

21 rencontres
infirmières
en oncologie

BIENVENUE

WWW.AFIC-RENCONTRES.ORG

SAMEDI 17 MARS 2018
À LA MAISON DE LA CHIMIE
28 BIS RUE ST DOMINIQUE
75007 PARIS



BLOC 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

« Journée riche en échanges et informations »

« Belle organisation, bonnes interventions »

« Ces échanges permettent un questionnement avec prise de conscience des difficultés communes et des axes d'amélioration possibles »

« Cette journée ouvre l'esprit sur des projets professionnels IDE ; très bien; bulle d'oxygène ; merci »

« Bénéfique pour une meilleure prise en charge du malade atteint de cancer »

« Bravo, journée très bien organisée, sujets passionnants, intervenants très intéressants, j'apprends beaucoup. »

« Nous tenions à vous remercier une nouvelle fois pour l'invitation.

Au delà de rassasier notre curiosité au sujet de la cancérologie, nous avons découvert la motivation du monde infirmier à faire reconnaître ses compétences. Dès le diplôme obtenu, vous pouvez compter sur 2 nouvelles adhésions à l'A.F.I.C. ! »

« J'apprécie ces conférences : je suis en libéral, cela me permet de connaître l'évolution des traitements et l'expérience du milieu infirmier : merci beaucoup pour cette journée. »

« Allez de l'avant, Merci ! »





A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

LES 21ÈMES R.I.O. SONT RÉALISÉES GRÂCE À NOS NOMBREUX SOUTIENS, MERCİ À EUX :

SYMPOSLA ET ATELIERS



INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET PRESTATAIRES DE SERVICE



PRESSE SPÉCIALISÉE



INSTITUTIONNELS



Organisation, relations soutiens, participants & presse :

Tutti Frutti - Hafida BENNOUR

553 avenue de la République 59700 Marcq en Baroeul - 06 85 08 45 76 - www.tutti-frutti.fr

ASSOCIATIONS INVITÉES



La CAMI Sport et Cancer est la première fédération qui développe et structure l'activité physique en cancérologie et en hématologie. Elle accompagne les personnes en traitement ou en rémission d'un cancer, dans des programmes d'activité sportive thérapeutiques dédiés, en ville ou à l'hôpital. Structure référentes de l'accompagnement sportif en cancérologie, elle bénéficie d'une reconnaissance universitaire, médicale et institutionnelle.

La CAMI intervient en cancérologie solide, hématologie et onco-pédiatrie en déployant un modèle d'intervention unique et innovant qui constitue les 3 étapes complémentaires du parcours de soin :

1. A l'hôpital : séances au sein des « Pôles Sport & Cancer » pour les patients en début ou en cours de traitement
2. En ville : séances en ambulatoire, à proximité du lieu de vie du patient, pour les patients en traitement ou rémission
3. Après le cancer : référencement de clubs partenaires sportifs sensibilisés par la CAMI pour les personnes souhaitant poursuivre une activité physique après la rémission.

www.sportetcancer.com



Cheer Up, c'est une association étudiante qui accompagne des jeunes atteints de cancer dans leur combat contre la maladie. En discutant dans les chambres d'hôpital, en proposant des activités collectives (Disneyland, sorties ski, visites de musée, ...) et en soutenant le jeune dans ses projets personnels (passer le permis, apprendre à coder, créer sa boîte, ...), les 300+ bénévoles de la Fédération se mobilisent partout en France pour que la jeunesse ne soit pas mise de côté face au cancer. Et ce, depuis plus de quinze ans.

www.cheer-up.fr



GENETICANCER est la première et unique association dédiée à la lutte contre les cancers génétiques et/ou d'origine héréditaire. Elle a été créée en janvier 2016 par Laetitia Mendes auteur du livre « Mon petit gène ma seconde chance »

Son objectif est autant de faire connaître les cancers héréditaires auprès du grand public que d'accompagner les familles concernées dans leur parcours médical: test génétique, chirurgie préventive, traitement de la maladie si celle-ci est déclarée, discussion avec les proches sur leur possible héritage génétique... L'association finance également le développement de nouvelles avancées thérapeutiques.

Leur différence fait la force de nos ambassadrices et bénévoles répartis sur toute la France. Parce que chacun d'entre eux a une expérience liée au cancer génétique, ils sont capables d'apporter un soutien humain pertinent à ceux qui découvrent leur héritage et souhaitent être accompagnés dans leurs parcours.

www.geneticancer.org



L'association « Le Défi de Fortunée » est née en février 2011.

Elle a pour but d'aider financièrement la recherche médicale sur les gliomes du tronc cérébral infiltrants et de promouvoir des actions qui œuvrent au réconfort des enfants malades touchés par ces tumeurs cérébrales.

MISSIONS :

L'association « Le Défi de Fortunée » mène un combat contre la maladie : le gliome du tronc cérébral infiltrant chez l'enfant. Elle se bat pour informer et sensibiliser le public sur cette maladie dite « orpheline ». Parce que chacun d'entre nous peut agir et apporter de l'espoir aux enfants malades qui se battent chaque jour contre la maladie.

Pour qu'un jour tout enfant atteint de gliome du tronc cérébral infiltrant puisse bénéficier d'un traitement efficace et avoir une chance supplémentaire pour vaincre la maladie et enfin vivre.

Pour cela l'association s'est fixée les objectifs majeurs suivants :

www.ledefidefortunee.com



L'association Patients en réseau a été créée en février 2014 à partir d'expériences vécues. Elle regroupe des patients et des proches et s'appuie sur des comités scientifiques pluridisciplinaires. Elle a pour vocation de développer des réseaux sociaux destinés aux personnes touchées par des maladies sévères et leurs proches pour faciliter leur quotidien face à l'épreuve de la maladie.

A ce jour nous proposons :

www.monreseau-cancerdusein.com
www.monreseau-cancerdupoumon.com

Nous avons créé un partenariat original avec une startup pour co-construire le premier compagnon virtuel dans le cancer du sein, VikSein

<http://www.patientsenreseau.fr/nos-reseaux/viksein/>

www.patientsenreseau.fr

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



Pascale DIELENSEGER
Présidente de l'A.F.I.C.

BIENVENUE À LA 21ÈME ÉDITION DES RENCONTRES INFIRMIÈRES EN ONCOLOGIE !

Rencontres professionnelles phares pour les infirmières participant à la prise en charge des patients atteints de cancer, les RIO ont pour la 21ème année consécutive le privilège de mettre en relation plus de 700 professionnel(le)s de terrain pour leur permettre d'approfondir leurs connaissances et de partager autour de leurs pratiques.

Toujours au fait de l'actualité en cancérologie, le Comité Scientifique et d'Organisation (CSO) a défini un programme permettant d'atteindre ces objectifs, et a de nouveau construit un programme de qualité exceptionnelle. Nos partenaires ont aujourd'hui 6 plages horaires pour nous proposer des symposia sur des sujets pratiques et environnementaux de la prise en charge de nos patients. Ces sujets sont choisis en collaboration avec le CSO tant dans le fond que dans le choix des orateurs, afin de répondre au plus proche aux attentes et besoins des infirmier(e)s de cancérologie.

L'actualité et le devenir de notre profession sont, comme vous le savez, au cœur des missions de l'AFIC, et notre « grand orateur » du jour, Mr Christophe Debout, saura nous apporter des éclaircissements et jalons tant politiques qu'opérationnels autour des Pratiques Avancées Infirmières, bien entendu plus particulièrement en cancérologie !

Je tiens ici à remercier, tant en mon nom propre, qu'au nom de l'AFIC, et de tous les participants aux RIO depuis 15 ans, le soutien et le travail de l'agence Tutti Frutti, en la personne de Mme Hafida Bennour, qui ont permis de faire grandir et vivre nos RIO. Elle s'oriente vers de nouveaux horizons professionnels à la clôture de cette 21ème édition, et nous lui souhaitons toute la réussite qu'elle mérite !

Bonnes 21èmes RIO.

Pascale DIELENSEGER
Présidente de l'AFIC

PROGRAMME 21ÈMES RIO

17 MARS 2018 - DE 8H30 À 17H00

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

21^{EMES} rencontres
infirmières
en
oncologie

MATINÉE : CONFÉRENCES-DÉBATS & SYMPOSIA EN COLLABORATION AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

8h45 - 9h00 : Introduction.....5
Pascale DIELENSEGER - Présidente A.F.I.C. Paris

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

9h00 - 09h30 : Les actualités thérapeutiques en oncologie en 2018.....9
Jean Philippe SPANO - Oncologue médical, Hôpital La Pitié Salpêtrière APHP Paris

9h30 - 10h00 : Rôle infirmier et santé connectée face aux enjeux de l'ambulatoire : de la conception d'une application à la mise en place d'un programme de suivi des patients.....10
Amel M'SADEK - IPA, Centre Eugène Marquis CLCC Rennes

10h00 - 10h30 : Comment traiter en 2018 le cancer de la prostate métastatique.....11
Dr Sylvain LADOIRE - Oncologue médical centre Georges-François Leclerc, CLCC Dijon

10h30 - 10h35 : Liste des lauréats appels à com'/Poster.....12
Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE - Coordinatrice du Prix Poster A.F.I.C.

10H35 - 11H00 : PAUSE POURVOYEUSE D'ÉNERGIE

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

11h00 - 11h15 : Appel à communication : Souffrance psychologique et relation d'aide : apport d'un guide d'entretien.....15
Emmanuelle SANCHEZ - Infirmière & Nena STADELMAIER - Psychologue clinicienne, Institut Bergonié, CLCC, Bordeaux

11h15 - 11h30 : Appel à communication : Sécurisation et optimisation du parcours des patients traités par thérapies orales.....16
Valérie PERRON - Cadre de santé centre Georges-François Leclerc, CLCC Dijon

11h30 - 11h40 : Remise du Prix Infirmier AFIC/ADERANS Département Any d'Avray.....18
Nicole RAMA - Vice Présidente A.F.I.C. & Présidente du Prix Infirmier

11h40 - 11h50 : Remise de la Bourse RSIC 2018.....19
Pascale DIELENSEGER - Présidente A.F.I.C., Ljiljana JOVIC - PhD, Directeur des soins, Conseillère Technique régionale ARS Ile de France & Frédéric DESPIAU - Coordonnateur Bourse RSIC 2018. Co-Présidents de la Bourse RSIC.

12h00 - 12h45 : SYMPOSIA.....20
en séances parallèles choix obligatoire à l'inscription **A ou B ou C**

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laëtitia GONAN CORNETTE

**SYMPOSIUM A (Amphithéâtre Lavoisier) :20
IPSEN PHARMA**

Partage d'expérience sur le suivi des patients traités par thérapies anticancéreuses orales

• Les grandes classes des thérapies anticancéreuses orales :
hormonothérapies – chimiothérapies - ITK

Dr Olivier MIR

• Prévention et gestion des EIs liés aux ITK

Lucie PRIN

• Partage d'expérience de l'organisation du suivi des patients traités par anticancéreux oraux :

Exemple du système de coopération entre professionnels de santé Hôpital Cochin Paris

Lucie PRIN

Exemple de l'Oncopôle de Toulouse

Frédéric DESPIAU

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

**SYMPOSIUM B (Salle 162) :23
BRISTOL MYERS SQUIBB BMS**

Immunothérapies en 2018 : l'expérience multituumeurs

• L'immunologie appliquée à l'oncologie : les points clés à retenir
Dr Laura MANSI - Oncologue - Besançon

• Tolérance des immunothérapies : le point de vue de l'infirmière et du clinicien

Magalie COURGEY - Infirmière en cancérologie au CHRU Jean Minjoz Besançon.

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

**SYMPOSIUM C (Salle 151) :26
LEO PHARMA**

Actualités et partage d'expérience sur le traitement et la prévention de la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

Mme la Professeure Dominique Farge BANCEL, Mme ABITBOL - Cadre supérieur de Pôle, & Mme FLOURY - IDE ALLO CANCER

12H45 - 14H15 : DÉJEUNER FINGER BUFFET CONVIVAL

i

Résumés de nos intervenants disponibles dans l'espace adhérent du site www.afic-asso.org
dès fin avril 2018.

PROGRAMME 21ÈMES RIO

17 MARS 2018- DE 8H30 À 17H00
MAISON DE LA CHIMIE - 28 BIS RUE ST DOMINIQUE
75007 PARIS

21^{EMES} rencontres
infirmières
en
oncologie

APRÈS-MIDI : CONFÉRENCES/DÉBATS & SYMPOSIA EN SIMULTANÉ EN COLLABORATION AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

14h15 - 15h00 : SYMPOSIA.....28
en séances parallèles choix obligatoire à l'inscription **D ou E ou F**

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

SYMPOSIUM D (Amphithéâtre Lavoisier) :.....28
ASTRA ZENECA

Avancées thérapeutiques dans le cancer du poumon : un accompagnement de plus en plus « personnalisé » du patient

Dr Yolla EL-DAKTouri - Oncologue, Infirmière DITEP Institut Gustave Roussy Villejuif & Mme Laïla YASSINE - DITEP à Gustave Roussy Villejuif

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

SYMPOSIUM E (Salle 162) :.....30
TESARO

Nausées et vomissements chimio-induits : Nouvelle alternative thérapeutique pour un meilleur confort des patients

Hélène PECOIL - Infirmière Centre Eugène Marquis Rennes & Dr Nicolas JOVENIN - Oncologue médical, Institut Jean Godinot, Reims

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

SYMPOSIUM F (Salle 151) :.....33
BAYER HEALTHCARE

**La gestion des effets indésirables : un jeu d'enfants ?
L'intérêt des jeux éducatifs en oncologie**

• L'intérêt et la pédagogie des jeux éducatifs dans l'éducation thérapeutique

Sabrina MEHIZ - Clinique Bois-Cerf, Lausanne

• La construction d'un jeu éducatif

Claire LLAMBRICH - Institut Curie, Paris

• Le retour d'expérience de professionnels de santé

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI

15h00 - 15h30 : Les biopsies liquides.....35
Dr Christophe MASSARD - Oncologue Médical, Chef du département DITEP, Institut Gustave Roussy CLCC Villejuif

15h30 - 16h00 : Chimiothérapie Hyperthermique Intra-Péritonéale : Modalités pratiques de réalisation et prévention des risques professionnels.....36

Dr Gwenael FERRON - Chirurgien, Marie Christine HALILOU - IBODE & Natacha MONCHAMP - IUCT Oncopole CLCC Toulouse

16h00 - 16h45 : GRANDTEMOIN : Les Pratiques Avancées et leurs implantations en France.....39

Christophe DEBOUT - IADE CSS PhD Responsable de l'école d'IADE GLP-IFITS, Chaire santé SC Po/IDS UMRS Inserm 1145

16h45 - 17h00 : Conclusion.....39

Pascale DIELENSEGER - Présidente A.F.I.C. Paris

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION (C.S.O.) R.I.O PARIS 2018 :

Responsables C.S.O. : Pascale DIELENSEGER, Frédéric DESPIAU, Hafida BENNOUR

Membres : Marie BOMBAIL, Claude COLLOMB, Marie-Laure DE BOTTON, Monique DEBARD, Elianne Dubois, Laëtitia GONAN CORNETTE, Sylvie LOZANO, Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE, Anne Marie OLLITRAULT, Amel M'SADEK, Hélène PECOIL, Nicole RAMA, Angélique ROVERI & Véronique Tual



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 nationaux et internationaux
- Faire connaître l'association
- 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.





- 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



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Actualités en Oncologie 2018!

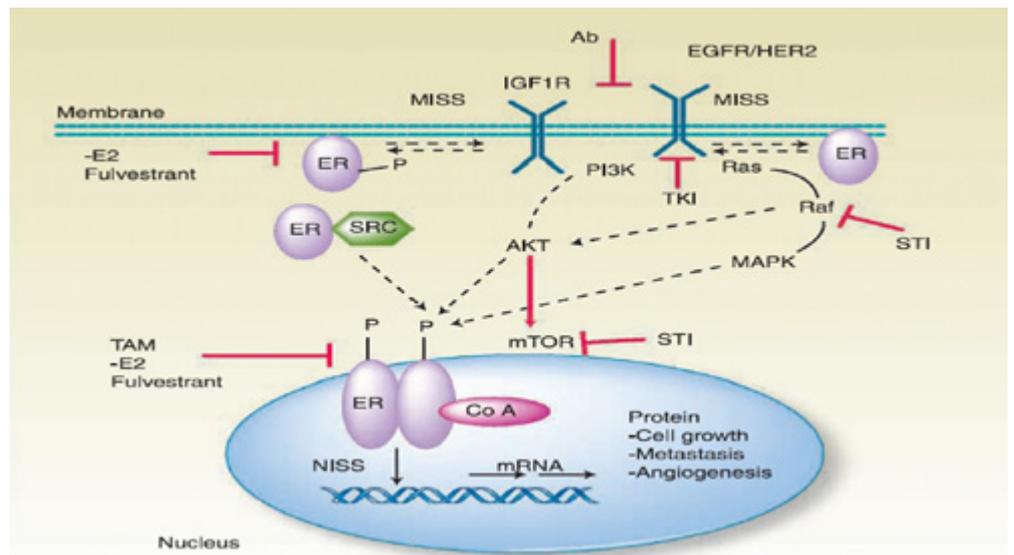
De RIO à Paris

Pr Jean-Philippe SPANO
IUC/UPMC
Paris

Liens d'intérêt

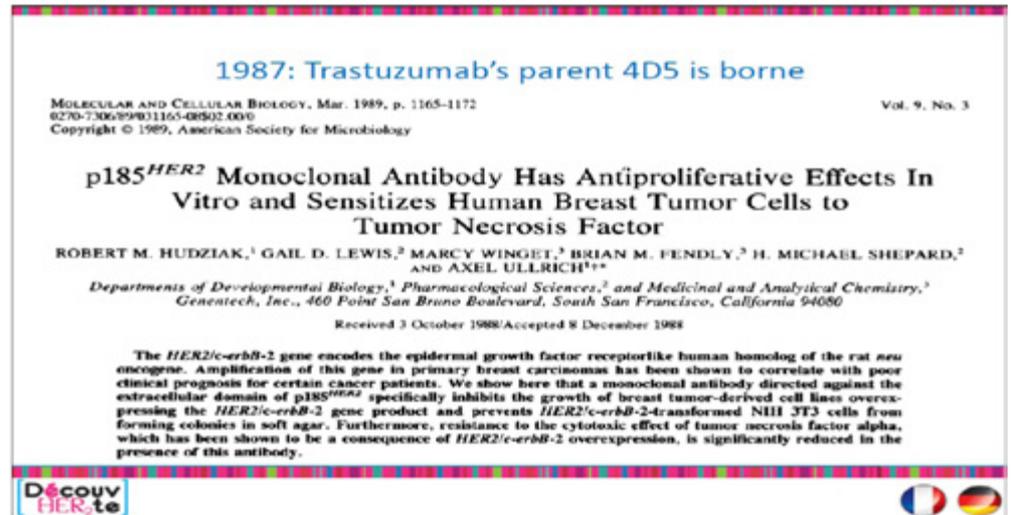
- Advisory board or consultant: Roche, Pfizer, MSD (VIH), Gilead (VIH), Merck Serono, GSK, PFO, BMS, SANOFI, Lilly, Leopharma

Actualités dans le cancer du sein : vers une intégration d'une médecine personnalisée

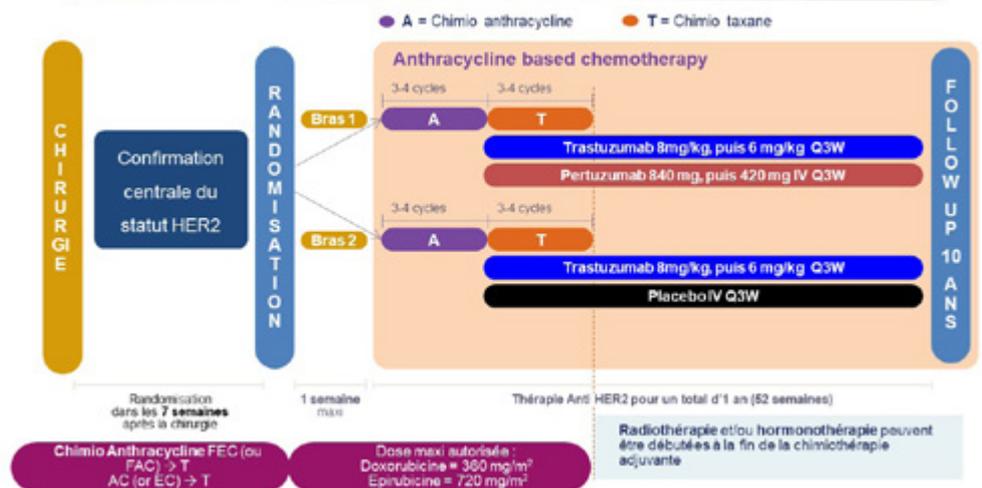


9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



Etude APHINITY



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

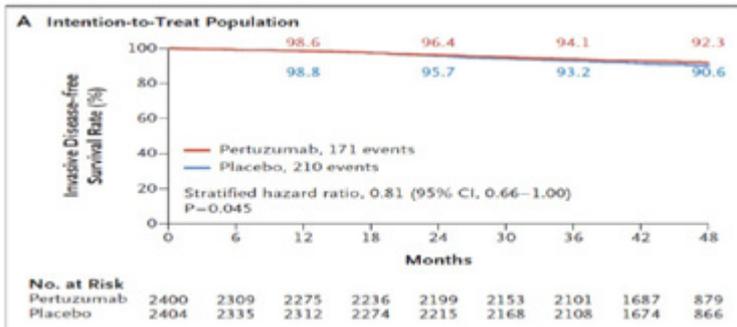
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

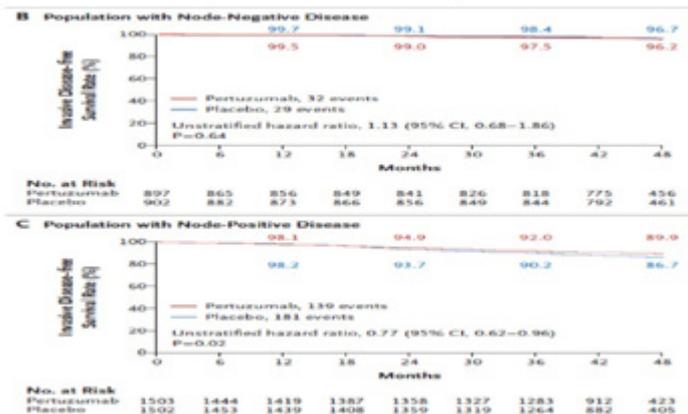
ORIGINAL ARTICLE

Adjuvant Pertuzumab and Trastuzumab in Early HER2-Positive Breast Cancer

Gunter von Minckwitz, M.D., Marion Procter, Ph.D., Evandro de Azambuja, M.D.,
Dimitrios Zardavas, M.D., Mark Berynnes, M.D., Giuseppe Viale, M.D., Thomas Suter, M.D.,
Amal Arafat, Ph.D., Nathalie Rouchet, M.Sc., Emma Clark, M.Sc., Adam Knott, Ph.D.,
Istvan Lang, M.D., Christelle Levy, M.D., Denise A. Yardley, M.D., Jose Bines, M.D.,
Richard D. Gelber, Ph.D., Martine Piccart, M.D., and Jose Baselga, M.D.,
for the APHINITY Steering Committee and Investigators*



For the HIGH risk patients!

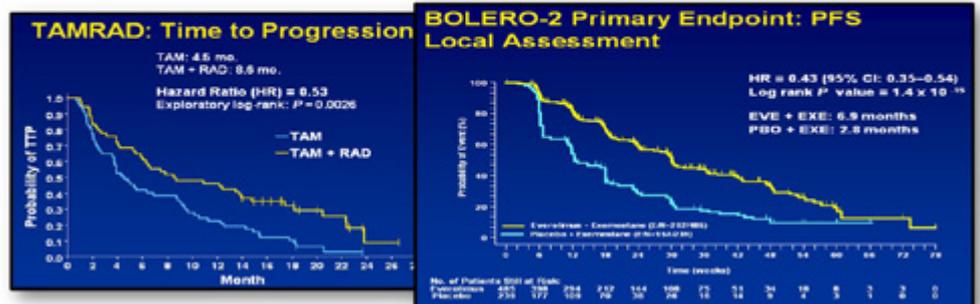


9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

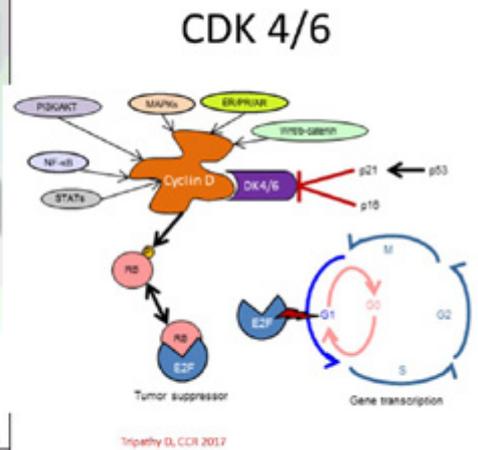
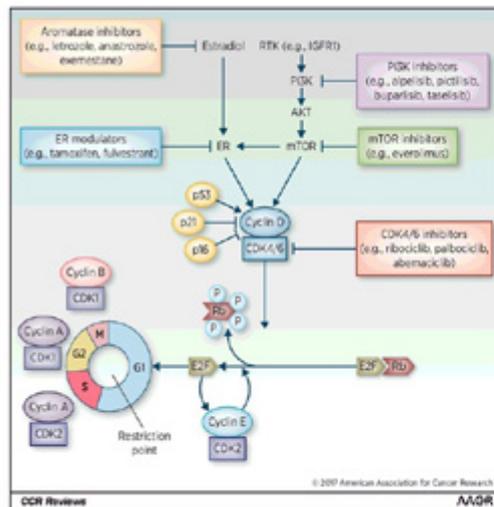
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Prise en charge des cancers du sein RH+ Métastatique

2° ligne: Intérêt de l'évérolimus



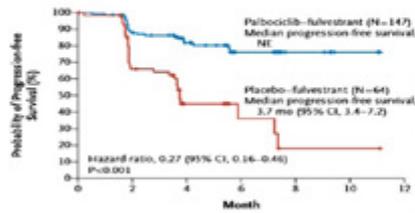
Baselga et al. N Engl J Med. 2012; 366:520-9/Yardley D et al. Adv Ther. 2013
 Bachelot et al. J Clin Oncol. 2012; 30:2718-24



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

PALOMA Palbociclib



Event	Palbociclib-Fulvestrant (N=145)			Placebo-Fulvestrant (N=172)		
	Any Grade	Grade 3	Grade 4	Any Grade	Grade 3	Grade 4
	number of patients (percent)					
Any adverse event	337 (97.7)	202 (58.6)	37 (10.7)	153 (89.0)	28 (16.3)	3 (1.7)
Neutropenia	272 (78.8)	184 (53.3)	30 (8.7)	6 (3.5)	0	1 (0.4)
Leukopenia	157 (45.5)	85 (24.6)	2 (0.6)	7 (4.1)	0	1 (0.4)
Fatigue	131 (38.0)	7 (2.0)	0	46 (26.7)	2 (1.2)	0
Nausea	100 (29.0)	0	0	45 (26.2)	1 (0.6)	0
Anemia	90 (26.1)	9 (2.4)	0	17 (9.9)	3 (1.7)	0
Headache	73 (21.2)	1 (0.3)	0	30 (17.4)	0	0
Thrombocytopenia	67 (19.4)	4 (1.1)	2 (0.6)	0	0	0
Upper respiratory infection	67 (19.4)	1 (0.3)	0	28 (16.3)	0	0
Diarrhea	66 (19.1)	0	0	30 (17.4)	1 (0.6)	0
Constipation	58 (16.8)	0	0	24 (14.0)	0	0
Alpecia	51 (14.8)	NA	NA	10 (5.8)	NA	NA
Hot flashes	51 (14.8)	0	0	28 (16.3)	0	0
Vomiting	50 (14.5)	1 (0.3)	0	21 (12.2)	1 (0.6)	0
Arthralgia	45 (13.0)	1 (0.3)	0	28 (16.3)	0	0
Cough	45 (13.0)	0	0	18 (10.5)	0	0
Decreased appetite	44 (12.8)	3 (0.9)	0	13 (7.6)	0	0
Stomatitis	40 (11.4)	2 (0.6)	0	4 (2.3)	0	0
Back pain	39 (11.3)	3 (0.9)	0	26 (15.1)	4 (2.3)	0
Dizziness	37 (10.7)	1 (0.3)	0	16 (9.3)	0	0
Dyspnea	37 (10.7)	0	1 (0.3)	11 (6.4)	1 (0.6)	0
Pain in extremity	34 (9.9)	0	0	19 (11.0)	3 (1.7)	0

DU cancérologie 24.03.2016

Palbociclib is a CDK4/6 inhibitor. These kinases are activated with binding to D-cyclins and play a central role in signaling pathways, leading to cell-cycle progression and cellular proliferation.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Ribociclib as First-Line Therapy for HR-Positive, Advanced Breast Cancer

G.N. Hortobagyi, S.M. Stemmer, H.A. Burris, Y.-S. Yap, G.S. Sonke, S. Paluch-Shimon, M. Campone, K.L. Blackwell, F. André, E.P. Winer, W. Janni, S. Verma, P. Conte, C.L. Arteaga, D.A. Cameron, K. Petrakova, L.L. Hart, C. Villanueva, A. Chan, E. Jakobsen, A. Nusch, O. Burdaeva, E.-M. Grischke, E. Alba, E. Wirt, N. Marschner, A.M. Favret, D. Yardley, T. Bachelot, L.-M. Tseng, S. Blau, F. Xuan, F. Souami, M. Miller, C. Germa, S. Hirawat, and J. O'Shaughnessy

Comments from GN Hortobagyi

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Hormonothérapie: seule ou en combinaison?

FALCON, Pib 3, N=462 [27]	No prior RT for locally advanced MBC	Fulvestrant 500 mg IM (n=230)	locally advanced or MBC 16	1	10	59	26	166 [1383-2099]	Not reported	CR: 78
		Arzoxetole 1 mg orally (n=232)	locally advanced or MBC 19	<1	10	51	35	138 [1199-1659]	Not reported	CR: 74
								0.797 (0.637-0.999) P=0.046		OR, 1.25, (0.82-1.93) P=0.304

MONALEESA-2 Horobagyi et al 2016 ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> Postmenopausal women with HR⁺/HER2⁻ recurrent or metastatic breast cancer who had not received previous systemic therapy for advanced disease. 	Arm 1: ribociclib 600 mg/d on a 3-week-on, 1-week-off schedule plus letrozole 2.5 mg/d	Median PFS was not reached in the ribociclib group (95% CI, 19.3 to not reached) vs 14.7 mo (95% CI, 13.0-16.9) in the placebo group (hazard ratio, 0.56; 95% CI, 0.43-0.72; P = 3.29 × 10 ⁻⁸ for superiority)	Overall response rate (ORR = complete response + partial response): 40.7% vs. 27.5% (P < .001) CR: 79.6% vs. 72.6% (P < .02)
		Arm 2: placebo plus letrozole		

MONARCH 3: Abemaciclib As Initial Therapy for Advanced Breast Cancer

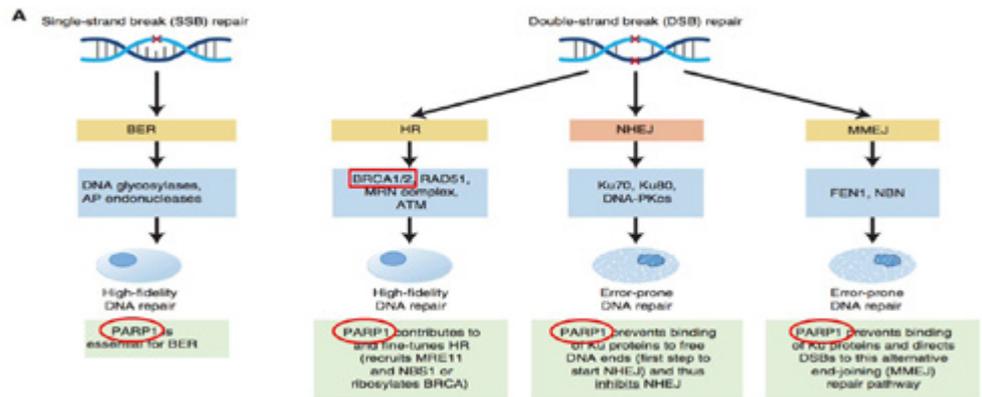
Matthew P. Goetz, Masakazu Tani, Maria Campone, Jashyakt Sohra, Shani Paluch-Shimon, Jisu Hwang, In Hye Park, Olivier Trialet, Shih-Chieh Chen, Luis Manso, Orit C. Freedman, Georgina Garcia-Jarufe, Tammy Fontana, Martin Finzel, Susana Barriga, Ian C. Smith, Navod Deshpande, and Angelo Di Leo

Les Cancers du Sein dit triple négatifs

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

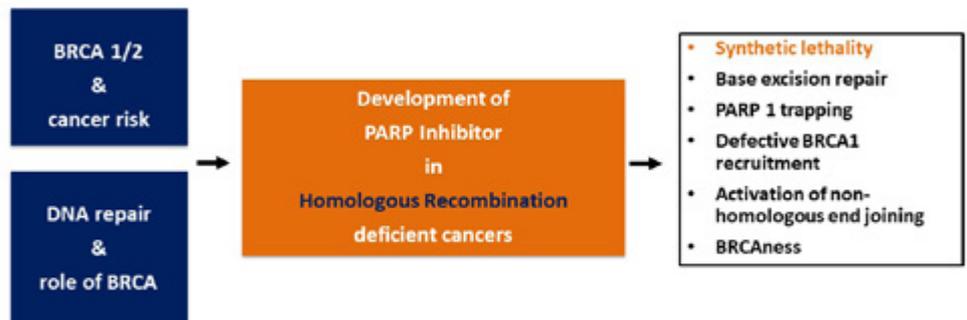
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

PARP Inhibitors mechanism 1/3



PARP inhibitors for BRCA1/2-mutated and sporadic ovarian cancer: current practice and future directions British Journal of Cancer (2016) 115, 1157-1171 | doi: 10.1093/bjco/115.11

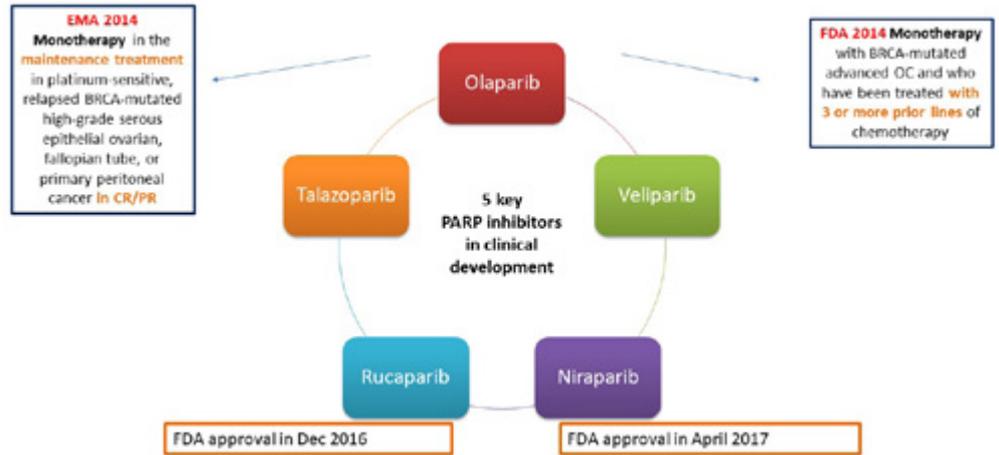
Why PARP inhibitor have been developed ?



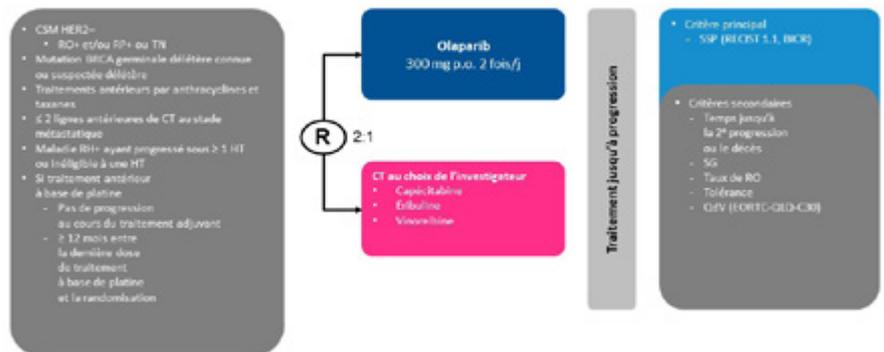
9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Molécules 1/2



Étude OlympiAD (1)

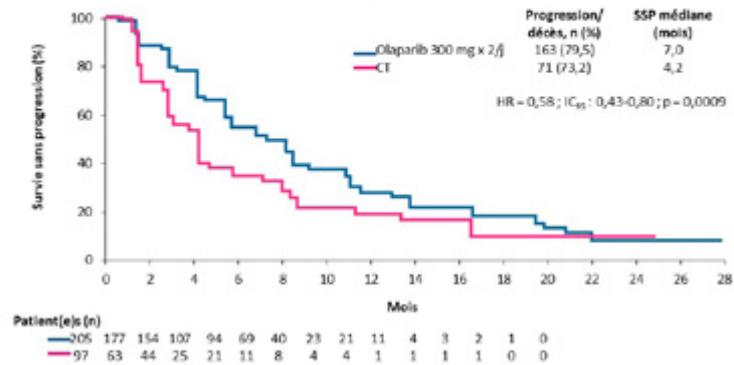


Congrès américain d'oncologie 2017 - Dapsis Robson NE et al., abstr. LBA4, actualisé

Étude OlympiAD (2)

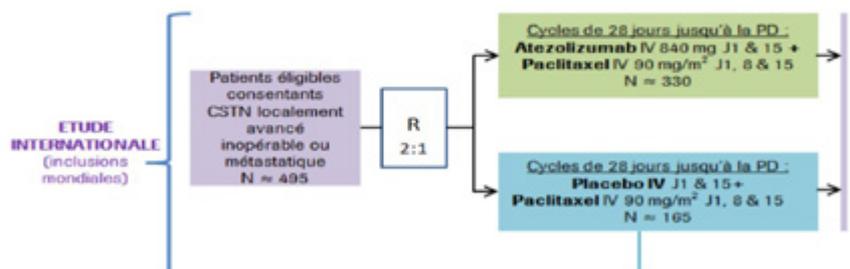
23

Survie sans progression, revue centralisée indépendante en aveugle



Congrès américain d'oncologie 2017 - Dapkin Ribbaud ME et al., abstr. LBA4, actualisé

Etude IMPASSION (PI: Pr Gligorov)



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



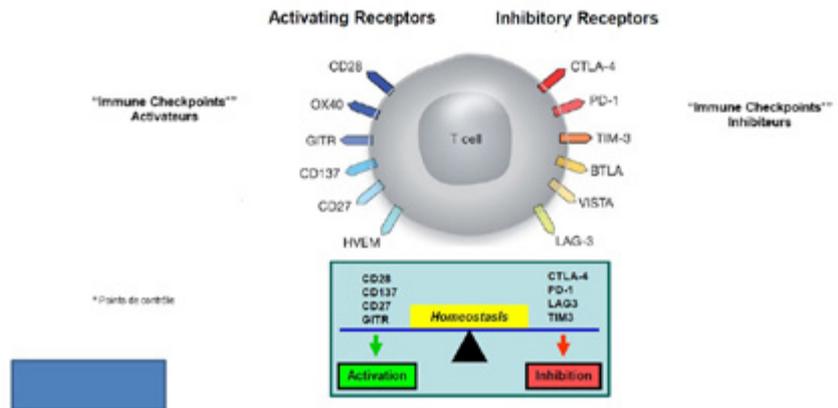
Rationale for developing immunotherapy as treatment for cancer patients

- Association of tumor infiltrating lymphocytes (TILs) with good prognosis
- Mutations that occur during tumor development and/or progression can create new antigens
- Tumor antigens can be recognized by T cells and the immune system

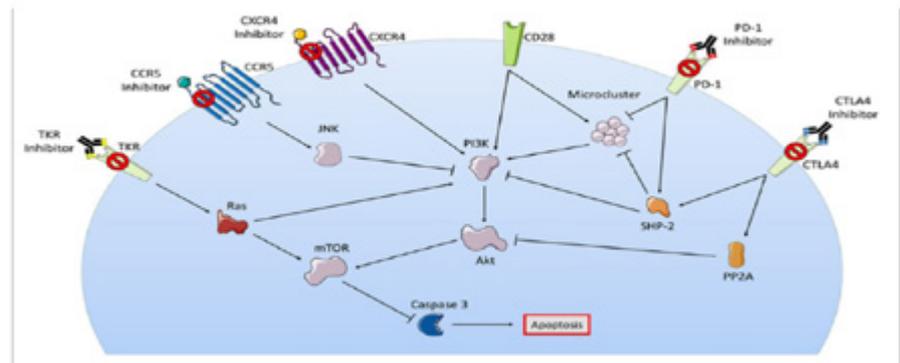
9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

L'immunité : tout est une question d'équilibre Récepteurs activateurs / inhibiteurs



Checkpoint R and pathways



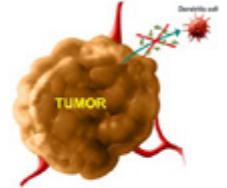
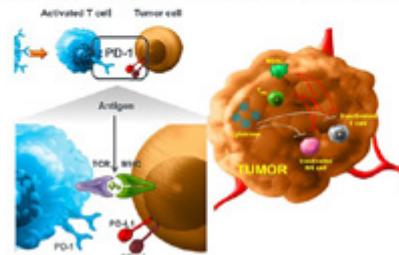
Kaata J, Frontiers Oncology 2017

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Mécanismes de résistances

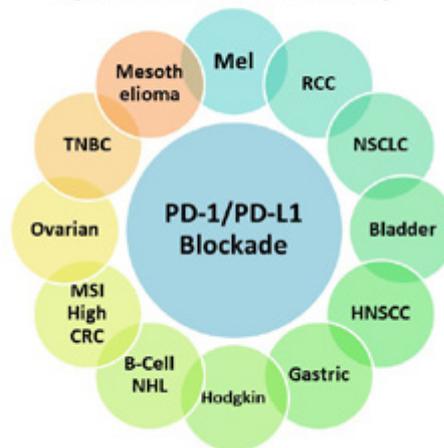
1. Perte d'expression d'antigènes à la surface des cellules cancéreuses
2. Inhibition de l'activité des lymphocytes T par sécrétion de cytokines ou stimulation de cellules immunosuppressives
3. Expression accrue des cellules tumorales de PD-L1 et PD-L2



Zou W, *Nature Review Immunol* 2006
Fisch OJ, *NEJM* 2008
Pardoll DM, *Nature Rev Cancer* 2012

Courtesy of M Resquet

Spectrum of activity



Courtesy A Marabelle

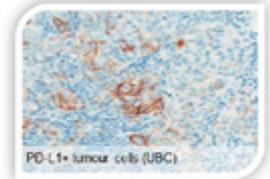
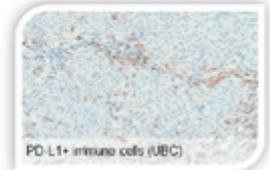
9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

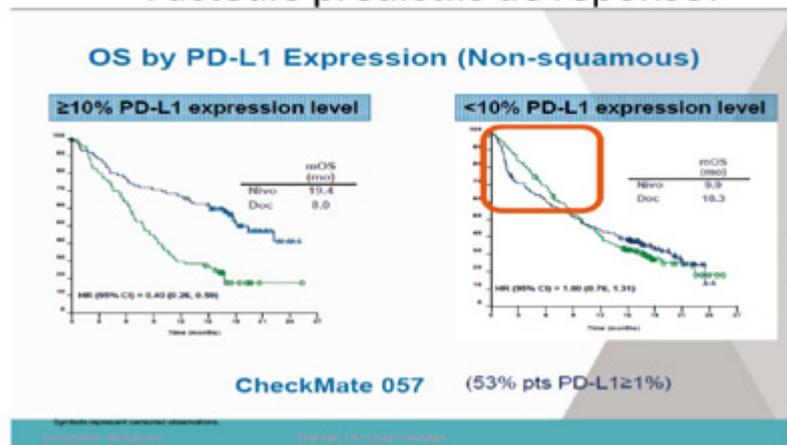
PD-L1 is expressed in urothelial bladder cancer

PD-L1 prevalence¹⁻³

Tumour type	Non-trial study ^{1,2+2} (immune cell), ~% ³	Phase I study ³	
		Immune cell ¹	Tumour cell ²
NSCLC	45%	26%	24%
RCC	20%	25%	10%
Melanoma	40%	36%	5%
Bladder⁴	N/A	27%	11%
HNSCC	33%	28%	19%
Gastric cancer	N/A	18%	5%
CRC	45%	35%	1%
Pancreatic cancer	N/A	12%	4%

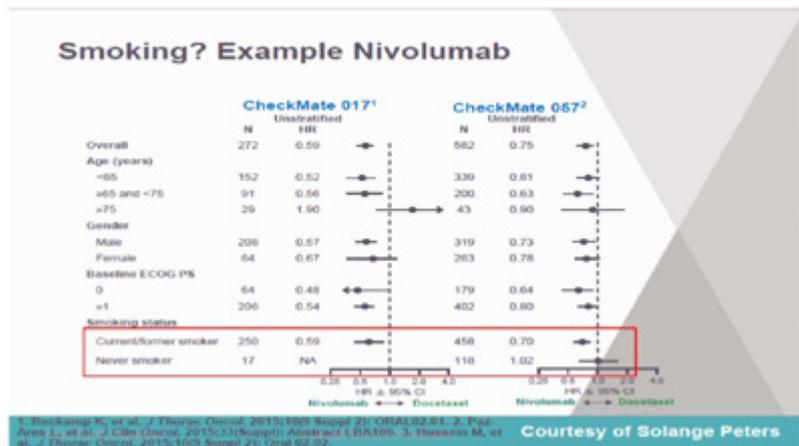
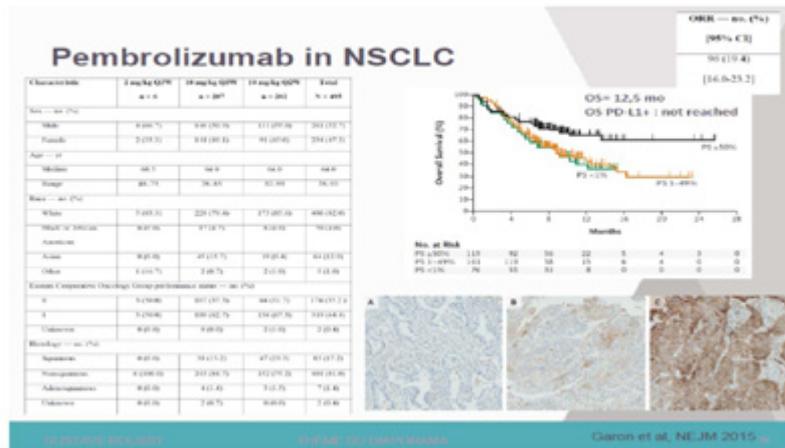


Facteurs prédictifs de réponse?



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

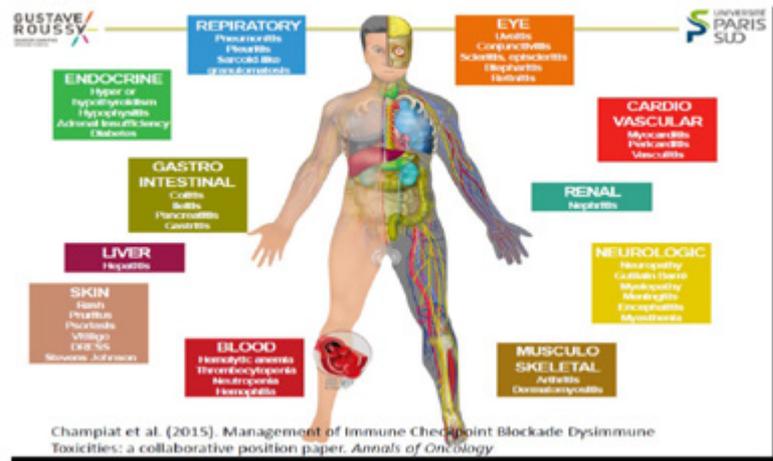
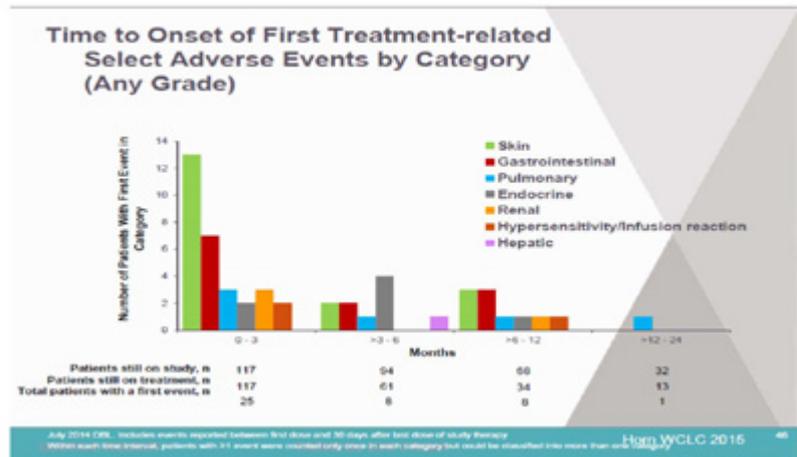
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Tolérance



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Most frequent irAEs (≥ 10%) :

Anti-CTLA4 : diarrhea, rash, pruritus, fatigue, nausea, vomiting, decreased appetite, abdominal pain

Anti-PD1: fatigue, rash, pruritus, diarrhea, nausea, arthralgia

Focus on life threatening irAEs :

Infusion reaction

Colitis

Pneumonitis

Pleural & pericardial effusion, myocarditis

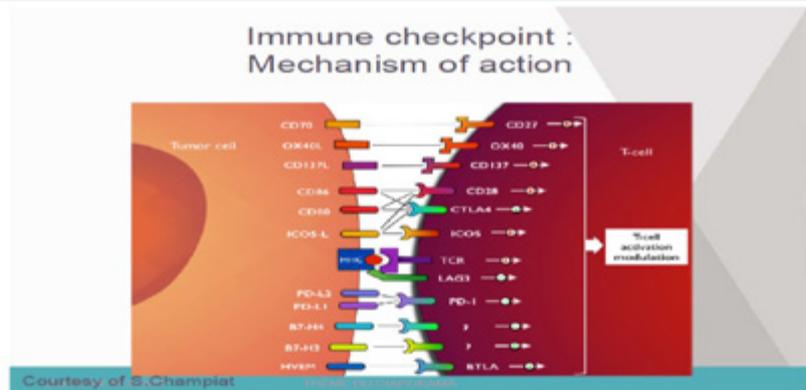
Skin (DRESS)

Neuro : Guillain-Barré, myéélite, encephalopathy

Hemato : hemolytic anemia, immune thrombocytopenia, neutropenia

Endoc : type 1 diabetes, acute adrenal insufficiency

Y a-t-il un intérêt à la double immunothérapie?



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

CheckMate 012: Safety and Efficacy of First-line Nivolumab and Ipilimumab in Advanced NSCLC

Matthew D. Hellmann,¹ Scott N. Gettinger,² Jonathan Goldman,³ Julie Brahmer,⁴ Hossein Borghaei,⁵ Laura O. Chow,⁶ Neal E. Ready,⁷ David E. Gerber,⁸ Rosalyn Juergens,⁹ Frances A. Shepherd,¹⁰ Scott A. Laurie,¹¹ Tina Young,¹² William J. Geese,¹² Shruti Agrawal,¹² Xuemei Li,¹² Scott J. Antonia¹³

Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY, USA; ²F Yale Comprehensive Cancer Center, New Haven, CT, USA; ³UCLA, Jonsson Comprehensive Cancer Center, Los Angeles, CA, USA; ⁴Grady Herndon Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins, Baltimore, MD, USA; ⁵Tan Chooa Cancer Center, Philadelphia, PA, USA; ⁶University of Washington, Seattle, WA, USA; ⁷Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; ⁸FJF Southeastern Medical Center, Dallas, TX, USA; ⁹University Cancer Centre, McMaster University, Hamilton, ON, Canada; ¹⁰Princess Margaret Cancer Centre, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; ¹¹Ottawa Hospital Cancer Centre, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ¹²Genentech, San Francisco, CA, USA; ¹³Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute, Tampa, FL, USA

ASCO ANNUAL MEETING '16

ICB : AMM

Cible	Molécule	Date d'approbation		Indication	
		EMA	FDA		
CTLA4	Ipilimumab	juillet 2011	octobre 2015	Mélanome en adjuvant	
			octobre 2015	Mélanome avancé ou métastatique	
PD-1	Pembrolizumab		août 2016	ORL en rechute ou métastatique	
			décembre 2015	Mélanome avancé ou métastatique	
		juin 2016	octobre 2015	Cancer bronchique non à petites cellules	
	Nivolumab	mai 2015	septembre 2014	Mélanome avancé ou métastatique	
		mai 2016	mai 2016	Lymphome Hodgkinien	
		février 2016	novembre 2015	Carcinome rénal	
	février 2016	octobre 2015	Cancer bronchique non à petites cellules		
	octobre 2015	mars 2015	Cancer bronchique épidermoïde		
PD-L1	Atezolizumab		juin 2015	décembre 2014	Mélanome avancé ou métastatique
CTLA4+PD-1	Ipilimumab + Nivolumab		juin 2015	décembre 2014	Carcinome urothélial
		avril 2016	septembre 2015	Mélanome avancé ou métastatique	

Courtesy of S.Champiat

THEME DU CONFÉRENCES

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Conclusion

- Une meilleure connaissance du microenvironnement sera un support crucial pour poursuivre le développement de l'IT
- PDL-1 et MSI viennent d'être approuvés comme facteurs prédictifs de réponse aux anti-PD1
- Des biomarqueurs complémentaires restent nécessaires (phénotype/immunologie/génomique)
- Ces données cliniques et génomiques pourraient déboucher sur des signatures prédictives

Big Hope – for Cancer CURE?

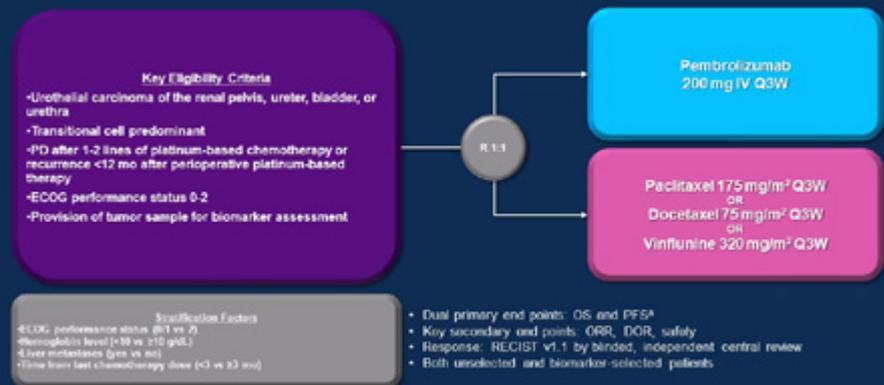


9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



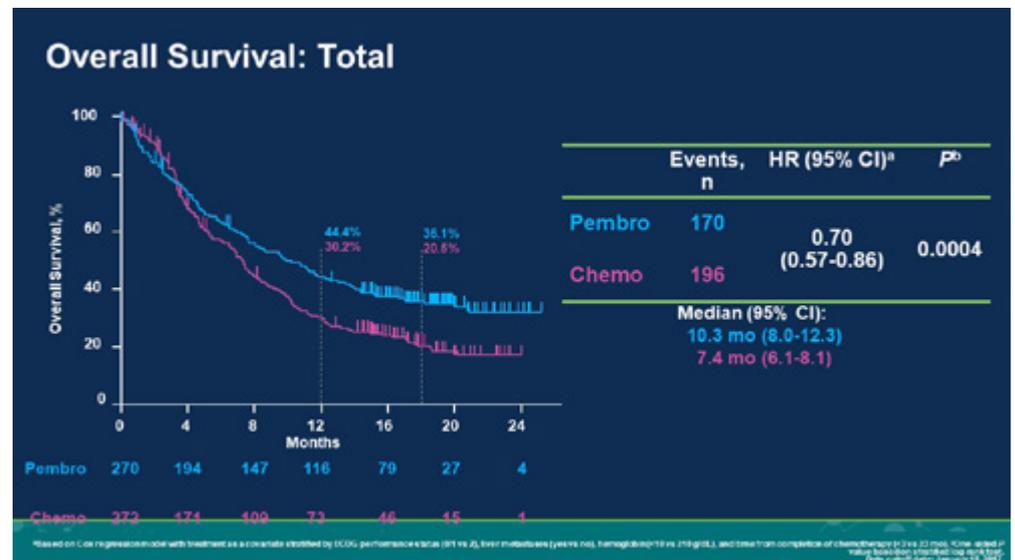
KEYNOTE-045 Study Design (NCT02256436)



*In total IT population and in patients with combined positive scores (CPS)

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



PACIFIC : étude de phase III contrôlée en double aveugle du durvalumab en maintenance vs placebo après RTCT chez les patients atteints d'un CBNPC en stade III avancé, non résecable.

PACIFIC: A double-blind, placebo-controlled Phase III study of durvalumab after chemoradiation therapy (CRT) in patients with Stage III, locally advanced, unresectable NSCLC

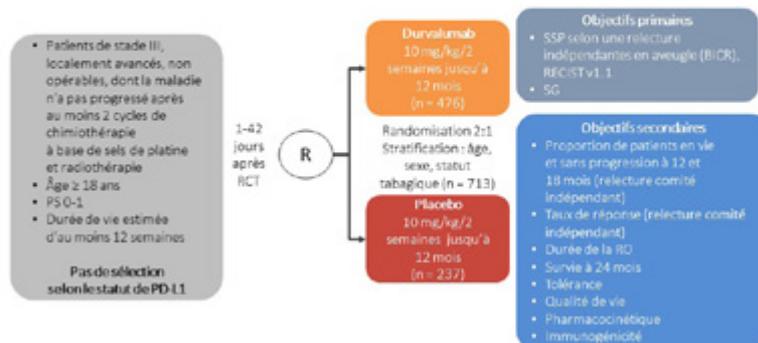
• Paz-Ares L. Abs. LBA1PR

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

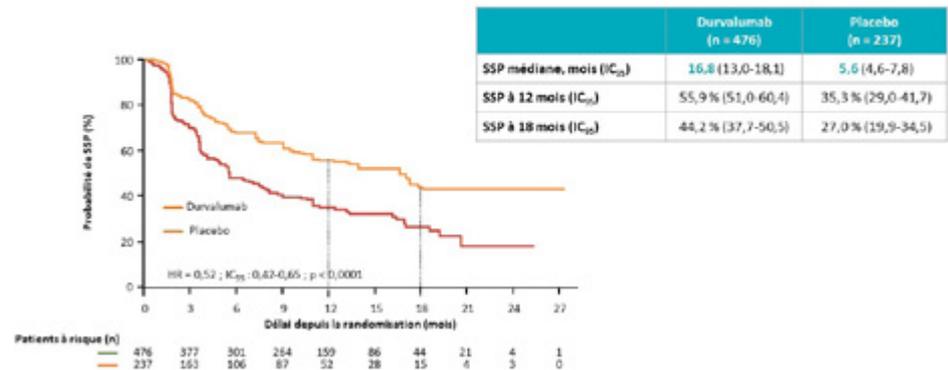
Étude PACIFIC CBNPC de stade III non résecables, traités par radiochimiothérapie

• Étude de phase III, internationale, randomisée en double aveugle, multicentrique



ESMO 2017 - Dapkin Paz-Ara L et al. abstr. ESMO_PRC_000146

Étude PACIFIC Survie sans progression (objectif principal), en ITT

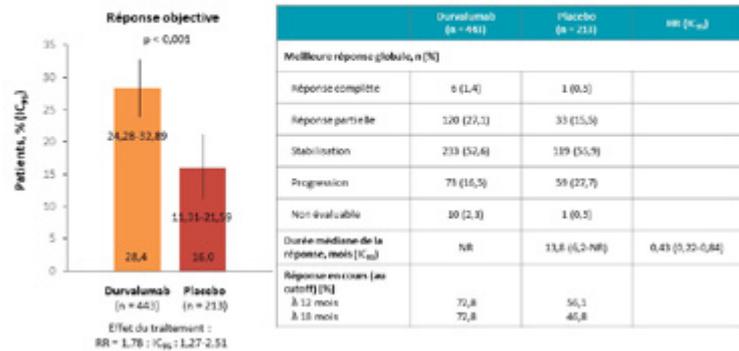


ESMO 2017 - Dapkin Paz-Ara L et al. abstr. ESMO_PRC_000146

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

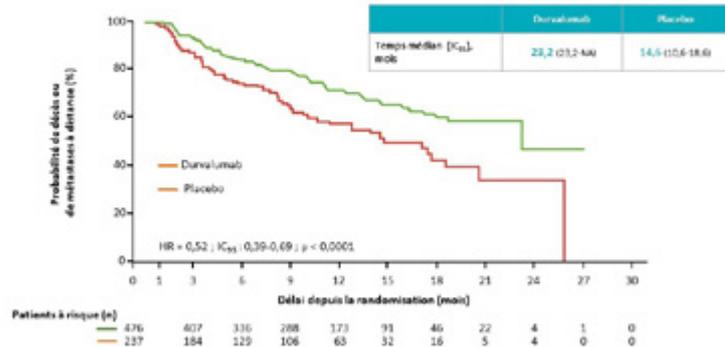
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Étude PACIFIC Activité antitumorale par BICR, en ITT



ESMO 2017 - Dapkin Puz-Ara L et al. abstr ESMO_PRC_abstract

Étude PACIFIC Délai avant la survenue d'un décès ou de métastases à distance (ITT)



ESMO 2017 - Dapkin Puz-Ara L et al. abstr ESMO_PRC_abstract

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

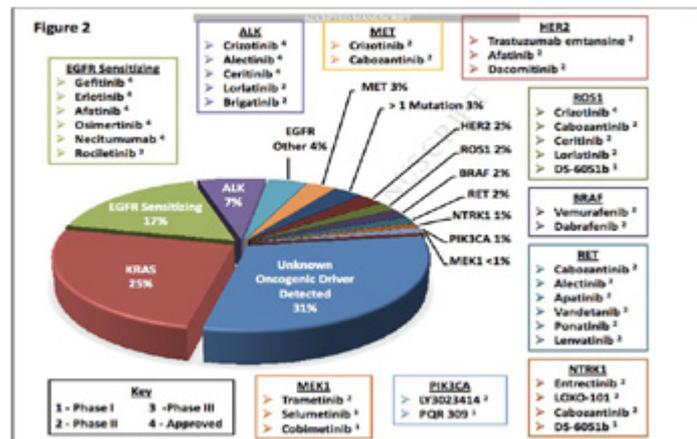
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Étude PACIFIC Effets indésirables les plus fréquents

Event	Dunvalumab (N = 475)		Placebo (N = 234)	
	Any Grade	Grade 3 or 4	Any Grade*	Grade 3 or 4
Number of patients with event (percent)				
Any event	460 (96.8)	142 (29.9)	222 (94.9)	61 (26.1)
Cough	168 (35.4)	2 (0.4)	59 (25.2)	1 (0.4)
Pneumonitis or radiation pneumonitis	161 (33.9)	16 (3.4)	58 (24.8)	6 (2.6)
Fatigue	113 (23.8)	1 (0.2)	48 (20.5)	1 (0.3)
Dyspnea	106 (22.4)	7 (1.5)	56 (23.9)	6 (2.6)
Diarrhea	87 (18.3)	3 (0.6)	44 (18.8)	3 (1.3)
Pyrexia	79 (16.7)	1 (0.2)	21 (9.0)	0
Decreased appetite	68 (14.3)	1 (0.2)	30 (12.8)	2 (0.9)
Nausea	66 (13.9)	0	31 (13.2)	0
Pneumonia	62 (13.1)	21 (4.4)	18 (7.7)	9 (3.8)
Arthralgia	59 (12.4)	0	26 (11.1)	0
Pharyngitis	58 (12.2)	0	11 (4.7)	0
Rash	58 (12.2)	1 (0.2)	17 (7.3)	0
Upper respiratory tract infection	58 (12.2)	1 (0.2)	23 (9.8)	0
Constipation	56 (11.8)	1 (0.2)	20 (8.5)	0
Hypothyroidism	55 (11.6)	1 (0.2)	4 (1.7)	0
Headache	52 (10.9)	1 (0.2)	21 (9.0)	2 (0.9)
Asthenia	51 (10.7)	3 (0.6)	31 (13.2)	1 (0.4)
Back pain	50 (10.5)	1 (0.2)	27 (11.5)	1 (0.4)
Musculoskeletal pain	39 (8.2)	3 (0.6)	24 (10.3)	1 (0.4)
Anemia	36 (7.6)	14 (2.9)	25 (10.7)	8 (3.4)

ESMO 2017 - Dagna Fin-Are L et al., EOA_PFE, actualité

Présent et futur...



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Liquid biopsies



- Non invasive method
- Correlation tissue / **plasma**
- Tumor Heterogeneity
- Dynamic marker



Osimertinib vs traitement standard chez les patients atteints d'un CBNPC mutés EGFR en 1^{ère} ligne : étude **FLAURA**

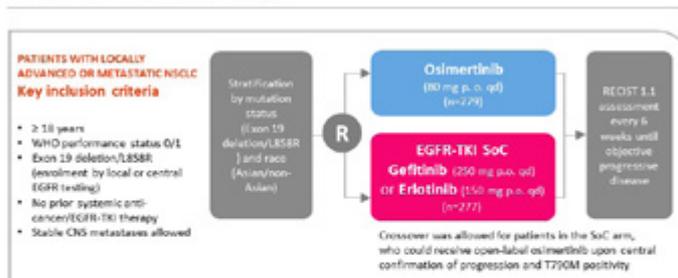
Osimertinib vs standard of care (SoC) EGFR-TKI as first-line therapy in patients (pts) with EGFRm advanced NSCLC: FLAURA

Ramalingam S. Abs. LBA2_PR

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

FLAURA : étude en double aveugle



Endpoints

- **Primary Endpoint:** PFS based on investigator assessment (according to RECIST 1.1)
The study had a 90% power to detect a hazard ratio of 0.71 (representing an improvement in median PFS from 10 months to 14.1 months) at a two-sided alpha-level of 5%
- **Secondary Endpoints:** objective response rate, duration of response, disease control rate, depth of response, overall survival, patients reported outcomes, safety

Ramalingam S, et al. - ESMO 2017 - Abstr. LBA229R

FLAURA : Caractéristiques des patients

Characteristics, %	Osimertinib (n=279)	SoC* (n=277)
Sex: male/female	36/64	38/62
Age, median (range), years	64 (26-5)	64 (35-93)
Race: white/asian/other [‡]	36/62/1	36/62/1
Smoking status: never/ever	65/35	63/37
CNS metastases at study entry [†]	19	23
WHO performance status [§] : 0/1	40/60	42/58
Overall disease classification [¶] : metastatic/advanced	95/5	95/5
Histology: adenocarcinoma/other	99/1	98/2
EGFR mutation at randomisation ^{**} : Exon 19 deletion/L858R	63/37	63/37

FLAURA abstract ID 12 June 2017

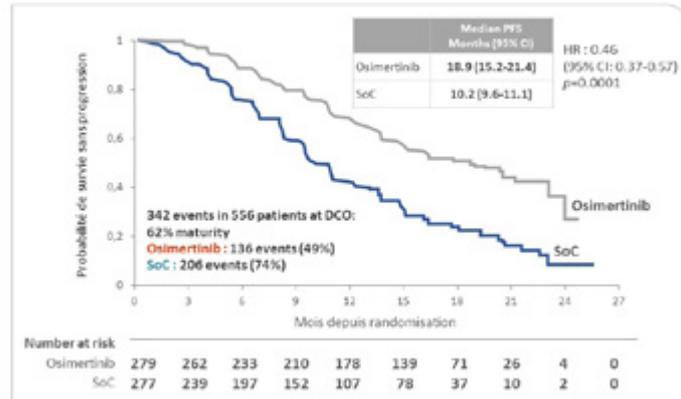
*In the SoC arm, 64% of patients received gefitinib and 36% received erlotinib, including 10% of African American and American Indian or Alaska Native. The crossover rate for one patient in the osimertinib arm and one patient in the SoC arm. †CNS metastases determined programmatically by imaging (MRI or PET-CT) upon the initial randomisation, and/or surgery, and/or radiographic. ‡Race performance was ascertained for one patient in the SoC arm. ††Overall disease classification was missing for one patient in the osimertinib arm. †††Local or regional disease. ††††Central nervous system. †††††Epidermal growth factor receptor. ††††††Race/ethnicity. †††††††WHO performance status.

Ramalingam S, et al. - ESMO 2017 - Abstr. LBA2_29R

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

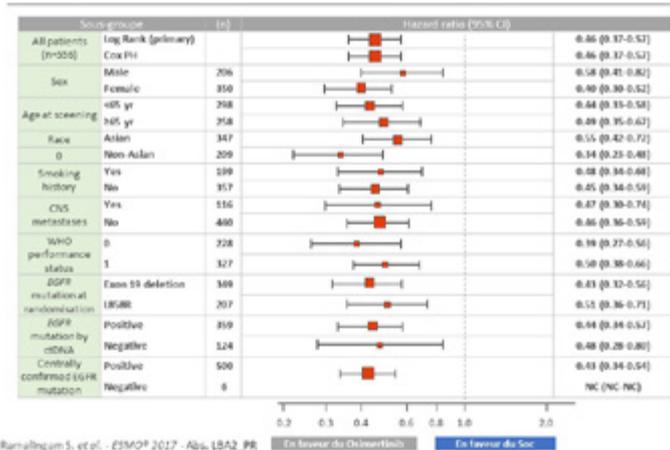
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

FLAURA : Objectif principal : PFS selon les investigateurs



Ramalingam S, et al. - ESMO 2017 - Abs. LBA2_PR

FLAURA : PFS en fonction des sous-groupes

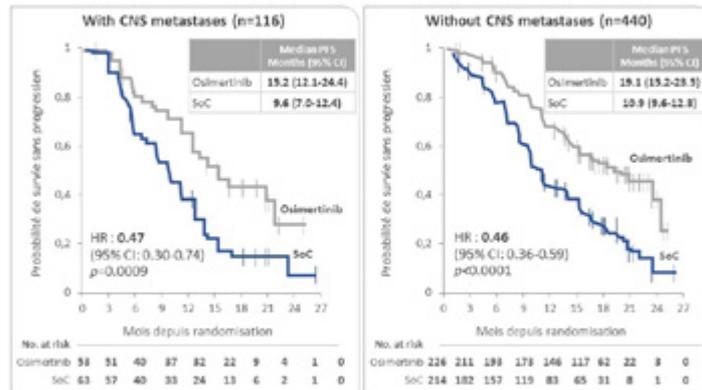


Ramalingam S, et al. - ESMO 2017 - Abs. LBA2_PR

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

FLAURA : PFS en fonction de la présence ou non de métastases cérébrales à l'inclusion



CNS progression events occurred in 17 (6%) vs 42 (15%) patients receiving osimertinib vs SoC (all patients)
Ramalingam S, et al. - ESMO 2017 - Abs. LBA2_98

FLAURA : profil de tolérance

AE, any cause*, n (%)	Osimertinib (n=279)	SoC* (n=277)
Any AE	273 (98)	271 (98)
Any AE grade ≥ 3	94 (34)	124 (45)
Any AE leading to death	6 (2)	10 (4)
Any serious AE	60 (22)	70 (25)
Any AE leading to discontinuation	37 (13)	49 (18)
AE, possibly causally related[†], n (%)		
Any AE	253 (91)	255 (92)
Any AE grade ≥ 3	49 (18)	78 (28)
Any AE leading to death	0	1 (<1)
Any serious AE	22 (8)	23 (8)

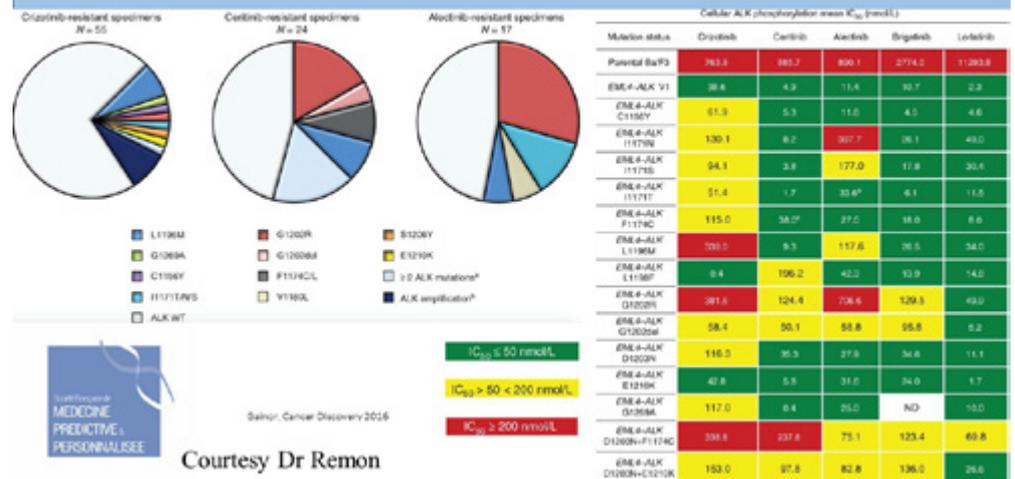
FLAURA data cutoff: 12 June 2017
*Patients with multiple events in the same category counted only once in this category. Patients with events in more than one category counted in each of those categories. PFS assessed by independent review. Includes 10 deaths on either side on or after the date of baseline and up to and including 22 months following the date of last dose of study medication.
[†]AEs: adverse events; SoC, standard of care.

Ramalingam S, et al. - ESMO 2017 - Abs. LBA2_98

9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Réarrangements ALK et résistance



ALK inhibiteurs

Drug	Study	Phase	N	Efficacy		
				ORR n (%)	mPFS (months)	Median FU
ALECTINIB (RO5424802)	AF-002JG	I/II	44	55%	NA	4.2
	NP28761	II	69	48%	8.1	4.8
	NP28673	II	122	50%	8.9	NA
	J-ALEX*	III	103	-	-	NA
	ALEX	III	303	-	NR	17,6
CERTINIB (LDK378)	ASCEND-1	I	163	56.4%	6.9	11.1
	ASCEND-2	II	140	38.6%	5.7	11.3
	ASCEND-3	II	124	63.7%	11.1	NA
BRIGATINIB (AP26113)	ALTA - 90mg	II	109	49%	9.2	10.2
	ALTA - 180mg	II	110	54%	15.6	11
LORLATINIB (PF-06463922)	NCT01970865	I/II	41	46%	11.4	NA
ENTRECTINIB (RXDX-101)	NCT02097810	I/II	7	57%	NA	NA

Courtesy Dr Remon



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

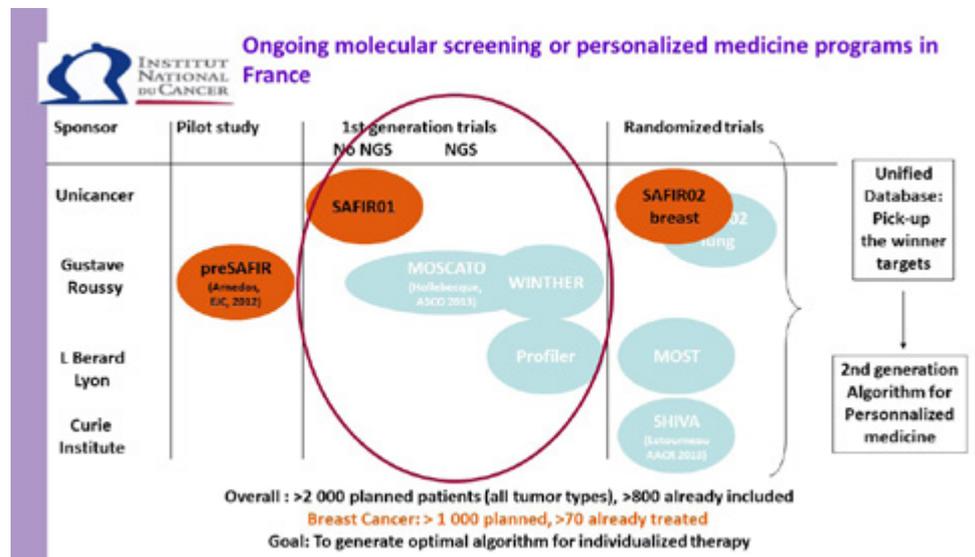
Résumé

- **BRAF**
- **ROS1**
- **RET**
- **HER2**
- **MET**
- **NTRK1**
- V600E, dabrafenib + Trametinib
- Crizotinib. Cabozantinb in resistant? Entrectinib in 1st line?
- "Cabozantinb".
- Trastuzumab + CT, afatinib (NCT02369484), TDM1 (NCT02289833)....
- Crizotinib, cabozantinb, INC280 in MET amplified.
- Entrectinib, LOXO101



Courtesy of A Gobert

11



9H00 - 9H30 : LES ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN ONCOLOGIE EN 2018

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL





Amel M'SADEK

- Infirmière DE au CRLCC Eugene Marquis de Rennes depuis 2007.

- Au sein du DISSPO (Département interdisciplinaire des soins de support aux patients en oncologie) : consultation clinique dédiée au suivi de patients sous thérapies ciblées orales et coordination du suivi de patients par application de e-santé.

- Coordination paramédicale de projets et de la recherche en soins.

- Membre au CA de l'AFIC.

L'hôpital de demain s'engage pleinement dans la favorisation de parcours de soin en ambulatoire ; le secteur de l'oncologie n'y échappe pas.

Afin de maintenir les liens avec les patients « hors les murs », des programmes de télé-suivi à travers des applications de e-santé émergent.

Ces évolutions de parcours pourront impacter les organisations et les métiers des professionnels de santé dont celui de l'infirmier(e) d'oncologie.

Cette expérience présente la collaboration infirmière dans la conception d'une application de santé connectée jusqu'au développement d'une nouvelle place pour les infirmier(e)s dédié(e)s à la coordination et à la gestion des alertes identifiées par ce système.

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE



De la conception
d'une application
à la mise en place
d'un programme de
suivi des patients



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

17 mars 2018 - Maison de la chimie - Paris



Amel M'SADEK, IPA
MSCI Pratiques Avancées en Cancérologie
Membre du CA de l'AFIC



Centre Eugène Marquis, CLCC Rennes



EVOLUTION TECHNOLOGIQUE MAJEURE



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

LA E-SANTÉ, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Selon l'OMS, l'eSanté («eHealth») est « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, compte-rendu, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, ou une décision thérapeutique »

Utilisation de **technologies de l'information et de communication (TIC)** en santé



VIRAGE NUMERIQUE

Médecine des « 5P »

- Préventive
- Prédicative
- Participative
- Personnalisée
- Pertinente

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



Les TIC dans la prise en charge et le parcours des patients en cancérologie

Basch en 2016 a montré dans le cadre d'un essai randomisé les avantages cliniques associés à l'auto-déclaration des symptômes (PRO, patient-reported outcome) pendant le traitement du cancer.

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ORIGINAL REPORT

Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial

Basch et al. J Clin Oncol. 2016;34(12):1383-1391. doi:10.1200/JCO.2015.33.4111

ARTICLE

Randomized Trial Comparing a Web-Mediated Follow-up With Routine Surveillance in Lung Cancer Patients

Fabrice Denis, Claire Lethesne, Nicolas Poursi, Olivier Molinier, Youn Pointreau, Julien Dornot, Hugues Bourgeois, Hélène Senellart, Pierre Trémolères, Thibaut Lizé, Jazfar Bennouna, Thierry Urban, Claude El Khouri, Alexandre Charros, Anne-Lise Septans, Magali Balavoine, Sébastien Landry, Philippe Solal-Claudel, Christybe Letellier

Une étude française en 2017 démontre un impact positif sur la survie globale du suivi symptomatique par les patients dans la surveillance des cancers du poumon

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

PRO-CATCAE en français

1. PRO-CATCAE™ Symptom Term: Dry mouth	
SECHERESSE DE LA BOUCHE	
Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la SÉVÉRITÉ de votre SECHERESSE DE LA BOUCHE à son PIKE DEGRÉ ?	
<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Légère <input type="radio"/> Modérée <input type="radio"/> Sévère <input type="radio"/> Très sévère
2. PRO-CATCAE™ Symptom Term: Difficulty swallowing	
DIFFICULTÉ À AVALER	
Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la SÉVÉRITÉ de votre DIFFICULTÉ À AVALER à son PIKE DEGRÉ ?	
<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Légère <input type="radio"/> Modérée <input type="radio"/> Sévère <input type="radio"/> Très sévère
3. PRO-CATCAE™ Symptom Term: Mouth/throat sores	
ULCÈRES DE LA BOUCHE/GORGE	
Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la SÉVÉRITÉ de vos ULCÈRES DE LA BOUCHE OU DE LA GORGE à son PIKE DEGRÉ ?	
<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Légère <input type="radio"/> Modérée <input type="radio"/> Sévère <input type="radio"/> Très sévère
Au cours des 7 derniers jours, à quel point des ULCÈRES DE LA BOUCHE OU DE LA GORGE ont-ils PERTURBÉ vos activités habituelles ou quotidiennes ?	
<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un petit peu <input type="radio"/> Assez <input type="radio"/> Beaucoup <input type="radio"/> Excessivement
4. PRO-CATCAE™ Symptom Term: Cracking at the corners of the mouth (chilblains/chilites)	
GERÇURES AUX COMMISSURES DES LÈVRES (PERLECHE/CHILITE)	
Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la SÉVÉRITÉ des GERÇURES AUX COMMISSURES DE VOS LÈVRES à son PIKE DEGRÉ ?	
<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Légère <input type="radio"/> Modérée <input type="radio"/> Sévère <input type="radio"/> Très sévère
5. PRO-CATCAE™ Symptom Term: Voice-quality changes	
ALTERATIONS DE LA QUALITÉ DE LA VOIX	



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

ENJEUX DE L'AMBULATOIRE

En chirurgie : virage ambulatoire

En médecine : traitements de chimiothérapie per-os / chronicisation
2020 : 50 % des ttt du cancer ACO

Par conséquent, les modes de prises en charge des patients se trouvent profondément modifiés
Le patient est traité à domicile

En amont : mieux préparer la venue du patient que ce soit pour une intervention chirurgicale ou avant une séance de chimiothérapie

En aval : la surveillance du patient doit impérativement être renforcée

Optimisation des ressources médicales : voir les patients au bon moment

ENJEUX DE L'AMBULATOIRE



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

PARTAGE D'EXPERIENCE

Dispositif de suivi de parcours de soin en ambulatoire par une application numérique
Phase Pilote : Rôle de Coordination du projet au niveau opérationnel

PARTAGE D'EXPERIENCE

Dispositif de suivi de parcours de soin en ambulatoire par une application numérique
Phase Pilote : Rôle de Coordination du projet au niveau opérationnel



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

3 thématiques identifiées



Avant de s'étendre

Radiologie Interventionnelle, Chimio > 24h, Chir conv, RadioT, Suivi SOS, ETP ...

Côté soignant « coordinateur »



5 j / 7

Heures ouvrées

1,23 ETP (ARS) sept 2017

En dehors de ces créneaux,
procédures dégradées

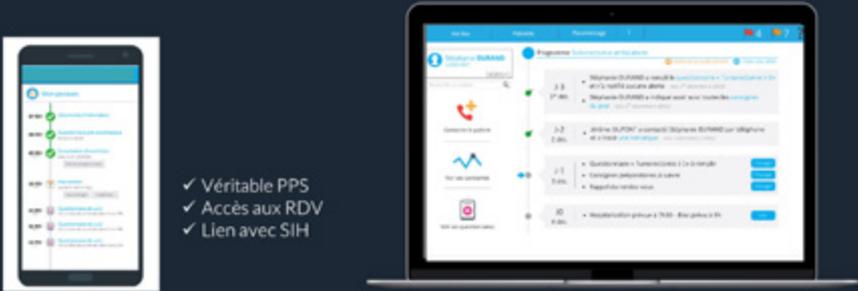
n° dédié (interne) / bureau dédié plateforme de suivi
« hors les murs » au sein DISSPO

@ adresse e-mail

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

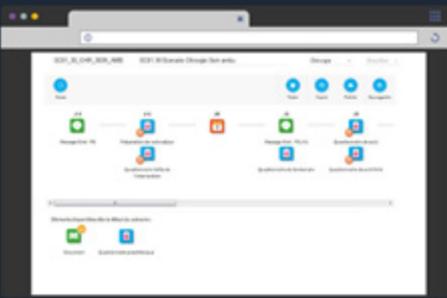
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Visibilité sur le parcours de soin



- ✓ Véritable PPS
- ✓ Accès aux RDV
- ✓ Lien avec SIH

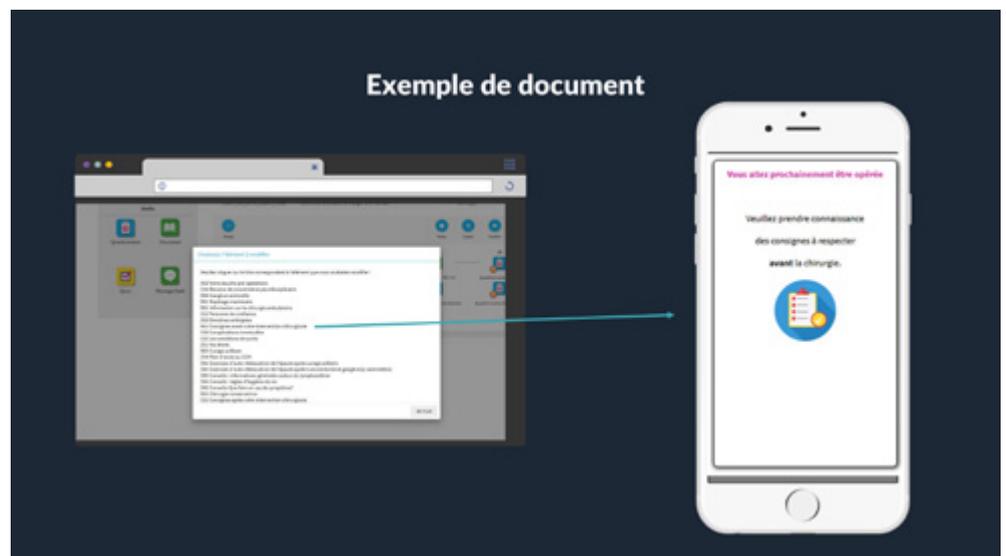
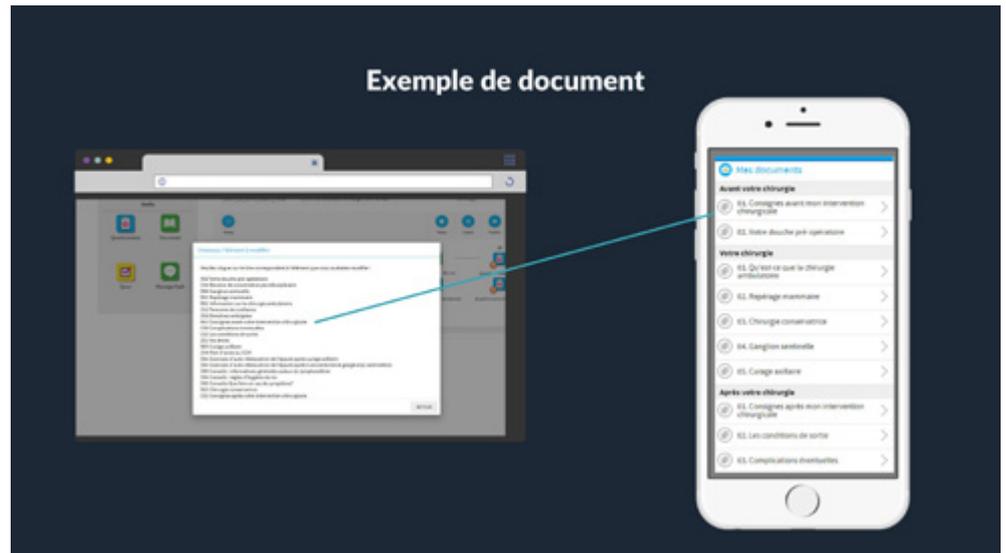
Construction d'un scenario



-  Questionnaires
Rappels notif / SMS
Objectifs
-  Bibliothèque
Documents et
Consignes spécifiques
et généralistes
-  Conseils / Etapes
Messages flash
-  Quiz
Evaluation connaissances
ETP

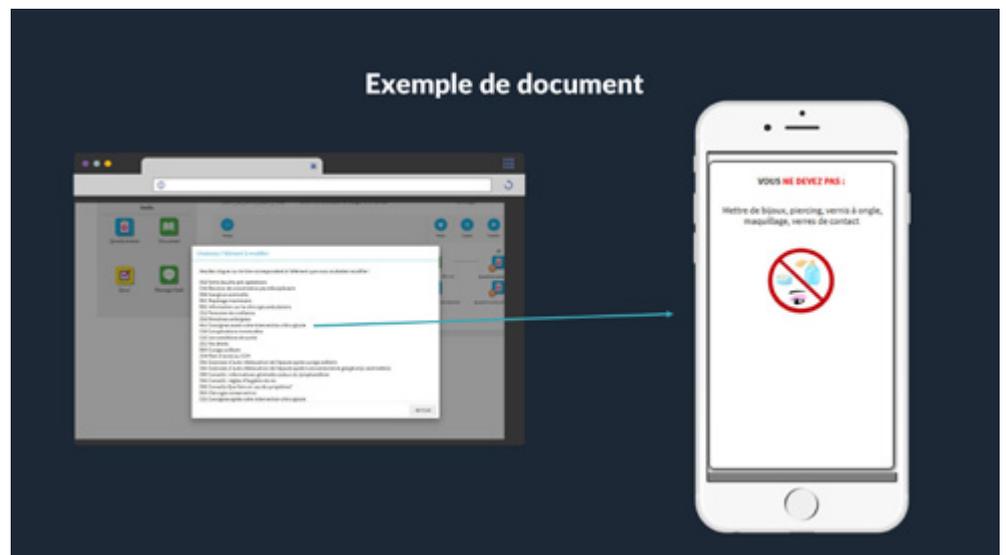
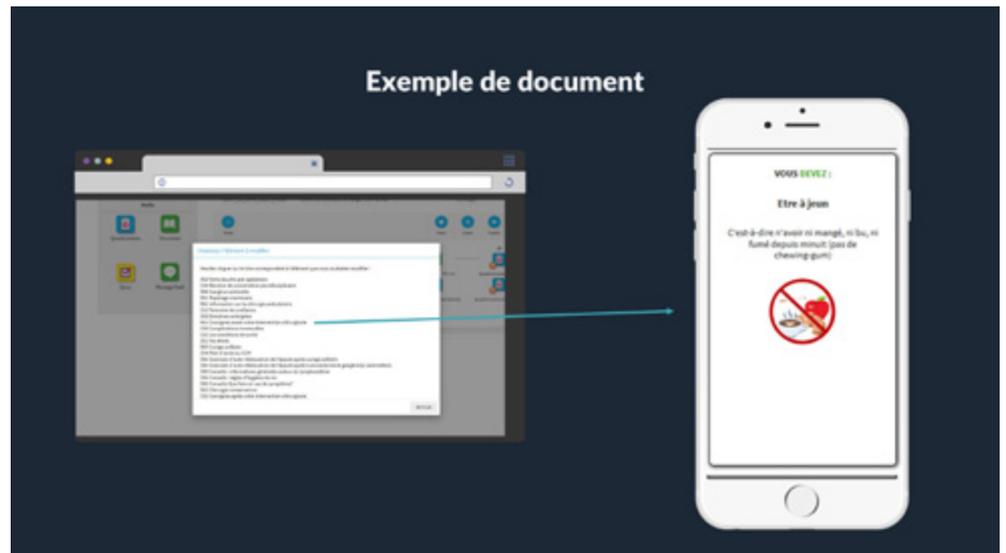
9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Gestion des alertes par priorité

- **Rouge** : Appel du patient et arbre décisionnel
- **Orange** : Action non urgente à réaliser
message complémentaire
ou orientation vers professionnel
- **Vert** : RAS
- **Bleu** : Sans nouvelles



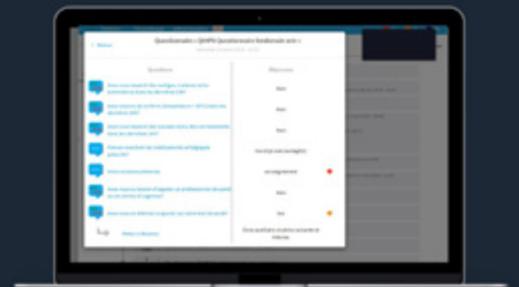
Exemple de traitement d'alerte



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Exemple de traitement d'alerte



Exemple de traitement d'alerte



9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

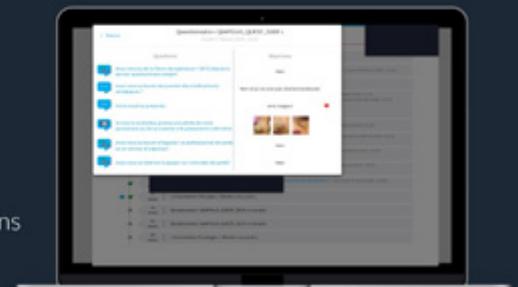
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Exemple de questionnaire de suivi

Suivi clinique

Photos

Implication de pro ville lors des soins



Intérêts Côté patient

Bénéfices attendus et nouveaux usages

- Suivi étendu
- Consignes et documentations par thème avec illustrations ludiques
- Quizz éducatifs et réalisation d'objectifs
- Agenda des RDV et rappels par SMS
- Renforcement du lien de confiance et de sécurité entre le patient et l'ES
- Patient « acteur » dans son parcours

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Intérêts Côté soignant

Prévention des complications et anticipation des besoins par

- Suivi étendu
- Adhésion du patient à la démarche thérapeutique proposée
- Sécurisation des parcours grâce à une meilleure anticipation des situations à risque
- Gestion en amont de la préparation du séjour (papiers de sortie, modalités de transport, tierce personne ...)

Concentration des ressources soignantes

- sur les patients présentant des problématiques (alertes déclenchées)
- Rappels de RDV par SMS au lieu d'un appel téléphonique

Harmonisation du traitement des alertes grâce à la mise en place d'arbres décisionnels

Disponibilité dans le DPI des questionnaires

- Pré-remplissage questionnaire anesthésique à partir de réponses des patients
- Préparation du séjour
- Questionnaires
- Alertes et gestion des alertes

Intérêts Côté établissement

- Augmentation du nombre de patients suivis à ressources humaines égales
- Optimisation des RH par la centralisation d'une plateforme de suivi (médicale et paramédicale) concernant tous les services de soins
- Protocolisation et généralisation des pratiques de suivi
- Efficience renforcée dans la planification des traitements et interventions (évitements des déprogrammations à J0, pas de retard et non-conformité à l'arrivée du patient)
- Réduction des hospitalisations non programmées permettant ainsi une optimisation de la gestion des lits
- Développement de l'ETP
- Aide au développement de l'ambulatoire
- Gage de qualité et d'attractivité

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Une nouvelle organisation à définir

Le succès de cette application passe aussi par :

- Une refonte des organisations de travail
- Une réflexion à conduire sur la coordination/programmation des venues patients
- Une cohérence dans une structure unique
 - Limiter les postes uniques disséminés
 - Associer les expertises professionnelles

➡ Centralisation de la plateforme de suivi des patients

Patients testeurs, représentants des usagers et patients pendant la phase pilote

Facilité d'usage « même pour une personne qui n'a pas l'habitude d'utiliser les applications », « pour moi cette application est très bien faite et facile à utiliser »

Environnement agréable, graphisme « bien adapté pas trop d'information par écran, police agréable »

En confiance et sécurisés, « c'est rassurant pour le patient et pour la famille c'est rassurant de voir qu'on est suivi à tous les stades de l'opération », « pas de souci ...mes informations ... on a le temps des les parcourir (CGU) et prendre le temps de se rassurer que les infos ne vont pas être utilisées à tort »

Respect des documents existants « je n'ai pas vu de différence avec les formulaires papiers et j'ai retrouvé toutes les étapes qui m'ont été faite », « je n'ai rien vu qui manquait », « j'ai eu plusieurs interventions, donc j'ai déjà eu les questions (...) je retrouvais bien le contenu des petits fascicules »

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Axes d'améliorations

Proposition de reformulation de Q

Suggestions de précisions

« Possibilité de mettre des photos prises en dehors du questionnaire »

« Peut être préciser pour les rendez vous le bâtiment et le temps approximatif .ex: pour le repérage des ganglions , env 1h30 »

« Il serait intéressant de pouvoir agrandir les textes sur les smartphone afin de lire plus facilement les consignes kiné en particulier. »

Propose qu'un accompagnement peut être nécessaire pour certaines personnes qui ne sont habituées au multimédia « ma belle mère qui était présente pendant l'installation n'aurait pas réussi seule »

Souhait de continuer les tests dans de futurs scenarios « c'était très intéressant pour le patient ... et le digital, c'est l'avenir »

EVALUER

Travaux de recherche type PHRIP ou PREPS



- La pertinence des soins
- L'efficacité des soins
- La qualité et la sécurité des soins
- La fluidité du parcours du patient
- La coordination des soins et la pratique collaborative
- La satisfaction des patients/ proches
- La satisfaction des infirmier(e)s/ des équipes
- ...

Mais aussi données qualitatives et comportementales → recherche SHS

9H30 - 10H00 : RÔLE INFIRMIER ET SANTÉ CONNECTÉE FACE AUX ENJEUX DE L'AMBULATOIRE : DE LA CONCEPTION D'UNE APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SUIVI DES PATIENTS

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

CONCLUSION

e-santé une place pour les IDE IPA, Cadres, DSI...
EBN
Recherche

Point de vigilance
Humain
Accès au numérique et égalité

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Cancer de prostate métastatique: Stratégies thérapeutiques en 2018

Professeur Sylvain LADOIRE

Département d'Oncologie Médicale
Centre Georges François Leclerc



DIJON



Le Cancer de Prostate

. **180 000** nouveaux cas / an USA. **40 000/an France**

. **31 000** décès / an USA. **10 000/an France**

. **Formes métastatiques:**

20-30% des formes initialement localisées

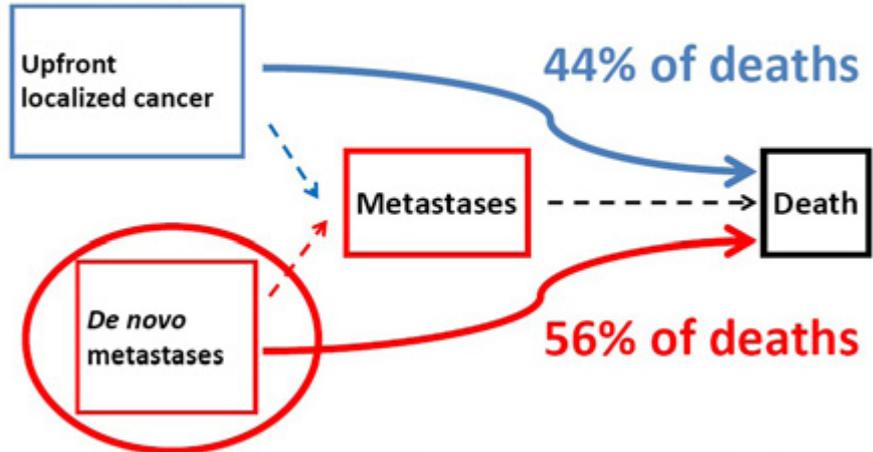
+ formes métastatiques d'emblée

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Who dies from metastatic prostate cancer ?

90% of patients



Patrikidou A. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2014;17:348-352.

10% of patients

Le cancer de prostate métastatique

Histoire évoluant le plus souvent sur plusieurs années

Maladie non curable

Maladie chronique (qualité de vie +++)

Beaucoup de traitements efficaces (hormonothérapies)

Métastases osseuses > 90% des cas, parfois exclusives

Douleurs, complications osseuses

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

PLAN

Histoire naturelle du cancer de prostate / maladie métastatique

L'hormonothérapie classique du cancer de prostate

Chimiothérapie des cancers de prostate métastatiques

Les hormonothérapies de 2^e génération

Prise en charge (médicale) des métastases osseuses

PLAN

Histoire naturelle du cancer de prostate / maladie métastatique

L'hormonothérapie classique du cancer de prostate

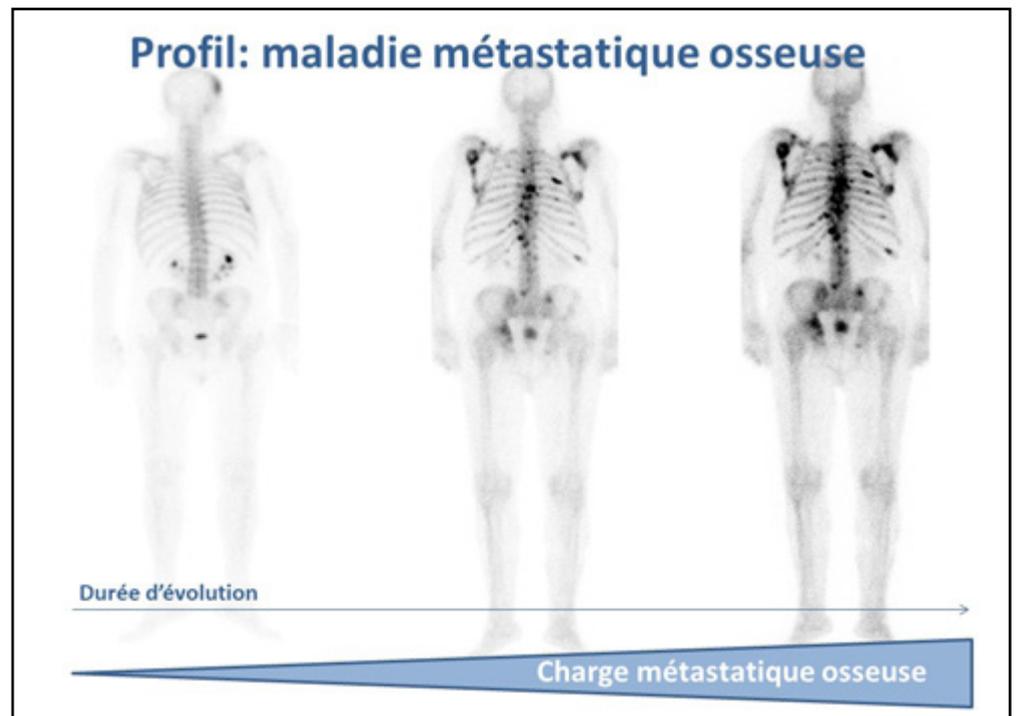
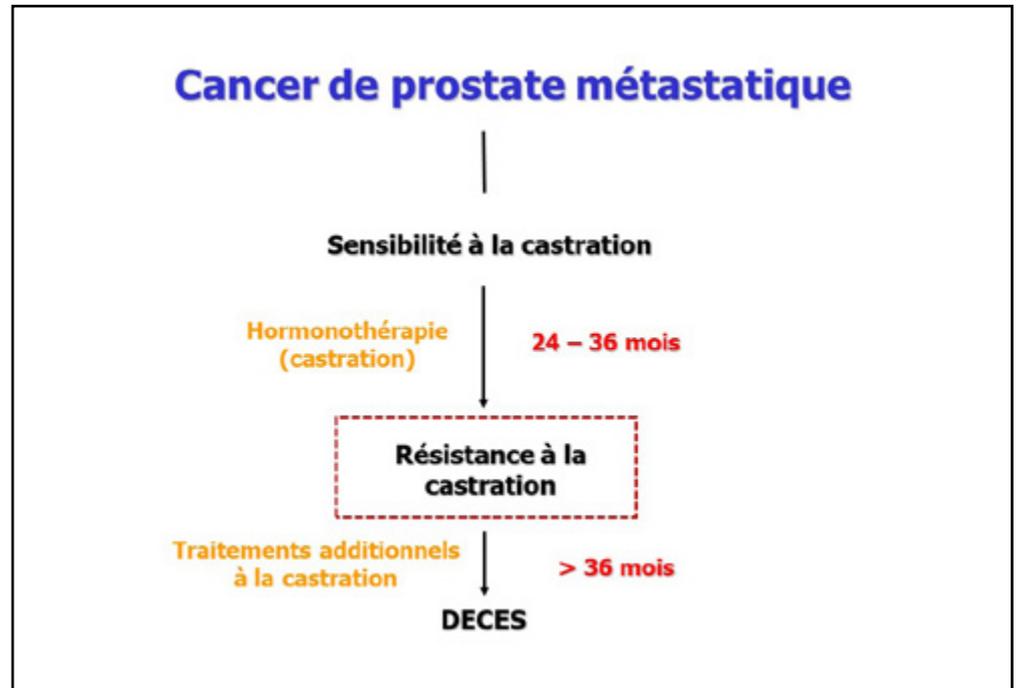
Chimiothérapie des cancers de prostate métastatiques

Les hormonothérapies de 2^e génération

Prise en charge (médicale) des métastases osseuses

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

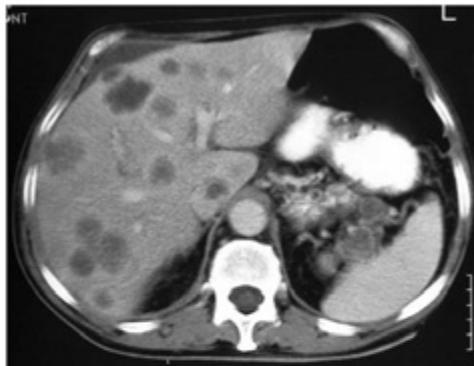
Profil: maladie métastatique osseuse



Métastases osseuses ostéocondensantes



Possibilité de métastases viscérales

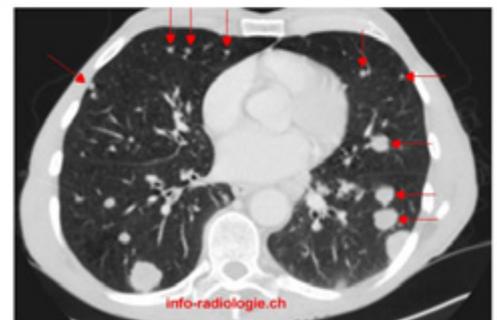


- . Ganglionnaires
- . Hépatiques
- . Pulmonaires

Plutôt à des stades avancés de l'évolution

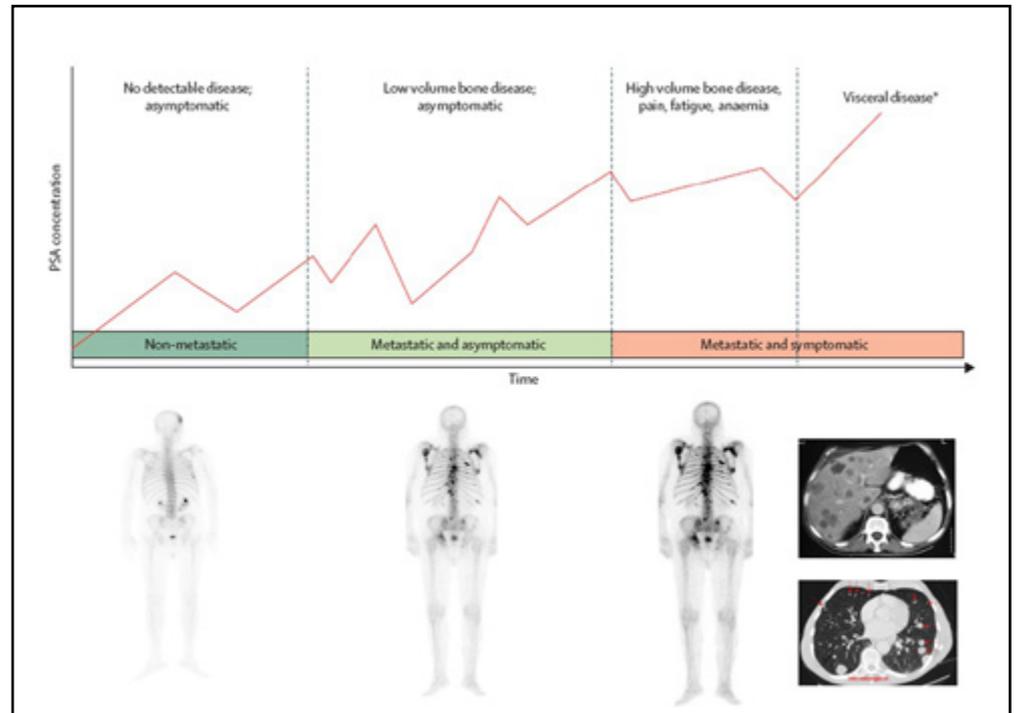
Ou d'emblée rarement (formes agressives)

Mauvais pronostic



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



PLAN

Histoire naturelle du cancer de prostate / maladie métastatique

L'hormonothérapie classique du cancer de prostate

Chimiothérapie des cancers de prostate métastatiques

Les hormonothérapies de 2^e génération

Prise en charge (médicale) des métastases osseuses

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

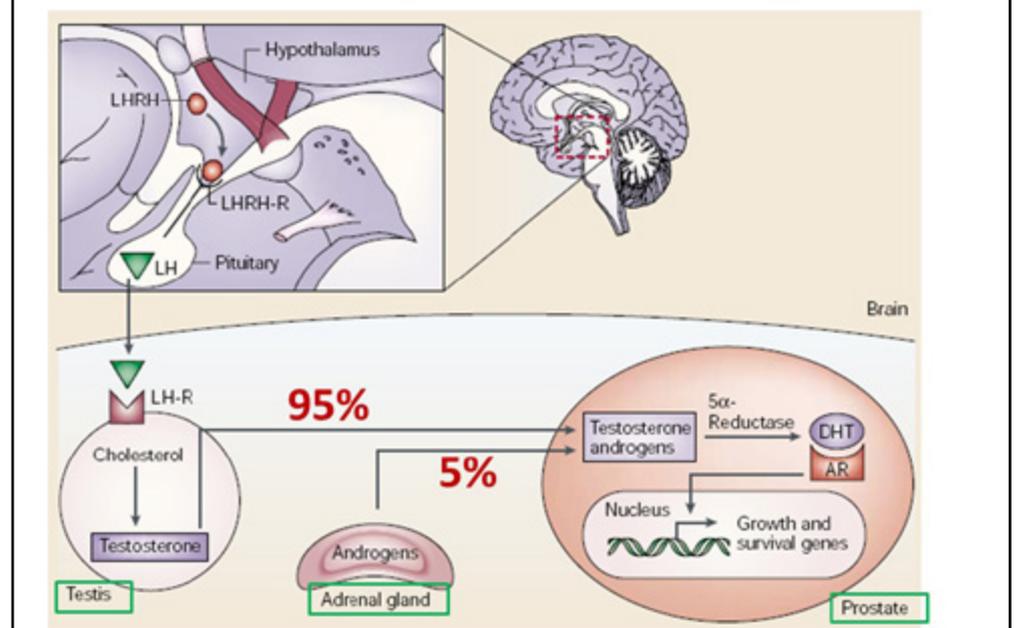
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Cancer de la prostate et androgènes

Développement d'adénocarcinome de prostate nécessite la présence de **testostérone** :

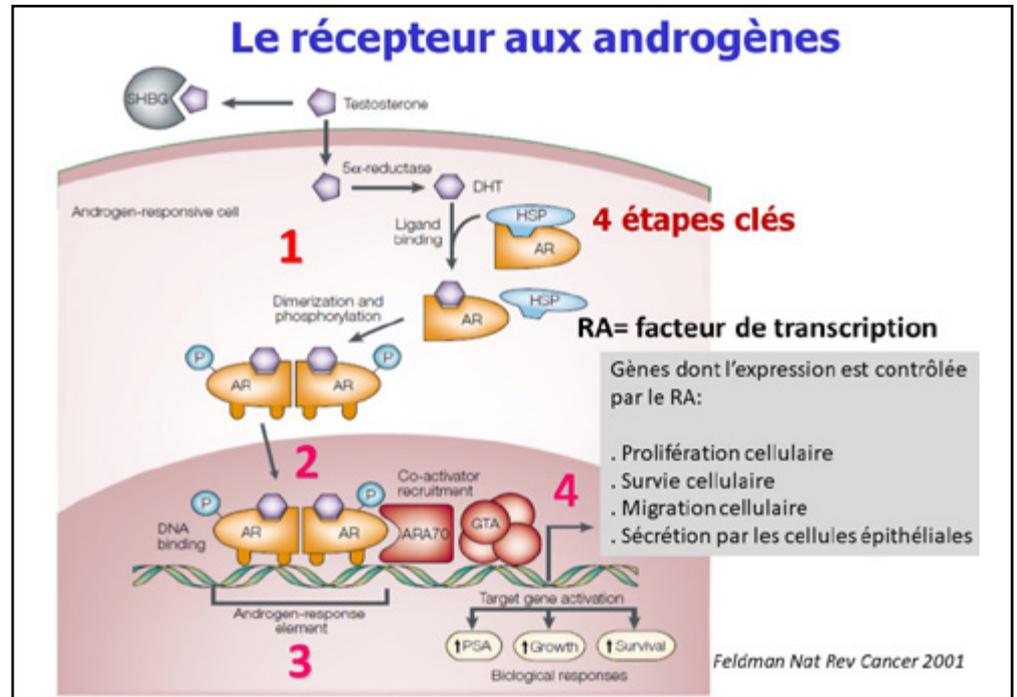
Facteur de croissance

Cancer de la prostate et androgènes



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



Hormonothérapie et cancer de prostate

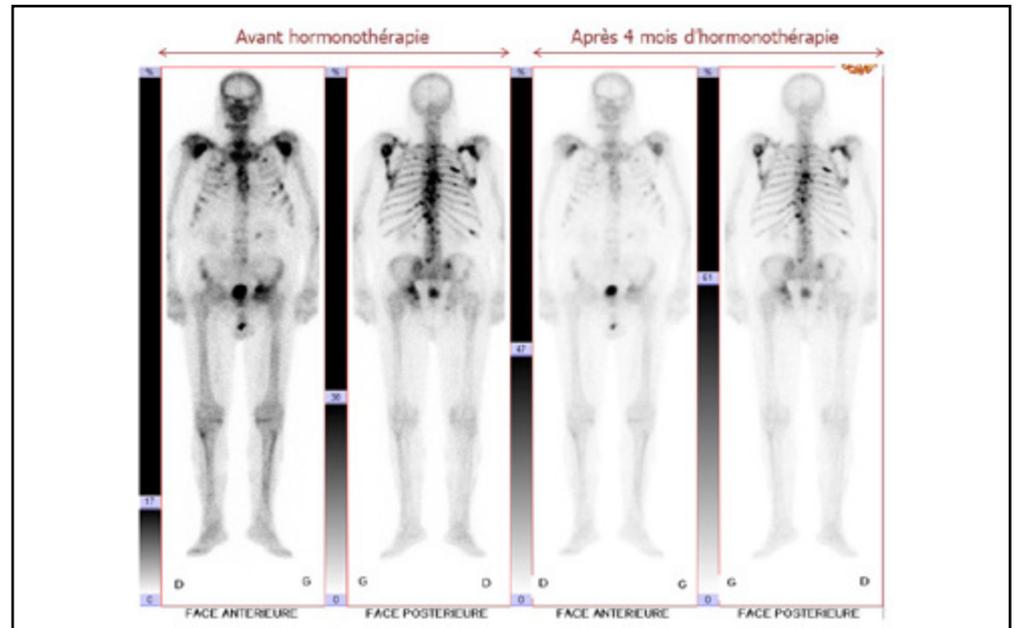


Charles HUGGINS

- . Importance des androgènes
- . **Sensibilité à la castration (1941)**
- . Efficacité spectaculaire dans 80% des cas
- . Toujours un des traitements les plus efficaces en cancérologie en 2018
- . Mais efficacité limitée dans le temps (18-36 mois en moyenne)

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

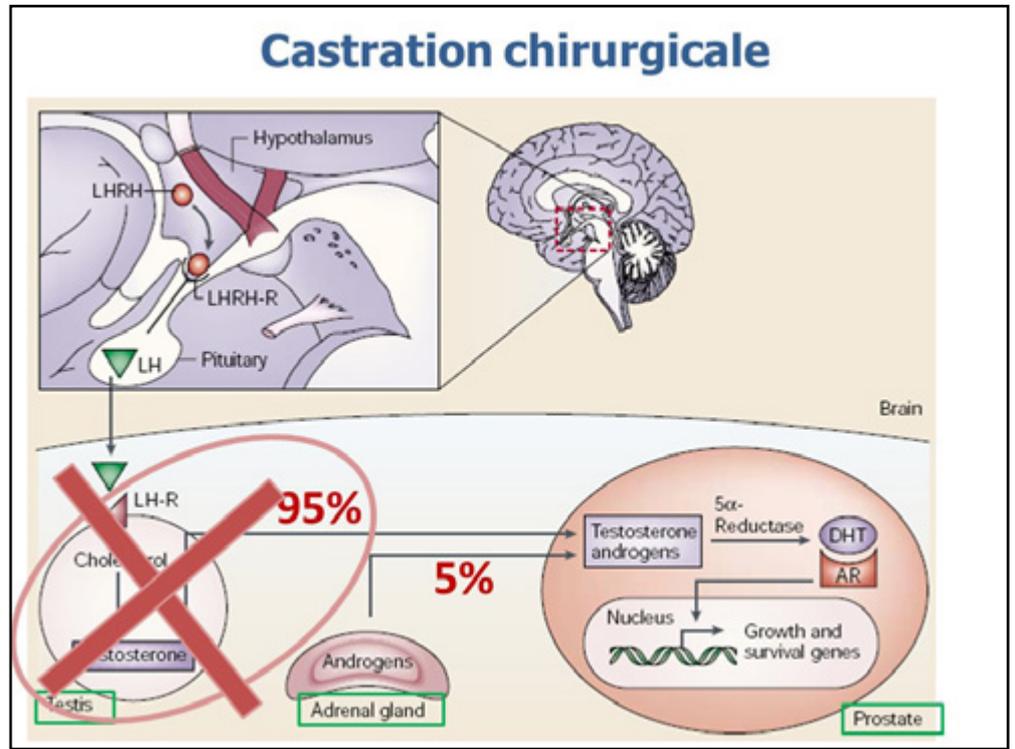


Hormonothérapie du cancer de la prostate

- **Castration chirurgicale** (orchidectomie ou pulpectomie) pour les cancers métastatiques :
 - ✓ effet thérapeutique parfois spectaculaire
 - ✓ disparition des douleurs métastatiques dans les 24 H
 - ✓ chute très rapide du taux de PSA.
 - ✓ Efficacité moyenne = 2 ans environ

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



Hormonothérapie du cancer de la prostate

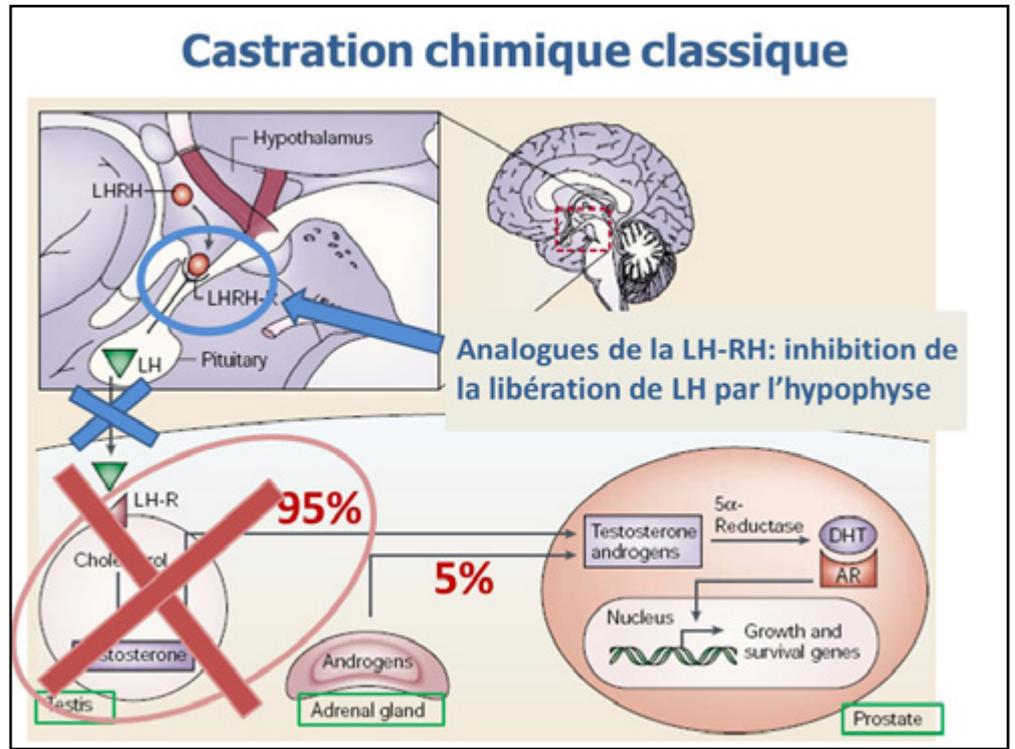
- **Castration chimique: Analogues de la LH-RH (injectables)**
 - ✓ traitement coûteux
 - ✓ mêmes conséquences physiologiques que la chirurgie
 - ✓ Traitement transitoire (retour à la normale à l'arrêt de l'administration du médicament).

1er Temps

2ème Temps

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



Castration chimique classique



Enantone®
Leuproreline
Administration SC
Mensuelle, trimestrielle ou semestrielle



Decapeptyl®
Triptoreline
Administration IM ou SC
Mensuelle, trimestrielle ou semestrielle

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Castration chimique classique



Zoladex®

Gosereline

Administration implant SC
Mensuelle, ou trimestrielle



Eligard®

Leuproreline

Administration SC
Mensuelle, trimestrielle ou semestrielle

Suppression de la testostérone

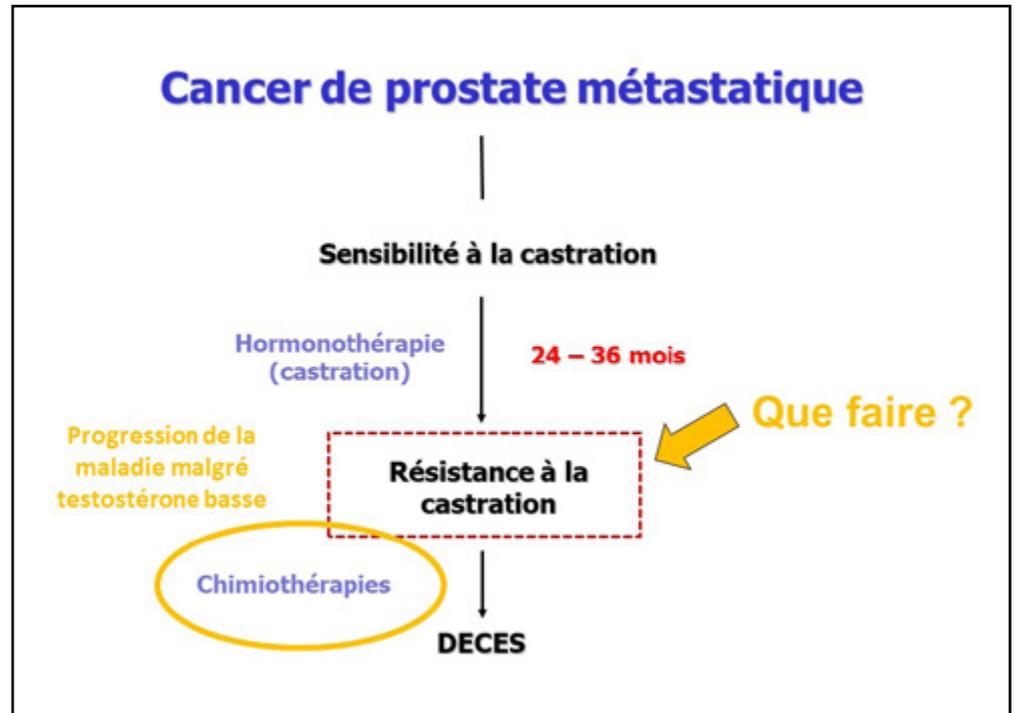


Syndrome de castration

- Diminution de la libido et de l'intérêt sexuel.
- Dysfonction érectile - impuissance
- Fatigue
- Bouffées de chaleur
- Diminution des capacités intellectuelles
- Détresse psychologique, labilité émotionnelle, déprime, dépression
- Diminution de la force musculaire
- Augmentation de la graisse abdominale
- Déclin de la vitalité et de l'activité physique.

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



PLAN

Histoire naturelle du cancer de prostate / maladie métastatique

L'hormonothérapie classique du cancer de prostate

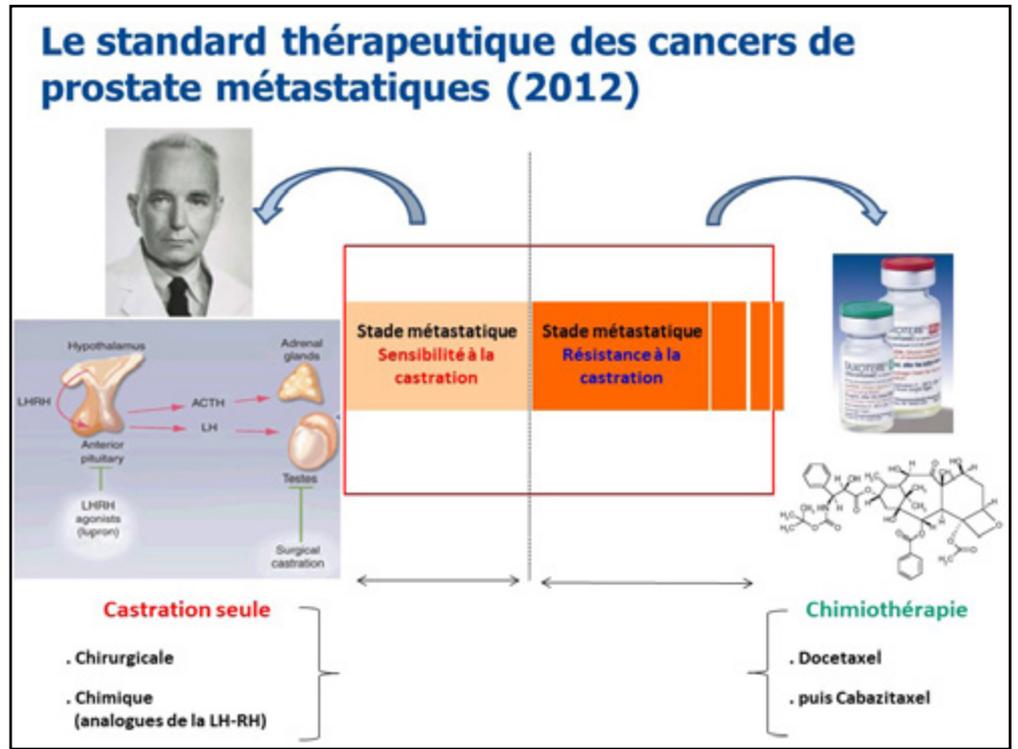
Chimiothérapie des cancers de prostate métastatiques

Les hormonothérapies de 2^e génération

Prise en charge (médicale) des métastases osseuses

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



Chimiothérapie du cancer de prostate

Docetaxel

- 75 mg/m² toutes les 3 semaines
- 50 mg/m² toutes les 2 semaines
- 30 mg/m² toutes les semaines

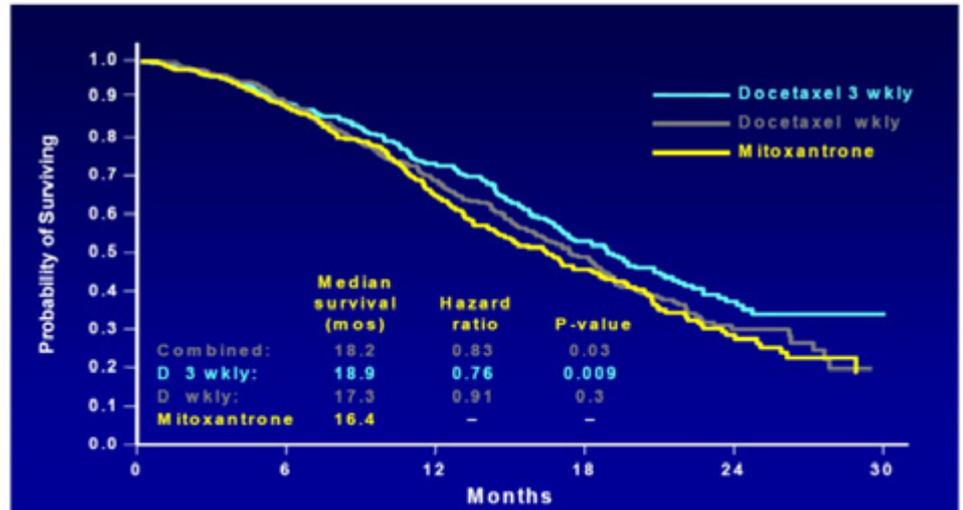
Taxotere®
docetaxel
Concentrate for infusion
20 mg docetaxel in 0.5 ml
1% (100%). Dilution must
be accompanied by
sterile, between 2° and 25°
Protect from bright light

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

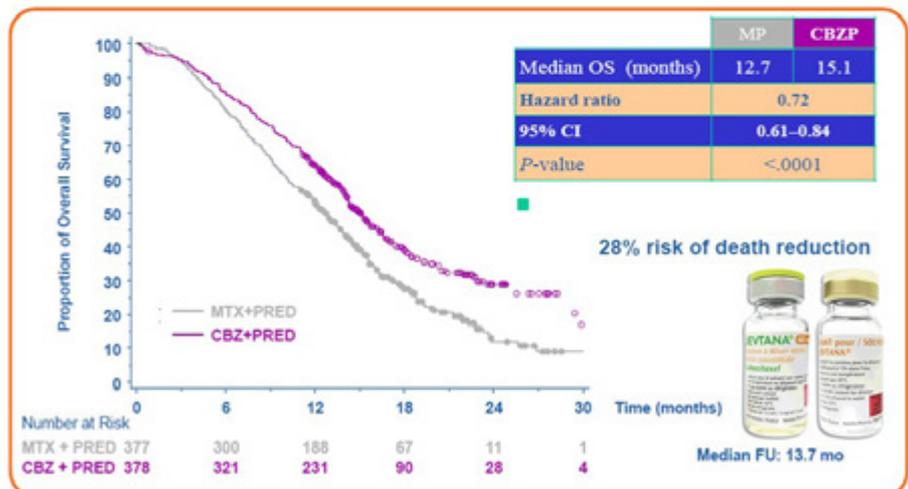
Chimiothérapie du cancer de prostate

Le **docetaxel** améliore la survie globale chez les patients résistants à la castration



Chimiothérapie du cancer de prostate

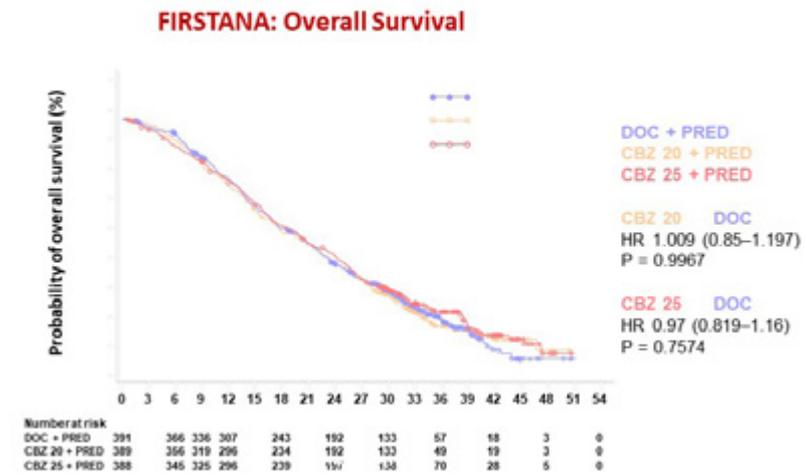
Le **cabazitaxel** améliore la survie globale chez les patients résistants à la castration, et ayant progressés après avoir reçu du docetaxel



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

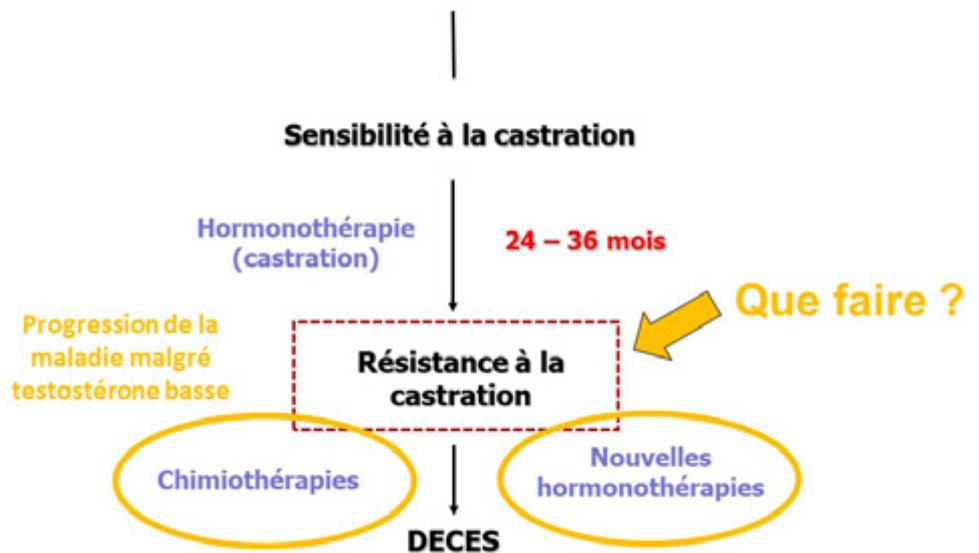
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Docétaxel ou Cabazitaxel en première ligne de chimiothérapie ?



Docetaxel remains the standard for 1L chemotherapy

Cancer de prostate métastatique



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

PLAN

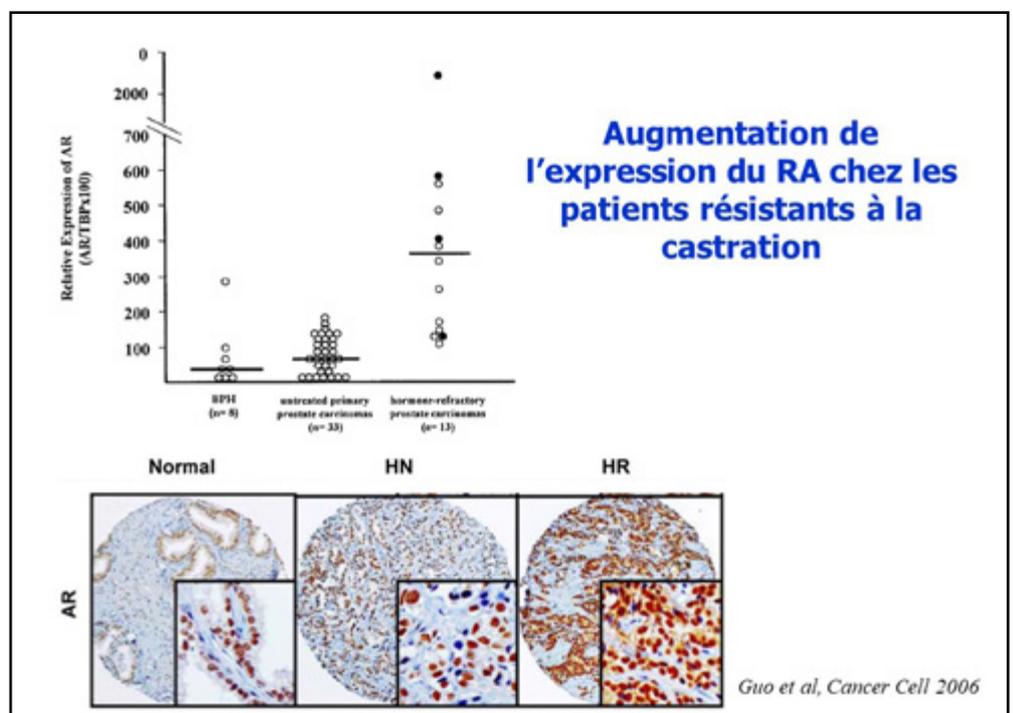
Histoire naturelle du cancer de prostate / maladie métastatique

L'hormonothérapie classique du cancer de prostate

Chimiothérapie des cancers de prostate métastatiques

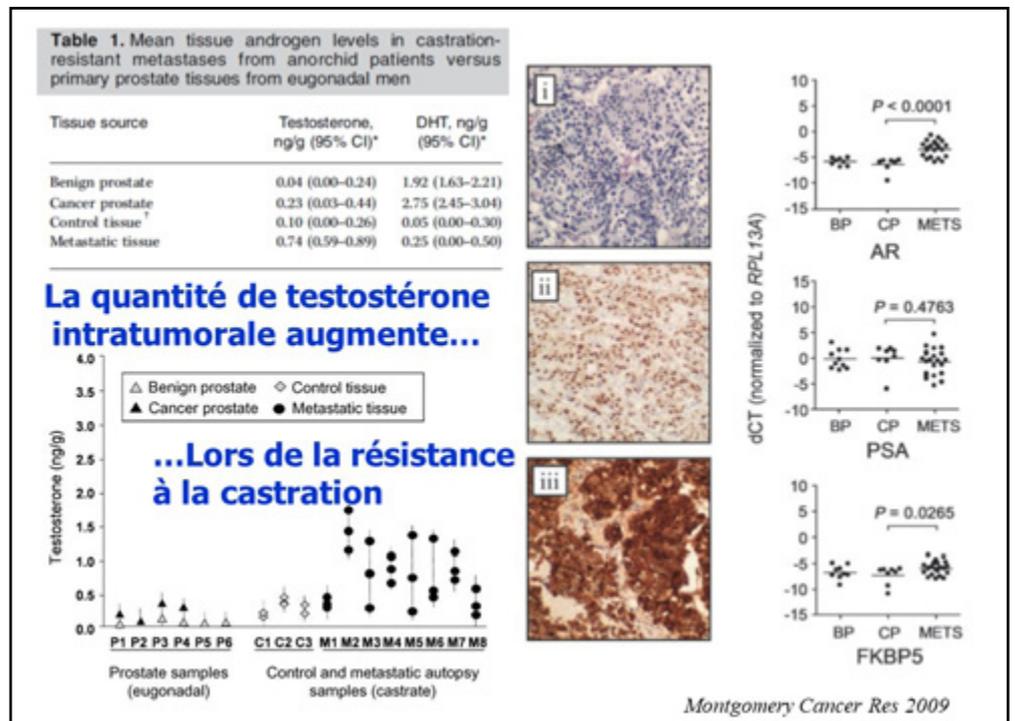
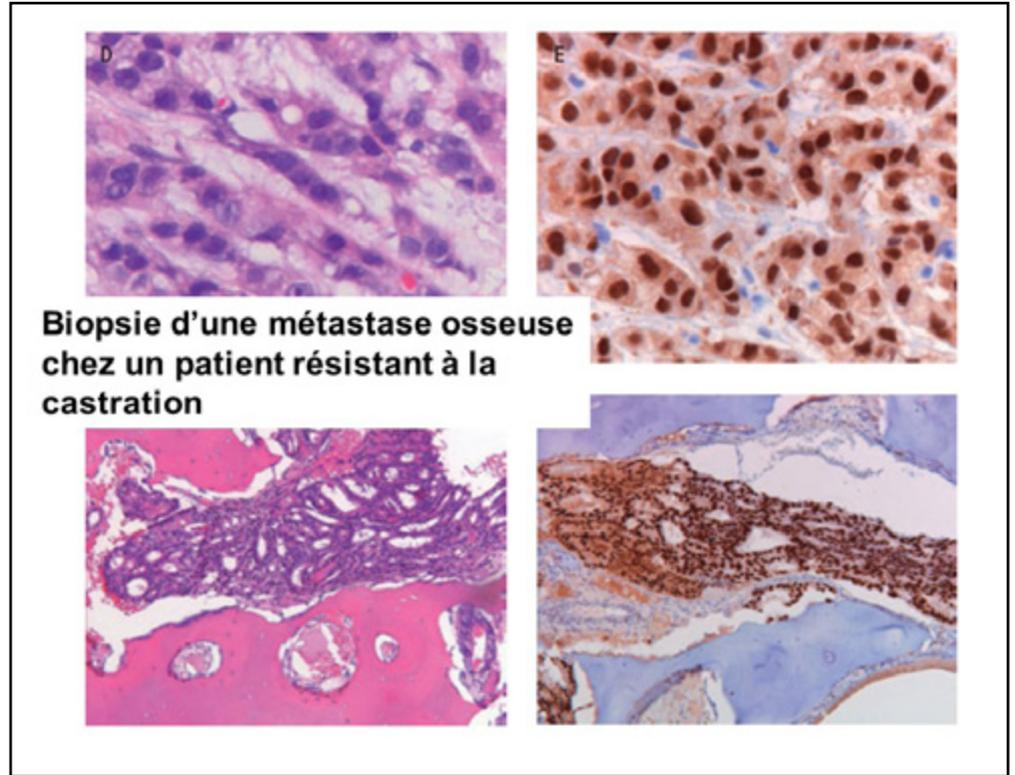
Les hormonothérapies de 2^e génération

Prise en charge (médicale) des métastases osseuses



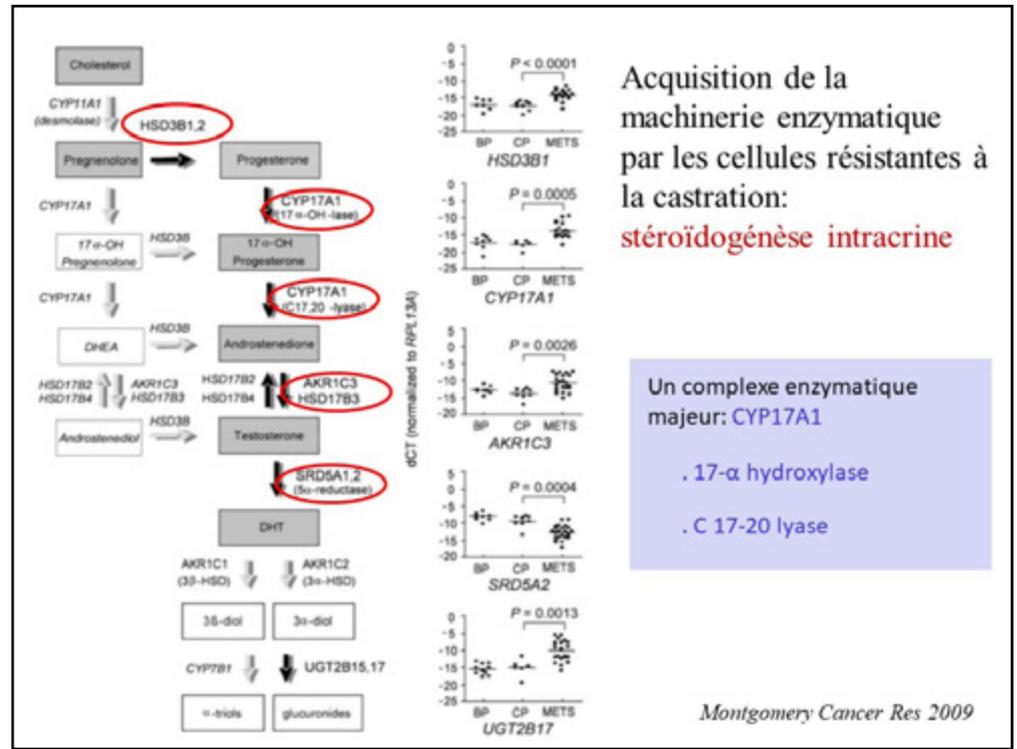
10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



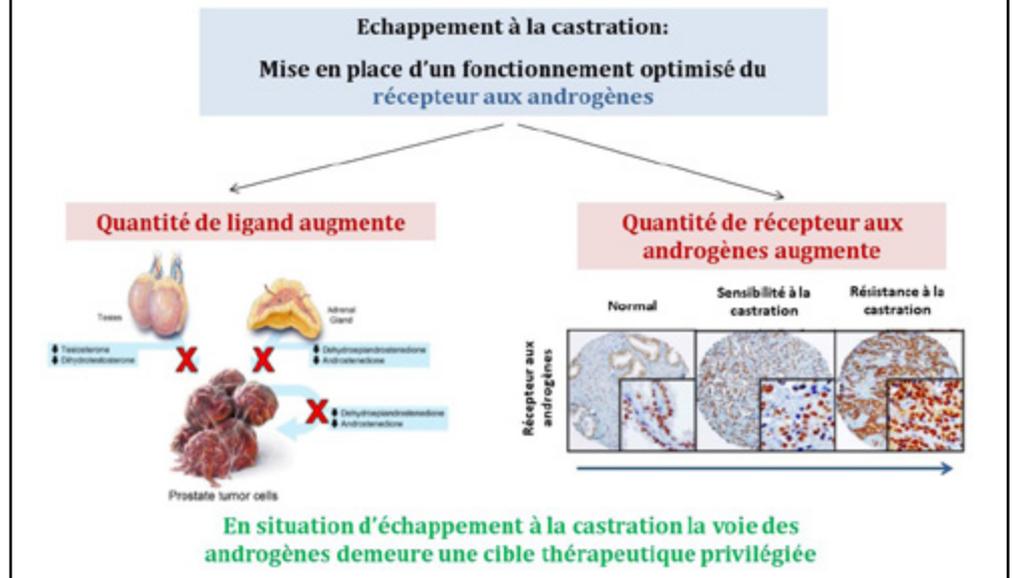
La cellule de cancer de prostate résistante à la castration met en place un fonctionnement optimisé du RA:

- **Quantité de RA augmente**
- **Quantité de testostérone intra-tumorale augmente**

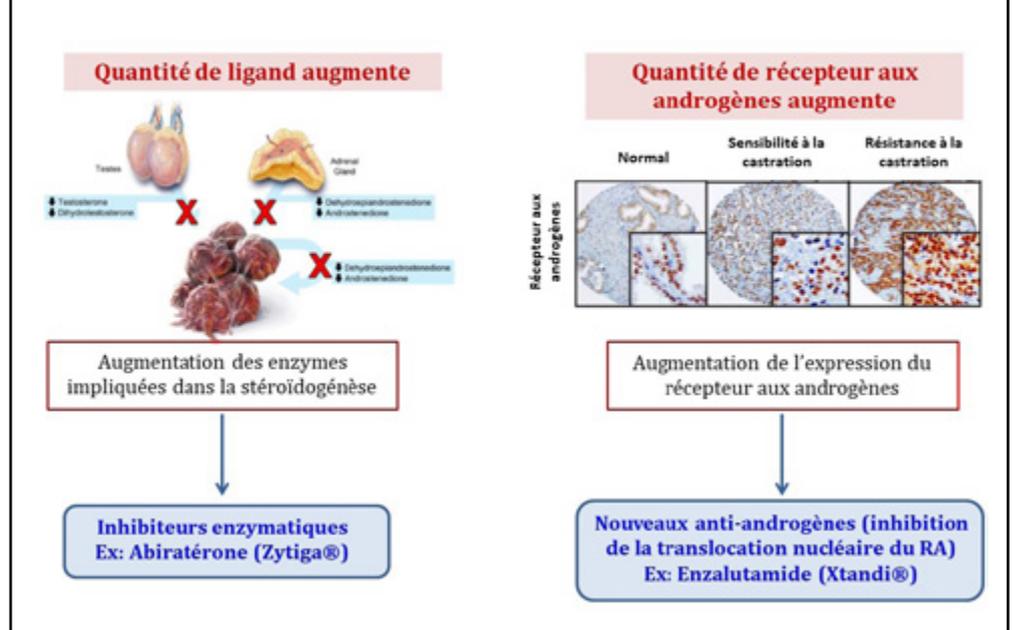
10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

pourquoi parler de « résistance à la castration » et pas d'hormonorésistance ?



Modes d'action des nouvelles hormonothérapies



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Hormonothérapies de 2^e génération

	Abiraterone (Zytiga ®)	Enzalutamide (Xtandi ®)
Posologie	4 cp/jour (1000 mg) 1 prise à distance des repas Prednisolone 5 mg matin et soir Maintient de l'analogue de la LH-RH	4 cp/jour (160 mg) 1 prise (non rythmée par les repas) Maintient de l'analogue de la LH-RH
Indication(s)	1) CPRC après progression malgré chimiothérapie docétaxel 2) CPRC peu ou asymptomatique après échec de la castration	1) CPRC après progression malgré chimiothérapie docétaxel 2) CPRC peu ou asymptomatique après échec de la castration
Tolérance	HTA Hypokaliémie Œdèmes Cytolyse hépatique EI des corticoïdes	Asthénie Douleurs musculaires Céphalées Convulsions (0.8%)
Efficacité	Amélioration de la survie globale Diminution consommation d'opiacés Retarde survenue des événements osseux Amélioration qualité de vie	Amélioration de la survie globale Diminution consommation d'opiacés Retarde survenue des événements osseux Amélioration qualité de vie

Augmentation de la survie globale en post-chimiothérapie

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

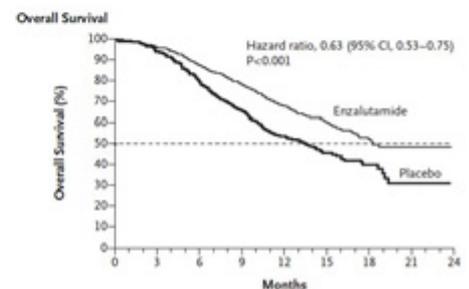
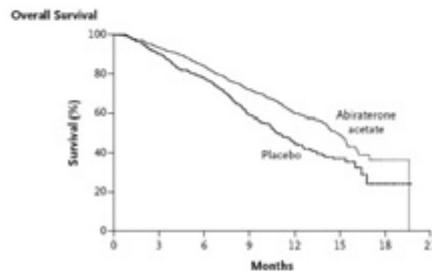
Abiraterone and Increased Survival in Metastatic Prostate Cancer

Johann S. de Bono, M.B., Ch.B., Ph.D., Christopher J. Logothetis, M.D., Arturo Molina, M.D., Karim Fizazi, M.D., Ph.D., Scott North, M.D., Luo Chu, M.D., Kim N. Chi, M.D., Robert J. Gray, M.D., Oscar E. Barlow, Jr., M.D., Ph.D., Fred Saad, M.D., John N. Stafforini, M.D., Paul Mansueti, M.D., M.B., B.S., Stephen Hunsberger, M.D., Thomas W. Flaig, M.D., Thomas E. Hutson, D.O., Pham-D., Tine Cheng, M.D., Helen Patterson, M.D., John D. Hainsworth, M.D., Charles J. Ryan, M.D., Cora N. Sternberg, M.D., Susan L. Elledge, M.D., Audie Fléchon, M.D., Ph.D., Marwan Sabra, M.D., Mark Schley, M.D., Eben Ogburn, M.D., Ph.D., Andrea Zivi, M.D., Diletta Bianchini, M.D., Yohann Loriot, M.D., Nicole Charlin, M.B.A., Thien Khosh, Ph.D., Christopher M. Hagg, M.D., Ph.D., and Howard I. Scher, M.D., for the COU-AA-302 Investigators*

ORIGINAL ARTICLE

Increased Survival with Enzalutamide in Prostate Cancer after Chemotherapy

Howard I. Scher, M.D., Karim Fizazi, M.D., Ph.D., Fred Saad, M.D., Mary-Ellen Taplin, M.D., Cora N. Sternberg, M.D., Kurt Miller, M.D., Ronald de Wit, M.D., Peter Mulders, M.D., Ph.D., Kim N. Chi, M.D., Neal D. Shore, M.D., Andrew J. Armstrong, M.D., Thomas W. Flaig, M.D., Audie Fléchon, M.D., Ph.D., Paul Mainspring, M.D., Mark Fleming, M.D., John D. Hainsworth, M.D., Mohammad Hirmand, M.D., Bryan Selby, M.S., Lynn Seely, M.D., and Johann S. de Bono, M.B., Ch.B., Ph.D., for the AFFIRM Investigators*



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

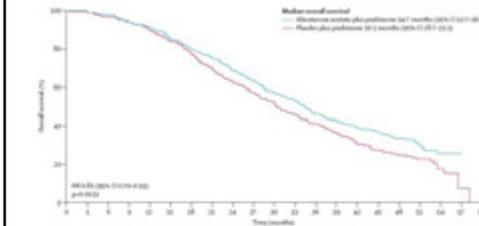
Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Augmentation de la survie globale en pré-chimiothérapie

ORIGINAL ARTICLE

Abiraterone acetate plus prednisonne versus placebo plus prednisonne in chemotherapy-naïve men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study

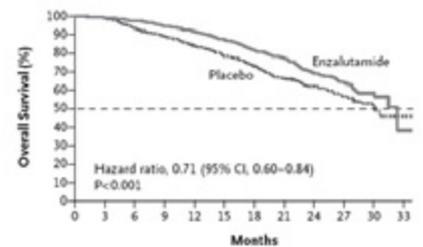
Charles J Ryan, Matthew R Smith, Karen Fox, Fred Saad, Peter F A Mulder, Core N Sternberg, Kurt Miller, Christopher J Logothetis, Neal D Shore, Eric J Small, Jason Carles, Thomas W Flaig, Wang-Dean Taplin, Celestina S Higgins, Paul de Souza, Johnson S de Boro, Thomas W Griffin, Peter De Petris, Mogens K Yu, Yoon C Park, John W Li, Tizian Kheoh, Valod Neeve, Arturo Molina, Dore E Rathkopf, for the COU-AA-302 Investigators*



Number at risk	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
Abiraterone acetate plus prednisone	1017	926	836	746	656	566	476	386	296	206	116	26	16
Placebo plus prednisone	1017	926	836	746	656	566	476	386	296	206	116	26	16

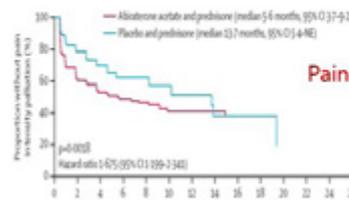
Enzalutamide in Metastatic Prostate Cancer before Chemotherapy

T.M. Beer, A.J. Armstrong, D.E. Rathkopf, Y. Loriot, C.N. Sternberg, C.S. Higano, P. Iversen, S. Bhattacharya, J. Carles, S. Chowdhury, I.D. Davis, J.S. de Boro, C.P. Evans, K. Fizazi, A.M. Joshua, C.-S. Kim, G. Kimura, P. Mainwaring, H. Mansbach, K. Miller, S.B. Noonberg, F. Perabo, D. Phung, F. Saad, H.J. Scher, M.-E. Taplin, P.M. Venner, and B. Tombal, for the PREVAL Investigators*

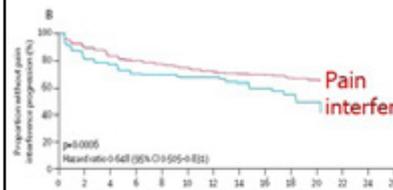


No. at Risk	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33
Enzalutamide	872	863	850	824	797	745	566	395	244	128	33	2
Placebo	845	835	781	744	701	644	484	328	213	102	27	2

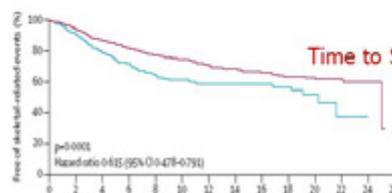
Abiraterone: « Hat Trick » of clinical benefits



Pain intensity palliation



Pain interference



Time to SRE



Lancet Oncol 2012; 13: 1210-17

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Y-a-t-il un bénéfice à introduire plus précocement un traitement efficace en phase avancée ?

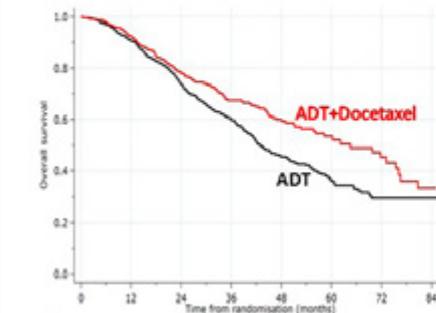
Chimiothérapie ?

Hormonothérapies de nouvelle génération ?

Castration + Docetaxel d'emblée

Patients métastatiques d'emblée +++

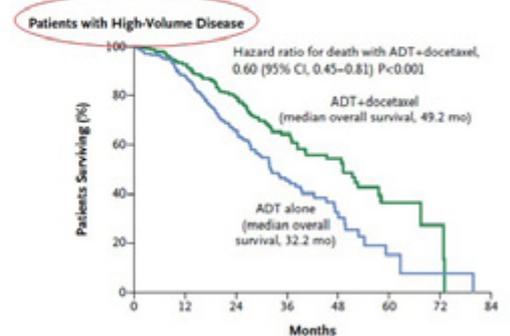
STAMPEDE



Group	0	12	24	36	48	60	72	84
ADT+Doc	302	275	248	217	189	154	124	91
ADT	302	271	238	198	142	110	75	41

James, *Lancet* 2016

CHARTEED

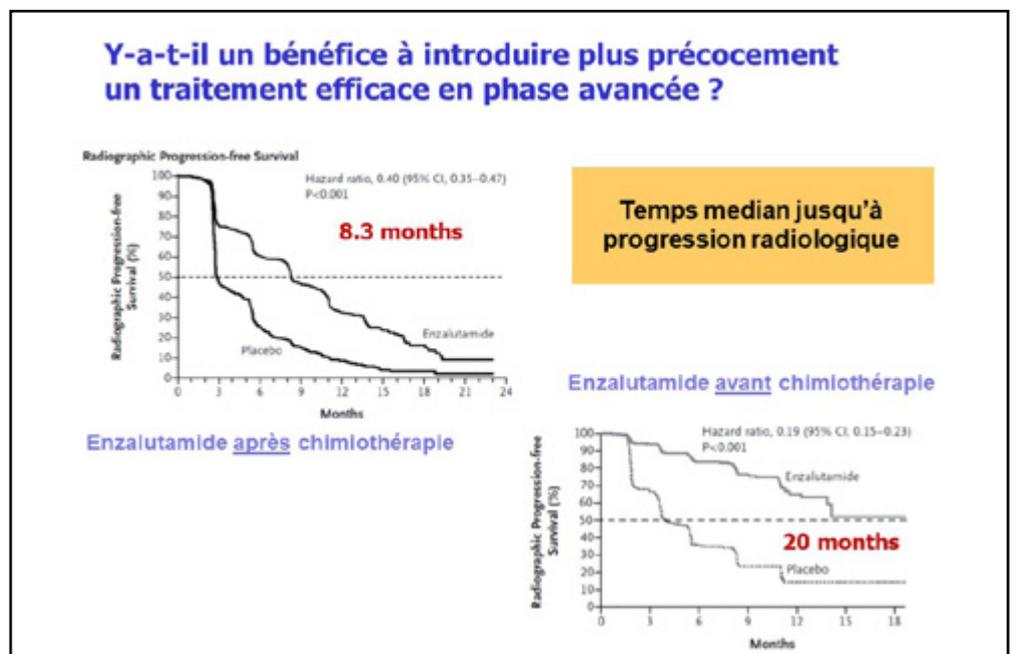
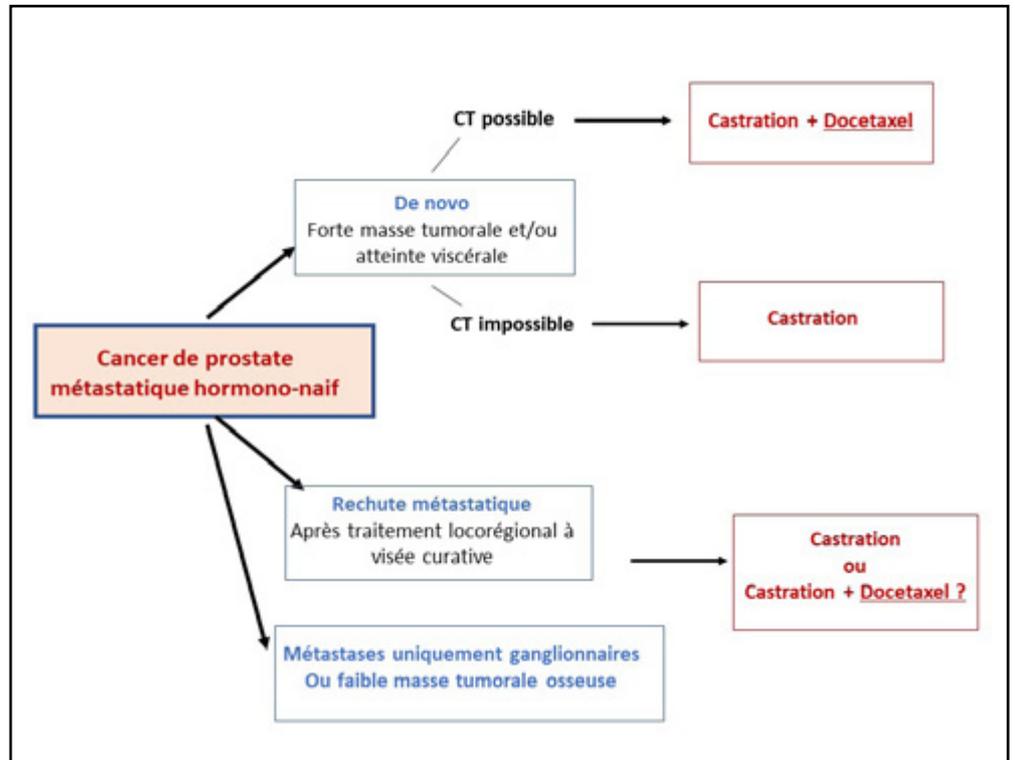


No. at Risk	0	12	24	36	48	60	72	84
ADT+docetaxel	263	213	123	56	31	5	2	0
ADT alone	250	193	92	40	14	3	1	0

Sweeney, *N Engl J Med* 2015

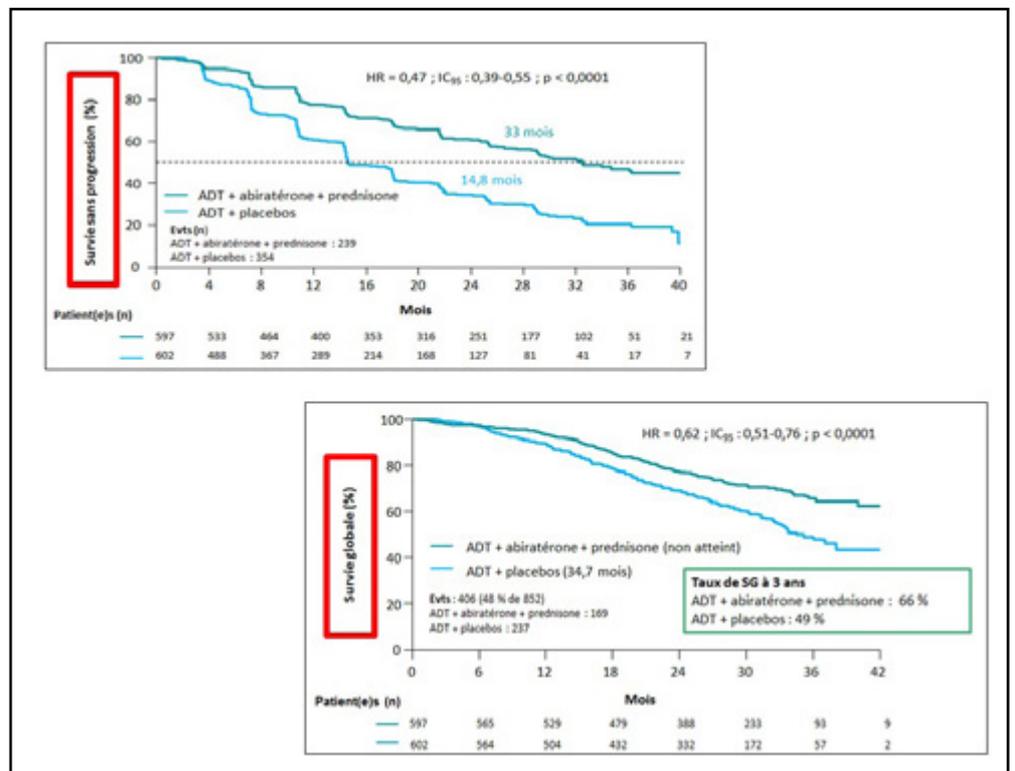
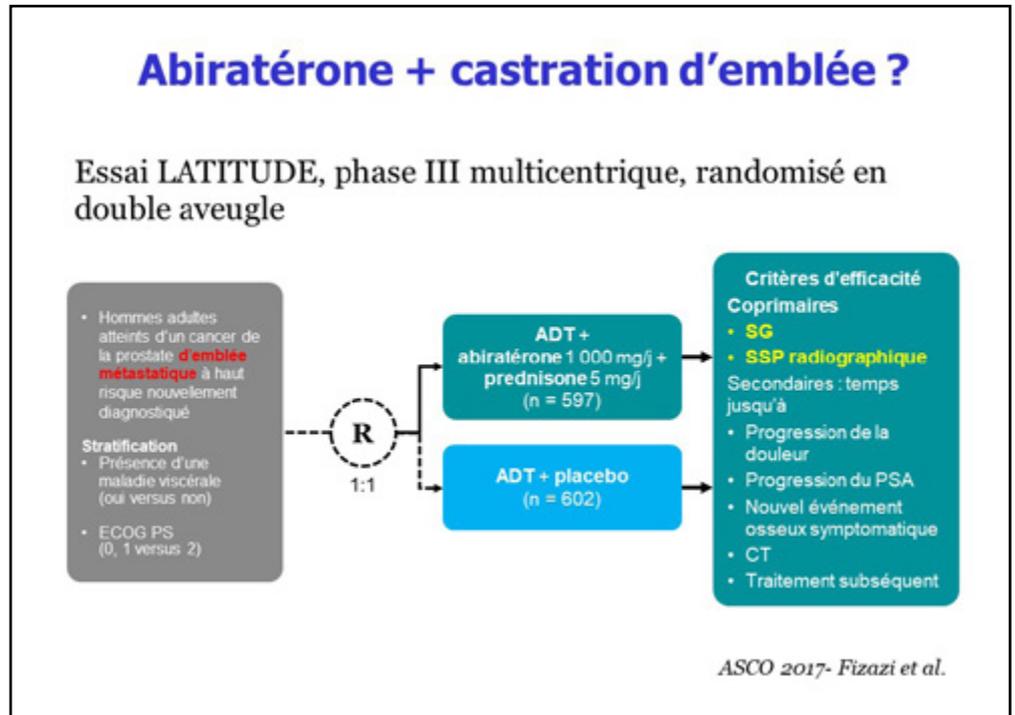
10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



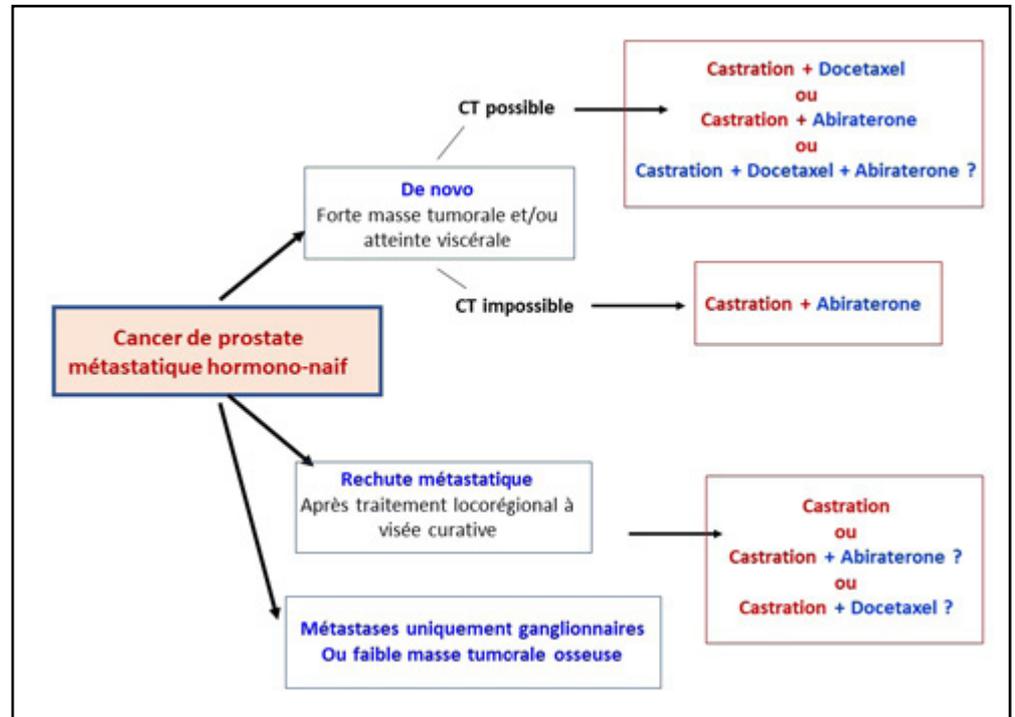
10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



PLAN

Histoire naturelle du cancer de prostate / maladie métastatique

L'hormonothérapie classique du cancer de prostate

La chimiothérapie

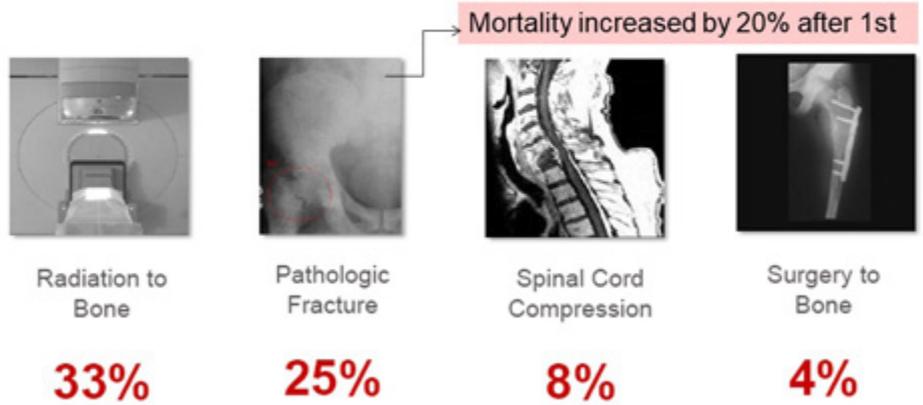
Les nouvelles hormonothérapies

La prise en charge spécifique des métastases osseuses

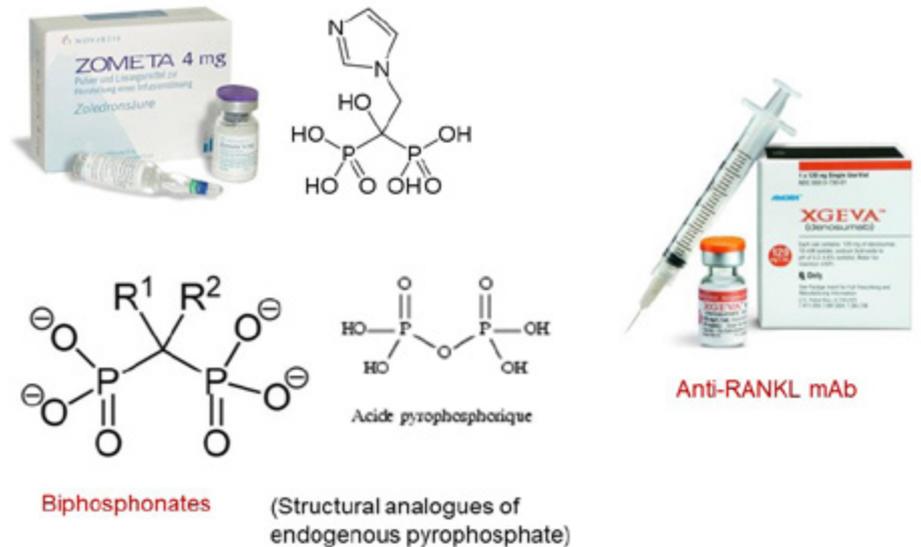
10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Skeletal Related Events (SRE) in men with CRPC and bone mets

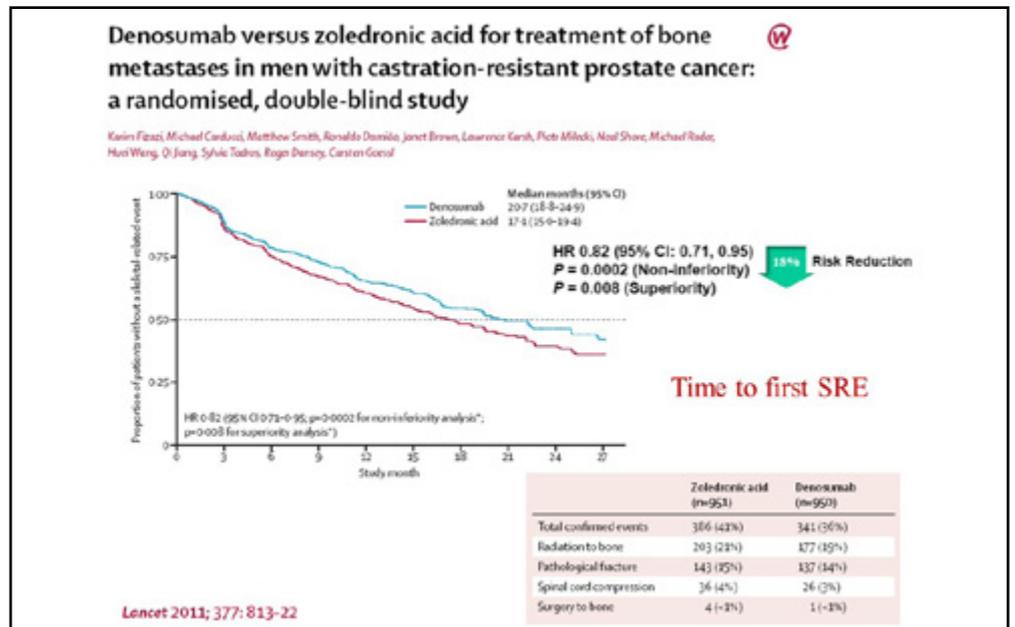
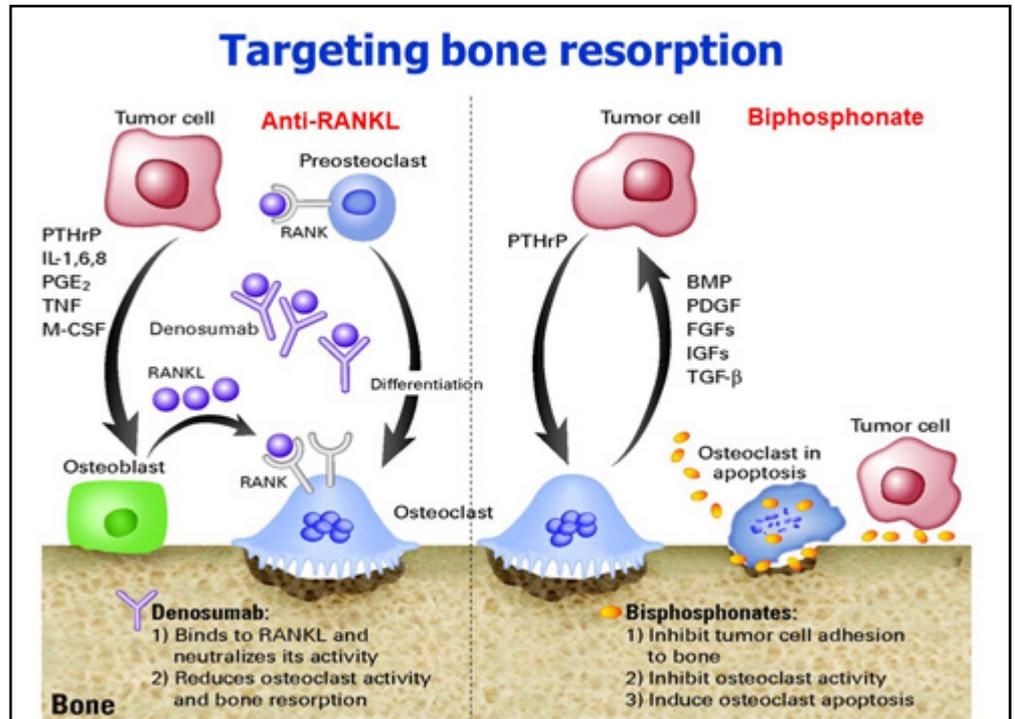


Targeting bone resorption



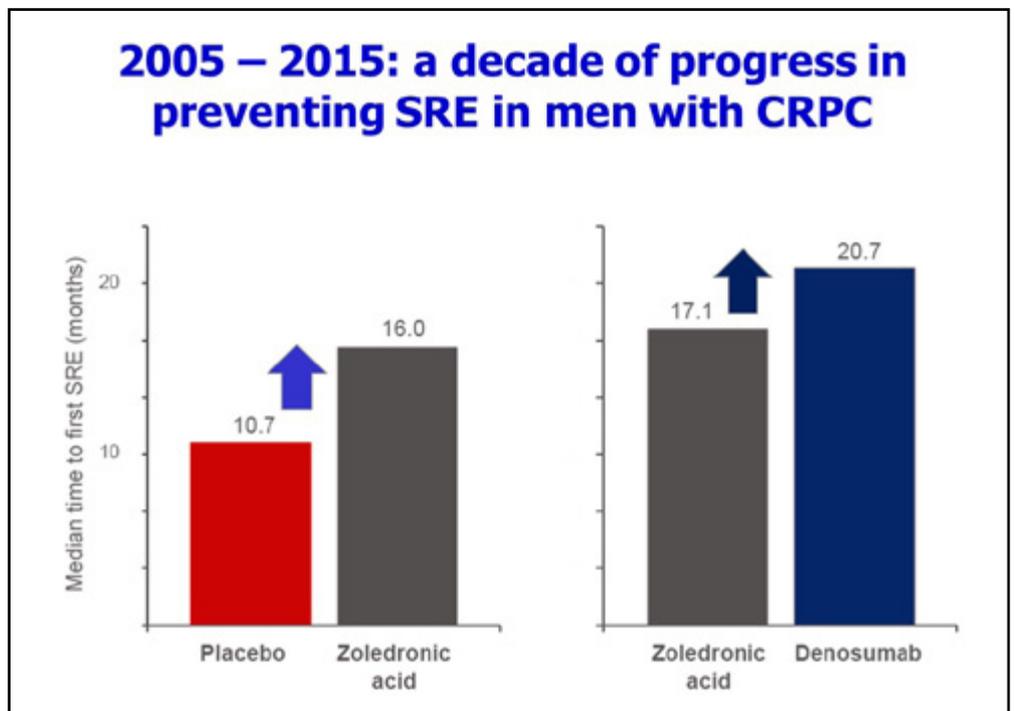
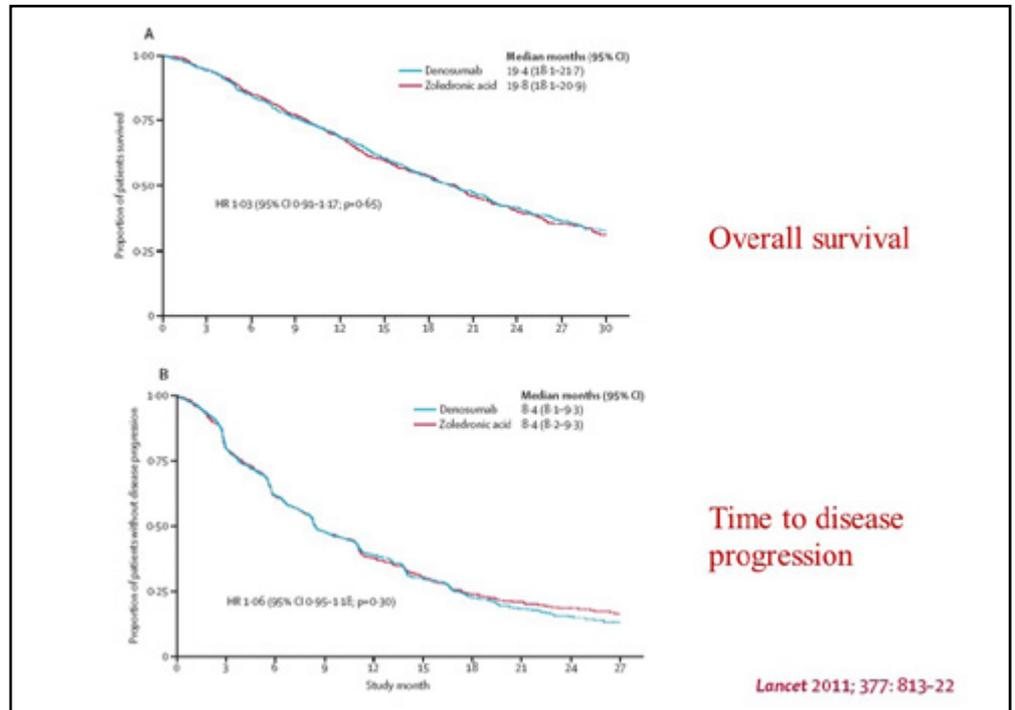
10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

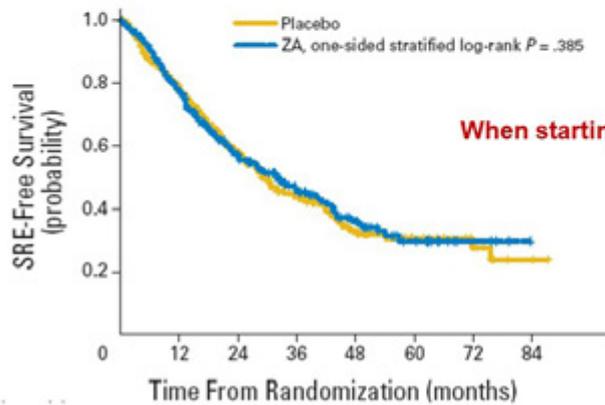
Randomized Controlled Trial of Early Zoledronic Acid in Men With Castration-Sensitive Prostate Cancer and Bone Metastases: Results of CALGB 90202 (Alliance)

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

Matthew R. Smith, Susan Halabi, Charles J. Ryan, Arif Hussain, Nicholas Vogelzang, Walter Stadler, Ralph J. Haskke, J. Paul Menk, Philip Saylor, Nirmala Bhosपालam, Fred Saad, Ben Sanford, W. Kevin Kelly, Michael Morris, and Eric J. Small

N= 645 pts castration-sensitive prostate cancer

Zoledronic acid vs placebo



VOLUME 32 · NUMBER 11 · APRIL 10 2014

Radium-223

Le radium-223 est un calcium-mimétique ciblant naturellement le renouvellement osseux au niveau des métastases

Les particules α induisent des lésions double-brin de l'ADN des cellules tumorales adjacentes (Perez et al., 2007)

Faible pénétration des rayonnements α (2-10 cellules) = effet anti-tumoral hautement localisé et diminution des dommages des tissus adjacents

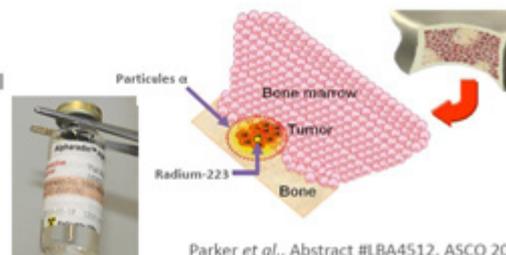
Periodic Table of the Elements

Ca

Sr

Ba

Ra

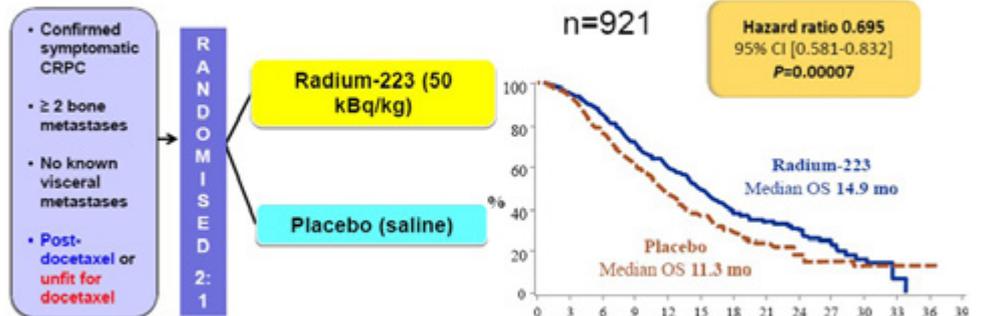


Parker et al., Abstract #LBA4512, ASCO 2012, Chicago

10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

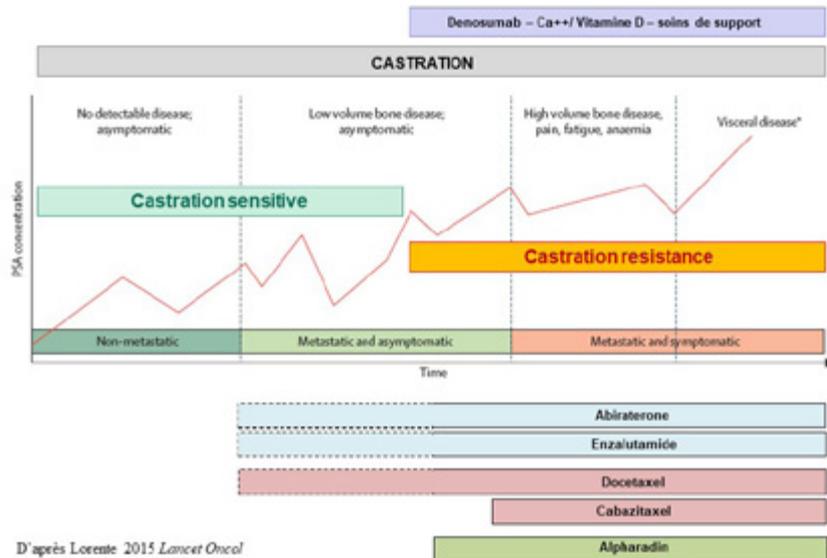
Radium-223 (Alpharadin) phase III in mCPRC



1 injection toutes les 4 semaines

6 injections au total

Les traitements du cancer de prostate métastatique



10H00 - 10H30 : COMMENT TRAITER EN 2018 LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Cancer de prostate métastatique: Stratégies thérapeutiques en 2018

Professeur Sylvain LADOIRE

Département d'Oncologie Médicale
Centre Georges François Leclerc

DIJON



10H30 - 10H35 : LISTE DES LAUREATS APPELS A COM'/POSTER

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Titre	Auteur	Organisation	Ville/Pays
Enquête pour le DU d'Oncogériatrie : nutrition et activité physique : enjeux majeurs dans l'accompagnement de la personne âgée atteinte de cancer.	Isabelle ONNO (IDE coordination), Delphine DENIEL-LAGADEC (chef de projet), Dr Agnès LAURENT-GODMER (gériatre), Dr Sandrine ESTIVIN (gériatre), Dr Romain CORRE (oncologue), Isabelle LOISEL (cadre de santé)	UCOG Bretagne et CH Bretagne Atlantique	Vannes- Brest
Identification des besoins éducatifs chez les patients porteurs d'une pompe intrathécale	Emilie BATARDIERE (IDE)	Hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire et douleur - Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul PAPIN	Angers
Infirmière d'évaluation en pneumologie : Structuration du parcours selon les besoins du patient.	Olympe VELOZO (IDE coordination)	Plateau de consultation - Gustave Roussy	Villejuif
Mise en place d'un espace sensoriel à l'Institut de Cancérologie Jean Godinot	Marie BEDNAREK (IDE), Cécile DOS SANTOS (IDE), Mélanie LEONARD, Brigitte COSTA (Oncologue)	DISPO - Institut Jean Godinot	Reims
Un IDE, un patient, un appel téléphonique : Comment diminuer les délais d'attente lors de l'administration de la chimiothérapie en ambulatoire tout en garantissant la sécurité et la satisfaction du patient ?	Germain ROUGIER (IDE expert), Farida BATROSSE-BRAHAM (CDS), Anne-Isabelle JEAN (IDE), Valérie DECESARE (IDE), Jean-François MOULIN (médecin référent), Gwenaëlle GRAVIS (médecin référent)	Hôpital de jour - Institut Paoli Calmettes	Marseille
Comment améliorer la prise en charge des patients en chirurgie oncologique avec l'implémentation d'un programme de réhabilitation ?	Sandrine BOURGEOIS (IDE coordination), Alexandra ROUCOUX (IDE coordination)	Service de Chirurgie Viscérale, Digestive et Cancérologique	Besançon
Étude de faisabilité de la consultation de l'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) dans la pré-validation de chimiothérapies : un exemple dans le cancer du sein	Laetitia CADORET (IDE - IPA)	Consultation d'annonce - Centre Georges François Leclerc	Dijon
Programme d'Activité Physique Adaptée (APA) comme soin de support pour les patients traités et/ou suivies pour un cancer à l'HNO Villefranche et au GCS de radiothérapie	Claude COLLOMB (CDS), Laurie PHILIPPON (enseignant APA)	Hôpital Nord Ouest Villefranche	Villefranche
Sécurisation et optimisation de la prise en charge des patients sous thérapies orales : exemple d'un CLCC	Christine DORLEAN (DSI), Valérie PERRON (CDS), les IDE de T O, Dr A. Lagrange (oncologue), Dr A. Schmitt (pharmacien)	Centre Georges François Leclerc	Dijon
La e-santé au service des patients sous anticancéreux oraux	Sandra ECLANCHER (IDE coordination), Marie-Pascale CHAGUE (directrice innovation groupe Vivalto Santé), Dr Ludmilla RIBIERE (oncologue)	Chimio ambulatoire - CHP Europe Vivalto santé	Le Port Marly
Partage d'expérience sur la mise en place du projet patient debout, en service de chirurgie. Une présentation chronologique des différentes étapes et l'impact sur les soignants et les patients.	Audrey ALLEMAND (IDE), Claudia CHALUS (IDE, Virginie HEULOT (IDE), Gabrielle LAGOU (IDE, Carole MANUEL (IDE), Laetitia GONAN-CORNETTE (IDE coordination)	Chirurgie générale - Gustave Roussy	Villejuif
Projet eEdom Santé : rôle de l'infirmière dans le suivi par télémedecine	Valentyne ALLAM (IDE)	DISSPO-CARE - Institut Bergonié	Bordeaux

10H30 - 10H35 : APPELS A COM' / POSTER

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL

Blandine Meyrieux-Lefevre,
présidente du jury

Prix du Poster Infirmier 2018



Un grand merci aux équipes qui ont
participé à ce prix, au jury qui a
donné de son temps, et à nos
soutiens.

RV juste après pour la remise des
prix sur scène!

10H30 - 10H35 : APPELS A COM' / POSTER

Modérateurs Marie BOMBAIL & Véronique TUAL



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmiers de Cancérologie



21^{èmes} rencontres
infirmières
en oncologie

« Soins Infirmiers en Cancérologie »

décerné à 10h30

Présentation de projets sur la qualité de la prise
en charge soignante auprès des patients atteints
de cancer sous forme de poster.



En la présence de nos soutiens que nous remercions

DHF

**Infirmier
CANCER**
JJ John Libbey
EUROTEXT

LES LIVRES
DE LA RÉUSSITE
PARAMÉDICALE
LAMARRE

L'INFIRMIÈRE
«MAGAZINE»
Initiatives
SANTÉ

Jury

Le jury est constitué de membres du Conseil d'Administration de l'AFIC, d'adhérents et du premier prix de l'année précédente.

Il a choisi les intervenants sur scène pour l'Appel à Communication des 21° RIO.

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

- Marie Bombail
- Claude Collomb
- Marie-Laure De Botton
- Monique Debard
- Frédéric Despiau
- Pascale Dielenseger
- Elianne Dubois
- Laetitia Gonan-Cornette
- Sylvie Lozano
- Blandine Meyrieux-Lefevre
- Amel M'Sadek
- Anne-Marie Ollitrault
- Hélène Pecoil
- Nicole Rama
- Angélique Roveri
- Véronique Tual

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

Sécurisation et optimisation de la prise en charge des patients sous thérapies orales : exemple d'un CLCC

Centre Georges François Leclerc, Dijon (21)
Poster 10

Centre Georges-François Leclerc
MISE EN TRAITEMENT ET SUIVI DES PATIENTS
SOUS THÉRAPIES ORALES (TTO) ANTI-CANCÉREUSES

CCFL Dijon - Centre Georges-François Leclerc (21000) - 21000
C. DAP - 10000, Y. Perrot (Directeur de Centre) - 21000, S. L. -
N. B. (Pharmacien) - 21000 (Pharmacien)

Il présente l'expérience de patient dans ce pilotage, et le confortement de la
surveillance et du suivi des patients sous TTO anti-cancéreux. Les plus
sérieux, les professionnels de santé et l'ensemble des patients, avec
l'accompagnement de l'équipe soignante.

Intervenants et du suivi thérapeutique infirmier

Extension du projet

Résultats pour les patients et les soignants

Objectifs du projet

- Temps de prise en charge des patients
- Qualité de la prise en charge des patients
- Impact sur la satisfaction des patients
- Impact sur la satisfaction des soignants

Impact sur les patients et les soignants

- Temps de prise en charge des patients
- Qualité de la prise en charge des patients
- Impact sur la satisfaction des patients
- Impact sur la satisfaction des soignants

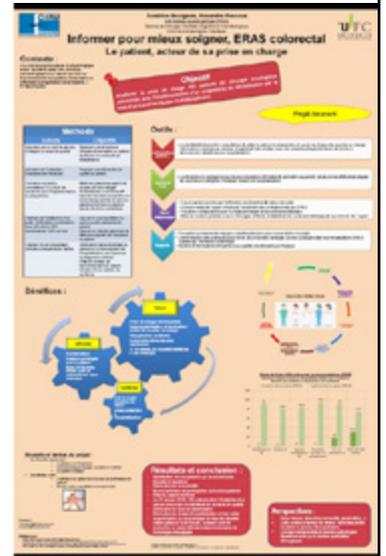
16/09/2018

2° prix

Comment améliorer la prise en charge des patients en chirurgie oncologique avec l'implémentation d'un programme de réhabilitation ?

Service de Chirurgie Viscérale, Digestive et Cancérologique, CHRU Besançon (25)

Poster 7



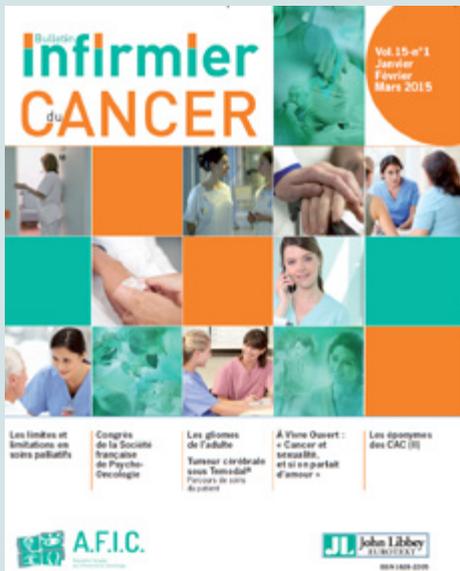
3° prix

Identification des besoins éducatifs chez les patients porteurs d'une pompe intrathécale

Hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire et douleur - Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul PAPIN, Angers (44)

Poster 2





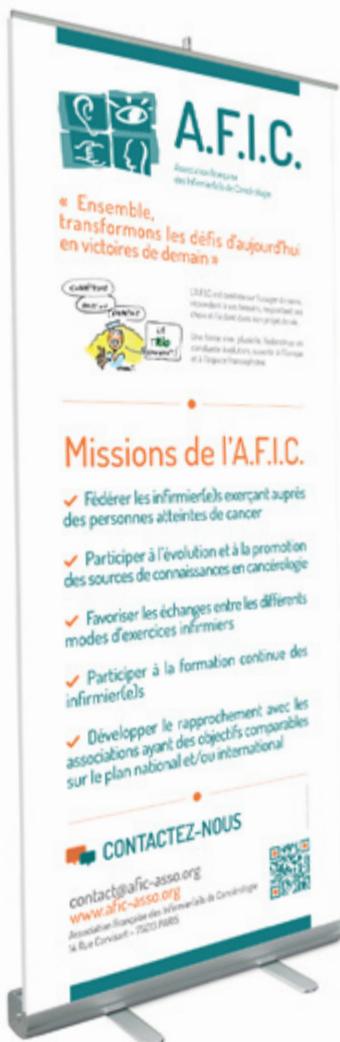
NOTRE COMITÉ DE RÉDACTION VOUS OUVRE LES PAGES DU B.I.C. BULLETIN INFIRMIER DU CANCER

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
Marie-Laure de Botton et Monique Debard, co-redactrices en chef du B.I.C.
contact@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 qualifiés
- 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



11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Dépistage des difficultés psycho-sociales:
l'apport d'un guide d'entretien semi-directif dans
l'orientation vers des consultations psychologiques

Emmanuelle Sanchez, IDETAS
Nena Stadelmaier, psychologue,
Dép DISSPO-CARE, Institut Bergonié



Le Temps Accompagnement Soignant (TAS) dans le Dispositif d'Annonce

- Entretien en autonomie et les « mains vides »
- Rencontre ponctuelle avec un patient dans une situation de crise.



Quels critères et quels
outils proposer aux
médecins ou aux IDE/MER
chargés de l'annonce et du
TAS pour déceler la
souffrance psychique ?

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Des difficultés à aborder le vécu psychologique du patient ...

- Trouver une disponibilité « intérieure »,
- Et si cela prenait trop de temps ... ,
- Jusqu' où le patient peut aller dans l'expression de sa souffrance ?
- Comment y répondre ?
- Comment clôturer l'échange...?

Les outils de dépistage nous donnent
un cadre rassurant

**LE CHOIX D'UN GUIDE D'ENTRETIEN
SEMI-DIRECTIF POUR DÉPISTER LA
SOUFFRANCE PSYCHIQUE**

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Objectifs par rapport au choix d'un outil

- Un outil validé pour dépister la souffrance psychologique
- Une orientation ciblée vers le psychologue
- Un temps d'expression libre du vécu du patient.

(en réf aux Etats généraux de la Ligue 1998, 2000)



Allier dépistage et expression du patient,
choix d'un guide d'entretien semi-directif :
Psycho-Onkologische Basis Dokumentation
(PO-Bado)

Documentation de Base Psycho-oncologique (PO-Bado), version courte à 7 items

- Un instrument de dépistage des difficultés d'ordre psychosocial des patients atteints de cancer.
- Un outil permettant aux médecins et soignants une orientation ciblée vers une consultation psychologique.
- Un support **adapté à toutes les pathologies et étapes** de la maladie cancéreuse.
- Durée de la version courte, une dizaine de minutes
- Elaboré et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire allemand, traduction française 2006.

Peter Herschbach et Birgitt Marten-Mittag, Institut et Polyclinique pour médecine psychosomatique, psychothérapie et psychologie médicale, Université technique de Munich, Allemagne, Herschbach et al. 2004, Herschbach et al. 2008, Knight 2008.

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

La PO-Bado : un outil d'hétéro-évaluation

- Principal critère d'évaluation est :
 - l'état/le vécu **subjectif** du patient : « *c'est la charge ou la souffrance subjective de la plainte qui est évaluée et non pas son étendu* »,
 - l'intensité de la souffrance du patient et non pas le degré de gravité du symptôme.
- 7 thèmes explorés
- Centré sur les 3 derniers jours
- Consignes pour débiter et clore l'entretien.
- Feuille récapitulative permettant pour chaque item une cotation de l'intensité de la détresse psychologique de 0 à 4.
- Selon des critères précis, « indication », proposition d'une orientation vers une consultation psychologique.

Des questions ouvertes d'orientation générale, des questions de relance pour approfondir et préciser le vécu du patient dans chaque domaine

- « *Expliquez-moi comment cela se passe par rapport aux tâches de la vie quotidienne ?* »
- « *Vous venez de me dire que vous êtes très limitée pour les tâches ménagères. A quel point, cela vous est-il difficile à supporter ?* »
- « *Comment votre mari et vos enfants prennent-ils le relai ?* »
« *Comment réagissent-ils au fait de prendre davantage en charge les tâches ménagères ?* »
- « *Qu'est ce qui est le plus pénible pour vous actuellement dans l'organisation de la vie quotidienne ?* »

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Après 4 ans d'expérience dans le cadre du TAS, quels constats ?

Les IDE et MER témoignent, au delà de ses qualités de dépistage, la Po-Bado permettrait :

- de « donner la parole » aux patients
- de se sentir plus compétent pour approcher la souffrance psychologique des patients
- de mieux structurer l'entretien soignant dans son ensemble.

**Une recherche pour mettre à l'épreuve
l'expérience clinique**

Résultats

L'utilisation du guide d'entretien PO-Bado:

- Améliore la structuration de l'entretien sans entraver les séquences informatives ni allonger la durée de l'entretien.
(avant la formation : 39 min 24 - après la formation : 32 min 43)
- Orientation plus ciblée vers le psychologue
(66% avant et 42% après formation à la Po-Bado)
- **Favorise l'expression du patient et la mise en place d'une relation d'aide.**
- Les soignants perçoivent une amélioration de leurs compétences relationnelles.

Stadelmaier N, Duguey-Cachet O, Saada Y, et al. (2014) Psychooncology 23 (3):307-3014
Stadelmaier N., Saada Y., Duguey-Cachet O., et al. (2014) Rev Francoph Psycho Oncologie 8:45-51

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

« Une écoute plus approfondie, des attitudes de relations d'aides »

L'entretien semi directif nous a permis :

- * De passer des questions fermées aux questions ouvertes
- * Une posture empathique, favorable à l'expression des patients.
- * De se décentrer du symptôme pour se centrer sur le vécu du patient.
- * De créer un cadre rassurant et structurant pour nos entretiens.

Un changement de posture

Les soignants se sentent plus légitimes dans l'orientation vers le psychologue

« ...au cours de notre échange vous m'avez dit que vous êtes très inquiète depuis l'annonce du diagnostic. Vous vous faites tellement de souci, que vous n'arrivez plus à dormir... Vous m'avez dit aussi que vous craignez la réaction de votre conjoint. Tous ces éléments m'amènent à penser qu'il est important que vous puissiez approfondir cela avec une personne compétente . Je vous propose donc de contacter le psychologue, afin que vous le rencontriez lors de votre prochaine venue... Qu'en pensez-vous ? »

Le support du guide d'entretien favorise une attitude
« **d'indication** » argumentée d'orientation ou pas
vers le psychologue

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Conclusion

- Certains outils peuvent permettre aux professionnels de développer leurs compétences relationnelles et facilitent l'abord de la souffrance psychique avec les patients.
- Quel que soit l'outil de dépistage, s'il est utilisé sans l'ouverture d'une parole partagée avec le patient, c'est un outil "vide".

Bibliographie

- Dossier : Détection des vulnérabilités psychiques en cancérologie. *Psycho-Oncol.*(2013) 7
- Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliat Support Care* 2008 Jun;6(2):107-17.
- Herschbach P, Book K, Brandt T, Keller M, Marten-Mittag B. The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients. *Onkologie* 2008 Nov;31(11):591-6.
- Holland JC, Bultz BD. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw* 2007 Jan;5(1):3-7.
- Knight L, Mussell M, Brandt T, et al. Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients. *J Psychosom Res* 2008 Apr;64(+):373-81.
- Marten-Mittag B, Book K, Buchhold B, et al. The Basic Documentation for Psycho-Oncology Short Form (PO-Bado SF)- an expert rating scale for distress screening: development and psychometric properties. *Psycho-oncology* 2014;24(6):653-60.
- Razavi D, Delvaux N. Communication skills and psychological training in oncology. *Eur J Cancer* 1997;33 suppl 6:S15-S21.
- Stadelmaier N. Formation au dépistage des difficultés psychosociales en cancérologie : apport d'un guide d'entretien (PO-Bado) sur la pratique des soignants du dispositif d'annonce. *Psycho-Oncologie* 2014;8:45-51.
- Stadelmaier N, Duguey-Cachet O, Saada Y, Quintard B. The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an innovative tool to combine screening for psychological distress and patient support at cancer diagnosis. *Psychooncology* 2014 Mar;23(3):307-14.

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Récapitulatif des 7 Domaines de la PO-Bado Version Courte

Diminution de la capacité d'accomplir les actes de la vie courante

« ex : Comment cela se passe-t-il par rapport à vos tâches de la vie quotidienne ? »

Problèmes d'ordre somatique (fatigue, nausées, perte d'appétit, fièvre, douleurs)

« ex : Comment vous sentez-vous physiquement ? Comment cela se passe-t-il p.ex. au niveau de l'appétit ? »

Tristesse/Abattement/ "Dépressivité"

« ex : Comment vous sentez-vous en ce moment ? / Y a-t-il des moments où vous vous sentez abattu(e)-triste ? »

Angoisse/Souci/ tension nerveuse

« ex : Quel est en ce moment votre plus grande inquiétude/souci ? Y a-t-il des choses qui vous préoccupent ? »

Oscillation de l'humeur

« ex : Diriez-vous que votre moral est plutôt constant ou plutôt changeant ? Si oui, est-ce que cela vous dérange ? »

Autres problèmes d'ordre psychologique

« ex : A part les éléments évoqués jusqu'ici, quels autres sentiments éprouvez-vous actuellement ? Ressentez-vous de la colère ? Éprouvez-vous parfois par exemple un sentiment de culpabilité ? »

Problèmes d'ordre social ou familial

« ex : Au niveau familial ou au niveau de votre entourage, comment cela se passe-t-il ? Comment réagit votre entourage à la maladie ? / Etes-vous tracassé(e) en ce moment par d'autres problèmes sociaux ou familiaux ? »

CONTACTS

Emmanuelle Sanchez 0556330421

Valentyne Allam 0556330471

IDE Dispositif d'Annonce

Nena Stadelmaier

psychologue

n.stadelmaier@bordeaux.unicancer.fr

11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Sécurisation et optimisation du parcours des patients traités par thérapies orales TO

Valérie PERRON
Cadre de santé Hôpital de jour

21^{ème} RIO, AFIC
17 Mars 2018

17/03/2018

Valérie PERRON



Contexte et enjeux

Contexte

- Les thérapies orales représentent une part croissante des prescriptions de traitements pour les cancers. Pour atteindre près de 50 % des thérapeutiques anti-cancéreuses dès 2020.
- Le plan cancer 2014-2019 promeut
 - l'implication du patient dans sa prise en charge
 - le renforcement de la coordination ville/hôpital.

17/03/2018

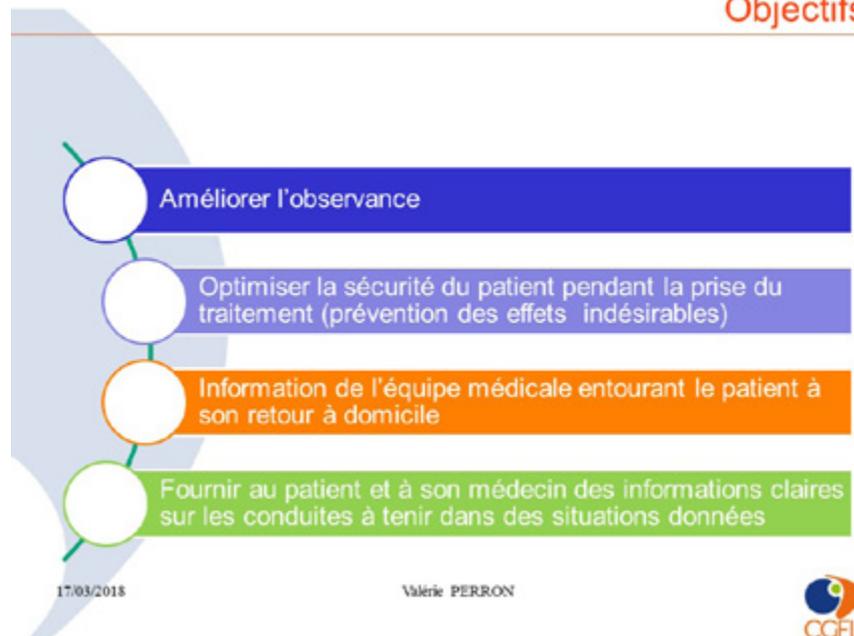
Valérie PERRON



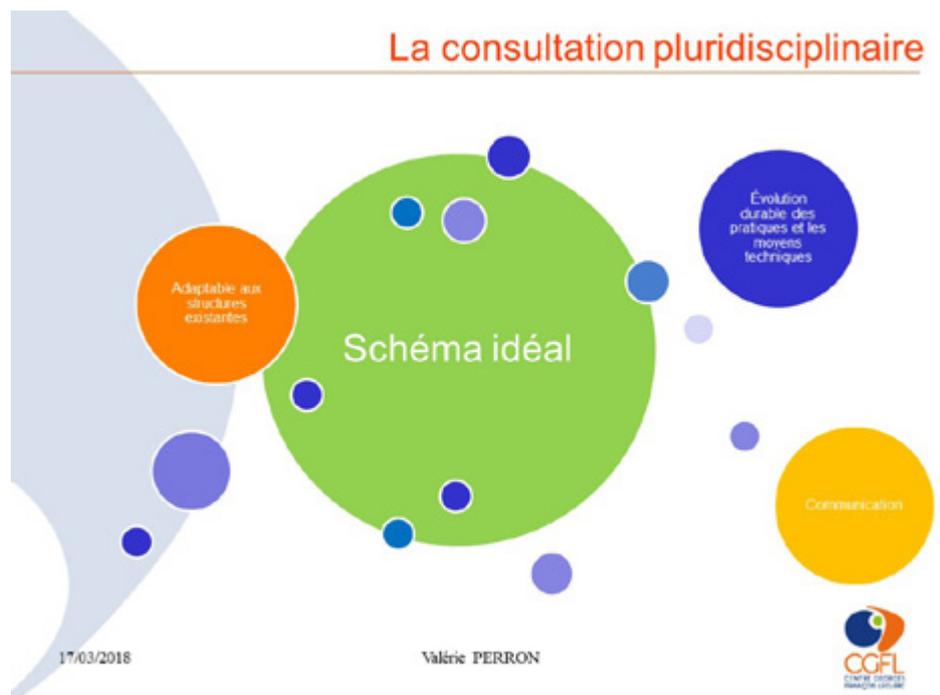
11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Objectifs



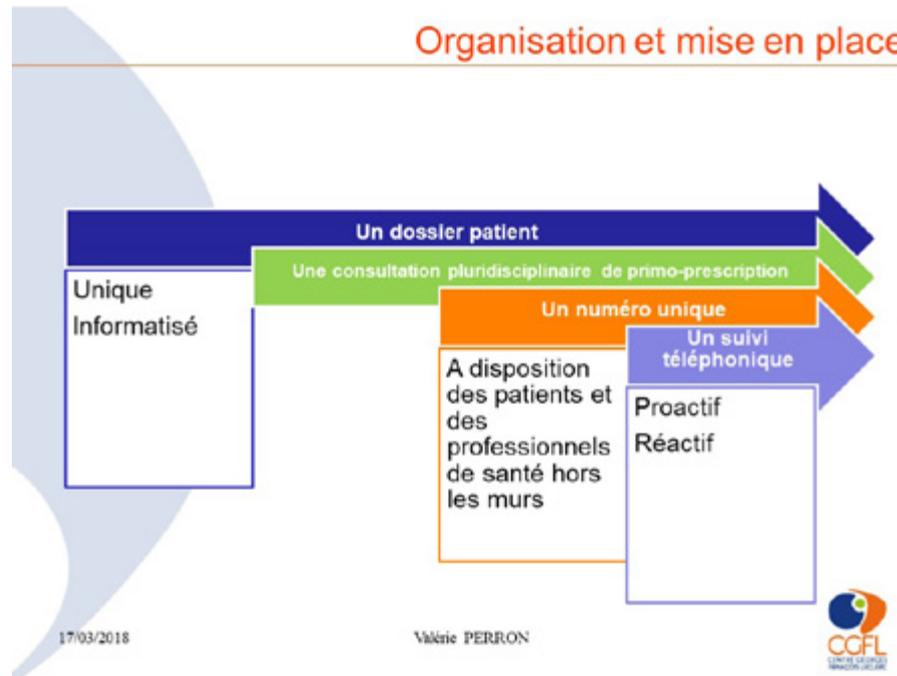
La consultation pluridisciplinaire



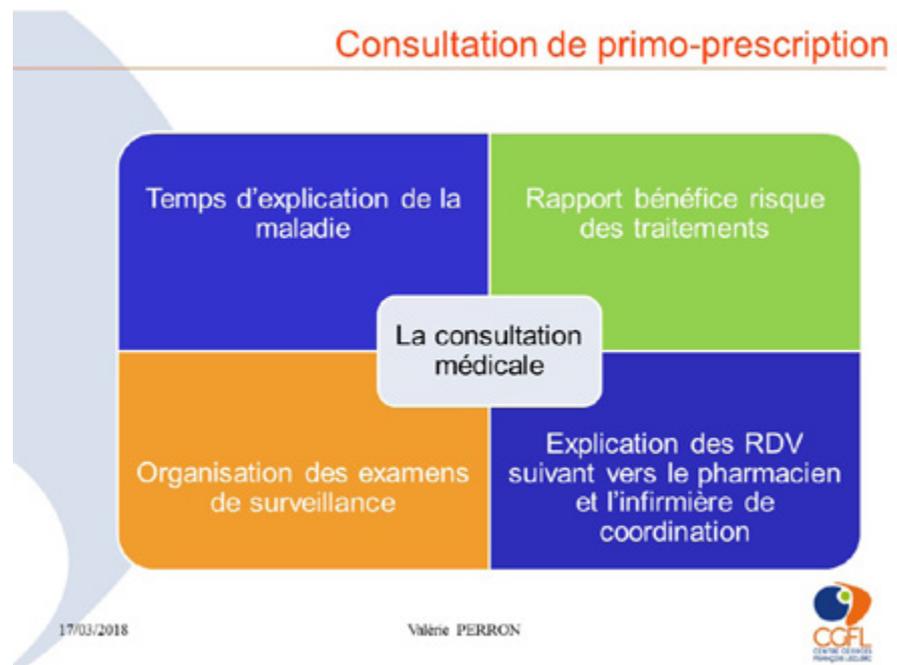
11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Organisation et mise en place



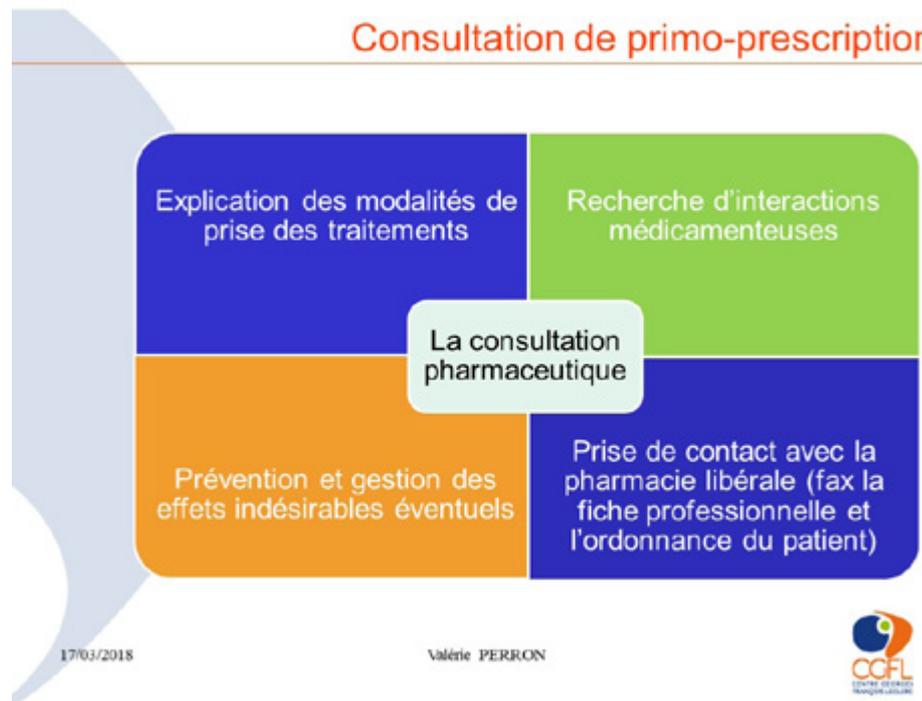
Consultation de primo-prescription



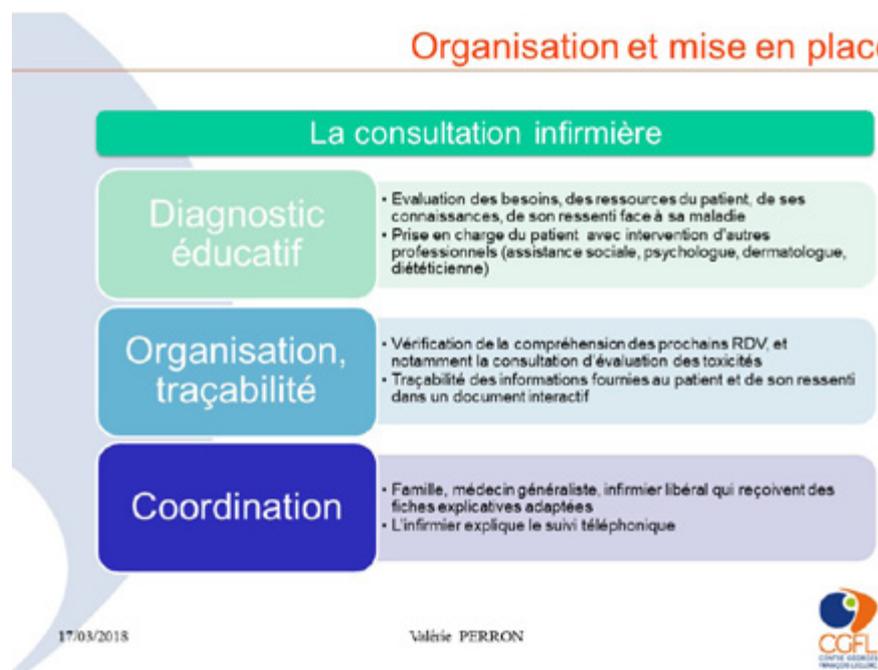
11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Consultation de primo-prescription



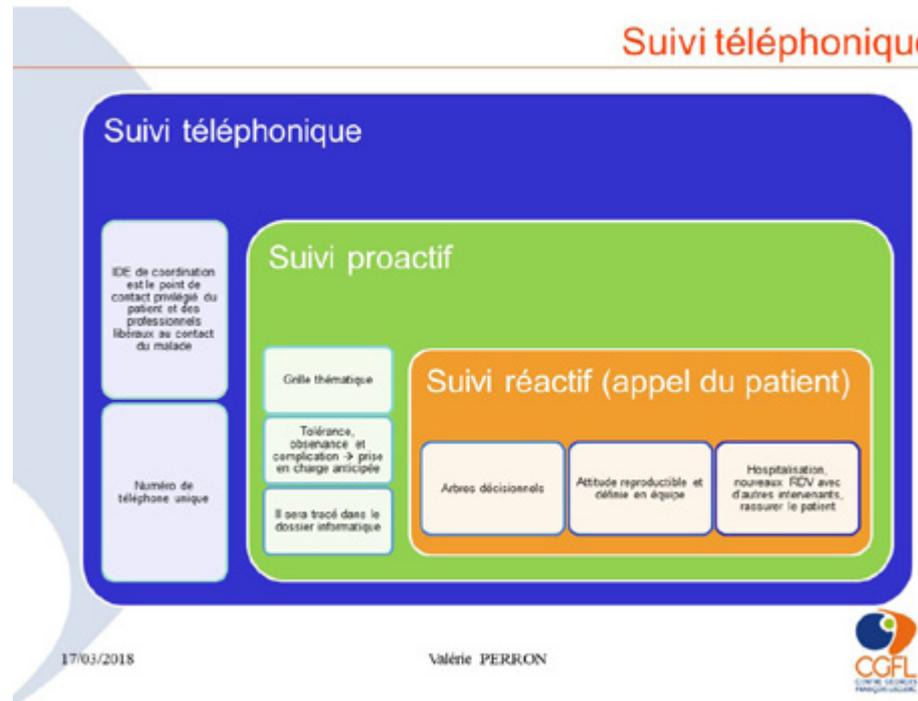
Organisation et mise en place



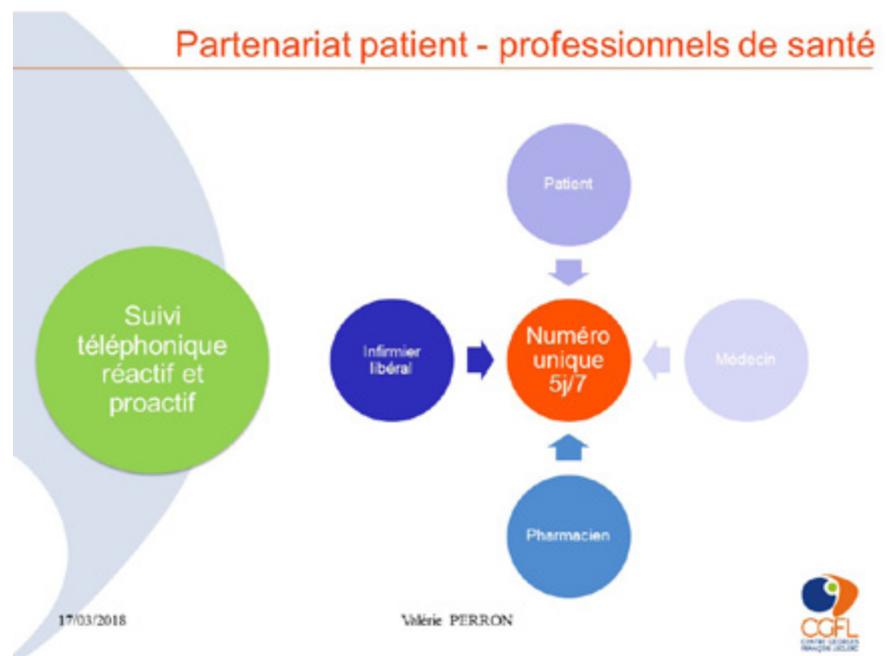
11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Suivi téléphonique



Partenariat patient - professionnels de santé



11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Résultats

Les consultations de primo prescription sont en place depuis mai 2016

Evaluations régulières

Quantitatives avec une moyenne de 28 consultations par mois

Qualitatives

- 10 interactions médicamenteuses retrouvées sur 6 mois
- 97% de bonne observance sur 3 mois d'étude
- Evaluation de la satisfaction patient avec un taux de 66,7% de très satisfait et de 33,3% de satisfait
- Retour positif des professionnels de ville

17/03/2018

Valérie PERRON



Résultats

Les consultations de primo prescription sont en place depuis mai 2016

Bénéfices pour les patients

Temps dédié aux patients pour répondre aux différents besoins exprimés (relai soins de support)

Ligne téléphonique unique à disposition des patients ou professionnels de ville gérée par un IDE formé aux TO 5 jours sur 7

17/03/2018

Valérie PERRON



11H15 - 11H30 : APPEL À COMMUNICATION : SÉCURISATION ET OPTIMISATION DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ORALES

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Résultats

Les consultations de primo prescription sont en place depuis mai 2016

Bénéfices pour les soignants

Gain de temps pour l'oncologue	Des professionnels peu présents en consultation se sentent impliqués dans la prise en charge directe des patients	Grâce au suivi téléphonique, anticipation des potentiels problèmes	Renforcement des liens ville/hôpital via l'information des professionnels de ville	Valorisation grâce aux retours des patients et des libéraux satisfaisants	Satisfaction dans la mise en place d'un projet qui répond à une problématique des patients
--------------------------------	---	--	--	---	--

17/03/2018

Valérie PERRON



Perceptives et conclusions

Perceptives

- Obtention d'un PHRIP avec une évaluation médico économique comparant deux bras :
 - une prise en charge standard avec une consultation médicale
 - une prise en charge associant les parcours définis pour deux molécules précises.
- Evolution du rôle de l'IDE de coordination vers l'IDE de pratique avancée ?

Conclusions

- 2020, 50 % des patients recevront des TO
- Chemin clinique amélioré et sécurise la prise en charge des patients
- Pharmacien : acteur incontournable de cette prise en charge
- Interface ville hôpital développée

17/03/2018

Valérie PERRON



11H15 - 11H30 :
**APPEL À COMMUNICATION :
SÉCURISATION ET OPTIMISATION
DU PARCOURS DES PATIENTS TRAITÉS
PAR THÉRAPIES ORALES**

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB

Merci de votre attention

17/03/2018

Vilérie PERRON



ANY D'AVRAY

CRÉATRICE DE CHEVEUX • BIEN-ÊTRE



LA SOLUTION CAPILLAIRE

LA LUMINODERMIE

CHUTE DE CHEVEUX :
ANDROGÉNIQUE, PELADE, EFFLUVIUM

DÉMANGEAISONS, DESQUAMATIONS, PELLICULES

SÉCRÉTIONS : CHEVEUX GRAS, CHEVEUX SECS

CUIR CHEVELU ATONE, INFLAMMATOIRE

SOINS POST-CHIMIOTHÉRAPIE

Turbans

Collection 2018

Découvrez nos turbans,
franges et couronnes
de cheveux .

CHEVELURES DE REMPACEMENT

Solutions personnalisées pour palier
la perte des cheveux ou redonner du
volume et de la densité.

Retrouvez tous nos catalogues
sur www.anydavray.fr

www.anydavray.fr     @anydavray

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

11H30 - 11H40 : REMISE DU PRIX INFIRMIER ANY D'AVRAY/A.F.I.C

Modérateurs Nicole RAMA & Claude COLLOMB



Prix Infirmier ANY D'AVRAY 2018

Projet 1	Projet 2	Projet 3
<p>Consultation Infirmière pour une prise en charge à domicile en cancérologie</p> <p>Florence Jakovrenko et Laurianne Derreux Gard (30120)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de soins de support en ville par des infirmières cliniciennes certifiées en secteur libéral Améliorer la qualité de vie des patients Favoriser l'accès aux personnes en précarité Prise en charge globale, traitements non médicamenteux dans un parcours coordonné 	<p>Création d'une structure associative d'aide aux femmes atteintes de cancer du sein</p> <p>Sandra BERTHIAUX - Hôpital Notre Dame de la Miséricorde Ajaccio (20000)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre à disposition des femmes un ensemble de services et d'outils pour une prise en charge globale de l'annonce à l'après cancer Faciliter la coordination ville-hôpital par la constitution d'un réseau pluridisciplinaire d'experts sur le territoire d'ajaccio L'infirmière de coordination à l'interface entre les patientes et les professionnels de santé et la plateforme Web collaborative qui constituent les bases de ce dispositif 	<p>Soutenir des enfants hospitalisés en oncologie</p> <p>Association HAROZ - Services pédiatriques oncologie - Thorigné-Fouillard (35000)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les visites des Super Héros et Princesses apporteront une parenthèse enchantée aux enfants hospitalisés en oncologie Contribuer à l'amélioration des espaces communs d'un service d'onco-pédiatrique Les princesses et les Super Héros de l'Association Haroz arriveront les bras chargés de cadeaux

ANY D'AVRAY est une marque du groupe **Adecrans**

Co-Présidents de la Bourse RSIC



Pascale DIELEUSEGER
- Présidente AFIC

En 2016 une bourse « Recherche en Soins Infirmiers en Cancérologie R.S.I.C 2016 » a été mise en place. 6 candidats ont postulé. Le lauréat est une équipe l'Institut de Cancérologie de Lorraine de Nancy. Il a été décidé de proposer cette année une deuxième bourse : La Bourse RSIC 2018. Dotée de 10 000 euros, l'objectif de cette bourse est de 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.

Cette bourse s'adresse exclusivement aux pratiques des infirmier(e)s travaillant auprès de patients atteints de cancer en France.



Ljiljana JOVIC
- PhD, Directeur des soins,
Conseillère Technique régionale
ARS Ile de France



Frédéric DESPIAU
- Responsable comité scientifique
et d'organisation des
R.I.O et responsable bourse
RSIC AFIC





« 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.**



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

Le jury Co-présidents



**Pascale
Dielenseger**



**Ljiljana
Jovic**



**Frédéric
Despiou**

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

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

Le jury



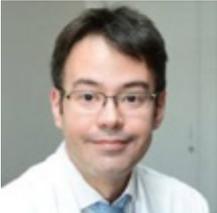
Thomas Filleron



Amel M'Sadek



Christophe Debout



Dr Olivier Mir



Sebastien Colson

**BOURSE
R.S.I.C.
A.F.I.C.
2018**

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

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

9 dossiers reçus



**BOURSE
R.S.I.C.
A.F.I.C.
2018**



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

Les thèmes présentés



- 1- Toucher-massage chez l'aidant naturel
- 2- Sophrologie / BOM
- 3- Hypnosédation au bloc opératoire
- 4- Aromathérapie NVCI
- 5- Réalité virtuelle / pose aiguille de huber
- 6- IDE coordinatrice parcours complexe CHC
- 7- Marche nordique sur l'après cancer
- 8- APA / qualité de vie patients métastatiques
- 9- Réalité virtuelle / anxiété lors d'une hospitalisation



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

Résultats





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

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



Lauréat



Etude pilote : intérêt de l'intervention d'une infirmière
coordinatrice de parcours complexe de soins dans le cadre
de la prise en charge d'un patient traité pour un carcinome
hépatocellulaire

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Porteur : Mme Julie DEVICTOR



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

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



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



Dr Olivier MIR



Lucie PRIN
- Hôpital Cochin Paris



Frédéric DESPIAU
- Responsable comité scientifique et d'organisation des R.I.O
- Cadre supérieur de santé -
IUCT-Oncopole Toulouse

Exemple de l'Oncopôle de Toulouse

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



**SYMPOSIUM
IPSEN**

**Partage d'expérience sur le suivi
des patients traités par thérapies
anticancéreuses orales**

**Samedi 17 mars 2018
de 12h à 12h45
Amphithéâtre Lavoisier**

21^{èmes} rencontres infirmières en oncologie

ALL FR 200556
*Innovation pour mieux soigner

Programme symposium

- Les grandes classes des thérapies anticancéreuses orales : hormonothérapies – chimiothérapies – inhibiteurs de tyrosine kinase (**Olivier MIR**)
- Prévention et gestion des événements indésirables liés aux ITK (**Lucie PRIN**)
- Partage d'expérience de l'organisation du suivi des patients traités par anticancéreux oraux :
 - Partage d'expérience du parcours de soin ARIANE à l'hôpital Cochin (**Lucie PRIN**)
 - Partage d'expérience de l'Oncopole de Toulouse (**Frédéric DESPIAU**)
- Discussion

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Les grandes classes des thérapies anticancéreuses orales

Dr Olivier MIR
Oncologue médical, Gustave Roussy (Villejuif)

Liens d'intérêt

- Speaker's bureau, board membership, consultancy, travel grants:
 - Amgen
 - Astra-Zeneca
 - Bayer
 - Blueprint
 - BMS
 - Eli-Lilly
 - Ipsen
 - Lundbeck
 - MSD
 - NetCancer
 - Novartis
 - Pfizer
 - PharmaMar
 - Roche
 - Servier
 - Vifor



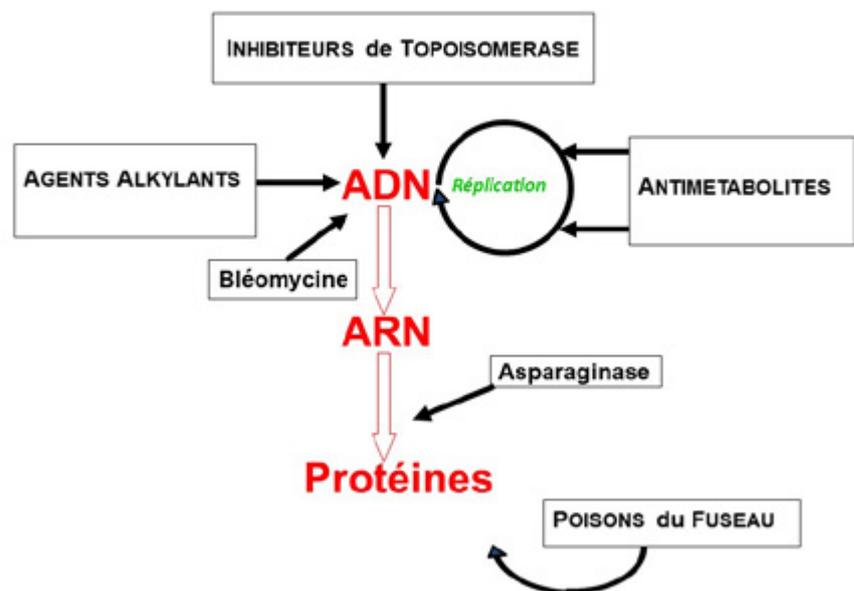
12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Chimiothérapies orales ?

- **Alkylants:** Cyclophosphamide, Temozolomide, ...
 - **Poisons du fuseau:** Vinorelbine
 - **Antimétabolites:** Capécitabine, Trifluridine/tipiracil (TAS-102)
 - **Inhibiteurs de topo-isomérase:** Topotecan, Etoposide
-
- Schémas continus vs. schémas métronomiques



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Hormonothérapies orales ?

- **Anti-estrogènes:** *Tamoxifène, Anti-aromatase*
- **Anti-androgènes:** *Abiraterone, Enzalutamide*
- **Progestatifs:** *Megestrol acetate*



Thérapies moléculaires ciblées orales ?

- **Inhibiteurs multi-kinases (-inib)** *ITK, TKI...*
- **Inhibiteurs de mTOR (-imus)**
- **Nouvelles classes:** *PARPinh (-arib), CDK4/6 (-ciclib),...*



PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Qu'est ce qu'une thérapie « ciblée » ?

- Le tamoxifène cible... les récepteurs aux oestrogènes
- L'adriamycine cible... la sous-unité α de la topo-isomérase II
- La radiothérapie cible... l'ADN
- Le bistouri cible... la tumeur

Qu'est ce qu'une thérapie moléculaire ciblée ?

Agent ciblant les mécanismes de l'oncogénèse

- Avant : développement pragmatique

agent \longrightarrow *activité* \longrightarrow *mécanisme d'action*

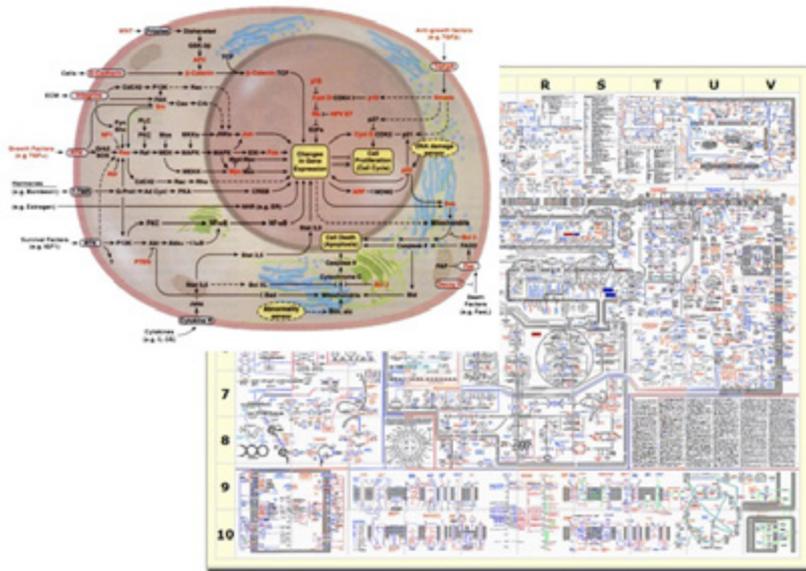
- Maintenant : développement rationnel

anomalie moléculaire \longrightarrow *agent* \longrightarrow *activité*

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Thérapies moléculaires « ciblées »



PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



Thérapies moléculaires ciblées vs chimiothérapie

- Avant les thérapies moléculaires ciblées :
Chimiothérapie conventionnelle

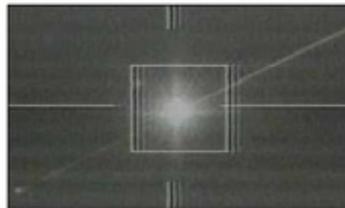


12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Thérapies moléculaires ciblées vs chimiothérapie

- Depuis les thérapies moléculaires ciblées :
Un traitement spécifique
d'une anomalie moléculaire

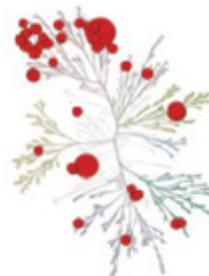


Connaissons nous toujours la cible ?
Sélectivité versus Spécificité

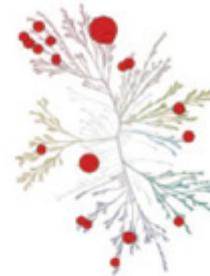


12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

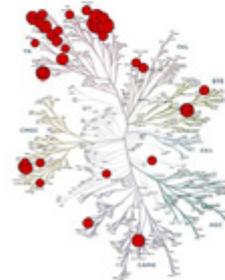
Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



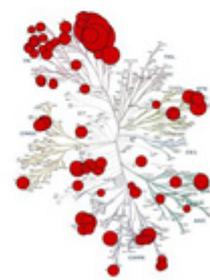
Erlotinib



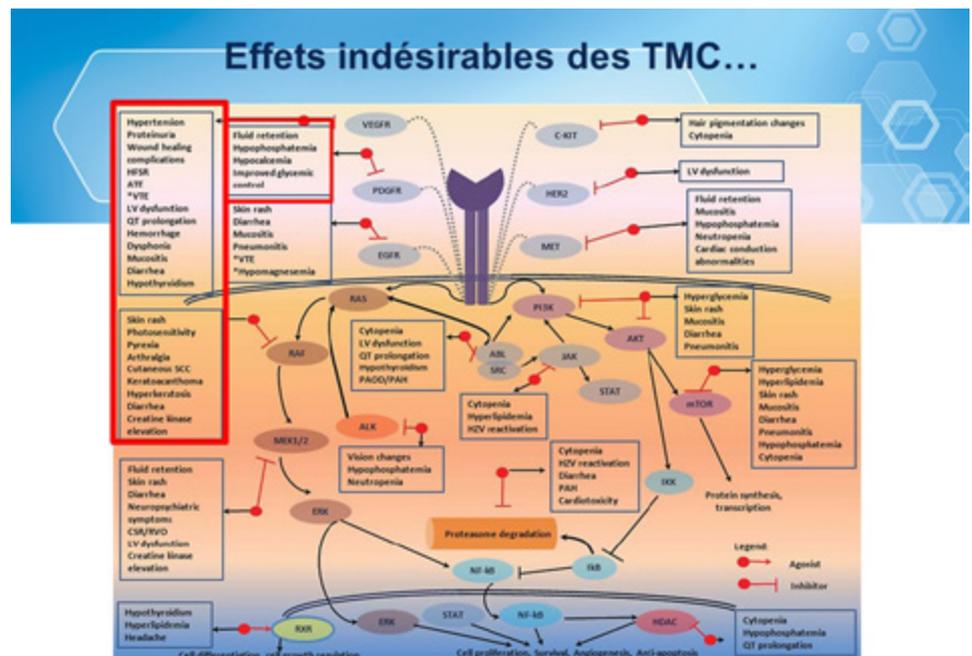
Gefitinib



Sorafenib



Sunitinib



Dy GK et al. CA CANCER J CLIN 2013

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A
AMPHI LAVOISIER
**PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI
DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES
ANTICANCÉREUSES ORALES**

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



**Prévention et gestion des
évènements indésirables liés aux
inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK)**

Lucie PRIN

Infirmière de coordination – Parcours de soin Ariane, Hôpital Cochin

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A
AMPHI LAVOISIER
**PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI
DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES
ANTICANCÉREUSES ORALES**

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Liens d'intérêt

- Aucun

TKI: Tyrosine Kinase Inhibitor

- Interfèrent avec des cibles moléculaires présentes sur les tissus tumoraux. Ces cibles sont situées sur les cellules tumorales mais également sur les cellules endothéliales vasculaires formant les néo vaisseaux irriguant les tumeurs.
- Les tyrosines kinase sont des protéines impliquées très largement dans le contrôle de la prolifération

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

TKI: Tyrosine Kinase Inhibitor

- Imatinib
- Erlotinib
- Lapatinib
- Sunitinib
- Sorafenib
- Cabozantinib
- Pazopanib.....

Effets secondaires des ITK

- Au niveau hématologique: anémie, thrombopénie, neutropénie
- Au niveau métabolique: anorexie
- Au niveau centrale: dysgueusie, céphalée
- Au niveau vasculaire : HTA
- Au niveau gastro intestinal: diarrhées, nausées, vomissements
- Au niveau cutané et sous-cutané: syndrome mains pieds, rash cutanée, modification de la couleur de la peau, des cheveux
- Au niveau général: fatigue, inflammation des muqueuses....

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Primordial

- Pour tous les effets secondaires cités précédemment, il est indispensable de retenir deux mots:
 - Prévention
 - Education

Hématologique

- Eduquer le patient sur les signes de l'anémie, la thrombopénie, neutropénie
- Suivi téléphonique en alternance avec une consultation infirmière une semaine sur deux pendant trois mois
- Bilan sanguin tous les 15 jours pendant trois mois

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

L'anorexie

- Avant de débuter le traitement, un bilan nutritionnel est indispensable: albumine, préalbumine, rencontre avec une diététicienne
- Conseils diététiques, enquête alimentaire, prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO) si besoin
- Surveillance du poids hebdomadaire

Dysgueusie

- Prévenir le patient de l'existence de ces effets secondaires
- Conseil au patient de manger des plats relevés
- Coordonnées de la diététicienne
- Suivi régulier du poids

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Vasculaire: HTA

- HTA : éduquer le patient: qu'est ce qu'une hypertension artérielle? comment prendre la tension artérielle? Les symptômes de l'hypertension.
- Surveillance journalière de la TAS
- Appel téléphonique et consultation infirmière coordinatrice en alternance
- Introduction anti hypertenseur si besoin

Au niveau cutané: Syndrome main-pied

- Grade 1: rougeur, gonflement, sensibilité accrue de la peau ou sensation de brûlure. N'affectent pas les gestes de la vie quotidienne.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Au niveau cutané: Syndrome main-pied

- Grade 2: cloques, crevasse, œdèmes, douleurs



Au niveau cutané: Syndrome main-pied

- Grade 3: peau sèche, épaissit, desquamation
Impact sur les activités de la vie quotidienne



PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Syndrome main-pied

Avant de débuter le traitement :

- Observation de l'état cutané du patient est indispensable: à la recherche d'hyperkératose, de défaut d'hydratation
- Si présence d'hyperkératose, il est important de prévoir des soins podologiques avant de débuter le traitement
- L'hydratation de la peau est indispensable

Syndrome main-pied

Prévention et éducation:

- Bonne hydratation de la peau
- Limiter l'échauffement des mains et des pieds
- Choisir des chaussettes non serrées en coton
- Choisir des chaussures à bout large
- Eviter des activités engendrant une friction ou une pression sous la peau
- Ne jamais utiliser de produit agressif pour la peau (gel hydro alcoolique, produit vaisselle)

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Gestion du syndrome main-pied

- Tous les 15 jours, examens des mains et des pieds du patients
- Soins podologiques si besoin

Au niveau gastro intestinal: Troubles digestifs

- Ils peuvent intervenir dès le début du traitement
- Nausée, vomissement, diarrhée, anorexie
- Avant le traitement, il est important de prévenir le patient. Consultation avec une diététicienne.
- Remise du Kit C1.
- Surveillance hebdomadaire du poids
- Surveillance de l'albumine et préalbumine
- Surtout interrogatoire du patient (est-ce tolérable pour lui)

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Au niveau général: mucites

0 : absence

1 : érythème

2 : douleur n'empêchant pas l'alimentation

3 : douleur rendant l'ingestion des solides impossibles

4 : douleur entraînant une impossibilité de manger et de boire

Mucites

- Observation de la bouche du patient pour traiter une éventuelle mycose si besoin avant de débuter le traitement
- Bain de bouche au bicarbonate après chaque repas en prévention
- Maintien de la salivation: la salive ayant un rôle antiseptique important (mâcher du chewing gum)

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Au niveau général: asthénie

- 80% des patients se plaignent de fatigue
- La meilleure prévention des fatigues liées à un traitement est l'activité physique qui doit être adaptée aux capacités et répétée plusieurs fois par jour.
Fractionner ses activités physiques

Conclusion

- La gestion des effets secondaires des ITK commence par la prévention, l'observation et l'éducation du patient.
- Une prise en charge précoce des effets indésirables est indispensable

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A
AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Parcours du patient sous thérapie orale

1^{ère} étape: patient vu en consultation médicale avec l'infirmière coordinatrice.

2^{ème} étape: patient vient en évaluation pluridisciplinaire des besoins et des risques (évaluation Ariane):

- Elle est précoce
- Systématique
- Expertise automatique du personnel médical et paramédical

Prendre le temps de la réflexion ne nuit pas au patient.

Niveau des évaluations

3 Niveaux ont été déterminés:

- Niveau 1: patient standard
- Niveau 2: patient gériatrique
- Niveau 3: patient complexe

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Intervenants systématiques

Infirmière coordinatrice

Diététicienne

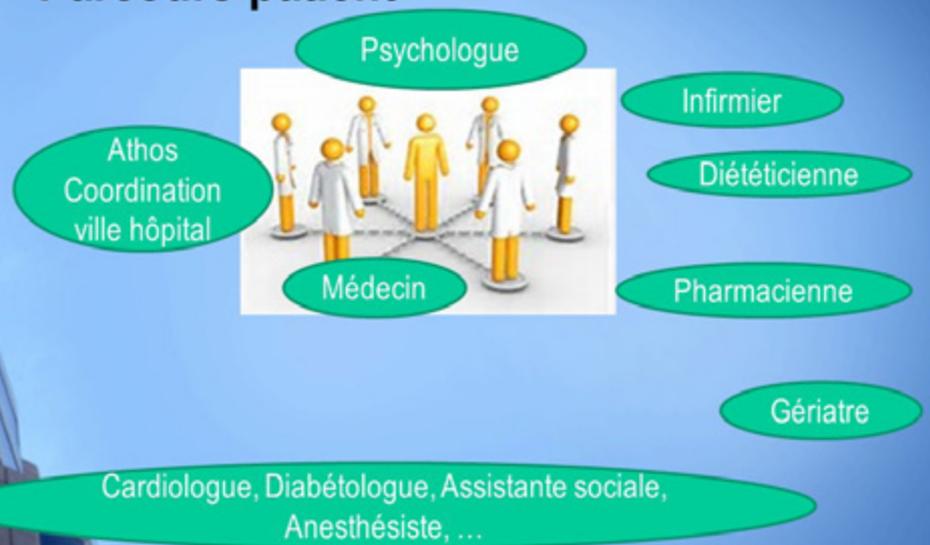
Pharmacienne

Psychologue

Médecin

Cellule ATHOS (liaison ville-hôpital)

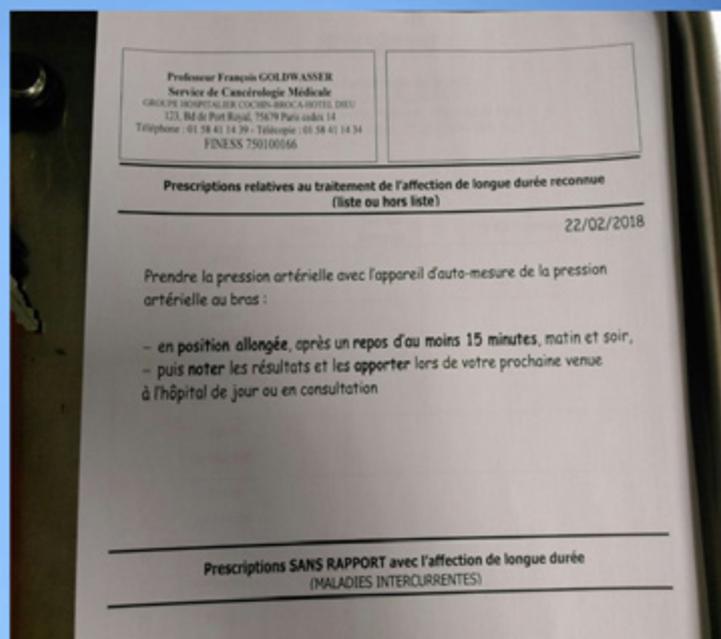
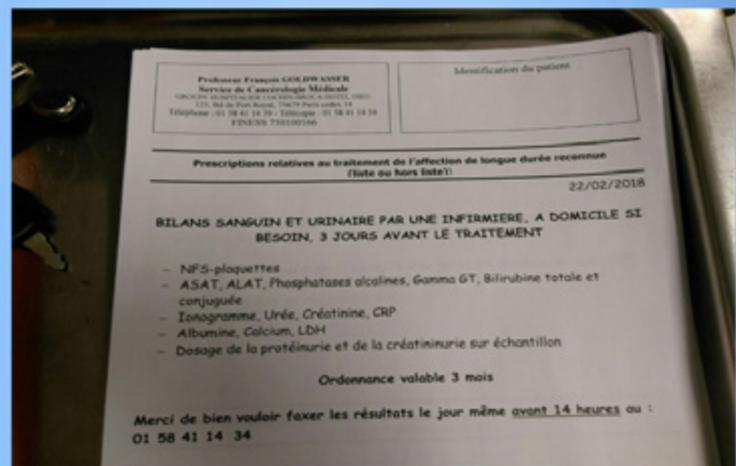
Parcours patient



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

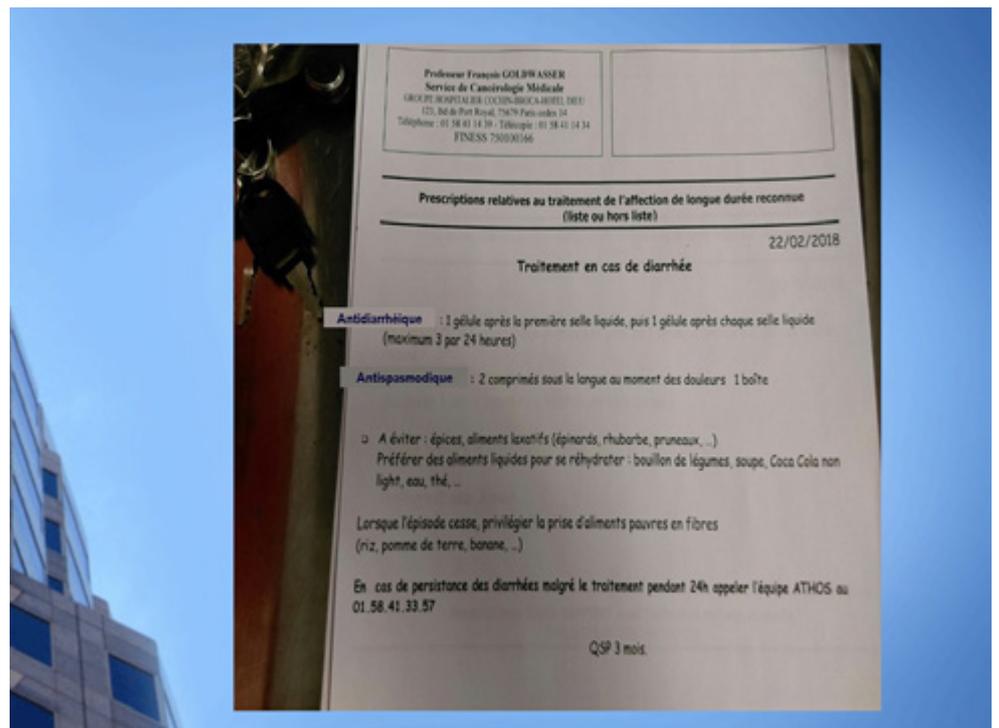
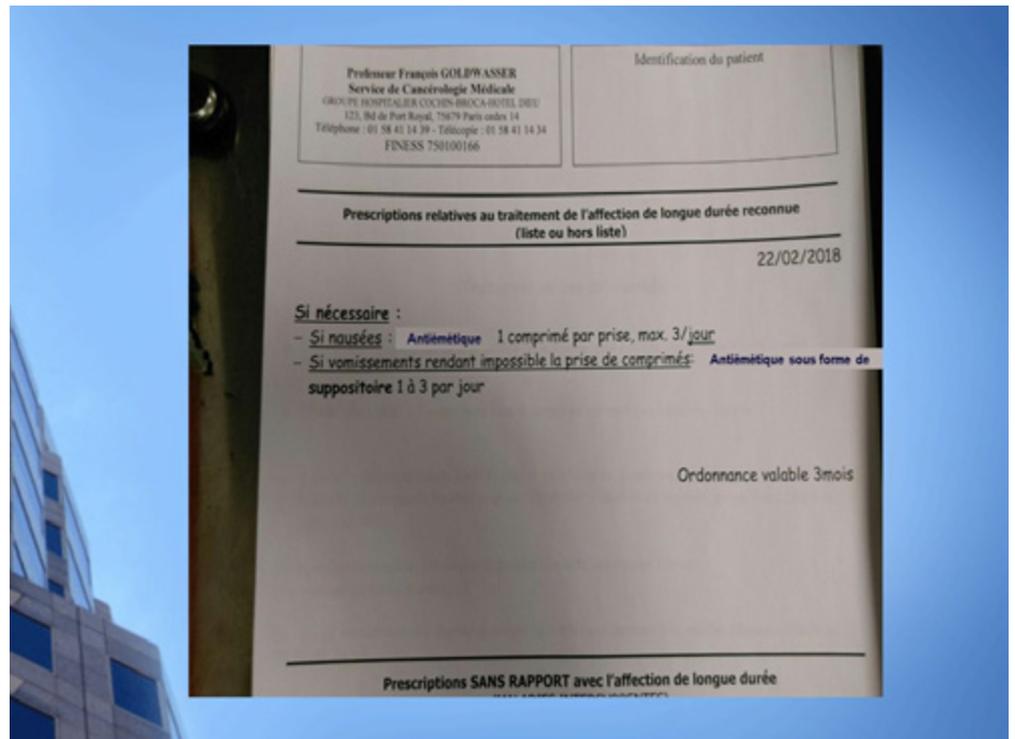
Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Ordonnance remise au patient lors de l'évaluation



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

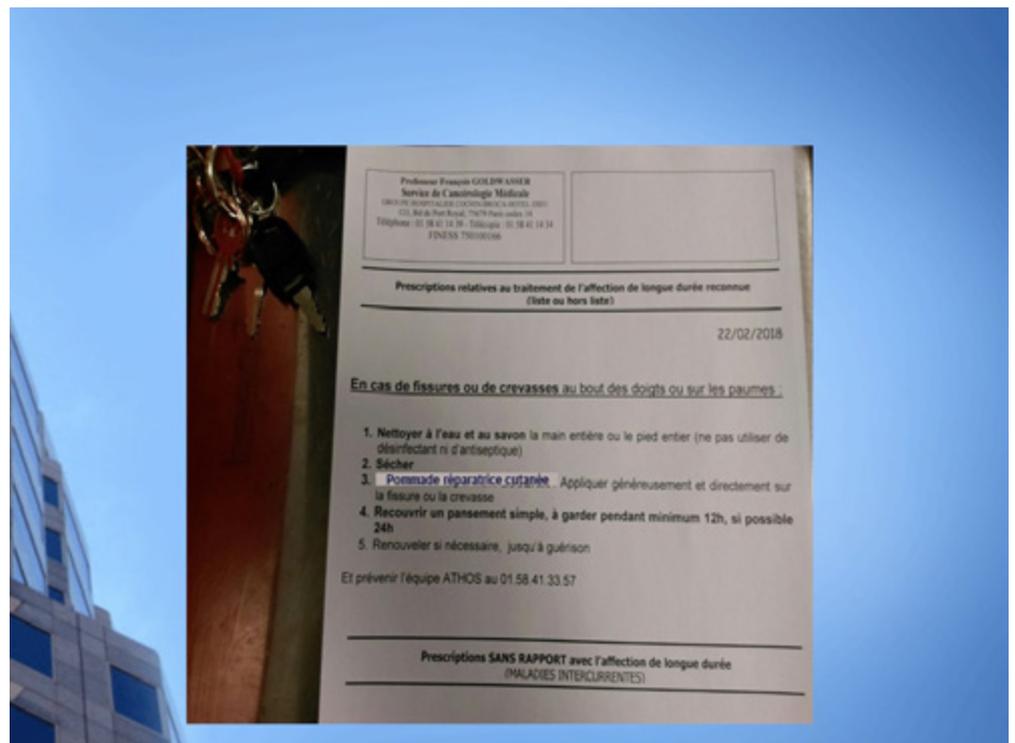
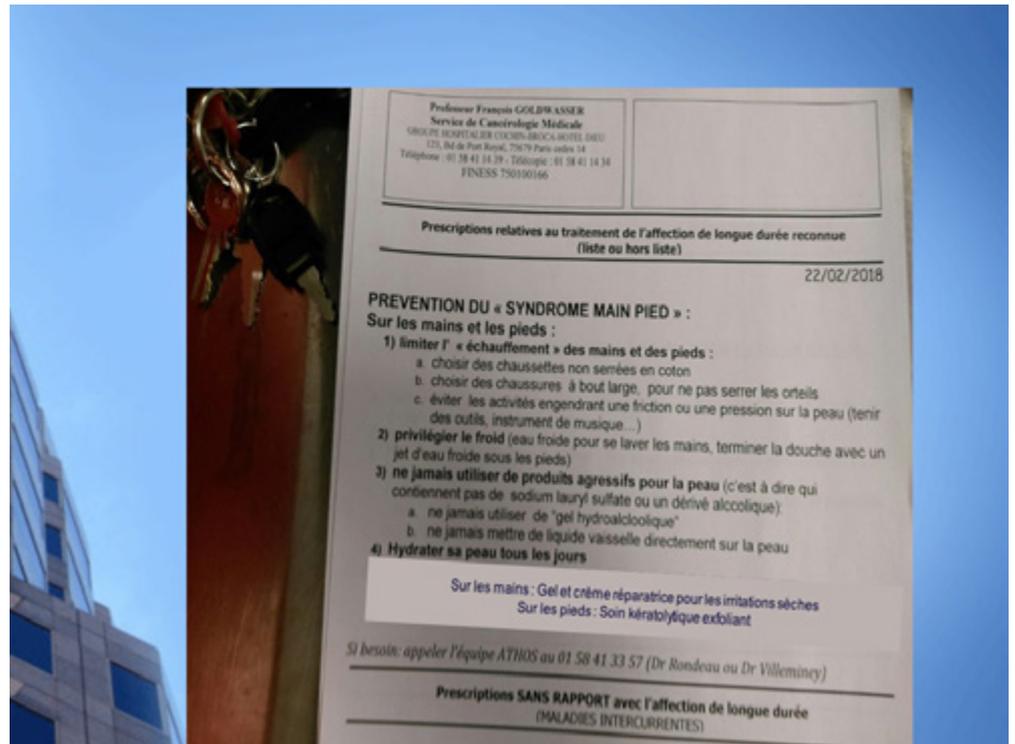
Modérateurs Elianne DUBOIS & Laëtizia GONAN CORNETTE



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Suivi des patients sous thérapie orale

- Après avoir été évalués en évaluation pré thérapeutique, les patients sous thérapie orale sont suivis par une IDE coordinatrice. Cela a permis d'intensifier la prise en charge mais aussi de dégager du temps médical.
- Suivi téléphonique une semaine sur deux à la recherche d'éventuelles toxicités. Cette évaluation téléphonique est réalisée à l'aide d'une grille d'entretien afin de graduer les effets secondaires. Des ordonnances pour chaque effet secondaire sont remises aux patients lors de l'évaluation afin de gérer l'apparition de ceux-ci le plus rapidement possible.
- Suivi infirmier et pluridisciplinaire pendant trois mois tous les 15 jours puis suivi par l'oncologue référent.
- Dosage du traitement tous les 15 jours.

Grille d'entretien

HDJ THERAPIE ORALE	
Date : (J)	
IDE :	
Medecin :	
Podologue :	
NOM Prénom :	PROTOCOLE
DDN :	<input type="checkbox"/> Erlotinib
NIP :	<input type="checkbox"/> Sorafenib
	<input type="checkbox"/> Sunitinib
	<input type="checkbox"/> Pazopanib
	Date de début :
	Dose : mg
	SCHEMA :
	OBSERVANCE :
Tumeur/ Métastases	
Traitement actuel	
POIDS/ CONSTANTES	Poids actuel Poids à C1
CHIMIOTOXICITE	<ul style="list-style-type: none"> o Asthénie (P0 aucune, P1 activités habituelles, P2 <50% allongé diurne, P3 >50% allongé d) o Mucite (G0 aucune, G1 érythème sécheresse, G2 aphtes, G3 douleur alimentation impossible) o Anorexie (G0 aucune, G1 repas habituel en se forçant, G2 diminution, G3 alimentation impossible) o Nausées (G0 aucune, G1 peut manger, G2 diminution repas, G3 alimentation impossible) o Vomissements (G0 aucun, G1 1/), G2 2à5/), G3 >6/) o Diarrhée (G0 aucune, G1 <4/), G2 4à5/), G3 >6/)
Signes généraux	

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Signes spécifiques	<p>TARCEVA</p> <ul style="list-style-type: none"> o Poils : hypertrichose cils et sourcils/ alopecie o Peau : sécheresse cutanée/ fissures/ éruption cutanée acnéiforme (G1 visage (traces <50%); G2 visage (traces>50%); G3 visage et thorax) o Ongles : paronychiés o Oes : conjonctivite (œil rouge), kérato-conjonctivite (trouble de la vision) o Diarrhée (G0 aucune, G1 <4), G2 4-6), G3->6) <p>XELODA</p> <ul style="list-style-type: none"> o Diarrhée (G0 aucune, G1 <4), G2 4-6), G3->6) o Syndrome main pied (G0 aucun, G1 rougeur/œdème/ picotements/ fourmillements, G2 lésions des orteils par fissures/foules/ongles déformés, G3 douleur telle que marche/ utilisation des mains impossibles) <p>AFINITIV</p> <ul style="list-style-type: none"> o Toux sèche (G1 ponctuelle, G2 permanente diurne, G3 nocturne) o Dyspnée (G1 activité physique diminuée, G2 marche possible, G3 tabatto possible, G4 altit) o Infection o Œdèmes des membres inférieurs <p>NAVELBINE</p> <ul style="list-style-type: none"> o Constipation (G0 aucune, G1 motif alimentaires, G2 localis, G3 levéments) o Neuropathie (G1 au foot au frotement, G2 permanente, G3 retardissement fonctionnel) <p>NEXAVAR</p> <ul style="list-style-type: none"> o Neuropathie (G1 au foot au frotement, G2 permanente, G3 retardissement fonctionnel) o Rhumato : arthralgies, myalgies o ORL/stomato : dysphories, dysgueusie, acouphène o Hypothyroïdie (bradycardie, constipation, retardissement psychomoteur, frilosité) <p>VOTRENT</p> <ul style="list-style-type: none"> o Diarrhée (G0 aucune, G1 <4), G2 4-6), G3->6) o stomato (dysgueusie) o Hypothyroïdie (bradycardie, constipation, retardissement psychomoteur, frilosité) o Hypomagnésémie <p>SUTENT</p> <ul style="list-style-type: none"> o Syndrome main pied (G0 aucun, G1 rougeur/œdème/ picotements/ fourmillements, G2 lésions des orteils par fissures/foules/ongles déformés, G3 douleur telle que marche/ utilisation des mains impossibles) o Transit : diarrhée, constipation o HTA o Thyroïde : hypothyroïdie (bradycardie, constipation, retardissement psychomoteur, frilosité) / hyperthyroïdie (tachycardie, diarrhée, bouffées de chaleur, excitation psychomot) o stomato (dysgueusie) 	
	SYNDROME TUMORAL	<ul style="list-style-type: none"> o DOULEUR o EVAN-110 o Localisation : o Type : nociceptive (soulagée par dulopar/ ingrim/ tramadol /koxan /Aurogenic /oxycodone) o Neurologique (fourmillements, picotements, séism, tentures) (soulagée par lycia /neurontin /versio) o DYSPNEE G0, G1 activité physique diminuée, G2 marche possible, G3 tabatto possible, G4 altit
	BILAN PODOLOGIQUE	
BIOLOGIE	<p>Hb L.P.N P.N Bilirubine Créatinémie Bilan hépatique CRP Albumine</p>	
<p>CONSEILS DONNES / ORDONNANCES FAITES</p> <p>PROCHAIN RDV</p>		

Conclusion

- Le suivi des thérapies orales par les infirmières permet :
 - un suivi personnalisé
 - une détection précoce des toxicités permettant une prévention précoce
 - au patient d'avoir un interlocuteur soignant unique tout au long de son parcours de soins

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE



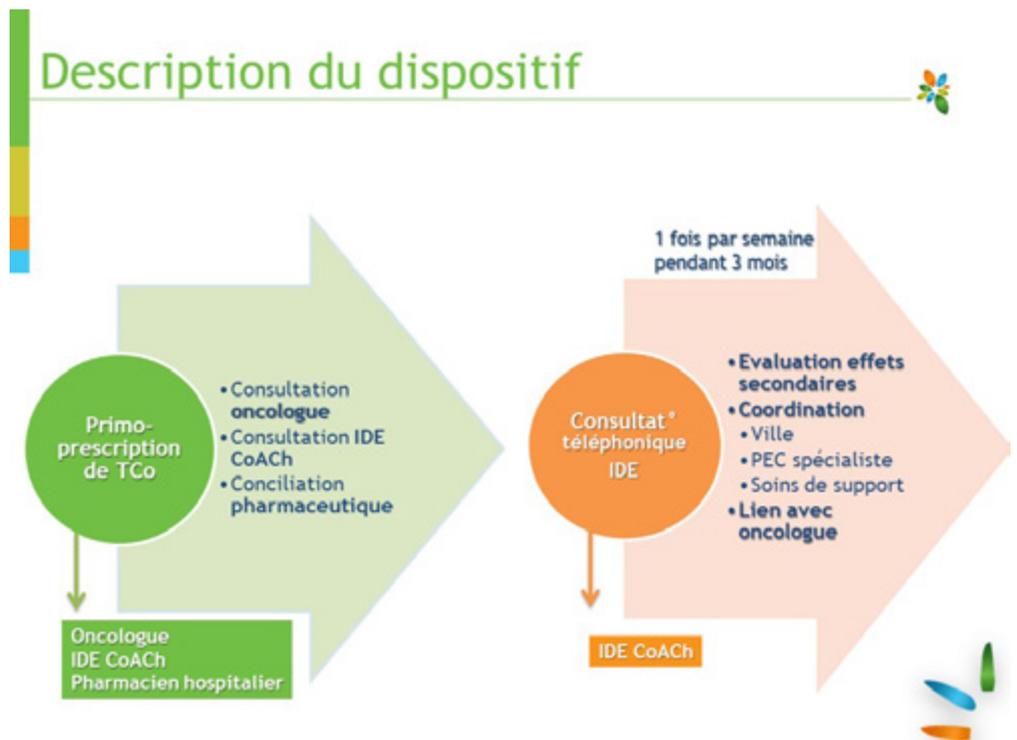
Les objectifs

- Sécuriser et anticiper la prise en charge des effets secondaires
- Améliorer l'interface ville / hôpital / ville
- Optimiser l'observance du traitement

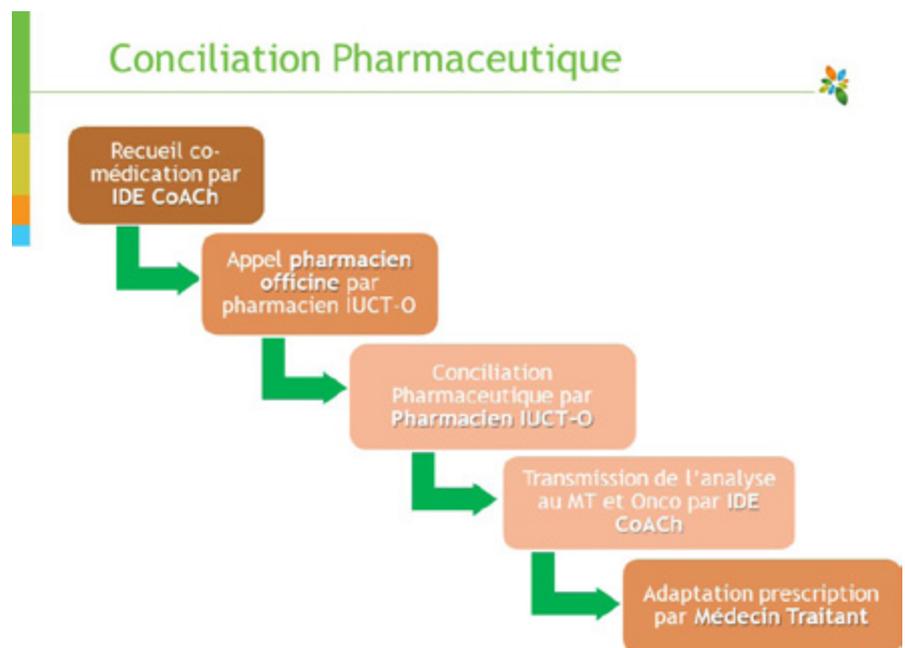
PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Description du dispositif



Conciliation Pharmaceutique



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Les appels téléphoniques infirmiers



- Evaluer les effets secondaires, apporter les conseils et prises en charges adaptés – Anticiper leur détection et prise en charge
- Apporter un soutien en fonction des besoins médicaux, psychologiques et/ou sociaux
- Faire le lien avec les différents intervenants libéraux
- Evaluer l'observance et conseiller en cas de difficultés

Activité CoACh TCO

CoACh TCO	2015 1/09-31/12	2016	2017
Nombre de patients	35	106	174
Conciliation pharmaceutique	35	106	174
Sortie du dispositif	10	28	130
Nombre de consultations téléphoniques	436	1 625	2040
Nombre appels entrants	226	953	1289
Nombre appels de coordination	231	999	1452
Avis Oncologue	165	654	889

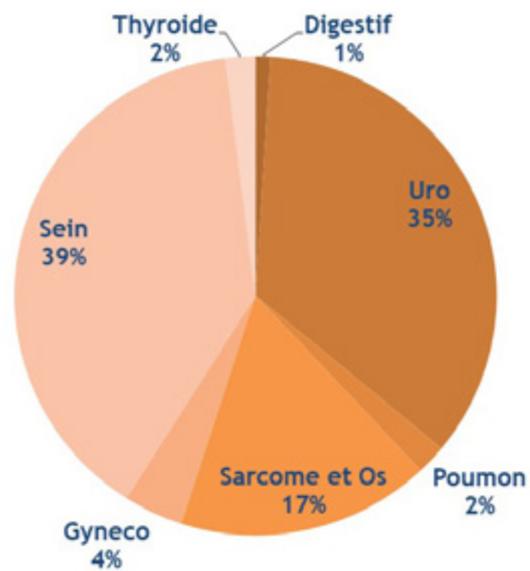
En plus de 2 ans

315 patients
4 101 Appels téléphoniques / patients
2 682 Appels de coordination

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

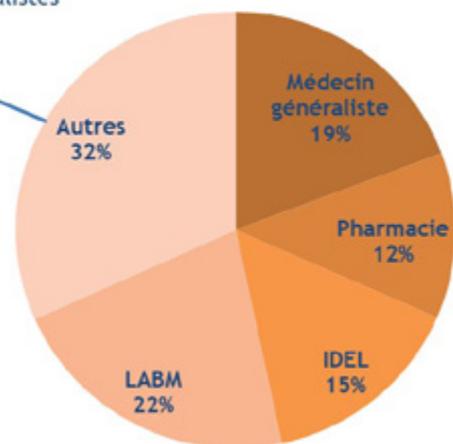
Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Répartition par pathologie



Les appels de coordination

Médecins spécialistes
Dentistes
Réseaux
HAD
EMDSP



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Les outils

CONDUITE À TENIR IDE COACH Mucite	
Grade	Détails du grade
GRADE 1	Ulcération indolore, érythème, douleur légère sans lésions
GRADE 2	Erythème douloureux, œdème ou ulcère, déglutition possible
GRADE 3	Erythème douloureux, ulcère nécessitant réhydratation par perfusion
GRADE 4	Ulcération sévère, alimentation entérale nécessaire

Traitement :

- BICARBONATE de Sodium 1.4 % pour bains de bouche +/i- 1 bouchon de GLYCOTHYMOLINE : au moins 6 bains de bouche par jour
- +/- Bain de bouche avec EAU + 1000 mg d'ACIDE SALICYLIQUE
- TRIFLUCAN 100 mg : 1 comprimé par jour pendant 7 jours
- ZELITREX 500 : 1 comprimé 2 fois par jour pendant 10 jours
- XYLOCAINE gel à 5% : 1 application 6 fois par jour sur les zones douloureuses sans avaler
- Compléments alimentaires 3 à 4 fois par jour

Conseil :

- Maintenir une hydratation suffisante
- Éviter aliments aérés, qui collent, trop concentrés en sucre ou en sel, susceptibles d'être contaminants

Si accompagné d'une NEUTROPENIE FERBRE selon GRADE 3 ou HOSPITALISATION

Écrit par	Dr Marion MONTASTRUC	15/02/2012
Validé par	Dr Marion MONTASTRUC	21/03/2012
Modifié par	L. GLADIEFF	

Arbres décisionnels
Fiches de consultation

CONSULTATION TELEPHONIQUE DE COACH

ADHESIPH

Correspond au C... Protocole de soins _____

Coordonnées à la date :

Prénom : _____

Devenir patient : _____

Température : _____

TA : + menu déroulant : 05/05/14/10/10/10

Site de la douleur : _____

OMS : + menu déroulant : 0 = capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction / 1 = activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de travailler / 2 = ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. AMR + 50% du temps / 3 = capable de seulement quelques soins personnels, AMR ou en danger +10% du temps / 4 = incapable de prendre soin de soi, AMR ou en danger en permanence +

Grading des effets secondaires à la date :

Autriche : + menu déroulant : non / 0/0/0/0 +

Anorexie : + menu déroulant : non / 0/0/0/0 +

Mucite : + menu déroulant : non / 0/0/0/0 +

Nausées : + menu déroulant : non / 0/0/0/0 +

Ventoussements : + menu déroulant : non / 0/0/0/0 +

Diarhées : + menu déroulant : non / 0/0/0/0 +

DPI



Evaluation par des recherches cliniques

ADHESIPH :

- Etude randomisée multicentrique régionale évaluant l'ADHESion au traitement d'un patient sous thérapie ciblée orale en cancérologie pris en charge par un suivi téléphonique Infirmier à domicile et une conciliation PHarmaceutique comparé à une prise en charge standard.

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM A AMPHI LAVOISIER

PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE SUIVI DES PATIENTS TRAITÉS PAR THÉRAPIES ANTICANCÉREUSES ORALES

Modérateurs Elianne DUBOIS & Laétitia GONAN CORNETTE

Et demain



 **PROM :**



**SYMPOSIUM
IPSEN**

**Partage d'expérience sur le suivi
des patients traités par thérapies
anticancéreuses orales**

Samedi 17 mars 2018
de 12h à 12h45
Amphithéâtre Lavoisier

21^{èmes} rencontres infirmières en oncologie

Innovation pour mieux soigner



**ET SI LE POUVOIR
DE COMBATTRE MON CANCER
ÉTAIT EN MOI ?**

Restaurons le pouvoir des défenses immunitaires

L'Immuno-Oncologie est une approche thérapeutique innovante dans laquelle Bristol-Myers Squibb a concentré ses axes de recherche depuis maintenant plusieurs années.

L'ambition de cette approche est de restaurer les capacités du système immunitaire à combattre les cellules cancéreuses.

Bristol-Myers Squibb contribue, aujourd'hui, à la mise à disposition de tels traitements.

Les efforts de nos équipes portent leurs fruits et nous encourage à persévérer pour permettre à d'autres patients atteints de cancer d'accéder à ces avancées.

Plus que notre fierté, c'est notre engagement...



Immuno-Oncologie

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



**L'immunologie appliquée à
l'oncologie: les points clés à
retenir**

Samedi 17 Mars 2018

Dr Laura MANSI MD, PhD

Hôpital J Minjoz, Besançon

 Avec le soutien organisationnel de Bristol-Myers Squibb 



Conflits d'intérêts

- Board: Novartis, Roche
- Lab meeting: BMS, 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 réalisées en toute indépendance.

La Prescription des produits en France doit se faire dans le cadre de l'AMM et des RCP et être conforme à la stratégie thérapeutique émise par la Haute Autorité de Santé (Avis de la Commission de Transparence)

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



QUIZZ

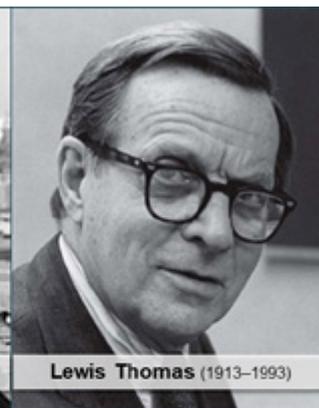


A propos de l'immunothérapie appliquée à l'oncologie
quelles sont les affirmations exactes?

- A. L'immunothérapie est une voie prometteuse pour tous les types de cancers
- B. L'immunothérapie est un concept récent, utilisé seulement depuis quelques années
- C. Une infection opportuniste est l'effet secondaire redouté des immunothérapies
- D. Une auto-immunité est l'effet secondaire redouté des immunothérapies



McFarlane Burnet (1899-1985)



Lewis Thomas (1913-1993)

Théorie Burnet et Thomas, 1957 :

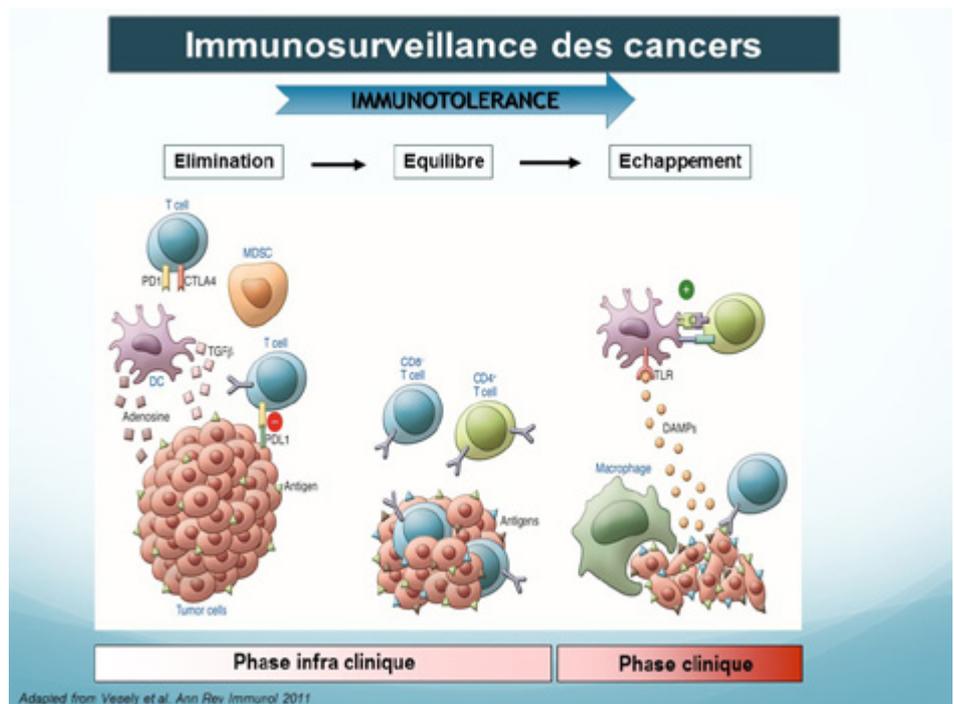
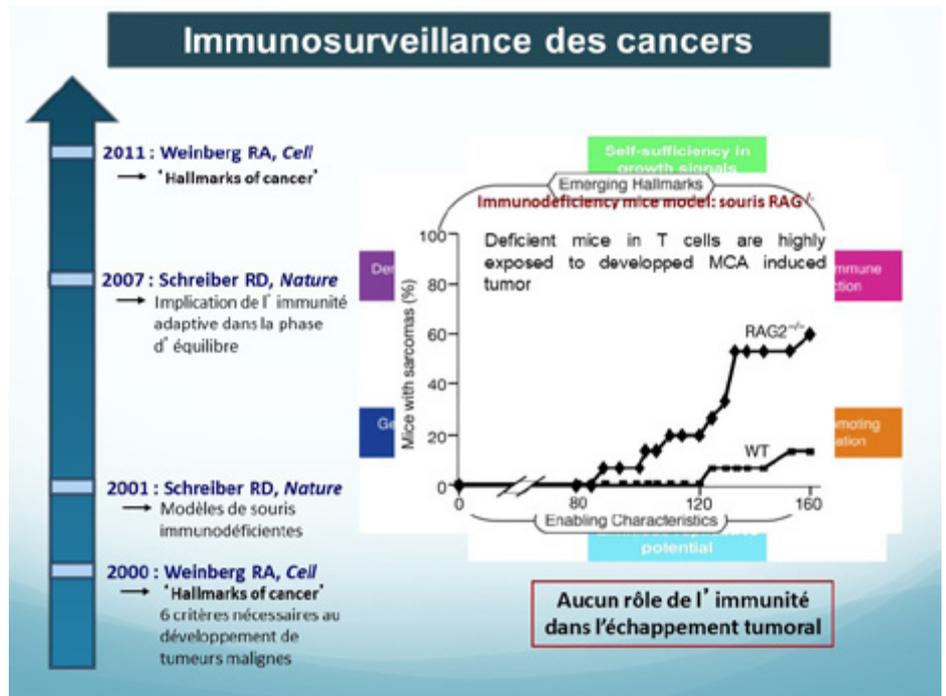
Tout au long de sa vie un individu est soumis à une cancérogénèse permanente, et le système immunitaire est capable d'identifier et de supprimer ces cellules génétiquement altérées et malignes.
Le développement d'un cancer résulte d'un échappement de la tumeur face au système immunitaire.

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

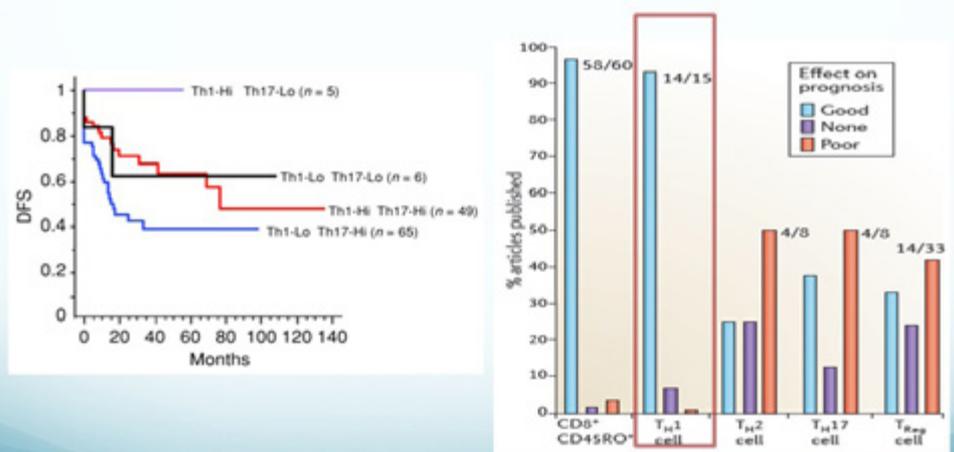
SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Immunosurveillance des cancers

L'infiltrat lymphocytaire a un impact sur le pronostic



Tosolini et al. Cancer Res 2011
Fridman et al. Nat Rev Cancer 2012

Immunosurveillance des cancers

L'infiltrat lymphocytaire est présent dans la majorité des cancers

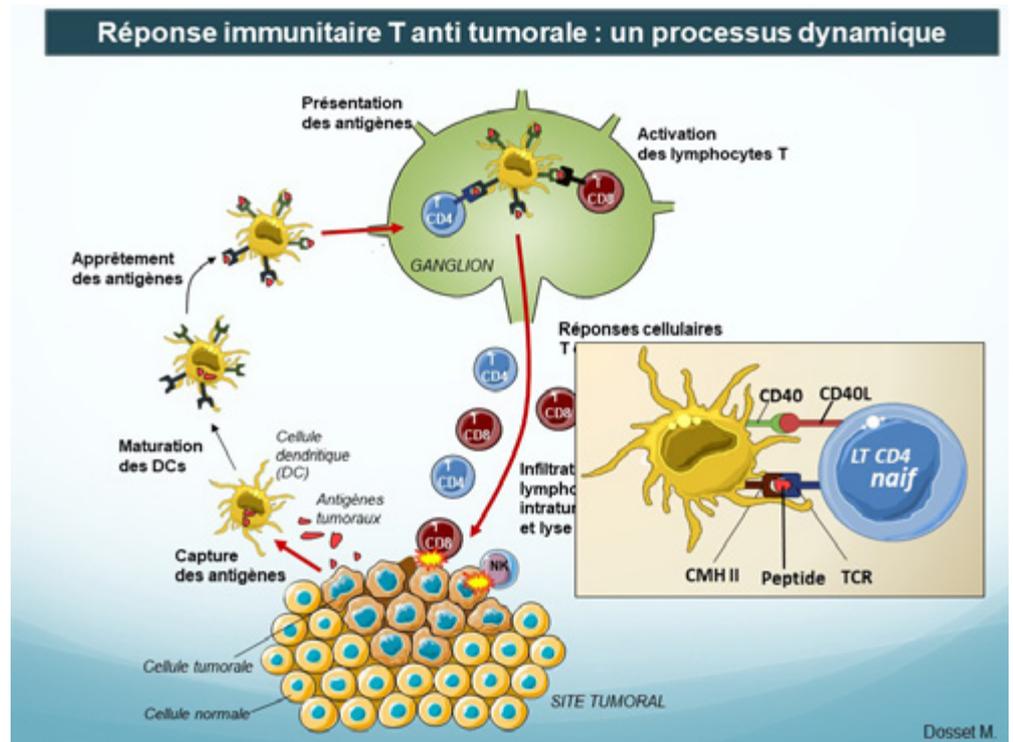
Cancers	References
Breast carcinoma	Bel et al., 1999 Coronella et al., 2002 Nzula et al., 2003 Gobert et al., 2009 Martinet et al., 2011 Gu-Tranien et al., 2013 Martinet et al., 2013
Colorectal carcinoma	Suzuki et al., 2002 McMullen et al., 2010 Bergomas et al., 2011 Coppola et al., 2011 Martinet et al., 2011 Remark et al., 2013
Colorectal carcinoma liver metastasis	Miyagawa et al., 2004
Colorectal carcinoma lung metastasis	Remark et al., 2013
Lung carcinoma	Dieu-Nosjean et al., 2008 Platonova et al., 2011 de Chasse Martin et al., 2011 Martinet et al., 2011 Goc et al., 2014
Melanoma	Ladányi et al., 2007 Messina et al., 2012 Martinet et al., 2012 Cipponi et al., 2012
Mucosal-Associated Lymphoid Tissue lymphoma	Bombardieri et al., 2007 Barone et al., 2008
Ovary carcinoma	Martinet et al., 2011
Renal cell carcinoma	Remark et al., 2013
Renal cell carcinoma lung metastasis	Remark et al., 2013

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

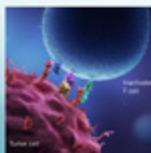
Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



Immunothérapie

La vraie question... le vrai problème..
L'enjeu scientifique

COMMENT EVITER QUE LES TUMEURS RENDENT LE SYSTEME IMMUNITAIRE TOLERANT ?



« L'avancée scientifique »
selon Science 2013...

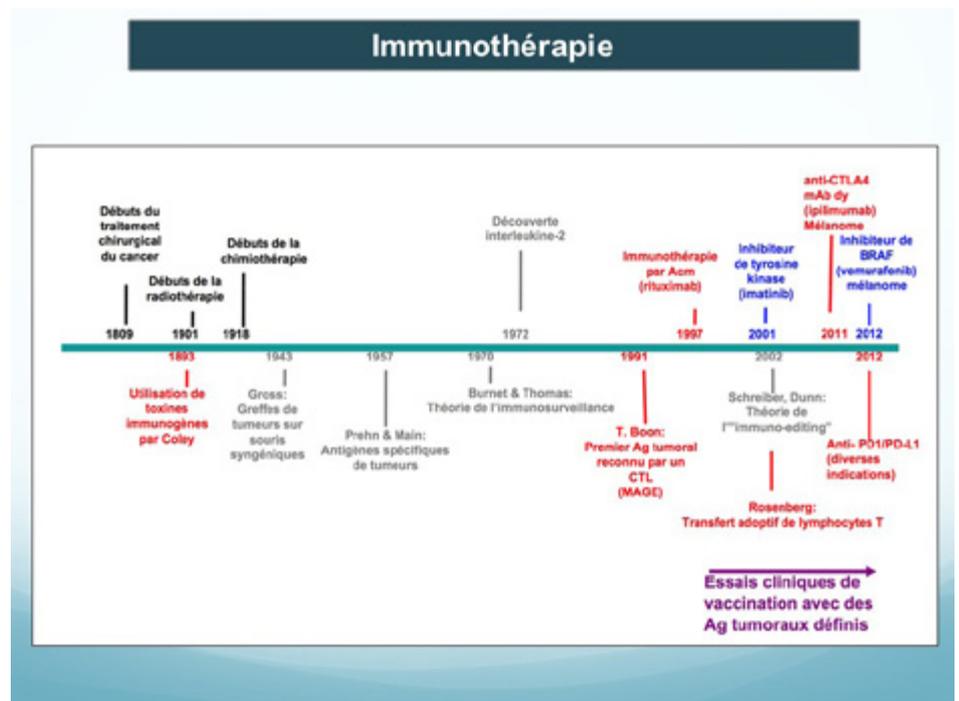
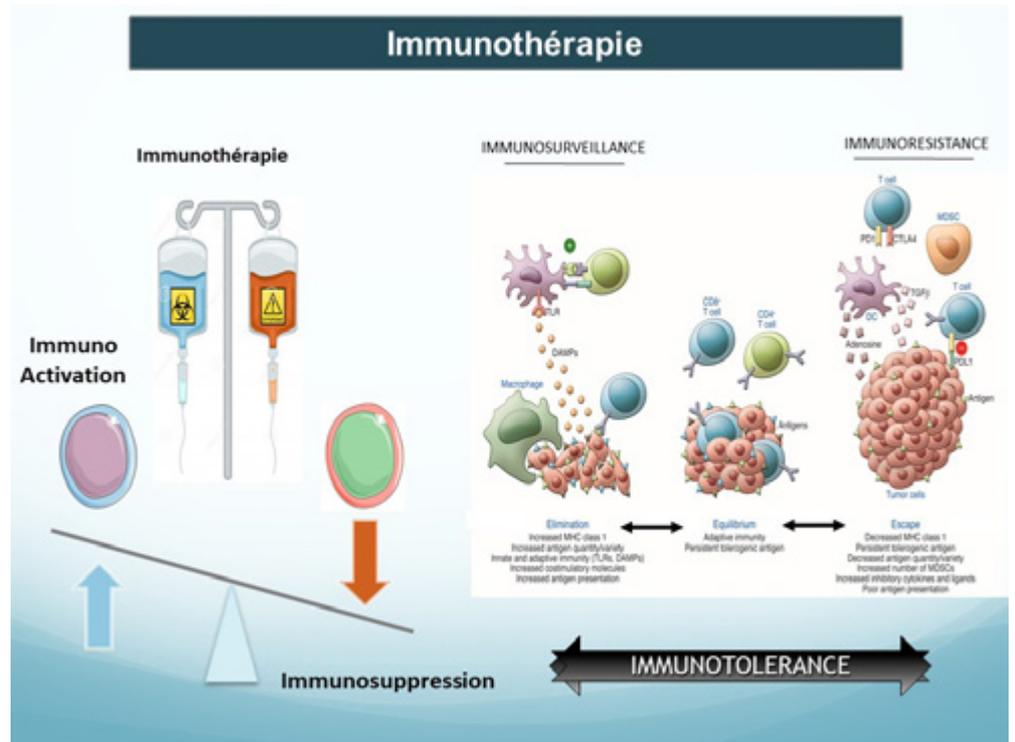


12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



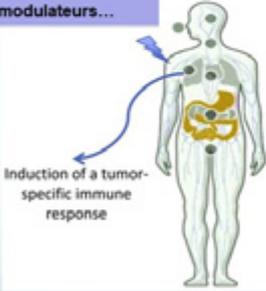
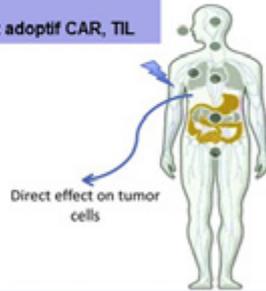
12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Deux types principaux d'immunothérapies

Immunothérapie active	Immunothérapie passive
<ul style="list-style-type: none">• Vaccins• Immunomodulateurs...	<ul style="list-style-type: none">• Anti-EGFR, anti-VEGF, anti-HER2...• Transfert adoptif CAR, TIL
	
<ul style="list-style-type: none">❖ Induction d'une mémoire immunologique❖ Action sur la masse tumorale	<ul style="list-style-type: none">❖ Action sur la masse tumorale❖ Absence de mémoire immunologique

De Pas et al. Crit Rev Onco Hem 2012

Les checkpoints inhibiteurs

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL *of* **MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812 AUGUST 19, 2010 VOL. 362 NO. 8

Improved Survival with Ipilimumab in Patients with Metastatic Melanoma

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Les checkpoints inhibiteurs

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL of MEDICINE

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE 1 NO. 8

ORIGINAL ARTICLE **nts**

**Nivolumab in Previously Untreated
Melanoma without BRAF Mutation**

Caroline Robert, M.D., Ph.D., Georgina V. Long, M.D., Ph.D., Benjamin Brady, M.D.,

Les checkpoints inhibiteurs

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL of MEDICINE

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE 1 NO. 8

ORIGINAL ARTICLE **nts**

**Nivolumab in Previously Untreated
Melanoma without BRAF Mutation**

Caroline Robert, M.D., Ph.D., Georgina V. Long, M.D., Ph.D., Benjamin Brady, M.D.,

**The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812 JUNE 28, 2012 VOL. 366 NO. 26

**Safety, Activity, and Immune Correlates
of Anti-PD-1 Antibody in Cancer**

Suzanne L. Topalian, M.D., F., Stephen Hodi, M.D., Julie R. Brahmer, M.D., Scott N. Gettinger, M.D., David C. Smith, M.D., David F. McDermott, M.D., John D. Powderly, M.D., Richard D. Carvajal, M.D., Jeffrey A. Sosman, M.D., Michael B. Atkins, M.D., Philip D. Leming, M.D., David R. Spigel, M.D., Scott J. Antonia, M.D., Ph.D., Leora Horn, M.D., Charles G. Drake, M.D., Ph.D., Drew M. Pardoll, M.D., Ph.D., Lieping Chen, M.D., Ph.D., William H. Sharfman, M.D., Robert A. Anders, M.D., Ph.D., Janis M. Taubg, M.D., Tracey L. McMiller, M.S., Hanyang Xu, E.A., Alan J. Korman, Ph.D., Maria Jure-Kunkel, Ph.D., Shrut Agarwal, Ph.D., Daniel McDonald, M.B.A., Georgia D. Kolla, Ph.D., Anshu Gupta, M.D., Ph.D., Jon M. Wigginton, M.D., and Meredith J. Atkins, M.D.

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Les checkpoints inhibiteurs

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Atezolizumab in patients with locally advanced and metastatic urothelial carcinoma who have progressed following treatment with platinum-based chemotherapy: a single-arm, multicentre, phase 2 trial

Pembrolizumab versus docetaxel in patients with previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial

Anti-PD-1 Antibody in Cancer

Jonathan E Rosenberg, Jean Hoffman-Censits, Tom Powles, Michiel S van der Heijden, Arjun V Balar, Andrea Necchi, Nancy Dawson, Roy S Herbst, Paul Bross, Dong-Won Kim, Enriqueta Felip, José L Pérez-Gracia, Ji-Youn Han, Myung-Ju Ahn, Margarita Migem, Mary J Fisher, Gilberto de Castro Jr, Marcelo Garrido, Greg... 28, 2012

Les checkpoints inhibiteurs

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Nivolumab in Previously Untreated Melanoma without BRAF Mutation

Caroline Robert, M.D., Ph.D., Georgina V. Long, M.D., Ph.D., Benjamin Brady, M.D.,

A Overall Survival

Hazard ratio for death, 0.42 (95% CI, 0.25-0.73); P<0.001

Patients Who Died	Median Survival mo (95% CI)	
Nivolumab (no./total no.)	50/210	Not reached
Dacarbazine (no./total no.)	96/208	10.8 (9.3-12.1)

B Progression-free Survival

Hazard ratio for death or disease progression, 0.43 (95% CI, 0.34-0.54); P<0.001

Patients Who Died or Had Disease Progression	Median Progression-free Survival mo (95% CI)	
Nivolumab (no./total no.)	108/210	5.1 (3.5-10.8)
Dacarbazine (no./total no.)	143/208	2.2 (2.1-2.4)

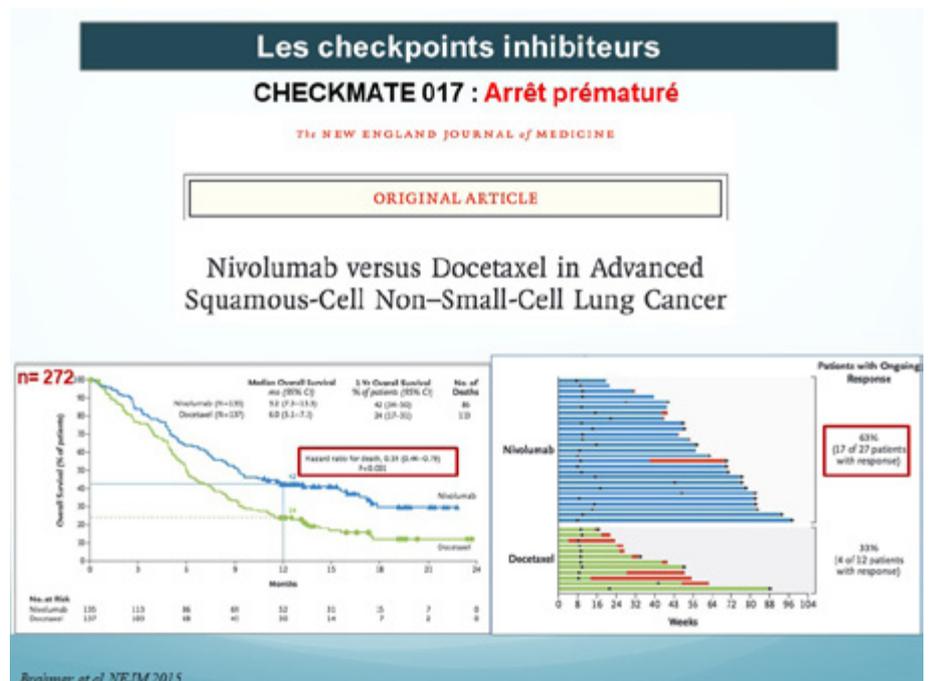
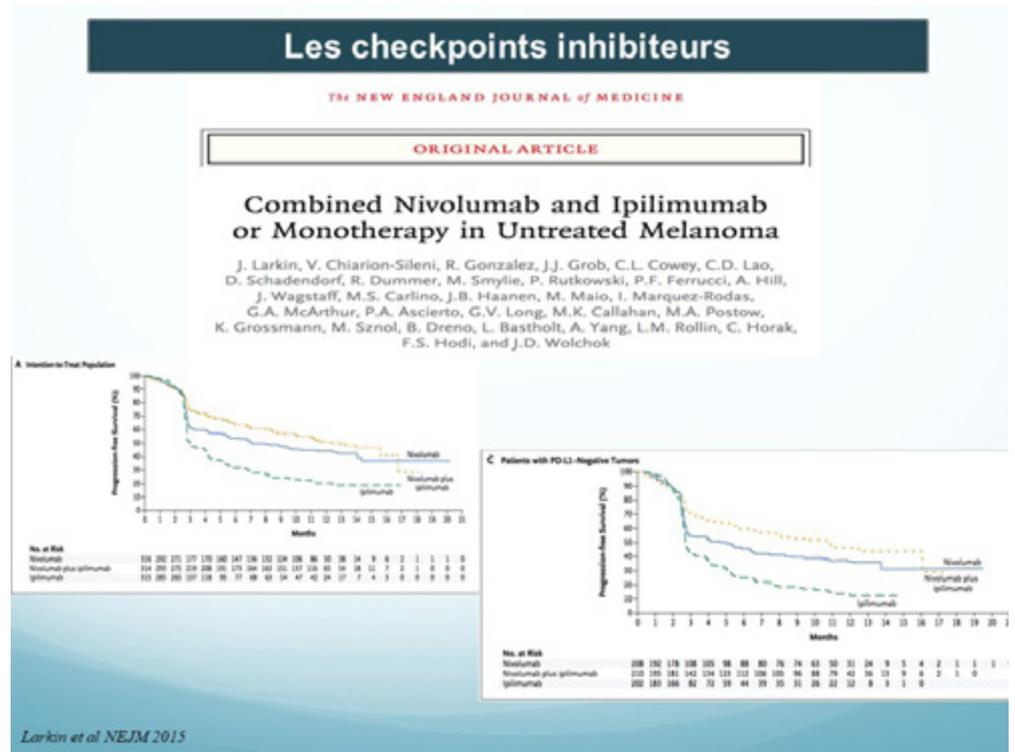
No. at Risk

	0	3	6	9	12	15	18
Nivolumab	210	185	150	105	45	8	0
Dacarbazine	208	177	123	82	22	3	0

Robert C et al NEJM 2015

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B SALLE 162 L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

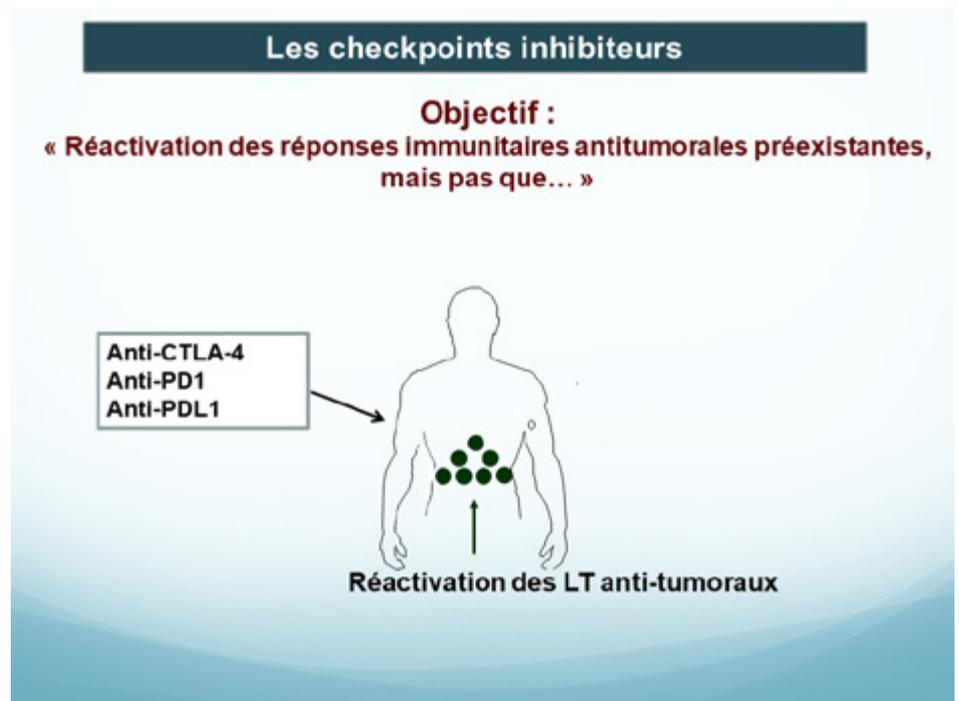
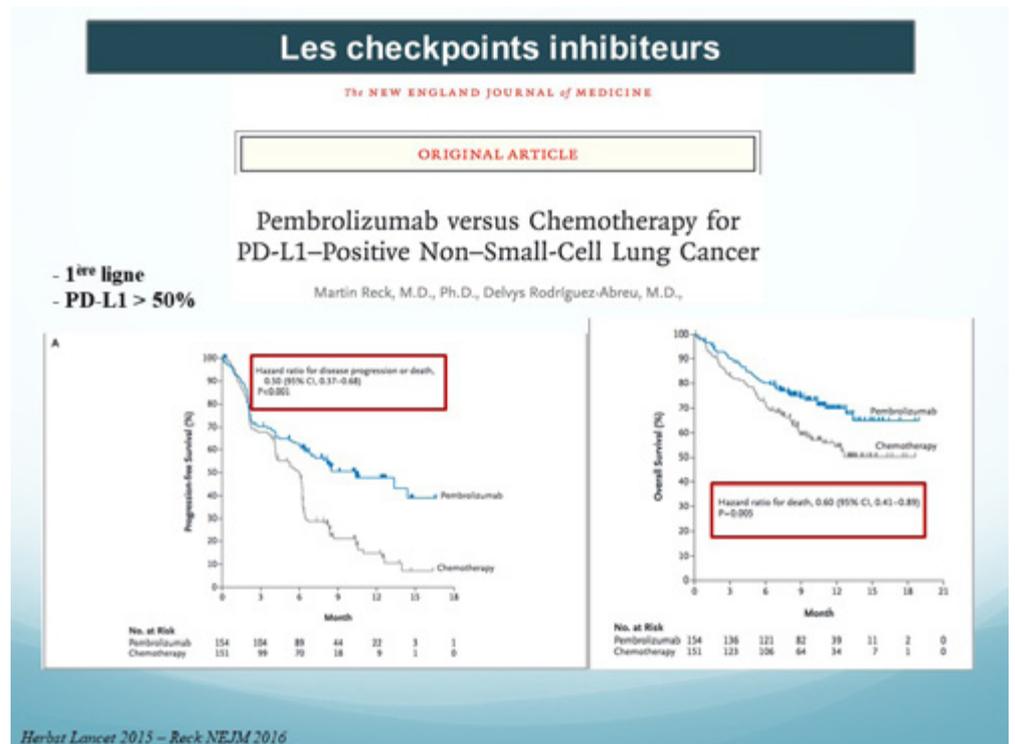


12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

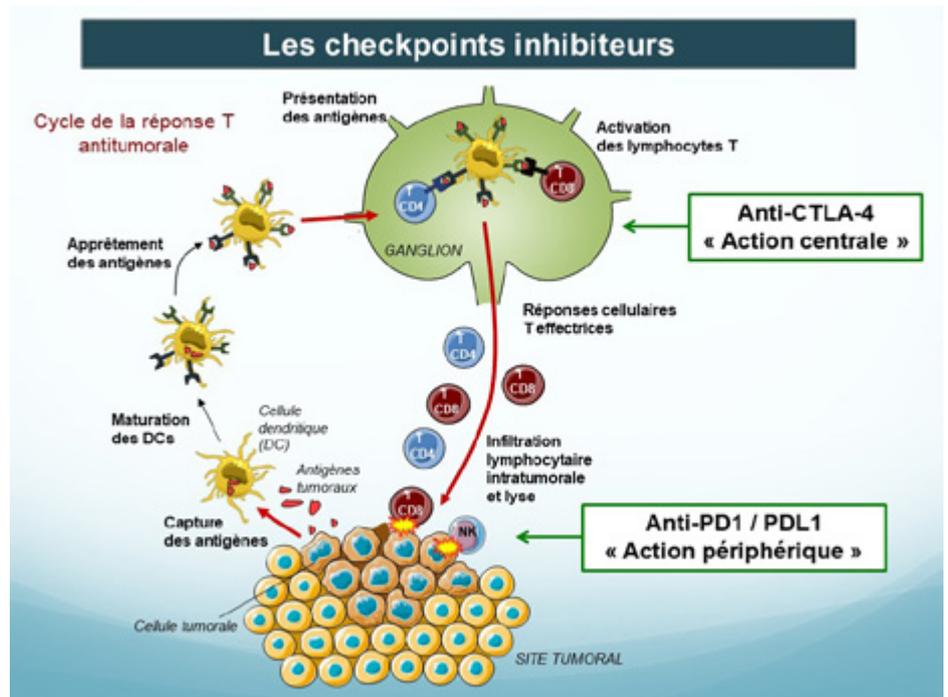
L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B SALLE 162 L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



ATTENTION AUX TOXICITES
AUTO IMMUNE

A red triangle with a white exclamation mark is positioned to the left of a blue rectangular box containing the text 'ATTENTION AUX TOXICITES AUTO IMMUNE'.

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

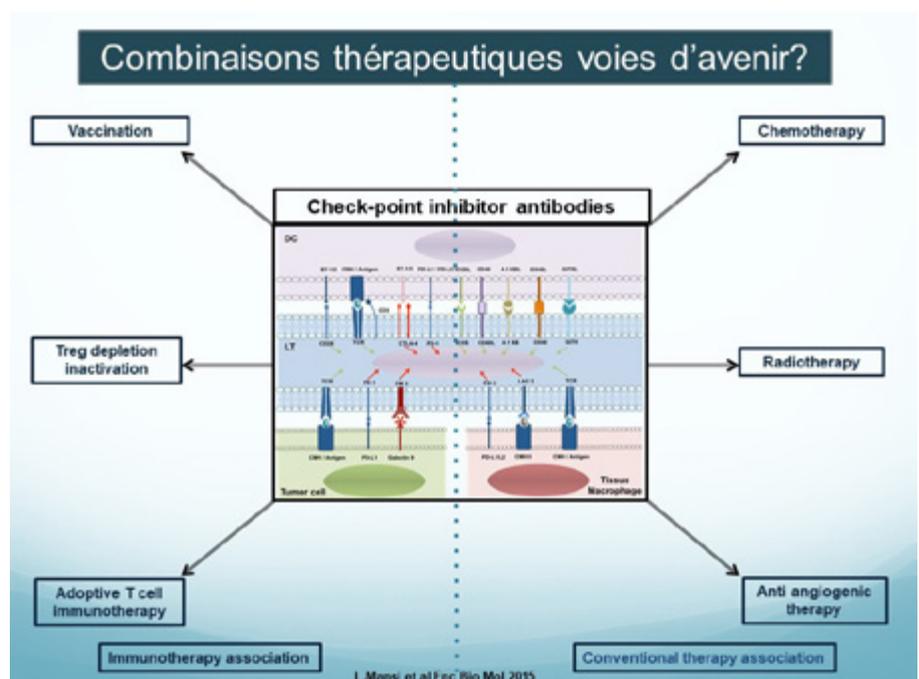
L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



ATTENTION AUX TOXICITES AUTO IMMUNE

- Mais également:
- Thyroidite autoimmune
- Insuffisance surrénalienne autoimmune
- Pneumopathie autoimmune
- Guillain Barré
- ...



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



**Tolérance des immunothérapies :
le point de vue de l'infirmière et
du clinicien**

Samedi 17 Mars 2018

Magalie Courgey Infirmière

Dr Laura MANSI MD, PhD

Hôpital J Minjoz, Besançon



Avec le soutien organisationnel de Bristol-Myers Squibb



Conflits d'intérêts

- **Aucun**
- *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.*
- *La Prescription des produits en France doit se faire dans le cadre de l'AMM et des RCP et être conforme à la stratégie thérapeutique émise par la Haute Autorité de Santé (Avis de la Commission de Transparence)*

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Immunothérapie vue par l'infirmière

- Mode d'action

Immunothérapie vue par l'infirmière

- Mode d'action
- Tolérance observée par l'infirmière

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Immunothérapie vue par l'infirmière

- Mode d'action
- Tolérance observée par l'infirmière
- Tolérance vécue par le patient

« Je suis bien contrairement à la chimiothérapie que je compares à du poison »

« La chimiothérapie cela tue parfois la maladie mais aussi la personne »

Focus sur des cas cliniques: HDJ

- Mme B 33 ans, mélanome métastatique ganglionnaire et pulmonaire
- Sous immunothérapie en 2^{ème} ligne depuis presque 4 ans en réponse complète
- Aucun effet secondaire ressenti par le patient
- Aucun effet secondaire biologique

QUID DE L'ARRET ??

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Focus sur des cas cliniques: HDJ

- Mr M 70 ans, mélanome métastatique ganglionnaire
- Sous immunothérapie 2^{ème} ligne depuis 2014 en réponse complète
- Aucun effet secondaire ressenti par le patient
- Aucun effet secondaire biologique

QUID DE L'ARRET ??

Immunothérapie vue par l'infirmière

- Oui mais.... « AUTO-IMMUNITE »
- Poursuite interrogatoire du patient nécessaire !!!

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL

Focus sur des cas cliniques : HDJ

- Mme S, 35 ans cancer du sein triple négatif en cours d'essai clinique avec immunothérapie + chimiothérapie
- Toxicité ophtalmique de grade 1 sécheresse oculaire, photophobie.

Essai clinique : Hors AMM

Focus sur des cas cliniques: HDJ

- Mme V, 50 ans cancer ovaire atteinte péritonéale essai clinique immunothérapie association chimiothérapie + Avastin
- Arrêt précoce malgré efficacité car toxicité endocrinienne de grade 4 : Hypothyroïdie + épidermite de grade 3

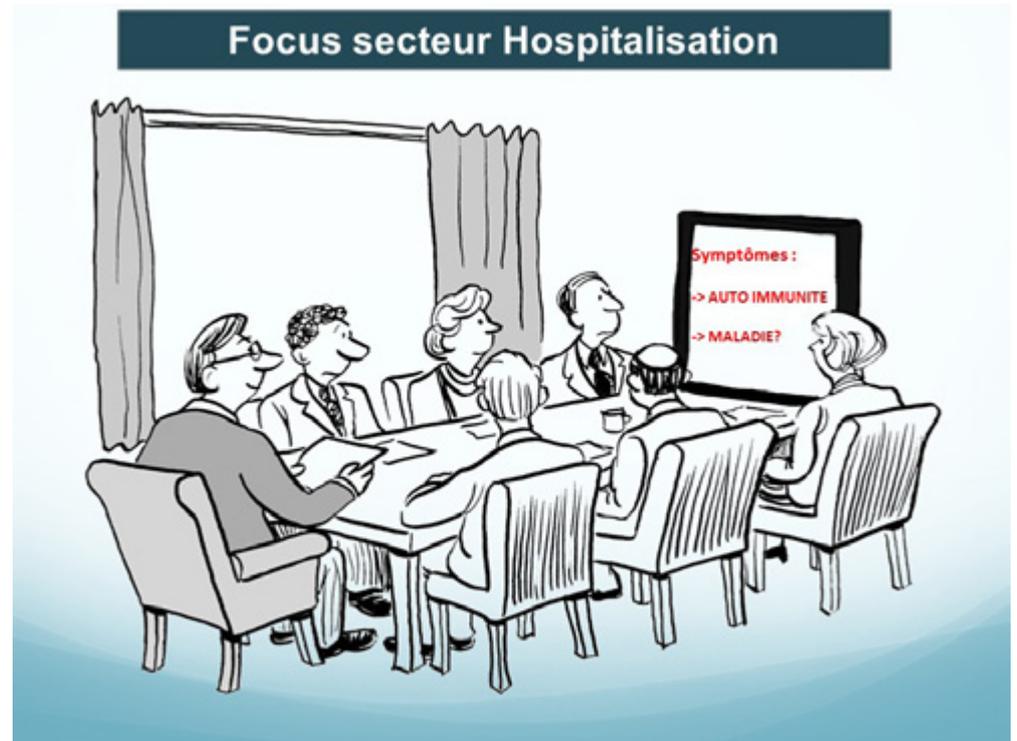
Essai clinique : Hors AMM

12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM B

SALLE 162

L'EXPÉRIENCE MULTI-TUMEURS EN IMMUNOTHÉRAPIE

Modérateurs Blandine MEYRIEUX-LEFEVRE & Hélène PECOIL



Merci de votre attention

Place aux échanges...

à **VIVRE** ouvert

penser le soin

COLLECTION DOCUMENTAIRE



L'annonce
«dans tous ses états»



Les souffrances
du patient

ENTRÉE 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»



Soins de support
«Être en vie...
avoir envie »

”

Vers une prise en charge
globale adaptée
à la personne
atteinte d'un cancer

“

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



ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ



ASSOCIATIONS DE PATIENTS

0 801 123 456

Service & appel
gratuits

SANOFI



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN



**Mme la Professeure
Dominique Farge BANCEL**



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

Mme ABITBOL
- Cadre Supérieur de Pôle



Mme FLOURY
IDE Allo Cancer



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN



Thrombose & Cancer

Pr Dominique FARGE-BANCEL

Médecine Interne, Maladies Auto-immunes

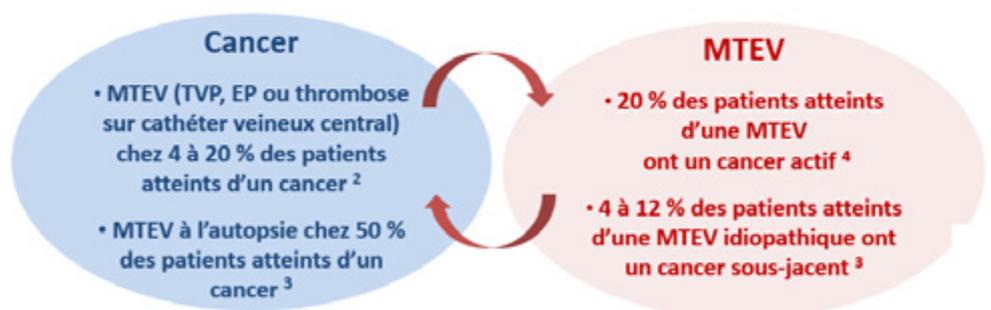
et Pathologie Vasculaire

Hôpital Saint Louis, APHP, Paris



Incidence de la thrombose veineuse (MTEV) au cours du cancer

- La MTEV est une complication fréquente et grave chez les patients atteints d'un cancer **Deuxième cause la plus fréquente de décès** ¹



Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

TVP, thrombose veineuse profonde; EP, embolie pulmonaire; MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
1. Khorana AA, et al. *J Thromb Haemost* 2007;5:632-4. 2. Farge D, et al. *Thromb Res* 2010;125(Suppl 2):S108-16.
3. Falanga A, Zacharski L. *Ann Oncol* 2005;16:696-701. 4. Monreal M, et al. *J Thromb Haemost* 2006;4:1950-6.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

WHY ? www.ITAC-CME.org

International Thrombosis and Cancer initiative

ITAC-CME
International Initiative on
Thrombosis and Cancer

Cancer: priorité de santé publique

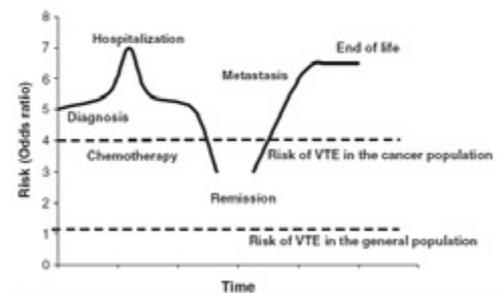
MTEV au cours du cancer:

Frequente : 1 / 3 patient

↑ cancer, ↑ CVC, ↑ chimiothérapie

2nd cause décès : 1/7 pt VTE + K

CQ = ↑ cout cancer + ↓ survie cancer



Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)



115-THR-4

Triade de Virchow chez les patients atteints d'un cancer

En 1856, Virchow a décrit trois catégories de facteurs censés contribuer à la thrombose :

- **Lésion endothéliale**
 - L'endothélium devient procoagulant
 - Invasion des cellules cancéreuses dans la paroi vasculaire
- **Stase sanguine**
 - Immobilisation fréquente, chirurgie
 - Compression des vaisseaux sanguins par la tumeur
- **Modification des constituants sanguins**
Activation et/ou libération de protéines coagulantes et de cellules sanguines



Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

Green KB, Silverstein RL. Hematol Oncol Clin North Am 1996;10(2):499-530.
Prandoni P, et al. Haematologica 1999;84(8):437-45.
Rickles FR, Falanga A. Thromb Res 2001;102(6):V215-24.



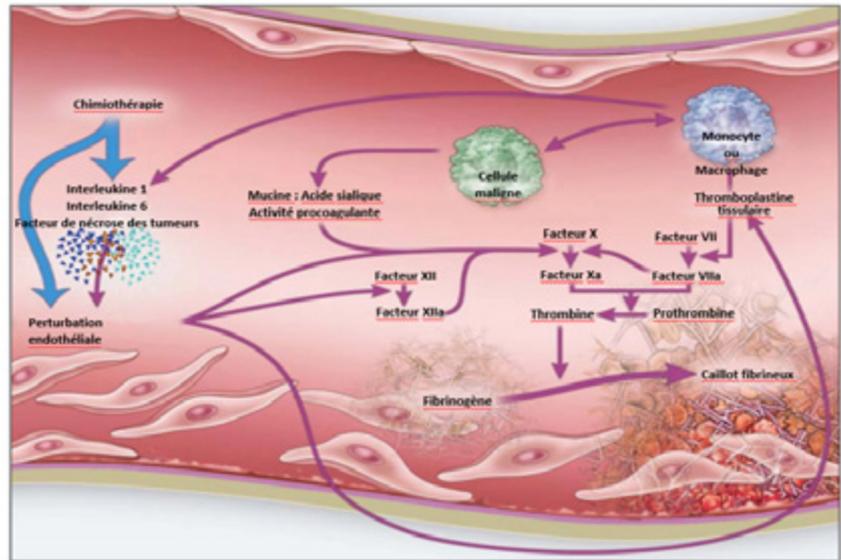
12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Mécanisme de la thrombose dans le cancer



Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

Bick RL. N Engl J Med 2003;349(2):109-11.

Facteurs de risque de MTEV chez le patient avec cancer

- **Facteurs liés au patient**
 - Âge avancé (notamment > 65 ans)
 - Race (noire > asiatique)
 - Obésité
 - Comorbidités
 - Antécédents de MTEV
 - Mutations prothrombotiques héréditaires
 - Grossesse
- **Facteurs liés au traitement**
 - Récente intervention chirurgicale majeure
 - Hospitalisation en cours
 - Cathéter veineux central
 - **Chimiothérapie active**
 - **Hormonothérapie active**
 - Traitement antiangiogénique en cours ou récent (thalidomide, lénalidomide, bévécizumab)
- **Facteurs liés au cancer**
 - Site primaire du cancer (pancréas, système gastro-intestinal, cerveau, poumons, **appareil génital**, reins, sang)
 - Maladie métastatique actuelle

ASE, agent stimulant l'érythropoïèse, MTEV, maladie thromboembolique veineuse
 Ay C, et al. Blood 2010; 116(24):5317-82
 Farge-Bancel D, et al. Rambam Maimonides Med J 2014;5(4):e0041
 Khorana AA, et al. Blood 2008;111(10):4902-7
 Lyman GH, et al. J Clin Oncol 2007;25(34):5490-505.

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

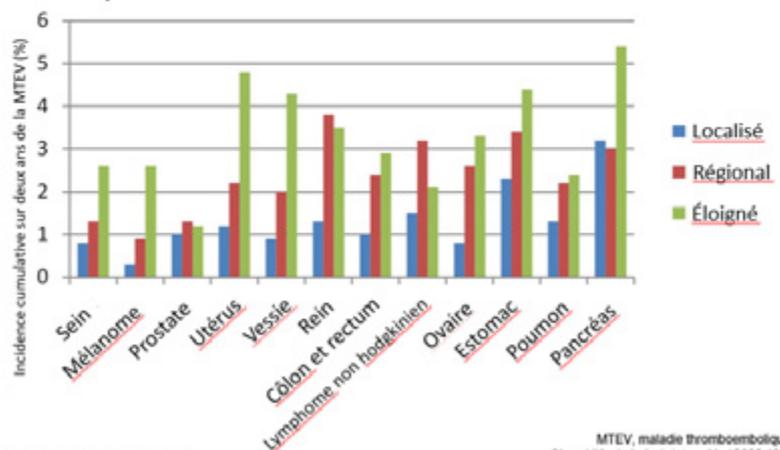
SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Incidence de la MTEV selon le stade du cancer

- Taux supérieurs de MTEV en présence d'une maladie métastatique



Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

MTEV, maladie thromboembolique veineuse. Chew HK, et al. Arch Intern Med 2006;166(4):458-64. Temp JF, et al. Blood 2013;122(10):1712-23.

Modèle prédictif de la survenue d'une MTEV chez un patient avec cancer

Caractéristiques du patient	Score de risque
Site du cancer	
Risque très élevé (estomac, pancréas)	2
Risque élevé (poumon, lymphome, cancer gynécologique, vessie, testicules)	1
Nombre de plaquettes avant chimiothérapie $\geq 350\ 000/\text{mm}^3$	1
Taux d'hémoglobine $< 10\ \text{g/dl}$ ou utilisation d'ASE	1
Nombre de leucocytes avant chimiothérapie $> 11\ 000/\text{mm}^3$	1
IMC $\geq 35\ \text{kg/m}^2$	1

Remarque : faible risque (score 0), risque moyen (score 1-2) et risque élevé (score 3)

Un score total ≥ 3 indique un risque élevé (7% risque de MTEV) chez les patients en ambulatoire atteints d'un cancer

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

IMC, indice de masse corporelle; ASE, agent stimulant l'érythropoïèse; MTEV, maladie thromboembolique veineuse. Khorana AA, et al. Blood 2008;111(10):4902-7.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

MTEV et mortalité chez les patients atteints d'un cancer soumis à une intervention chirurgicale

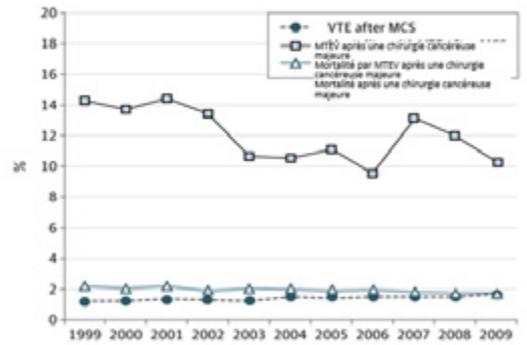
Taux de MTEV et de mortalité pour la MTEV chez les patients soumis à une intervention chirurgicale majeure pour un cancer aux États-Unis (1999-2009)

2 508 916 patientes

Taux global de MTEV : 1,3 %

↑ incidence de la MTEV : 4,0 % par an

Réduction de la mortalité par MTEV



	EPVA	IC à 95 %	Valeur p
MTEV après une chirurgie cancéreuse majeure	4,0	2,9 à 5,1	< ,001
Mortalité par MTEV après une chirurgie cancéreuse majeure	-2,4	-4,3 à -0,5	,03
Mortalité après une chirurgie cancéreuse majeure	-2,4	-2,9 à -2,0	< ,001

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012) EP, intervalle de confiance, EPVA, estimation du pourcentage de variation annuel, MTEV, maladie thromboembolique veineuse. Trinh VQ, et al. JAMA Surg 2014;149(1):43-9.

Moyens thérapeutiques de la MTEV

Pharmacologiques (prophylaxie et traitement)	
Héparines de bas poids moléculaire (HBPM) Daltéparine Énoxaparine Nadroparine Tinzaparine	Inhibiteur indirect du facteur Xa Fondaparinux
Thrombolytiques Héparine non fractionnée (HNF)	Nouveaux anticoagulants oraux (NACO) <i>Inhibiteurs directs du facteur Xa</i> Apixaban Édoxaban Rivaroxaban <i>Inhibiteurs directs du facteur IIa</i> Dabigatran
Antagonistes de la vitamine K (AVK) Warfarine Acénocoumarol Phénprocoumone	
Non pharmacologiques (prophylaxie)	
s de contention progressifs mpression pneumatique intermittente tres de veine cave	

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

10



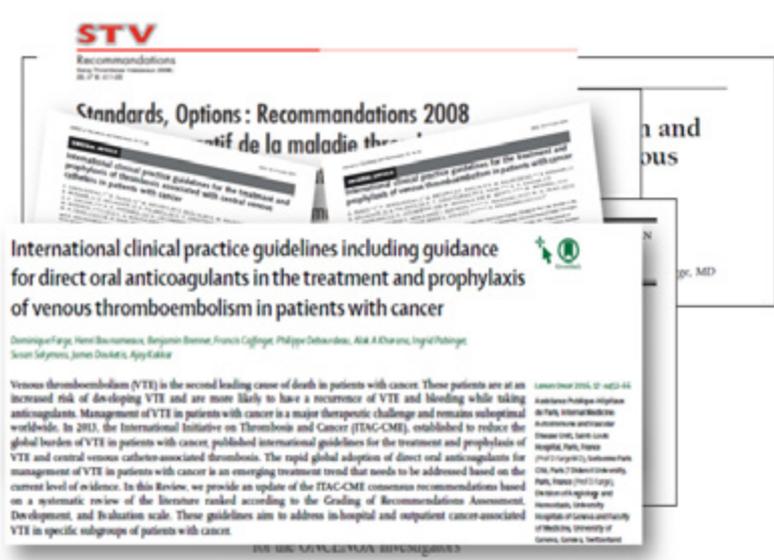
12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Des recommandations thérapeutiques Basées sur des méta-analyses et essais cliniques randomisés:



Meyer G. Arch Intern Med 2002, 162; 1729-35; Lee AY. N Engl J Med 2003, 349; 146-53; Hull R. Am J Med 2006, 119; 1062-72; Deltcher SR; Clin and Appl Thromb/Haemst 2006; 389-396

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

GRADE: going from evidence to recommendations ≈ 40 organisations WHO, CHEST, NHS, ACCP pts, clinicians, health policy

Quality of evidence	Study design	Lower if *	Higher if *
High (4) (A)	Randomized trial	Study limitations -1 Serious -2 Very serious	Large effect + 1 Large + 2 Very large
Moderate (3) (B)		Inconsistency -1 Serious -2 Very serious	Dose response + 1 Evidence of a gradient
Low (2) (C)	Observational study	Indirectness -1 Serious -2 Very serious	All plausible confounding + 1 Would reduce a demonstrated effect, or
Very low (1) (D)		Imprecision -1 Serious -2 Very serious	+ 1 Would suggest a spurious effect when results show no effect
		Publication bias -1 Likely -2 Very likely	

Classification of recommendations

Recommendation	Definition
Strong (Grade 1)	The panel is confident that the desirable effects of adherence to a recommendation outweigh the undesirable effects
Weak (Grade 2)	The panel concludes that the desirable effects of adherence to a recommendation probably outweigh the undesirable effects, but is not confident
Best clinical practice (Guidance)	In the absence of any clear scientific evidence and because of undetermined balance between desirable and undesirable effects, judgment was based on the professional experience and consensus of the international experts within the working group

- The price of a drug varies in different countries and in different regions of the world
- In the case of a strong recommendation, the benefit to the patient outweighs health economics considerations
- Costs of anticoagulants are negligible compared to the cost of cancer treatment

Farquhar D, et al. JTH 2013;11:56-70. Lancet Oncol 2016 Oct
Debourdeau et al. JTH 2013;11:71-80

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

2015-THR-027



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Recommandations internationales 2013 mise à jour en 2016: problèmes cliniques

1. Traitement initial (5 à 10 premiers jours) après une MTEV établie
2. Traitement d'entretien précoce (> 10 jours à 3 mois) et traitement à long terme (> 3 mois) d'une MTEV établie
3. Traitement d'une MTEV récurrente par AVK, HBPM et filtre de veine cave
4. **Traitement des thromboses asymptomatiques**
5. Traitement d'une thrombose établie sur CVC
6. Prophylaxie de la thrombose sur CVC
7. **Places des AOD**
8. Prophylaxie de la MTEV chez les patients atteints d'un cancer traités par chirurgie
9. Prophylaxie de la MTEV chez les patients atteints d'un cancer suivant un traitement médical (attention particulière chez les patientes atteintes d'un cancer du poumon, du pancréas et d'un myélome)

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012) AVK, antagoniste de la vitamine K; CVC, cathéter veineux; centrax, HBPM, héparine de bas poids moléculaire; MTEV, maladie thromboembolique veineuse; Farge D, et al. JTH 2013,11:56-70. Lancet Oncol 2016 Oct; Farge et al. J Thromb Haemost 2013,11(E):56-70; Deboudeau et al. J Thromb Haemost 2013,11(1):71-80.

2016 International VTE and Cancer Guidelines LMWH vs LMWH+VKA in Early Maintenance and Long-term tt of VTE 7 RCT 8 meta-analysis IIII

Study	LMWH	Dosage and duration
Patients with cancer		
CLOT (n=672; Lee 2003)	Dalteparin	200 IU/kg once daily for 1 month, 150 IU/kg per day for 5 months
CATCH (n=900; Lee 2015)	Tinzaparin	175 IU/kg once daily for 6 months
LITE (n=200; Hull 2006)	Tinzaparin	175 IU/kg once daily for 3 months
CANTHANOX (n=146, Meyer 2002)	Enoxaparin	1.5 mg/kg once daily for 3 months
ONCENOX (n=122, Deitcher 2006)	Enoxaparin	1 mg/kg twice daily for 5 days, 1.0 or 1.5 mg/kg once daily for 6 months
Unselected patients		
Lopez-Beret 2001 (n=158)	Nadroparin	0.1 ml/10 kg twice daily for 3 to 6 months
Romera 2009 (n=241)	Tinzaparin	175 IU/kg once daily for 6 months

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

Farge D, et al. Lancet Oncol 2016 Oct 5. [Epub ahead of print]. 14



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer

Q1 : Traitement initial (J0 - J10) de la MTEV chez les patients atteints d'un cancer

- HNF + AVK comparé à HBPM + AVK
 - Tous deux sont associés à des taux élevés de rechute et de saignements majeurs
 - Récidive : HNF = HBPM
 - Mortalité : HNF > HBPM
- Fondaparinux comparé à HBPM comparé à HNF

	comparé à HNF + AVK	comparé à HBPM + AVK
Rechutes	Fondaparinux < HNF	Fondaparinux > HBPM
Saignements	Pas de différence	Pas de différence
Mortalité	Pas de différence	Pas de différence

HBPM, héparine de bas poids moléculaire; HNF, héparine non fractionnée; AVK, antagoniste de la vitamine K; MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012) Farge D, et al. *JTH* 2013;11:56-70. *Lancet Oncol* 2016 Oct; 2016;17(10):1267-76. Debourdeau et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):71-80.

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer

Q1 : Traitement initial (J0 - J10) de la MTEV établie chez les patients atteints d'un cancer

- **Les HBPM sont recommandées. [Grade 1B].**
Les HBPM sont à utiliser de préférence à la posologie de 1 fois par jour.
- Le fondaparinux et les HNF peuvent être également utilisés. [Grade 2D].
- Utilisation de filtre cave en cas d'anticoagulation contre-indiquée ou de récurrence sous anticoagulation optimale
 - [Avis d'experts basé sur le faible niveau d'évidence des publications de faible qualité et sur l'absence de données sur le rapport bénéfice / risque].
- Une thrombolyse ne peut être envisagée qu'au cas par cas, en faisant particulièrement attention aux contre-indications, notamment le risque de saignements
 - [Avis d'experts basé sur le faible niveau d'évidence des publications de faible qualité et sur le haut risque d'hémorragie en cas de thrombolyse].

HBPM, héparine de bas poids moléculaire; HNF, héparine non fractionnée; AVK, antagoniste de la vitamine K; MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
Farge D, et al. *JTH* 2013;11:56-70. *Lancet Oncol* 2016 Oct; 2016;17(10):1267-76. Debourdeau et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):71-80.

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

16



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

International VTE and Cancer Guidelines 2016

Recommendations **TT OF ESTABLISHED CAT for the medical oncologist**

HBPM à dose curative pour un minimum 3 mois [Grade 1A].

Les 10 premiers jours : toutes les molécules utilisables (LMWH, UFH, pentass, danaparoïde)

Après 10 jours : HBPM à doses curative au moins 3 mois, idéalement 6 mois:

- > HBPM préférées aux AVK pour le **tt précoce (10 jours -3 mois)** et au **long cours treatment (>3 mois)** de la MTEV chez les patients avec cancer **[Grade 1A]**
- > **HBPM doivent être utilisées au moins 3 mois pour traiter la MTEV chez pts avec cancer [Grade 1A].** Alors que les 2 études les plus larges ont traitées les patients pendant 6 mois, le degré d'évidence pour traiter les pts 6 mois est **mondre (inconsistent)**
- > **DOAC** peuvent être envisagés pour le **tt de la MTEV** au cours du cancer chez des pts avec un cancer stable en cours de traitement et dans les cas où les AVK sont acceptables, mais non disponibles et pour des raisons de préférence du patient (Guidance)
- > **Après 3-6 mois, l'arrêt ou la poursuite des HBPM or AVK ou des DOAC doit être évaluée au cas par cas selon le risqué/bénéfice, tolérance, les préférences du patients et l'activité du cancer [Guidance in the absence of data]**

○ **Traitement récidive VTE : 3 options [Guidance based on very low evidence]**

- > Switch VKA pour LMWH si traitée avant par AVK
- > Augmenter les doses de HBPM
- > Filtre cave (certains patients seulement)

Farge D, et al. *Lancet Oncol* 2016 Oct 5. [Epub ahead of print].

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

ITAC=CME
International Institute on
Thrombosis and Cancer

2015-THR-027

2016 International VTE and Cancer Guidelines Treatment MTEV asymptomatique vs Symptomatique

- **Recommendations:**
Asymptomatique et symptomatique VTE doivent être traitées de manière identique
- **Nouvelles evidences:**
Données cliniques limitées
- **Analyse globale 11 études observationnelles et registres HBPM > AVK pour EP asymptomatiques**
 - Récidive similaire entre HBPM et AVK
 - Plus grand risque hémorragique avec AVK

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

LMWH, low-molecular-weight heparin; PE, pulmonary embolism; VKA, vitamin K antagonist; VTE, venous thromboembolism. Farge D, et al. *Lancet Oncol* 2016 Oct 5. [Epub ahead of print].

2015-THR-027



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Quelle est la place des AOD?

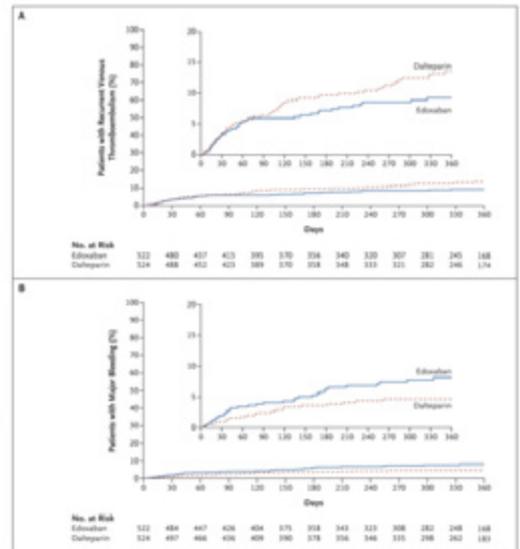
Les essais menés sur les AOD ont démontré une non-infériorité aux AVK chez les patients atteints d'un cancer; les données disponibles sont peu abondantes

Premières études comparant les HBPM (traitement de référence)aux AOD :

- o Hokusal VTE-Cancer : Non infériorité de Edoxaban vs Daltéparine sur le taux de récurrence mais augmentation du risque de saignement majeur
- o Nécessité d'études prospectives

Les interactions médicamenteuses peuvent être cliniquement importantes chez les patients atteints d'un cancer

Aucune recommandation dans le cancer



HBPM, héparine de bas poids moléculaire; NACO, nouvel anticoagulant oral; AVK, antagoniste de la vitamine K. Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012) Shorta NL, Connors JM. *Oncologist* 2014;19(1):82-93. Farge et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):56-70.

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer Q2 : Traitement de maintenance (J10-M3) et à long terme (>M3)

• Durée de l'anticoagulation

- o Une étude a évalué des patientes atteintes d'un cancer actif et présentant un premier épisode de TVP, ayant reçu une HBPM pendant 6 mois, et ayant ensuite été divisées en 3 groupes :

Résultat de l'examen par écho-doppler	Rechute	Saignement majeur
MTEV résiduelle → poursuite de l'anticoagulation	14,2 %	4,2 %
MTEV résiduelle → arrêt de l'anticoagulation	21,9 %	1,6 %
Pas de MTEV résiduelle → arrêt de l'anticoagulation	2,8 %	1,9 %

- o Chez les patientes atteintes de TVP, après 6 mois d'anticoagulation :
 - L'utilisation d'un doppler n'était pas fiable et reste controversée à ce stade
 - L'utilisation de D-dimère n'était pas suffisamment bien documentée pour déterminer la nécessité de la poursuite de l'anticoagulation

IC, Intervalle de confiance; HBPM, héparine de bas poids moléculaire; HNF, héparine non fractionnée; AVK, antagoniste de la vitamine K; MTEV, maladie thromboembolique veineuse. Farge D, et al. *JTH* 2013;11:56-70. *Lancet Oncol* 2016 Oct; Farge et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):56-70; Fargnoli et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):74-80.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

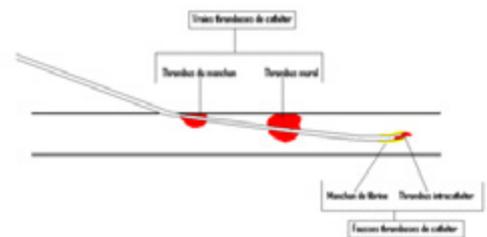
Thrombose sur CVC est fréquente

- L'incidence de la thrombose sur CVC symptomatique est comprise entre 0 et 28 % chez les patients atteints d'un cancer
- Elle peut entraîner une EP chez 10 à 15 % des patients et une perte de l'accès veineux central chez 10 % des patientes

Thrombus mural s'étendant du cathéter à la lumière

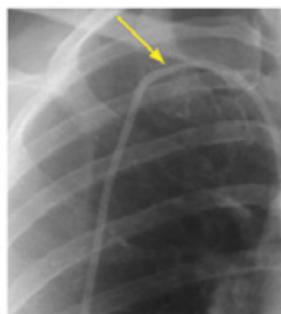
Dysfonctionnement du cathéter sans thrombus mural

Pincement
Gaine de fibrine
Thrombus de l'extrémité distale



CVC, cathéter veineux central, EP, embolie pulmonaire.
Vérisot M, Legriel G. *J Clin Oncol* 2002;20(19):3869-75; Farge D, et al. *JTH* 2013;11:56-70; Lancet Oncol 2016 Oct;
Farge et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):56-70; Debouzeau P, et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):71-80.

Fausse thrombose sur CVC



Un syndrome de pincement survient lorsque le cathéter est comprimé entre la première côte et la clavicule, entraînant une occlusion mécanique intermittente pour la perfusion et le retrait

L'évolution du risque est une rupture du cathéter, entraînant sa migration vers les artères pulmonaires



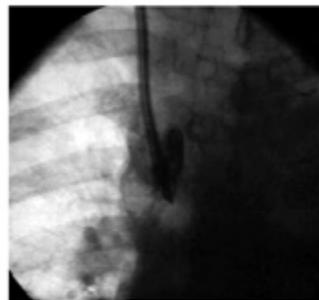


12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

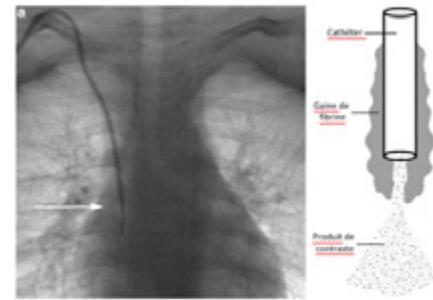
ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

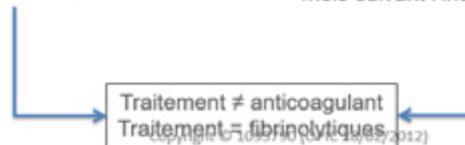
Fausse thrombose sur CVC (suite)



Thrombus d'extrémité distale sans composante murale



Une gaine de fibrine se forme dans environ 70 % des cas au cours du premier mois suivant l'insertion du cathéter



23
CVC, cathéter veineux central.

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer Q6 : Traitement curatif et prophylactique de la thrombose sur CVC établie

Pas d'études prospectives randomisées

Un traitement anticoagulant est recommandé pendant au moins 3 mois

- Les HBPM sont recommandées
- Les AVK peuvent également être utilisés en l'absence de comparaisons directes de ces deux types d'anticoagulants [Avis d'experts].

Le CVC peut rester en place

Utile

Fonctionnel

Bien positionné

Non infecté,

et s'il y a une bonne résolution de l'affection sous étroite surveillance

Que le CVC soit conservé ou retiré, aucune approche standard n'a été établie quant à la durée du traitement anticoagulant

L'utilisation d'anticoagulants n'est pas recommandée dans la prophylaxie de la thrombose veineuse sur cathéter central. [Grade 1A].

Risque hémorragique avec les anticoagulants.

Le cathéter doit être inséré du côté droit, dans la veine jugulaire, l'extrémité distale du cathéter doit se situer à la jonction veine cave supérieure oreillette droite. [Grade 1A].

CVC, cathéter veineux central; HBPM, héparine de bas poids moléculaire; AVK, antagonistes de la vitamine K; MTEV, maladie thromboembolique veineuse. Farge D, et al. *Lancet Oncol* 2016 Oct 5; Debourdeau et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):71-80.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer Q4 : Patients atteints d'un cancer soumis à un traitement chirurgical

- **HBPM ou HNF comparée à un placebo ou aucun traitement**
 - HBPM ou HNF > placebo ou aucune prophylaxie
 - Taux de tout saignement avec HBPM > placebo ou aucun traitement
- **HBPM comparée à HNF**
 - Même efficacité pour l'HBPM comparée à l'HNF
 - HBPM une fois par jour = HNF trois fois par jour
 - HBPM une fois par jour > HNF deux fois par jour
 - Tendance à moins de saignements avec l'HBPM
- **Doses d'HBPM**
 - Daltéparine à haute dose (5 000 UI) supérieure à une faible dose (2 500 UI)
 - Pas de différence significative en matière de risque de saignements (4,6 % par rapport à 3,6 %)
- **Prophylaxie sur une durée prolongée**
 - Méta-analyse : 4 semaines sous HBPM ont réduit le risque postopératoire de MTEV
 - Tendance à davantage de saignements dans le groupe à prophylaxie prolongée

HBPM, héparine de bas poids moléculaire; HNF, héparine non fractionnée; MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
Farge D, et al. *Lancet Oncol* 2016 Oct 5 ; Farge et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):56-70.

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer Q4 : Patientes atteintes d'un cancer soumises à un traitement chirurgical

L'utilisation des HBPM en 1 injection par jour ou de l'HNF en 3 injections par jour est recommandée

- Le traitement doit être débuté 12 à 2 heures avant l'intervention et se poursuivre pendant au moins 7 à 10 jours
 - L'administration d'HBPM une fois par jour est plus pratique
 - Aucune donnée permettant de tirer des conclusions sur la supériorité d'un type d'HBPM par rapport à un autre
 - [Grade 1A]
- Utilisation de la dose prophylactique la plus élevée d'HBPM [Grade 1A].

HBPM, héparine de bas poids moléculaire; HNF, héparine non fractionnée; MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
Farge D, et al. *Lancet Oncol* 2016 Oct 5 ; Farge et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):56-70.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer

Q4 : Patients atteints d'un cancer soumises à un traitement chirurgical

- Une prophylaxie prolongée (4 semaines)
 - Après une **laparotomie majeure** peut être indiquée chez les patients atteints d'un cancer qui présentent un risque élevé de MTEV et un faible risque de saignements, puisque le risque de MTEV perdure au-delà de la sortie de l'hôpital [Grade 2B].
 - Après une **laparoscopie** peut être indiquée chez les patients atteints d'un cancer qui présentent un risque élevé de MTEV et un faible risque de saignements, puisque le risque de MTEV perdure au-delà de la sortie de l'hôpital [Avis d'experts basé sur une évaluation du rapport bénéfice risque en fonction du risque hémorragique].
- Les procédés mécaniques ne sont pas recommandés en monothérapie, sauf lorsque les méthodes pharmacologiques sont contre-indiquées [Grade 2C].

Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

MTEV, maladie thromboembolique veineuse.

Farge D, et al. Lancet Oncol 2016 Oct 5 ; Farge et al. J Thromb Haemost 2013;11(1):56-70.

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer

Q5 : Patients atteints d'un cancer soumis à un traitement médical

- Patients hospitalisés pour une maladie aiguë associée à une mobilité réduite (5 % à 15 % étaient des patientes atteintes d'un cancer)
 - HBPM et HNF ont eu une efficacité et une innocuité similaires
 - HBPM et fondaparinux > placebo avec tendance non significative d'augmentation du risque de saignements
- Patients ambulatoires traités par chimiothérapie
 - 5 études randomisées ont comparé l'HBPM au placebo ou à aucun traitement :
 - Diminution du taux de MTEV sans augmentation des saignements chez les patients atteints d'un cancer du pancréas localement avancé ou métastatique (à des dosages subthérapeutiques) ou d'un cancer du poumon localement avancé ou métastatique
 - Pas d'effet sur la MTEV chez les patients atteints d'un cancer du sein métastatique
 - L'HBPM pourrait augmenter le risque de saignement, en particulier en cas de thrombopénie

HBPM, Héparine de bas poids moléculaire; HNF, Héparine non fractionnée; MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
Farge D, et al. Lancet Oncol 2016 Oct 5 ; Farge et al. J Thromb Haemost 2013;11(1):56-70.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer

Q5 : Patients atteints d'un cancer soumis à un traitement médical

- Une prophylaxie par HBPM, HNF ou fondaparinux est recommandée chez les patients atteints de cancer hospitalisés et à mobilité réduite [Grade 1B].
 - Dans ce contexte, les AOD ne sont pas recommandés en routine [Avis d'experts]
 - Chez les patients recevant une chimiothérapie, la prophylaxie systématique n'est pas recommandée [Grade 1B].

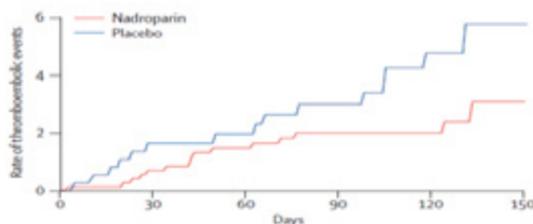
HBPM, héparine de bas poids moléculaire, HNF, héparine non fractionnée, MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
Farge D, et al. *Lancet Oncol* 2016 Oct 5 ; Farge et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):56-70.

Recommandations internationales sur la MTEV et le cancer

Q5 : Patients atteints d'un cancer soumis à un traitement médical (suite)

En ambulatoire :

- Une prophylaxie pharmacologique primaire de la MTEV peut être indiquée chez les patients atteints
 - d'un cancer du pancréas [Grade 1B]
 - d'un cancer du poumon [Grade 2B]
- localement avancé ou métastatique qui reçoivent une chimiothérapie et présentent de faibles risques de saignement



HBPM, héparine de bas poids moléculaire, HNF, héparine non fractionnée, MTEV, maladie thromboembolique veineuse.
Farge D, et al. *Lancet Oncol* 2016 Oct 5 ; Farge et al. *J Thromb Haemost* 2013;11(1):56-70.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C
SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Messages à retenir

- Risque élevé de MTEV chez les patients atteints de cancer
 - Rechercher systématiquement les signes et symptômes de MTEV, car 2^{ème} cause de mortalité
- Les recommandations pour le traitement curatif de la MTEV
 - Le traitement de référence = HBPM seules pendant au moins 3-6 mois, **sans relais par AVK et pas de place pour les AOD à ce jour!**
- Le retrait d'un CVC thrombosé n'est pas nécessaire!
- Prophylaxie systématique par HBPM à dose élevée pendant 7-10j voir 4 semaines en cas de chirurgie carcinologique majeure

- Aide à la prise en charge Thrombose et Cancer :
iOS App Store ou Google Play : www.thrombose-cancer.fr



Copyright © 2016, AFIC-ASSO. HBPM, Héparine de bas poids moléculaire; HNF, héparine non fractionnée; AVK, antagoniste de la vitamine K; MTEV, maladie thromboembolique veineuse.



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Projet de Recherche Paramédical « Allo Thrombose Cancer »

Actualités et Partage d'expérience
sur le traitement curatif et préventif de la
Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
chez le patient atteint de cancer

17 Mars 2018



© Copyright

« Allo Thrombose Cancer »

L'idée « AlloTC » :

*Intégrer la prise en charge de la MTEV au sein du
parcours de soins pluridisciplinaires
du patient atteint d'un cancer (plan cancer)*





12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C
SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Un Parcours de soins spécifiques « *Le parcours de soins Allo TC* »

- Equipe pluridisciplinaire AlloTC : une IDE et une équipe médicale spécialisée (médecin vasculaire, interniste, oncologue...)
- La plateforme AlloTC :
 - Plateforme téléphonique : gestion des appels
 - Plateforme informatique : gestion des emails
 - Plateforme humaine : IDE, médecins...

***Objectif : Coordination du parcours de soins
par l'équipe AlloTC***



© Copyright

Plateforme « Allo Thrombose Cancer »



© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Rôle de l'IDE : *Elaboration du projet*

La 1^{ère} bourse de recherche « Parcours de soins » dotée de 50 000 €, a été décernée par ses trois partenaires à Stéphane Fabre-Lacout, infirmière à l'Hôpital Saint-Louis AP-HP, pour son projet « Allo-Thrombose-Cancer (AlloTC) ». La cérémonie de remise du prix a eu lieu, en présence de Martin Hérold, Directeur général de l'AP-HP à l'occasion de la « Rencontre autour de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient » qui s'est tenue le vendredi 9 juin 2017 à l'Hôpital Européen Georges Pompidou - AP-HP.

LES COORDONNÉES DU SERVICE PRESSE
CONTACTER LE SERVICE DE PRESSE DE L'AP-HP



© Copyright

Schéma expérimental

- Etude mono-centrique, prospective, GH Lariboisière St-Louis
- Comparaison de la prise en charge et du devenir des patients atteints de MTEV et de cancer sur deux périodes :
 - 50 patients (cohorte historique) avec prise en charge traditionnelle de la MTEV
 - 50 autres patients (cohorte AlloTC) inclus dans le « parcours de soins AlloTC »
- Population concernée :
 - ≥18 ans avec une espérance de vie > 3 mois
 - Cancer ou hémopathie maligne et diagnostic associé de MTEV (symptomatique ou non)
 - Capable de comprendre et de signer le consentement



© Copyright

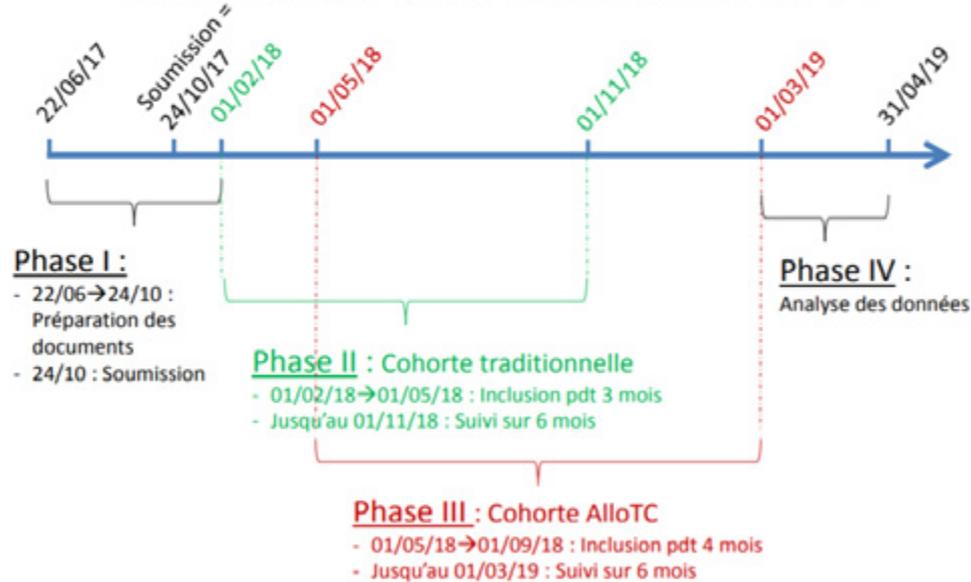


12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Calendrier de l'étude: ALLO-TC



© Copyright

Elaboration des documents

Annexe 2

ENQUÊTE DE SATISFACTION DU PATIENT M0, M3, M6

Cher Collègue,
A ce jour, vous avez accès dans le projet « Allo Thrombose » à une enquête de satisfaction du patient.

Cette recherche porte sur l'impact de la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire paramédicale et médicale « Allo-TC » dans le parcours de soins des patients atteints de thrombose (MTEV) et de cancer dans le but d'optimiser l'Allo-TC/adapté au mieux votre projet à vos attentes, et à vos collègues praticiens.

1. Avez-vous été amené à contacter l'équipe « Allo-TC » ?
Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
 Question relative à votre traitement anticoagulant (ajout de prise, information thérapeutique, ...)
 Question relative à une complication (prise de sang, hémorragie, ...)
 Question concernant le (des) service(s) d'éducation thérapeutique reçue(s)
 Autre, Précisez :

2. Concernant votre PARCOURS DE SOINS « Allo-TC », avez-vous apprécié ?

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Pas d'opinion
la complication pour laquelle vous êtes venu(e) au service	<input type="checkbox"/>				
la prise en charge de votre état de santé	<input type="checkbox"/>				
la qualité de l'information et/ou des conseils reçus	<input type="checkbox"/>				
la qualité de l'accueil de votre service	<input type="checkbox"/>				
la qualité de l'accompagnement proposé en lien avec le traitement	<input type="checkbox"/>				
la communication avec les équipes soignantes relatives aux décisions thérapeutiques	<input type="checkbox"/>				
la communication et l'implication des patients dans leur maladie (auto-éducation, site de cancer, éducation thérapeutique)	<input type="checkbox"/>				

3. Évaluation globale de la prise en charge

Montrez votre participation.

Protocole d'étude
critères de jugement
enquêtes de satisfaction
MTEV



© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Document à compléter : CRF M3

CRF - Fiche « AlloTC » anonymisée : Suivi à M3

1- Données générales

Date d'inclusion :

1.1 Nom (3 lettres) : / Prénom (3 lettres) :

Date de suivi :

Année de naissance :

1.2 Sexe : féminin masculin

1.3 Poids : kg Taille : cm

1.4 Constantes :

- TA : PAS / PAD mmHg

- FC : c/min

- FR : c/min

- Sat : %

- Température : °C



© Copyright

2- Traitement

2.1 Traitement actuel

		Et à quelle posologie ?
<input type="radio"/> HBPM :	<input type="radio"/> Tinzaparine, SC (ex : INNOCIP)	: curatif : <input type="radio"/> 175 UI/kg <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 2500 UI/j <input type="radio"/> 3500 UI/j <input type="radio"/> 4500 UI/j : autre : <input type="text"/> UI/j
	<input type="radio"/> Enoxaparine, SC (ex : LOVENOX)	: curatif : <input type="radio"/> 100 UI/kg/12h <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 2000 UI/j <input type="radio"/> 4000 UI/j : autre : <input type="text"/> UI/j
	<input type="radio"/> Dalteparine sodique, SC (ex : FRAOMNE)	: curatif : <input type="radio"/> 100 UI/kg/12h <input type="radio"/> 200 UI/kg <input type="radio"/> 150 UI/kg <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 2500 UI/j <input type="radio"/> 5000 UI/j : autre : <input type="text"/> UI/j
	<input type="radio"/> Nadroparine calcique, SC (ex : FRAXIPARINE)	: curatif : <input type="radio"/> 85 UI/kg/12h <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 0,2mL = 1900UI/j <input type="radio"/> 0,3mL = 2800UI/j <input type="radio"/> 0,4mL = 3800UI/j <input type="radio"/> 0,6mL = 5700UI/j : autre : <input type="text"/> UI/j
<input type="radio"/> HNF :	<input type="radio"/> Héparine calcique, SC (ex : CALCIPARINE)	: curatif : <input type="radio"/> 500 UI/kg : préventif : <input type="radio"/> 0,2mL = 5000UI/j : autre : <input type="text"/> UI/j
	<input type="radio"/> Héparine non fractionnée, IV	: curatif : <input type="radio"/> 20 UI/kg/h : autre : <input type="text"/> UI/j
<input type="radio"/> AVK	<input type="radio"/> Warfarine, PO (ex : COUMADINE)	<input type="radio"/> INR 2-3 <input type="radio"/> INR 2,5-3,5
	<input type="radio"/> Fludione, PO (ex : PREVISCAN)	<input type="radio"/> INR 2-3 <input type="radio"/> INR 2,5-3,5
	<input type="radio"/> Acéinocoumarol, PO (ex : SINTROM)	<input type="radio"/> INR 2-3 <input type="radio"/> INR 2,5-3,5
<input type="radio"/> Anti Xa inj	<input type="radio"/> Fondaparinux, SC (ex : ARIXTRA)	: curatif : <input type="radio"/> 5 mg = 0,4 mL, <input type="radio"/> 7,5 mg = 0,6 mL, <input type="radio"/> 10 mg = 0,8 mL : préventif : <input type="radio"/> 2,5 mg = 0,5 mL : autre : <input type="text"/> UI/j
<input type="radio"/> AOD	<input type="radio"/> Apixaban, PO (ex : ELIQUIS)	: curatif : <input type="radio"/> 10mg/12h pendant 7j <input type="radio"/> 5 mg/12h : préventif : <input type="radio"/> 2,5 mg/12h : autre : <input type="text"/> UI/j
	<input type="radio"/> Rivarsaban, PO (ex : XARELTO)	: curatif : <input type="radio"/> 15mg/12h pendant 2j <input type="radio"/> 20 mg : préventif : <input type="radio"/> 20 mg : autre : <input type="text"/> UI/j
	<input type="radio"/> Dabigatran, PO (ex : PRADAXA)	: curatif : <input type="radio"/> 300mg



© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

2.2 Traitement arrêté de M0 à M3 Oui Non

Si oui, arrêt transitoire arrêt définitif

Si arrêt définitif, date et motif : lié à la thrombose lié à hémorragie lié au cancer lié à Plaquettes <50G/L lié à insuffisance rénale (clairance <30mL/min) autre, précisez

Si arrêt transitoire, durée jours et motif : lié à la thrombose lié à hémorragie lié au cancer lié à Plaquettes <50G/L lié à insuffisance rénale (clairance <30mL/min)

autre, précisez



© Copyright

2.3 Traitement modifié de M0 à M3 Oui Non = identique au traitement d'inclusion

Si oui, date et motif : lié à la thrombose lié à hémorragie lié au cancer lié à récidive sous traitement lié à Plaquettes <50G/L lié à insuffisance rénale (clairance <30mL/min)

autre, précisez

Si oui, pour quel traitement :

Et à quelle posologie ?

<input type="radio"/> HPM :	<input type="radio"/> Tinzaparine, SC (ex : INNOHEP)	: curatif : <input type="radio"/> 175 UI/kg] <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 2500 UI] <input type="radio"/> 3500 UI] <input type="radio"/> 4500 UI] : autre :UI]
	<input type="radio"/> Enoxaparine, SC (ex : LOVENOX)	: curatif : <input type="radio"/> 100 UI/kg/12h <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 2000 UI] <input type="radio"/> 4000 UI] : autre :UI]
	<input type="radio"/> Dalteparine sodique, SC (ex : FRAGMNE)	: curatif : <input type="radio"/> 100 UI/kg/12h <input type="radio"/> 2000 UI/kg] <input type="radio"/> 150 UI/kg] <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 2500 UI] <input type="radio"/> 5000 UI] : autre :UI]
	<input type="radio"/> Nadoparine calcique, SC (ex : FRAXIPARNE)	: curatif : <input type="radio"/> 85 UI/kg/12h <input type="radio"/> majoration de 20-25% : préventif : <input type="radio"/> 0,2mL = 1900UI] <input type="radio"/> 0,3mL = 2650UI] <input type="radio"/> 0,4mL = 3600UI] <input type="radio"/> 0,5mL = 5700UI] : autre :UI]
<input type="radio"/> HNF :	<input type="radio"/> Héparine calcique, SC (ex : CALCIPARNE)	: curatif : <input type="radio"/> 500 UI/kg] : préventif : <input type="radio"/> 0,2mL = 5000UI] : autre :UI]
	<input type="radio"/> Héparine non fractionnée, IV	: curatif : <input type="radio"/> 20 UI/kg/h : autre :UI]
<input type="radio"/> AVK	<input type="radio"/> Warfarine, PO (ex : COUMADINE)	: <input type="radio"/> INR 2-3 <input type="radio"/> INR 2.5-3.5
	<input type="radio"/> Fludione, PO (ex : PREVISCAN)	: <input type="radio"/> INR 2-3 <input type="radio"/> INR 2.5-3.5
	<input type="radio"/> Acéinocoumarol, PO (ex : SINTROM)	: <input type="radio"/> INR 2-3 <input type="radio"/> INR 2.5-3.5
<input type="radio"/> Anti Xa inj	<input type="radio"/> Fondaparinux, SC (ex : ARIXTRA)	: curatif : <input type="radio"/> 5 mg = 0,4 ml], <input type="radio"/> 7,5 mg = 0,6 ml], <input type="radio"/> 10 mg = 0,8 ml] : préventif : <input type="radio"/> 2,5 mg = 0,5 ml] : autre :UI]
<input type="radio"/> ACO	<input type="radio"/> Apixaban, PO (ex : ELIQUIS)	: curatif : <input type="radio"/> 10mg/12h pendant 7] <input type="radio"/> 5 mg/12h



© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

3- Evénements durant les 3 mois

3.1 Hospitalisation Oui Non

Si oui, date d'hospitalisation [][][][][][] et date de sortie [][][][][][]

Si oui, cause de l'hospitalisation : lié à la thrombose lié à hémorragie lié au cancer autre, si oui précisez : _____

3.2 Décès Oui Non

Si oui, date du décès [][][][][][]

Si oui, cause du décès : lié à la thrombose lié à hémorragie lié au cancer autre, si oui précisez : _____

3.3 Récidive thromboembolique Oui Non

Si oui, date [][][][][][]

Si oui, récidive au même site : Oui Non

Si oui, type de récidive :

• Embolie pulmonaire Oui Non

• Thrombose sur KT Oui Non

• TVP Oui Non

Si oui, précisez :

TVP membres inférieurs proximale (fem/ pop)

TVP membres inférieurs distale (sp/jamb)

T veine cave inférieure

T veine porte

T veine sus-hépatique

T veine cave supérieure

TVP membres supérieurs (jusqu'à l'axillaire)

TV sous Clavière

TV tronc brachio-céphalique

T veine jugulaire interne

T veine intracraniale

Thrombus veineux intracardiaque

Autre, précisez : _____

Type de TV

TV superficielle

TV profonde

TV bilatérale



© Copyright

3.4 Hémorragie Oui Non

Si oui, date [][][][][][]

Si oui, sévérité de l'hémorragie : Majeure Mineure Non précisé

Si oui, site de l'hémorragie : Gastro-intestinale Urinaire Cérébrale Hématome Non précisé Autre, si oui précisez : _____

Si oui, biologie au moment de l'hémorragie

Plaquettes [][][] Giga/L

Hémoglobine [][][] g/L

Créatinine [][][] µmol/l

INR [][][]

TCA [][][] sec



© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

4- Suivi

4.1 Accès aux séances d'éducation thérapeutique (z: 1 séance)

Oui Non

Si non, motif

Si oui, combien [] [] []

4.2 Dossier présenté à la « RCP thrombose et cancer »

Oui Non

4.3 Echelle de Qualité de vie (à donner au patient lors de la consultation + récupérer les résultats) EORTC QLC-30 à M3

Résultats :

4.4 Enquête de Satisfaction (à donner au patient lors de la consultation + récupérer les résultats)

Résultats :



© Copyright

Objectifs de l'Etude Allo-TC

06 29 93 94 58

Objectif principal:

Evaluer l'efficacité de l'intégration de la prise en charge thérapeutique de la MTEV dans un parcours de soins spécifique du patient atteint de cancer (plan cancer) via une équipe spécialisée « AlloTC » qui coordonne ce parcours de soins.

Objectifs secondaires:

- Améliorer la qualité du parcours de soins/Réseau Allo TC
- Optimiser la qualité des soins
- Rendre autonome le patient
- Améliorer la qualité de vie du patient



© Copyright

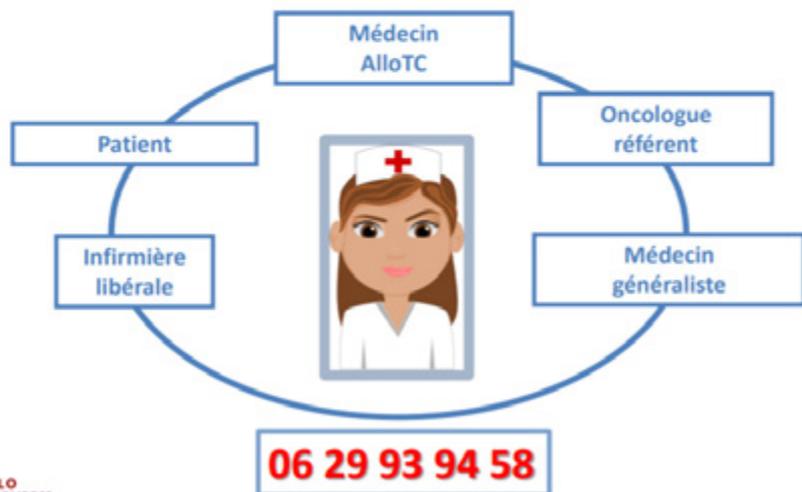


12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C
SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Rôle central de l'IDE Allo-TC



© Copyright

Rôle central de l'IDE Allo-TC

- Coordination de la prise en charge multidisciplinaire,
- Suivi et lien entre les différents acteurs de soins,
- Relai avec la ville (médecin généraliste),
- Interlocuteur privilégié des patients.





12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C
SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN



© Copyright

Rôle central de l'IDE AlloTC

- Interlocuteur privilégié des patients,
- Veille à l'amélioration de la qualité de vie et à la satisfaction des patients,
- Assure les séances d'ETP,
- Participe à la RCP,
- Évalue avec le patient sa qualité de vie et sa satisfaction concernant sa prise en charge,
- Suivi privilégié et rapproché du patient,
- Évaluation des besoins du patient en soins de support.



© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Rôle de l'IDE AlloTC : ETP

- Formation dédiée pour l'ETP
- Programme validé en 2017 par l'ARS
- Programmation des patients à l'ETP
- Suivi paramédical au décours

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Le cancer augmente le risque de thrombose, c'est-à-dire la formation d'un caillot dans les vaisseaux sanguins.

Pour faciliter votre accompagnement et limiter le risque de récurrence de thrombose, vous pouvez participer à un programme d'éducation thérapeutique.

3 à 5 consultations individuelles d'1/2 heure à l'hôpital, en présence d'un médecin et d'un infirmier diplômé d'état spécialisé à vos besoins et souhaits.

Les consultations sont réalisées en ambulatoire, à votre domicile.

Une fois terminés, votre médecin traitant sera informé de votre suivi.

Pour plus d'informations et/ou prendre un RDV : 06 29 93 94 58



Programme validé par l'ARS en 2017

© Copyright

Document destiné aux infirmières à domicile et aux patients

UTILISATION DES HÉPARINES DE BAS POIDS MOLECULAIRE (HBPM)

Levenox® (Enoxaparine), Tirohez® (Tinzaparine), Fraxodil® (Nadroparine), Fragmine® (Dalteparine)

ADMINISTRATION	REACTIONS LOCALES
<p>VOIE SOUS CUTANÉE STRICTE. Ne pas injecter par voie intramusculaire.</p>	<p>Après l'administration, il est possible qu'une réaction locale apparaisse au niveau du site d'injection (rougeur, douleur, hématome, nodule).</p> <p>Ces signes disparaissent normalement en quelques jours. Ils ne sont pas un motif d'arrêt du traitement.</p> <p>Il est recommandé de changer de site à chaque injection : - alterner gauche/droite - espacer les injections de 2,5 cm</p> <p>Comme indiqué sur les schémas ci-dessous.</p>
<h4>TECHNIQUE D'INJECTION</h4> <ol style="list-style-type: none">1. Désinfecter la peau du patient.2. Ne pas purger la bulle d'air.3. Le patient doit être allongé.4. Injecter dans la ceinture abdominale en alternant les sites d'injection.5. Introduire l'aiguille perpendiculairement, dans l'épaisseur d'un pli cutané (1, 2).6. Maintenir le pli durant toute la durée de l'injection (3).7. Retirer l'aiguille en maintenant le pli cutané (4).	
<h4>ELIMINATION DU PRODUIT</h4> <p>Jeter la seringue dans un collecteur d'aiguilles disponible en pharmacie.</p>	<p>Si ces réactions persistent, parlez-en à votre médecin.</p>

© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C

SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

Rôle de l'IDE AlloTC : ETP

- Prise en charge des consultations d'ETP :
 - Apprentissage des injections des anticoagulants → autonomisation
 - Règles d'hygiène et de sécurité (poubelle DASRI)
 - Éducation au port des contentions
- Lien réseau ville/hôpital :
 - suivi des patients hospitalisés et à distance en lien avec les médecins et les équipes soignantes
 - amélioration de l'observance thérapeutique,
 - surveillance des effets indésirables,
 - diminution des ré hospitalisations,
 - diminution de l'anxiété des patients)
- Communication aux prescripteurs et personnel soignant

© Copyright

Rôle de l'IDE AlloTC : RCP

Fiche RCP disponible sur Intranet

Les exigences, les protocoles, les organisations nouvelles y sont décrites et commentées ; tandis que des supports, des recours viennent soutenir chaque professionnel dans son action.

Contact : Raphaël Goudinoux
Tél : 01 42 38 53 34
E-mail

Accéder au site Internet Hématologie Cancérologie du GH

Mise à jour le : mardi 6 septembre 2016.

Sous-rubriques

- Réseaux et partenariats (SSR, USP, MAD)
- PPS (Programme Personnalisé de Soins) PPAC (Programme personnalisé de l'Après Cancer)
- Le Centre de coordination en cancérologie (Composition: organisation, suivi et activité)
- Les RCP et référentiels (liste: résultats audits-activité)
- SALT0 - structure ambulatoire des thérapies orales en onco-hématologie
- Les soins de support



© Copyright



12H00 - 12H45 : SYMPOSIUM C SALLE 151

ACTUALITÉS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE

Modérateurs Marie Laure DE BOTTON & Christine DORLEAN

GFTC RCP RECOURS Thrombose et cancer

Page 2/2 Date RCP: _____

6. Diagnostic de MTEV

6.1 Date: _____

6.2 Signe de MTEV

Embolie pulmonaire Oui Non

Thrombose sur KT Oui Non

Typh Oui Non

... Non

TYP membres inférieurs proximaux (Hem-Jarvis)

TYP membres inférieurs distaux (aggravés)

T veine cave inférieure

T veine cave supérieure

T veine sous-hépatique

T veine hépatique

T veine splénique

TYP membres supérieurs (jusqu'à l'aisselle)

TV sous-clavière

TV sous-axillaire

T veine jugulaire interne

T veine sous-clavière

T veine sous-axillaire

T veine sous-clavière (DD ou VD)

6.3 Type de TV

TV superficielle

TV profonde

TV mixte

6.4 Méthode diagnostique de MTEV

Échographie duplex

Scintigraphie pulmonaire

Scanner spiralé

Angiogramme

Angiographie pulmonaire

Autre

6.5 Étiologie du diagnostic de MTEV/TEVC

a. Plaquettes: _____

b. Héparine: _____

c. Chimiothérapie: _____

7. Prise en charge de la MTEV

7.1 Traitement anticoagulant curatif initial MTEV (0-49 jours)

Prendre vous présentez une coagulation

HSP HSPM

Anti-Fa spirale Anti-Fa per os

Thrombolytique Contention veineuse

Héparine Escal thérapeutique anti-thrombotique

7.2 Traitement anticoagulant curatif secondaire (50-90 jours)

Une vous embolisez à court terme

HSPM 0-1 mois 2 à 6 mois > 6 mois

AVK 0-1 mois 2 à 6 mois > 6 mois

Anti-Xa inj 0-1 mois 2 à 6 mois > 6 mois

Anti-Fa per os 0-1 mois 2 à 6 mois > 6 mois

HNF 0-1 mois 2 à 6 mois > 6 mois

Attention Néoplasique

Inclusion avec héparine Oui Non

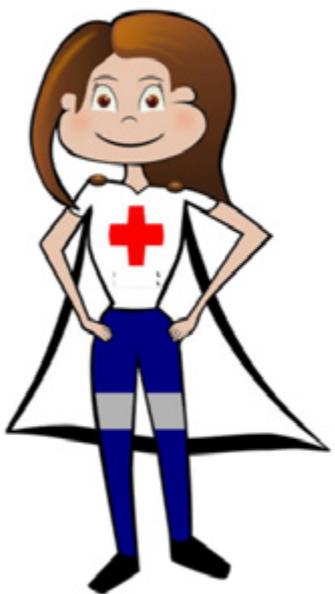
7.3 Mesure sur cathéter central (si pas KT) Oui Non

Algorithme du cathéter central

Pose cathéter veineux fémoral

Pose KT veineux central à insertion périphérique

8. Conclusion RCP (si applicable)



14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D
AMPHI LAVOISIER
**AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES
DANS LE CANCER DU POUMON :
UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS
« PERSONNALISÉ » DU PATIENT**

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Avancées thérapeutiques dans le cancer du poumon:

**Un accompagnement de plus en plus
« personnalisé » du patient ...**

DR EL DAKDOUKI YOLLA – MME YASSINE LAÏLA, IDE
DÉPARTEMENT D'INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES ET
ESSAIS PRÉCOCES

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

DITEP 
Drug Development Department

Liens d'intérêt:

AstraZeneca

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D
AMPHI LAVOISIER
**AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES
DANS LE CANCER DU POUMON :
UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS
« PERSONNALISÉ » DU PATIENT**

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Plan

1. Cancer Bronchique Non à Petites Cellules (CBNPC): Prise en charge et nouveautés thérapeutiques
1. Inhibiteurs de Tyrosine Kinase (ITK): Efficacité et Tolérance
1. Immunothérapie (IO): Efficacité les plus fréquents et/ou graves et carte patient

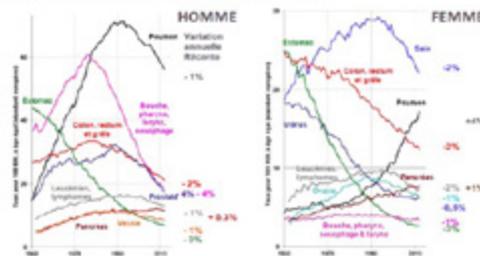
1. PEC du CBNPC dans les stades III non opérables et IV

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Epidémiologie

- 1ère cause de mortalité par cancer
- 4000 cas/an en France
- Tabac FDR +++
- Survie à 5 ans 15% tous stades confondus



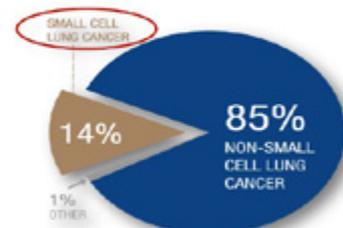
INCA 2010

5

Epidémiologie

2 sous-types:

- **CBNPC:**
 - ✓ Adénocarcinome (45%)
 - ✓ Carcinomes épidermoïdes (30-35%)
 - ✓ Carcinomes à grandes cellules (15%)
- **CPC**

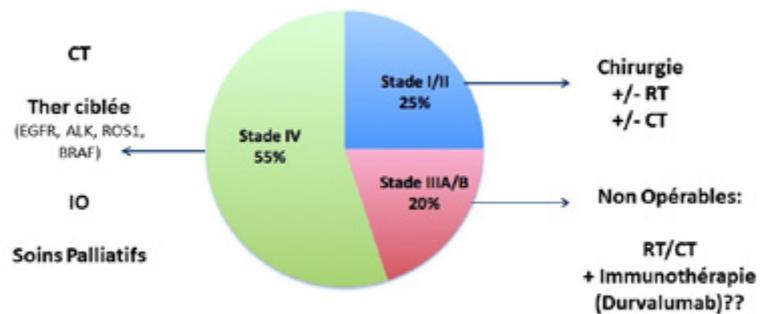


6

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

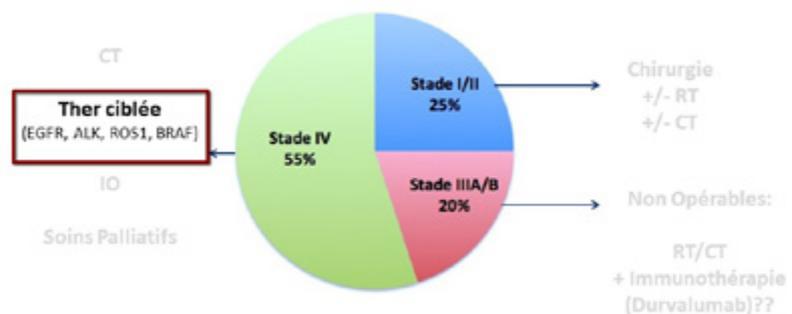
Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Stratégie thérapeutique



7

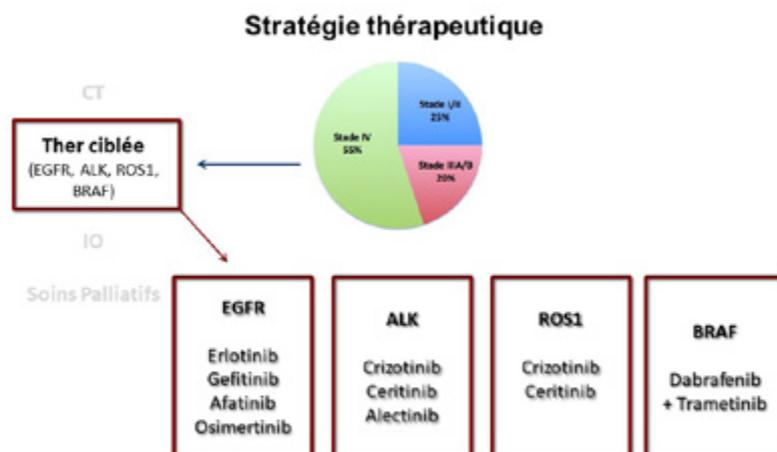
Stratégie thérapeutique



8

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

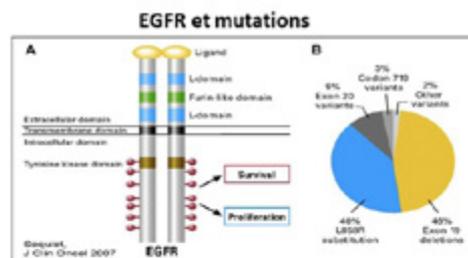
Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD



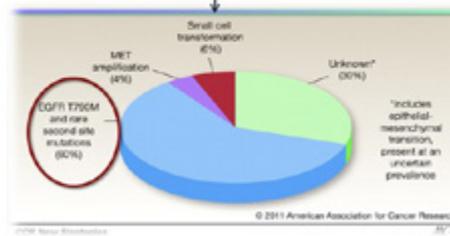
2. ITK

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

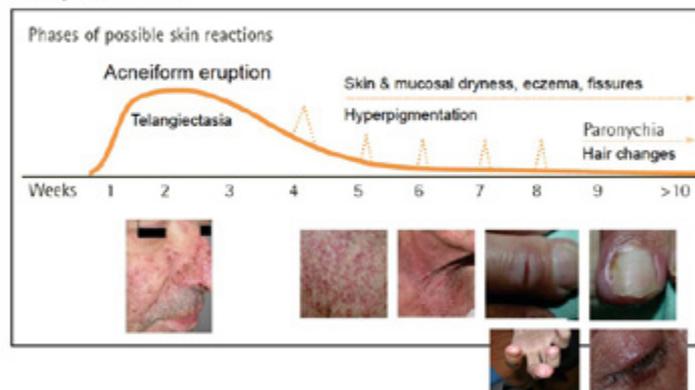


Re-Biopsie ou ADNc à la progression



EGFR et Peau

Fréquents: 60-70%



14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Eruptions cutanées

Xérose, folliculite, modification des cheveux et des cils, fissures, paronychies

- Sensibiliser le patient:
 - ✓ à la survenue de ces EI
 - ✓ Effet transitoire
 - ✓ Phototoxicité (Protection indice élevé)
- Conseils:
 - ✓ Hygiène corporelle et application des traitements prescrits : savon sans savon, émoullients, ATB et/ou corticoïdes topiques et/ou PO, +/- soins de pédicure
 - ✓ Limiter les facteurs aggravants : frictions, traumatismes, manipulations (port de gants, adaptation des chaussures), éviter parfums
- Prévenir et dépister la surinfection (antiseptie +++, fièvre, signes locaux)
- Soutien psychologique et soins esthétiques si perturbation de l'image corporelle



13

Diarrhée

- Informer le patient qu'il doit surveiller son transit (fréquence, aspect des selles, durée de la diarrhée)
- Grader la diarrhée selon l'échelle CTC-AE version 4
- Expliquer les prescriptions anticipées du ttt anti-diarrhéique anti-sécrétoire
- Préconiser une prise de IITK plutôt à jeun
- Conseiller sur l'alimentation: hydratation, régime anti-diarrhéique (collaboration diététicienne)

CTCAE et/0 Terme	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5	Définition du terme CTC/AE et 0
Diarrhée	Augmentation de 4 ou moins du nombre de selles par jour par rapport à l'état initial. Légère augmentation des volumes de selles par rapport à l'état initial	Augmentation de 4 à 6 du nombre de selles par jour par rapport à l'état initial. Augmentation modérée des volumes de selles par rapport à l'état initial	Augmentation de 7 ou plus du nombre de selles par jour par rapport à l'état initial. Inconscience, hospitalisation requise ; augmentation sévère des volumes de selles par rapport à l'état initial ; interférence avec les activités élémentaires de la vie quotidienne	Mais en plus du trouble vital ; nécessitant une prise en charge en urgence	Catale	Trouble caractérisé par la survenue fréquente de selles liquides.

14

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

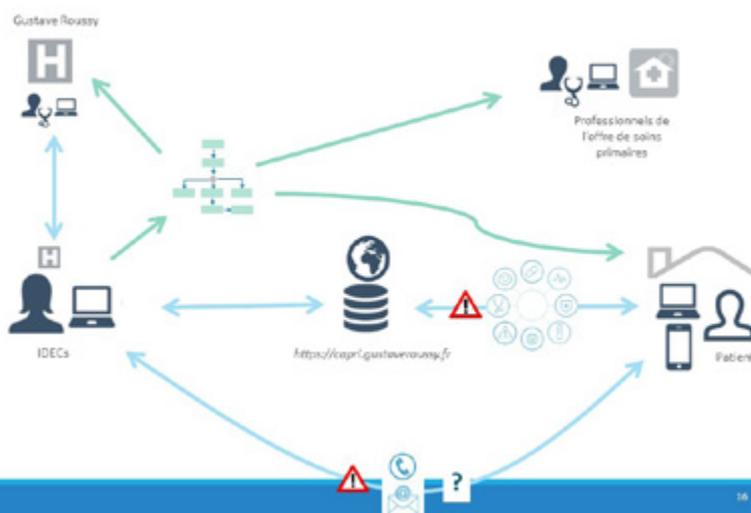
Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Suivi des patients

- S'assurer de l'observance des ITK (ttt PO au long cours) et de la transmission des EI
- Respect des schémas de prise (carnets patients et dosages sanguin moléculaires)
- Coordination avec autres professionnels
- Soutien et aide personnalisée
- **Etude CAPRI** (Cancérologie Parcours de Soins Région Ile de France)

15

CAPRI - Gestion des alertes



16

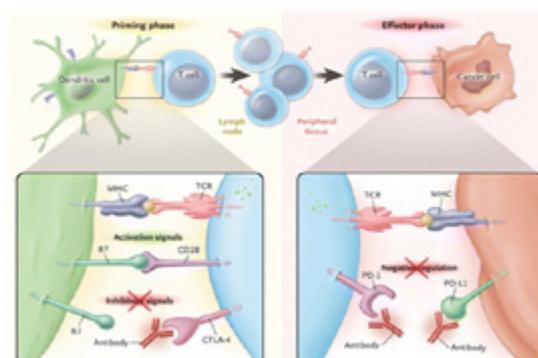
14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

2. Immunothérapie

17

Immune Checkpoint Inhibitors

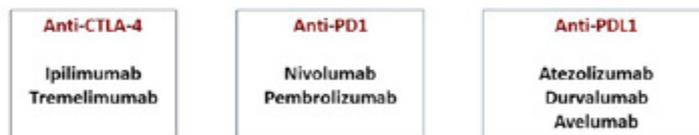


18

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

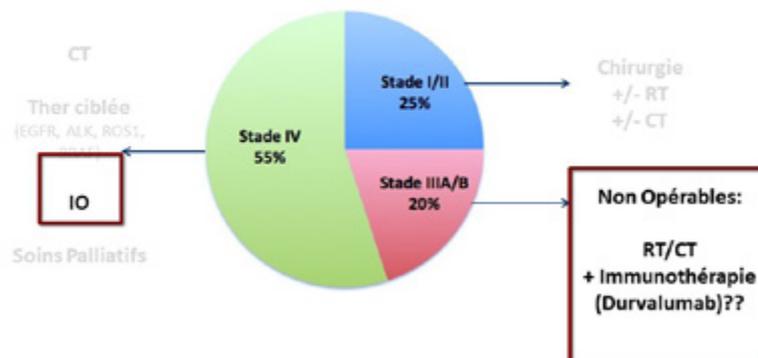
Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Immune Checkpoint Inhibitors



19

Place de l'immunothérapie dans la stratégie thérapeutique

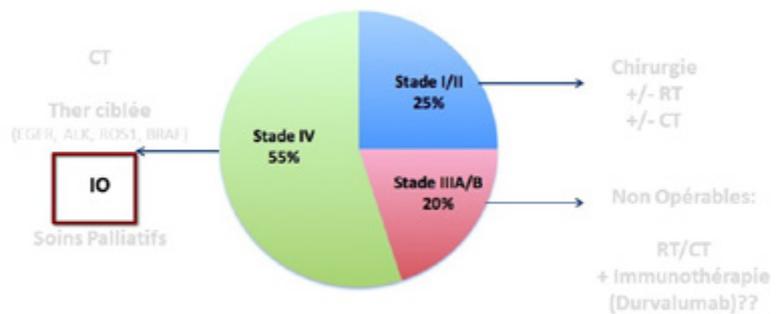


20

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

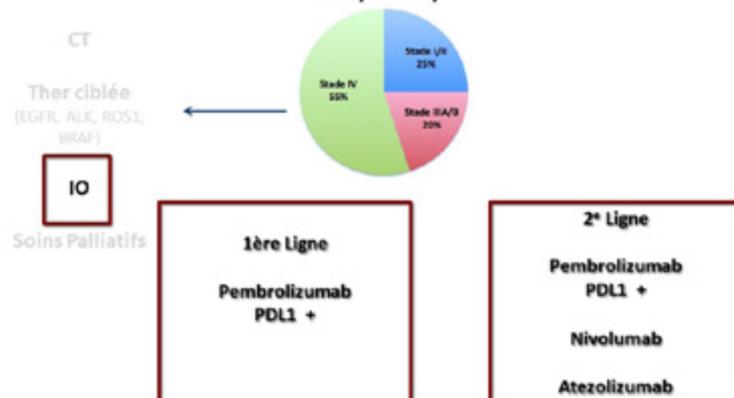
Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Place de l'immunothérapie dans la stratégie thérapeutique



21

Place de l'immunothérapie dans la stratégie thérapeutique



22

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD



Champiat et al., *Annals of Oncology*, 2015

23

- Asthénie
20%
- Cutanées
15%
- Digestives
10-15%
- Dysthyroïdies
5-10%
- Hépatiques
5%
- Pulmonaires
<5%

El fréquents



- Cardiologiques**
- Neurologiques**
Guillain Barré
Encéphalite
- Hématologiques**
Anémie,
Thrombopénie
Neutropénie
- Cutanées**
DRESS, Steven Johnson
- Rénales**
Néphrite

El peu fréquents

Champiat et al., *Annals of Oncology*, 2015

24

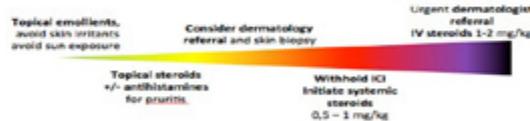
14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Les toxicités cutanéomuqueuses

Rash maculo-papulaire, prurit, xérose, inflammations, vitiligo, photosensibilité...

- la plus fréquente (5-10%)
- Tronc et extrémités +++



- Grade 3-4 (> 30% de la surface corporelle) → consultation spécialisée

Mucite/Bouche sèche:

- TTT : Bain de bouche/ Corticoïdes en bain de bouche/ lidocaïne

Topic 8, Oncology 2014

25

Les toxicités cutanéomuqueuses

Rash maculo-papulaire, prurit, xérose, inflammations, vitiligo, photosensibilité...

- Observation de l'état cutané → photos
- Conseils sur l'utilisation d'émollients, de détergents sans savon, le port de vêtements et de chaussures évitant les frictions
- Avertir le patient de ne pas s'exposer au soleil
- Explications et application des prescriptions (usage des différents ttts, biopsie cutanées, +/- soins de pédicurie, choix de pansement non adhésif)
- Prévention du risque de surinfection (antiseptie +++)
- Dépister les signes de gravité : fièvre, douleurs, ulcérations, extension aux muqueuses et/ou aux conjonctives, non résolution sous corticoïdes

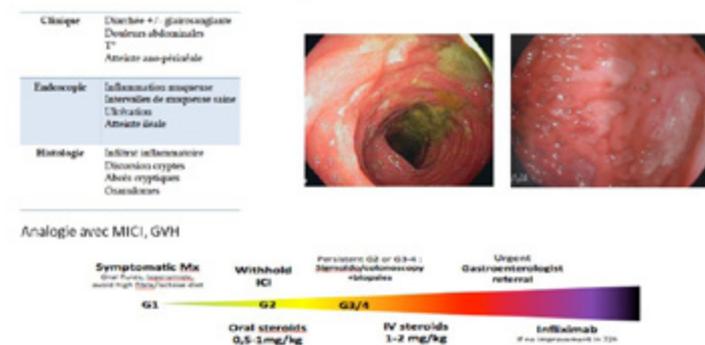
26

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Les toxicités digestives

Diarrhée, colite, douleurs abdominales, nausées, vomissements, sang ou mucus dans les selles, perte de poids



Beck RE et al. JCO 2006; Berman D et al. Cancer Immunity 2020

27

Les toxicités digestives

Diarrhée, colite, douleurs abdominales, nausées, vomissements, sang ou mucus dans les selles, perte de poids

- Sensibiliser le patient à ces EI (surveillance du transit et du poids)
- Expliquer la nécessité de transmettre précocement tout symptôme
- Application des prescriptions et surveillance (recueil de données +++, grading et explorations)
- Conseiller sur l'alimentation : hydratation et régime anti-diarrhéique (collaboration diététicienne)

28

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Les toxicités endocriniennes

Diabète, hypo/hyperthyroïdie, hypophysite, insuffisance surrénalienne

Hypothyroïdie : < 5%

- la plus fréquente
- Frilosité, asthénie, bradycardie, dépression, perte de cheveux, peau sèche, prise de poids...
- Diagnostic : dosage TSH, T4, auto-anticorps
- TTT : Hormone de substitution

Hyperthyroïdie : < 2%

- Peut être transitoire
- Tachycardie, hyperactivité, perte de poids, bouffées de chaleur, ...
- Diagnostic : dosage TSH, T4, auto-anticorps

Hypophysite : < 1%

Insuffisance surrénalienne: <1%

Diabète de type I: <1%

29

Les toxicités endocriniennes

Diabète, hypo/hyperthyroïdie, hypophysite, insuffisance surrénalienne

- Dépistage des symptômes spécifiques à chaque pathologie : asthénie, perte ou prise de poids, troubles du comportement, hyper/hypoglycémie, polyurie, cétonurie, polydypsie, brady/tachycardie, douleur...
- Sensibiliser le patient à la transmission de tout EI
- Mettre en œuvre les surveillances cliniques et biologiques et application des prescriptions
- Expliquer au patient les explorations et les ttt (hormonothérapie de substitution)
- Coordination pluri-professionnelle: IDEL, service d'endocrinologie

30

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

L'asthénie

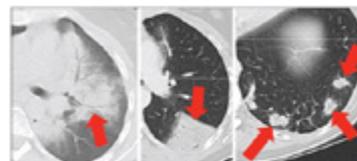
- Recueil de données et connaissance du patient : intensité de la fatigue, maintien des activités quotidiennes, changements d'habitudes de vie, de comportement, perturbation du sommeil, perte ou prise de poids, autres symptômes en lien avec une toxicité endocrinienne...
- Conseiller en fonction des ressources et de l'environnement
- Conseiller sur l'adaptation des activités en fonction de l'état du patient et de ses priorités (activité professionnelle, activité physique, réseau de soutien)
- Coordination pluri-professionnelle : onco-psychologue, diététicienne, service social...
- Dépister des troubles endocriniens (diabète, hypothyroïdie, insuffisance surrénalienne...)

11

Les toxicités pulmonaires

Dyspnée, toux, désaturation, pneumopathie

- Diagnostic différentiel:
 - Progression tumorale
 - Infectieux
 - EP, I.C
 - Pneumopathie radique
- Diagnostic:
 - Imagerie, Fibroscopie + LBA
- TTT:
 - Corticoïdes
 - IS (Anti-TNF)



Adverse Event	1	2	3	4	5
Pneumonitis	Asymptomatic, clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated Sur imagerie seulement	Symptomatic; medical intervention indicated; limiting instrumental ADL	Severe symptoms, limiting self care ADL; oxygen indicated	Life-threatening respiratory compromise; urgent intervention indicated (e.g., tracheostomy or intubation)	Death

Definition: A disorder characterized by inflammation locally or diffusely affecting the lung parenchyma.

Teplý D. Oncology 2014
Nakata et al., JCO 2016

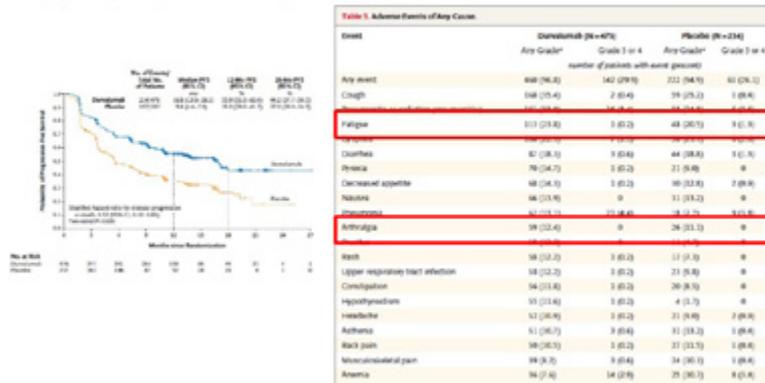
12

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Les toxicités pulmonaires

Dyspnée, toux, désaturation, pneumopathie



Antonia et al., AJIM 2017

33

Les toxicités pulmonaires

Dyspnée, toux, désaturation, pneumopathie

- Sensibiliser le patient à la transmission de tout EI
- Dépister tout trouble respiratoires: taux de saturation en O₂, FR, essoufflement au repos ou à l'effort, toux avec ou sans expectorations
- Mise en œuvre des explorations et applications des prescriptions: O₂, radio pulmonaire, gazométrie artérielle, examens bactériologique si fièvre
- Prévenir le risque de survenue de pneumopathie radique (suivi radiologique et clinique +++)

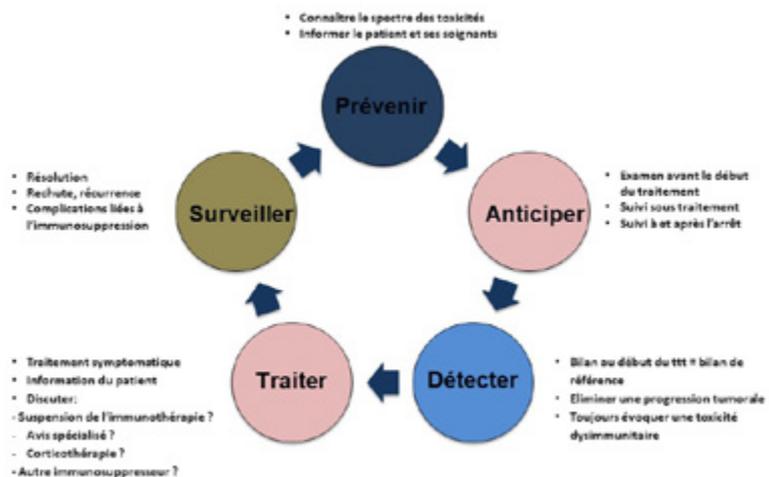
34

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD



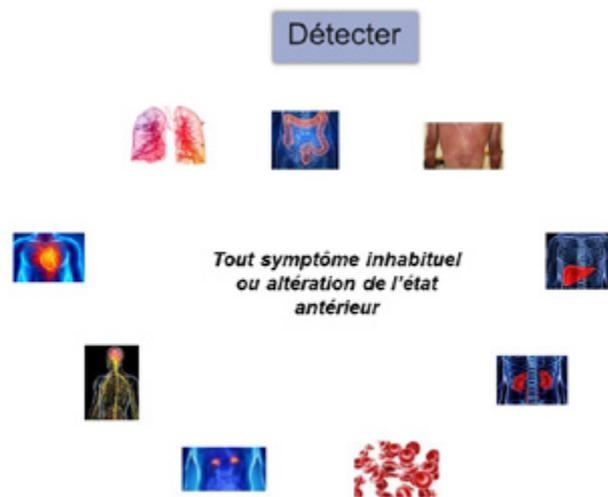
Champrat et al. Management of immune Checkpoint Blockade Dysimmune Toxicities: a collaborative position paper. *Annals of Oncology*, 2015



Champrat et al. Management of immune Checkpoint Blockade Dysimmune Toxicities: a collaborative position paper. *Annals of Oncology*, 2015

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD



Bouffon C et al. *Nature Reviews Clinical Oncology* 2016

17

Lutter contre les anciens réflexes

Quelques exemples ...

**« Le principal traitement de la diarrhée sous anti-cancéreux
sont les ralentisseurs du transit »**

=> En cas de colite inflammatoire, risque de perforation !

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Lutter contre les anciens réflexes

Quelques exemples ...

*« Le principal traitement de la diarrhée sous anti-cancéreux
sont les ralentisseurs du transit »*

=> En cas de colite inflammatoire, risque de perforation !

*« En cas d'anémie/thrombopénie : Transfusion selon les
seuils transfusionnels »*

=> Les transfusions sont à éviter en cas d'anémie/thrombopénie autoimmunes !

Lutter contre les anciens réflexes

Quelques exemples ...

*« Le principal traitement de la diarrhée sous anti-cancéreux
sont les ralentisseurs du transit »*

=> En cas de colite inflammatoire, risque de perforation !

*« En cas d'anémie/thrombopénie : Transfusion selon les
seuils transfusionnels »*

=> Les transfusions sont à éviter en cas d'anémie/thrombopénie autoimmunes !

« Toute dégradation est liée à une progression tumorale »

=> AEG : insuffisance surrénale? hypothyroïdie ?...

=> Dyspnée : pneumopathie inflammatoire ? myocardite ? anémie hémolytique ?...

=> Troubles neurologiques : encéphalite autoimmune? polyradiculonévrite aigüe? ...

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Rôle infirmier

- Informer et sensibiliser à la survenue d'EI précoces et tardifs
- Rassurer le patient sur la bonne tolérance globale de l'immunothérapie
- S'assurer que le patient a reçu la carte « patient sous immunothérapie » ainsi que la notice l'informant des EI du ttt
- Expliquer l'intérêt de la surveillance accrue comprenant des examens cliniques, biologiques et radiologiques fréquents et la nécessité de nous transmettre tout EI
- Observation, interrogatoire et recueil des symptômes précis avec grading
- Coordination pluri-professionnelle interne et externe; application mobile Gustave Roussy avec onglet sur l'immunothérapie

41

Rôle infirmier

- Informer et sensibiliser à la survenue d'EI précoces et tardifs
- Rassurer le patient sur la bonne tolérance globale de l'immunothérapie
- S'assurer que le patient a reçu la carte « patient sous immunothérapie » ainsi que la notice l'informant des EI du ttt
- Expliquer l'intérêt de la surveillance accrue comprenant des examens cliniques, biologiques et radiologiques fréquents et la nécessité de nous transmettre tout EI
- Observation, interrogatoire et recueil des symptômes précis avec grading
- Coordination pluri-professionnelle interne et externe; application mobile Gustave Roussy avec onglet sur l'immunothérapie

42

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Je reçois actuellement
UNE IMMUNOTHÉRAPIE

Elle peut générer une toxicité inflammatoire ou auto-immune et en particulier :

- une pneumonie interstitielle inflammatoire (inflammation des poumons)
- une colite (inflammation de l'intestin)
- une hépatite (inflammation du foie)
- une néphrite (inflammation des reins)
- une endocrinopathie: hypophysite, hypo/hyperthyroïdie, diabète insulino-dépendant, insuffisance surrénalienne (inflammation de la glande)
- ainsi que d'autres évènements indésirables liés au système immunitaire: neurologique, hémato-logique, ophtalmologique,...

**SI BESOIN
contacter :**

Nom du principal(e) : _____

☑ Patient dans un essai clinique OUI NON

Email : _____

Tel : _____

LE 5048 ET LE 5049 696
Service d'accueil médical non programmé - Tél. : 07 42 11 50 00

Prénom, nom : _____

Nom de l'immunothérapie : _____

Date de début de l'immunothérapie : _____

**La prise en charge de ces effets
indésirables est spécifique**

Elle nécessite absolument une coordination avec un spécialiste d'urgence et l'appel de votre médecin qui a prescrit le traitement - voir site au verso.

43



44

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Rôle infirmier

- Informer et sensibiliser à la survenue d'Ei précoces et tardifs
- Rassurer le patient sur la bonne tolérance globale de l'immunothérapie
- S'assurer que le patient a reçu la carte « patient sous immunothérapie » ainsi que la notice l'informant des Ei du tt
- Expliquer l'intérêt de la surveillance accrue comprenant des examens cliniques, biologiques et radiologiques fréquents et la nécessité de nous transmettre tout Ei
- Observation, interrogatoire et recueil des symptômes précis avec grading
- Coordination pluri-professionnelle interne et externe; application mobile Gustave Roussy avec onglet sur l'immunothérapie

41

Rôle infirmier

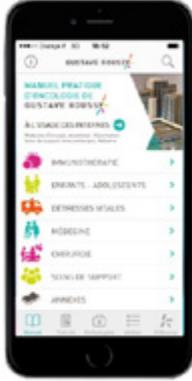
- Informer et sensibiliser à la survenue d'Ei précoces et tardifs
- Rassurer le patient sur la bonne tolérance globale de l'immunothérapie
- S'assurer que le patient a reçu la carte « patient sous immunothérapie » ainsi que la notice l'informant des Ei du tt
- Expliquer l'intérêt de la surveillance accrue comprenant des examens cliniques, biologiques et radiologiques fréquents et la nécessité de nous transmettre tout Ei
- Observation, interrogatoire et recueil des symptômes précis avec grading
- Coordination pluri-professionnelle interne et externe; application mobile Gustave Roussy avec onglet sur l'immunothérapie

42

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D AMPHI LAVOISIER AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LE CANCER DU POUMON : UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS « PERSONNALISÉ » DU PATIENT

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Application mobile Gustave Roussy



IMMUNOTHERAPIE
Principes généraux
Bilan pré-thérapeutique
Bilan au cours de l'immunothérapie
Symptômes d'appel et diagnostics à évoquer
CAT devant une anomalie biologique
CAT devant un syndrome
Pathologies dysimmunitaires
Signes associés aux maladies systémiques
Auto-anticorps
Immunosuppresseurs
Coordonnées des référents
Pharmacovigilance
Scores
Annexes

Disponible sur
App Store
App Store

47

Conclusions et Take-Home Messages

- CBNPC: Mortalité élevée mais avancées thérapeutiques majeures (Thérapie ciblée, IO +++)
- Nouvelles thérapeutiques... Nouveau spectre de toxicités
- Anticipation et Information
- Rapidité du diagnostic: Elément clé
- Multidisciplinarité
- Traitement symptomatique pour les grades faibles, corticoïdes +/- IS pour les grades élevés
- Arrêt définitif pour tout EILI avec menace vitale, Toute toxicité sévère ou grade 3 qui récidive, impossibilité de réduire la corticothérapie, Grade 2 ou 3 persistant

48

14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM D
AMPHI LAVOISIER
**AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES
DANS LE CANCER DU POUMON :
UN ACCOMPAGNEMENT DE PLUS EN PLUS
« PERSONNALISÉ » DU PATIENT**

Modérateurs Anne Marie OLLITRAULT & Monique DEBARD

Merci pour votre attention



NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Nausées vomissements chimio-induits

Nouvelle alternative thérapeutique
pour un meilleur confort des patients

NICOLAS JOVENIN, MD, MPH
ONCOLOGIE MÉDICALE
COURLANCY
REIMS – SAINT-DIZIER



HÉLÈNE PECOIL
INFIRMIÈRE
CENTRE EUGÈNE MARQUIS
RENNES



Liens d'intérêt

↗ Hélène Pecoil

↗ Invitation en congrès, formation: Pfizer, Roche, MSD

↗ Nicolas Jovenin 2011 - 2018

- ↗ **Honoraires** : Amgen, Archimède, Boehringer-Ingelheim, Eisai, Ethypharm, Kiowa Kerin, Léo Pharma, Merck, MSD, Norgine, Novartis, Pierre Fabre, Pfizer, Prostrakan, Roche, Sanofi, Tesaro, Téva, Vifor
- ↗ **Board** : Amgen, Boehringer-Ingelheim, BMS, Ipsen, Janssen, Novartis, Roche, Sanofi, Tesaro
- ↗ **Conseil** : Eisai, Hospira, Léo Pharma, Pfizer
- ↗ **Recherche Clinique** : Téva, Amgen, BMS, Hospira, Sandoz, Bouchara Recordati
- ↗ **Invitations en congrès, formations** : Amgen, Roche, Kiowa Kerin Janssen, MSD, Eisai.

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

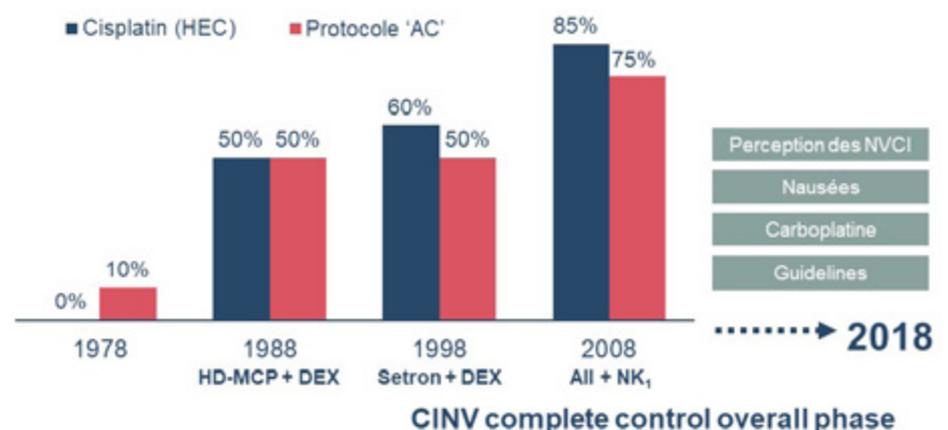
Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Objectifs du symposium

1. Généralités sur les NVCI
 - Perception soignant / patient
 - Conséquences des NVCI
 - Physiopathologie
2. Prévention
 - Médicamenteuse
 - Prise en compte des FdR
 - Conseils
 - Quid des thérapeutiques complémentaires
3. Traitement de secours

3

Introduction : 40 ans de Nausées et Vomissements



AC, anthracycline; CINV, chemotherapy-induced nausea and vomiting; DEX, dexamethasone; HD-MCP, metoclopramide high dose; HEC, highly emetogenic chemotherapy; MEC, moderately emetogenic chemotherapy; NK-1, neurokinin 1.

Merci au Dr F. Scotté pour sa diapo

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

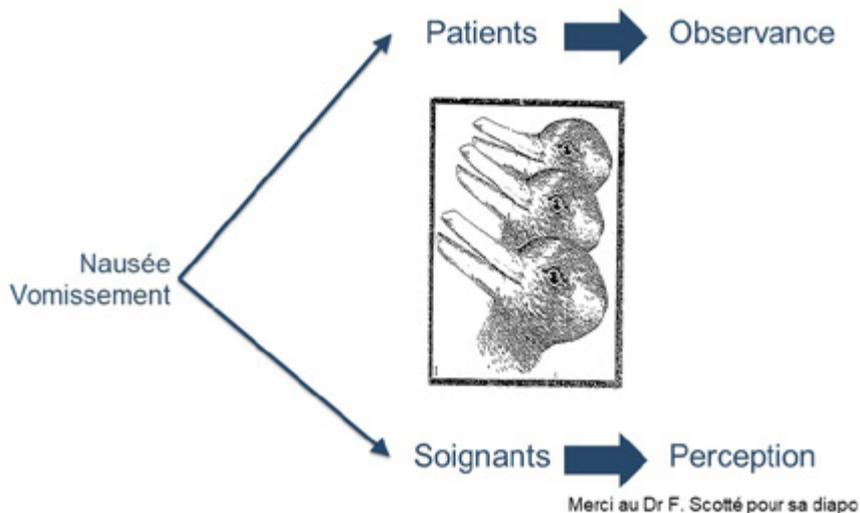
Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

1. Généralités sur les Nausées-Vomissements Chimio-Induits



5

Nausées et vomissements : Une différence de perception?



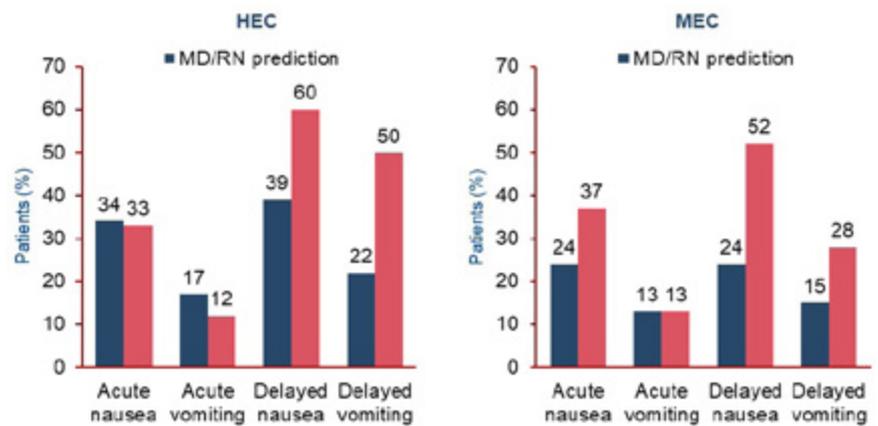
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 1 : A votre avis,
existe-t-il une **sous évaluation des NVCI**
en comparaison avec la réalité vécue par les patients

- **Oui** : pour tous les NVCI
- **Oui** : principalement pour les NVCI retardés
- **Non** : ni sur- ni sous évaluation
- **Non** : les soignants surévaluent les NVCI

Ecart de perception: La phase retardée...



HCF, healthcare provider;
MD, medical doctor;
RN, registered nurse

Domicile / absence de suivi / prévention inadaptée ?

Grunberg SM, et al. Cancer. 2004;100:2283-2288

Merci au Dr F. Scotté pour sa diapo

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 1 : A votre avis, existe-t-il une **sous évaluation des NVCI** en comparaison avec la réalité vécue par les patients

- Oui : pour tous les NVCI **Non**
- Oui : surtout pour les NVCI retardés **Oui**
- Non : ni sur- ni sous évaluation **Non**
- Non : les soignants surévaluent les NVCI **Non**



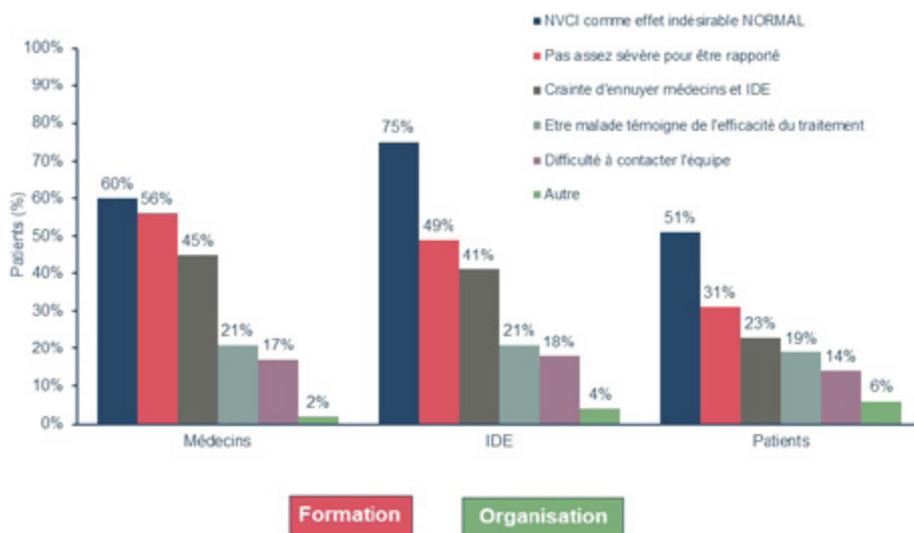
Q 2 : quelle est la cause principale de cette sous évaluation (pour les patients et les soignants) ?

- NVCI ne sont pas assez sévère pour être rapportée
- NVCI acceptée comme une toxicité normale de la chimio
- NVCI considérée comme preuve d'efficacité de la chimio
- Difficultés à contacter l'équipe soignante

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Motifs de Sous-Evaluation



Vidali C, et al. Support Care Cancer. 2015;23(11):3297-3305

Merci au Dr F. Scotté pour sa diapo

Q2 : quelle est la cause principale de cette sous évaluation (pour les patients et les soignants) ?

- NVCI ne sont pas assez sévère pour être rapportée **Non**
- NVCI acceptée comme une toxicité normale de la chimio **Oui**
- NVCI considérée comme preuve d'efficacité de la chimio **Non**
- Difficultés à contacter l'équipe soignante **Non**

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 3 : Quelles peuvent être les conséquences de NVCI ?

-  Impact sur la qualité de vie (d'une manière globale)
-  Complication métabolique grave comme **l'insuffisance rénale aigue**
-  Déshydratation
-  Prise de poids

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support



Nausées-Vomissements Chimio-Induits (NVCI)

Prise en charge

Mise à jour du 15 décembre 2017

Copyright AFSOS

14

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Introduction / contexte

- Les nausées et Vomissements Chimio-induits (NVCi) sont **un des effets indésirables redoutés** par les patients qui débutent un traitement par chimiothérapie anticancéreuse.
- Il existe un écart entre la **perception des patients et celle des soignants** pouvant être préjudiciable dans l'optimisation des traitements antiémétiques.
- Le **mauvais contrôle des NVCi** a un impact majeur sur la qualité de vie, les activités quotidiennes, les activités professionnelles, la vie sociale et relationnelle.
- Les NVCi peuvent être responsables de **complications métaboliques graves** : insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, insuffisance rénale chronique séquellaire, troubles ioniques, perte de poids, dénutrition.

Copyright AFSOS

15

Q 3 : Quelles peuvent être les conséquences de NVCi ?

- | | | |
|----------------------------------|--|------------|
| <input checked="" type="radio"/> | Impact sur la qualité de vie (d'une manière globale) | Oui |
| <input checked="" type="radio"/> | Complication métabolique grave comme l' insuffisance rénale aiguë | Oui |
| <input checked="" type="radio"/> | Déshydratation | Oui |
| <input type="radio"/> | Prise de poids | Non |

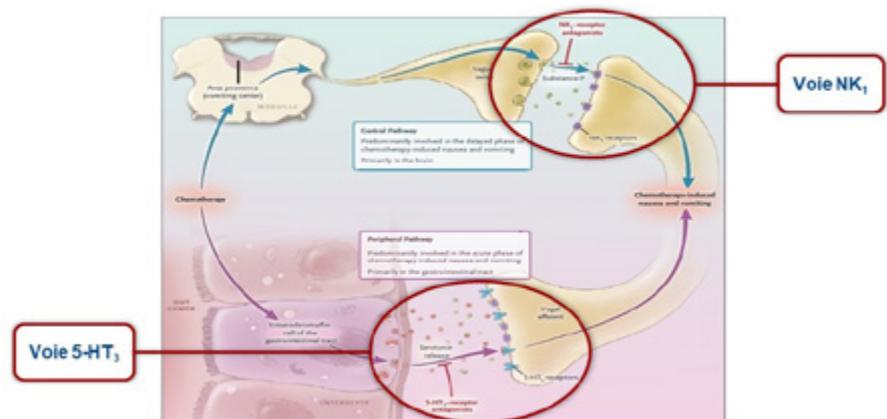
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 4: Quels « types » de NVCI connaissez-vous?

- Anticipés
- Aigus
- Retardés
- Réfractaires

Deux voies – deux signaux majeurs



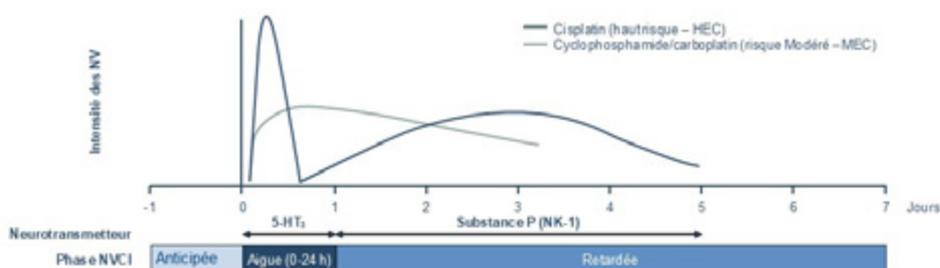
CINV, chemotherapy-induced nausea and vomiting; 5-HT₃, 5-hydroxytryptamine-3 (serotonin); NK-1, neurokinin 1.

➤ Navari R, Aapro M. *N Engl J Med.* 2016;374:1356-67

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Phases – Neurotransmetteurs



5-HT₃, 5-hydroxytryptamine-3;
CINV, chemotherapy induced nausea and vomiting;
NK-1, neurokinin 1; RA, receptor antagonist.

➤ D'après Lorusso V, Ther Clin Risk Manag. 2016;12:917-925

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support I

Présentation clinique des NVCI

Dénomination	Caractéristiques
Aigus	Survienent au cours des 24 premières heures après injection de chimiothérapie
Retardés	Survienent après la 24^{ème} heure de l'injection de chimiothérapie (sans limite de fin)
Réfractaires	NVCI malgré un traitement bien mené
Anticipés	Survienent avant la chimiothérapie

Copyright AFSOS

20

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 4: Quels « types » de NVCI connaissez-vous?

- | | | |
|---|--------------|-----|
|  | Anticipés | Oui |
|  | Aigus | Oui |
|  | Retardés | Oui |
|  | Réfractaires | Oui |



2.Prévention des nausées-vomissements chimio-induits

Cas clinique



NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Mme K 67 ans 166 cm 68 Kg

- Janvier 2018 :
cancer du sein gauche pT2 pN1 RH+ Her2- SBR 2
- RCP :
 - Chirurgie
 - Chimiothérapie adjuvante (3 EC100 + 9 paclitaxel)
 - Radiothérapie + hormonothérapie

Vous la recevez en consultation IDE d'annonce

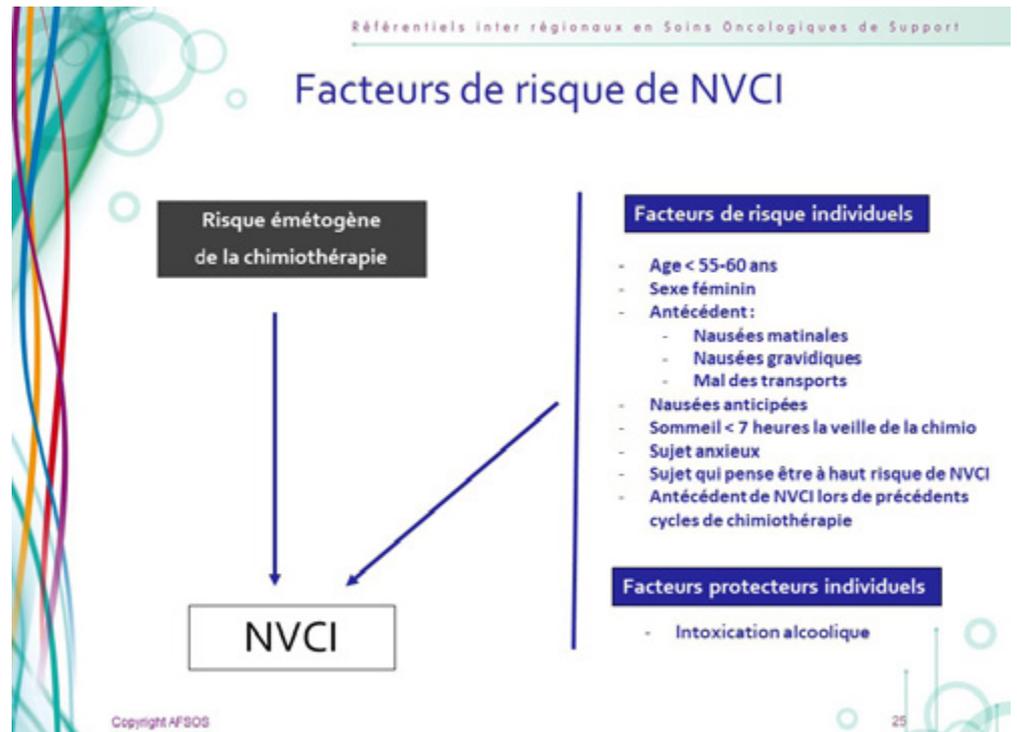
Q 5 : Lors de la consultation IDE d'annonce,
quels éléments recueillez-vous pour optimiser la
prévention médicamenteuse des NVCI ?

- Le type de protocole de chimiothérapie
- Les antécédents de nausées pendant une grossesse
- Un terrain anxieux sous-jacent
- Une intoxication tabagique

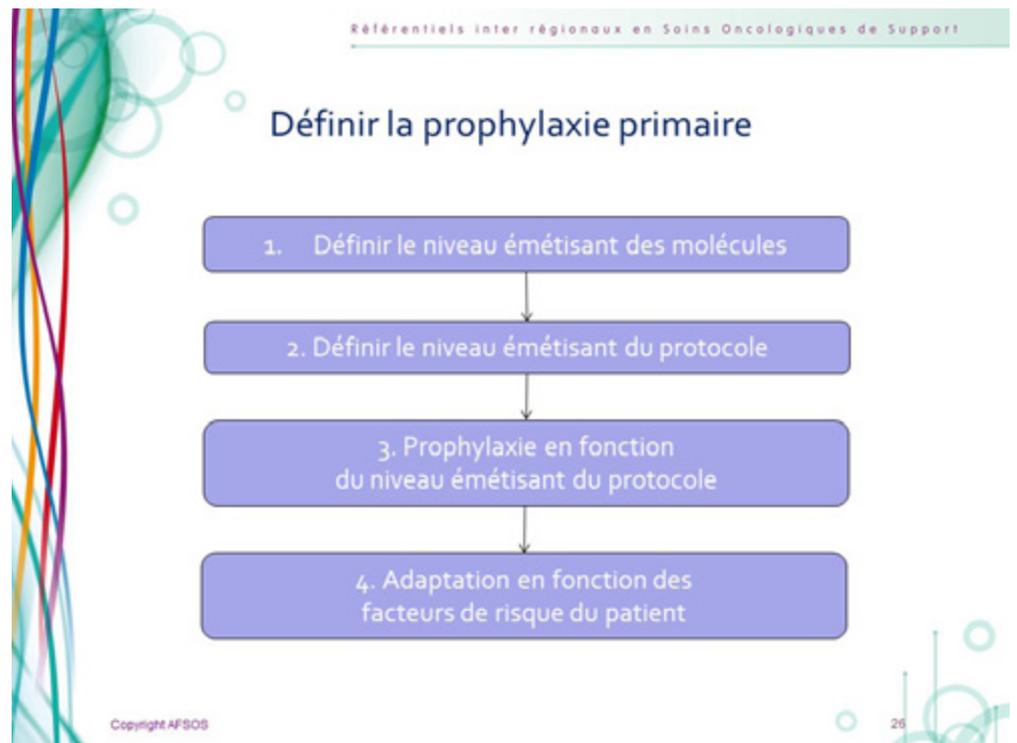
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Facteurs de risque de NVCI



Définir la prophylaxie primaire



NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 5 : Lors de la consultation IDE d'annonce,
quels éléments recueillez-vous pour optimiser la
prévention médicamenteuse des NVCI ?

- Le type de protocole de chimiothérapie **Oui**
- Les antécédents de nausées pendant une grossesse **Oui**
- Un terrain anxieux sous jacent **Oui**
- Une intoxication tabagique **Non**



Q 6 : Avec le protocole EC 100,
quelle association aurait due être prescrite ?

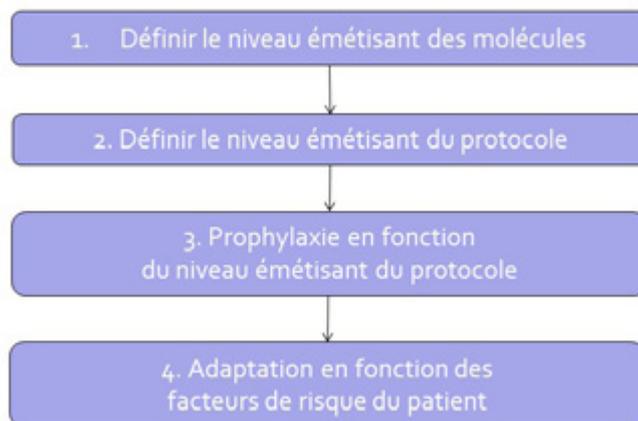
- Rien, c'est un protocole très faiblement émettant
- Metoclopramide uniquement
- un Anti-NK1 (J1 ou J1-J3) + un sétron (J1-J5)
- un Anti-NK1 (J1 ou J1-J3) + un sétron (J1) + corticoïde (J1)

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Définir la prophylaxie primaire



Copyright AFSOS

29

Niveau émettant des molécules

1. Hautement émettant (>90%)
2. Modérément émettant (30-90%)
3. Faiblement émettant (10-30%)
4. Très faiblement émettant (< 10%)

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Niveau émettant des molécules

Médicaments injectables

Modérément émettant (30 à 90%)

Alentuzumab	Epirubicine
Azacitidine	Idarubicine
Bendamustine	Ifosfamide
Carboplatine	Irinotecan
Clofarabine	Oxaliplatine
Cyclophosphamide (<1,5 g/m ²)	Romidepsine
Cytarabine (> 1 g/m ²)	Temozolomide*
Daunorubicine	Thiotepa
Doxorubicine	Trabectidine

Copyright AFSOS

* Pas de données en IV / extrapolation avec le per os

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Définir le niveau émettant des protocoles

- Molécule la plus émettante donne le niveau global du protocole de chimiothérapie
- Les niveaux émettants ne s'ajoutent pas :
 - Si protocole avec 2 molécules modérément émettantes alors le protocole est modérément émettant.

Copyright AFSOS

32

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Prophylaxie primaire des NCVI aigus et retardés
Plusieurs options (sans ordre de préférence)

Chimio Modérément Émétique (MEC)

Jour 1	Jours 2,3
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprepitant 125 mg ✓ Sétron (au choix cf. annexe 1) ✓ Corticoïde 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprepitant 80 mg (J2-J3)
ou	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rolapitant 180 mg ✓ Sétron (au choix cf. annexe 1) ✓ Corticoïde 	

Copyright AFSOS

Q 6 : Avec le protocole EC 100,
quelle association aurait due être prescrite ?

- Rien, c'est un protocole très faiblement émétique
Non
- Metoclopramide uniquement
Non
- un Anti-NK₁ (J1 ou J1-J3) + un sétron (J1-J5)
Non
- un Anti-NK₁ (J1 ou J1-J3) + un sétron (J1) + corticoïde (J1)
Oui

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Aprépitant :

- **Prévention des nausées et des vomissements associés à une chimiothérapie anticancéreuse hautement émétisante chez l'adulte.**
- **Prévention des nausées et des vomissements associés à une chimiothérapie anticancéreuse moyennement émétisante chez l'adulte.**

✓ EMEND est administré durant 3 jours dans le cadre d'un schéma thérapeutique comportant un corticostéroïde et un antagoniste 5-HT₃. La dose recommandée est de 125 mg par voie orale une fois par jour une heure avant le début de la chimiothérapie à J1 et de 80 mg par voie orale une fois par jour à J2 et J3 le matin.

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE, Avis: 3 février 2016

Rolapitant :

Prévention des nausées et des vomissements retardés associés à une chimiothérapie anticancéreuse hautement et modérément émétisante chez les adultes

Varuby* doit être administré dans le cadre d'un schéma thérapeutique

- 1 prise **unique de 180 mg** (2 cp) dès le **premier jour du premier cycle** (C1J1)
 - + anti 5HT₃ à J1
 - + corticoïdes à J1 et suivants
- Les données disponibles ne permettent pas de définir la place de VARUBY* par rapport à la stratégie thérapeutique de référence.
- En conséquence, VARUBY* doit être réservé aux patients ne pouvant recevoir une trithérapie à base d'un autre antagoniste des récepteurs NK1.

Varuby® European Medicines Agency. Summary of Product Characteristics. Accessed October 6, 2017
COMMISSION DE LA TRANSPARENCE, Avis 25 octobre 2017

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

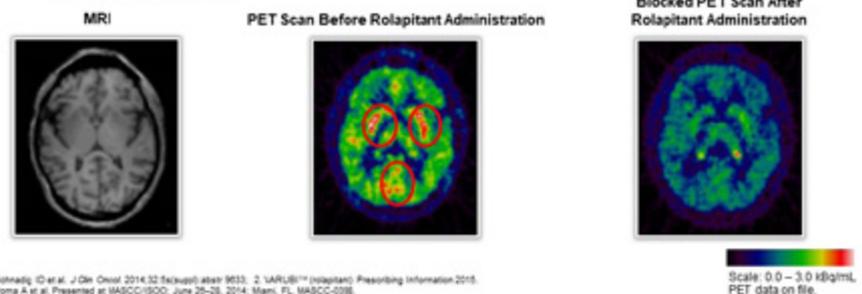
Blocage prolongé des signaux émétogènes par le Rolapitant

► Caractéristiques propres à Rolapitant :

- Haute affinité et sélectivité pour les récepteurs NK-1 (Ki = 0.7 nM)¹
- Très longue demi-vie plasmatique ≈180 h (≈7 jours)¹
- Passage dans le SNC au travers de la barrière hémato-encéphalique

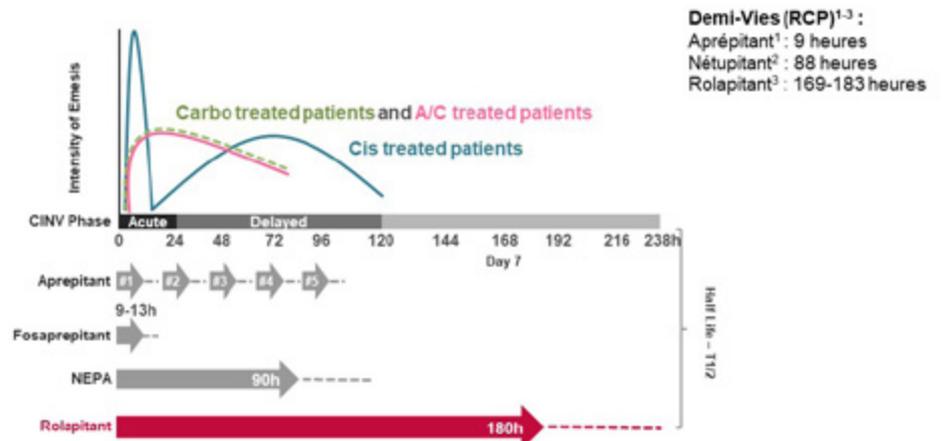
► Blocage par Rolapitant des récepteurs NK-1 dans le cortex :

- >90% des récepteurs sont occupés par Rolapitant 120 heures après une administration unique de 180 mg²⁻³
- (>73% dans le striatum)



1. Srinivasan D et al. J Clin Oncol 2014;32:1633-1638. 2. VARUBI™ (rolapitant) Prescribing Information 2015. 3. Poma A et al. Presented at MASCC/ESMO, June 25-28, 2014; Miami, FL, MASCC-ESMO.

Demi-Vie plasmatique ↔ Blocage récepteurs SNC



Demi-Vie plasmatique : Temps nécessaire pour que la concentration plasmatique diminue de moitié par rapport à la concentration maximale (Cmax)

Adapté de Lorusso V. JCO 2015;33:917-925. 1) Emend®. European Medicines Agency. Summary of Product Characteristics. Accessed October 6, 2017. 2) Alynzo®. European Medicines Agency. Summary of Product Characteristics. Accessed October 6, 2017. 3) Varubi®. European Medicines Agency. Summary of Product Characteristics. Accessed October 6, 2017.

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

> Pas d'interactions médicamenteuses sur le CYP 3A4 (études cliniques)

- Rolapitant n'est ni inhibiteur ni inducteur du CYP3A4^{1,2}
 - Pas d'effet du Rolapitant sur les autres médicaments
- Rolapitant est métabolisé par le CYP3A4^{1,2} mais :
 - La co-administration de Rolapitant et d'un autre médicament substrat du CYP3A4 (midazolam) n'entraîne pas de modification de la PK du midazolam¹
 - Pas d'interaction médicamenteuse par compétition sur CYP3A4
 - La co-administration de Rolapitant et d'un autre médicament inhibiteur du CYP3A4 (kétoconazole) n'entraîne pas de modification de la PK du Rolapitant²
 - Pas de modification du métabolisme de Rolapitant par les inhibiteurs du CYP3A4

(1) Varubyl[®], European Medicines Agency, Summary of Product Characteristics, Accessed October 6, 2017.
(2) Wang et al. Poster 11-07P, MASCC 2016.

Q 7 : Si Mme K avait des antécédents de nausées pendant la grossesse, le mal des transports... Était très anxieuse face à cette chimiothérapie. **Que peut-on lui proposer en plus ?**

- L'association « Nétupitant-Palonosétron »
- Des corticoïdes J2-J3
- Rien de plus
- Du desmodium ou de l'alcool de menthe

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Adaptation de la prophylaxie en fonction des facteurs de risque des patients

Copyright AFSOS

41

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Facteurs de risque individuels de NVCI

Facteurs de risque individuels

- Age < 55-60 ans
- Sexe féminin
- Antécédent:
 - Nausées matinales
 - Nausées gravidiques
 - Mal des transports
- Nausées anticipées
- Sommeil < 7 heures la veille de la chimio
- Sujet anxieux
- Sujet qui pense être à haut risque de NVCI
- Antécédent de NVCI lors de précédents cycles de chimiothérapie

Facteurs protecteurs individuels

- Intoxication alcoolique

Copyright AFSOS

42

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Adaptation de la prophylaxie

- En cas de nombreux facteurs de risque

→ Prophylaxie « surclassée »

- Application d'une prophylaxie primaire du niveau émettant supérieur...
- Dès le premier cycle

Copyright AFSOS

43

Prophylaxie primaire « surclassée »

- HEC : prophylaxie HEC + Olanzapine
- MEC : prophylaxie HEC
- LEC : prophylaxie MEC
- VLEC : prophylaxie LEC

HEC : Chimio Hautement émettante
MEC : Chimio Modérément émettante
LEC : Chimio faiblement émettante
VLEC : Chimio très faiblement émettante

Copyright AFSOS

44

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Prophylaxie primaire des NCVI aigus et retardés

Plusieurs options (sans ordre de préférence)

Chimio Hautement Émétique (HEC)

Jour 1	Jours 2,3,4
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprepitant 125 mg ✓ Sétron (au choix annexe 1) ✓ Corticoïde 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprepitant 80 mg (J2-J3) ✓ Corticoïde
ou	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rolapitant 180 mg ✓ Sétron (au choix annexe 1) ✓ Corticoïde 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Corticoïde
ou	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nepa* (Netupitant 300 palonosétron 0,5) ✓ Corticoïde 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Corticoïde

* : NEPA : en France pour chimio à base de cisplatine

Copyright AFSOS

Q 7 : Si Mme K avait des antécédents de nausées pendant la grossesse, le mal des transports... Était très anxieuse face à cette chimiothérapie. **Que peut-on lui proposer en plus ?**

- L'association « Nétupitant-Palonosétron »
Non
- Des corticoïdes J2-J3
Oui
- Rien de plus
Non
- Du desmodium ou de l'alcool de menthe

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Autres thérapeutiques

Niveau de preuve insuffisant :

- Gingembre
- Desmodium
- Alcool de menthe
- Homéopathie
- ...

Attention aux interactions médicamenteuses

Copyright AFSSS

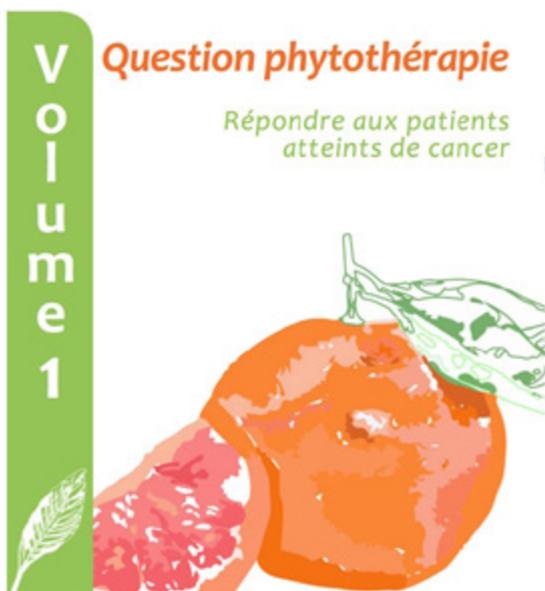


Q 7 : Si Mme K avait des antécédents de nausées pendant la grossesse, le mal des transports... Était très anxieuse face à cette chimiothérapie. **Que peut-on lui proposer en plus ?**

- L'association « Nétupitant-Palonosétron » **Non**
- Des corticoïdes **Oui**
- Rien de plus **Non**
- Du desmodium ou de l'alcool de menthe **Non**

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB



http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2017/11/AFSOS_Livret-phyto_interactif-protege.pdf

49

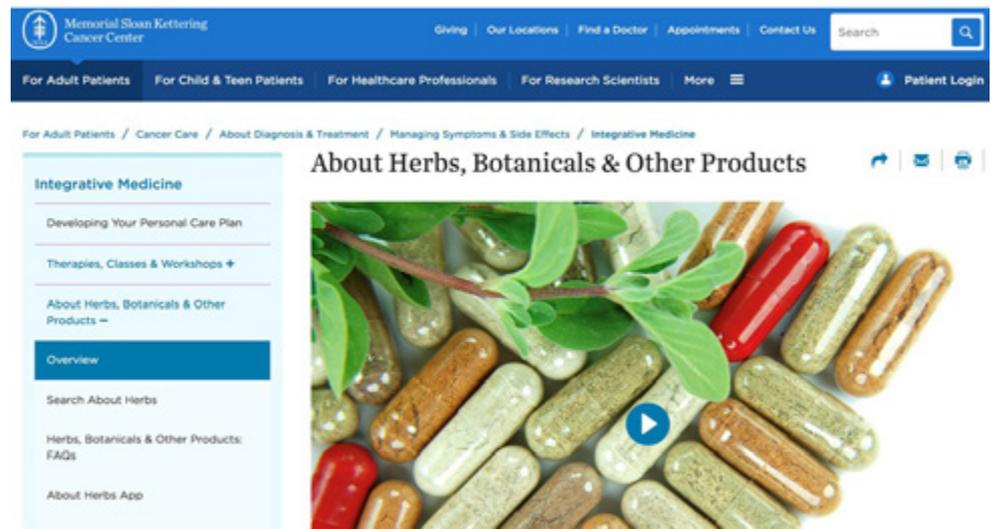
Sommaire

Ail	6
Aloé vera	8
Curcuma	10
Gingembre	12
Ginseng	14
Guarana	16
Pamplemousse	18
Réglisse	20
Sauge	22
Soja	24
Tableaux des cytochromes	26



NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB



51

Q 8 : Quels conseils pouvez-vous lui donner pendant la consultation d'annonce ?

- Favoriser les 3 bons repas par jour (éviter la faim)
- Eviter les aliments trop gras, frits et trop épicés
- Pas de conseils
- De l'acupuncture

52

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Conseils aux patients Règles Hygiéno-diététiques

- Favoriser l'**hydratation** : prévention de l'insuffisance rénale
- **Fractionner l'alimentation** : 6 à 8 petits repas et/ou collations par jour
- Proposer des **petits repas froids** pour éviter les fortes odeurs
- Eviter aliments trop gras, frits et trop épicés
- Privilégier aliments faciles à digérer
- Proposer de manger **lentement**
- Proposer des boissons **au goût des patients** entre les repas : eau, infusions, jus de pomme, Coca Cola® (dégazé ou pas) ...
- Utiliser **si besoin, une paille dans une tasse fermée** pour faciliter les petites gorgées et éviter les odeurs
- Maintenir une **position assise pendant 30 min après le repas** ; si position couchée, préférer le côté droit pour favoriser la vidange gastrique

Copyright AFSOS

53

Q 8 : Quels conseils pouvez-vous lui donner pendant la consultation d'annonce ?

- | | | |
|-----------------------|--|------------|
| <input type="radio"/> | Favoriser les 3 bons repas par jour (éviter la faim) | Non |
| <input type="radio"/> | Eviter aliments trop gras, frits et trop épicés | Oui |
| <input type="radio"/> | Pas de conseil | Non |
| <input type="radio"/> | De l'acupuncture | |

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Solutions non-médicamenteuses : acupuncture

- En complément d'une prophylaxie médicamenteuse bien conduite (grade B de recommandation)
 - **Electrostimulation** > acupuncture simple : diminue l'incidence des vomissements aigus
 - Acupression diminue la sévérité des nausées aiguës
 - **Aucune donnée sur les événements retardés**
 - Points utilisés : 6MC +++ +/- 36E et 4Rp
 - Séance d'acupuncture : la veille ou qq heures après la chimiothérapie
 - **Effets indésirables** : tous liés à l'électrostimulation : rash transitoire, irritation peau aux points d'électrode, choc électrique, aggravation de paresthésie chez patient porteur de neuropathie périphérique.

Copyright AFSOS

55

Q 8 : Quels conseils pouvez-vous lui donner pendant la consultation d'annonce ?

- | | | |
|---|--|------------|
|  | Favoriser les 3 bons repas par jour (éviter la faim) | Non |
|  | Eviter aliments trop gras, frits et trop épicés | Oui |
|  | Pas de conseil | Non |
|  | De l'acupuncture | Oui |

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 9 : Et pour la suite du traitement avec paclitaxel,
quels traitements devront être prescrits ?

-  Metoclopramide J₁
-  Un sétron J₁
-  Un sétron J₁-J₅
-  un Anti-NK₁ (J₁ ou J₁-J₃) + un sétron (J₁) + corticoïde (J₁)

Niveau émétisant des molécules

1. Hautement émétisant (>90%)
2. Modérément émétisant (30-90%)
3. Faiblement émétisant (10-30%)
4. Très faiblement émétisant (< 10%)

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Niveau émettant des molécules

Médicaments injectables

Faiblement émettant (10 à 30%)

Aflibercept	Gemcitabine
Atezolizumab	Ipilimumab
Belinostat	Ixabepilone
Blinatumomab	Methotrexate
Bortezomib	Mitomycine
Brentuximab	Mitoxantrone
Cabazitaxel	Nab-paclitaxel
Carfilzomib	Paclitaxel
Catumaxumab	Panitumumab
Cetuximab	Pemetrexed
Cytarabine < 1 g/m2	Pertuzumab
Doxorubicine Liposomale Pegylatée	Temsirolimus
Docetaxel	Topotecan
Eribuline	Trastuzumab-emtansine
Etoposide	Vinflunine
5-Fluorouracile	

Copyright AFSOS

59

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Prophylaxie primaire des NCVI aigus

Plusieurs options (sans ordre de préférence)

Chimio Faiblement émettant (LEC)

Jour 1

ou ✓ Anti-D2

ou ✓ Corticoïde

ou ✓ Sétroton (au choix cf. annexe 1)

Copyright AFSOS

60

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 9 : Et pour la suite du traitement avec paclitaxel,
quels traitements devront être prescrits ?

- | | | |
|----------------------------------|--|-----|
| <input checked="" type="radio"/> | Metoclopramide J1 | Oui |
| <input checked="" type="radio"/> | Un sétron J1 | Oui |
| <input type="radio"/> | Un sétron J1-J5 | Non |
| <input type="radio"/> | un Anti-NK1 (J1 ou J1-J3) + un sétron (J1) + corticoïde (J1) | Non |

61

3.Traitements de secours des NVC



62

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 10 : Malgré tout, le jour du 1^{er} EC100, Mme K présente un vomissement en HDJ, que pouvez-vous lui proposer ?

- Optimiser la dose de sétron
- Des corticoïdes IV
- Metoclopramide IV
- Un haricot uniquement...

Traitements de secours

Pendant la Chimiothérapie

- Sétron : optimisation de la posologie (jusqu'à 16 mg en dose unique)
- Anti D₂
 - Alizapride : 5 mg/Kg/jour en iv de 15 minutes
 - Ou Metoclopramide : 30 mg iv de 15 mn (dose max 0,5/Kg/j)
- Corticoïdes : NON
- Benzodiazépine : si échec (per os ou intraveineux)

Pendant les 24 premières heures

- Sétron +/- Anti-D₂ +/- Benzodiazépine

En phase retardée

- Anti-D₂ +/- Benzodiazépine

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

Q 10 : Malgré tout, le jour du 1^{er} EC100, Mme K présente un vomissement en HDJ, que pouvez-vous lui proposer ?

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
|  | Optimiser la dose de sétron |  Oui |
|  | Des corticoïdes IV |  Non |
|  | Metoclopramide IV |  Oui |
|  | Un haricot uniquement... |  Non |



65

Messages clés

- Perception soignante des NVCI < réalité
- Potentielles conséquences médicale et de QdV
- Adaptation de la prophylaxie
 - Niveau émétant du protocole
 - Facteurs de risque du patient
- Nouvelle alternative thérapeutiques MEC et HEC :
 - nouvel anti-NK1 rolapitant
- Règles et conseils hygiéno-diététiques
- Acupuncture en soutien

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIO-INDUITS : NOUVELLE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE POUR UN MEILLEUR CONFORT DES PATIENTS

Modérateurs Amel M'SADEK & Claude COLLOMB

En soins de support



Les référentiels AFSOS

+ de 70 référentiels sur de nombreux thèmes

- Toxicité des médicaments
- Urgences
- Vaccination
- Abord veineux
- Douleur
- Psycho-oncologie
- Sport et cancer
- Sexualité et cancer
- Tabac
- Nutrition
- Stomie
- Socio-esthétique
- Lymphologie
- Fin de vie
- QdV des soignants
- ...



UN SITE WEB DÉDIÉ ET ADAPTÉ AUX PATIENTS SOUS TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE

 D'INFOS

www.amplio.fr

- Vidéos et Tutoriels pour vous accompagner quotidiennement et développer les bons réflexes
- Conseils de prévention des effets indésirables des traitements anticancéreux par voie orale
- Explications et conseils sur les professionnels de santé avec qui vous interagissez
- Espaces interactifs et ludiques



**AMPLIO, CRÉATEUR DE SOLUTIONS INNOVANTES
POUR LES ÉQUIPES SOIGNANTES ET LES PATIENTS.**





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

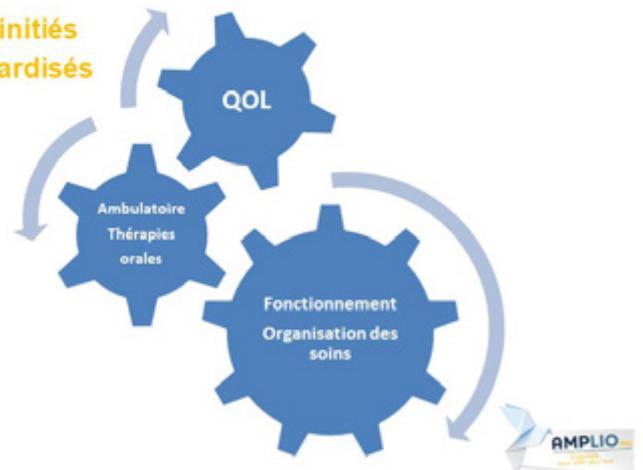
La gestion des effets indésirables :
un jeu d'enfants ?
L'intérêt des jeux éducatifs en
oncologie



MEHIZ Sabrina
IPA en cancérologie, Msc
Professeure chargée d'enseignement HES
Neuchâtel, Suisse

Effets secondaires en oncologie

- Développement des soins de supports en oncologie (AFSOS, INCA)
- Programmes d'ETP initiés mais pas encore standardisés





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F SALLE 151 LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

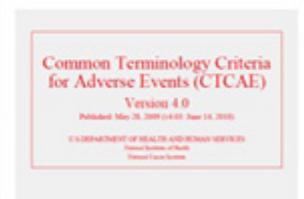
Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

Profils infirmiers en cancérologie aujourd'hui

- Sur spécialisation de la discipline oncologique
- Qualités relationnelles, techniques
- Exigences en terme de mise à jour des connaissances
- Evolutions constantes des thérapeutiques (TKI)
- Mise à dispositions de connaissances aux patients et leurs proches (internet, forums...) patient expert/partenaires
- Développement de nouveaux profils soignants (IPA, ICLS)
- Plan Cancer



Constat...





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

Revue de la littérature sur les bénéfices,
l'implémentation d'ETP...



Nombreuses méta-analyses, études
d'intervention, études contrôlées randomisées
citées en bibliographie...

L'objectif de cette présentation est de tenter de
vous présenter les enjeux, de vous proposer
un exemple de méthodologie...

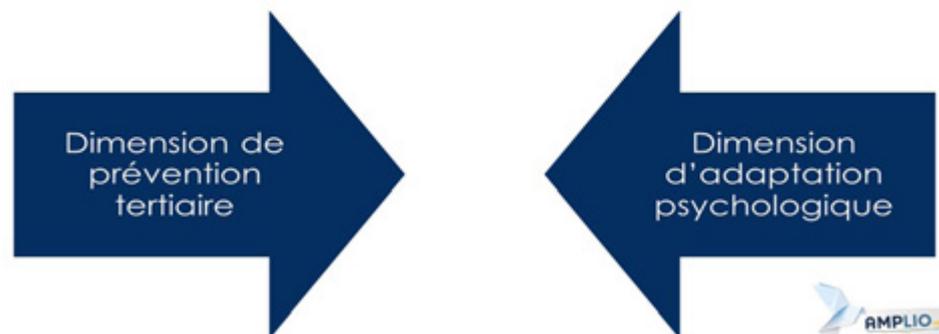
De valoriser et encourager l'émergence de
projets d'ETP en oncologie, radiothérapie



L'éducation thérapeutique : ETP



- **Emergence aux Etats Unis dans le cadre des maladies chroniques**
- **Complémentaire à la Démarche de soins Infirmière : auto soins, adaptation, gestion des symptômes**





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

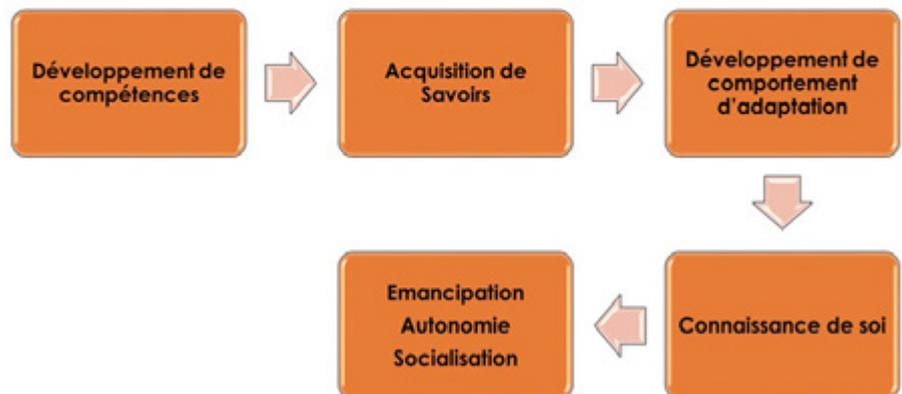
LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

ETP : Dimension temporelle



EDUQUER = INSTRUIRE mais pas seulement!



ETP : diverses Influences, concepts



Ecole Nord Américaine
Influencée par des modèles
psychosociaux infirmiers,
psychologie de l'adaptation
(coping)

Profession infirmière
exclusivement

Ecole Européenne
Importance de la pédagogie,
de la psychologie (courant
psychanalytique) et sociologie

Equipe
multidisciplinaire





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

Les modèles en pédagogie au service de l'ETP



Modèle
Empiriste

**APPRENDRE C'EST TRANSFORMER
SES CONCEPTIONS**

Modèle
Behavioriste

Modèle
Allostérique
de l'apprendre

Modèle
Constructiviste

A. Giordan, J. et F. Guichard, Des idées pour apprendre,
Delagrave, nouvelle édition 2002.



L'ETP élément central en oncologie



Effcience

Collaboration
Gestion

Valorisation
Expertise
SI

Sécurité
Qualité





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

Les théories de soins infirmiers en soutien



Parallèle entre démarche de soin et gestion des effets indésirables en oncologie par l'ETP :

Théorie de l'auto soin selon Dorothea Orem

Théorie de l'adaptation Callista Roy

Théorie de gestion des symptômes HUMPHREYS J, LEE KA, CARRIERI-KOHLMAN V, PUNTILLO K, FAUCETT J, JANSON S, et al. Theory of Symptom management. In : Smith MJ, editor. Middle range theory for nursing. 2nd ed. New York : Springer Publ. ; 2008.



L'Auto soins en ETP



Autonomie du BDS dans la gestion de ses traitements, des surveillances qui en découle

Prévention de la survenue d'événement indésirable

Collaboration avec l'équipe soignante, patient partenaire

Rôle infirmier :

- Identifier les besoins et poser un diagnostic éducatif
- Valoriser et optimiser les ressources du BDS, son entourage
- Promouvoir l'autonomie
- Choix de l'outil pédagogique permettant d'atteindre cet objectif





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

L'adaptation en ETP



Soutien l'auto soin car l'acquisition de connaissances permet le raisonnement puis l'adaptation

Résolution de problème à auteur des possibilités négociées lors du contrat du programme éducatif

Rôle infirmier :

- En soutien dans le processus d'autonomisation
- Elaboration du plan d'action
- Promouvoir les capacités d'adaptation à la situation



La gestion des symptômes

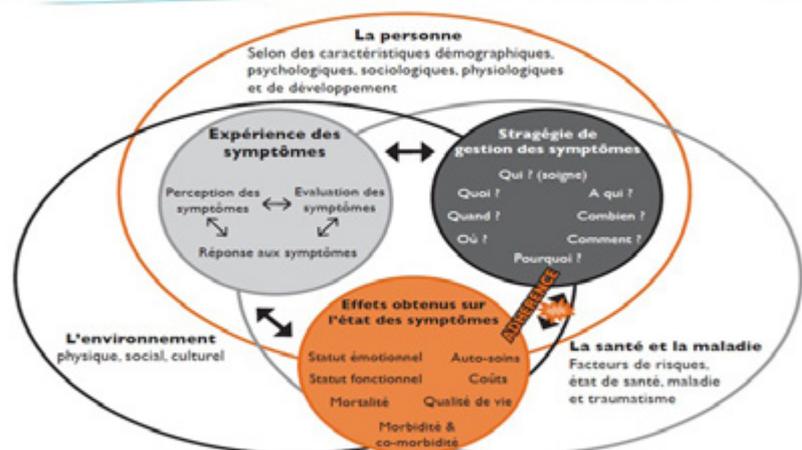


Figure 1
Schéma théorique de la théorie de gestion des symptômes (traduction du schéma publié par Dodd, Janson, et al., 2001, [2] avec autorisation de John Wiley and Sons)





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

La théorie de gestion des symptômes



Permet :

- d'améliorer la collaboration professionnelle
- De progresser dans la manière de penser l'expérience du symptôme, les stratégies de gestion, les résultats obtenus sur les manifestations

Rôle infirmier :

Mesurer le symptôme et le caractériser est essentiel pour cibler les actions à entreprendre

Utilisation d'échelle d'évaluation spécifique à l'oncologie MSAS (Memorial Symptom Assessment Scale) 32 items, créée en 1994!



Méthodologie mise en place ETP selon HAS



- **Diagnostic éducatif**

Synthèse des connaissances, représentations et besoins du BDS

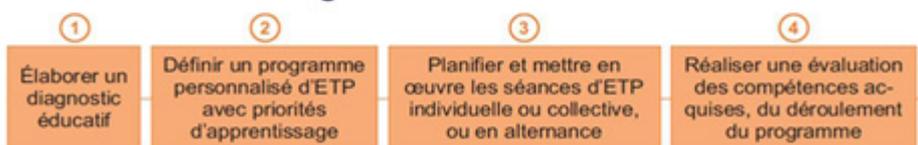
- **Contrat d'objectifs pédagogiques conclus avec le BDS**

Identification des comportements et compétences à acquérir au cours du processus éducatif

- **Elaboration d'un plan d'action**

Calendrier, choix des outils pédagogiques

- **Evaluation du Programme selon les critères définis**





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

Évaluation du programme d'ETP selon les recommandations de l'HAS



- L'évaluation de programme vise à **améliorer le processus** d'éducation thérapeutique du patient (sa conception, son organisation, sa réalisation, son évaluation-même).
- Cette évaluation est conçue en outre pour permettre des **régulations**, c'est-à-dire des **réajustements** ou des **réorientations des activités** d'éducation thérapeutique du patient, des pratiques professionnelles.



Méthodologie infirmière selon la TGS



Après obtention d'autorisation d'utilisation de la MSAS SF

- **Diagnostic éducatif tenant compte de** : la personne, son environnement, son statut (première ligne, traitements...) **centré sur la personne**
- **Identifier avec le patient des «symptoms clusters»** par rapport au traitement prévu, à son expérience de gestion des symptômes, à ceux plus ou moins présents
- **Contrat d'objectifs pédagogiques conclus avec le BDS** : distinguer avec le patient les symptômes signifiants ou non une dégradation de leur état de santé. Travailler la notion d'anticipation (comment?)
 - **A partir de son expérience des symptômes** : **perception, évaluation, réponse**
- **Plan d'action** : meilleures connaissances des soignants sur les effets indésirables et leurs survenus (CTCAE), permettant de planifier les séances d'ETP. Supports divers.
- **Evaluation du Programme** : la qualité des actions entreprises sera corrélé à la survenu ou non des **«symptoms clusters»**, et à **l'identification des stratégies de gestion** efficace ou à améliorer. Suivi longitudinal.





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

Évaluation du programme d'ETP selon la théorie de Gestion des symptômes



- **Le programme centré sur la gestion des effets indésirables sera évalué en fonction :**
 - de la survenu de ces derniers ou non
 - du grade de l'effet indésirable constaté (selon CTCAE)
 - de l'évaluation de la QOL, de la MSAS SF
 - des stratégies de gestion mobilisées par le patient
 - des supports pédagogiques utilisés
 - suivi longitudinal pour apporter des réajustements



Bibliographie



Giordan, A. (2010). Education thérapeutique du patient : Les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Medicine des Maladies Métaboliques*, 4(3), 305-311. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70065-1](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70065-1)

Campbell, C. (2014). Nursing intervention to improve adherence and safety with oral cancer therapy. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 302-310.

Hochstenbach, L. M., Courtens, A. M., Zwakhalen, S. M., van Kleef, M., & de Witte, L. P. (2015). Self-management support intervention to control cancer pain in the outpatient setting: a randomized controlled trial study protocol. *BMC Cancer*, 15(1), 416. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1428-1>

Jahn, P., Renz, P., Stukenkemper, J., Book, K., Kuss, O., Jordan, K., ... Landenberger, M. (2009). Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial. *Supportive Care in Cancer*, 17(12), 1543-1552. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0698-z>

Traeger, L., McDonnell, T. M., McCarty, C. E., Greer, J. A., El-Jawahri, A., & Temel, J. S. (2015). Nursing intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer*, 121(21), 3905-3913. <https://doi.org/10.1002/cncr.29585>

Jahn, P., Lakowa, N., Landenberger, M., Vordermark, D., & Stoll, O. (2012). InterACTIV. An Exploratory Study of the Use of a Game Console to Promote Physical Activation of Hospitalized Adult Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), E84-E90. <https://doi.org/10.1188/12.ONFE84-E90>

Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 14. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

Bibliographie



- https://www.hepfr.ch/sites/default/files/profile_publications_other/gymnasium_helveticum_2.pdf
- <http://www.andregiordan.com/articles/apprendre/modalost.html>
- <http://www.andregiordan.com/edtherap/modelthe.pdf>
- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/memorial-symptom-assessment-scale#member_access_content





14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL



**CONSTRUIRE
UN OUTIL
PEDAGOGIQUE**
...

...4 PHASES



LFR.MKT.03.2018.4594

PHASE 1 : changer de paradigme



- ➔ Il faut qu'ils mobilisent leurs savoirs
- ➔ Puis qu'ils en intègrent de nouveaux
- ➔ De manière logique et utile pour eux



LFR.MKT.03.2018.4594



14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F SALLE 151 LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

PHASE 1 : changer de paradigme



- ➡ Former les membres de l'équipe à l'ETP
- ➡ Travail en collaboration pour fabriquer une pensée commune
- ➡ Co construire des outils



L.FR.ANKT.03.2018.4594

PHASE 2 : co-construction de l'outil



2 DES ARTEFACTS



SELODA®
d'apoptose



1 LES QUESTIONS OUVERTES

QUESTION	REMARQUE
EST-IL POSSIBLE ?	EST-IL POSSIBLE DE...
EST-IL UTILE ?	EST-IL UTILE DE...
EST-IL RÉALISABLE ?	EST-IL RÉALISABLE DE...
EST-IL ÉVALUABLE ?	EST-IL ÉVALUABLE DE...
EST-IL DURABLE ?	EST-IL DURABLE DE...

3 UN CONDUCTEUR PEDAGOGIQUE

ACTIVITÉ	ACTIVITÉ PRÉVUE	TECHNIQUE D'APPRENTISSAGE	CRITÈRES DE SÉRIOSITÉ (2018)
1. Identifier les effets secondaires par ordre de gravité	Établir une liste des effets secondaires par ordre de gravité	Apprentissage par découverte	Création de la liste des effets secondaires
2. Identifier les effets secondaires par ordre de fréquence	Établir une liste des effets secondaires par ordre de fréquence	Apprentissage par découverte	Création de la liste des effets secondaires
3. Identifier les effets secondaires par ordre de durée	Établir une liste des effets secondaires par ordre de durée	Apprentissage par découverte	Création de la liste des effets secondaires



L.FR.ANKT.03.2018.4594



14H15 - 15H00 : SYMPOSIUM F
SALLE 151

LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES : UN JEU D'ENFANTS ? L'INTÉRÊT DES JEUX ÉDUCATIFS EN ONCOLOGIE

Modérateurs Sylvie LOZANO & Véronique TUAL

PHASE 4 : vers la démocratisation



Le jeu DECLIC A.C.O. est un OUTIL de travail

L'OUTIL est de la matière à pensée et non LA pensée

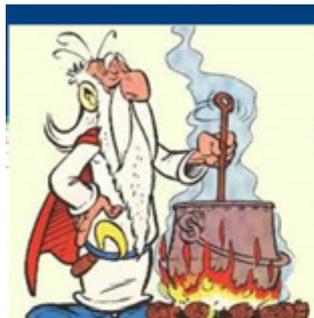
DONC

Nécessité de **compagnonnage** à son utilisation

Dans le but de fabriquer du sens pour les utilisateurs



LFR.MKT.03.2018.4594



Recette d'un outil réussi...



- Prendre une **EQUIPE** motivée
- Stimuler l' **INGENIOSITE** et l'**IMAGINATION**
- Faire bouillir la **MATIERE GRISE** et la laisser saisir dans le **TEMPS**
- Incorporer de la **VOLONTE**
- Laisser **COLLABORER** quelques mois voire quelques années
- Ajouter à tout moment une pincée d'**HUMOUR**
- Saupoudrer d'**ESPRIT CRITIQUE**
- **REAJUSTER** si besoin et servir



Faites vos jeux!



LFR.MKT.03.2018.4594

Biopsies liquides

Christophe MASSARD, MD PhD
christophe.massard@gustaveroussy.fr



21ème RIO, 17 Mars 2018



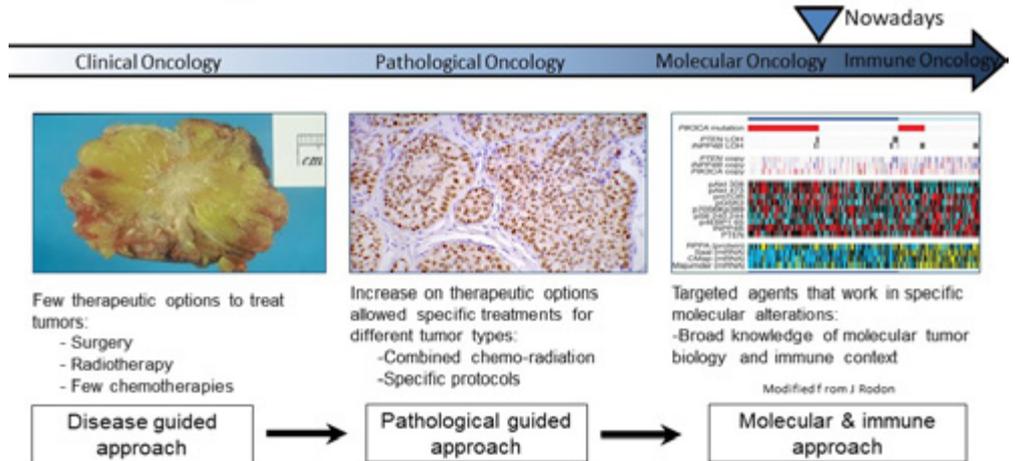
Disclosure

- Participation to advisory boards, speaker or investigator for: Amgen, Astellas, Astra Zeneca, Bayer, Celgene, Genentech, Ipsen, Jansen, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, Orion, MedImmune, New Oncology, DebioPharm

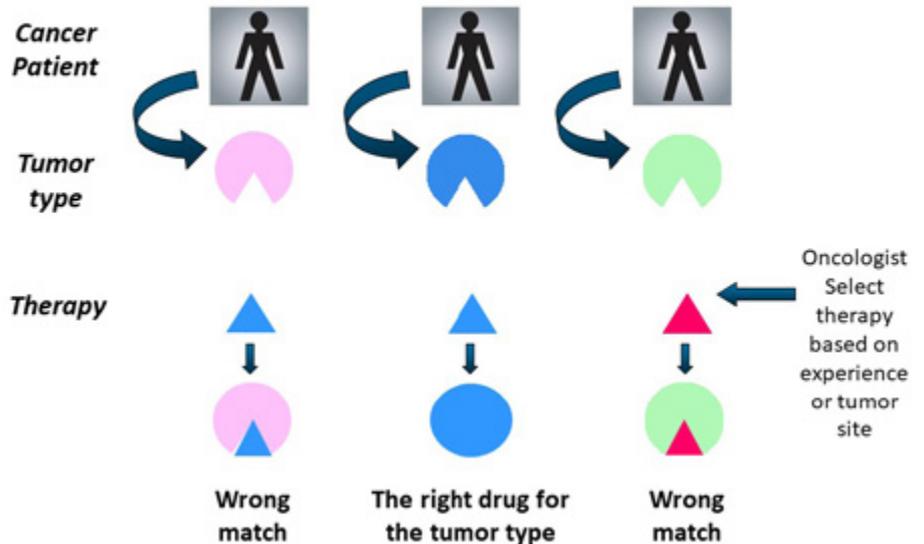




Conceptual evolution of Cancer treatment



MEDECINE DE PRECISION



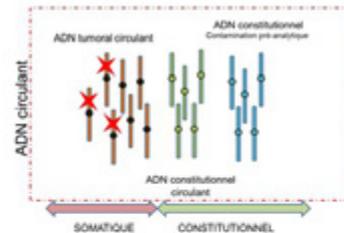


"Tonight, I'm launching a new precision medicine initiative to bring us closer to curing diseases like cancer and diabetes – and to give all of us access to the personalized information we need to keep ourselves and our families healthier."

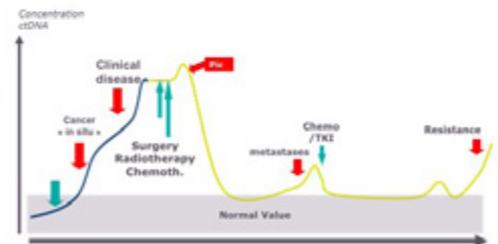


Biopsies liquides

- ctDNA/CTC
- Technics

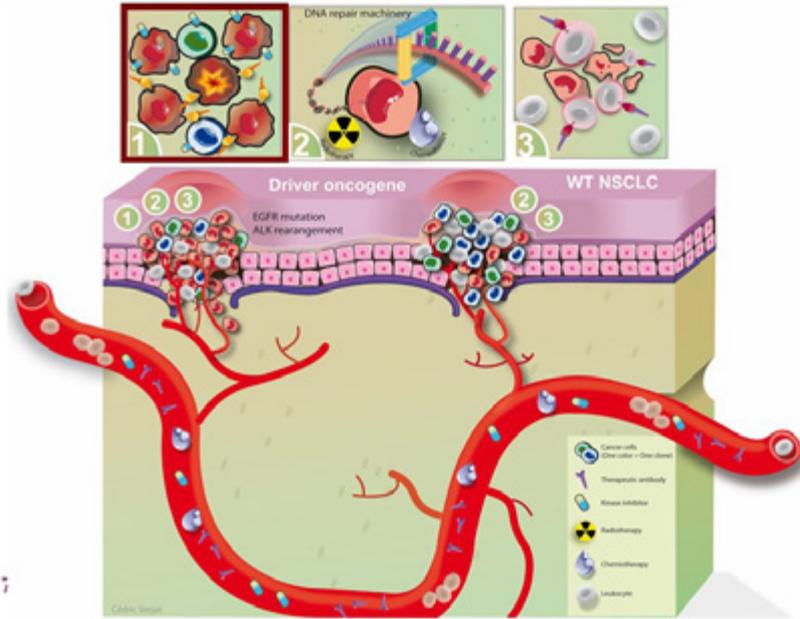


- Clinical Applications
 - Diagnosis
 - Screening
 - Residual disease

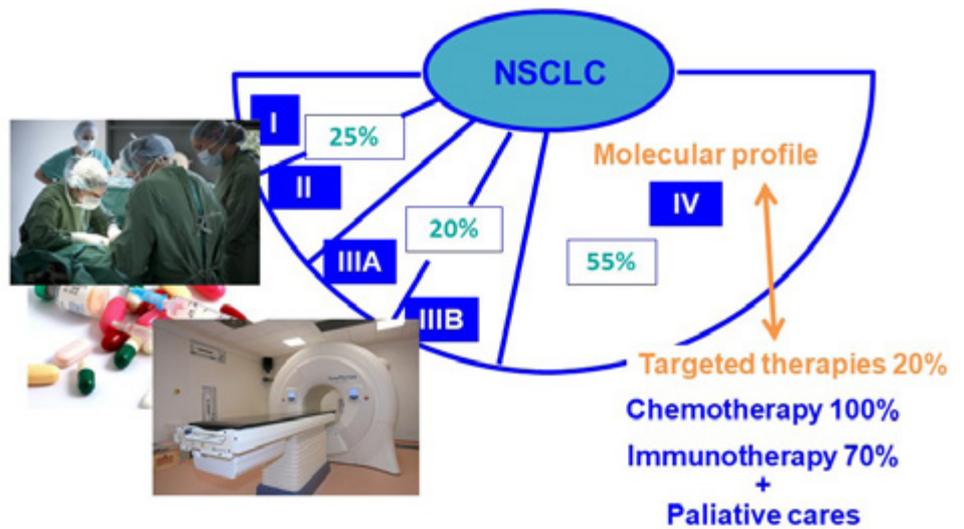




Thérapies ciblées



Non Small Cell Lung Cancer

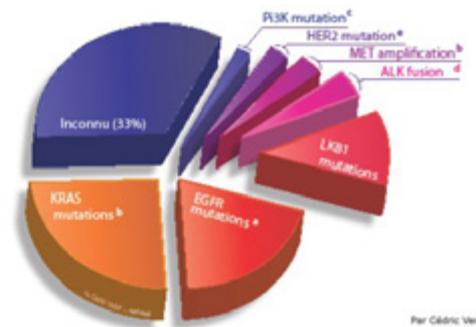




Cancer bronchique

- Portrait moléculaire
- ~ 50% des cancers bronchiques ont une « cible thérapeutique »
- Impact aujourd'hui chez les non fumeurs (~10% des patients)

CBNPC : anomalies clés



a sensible aux inhibiteurs EGFR
b résistant aux inhibiteurs EGFR
c sensible aux inhibiteurs de PI3K ?
d sensible aux inhibiteurs d'ALK
e sensible aux inhibiteurs d'HER2

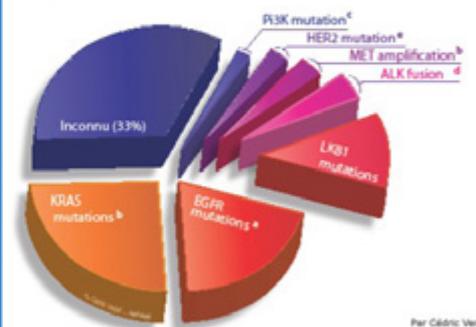


Cancer bronchique

- ~20% of the pts get a personalized TKI
 - 10% EGFR mutated
 - 5% ALK rearranged
 - 1% ROS1 rearranged
 - 2% BRAF mut
 - 1% MET mut
 - 1% HER2 mut
 - NTRK rearranged?
 - RET rearranged?

(~10% des patients)

CBNPC : anomalies clés



a sensible aux inhibiteurs EGFR
b résistant aux inhibiteurs EGFR
c sensible aux inhibiteurs de PI3K ?
d sensible aux inhibiteurs d'ALK
e sensible aux inhibiteurs d'HER2



Cancer bronchique

CBNPC : anomalies clés



**GEFITINIB/ERLOTINIB
AFATINIB**

**UN TRAITEMENT
A LA CARTE ?**

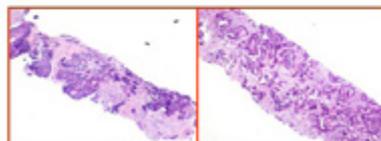
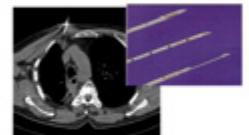
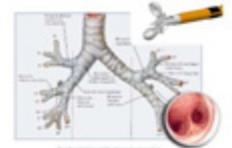
a sensible aux inhibiteurs EGFR
b résistant aux inhibiteurs EGFR
c sensible aux inhibiteurs de PI3K
d sensible aux inhibiteurs d'ALK
e sensible aux inhibiteurs d'HER2

11



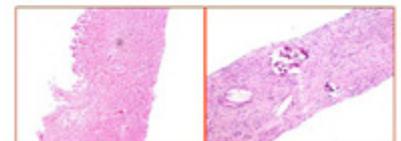
Tumor samples

Source of diagnosis	
Bronchoscopy	48
CT scan guided biopsy	39
Surgical biopsy	4
Other	9



Squamous Cell Ca Adenocarcinoma

Adequate Biopsies



Necrosis Fibrosis

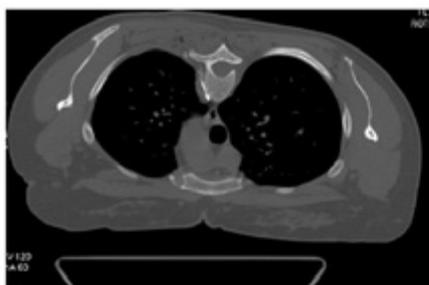
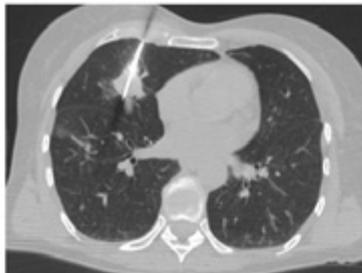
Inadequate Biopsies

12

15H00 - 15H30 : LES BIOPSIES LIQUIDES

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI

GUSTAVE
ROUSSY
CANCER CAMPUS
GRAND PRIX



Courtesy Pr T DeBaere, Gustave Roussy

GUSTAVE
ROUSSY
CANCER CAMPUS
GRAND PRIX

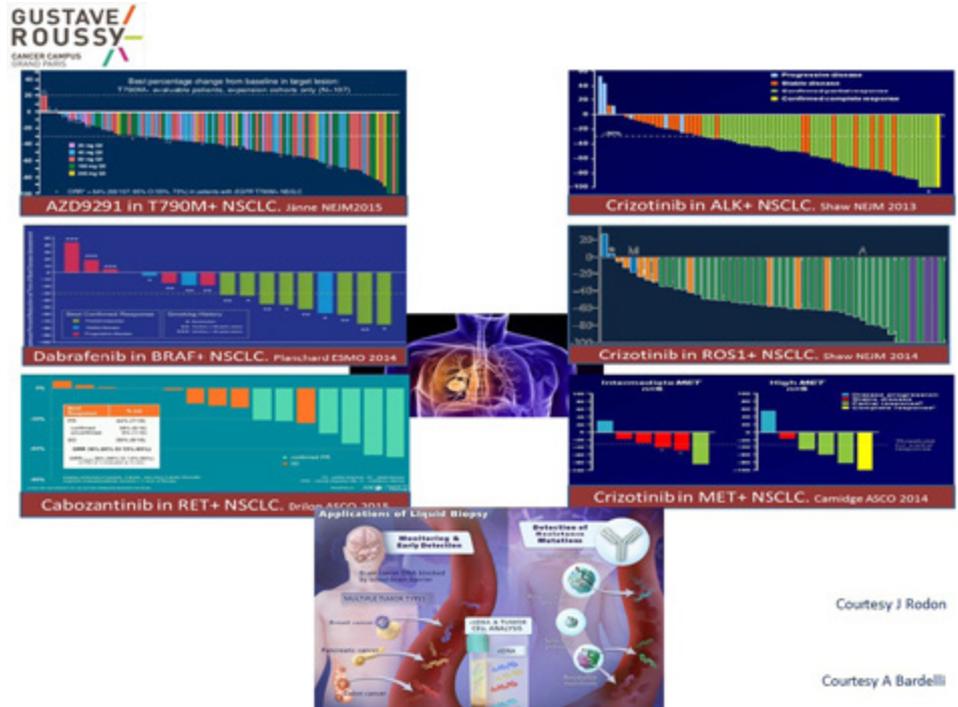
The molecular portrait
performed on
material at time of
diagnosis



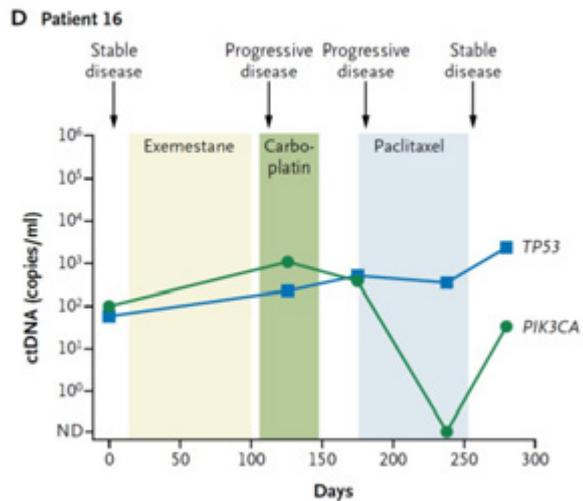
Does not predict
for the molecular portrait
of the current disease



S Vignot, JC Soria

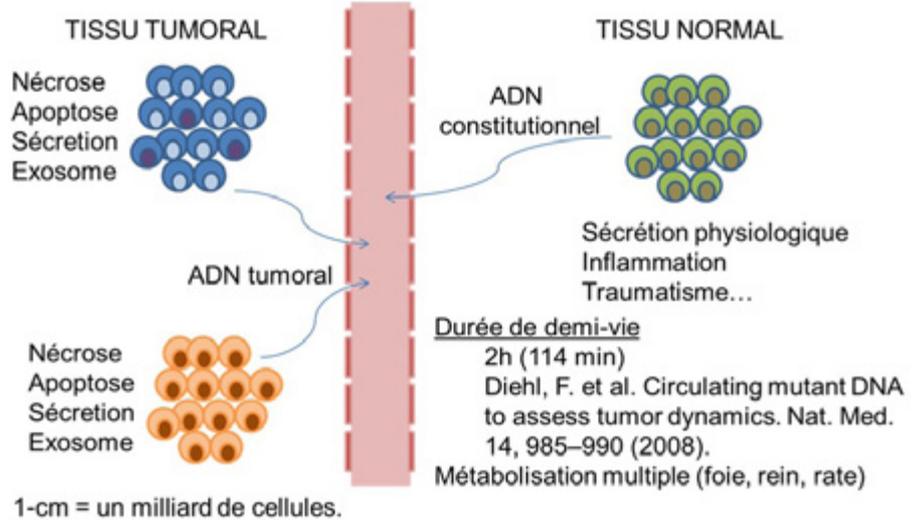


Pas assez de matériel sur la biopsie ? ADN circulant ?





ADN circulant



ADNcir : source d'ADN tumoral

- Facilement accessible
- Peu invasif
- Répétable au cours du temps
- Détection mutations possible

Diehl et al, 2008 ; Board et al., 2010 ; Perkins et al, 2011

- Comparaison avec ADNcir versus CTC/tumeur

Dawson et al, 2013; Bidard et al, 2013

15H00 - 15H30 : LES BIOPSIES LIQUIDES

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI



Biopsy-Free Cancer Genotyping... Several Technologies in Development

cobas[®] EGFR Mutation Test v2 (CE-IVD)



Droplet Digital[™] PCR: A Breakthrough in Quantitative PCR



The OncoBEAM[™] Advantage:
The Latest on Cell-Free Tumor DNA Liquid Biopsies



ThermoFisher SCIENTIFIC

iontorrent



Biopsy-Free Cancer Genotyping... Sensitivity and Specificity

Technique	Sensitivity	Optimal Application
Sanger sequencing	> 10%	Tumor tissue
Pyrosequencing	10%	Tumor tissue
Next-generation sequencing	2%	Tumor tissue
Quantative PCR	1%	Tumor tissue
ARMS	0.10%	Tumor tissue
BEAMing, PAP, Digital PCR, TAM-Seq	0.01% or lower	ctDNA, rare variants in tumor tissue

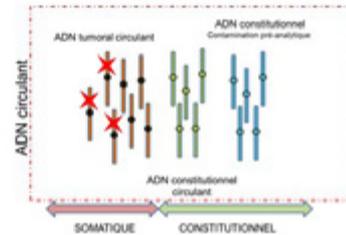
TAF %

Diaz & Bardelli 2014 JCO

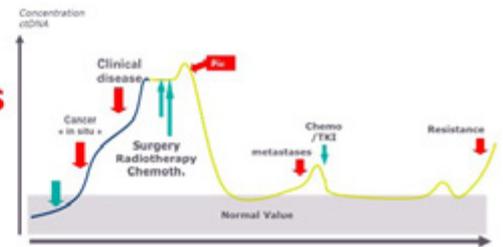


Biopsies liquides

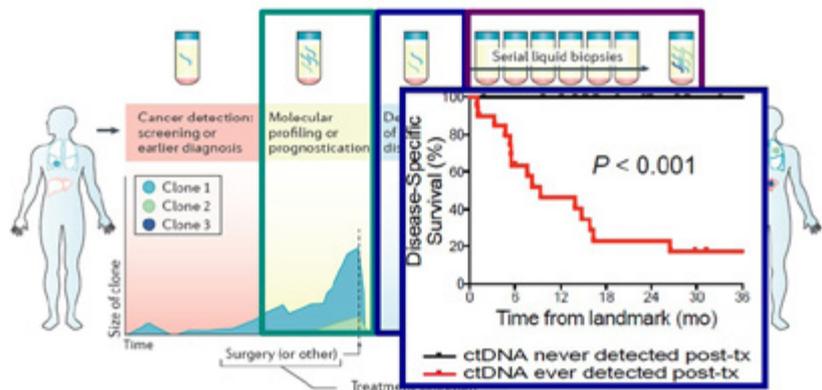
- ctDNA/CTC
 - Technics



- **Clinical Applications**
 - **Diagnosis**
 - **Screening**
 - **Residual disease**



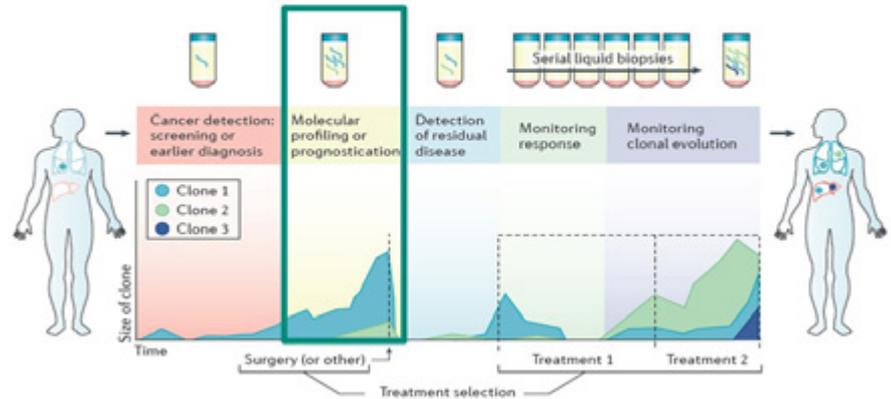
Clinical applications of ctDNA in cancer



Wen- Nat Rev Cancer 2017 * Chaudhuri- Cancer Discovery 2017



• ctDNA for screening



Biopsy-Free Cancer Genotyping...

Tissue Genomic Detection: gold standard

First biopsy at diagnosis:
Sensitive EGFR^{mut}

Re-biopsy at PD:
Resistant EGFR^{mut}

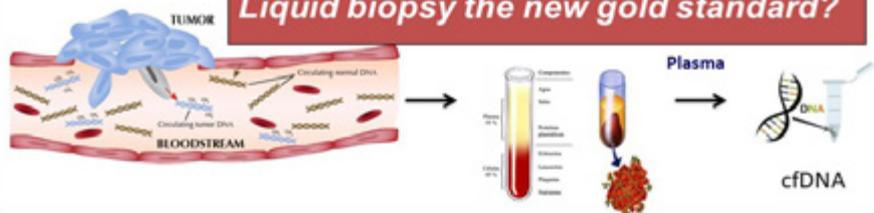
- Clinical decision based on one biopsy
- Different metastatic sites
- Intratumoral heterogeneity
- Difficulty of tumor access and invasive procedure with associated morbidity



Liquid biopsies:

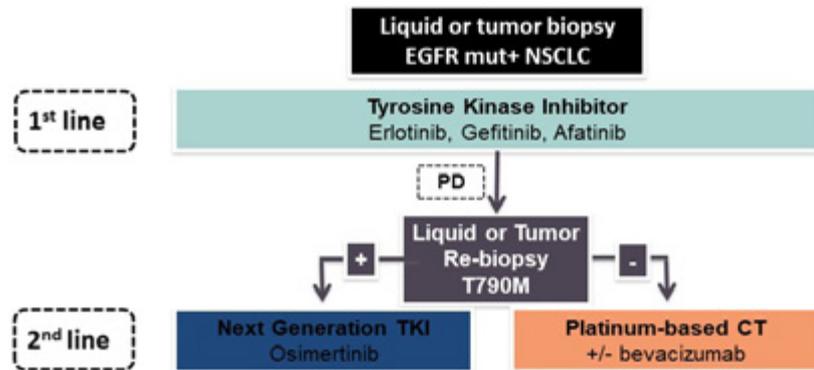
- Blood mirrors the entire tumor burden (primary and metastasis)
- Allows tumor response monitoring

Liquid biopsy the new gold standard?





THERAPEUTIC ALGORITHM FOR ADVANCED NSCLC



We use liquid biopsies every day!

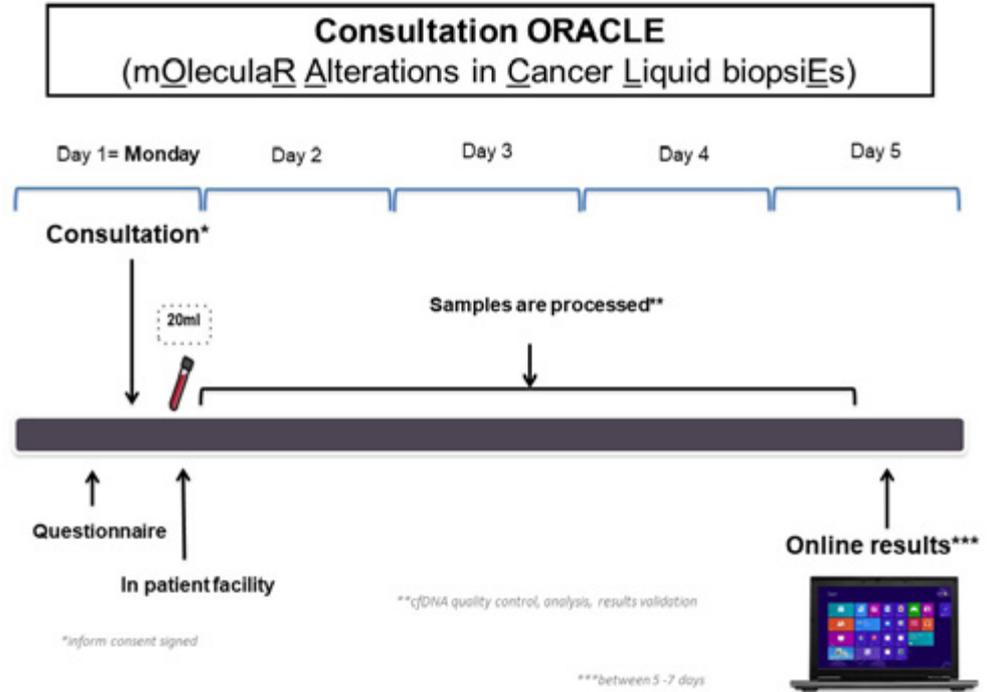
- Gefitinib – IRESSA
Approved for EGFR mutated NSCLC
- EMA : “If a tumour sample is not evaluable, then circulating tumour DNA (ct DNA) obtained from a blood (plasma) sample **may be used**”



- **ctDNA also accepted for osimertinib (TAGRISSO)**

26

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001016/WC500036358.pdf



CellSearch™ System: Images of Tumor Cells

Cytoplasm Nucleus Cell Membrane Composite

CK-PE
pos

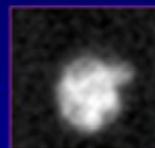
DAPI
pos

CD45-APC
neg

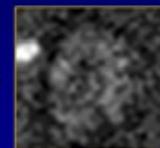
Tumor Cell



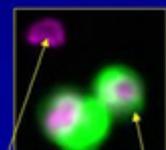
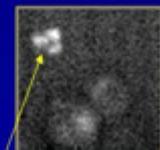
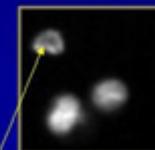
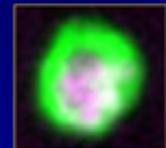
+



-



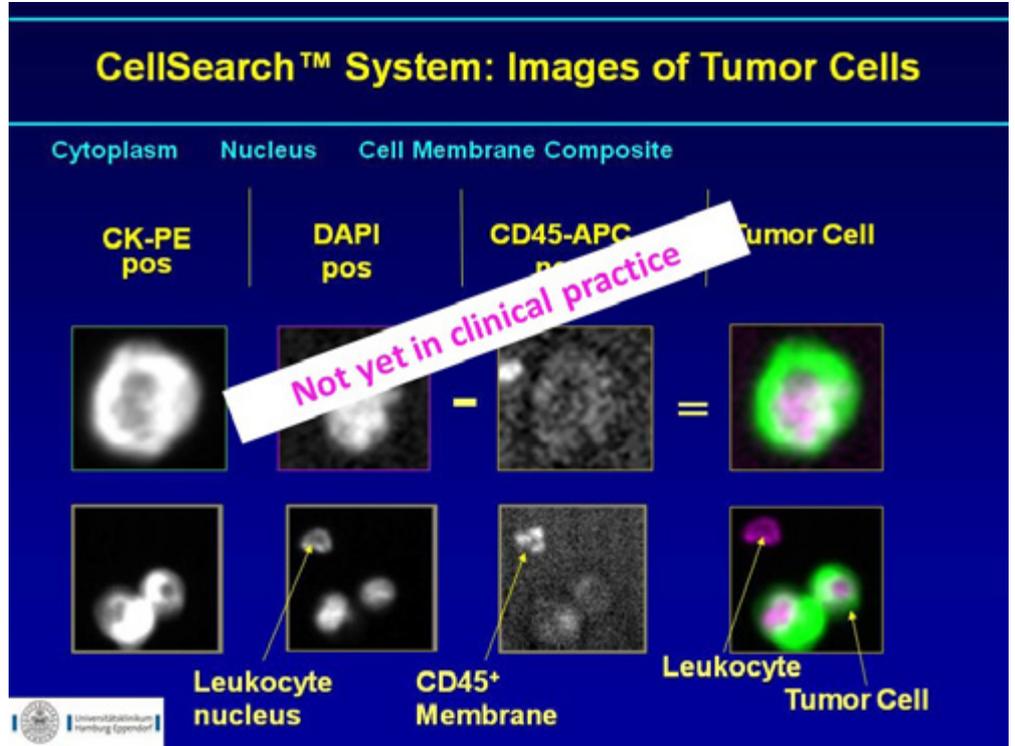
=



Leukocyte
nucleus

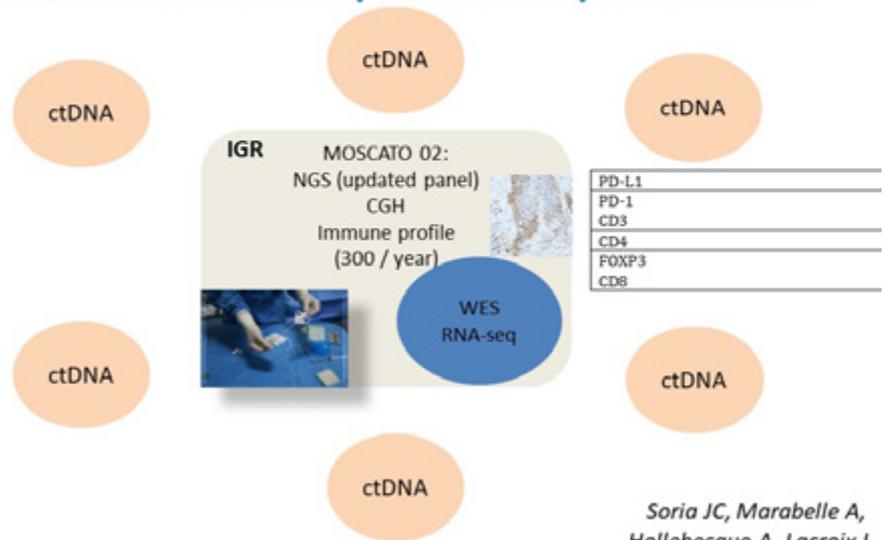
CD45+
Membrane

Leukocyte
Tumor Cell



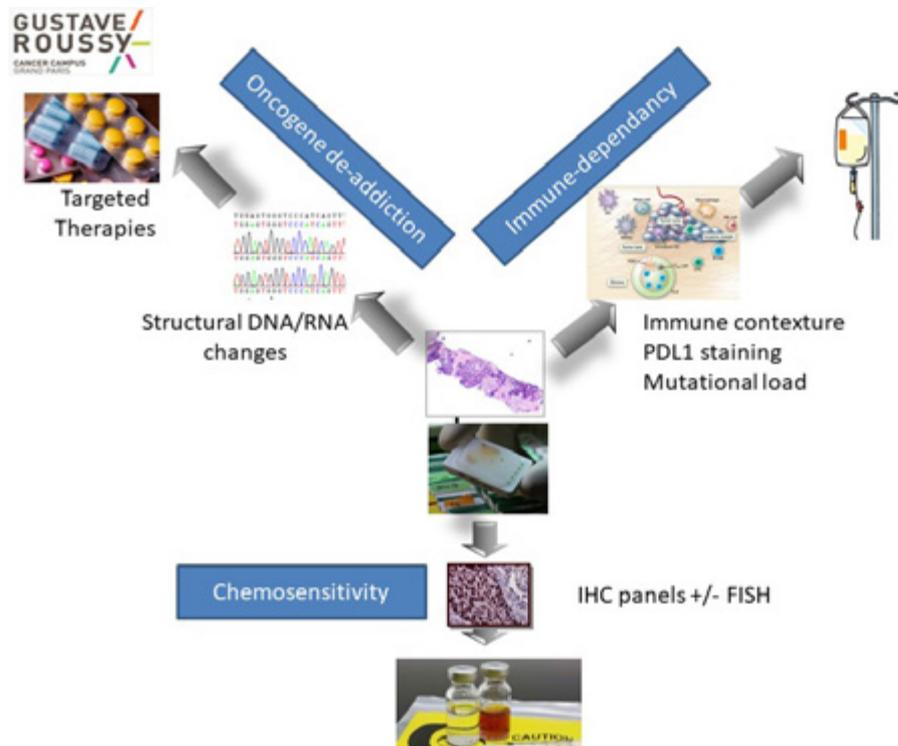
MOSCATO 02:

Integrating immune markers and non-invasive biomarkers to select patients for phase I trials



15H00 - 15H30 : LES BIOPSIES LIQUIDES

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI

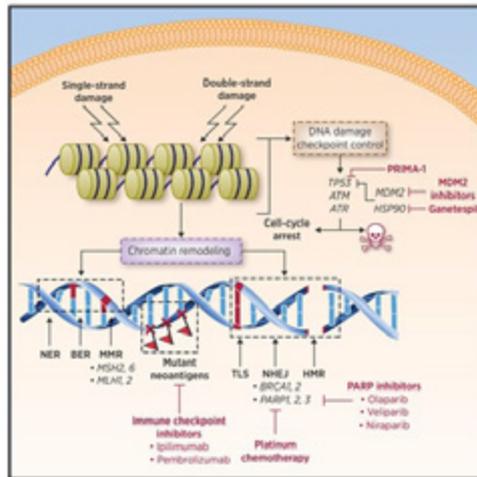


GUSTAVE ROUSSY
CANCER CAMPUS GRAND PARIS





DNA repair defects in PCa Treatment opportunities



Platinum-based chemotherapy

Deficient HR-FA pathway:

- PARPi
- DNA-Pki

Deficient DNA damage response

- ATRi
- CHEK1/2i

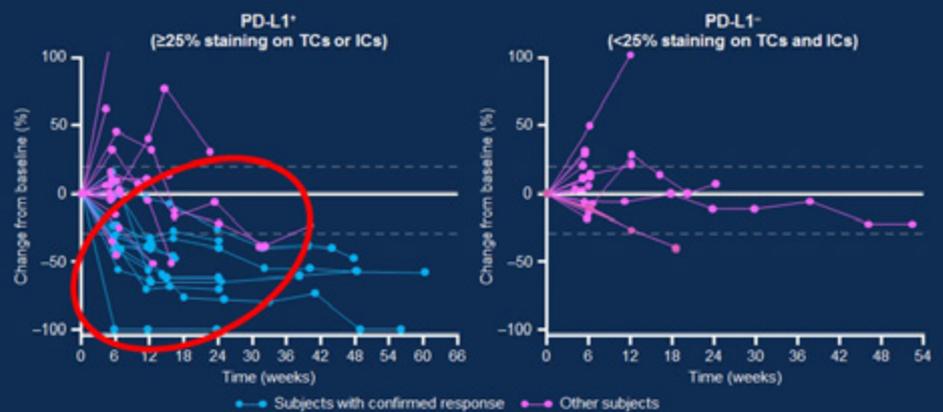
Deficient MMR

- Hypermutator phenotype
- Novel neoantigens
- Immune-Checkpoints inhibitors



Challenge #1: How do we identify sensitive disease?

Durvalumab efficacy in advanced bladder cancer



Three patients have ongoing, unconfirmed responses and 19 patients are ongoing and not evaluable. Data cutoff on November 20, 2015

PRESENTED AT ASCO ANNUAL MEETING '16

Slides are the property of the author. Permission required for reuse.

Massard C et al

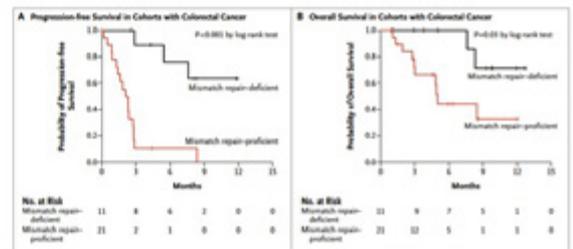
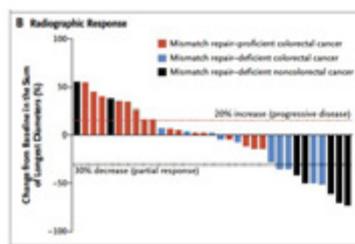


THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

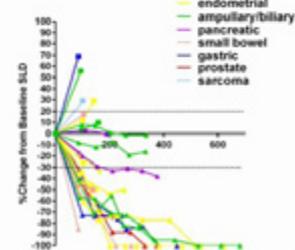
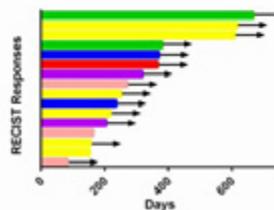
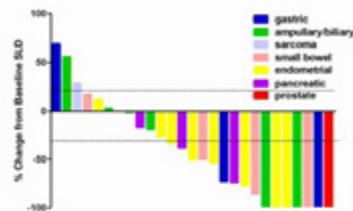
ORIGINAL ARTICLE

PD-1 Blockade in Tumors with Mismatch-Repair Deficiency

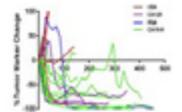
D.T. Le, J.N. Uram, H. Wang, B.R. Bartlett, H. Kemberling, A.D. Eyring, A.D. Skora, B.S. Luber, N.S. Azad, D. Laheru, B. Biedrzycki, R.C. Donehower, A. Zaheer, G.A. Fisher, T.S. Crocenzi, J.J. Lee, S.M. Duffy, R.M. Goldberg, A. de la Chapelle, M. Koshiji, F. Bhajee, T. Huebner, R.H. Hruban, L.D. Wood, N. Cuka, D.M. Pardoll, N. Papadopoulos, K.W. Kinzler, S. Zhou, T.C. Cornish, J.M. Taube, R.A. Anders, J.R. Eshleman, B. Vogelstein, and L.A. Diaz, Jr.



MSI-H prostate cancer are not so rare (5%)



Tumor Marker Kinetics





Take home message

- Le tissu tumoral est le Gold standard...
 - pour combien de temps?
- ctDNA est en routine pour mutation EGFR
 - Modèle cancer du poumon
- ctDNA sera utilisé pour diagnostic/pronostic/suivi (maladie résiduelle)
- CTC est un outil pour la recherche



Aknowledgements: MOSCATO Team

Steering Committee

- ✓ Jean-Charles Sorla (PI)
- ✓ Fabrice André
- ✓ Gilles Vassal
- ✓ Alexander Eggermont

Investigators

- ✓ Christophe Massard
- ✓ Antoine Hollebecque
- ✓ Charles Ferte
- ✓ Rastislav Bahleda
- ✓ Eric Angevin
- ✓ Andreea Varga
- ✓ Anas Gazzah
- ✓ Sophie Postel-Vinay
- ✓ Jean-Marie Michot
- ✓ Eric Deutsch
- ✓ Caroline Even
- ✓ Jean-Pierre Armand

Radiologists

- ✓ Thierry de Baere
- ✓ Frédéric Deschamps
- ✓ Lambros Tselikas
- ✓ Vania Tacher

Pathologists

- ✓ Jean Yves Scoazec
- ✓ Philippe Vielh
- ✓ Cécile Charpy

Statistics

- ✓ Marie-Cécile Le Deley
- ✓ Dorota Gajda
- ✓ Aljosa Celebic
- ✓ Silvia Rosellini

Study

Coordinator

- ✓ Maud Ngo-Camus
- ✓ Fanny Wunder
- ✓ Aurélie Abou Lovergne
- ✓ Lisa Lambert
- ✓ Siham Gouissem
- ✓ Felicie Vanie

Biologists

- ✓ Ludovic Lacroix
- ✓ Nathalie Auger
- ✓ Valérie Koubi-Pick
- ✓ Benoussi Abedi
- ✓ Romy Chigustave
- ✓ Vladimir L. ROUSSY
- ✓ Catherine Kichon
- ✓ Clément Mazoyer
- ✓ Bastien Job
- ✓ Equipe Médecine personnalisée
- ✓ Equipe ET EXTRA

Funded by

- ✓ Philantropy and French Grants



- ✓ And Industrial partnerships

- SANOFI-AVENTIS
- Genentech



Acknowledgements

- ✓ Jean-Charles Soria
- ✓ Vincent Ribrag
- ✓ Eric Deutsch
- ✓ Antoine Hollebecque
- ✓ Andrea Varga
- ✓ Aurélien Marabelle
- ✓ Sophie Postel-Vinay
- ✓ Eric Angevin
- ✓ Rastislav Bahleda
- ✓ Anas Gazzah
- ✓ Jean-Marie Michot
- ✓ Capucine Baldini
- ✓ Patricia Martin
- ✓ Jessica Menis
- ✓ Stéphane Champiat
- ✓ Yolla El Dakdouki
- ✓ Loïc Verlingue

Benjamin Besse
Jordi Remon

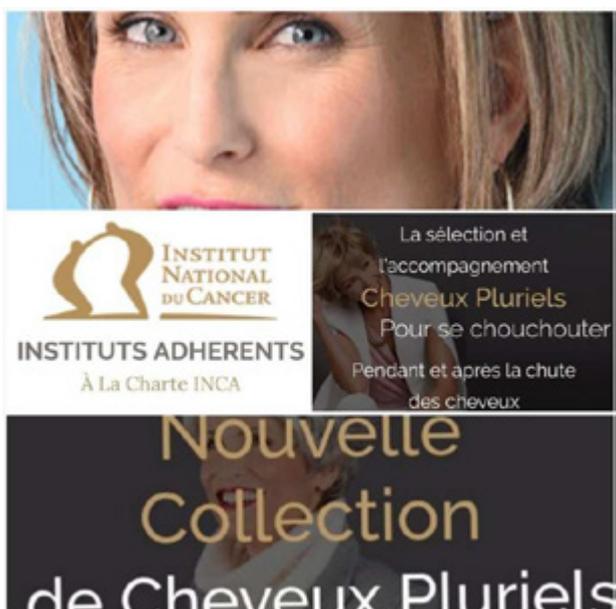


Jordi Rodon





Marque déposée par
LES LABORATOIRES ARLOR NATURAL SCIENTIFIC
Une Collection de perruques confortables et modernes. Disponible en
exclusivité dans son réseau de partenaires agréés, formation spécifique
pour un accompagnement en milieu hospitalier (écoute, conseil...)



CHEVEUX PLURIELS, une collection unique constituée des **plus belles perruques du marché**, créées et sélectionnées par la meilleure créatrice de perruques en Europe, Ellen Wille. **Un catalogue ultra qualitatif**, conçu et réalisé par des professionnels de la perruque.

CHEVEUX PLURIELS, un **choix de plus de 500 perruques** en cheveux naturels, Flex & Free, ou fibres de synthèses :

- **Prothèses capillaires dès 125,00€**,
- **Collection de bonnets, turbans (2 collections/an), des vrais accessoires de beauté**,
- **Des astuces, des conseils.**

CHEVEUX PLURIELS donne accès à **une expérience de plus de 40 ans** en institut, à domicile et dans les hôpitaux.

Une sélection de perruques exclusives pour vous garantir le meilleur choix.

Chaque modèle de notre collection est ce qui se fait de mieux au niveau de la **qualité, du style, de la coupe, du confort, et composée de fibres légères.**

Nos perruques sont adaptées aux besoins et aux attentes de vos patients afin qu'ils puissent vivre ce moment plus sereinement.

Nos sélections **modernes** et aux **coloris ultra naturels**, sauront mettre en valeur la personnalité, pour changer ou remplacer temporairement la chevelure.

A l'arrêt de tous traitements, **un suivi d'aide à la repousse est proposé** (soins 3S - 3D).

Un **passport mieux-être** est remis à tous vos patients pour **un suivi personnalisé.**

www.cheveux-pluriels.com



La pratique avancée et son implantation en France

Christophe DEBOUT
IADE CSSP PhD
Responsable de l'école d'IADE GIP-IFITS
Chaire santé SC PaIDS UMRS Inserm 1145

1

Entendu à propos de la pratique avancée...



2

16H00 - 16H45 : GRAND TEMOIN : LES PRATIQUES AVANCÉES ET LEURS IMPLANTATIONS EN FRANCE

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI

Plan

- Contexte
- De la loi à son application
- La suite de la démarche...

C. Debout IRO 2018

3

1

Contexte

4

16H00 - 16H45 : GRAND TEMOIN : LES PRATIQUES AVANCÉES ET LEURS IMPLANTATIONS EN FRANCE

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI

Mettre à disposition une offre de soins de santé adaptée à la demande: un défi mondial

- Vieillissement des populations
- Maladies chroniques
- Maladies émergentes
- Pénuries et mauvaise distribution des professionnels de santé
- Focus sur la recherche d'efficacité, de performance et de productivité
- Particularités géographiques
- ...



C. Debeut RO 2018

5

Problématiques partagées au niveau international pratique avancée: une stratégie gagnante

- Intérêt de la pratique avancée pour donner un meilleur accès aux soins
- Un essor mondial du concept
- Des résultats positifs attestés par la recherche
- Un réseau international très actif



Source: Pulcini et al (2010)



C. Debeut RO 2018

6

« It's a long way to ...advanced nursing practice »

2002

- Rapports Bertrand,
- Expérimentations,
- Rapports de la HAS,
- Enquête publique de la HAS,
- Recommandations de la HAS,
- Rapport Bressand en attente,
- Loi HPST article 61 et textes d'application,
- Création de 2 master dédiés
- Guide méthodologique HAS « nouvelles coopérations »
- Rapport Hénart Bertrand Cadet
- Recommandations FHF
- Projet PABRIS (ARS IDF)
- Stratégie nationale de santé et plan cancer 3
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Feuille de route issue de la grande conférence de santé
- Comité de pilotage DGOB



2018

C. Debeut, IRO 2018

7

2

De la loi
à son application

8

Retour sur les derniers mois

- L'exercice en pratique avancée introduit dans le Code de Santé Publique
- Un cadrage législatif: l'article 119 de la LMSS du 26/01/2016
- Éléments saillants
 - Exercice en équipe
 - Accès « encadré » à la prescription
 - Formation et diplômes dédiés
 - Responsabilité assumée



C Début ROO 2018

9



Rédaction des textes d'application

Création d'un copil par la DGOS fin 2016

- Audition d'expériences nationales

« Fenêtre électorale 2017 »

Automne 2017

- Plan accès aux soins
- Reprise des travaux, constitution de 3 groupes
 - Compétences
 - Formation
 - Valorisation

C Début ROO 2018

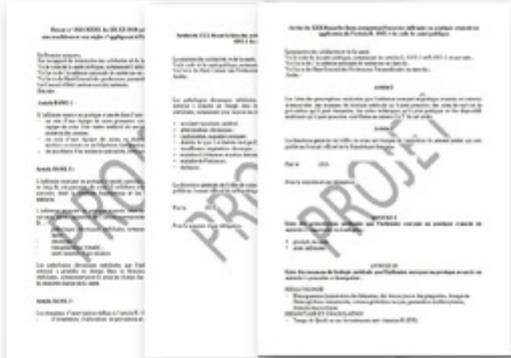
10



À ce jour

Phase de rédaction achevée:

- 1 projet de DCE
- 2 arrêtés



C. Debout RO 2018

IPA en France: les grandes lignes

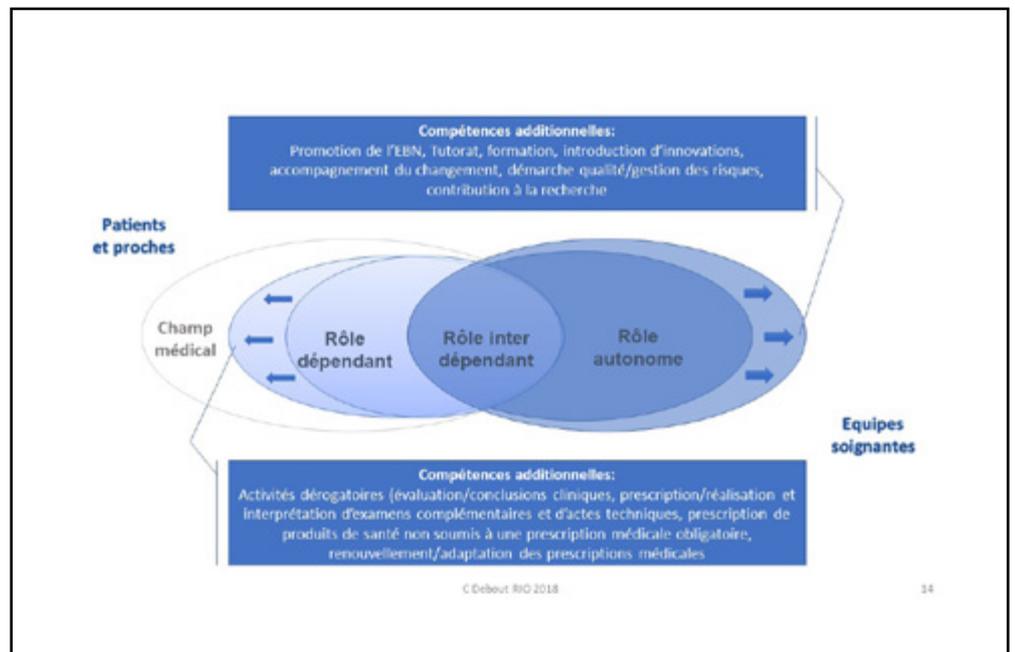
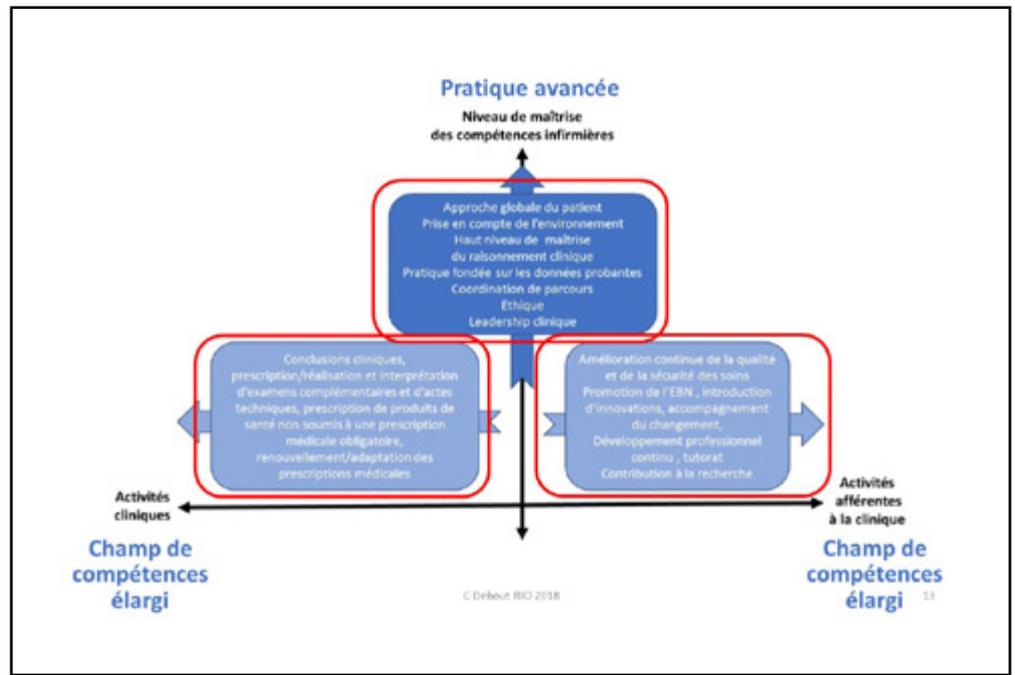


- Une pratique avancée sur un champ de compétences élargi
 - Pratique avancée: expertise infirmière
 - Champ de compétences élargi dans 2 axes: activités cliniques (arrêté) et activités afférentes à la clinique
- Focus sur les patients porteurs de pathologies chroniques stabilisées
 - Liste de pathologies chroniques (arrêté)
 - Tous les âges de la vie mais focus marqué sur les personnes âgées
 - Des domaines spécifiques **dont l'oncologie**
- Suivi par l'IPA décidé par le médecin, proposé au patient
- Pas de positionnement sur le premier recours
- Tous les modes d'exercice envisageables
- Accessible aux infirmiers civils et militaires

C. Debout RO 2018

16H00 - 16H45 : GRAND TEMOIN : LES PRATIQUES AVANCÉES ET LEURS IMPLANTATIONS EN FRANCE

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI





DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

À ce jour

Phase de communication débutée le 8 mars:
Présentation des projets de textes aux parties prenantes

- Exercice salarié
- Exercice libéral

C. Debut RIO 2018 15

Les réactions...








C. Debut RIO 2018 15



Suite du processus

Réunions « scientifiques » en mars par domaine (pathologies chroniques, psychiatrie, transplantation rénale, oncologie):

- Affinage des arrêtés
- Rédaction des référentiels d'activités et de compétences



Une contribution de l'AFIC dans le groupe oncologie



Groupe formation

- Encore peu de décisions à ce stade
- DE et grade master
- Pas encore de précisions sur:
 - l'expérience exigée;
 - les modalités d'accès à la formation (quotas, financement, ...);
 - Les contenus théoriques (socle et domaines);
 - Les stages cliniques;
 - Les passerelles;
 -



C. Debut RO 2018

19

Groupe valorisation

Calendrier des réunions et
composition du groupe encore
non communiqués



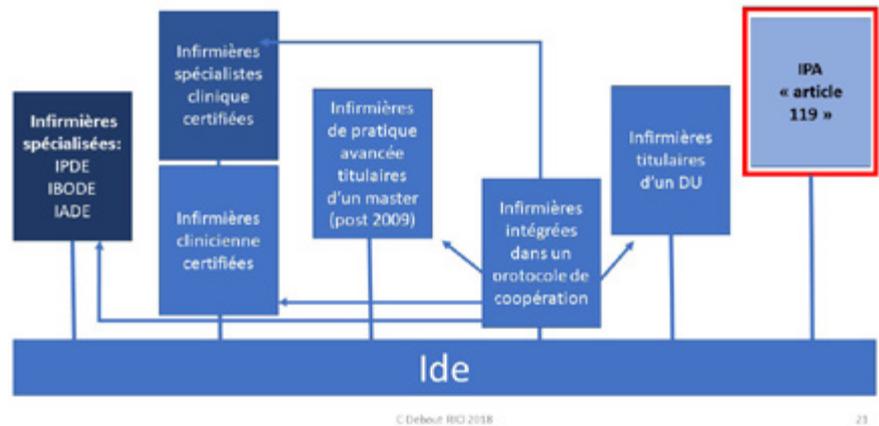
C. Debut RO 2018

20

16H00 - 16H45 : GRAND TEMOIN : LES PRATIQUES AVANCÉES ET LEURS IMPLANTATIONS EN FRANCE

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI

Exercice clinique infirmier en France: paysage actuel... et à venir



3

La suite
de la démarche...

22

La suite du processus



C. Debeut RO 2018

23

Mais...

- Quid des demandes de modifications des textes suite à l'étape de communication?
- Quid de l'examen des projets par les instances concernées ?



C. Debeut RO 2018

24

16H00 - 16H45 : GRAND TEMOIN : LES PRATIQUES AVANCÉES ET LEURS IMPLANTATIONS EN FRANCE

Modérateurs Frédéric DESPIAU & Angélique ROVERI

Conclusion et perspectives



- Une avancée incontestable pour la santé de la population et le pour le groupe professionnel infirmier
- Des bénéfices attendus
- Des challenges à relever
 - La formation et le leadership infirmier sur le dispositif
 - Le parcours des IPA pionniers
 - Intégrer les premières IPA : préparer les milieux cliniques
 - Évaluer la plus value avec des indicateurs adaptés
- Des regrets
 - Pas de positionnement en 1^{er} recours
 - « Synonymes et périphrases »
- Des axes de progrès pour le futur...

C Debut RIO 2018

25

Pour aller plus loin

- Bases de données de recherche dédiées



- Ouvrages de référence



- Réseau de pratique avancée
Conseil International des Infirmières

C Debut RIO 2018

26



Save the date!

Prochaine conférence du
réseau de pratique avancée
du Conseil International des
Infirmières



C. Debout IRO 2018

22

Quelques références

- APRN Consensus Work Group & the National Council of State Boards of Nursing/APRN Advisory Committee. Consensus model for APRN regulation: licensure, accreditation, certification & education. 2008. Available from: <http://www.aanp.org/publications/position-statements-papers>.
- Australian Nursing and Midwifery Council. (2009). Nurse practitioners: Standards and criteria for the accreditation of nursing and midwifery courses leading to registration, enrollment, endorsement and authorisation in Australia with evidence guide. Retrieved from <http://www.anmac.org.au/sites/default/files/documents/ANMC%20Accreditation%20standards%20-%20Nurse%20Practitioner.pdf>. Accédé en mars 2018.
- Bauer J. Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: Evidence-based demonstration of cost-effectiveness. *J Am AcadNurse Pract* 2010; 22: 228-233.
- Bryant-Lukosius D, Dicenzo A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*, déc 2004;48(5):530-40.
- Delamaire, M. et G. Lafortune. « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés ». 2010.
- Gardner G, Gardner A, Middleton S, Della R. (AU/SPRAC) the Australian nurse practitioner study the nurse practitioner research toolkit. 2009. www.health.wa.gov.au.
- Hamric A. Advanced practice nursing, an integrative approach. 2013.
- Laurant Met al. Substitution of doctors by nurses in primary care. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [cited 2013 Sep 20]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651828.cd003273.pub2>
- Pulcini J et al (2010) An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*; 42: 1, 31-39.
- Schober M, Affara FA. *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. Oxford, UK; Malden, MA: Blackwell Pub; 2006. 223 p.
- Schober M. Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée: une étude ethnographique. *Rev Francoph Int Rech Infirm*. 2015;1(2):73-7.

C. Debout IRO 2018

28



A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

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

BULLETIN D'ADHÉSION

REPLIR EN MAJUSCULES

COORDONNÉES PERSONNELLES

Nom : Prénom :

Adresse : Tel :

..... E-mail :

..... Année de diplôme :

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Adresse : Tel :

..... E-mail :

..... Fonction :

Ci-joint un chèque d'un montant de 20€ ou un RIB

- à l'ordre de l'A.F.I.C. & accompagné d'une copie du diplôme d'Etat Infirmier (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

Différents statuts vous sont proposés : (plusieurs choix possibles)

- Adhérent (je bénéficie des avantages de l'A.F.I.C.)
- Adhérent impliqué (je bénéficie des avantages de l'A.F.I.C et je souhaite m'impliquer dans une ou des missions annexes au fil de l'année)
- Adhérent participant au réseau AFIC et acceptant de partager ses données personnelles (adresse mail, domaines d'expertise et souhait d'implication)
- Adhérent engagé et souhaitant présenter sa candidature au Conseil d'Administration au prochain vote de l'Assemblée Générale

Un concept inédit de carte de France interactive
**Retrouvez les associations près de chez vous
pour mieux vivre pendant votre cancer**

ME SENTIR
SOUTENU-E
...



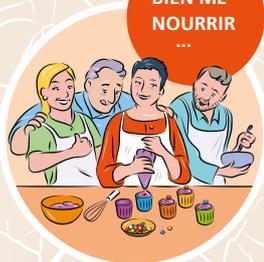
ÊTRE MIEUX
DANS MA
PEAU
...



M'ÉVADER
GRÂCE AUX
LOISIRS
...



BIEN ME
NOURRIR
...



la Vie AUTOUR *

www.lavieautour.fr

ÊTRE
ACCOMPAGNÉ-E
DANS MES
DÉMARCHES
...



BOUGER
AUTREMENT
...



AIDER
MES
PROCHES
...



Sur « La Vie Autour » et en quelques clics, découvrez les associations, les activités, et les lieux d'accompagnement les plus proches de vous.

Rendez-vous sur www.lavieautour.fr

Pour accéder
au site sur votre
mobile, flashez
ce QR-code
avec votre
smart phone.



Télécharger dans
l'App Store

DISPONIBLE SUR
Google play



vous présente son
nouveau site internet

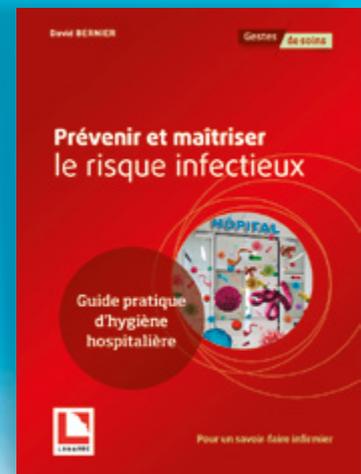
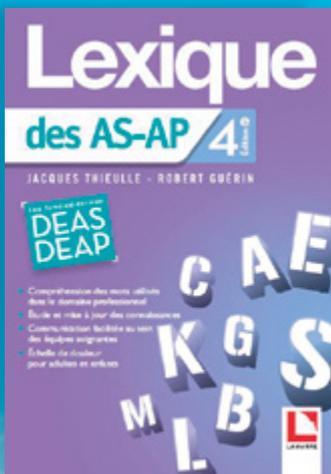
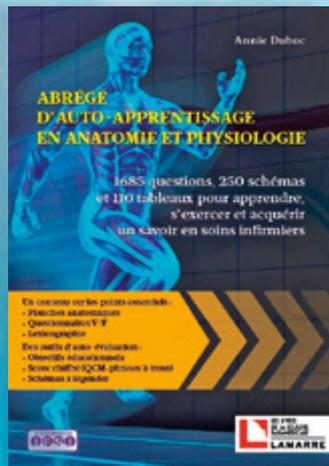
Retrouvez toutes les actus et dossiers Santélog à travers une interface moderne et adaptée à tous vos écrans (tablette, smartphone, desktop)



www.santelog.com

L'équipe Santélog remercie ses partenaires fidèles qui sont déjà présents sur cette nouvelle version.

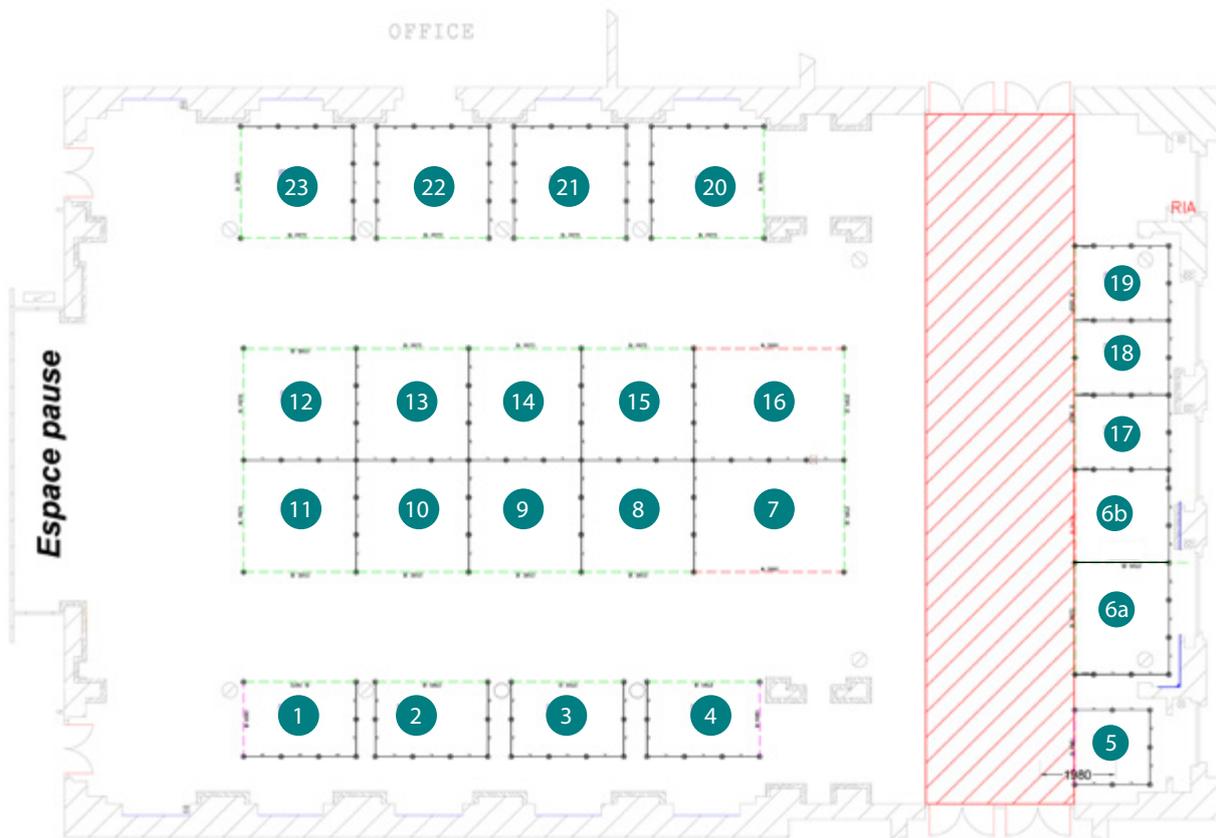
Tous les livres de votre pratique
sont sur **Espaceinfirmier.fr**



-5% avec le code **Auto18**

Les Éditions Lamarre vous donnent rendez-vous sur
 www.espaceinfirmier.fr/boutique

**PLAN EXPOSITION
SALLE 8 RDC**

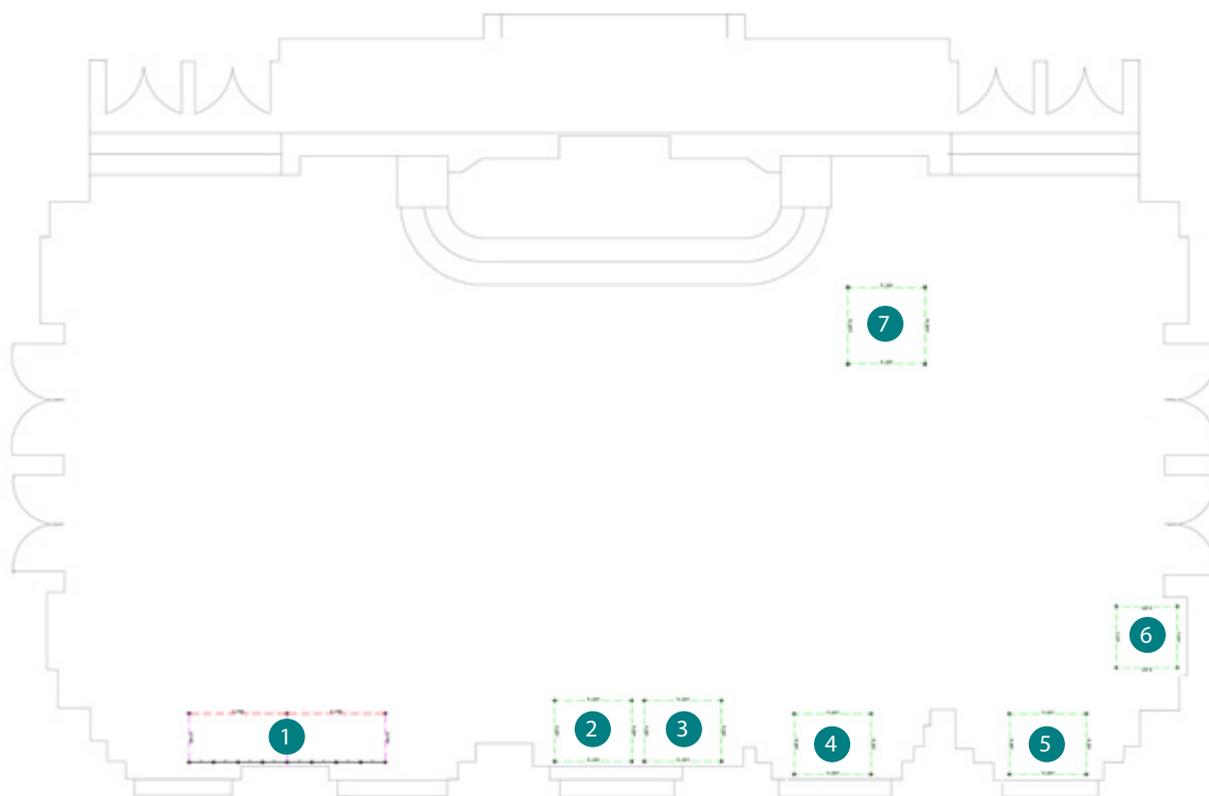


TuttiFrutti / Agence Apresta / 012018

salle 8

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------------------------|---------------------|
| 1 FONDATION ARC | 6b LEO PHARMA | 13 BBRAUN | 19 NETCANCER |
| 2 INITIATIVES SANTE | 7 BAYER HEALTHCARE | 14 LABORATOIRES
CONTAPHARM | 20 PAXMAN |
| 3 ADERANS France
ANY D'AVRAY | 8 SANOFI GENZYME | 15 TESARO | 21 VIFOR FRANCE |
| 4 KYOWA KIRIN PHARMA | 9 PFIZER | 16 BRISTOL MYERS
SQUIBB | 22 CHEVEUX PLURIELS |
| 5 A.F.I.C. | 10 ROCHE | 17 JANSSEN CILAG | 23 IPSEN PHARMA |
| 6a ASTRA ZENECA | 11 A.F.I.C. | 18 | |
| | 12 | | |

**PLAN EXPOSITION
SORTIE AMPHITHEATRE
LAVOISIER 1ER ETAGE**



Hall SORTIE AMPHI

- | | | | |
|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| 1 AFIC | 3 GeneticCancer | 5 Patients en réseau | 7 PHILIPPE DUFOUR DUF |
| 2 CAMI Sport et cancer | 4 Le Défi de Fortunée | 6 Cheer Up | |

Document non contractuel

WWW.AFIC-RENCONTRES.ORG

LE MAGAZINE MULTISUPPORT D'ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES

ABONNEZ-VOUS POUR 14,90 € PAR AN

Recevez à votre domicile les 4 numéros d'ActuSoins (plus de 60 pages d'informations professionnelles, de reportages et d'enquêtes exclusives).

Recevez en cadeau votre caducée autocollant et personnalisé par profession.

Retrouvez aussi toute l'actualité infirmière au quotidien en ligne ainsi que nos rubriques expertise, emploi et formation.

RENDEZ-VOUS SUR :
WWW.ACTUSOINS.COM

S'ABONNER À ACTUSOINS C'EST :

- CONTRIBUER À PÉRENNISER UN MÉDIA CRÉÉ ET CONTRÔLÉ PAR SES FONDATEURS INFIRMIERS
- GARANTIR L'INDÉPENDANCE DU MAGAZINE ET DONC L'OBJECTIVITÉ DE L'INFORMATION DÉLIVRÉE
- PERMETTRE UN JOURNALISME D'INVESTIGATION EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER POUR ENCORE PLUS D'EXCLUSIVITÉS
- FINANCER LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTERACTIVITÉ POUR UN MÉDIA TOUJOURS PLUS PARTICIPATIF

OFFRE ÉTUDIANTS : 9,90 €/AN



FORMULAIRE D'ABONNEMENT

Je m'abonne à **ActuSoins** magazine :

Nom :

Prénom :

Email :

Fonction : Aide-soignant Cadre de santé Etudiant Infirmier

Infirmier libéral IADE IBODE Puéricultrice Autre

Adresse :

Code Postal :

Commune :

je joins à ce formulaire un chèque de 14,90 € à l'ordre d'ActuSoins

je suis Étudiant(e) je joins à ce formulaire un chèque de 9,90 € à l'ordre d'ActuSoins*

*Justificatif de scolarité à joindre à votre règlement.



POUR VOUS ABONNER : 2 SOLUTIONS

En ligne : www.actusoins.com/magazine

Par courrier postal :

ActuSoins abonnement

85 rue de la Victoire

75009 PARIS



Bonjour, c'est AGGATAA
L'important n'est pas de
traiter les NVIC, mais bien
de les prévenir !





A.F.I.C.

Association Française
des Infirmier(e)s de Cancérologie

DÉCOUVREZ L'INTÉGRALITÉ DES COMMUNICATIONS DES R.I.O.

sur l'espace adhérent du site
www.afic-asso.org



« Prendre soin un jour de
celles et ceux qui prennent
soin chaque jour ! »



www.afic-asso.org

