

**« LA DERNIERE CURE DE
CHIMIOOTHERAPIE
DOIT-ON LA FAIRE? »**

LA DERNIERE CURE DE CHIMIOTHERAPIE DOIT-ON LA FAIRE?

- Situation palliative;
- Maladie évolutive;
- Après plusieurs lignes de traitement

- Doit-on envisager

Une nouvelle ligne?

Un arrêt des soins spécifiques?

- Si nouvelle ligne

Que peut-on espérer objectivement?

Qu'en attend le patient (et sa famille)?

DECISION PARTAGEE - DEFINIR LE/LES OBJECTIFS

LA DERNIERE CURE DE CHIMIOETHERAPIE

Nous marchons sur une ligne de crête  HUMAINE
ETHIQUE

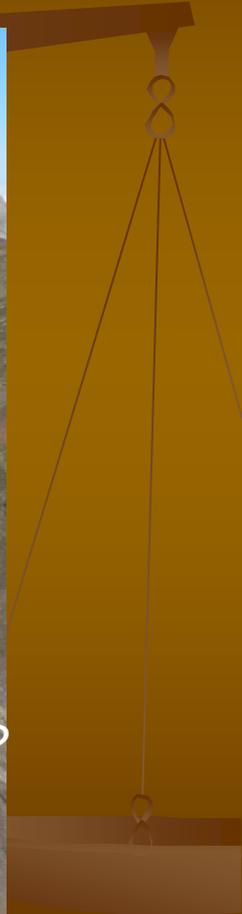


POURSUITE

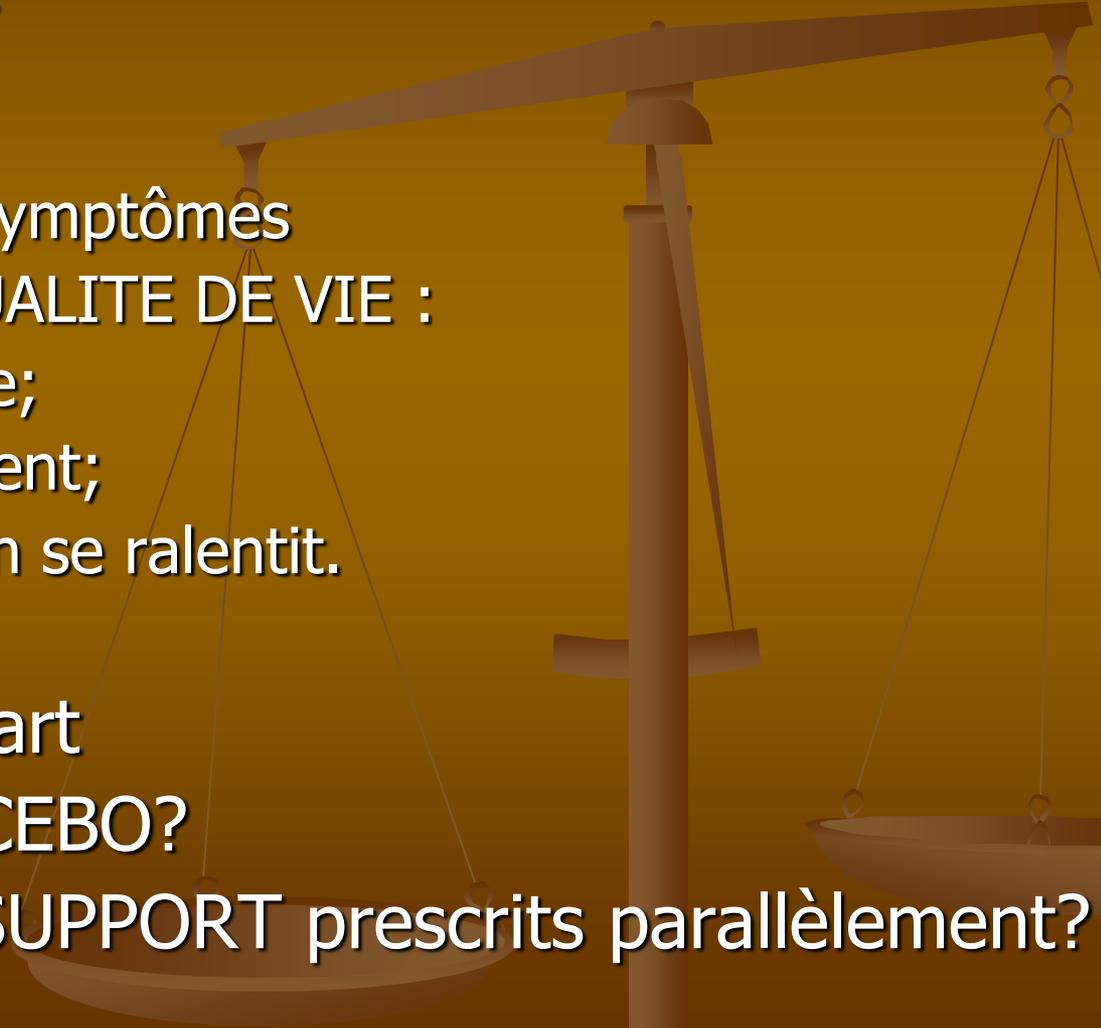
Obstination déraisonnable ?

ABSTENTION

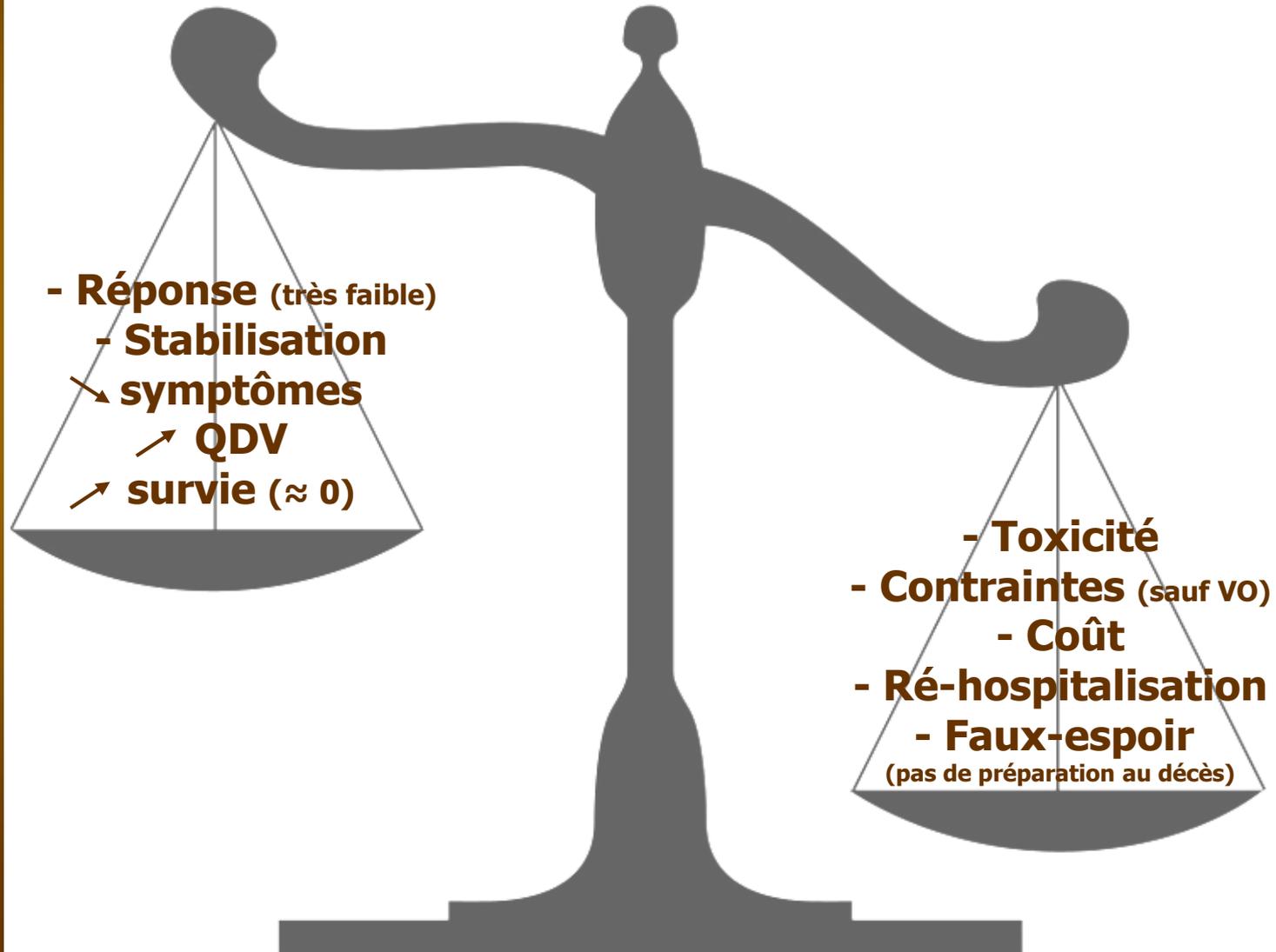
Perte de chance ?



LA DERNIERE CURE DE CHIMIOOTHERAPIE QUE PEUT-ON ESPERER?

- Réduction tumorale
 - Stabilisation
 - Diminution des symptômes
 - Impact sur la QUALITE DE VIE :
 - elle s'améliore;
 - elle se maintient;
 - la dégradation se ralentit.
 - Mais quelle est la part
 - De l'effet PLACEBO?
 - Des soins de SUPPORT prescrits parallèlement?
- 

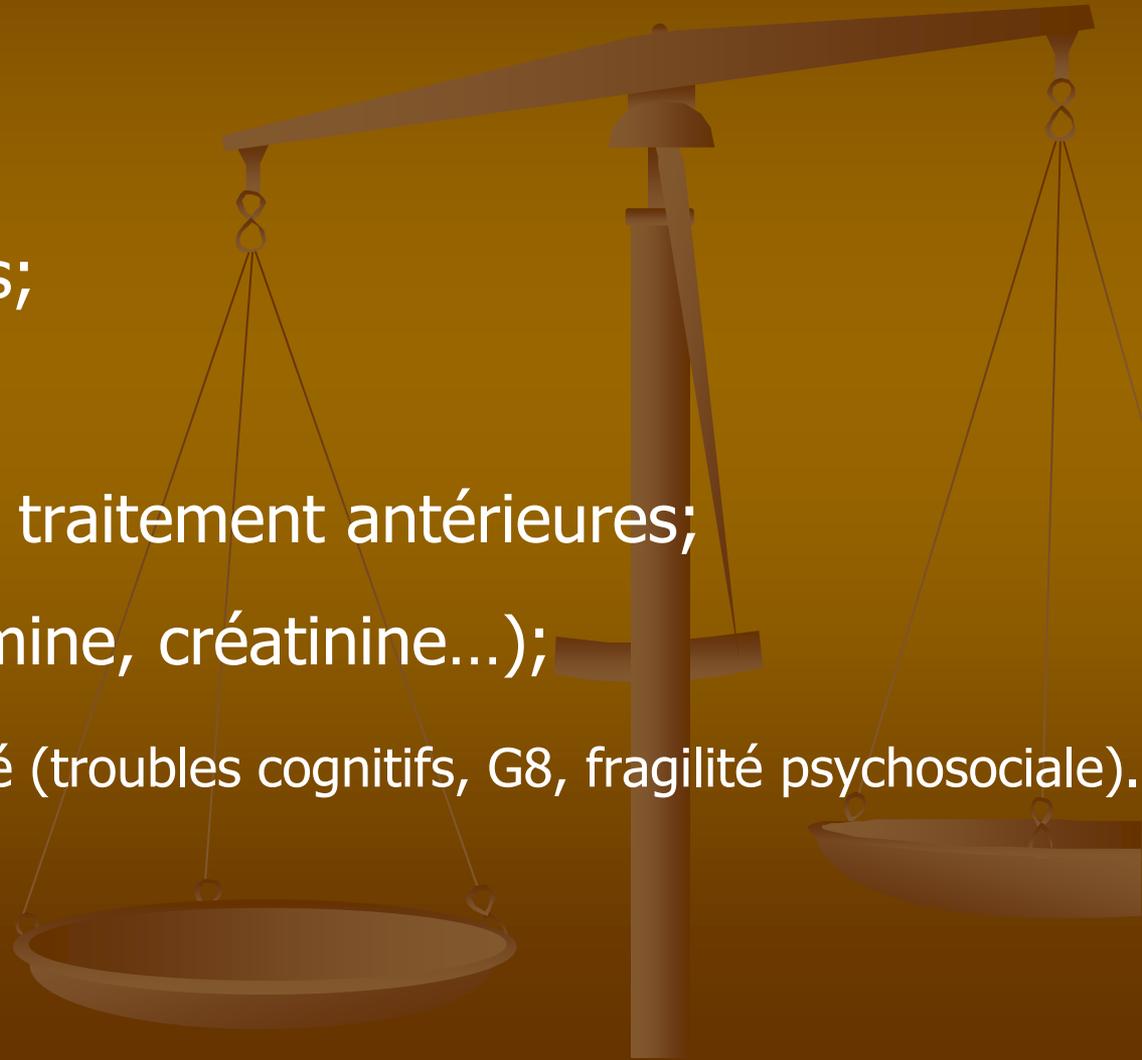
LA DERNIERE CURE DE CHIMIOTHERAPIE QUE PEUT-ON ESPERER?



LA DERNIERE CURE DE CHIMIOTHERAPIE

CRITERES DE DECISION

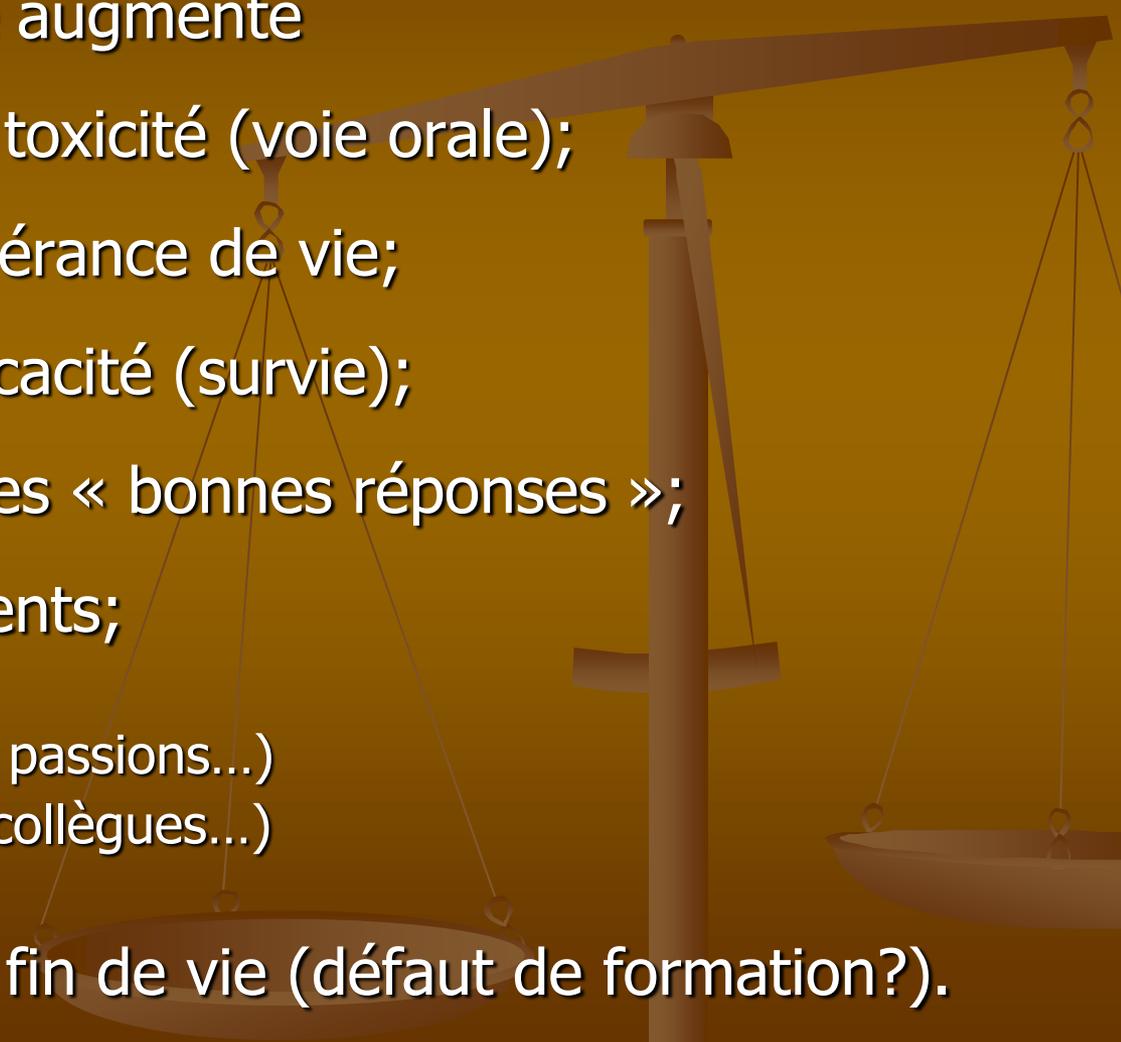
- Etat général: PS;
- Dénutrition;
- Nombre de métastases;
- Qualité de vie;
- Réponse aux lignes de traitement antérieures;
- Bilan biologique (albumine, créatinine...);
- Sujet âgé => Comorbidité (troubles cognitifs, G8, fragilité psychosociale).



LA DERNIERE CURE DE CHIMIOOTHERAPIE

CRITERES SUBJECTIFS

- Oncologue -

- Arsenal thérapeutique augmente
 - Sous-estimation de la toxicité (voie orale);
 - Surestimation de l'espérance de vie;
 - Surestimation de l'efficacité (survie);
 - Il garde en mémoire les « bonnes réponses »;
 - Attachement aux patients;
 - Evolution longue
 - Identification (âge, passions...)
 - Proximité (famille, collègues...)
 - Difficulté à aborder la fin de vie (défaut de formation?).
- 

LA DERNIERE CURE DE CHIMIOOTHERAPIE

CRITERES SUBJECTIFS

- Patients -

- Surestimation du pronostic
- Surestimation de l'efficacité des traitements
- Demandeurs de traitements qui allongent leur survie
- Besoin d'ESPOIR +++

Réflexion entendue par les ID à l'hôpital de jour :

« Tant que le Dr GED... aura des traitements à nous proposer, nous nous battons... »

- Les patients sont demandeurs +++ d'informations (diagnostic, toxicité...)

MAIS:

- tous ne souhaitent pas avoir un rôle actif dans la décision

« *C'est vous Docteur qui savez...* »

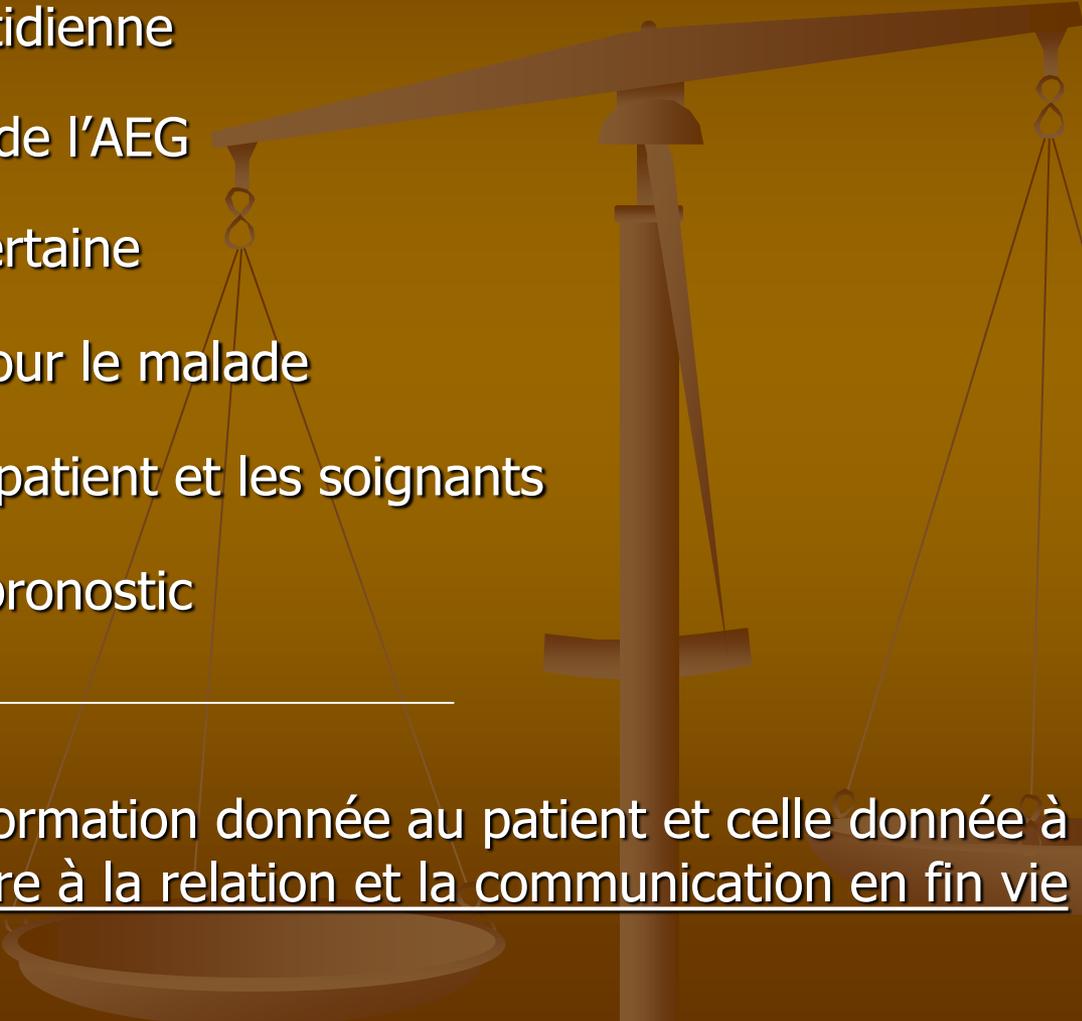
- tous ne souhaitent pas une information précise sur le pronostic sauf peut-être quand on arrête les traitements spécifiques

« *Il m'en reste pour combien de temps?...* »

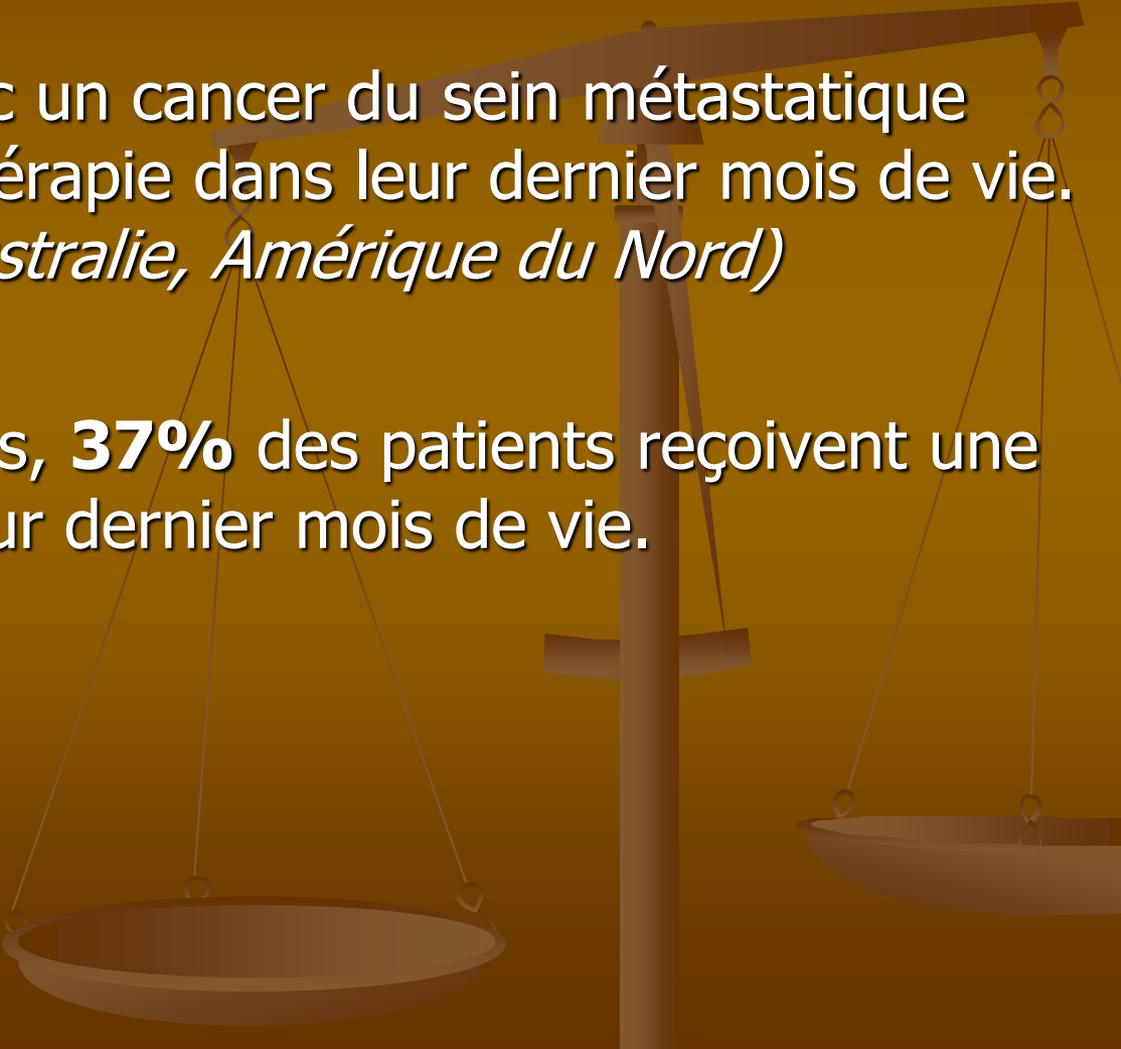
LA DERNIERE CURE DE CHIMIOOTHERAPIE

CRITERES SUBJECTIFS

- Proches -

- Rôle central dans la vie quotidienne
 - Témoins des symptômes et de l'AEG
 - Souffrance psychologique certaine
 - Source de préoccupations pour le malade
 - Pas le même rythme que le patient et les soignants
 - Besoin d'information sur le pronostic
-
- Eviter le décalage entre l'information donnée au patient et celle donnée à ses proches pour ne pas nuire à la relation et la communication en fin vie
- 

LA DERNIERE CURE DE CHIMIOOTHERAPIE FREQUENCE

- **20%** des femmes avec un cancer du sein métastatique reçoivent une chimiothérapie dans leur dernier mois de vie.
(étude en Finlande, Australie, Amérique du Nord)
 - Tous cancers confondus, **37%** des patients reçoivent une chimiothérapie dans leur dernier mois de vie.
(étude portugaise)
- 

LA DERNIERE CURE DE CHIMIOTHERAPIE OU L'ARRÊT DES TRAITEMENTS SPECIFIQUES

Comment faire?

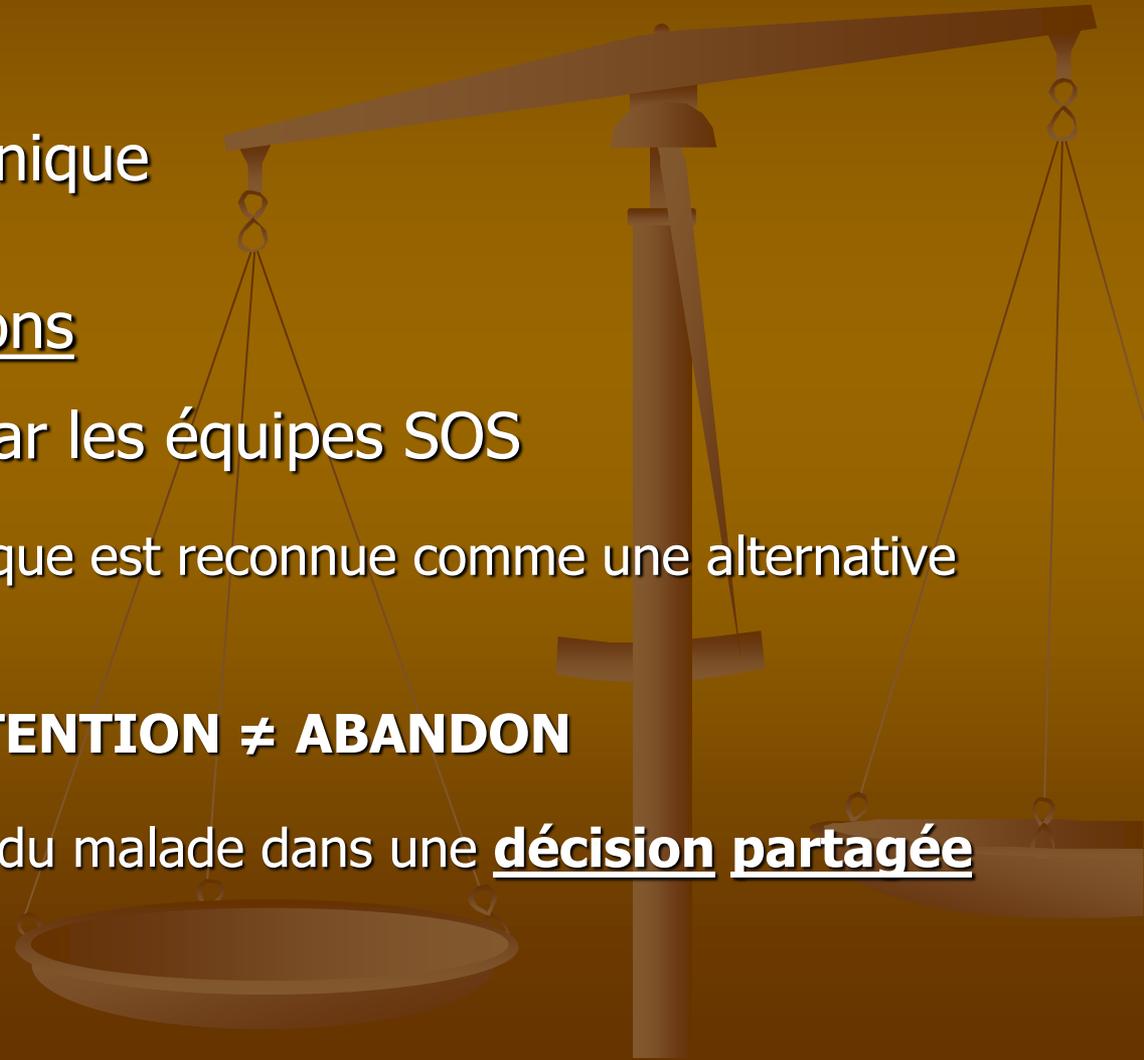
- Pas de solution...
- Chaque situation est unique

Quelques recommandations

- Un référentiel publié par les équipes SOS
 - L'abstention thérapeutique est reconnue comme une alternative médicale à part entière

ABSTENTION ≠ ABANDON

- Respect de la liberté du malade dans une décision partagée



RECOMMANDATIONS SUR LA DECISION D'ARRET DES SOINS SPECIFIQUES

(accords de professionnels)

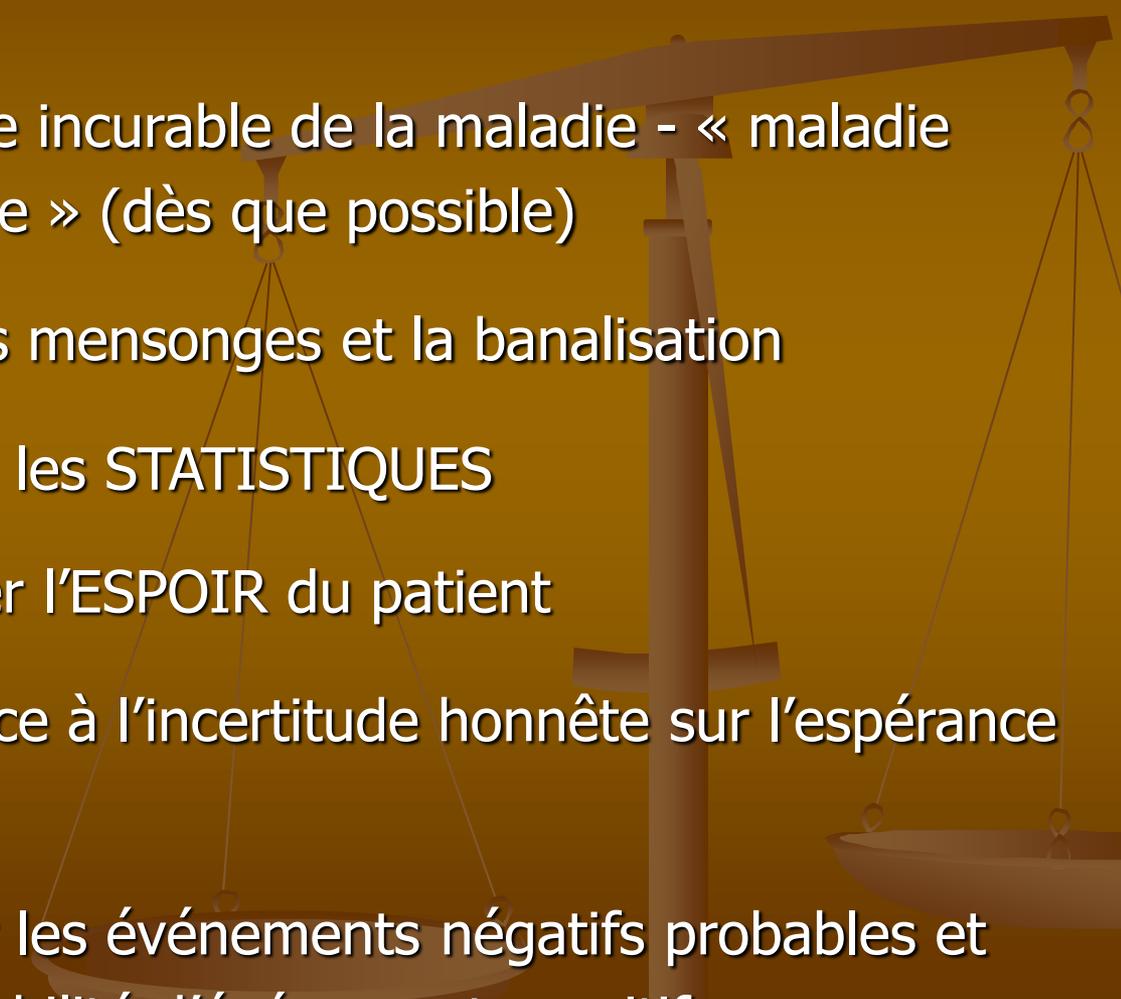
COMMENT ?

- information progressive
- adaptée aux capacités d'intégration psychiques et au rythme du patient dans un climat de confiance avec questions ouvertes
- conscient de l'importance de la communication NON verbale
- l'oncologue doit être attentif aux émotions du patient

RECOMMANDATIONS SUR LA DECISION D'ARRET DES SOINS SPECIFIQUES

(accords de professionnels)

CONTENU ?

- Caractère incurable de la maladie - « maladie chronique » (dès que possible)
 - Éviter les mensonges et la banalisation
 - Proscrire les STATISTIQUES
 - Respecter l'ESPOIR du patient
 - Faire place à l'incertitude honnête sur l'espérance de vie
 - Anticiper les événements négatifs probables et l'improbabilité d'événements positifs
- 

LA DERNIERE CURE DE CHIMIOTHERAPIE OU L'ARRÊT DES TRAITEMENTS SPECIFIQUES

Quand?

- Lors du colloque singulier : Médecin référent – Malade
- Le plus souvent lors d'une consultation externe entre l'oncologue et « son » patient, si possible en présence d'un proche

(Sentiment de SOLITUDE)

- Après présentation du dossier
 - RCP d'organes
 - Staff d'oncologie
 - RSP SOS ou SP (réunions pluri professionnelles)
 - rarement, sauf pour malade hospitalisé

LA DERNIERE CURE DE CHIMIOOTHERAPIE OU L'ARRÊT DES TRAITEMENTS SPECIFIQUES

Décision finale : recherche d'un accord

POURSUITE DE LA CHIMIO

- bien redéfinir les objectifs (symptômes, qualité de vie...)
- bien préciser la toxicité, la surveillance... avec poursuite des soins de support

ARRET DE LA CHIMIO

- trop de toxicité (risques)
- inefficacité (CHIMIORESISTANCE)
- nécessité de récupération (après les nombreuses lignes thérapeutiques)
- L'arrêt d'un traitement INACTIF ne modifie pas d'évolution

**SOINS DE SUPPORT +++ SOINS PALIATIFS
CONTINUE DU SUIVI ONCOLOGIQUE**

CAS CLINIQUE 1

Mme LEC..., 61 ans:

- 2000 : cancer du sein droit à l'âge de 49 ans : chirurgie, radiothérapie, pas de chimio.
- sept. 2008 : récurrence locale + métastases ganglionnaires : hormonothérapie
- avril 2011 : métastases hépatiques : chimio:
 - échec 1^{ère} chimio au bout de 4 mois
 - réponse au 2^{ème} traitement pendant 8 mois (alopécie)
 - stabilisation avec 3^{ème} traitement pendant 5 mois
- oct. 2012 : progression hépatique et métastases cérébrales :
 - refus radiothérapie cérébrale
 - pronostic évoqué avec la patiente : quelques mois
 - accepte nouvelle chimio : 3 cures
 - échec, troubles digestifs, état dépressif mais refus des antidépresseurs
- 4 déc. 2012 : décision conjointe d'arrêter la chimio avec poursuite exclusive des soins de support
 - patiente revue en consultation le 20 décembre, le 20 janvier et le 12 mars avec proposition d'HAD car désir de mourir à domicile
- 5 avril 2013 : décès au domicile près de 5 mois après la dernière cure

CAS CLINIQUE 2

Mlle GUI...:

- juil. 2004 : 32 ans, cancer du sein droit localement évolué : mammectomie, chimio, radiothérapie, hormonothérapie
- juin 2005 : insuffisance cardiaque majeure : constitutionnelle + séquelle de la chimio
- sept. 2007 : métastases pleurales, hormonothérapie, suppression ovarienne + 1cp/j
- sept 2009 : métastases osseuses :
 - radiothérapie des métastases
 - 3 lignes de chimio
- janv. 2011 : hospitalisation car :
 - douleurs, cachexie, gêne respiratoire +++
 - soins de support : oxygène, hypnovel, durogesic
 - patiente demandeuse d'une nouvelle chimio +++ d'où une consultation 15 jours après la sortie du service
- la patiente et sa mère souhaitent la poursuite d'une chimio. La cachexie, l'échec des traitements précédents rendent dangereux un tel traitement.
- une perfusion d'un placebo et perfalgan est réalisée toutes les 3 semaines : amélioration psychologique indiscutable, douleur stabilisée
- hospitalisation le 24 mars pour une 4^{ème} chimio non faite en raison de l'AEG+++ et décision d'une hospitalisation
- la patiente décède le lendemain, 25 mars.

Préserver le patient du désespoir de l'oncologue

