

LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS, LEURS MÉTASTASES ET COMPLICATIONS

Renée Dugas MD
Professeur adjoint de clinique
Faculté de médecine

PLAN DE PRÉSENTATION

- Physiologie du développement des métastases
- Cancers du sein, de la prostate, du colon et du poumon: métastases les plus fréquentes et la survie
- Problèmes associés aux métastases: locales, osseuses, hépatiques, pulmonaires et cérébrales
- Prévention des problèmes, lorsque possible, et traitements
- Effets secondaires de traitements
- Soins palliatifs seulement: quand y penser

PHYSIOLOGIE DES MÉTASTASES: GÉNÉRALITÉ

- C'est un processus avec des étapes multiples:
 - Envahissement de tissulaire local
 - Envahissement des vaisseaux sanguins et/ou lymphatiques
 - Acquisition des mutations pour survivre dans l'environnement changeant
 - Extravasation des vaisseaux sanguins ou lymphatiques dans de nouveaux tissus
 - Prolifération au site secondaire
 - Développement d'un système vasculaire pour supporter la croissance de ces cellules métastatiques
 - Apparition de nouvelles métastases provenant des métastases existantes

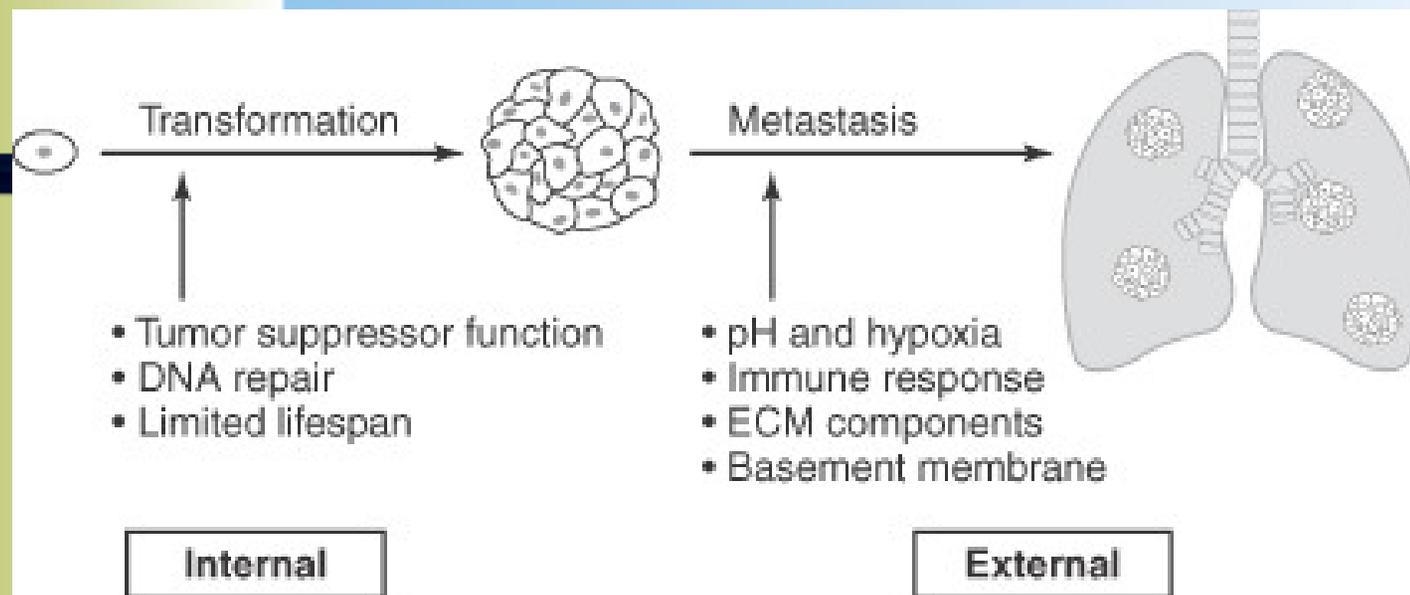
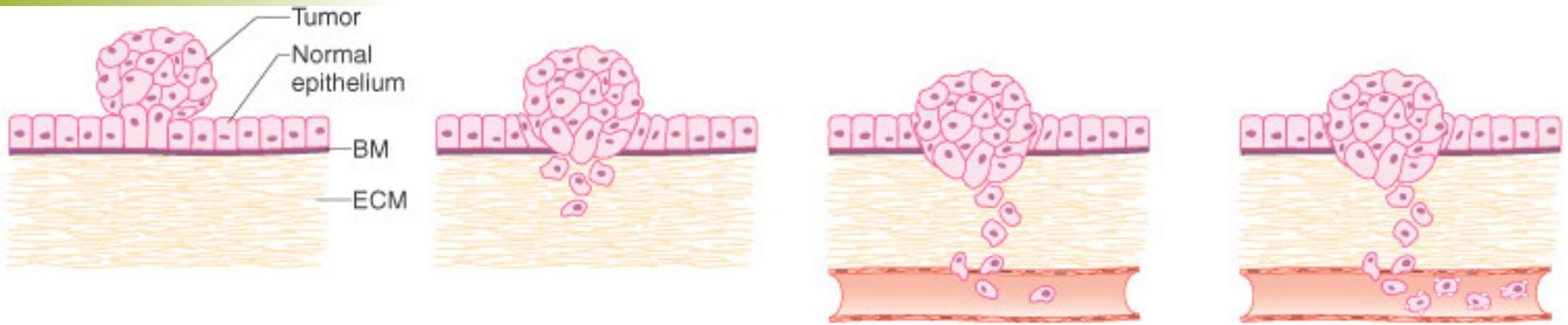
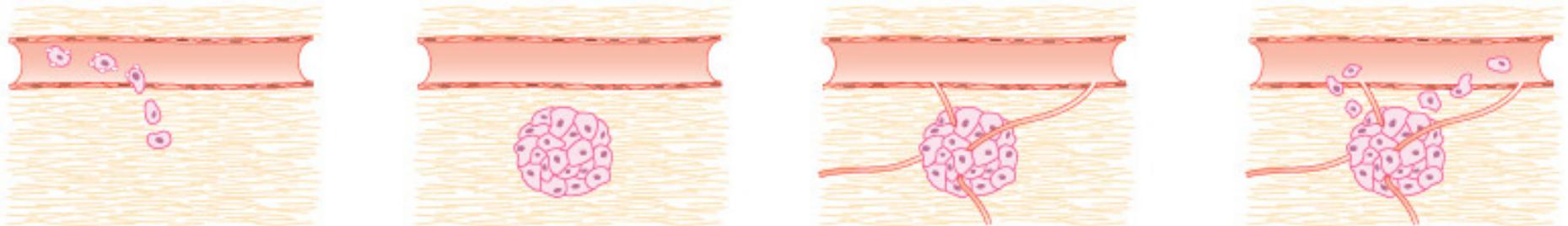


Figure 3-2 • Barriers for tumor progression. The first step in tumorigenesis is cellular transformation where cells must overcome several internal barriers. To metastasize, cells must overcome external barriers put in place by the tumor microenvironment.

(Adapted from Gupta GP, Massague J: Cancer metastasis: building a framework. *Cell* 2006;127:679–695.)



(1) Primary tumor growth [benign] → (2) Invasion of neighboring tissue [malignant] → (3) Intravasation → (4) Interaction with blood components and travel in bloodstream



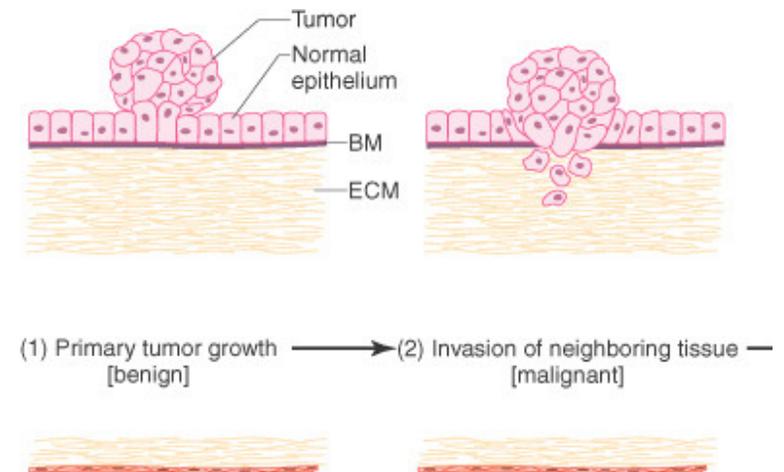
(5) Extravasation at distant site → (6) Proliferation at secondary organ → (7) Angiogenesis to sustain growth → (8) Metastasis of metastases

Figure 3-1 • Metastasis is a multistep process consisting of a series of discrete biological events. These allow primary tumor cells to invade the surrounding tissue, intravasate the circulatory system and survive this harsh environment, extravasate into new tissue, proliferate at secondary sites, and develop a vascular system to support growth of the metastases. BM, basement membrane; ECM, extracellular matrix.

DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE: 1ERE ÉTAPE

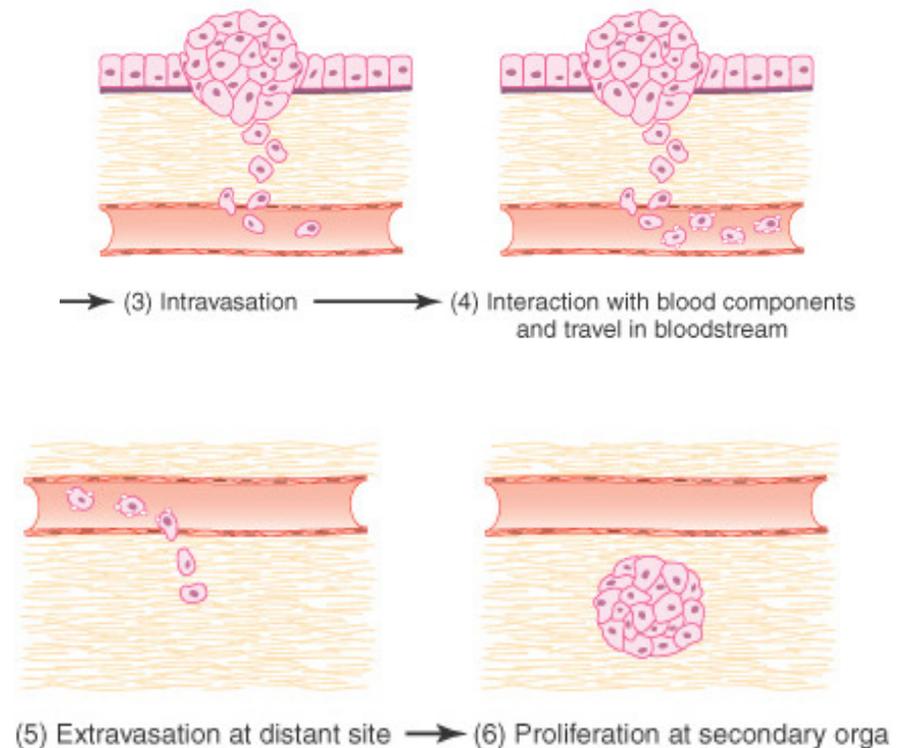
PERTE DE L'ADHÉRENCE CELLULE À CELLULE VERS UNE ADHÉRENCE CELLULE MATRICE PÉRI CELLULAIRE

- Blocage au départ par la membrane basale et les composants de la matrice extracellulaire
- Barrière physiologique par la limitation de l'oxygène, des nutriments, les variations de pH et les barrières immunologiques du système immunitaire
- Les cellules néoplasiques répondent par des altérations de leur expression génétique
- Ceci permet l'invasion locale



DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE : UNE FOIS SORTIE DU MILIEU DE BASE

- L'entrée des cellules tumorales dans la circulation (intravasation) et la sortie des cellules tumorales de la circulation (extravasation) vers l'organe hôte représente une étape critique dans le processus métastatique
- La grande différence entre les 2 étapes est associée à la composition des vaisseaux sanguins

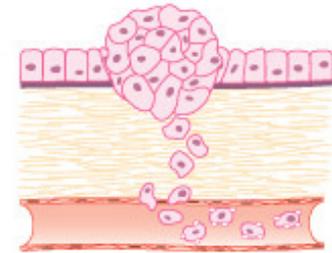


DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE : UNE FOIS SORTIE DU MILIEU DE BASE

- Les vaisseaux sanguins métastatiques sont malformés, minces, irréguliers et permettent un accès faciles à la circulation sanguine générale
- Les vaisseaux sanguins des tissus normaux où doit se produire l'extravasation sont normaux et plus résistant à l'invasion
- L'accès aux vaisseaux lymphatiques par les cellules tumorales est plus facile car l'endothelium est plus lâche et permissif pour le passage de nouvelles cellules (point de collection pour les liquides intersticielles)

DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE : UNE FOIS SORTIE DU MILIEU DE BASE

- Survie dans la circulation générale
 - Attaque immunitaire
 - Survie contre les forces de la circulation
 - Anoïkis (apoptose induite par le manque d'adhérence)
- Elles se lient aux plaquettes pour se protéger
- Elles se lient aux facteurs de coagulation (thrombine, fibrinogène, facteur tissulaire, fibrine)
- Ces liaisons créent des embolies appelées amas hétérotypiques comparativement aux amas cellulaires pure , appelés amas homotypiques
- Ces embolies sont plus résistantes aux forces de la circulation



(4) Interaction with blood components and travel in bloodstream

DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE : UNE FOIS SORTIE DU MILIEU DE BASE

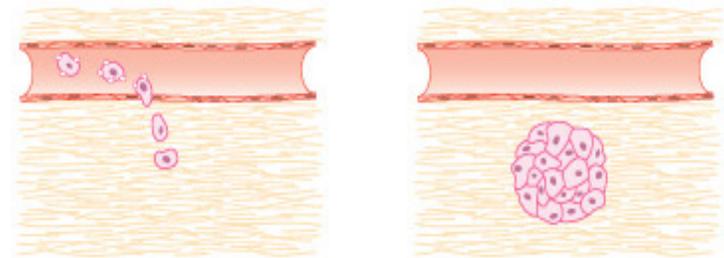
- Ces amas cellulaires doivent survivre le manque d'oxygène, le manque de nutriments qui étaient présents dans la tumeur de base
 - La perte du gène suppresseur tumorale p53 aide ce processus de survie
 - L'↑ expression anti-apoptique de la famille des Bcl-2 y contribue
 - L'↑ de l'activité du facteur de transcription HIF (hypoxia-induceble factor) favorise cette survie

DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE : UNE FOIS SORTIE DU MILIEU DE BASE

- L'extravasation des cellules tumorales peut ressembler à celui des leucocytes qui sortent des vaisseaux sanguins
- Les zones de fragilité de la paroi des vaisseaux favorisent l'extravasation des amas cellulaires métastatiques
- Ces amas cellulaires adhèrent dans le tissu interstitielle ou hôte
- Le phénomène de Trousseau décrit il y a plusieurs décennies....s'explique ainsi
 - Phénomène de phlébites associé à la présence de cancer

DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE : UNE FOIS SORTIE DU MILIEU DE BASE...PROLIFÉRATION

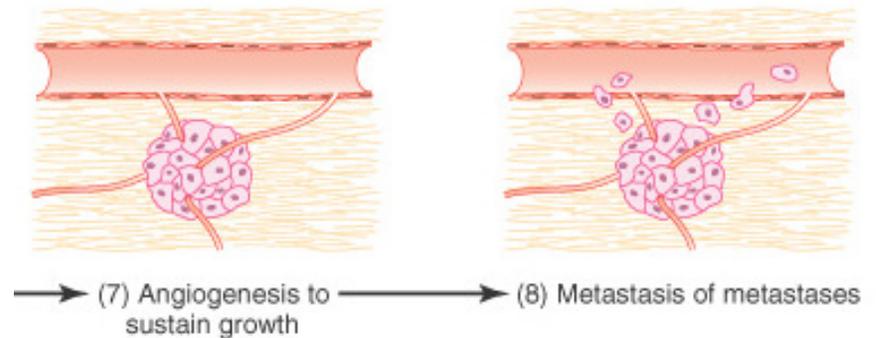
- L'étape finale du développement des métastases implique un retour de la prolifération cellulaire dans le tissu hôte et l'induction de l'angiogénèse pour apporter l'oxygène et les nutriments
- Ceci peut expliquer en partie la préférence de certains tissus pour le développement de métastases, car seulement certaines cellules dormantes vont répondre aux signaux de développement cellulaire propre à certains organes
 - EX: dans le foie on retrouve le IGF(insuline growth factor), TGF α (transforming growth factor alpha), EGF-R(epidermal growth factor receptor) et ceci permet aux cellules de sortir de leur état dormant et de se multiplier
 - Ces facteurs sont exprimés sur les cellules cancéreuses du sein, du côlon.....



(5) Extravasation at distant site → (6) Proliferation at secondary organ

DÉVELOPPEMENT MÉTASTATIQUE : UNE FOIS SORTIE DU MILIEU DE BASE...PROLIFÉRATION

- Le développement de nouveaux vaisseaux sanguins à partir de la vascularisation préexistante est stimulée par certains facteurs comme le VEGF (vascular endothelial growth factor), PDGF (platelet derived growth factor)
- À ceci s'ajoute le recrutement de cellules endothéliales circulantes et originaires de la moelle
- De ces cellules métastatiques, il y a reprise du processus décrit avant pour aller coloniser d'autres organes....



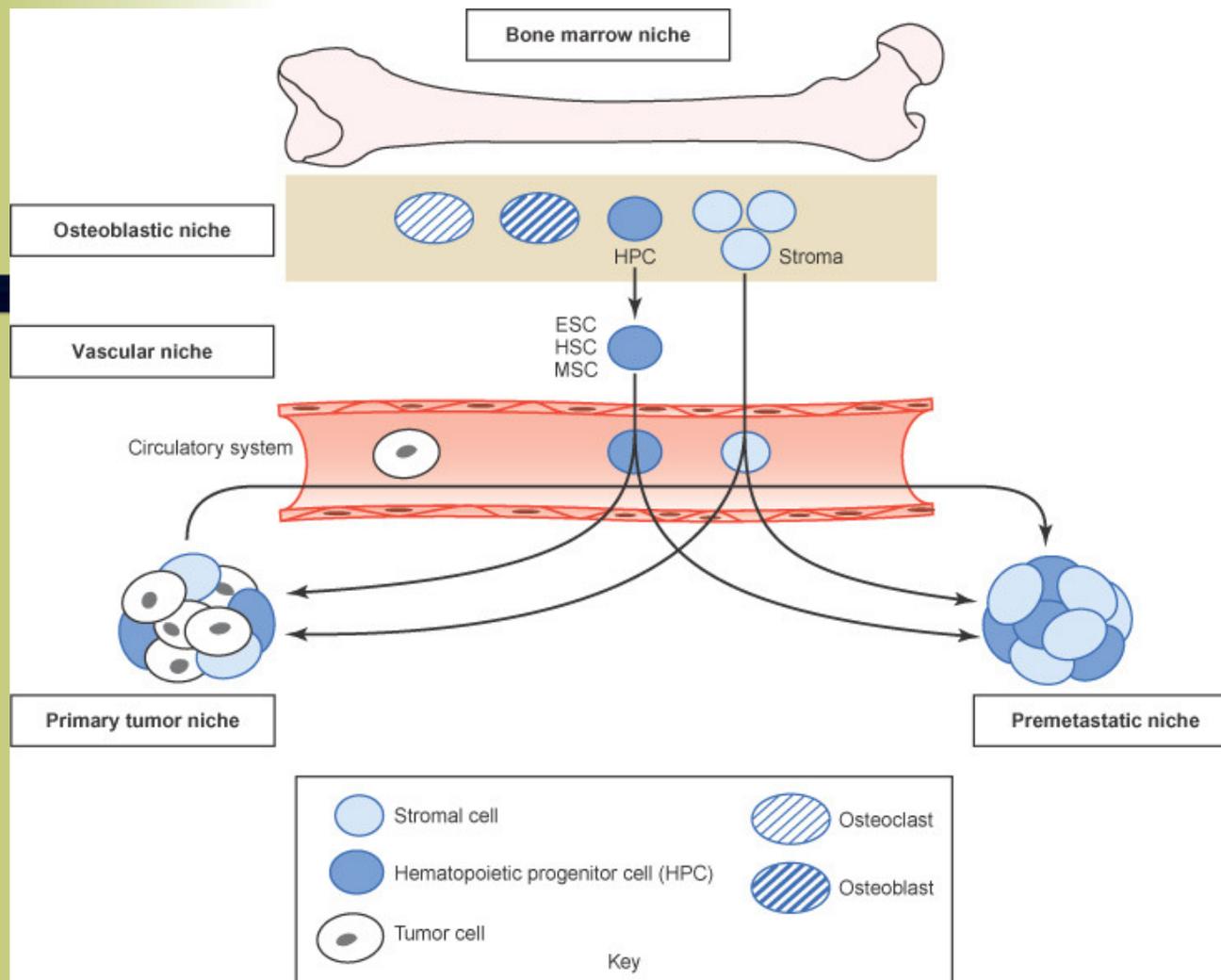


Figure 3-5 • The role of bone marrow-derived cells in tumor progression. Cells derived from the bone marrow niche are involved at many stages during tumor progression. Hematopoietic progenitor cells (HPCs), hematopoietic stem cells (HSCs), mesenchymal stem cells (MSCs), and stromal cells including macrophages and fibroblasts, permit tumor growth and development at primary and metastatic niches.

(Adapted from Wong SY, Hynes RO: Lymphatic or hematogenous dissemination: how does a metastatic tumor cell decide? *Cell Cycle* 2006;5:812–817.)

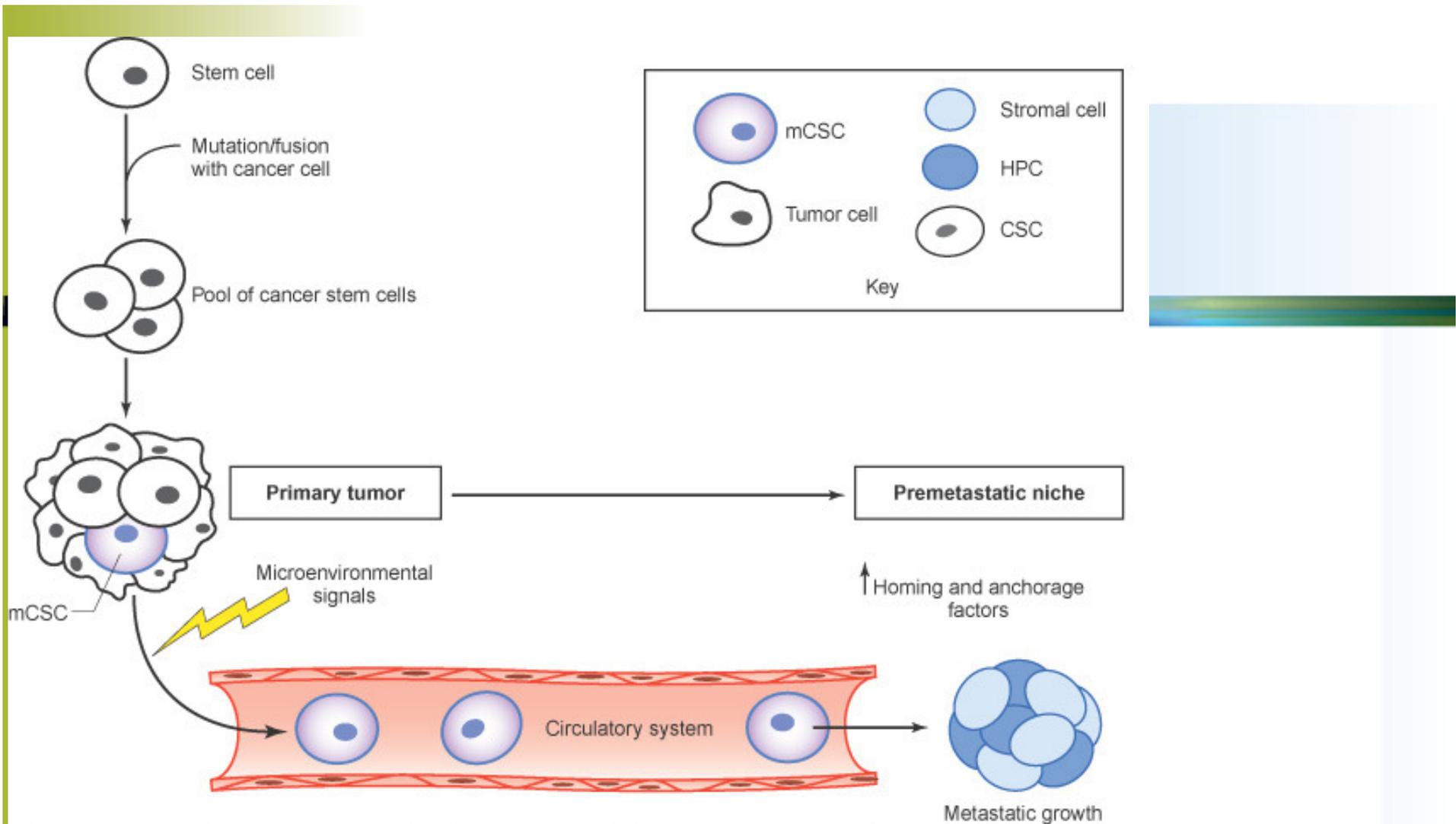


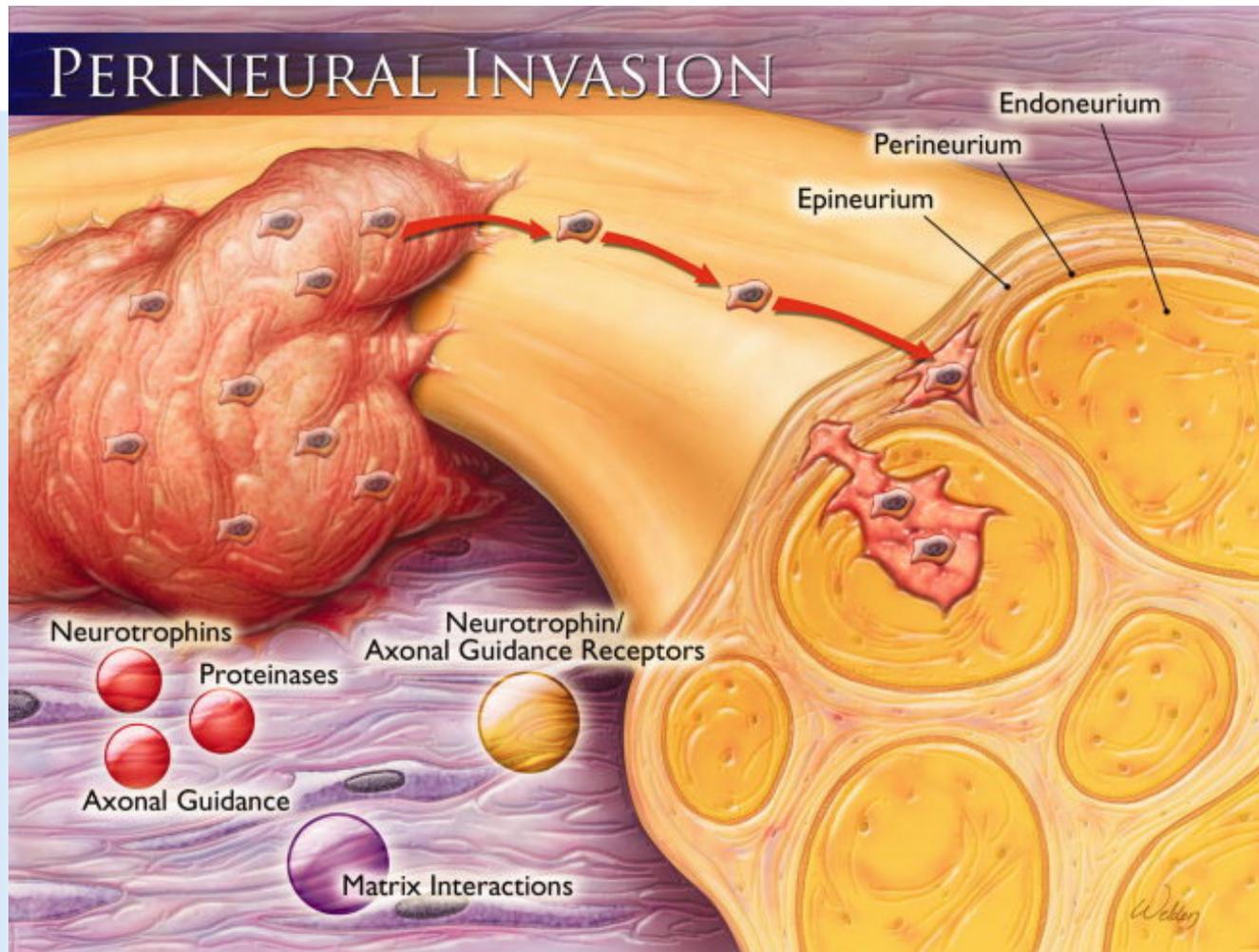
Figure 3-7 • The role of cancer stem cells (CSCs) in metastasis. CSCs are able to self-renew and differentiate into multiple cell types and are believed to arise either by mutation of an adult stem cell or fusion of an adult stem cell with a cancer stem cell. It is hypothesized that a pool of CSCs develops and gives rise to the primary tumor. A subpopulation of CSCs is believed to exist with the inherent property to metastasize. Microenvironmental signals stimulate primary tumor cells to secrete factors involved in premetastatic niche formation, and additionally stimulate invasion and dissemination of the metastatic CSCs (mCSCs). These mCSCs are attracted to homing and anchorage signals produced by bone marrow-derived cells at the premetastatic niche.

(Adapted from Al-Hajj M, Clarke MF: Self-renewal and solid tumor stem cells. *Oncogene* 2004;23:7274–7282.)

VOIES D'ENVAHISSEMENT: RÉSUMÉ

- Envahissement local
- Envahissement lymphatique
- Envahissement sanguin
- Envahissement périneural....
 - Il peut autant permettre un envahissement local qu'un envahissement à distance

ENVAHISSEMENT PÉRINEURAL: CANCER AUGUST 2009 REVIEW ARTICLE «PERINEURAL INVASION IN CANCER» C. LIEBIG ET ALL



ORGANES PLUS SPÉCIFIQUES POUR DES MÉTASTASES: LES OS

- Il y a 2 genres de métastases, ostéolytiques et ostéoblastiques
- Les méta ostéoblastiques sont surtout associées au ca de la prostate car il y a une stimulation du développement des ostéoblastes par les cellules tumorale associé aux signaux de l'environnement tissulaire comme le BMP(bone morphogenic protein)
- Le Runx-2 est un facteur clef de transcription qui contrôle la transformation des cellules précurseurs ostéoblastiques et des ostéoblastes même
- Les méta ostéolytiques se retrouvent surtout dans les cancers du sein et le myélome multiples
- Elles sont le résultat d'une interaction entre les cellules tumorales et l'environnement qui entraîne une résorption osseuse, un développement des cellules métastatiques et une interaction entre les ostéoclastes et les ostéoblastes
- Les ostéoclastes sont activés par les «ligands»RANKL quand ils se fixent aux récepteurs RANK(receptor activator of nuclear factor-kB)

ORGANES PLUS SPÉCIFIQUES POUR DES MÉTASTASES: LES OS, NOUVEAUTÉS

- L'ostéoporose est maintenant bien connue chez les patients recevant des traitements anti hormonaux (ca. du sein et de la prostate)
- Il devient important à penser à des biphosphonates, même en l'absence de méta osseuse
- En plus des biphosphonates, d'ici quelques années l'ajout du dénosumab (anticorps monoclonal qui se lie aux RANKL et inhibe les ostéoclastes) pourra être ajouté comme traitement aux biphosphonates et surtout si progression de métastases osseuses sous pamidronate et acide zolendronique
- Ref: Current opinion in Supportive and Palliative Care, 2009,3:2130218 «new results from the use of biphosphonates in cancer patients» R. Coleman et all

ORGANES PLUS SPÉCIFIQUES POUR DES MÉTASTASES: LES OS, NOUVEAUTÉS

- Test qui sera utile pour bien suivre nos patients sous biphosphonates et aider dans le dosage que ce soit pour ostéoporose que pour métastases osseuses
 - Dosage de N-telopeptide sur une collection urinaire et ils sont élevés lorsque l'activité des ostéoclastes est élevée

ORGANES PLUS SPÉCIFIQUES POUR DES MÉTASTASES: LE CERVEAU

- Ces métastases sont surtout observées chez les patients présentant des ca du sein, du poumon, et des mélanomes
- L'accès vasculaire au cerveau est strictement réglé par la barrière hémato-encéphalique
- Une fois que les cellules néoplasiques ont passé la barrière (phénomène mal compris pour le moment), les cellules gliales permettent le développement des métastases en sécrétant des chemokines, des cytokynes et des facteurs de croissance.
- La noradrénaline semble aussi stimuler la motilité des cellules tumorales et leur dissémination
- Les méta cérébrales sont associées à un mauvais pronostic en général....

ORGANES PLUS SPÉCIFIQUES POUR DES MÉTASTASES: LE POUMON

- Elles sont observées avec les sarcomes, les ca du sein, les ca digestifs, les ca du rein et les mélanomes
- Comme il y a un passage sanguin obligatoire à travers les poumons, ceci favorisent une incidence élevée de métastases pulmonaires une fois que les méta ont atteint la circulation générale
- Les méta commencent souvent dans les artérioles pulmonaires et atteignent le parenchyme pulmonaire en passant à travers la membrane basale
- Il y a plusieurs cytokines différentes, dépendant des différents ca, donc leur destruction demande des traitements combinés ou très spécifiques dépendant du ca de base

ORGANES PLUS SPÉCIFIQUES POUR DES MÉTASTASES: LE FOIE

- Elles sont surtout notées avec les ca du sein, du poumon et les ca digestifs comme le colon et le pancréas
- Pour les ca du colon, c'est le 1^{er} endroit à distance car c'est le 1^{er} lit sanguin capillaire rencontré par les cellules métastatiques à travers le système porte
- Le système circulatoire hépatique et en particulier les sinusoides permettent le flux de macromolécules et favorisent ainsi le passage des cellules métastatiques
- Il y a 2 genres de méta hépatiques:
 - le «pushing type» qui détruit le stroma hépatique et dont l'angiogenèse est en partie stimulée par le VEGF, les COX2...
 - Le «replacement type» qui préservent le stroma hépatique; les cellules hépatiques sont remplacées par des cellules tumorales

LES MÉTASTASES ET LES CELLULES DORMANTES

- Ces micro-métastases avec des cellules dormantes se retrouvent surtout avec les cancers de la prostate, du sein et les mélanomes....
 - Ceci explique les périodes de latence longue qu'on rencontre dans le ca du sein et de la prostate
- Elles sont localisées au niveau de la moelle, des poumons et du foie

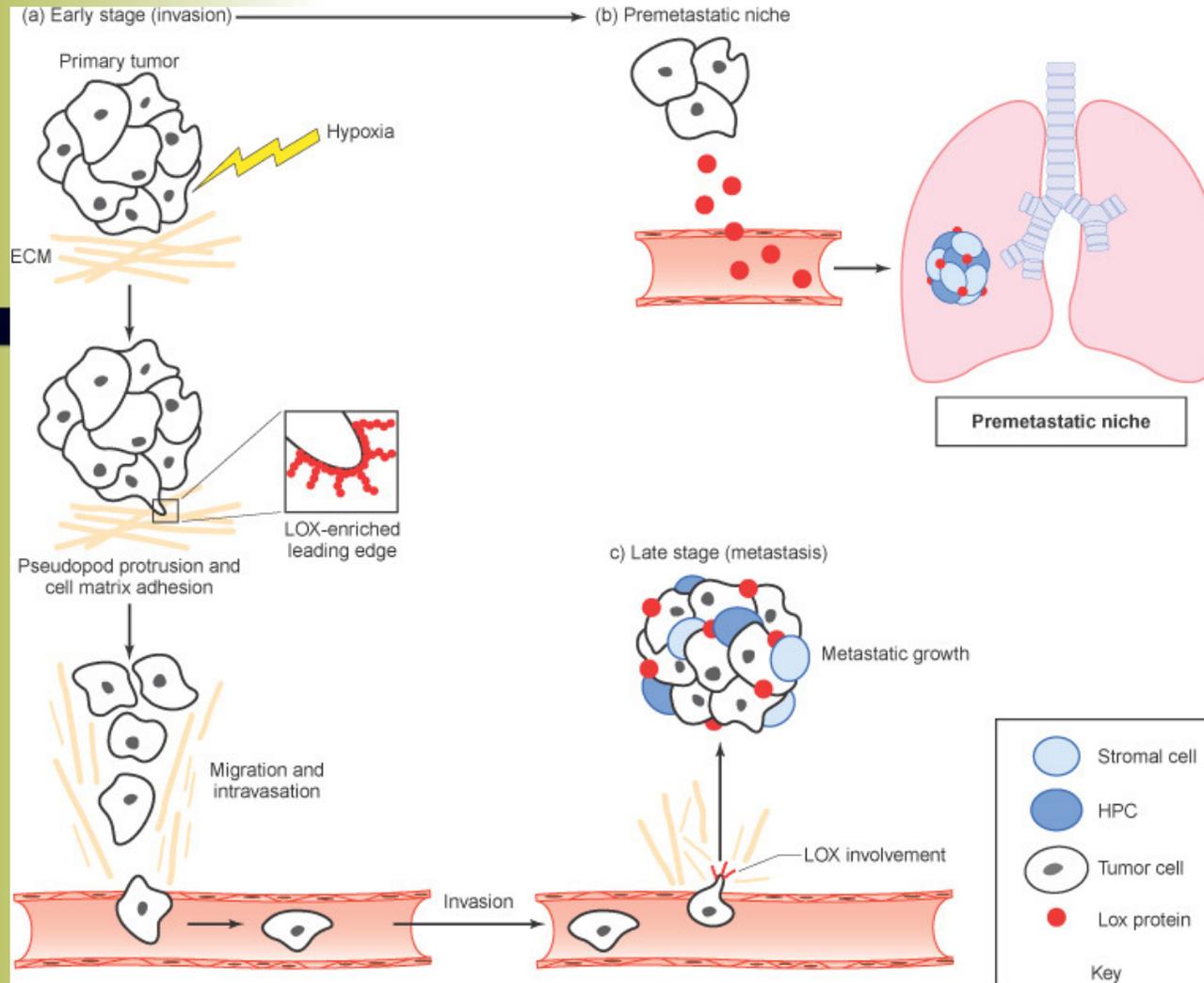


Figure 3-8 • The role of lysyl oxidase in metastasis. Lysyl oxidase (LOX) is a hypoxia-induced secreted protein involved in many stages of metastasis. LOX contributes to early-stage metastasis by increasing tumor cell invasion through the cross-linking of collagens in the ECM, which stimulates integrin-mediated cell-matrix adhesion and activation of focal adhesion kinase. LOX is expressed at the leading edge on invasive cells and extends along hairlike fibers in the ECM. Collagen cross-linking additionally provides a route ("highway") by which tumor cells may travel. LOX secreted by hypoxic cells in the primary tumor is involved in premetastatic niche formation at distant sites. Furthermore, LOX is involved in later stages of metastasis where cell-matrix adhesion interactions are again required for arrest and extravasation, and invasive migration. LOX is further required for the formation of a mature ECM, which is essential for metastatic tumor cell growth.

Copyright © 2008 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc.

HISTOIRE CLINIQUE HABITUELLE

- Les raisons majeures d'échec au traitement curatif sont l'envahissement local et les métastases.
- 30% des patients ont des métastases détectables, cliniquement, au diagnostic
- 50% du 70% restant présentent des métastases lors de l'investigation de routine
- Les sites fréquents sont les poumons, les os, le foie et le cerveau
- Les cellules tumorales sont biologiquement hétérogènes et les plus envahissantes présentent plusieurs altérations génétiques

CANCER DU SEIN

- Les métastases osseuses
 - sont les plus fréquentes et associées à une survie prolongées si uniques (65-75% des patientes)
 - sont surtout lytiques
- Il ya possibilité d'envahissement local dès le diagnostic ou de récurrence locale après une période de latence
- Il y a possibilité de métastases pulmonaires, hépatiques et de carcinomatoses

CANCER DE LA PROSTATE

- Risque de métastases osseuse surtout blastiques, nombreuses et associées à une survie prolongée et douleur (80-90% des patients)
- Risque d'envahissement local avec compression des tissus avoisinants entraînant de l'occlusion digestive ou urinaire, de la douleur....qui peut être excruciante

CANCER DU COLON ET DU RECTUM

- Métastases ganglionnaires locales et para aortiques et mésentériques
- Possibilité de carcinomatose abdominale avec risque d'occlusion
- Suivis de métastases hépatiques puis pulmonaires
- Provenant du rectum, il ya possibilité de méta pulmonaires sans métastases hépatiques
 - Par le réseau veineux para spinal de Batson
- Après quelques lignes de chimiothérapies avec succès mitigés, il ya possibilité de métastases cérébrales

CANCER DU POU MON

- Métastases surtout ganglionnaires médiastinales avec risque de compression oesophagienne et de la veine cave supérieure
- Envahissement local pleural et pulmonaire et costal et sous cutanées
- Douleur associée peut être très importante
- Métastases à distance surtout hépatiques et surrénaliennes

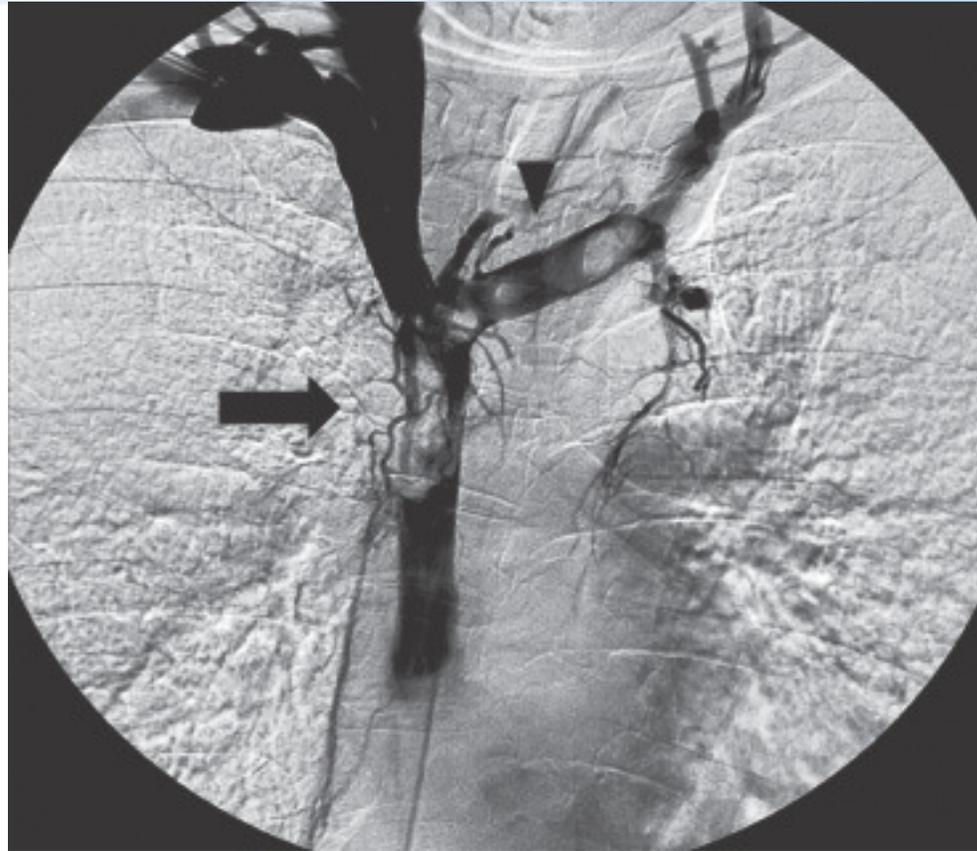


FIGURE 231-1 A 66-year-old patient with small cell lung cancer. This patient had severe superior vena cava stenosis (*arrow*) and clotting up to the left brachiocephalic vein (*arrowhead*).

Copyright © 2009 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

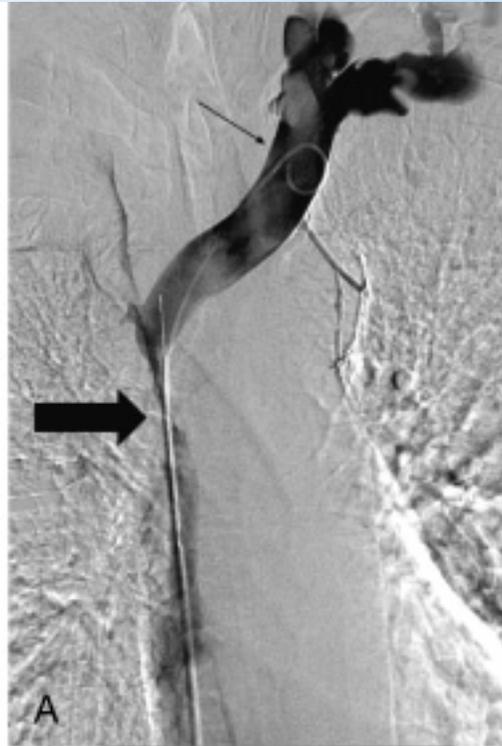


FIGURE 231-3A Superior vena cava syndrome.

A, Superior vena cava venogram: severe stenosis (*thick arrow*). The venogram was made after a right femoral venous approach, with insertion of the catheter (*thin arrow*) into the left brachiocephalic vein. **B**, Post-stenting venogram shows a double-Z stent in the portion of the stenotic vena cava (*arrows*), with immediate restoration of normal blood flow.

Copyright © 2009 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

TABLE 215-2



Tumor Cell Properties and Host Factors That Regulate

- I. Tumor Cell Properties
 - A. Facilitation of Metastasis
 1. Production of growth factors and their receptors
 2. Production of angiogenic factors
 3. Motility, invasiveness
 4. Aggregation, deformability
 5. Specific cell surface receptors and adhesion molecules
 - B. Inhibition of Metastasis
 1. Antigenicity
 2. Production of angiogenic inhibitors
 3. Tissue inhibitors of degradative enzymes
 4. Cohesion (E-cadherin)
- II. Host Factors
 - A. Facilitation of Metastasis
 1. Neovascularization
 2. Paracrine and endocrine growth factors
 3. Platelets and their products
 4. Immune cells and their products
 - B. Inhibition of Metastasis
 1. Tissue barriers
 2. Blood turbulence, endothelial cells
 3. Tissue inhibitors of degradative enzymes
 4. Tissue antiproliferative factors
 5. Immune cells and their products

SUPPLEMENTAL TABLE 215-2 Tumor Cell Properties and Host Factors That Regulate.

(From Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al: Clinical Oncology, 3rd ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2004.)

TABLE 215-3



FDA-Approved Tumor Markers

ANALYTE	ASSOCIATED CANCER	DESIGNATED INDICATION
Serum, Plasma		
CA 15-3, CA 27.29	Breast	Monitoring; recurrence
HER-2/neu	Breast	Monitoring
CA 125	Ovarian	Monitoring; second-look evaluation
CA 19-9	Pancreatic	Monitoring
Total PSA, complexed PSA (cPSA)	Prostate	Detection in men aged 50 years or older in conjunction with digital rectal examination (DRE); monitoring; prognosis
Free PSA	Prostate	Aid in distinguishing prostate cancer from benign prostate conditions in men 50 years or older with a total PSA of 4–10 ng/mL and nonsuggestive DRE in conjunction with total PSA (% free PSA)
Prostatic acid phosphatase	Prostate	Monitoring
Carcinoembryonic antigen (CEA)	Colorectal, breast, lung	Monitoring; prognosis
α -Fetoprotein (AFP)	Nonseminomatous testicular	Monitoring
Thyroglobulin	Thyroid	Monitoring (in patients without thyroglobulin autoantibodies)
β -Human chorionic gonadotropin (β -hCG)	None	Detection of pregnancy (not approved as a tumor marker)
Urine		
BTA stat, BTA TRAK, FDP	Bladder	Management in conjunction with cystoscopy
NMP-22	Bladder	Diagnosis in symptomatic patients or those with risk factors; recurrence
Tissue		
Estrogen and progesterone receptors	Breast	Assessing the likelihood of response to therapy; prognosis and management
HER-2/neu	Breast	Assessment of patients for whom herceptin (trastuzumab) treatment is being considered

BTA bladder tumor antigen; FDA, Food and Drug Administration; FDP, Fibrin Degradation Products; NMP, nucleus matrix protein; PSA, prostate specific antigen.

(From Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al: Clinical Oncology, 3rd ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2004.)

TABLE 215-2 -- CANCER PRIMARY TYPES AND THEIR COMMON SITES OF METASTASIS

- CANCER TYPES METASTASIS SITES
- Breast cancer
 - Bone, lung, liver
- Colorectal cancer
 - Lymph nodes, liver, lung, peritoneal dissemination
- Esophageal cancer
 - Lymph nodes (i.e., anatomical skip metastasis), liver, lung
- Gastric cancer
 - Liver, lymph nodes, peritoneal dissemination
- Head and neck cancer
 - Lymph nodes
- Lung cancer
 - Lymph nodes
- Malignant melanoma
 - Lymph nodes, lung
- Sarcomas Lung,
 - lymph nodes (e.g., epithelioid sarcoma, angiosarcoma)
- Thyroid cancer
 - Lymph nodes

SURVIE À 5 ANS DE CANCERS COURANTS SUR 3 PERIODES

CANCER TYPE	1974-1976 %	1983-1985 %	1995-2001 %
All cancers	50	53	65
Prostate	67	75	100
Sein	75	78	88
Rectum	49	55	65
Colon	50	58	64
Poumon	13	14	15
Œsophage	5	8	15
Pancreas	3	3	4

TABLE 215-1

Classification of Cancer Genes	
Gatekeeper Genes	
Rb	Cell proliferation, cell cycle
P53	Angiogenesis, apoptosis
NF1	Angiogenesis
VHL	Angiogenesis
MEN II	Cell migration
PTEN	Motility, cell-cell adhesion, survival
BRCA1, 2	DNA repair, angiogenesis
APC	Cell-cell adhesion
CDKN2A	Cell cycle, apoptosis
Caretaker Genes	
HMSH2	Target genes of mismatch repair system are: TGF β receptor II, IGFII receptor, Bax, Caspase 5, MMP2. Deregulation of these genes can affect cell growth, ECM production, cell adhesion, angiogenesis, and apoptosis
HMLH1	
PMS1	
PMS2	
Landscaper Genes	
Gene	Cell functions affected at tumor-host interface
SMAD4	Cell proliferation, ECM production, angiogenesis
BMPR1A	

SUPPLEMENTAL TABLE 215-1 Classification of Cancer Genes.

(From Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al: Clinical Oncology, 3rd ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2004.)

TRAITEMENTS PRÉVENTIFS HABITUELS

- Biphosphonates utilisés autant pour prévenir les fractures que la douleur dans les cancers du sein et de la prostate
- Les blocages hormonaux androgéniques préviennent un développement local et à distance pendant plusieurs années dans le ca de la prostate
- Les blocages hormonaux estrogéniques ont la même utilité chez les ca du sein spécifique...

PRÉVENTION ET SOULAGEMENT DES PROBLÈMES COURANTS

- Radiothérapie
- Analgésie et co analgésie
- Prévention et traitement de la difficulté respiratoire
- Prévention et traitement de la nausée
- Prévention et traitement de la constipation et occlusion
- Surveillance et traitement des plaies et risque de plaie
- Surveillance du risque de saignement

RÉSUMÉ SOMMAIRE DE CES TRAITEMENTS ET PRÉVENTION: MÉTASTASES OSSEUSES

- Le choix du traitement sera décidé en fonction du confort:
- Pour prévenir des fractures et soulager
 - Biphosphonate et calcitonine
 - Radiothérapie
 - Substance radioactive
- Pour traiter des fractures
 - Chirurgie... et plasties surtout vertébrales
 - Radiothérapie

RÉSUMÉ SOMMAIRE DE CES TRAITEMENTS ET PRÉVENTION: MÉTASTASES OSSEUSES

- Pour prévenir les compressions médullaires
 - Chimiothérapies et radiothérapie
 - Chirurgie
- Pour traiter l'hypercalcémie lorsque le patient est en phase palliative; ceci est discutable en phase terminale
 - Biphosphonates et calcitonine
 - Hydratation intensive
 - Diurétiques

RÉSUMÉ SOMMAIRE DE CES TRAITEMENTS ET PRÉVENTION: MÉTASTASES OSSEUSES

- Métastases lytiques:
 - Douleur: leucémie, estomac, ORL
 - Compression médullaires rares: œsophage, pancréas, ovaire et utérus, ORL
 - Compressions médullaires: poumons, sein, prostate, reins et vessie, mélanome, côlon et rectum,
 - Fractures: poumon, lymphome des extrémités, reins, thyroïde, sein, prostate
 - Hypercalcémie: sein, poumon, œsophage,
- Métastases lytiques et blastiques:
 - prostate, sein
- Myélomes :
 - douleur , compression médullaire

PRÉVENTION ET TRAITEMENT: RADIOTHÉRAPIE

- Aussi utilisée en prévention de complications des métastases cérébrales et surtout pour les patients présentant des cancers du poumon et du sein
- Utilisé comme traitement des compressions de la veine cave, mais la chimiothérapie est maintenant souvent le 1^{er} choix surtout avec les cancers du poumon
- De plus en plus utilisé conjointement avec de la chimiothérapie en première ligne

PRÉVENTION ET TRAITEMENT: ANALGÉSIE ET CO ANALGÉSIE

- Prévoir des entre doses d'opiacé à très petite dose même avant l'utilisation d'une médication analgésique régulière
 - Morphine 1 mg q hre prn.....
- Prévoir une co-analgésie dès le début de l'apparition d'une douleur
 - AINS à très petite dose si douleur osseuse ou tissulaire ibuprofen 100-200 mg bid-qid....
 - ATC ou anticonvulsivant dès que signe de douleur neuropathiques.....

PRÉVENTION ET TRAITEMENT: CONSTIPATION, NAUSÉE ET OCCLUSION

- Une cause très fréquentes de nausée est la constipation sur toute analgésie et co-analgésique
 - Prévoir une dose de laxatif dès la prescription d'analgésique même à dose très faible
 - Penser à utiliser le méthylnaltrexone pour les constipations persistantes sur opiacés
- À petite dose, les opiacés peuvent causer un peu de nausée
- Sous chimiothérapie, les anti-nauséeux sont déjà prescrit
- Une petite dose de halopéridol HS (0.25mg) peut autant prévenir de la nausée que les cauchemars.....
- Une constipation traitée peut prévenir une occlusion.....des selles molles vers liquides bloquent difficilement l'intestin

PRÉVENTION ET TRAITEMENT: DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE ET SAIGNEMENT

- En prévoyant l'opiacé pour le risque de douleur, il peut aussi servir de prévention de détresse respiratoire en y ajoutant une petite dose de benzodiazépine
 - Ceci peut se prévoir et diminuer le risque de développement de détresse respiratoire majeure et inattendue, car il y aura eu utilisation de petites doses répétées....ceci se prescrit bien pour le domicile et est moins inquiétant
 - La même combinaison est utilisée si saignement pulmonaire ou digestif ou urinaire ou de plaie....et on augmente progressivement les doses selon les situations
 - Ativan format sublinguale 0,5-1mg dilué dans suspension orale de morphine (5mg/ml, 2-5mg) ou de hydromorphone (1 mg/ml, 0.5-1mg)

Oncologie

BMJ 2008; 337: a752
«What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: a qualitative study»
Suzanne Audrey et al

- Que cherchons-nous à offrir du point de vue oncologique ?
 - On parle de possibilité de ↓ de symptômes malgré les effets secondaires pour améliorer la qualité de vie
 - Si une chimio lui est offerte sans aborder la survie, il va estimé une survie plus longue que la réalité
 - Si une chimio lui est refusé sans que le temps de survie soit abordé, le patient peut interprété ce refus comme une question de coût trop élevé pour le «système»
 - Plusieurs patients priorisent la survie sur la qualité de vie
- Que cherchons-nous à offrir en soins palliatifs ?
 - Traiter pour obtenir une qualité de vie qui sera soit avec une guérison , une rémission ou une palliation des symptômes les plus incommodants avec les traitements les moins nocifs

Soins palliatifs



CE QUI EST IMPORTANT EN TOUT TEMPS

- Notre traitement doit toujours être centré sur le patient
- Notre traitement doit avoir un but de bien être pour le patient:
 - on revient toujours à la «qualité de vie», qui est différente d'un patient à l'autre et aussi d'un MD à l'autre.....

RÉSUMÉ DES PROBLÈMES RENCONTRÉS

- Problèmes que l'on doit affronter à travers les différentes étapes d'un cancer
 - Diminution physique anatomique ou fonctionnelle
 - Diminution des activités de la vie de tous les jours, des activités routinières
 - Diminution des activités collectives

RÉSUMÉ DES PHASES VÉCUES PAR UN PATIENT SUR QUELQUES MOIS OU SUR PLUSIEURS ANNÉES....

Phase	Besoins des patients	Symptômes	Impact
1 ^{ère} évaluation et 1 ^{er} plan de traitement	Information et formation...	Douleur, anxiété, insomnie	Bris de la routine journalière
2. Routine obligatoire pour le patient	Soins aigus indispensables et information	Douleur, anxiété, dépression, ↓ activité physique, besoin d'aide	Bris important de la routine et atteinte de la vie sociale
3. Récupération post traitement	Éducation, support, style de vie le plus sain possible	Douleur somatique et neuropathique, anxiété, dépression, œdème, fatigue, insomnie, mobilité +/- atteinte	Changement possible dans le travail, dans le vie familiale atteinte cosmétique....
4. Récidive	Éducation, formation, support.....	Même symptômes et possiblement en augmentation	Encore atteinte de la routine journalière, dans le travail, les
5. Phase terminale	Support et éducation du patient et des proches....	Douleur, asthénie, dépression, fatigue, atteinte cognitive	Dépendance de plus en plus importante



Pain control:

- Responder: improvement of 50% or greater in pain over basal assessment via the visual analogic scale for at least 4 weeks
- Nonresponder: any worsening for at least 4 weeks
- Stable: any condition not included in the previous ones

Performance status:

- Responder: improvement of 20% or greater over basal assessment
- Nonresponder: worsening of 20% or greater over basal assessment
- Stable: any condition not included in the previous ones

Weight gain:

- Responder: improvement of 7% or greater over basal weight for at least 4 weeks
- Nonresponder: any other condition not included in the previous one

The patient is considered a responder if:

- He is a responder in the two primary measures
- He is a responder in one of the primary measures and stable in the other one
- He is stable in the two primary measures and a responder in the secondary one

FIGURE 240-2 Clinical benefit assessment.

(Redrawn from Burris HA III, Moore MJ, Andersen J, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: A randomized trial. *J Clin Oncol* 1997;15:2403-2413.)

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE

- Pour un patient sous chimiothérapie, lorsqu'il expérience une aggravation de ses symptômes et une diminution de sa capacité physique pendant des traitements (surtout si ce sont les 1ers), il vit une expérience paradoxale d'être rendu plus malade par ce qu'on lui offre
- Ceci peut être une conséquence normale de certains traitements ou, un signe que la maladie est plus avancée qu'elle ne le paraît....

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE

- Notre position en soins palliatifs est de garder le patient le plus confortable possible
- Ceci permet au patient de pouvoir continuer des traitements qu'il aurait cessé autrement à cause de :
 - Mucosites sévères, nausée réfractaire, constipation, diarrhée, douleur, fatigue physique, découragement....
- Ceci demande un travail serré d'équipe entre l'hémato-oncologue et le MD de soins palliatifs, l'infirmière pivot, le psychologue, le travailleur social, le physiothérapeute, la diététiste.... et à l'occasion, le psychiatre

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE: NOUVEAUX PROGRÈS EN ONCOLOGIE

- Développement de nouveaux médicaments
 - Agents stimulateurs de l'érythropoïétine
 - Moins utilisés, car peuvent être nuisibles...
 - Les transfusions sont les RX si anémie sévère qui ne peut être corrigé par un ajout de fer
 - Les fer IV est ajouté , à l'occasion car plus efficace que per os

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE: NOUVEAUX PROGRÈS EN ONCOLOGIE

- Développement de nouveaux médicaments (suite)
 - «Colony stimulating factor»
 - Growth colony stimulating factor (G-CSF=Neupogen©) et le granulocyte-macrophage stimulating factor (GM-CSF=leukine©) sont les traitements standards pour ↓ le risque de neutropénie fébrile
 - Ils permettent aussi des traitements de myélosuppression avec moins de complications infectieuses sévères

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE: NOUVEAUX PROGRÈS EN ONCOLOGIE

- Développement de nouveaux médicaments (suite)
 - Cytokynes
 - Beaucoup de recherches sur les RX anticytokynes (pour prévenir le développement de la cachexie) axé sur les cytokynes anti-inflammatoires pour combattre les pro-inflammatoires
 - Pour le moment les seuls vraiment utilisés sont les inhibiteurs COX (AINS) et certains nutraceuticals (EPA= acide éicosapentanoïque)problème de conformité au RX car goût pénible et nécessite une bonne quantité de

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE: NOUVEAUX PROGRÈS EN ONCOLOGIE

- Développement de nouveaux médicaments
 - Cytokynes
 - Inhibiteurs du TNF (Infliximab= Remicade © et Etanercept=Enbrel©) ont malheureusement favorisé le développement d'infection opportuniste comme la TB (étude avec des patients présentant de l'arthrite rhumatoïde)
 - Inhibiteur protéasome (Bortezomib= Velcade©) utilisé dans le RX du myélome multiple et du lymphome à manteau réfractaire, a une action de ↓ la fonte musculaire

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE: NOUVEAUX PROGRÈS EN ONCOLOGIE

- Développement de nouveaux médicaments (suite)
 - Biphosphonates
 - RX de l'hypercalcémie (acide zolendronique)
 - RX de l'ostéoporose exacerbée par la maladie et les traitements (corticostéroïdes....)
 - RX de la douleur sur de l'ostéoporose ou de métastases osseuses (pamidronate=Aredia©, ac.zolendronique =Zometa©)

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE: NOUVEAUX PROGRÈS EN ONCOLOGIE

- Développement de nouveaux médicaments (suite)
 - Bloqueurs des récepteurs μ digestifs spécifiques
 - Permettent de traiter les constipations sévères associées aux opiacés (méthylnaltrexone= Relistor©)
 - Hormonothérapie
 - De remplacement lorsque non contraindiqué par la néoplasie primaire (ca du sein et ca de la prostate)
 - Cannabinoïdes

CHIMIOTHÉRAPIES UTILISÉES DE LONGUE DATE: AGENTS ALKYLANTS

RX	Propriété	Indications	Toxicité / dose limite	Toxicité courante
Busulfan (Myleran, Busulfex)	Formation d'ions carbonium	LMC, syndrome myéloprolifératifs, transplantation de cellules souches	Myélosuppression	Irritation gastrointestinale, stérilité
Chlorambucil (Leukeran)	Dérivée de moutarde azotée; préparation orale	LLC, lymphome indolent, myélome, Hodgkin, tumeurs trophoblastiques, hairy	Myélosuppression	Irritation gastrointestinale
Cycliphosphamide (Cytoxan, Procytox)	Prodrug activée en moutarde azotée par le P450	Utilisée dans les ca hématologiques et les tumeurs solides, leucémies aiguës et chroniques, lymphome, ca sein, ca poumon	Myélosuppression et cystite hémorragique	Alopécie, mucosites, stérilité, nausée, vomissement
Dacarbazine (DTIC)	Dérivée de carboxamide	Hodgkin, mélanome, sarcome	Myélosuppression	Nausée et vomissement
Fotemustine	De la famille des nitrosurées	Mélanome, ca du cerveau	Myélosuppression	Nausée et vomissement

CHIMIOTHÉRAPIES UTILISÉES DE LONGUE DATE: AGENTS ALKYLANTS (SUITE)

RX	Propriétés	Indications	Toxicité/ dose limite	Toxicité
Ifosfamide (Ifex)	Prodrug activée par le P450 en moutarde azotée	Lymphome, sarcome, ca testiculaire récidivant	Myélosuppression, cystite hémorragique qui peut être prévenue par la coadministration de	Alopécie, nausée, vomissements, neurotoxicité
Melphalan (Alkeran)	Dérivé de moutarde azotée et phenylalanine	Myélome multiple, certains carcinomes, perfusion localisée dans les mélanomes	Myélosuppression	Anorexie, nausée, vomissements, mucosites, stérilité
Nitrosurées_ Lomustine (CCNU)	Très liposoluble, traverse la barrière hématoencéphalique	Ca cerveau, lymphome, myélome, certains carcinomes	Myelosuppression	Nausée et vomissement
Temozolomide (Temodal)	Dérivée du dacarbazine. Préparation orale. Traverse la barrière hématoencéphalique	Glioblastome, mélanome métastatique	Myélosuppression	Nausée et vomissement

CHIMIOTHÉRAPIE ET MUCOSITES DU SYSTÈME DIGESTIF

- Modèle en 5 étapes d'évolution que ce soit buccal ou ailleurs dans le système digestif
 1. Phase d'initiation
 2. Phase de message «upregulation»
 3. Phase de signalisation «amplification»
 4. Phase d'ulcérations
 5. Phase de guérison
- Ceci résume la majorité des symptômes digestifs
 - Stomatites, nausée et vomissements, diarrhées et constipation

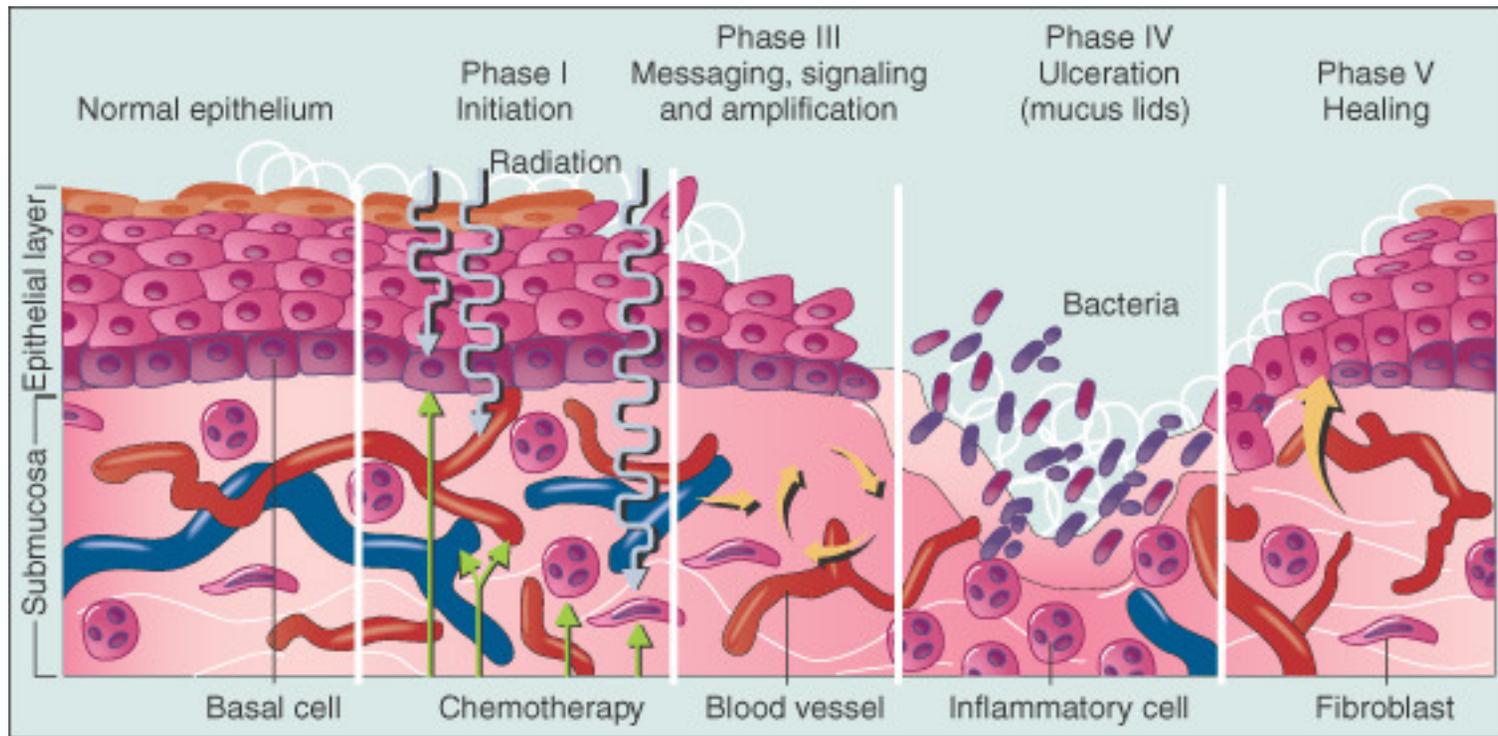


Figure 40-1 • Phases in the development of oral mucositis.

(Adapted from Peterson DE: New strategies for management of oral mucositis in cancer patients. J Support Oncol 2006;4:9–13.)

Curr Opin Support Palliat Care 1: 16-22, 2007 «Cytotoxic treatment-induced gastrointestinal symptoms»

Nicole M.A. Bliilevens : ceci s'adapte à toutes les muqueuses intestinales

Abeloff «Clinical Oncology» 2008 p 610

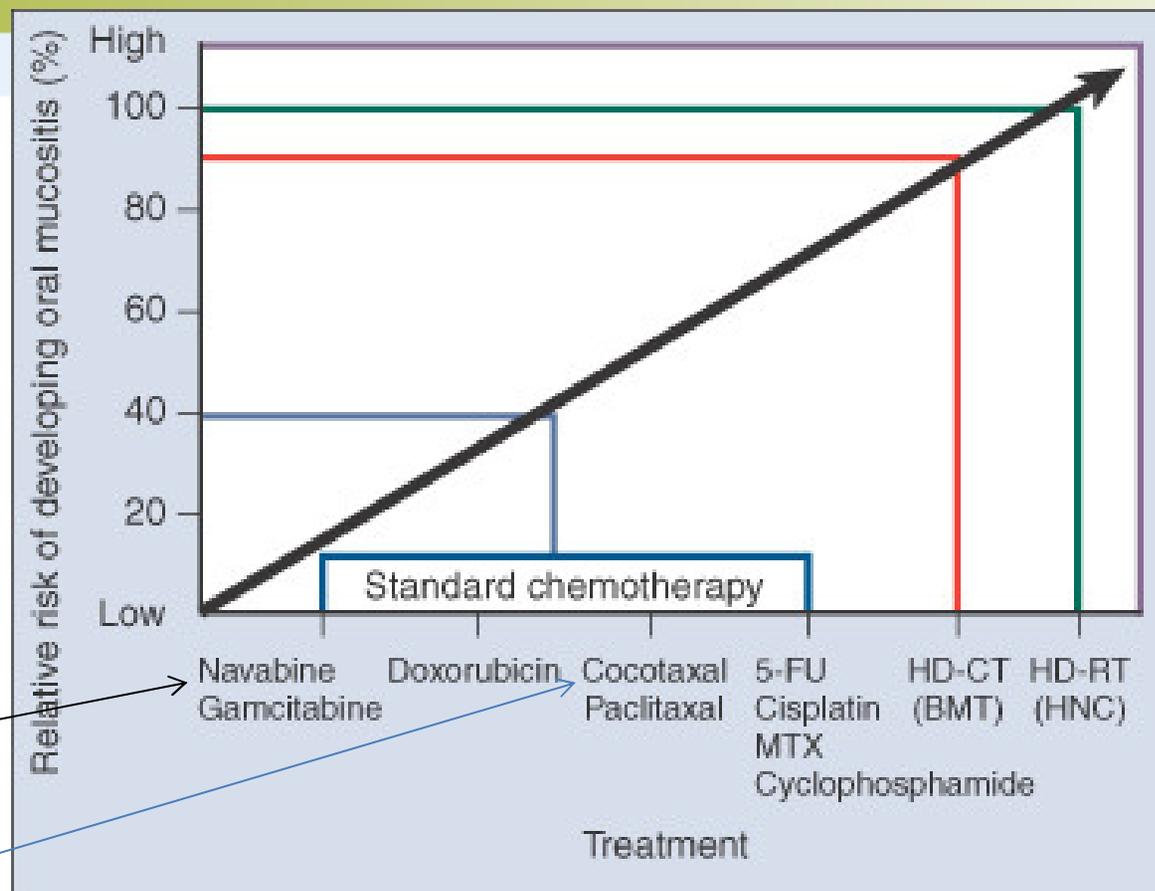


Figure 40-2 • Risk of mucositis according to type of cancer therapy.

(Adapted from Peterson DE: New strategies for management of oral mucositis in cancer patients. J Support Oncol 2006;4:9–13.)

Curr Opin Support Palliat Care 1: 16-22, 2007 «Cytotoxic treatment-induced gastrointestinal symptoms»
 Nicole M.A. Bliilevens : ceci s'adapte à toutes les muqueuses intestinales
 Abeloff «Clinical Oncology» 2008 p 610

CHIMIOTHÉRAPIE SUSCEPTIBLE DE CAUSER DES DOULEURS PARESTHÉSIIQUES

Médication	Commentaires
Bortezomid (Velcade)	Atteinte principalement sensitive et relié à la dose
Cisplatine	Atteinte des grosses fibres sensorielles (vibration, proprioception); relié à la dose et cumulatif
Cytosine arabinoside (Cytosar) (Ara-C)	Polyneuropathie symétrique sensorimotrice et rare
Interferon	Paresthésie transitoire
Oxaliplatine (Eloxatin)	Atteinte des grosses fibres sensorielles (vibration, proprioception); relié à la dose et dose limité; syndrome
Paclitaxel, docetaxel (Taxol) (Taxotere)	Atteinte sensorimotrice relié à la dose et dose limité
Procarbazine (Methexol)	Paresthésie transitoire
Thalidomide, lenalidomide	Polyneuropathie axonale sensori-motrice; incidence reliée à la dose et à la durée du traitement
Vincristine (Vincasar PFS)	Fréquent; dose relié; système nerveux autonome et sensorimoteur; exacerbé chez les patients avec neuropathie préexistante; dose limitée

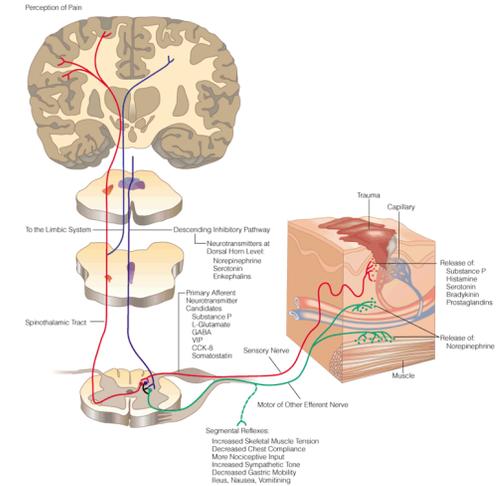
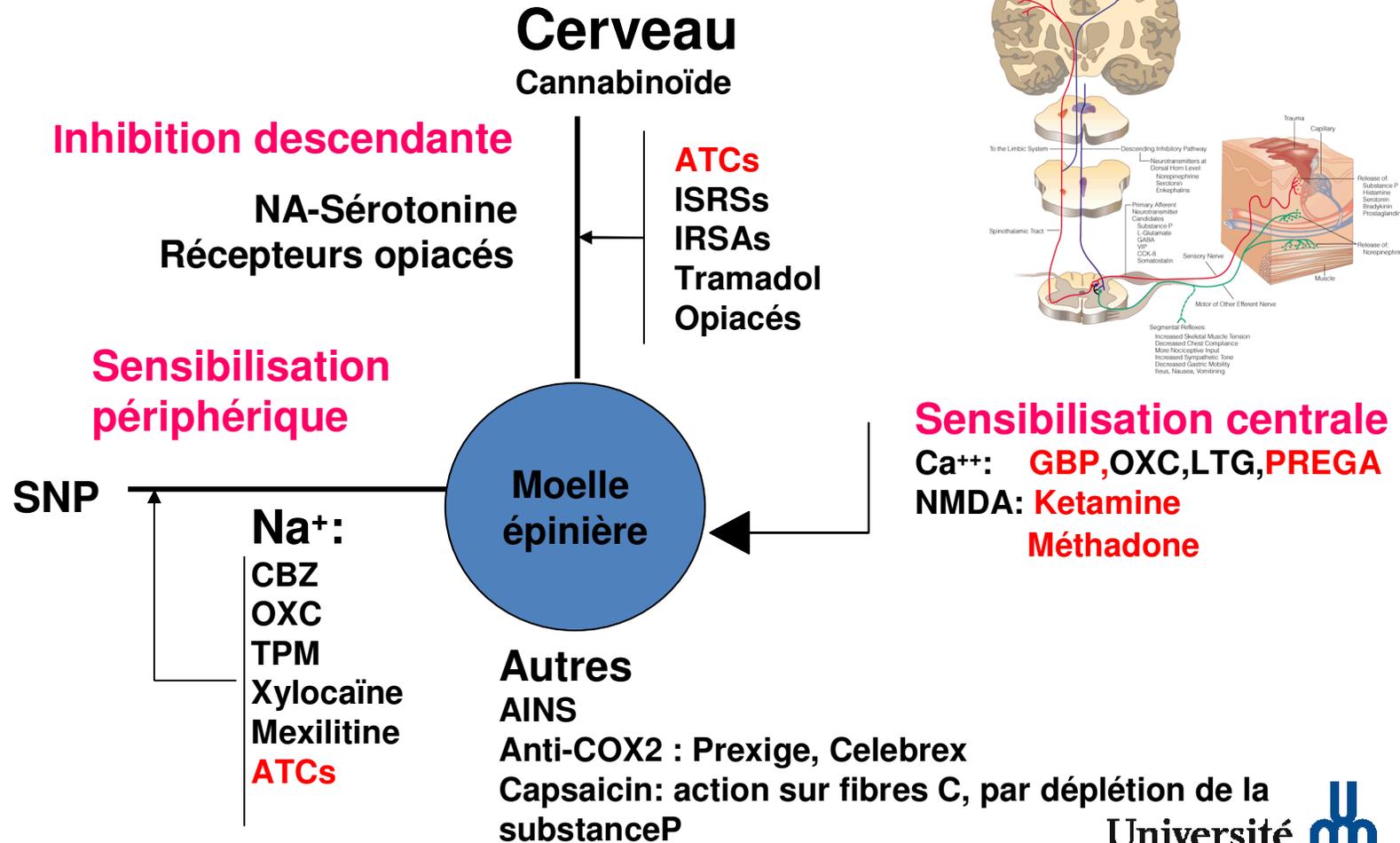
TRAITEMENTS HABITUELS UTILISÉS AVEC UN OPIACÉ ASSOCIÉ

- Co-analgésiques efficaces pour les douleurs neuropathiques périphériques
- Utilisation de dosages élevés donnent plus d'effets secondaires que de bonne réponse thérapeutiques
- Intérêt à combiner plusieurs RX complémentaires
 - Tricycliques et surtout la Nortryptiline 10-50 mg die HS car présente moins d'effets secondaires et efficace seul ou associé avec un des anticonvulsivants
 - Carbamazépine 100-200 mg die
 - Gabapentin 100-3000 mg die
 - Pregabalin (Lyrica©) 25-600mg die
 - Penser à la méthadone ou petit dosage de Ketamine 30-100mg die

Voies administration utiles de médication analgésiques

- Gel et crème topique sur les zones avec allodynie ou envahissement cutané douloureux
 - Gel contenant ketamine 5-10% + gabapentin 6% et application locale tid (JPSM 2009, Vol 37, no 3)
 - Crème topique base Glaxal + morphine 0,5%-5%....
 - Base Glaxal 58-90 gr + poudre de xylicaïne 10-15 gr + ketamine (50mg/ml) 1 ml (Robert Thiffault)
 - Crème de ketamine 1-1.5% (1gr/100mg crème base Glaxal) (Robert Thiffault)

Tableau schématique des agents anti-neuropathiques



TRAITEMENTS HABITUELS UTILISÉS AVEC UN OPIACÉ ASSOCIÉ

- Certains agents sont en voie de développement pour être reçu en même temps que les chimiothérapies à risques de façon protectrice
 - Amifostine : un thiophosphate protégeant les cellules contre les radiations et utilisé comme neuroprotecteur avec le paclitaxel (étude de phase III)
 - Glutamine: 10 gr tid-qid avec le paclitaxel semble ↓ la sévérité des neuropathies
 - L-carnitine (acide aminée) semble ↓ les symptômes neuropathiques chez les patients recevant du paclitaxel ou du cisplatine
 - Infusion IV de gluconate de Ca^{++} + Infusion de sulfate de Mg
 - Acide α -lipoïque utilisée lorsque la neuropathie est déjà présente et extrême

CONSÉQUENCES À LONG TERME DES TRAITEMENTS CANCÉREUX

- La chimiothérapie peut produire une atteinte chronique de la moëlle osseuse, du système immunitaire et laisser des dysfonctions de différents systèmes
 - Anthracyclines (doxorubicine) et atteinte du muscle cardiaque: atteinte moindre avec le mitoxantrone
 - Bléomycine et fibrose pulmonaire
 - Méthotrexate et dommages hépatiques lorsque utilisé de façon chronique pour les leucémies lymphoblastiques
 - Cisplatine et atteinte de la fonction rénale
 - Cyclophosphamide et atteinte vésicale avec risque de ca vessie
 - Vincristine et neuropathie sous forme d'engourdissements et picottements douloureux
 - Séquelles neurocognitives secondaires à plusieurs facteurs

PRÉSENTATION ET TRAITEMENTS SUBITS PAR DES PATIENTS À LONG TERME

- Cancer du sein évoluant depuis plus de 5 ans et métastatique d'emblée sans atteinte d'organes vitaux (foie, poumon, cerveau)
 - Métastases osseuses
 - Métastases ganglionnaires variées et lymphoedème
- Traitements subits pour ralentir l'évolution et prévenir des complications
 - Chimiothérapies diverses et hormonothérapies de suppression
 - Utilisation des biphosphonates
 - RöRX sur les métastases osseuses pour douleur et prévention fracturaire
 - Chirurgie pour stabilisation de la colonne dorso lombaire et/ou vertébroplastie

CE QUE JE «TRAITE» CHEZ CES PATIENTS QUE JE SUIS PLUS DE 2-4 ANS....

- Douleurs multiples somatiques et neuropathiques qui persiste après RX dits curatifs....
 - Opiacé + co analgésie + biphosphonate etc....
- Lymphoedème avec tous les problèmes de douleurs et de limitations associées
- Fatigue continue, mais elles restent très actives!
- Atteinte de l'image corporelle car
 - Prise de poids plutôt que perte «tu as l'air bien...»
 - Atteinte de l'image corporelle autant sur le lymphoedème que sur les limitations progressives et déformations du squelette

Ce que je traite chez ces patients dont la maladie évolue depuis plusieurs années

- Œdème périphérique qui s'intensifie avec la détérioration de l'état générale et l'hypoprotéïnémie et l'envahissement lymphatique direct ou par compression lymphatique et veineuse et/ou thrombophlébite.....
 - Diurétique de l'anse + diurétique préservant le K⁺
 - Furosemide 20-80 mg+ aldactone 25-100 mg die
 - Dosage maximale pour 2-4 jours et diminuez en suite au dosage minimal efficace....surveillez les électrolytes
 - Tentez en même temps une perfusion de 150 ml de 0.9 NaCl avec furosémide 250 mg en 20 min + 60 mEq NaCl en 20 min (JPSM, Vol37, No3 pp419-423)

PATIENTE AVEC CANCER DU SEIN AGRESSIF ET JEUNE: 37 ANS.....

- Apparition d'une masse mammaire en dedans de 2 mois et évolution rapide vers un envahissement de la moelle osseuse par des cellules anaplasiques d'origine mammaire, donc non présentation de métastases osseuses classiques et aussi méningite carcinomateuse fulminante
 - Pancytopénie et surtout thrombocytopénie
 - Douleur neuropathique centrale et périphérique extrême
 - Tenait absolument à continuer les transfusions et surtout les transfusions de plaquettes

PATIENTE AVEC CANCER DU SEIN AGRESSIF ET JEUNE: 37 ANS.....

- Elle a présenté
 - Une détresse psychologique impressionnante et fut suivi en psychothérapie avec l'aide de la TS (fils adolescent et mère célibataire)
 - L'intervenant naturel majeur est sa mère...très aidante malgré sa propre souffrance
 - Problèmes digestifs de stomatites avec pyorrhée, nausée, constipations
 - Douleurs somatiques et neuropathiques périphériques et centrales

PATIENTE AVEC CANCER DU SEIN AGRESSIF ET JEUNE: 37 ANS.....

- Traitements

- Stomatite: combinaison de mycostatin + cipro+ metronidazole+ famcyclovir
- Constipation : cocktail de laxatifs et peglite 500ml q 2 jrs (Relistor © n'était pas encore sur le marché)
- Douleurcombinaison d'opiacé et de co analgésie qui a varié selon la progression et en fin de vie le Sativex© en vaporisation a permis de ↓ l'opiacé de ½ et il fut nécessaire d'utiliser une perfusion continue sédatrice + phénobarbital
- Décès dans le calme après beaucoup d'orages....

2^E SITUATION CLINIQUE QUI A ÉVOLUÉ PLUS DE 10 ANS

- Patient de 45 ans avec cancer du rectum opéré en 1998 et suivi de RöRX car envahissement local limité
- puis apparition de méta hépatiques en 2001 (hépatectomie partielle au début)
- accompagné du développement d'une masse abdominale depuis 2007 (résection d'une meta cicatricielle) et progression périnéale en plus de la progression de la masse abdominale
 - Meta périnéale, hépatique et 1/2 abdomen droit en entier
- Il a subit de nombreuses lignes de chimiothérapies avec de multiples effets secondaires bien tolérés en général
- Il a subit d'autres RX de RöRX pelvienne

2^E SITUATION CLINIQUE QUI A ÉVOLUÉ PLUS DE 10 ANS (SUITE)

- Il me fut référé pour des douleurs surtout neuropathiques d'origine pelvienne et associé à la chimio
 - L'opiacé fut remplacé par de la méthadone + les autres RX....
- il a présenté de la fatigue, de la faiblesse, des infections urinaires à répétition
- Toute chimio fut cessée....
- Mais, il a espéré qu'il y aurait encore un RX de prolongation même si il parle d'un décès à court terme.....la fuite était possible tant qu'il y avait de la chimio
- Il a subit une chirurgie orthopédique à la hanche gauche dans les derniers mois de vie
- Il a espéré une survie jusqu'à quelques jours avant le décès où il est devenu comateux
- Ce fut un décès difficile pour ses filles car il y a eu déni persistant même de leur partil y avait toujours un traitement proposé

3^E SITUATION CLINIQUE

- Patient de 52 ans avec ca de la prostate d'emblée avec de nombreuses métastases osseuses il y a 4 ans
- Répond bien à l'hormonothérapie de suppression sans autre chimiothérapie pour le moment
- Présente des douleurs osseuses multiples bien contrôlées avec le Zometa, les opiacés et les limitations d'activité physique
 - Il n'avait eu aucun arrêt de travail lorsque je l'ai connu il y a 3 ans et ses douleurs étaient intolérables en plus de la fatigue.....
- Présente une fatigue qu'il combat continuellement et, aussi les bouffées de chaleur....

LES PROBLÈMES GÉNÉRAUX QUE PRÉSENTE LES PATIENTS QUE NOUS SUIVONS PLUS DE 2 ANS....

- Douleurs sur néoplasie et qui progresse car la maladie progresse malgré les chimiothérapies
 - Envahissement locaux des plexi neurologiques
 - Envahissements locaux capsulaires (foie, os, rate, cerveau...)
 - Envahissements locaux et à distance cutanés....
 - Avec tout ce que ceci ajoute sur l'image du soi et ça nous ramène à un cancer qu'on veut fuir

LES PROBLÈMES GÉNÉRAUX QUE PRÉSENTE LES PATIENTS QUE NOUS SUIVONS PLUS DE 2 ANS....

- Douleurs neuropathiques surajoutées par les chimiothérapies
 - Surtout des paresthésies en gant et en bas
 - Les chimiothérapies ralentissent, mais n'empêchent pas les envahissements neurologiques et tissulaires
- Atteinte neurologique centrale post chimiothérapie et post RÖRX de douleur et/ou d'atteinte cognitive à court ou long terme

LES PROBLÈMES GÉNÉRAUX QUE PRÉSENTE LES PATIENTS QUE NOUS SUIVONS PLUS DE 2 ANS....

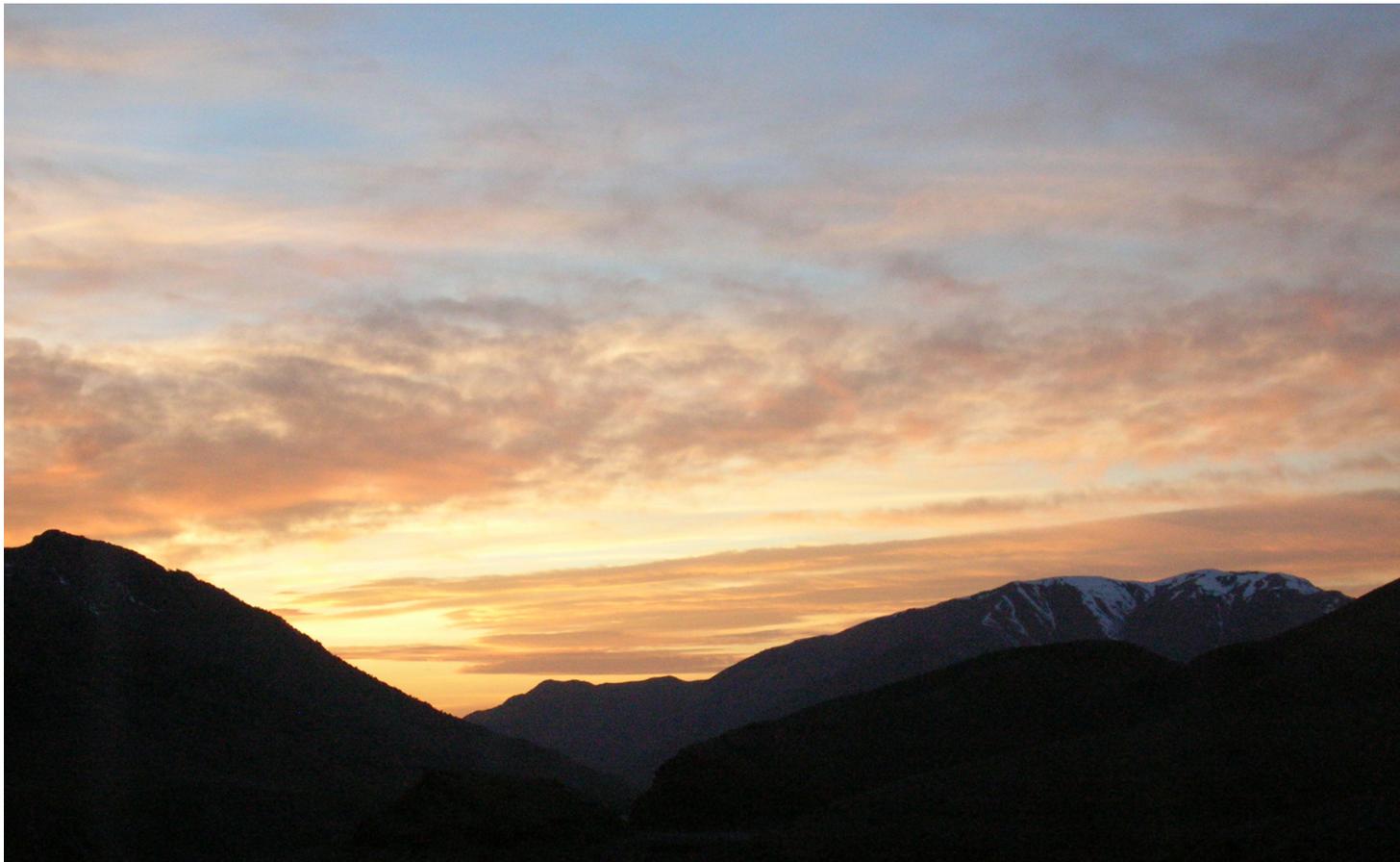
- Prolongation avec les RX autres que la chimiothérapies, comme les transfusions sur plusieurs mois , sont difficiles à cesser....
 - Les ponctions d'ascite à répétition sont appréciées, car bien pour l'image corporelle, mais la maladie progresse et, encore là, quand cesser ?.....
- ❖ Les patients s'accrochent à tout ce qui peut «camoufler» l'inévitable

SOINS PALLIATIFS ET ONCOLOGIE: NOUVEAUX PROGRÈS EN ONCOLOGIE

- Attention portée sur l'impact social personnel et communautaire
 - Ceci était moins abordé en oncologie il y a plus de 10 ans
 - Mais ça reste difficile d'arrêter surtout des traitements perçus comme moins invasifs tels que les transfusions....
- Attention portée sur le vécu du patient et de ses proches
 - Les patients et les proches s'accrochent beaucoup et ceci est plus vrai si la maladie dure depuis plusieurs années
 - Il est primordial qu'on puisse être impliquée en soins palliatifs dans les dernières années et surtout pas seulement dans les derniers jours!!!!



Le passage de curatif vers palliatifs se fait en douceur lorsqu'on est impliqué dans l'équipe de soin et qu'il y ait toujours un consensus entre les différents intervenants, surtout les médecins.....



de Montréal