



Parcours Myélome multiple

Dr Cyril FAURE, Dr Justine WICKY, Daisy TARBY, Cathy POTHIER

LE PARCOURS DE SOINS EN CANCEROLOGIE



Avant Cancer

Epidémiologie

- Pathologie du sujet âgé :
 - Age médian au diagnostic : 70 ans pour les hommes et 74 ans pour les femmes.
 - 1/3 pts au diag < 65 ans et 1/3 > 75 ans
- 20 000 nouveaux cas/an aux USA
- 5000 nouveaux cas/an en France
- Incidence ajustée pour l'âge et le groupe ethnique :
 - 7,1 cas/100 000 Ho/an et 4,6 cas/100 000 Fe/ an
 - Variant globalement de 1/100 000 en Chine à 4/100000 dans les pays développés
- 54% des MM touchent les hommes et prévalence plus élevée chez les pts d'origine africaine

Epidémiologie

- 1% des cancers, 13% des hémopathies malignes, 2° hémopathie maligne en fréquence
- 12% des hémopathies malignes (2eme Hémopathie après les LNHs) et 1% des cancers

Epidémiologie

Distribution des gammopathies monoclonales

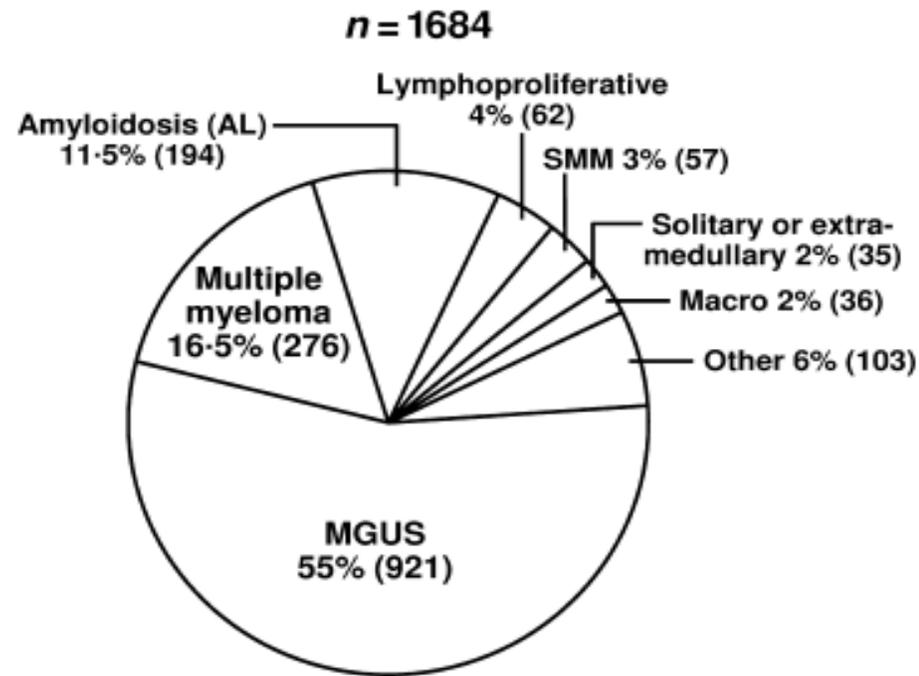
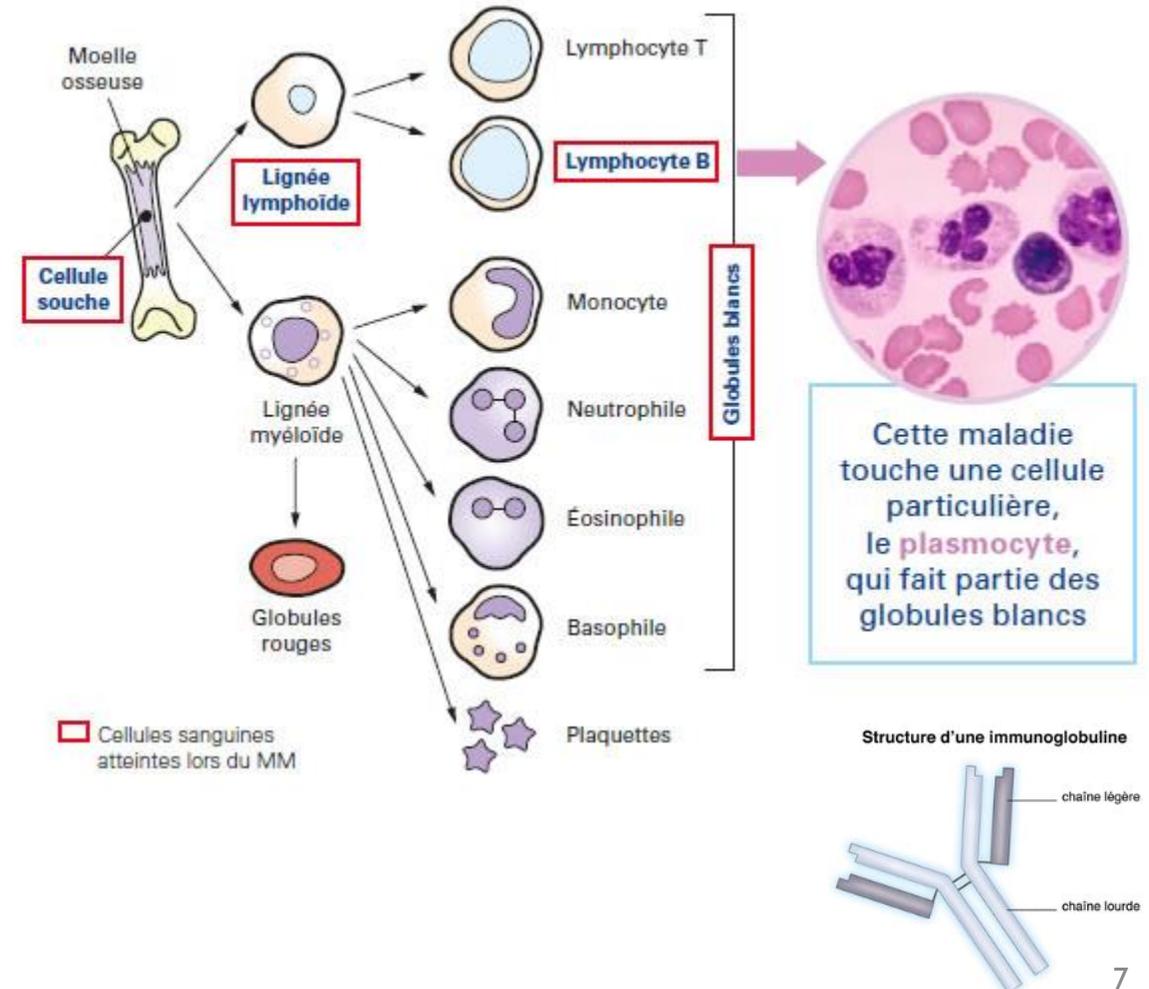


Fig 1. Causes of 1684 cases of monoclonal gammopathy diagnosed at Mayo Clinic, 2006. Macro, Waldenström macroglobulinaemia; MGUS, monoclonal gammopathy of undetermined significance; SMM, smouldering multiple myeloma.

Définition

- Le myélome multiple ou maladie de Kahler est une hémopathie maligne due à l'accumulation de nombreux plasmocytes anormaux (cellules myélomateuses) dans la moelle osseuse.
- Les plasmocytes sont un type de globules blancs qui fabriquent des anticorps (immunoglobulines) pour aider à combattre les infections.
- Selon le type de chaîne lourde (γ , α , μ , δ , ϵ) et de chaîne légère (κ , λ), l'anticorps peut être de type IgG, IgA, IgM, IgD ou IgE, kappa ou lambda.
- Dans la plupart des cas, le myélome est une maladie qui tend à devenir chronique avec la succession de plusieurs phases de rémissions et de rechutes.
- Les causes demeurent inconnues à ce jour.

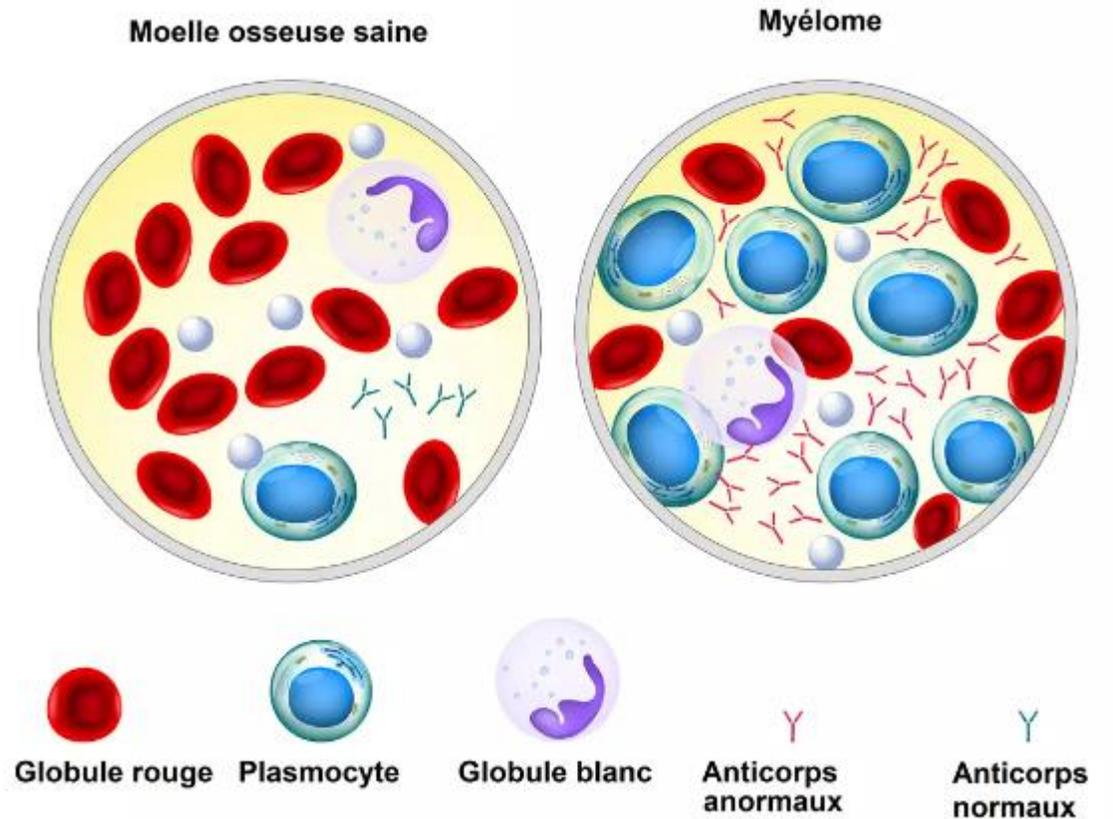


Causes

- Les causes demeurent inconnues à ce jour.
- Des facteurs de risque ont été identifiés, mais ne peuvent à eux seuls expliquer la maladie. Les radiations ionisantes liées à des expositions accidentelles et les expositions professionnelles aux pesticides sont des facteurs de risque reconnus.
- Il existe de très rares formes familiales.

Physiopathologie

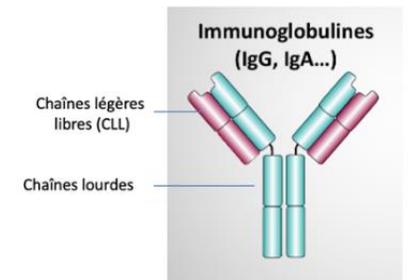
- L'accumulation des plasmocytes anormaux empêche les autres cellules sanguines de la moelle de se développer normalement et de faire leur travail habituel.
- Cela peut causer de l'anémie et de la fatigue puisqu'il y a moins de globules rouges.
- Elle peut aussi rompre l'équilibre de certains minéraux dans le corps. Les cellules myélomateuses fabriquent une substance qui peut entraîner des dommages aux os et une hausse des taux de calcium dans le sang.
- Les plasmocytes tumoraux, issus d'un même clone, synthétisent une immunoglobuline monoclonale (anticorps), complète (avec chaînes lourdes et légères) ou incomplète faite seulement de chaînes légères. Ces immunoglobulines peuvent affecter d'autres organes, comme les reins.



Différents types de myélomes

On distingue différents types de myélome selon le type d'immunoglobuline secrétée :

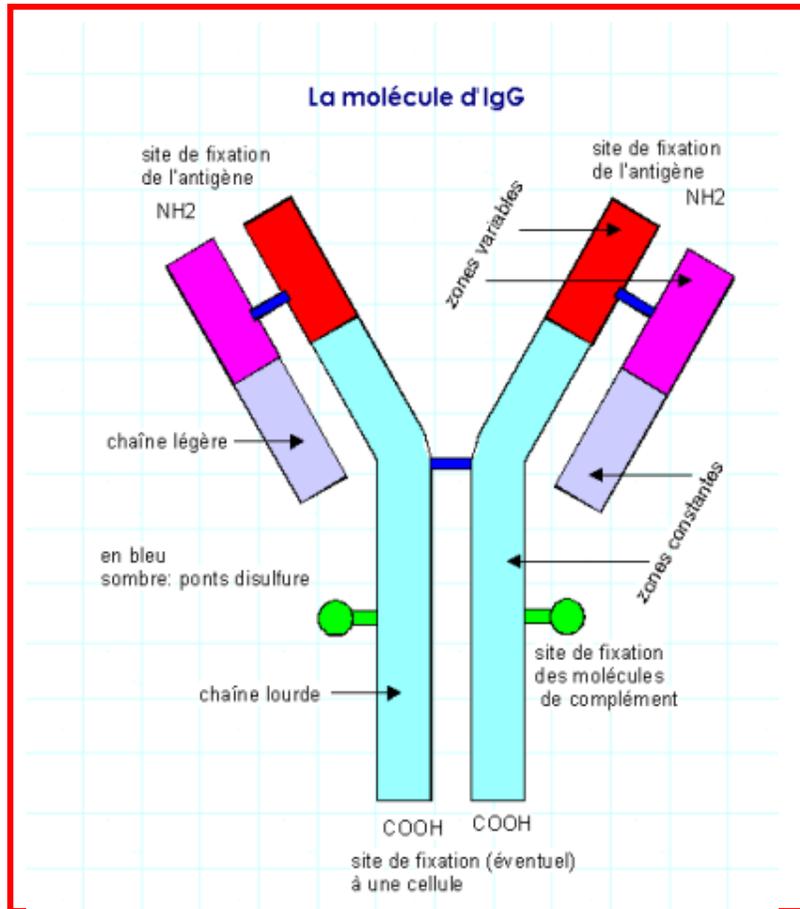
- La forme la plus classique (80-85%) est le **myélome secrétant une immunoglobuline complète de type IgG (52%) ou IgA (21%) principalement (IgD 2%, IgM 0,5%)** : l'immunoglobuline est visible sous la forme d'un **pic monoclonal à l'électrophorèse**, entraînant une **hyperprotidémie** et une **élévation de la VS**. Cette forme peut être associée cliniquement à un syndrome d'hyperviscosité.
- Plus rarement, l'immunoglobuline secrétée est incomplète, faite seulement de chaînes légères, et on parle de **myélome à chaînes légères (16%)** : il n'y a **pas de pic à l'électrophorèse**, seulement une **hypogammaglobulinémie**, mais une **protéinurie** et cette forme est plus souvent associée à une **atteinte rénale** par précipitation des chaînes légères dans les tubules rénaux.
- Plus rarement encore, si aucune Ig n'est secrétée, on parle de myélome non secrétant



Surplus de CLL non assemblées



Rappels : Les lymphocytes B : les immunoglobulines



- Responsables de l'immunité humorale
- Transformation en plasmocytes après contact avec un antigène
- Sécrétées par les plasmocytes

Ig G
Ig D
Ig E
Ig M
Ig A

Parcours diagnostique

Symptomatologie

Les manifestations de la maladie sont directement liées aux conséquences de l'infiltration médullaire par les plasmocytes, de la présence du composant monoclonal dans le sang et les urines et du déficit immunitaire lié à la baisse de production des anticorps normaux.

Symptomatologie

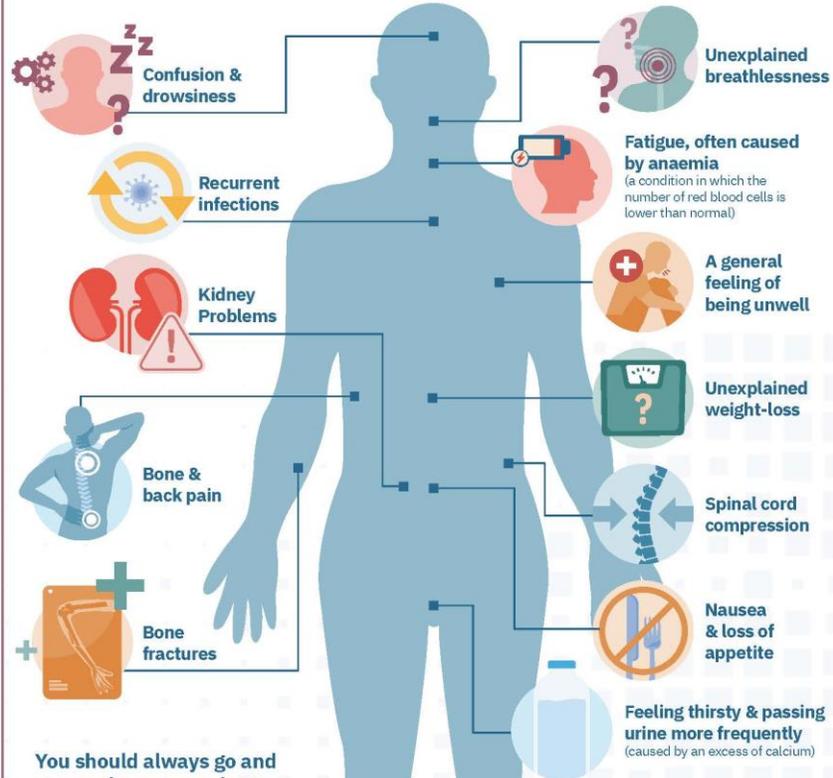
Les manifestations
conséquences de l'
présence du compo
déficit immunitaire li

IMPROVE
DIAGNOSIS

SIGNS AND SYMPTOMS OF MYELOMA

DID YOU KNOW?...

THE MOST COMMON SIGNS AND SYMPTOMS OF MYELOMA ARE:



You should always go and see a primary care doctor if you experience the symptoms listed above.

Many of these symptoms are common, so are unlikely to be myeloma, but it is very important to get any negative changes of health assessed by a professional.

MPe
Myeloma Patients Europe

YEAR OF ACTION ON
DIAGNOSIS

IMPROVE
LIVES

ctement liées aux
plasmocytes, de la
et les urines et du
anticorps normaux.

*Myeloma.org.uk / Irish
cancer society / NCCP*

Délai

diagnostique

IMPROVE
DIAGNOSIS

THE MYELOMA DIAGNOSIS CHALLENGE

DID YOU KNOW?...



Symptoms of myeloma are **non-specific** (e.g. back pain and fatigue), making it **difficult to recognise** in primary care

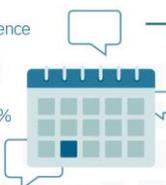


Myeloma patients are likely to present **3 or more times** in primary care before being referred

The median time to diagnosis is **108.6 days** with 25% of patients waiting longer than **8 months**



On average, patients experience symptoms for about **1 month** before seeking help and 25% of patients wait more than **3 months**



Patients experience **lengthy and confusing** pathways to diagnosis



A UK study found that **34%** of patients were diagnosed via emergency settings

Delayed diagnosis can **negatively impact** the quality of life and the disease-free survival of myeloma patients



MPe Myeloma Patients Europe

YEAR OF ACTION ON **DIAGNOSIS**

IMPROVE
LIVES

Myeloma.org.uk / Irish cancer society / NCCP

Parcours diagnostique

Bilan diagnostique :

- Bilan biologique
- Bilan d'imagerie
- Bilan médullaire

Diagnostic de myélome = association de :

- sécrétion monoclonale
- atteinte osseuse
- Infiltration médullaire par des plasmocytes tumoraux

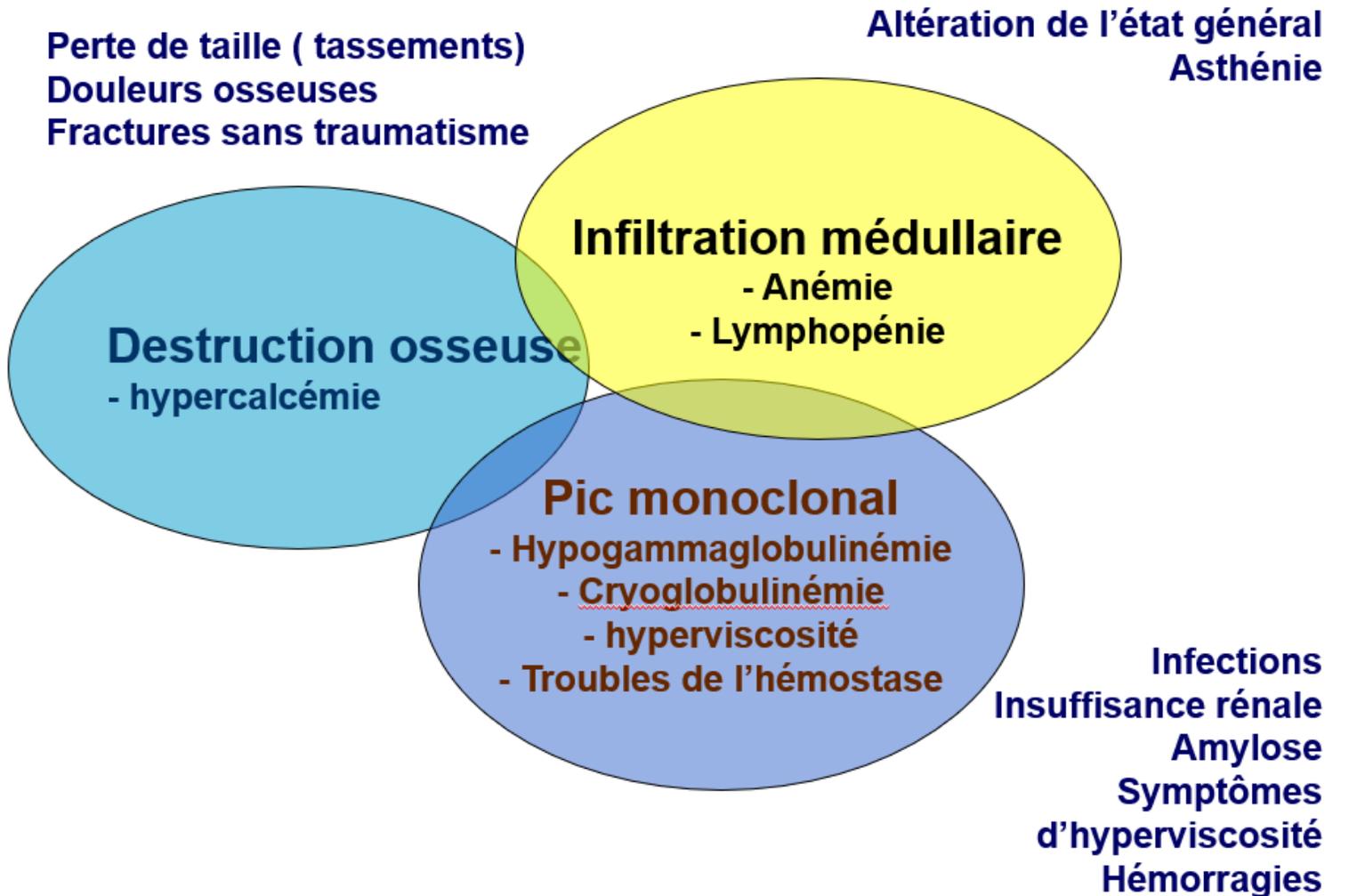
Parcours diagnostique

Bilan diagnostique :

- Bilan biologique
- Bilan d'imagerie
- Bilan médullaire

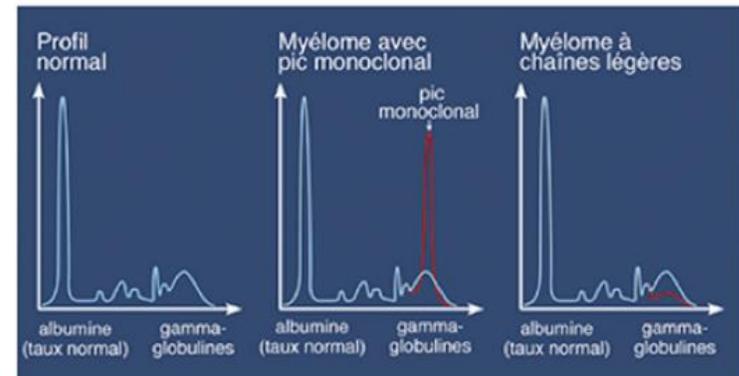
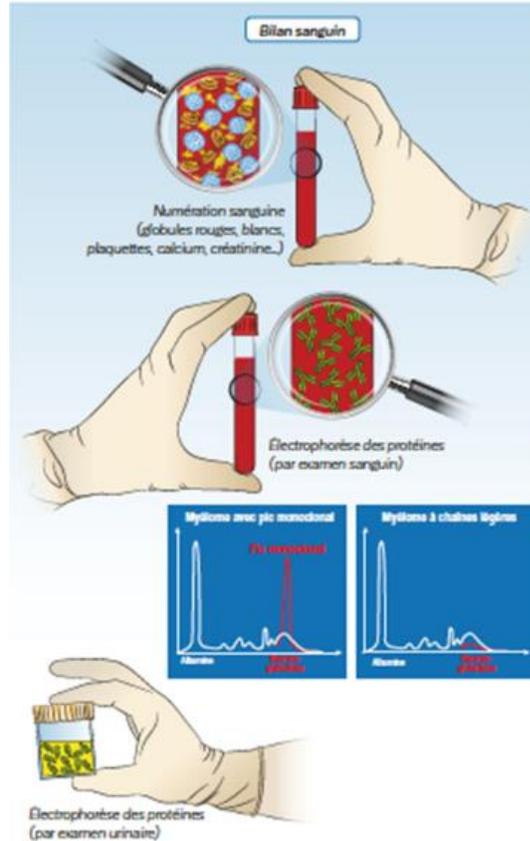
Diagnostic de myélome =

- sécrétion monoclonale
- atteinte osseuse
- Infiltration médullaire p



Parcours diagnostique

Examens

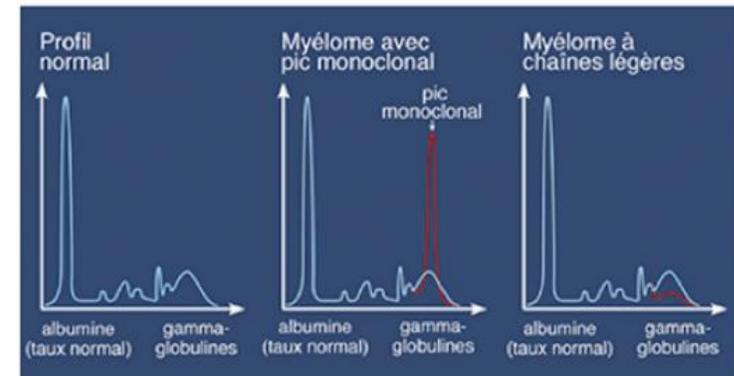
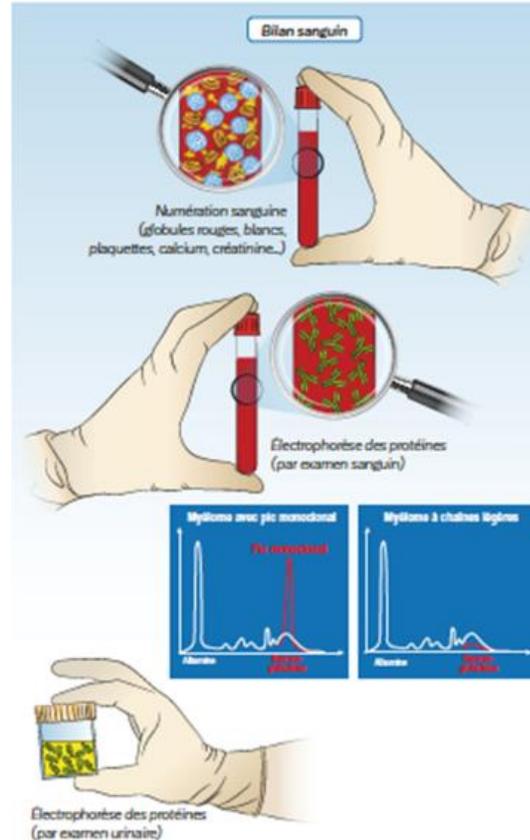


Parcours diagnostique

Bilan biologique :

Électrophorèse des protéines sériques

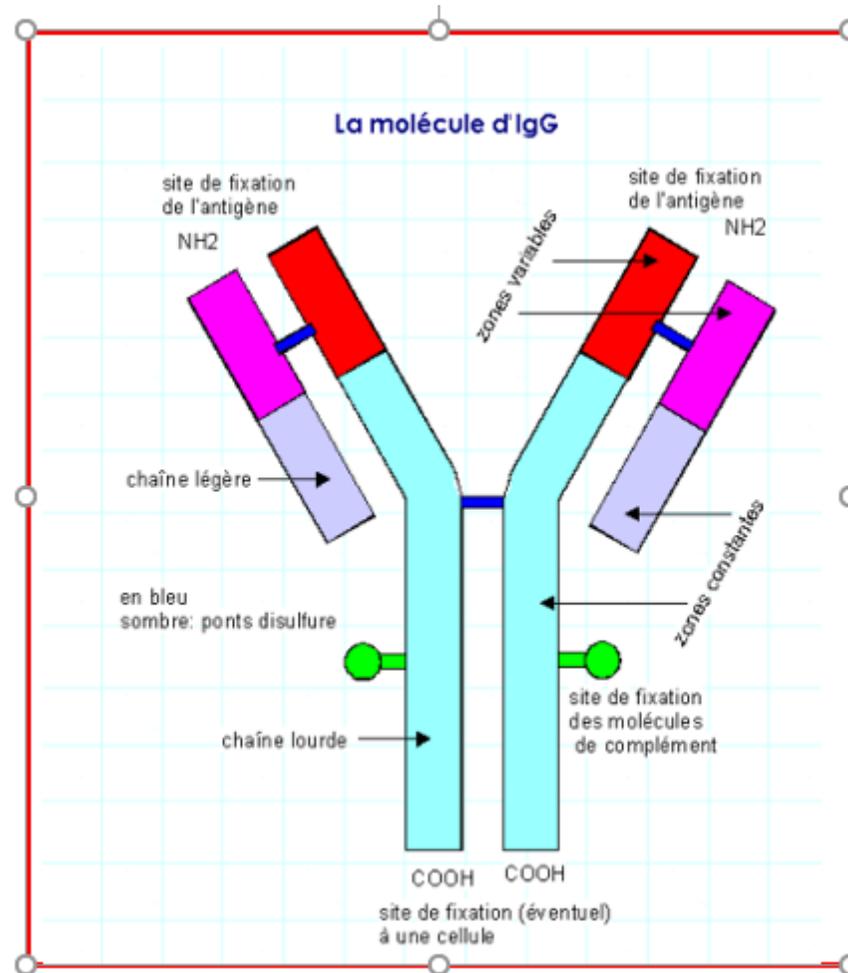
Chaînes légères sériques



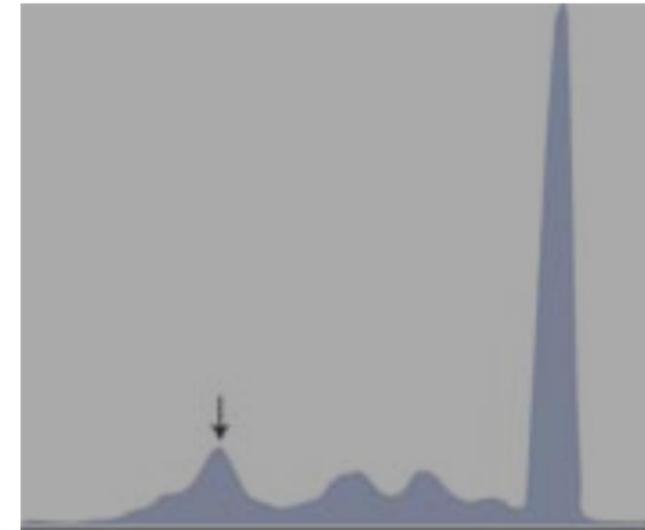
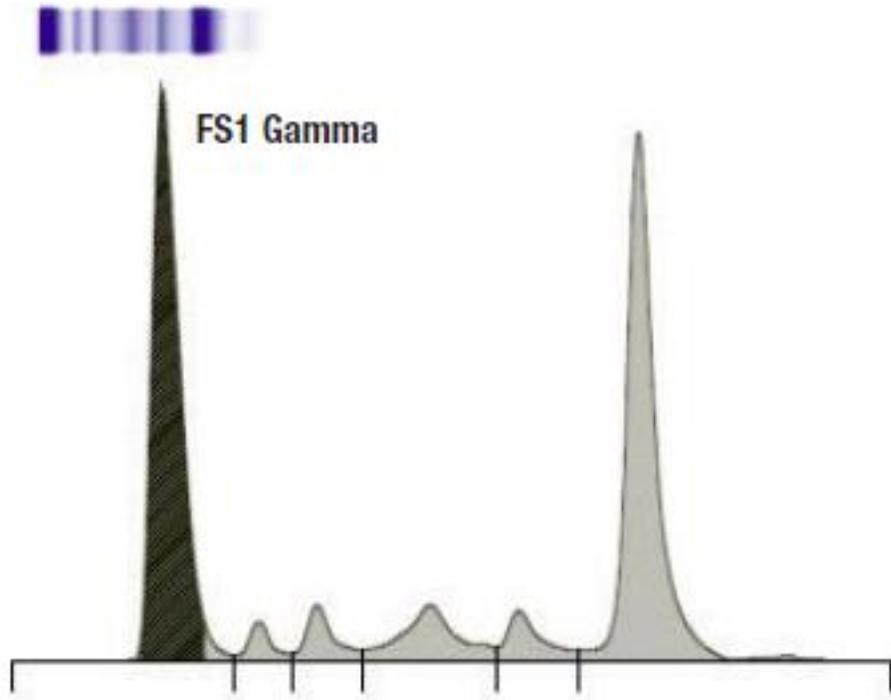
D'après Cancer Info. Comprendre le myélome. Octobre 2015

1 molécule d'Ig

- 2 chaînes lourdes
- 2 chaînes légères



Electrophorèse



- NOM**
- Albumine
 - Alpha 1
 - Alpha 2
 - Bêta 1
 - Bêta 2
 - Gamma
- PICS**
- FS1 Gamma

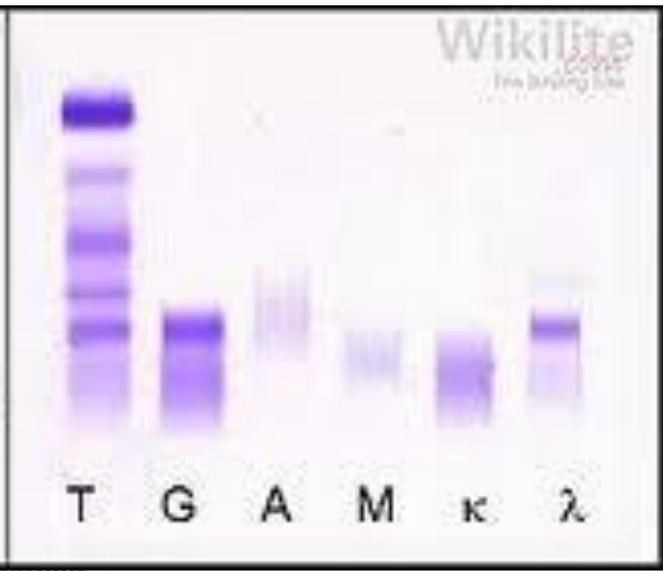
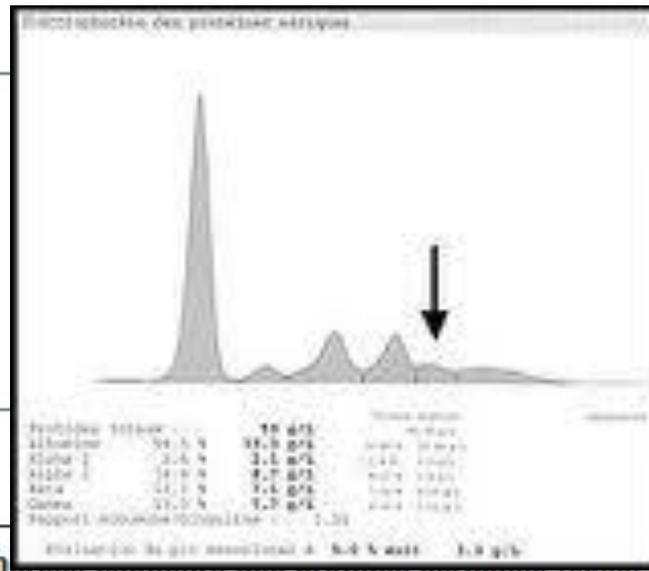


FIGURE 1 Électrophorèse capillaire des protéines sériques dans la zone des gammaglobulines.

Parcours diagnostique

Examens



Bilan d'imagerie :

TDM osseux low dose squelette complet

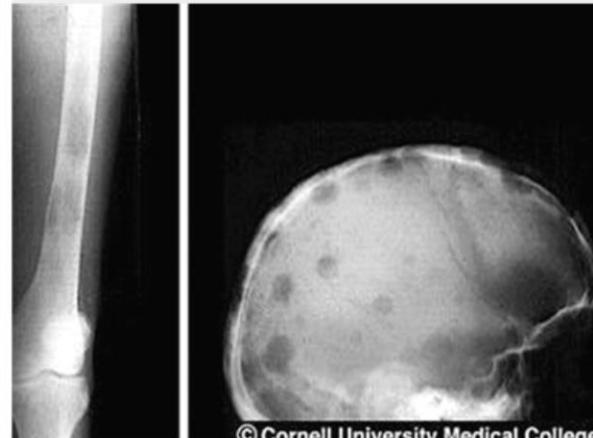
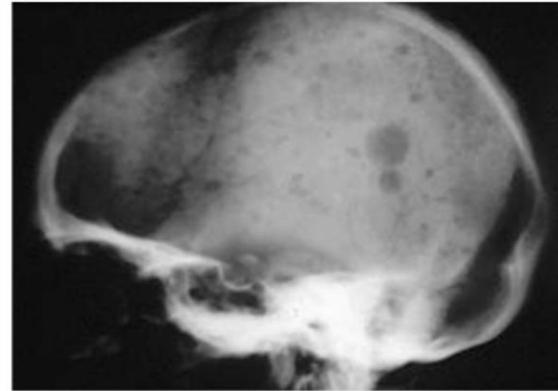
IRM

TEP scanner

Inutiles : scintigraphie osseuse, radiographies standards

Parcours diagnostique

Examens



Parcours diagnostique

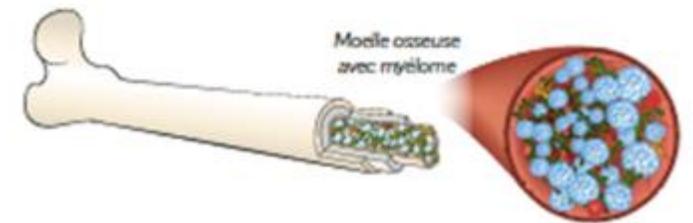
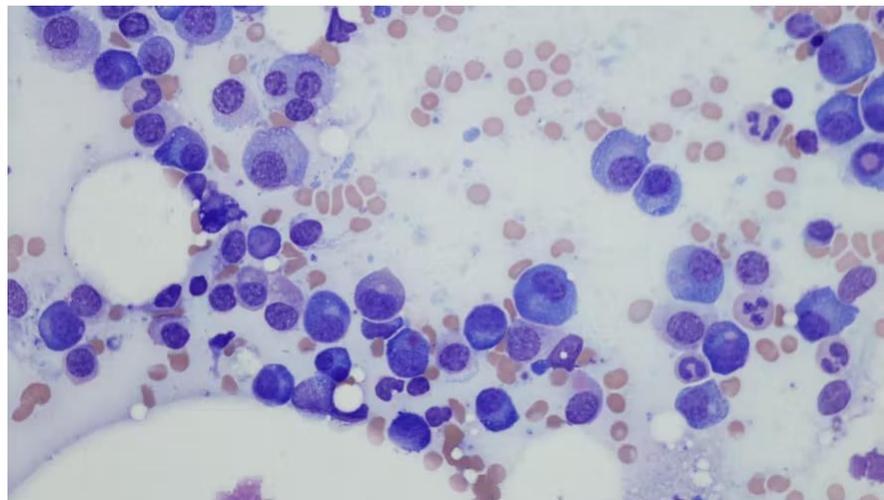
Examens



Parcours diagnostique

Bilan médullaire :

Myélogramme : cyto
+ immunophénotypage médullaire
+/- cytogénétique médullaire sur
plasmocytes triés



Complications

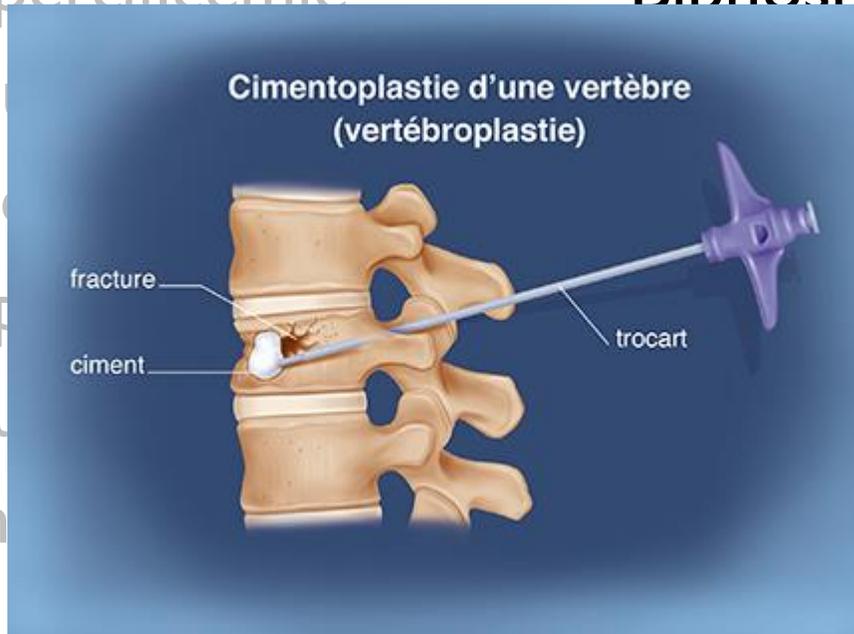
- Anémie
- Hypercalcémie
- Douleurs osseuses
- Fractures osseuses / tassements vertébraux
- Hypogammaglobulinémie = déficit immunitaire secondaire
- Insuffisance rénale, protéinurie
- Amylose

Complications

- Anémie
- Hypercalcémie
- Douleurs osseuses
- Fractures osseuses / tasse
- Hypogammaglobulinémie
- Insuffisance rénale, protéinurie
- Amylose
- EPO, transfusion
- Biphosphonates (Zometa[®], Pamidronate[®], Aredia[®]...), traitements antalgiques, radiothérapie
- Corset, cimentoplastie
- Prévention anti-infectieuse (cf sujet dédié)
- Néphroprotection (cf)

Complications

- Anémie
- Hypercalcémie
- Douleur
- Fracture
- Hypotension
- Insuffisance rénale
- Amputation
- EPO, transfusion
- Biphosphonates (Zometa[®], Pamidronate[®], Clodronate[®]), traitements antalgiques, radiothérapie
- Infection
- Embolie pulmonaire
- Cimentoplastie
- Infection anti-infectieuse (cf sujet dédié)
- Protection (cf)



Complications

- Anémie
- Hypercalcémie
- Douleurs osseuses
- Fractures osseuses / tasse
- Hypogammaglobulinémie
- Insuffisance rénale, protéinurie
- Amylose
- EPO, transfusion
- Biphosphonates (Zometa[®], Pamidronate[®], Aredia[®]...), traitements antalgiques, radiothérapie
- Corset, cimentoplastie
- Prévention anti-infectieuse (cf sujet dédié)
- Néphroprotection (cf)

Complications : focus néphroprotection

- Risque d'insuffisance rénale aiguë majorée chez patient MM
- FDR :
 - présence de CLL
 - Maladie rénale chronique préalable
 - Myélome non contrôlé
- **Contre-indication aux AINS, produits de contraste iodé**
- Risque de syndrome de lyse
- Majoration risque d'arthrite microcristalline goutteuse

Bilan standard d'un myélome

- NFS + plaquettes
- Ionogramme sanguin
- Calcémie corrigée
- Albumine
- EPPS
- Dosage pondéral des Ig
- Chaînes légères sériques K et L
- Protéinurie (éch ou totale)

- Myélogramme

- TDM osseux low dose
- +/- IRM
- +/- TEP scanner

Critères de traitement

CRAB

- hyperCalcemia
- Renal failure
- Anemia
- Bones damage

Critères de traitement

CRAB

- hyperCalcemia
- Renal failure
- Anemia
- Bones damage

High risk of evolution - IMWG criteria

- Medullary plasmocytosis $> 60\%$
- Active disease on TEP scan
- K/L or L/K ratio > 100

Stades

La classification historique de Durie et Salmon permettait de relier les principaux paramètres cliniques à la masse tumorale ; elle n'est cependant plus utilisée, remplacée par les nouveaux scores pronostiques : l'**ISS** (International Scoring System) et l'**ISS révisé**.

Ces scores dépendent de plusieurs paramètres :

- Le **taux sanguin de β 2-microglobuline** : une protéine observée à la surface des cellules myélomateuses, qui participe à la réaction immunitaire (un taux élevé de β 2-microglobuline engendre un pronostic sombre ; le taux de cette protéine augmente si le nombre de cellules myélomateuses augmente ou si les reins sont endommagés).
- Le **taux sanguin d'albumine** : la principale protéine dans le plasma qui aide à maintenir le volume sanguin (un taux élevé d'albumine engendre un meilleur pronostic, un faible taux peut être signe d'une défaillance rénale)
- Le **taux de LDH** : une enzyme retrouvée dans la plupart des cellules (ce taux reflète la charge tumorale ; un taux élevé de LDH indique que les cellules ont été endommagées ou détruites donc est associé à un pronostic plus sombre)
- Les **changements chromosomiques** dans les plasmocytes prélevés dans la moelle osseuse

Stades

Score ISS

Stade I :

β 2-microglobuline sérique < 3,5 mg/L
et albumine sérique > 35 g/L

Stade II :

β 2-microglobuline < 3,5 mg/L et albumine < 35 g/L
ou β 2-microglobuline comprise entre 3,5 et 5,5 mg/L

Stade III :

β 2-microglobuline sérique > 5,5 mg/L

Score R-ISS

Stade I :

ISS stade I, LDH normale, forme à risque standard
selon la méthode FISH

Stade II :

ni stade I ni stade III

Stade III :

ISS stade III + taux élevé de LDH ou forme à haut
risque (FISH) : (del 17p et/ou t(4;14) ou t(14;16))

Consultation d'annonce

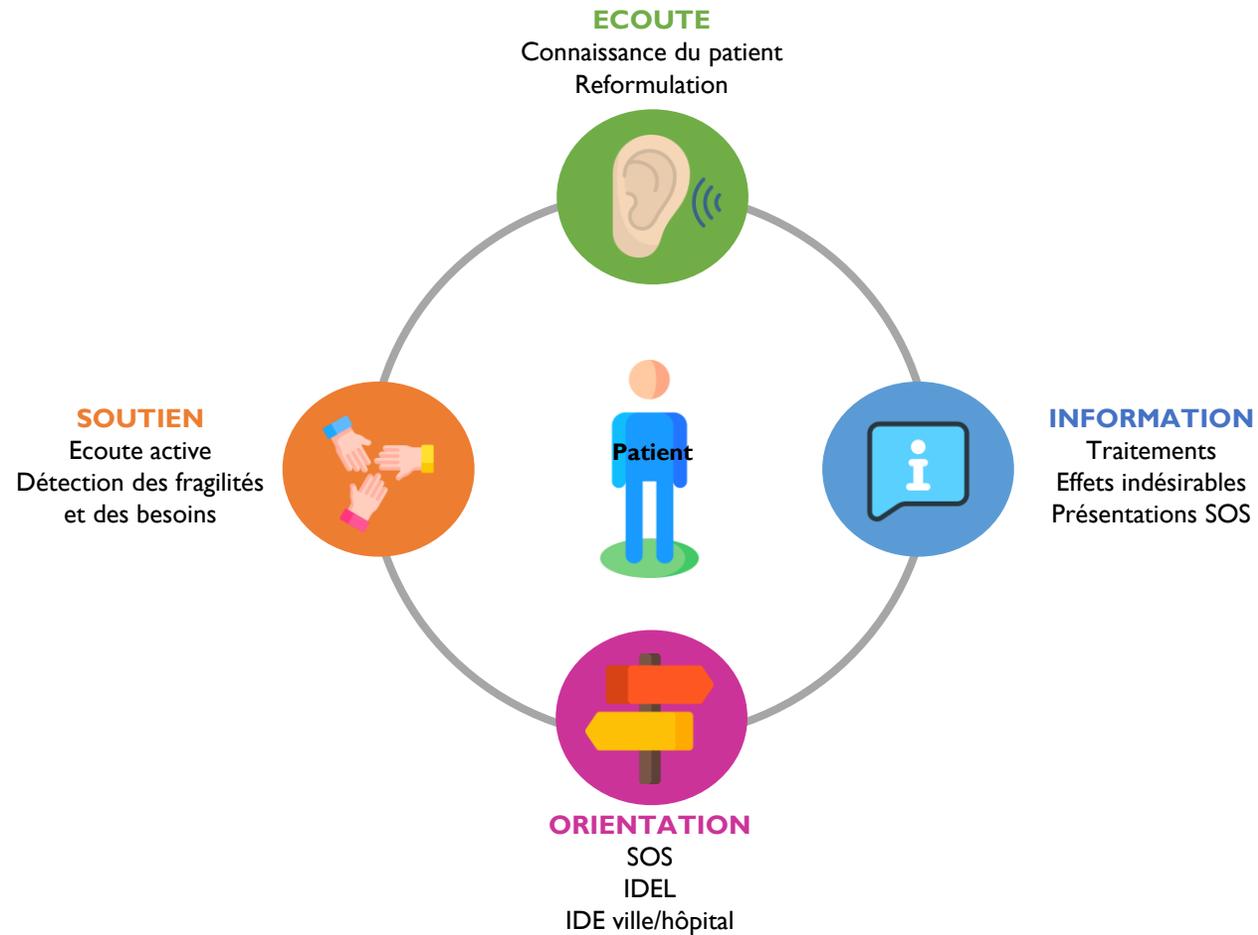
Plan Cancer

- Le plan national cancer a été créé par le gouvernement avec pour objectif la lutte contre le cancer et l'amélioration de la prise en soins des malades
- Au fil des années , 3 plans cancers (2003-2007 ; 2009-2013 et 2014-2019) ont vu le jour avec, pour chacun, la volonté de faire mieux
- Ces 3 plans cancer ont eu un impact positif sur le traitement du cancer :
 - Amélioration des dispositifs d'annonce d'un cancer à un patient (mise en place de l'entretien paramédicale pour accompagner le patient , entretien pharmaceutique dans la prise en soin du myélome par exemple ...)
 - Mise en place d'un véritable projet de soins personnalisé (PPS) pendant et après la maladie (le patient est intégré à son projet de soin)
 - Amélioration de la prise en soin des populations fragiles
 - Mise en place d'une aide régulière et systématique pour les patients (soins de support)
 - Développement de la prévention et du dépistage précoce.
- Aujourd'hui est mise en place la Stratégie Décennale de la lutte contre les cancers (2021-2030) qui se compose en 4 axes principaux :
 - Améliorer la prévention.
 - Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie .
 - Lutter contre les cancers de mauvais pronostic.
 - S'assurer que le progrès bénéficie à tous

Dispositif d'annonce

- Termes employés : maladie chronique, cancer, maladie incurable
- Conditions d'une cs d'annonce : installation, accompagnement, durée
- Atteinte multifocale : os, moelle osseuse, sang
- Présence d'une protéine anormale : gammopathie, pic monoclonal
- Prise en charge : traitements +/- prolongés
- Notions de traitement d'induction / de consolidation / d'entretien ou maintenance
- Notions d'intensification avec greffe de cellules souches hématopoiétiques

Axes de l'entretien paramédical



Écoute

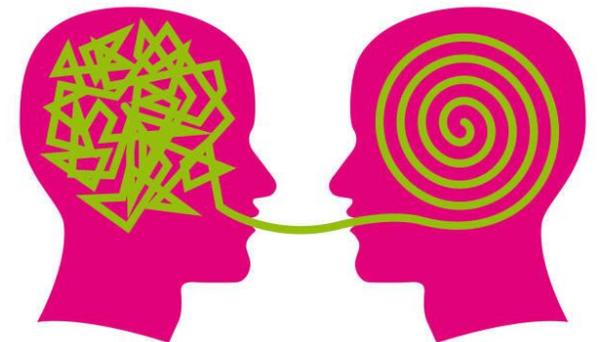


- Faire connaissance (civilités, lieux de vie, métier ...)
- S'assurer de la compréhension du patient concernant les informations données par le médecin (travailler à partir des informations données par le patient ; utiliser la reformulation)
- Être attentif aux différentes réactions (mécanismes de défenses)



Informations

- Explications des effets indésirables du traitement
- Explications du plan personnalisé de soins (explication des rdv, des ordonnances ...)
- Déroulement d'une journée en HDJ (possibilité de visite du service)
- Présentation du service ONCOTEL pochette IRFC
- Présentation des soins de support



Soutien

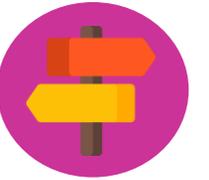


- Permettre au patient d'exprimer son inquiétude, ses doutes ainsi que ses difficultés sociales et familiales (écoute active)
- Détection des ressources, des fragilités, des besoins



Orientation

- Coordination des soins de support (avec accord du patient)
- Appel aux IDEL si besoin
- Appel à l'infirmière de coordination lien ville/hôpital si besoin



Place du médecin traitant (MT)

PLAN CANCER 2003-2007 Mesure 40 en lien avec le Dispositif d'Annonce

« ... permettre une meilleure coordination entre la médecine de ville et les établissements privés et publics. Il est indispensable que le médecin traitant, désormais choisi par la personne malade, soit informé en temps réel, en particulier dès ce premier temps de la prise en charge hospitalière »

PLAN CANCER 2009-2013

« ... une meilleure coordination du parcours de soins pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant doit ainsi être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge de son patient au domicile »

Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant

Action 18.3 : Partager les données médicales entre professionnels de santé

Place du médecin traitant

Aide à la connaissance du patient

- Pathologies Associées
- Projet de vie / Directives Anticipées
- Evaluation régulière des besoins du patient

Centralisation des données

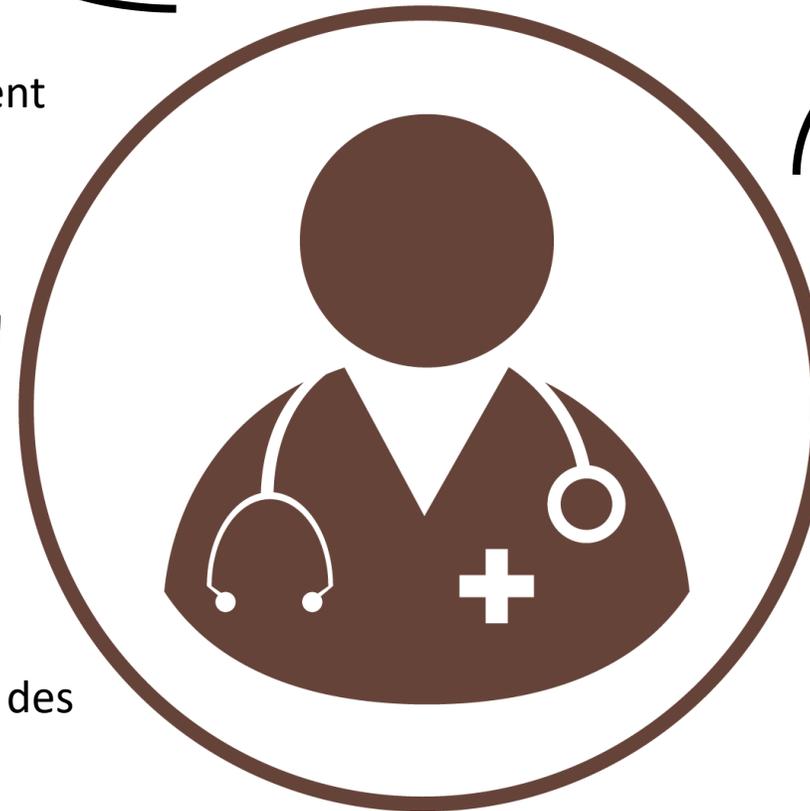
→ Demande ALD

Prescription / renouvellement

- Arrêt maladie
- Mi-temps thérapeutique

« Evaluation de première ligne »

(Effets indésirables, dépistage et traitement des pathologies associées ...)



Coordination généraliste / spécialiste rassurante pour le Patient et son Entourage

Place du médecin traitant

Enquêtes de perception à destination des professionnels de santé et des patients dans le cadre de la prise en charge des cancers Année 2022 – 3C Vesoul – Lure – Luxeuil

- Objectifs Améliorer la prise en charge du cancer sur le territoire, en
 - évaluant le déploiement du Plan Cancer
 - recueillant appréciations / commentaires des pros / patients
 - dégagant des axes d'amélioration
- 183 MT et 13 spécialistes – 633 patients (spécialités différentes)
- Taux de participation : 27,77 % médecins – 43,91 % patients

Place du médecin traitant

Concernant la place du médecin traitant :

Le MT est le 2^{ième} médecin à annoncer le diagnostic de cancer (après le spécialiste).

Au diagnostic, les patients vont principalement chercher des informations complémentaires vers leurs MT.

Dans la PEC du cancer, le MT joue un rôle important selon 59,5% des patients : notamment dans l'écoute et le soutien, l'information sur la maladie et le suivi des traitements.

Place du médecin traitant

Ce qui est fait pour améliorer la prise en charge des patients et la coordination ville/hôpital :

- mailing pour envoi des CR
- numéro unique pour faciliter les appels (ONCOTEL) mais aussi création d'une « ligne directe » pour adressage vers GH70
- diffusion des annuaires de contact vers les pros de ville GH70 - DSRC
- IRFC - CPTS
- travail en cours sur la nouvelle version DCC

Prise en charge thérapeutique

Objectifs du traitement

Le traitement dépend de certains facteurs, dont :

- L'état général du patient et ses résultats biologiques (analyse de sang, d'urine et de la densité osseuse)
- Le stade de la maladie
- Les indicateurs pronostiques (la présence d'une mutation chromosomique et de quel type)
- Les symptômes associés
- Le type de complication de la maladie (par exemple, maladie des reins, anémie ou infections)
- Le type de traitement déjà reçu et la façon dont le myélome y a répondu
- Les nouveaux traitements émergents, dont la participation à des essais cliniques

Les buts sont similaires, peu importe le traitement recommandé :

- Cesser la production de plasmocytes anormaux
- Renforcer les os et prévenir les fractures
- Augmenter le taux d'hémoglobine et atténuer la fatigue
- Réduire le risque d'infection
- Favoriser le bien-être du patient et améliorer sa qualité de vie

RCP / PPS

- La stratégie thérapeutique : définit en RCP (régionale pour FC)
- RCP :
 - Valide décision thérapeutique dans le cadre des recommandations nat ou internationales
 - Peut proposer un essai clinique
 - Peut recommander une prise en charge hors AMM
- Création d'un PPS : Programme Personnalisé de soins
 - Déroulé du traitement avec calendrier
 - Identification soins de support, médecin référent, contacts...

Options thérapeutiques

Le traitement peut faire appel à différentes stratégies pouvant s'associer :

CHIMIOThERAPIE CYTOTOXIQUE

CHIMIOThERAPIE IMMUNOMODULATRICE

IMMUNOTHERAPIE

CORTICOTHERAPIE

RADIODThERAPIE

AUTOGREFFE DE CELLULES SOUCHES

Chimiothérapie cytotoxique

INHIBITEURS DU PROTEASOME

Bortezomib VELCADE®



SC

Carfilzomib KYPROLIS®



IV

Ixazomib NINLARO®



PO

Le protéasome est présent dans toutes les cellules. Il a pour rôle de détruire les protéines anormales ou endommagées afin de maintenir l'homéostasie (l'équilibre) de la cellule.

Une inhibition du protéasome réduit la prolifération ainsi que la survie des cellules malignes en bloquant leur progression dans le cycle et en régulant négativement l'expression d'inhibiteurs d'apoptose.

Ces médicaments sont des **inhibiteurs relativement sélectifs**. La sélectivité prépondérante de ces médicaments, et le fait que les cellules malignes sont plus sensibles aux effets pro-apoptotiques de l'inhibition du protéasome que les cellules normales, leur permet de cibler préférentiellement les cellules tumorales, en particulier myélomateuses. Mais la sélectivité n'est pas absolue et ces médicaments sont pourvoyeurs d'effets indésirables qu'il faudra particulièrement surveiller.

Chimiothérapie cytotoxique

AGENTS ALKYLANTS

Melphalan ALKERAN®



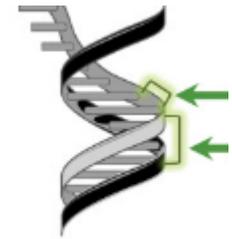
PO

Cyclophosphamide ENDOXAN®



PO

Ils se lient à l'ADN.



Ils inhibent ainsi la réplication, la transcription et la réparation induisant à l'apoptose des cellules tumorales.

Chimiothérapie immunomodulatrice

AGENTS IMMUNOMODULATEURS (IMiD)

Lenalidomide REVLIMID®



PO

Thalidomide



PO

Pomalidomide IMNOVID®



PO

Ils possèdent plusieurs effets anti-tumoraux directs et indirects : immunomodulateurs, anti-angiogéniques, anti-inflammatoires et anti-prolifératifs.

Ils induisent des réponses immunitaires, accroissent l'activité des cellules immunitaires et inhibent l'inflammation. Ils sont capables d'altérer les taux de différents facteurs de croissance, appelés cytokines et/ou interleukines, et affectent les cellules du système immunitaire.

Ils augmentent l'activation des globules blancs spécialisés du système immunitaire, les lymphocytes T et les lymphocytes T dits « tueurs naturels » (natural killer, NK), qui aident à éliminer les cellules cancéreuses.

Ils inhibent également le développement de nouveaux vaisseaux dont dépendent les cellules tumorales.

Immunothérapie

ANTICORPS MONOCLONAUX ANTI-CD38

Daratumumab DARZALEX®



SC/IV

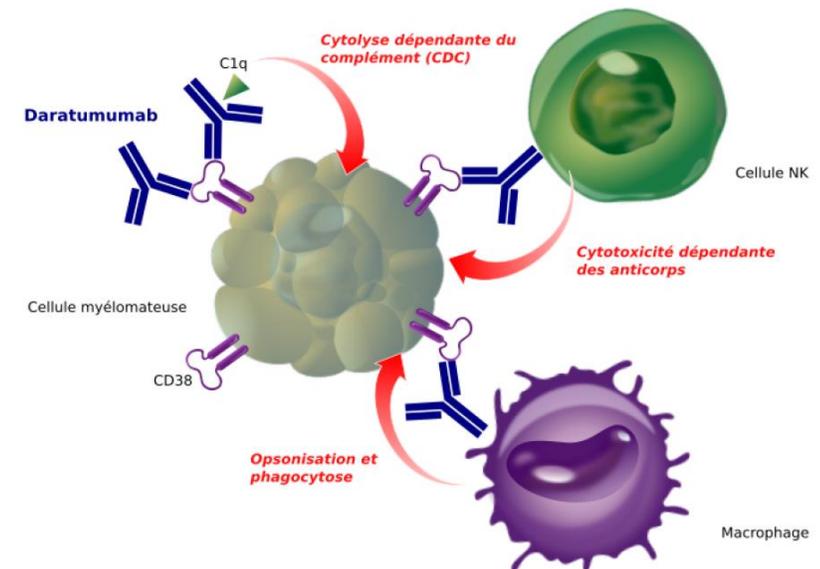
Isatuximab SARCLISA®



IV

Ils ciblent spécifiquement la protéine CD38 présente à la surface des plasmocytes tumoraux notamment.

Cela a pour conséquence d'induire la mort de la cellule par plusieurs mécanismes (par médiation cellulaire, faisant appel aux LT, cellules NK et macrophage notamment).



Immunothérapie

ANTICORPS BISPECIFIQUES ANTI-CD3 & ANTI-BCMA

Teclistamab **TECVAILY®**



SC

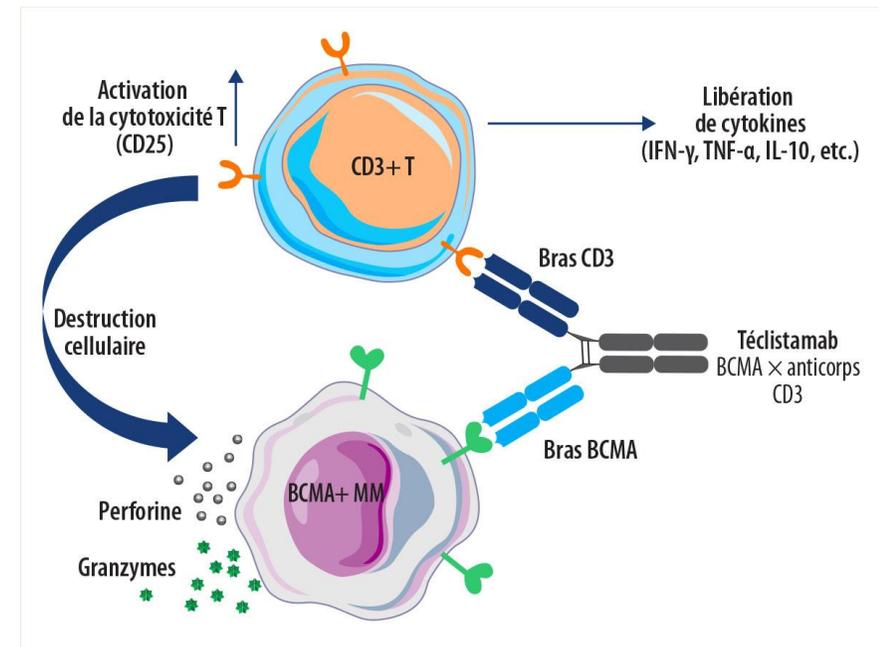
Elranatamab **ELREXFIO®**



SC

Ces anticorps ciblent à la fois le CD3 à la surface des lymphocytes T et le BCMA à la surface des cellules plasmocytaires.

Cette reconnaissance simultanée du CD3 et du BCMA permet le rapprochement des 2 cellules et l'activation de la cytotoxicité du lymphocyte T (libération de cytokines, de perforine et de granzymes) contre le plasmocyte.



Immunothérapie

CAR T-Cell

Idecabtagene-vicleucel **ABECMA®**



IV

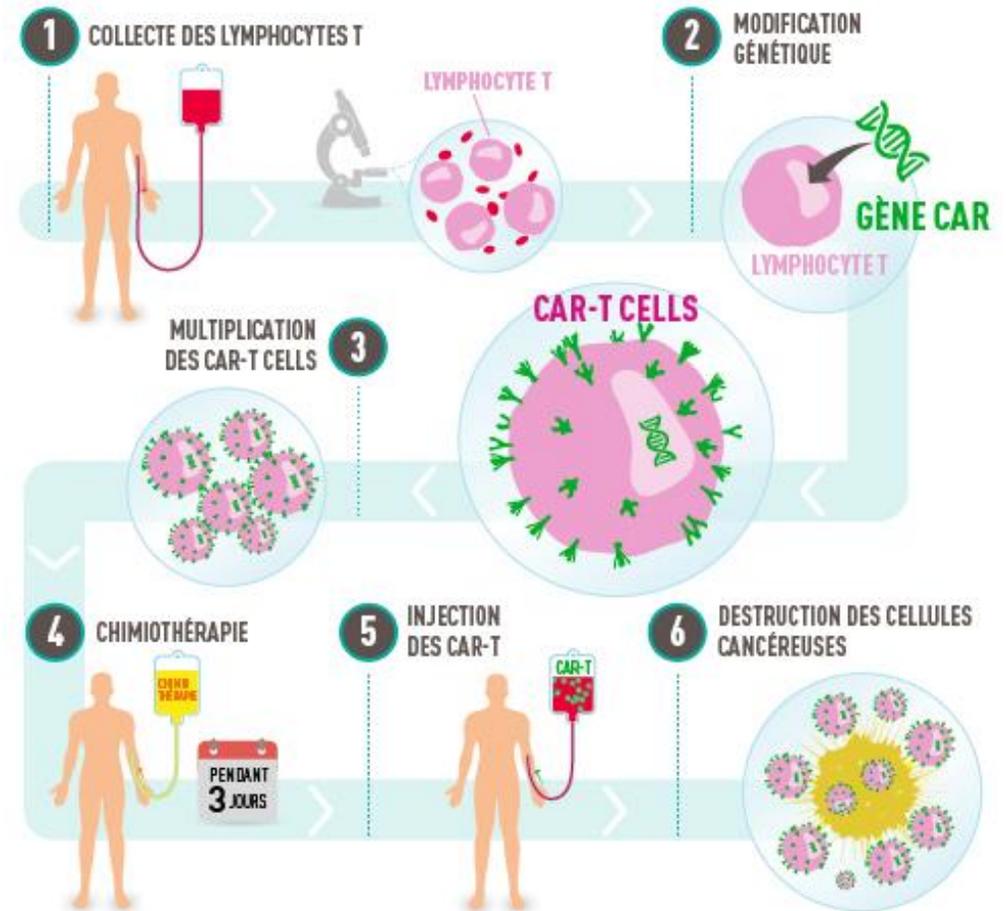
Ciltacabtagene autoleucel **CARVYKTI®**



IV

Cette thérapie consiste à modifier génétiquement, en laboratoire, les lymphocytes T d'un patient, afin de les munir d'un récepteur, le CAR (chimeric antigen receptor), pour traquer les cellules cancéreuses et les détruire.

Ces cellules ont une longue durée de vie ce qui leur permet d'éradiquer des cellules cancéreuses qui réapparaîtraient après plusieurs mois, voire plusieurs années.



Corticothérapie

GLUCOCORTICOIDES

Dexaméthasone NEOFORDEX®



IV/PO

Prednisone CORTANCYL®



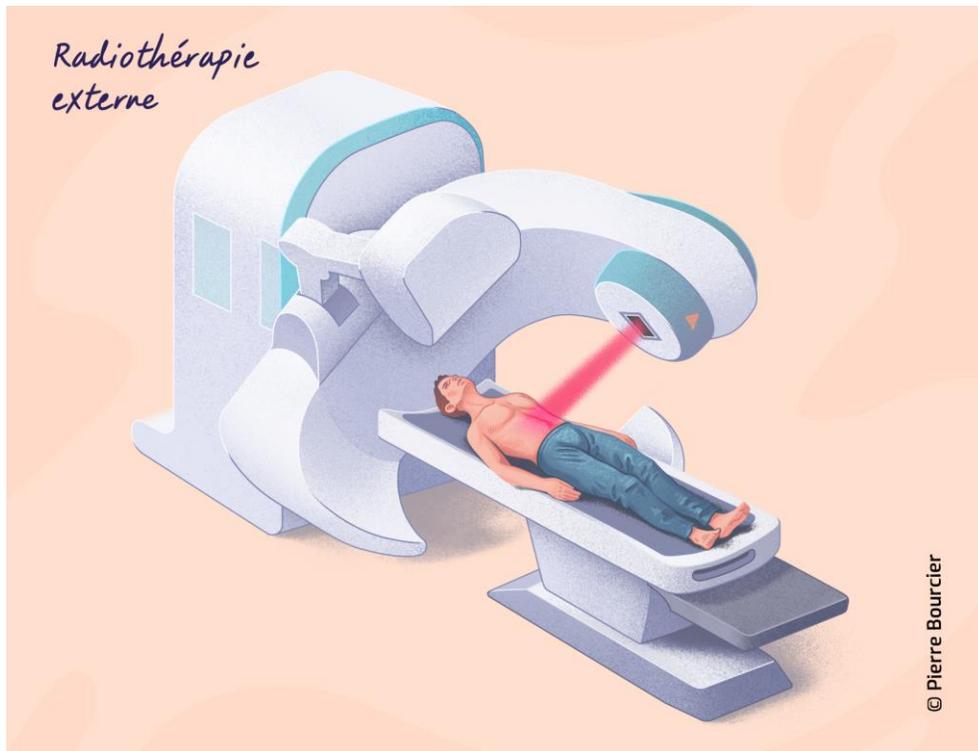
PO

Ils agissent en modulant l'expression de gènes impliqués dans la transcription ce qui peut inhiber la croissance cellulaire et induire l'apoptose. Ils peuvent donc déclencher la destruction de cellules myélomateuses.

Leur action anti-inflammatoire réduit les tuméfactions autour des tumeurs (en particulier sur la colonne vertébrale, le cerveau et les os) ainsi que la douleur et les symptômes provoqués par les tumeurs qui font pression sur les terminaisons nerveuses.

Radiothérapie

RADIOTHERAPIE EXTERNE



Cette technique est rarement utilisée dans le myélome, elle est généralement réservée aux urgences (notamment en cas de compression médullaire).

On administre une radiothérapie pour différentes raisons :

- détruire les cellules myélomateuses
- prévenir une fracture osseuse ou la compression de la moelle épinière, urgence médicale grave qui peut mener à la paralysie si on ne la traite pas – on peut avoir recours à la radiothérapie et à la chirurgie comme traitement de la compression de la moelle épinière chez les personnes atteintes d'un myélome multiple;
- soulager la douleur ou maîtriser les symptômes d'un myélome multiple de stade avancé (radiothérapie palliative).

Greffe de cellules souches

AUTOGREFFE

La procédure de transplantation autologue

1. Collecte

Les cellules souches sont prélevées dans la moelle osseuse ou le sang du patient.



2. Traitement

Le sang ou la moelle osseuse est traité en laboratoire pour purifier et concentrer les cellules souches.



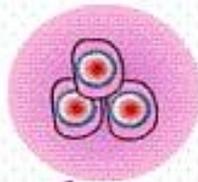
3. Cryoconservation

Le sang ou la moelle osseuse est congelé pour conservation.



5. Réinjection

Les cellules souches décongelées sont réinjectées au patient.



4. Chimiothérapie

Le patient reçoit une chimiothérapie à haute dose et/ou une radiothérapie.



Les cellules souches se trouvent dans la moelle osseuse, le sang et le cordon ombilical.

Ce sont des cellules de base qui se transforment en différents types de cellules ayant des fonctions distinctes. Toutes les cellules sanguines proviennent des cellules souches sanguines.

Principaux protocoles de traitement

1^{ère} LIGNE – PATIENTS ELIGIBLES A L'AUTOGREFFE

Cycle 1 et 2 Induction – Semaines 1 à 8

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Thalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Thalidomide														
Dexaméthasone														

Cycle 3 et 4 Induction – Semaines 9 à 16

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Thalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Thalidomide														
Dexaméthasone														

D-VTd

Cycle 5 et 6 – Consolidation (post greffe)

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Thalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Thalidomide														
Dexaméthasone														

Maintenance après autogreffe :

Lénalidomide 5 à 25 mg/jour 21 jours/28 jours

Dexaméthasone 10 à 40 mg, 1 fois par semaine

Pendant 2 ans

Principaux protocoles de traitement

1^{ère} LIGNE – PATIENTS ELIGIBLES A L'AUTOGREFE

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

Cycle 3 et 4 Induction – Semaines 9 à 16

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

D-VRd

Cycle 5 et 6 Consolidation (post greffe)

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

Maintenance après autogreffe :

Lénalidomide 5 à 25 mg/jour 21 jours/28 jours

Dexaméthasone 10 à 40 mg, 1 fois par semaine

Pendant 2 ans

Principaux protocoles de traitement

1^{ère} LIGNE – PATIENTS NON ELIGIBLES A L'AUTOGREFFE OU RECHUTE

D-Rd

Cycle 1 à 2 – Semaines 1 à 8

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

Cycle 3 à 6 – Semaines 9 à 24

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

Cycle 7 et plus – A partir de semaine 25

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

Jusqu'à progression de la maladie

Principaux protocoles de traitement

RECHUTES

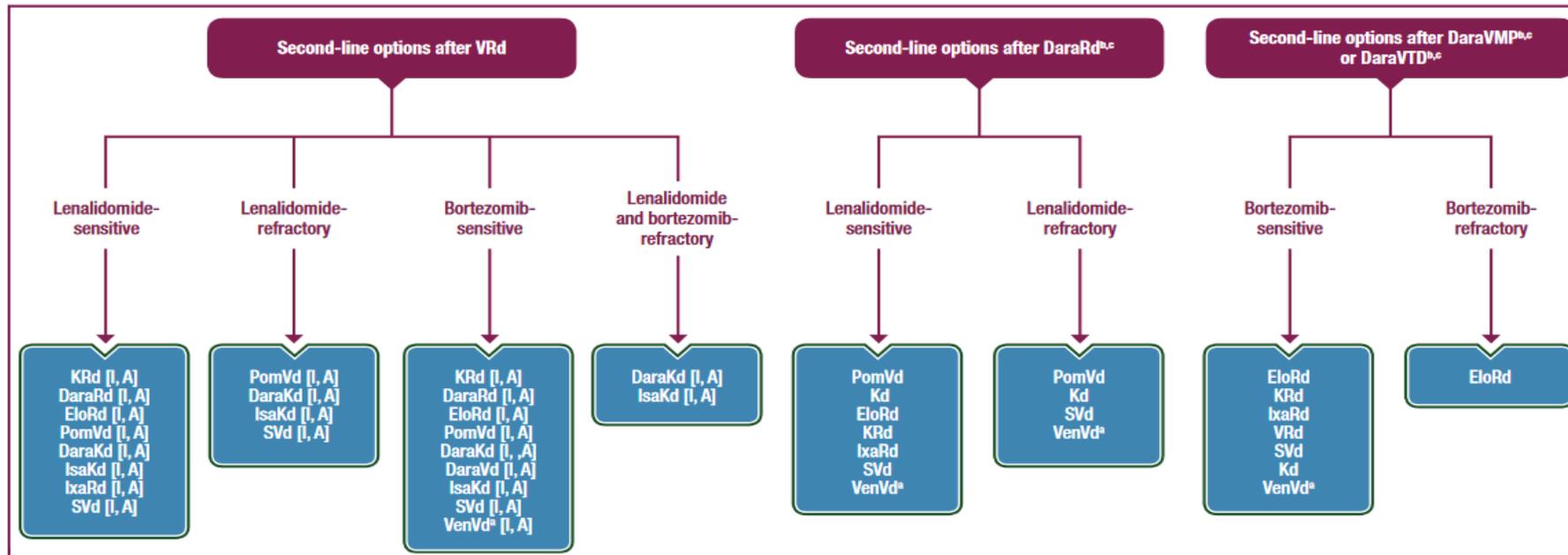


Figure 2. Second-line options for MM patients who received VRd and Dara-based front-line therapies.

The three different flow-charts shown in this figure depict three different scenarios—depending on the first-line treatment given (from left to right):

- second-line options after VRd first-line treatment
- second-line options after DaraRd first-line treatment and
- second-line options after DaraVMP or DaraVTD first-line treatment.

Dara, daratumumab; Elo, elotuzumab; Isa, isatuximab; Ixa, ixazomib; K, carfilzomib; Kd, carfilzomib/dexamethasone; MM, multiple myeloma; PomVd, pomalidomide/bortezomib/dexamethasone; Rd, lenalidomide/dexamethasone; S, selinexor; Vd, bortezomib/dexamethasone; VMP, bortezomib/melphalan/prednisone; VRd, bortezomib/lenalidomide/dexamethasone; Ven, venetoclax; VTD, bortezomib/thalidomide/dexamethasone.

^a Patients with t(11;14).

^b Patients who progress while on monthly Dara are considered as Dara-refractory.

^c All recommendations for patients who receive front-line therapy with Dara-based therapies are based on panel consensus as there are no trials evaluating regimens in second-line therapy that include patients refractory or exposed to Dara.

Principaux protocoles de traitement

RECHUTES

Cycles 1 à 8— Semaines 1 à 24

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Bortezomib														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21							
Bortezomib														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														

Cycles 9 et suivants— Dès semaine 25

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Bortezomib														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21							
Bortezomib														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														

OU

PVd

Cycles 1 à 8— Semaines 1 à 24

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Bortezomib														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Bortezomib														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														

Cycles 9 et suivants— Dès semaine 25

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Pomalidomide														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Pomalidomide														

Principaux protocoles de traitement

RECHUTES

D-Vd

Cycle 1 à 3— Semaines 1 à 9

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21							
Daratumumab														
Dexaméthasone														

Cycle 4 à 8— Semaines 10 à 24

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Bortézomib														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21							
Daratumumab														
Dexaméthasone														

Cycle 9 et plus— A partir de la semaine 25

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Daratumumab														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Daratumumab														
Dexaméthasone														

Principaux protocoles de traitement

RECHUTES

KRd

Cycles 1 à 12

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Carfilzomib														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Carfilzomib														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

Cycles 13 et plus

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Carfilzomib														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Carfilzomib														
Lénalidomide														
Dexaméthasone														

Principaux protocoles de traitement

RECHUTES

Isa-Pd

Cycles 1

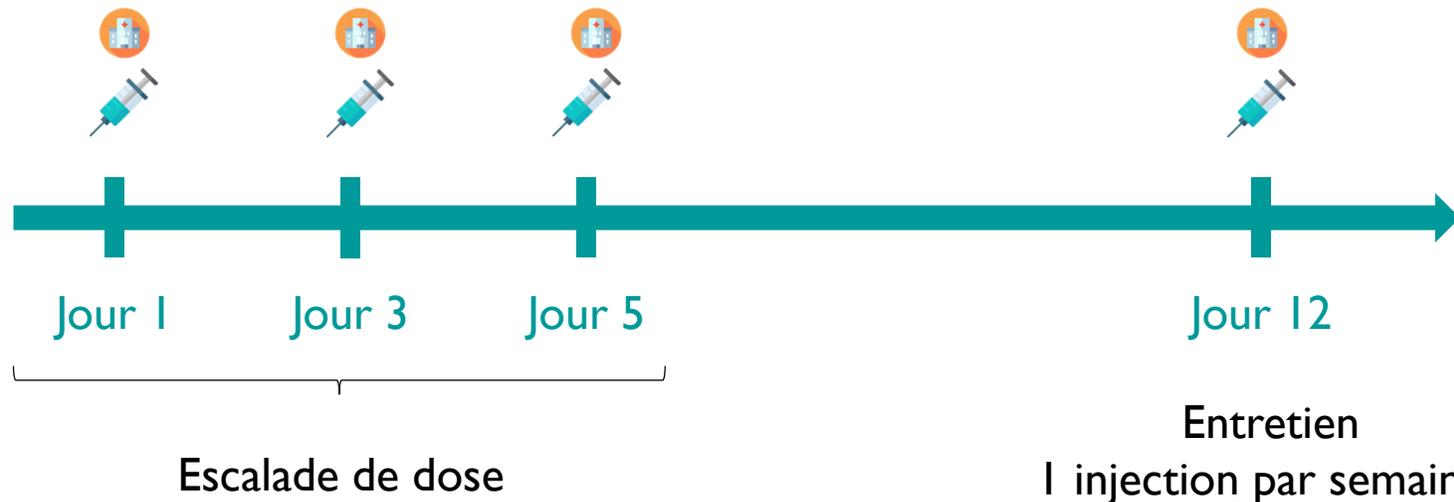
Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Isatuximab														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Isatuximab														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														

Cycles 2 et suivants

Jours d'administration	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14
Isatuximab														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														
Jours d'administration	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28
Isatuximab														
Pomalidomide														
Dexaméthasone														

Principaux protocoles de traitement

RECHUTES



Teclistamab

*Possibilité de passer à 1 injection toutes les 2 semaines au bout de 6 mois si réponse complète ou mieux

Gestion des toxicités

Effet indésirable	Médicament(s) en cause	Remarque
Hématotoxicité 	Tous (sauf corticoïdes)	Anémie, leucopénie, thrombopénie → Prises de sang régulières
Infections 	Tous Surtout Teclistamab et Elranatamab	→ Prophylaxie par anti-infectieux, vaccination → Alerter le médecin en cas de signe d'infection : fièvre, toux, etc → Recours aux cures d'immunoglobulines IV/SC
Troubles digestifs 	Tous	Nausées, vomissements, diarrhées, constipation → Adapter l'alimentation
Réactions cutanées 	Daratumumab Lénalidomide, Thalidomide, Pomalidomide Melphalan	Eruption, rash, urticaire, eczéma → Utiliser un savon doux et une crème hydratante → Éviter l'exposition au soleil et utiliser un écran total minéral

Gestion des toxicités

Effet indésirable	Médicament(s) en cause	Remarque
<p>Réactions liées à l'injection ou à la perfusion</p> 	Tous les médicaments injectables	<p>Prévention par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prémédication : antipyrétique (paracétamol), anti-histaminique (polaramine/desloratadine), corticoïdes ▪ Médication post-injection : corticoïdes <p>Pour certains médicaments, cette prévention se fait surtout durant les premiers cycles puis n'est plus indispensable</p>
<p>Neuropathies périphériques</p> 	<p>Carfilzomib, Bortezomib Lénalidomide, Thalidomide, Pomalidomide Daratumumab</p>	<p>Picotements, fourmillements, engourdissements, douleurs au froid, à la chaleur ou aux changements de température, sensation de brûlure ou de décharges électriques, crampes dans les muscles</p>
<p>Mucite</p> 	<p>Melphalan Cyclophosphamide</p>	<p>→ Utiliser une brosse à dent souple, un dentifrice doux (sans menthol) +/- bain de bouche préventif → Adapter l'alimentation</p>

Gestion des toxicités

Effet indésirable	Médicament(s) en cause	Remarque
Troubles cardiovasculaires 	Carfilzomib Lénalidomide	Thrombose, phlébite → Prophylaxie (anticoagulant oral ou injectable)
Hépatotoxicité 	Cyclophosphamide	→ Prises de sang régulières
Stérilité 	Cyclophosphamide	Chez l'homme et chez la femme → Conservation du sperme et des gamètes avant l'initiation du traitement.
Toxicité vésicale 	Cyclophosphamide (forte dose)	Infection urinaire, sang dans les urines (par irritation de la vessie) → Boire beaucoup
Alopécie 	Cyclophosphamide	Utiliser une brosse douce, un shampooing doux Limiter les lavages

Gestion des toxicités

Effet indésirable	Médicament(s) en cause	Remarque
<p>Syndrome de relargage cytokinique</p> 	<p>Teclistamab Elranatamab</p>	<p>Réaction immunitaire grave entraînant des symptômes tels que fièvre, hypoxie, frissons, hypotension, tachycardie, céphalées, élévation des enzymes hépatiques. Le délai moyen d'apparition est de 2 jours (entre 1 et 6 jours), et dure en moyenne 2 jours (entre 1 et 9 jours).</p> <p>→ Surveillance lors des premières injections (pendant 48h suivant l'administration de chaque dose pendant la période d'escalade de dose)</p> <p>→ Prévention par prémédication : dexaméthasone, anti-histaminique (polaramine), antipyrétique (paracétamol) – STOP à J16</p>
<p>Syndrome de neurotoxicité associé aux cellules effectrices immunitaires (ICANS)</p> 	<p>Teclistamab Elranatamab</p>	<p>Syndrome lié à la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique aux cytokines. Il se traduit par une sensation de confusion, de baisse de vigilance et de difficulté à écrire.</p> <p>Le délai moyen d'apparition est de 4 jours (entre 2 à 5 jours), et dure en moyenne 3 jours (entre 1 et 20 jours).</p> <p>→ Un examen d'encéphalopathie associée aux cellules effectrices immunitaires (Score ICE) doit être réalisé au moins 2 fois /jour.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"><i>Score ICE</i></p> <p><i>Orientation (indiquer l'année, le mois, la ville, l'hôpital = 4 points), Nommer (3 objets = 3 points), suivre des ordres (montrez-moi 2 doigts par exemple = 1 point), écriture (rédiger une phrase standard = 1 point) et attention (compter à rebours par dix à partir de 100 = 1 point).</i></p> </div>

Thérapies associées

Prophylaxie anti-infectieuse

Valaciclovir ZELITREX®
(VZV)



PO

Cotrimoxazole BACTRIM®
(Pneumocytose)



PO

+/-

Amoxicilline CLAMOXYL®



PO

ou
Phénoxyéthylpénicilline ORACILLINE®
(Pneumocoque)

Immunoglobuline
HIZENTRA®, CUVITRU®
(ou autre)



SC/(IV)

Prophylaxie anti-thrombotique

Enoxaparine LOVENOX®



SC

ou

Tinzaparine INNOHEP®

ou

Daltéparine
(ou autre HBPM)

Ou

Apixaban ELIQUIS®



PO

(ou autre AOD)

Risques / Précautions

- Laisser le patient manipuler lui-même les comprimés/gélules, si impossible mettre des gants
- Ne pas sortir d'avance les comprimés/gélules, ni les mettre dans un pilulier
- Se laver soigneusement les mains avant et après chaque manipulation des comprimés/gélules
- Les injections d'héparine (LOVENOX® ou INNOHEP®) doivent être réalisées sur un site différent de l'injection des chimiothérapies et sur un site différent à chaque administration
- Surveillance de la température, consultation rapide en cas de symptômes infectieux
- Surveillance des abords veineux

Cas des thérapies orales

- Certains schémas ne comportent que des thérapies orales
 - Importance de l'observance
 - Analyse des interactions
- HDJ thérapie ciblée tri- ou quadripartite : **Med** – **Pharma** – **IDE** +/- SS
 - Explications sur le schéma thérapeutique
 - Analyse ordonnance et recherche interactions
 - Lutte contre l'inobservance, lien pharmacie d'officine
 - Gestion des effets indésirables, des oublis
 - Facilitation contact et liens soignant / soigné
 - Évaluation des besoins et orientation vers les soins de support

Immunoglobulines et risque infectieux

- Déficit immunitaire secondaire pouvant être responsable d'infections à répétitions
- Prévention des infections virales par valaciclovir
- Prévention du pneumocystose par cotrimoxazole
- Prévention du pneumocoque par vaccination
- Vaccination anti-grippale
- Vaccination anti-Covid
- Recommandations générales : hygiène mains, port du masque, éviction situations à risque

Immunoglobulines et risque infectieux

Si infections à répétition et taux d'IgG < 4 g

Indication d'IgSC ou IV au long court

IgSC : toutes les semaines à domicile initialement

IgIV : toutes les 4 semaines

Ex SC : Hizentra[®], Cuvitru[®]

Critères de réponse

Response	IMWG criteria
sCR	CR as defined below plus normal FLC ratio and absence of clonal cells in bone marrow ³ by immunohistochemistry or immunofluorescence ⁴
CR	Negative immunofixation on the serum and urine and disappearance of any soft tissue plasmacytomas and < 5% plasma cells in bone marrow ³
VGPR	Serum and urine M-protein detectable by immunofixation but not on electrophoresis or ≥ 90% reduction in serum M-protein plus urine M-protein level < 100 mg/24 h
PR	≥ 50% reduction of serum M-protein and reduction in 24 hours urinary M-protein by ≥90% or to < 200 mg/24 h If the serum and urine M-protein are unmeasurable, ⁵ a ≥ 50% decrease in the difference between involved and uninvolved FLC levels is required in place of the M-protein criteria If serum and urine M-protein are not measurable, and serum free light assay is also not measurable, ≥ 50% reduction in plasma cells is required in place of M-protein, provided baseline bone marrow plasma cell percentage was ≥ 30% In addition to the above listed criteria, if present at baseline, a ≥ 50% reduction in the size of soft tissue plasmacytomas is also required
MR	NA

No change/Stable disease	Not meeting criteria for CR, VGPR, PR, or progressive disease
Plateau	NA
Progressive disease ⁵	Increase of ≥ 25% from lowest response value in any one or more of the following: Serum M-component and/or (the absolute increase must be ≥ 0.5 g/dL) ⁶ Urine M-component and/or (the absolute increase must be ≥200 mg/24 h) Only in patients without measurable serum and urine M-protein levels; the difference between involved and uninvolved FLC levels. The absolute increase must be > 10 mg/dL Bone marrow plasma cell percentage; the absolute percentage must be ≥ 10% ⁷ Definite development of new bone lesions or soft tissue plasmacytomas or definite increase in the size of existing bone lesions or soft tissue plasmacytomas Development of hypercalcaemia (corrected serum calcium > 11.5 mg/dL or 2.65 mmol/L) that can be attributed solely to the plasma cell proliferative disorder
Relapse	Clinical relapse requires one or more of: Direct indicators of increasing disease and/or end organ dysfunction (CRAB features). ⁶ It is not used in calculation of time to progression or progression-free survival but is listed here as something that can be reported optionally or for use in clinical practice <ol style="list-style-type: none"> 1. Development of new soft tissue plasmacytomas or bone lesions 2. Definite increase in the size of existing plasmacytomas or bone lesions. A definite increase is defined as a 50% (and at least 1 cm) increase as measured serially by the sum of the products of the cross-diameters of the measurable lesion 3. Hypercalcaemia (> 11.5 mg/dL) [2.65 mmol/L] 4. Decrease in haemoglobin of ≥ 2 g/dL [1.25 mmol/L] 5. Rise in serum creatinine by 2 mg/dL or more [177 μmol/L or more]
Relapse from CR ⁵ (To be used only if the end point studied is DFS) ⁸	Any one or more of the following: Reappearance of serum or urine M-protein by immunofixation or electrophoresis Development of ≥ 5% plasma cells in the bone marrow ⁷ Appearance of any other sign of progression (i.e., new plasmacytoma, lytic bone lesion, or hypercalcaemia)

IMWG, Lancet, 2006

Place de l'IDE en soins

La veille du traitement

- Prise de connaissance du dossier patient afin d'organiser la journée en HDJ (besoin d'un lit, rdv, besoins de soins de support, transfusion, bilan sanguin J1...)
- Reprise des dernières transmissions pour orienter et personnaliser l'entretien

Place de l'IDE en soins

Le jour du traitement

- Accueil et installation du patient par les aides-soignantes après la consultation médicale (prise de constantes, pose de bracelet d'identification)
- L'infirmière prend connaissance de la prescription médicamenteuse, elle s'assure de la bonne prise des prémédications ou les dispense si besoin.
- Avant chaque traitement, elle évalue la tolérance des traitements, les effets secondaires, la fatigue, la douleur et les répercussions sur la vie quotidienne, le besoin de soins de support
- Avant d'administrer le traitement :
 - ✓ Identitovigilance
 - ✓ Pharmacovigilance
- Après l'administration du traitement :
 - ✓ Surveillance de la tolérance (risque allergique)
 - ✓ Surveillance des constantes si besoin
 - ✓ Elimination des déchets par les circuits spécifiques

Place de l'IDE en soins

Avant le départ du patient, l'infirmière s'assure :

- Que le patient a bien récupéré ses traitements per os délivrés en hôpital (au besoin elle reprend les ordonnances avec le patient)
- Que le patient a bien son prochain rendez-vous
- Liaison avec l'IDEL

Transmissions écrites du déroulement de la séances et des informations recueillies auprès du patient.

SOS - Selon AFSOS

Définition

- Traduit de l'anglais « supportive care », le terme « soins de support » désigne « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves ».
- Les soins de support ont modifié le paysage de l'oncologie en proposant une meilleure qualité de vie aux patients et des modifications des modes de fonctionnement des professionnels et des organisations de soin.

À quel moment ?

- Les soins de support sont proposés depuis le début de la prise en charge (dispositif d'annonce), pendant les traitements et après les traitements, et jusqu'à la fin de la vie afin de proposer une qualité de vie optimale.

SOS - Selon AFSOS

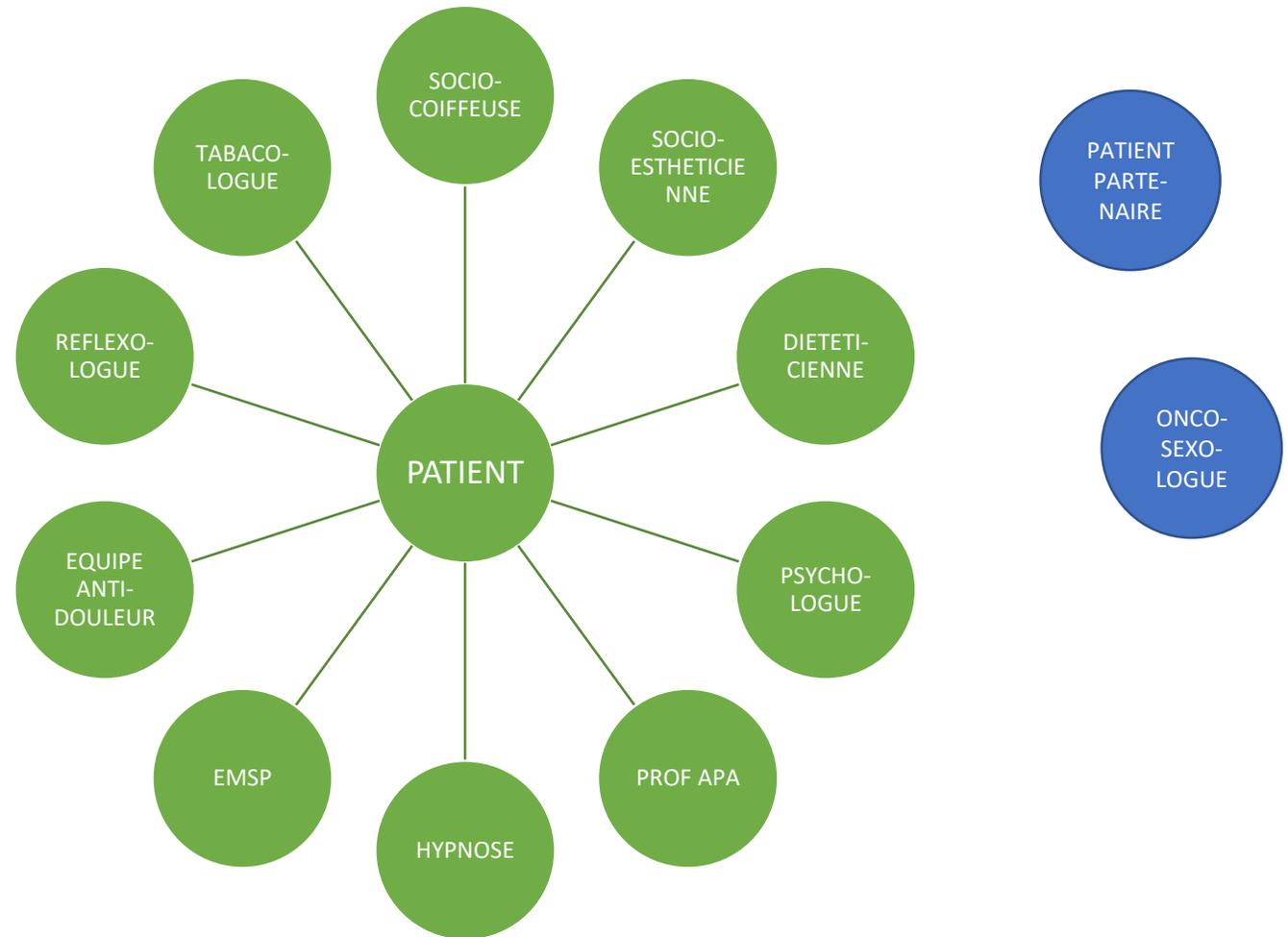
Objectifs des soins de support

- Diminuer les effets secondaires des traitements et les effets de la maladie et assurer une **meilleure qualité de vie possible aux patients et leurs proches**, sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins, et ce quelque soit leurs lieux de soins.

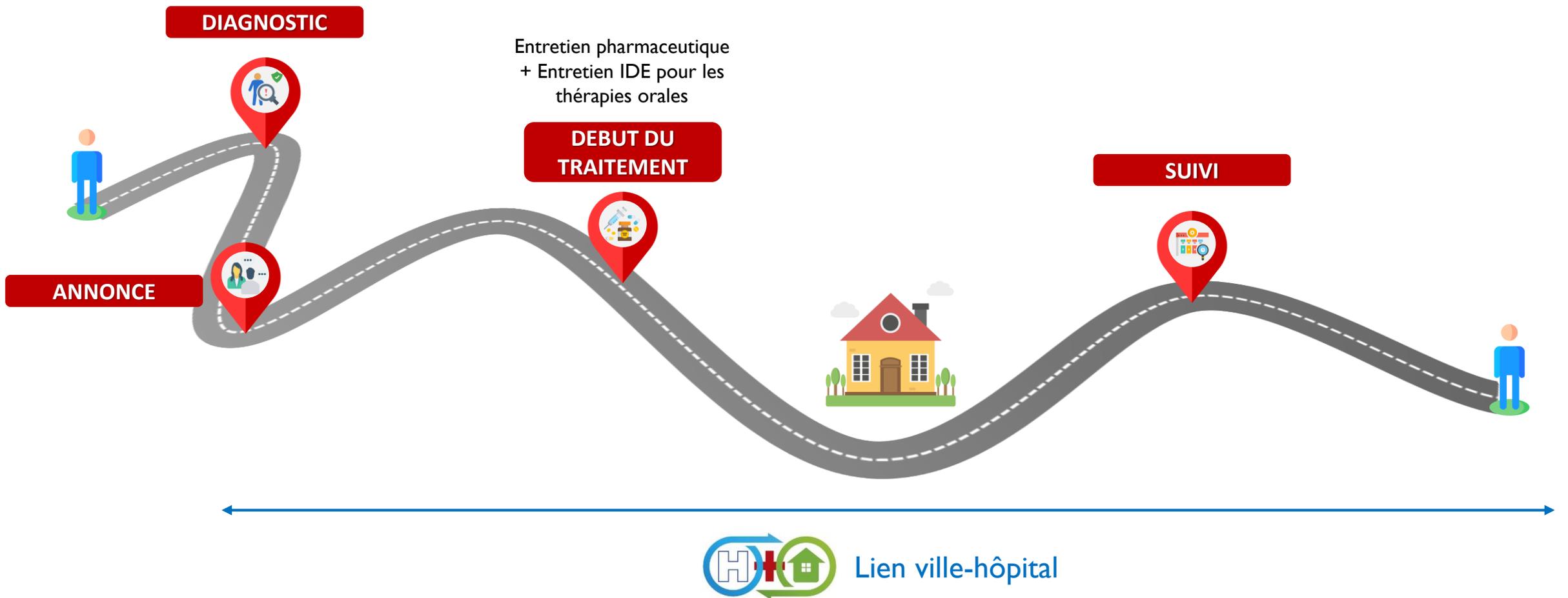
Pour les professionnels de santé, les soins de support se définissent comme une organisation coordonnée de différentes compétences impliquées, conjointement aux soins spécifiques oncologiques dans la prise en charge des malades.

Soins oncologiques de support (SOS)

- Effets secondaires des traitements
- Impact du myélome (douleur et fatigue)
- Impact social-familial et pro
- Retentissement psychique et personnel



Accompagnement & Lien ville-hôpital



Accompagnement & Lien ville-hôpital

Avec pharmacien
hospitalier



Instauration de thérapie orale

- Bilan médicamenteux
 - Analyse des interactions, contre-indications...
- Conseils de bon usage
 - Modalités de prise, conduite à tenir en cas d'oubli/de vomissements...
- Gestion des EI
- Sensibilisation sur l'importance de l'observance
- Remise d'une fiche conseils sur chaque médicament (SFPO – Oncolien)

Accompagnement & Lien ville-hôpital

DCI - Spécialité	Classe thérapeutique	Fiche professionnelle	Fiche Patient	Oncotuto
CAPECITABINE - XELODA [®]	Cytotoxique antimétabolite			
CERITINIB - ZYKADIA [®]	Inhibiteur de kinases			
CHLORAMBUCIL - CHLORAMINOPHENE [®]	Cytotoxique alkylant			
COBIMETINIB - COTELLIC [®]	Inhibiteur de kinases			
CRIZOTINIB - XALKORI [®]	Inhibiteur de kinases			
CYCLOPHOSPHAMIDE - ENDOXAN [®]	Cytotoxique alkylant			
CYPROTERONE - ANDROCUR [®]	Hormonothérapie			
DABRAFENIB - TAFINLAR [®]	Inhibiteur de kinases			
DASATINIB - SPRYCEL [®]	Inhibiteur de kinases			
DIETHYLSTILBESTROL - DISTILBENE [®]	Hormonothérapie			

Accompagnement & Lien ville-hôpital

Fiche mise à jour le 08 septembre 2022



Fiche patient

LENALIDOMIDE - REVLIMID®

Qu'est-ce que REVLIMID

Description de la molécule	Description
Lenalidomide	<p>Gélule de 2,5 mg Gélule de 5 mg Gélule de 7,5 mg Gélule de 10 mg Gélule de 15 mg Gélule de 20 mg Gélule de 25 mg</p> 

Comment prendre votre traitement ?

La posologie de votre traitement a été définie par votre médecin.

Dans votre cas, elle est demg / jour, soit 1 gélule de mg/jour, à prendre en une seule prise par jour, pendant 3 semaines toutes les 4 semaines (7 jours d'arrêt)

A avaler en entier, avec un verre d'eau, sans ouvrir, mâcher ou dissoudre les gélules

A prendre à heure fixe, pendant ou en dehors des repas.

En cas d'oubli, la dose peut être prise dans les 12 heures. En revanche en cas de vomissements, ne pas prendre de prise supplémentaire, mais attendre la prise suivante.

Posologie - Mode d'administration

Une prise par jour, à heure fixe, pendant ou en dehors d'un repas	  
J1 à J21, reprise à J29	

Comment gérer le stock de votre traitement ?

Ce médicament est disponible en pharmacie hospitalière. Le carnet patient et l'accord de soin signé sont indispensables pour la dispensation pharmaceutique.

ONCOLOGIE de SFPO est mis à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Fondé(e) sur une œuvre à <https://www.sfpo.com>.
Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>



<https://oncolien.sfpo.com/>

Fiche mise à jour le 08 septembre 2022

Son approvisionnement peut nécessiter un délai. Soyez vigilant et anticipez le renouvellement de votre ordonnance. Conservez ce traitement dans son emballage d'origine, à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Quelles sont les autres informations à connaître ?

Précautions et surveillance

La prise de votre médicament nécessite une surveillance biologique (prise de sang permettant de surveiller la numération de la formule sanguine, vos fonctions hépatique, rénale et thyroïdienne. Recueil d'urine pour surveiller l'absence de protéines.) et clinique (tension artérielle, électrocardiogramme).

Contraception

Ce traitement pourrait être nocif pour un enfant à naître. Vous et votre partenaire devez utiliser des méthodes de contraception efficaces (préservatifs et une autre méthode) pendant toute la durée du traitement et jusqu'à un mois après l'arrêt de celui-ci.

Interactions avec d'autres médicaments et/ou votre alimentation

La survenue d'interactions entre REVLIMID® et vos autres traitements peut avoir des effets néfastes (diminution de l'efficacité du médicament et de sa tolérance). Il est important d'informer votre pharmacien et votre médecin de l'ensemble des médicaments et/ou autres substances (aliments, plantes, probiotiques, huiles essentielles, compléments alimentaires, etc) que vous consommez.

Exemple : Évitez la consommation d'Olivier avec REVLIMID®

Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Les effets indésirables les plus fréquents sont listés ci-dessous. D'autres effets indésirables sont possibles. Pour en savoir plus, reportez-vous à la notice de votre médicament ou demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Effets indésirables	
Les plus fréquents	<p>Troubles cutanés : éruption, rash, urticaire, eczéma Troubles digestifs : constipation, diarrhées, perte d'appétit et de poids Troubles cardiovasculaires : phlébite, essoufflement, douleur thoracique Troubles neurologiques : troubles de la sensibilité (engourdissement, fourmillement, picotement), sensation de brûlure ou de décharges électriques, douleurs au froid, à la chaleur ou aux changements de température, crampes dans les muscles Autres : infection, fatigue, saignements inhabituels</p>
Quand alerter l'équipe médicale ?	

ONCOLOGIE de SFPO est mis à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Fondé(e) sur une œuvre à <https://www.sfpo.com>.
Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>

Fiche mise à jour le 08 septembre 2022

<p>Alerter l'équipe médicale dans les conditions suivantes et en l'absence de recommandations médicales spécifiques</p>	<p>Troubles digestifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> > En cas de perte de poids importante et/ou rapide > Diarrhées très fréquentes, plus de 4 selles par jour > Douleurs dans la bouche ou aphtes empêchant une alimentation normale > Douleur intense dans le ventre > Impossibilité de boire pendant 24 h et/ou de manger pendant environ 48h. > Moins de 3 selles par semaine <p>Troubles cutanés :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Apparition de cloques importantes ou un décollement sévère de la peau Symptômes évocateurs d'une toxicité cardiaque > Essoufflement, palpitations, ou douleurs ou oppression thoracique > Mollat rouge, chaud et douloureux Symptômes évocateurs d'un trouble neurologique > Troubles de la motricité et de la coordination, > Sensations anormales comme fourmillements et picotements, > Perte de mémoire, difficulté à vous concentrer, difficulté à parler, > Vertiges Symptômes évocateurs d'une infection : > Température > 38,5 °C > Toux, douleur de gorge, douleur pour uriner, diarrhée avec fièvre Suspicion de grossesse > Chez les femmes traitées > Chez la partenaire pour les hommes traités
Comment prévenir les effets indésirables ?	
Femmes en âge de procréer	Grossesse contre-indiquée, risque de malformation du fœtus. Utilisez deux méthodes contraceptives lors des rapports sexuels pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 4 semaines après la dernière prise. Réalisez un test de grossesse tous les mois et jusqu'à 4 semaines après la dernière prise.
Hommes	Utilisez un préservatif lors de vos rapports sexuels pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 1 mois après la dernière prise.
Poids	Surveillez régulièrement votre poids en cas de troubles digestifs
Soins de la peau	Privilégiez pour la toilette un savon doux et un agent hydratant, un séchage par tamponnement. Évitez toute utilisation de produits irritants. Pour se protéger du soleil, utilisez un écran total et évitez les expositions.
Infection	Évitez de vous rendre dans les lieux à risque (foule, contact personnes malades...). Une vaccination contre la grippe et le pneumocoque peut vous être recommandée : elle vous protégera.
Saignements	Évitez la prise d'anti-inflammatoires (ibuprofène, aspirine...) Informez votre médecin : > si vous consommez des anticoagulants ou des anti-agrégants plaquettaires : une surveillance étroite s'impose > en cas d'intervention chirurgicale ou dentaire
Fatigue	Privilégiez des activités qui procurent un bien-être, en particulier une activité physique adaptée et régulière : marche, nage, vélo, sport... Alternez période d'activité et de repos.
Comment adapter son alimentation ?	
Diarrhées	Privilégiez une alimentation pauvre en fibres. Consommez de préférence des féculents, des carottes, des bananes. Évitez de consommer des fruits et légumes crus, des laitages, du café et de l'alcool. Buvez de l'eau de façon abondante
Constipation	Privilégiez une alimentation enrichie en fibres. Buvez de l'eau de façon abondante.

Accompagnement & Lien ville-hôpital

Avec pharmacien
hospitalier



Instauration de thérapie orale

- A l'issue de l'entretien :
 - Echange avec oncologue/hématologue et IDE hospitalier
 - Saisie d'un CR sur DPI et logiciel régional
- Envoi de documents au médecin traitant et pharmacien d'officine du patient
 - CR d'entretien
 - Fiche conseil de chaque médicament version professionnel de santé (SFPO – Oncolien)
 - Infos utiles (modification du traitement habituel, surveillance particulière...)

Accompagnement & Lien ville-hôpital

Fiche LENALIDOMIDE - REVLIMID® - Fiche mise à jour le 08 septembre 2022



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE
ONCOLIEN®

Fiche d'aide à la délivrance de chimiothérapie destinée aux professionnels de santé

LENALIDOMIDE - REVLIMID®

Présentation

Classification médicamenteuse	Dosage	Photographies
Immunomodulateur	2,5 mg 5 mg 7,5 mg 10 mg 15 mg 20 mg 25 mg	

Indications AMM

- myélome multiple
 - non préalablement traité chez les patients adultes non éligibles à une greffe
 - en association avec la dexaméthasone chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement antérieur
- syndromes myélodysplasiques chez les patients présentant une anémie avec dépendance transfusionnelle à risque faible ou intermédiaire 1 associé à une anomalie cytogénétique de type délétion 5q isolée, lorsque les autres options thérapeutiques sont insuffisantes ou inappropriées
- Lymphome à cellules du manteau en rechute ou réfractaire en monothérapie

D'autres indications hors AMM peuvent parfois être proposées

Posologie - Mode d'administration

Une prise par jour, à heure fixe, pendant ou en dehors d'un repas	
J1 à J21, reprise à J29	

Posologie : de 10 à 25 mg x 1/jour pendant 21 jours tous les 28 jours en fonction de l'indication (25 mg/j lorsqu'il est utilisé seul ou en association à la dexaméthasone, 10mg/j dans les SMD et lorsqu'il est associé au Melphalan et à la Prednisone)

- Adaptations de dose possibles jusqu'à 2,5 mg x 1/jour en fonction de la tolérance ou de la fonction rénale
- En cas d'oubli : prendre la dose si retard < 12h. Après ce délai, attendre la prise suivante et consigner l'incident.
- En cas de vomissement : ne pas prendre de prise supplémentaire, mais attendre la prise suivante

ONCOLIEN de SFPO est mis à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Fondé(e) sur une œuvre à <https://oncolien.sfpo.com/>

Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>

Fiche LENALIDOMIDE - REVLIMID® - Fiche mise à jour le 08 septembre 2022

- Gélules à avaler entières avec un verre d'eau, sans être ouvertes, mâchées, écrasées ou dissoutes
- Gélules à prendre à heure fixe, au cours ou en dehors des repas
- Conservation < 25 °C, ne pas déconditionner les gélules dans un pilulier

Conditions de prescription et délivrance

- Disponible uniquement en rétrocession hospitalière
- Prescription hospitalière réservée aux spécialistes en cancérologie, en hématologie ou aux médecins compétents en cancérologie.
- Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement :
 - Pour les femmes en âge de procréer, un test de grossesse doit être réalisé dans les 3 jours précédant la consultation au cours de laquelle le traitement est prescrit. Le test est renouvelé toutes les 4 semaines et jusqu'à 4 semaines après l'arrêt. La délivrance du traitement doit avoir lieu dans les 7 jours suivant la prescription et après un test de grossesse négatif sous contrôle médicale
 - Ce médicament doit être prescrit selon un protocole spécifique et avec un plan de gestion des risques. Le malade doit être informé des effets indésirables, risques et contraintes spécifiques provoqués par ce médicament et signer un accord de soin. Cet accord doit être conservé dans un carnet par le malade qui doit être présenté pour toute dispensation

Effets indésirables

Toxicité	Fréquence	Grade	Surveillance/Prévention
Hématologique			
Anémie, Neutropénie, Thrombopénies	TRES FREQUENT	3 à 4	Apparition dès l'instauration du traitement les 3 ^{es} cycles. Surveillance NFS et plaquettes hebdomadaire pendant le 1 ^{er} cycle, puis tous les 15 jours pendant le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} cycles puis une fois par cycle. Surveillance des signes d'hémorragies (pétéchies, épistaxis, hématomes) Prescription possible de G-CSF, ou d'un agent stimulant de l'érythropoïèse (si les culots globulaires insuffisants). En fonction du grade de la toxicité, une adaptation posologique ou une interruption temporaire du traitement est possible
Neurologiques			
Paresthésies	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	Paresthésies : Surveillance à chaque cycle de traitement. <ul style="list-style-type: none"> • Si grade 1 : poursuite du traitement et surveillance habituelle. • Si grade 2 : adaptation posologique ou interruption du traitement possible • Si grade > 2: interruption du traitement, traitement symptomatique et avis neurologique
Dysesthésies	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	
Troubles de la coordination	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	
Faiblesse et spasmes musculaires	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	
Vertiges, tremblements	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	Adaptation de doses possible. Prudence en cas de conduite de véhicules.

ONCOLIEN de SFPO est mis à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Fondé(e) sur une œuvre à <https://oncolien.sfpo.com/>

Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>

2/5

Fiche LENALIDOMIDE - REVLIMID® - Fiche mise à jour le 08 septembre 2022

Toxicité	Fréquence	Grade	Surveillance/Prévention
Somnolence	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	
Troubles de la mémoire	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	
Troubles de la fonction érectile	TRES FREQUENT A FREQUENT	1 à 3	Prescription d'inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 possible
Crampes	TRES FREQUENT A FREQUENT		Surveillance électrolytes
Ataxie, troubles de l'équilibre			
Générale			
Cédèmes périphériques	FREQUENT		Surveillance de la prise de poids, habits adaptés avec vêtements, chaussettes et chaussures non serrés. Prescription possible de bas de contention et d'un régime hyposodé
Anorexie, perte de poids	TRES FREQUENT		Repas fractionnés en plusieurs prise de petite quantité
Fatigue	TRES FREQUENT A FREQUENT		
Psychiatrique	TRES FREQUENT A FREQUENT		Dépression, insomnies
Cardio-vasculaires			
Thrombose veineuse, embolie pulmonaire	TRES FREQUENT A FREQUENT		Surveillance des signes clinique (essoufflement, douleurs thoraciques, œdèmes) régulière Facteurs de risque : association à la dexaméthasone, ou à un agent stimulant l'érythropoïèse, antécédents de thrombose, vasculaires, d'AVC, diabète, ... Thromboprophylaxie recommandée en cas de facteurs de risque (aspirine faible dose, HBPM prophylaxie et maintien des AVK chez les patients déjà traités) Si thrombose : interruption temporaire du traitement et adaptation posologique
Bradycardie, fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque, ischémie myocardique	TRES FREQUENT A FREQUENT		
Hypotension orthostatique	TRES FREQUENT A FREQUENT		
Cutanée			

ONCOLIEN de SFPO est mis à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Fondé(e) sur une œuvre à <https://oncolien.sfpo.com/>

Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>

3/5

Accompagnement & Lien ville-hôpital

Fiche LENALIDOMIDE - REVLIMID® - Fiche mise à jour le 08 septembre 2022

Toxicité	Fréquence	Grade	Surveillance/Prévention
Eruption, rash, urticaire, eczéma	TRES FREQUENT		Utilisation d'un savon doux et d'un agent hydratant, séchage par tamponnement. Exposition au soleil à éviter et utilisation d'un écran total Prescription possible d'antihistaminiques ou de corticoïdes topiques ou oraux Si cas de grade >2 : interruption du traitement et hospitalisation recommandées
Gastro-Intestinale			
Constipation	TRES FREQUENT		Alimentation adaptée riche en fibres et hydratation abondante. Exercice physique régulier. Prescription possible de traitements laxatifs
Diarrhée	TRES FREQUENT		Alimentation pauvre en fibre avec féculents, carotte, banane et éviter fruit et légumes crus, laitage, café et alcool. Hydratation abondante. Prescription possible de traitements anti-diarrhéiques
Infections notamment respiratoires			
-	TRES FREQUENT		Surveillance des signes d'alertes, notamment fièvre et frissons : consultation médicale si T° > 38,5°C. Contact avec des personnes malades à éviter Prophylaxies anti-infectieuses proposées (Cotrimoxazole, valaciclovir et oracilline)
Thyroïdienne			
-	FREQUENT		Surveillance TSH et T4L régulière (tous les 3 à 6 mois)
Troubles du métabolisme			
Hypokaliémie	TRES FREQUENT		Surveillance
Hypoglycémie	TRES FREQUENT		Surveillance
Tumeurs secondaires			
LAM Synd. myelodysplasiques	FREQUENT		

Pour toute information complémentaire concernant les effets indésirables et leur gestion, consulter les [recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux par voie orale](#) de l'Institut National du Cancer

Populations particulières et recommandations

- **Insuffisance hépatique** : métabolisation hépatique faible, aucune adaptation posologique en cas d'insuffisance hépatique
- **Insuffisance rénale** : élimination rénale majeure, aucune adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale légère, adaptations posologiques à partir d'une insuffisance rénale modérée (nombreux paliers d'adaptation selon posologie initiale, Cf. rcp)

Annexe M5: Métabolismes et transporteurs

	P-gp
Substrat	
Inducteur	

ONCOLIEN de SFPO est mis à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](#).
Fondé(e) sur une œuvre à <https://oncolien.sfpo.com>
Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>

Fiche LENALIDOMIDE - REVLIMID® - Fiche mise à jour le 08 septembre 2022

	P-gp
Inhibiteur	
Voie métabolique majeure / inhibiteur-inducteur puissant	
Voie métabolique mineure / inhibiteur-inducteur modéré	

Interactions médicamenteuses majeures

Inhibiteur modéré de la P-gp : **Aucune conséquence clinique notable** Avec d'autres médicaments :

Statines	Conseil(s) : Effets additifs: risque de rhabdomyolyse
Digoxine	Conseil(s) : Surveillance accrue des concentrations plasmatiques de la digoxine.
Anti-vitamine K	Conseil(s) : En cas d'association avec la dexaméthasone (inducteur enzymatique), surveillance de l'INR
Contraceptifs oraux œstroprogestatifs	Conseil(s) : Non recommandé. Majoration du risque thromboembolique. En cas d'association avec la dexaméthasone (inducteur enzymatique), diminution de l'efficacité des contraceptifs stéroïdiens

Interactions avec la phytothérapie

Certaines plantes et ou aliments peuvent interagir avec ce traitement. Néanmoins, les niveaux d'interactions dépendront de l'exposition. La quantité consommée, la fréquence, une supplémentation dépassant l'usage culinaire habituel, devront être pris en compte. L'intensité de l'interaction peut être évaluée sur site thériaque (Hedrine): http://www.theriaque.org/apps/recherche/rch_phyto.php

Pouvant majorer une immunodépression : Olivier

ONCOLIEN de SFPO est mis à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Attribution - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](#).
Fondé(e) sur une œuvre à <https://oncolien.sfpo.com>
Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues à <https://www.sfpo.com>

Accompagnement Infirmier & Lien ville-hôpital

INFIRMIERE DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE

Novembre 2022

Mise à disposition à 50%



Avec IDE hospitalier



CONSULTATION INFIRMIÈRE DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE

Pour qui ?

Les personnes résidant sur le territoire de la CPTS du Bassin Vésulien, atteintes d'une **pathologie cancéreuse**, en cours de thérapies orales ou en suivi **post cancer** ou dont le cercle de soin aura identifié des fragilités.

Comment ?

Après accord du patient et en lien avec son cercle de soin, des **visites à domicile** et un suivi téléphonique sont proposés en complément des dispositifs existants et sans se substituer à eux.

Pourquoi ?

- Participer à l'amélioration de la **qualité de vie** du patient
- Faire intervenir d'autres professionnels (soins de support...)
- Soutenir le patient dans la compréhension de son parcours de santé
- Faciliter l'observance des thérapies orales
- Lutter contre le **sentiment d'abandon** des patients dans l'après cancer
- Faire le lien entre les professionnels de la ville et le l'hôpital

Pour orienter vos patients : Pour plus de renseignements :

CPTS Bassin Vésulien	Mme Daisy Tarby
0621158330	Lundi-mardi
secretariat.cptsbv@gmail.com	0629330865 ou 0384966147
	icc.cptsbv@gmail.com

PLUS D'INFORMATIONS :



Accompagnement Infirmier & Lien ville-hôpital CPTS BV

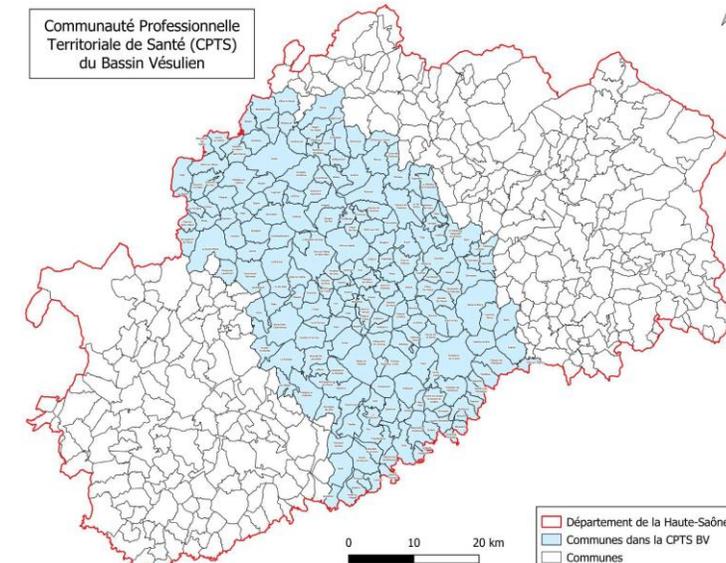
14 décembre 2020 :
Création Communauté
Professionnelle Territoriale
de Santé (CPTS) du Bassin
Vésulien en tant
association Loi 1901.
(Dépôt de la Lettre
d'intention)

Mi Novembre 2022 :
Infirmière de Coordination
en Cancérologie

Début 2022 : Validation
du Projet de Santé et Mise
en œuvre collective des
actions choisies

2024 : Dispositif Après
Cancer ?

- Située à Vesoul, en Haute-Saône (70), sa responsabilité s'étend sur une superficie de 202 communes, abritant environ 83 000 habitants.
- Président : **Dr Dominique Rossi**
- Coordinatrice : **Mme Perrine Croizier**
- 127 adhérents en 2022 sur 355 professionnels de santé (médecins généralistes, des orthophonistes, des kinésithérapeutes, des pédicures et podologues, des infirmières libérales et des pharmaciens)
- 5 salariés, 1 Alternant et 2 Etudiants (ESI et Master Santé Publique)



Accompagnement Infirmier & Lien ville-hôpital

CPTS BV : les MISSIONS

Mission en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins **SOCLE**

Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention **SOCLE**

Mission en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient **SOCLE**

Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves **SOCLE**

Accompagnement Infirmier & Lien ville-hôpital

CPTS BV : les MISSIONS

Actions en faveur de l'Accompagnement des professionnels de santé du Territoire
OPTIONNELLE

Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins
OPTIONNELLE

Accompagnement Infirmier & Lien ville-hôpital

Repérage		Dispositif d'Annonce et HDJ Thérapie Orale HDJ ONCO Soins de support Professionnels de proximité (Médecin traitant / IDEL)
Critères		Fragilités mettant en difficulté le projet thérapeutique (compréhension du parcours, maladie et traitements, effets secondaires et alerte, lecture des ordonnances, difficultés sociales – psychologiques) Liens avec le cercle de soins et/ou l'aidant
Population ciblée		Patient Aidant Cercle de soins
Modalités	 	Prise de contact : en chimiothérapie ou par téléphone Suivi : à domicile ou téléphonique selon la localisation

Accompagnement Infirmier & Lien ville-hôpital

ACCOMPAGNER le changement (après l'annonce de la maladie grave)

Favoriser l'OBSERVANCE – aide à la gestion des EFFETS SECONDAIRES

Informations / Démarche d'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Aider le patient dans l'élaboration de son nouveau PROJET DE VIE / Evaluation QUALITE de VIE

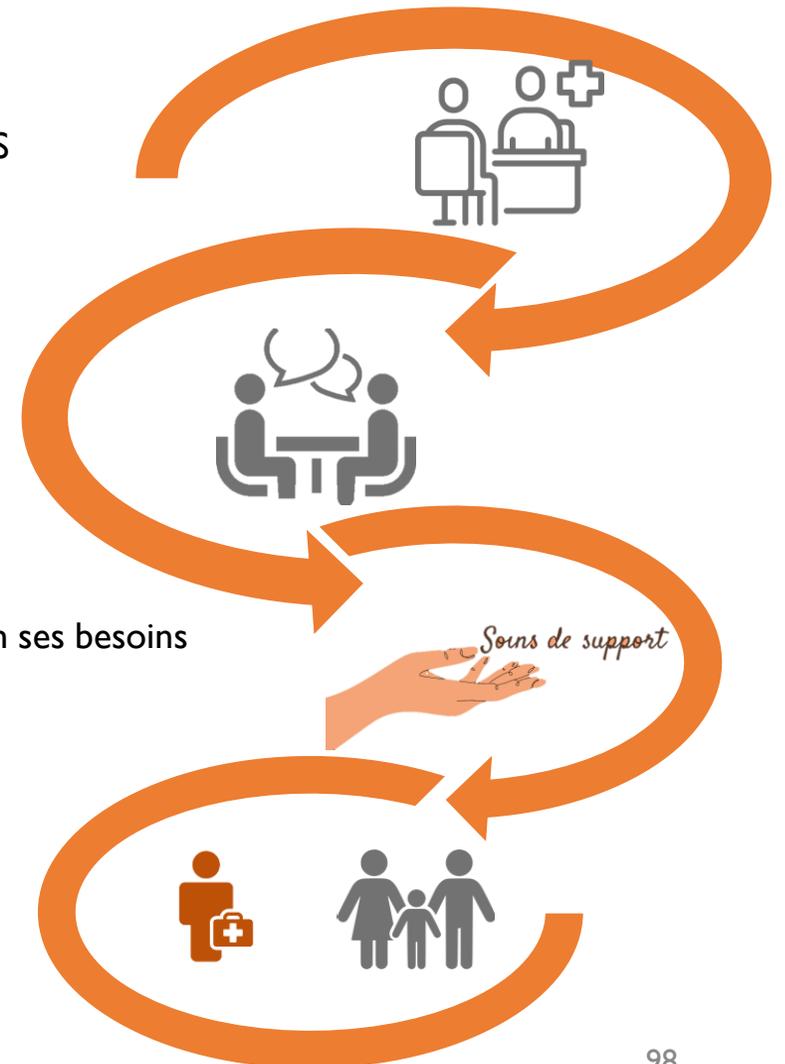
Permettre l'expression de ses EMOTIONS

Aider à développer ou maintenir son AUTONOMIE dans les Activités de la Vie Quotidienne

Orientation vers les SOINS DE SUPPORT ou autres professionnels selon ses besoins

Lien ville/hôpital

- Place centrale du médecin traitant et du cercle de soins de proximité
- Être disponible pour le patient et son entourage



Accompagnement Infirmier & Lien ville-hôpital



CPTS
du Bassin Vésulien

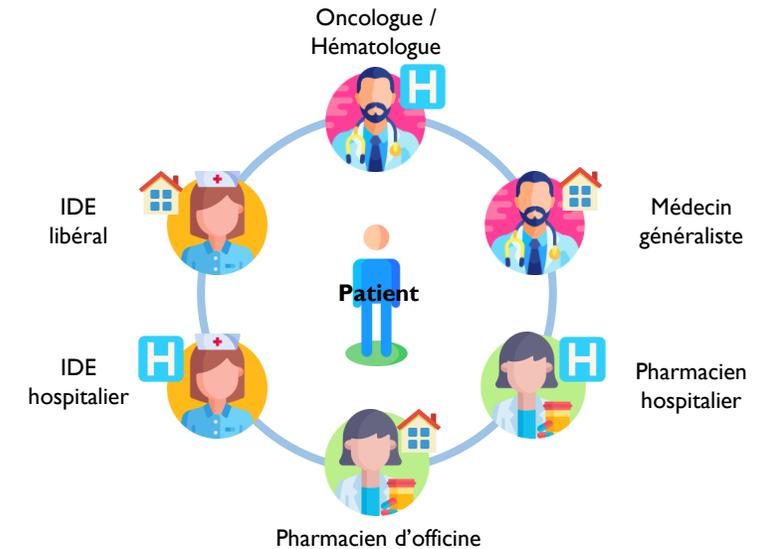


Accompagnement & Lien ville-hôpital

Suivi pharmaceutique



- Entretiens pharmaceutiques en officine pour évaluation de tolérance, observance



Protocole

Entretiens relatifs aux traitements anticancéreux oraux délivrés à l'officine

<h3 style="margin: 0;">Entretiens relatifs aux traitements anticancéreux oraux délivrés à l'officine</h3>	
Date de création : 24/10/2022	Version 3
Référent : [REDACTED]	
Objectif général :	
Améliorer la prise en charge des patients sous traitement anticancéreux oraux délivrés en officine.	
Objectifs opérationnels :	
<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'observance du traitement par le patient - Mieux gérer les effets indésirables des traitements - Améliorer la vie quotidienne des patients 	
Population cible :	
Patients sous traitements anticancéreux oraux	
Professionnels concernés par cette action :	
Pharmaciens d'officines adhérents aux CPTS du Bassin Vésulien et CPTS de Luxeuil et pharmaciens hospitaliers du GH70	
Démarrage et durée du protocole	
JANVIER 2023 sur 12 mois	

Description :

L'objectif est d'inclure les patients sous traitement anticancéreux oral dans un protocole d'entretiens assurés par les pharmaciens hospitaliers puis les pharmaciens d'officine afin d'assurer l'observance, permettre une meilleure gestion des effets indésirables et de la vie quotidienne de ces patients.

Le protocole s'applique dans les deux cas suivants :

- Traitement délivré en officine
- Rétrocession du traitement par le GH70

Il se déroule en deux phases :

1-Phase hospitalière :

- **Entretien effectué par un pharmacien hospitalier :** présentation au patient du traitement proposé, de ses effets secondaires et précautions d'emploi, recherche d'interactions avec son traitement.

2-Phase ambulatoire :

- **Recueil du consentement du patient :** remplir le bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien d'officine.
- **Entretiens de suivi à l'officine :** effets indésirables – observance- qualité de vie

Le 1^{er} entretien : lors de la 1^{ère} délivrance du traitement en ville (facturation TAC)

Le 2^e entretien : 1 mois après le début du traitement

Le 3^e entretien : 1 ou 2 mois après le début du traitement (facturation AC1 ou AC2)

Le 4^{ème} et le 5^{ème} entretien : dans l'année qui suit l'inclusion (facturation AC3 ou AC4 à 12 mois).

Modalités financières

Le protocole, s'il est réalisé en totalité, est financé par l'Assurance Maladie directement au pharmacien d'officine.

Les CPTS versent 25€ de dédommagement au pharmacien d'officine pour tout protocole débuté (transmettre le bulletin d'adhésion à la CPTS comme justificatif).

Nb : le pharmacien doit obligatoirement être adhérent à la CPTS pour en bénéficier.

Mode de validation du protocole

Annuelle

Indicateurs

Nombre de patients inclus dans le protocole (=ayant signé le bulletin d'adhésion)

Nombre d'officines impliquées dans les protocoles

Surveillance sous traitement ou hors traitement

Objectifs :

- Détecter les progressions ou les rechutes
- Rechercher la toxicité des traitements

Suivi principalement clinique et biologique

- Consultations hémato tous les 3 à 6 mois (place de l'IPA ?)
- Biologie tous les 1 à 3 mois avec notamment marqueur de la maladie
- Imagerie en cas de douleurs ou de point d'appel suspect
- Pas de myélogramme de surveillance

Place de l'aidant

- Données sur la place des aidants

- Définition du proche aidant :

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, code du travail modifié, art. L.3142-22:

« Est considéré comme proche aidant son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne »

Les Aidants : actions vers les aidés

Principales catégories d'aide assurées par le proche aidant :

- Soutien moral et psychologique (maladie chronique, ponctuée par des rechutes)
- Activités quotidiennes (tâches ménagères, repas, courses, etc.) (fatigue, douleur, risque de fractures)
- Appui administratif et à la décision (accompagnement des reprises de traitement)
- Aide aux soins (nursing, soins, accompagnement aux rendez-vous médicaux, aide à l'élaboration des questions, aide à la prise des médicaments etc.)
- Aide physique à la mobilité (déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile)
- Aides matérielles et financières

L'accompagnement des Aidants en HDJ ONCOLOGIE au GH70

En HDJ

- Les temps dédiés avec accord du patient (rdv hématologue, pharmacienne, Entretien paramédical, accompagnement pour le 1^{er} traitement en service HDJ)
- Les moyens de contact : possibilité de contacter le service, l'infirmière d'annonce, le service ONCOTEL
- Proposition de soutien psychologique individuel
- Proposition d'aide dans les démarches administratives (aides à domiciles par exemple)
- Proposition de suivi par l'ICC à domicile (suivant le secteur) .

Après Cancer

Plan Cancer

PLAN CANCER 2009-2013

Programme Personnalisé d'Après Cancer (PPAC), conduit en lien avec la médecine de ville.

Ce PPAC reste la suite logique du PPS, dans un retour à la vie dite « normale » des patients.

PLAN CANCER 2014-2019

Une consultation dédiée de fin de traitement devait être réalisée de façon systématique avec remise au patient d'un plan personnalisé de suivi et de surveillance.

STRATEGIE DECENNALE – Feuille de route 2021-2025 – AXE II Limiter les séquelles et améliorer la QdV

FICHE ACTION II.6 GARANTIR LA QUALITÉ, L'ACCESSIBILITÉ ET L'ÉVOLUTIVITÉ DE L'OFFRE DE SOINS DE SUPPORT

FICHE ACTION II.9 METTRE EN PLACE UN SUIVI PERSONNALISÉ ET GRADUÉ ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

FICHE ACTION II.12 ÉTENDRE LE BÉNÉFICE DU DROIT À L'OUBLI

FICHE ACTION II.13 FAIRE DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI UN OBJECTIF DU PARCOURS

L'après dans le MYELOME

SPECIFICITE du MYELOME

- ➡ Traitement jusqu'à RECHUTE
- ➡ Temps de « REMISSION » jusqu'à RECHUTE +/- long

OBJECTIF de la PHASE de traitement ACTIF

- ➡ « Contrôler la maladie »
- ➡ « Endormir »

REMISSION ≠ ARRET des traitements (rassurant et contraignant)

Cependant, la personne doit tenter de réapprendre à vivre en dehors de l'hôpital, même si c'est un lieu rassurant.

L'impact de la maladie et des traitements

RETENTISSEMENTS PSYCHOLOGIQUES

- La peur de la récurrence et la lassitude de la maladie chronique
- L'impression d'être différent

RETENTISSEMENTS PHYSIQUES

- Troubles de la sexualité
- Fatigue et activité physique
- Perte ou prise de poids
- Neuropathies périphériques séquellaires

L'impact de la maladie et des traitements

RETENTISSEMENTS COGNITIFS

- ➔ Mémoire surtout à court terme
- ➔ Trouble de l'attention et de la vitesse de traitement de l'information
- ➔ Troubles des fonctions exécutives : Flexibilité et Planification
- ➔ Troubles du langage : manque de mots et organisation des idées

RETENTISSEMENTS SOCIAUX – ENVIRONNEMENTAUX – FAMILIAUX

- ➔ Un changement dans le rôle social et familial
- ➔ La réinsertion socioprofessionnelle
- ➔ Excitabilité en lien avec les corticoïdes

L'impact de la maladie et des traitements

RETENTISSEMENTS sur l'AIDANT

→ Les mêmes PEURS

→ Epuisement Physique / Psychique

Le conjoint/conjointe : souvent âgé
souffrant d'autres affections
épuisement

(depuis la phase de surveillance, thérapeutique, maintenance, rechute ...)

Les enfants : surprotégeants - épuisés

Suivi infirmier

Repérage		HDJ ONCOLOGIE En fin de traitement actif
Etats des Lieux	 	Qui est la personne ? Quels sont ses besoins pour se reconstruire ? Quels sont ses choix ? Ses projets ? Quelles sont ses forces développées et ses fragilités ? Liens les <u>AIDANTS</u>
Accompagnement		Permettre l' <u>expression</u> des inquiétudes Aider le patient à se retrouver dans une nouvelle étape du processus = la rémission / l'arrêt des traitements <u>Evaluation de la Qualité de vie</u> <u>Orientation</u> vers SOS ou Dispositifs Après Cancer
Modalités	 	Possibilité de VAD Préférence pour les patients d'un temps à l'hôpital (côté rassurant)

Suivi infirmier

SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

- Assistante sociale

- APA

PRATIQUES COMPLEMENTAIRES

- Psychologue

- Diététicienne

- Onco-séxothérapeute

- Réflexologue

- Hypnose / sophrologie / art-thérapie ...

DISPOSITIFS APRES CANCER

- Les programmes pluridisciplinaires post cancer (HERICOURT – FRASNOIS)

- Les **Ateliers Oncogite** pour une remédiation cognitive

- Les Ateliers pour une réinsertion professionnelle **Onconnecte A l'Emploi** (IRFC)

- Le **Dispositif 180 euros** Après Cancer (IRFC)

ASSOCIATIONS

- Les associations spécialisées dans l'accompagnement des patients atteints du Myélome ou de Cancer

- Les associations culturelles sportives occupationnelles (lien avec les Mairies)

PROFESSIONNELS DE SANTE

- Gynécologue

- Ophtalmologue

- Urologue

- Dermatologue ...

Suivi Infirmier & Lien ville-hôpital



CPTS
du Bassin Vésulien



Suivi Infirmier & Lien ville-hôpital

PROJETS



Travail sur le Dispositif après Cancer

FORMALISATION du temps
d'accompagnement IDE

Dossier Paramédical de Cancérologie

Dispositif d'Annonce + Dispositif Après
Cancer

Take Home Message

- Myélome = maladie chronique incurable
- Évolution rapide des traitements au cours des dernières années
- Déficit immunitaire 2 quasi systématique : prévention anti-infectieuse !
- Prise en charge multidisciplinaire et multiprofessionnelle
- et accompagnement en soins de support – patients et aidants
- Justifie un lien ville – hôpital réel

Avez-vous des questions ?

