

Hormonothérapie des cancers de la prostate chez le sujet âgé

Congrès annuel oncogériatrie Bretagne

12 Avril 2023

Dr L'Huissier Marie

Cancer de prostate : généralités

- ✓ 1er rang des cancers chez l'homme

- ✓ Facteurs de risque :
 - Age (exceptionnel avant 50 ans; âge moyen 70 ans au diagnostic)
 - Antécédents familiaux : risque plus élevé en cas de deux cas dans la famille, ou mutation BRCA
 - Origine africaine ou antillaise
 - Chlordécone (Martinique et Guadeloupe)

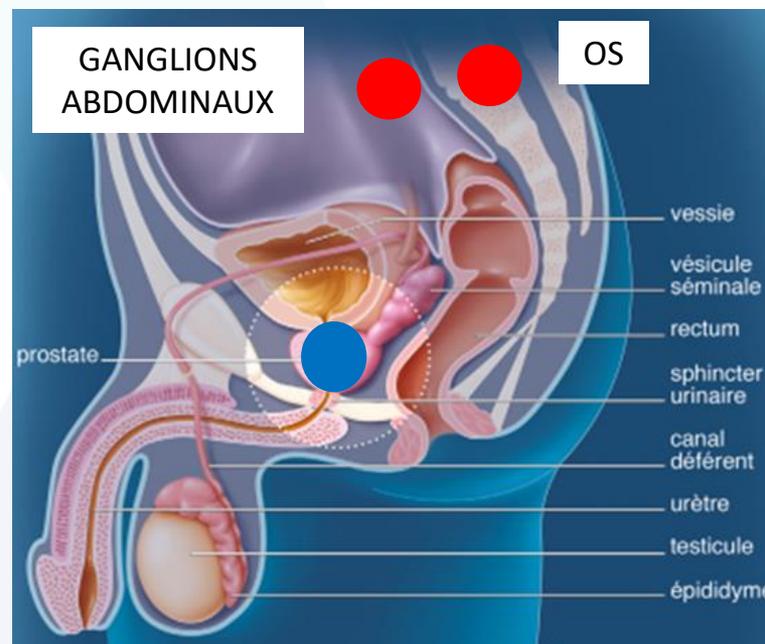
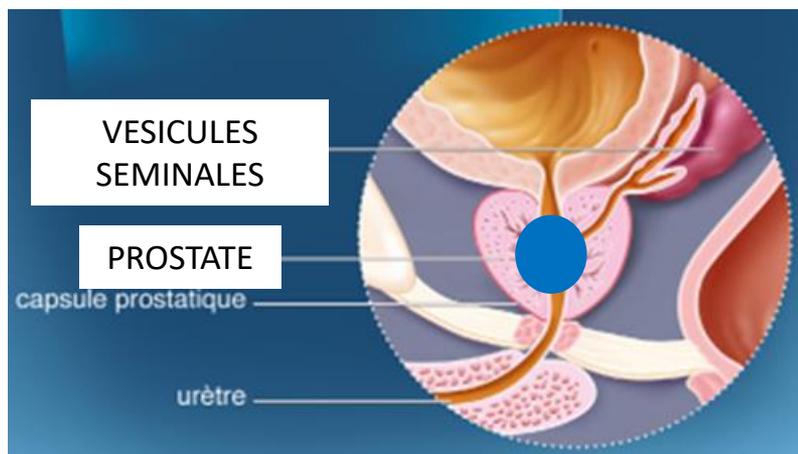
Cancer de prostate : généralités

Pas de dépistage systématique

Fréquemment découvert :

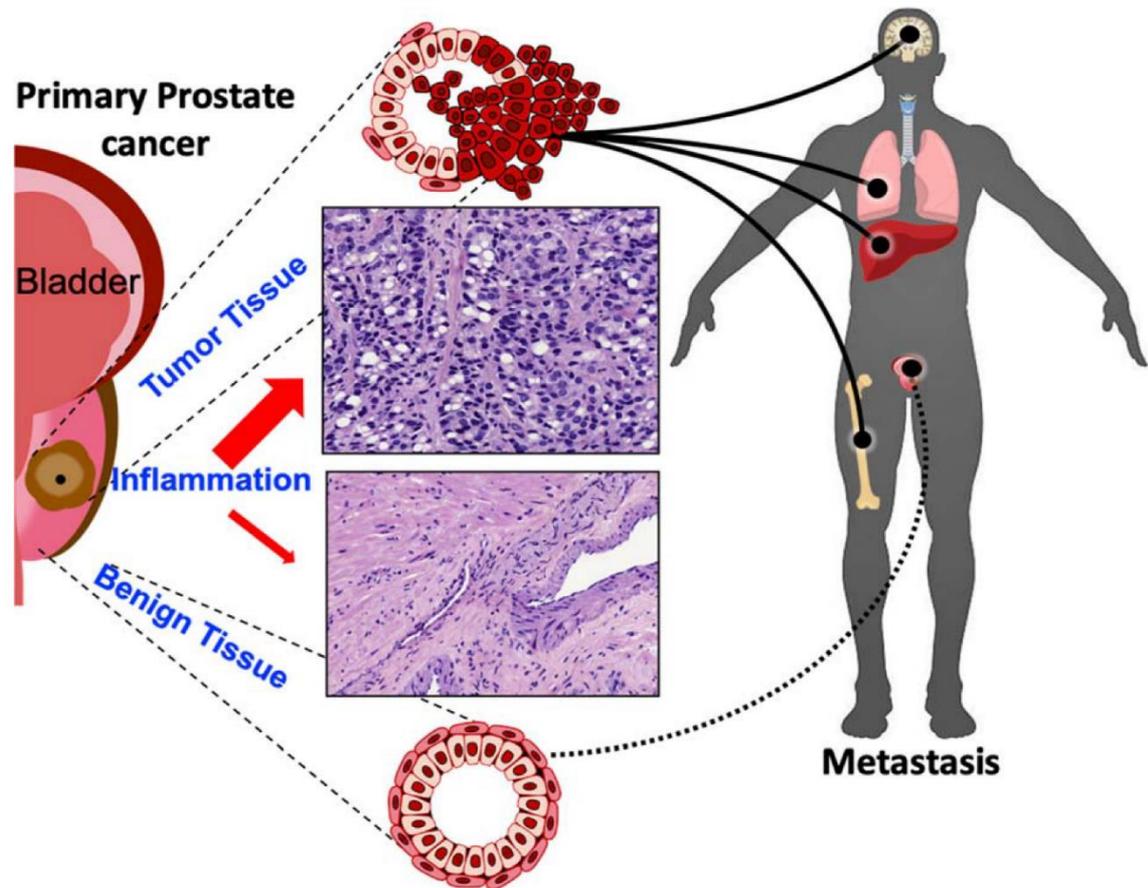
- Mesure et augmentation du **PSA**,
- Anomalie de la consistance de la prostate lors d'un **toucher rectal**.
- Plus rarement découvert, lorsque le cancer est évolué :
 - **Symptômes urinaires** (infection, présence de sang dans les urines ou dans le sperme, une rétention d'urine),
 - **Symptômes généraux** (douleurs).

Cancer de la prostate



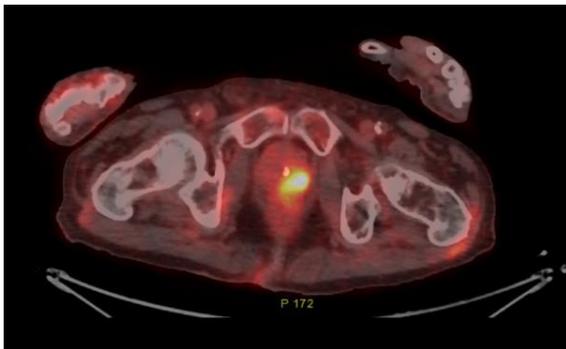
Cancer de prostate : généralités

Adénocarcinomes (90 %)



Cancer de prostate : généralités

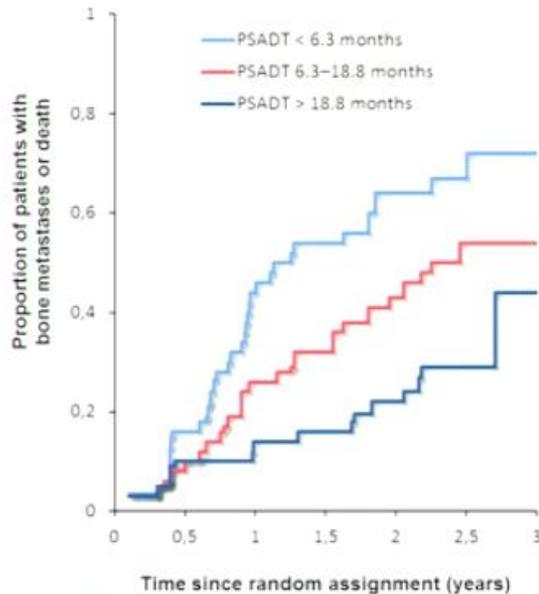
Localisé	Métastatique
Chirurgie	Hormonothérapie
Radiothérapie	Chimiothérapie
Curiethérapie	Radiothérapie interne vectorisée



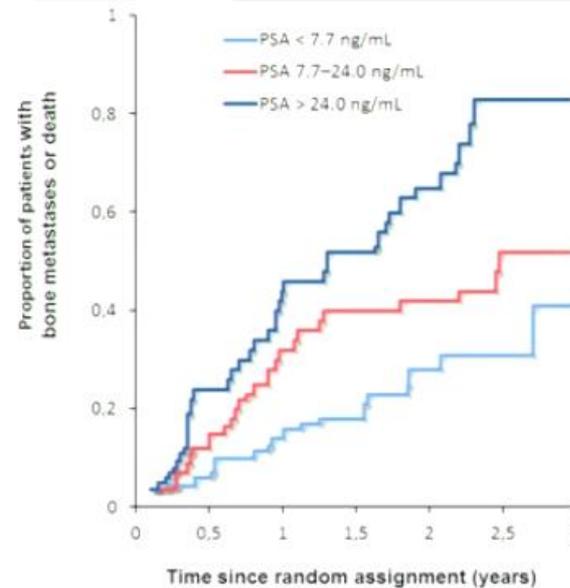
Différents profils d'évolution

Gleason (6 à 9) ou score ISUP (1 à 5)

Risque d'atteinte métastatique ou de décès suivant le PSA et son évolution



Time to bone metastases or death by PSA doubling time (PSADT)



Time to bone metastases or death by PSA level

Problématiques chez le sujet âgé

Mortalité spécifique (en lien avec le cancer) plus élevée après 75 ans:

- Moins bon pronostic
- Sous traitement

Effets secondaires des traitements souvent plus marqué

Cancer de prostate

Cancer hormonosensible

- ▶ Hormono-sensibilité décrite en 1941 par Charles Huggins (1901-1955)
- ▶ Bénéfice de la castration chirurgicale dans les cancers de prostate avancés.
- ▶ Prix Nobel en 1966



STUDIES ON PROSTATIC CANCER

II. THE EFFECTS OF CASTRATION ON ADVANCED CARCINOMA OF THE PROSTATE GLAND

CHARLES HUGGINS, M.D.

R. E. STEVENS JR., M.D.

AND

CLARENCE V. HODGES, M.D.

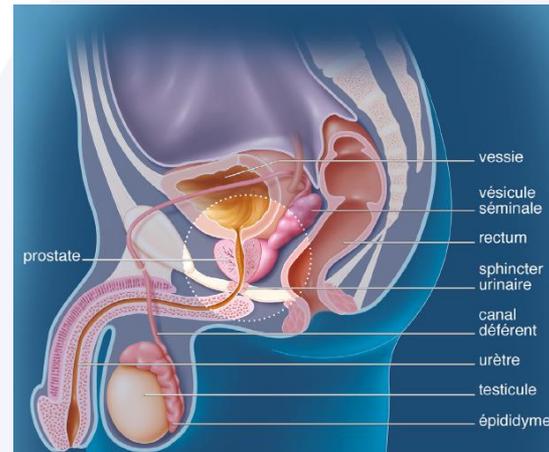
CHICAGO

The thesis of this work may be briefly summarized. In many instances a malignant prostatic tumor is an overgrowth of adult epithelial cells. All known types of adult prostatic epithelium undergo atrophy when androgenic hormones are greatly reduced in amount or inactivated. In this paper evidence is presented that significant improvement often occurs in the clinical condition of patients with far advanced cancer of the prostate after they have been subjected to castration. Conversely, the symptoms are aggravated when androgens are injected. We believe that this work provides a new concept of prostatic carcinoma.

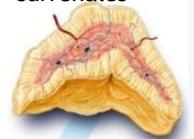
Cancer de prostate

Cancer hormonosensible

- ▶ Son développement est stimulé par des **hormones masculines** : les androgènes et plus particulièrement la **testostérone**.
- ▶ Lieu de synthèse des hormones masculines :
 - Testicules (90-95%)
 - Glandes surrénales (5-10%)



Glandes surrénales



Hormonothérapie

- **But :**

Empêcher l'action stimulante de la testostérone sur les cellules cancéreuses et ainsi stopper le développement du cancer

- **Objectif sur la prise de sang :**

dosage testostérone < 50 ng/dl (ou 4,7 mmol/l)

Castration

▶ **La castration chirurgicale ou pulpectomie :**

- ▶ Enlever la partie du tissu des testicules qui fabrique la testostérone, en conservant l'enveloppe externe des testicules. Le plus souvent sous anesthésie locorégionale.
- ▶ Efficacité rapide. Irréversible, acceptation difficile.

▶ **La castration médicamenteuse ou chimique (hormonothérapie de première génération):**

- ▶ Blocage de la production de la testostérone au niveau des testicules.
- ▶ Administration par injection sous cutanée ou intra-musculaire, à un rythme régulier (tous les mois, tous les 3 mois, ou 6 mois)

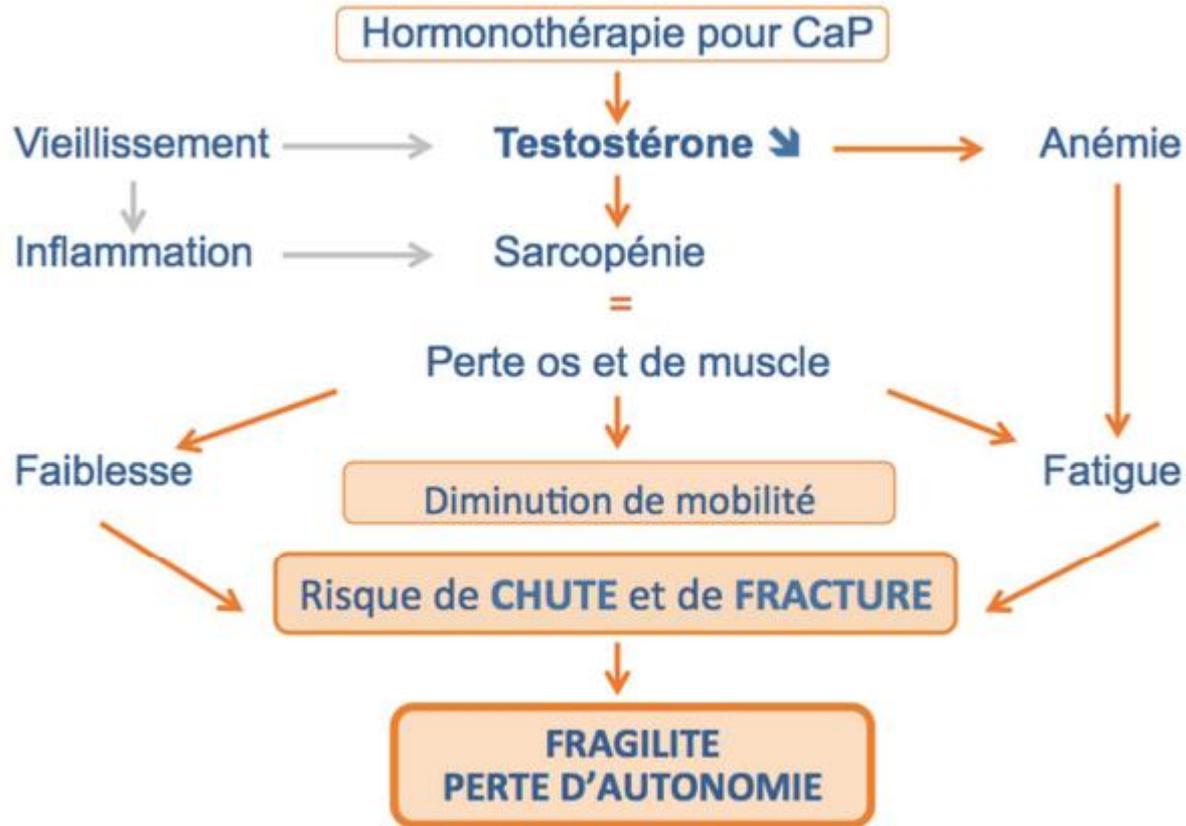
Agonistes LH-RH	Antagonistes LH-RH
- Goséréline (Zoladex®) - Triptoérliné (Décapeptyl®) - Leuproréline (Eligard®, Enantone®, Leptoprol®)	- Dégarélix (Firmagon®)

Castration chirurgicale ou médicamenteuse

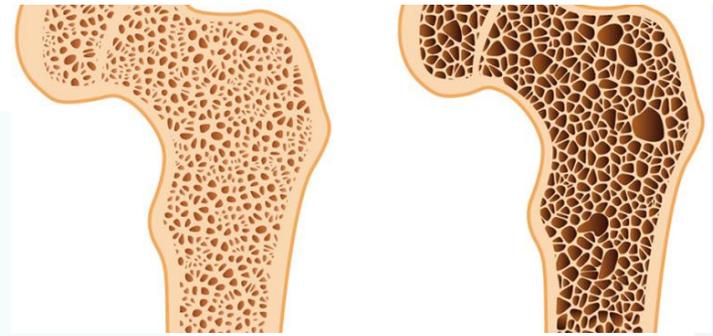


- Bouffées de chaleur
- Troubles de l'érection
- Baisse de la libido

- Prise de poids (masse grasse)
- Fonte musculaire
- Diminution de la masse osseuse (ostéoporose)
- Irritabilité, anxiété, dépression
- Déclin cognitif
- Risque cardio vasculaire augmenté



Focus ostéoporose

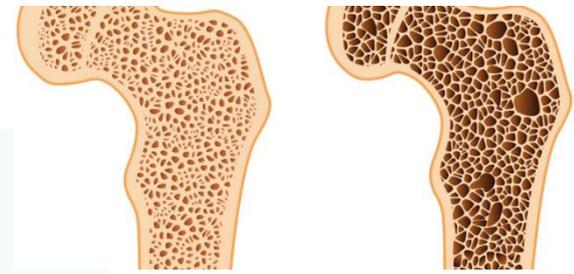


Prévalence ostéoporose: 10 à 40% des patients sous hormonothérapie, 80% des patients après 10 ans de traitement!

Incidence des chutes sous hormonothérapie: 20%

Fractures: + 20 à 40% de fractures sous hormonothérapie dans une étude suédoise

- fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez l'homme de plus de 70 ans est suivie de son décès dans 30% des cas en France.



Recommandations: Evaluation du risque fracturaire pour tous les patients sous hormonothérapie

- Antécédents de fracture de faible traumatisme après l'âge de 50 ans (perte de taille >2cm)
- Facteurs de risque de fracture (âge >75ans, IMC <19kg/m², >3 comorbidités, corticothérapie)
- Facteurs de risque de chute
- **Ostéodensitométrie osseuse:** ostéoporose = T score $\leq -2,5$ à au moins un des sites

Thérapeutique

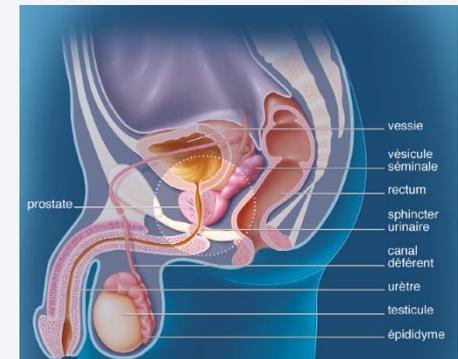
- ❖ Hygiène de vie
- ❖ Correction de facteurs de risque de chute
- ❖ Calcium (4 produits laitiers par jour)
- ❖ Vitamine D (supplémentation)
- ❖ Bisphosphonates (selon ostéodensitométrie)



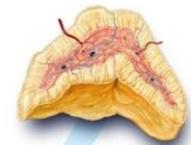
Concept de résistance à la castration

Lieu de synthèse des hormones masculines :

- ~~Testicules (90-95%)~~
- Glandes surrénales (5-10%)
- Cellules cancéreuses



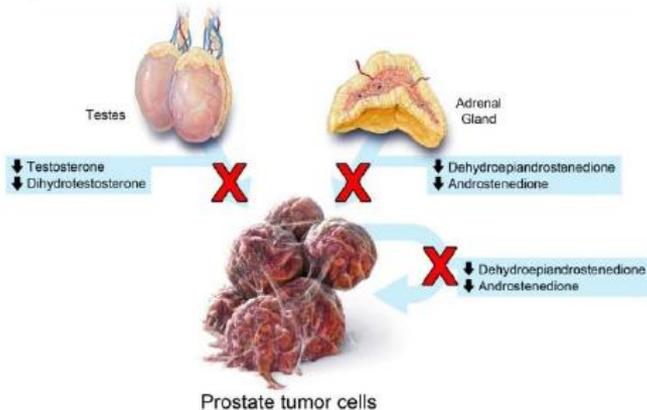
Glandes surrénales



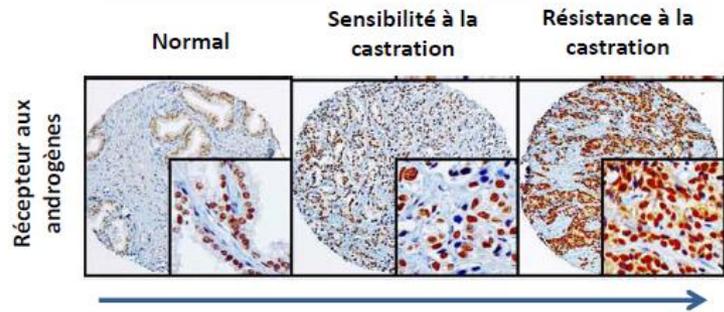
Résistance à la castration et pas hormono-résistance

**Echappement à la castration:
Mise en place d'un fonctionnement optimisé du récepteur aux androgènes**

Quantité de ligand augmente



Quantité de récepteur aux androgènes augmente



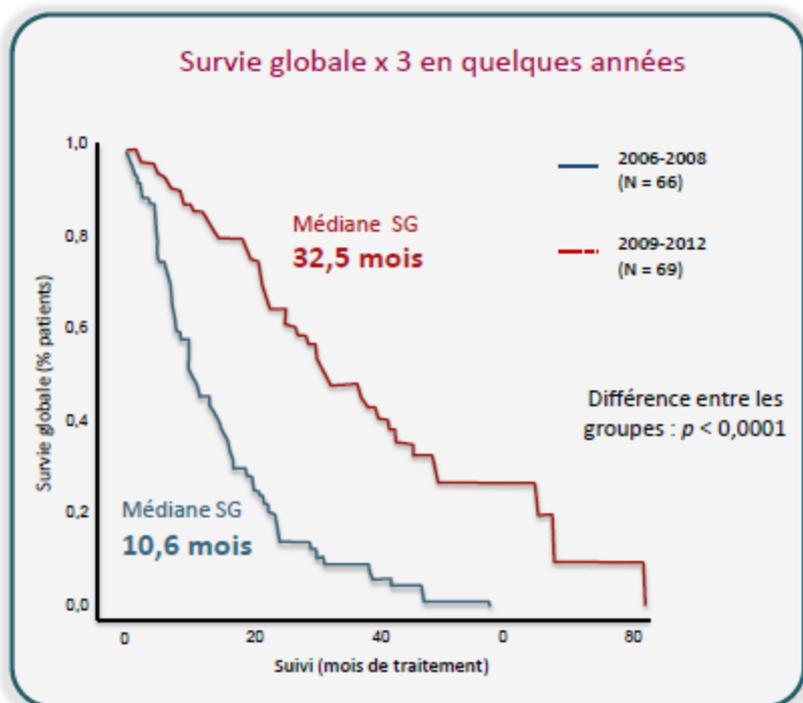
En situation d'échappement à la castration la voie des androgènes demeure une cible thérapeutique privilégiée



Hormonothérapie de seconde génération

- ▶ **Inhibiteurs de synthèse des androgènes au niveau surrénalien et tumoral**
 - ▶ Abiratérone (ZYTIGA)
- ▶ **Anti-androgènes** : blocage de l'action des androgènes. Ils se lient aux récepteurs d'androgènes situés sur les cellules cancéreuses de la prostate et empêchent celles-ci d'utiliser la testostérone pour croître.
 - ▶ Enzalutamide (XTANDI)
 - ▶ Apalutamide (ERLEADA)
 - ▶ Darolutamide (NUBEQA)

mCPRC : évolution du pronostic depuis 10 ans



Analyse rétrospective d'une base de données monocentrique

Taux de survie globale à 12 mois :

- 46,4 % (IC 95 % : 34,0 – 57,9) dans le groupe 1 (2006-2008)
- 86,6 % (IC 95 % : 75,9 – 92,8) dans le groupe 2 (2009-2012)

Hormonothérapie de seconde génération: inhibiteur de la synthèse de la testostérone

ACETATE d'ABIRATERONE
Zytiga®

• Par voie orale

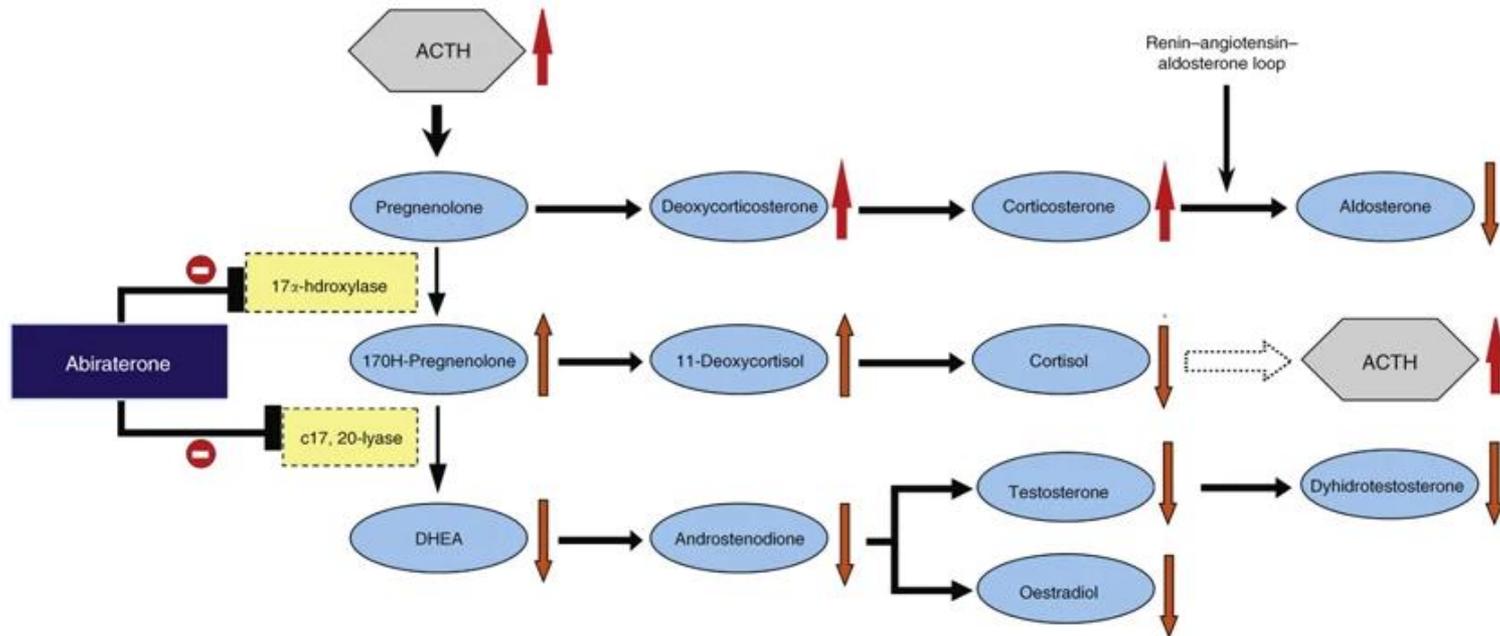


- 1000 mg/j soit 2 ou 4 cp/j
- Heure fixe **en dehors repas**
- Associé à un traitement de corticoïdes (Prednisone 10mg)
- **Effets indésirables possibles**
 - Hypertension artérielle
 - Œdèmes des jambes
 - Perte d'appétit
 - Augmentation des enzymes hépatiques
 - Diminution du potassium sanguin



Prise de sang de
surveillance toutes les 15
jours pendant 3 mois puis
tous les mois

Pourquoi l'association aux corticoïdes



Acétate d'abiratéronne ZYTIGA®

Fiche Professionnels de santé
V2, août 2021



MÉCANISME D'ACTION ET INDICATIONS AMM¹

- Hormonothérapie : L'acétate d'abiratéronne est transformé in vivo en abiratéronne qui est un **inhibiteur de CYP17 et donc de la biosynthèse des androgènes**.
- Indications → en **association** avec la **prednisone** ou **prednisolone** dans le traitement chez l'homme adulte atteint d'un **cancer métastatique de la prostate** :
 - **hormono-sensible** (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué, en association avec un traitement par suppression androgénique (ADT)
 - **résistant** à la **castration** (mCRPC) chez les **patients asymptomatiques ou peu symptomatiques**, après échec d'un traitement par suppression androgénique et pour lesquels la chimiothérapie n'est pas encore cliniquement indiquée
 - **résistant** à la **castration** (mCRPC) dont la **maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie** à base de **docétaxel**

Inhibiteur du
CYP17

PRÉSENTATION ET CARACTÉRISTIQUES¹

- Comprimés **dosés à 500 mg**, violets, de forme ovale, avec l'inscription « AA » gravé sur une face et « 500 » sur l'autre face.
- Boîte de 60 comprimés en plaquettes thermoformées
- Conservation à température ambiante, ne pas déconditionner dans un pilulier

PRESCRIPTION ET DISPENSATION²

- Prescription initiale hospitalière (liste I) d'une durée de 1 an et réservée aux spécialistes et services de cancérologie et oncologie médicale. Renouvellement non restreint.
- Surveillance particulière pendant le traitement
- Dispensation en pharmacies de ville 

POSOLOGIE & MODALITÉS DE PRISE¹

Posologie usuelle recommandée : **1000 mg/jour** (2 comprimés par jour) une fois par jour, en continu, en **association avec la prednisone ou prednisolone** à 5 ou 10 mg. Poursuite du traitement jusqu'à progression de la maladie ou apparition d'une toxicité inacceptable.

Adaptations possibles (voir § 4.2 RCP) :

- **IR légère, modérée ou sévère** : aucun ajustement posologique
- **IH légère** : aucun ajustement posologique
- **IH modérée** : utilisation à évaluer avec précaution (bénéfice > risque potentiel)
- **IH sévère** : non recommandé

Modalités de prise : 1 prise/jour

- à **heure fixe, en dehors du repas** (une heure avant un repas ou deux heures après)
- **En cas d'oubli ou de vomissement** : ne pas prendre la dose manquée ni de nouvelle dose, poursuivre le traitement à l'heure et à la dose habituelles de la prise suivante. Le noter dans le carnet de suivi⁵.

SURVEILLANCES SPÉCIFIQUES^{1,3}

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fonction cardiaque - ECG (allongement QT) - Ionogramme (dont K⁺) - Tension artérielle - Rétention hydrique (prise de poids et œdèmes périphériques) - Signes d'insuffisance cardiaque congestive 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Surveillance toutes les 2 semaines pendant 3 mois puis tous les mois chez les patients à risque significatif d'insuffisance cardiaque congestive (consultation de cardiologie) ◆ Contrôle des facteurs de risque d'allongement du QT (interactions médicamenteuses, hypokaliémie)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fonction hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Surveillance des transaminases sériques toutes les deux semaines pendant les 3 premiers mois de traitement et ensuite tous les mois.
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Intolérance ou allergie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traitement non recommandé si maladie héréditaire telle qu'une intolérance au galactose, un déficit sévère en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fertilité 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La fertilité des hommes peut être affectée ; informer le patient du risque d'atteinte des gamètes et de la possibilité de conservation du sperme avant l'initiation du traitement. Utilisation de préservatif associée à une autre méthode de contraception efficace, en cas de rapport sexuel avec une femme en âge de procréer, pendant le traitement et durant les 3 mois suivant l'arrêt

PRINCIPALES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES^{1,4}

Voies métaboliques principales : CYP3A4, CYP2D6, CYP2C8

Niveau	Médicaments concernés	Nature de l'interaction médicamenteuse
Contre-indication	Radium-233 Xofigo Inducteur du CYP3A4 <i>Millepertuis</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↗ risque de décès et de fracture ↘ Concentration (C^o) de l'acétate d'abiratéronne (inefficacité)
Association déconseillée	Inducteurs du CYP3A4 <i>Carbamazépine, fosphenytoïne, phénytoïne, rifampicine...</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↘ C^o de l'acétate d'abiratéronne (inefficacité) → Surveillance si association inévitable
Précaution d'emploi	Substrats du CYP2D6 et du CYP2C8 <i>Codéine, flécaïne, métoprolol, oxycodone, propranolol...</i>	Risque d'↗ C ^o substrats (toxicité)
	Résines chélatrices (<i>colestyramine, sévélamer...</i>), antiacides gastriques, topiques gastro-intestinaux Substances susceptibles de donner des torsades de pointes <i>Chloroquine, méthadone, quinidine...</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↘ Absorption intestinale de l'acétate d'abiratéronne (inefficacité) ; Respecter un intervalle minimum de 2h entre les prises ↗ risque de troubles du rythme ventriculaire
A prendre en compte	Phytothérapie, tisanes, huiles essentielles	A évaluer au cas par cas à l'aide des bases de données disponibles (ex : HEDRINE)

 **Interactions à évaluer en considérant la liste complète des traitements associés, y compris en automédication**
D'autres interactions peuvent exister (liste non exhaustive) - Contactez votre OMEDIT ou votre [CRPV](#) en cas de question

GESTION DES PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES (EI)^{1,5}

Toxicité	Conduite à tenir
Gastro-intestinale	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). Réhydratation et traitement symptomatique ± anti-infectieux selon étiologie ⁵ . Avis spécialiste pour adaptation du traitement ou suspension si grade 2 (augmentation de 4-6 selles/j par rapport à l'état habituel) + surveillance (NFS, fièvre).
Diarrhée	
Dermatologique	Conseils hygiéniques (voir fiche patient). Antalgiques ± antihistaminiques ± émollients ± dermocorticoïdes ± traitement des surinfections selon la sévérité ⁵ . Avis spécialiste pour adaptation du traitement ou suspension selon sévérité.
Rash	
Infections	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). En cas de signes cliniques, traitement habituel des infections urinaires basses selon les recommandations en vigueur.
Cardiaque et vasculaire	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). Surveillance, automesure ambulatoire. Traitement symptomatique selon recommandations en vigueur. Avis spécialiste pour adaptation ou suspension si PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 100 mmHg
Hypertension artérielle	
Hépatobiliaire	Surveillance biologique adaptée (voir page 1). Avis spécialiste pour arrêt si élévation des ASAT ou ALAT 5 fois la limite supérieure de la normale (voir § 4.2 du RCP)
Augmentation transaminases et bilirubine	
Troubles généraux	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). En cas de prise de poids rapide et inattendue, mise en place d'un traitement symptomatique si nécessaire (diurétiques). Grade 3 (écart > 30 % en volume entre les membres, déviation macroscopique des contours anatomiques habituels, interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne) : avis spécialiste pour arrêt et adaptation de posologie (voir § 4.2 du RCP)
Cedème périphérique	
	D'autres EI peuvent survenir : Insuffisance cardiaque, angine de poitrine, fibrillation auriculaire, tachycardie, sepsis, hypertriglycéridémie, hématurie, insuffisance surrénalienne, dyspepsie, fractures, myopathie, insuffisance hépatique aigüe... (liste non exhaustive, voir RCP) Pensez à déclarer tout effet indésirable à votre CRPV et/ou à les contacter en cas de question.

Voir la « fiche Patient » correspondante pour les conseils spécifiques à donner aux patients

Hormonothérapie de seconde génération: anti androgène

ENZALUTAMIDE
Xtandi®

- Effets indésirables :
 - Neuro: Fatigue, Céphalées, Troubles cognitifs, convulsions
 - Chutes/Fractures
 - Cardio: HTA, Cardiopathie ischémique

APALUTAMIDE
Erleada®

- Effets indésirables :
 - Neuro: Fatigue, Céphalées, Troubles cognitifs, spasmes
 - Chutes/Fractures
 - Cardio: HTA, Cardiopathie ischémique
 - Hypothyroïdie

DAROLUTAMIDE
Nubeqa®

- Effets indésirables :
 - Cardiopathie ischémique
 - Fractures

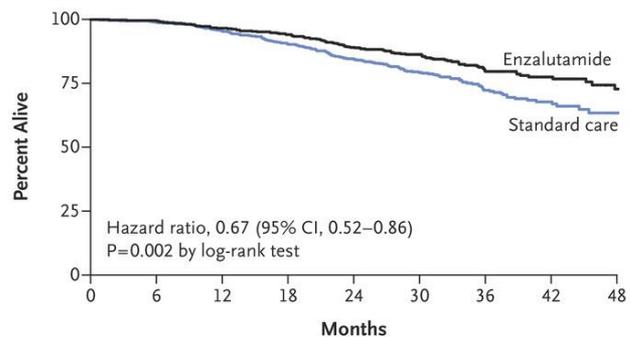
Bénéfice et tolérance des anti androgènes, l'exemple de l'Xtandi, étude Enzamet

- Etude de phase III
- Adénocarcinome de prostate, métastatique PS ≤ 2
- Castration + Enzalutamide vs Castration + anti androgène de première génération

Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline.*

Characteristic	Enzalutamide (N = 563)	Standard Care (N = 562)
Age — yr		
Mean	68.9±8.1	68.8±8.3
Median (IQR)	69.2 (63.2–74.5)	69.0 (63.6–74.5)

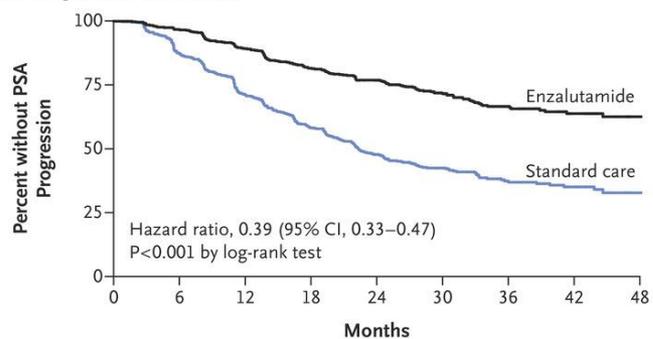
A Overall Survival



No. at Risk

Enzalutamide	563	558	541	527	480	340	189	106	45
Standard care	562	551	531	501	452	311	174	86	32

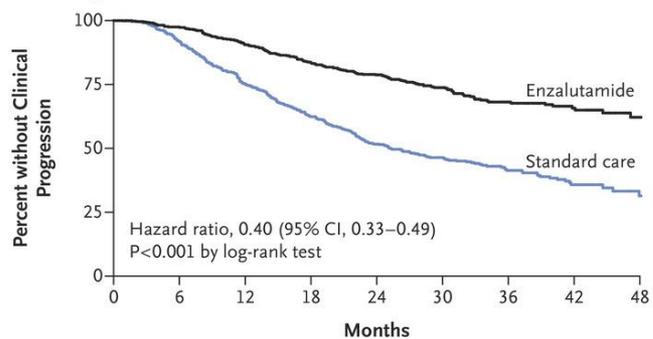
B PSA Progression-free Survival



No. at Risk

Enzalutamide	563	543	500	455	411	269	146	77	34
Standard care	562	486	395	322	249	161	78	44	17

C Clinical Progression-free Survival



No. at Risk

Enzalutamide	563	547	507	468	424	284	156	84	36
Standard care	562	512	418	346	272	182	96	50	17

Table 2. Adverse Events.

Adverse Event	Enzalutamide (N = 563)	Standard Care (N = 558)
Any adverse event — no. of patients (%)*		
Grade 1	40 (7)	77 (14)
Grade 2	202 (36)	230 (41)
Grade 3	277 (49)	194 (35)
Grade 4	38 (7)	40 (7)
Grade 5	6 (1)	7 (1)
Serious adverse event		
No. of patients (%)	235 (42)	189 (34)
No. of events	385	297
Rate during treatment exposure (95% CI) — no./yr†	0.34 (0.29–0.40)	0.33 (0.28–0.39)
Adverse event leading to treatment discontinuation at any time — no. of patients		
	33	14
Grade 3 to 5 adverse event — no. of patients (%)‡		
Febrile neutropenia	37 (7)	32 (6)
Hypertension	43 (8)	25 (4)
Neutrophil count decreased	31 (6)	16 (3)
Fatigue	31 (6)	4 (1)
Syncope	20 (4)	6 (1)
Surgical or medical procedure	13 (2)	10 (2)
Anemia	4 (1)	5 (1)
Fall	6 (1)	2 (<1)
Thromboembolic event	4 (1)	4 (1)
Acute coronary syndrome	3 (1)	4 (1)
Myocardial infarction	5 (1)	2 (<1)
Chest pain from cardiac cause	3 (1)	2 (<1)
Stroke	1 (<1)	2 (<1)
Seizure§	2 (<1)	0
Delirium	0	1 (<1)

* When a patient had multiple events identified by a particular term, the worst grade is shown.

† The rate of serious adverse events per year of treatment exposure was estimated with the use of a negative binomial regression model.

‡ These adverse events occurred in at least 2% of the patients in either group or were selected as being events of special interest. In the enzalutamide group, 6 grade 5 adverse events were reported: death from an unknown cause in 2 patients and 1 patient each with stroke, myocardial infarction, aspiration pneumonia, and acidosis. In the standard-care group, 7 grade 5 adverse events were reported: sepsis in 2 patients and 1 patient each with cardiac arrest, sudden death from an unknown cause, gastric hemorrhage, urinary tract infection, and symptomatic progression of prostate cancer.

§ Seizure of any grade occurred in 7 patients in the enzalutamide group and in no patients in the standard-care group.

Traiter ou ne pas traiter ?



Maladie métastatique:

- Douleurs osseuses
- Fractures
- Asthénie
- Perte de poids

Effets secondaires de l'hormonothérapie:

- Chutes et fractures
- Risque cardio vasculaire
- Asthénie et troubles cognitifs

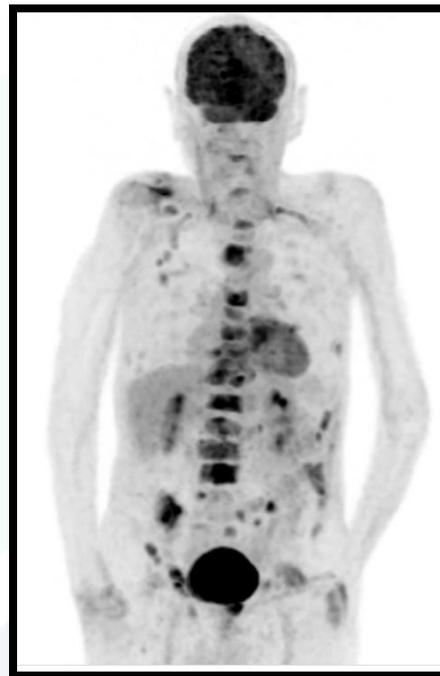


Quelle maladie ?

Charge métastatique ?

PSA ?

Evolution +++



Quel patient ?

Evaluation oncogériatrique



Soins Oncologiques de Support



La Nutrition

- OBJECTIFS :
 - Maintenir un bon état nutritionnel,
 - Limiter la prise de poids, notamment la masse grasseuse.
 - Éviter la survenue ou l'aggravation d'un diabète, d'une hypercholestérolémie ou d'une hypertension artérielle.
 - Eviter la dénutrition !



JEÛNE, RÉGIMES RESTRICTIFS ET CANCER

Depuis quelques années, le jeûne et les régimes appauvris (restriction calorique, glucidique, protéique) font l'objet d'un engouement de la part du grand public du fait d'une large médiatisation de sa pratique et de ses potentiels effets sur le bien-être, la réduction du risque de maladies comme certains cancers ou même sur l'efficacité et la tolérance des traitements associés.

Quels sont les bénéfices et les risques du jeûne vis-à-vis du cancer ?

Les données de cette synthèse sont issues du rapport d'expertise collective menée par le réseau National Alimentation Cancer Recherche (NACRe) soutenu par l'Institut national du cancer¹.

LA PRATIQUE DU JEÛNE EN FRANCE

Un engouement récent
La question du jeûne s'inscrit dans la construction d'un véritable fait social. La notion de jeûne, en s'inspirant de pratiques très anciennes, émerge depuis le XIX^e siècle comme

une pensée rationnelle et pragmatique et comme une voie thérapeutique et de restauration ou de maintien de la santé. Elle s'est développée en France dans une pensée médicale minoritaire à faible légitimité pendant le XX^e siècle, alors que des pays comme l'Allemagne, le Canada ou la Russie ont construit des approches médicales au cours du siècle dernier. Ceci se caractérise notamment par l'existence de maisons de jeûne au Canada ou de cliniques médicales en Allemagne.

En France, la pratique du jeûne fait actuellement l'objet d'un engouement du grand public, des bien-portants mais aussi des malades, notamment atteints de cancer.

Si les études et les recherches en sciences humaines et sociales manquent sur les pratiques réelles du jeûne en France, certaines sources indiquent qu'environ 4000 à 5000 personnes jeûnent chaque année² (en dehors des jeûnes religieux et spirituels).

1. Réseau NACRe - Jeûne, régimes restrictifs et cancers : revue scientifique des données scientifiques et analyse socio-épidémiologique sur la place du jeûne en France - Novembre 2017.

2. Suzanne Jeûne & Benoît Mandelstam, op.cit. 2016, p.31 - « Santé - le jeûne fait recette - Le Parisien, 12 octobre 2015; Puyyo Vannoy, « Jeûne dans le Vercors pour se reconnecter et redécouvrir la pêche » - France Bleu Isère, 6 octobre 2016; Tout savoir sur jeûne et méditerranée, 2017. Ces sources mentionnent qu'en Allemagne, qui avait le plus occidental où le jeûne est le plus répandu, le nombre annuel de jeûneurs volontaires a diminué de 100000 à 4 millions de personnes avec environ 500 centres différents.

POINTS CLÉS

1. Malgré une médiatisation importante du jeûne et des régimes restrictifs, l'analyse globale des connaissances scientifiques disponibles, en particulier cliniques, ne permet pas de conclure à l'intérêt de ces régimes en prévention des cancers ou au cours des traitements de cancers.
2. Chez les patients atteints de cancer, la perte de poids et de masse musculaire observée dans les études cliniques suggère un risque d'aggravation de la dénutrition et de la sarcopénie, deux facteurs pronostiques péjoratifs reconnus au cours des traitements ; cela appelle à une vigilance et un dialogue avec l'équipe médicale pour les patients qui voudraient suivre un régime restrictif.

Réseau NACRE (National Alimentation Cancer et Recherche)

<https://www6.inrae.fr/nacre>

POINTS CLÉS

1. Malgré une médiatisation importante du jeûne et des régimes restrictifs, l'analyse globale des connaissances scientifiques disponibles, en particulier cliniques, ne permet pas de conclure à l'intérêt de ces régimes en prévention des cancers ou au cours des traitements de cancers.
2. Chez les patients atteints de cancer, la perte de poids et de masse musculaire observée dans les études cliniques suggère un risque d'aggravation de la dénutrition et de la sarcopénie, deux facteurs pronostiques péjoratifs reconnus au cours des traitements ; cela appelle à une vigilance et un dialogue avec l'équipe médicale pour les patients qui voudraient suivre un régime restrictif.

Activité Physique et Activité physique Adaptée (APA)

- Diminution du risque de récurrence ou de progression
- Meilleure tolérance de l'hormonothérapie
- Diminution du risque cardio vasculaire
- Diminution de l'ostéoporose



3 étapes pour une reprise réussie !



Remplir les questionnaires du livret



En fonction des facteurs de risques



Réunion
découverte des sports
avec les associations

OU

Evaluation individuelle
par l'Educateur Activité Physique Adapté



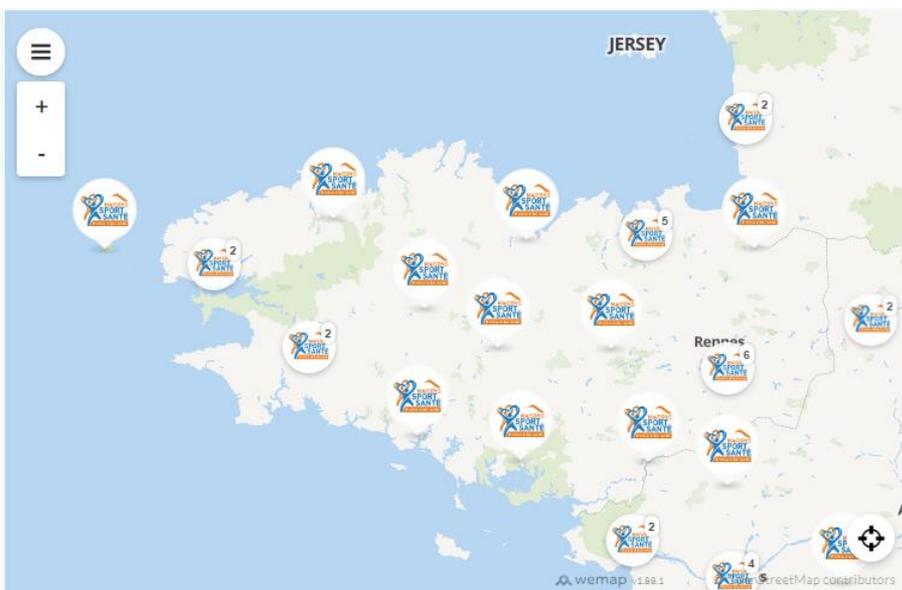
 Evaluation à 1, 3, 6 mois et 1 an
Questionnaire en ligne ou entretien individuel

Mon carnet de suivi
SPORT SANTÉ

Ce carnet est un outil de liaison entre vous et les différents professionnels (médecin, kinésithérapeute, cadre sportif...) impliqués tout au long de votre parcours en Activité Physique.

Nom

Prénom



Merci de votre attention