



Institut de
Cancérologie
de Bourgogne

Auxerre | Chalon-sur-Saône | Dijon



RÉSEAU RÉGIONAL
DE CANCÉROLOGIE
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

JOURNEES DES INFIRMIERS EN CANCEROLOGIE EN BFC
PARCOURS DE SOINS EN UROLOGIE
06/04/2023

Dr Charles TEYSSIER
Oncologue Radiothérapeute

Epidémiologie (données Françaises INCA)

CANCER DE LA VESSIE - Diagnostic précoce

ÉPIDÉMIOLOGIE



5^{ème} cancer
le + fréquent



14^{ème} 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

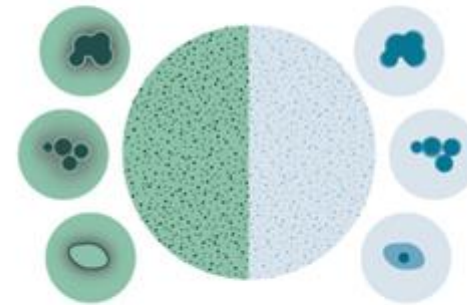


Endoscopie vésicale



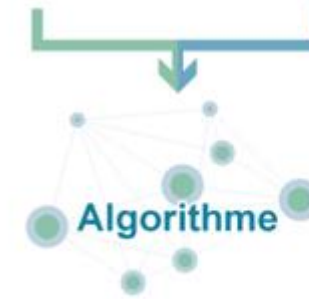
Analyse histologique

NOUVEL OUTIL DE DIAGNOSTIC



Fluorescence

Lumière
blanche

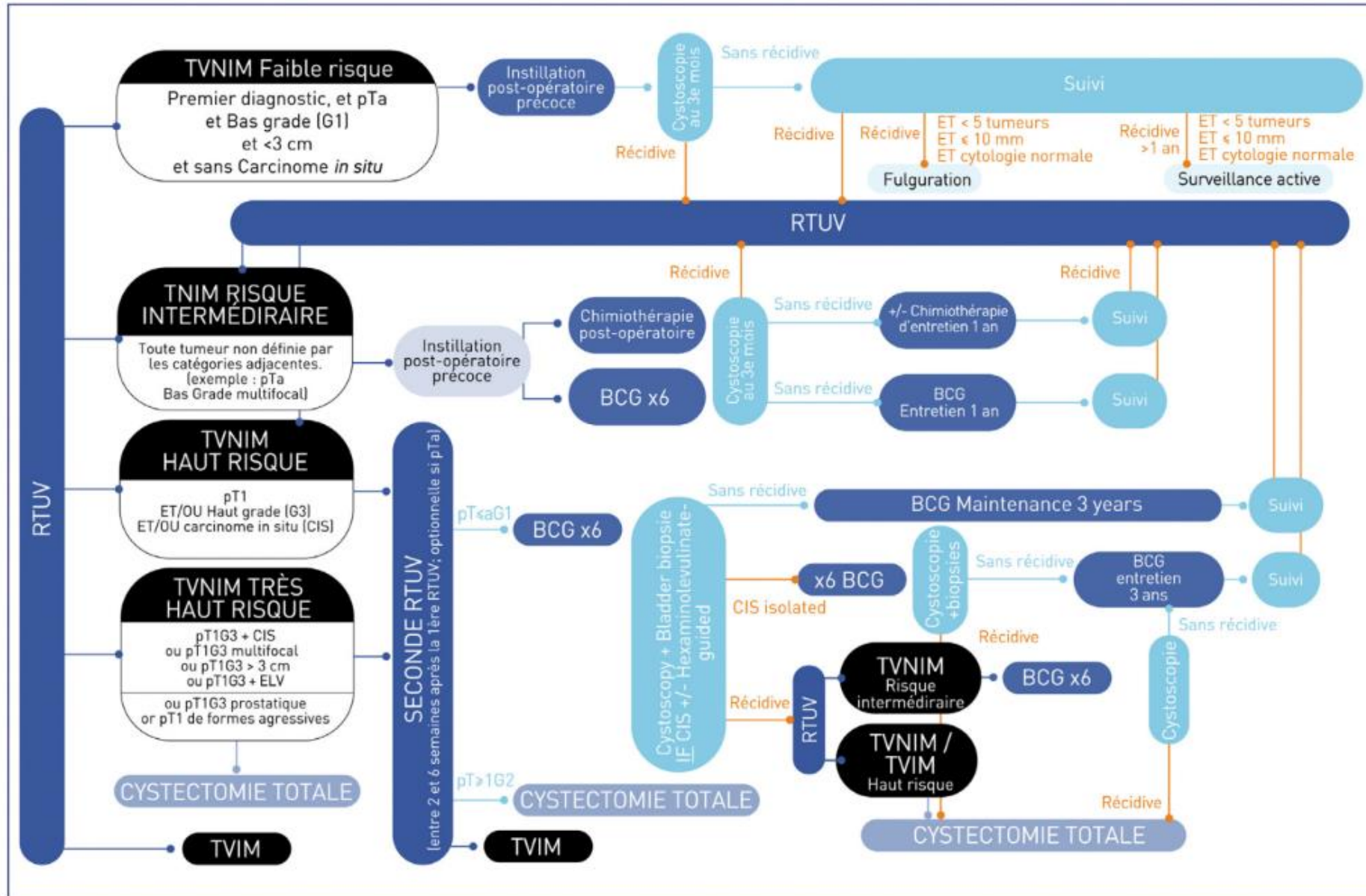


Algorithme

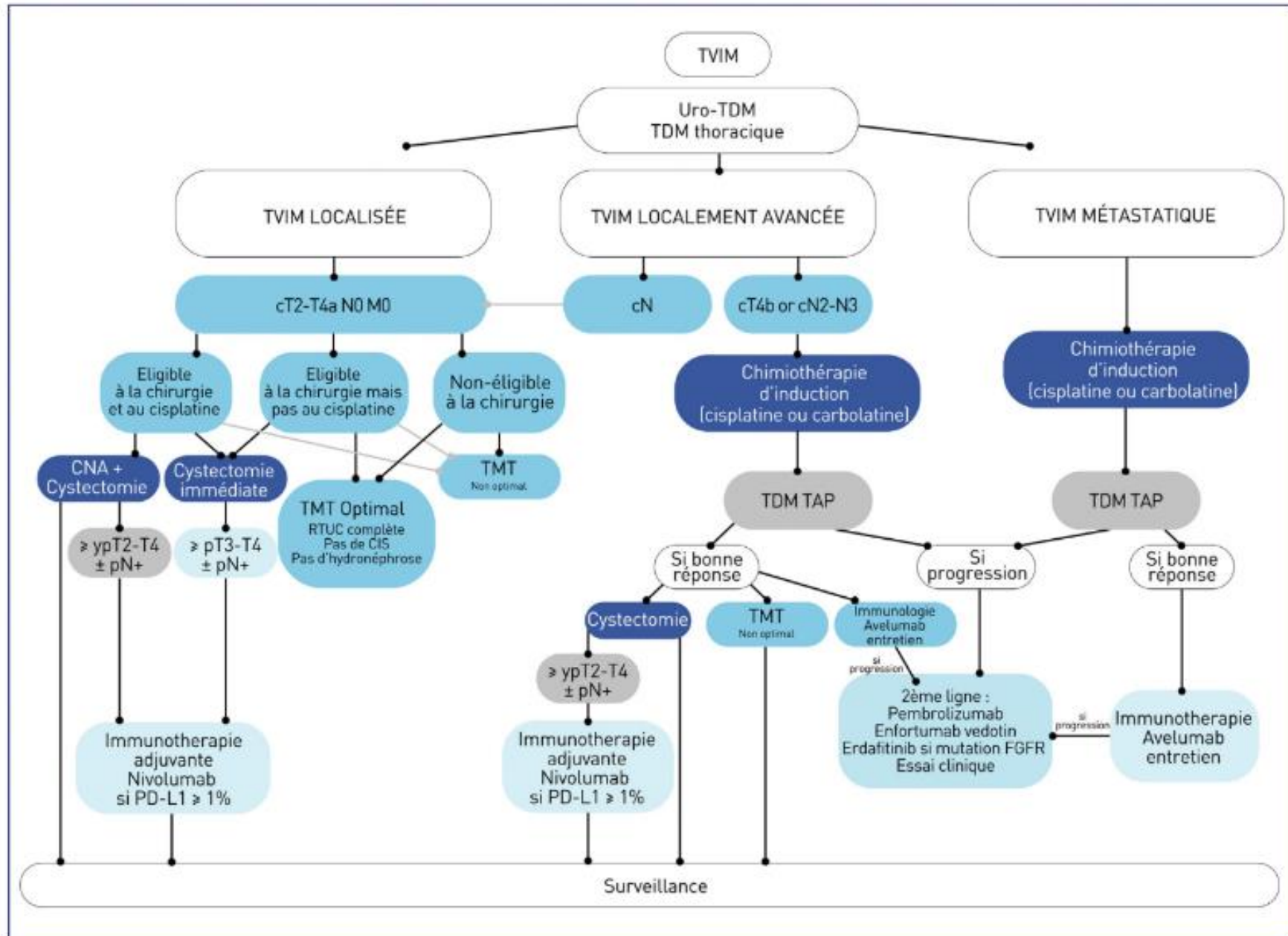
Diagnostic

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

Algorithme de prise en charge des TVNIM



Algorithme de prise en charge des TVIM



Traitement tri-modal
Seule alternative aussi efficace
que la chirurgie radicale

OS spécifique 5 ans 50-84%
OS 5 ans 36-74%
Cystectomie de rattrapage 14-20%

Résection la plus profonde et
complète possible

Radiothérapie

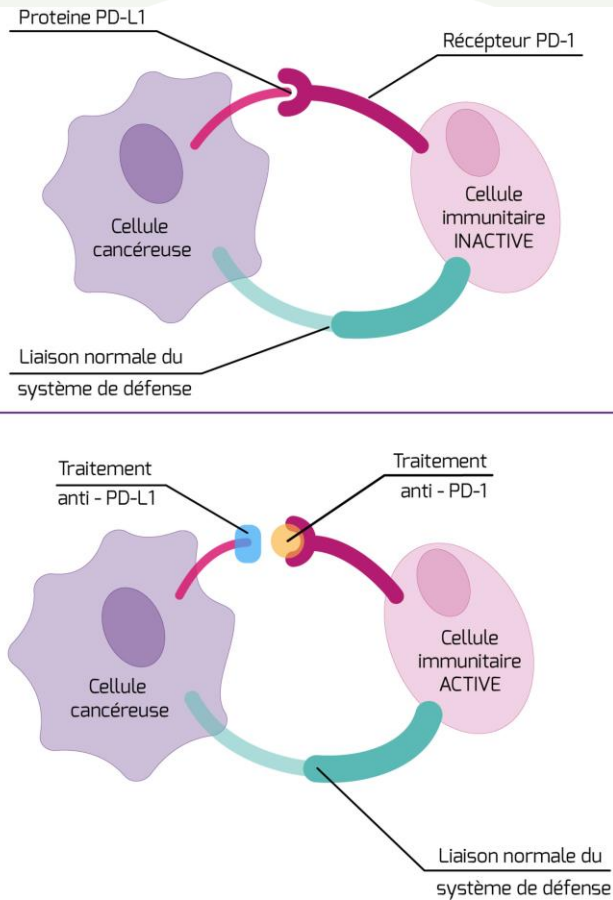
Vessie + ganglions
30 séances

Chimiothérapie

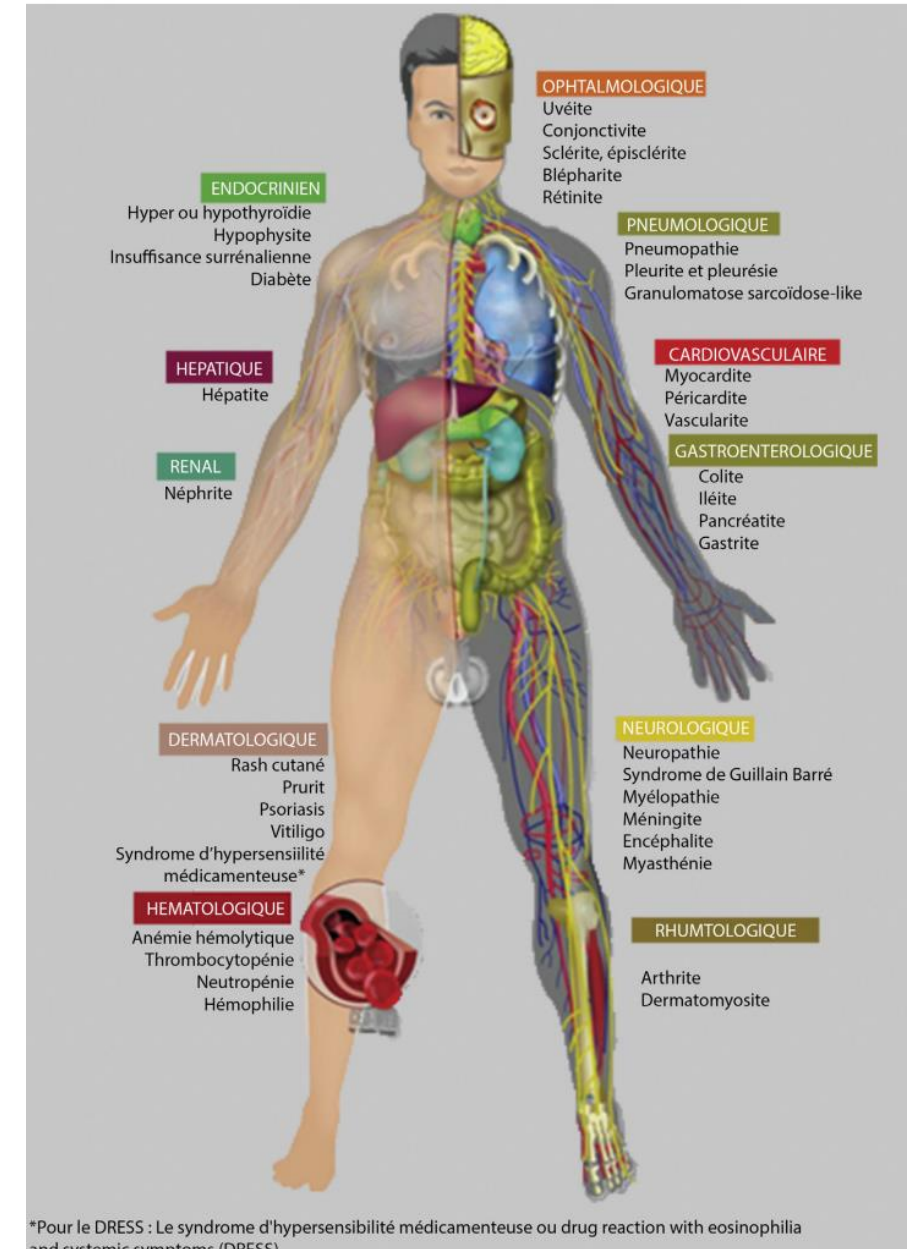
Hebdomadaire & concomitante

Focus Immunothérapie

- Rôle de restaurer l'activité des lymphocytes T anti tumoraux
- Levant l'inhibition de ces Lymphocytes générée par les cellules tumorales

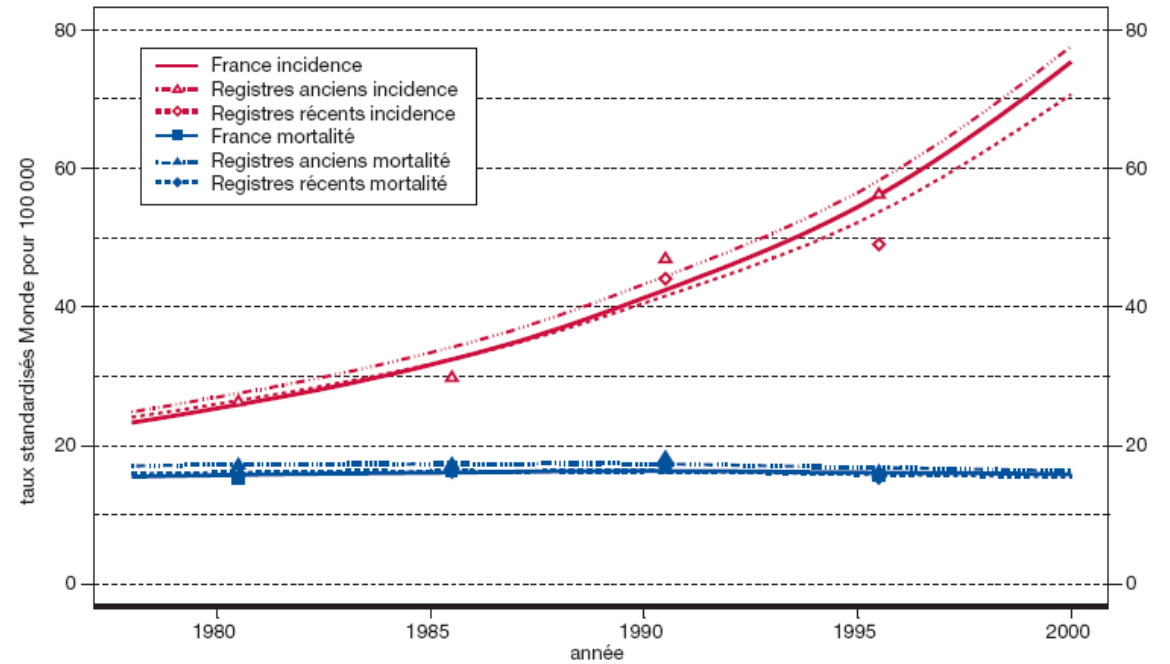
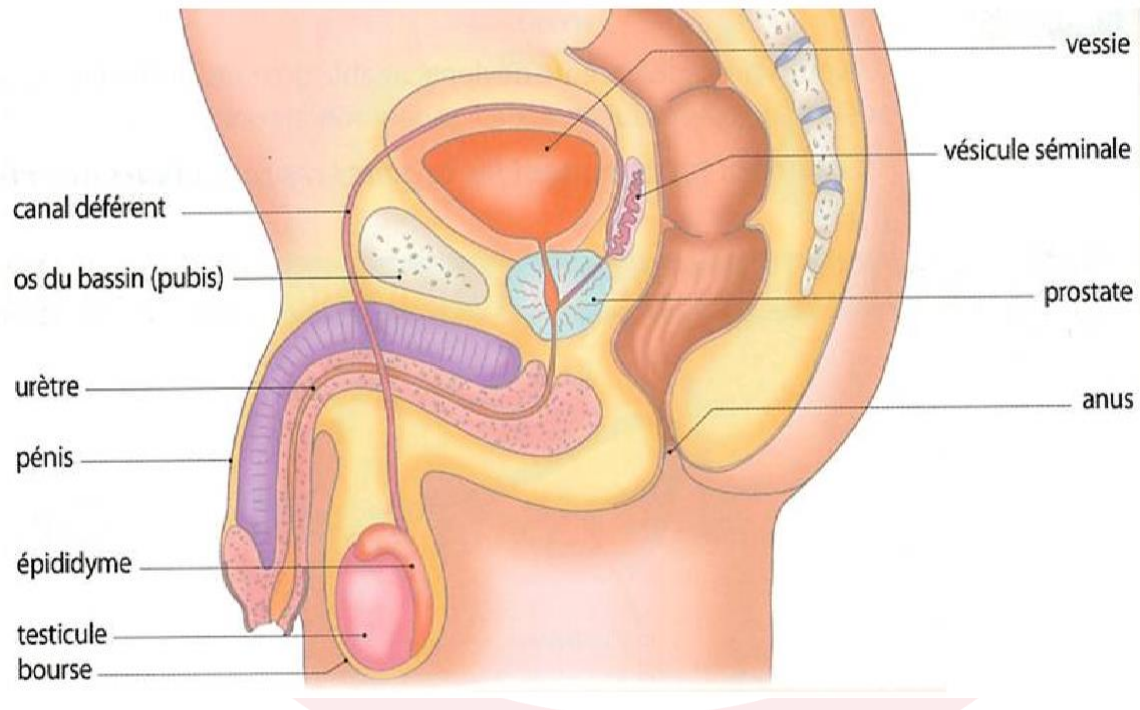


- Toxicités peu fréquentes mais diversité des toxicités++
- Activation non spécifique et donc de lymphocytes T dirigés contre nos tissus, quiescents jusque la = auto immunité

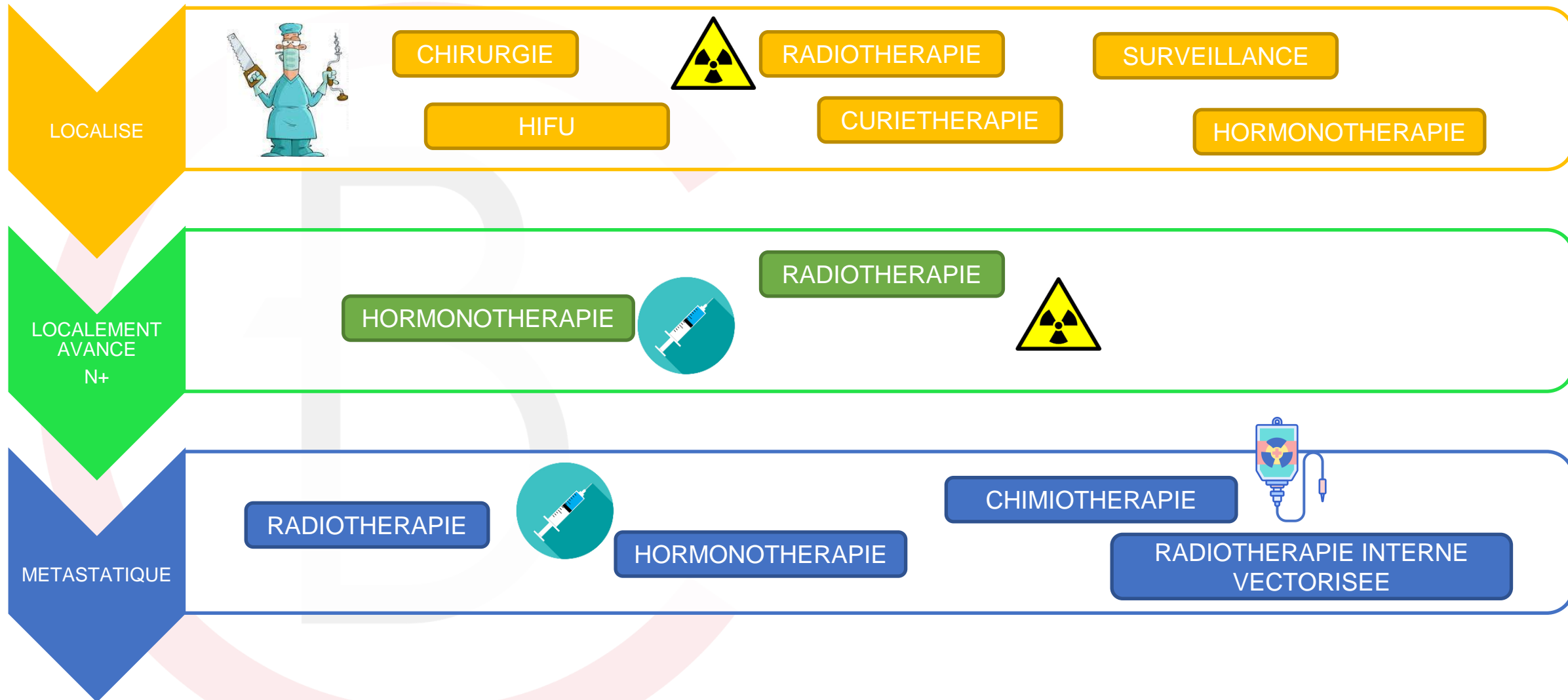


Généralités

- 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)

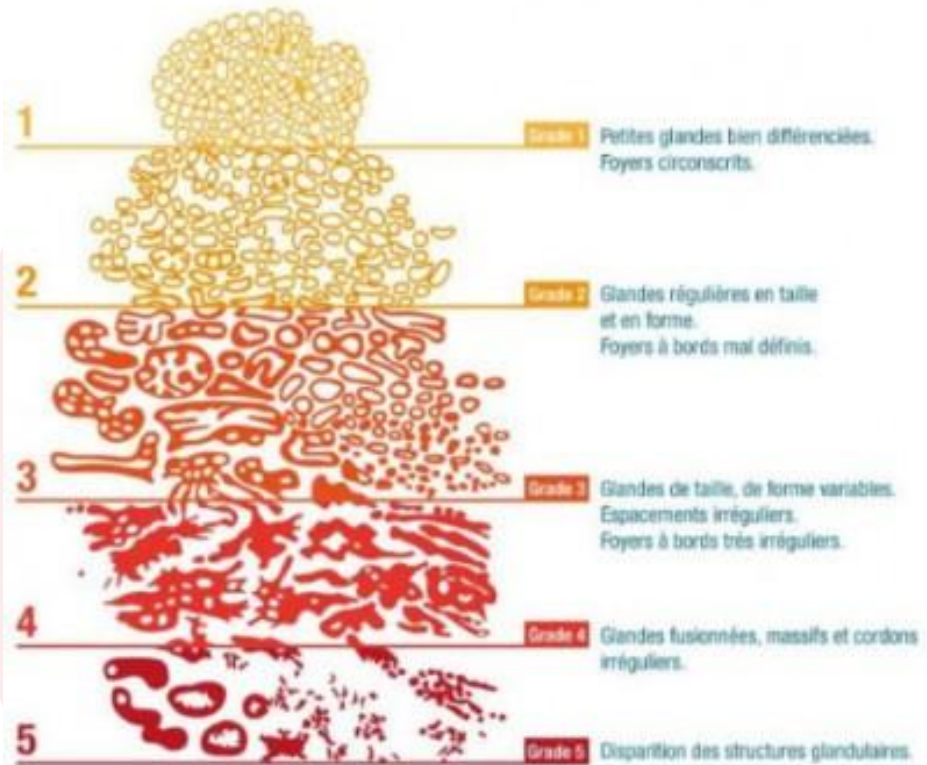


Généralités : Stades pronostiques



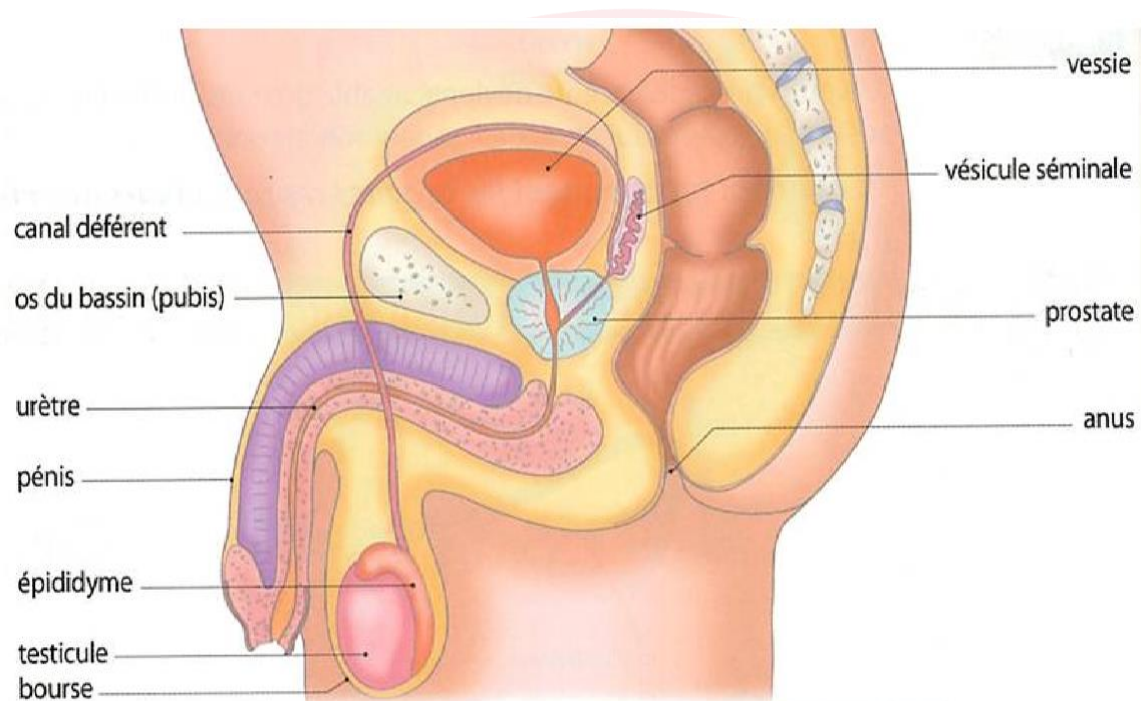
Généralités : Score de Gleason

Représentation du grade de Gleason



Score histo-pronostic de représentativité du degré de malignité de la tumeur

Généralités : Stade Tumoral



T1 : Tumeur non palpable

T1a : découverte lors de l'ablation de l'adénome. Touche moins de 5% du prélèvement.

T1b : découverte lors de l'ablation de l'adénome, mais touche plus de 5% du prélèvement.

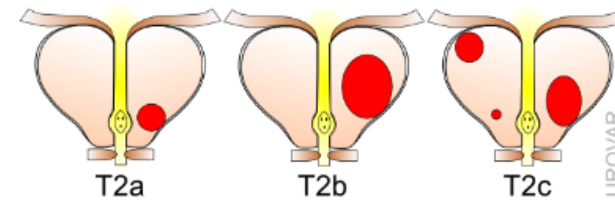
T1c : découverte grâce au PSA lors du dépistage

T2 : Tumeur confinée à la prostate

T2a : nodule occupant moins de 50% d'un lobe

T2b : nodule occupant plus de 50% d'un lobe

T2c : nodule(s) occupant les deux côtés de la prostate

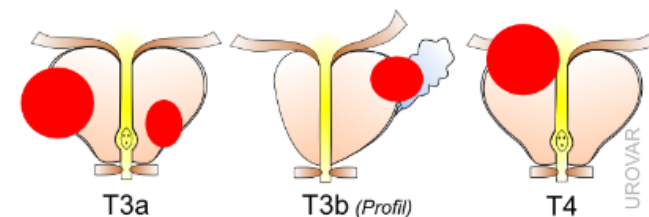


T3 : Tumeur qui sort de la prostate (dépassé la capsule)

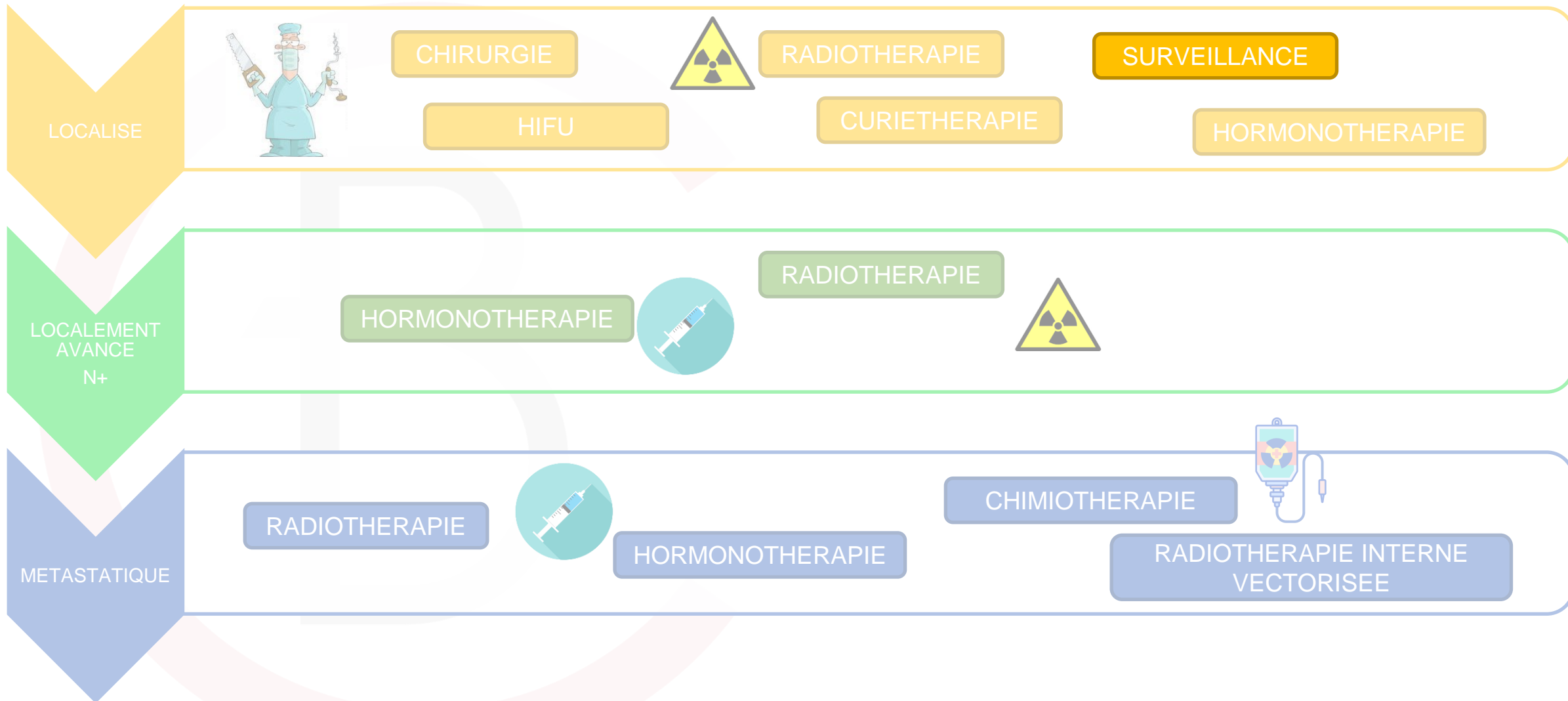
T3a : sans autre atteinte.

T3b : et atteint la vésicule séminale

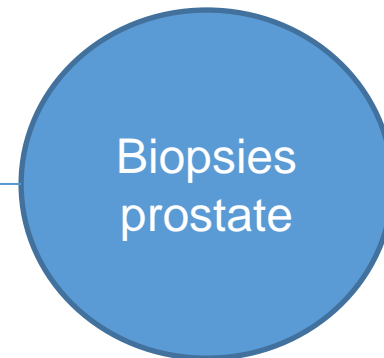
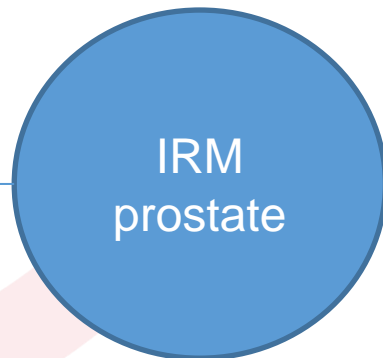
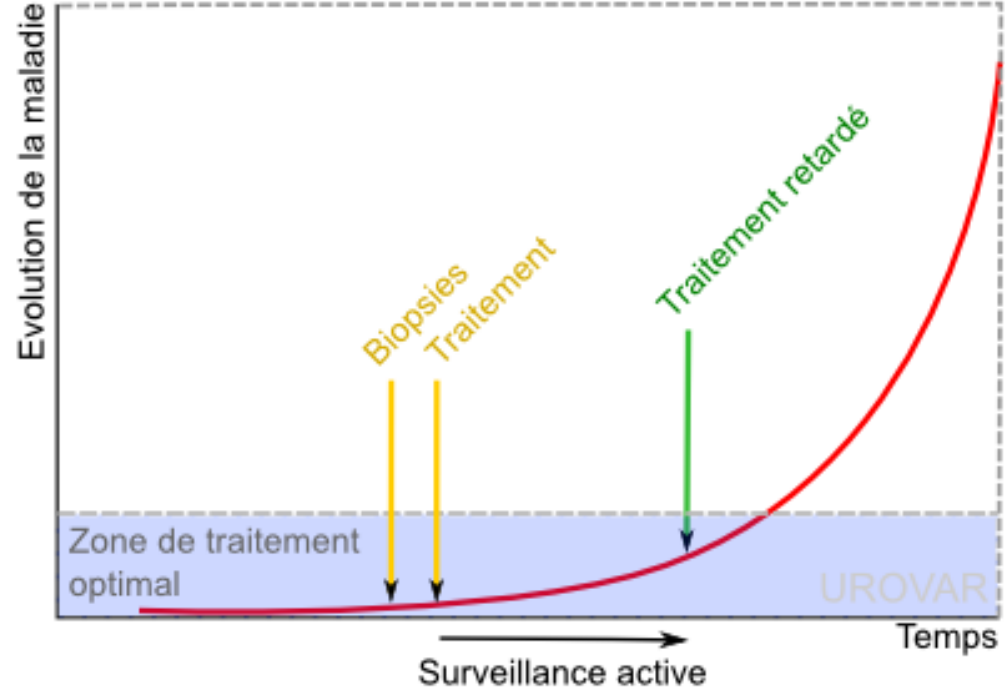
T4 : Tumeur qui atteint les organes de voisinage : vessie, rectum



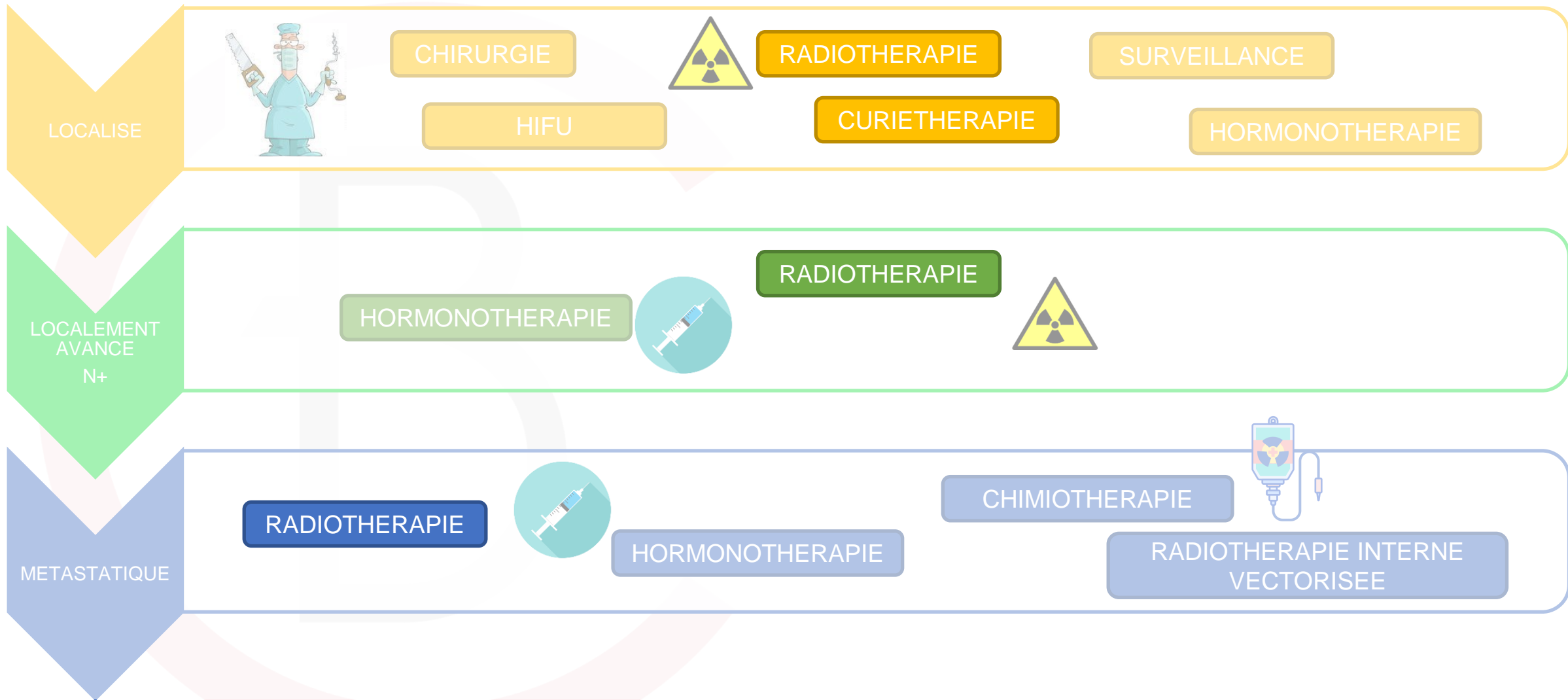
Surveillance



Surveillance active

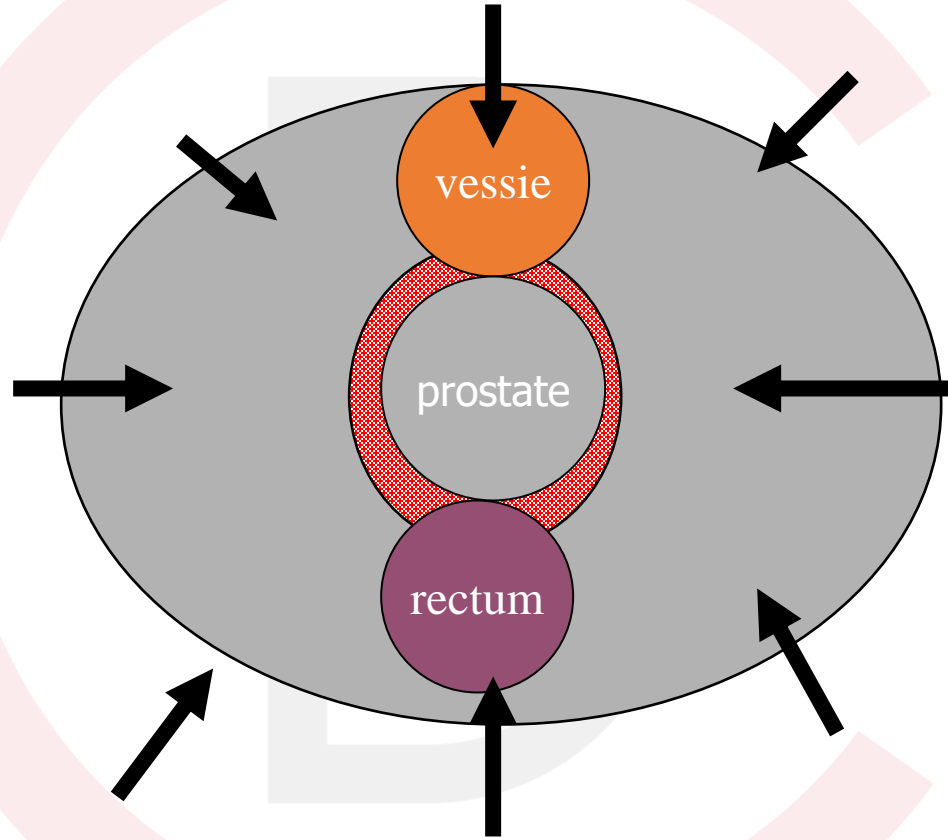


Traitements

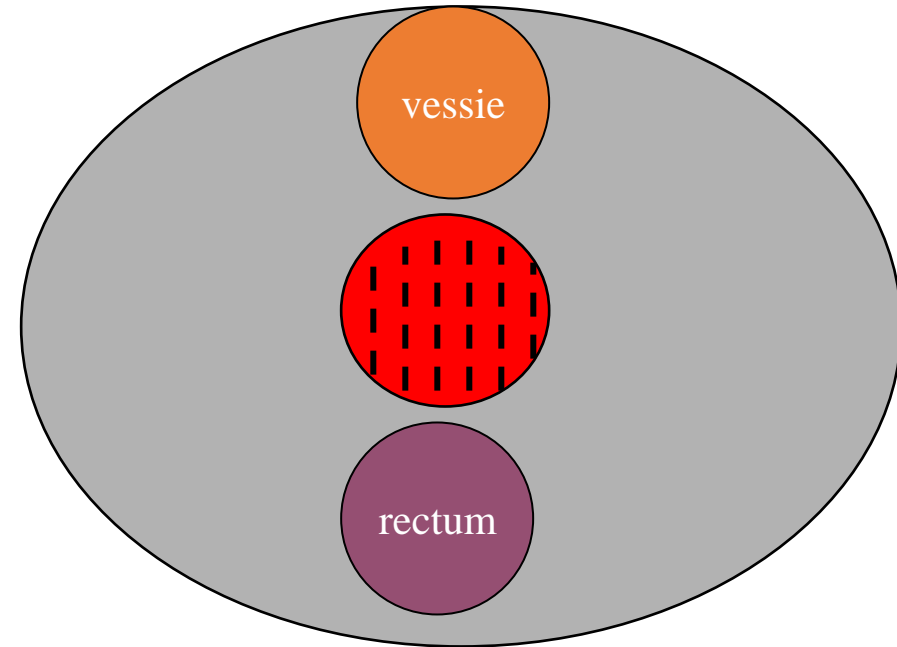


PRINCIPES

Radiothérapie externe



Curiethérapie



CONDITIONS / INDICATIONS

- **Radiothérapie exclusive** pour tous les stades localisés / localement avancé / métastatique bas volume
+/- hormonothérapie

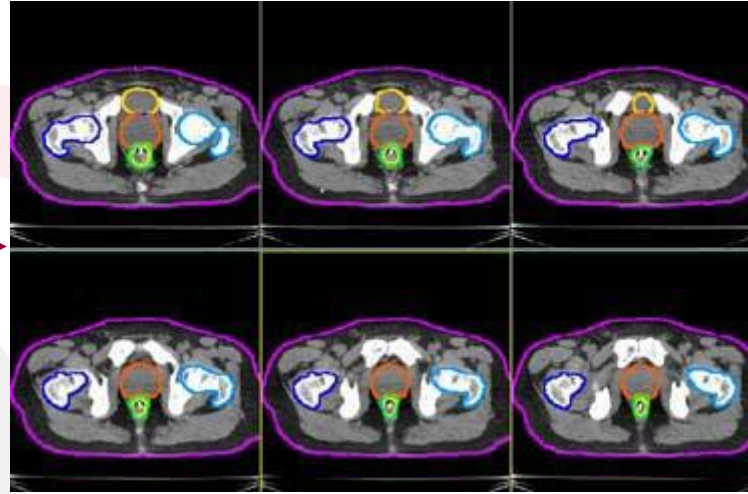
- **Radiothérapie post-opératoire immédiate**
 - Atteinte VS, extracapsulaire, marges positives, PSA détectable
- **Radiothérapie de rattrapage**
 - Récidive biologique isolée

- Patients **oligométastatiques**
 - D'emblée ou rechute métastatique isolée

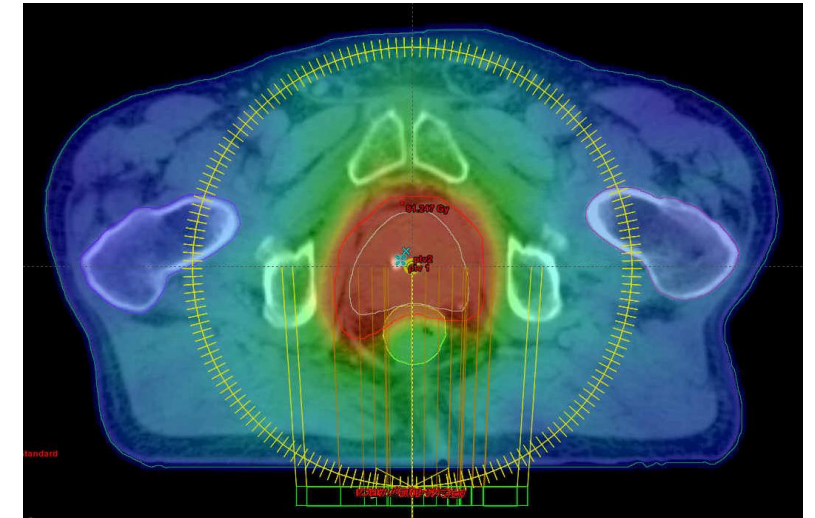
Principes



scanner de centrage



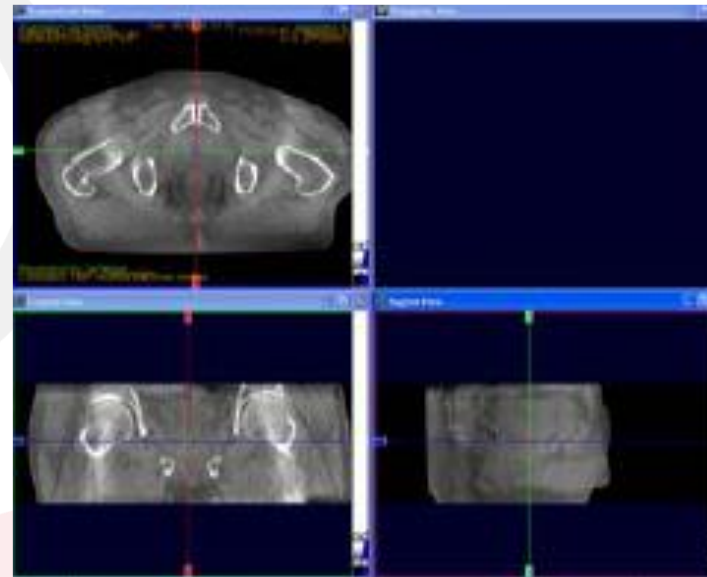
Contourage volumes cibles et organes à risque



Dosimétrie



Traitement



Contrôle de repositionnement

Préparation du traitement

- **Positionnement :**

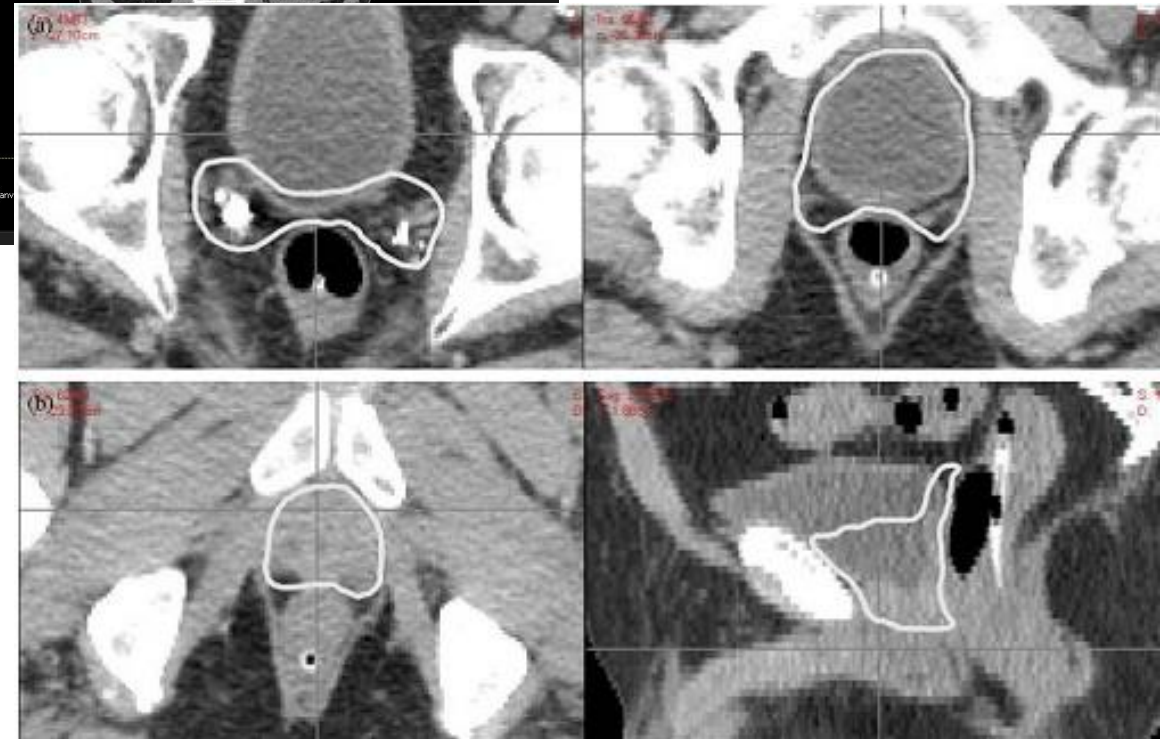
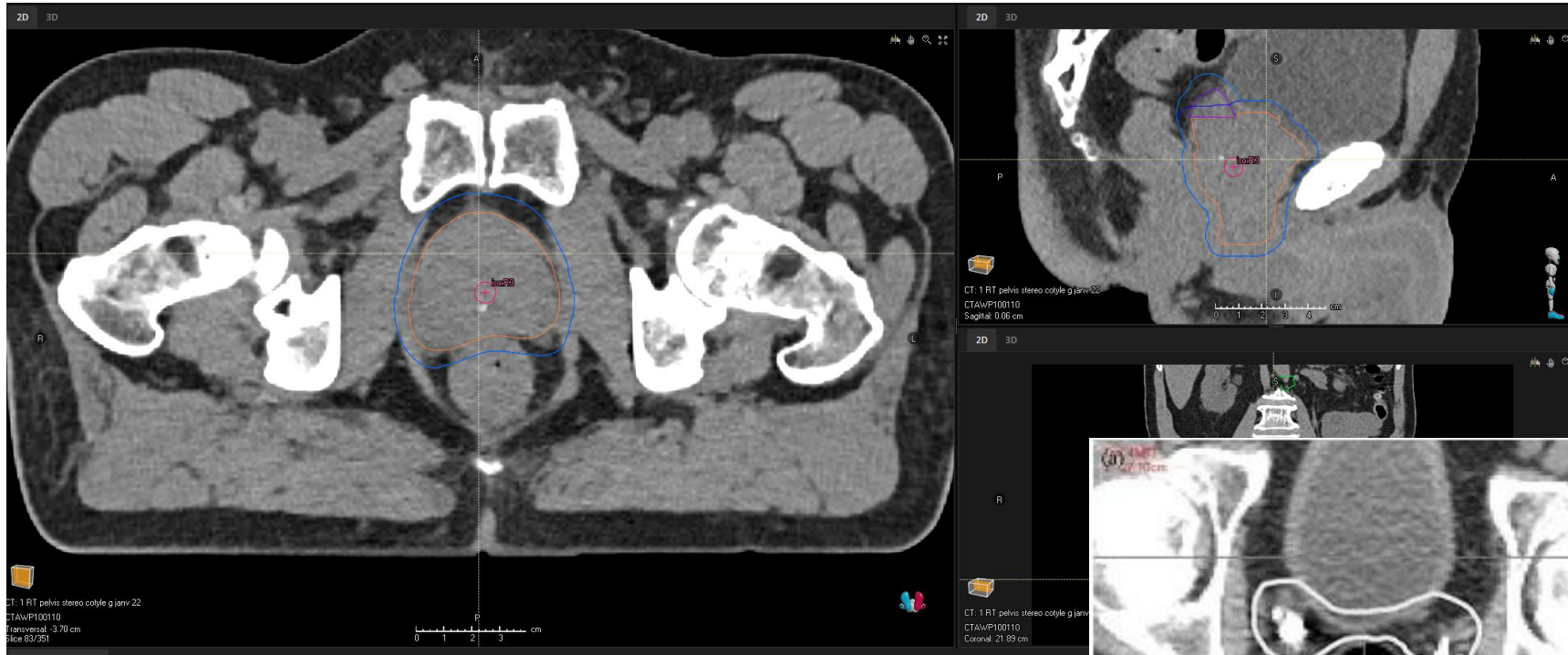
- Décubitus dorsal
- Bras sur le torse
- Cale sous les genoux
- Alignement du patient

- **Scanner dosimétrique :**

- Vessie pleine
- Rectum vide
- Coupes 5 mm (RCMI)
- De L4-L5 à sous petit trochanter

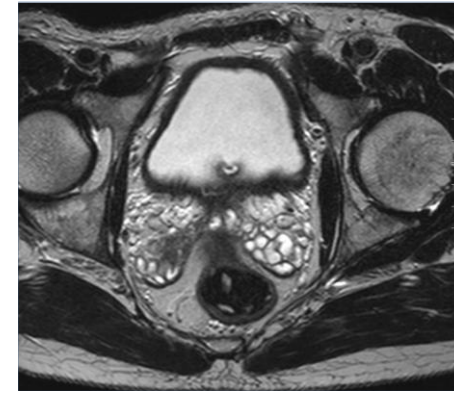
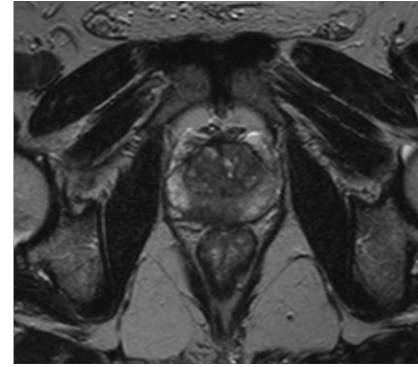
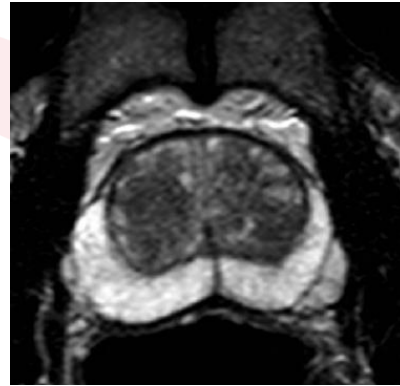


Contourage des volumes cibles

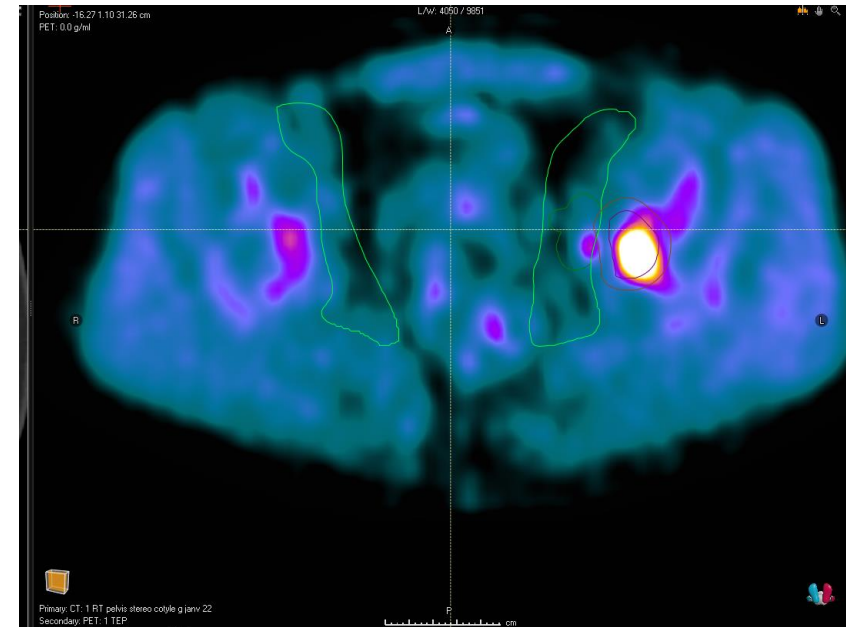
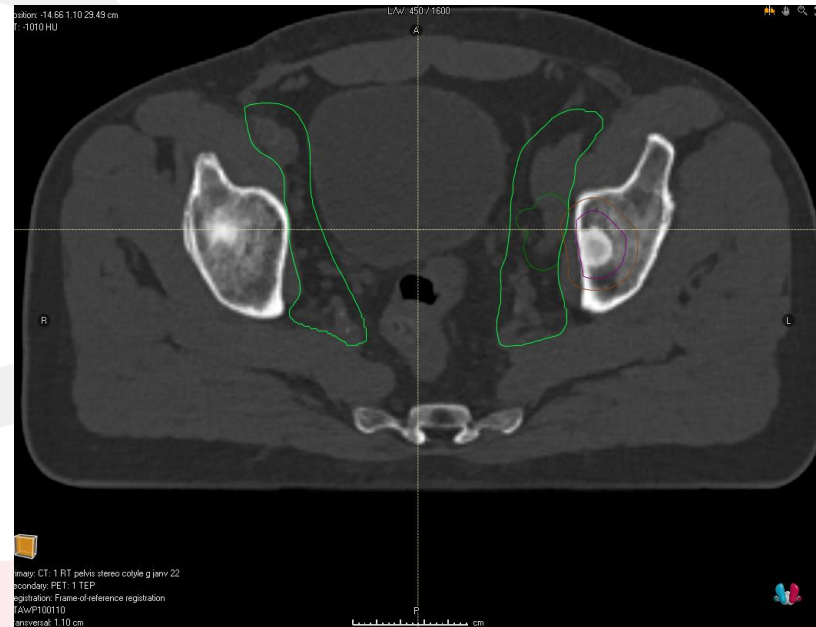


Contourage des volumes cibles

Apport de l'IRM

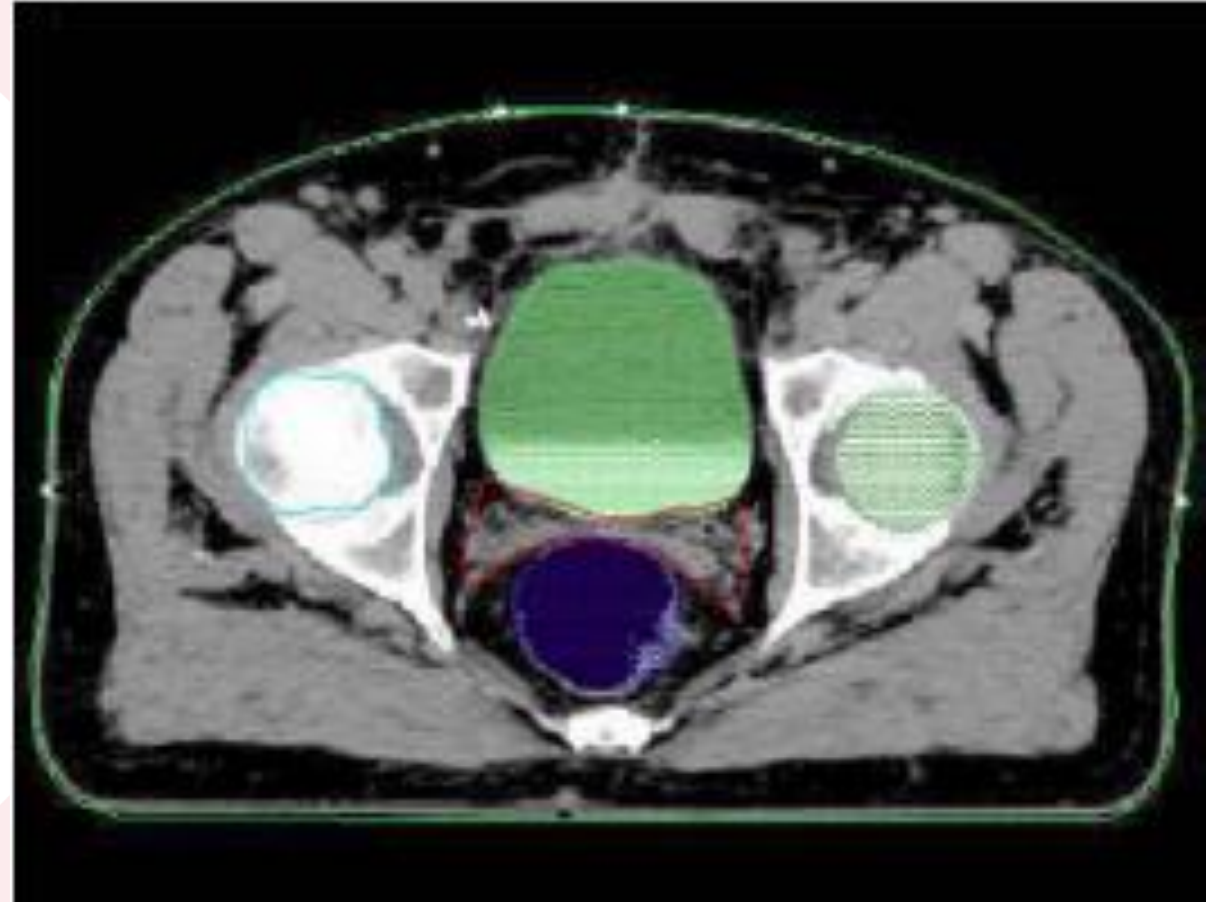


Apport du PET choline



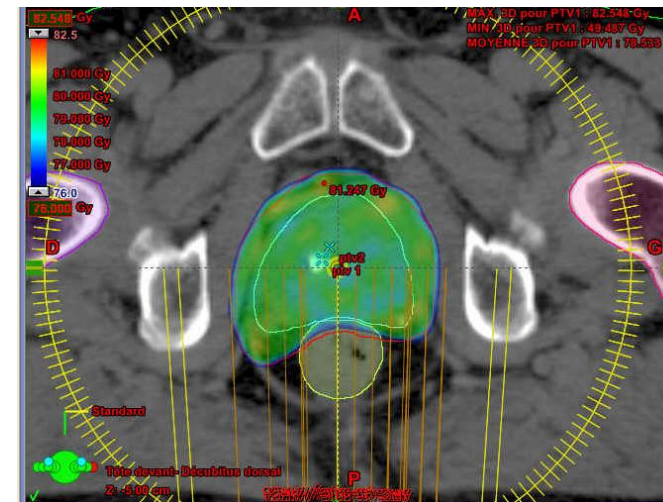
Contourage des volumes cibles

- Organes à risque
 - Rectum
 - Vessie
 - Têtes fémorales
 - Intestin grêle



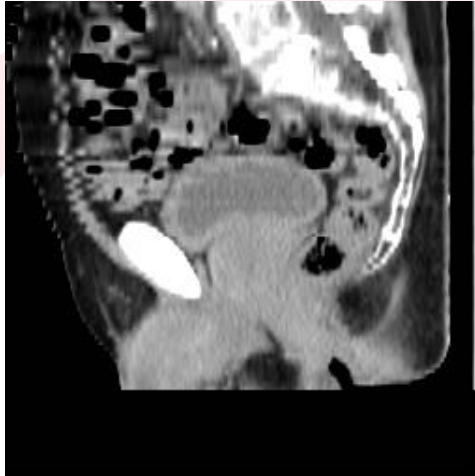
Dosimétrie

- Arcthérapie
- Irradiation continue
- Un ou deux arcs
- Accroître la protection des OAR



Contrôle du positionnement

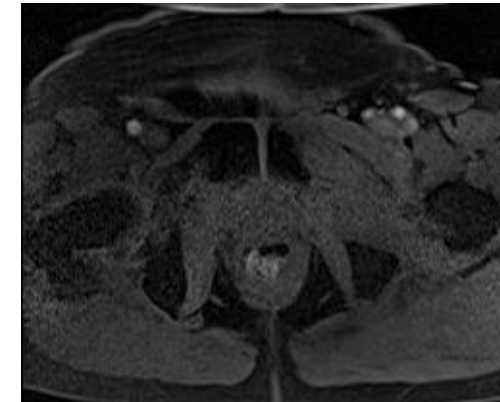
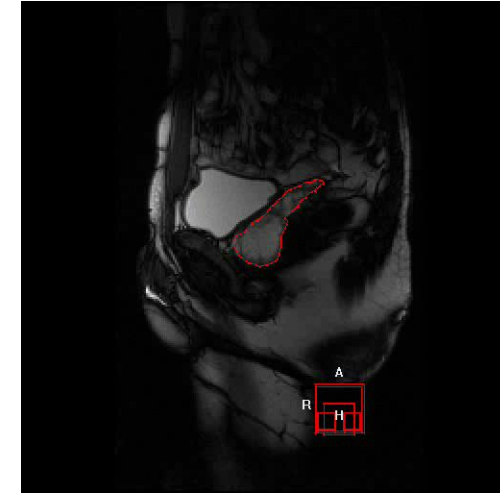
- Mvts inter fractions



Conséquences ?

- Sous-doser le volume cible prostatique ?
↔ Perte du gain en contrôle local ?
- Augmenter la toxicité aux tissus sains ?

Mvts intrafractions



Déroulement du traitement entre 20 et 40 séances

- Une séance par jour tous les jours du lundi au vendredi
- Durée séance = 10-15 min
- Nécessité vessie remplie de manière confortable et rectum vide
- 1 consultation hebdomadaire systématique



Toxicités

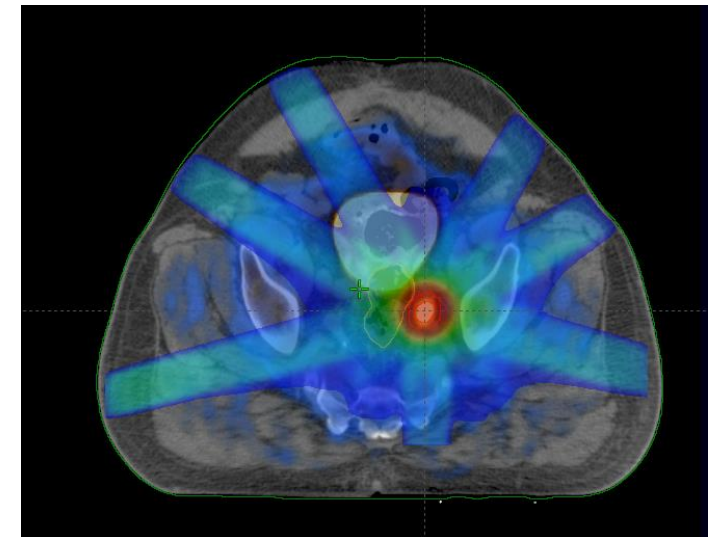
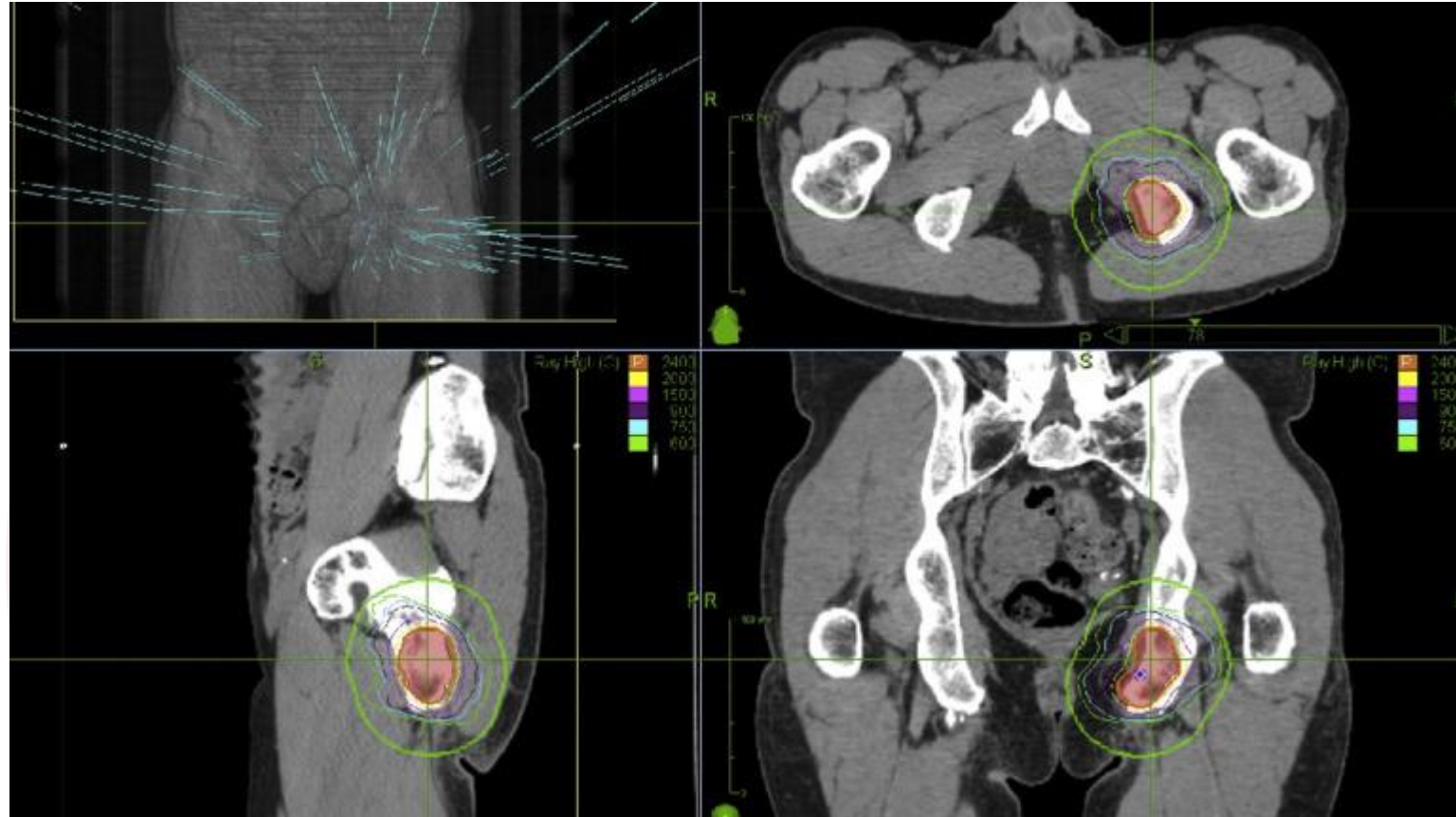
AIGUES

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

TARDIVES

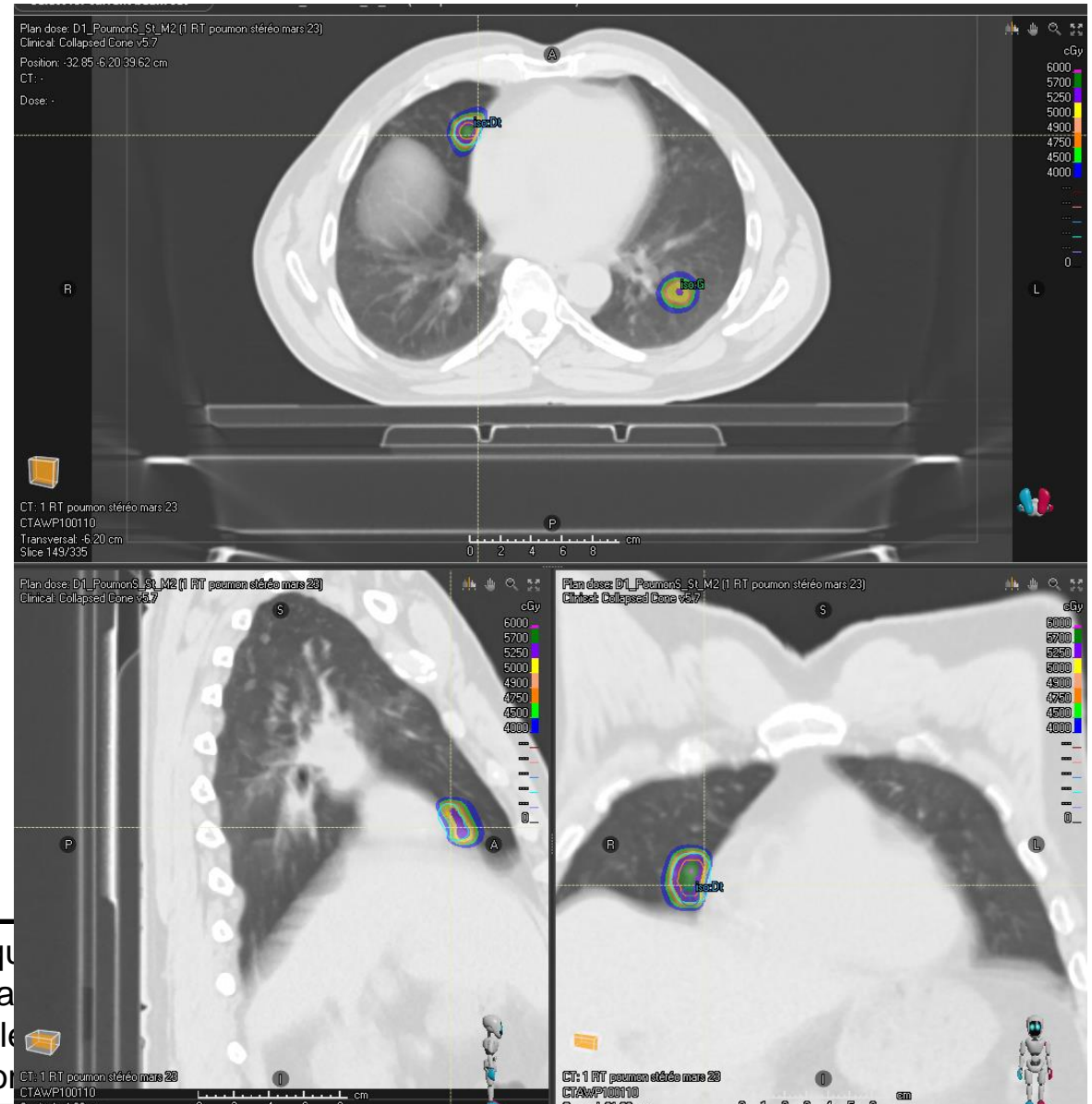
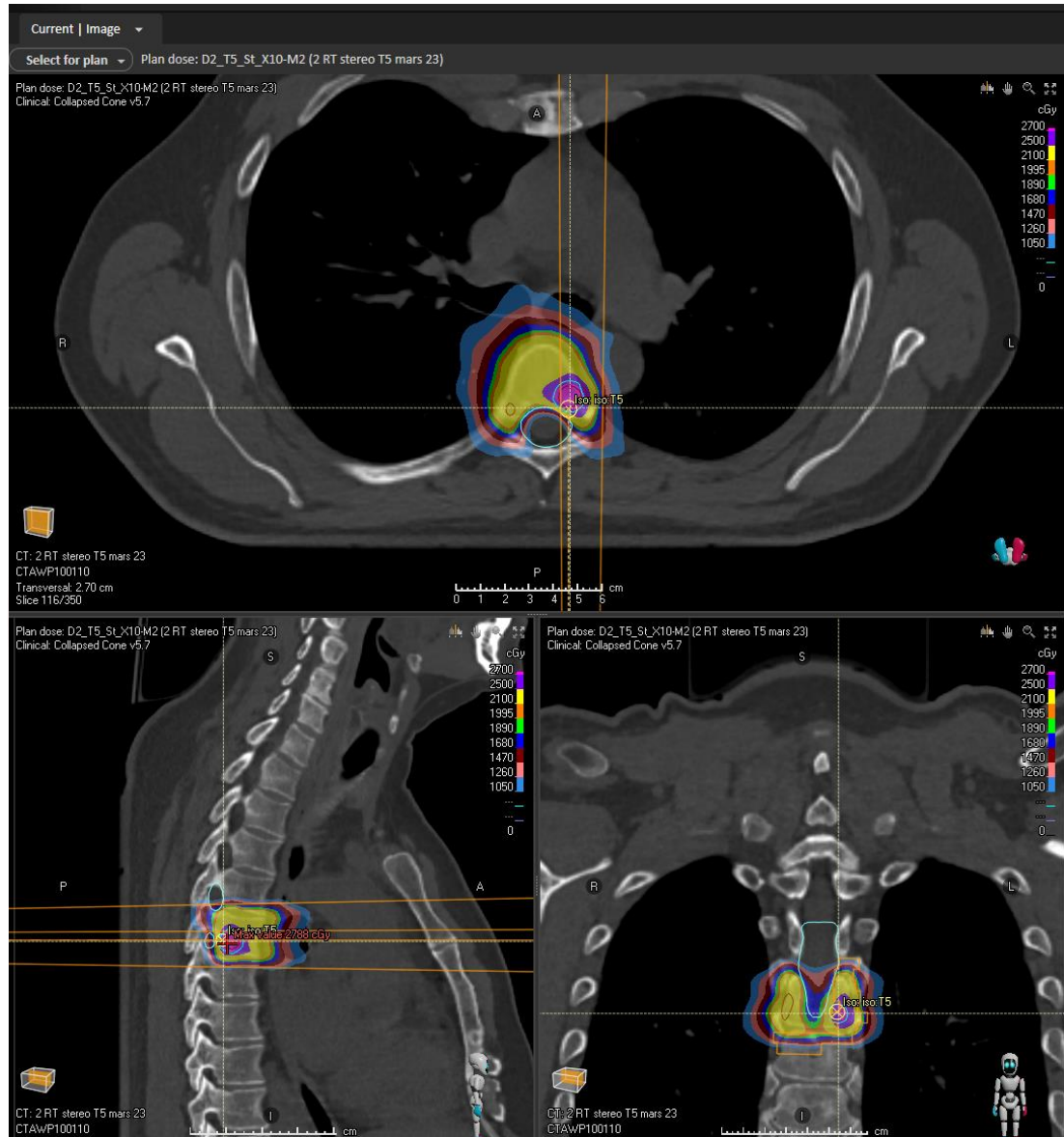
- **Digestive**
 - Diarrhée chronique
 - Rectorragies (Plasma Argon)
- **Urinaire**
 - Réduction de la capacité vésicale
 - Cystite
 - Sténose urétrale
 - Incontinence (rare)
- **Troubles de l'érection**

Radiothérapie Stéréotaxique



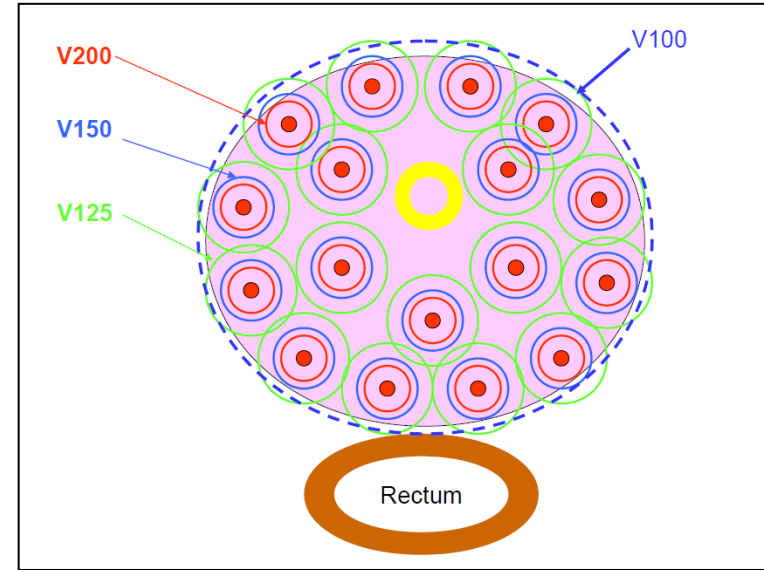
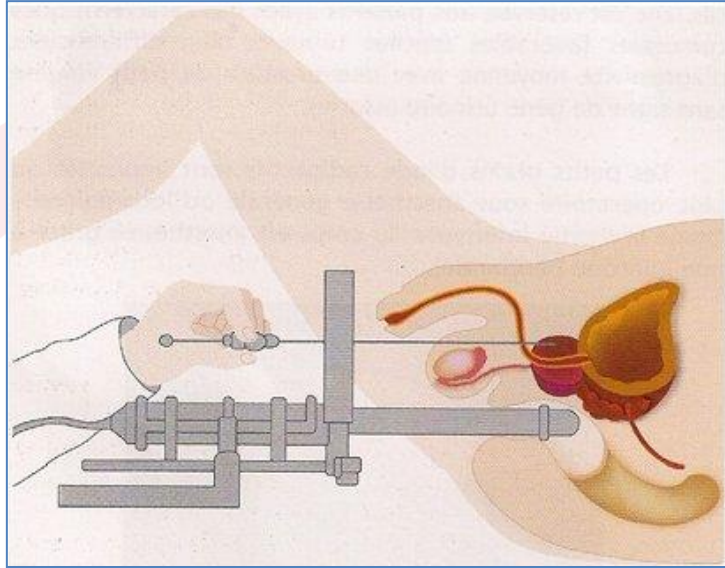
Prostate ou métastases quelque soit la pathologie
Entre 1 et 5 séances
Excellent contrôle local
Rares effets secondaires

Radiothérapie Stéréotaxique



- **Cancer de prostate localisé bas risque Gleason VI +/- VII**
- Volume prostatique <60cc
- Bonne fonction urinaire (score IPSS)
- Planimétrie préalable satisfaisante : présentation / accès prostate

PRINCIPES

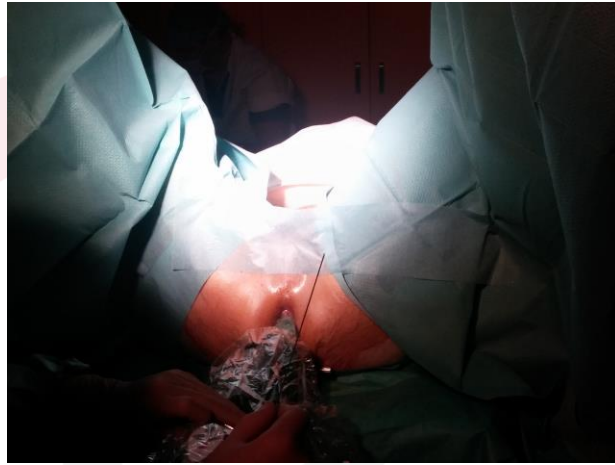


- Mise en place d'une source radioactive à l'intérieur de la prostate
- Aiguilles vectrices par voie transpérinéale
- Echographie endorectale

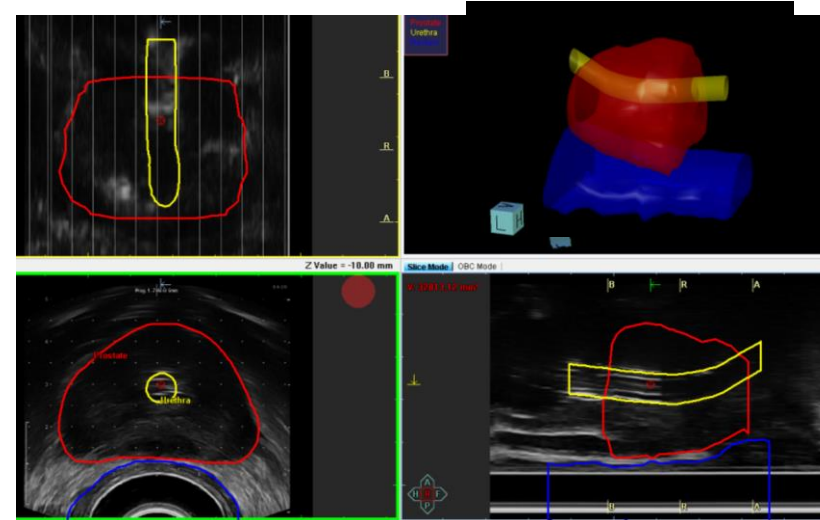
Curiethérapie par
implants permanents
Bas débit de dose (LDR)
Iode 125

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

CURIETHERAPIE à base débit de dose



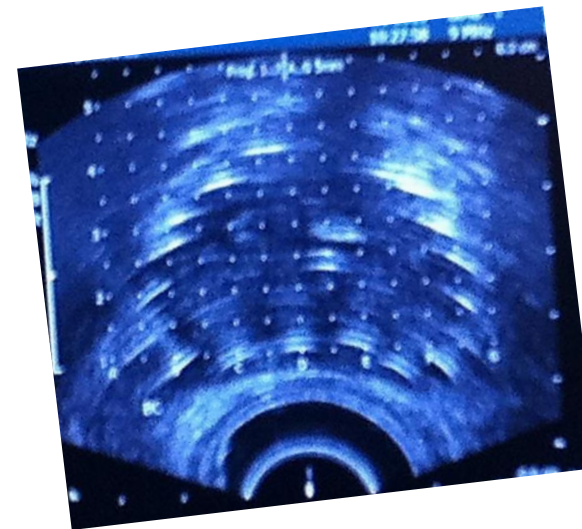
Echographie endorectale



Contourage prostate, urètre, rectum



Implantation
aiguilles vectrices
par voie
transpérinéale



CURIETHERAPIE à base débit de dose



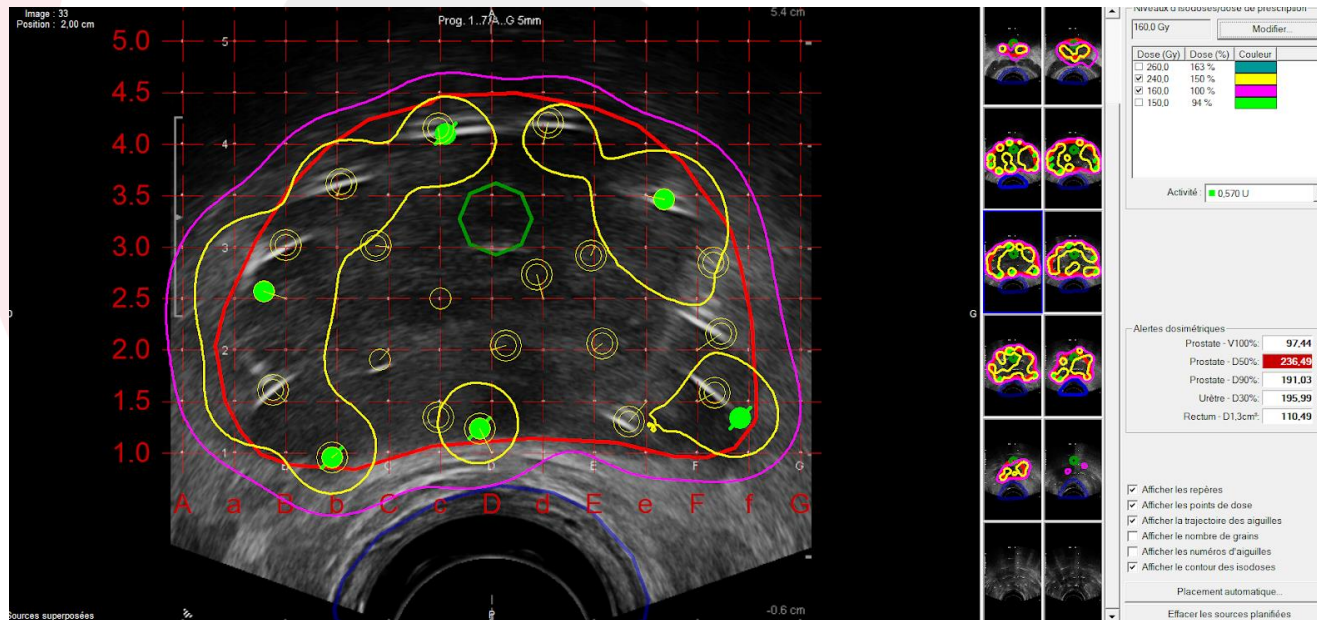
Grains libres



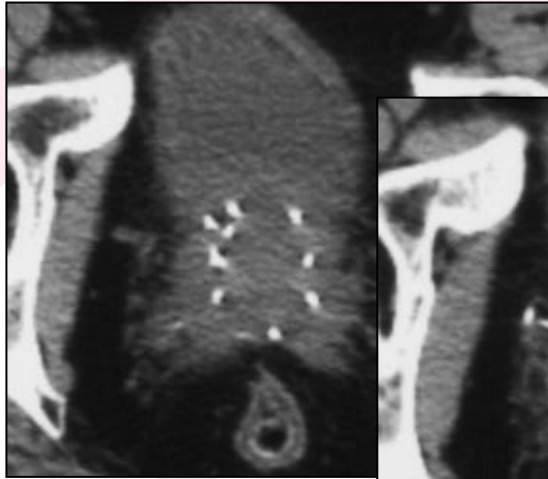
Grains connectés

Iode 125

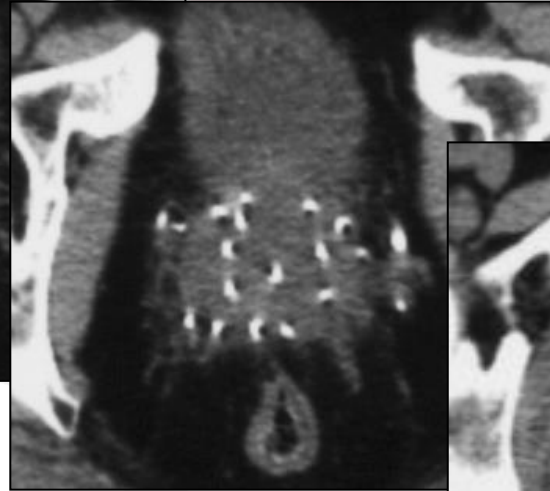
160 Gy



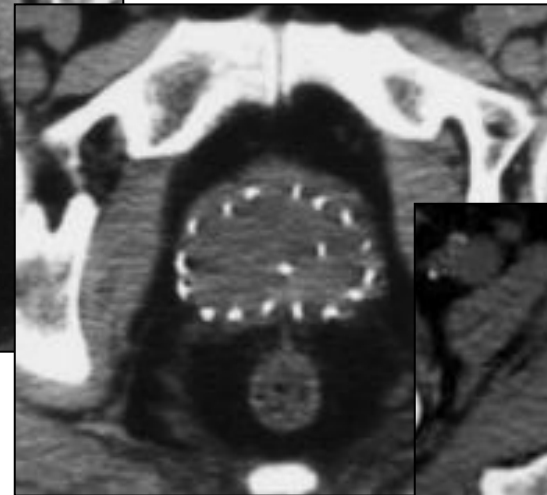
Scanner post-implantation



Base

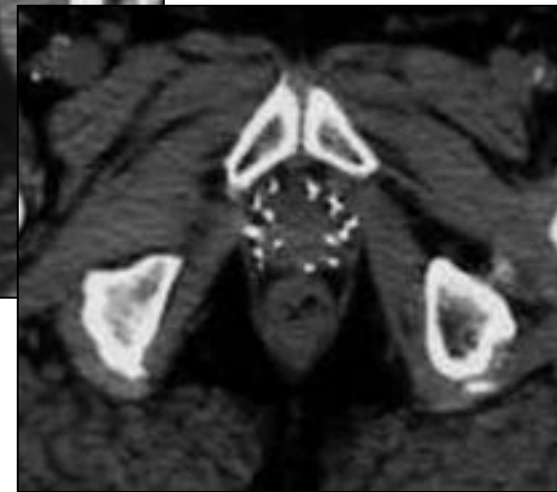


Dosimétrie



Apex

- 1 mois
- Sans injection



Curiothérapie à base débit de dose

CURIE LDR	N	FU médian (mois)	SSR bio	
			Bas risque	Intermédiaire
Lawton IJROBP 2011	101	97	92% (8 ans)	
Morris Cancer 2013	1006	90	94% (10 ans)	
Martinez Brachy 2015	700	63	85 % (10 ans)	
Kittel IJROBP 2015	1602	82	87 % (10 ans)	79 % (10 ans)
Taira IJROBP 2010	463	74	97% (12 ans)	96% (12 ans)
Stone J Urol 2011	1463	72	88% (12 ans)	79 % (12 ans)
Sylvester IJROBP 2011	128	140	86% (15 ans)	80% (15 ans)

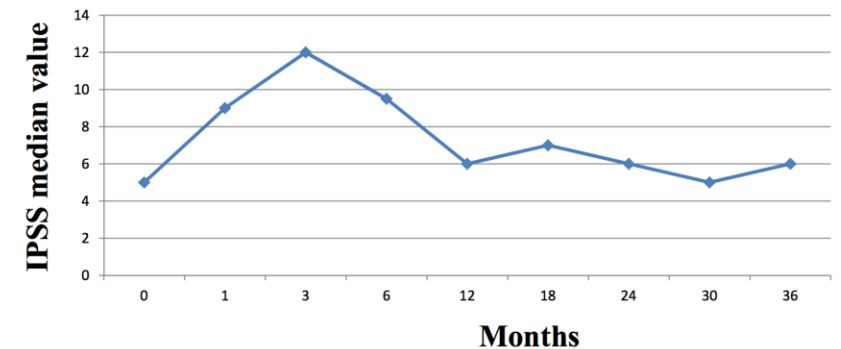
Efficacité excellente
Toxicités marginales
Mais critères de sélections strictes

Toxicités aiguës Grade III 6% (CI 95% CI 1.4-6.6)

Acute Toxicity	Grade				
	0	1	2	3	4
Dysuria	112 (61 %)	55 (30 %)	17 (9%)	1 (1%)	0
Urinary frequency	131 (71 %)	30 (16 %)	21 (11 %)	3 (2%)	0
Incontinence	176 (95%)	7 (4%)	1 (1%)	1 (1%)	0
Urinary retention	179 (97%)	1 (1%)	2 (1%)	3 (2%)	0
Rectal bleeding	179 (97 %)	5 (3%)	1 (1%)	0	0
Hematuria	182 (98 %)	3 (2%)	0	0	0

Toxicités tardives Grade III <5% (CI 95% CI 2.0-5.9)

Late Toxicity	Grade				
	0	1	2	3	4
Urinary	153 (78%)	26 (13%)	13 (7%)	3 (2%)	0
Gastrointestinal	183(94%)	8 (4%)	2 (1%)	2 (1%)	0



Curiethérapie à haut débit de dose

- Projecteur HDR

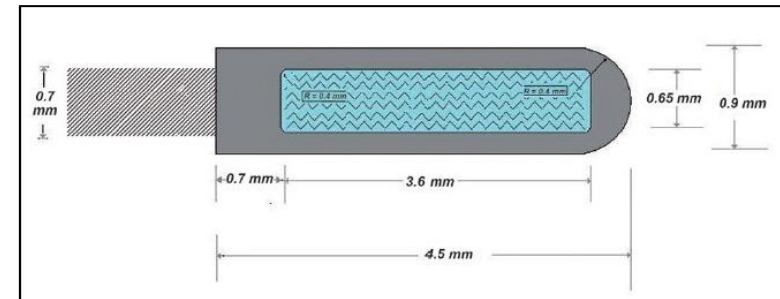


Implant temporaire

- Débit > 12 Gy/h
- Traitement de qq min

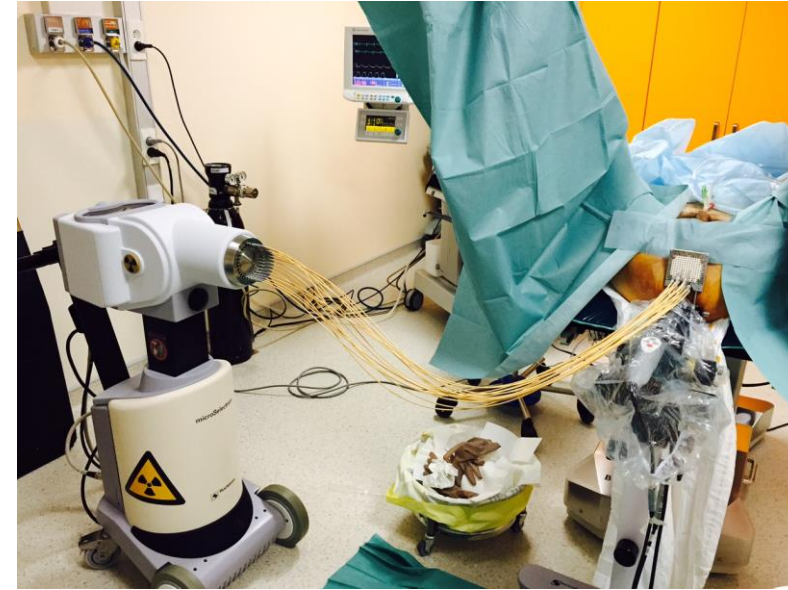
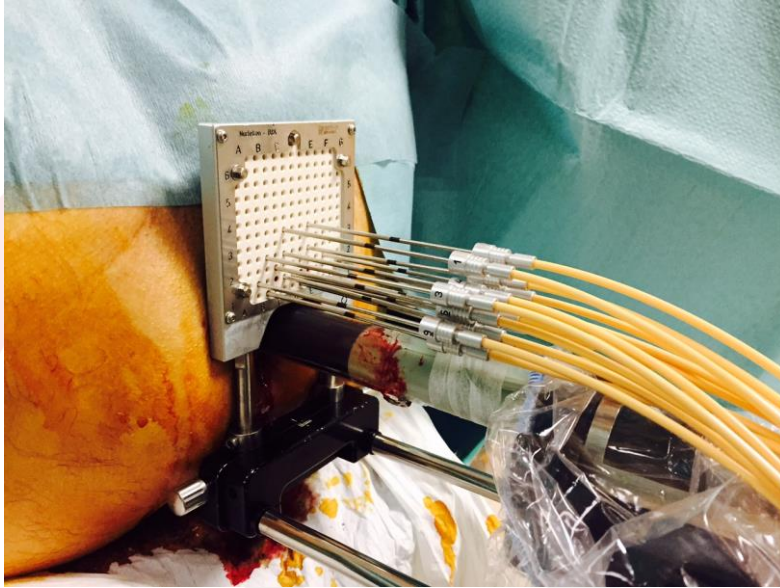
- Source radioactive

- Iridium 192
 - Energie : 380 KeV
 - Période 74 jrs
- Cobalt 60
 - Energie : 1,25 Mev
 - Période 5 ans



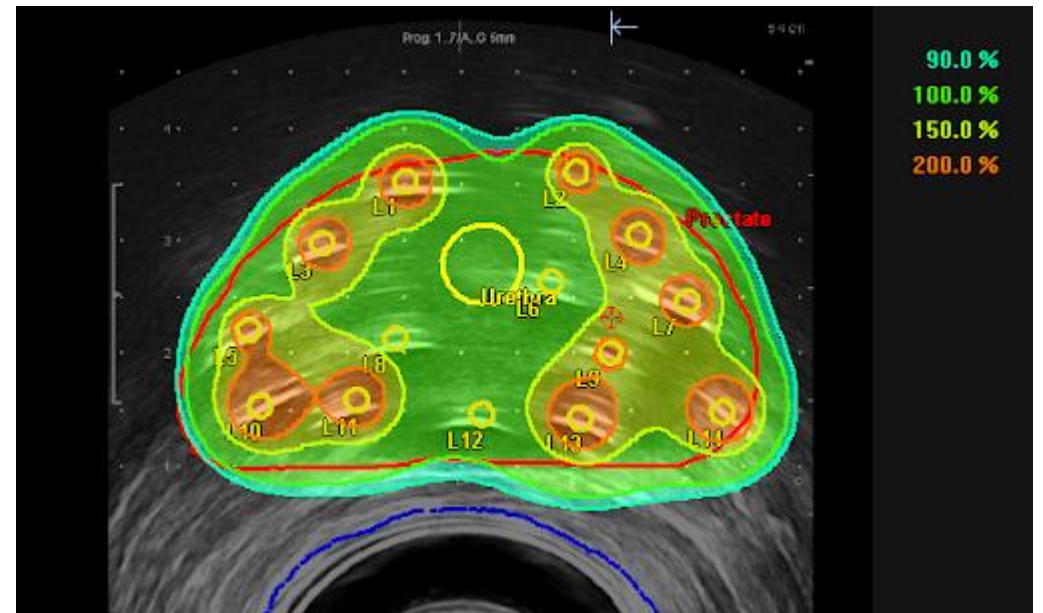
**TRAITEMENT DANS UN
BUNKER**

Curiothérapie à haut débit de dose

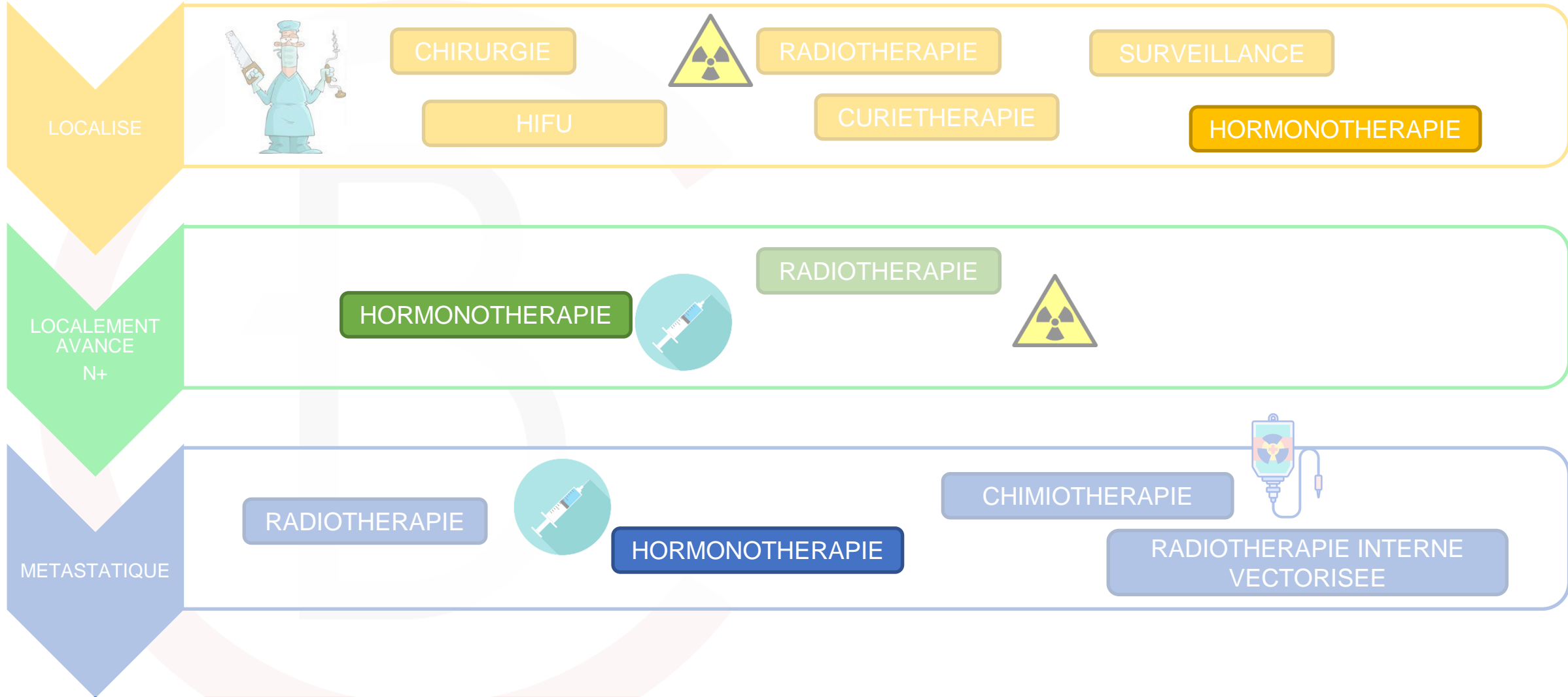


Iridium 192

- Traitement complémentaire à la radiothérapie externe
- Apporter une dose plus importante localement avec épargne des organes adjacents

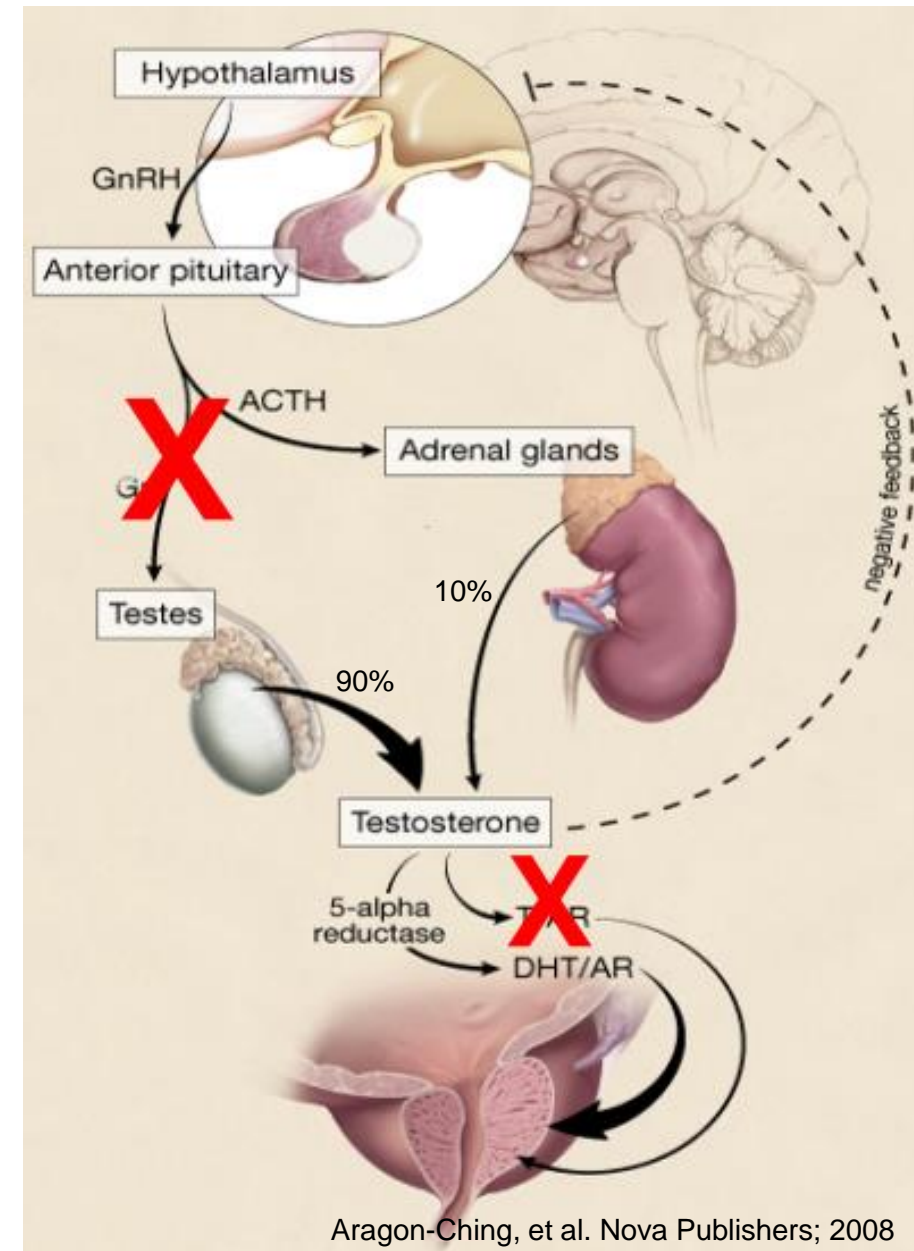


Traitements



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 le 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 (deux plateaux, contenant la seringue A (Figure 1.1) et la seringue B (Figure 1.2)). Jeter les sachets de déchets.

1.1 Plateau de la seringue A : contenu (A) **1.2 Plateau de la seringue B : contenu** (B)

coiffe transparente
Long piston blanc pour la seringue B
Bouchon gris
Coiffe grise
Bouchon gris de la seringue B attaché au piston bleu à l'opposé de la seringue B
Coiffe de l'aiguille
Aiguille

Etape 2 : Tirer d'un coup sec, sans défiliser, 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 : Mettre délicatement 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 dévisser la coiffe transparente de la seringue A (Figure 5).

Etape 6 : **Coiffe en position verticale**, relier les deux seringues l'une à l'autre : fixer la seringue B au dessus de la seringue A en poussant et tournant la seringue B dans la seringue A jusqu'à la sécurité (Figure 6a et 6b). **Ne pas trop serrer.**

Etape 7 : **Relier 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 le produit (insuline de laconotine) (Figure 7).

Etape 8 : **En position horizontale**, pousser et tirer alternativement, doucement les plateaux des 2 seringues (une dizaine de fois au total, ce qui prend environ 60 secondes) afin de mélanger parfaitement le produit et d'obtenir une suspension homogène, visqueuse (Figure 8). **Ne pas froiser le système des seringues (sans peine de déléasser en partie les seringues et d'entraîner des bulles).** Parfaitement mélangé, le produit apparaîtra visqueux avec une gamme de couleurs allant de l'écaille, à blanc, à jaune pâle (ce qui froche toutes les nuances du blanc au jaune pâle).
Merci de noter que le produit doit être mélangé comme décrit. LE SECOURIR NE MELANGERA PAS LE PRODUIT CORRECTEMENT.
Important : Après avoir procédé au mélange, passer à l'étape suivante immédiatement, le produit devient de plus en plus visqueux avec le temps. **Ne pas mettre au réfrigérateur le produit mélangé.**

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 A de la 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 sécurisée.
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 : Taper la seringue B droite et saisir le piston blanc afin d'éviter toute perte du produit.
Ouvrir le conditionnement de l'aiguille sécurisée en retirant le capot de celui-ci et ouvrir l'aiguille sécurisée.
Assurer l'aiguille sécurisée à la seringue B en levant la seringue droite et en tournant délicatement l'aiguille vers le bas jusqu'à ce que la base de la seringue d'une norme jusqu'à être éliminée et immobilisée (Figure 11).
Ne pas trop serrer car ceci peut fissurer l'embase de l'aiguille, entraînant une fuite du produit dans l'injecteur.
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 éliminée 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'enchevêtrez 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 l'injection, verrouiller le dispositif de sécurité en suivant les instructions faites ci-dessous :

1. Fermeture sur une surface plane
Appuyer sur le dispositif de sécurité, lever 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 2nde génération

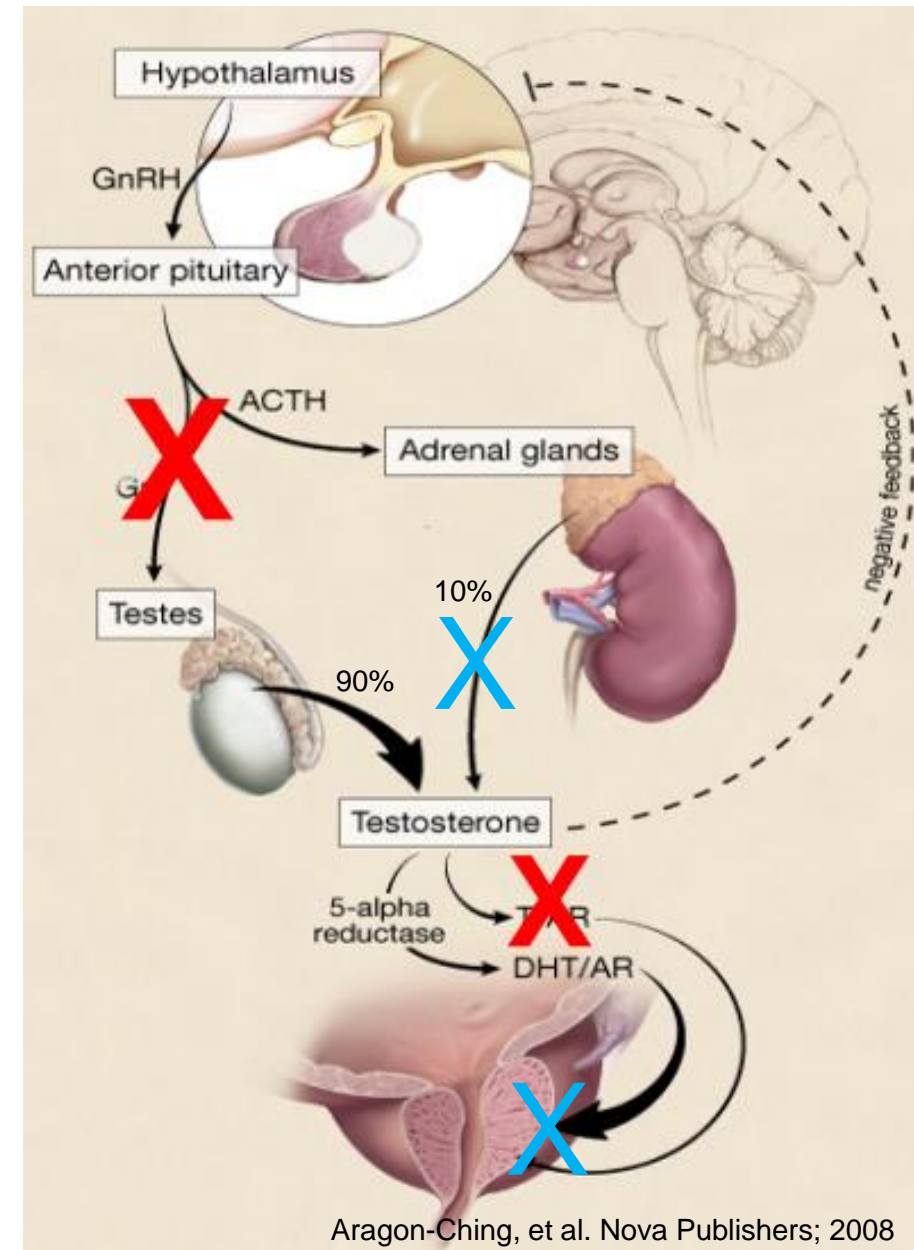
- Concept initial de résistance aux hormonothérapies de première génération
- Voie orale
- Indications : de plus en plus tôt dans l'évolution de la maladie
 - En cas de maladie métastatique résistante à la castration
 - En cas de maladie métastatique sensible
 - En cas de cancer de prostate localisé 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>Loss of libido</p> <p>Erectile dysfunction</p> <p>Hot flashes</p>	<p>Fatigue or loss of energy, initiative</p> <p>Aches and pains</p> <p>Low spirits, depression</p> <p>Emotional lability</p> <p>Cognitive changes</p>	<p>Weight gain</p> <p>Loss of muscle mass and strength</p> <p>Increased subcutaneous tissue, especially hips and thighs</p> <p>Gynecomastia</p> <p>Decrease in testicular size and penile length</p> <p>Loss of body hair</p>	<p>Loss of bone mineral density</p> <p>Changes in lipids</p> <p>Glucose intolerance, diabetes</p> <p>Anemia</p> <p>Increased cardiovascular risk?</p>

FACTEURS DE RISQUE

Evènements CV
 Changements métaboliques
 Fractures osseuses

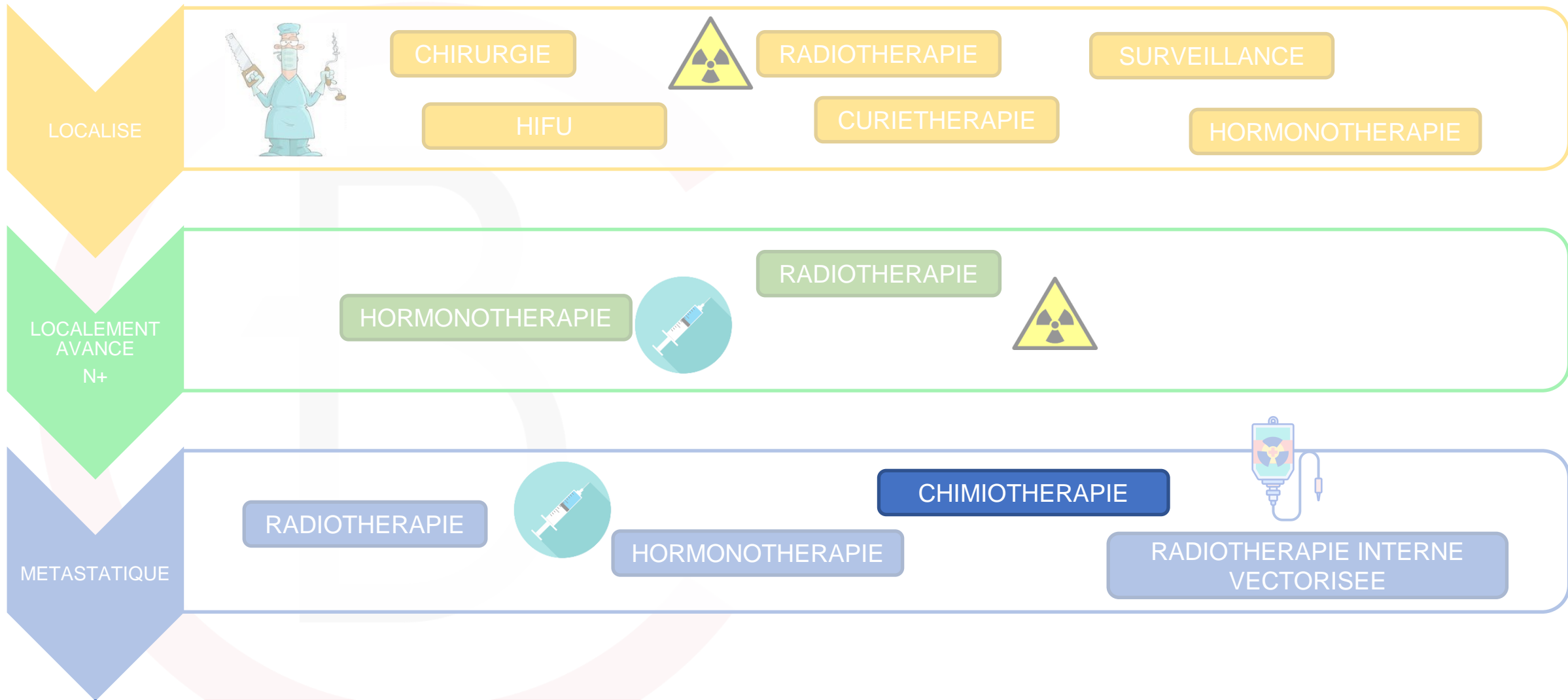
Hormonothérapies : Effets indésirables

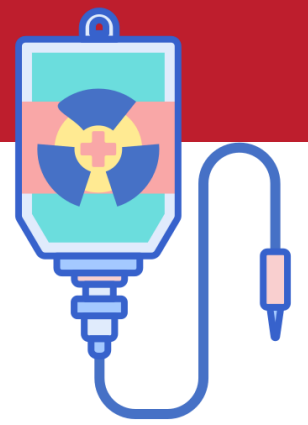
- Bouffées de chaleur (44-80%) :
 - Souvent nocturnes
 - SERELYS homme, acuponcture, auriculothérapie
- Fatigue, perte d'énergie (33-47%)
 - Activité physique régulière (programme APA)
- Prise de poids (70%), perte de masse musculaire
 - Surveillance alimentaire
 - Activité physique régulière
- Gynécomastie (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



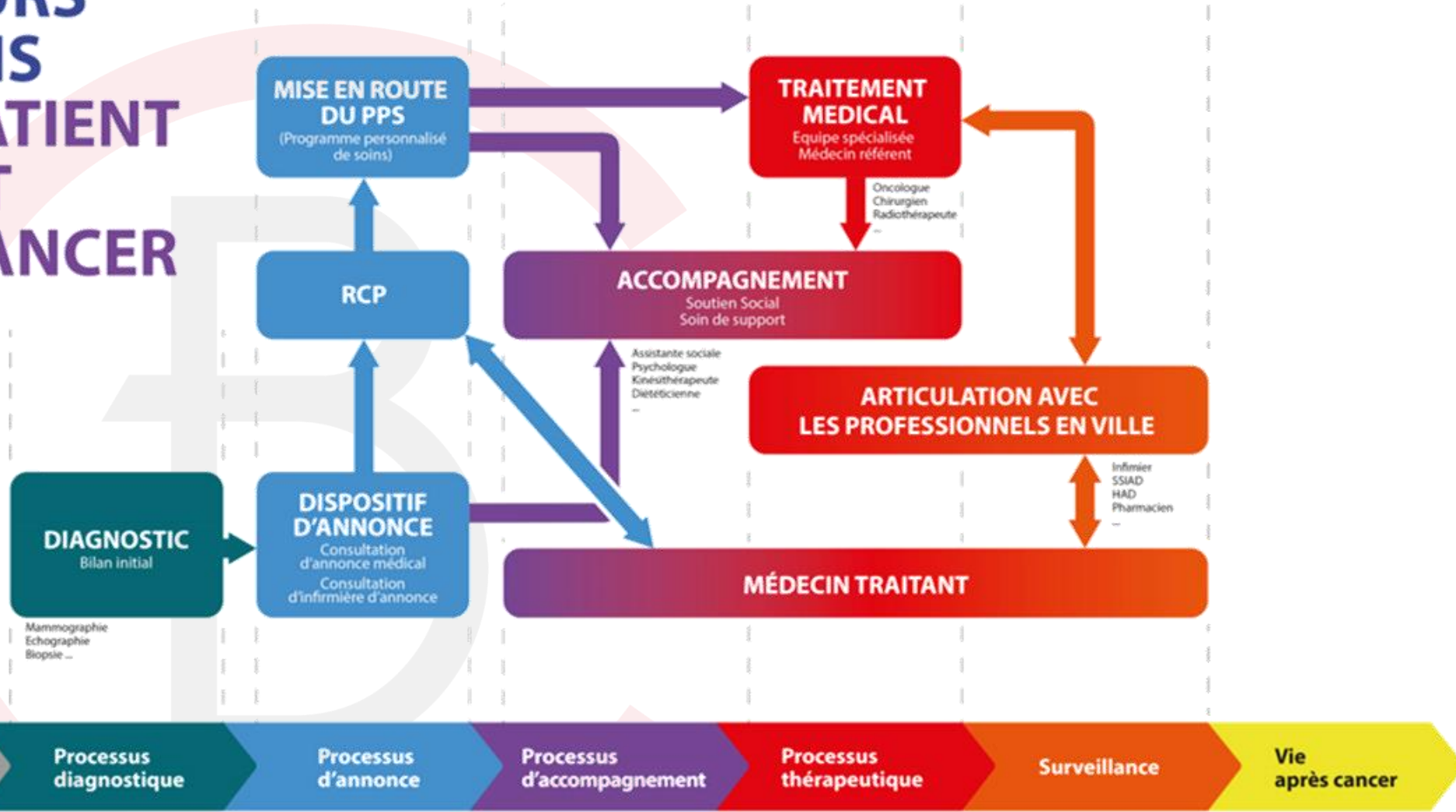


- Indications
 - En cas de maladie résistante à la castration
 - En cas de maladie agressive d'emblée métastatique / avec atteinte viscérale
- Chimiothérapie à base de Taxane (Docetaxel ou Cabazitaxel)
- Rythme : tous les 7 ou 21 jours
- En hôpital de jour dans un service d'oncologie
- Effets secondaires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

Parcours cancer en urologie

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

Source : OncoGuyane





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,



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

DIAGNOSTIC
Bilan initial

Prévention

Processus diagnostique

Médecin traitant
PSA augmenté / Symptômes urinaires / Toucher rectal anormal

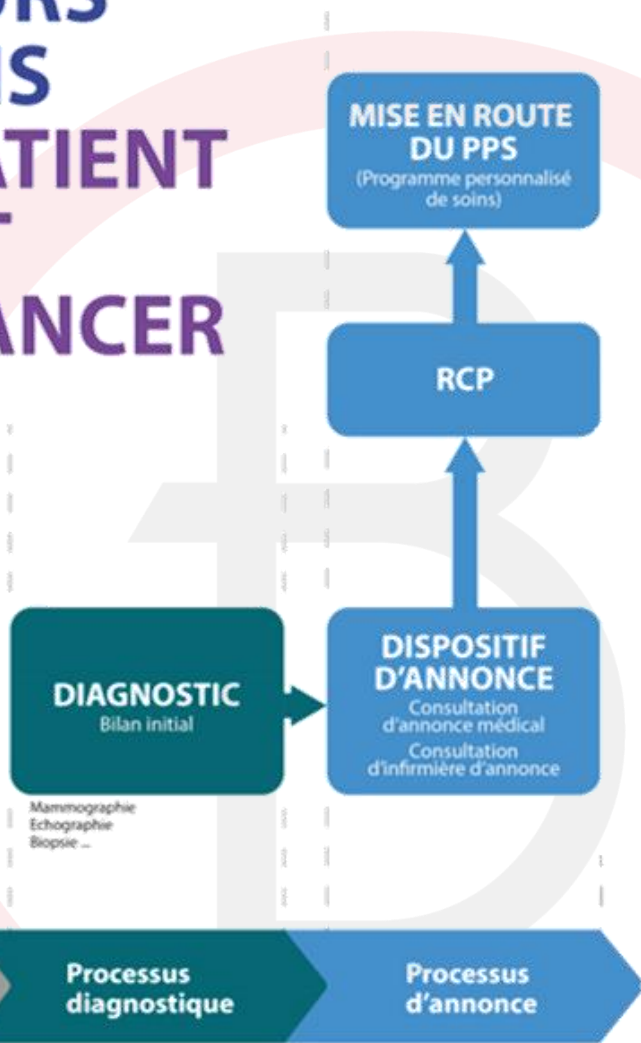
Consultation urologue
IRM prostatique + biopsies prostatiques

Anatomopathologiste
Diagnostic d'adénocarcinome de prostate

Processus d'annonce : rôle des organismes 3C

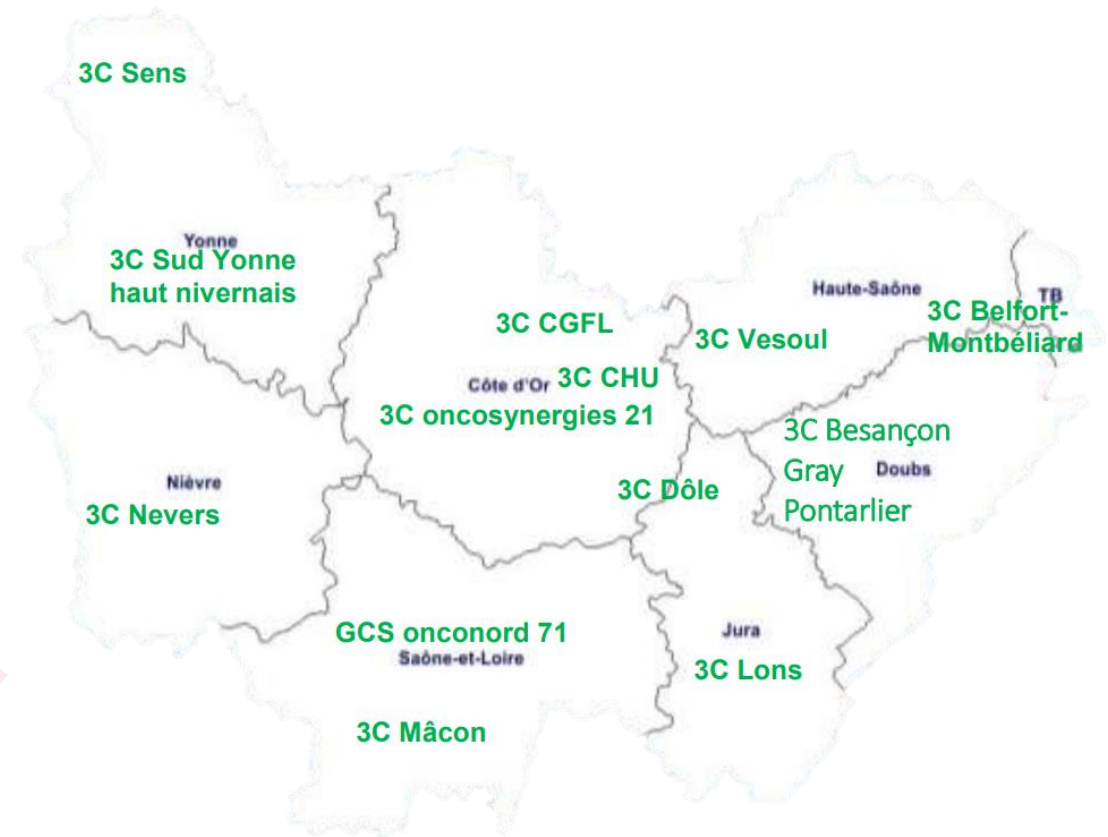
PARCOURS DE SOINS D'UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER

Source : OncoGuyane



Rôle des 3C

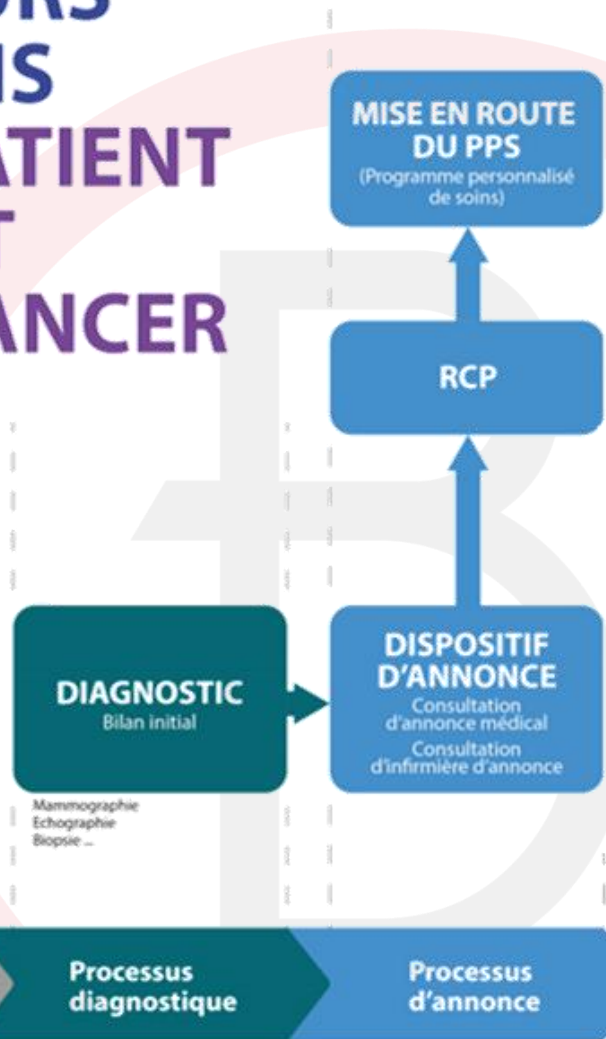
Dispositif d'annonce : consultation d'annonce par l'urologue essentiellement
RCPs urologique centralisées : Dole, CHU de Besançon, CH Montbéliard
Rôle d'aiguillage de l'urologue à partir de la stratégie proposée en RCP



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^{ère} et 2^{ème} génération

Choix et mise en route du traitement après réflexion du patient

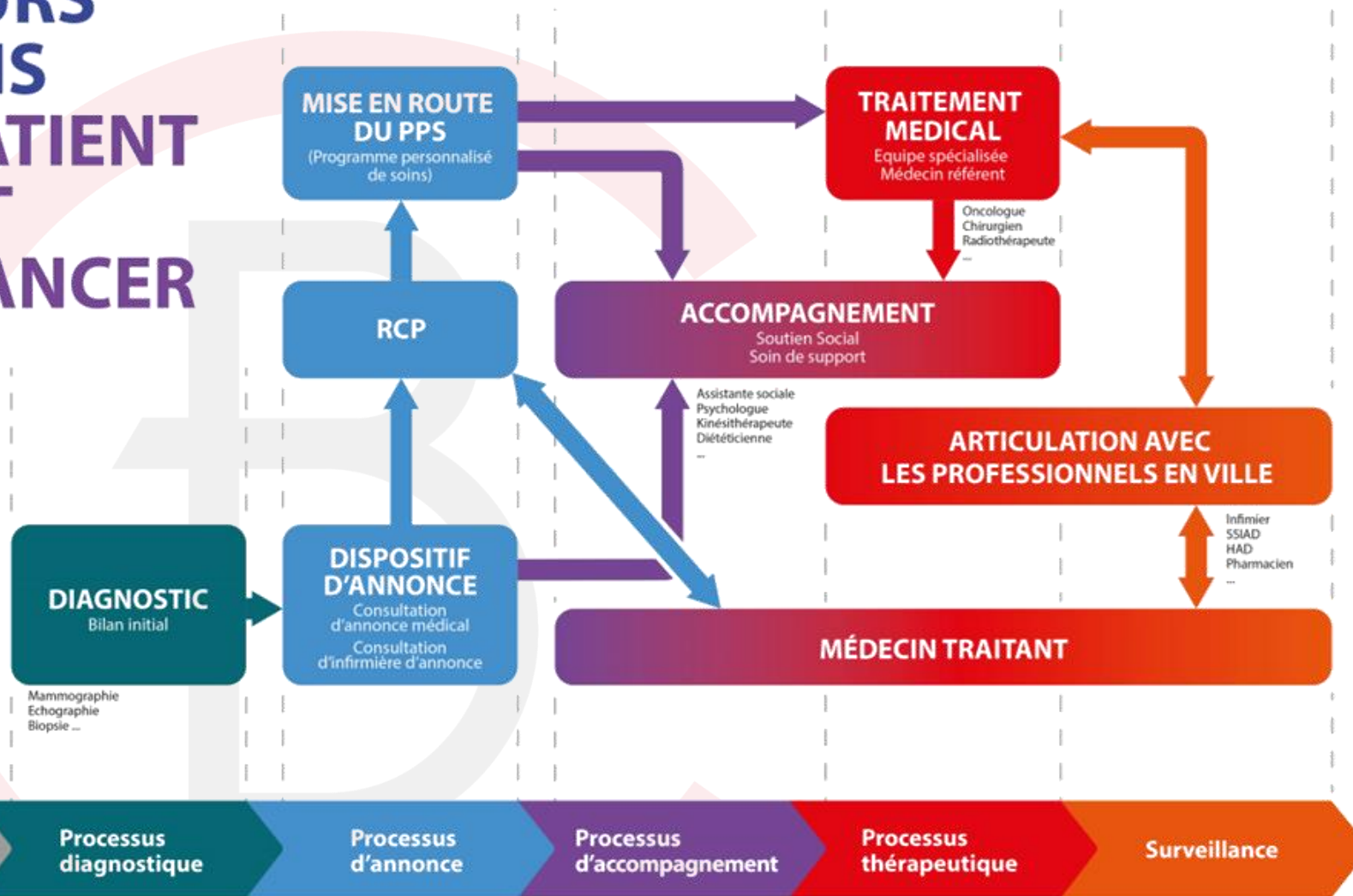
CANCER DE PROSTATE LOCALEMENT AVANCEE OU METASTATIQUE

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

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

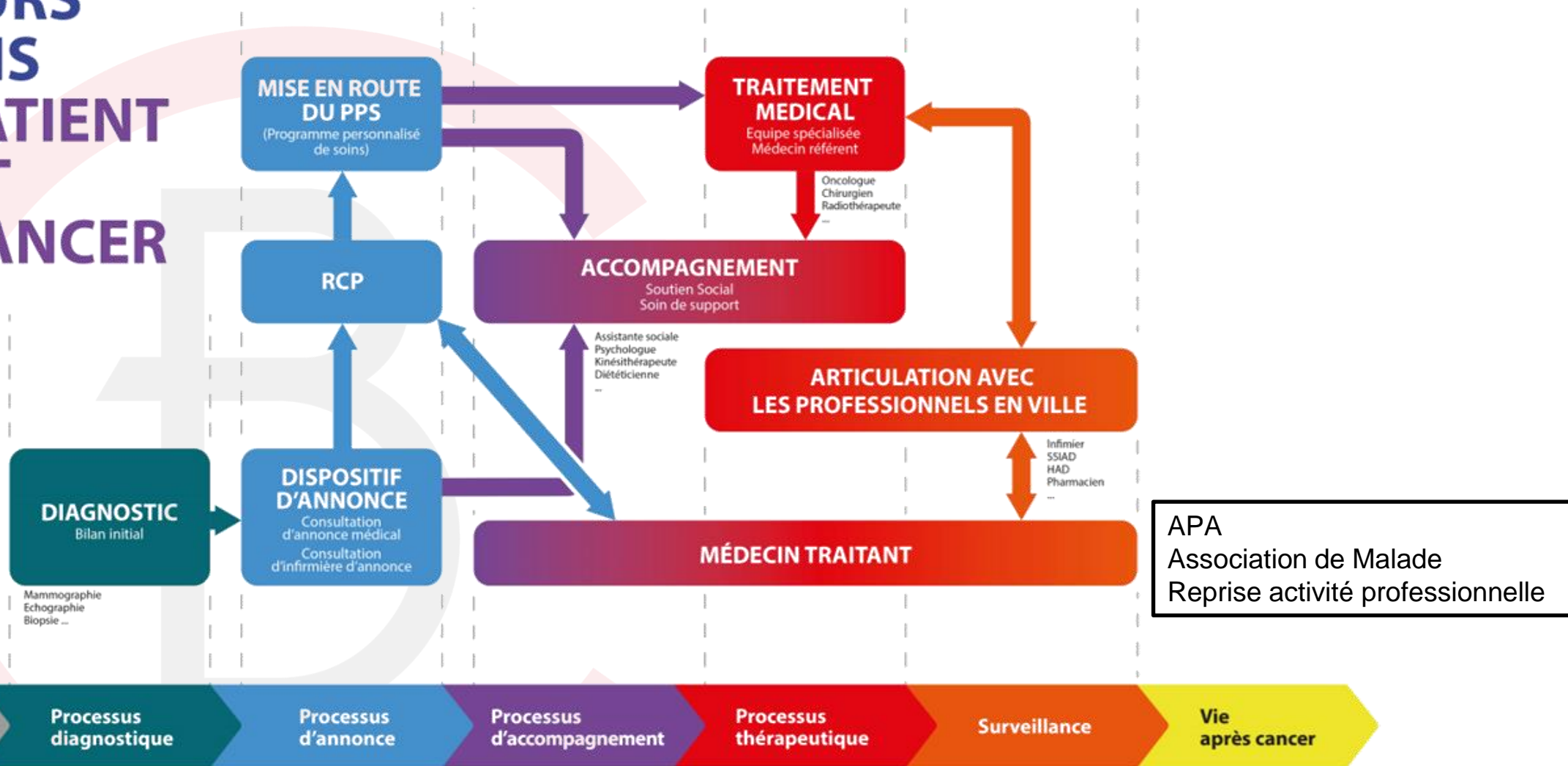
Source : OncoGuyane



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

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

Source : OncoGuyane



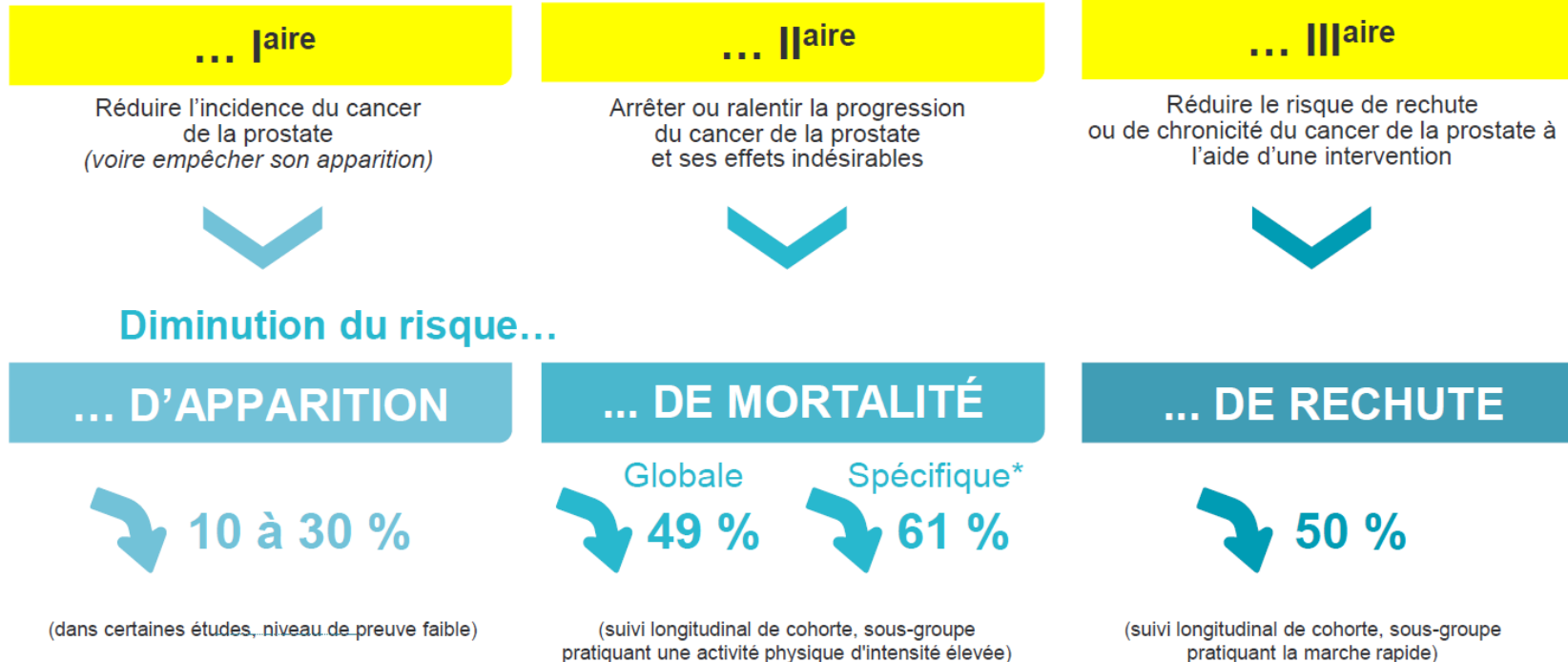
PROGRAMME APA : focus prostate

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.

PROGRAMME APA

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



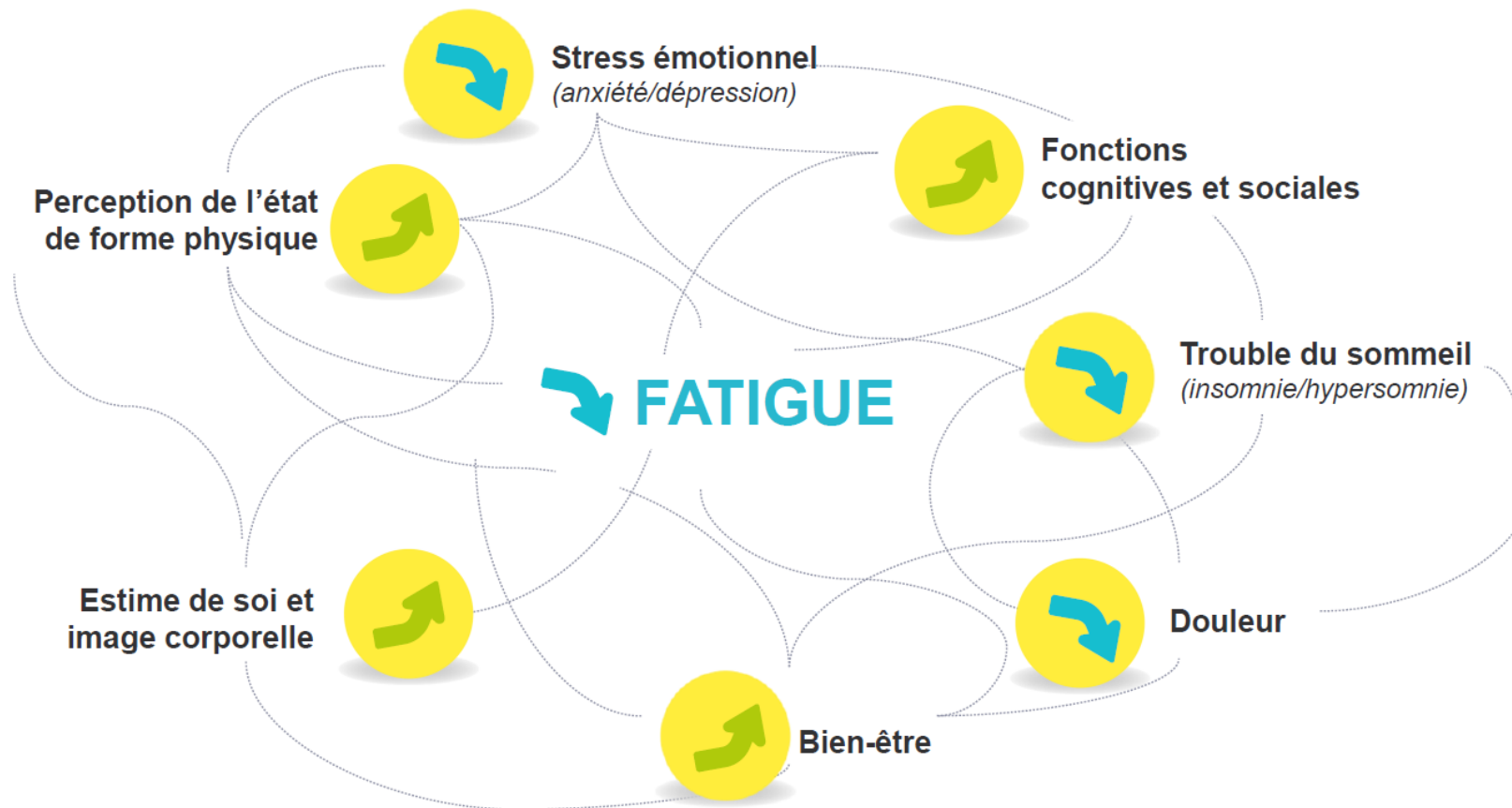
Masse, force et endurance musculaires

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
- ...



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

Conclusion

- IDE libéral : métier de coordination => lien entre le spécialiste et la médecine de ville
- Intervention pendant le traitement
- Rôle d'éducation patients + famille
- Rôle dans la détection et l'identification précoce
 - Des effets indésirables
 - De l'exacerbation des comorbidités
 - Des changements métaboliques
 - Stress psychique et social



Auxerre | Chalon-sur-Saône | Dijon



Merci de votre attention