



Soins de support

13^e Congrès national des soins oncologiques de support

« GÉRER ENSEMBLE LES EFFETS DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS »



Association Francophone des Soins Oncologiques de Support



Propos recueillis par Marianne Carrière

À l'occasion du 13^e congrès national des soins oncologiques de support, nous avons pu rencontrer plusieurs intervenants et faire le point avec eux sur les actualités et les perspectives en matière de soins de support. En voici quelques extraits. Vous pouvez retrouver l'intégralité des interviews en vidéos sur www.onko.fr.



Dr Mario Di Palma

Vice-président de l'AFSOS, président du comité d'organisation du congrès

INTRODUCTION

Pourquoi participer au 13^e congrès national des soins oncologiques de support ?

Trois mots pour définir le congrès ?

Le congrès de l'AFSOS, celui-ci comme les précédents, est pluridisciplinaire, pluriprofessionnel et sympathique.

Pourquoi y participer ?

Il y a principalement deux raisons. La première est de se tenir au courant de ce qui se passe dans le domaine de la cancérologie en général, et surtout des soins de support. La seconde est de rencontrer d'autres professionnels de santé, mais

aussi des représentants de patients et des représentants de l'industrie pharmaceutique.

Quels sont les trois moments à ne surtout pas rater ?

Il est très difficile de ne choisir que trois moments... Je dirais la session inaugurale, relative à la politique de santé avec la Haute autorité de santé et l'Institut national du cancer, car il se passe des choses importantes dans la nouvelle stratification des établissements de santé et la

stratégie décennale qui met vraiment en avant les soins de support. Je pense également à la session avec nos collègues canadiens autour des infirmiers de pratique avancée ainsi que la session d'actualités en termes d'immunothérapie qui fait le point à la fois sur les nouvelles indications, mais aussi sur la façon de gérer les toxicités et de prendre en charge les patients.

Voir les sessions en replay : www.congres-afsos.com



Dr Didier Mayeur

Oncologue médical, responsable du Département de soins de support, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
Secrétaire général de l'AFSOS

THROMBOSE

Cancer et thrombose : actualités, recommandations et bonnes pratiques

Quelles sont les principales recommandations AFSOS ?

Les recommandations « *thrombose et cancer* » de l'AFSOS sont de bien réfléchir quand on prescrit et donc de ne pas tomber dans des réflexes stéréotypés où l'on n'utiliserait soit que les HBPM soit que les AOD. Il faut être très vigilant vis-à-vis des risques hémorragiques et donc nous avons beaucoup retravaillé la question du choix de l'indication en traitement de la maladie thromboembolique veineuse en cancérologie. Nous avons aussi retravaillé la question de la thromboprophylaxie, et nous avons de réelles nuances avec les recommandations du NCCN ou de l'ASH par exemple. Nos recommandations sont disponibles en ligne sur le site de l'AFSOS, que je vous encourage à regarder régulièrement pour votre pratique quotidienne.

Des nouveautés à l'ESMO ?

Oui, vraisemblablement on peut dire que l'on commence à avoir une amélioration peut-être à venir du score de Khorana avec le score ONCOTEV en particulier. Et le fait que l'on voit l'incidence de la maladie thromboembolique veineuse qui émerge tout de même aussi avec les immunothérapies.

À quoi sert la RCP thrombose ?

Déjà, il faut en avoir une ! Et ce n'est pas du tout évident. La RCP thrombose c'est pour tous les cas difficiles ou les cas dans les zones grises dans lesquels on ne sait pas s'il faut mettre un AOD, un HBPM, quelle est la meilleure façon de faire ? quelles sont les interactions éventuelles entre tel AOD et tel médicament anticancéreux ? C'est vraiment là la meilleure indication de la RCP thrombose.

Lire le référentiel AFSOS « Thrombose et cancer » :
www.afsos.org/fiche-referentiel/prise-charge-de-maladie-thromboembolique-veineuse-cancerologie/



Dr Carole Bouleuc

Oncologue et médecin de soins palliatifs, responsable du Département de soins de support, Institut Curie, Paris

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

L'activité physique adaptée comme approche fondamentale dans la prise en charge du cancer

En trois mots, quels sont les bénéfices de l'activité physique adaptée dans la prise en charge du cancer ?

Les bénéfices de l'activité physique adaptée (APA) dans le cancer sont très importants. Le premier mot est « *muscle* », avec des bénéfices sur les performances sportives et sur l'état de tolérance cardio-circulatoire à l'effort, donc un meilleur état nutritionnel. Le deuxième mot est « *qualité de vie* » : beaucoup d'études ont montré l'amélioration de la fatigue, de la qualité du sommeil, de l'état psychologique et la réduction des effets secondaires des traitements systémiques de chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée. Le troisième mot est « *efficacité des traitements du cancer* » puisque l'APA permet de diminuer le risque de récurrence et d'allonger la survie des patients.

Quels sont les principaux résultats ?

Tous ces bénéfices ont été montrés dans des études cliniques. Pour la qualité de vie, il s'agit d'études randomisées, avec donc des niveaux de preuve très robustes, très solides (niveaux de preuve A). Pour la survie et la diminution du risque de récurrence, il s'agit plus souvent d'études épidémiologiques, mais quelques études randomisées sont en cours.

Pourquoi est-ce une approche fondamentale ?

Je crois effectivement qu'on peut le dire, l'activité physique dans le parcours oncologique est une révolution, autant pour les patients que pour les soignants. Il va en effet falloir que les patients changent leurs comportements, en particulier ceux qui n'avaient pas d'habitude sportive préalable à la survenue de leur cancer et c'est tout de même un grand bouleversement de vie d'adapter des habitudes de pratiques sportives et d'activité physique. Pour les soignants, c'est aussi une révolution de prescrire un traitement qui n'est pas un médicament, et peut-être aussi pour eux de comprendre qu'il faut qu'ils adoptent les recommandations nationales sur la pratique sportive.



Alexis Imbert

Diététicien-nutritionniste, Institut Gustave Roussy, Villejuif

SARCOPÉNIE

Nutrition, activité physique et sarcopénie : les bonnes pratiques

Que conseiller à un patient ?

La première chose à faire est d'identifier s'il y a dénutrition ou pas chez votre patient. S'il y a une dénutrition sévère, on orientera le patient plutôt vers une kinésithérapie pour ensuite avoir un suivi diététique adapté. Au niveau des recommandations en nutrition et cancérologie, on conseillera au patient de couvrir ses besoins à hauteur de 30-35 kcal/kg et d'avoir un apport entre 1,2 et 1,5 g de protéines. Il faudra s'assurer aussi que votre patient s'hydrate suffisamment durant son activité. En effet, les traitements peuvent avoir une incidence sur l'hydratation de votre patient à cause de perte de sensation de soif, de dysgueusie à l'eau plate et l'activité physique augmente aussi le risque de déshydratation. Il faut donc être très vigilant sur ce paramètre. On pourra aussi proposer les compléments nutritionnels oraux qu'on utilise chez nos patients sarcopéniques, plutôt à bon escient en se disant qu'on pourrait les mettre juste après l'activité physique plutôt que juste après ou 2 heures avant les repas. Le but étant d'avoir une incidence sur la synthèse protéique et sur la récupération musculaire au niveau du glycogène.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Pour le patient, les bénéfices sont d'avoir une amélioration de sa masse musculaire en cours de traitement et également de sa force musculaire. Cela peut être évalué par des outils comme le *hand grip*, l'impédancemétrie, des exercices de fonctions (*sit up test*, test de marche)... Cela doit avoir sur le patient une influence positive en termes d'augmentation de la masse musculaire.

La leucine : un intérêt en oncologie ?

Pour l'instant, les études qui ont montré que la leucine avait une efficacité ont été réalisées uniquement chez le sujet sarcopénique non cancéreux. On sait que la leucine agit sur le complexe mTor qui est lui-même aussi activé par les exercices de résistance. Quand on combine les deux, il y a un effet anabolisant sur la synthèse protéique musculaire. Néanmoins, en cancérologie, nous avons besoin de plus d'études parce qu'il est montré dans certains cas de cancer une dérégulation de ce complexe mTor et donc l'efficacité de la leucine peut être remise en cause.



Pr Philippe Poulain

Médecin de la douleur, anesthésiste-réanimateur, soins palliatifs, Tarbes

DOULEUR

Douleurs neuropathiques chimio-induites : mieux les connaître, pour mieux les prendre en charge dans la prise en charge du cancer

Comment définir les douleurs neuropathiques chimio-induites ?

Les douleurs neuropathiques chimio-induites (DNCI) sont des douleurs qui sont consécutives à la chimiothérapie, dont certaines sont plus pourvoyeuses de DNCI comme les taxanes, les sels de platine, qui entraînent des lésions nerveuses sources de troubles de la sensibilité parmi lesquels des troubles chaud/froid, des douleurs.

Qu'a-t-on appris ?

Aujourd'hui, nous avons appris plusieurs choses. D'abord que ce que l'on fait comme traitement actuellement en France ne correspond plus aux standards internationaux, notamment de l'ESMO et de l'ASCO qui mettent en première intention la duloxétine dans les DNCI. Les autres traitements sont à peu près au même niveau, c'est-à-dire peu efficaces. Seule la duloxétine semble avoir été le traitement efficace à 30, 60, 90, voire dans certains cas, 120 mg par jour.

En pratique ?

Avec les patients ce qui est important c'est d'abord d'évaluer cette douleur car on a vu aussi que la douleur neuropathique était mal évaluée. Cela demande beaucoup de temps, d'où l'intérêt du travail des infirmiers pour aider le médecin à évaluer la douleur. Mieux l'évaluation est faite, mieux seront ciblés les traitements. Bien sûr il n'y a pas que des médicaments, il y a des traitements non médicamenteux qui sont importants. Il y a aussi l'abord de certaines techniques qui sont peu conventionnelles, ou du moins moins reconnues par la médecine, notamment l'acupuncture par exemple qui a une certaine efficacité sur ce type de douleur. Le tout dans une prise en charge globale des patients. En réalité, la douleur est un des symptômes pris en charge par les soins de support, jusqu'aux soins palliatifs, pour des patients qui sont très douloureux ou avec une maladie très évolutive.



Pr Ivan Krakowski
Président de l'AFSOS

Retrouvez
l'intégralité des vidéos
sur www.onko.fr



CONCLUSION

Clôture du congrès et perspectives pour l'AFSOS

Notre 13^e congrès se termine, un nombre porte-chance ! Nous avons pu nous retrouver physiquement et en même temps continuer à communiquer en digital avec plus de 100 personnes qui se sont connectées en direct. Les soins de support ont résisté au Covid-19, ils participent d'ailleurs à la lutte contre la pandémie puisque nous avons publié notre référentiel actualisé « Vaccins et cancer ». Nous avons eu le plaisir d'entendre que l'HAS avait intégré de façon très claire les soins de support dans la prise en charge des cancers lors des processus de certification. Nous avons des échanges fréquents avec l'INCa sur les référentiels. Un référentiel commun a été produit par l'INCa

avec l'aide du groupe expert de l'AFSOS et d'autres sociétés savantes. Et nous avons 1 000 perspectives d'actualisations et de nouveaux référentiels et de participations avec le déploiement de soutien auprès des médecins, auprès des pharmaciens avec les outils AFSOS Form' qui vont nous permettre également de faire connaître nos référentiels. Je rappelle que nous sommes le seul pays au monde à avoir environ 60 référentiels sur les soins de support et nous allons essayer de les implémenter le plus possible. Merci à tous ceux qui voudraient nous rejoindre pour travailler sur ces référentiels notamment et pour apporter toutes les idées de recherche puisque le groupe recherche

est également très actif pour développer de nouvelles approches. ■

Trouver les référentiels AFSOS :

www.afsos.org/referentiels-recommandations/

[decouvrir-tous-les-referentiels/](http://www.afsos.org/referentiels-recommandations/decouvrir-tous-les-referentiels/)

En savoir plus sur AFSOS Form' :

www.afsos.org/congres-formations/afsos-form/

Mots-clés :

Soins de support, AFSOS, Sarcopénie, Activité physique adaptée, Nutrition, Thrombose, Cancer, Douleur neuropathique, Recommandations, Référentiel

« Rendez-vous de l'industrie »

CBNPC

Osimertinib : nouvelle indication dans le CBNPC réséqué avec mutations de l'EGFR

Tagrisso® en monothérapie est indiqué dans le traitement adjuvant après résection tumorale complète d'adultes atteints d'un CBNPC de stade IB-IIIa avec mutations activatrices de l'EGFR par délétion de l'exon 19 ou substitution de l'exon 21 (L858R). Il s'administre par voie orale une fois par jour. Cet ITK de 3^e génération sélectif pour les mutations activatrices de l'EGFR et pour les mutations de résistance exerce une puissante action inhibitrice vis-à-vis de l'EGFR sur un large spectre de lignées cellulaires du CBNPC présentant des mutations EGFRm et T790M. Il en découle une inhibition de la croissance cellulaire de ces cellules mutées, avec une activité moindre contre l'EGFR dans les lignées cellulaires sauvages. Les patients en situation adjuvante doivent être traités jusqu'à récurrence ou survenue d'une toxicité inacceptable. Une durée de traitement supérieure à 3 ans n'a pas été étudiée.

→ MC d'après le communiqué d'AstraZeneca du 24 septembre 2021.

CANCER DU SEIN

Avis positif pour le sacituzumab govitécan en traitement de deuxième ligne du cancer du sein triple négatif métastatique

Le Comité des médicaments pour usage humain (CHMP), de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a émis un avis positif en faveur du sacituzumab govitécan en monothérapie indiquée dans le traitement des patients adultes atteints de cancer du sein triple négatif (TNBC) non résécable ou métastatique qui ont déjà reçu au moins deux traitements systémiques, dont au moins un pour une forme avancée de la maladie. La recommandation est basée sur l'étude de phase III ASCENT, qui a montré que le sacituzumab govitécan améliorait de manière significative la survie globale en traitement de deuxième ligne versus la chimiothérapie laissée au choix du médecin dans le cancer du sein triple négatif métastatique.

→ MC d'après le communiqué de Gilead du 15 octobre 2021.