UE2 Cancérologie

Cours n°13

PRINCIPES ET STRATEGIES DU TRAITEMENT DES CANCERS

**SOMMAIRE**

PRINCIPES ET STRATEGIES DE TRAITEMENT

* Unicité de la maladie cancéreuse
* Principes
* Réunion de concertation pluridisciplinaire
* Annonce et communication
* Chirurgie curative
* Chirurgie d’inventaire
* Chirurgie des métastases à visée curative
* Chirurgie fonctionnelle ou réparatrice
* Radiologie interventionnelle
* Radiothérapie curative
* Radiothérapie palliative
* Traitements médicaux

LES DIVERSES SITUATIONS STRATEGIQUES

* L’inventaire initial
* La maladie curable
* La maladie curable : rechutes
* Protection et prévention des rechutes
* Précautions
* Surveillance
* Prise en charge de la rechute ou de la maladie d’emblée « incurable »
* Soins de support
* Soins palliatifs

Pourquoi un cours aussi général alors qu’il n’y a autant de maladies cancéreuses différentes que de patients pratiquement ? Pourquoi peut-on parler d’unicité ?

Il y a des choses communes à tous les cancers et en particulier les règles de prise en charge et de traitement applicable à toutes les variétés de cancer, cela justifie l’existence de la cancérologie comme discipline.

UNICITE DE LA MALADIE CANCEREUSE

Dans les **mécanismes de la cancérogenèse** (mutations des gènes de régulation dans tous les cancers)

Dans les **circonstances de découverte** : 4 grands syndromes cliniques pouvant amener à un diagnostic de cancer :

* tumoral : cas le plus fréquent qui conduit au diagnostic de cancer, la tumeur va être palpable, va saigner ou avoir des effets sur les organes de voisinage.
* thromboembolique : 1/3 des malades feront un épisode thromboembolique et cet épisode peut être révélateur
* inflammatoire et cachectique : une altération de l’état général (amaigrissement, asthénie, anorexie). Ce n’est pas le cas le plus fréquent, la plupart des cancers sont diagnostiqués chez des personnes qui sont apparemment bien portantes. Cependant un syndrome cachectique peut être révélateur notamment dans les cancers profonds où le syndrome tumoral est difficile à voir (exemple le cancer de la queue du pancréas)
* Paranéoplasique : due à des secrétions anormales par les tumeurs malignes (exemple un syndrome d’hypersécrétion d’ADH peut être révélateur d’un cancer du poumon à petites cellules)

Dans la **gestion des phases** de la maladie :

* initial curateur, face à un cancer on va d’abord se demander s’il est curable et comment va-t-on faire pour le guérir ?
* maladie résiduelle imperceptible : Si on a fait un traitement à visée curative en espérant avoir guérit le malade, il va y avoir une période qui peut être très longue durant laquelle on ne sait pas si le malade va ou non présenter une rechute, c’est une période d’incertitude. Cette période est liée à la présence chez certains malades de cellules tumorales restées dans l’organisme après le traitement de la tumeur primitive.
* Rechute : curable ou non
* Phase palliative (si rechute non curable ou 2ème ou 3ème rechutes..) : Il y a une différence entre un traitement palliatif du cancer (cancer qu’on traite en tant que maladie cancéreuse mais on sait qu’on ne le guérira pas) et les soins palliatifs où l’on cesse de traiter la maladie cancéreuse, on ne s’occupe plus que des symptômes du malade).

Dans la **clinique :** (diagnostic histologique, bilan/évaluation volumétrique et biologique de la maladie, suivi)

Dans les **principes de la prise en charge** (globale, pluridisciplinaire, sociale…) un cancer ne se prend pas en charge uniquement sur le plan de la maladie cancéreuse que l’on veut guérir mais sur tous les aspects du retentissement de cette maladie sur la vie du patient.

PRINCIPES

*Prise en charge GLOBALE:*

On s’occupe de la maladie : curable ou non (25% des cancers sont diagnostiqués au stade de dissémination métastatique et peu de cancers métastasés peuvent guérir). Si curable comment ? Sinon, quelle palliation optimale peut-on proposé au malade ?

On s’occupe de tout ce qui touche le patient: les symptômes, y compris psychologiques. Accompagné et aidé le malade sur le retentissement de la maladie au plan professionnel, familial, social, perte d’autonomie (induction chez un patient à la « limite » d’une perte d’autonomie).

*Prise en charge PLURIDISCIPLINAIRE :*

**Chirurgien** : Il y a très peu de cancer que l’on peut guérir sans le chirurgien, il est souvent le premier intervenant dans la prise en charge d’un patient cancéreux. La moitié au moins des cancers guéris le sont par le chirurgien seul.

**Oncologue médical**: administrer les traitements médicaux, il est souvent le médecin référent d’un patient cancéreux , coordonne les différents intervenants et règle la stratégie.

**Oncologue radiothérapeute**

Ces 3 types de médecins ont leur expertise sur la maladie cancéreuse.

Le plus souvent, c’est un de ces 3 médecins qui est médecin REFERENT du patient mais ce n’est pas une obligation. Le médecin référent est souvent celui par lequel le patient est rentré dans la filière de soins : la première personne qui la vue.

On a également besoin de l’intervention d’autres professionnels :

**Anatomopathologiste**: il fait le diagnostic ET établit les caractéristiques biologiques de la tumeur, il a un rôle croissant dans la détermination des anomalies moléculaires qui sont à la base de l’évolution de la maladie cancéreuse et nous indique de plus en plus des thérapeutiques spécifiques.

**Biologiste**, **radiologue et médecin nucléaire** (imagerie permettant de faire l’inventaire de la maladie cancéreuse et le suivi), **spécialiste d’organe** et **de la douleur** et **des soins palliatifs**

En dehors des membres du corps médicales la pluridisciplinarité fait intervenir des paramédicaux : **Infirmière spécialisée** (consultation d’annonce sur les traitements médicaux) **psychologue**, **diététicien(ne**), **kinésithérapeute.**

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)

Le plan de traitement d’un patient cancéreux au stade initial au moment où on a fait le diagnostic est établit en RCP. C’est le premier plan cancer qui a généralisé et formalisé le rôle de la concertation pluridisciplinaire : c’est désormais une obligation légale que chaque dossier soit discuté en RCP avant de mettre en route un traitement.

**Sauf urgence** (obstruction, perforation, hémorragie massive, compression dangereuse, fracture..)

La RCP doit établir un **Programme Personnalisé de Soins** (PPS) **AVANT tout geste thérapeutique.** Le programme personnalisé de soins doit définir les différentes séquences de prises en charge et phases thérapeutiques que l’on va proposer au malade pour lui donner les meilleures chances de guérison ou la meilleure palliation possible.

Le PPS est présenté et proposé au patient par son médecin REFERENT, c’est le patient QUI DECIDE après information détaillée en consultation d’ANNONCE avant tout geste thérapeutique.

Une nouvelle RCP a lieu lors de tout évènement impliquant un changement de stratégie thérapeutique.

ANNONCE ET COMMUNICATION L’annonce est un processus

La consultation d’annonce a 2 composantes :

* **Consultation médicale spécifique par le médecin référent** (temps alloué à ne surtout pas restreindre, circonstances (tranquillité), environnement)

Communication **« honnête et loyale »** (Loi Kouchner mars 2002)

Doit **respecter** **ce que le patient est capable d’entendre**

Peut requérir plusieurs temps successifs (« **dispositif d’annonce** ») car on n’annonce pas d’un seul coup quelque chose de brutal.

**Accord du patient** (ou non) sur le PPS présenté

* **Consultation infirmière** spécifique (1h) sur les traitements chirurgicaux et médicaux : détails matériels des chimiothérapies, des effets secondaires.

Ne jamais MENTIR mais montrer de l’EMPATHIE

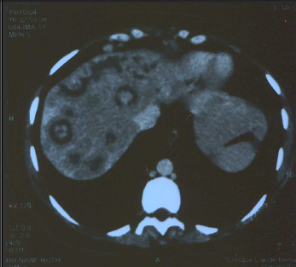
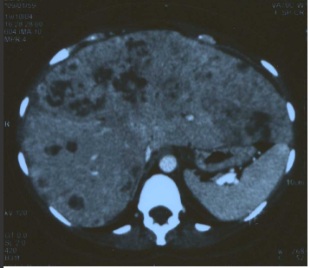
Pas de discours abusivement triomphaliste, optimiste (« je suis sûr de vous guérir »), y compris en phase avancée : cela empêche le malade de faire son cheminement (phases d’avancement de la réaction psychologique du malade face à ces mauvaises nouvelles)

Pas de discours désespérant. Un malade a besoin d’espérer même dans les phases avancées de la maladie ou quand le pronostic est d’emblée défavorable.

Ne pas hésiter à dire que nos prévisions sont d’ordre statistique et ne sont pas prédictives au niveau individuel (on parle en moyenne et médiane mais il y a toujours des écarts à la moyenne ou médiane).

« Le cancer du poumon à petites cellules, celui que j’ai, a une médiane de survie de 12 à 18 mois. Oui c’est vrai mais il y a quelques malades qui vont vivre beaucoup plus que ça et je ne sais pas si vous en ferez partis mais on va se battre pour que vous soyez dedans. »

Cas clinique : Une femme avec métastases hépatiques (constellation de tumeurs en cocard : zone dense au milieu et hypo dense autour ; c’est extrêmement grave) d’une tumeur mammaire primitive diagnostiquée à l’occasion d’une jaunisse (liée à ses métastases hépatiques compressives des voies biliaires). Aucun cancérologue ne donnerait à cette patiente une espérance de survie supérieure à quelques semaines : ce cas est mortel en quelques semaines. A tel point que l’on est en droit d’hésiter à mettre en route un traitement chez cette femme ; il est susceptible de l’aggraver et d’avoir des effets secondaires, pour une prolongation au mieux de survie de quelques semaines. Après beaucoup d’hésitations, un traitement a été entreprit avec des doses de chimiothérapie de l’ordre de 10% de la dose normale car son foie n’était pas capable de gérer les médicaments. Ce scanner est vieux de 8 ans et la patiente est toujours vivante et en parfaite forme.



LA CHIRURGIE CURATIVE

La chirurgie est la première thérapeutique du cancer.

Sauf dans les hémopathies malignes (leucémies lymphomes), **l’exérèse de la tumeur primitive fait partie du programme thérapeutique de toute tumeur curable.**

La curabilité cela va d’abord commencer par savoir si la maladie est **opérable et opérable de façon total en enlevant toute la maladie** même si on sait qu’une fois qu’on a enlevé toute la maladie macroscopique, il peut y avoir toujours la maladie résiduelle imperceptible.

La **chirurgie est capable à elle seule de guérir 30 à 50% des tumeurs malignes**.

Le taux des guérisons est néanmoins largement augmenté par un programme pluridisciplinaire (+ radiothérapie et/ou traitements médicaux : chimiothérapie…) dans un grand nombre de situations (sein, poumon, colon, tumeurs osseuses, thyroïde…).

La chirurgie à visée curative est souvent le premier temps du programme de soins (sein, colon, poumon localisé, thyroïde…)

Il y a cependant des exceptions où un traitement non chirurgical est indiqué en premier (rectum, col utérin localement avancé, poumon localement avancé…) d’où l’importance de l’établissement du PPS en RCP.

La chirurgie curative des cancers est très codifiée. Elle doit être effectuée selon des **règles précises et rigoureuses par une équipe expérimentée dans la localisation considérée** (quotas, les pouvoirs publiques donnent aujourd’hui l’autorisation à des équipes pour opérer telle ou telle tumeur) : estomac, rectum, ovaires, sein, sarcomes, VADS, thyroïde…

Les techniques chirurgicales sont **en évolution rapide** (chirurgie coelioscopique, chirurgie conservatrice de l’organe (rein)…), c’est pour cela que les experts ne sont pas très nombreux.

**Chirurgie de réduction du volume tumoral en contexte pluridisciplinaire (eg ovaire) :** Parfois, la chirurgie à visée curative n’enlève pas toute la tumeur, dans certaines situations le chirurgien ne peut pas enlever toute la tumeur (atteinte par le cancer des séreuses ; fréquent dans les cancers de l’ovaire par exemple). Néanmoins le rôle du chirurgien dans une stratégie à visée curative est important : réaliser l’exérèse du maximum de la tumeur, ne laisser que des lésions tumorales infra centimétriques et en faire l’inventaire pour le suivi de la malade.

LA CHIRURGIE D’INVENTAIRE

**Pas d’inventaire ganglionnaire fiable par l’imagerie** : les techniques dont nous disposons aujourd’hui ne permettent pas de connaitre avec précisions et certitude l’état des ganglions lymphatiques qui sont dans le territoire de drainage d’une tumeur maligne, sans aller prélever ces ganglions. (Cancer du sein : le curage axillaire est remplacé de plus en plus par la technique du ganglion sentinelle)

**De première intention pour optimiser le plan de traitement**, notamment en cas de discussion de **chirurgie mutilante** ou avec des conséquences fonctionnelles majeures: inventaire ganglionnaire premier

* dans les tumeurs de vessie (ablation totale de la vessie) car on ne fera pas cette intervention si la maladie a déjà envahi les ganglions (chance de guérir trop faible),
* du col utérin,
* des Voies aéro-digestives supérieures,
* du poumon (médiastinoscopie comme 1er temps de prise en charge pour savoir s’il est légitime de faire une pneumonectomie)…

La chirurgie d’inventaire est souvent couplée au traitement chirurgical de la tumeur primitive. C’est le cas dans le cancer du sein (Inventaire ganglionnaire du sein, curage ou ganglion sentinelle), des tumeurs gynécologiques, digestives, inventaire abdominal complet et ganglionnaire pour les tumeurs de l’ovaire.

LA CHIRURGIE DES METASTASES A VISEE CURATIVE

DECIDEE EN CONTEXTE PLURIDISCIPLINAIRE

Métastases hépatiques (et parfois pulmonaires) de cancers colorectaux

Métastase cérébrale unique

Métastases pulmonaires de sarcomes,…

LA CHIRURGIE FONCTIONNELLE OU REPARATRICE

Levée d’obstruction ou de compressions: stomies digestives ou urinaires, chirurgie de by-pass, dérivations biliaires, dérivation ventriculaire pour hypertension intracrânienne, talcage pleural pour pleurésie cancéreuse récidivante….

Prévention (+++) et traitement des **fractures métastatiques** (squelette est un site de métastase fréquent) : Quand un patient cancéreux est suivi dans un service de cancérologie et qu’il fait une fracture sur une métastase osseuse c’est une faute médicale sauf exceptions. Nous avons aujourd’hui les moyens de détecter ces métastases osseuses, d’évaluer le risque de fracture (scanner pour voir l’état des corticales), de prévenir la fracture (Radiothérapie, injection de ciment, intervention orthopédique réparatrice)

Chirurgie réparatrice: maxillofaciale, sein, membres…

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Se substitue de plus en plus aux abords chirurgicaux

**Prélèvements à visée diagnostique** sous contrôle de l’imagerie (echo, TDM stéréotaxie) en tous points de l’organisme (biopsies).

Ex : Pose de stents et d’endoprothèses, drainage de cavités abcédées, nécrotiques ou kystiques compressives, gastrostomies d’alimentation.

On commence aussi les destructions in situ de tumeurs primitives (sujet âgé trop fragile pour une opération) ou secondaires de petite taille (thermo-cryothérapie).

Blocs plexiques anti-algiques (pour contrôler une douleur intolérable)

Embolisations (pour les faire diminuer ou réaliser l’hémostase d’une tumeur qui saigne dans un organe creux)

….

RADIOTHERAPIE CURATIVE

**Parfois curative seule** : hémopathies (lymphômes) et quelques rares localisations de tumeurs solides (séminome, mélanome de la choroïde…)

**Beaucoup plus souvent en combinaison de radio-chimiothérapie simultanée** : (col utérin, rectum, vessie localement avancée, poumon localement avancé inopérable, VADS, tumeurs de l’enfant… ) la chimiothérapie simultanée renforce l’efficacité des rayons et traite (minimalement) la maladie à distance ; l’objectif principal est de réduire le volume tumoral donc on renforce l’efficacité de la radiothérapie en utilisant la chimiothérapie simultanée mais cette dernière est peu efficace sur les lésions en dehors du territoire irradié car elle est faite à faibles doses.

Ou dans des stratégies pluridisciplinaires séquentielles (cancer du sein).

RADIOTHERAPIE PALLIATIVE

50% de l’activité des services de radiothérapie

Réduction du volume tumoral

Traitement de la douleur

Levée des compressions (eg syndrome médiastinal ou épidurite et compressions médullaires vs chirurgie)

Traitement des métastases cérébrales inopérables

Consolidation osseuse

A visée hémostatique (t. gynécologiques qui saignent)…

TRAITEMENT MEDICAUX : vu dans un autre cours

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Médicaments ciblés

**LES DIVERSES SITUATIONS STRATEGIQUES**

L’INVENTAIRE INITIAL

**Localiser** la tumeur primitive (parfois on ne la trouve pas)

Déterminer ses caractéristiques, volume **T** (1 à 4 « envahit les organes voisins »), histologie, biologie

Rechercher l’extension locorégionale (ganglions) **N**

Rechercher l’extension à distance (métastases présentes au diagnostic chez 25% patients cancéreux) **M**

**Classification TNM** (ou remplacée par des stades qui regroupent différents TNM exemple souvent pour les tumeurs gynécologiques (ovaire))

Permet d’évaluer la curabilité (avec des données d’ordre statistique) et établir un plan de traitement (PPS) en RCP en fonction des référentiels existants.

Le proposer au patient qui décide in fine.

PARENTHESE: LES RISQUES DES REFERENTIELS ET DE L’EBM

Le « tout normatif », tendance actuelle forte, à l’origine des référentiels, **protège les patients** de fortes dérives ou de méconnaissances des progrès récents (ça va vite) et **protège les praticiens** s’ils les appliquent. Ils peuvent néanmoins conduire à ne pas prendre en compte le **« contextuel »** propre à chaque patient et à proposer un projet inadapté. Ils peuvent aussi conduire à **un « abandon » prématuré faute de preuves** (EBM) ou pour statistiques trop pessimistes. Tout patient a le droit qu’on essaye de faire pour lui mieux que la statistique

LA MALADIE CURABLE

Maladie localisée, sans extension à distance décelable, accessible à un geste d’exérèse chirurgicale complet.

DONC

Dans la majorité des cas, la chirurgie d’exérèse première selon les règles de l’art

MAIS

100% des patients ne seront pas guéris par la chirurgie même parfaite (à cause de la maladie résiduelle imperceptible) et un certain nombre vont rechuter (on ne sait pas lesquels individuellement)

POURQUOI ?

LA MALADIE CURABLE : RECHUTES

**Rechute locale**: due à une exérèse « incomplète »; absence de barrière à l’extension, tumeur infiltrante mal limitée, le chirurgien ne voit pas les limites de la tumeur quand il opère (il opère sur des données de l’imagerie).

**Rechute régionale** (ganglionnaire ou sous-cutanée ou espaces cellulaires) : s’il y a un ganglion malade méconnu, cela entrainera une rechute.

**Rechute à distance** (« systèmique » ou métastase): des cellules avaient déjà disséminé de façon indécelable (imagerie et biologie) lors du diagnostic mais trop peu nombreuses pour être repérables : Maladie Résiduelle imperceptible

La rechute, notamment systèmique peut être précoce, tardive voire très tardive (>20 ans)

PROTECTION PREVENTION DES RECHUTES

Rechutes Locales et régionales: peut nécessiter un complément de traitement local, une reprise chirurgicale, une radiothérapie ou radio chimiothérapie concomitante (parfois avant la chirurgie, eg rectum, col utérin), parfois indiqués même après chirurgie potentiellement curative.

Rechutes Systémiques: prévenues par les traitements médicaux (chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées : sein en combinaison avec la chimiothérapie)

Ce sont des traitements ADJUVANTS : objectif d’augmenter le taux de guérison en traitant la maladie résiduelle imperceptible.

Traitement médical ADJUVANT: administré APRES le traitement initial local (chirurgical) potentiellement curateur dans le but d’ERADIQUER la maladie résiduelle imperceptible et ainsi d’éviter des rechutes systémiques et augmenter le taux de GUERISON

Traitement NEO-ADJUVANT: le même administré AVANT le traitement local avec le même objectif plus celui de faciliter la chirurgie en réduisant la tumeur (10% de conservation mammaire en plus) et de connaître la sensibilité de la tumeur au traitement administré : Si l’anatomo-pathologiste dit qu’il y a une RCp (Réponse Complète pathologique) alors les chances de guérison du malade sont très élevées c’est le meilleur facteur pronostique que l’on connait.

(Pas de différence en résultats finaux)

PRECAUTIONS

L’efficacité d’un traitement adjuvant est inconnue au niveau individuel mais seulement connue par la statistique où elle n’atteint jamais 100% (certains vont être guéris, une partie est déjà guérie par la chirurgie, et d’autres auront encore des rechutes malgré les meilleurs traitements adjuvants d’aujourd’hui)

Donc on ne devrait pas dire à un patient: « VOUS serez protégé de la rechute par le traitement adjuvant que nous vous proposons » mais « vous appartenez à une population qui tire tel degré de protection (ou de réduction du risque) de ce traitement »…

*A partir d’ici le Professeur est passé assez vite faute de temps, mais les diapos sont complètes.*

EXEMPLES D’EFFICACITE DES TRAITEMENT ADJUVANTS

Dans le **cancer du côlon** avec atteinte ganglionnaire, la chimiothérapie adjuvante réduit de 25% le risque de rechute.

Dans le **cancer du pancréas opéré**, la chimiothérapie adjuvante réduit le risque de rechute d’environ 30%

Dans le **cancer du SEIN**, d’après les méta-analyses de l’EBCTCG (Earl Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. R.Peto) :

→ L’hormonothérapie adjuvante réduit de 40% env. le risque de rechute des tumeurs exprimant les récepteurs hormonaux

→ La chimiothérapie (optimale) réduit de 50 à 70% le risque de rechute de toutes les sous-classes de tumeurs

→ Les bénéfices de la chimiothérapie et de l’hormonothérapie s’additionnent

Le traitement par l’anticorps anti Her-2 (herceptin) réduit de 50% le risque de rechute à 3 ans par rapport à la chimiothérapie seule.

SURVEILLANCE

Tout cancer traité et potentiellement guéri doit être surveillé à vie.

Il y a controverse sur la personne qui doit exercer la surveillance (cancérologue, spécialiste d’organe, médecin traitant…).

Il y a controverse sur le niveau d’examens à effectuer en surveillance: clinique bien sûr mais désaccord sur les examens d’imagerie et de biologie.

Il y a accord sur la surveillance endoscopique des côlons (q2 ou 3 ans) à la recherche de nouveaux polypes et la surveillance mammographique.

Il n’y a malheureusement pas de preuve statistique aujourd’hui que le diagnostic précoce d’une rechute de cancer augmente les chances d’une rechute curable ou augmente la survie de l’ensemble de la population rechutée.

D’où des recommandations minimalistes

PRISE EN CHARGE DE LA RECHUTE OU DE LA MALADIE D’EMBLEE « INCURABLE »

Quelques rechutes, même métastatiques vont être potentiellement curables. **NE PAS LAISSER PASSER LA CHANCE**

Les rechutes locorégionales doivent être gérées comme potentiellement curables

La plupart des rechutes métastatiques seront létales à terme mais la maladie peut s’étaler sur de nombreuses années (chronicisation de la maladie cancéreuse, parfois sur 20 ans et plus) :

→ chercher la plus longue survie et considérer chaque malade comme un potentiel long survivant

→ l’évolution n’est pas linéaire. Des phases de rémission s’intercalent entre les phases de progression. Le malade attend toujours une rémission de plus

→ prendre en compte +++ la qualité de vie mais pas d’arbitrage entre survie et QdV (les patients veulent les deux!)

→ utiliser toutes les ressources de la pluridisciplinarité et RCP

→ évaluer à chaque visite la menace vitale ou fonctionnelle et symptomatique à court, moyen ou long terme et adapter les décisions à ce profil de menace

→ n’ayez pas le « culte » de l’EBM. Une bonne partie du temps de survie d’un cancéreux non guéri doit être gérée avec un « niveau de preuve » = zéro

→ Une chimiothérapie « de plus » peut être « de trop » et délétère

→ écoutez vos patients plutôt que ceux qui vous disent de tout arrêter mais pas de promesses irréalistes

SOINS DE SUPPORT

Tous les soins qui, sans viser au contrôle de l’évolution tumorale, ont pour objectif d’améliorer les symptômes (douleur), de prévenir ou contrôler les complications et les effets secondaires des traitements anti-cancéreux.

Ils peuvent contribuer de façon majeure à la qualité de vie du patient et même à la prolongation de sa survie (Temel).

Ils doivent être appliqués avec scrupule et précision tout au long de la maladie, y compris en stratégie curative.

SOINS PALLIATIFS : lorsqu’on renonce à traiter la maladie cancéreuse parce qu’une chimiothérapie de plus ferait plus de mal que de bien.

Ambiguïté +++ sur le terme: tout traitement proposé pour une maladie réputée incurable est par essence palliatif: il y a donc des chimiothérapies palliatives, néanmoins classées dans les traitements curatifs car anti-cancéreux

Le terme est parfois employé pour désigner les « soins de support »

Les médias et les textes réglementaires le réservent à la fin de vie quand on renonce à traiter la maladie causale et que l’issue fatale est imminente. L’accès aux soins palliatifs est un droit des malades.

En cancérologie, les malades et famille associent souvent le terme à la notion d’abandon, alors qu’ils espèrent toujours une rémission « de plus »

Les soins palliatifs et l’accompagnement s’inscrivent dans une démarche de soins continus.

CAS Cliniques :

Femme de 76 ans

ATCD: HTA traitée, cholécystectomie

Avril 2010: rectorragies sans troubles du transit ni douleurs, ni AEG

Oct. 2010 coloscopie: sténose sigmoïdienne infranchissable. Biopsie ADK lieberkuhnien bien différencié + 2 adénomes en dysplasie de bas grade

KiRAS muté (interdira certains médicaments comme les anticorps anti-EGFR)

ACE 54 Ca 19.9 NC

TDM : M+ foie

Consultation d’annonce : normalement 4 items : Vous avez le cancer, cette maladie on ne sait pas la guérir, on vous propose de la chimiothérapie, qui prolongera votre vie mais qui ne vous guérira pas.

Elle a été opéré 4 fois, aujourd’hui elle n’a plus rien, la dernière opération remonte à 15 mois et elle a probablement 1 chances sur 2 d’être guérit. Prix de persévérance.

DIAPOSITIVES du CAS non vues en cours :

Facteurs pronostiques :

* Pourcentage d’envahissement du foie (>ou< 25%)
* Taux d’ACE
* Ph. Alcalines (1,1N)
* Indice de performance et indice TA

SUIVI :

Folfox x 4 : janvier 2011: stabilité

Folfox puis Folfox-Avastin (12 cycles en tout)

Mai 2011: stabilité de l’imagerie du lobe droit, disparition des images du lobe gauche (?), pas de signes cliniques ni radiologiques de carcinose péritonéale.

ACE? (chimio faite à Blois), troubles du transit de type subocclusifs.

Discussion de chirurgie. Quel examen préopératoire ?

16/06/1011 :

Après contrôle du lavement baryté (absence de lésion dans le colon au-dessus de la sténose !)

Cœlioscopie: pas de carcinose, pas d’épanchement péritonéal, pas de majoration du syndrome métastatique hépatique par rapport à l’imagerie

Laparotomie. Echographie peropératoire: lésion connue de la jonction des segments VII et VIII, lésion centimétrique sous capsulaire de la jonction des segments III et IV et lésion profonde de 5 mm du segment III non vue en préopératoire et difficilement accessible.

On renonce aux résections hépatiques

Sigmoïdectomie-anastomose termino-terminale

16 06 2011 – 15 09 2011 :

Adénocarcinome sigmoïdien moyennement différencié de 3,5 cm G2 et G3 par zones. 1N+/7. exérèse complète, recoupes saines.

Suites simples.

Repos thérapeutique

10 août 2011: stabilité EG et des images, ACE 11

Nouvelle discussion chirurgicale : Hépatectomie D + métastasectomie du III-IV ?

15 09 2011 :

Nouvelle laparotomie

Inventaire des lésions:

* Nodule 2cm jonction III-IV
* Nodule 15 mm milieu du segment III
* 2 nodules supplémentaires 5 et 10 mm segment III

Le nodule du foie D englobe la veine sus-hépatique D et la partie terminale de la veine sus-hépatique médiane (IRM).

Décision: métastasectomies atypiques pour les 4 nodules du foie gauche et ligature embolisation de la veine porte droite. Histologie: exérèse complète de 4 métas du K colique connu.

Suites simples. Reprise Folfox-avastin

08 12 2011: TDM Image du foie droit stable 7x5x3 cm. A gauche images postchirurgicales ?

24 01 2012: laparotomie. Absence de carcinose péritonéale. Biopsies multiples des zones cicatricielles, loges de métastasectomie, recoupe diaphragmatique avec extemporanés négatifs). Hépatectomie droite

Histo: exérèse complète de la métastase du foie droit entièrement nécrotique. Tous autres prélèvements négatifs.

Premier prix de persévérance!

*Guérison?*

DIAPOSITIVES NON VUES EN COURS : le Professeur n’a pas eu le temps, on « pourra aller les voir sur le diaporama ».

LE PROGRES EN CANCEROLOGIE

Ne peut être appréhendé que par la statistique (maladie résiduelle imperceptible, imprévisibilité des rechutes)

Nécessité d’observer de grandes cohortes de patients sur de longues périodes (rechutes tardives)

Nécessité de groupes comparatifs randomisés simultanés et non de comparaisons historiques

La statistique et ses corollaires les référentiels et l’EBM servent à mesurer nos progrès et peuvent aider à prendre des décisions mais pas à prédire l’avenir d’un patient, qui n’est jamais écrit à l’avance

**LA DOUBLE ECHELLE**

**ECHELLE DES PROGRES**  **ECHELLE DES MALADIES**

Trophoblastome

Tumeurs germinales

Leucémies aiguës

Leucémies chroniques

Cancer du sein

Cancer du colon

Cancer de la vessie

Cancer du poumon

Cancer du pancréas

Guérison

Prolongation de la survie

Prolongation de la survie sans rechute

Réduction du volume

Echec ou effet anti-algique pur.