



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 34

Oncologie Hématologie

Les soins oncologiques de support

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Mimoune Inès à partir du cours de Dr Ifad Blazevic présenté le 08/11/2023.

Les soins oncologiques de support

I. Généralité

a. Définition INCa

L'INCa est l'opérateur de l'État chargé d'encourager et de favoriser la coordination des acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer en France.

Celons eux les soins oncologiques de support sont l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques.

b. Répercussions liées aux soins oncologiques de support :

Les soins oncologiques de support entraînent de la douleur, des effets secondaires, l'oncofertilité, une souffrance psychique, la dénutrition, la fatigue, le handicap, des difficultés sociales, l'ergothérapie (*les individus atteints d'un cancer recevant de l'ergothérapie ont une meilleure autonomie, reprennent davantage leur emploi, consomment moins de services de santé*), et la fin de vie.

c. Effets secondaires des traitements :

Les traitements oncologiques entraînent des nausées et vomissement chimio-induits (NVCi), de l'hématotoxicité (*toxicité vis-à-vis du sang*, notamment l'anémie, la thrombopénie, la neutropénie), une toxicité cutanéomuqueuses (alopécie, mucite, trouble cutanés).

II. La douleur en oncologie

a. La douleur présente à toutes les phases de la maladie

- Phase tumorale : syndrome tumoral (compression, infiltration), complication (fracture pathologique : *le cancer rend les os plus fragile*)
- Phase du diagnostic : les gestes pour déterminer le diagnostic comme la biopsie peuvent être douloureux
- Traitements : les cicatrices dû à une chirurgie, neuropathie périphérique (*lésions des nerfs périphériques qui provoque des douleurs*) dû à la chimiothérapie de l'OXALIPLATINE, syndrome main pied (*réactions inflammatoires*) dû à des thérapies ciblées, atteinte articulaire dû à l'immunothérapie (plus rare), mucite (*inflammation des muqueuses de la bouche ou du système digestif*) dû à la radiothérapie et des douleurs induites par certains soins (ponctions pleurales).

b. Trois types de douleurs

Il y a trois types de douleurs : excès de nociception (*excès dans la stimulation des récepteurs périphériques*) , atteinte neuropathique (*dysfonctionnement du système nerveux central ou périphérique*) et mixte (*douleur associant la composante neuropathique ou nociceptive*) .

c. L'accès douloureux paroxystique (ADP)

L'ADP correspond à une augmentation transitoire de la douleur, chez des patients ayant un fond douloureux chronique stable, bien contrôlé par opioïdes. Cette augmentation transitoire de douleur peut être de type nociceptif, neuropathique ou mixte. Cet accès douloureux paroxystique s'installe rapidement (en 3 minutes), ne dure pas longtemps (30 min), l'intensité est sévère et cela arrive fréquemment.

d. Questionnaire DN4

Pour prendre en charge la douleur on évalue le type de douleur via le questionnaire DN4. Il est important de réaliser ce questionnaire car une douleur neuropathique ne se traite pas de la même manière qu'une douleur nociceptive qui ne se traite pas de la même manière qu'une douleur mixte.

Questionnaire DN4 :

Interrogatoire du patient

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. **Brûlure**
2. **Sensation de froid douloureux**
3. **Décharges électriques**

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

1. **Fourmillements**
2. **Picotements**
3. **Engourdissement**
4. **Démangeaisons**

Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

1. **Hypoesthésie du tact**
2. **Hypoesthésie à la piqûre**

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

1. **Le frottement**

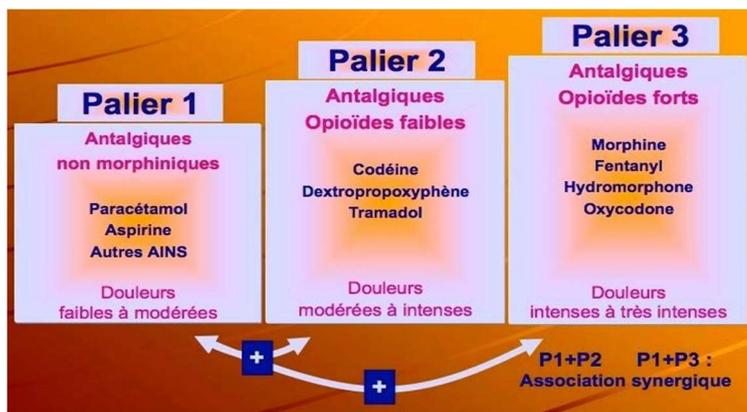
Suite à ce questionnaire s'il y a un total de 4 ou plus alors il s'agit d'une douleur neuropathique.

e. Prise en charge

Pour prendre en charge la douleur il faut l'évaluer. Pour pouvoir l'évaluer il est important de connaître les causes et les facteurs (étiologie), de connaître l'intensité de la douleur (EN, EVA, DOLOPLUS), le type de douleurs (nociceptive, neuropathique : DN4, mixte) et de savoir s'il y a la présence d'accès douloureux paroxystiques.

De plus pour prendre en charge une douleur il faut la traiter via des traitements spécifiques en fonction des symptômes de la personne (antalgique ou co-antalgiques).

Ancienne classification OMS des antalgiques :



Nouvelle classification : ne pas savoir pour le partie!

- Antinociceptifs : paracétamol, codéine, opiaces
- Anti hyperalgésique : Néfopam, Kétamine, gabapentine, pregabaline
- Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs = antidépresseurs : amitriptyline, duloxetine, venlafaxine
- Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques : lidoxaine, capsaïcine

III. Nausées et vomissements chimio-induits

Ils sont de trois types : anticipés (avant la chimiothérapie, psychologique), aigue (dans les 24 premières heures suivant la perfusion de la chimiothérapie), retardée (après les 24 premières heures suivant la perfusion de la chimiothérapie).

Certaine chimiothérapie ne donne pas de nausées et d'autre en donne systématiquement. Le potentiel émétisant détermine le risque de nausées en lien avec une chimiothérapie (il peut être très faible, faible, modérée, élevé). *Le potentiel émétisant ne prend en compte que la chimiothérapie en elle-même et non les facteurs liés à l'individu.*

Ne pas savoir le tableau par cœur

Très faible	Faible	Modéré	Elevé
Risque NVCI <10%	Risque de NVCI entre 10 et 30%	Risque de NVCI entre 30 et 90%	NVCI > 90%
Bévacizumab Cétuximab Bléomycine Vinorelbine IV Sorafénif Sunitinb Temisitolimus Panitumumab	Tous les 21 ou 28 jours Pémétréxed Topotécan Mitoxantrone Paclitaxel Paclitaxel + bévacizumab Docétaxel Tous les 7 ou 14 jours Schémas de 5FU 5FU + vinorelbine Trastuzumab Gemcitabine LV5-FU2 Méthotrexate Vinorelbine + capécitabine Paclitaxel hebdo Docétaxel hebdo Capécitabine Capécitabine + bévacizumab	Irinotécan Irinotécan + oxaliplatine Carboplatine AUC 5 et 6 Carboplatine + étoposide Carboplatine + gemcitabine Carboplatine + LV5FU2 Carboplatine + vinorelbine Carboplatine + paclitaxel Carboplatine + docétaxel CMF AC ou EC EOX FOLFIRI FOLFIRINOX FOLFOX GEMOX Ifosphamide Docétaxel + doxorubicine TEC ou TAC XELOX	5FU + streptozotocine BEP BEP + paclitaxel CDDP + etoposide CDDP + gemcitabine CDDP + LV5-FU2 CDDP + 5FU + docétaxel CDDP + vinorelbine CDDP + Pémétréxed CDDP + paclitaxel CDDP + Docétaxel CDDP + Capécitabine Doxorubicine à fortes doses Doxorubicine Risque + streptozotocine ECF ECX FEC ou FAC Ifosfamide à fortes doses

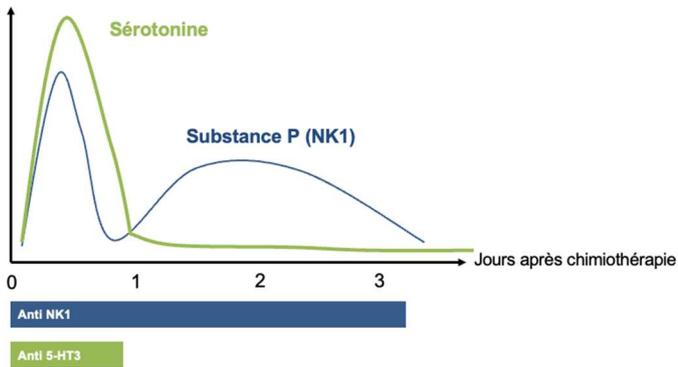
AC : Doxorubicine + ifosfamide, BEP : bléomycine+ étoposide + ciasplatine, EC : épirubicine + cyclophosphamide, ECF : épirubicine + cis-platine + 5FU, ECX : épirubicine + cis-platine + xéloxa, EOX : épirubicine + oxaliplatine + xéloxa, TEC : docétaxel + épirubicine+ cyclophosphamide, TAC : docétaxel + doxorubicine + cyclophosphamide

Potentiel émettant de la molécule de chimiothérapie

Nausées et vomissements chimio-induits (NVCI)

- Facteurs de risques**
- Age < 55-60 ans
 - Sexe féminin
 - Antécédent
 - Nausées matinales
 - Nausées gravidiques
 - Mal des transports
 - Nausées anticipées
 - Sommeil < 7 heure 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 protecteur**
- Alcoolisme chronique

Facteurs déterminant le risque d'avoir des nausées et des vomissements en lien avec une chimiothérapie.



Quand on fait de la chimiothérapie, il y a une sécrétion par cette dernière de substances qui entraînent des vomissements (substance P et sérotonine). Les traitements anti-vomitif agissent sur ses substances.

Comprendre le fonctionnement général mais ne pas connaître le nom des substances et le graphique en détail.

Prémédication donnée par rapport au risque de vomissements (ne pas savoir) :

- Risque élevé : antiNK1, Anti - 5HT3, corticoïde
- Risque modéré : anti - 5HT3 et corticoïde
- Risque faible : anti – 5HT3 ou anti dopaminergique
- Risque très faible : pas de prémédication systématique

Conseils que l'on peut donner aux patients avant une chimiothérapie

Conseil	Pourquoi donner ce conseil
Favoriser l'hydratation	Prévenir l'insuffisance rénale (les rayonnements ionisants sont un facteurs de risque)
Fractionner l'alimentation en 6 ou 8 petits repas	L'appétit diminue suite au diagnostic du cancer et ses traitements, cette méthode permet de ne pas trop perdre de poids
Proposer des petits repas froids	Éviter les fortes odeurs qui peuvent donner envie de vomir
Éviter l'alimentation trop grasse, frits et trop épicés	
Aliments faciles à digérer	Digestion plus rapide donc risque de vomir diminuer
Proposer de manger lentement	Favorise la digestion
Proposer aux patients des boissons à leur gout entre les repas	Stimuler le plaisir et apports caloriques pour ne pas perdre du poids
Utiliser si besoin, une paille dans une tasse fermée	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	Favoriser la vidange gastrique

IV. L'hématotoxicité

a. Cytopénie

La cytopénie est caractérisée par la baisse d'un ou plusieurs types de cellules sanguines tels que l'anémie (baisse de GB), neutropénie (diminution de neutrophiles : type de GB), thrombopénie (baisse des plaquettes).

b. Anémie

L'anémie concerne 75% des patients atteints de cancer.

Il y a deux types de causes :

Causes centrales	Causes périphériques
Carence vit B9, B12	Hémorragie
Carence martiale (manque de fer)	Hémolyse : microangiopathie thrombotique \$
Infiltration de la moelle par la tumeur	Immunothérapie
Inflammation	
Traitements : chimiothérapie, thérapies ciblées, radiothérapie	

Diagnostic de l'anémie :

Pour diagnostiquer l'anémie il faut réaliser un dosage sanguin :

- NFS : numération de formule sanguine
- Réticulocyte : globules rouges immatures fabriqués par la moelle osseuse. Leur taux sanguin élevé est le signe d'une anémie
- CRP
- Recherche de cause carencielle via le dosage de vitamine B9, B12 et le dosage de la ferritine
- Bilan d'hémolyse si suspicion d'une cause périphérique

Prise en charge thérapeutique :

La prise en charge de l'anémie consiste à une correction des carences de manière systématique via de la vitamine B9 et B12 et pour le fer une perfusion de fer si CST inférieur à 20% et de la ferritine < 800ng/ml.

Après la correction des carences si l'hémoglobine est inférieure à 11g/dl il y a une injection d'érythropoïétine (EPO) (hormone qui stimule la fabrication des globules rouges). Une transfusion est réalisée uniquement si le seuil est de 8g/dl (théorique, à adapter en fonction des patients), les facteurs à prendre en compte sont les suivants : anémie profonde, mauvaise tolérance, terrain à risque (vasculaire).

V. Soins palliatifs, fin de vie

a. Arrêt des traitements spécifiques

L'arrêt des traitements spécifiques se fait quand il y a une altération de l'état général (PS OMS3 ou 4), selon le souhait du patient, quand l'espérance de vie est inférieure à 3 mois, quand les traitements sont inefficaces et quand le rapport bénéfice/risque est défavorable (toxicités, altération de la qualité de vie).

b. **Maintien de la qualité de vie**

Pour maintenir la qualité de vie, il faut prendre en charge les signes liés au cancer (douleur dyspnée...), la souffrance psychologique. Il faut réaliser une prise en charge social et l'accompagnement spirituel.

c. **Loi Leonetti-Clays du 02/02/2016**

La loi Leonetti-Clays de 2016 met à disposition di patient les directives anticipés et la désignation d'une personne de confiance pour qu'il puisse exprimer sa volonté. Elle met aussi en valeur trois droit du malade : le refus de l'obstination déraisonnable, l'arrêt des traitements, et l'accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

d. **Acteurs des soins palliatifs**

Les acteurs des soins palliatifs sont l'équipe mobile de la douleur et de soin palliatifs, les oncologues, et le médecin traitant. `

e. **Lieux de prise en charge de fin de vie**

Le patient peut réaliser sa fin de vie dans une structure hospitalière ou à domicile.

Structure hospitalière	Domicile
Service oncologie public ou privé	Gestion par le médecin traitant
Centre de soins de suite et de réadaptation (SSR)	Participation réseau de soins palliatifs
Lits identifiés soins palliatifs (LIPS)	Hospitalisation au domicile (HAD)
Unité de Soins palliatifs (USP)	

VI. Oncofertilité

La loi du 6 aout 2004 relative à la bioéthique prévoit que toute personne, homme ou femme, exposée à une prise en charge qui risque d'altérer sa fonction de reproduction peut bénéficier d'une préservation de ses gamètes et de ses tissus germinaux.

Il y a différentes techniques :

Femme	Homme
Conservation d'ovocyte, d'embryons, de tissus ovariens	Autoconservation de spermatozoïde
	Conservation de tissu testiculaire