

FMC Cancérologie Digestive

Chimiothérapie et traitement médical du cancer

Dr Aurélien CARNOT, Oncologue

SOIGNER

INNOVER

GARANTIR

ORGANISER



Objectifs pédagogiques

Cancer colorectal : principes de traitement médical
Chimiothérapie Adjuvante
Chimiothérapie Métastatique

Gestion des biomédicaments dans les cancers digestifs

Accompagnement – surveillance de la chimiothérapie

Pré test

A Une chimiothérapie post opératoire est systématiquement proposée après traitement chirurgical d'un adénocarcinome colique

B La chirurgie hépatique ou péritonéale reste un traitement palliatif du Cancer colorectal métastatique

C En cas de nausées ou vomissements retardés chimio-induits, le traitement de choix n'est pas l'ondansetron (Zophren®, Setofilm®...)

D les traitements ciblés ne provoquent en règle générale aucune toxicité

E Un suivi en soins palliatifs ne s'entend qu'après échec ou impossibilité de mettre en place un traitement spécifique du cancer

Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Patient de 65 ans, dyspnée chronique d'installation progressive depuis 8 mois

ATCD : cardiopathie ischémique ayant nécessité un double pontage en 2012, dyslipidémie, HTA

Adressé aux urgences pour anémie à 5,8g/dL.

Bilan réalisé dans le cadre d'une dyspnée chronique évoluant depuis 8 mois

Aux urgences : anémie 5,3g/dL, microcytaire (61,4fL), transfusion 3 CE et hospitalisation

- Colo : volumineuse lésion bourgeonnante sténosante suspecte
- FOGD : RAS
- TDM TAP : Lésion néoplasique du côlon transverse à droite, mesurant 4,5 cm d'épaisseur et 7,8 cm de longueur responsable d'une sténose de la lumière du côlon. Infiltration de la graisse péri-colique avec présence de multiples adénopathies péri-coliques. Adénopathies nécrotiques de la racine du mésentère péri-centimétrique. Pas de lésions d'allure secondaire
- Biopsie colique : Adénocarcinome

Réalisation d'une colectomie droite coelioscopique convertie, validée en RCP préalablement

Anapath : adénocarcinome bien différencié avec plages colloïdes muqueuses, non perforée, s'étendant jusqu'à la sous-muqueuse, marge 6 cm en amont, 7 cm en aval.

Pas d'engainement nerveux ou d'emboles vasculaires

Curage : 2 ganglions envahis en rupture capsulaire sur les 22 prélevés

TNM : pT3pN1 STADE IIIA

Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Patient de 65 ans, Diagnostic ADK colique sur anémie 5,8g/dL

ATCD : cardiopathie ischémique ayant nécessité un double pontage en 2012, dyslipidémie, HTA

Anapath colectomie : ADK pT3pN1 Stade IIIa

Faut il réaliser un traitement complémentaire ?

Oui

Non

Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Patient de 65 ans, Diagnostic ADK colique sur anémie 5,8g/dL

ATCD : cardiopathie ischémique ayant nécessité un double pontage en 2012, dyslipidémie, HTA

Anapath colectomie : ADK pT3pN1 Stade IIIa

Faut il réaliser un traitement complémentaire ?

Oui

- Sur le stade : Stade III (N+) => CT adjuvante
- Sur l'âge et l'absence de contre indication

Non

Références



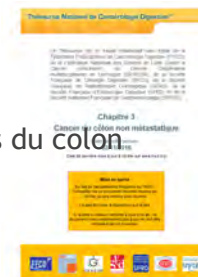
Guide ALD

Cancer colorectal, adénocarcinome
INCa HAS Avril 2012



RR-RCP

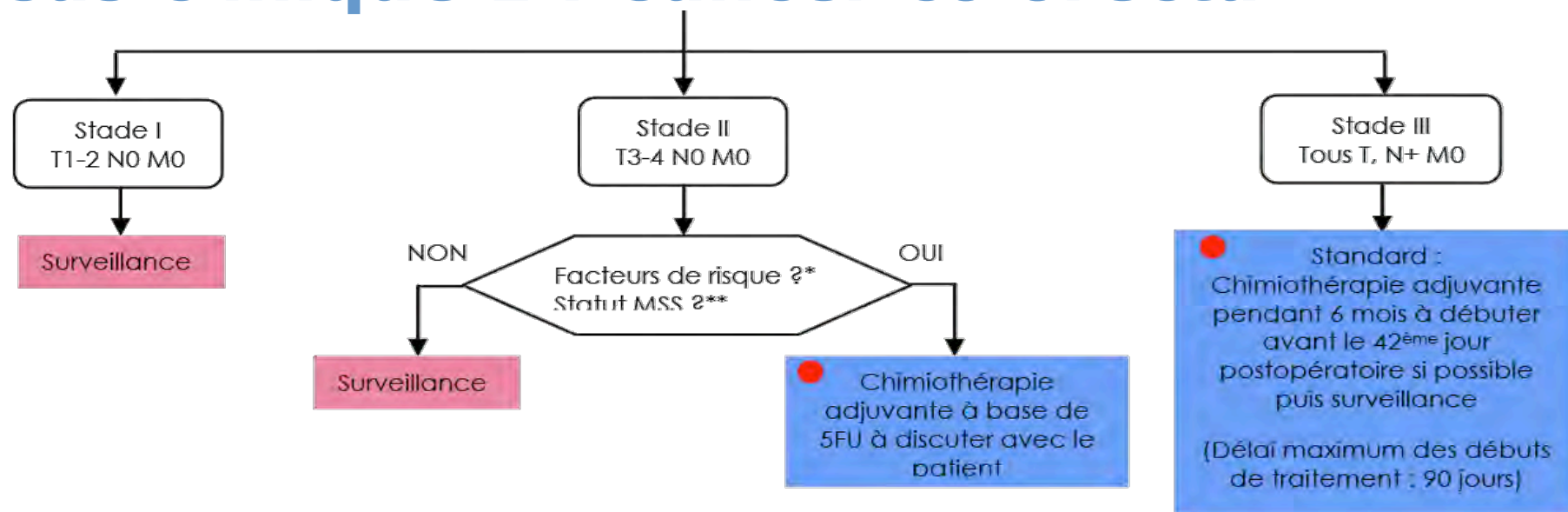
Cancérologie digestive cancers du colon
OncoNPDC Avril 2016



TNCD

Chap. 3 cancer du colon non métastatique
www.tncd.org novembre 2016

Cas clinique 1 : Cancer colorectal



* Facteurs de risque : Complication révélatrice, nombre de ganglions < 12, tumeur peu différenciée, stade T4, embolies vasculaires ou engainements périnerveux)

** Statut MSS : déterminé par biologie moléculaire et immunohistochimie. A ne prendre en compte que si on considère une chimiothérapie uniquement à base de 5FU.

Références

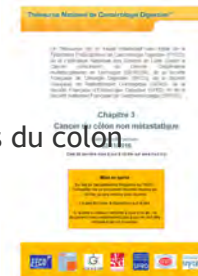
Guide ALD

Cancer colorectal, adénocarcinome
INCa HAS Avril 2012



RR-RCP

Cancérologie digestive cancers du colon
OncoNPDC Avril 2016



TNCD

Chap. 3 cancer du colon non métastatique
www.tncd.org novembre 2016

Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Patient de 65 ans, Diagnostic ADK colique sur anémie 5,8g/dL

ATCD : cardiopathie ischémique ayant nécessité un double pontage en 2012, dyslipidémie, HTA

Anapath colectomie : ADK pT3pN1 Stade IIIa

Décision de chimiothérapie complémentaire

Quel protocole de chimiothérapie ?

- FOLFOX 6 mois
- XELOX (= CAPOX) 3 ou 6 mois
- XELODA (capecitabine) seul 6 mois
- LV5FU2 6 mois
- CT + thérapie ciblée 6 mois

Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Chimiothérapies Utilisées en adjuvant : 5FU

5FU + Ac FOLINIQUE = LV5FU2

Une cure débutée en HDJ et poursuivie 46h à domicile sur diffuseur épétée tout les 15jours pendant 6 mois

XELODA (capecitabine)

Une prise matin et soir pendant 14j puis une semaine de pause
Cycles de 21jours répétés pendant 6 mois

Stade II :

Gain survie globale de 2 à 5% à 5 ans

Stade III :

Gain survie globale de 13 à 16% à 5ans



Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Chimiothérapies Utilisées en adjuvant : 5FU + OXALIPLATINE

LV5FU2 + OXALIPLATINE = FOLFOX

Une cure débutée en HDJ et poursuivie 46h à domicile sur diffuseur
Répétée tout les 15jours pendant 6 mois

XELODA (capecitabine) + OXALIPLATINE = XELOX (CAPOX)

Une prise de XELODA matin et soir pendant 14j puis une semaine de pause
Injection OXALIPLATINE à J1 en hôpital de jour
Cycles de 21jours répétés pendant 6 mois

Actualité 2017 :
Question de la durée : 3 vs 6 mois ?
Non infériorité chez patients T1-3/N1 sous XELOX
=>OPTION



Bénéfice Versus 5FU seul :

Stade II : pas de bénéfice en survie globale à 10 ans (MOSAIC) sauf sous groupe à haut risque

Stade III :

- Réduction 23 % risque de rechute à 3 ans
- Amélioration survie à 10 ans (71,7% vs 67,1% (HR 0,85, P= 0,043))
- MAIS neurotoxicité de grade 3 pour 12 % des patients

Etude MOSAIC

Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Patient de 65 ans, Diagnostic ADK colique sur anémie 5,8g/dL

ATCD : cardiopathie ischémique ayant nécessité un double pontage en 2012, dyslipidémie, HTA

Anapath colectomie : ADK pT3pN1 Stade IIIa

Décision de chimiothérapie complémentaire FOLFOX 6 mois (option : XELOX 6 ou 3 mois)

1^{er} cycle : dès J2, le patient se plaint d'**acroparesthesies des doigts**, notamment au contact du froid

AIGU

=> effet secondaire courant de l'oxaliplatine

=> à type de Dysesthésie, Allodynie mécanique et au froid, Hyperalgésie

=> s'atténuant en quelques jours

=> intérêt de la prévention de l'exposition au froid des extrémités durant CT

Chronique

=> risque de toxicité chronique, survenant avec le cumul des doses

=> pouvant apparaître plusieurs semaines après la fin du traitement

=> A type de paresthésies, dysesthésies, diminution proprioception, thermoception et pallesthésie

=> prévention par administration IV peri-oxaliplatine de MgSO4 et GlcCa discutée

=> récupération longue, parfois incomplète



Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Patient de 65 ans, Diagnostic ADK colique sur anémie 5,8g/dL

ATCD : cardiopathie ischémique ayant nécessité un double pontage en 2012, dyslipidémie, HTA

Anapath colectomie : ADK pT3pN1 Stade IIIa

Décision de chimiothérapie complémentaire FOLFOX 6 mois (option : XELOX 6 ou 3 mois)

2^{eme} cycle : à J2, Douleurs thoraciques angineuses répétées

Arrêt de la chimiothérapie, Hospitalisation en cardio après Cs aux SAU via SMUR:

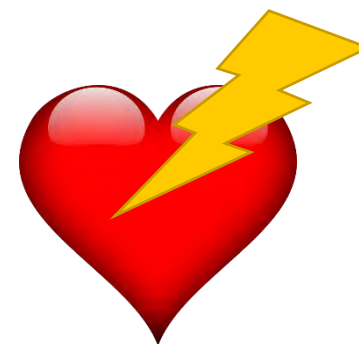
ECG : rythme sinusal régulier, QRS fins, onde Q séquellaire en inférieur, onde T plate en latéral.

Radio thoracique : absence de surcharge ou de foyer pleuro-parenchymateux.

Biologie : NFS ok CRP négative créatinine 8 mg/l iono normal troponine 18 pg/ml, NT pro BNP 115 pg/ml.

Coronarographie : IVA et coronaire droite native occluse, pontage mammaire interne gauche IVA fonctionnel, pont veineux marginal fonctionnel sur un vaisseau de petit calibre

=> cardiotoxicité du 5FU

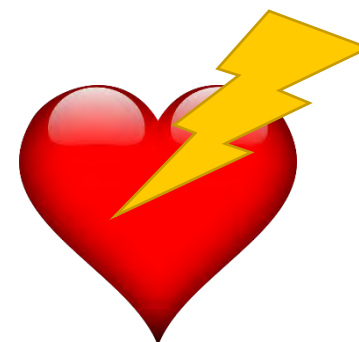


Cas clinique 1 : Cancer colorectal

CARDIOTOXICITÉ AU 5FU

non dose dépendante, immédiate

- Clinique:
 - douleur thoracique non spécifique ou angineuse
 - Souvent associée à des modifications ECG
 - Survient habituellement dans les 72h du cycle
- Facteur de risque :
 - perfusion continue (vs bolus)
 - pathologie coronarienne atherosclerotique sous jacente,
 - radiothérapie thoracique
- Mécanisme : vasospasme+++ , parfois TakoTsubo, myocardite ou thrombus (sur cytotoxicité endothéliale)
- Traitement : Arrêt perfusion 5FU, antiangineux, traitement spécifique
- Récidive 50% si rechallenge



Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Diffuseurs de chimiothérapie

Surveillance par IDE 1x/j à domicile : bonne position aiguille PAC, bonne diffusion, bonne tolérance



Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Diffuseurs de chimiothérapie

Surveillance par IDE 1x/j à domicile : bonne position aiguille PAC, bonne diffusion, bonne tolérance

Potentiels incidents :

Problèmes de débit : perfusion trop rapide ou trop lente (tolérance +/-10%)

⇒ Conseils préventifs: régulateur de débit au contact de la peau,
réservoir et tubulure à l'extérieur des vêtements

⇒ Dans tout les cas prendre contact avec service d'oncologie

Extravasation

=> cytotoxique pouvant être vésicant ou irritant

=> Arrêt de la chimiothérapie (clamp) laisser l'aiguille en place,

=> si matériel dispo, réaspirer par aiguille sur tubulure proximale

=> consultation immédiate pour PeC en urgence

Fuite de cytotoxique

=> port de gants au minimum, arrêt de la perfusion, lavage des mains à l'eau et au savon

=> appel du service d'oncologie et/ou d'un centre antipoison en cas d'exposition cutanée
ou d'un tiers



Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Patient de 65 ans, Diagnostic ADK colique sur anémie 5,8g/dL

ATCD : cardiopathie ischémique ayant nécessité un double pontage en 2012, dyslipidémie, HTA

Anapath colectomie : ADK pT3pN1 Stade IIIa

Décision de chimiothérapie complémentaire FOLFOX 6 mois (option : XELOX 6 ou 3 mois)

2^{eme} cycle : vasospasme au 5FU

Devant rapport bénéfice risque, après discussion avec les cardiologues et le patient, décision poursuite traitement

3^e cycle : **récidive cardiotoxicité 5FU**, d'évolution favorable

⇒ Arrêt de la chimiothérapie adjuvante

⇒ Mise en place de la Surveillance

Quelle surveillance?

Cas clinique 1 : Cancer colorectal

Surveillance cancer colorectal adjuvant:

Indication : patients capables de supporter une ré intervention ou une chimiothérapie

Clinique : examen clinique trimestriel pendant 3 ans puis semestriel jusqu'à 5 ans puis annuel

Biologique : ACE trimestriel pendant 3 ans (option)

Morphologique

- Imagerie abdominale (échographie ou TDM AP) trimestrielle pendant 3 ans puis semestrielle jusqu'à
- imagerie thoracique (radio thorax ou TDM tho) annuelle pendant 5 ans
- endoscopique: coloscopie à 2-3 ans puis à 5 ans si elle est normale
 - Sauf si incomplète initiale (sténose) : dans les 6 mois suivant la chirurgie
 - Sauf si PAF, Lynch, polypose MYH

Arrêt du test de dépistage

- chez le patient
- chez ses apparentés au 1^{er} degrés (surveillance coloscopique)

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

Patient 67ans

ATCD : HTA équilibrée sous COVERSYL

Réalisation d'un TEP Scanner devant des diarrhées évoluant depuis plus d'un an associée à des rectorragies, une légère AEG et une augmentation des ACE.

=> hypermétabolisme circonférentiel du rectum

=> localisation métastatique hépatique

- FOGD coloscopie : lésion du bas rectum, sténosante, accessible au doigt
=> biopsie ADK (statut RAS BRAF sauvage, statut MMR:MSS)
- IRM rectale lésion circonférentielle du haut et moyen rectum classée T3 N1
- IRM hépatique lésion M+ du segment VII de 65 mm

RCP : M+ hépatique unique semblant potentiellement résécable d'un ADK du bas rectum

- Colostomie de décharge
- CT première (FOLFOX Vectibix®)
- Projet traitement bifocal ultérieur

OUI :

Même si 2/3 patients récidivent (au niveau uniquement hépatique dans 1/3 des cas, accessible à une nouvelle résection)

Survie à 5 ans après chirurgie 37% - 58%

Survie à 10 ans après chirurgie 20% - 25%.

Ce projet est il à prétention curatif ?

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

Patient 67ans

ATCD : HTA équilibrée sous COVERSYL

ADK rectal T3N1M1 (M+ hépatique unique 65 mm potentiellement résécable) RAS BRAF sauvage MSS
A bénéficié d'une colostomie de décharge

Chimiothérapie par FOLFOX VECTIBIX

1ere cure : vous consulte à J4 pour **tolérance digestive difficile** malgré prise d' EMEND® (aprèpitant)
Avec des vomissements quasi-quotidiens, nausées et prise alimentaire difficile

Que faites vous ?



Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

Prise en charge des nausées/vomissements chimio-induits retardés

FOLFOX : chimiothérapie hautement émétisante.

Règles hygiénodietétiques :

- Repas froids, fractionnés,
- Boissons au goût des patients,
- Eviter fortes odeurs(+/- paille dans tasse fermée)
- Position assise 30min après repas
- Favoriser Hyperhydratation, enrichissement

Acupuncture - électrostimulation - acupression : efficaces sur N/V aigues, pas de données sur retardés

Meds:



SETRONS : pas de bénéfice sur prophylaxie si instauration après J1

CORTICOTHERAPIE: potentialise effet autre antiémétiques

ANTID2: domperidone pour nausées, metoclopramide pour vomissements retardés

ANTI NK1 (emend® - aprépitant) initié à J1 en hospitalier, poursuivis en ville J2J3

BDZ : bénéfice sur N/V anticipatoires +++

RECOMMANDATIONS AFSOS : metoclopramide 10-60mg/j ou OLANZAPINE 10mg/j

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

Patient 67ans

ATCD : HTA équilibrée sous COVERSYL

ADK rectal T3N1M1 (M+ hépatique unique 65 mm potentiellement résécable) RAS BRAF sauvage MSS
A bénéficié d'une colostomie de décharge

Chimiothérapie par FOLFOX VECTIBIX®

2^e cure : amélioration de la tolérance digestive après modification antiémétique.
En revanche, apparition d'une **folliculite au niveau du visage du torse et du dos**

Quelle prise en charge?

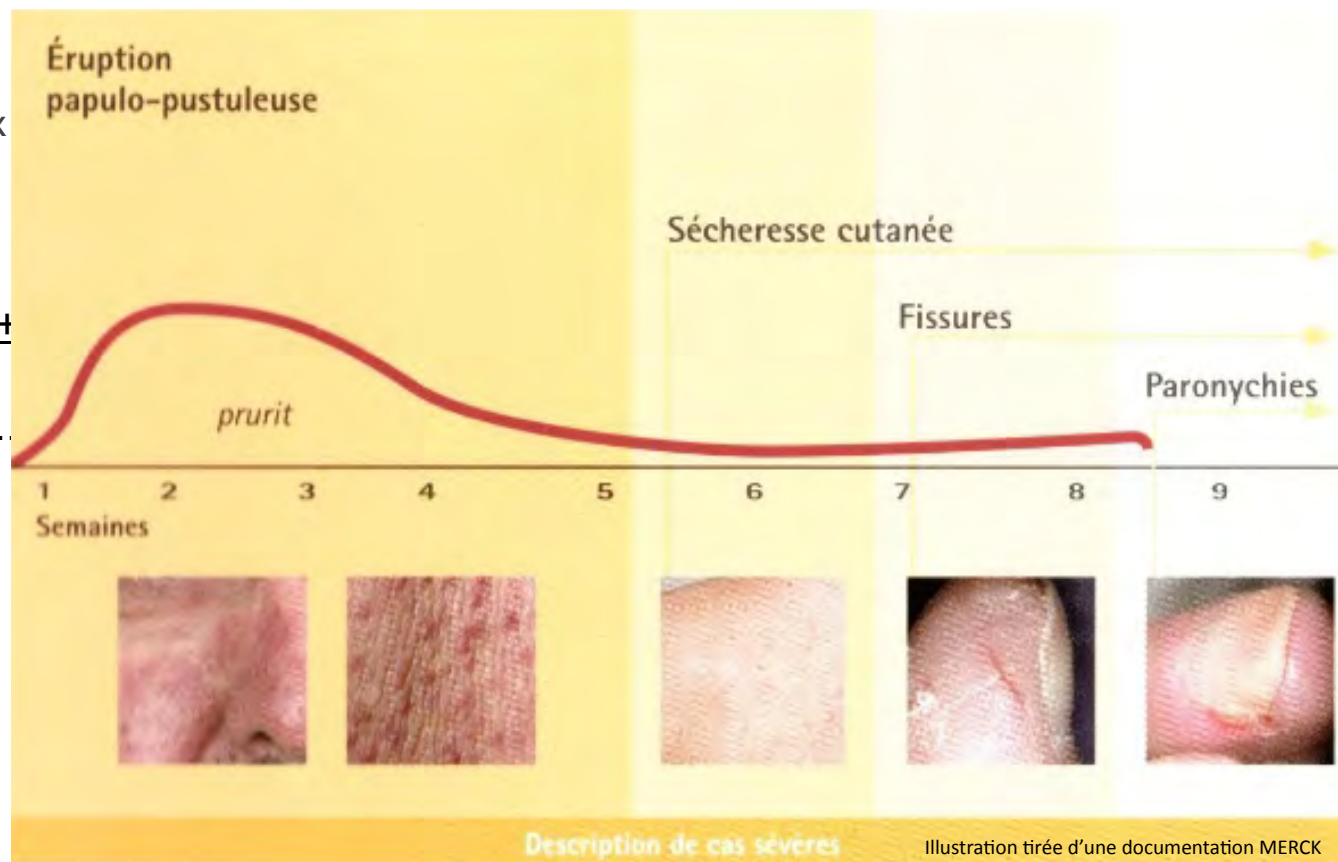
Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

ANTI EGFR (HER1)

CETUXIMAB (Erbitux®)
PANITUMUMAB (Vectibix)

également TKI dans K poumon

Effets secondaire : cutanéomuqueux ++
Rash acnéiforme, Xérose cutanée,
Fissures, Paronychies, Hypertrichoses.



Chronologie d'apparition:

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

ANTI EGFR (HER1)

CETUXIMAB (Erbix)
PANITUMUMAB (vectibix)
également TKI dans K poumon

Effets secondaire : cutanéomuqueux +++
Rash acnéiforme, xérose cutanée, fissures
paronychies hypertrichoses...

Traitement de la folliculite:

Traitement préventif:

Photoprotection, doxycycline, pain surgras sans savon

=> kits dermatos fournis par labos

Traitement curatif:

Faible grade: erythromycine topique +cycline PO

Grade modéré: dermocorticoïdes :locapred/diprosone + cycline PO

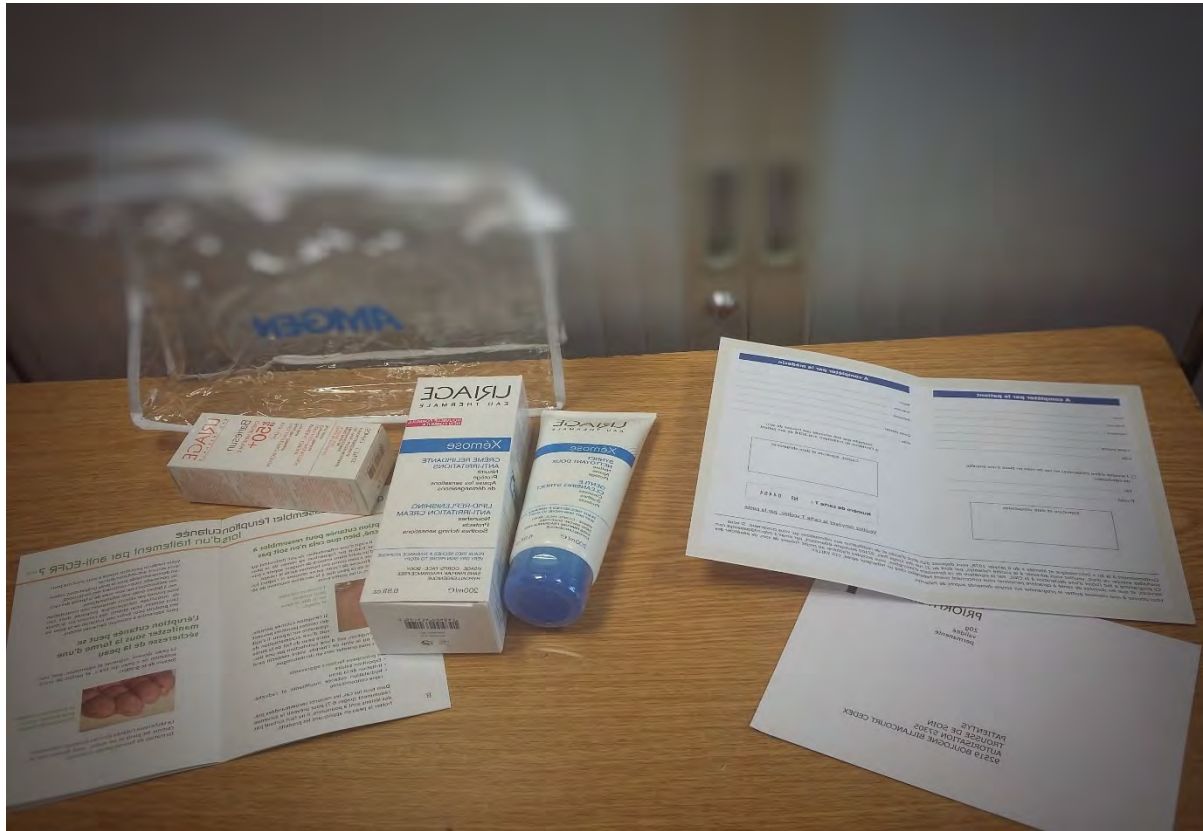
Sévère: diprosone, augmenter dose cycline, interrompre ttt

CAT en pratique

=> doxycycline 100mg/j

=> locapred diprosone

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+



Programmes de mise à disposition de kits dermatologiques par les laboratoires proposant des traitements anti EGFR

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

Patient 67ans

ATCD : HTA équilibrée sous COVERSYL

ADK rectal T3N1M1 (M+ hépatique unique 65 mm potentiellement résécable) RAS BRAF sauvage MSS
A bénéficié d'une colostomie de décharge

Chimiothérapie par FOLFOX VECTIBIX

Bilan à 6 cycles: Bonne réponse permettant une prise en charge chirurgicale rectale après radio-chimiothérapie néoadjuvante puis une prise en charge hépatique après chimiothérapie péri-opératoire. Le patient est ensuite surveillé.

4 mois après la fin de cette prise en charge, survenue de métastases pulmonaires, légitimant l'introduction d'une chimiothérapie par **FOLFIRI-Avastin**

Vous consultez au 5^e jour du 1^{er} cycle pour diarrhées et douleurs abdominales non fébriles, non sanglantes, sans signes de déshydratation,

Que faites vous?

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

FOLFIRI : LV5FU2 + IRINOTECAN

Tox spécifiques de l'irinotécan :

- **Syndrome cholinergique aigu durant perfusion**

Diarrhée précoce, sueurs profuses, crampes abdominales, larmoiements, myosis et hypersalivation
Prévenu par l'administration d'atropine avant injection

- **Diarrhées, parfois profuses, souvent retardées**
=> Traitement symptomatique par **loperamide** souvent efficace

CAT

=> Loperamide +/- Racecadotril (Tiorfan®)

=> lono fonction rénale

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

Patient 67ans

ATCD : HTA équilibrée sous COVERSYL

ADK rectal T3N1M1 réséqué, en 2^e ligne sous FOLFIRI AVASTIN pour évolutivité pulmonaire

Vous revoyez le patient durant l'intercure du 5^e cycle en consultation systématique.

Tension 185/90 bras gauche 180/90 bras droit

Contrôle après 5 minutes de décubitus au calme: 170/85 bras gauche et droit

Que faites vous?

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

ANTI ANGIOGENIQUE

BEVACIZUMAB (Avastin)

AFLIBERCEPT (Zaltrap, 2^e ligne uniquement)

Egalement TKI cancer rein, foie, GIST, ...

Effets secondaire : Vasculaires+++
HTA, Thomboses, hémorragies,
perforation digestive

- Nécessité d'un contrôle tensionnel régulier (mensuel + avant chaque cure)
 - dépistage protéinurie par BU avant chaque cure
- ⇒ Ici : traitement antihypertenseur à incrémenter,
⇒ soit ici selon reco HAS avec **inhibiteur calcique** ++ (ou thiazidique)
- ⇒ Consultation cardio à envisager

Cas clinique 2 : Cancer Colorectal M+

Le devenir des patients porteurs d'un CCRm...

Progrès récents avec

- nouveaux médicaments,
- nouvelles lignes,
- meilleurs soins de supports

Amélioration médiane survie

- De 6mois il y a 15-20 ans
- À environ 30 mois aujourd'hui, voir plus dans les dernières études

Stratégie CCRM RAS WT (KRAS et NRAS exon 2, 3 et 4) et grades (Gr) de recommandation				
D'emblée résecables	Potentiellement résecables	Jamais Résecables Symptomatiques Volume tumoral menaçant	Jamais Résecables Asymptomatiques Volume tumoral non menaçant	Jamais Résecables Comorbidité-Agés OMS 2
L1	Folfox / Folfiri +/- cetux ou Pani (Gr B)	Folfox / Folfiri +/- cetux ou Pani (Gr B)	5FU+/-beva (Gr A)	5FU +/- beva (Gr A)
	Folfoxiri +/- beva (Gr B)	Folfox / folfiri +/- beva (Gr B)	(Jusqu'à Progression et évaluation Tous les 2 mois)	Folfox / Folfiri +/- cetux ou Pani ou beva (dose CT adaptée) (Gr B)
Folfox / Folfiri +/- beva (Gr C)	Folfoxiri +/- Beva (Gr B)			
L2	Si pas de résection envisageable après 8 à 12 cures et si pas de progression : Discuter entretien par 5FU/capecitabine (Gr B) +/- beva (Gr B) Ou pause (si réponse majeure) (Gr C)			
<p>Si pas de biothérapie L1 : Switch CT +/- beva ou afli (si folfox L1) ou cetux ou Pani (seult av folfiri) (Gr B)</p> <p>Si beva L1 : Switch CT +/- beva (Gr A) ou afli (Gr A si folfox L1)) ou cetux ou pani (seult av folfiri) (Gr B)</p> <p>Si anti-EGFR L1 : Switch CT +/- beva ou afli (si folfox L1) (Gr B)</p> <p>Si triCT +/- beva L1 : rego (OMS 0-1) (Gr A) ou TAS-102 (Gr B) (ATU en cours)</p> <p style="text-align: right;"><i>Switch CT : Folfox ↔ Folfiri LV5FU2 ↔ Folfiri ou Folfox</i></p>				
L>3	<p>Rego si OMS 0-1 (Gr A) TAS-102 (Gr B) (ATU en cours)</p> <p>Cetux ou Pani +/- Irinotecan (si pas anti EGFR L1 ou L2) (Gr B) Option : Réintroduction antiEGFRs (Gr C) BSC (si OMS > 2)</p>			

Toxicités spécifiques des Chimiothérapies du CCR

ADJUVANT

LV5FU2 ou Capécitabine

Toxicité cardiaque (spasme 5FU)

FOLFOX

neuropathie. Hautement émétisant

METASTATIQUE

FOLFOX

FOLFIRI

Diarrhées retardées parfois sévères, alopecie

TAS 102

Toxicité hématologique

Anti HER2 (Vectibix-PANITUMUMAB et Erbitux CETUXIMAB)

Toxicité cutanée

Antiangiogéniques (Avastin-BEVACIZUMAB Zaltrap-AFLIBERCEPT Stivarga-REGORAFENIB*)

HTA, thromboses, risque de perforation/fistules

Regorafenib et zaltrap : diarrhées

Regorafenib : syndrome main pied hyperkératosique, dysthyroïdie

Cas clinique n°3: carcinome hépatocellulaire

Patient 67 ans

ATCD: amygdalectomie, une allergie à l'ASPIRINE, et à la Pénicilline, OH 50g/j

Adressé aux urgences pour bilan de douleurs abdominales épigastriques

TDM TAP: masse hépatique gauche avec calcul vésiculaire non compliqué
Deux nodules pulmonaires

Biologie: hémoglobine à 14.2 g/dl, un TP à 86 %, une fonction rénale normale, une CRP à 47 ASAT à 151 UI/l, ALAT 63 UI/l, PAL à 139 UI/l, gamma GT à 395 UI/l, bilirubine totale à 8 mg/l AFP > 50 000

Anapath : Foie sain : Fibrose hépatique F3, foie tumoral : **CHC**

RCP : Décision de PeC par SORAFENIB

Cas clinique n°3: carcinome hépatocellulaire

Patient 67 ans

ATCD: amygdalectomie, une allergie à l'ASPIRINE, et à la Pénicilline, OH 50g/j

Votre patient vous explique que son oncologue lui a proposé une « **étude randomisée** visant à évaluer l'intérêt d'une prise en charge précoce en soins de support sur la survie globale des patients atteints D'un cancer du haut appareil digestif ».

A priori il devra voir un médecin qui fait des soins palliatifs pendant ses soins s'il est tiré au sort et dans tout les cas il faudra qu'il remplisse des questionnaire de qualité de vie régulièrement

Il vous demande ce que vous en pensez...

Cas clinique n°3: carcinome hépatocellulaire

Cancérologie et études cliniques

Plan cancer 2014-2019

Action 5.2: objectif 50 000 patients par an inclus dans des essais thérapeutiques en 2019

Ces essais assurent l'avènement du progrès médical pour la collectivité, mais aussi une prise en charge de qualité pour les patients participants, qui accèdent ainsi à l'innovation et à des soins harmonisés de qualité. La participation forte des groupes coopérateurs, leur mise en responsabilité dans la proposition et la conduite d'essais cliniques visant à répondre aux grandes questions thérapeutiques d'augmentation de la survie et de réduction des effets secondaires et tardifs des traitements, doivent être facilitées

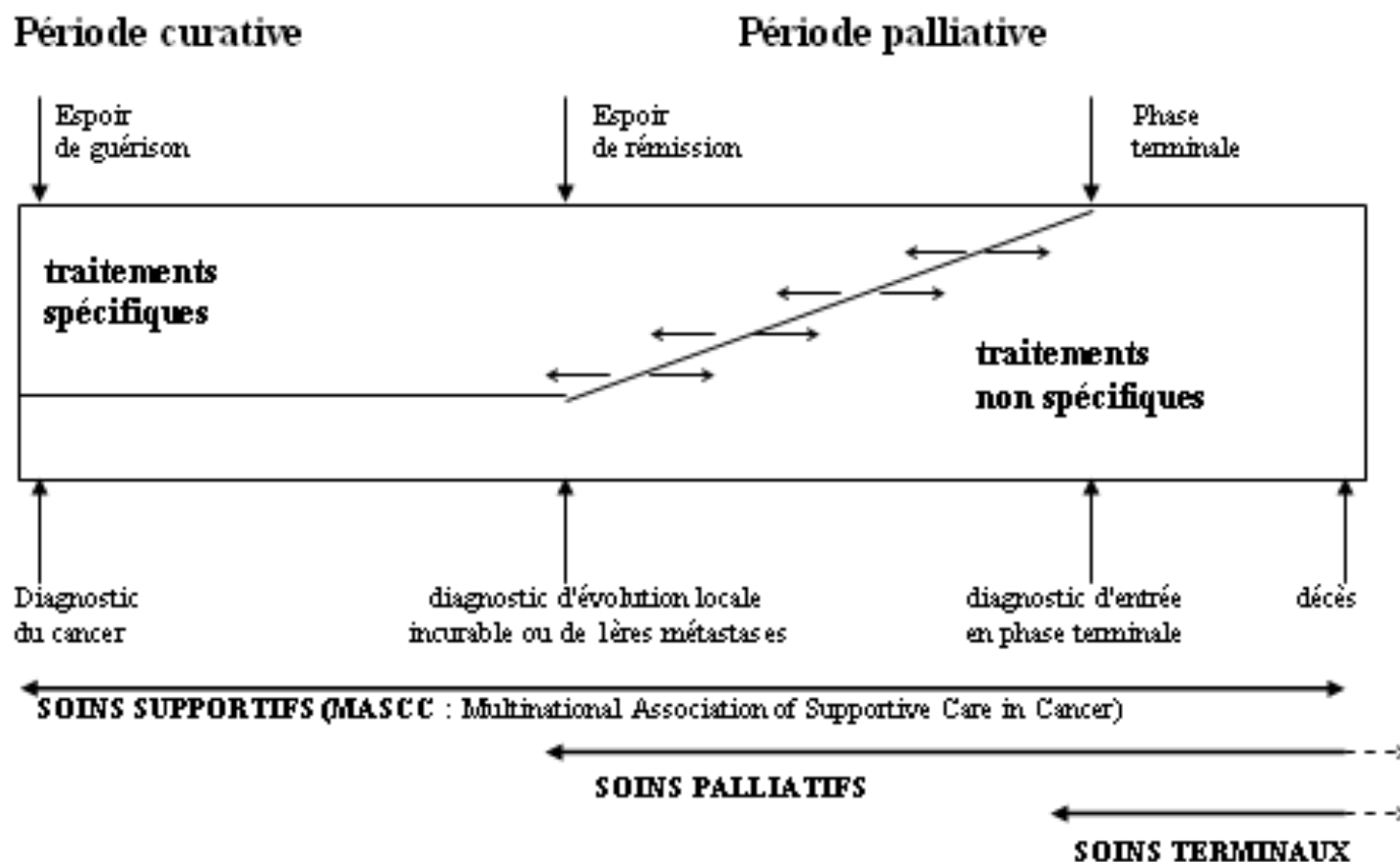
Plusieurs possibilités:

- Etude clinique dans un centre de proximité (stratégie, intervention humaine, évaluation de nouveaux outils,...)
- Etude clinique dans un centre de référence (thérapeutique innovante, maladie rares)
- Etude clinique de phase précoce en centre de référence (situation d'échec thérapeutique)

Cas clinique n°3 : carcinome hépatocellulaire

Pourquoi vous parler de cette étude?

il n'existe pas de dichotomie chimiothérapie/ soins palliatifs



Cas clinique n°3 : carcinome hépatocellulaire

Soins palliatifs précoces !?!

TEMME J. NEJM 2010

Étude randomisée sur MeP soins palliatifs précoces chez patients présentant un cancer du poumon métastatique

Résultats

- **Amélioration qualité de vie** (*objectif principal*)
- **Amélioration dépression**
- **Moins de PeC réanimatoire intensive en fin de vie**
- **Amélioration de la survie globale (11,6 vs 8,9 mois !!!)**

Cas clinique n°3: carcinome hépatocellulaire

Cancer = Importance des soins de support



Cas clinique n°3: carcinome hépatocellulaire

Patient 67 ans

ATCD: amygdalectomie, une allergie à l'ASPIRINE, et à la Pénicilline, OH 50g/j

Mise en place d'un traitement par sorafenib

Vous consultez à un mois et demi de traitement pour douleurs à la marche.

À l'examen vous retrouvez ceci



SYNDROME MAIN PIED

Crédit photo : ROBERT Caroline Bull. Cancer 2007

Cas clinique n°3: carcinome hépatocellulaire

Syndrome main pieds sous TKI : fréquent

Description

- Présentations variées : inflammatoires (érythème, œdème), décollement (bulle), desquamation, hyperkératose très fréquente.
- Prédominance aux points d'appui.
- Apparition précoce dans les 2 à 3 premières semaines.
- Évolution souvent favorable, surtout sous Sorafenib.

Prévention

- Recherche d' une hyperkératose plantaire préexistante. Si nécessaire, pédicure.
- Conseils de chaussage : large, confortable

Traitement:

- Modification du traitement (arrêt, diminution de dose, modification rythme)
- Traitement topique:

Forme hyperkératosiques: Kératolytique

- émollients à l'urée (XERIAL 30 ou 50)
- émollients à l'aspirine (préparation magistrale 30 gramme Ac Salicylique et 100g vaselin)

Formes inflammatoires: dermocorticoïdes classes I +/- pst occlusif crème (humide) ou pommade (sec)

Formes bulleuses: perçage aseptique si douleurs, respect du toit de la bulle

post test

A Une chimiothérapie post opératoire est systématiquement proposée après traitement chirurgical d'un adénocarcinome colique

B La chirurgie hépatique ou péritonéale reste un traitement palliatif du Cancer colorectal métastatique

C En cas de nausées ou vomissements retardés chimio-induits, le traitement de choix n'est pas l'ondansetron (Zophren®, Setofilm®...)

D les traitements ciblés ne provoquent en règle générale aucune toxicité

E Un suivi en soins palliatifs ne s'entend qu'après échec ou impossibilité de mettre en place un traitement spécifique du cancer

post test

A Une chimiothérapie post opératoire est systématiquement proposée après traitement chirurgical d'un adénocarcinome colique

Selon le stade

B La chirurgie hépatique ou péritonéale reste un traitement palliatif du Cancer colorectal métastatique

Possibilité de traitements à visée curatifs

C En cas de nausées ou vomissements retardés chimio-induits, le traitement de choix n'est pas l'ondansetron (Zophren®, Setofilm®...)

Metoclopramide ou olanzapine

D les traitements ciblés ne provoquent en règle générale aucune toxicité

Toxicité spécifiques

E Un suivi en soins palliatifs ne s'entend qu'après échec ou impossibilité de mettre en place un traitement spécifique du cancer

Tendance à la mise en place précoce

En pratique

Equipe de cancérologie digestive du CH de Tourcoing

Equipe de gastroentérologie

Nathalie Talbodec, Brice Bazin, Nicolas Mozziconacci,
Louise Libier, Noémie Tavernier, Pauline Bayart

Equipe de chirurgie

Nathalie Corman, Mathieu Messenger, Flora Hec

Equipe d'oncologie

Nathalie Leriche, Aurélien Carnot



Nouveau : ONCOLIGNE

Mise en place d'un mode de contact multimodal rapide

Question concernant la chimiothérapie

Avis oncologique

Bilan de masse suspecte, de tableau multi métastatique

Demande de RDV en urgence

...

Téléphone : 03.20.69.49.71

-

Fax: 03.20.69.45.37

Mail: oncoligne@ch-tourcoing.fr

FMC Cancérologie Digestive

Chimiothérapie et traitement médical du cancer

Dr Aurélien CARNOT, Oncologue

SOIGNER

INNOVER

GARANTIR

ORGANISER

Merci de Votre attention!

