

La chimiothérapie palliative



Présentation

- Infirmier spécialisé en imagerie médicale et radiothérapie, en oncologie et soins palliatifs
- Master en santé publique
- Maître assistant à la Haute école Léonard de Vinci : département soins infirmiers, imagerie médicale et biologie médicale
- Coordinateur de recherche clinique médicale aux Cliniques Universitaires Saint Luc

La chimiothérapie palliative

Une chimiothérapie palliative a pour but principal **l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie** par son action antitumoral. Le bénéfice sur la survie est probablement faible voire nul (1,2). Elle concerne **les patients en phase avancée de leur maladie**. Cela ne concerne pas les patients à la phase initiale de la maladie métastatique qui reçoivent une chimiothérapie pour prolonger la durée de vie (3).

La chimiothérapie palliative

- L'équipe médicale est soumise à de lourdes exigences en matière de **communication** lorsqu'elle doit faire part du vaste spectre pronostique d'**un cancer incurable**.
- Lorsque les métastases se sont développées, les patients se retrouvent dans une situation de fragilité psychique → ils doivent prendre au plus vite des décisions relatives à leurs préférences thérapeutiques, qui peuvent influencer aussi bien la durée que la qualité de leur vie restante.
- **La participation active du patient et de son entourage aux décisions prises doit être encouragée par tous les moyens.**

La chimiothérapie palliative

- Au cours des dernières décennies, **le traitement médicamenteux du cancer a gagné en efficacité** et ses effets secondaires sont maintenant moins nombreux et moins graves. Même dans le cadre de tumeurs solides, telles que cancer du poumon, du sein, de la prostate ou du côlon, une prolongation de plusieurs mois de la survie a pu être démontrée (4).
- Cependant, il n'est **pas possible d'émettre des prévisions pronostique** avec une précision telle qu'elle permettrait aux patients d'organiser concrètement leur vie.



Les arguments

➤ Pour la reprise :

- Eviter la rupture du suivi par l'oncologue et provoquer un sentiment d'abandon
- Respecter le désir du patient qui souhaite poursuivre la chimiothérapie
- La probabilité de réponse à une nouvelle chimiothérapie n'est jamais nulle

➤ Contre la reprise :

- Risque d'effets indésirables inutiles
- Recours inadaptés aux consultations d'urgences
- **Impact médico-économique**
- Risque de confusion dans le projet de soin

Les 4 dimensions de la problématique de l'arrêt

- Les données **médicales** sur la chimiothérapie palliative
- Le cadre juridique et **décisionnel**
- L'aspect **éthique** des décisions médicales en situation de doute (en l'absence de données médicales)
- L'aspect de communication qui souligne l'importance des modalités d'information médicale et de recueil **des souhaits du patient**



1. Les données médicales

- **Un effet anti-tumoral peut se traduire par :**
 - Une réduction tumorale
 - Une stabilisation si la tumeur était en progression
- **Un effet anti-tumoral peut-être associé à un bénéfice clinique, à mettre en balance avec les effets indésirables du traitement :**
 - Amélioration des symptômes et de la qualité de vie
 - Maintien de la qualité de vie
 - Ralentissement de la dégradation de la qualité de vie

Critères médicaux pour la limitation ou l'arrêt (6, 7, 8)

➤ Critères cliniques :

- Etat général, reflété par l'indice de performance selon échelle OMS
- Dénutrition
- Extension tumorale importante / nombre de sites métastatiques élevé
- Localisation tumorale menaçante sur le plan fonctionnel ou vital
- Estimation clinique de l'espérance de vie < 3 mois
- Scores de qualité de vie

➤ Réponse aux chimiothérapies précédentes :

- Nombre de lignes antérieurement reçue, en particulier l'année précédente
- Réponse (intensité et durée) au traitement spécifique précédent

➤ Critères biologiques

➤ Comorbidités, fragilités gériatriques

➤ Fragilité psychosociale

2. La procédure décisionnelle

➤ Réunions médicales (RCP d'organes, staff médical) :

- Critères pronostiques palliatifs; fragilité gériatrique, défaillance d'organe, comorbidités
- Réponses aux lignes antérieures de chimiothérapie
- Drogues disponibles avec profil de tolérance compatible
- Inclusion éventuelle dans un essai clinique

➤ Réunions pluri professionnelles :

- Contexte médico-psycho-social
- Possibilités d'amélioration clinique par traitement palliatif
- Modalités de discussion avec le patient et ses proches

➤ Consultation entre l'oncologue et son patient :

- Proposition, à la recherche d'un consentement, de l'alternative chimiothérapie palliative ou traitements palliatifs seuls
- Annonce d'une contre indication ou de l'absence d'indication d'une chimiothérapie palliative

3. Aspect éthique de la décision médicale

➤ **Ethique de la responsabilité :**

- Appréciation des conséquences de chaque choix possible en termes de bilan avantages–inconvénients.
- Cette phase de jugement décrit une boucle décisionnelle ; avec sa phase **inductive** qui part des réalités du terrain (référentiels, recommandations publications) et sa phase **déductive** qui confronte l'ordre abstrait des normes et des valeurs.

➤ **Procédure ordonnée et tracée de discussions collégiales**

- Un amont collégial et délibératif (type RCP et/ou staff).
- Un aval plus individuel et actif où chacun assume sa responsabilité personnelle.

Aspect éthique et dimension psychologique

➤ **Besoin d'espoir des patients :**

- Surestimation fréquente du pronostic et de l'efficacité des traitements spécifiques
- Besoin à la fois d'une information réaliste et du maintien d'un espoir
- Souhaitent être éclairés pour consentir, mais pas forcément un rôle actif dans la décision

➤ **Place des proches :**

- Ils souffrent psychologiquement, mais n'avancent pas nécessairement au même rythme que le patient ou que les soignants
- Ils ont un rôle central au côté du patient
- Ils sont souvent source de préoccupations pour le patient

Aspect éthique et dimension psychologique

➤ **Subjectivité des soignants :**

- Peur d'induire une perte de chance ou au contraire de provoquer un effet indésirable grave
- Lien thérapeutique chargé d'affection : suivi de longue durée, identification personnelle en raison du contexte

➤ **Difficultés rencontrées dans les situations complexes :**

- Sujets jeunes, piliers de famille
- Troubles anxio-dépressifs sévères
- Différence culturelle marquée
- Patients en grande vulnérabilité psychologiques et sociales
- Patients non communicants ou déments

4. La communication d'un pronostic grave

➤ La stratégie de connivence selon Helft (8)

- Une information **pas à pas, progressive** et adaptée aux capacités d'intégration psychique du patient doit être la base de toute stratégie de communication entre les soignants et les patients et proches

➤ Chronologie :

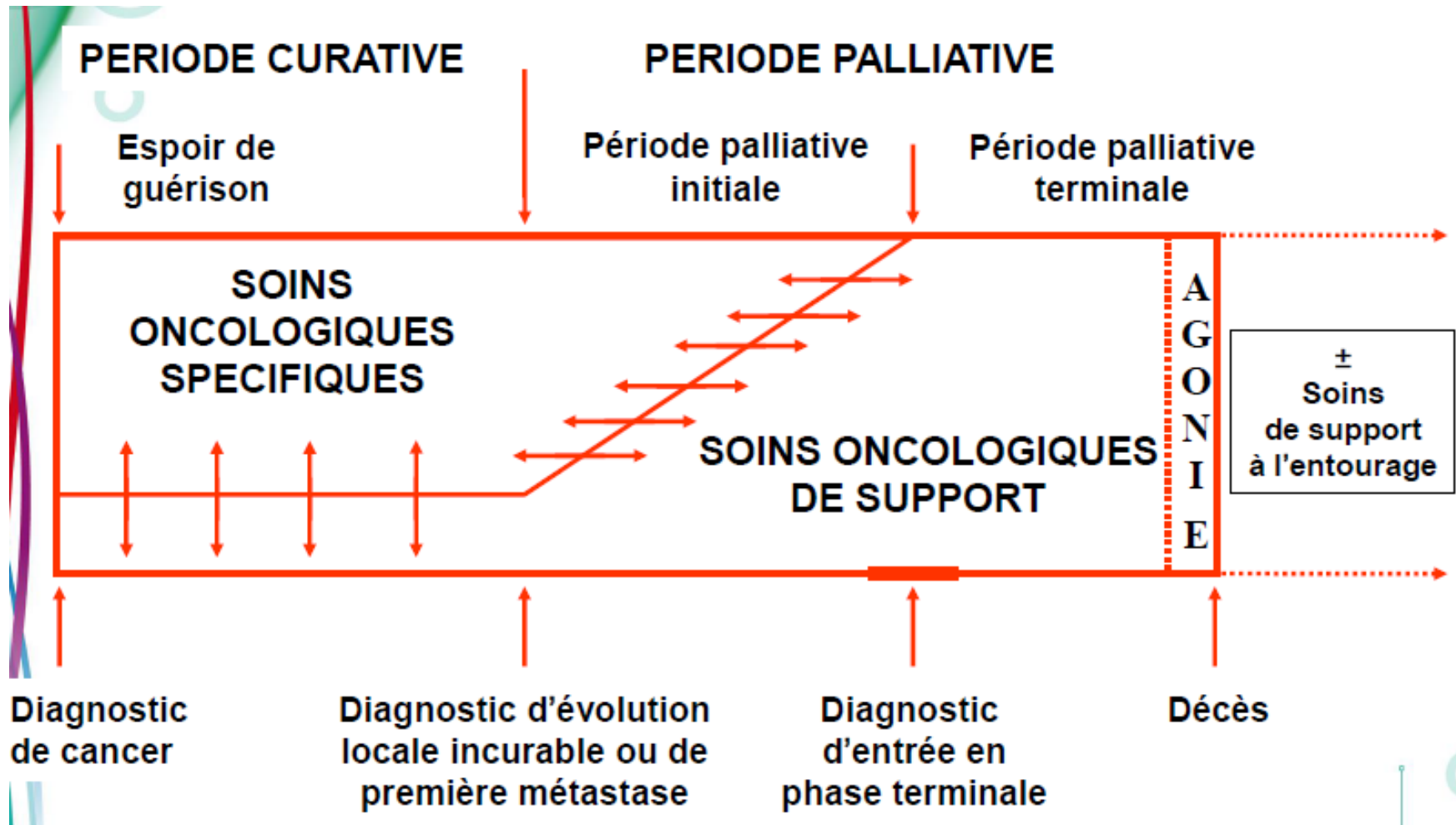
- Au fil du temps dans un climat de confiance
- Au rythme du patient, en favorisant l'émergence de questions par une attitude ouverte
- Prendre conscience de la communication non verbale
- Etre attentifs aux émotions du patient

La communication d'un pronostic grave

➤ Contenu :

- Caractère incurable de la maladie dès que possible
- Eviter les mensonges ou la banalisation comme l'utilisation d'euphémismes
- Proscrire les prédictions comme l'utilisation des statistiques
- Proposer des prévisions, c'est à dire divers scénarios plausibles
- Laisser place à l'incertitude honnête sur l'espérance de vie en respectant l'espoir du patient
- Associer à l'anticipation d'événements négatifs probables, celles d'événements positifs moins probables

Schéma Soins de Support / Soins palliatifs (3)



Les attentes du patient

- Tout se passe comme si les patients souhaitaient tout savoir sur leur situation médicale, tout en espérant simultanément n'entendre que de bonnes nouvelles de la part des médecins.
- Pour éviter l'angoisse provoquée par les annonces pronostiques défavorables, les patients vont développer **des mécanismes de défense** :
 - Dénî social et relationnel
 - Régression infantile sur le plan psychique
 - Maîtrise totale de leur maladie (se documentant abondamment)
 - Développent des actions de nature artistique (peinture, écriture, réalisation de film...)

Les attentes du patient

Tableau 1: Besoins d'information des patients au stade palliatif (7)

(enquête menée, à moins de 6 mois du diagnostic,
sur un échantillon de 106 patients au stade métastatique)

Thèmes de discussion	% de patients souhaitant aborder ces thèmes
Traitements, effets secondaires	98
Effets secondaires rares <5/1000	38
Survie à 5 ans	80
Survie moyenne	81
Survie sans traitement	76
Survie à 1 an	65
Décès et soins palliatifs	
Lors du diagnostic	45
Progressivement	35
Jamais	10

(6)

Ruszniewski M.

Face à la maladie grave,
Dunod, Paris, 1995.

(7)

Cf. Hagerty R.G. *et al. Op. Cit.*

Exemple : Cas clinique 1₍₁₃₎

Monsieur K. était âgé de 67 ans au moment du diagnostic de son cancer de l'œsophage avec métastases hépatiques, il ne présentait que peu de symptômes et était en pleine possession de ses moyens. Ses deux filles, dont l'une travaillait dans le domaine de la santé publique, s'étaient très bien renseignées sur la maladie et son pronostic et recommandèrent à leur père de ne pas encombrer ses derniers mois de vie avec une nouvelle chimiothérapie, probablement inefficace et certainement chargée d'effets secondaires. Malgré tout, celui-ci opta pour une association d'oxaliplatine, de fluorouracile et de bévacizumab, susceptible d'être bien tolérée dans son cas, la durée de la chimiothérapie ayant été réduite à six mois par crainte d'effets secondaires. Durant toute la phase de traitement, Monsieur K. a aidé à surveiller ses petits-enfants, y compris lors de vacances au ski épuisantes, et est désormais, **deux ans après l'initiation du traitement, en phase de rémission persistante**. Il convient de signaler que la survie moyenne attendue pour un cancer de l'œsophage avec métastases hépatiques s'élève à moins d'un an.

Exemple : Cas clinique 2 ⁽¹³⁾

Chez Madame S., âgée de 51 ans et présentant un cancer du côlon métastatique, on aurait pu s'attendre à une survie moyenne de plus de deux ans en se basant sur la littérature existante. Bien que plus de 80% des cancers du côlon répondent à un traitement médicamenteux, aucune des lignes de traitement initiées n'a pu ralentir la progression de la maladie chez Madame S. De surcroît, elle était très sujette aux diarrhées et aux stomatites, des problèmes qui sont heureusement rares chez les patients dans cette situation. Des métastases pulmonaires, hépatiques et enfin cérébrales non contrôlables se sont développées. Madame S. était désespérée, lorsque des soins palliatifs lui furent recommandés au lieu d'une nouvelle chimiothérapie. **Elle est décédée neuf mois après le diagnostic.**

La chimiothérapie palliative

- Les substances comme **la gemcitabine, le topotecan** ou **les taxanes**, et l'administration d'anciennes substances comme **le 5 fluoro-uracil** en perfusion continue, autorisent une utilisation véritablement palliative de la chimiothérapie
- Parmi les maladies oncologiques qui pourraient le plus souvent bénéficier d'une chimiothérapie palliative, il est important de citer les suivantes:
 - **Le cancer du poumon à petites cellules** en raison de la haute chimio-sensibilité, on peut espérer un bon contrôle des **symptômes respiratoires**, de la douleur et de l'éventuelle compression par **le syndrome de la veine cave supérieure**.

La chimiothérapie palliative

- **Le cancer du pancréas**, dont le traitement palliatif principal est traité par l'administration de gemcitabine entraînant une nette amélioration **des douleurs**, de l'inappétence et de l'asthénie (10).
- **Le cancer du sein métastatique** où la prolongation de la survie n'a pu être assurée, le soulagement des symptômes, surtout **la douleur, et une bonne qualité de vie** peuvent être assurés par l'administration de dérivés des taxanes (11, 12).

La chimiothérapie palliative

- **Le cancer métastatique du colon et du rectum**, alors que trente années d'administration de 5-fluorouracil en monothérapie n'ont pas apporté de grands bénéfices, l'arrivée de substances comme l'oxaliplatine, l'irinotécan et la capécitabine semble démontrer une importante activité palliative.

Le contrôle de la douleur (13)

Sein	Tumeur ulcéralive	+++
	Infiltration thoracique	+++
	Métastases osseuses	++
	Lymphœdème	+
lymphome	Adénopathies para-aortiques - dorsalgie	++++
	Obstruction veine cave supérieure	+++
	Compression spinale	+++
Prostate	Métastases osseuses	+++
Leucémie	Irritation et invasion périostée	+++
Myélome	Augmentation de la compression médullaire	+++
Testicule	Adénopathies para-aortiques - dorsalgie	++

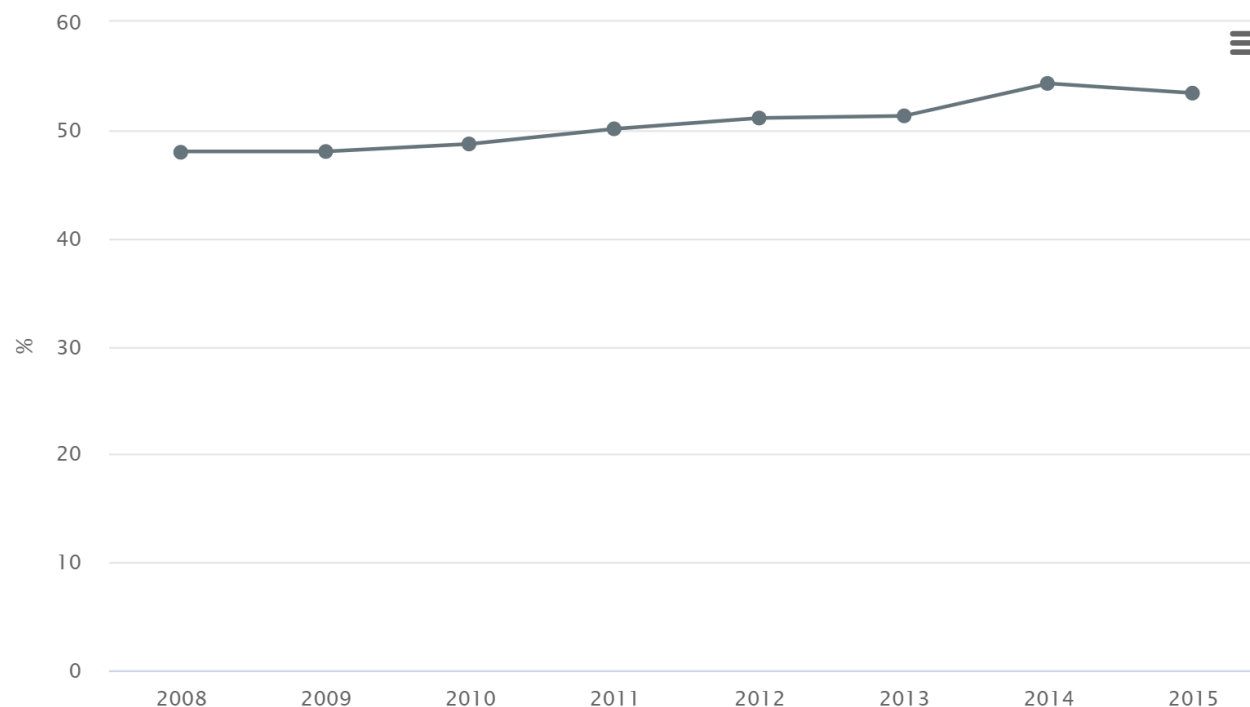
Pharynx	Invasion nerveuse	++
Poumon	Syndrome de Pancoast	+
Cavité Orale	Tumeur ulcéralive	++
Colon-rectum	Douleur abdominale	+
Tumeur cérébrale	Augmentation de la pression intracrânienne	+++
	1. avec corticostéroïdes 2. sans corticostéroïdes	+
Vessie	Douleur périnéale	+

Quelques chiffres en Belgique...

(www.belgiqueenbonnesante.be)

Figure 1- Pourcentage des patients atteints de cancer terminal qui ont reçu des soins palliatifs, par année de décès (2008-2015)

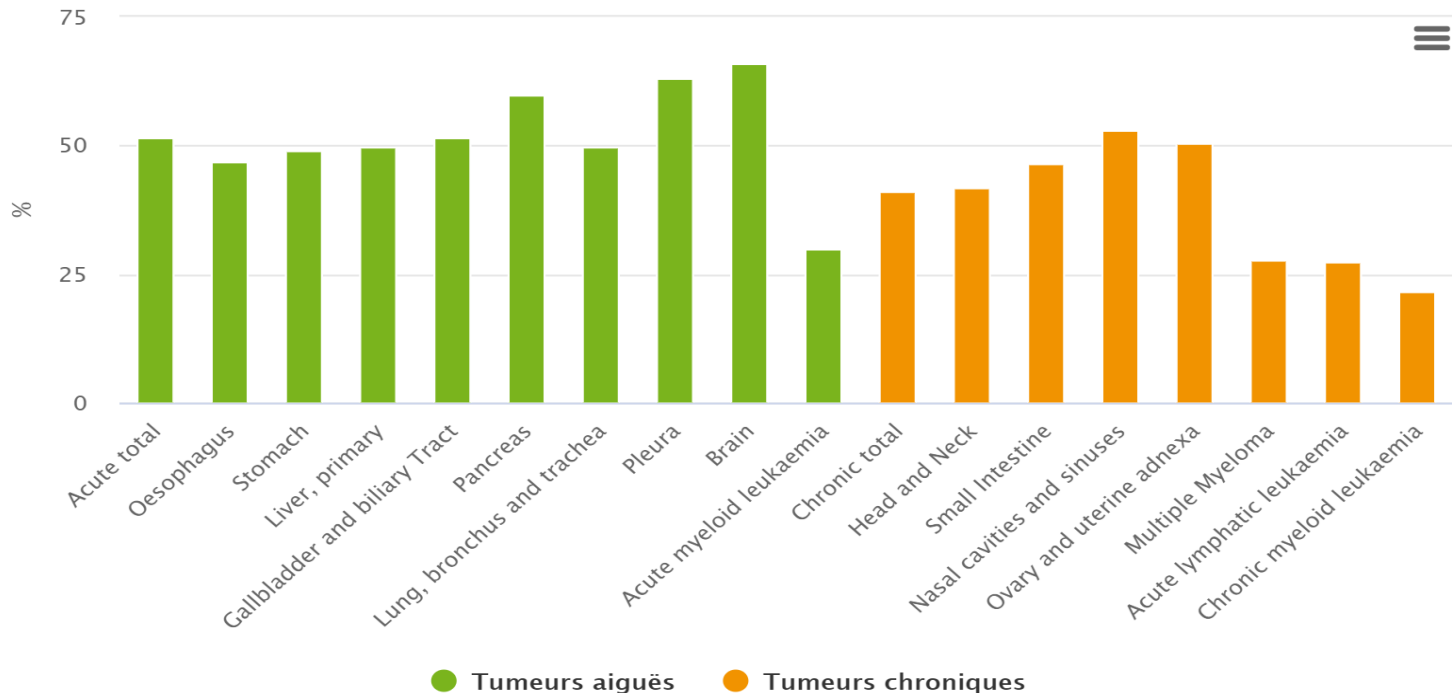
Source: Registre du Cancer + AIM



Quelques chiffres en Belgique...

Figure 2- Pourcentage des patients atteints de cancer terminal qui ont reçu des soins palliatifs, par type de tumeur (2015)

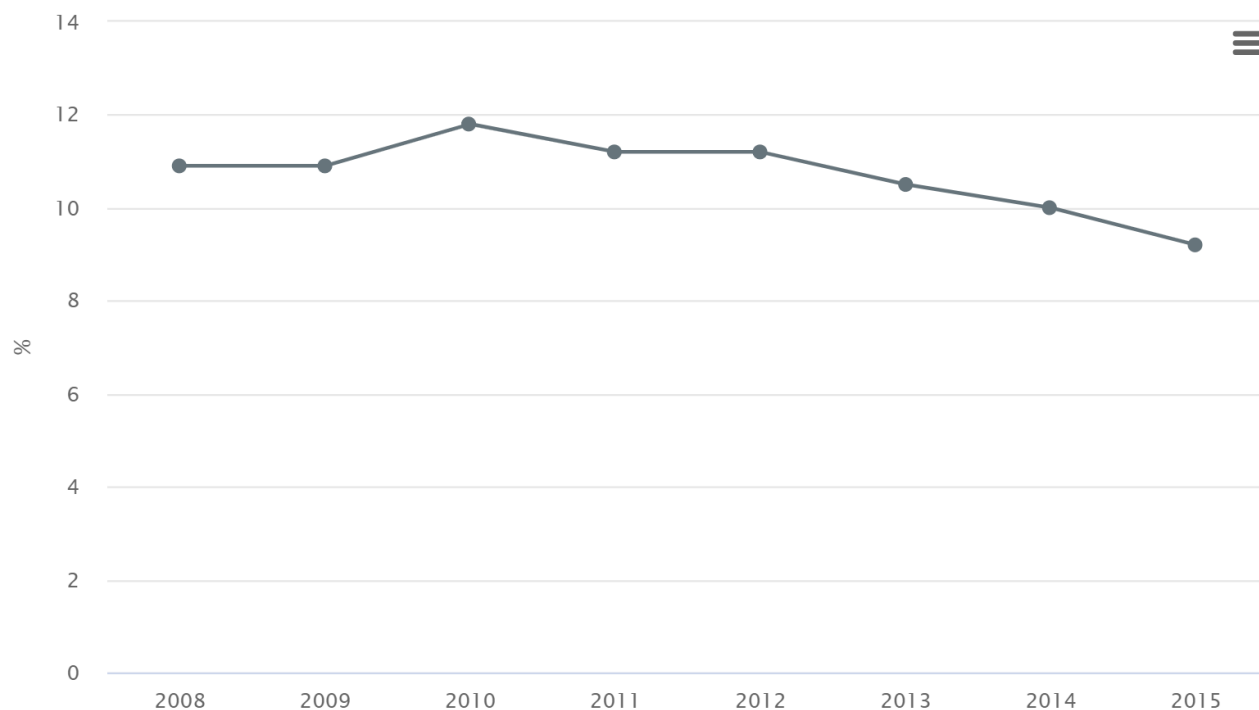
Source: Registre du Cancer + AIM



Quelques chiffres en Belgique...

Figure 6- Proportion de patients (atteints de cancer terminal) qui ont reçu de la chimiothérapie pendant leurs 2 dernières semaines de vie (2008-2015)

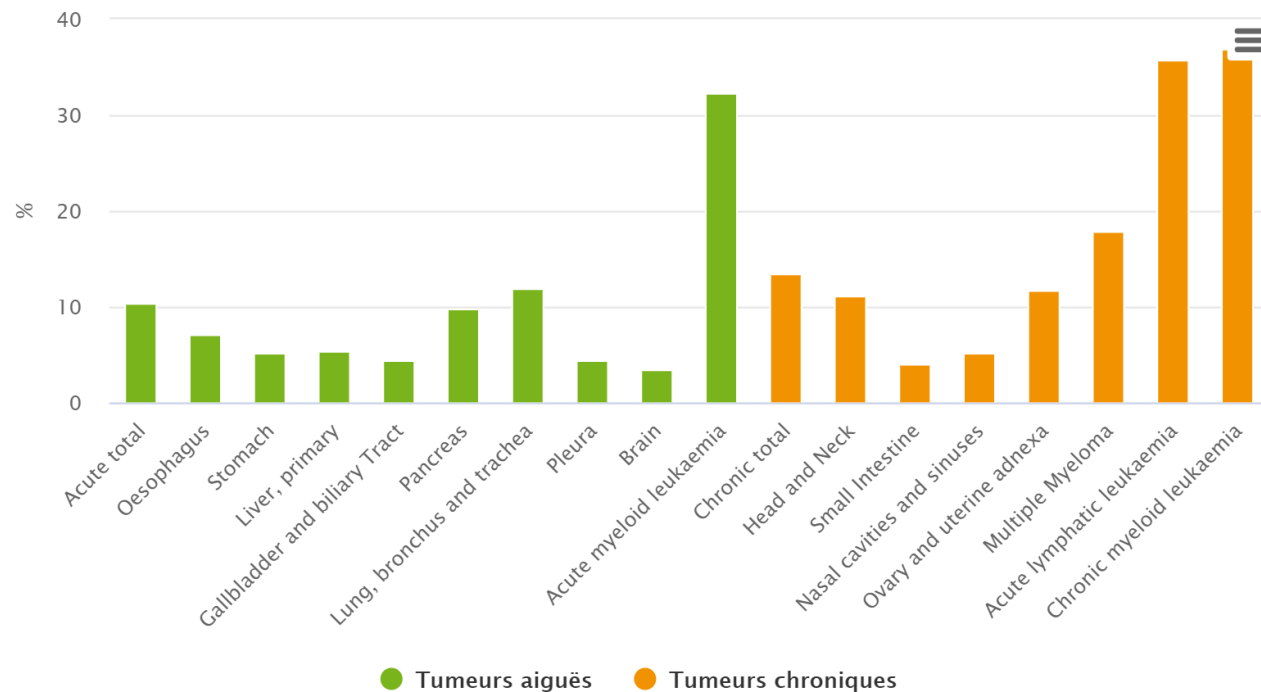
Source: Registre du Cancer + AIM



Quelques chiffres en Belgique...

Figure 7- Proportion de patients (atteints de cancer terminal) qui ont reçu de la chimiothérapie pendant leurs 2 dernières semaines de vie, par type de tumeur (2015)

Source: Registre du Cancer + AIM



Bibliographie

1. Stinnett S, Williams L, Johnson DH. Role of chemotherapy for palliation in the lung cancer patient. *J Support Oncol*. 2007 Jan;5(1):19-24.
2. Shanafelt TD, Loprinzi C, Marks R, Novotny P, Sloan J. Are chemotherapy response rates related to treatment-induced survival prolongations in patients with advanced cancer? *J Clin Oncol*. 2004 May 15;22(10):1966-74.
3. Krakowski I, Boureau F, Bugat R. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves: proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. *Oncologie*. 2004;6:7-15.
4. Harrington SE, Smith TJ. The role of chemotherapy at the end of life: “when is enough, enough?”. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2008;299(22):2667–78.
5. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*. 2008 Aug 10;26(23):3860-6.
6. Dufresne A, Pivot X, Tournigand C, Facchini T, Altweegg T, Chaigneau L, et al. Impact of chemotherapy beyond the first line in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2008 Jan;107(2):275-9.

Bibliographie

7. Hortobagyi GN, Smith TL, Legha SS, Swenerton KD, Gehan EA, Yap HY, et al. Multivariate analysis of prognostic factors in metastatic breast cancer. J Clin Oncol. 1983 Dec;1(12):776-86.
8. Freyer G, Geay JF, Touzet S, Provencal J, Weber B, Jacquin JP, et al. Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma: a GINECO study. Ann Oncol. 2005 Nov;16(11):1795-800.
9. Mort D. For Better, for worse ? London: National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death 2008.
10. Rothemberg ML : Gemcitabine: effective palliative therapy for pancreas cancer patients failing %.FU (abstract). Proceedings of the American Society of Clinical Oncology 1995, 14: 198.
11. Gelmon KA: Bi weekly paclitaxel and cis-platin in treatment of metastatic breast cancer (abstract 87). Proceedings of the American society of Clinical Oncology 1994; 13: 71.
12. Gelmon K: The taxoids: paclitaxel and docetaxel. Lancet 1994, 344: 1267-72.
13. Gianfranco Ferrero, Michela Donadio. La chimiothérapie dans la phase palliative de la maladie oncologique : une question ouverte d'ordre éthique et médicale 2001/4 Vol. 16.

Merci pour votre attention

