



Après-cancer en oncologie thoracique

21/11/2025

Angoulême

Dr Alexandre LEROY

Médecin en soins oncologiques de
support

Centre Hospitalier de la Côte
Basque(CHCB), Bayonne

5^{ème} rencontre d'oncologie thoracique en Nouvelle-Aquitaine



Liens d'intérêts

- GRUNENTHAL
- IMMEDICA
- PIERRE FABRE

Pourquoi le Soin Oncologique de Support(SOS)?

Vieillissement de la population

Nouvelles thérapies

Allongement des survies

Virage ambulatoire

= AUGMENTATION DU NOMBRE DE PATIENTS

124 290 cas en 1990 à 245 610 cas en 2023 pour les hommes et
91 840 cas en 1990 à 187 526 cas en 2023 pour les femmes
selon l'Institut National du Cancer(INCA)

*« L'ensemble des soins et soutien nécessaires aux personnes malades, **tout au long de leur maladie**, conjointement au traitement oncologique ou hématologique lorsqu'il y en a. **Les soins de support ne sont donc pas une nouvelle spécialité**, mais se définissent **comme une organisation coordonnée** de différentes compétences impliquées conjointement aux soins spécifiques oncologiques. **Les soins palliatifs sont une partie des soins de support**»*

Ref circulaire DHOS/SDO/ 2001/101 du 22 février 2005
relative à l'organisation des soins en oncologie



**Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support**

AFSOS créée en 2008

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

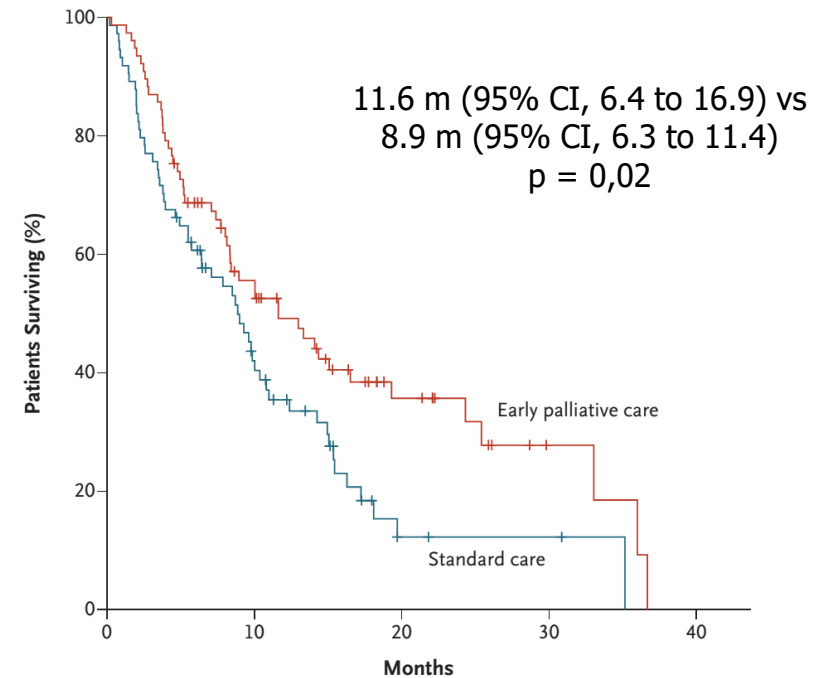
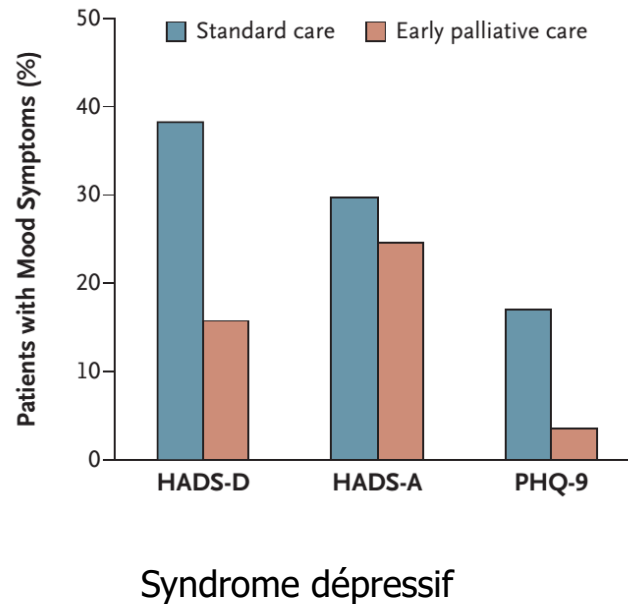
ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

Intégration des soins palliatifs en oncologie

➤ 151 patients randomisés



Soins de support/ soins palliatifs

« ... il faut se réjouir que cette démarche palliative remonte peu à peu le courant de la maladie et des soins pour améliorer l'approche des soins curatifs et appartenir à nouveau à toutes les équipes quelles que soient les priorités. *On parle de soins curatifs, de soins palliatifs, mais en étant peu provocateur il faut en fait offrir plus souvent des soins attentifs tout au long de la maladie comme le souhaitent légitimement les personnes malades, au-delà des nécessités taxinomiques et de tout corporatisme professionnel... il faut redire que les difficultés des malades surviennent à toutes les périodes de la maladie (période diagnostique ou thérapeutique mais aussi de guérison). En ce sens, les soins de support sont une nécessité pour l'entourage.* »

I. Krakowski

« Pourquoi attendre que le patient soit incurable pour recevoir des soins coordonnés ? »

O. Bredeau

C'est quoi les SOS?



Panier soins de support

Douleur(dont hypnoanalgésie et analgésie intrathécale)

Accompagnement psychologique

Social

Soutien des aidants

Prise en charge nutritionnelle

APA

Soutien à la mise en œuvre préservation de la fertilité

Conseil hygiène de vie

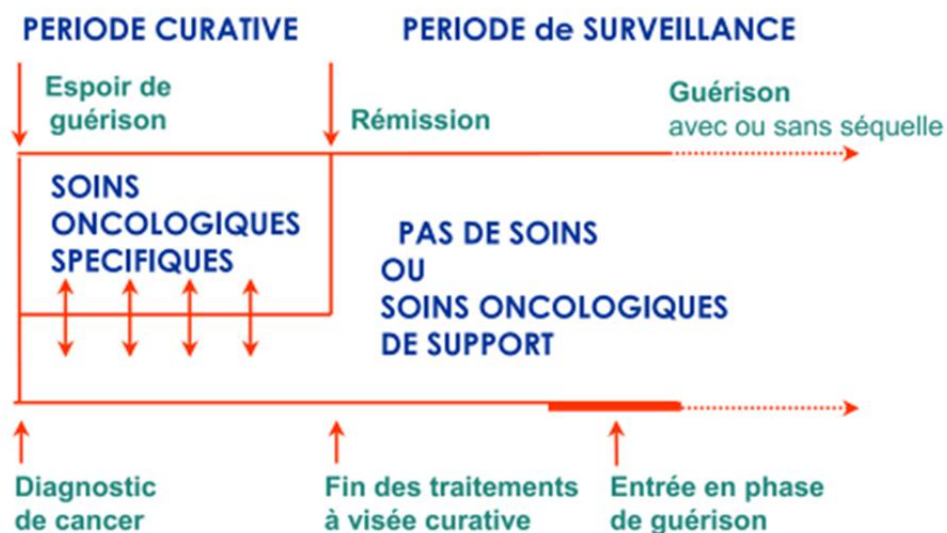
Prise en charge des troubles sexuels

Repères nécessaires=phases

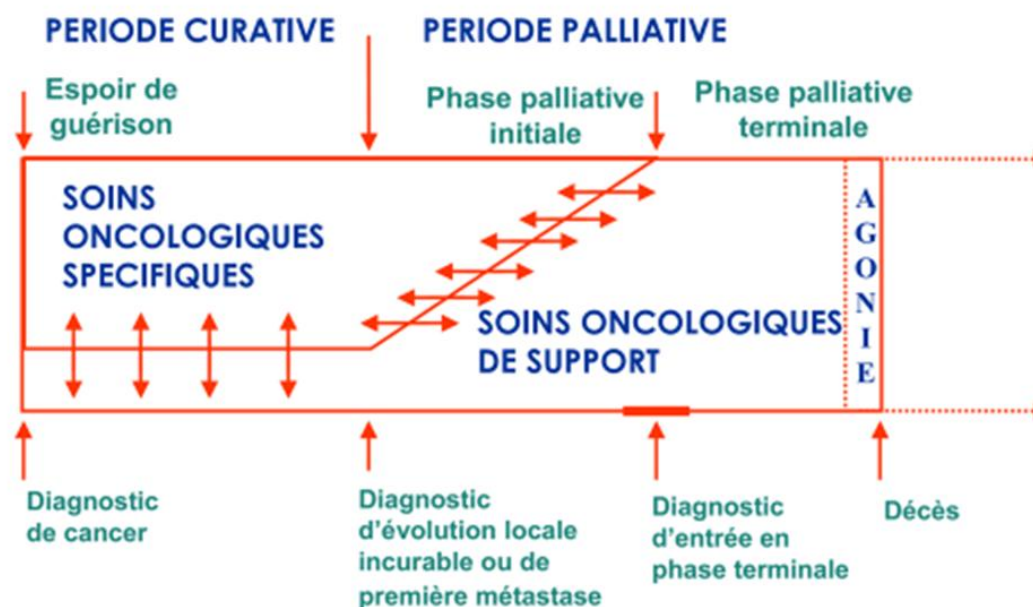


Pendant, après : SOS toujours

Soin continu



Soin continu



Chiffres INCA 2024

Chez l'homme, le cancer de la prostate reste de loin le plus fréquent (59 885 nouveaux cas, -1,1 % d'évolution du taux d'incidence entre 2010 et 2023), devant le cancer du poumon (33 438 cas, -0,5 %) et le cancer colorectal (26 212 cas, -0,5 %).

Chez la femme, le cancer du sein se situe en tête (61 214 cas, +0,3 % d'évolution du taux d'incidence entre 2010 et 2023), devant le cancer colorectal (21 370 cas, +0,4 %) et le cancer du poumon (19 339 cas, +4,3 %)

Chiffres INCA 2024

52 777 nouveaux cas estimés en 2023 (33 438 hommes et 19 339 femmes)

Âge médian au moment du décès : 68 ans chez l'homme, 66 ans chez la femme en 2023

Survie nette standardisée à 5 ans pour les personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015 : 20 % (18 % pour les hommes, 24 % pour les femmes)

Ennemi n°1=



80 % des cancers du poumon sont attribuables au tabac, premier facteur de risque. Toutes les formes de tabac sont concernées (cigarettes, cigares, cigarillos, narguilé, cannabis, etc.). Le tabagisme passif accroît également le risque de cancers. Arrêter de fumer fait partie du traitement pour réduire le risque de complications pendant et après les traitements, de récurrence, de second cancer, et pour améliorer la qualité de vie.(données INCA 2024)

Dans l'après-cancer

Rémission oui mais quelles séquelles, quels objectifs et comment accompagner les patients après le cancer?

Soin continu



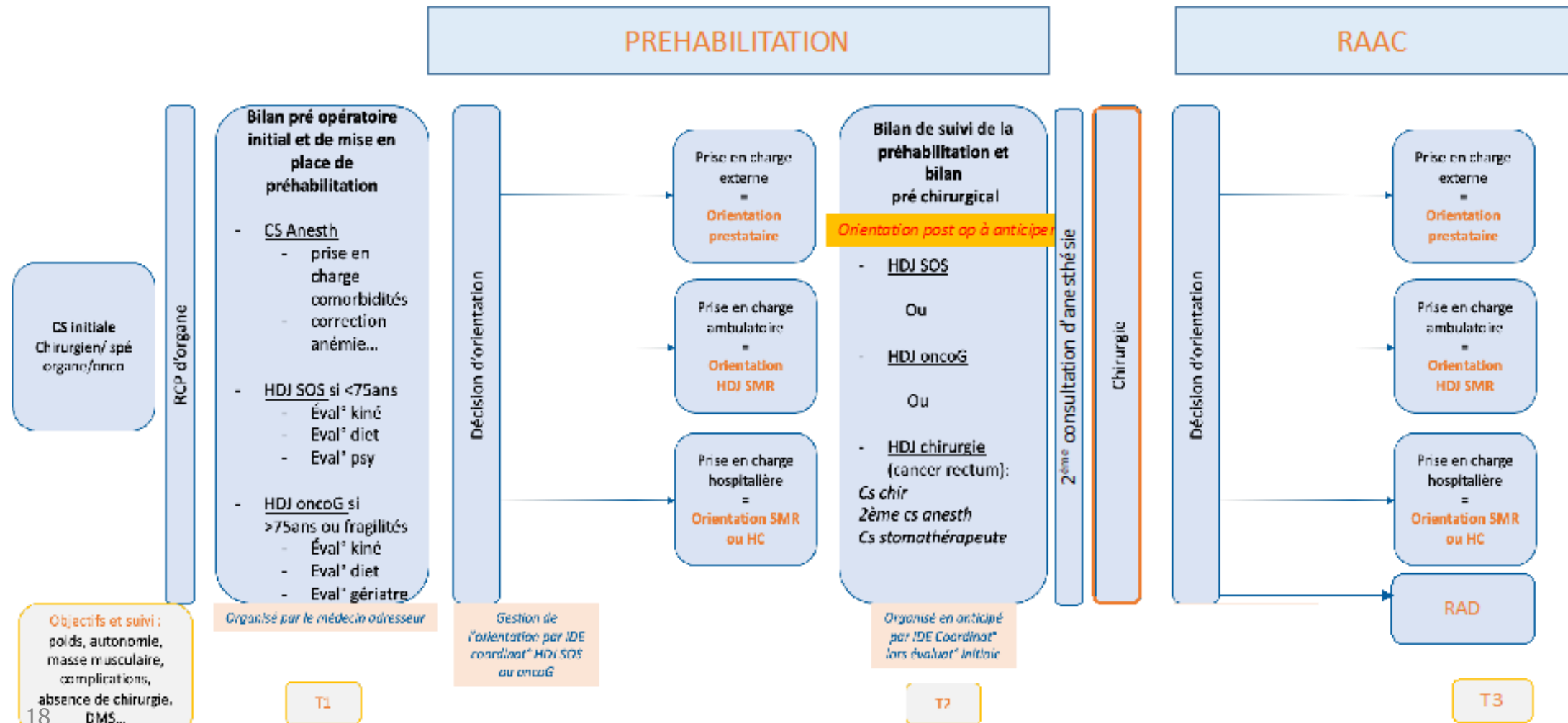
Anticiper...

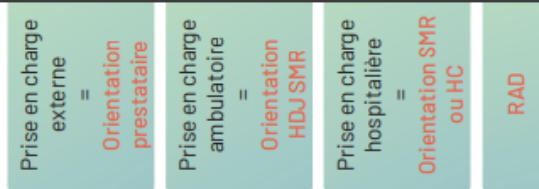
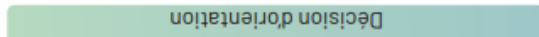
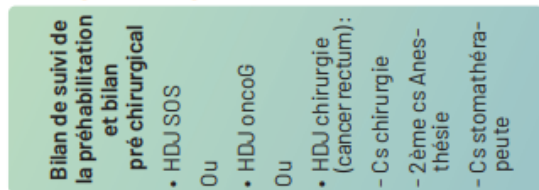
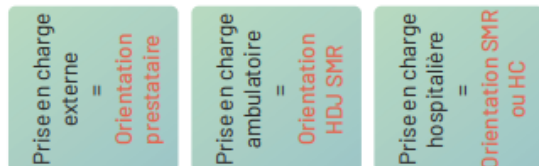
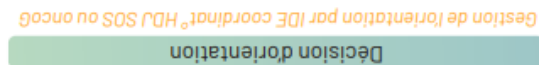
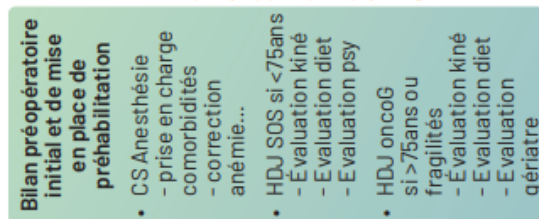
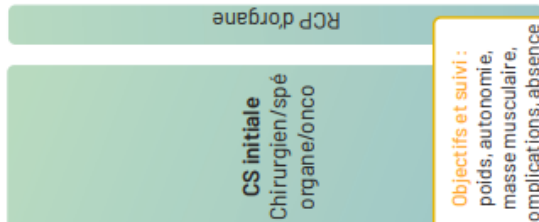
Préhabilitation chez les patients avec un projet chirurgical avec un traitement néoadjuvant ou non

Référentiel AFSOS à venir

Exemple au CHCB: depuis presque 1 an parcours P2C3= Parcours Patient pour Chirurgie Complexe en Cancérologie

P2C3





T1

T2

T3

Objectifs et suivi :
poids, autonomie, masse musculaire, complications, absence de chirurgie, DMS...

Qui contacter ?

Infirmière de Soins oncologiques de support :

☎ 05 33 78 81 99 Poste 68199

Infirmière d'oncogériatrie :

☎ 05 33 78 83 27 Poste 68327



INSTITUT DE CANCÉROLOGIE
NAVARRE - CÔTE BASQUE

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Programme P2C3

Parcours Patients en
Chirurgie Cancérologique
Complexe

Dans le cadre de l'Institut de Cancérologie Navarre Côte Basque (ICANCE) et concomitamment au renouvellement d'autorisations de chirurgies oncologiques, le CHCB met en place un parcours à l'attention des patients opérés d'une chirurgie oncologique complexe, nommé « P2C3 ».

Dans le prolongement du développement ces dernières années des parcours de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), ce parcours reprend et renforce les notions de préhabilitation (pré-opératoire) et de réhabilitation (post-opératoire), en faisant appel à de nombreux acteurs, intra et extra-hospitaliers.

Quels sont les principes de ce nouveau parcours ?

La préhabilitation est un protocole de préparation visant à optimiser l'état de santé des patients avant une intervention chirurgicale. Grâce à la mise en place d'un programme d'activité physique et de mesures diététiques adaptés, la préhabilitation contribue à diminuer l'incidence des complications et à accélérer la récupération postopératoire. Cette 1ère étape comprend également un temps dédié à l'évaluation et à la prise en charge d'éventuelles difficultés psychologiques.

En post opératoire, le programme P2C3 propose une phase de réhabilitation afin de permettre une récupération la plus rapide possible, notamment grâce à la poursuite des mesures mises en place en préopératoire, ainsi que le traitement des éventuelles complications.

Ces principes représentent le socle commun du parcours, auquel viennent s'ajouter d'autres éléments plus spécifiques en fonction du type de cancer.

De nombreux professionnels de santé issus de diverses structures ou organisations de soin sont ainsi sollicités à chaque étape du parcours. L'Institut de Cancérologie Navarre Côte Basque assure la coordination entre tous ces acteurs.

Quels patients relèvent du parcours complexe en chirurgie du cancer P2C3 ?

Repérage selon le type de cancer et/ou indication de traitement néoadjuvant en

Gynécologie : cancer de l'ovaire, cancer de l'utérus (si avancé, ou si comorbidités importantes) ou cancer du col avancé

Thoracique : cancer bronchique nécessitant un traitement médical néoadjuvant

Digestif : cancer de l'œsophage, estomac, foie, pancréas, ou certains cancers colorectaux si comorbidité et âge élevé

Neurologie : patient entrant dans le cancer par la découverte de métastase cérébrale ou compression médullaire ou tumeur cérébrale primitive

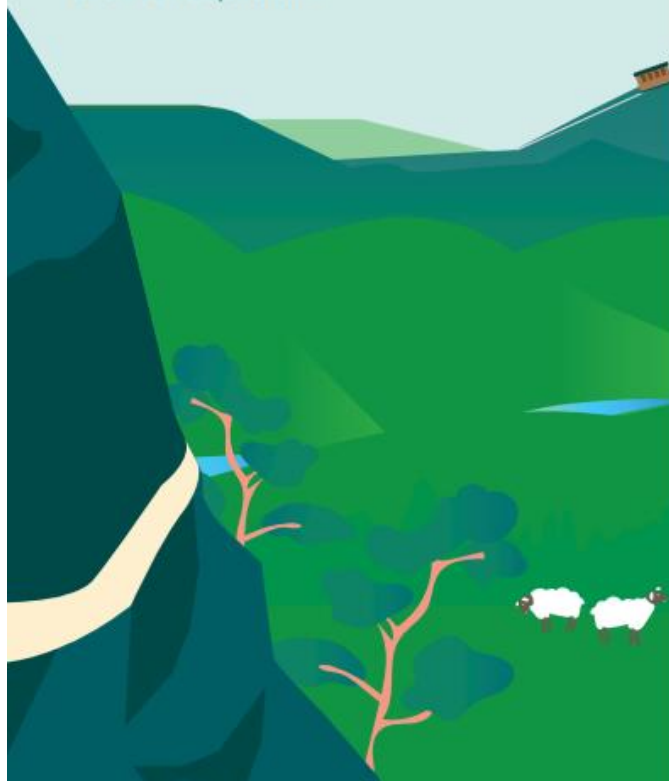
Urologie : cancer de la vessie

Repérage selon l'âge

Plus de 75ans combiné avec un score G8 altéré. Le questionnaire G8 est un outil de dépistage gériatrique qui permet d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.

Repérage selon la présence de comorbidités

avec un impact anticipable sur la prise en charge



...pour limiter l'impact en post-opératoire

2013: Santa Mina D, Clarke H, Ritvo P, Leung YW, Matthew AG, Katz J, Trachtenberg J, Alibhai SM. Effect of total-body prehabilitation on postoperative outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*. 2014 Sep;100(3):196-207.

The literature provides early evidence that prehabilitation may reduce length of stay and possibly provide postoperative physical benefits.

2022: McIsaac DI, Gill M, Boland L, Hutton B, Branje K, Shaw J, Grudzinski AL, Barone N, Gillis C; Prehabilitation Knowledge Network. Prehabilitation in adult patients undergoing surgery: an umbrella review of systematic reviews. *Br J Anaesth*. 2022 Feb;128(2):244-257

Low certainty evidence suggests that prehabilitation may improve postoperative outcomes. Optimal patient selection, intervention design, and intervention duration must also be determined.

2025: McIsaac DI, Kidd G, Gillis C, Branje K, Al-Bayati M, Baxi A, Grudzinski AL, Boland L, Veroniki AA, Wolfe D, Hutton B. Relative efficacy of prehabilitation interventions and their components: systematic review with network and component network meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*. 2025 Jan 22;388:e081164.

Consistent and potentially meaningful effect estimates suggest that exercise prehabilitation, nutritional prehabilitation, and multicomponent interventions including exercise may benefit adults preparing for surgery and could be considered in clinical care. However, multicentre trials that are appropriately powered for high priority outcomes and that have a low risk of bias are required to have greater certainty in prehabilitation's efficacy.

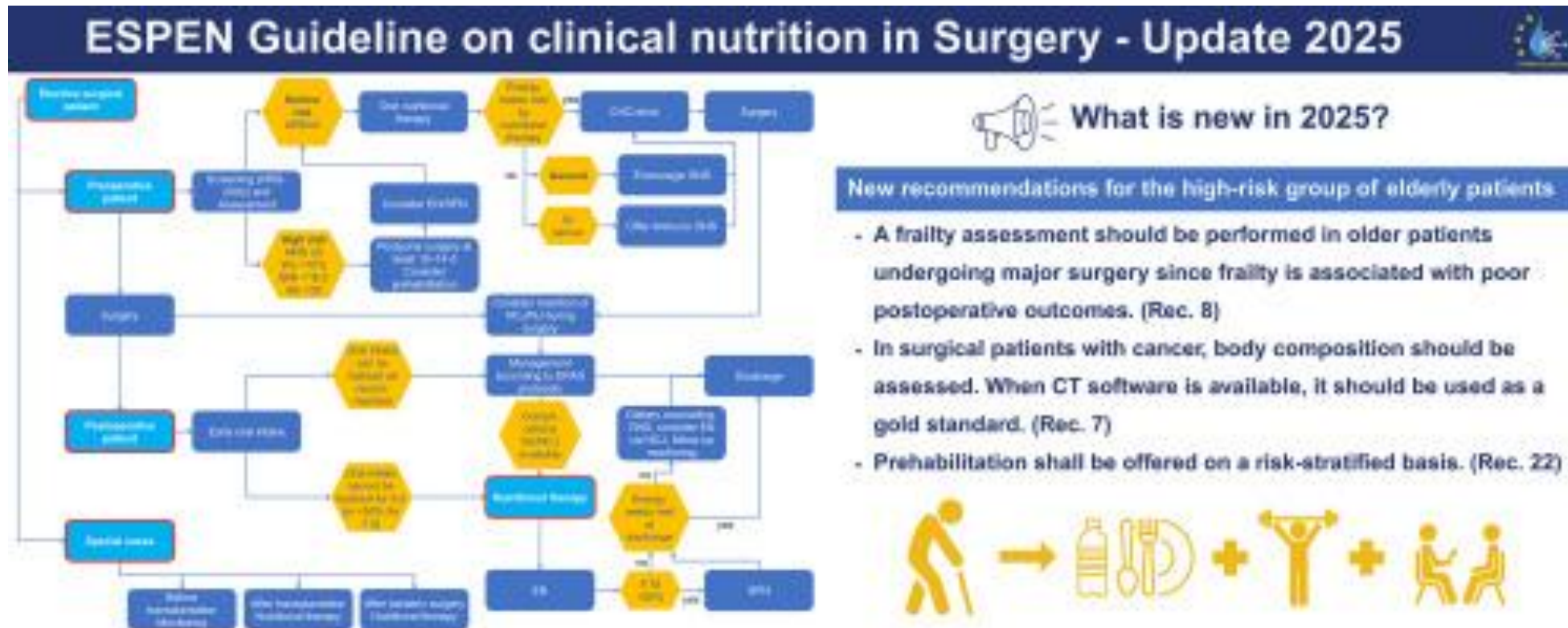
3 axes principaux:

Nutrition

Activité physique adaptée(APA)

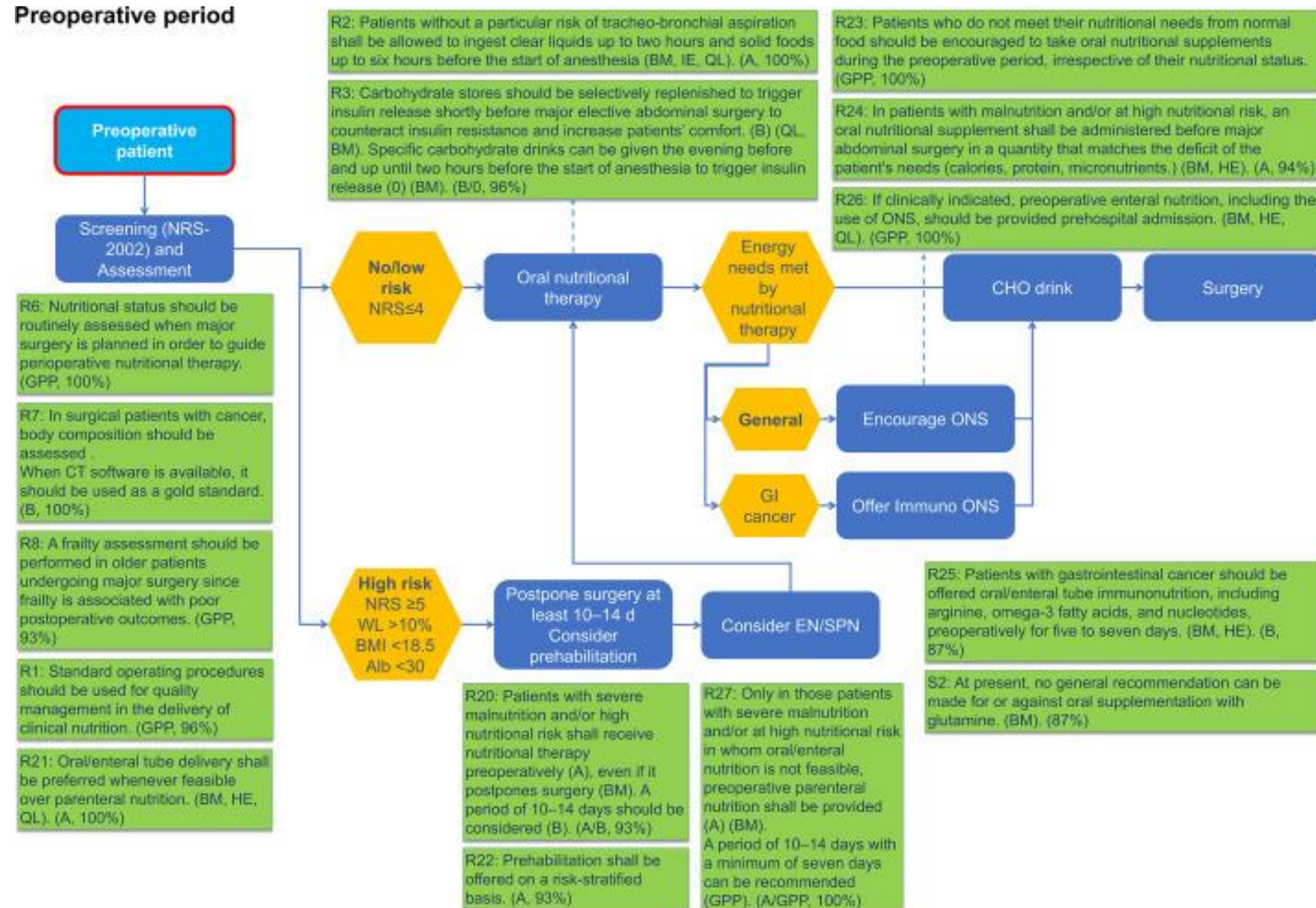
Soutien psychologique

Nutrition



Recommandations de l'European Society for clinical Nutrition and Metabolism 2025 (ESPEN)

Preoperative period



Recommandations de l'European Society for clinical Nutrition and Metabolism 2025 (ESPEN)

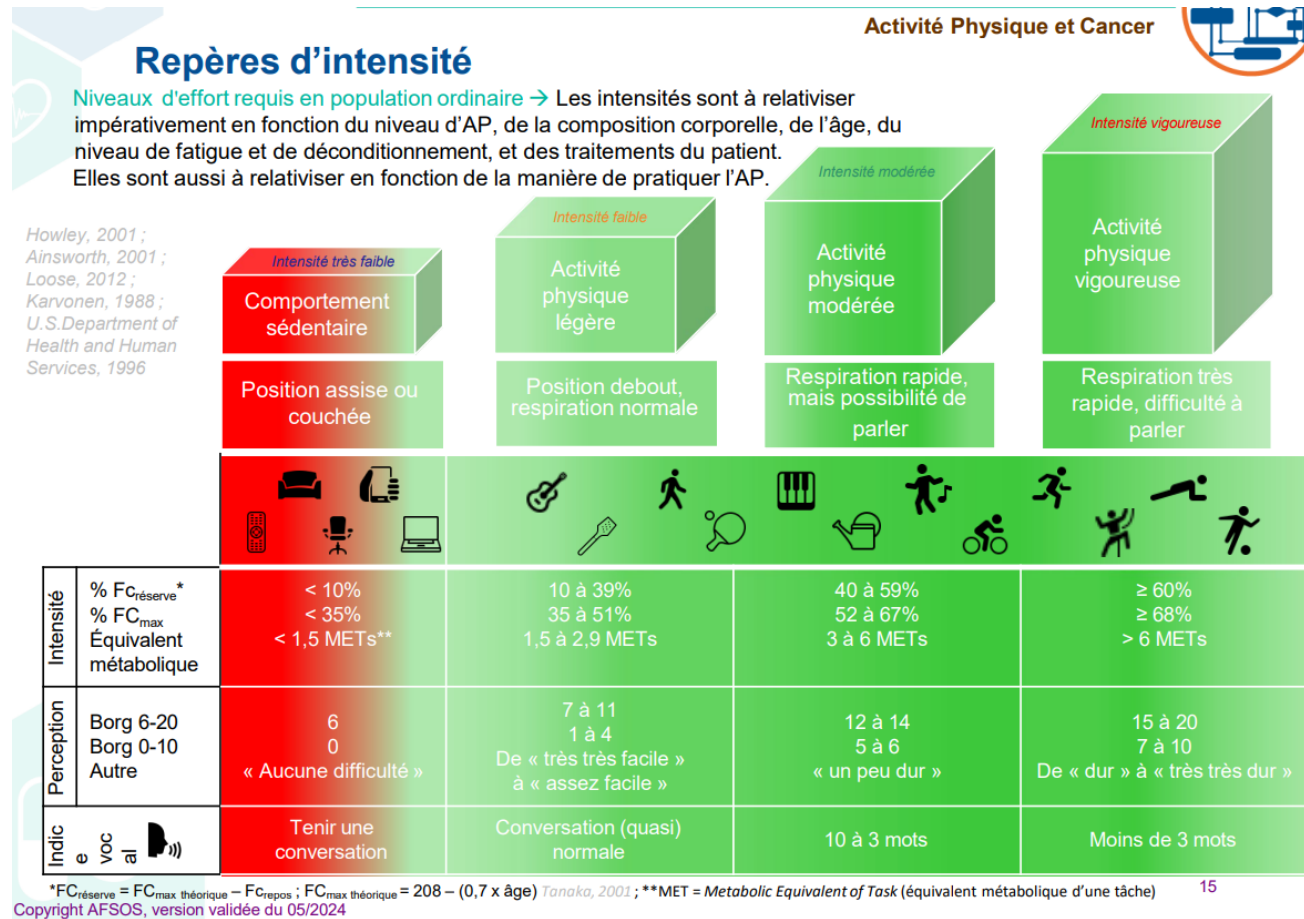
Analyse « autres facteurs »

Prévention Nausées Vomissements Induits par les
Anticancéreux(NVAI)

Evaluation buccale

Transit

APA



Une activité physique peut être décrite par ses différentes caractéristiques (ou modalités) : la fréquence, l'intensité, le type, le temps, le volume et la progression, dont l'acronyme est FITT-VP, afin que celle-ci soit personnalisée!



L'activité physique en cancérologie

Au-delà des bénéfices connus en prévention primaire, l'AP supervisée (cf. Annexe 2) montre des bénéfices bio-psycho-sociaux dès le diagnostic et tout au long du parcours. Les effets cités ci-après sont basés sur l'*Evidence Based Medicine**, avec de hauts niveaux de preuve.

1. Amélioration symptomatique

- **De la fatigue cancéro-induite** (cf. Référentiel Fatigue et Cancer)
 - Quel que soit le moment de la prise en charge du cancer, la pratique d'une AP permet une réduction d'environ 30% du niveau de fatigue (comparativement à la pratique insuffisante d'AP) quel que soit le stade (localisé ou métastatique)
 - Effet dose-réponse, mais à partir d'un volume d'AP en endurance aérobie > 150 min/sem, le bénéfice ne semble pas plus important, indépendamment des modalités des programmes
- **De la douleur**
- **De la qualité et la durée du sommeil** avec une diminution des troubles du sommeil dont l'insomnie (cf. Référentiel Cancer et Sommeil)
- **De la condition physique en lien avec la santé** : endurance aérobie, endurance et force musculaire, composition corporelle, souplesse
- **De l'état psychologique, émotionnel, et potentiellement de l'état cognitif**
- **De la tolérance aux traitements** d'où potentiellement une **meilleure observance**

AFSOS. *Activité Physique et cancer*. 2024. Disponible à : https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2024/10/AP_cancer_AFSOS-.pdf

Cramp, 2012 ; Tomlinson, 2014 ; Mustian, 2017 ; Neil, 2013 ; Mishra, 2012a & 2012b ; Bergenthal, 2014 ; Fong, 2012 ; Desnoyers, 2016 ; Bland, 2019 ; Gouez, 2022 ; Lavallée, 2019 ; Scott, 2018 ; Gao, 2020 ; Kreutz, 2019 ; Steindorf, 2017 ; Nakano, 2018 ; Kwak, 2020 ; Campbell, 2019 ; Morales Rodriguez, 2022 ; Zimmer, 2016 ; Groen, 2022 ; Inserm, 2019 ; Yang, 2021 ; Garcia, 2020 ; Montagnese, 2020 ; Van Waart, 2015



Evaluations – Rôle du médecin

Evaluations

- **Contre-indications et précautions particulières** à la pratique d'AP (cf. Page 11)
 - Les contre-indications sont temporaires dans la majorité des cas et sont à réévaluer régulièrement
 - La fatigue et la douleur ne sont pas des contre-indications en soit et peuvent, à l'inverse, être des indications de pratique d'AP. Il est donc important de les évaluer ainsi que leurs causes (cf. référentiel AFSOS fatigue et cancer, et référentiels douleur et cancer)
 - Les antécédents médicaux, limitations fonctionnelles, situation de handicap éventuelle et co-morbidités nécessitent des adaptations à la pratique et une supervision, mais ne constituent pas systématiquement une contre-indication
- **Investigations complémentaires** si nécessaire (facteurs de risques cardiovasculaires, pulmonaires, si >75 ans, traitements cardiotoxiques) : épreuve d'effort et/ou évaluations cardiaques
- **Entretien individuel** si nécessaire : niveau d'AP, souhaits, freins à l'AP, sentiment de compétence, motivation, situation socio-économique du patient, aptitude à l'AP (si besoin, ex. auto-questionnaire d'aptitude à l'AP Q-AAP+ Warburton, 2011)

En fonction des évaluations, le médecin est en mesure

- d'adapter le conseil, la promotion, l'orientation (cf. Page 12)
 - d'orienter vers un bilan d'APA (notamment dans l'après-cancer) et/ou un programme d'APA et/ou d'établir une prescription d'APA [NB : le kinésithérapeute peut renouveler une fois la prescription (identique ou adaptée)] (cf. Pages 17 et 18)
 - d'établir, si besoin, un certificat d'absence de contre-indication à la pratique sportive (cf. Annexe 4)
 - d'orienter vers le bon professionnel pour la pratique d'une AP volontaire (cf. Page 16)
 - de repérer tout au long du parcours les signes d'évolutions bio-psycho-sociales mais aussi les incidents (signes/symptômes) qui doivent alerter pour l'orientation / la réorientation du patient (cf. Page 11)
-
- **Le médecin est un acteur central pour recommander l'AP, promouvoir l'APA et/ou orienter/prescrire l'APA**
 - **Les évaluations effectuées par les professionnels de l'AP (cf. Page 10) sont fortement recommandées pour optimiser et personnaliser l'accompagnement, repérer un éventuel déconditionnement physique, et évaluer les bénéfices du programme d'APA (avant-après)**

AFSOS. Activité Physique et cancer. 2024. Disponible à :
https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2024/10/AP_cancer_AFSOS-.pdf



Précautions particulières

Les limitations sont à rechercher et à prendre en compte lors de la promotion de l'AP, l'orientation et/ou la prescription d'APA, et elles sont à communiquer pour l'adaptation de l'AP pendant et après la phase des traitements

→ Les contre-indications et les situations particulières sont relatives au patient et au moment de son parcours de soin. Elles peuvent être réversibles et/ou évoluer au cours du temps (importance de la réévaluation cf. Page 9).

Contre-indications

Contre-indications à une AP au moins modérée	Remarques
Fatigue extrême Syndrome infectieux sévère en cours d'évolution Anémie prononcée (hémoglobine ≤ 8 g/dL)	Ne pas faire d'AP en cas de fièvre ($>38,5$) / infection non contrôlée, de fatigue extrême, d'anémie significative
Plaquettes $< 50\ 000/\text{mm}^3$ Leucocytes $< 1\ 500/\text{mm}^3$ Dénutrition sévère	En fonction du statut nutritionnel et du poids du patient avant diagnostic, il est possible d'effectuer une AP adaptée
Suites précoces de chirurgie	Risque de déhiscence de cicatrice ou d'hémorragie Attendre le temps de cicatrisation (selon les recommandations du chirurgien) avant de pratiquer de l'AP
Décompensation d'une pathologie cardio-pulmonaire	Les événements cardio-pulmonaires sont plus fréquents chez les patients après traitement d'un cancer
Lésions osseuses lytiques du rachis ou des os longs non consolidées	La contre-indication concerne la mobilisation de la zone rachidienne ou du membre atteint

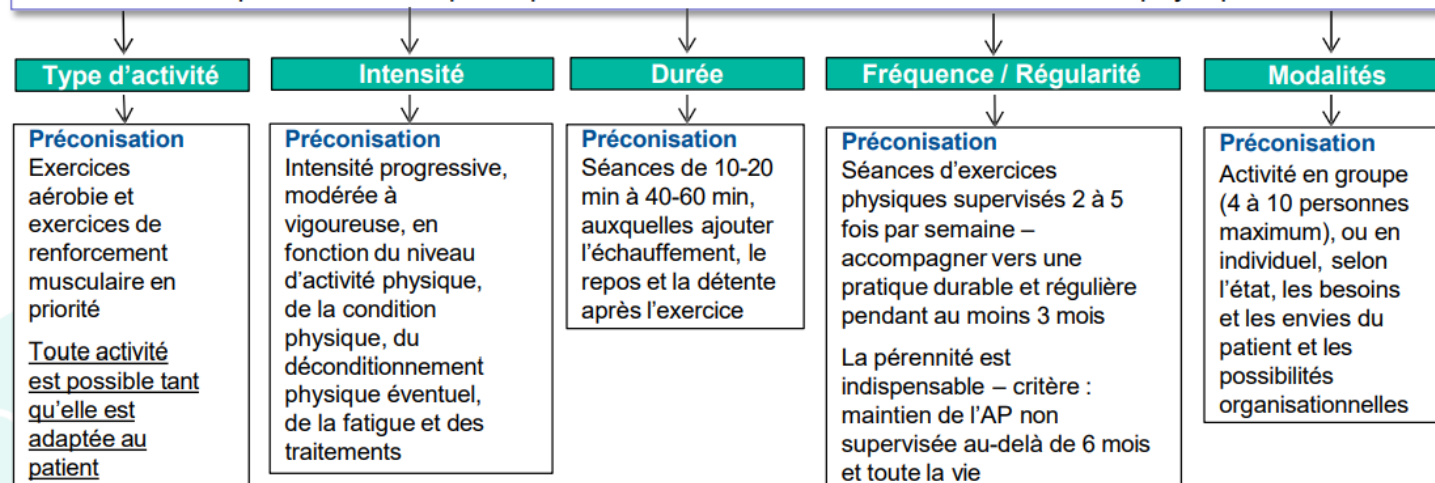
HAS, 2019



Les types d'activités à proposer en APA

Les volumes d'AP recommandés correspondent à des préconisations idéales, des repères :

- Il est impératif de les **moduler en fonction du patient, de ses besoins, de sa condition physique, de ses capacités, de ses envies, de ses préférences, de ses freins** au moment du conseil d'AP et/ou de la prescription d'APA
 - L'adaptation des volumes d'AP* fait partie de l'expertise des professionnels de l'APA
- Ces repères d'AP volontaires (exercices physiques) doivent être atteints **progressivement** et associés à **une promotion de l'AP quotidienne et à une réduction des comportements sédentaires**
- **Ils évoluent** en fonction des objectifs de santé, en fonction des localisations de cancer, et en fonction des recherches menées
- Aujourd'hui, nous ne disposons pas de l'*Evidence Based Medicine* pour toutes les localisations. Le volume indiqué est sans risque et permet au minimum de maintenir la condition physique



AFSOS. Activité Physique et cancer, 2024. Disponible à : https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2024/10/AP_cancer_AFSOS-.pdf

Campbell, 2019 ; Campbell, 2022 ; HAS, 2019 ; HAS, 2022 ; Rock, 2022

*Fréquence, intensité, temps, type

Copyright AFSOS, version validée du 05/2024

Le programme d'APA vise à rendre le patient autonome pour que l'AP s'inscrive dans la durée

14

Stratégies postopératoires:

- Prescrire une kinésithérapie respiratoire incluant des exercices d'inspiration profonde
- Encourager une mobilisation aussi précoce que possible
- Préférer une analgésie locale aux antalgiques de type opiacés par voie générale
- Veiller à un traitement inhalé optimal chez les patients souffrant de BPCO et asthme

Soutien psychologique

Toujours à proposer
Pour le patient et les aidants

AFSOS. Accompagnement psychologique et cancer: comment orienter? 2018. Disponible à:
https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/09/Accept-psycho-et-k_comment-orienter_AFSOS.pdf



Référentiels en Soins
Oncologiques de Support

**Accompagnement psychologique
et cancer : comment orienter ?**

12/03/2018



Quels risques spécifiques?

Dyspnée chronique

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Dyspnée et cancer

○ Dyspnée chronique liée au cancer

- Le cancer et ses traitements entraînent une diminution des capacités cardiorespiratoires et musculaires des sujets atteints.
- Ce déconditionnement physique peut entraîner une dyspnée d'effort avec pour conséquence une diminution de l'autonomie, de la qualité de vie, de l'estime de soi et une augmentation de la fatigue.
- L'activité physique adaptée, initiée dès que possible dans le parcours de soins, permet de prévenir ou corriger ce déconditionnement.

AFSOS. Dyspnée et cancer. 2020. Disponible à:
https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/12/Dyspn%C3%A9e-et-cancer_AFSOS.pdf

☞ Référentiel AFSOS : Indications de
réhabilitation respiratoire
☞ Référentiel AFSOS Activité physique et
cancer

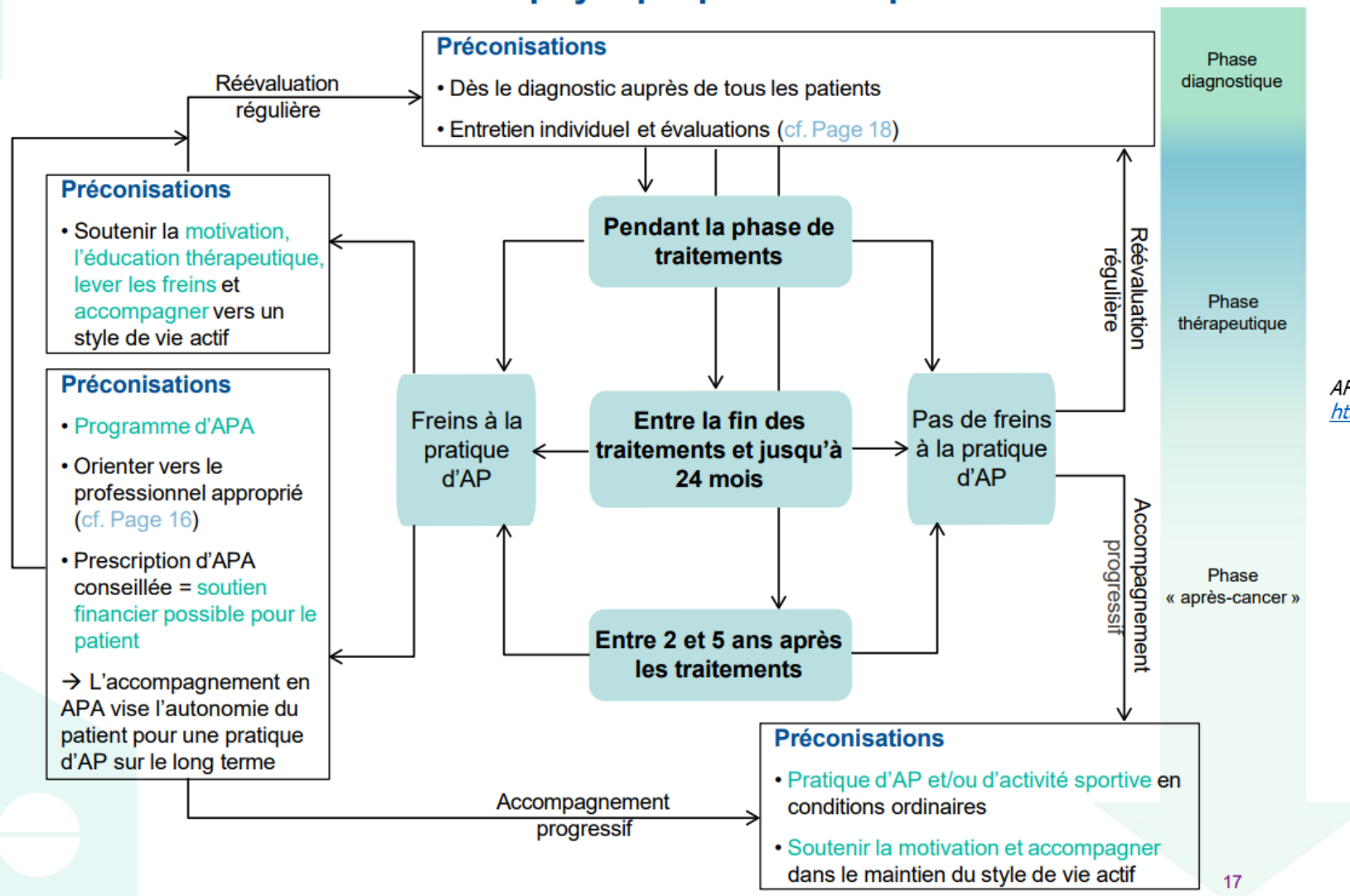
APA

A la fin des traitements:

- > Maintenir et améliorer la condition physique et les capacités physiques (équilibre, coordination, adresse, etc.)
- > Lutter contre les séquelles en lien avec la maladie, les traitements, en particulier fatigue, douleur, et perte de mobilité
- > Gagner en confiance en soi, améliorer l'estime de soi, se réapproprier son corps, soutenir le pouvoir d'agir, améliorer la qualité de vie
- > Reprendre la vie sociale et professionnelle, et maintenir l'autonomie
- > Repérer les besoins et les freins à la poursuite d'AP durable, soutenir l'autonomie, orienter, et assurer un suivi de l'AP du patient



Mise en œuvre de l'activité physique pendant le parcours de soin



AFSOS. Activité Physique et cancer. 2024. Disponible à : https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2024/10/AP_cancer_AFSOS-.pdf

En cas de radiothérapie

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Effets secondaires respiratoires radio-induits



DÉFINITIONS

Pneumopathies post-radiques : dommages du parenchyme pulmonaire, pleural ou trachéobronchique provoqués par les radiations ionisantes.

AFSOS. Effets secondaires respiratoires radio-induits. 2024.
Disponible à:

<https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2025/03/Referentiel-AFSOS-Effets-secondaires-respiratoires-radio-induits24.pdf>

Formes aiguës (1-6 mois) [Marks, 2003]	Formes chroniques (> 6 mois) [Vallard, 2017]	Formes particulières :
Pneumopathie aiguë	Fibrose pulmonaire	<ul style="list-style-type: none">• Pneumopathie organisée = bronchiolite oblitérante avec pneumopathie organisée (BOOP) [Epler, 2020]• Atteintes pulmonaires de rappel (radiation recall pneumonitis) [Jan, 2022]• Traitements concomitants notamment immunothérapie• Post-radiothérapie stéréotaxique pulmonaire
Terrains particuliers : pneumopathie interstitielle diffuse (PID), comorbidités cardiaques		

En cas de radiothérapie

SYNTHÈSE

Referentiels en Soins Oncologiques de Support



Effets secondaires respiratoires radio-induits

Symptômes

Évaluation clinique

Prise en charge

Pneumopathie radique aiguë

Dyspnée et symptômes respiratoires
< 6 mois post-radiothérapie

Évaluation de la gravité
TDM thoracique, biologie +/- EFR, LBA
pour éliminer un
Diagnostic différentiel

Grade 1
Grade 2
Grade ≥ 3

Fibrose pulmonaire

Dyspnée et symptômes respiratoires
> 6 mois post-radiothérapie

Évaluation de la gravité
TDM thoracique, biologie +/- EFR, LBA
pour éliminer un
Diagnostic différentiel

Prise en charge

Pneumopathie organisée

Dyspnée et symptômes respiratoires
< 6 mois post-radiothérapie
avec présence de facteurs favorisants

Évaluation de la gravité
TDM thoracique, biologie +/- EFR, LBA
pour éliminer un
Diagnostic différentiel

Grade 1
Grade 2
Grade ≥ 3
Décroissance lente

Pneumopathie de rappel

Dyspnée et symptômes respiratoires
+ traitement systémique
qq jours à mois post-radiothérapie

Évaluation de la gravité
TDM thoracique, biologie +/- EFR, LBA
pour éliminer un
Diagnostic différentiel

Grade 1
Grade 2
Grade ≥ 3
Arrêt du traitement
incriminé

Pneumopathie radique en association avec une immunothérapie

Dyspnée et symptômes respiratoires
+ immunothérapie
qq jours à mois post-radiothérapie

Évaluation de la gravité
TDM thoracique, biologie +/- EFR, LBA
pour éliminer un
Diagnostic différentiel

Grade 1
Grade 2
Grade ≥ 3

AFSOS. Effets secondaires respiratoires radio-induits. 2024.

Disponible à:

<https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2025/03/Referentiel-AFSOS-Effets-secondaires-respiratoires-radio-induits24.pdf>

En cas de radiothérapie

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Effets secondaires respiratoires radio-induits



CONCLUSION

Prévention :

- Dosimétrie
- Technique (RCMI, stéréotaxie, DIBH)
- Wash-out
- Comorbidités pulmonaires ou cardiaques associées
- Sevrage du tabac/cannabis
- Activité physique adaptée avec réhabilitation respiratoire
- Vaccinations

Combinaison de symptômes respiratoires de novo ou aggravation d'une symptomatologie respiratoire préexistante

< 6 mois

> 6 mois

- Pneumopathie radique aiguë
- Pneumopathie organisée
- Fibrose radique
- Pneumopathie de rappel

Diagnostics différentiels

Facteurs de risque :

- 1) Liés au patient
 - Maladies pulmonaires fibrosantes pré-existantes
 - Tabac
 - Connectivites
 - Diabète
 - Comorbidités cardiaques
 - Dénutrition
 - Âge > 70 ans
- 2) Liés à la tumeur
 - Volume tumorale important
 - Tumeur lobaire moyenne ou inférieur
 - Re-irradiation
 - Traitement systémique concomitant
- 3) Dosimétriques

Facteurs et domaines spécifiques :

- Traitements oncologiques spécifiques
- Radiothérapie stéréotaxique
- Cœur et pneumopathie radique
- Pneumopathies interstitielles et non-spécifiques pré-existantes

- Infections
- Pneumopathie chimio/immuno-induite
- Symptômes liés à la tumeur
- Symptômes liés à une pneumopathie pré-existante
- Embolie pulmonaire
- Insuffisance cardiaque
- Anémie

AFSOS. Effets secondaires respiratoires radio-induits. 2024.
Disponible à :

<https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2025/03/Referentiel-AFSOS-Effets-secondaires-respiratoires-radio-induits24.pdf>

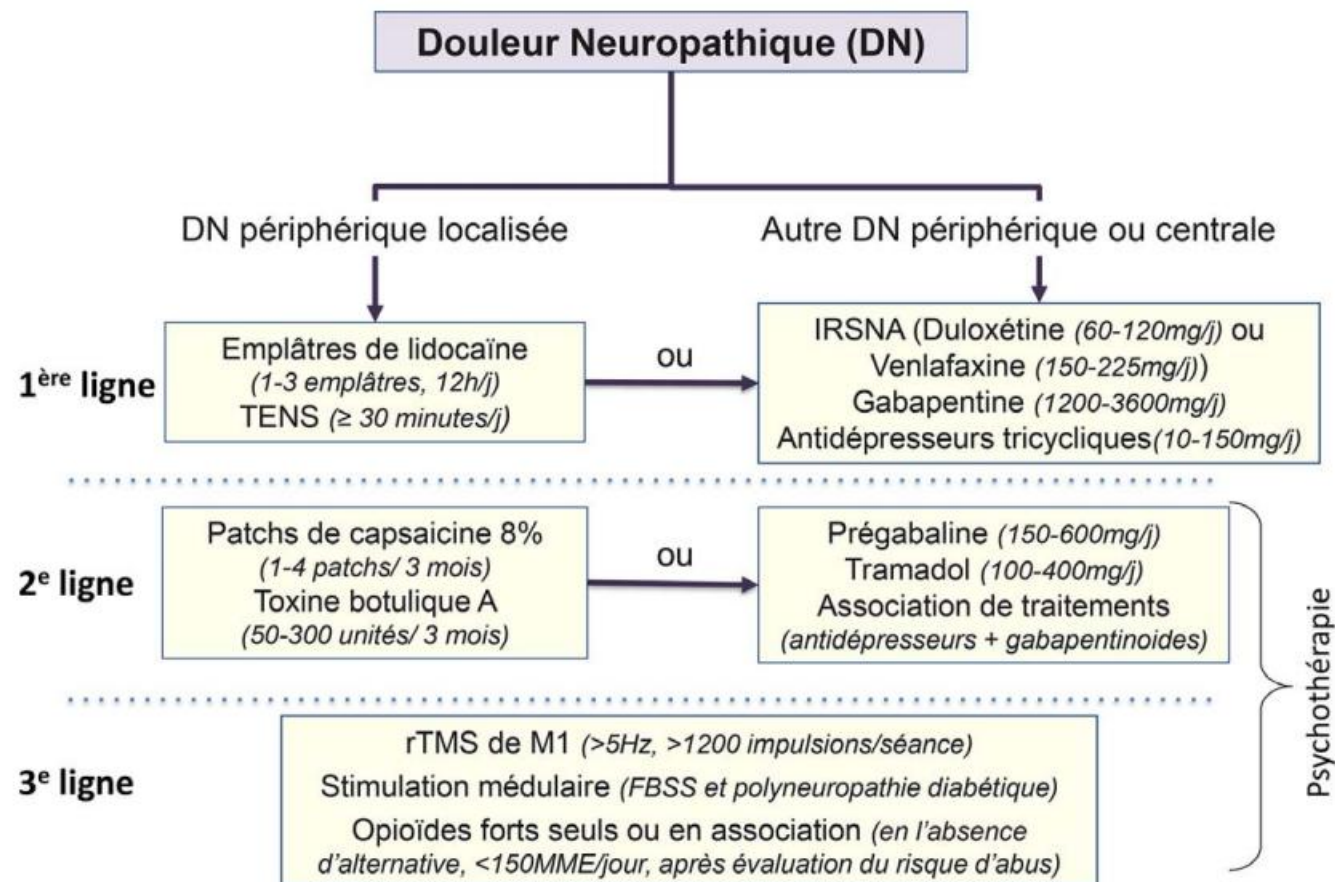
En cas de chirurgie

Nature de l'intervention	DCPC	Douleurs sévères	Nombre d'interventions
Amputation de membre	30 à 85%	5 à 10%	-
Prothèse totale de genou	13 à 44%	15%	723 086
Césarienne	6 à 55%	5 à 10%	1 142 680
Cholécystectomie	3 à 50%	-	300 245
Craniotomie	0 à 65%	25%	-
Prothèse totale hanche	27%	6%	487 625
Cure hernie inguinale	5 à 63%	2 à 4%	-
Laminectomie + arthrodèse rachidienne	10 à 40%	4 à 6%	564 911
Mastectomie	11 à 57%	5 à 10%	-
Pontage aorto-coronarien	30 à 50%	5 à 10%	160 240
Thoracotomie	5 à 65%	10%	-

Tableau 2 : Incidence des DCPC, d'après Glare et al [7] (2019)

Livret blanc de la SFETD+SFAR. 2022.
Disponible à :
https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf

Neuropathie



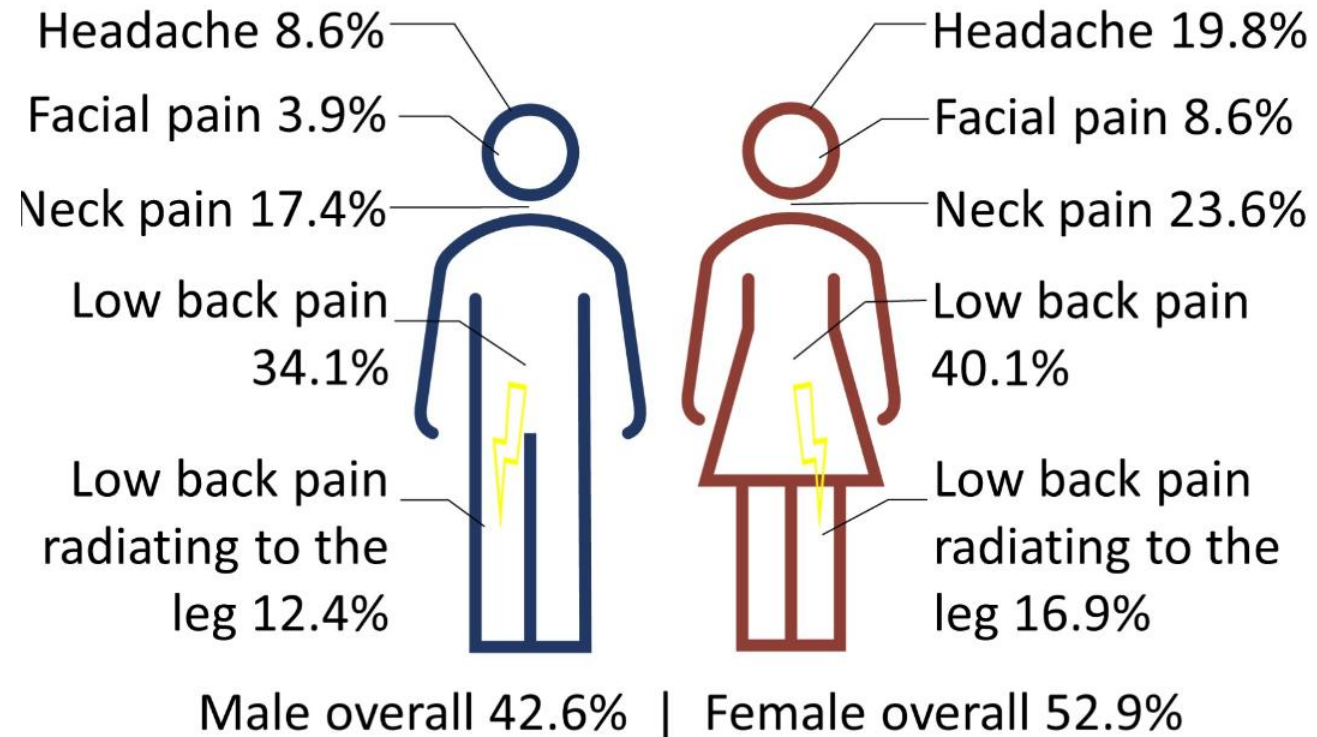
Recommandations SFETD 2020

Douleur même dans l'après-cancer

Prevalence of pain symptoms among U.S. adult cancer survivors.

HU X. et al.- ASCO 2022- Abs.#12062

Weighted prevalence of pain symptoms by sex



>50% des patients rapportent des douleurs

Prévalence plus importante chez les patients avec un âge < 65 ans, faibles revenus, ATCD de tabagisme, faible activité physique, diabète et maladies cardio-vasculaire

En cas de chimiothérapie

Fréquence de neuropathie si recours aux taxanes

Classification de Lussier-Beaulieu :

La classification des antalgiques sous forme de paliers (Paliers I, II et III), promue par l'OMS à la fin des années 80, tend à être remplacée par une taxonomie plus moderne : la **classification de Lussier-Beaulieu**^[1,2]. Elle distingue :

	Les antalgiques anti-nociceptifs Douleurs nociceptives
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Non-opioides : paracétamol, AINS. ▶ Opioides : morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl. ▶ Cannabinoïdes.
	Les anti-hyperalgésiques Douleurs neuropathiques centrales ou autres situations hyperalgiques
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antagonistes des récepteurs NMDA-acideN-méthylD-aspartique : kétamine. ▶ Antiépileptiques gabapentinoïdes : gabapentine, prégabaline, lamotrigine. ▶ Nefopam.
	Les modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs Douleurs neuropathiques
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antidépresseurs tricycliques. ▶ Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.
	Les modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique Douleurs neuropathiques périphériques
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anesthésiques locaux : lidocaïne, notamment. ▶ Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate. ▶ Capsaïcine.
	Les antalgiques à effets mixtes Antalgiques anti-nociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants, douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tramadol. ▶ Tapentadol.

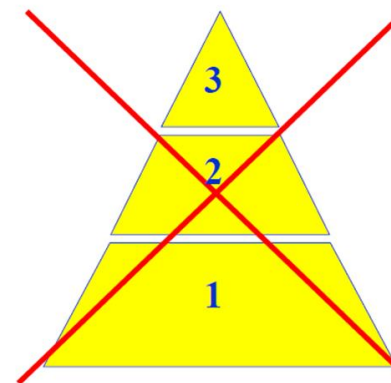
[1] D. Lussier, P. Beaulieu. Toward a rational taxonomy of analgesic treatments. In Pharmacology of Pain. IASP Press. 2010; pp.27-40
 [2] Bertin P. Nouvelle classification des antalgiques, au service d'une optimisation de la prise en charge thérapeutique de la douleur. Douleurs 2012 ; 13(S1) :A31. D'après D.Lussier et P.Beaulieu (In Pharmacology of Pain. IASP Press. 2010; pp.27-40)

Livret blanc de la SFETD+SFAR. 2022.

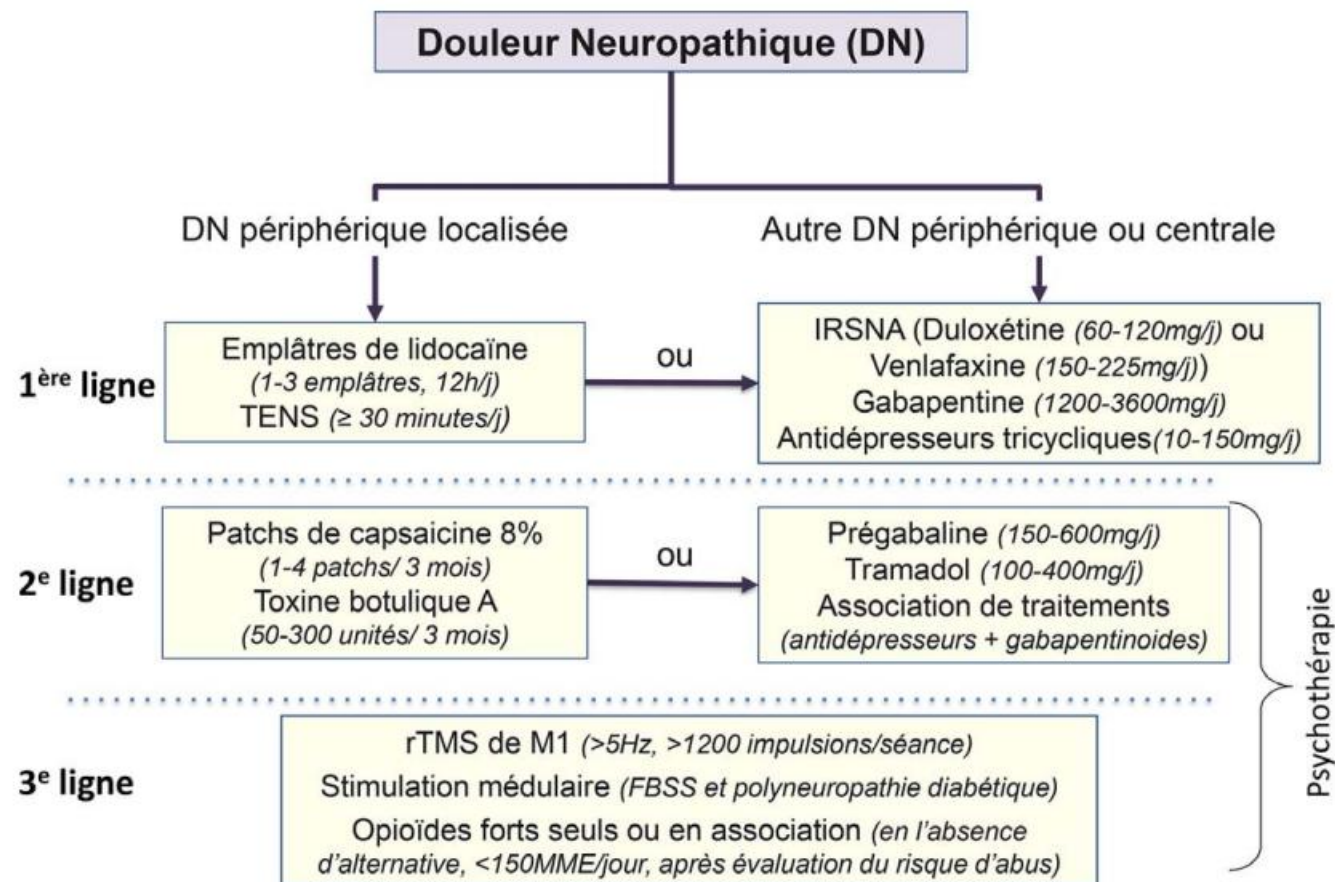
Disponible à :

https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf

L'analgésie multimodale a remplacé les 3 paliers de l'OMS



Neuropathie



Recommandations SFETD 2020

Intervention	Comments	Dosing used in referenced study	LoE/GoR	References
Oral drugs				
SSRIs				
Duloxetine	Reduction of neuropathic pain: cisplatin-treated patients better than taxane-treated patients	30 mg/day for 1 week, then 60 mg/day	I, B	22,89
Venlafaxine	Small randomised trial ($n = 48$), reduction of acute and chronic neuropathic pain in oxaliplatin-treated patients	50 mg initially, followed by 37.5 mg twice/day	II, C	23
Anticonvulsants				
Gabapentin	Trial in CIPN was negative. Established efficacy for other forms of neuropathic pain; other dosing in non-CIPN studies: 1200–3600 mg/day	Targeted dose: 2700 mg/day	II, D	90
Pregabalin	Trial in PN due to cancer. Established efficacy for other forms of neuropathic pain	Targeted dose: 300 mg twice/day	II, C ^a	91
Lamotrigine	No difference to placebo, higher dropout rate in the lamotrigine arm	Starting dose: 25 mg/day Targeted dose: 300 mg/day	II, E	92
Tricyclic antidepressants				
Amitriptyline	Small randomised trial ($n = 44$), small improvement of CIPN, trend for improvement of QoL	Starting dose: 10 or 25 mg/day Targeted dose: 50 mg/day	II, C	93
Nortriptyline	Small randomised trial ($n = 51$) cisplatin ChT, no significant differences between arms	Target maximum dose: 100 mg/day	II, D	94
Opioids				
Tramadol	Established efficacy for other forms of neuropathic pain, also a serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor, NNT: 4.7	Tramadol 200–400 mg in two (extended release) or three doses	II, C ^a	24
Strong opioids	Established efficacy for other forms of neuropathic pain, salvage option, NNT: 4.3	Smallest effective dose	II, C ^a	24
Other				
Glutamine	Modest evidence for efficacy in children; so far, no recommendation is possible in adults			95
Topical local intervention				
Topical low-concentration menthol cream	($n = 51$), improvement in pain scores (BPI) after 4–6 weeks	1% menthol creme twice/day to affected area and corresponding dermatomal region of spine	III, B	27
Topical baclofen, amitriptyline, ketamine gel	Effect after 4 weeks on CIPN 20, especially on motor subscale	10 mg baclofen, 40 mg amitriptyline and 20 mg ketamine	II, C	28
Topical ketamine and amitriptyline	($n = 462$), no benefit was observed	2% ketamine, 4% amitriptyline	I, D	29
Capsaicin-containing patches, 8%	Most established efficacy for other forms of neuropathic pain, one small study in CIPN ($n = 16$)	Assisted capsaicin application 30 min on affected regions for 60 min, effect lasting 90 days	I, C ^a and III, C for CIPN	30,31

BPI, Brief Pain Inventory; ChT, chemotherapy; CIPN, chemotherapy-induced peripheral neuropathy; GoR, grade of recommendation; LoE, level of evidence; NNT, number needed to treat; PN, polyneuropathy; QoL, quality of life; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.

^a Evidence from studies in neuropathic pain other than CIPN.

B. Jordan et al.

Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO–EONS–EANO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow-up
Ann Oncol. 2020;31(10):1306-1319

Neuropathie périphérique chimio-induite CBD?

WEISS M. et al.-ASCO 2023- Abs.#12020

Safety and efficacy of cannabidiol in the management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy.

Phase III, double-aveugle 135mg CBD vs placebo

Après chimiothérapie chez des patients non métastatique(sein, colorectal, endomètre, ovaire)

Neuropathie grade 2 et 3

4 mois

	Placebo		CBD			
	Baseline	Change	Baseline	Change	P*	Cohen's D
Sensory	42.9 (18.1)	9.3 (10.3)	40.2 (20.3)	13.5 (12.5)	0.235	-0.37
Motor	32.2 (24)	6.7 (16.0)	31.3 (24.1)	10.8 (10.0)	0.311	-0.31

	Adjusted Main Effects	
	β (95% CI)*	p
Sensory		
CBD	-10.2 (-20.3, -0.1)	0.048
Motor		
CBD	-8.4 (-20.0, 3.3)	0.158
Tingling and Numbness		
CBD	-10.4 (-20.9, 0.02)	0.05
Pain in Hands/Feet		
CBD	-7.6 (-21.6, 6.3)	0.282

Diminution de
l'engourdissement, troubles
sensitifs et picotements

WEISS M. et al.-ASCO 2023- Abs.#12020

En cas de chimiothérapie

Interroger les patients sur le possible impact cognitif

Introduction

La **plainte cognitive** (mémoire, attention, etc.) est **fréquente** chez les patients pendant et à l'issue des traitements du cancer, principalement étudiée chez les patientes traitées pour un cancer du sein par chimiothérapie

(« chemofog », « chemobrain », *Wefel, 2012; Joly, 2015*)

Les troubles cognitifs ont un impact sur la qualité de vie, la confiance en soi, la reprise d'activité professionnelle

(*Boykoff, 2009; Nieuwenhuijsen, 2009; Von Ah, 2013*)

voire sur l'observance des traitements oraux (*Dos Santos, 2019*)

Leur évaluation et leur traitement font partie des objectifs du Plan cancer 2014-2019 :

→ réduction des effets indésirables des traitements, tels que les troubles de la mémoire et de l'attention (Objectif 8)



OBJECTIF 8 : RÉDUIRE LES RISQUES DE SÉQUELLES ET DE SECOND CANCER
SYSTÉMATISER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SÉQUELLES

AFSOS. Troubles cognitifs et cancer. 2020.
Disponible à :
https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/12/Troubles-cognitifs-et-cancer_AFSOS.pdf

Données épidémiologiques

Les difficultés sont parfois observées **avant** le début du traitement adjuvant \Rightarrow « **Cancer-Related Cognitive Impairment** » (CRCI) (Lange, 2019)

Chimiothérapie

15-25 % des patientes traitées pour un cancer du sein ont un déclin cognitif à l'issue de la chimiothérapie (Ahles et al, 2012)

Troubles parfois observés jusqu'à 20 ans après la chimiothérapie ; pouvant être associés à des anomalies cérébrales (Koppelmans, 2012; de Ruiter, 2011; Stouten-Kemperman, 2015)

Hormonothérapies

Troubles observés chez une proportion de patients très variable (cancer du sein et de la prostate) en fonction du traitement (Underwood, 2018; Gonzalez, 2015; Morote, 2017)

Thérapies ciblées

\approx 30 % des patients traités par anti-angiogéniques ont un déclin cognitif (Joly, 2016; Mulder, 2014)

Immunothérapie?

Effet délétère potentiel suggéré par une étude préclinique (McGinnis, 2017)

Absence de donnée clinique actuellement (Joly, 2019)

Attente de prise en charge des patients (75 % des patients ayant une plainte cognitive, selon une enquête nationale du réseau Seintinelles (Lange, 2019)

*AFSOS. Troubles cognitifs et cancer. 2020.
Disponible à:*

https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/12/Troubles-cognitifs-et-cancer_AFSOS.pdf

La prise en charge des troubles cognitifs (1)

Une prise en charge récente, encore peu documentée

Plusieurs étapes :

- Donner **des informations et des explications** relatives à ces troubles (leur réalité, leur complexité et l'intrication possible à d'autres facteurs)
- Proposer **des recommandations de type écologique** :
 - éviter d'effectuer trop de tâches simultanément,
 - organiser les informations à retenir,
 - optimiser les outils de type agenda avec classement catégoriel des tâches à effectuer,
 - repérer les moments de la journée où la cognition est plus performante,
 - répartir les différentes activités cognitives selon les contraintes et les facilitateurs, etc.
- Proposer **un accompagnement psychologique**, qui est souvent nécessaire
- Proposer d'éventuelles **pratiques complémentaires** pour améliorer la qualité de vie (ex : art-thérapie, sophrologie, etc.)
- Proposer **une intervention** pour améliorer le fonctionnement cognitif

*AFSOS. Troubles cognitifs et cancer. 2020.
Disponible à :*

https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/12/Troubles-cognitifs-et-cancer_AFSOS.pdf

La prise en charge des troubles cognitifs (2)

Quel(s) type(s) d'intervention ?

4 grands types d'approches :

- Interventions pharmacologiques
- Exercices physiques
- Interventions comportementales aspécifiques
- Interventions comportementales centrées sur la cognition

- ✓ Pas de consensus de prise en charge
- ✓ Hétérogénéité qualitative (rationnel des propositions, paramètres évalués)
- ✓ Hétérogénéité quantitative (nombre de sessions/durée des effets)
- ✓ Pas de consensus du timing optimal (profil précoce vs profil tardif ?)
- ✓ Différents problèmes à différents moments? donc différentes propositions selon le timing de prise en charge ?

AFSOS. Troubles cognitifs et cancer. 2020.

Disponible à:

https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/12/Troubles-cognitifs-et-cancer_AFSOS.pdf

La prise en charge des troubles cognitifs (4)

Quelle(s) proposition(s) ?

- Il est crucial de poursuivre **l'élaboration et le développement de programmes de remédiation** cognitive adaptés permettant de :
 - cibler de façon spécifique les fonctions cognitives altérées des patients
 - mais également promouvoir les aspects de métacognition et la mise en place de stratégies compensatoires efficaces

tout en tenant compte des **multiples cofacteurs associés** potentiels comme la fatigue, les troubles du sommeil ou anxio-dépressifs.

- Un effet complémentaire pourrait être attendu de l'association de différentes stratégies thérapeutiques, sous différentes formes (par exemple : approche pharmacologique et exercice physique, entraînement cognitif et activité physique, programmes multimodaux, etc.)
idéalement sous la forme de **programmes multimodaux et pluridisciplinaire**, associant activités individuelles et groupales.
- La prise en compte du **timing** dans le parcours de soins et des symptômes associés permettrait également de moduler de façon pertinente la nature et le contenu des propositions thérapeutiques.

*AFSOS. Troubles cognitifs et cancer. 2020.
Disponible à :*

https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/12/Troubles-cognitifs-et-cancer_AFSOS.pdf

Et le travail?

Préparation du retour à l'emploi

Traitements des séquelles

Réhabilitation

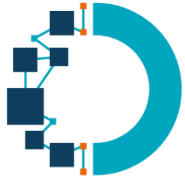


À retenir

- Préparer et anticiper la reprise du travail pendant l'arrêt de travail.
- Conseiller de maintenir un lien avec l'entreprise et l'environnement professionnel (RDV de liaison).
- Informer de l'intérêt de la visite de pré-reprise auprès du médecin du travail.

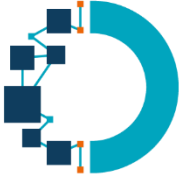
Ces 3 actions sont primordiales pour un accompagnement pluridisciplinaire au maintien en emploi.

AFSOS. Cancer et travail. 2024. Disponible à:
<https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/Cancer-et-travail.pdf>



Synthèse

- Importance de la préhabilitation (APA, nutrition et **arrêt du tabac**)
- Soutien psychologique avant, pendant après
- Prise en charge des séquelles (neuropathie chimio-induite ou post-chirurgicale)
- Aide au retour à l'emploi
- Recommandations INCA:
<https://www.cancer.fr/personnes-malades/l-apres-cancer/conseils-pour-l-apres-cancer>



Synthèse bis

- Prise en charge pluridisciplinaire avec discours à faire évoluer en fonction de la situation dans laquelle se trouve le patient
- SOS toujours



Plusieurs possibilités de prise en charge sur prescription médicale de votre oncologue ou de votre médecin traitant.

Un bilan initial sur les trois axes (APA, nutrition, soutien psychologique) vous sera systématiquement proposé avec en fonction de vos besoins, des consultations de suivi.



Cette prise en charge est ouverte à tous les patients du territoire après le traitement de leur cancer.



Vous avez terminé votre traitement du cancer. Vous allez retrouver votre cadre de vie. Les soins que vous avez reçus sont parfois pourvoyeurs de séquelles ou de difficultés physiques, psychiques ou autres à la fin des traitements. Dans ces conditions, le retour à la vie quotidienne n'est pas toujours évident.

Notre objectif grâce aux soins de support est d'améliorer votre qualité de vie après les différents traitements du cancer, de vous aider à forger de nouveaux repères et retrouver une place dans la société.

Quatre structures sur notre territoire existent afin de vous accompagner au mieux dans cet objectif de réhabilitation :

Hôpital de jour de Soins Oncologiques de Support du CHCB

05-33-78-81-99

Soins.onco.support@ch-cotebasque.fr

Centre médical Annie Enia

05-59-29-37-00

contact@annie-enia.fr

www.centre-medical-annie-enia.fr

Maison GOXA LEKU

06.66.49.44.20

www.maisongoxaleku.com

Garazi en rose

06.09.40.83.01

www.garazienrose.com

 CENTRE HOSPITALIER
de la Côte Basque

Centre Médical
Annie Enia
Cambo

Garazi
en ROSE

LA MAISON
GOXA LEKU
La patient avant tout

Parcours de rétablissement après traitements du cancer



Activité Physique Adaptée (APA)



Il a été démontré scientifiquement que l'activité physique adaptée améliore la fatigue, la qualité de vie et l'état psychologique, émotionnel et social des patients.

Cet APA limite le risque de rechute.

Un bilan et un suivi personnalisé peuvent vous être proposés par des professionnels qualifiés au sein du Centre Hospitalier de la Côte Basque, de la Maison Sport Santé Pays Basque Adour ou du centre médical Annie Enia.

Bilan et suivi nutritionnel



Garder un état nutritionnel optimal est un des garants d'un bien-être physique et mental.

Pour cela un suivi personnalisé régulier est nécessaire.

Ainsi nous mettons à votre disposition un diététicien qui saura vous accompagner dans cette démarche.

Prise en charge et soutien psychologique



Le temps qui suit la fin des traitements peut être une période d'ajustement au sein de sa sphère familiale, sociale et professionnelle.

Des questionnements peuvent alors émerger et avoir un retentissement sur le quotidien.

Si tel est le cas un soutien psychologique peut apporter une écoute et aider le patient à identifier les ressources dont il dispose pour traverser au mieux cette période.

Ce soutien sera assuré par l'un des psychologues de l'établissement.

