

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

GUIDE DU PARCOURS DE SOINS

Mésothéliome pleural malin



Juillet 2013

Ce document s'inscrit dans un double dispositif :



La mise en œuvre de parcours de soins de qualité pour l'ensemble des ALD

Élaborer pour chaque maladie 3 documents complémentaires et cohérents : un guide pour le médecin traitant, une liste d'actes et de prestations support du protocole de soins ALD et un guide patient.



La mise en œuvre du plan cancer 2009-2013

Mesure 18

Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

Action 18.2

Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et www.e-cancer.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation - information des publics
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 – Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Institut National du Cancer
52 avenue André Morizet - 92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. :+33 (0)1 41 10 50 00 – Fax :+33 (0)1 41 10 50 20

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Objectifs et méthode	6
1. Introduction	7
1.1 Épidémiologie	7
1.2 Facteurs de risque	7
1.3 Histoire naturelle	7
1.4 Formes histopathologiques	8
1.5 Dépistage post-professionnel	8
2. Diagnostic et bilan initial du mésothéliome pleural malin	9
2.1 Circonstances de découverte	9
2.2 Démarche diagnostique	9
3. Prise en charge spécialisée en oncologie	11
3.1 Confirmation du diagnostic : examen anatomopathologique	11
3.2 Bilan d'extension d'un mésothéliome pleural malin	11
3.3 Bilan préthérapeutique	11
3.4 Traitement du mésothéliome pleural malin	12
4. Prise en charge partagée	13
4.1 Démarches administratives	13
4.2 Surveillance	14
4.3 Soins palliatifs	14
5. Implication du patient	17
Annexe 1. Liste des participants	18
Annexe 2. Classifications TNM/AJCC 2009 du mésothéliome pleural malin	22
Annexe 3. Score de performance (OMS, ECOG)	24
Annexe 4. Prescription – encadrement réglementaire	25
Annexe 5. Prise en charge de la douleur	26
Annexe 6. Bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers	27
Annexe 7. Ressources pratiques pour les soins palliatifs et la fin de vie	29
Rechercher une structure de soins palliatifs ou une association	29
Trouver un soutien	29
Annexe 8. Références	30

Abréviations et acronymes

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
APALD	Actes et prestations ALD
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
InVS	Institut de veille sanitaire
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LPP	Liste des produits et prestations
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPS	Programme personnalisé de soins
PTT	Protocole thérapeutique temporaire
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RCP (produit)	Résumé des caractéristiques du produit
RECIST	<i>Response Evaluation Criteria In Solid Tumors</i>
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation

Objectifs et méthode

L'objectif de ce guide, destiné aux médecins traitants (loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), est de présenter une synthèse de la prise en charge spécialisée des **patients adultes admis en ALD pour un mésothéliome pleural malin**.

Il s'agit de la révision du guide ALD cancer du poumon et mésothéliome pleural malin publié en 2009.

Son contenu a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire avec l'appui d'un groupe de lecture, en conformité avec la méthode HAS¹.

Le contenu de ce guide se fonde sur les recommandations pour la pratique clinique ou les conférences de consensus publiées depuis la précédente parution (annexe 8), et en cas d'insuffisance de données, sur des articles originaux. Le travail a été secondairement complété par des avis d'experts, lorsque les données de la littérature étaient manquantes. Les propositions thérapeutiques dans le cadre de l'AMM et les protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) ont fait l'objet d'une relecture par l'ANSM.

Un guide ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, tous les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles, ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient.

¹ Haute Autorité de santé (HAS). *Méthode d'élaboration des guides d'affections de longue durée (ALD) à destination des médecins et des listes des actes et prestations*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_460513/en/methode-d-elaboration-des-guides-d-ald-a-destination-des-medecins-et-des-listes-des-actes-et-prestations

1. Introduction

1.1 Épidémiologie

Le mésothéliome pleural malin est un cancer rare. Près de 70 % des cas surviennent chez l'homme.

Sa survie relative à 5 ans est de l'ordre de 7 % (cf. tableau 1). En 2005², plus de 1 090 décès lui sont imputables. La médiane de survie est de 9 à 12 mois³.

Tableau 1. Données d'incidence et de survie relative^{4,5}

	Hommes	Femmes
Incidence annuelle entre 1998 et 2006	535 – 645 nouveaux cas	152 – 210 nouveaux cas
Nombre de décès/an entre 2004 et 2008	583	236
Survie relative à 5 ans	6 %	13 %

1.2 Facteurs de risque

La part attribuable des mésothéliomes pleuraux à une exposition à l'amiante est estimée à 83,2 % chez les hommes et à 38,4 % chez les femmes.

Outre l'amiante en milieu professionnel, d'autres fibres minérales (ériorite⁶ et fluoro-édénite) sont associées à un excès de mésothéliomes dans des conditions d'exposition environnementale. Certains cas de mésothéliomes pourraient être liés à une irradiation thérapeutique antérieure.

Aucun lien causal n'a été établi de façon valide avec un tabagisme actif ou passif.

1.3 Histoire naturelle

Les mésothéliomes malins sont des tumeurs développées à partir des cellules mésothéliales. Ces mésothéliomes peuvent apparaître initialement localisés mais correspondent habituellement à une lésion diffuse d'une séreuse. Ils atteignent principalement la plèvre (90 %), le péritoine (10 %) et exceptionnellement le péricarde ou la vaginale testiculaire.

Le temps de latence, très long entre l'exposition à l'amiante et le diagnostic, varie de 20 à 40 ans, mais peut être raccourci en cas d'expositions intenses. La relation dose-effet a été démontrée, sans qu'il soit possible d'identifier un seuil en dessous duquel le risque de mésothéliome serait nul⁷.

² Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2008 ; 56 (3) : 159-75.

³ Scherpereel A, Astoul P. Mésothéliome pleural malin. *EMC Pneumologie* 2007;6-002-H-10:1-15.

⁴ Institut National du Cancer. *Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux*. Boulogne-Billancourt: INCA; 2010.
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9584-survie-attendue-des-patients-atteints-de-cancer-etat-des-lieux-2010

⁵ Institut National du Cancer. *La situation du cancer en France en 2011*. Boulogne-Billancourt: INCA; 2011
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9580-la-situation-du-cancer-en-france-en-2011

⁶ Mohr S, Keith G, Rihn B. Amiante et mésothéliome pleural malin : aspects moléculaires, cellulaires et physiopathologiques. *Bull Cancer* 2005;92(11):959-76.

⁷ Pour en savoir plus : Institut National du Cancer. *Amiante et mésothéliome pleural malin*. Boulogne-Billancourt: INCA; 2012.
http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9428-amiante-et-mesotheliome-pleural-malin

1.4 Formes histopathologiques

On distingue 3 types histologiques principaux⁸ :

- épithélial (50-70 %) ;
- sarcomateux (10-20 %) ;
- mixte ou biphasique (20-35 %).

1.5 Dépistage post-professionnel

En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de bénéfice médical démontré à effectuer un dépistage par l'examen TDM thoracique des pathologies malignes (cancer broncho-pulmonaire [CBP] et mésothéliome) et non malignes (plaques pleurales, asbestose, fibrose de la plèvre viscérale) chez les sujets ayant été exposés à l'amiante. Néanmoins la HAS recommande que les personnes ayant été exposées professionnellement à l'amiante⁹ :

- puissent bénéficier d'un suivi post-professionnel (SPP) quel que soit leur régime de protection sociale (salariés, travailleurs indépendants, fonction publique, etc.). La HAS en a précisé les modalités techniques ;
- soient informées de manière adaptée et pertinente sur les caractéristiques de cette exposition (niveau), les risques pour la santé associés, l'effet d'éventuelles expositions conjointes (tabac en particulier) et les dispositifs de prise en charge dont elles peuvent bénéficier (cf. §.4.1 Démarches administratives).

Points clés

- Le mésothéliome pleural malin est un **cancer rare** (600-900 cas annuels estimés en France).
- Le principal facteur de risque est l'**amiante**.

⁸ Bard M, Ruffie P. Le mésothéliome pleural malin. Du diagnostic au pronostic. Presse Med 2002 ; 31 : 406-11.

⁹ Haute autorité de santé. Suivi post-professionnel après exposition à l'amiante. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_951398/fr/amiante-suivi-post-professionnel-recommandations

2. Diagnostic et bilan initial du mésothéliome pleural malin

2.1 Circonstances de découverte

Les symptômes d'un mésothéliome pleural malin sont non spécifiques et tardifs. Ils sont principalement thoraciques, rarement métastatiques.

Le plus souvent, le mésothéliome pleural malin est évoqué devant les signes cliniques suivants :

- signes d'atteinte pleurale : douleur thoracique, toux sèche, dyspnée ;
- signes d'envahissement local : douleur thoracique ou de l'épaule ;
- altération de l'état général avec perte de poids.

L'aspect typique au scanner est celui d'un épaissement pleural circonférentiel (notamment de la plèvre médiastinale) avec rétraction de l'hémi-thorax mais peut prendre la forme d'une simple pleurésie.

Les plaques pleurales peuvent témoigner d'une exposition à l'amiante mais le mésothéliome n'est pas la dégénérescence d'une plaque.

2.2 Démarche diagnostique

► Examen clinique

L'interrogatoire recherche systématiquement une exposition antérieure à l'amiante (environnement professionnel ou autre).

Il doit également évaluer la dépendance au tabac et encourager le sevrage tabagique.

► Imagerie initiale

Le bilan d'imagerie systématique comprend :

- une radiographie du thorax (face et profil), facile d'accès mais de performances limitées, permettant une première orientation rapide. Toute image suspecte doit amener à la réalisation d'un scanner thoracique dans les plus brefs délais ;
- un scanner thoracique avec injection de produit de contraste iodé (en l'absence de contre-indication). En cas de forte suspicion, des coupes abdominales supérieures entrant dans le cadre du bilan d'extension seront réalisées dans le même temps.

► Marqueurs biologiques

Il n'existe pas d'indication pour le dosage de marqueurs tumoraux sériques à titre diagnostique.

Points clés

- Les **symptômes initiaux** sont généralement non spécifiques : signes d'atteinte pleurale, signes d'envahissement local ou altération de l'état général
- Une **exposition antérieure à l'amiante** doit être systématiquement recherchée. Elle permet au patient d'accéder à des droits particuliers (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante [FIVA], maladie professionnelle)
- Une **suspicion de mésothéliome** doit faire pratiquer une **radiographie thoracique** puis un **scanner thoracique, avec injection de produit de contraste** en l'absence de contre-indication
- **En cas d'anomalie radiologique thoracique ou de forte suspicion clinique** de mésothéliome, une consultation spécialisée doit être organisée
- Il n'existe **pas d'indication pour le dosage de marqueurs tumoraux sériques** pour le diagnostic

3. Prise en charge spécialisée en oncologie

La prise en charge spécialisée en oncologie et la prise en charge partagée avec le médecin traitant, bien que se déroulant en parallèle et en complémentarité, sont présentées dans ce guide en deux chapitres distincts.

3.1 Confirmation du diagnostic : examen anatomopathologique

Le diagnostic de mésothéliome est affirmé par l'examen anatomopathologique. L'examen de référence est la thoracoscopie qui permet d'effectuer les biopsies, un traitement symptomatique (talcage) et un bilan d'extension endoscopique.

Une double lecture par un pathologiste expert du réseau national de référence anatomopathologique, MESOPATH¹⁰, doit être systématiquement pratiquée.

3.2 Bilan d'extension d'un mésothéliome pleural malin

Le bilan d'extension recherche des points d'appel pour une extension locorégionale (notamment pariétale) ou, plus rarement, métastatique.

► Imagerie

L'extension locorégionale de la tumeur est évaluée par la radiographie de thorax et le scanner thoraco-abdominal initiaux (cf. § 2.2).

Les indications de la TEP et de l'IRM thoraco-abdominale sont réservées à des situations cliniques restreintes, discutées dans le cadre d'une RCP.

► Classifications

Différentes classifications ont été proposées. Ces classifications reposent sur l'extension locale, régionale ou à distance de la tumeur.

En l'absence de classifications validées, la classification la plus récente TNM-UICC est recommandée (cf. annexe 2).

3.3 Bilan préthérapeutique

Le bilan préthérapeutique identifie les comorbidités et évalue la faisabilité des différentes options de traitement. Il doit permettre d'identifier les patients éligibles à un traitement chirurgical et/ou à une inclusion dans un essai clinique.

¹⁰ http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=4220&Itemid=2655

Il comprend :

- un bilan fonctionnel (cardiaque et respiratoire en particulier) ;
- une détermination du score de performance (cf. annexe 3) et du sous-type histologique, seuls facteurs pronostiques indépendants.

Ces éléments guideront ensuite la décision thérapeutique discutée dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

3.4 Traitement du mésothéliome pleural malin

Le mésothéliome pleural malin est un cancer rare dont la prise en charge est hautement spécialisée. Aussi, après confirmation du diagnostic, le dossier du patient doit être discuté dans une RCP de recours organisée dans l'un des centres experts cliniques des mésothéliomes pleuraux malins (réseau MESOCLIN¹¹) pour une décision de prise en charge par des experts. Cet avis, présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce, fait l'objet d'un accord mutuel et est transmis au médecin traitant. Le traitement est réalisé par l'équipe de cancérologie de proximité.

Étant donné qu'il n'existe pas, à de rares exceptions près (stade très précoce), de traitement curatif d'efficacité démontrée, le souci de la qualité de vie du patient et de sa famille doit être permanent pendant toute la durée de la maladie et doit influencer les choix thérapeutiques. Les soins de support et les soins palliatifs doivent être discutés dès la RCP, anticipés et organisés avec les équipes spécialisées et le médecin traitant. La préservation d'une qualité de vie doit faire l'objet d'une évaluation initiale spécialisée (fonctionnelle, psychologique, sociale et gériatrique), puis de réévaluations tout au long de la prise en charge, en concertation avec le médecin traitant et en tenant compte du projet de vie du patient.

Traitements carcinologiques

La **chimiothérapie** à base de pemetrexed et sel de platine est le traitement de référence.

La **chirurgie** à visée curative (pleuropneumonectomie élargie) est exceptionnelle et ne concerne que les stades très précoces et résécables. Son indication doit être discutée en RCP de recours du réseau MESOCLIN. Elle doit être pratiquée dans des centres très spécialisés dans le cadre d'essais cliniques.

Points clés

- Le **diagnostic est confirmé** par des prélèvements biopsiques. **Une double lecture par un pathologiste spécialisé dans les mésothéliomes (réseau MESOPATH) est recommandée.**
- Depuis le 16 janvier 2012, le mésothéliome pleural malin est une maladie à **déclaration obligatoire.**
- La **prise en charge thérapeutique**, hautement spécialisée, doit être discutée dans une réunion de concertation pluridisciplinaire de recours de l'un des centres experts du réseau dédié à ce cancer rare (**réseau MESOCLIN**).
- Le traitement est réalisé par **l'équipe de cancérologie de proximité**. La chimiothérapie est le traitement de référence. La chirurgie curatrice est limitée à de rares stades précoces.

¹¹ <http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/cancers-rares/une-nouvelle-organisation>

4. Prise en charge partagée

La prise en charge spécialisée en oncologie et la prise en charge partagée avec le médecin traitant, qui se déroulent en parallèle et en complémentarité, sont présentées dans ce guide en deux chapitres distincts.

Ce chapitre porte sur les situations pour lesquelles le médecin traitant est particulièrement impliqué.

4.1 Démarches administratives

4.1.1 Maladie à déclaration obligatoire¹²

Depuis le 16 janvier 2012, le mésothéliome est une maladie à déclaration obligatoire¹³, le recueil et le traitement des données étant réalisés par l'Institut de veille sanitaire (InVS). L'instauration de la déclaration obligatoire des mésothéliomes vise à renforcer leur surveillance épidémiologique, à améliorer les connaissances sur l'ensemble des causes de la maladie et à orienter les actions de prévention ainsi que la prise en charge de ces cancers.

4.1.2 Recherche d'une exposition à l'amiante

L'exposition à l'amiante ouvre des droits spécifiques.

► Maladie professionnelle

L'existence d'un mésothéliome pleural malin (MPM) est principalement la conséquence d'une exposition à l'amiante et doit faire rechercher une exposition professionnelle qui ouvre droit à des prestations médico-sociales pour le patient.

- Une suspicion d'exposition professionnelle à l'amiante suffit pour enclencher les démarches de demande de reconnaissance de maladie professionnelle : un certificat médical initial (CMI) doit être remis au patient afin que celui-ci puisse l'adresser à sa caisse d'assurance maladie accompagné de la déclaration de maladie professionnelle. Le certificat médical initial (CMI) doit être établi et remis au patient, mentionnant l'affection et son lien potentiel avec une exposition professionnelle antérieure, la date de première constatation de la maladie, l'exposition professionnelle suspectée d'après les déclarations du patient. La déclaration est effectuée par le patient (ou ses ayants droit) auprès de son organisme de sécurité sociale.
- L'ouverture d'un droit à bénéficier d'une **cessation anticipée d'activité**, si l'assuré est pris en charge au titre d'une maladie professionnelle, ou, dans le cas contraire, s'il a travaillé dans un établissement listé par arrêté.

¹² http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=6842&Itemid=2834

¹³ Le mésothéliome a été inscrit sur la liste des pathologies à déclaration obligatoire par un décret du 16 janvier 2012 (n° 2012-47) :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120118&numTexte=25&pageDebut=00994&pageFin=00994#

► Maladie liée l'amiante

L'existence même d'un mésothéliome pleural, d'origine professionnelle ou non, permet de pouvoir prétendre à une indemnisation auprès du **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**¹⁴. La demande d'indemnisation est faite par la victime ou ses ayants droit.

4.1.3 Demande d'admission en ALD 30

Le médecin traitant fait la demande d'admission en ALD (cf. document « Actes et prestations ALD 30 – cancers broncho-pulmonaires et mésothéliome pleural malin - 2013 »).

4.2 Surveillance

La surveillance du mésothéliome pleural malin s'intègre dans une prise en charge médicale globale, qui repose notamment sur la surveillance des éventuelles atteintes associées de l'appareil respiratoire liées à l'amiante : fibrose pulmonaire ou asbestose et plaques pleurales essentiellement¹⁵.

4.3 Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale¹⁶. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

Durant la phase palliative, des traitements carcinologiques peuvent encore être appliqués avec l'objectif d'une réponse temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie et/ou d'une amélioration de la qualité de vie.

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie¹⁷.

La mise en œuvre et l'organisation d'une prise en charge de fin de vie seront discutées avec le patient ou avec ses proches¹⁸. Le patient doit être informé de la possibilité de **choisir une personne de confiance**¹⁹ et de **rédiger des directives anticipées**²⁰.

¹⁴ <http://www.fiva.fr/>

¹⁵ Institut National du Cancer. Amiante et mésothéliome pleural malin. Boulogne-Billancourt: INCA; 2012. http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9428-amiante-et-mesotheliome-pleural-malin

¹⁶ Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée ;
- limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions personnalisées anticipées ;
- limiter les ruptures de prise en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs du soin.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: Anaes; 2002

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272224/modalites-de-prise-en-charge-de-l-adulte-necessitant-des-soins-palliatifs

¹⁷ Article 37 - Soulagement des souffrances - Limitation ou arrêt des traitements (article R. 4127-37 du Code de la santé publique) modifié par le décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010.

¹⁸ Haute autorité de santé. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2004

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272290/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches?xtmc=&xtcr=7

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Le médecin traitant assure les soins en ambulatoire, et en particulier les traitements symptomatiques, en lien avec l'équipe spécialisée en soins carcinologiques. Le recours à des équipes spécialisées en soins de support en coordination avec le médecin traitant²¹ doit être anticipé. Le souci permanent d'anticipation porte sur :

- le soulagement des symptômes physiques²² :
 - les douleurs (cf. annexe 5) : elles sont fréquentes, importantes et difficiles à contrôler. Outre les traitements médicamenteux, une **radiothérapie** à visée symptomatique peut être parfois proposée en cas d'infiltration pariétale douloureuse,
 - la dyspnée : la prise en charge comprend un drainage pleural répété ou un talcage pleural,
 - autres tels que les déficits fonctionnels, la dénutrition, etc. ;
- la prise en compte des souffrances psychologiques et sociofamiliales²³ (cf. annexe 7).

D'autres structures de soins peuvent être impliquées : service de soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), réseau de santé, consultation anti-douleur, services et/ou unités mobiles de soins palliatifs, etc. (cf. annexe 7).

Il peut également être fait appel aux prestataires de services pour le matériel médical nécessaire aux soins (pompe à morphine autocontrôlée, pompe à perfusion), ou pour la réalisation et le suivi de l'oxygénothérapie et de la nutrition artificielle à domicile²⁴.

La place des aidants est déterminante. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile (cf. annexe 7).

¹⁹ Personne qui peut accompagner le patient lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par le patient et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. Le patient peut revenir sur son choix à tout moment.

²⁰ Il s'agit d'une disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Art. L. 1111-11. – « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. »

²¹ Association francophone pour les soins oncologiques de supports. Interface ville-hôpital : organisation, coordination, fonctionnalités des soins de support en milieu extra-hospitalier. AFSOS : 2011
http://afsos.org/IMG/pdf/Interface_ville_hopital_01_1_-08-2011.pdf

²² Haute autorité de santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2002

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272224/modalites-de-prise-en-charge-de-l-adulte-necessitant-des-soins-palliatifs?xtmc=&xtr=1

Voir aussi les recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) : <http://www.sfap.org/content/les-recommandations-de-la-sfap>

²³ D'après la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)

²⁴ Arrêtés du 09/11/2009 et 19/02/2010.

Points clés

- Étant donné qu'il n'existe pas, à de rares exceptions près (stade très précoce), de traitement curatif d'efficacité démontrée, le souci d'une **qualité de vie** du patient et de sa famille doit être permanent dès le début et pendant toute la durée de la maladie et doit influencer les choix thérapeutiques. Le patient doit être informé de la possibilité de **choisir une personne de confiance** et de **rédiger des directives anticipées**.
- Le **médecin traitant** assure les soins en ambulatoire et en particulier les traitements symptomatiques, en lien avec l'équipe spécialisée.
- Le recours à des **équipes spécialisées en soins de support**, notamment en soins palliatifs, en coordination avec le médecin traitant doit être anticipé. Le souci d'anticipation doit être permanent pour le soulagement des symptômes physiques (douleur, déficits fonctionnels, nutrition, etc.) et la prise en compte des souffrances psychologiques, sociofamiliales et existentielles
- L'information sur les **structures sanitaires et médico-sociales** (service de soins de suite et de réadaptation [SSR], hospitalisation à domicile [HAD], réseau de santé, consultation anti-douleur, services et/ou unités mobiles de soins palliatifs, etc.) sera donnée au moment opportun à la personne malade et à ses proches.

5. Implication du patient

L'implication du patient dans sa prise en charge sera favorisée en lui délivrant, lors de toute rencontre, une information adaptée lui permettant ainsi de participer activement aux décisions thérapeutiques le concernant, tout en tenant compte de ses demandes et attentes. L'annonce du diagnostic constitue un élément déterminant. Elle fait l'objet d'un dispositif dont les quatre temps sont rappelés dans l'encadré 2 *Mesures transversales de qualité en cancérologie* de l'annexe 6 du présent document.

L'information peut être également donnée à la personne de confiance²⁵ (famille ou proches).

L'information apportée au patient porte ainsi sur :

- sa maladie ;
- les traitements possibles, leurs effets indésirables potentiels et les précautions à prendre.

En outre, une information lui sera fournie sur :

- les modalités d'accès aux ressources et aides disponibles pour sa prise en charge, avec le concours des assistants sociaux²⁶ (notamment aide pour obtenir un prêt bancaire, une assurance ; modalités pour les arrêts de travail, la reprise du travail à temps partiel, la mise en invalidité, le reclassement, l'assistance relative à l'avancement des dossiers de maladie professionnelle et FIVA, etc.) ;
- les organismes et associations de patients²⁷, pouvant apporter un soutien aux personnes malades et à leur entourage afin de connaître et faire valoir leurs droits ;
- la possibilité de choisir une personne de confiance²⁸ et de rédiger des directives anticipées²⁹.

²⁶ Institut National du Cancer. *Démarches sociales et cancer*. Boulogne-Billancourt: INCA; 2012

http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9491-demarches-sociales-et-cancer

²⁷ Pour les cancers secondaires à l'inhalation d'amiante, le recours au réconfort et aux conseils pratiques de l'ANDEVA : <http://andeva.fr/>

²⁸ Personne qui peut accompagner le patient lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par le patient et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. Le patient peut revenir sur son choix à tout moment.

²⁹ Il s'agit d'une disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Art. L. 1111-11. – « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. »

Annexe 1. Liste des participants

➤ Collèges nationaux professionnels/fédérations/sociétés savantes

- Collège national de médecine générale (CNMG)
- Fédération française de pneumologie (FFP)
- Société de pneumologie de langue française (SPLF)
- Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (SFCTV)
- Fédération française des oncologues médicaux (FFOM)
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
- Société française de radiologie (SFR)
- Société française de pathologie (SFP)
- Association française des infirmiers en cancérologie (AFIC)
- Société française du cancer (SFC)
- Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFREK)

La Société française de médecine du travail (SFMT) et la Ligue nationale contre le cancer ont été sollicitées.

➤ Régimes d'assurance maladie

- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

I- Membres du groupe de travail

1. Pr ASTOUL Philippe, pneumologie, hôpital Nord, Marseille
2. Dr DURAND Marion, chirurgie thoracique, hôpital privé d'Antony, Antony
3. Dr FERRARA Aurélie-Réjane, médecine générale, cabinet médical, Reims
4. Dr JACOB Laurent, médecine générale, cabinet médical, Beaugency
5. Dr LE PAVEC Jérôme, pneumologie, centre Chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson
6. Dr MERIC Jean-Baptiste, oncologie médicale, centre médical de Bligny, Briis-Sous-Forges
7. Dr PAULY Jean-Marc, médecine générale, cabinet médical, Rodemack
8. Pr REVEL-DUBOIS Marie-Pierre, radiologie, hôpital Hôtel-Dieu, Paris
9. Dr SALEM Naji, radiothérapie, institut Paoli-Calmette, Marseille
10. Dr THOMAS DE MONTPREVILLE Vincent, anatomopathologie, centre Chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson
11. Dr TOURET Jean-Luc, médecin-conseil, CNAMTS, Paris
12. Pr VENISSAC Nicolas, chirurgie thoracique, CHU, Nice

➤ Institut National du Cancer

KASSAB-CHAHMI Diana - Département Recommandations et bon usage du médicament - Direction des recommandations et de la qualité de l'expertise.

DUPERRAY Marianne - Responsable du département Diffusion des bonnes pratiques et information des malades - Direction des recommandations et de la qualité de l'expertise.

➤ Haute Autorité de Santé

Dr HITTINGER Marie-Claude – Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades.

Dr MORIN André - Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades.

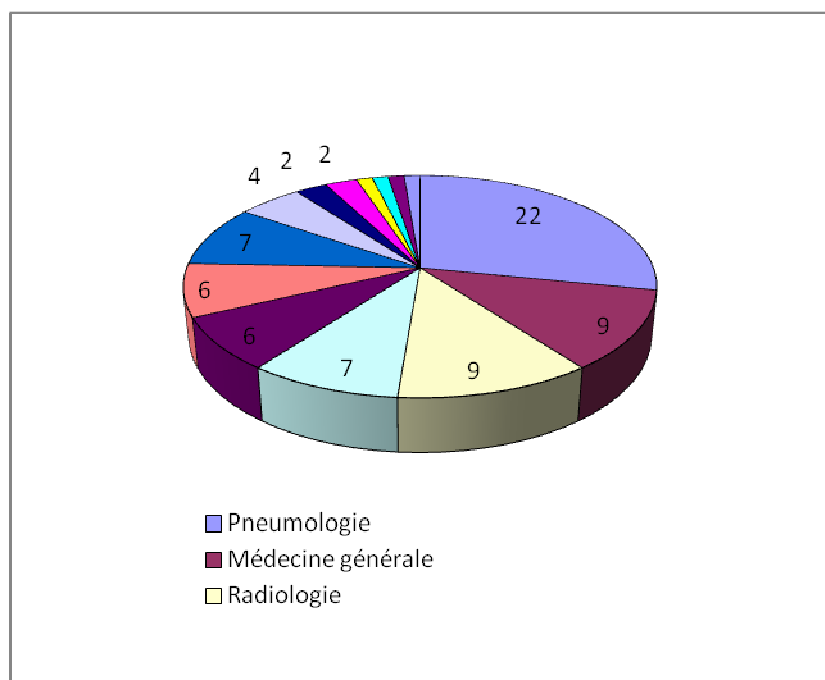
II- Relecteurs

1. Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFREK), Kinésithérapie, Bergerac
2. Dr AUQUIER Marie-Anne, radiologie, CHU, Amiens
3. Dr BARRÉ Patricia, pneumologie, CH, Cahors
4. Dr BECHLAWI Wassim, pneumologie, CHU, Sens
5. Dr BELLIERE-CALANDRY Aurélie, radiothérapie, centre Jean-Perrin, Clermont-Ferrand
6. Dr BISMUTH Serge, Médecine générale, Cabinet libéral, Toulouse
7. Dr BLAGOSKLONOV Oleg, médecine nucléaire, CHU, Besançon
8. Dr BLONDEL Jean-Michel, médecine générale, cabinet libéral, Cambrin
9. Dr BOMMART Sébastien, radiologie, CHU, Montpellier
10. Mme BOUDERNEL Chrystelle, cadre de santé - infirmière, CHU, Amiens
11. Dr BRICHON Pierre-Yves, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, CHU, Grenoble
12. Pr BRILLET Pierre-Yves, radiologie, hôpital Avicenne, Bobigny
13. Dr BRUN Anne-Laure, radiologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris
14. Dr BUISSART Thérèse, médecine générale, cabinet libéral, Isbergues
15. Dr BUTORI Catherine, anatomocytopathologie, CHU, Nice
16. Dr CALMELS Paul, médecine physique et réadaptation, CHU, Saint Etienne
17. Dr CARRÉ Olivier, pneumologie-oncologie, clinique de l'Europe, Amiens
18. Pr CARRETTE Marie-France, radiologie, hôpital Tenon, Paris
19. Dr CAUNES Nathalie, oncologie médicale, institut Claudius-Regaud, Toulouse
20. Dr CELLERIN Laurent, pneumologie, CHU, Nantes
21. Dr CHABBERT-DURAND Frédéric, radiologie, CHU Rangueil-Larrey, Toulouse
22. Pr CLAVERE Pierre, radiothérapie, CHU, Limoges
23. Dr COURSIER Jean-Marc, pneumologie, Hôpital privé, Antony
24. Dr DANSIN Eric, pneumologie, CLCC Oscar Lambret, Lille
25. Mme DARTEVELLE Nicole, directrice adjointe aux soins, centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson
26. Dr DUMONT Patrick, pneumologie, CH, Chauny
27. Dr ESKANDARI Jan, radiothérapie, HP Clairval, Marseille
28. Dr FABRE Elizabeth, oncologie médicale, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris
29. Dr FARGE Thierry, médecine générale, cabinet libéral, Châteauneuf-de-Galaure
30. Dr FAVORITTI Hervé, médecine générale, cabinet libéral, Caluire-et-Cuire
31. Pr FERRETTI Gilbert, radiologie, CHU, Grenoble
32. Dr FOUCHER Pascal, pneumologie, CHU, Dijon
33. Dr FRABOULET Gislaine, pneumologie-oncologie, CH René-Dubos, Cergy-Pontoise
34. Dr FRANCOIS Géraldine, pneumologie, CHU Sud, Amiens
35. Dr FROIDEVAL Jean-Louis, médecine générale, cabinet libéral, Ambès
36. Dr GIRARD Serge, pneumologie, cabinet libéral, Le Mans
37. Pr GIRAUD Philippe, radiothérapie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris
38. Dr GRAVEY Alain, médecine générale, cabinet libéral, Sainte-Foy-Les-Lyon
39. Dr GRIGNET Jean-Pierre, pneumologie, CHU, Denain
40. Dr HENNEQUIN Laurent, radiologie, centre d'imagerie Jacques-Callot, Maxéville
41. Dr HOUZARD Claire, médecine nucléaire, CH Lyon-Sud, Pierre-Bénite
42. Dr LAMALLEM Hanah, radiothérapie, clinique Hartmann, Neuilly-sur-Seine
43. Dr LAMOU Corinne, pneumologie-oncologie, CHU, Poitiers
44. Dr LAURENT Robert, médecine générale, cabinet libéral, Alixan

45. Dr LE CAER Hervé, pneumologie, CH de Dracénié, Draguignan
46. Dr LELIEUR Eveline, représentant de patients, Dunkerque
47. Dr LE PECHOUX Cécile, radiothérapie, institut Gustave-Roussy, Villejuif
48. Dr L'HELGOUALC'H Gwenaél, oncologie médicale, hôpital privé, Antony
49. Mme LOULIERE Bertrice, pharmacien, coordinatrice OMEDIT, Bordeaux
50. Mme LOZANO Sylvie, cadre de santé - infirmière, CH, Longjumeau
51. Pr MARGERY Jacques, pneumologie-oncologie, hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart
52. Dr MERAD-BOUDIA Zoher, oncologie médicale, clinique Eugène-André, Lyon
53. Dr MERCIER Olaf, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson
54. Dr MILLERON Bernard, oncologie médicale, Hôpital Tenon, Paris
55. Dr MOLINIER Olivier, pneumologie, CH, Le Mans
56. Dr MOREL Hugues, pneumologie, CH Broussais, Saint-Malo
57. Dr MORO-SIBILOT Denis, pneumologie, CHU, Grenoble
58. Dr MOUROUX Jérôme, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, CHU, Nice
59. Mme PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, cadre de santé - infirmière, CH Pierre Oudot, Bourgoin
60. Pr PARAF François, anatomocytopathologie, CHU Dupuytren, Limoges
61. Dr PLANCHARD David, pneumologie-oncologie, IGR, Villejuif
62. Dr POUREL Nicolas, radiothérapie, institut Sainte-Catherine, Avignon
63. Dr PREVOST Alain, pneumologie, institut Jean-Godinot, Reims
64. Pr QUOIX Elisabeth, pneumologie, CHU, Strasbourg
65. Dr RASPAUD Christophe, pneumologie, clinique Pasteur, Toulouse
66. Dr RICHARD Pierre, médecine générale, cabinet libéral, Héricourt
67. Dr RIND Alain, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, polyclinique Montréal, Carcas-sonne
68. Dr ROBERT FRANCOIS Valérie, pneumologie, hôpital Saint-Julien, Genevois
69. Pr SCHERPEREEL Arnaud, pneumologie, CHRU, Lille
70. Dr SIGAL-CINQUALBRE Anne, radiologie, centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson
71. Dr STACH Bruno, pneumologie, cabinet libéral, Valenciennes
72. Dr TAVIOT Bruno, oncologie médicale, centre médical Nicolas de Poutoux, Chalon
73. Pr TAYTARD André, pneumologie, CHU Bordeaux, Pessac
74. Pr THOMAS Pascal, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, CHU, Marseille
75. Dr VAYLET Fabien, pneumologie, HIA Percy, Clamart

Figure 2. Répartition des spécialités

Spécialité	Total
Pneumologie	22
Médecine générale	9
Radiologie	9
Oncologie médicale	7
Radiothérapie	7
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	6
Pneumologie-oncologie	6
Cadre de santé - infirmière	4
Anatomocytopathologie	2
Médecine nucléaire	2
Médecine physique et réadaptation	1
Pharmacie, coordination OMEDIT	1
Kinésithérapeute	1
Représentant de patients	1
Total général	78



Annexe 2. Classifications TNM/AJCC 2009 du mésothéliome pleural malin³⁰

TNM	Description
T – Tumeur primitive	
TX	Tumeur dont la présence ne peut être affirmée
T0	Pas de signe de tumeur primitive
T1	Tumeur envahissant la plèvre pariétale homolatérale, avec ou sans envahissement localisé de la plèvre viscérale
T1a	Tumeur envahissant la plèvre pariétale homolatérale (médiastinale, diaphragmatique). Pas d'envahissement de la plèvre viscérale
T1b	Tumeur envahissant la plèvre pariétale homolatérale (médiastinale, diaphragmatique) avec envahissement focal de la plèvre viscérale
T2	Tumeur envahissant un feuillet pleural homolatéral et au moins une des structures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Tumeur confluente de la plèvre viscérale (comprenant la fissure) • Invasión du muscle diaphragmatique • Invasión du parenchyme pulmonaire
T3 ³¹	Tumeur envahissant un feuillet pleural homolatéral et au moins une des structures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Invasión du fascia endothoracique • Invasión de la graisse médiastinale • Un foyer tumoral unique dans le tissu mou de la paroi thoracique • Invasión non transmurale du péricarde
T4 ³²	Tumeur envahissant un feuillet pleural homolatéral et au moins une des structures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Invasión diffuse ou multifocale des tissus mous de la paroi thoracique • Envahissement costal • Envahissement du péritoine au travers du diaphragme • Envahissement d'un organe médiastinal • Envahissement direct de la plèvre controlatérale • Envahissement du rachis • Extension à la face interne du péricarde • Épanchement péricardique avec cytologie positive • Invasión du myocarde • Invasión du plexus brachial
N – Adénopathies régionales	
NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de signe d'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Signes d'envahissement des ganglions homolatéraux broncho-pulmonaires et/ou hilaires homolatéraux
N2	Métastases des ganglions sous-carénaux et/ou mammaires internes homolatéraux et/ou médiastinaux
N3	Métastases ganglionnaires controlatérales médiastinales, mammaires internes ou hilaires et/ou métastases ganglionnaires homo ou controlatérales sus-claviculaires ou scaléniques
M – Métastases à distance	
M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastases à distance

³⁰ Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C, *International Union against Cancer. TNM classification of malignant tumours*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

³¹ T3 décrit des tumeurs localement étendues mais potentiellement résecables

³² T4 décrit des tumeurs localement étendues techniquement non résecables

Groupement par stades

Stade IA	T1a	N0	M0
Stade IB	T1b	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
Stade III	T1, T2	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
Stade IV	Tous T	Tous N	M1
	Tous T	N3	M0
	Tous T	Tous N	M1

Annexe 3. Score de performance (OMS, ECOG)

Score	Activité
0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50 % du temps
3	Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
4	Incapable de prendre soin de lui-même. Alité ou en chaise en permanence
5*	Décès

* Spécifique du score ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) : Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, *et al.* Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982;5(6):649-55.

Annexe 4. Prescription – encadrement réglementaire

Le protocole de traitement doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits qu'il comprend. Les molécules sont prescrites conformément à leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou dans le cadre d'un essai clinique.

Pour d'autres situations, la prescription peut se référer à une disposition temporaire, que ce soit dans le cadre :

- d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour les molécules non commercialisées en France, dans l'attente de leur AMM³³ ;
- d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) ou d'un protocole thérapeutique temporaire (PTT) pour les molécules bénéficiant d'une AMM dans une autre indication³⁴.

Enfin, à défaut et par exception, en absence d'alternative thérapeutique, pour les situations non prévues par la réglementation, le prescripteur porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à sa prescription, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

³³ L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) délivre à titre exceptionnel, conformément à l'article L. 5121-12 du Code de la santé publique, des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour des spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Les ATU sont disponibles sur le site de l'ANSM <http://ansm.sante.fr>.

³⁴ La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit dans son article 18 la recommandation temporaire d'utilisation. L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, permet à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'élaborer une recommandation temporaire d'utilisation pour une période maximale de 3 ans, autorisant la prescription d'une spécialité dans une indication différente ou des conditions d'utilisation non conformes à son AMM, en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée autorisée. Le décret n° 2012-742 du 9 mai 2012 relatif aux recommandations temporaires d'utilisation précise les conditions d'élaboration de ces recommandations.

Dans l'attente de la mise à jour des textes réglementaires, le dispositif relatif aux référentiels de bon usage coexiste avec celui des RTU. Les référentiels de bon usage et protocoles thérapeutiques temporaires en cancérologie sont disponibles sur le site de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr> et sur celui de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>

Annexe 5. Prise en charge de la douleur

La recherche de manifestations douloureuses doit être systématique chez tout patient atteint d'un cancer dès l'annonce du diagnostic et tout au long du suivi. La prise en charge de la douleur implique une évaluation globale de la personne, notamment de sa qualité de vie (fatigue, incapacités, anxiété, dépression, troubles du sommeil).

Le traitement est adapté à la nature de la douleur, au contexte et au terrain. La douleur peut être due au cancer et/ou aux traitements mis en œuvre. La douleur liée aux soins ou aux examens doit être prévenue.

Les principes de la prise en charge médicamenteuse sont décrits dans le tableau ci-dessous. Les approches non pharmacologiques (kinésithérapie notamment) peuvent aussi être utiles.

En cas de symptômes douloureux insuffisamment contrôlés ou nécessitant une prise en charge particulière (neurostimulation électrique transcutanée par exemple), le patient sera orienté vers un médecin ou une structure spécialisée.

1. Douleurs par excès de nociception (mécanisme classique de la douleur - lésions de tissus provoquant un influx douloureux transmis par un système nerveux intact)

⇒ répondent aux antalgiques

⇒ co-antalgiques parfois nécessaires : corticoïdes, topiques locaux (anesthésiques, cicatrisants, AINS), antispasmodiques, bisphosphonates.

Échelle antalgique de l'OMS

- Palier 1 : paracétamol, AINS
- Palier 2 (opioïdes faibles) : codéine, dihydrocodéine, tramadol
- Palier 3 (opioïdes forts) : sulfate de morphine, chlorhydrate de morphine, fentanyl, buprénorphine, chlorhydrate d'oxycodone, chlorhydrate d'hydromorphone

Dans tous les cas, réévaluation rapide (efficacité, effets indésirables) pour adaptation traitement (idéalement 48h)

Traitement opioïde :

- dose plafond au palier 2, pas de limite de dosage au palier 3
- palier 3 : traitement sur mesure (titration du dosage)
- prévenir si possible les effets indésirables (en particulier au palier 3 : constipation, nausées, etc.)

2. Douleurs neuropathiques (ressenties comme des décharges électriques, des élancements, des sensations de brûlure, des sensations de froid douloureux et des picotements dans le territoire de nerfs atteints)

⇒ traitement de première ligne par gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline) ou antidépresseurs tricycliques (imipramine, amitryptiline, clomipramine)

3. Douleurs mixtes (nociceptives + neuropathiques) : tramadol, oxycodone, sulfate de morphine : possible en monothérapie en première intention, patchs anti douleur, psychothérapie, traitement anxiolytique.

Annexe 6. Bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers

Ces bonnes pratiques constituent des objectifs communs à tous les professionnels impliqués dans le traitement des patients atteints de cancer.

- ⇒ Pour la majorité des cancers, un diagnostic précoce augmente le taux de guérison. La participation aux programmes nationaux de dépistage doit donc être encouragée³⁵. Des outils sont disponibles pour aider le médecin traitant à en informer les patients³⁶.
- ⇒ La prise en charge des patients atteints de cancer est assurée par des équipes spécialisées dans des établissements de santé autorisés à traiter les cancers (cf. encadré 1).
- ⇒ Tout patient traité pour un cancer doit pouvoir bénéficier de mesures communes pour une prise en charge de qualité (appelées mesures transversales de qualité) auxquelles le médecin traitant participe (cf. encadré 2).
- ⇒ Le médecin traitant est le référent médical pour la coordination des soins à domicile, aux côtés des autres professionnels de santé de proximité que sont en particulier les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les acteurs des réseaux de santé.
- ⇒ Pour ce faire, il doit recevoir de la part du médecin spécialiste présentant le dossier en RCP les documents suivants dans un délai court : le programme personnalisé de soins, le compte rendu de RCP, le compte rendu d'anatomopathologie et un courrier récapitulatif de sortie après chaque hospitalisation.
- ⇒ Pendant les traitements, le médecin traitant doit pouvoir gérer en ambulatoire leurs éventuels effets indésirables, prodiguer les soins de support nécessaires, et en premier lieu le traitement de la douleur et la prise en charge de l'asthénie.
- ⇒ De plus en plus de patients guérissant de leur cancer, une surveillance sur le long terme est nécessaire. Le médecin traitant coordonne cette surveillance qui peut être alternée entre les professionnels impliqués dans la conduite des traitements. Elle permet la recherche d'une récurrence, de séquelles ou d'effets indésirables tardifs des traitements, le dépistage d'un second cancer (16 % des patients ayant déjà eu un cancer), l'accompagnement socioprofessionnel et le soutien à la personne. Tous ces éléments constitueront un programme personnalisé de l'après-cancer qui est aujourd'hui l'objet d'expérimentations.

Encadré 1. Prise en charge dans des établissements autorisés à traiter les cancers

Pour traiter les malades atteints de cancer, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation délivrée par l'agence régionale de santé (ARS).

L'objectif est de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Les traitements concernés par cette autorisation sont :

- la chirurgie des cancers ;
- la radiothérapie externe ;
- la chimiothérapie et les traitements médicaux du cancer.

Les critères d'autorisation reposent sur :

- une activité annuelle minimale (par exemple : au minimum 30 interventions chirurgicales annuelles pour cancer du sein par établissement autorisé à cette activité) ;
- l'accès à des mesures transversales de qualité (cf. encadré 2) ;
- les critères techniques spécifiques pour chacune des modalités de traitement du cancer.

La cartographie des établissements autorisés est disponible en accès libre sur le site Internet de l'Institut National du Cancer³⁷.

³⁵ À noter qu'à ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage du cancer broncho-pulmonaire.

³⁶ <http://www.e-cancer.fr/depistage>

Encadré 2. Mesures transversales de qualité en cancérologie

Le dispositif d'annonce

Il vise à offrir au patient les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Il s'articule autour de quatre temps :

- un temps médical : annonce du diagnostic (au mieux en lien avec le médecin traitant) et proposition de traitement ;
- un temps d'accompagnement soignant : il complète les informations médicales, informe le patient sur ses droits et sur les associations de patients existantes ;
- un temps de soutien fondé sur l'accompagnement social et l'accès à des soins complémentaires (psychologue, kinésithérapeute, etc.) ;
- **un temps d'articulation avec la médecine de ville** pour optimiser la coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant. Cette coordination doit être effective dès l'annonce du diagnostic et la demande d'exonération du ticket modérateur.

La concertation pluridisciplinaire et le respect des référentiels de bonne pratique

Une proposition de traitement est définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle s'appuie sur des référentiels de bonne pratique. La discussion en RCP n'est pas obligatoire si ces référentiels proposent un traitement validé pour la situation clinique du patient ou si celle-ci revêt un caractère d'urgence. Le compte rendu de la RCP est intégré au dossier médical informatisé. **Il est transmis systématiquement au médecin traitant par le médecin spécialiste présentant le dossier en RCP.**

La remise d'un programme personnalisé de soins

Le programme personnalisé de soins (PPS) reprend les différentes étapes de la prise en charge ainsi qu'un calendrier de soins. Les établissements autorisés doivent fournir ce programme à leurs patients. **Il est transmis au médecin traitant.**

L'accès aux soins complémentaires et d'accompagnement

Les besoins du patient en soins de support sont évalués dès l'annonce de la maladie et tout au long du suivi.

Ils visent à améliorer la qualité de vie et le confort du patient pendant la maladie. Ils se justifient quel que soit le stade d'évolution de la maladie, y compris en dehors des situations de fin de vie.

Plusieurs types de soutiens et de soins peuvent être proposés : soutien psychologique, social, traitement de la douleur, prévention et traitement des troubles de la nutrition, kinésithérapie, prise en charge de la fatigue.

Ces soins sont délivrés en établissement de santé ou en ambulatoire. Pour les patients souhaitant recevoir ces soins à domicile, le médecin traitant peut s'appuyer sur les réseaux de soins, l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile.

L'accès aux innovations et à la recherche clinique

Des outils existent pour aider le médecin traitant à guider le patient dans sa réflexion et sa décision de participation à un essai clinique³⁸.

³⁷ <http://www.e-cancer.fr/soins/la-structuration-de-loffre-de-soins/carte-interactive-des-etablissements-traitant-le-cancer>

³⁸ <http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique>

Annexe 7. Ressources pratiques pour les soins palliatifs et la fin de vie

Rechercher une structure de soins palliatifs ou une association

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire : www.sfap.org

Le site portail Pallianet permet de rechercher les coordonnées des structures de soins palliatifs membres de ce réseau, ainsi que des informations générales sur la fin de vie et la gérontologie (soins des personnes âgées) : www.pallianet.org

Le site de la Fédération des réseaux de santé en soins palliatifs en Ile-de-France permet de trouver les coordonnées des réseaux membres de la fédération : www.respalif.com/

Le site de l'UNASP (Union des associations pour le développement des soins palliatifs) propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, et les coordonnées des ASP en région (associations pour le développement des soins palliatifs) : www.soins-palliatifs.org. **Les ASP** sont des associations non confessionnelles et apolitiques, intervenant auprès des malades atteints d'une affection menaçant leur vie, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale. Elles mettent à la disposition des malades leurs accompagnants bénévoles pour les aider, ainsi que leurs familles.

Trouver un soutien

Le Centre national de ressources soin palliatif (qui dépend de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon) propose notamment deux services téléphoniques : www.soin-palliatif.org

« **Accompagner la fin de la vie ; s'informer, en parler** » au 0811 020 300 (prix d'un appel local) : du lundi au vendredi, de 14 heures à 18 heures, et vous pouvez y trouver : des informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, sur les droits des malades et de leurs familles ; une orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales) ; une écoute et un espace de parole.

« **Le service d'écoute, d'information et d'orientation à destination des personnes en deuil** » au 01 53 72 33 20: du lundi au vendredi de 10 heures à 13 heures et de 14 heures à 18 heures – le vendredi jusqu'à 17 heures – ce service d'accompagnement du CNDR Soins Palliatif, vous rappelle gratuitement au numéro de votre choix (téléphone fixe ou portable) pour vous écouter et vous proposer une forme de soutien adaptée.

La ligne Cancer Info (service proposé par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer) au 0810 810 821 : un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Des psychologues de la Ligue nationale contre le cancer vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

Annexe 8. Références

European Society for Medical Oncology, Stahel RA, Weder W, Lievens Y, Felip E. Malignant pleural mesothelioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010;21 Suppl 5:v126-v128.

Institut National du Cancer. Cancer du poumon. Prise en charge thérapeutique du cancer du poumon non à petites cellules. Boulogne-Billancourt: INCA; 2012. http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/513-cancer-du-poumon-non-a-petites-cellules-synthese

Scherpereel A, Astoul P, Baas P, Berghmans T, Clayson H, de VP et al. Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons for the management of malignant pleural mesothelioma. *Eur Respir J* 2010;35(3):479-95.

Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C, International Union against Cancer. TNM classification of malignant tumours. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

HAS

Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr



Toutes les publications de l'INCa sont téléchargeables sur

www.e-cancer.fr