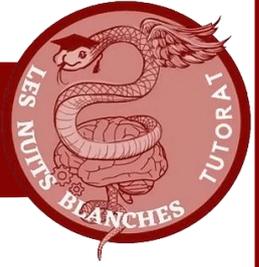




Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UECP 34
Oncologie
Hématologie

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 et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Diagnostic des cancers

I. DIAGNOSTIC DU CANCER	3
1. LE TERRAIN	3
2. LES SIGNES FONCTIONNELS = SYMPTOMES	3
a. <i>Le syndrome cachectique ou inflammatoire</i>	3
b. <i>Dénutrition</i>	3
3. L'EXAMEN CLINIQUE	3
a. <i>Le syndrome tumoral</i>	3
b. <i>Le syndrome paranéoplasique</i>	4
c. <i>Autres découvertes de cancer</i>	4
II. COMMENT ETABLIR LE DIAGNOSTIC DE CANCER ?.....	4
1. ANATOMOPATHOLOGIE	4
2. BILAN BIOLOGIQUE.....	4
3. IMAGERIE	4
4. ENDOSCOPIE	4
5. BILAN PARACLINIQUE	4
III. CLASSIFICATION INTERNATIONALE (TNM).....	5
IV. LA CHIRURGIE	5
1. GENERALITES.....	5
2. LES DOMAINES.....	5
a. <i>Prévention</i>	5
3. DIAGNOSTIC.....	6
4. BILAN D'EXTENSION	6
5. TRAITEMENT	6
6. REHABILITATION.....	6
7. CHIRURGIE PALLIATIVE	7
8. RAYONS X LOCALISES.....	7
a. <i>Intérêt en cancérologie</i>	7
9. AUTRES MODALITES D'IRRADIATION	8
V. TRAITEMENTS MEDICAUX.....	8
1. CHIMIOTHERAPIE	8
a. <i>Principales CI</i>	8
b. <i>Avant de débiter une chimiothérapie</i>	8
2. HORMONOTHERAPIE	9
3. THERAPIE CIBLEE	9
4. IMMUNOTHERAPIE	9
5. TRAITER LE CANCER	9
6. ARRÊT DES TRAITEMENTS SPECIFIQUES	10
VI. LES PARCOURS DE SOIN EN ONCOLOGIE.....	11
1. RCP = REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE	11
2. DISPOSITIF D'ANNONCE	11
3. LE PPS = PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS.....	12

I. Diagnostic du cancer

1. Le terrain

Facteurs de risque des cancers du sein :

- **Hormonaux** : sexe, hyperoestrogénie relative ou absolue, pas d'allaitement, POP
- **Familiaux** : antécédents personnel ou familial, syndrome sein-ovaire
- **Environnement** : niveau socio-économique, tabac, OH, surpoids
- **Histologique** : Hyperplasie canalaire atypique, néoplasie intra-lobulaire

2. Les signes fonctionnels = symptômes

a. Le syndrome cachectique ou inflammatoire

- ❖ **AEG** :
 - Asthénie = statut ECOG (quantifier la capacité d'une personne à effectuer des activités de la vie quotidienne)
 - Anorexie
 - Amaigrissement
- ❖ Sueurs nocturnes

b. Dénutrition

Critères phénotypiques :

- Perte de poids >5% en 1 mois ou > 10% en 6 mois ou par rapport au poids avant la maladie
- IMC <18,5 kg//m³
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire

Critères étiologiques :

- Réduction de la prise alimentaire >50% pendant >1 semaines
- Absorption réduite
- Situation d'agression : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive

3. L'examen clinique

a. Le syndrome tumoral

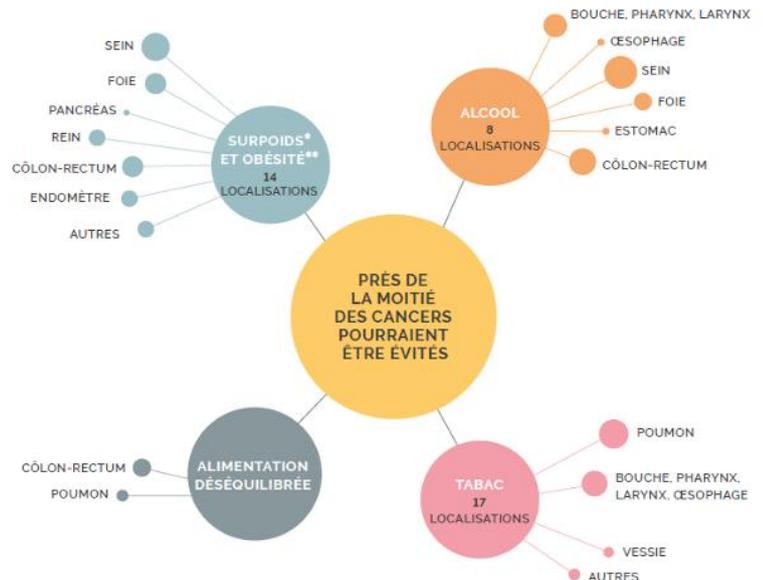
→ Lié à la présence d'une masse tumorale à ses conséquences loco-régionales : compression, envahissement.

→ Concerne à la fois la tumeur primitive et/ou ses métastases

Les signes et symptômes observés selon la localisation :

- Système nerveux : déficit moteur, céphalées, etc.

LES 4 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE



Activité	Score
Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie	0
Activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps	2
Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps	3
Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence	4

- Digestif : douleur abdominale, rectorragies, syndrome occlusif, ictère, anémie, etc.
- ORL : dyspnée, dysphagie, dysphonie, etc.
- Poumon : toux, dyspnée, hémoptysie, masse pulmonaire sur une radiographie thoracique, etc.
- Peau : plaie, nodule cutané, etc.
- Moelle osseuse : anémie, thrombopénie, neutropénie

b. Le syndrome paranéoplasique

→ **Manifestations systémiques (= ensemble de l'organisme) liées au cancer**

→ **Liées à la sécrétion de substances ou à des phénomènes auto-immuns**

Les syndromes paranéoplasiques sont des symptômes qui surviennent à des sites distants de la tumeur ou de ses métastases.

c. Autres découvertes de cancer

- ❖ Découverte fortuite
- ❖ Lors d'un dépistage

II. Comment établir le diagnostic de cancer ?

1. Anatomopathologie

→ Le diagnostic de certitude de cancer nécessite de voir les cellules cancéreuses.

Pour cela, on envoie un prélèvement = biopsie de la tumeur en anatomopathologie qui vont le fixer, l'observer au microscope et le conserver.

Résultats identifiés :

- Le **type** de tumeur : épithéliales, mélanique, germinale, mésenchymateuse
- Le **grade** : la différenciation des cellules G1 (conservation des caractères morphologiques et fonctionnel) → G3 (perte de différenciation, nouveaux caractères)
- La **prolifération** : le nombre de mitoses
- **Marqueurs pronostiques**
- **Biologie moléculaire** : pronostic/prédictif de réponse au traitement

2. Bilan biologique

- ❖ Anémie (par exemple saignement d'un cancer colique)
- ❖ Syndrome inflammatoire biologique (élévation de la CRP)
- ❖ Perturbation du bilan hépatique (par exemple lié à des lésions hépatiques)

3. Imagerie

- ❖ Radiographie
- ❖ Echographie
- ❖ TDM
- ❖ IRM
- ❖ TEP scan

4. Endoscopie

- ❖ Gastroskopie, coloscopie
- ❖ Endoscopie bronchique

5. Bilan paraclinique

Il permet de déterminer :

- Le bilan d'extension de la maladie
- Les possibilités de traitement

III. Classification internationale (TNM)

A quoi sert la TNM ?

- ❖ Adapter la stratégie thérapeutique
- ❖ Affiner le pronostic

T	N	M
Taille de la tumeur	Ganglions lymphatiques (nodules)	Métastases
T1 Affection locale 	N0 Ganglions lymphatiques régionaux non affectés 	M0 Pas de métastases à distance 
T2 Affection locale 	N1 La tumeur s'est propagée à un ou plusieurs ganglions lymphatiques régionaux. 	M1 La tumeur s'est propagée à d'autres organes, provoquant des métastases à distance. 
T3 Affection locale 	N2 Augmentation de l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux 	M1 La tumeur s'est propagée à d'autres organes, provoquant des métastases à distance. 
T4 Tumeur de toute taille envahissant d'autres organes 	N3 La tumeur s'est propagée à des ganglions lymphatiques plus éloignés ou régionaux. 	M1 La tumeur s'est propagée à d'autres organes, provoquant des métastases à distance. 

IV. La chirurgie

- ❖ Elle a un objectif uniquement curatif
- ❖ Elle permet parfois d'éviter la survenue d'un cancer en cas de risque tumoral élevé
- ❖ Elle peut traiter les métastases cérébrales symptomatiques
- ❖ Le curage ganglionnaire permet de déterminer l'extension ganglionnaire du cancer
- ❖ Elle permet parfois de faire le diagnostic de cancer

1. Généralités

→ Place essentielle dans le traitement des cancers

Traitement :

- Tumeur (T)
- Aires ganglionnaires (N)
- Métastases (M)

→ Souvent la seule option curative

2. Les domaines

- ❖ Prévention : éviter la survenue d'un cancer
- ❖ Diagnostic et bilan d'extension : affirmer et préciser l'étendue
- ❖ Traitement : guérir et soulager
- ❖ Réhabilitation : réparer

a. Prévention

Chirurgie prophylactique :

- Exérèse d'un organe apparemment sain
- Risque élevé de cancer
- Mutation génétique constitutionnelle
- Exemple : mastectomie et ovariectomie chez les patientes porteuses des mutations constitutionnelles

Chirurgie préventive :

- Prévention secondaire
- Exérèse complète d'un état précancéreux :

- Dysplasie
- Leucoplasie
- Carcinome in situ
- Exemple :
 - Conisation en cas de carcinome in situ du col utérin
 - Colectomie en cas de polypose recto-colique
- Alternative à la chirurgie :
 - Résection endoscopique
 - Destruction (laser, plasma argon, etc.)

3. Diagnostic

Objectifs :

- Affirmer malignité
- Préciser type histologique
- Autres paramètres : stade, grade, etc.

Indications limitées :

- Apports de la radiologie interventionnelle pour le diagnostic
- Principalement lorsque le geste participe au traitement, exemple
 - Glioblastome
 - Cancer du pancréas

4. Bilan d'extension

Objectif :

- Obtenir un classement par stade (TNM, FIGO)
- En complément aux examens de radiologie
- Afin de définir la stratégie thérapeutique

Exemple :

- Coelioscopie pour un cancer de l'ovaire : diagnostic et évaluation de l'atteinte péritonéale
- Curage ganglionnaire

5. Traitement

Objectif de la chirurgie en tant que traitement :

- Guérison : réséquer la tumeur en totalité avec des marges
- Maintien de la qualité de vie : réduire les séquelles fonctionnelles

Règle générale : exérèse anatomique

- Lobectomie ou pneumonectomie pour un cancer du poumon
- Lobectomie hépatique

Deux types de chirurgie :

- Conservatrice : mastectomie partielle au lieu de mastectomie totale
- Radicale : ablation de l'organe, amputation d'un membre

6. Réhabilitation

→ Prise en charge des complications et séquelles des traitements :

- Prise en charge des complications de la radiothérapie : ulcération, fibrose, nécrose, fistule, perforation, grêlité radique
- Prise en charge des complications de la chimiothérapie :
 - Extravasation de chimiothérapie (exérèse zones nécrosées, couverture des pertes de substance, ablation du site implantable)
 - Nécrose mandibulaire liée à l'utilisation de biphosphonates

7. Chirurgie palliative

Objectif : améliorer la qualité de vie du patient

Type de chirurgie :

- Dérivations
 - o Urines : urétérostomie
 - o Des matières : anastomose oeso-jéjunale, colostomie, jéjunostomie
 - o De l'alimentation : gastrostomie, jéjunostomie
- Exérèse
 - o Perforation d'un organe creux
 - o Hémorragie digestive
 - o Syndrome occlusif sur carcinose péritonéal
- Trachéotomie : cancers pharyngolaryngés
- Ostéosynthèse : fémur, humérus, vertèbre

8. Rayons x localisés

Rayons X = comme le scanner

Pas de radioactivité

Dirigés vers une cible

Dirigés à une certaine profondeur

a. Intérêt en cancérologie

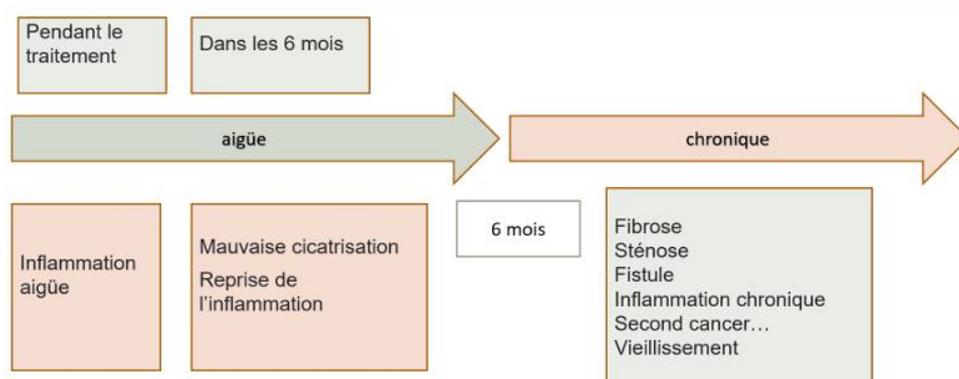
En « curatif » :

- **Traitement exclusif** :
 - o +/- avec chimiothérapie
 - o Cancer ORL, œsophage, poumon, canal anal, col de l'utérus
 → Souvent quand la chirurgie aurait été trop délabrante (larynx, canal anal) ou incomplète (zones inaccessibles)
- **Traitement adjuvant** :
 - o But : limiter la récurrence locale
 - o Sein +++ (éviter la mastectomie)
 - o Si marges positives ou ganglions atteints

En palliatif :

- Antalgique : lésion osseuse
- Décompressive sur la moelle épinière : épidurite, sur des adénomégalies médiastinales
- Hémostatique : utérus, vessie

Effets secondaires



9. Autres modalités d'irradiation

Curiethérapie : Source radioactive directement tumeur au contact de la tumeur

Radiothérapie métabolique : consiste à administrer les rayons via un médicament porteur d'un élément radioactif. Le traitement s'effectue le plus souvent par voie veineuse ou par voie orale

V. Traitements médicaux

- ❖ La chimiothérapie cible principalement l'ADN → peut entraîner une hématotoxicité
- ❖ L'hormonothérapie fonctionne sur l'ensemble des cancers.
- ❖ La thérapie ciblée induit une activation des lymphocytes T.
- ❖ Les traitements systémiques ont des effets indésirables.

1. Chimiothérapie

Toxicités communes : effets indésirables présents pour toutes les chimiothérapies à des degrés variables

- Asthénie
- Myélosuppression = hématotoxicité (Anémie, Neutropénie (+/- fébrile), Thrombopénie)
- Nausées et vomissements
- Toxicité gonadique
- Tératogénicité

Toxicité spécifique : effets indésirables spécifiques à la chimiothérapie

a. Principales CI

Hématologique :

- PNN < 1500 /mm³ (< 1,5 G/l)
- Plaquettes < 100 000 /mm³ (< 100 G/l)

Syndrome infectieux

Indice de performance de 3 ou 4

1er trimestre de grossesse, allaitement

Selon chimiothérapies, certaines insuffisances d'organes

- Contre-indication des anthracyclines si insuffisance cardiaque
- Contre-indication du cisplatine si insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min)
- Contre-indication de l'irinotecan si insuffisance hépatique

b. Avant de débiter une chimiothérapie

Pose d'un dispositif intraveineux de longue durée (DIVLD) :

- PAC
- PICC-line
- Voie veineuse centrale

Bilan pré-thérapeutique :

- Nutritionnel : poids, albumine, pré-albumine
- Cardiaque (ECG, ETT)
- Pulmonaire : EFR si utilisation de la bléomycine
- Bilan biologique :
 - Fonction médullaire (NFS : hémoglobine, leucocytes et formule, plaquettes)
 - Fonction rénale (créatinine, urée) et ionogramme

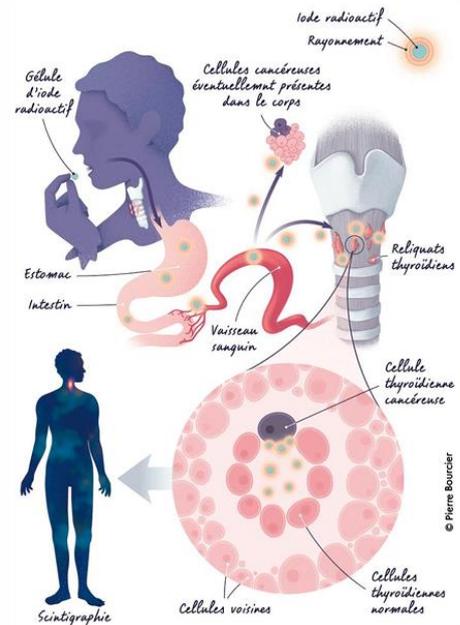
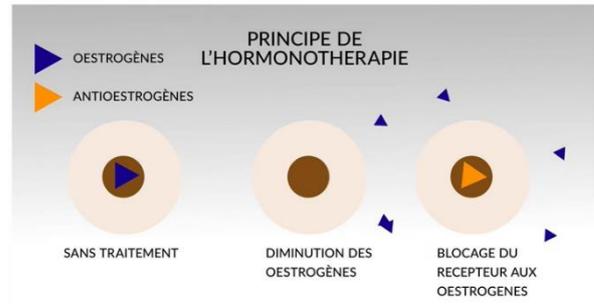


Figure 1 : Radiothérapie métabolique

- Fonction hépatique (ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et conjuguée)
- Beta HCG chez les femmes non ménopausées
- Préservation de la fertilité

2. Hormonothérapie

→ L'hormonothérapie est un traitement qui ajoute, bloque ou enlève des hormones afin de ralentir ou d'interrompre la croissance de cellules cancéreuses qui ont besoin d'hormones pour se développer



Effets indésirables → ménopause

3. Thérapie ciblée

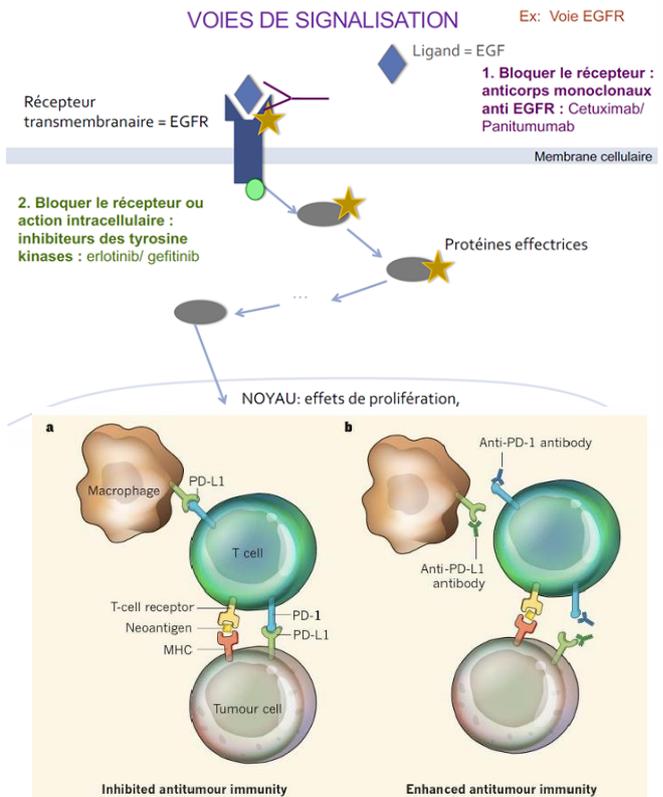
Les thérapies ciblées ont pour objectif de bloquer la croissance ou la propagation de la tumeur, en interférant avec des anomalies moléculaires ou avec des mécanismes qui sont à l'origine du développement ou de la dissémination des cellules cancéreuses.

Les anticorps monoclonaux :

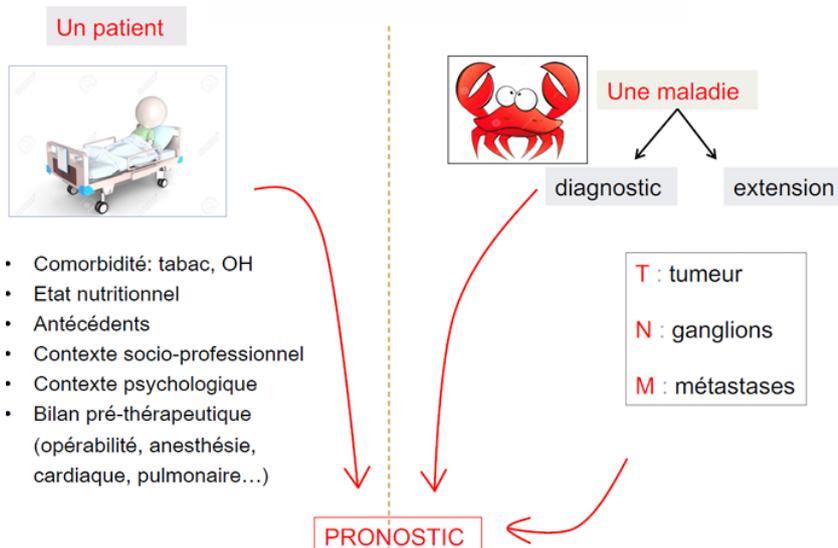
- Ils portent tous le suffixe -mab
- Administration parentérale (IV +, SC)

4. Immunothérapie

Traitement qui consiste à utiliser des médicaments ou d'autres substances pour s'attaquer à des molécules particulières (habituellement des protéines) qui sont responsables de la croissance des cellules cancéreuses, tout en limitant les dommages causés aux cellules normales.



5. Traiter le cancer



- Comorbidité: tabac, OH
- Etat nutritionnel
- Antécédents
- Contexte socio-professionnel
- Contexte psychologique
- Bilan pré-thérapeutique (opérabilité, anesthésie, cardiaque, pulmonaire...)

T : tumeur
N : ganglions
M : métastases

6. Arrêt des traitements spécifiques

→ Soins palliatifs, fin de vie

Arrêt des traitements spécifiques :

- Altération de l'état général (PS OMS 3 ou 4)
- Souhait du patient
- Espérance de vie inférieure < 3 mois
- Absence de traitement efficace
- Rapport bénéfice/risque défavorable (Toxicités, altération de la qualité de vie)

Objectifs : maintien de la qualité de vie

- Prise en charge des signes liés au cancer : douleur, dyspnée, etc.
- Prise en charge de la souffrance psychologique
- Prise en charge sociale
- Accompagnement spirituel

Loi Leonetti-Clays du 02/02/2016

- Expression des volontés
 - o Directives anticipées
 - o Personnes de confiance
- Droit du malade
 - o Refus de l'obstination déraisonnable
 - o Arrêt des traitements
 - o Accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès

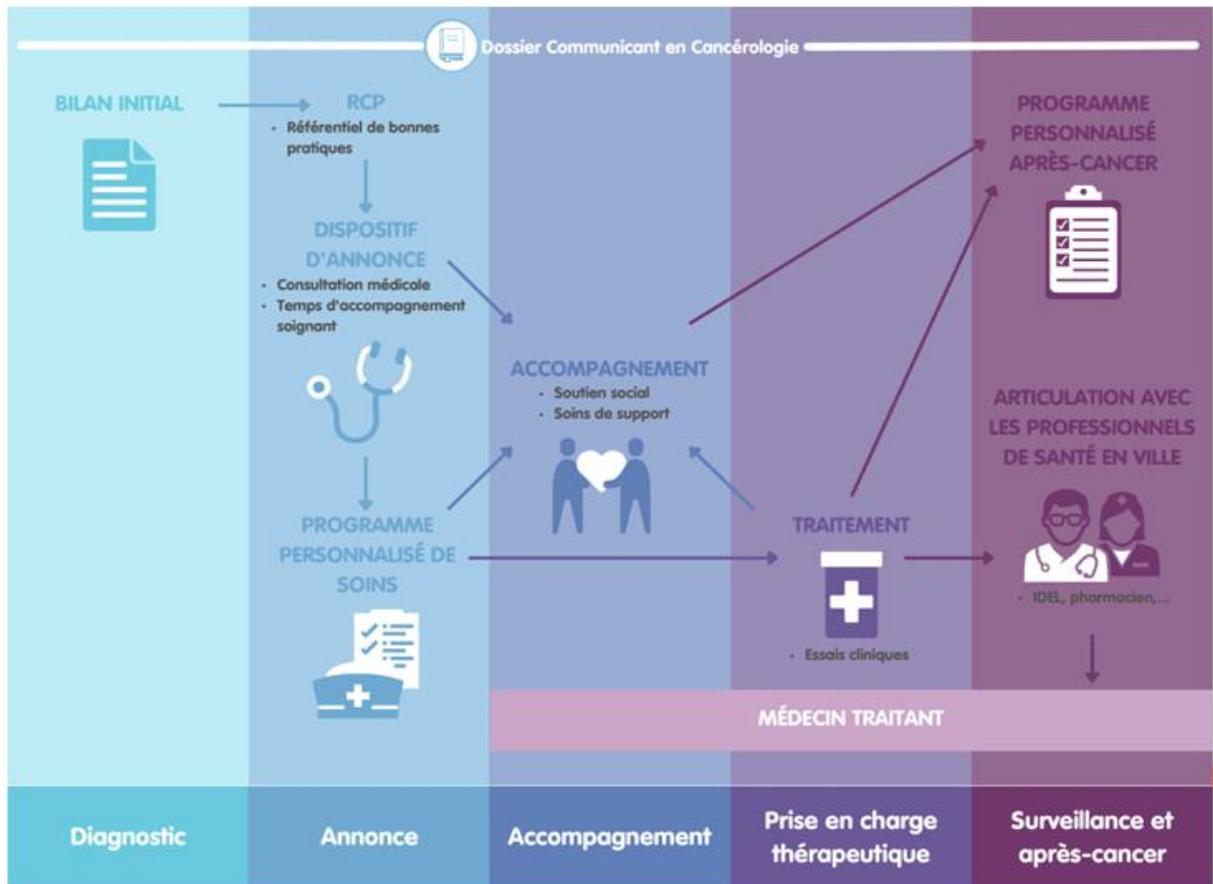
Acteurs des soins palliatifs :

- Equipe mobile de la douleur et de soins palliatifs
- Oncologue
- Médecin traitant

Lieux de prise en charge de fin de vie

- Structure hospitalière
 - o Service d'oncologie Public ou privé
 - o Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) +/- Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)
 - o Unités de Soins Palliatifs (USP)
- Domicile
 - o Gestion par le médecin traitant +/- participation réseau de soins palliatif
 - o Hospitalisation Au Domicile (HAD)

VI. Les parcours de soin en oncologie



1. RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire

La décision de recours à un traitement anti-tumoral (chirurgie, radiothérapie ou traitement médical) est le fruit d'une décision collégiale, obligatoirement prise en réunion de concertation pluridisciplinaire.

La RCP doit remplir les critères suivants :

- Inscription au sein d'un réseau de cancérologie
- Doit se tenir en présence d'au moins trois médecins de spécialités différentes
- Chaque dossier doit être présenté que ce soit à la phase initiale du traitement, en cas de rechute ou de changement de ligne thérapeutique

La décision prise est tracée, elle sera ensuite soumise et expliquée au patient

2. Dispositif d'annonce

Instauré en 2005 lors du premier Plan Cancer

4 temps :

- **Médical :**
 - o Annonce du diagnostic
 - o Proposition de la stratégie thérapeutique
- **Soignant :**
 - o Ecoute du malade par un(e) IDE d'annonce
 - o Reformulation de la consultation d'annonce
 - o Information sur le déroulement des soins
 - o Orientation vers d'autres professionnels

- **Accès aux soins de supports :**
 - Prise en charge des symptômes
 - Repérage des besoins spécifiques : psychologue, association de patients, assistante sociale
- **Articulation avec la médecine de ville :**
 - Le médecin traitant est associé au parcours de soins
 - Ouverture de l'affection longue durée (ALD) pour une prise en charge à 100% par l'assurance maladie

3. Le PPS = Programme Personnalisé de Soins

- ❖ Document écrit remis au patient au début de sa prise en charge
- ❖ Validé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- ❖ Détaille de façon personnalisé les traitements prévus
- ❖ Pierre angulaire du dispositif d'annonce

