

# Bases en Cancérologie pour les AMA

Cathy Jondeau & Guillaume Moriceau

Annecy  
Mars 2026

# Conflits d'intérêts

## GM

- Honoraires: Jansen, IPSEN, DSRC OncoAURA
- Congrès / Formations: Pfizer , Daiichi Sankyo, J&J
- Recherche: Daiichi Sankyo
- Association: Bivouac&moi

## Objectifs de cette formation

Connaître les **fondamentaux** de la cancérologie

Acquérir et comprendre le **vocabulaire** nécessaire à la bonne compréhension lors de son activité et pouvoir communiquer de façon adaptée

Comprendre l'**organisation** de la lutte contre le cancer et les parcours des patients

Comprendre son **rôle** et l'intérêt de sa contribution au quotidien

**Echange** et retour d'expérience

**Jour 1 = A propos du cancer et prise en charge globale des patients**

**Définitions**

**Généralité sur l'organisation de la cancérologie**

**Lutter contre le cancer ; Connaissance de la maladie et des traitements**

**Parcours de soins**

**PAUSE REPAS**

**Travaux pratiques / situation clinique**

Jour 2 = Communication

Communication

Votre métier : rôles et fonctions

PAUSE REPAS

Jeux de rôle

# Présentation / tour de table



# Pour vous, un cancer c'est quoi ?



# Le cancer, une maladie vieille comme le monde...



- 400

1666

1674



1895

1898

1914-1918

=> 1945

2000

# DEFINITIONS



# Définition : TUMEUR

« boule », « masse », « grosseur », ...

Due à la multiplication excessive de cellules

Tumeur bénigne	Tumeur maligne
Cellules normales	Cellules anormales
Localisée	Envahis les tissus voisins
Ex: verrue, grain de beauté	<b>CANCER</b>

# Définition : CANCER

**Maladie** provoquée par la transformation de cellules devenues anormales qui prolifèrent de façon excessive.

Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle **tumeur maligne**.

Les cellules cancéreuses ont tendance à **envahir** les tissus voisins et à se détacher de la tumeur.

Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (métastase)

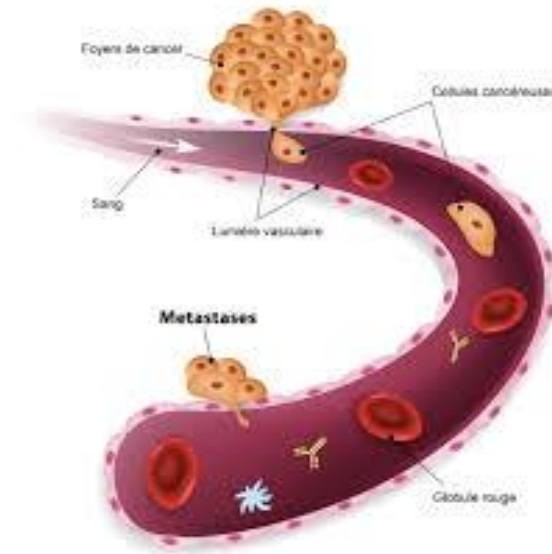
# Définition : METASTASE

Cellules d'un cancer (par exemple: du sein)

qui ont migré dans un autre organes (ganglion, os, poumon, foie, cerveau,...)

par le sang ou les vaisseaux lymphatique.

→ Défaillance d'organes → décès



Est-ce bien compris ?

Bénin / malin  
Tumeur  
Tumeur initiale  
Récidive  
Métastase  
2ème cancer ...

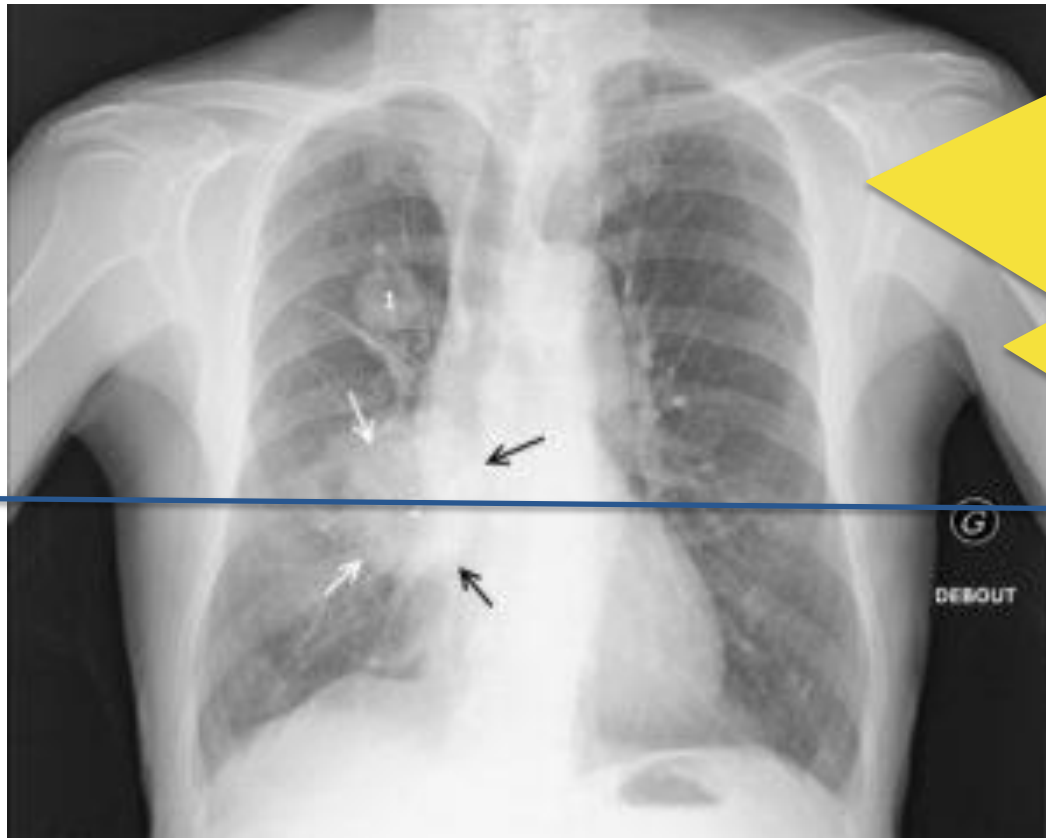
Autres Questions ?

# Pour vous, un cancer c'est quoi ?

Coller le nuage de mot

# Pour un radiologue , un cancer : c'est ça

Radiographie

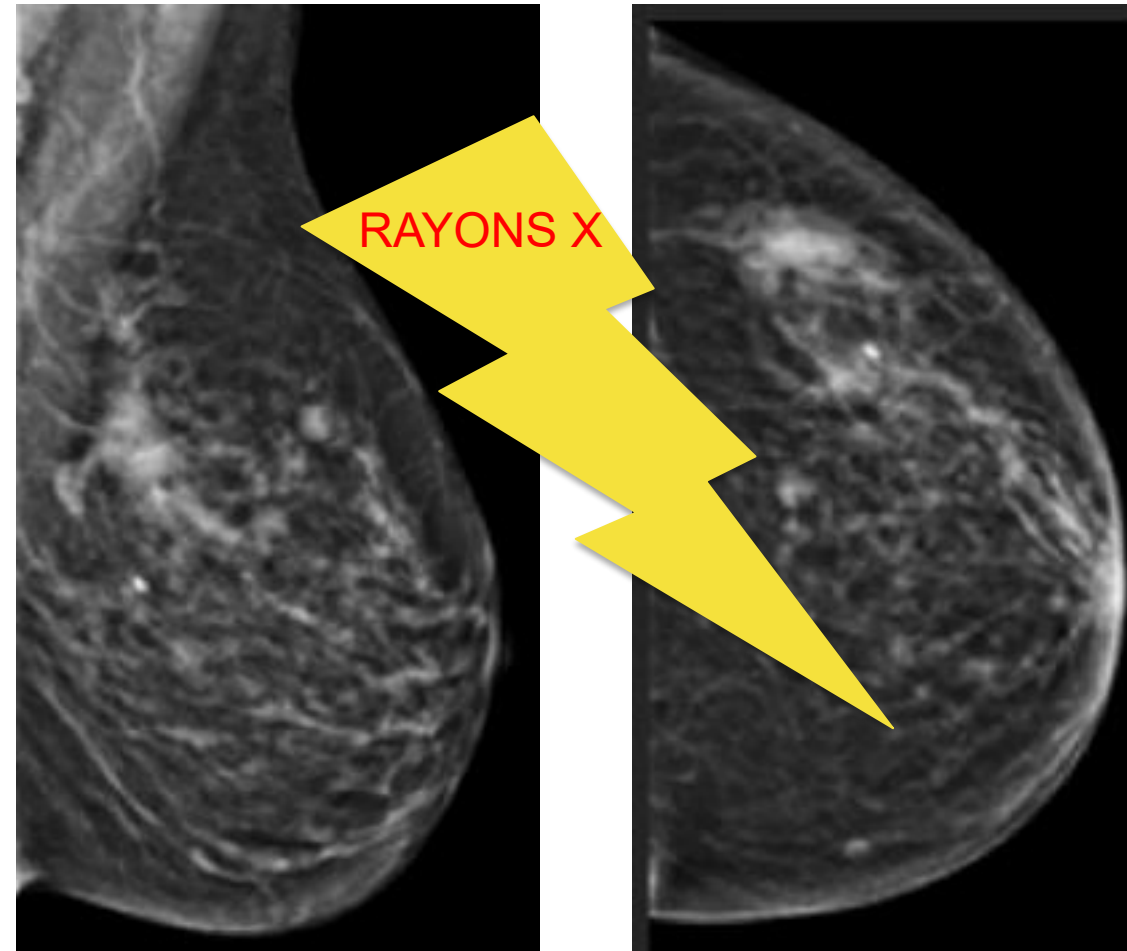


Tomodensitométrie (TDM) = « scanner »



# Pour un radiologue , un cancer : c'est ça

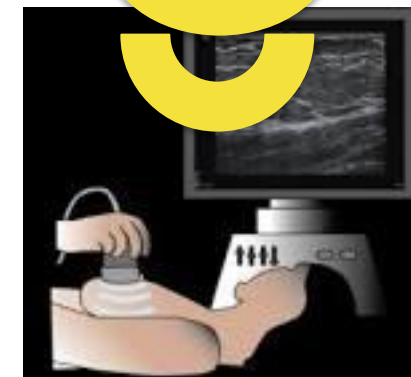
## Mammographie



## Echographie

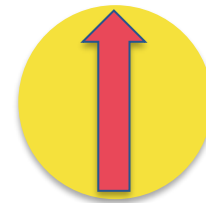
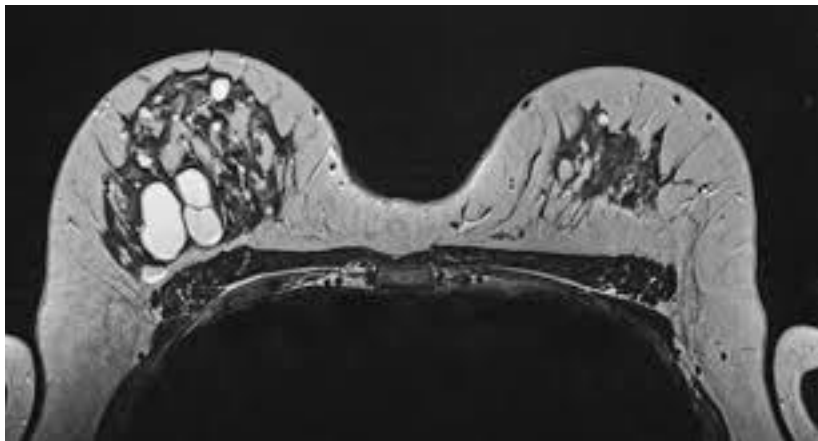


Ultra sons

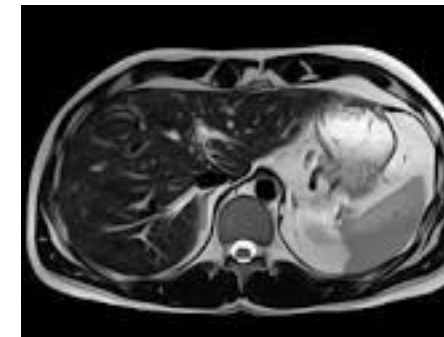
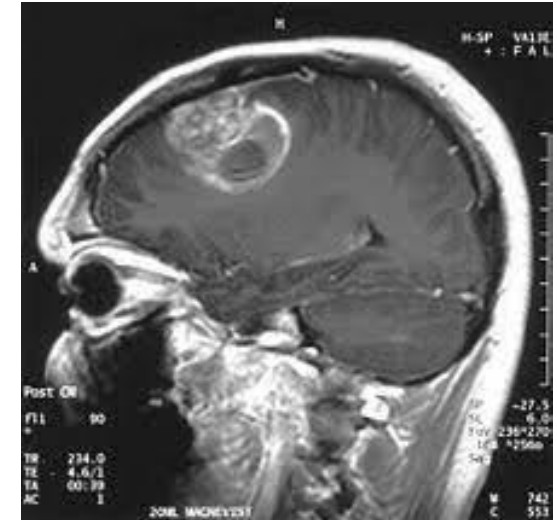


# Pour un radiologue , un cancer : c'est ça

## Imagerie par résonance magnétique (IRM)



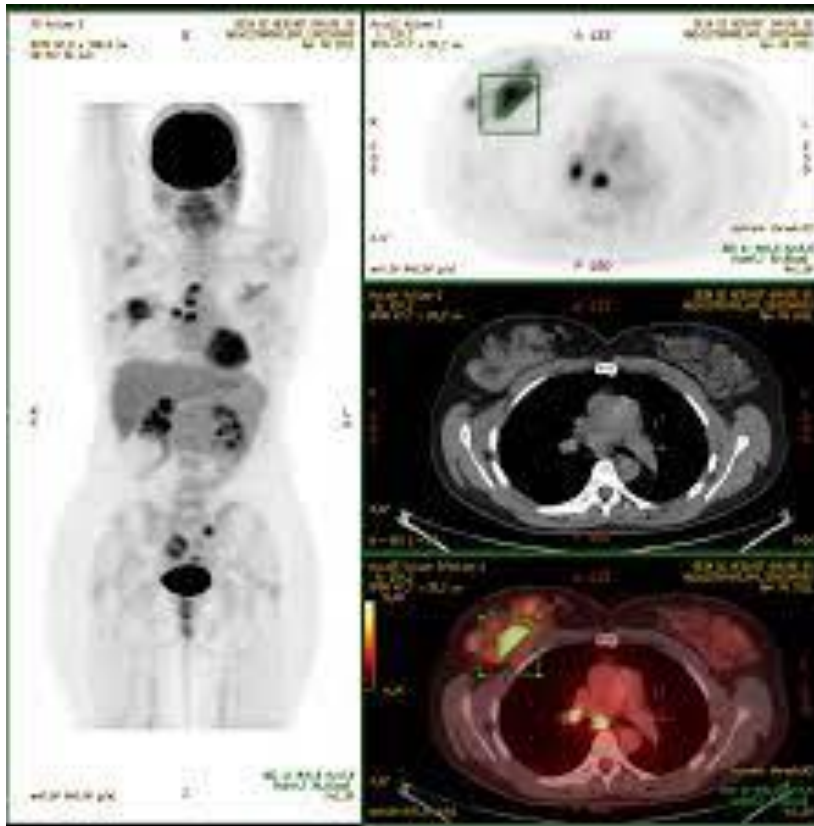
Champ magnétique



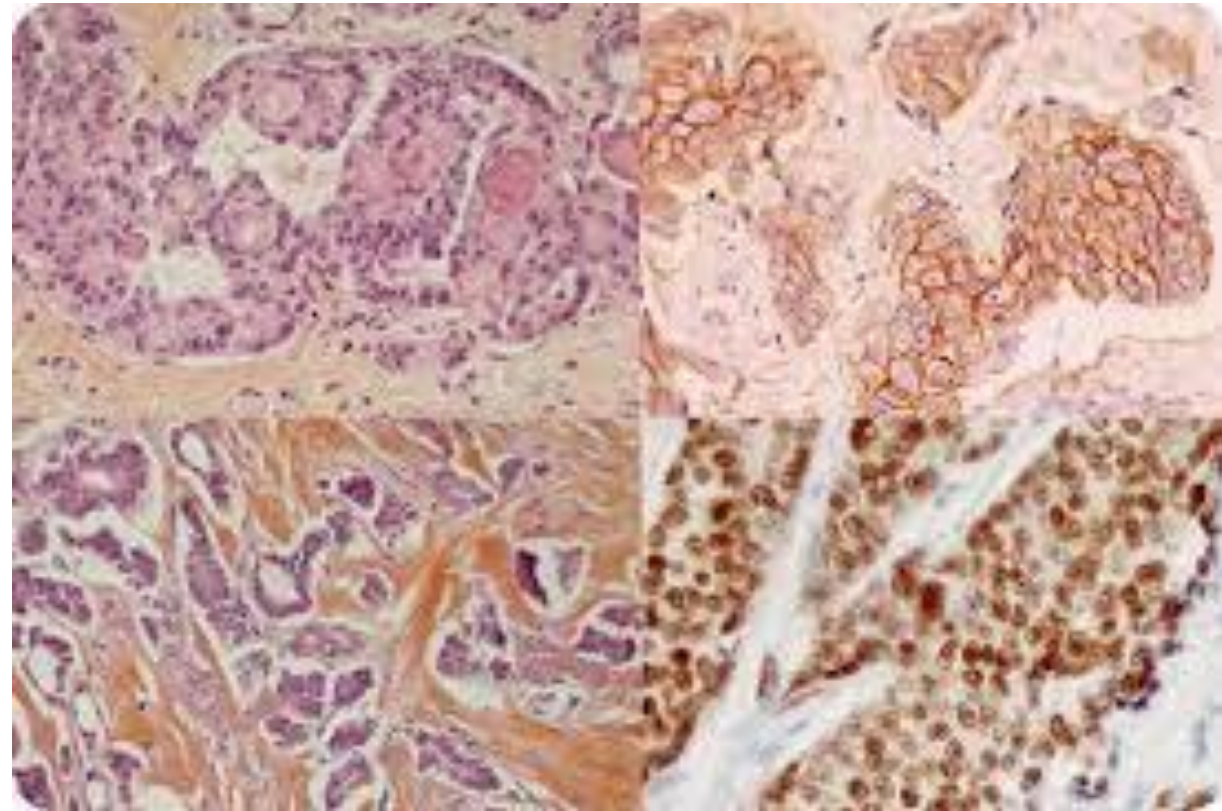
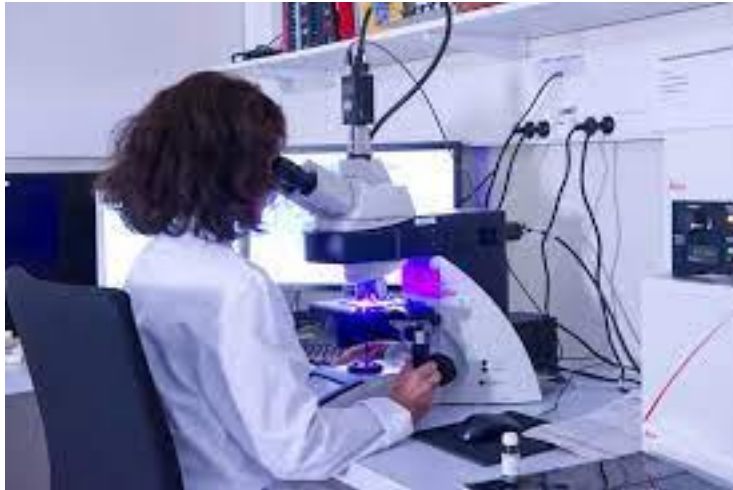
# Pour un radiologue , un cancer : c'est ça

Tomographie par émission de positon-tomodensitométrie (TEP-TDM) = « PET scan »

- Imagerie en coupe (TDM = « scanner »)
- + imagerie nucléaire (TEP)



# Pour un anatomo-pathologiste, un cancer : c'est ça



Service d'anatomopathologie – CHMS Chambéry et Centre Léon Bérard Lyon

# Pour un oncologue un cancer : c'est ça

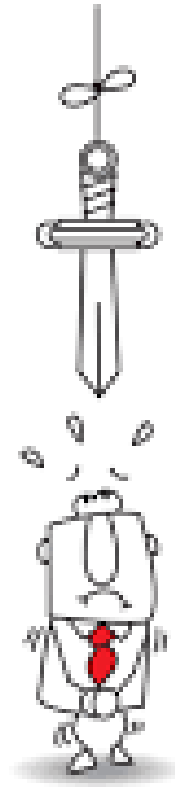
Tumeur obstructive du côlon



source: SNFGE



Pour un patient un cancer : c'est ça



1998 : 1ers États Généraux des malades du cancer  
«refus de l'ordre établi», groupe de patients, associations...

2002 : Loi du 04 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (accès au dossier, consentement, personne de confiance...)

2003 : premier Plan cancer : résumé  
« Le cancer est une maladie qui nous concerne tous. Plusieurs centaines de milliers de patients, actuellement en traitement, attendent légitimement les meilleurs soins possibles ; ils souhaitent pouvoir être de véritables acteurs »

*Plans Cancer (2003-2007 ; 2009-2013 ; 2014-2019 ; 2021-2030)*

2004 : création de l'HAS (haute autorité de santé)

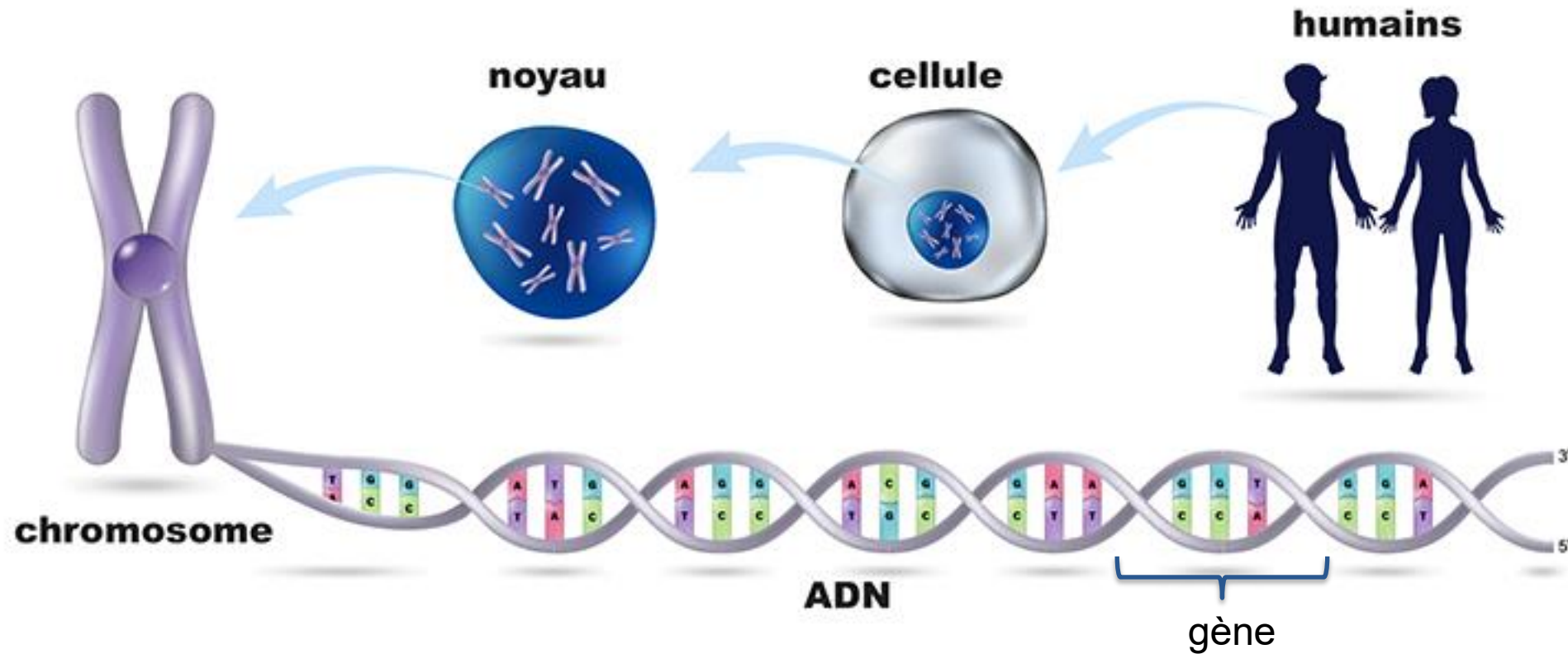
# Comment et pourquoi se développe un cancer



# Comment et pourquoi se développe un cancer - 1

Le corps humain = des milliards de cellules

Dans le noyau de chaque cellule : ADN = « carte d'identité » et « mode d'emploi » de chaque individu



# Comment et pourquoi se développe un cancer - 1

Le corps humain = des milliards de cellules

Dans le noyau de chaque cellule : ADN = « carte d'identité » et « mode d'emploi » de chaque individu

Au cours de la vie :

- Multiplication des cellules => développement et fonctionnement de l'organisme
- Renouvellement: chaque jour des cellules meurent et d'autres naissent

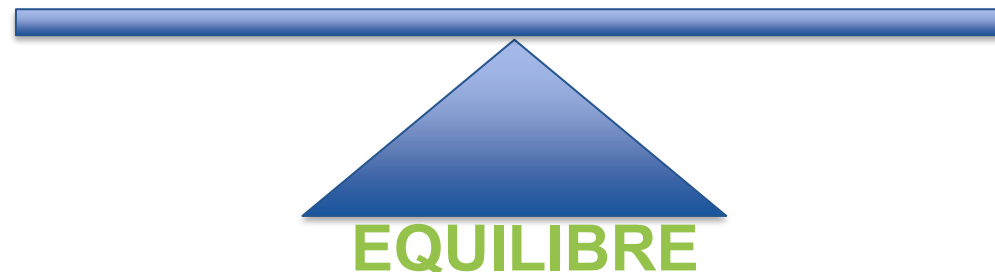
ADN en perpétuel « mouvement »

=> soumis à des **mutations**

- Fonctionnement imparfait des cellules
- Agressions par des toxiques

Mécanismes de protection:

- **Système immunitaire**
- **Réparation de l'ADN**
- **Apoptose** = mort cellulaire programmée



En vieillissant ...

- Accumulation d'erreurs de réparation de l'ADN
- Expositions répétées et cumulées à de nombreux toxiques
- Affaiblissement des mécanismes de protection avec l'âge

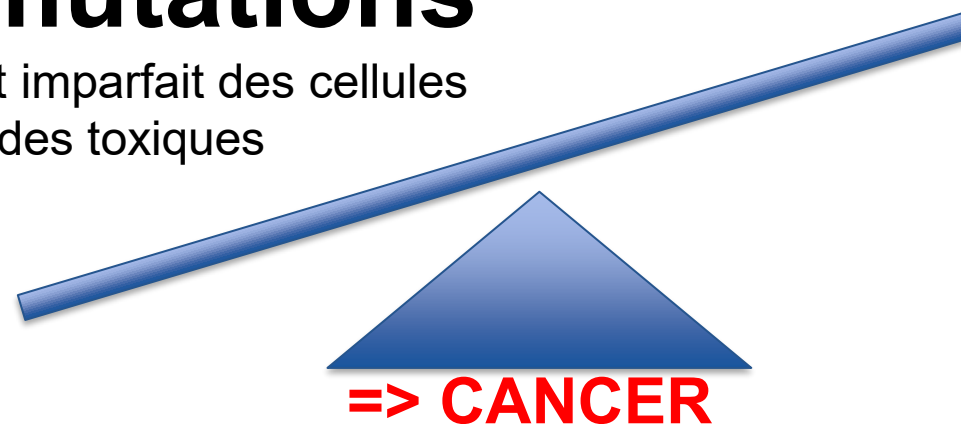
ADN en perpétuel « mouvement »

=> soumis à des **mutations**

- Fonctionnement imparfait des cellules
- Agressions par des toxiques

Mécanismes de protection:

- **Système immunitaire**
- **Réparation de l'ADN**
- **Apoptose** = mort cellulaire programmée



# Comment et pourquoi se développe un cancer-3

## Facteurs de risque de cancer

### AGE

#### Hérédité

- Mutations génétiques qui fragilisent les mécanismes de protection

5 à 10 %

#### Les « toxiques »

- **TABAC**
- **ALCOOL**
- Mauvaise alimentation
- Surpoids
- Manque d'activité physique
- Certaines infections : papillomavirus (HPV), Helicobacter Pylori
- Exposition professionnelle (amiante, pesticides,...)
- Rayonnements UV
- Pollution (particules fines,...)
- ...

près de 50% des nouveaux cas de cancer en France sont attribuables à ces facteurs de risque externes et donc...

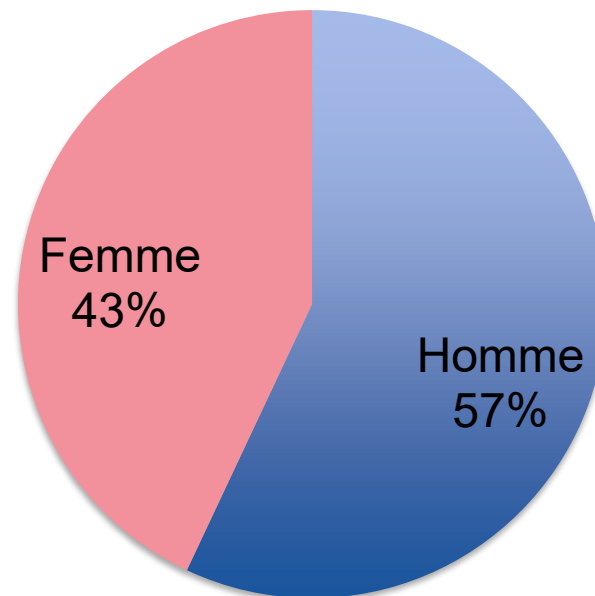
**EVITABLES !**

# Le cancer en France



# C'est fréquent ?

Le cancer en France (2023) : **430 000 nouveau cas**



Santé publique France

# Ça augmente?

Le cancer en France (2023) : **430 000 nouveau cas**

**X 2** par rapport à 1990

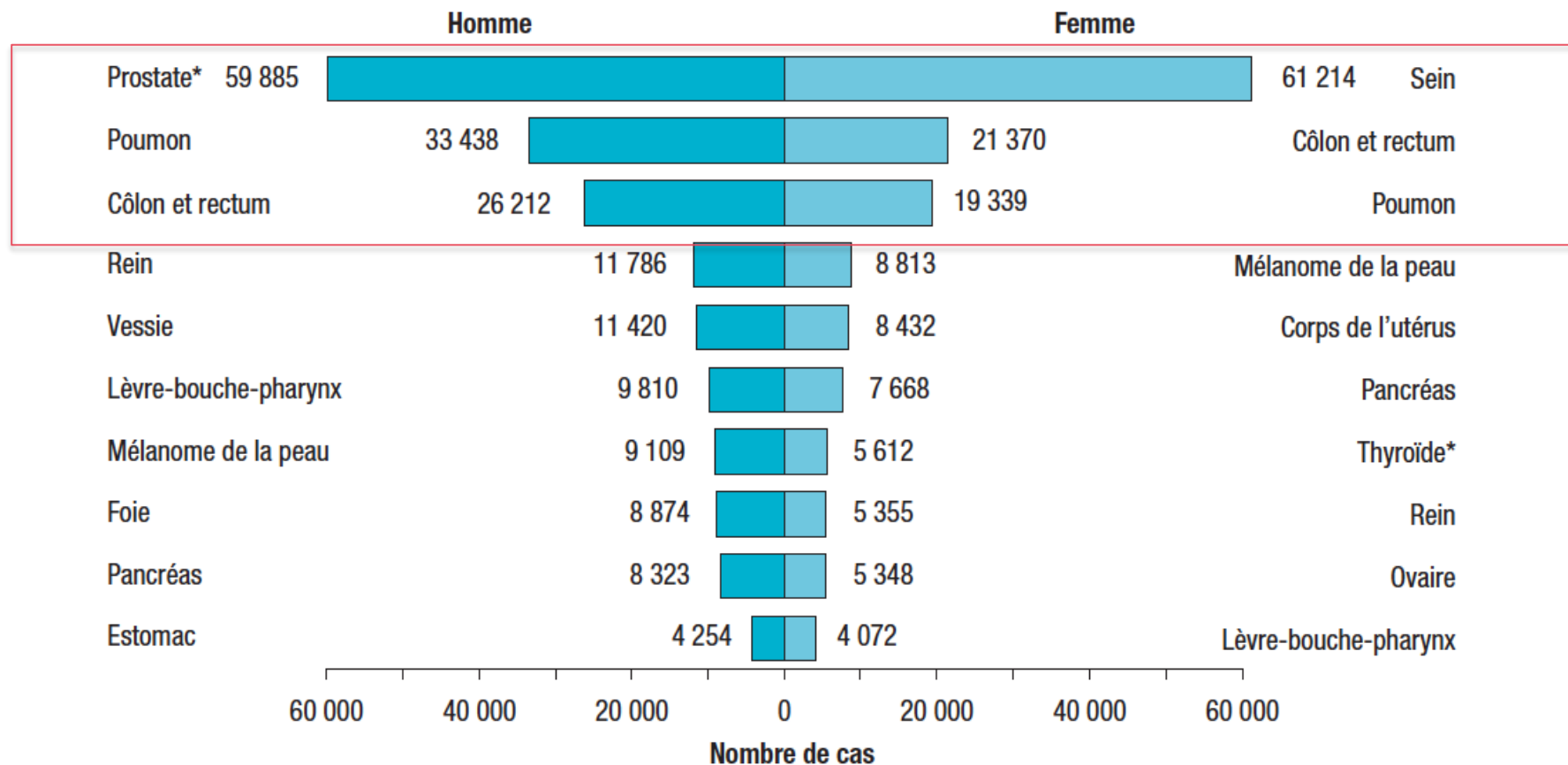
- AUGMENTATION DE LA POPULATION
- VIEILLISSEMENT de la population
- progrès médecine (cardiologie, infectiologie...)
- dépistage
- progrès du diagnostic
- exposition aux facteurs de risque (tabac+++)
- mode de vie

- ...

Santé publique France et Institut National du Cancer (InCa)  
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2023>

# C'est quoi?

## Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France métropolitaine en 2023



\* Pour la prostate et la thyroïde, le nombre de cas est une estimation pour 2018 (et non 2023).

Lapôtre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(12-13):188-204. [http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023\\_12-13\\_1.html](http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html)

# C'est grave ?

En France: 160 000 décès par an (chiffre 2018)

**Première cause de mortalité !**

# Lutter contre le cancer



# Comment lutter contre le cancer ?



## PREVENTION

Quelles (actions de) préventions connaissez-vous ?

## DEPISTAGE

Quels dépistage connaissez-vous ?

# Lutter contre le cancer : **PREVENTION**

Formation des professionnels de santé  
Information / éducation du public  
Lutte contre les facteurs de risques +++  
Vaccination contre le papillomavirus (HPV)



Institut National du Cancer : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

# Lutter contre le cancer : **DEPISTAGE**

= diagnostiquer tôt un cancer (avant l'apparition des signes cliniques)

« pris a temps un cancer se guérit »

Remboursé a 100%

Conditions:

- Cancer fréquent et potentiellement grave

- Dont le diagnostic précoce a un intérêt

- Traitement rapide et peu couteux (chirurgie)

- « Cout » du dépistage < « cout » du traitement du cancer au stade avancé

En France: dépistage organisé pour

- Le cancer du sein

- Le cancer du col de l'utérus

- Le cancer colo rectal

# Lutter contre le cancer : **DIAGNOSTIC**

Un seul acte diagnostic:

## **BIOPSIE (ou pièce opératoire)**

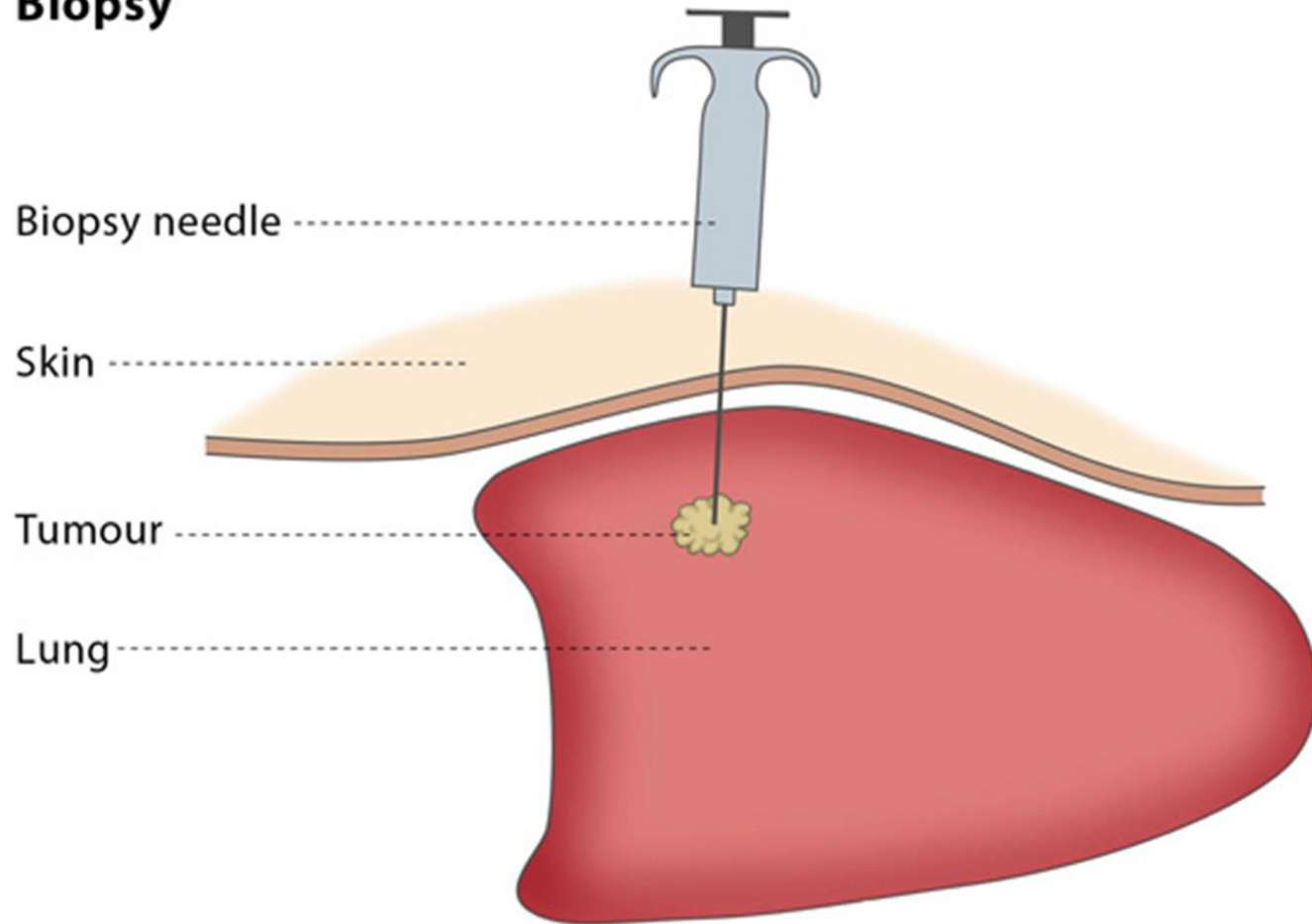
Réalisée en milieu hospitalier

Ou cabinet de ville

Biopsie envoyée dans un  
laboratoire d'anatomopathologie

*Lequel ?*

### **Biopsy**



# Lutter contre le cancer : **DIAGNOSTIC**

Un seul acte diagnostic: BIOPSIE

Analysée en anatomopathologie – délais 7 à 21 jours

- Réception de la pièce
- Fixation
- Inclusion en paraffine
- Découpage en tranche fine => lame de microscope
- Coloration
- Lecture des lame par le médecin anatomopathologiste
  - Forme
  - Taille
  - Agressivité
  - Première orientation
- Techniques complémentaires au laboratoire (+2-3 jours)
- Biologie moléculaire en centre labélisé (+2 à 10 jours)

**Lequel ?**

# Lutter contre le cancer : RESEAU

Centres de référence:  
Centres de lutte contre le cancer  
CHU

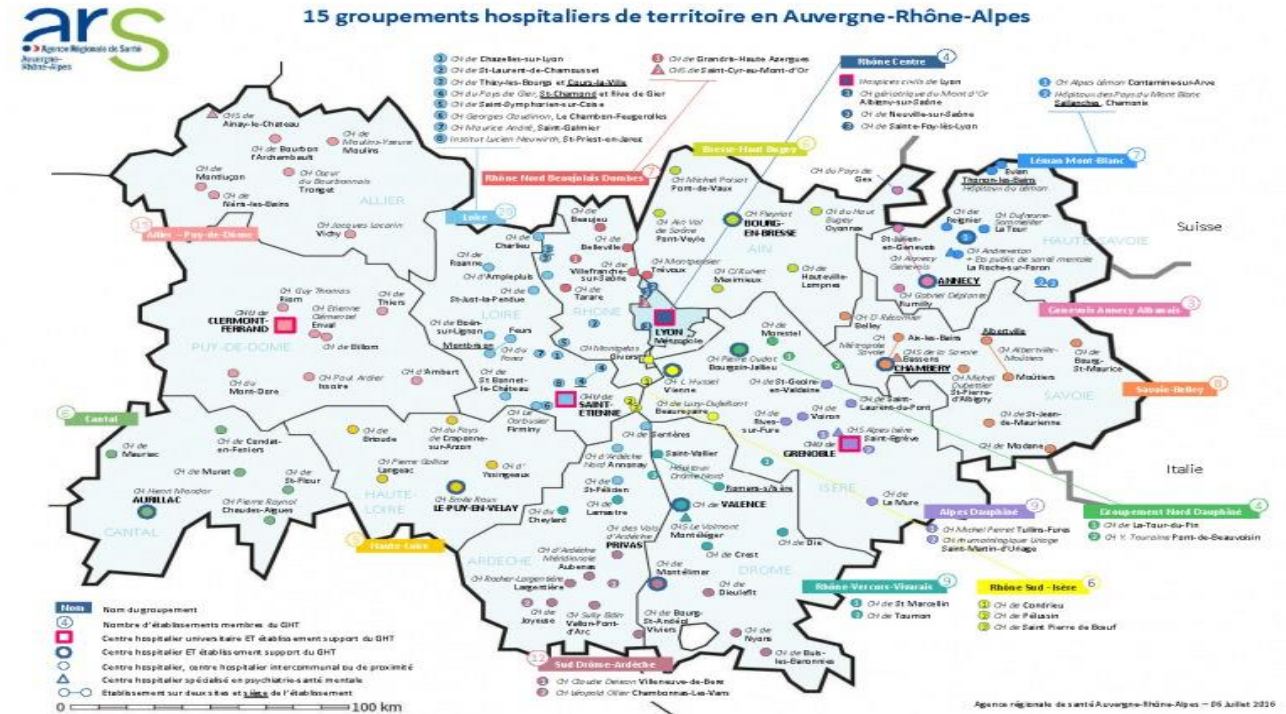


CH / CLINIQUE



Hôpitaux de proximité

Coopération territoriale au sein des GHT



# Transmission des informations médicales

# Lutter contre le cancer : **RECHERCHE**

La prise en charge du cancer évolue constamment

2 grands congrès mondial annuels de cancérologie

ASCO en juin

ESMO en septembre/octobre

=> présentation des résultats qui changent la pratique quotidienne partout dans le monde

Essais cliniques:

phase I et II: centres universitaires, traitements expérimental : quelle dosage ?

phase III: mise en application: efficacité ?

phase IV : surveillance, pharmacovigilance, qualité de vie, préférence patient,...

Régime des « accès précoce » : innovation thérapeutique disponible plus vite !

# Lutter contre le cancer : **TRAITEMENTS**

local	général
CHIRURGIE	CHIMIOThERAPIE
RADIOThERAPIE	ThERAPIE CIBLEES
AUTRES traitements locaux (radiofréquence,...)	HORMONOTHÉRAPIE
	IMMUNOTHÉRAPIE

# La chirurgie

## Étape FONDAMENTALE

-Curative = Première ou différée

-Palliative « de propreté »

Traitement **général** par médicament oral ou injectable dont l'objectif est de détruire ou affaiblir les cellules cancéreuses

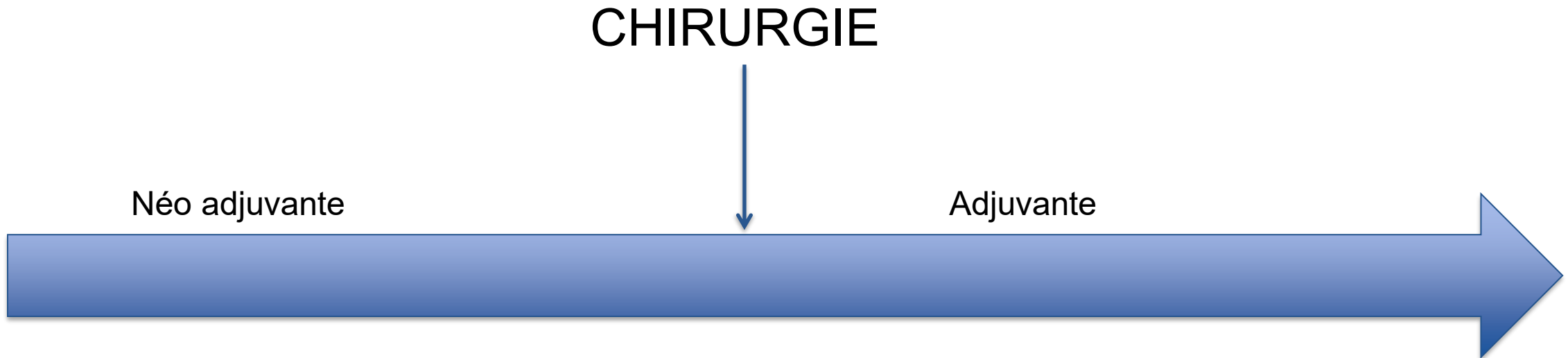
Pour les empêcher de grossir et de se propager dans le corps

Plusieurs médicaments sont parfois associés entre eux (protocole de poly chimiothérapie)

peu spécifique: touche les cellules cancéreuses mais aussi les cellules saines => effets secondaires

# La chimiothérapie

**Préventive**: diminuer le risque de rechute sous forme de métastases  
(Détruire les cellules cancéreuses qui auraient pu s'échapper dans le sang).



**Palliative** : détruire les cellules cancéreuses qui ne peuvent pas être opérées  
(métastases).

# La chimiothérapie: effets secondaires

## Traitement général

**Non spécifique**: détruit directement les cellules tumorales et les cellules saines qui se renouvellent

**Variable** d'un protocole à l'autre et d'un patient à l'autre

## Toxicité cutanéomuqueuse et phanères

- Alopecie = chute des cheveux
- Eruption cutanée / aphtes / mucite
- Cathéter veineux central / CIP parfois indispensable

## Toxicité digestive:

- haute: nausées / vomissement
- basse: diarrhées / constipation

## Cytopénie

- Anémie = baisse du taux d'hémoglobine => fatigue, essoufflement
- Leuco neutropénie = baisse des globules blanc (PNN) => risque infectieux
- Thrombopénie = baisse des plaquettes => risque hémorragique

## Toxicité neurologique

- Périphérique: dysesthésie (fourmillement) des extrémités
- Centrale :

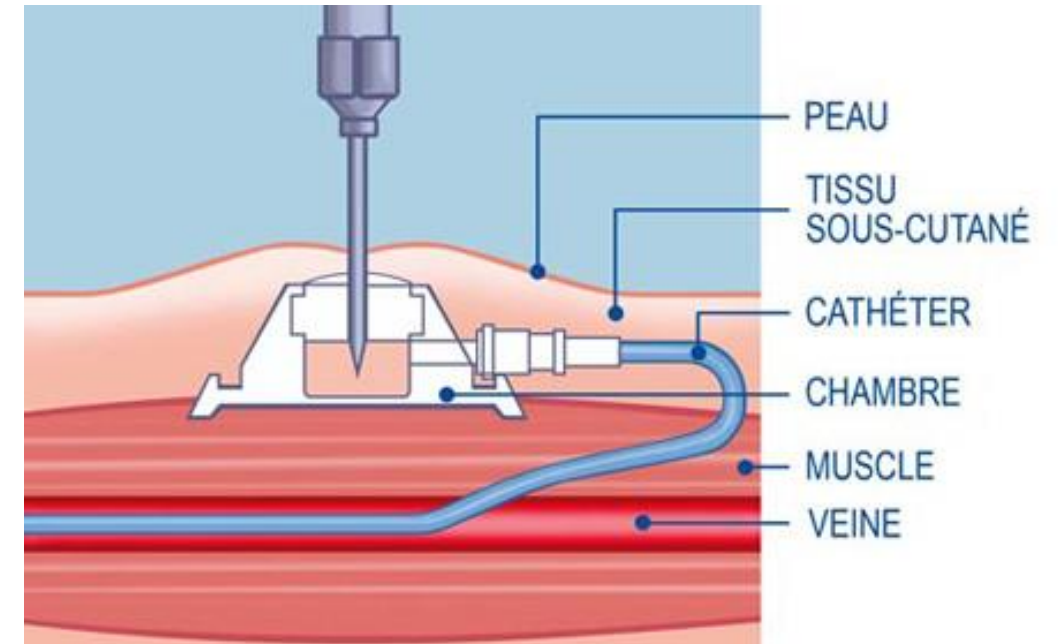
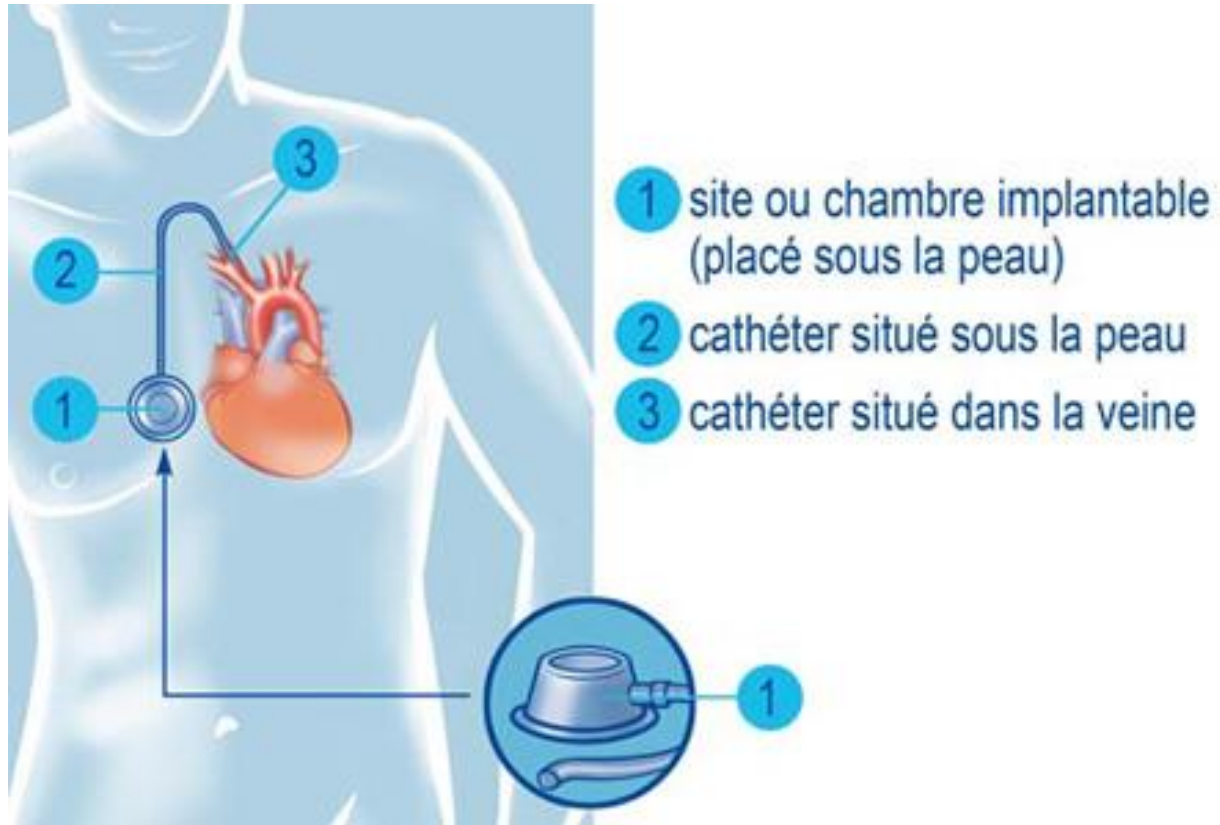
**Toxicité rénale** : assurer une bonne hydratation du patient en toute circonstance

- élévation de la créatinine

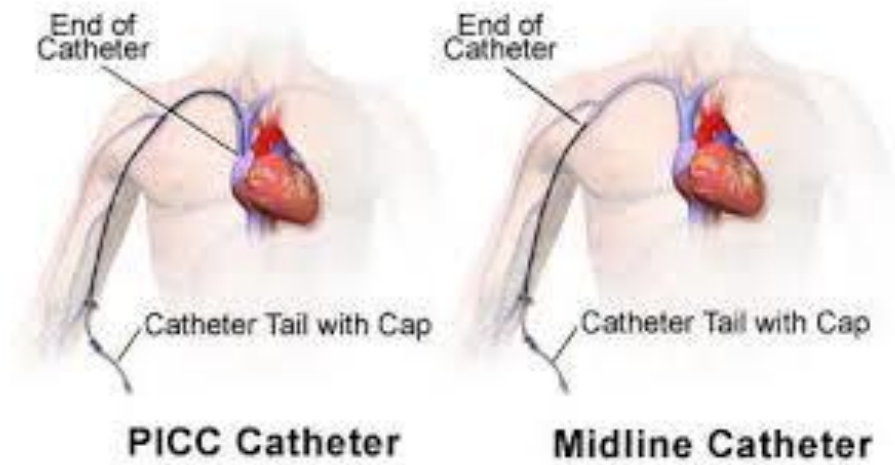
**Autres ...**



# Abord vasculaire: chambre implantable de perfusion (CIP) = port a cath® (PAC)

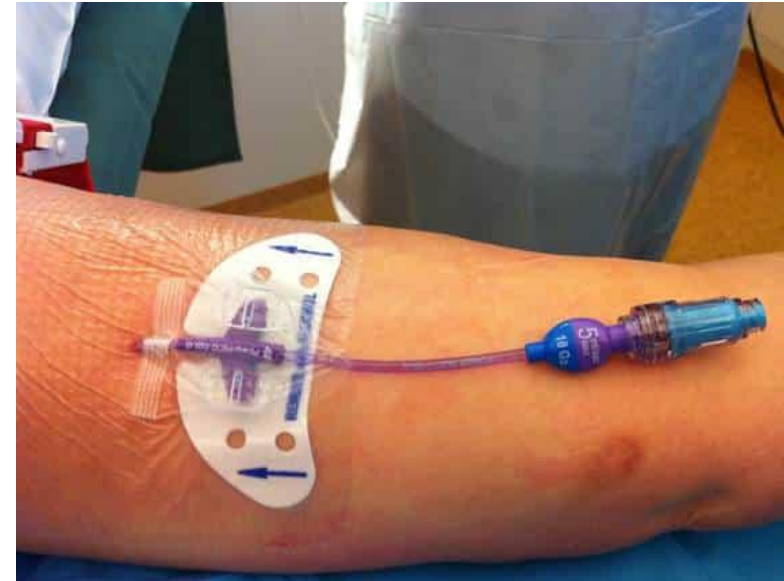


# Parcours de soins: abord vasculaire: Picc line / Midd line / voie veineuse périphérique



Voie centrale

Voie périphérique



# La radiothérapie

Traitement du cancer par des rayons (généralement des rayons X) qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement.



Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement **local**, comme la chirurgie.



Image CHMS

# La radiothérapie: effets secondaires

## Traitement local

**Non spécifique**: détruit directement les cellules tumorales et les cellules saines qui se renouvellent

**Variable** selon la localisation de la zone irradiée et la proximité des organes à risque

## Toxicité cutanéomuqueuse et phanères

- Alopécie = chute des cheveux si radiothérapie cérébrale
- Erythème cutané
- aphtes / mucite si radiothérapie ORL cervicale

## Toxicité digestive:

- haute: nausées / vomissement / dysphagie / aphasie
- basse: diarrhées / constipation

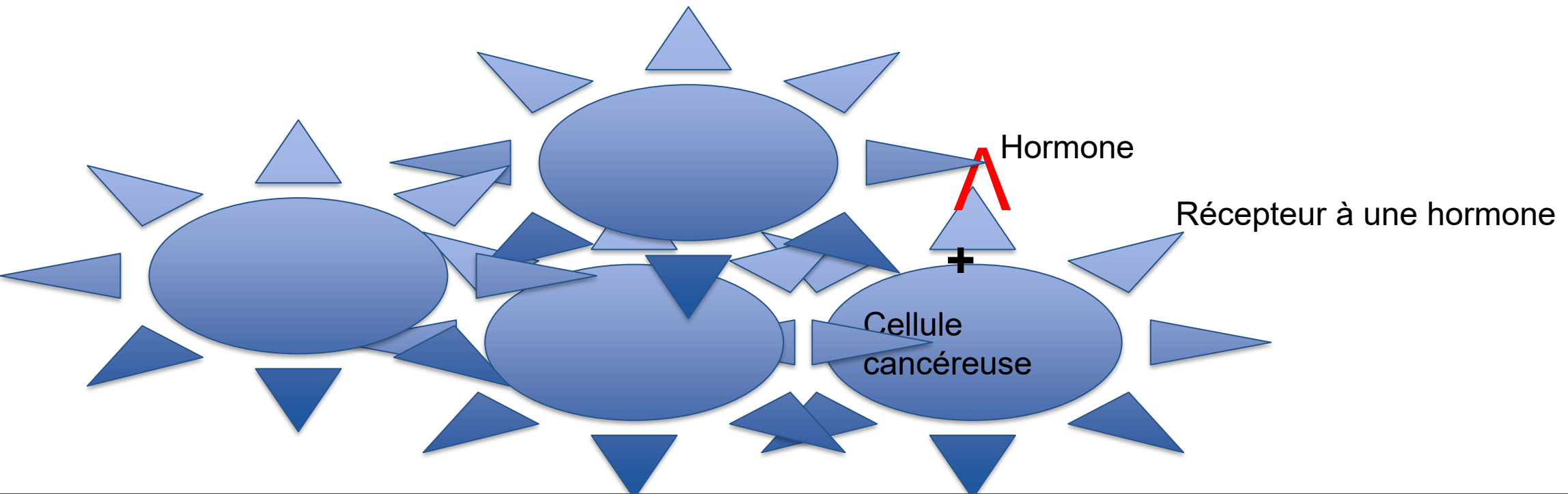
(Cytopénie: si irradiation osseuse étendue )

Traitement concomitant (chimiothérapie) ou décalage indispensable



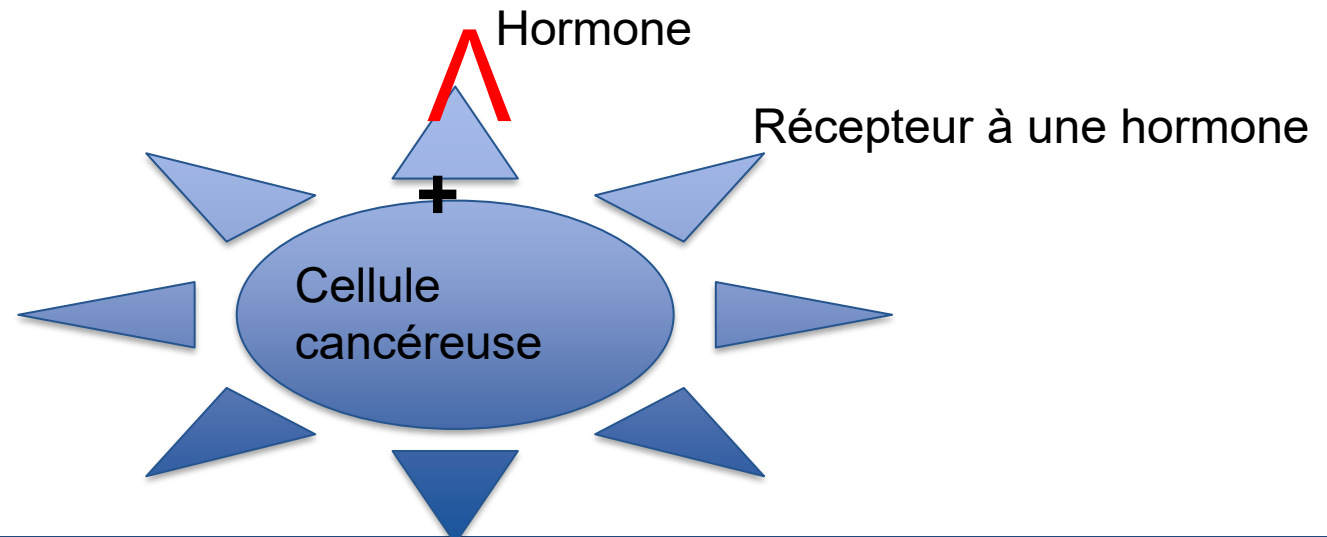
Traitement du cancer qui vise à réduire ou à empêcher l'activité ou la production d'une hormone susceptible de stimuler la croissance d'une tumeur cancéreuse.

Certains cancers sont hormono-sensibles : sein RH+ , prostate, endomètre RH+



## En fait ANTI-hormone

- Anti œstrogène:
  - ex: Tamoxifène, Fulvestran
- Anti aromatase:
  - Ex: Létrozole, Anastrozole, Exemestane
- Anti testostérone: agoniste ou antagoniste de la LHRH
  - Ex: Leuprorelina, Dégarelix



# Hormonothérapie: effet secondaire

## Traitement général

Assez spécifique: agit sur les cellules / tissus sensible aux hormones

### Homme

Baisse de la libido  
Dysfonction érectile  
Bouffée de chaleur  
Prise de poids  
Trouble de l'humeur  
gynécomastie (augmentation du volume des seins)  
Diminution de la densité osseuse => ostéoporose

### Femme

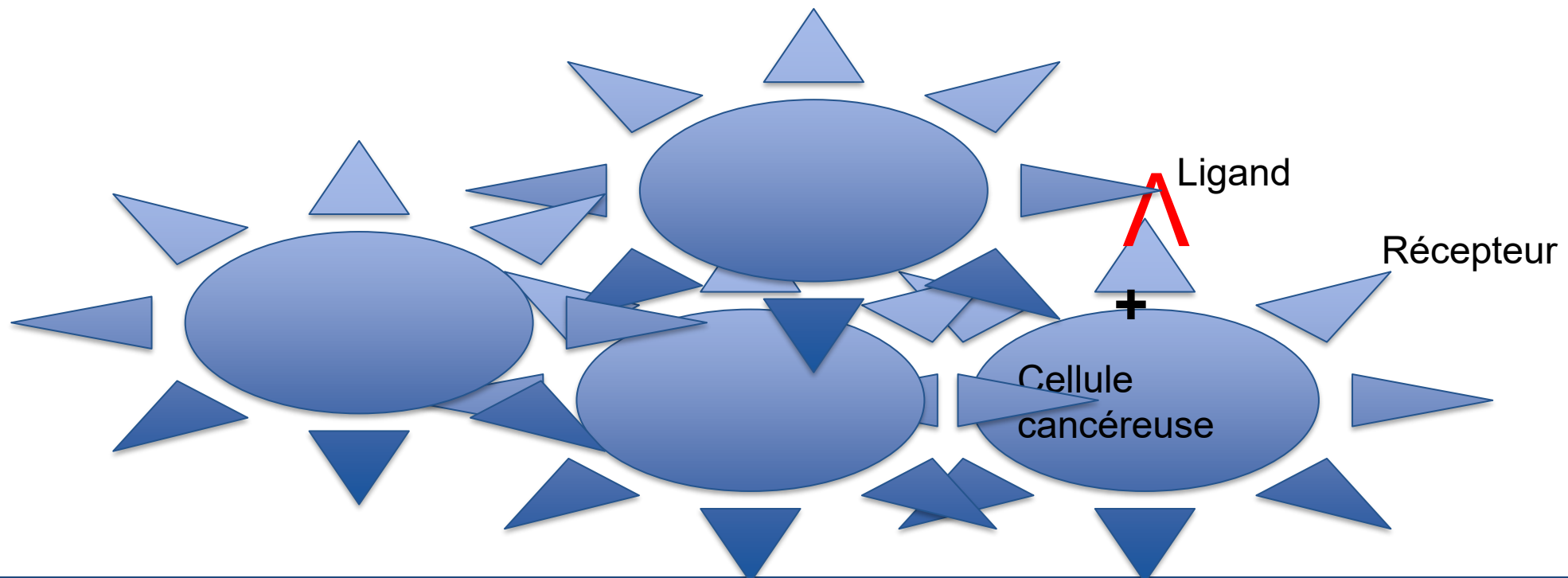
Bouffées de chaleurs  
Secheresse vaginale  
Douleurs articulaires  
Diminution de la densité osseuse => ostéoporose  
Prise de poids  
Fatigue



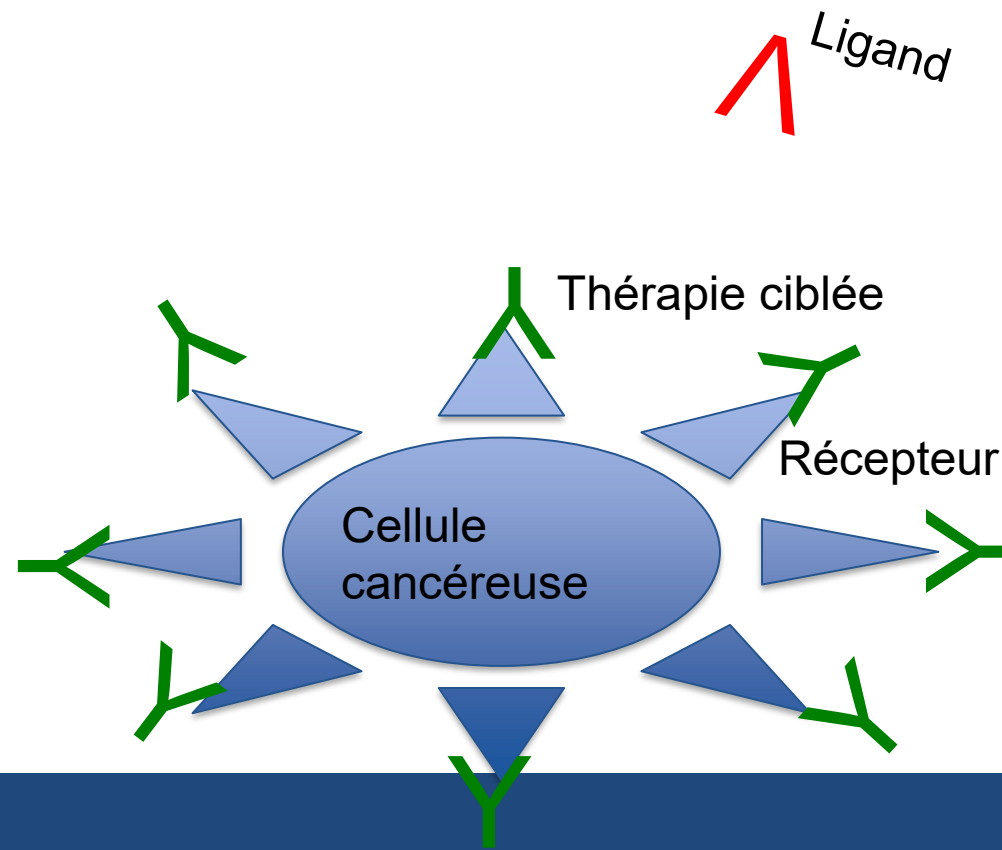
# Thérapies ciblées: préalable

- 1 traitement anti cancéreux sur 2 par voie orale en 2020.
- Différentes classes d'anticancéreux
  - Anticorps monoclonaux
  - Inhibiteur de tyrosine kinase (TKI)
  - Antiangiogénique
  - Immunothérapie (IO)
- Les anti cancéreux oraux ne sont pas tous des thérapies ciblées
  - Ex: capécitabine (XELODA®)
- Les thérapies ciblées ne sont pas que des traitement oraux
  - Ex: bevacizumab (AVASTIN®), Temsirolimus (TORISEL®), trastuzumab (HERCEPTINE®)

# Thérapies ciblées: mode d'action

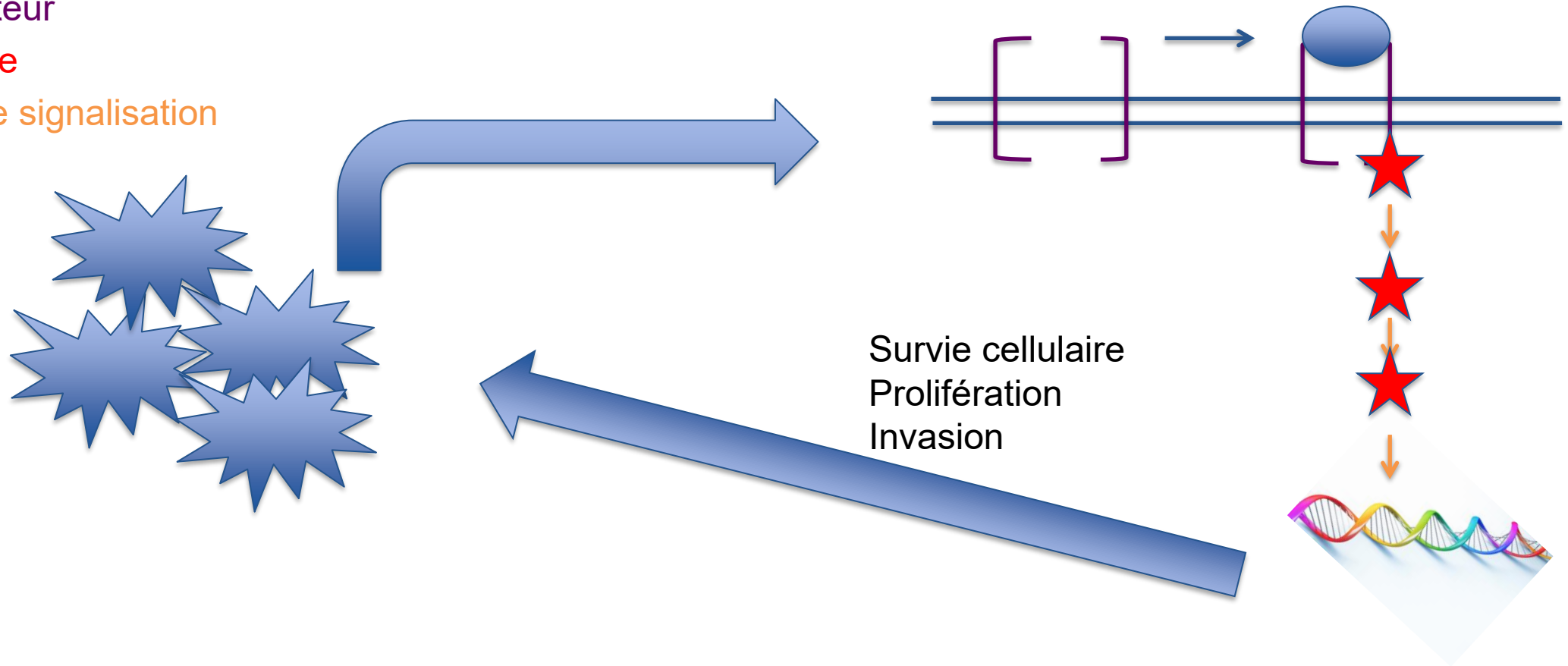


# Thérapies ciblées: mode d'action



# Thérapies ciblées: cibles

- Récepteur
- Enzyme
- Voie de signalisation



Survie cellulaire  
Prolifération  
Invasion

# Thérapies ciblées: effet secondaires

## Traitement général

Plus ou moins spécifique: bloque le signal de prolifération les cellules tumorales qui possèdent la cible

- Anti angiogénique: ex: bvacizumab
  - Hypertension artérielle,
  - trouble de cicatrisation
- Anti EGFR: ex: Cetuximab, Osimertinib
  - Rash cutané
- Anti HER-2: ex Trastuzumab
  - Toxicité cardiaque réversible
- Anti CDK 4/6 (avec hormonothérapie) ex: Abemaciclib
  - Diarrhée
  - Toxicité hématologique
- Anti PARB (réparation ADN) ex: Olaparib
  - Toxicité hématologique



Traitement **général** par médicament injectable dont l'objectif est d'activer et stimuler les défenses immunitaires de l'organisme du patient pour reconnaître et détruire le cancer.

- Monothérapie
- Association d'immunothérapie (déverrouiller le système immunitaire à plusieurs endroits)
- Association d'immunothérapie + chimiothérapie
- Association d'immunothérapie + thérapie ciblées

# Immunothérapie: Toxicités

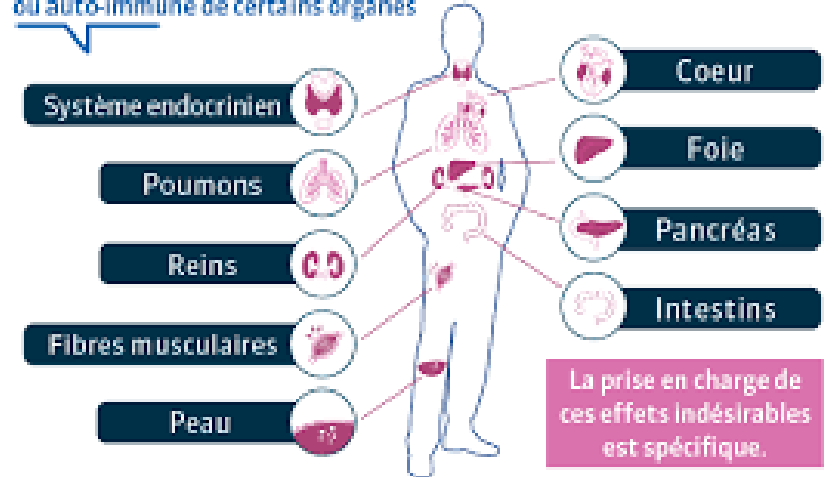
## Traitement général

Plus ou moins spécifique: réactive le système immunitaire à reconnaître le cancer

Toxicités très différentes de celles observées (et connues) avec autres traitements

- Activation du système immunitaire => risque d'emballement
  - Diarrhées, Colite
  - hypo /hyperthyroïdie
  - Myocardites
  - Pneumopathie inflammatoire
  - Pancréatite
  - Hépatite
  - Hypophysite
  - Diabète
  - ...
- Traitement des effets indésirables graves = freinage du système immunitaire
  - **Corticoïdes**
  - Anti inflammatoire puissants
  - anti rejets utilisés en greffe

Je reçois une immunothérapie qui peut générer une toxicité inflammatoire ou auto-immune de certains organes



# Soins de support

Soutien psychologique

Assistance sociale

Conseil diététique

Socio esthétique

Activité physique adaptée (APA)

Prévention / traitement des symptômes

- Anti douleur
- Anti nausées
- Anti diarrhée/constipation

Homéopathie

(phytothérapie)

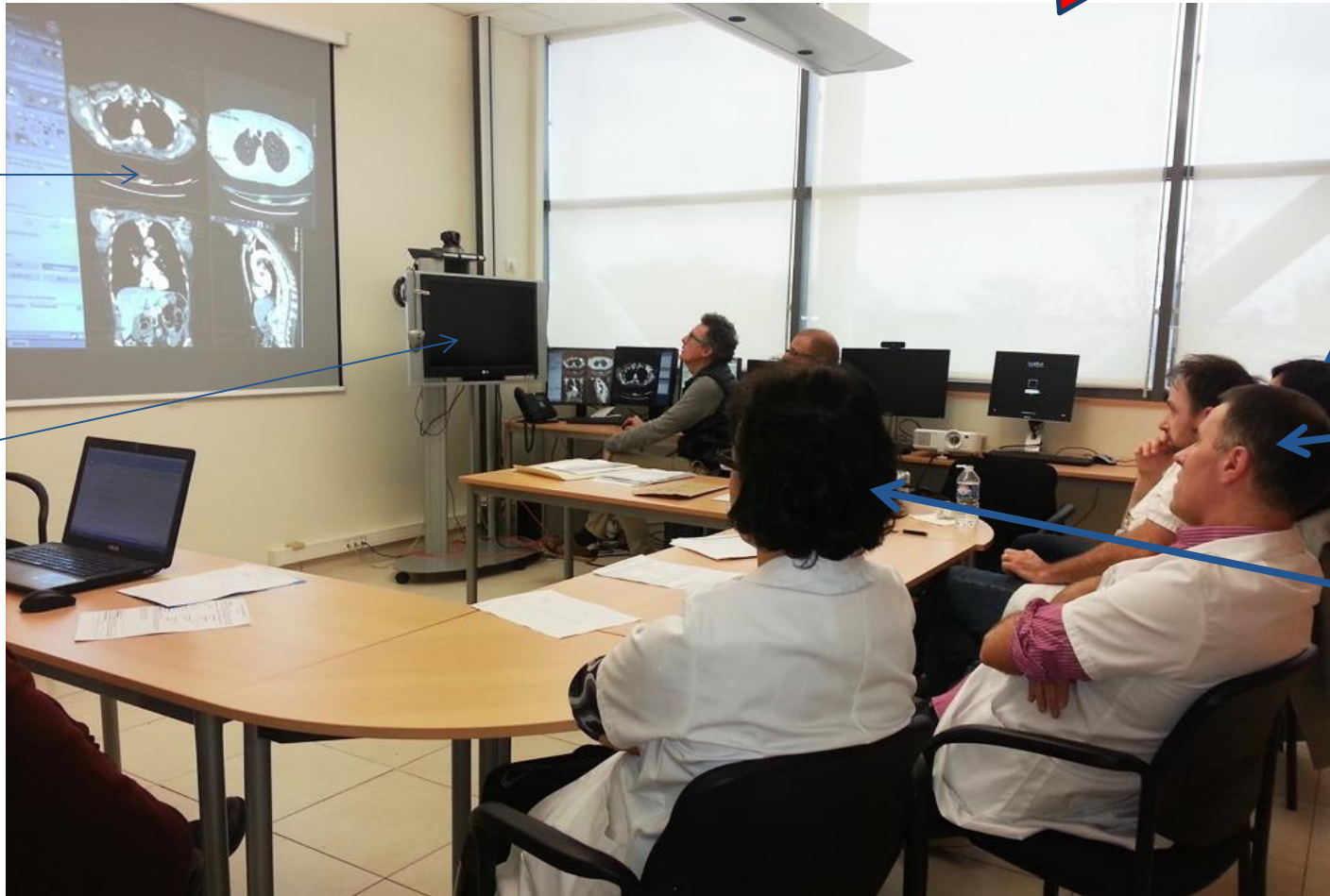
# Choix des traitements



# Choix des traitements : en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) avant toute décision thérapeutique !

Depuis  
2019

Dossier en cours  
de présentation



Visioconférence

Le QUORUM nécessaire  
(critère de validité)

Un chirurgien

+

Un radiothérapeute

+

Un oncologue

+ secrétaire, spécialiste  
d'organe, oncogériatre,  
anatomopathologiste,  
interne, généraliste ...

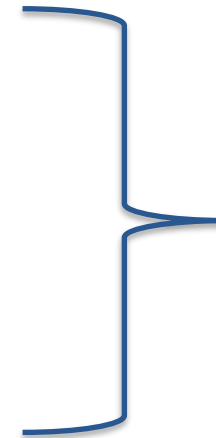
# En fonction du patient: Etat général

Activité	Échelle de Karnofsky			ECOG =OMS = PS
Activité normale	100	Asymptomatique		0
	90	Symptômes mineurs		
	80	Légèrement limité		1
Incapacité de travailler; séjour possible à domicile	70	Assume besoins personnels		2
	60	Assistance occasionnelle + soins médicaux fréquents		
	50	Assistance constante et soins médicaux fréquents		
Incapable de s'occuper de lui-même	40	Assistance médicale constante et confiné au lit plus de 50 % des heures éveillées Hospitalisation permanente nécessaire ou domicile avec MAD		3
	30		Survie médiane 8-50 jours	4
	20	Alitement permanent	Survie médiane 7-16 jours	
	10	Moribond		

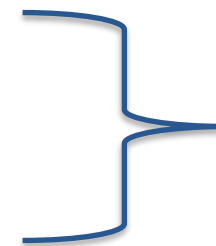
# En fonction du cancer :

Caractéristiques (forme, grade,...)  
Taille (T)  
Atteinte des ganglions (N)  
Résection complète (R0) = cancer enlevé en totalité, ou pas (R1)  
Critères d'agressivité (« grade »)  
Autres (récepteurs, mutations, ...)

Présence de métastases (M)



Compte rendu histologique =  
anatomopathologique,  
« anapath »



Bilan d'extension

# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

En conclusion: **ADK** type NOS (ex **canalaire**), de **27 x17 X 13 mm** du **QSE du sein D**, **grade II (3+2+2)**, **EV+** **EPN-** , **KI 67 à 40%**, **ER 100%**, **PR 90%**, **HER2/neu 2+**, **FISH en cours**.

Ganglion sentinelle : **1 N+ /2** envahi par une macro métastase de 5 mm sans rupture capsulaire

Technique complémentaire (qui arrive en général plusieurs jours après)

FISH amplifiée le patient est éligible a un traitement anti her2

# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

## Forme

Adénocarcinome / carcinome / sarcome / lymphome

## Type

Carcinome épidermoïde/indifférencié/petite/grande cellule,  
canaulaire/lobulaire,  
endométriode/séreux/ cellules claires  
Peu/moyennement/in différencié

## Taille (en millimètres)

## Agressivité

**Grade** : SBR I - II - III, bas – intermédiaire - haut  
Index de prolifération (Ki 67)

## Etendue

Atteinte ganglionnaire (« **Node** »)  
Présence / absence d'embols vasculaire ou d'engainement perinerveux  
+ Bilan d'extension (imagerie): présence ou non de **M**étastase

## Spécificités

**Récepteur** d'intérêt thérapeutique (récepteur hormonal. HER2 ? ...)  
**Mutation** tumorale  
Biologie moléculaire



**T N M**  
Calcul du **STADE**

Permet de définir le  
traitement adapté

# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

## Classification TNM de l'UICC, édition 2002 en français

Le Stade



### Métastases à distance (M)

**Mx** Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

**M0** Absence de métastases à distance

**M1** Présence de métastase(s) à distance

### Classification par stade UICC

**0** Tis N0 M0

**I** T1 N0 M0

**IIA** T0 N1 M0; T1 N1 M0; T2 N0 M0

**IIB** T2 N1 M0; T3 N0 M0

**IIIA** T0 N2 M0; T1 N2 M0; T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0

**IIIC** Tous T N3 M0

**IV** Tous T Tous N M1

# Choix des traitements: G8 chez le patient de plus de 70 ans

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	<b>SCORE TOTAL</b>	<b>0 – 17</b>

# Choix des traitements: chez les plus jeunes

## Préservation de la fertilité



# Choix des traitements: résumé

RCP +++

## En fonction du patient

- Age,
- Etat général (PS , OMS, IK, G8 )
- Autres pathologies / traitements
- Souhaits éventuels

## En fonction du cancer

- Caractéristiques (forme, grade,...)
- Taille (T)
- Atteinte des ganglions (N)
- Présence de métastases (M)
- Résection complète (R0) = cancer enlevé en totalité, ou pas (R1)
- Autres (récepteurs, mutations, ...)

## Données de la littérature

Autorisation de mise sur le marché (AMM) / remboursement CPAM

# Surveillance

Examen clinique

Souvent une biologie

Parfois une (ou plusieurs) imagerie

Effets secondaires des traitements reçus

**Signe de récurrence**

Soutien psychologique

***Un patient d'oncologie à toujours un RDV***

# OBJECTIF

Réponse = **Rémission** (complète ou partielle) = cancer contrôlé sous traitement

# OBJECTIFS

Réponse = **Rémission** (complète ou partielle) = cancer contrôlé sous traitement

« Guérison » = 5 ans sans cancer décelable ni récurrence

*Fin de la surveillance spécialisée. Le patient se  
replaces sous la surveillance de son médecin  
traitant.*

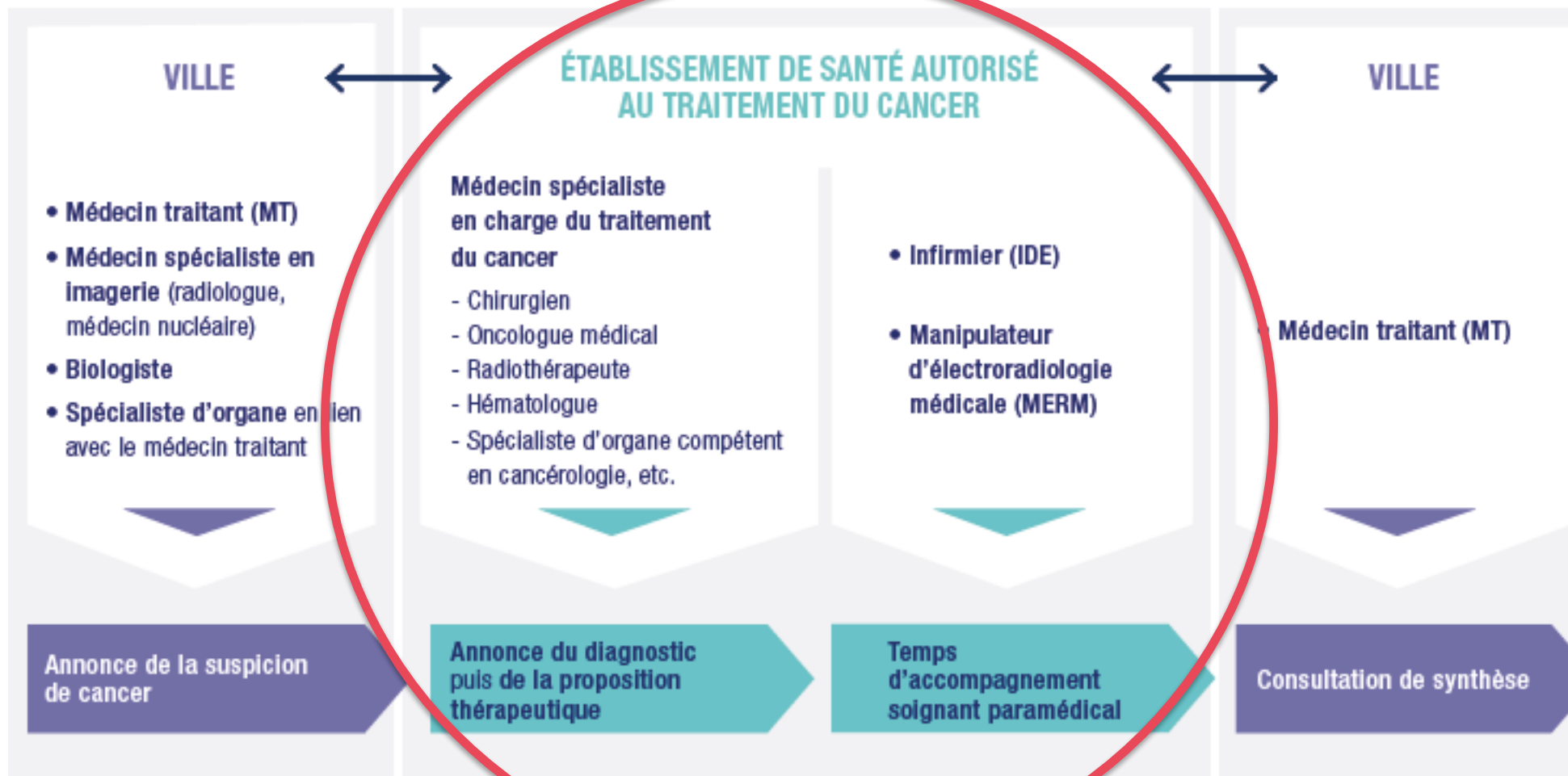
*Pas de RDV systématique en oncologie....*

*Mais nous restons à disposition si nécessaire !*

# Parcours de soins



## LES ÉTAPES CLÉS DU DISPOSITIF D'ANNONCE



## Moment clé = la consultation médicale d'annonce

- Un minimum: 1h ; ne pas déranger
- Premier contact entre le patient et son oncologue référent
- Une relation qui doit durer ... à vie
- Présentation
  - Recueil des antécédents personnel et familiaux
  - Exposition aux toxiques
  - Traitement et Allergies
  - Mode de vie
- Histoire de la maladie (par le patient = a t il compris?)
- Examen clinique, poids, taille, état général , dépistage gériatrique « G8 » si > 70ns
- Synthèse des examens (imagerie, biologie, anatomopathologie)
- **ANNONCE** ou réexplication du diagnostic de cancer
- **EXPLIQUER** l'ensemble de la prise en charge proposée (par la RCP)
  - + insister sur la partie dont on a la charge (chimiothérapie/radiothérapie ou chirurgie)
- **DISCUTER** d'éventuelles alternatives: abstention thérapeutique, soins de confort exclusifs,...
- **RASSURER dans tous les cas**
- **DECIDER** ensemble de la prise en charge
- Puis faire les papiers... PPS (plan personnalisé de soins) , ordonnances, ...
- Tracer (courrier)
- Coder

# AUCUNE INFORMATION DE DOIT MANQUER !

# Parcours de soins

Moment clé = **le temps d'accompagnement soignant** = consultation d'annonce infirmière

- Demande des malades (états généraux des malades atteints de cancer)
- Une OBLIGATION légale (loi du 4 mars 2002)
- Entre la consultation médicale d'annonce et le début du traitement
- Infirmière formée
- Reprise du PPS , reformulation , ré explication
- Présentation du service (Hôpital de jour, ...)
- Lister les BESOINS
  - Orienter vers les soins de support (diététique, psychologie, esthétique, douleur, ...)
  - Accompagnement médical ou paramédical
  - Accompagnement de l'entourage
  - Aide à l'organisation /coordonnées des personnes ou service ressource
  - ....
- Soutien psychologique +++
- Suivi tout au long du parcours

# Identifier les besoins du médecin: votre rôle est essentiel

DOCUMENTS RESSOURCES +++



# Fiche de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire)

Identité du patient

Correspondant

Histoire de la maladie et du parcours diagnostic

**Anatomopathologie**

**Bilan d'extension**

**Décision** proposée

Bilan / besoin pré thérapeutique : examens complémentaire (cardio,...), abord vasculaire

Autre: préservation fertilité, onco-génétique, onco gériatrie, parcours AJA,...

## Document ressource utile

# PPS (plan personnalisé de soins)

Contacts du service

Rythme d'administration

Effets secondaires (et comment les gérer)

Remis (et expliqué) au patient , envoyé aux correspondants par messagerie sécurisé

## Document ressource utile

# Plan Personnalisé de Soins : Protocole PCV x 4 à 6 cycles

Service oncologie médicale- CHMS Site de Chambéry

Secrétariat: 04 79 96 61 81 HDJ: 04 79 96 56 52

ERMIOS

Soins de support : 04 79 96 50 52 Infirmière : 04 56 80 82 07

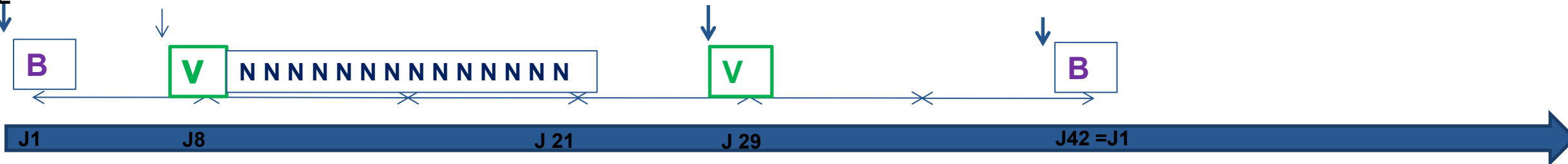
←POSE DE CIP : voie veineuse



- Fièvre / Frissons
- Saignement
- Maux de tête vomissements (peuvent être liés à la tumeur cérébrale)

### Bilan biologique:

- Toutes les semaines, la veille de chaque chimiothérapie
- En **URGENCE** en cas de fièvre (>38.5°C à 1 heure d'intervalle) et consulter un médecin



**B BELUSTINE (lomustine)voie orale à J1 = pharmacie de l'hopital**

**V VINCRISTINE J8 J29 en hôpital de jour = perfusion en HDJ**

**N Natulan (procarbazine) voie orale pendant 14 jours de J8 à J21 = pharmacie de ville**

### **Evaluation de la réponse tumorale**

- Examen clinique à chaque cure
- Imagerie : tous les 3 mois
  - ☐ IRM cérébrale

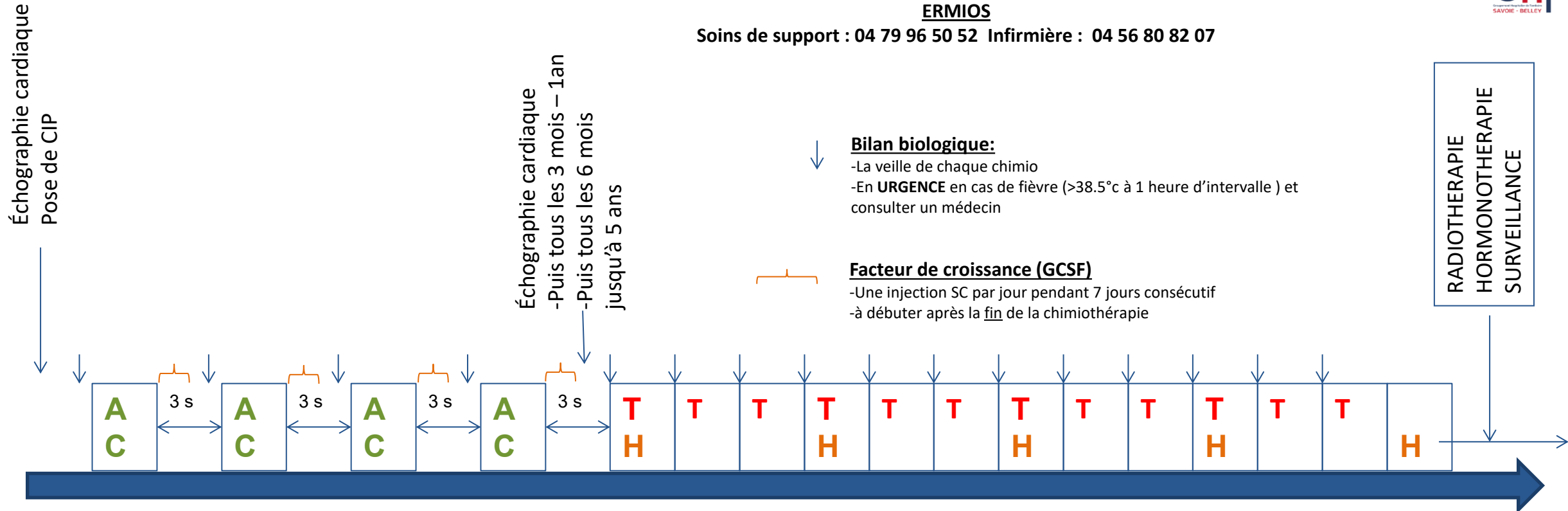
- Fatigue,
- Nausées / Vomissements
- Aphtes, mucite,**
- Constipation**
- Baisse des globules blancs (**risque d'infection**) => **URGENCE** si fièvre
- Baisse des plaquettes et des globules rouges

**Service oncologie médicale- CHMS Site de Chambéry**

Secrétariat: 04 79 96 61 81 HDJ: 04 79 96 56 52

**ERMIOS**

Soins de support : 04 79 96 50 52 Infirmière : 04 56 80 82 07



**4 cures d'AC toutes les 3 semaines – 4 fois**

**Adriamycine (Doxorubicine):** surveillance cardiaque

**Cyclophosphamide:**

- Fatigue
- Alopecie = chute des cheveux
- Nausées / Vomissements
- Baisse des globules blancs (**risque d'infection**) => **URGENCE** si fièvre
- Baisse des plaquettes et des globules rouges

**12 cures de Taxol hebdomadaire**

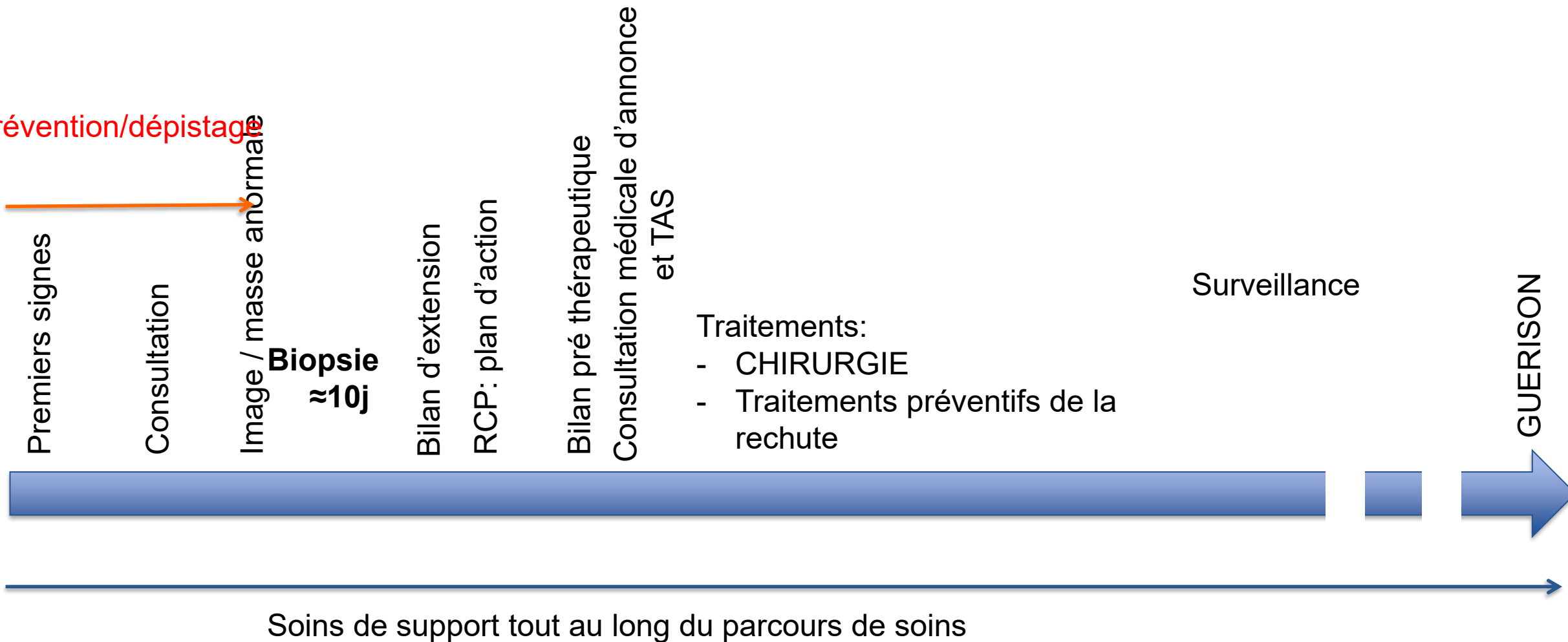
- Alopecie = les cheveux ne repoussent qu'après la fin de la chimio
- Moins de fatigue, moins de nausées
- **Fourmillements** dans les doigts et les orteils
- **Diarrhées**
- Baisse des globules blancs (**risque d'infection**) => **URGENCE** si fièvre
- Baisse des plaquettes et des globules rouges

**+ HERCEPTINE toutes les 3 semaines – 18 fois (1 an)**

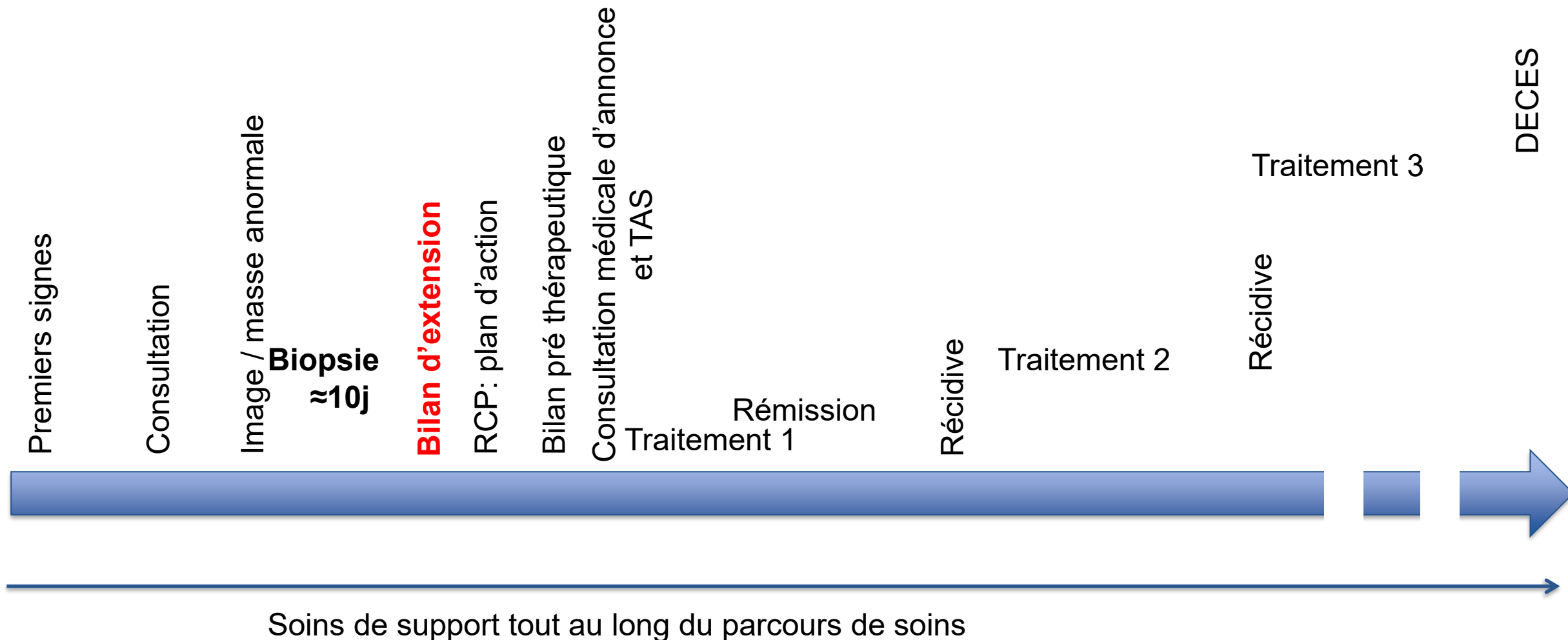
- Surveillance prolongée la première fois (allergie)
- Surveillance cardiaque tous les 3 mois

# Parcours de soins : Cancer localisé

Prévention/dépistage



# Parcours de soins : Cancer métastatique



**En général pas de guérison possible ; maladie chronique**

Fin de la première partie  
des questions ?



# TP 1



# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

En conclusion: **ADK** type NOS (ex **canalaire**), de **27 x17 X 13 mm** du **QSE du sein D**, **grade II (3+2+2)**, **EV+** **EPN-** , **KI 67 à 40%**, **ER 100%**, **PR 90%**, **HER2/neu 2+**, **FISH en cours**.

Ganglion sentinelle : **1 N+ /2** envahi par une macro métastase de 5 mm sans rupture capsulaire

Technique complémentaire (qui arrive en général plusieurs jours après)

FISH amplifiée le patient est éligible a un traitement anti her2

# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

## Forme

Adénocarcinome / carcinome / sarcome / lymphome

## Type

Carcinome épidermoïde/indifférencié/petite/grande cellule,  
canaulaire/lobulaire,  
endométriode/séreux/ cellules claires  
Peu/moyennement/in différencié

## Taille (en millimètres)

## Agressivité

**Grade** : SBR I - II - III, bas – intermédiaire - haut  
Index de prolifération (Ki 67)

## Etendue

Atteinte ganglionnaire (« **Node** »)  
Présence / absence d'embols ou d'engainement perinerveux/vasculaire  
+ Bilan d'extension (imagerie): présence ou non de **M**étastase

## Spécificités

**Récepteur** d'intérêt thérapeutique (récepteur hormonal. HER2 ? ...)  
**Mutation** tumorale



**T N M**  
Calcul du **STADE**

Permet de définir le  
traitement adapté

# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

## Classification TNM de l'UICC, édition 2002 en français

Le Stade



### Métastases à distance (M)

**Mx** Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

**M0** Absence de métastases à distance

**M1** Présence de métastase(s) à distance

### Classification par stade UICC

**0** Tis N0 M0

**I** T1 N0 M0

**IIA** T0 N1 M0; T1 N1 M0; T2 N0 M0

**IIB** T2 N1 M0; T3 N0 M0

**IIIA** T0 N2 M0; T1 N2 M0; T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0

**IIIC** Tous T N3 M0

**IV** Tous T Tous N M1

# Exemple de check liste: consultation première fois

Administratif habituel: identité, VITALE , mutuelle

Lettre d'adressage: si possible résumé clinique des examens/ttt déjà reçus

Ordonnance des traitements en cours

CR opératoire

CR anatomopathologique = histologique

Biologie moléculaire

Dernière biologie

- formule sanguine
- fonction rénale et hépatique
- bilan nutritionnel
- autre sur demande spécifique

Imageries réalisées: CR + image disponible pour relecture/comparaison: si CD à intégrer AVANT la consultation

# CR type: cs d'annonce

Patient âgé de ..... ans adressé par ..... Pour la prise en charge d'un cancer de .....

## MODE DE VIE

entourage seul/marié/enfant

habitat: maison, appartement, ascenseur,...

profession

consommation alcool tabac et autre facteur de risque

Antécédents personnel et familiaux

Allergie connue

Traitement actuel

Histoire de la maladie

premiers signes

examens diagnostics

biopsie/chirurgie le ...

HISTOLOGIE:

Proposition de la RCP:

EXAMEN CLINIQUE : OMS, taille, poids, G8,....

BIOLOGIE +/- marqueurs d'intérêt

J'explique au patient

-Le caractère localisé/métastatique de la maladie

- le proposition d'un traitement par .....

- les modalités de ce traitement :

- les principaux effets secondaires:

- remise d'un PPS et des ordonnances expliqués au patient et à son accompagnant, envoyés au médecin traitant et aux correspondants (pharmacien, chirurgien, ...)

Après discussion et temps de réflexion le patient accepte la prise en charge proposée

EN PRATIQUE:

- organisation du traitement

- début du traitement le ..... Après avoir réalisé les examens suivants:

Je reverrai le patient dans ..... Mois avec les examens suivants:.....

# TP 2



# Cas N°1

Vous êtes AMA dans un grand hôpital parisien

Mme A. , 39 ans sort de sa consultation d'annonce avec le Professeur B.  
Elle est en larme

Le professeur vous dit: « Mademoiselle, occupez vous de la suite! Au revoir chère Madame »

Entre 2 sanglots vous comprenez qu'on lui a diagnostiqué un cancer du sein...



# Revenir aux fondamentaux de l'oncologie



## ANAPATH COMPLETE

## BILAN D'EXTENSION

## BILAN PRE THERAPEUTIQUE

- Cardiologue ?
- Voie veineuse?
- Biologie

## RCP (passée ou à venir)

# Cas N°1

## Mme A, 39 ans , Paris

### **ANAPATH COMPLETE**

### **BILAN D'EXTENSION**

- Scanner
- Scintigraphie
- TEP scan
- IRM

### **BILAN PRE THERAPEUTIQUE**

- Cardiologue ?
- Voie veineuse centrale ?
- Biologie

### **RCP** (passée ou à venir)

### **TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT:** pré lister les besoins

- Entourage familial / enfants
- Psychologue
- Contraception

### **Demandes spécifiques ?**

- Arrêt de travail , RDV multiples

Document ressource?



- Fiche de RCP
- PPS
- Fiche post consultation →

Et tout le reste du dossier médical...

Oncologie	
<b>CHIMIOOTHERAPIE/ PROTOCOLE</b>	
<b>DELAJ</b>	
Schéma : J1 <input type="checkbox"/> J8 <input type="checkbox"/> J15 <input type="checkbox"/> J21 <input type="checkbox"/> J28 <input type="checkbox"/> et J1 = J.....	
<b>POSE DE VOIE D'ABORD</b>	
- Demande CIP : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	CIP indispensable pour débuter le traitement <input type="checkbox"/>
- Picc Line / Midline	
<b>Radiothérapie:</b>	
<b>Echographie cardiaque:</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<b>Cardiologue:</b>	
<b>Soins de support:</b>	
- Consultation IDE TAS:	
- Psycho <input type="checkbox"/>	
- APA <input type="checkbox"/>	
- Assistante sociale <input type="checkbox"/>	
<b>RDV consultation</b>	
<input type="checkbox"/> Médecin:	
<input type="checkbox"/> Délais:	
<input type="checkbox"/> Examen(s):	
<b>PRESCRIPTION MEDICALE TRANSPORT</b>	
Tous les rendez-vous uniquement pour	
Transports communs <input type="checkbox"/> Voiture personnelle <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/>	
<b>AUTRE:</b>	



## Cas N°2

Vous êtes AMA en chirurgie et vous remplacez au pied levé le collègue absent à la consultation d'oncologie dans un centre hospitalier (ou clinique) en zone rurale

Le médecin traitant de Mme C. , 65 ans, appelle au téléphone

Il vous explique qu'il a diagnostiqué à Mme C un cancer du sein:

- Mammographie de dépistage suspecte
- Biopsie qui confirme un cancer du sein « agressif »

La patiente est en face de lui

Un RDV est sollicité en urgence

Le planning est plein, l'onco à 1h de retard



# Revenir aux fondamentaux de l'oncologie



**ANAPATH : COMPLETE**

**BILAN D'EXTENSION**

**BILAN PRE THERAPEUTIQUE**

- Cardiologue ?
- Voie veineuse?
- Biologie

**RCP** (passée ou à venir)

**RDV**

Cas N°2  
Mme C, 65 ans,

**ANAPATH COMPLETE ?**

**BILAN D'EXTENSION ?**

BILAN PRE THERAPEUTIQUE – pas encore

RCP - pas encore

TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT: pré lister les besoins – pas encore

**Appel à un ami ?**  
**« Check list » de service ?**

## Exemple de check liste: consultation première fois

Administratif habituel: identité, VITALE , mutuelle

**Lettre d'adressage:** si possible résumé clinique des examens/ttt déjà reçus

**Ordonnances** des traitements en cours

CR opératoire

CR anatomopathologique = histologique

+ /- Biologie moléculaire

Dernière biologie sanguine

- formule sanguine
- fonction rénale et hépatique
- bilan nutritionnel
- autre sur demande spécifique (« marqueurs »)

Imageries réalisées: CR + image disponible pour relecture/comparaison:

*si CD à intégrer AVANT la consultation*

# Cas N°3

Vous êtes AMA en oncologie

La collègue d'urologie sollicite un RDV pour M. D , 19ans opéré d'un cancer du testicule, « suite à la RCP »

Trop facile ?

# Revenir aux fondamentaux de l'oncologie

## ANAPATH COMPLETE

## BILAN D'EXTENSION

## BILAN PRE THERAPEUTIQUE

- Cardiologue ?
- Voie veineuse?
- Biologie

**RCP** passée = YOUPI !

RDV

# Cas N° 3

## M. D , 19 ans

RCP passée donc , normalement

- **ANAPATH COMPLETE :**
  - tumeur germinale séminomateuse ou NON séminomateuse
  - Présence d'embol
- **BILAN D'EXTENSION** réalisé :
  - scanner TAP
- **BIOLOGIE** Dosage des marqueurs des tumeurs germinales:
  - Alpha foetoprotéine
  - LDH
  - HCG totale

BILAN PRE THERAPEUTIQUE ? Lequel ?

TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT: pré lister les besoins

Ok pour RDV Quel délais ?



Proposition de la RCP +++++

1. Surveillance: consultation oncologie à 3 mois avec TAP + marqueurs (LDH, Alpha FP, HCG)
2. Discuter traitement adjuvant: consultation oncologie dans les 3 semaines avec marqueurs post opératoire et TAP
3. Pose de sonde JJ gauche, pose de chambre implantable, Chimiothérapie par 4 cycles de BEP après EFR avec DLCO, CECOS, audiogramme , marqueurs hebdomadaires jusqu'à normalisation

# Cas N°4

Vous êtes AMA en charge de la RCP

M. E , 61ans ; cancer de prostate prouvé par biopsie , bilan d'extension négatif

DECISION de la RCP: « traitement curatif »

**Quézako ?**

Cas N°4

M. E, 61 ans

## CANCER DE PROSTATE LOCALISE

Diagnostic sur biopsie de prostate



Traitement du cancer de prostate localisé



Radiothérapie après pose de grain d'or  
+/- hormonothérapie (=castration)

chirurgie = prostatectomie



Surveillance du taux sanguin de PSA (prostate specific antigen)

# Cas N°5

Vous êtes AMA en oncologie hospitalisation

L'interne vous parle de M. F, 85 ans transféré de rhumatologie ou il a été hospitalisé pour des douleurs diffuses avec maintien a domicile difficile

« y a plein de meta os et le PSA est à 3500 », (N < 4 ng/ml)

M. F à un cancer de prostate métastatique?

# Cas N°5

M. F , 85 ans

## CANCER DE PROSTATE METASTATIQUE

UN SEUL ACTE DIAGNOSTIC : **BIOPSIE** pour **anapath** la plus complète possible

### BILAN D'EXTENSION

- Scanner TAP (atteinte viscérale ou ganglionnaire)
- Scintigraphie osseuse
- (IRM du rachis)

Traitement = hormonothérapie = castration

- chimique (« analogue »)
- chirurgicale (pulpectomie)
- renforcée « hormonothérapie de nouvelle génération »

Traitement symptomatique: anti douleur, radiothérapie antalgique +++

Amélioration clinique rapide (et baisse du PSA) = « phase hormonosensible »

Surveillance clinique (et du PSA )

Quand le PSA remonte malgré une castration efficace (testostérone effondrée); la maladie se réveille = « phase de résistance à la castration »

Cas N°5

M. F , 85 ans

## CANCER DE PROSTATE METASTATIQUE

Monsieur F vit seul a domicile dans un appartement vétuste au 6<sup>e</sup> sans ascenseur

TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT: pré lister les besoins

- retour à domicile possible?
- demande de convalescence (SMR, Trajectoire,...)
- entourage a rencontrer par l'équipe soignante?
- assistante sociale
- réseau de soins en ville

# Cas N°6

Vous êtes AMA en oncologie: un fax arrive d'un cabinet de gastro entérologie

« patiente de 65 ans , coloscopie incomplète car lésion ulcéro bourgeonnante infranchissable de la jonction recto sigmoïdienne. Multiples biopsies. »

**Le piège !**



Le médecin (ou service) qui réalise un examen est responsable

- du suivi en cas de complication
- du rendu du résultat.

On « confie » un patient on ne s'en débarrasse pas c'est à dire, au minimum:

- Patient prévenu qu'il va être convoqué par un autre spécialiste
- Transmission des informations du dossiers et des coordonnées

# Cas N°6

## CANCER COLO RECTAL localisé

**ANAPATH** de la biopsie

### **BILAN D'EXTENSION : négatif**

- Scanner
- TEP scan
- IRM

### **BILAN PRE THERAPEUTIQUE**

- Cardiologue
- Voie veineuse centrale
- Biologie (numération sanguine, fonction rénale et hépatique, bilan pré opératoire et bilan nutritionnel)
- URACILEMIE (recherche d'un déficit en DPD)

### **TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT:** pré lister les besoins

- Entourage familial / enfants
- Psychologue
- Diététicienne , ...

### **Demandes spécifiques ?**

- Possible stomie

**=> CHIRURGIE PREMIERE**

**RCP** On gagne du temps et on limite les risques à adresser le bon malade au bon endroit,... du premier coup !

# Cas N°7

Le médecin traitant de M. G, 65 ans , sollicite un avis via messagerie sécurisée

Scanner abdominal demandé pour douleur abdominale et amaigrissement

⇒ Découverte de multiples lésions hépatiques suspectes.

⇒ Masse colique

Une hospitalisation est souhaitée

**CHIRURGIE PREMIERE?**

**Cette fois c'est bien pour l'oncologie ?**

# Revenir aux fondamentaux de l'oncologie



## ANAPATH COMPLETE

## BILAN D'EXTENSION

## BILAN PRE THERAPEUTIQUE

- Cardiologue ?
- Voie veineuse?
- Biologie

## RCP (passée ou à venir)

## ANAPATH COMPLETE

## BILAN D'EXTENSION

## BILAN PRE THERAPEUTIQUE

- Cardiologue ?
- Voie veineuse?
- Biologie

## RCP (à prévoir !)

### *TELE EXPERTISE du médecin oncologue*

- Compléter le **bilan d'extension** avec un scanner thoracique (si pas déjà fait)
- Bilan biologique (numération ionogramme, fonction hépatique et rénale, bilan nutritionnel et coagulation)
- Uracilémie (recherche d'un déficit en DPD en prévision de la chimio)
- Adresser le patient en consultation avec toutes ses ordonnances pour organiser en hospitalisation ou en ambulatoire:
  - Biopsie a visée diagnostique +/- biologie moléculaire :micro satellite/RAS/Raf
  - Pose de chambre implantable
  - Coloscopie : recherche primitif +/- autres lésions
  - Autres imagerie (IRM du foie si les lésions hépatiques sont potentiellement opérable)

# Cas N°8

Vous êtes une AMA expérimentée en oncologie depuis de nombreuses années. Vous préparez quelques jours avant, la consultation d'un jeune oncologue fraîchement arrivé dans le service

Dans le planning du matin il y a **2 warning** ; **3 soupapes** et **1 licorne**

Horaire	MOTIF
9h: Mme F	suivi annuel avec mammographie
10h: M. X	en cours de chimio , douleurs +++, vient avec scanner , scintigraphie et PSA
10h15: Mme V	suivi thérapie orale avec biologie
10h30: Mme. W	RDV annulé par la patiente (n'a pas encore fait son scanner)
11h: M.C	a voir en hospitalisation complète
11h15: Mme C	1ere fois a la demande de la gynéco cancer du sein TEP 3 j avant la consultation
11h30: M. B	suivi traitement avec biologie
12h :	réunion du service (présentation du nouvel arrivant)

**Les examens de Monsieur X ne sont pas bons....**

- **Comment pouvez vous le savoir ?**

**Que pouvez vous faire pour votre médecin?**



# Cas N°8

Vous êtes une AMA expérimentée en oncologie depuis de nombreuses années. Vous préparez quelques jours avant, la consultation d'un jeune oncologue fraîchement arrivé dans le service

Dans le planning du matin il y a **2 warning** ; **3 soupapes** et **1 licorne**

Horaire	MOTIF
9h: Mme F	suivi annuel avec mammographie
<b>10h M. X</b>	<b>en cours de chimio , douleurs +++ , vient avec scanner , scintigraphie et PSA</b>
10h15 Mme V	suivi thérapie orale avec biologie
10h30 Mme. W	RDV annulé par la patiente (n'a pas encore fait son scanner)
11h: M.C	a voir en hospitalisation complète
<b>11h15 Mme C</b>	<b>1ere fois a la demande de la gynéco cancer du sein <u>TEP 3 j avant la consultation</u></b>
11h30 M. B	suivi traitement avec biologie
12h :	réunion du service (présentation du nouvel arrivant)

**Les examens de Monsieur X ne sont pas bons....**

- **Comment pouvez vous le savoir ?**

**Que pouvez vous faire pour votre médecin?**

# Cas N°8: exemple d'optimisation

Vous êtes une AMA expérimentée en oncologie depuis de nombreuses années. Vous préparez quelques jours avant, la consultation d'un jeune oncologue fraîchement arrivé dans le service

Dans le planning du matin il y a **2 warning** ; **3 soupapes** et **1 licorne**

Horaire	MOTIF
9h: Mme F	suivi annuel avec mammographie
<b>9h15 Mme C</b>	<b>1ere fois a la demande de la gynéco cancer du sein <u>TEP 3 j avant la consultation</u></b>
10h15 Mme V	suivi thérapie orale avec biologie
<b>10h30 M. X</b>	<b>en cours de chimio , douleurs +++, vient avec scanner , scintigraphie et PSA</b>
<del>10h30 Mme. W</del>	<del>RDV annulé par la patiente (n'a pas encore fait son scanner)</del>
11h: M.C	a voir en hospitalisation complète
11h30 M. B	suivi traitement avec biologie
12h :	réunion du service (présentation du nouvel arrivant)



# AMA / Médecin : un binôme de choc !

Communication +++

Comprendre ce qu'on fait et pourquoi on le fait , pour le faire plus efficacement

Rester curieux , poser des questions

Respecter et se faire respecter !



Merci de votre attention aujourd'hui  
et de vos attentions au quotidien 😊

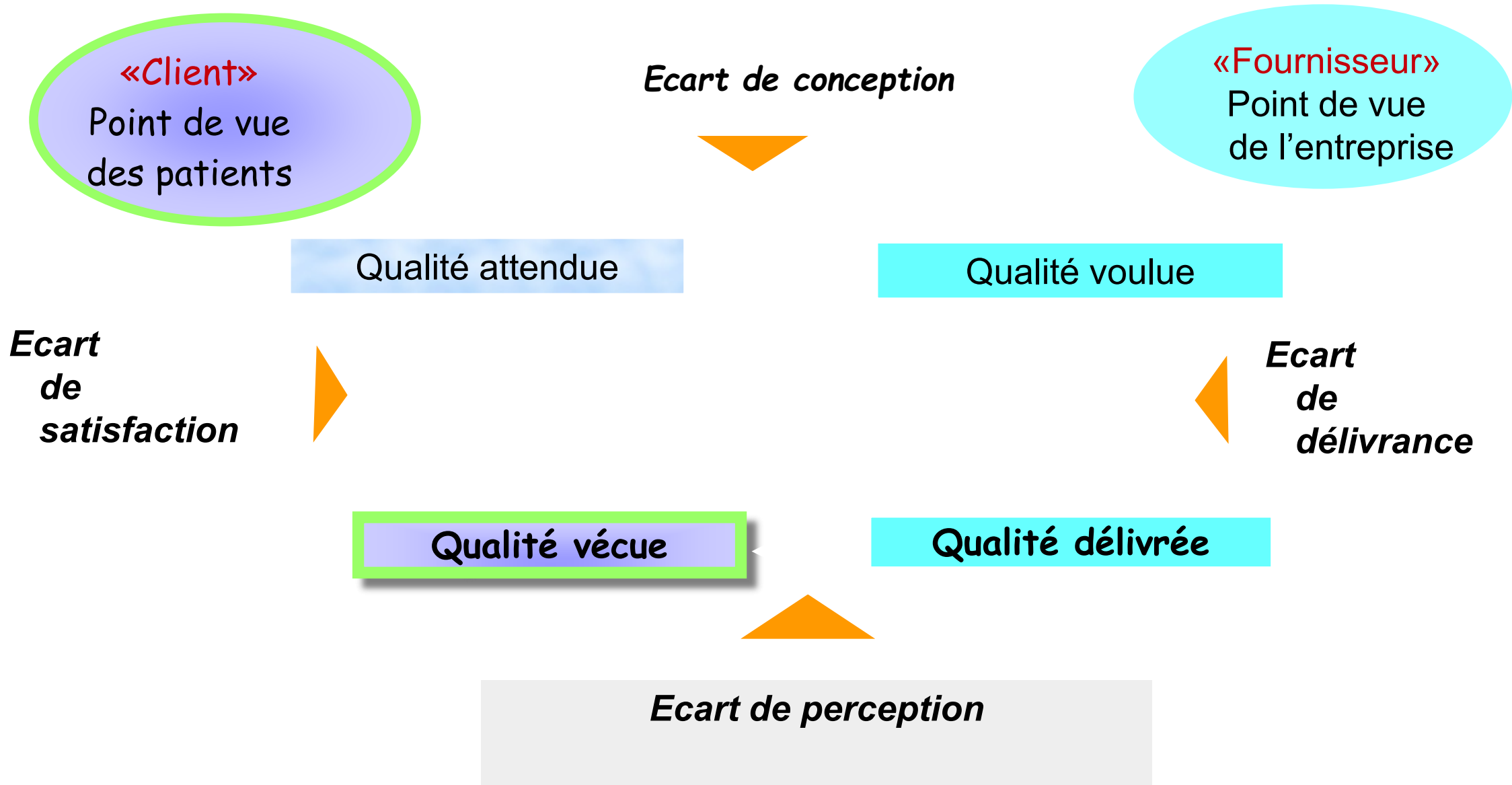


BIOPARC/ADENINE  
60 avenue Rockefeller 69373 Lyon Cedex 08  
Tel : 04 27 82 85 10 | [reseau@onco-aura.fr](mailto:reseau@onco-aura.fr) | [onco-aura.fr](http://onco-aura.fr)

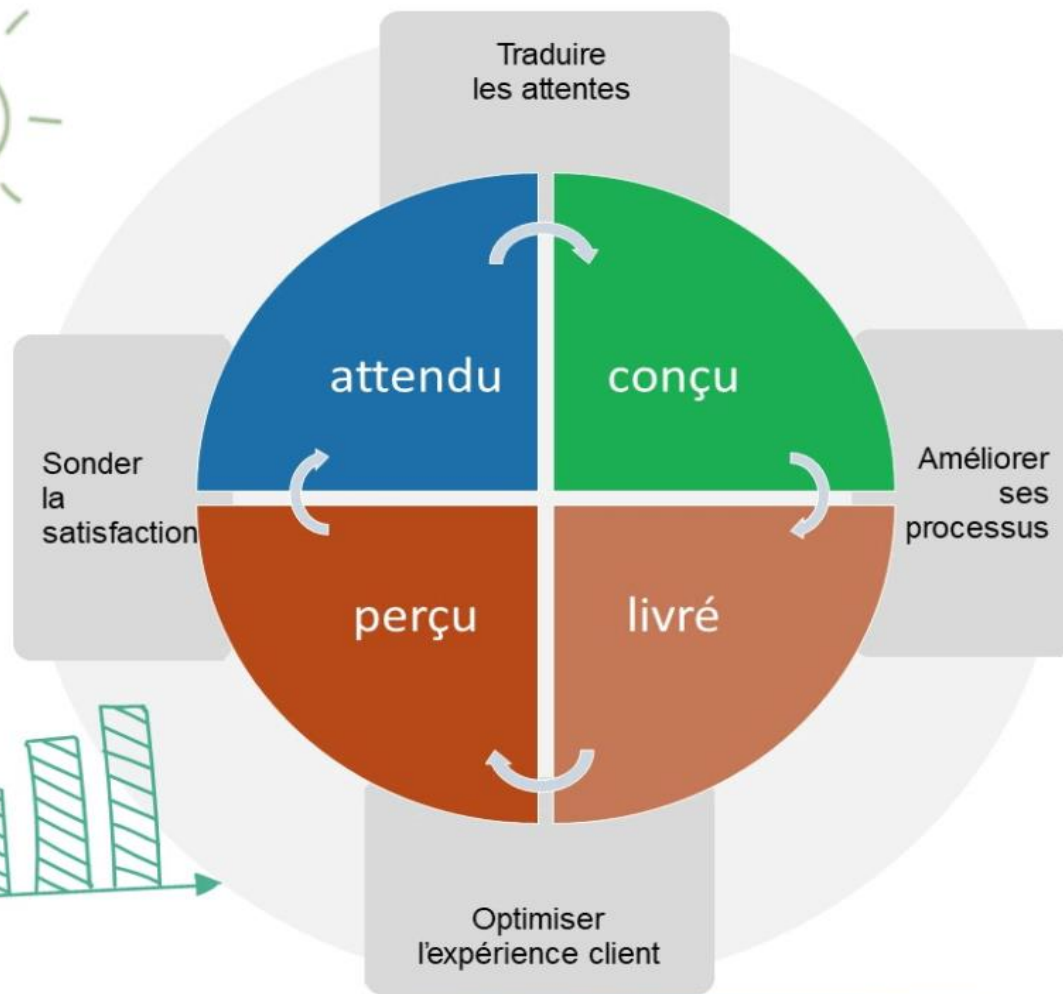
# annexes



# Qualité voulue - attendue - fournie - perçue



# Les notions de qualité de service





- C'est quoi ?
- Pour qui ?
- Pourquoi ? Pour Quoi?
- Quand ?

Avez-vous déjà  
eu  
Une difficulté  
ou  
Un problème?

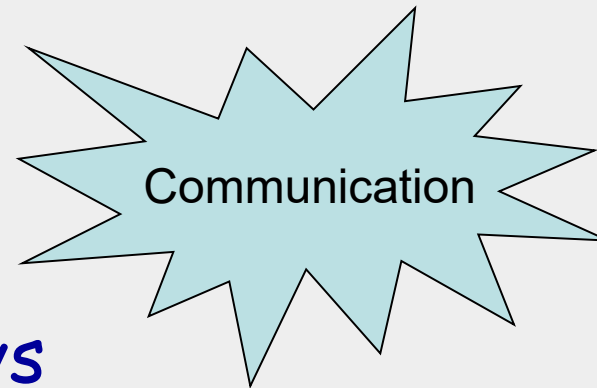
- Prénom
- Date de naissance
- Nom de jeune fille / Nom marital

Nom



(ordre, reconnaissance)  
(format écriture)

- Inversion
- Orthographe
- Abréviation
- Définition selon pays
- Modification



- AVANT

- Dès la première venue du patient, avant l'ouverture de son dossier
- CNI - Passeport - Carte vitale - carte de séjour ...



communication

- PENDANT


- « Quel est votre nom, SVP, ... »
- Expliquer pourquoi cette question répétée, des mesures mises en place, ...
- « Informez-nous des modifications »

- APRES

- Toujours vérification
- Enregistrement en temps réel des modifications d'identité sur TOUS les supports

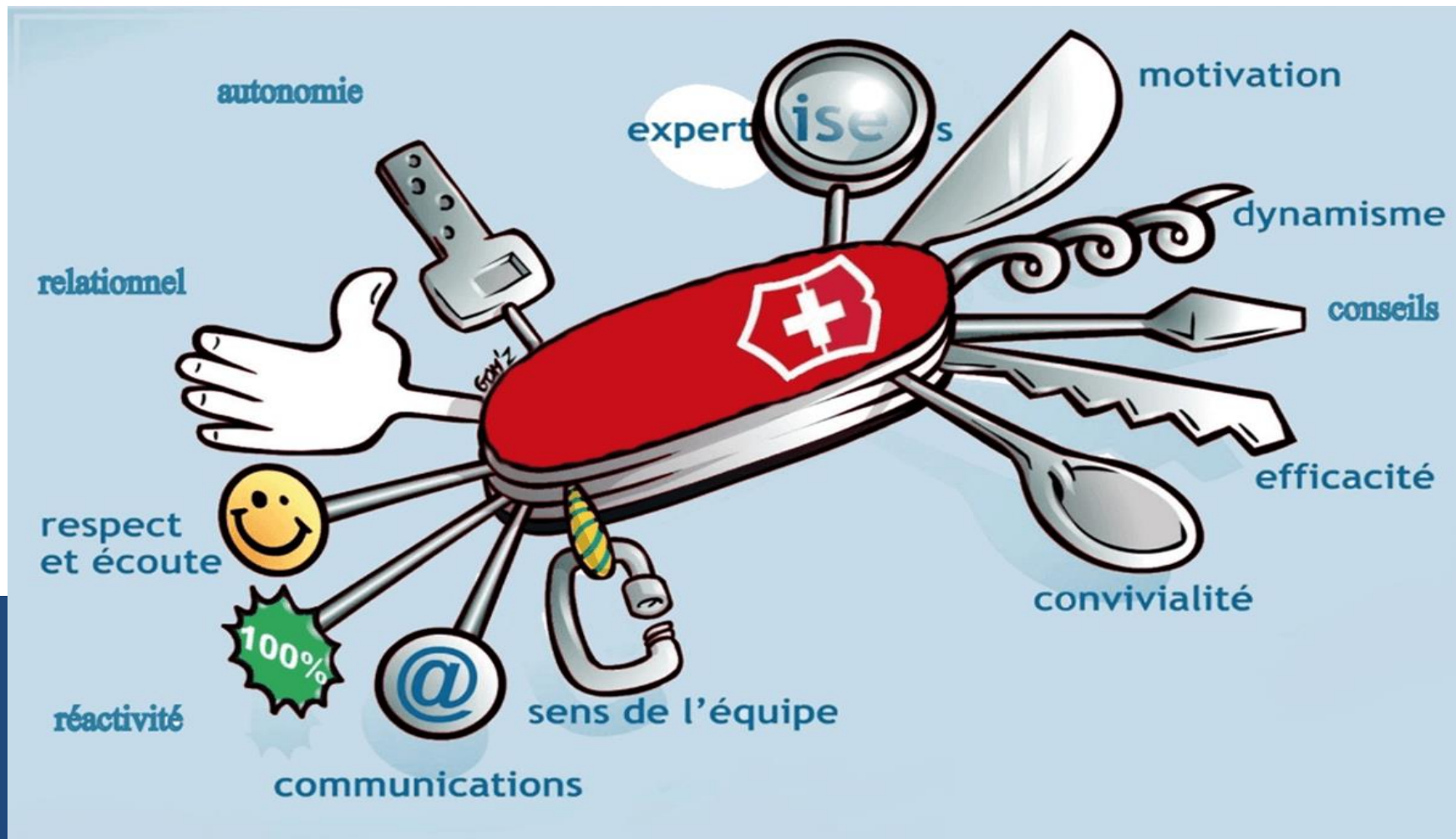


Vigilance



Traçabilité

# Votre métier, votre rôle, VOUS !



# Urgence téléphonique ?

Interruption de tâche

Personne ressource : médecin d'avis ; IDEC ; IPA;

Hospitalisation ?

Médecin traitant / urgence / C15

Protocole ? Qui déranger

Rester a sa place

Respecter l'organisation du service

# Comment gagner du temps ?

aides techniques

Mémo

CR type

Check list

## et vous, comment faites vous ?

## Aimer communiquer

**Avoir le sens du contact** ; Minimum 50 % de relationnel  
Au téléphone ou en direct = 1<sup>er</sup> interlocuteur du patient.  
→ Filtrer les demandes

## Accueillir **Faire preuve de rigueur et de discrétion**

Trouver le mot juste tout est étant **bienveillant et disponible**.  
Résoudre des situations agressives et conflictuelles, en gardant sa bonne humeur

**Mettre en confiance** : répondre à l'angoisse ou à l'impatience des malades en restant compréhensif.

**Renseigner** sur les conditions de prise en charge des soins

Comprendre le vocabulaire spécialisé

**Être organisé**, avoir le sens de l'organisation

- Préparer (frappe) Tenir à jour les dossiers médicaux, classer, archiver CR, courriers, examens, ...
- Gérer les plannings et agendas

## EPICES (Dr R. Buckman)

**E comme environnement** : **nécessaire de prendre un temps** ...prévoir un endroit favorisant une certaine intimité (arrêter TV, déposer les bips, ne pas répondre au téléphone).

**P comme perception du patient** : «**Pouvez-vous nous dire ce que vous avez compris ?** Quelles informations avez-vous déjà reçues ? Savez-vous pour quelle raison cet examen a été réalisé ? » permet aussi d'identifier les craintes et les attentes du patient.

**I comme invitation** : évaluer les capacités du patient à entendre ce qui doit lui être dit et de **respecter son rythme**. (Vouloir tout connaître de leurs diagnostic et pronostic ?).

**C comme connaissances** : **partage avec le patient** = Utiliser un langage accessible en évitant le jargon médical, ... Les silences «invitants» ou «compassionnels» sont importants afin que le patient puisse exprimer ses émotions et intégrer au mieux l'information.

**E comme empathie** : **attitude relationnelle essentielle**, accueil des réactions émotionnelles (stupéfaction, pleurs, cris, colère...) sans autre intention que celle d'être là pour l'autre.

**S comme stratégies et synthèse** : **synthèse du contenu et pouvoir reprendre les éléments incompris** et répondre aux questions (pouvant émerger ultérieurement).

# AMA / Médecin : un binôme de choc... ou un calvaire

Communication ++++

Respecter et se faire respecter !

Les médecins sont assez stéréotypés: ils écrivent mal et ils disent toujours les mêmes choses:

*“ je revois en consultation M..., suivi pour un cancer de ....., traité par ..... depuis ..... 20.....*

*Depuis la dernière consultation il signale.....*

*TOLERANCE: ....*

*Examen clinique: poids .... , PS (ou OMS ou IK)*

*Bilan biologique du .... : hémoglobine , créatinine (soit DFG = ml/min), bilan hépatique normal/anormal*

*Marqueurs en hausse/baisse*

*Scanner / TEP du .....: progression / réponse*

*AU TOTAL: poursuite du traitement (ou non)*

*A revoir dans..... Mois avec .....*

*Bien fraternellement “*





# AMA / Médecin : un binôme de choc ~~ou un calvaire~~

Communication ++++

Respecter et se faire respecter !

Les médecins sont assez stéréotypés: ils écrivent mal et ils disent toujours les mêmes choses (**intéressantes?**):

*“ je revois en consultation M..., suivi pour un cancer de ....., traité par ..... depuis ..... 20.....*

*Depuis la dernière consultation il signale.....*

*TOLERANCE: ....*

*Examen clinique: poids .... , PS (ou OMS ou IK)*

*Bilan biologique du .... : hémoglobine , créatinine (soit DFG = ml/min), bilan hépatique normal/anormal*

*Marqueurs en hausse/baisse*

*Scanner / TEP du .....: progression / réponse*

*AU TOTAL: poursuite du traitement (ou non)*

*A revoir dans..... Mois avec biologie /scanner/ TEP/ IRM.... => **A RECUPERER pour la consultation suivante !!!***

*Bien-confraternellement “*

Tester plusieurs solutions... pour trouver LA bonne ...

... et la partager



# Vous et l'évolution de votre métier



Présence et concentration



DES ROBOTS TOUJOURS PLUS RÉALISTES



Législation du travail



# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

En conclusion: **ADK** type NOS (ex **canalaire**), de **27 x17 X 13 mm** du **QSE du sein D**, **grade II (3+2+2)**, **EV+** **EPN-** , **KI 67 à 40%**, **ER 100%**, **PR 90%**, **HER2/neu 2+**, **FISH en cours**.

Ganglion sentinelle : **1 N+ /2** envahi par une macro métastase de 5 mm sans rupture capsulaire

Technique complémentaire (qui arrive en général plusieurs jours après)

FISH amplifiée le patient est éligible a un traitement anti her2

# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

## Forme

Adénocarcinome / carcinome / sarcome / lymphome

## Type

Carcinome épidermoïde/indifférencié/petite/grande cellule,  
canaulaire/lobulaire,  
endométriode/séreux/ cellules claires  
Peu/moyennement/in différencié

## Taille (en millimètres)

## Agressivité

**Grade** : SBR I - II - III, bas – intermédiaire - haut  
Index de prolifération (Ki 67)

## Etendue

Atteinte ganglionnaire (« **Node** »)  
Présence / absence d'embols ou d'engainement perinerveux/vasculaire  
+ Bilan d'extension (imagerie): présence ou non de **M**étastase

## Spécificités

**Récepteur** d'intérêt thérapeutique (récepteur hormonal. HER2 ? ...)  
**Mutation** tumorale



**T N M**  
Calcul du **STADE**

Permet de définir le  
traitement adapté

# Décoder un compte rendu histologique : exemple cancer du sein

## Classification TNM de l'UICC, édition 2002 en français

Le Stade



### Métastases à distance (M)

**Mx** Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

**M0** Absence de métastases à distance

**M1** Présence de métastase(s) à distance

### Classification par stade UICC

**0** Tis N0 M0

**I** T1 N0 M0

**IIA** T0 N1 M0; T1 N1 M0; T2 N0 M0

**IIB** T2 N1 M0; T3 N0 M0

**IIIA** T0 N2 M0; T1 N2 M0; T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0

**IIIC** Tous T N3 M0

**IV** Tous T Tous N M1

# Exemple de check liste: consultation première fois

Administratif habituel: identité, VITALE , mutuelle

Lettre d'adressage: si possible résumé clinique des examens/ttt déjà reçus

Ordonnance des traitements en cours

CR opératoire

CR anatomopathologique = histologique

Dernière biologie

- formule sanguine
- fonction rénale et hépatique
- bilan nutritionnel
- autre sur demande spécifique

Imageries réalisées: CR + image disponible pour relecture/comparaison: si CD à intégrer AVANT la consultation

# CR type: cs d'annonce

Patient âgé de ..... ans adressé par ..... Pour la prise en charge d'un cancer de .....

## MODE DE VIE

entourage seul/marié/enfant

habitat: maison, appartement, ascenseur,...

profession

consommation alcool tabac et autre facteur de risque

Antécédents personnel et familiaux

Allergie connue

Traitement actuel

Histoire de la maladie

premiers signes

examens diagnostics

biopsie/chirurgie le ...

HISTOLOGIE:

Proposition de la RCP:

EXAMEN CLINIQUE : OMS, taille, poids, G8,....

BIOLOGIE +/- marqueurs d'intérêt

J'explique au patient

-Le caractère localisé/métastatique de la maladie

- la proposition d'un traitement par .....

- les modalités de ce traitement :

- les principaux effets secondaires:

- remise d'un PPS et des ordonnances expliqués au patient et à son accompagnant, envoyés au médecin traitant et aux correspondants (pharmacien, chirurgien, ...)

Après discussion et temps de réflexion le patient accepte la prise en charge proposée

EN PRATIQUE:

- organisation du traitement

- début du traitement le ..... Après avoir réalisé les examens suivants:

Je reverrai le patient dans ..... Mois avec les examens suivants:.....

# Exemple de check liste consultation suivi

Administratif habituel: identité, VITALE , mutuelle

Dernier courrier/synthèse clinique

Ordonnance des traitements en cours

Examens demandés pour la consultation (« a revoir dans X mois avec .....»)

- Dernière biologie
- Imageries réalisées: CR + image disponible pour relecture/comparaison: si CD à intégrer AVANT la consultation

# CR type: cs de suivi

Patient suivi pour

Traité par ..... Depuis ...

TOLERANCE

DOLEANCE

EXAMEN CLINIQUE: OMS, poids

BIOLOGIE

IMAGERIE

AU TOTAL:

bonne tolérance => poursuite

mauvaise tolérance => adaptation

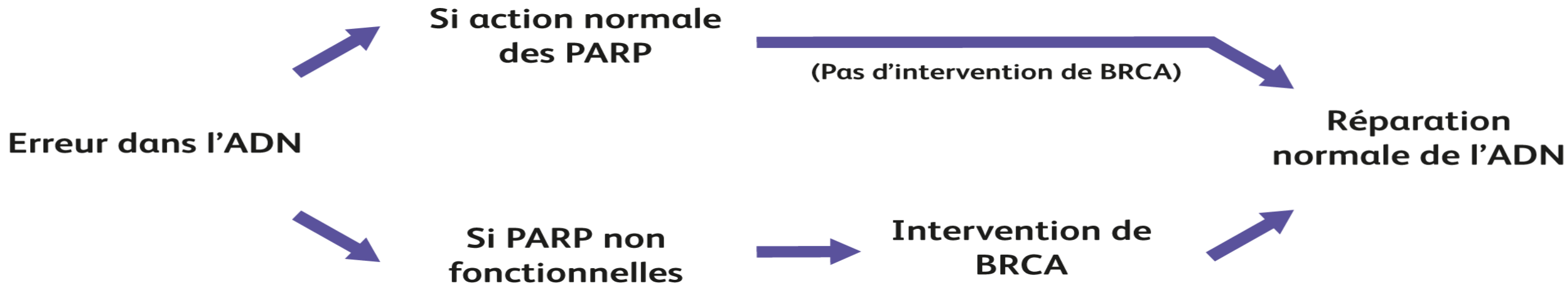
progression => changement de traitement

A revoir dans X mois avec les examens suivants : ....

# Mécanisme d'action de l'immunothérapie

# Mécanisme d'action de l'immunothérapie





**Si mutation (inactivatrice) de BRCA = ↗ risque de cancer**

**BRCA muté  
dans une cellule cancéreuse**

**Sans traitement**

**Avec traitement**

**PARP active**



**Réparation  
de l'ADN  
muté active**

**Conservation de la mutation**



**Cancer (ou tumeur)**

**PARP inhibée**



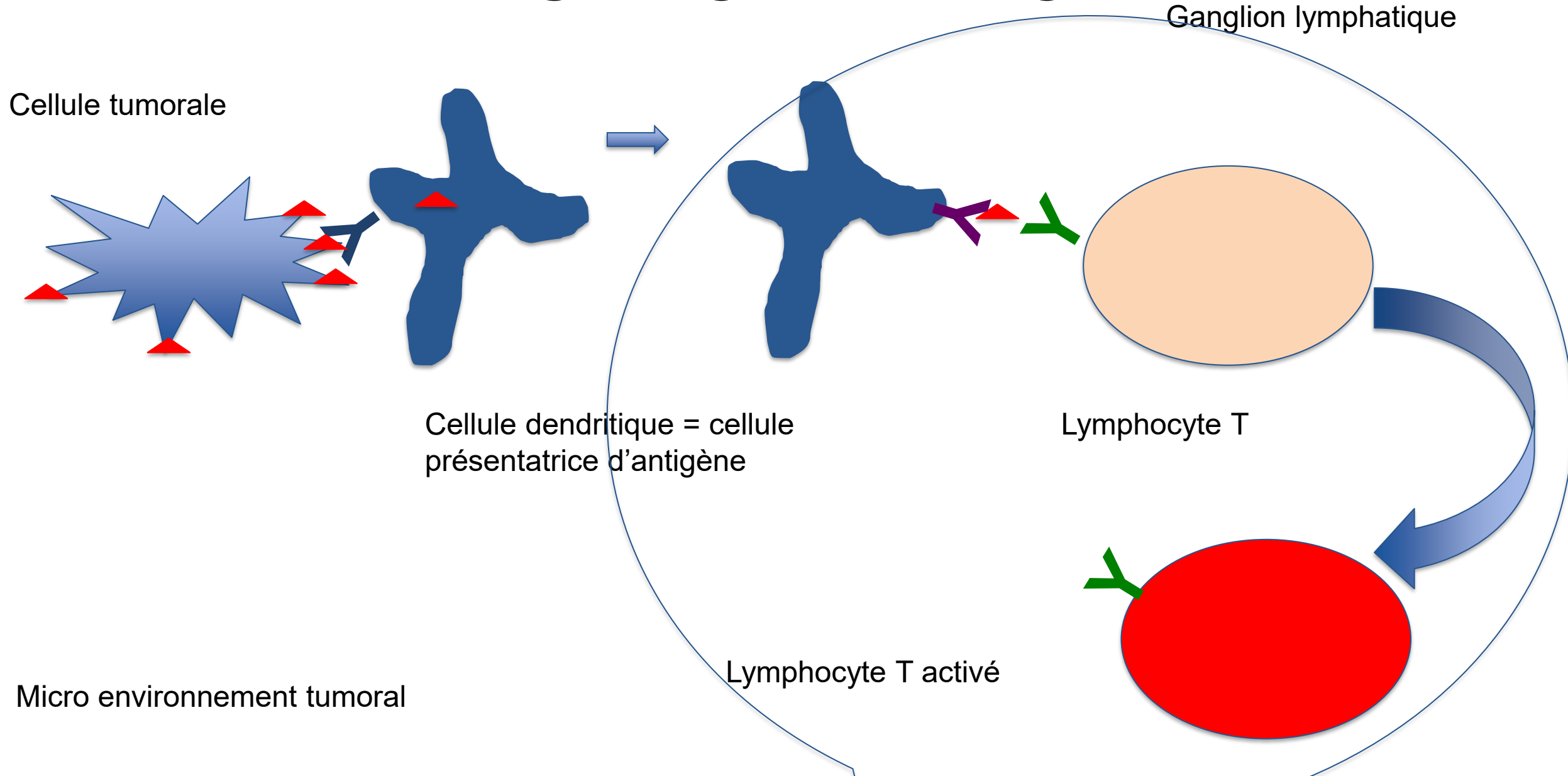
**Réparation de l'ADN  
muté inactive :  
accumulation  
d'erreurs entraînant**

**Mort de la cellule cancéreuse**



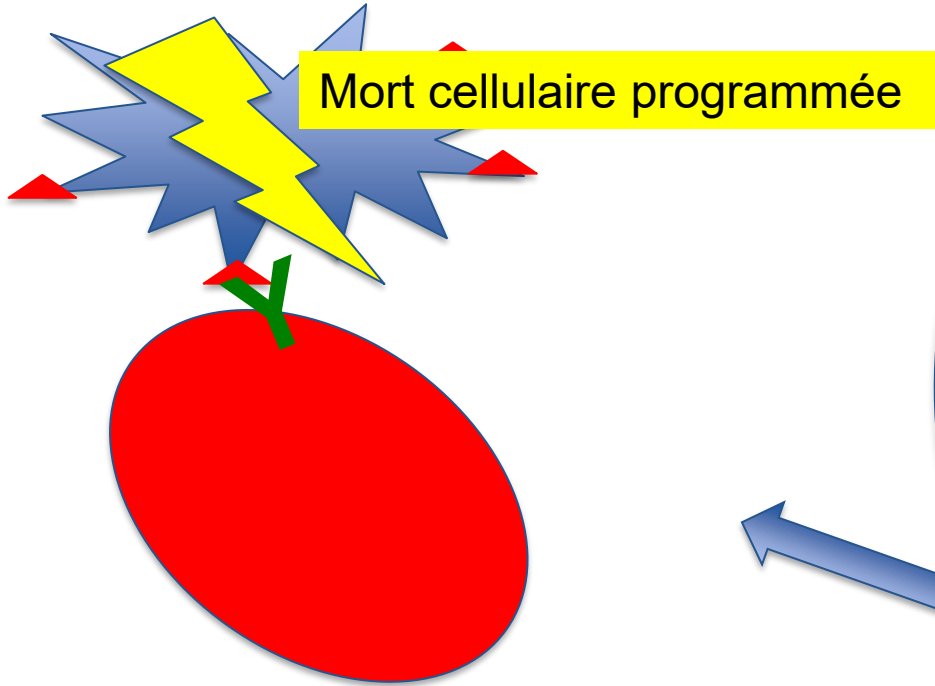
**~~Cancer~~**

# PHASE ACTIVATRICE



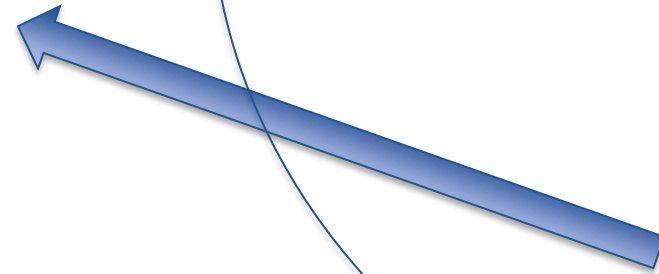
# PHASE EFFECTRICE

Cellule tumorale

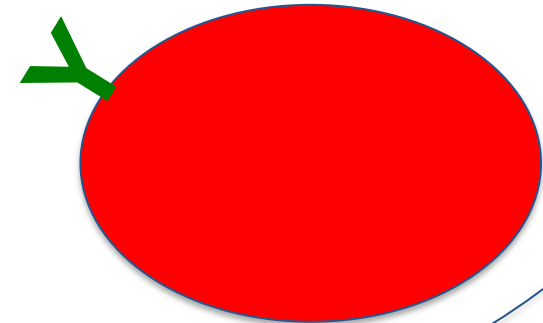


Micro environnement tumoral

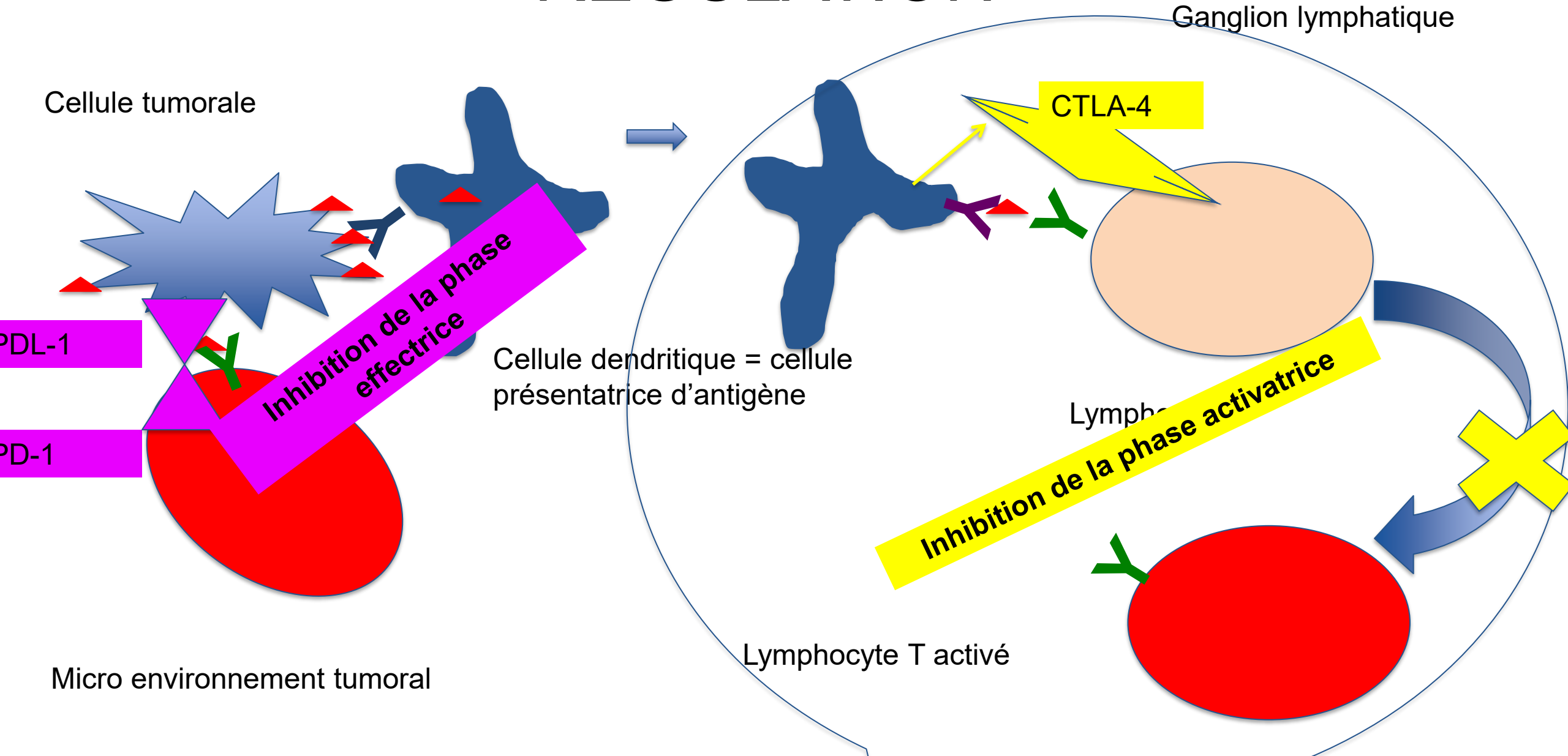
Ganglion lymphatique



Lymphocyte T activé



# REGULATION



# Comment restaurer l'immunité anti tumorale?

