



1. Nouveaux traitements, quid des toxicités?
2. Quelles organisations pour les soins de support?
3. Activité physique et santé sexuelle

1. Nouveaux traitements, quid des toxicités?

- **Identification et gestion des toxicités des nouveaux traitements**
- **Toxicités chroniques de l'immunothérapie**
- **Adhérence au traitement**



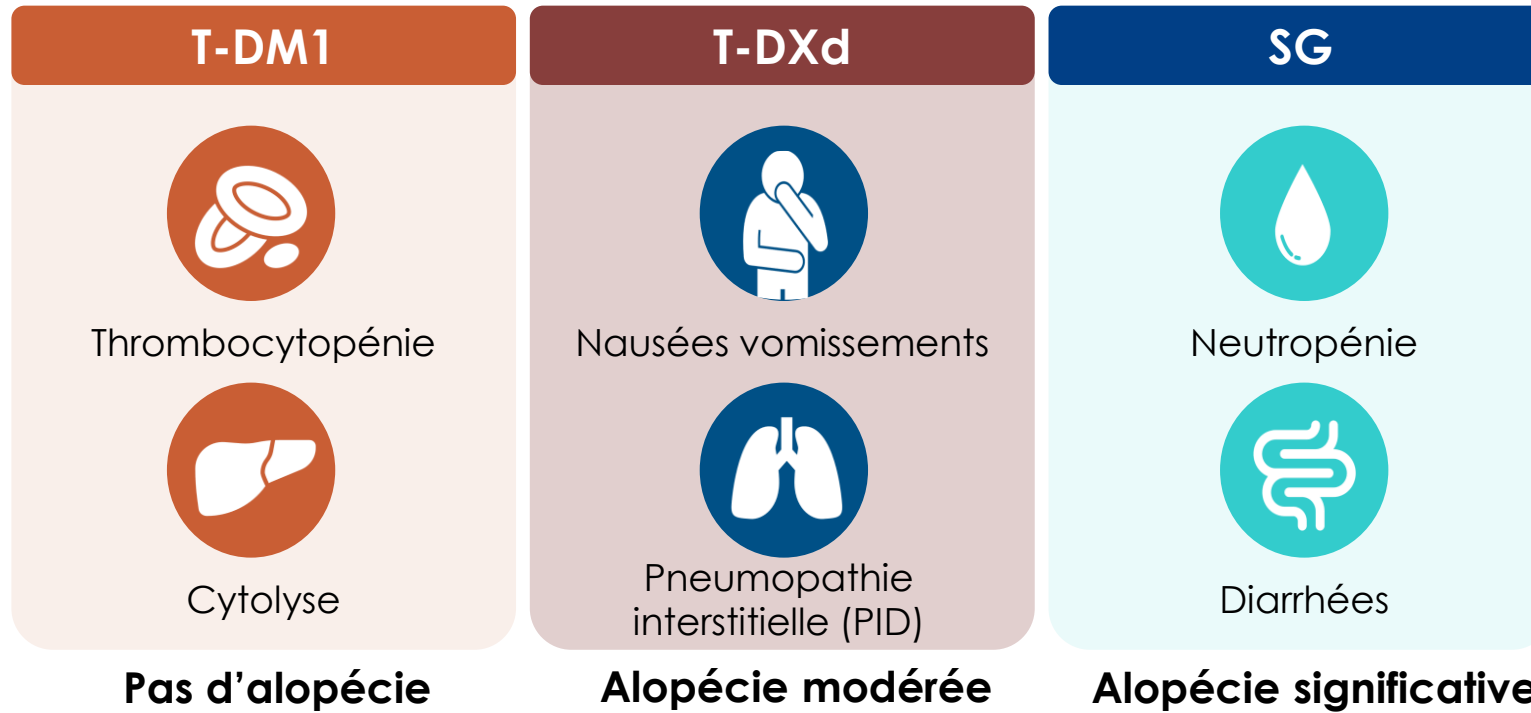
Equilibrer efficacité et toxicités :

Identification et gestion des toxicités des nouveaux traitements dans le cancer du sein. Focus sur les anticorps conjugués (ADC)



Toxicités des ADC

Chaque ADC présente un profil de tolérance spécifique 1–3



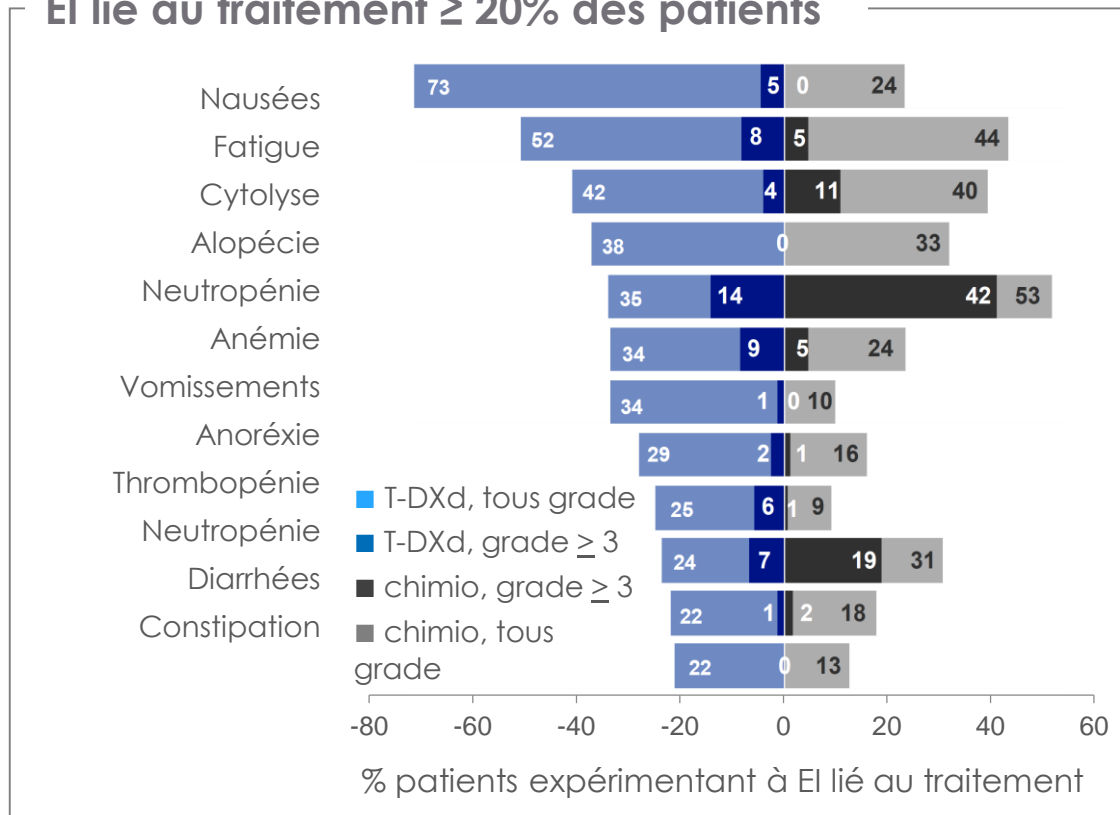
ADC=antibody-drug conjugate;; Dato-DXd=datopotamab deruxtecan; ILD=interstitial lung disease; SG=sacituzumab govitecan; T-DM1=trastuzumab emtansine; T-DXd=trastuzumab deruxtecan.
 1. Hurvitz SA, et al. Presented at SABCS 2022; December 6th–10th, 2022. San Antonio, TX, USA; abstract #GS2-02; 2. Modi S, et al. N Engl J Med. 2022;387(1):9–20; 3. Rugo H, et al. Presented at SABCS 2022; 6–10 December. San Antonio, TX. Abstract #GS1-11



Trastuzumab deruxtecan (T-DXD)

Destiny Breast04 : Effets indésirables (EI)

EI lié au traitement ≥ 20% des patients



- EI le plus fréquent associé à un arrêt du traitement
 - ▶ T-DXd : 8,2%, Pneumopathie interstitielle
- EI le plus fréquent associé à une réduction de dose
 - ▶ T-DXd : 4,6%, nausées et fatigue
- Décès en cours de traitement
 - ▶ T-DXd : 3,8%; TPC: 4,7%

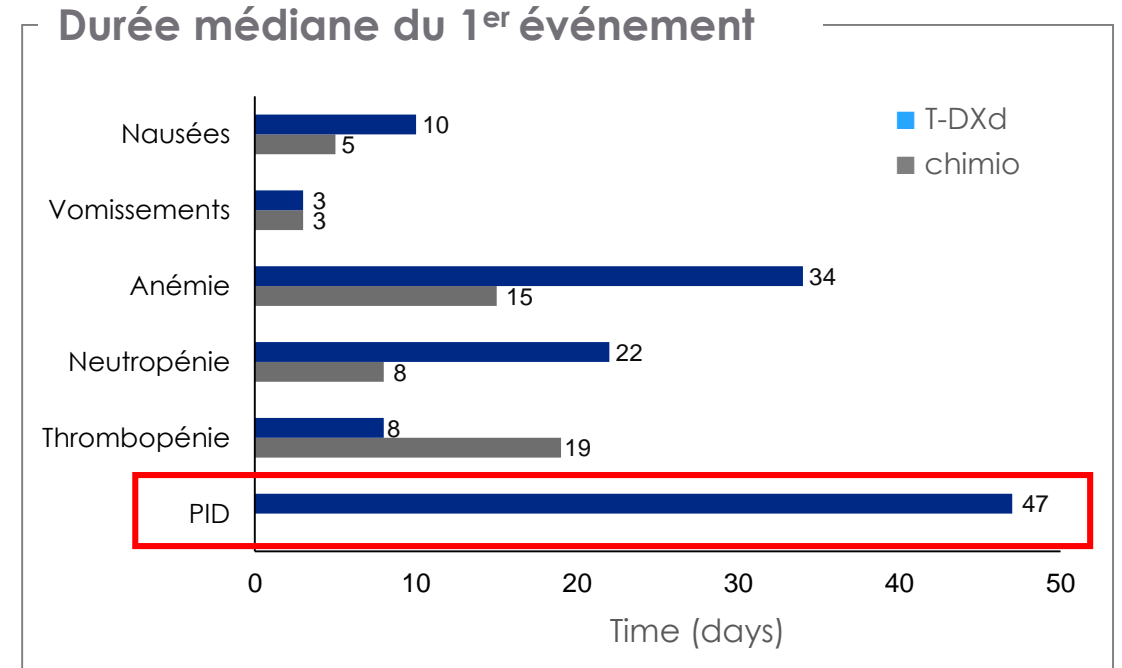
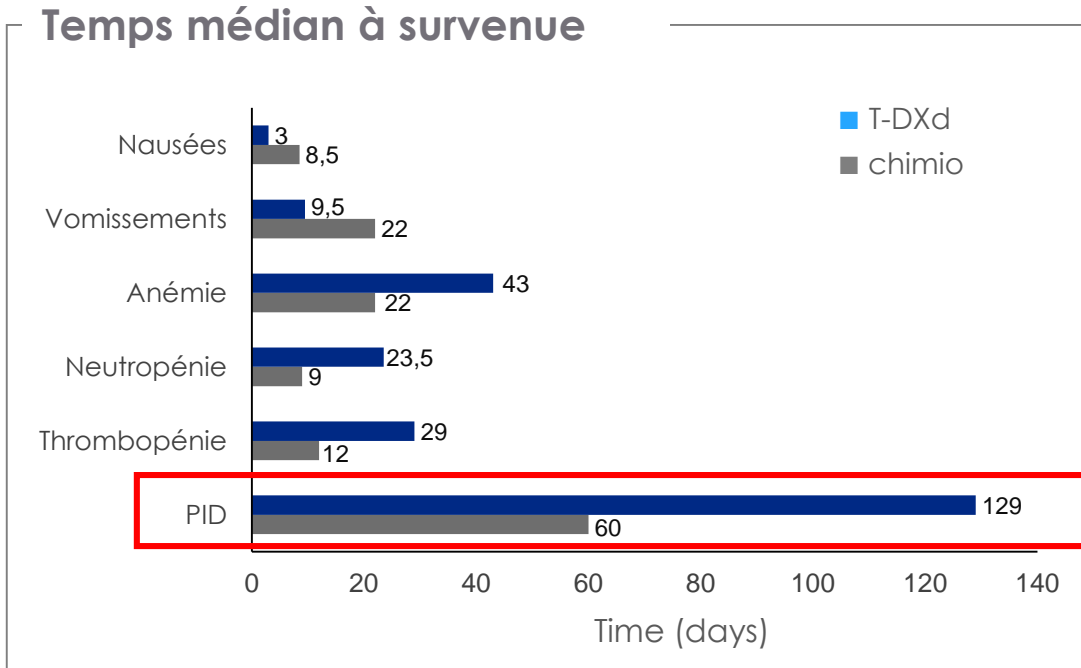
Modi et al, NEJM 2022; ESMO 2023

H. Rugo et al., MASCC® 2024, Plenary 1



Trastuzumab deruxtecan

Effets indésirables $\geq 10\%$ des patients



- Apparition EI hémato et digestif généralement dans le 1^{er} mois
- Durée médiane EI digestif : 3 à 10 jours, pour EI hémato : 8 à 34 jours

Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



Trastuzumab deruxtecan

Effets indésirables ≥10% des patients

n (%)	Nausées		Vomissements	
	T-DXd (n = 371)	chimio (n = 172)	T-DXd (n = 371)	chimio (n = 172)
Réduction de dose associée aux N/V	17 (4.6)	4 (2.3)	3 (0.8)	1 (0.6)
Interruption de dose associée aux N/V	5 (1.3)	4 (2.3)	0	0
Arrêt du traitement associé aux N/V	1 (0.3)	0	1 (0.3)	0

- Trois classes d'antiémétiques recommandés
 - ▶ A individualiser en fonction des symptômes de patient



Antagoniste du récepteur 5-HT₃

Palonosétron : 0,25mg IV; 0,5mg oral

Granisétron : 1mg IV; 2mg oral

Dolasétron : 100mg oral

Tropisétron : 5mg IV; 5mg oral

Ondansétron : 8mg IV; 16mg oral



Antagoniste du récepteur NK-1

Aprépitant : 125mg (acute); 80mg daily for 2 days (delayed)

Fosapépitant : 150mg IV

Nétupitant : 300mg



Corticostéroïdes

Dexaméthasone :

- Acute emesis : 8mg once
- Delayed emesis : 8mg daily / 4mg twice a day for 2-3 days

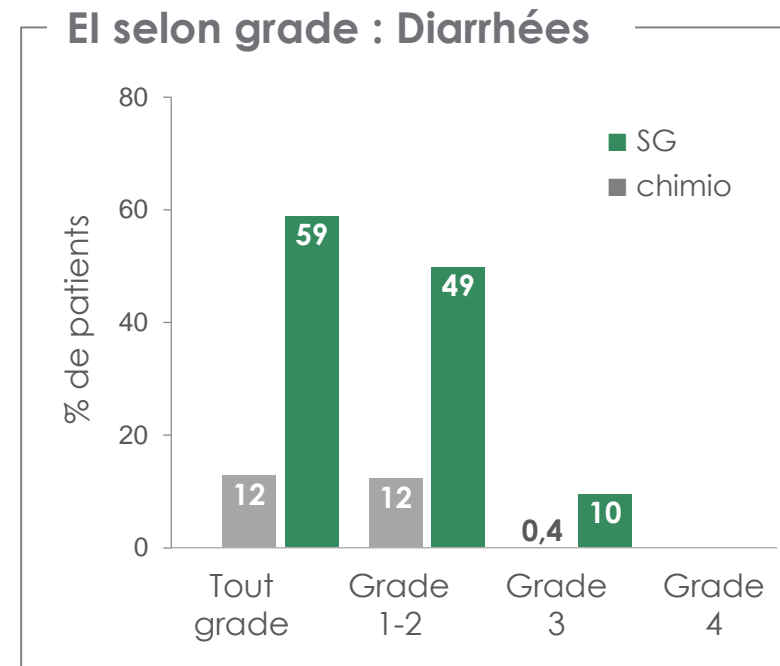
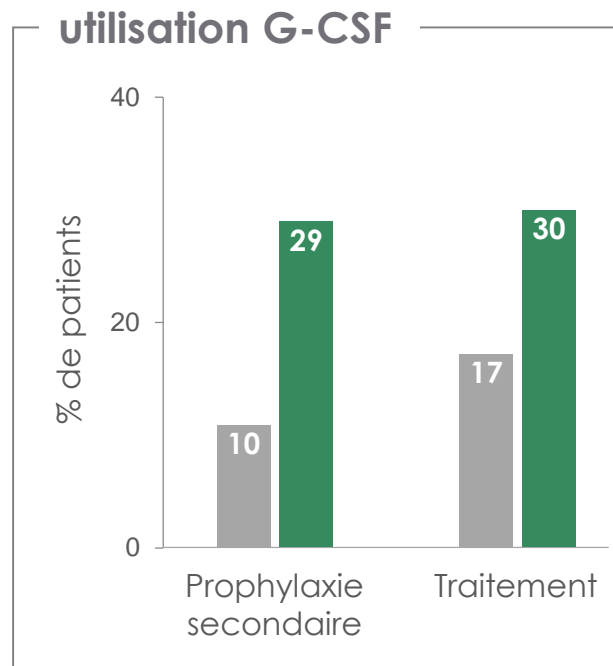
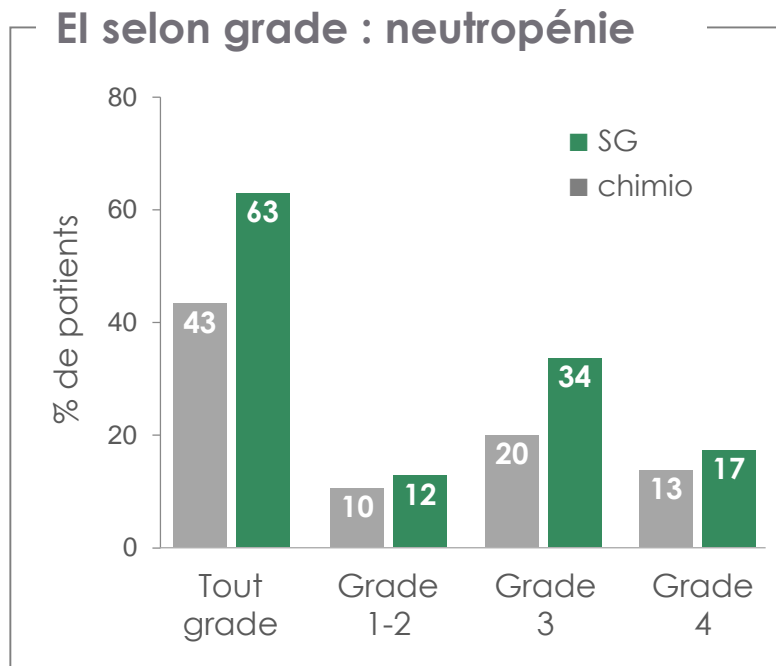
N/V, nausées et vomissements ; T-DXd, trastuzumab deruxtecan.
Rugo et al, ESMO Breast 2023; NCCN 2023



Sacituzumab govitecan

Neutropénie et diarrhées

Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.

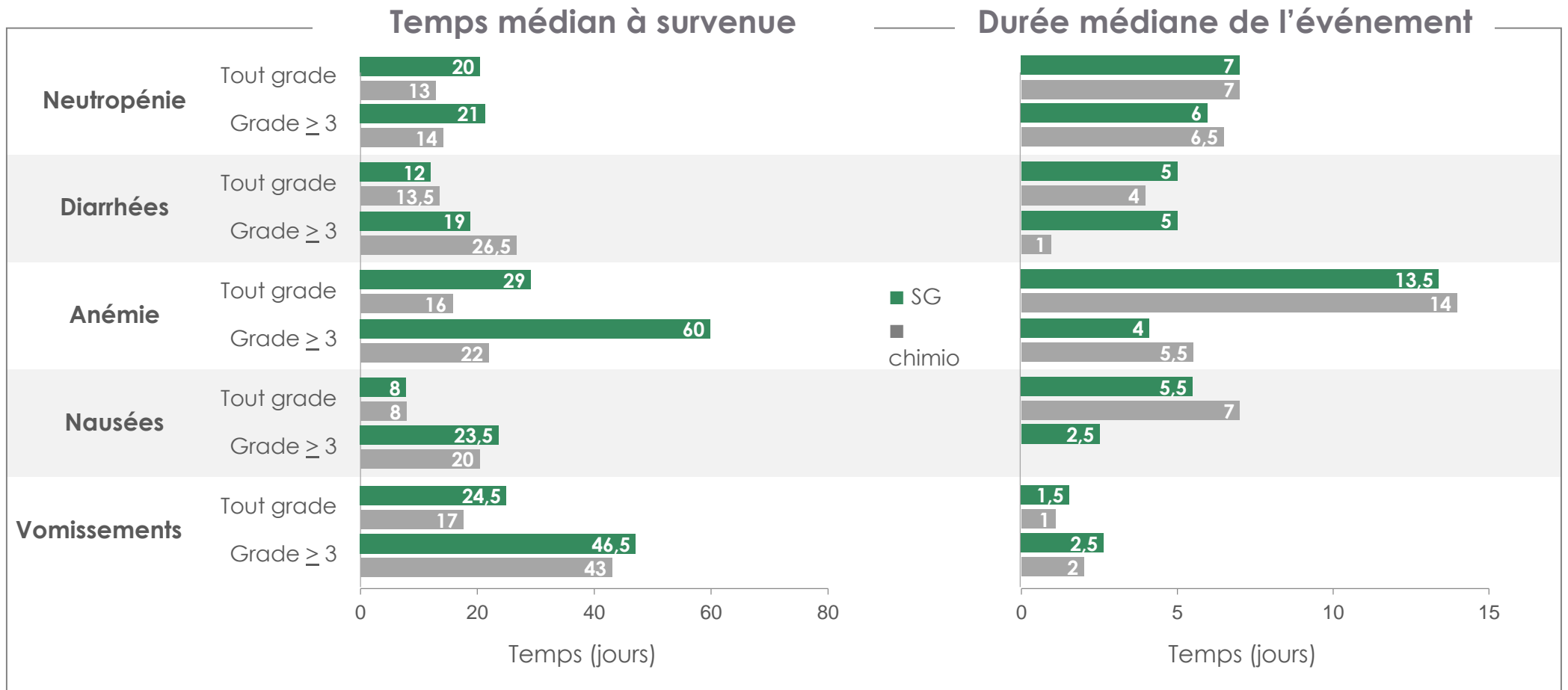


G-CSF, granulocyte colony-stimulating factor; SG, sacituzumab govitecan
TRODELVY™ (sacituzumab govitecan) prescribing information. Morris Plains, NJ: Immunomedics, Inc; 2020.



Sacituzumab govitecan

Temps à survenue et durée



SG, sacituzumab govitecan

Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



MASCC[®]- ESMO[®] Guidelines: mise à jour 2024

- On retiendra en particulier :
 - ▶ L'**olanzapine** fait partie maintenant du protocole anti-émétique proposé d'emblée en cas de traitement anti-cancéreux hautement émétisant, associé à un sétron, des corticoïdes et un anti-NK1.
 - La dose recommandée est de 10mg par jour, pouvant être réduite à 5mg, voire peut-être à 2,5mg en cas de **somnolence** importante.
 - ▶ Les nausées restent un problème qui doit impérativement être évalué et pris en compte du fait de son impact sur la qualité de vie des patients.

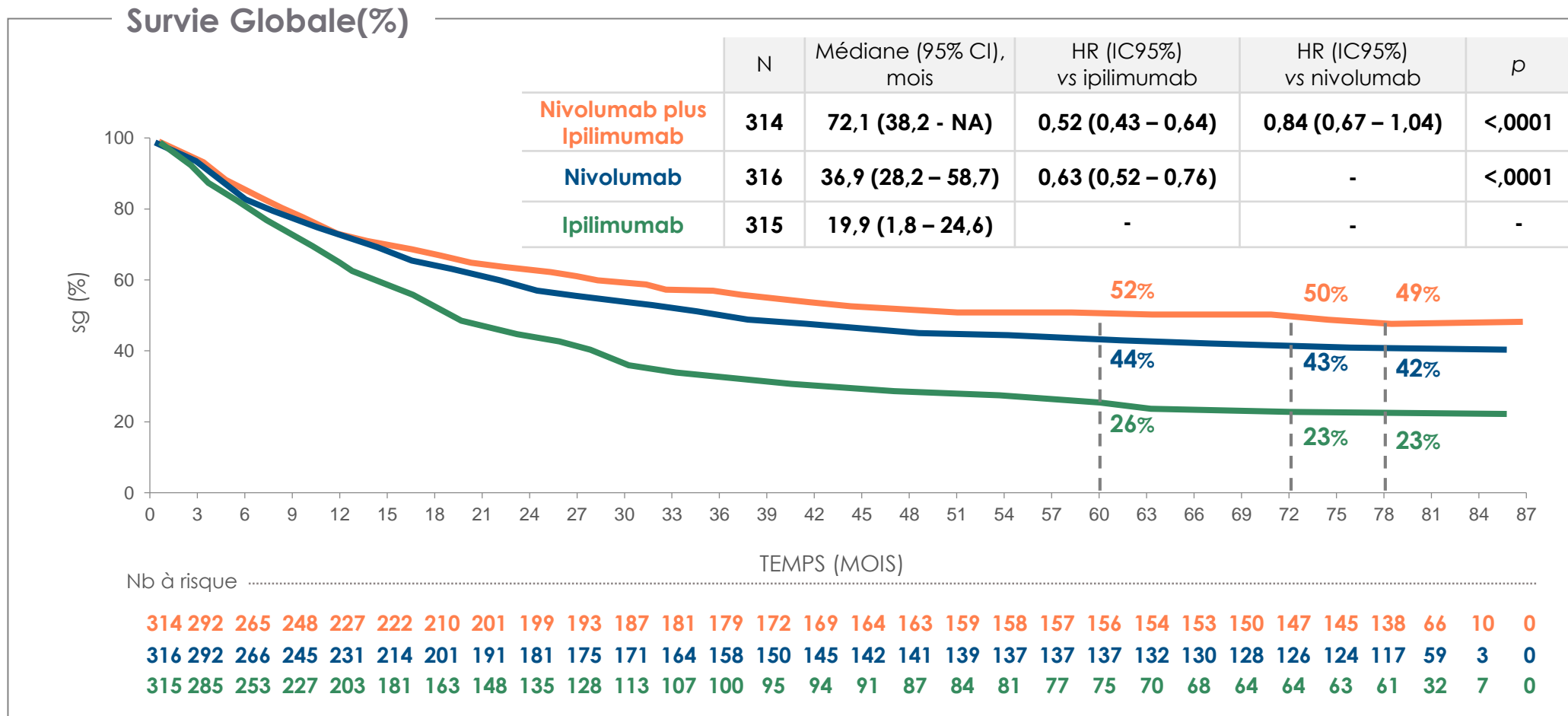


Toxicités chroniques de l'immunothérapie



Survie des patients avec mélanomes métastatiques depuis l'introduction des immunothérapies

Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



Wolchok et al., JCO, 2021



Toxicités chroniques du traitement adjuvant anti-PD-1

Incidence des toxicités "immune-related adverse events" (irAES)

irAEs chroniques	Avec irAEs chroniques	irAE chroniques en cours
	Patients, No. (%)	
irAEs chroniques totaux	167 (100)	NA
Nécessité de corticoïdes	55 (32.9)	NA
Symptomatiques	82 (49.1)	NA
Resolus	24 (14.4)	NA
≥Grade 2	90 (53.9)	NA
Grade 3-5	6 (3.6)	NA
Types d'irAE		
Insuffisance surrénale	12 (3.1)	12 (100)
Arthrite / Arthralgies	22 (5.7)	22 (100)
Colites / Diarrhées	6 (1.6)	2 (33.3)
Rash cutané / Prurit	19 (6.6)	17 (89.5)
Xerostomie	9 (2.3)	8 (88.9)
Hypophysite	8 (2.1)	8 (100)
Neuropathie	3 (1.8)	1 (33.3)
Effet oculaire toxique	5 (1.3)	5 (100)
Autre neurotoxicité	8 (2.1)	5 (63.0)
Pneumopathie interstitielle	6 (1.6)	4 (66.7)
Thyroïdite / Hypothyroïdie	54 (14.0)	54 (100)

Seulement 14% des toxicités chroniques étaient résolues lors du dernier rendez-vous de suivi

Patrinely et al., JAMA Oncol, 2021



Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.

Adhérence au traitement

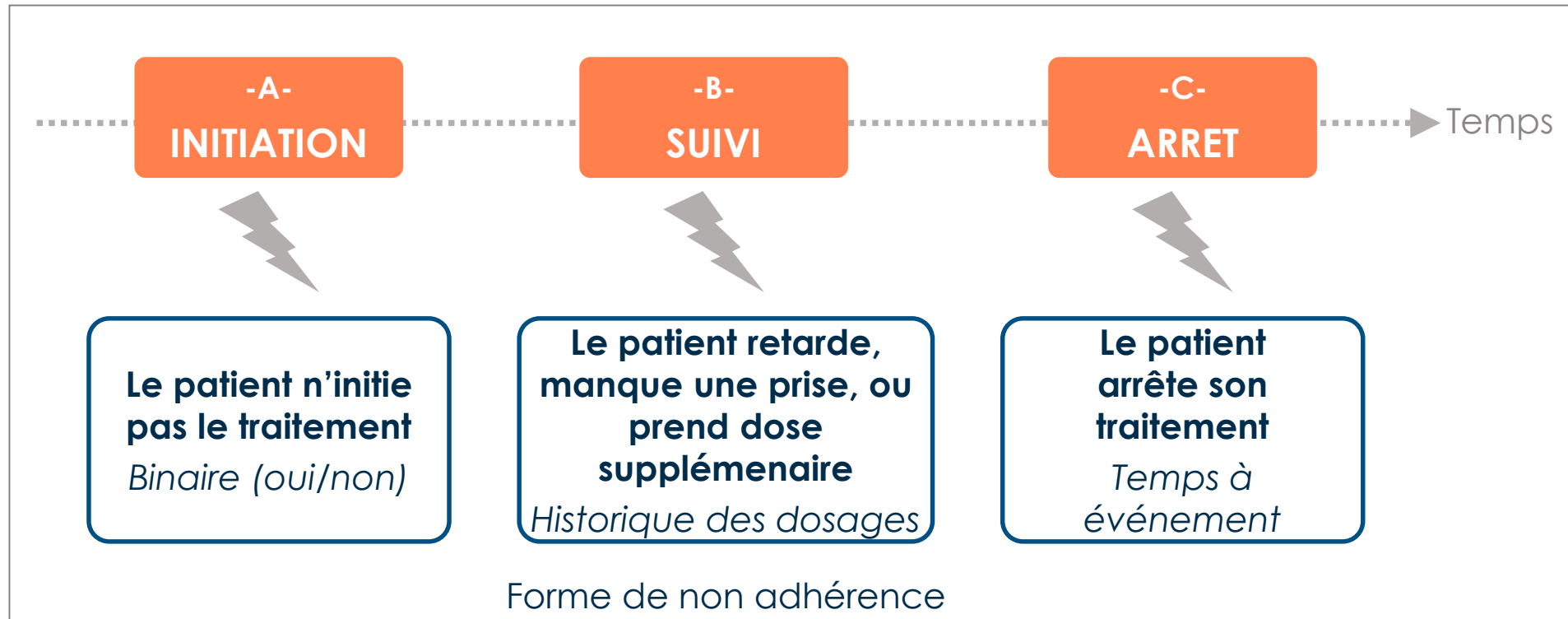


I. Vaz-Luis et al., MASCC® 2024 –Plenary 1

L'actualité
en oncologie
27-29 juin 2024

Le **Cancer**.fr

Non-adhérence

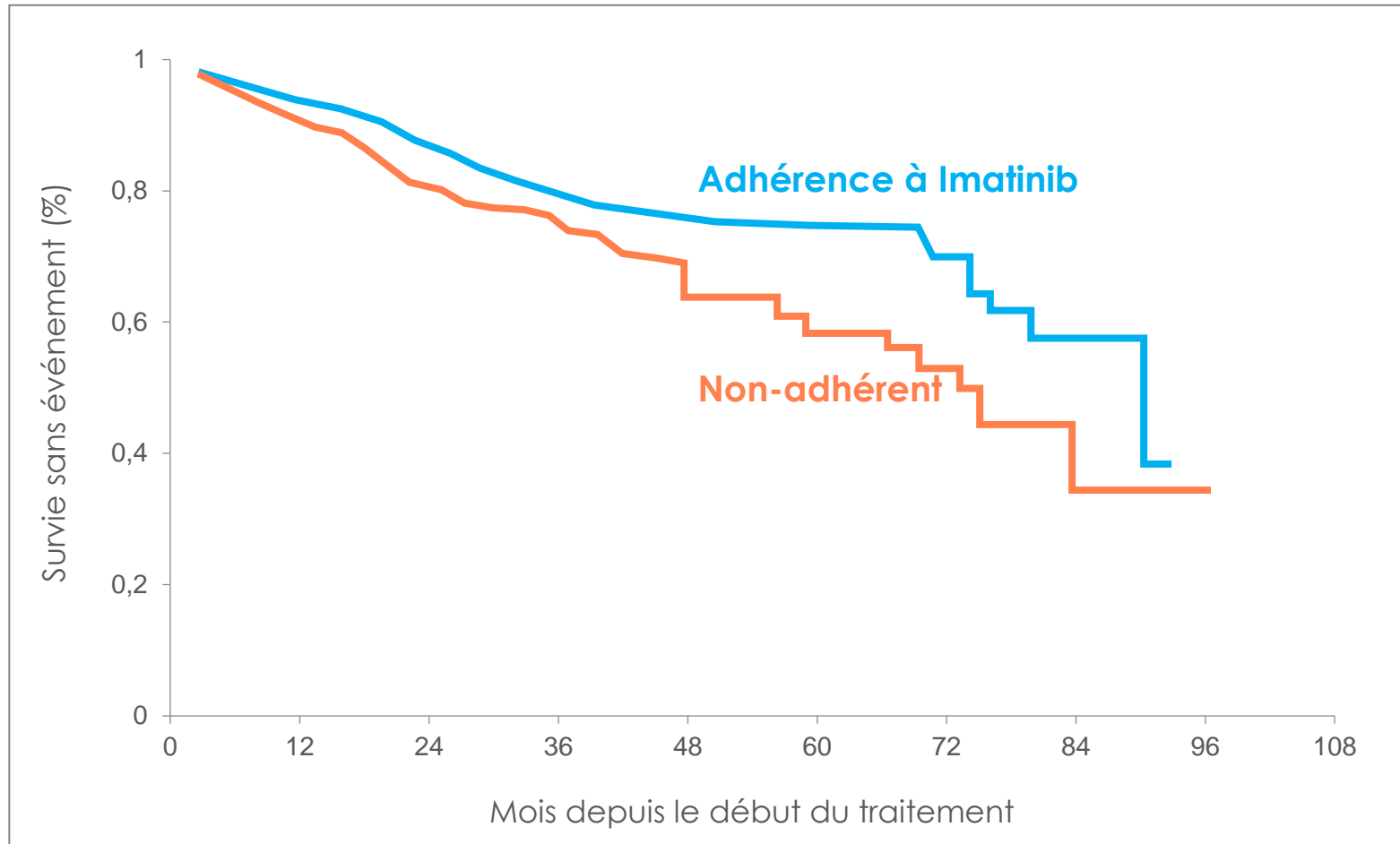


Non adhérence = échec de prise du médicament prescrit
Taux de non adhérence des traitements oncologiques oraux : 11 à 84%

Geest et al, Annals of Internal Medicine, 2013; Rosenberg et al, JNCI, 2020; Greer et al, Oncologist, 2016; Jacobs. J Oncol Pract. 2017



Une adhérence altérée est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité

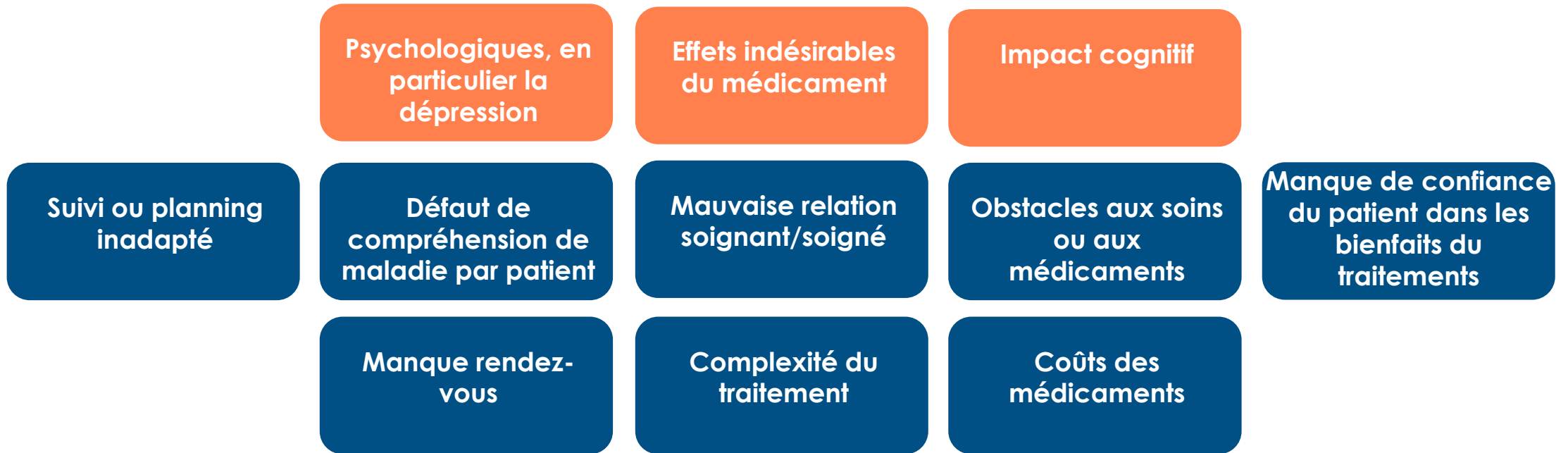


Ganesan et al, American J Hematol, 2011, Ostensberg, NEJM, 2005



Non-adhérence associée à une multitude de facteurs

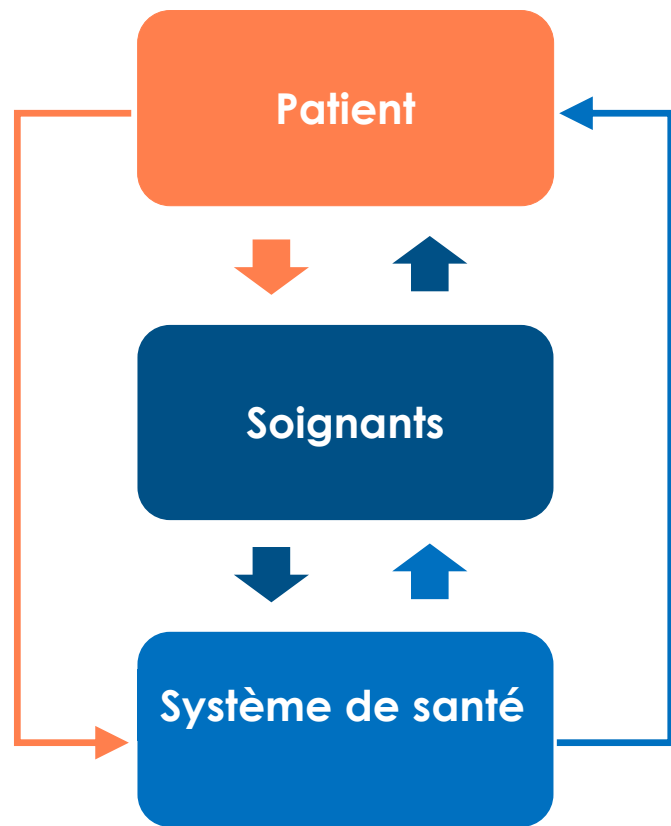
Facteurs actionnables associés à l'adhérence



Osteberg et al, NEJM 2005



Non-adhérence associée à une multitude de facteurs



Communication soignant/soigné insuffisante :

- Le patient a une faible connaissance de sa maladie
- Le patient a une faible connaissance des modalités de prise du traitement
- Le médecin prescrit un traitement trop complexe

Intéraction avec le système de soins :

- Accès difficile aux rendez-vous médicaux
- Traitements proposés insuffisants
- Accès aux médicaments difficiles
- Coûts élevés

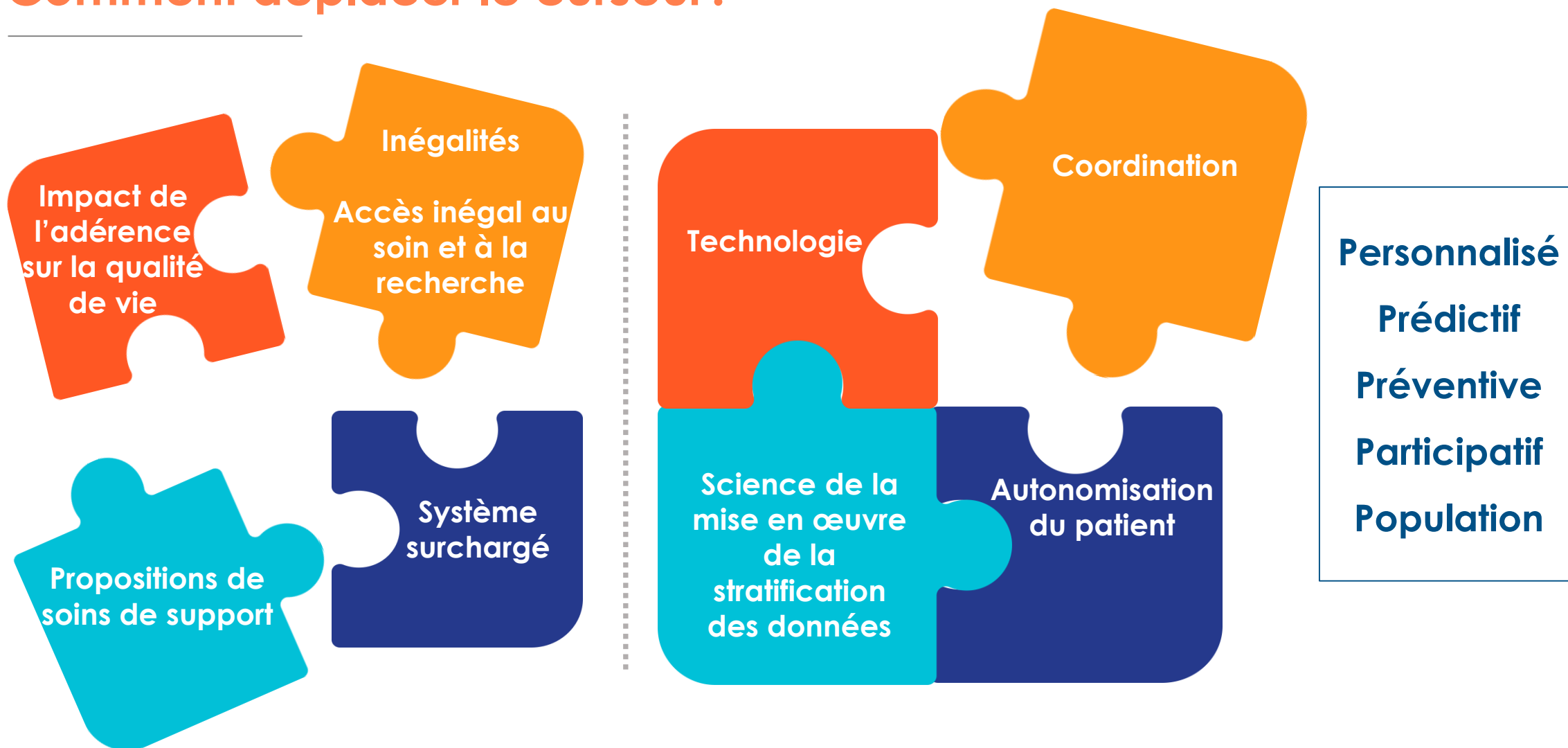
Intéraction du médecin avec système de santé :

- Connaissance faible des coûts des traitements
- Connaissance faible des coûts des assurances de santé

Osteberg et al, NEJM 2005



Comment déplacer le curseur?

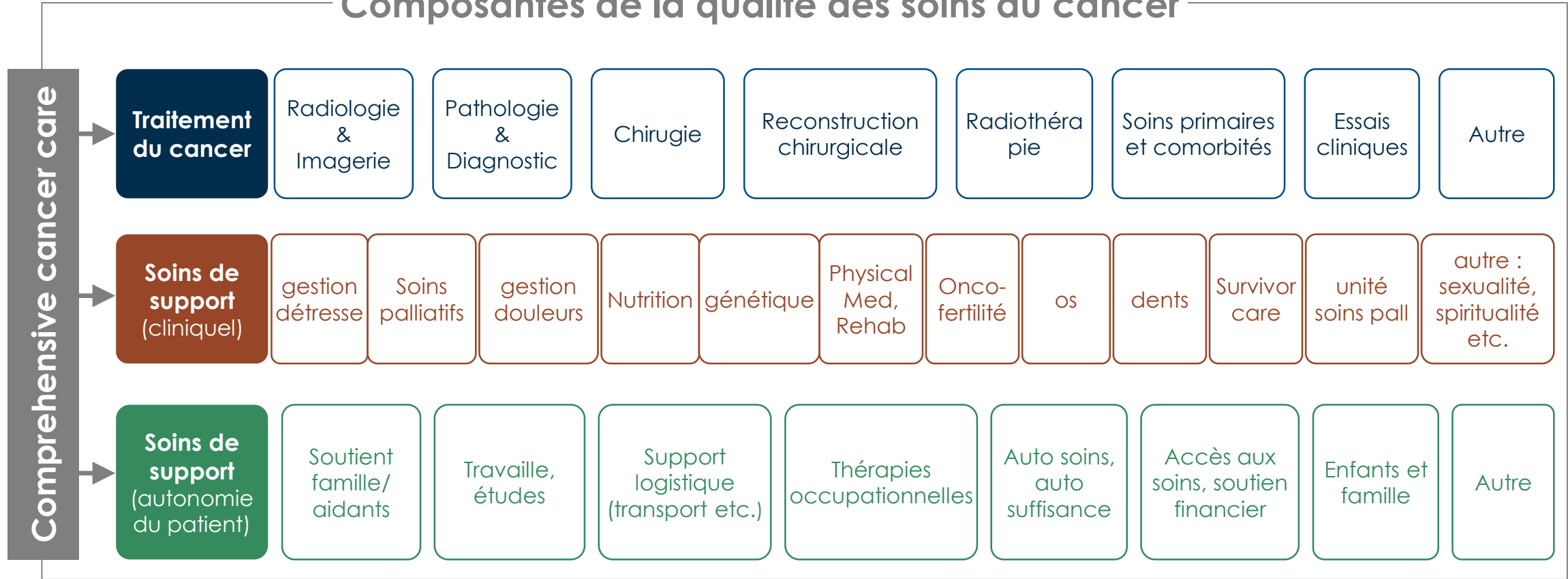


Courtesy of MA Franzoi 1- Ferreira AR 2019; 2- Brauer 2021; Franzoi MA ESMO 2022; Di Meglio A 2021; 3- Guerra C ASCO Educational Book 2023; 4- ASCO Survivorship Facts & Figures 2016 8- Bluethmann SM 2018, 9- ASCO 2014



Coordination

Composantes de la qualité des soins du cancer



NCCN Supportive oncology care - how to incorporate into your practice, <https://education.nccn.org/>; Insitute of Medicine, 2013, Center for Business Models in Healthcare, 2013



2. Quelles organisations pour les soins de support?

Enquêtes





Besoins et obstacles dans l'accès aux soins de support : le point de vue des patients en France.

Besoins et obstacles dans l'accès aux soins de support : le point de vue des patients en France.

- Enquête nationale entre octobre et décembre 2023.
- Professionnels de santé et patients eux-mêmes
 - ▶ Vécu et accès aux soins de support
- 2660 patients ont répondu à cette enquête
- 80,7 % étaient des femmes
- Le cancer le plus fréquents était le cancer du sein
- 53,4 % des tumeurs localisées
- 40 % des patients traités dans un centre anticancéreux.

Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.

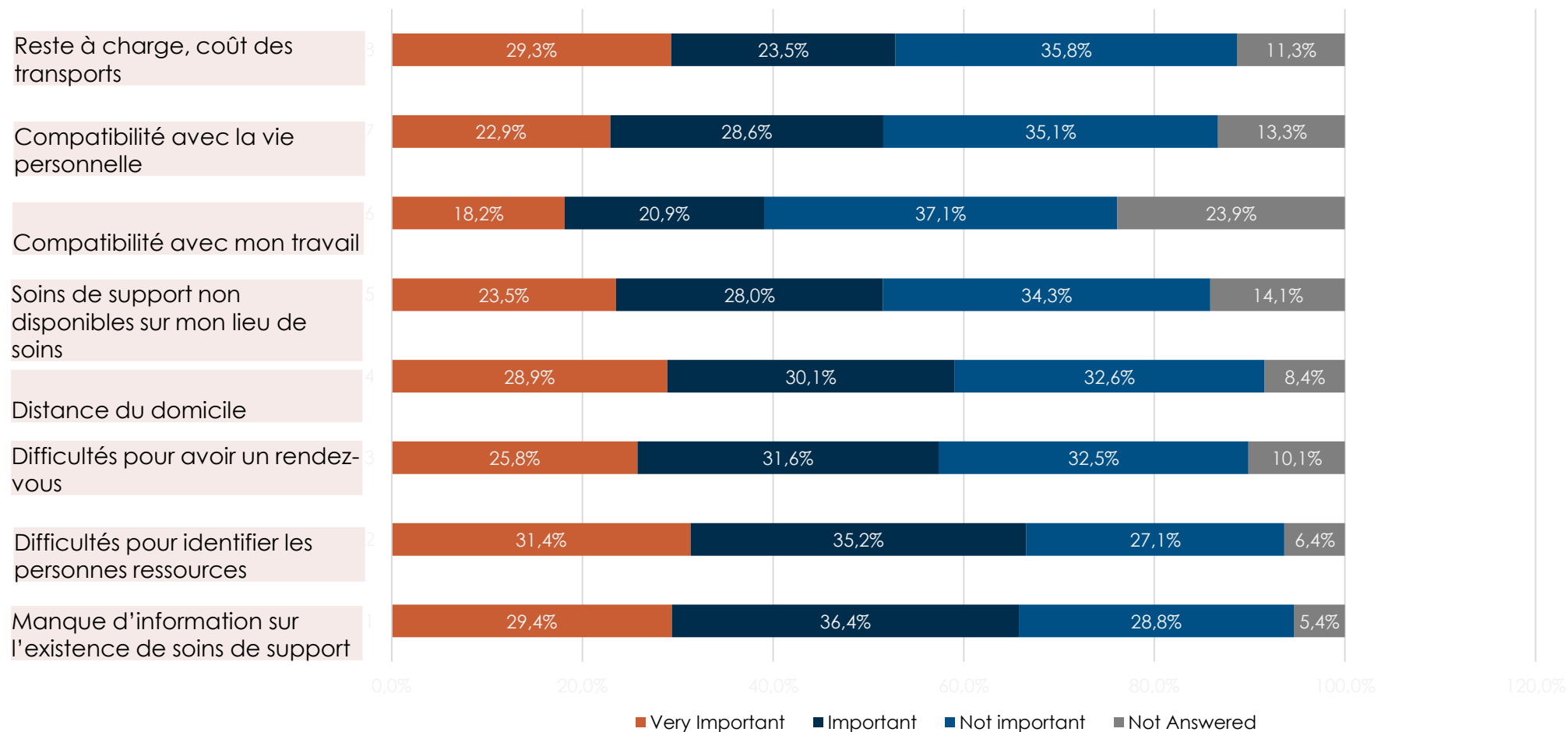


Besoins et obstacles dans l'accès aux soins de support : le point de vue des patients en France. Principaux résultats

- Le premier besoin exprimé concerne la prise en charge des **effets secondaires** des traitements anticancéreux
- La première cause de frein à l'accès aux soins de support est la **méconnaissance** de l'existence même d'une offre en soins de support (plus de 65% des patients)
- Seul **un patient sur deux** a eu accès aux soins de support dès le diagnostic
 - ▶ 60% pendant le traitement
 - ▶ 30% après les traitements
- Outils numériques:
 - ▶ 65 % des patients sont prêts à utiliser un outil numérique pour leur suivi
 - ▶ Seuls 13 % déclarent en utiliser un actuellement.
- Pour les patients la priorité pour améliorer l'accès aux soins de support est l'information et l'évaluation de leurs besoins (90 % des patients)



Besoins et obstacles dans l'accès aux soins de support : le point de vue des patients en France. Principaux obstacles



Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



Besoins et obstacles dans l'accès aux soins de support : le point de vue des patients en France.

- L'organisation d'un accès aux soins de support « de base » tels que définis par l'Institut National du Cancer (traitement de la douleur, soutien psychologique, soutien social, soins palliatifs), est depuis juin 2023 obligatoire pour le maintien de l'autorisation en cancérologie des établissements de santé.
- Cette enquête apporte des pistes concernant l'amélioration de l'accès aux soins de support pour les patients.
- Une analyse approfondie de ces résultats est en cours. Il est prévu également de comparer ces résultats avec l'enquête qui a été réalisée en parallèle auprès des professionnels de santé

Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



ORGANISATION DES SOINS DE SUPPORT

Soins à domicile





Le lieu de soin idéal dépend de la maladie, du patient et de son entourage

Le lieu de soin idéal dépend de la maladie, du patient et de son entourage

- Les besoins des patients en termes de soins de support et de soins palliatifs sont **très différents d'un patient à l'autre**, et pour un même patient au cours de son parcours.
 - ▶ Cela va dépendre de son histoire personnelle et familiale, de son entourage, de sa situation psycho-sociale, de sa maladie (localisation, étendue, traitements), et des symptômes associés.
- Parallèlement la durée de vie des patients en situation palliative « avancée » s'est **nettement accrue**, et cela a nécessité d'adapter les modalités de prise en charge.



Le lieu de soin idéal dépend de la maladie, du patient et de son entourage: l'offre de soins palliatifs se diversifie

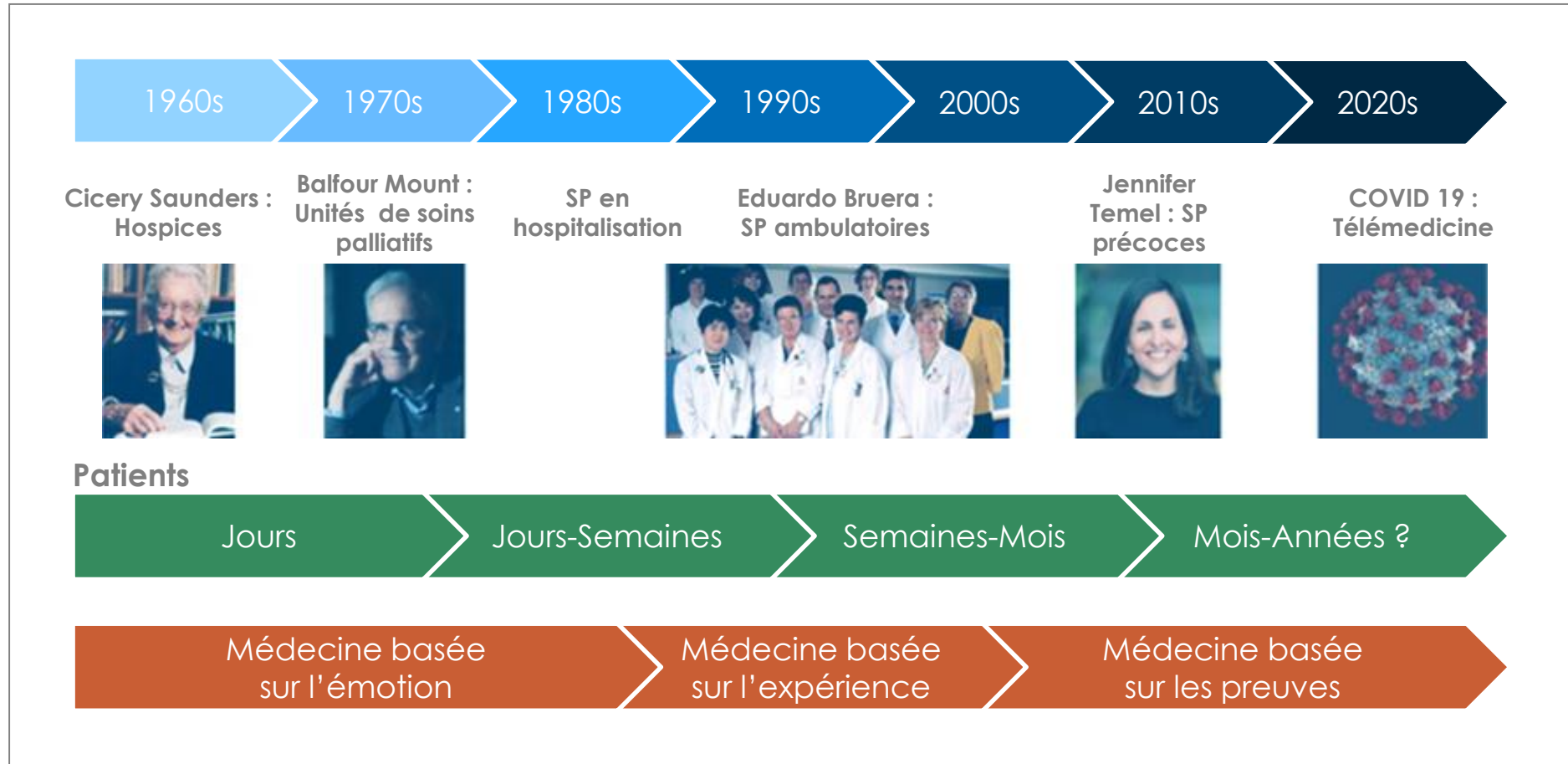
- Unités d'hospitalisation,
- Hôpitaux de jours et des consultations
- Unités de soins palliatifs aigus
 - ▶ Pour des situations complexes nécessitant une expertise rapide et limitée dans le temps, avec la plupart du temps un retour vers le domicile
- Equipes mobiles pluridisciplinaires pouvant se rendre au domicile des patients

- Les téléconsultations en soins palliatifs apportent une possibilité supplémentaire d'accompagner les patients



Le lieu de soin idéal dépend de la maladie, du patient et de son entourage

L'évolution des prises en charges palliatives



Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.





L'intérêt de l'hospitalisation à domicile en cancérologie

Ce qui est possible à domicile

01	Assistance respiratoire	11	Rééducation neurologique
02	Nutrition parenterale	12	Surveillance après chimiothérapie
03	Traitements IV	13	Soins infirmiers complexes
04	Soins palliatifs	14	Éducation thérapeutique
05	Chimiothérapie	15	Surveillance après radiothérapie
06	Nutrition entérale	16	Grossesse à risque
07	Prise en charge de la douleur	17	Soins du post-partum pathologique
08	Aide à l'habillage	18	Soins nouveaux nés à risque
09	Soins après chirurgie	19	Surveillance aplasie
10	Rééducation orthopédique	20	Prise en charge psychologique ou sociale

Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.








L'intérêt de l'HAD en cancérologie

- Premières expérimentations années 50 aux Etats-Unis.
- En France, choix de politique de santé depuis de nombreuses années, ce qui fait de ce pays un des plus avancés dans ce domaine.
 - ▶ 280 structures d'HAD en France
 - ▶ 1 60 000 patients par ans
 - ▶ 6,8 millions de journées d'hospitalisation.
 - La cancérologie et les soins palliatifs représentant une bonne partie de cette activité.
- La justification du développement de l'HAD est multiple :
 - ▶ Réduire les coûts de soins
 - ▶ Désengorger les hôpitaux traditionnels
 - ▶ Améliorer la qualité de vie des patients en les maintenant dans un environnement moins stressant



Organisation de l'hospitalisation à domicile (HAD)

	Patients	<ul style="list-style-type: none">■ Situation complexe, aiguë ou chronique, nécessitant des soins continus et coordonnés■ Sans HAD le patient devrait être hospitalisé
	Lieux de soins	<ul style="list-style-type: none">■ Domicile ou EHPAD
	Services	<ul style="list-style-type: none">■ Assure des soins médicaux, avec une permanence 24h/24, et intervention d'une infirmière au domicile si besoin■ Assure la livraison de matériel et médicaments■ Coordination de la chaîne du soin, ville et hôpital
	Acteurs de soins	<ul style="list-style-type: none">■ Infirmières■ Médecins■ Diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux...
	Prescripteurs	<ul style="list-style-type: none">■ Tout médecin en ville ou à l'hôpital quelle que soit sa spécialité



L'intérêt de l'HAD en cancérologie

- Diversité de l'offre des soins
 - ▶ Traitements anticancéreux
 - ▶ Chimiothérapie intraveineuse
 - ▶ Immunothérapie
 - ▶ Prises en charge palliatives
 - Y compris en toute fin de vie
 - Accompagnement possible des décès à domicile.
- La crise Covid a favorisé le recours à l'HAD
- La mise à disposition d'outils numériques de monitoring et de suivi des patients devrait permettre de développer encore plus l'HAD





Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.

3. Activité physique et santé sexuelle

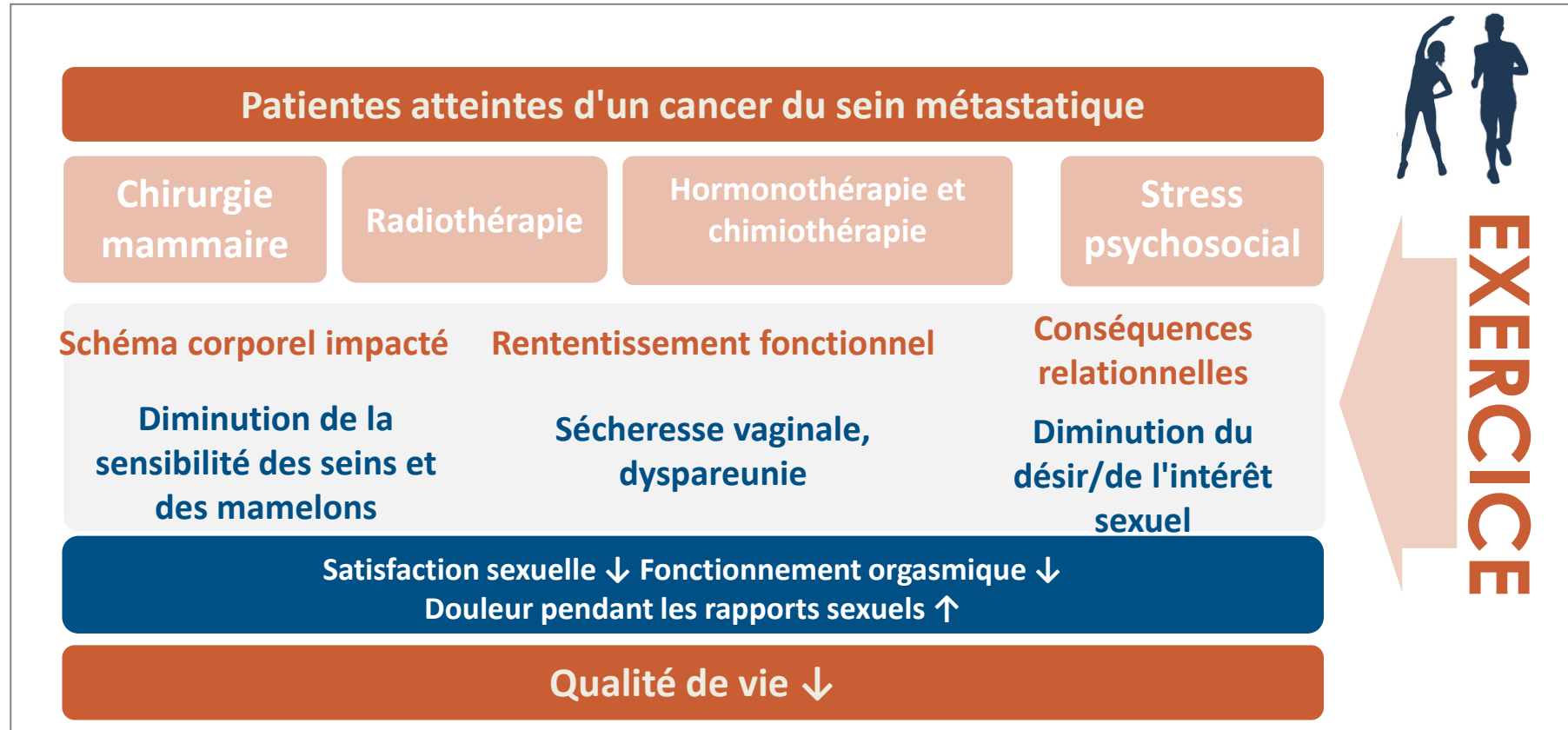


Santé sexuelle des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique et rôle de l'exercice :

Résultats de l'étude multinationale randomisée PREFERABLE-EFFECT

Etude PREFERABLE-EFFECT

Contexte

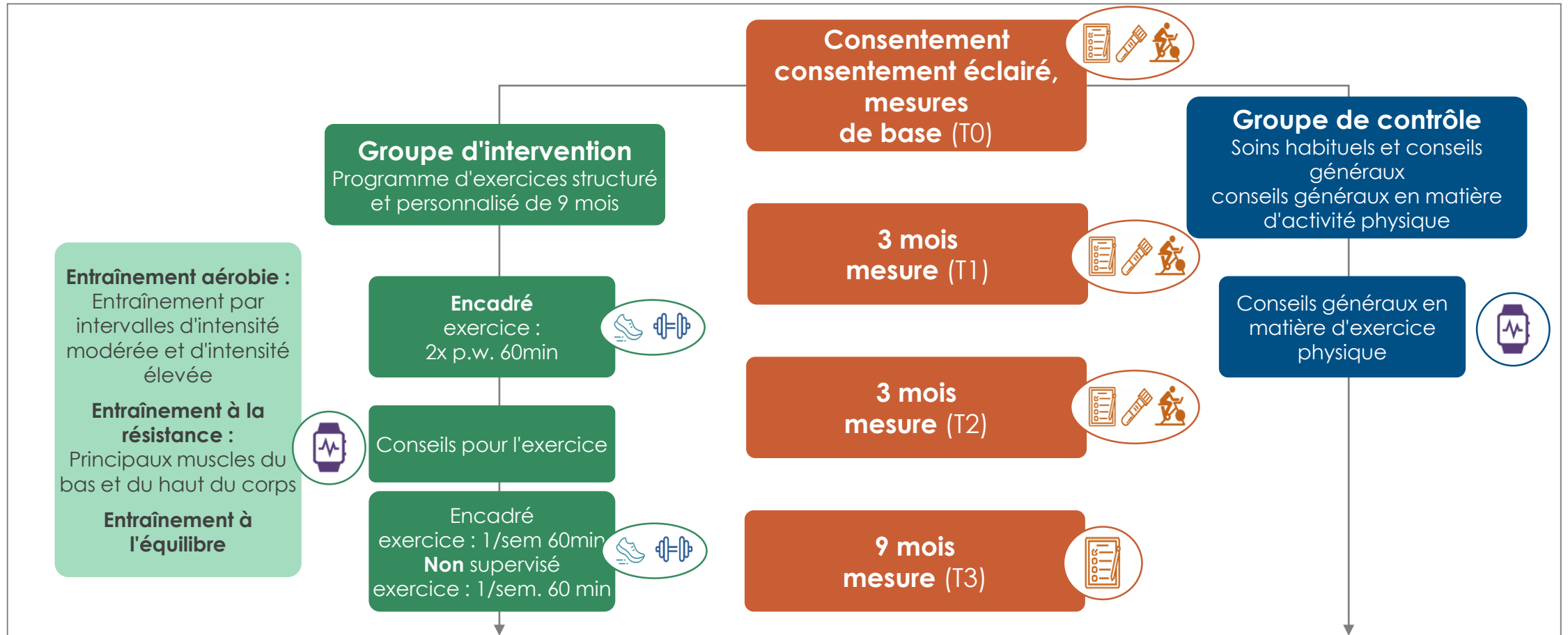


Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



Etude PREFERABLE-EFFECT

Méthodes



Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



Méthodes

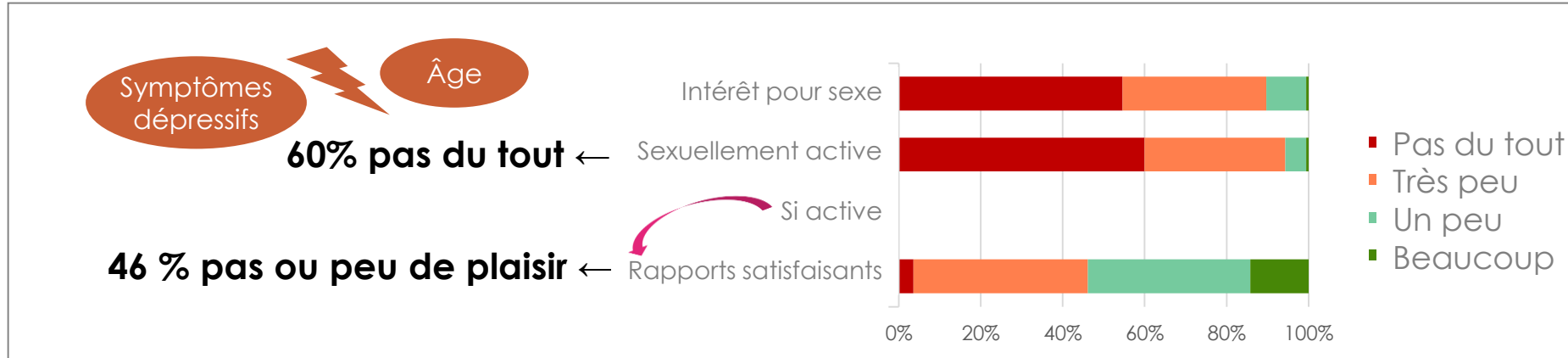
- Critères d'évaluation principaux :
 - ▶ Fatigue physique liée au cancer (EORTC-FA-12)
 - ▶ Qualité de vie liée à la santé (score résumé EORTC-QLQ-30)
- Les critères d'évaluation secondaires sont les suivants
 - ▶ Symptômes spécifiques au cancer du sein (EORTC QLQ-BR45/42)
 - ▶ Douleur, anxiété, dépression
 - ▶ Polyneuropathie, sommeil
 - ▶ Toxicités liées au traitement
 - ▶ Forme physique/performance, composition corporelle
 - ▶ Biomarqueurs
 - ▶ Activité physique
 - ▶ QALYs et coûts directs et indirects

Hiensch et al, Nature Medicine, accepté



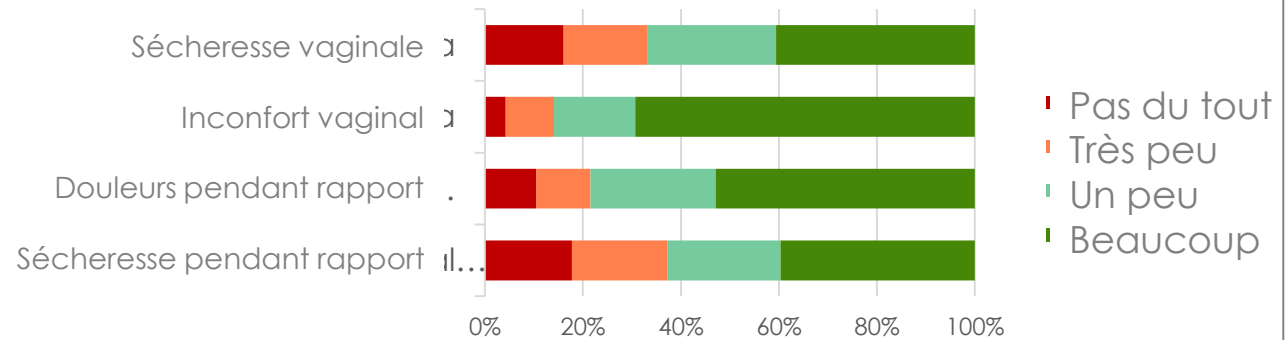
Etude PREFERABLE-EFFECT

Résultats : EORTC-QLQ-BR45/42 sur la santé sexuelle au départ



Chez les patientes atteints de cancer du sein sous hormonothérapie :

Symptômes sexuels endocriniens



Ce contenu est un rapport et/ou un résumé des communications d'un congrès dont l'objectif est d'informer sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées ici peuvent ne pas être validées par les autorités de santé et, le cas échéant, ne doivent pas être mises en pratique.



Etude PREFERABLE-EFFECT

Résultats : Effets de l'intervention par l'exercice

Résultats		Différence moyenne entre les groupes (IC 95 %)		Effet Taille	
Fonctionnement sexuel	6 mois	5.6 (1.9, 9.4)	**	L'exercice est bénéfique	0.28
	9 mois	4.5 (0.7, 8.3)	*		0.23
Plaisir	6 mois	3.5 (-4.4, 11.3)		?	0.14
	9 mois	7.3 (-0.9, 15.6)			0.29
Symptômes endocriniens	6 mois	-7.1 (-11.6, -2.5)	**	L'exercice est bénéfique	0.25
	9 mois	-4.3 (-9.0, 0.4)			0.15

