Décision thérapeutique et plan de traitement

DÉCISION THÉRAPEUTIQUE et PLAN de TRAITEMENT[1]

DQC; *Volet « Plan thérapeutique » (1h45 HEURES). OBLIGATOIRE*

Cette section est tirée et inspirée du : Programme de formation en ligne pour les infirmières pivots en oncologie de la DQC, volet Plan thérapeutique et Langhorne, Martha E., Fulton, Janet S., **OTTO**, Shirley E. ***Oncology Nursing***.

Après l'annonce percutante d'un diagnostic de cancer arrive l'étape pour le patient et sa famille de choisir, en collaboration avec le médecin, la ou les modalités thérapeutiques qui feront partie du plan de traitement.[2]

L'oncologie est un domaine complexe de la médecine en constante évolution et pour lequel la recherche propose des traitements de plus en plus sophistiqués et spécialisés. Les différentes modalités de traitement qui seront proposées doivent d'abord et avant tout respecter les **VOLONTÉS** de la personne touchée par le cancer, en plus de s'appuyer sur plusieurs facteurs cliniques et individuels tels que le **type de siège tumoral**, **les caractéristiques anatomopathologiques** de la tumeur, la présence de certains **marqueurs tumoraux**, les **récepteurs hormonaux**, les **antécédents médicaux**, **familiaux** et **génétiques**, les **comorbidités préexistantes** et le statut de **l'état fonctionnel au moment du diagnostic**.

Parmi tous les facteurs à évaluer, est-ce que l'âge est un facteur sur lequel on peut s'appuyer pour déterminer l'accès aux traitements antinéoplasiques? Parmi tous ces facteurs, l'âge de la personne ne doit pas être un élément sur lequel on s'appuie pour déterminer l'accès ou non au traitement.

Le choix des modalités de traitement qui seront proposées est donc le fruit de l'analyse de l'ensemble de ces facteurs afin de sous-peser les risques et les avantages liés aux traitements. Il est donc essentiel que le patient et ses proches soient au centre de la décision et qu'ils soient bien informés afin de faire un choix thérapeutique éclairé.

Donc**, LE PATIENT DOIT ÊTRE AU CENTRE DE LA DÉCISION**, il est le maître et le capitaine du bateau.

Il faut que le patient et sa famille s'interrogent sur les risques et avantages reliés au traitement et l'impact sur la qualité de vie.

La décision peut être alors partagée. En général, les personnes confrontées à un choix cherchent souvent l'option offrant le plus de chance de guérison tout en évitant le plus possible les effets indésirables. Malheureusement, la plupart des décisions n'offrent pas de choix aussi clair.

---

[1] Direction Québécoise de Cancérologie (DQC), Programme de formation en ligne pour les infirmières pivot en oncologie, ***« Volet Plan thérapeutique »***, MSSS.2014

[2] Direction Québécoise de Cancérologie (DQC), Programme de formation en ligne pour les infirmières pivot en oncologie, ***« Volet Plan thérapeutique : Décision thérapeutique et plan de traitement »***, MSSS.2014, p.2

Il existe un outil d'aide à la décision, voir : l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa[3] pour en connaître davantage et la présentation de la DQC, formation en ligne.[4]

Documentation obligatoire au dossier pour prendre une DÉCISION THÉRAPEUTIQUE et décider du PLAN de TRAITEMENT

1) Le résultat de **PATHOLOGIE** ou confirmation du diagnostic
2) La **SATDIFICATION** du cancer
3) **HISTOIRE MÉDICALE COMPLÈTE**, grandeur, poids, allergie, évaluation des co-morbidités
4) **COMPRÉHENSION DU PATIENT** en lien avec la maladie, les traitements planifiés et les auto-soins
5) **L'ÉVALUATION DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE** et **ESAS (ODD)**
6) **PLAN DE TRAITEMENT** (type de chimiothérapie, dose), la durée et le but de la thérapie
7) **PLAN DE SUIVI** et d'évaluation pour la chimiothérapie per os

Plan de traitement

Le plan de traitement en cancérologie est un outil individualisé élaboré d'après les caractéristiques spécifiques et individuelles de chaque personne touchée par un cancer.

Selon les recommandations émises par la Direction québécoise de cancérologie concernant l'usage sécuritaire des antinéoplasiques, un plan de traitement doit être réalisé systématiquement pour tous les patients recevant des thérapies systémiques contre le cancer, incluant les thérapies orales. Ce plan de traitement ainsi que ses mises à jour doivent être partagés avec tous les intervenants de l'équipe interdisciplinaire qui intervient auprès du patient, incluant les prestataires de soins et services des milieux communautaires.

Le plan de traitement est un outil qui facilite la transmission des informations pertinentes afin d'avoir une vue d'ensemble de la condition du patient et de la modalité thérapeutique choisie. Les informations qui doivent se retrouver au plan de traitement sont :

Le diagnostic et le stade du cancer;
La visée thérapeutique à atteindre;
Le nom du protocole de chimiothérapie à être administré;
La date prévue du début du traitement;
La durée et le nombre de cycles;
Les examens à effectuer avant le début ou après un nombre spécifié de cycles;
Les détails concernant les autres modalités thérapeutiques (ex.:Chirurgie/radiothérapie);
Toutes les modifications concernant le traitement (ex. :réduction de la dose).

De plus, selon le comité de la sécurité des médicaments, une évaluation globale et continue du patient incluant son état général, le bilan comparatif des médicaments, les résultats de

[3] www.irho.ca/home.asp

[4] Direction Québécoise de Cancérologie (DQC), Programme de formation en ligne pour les infirmières pivot en oncologie, ***« Volet Plan thérapeutique : Décision thérapeutique et plan de traitement*** », MSSS.2014, p.4-9

laboratoire et les toxicités ressenties à la suite du traitement doit être effectuée périodiquement afin de mettre à jour le plan de traitement au besoin.

Afin de bien comprendre le plan de traitement qui sera élaboré pour chaque personne touchée par le cancer, il est important de distinguer certains termes utilisés, soit :

Les **VISÉES** THÉRAPEUTIQUES :

- Visée **CURATIVE**
- Visée **PALLIATIVE**

Les **CIBLES** THÉRAPEUTIQUES :

- **LOCALE (région du corps)**
  - Chirurgie
  - Radiothérapie
- **SYSTÉMIQUE (tout le corps)**
  - Chimiothérapie
  - Thérapie ciblée
  - Manipulation hormonale
  - Thérapie biologique et de soutien

Les **APPROCHES** THÉRAPEUTIQUES :

- **ADJUVANTE**
- **NEOADJUVANTE**
- **MÉTASTATIQUE**

Les **MODALITÉS** THÉRAPEUTIQUES :

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Manipulation hormonale
- Thérapie ciblée
- Thérapie biologique et de soutien

Le plan de traitement qui sera offert à la personne atteinte de cancer est d'abord établi en fonction de la visée thérapeutique qui est soit CURATIVE ou PALLIATIVE.

Les **VISÉES** thérapeutiques

CURATIVE	**PALLIATIVE**
Le traitement dit à **visée CURATIVE** :	Le traitement dit à **visée PALLIATIVE** :
→ Espérance de rémission complète	→Pas de rémission
Tumeurs solides localisées	→Prolonger la survie
→Certains cancers hématologiques (Lymphome)	→Maintenir ou améliorer la qualité de vie
→Traitements lourds et agressifs	**Maladie métastatique ou localement avancée**
→Toxicités	→Traitements antinéoplasiques adaptés
	→Toxicités limitées

Le traitement sera dit **à visée curative** s'il est permis d'espérer, au moment du diagnostic, l'obtention d'une rémission complète suffisamment prolongée pour que l'espérance de vie de la personne malade redevienne comparable à celle de la population du même groupe sociodémographique. En général, les traitements à visée curative concernent les tumeurs solides localisées et certains cancers hématologiques comme les lymphomes.

Les traitements à visée curative qui visent la rémission complète peuvent être lourds, agressifs et s'accompagner de toxicités non négligeables qui peuvent nuire considérablement à la qualité de vie non seulement pendant la phase active des traitements, mais parfois même à long terme.

On parle de traitement **à visée palliative** lorsque, compte tenu des données actuelles de la science, il est difficilement envisageable d'espérer obtenir une rémission. Dans ce cas, l'objectif principal des traitements consistera à prolonger la survie et à maintenir ou améliorer la qualité de vie de la personne atteinte. Les traitements à visée palliative sont offerts dans les cas de maladies métastatiques, localement avancées ou qui ne répondent plus aux traitements.

Les modalités thérapeutiques sont souvent les mêmes qu'en traitement curatif. Elles devront cependant être adaptées à chacune des situations afin de limiter les toxicités qui pourraient altérer la qualité de vie du patient. Le choix de l'agent cytotoxique, le dosage, la voie, la durée ou la séquence d'administration sont des variables qui sont modifiables.

Dans le cas de tumeur solide, une approche spécifique est mise de l'avant selon la VISÉE thérapeutique, soit une approche ADJUVANTE, NÉOADJUVANTE ou MÉTASTATIQUE.

Les **APPROCHES** thérapeutiques

VISÉES	**APPROCHES**	**PARTICULARITÉS DU TRAITEMENT**
CURATIVE	**ADJUVANTE**	En approche adjuvante, on utilise une ou plusieurs modalités thérapeutiques **APRÈS** la modalité thérapeutique primaire dans **le but** d'éliminer les micro-métastases non détectables chez les patients à haut risque de récidive (Otto, 2007). Par exemple : administration de chimiothérapie et/ou de radiothérapie après la chirurgie primaire (Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommandations for practice, fourth edition, 2014).
CURATIVE	**NÉOADJUVANTE (INDUCTION)**	L'approche néoadjuvante, ou d'induction, utilise une ou plusieurs modalités thérapeutiques qui précèdent (**AVANT**) la modalité thérapeutique primaire et dont **le but** est de diminuer la masse tumorale avant la chirurgie et/ou de réduire les probabilités de micro-métastases. Par exemple : dans le cas d'une tumeur du sein localement avancée, l'utilisation de traitement néoadjuvant avant la chirurgie augmente la probabilité d'une chirurgie conservatrice du sein.
PALLIATIVE	**MÉTASTATIQUE**	L'approche métastatique est réservée lorsque la **RÉMISSION** de la maladie est **IMPOSSIBLE**. Elle inclut l'utilisation de différentes modalités thérapeutiques dans **le but** de contrôler l'évolution de la maladie ou de soulager certains symptômes, dont la douleur, afin

		d'assurer une meilleure qualité de vie à la personne atteinte. Plusieurs de ces modalités dont la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie ciblée ou de soutien peuvent être utilisées seules ou en association. Par exemple : un patient atteint d'un cancer de la prostate métastatique aux os pourrait recevoir de la chimiothérapie afin de limiter l'évolution de la maladie, de la radiothérapie pour soulager la douleur occasionnée par une fracture pathologique en lien avec les métastases et une thérapie de soutien comme le PAMIDRONATE afin de limiter la destruction osseuse. En plus de l'ensemble des traitements antinéoplasiques adaptés, la prise en charge de la maladie palliative inclut fréquemment une gestion des symptômes complexes comme la douleur, la fatigue, la dyspnée, les nausées, les vomissements, les complications osseuses, un plan nutritionnel adapté et un soutien psychologique.

Les **CIBLES** thérapeutiques

Les cibles thérapeutiques peuvent être **locales** (chirurgie ou radiothérapie) ou **systémiques** (chimiothérapie, thérapie ciblée, manipulation hormonale, thérapie biologique et de soutien) en fonction des modalités thérapeutiques utilisées.

Les modalités thérapeutiques qui consistent à agir directement sur la tumeur ou sur la région où est située la tumeur sont dites locales ou locorégionales. On y a souvent recours lorsque le cancer est limité à une région. La chirurgie et la radiothérapie sont des exemples de traitement de type local ou locorégional.

Les modalités thérapeutiques qui visent à atteindre les cellules cancéreuses par le système sanguin sont dites systémiques. De nombreux agents antinéoplasiques comme la chimiothérapie, la thérapie par manipulation hormonale, la thérapie ciblée ou encore l'immunothérapie sont des traitements qui ont une action systémique puisqu'ils circulent par la voie sanguine à travers l'organisme.

Les **MODALITÉS** thérapeutiques

Il existe plusieurs modalités thérapeutiques pour le traiter le cancer dont la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie par manipulation hormonale, la thérapie ciblée, la thérapie biologique et la thérapie de soutien. Bien que leurs mécanismes d'action diffèrent, l'objectif demeure principalement d'enrayer la maladie ou de la contrôler.