

# FORMATION REGIONALE DE CANCEROLOGIE

## à destination des Aides-Soignantes

Mardi 5 novembre 2024



Cas clinique : Place de l'aide-soignante dans le parcours d'une patiente atteinte d'un cancer urologique

Dr Goujon Morgan  
IRFC – Service d'oncologie



# FORMATION REGIONALE DE CANCEROLOGIE

## à destination des Aides-Soignantes

# 1 / Qu'est-ce qu'un cancer ?

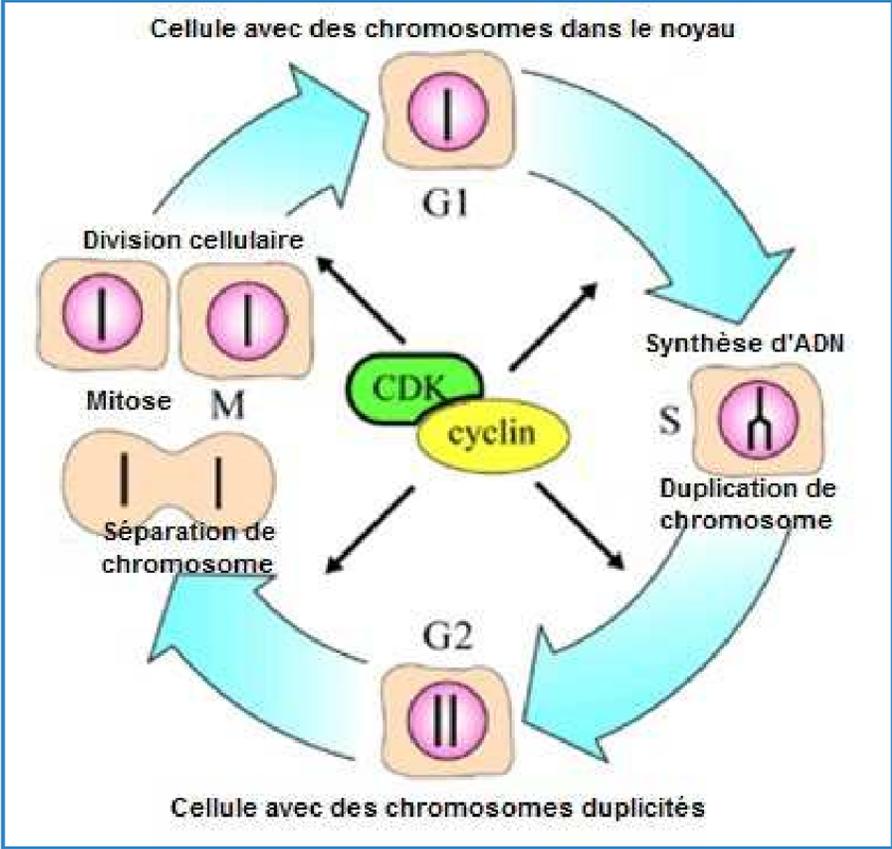
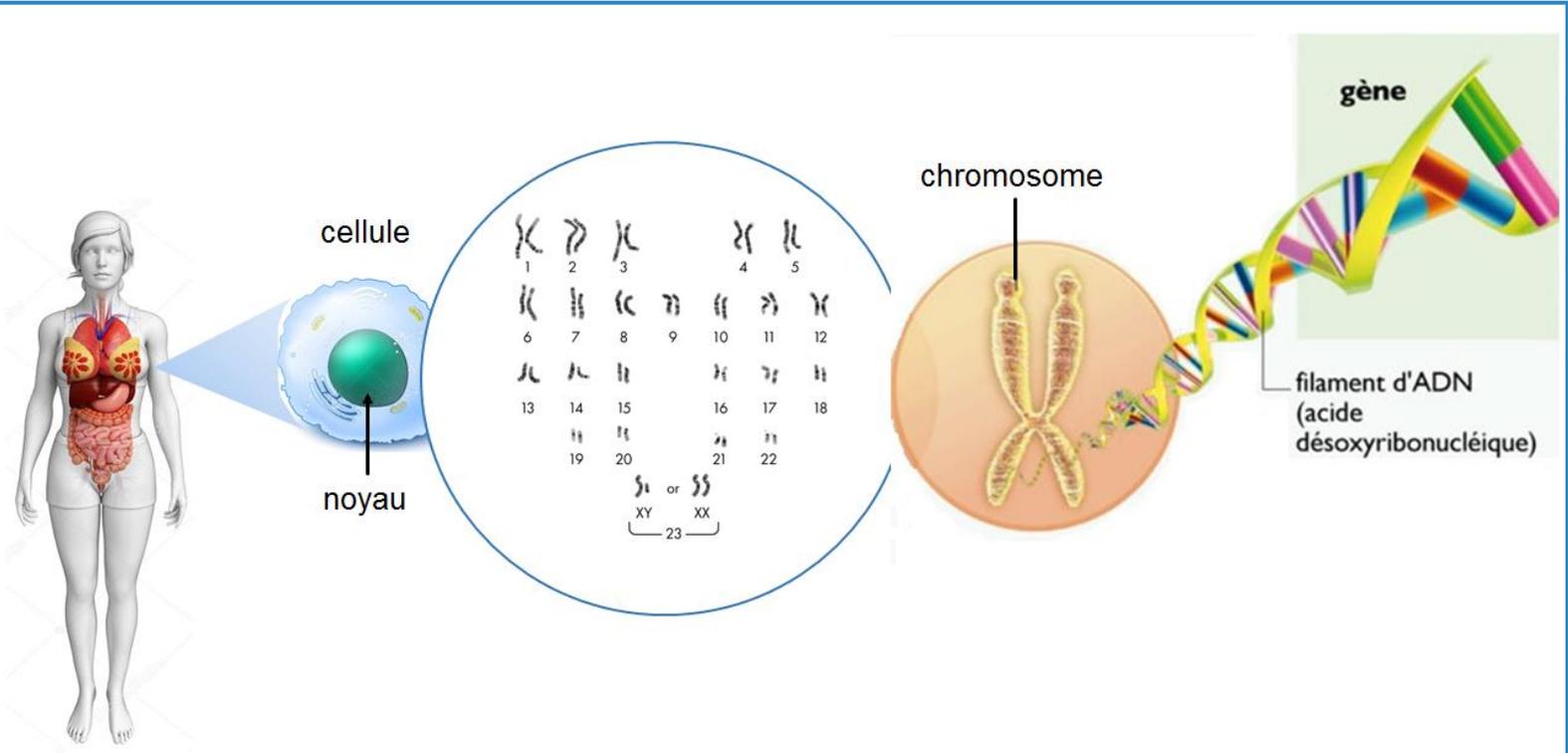


► Dr Goujon Morgan  
IRFC – Service d'oncologie



# Le cancer

## Le cycle cellulaire



# Le cancer

---

- Notre corps est composé d'une multitude de **cellules** contenues dans les tissus de nos différents organes
  - Tissu épithélial ( muqueuses, épiderme, glandes)
  - Tissu conjonctif (tissu de soutien: graisse, muscles, os, cartilage)
  - Tissu nerveux
- Toutes les informations des cellules sont dans leur **code génétique** propre : l'**ADN**.
- Chaque jour les cellules **se divisent** (mitose) et ce code est recopié pour être transmis aux cellules filles.

# Le cancer

---

- Lorsque le code génétique est copié :
  - des erreurs se produisent et sont normalement réparées
  - exceptionnellement, une erreur irrémédiable apparaît  
→ Initiation du processus de cancérisation
- Ce risque augmente avec le vieillissement cellulaire
- Mais d'autres facteurs interviennent

Connaissez vous des facteurs de risques de cancer ?

# Le cancer

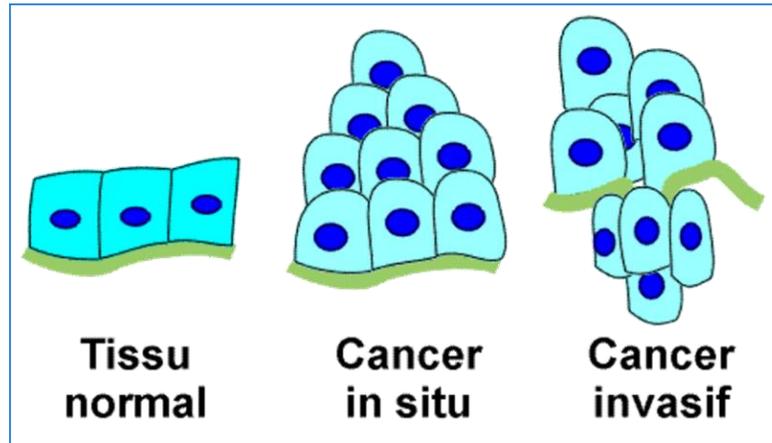
---

## Facteurs de risque connus de cancer

- **Professionnels**
  - Exposition à certaines substances  
amiante, benzène, chlorure de vinyle, goudron...
  - Exposition aux radiations ionisantes
  - Utilisation d'antimitotiques (chimiothérapie)
- **Sociaux**
  - Tabac ,alcool,
  - alimentation déséquilibrée, obésité
  - Exposition solaire
  - Sexualité à risque
- **Facteur Infectieux (Virus)**
  - Hépatite(foie)
  - Papilloma-virus(col utérin, canal anal, ORL)
  - HIV(sarcome, lymphomes)
- **Facteur de risque génétique**  
Maladies génétiques, certains cancers familiaux
- **Autres facteurs**  
Certains médicaments (distilbène)  
Environnementaux (pesticides, gaz des voitures .....)

# Le cancer

---



- Perte de contrôle accidentelle de la régulation normale des cellules
- **Prolifération anarchique** par échappement aux mécanismes normaux de différenciation et de régulation de leur multiplication
- Capacité de ces cellules d'**envahir les tissus normaux** avoisinant
- Capacité de **migration à distance** pour former des métastases

FORMATION REGIONALE DE CANCEROLOGIE  
à destination des Aides-Soignantes  
Mardi 5 novembre 2024



## 2/ quelques définitions et épidémiologie

Dr Goujon Morgan  
IRFC – Service d'oncologie



# Les différents types de prévention en cancérologie

---

## Primaire

- Empêcher l'apparition de cancer
- Agir sur les facteurs de risques

## Primaire

- Empêcher l'apparition de cancer
- Agir sur les facteurs de risques



# Les différents types de prévention en cancérologie

---

## Primaire

- Empêcher l'apparition de cancer
- Agir sur les facteurs de risques

## Secondaire

- Diagnostiquer un cancer à un stade initial

# Les différents types de prévention en cancérologie

---

## Primaire

- Empêcher l'apparition de cancer
- Agir sur les facteurs de risques

## Secondaire

- Diagnostiquer un cancer à un stade initial  
= **DEPISTAGE**

# Les différents types de prévention en cancérologie

---

## Primaire

- Empêcher l'apparition de cancer
- Agir sur les facteurs de risques

## Secondaire

- Diagnostiquer un cancer à un stade initial  
**= DEPISTAGE**

**MARS** *bleu*

1 mois de mobilisation  
contre le cancer colorectal

*Octobre  
Rose*

# Les différents types de prévention en cancérologie

---

## Primaire

- Empêcher l'apparition de cancer
- Agir sur les facteurs de risques

## Secondaire

- Diagnostiquer un cancer à un stade initial  
**= DEPISTAGE**

## Tertiaire

- Prise en charge des séquelles
- Réinsertion

# Les différents types de **dépistage** en cancérologie

---

## Dépistage Organisé

- ▶ Relève d'un protocole de santé publique
- ▶ Réalisé à l'initiative des pouvoirs publics
- ▶ Sur des populations bien définies
- ▶ Régulièrement évalué

Objectif : réduire **la mortalité**

## Dépistage Individuel

- ▶ Adapté à chaque individu
- ▶ « anarchique » par nature
- ▶ Orienté en fonction des antécédents et de facteurs de risque spécifiques
- ▶ Lissé à l'initiative des médecins
- ▶ Non évalué

Quels sont les dépistages « organisé » en France ?

# QUIZZ EPIDEMIOLOGIQUE

Q1: incidence du cancer de la prostate en France en 2018?

- ▶ A 28 000 nouveaux cas
- ▶ B 38 000 nouveaux cas
- ▶ C 48 000 nouveaux cas
- ▶ D 58 000 nouveaux cas

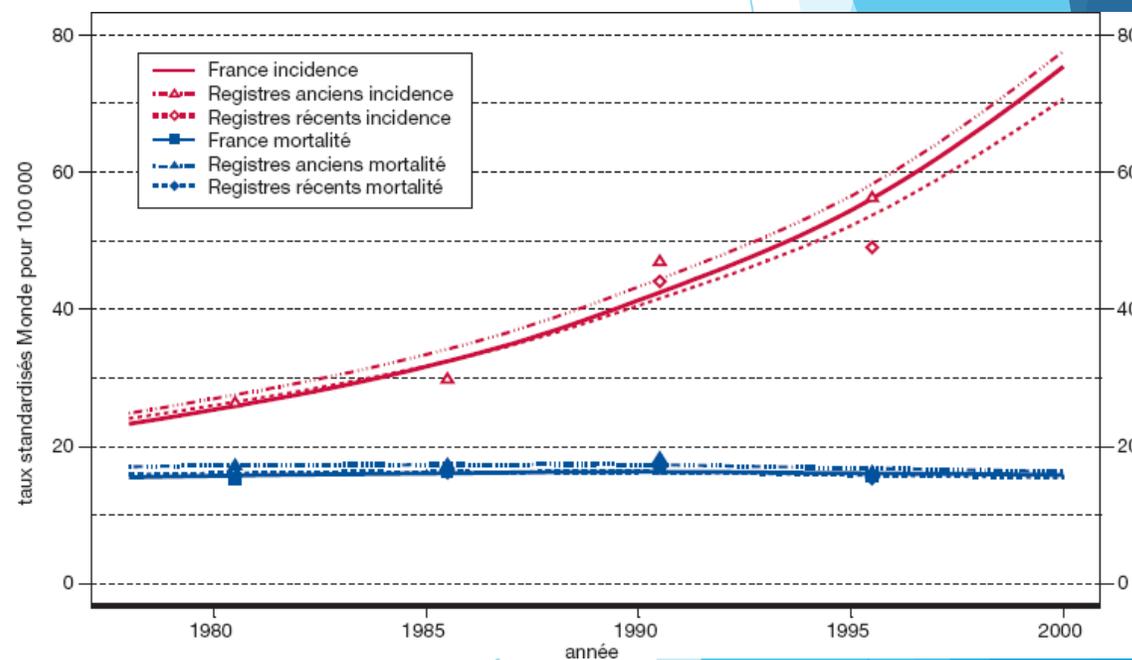
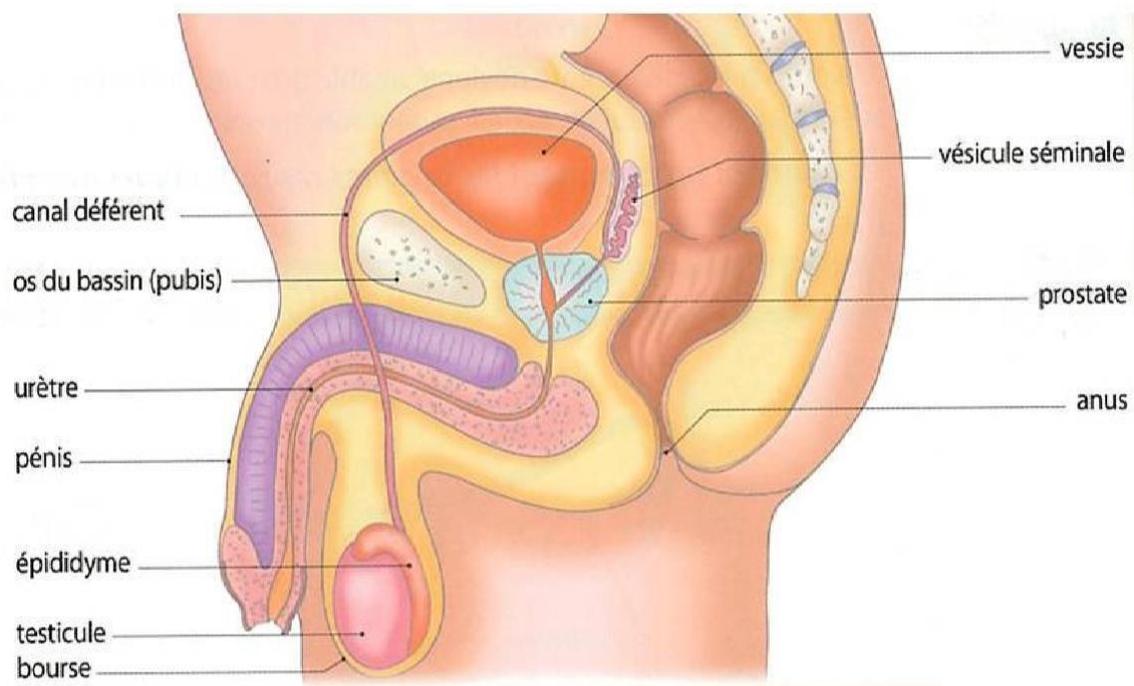
# QUIZZ EPIDEMIOLOGIQUE

Q1: incidence du cancer de la prostate en France en 2018?

- ▶ A 28 000 nouveaux cas
- ▶ B 38 000 nouveaux cas
- ▶ C 48 000 nouveaux cas
- ▶ **D 58 000 nouveaux cas**

# Généralités

- 50 000 nouveaux cas de cancer de prostate en France
- Cancer le plus fréquent chez l'homme = 25% des cancers masculins
- Incidence augmente avec l'âge avec un pic entre 70 et 74 ans
- 8900 décès en France en 2018 en baisse par rapport aux années précédentes (détection précoce et avancées thérapeutiques)



# QUIZZ EPIDEMIOLOGIQUE

Q1: incidence du cancer de la vessie en France en 2028?

- ▶ A 13 000 nouveaux cas
- ▶ B 23 000 nouveaux cas
- ▶ C 33 000 nouveaux cas
- ▶ D 43 000 nouveaux cas

# QUIZZ EPIDEMIOLOGIQUE

Q1: incidence du cancer de la vessie en France en 2018?

- ▶ A 13 000 nouveaux cas
- ▶ **B 23 000 nouveaux cas**
- ▶ C 33 000 nouveaux cas
- ▶ D 43 000 nouveaux cas

## CANCER DE LA VESSIE - Diagnostic précoce

### ÉPIDÉMIOLOGIE



5<sup>ème</sup> cancer  
le + fréquent



14<sup>ème</sup> cancer  
le + fréquent



+ 12 000  
cas/an

### FACTEURS DE RISQUES



**Tabagisme**  
+50% des cas



**Exposition pro.**  
(substances chimiques  
cancérogènes)  
5 à 25% des cas



**Pollution**

### SYMPTÔMES



**Hématurie**  
(présence de sang  
dans les urines)



Irritation vésicale  
Infections urinaires  
répétées

### EXAMENS



**Échographie**  
de l'appareil urinaire



**Cytologie urinaire**

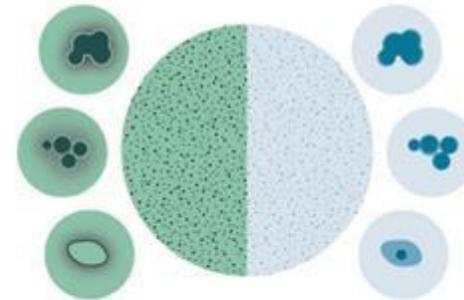


**Endoscopie vésicale**



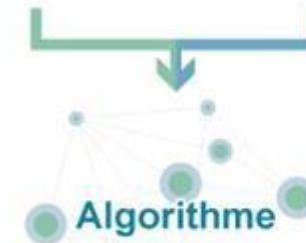
**Analyse histologique**

### NOUVEL OUTIL DE DIAGNOSTIC



Fluorescence

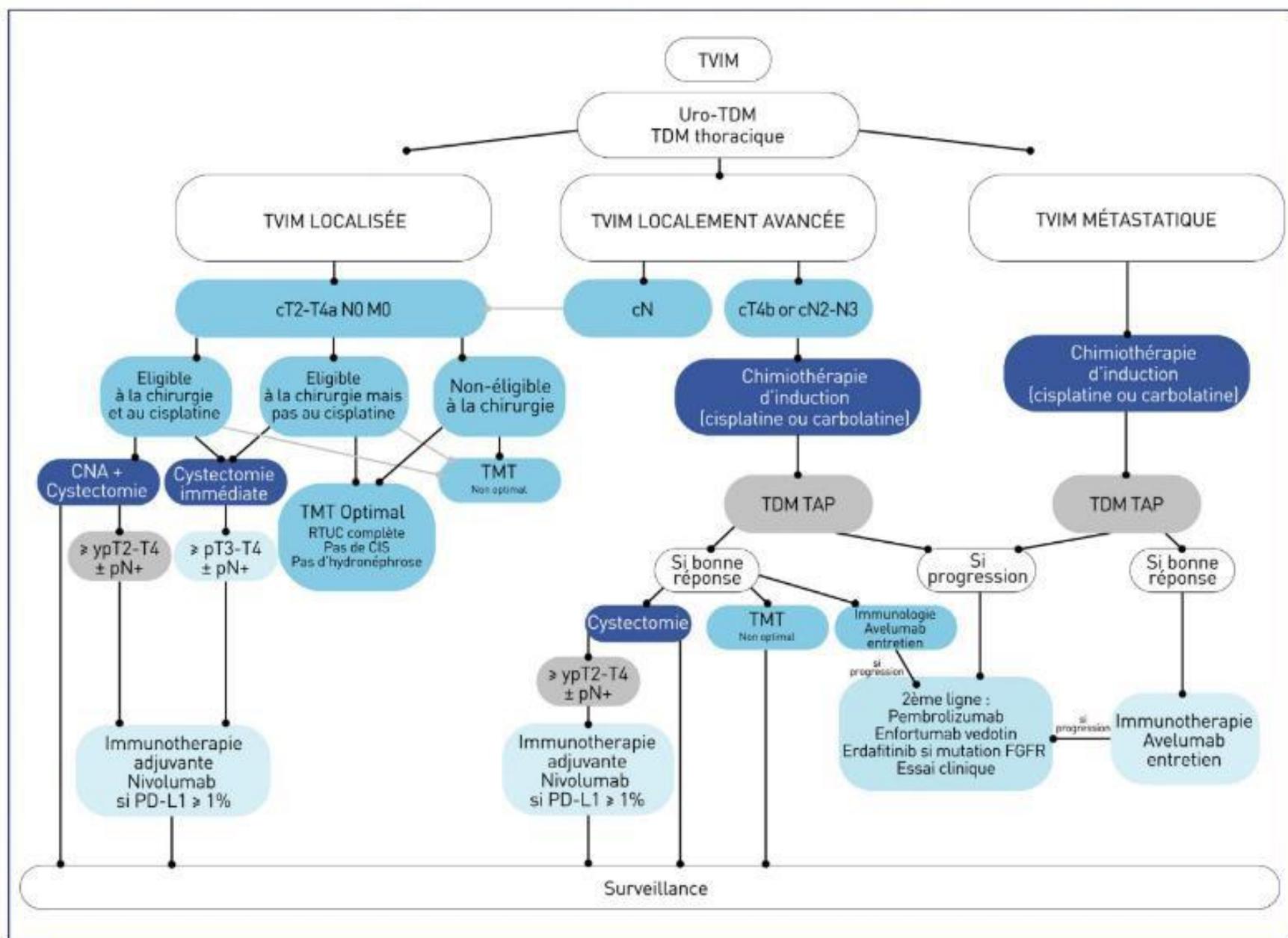
Lumière  
blanche



**Diagnostic**

non-invasif  
+ performant  
reproductible et fiable  
simplicité de mise en œuvre

# Algorithme de prise en charge des TVIM



# FORMATION REGIONALE DE CANCEROLOGIE à destination des Aides-Soignantes

## 3/ parcours de soins



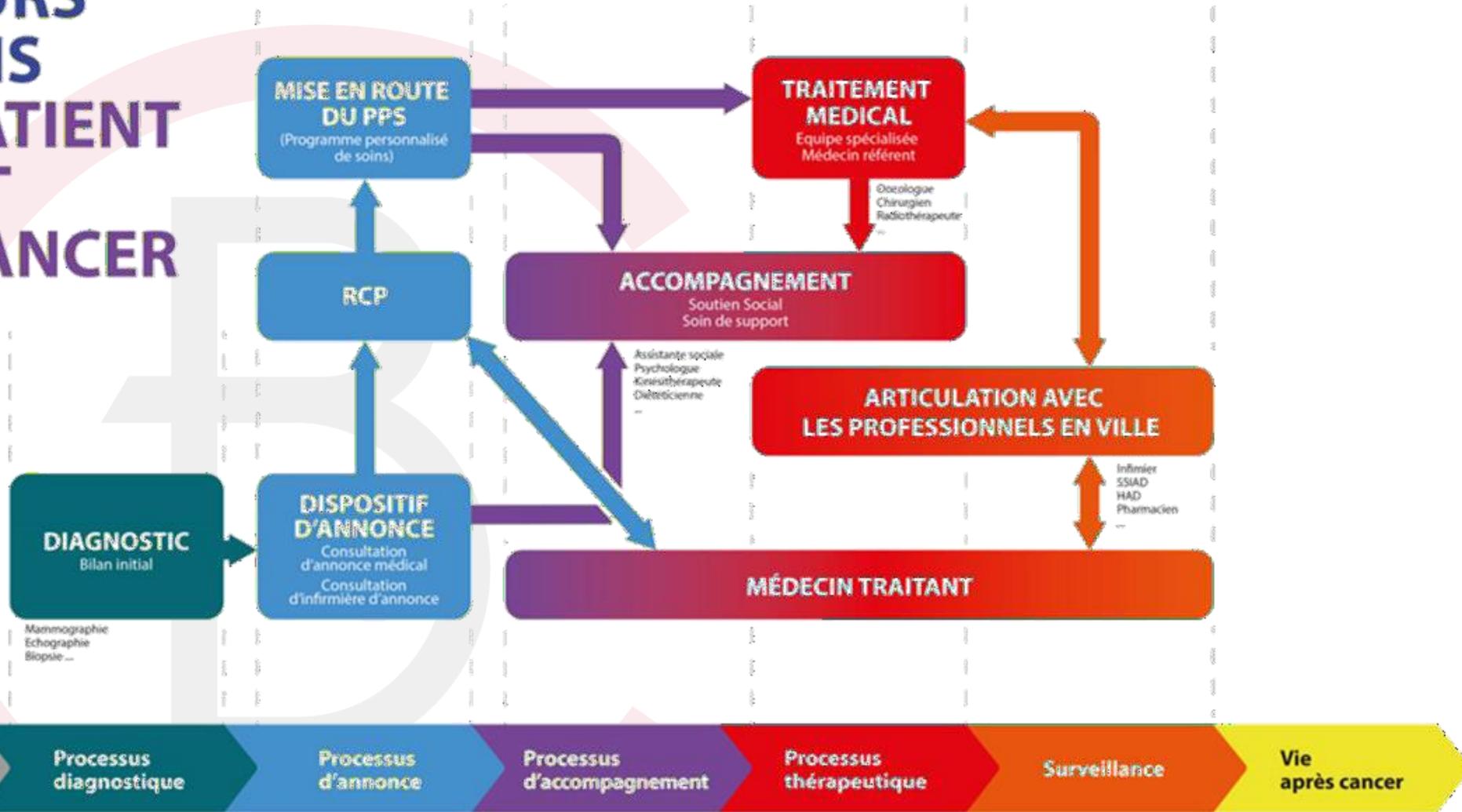
Dr Goujon Morgan  
IRFC – Service d'oncologie



# Parcours cancer en urologie

## PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane



# Dépistage : focus prostate

## PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane

- Pas de dépistage systématique du cancer de prostate
- Dépistage individuel recommandé à partir de 40 ans chez les hommes à haut risque de développer un cancer de prostate : origine afro-antillaise ou antécédent familial ou exposition chlordecone (tableau des maladies professionnelles)
- Dépistage individuel possible chez les hommes âgés de 50 à 74 ans si espérance de vie > 10 ans
- Dépistage repose sur le toucher rectal et le dosage de PSA

Prévention



## PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane

- Evènement annuel organisé au mois de novembre
- Sensibilisation de l'opinion publique aux questions de santé masculine
- Cancer de prostate, du testicule, santé mentale et prévention du suicide chez l'homme
- Collecte de fonds / Journée d'action etc ...
- Conférence débat sur le thème « vécu psychique et somatique du traitement du cancer de prostate suivie d'une représentation théâtrale de *l'Ablation* interprétée par Robert Benoit et d'après le roman de Tahar Ben Jelloun,



# PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane

**DIAGNOSTIC**  
Bilan initial

Prévention

Processus diagnostique

**Médecin traitant**  
PSA augmenté / Symptômes urinaires / Toucher rectal anormal

**Consultation urologue**  
IRM prostatique + biopsies prostatiques

**Anatomopathologiste**  
Diagnostic d'adénocarcinome de prostate

# Examen anatomopathologique



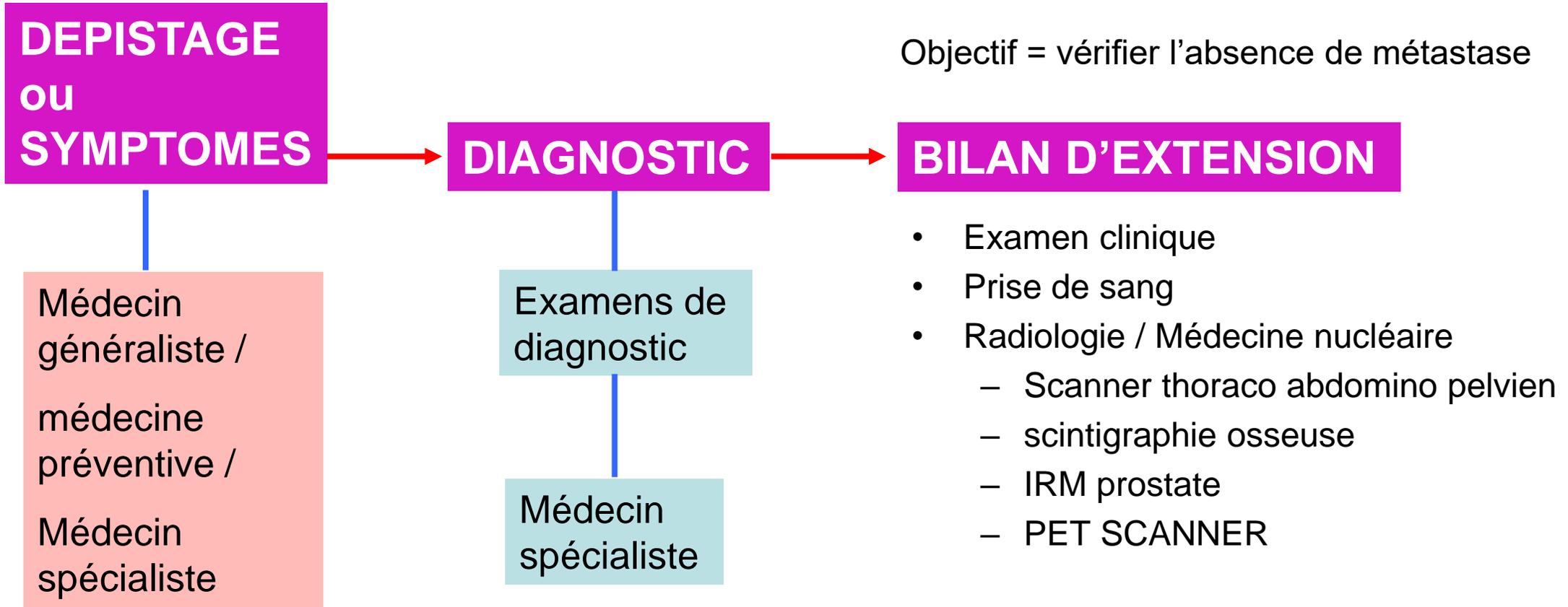
- Délai de réponse : 7 à 14 jours
- Pose le diagnostic de cellules cancéreuses invasives.
- Donne la carte d'identité du cancer
  - Type
  - Différenciation

Les prélèvements sont préparés, découpés et appliqués sur des lames de verre, puis colorés.

Le médecin anatomo-pathologiste les étudie, détermine la nature de l'anomalie et ses caractéristiques.

# Cancer de prostate : parcours de soins

---



# En situation métastatique

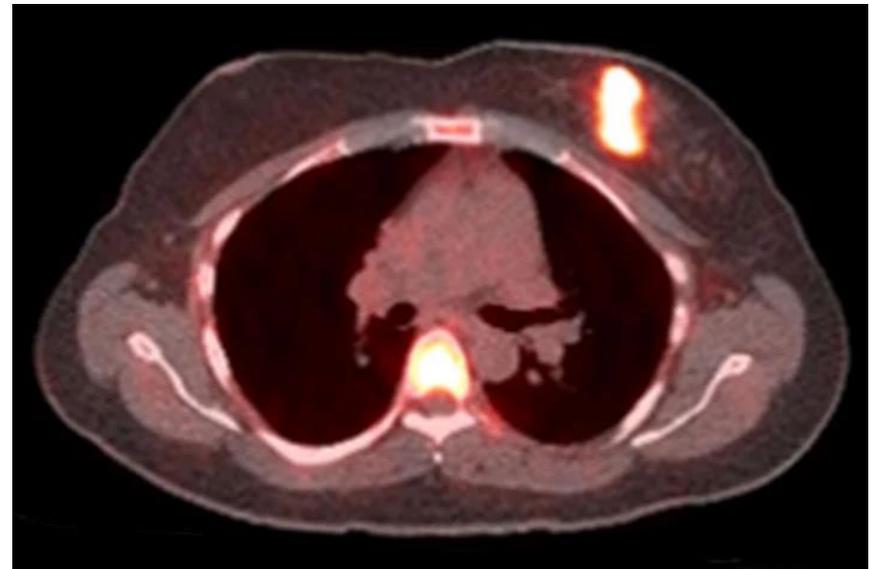
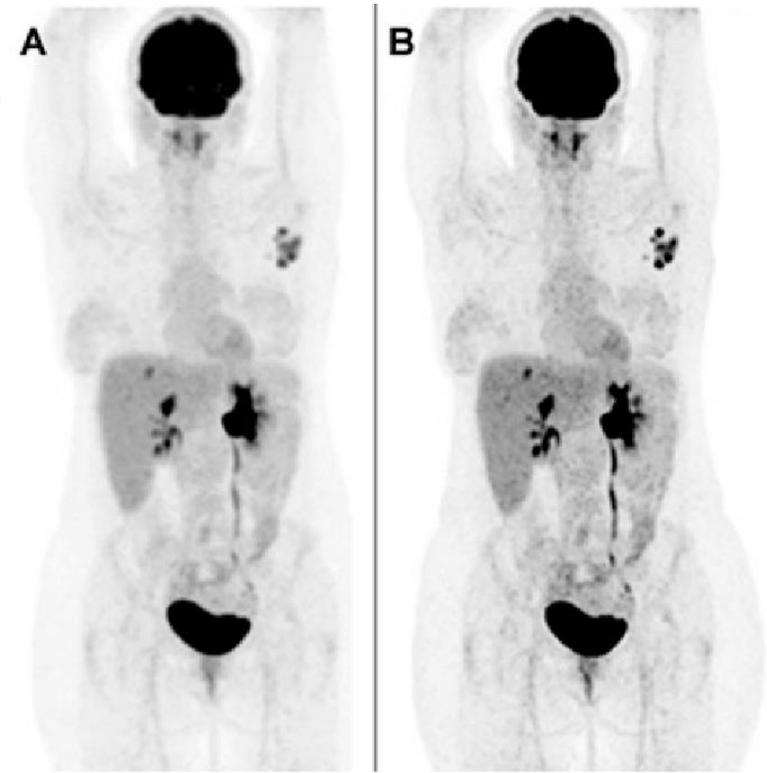
---



*(Adaptée de Hallmarks of cancer, Hanahan and Weinberg, 2011)*

# Le bilan d'extension

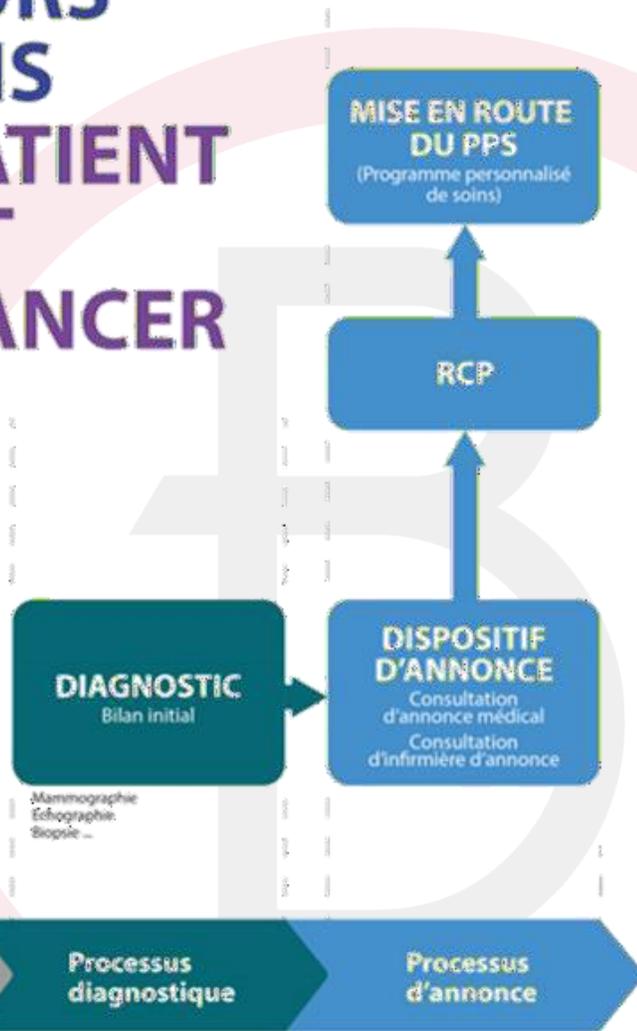
---



# Processus d'annonce : rôle des organismes 3C

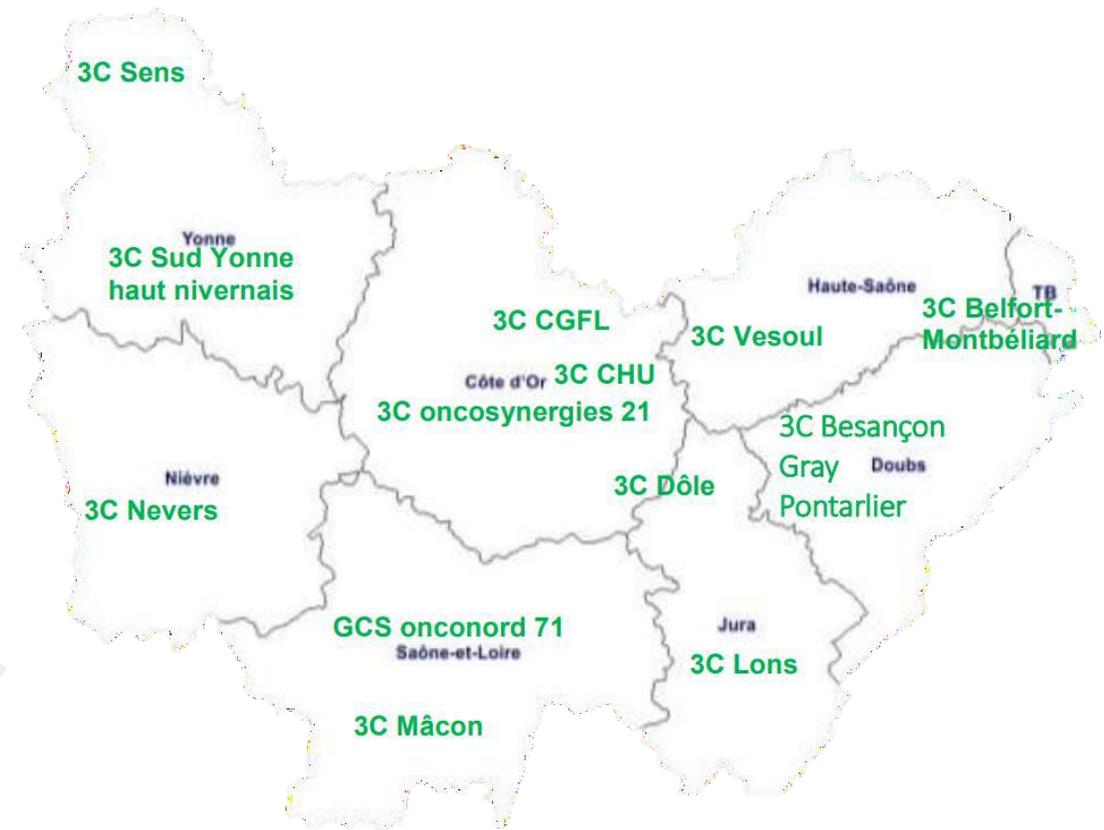
## PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane



### Rôle des 3C

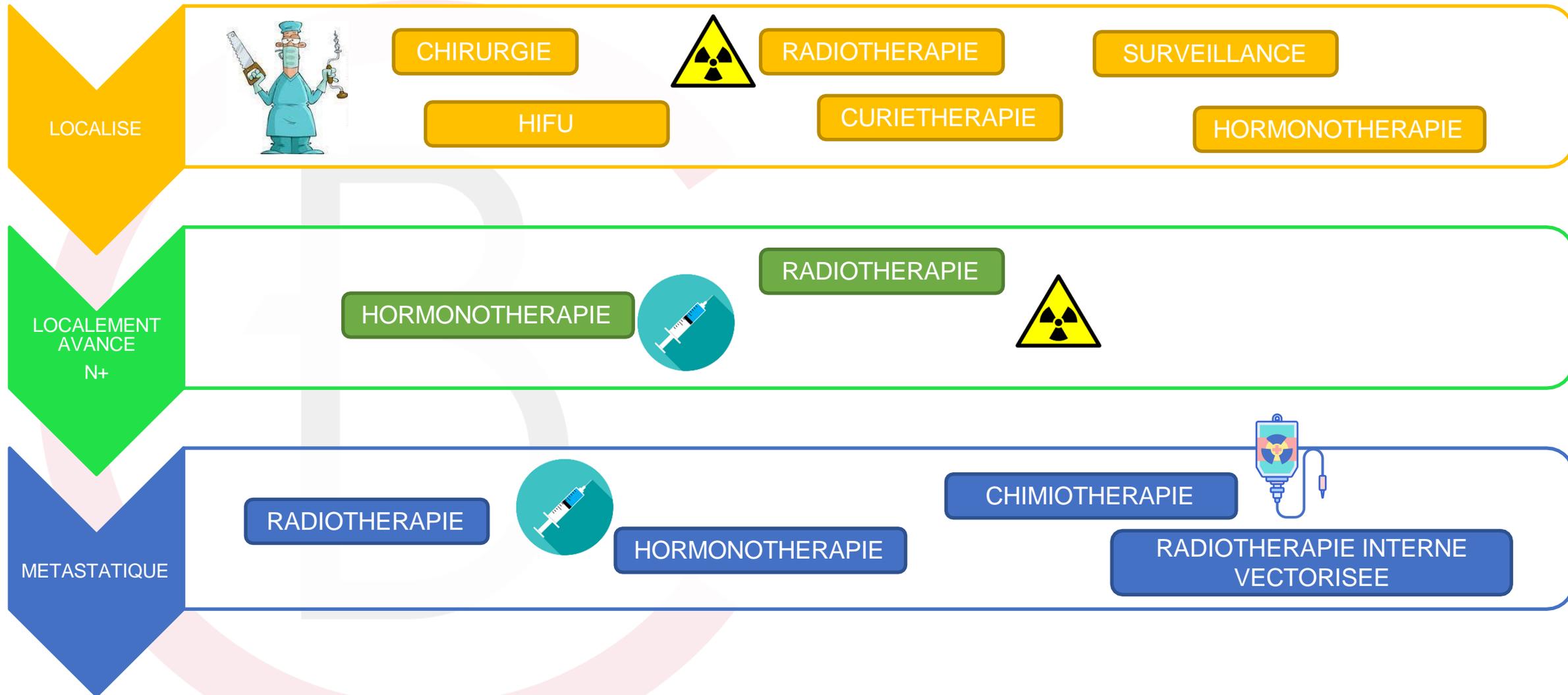
Dispositif d'annonce : consultation d'annonce par l'urologue essentiellement  
**RCPs urologique centralisées** : Dole, CHU de Besançon, CH Montbéliard  
Rôle d'aiguillage de l'urologue à partir de la stratégie proposée en RCP



# QUESTIONS

Q3: Quels sont les traitements que vous connaissez contre le cancer du sein ?

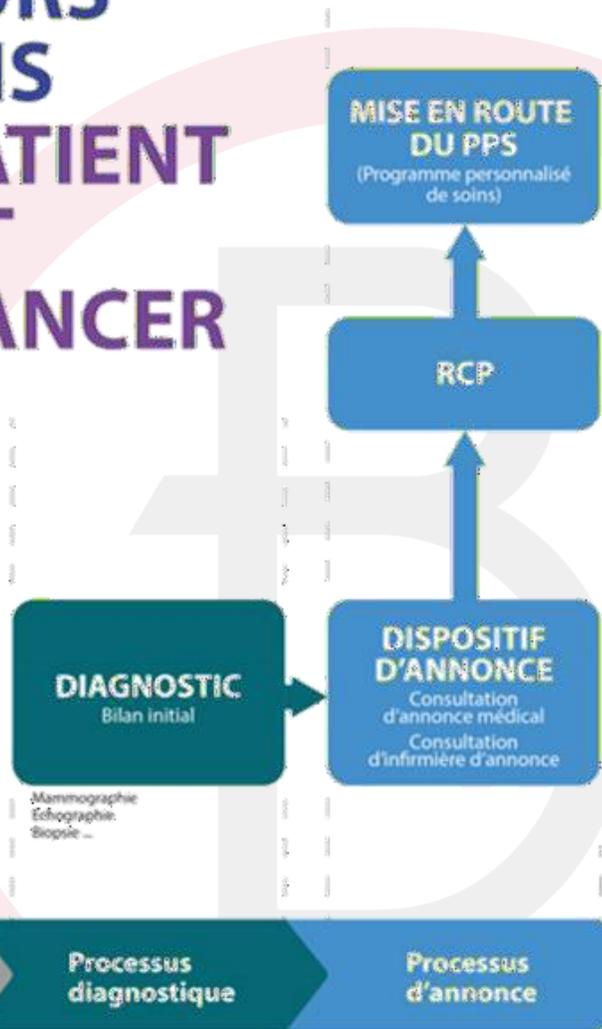
# Généralités : Stades pronostiques



# Parcours de soins : exemple du cancer de prostate

## PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane



### CANCER DE PROSTATE LOCALISE

#### *On propose plusieurs choix de traitements*

Information claire loyale et appropriée sur les différentes modalités thérapeutiques avec une approche multidisciplinaire

- Urologue : Chirurgie, HIFU (Clinique St Vincent, Polyclinique Franche Comté)
- Radiothérapeute :
  - Radiothérapie : CHU Besançon, ICB Dijon, CH Montbéliard
  - Curiethérapie : CGFL Dijon ou CLB Lyon
  - Hormonothérapie 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération

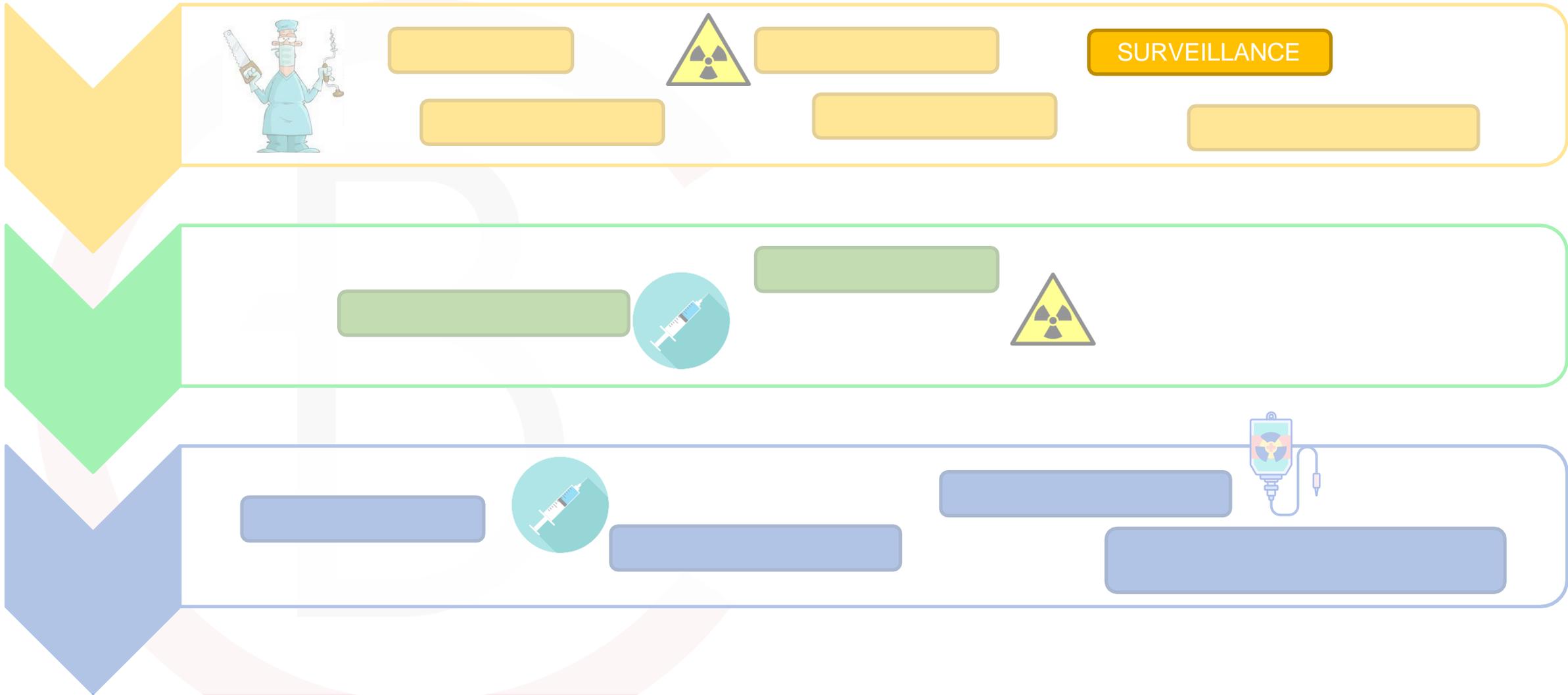
Choix et mise en route du traitement après réflexion du patient

### CANCER DE PROSTATE LOCALEMENT AVANCEE OU METASTATIQUE

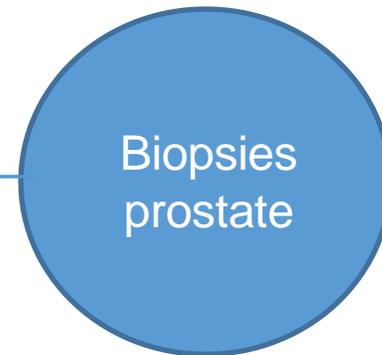
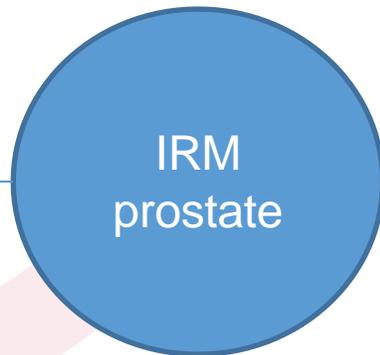
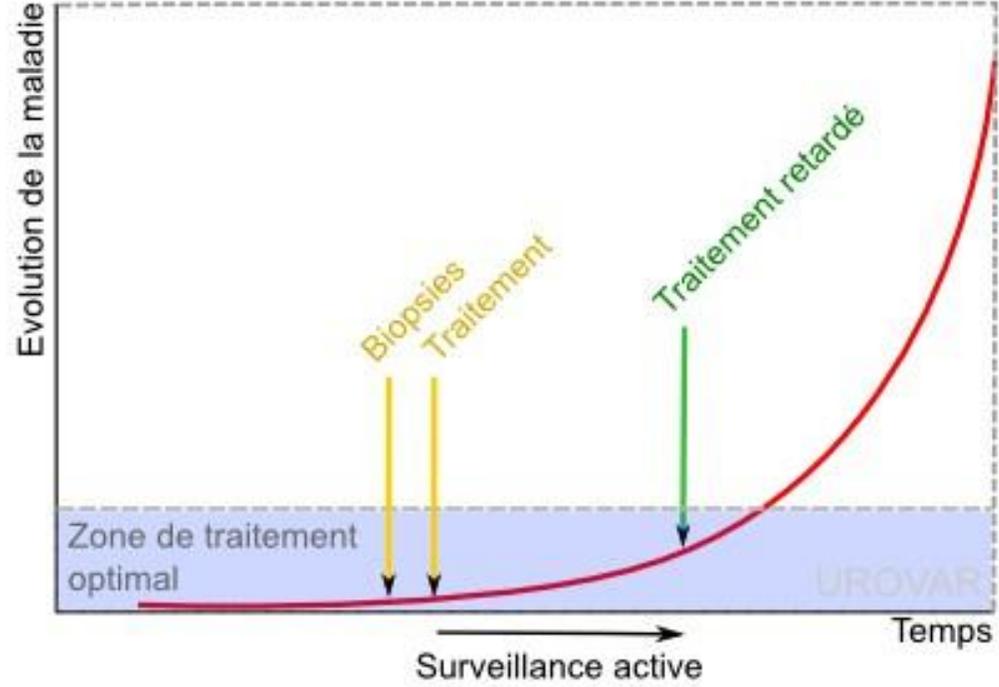
Information claire loyale et appropriée sur les différentes modalités thérapeutiques avec une approche multidisciplinaire

- Radiothérapeute : Radiothérapie, Hormonothérapie
- Oncologue Médicale : Hormonothérapie, Chimiothérapie (Clinique St Vincent) ou CHU Besançon ou CH Montbéliard

# Surveillance



# Surveillance active



# Traitements



[Empty yellow box]



RADIOTHERAPIE

[Empty yellow box]

[Empty yellow box]

CURIETHERAPIE

[Empty yellow box]

[Empty green box]



RADIOTHERAPIE



RADIOTHERAPIE



[Empty blue box]

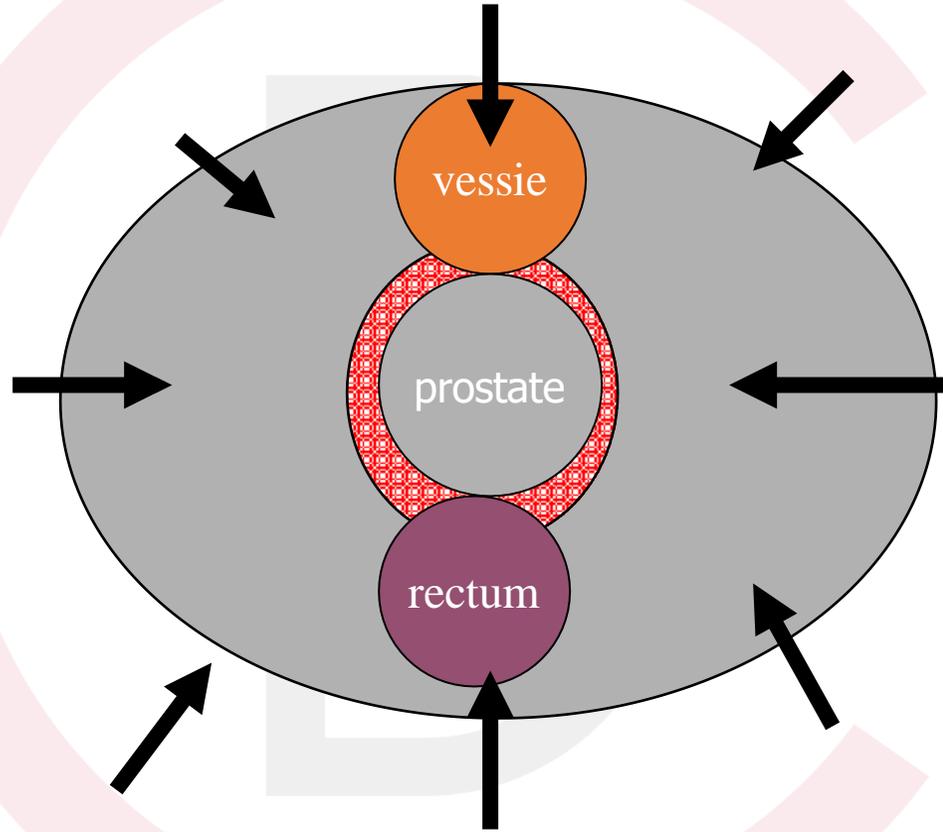
[Empty blue box]



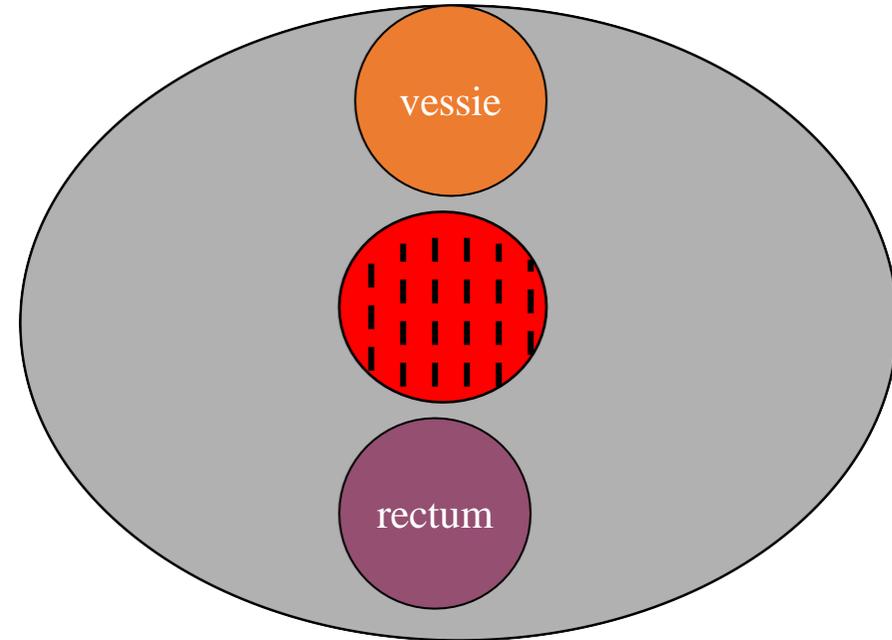
[Empty blue box]

# PRINCIPES

## Radiothérapie externe



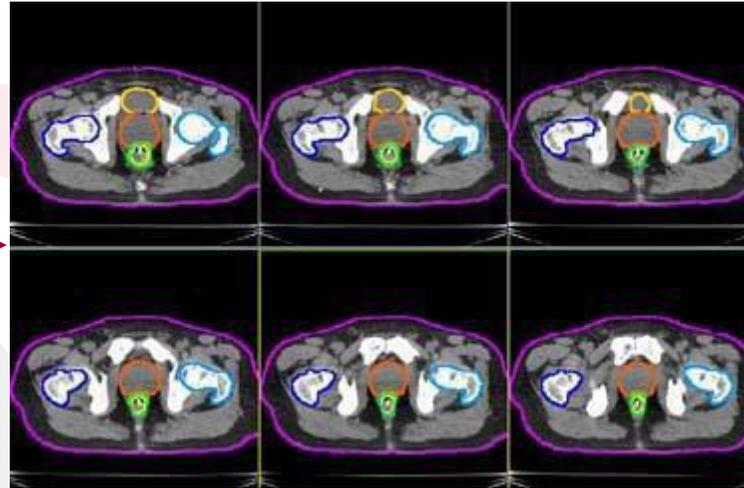
## Curiethérapie



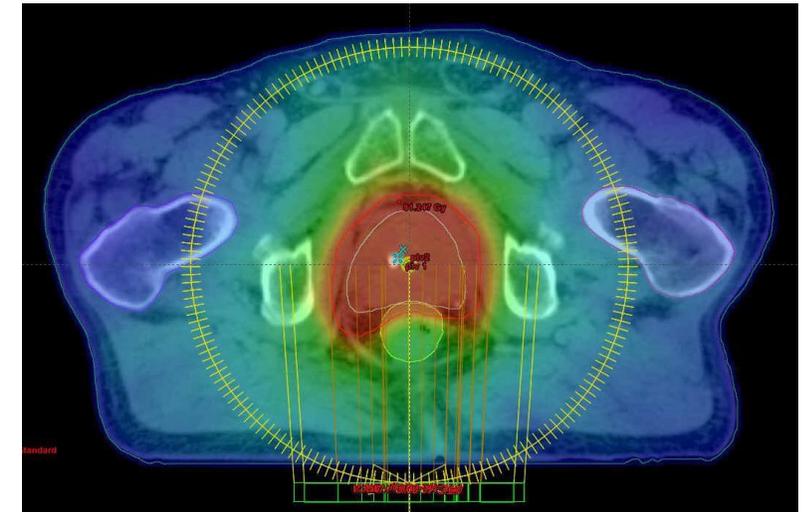
# Principes



scanner de centrage



Contourage volumes cibles et organes à risque



Dosimétrie



Contrôle de repositionnement



Traitement

# Toxicités

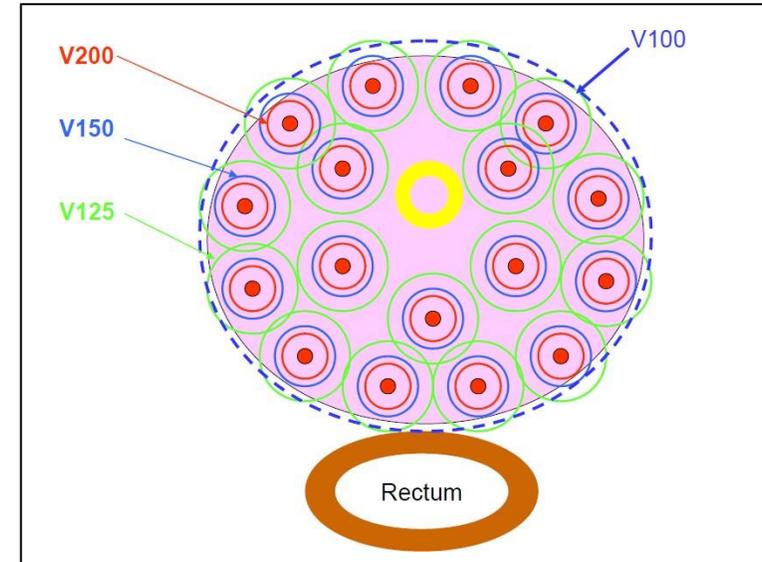
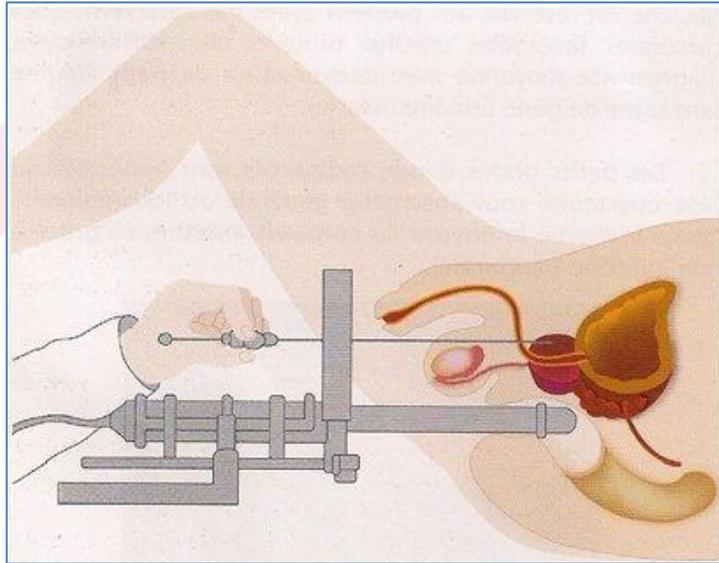
## AIGUES

- **Urinaire**
  - Pollakiurie, dysurie, impériosités
  - Brûlures mictionnelles
- **Digestive**
  - Diarrhées, Faux besoins, glaires
  - Douleurs anales
  - Rectorragies
  - Douleurs abdominales, ballonnements
- **Générale**
  - Asthénie

## TARDIVES

- **Digestive**
  - Diarrhée chronique
  - Rectorragies (Plasma Argon)
- **Urinaire**
  - Réduction de la capacité vésicale
  - Cystite
  - Sténose urétrale
  - Incontinence (rare)
- **Troubles de l'érection**

# PRINCIPES



- Mise en place d'une source radioactive à l'intérieur de la prostate
- Aiguilles vectrices par voie transpérinéale
- Echographie endorectale

Curiethérapie par  
**implants permanents**  
Bas débit de dose (LDR)  
Iode 125

Curiethérapie par  
**implants temporaires**  
Haut débit de dose (HDR)  
Iridium 192

# Traitements



[Empty yellow box]



[Empty yellow box]

[Empty yellow box]

[Empty yellow box]

[Empty yellow box]

HORMONOTHERAPIE

HORMONOTHERAPIE



[Empty green box]



[Empty blue box]



HORMONOTHERAPIE

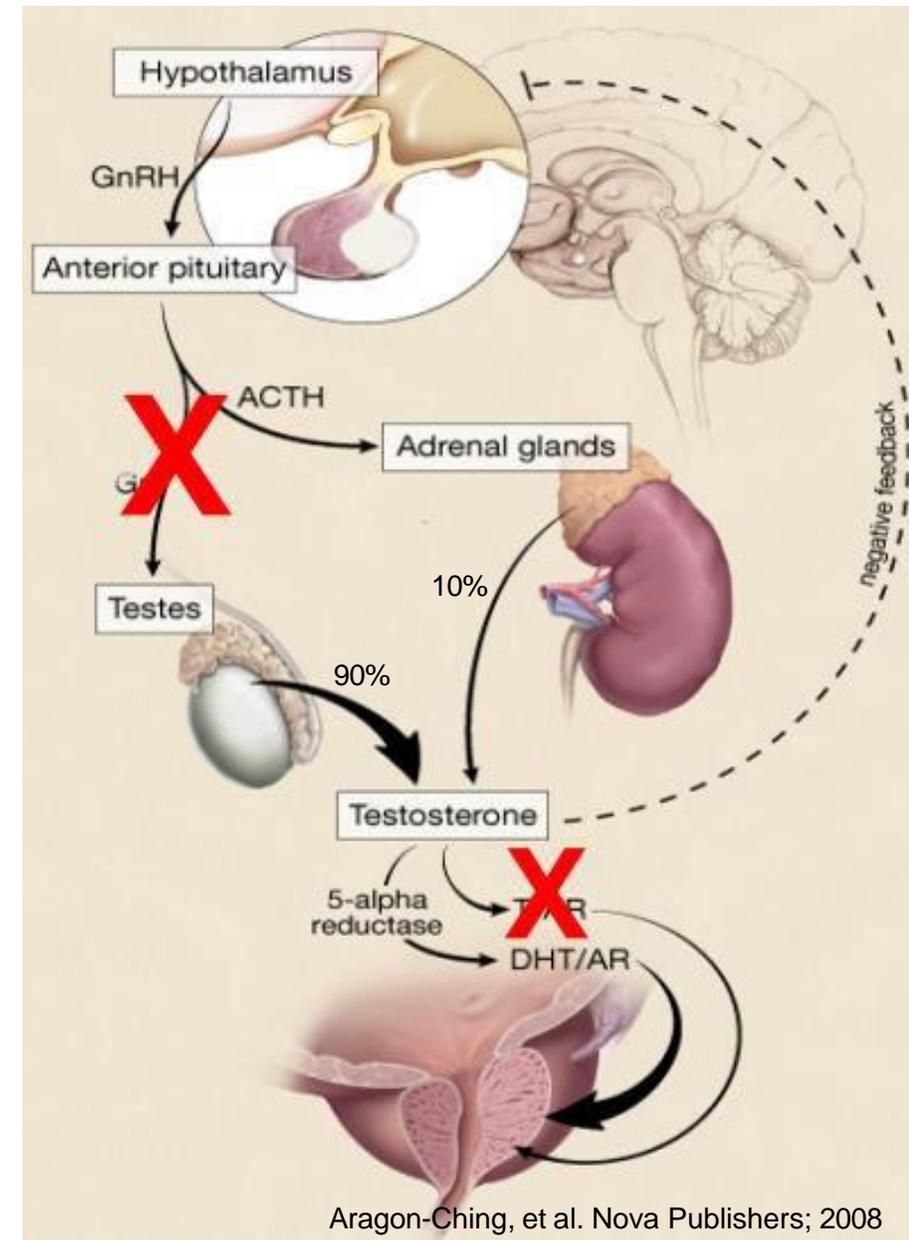
[Empty blue box]



[Empty blue box]

# Hormonothérapies 1ère génération : concept

- Concerne environ 40% des patients
- Concept de dépendance hormonale du cancer de prostate à la testostérone et ses dérivés
- Objectif : bloquer la production de testostérone = CASTRATION
  - Chirurgicale : orchidectomie ou pulpectomie
  - Chimique : analogue ou antagoniste de la LH-RH et anti androgène
- Agoniste de la GnRH (Decapeptyl®, Eligard® etc...)
  - 1 injection tous les 3 ou 6 mois par voie SC
  - Association anti-androgène pour éviter FLARE-UP (mise au repos de l'hypophyse sans passer par hyperstimulation et attendre le feed-back négatif)
  - Objectif : **Testostérone  $\leq$  50ng/dl**
- Antagoniste de la GnRH (Firmagon®)
  - 2 injections le premier mois puis 1 injection par mois par voie SC
  - Pas de phase d'hypersecretion, rapidité de castration, signaux dans la littérature de moindre toxicité cardio-vasculaire
- Anti-androgène (Bicalutamide®) : bloquer de manière compétitive la liaison entre la Dihydrotestostérone (DHT) et le récepteur aux androgènes au niveau des cellules tumorales.



# Hormonothérapies : en pratique

- Nombreux signalements auprès de l'ANSM de difficultés dans la préparation, reconstitution et administration du traitement
- Risques :
  - Douleurs accrues au point d'injection
  - Tuméfaction au point d'injection
  - Manque d'efficacité clinique et biologique
- Prise du conscience de la part des laboratoires : mise à disposition d'outils d'aide : applications, site internet, vidéo
- Si doute sur la qualité de l'injection = contacter le prescripteur
- Dosage de PSA précoce



**7. INFORMATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Laisser le produit se réchauffer à température ambiante en sortant du réfrigérateur environ 30 minutes avant utilisation.

Merci de préparer en premier le patient pour l'injection, puis la préparation du produit, en suivant les instructions ci-dessous. En cas de préparation inadéquate du produit, ce dernier ne doit pas être administré, surtout en manque d'efficacité clinique peut survenir du fait d'une reconstitution incorrecte du produit.

**Etape 1 :** Ouvrir les deux plateaux (déchirer le papier aluminium par le coin reconnaissable par une petite bulle) et vider le contenu sur un plan de travail propre (dans plateaux, contenant la seringue A (Figure 1.1) et la seringue B (Figure 1.2)). Jeter les sachets de désinfectants.

**1.1** Plateau de la seringue A : contenu  
coiffe transparente  
Long piston blanc pour la seringue B

**1.2** Plateau de la seringue B : contenu  
Bouchon gris  
Coiffe grise  
Bouchon gris de la seringue B attaché au piston bleu à l'opposé de la seringue B  
Aiguille

**Etape 2 :** Tirer d'un coup sec, sans débrayer, le piston bleu à tige courte de la seringue B (Figure 2). Le bouchon gris attaché au piston bleu doit venir en même temps. Puis jeter ces derniers.  
Ne pas essayer de mélanger le produit avec les deux bouchons gris en place dans la seringue B.

**Etape 3 :** Visser doucement le long piston blanc dans le bouchon gris restant dans la seringue B. (Figure 3).

**Etape 4 :** Retirer la coiffe grise de la seringue B et mettre de côté la seringue (Figure 4).

**Etape 5 :** Tirer la seringue A en position verticale, coiffe transparente en haut pour protéger le tube de l'aiguille et débrayer la coiffe transparente de la seringue A (Figure 5).

**Etape 6 :** **Prélever** les deux seringues connectées entre elles, en continuant à les tenir en position verticale, de façon à avoir la seringue B en bas ; injecter le liquide contenu dans la seringue A dans la seringue B contenant la poudre (insuline de laconine) (Figure 6).

**Etape 7 :** **Prélever** les deux seringues connectées entre elles, en continuant à les tenir en position verticale, de façon à avoir la seringue B en bas ; injecter le liquide contenu dans la seringue A dans la seringue B contenant la poudre (insuline de laconine) (Figure 7).

**Etape 8 :** **Prélever** les deux seringues connectées entre elles, en continuant à les tenir en position verticale, de façon à avoir la seringue B en bas ; injecter le liquide contenu dans la seringue A dans la seringue B contenant la poudre (insuline de laconine) (Figure 8).

**Etape 9 :** Tirer les seringues en position verticale, la seringue B étant en bas. Les seringues doivent rester bien ensemble. Transférer tout le produit mélangé dans la seringue B à seringue large et coiffe en poussant le piston de la seringue A et en tirant doucement le piston de la seringue B en même temps (Figure 9).

**Etape 10 :** Relever la seringue A de la seringue B en continuant à appuyer fermement sur le piston de la seringue A (Figure 10). S'assurer que le produit ne fuit pas car sinon l'aiguille ne sera pas correctement insérée.  
Merci de noter : il pourra rester des petites bulles d'air ou une grosse bulle d'air dans la préparation. Ceci n'est pas gênant.  
Au cours de cette étape, merci de ne pas essayer de purger les bulles d'air de la seringue B car le produit pourrait être perdu.

**Etape 11 :** Tirer la seringue B droite et saisir le piston blanc afin d'éviter toute perte du produit.  
Ouvrir le conditionnement de l'aiguille sécurisée en relevant le capot et en tirant délicatement l'aiguille vers le bas jusqu'à ce que le bout de la seringue B soit à l'opposé de la seringue A.  
Ne pas trop serrer car ceci peut fissurer l'embase de l'aiguille, entraînant une fuite du produit durant l'injection.  
Si l'embase de l'aiguille se fissure, semble endommagée ou présente la moindre fuite, le produit ne doit pas être utilisé. L'aiguille endommagée ne doit pas être substituée et le produit ne doit pas être injecté. La qualité du produit doit être évaluée en toute sécurité.  
Si l'embase de l'aiguille est endommagée, un nouveau produit doit être utilisé en remplacement.

**Etape 12 :** Retirer le capuchon protecteur de l'aiguille avant administration du produit (Figure 12). Important : N'enchevêchez pas le dispositif de sécurité de l'aiguille avant l'administration.

**Etape 13 :** Avant administration, purger les **grosses** bulles d'air de la seringue B. Administrer le produit par voie sous-cutanée. Assurez-vous que la totalité du produit contenu dans la seringue B a bien été injecté.

**Etape 14 :** Après injection, verrouiller le dispositif de sécurité en suivant les instructions listées ci-dessous :

**1. Fermeture sur une surface plane**  
Appuyer sur le dispositif de sécurité, tenir en bas, sur une surface plane (Figure 14.1a et b) pour recouvrir l'aiguille et verrouiller le dispositif de sécurité.  
Un « Clic » confirme, de façon sonore et tactile, que le dispositif est verrouillé. En position verrouillée, la pointe de l'aiguille est complètement recouverte (Figure 14.1b).

**2. Fermeture avec votre poigne**  
Placer votre poigne sur le joint et faire glisser le dispositif de sécurité vers la pointe de l'aiguille (Figure 14.2a et b) pour recouvrir l'aiguille et verrouiller le dispositif de sécurité.  
Un « Clic » confirme, de façon sonore et tactile, que le dispositif est verrouillé. En position verrouillée, la pointe de l'aiguille est complètement recouverte (Figure 14.2b).

**Etape 15 :** Une fois que le dispositif de sécurité est verrouillé, jeter l'aiguille et la seringue immédiatement dans une poubelle appropriée.

**14.1a** **14.1b** **14.2a** **14.2b**

# Hormonothérapies de 2<sup>nd</sup>e génération

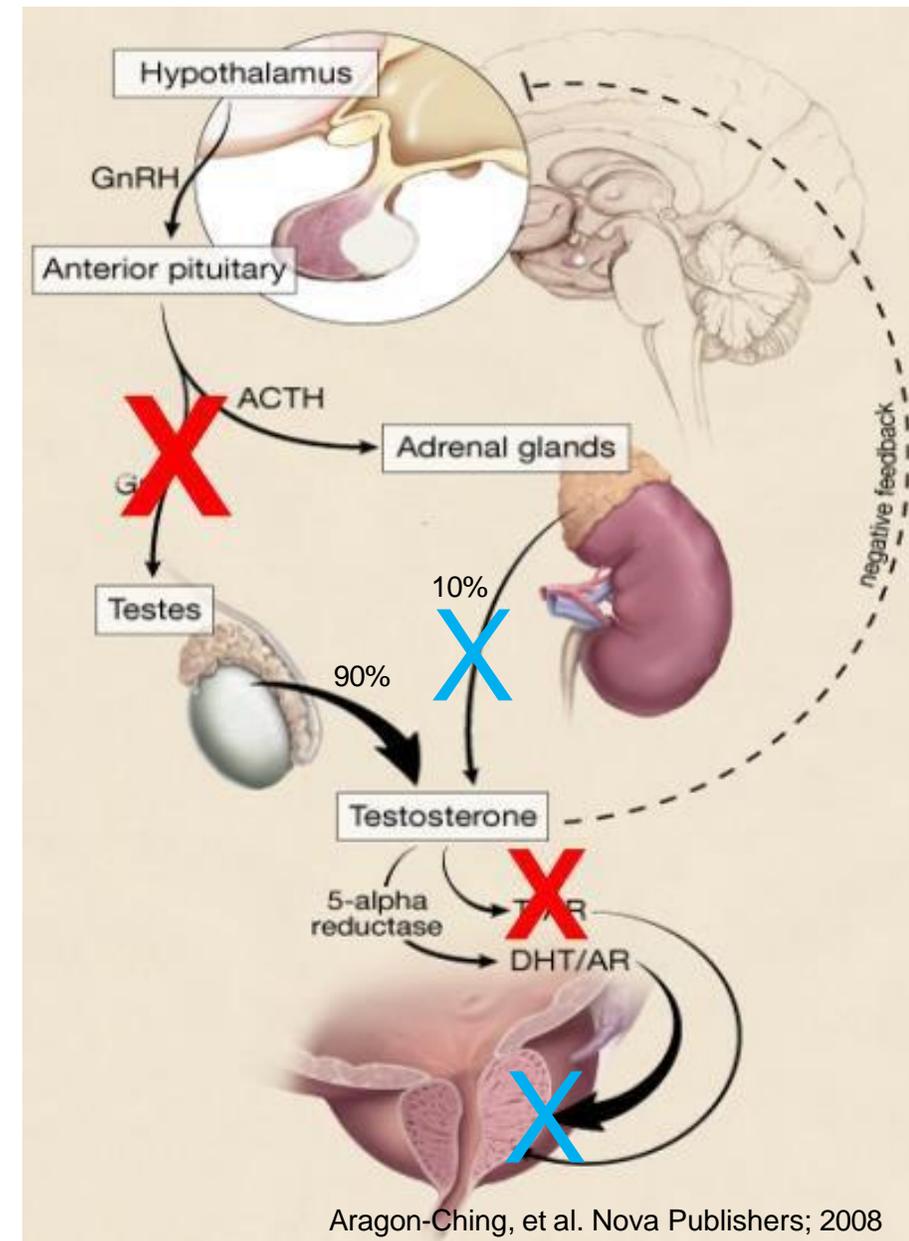
- Concept initial de résistance aux hormonothérapies de première génération
- Voie orale
- Indications : de plus en plus tôt dans l'évolution de la maladie
  - En cas de maladie métastatique résistante à la castration
  - En cas de maladie métastatique sensible
  - En cas de cancer de prostate localisé à très haut risque ou localement avancé (Abiraterone)

## Abiraterone

- Action sur le CYP17 en inhibant directement la production de testostérone principalement au niveau des glandes surrénales
- En association avec prednisone 5 ou 10mg

## Apalutamide / Enzalutamide / Darolutamide

- Inhibiteurs des récepteurs aux androgènes



# Hormonothérapies : Effets indésirables

## PERSPECTIVE DU PATIENT

What physicians commonly tell you	What you feel	What you see	What you don't see
<p><b>Loss of libido</b></p> <p><b>Erectile dysfunction</b></p> <p><b>Hot flashes</b></p>	<p><b>Fatigue or loss of energy, initiative</b></p> <p><b>Aches and pains</b></p> <p><b>Low spirits, depression</b></p> <p><b>Emotional lability</b></p> <p><b>Cognitive changes</b></p>	<p><b>Weight gain</b></p> <p><b>Loss of muscle mass and strength</b></p> <p><b>Increased subcutaneous tissue, especially hips and thighs</b></p> <p><b>Gynecomastia</b></p> <p><b>Decrease in testicular size and penile length</b></p> <p><b>Loss of body hair</b></p>	<p><b>Loss of bone mineral density</b></p> <p><b>Changes in lipids</b></p> <p><b>Glucose intolerance, diabetes</b></p> <p><b>Anemia</b></p> <p><b>Increased cardiovascular risk?</b></p>

## FACTEURS DE RISQUE

Evènements CV  
 Changements métaboliques  
 Fractures osseuses

# Hormonothérapies : Effets indésirables

- Bouffées de chaleur (44-80%) :
  - Souvent nocturnes
  - SERELYS homme, acuponcture, auriculothérapie
- Fatigue, perte d'énergie (33-47%)
  - Activité physique régulière (programme APA)
- Prise de poids (70%), perte de masse musculaire
  - Surveillance alimentaire
  - Activité physique régulière
- Gynécomastie (13%)
- Trouble de l'humeur, dépression (14%)
  - Consultation psychologue
  - Traitement antidépresseur
- Impuissance, trouble de la libido (73-95%)

- Déminéralisation osseuse : ostéoporose (53%), risque de fracture (14%)
  - Surveillance ostéodensitométrie et biologique par calcémie, vitamine D
  - Supplémentation vitamine D + calcium
- Complications cardio vasculaires (55%)
  - Diabète, hypercholestérolémie, obésité sarcopénique, syndrome métabolique, hypertension artérielle
  - Suivi cardiologique indispensable
  - Surveillance régulière clinique (tension artérielle, poids, périmètre abdominale) et biologique (glycémie à jeun, exploration des anomalies lipidiques)

- Surveillance spécifique
  - Enzalutamide : NFS, ECG (allongement QT), bilan rénale
  - Abiratérone : diarrhées, OMI, bilan hépatique et rénale
  - Apalutamide : surveillance cutanée ++ 6-8 semaines

# Traitements



[Empty yellow box]



[Empty yellow box]

[Empty green box]



[Empty green box]



[Empty blue box]

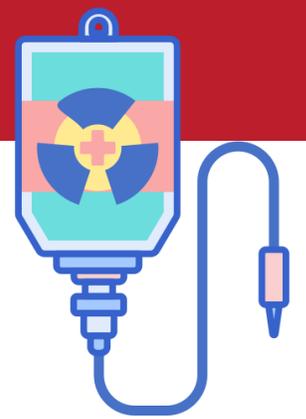


[Empty blue box]

CHIMIOThERAPIE



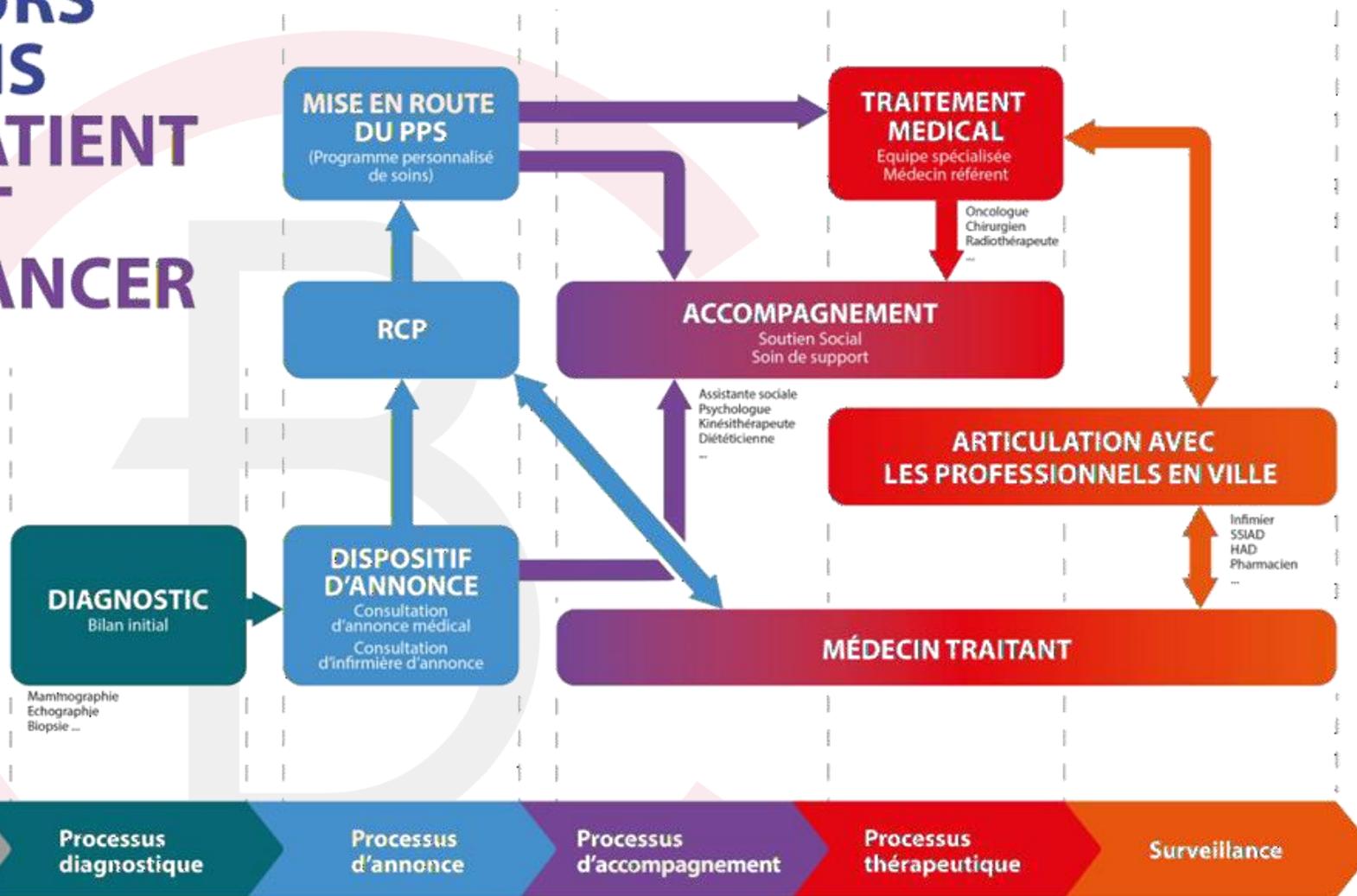
[Empty blue box]



- Indications
  - En cas de maladie résistante à la castration
  - En cas de maladie agressive d'emblée métastatique / avec atteinte viscérale
- Chimiothérapie à base de Taxane (Docetaxel ou Cabazitaxel)
- Rythme : tous les 7 ou 21 jours
- En hôpital de jour dans un service d'oncologie
- Effets secondaires
  - Fatigue
  - Troubles digestifs : mucites, nausées, vomissements, diarrhées
  - Perturbation du bilan sanguin

# PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

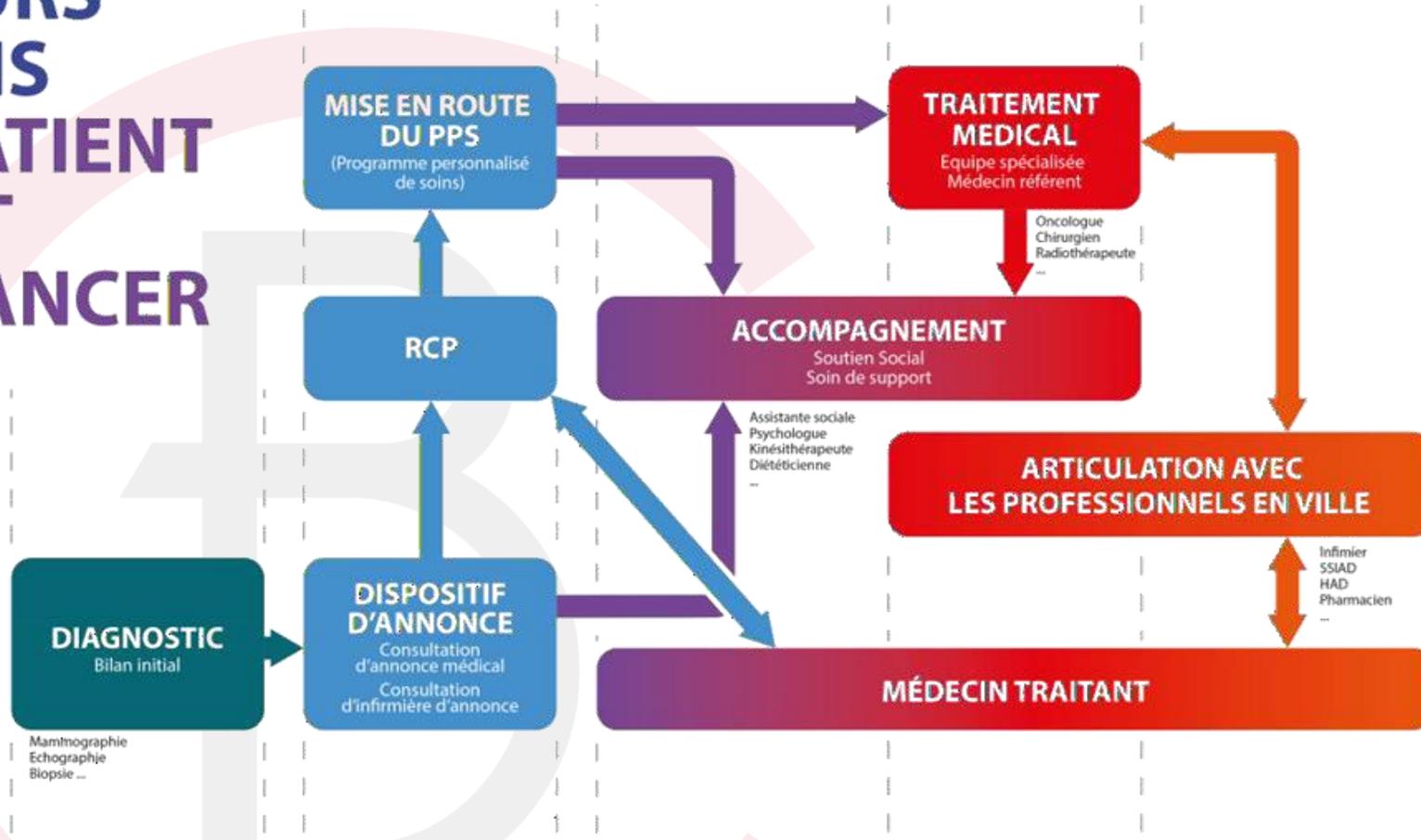
Source : OncoGuyane



Alternée Urologue / Radiothérapeute / Oncologue  
Examen clinique + Bilan biologique PSA +/- Testostéronémie  
Prolongée

# PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane



APA  
Association de Malade  
Reprise activité professionnelle



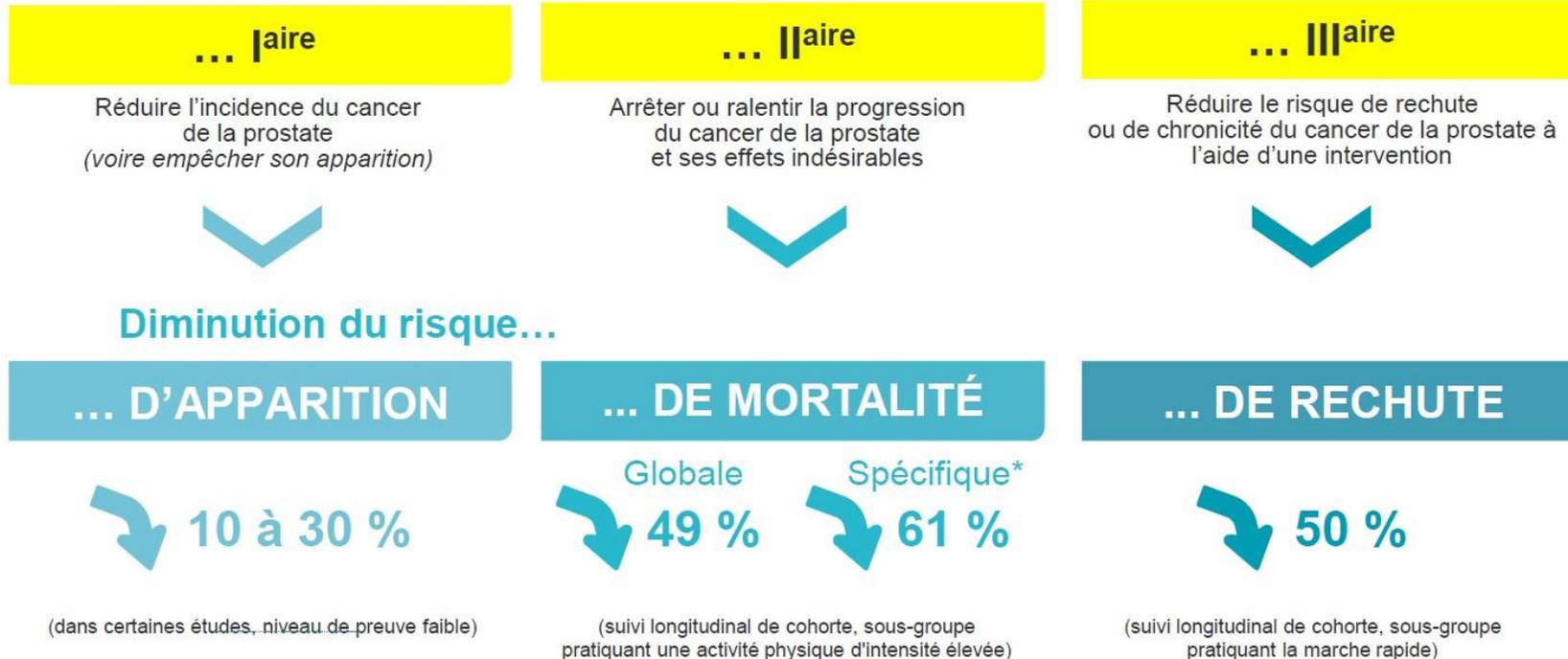
# PROGRAMME APA : focus prostate

## 1. PREVENTION DES RISQUES LIES AU CANCER



De plus en plus d'études montrent l'intérêt de l'activité physique en prévention d'une maladie chronique, et notamment du cancer de la prostate :

### L'activité physique en prévention...



\* Mortalité spécifique : mortalité liée au cancer.

1. Institut National du Cancer (INCa). Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. *État des lieux et des connaissances*, Mars 2017.
2. Desnoyers A, et al. Activité physique et cancer : mise au point et revue de la littérature. *La Revue de médecine interne*, 2016;37:399-405.
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Chapitre 17 - Cancer. In : *Activité physique - Contextes et effets sur la santé. Ed Expertise collective*, 2008. p. 409-31.
4. Fédération Nationale CAMI Sport et Cancer. L'activité physique et sportive pour lutter contre le cancer - Comprendre et pouvoir transmettre l'information. 2014.
5. Kenfield SA, et al. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol*, 2011;29(6):726-32.
6. Bouillet T, et al. Role of physical activity and sport in oncology Scientific commission of the National Federation Sport and Cancer CAMI. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 2015;94:74-86.

## 2. DIMINUE LES EFFETS INDESIRABLES DES TRAITEMENTS

Les données de la littérature indiquent que l'activité physique limite certains effets secondaires des traitements et contribue à améliorer leur tolérance et leur efficacité.



**Complications péri-opératoires**



**Facteurs de risque cardiovasculaire**



**Complications uro-génitales**



**Prévention de la perte osseuse**



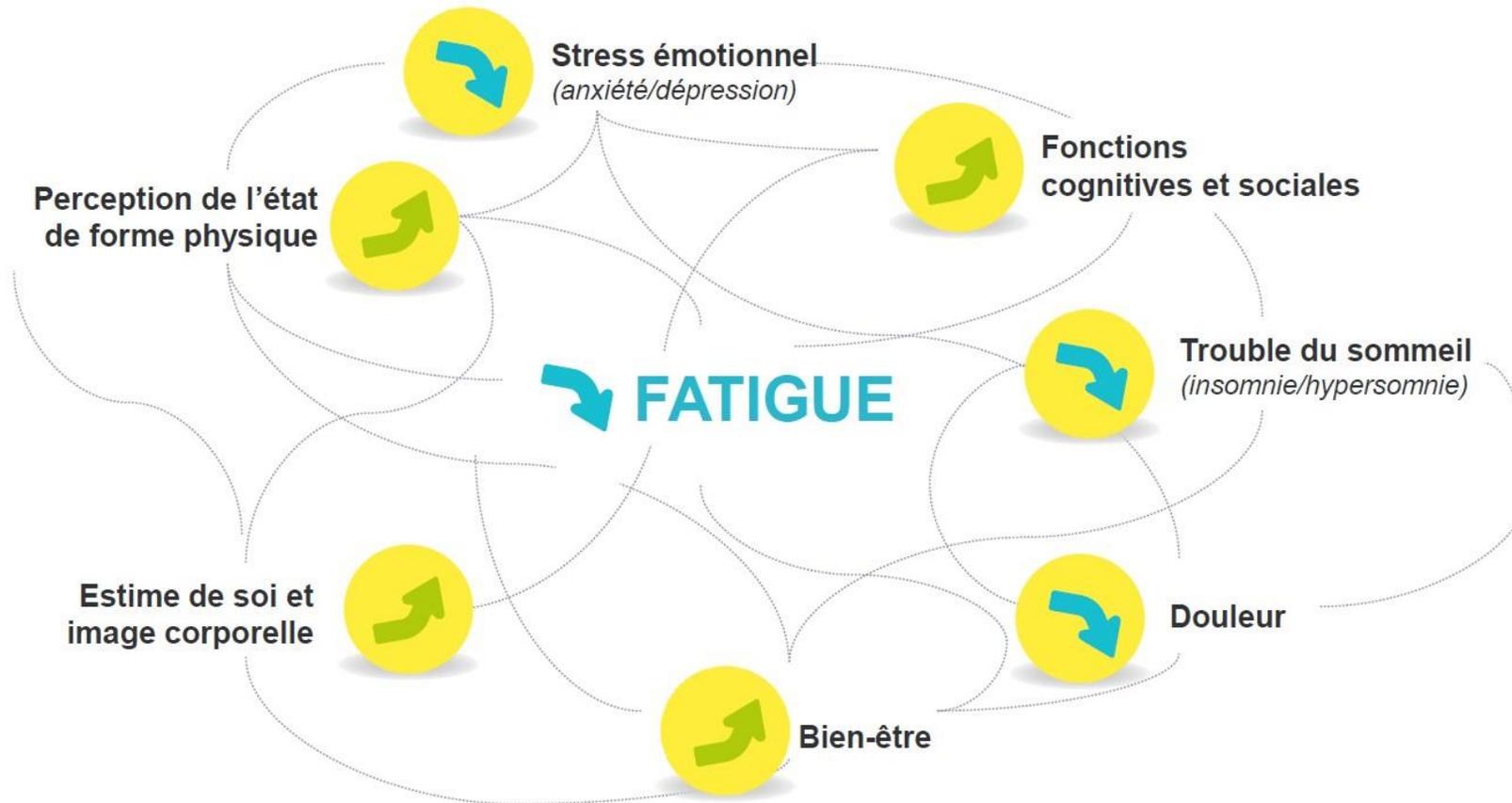
**Masse, force et endurance musculaires**

1. Institut National du Cancer (INCa). Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. *État des lieux et des connaissances*, Mars 2017.
7. Ostergren PB, *et al.* The use of exercise interventions to overcome adverse effects of androgen deprivation therapy. *Nat Rev Urol*, 2016;13(6):353-64.
8. Bachmann P, *et al.* Activité physique pendant et après le cancer : comment prescrire et dans quels objectifs ? *Nutrition clinique et métabolisme*, 2015;29:121-5.
9. Hojan K, *et al.* Inflammation, cardiometabolic markers, and functional changes in men with prostate cancer. *Pol Arch Intern Med*, 2017;127(1):25-35.

# PROGRAMME APA

## 3. AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE

Chez les patients ayant un cancer de la prostate, l'activité physique, initiée pendant ou après les traitements, améliore souvent la qualité de vie :



1. Institut National du Cancer (INCa). Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques. *État des lieux et des connaissances*, Mars 2017.
7. Ostergren PB, *et al.* The use of exercise interventions to overcome adverse effects of androgen deprivation therapy. *Nat Rev Urol*, 2016;13(6):353-64.
9. Hojan K, *et al.* Inflammation, cardiometabolic markers, and functional changes in men with prostate cancer. *Pol Arch Intern Med*, 2017;127(1):25-35.
10. Institut National du Cancer (INCa). Activité physique et cancers. *Fiches repère*, Janvier 2012.
11. Labourey JL. Place de l'activité physique dans la prise en charge de la fatigue cancéreuse induite par les traitements oncologiques. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 2007;50:445-9.

# PROGRAMME APA

## Programmes pluridisciplinaires d'après cancer

Programme de :

- 4 à 14 semaines
- 2 à 5 demi-journées par semaine

Prise en charge **collective et individuelle** par une équipe pluridisciplinaire composée de:

- Médecins
- Enseignants en Activité Physique Adaptée
- Masseurs-Kinésithérapeutes
- Diététiciens
- Assistantes sociales
- Psychologues
- ...



**CLINIQUE BRUGNON AGACHE, BEAUJEU (70)**  
14 Rue des Ecoles,  
70100 Beaujeu-Saint-Vallier-Pierrejux-et-Quitteur  
03 84 67 77 00

**CRCP DES « HAUTS DU CHAZAL », FRANCOIS (25)**  
9 Chemin des 4 journaux,  
25770 François  
03 81 41 80 68

**CLINIQUE ST VINCENT, BESANÇON (25)**  
40 Chemin des Tilleroyes,  
25000 Besançon  
03 81 48 62 87

**CRCP « UNITÉ D'HÉRICOURT », HÉRICOURT (70)**  
14 rue du Docteur Gaulier,  
70400 Héricourt  
03 84 46 56 60

**CLINIQUE ST PIERRE, PONTARLIER (25)**  
6 Rue Emile Thomas,  
25300 Pontarlier  
03 81 38 83 00

**LÉGENDE :**  
PROGRAMME POST TRAITEMENT CANCER DU SEIN  
PROGRAMME POST TRAITEMENT ONCO-HÉMATO

Dispositif 180  
euros

Dans le cadre de votre **après cancer**, vous pouvez bénéficier de **bilan et/ou de consultations** par différents professionnels pour un montant total de 180 euros :



Un bilan d'activité physique



Un bilan psychologique  
avec ou sans suivi



Un bilan diététique  
avec ou sans suivi

Pour plus de renseignements :

☎ 03.81.47.99.99

@ aprescancer@irfc-fc.fr



# Bouger pour mieux Me soigner

L'Institut Régional Fédératif du Cancer vous propose des **activités physiques adaptées** à votre **état de forme** et vos **besoins**.

DISPONIBLES DANS LES DIFFÉRENTS  
ÉTABLISSEMENTS DE FRANCHE COMTE



Franche-Comté  
**IRFC**  
INSTITUT RÉGIONAL  
FÉDÉRATIF DU CANCER



# Le rôle de l'aide soignante dans le parcours de soins du cancer du sein

COMMENT DECRIVEZ-VOUS VOTRE RÔLE D'AIDE-SOIGNANT ?

QU'EST-CE QUI FAIT LA SPECIFICITE DE L'AIDE-SOIGNANTE D'ONCOLOGIE ?

Discussion autour de deux cas cliniques

# La personne vient en oncologie pour:

- 1- Recevoir un traitement anti-cancéreux
- 2- Être prise en charge par rapport aux effets secondaires liés aux traitements
- 3- Être prise en charge par rapport aux différents symptômes liés à la pathologie cancéreuse
- 4- Être accompagné en situation de fin de vie

# Cas clinique n° 1: Mr E

- Patient de 78 ans, marié.
- Vient du Sénégal.
- Se présente aux urgences à Besançon pour douleur dorsale et cervicale, hématurie et difficultés à uriner.  
sera hospitalisée en oncologie par la suite.
- Découverte d'un **cancer de prostate** avec des **métastases osseuses et ganglionnaires**
- ATCD: phlébite (2002), diabète type 2, HTA

# CC1: ACCUEIL

- 1<sup>ère</sup> prise de contact
- Installation en chambre
- **Evaluation:** prise des constantes, évaluation de la douleur, évaluation de l'état psychologique, ...
- Transmissions

# L'accueil:

- La fonction d'accueil est primordiale dans l'exercice aide-soignant.
- L'accueil :
  - Est un moment privilégié avec un impact important sur le déroulement de la prise en charge du patient et de son vécu.
  - Permet de rentrer en relation avec le patient et instaure la relation de confiance.
  - Est le moment d'une première évaluation.

# CC1: Accompagnement

- Psychologique
  - Psychologue
- Vie Quotidienne
  - Diététicien
- Surveillance et participation à la prise en charge des effets indésirables liés au traitement de chimiothérapie
  - Socio esthéticienne
- Social
  - Assistante sociale

# CC1: Votre regard et écoute

- Souffrance physique
- Souffrance psychologique, annonce d'incurabilité
- Vie chamboulée, cadre social et familial perturbé, difficultés financières et administratives, ...
- Perturbation de l'image de soi, vivre dans son « corps malade »

# CC1: Vos expériences ?

## Cas clinique n° 2: Mr Xi

- Patient de 53 ans, mariée, deux enfants 16 et 20 ans, professeur des écoles
- Habite à la maison à la campagne à 30 min de Besançon
- Découverte sur dysurie d'une tumeur de prostate, pas d'antécédents médicaux.
- Métastases osseuses associées
- Consultation d'annonce médicale suivi d'une proposition d'accompagnement de temps soignant.
- RCP et PPS: traitement tri modal associant Chimiothérapie première + radiothérapie + hormonothérapie

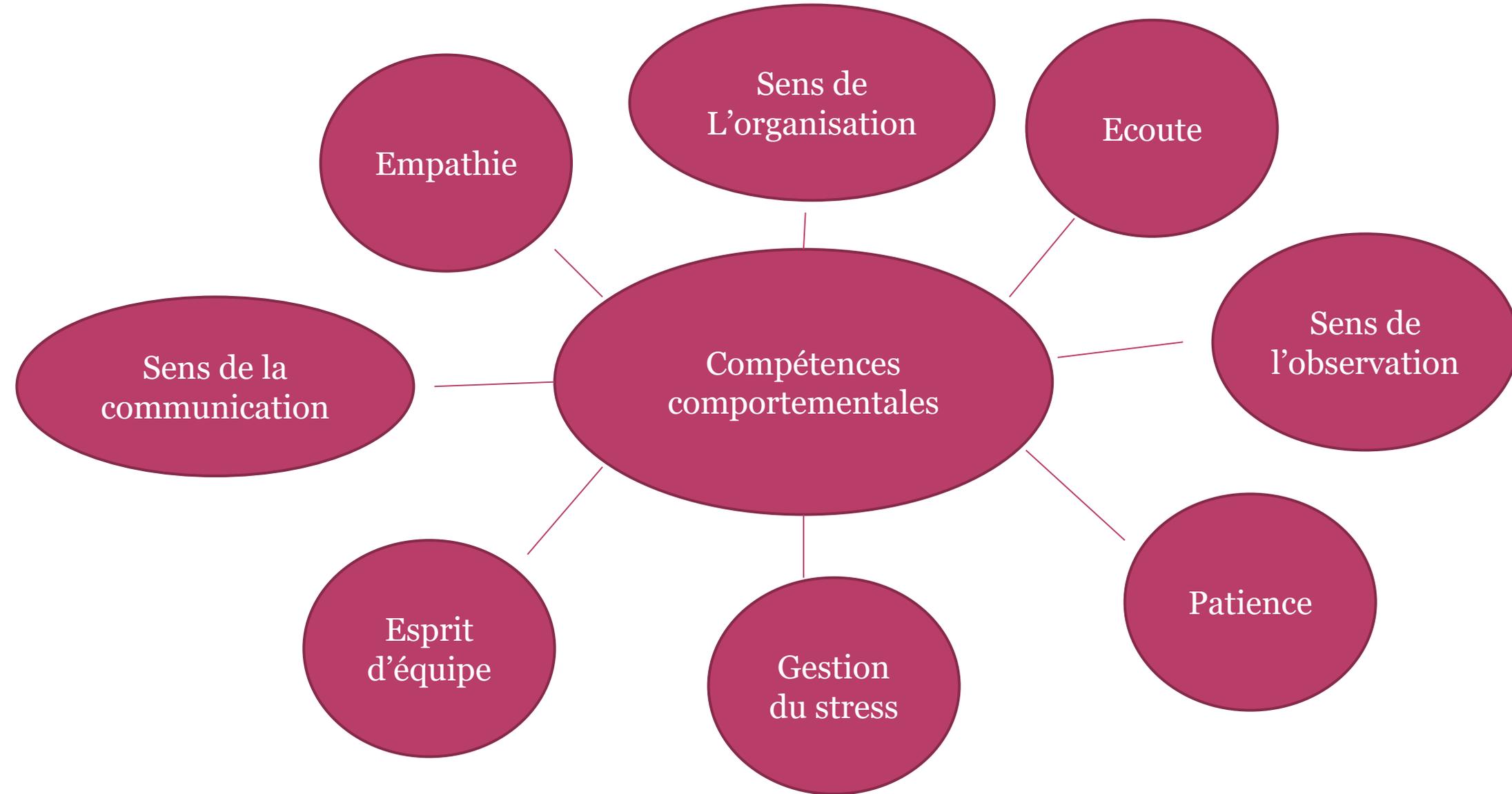
# CC2: Temps d'accompagnement soignant

- **Professionnels concernés:** AS + IDE
- **Objectifs:** revoir l'ensemble des infirmations données par le médecin
- **Explications PPS:** Déroulement de la séances avec **visite** du service
  - **Revue des éventuels effets secondaires et conseils associés**
  - Ordonnances de son oncologue
  - Numéro Oncotel, et remise de la pochette de l'IRFC
  - **Administratif:** PMT et Pochette de séance
- **Soins de supports:**
  - Assistante sociale, diététicien, psychologue, socio-esthéticienne, Docteur en APA,  
...
- Associations diverses, centre capillaire, ...

# CC2: Rôle des soins de support

- **Assistante sociale**
  - Aide dans les démarches administratives: travail, domicile, difficultés financières...
- **Diététicienne**
  - Évaluation
  - Conseils et éducation à la nutrition
  - Mise en place de compléments nutritionnels
- **Psychologue**
  - accompagnement patiente et entourage, pendant et après le traitement de la maladie.
- **Socio-esthéticienne**
  - Traitement et préventions des effets secondaire cutanés
  - Soins bien-être et détente pendant la séance, retrouver le goût du « prendre soin de soi »
- Responsable de la recherche et du développement en **Activité Physique Adaptée** en cancérologie
  - Promotion à la santé et au sport
  - Présentation des bénéfices de la pratique quotidienne de l'APA

# Compétences de l'aide soignante en oncologie



# Rappel des compétences:

- Compétence 1 :

Accompagner une personne dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie.

- Compétences 2 :

Apprécier l'état clinique d'une personne avec en pratique :

- Mesure des paramètres vitaux.
- Surveillance des signes cliniques.
- Observation de la douleur et du comportement.
- Réalisation de prélèvements non stériles.
- Transcription de la mesure des paramètres vitaux.

# Rappel des compétences:

- Compétences 3:

Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne avec en pratique :

- Observation et surveillance des patients sous perfusion.
- Observation des pansements.
- Observation et transmissions des signes de douleur.

# Rappel des compétences:

- Compétences 4:

Établir une communication adaptée à la personne et son entourage avec en pratique

- Accueil et information de la personne et de son entourage.
- Écoute et re formulation.
- Éducation d'une personne pour favoriser ou maintenir son autonomie.
- Participation à la démarche éthique.

# Rappel des compétences:

- Compétence 5 :

Rechercher et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins avec en pratique :

- Transmettre les informations liées à la réalisation du soin ( ...) par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés.
- Renseigner des documents assurant la traçabilité des soins.

- Compétence 6 :

Organiser son travail dans une équipe pluri-professionnelle.

# Rôle essentiel de l'aide soignant dans:

- l'accueil,
- l'évaluation,
- la prise en charge,
- l'accompagnement,
- les transmissions ,
- la traçabilité,
- la signalisation aux soins de support,
- la réflexion d'équipe.

# L'évaluation:

- Comme vu dans le rappel des compétences l'évaluation fait partie intégrante du rôle de l'aide-soignant.
- Elle permet de recueillir les points essentiels du vécu du patient de sa maladie, de son traitement.
- Elle permet de prendre en charge le patient dans sa globalité en portant un intérêt particulier aux champs psychologique et social.
- Elle permet d'alerter les soins de supports pour assurer une prise en charge adaptée et personnalisé

# Accompagnement dans les modifications corporelles:

Alopécie ( coupe de cheveux progressive, puis rasage total puis aide au choix d'une prothèses capillaire ou turban)

Modifications cutanées liées au traitements (hydratation de tout le corps avec lotions prescrites)

Modifications du poids: baisse ou augmentation, conseil en lien avec le diététicien

# Accompagnement dans l'anxiété

Attitude d'écoute, d'aide de soutien (à toutes les phases, curatives et/ou palliatives)

Information (répétitions)

Massages relaxants

FORMATION REGIONALE DE CANCEROLOGIE  
à destination des Aides-Soignantes  
Mardi 5 novembre 2024



# Parcours d'un patient atteint d'un cancer de la prostate

Merci pour votre attention  
Questions ?

Dr Goujon Morgan  
IRFC – Service d'oncologie

