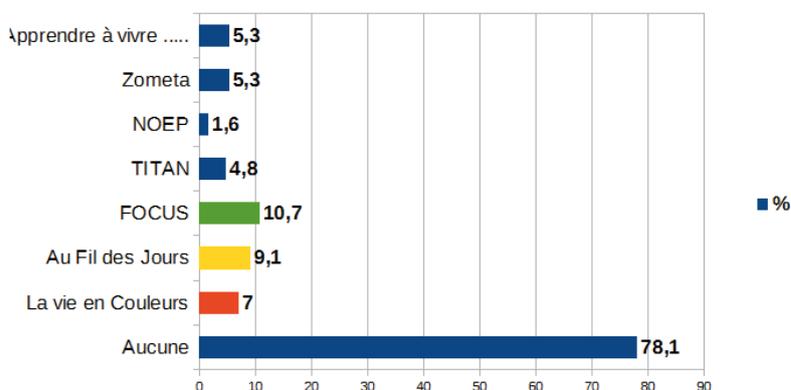
Connaissez-vous ces Formations ?	OUI	NON
La Vie en Couleur (PEC et évaluation de la fatigue)	16,6 %	83,4 %
Focus (FOrmation Consultation de Suivi)	19,8 %	80,2 %
Au Fil des Jours (Accompagnement et gestion du stress en HdJ)	25 %	75 %
TITAN (Training Initiative for Thrombopenia, Anemia and Neutropenia)	8,4 %	91,6 %
NOEP (Nutrition in Oncology and Education For Patients)	6,8 %	93,2 %
ZOMETA (Prise en charge à domicile)	22,5 %	77,5 %
Apprendre à vivre avec un cancer	35,6 %	64,4 %

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

L'AFIC: ses formations et partenaires



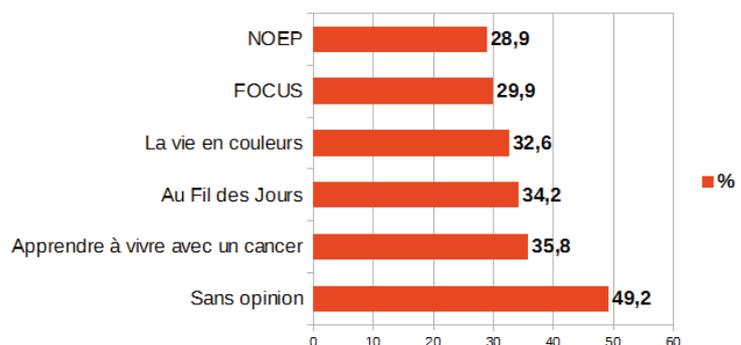
Avez-vous déjà participé à une ou plusieurs de ces formations ?



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Formations AFIC et partenaires	Selon vous, laquelle ou lesquelles seraient à poursuivre ?
La Vie en Couleur (PEC et évaluation de la fatigue)	32,6 %
Focus (FOrmation Consultation de Suivi)	29,9 %
Au Fil des Jours (Accompagnement et gestion du stress en HdJ)	34,2 %
TITAN (Training Initiative for Thrombopenia, Anemia and Neutropenia)	19,3 %
NOEP (Nutrition in Oncology and Education For Patients)	28,9 %
ZOMETA (Prise en charge à domicile)	15,5 %
Apprendre à vivre avec un cancer	35,8%
Sans opinion	49,2 %

.Selon vous, laquelle ou lesquelles seraient à poursuivre?



8H45 - 9H00 :
RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE
«ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE
DEMAIN»

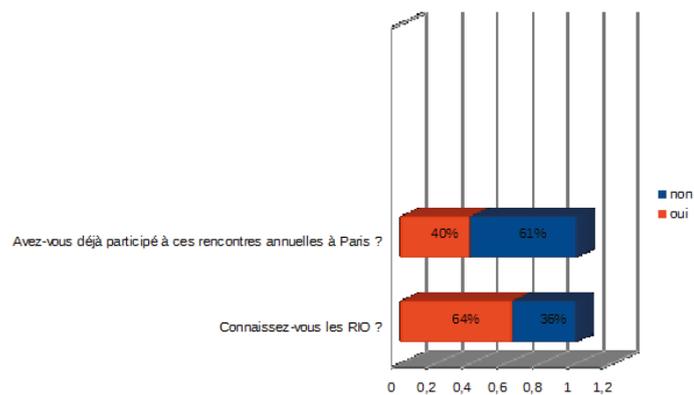
IV. L'AFIC :
Rencontres Infirmières
en Cancérologie
(RIO)

L'AFIC: Rencontres Infirmières en
Cancérologie (RIO)

- Connaissez-vous les RIO ?
Oui **63,6%** Non **36,4 %**
- Avez-vous déjà participé à ces rencontres
annuelles à Paris ?
Oui **39,6%** Non **61 %**

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

L'AFIC: Rencontres Infirmières en Cancérologie (RIO)



Coût Et Distance
Rencontres Positives
Méconnaissance
Éloignement Géographique
Pas Le Temps
Actualités Sur Les Traitements
Non Adhérent
Richesse Des Échanges Et Des Rencontres
Actualités Sur La Cancérologie
Professionnels Et Prestataires
Nouveautés
Pas Informé
Intéressant
Organisation
Apports De Connaissances
Je Découvre
Je Ne Connais Pas
Pas Invité
Thèmes Intéressants

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»



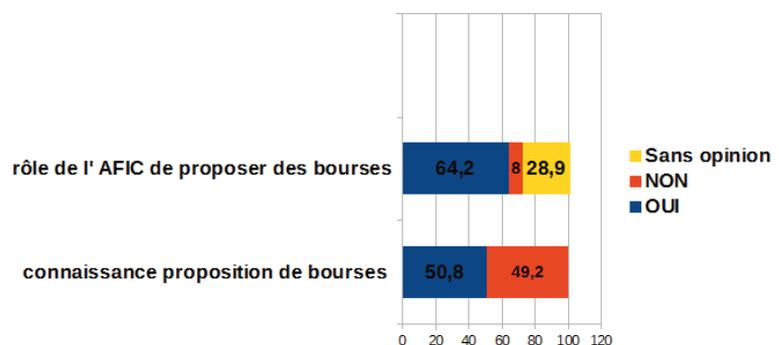
**V. Bourses AFIC :
Promouvoir les connaissances
de ses adhérent(e)s**

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Bourses AFIC: promouvoir les connaissances de ses adhérents

- **Savez-vous que l'AFIC propose des bourses afin de participer à des formations, congrès nationaux et internationaux?**
 - Oui **50.8 %** Non **49.2 %**
- **Pensez-vous qu'il soit du rôle de l' AFIC de proposer des bourses aux adhérents?**
 - Oui **64.2 %** Non **8 %**
 - Sans opinion **28.9 %**

Bourses AFIC: promouvoir les connaissances de ses adhérents.



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Bourses AFIC:
promouvoir les connaissances de ses adhérents

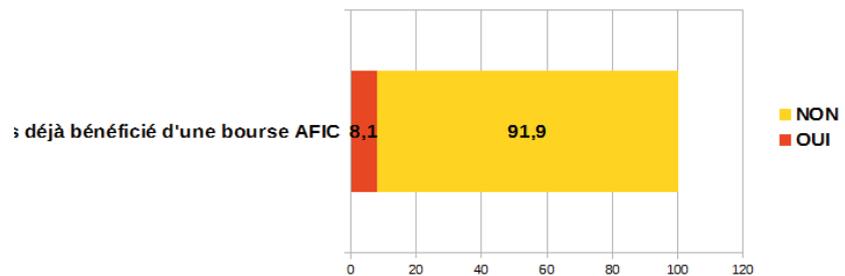
- Avez-vous déjà bénéficié d'une Bourse AFIC ?

Non 91.9 % Oui 8.1 %



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Avez-vous déjà bénéficié
d'une Bourse AFIC ?



RIOr, SIDIEF, RIO Paris, FOM, Congrès de Psycho-Oncologie, ESMO Stockholm, Congrès européen des IDE de pratiques avancées, Congrès AFSOS, Congrès ANFIIDE (Avignon), Congrès à Berlin, Au Fil des Jours, Frais pour RIO ...

Selon vous, que doit proposer l'AFIC,
société savante, aux IDE travaillant en
cancérologie ?

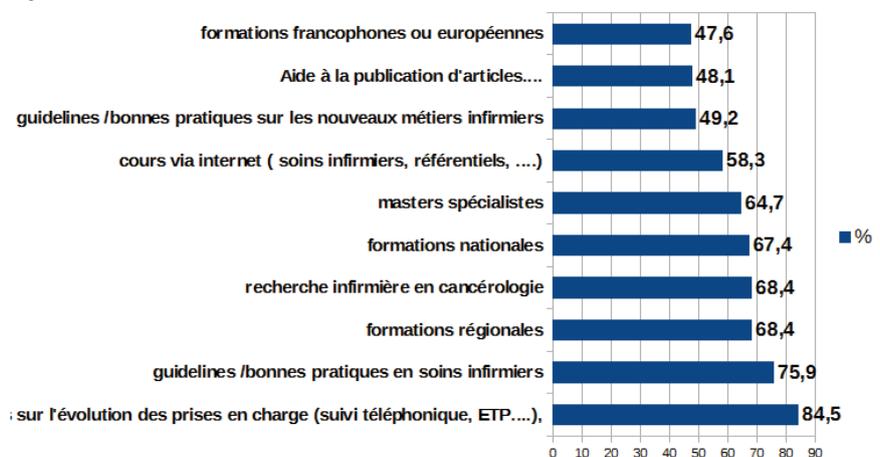
- Des formations sur l'évolution des prises en charge (suivi téléphonique, ETP...), les nouveaux traitements (biologie moléculaire, traitement personnalisé...), l'e-santé **84.5 %**
- Des guidelines/bonnes pratiques en soins infirmiers **75.9 %**
- Des formations régionales **68.4 %**
- La recherche infirmière en cancérologie ... **68.4 %**

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Selon vous, que doit proposer l'AFIC,
société savante, aux IDE travaillant en
cancérologie ?

- Des formations nationales **67.4 %**
- Les masters spécialistes (pratiques avancées,
coordination ,) **64.7 %**
- Des cours via internet (soins infirmiers,
référentiels,.)
58.3 %
- Des guidelines /bonnes pratiques sur les nouveaux
métiers infirmiers **49.2 %**
- Aide à la publication d'articles.... **48.1 %**
- Des formations francophones ou européennes
47.6 %

Selon vous, que doit proposer l'AFIC,
société savante, aux IDE travaillant en
cancérologie ?



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

L'AFIC a lancé la RSIC
(Bourse de recherche en soins infirmiers en
cancérologie) lors des RIO 2015, pensez
vous que cette initiative soit importante ?

Oui 96.8 %

Non 3.7 %

Promouvoir La Spécialité
Valoriser Le Travail Des Équipes
Reconnaissance Recherche Infirmière
Valorisation Et Reconnaissance De La Recherche Infirmière
Nouveaux Métiers
Promouvoir La Recherche Infirmière
Diffusion Des Pratiques
Évolution Soins Infirmiers
Promouvoir

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»



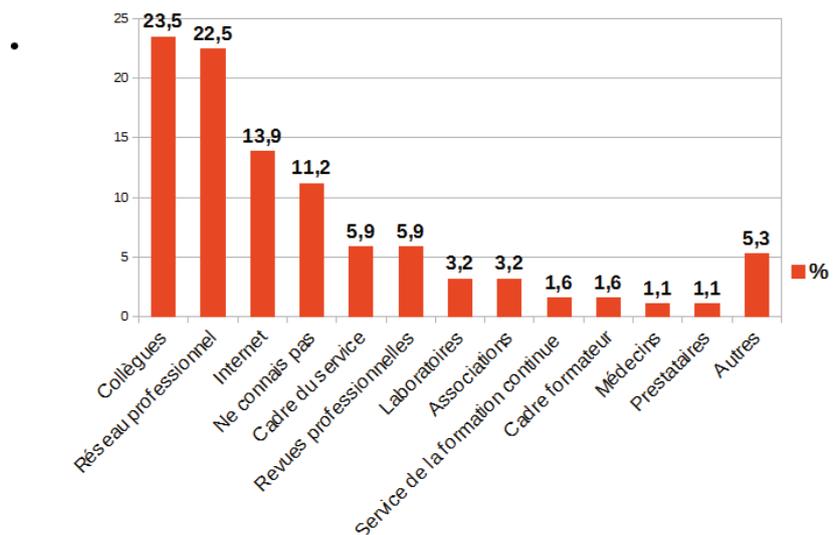
VI. L'AFIC et Vous

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

L 'AFIC et Vous

- **Collègues** 23.5 %
- **Réseau professionnel** 22.5 %
- **Internet** 13.9 %
- Ne connais pas 11.2 %
- Cadre du service 5.9 %
- Revues professionnelles 5.9 %
- Laboratoires 3.2 %
- Associations 3.2 %
- Service de la formation continue 1.6 %
- Cadre formateur 1.6 %
- Médecins 1.1 %
- Prestataires 1.1 %
- Autre 5.3 %

L'AFIC et Vous



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

L'AFIC et Vous

Site web de l'Association, afic-asso.org, le

- OUI : 55.6 % NON : 44.4 %

Bulletin Infirmier du Cancer, **BIC** (*revue professionnelle trimestrielle de l'AFIC*) ?

- OUI 47.6 % NON 52.4 %

L'AFIC et Vous?

- Êtes-vous membre de l'AFIC ?

Oui 38.5 % Non 61.5 %

- Etes-vous membre d'une autre association professionnelle ?

- Oui 39 % Non 61 %

- Laquelle ?: AFSOS, SIDIIEF, ANFIIDE, SFTD, ARSI, SNIIL, SFAP, INFIDOM, associations et réseaux locaux

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

VII. Master Spécialiste Clinique en Cancérologie (ou de Pratiques Avancées)

Master Spécialiste Clinique en Cancérologie (ou de
Pratiques Avancées)

- **Avez-vous connaissance de la mise en place de ce
Master (plan cancer 3) ?**

- Oui 56.5 % Non 43.5 %

-

- **Souhaiteriez-vous faire cette formation universitaire?**

- Oui 36.4 % Non 31 %

- **Ne sais pas 32.6 %**

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»



Master Spécialiste Clinique en Cancérologie (ou de Pratiques Avancées)

Oui **71.1 %** Non **7.5 %** Sans opinion **21.4 %**

**Selon vous, faut-il des pré-requis
indispensables pour accéder à cette
formation ?**

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

REQUIS DE HAUT NIVEAU
CLINICIENNE
GOUT POUR LA RECHERCHE ET ÉTUDES
ONCOLOGIE **CLINIQUE**
ONCO-HÉMATOLOGIE
EXPÉRIENCE EN CANCÉROLOGIE
5 ANS D'EXPÉRIENCE MINIMUM
MINIMUM DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES
LICENCE OU DU ET EXPÉRIENCE EN CANCÉROLOGIE
EXERCICE CLINIQUE
MOTIVATION
DE INFIRMIER

Master Spécialiste Clinique en Cancérologie (ou de
Pratiques Avancées)

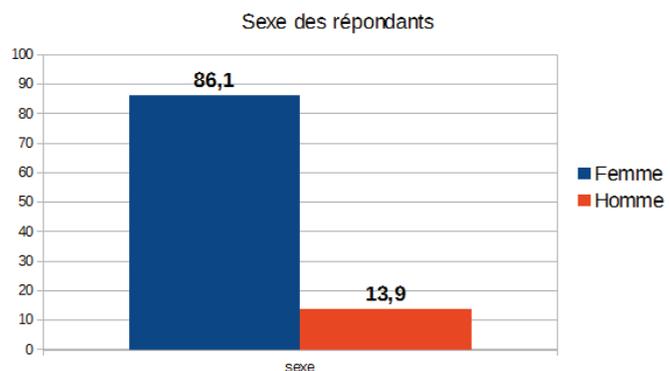
POUR QUOI FAIRE ?

- Devenir Infirmière de Coordination 50.5 %
- Devenir Infirmière de Recherche Clinique 47.8 %
- Changer de service 6 %
- Autre 30.8 %

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

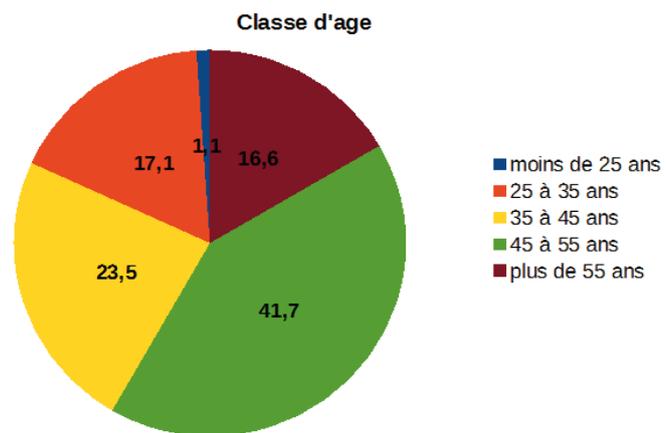
VIII. Afin de mieux vous connaître

Afin de mieux vous connaître



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Afin de mieux vous connaître



Afin de mieux vous connaître

PROFESSION :

- Infirmière 64.7 %
- Cadre de santé 18.2 %
- Autre 12.8 %
- Cadre Formateur 3.2 %
- Infirmière Recherche Clinique 1.1 %
- Étudiante infirmière 0 %

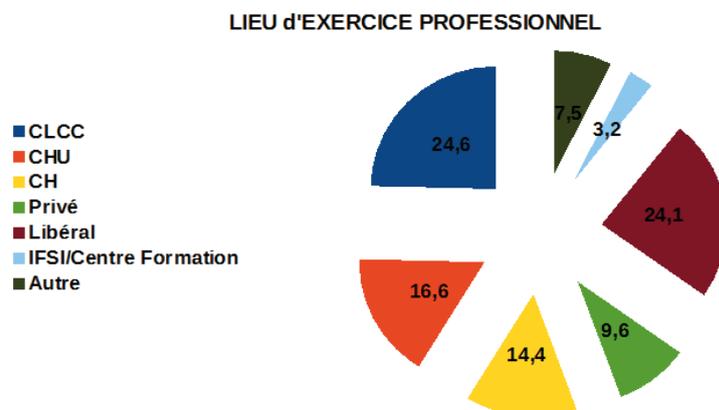
8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Afin de mieux vous connaître

Lieu d'exercice

- CHU 16.6 %
- CH 14.4 %
- CLCC 24.6 %
- Privé 9.6 %
- Libéral 24.1 %
- IFSI ou Centre de formations 3.2 %
- Autre 7.5 %

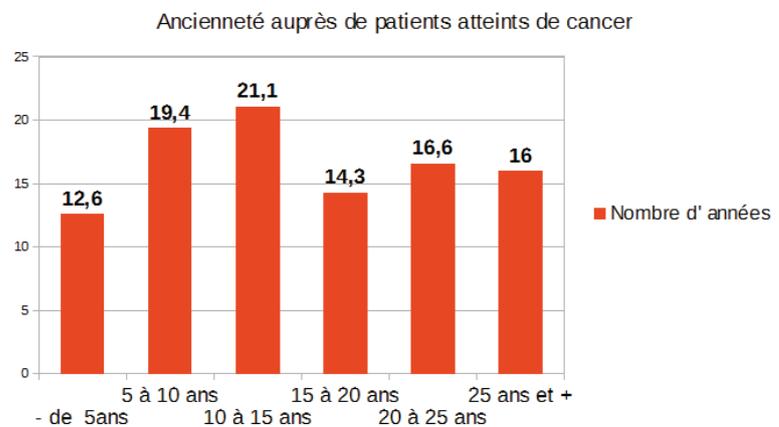
Afin de mieux vous connaître



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Ancienneté	De Diplôme	Dans l'exercice professionnel	Auprès de patients atteints de cancer
• - de 5 ans	7 %	6,3 %	12,6 %
• 5 à 10 ans	16.2 %	14,9 %	19,4 %
• 10 à 15 ans	13 %	14,9 %	21,1 %
• 15 à 20 ans	12.4 %	13,8 %	14,3 %
• 20 à 25 ans	14.1 %	13 %	16,6 %
• 25 ans et +	37.3 %	36,2 %	16 %

Afin de mieux vous connaître



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Afin de mieux vous connaître

Le Podium des Répondant(e)s

- 1 -Midi-Pyrénées/ Languedoc-Roussillon
- 2 -Île de France
- 3 -Aquitaine- Limousin/Poitou Charentes

- 4 -Provence-Alpes-Cote d'Azur
- 5 -Champagne-Ardenne/Lorraine-Alsace

Merci à nos collègues d'Algérie, Belgique, Suisse , Pays-Bas, Québec.....

Afin de mieux vous connaître

Pensez-vous poursuivre votre carrière auprès de patients atteints de cancer ?

- **Oui** 75.9 % **Non** 3.7 %

- Ne sais pas 16 % Pas concernée 4.3 %

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»

Pourquoi ?

- La Recherche,
- L'évolution des connaissances,
- Les nouveaux métiers,
- La diversité des PEC,
- La proximité humaine,
- Spécialité en constante évolution,.....
- Puis commentaires communs au métier IDE

En Conclusion

- Population professionnelle impliquée dans son activité, la qualité des PEC et par les patients
- Recherchant un approfondissement et un renforcement de leurs pratiques professionnelles dans leur discipline
- Appréciant particulièrement d'avoir des temps d'échanges et de réflexion interprofessionnels

8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»



IT'S OUR DAY!



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»



8H45 - 9H00 : RÉSULTAT DU QUESTIONNAIRE «ENSEMBLE CONSTRUISONS L'A.F.I.C. DE DEMAIN»



9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



Isabelle FROMANTIN

- IDE, PhD, Cadre expert, responsable de l'activité Plaies et Cicatrisation - Institut Curie, Paris.
- Vice-Présidente de la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation
- Membre du comité scientifique de l'European Academy of Wound Technology (EAWT)
- Coordination scientifique ou participation en tant qu'investigateur à plusieurs études : cliniques institutionnelles (PHRIP), translationnelles (ANR)
- Chevalier de l'Ordre de la Légion d'Honneur

Les plaies en oncologie regroupent les plaies aiguës et chroniques susceptibles de se chroniciser, les plaies tumorales et les plaies secondaires à certains traitements. Ces plaies présentent des spécificités (ex : symptômes, évolution) par rapport aux autres plaies ou plaies chroniques du fait de leur étiologie et/ou des traitements. Face à ce constat, il est possible d'adopter deux attitudes : transposer les techniques de soins usuelles aux plaies oncologiques ou se questionner à travers une démarche de recherche clinique, avancer par le biais de travaux de recherche translationnelle et/ou développer de l'innovation (recherche pré-clinique, développement). Ces travaux de recherche émergent de la clinique et ont pour finalité d'être utiles aux patients. Dans ce contexte, la recherche est donc un formidable moyen d'améliorer les pratiques de soins de plaie.

Elle peut être menée par une infirmière, grâce au support d'équipes transdisciplinaires qui se constituent autour de chaque projet, le temps de le mener à bien.

9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



 **Les plaies en oncologie : de la pratique clinique à la recherche et l'innovation**

Isabelle Fromantin, IDE PhD, Unité Plaies et Cicatrisation

 1 |

INTRODUCTION

Le traitement des plaies en oncologie = spécifique

Du fait:

- De plaies particulières (tumoraux, radiodermite, radionécrose)
- De la présence de facteurs de retard de cicatrisation liés aux traitements (ex: aplasie, anti-VEGF, RT)
- Du contexte de la maladie

Pour y faire face:

- Un travail interdisciplinaire
- Des connaissances en soins de plaies

Mais malgré tout:

- Des incompréhensions
- Parfois des « échecs » (ou sentiment d'échec) liés à des situations non contrôlées

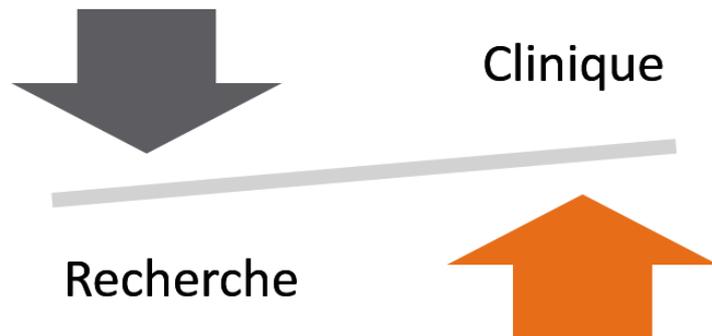


9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

HYPOTHESE

Améliorer la clinique par la recherche, pour ...



3 | 22 mars 2016

AMELIORER LES SOINS



- Gestion des symptômes (odeurs, douleurs, saignement...)
- Connaissances (diagnostic, traitement, anticipation des risques)
- Evaluer l'efficacité des traitements



- Evaluation
- Recherche clinique et Soins Courant
- Recherche translationnelle
- Recherche pré-clinique, R&D (brevet)



4 | 22 March 2016

9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

INDUIT DE FACTO

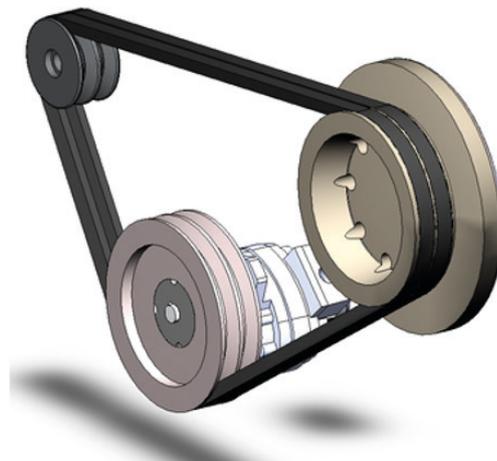


5 | 22 mars 2016

PRINCIPE

Recherche en soin = Courroie*

(*pour les non mécano: pièce utilisée pour la transmission du mouvement)



6 | 22 mars 2016

Exemple pratique?



7 | 22 mars 2016

LES ODEURS, VOUS CONNAISSEZ?

Ce que l'on sait:

- Une plaie (tumorale) peut être malodorante
 - Révulsif, dégoût
 - Isolement, image de « mort »
- Solutions (ex: charbon, antiseptiques, ATB) pas toujours efficaces
 - Recherche d'autres solutions (ex: aromathérapie)

Ce que l'on sait moins

- Caractériser l'odeur, évaluer les odeurs
- Comprendre les odeurs et nos réactions

Ce que l'on ne sait pas

- La contrôler dans toutes les situations +/- sans ATB



8 | 22 mars 2016

9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

IMAGINEZ



Que sentez vous ?

Quelle est votre perception ?

**L'odeur est un sens,
avec ses représentations**



9 | 22 mars 2016

PROVOCATION ?

Non ...

Les plaies tumorales produisent des Composés odorants volatils (COVs):

- Diméthyle disulfide (DMDS)
- Diméthyle trisulfide (DMTS)
- Phénol

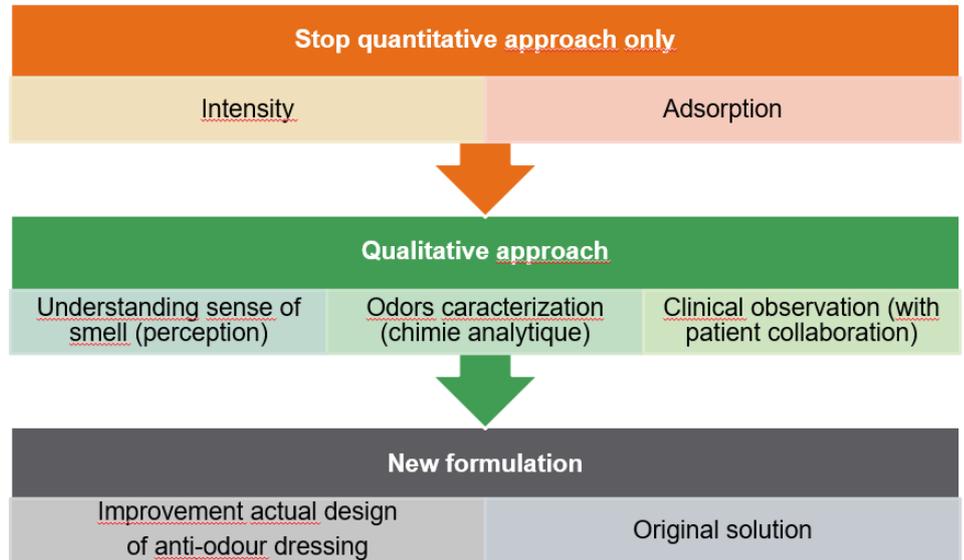
Similaires aux:

- Cadavres
 - Odeurs fétides des selles
 - *Titan arum*, aussi appelée « fleur de cadavre »
- l'odeur attire les insectes plus rapidement afin d'en assurer la reproduction



10 | 22 mars 2016

NOUVEAU CONCEPT = NOUVELLE APPROCHE

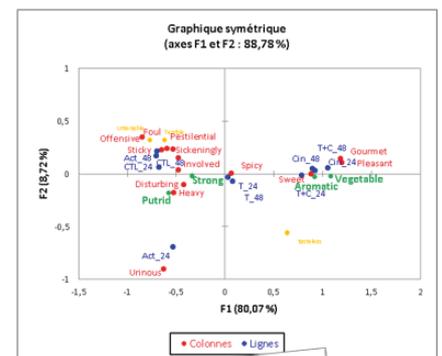


11 | 22 mars 2016

PERCEPTION SENSORIELLE

Expérimentations avec un fromage dont les COVs s'approchent de ceux des plaies:

- Maroilles + Dressing Cellulose
- Maroilles + Actisorb® Dressing
- Maroilles + Turmeric Dressing
- Maroilles + Cinnamon Dressing
- Maroilles + Turmeric / Cinnamon Dressing

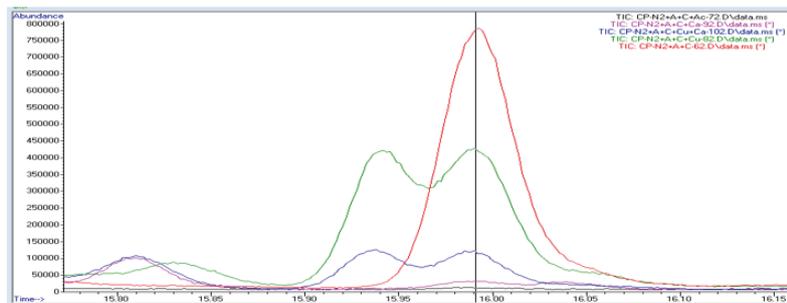


12 | 22 mars 2016

9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

CHIMIE ANALYTIQUE



Met en évidence toute la subtilité des odeurs:
En chimie analytique, le charbon est le plus efficace. En clinique, les épices donnent de meilleurs résultats.
→ Limites et subtilité des sens



13 | 22 mars 2016

EN CLINIQUE

- Après échec des traitements conventionnels
- Curcuma longa (COOPER, FR), cannelle (Fagron, stérilisée)
- Résultats cliniques satisfaisant

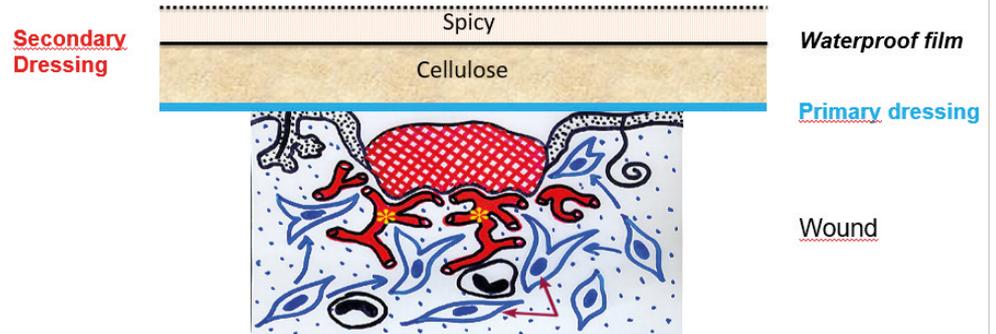


14 | 22 mars 2016

9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

VERS LA FORMULATION +/- BREVET?



En partenariat avec V. Semetey – Paris Chimie Tech



15 | 22 mars 2016

Différente pratiques de recherche



16 | 22 mars 2016

9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

DES METHODES AU SERVICE DES QUESTIONS

Sur:

- **une population ciblée :**

ex : prévalence des plaies en France (2009 – [Vulnus](#))

[Meaume S](#), [Kerihuel JC](#), [Fromantin I](#), [Téot L](#). Workload and prevalence of open wounds in the community: French [Vulnus](#) initiative. *J Wound Care*. 2012 Feb;21(2):62, 64, 66

- **Un symptôme, un risque :**

ex : l'impact de la flore bactérienne et du biofilm sur les plaies tumorales du sein, les odeurs et le risque infectieux (2010 – 2013)

[Fromantin I](#), [Sever D](#), [Watson S](#), [Rollot F](#), [Elard J](#), [Escande MC](#), [De Rycke Y](#), [Kriegel I](#), [Larreta Garde V](#). Bacterial floras and biofilms of malignant wounds associated with breast cancers. *J Clin Microbiol*. 2013. Oct;51(10):3368-73

- **Une plaie :**

ex : l'évolution des plaies chez des patients recevant des anti [angiogéniques](#) (anti VEGF) (2011)

[Cottu PH](#), [Fourchette V](#), [Vincent-Salomon A](#), [Kriegel I](#), [Fromantin I](#). Necrosis in breast cancer patients with skin metastases receiving [bevacizumab](#)-based therapy. *J Wound Care*. 2011 Sep;20(9):403-4, 406, 408



17 | 22 mars 2016

Ou des pratiques, techniques ou stratégies de soin :

- **Actions de prévention**

ex : création d'une échelle d'évaluation du risque d'apparition d'escarre en oncologie (PUSO, 2002 - 2011)

[Fromantin I](#), [Falcou MC](#), [Baffie A](#), [Petot C](#), [Mazerat R](#), [Jaouen C](#), [Téot L](#), [De Rycke Y](#). Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology. *J Wound Care*. 2011 Jul;20(7):328, 330-4.

- **Techniques de soin**

ex : évaluation des soins de plaies tumorales

[Fromantin I](#), [Watson S](#), [Baffie A](#), [Rivat A](#), [Falcou MC](#), [Kriegel I](#), [de Rycke Y](#). A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy Wound Manage*. 2014 Jun;60(6):38-48

- **Evaluation de l'efficacité d'un produit (par rapport à un comparatif)**

ex: évaluation de l'efficacité de l'hydrogel pansement versus placebo sur les radio-épithélites de grade 1 et 2. (2010 – 2013)

[Bazire L](#), [Fromantin I](#), [Diallo A](#), [Lande Bde L](#), [Pernin V](#), [Dendale R](#), [Fourquet A](#), [Savignoni A](#), [Kirova YM](#). [Hydrosorb](#)® versus control (water based spray) in the management of radio-induced skin toxicity: Results of multicentre controlled randomized trial. *Radiother Oncol*. 2015 Nov;117(2):229-33



18 | 22 mars 2016

9H00-9H30 : LES PLAIES EN ONCOLOGIE : DE LA PRATIQUE CLINIQUE À LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

JUSQU'A

INVITATION

Une équipe de soignants, experts cynophiles et chercheurs,
se mobilisent pour une détection précoce du cancer à l'aide de chiens



Pour découvrir ce projet et échanger avec eux

RDV à La Nuit des débats
Le 02 Avril 2016 de 19h à 21h30

Lieu : Les grands voisins, Ancien hôpital Saint-Vincent-de-Paul
82, Avenue Denfert-Rochereau-75 014 Paris



19 | 22 mars 2016

CONCLUSION

La recherche en soins:

- Un espace de liberté
- Un travail d'équipe
- Une acquisition constante de connaissances, vers de nombreuses disciplines

La spécificité des plaies en oncologie:

- Une discipline où beaucoup reste à faire
- Des traitements anti-cancéreux qui évoluent constamment

La science
c'est comme tout,
il faut essayer.



20 | 22 mars 2016

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



Pr Christophe MARIETTE
- MD, PhD, PU-PH –Chef de service de chirurgie digestive et générale CHRU de Lille, centre de référence national des pathologies oeso-gastriques CHRU de Lille
- Coordinateur du groupe de recherche français sur les cancers oesogastriques (FREGAT)
- Secrétaire général de la Fédération Française de Chirurgie Digestive (FRENCH)
- En charge de l'organisation de la recherche en cancérologie au CHRU de Lille Affilié à l'Inserm UMR 837, en charge de la recherche fondamentale sur les thématiques oeso-gastrique

L'adénocarcinome du pancréas est la 4e cause de décès par cancer, avec une incidence en augmentation et au taux de survie à 5 ans inférieur à 5%. La chirurgie représente la seule chance de guérison mais seuls 20 à 25% des tumeurs sont résécables, avec des taux de récurrence élevés. Pour diminuer ce risque, la chimiothérapie adjuvante par gemcitabine est le standard, mais les traitements par Folfirinox ou Nab-paclitaxel+gemcitabine sont en cours d'évaluation en adjuvant à la chirurgie. Le futur dans les formes résécables sera probablement à un traitement néoadjuvant, en cours d'évaluation dans un essai thérapeutique français comparant chirurgie d'emblée versus Folfox versus Folfirinox en néoadjuvant (essai PANACHE). A coté des formes résécables (aucun contact vasculaire), sont bien définies les tumeurs borderline (contact vasculaire limité), localement avancées (contact vasculaire important) ou métastatiques (présence de métastases à

distance). Alors que la gemcitabine a été pendant longtemps le seul standard thérapeutique dans l'adénocarcinome du pancréas métastatique, les progrès récents viennent des chimiothérapies type Folfirinox ou Nab-paclitaxel+gemcitabine ayant montré un bénéfice de survie comparativement à la gemcitabine seule. Pour les formes borderlines ou localement avancées, le Folfirinox de plus en plus utilisé semble donner des résultats intéressants en termes de réponse tumorale, d'accès à une chirurgie à visée curative, et de survie. Il reste en cours d'évaluation dans un essai thérapeutique en France pour les tumeurs borderlines (essai PANDAS) ou pour les tumeurs localement avancées (essai ACCORD 12). La place de la radiothérapie reste à définir, celle-ci n'ayant pas montré son efficacité dans les formes localement avancées.

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Cancer du pancréas: quelles avancées thérapeutiques?



Pr Christophe Mariette, MD, PhD

Service de chirurgie digestive et générale

CHRU Lille



+ Rôle de l'IDE

- Consultation annonce
- Parcours personnalisé de soins
- Prise en charge péri-opératoire
- Prise en charge oncologique
- Accompagnement – Psycho-oncologie – Aide aux aidants
- Recherche

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



Incidence

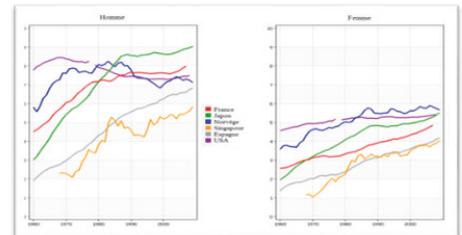
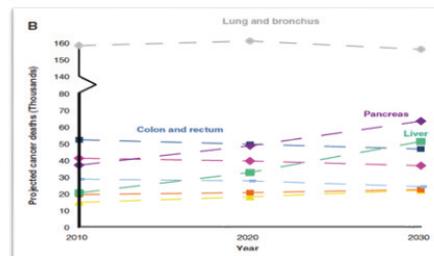
Cancer Research AKR

Projecting Cancer Incidence and Deaths to 2030: The Unexpected Burden of Thyroid, Liver, and Pancreas Cancers in the United States

Lola Rubin, Benjamin D. Smith, Yhonda Azeberg, et al.
Cancer Res. Published Online First May 19, 2014.

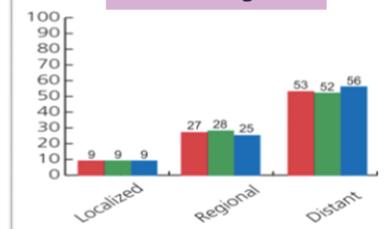
Incidence cancer du Pancréas

2010	43 000
2020	62 000
2030	88 000

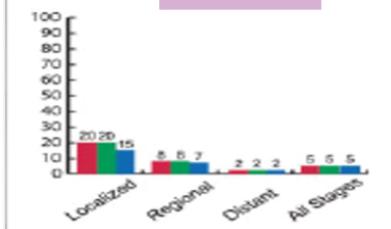


Pronostic

Stade au diagnostic



Survie à 5 ans



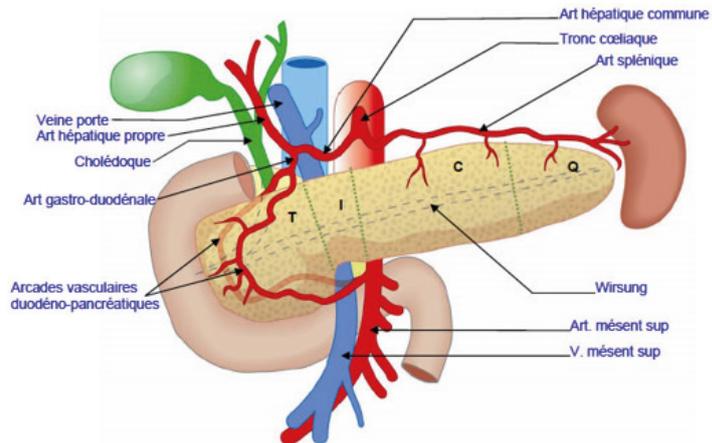
Chirurgie = seul traitement « potentiellement curateur »

Siegel et al. Cancer Statistics 2014, CA Cancer J Clin 2014

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Anatomie



+ Indicateurs de qualité

- Critères oncologiques
 - Résection R0
 - Curage ganglionnaire
- Morbi-mortalité
- Chimiothérapie adjuvante

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Résection R0

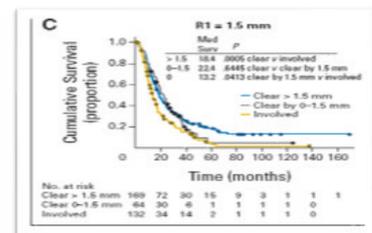
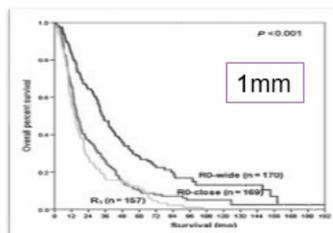


National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines™ Version 1.2012
Pancreatic Adenocarcinoma

« The likelihood of attaining negative surgical margins (R0 resection) is a key criterion for consideration when determining whether a patient is a potential candidate for resection »

+ Résection R0



Kostantidis et al. Ann Surg 2012
Chang et al. JCO 2009

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Résection R0

Bilan préopératoire

R0

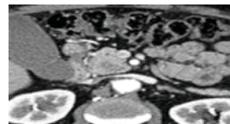
Chirurgie:
Marge rétro-péritonéale
Abord premier AMS

Encreur la pièce opératoire
Examen anapath

+ Bilan préopératoire: SCANNER

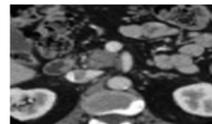
NCCN National Comprehensive Cancer Network

Résécable



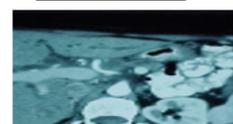
Absence de métastases
Absence atteinte artérielle
VMS et Veine Porte libres

Borderline



Atteinte VMS et V Porte*
AMS < 180°

Non Résécable



AMS > 180°
Atteinte du tronc cœliaque
Thrombose VMS ou VP
Envahissement Veine cave ou aorte

<http://www.nccn.org/>

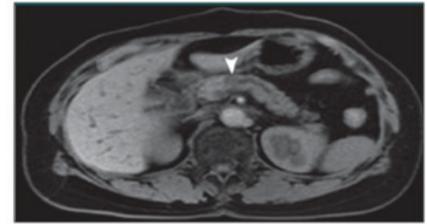
• Chun et al. Ann Surg Oncol 2010
Rapport AFC 2010

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

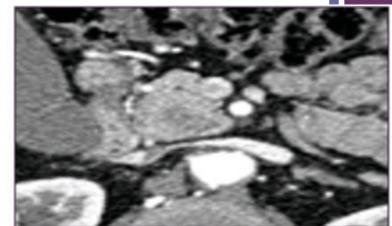
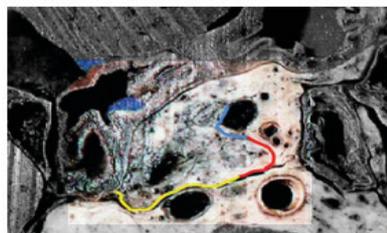
+ Bilan préopératoire: IRM hépatique

- Pas de supériorité par rapport au scanner
- **Métastases hépatiques intérêt des séquences de diffusion**



Kim et al, Rad 2010
Soriano et al. Am J Gastroenterol. 2004

+ Marge rétro-péritonéale



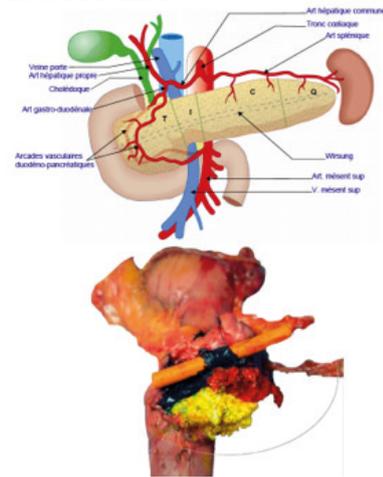
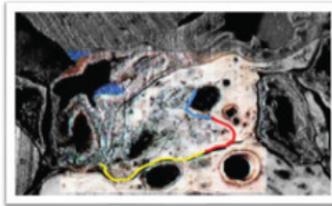
Dissection le long de l'hémi circonférence droite de l'artère mésentérique supérieure

Delpero JR Recommandations SFCD et ACHBT

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

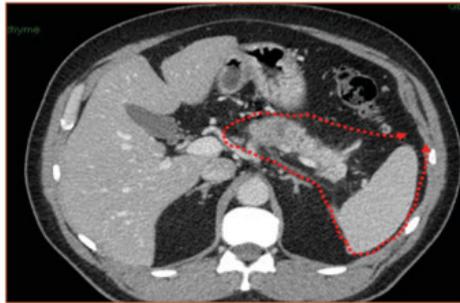
Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Marge rétro-péritonéale



+ Pancréas gauche

Dissection au contact du fascia pré-rénal gauche



9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Encrer la pièce opératoire

	R1	R1
<i>Verbeke et al. BJS 2006</i>	57%	85%
<i>Esposito et al. Ann Surg Oncol 2008</i>	14%	76%

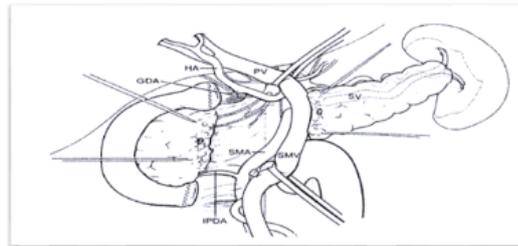
Incrément	% MR+
0 mm*	23 %
1 mm °	61 %
1,5 mm £	63 %
2 mm	71 %

Delpero et al. HPB 2012

+ Abord premier de l'AMS

DPC classique

Dernier Temps dissection: lame rétro-porte et l'hémi circonférence droite AMS

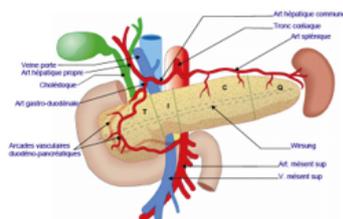


Risque de résection R1 ou R2

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Abord premier de l'AMS



- I. Evite la constatation d' une exérèse palliative en fin de procédure
- II. Facilite la résection veineuse mésentérico-portale
- III. Contrôle a. pancréatico-duodénales
- IV. Contrôle artère hépatique droite

+ Indicateurs de qualité

- Critères oncologiques
 - Résection R0
 - Curage ganglionnaire
- Morbi-mortalité
- Chimiothérapie adjuvante

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Curage ganglionnaire

- I. 50-80% des pancréas réséqués: N+ *
- II. Status ganglionnaire facteur indépendant de survie*
- III. N° gg>12
- IV. Ratio N+/N réséquées < 0.2**

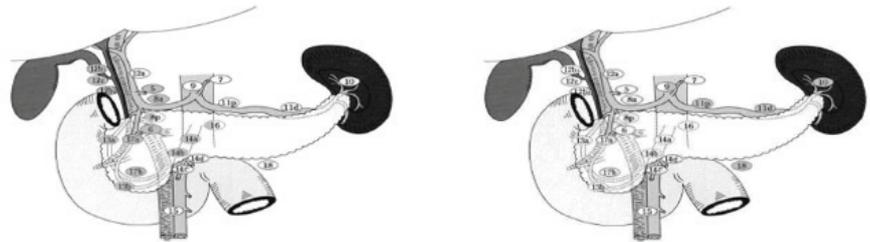
*Pedrazzoli et al, Ann Surg 1998 **
*Wagner et al, Br Surg 2004 **
*Garcea et al, JOP 2008 **

*Berger et al, AM Surg 2004 ***
*Riediger et al, J Gastr Surg 2009 ***
*Robinson et al, EJSO 2012 ***

+ Curage ganglionnaire

Consensus *Surgery*
September 2014
Definition of a standard
lymphadenectomy in surgery for
pancreatic ductal adenocarcinoma:
A consensus statement by the
International Study Group on
Pancreatic Surgery (ISGPS)

N1 selon la classification TNM-UICC 2002



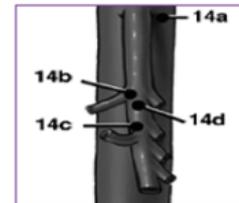
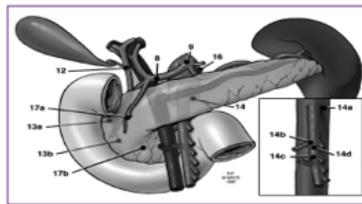
9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Curage ganglionnaire

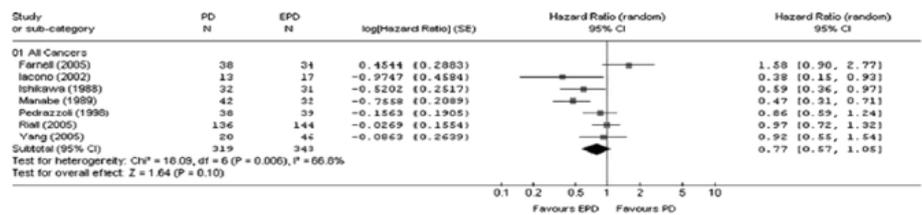
N2 selon la classification TNM-UICC 2002

- GG cœliaques
- GG situés au bord gauche de l' AMS
- GG aortico-caves jusqu' à l' origine de l' AMI



+ Curage ganglionnaire

2 Méta-analyses



Michalski et al. Br J Surg 2006
Iqbal et al, EJSO 2009

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Curage ganglionnaire

Recommandations SFCD et ACHBT

Consensus **Surgery**
September 2014
Definition of a standard lymphadenectomy in surgery for pancreatic ductal adenocarcinoma: A consensus statement by the International Study Group on Pancreatic Surgery (ISGPS)

Au cours de la DPC pour adénocarcinome de la tête du pancréas, une lymphadénectomie « régionale » est recommandée et doit emporter les ganglions péripancréatiques antérieurs et postérieurs, hépatiques propres et communs, pédiculaires hépatiques, et situés au bord droit du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure (grade C) [CFE fort].
La lymphadénectomie « étendue » qui emporte tous les relais coeliaques, ceux situés au bord gauche de l'artère mésentérique supérieure, et les ganglions aortico-caves n'est pas recommandée [CFE fort].

Lymphadénectomie régionale : relais N1

≥15 ganglions

+ Indicateurs de qualité

- Critères oncologiques
 - Résection R0
 - Curage ganglionnaire
- Morbi-mortalité
- Chimiothérapie adjuvante

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Mortalité

- Mortalité < 5%

Patient and Hospital Characteristics as the Variable of Prognostic Importance for Pancreatic Resections in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27(13):2133-2141

Arch Surg. 2009;144(8):713-721

68 460 DPC
Mortalité : 7,6%

En France 2009-2010

DPC: 9%
PG: 5%

Cameron et al. Ann Surg 2006
Fong et al. Ann Surg 2005

DeOliveira et al. Ann Surg 2006
Gouma et al. Ann Surg 2000

+ Mortalité

Variable	Odds Ratio (95% CI)	P Value
Age, y		<.001
0-44	0.3 (0.2-0.5)	<.001
45-64	0.7 (0.6-0.9)	.009
65-74	1 [Reference]	
≥75	2.6 (2.1-3.1)	<.001
Sex		<.001
Female	1 [Reference]	
Male	1.4 (1.3-1.6)	<.001
Race/ethnicity		.006
White	1 [Reference]	
Black	1.4 (1.1-1.8)	.02
Other/mixing	1.2 (1.0-1.4)	.01
Medical comorbidity		
Congestive heart failure	2.6 (2.0-3.1)	<.001
Chronic obstructive pulmonary disease	1.3 (1.0-1.6)	.01
Diabetes mellitus	0.6 (0.5-0.8)	<.001
Hypertension	0.6 (0.5-0.7)	<.001
Obesity	0.5 (0.2-1.2)	.13
Renal insufficiency	6.3 (4.3-9.2)	<.001
Angina	1.1 (0.8-1.5)	.75
Type of pancreatic resection		<.001
Distal pancreatectomy	1 [Reference]	
Pancreatoduodenectomy	1.3 (1.0-2.2)	<.001
Total pancreatectomy	2.9 (2.1-3.6)	<.001
Type of neoplasm		<.001
Benign	1 [Reference]	
Malignant	1.4 (1.2-1.6)	<.001
Calendar years		.05
1969-1993	1.2 (1.0-1.4)	.02
1994-1998	1.1 (0.9-1.2)	.56
1999-2003	1 [Reference]	
Hospital volume, cases/y		<.001
<3	4.0 (3.1-5.1)	<.001
3-5	3.0 (2.3-3.9)	<.001
6-11	2.5 (1.9-3.3)	<.001
12-23	1.7 (1.3-2.4)	<.001
24-35	1.2 (0.8-2.0)	.42
≥36	1 [Reference]	

Hospital volume, cases/y	Odds Ratio (95% CI)	P Value
<3	4.0 (3.1-5.1)	<.001
3-5	3.0 (2.3-3.9)	<.001
6-11	2.5 (1.9-3.3)	<.001
12-23	1.7 (1.3-2.4)	<.001
24-35	1.2 (0.8-2.0)	.42
≥36	1 [Reference]	

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Morbidité

- Morbidité 20-59%
 - Fistule pancréatique 5-40%
 - Gastroparésie 8-45%
 - Hémorragie 1-10%
 - Pancréatite aigue
 - Complications médicales



Impossibilité
CT adjuvante

Cameron et al. Ann Surg 2006
Fong et al. Ann Surg 2005

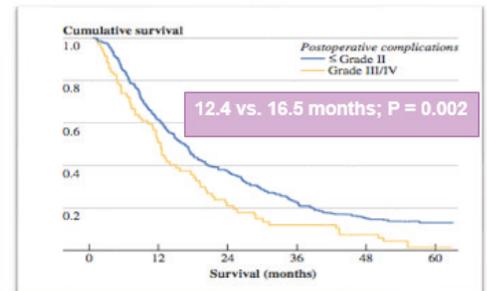
DeOliveira et al. Ann Surg 2006
Gouma et al. Ann Surg 2000

+ Morbidité



TABLE 4 Multivariate model identifying factors predicting survival after resection of pancreatic head cancer in 428 patients

Variable	Hazard ratio	95% CI	P
Significant prognostic factors			
Grading			
G1	0.33	0.18–0.69	<0.001
G2	0.74	0.59–0.92	
G3	Referent		
R status			
R0	0.50	0.31–0.81	0.001
R1	0.71	0.43–1.17	
R2	Referent		
Severe complications (grade III–IV)			
Yes	Referent		0.002
No	0.65	0.49–0.85	
Lymph node status			
N0	0.69	0.54–0.88	0.003
N1	Referent		



9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Morbidité

Prise en charge nutritionnelle

Immunonutrition

ERAS



Figure 1. Evidence-based nutrition definitions. Adapted with permission from Jensen CL, Reijnen H, Wiskeloff K, Hordanger JK. Nutrition guidelines in esophageal vs. colorectal. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2006;31:716.

DOI:10.1111/hpb.12285

HPB

REVIEW ARTICLE

Enhanced recovery after pancreatic surgery: a systematic review of the evidence

Daniel J. Kagedan¹, Mahrosh Ahmed², Katharine S. Devitt³ & Alice C. Wolf⁴

+ Indicateurs de qualité

- Critères oncologiques
 - Résection R0
 - Curage ganglionnaire
- Morbi-mortalité
- Chimiothérapie adjuvante

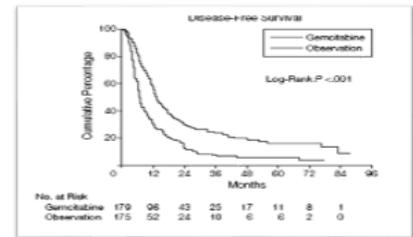
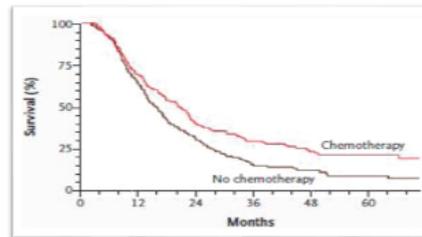
9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Chimiothérapie

■ Chimiothérapie adjuvante (5FU, gemcitabine)

- ⇒ Améliore survie globale et sans récurrence
- ⇒ Tous les malades (N0,N+,R0,R1)

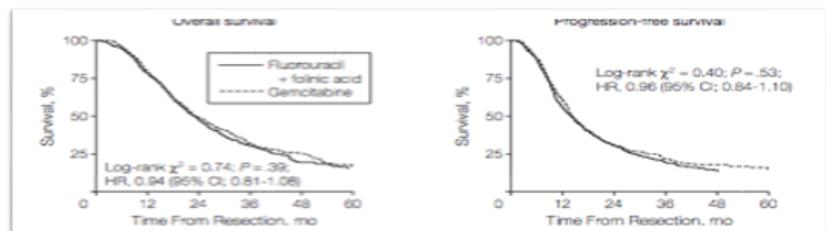


Neoptolemos et al, N Engl J Med 2004
Oettle, H. et al. JAMA 2007

+ Chimiothérapie

■ 5FU vs gemcitabine

- ⇒ Pas de différence de survie
- ⇒ Meilleure tolérance de la gemcitabine



Neoptolemos et al, JAMA 2010

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Quelles avancées thérapeutiques?

- Pancréas métastatique
- Pancréas résécable
- Pancréas borderline
- Pancréas localement avancé

+ Quelles avancées thérapeutiques?

- Pancréas métastatique
- Pancréas résécable
- Pancréas borderline
- Pancréas localement avancé

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Progrès chimio – Pancréas métastatique



	Gemzar	Folfirinox
Taux de RO	9,4%	31,6%
Stabilisation	50,9%	70,2%

	Gemzar	Gem-abraxane
Taux de RO	7%	23%
Stabilisation	33%	48%

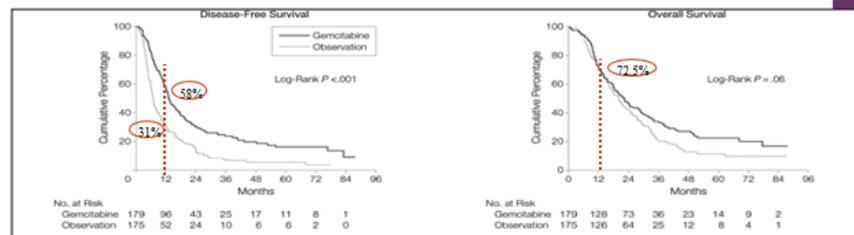
+ Quelles avancées thérapeutiques?

- Pancréas métastatique
- Pancréas résécable
- Pancréas bordeline
- Pancréas localement avancé

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Pronostic – Pancréas résécable



- ¼ des malades décèdent dans la première année
- ½ récidivent

➔ Améliorer la sélection des malades

Oettle, H. et al. JAMA 2007

+ Chimio néoadjuvante – Pancréas résécable

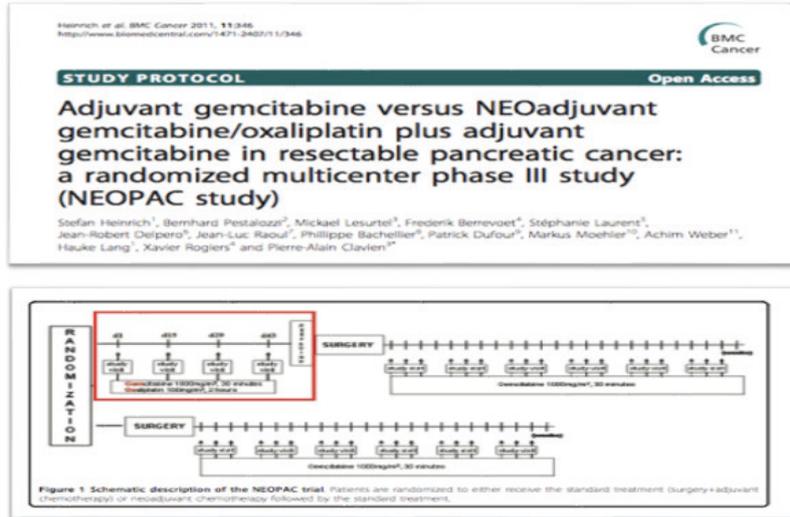
- Administration à tous les malades
- Sélection des malades rapidement progressifs
- Diminuer taux de R1
- Meilleur contrôle local



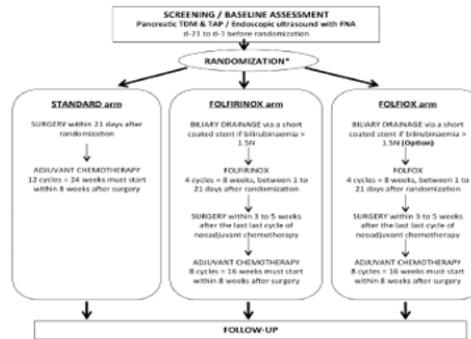
Traitement néoadjuvant

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



PANACHE-01 - Chimiothérapie NeoAdjuvante par FOLF(IRIN)OX pour Adénocarcinome Pancréatique résecable - Essai de phase II multicentrique randomisé.



160 malades (2-2-1)

Cancers résecables

Critère de jugement

Faisabilité et survie à 1 an

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

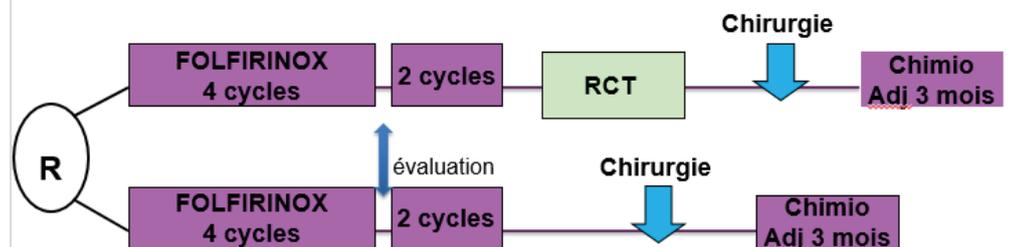
Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Quelles avancées thérapeutiques?

- Pancréas métastatique
- Pancréas résécable
- Pancréas bordeline
- Pancréas localement avancé

PANDAS

PI : Thierry Conroy



90 patients avec cancer du pancréas borderline
(relecture centralisée à l'inclusion)

Objectif principal : taux de résection R0

9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

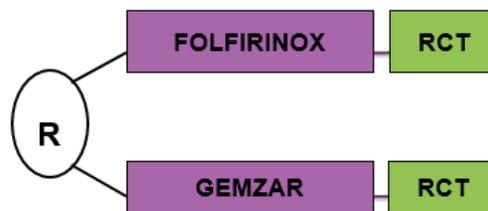
+ Quelles avancées thérapeutiques?

- Pancréas métastatique
- Pancréas résécable
- Pancréas bordeline
- Pancréas localement avancé

NEOPAN

PI : Michel Ducreux

Etude de phase III, randomisée, multicentrique



9H30 - 10H00 : CANCER DU PANCRÉAS : QUELLES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

+ Conclusions

- Rôle de l'IDE à chaque étape de la prise en charge
- Consultation - RCP: Evaluation de la résécabilité
- Chirurgie
 - Résection complète du méso-pancréas: obtention R0
 - Curage ganglionnaire D1 (n > 15)
 - Encreur la pièce
- Morbi-mortalité faible
 - Centres experts
 - Prise en charge péri-opératoire
- Chimiothérapie adjuvante

Merci



Pr Christophe Mariette, MD, PhD

Service de chirurgie digestive et générale

CHRU Lille



10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

ACTIVITE PHYSIQUE et CANCER Quels effets? Pour quelles activités?

Pr Martine DUCLOS
Service de Médecine du Sport, CHU G.Montpied
Laboratoire de Nutrition Humaine, CRNH
Université d'Auvergne
Clermont-Ferrand



Cancer du colon : 37 000 nouveaux cas et 15 000 décès/an
Cancer sein : 53 000 nouveaux cas et 18 000 décès/an

Rapport INCA 2015 :
En France plus de 3 millions de personnes de 15 ans et +
en vie en 2008
ont eu un cancer au cours de leur vie
Survie à 10 ans ↑

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

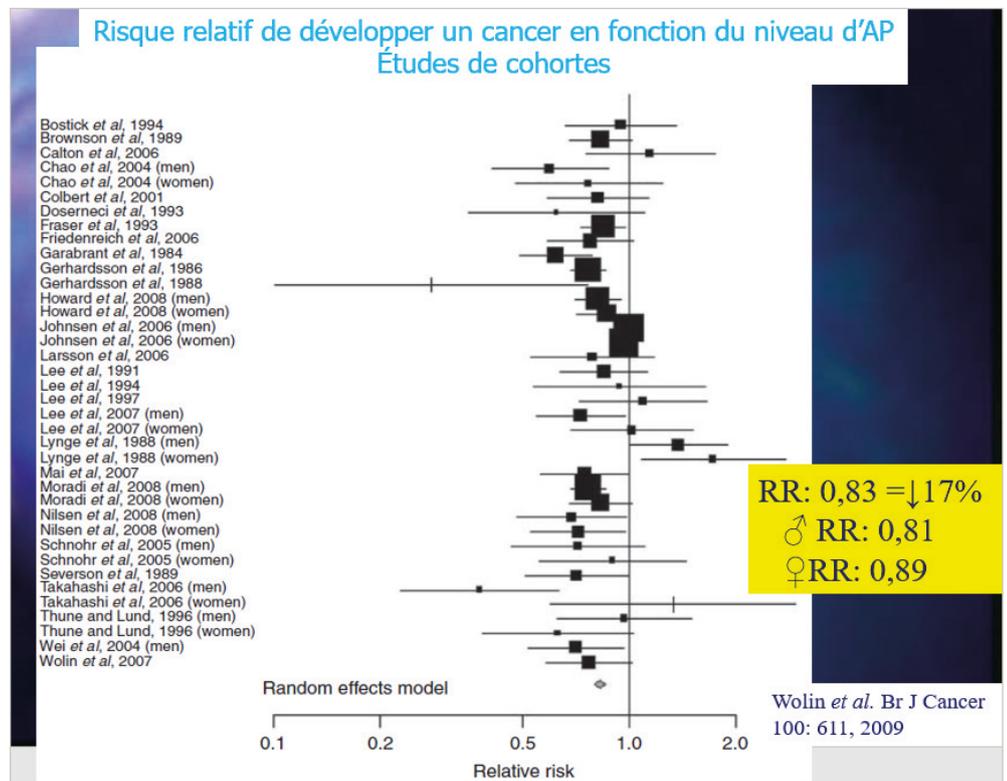
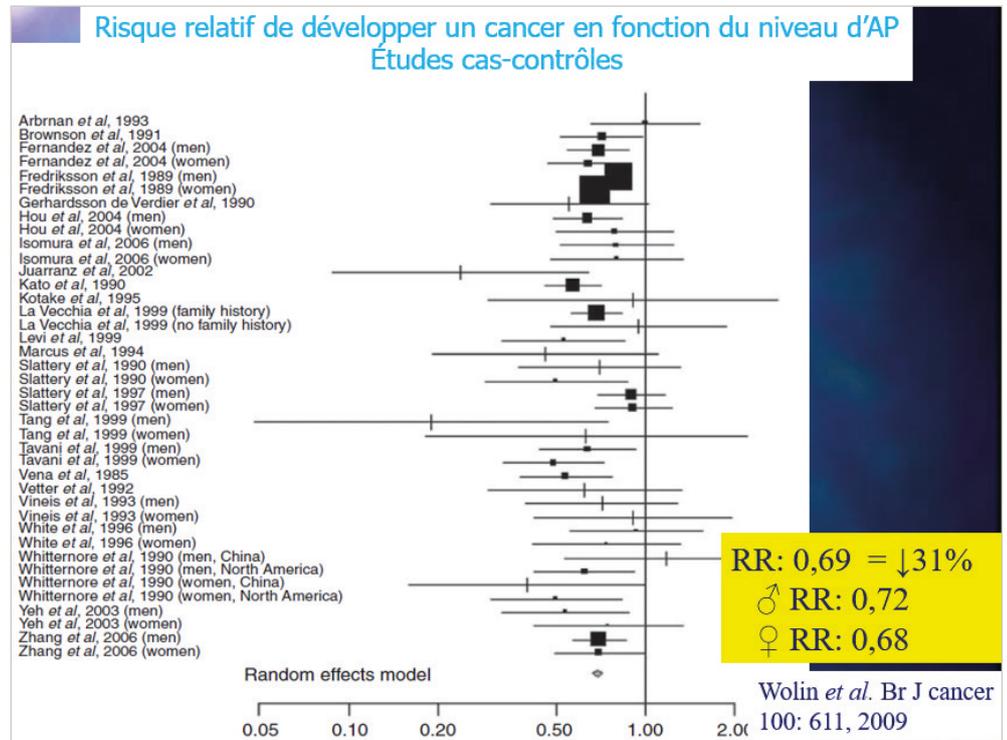
UNE PREVENTION DES CANCERS?

ACTIVITE PHYSIQUE
ET PREVENTION PRIMAIRE
DU CANCER DU COLON



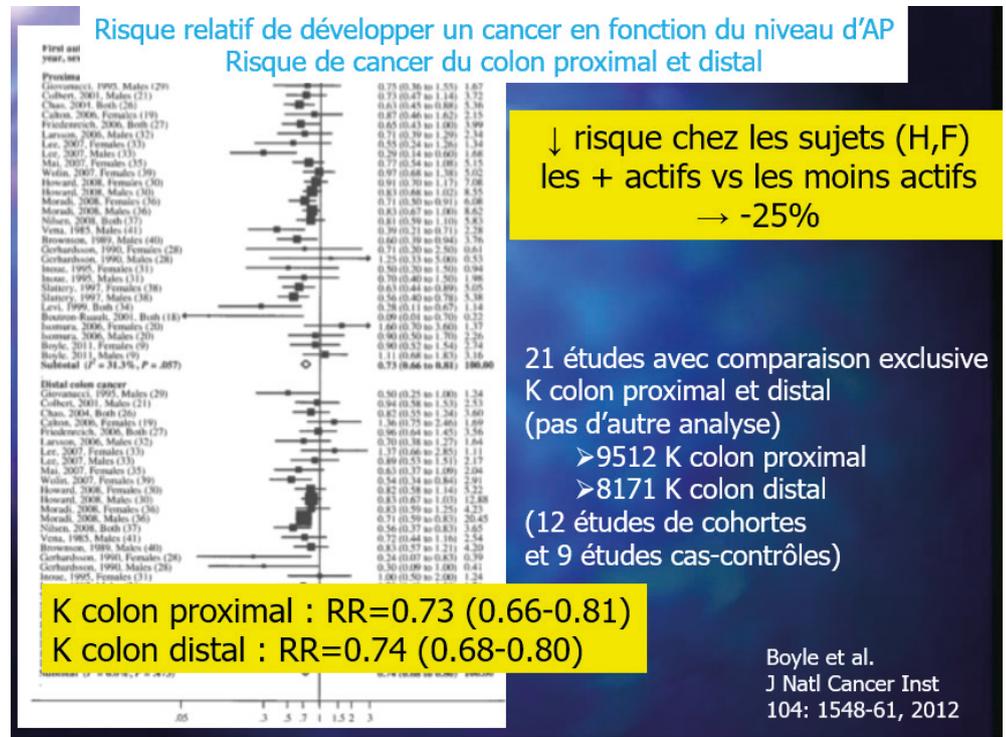
10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



ACTIVITE PHYSIQUE ET PREVENTION PRIMAIRE du CANCER du COLON

Méta-analyse ensemble des études :
AP → ↓ -25% cancers colon

(Wolin *et al.* Br J cancer 100: 611, 2009; INCA 2015)

Effet dose-réponse

Quelque soit le type d'AP :
AP professionnelle (-22%) comme AP de loisirs (-23%)

Quelque soit l'IMC

Rq : pas d'effet préventif AP sur cancer rectal

Friedenreich *et al.* Eur J Cancer 46: 2593, 2010

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Effet de l'activité physique sur la prévention du cancer du colon
est indépendant de la nutrition

anses
agence nationale de sécurité sanitaire
alimentation, environnement, travail



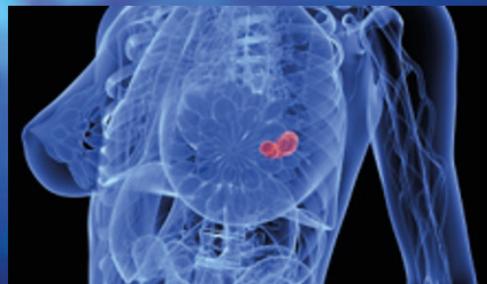
**Nutrition
et cancer**

Rapport d'expertise collective

Mai 2011

Édition scientifique

**ACTIVITE PHYSIQUE
ET PREVENTION PRIMAIRE
DU CANCER DU SEIN**



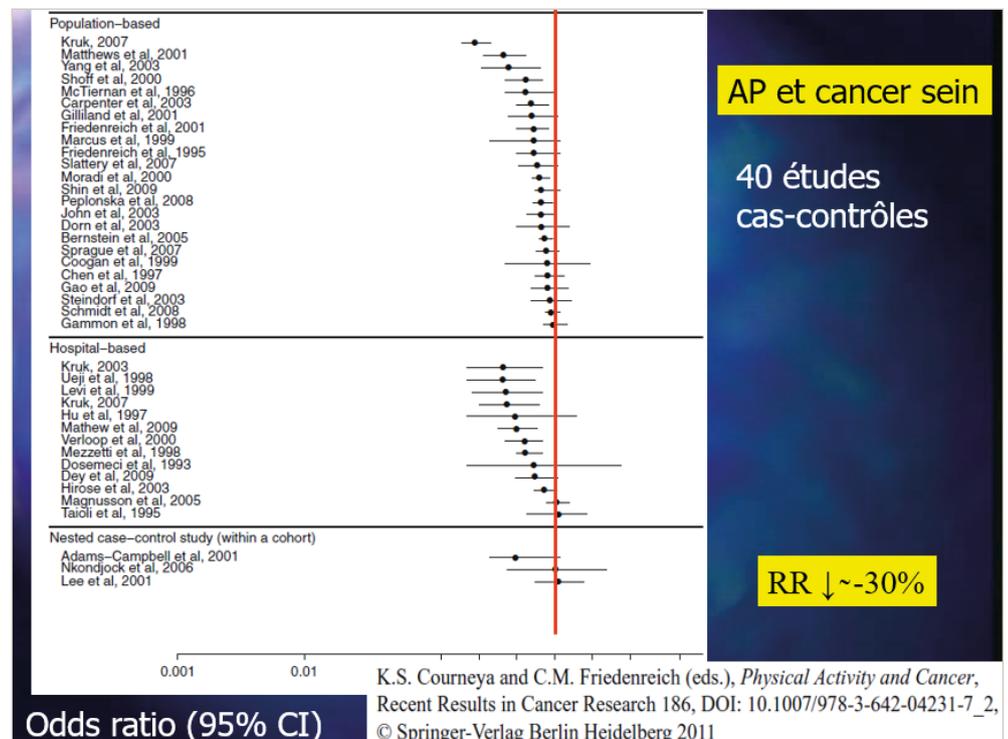
10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Activité physique et prévention du cancer du sein

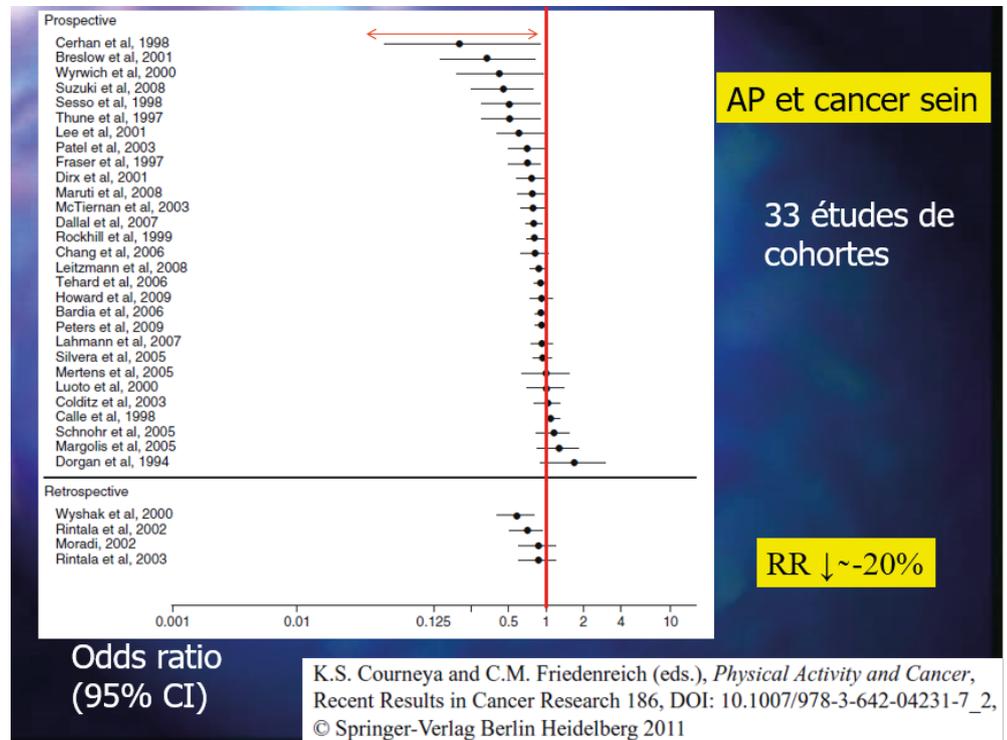
Revue de la littérature

Quelque soit le statut ménopausique
Pour tous types d'activité physique



10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



PREVENTION PRIMAIRE CANCER DU SEIN

2002: 32/44 études (Friedenreich J Nutr 132: 3456S-64, 2002)
 2006: 45/64 études (Kruk et al. Asian Pac J Cancer Prev 7: 2006)
 2008: 47/62 études (Friedenreich Br J Sports Med 42: 2008)
 2010: 60/73 études (Friedenreich Eur J Cancer 46: 2010)

↓ cancer sein chez femmes les plus actives vs les moins actives
 ↓ **moyenne de 25%**

Courbe dose-réponse sur 28/33 études (2008)

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Effet préventif AP sur survenue K sein dans les sous-groupes

- Quelque soit catégorie d'IMC sauf obèses
et effet le plus important chez minces
Lean BMI (<22): ↓ 27% vs normal BMI (22-25): ↓ 24%
vs high BMI (25-30): ↓ 18% vs very high BMI (>30): ↓ 1%
- Pour K infiltrants et pour les formes in situ
- Avec ou sans récepteurs hormonaux
- Femmes nullipares ou multipares

Friedenrich CM. Br J Sports Med 42: 636-647, 2008
Lynch et al. 2011

AP et prévention du cancer du sein Les questions

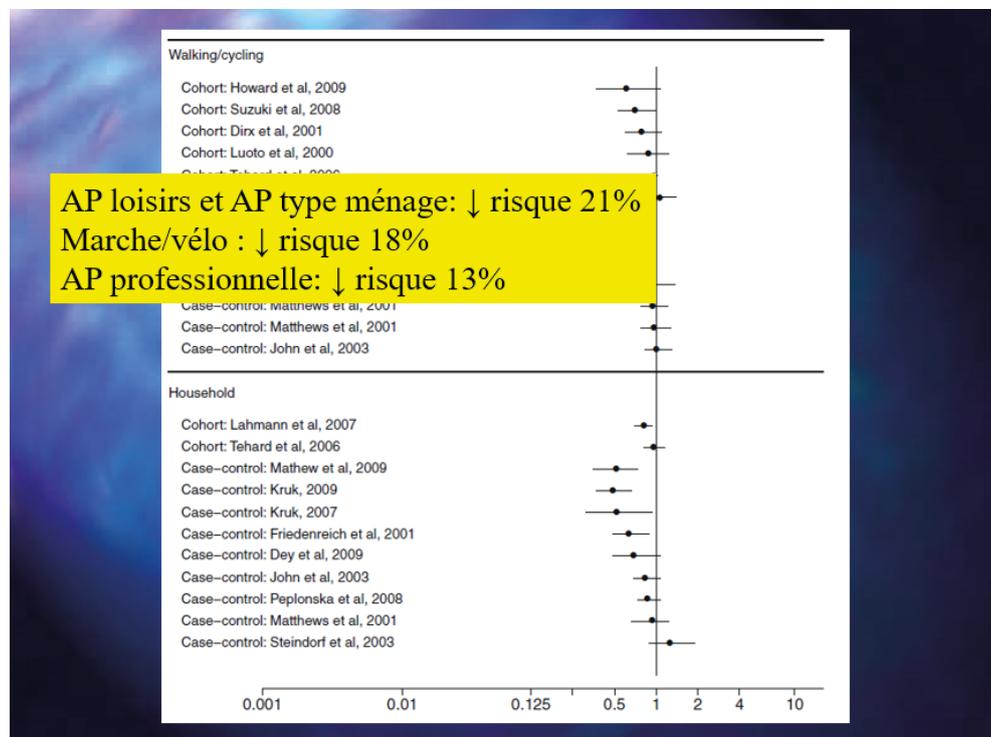
Quel type d'AP?
(loisirs, domestique, professionnel)

À quel moment de la vie?

À quelle dose (fréquence, intensité, durée)?

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



A quel moment de la vie?

Efficace à tous les âges

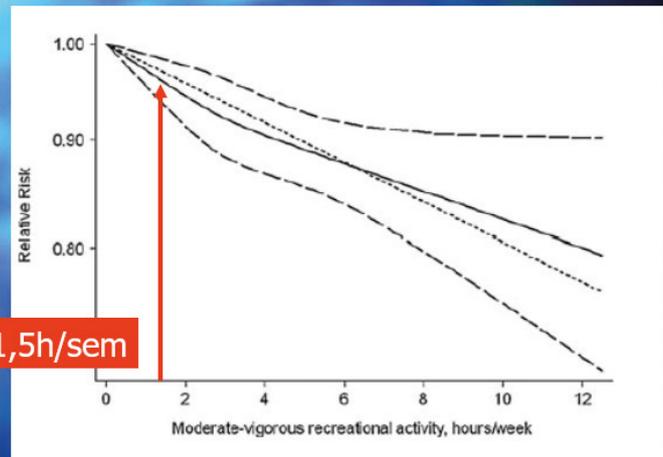
Les associations sont les plus élevées pour :

- AP de loisirs maintenue tout au long de la vie d'intensité modérée à élevée et réalisée régulièrement

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Courbe dose-réponse



1,5h/sem

↓ risque de 5% à chaque fois + 2h

31 études prospectives
63786 cas

Wu et al. Breast Cancer Res Treat 137: 869-82, 2013

Fraction et nombre de cas de cancers attribuables à l'inactivité physique en France

Localisation du cancer	Hommes		Femmes	
	Fraction attribuable %	Nombre de cas	Fraction attribuable %	Nombre de cas
Colon	18	3750	20	3734
Sein			21	10791

Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. Eur J Cancer. 2010 Sep;46(14):2593-604.

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



Breast

Lung cancer

-20-30%

Colon

Endometrial cancer

-20-30%

Effects of PA independent of the impact of the major respective cancer risk factors

(Sun JY et al, 2012; Keum N et al, 2014)

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

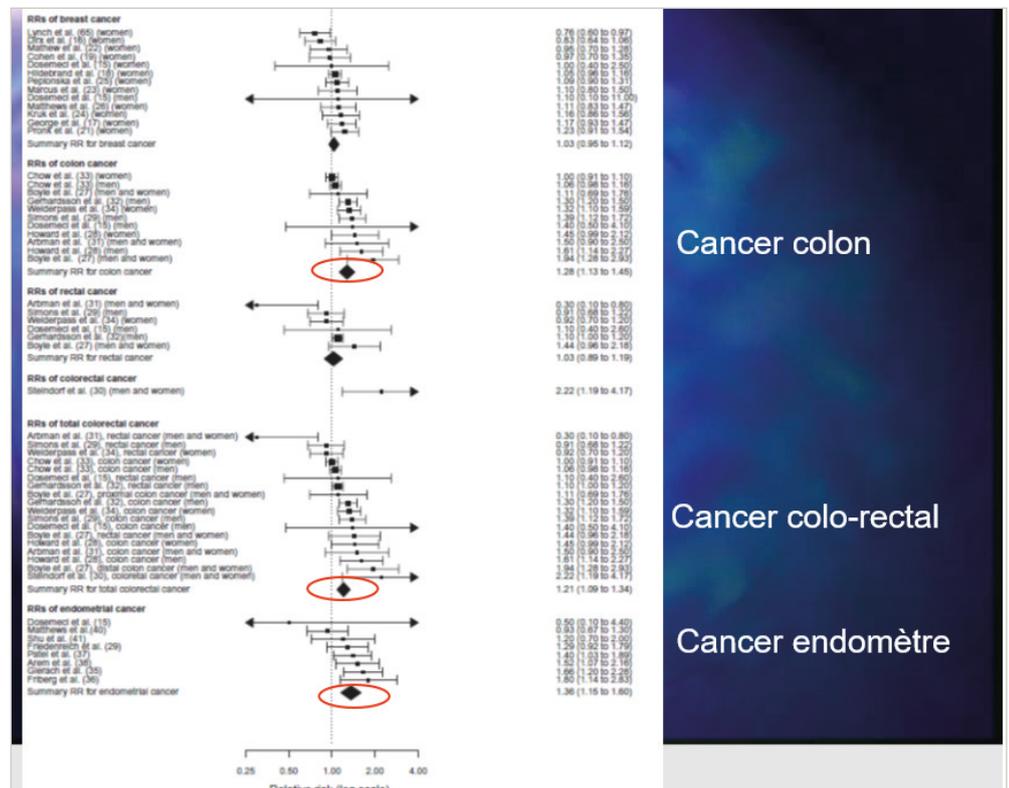
Rôle de la sédentarité

Television Viewing and Time Spent Sedentary in Relation to Cancer Risk: A Meta-analysis

Daniela Schmid, Michael F. Leitzmann

JNCI J Natl Cancer Inst (2014) 106(7): dju098

43 études observationnelles
68936 cas de cancers



Cancer colon

Cancer colo-rectal

Cancer endomètre

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Recommandations d'activité physique
en prévention des cancers

30-60 min/j AP intensité modérée à intense
au moins 5j/sem

ET diminuer les comportements sédentaires
Diminuer le temps total passé assis
Limiter les temps prolongés assis

ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE
et PREVENTION TERTIAIRE DU CANCER DU COLON
ET DU CANCER DU SEIN

L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE
et
RECIDIVE DU CANCER?

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Activité physique et survie après cancer du sein

2 méta-analyses

7 grandes cohortes prospectives

➤ 12 108 patientes Ibrahim EM *et al.* Med Oncol 28: 753-65, 2011

➤ 28 383 patientes Schmid D *et al* Ann Oncol 25(7):1293,2014

AP démarrée **après le diagnostic** de cancer sur :

- survie globale (mortalité toutes causes)
- survie spécifique (mortalité par cancer)
- survie sans récurrence

(NHS, HEAL, LACE, WHEL, Shangai, WHI)

Ibrahim EM *et al.* Med Oncol 28: 753-65, 2011

Par rapport aux femmes sans activité physique
L'**activité physique régulière démarrée après** le diagnostic
de cancer du sein

Diminution du *risque relatif* de :

Ibrahim et al 2011 Schmid et al 2014

- mortalité totale: 41% (RR=0,59) et 48% (RR=0,52)
- mortalité par cancer: 34% (RR=0,66) et 38% (RR=0,72)
- récurrence du cancer du sein: 24% (RR=0,76)

Bénéfices AP présents en multi-variable incluant tous les facteurs pronostics

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Effets de l'activité physique régulière démarrée après le diagnostic de cancer du sein

Dans les études comparant AP avant et après diagnostic :
l'augmentation ou le maintien de l'AP après le diagnostic
a l'impact le plus significatif sur la survie

Activité physique et sportive et survie après cancer du colon

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice
Volume 2013, Article ID 340851, 6 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/340851>



Review Article

Impact of Physical Activity on Cancer-Specific and Overall Survival of Patients with Colorectal Cancer

**Gaetan Des Guetz,¹ Bernard Uzzan,² Thierry Bouillet,³ Patrick Nicolas,²
Kader Chouahnia,¹ Laurent Zelek,¹ and Jean-François Morere¹**

¹ Department of Medical Oncology, APHP, Avicenne Hospital, 125 route de Stalingrad, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny, France

² Department of Pharmacology, APHP, Avicenne Hospital, 125 route de Stalingrad, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny, France

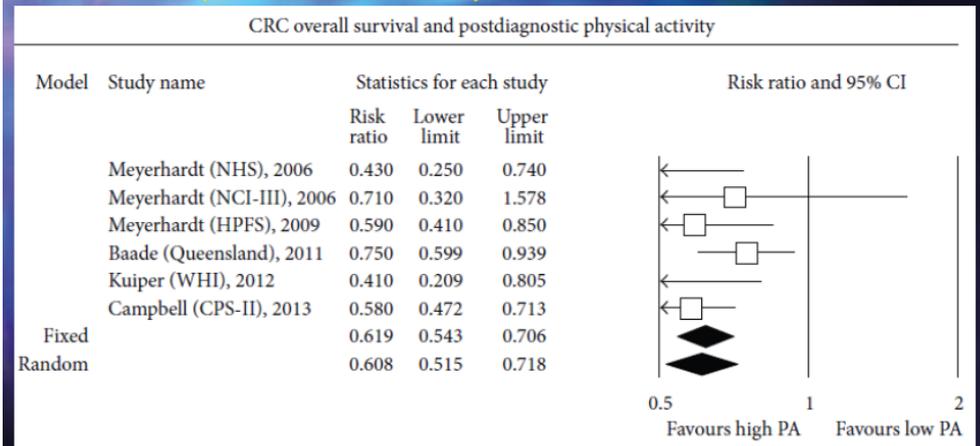
³ Department of Radiotherapy, APHP, Avicenne Hospital, 125 route de Stalingrad, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny, France

7 études, 8056 participants, 3762♂ et 4256♀, 67 ans
5210 K colon et 1745 K rectum

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

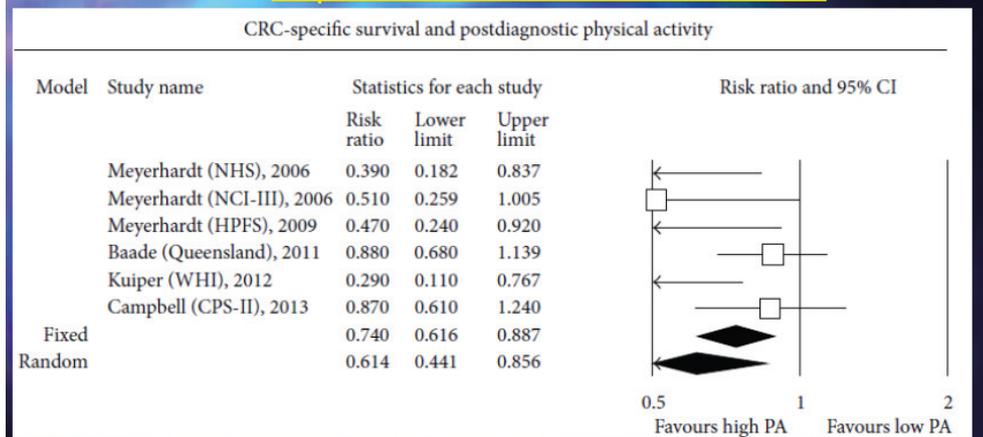
APS post diagnostic et survie globale: risque relatif mortalité précoce diminué de 38%



HR 0,62 (0,54-0,71)

Plus actifs vs moins actifs (diff= 17MET.h/sem)

APS post diagnostic et survie spécifique: risque relatif récidive diminué de 39%



HR= 0,61 (0,44-0,86)

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Effet de l'activité physique et sportive sur la
prévention tertiaire
est indépendant de la nutrition

ACTIVITE PHYSIQUE ET PREVENTION TERTIAIRE CANCER du SEIN et du COLON

Activité physique et survie
Mais aussi...

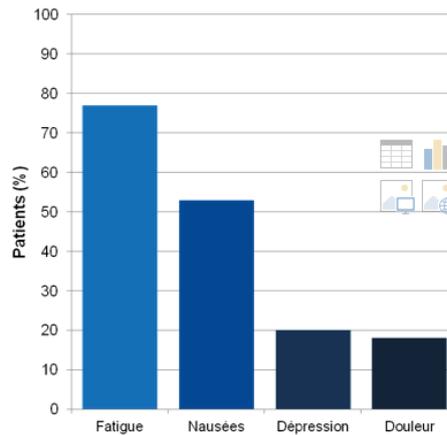
10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

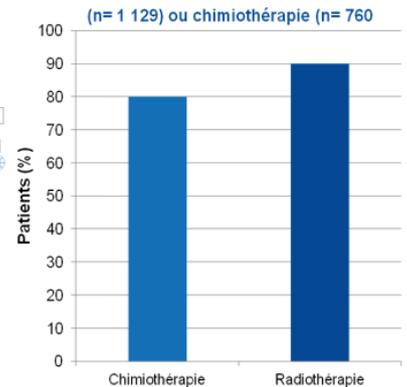
FATIGUE ET CANCER un drame qui dure

Cliquez pour ajouter du texte

Fréquence des effets secondaires ressentis par les patients (n= 379) après chimiothérapie



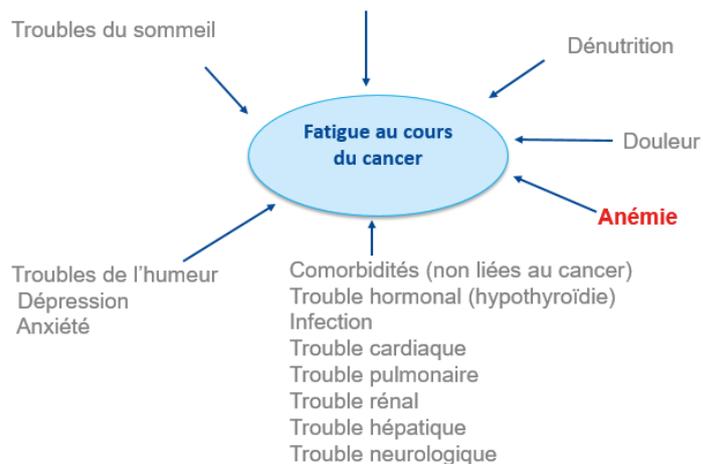
Prévalence de la fatigue, mesurée par le FSI (Fatigue Symptom Inventory) chez les cancéreux traités par radiothérapie



D'après Thierry Bouillet

Causes de la fatigue

Réduction d'activité physique



10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Activité physique et survie

Mais aussi...

↓ Fatigue +++

↓ Anxiété, dépression

Prise de poids

↓ risques pathologies cardiovasculaires et métaboliques (liées sédentarité)

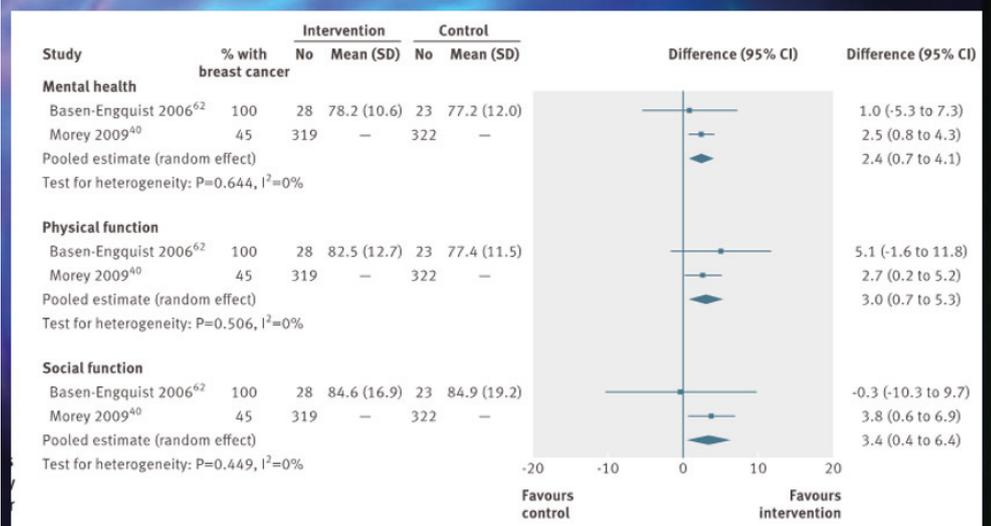
↑ Qualité du sommeil

↓ prise de psychotropes

↑ Qualité de vie

Fong *et al.* BMJ 2012

Activité physique et qualité de vie



Fong *et al.* BMJ 2012

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

ACTIVITE PHYSIQUE PENDANT LE TRAITEMENT DU CANCER

EFFETS SECONDAIRES TRAITEMENTS Chirurgie-Radiothérapie-Chimiothérapie

ROLES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

Fatigue ++++
Nausées, vomissements
Anorexie
Perte de goût
Douleur
Anxiété, dépression
↑ Poids : ↑ masse grasse et ↓ masse musculaire
(sarcopénie et ↑ facteurs associés à la toxicité des chimiothérapies)

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



MECANISMES DES EFFETS PREVENTIFS DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

Connus



Rôle de l'obésité

Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies

Andrew G Renehan, Margaret Tyson, Matthias Egger, Richard F Heller, Marcel Zwahlen

Lancet 2008; 371: 569-78

Etudes prospectives: 141 études → 300 000 nouveaux cas cancer
Risque de cancers (20 types de cancer) et ↑ IMC de 5kg/m²

Risque de cancers pour une ↑ IMC de 5kg/m²

IMC = 23 kg/m²

→ +15kg (♂)

→ +13kg (♀)

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

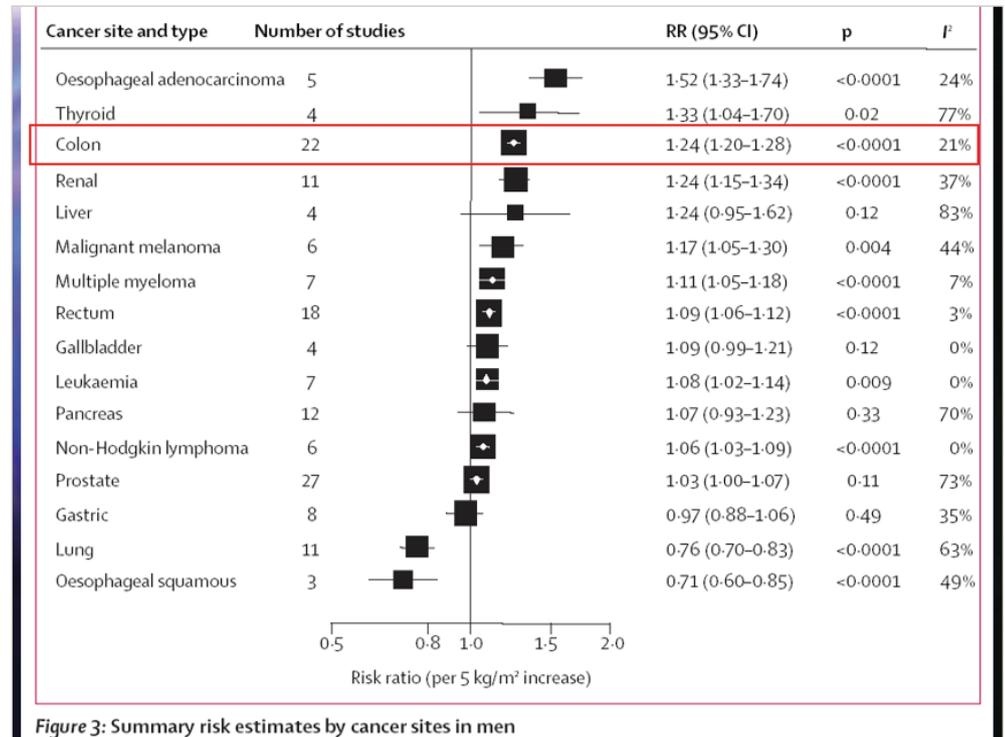


Figure 3: Summary risk estimates by cancer sites in men

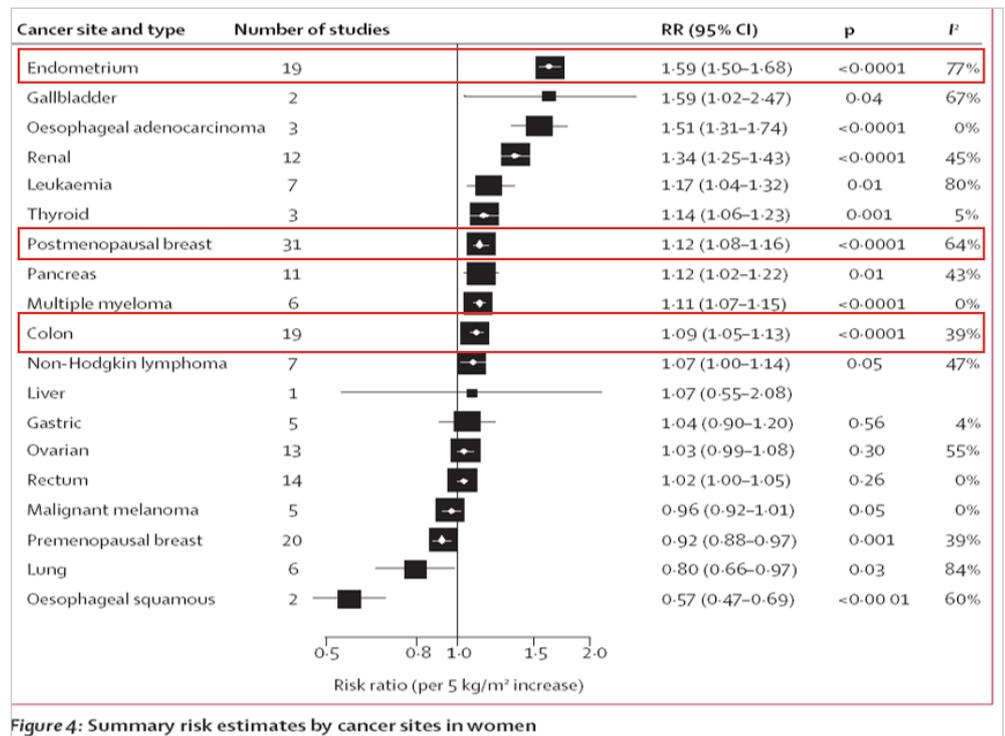
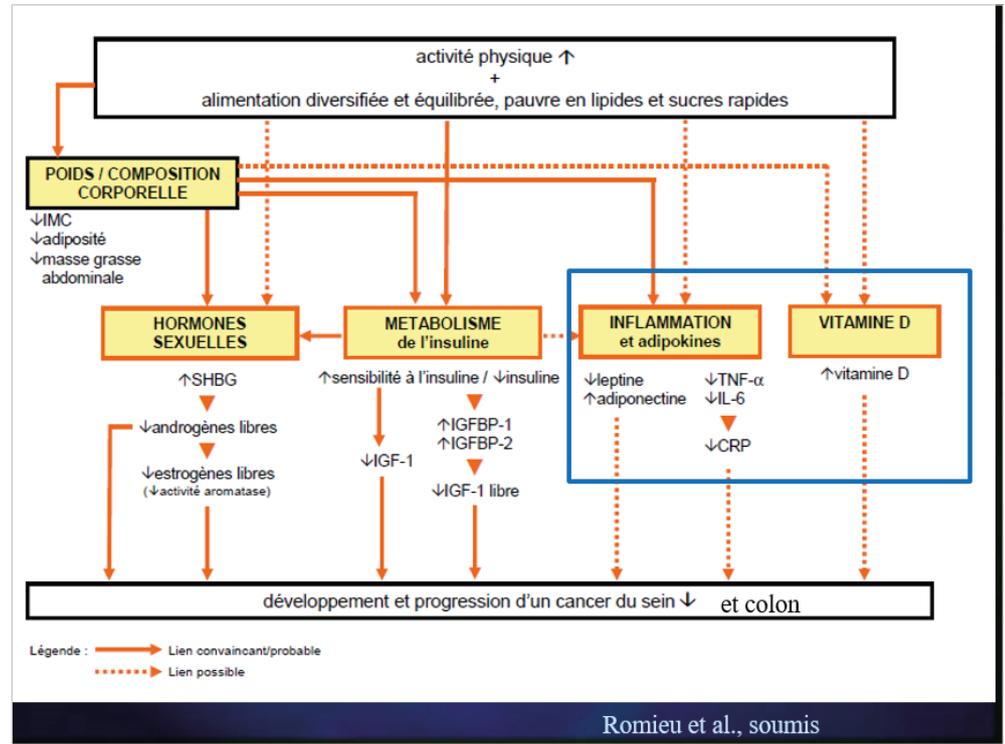


Figure 4: Summary risk estimates by cancer sites in women

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL



AUTRES EFFETS POSSIBLES de l'activité physique Autres marqueurs

- ↓ stress oxydatif
- effets sur l'immunité
- ↓ inflammation
- + pour K colon : effets locaux
 - ↑ motilité intestinale
 - ↓ temps de transit gastrointestinal
(→ ↓ opportunité pour cancérogènes d'être en contact avec muqueuse colique)

Pour une revue cf Rogers *et al.* Sports Med: 38(4): 271-296,2008

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

ACTIVITE PHYSIQUE ET PREVENTION TERTIAIRE du CANCER DU SEIN et du COLON

Quels effets?
Quels mécanismes?
Quelle activité physique?
Quels risques pour les patients?
Quels effets indésirables?
Quelles contre-indications à l'activité physique ?

AP et cancer : des dangers?

- Aucun incident significatif n'est rapporté dans les différents essais prospectifs d'AP en cancérologie
- Une bonne connaissance des complications potentielles de l'AP chez les patients est un préalable indispensable à une prise en charge de qualité

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Principales contre indications APS en oncologie

Dénutrition et ostéoporose importante

Décompensation de pathologies chroniques

BPCO sévère et autres IRC sévères

Insuffisance cardiaque avec FEVG < 30 %

Anémie sévère

Fatigue extrême

Métastase osseuse en particulier lytique sur bassin, fémur, rachis

Métastases cérébrales symptomatiques

Neurotoxicité majeure

Syndrome pieds mains

AP après curage ganglionnaire axillaire

L'AP adaptée :

- n'induit pas de complications fonctionnelles supplémentaires
- permet au contraire une amélioration de la mobilité de l'épaule opérée sans majoration de la douleur ou du risque de lymphoedème
- permet d'atténuer les séquelles d'une chirurgie mutilante
- pourrait même limiter le risque de lymphoedème

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

RECOMMENDATION 2




PHYSICAL ACTIVITY

Be physically active as part of everyday life

PERSONAL RECOMMENDATIONS

Be moderately physically active, equivalent to brisk walking,² for at least 30 minutes every day

As fitness improves, aim for 60 minutes or more of moderate, or for 30 minutes or more of vigorous, physical activity every day^{2,3}

Limit sedentary habits such as watching television

Prévention I

Prévention III

GENERAL PRINCIPLES OF PHYSICAL ACTIVITY

- All patients should be encouraged to be physically active and return to daily activities as soon as possible.
- Physical activity recommendations should be tailored to individual survivor's abilities and preferences
- General recommendations for cancer survivors:^a
 - Overall volume of weekly activity of at least 150 minutes of moderate-intensity activity or 75 minutes of vigorous-intensity activity or equivalent combination
 - Two to three weekly sessions of strength training that include major muscle groups
 - Stretch major muscle groups and tendons on days other exercises are performed



AP et cancer :

- Aucun incident significatif n'est rapporté dans les différents essais prospectifs d'AP en cancérologie

A condition existence de centres dédiés et encadrés par des professionnels formés spécifiquement à l'AP en Oncologie

- Activité physique adaptée à chaque patient
- Et suivie par un professionnel formé

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

Freins à l'AP

Les freins éventuels à la pratique d'AP

- Crainte qu'une activité physique ne produise douleur, blessure et fatigue ce qui limiterait la mobilité des patients et donc la participation aux activités.
 - Peurs du mouvement
 - Peurs de l'aggravation du cancer ou de ses symptômes comme la douleur
 - Peur d'une moins bonne efficacité des traitements
 - Absence de connaissance du bénéfice attendu
- Ces freins peuvent venir du patient et/ou de son entourage : proches et/ou soignants (dont médecins)
- D'autres freins sont propres au patient : pratique antérieure ou non d'AP ou de sport, méconnaissance de son niveau physique, difficultés émotionnelles (anxiété, dépression...)
- Cette peur doit être prise en compte lors de la mise en place des cours d'activité physique afin d'accroître la participation des patients.

Référentiel AFSOS (www.afsos.org): Activité physique et cancer

Blocages et Freins

- Maladie et soins (Fatigue effets du TT RDV)
- Vie personnelle (pbs financiers transport garde enfants)
- Défauts d'informations soignants malades
- Peur de douleur lors de mobilisation

Motivations des patients

- Amélioration capacités physiques
- Lien social
- Mieux sur maladie et santé
- Informations soignés et soignants

10H00 - 10H30 : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CANCER : QUELS EFFETS ? POUR QUELLES ACTIVITÉS ?

Modérateurs Marie Laure de BOTTON & Hélène PECOIL

L'activité physique et sportive est associée

à une réduction du risque de cancer du colon, du sein et de l'endomètre de 25%

à une réduction du risque de rechute chez les patients traités pour un cancer de 25 à 40%

à une réduction de la fatigue et à une meilleure qualité de vie chez les patients

Retrouver confiance et contrôle vis-à-vis de son corps
Reprendre une activité sociale et le travail
Reprendre sa place dans une activité collective
S'autoriser un nouvel investissement

Nécessite une confiance entre médecins, IDE, EMS, patients
Et leur entourage





A.F.I.C.
Association Française
des Infirmiers de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »



A.F.I.C.
Association Française
des Infirmiers de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »

Remise de la bourse
Recherche
en **S**oins **I**nfirmiers en **C**ancérologie
Samedi 19 mars 2016



10H30 - 10H45 : REMISE DE LA BOURSE R.S.I.C. A.F.I.C. 2016



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmiers de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en
victoires de demain »

Bourse de 10 000 euros

Fournir des connaissances fondées sur des bases scientifiquement validées pour contribuer à **l'amélioration continue de la qualité des soins** délivrés par les infirmier(e)s et **d'améliorer les pratiques en cancérologie.**



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmiers de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en
victoires de demain »

Le jury Co-présidents



**Pascale
Dielenseger**



**Ljiljana
Jovic**



**Pr Jean-
Charles
Soria**

10H30 - 10H45 : REMISE DE LA BOURSE R.S.I.C. A.F.I.C. 2016

A.F.I.C.
Association Française des Infirmières de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »

Le jury



Dr Ellen Benhamou



Christophe Debout



Frédéric Despiau



Amel M'Sadek



A.F.I.C.
Association Française des Infirmières de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »

6 dossiers reçus



CHP St-Grégoire





Centre Oscar Lambret
Centre Régional de Lutte contre le Cancer



INSTITUT de CANCEROLOGIE de la LOIRE
LUCIENNEUWIRTH



INSTITUT de Cancérologie de Lorraine
Alain Vaastin
Euzelle, combrières, Lancy



Hôpitaux de Toulouse



Hôpital privé Mèdipôle de Savoie



10H30 - 10H45 : REMISE DE LA BOURSE R.S.I.C. A.F.I.C. 2016



A.F.I.C.
Association Française
des Infirmiers de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »



Les thèmes présentés

- 1- Alopécie et casque réfrigérant
- 2- Qualité de vie après proctectomie
- 3- Hypnose /BOM
- 4- Evaluation dimension spirituelle en hématologie
- 5-Laser base énergie en prévention mucite / greffe
- 6- Hypnose / Qutenza



A.F.I.C.
Association Française
des Infirmiers de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »

Résultats



10H30 - 10H45 : REMISE DE LA BOURSE R.S.I.C. A.F.I.C. 2016



A.F.I.C.
Association Française
des Infirmières de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »



Lauréat



ENHYZA

Efficacité d'un message hypnotique standardisé sur la douleur ressentie lors de la pose QUTENZA® chez des patients présentant des douleurs neuropathiques périphériques



Porteurs : M. Rémi ETIENNE & Mme Myriam LAURENT



A.F.I.C.
Association Française
des Infirmières de Cancérologie

« Ensemble Transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »



11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT



Emmanuelle ARFE
- IDE, cadre de santé, Master
Education thérapeutique
Université Paris 13, Institut
Universitaire du Cancer
Toulouse –Oncopole
- Cadre du département de
soins de support
- Chargée de projet et
Coordination des programmes
d'éducation thérapeutique
autorisés et des projets en
soins de support
- Membre de la commission
régionale d'éducation
thérapeutique

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le cancer répond aux critères de maladie chronique car il implique « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies avec la présence d'une cause organique, une ancienneté de plusieurs mois et un retentissement de la maladie sur la vie quotidienne ». Face à cette pathologie, des schémas thérapeutiques se sont développés au fil des découvertes scientifiques : chirurgie, radiothérapie, thérapies hormonales, chimiothérapies et plus récemment thérapies ciblées. Avec ces traitements, la qualité de prise en charge ne dépend pas seulement de la compétence technique des soignants. Elle repose aussi sur la capacité des différents intervenants à travailler ensemble et, pour le malade, à s'approprier l'observance de son traitement et le respect du suivi médical proposé, sur le long terme. L'implantation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de cancer née d'un important travail conjoint de la part des patients, des médecins, des pharmaciens, des paramédicaux, des informaticiens, des professionnels de la formation, et des services de communication. Si l'animation des ateliers

bénéficie parfois de temps dédié, l'élaboration, l'organisation, la coordination des projets d'ETP sont basées sur la bonne volonté des professionnels. La création des outils pédagogiques s'appuie sur la motivation des professionnels et des patients. Des leviers existent pour mettre en œuvre une intention éducative forte chez les soignants

11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE

Leviers et freins à la mise en œuvre

R.I.O.2016

Emmanuelle ARFE
Cadre de santé, Chargée de projet ETP
IUCT-Oncopole



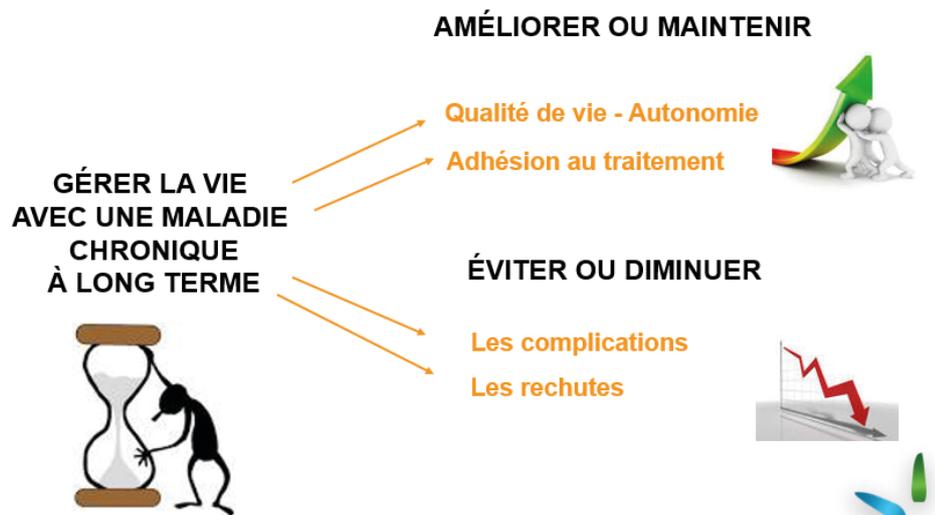


	Plan cancer	Loi HPST
Maladie grave		Maladie chronique
Lutte contre le cancer		Prévention des facteurs de risque, complications et rechute
Personnalisation de la prise en charge avant, pendant et après la maladie		Responsabilisation et autonomisation de la personne
Meilleure vie pendant et après la maladie: Renforcement du médecin traitant		Meilleure qualité de vie Vivre avec une maladie chronique: renforcement des compétences patients
Développement des soins de support		Education thérapeutique: priorité nationale

11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

ETP POUR QUELLES FINALITÉS?



ETP POUR QUELLES FINALITÉS?

- Permettre au patient d'être en mesure de participer aux choix thérapeutiques.
 - Permettre au patient de gérer quotidiennement son traitement.
 - Aider le patient à gérer des situations relationnelles complexes en rapport avec sa maladie et le traitement dans sa vie professionnelle ou privée.
 - Restreindre ou retarder la survenue d'éventuels incidents ou complications.
 - Aider le patient à trouver une motivation pour investir des projets de vie.
- 

11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

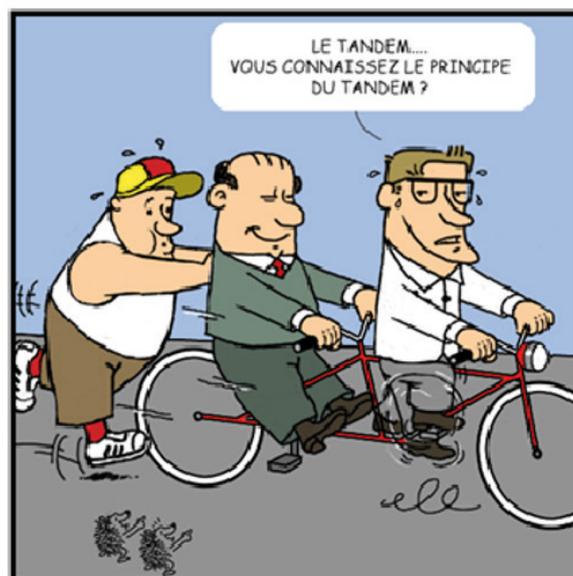
L'ETP en CANCEROLOGIE



- L'observance [Diekmann JM. Cancer Nursing 1988](#)
- La gestion des effets secondaires [Grahm and Johnson J. Scandinavian Journal of caring science 1990](#)
- La gestion des risques inhérents au traitement [Grahm G. European Journal of cancer care 1996](#)
- Le niveau d'anxiété [Todd k., Roberts s. Black c. European Journal of Cancer Care 2002; 11: 271-279](#)
- La connaissance de la maladie, du matériel, du traitement [Grahm G., Danielson M. Ulander K. Cancer Nursing 1999; 22: 79-84](#)
- L'habilité à communiquer à propos de la maladie [Grahm G European Journal of Cancer Care 1996](#)
- Retour à l'emploi [Taina Taskila-Abrandt and al. European journal of cancer 2004](#)



COMMENT APPRENDRE À APPRENDRE



11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT



Cancer
=
Maladie chronique

Histoire et culture

Idées reçues / cancer

Parcours de soins

Taux de survie

Risque de récurrence







Dispositif d'annonce

Systèmes d'assistance, d'appui, de suivi

Soins de support

Apprentissage? Autonomisation?

Moyens contraints






11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT



Thérapeutiques orales



Patients ambulatoires



Manque de formation des libéraux

Diffusion des fiches médicaments trop restreinte

Patient non captif



Absence de remboursement des transports



Equipes paramédicales et pharmaceutique sensibilisées et formées




Une loi Des décrets



Equipes médicales peu sensibilisées et peu formées notamment en libéral



Peu de financements



11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

E.T.P EN CANCÉROLOGIE, ÊTRE MOTIVÉ MAIS AUSSI...

- Définir une pathologie cible
- Définir une population cible, avoir des patients
- Avoir un soutien institutionnel
- Avoir le soutien d'un oncologue
- Avoir d'une équipe pluridisciplinaire opérationnelle qui connaît le système



MAIS AUSSI...

- Rechercher des financements autres que ARS
- Etudier le plan de communication du programme auprès des patients et des professionnels

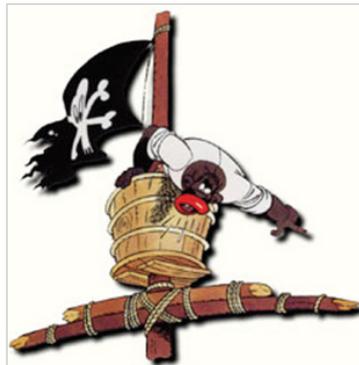


11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

MAIS ENCORE...

- Commencer « petit »
- S'appuyer sur les savoirs expérimentiels des patients
- Organiser, anticiper
- Planifier



GARDER LE CAP!

- Est une composante indissociable de la démarche de soins
- Est un processus structuré d'apprentissage volontaire, par étapes, au long cours, contractuel, d'acquisition de compétences
- Est centrée sur le patient atteint d'une maladie chronique
- A pour but de promouvoir son autonomie et ainsi d'améliorer sa qualité de vie

- Fait appel aux théories modernes de l'apprentissage et de l'éducation
- Utilise une approche biopsychosociale
- Est réalisée par des soignants formés
- Est évaluée en permanence et adaptée selon les besoins



11H15 - 11H45 : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE : LEVIERS ET FREINS À LA MISE EN ŒUVRE

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

patient **éducation** **compétences** **santé** **thérapeutique** **maladie**

cancer **tumeurs** **tissu** **spécialité** **malignes** **rares**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Emmanuelle ARFE
IUCT-Oncopole
arfe.emmanuelle@iuct-oncopole.fr

R.I.O. 2016



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DU CANCER DE TOULOUSE
Oncopole



Résumés de nos intervenants dispos dans l'espace adhérents du site www.afic-asso.org dès fin mai 2016.

Dr Brice FRESNEAU
Oncologue pédiatrique
Médecin référent Suivi à long terme
Département Cancérologie de l'Enfant et de l'Adolescent
Institut Gustave Roussy, Villejuif
Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine légale, Université Paris Descartes, Paris

En France, plus de 3 millions de personnes âgées de plus de 15 ans ont été traité pour un cancer soit 6% de la population française. Parmi ces personnes, plus de 30.000 sont des survivants d'un cancer pédiatrique. La prise en charge à long terme de ces adultes traités pendant l'enfance pour un cancer est devenue un enjeu de santé publique. En effet, ces patients ont souvent reçu des traitements intensifs et multimodaux susceptibles d'entraîner des complications tardives. Les seconds cancers et les pathologies cardio-vasculaires représentent les complications les plus fréquentes et les plus sévères des traitements. Depuis 2012, le département de cancérologie de l'enfant et de l'adolescent de Gustave Roussy a mis en place une clinique de suivi à long terme dédiée aux adultes traités pendant l'enfance ou l'adolescence pour un cancer. Il s'agit de proposer à tout ancien patient un entretien psychologique d'accueil puis une consultation médicale de suivi à long terme, assurée par un oncologue pédiatre et un médecin généraliste. Les objectifs de cette consultation sont (i) d'informer les patients sur la nature des traitements reçus et les risques de complications à long terme, (ii) d'évaluer les séquelles et détecter les complications tardives organiques et fonctionnelles des traitements, (iii) d'évaluer le retentissement de ces séquelles sur le plan psycho-social ainsi que sur la qualité de vie, (iv) de mettre en place une prise en charge multidisciplinaire adaptée aux problèmes mis en évidence à l'occasion de cette

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

consultation de suivi à long terme (organiques, psychiques, sociaux...), et (v) élaborer des recommandations personnalisées de suivi à long terme en fonction de la nature des traitements reçus. Depuis sa création, plus de 1000 patients ont été vus en consultation de suivi.

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

FRESNEAU Brice
Oncologue pédiatre

RIVOLLET Sophie
Psychologue clinicienne



Un enfant sur 440 va développer un cancer avant l'âge de 15 ans

Le Monde.fr avec AFP | 28.12.2010 à 10h40 • Mis à jour le 28.12.2010 à 12h44



11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Un cancer pendant l'enfance, est-ce fréquent ?

- **2.500 enfants et adolescents**
sont atteints de cancer chaque année en France

➤ 1.700 avant l'âge de 14 ans, 800 entre 15 et 19 ans

- **Maladies rares par rapport à l'adulte**

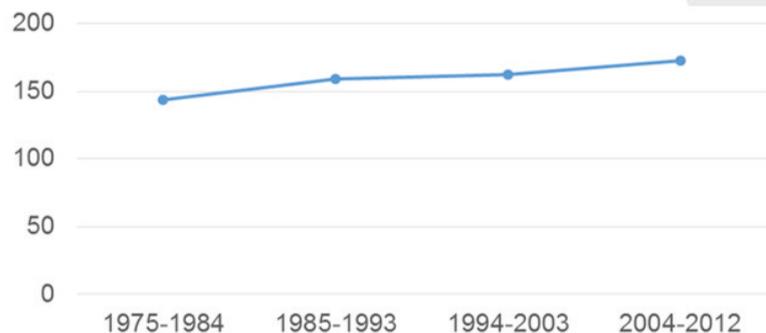
Localisations	Incidence
Prostate	57.000
Sein	49.000
Côlon-rectum	42.000
Poumon	39.000
...	...
Total	385.000

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

3

Une incidence stable depuis les années 80

Evolution de l'incidence
(nombre de cas annuels par million d'enfants)



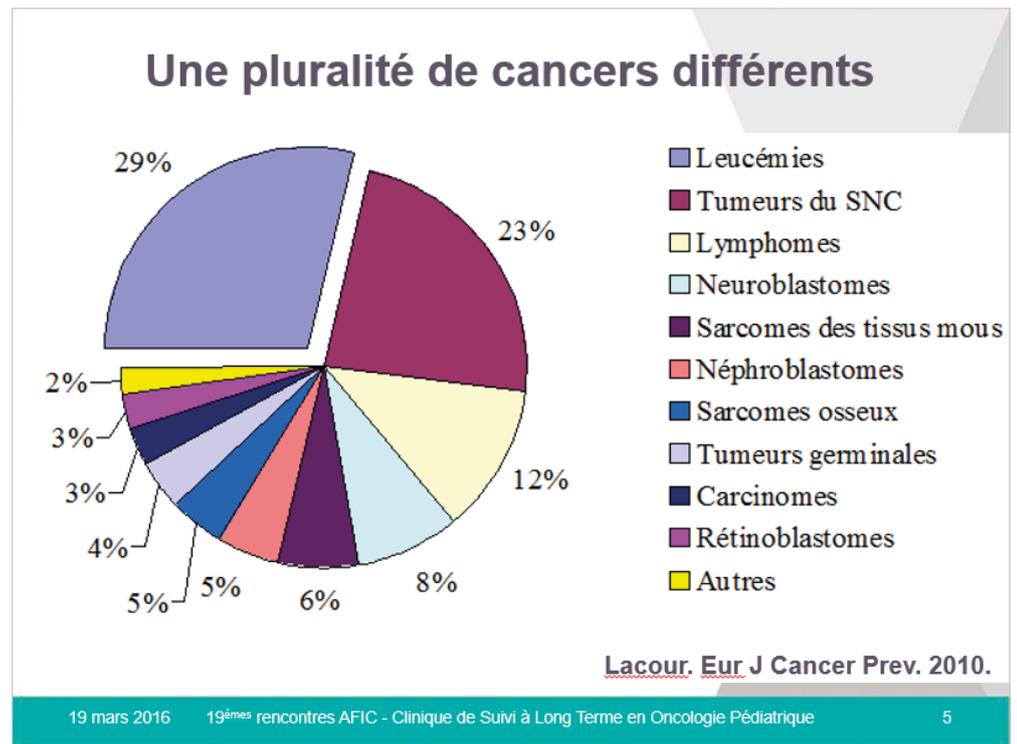
SEER registry

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

4

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT



11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Guérir, oui, mais avec quelles conséquences ?

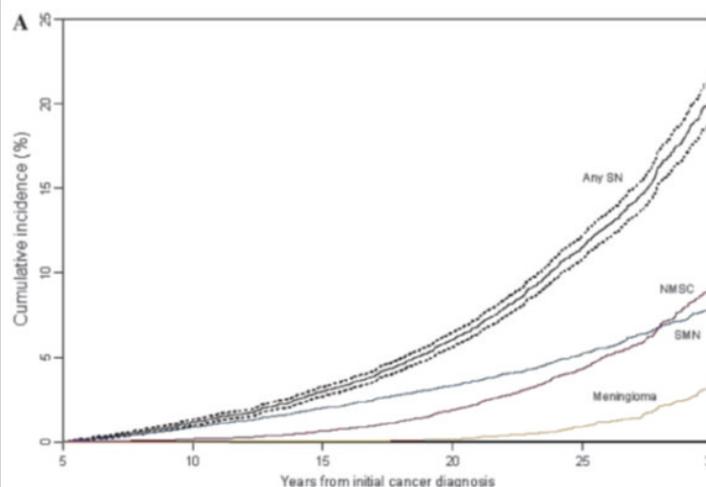
De nombreuses études épidémiologiques ont mis en évidence un **excès de problèmes de santé** chez les survivants d'un cancer pendant l'enfance

- 75% ont des troubles sévères ou invalidant à l'âge adulte
- Mortalité multipliée par 7 à 11
 - > seconds cancers
 - > pathologies cardiovasculaires
 - > pathologies respiratoires

Hudson, JAMA, 2013 – Reulen, JAMA, 2010

Seconds cancers : risque x6

30 ans après, 7.9% de seconds cancers



Incidence cumulée

14 359 survivants à 5 ans
Traités entre 1970 et 1986
Avant l'âge de 21 ans
Aux USA.

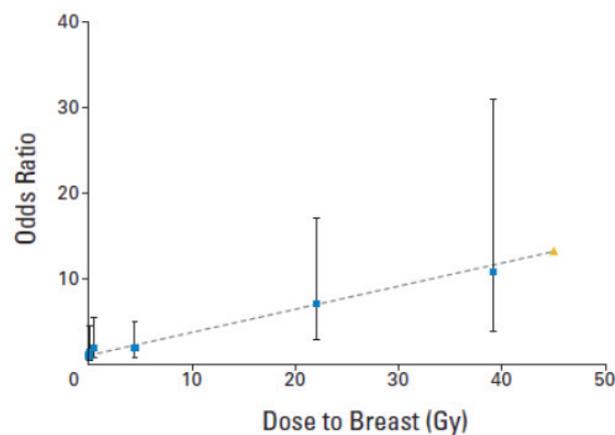
Friedman, JNCI, 2010

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Seconds cancers : impact de la radiothérapie

Cancer du sein



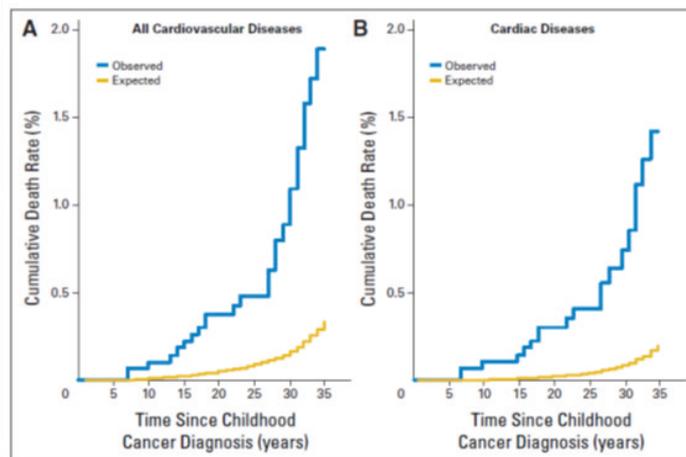
Risque x6 à 20 Gy

Risque x12 à 40 Gy

Inskip, JCO, 2009

Mortalité par pathologies cardio-vascul. x6

2^{ème} cause de mortalité à long terme



Taux cumulés de décès

4122 survivants à 5 ans
Traités entre 1942 et 1986
Avant l'âge de 15 ans
En France et U.K.

Tukenova, JCO, 2010

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Principales complications cardiaques

● Incidences cumulées à l'âge de 45 ans

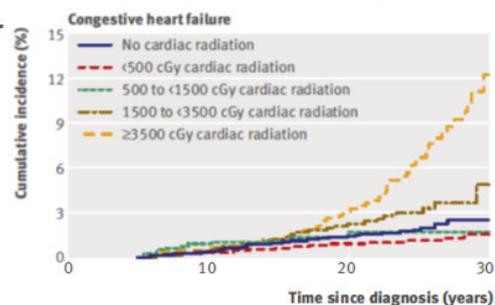
- Coronaropathie 5.3% vs. 0.9%
- Insuffisance cardiaque clinique 4.8% vs. 0.3%
- Valvulopathies 1.5% vs. 0.1%
- Arythmies 1.3% vs. 0.4%

Estimations faites sur 10.724 survivants à 5 ans de cancers pédiatriques traités aux USA et au Canada entre 1970 et 1986 à un âge < 21 ans vs. 3159 frères et sœurs

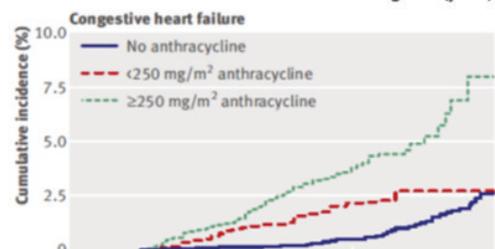
Armstrong, JCO, 2013

Principaux facteurs de risque

● Irradiation du cœur



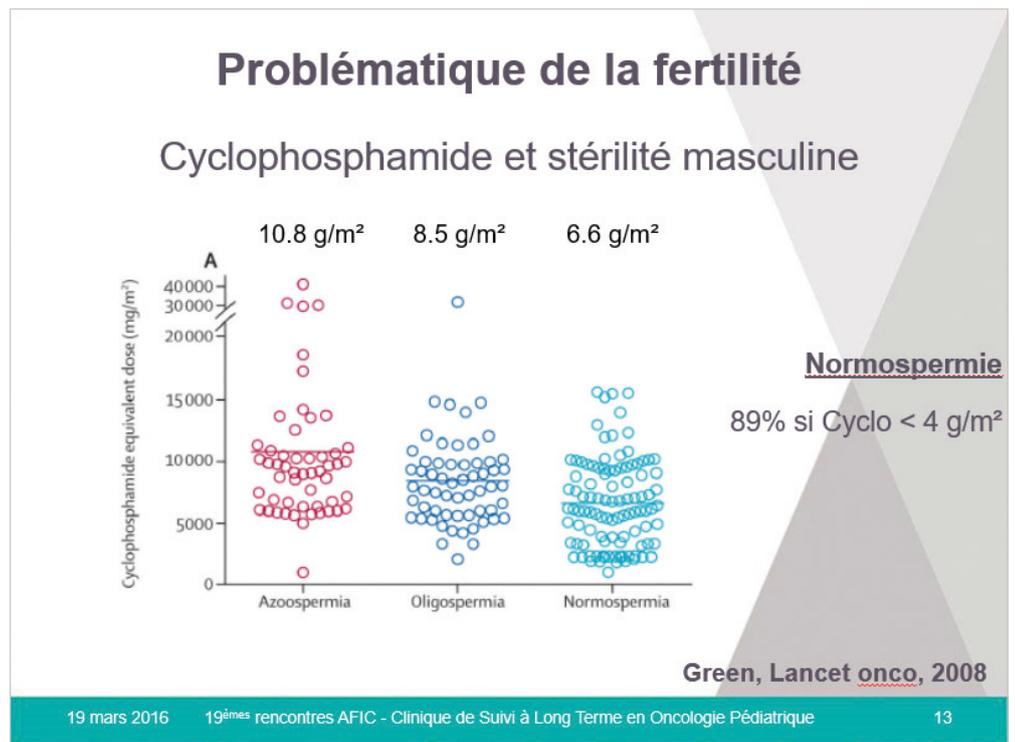
● Anthracyclines



Mulrooney, BMJ, 2009

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT



Problématique de la fertilité

Et chez les femmes ?

Probabilité de grossesse diminuée si :

- Irradiation des ovaires (>5Gy)
- Irradiation hypothalamo-hypophysaire (>30Gy)
- Traitement par alkylants hautes doses (cyclophosphamide, CCNU, Busulfan)

Green, JCO, 2009

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique 14

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Inégalité face aux effets à long terme

- Deux personnes traitées au **même âge** pour la **même maladie** avec les **mêmes traitements** peuvent avoir des **effets à long terme très différents**
 - La génétique en cause

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

15

Actions de santé publique

30-40.000 adultes survivants d'un cancer pédiatrique

- Devoir d'**informer** sur les complications possibles
- Elaborer des **recommandations de suivi**
- **Détecter les complications** le plus tôt possible
- Mettre en place un **réseau d'experts** au service du patient

→ Développement des cliniques de suivi à long terme

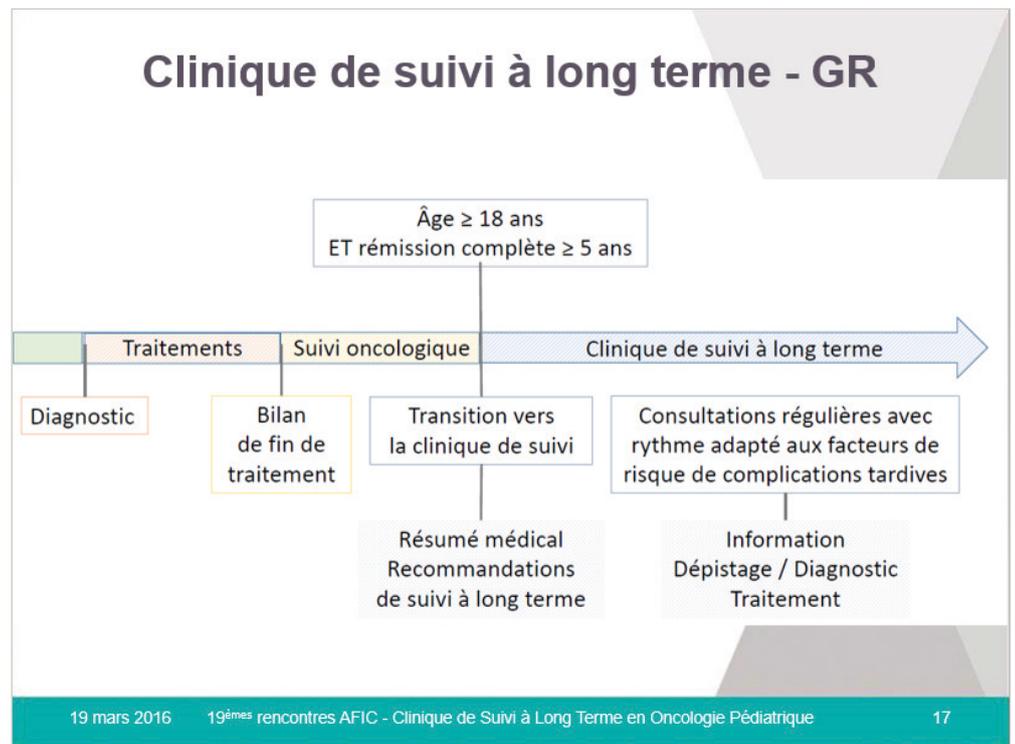
Objectif du plan cancer 2014-2019 (Action 8.2)

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

16

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT



Deux types de consultations

- **Patients suivis il y a plusieurs dizaines d'années**
 - > Long intervalle libre de suivi à Gustave Roussy
 - > Complications tardives parfois déjà survenues
 - > **INFORMER** sur la pathologie pédiatrique, les risques de complications...
- **Patients en fin de suivi pédiatrique**
 - > **Transition** vers la clinique de suivi à long terme
 - > Patients le plus souvent bien informés sur leur pathologie
 - > Mise en place d'une **surveillance personnalisée**

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique 18

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Déroulement de la consultation

- **Historique de la maladie pédiatrique**
 - Traitements reçus avec doses de chimiothérapie et radiothérapie
- **Evènements médicaux depuis la dernière consultation**
- **Etat de santé actuel**
- **Recommandations de surveillance personnalisées**
- **Consultations spécialisées nécessaires**
- **Résumé médical envoyé au patient**



19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

19

Entretien psychologique proposé systématiquement

- Souffrance psychique **non identifiable en amont**
- Prise en considération de la **globalité** du patient, de sa **subjectivité**
- Fonction de **reconnaissance** d'une possible souffrance psychique engendrée par l'épreuve de la maladie et des bouleversements engendrés
- **Démystification** du « psy » pour les « fous »
- **Généralisation** de la prise en charge pour tous
- Soutenir la **demande** et ne pas s'y soustraire

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

20

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Objectifs de l'entretien

- Accueil et soutien
 - Evaluation psychologique
 - Orienter sur le secteur
- Soutenir **la demande** - ne pas s'y soustraire

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

21

Problématiques récurrentes

- Fertilité
- Risques héréditaires
- Insertion sociale / isolement
- Insertion professionnelle
- Souvenirs – Secret – Tabou
- Handicap
- Préoccupations concernant la santé

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

22

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Paroles de patients

- « Je pensais que c'était réglé mais ça remonte de temps en temps... Je ne comprends pas du tout pourquoi je pleure aujourd'hui, je ne me souviens de rien. »
- « C'est quand je suis devenue maman que j'ai repensé à ma maladie »
- « Serais-je le même si je n'avais pas été malade? Serais-je devenu soignant? »

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

23

Mlle S.

- **Traitée pour une tumeur cérébrale à 6 ans**
 - > Chirurgie – Chimiothérapie – Chimio haute dose (greffe) - Radiothérapie
- **1^{ère} rencontre à 18 ans**
- **2 ans plus tard**
 - > Sans activité
 - > Problématiques sociales (MDPH – Cap Emploi etc.)
 - > Angoisse
 - Eloignement des parents
 - Autonomie
 - > Relations familiales complexes
- **Mise en sourdine des désirs d'ailleurs**
 - > Peu de plainte, peu de demande
 - > Réel besoin d'étayage

19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

24

11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Mme N.

- **À 15 ans : traitée pour un synoviosarcome de la cuisse**
 - Chirurgie – Chimiothérapie
- **33 ans**
 - Croisement avec des problématiques familiales
 - Tabou
 - Deuil de la mère
 - Peur de la rechute - Craintes des examens
 - Conduites évitement

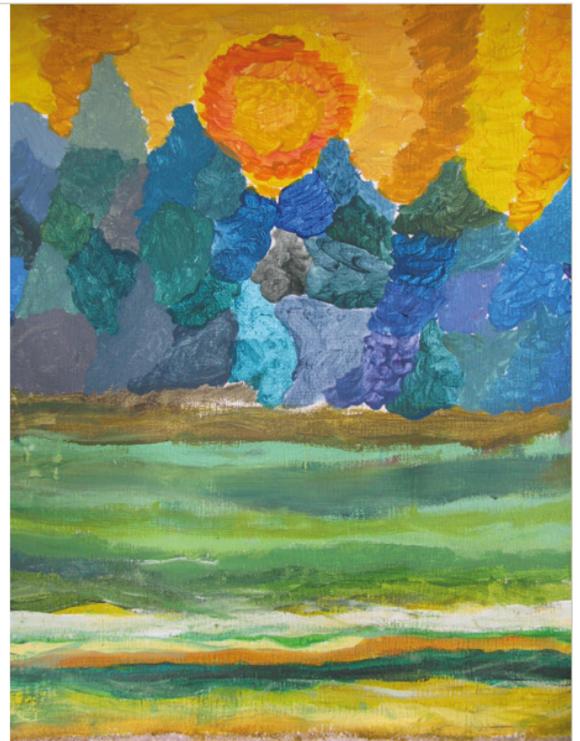
19 mars 2016 19^{èmes} rencontres AFIC - Clinique de Suivi à Long Terme en Oncologie Pédiatrique

25

**GUSTAVE /
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

**Merci de votre
attention**

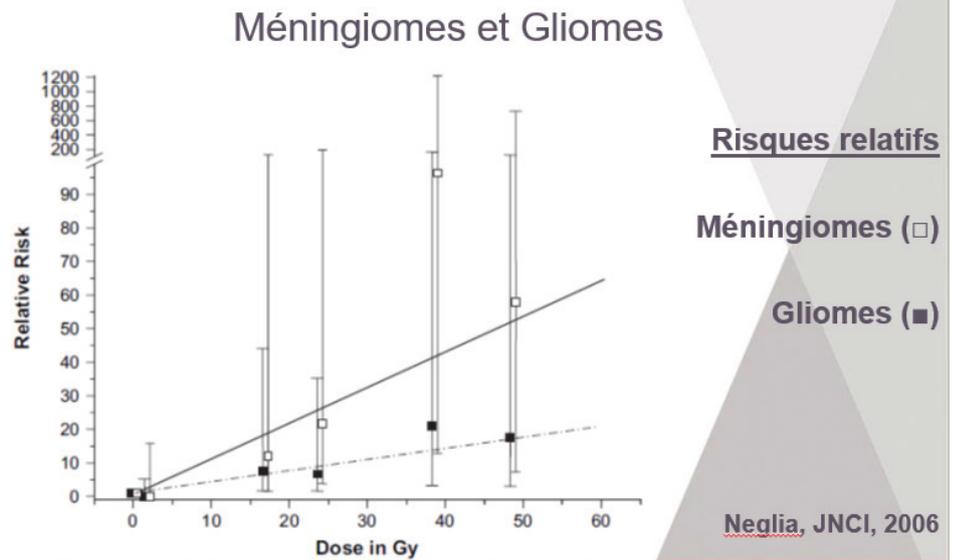
114, rue Édouard-Vaillant
94805 Villejuif Cedex - France
www.gustaveroussy.fr



11H45 - 12H15 : CLINIQUE DE SUIVI À LONG TERME : QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LES ADULTES TRAITÉS PENDANT L'ENFANCE POUR UN CANCER ?

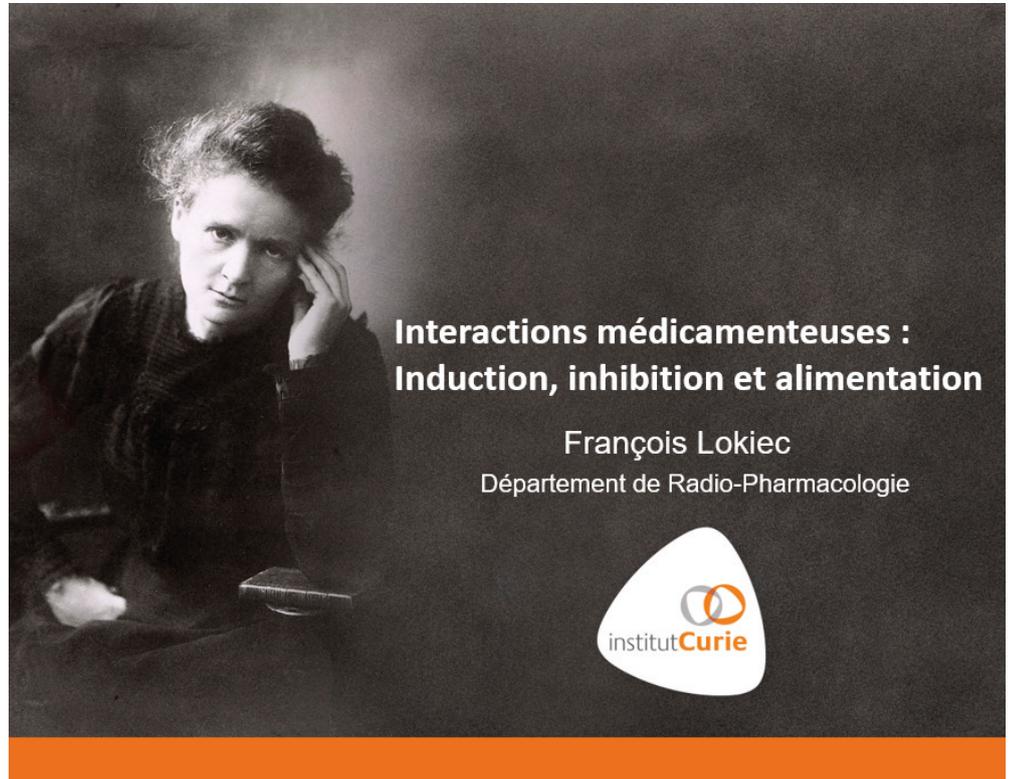
Modérateurs Monique DEBARD & Sophie BAUMONT

Seconds cancers : impact de la radiothérapie



12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT



Pharmacologie

Pharmacologie :

- Pharmacocinétique (PK) :
 - Etudie ce que l'organisme fait au médicament
 - (Absorption), Distribution, Métabolisme, Elimination
- Pharmacodynamie (PD) :
 - Etudie ce que le médicament fait à l'organisme
 - Effet thérapeutique et/ou effets secondaires



AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Absorption, Distribution, Métabolisation, Élimination (ADME)

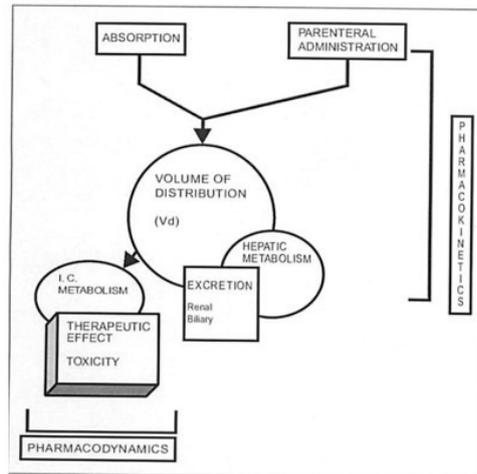
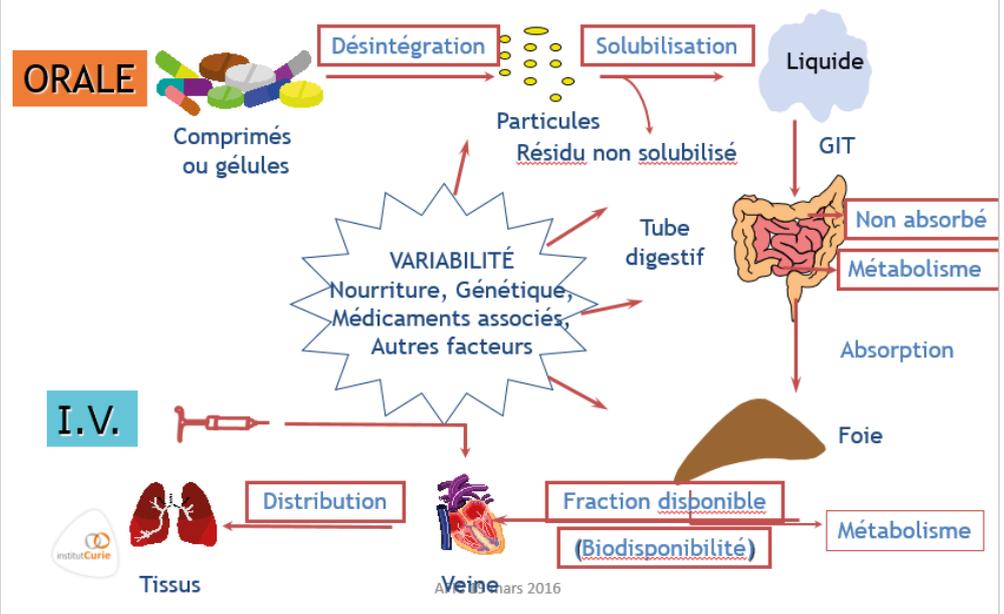


Figure 1. PK and pharmacodynamic parameters.
AFIC 19 mars 2016

Balducci et al 2000

Administration per os versus iv



12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

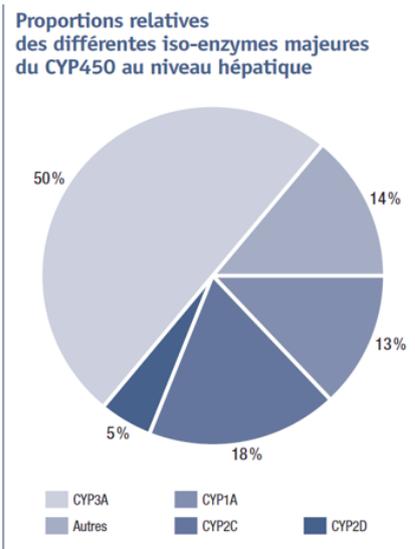
Pharmacologie

- De nombreux médicaments anticancéreux sont activés (anabolisme) ou inactivés (catabolisme) par des systèmes enzymatiques donc susceptibles d'être impliqués dans une variabilité pharmacologique
- Les médicaments anticancéreux ont une marge thérapeutique très étroite, ce qui rend la moindre variabilité pharmacocinétique préoccupante



AFIC 19 mars 2016

Cytochrome P450 3A4

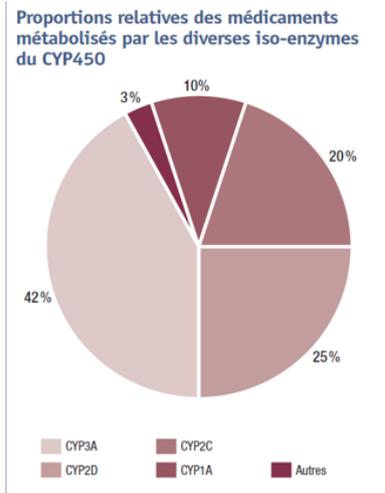


AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Cytochrome P450 3A4



AFIC 19 mars 2016

Cytochromes P450

Table III. Drug metabolism in 226 patients with “equal” (slight to modern to alterations) in liver histopathologic conditions and serum testosterone level in 104 healthy men and women

Parameter	Age in decades (yr)					
	20-29 (young)	30-39 (young)	40-49 (middle-aged)	50-59 (middle-aged)	60-69 (middle-aged)	>70 (elderly)
P450 (nmol⁻¹)	7.2 ± 2.6	7.6 ± 2.5	6.1 ± 2.2†	6.4 ± 2.3†	6.3 ± 2.6†	4.8 ± 1.1*
Antipyrine						
Half-life (hr)	9.6 ± 2.0	9.9 ± 3.1	10.3 ± 3.0	10.6 ± 3.5	10.9 ± 3.2	12.1 ± 3.1‡
CL (ml · min ⁻¹)	46.4 ± 18.5	46.6 ± 15.4	45.2 ± 14.2	42.0 ± 19.2	33.8 ± 10.7*	32.8 ± 12.2*
V _{area} (L · kg ⁻¹)	0.46 ± 0.12	0.45 ± 0.07	0.43 ± 0.07	0.42 ± 0.10	0.40 ± 0.07	0.41 ± 0.09
Testosterone (nmol · L ⁻¹)						
Men	17.2 ± 5.5	16.2 ± 5.8	12.2 ± 3.5 ^e	12.9 ± 4.8‡	12.2 ± 4.7‡	10.9 ± 3.1‡
Women	1.1 ± 0.6	1.4 ± 0.2	1.4 ± 0.9	1.0 ± 0.4	1.6 ± 1.1	1.2 ± 0.8

*p < 0.01.
†p < 0.01.
‡p < 0.05.



Sotaniemi et al 1997

AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Cytochromes P450 (substrats)

Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4	Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4
Antinéoplasiques								Antémétiques							
5-fluorouracile								Aprépitant							
Anastrozole								Dompéridone							
Bevacizumab								Gransétron							
Capécitabine								Métoclopramide							
Carboplatine								Ondansétron							
Cisplatine								Palonosétron							
Cyclophosphamide								Tropisétron							
Dexrazoxane								Corticoïdes							
Docétaxel								Dexaméthasone							
Doxorubicine								Méthyprednisolone							
Epirubicine								Prednisolone							
Exemestane								Prednisonne							
Fulvestrant								Antalgiques							
Gemcitabine								Buprénorphine							
Lapatinib								Codéine							
Letrozole								Fentanyl							
Méthotrexate								Hydromorphone							
Mitoxantrone								Morphine							
Paclitaxel								Oxycodone							
Tamoxifène								Paracétamol							
Trastuzumab								Sufentanil							
Vincristine								Tramadol							
Vinorelbine															

Voie métabolique majeure (noir)
Voie métabolique mineure (gris)

AFIC 19 mars 2016

Cytochromes P450 (substrats)

Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4	Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4
Anticoagulants								Alimentation et plantes							
Acénocoumarol								Choux, brocolis							
Warfarine								Ethanol							
Antulcéreux								Jus de pampleousse							
Cimétidine								Millepertuis							
Esoméprazole								Sauge							
Lansoprazole								Tabac							
Omeprazole								THC							
Pantoprazole															
Ranitidine															
Médicaments du SNC															
Acide valproïque															
Alprazolam															
Carbamazépine															
Chlorpromazine															
Clonazépam															
Diazépam															
Flunitrazépam															
Fluoxétine															
Fluvoxamine															
Gabapentine															
Halopéridol															
Midazolam															
Paroxétine															
Phénobarbital															
Phénytoïne															
Sertraline															
Zolpidem															
Zopiclone															

Voie métabolique majeure (noir)
Voie métabolique mineure (gris)

AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Cytochromes P450 (inhibiteurs)

Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4	Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4
Antinéoplasiques								Antémétiques							
5-fluorouracile								Aprépitant							
Anastrozole								Dompéridone							
Bevacizumab								Granisétron							
Capécitabine								Métoclopramide							
Carboplatine								Ondansétron							
Cisplatine								Palonosétron							
Cyclophosphamide								Tropisétron							
Dexrazoxane								Corticoïdes							
Docétaxel								Dexaméthasone							
Doxorubicine								Méthyprednisolone							
Epirubicine								Prednisolone							
Exemestane								Prednisone							
Fulvestrant								Antalgiques							
Gemcitabine								Buprénorphine							
Lapatinib								Codéine							
Letrozole								Fentanyl							
Méthotrexate								Hydromorphone							
Mitoxantrone								Morphine							
Paclitaxel								Oxycodone							
Tamoxifène								Paracétamol							
Trastuzumab								Sufentanil							
Vincristine								Tramadol							
Vinorelbine															



AFIC 19 mars 2016

Cytochromes P450 (inhibiteurs)

Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4	Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4
Anticoagulants								Alimentation et plantes							
Acénocoumarol								Midazolam							
Warfarine								Paroxétine							
Anticérebrox								Phénobarbital							
Cimétidine								Phénytoïne							
Esoméprazole								Sertraline							
Lansoprazole								Zolpidem							
Omeprazole								Zopiclone							
Pantoprazole								Alimentation et plantes							
Ranitidine								Choux, brocolis							
Médicaments du SNC								Ethanol							
Acide valproïque								Jus de pamplemousse							
Alprazolam								Millepertuis							
Carbamazépine								Sauge							
Chlorpromazine								Tabac							
Clonazépam								THC							
Diazépam															
Flunitrazépam															
Fluoxétine															
Fluvoxamine															
Gabapentine															
Halopéridol															



AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Cytochromes P450 (inducteurs)

Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4	Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2D6	2E1	3A4
Antinéoplasiques								Antémétiques						
5-fluorouracile								Aprépitant						
Anastrozole								Dompéridone						
Bevacizumab								Granisétron						
Capécitabine								Métoclopramide						
Carboplatine								Ondansétron						
Cisplatine								Palonosétron						
Cyclophosphamide								Tropisétron						
Dexrazoxane								Corticoïdes						
Docétaxel								Dexaméthasone						
Doxorubicine								Méthylprednisolone						
Epirubicine								Prednisolone						
Exemestane								Prednisone						
Fulvestrant								Antalgiques						
Gemcitabine								Buprénorphine						
Lapatinib								Codéine						
Letrozole								Entanyl						
Méthotrexate								Hydromorphone						
Mitoxantrone								Morphine						
Paclitaxel								Oxycodone						
Tamoxifène								Paracétamol						
Trastuzumab								Sufentanil						
Vincristine								tramadol						
Vinorelbine														



AFIC 19 mars 2016

Cytochromes P450 (inducteurs)

Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4	Isoenzyme CYP	1A2	2B6	2C9	2D6	2E1	3A4
Anticoagulants								Alimentation et plantes						
Acénocoumarol								Choux, brocolis						
Warfarine								Ethanol						
Antituberculeux								Jus de pamplemousse						
Cimétidine								Millepertuis						
Esoméprazole								Sauge						
Lansoprazole								Tabac (goudrons)						
Omeprazole								THC						
Pantoprazole														
Ranitidine														
Médicaments du SNC														
Acide valproïque														
Alprazolam														
Carbamazépine														
Chlorpromazine														
Clonazépam														
Diazépam														
Flunitrazépam														
Fluoxétine														
Fluvoxamine														
Gabapentine														
Halopéridol														

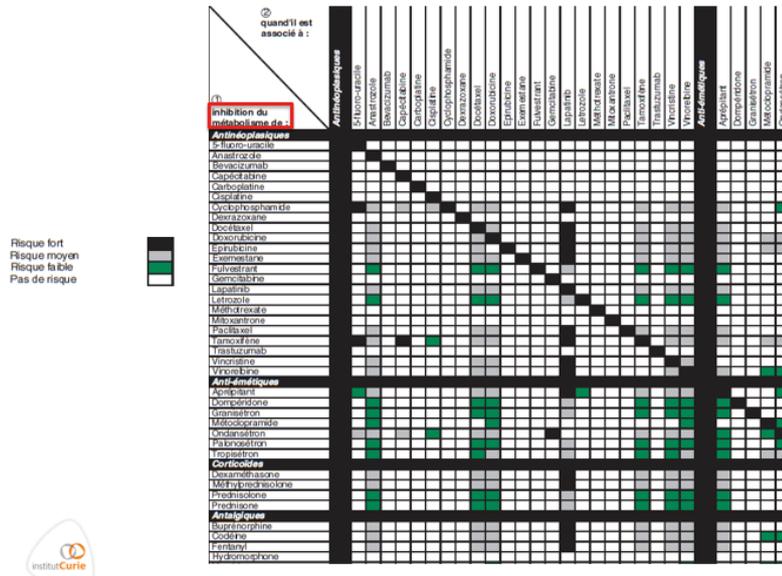


AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

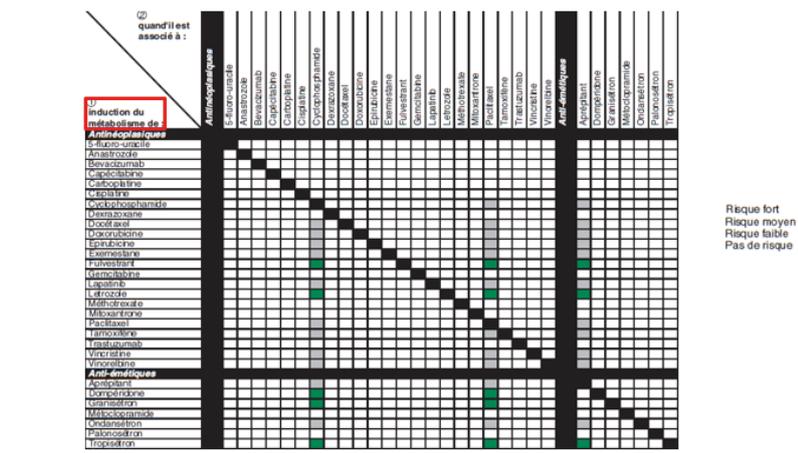
Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Risque d'interaction (inhibition)



AFIC 19 mars 2016

Risque d'interaction (induction)



AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Polymédication



AFIC 19 mars 2016

Polymédication

Population âgée polymédiquée

Parmi les 10 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus,
environ 1,5 million consomment **quotidiennement**
7 médicaments ou plus
de classes thérapeutiques différentes.



AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

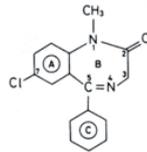
Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Polymédication

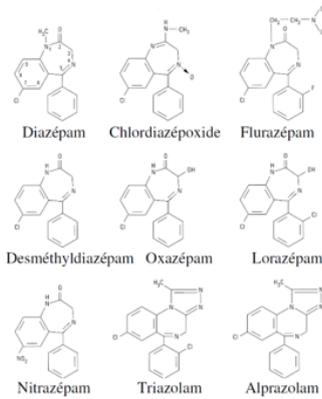
Les autres déterminants de la polymédication chez le sujet âgé sont liés à des facteurs culturels et au système de santé. La France est le pays ayant la plus forte consommation de **benzodiazépines** (BZD), alors que les Français ne semblent pas avoir plus de syndromes anxieux que les autres sujets occidentaux.

Structure des benzodiazépines

1,4 benzodiazépine

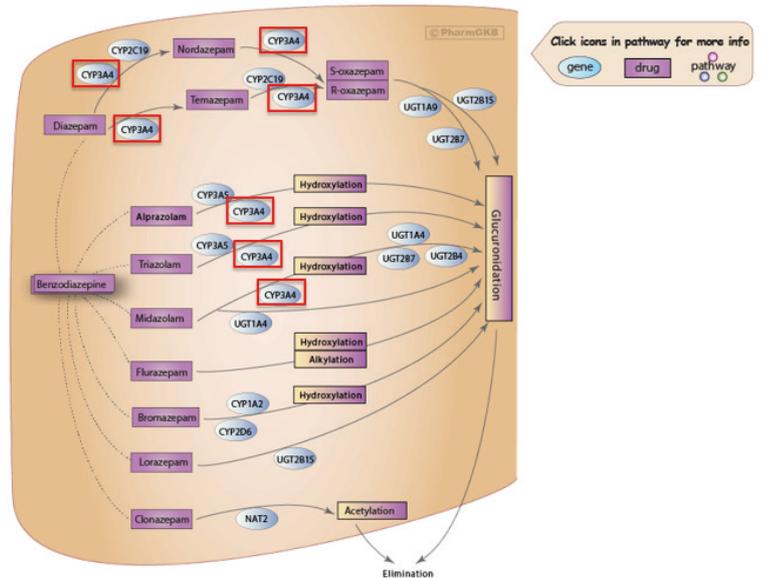


A = cycle benzène
B = cycle 1,4 diazépine



AFIC 19 mars 2016

Métabolisme des benzodiazépines



AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Effet de la nourriture

- Quels sont les effets « extérieurs » sur l'absorption des formes orales



AFIC 19 mars 2016

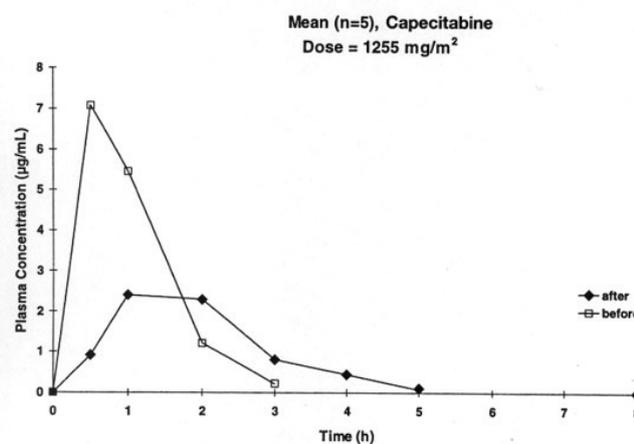


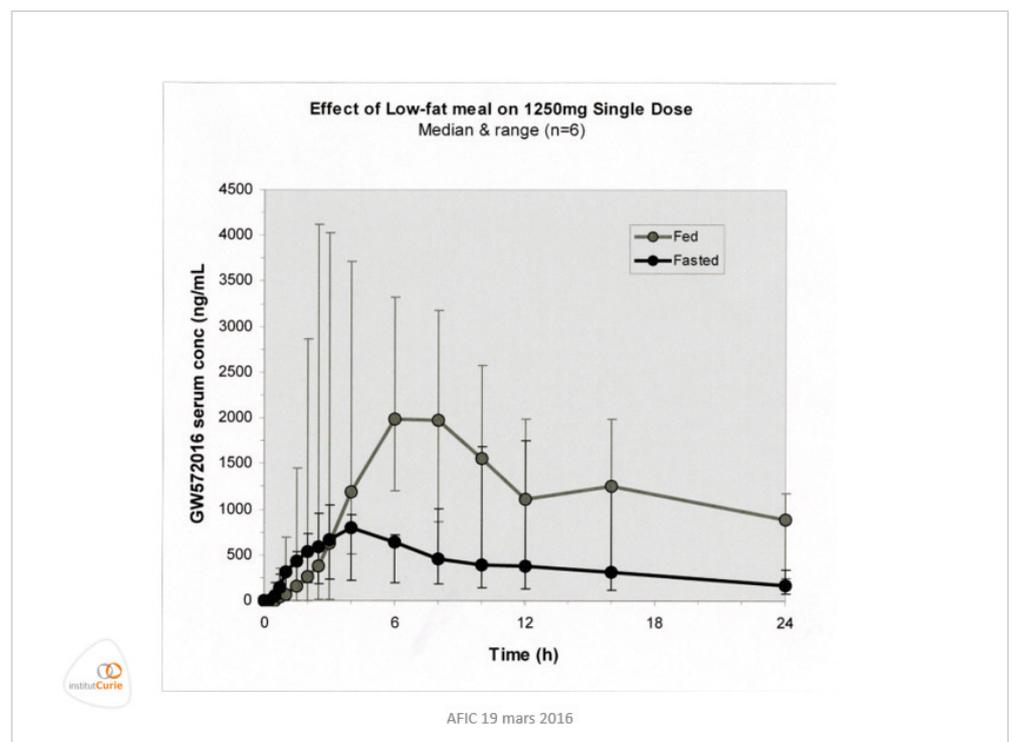
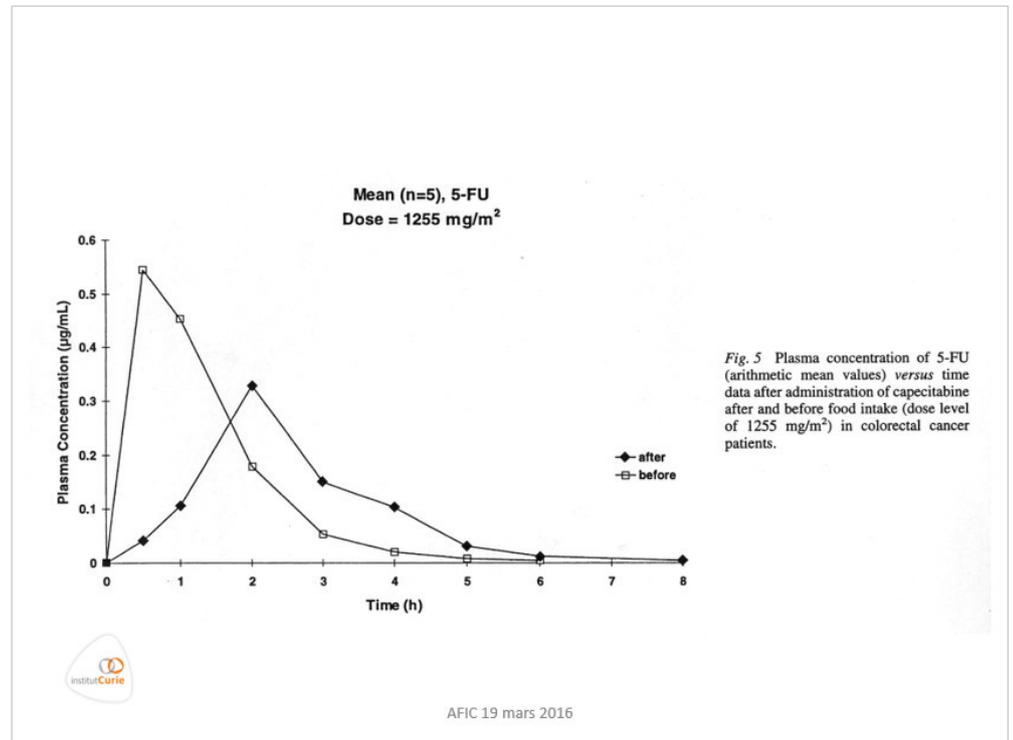
Fig. 2 Plasma concentration of capecitabine (arithmetic mean values) versus time data after administration of capecitabine after and before food intake (dose level of 1255 mg/m²) in colorectal cancer patients.



AFIC 19 mars 2016

12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT



12H15 - 12H45 : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : INDUCTION, INHIBITION ET ALIMENTATION

Modérateurs Monique DEBARD et Sophie BAUMONT

Pour ne pas en arriver là.....



AFIC 19 mars 2016

12H45 - 13H00 : PRIX INFIRMIER ANY D'AVRAY, UNE MARQUE DU GROUPE ADERANS / A.F.I.C. 22ÈME ÉDITION 2016



2016

PARTAGEONS NOS PROJETS
POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS
ATTEINTS DE CANCER

REMISE DU PRIX
LE 19 MARS 2016
À PARIS LORS DES
19^{èmes} rencontres
infirmières
en oncologie

PRIX DE 7500€

ANY
D'AVRAY

A.F.I.C.
Association Française
des Infirmières de Cardiologie

Any d'Avray est une marque du groupe **Aderans**

Prix Infirmier 2016 ANY D'AVRAY

Lauréate (7 500€) Elodie DUBOISSET

« Vision et pensée corporelle du cancer »
Clinique de l'Estrée, Stains (93)

Prix Spécial Jury (1 000€) Sylvie DUTENDAS

« Santé, le mouvement »
CH Henri Mondor, Créteil (94)

Prix Spécial Jury (1 000€) Karine BONICEL

« Les bains thérapeutiques »
Centre René Huguenin, Saint-Cloud (92)

Prix Spécial jury (1 000€) Hélène Mauri

« S'il n'y avait qu'une image » Institut Curie, Paris (75)

Any d'Avray est une marque du groupe **Aderans**

12H45 - 13H00 : PRIX INFIRMIER ANY D'AVRAY, UNE MARQUE DU GROUPE ADERANS / A.F.I.C. 22ÈME ÉDITION 2016

VISION ET PENSÉE CORPORELLE DU CANCER

Un projet élaboré par : Mme Elodie DUBOISSET – IDE Chimiothérapie

Mme Cécile DOS SANTOS – Psychologue clinicienne

Mr David BAROUKH – IDE Chimiothérapie

Clinique de L'Estrée – Stains – Seine Saint Denis (93)

Naissance et présentation du projet

- Ce projet est le résultat d'un riche travail de réflexion entre infirmiers et psychologue du service d'HDJ à la Clinique de L'Estrée, qui au quotidien mènent des entretiens auprès des patients atteints de cancer.
- Ces échanges nous ont permis de cibler le fait que les patients ont encore trop de difficultés à s'exprimer sur leurs douleurs et les modifications de leur corps, cela dès l'annonce de leur maladie.
- Mon corps est : « moche », « mutilé », « meurtri » « j'ai mal ». De là est parti l'envie de développer ce projet, afin d'améliorer le vécu et le bien être des patients.
- Mais comment leur donner l'envie et les moyens de s'exprimer sur ce corps mal aimé, malmené, voire rejeté ?

12H45 - 13H00 : PRIX INFIRMIER ANY D'AVRAY, UNE MARQUE DU GROUPE ADERANS / A.F.I.C. 22ÈME ÉDITION 2016

Nos actions

- Miser sur un mode créatif, artistique, en fonction de l'envie du patient, à travers différents ateliers menés par infirmiers et psychologue :
- **L'atelier modelage (argile/pâte à modeler)** : le patient sera invité à représenter son corps, ou une partie de son corps, qu'il perçoit de manière négative, ou qui lui est douloureux grâce au modelage. Il sera aussi invité à s'exprimer dessus.
- **L'atelier photographie** : proposition aux patients d'être pris en photo (corps entier ou une partie du corps). Le but étant de sublimer, de mettre en valeur le corps du patient, mais aussi qu'il relate son vécu, ses ressentis, sa perception de lui-même par le biais de la photo.
- **Une exposition photo** ouverte aux patients et au public sera proposée afin de sensibiliser les personnes au cancer, bousculer les tabous, et mettre à l'honneur le courage de nos patients.
- **L'atelier mannequin miroir** : le patient est invité à accrocher sur un mannequin de taille humaine réelle, un mot, un écrit, un dessin, une image qui lui permettrait de projeter sa vision de lui-même.

Les objectifs du projet

- **Libérer** la parole du patient afin qu'il puisse verbaliser sur ce corps modifié (alopécie, perte ou prise de poids ect). S'exprimer sur ses douleurs, ainsi que sur son vécu corporel.
- Aider le patient à **accepter** son corps tel qu'il est, les réactions de celui-ci dû au traitement, et qu'il retrouve ou maintienne une image de lui-même positive.
- Mieux préparer les nouveaux patients sur le potentiel changement de leur corps, notamment après une chirurgie (mastectomie...) et les **accompagner** à chaque étape afin que cela soit mieux vécu.
- Accepter la présence d'un corps étranger (PAC, stomie ect), et **vivre avec** une déformation physique dûe à une tumeur.
- Faire tomber les tabous auprès du patient, de son entourage, mais aussi du public.

12H45 - 13H00 :
**PRIX INFIRMIER ANY D'AVRAY, UNE MARQUE
DU GROUPE ADERANS / A.F.I.C.
22ÈME ÉDITION 2016**

REMERCIEMENTS

- Le jury du prix infirmier Any d'Avray.
- L'enseigne Any d'Avray du groupe ADERANS
- Le Docteur Stéphanie TRÄGER – Oncologue médical.
- Mme Frédérique MOREAU – Coordinatrice en cancérologie.
- Mr Gorka NOIR – Directeur général.
- Mme Christine DERMER – Directeur.
- L'ensemble de nos collègues.

ANY D'AVRAY

CRÉATRICE DE CHEVEUX BIEN-ÊTRE



La chute des cheveux est un moment difficile à vivre

Il est important de pouvoir y apporter des solutions... Les chevelures Any d'Avray et toutes ses alternatives (turbans avec frange ou mèche de cheveux dans la nuque) peuvent être une des réponses.

Déplacements
sur demande,
à l'hôpital
et à domicile



Les services Any d'Avray offerts aux patients

Chaque personne est accueillie de manière attentive et respectueuse dans un espace garantissant discrétion, confidentialité et conseils.

Couper ses cheveux avant de venir n'est pas obligatoire, le conseiller ira au rythme de chacun. L'ensemble des modèles et les différents prix sont systématiquement présentés et

accompagnés d'informations sur les modalités de prise en charge (assurance maladie et mutuelle). Nos conseillers apportent un service de qualité jusqu'à la repousse des cheveux (pose, coiffage, adaptation, maintien et entretien de la chevelure) et proposent, quand les cheveux ont suffisamment repoussé, de styliser la coupe.

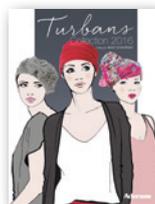
À votre disposition :

- Rencontres avec un conseiller
- Ateliers pour les soignants
- Ateliers conseils pour les patient(e)s au sein de votre service (présentation de produits, conseils, essayages...)
- Documents pour trouver des réponses

Les professionnels Any d'Avray s'engagent à respecter les différents points de la Charte d'accueil de l'INCa.



Brochure Turban Catalogue Bien-être Brochure médicale



Une question ?

Appelez l'un de nos 117 Centres Conseils, le plus proche de chez vous ou connectez-vous sur :

► www.anydavray.fr

Les boutiques Any d'Avray
25 rue Danielle Casanova 75001 Paris
Tél : 01 42 60 21 42

Any d'Avray est une marque du groupe **Aderans**



Tribu Cancer est une association de patients qui lutte contre l'isolement et offre des espaces d'évasion aux personnes atteintes de cancer.

L'ORIGINE

L'association Tribu Cancer est née en 2004 à l'initiative de Nathalie Laporte. Atteinte d'un cancer et isolée sur la presqu'île de Quiberon, Nathalie a bénéficié d'un réseau de soutiens qui a fonctionné jour et nuit grâce à Internet. Ses souhaits : que tous les malades et leurs proches puissent bénéficier à leur tour de soutiens et qu'ils puissent être accompagnés dans la réalisation de leurs projets.

ROMPRE L'ISOLEMENT



1) MAIL DE NUIT

Tribu Cancer a créé en 2007 le premier service de soutien psychologique et d'écoute par mail pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches.



2) BULLE SANTE

Tribu Cancer impulse un nouveau souffle à l'information santé et lance la collection « Bulle santé », une collection de podcasts de deux minutes pour les malades du cancer.



3) COACHING PROJETS PROFESSIONNELS

Tribu Cancer propose aux patients d'être informés sur les possibilités de retour à l'emploi et de bénéficier d'un accompagnement par un coach spécialisé pour leur projet professionnel.

... ET S'EVADER !



1) CANCER ET VOILE

Tribu Cancer propose aux personnes malades et à leurs proches de participer à des journées en mer et à des régates sur son voilier "**Tribu Cancer**" (Bénéteau First 36.7 de 10 places) basé à Quiberon.



2) CANCER ET PLONGEE

Tribu Cancer avec l'association Aquadémie Paris Plongée permet aux patients de s'initier et de se perfectionner à la plongée sous-marine.



3) CANCER ET FOULEES

Tribu Cancer organise à Quiberon « Les Foulées du Large » et à Trélissac en Dordogne « Les Foulées du Printemps » permettant aux patients et à leur proches de courir et marcher ensemble.

Tribu Cancer c'est aussi des étudiants, des professionnels... et beaucoup d'autres personnes qui se mobilisent pour créer des événements ! La nuit du fitness, Vannes, Les régates ESC, Orléans, ESCP de Paris...

Plus d'informations : www.tribucancer.org Tel : 0 820 320 369 Email : contact@tribucancer.org



santé log

La communauté des professionnels de santé



Plus de 8 millions de pages vues chaque mois



Chaque mois,
200.000 professionnels de santé se retrouvent pour

→ Echanger

→ Collaborer

→ Partager

Rejoignez-nous sur www.santelog.com

La communauté des professionnels de santé

Parcours de soins virtuel

Un site d'information pour les patients atteints d'un cancer et leurs proches

- Des vidéos de témoignages d'associations de patients
- Des brochures à télécharger



- **S'INFORMER** sur la maladie et les traitements
- **APPRENDRE** à adapter sa vie quotidienne
- **COMPRENDRE** comment soutenir un proche
- **TROUVER DES RÉPONSES** sur le plan administratif, juridique et social



Être mieux informé, c'est être acteur de ma prise en charge <http://pactonco.pfizer.fr>





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM L'INCONTOURNABLE ESSOR DE L'ONCOGÉRIATRIE

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



Résumés de nos intervenants dispos dans l'espace adhérents du site www.afic-asso.org dès fin mai 2016.

1. Introduction : le patient âgé : chiffres & tendances

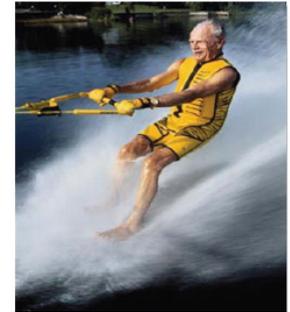
2. «Prise en charge du patient âgé : cas clinique d'un patient atteint d'un cancer de la prostate résistant à la castration»

- Intérêt de l'évaluation gériatrique et importance du G8
- Impact de l'oncogériatrie
- Problématique de l'observance

3. Rôle de l'infirmier(e) en pratique

4. Conclusion

Impact de l'EGS sur la décision oncologique



Dr Elisabeth Carola
UCOG de Picardie



RIO 19.03.2016

Plus de 50% des patients atteints de cancer ont 65 ans ou plus! Plus de 25% ont plus de 75 ans !!

Localisation	Tous	65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Nb de cas	Nb de cas	% cas dans la classe d'âge	Nb de cas	% cas dans la classe d'âge	Nb de cas	% cas dans la classe d'âge
Poumon	39500	10715	27	7801	19,7	2074	5
Colon-Rectum	40500	10130	25	12268	30	6290	15,5
Sein	53000	10859	20,5	7546	14,2	3344	6,3
Prostate	71000	26832	37,7	17961	25,3	4603	6,5

Données Invs 2011

RIO 19.03.2016

La CGA (Comprehensive Geriatric Assesment)

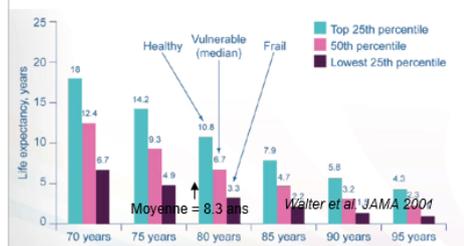
- Identifier les conditions réversibles qui peuvent interférer avec le traitement
- Estimer l'espérance de vie
- Apporter un langage commun pour la classification des patients
- Préserver les fonctions et réduire les hospitalisations

Balducci L, Oncology, NCCN Proceedings, Nov 2000,221-7

RIO 19.03.2016

Une CGA pour une population hétérogène

- Population hétérogène
- La CGA : Améliore la survie



	Intervention gériatrique	Prise en charge « standard »
Nbre pts	190	185
Décès	22% (41)	28% (51)
Stade avancé	38% (72)	25% (48)
Survie à 2 ans stade avancé	67%*	40%*

McCorkle R.,
J. Am Geriatr Soc. 2000;48(12):1707-13

RIO 19.03.2016

G8: Outil de dépistage validé

Soubeyran P, J Clin Oncol 29: 2011 (suppl; abstr 9001)

- 8 Items
 - Appétit, perte de poids, IMC
 - Motricité
 - Etat neuropsychologique
 - Nombre de médicaments
 - Le ressenti du patient
 - L'âge
- Réalisé par IDE entraînée
- 5 à 10 minutes
- Anormal si ≤ 14

Items	Réponses possibles (score)
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL	0 - 17

RIO 19.03.2016

Oncodage : Résultats

- **Sensibilité et la spécificité du G8 comparativement à l'évaluation complète.**

Se	76.6%	(74-79)
Sp	64.4%	(58.6-70)
VPP	89.6%	(87.6-91.5)
VPN	40.7%	(36.1-45.4)

J Clin Oncol 29: 2011 (suppl; abstr 9001)
Author(s): P. Soubeyran, C. Bellera, J. Goyard

(Bellera CA et al Screening older cancer patients : first evaluation of the G8 geriatric screening tool – Ann Oncol 2012, Jan 16)

RIO 19.03.2016

Reco SIOG 2013 –Reco INCA

- 3 Tests de dépistage largement étudiés
 - G8 (n=3816pts) – Sensibilité 65% à 92%
 - VES13 (n=2776pts) – Sensibilité 39% à 88%
 - TRST (n=1077pts) – Sensibilité 64 à 92%
- G8 « the most robust »

L.Decoster et al annals oncol 1-12, 2014

« G8 indicateurs d'activité oncogériatrique » : INCA Sofog 2014

RIO 19.03.2016

PREPARE rappel synopsis G8≤14

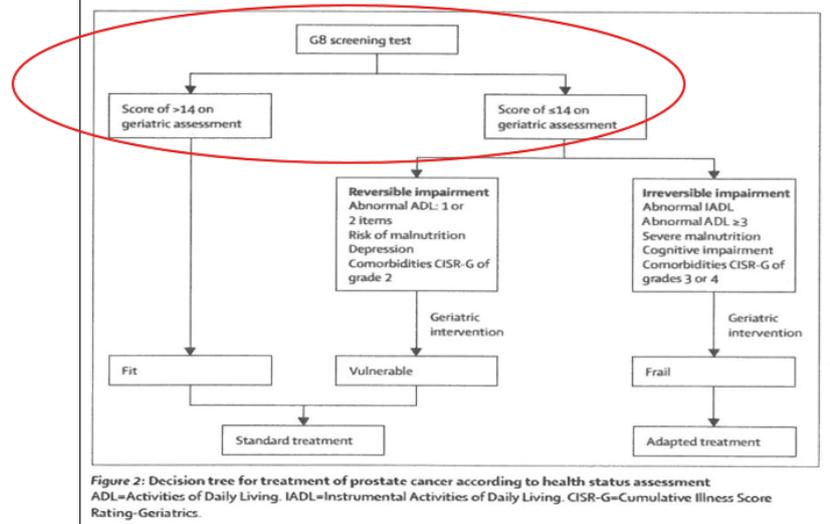
Objectif principal : L'objectif principal de l'étude est de comparer l'efficacité (efficacité dans des conditions réelles) d'une intervention gériatrique par rapport à une prise en charge oncologique standard chez des patients âgés (70 ans et plus) traités pour un cancer.

Objectifs secondaires : Comparer l'efficacité d'une intervention gériatrique par rapport à une prise en charge oncologique standard chez des patients âgés (70 ans et plus) traités pour un cancer en termes de :

- Survie en autonomie (ADL > 5) à un an,
- Survie globale et sans progression à 3 ans,
- Taux de réponse objective à 6 mois selon les critères standards,
- Toxicités ; Nombre et durée cumulée d'hospitalisations (>24h) à un an,
- Évolution des paramètres gériatriques à 6 mois et un an : lieu de vie, dépendances (ADL), état nutritionnel (MNA), état de l'humeur (GDS15), état fonctionnel (SPPB), nombre et types d'interventions gériatriques réalisées,
- Qualité de vie (questionnaire QLQ-C30 et ELD14),
- Comparaison des stratégies thérapeutiques appliquées selon les 2 bras (délais de prise en charge, arrêt de chimiothérapie pour toxicité).

RIO 19.03.2016

En pratique G8 : « base » d'arbre décisionnel recommandé par la SIOG



Droz JP et al *Lancet Oncol* 2014;15:e404-14

RIO 19.03.2016

Impact de l'EG sur décision thérapeutique ?

- 1967 PTS (10 centres)
- ≥70 ans-tumeur maligne
- 70,8% G8 ≤14
- Influence de l'évaluation sur le traitement ¼ des cas

Kenis *annals of oncol* 24:1306-1312, 2013

Etude ELCAPA 01

375 patients 70+ avec EGA

Age 79.6±5.6

53% femmes, 59% tumeurs digestives

N comorbidités 4.2±2.7, CIRSG 11.8±5.3

Modification de la décision thérapeutique initiale > EGA

21% (95%CI 16.8-25.3) dont 81% diminution

Analyse unifactorielle

PS ≥ 2 73% vs

41%

ADL 59% vs 24%

Malnutrition 82% vs 51%

Troubles cognitifs 39% vs

25%

Dépression 53% vs 22%

Comorbidités 4.8±2.9 vs 4.0±2.6

Analyse multifactorielle ADL et malnutrition

Caillet. *J Clin Oncol* 2011

RIO 19.03.2016

E

Apport de l'EG pour la prise en charge des cancers du sein métastatique

- 146 patientes > 70 ans, sein M+
- 104 bras standard vs 42 bras oncogériatrique
- Avec prise en charge oncogériatrique :
 - + de ligne de traitement (3,6 vs 2,1 ; $p < 0,001$)
 - + de chirurgie mammaire (40,5% vs 18,3% ; $p = 0,01$)
 - + de chimiothérapie (19% vs 5,8% ; $p < 0,025$)
 - + de Trastuzumab (14,3% vs 3,8% ; $p = 0,034$)

Van de Water and al, Journal of Geriatric Oncology, 2014

RIO 19.03.2016

En pratique EGS : impact décisionnel recommandé par la SIOG

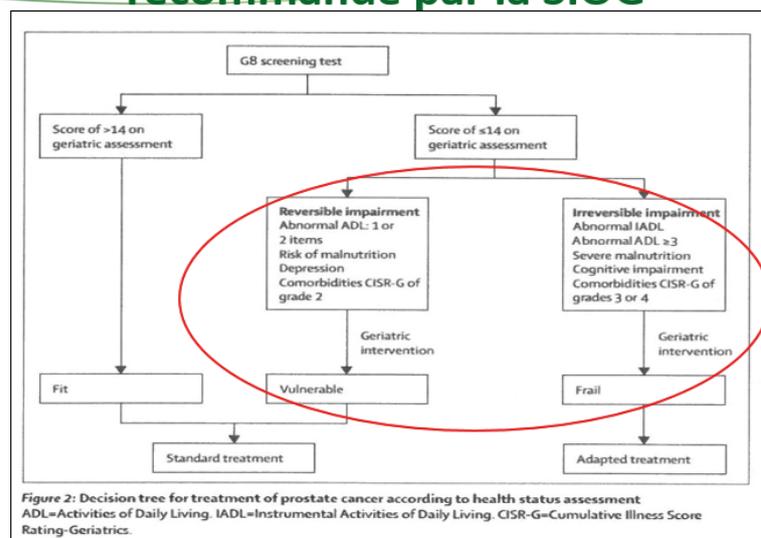


Figure 2: Decision tree for treatment of prostate cancer according to health status assessment
ADL=Activities of Daily Living. IADL=Instrumental Activities of Daily Living. CISR-G=Cumulative Illness Score Rating-Geriatrics.

Droz JP et al Lancet Oncol 2014; 15:e404-11
RIO 19.03.2016

EGS : Mise en valeur des facteurs individuels

- La toxicité de la chimiothérapie est essentiellement dépendante de deux facteurs
 - La toxicité intrinsèque des molécules utilisées
 - Les facteurs individuels liés au patient

RIO 19.03.2016

EGS : prédictive de la toxicité des traitements

FFCD 2001-02 analyse des paramètres gériatriques chez 123 patients

Facteurs prédictifs	OR	IC 95%	p
Chimiothérapie par irinotecan	5.03	[1.61, 15.77]	0.006
Altération des fonctions cognitives (MMSE \leq 27/30)	3.84	[1.24, 11.84]	0.019
Altération de l'autonomie (IADL)	4.67	[1.42, 15.32]	0.011

[Aparicio T et al J Clin Oncol. 2013 Apr 10;31\(11\):1464-70](#)

RIO 19.03.2016

CRASH OR COH ? Prédiction de la toxicité

M.Extermann Cancer. 2012 Jul 1;118(13):3377-86

A. Hurria, JCO sept 2011, 29:3457-3465

CRASH (Chemotherapy Risk Age Scale for High-Risk Patients) Scoring Analysis

Characteristic	Score
Age (years)	0-10: 0, 11-19: 1, 20-29: 2, 30-39: 3, 40-49: 4, 50-59: 5, 60-69: 6, 70-79: 7, 80-89: 8, 90-99: 9
ECOG PS (0-4)	0: 0, 1: 1, 2: 2, 3: 3, 4: 4
Albumin (g/dL)	4.0-5.0: 0, 3.0-3.9: 1, 2.0-2.9: 2, 1.0-1.9: 3, <1.0: 4
Neutrophils (x10 ⁹ /L)	0-1.0: 0, 1.1-1.5: 1, 1.6-2.0: 2, 2.1-3.0: 3, >3.0: 4
Platelets (x10 ⁹ /L)	0-100: 0, 101-150: 1, 151-200: 2, 201-300: 3, >300: 4
Renal function (creatinine)	0-1.2: 0, 1.3-1.5: 1, 1.6-2.0: 2, 2.1-3.0: 3, >3.0: 4
Cardiac function (LVEF)	50-60: 0, 40-49: 1, 30-39: 2, 20-29: 3, <20: 4
Concurrent acute conditions	0: 0, 1: 1, 2: 2, 3: 3, 4: 4

Individual risk

Parameter	High-Risk Subgroup	CRASH Score (approx. %)	CRASH Score (approx. %)	CRASH Score (approx. %)	High Category
Creatinine	> 2.0	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	Low
	1.5-2.0	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	Low
	0-1.5	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	Low
ECOG PS	3-4	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	High
	1-2	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	High
	0-1	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	High
Albumin	< 2.0	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	High
	2.0-2.9	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	High
	3.0-3.9	0-2 (20%)	3-4 (40%)	5-9 (50%)	High

Summary: This score is for use to stratify patients with chemotherapy administration. It is aimed at supporting clinical decision-making and should not be used to replace clinical judgment. Further individual or treatment plan characteristics might need to be considered to support high-risk patients.

HOFFMANN-LA ROCHE

Modèle Hématologique

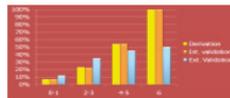


Table 5. Predictive Model

Risk Factor	No.	%	OR	95% CI	Score
Age ≥ 72 years	270	54	1.83	1.22 to 2.82	2
Cancer type GI or GU	185	37	2.13	1.39 to 3.24	2
Chemotherapy dosing, standard dose	380	76	2.13	1.29 to 3.52	2
No. of chemotherapy drugs, polychemotherapy	351	70	1.69	1.08 to 2.65	2
Hemoglobin < 11 g/dL (male), < 10 g/dL (female)	62	12	4.64	2.31 to 9.31	3
Creatinine clearance (Jelliffe, ideal weight) < 34 mL/min	44	9	3.47	1.11 to 10.84	3
Hearing, fair or worse	123	25	1.67	1.04 to 2.69	2
No. of falls in last 6 months, 1 or more	91	18	2.47	1.43 to 4.27	3
IADL: Taking medications, with some help/unable	39	8	1.50	0.66 to 3.38	1
MOS: Walking 1 block, somewhat limited/a lot	109	22	1.71	1.02 to 2.86	2
MOS: Decreased social activity because of physical/emotional health, limited at least sometimes	218	44	1.36	0.90 to 2.06	1

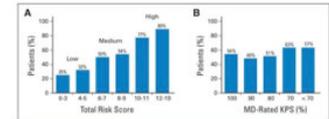


Fig 5. Ability of the risk score versus (A) standardized baseline performance status (KPS) to predict chemotherapy toxicity. Scores range from 0 to 9.

RIO 19.03.2016

EGS : prédictive survie globale



FFCD 2001-02

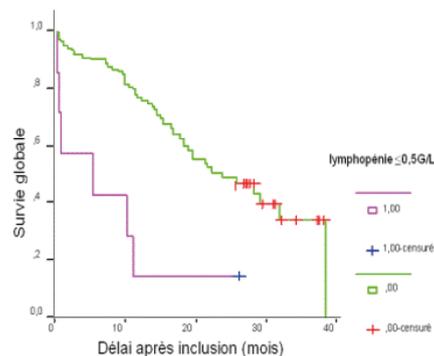
Facteurs prédictifs	OR	IC 95%	p
ACE ≤ 2N	0.51	[0.28, 0.91]	0.02
Autonomie normale (IADL)	0.02	[0.005, .11]	<0.0001
Dépression (GDS > 2)	5.30	[2.9, 13.42]	0.0004
Traitement par irinotecan	0.90	[0.1, 1.57]	0.70

Sous groupe de patient avec analyse gériatrique n=79

RIO 19.03.2016

EGS predictive de survie globale

- 157 ptes st. III-IV : CC (83) / CP (74)
- En analyse multivariée
 - Stade IV HR = 3,05 ; p = 0,001
 - Paclitaxel HR = 2,42 ; p = 0,01
 - **Dépression** : HR = 5,11 ; p < 0,001
 - **Lymphopénie** : HR = 4,68 ; p = 0,006



(1) Freyer G, Ann Oncol, 2005;16:1795-800

RIO 19.03.2016

EGS : prédictive de décès précoces

150 recorded deaths
59 early deaths (<6 months)

All patients with 6 month follow-up at least	p-value
Age	0,66
Advanced tumors	<0.001
Performance status	<0.001
Creatinine clearance	0.5
Neutrophils	0.22
Platelets	0.006
Albumin	0.007
Comorbidities	0.34
ADL	0,07
IADL	0,15
MMS	0.001
GDS15	0.41
Get up and go	<0.001
MNA	<0.001
CIRS-G	0.94

RIO 19.03.2016

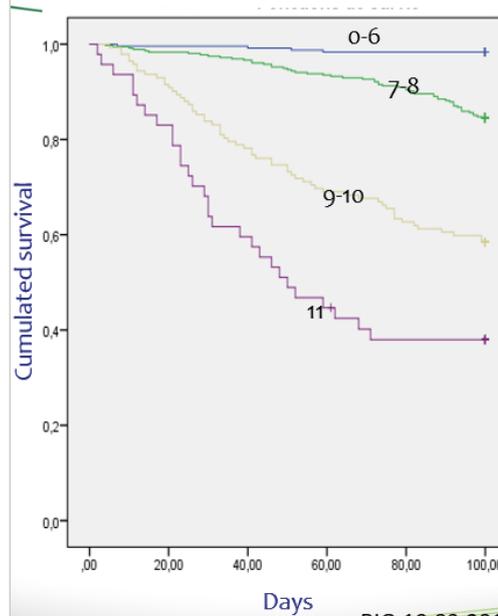
Modèle prédictif /DECES A 100j n=239/1020

Facteurs de Risque	OR	IC	p	βcoef	Points Score
CANCERS MÉTASTATIQUES	2,5	1,7-3,5	P=0,001	0,916	2
VITESSE DE MARCHÉ <0,8 m/s	2,1	1,3-3,3	p=0,002	0,761	1
MNA			Ref		0
> 23,5					
≤ 23,5 et ≥ 17	4,4	1,1-16,2	P=0,01	1,485	3
<17	8,0	2,1-31,1	P=0,01	2,087	4
CANCER SEIN n=239			Ref		0
AUTRES CANCERS	4,1	1,9-8,4	P=0,001	1,410	3
PS >2	1,7	1,1-2,6	P=0,01	0,535	1

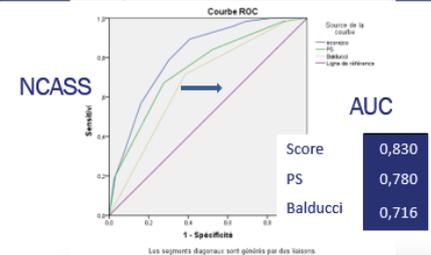
VALIDATION INTERNE :BOOTSTRAP (1000 x 2/3 de la cohorte)

RIO 19.03.2016
Boulahssass et al JCO 33,2015(suppl 9511) ASCO 2015

NCASS Score / 11



SCORE	Risque à 100 j	n
0-6	4 %	521
7-8	23 %	260
9-10	40 %	183
11	63 %	56



RIO 19.03.2016
Boulahssass et al JCO 33,2015(suppl 9511) ASCO 2015

JN The JAMA Network

From: Development and Validation of a Prognostic Index for 1-Year Mortality in Older Adults After Hospitalization

JAMA. 2001;285(23):2987-2994. doi:10.1001/jama.285.23.2987

Table 3. Risk Factors Associated with 1-Year Mortality in the Derivation Cohort in Multivariable Analyses

Risk Factor	Adjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)	P Value	Points
Male sex	1.4 (1.1-1.8)	.01	1
ADL dependencies at discharge*			
Dependent in 1-4 ADLs	2.1 (1.6-2.8)	<.001	2
Dependent in all ADLs	5.7 (4.2-7.7)	<.001	5
Comorbid conditions			
Congestive heart failure	2.0 (1.5-2.5)	<.001	2
Cancer			
Solitary cancer	2.6 (1.7-3.9)	<.001	3
Metastatic cancer	13.4 (6.2-29)	<.001	8
Laboratory values on admission			
Creatinine, mg/dL†			
>3.0	1.7 (1.2-2.5)	.01	2
Albumin, g/dL			
3.0-3.4	1.7 (1.2-2.3)	.001	1
<3.0	2.1 (1.4-3.0)	<.001	2

*ADL indicates activities of daily living.
†To convert to $\mu\text{mol/L}$, multiply by 88.4.

Date of download: 1/10/2016

Copyright © 2016 American Medical Association. All rights reserved.

JN The JAMA Network

From: Development and Validation of a Prognostic Index for 1-Year Mortality in Older Adults After Hospitalization

JAMA. 2001;285(23):2987-2994. doi:10.1001/jama.285.23.2987

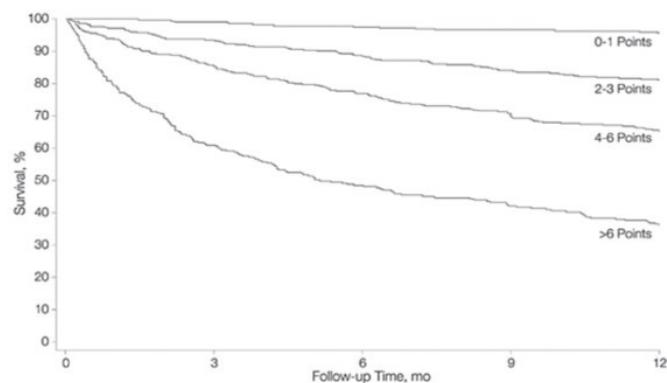


Figure Legend:

Curves are for each of the 4 risk groups in the validation cohort according to the bedside risk scoring system: male sex, 1 point; activities of daily living (ADL) dependency: 2 points for 1 to 4 ADLs and 5 points for all ADLs; congestive heart failure, 2 points; cancer: 3 points for solitary and 8 points for metastatic; creatinine level higher than 3 mg/dL (265 $\mu\text{mol/L}$), 2 points; albumin: 1 point for level between 3 and 3.4 g/dL and 2 points for level lower than 3 g/dL.

Date of download: 1/10/2016

Copyright © 2016 American Medical Association. All rights reserved.

EGS : préciser l'espérance de vie à 4 ans

TABLE 1
Prognostic Index to Predict Four-Year Mortality Risk in Community-Dwelling Older Adults

Patient characteristic	Points
Age (years)	
60 to 64	1
65 to 69	2
70 to 74	3
75 to 79	4
80 to 84	5
≥ 85	7
Male sex	2
Diabetes	1
Cancer (other than minor skin cancer)	2
Chronic lung disease (disease limits activities or patient requires oxygen)	2
Heart failure	2
Body mass index < 25 kg per m ²	1
Current smoker	2
Functional difficulties caused by health or memory problems:	
Bathing	2
Managing money or finances	2
Walking several blocks	2
Pushing or pulling large objects (e.g., living room chair)	1
Total:	
Point total	Predicted four-year mortality risk (%)
0 to 5	< 4
6 to 9	15
10 to 13	42
≥ 14	64

Adapted with permission from Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. JAMA. 2006;295:801-8.

0 5 9 13 SCORE

4 %

15 %

42 %

64 %

MORTALITÉ

Lee SJ (JAMA, 2006;295:801-8)

RIO 19.03.2016

OLD : paramètres prédictifs de faisabilité de la chimiothérapie

	n°	Items	Résultat			
Fonctions cognitives Repère dans le temps Repère dans l'espace	1	Date du jour Nom de la ville Nom de l'hôpital	Aucune erreur	__	Au moins 1 erreur	__
	2	Répétition de 3 mots : Cigare-fleur-porte ou Citron-clé-ballon -Immédiatement -Après quelques minutes	Aucune erreur	__	Au moins 1 erreur	__
Capacités d'autonomie	3	Aide pour : -Telephoner -Faire des courses -Preparer les repas -Entretien la maison -Prendre les médicaments -Tenir ses comptes -Conduire ou utiliser les transports	Aucune aide	__	Au moins 1 aide	__
	4	Appui monopodal 5 secondes	Réussite	__	Echec	__
Co-morbidités	5	Hospitalisation dans l'année précédente	Oui	__	Non	__
	6	Polymédications > 5	Oui	__	Non	__
Fonctions biologiques -fonction rénale -statut nutritionnel	7	Clairance de la créatinine > 30 ml/min	Oui	__	Non	__
	8	Albuminémie > 30 g/L	Oui	__	Non	__
Estime de soi Environnement	9	Vous sentez-vous triste ou déprimé ?	Oui	__	Non	__
	10	Présence de l'entourage (aidant ou famille)	Oui	__	Non	__

RIO 19.03.2016

EGS : prédictive de la faisabilité de la chimiothérapie?

		OR	CI 95%	P-value	P-value (bootstrap)
Localisations	GI, colorectale	1			
	GI non colorectale	1.86	0.92 – 2.66	0.005	0.009
	Gyneco	0.79	0.47 - 1.52		
	Urogenitale	2.61	0.29 - 1.91		
	Poumon		1.57 – 6.02		
Albuminémie	>30 g/L	1			
	<30 g/L	2.31	1.44 - 3.86	0.001	0.002
Dépression	Non	1			
	Oui	1.55	1.02 - 2.35	0.040	0.059

RIO 19.03.2016

Les Questions –Réponses de Hans

1/Rationel pour EGS :

- detecter des problèmes non identifiés
- prédire la toxicité, l'espérance de vie, la survie globale et les risques de décès précoces

2/Impact EGS sur la décision thérapeutique :

- données sont insuffisantes – prudence des « sous traitements »

3/Quelles echelles? Quels outils?Quelle organisation???

- préférence aux structures locales – multidisciplinarite

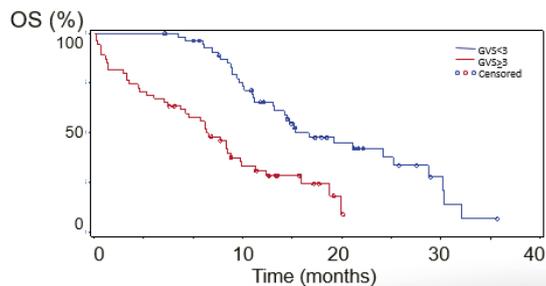
Wildiers H et al JCO vol32,24; Aout 2014 2595-2603

RIO 19.03.2016

Development of a Geriatric Vulnerability Score (GVS) in multivariate analysis

$GVS = \sum \text{vulnerability factors} :$ => Vulnerable if **GVS** ≥ 3

- ADL score < 6
- IADL score < 25
- Albuminemia < 35g/L
- Lymphopenia < 1G/L
- HADS score > 14



C.Falandry, *Annal oncol* septembre 2013

RIO 19.03.2016

En pratique EGS : impact décisionnel recommandé par la SIOG

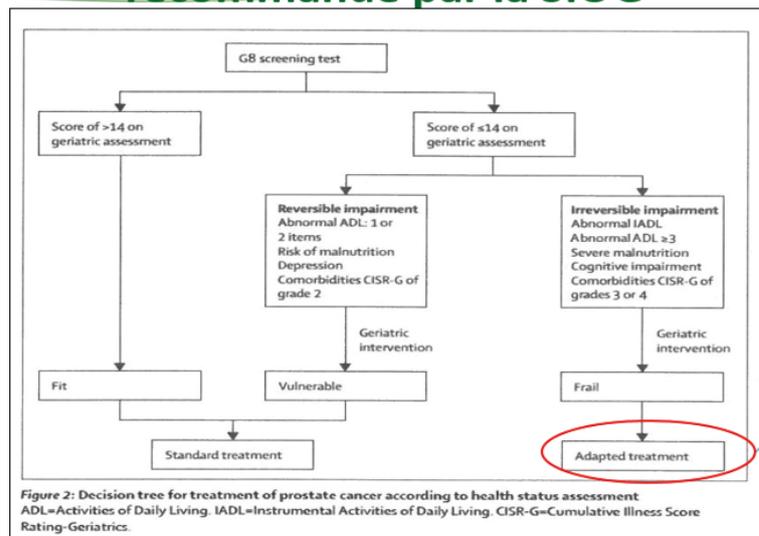


Figure 2: Decision tree for treatment of prostate cancer according to health status assessment
ADL=Activities of Daily Living. IADL=Instrumental Activities of Daily Living. CISR-G=Cumulative Illness Score Rating-Geriatrics.

Droz JP et al *Lancet Oncol* 2014; 15:e404-14
RIO 19.03.2016

Le Binome : optimiser la prise en charge



•CGA
•Espérance de vie
•Fragilité

RIO 19.03.2016

La Préférence des patients : Un Traitement efficace

Ce que les patients américains et français sont prêts à accepter comme traitement :

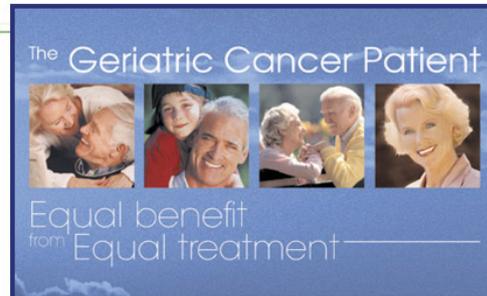
Exterman, Albrand, J Clin Oncol 2003

	Chimiothérapie lourde			Chimiothérapie modérée		
	USA	France	P*	USA	France	P*
Pts avec cancer	70.5	77.8	0.434	88.5	100	0.043
Pts sans cancer	73.8	34	<0.001	95.2	67.9	0.001
P§	0.713	<0.001		0.236	<0.001	

*entre les pays - §entre les patients

RIO 19.03.2016

En Pratique ?



Equal Benefit from Equal treatment ????????????????????

RIO 19.03.2016

La Préférence des patients : Un Traitement efficace

Ce que les patients américains et français sont prêts à accepter comme traitement :

Exterman, Albrand, J Clin Oncol 2003

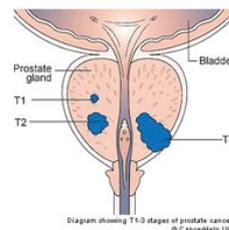
	Chimiothérapie lourde			Chimiothérapie modérée		
	USA	France	P*	USA	France	P*
Pts avec cancer	70.5	77.8	0.434	88.5	100	0.043
Pts sans cancer	73.8	34	<0.001	95.2	67.9	0.001
P§	0.713	<0.001		0.236	<0.001	

*entre les pays - §entre les patients

RIO 19.03.2016

Collaboration onco gériatrique En pratique

- Mr L. Jean âgé de 82 ans
- HDM :
 - 77 ans : adénocarcinome prostatique T3N0 gleason 7(4+3) PSA initial = 15, traité par radiothérapie + Hormonothérapie (3 ans) PSA = 0.7
 - 81 ans : ↑ PSA à 25 – métastases osseuses
Reprise de l'hormonothérapie + diphosphonate
 - Episode actuel : 82 ans progression PSA à 60, progression osseuse disséminée et pulmonaire sous hormonothérapie . PS =1- douleurs diffuses EVA 4
- ATCD :
 - HTA sous bithérapie équilibrée
 - IDM avec stent posé à l'âge de 75 ans
- RCP d'urologie :
 - Discussion d'une chimiothérapie par TAXOTERE (TAX327) ou ZYTIGA (acétate abiraterone) ou XTANDI (enzalutamide)
 - Avis oncogériatrie



RIO 19.03.2016

Première ligne thérapeutique en situation de résistance à la castration

- Docetaxel, cabazitaxel, abiraterone, enzalutamide – sujet âgé

Etude	Traitement	Age	HR (95% CI)
Berthold et al, 2008 (TAX327)	Docetaxel (every 3 weeks) 1 ^{ère} ligne	<68	0.81
		>68	0.77
		>75	0.80
Ryan et al., 2013 (COU-AA-302)	Abiraterone 1 ^{ère} ligne	<65	0,80 (0,51-1,24)
		≥65	0,73 (0,57-0,94)
		≥75	0,71 (0,51-1,00)
TM Beer et al, 2014 (PREVAIL)	Enzalutamide 1 ^{ère} ligne	<75	0,77 (0,62-0,96)
		≥75	0,60 (0,47-0,79)

CI, confidence interval; HR, hazard ratio.

RIO 19.03.2016

Des Toxicités acceptables Docetaxel - sujet âgé – TAX327

1 006 patients- dont 207 ≥ 75 ans				
	< 65	65-74	≥ 75 ans	P
ECOG 2	6%	16%	18%	
Infection	24%	35%	42%	P < 0,03
Diarrhée	30%	29%	40%	NS

Schéma toutes les 3 semaines				
Variable	< 65 ans (N = 126)	65-74 ans (N = 141)	≥ 75 ans (N = 68)	P
Réduction de dose	7%	12%	22%	0,01
Arrêt	3%	14%	19%	NS
Amélioration QdV	19%	26%	20%	NS
Amélioration de la douleur	34%	38%	28%	NS
Survie médiane (mois)	20	19	19	NS

≥ 75 ans			
/3 sem (N = 68)	/1 sem (N = 71)	MTX (N = 68)	P
22%	8%	6%	<0,01
19%	23%	12%	0,01
20%	12%	12%	NS
28%	44%	7%	<0,01
19	16	13	NS

Horgan AM J Geriatr Oncol 2014 Apr;5(2):119-26

RIO 19.03.2016

Toxicité Abiraterone

	Abiraterone		Placebo	
	≥75ans (n=218)	<75 ans (n=573)	≥75ans (n=109)	<75 ans (n=285)
Grade≥3	60%		66%	
Fatigue	13%	8%	11%	12%
Douleur	8%	7%	6%	11%
Anémie	7%	8%	9%	8%
HypoK	6%	5%	0%	1%
Oedème	1%	3%	0%	1%
Nausées	1%	4%	3%	3%
Arthralgies	4%	6%	3%	5%

Mulders et al., Eur Urol. 2014 May;65(5):875-83.

RIO 19.03.2016

Avis gériatrique

- Dépistage ONCODAGE : G8 score = 12
- Avis gériatrique pour évaluation complémentaire
- Trouble récent de la mémoire MMSE: 25 (perte 1 pt au calcul, 1 pt au rappel différé, 2 pt sur le temporo-spatiale, 1pt sur la praxie) , IADL: 2/4, CIRGS: 2 grade 3 (dont méta os), MNA: 26 (albumine normale)
- GROUPE "frail"

RIO 19.03.2016

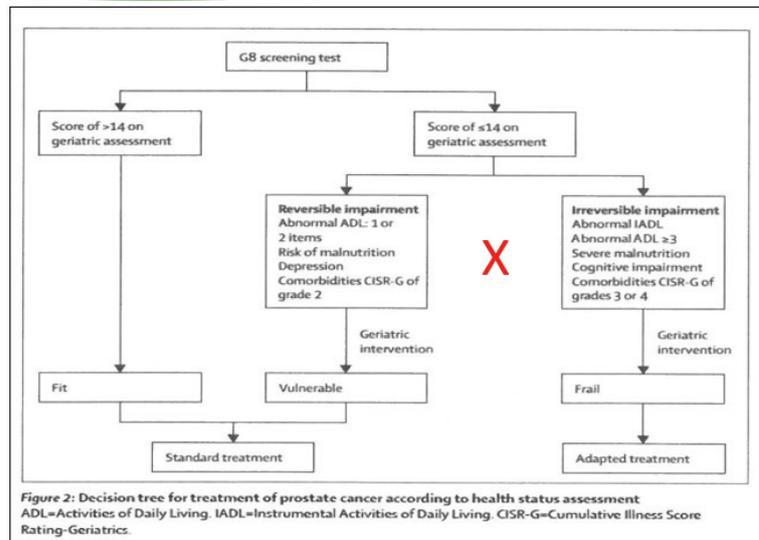
Score G8 de Mr L

Items	Réponses possibles (score)	
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie	2
Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids	2
Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile	1
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique	1
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23	3
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non	1
Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure	1
Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80	1
TOTAL	0 - 17	12

Soubeyran P, PLoS One 9:e115060, 2014

RIO 19.03.2016

Arbre Décisionnel recommandé par la SIOG



Droz JP et al *Lancet Oncol* 2014; 15: e404-14
RIO 19.03.2016

GERICO 10 – Résultats tax hebdo

Critère principal : Faisabilité de la chimiothérapie sans diminution de l'ADL de 2 points ou plus.

Echec défini par :

- arrêt ou report de la chimio plus de 2 semaines
- Réduction de dose de plus de 25%
- Neutropénie fébrile
- Grade 3 tox non hématologique (excepté alopecie)

De Décembre 2010 à Aout 2012 : 66 pts inclus dans 21 centres

- groupe 2 SIOG : 45 pts
- groupe 3 SIOG : 22 pts

Groupe 3 prématurément fermé en octobre 2012 car décès toxiques

- 19 pts (9 bras A-10 bras B)
- 4 dans chaque bras ont reçu 6cycles.

Groupe 2 : 30 pts analyse intermédiaire (15 dans chaque bras)

- 11 echec bras A et 10 bras B

Chimio par TAX non faisable chez les plus de 75 ans SIOG 2 ou 3 selon les critères de l'étude.

RIO 19.03.2016

Arguments décisionnels : données dans la vraie vie

Registre international prospectif

333 Pts (âge moyen 76 ans)

- 24% PS \geq 2
- 13,5% Comorbidités grade 3-4
- 21% dépendance IADL \geq 1
- 15,6% ADL \geq 1
- 12,8% Perte de poids \geq 5%

58% taxane première ligne

(84% tt standard - 5 mois)

Résultats à 6 mois:

	Tax	Autre tt	HR	p
Pts en vie	91%	81%	0.53[0.3 0-0.93]	<0.027
PFS	66%	50%	0.55[0.4 0-0.76]	p<0.001
Bénéfice clinique	60%	36%	2.05[1.4 1.7-2.85]	p<0.001
PSA \geq 50%	52,5%	37,4%		0.018

Selon SIOG :

- 65,2% FIT
- 13,5% Vulnérable
- 16,8% Fragiles
- 4,5% stade terminal

62,4% Douleur initiale

Toxicité TAX grade > 3 /

- Fatigue 17%, NV 14%, Diarrhée 8,8%
- Anémie 7,8%, NF 3,6%

Abstract 934 JP. Droz et al ESMO 12

RIO 19.03.2016

Des adaptations thérapeutiques possibles :

Tax 2 semaines (68 ans) vs Tax 3 semaines (69 ans)

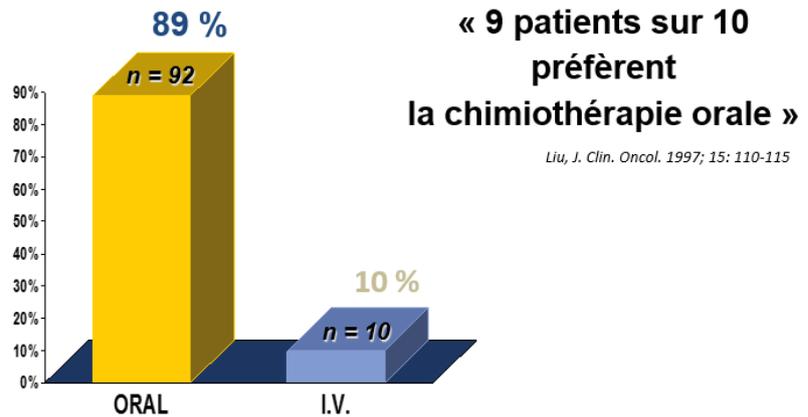
	Tax 50 X 2 sem N=170	Tax 75 X 3 sem N=176	HR (95%CI)	P
PFS	15.8	14.6	1.3 (1.0-1.6)	0.047
SG	19.5	17.0	1.4(1.1-1.8)	0.021
PSA réponse	84(49%)	74(42%)		0.486

	Tax 50 X 2 sem	Tax 75 X 3 sem
Neutropénie grade 3-4	36%	53%
Fébrile	4%	14%
Fatigue	15%	15%
Myalgie	2%	1%
Douleur	6%	7%
Infection neutropénique	6%	24%

Kellokumpu-Lehtinen P. et al Lancet Oncol 2013 ; 14:117-24

RIO 19.03.2016

Préférence des patients



**Bénéfices les plus appréciés :
la commodité, pas d'accès veineux**

Diéras, Oncologie 2002; 4: 353-356

Navelbine Oral en 1^{ère} ligne dans le cancer du sein métastatique

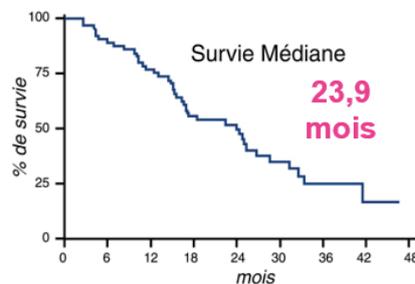
Etude Freyer : patientes évaluables (n = 58) (critères WHO, modifiés EORTC)

Taux de Réponse Objective (Ev. / ITT)	31 / 30 %
Contrôle de la maladie (RO + Stabilisation)	62 %
Survie sans progression (ITT)	4 mois
Durée Médiane de Réponse	8,8 mois

Survie globale*

ITT, n = 64

* méthode de Kaplan-Meier



« Une efficacité démontrée dans le traitement du cancer du sein métastatique »

Freyer, J. Clin. Oncol. 2003; 21: 35-40. Dossier d'AMM

Capécitabine monothérapie CSM, après échec aux anthra, taxanes

Phase II multicentrique USA, n=162

Age moyen 55.8 (26-78)

Pré-traitées, 2-3 lignes dont paclitaxel

Capé. 1255 mg/m² x2/j, 14j puis 7j repos

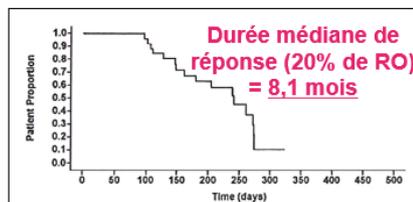


Fig 1. Duration of response was determined according to the World Health Organization criteria (median, 241 days; n = 27).

Tolérance

- Diarrhées (57%, dont 12% hospit)
- Syndrome main-pied (57%, sévère 10%)

Blum *et al*, JCO 1999, 17:485-93

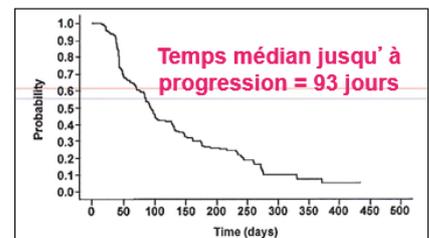


Fig 2. The Kaplan-Meier method was used to estimate time to disease progression (median, 93 days; n = 162).

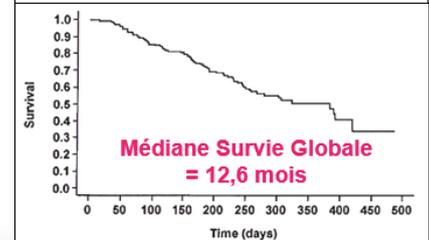


Fig 3. The Kaplan-Meier method was used to estimate overall patient survival (median, 384 days; n = 162).

La question de l'observance

- Xeloda[®]
 - Gros comprimés en grand nombre : «un repas de comprimés»
 - Prises régulières bi-journalières
 - En gériatrie :
 - Patients âgés considérés généralement comme non observants
 - Tts cardiotropes, anti-diabétiques
 - Rôle de la galénique (solide > liquide), du goût, *Leger, J Pharmacie Clin 02*
 - Adhésion / Compréhension / place des troubles cognitifs *Guillaumeau, Presse Med 04*
 - Nombre de médicaments prescrits
 - Fonction symbolique du médicament, rapport au système de santé
- Plutôt « auto-régulation de la médication » que « inobservance involontaire » *Collin, Gérontologie et Société 02*

Myers & Midence, 1998

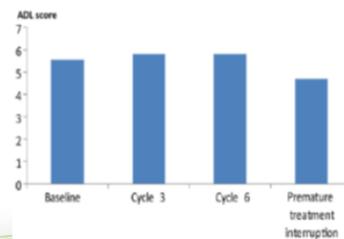
PAC GERICO

Impact of an all-oral capecitabine and vinorelbine combination regimen on functional status of elderly patients with advanced solid tumours: A multicentre pilot study of the French geriatric oncology group (GERICO)

F. Rousseau^{a,*}, F. Retornaz^b, F. Joly^c, B. Esterni^{i,d}, S. Abadie-Lacourtoisie^e,
P. Fargeot^f, E. Luporsi^g, V. Servent^h, B. Laguerreⁱ, E. Brain^j, J. Geneve^k,
Programme d'Action Concertée GERIatrie onCOlogie (PAC GERICO)

- 80 pts ≥ 70 ans, cancer avancé poumon, sein, prostate
- Observance : 64 pts évaluables : - 48 (64,4%) ont pris ≥ 90% doses prescrites
- 25 (39,1%) ont pris 100% doses prescrites
- Toxicité : 77 pts évaluables : 36 (46,2%) toxicités grade 3/4 (Hémato 20,5%, Diarrhées, foie, fatigue, cardiovasculaire)
- Fonctions :

CROH 2010, publié en ligne



Parcours de soins type

Parcours 1

RCP d'organe – G8
Proposition d' EGS → CEGAP
Proposition inclusion études
Proposition inclusion réseau
RCP onco-gériatrique → validation ou non de la proposition de la RCP d'organe

Parcours 2

EGS
RCP onco-gériatrique
Consultation oncologique
Proposition inclusion études
RCP d'organe avec synthèse de l'évaluation gériatrique
Proposition inclusion réseau



RIO – 19.03.2016

L'incontournable essor de l'oncogériatrie Rôle Infirmier



RIO – 19.03.2016

PLANS CANCER



- Mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées, **mesure 38** du [Plan Cancer 2003-2007](#)
- L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer a fait l'objet de la **mesure 23.4** du [Plan Cancer 2009-2013](#)
- Cet objectif se poursuit à travers **l'action 2.16** du [Plan cancer 2014-2019](#) visant à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées atteintes de cancer en s'appuyant, notamment, sur le dispositif organisationnel des UCOG (Unités de Coordination en Onco-Gériatrie) pour une amélioration des pratiques de prise en charge de cette population et une structuration de la recherche clinique en [oncogériatrie](#).

RIO 19.03.2016

Rôle infirmier en Oncogériatrie

- **Activité clinique:**
 - prise en charge des patients âgés ayant un cancer au sein d'une équipe pluridisciplinaire
 - Participation aux évaluations gériatriques multidimensionnelles dans le cadre d'une évaluation gériatrique standardisée
En consultation, en HDJ, ou en équipe mobile.
- **Activité de recherche:** participation aux études
- **Activité d'enseignement-formation- coordonnateur régional (IDE UCOG)**

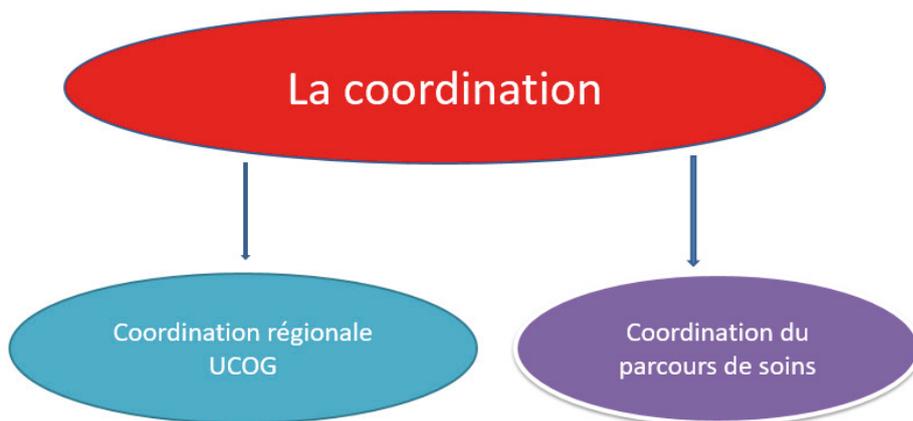
RIO 19.03.2016

Rôle infirmier en Oncogériatrie

- Activité Clinique:
 - Evaluer la situation initiale du patient au niveau clinique, émotionnel, familial et social en collaboration avec le gériatre.
 - Orienter le patient vers les intervenants en lien avec les problèmes identifiés.
 - Réaliser un suivi des patients et des évaluations intermédiaires :
 - ✓ au cours de leurs hospitalisations dans les établissements de soins ou de convalescence adhérant au réseau.
 - ✓ à leur domicile, si besoin.
 - ✓ par téléphone
 - Participer aux consultations d'oncogériatrie en collaboration avec le médecin.
 - Participer aux RCP d'oncogériatrie et visioconférences
 - Organiser une réévaluation complète après un délai de 4 à 6 mois de prise en charge par le réseau.

RIO 19.03.2016

Rôle infirmier en Oncogériatrie IDE UCOG



RIO 19.03.2016

Rôle infirmier en Oncogériatrie

➤ Au sein du réseau d'oncogériatrie:

- ▶ Le réseau a pour objectif principal de faciliter la prise en charge médicale de personnes de plus de 75 ans après un diagnostic de maladie cancéreuse, en créant un lien entre les équipes hospitalières et les soignants libéraux.
- ▶ L'équipe du réseau est constituée d'un(e) infirmier(e) et d'un médecin coordonnateur.
- ▶ L'IDEC collabore à des actions d'information auprès des équipes hospitalières et soignants libéraux afin de mieux faire connaître le réseau, et d'harmoniser les pratiques en oncogériatrie.

RIO 19.03.2016

Rôle infirmier en Oncogériatrie

➤ Activité de recherche

- Participer à la recherche clinique en oncogériatrie
- Contribuer à diffuser et implanter les bonnes pratiques en oncogériatrie
- Participer à l'évaluation de protocoles mis en place
- Participer aux essais cliniques: collecte des informations nécessaires pour constituer une base de données nécessaires à la recherche clinique

RIO 19.03.2016

Rôle infirmier en Oncogériatrie

➤ Enseignement-Formation

- Participer à la diffusion du savoir faire et des pratiques soignantes en oncogériatrie
- Information et formation des professionnels paramédicaux
- interventions dans les IFSI
- intervention auprès des équipes de SSR, HAD, SSIAD, hôpitaux locaux, EHPAD...)

RIO 19.03.2016

Comment se déroule le suivi ?

- Consultation en HDJ lors des cures de chimiothérapie
- Consultation en hospitalisation (organisation du retour à domicile si besoin....)
- Contacts téléphoniques
- Réévaluation régulière (diététique, fonctions cognitives, soins de support, état psychologique sur des grilles d'évaluation validées pour lesquelles l'IDE a été formé(e))
- Dépistage des effets secondaires liés aux traitements, qui influent sur la qualité de vie et l'autonomie.
- Suivi des traitements +++ (chimiothérapie per os)

RIO 19.03.2016

Comment se déroule le suivi ?

- **Échanges avec les aidants**
- **Échanges d'informations auprès des différents intervenants hospitaliers et libéraux**
- **Présence aux consultations oncogériatriques (1ère fois et/ou suivi)**
- **Suivi des traitements curatifs et/ou palliatifs**
- **Gestion administrative**

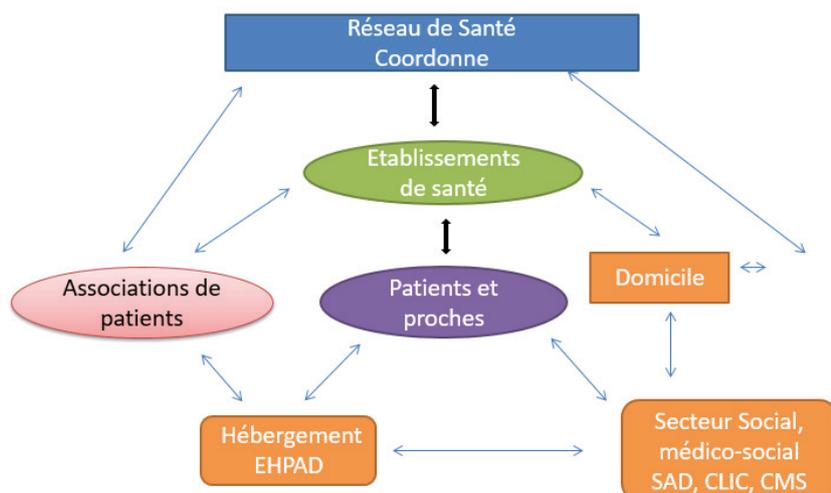
RIO 19.03.2016

Parcours de soin du patient âgé cancéreux: quelles spécificités?

- ▶ Prise en compte de tous les éléments de la vie: réseau social, habitat, état fonctionnel, ancien travail..
- ▶ Parcours adapté:
 - aux souhaits de la personne (connaître son diagnostic, être traité..)
 - Sans perte de chance (meilleure orientation possible)
 - Notion de bénéfice - risque
- ▶ La question du consentement éclairé: évaluation de la capacité décisionnelle (protection juridique, personne de confiance), protéger, respecter..

RIO 19.03.2016

Le parcours de soin du patient âgé cancéreux: la coordination



RIO 19.03.2016

Suivi téléphonique des patients en Oncogériatrie

- **2^{ème} plan cancer:**
 - personnalisation de la prise en charge des malades et le renforcement du rôle du médecin traitant (mesure 18)
 - cette prise en charge doit être aussi sociale (mesure 25)
 - Renforcer la « fonction de proximité » du médecin traitant et d'améliorer le rapport ville/hôpital
 - Des « coordinateurs de soins », tels les IDEC doivent y contribuer. (évaluation des besoins des malades et leur suivi)
- Améliorer le parcours de soins des malades / Coordination par une infirmière
- **3^{ème} Plan cancer :**
 - « Une coordination accrue entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de santé de proximité »

RIO 19.03.2016

Suivi téléphonique des patients en oncogériatrie

- **Place du suivi téléphonique infirmier dans la coordination?**
 - **Coordination clinique de proximité (MT, IDE libéral, centre de santé ou maison de santé):** repérer précocement la fragilité gériatrique, suivi des recommandations oncogériatriques.
 - **Coordination territoriale d'appui:** expertise oncogériatrique apportée par les équipes d'OncoG, tout en faisant le lien avec les structures existantes sur le territoire (d'où l'intérêt d'avoir 1 IDE coordinateur en oncogériatrie par territoire de santé) (CLIC, MAIA, SSIAD, HAD..)?

Du fait du virage ambulatoire, impulsé par la loi Santé: nécessité de développer une **logique de parcours, la coordination fait partie du soin.**

RIO 19.03.2016

Suivi téléphonique des patients en oncogériatrie

- **Finalités:**
 - Aider à l'organisation de la coordination du parcours de soins (développement de l'ambulatoire, évolution vers une « Médecine de parcours de santé »)
 - Apporter un appui aux différents professionnels du premier recours, services sociaux, ainsi qu'aux aidants et aux proches
 - Optimiser l'interface ville-hôpital, améliorer l'observance thérapeutique
 - Mieux partager les informations utiles à la prise en charge du patient
 - Mieux planifier les rdv des consultations de suivi à un moment plus opportun

RIO 19.03.2016

Suivi téléphonique des patients en oncogériatrie

- **Finalités:**
 - Intégrer la vulnérabilité et la fragilité des malades dans la coordination
 - Aider à assurer un suivi personnalisé pour les patients âgés présentant une situation complexe (médicale, et psychosociale) ou d'anticiper une situation pouvant s'avérer complexe
 - Déceler toutes ruptures de prise en charge
 - Repérer les moments critiques dans le parcours de soins
 - Repérer et anticiper les marqueurs cliniques d'un état de fragilité (chute, incontinence, sd confusionnel...)

RIO 19.03.2016

Rôle infirmier en Oncogériatrie Quelles perspectives?

- Une majorité d'IDE d'oncogériatrie sont titulaires de **DU** ou **DIU** ou d'une **formation complémentaire**.
- La complexité de la discipline et des situations rencontrées => **nécessité d'adopter une vraie expertise clinique en soins infirmiers**. (raisonnement clinique, situations complexes). **Formation d'infirmier(e) clinicien(ne) conseillée**.
- Pratique infirmière en oncogériatrie, s'inscrit-elle dans le cadre des pratiques avancées en soins infirmiers? Quelle reconnaissance de cette expertise?

RIO 19.03.2016



SoFOG
SOCIÉTÉ
FRANCOPHONE
D'ONCO-GÉRIATRIE



« Il ne s'agit pas d'ajouter
des années à la vie
mais de la vie aux années. »
Alexis Carrel

RIO 19.03.2016

à **VIVRE** ouvert

penser le soin

COLLECTION DOCUMENTAIRE PÉDAGOGIQUE DÉDIÉE AUX ACTEURS DE SOINS EXERÇANT AUTOUR DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCERS



L'annonce
«dans tous ses états»



Les souffrances
du patient

ENTRER EN CANCÉROLOGIE
VIVRE ET GRANDIR AVEC LA MALADIE



Les mots
et les proches



Soigner et souffrir
d'être soignant



Cancer et sexualité
«Et si on parlait
d'amour»

”
Une prise en charge
globale adaptée
à la personne
atteinte d'un cancer

“

Partenaires ou cautions de tout ou partie d'A Vivre Ouvert

ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ



ASSOCIATIONS DE PATIENTS



N°Vert 0 805 460 000

APPEL GRATUIT

SANOFI

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Les débuts de l'immunologie en cancérologie : avancées thérapeutiques

Aurélien Marabelle, MD, PhD

Clinical Director, Cancer Immunotherapy Pam
Drug Development Dpt, Prof JC Soria

INSERM 1015, Prof L Zitvogel

*Avec le soutien organisationnel
de Bristol-Myers Squibb*

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

Dr Aurélien Marabelle, Activités et liens d'intérêt

- **Investigateur Principal et co-investigateur d'Essais Thérapeutiques de phase précoce utilisant des anticorps immunomodulateurs**

Anti-PD-1, anti-PD-L1, anti-CTLA-4, anti-CSF1-R, anti-GITR, anti-OX40

MSD, BMS, Roche/Genentech, Amgen, Astra Zeneca/Medimmune, GSK

- **Consultant pour expertise en immuno-oncologie**

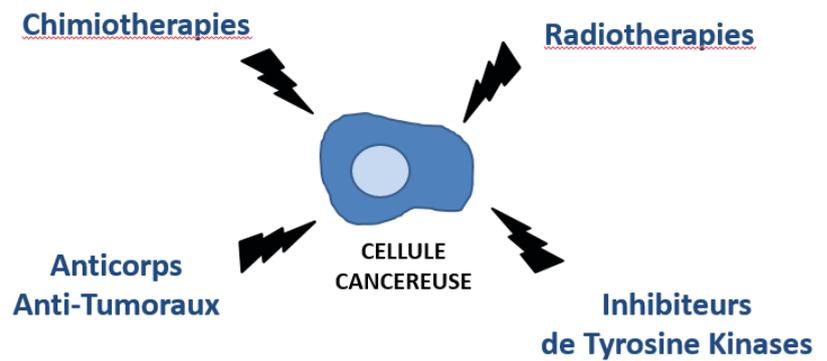
MSD, BMS, Roche/Genentech, Amgen, Novartis, Pfizer

Le contenu et/ou les opinions exprimées lors de cette présentation, notamment celui ou celle(s) relatifs à la stratégie thérapeutique ont été réalisés en toute indépendance

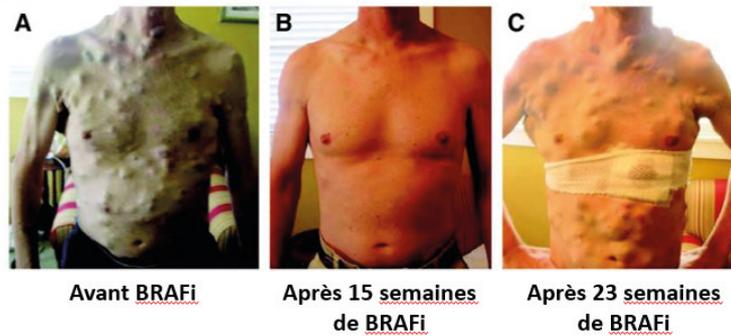
15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

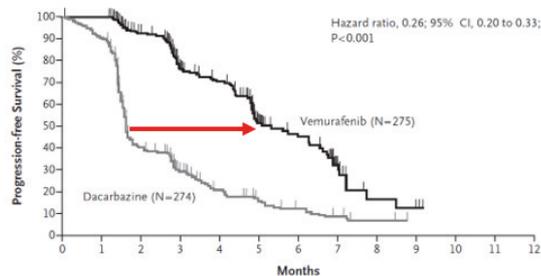
Les Thérapies Conventionnelles Contre le Cancer



Thérapies Dirigées Contre les Cellules Tumorales



Wagle N, et al.
JCO. 2011
Aug 1;29(22):3085-96

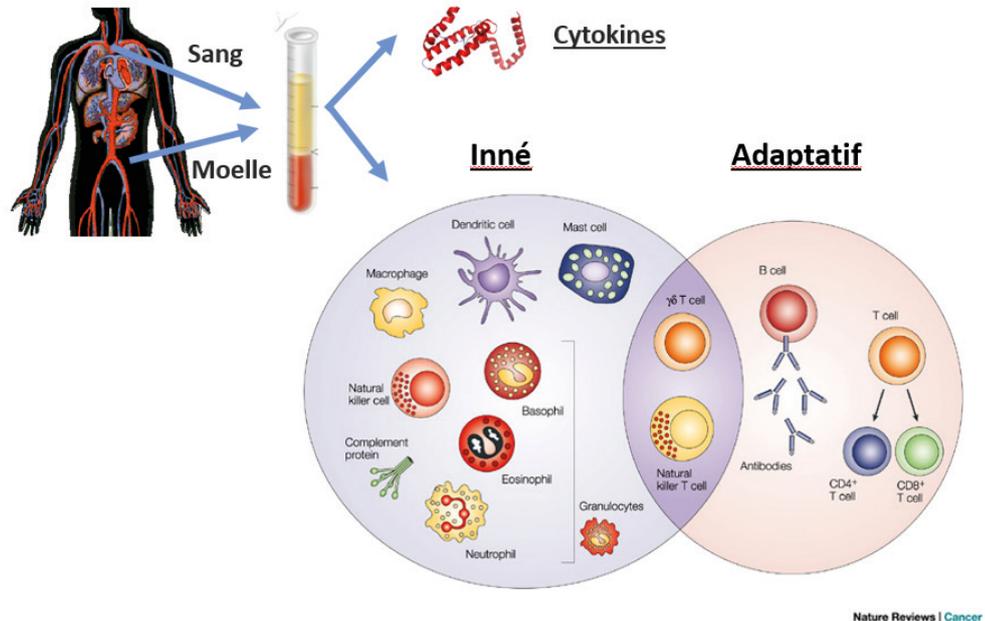


Chapman PB et al. N Engl J Med 2011;364:2507-16.

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

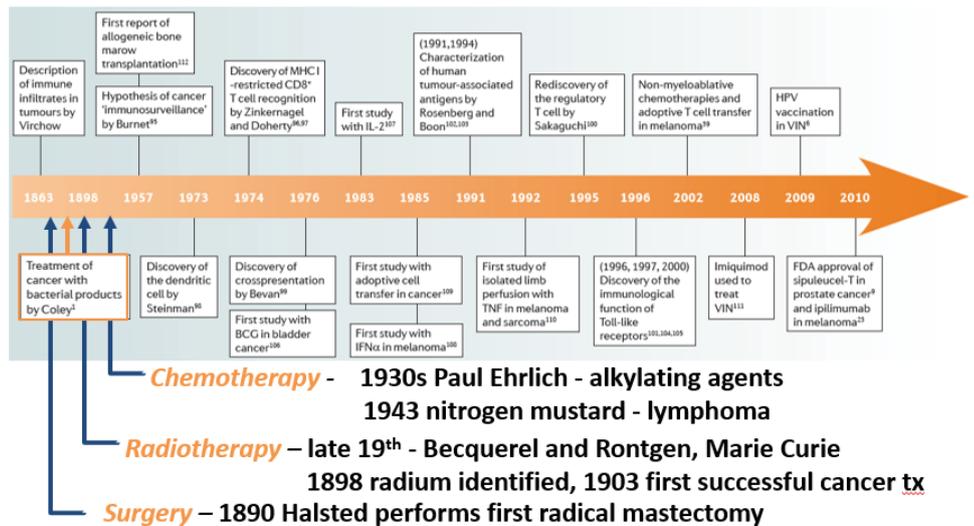
Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Qu'est ce que l'immunothérapie ?



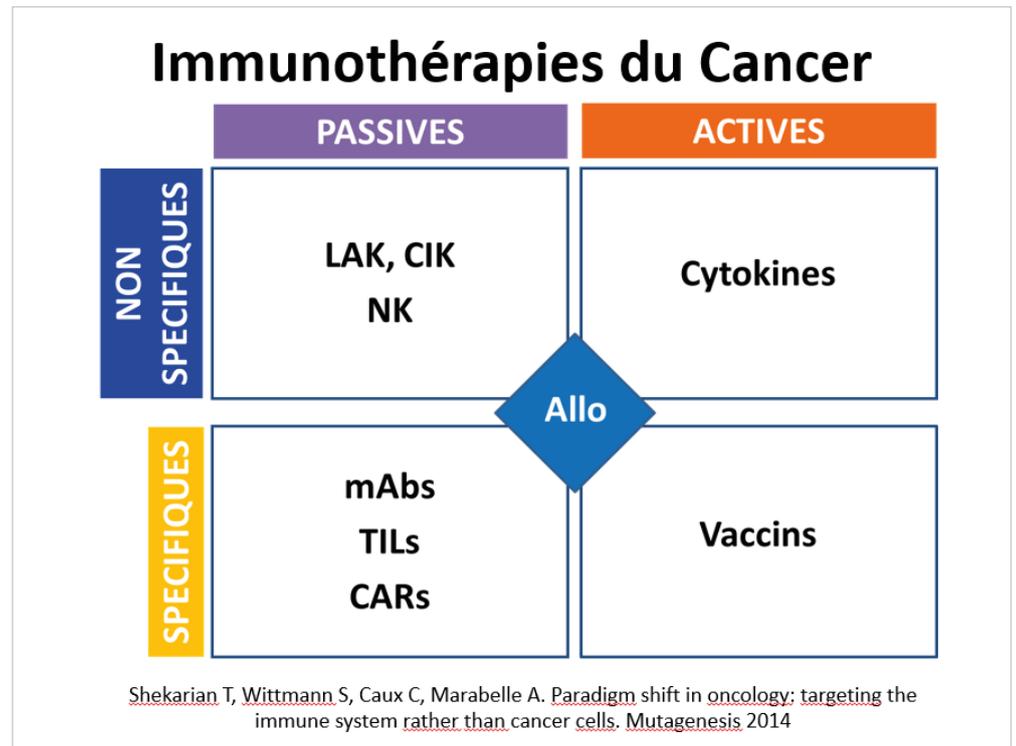
Nature Reviews | Cancer

HISTOIRE DE L'IMMUNOTHÉRAPIE DES CANCERS



15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Cancer immunotherapy: “the beginning of the end” or “the end of the beginning” ?

Durant JR. N Engl J Med **1987**; 316:939-41.

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



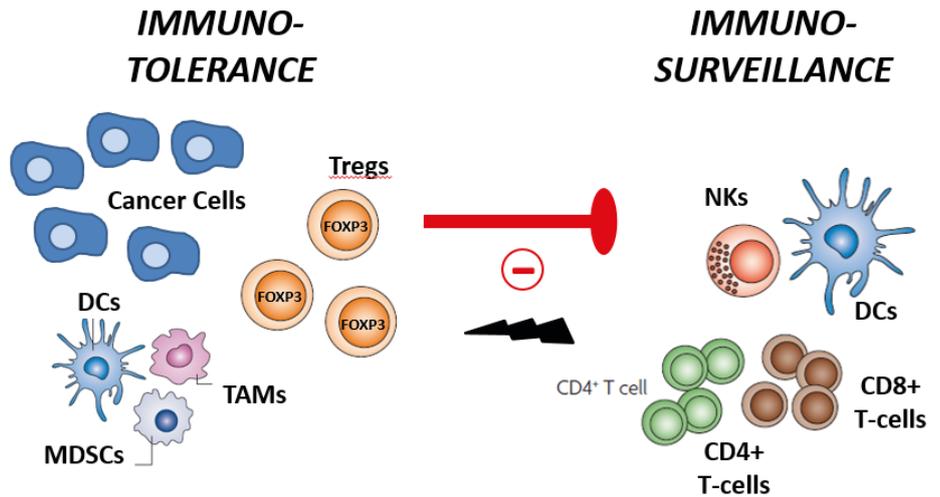
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Improved Survival with Ipilimumab in Patients with Metastatic Melanoma <u>Aug 19, 2010</u>	Ipilimumab plus Dacarbazine for Previously Untreated Metastatic Melanoma <u>June 30, 2011</u>
Safety, Activity, and Immune Correlates of Anti-PD-1 Antibody in Cancer <u>June 28, 2012</u>	Safety and Activity of Anti-PD-L1 Antibody in Patients with Advanced Cancer <u>June 2, 2012</u>
Safety and Tumor Responses with Lambrolizumab (Anti-PD-1) in Melanoma <u>June 2, 2013</u>	Nivolumab plus Ipilimumab in Advanced Melanoma <u>June 2, 2013</u>
Genetic Basis for Clinical Response to CTLA-4 Blockade in Melanoma <u>Nov 19, 2014</u>	Nivolumab in Previously Untreated Melanoma without BRAF Mutation <u>Nov 16, 2014</u>
Pembrolizumab versus Ipilimumab in Advanced Melanoma April 19, 2015	Pembrolizumab for the Treatment of Non-Small-Cell Lung Cancer April 19, 2015
Nivolumab and Ipilimumab versus Ipilimumab in Untreated Melanoma April 20, 2015	

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Le Système Immunitaire peut aussi promouvoir le cancer !

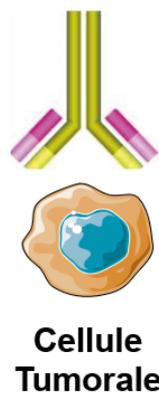


Adapté de Colombo MP, et al *Nat Rev Cancer*. 2007 Nov;7(11):880-7.

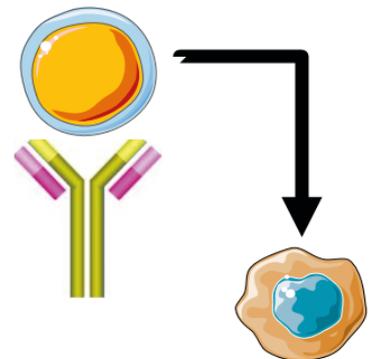
Changement de Paradigme

Paradigme Historique:
Cibler les Cellules Tumorales

Nouveau Paradigme:
Cibler les Cellules Immunitaires



Lymphocyte

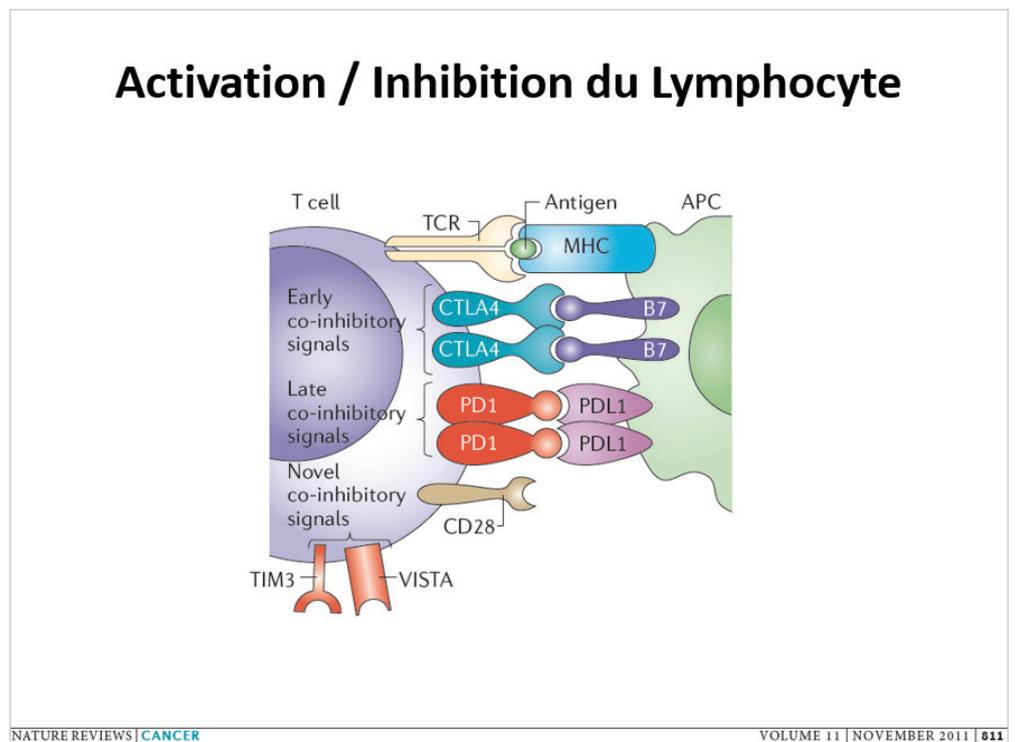


15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Nouvelle Stratégie d'Immunothérapie

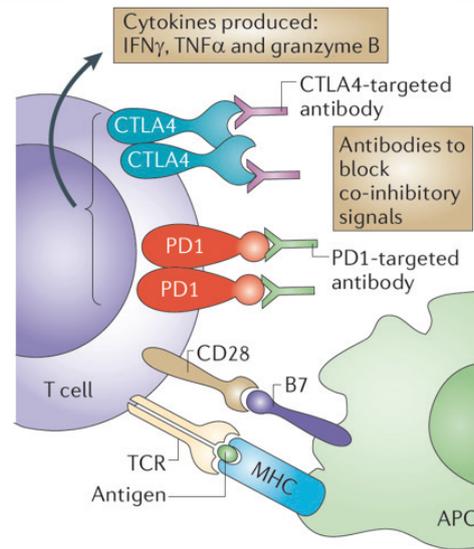
	PASSIVE	ACTIVE
NON SPECIFIQUES	LAK, CIK NK	Cytokines
SPECIFIQUES	<u>mAbs</u> <u>TILs</u> <u>CARs</u>	<u>mAbs</u> Vaccines



15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Anticorps Immunomodulateurs dirigés contre des "checkpoints" immunitaires



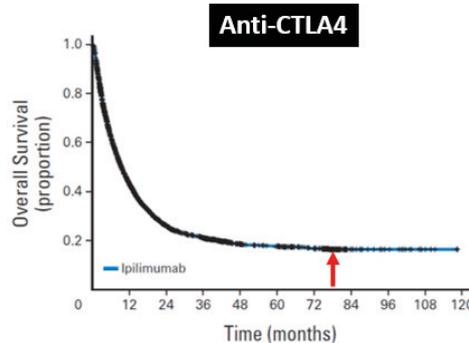
NATURE REVIEWS | CANCER

VOLUME 11 | NOVEMBER 2011 | 811

THERAPIES CIBLANT L'IMMUNITÉ



Hodi et al. Abstract #3008 ASCO 2008

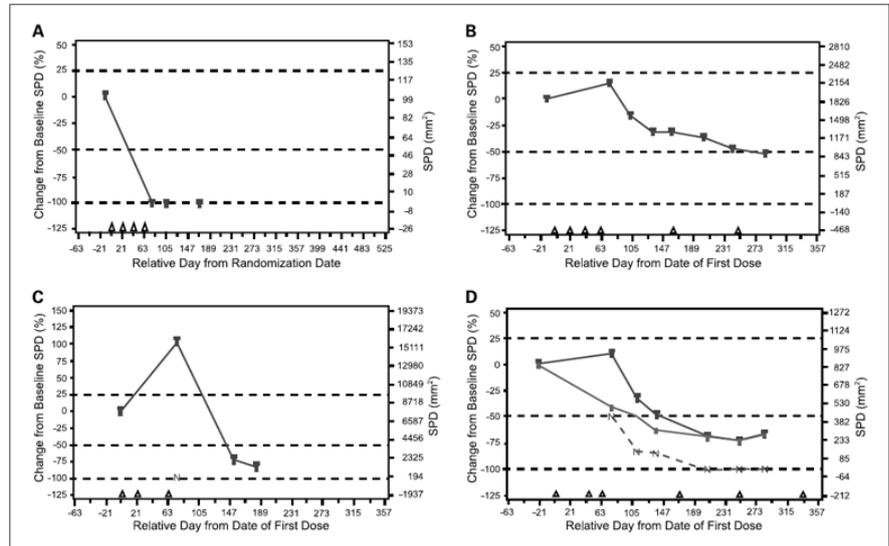


Schadendorf D, J Clin Oncol 2015.

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

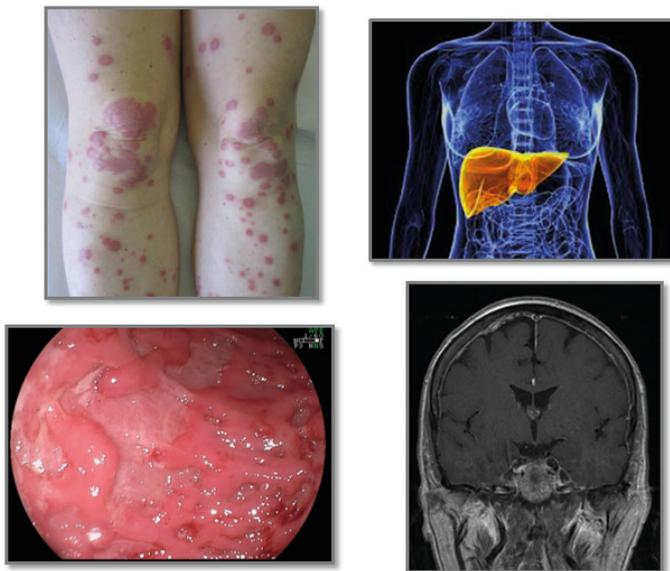
Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Nouveaux Types de Réponses en Oncologie



Immune-Related Response Criteria
Clin Cancer Res 2009;15(23) December 1, 2009

Nouvelles Toxicités en Oncologie

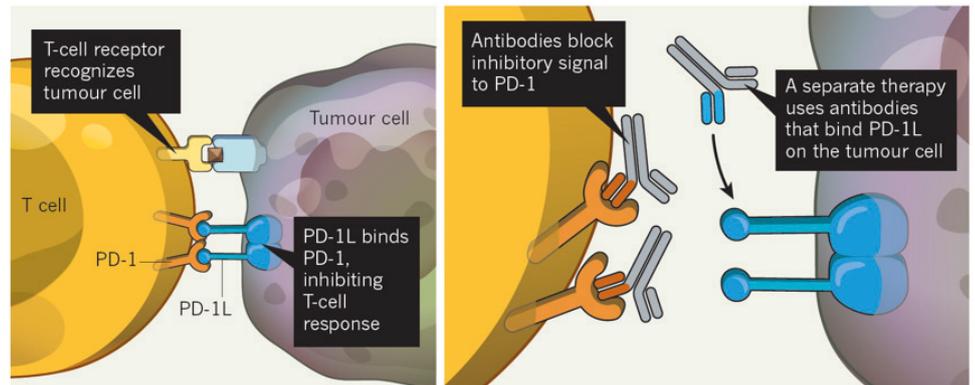


Bompère et al Invest New drugs 2012

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

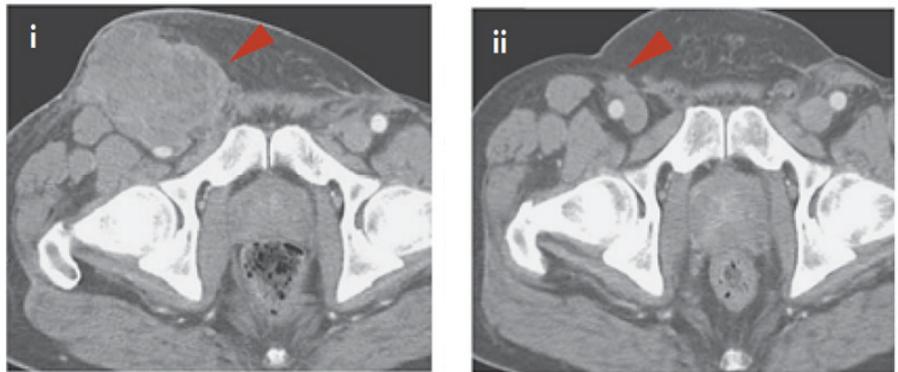
Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

anti-PD-1 / anti-PD-L1 immunotherapy



Hayden EC. Antibody alarm call rouses immune response to cancer.
Nature. 2012 Jun 6;486(7401):16.

Anti-PD-1 dans les Mélanomes Métastatiques

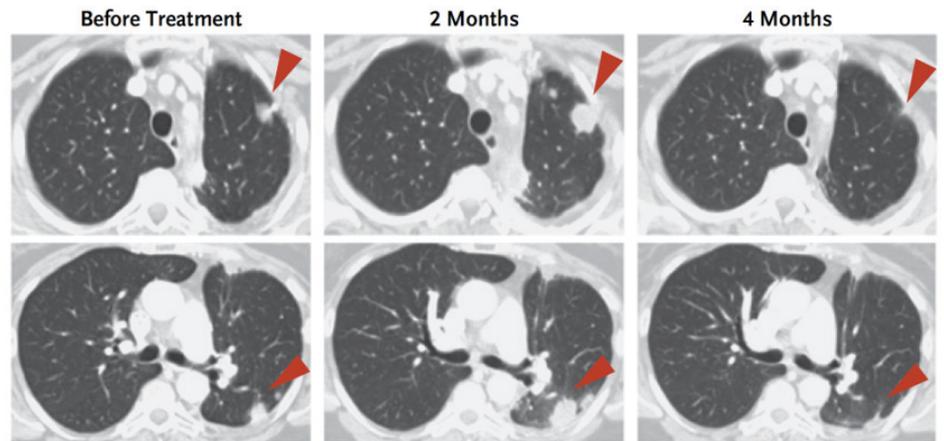


Topalian SL, et al. N Engl J Med 2012;366:2443–54.

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

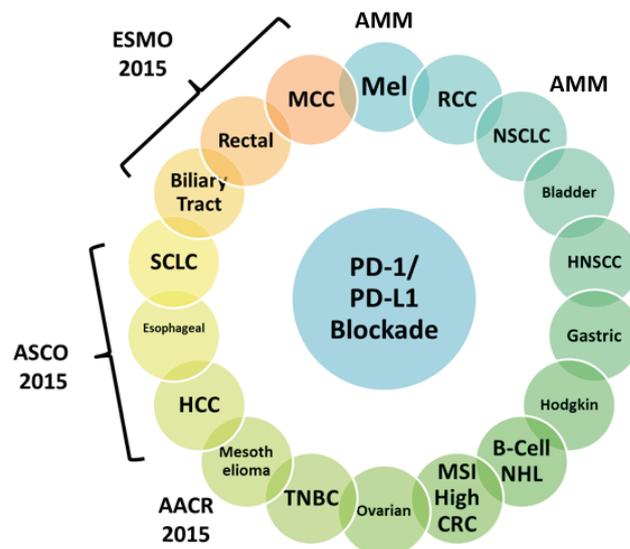
Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Anti-PD-1 dans les CBNPC



Topalian SL, et al. N Engl J Med 2012;366:2443-54.

Spectre d'Activité des Anti-PD-1/PD-L1



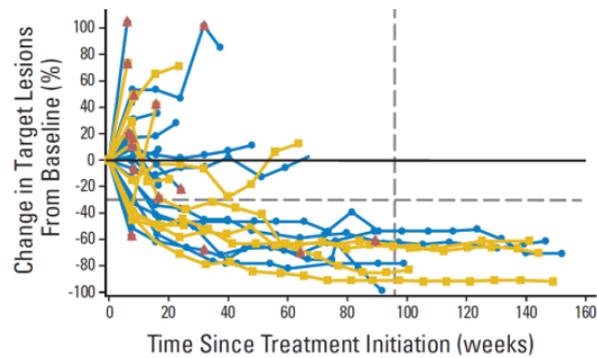
Marabelle A, Routy B, Michels J, Kroemer G, Zitvogel L. Prime time for Immune-Checkpoint Targeted Therapy at ASCO 2015. *Oncoimmunology* 2016. in press.

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

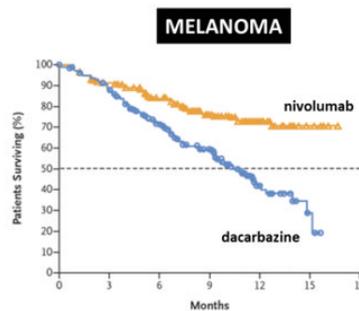
Mais les réponses tumorales aux immunothérapies sont durables

Durabilité des réponses tumorales des CBNPC sous nivolumab (anti-PD-1, BMS)

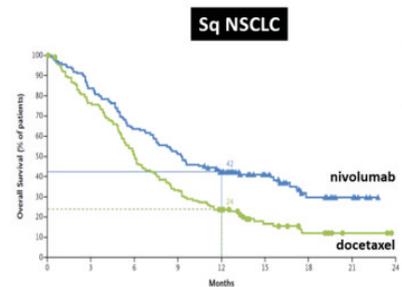


JCO, April 20, 2015.

Bénéfices en Survie Globale



Robert C et al. NEJM 2014.

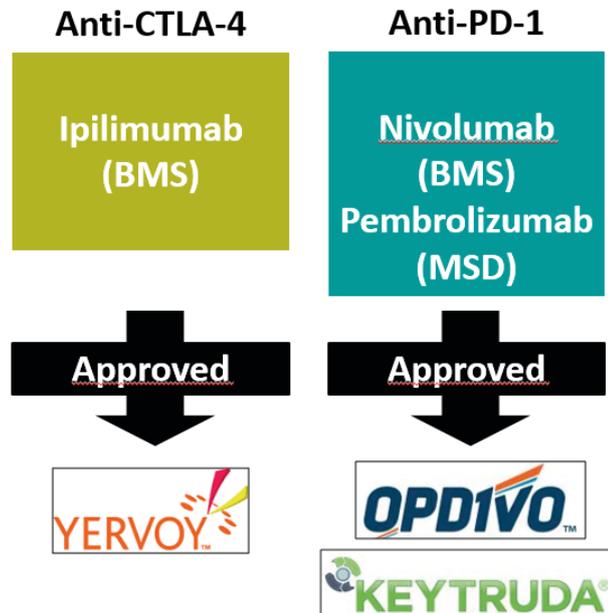


Brahmer J et al. NEJM 2015.

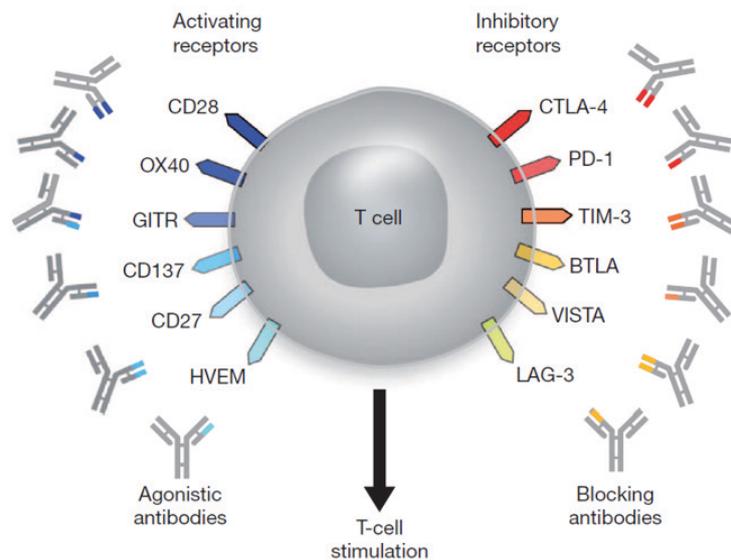
15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Les Noms des Nouvelles Immunothérapies



Ce n'est que le début !

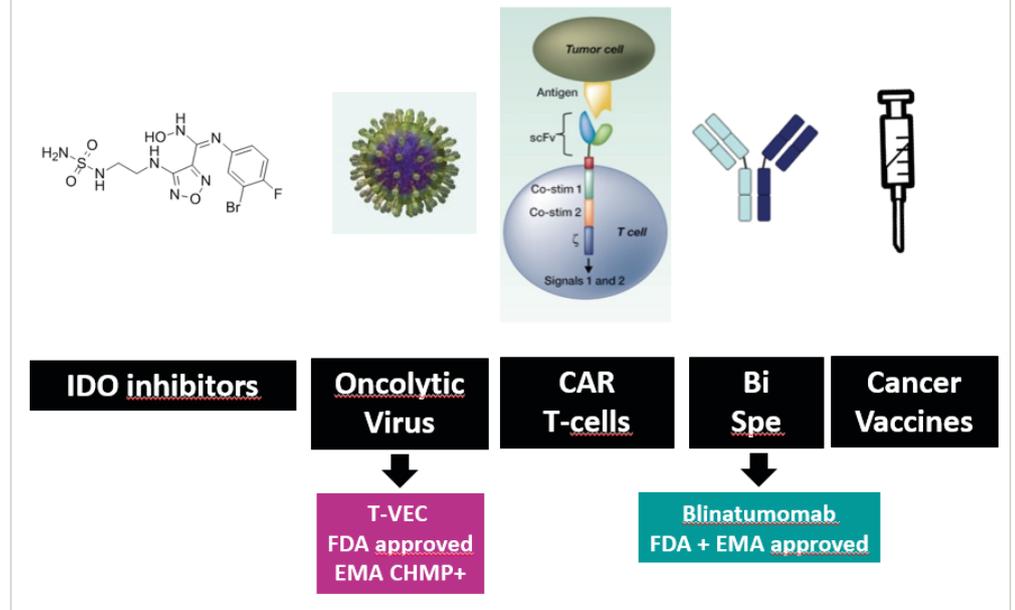


22 / 29 DECEMBER 2011 | VOL 480 | NATURE | 485

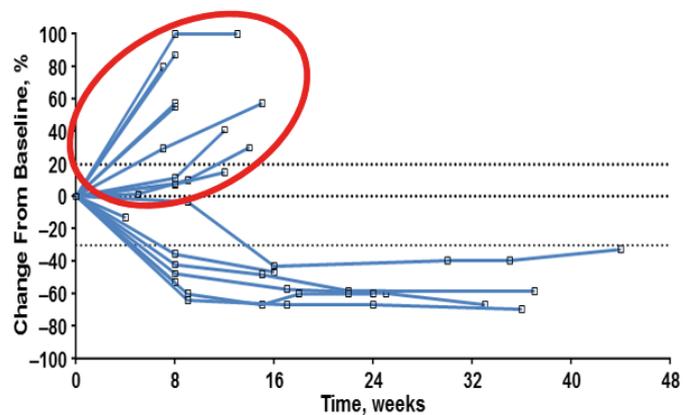
15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

AUTRES IMMUNOTHERAPIES



Challenge #1: comment sensibiliser les patients à l'immunothérapie?



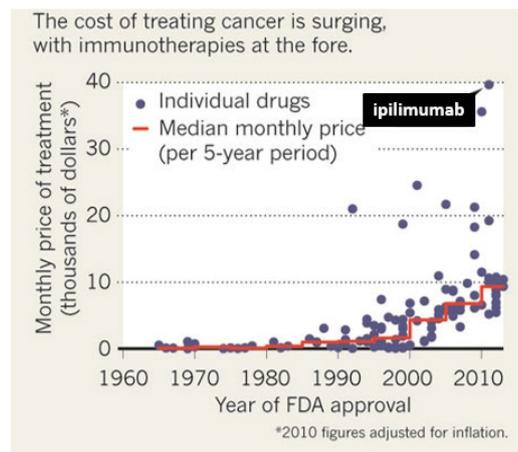
15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Challenge #2: Toxicités Immunologiques



Challenge #3: Toxicités Financières



[Nature](#). 2013 May 30;497(7451)

Immunotherapy's cancer remit widens. Ledford H.

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM LES DÉBUTS DE L'IMMUNOLOGIE EN CANCÉROLOGIE : AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Les débuts de l'immunologie en cancérologie : avancées thérapeutiques

Aurélien Marabelle, MD, PhD

Clinical Director, Cancer Immunotherapy Pgm

Drug Development Dpt, Prof JC Soria

INSERM 1015, Prof L Zitvogel

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS 

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Les fondamentaux de l'Immunologie en cancérologie

Partage d'expériences : quelles applications pour les infirmières ?

Anne Hubert, infirmière, Institut Gustave Roussy, Villejuif,
membre de l'AFIC

« Avec le soutien organisationnel de Bristol-Myers Squibb »

*« Le contenu et/ou les opinions exprimées lors de cette
présentation, notamment celui ou celle(s) relatifs à la
stratégie thérapeutique ont été réalisés en toute
indépendance »*

Liens d'intérêts pour cette présentation: BMS

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Profil des toxicités

- › Immédiates : réaction allergique en relation avec la perfusion
- › Retardées : atteintes auto-immunes

Différence entre réaction allergique et réaction anaphylactique

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Réaction anaphylactique

- ◆ **Symptômes** : dyspnée, toux, bronchospasme, céphalées, vertiges, hypotension, tachycardie, cyanose

CTCAE v4.0 Terme	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Définition du terme CTCAE v4.0
Anaphylaxie			- Bronchospasme symptomatique - avec ou sans urticaire - nécessitant un traitement parentéral - œdème/angioedème liés à l'allergie - hypotension	- Mise en jeu du pronostic vital - nécessitant une prise en charge en urgence	Trouble caractérisé par une réaction inflammatoire aiguë résultant de la libération d'histamine et de substances histamine-like par les mastocytes et responsable d'une réponse d'hypersensibilité immunitaire. Cliniquement, elle peut se manifester par des difficultés respiratoires, des étourdissements, une hypotension, une cyanose et une perte de connaissance et peut conduire au décès.

- ◆ **Conduite à tenir** :
- injection adrénaline IM (Epipen®, Anapen®)
- pas de nouvelle injection

CTCAE : Common Terminology Criteria for Adverse Events – NCI : National Institut Cancer
Traduction française réalisée par la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive www.ffcd.fr

Réaction allergique en relation avec la perfusion

- ◆ **Symptômes** : fièvre, frissons, sueurs, nausées/vomissements, rash, prurit, urticaire, hypo/hypertension, tachycardie

CTCAE v4.0 Terme	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Définition du terme CTCAE v4.0
Réaction allergique	- Bouffée congestive ou rash transitoire, fièvre médicamenteuse < 38 °C - ne nécessitant aucun traitement	- Nécessitant un traitement ou une interruption de la perfusion - réponse rapide à un traitement symptomatique (ex:antihistaminiques, AINS, morphiniques) - traitement prophylactique pendant moins de 24h requis	- Prolongée (ex : absence de réponse rapide au traitement symptomatique et/ou à une brève interruption de la perfusion) - réapparition des symptômes après amélioration initiale - nécessitant une hospitalisation en raison de conséquences cliniques (ex : insuffisance rénale, infiltrats pulmonaires)	- Mise en jeu du pronostic vital - nécessitant une prise en charge en urgence	Trouble caractérisé par une réaction indésirable locale ou généralisée en réponse à une exposition à un allergène.

CTCAE : Common Terminology Criteria for Adverse Events – NCI : National Institut Cancer
Traduction française réalisée par la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive www.ffcd.fr

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM

PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Réaction allergique en relation avec la perfusion

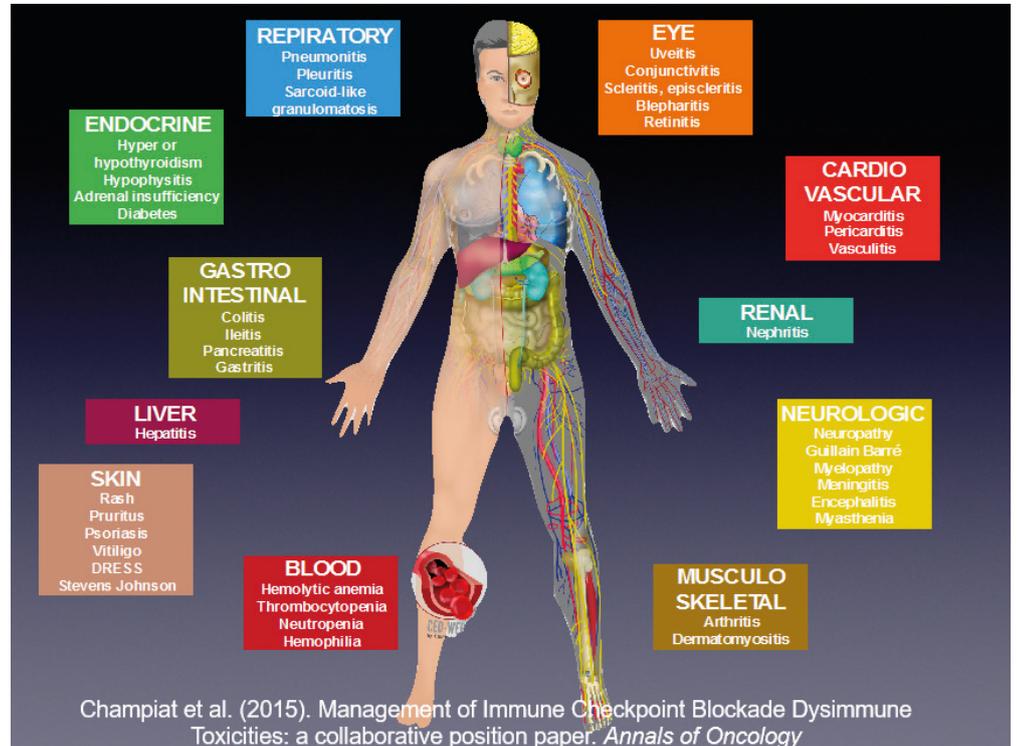
◆ Conduite à tenir :

GRADE	CAT
1	↘ débit de perfusion de moitié Quand résolution : <ul style="list-style-type: none">• reprise vitesse réduite pendant 30mn• reprise vitesse initiale
2	Arrêt de la perfusion Traitement symptomatique (corticoïdes, antihistaminiques) <ul style="list-style-type: none">• reprise vitesse réduite de moitié• reprise vitesse initiale Administration suivantes AVEC prémédication
3-4	Arrêt de la perfusion Traitement symptomatique Pas de reprise de traitement

Les toxicités dysimmunitaires

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



Eruption maculo-papuleuse



Kähler, K. C., & Hauschild, A. (2011). Treatment and side effect management of CTLA-4 antibody therapy in metastatic melanoma. *Journal of the German Society of Dermatology*



Teply, B. A., & Lipson, E. J. (2014). Identification and management of toxicities from immune checkpoint-blocking drugs. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 28 Suppl 3, 30-38.

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Psoriasis induit par anti PD-1



Atteintes cutanées et ophtalmiques



15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Colite dysimmunitaire ≠ Diarrhée

- > Diarrhée : trouble caractérisé par la survenue fréquente de selles liquides
 - > Colite : trouble caractérisé par une inflammation du colon
- ⇒ ⇒ Prise en charge différente



Slangen et al., (2013). Diarrhoea in a patient with metastatic melanoma: Ipilimumab ileocolitis treated with infliximab. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*

Gérer les toxicités dysimmunitaires liées aux immunothérapies

- > Prévenir
- > Anticiper
- > Détecter
- > Traiter
- > Surveiller

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Prevenir

Informer le patient

Rapporter rapidement
tout symptôme nouveau, persistant ou s'aggravant



La prise en charge précoce
pourrait limiter la sévérité ou
l'aggravation
de la toxicité auto-immune

Prevenir

Rechercher
des
facteurs de
risque

> *ATCD personnels et familiaux*

- maladie auto-immune, maladie systémique, maladie inflammatoire chronique (Crohn, polyarthrite, lupus, ...)
- pathologies chroniques** respiratoires, cardiovasculaires, hépatiques...
- infections** sévères récentes, infections virales chroniques

> *Prises médicamenteuses*

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM

PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Anticiper

Bilan de référence :

NFS plaquettes,
ionogramme, créatinine
bilan hépatique avec transaminases et bilirubine
fonction thyroïdienne
Cartographie cutanée
Signes vitaux et ECG
Bilan ophtalmo
Imagerie thoracique

Bilan à chaque cycle :

NFS plaquettes,
ionogramme, créatinine
bilan hépatique avec transaminases et bilirubine
fonction thyroïdienne toutes les 2-3 cures
Cartographie cutanée à chaque modification cutanée

Anticiper

> **Prévention d'une réaction à la perfusion :**

- rester auprès du patient pendant les 5 premières minutes
- prise des signes vitaux tous les 1/4 h pendant perfusion

> **Observation infirmière par recueil de données :**

- observation clinique
- interroger le patient
- grader les toxicités
- surveillance des constantes

> **Conseils aux patients :**

- surveillance du poids, de l'état cutané
- signaler toute nouvelle toxicité
- pas de prise de nouveaux traitements sans accord médical
- pas de prise de l'opéramide (colite différente de la diarrhée)

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Détecter

Diagnostiquer un EILI

EILI les plus fréquents (≥20% des patients) :
fatigue, toux, nausées, prurit, rash,
anorexie, constipation, arthralgie, diarrhée

Sur quelles toxicités se concentrer :

Cutanées	Neurologiques
Colites	Néphrologiques
Pneumonies	Hépatiques
Endocriniennes	Réaction à la perfusion

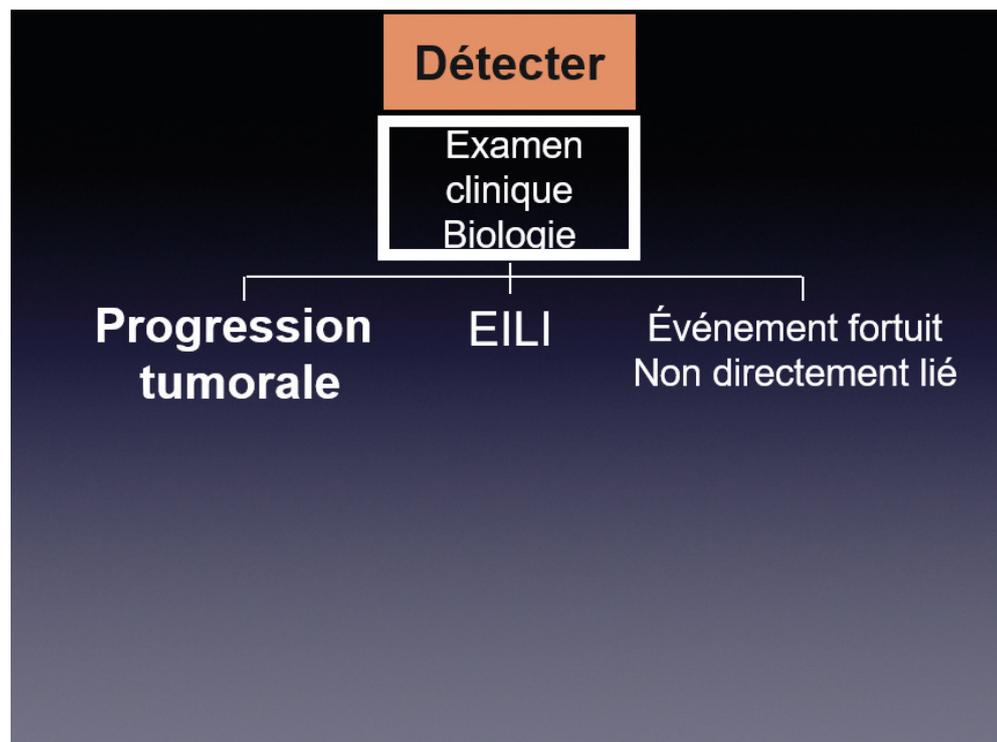
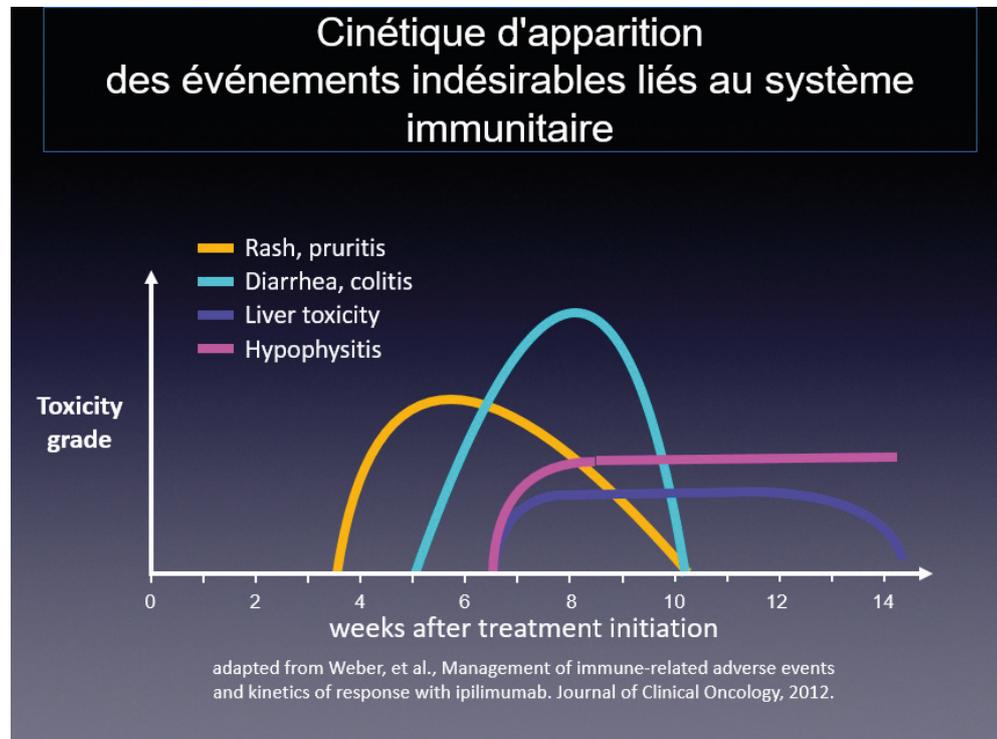
Détecter

*Quand surviennent les toxicités
sous anti PD1?*

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM

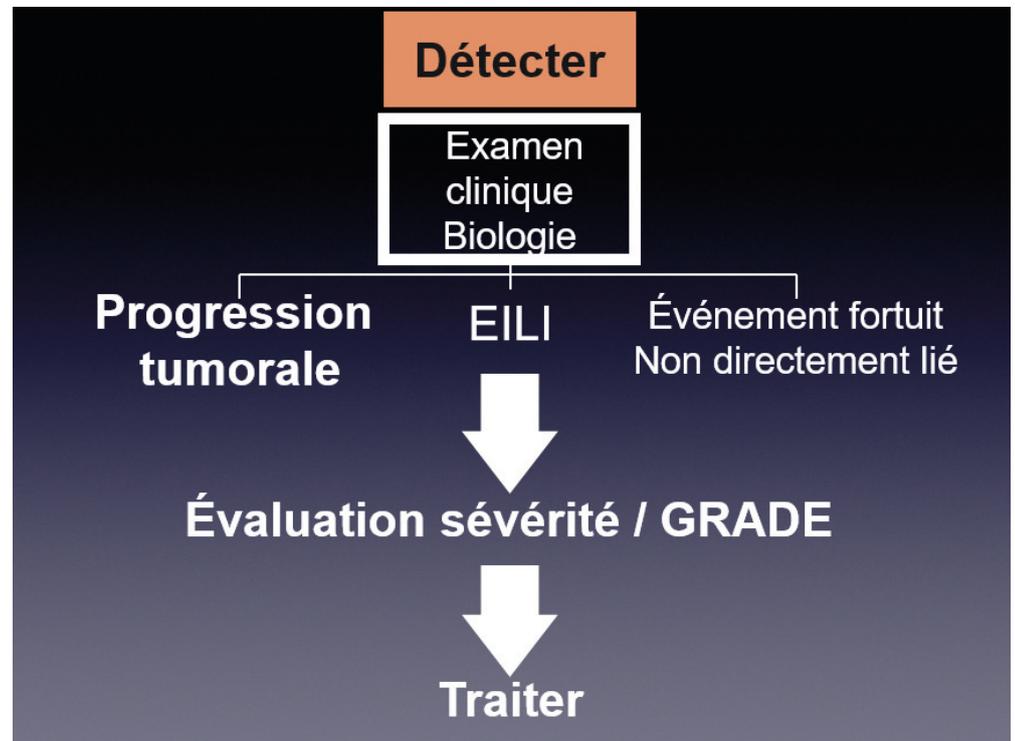
PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Traiter

CAT // immunothérapie

- > **Suspendre** +/- Reprendre lorsque l'EILI redevient Grade 0-1
- > **Arrêter définitivement** pour
 - ✓ tout EILI avec menace vitale
 - ✓ impossibilité de réduire la corticothérapie
 - ✓ Grade 2 ou 3 persistant
 - ✓ Toute toxicité sévère ou grade 3 qui récidive

Traiter

CAT // immunothérapie

- > **Suspendre** +/- Reprendre lorsque l'EILI redevient Grade 0-1
- > **Arrêter définitivement** pour
 - ✓ tout EILI avec menace vitale
 - ✓ impossibilité de réduire la corticothérapie
 - ✓ Grade 2 ou 3 persistant
 - ✓ Toute toxicité sévère ou grade 3 qui récidive

**Diminution de dose ?
Espacer les cures ?**

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Surveiller

> Evolution des toxicités

- observation clinique
- interroger le patient
- grader les toxicités

> Applications des traitements symptomatiques

- observance des traitements
- conseils au patient

Application mobile Gustave Roussy

 IMMUNOTHERAPIE



« Manuel pratique
d'oncologie de Gustave
Roussy »

15H00 - 15H45 : SYMPOSIUM PARTAGE D'EXPÉRIENCES : QUELLES APPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES ?

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN

Merci de votre attention

Les fondamentaux de l'Immunologie en cancérologie

Samedi 19 mars 2016
15h00 - 15h45

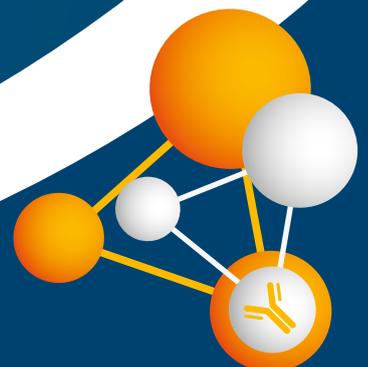
- **Les débuts de l'immunologie
en cancérologie :
avancées thérapeutiques**

Docteur Aurélien MARABELLE, Institut Gustave Roussy. Villejuif

- **Partage d'expériences :
quelles applications
pour les infirmières ?**

Melle Anne Hubert, infirmière, Institut Gustave Roussy. Villejuif

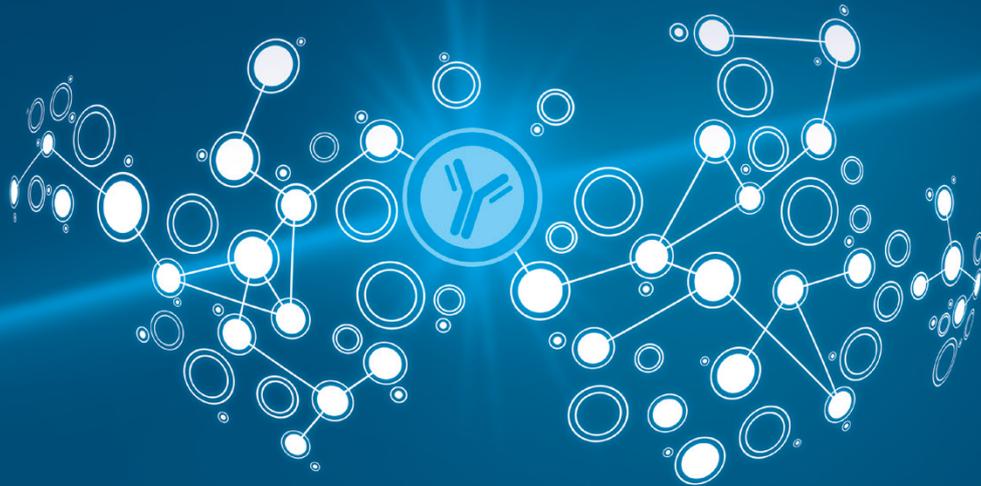
- **Discussion**



Bristol-Myers Squibb



Immuno-Oncology



Contact :

Laurence THOMAS VERZA

Responsable Relations Externes Immuno-Oncologie

06 09 94 22 10

Laurence.Thomas-Verza@bms.com





BRISTOL-MYERS SQUIBB, UNE ENTREPRISE « BIOPHARMA » DIVERSIFIÉE



Avec près d'un tiers de son chiffre d'affaires consacré à la R&D**, Bristol-Myers Squibb place l'innovation au cœur de sa stratégie et centre sa recherche sur des domaines thérapeutiques majeurs pour lesquels les besoins médicaux demeurent non satisfaits.

L'Immuno-Oncologie, l'Oncologie, les Immunosciences, la Virologie, le Cardiovasculaire, le Métabolisme, la Fibrose ou encore les Maladies Génétiques sont ainsi des domaines où nous sommes à la pointe de l'innovation.

Notre succès en termes de recherche clinique se mesure à la différence que nous pouvons apporter dans la vie des patients en leur offrant des options de traitement innovantes et, encore plus important, un nouvel espoir pour combattre leur pathologie.

www.bmsfrance.fr



* Prix Galien USA catégorie « Best Biotechnology Product » remis le 27 octobre 2015 à New York City (USA)

** Recherche & Développement

15H45 - 16H15 : TABLE RONDE PRIX DU POSTER A.F.I.C. 2016

Modérateurs Sandrina RODRIGUES & Christine DORLEAN



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(els) de Cancérologie

« Soins Infirmiers en Cancérologie »
décerné à 15h45
Amphithéâtre Lavoisier

En la présence de nos partenaires



Blandine Meyrieux-Lefevre,
présidente du jury

Prix du Poster Infirmier 2016

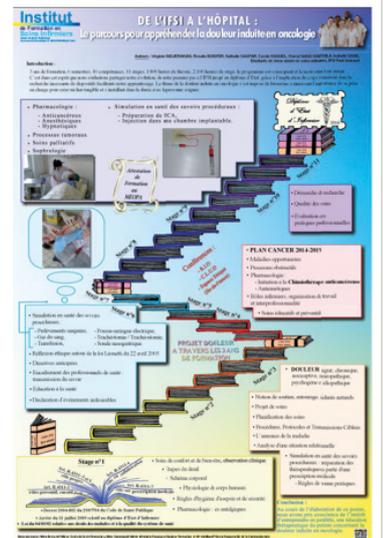


Présentation de projets sur la qualité de la prise en charge soignante auprès des patients atteints de cancer sous forme de poster.

Poster 1

De l'IFSI à l'hôpital : Le parcours pour appréhender la douleur induite en oncologie

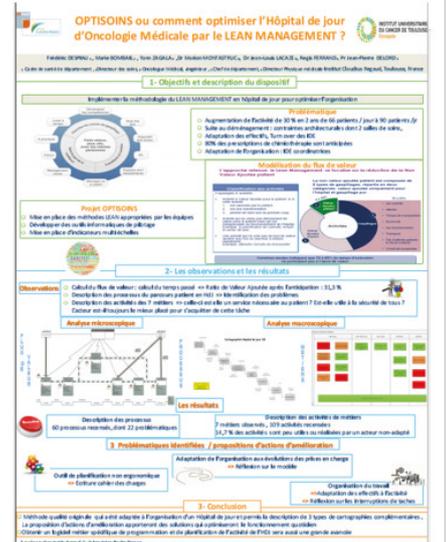
IFSI, équipe de 3^e année – GH Paul Guiraud, Villejuif (94)



Poster 2

Optisoins, ou comment optimiser l'hôpital de jour d'oncologie médicale par le LEAN Management ?

*Equipe pluri-disciplinaire, IUCT
Toulouse (31)*



Jury

Le jury de 15 personnes est constitué de membres du Conseil d'Administration de l'AFIC, d'adhérents et du premier prix de l'année précédente.

Chacun, à la réception des projets, a voté en ligne selon la grille d'évaluation. Par souci de transparence, le jury n'a pas voté pour l'établissement où il travaille.

Composition du Jury

- Sylvie Arnaud
- Sophie Beaumont
- Marie Bombail
- Enza Crévenat
- Marie-Laure De Botton
- Christophe Debout
- Christine Dorléan
- Marie-Paule Etcheverry
- Christiane Jacquot
- Andrée Komisarek
- Sylvie Lozano
- Blandine Meyrieux-Lefevre
- Amel M'Sadek
- Catherine Remy
- Jacqueline Thomas

Grille d'évaluation

Sujet	
Identifié	
Oncologique	
Original	
Argumenté	
Resitué dans son contexte	
Transposable	
Contenu	
Cohérence	
Vocabulaire adapté	
Intérêt scientifique, pertinence	
Incitation à l'échange de bonnes pratiques	
Bibliographie	
Présentation	
Esthétique agréable	
Equilibre texte/images	
Logique de lecture	
Coup de cœur + 3	
Total / 20	

Résultats

1° prix

Optisoins, ou comment optimiser l'hôpital de jour
d'oncologie médicale par le LEAN Management ?

Equipe pluri-disciplinaire, IUCT Toulouse (31)



2° prix

De L'IFSI à l'hôpital : Le parcours pour appréhender la douleur induite en oncologie

IFSI, équipe de 3° année – GH Paul Guiraud, Villejuif (94)

Un grand merci aux équipes qui ont participé à ce prix, au jury qui a donné de son temps, et à nos partenaires.



Roche, 50 ans d'innovations en cancérologie

Roche a ouvert la voie de la **médecine personnalisée** avec la découverte de thérapies ciblées couplées à un test compagnon.

D'énormes **progrès** ont été accomplis dans la lutte contre les cancers mais beaucoup reste à faire.

Nous poursuivons notre engagement dans la **recherche** pour proposer aux patients de nouveaux traitements plus efficaces et mieux tolérés.

www.roche.fr





16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



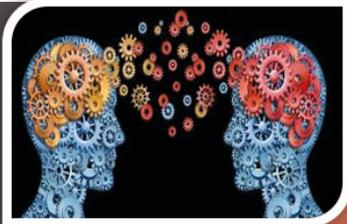
Résumés de nos intervenants dispos dans l'espace adhérents du site www.afic-asso.org dès fin mai 2016.

Lined area for notes or content.



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Christine BERLEMONT
infirmière ressource douleur, hypnopraticienne,
Unité Évaluation et traitement Douleur



1

COMMUNIQUER ET SOIGNER

- La communication désigne
 - ce qui est transmis, échangé et partagé entre 2 personnes
 - de façon consciente et inconsciente,
 - explicite et implicite ,
 - intentionnelle ou non
- La communication permet à la relation de soin de s'installer entre le soigné/soignant
- Liens entre relation de soin et communication
 - Où les mots ont leur importance
 - Où notre langage, notre comportement, nos attitudes, ont leur importance :
 - Communication verbale,
 - Communication paraverbale
 - Communication non verbale
 - où le contexte est à prendre en compte (ex contexte de soins)

2

16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

LES MOTS

- Etude d'Elvira Lang « Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures » - Pain, 2005, n°114, pages 303-309
 - Conclusion : les mots utilisés pour prévenir la douleur provoquent parfois plus de douleur et plus d'anxiété
- McMurtry CM, Chambers CT, McGrath PJ, Asp E. When "don't worry" communicates fear : Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure
[Quand « ne t'inquiète pas » communique la peur : perceptions par l'enfant de la réassurance et de la distraction proposées par les parents au cours de gestes de soin douloureux]. Pain 2010 ; 150 (1) : 52-8.
- Ott J, Aust S, Nouri K, Promberger R. An everyday phrase may harm your patients : the influence of negative words on pain during venous blood sampling
[Une phrase quotidienne peut blesser les patients : l'influence des mots négatifs sur la douleur lors des ponctions veineuses]. Clin J Pain 2012 ; 28 (4) : 324-8.
- Kuttner L. L'enfant et sa douleur, identifier, comprendre, soulager. Paris : Dunod ; 2011.
- Thibaut P. Douleur de l'enfant, utiliser les mots justes. Soins Péd Puér 2012, 266 : 33-5

3

HYPNOSE

Mot «Hypnose» renvoie à

- spectacle
- Prise de contrôle
- Manipulations
- Soulagement
- Bien-être
- magie



4

16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



HYPNOSE

- L'état hypnotique est un état naturel
- Dans les situations de soin, cet état peut être amplifié de manière négative (patient hyper-suggestible) .
- « Faire de l'hypnose » c'est apprendre à communiquer autrement
- L'hypnose permet d'améliorer la relation à l'autre, la relation de soin que ce soit pour des soins techniques, relationnels ou éducatifs.
- Relation de confiance à l'alliance thérapeutique

5

HYPNOSE...S



Palier
communication
ordinaire



Palier
*Communication
hypnotique*



Palier
*Hypnose conversationnelle
Hypnose (formelle)*

- Attention centrée sur le patient (observation, écoute)
- Soignant en position "basse"
- Importance de la qualité de la relation +++
- Techniques de communication empruntées à l'hypnose

6



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

CHAMPS D'APPLICATION

- Douleurs aiguës
- Douleurs provoqués par les actes de soins et les mobilisations (inclus dentisterie, obstétrique)
- Douleurs chroniques et syndromes douloureux chroniques
- En pré et post- opératoire
- Emotions et l'anxiété

7

HYPNOSE ET CANCÉROLOGIE

- Hypnose a des multiples utilisations:
 - Gestion des douleurs induites
 - Gestion de la douleur liée au cancer et ses répercussions (sommeil, appétit, activité...)
 - Gestion de la douleur iatrogène
 - Gestion des effets secondaires des traitements
 - Gestion du stress, de l'anxiété

8

DÉFINITION DE L'HYPNOSE

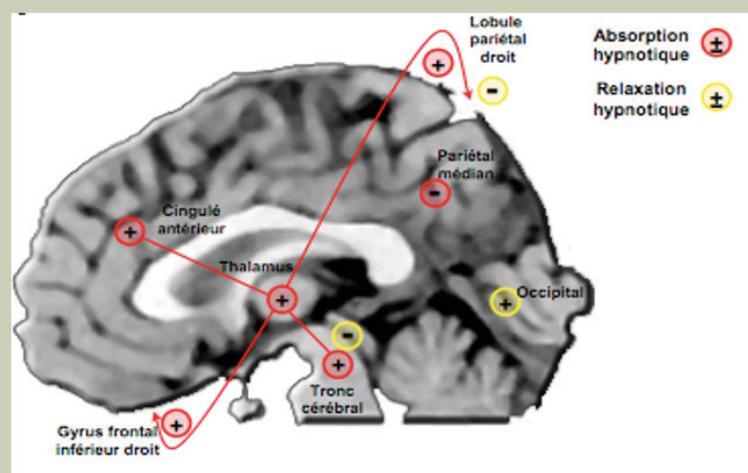
- Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi (Bioy, 2007)
- Deux axes :
 - Etat hypnotique : activation neurophysiologique + dissociation
 - Relationnel : communication + rapport intersubjectif
- Un résultat :
 - Champ de conscience élargit (« perceptude ») : jeu de perceptions amené par l' imagination

9

ENTRÉE DANS LE CHAMP DES NEUROSCIENCES



- Etudes de Rainville, 2004



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

RECHERCHES SUR L'HYPNOSE ET LA DOULEUR

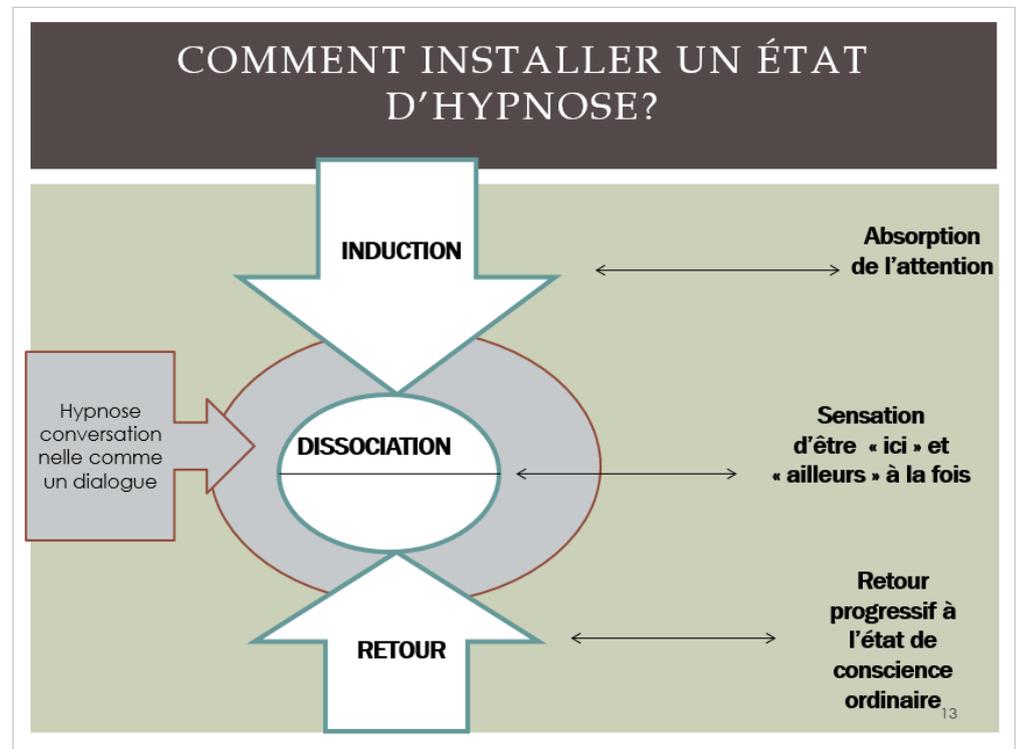


L'HYPNOSE, UNE RELATION DE CONFIANCE AVANT TOUT

- C' est une interaction, une rencontre, un « pas de deux » dans lequel le praticien joue un rôle d' accompagnateur
- Le sujet joue le rôle principal, cherchant en lui-même de nouveaux modèles mentaux, de nouvelles réponses en état modifié de conscience
- Le sujet apprend à rester maître de la situation tout en lâchant la bride à certains mécanismes psychologiques (un laisser aller)

16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- Il s'agit d'une hypnose moins formelle,
 - sans phase réelle d'induction hypnotique,
 - axée sur la discussion entre l'hypno-praticien et le patient
- Basée sur :
 - La synchronisation avec le patient
 - L'écoute active
 - Le choix des mots et l'utilisation de métaphore
 - Le confort, les encouragements et les félicitations
- Facile à utiliser parce que ne nécessite pas de cadre, d'explications, de contrat... méthode de communication
- Objectif : accompagner le patient vers un changement positif



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- La méthode consiste
 - à se synchroniser avec le patient:
 - à être à son écoute :
 - Patient au centre de notre attention, respecté et écouté.
 - Mise en valeur de ses capacités et ressources
 - Communication permanente sur le confort, mots qui félicitent et encouragent le patient.
 - Établir une relation thérapeutique de qualité :
 - « Aller » dans le monde de l'autre
 - Valider ce que le patient amène
 - Être intuitif, créatif, ludique

15

HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- le langage hypnotique ne s'improvise pas
- Apprendre à parler de manière
 - Constructive
 - Posée « calmement », « tranquillement »
 - Créative (raconter des histoires)
 - Rythmée (rapide, pauses, tempo...)
 - Avec grammaire hypnotique (présent, conditionnel, mots de liaison..) et utilisation de phrases courtes, simples
 - Avec vocabulaire hypnotique (verbes d'action, de mouvement)
 - Avec la technique de saupoudrage (utiliser des mots régulièrement comme « très bien », « tranquillement »)
 - En observant le patient et utilisant ses ressources

16



16H 15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- Plusieurs notions sont à prendre en compte:
 - **Parler à l'affirmative: l'inconscient n'entend pas les négations**
Ex : , au cours de nos soins, l'importance d'éviter des phrases comme : « N'ayez pas peur..... » soulignant justement le mot « peur »,
« Vous n'aurez pas mal », « Ne vous inquiétez pas », ...
seront remplacés par des expressions du type : « Tout se passera pour le mieux » ou « Vous allez ressentir différentes sensations, peut être une pression ou d'autres choses encore... ».
 - **Éviter des termes comme « essayer de », « tester » qui renvoie à une possibilité d'échec**
 - **Attention aux onomatopées comme « rhoo » « zut » « pff » « oups »...**
 - **Attention au « mais » , « si »**

17

NE PENSER PAS À UN CHAT BLEU



18



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- **Remplacer** des mots clefs négatifs par d'autres plus neutres (douleur/inconfort, ..)
- **Recadrer** d'autres mots (être tendu/ne pas être encore détendu!)
- **la possibilité de projeter (ou pas)** le patient dans le futur.....
- « Vous serez mieux quand j'aurai fini votre soin, vous pourrez regarder la télévision, faire vos mots croisés, recevoir des visites... ». Le patient est déjà dans le futur de l'acte et non plus dans l'anxiété de l'attente, de ce qui va se produire. Cela s'avère être un outil puissant.

19

EXERCONS NOUS

- N aies pas peur
- Sois rassuré
- Ce na va pas faire mal
- Ca va bien se passer et si quelque chose te gêne tu me le dis
- Ce n'est pas grave
- Ce n'est pas facile ce que vous vivez en ce moment

20



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- Parler d hypnose conversationnelle c est parler !...avec des suggestions positives.
- Peu à peu le patient est amené dans un ailleurs en transe légère
- Les signes : un regard dans le vague, la lenteur des réponses

21

HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- Le patient a une place de sujet
- Le patient est perçu avec tous ses liens et son environnement et sa façon d'être au monde
- L'hypnose conversationnelle va utiliser les ressources du patient avec cette attention particulière du soignant pour s'ajuster et s'adapter au patient
- Les dimensions de la relation (carl rogers)
 - Notion d empathie
 - Notion de congruence
 - Notion de considération positive du soignant vers le soigné

22



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

DOULEUR INDUITE

- Douleur induite se définit comme une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées

François Boureau - Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur - 2006

- 2 catégories ont été identifiées:
 - Les soins d'hygiène
 - Les soins techniques :
 - La sous cutanée est une effraction cutanée

23

GESTION DE LA DOULEUR INDUITE

- Mise en place des moyens pharmacologiques (recommandations)
- Mise en place de moyens non pharmacologiques
- La respiration contrôlée associée à l'hypnose conversationnelle
 - Toujours disponible
 - Permet d'induire une sensation de confort par le rythme
 - Permet de lâcher prise

24



16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

HYPNOSE CONVERSATIONNELLE ET DOULEUR INDUITE

- L'hypnose conversationnelle permet de
 - d'informer le patient du soin et de le rendre acteur du soin
 - d'accompagner le geste potentiellement douloureux en partant de la réalité du patient
 - de gérer les émotions et anxiété du patient
 - de proposer des suggestions post soin
 - d'utiliser, de potentialiser les ressources du patient
 - d'autonomiser le patient

25

L'AUTOHYPNOSE

- Permet de prolonger les effets bénéfiques de l'hypnose
- L'autohypnose permet d'apprendre à utiliser ses ressources et à travailler de façon autonome sur les troubles
- Prend naissance dans la séance d'hypnose et dans la relation thérapeutique qui s'est établie
- « refaire pour soi à sa façon »

26

16H15 - 17H00 : SYMPOSIUM APPORT DE L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE DANS L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

CONCLUSION

Dans prise en charge de optimale de la douleur

- Dont fait partie la douleur induite
 - En association (ou pas) avec les moyens pharmacologiques

L'hypnose est un moyen non pharmacologique qui permet de

- Diminuer l'inconfort lié à l'acte
- Diminuer l'anxiété
- De développer les ressources du patient

L'hypnose conversationnelle permet de

- Renforcer les ressources du patient
- Améliorer la relation de soin

27



« Le véritable voyage de découverte ne consiste pas à chercher de nouveaux paysages, mais à avoir de nouveaux yeux. »

Marcel Proust

28

ERBITUX[®] 5mg/ml

Voyez la différence

CETUXIMAB

L'activité anti-tumorale, c'est cela...

- Erbitux est indiqué dans le traitement des patients présentant un cancer colorectal métastatique avec gène RAS de type sauvage exprimant le récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) :
 - en association avec une chimiothérapie à base d'irinotécan,
 - en association au FOLFOX, en 1^{ère} ligne,
 - en monothérapie après échec d'un traitement à base d'oxaliplatine et d'irinotécan et en cas d'intolérance à l'irinotécan.
- Erbitux est indiqué dans le traitement des patients présentant un carcinome épidermoïde de la tête et du cou :
 - en association avec la radiothérapie en cas de maladie localement avancée,
 - en association avec la chimiothérapie à base de sels de platine en cas de maladie récidivante et/ou métastatique.

1600 - Visa n° 15/04/66843357/PM/003 - Avril 2015

Merck Serono 37 rue Saint-Romain F-69379 Lyon cedex 08

Information médicale/Pharmacovigilance : Tél (N° vert) : 0 800 888 024. Site web : www.merckserono.fr. E-mail : infoqualit@merckgroup.com

Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).

Merck Serono Oncologie | Cibler l'innovation

Merck Serono

Merck Serono est une
division de Merck



17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIOERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



Hafiza NEGRACHE

Infirmière diplômée d'état
2009-2014 : Institut Claudius
Regaud Toulouse.
2015-2016 : Master 2
Encadrement des Services de
Santé – Université Toulouse
jean-Jaurès

Laurence BOSSE



Résumés de nos
intervenants dispos dans
l'espace adhérents du site
www.afic-asso.org
dès fin mai 2016.

NOS PROCHAINS ÉVÈNEMENTS :
• R.I.O.R. RENNES : 26 novembre 2016
• R.I.O. PARIS : 25 mars 2017
EDITION SPECIALE 20 ANS

**INSCRIPTION GRATUITE ET OBLIGATOIRE
SUR WWW.AFIC-RENCONTRES.FR**

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Symposium Congrès RIO – 19 Mars 2016

Comment prévenir et gérer les radiodermites dans les cancers des VADS traités par Radiothérapie + anti-EGFR ?
Le rôle clé des infirmières

Marie-Claude BORG (Nice), Josette BRAYER (Dijon), Laurence BOSSE (Toulouse), Hafiza NEGRACHE (Toulouse)



Avec le soutien institutionnel de

MERCK

Travail qui a donné lieu à la réalisation d'une brochure

Auteurs:

Pr R-J. Bensadoun,

Oncologue radiothérapeute

Pr J. Bernier,

Oncologue radiothérapeute

Pr J. Bourhis,

Oncologue radiothérapeute

Pr E. Lartigau,

Oncologue radiothérapeute

Dr L. Martin,

Oncologue radiothérapeute

Pr L. Mortier,

Dermatologue

Dr C. Mateus,

Dermatologue

Dr L. Geoffrois,

Oncologue médical

Dr K. Benezery,

Oncologue radiothérapeute

Dr P. Boisselier,

Oncologue radiothérapeute

Mme M-C. Borg,

Infirmière

Mme L. Bosse,

Infirmière

Mme D. Bouhiron,

Infirmière

Mme J. Brayer,

Infirmière

Mme C. Cotto,

Infirmière

Mme S. Maynard,

Infirmière

Mme H. Negrache,

Infirmière

Mme B. Thamiry,

Infirmière



17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



01 Définition et caractéristiques

Qu'est-ce qu'une radiodermite?

Radiodermites = Réactions cutanées dans le champ d'irradiation après un traitement par radiothérapie

(à différencier du rash cutané qui apparaît en dehors du champ d'irradiation suite à un traitement par anti-EGFR)

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIOERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Quelles sont les caractéristiques d'une radiodermite?

		PHYSIOPATHOLOGIE	RT⊕CT	RT⊕Anti-EGFR
Phase inflammatoire	Lésions cutanées en dehors du champ d'irradiation: rash acnéiforme, fissures des extrémités, paronychies	Réponse inflammatoire hypoderme + débris cellulaire (croûtes)	-	Spécifique anti-EGFR
	Lésions cutanées dans le champ d'irradiation: radiodermite	Amincissement de l'épiderme, xérose, débris cellulaire (desquamation sèche)	+	++ Avec un aspect caractéristique croûteux
		Altération de la couche basale, réponse inflammatoire du derme (desquamation humide)	+	
Nécrose derme, ulcérations superficielles (rares)	+			
Phase infectieuse	Altération de la synthèse des peptides antimicrobiens (favorisant les surinfections)		+	+

5

02 Informations et conseils à donner aux patients

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM

COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ?

LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Informations et conseils à donner aux patients traités par radiothérapie

Suivre ces recommandations **avant de débuter la radiothérapie, pendant toute la durée du traitement et pendant au-moins 15 jours après la fin du traitement**



Hygiène de la peau



Exposition au soleil



Contact avec la peau (vêtement, bijou, sparadrap...)



Nutrition



Alcool / tabac



Parcours de soin et interaction avec le personnel soignant

7



Hygiène de la peau

- Pour se laver : **savon surgras** (de préférence liquide), faire la toilette à mains nues suivie d'un rinçage abondant.
- Séchage : doux par **tamponnement** et si besoin, terminer à l'aide d'un sèche-cheveux à froid.
- Se brosser les dents avec une brosse à dents **souple** après chaque repas.
- Faire des **bains de bouche** 6 à 8 fois / jour.
- **Surveiller l'état cutané** des zones irradiées et signaler au personnel soignant toute modification ou gêne.



Eviter:

- les crèmes, le lait corporel avant la séance de radiothérapie (<6h).
- tout bain pendant la durée du traitement, préférer la douche à l'eau tiède.
- Le rasage (si besoin, se raser avec beaucoup de précautions et pas de trop près pendant le traitement. Ne pas utiliser d'après-rasage, de parfum, d'eau de toilette, d'eau de Cologne, de baume hydratant ni de crème hydratante parfumée sur la zone traitée (favorise l'irritation la peau).

8

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM

COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



Exposition au soleil

- Protéger la zone irradiée avec un **foulard** en **coton** ou en **soie** (à laver régulièrement) et un **chapeau**. A l'intérieur, laisser la zone irradiée découverte (cou nu).
- Un mois après la fin du traitement par radiothérapie: continuer à se protéger avec des vêtements et un chapeau et utiliser une **crème** haute protection indice 50.



Eviter :

- l'exposition au soleil pendant le traitement et un mois après sa fin.

9



Contact avec la peau (vêtement, bijou, sparadrap...)

- Porter des vêtements amples en **coton**, en **lin** ou en **soie**.



Eviter

- le linge irritant.
- les cols de chemise serrés, les cols roulés et les écharpes en laine.
- Les bijoux (collier ou chaîne) pendant tout le traitement.
- Le sparadrap sur les zones irradiées.

10

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM

COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ?

LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



Nutrition

- **S'alimenter** correctement pour ne pas perdre de poids (impact négatif sur l'efficacité du traitement /défenses de l'organisme diminuées => risques cutanés / aphtes).
- **Boire** suffisamment tout au long de la journée pour éviter la déshydratation (1l à 1,5l / jour d'eau ou de tisane).
- **Fractionner** les repas en cas de difficultés d'alimentation.



Eviter

- les produits irritants : moutarde, épices, vinaigrette, agrumes, piments...
- toutes boissons alcoolisées (apéritif, bière, vin...).

11



Alcool / tabac

- Arrêter (éventuellement à l'aide d'un tabacologue).
- Le tabac diminue l'oxygénation des tissus et augmente les toxicités du traitement.
- De plus, fumer majore l'assèchement buccal et diminue l'efficacité de la radiothérapie.
- L'alcool augmente l'irritation des muqueuses et diminue les chances de guérison.

12

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU



Parcours de soin et interaction avec le personnel soignant

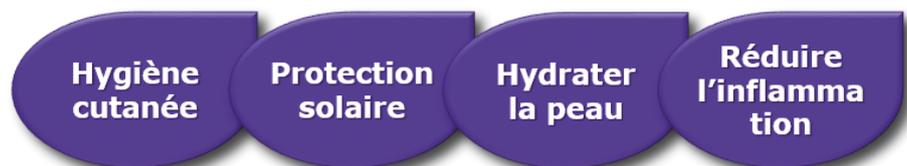
- Garder toutes les ordonnances pour signaler tous les traitements en cours.
- Tenir un journal de bord des soins pendant tout le traitement si possible.

13

Bernier J, et al. Ann Oncol 2011;22(10):2191-200.
Réseau Onco Poitou-Charentes - Prise en charge des atteintes cutaneo-muqueuses du patient suivi en oncologie - Juin 2012

Traitement préventif dès l'initiation du traitement

Chez **tous les patients** : **4 règles** générales préventives



Après la séance ou au coucher
(Ialuset® Effidia®)
A > 6h de la séance de RT

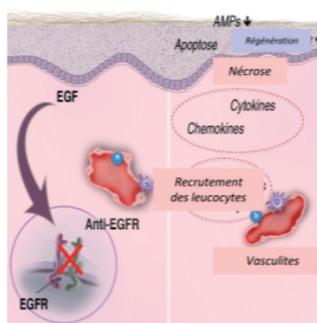
14

Réf : Avis d'experts (oncologues radiothérapeutes et infirmières)

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Objectif: réduire l'inflammation induite par l'anti-EGFR + RT



**Cyclines p.o.*
(privilégier la
doxycycline)**

- A ce stade, les cyclines sont utilisées pour leur activité anti-inflammatoire et non pour leur activité anti bactérienne.
- Les cyclines ont un effet photo-sensibilisant (sensibilité accrue aux UV du soleil) mais pas d'impact sur les effets cutanés de la radiothérapie.

**Dermocorticoïdes
classe 2 en
application
locale****

- 1 application par jour le soir au coucher dans le champ d'irradiation
- Arrêter dès les 1^{ers} signes d'infection

Zinc p.o.

- le soir à distance des repas

15

* M E. Lacouture et al. Support Care Cancer (2011) 19:1079–1095

** D'après l'expérience de l'équipe du CHU et du CAC de Lille : Pr L Mortier, dermatologue et Pr E Lartigau, oncologue-radiothérapeute

**Grading des
radiodermites**

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Comment grader les radiodermites ?

Il existe **2 échelles** en fonction du traitement reçu par le patient:

Si le patient est traité par **radiothérapie +/- chimiothérapie**:

→ **Echelle NCI CTCAE V4.0**

Si le patient est traité par **radiothérapie + anti-EGFR** :

→ **Echelle de Bernier 2011**

17

Bernier J, et al. Ann Oncol 2011;22(10):2191-200.
Réseau Onco Poitou-Charentes - Prise en charge des atteintes cutaneo-muqueuses du patient suivi en oncologie - Juin 2012

Echelle de Bernier

GRADE 1

Rash (érythème)
léger

OU

Desquamation sèche
(sans croûtes)



GRADE 2

avec ou sans surinfection

Rash (érythème)
modéré à intense et/ou
desquamation sèche
(sans croûtes)

OU

Desquamation humide
(exsudat) par plaques
avec ou sans croûtes
non hémorragiques
(le plus souvent plis/sillons)



La présence de croûtes ne signifie pas surinfection

18

Bernier J, et al. Ann Oncol 2011;22(10):2191-200

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Echelle de Bernier

GRADE 3

avec ou sans surinfection

- Desquamation humide sans croûtes ou desquamation humide avec croûtes hémorragiques
- Desquamation humide avec croûtes non hémorragiques (hors plis/sillons)
- Saignement induit par des traumatismes ou abrasions minimes
- Surinfection nécessitant une antibiothérapie orale



GRADE 4

avec ou sans surinfection

- Croûtes hémorragiques confluentes massives ou ulcération (> 50 % du champ irradié)
- Saignement spontané massif (> 40 % du champ irradié)
- Nécrose cutanée ou ulcération de toute l'épaisseur du derme ou ulcère quelle que soit la taille, avec destruction massive, nécrose tissulaire ou atteinte des muscles, os ou structures de soutien, avec ou sans perte cutanée de pleine épaisseur ; greffe cutanée indiquée ; ulcère associé à une surinfection massive avec antibiothérapie I.V. indiquée



La présence de croûtes ne signifie pas surinfection

19

Bernier J, et al. Ann Oncol 2011;22(10):2191-200

Synthèse de la classification Bernier pour les radiodermites associées à la radiothérapie + anti-EGFR

Classification Bernier 2011 adaptée	Grade 1	Grade 2 avec ou sans surinfection	Grade 3 avec ou sans surinfection	Grade 4 avec ou sans surinfection
Erythème	Léger	Modéré à intense	Intense	Intense
Desquamation	Sèche	Humides par plaques (plis et sillons) ou sèche (avec croûtes)	Humide localisée (plis et sillons)	Nécrose cutanée ou ulcération
Cedème	-	Modéré	Modéré à fort	Fort
Saignement	-	-	Saignements induits par traumatismes ou abrasions minimes	Saignements spontanés, dans 40 % du champ irradié ; potentiellement fatal
Croûtes	-	Non-hémorragiques, réversibles et sans séquelles (plis et sillons)	Non-hémorragiques (autre que plis et sillons) Hémorragiques	Hémorragiques et confluentes -> 50 % du champ irradié

RT + ANTI-EGFR

20

Bernier J, et al. Ann Oncol 2011;22(10):2191-200

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIOERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Évolution habituelle d'une radiodermite sévère

- Radiodermites associées à la **RT + CT** (classification NCI-CTCAE v4.03)



- Radiodermites associées à la **RT+anti-EGFR** (Classification Bernier 2011)



21



Intérêt du traitement préventif pour éviter ce grade

04 Traitements curatifs
des radiodermites

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Traitement en cas de toxicité grade 1-3

	Desquamation sèche	Desquamation humide
Nettoyer	Eau, sérum φ, savon doux	
Débrider (si croûtes)	Pansement hydrogel avec un filet de maintien: <u>Duoderm gel</u> , <u>Intrasite conforme</u> , <u>Prontosan</u> ...	
Hydrater	Pansement hydrocellulaire autoadhérent sur la peau: <u>Mepilex EMR</u> , <u>Mepilex transferR</u> , <u>HydroTacR</u> ...	Eviter: - Pansements adhésifs, - Asséchant coloré type <u>Eosine aqueuse®</u> (masque les lésions).
	Emollients simples (<u>Ialuset®</u> , <u>Effidia®</u> ...) <u>Bétaméthasone</u> (<u>Diprosone®</u> en pommade ou équivalent pour le cou, <u>Locapred®</u> ou <u>Tridesonit®</u> en crème pour le visage...)	Si exudat important : seulement pansement hydrophile ou <u>hydrocellulaire</u>

23

Réf : Avis d'experts (oncologues radiothérapeutes et infirmières)

Traitement en cas de complication

Saignement	Stopper le saignement	Alginate : <u>Algostéril®</u> , <u>Urgosorb®</u> ...
Surinfection	1. Soins locaux 2. Antibiotiques par voie générale	1. Antibiotique topique: <u>Flamasine</u> ... <u>Comresse Ialuset® plus</u> 2. Antibiotiques systémiques.

Toxicité grade 2

**Surveillance
traitement
obligatoire**

Toxicité grade 3

**Interrompre le
traitement
responsable**

24

Réf : Avis d'experts (oncologues radiothérapeutes et infirmières)

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

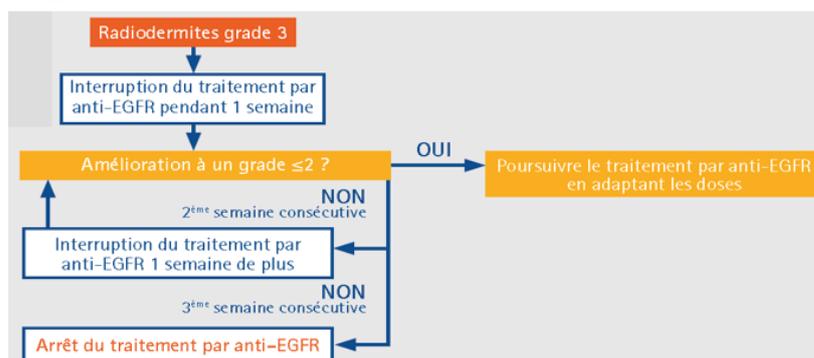
Adaptation des doses de la radiothérapie et/ou de l'anti-EGFR

! Pour tous les grades la dose de la radiothérapie ne doit pas être modifiée

- En cas de **grades 1 ou 2**:

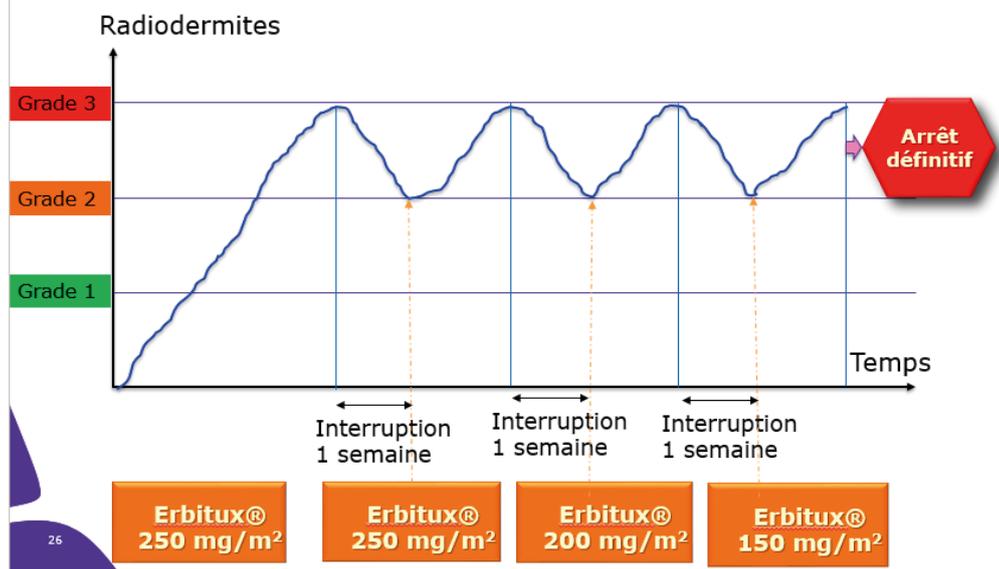


- En cas de **grade 3**:



Adaptation des doses de la radiothérapie et/ou de l'anti-EGFR

- En cas de **grade 3: adaptation des doses de l'anti-EGFR**



17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

05 Suivi du patient

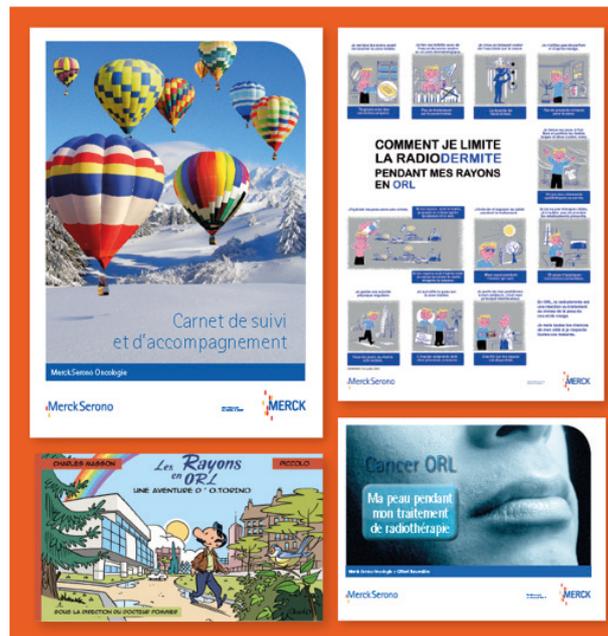
Suivi du patient à chaque visite au cours du traitement

1. Evaluer et tracer la **douleur**.
2. Calculer l'**IMC au début** de la prise en charge et **au moins une fois par semaine** pendant le traitement.
3. Surveiller la qualité de l'**alimentation** et de l'**hydratation**.
4. Vérifier la prescription des **bains de bouches** et s'assurer de la bonne réalisation du soin. Surveiller l'apparition d'une **mucite**.
5. Surveiller le changement de **pigmentation de la peau**, l'état des **lobes des oreilles**.
6. Une surinfection systémique doit être suspectée en cas de présence d'au moins 2 des 4 variables suivantes de **syndrome de réponse SIRS** (Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique) :
 - ↗ fièvre avec température > 38°C ou < 36°C
 - ↗ fréquence cardiaque > 90 battements par minute
 - ↗ fréquence respiratoire > 20 cycles par minute
 - ↗ leucocytose (>12 000.106/l) ou leucopénie (<4 000.106/l)
7. Surveiller l'apparition de **troubles neuropsychologiques, céphalées, nausées**.

17H00 - 17H45 : SYMPOSIUM COMMENT PRÉVENIR ET GÉRER LES RADIODERMITES DANS LES CANCERS DES VADS TRAITÉS PAR RT + ANTI-EGFR ? LE RÔLE CLÉ DES INFIRMIÈRES

Modérateurs Amel M'SADEK & Frédéric DESPIAU

Documents disponibles pour informer les patients



29

Merci de votre attention

LES SEULES RENCONTRES POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE
EN SOINS INFIRMIERS EN ONCOLOGIE **GRATUITES** EN FRANCE !

**LIEU : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES
CENTRE DES CONGRÈS IFSI - AMPHITHÉÂTRE BRETAGNE
2 RUE HENRI LE GUILLOUX
35033 RENNES CEDEX 9
MÉTRO PONTCHAILLLOU**

Inscrivez-vous sur notre site et participez gratuitement aux **Rencontres Infirmières en Oncologie Régionales**, formations professionnelles initiées par l'A.F.I.C. depuis une vingtaine d'années.

Notre devise :
« Prendre soin un jour
de celles et ceux
qui prennent soin chaque jour »

CHIFFRES CLÉS

- o 8 Heures de formation liées à l'actualité en cancérologie,
- o 200 participants,
- o 15 orateurs,
- o 15 partenaires industries pharmaceutiques et prestataires de service,
- o 5 Associations et organismes institutionnels,
- o Parution presse et blog spécialisés,



INFOS PRATIQUES, PROGRAMME ET INSCRIPTIONS
GRATUITES ET OBLIGATOIRES SUR WWW.AFIC-RENCONTRES.ORG



innohep[®]

Une sérénité partagée



innohep[®]
tinzaparine sodique

Une gamme complète en 1 injection/jour

TRAITEMENT PREVENTIF

Traitement prophylactique de la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse en chirurgie, dans les situations à risque modéré ou élevé

DOSAGE EN FONCTION DU RISQUE THROMBOGÈNE LIÉ AU PATIENT ET AU TYPE DE CHIRURGIE

TRAITEMENT CURATIF

- Traitement curatif des thromboses veineuse profondes constituées.
- Traitement curatif des embolies pulmonaires sans signes de gravité, en l'absence de pathologie cardio-pulmonaire préexistante et à l'exclusion de celles susceptibles de relever d'un traitement thrombolytique ou chirurgical. Lorsque des signes d'instabilité hémodynamique sont présents, l'héparine non fractionnée et éventuellement la thrombolyse ou l'embolctomie chirurgicale doivent être préférées. Ce traitement n'est pas indiqué chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale récente.

DOSAGE EN FONCTION DU POIDS DU PATIENT : 175 UI/KG/J



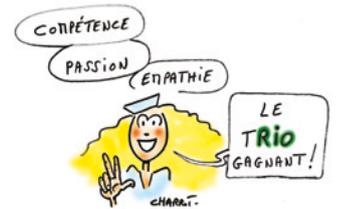
LEO[®]

LEO Pharma
2, rue René Caudron
78960 Voisins le Bretonneux
Tél : 01 30 14 40 00
www.leo-pharma.fr



SAMEDI 26 NOVEMBRE 2016 - 8H00 À 17H00

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes
Centre des congrès IFSI - Amphithéâtre Bretagne
2 rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex 9 - Métro Pontchaillou



POURQUOI PARTICIPER AUX R.I.O. ET AUX R.I.O.R. ORGANISÉES PAR L'A.F.I.C. ?

Interview de notre Comité Scientifique et d'Organisation
R.I.O.R. 2016

Ce congrès est un des événements nationaux les plus importants pour la **profession infirmière en cancérologie** : depuis 19 années nous comptons un nombre croissant de soignants concernés par les échanges **de bonnes pratiques en soins en oncologie**.

Les conférences débats de la matinée sont au cœur des réflexions et connaissances **en matière de prise en charge globale et pluridisciplinaire**.

Les symposia et tables rondes de l'après-midi mettent en avant les **innovations clés**, approfondissent **les savoir-faire de notre profession** et font avancer les solutions au lit du patient.

Cette journée **entièrement gratuite** est l'unique proposition en France pour **échanger, actualiser et développer vos connaissances professionnelles**.

Découvrez vite le programme R.I.O.R. 2016
et inscrivez-vous en ligne dès aujourd'hui !

Bienvenue à Toutes et Tous !

Événement organisé par l'A.F.I.C. - 14 rue Corvisart - 75013 PARIS
N° Agrément Formateur 11754392075
ASSOCIATION A BUT NON LUCRATIF
LOI 1901 / JO 15 OCTOBRE 1981



**INSCRIPTION GRATUITE ET OBLIGATOIRE EN LIGNE SUR WWW.AFIC-RENCONTRES.ORG
PAR MAIL INSCRIPTION@AFIC-RENCONTRES.ORG OU PAR COURRIER**

COUPON D'INSCRIPTION

à retourner **avant le 10 Novembre 2016**

A l'adresse suivante : **A.F.I.C. Rencontres R.I.O.R 2016**
Tutti Frutti Conseils 553 Avenue de la République - 59700 Marcq-en-Baroeul

MERCI D'ÉCRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULES ET DE BARRER LES MENTIONS INUTILES SVP

Nom :

Prénom :

Adresse Personnelle :

Code postal : Ville :

Pays :

Email obligatoire :

Téléphone : 06 / / / /

Profession :

Infirmier(e) secteur public

Cadre de santé

Étudiant

Si Autre précisez :

Etablissement et ville d'exercice :

Adhérent A.F.I.C. : OUI / NON

Participera au déjeuner : OUI / NON



Science For A Better Life

Proximité patient
 NUTRITION accompagnement
 PARCOURS DE SANTÉ BIEN ÊTRE
ENSEMBLE
 PARCOURS DE SANTÉ Nutrition
 ÉQUIPE SOIGNANTE
 ONCOLOGIE
 OPTIMISATION



**AMPLIO, CRÉATEUR DE SOLUTIONS INNOVANTES
 POUR LES ÉQUIPES SOIGNANTES ET LES PATIENTS.**

Sa finalité : Permettre d'optimiser
 le parcours de santé du patient sous thérapie ciblée orale.
 Amplio s'inscrit dans la mission « Science For A Better Life* » de Bayer.



Science For A Better Life

Bayer HealthCare SAS
 Division Pharmaceuticals
 Parc Eurasanté
 220, avenue de la Recherche
 59120 Loos
www.bayer.fr - www.pharmaceuticals.bayer.fr

* La Science pour une vie meilleure

25250 - 0116 - L.FR.MKT.01.2016.1113 - Bayer HealthCare SAS -
 SAS au capital de 47.857.291,14 € - RCS Lille Métropole 706 580 149

Soutien, sentiment de sécurité et de bien-être
sont les garanties des produits Anita



CARE



Anita care - Lingerie, Prothèses, Maillots de bain après une opération du sein



Merci à vous de mettre tant d'énergie au service de vos patientes
Merci de nous aider à toujours leur proposer
«les meilleurs produits»

GRATUIT

- 30 flyers
- 1 échantillon
- Liste des revendeurs
- 1 cadeau personnel

www.anita.com

DEMANDEZ-NOUS VITE VOTRE KIT PRESCRIPTEUR

03 88 18 01 95 anita.f@anita.net

Hugo ne peut pas se souvenir de tous ses états.
Son oncologue lui, doit tout savoir.



iChemoDiary

L'application qui vous accompagne dans le suivi des effets indésirables liés à un traitement anti-cancéreux.

Téléchargement gratuit
www.ichemodiary.fr



Cette application ne propose pas et ne se substitue pas à un avis médical professionnel. Pour toute question sur votre santé, veuillez consulter votre médecin, infirmière ou pharmacien, et n'oubliez pas de leur mentionner vos symptômes. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV). L'adresse des CRPV et le formulaire nécessaire à cette déclaration sont sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé <http://www.ansm.sante.fr>.

Une application proposée par  MSD

Votre partenaire capillaire...
Plus de 90 instituts au service
de la femme en traitement médical

Nous travaillons au quotidien pour apporter
bien-être et confort esthétique

Des chevelures plus vraies que nature

Parce que se sentir belle, c'est déjà se sentir mieux,
nous avons conçu une collection de chevelures tendances,
adaptées à tous les budgets.

La chevelure Eliteco est gratuite, sur ordonnance.

Le programme SERENA®

Le premier accompagnement esthétique
pour mieux vivre le traitement

Avant

- Consultation capillaire offerte avec conseils en image
- **Personnalisation** de la chevelure Elite Hair
- Soin bien-être offert

Pendant

- Des conseils pour réduire les effets secondaires esthétiques du traitement
- Les **produits SERENA®** pour hydrater et entretenir le cuir chevelu
- Soin assouplissant du cuir chevelu

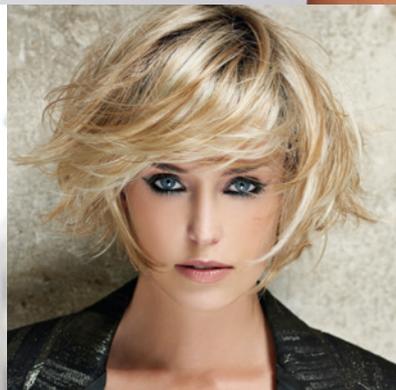
Après

- Consultation de repousse offerte
- Des **produits** adaptés pour **stimuler la repousse** des cheveux,
des cils et des sourcils



Contactez-nous
au 01 49 70 86 60
www.elite-hair.fr
www.elite-sante.com

Chevelure Ambition avec bordure frontale invisible



Une gamme spécifiquement dédiée
à la femme en traitement



Elite Hair International adhère à la Charte de l'Institut National du Cancer (INCa).
Nos experts aident vos patientes à retrouver leur image, avec un service professionnel et humain.

« Ensemble, transformons les défis d'aujourd'hui en victoires de demain »

Une force vive, plurielle, fédératrice en constante évolution, ouverte à l'Europe et à l'espace francophone. L'A.F.I.C. est centrée sur l'usager de soins, répondant à ses besoins, respectant ses choix et, l'aidant dans son projet de vie.



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

BULLETIN D'ADHÉSION

COORDONNÉES PERSONNELLES

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Fax :
E-mail :

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Fax :
E-mail :
Fonction actuelle :
Année de diplôme :

Ci-joint un chèque d'un montant de 20 €
• à l'ordre de l'A.F.I.C. & accompagné d'une copie du diplôme d'Etat (uniquement pour les nouveaux adhérents)

• à retourner à l'adresse suivante :
Secrétariat de l'A.F.I.C.
Association Française des Infirmier(e)s de Cancérologie
14 Rue Corvisart - 75013 Paris

Date et signature



ADHÉREZ À L'A.F.I.C. AFIN DE :

- Partager votre expertise professionnelle
- Vous investir au sein des comités régionaux, nationaux et internationaux
- Diffuser, faire connaître l'association à vos pairs
- Participer aux actions menées en termes de reconnaissance de notre spécificité « infirmier(e)s de cancérologie »

CONTACTEZ-NOUS

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie
14 Rue Corvisart - 75013 PARIS
contact@afic-asso.org
www.afic-asso.org



MON COACH DOULEUR

L'application qui vous accompagne dans le suivi de vos douleurs cancéreuses.

- ✓ *Évaluation et suivi de la douleur*
- ✓ *Synthèse disponible pour le médecin*
- ✓ *Calendrier de vos RDV médicaux*





A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

DÉCOUVREZ L'INTÉGRALITÉ DES COMMUNICATIONS DE CHAQUE R.I.O.

sur l'espace adhérents du site

www.afic-asso.org

4000 HEURES DE BÉNÉVOLAT RÉALISÉES EN 2015

par les membres du Conseil
d'Administration de l'A.F.I.C.

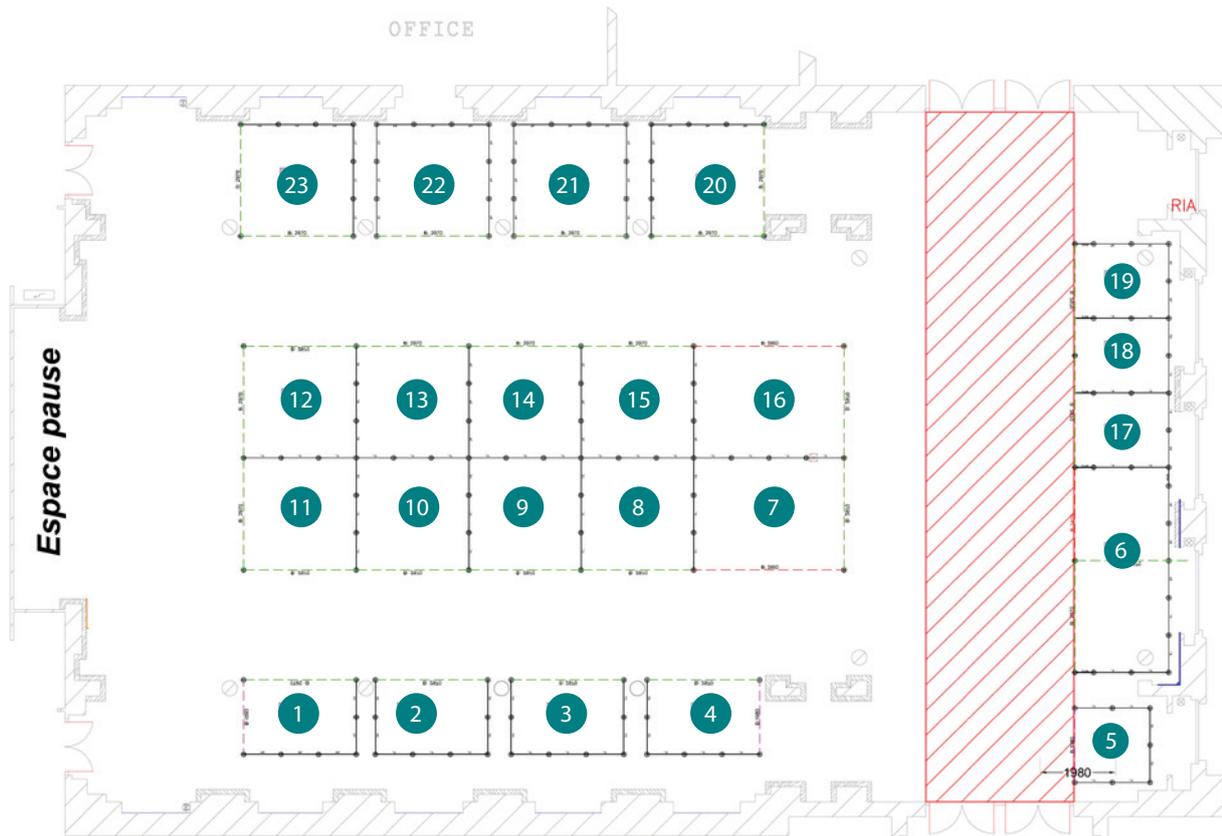
Rejoignez-nous !



www.afic-asso.org



REZ-DE-CHAUSSÉE



SALLE 8

- | | | | |
|---------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1 INITIATIVES SANTE | 7 ELITE HAIR INTERNATIONAL | 13 MSD France | 19 CEREDAS |
| 2 NETCANCER.NET | 8 SANOFI | 14 BAYER HEALTHCARE | 20 TAKEDA |
| 3 ANITA CARE | 9 PFIZER | 15 LEO PHARMA | 21 PAXMAN |
| 4 FONDATION ARC | 10 MERCK SERONO | 16 BRISTOL MYERS SQUIBB | 22 ROCHE |
| 5 TUTTI FRUTTI | 11 AFIC | 17 LA ROCHE POSAY
Cure Post cancer | 23 ADERANS
France ANY D'AVRAY |
| 6 Infos congrès | 12 | 18 EFEC | |

Document non contractuel

Éthique et pratique au cœur du cancer



Regards d'infirmières sur le dispositif d'annonce du cancer

↳ S. Pasquier, M.-Th. Garnier

Avril 2014 - 168 pages,
14,8 x 21 cm - Code : 19178
ISBN : 978-2-7573-0748-9

25,50 €



Pour un travail soigné dans une démarche participative

↳ Sous la direction de J. Ceccaldi

Mars 2015 - 192 pages
14,8 x 21 cm - code : G10891
ISBN 978-2-7573-0778-6

25,50 €

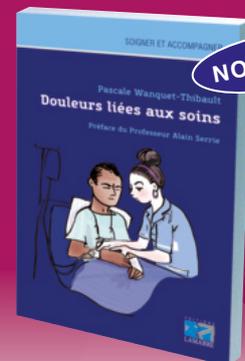


Réflexion éthique et pratiques soignantes

↳ C. Gilloli

AOÛT 2015 - 180 pages
12 x 20 cm - code : G10911
ISBN 978-2-7573-0810-3

22 €



Douleurs liées aux soins

↳ P. Wanquet-Thibault

Septembre 2015 - 264 pages
14,8 x 21 cm - code : G10908
ISBN 978-2-7573-0796-0

24 €

↳ À découvrir sur le **stand 1**
Éditions Lamarre / L'Infirmière magazine

Et aussi sur **EspaceInfirmier.fr**

Annonces classées

Fil d'actualité

Tous les éléments clés
de votre profession
et du domaine de la santé.

Formations

Découvrez nos journées
de formation : Université des cadres,
Bleu Menthe, Journée de formation
en pratique infirmière...



**10 années de dossiers
consultables**

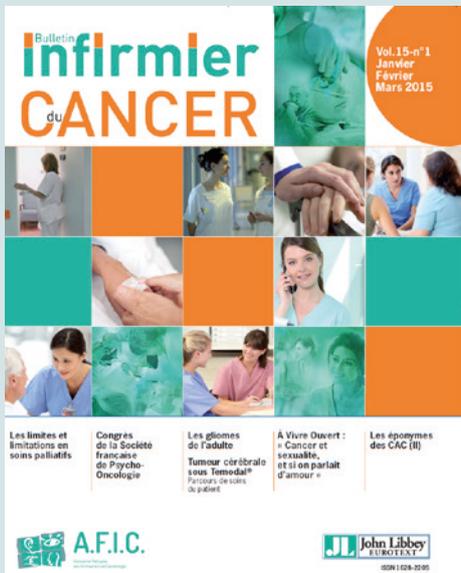
Faites vos recherches par
mots-clés, par date...
Et profitez d'une mine
d'articles professionnels.

Boutique en ligne

3 revues et plus de 250 ouvrages.
Le moyen le plus
rapide pour
commander
vos livres
et vous abonner
aux revues.



Connectez-vous !



NOTRE COMITÉ DE RÉDACTION VOUS OUVRE LES PAGES DU B.I.C. BULLETIN INFIRMIER DU CANCER

Le Bulletin Infirmier du Cancer (B.I.C.) est la première revue de formation, d'information et de témoignage spécialement dédiée aux infirmier(e)s en cancérologie.

La création du B.I.C. en 2001 répond à un objectif majeur de l'A.F.I.C. : l'acquisition et le partage des connaissances théoriques, techniques et relationnelles des infirmier(e)s exerçant auprès de personnes atteintes de cancer.

Le B.I.C. se veut donc être **un outil d'évolution et de promotion des connaissances infirmières au sein de la spécialité cancérologie ainsi qu'un support pour la bonne pratique de ces soins.**

Envoyer vos articles, commentaires et suggestions à
Pascale Dielenseger, Rédactrice en Chef du B.I.C.
president@afic-asso.org



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

L'A.F.I.C. vous permet :

- D'enrichir vos compétences des soins en cancérologie
- De partager vos connaissances au sein d'un réseau d'infirmier(e)s qualifié
- D'accéder à des conférences et congrès par l'attribution de bourses
- De naviguer dans un espace réservé sur www.afic-asso.org
- D'éditer vos articles dans le B.I.C. (Bulletin Infirmier du Cancer : Organe de communication de l'A.F.I.C.)
- De bénéficier des conditions préférentielles d'abonnement au B.I.C.



CONTACTEZ-NOUS
contact@afic-asso.org
www.afic-asso.org



20 EMES rencontres
infirmières
en oncologie



EDITION SPÉCIALE
20ÈME ANNIVERSAIRE
2017 : LES 20 PRINTEMPS DES R.I.O.



A.F.I.C.
Association Française
des Infirmières de Cancérologie

DEPUIS 20 ANS, LES SEULES RENCONTRES POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE
EN SOINS INFIRMIERS EN ONCOLOGIE **GRATUITES** EN FRANCE !

SAVE THE DATE
SAMEDI 25 MARS 2017



MAISON DE LA CHIMIE
PROGRAMME SCIENTIFIQUE
DE 8H00 À 18H00



**MUSÉE DES ARTS
FORAINS**
SOIRÉE FESTIVE VIP
DE 20H00 À 24H00
SUR INVITATION

Inscrivez-vous sur notre site et participez gratuitement aux **Rencontres Infirmières en Oncologie Régionales**, formations professionnelles initiées par l'A.F.I.C. depuis une vingtaine d'années.



INFOS PRATIQUES, PROGRAMME ET INSCRIPTIONS

GRATUITES ET OBLIGATOIRES SUR WWW.AFIC-RENCONTRES.ORG

