

Module 10 Cancérologie Oncohématologie	Auteurs : Pr Schraub, Dr Frasier, Mme Marx
Titre	PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES, ÉTHIQUES ET SOCIAUX INFORMATION – RÉINSERTION PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR – TRAITEMENTS DES SYMPTÔMES
Objectifs pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ connaître les principaux problèmes psychologiques et psychiatriques liés au cancer ○ connaître les problèmes sociaux liés au cancer ○ connaître les problèmes éthiques spécifiques au cancer ○ connaître les principes de l'information du patient ○ connaître la réinsertion du patient cancéreux ○ connaître les types de douleur survenant chez le patient cancéreux ○ connaître la prise en charge des autres symptômes.
ENC Items 69 & 142	<p>Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage.</p> <p>Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.</p>
Objectifs ENC :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Expliquer les principes de la prise en charge globale du malade à tous les stades de la maladie en tenant compte des problèmes psychologiques, éthiques et sociaux. ○ Identifier une situation relevant des soins palliatifs. ○ Argumenter les principes de la prise en charge globale et pluridisciplinaire d'un malade en fin de vie et de son entourage. ○ Aborder les problèmes éthiques posés par les situations de fin de vie

I. PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

Le cancer est une maladie redoutée car potentiellement mortelle et douloureuse. L'annonce du diagnostic plonge le patient et ses proches dans une situation de crise existentielle où un ensemble de repères seront bouleversés. Chez la personne malade, un sentiment d'incommunicabilité et d'isolement, une baisse de la concentration intellectuelle, une irritabilité, une fatigue psychologique, une baisse de l'estime de soi, une peur incontrôlée du futur, s'ajoutent à la

fatigue physique liée à la maladie et aux traitements. L'ensemble de ces symptômes est lié à la sensation de rupture brutale avec l'environnement, de remise en cause, de recherche d'un sens à la maladie et à la vie.

Il est nécessaire de connaître et de respecter le rythme d'adaptation du patient et de ses proches à l'annonce du diagnostic. Des mécanismes de défense inconscients expliquent les comportements parfois déroutants du patient et de la famille, générant de la discordance dans la communication les soignants. Ces mécanismes de défense ont pour objectif la mise à distance de l'angoisse associée à l'irruption de la maladie cancéreuse.

Les mécanismes de défense face à la peur et l'angoisse de mort concernent la personne malade mais aussi les familles et les soignants. La souffrance des soignants peut expliquer certaines attitudes contradictoires : mensonges pour « protéger » le malade, à l'inverse vérité totale et brutale pour ne pas avoir à supporter un secret trop oppressant, infantilisation du patient. Cette souffrance répétée des professionnels de santé peut aboutir à un épuisement professionnel (« burn out ») avec un sentiment, de ne pas en faire assez ou de ne pas être à la hauteur.

L'information donnée au patient doit être donnée dans de bonnes conditions, dans un bureau médical, en privilégiant le colloque singulier. Le médecin qui la réalise, est formé aux techniques de communication et à la psycho-oncologie. La consultation d'annonce ne peut être inférieure à 30 minutes, est programmée de préférence en début de journée, du lundi au jeudi, en évitant si possible le vendredi (Plan Cancer).

Annoncer une nouvelle, qu'elle qu'en soit sa nature, s'apprend. Les techniques de communication doivent tenir compte de mots clés tels que : révélation et représentations du mot cancer, informations claires, cohérentes et compréhensibles, écoute, absence de mensonges, patience et répétition dans l'information donnée, respect d'une information non demandée, respect de l'émotion qui s'extériorise, respect du non-dit, prise en compte de ce qui est important pour la personne malade.

L'évolution favorable de la maladie peut permettre une reconstruction psychique de soi avec une volonté forte d'oubli et très souvent un recentrage des priorités de la vie, aboutissant à une qualité de vie supérieure à celle précédant la maladie. A l'inverse, une évolution défavorable peut révéler une ambivalence qui peut expliquer une conduite agressive, des demandes de soins actifs ou une euthanasie en fin de vie, de la part du malade et de sa famille.

La personne malade souhaite également conserver la dimension humaine dans la relation, être soutenue, être reconnue écoutée et entendue, ne pas être abandonnée. L'une des mesures du Plan Cancer souligne la nécessité d'accorder du temps dans l'annonce du diagnostic et dans celle de la stratégie thérapeutique proposée au patient. Les mesures du Plan Cancer, concernant le dispositif d'annonce, prévoient aussi de proposer selon le souhait du patient, des entretiens avec un(e) psychologue, un(e) infirmier(e) ou un travailleur social. Des entretiens psychologiques et/ou un suivi psychothérapeutique peuvent être nécessaires, demandés par les patients et/ou proposés.

II. TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les troubles psychiatriques chez le patient cancéreux sont principalement de trois types : dépression, anxiété et confusion.

Les facteurs de risque sont liés :

- A la maladie cancéreuse
- Aux antécédents psychiatriques
- Aux facteurs psychologiques et sociaux
- Au traitement en particulier les corticostéroïdes et les opioïdes

1. En cancérologie, pour la **dépression**, les différents diagnostics pouvant être relevés sont les troubles dépressifs majeurs (*moins de 15%*), les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et les troubles dysthymiques (*jusqu'à 50%*). Le syndrome de stress post-traumatique est un diagnostic différentiel.

Les symptômes psychologiques sont l'humeur dysphorique, les difficultés de concentration, la perte permanente d'espoir, la culpabilité, les reproches, les idées suicidaires mais aussi les demandes d'euthanasie.

Le diagnostic est un diagnostic médical et la mise en place d'un traitement spécifique peut justifier l'intervention du psychiatre. Les antidépresseurs seront prescrits aux doses efficaces les plus faibles, choisis en fonction de leur demi-vie la plus courte possible en tenant compte de leur délai d'action souvent long et des effets iatrogènes.

La personne atteinte d'un cancer a un risque relatif de suicide *1,5 fois* supérieur à celui observé dans la population générale (le phénomène reste rare), le sexe masculin et l'âge avancé majorent ce risque.

2. L'anxiété est fréquente :

Les syndromes anxieux préexistants peuvent être exacerbés par la maladie cancéreuse.

Il est possible de proposer au patient des traitements non médicamenteux : une présence et un soutien, une écoute et des informations, des consultations chez des spécialistes en psychologie ou en psychiatrie.

Les traitements pharmacologiques sont en premier lieu les Benzodiazepines, à demi-vie courte, d'autant plus si le patient est en phase terminale. Peuvent être aussi utilisés les neuroleptiques, éventuellement des antihistaminiques, des antidépresseurs mais aussi la morphine en cas de douleurs ou de dyspnée anxiogènes.

3. La confusion mentale est évaluée à plus de 75 % chez les patients en fin de vie. *Elle est source de souffrance tant pour le malade que pour son entourage dont la présence est pourtant indispensable. Il est important de*

rechercher les causes même s'il est difficile de les traiter. Il faudra maintenir une communication avec le patient mais aussi avec sa famille, aménager l'environnement, limiter le nombre des intervenants et proposer un traitement symptomatique pour lequel l'Haldol[®] reste le traitement de référence.

Le soutien du malade et de son entourage relève encore une fois du travail d'équipe, non seulement de l'équipe hospitalière, idéalement avec un(e) psychologue, mais aussi de l'équipe du domicile.

III. PROBLÈMES ÉTHIQUES

Pour répondre au mieux aux problèmes éthiques, pour les anticiper, l'appropriation du projet de soins par les différents acteurs (dont patient et proches) est primordiale. L'identification du projet thérapeutique, curatif ou palliatif, l'intérêt des traitements spécifiques sont discutés d'une part lors des réunions de concertation pluridisciplinaires regroupant radiologue(s), anatomopathologiste(s), chirurgien(s), oncologue(s), radiothérapeute(s) et médecins spécialistes d'organe et d'autre part lors des réunions de synthèse hebdomadaires proposées dans les services d'hospitalisation regroupant les professionnels de l'unité et les professionnels transversaux des soins de support (algologie, soins palliatifs, psycho oncologie, réadaptation et rééducation fonctionnelle, nutrition, service social...)

Les grands principes éthiques (vérité, bienfaisance, autonomie, relation médecin-malade équitable, respect de la vie, soulagement de la souffrance), s'appliquent en pathologie cancéreuse. La notion d'autonomie, de relation médecin-malade équitable, devient actuellement primordiale avec le droit à l'information. La notion de bienfaisance et de soulagement de la souffrance s'applique parfaitement dans les soins d'accompagnement et soins palliatifs.

Le problème de respect de la vie se pose avec les demandes d'euthanasie Elle signifie l'acte délibéré de provoquer la mort ; y est inclus le suicide assisté du patient par un soignant. L'euthanasie n'inclut ni l'arrêt des soins de réanimation ni le surdosage non intentionnel de sédatifs. L'opinion publique est majoritairement favorable à l'euthanasie car elle signifie pour elle arrêt de l'acharnement thérapeutique et l'accélération du processus d'agonie.

Des soins palliatifs appropriés avec traitement de la douleur, de l'anxiété, de la dépression et d'une façon générale des symptômes éprouvants (dyspnée...) et une écoute attentive de la détresse de la personne malade, apportent une réponse aux demandes d'euthanasie pour les patients dont le projet de soins est palliatif.

IV. PROBLÈMES SOCIAUX

. Les **frais médicaux** liés au diagnostic et au traitement de la maladie cancéreuse **sont exonérés du ticket modérateur**, c'est-à-dire remboursés à 100 % (affection de longue durée).

En cas d'hospitalisation, la prise en charge du forfait hospitalier incombe toutefois à l'assuré sauf en Alsace/Moselle. Au moment de la guérison, l'exonération du ticket modérateur est supprimée : il faut conseiller aux patients de maintenir leurs cotisations aux mutuelles durant la maladie afin de pouvoir en bénéficier au moment de leur guérison.

Certains cancers peuvent être reconnus comme **maladie professionnelle** et faire l'objet d'une **indemnisation** à ce titre.

Pour un fonctionnaire titulaire, la survenue d'un cancer donne droit à un **congé de longue durée** de 5 ans (3 à plein salaire, puis 2 à demi-salaire) mais la première année d'absence est assimilée à un congé de longue maladie avec récupération des droits en cas de reprise de travail pendant un an.

Les salariés du secteur privé peuvent bénéficier d'un arrêt de maladie avec des prestations de l'assurance maladie si certaines conditions sont remplies. Le licenciement d'un salarié du secteur privé pour cause de cancer n'est pas autorisé, mais le licenciement est possible, en cas d'absentéisme après un certain délai (en général un an) fixé par les conventions collectives ou si le reclassement n'est pas possible.

Le congé d'accompagnement permet au conjoint, aux ascendants ou descendants de se rendre disponible durant 3 mois (avant le décès). Le congé est sans solde mais les droits du salarié sont maintenus. Ce congé est renouvelable.

Un certificat établi par un médecin de soins palliatifs permet la mise à disposition par l'assurance maladie de fonds (de l'ordre de 2 000 €) pour financer l'intervention de certains professionnels (dont les gardes-malades) et l'achat de matériels non remboursés (comme les alèses jetables ou les changes complets).

V. L'INFORMATION DU PATIENT

L'information du malade cancéreux est une nécessité. La non information est source d'angoisse. -. Le consentement éclairé est requis. **La loi du 4 Mars 2002 ont codifié les droits des malades notamment l'information du patient.**

« **En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent des informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci sauf opposition de sa part** ». Le droit à l'information est désormais reconnu légalement. « **Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, les risques fréquents et graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus** ». Le malade a le droit de demander le coût des actes. Il doit être informé par écrit des transfusions. En cas de litige à propos de l'information donnée, il appartient au professionnel ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a été délivrée

Il convient d'informer le patient des traitements y compris des risques exceptionnels mais graves liés à ces traitements. **Apporter la preuve de l'information ne nécessite pas de faire signer tous les patients pour tous les actes** et, comme le signale le rapport de l'ANAES, l'information orale en tête à tête reste la meilleure, renforcée si besoin par des documents explicatifs écrits. En cas de litige, seul un faisceau de preuves prouvant que l'information a bien été donnée sera retenu. Une simple signature du patient sur un document signalant qu'il a bien reçu l'information ne constitue pas une preuve.

En cas d'essai thérapeutique, le consentement écrit est légalement nécessaire (*Loi Huriot-Sérusclat, 1988*).

VI. RÉINSERTION

Celle-ci concerne la réadaptation physique, la réinsertion sociale et professionnelle.

De nouveaux repères apparaissent : il faut également tenir compte de l'anxiété liée à la fin du traitement, de la crainte de l'avenir et de la récurrence qui accompagnent la phase de «reconstruction psychologique». **Des associations telles que la Ligue Contre le Cancer ou des associations d'anciens malades (colostomisés et iléostomisés «ILCO», laryngectomisés «Mutilés de la voix», mastectomisés «Vivre comme avant» aident les patients par une information ou le témoignage d'un vécu.**

A. READAPTATION PHYSIQUE

◆ Cancer du sein

La mammectomie représente un véritable traumatisme psychologique justifiant un traitement conservateur chaque fois que possible . Une **chirurgie plastique reconstructive** peut être réalisée après mastectomie, soit immédiatement lorsque le pronostic local est excellent, soit d'une façon retardée, après 1 ou 2 ans, selon le pronostic.. Cette reconstruction fait appel à une prothèse remplie de sérum physiologique et/ou à des lambeaux musculo-cutanés. Une reconstruction du mamelon et une "symétrisation" du sein restant sont souvent nécessaires.

La mammectomie est responsable de séquelles fonctionnelles : déséquilibre thoracique, surtout en cas de sein volumineux, **limitation des mouvements de l'épaule**, qu'il convient de prévenir par une rééducation précoce (kinésithérapie...), **lymphoedème du bras**, beaucoup moins fréquent depuis les opérations ne sacrifiant pas les muscles pectoraux (Patey) et l'absence d'irradiation axillaire. Le lymphoedème qui peut toucher tout le membre supérieur ou uniquement l'avant-bras ou le dos de la main et qui peut survenir plusieurs années après un curage axillaire nécessite une prophylaxie avec traitement de la moindre plaie, interdiction de toute injection, prévention de traumatisme (blessure, brûlure) et interdiction de porter des charges trop lourdes. En cas d'œdème, il convient de le réduire "mécaniquement" compression par des massages adéquats (drainage lymphatique). Une fois réduit, un manchon de contention type bas à varice sera porté. Les traitements médicamenteux oraux sont peu efficaces.

◆ Cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

L'irradiation cervico-faciale détermine une **asialie**, nécessitant avant l'irradiation des soins dentaires avec pour les dents restantes une prophylaxie fluorée locale pour éviter les caries postradiothérapeutiques et une radionécrose. Des compositions à base de pilocarpine permettent de réduire l'hyposialie ; les bains de bouche facilitent l'hygiène buccale.

La laryngectomie totale impose une **rééducation** : phonatoire, basée sur l'acquisition d'une voix oesophagienne, et des soins locaux.

◆ **Cancers colorectaux**

Les **stomies digestives** (colostomie, iléostomie plus rarement) ont bénéficié d'importants progrès tant dans la prise en charge (équipes de stomatothérapie, associations de malades) que dans l'appareillage : Après l'intervention, les soins locaux sont enseignés afin d'être réalisés par le patient lui-même à domicile. Les poches auto-adhésives, remboursées par la Sécurité Sociale, assurent habituellement une étanchéité parfaite aux selles et aux gaz. La technique d'irrigation colique, utilisée par près de la moitié des colostomisés, évite tous les inconvénients de la poche tous les 2 à 3 jours, un lavement évacuateur d'eau tiède permet l'évacuation du côlon "éduqué" à la fonction de réservoir ; entre temps, la colostomie est obturée par un simple pansement.

◆ **Cancers de la vessie**

Les **stomies urinaires** posent des problèmes voisins des stomies digestives avec utilisation de poches adhésives

◆ **Cancers de l'estomac**

Les suites de gastrectomie sont souvent émaillées de complications : reflux oesophagien syndrome du petit estomac nécessitant le fractionnement des apports alimentaires, dumping syndrome imposant l'éviction des aliments glacés et hyperosmolaires (sucres, alcool), diarrhées par vagotomie, par pullulation bactérienne au niveau d'une anse borgne (intérêt des cures d'antibiotiques) ou encore insuffisance pancréatique ou biliaire (intérêt des extraits pancréatiques).

◆ **Cancers pelviens**

La radiothérapie pelvienne expose dans 15 % des cas au risque de cystite, de rectite, de sigmoïdite ou d'iléite radiques très symptomatiques, dont le traitement impose exceptionnellement la mise au repos du tube digestif (chirurgie de dérivation, alimentation parentérale exclusive).

◆ **Problèmes de la fertilité et de la sexualité**

Ce chapitre est dominé par la prise en charge des troubles de la sexualité et de la fertilité, aux confins de la rééducation psychologique et somatique.

Chez l'homme

Les traitements anticancéreux peuvent entraver la vie sexuelle et génitale **L'impuissance**, peut être d'origine multiple : neurologique (chirurgie pelvienne radicale : prostatectomie, amputation rectale large), endocrinienne (hormonothérapie du cancer de la prostate), vasculaire (radiothérapie), psychologique le plus souvent, liée aux réactions d'anxiété et de dépression et à la perte de la libido. **L'anéjaculation** par éjaculation rétrograde, après curage ganglionnaire lombo-aortique (tumeurs testiculaires). **L'azoospermie** temporaire ou définitive due à la radiothérapie (*dose stérilisante: 6 Gy*) ou à la chimiothérapie (surtout les alkylants).

Le traitement de ces troubles est essentiellement préventif: congélation du sperme avant de débiter une radiothérapie ou une chimiothérapie. Cette technique a pour limite de fréquentes anomalies du spermogramme avant tout traitement (*60 % des maladies de Hodgkin et 85 % des cancers testiculaires*)

Chez la femme

La sexualité est fréquemment perturbée: tantôt pour des raisons organiques (sclérose pelvienne, sécheresse vaginale par sevrage oestrogénique observé après castration chirurgicale, radiothérapique ou chimique, souvent pour des raisons psychologiques (*difficultés d'adaptation à la nouvelle image corporelle notamment en cas de*

La fertilité est altérée par certaines thérapeutiques : la chirurgie d'exérèse de l'appareil génital, la radiothérapie pelvienne déterminant une stérilité définitive au delà *de 15 Gy*, (ce qui conduit à proposer parfois un déplacement chirurgical des ovaires avant irradiation pelvienne d'une maladie de Hodgkin). Certaines chimiothérapies provoquent une anovulation et aménorrhée, d'autant plus réversible que la femme est jeune et que les doses ont été modérées . Une ménopause précoce peut être traitée par des traitements substitutifs hormonaux s'il n'y a pas d'hormonodépendance du cancer traité.

◆ **La grossesse :** évolue normalement chez la plupart des femmes guéries de leur cancer. Elle ne semble pas favoriser la survenue d'une récurrence tumorale (à l'exception peut être du mélanome).

◆ **Le risque de malformation**

Le risque de malformation chez un enfant dont l'un des parents a été traité par radiothérapie ou chimiothérapie n'est pas élevé; on recommande aux parents un délai de 2 ans entre la fin du traitement et une éventuelle procréation.

◆ **Les vaccinations**

Les cancéreux guéris conservent parfois un déficit de l'immunité surtout cellulaire. Les vaccins tués et les anatoxines ne sont pas contre-indiqués et doivent être recommandés. Leur efficacité peut être aléatoire (absence de séroconversion chez certains immunodéprimés). La vaccination antigrippale en particulier doit être conseillée. Les vaccins vivants, à l'exception du BCG, utilisé en immunothérapie, sont en principe contre-indiqués (ex : « fièvre jaune », « antipolio buvable ») et doivent être discutés.

B. REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Reprise du travail

Celle-ci est possible pour les anciens patients. Seule l'inaptitude physique –déterminée par le médecin du travail- peut être une contre-indication à son emploi.

Dans la fonction publique

Lorsque la reprise du travail est impossible au terme du congé de 5 ans, trois solutions sont envisageables : la mise en disponibilité, la mise en pré-retraite (si l'âge le permet), la mise en invalidité

Dans le secteur privé

L'embauche et la reprise du travail sont soumises à plusieurs facteurs : la reconnaissance de l'aptitude physique par le médecin du travail en fonction de la nature des séquelles, l'avis de la direction du personnel, l'intervention de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) - dénommée « Commission des droits et de l'autonomie des personnes » à compter du 01.01.06 - peut être utile pour les sujets handicapés, les entreprises devant légalement réserver 10 % de leurs emplois aux travailleurs handicapés).

◆ **1er emploi**

Pour un premier emploi, l'accès à la fonction publique suppose la délivrance par un médecin assermenté d'un certificat attestant que l'état physique est compatible avec le futur emploi et que la maladie est parfaitement stabilisée ; il existe pour les sujets handicapés des emplois réservés.

Dans le secteur privé, l'emploi est lié à l'aptitude physique du demandeur après visite auprès du médecin du travail

◆ **Assurances et cancer**

Le cancéreux guéri rencontre souvent des difficultés lors de la souscription d'une assurance-vie ou d'une assurance-décès cautionnant un emprunt bancaire, qui peuvent être refusées ou faire l'objet de surprime.

Légalement, seul le malade peut transmettre son dossier médical au médecin de la compagnie d'assurance. Le médecin de la compagnie essaye d'avoir le maximum de renseignements pour formuler son avis. Le médecin de la compagnie d'assurance émet un jugement en fonction du pronostic et du recul de l'affection. Le patient peut être assuré avec ou sans surprime, ajourné (manque de recul en général, dossier à représenter) ou refusé. Un problème psychologique peut se poser chez un patient non informée de son diagnostic, qui a été déclaré « guéri » et dont le contrat a été refusé par la compagnie d'assurance.

VII. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (est traitée ailleurs dans le module 10)

La douleur cancéreuse est fréquente : 8 patients sur 10 s'en plaindront au cours de l'évolution de la maladie. Elle peut être liée à la maladie cancéreuse, aux traitements anticancéreux ou à une autre cause. **L'évaluation de la plainte douloureuse** est indispensable. La perte d'autonomie, l'incapacité à parler d'autre chose que de sa douleur, les troubles du sommeil et l'anorexie sont autant de signes évocateurs de douleur persistante.

Il est important de localiser les foyers douloureux (positions antalgiques ?). L'intensité de la douleur est mesurée par le patient lui-même (autoévaluation) ou par l'équipe (hétéroévaluation). Préciser la qualité de la douleur permettra d'adapter le(s) traitement(s) au(x) mécanisme(s) : excès de nociception, désafférentation, psychogène.

La deuxième étape est celle de **l'examen médical clinique même chez le patient en fin de vie**. Complet, il pourra être nécessaire, selon le contexte, d'y associer des examens paracliniques en vue d'optimiser les traitements étiologiques.

Le traitement antalgique est administré en continu, et non à la demande ; le traitement de la crise douloureuse doit être prévu. Les médicaments seront choisis, sans multiplier les molécules, en fonction de leur demi-vie et en limitant les effets secondaires. La voie orale est privilégiée. L'évaluation de l'efficacité du traitement devra être répétée toutes les 24 à 48 h en vue d'adapter la posologie d'une part et le choix des thérapeutiques d'autre part.

Le travail en équipe est essentiel ; l'évaluation de **la** souffrance plus globale de la personne n'est optimale qu'après la sédation partielle des douleurs physiques.

VIII. PRISE EN CHARGE DES AUTRES SYMPTÔMES (Voir aussi le chapitre «Urgences en cancérologie»)

Compression médullaire (Voir le chapitre «Urgences en cancérologie»)

Hypercalcémie (Voir le chapitre «Urgences en cancérologie»)

◆ Nausées et vomissements

Ne sont envisagés que les nausées/vomissements post-chimiothérapie. *Soixante dix à quatre vingt pour cent* des patients sous chimiothérapie présentent des nausées, vomissements. Il existe des nausées/vomissements précoces, 1h à 8h après la chimiothérapie, et des symptômes plus tardifs, jusqu'à 3 jours après la chimiothérapie). La répétition de ces nausées/vomissements peut entraîner un véritable réflexe conditionné aboutissant à des symptômes anticipatoires à la vue de l'hôpital... Les nausées/vomissements sont variables selon des drogues de chimiothérapie, la plus émétisante étant le cisplatine. Pour les nausées/vomissements mineurs, le metoclopramide est indiqué (à forte dose il peut donner un syndrome extrapyramidal). Pour les symptômes plus marqués, les «**sétrons**» (ondansetron, granisetron, dolasetron...) sont les plus efficaces et agissent sur les récepteurs 5HT₃. Les corticoïdes ont une efficacité comme antiémétique et renforcent l'action des «setrons» surtout pour les vomissements retardés. Des anxiolytiques peuvent être nécessaires.

◆ Anémie

Elle est définie par la baisse du nombre des globules rouges, du taux d'hémoglobine et de l'hématocrite par unité de valeur. L'élément principal est la réduction du taux d'hémoglobine (Hb). On parle d'anémie lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 13 g/dl chez l'homme et 12 g/dl chez la femme. L'anémie du malade cancéreux relève de plusieurs mécanismes, les uns liés à la maladie cancéreuse avec des phénomènes étiologiques voisins de ceux constatés lors des maladies inflammatoires chroniques, ou un envahissement médullaire par des métastases, ou encore en cas d'hémorragie, l'autre en rapport avec une toxicité liée aux traitements myélosupresseurs. Entre en cause une réponse inappropriée de la moelle érythropoïétique à l'érythropoïétine (EPO), des altérations du métabolisme du fer, une production anormale de certaines cytokines, enfin, éventuellement une protéine des cellules néoplasiques entraînant une fragilité osmotique des globules rouges.

Le traitement d'une anémie est une nécessité si cette anémie s'est installée rapidement et est invalidante. La thérapeutique est **étiologique** (traitement d'un envahissement médullaire néoplasique, correction de l'infection...) et symptomatique si le taux d'hémoglobine est inférieur ou égal à 8 g/dl. Des **transfusions sanguines** peuvent être prescrites sous forme de culot globulaire dont le nombre est fonction du retentissement de l'anémie (une transfusion de 2 culots globulaires fait remonter l'hémoglobine de 1,5 g/dl environ). L'EPO est une thérapeutique intéressante en cas d'anémie chimio-induite. Son action demande plusieurs semaines. Le traitement d'une anémie est nécessaire avant une irradiation notamment pour les cancers du col utérin en raison d'une moindre efficacité de la radiothérapie en cas d'anémie.

CONCLUSION

L'ensemble de ce chapitre souligne le nécessaire travail en équipe et la prise de temps pour informer le patient.