



Panel no 1:
cancer
pulmonaire

• PANÉLISTES:

- Dre Frédérique Bissonnette
- Dre Marie-Ève Boucher
- Dre Anne Dagnault
- Mme Marie-Hélène Dancause
- Dre Jessica Fournier
- Dre Sophie Ruel

Divulgation de conflits d'intérêts potentiels des membres du panel

Dre Frédérique Bissonnette: Aucun

Dre Marie-Ève Boucher : AstraZeneca, BMs, Pfizer

Dre Anne Dagnault: AstraZeneca, Sanofi

Mme Marie-Hélène Dancause, Phm: Aucun

Dre Jessica Fournier: AstraZeneca, Novartis, Knight

Dre Sophie Ruel, Ph.D: Aucun

Cette journée médicale est rendue possible grâce au soutien de l'industrie pharmaceutique



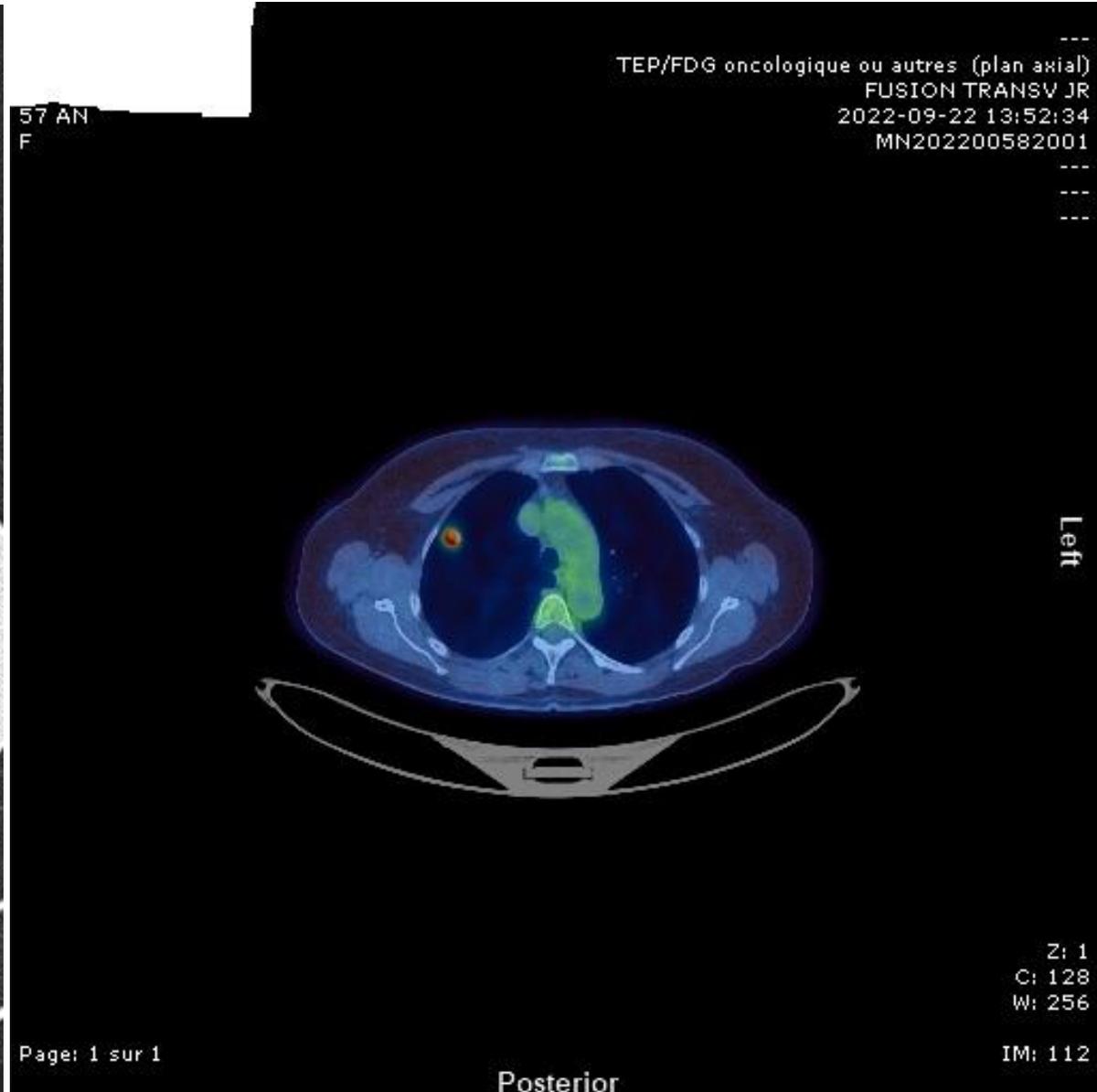
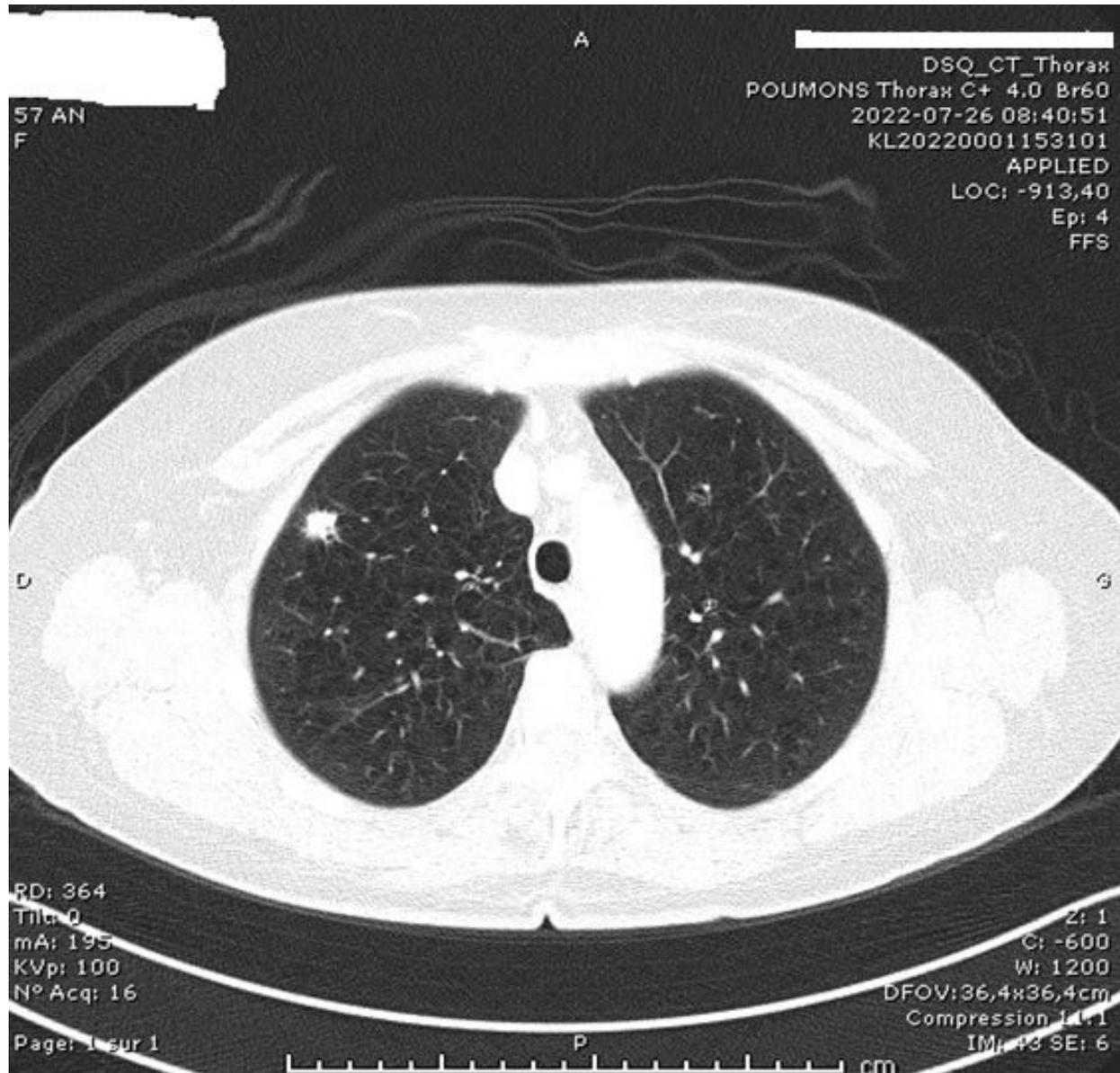
Objectifs

- Analyser un cas clinique d'un patient avec nodule pulmonaire;
- Se familiariser avec la gestion des différentes situations cliniques pouvant survenir dans le parcours d'un patient avec nodule pulmonaire

Monsieur Parent

- Homme de 62 ans
- Fumeur actif de 40 PA
- MPOC et pacemaker pour BAV
- Se présente à l'urgence dans contexte de bronchopneumonie
- Radiographie démontre nodule de 1.2 cm





Cas clinique

- BTTA :
- ADK acinaire
- Bilan respiratoire:

Quelles options thérapeutiques à offrir ?

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches Québec

Hôpital St-Georges
Physiologie Respiratoire
Bilan de base

Sexe : Masc...
Taille : 67,91 in; 172,50 cm
Poids: 212,53 lb; 96,40 kg
Statut Tabac: Ex-fumeur
Cessé depuis(ans): 23,00
Paquet/an : 40,00

Médecin prescripteur:
Médecin traitant: Dr Hamel, Jean-François
Inhalothérapeute: Laplante, Sandra

	PRE broncho				POST broncho			
	Pred	Meil	% Pred	LIN	Meil	% Pred	% Cha	
CPT(sb)			5,85					
CV(L)	3,74	4,17	111	2,73				
CI(L)	2,49	2,70	108					
VGT(L)-CRF	3,54	3,17	89	2,36				
VRE(L)	1,25	1,47	117					
VR(L)	2,46	1,70	69	1,85				
VR/CPT(%)	38	29	77	30				
DIFFUSION								
DLCOunc...	23,44	12,00	51	17,05				
DLCOcor (...)	24,38	11,83	48	17,73				
VA(L)	5,90	5,69	96	4,74				
KCO	3,99	2,08	52	2,92				
VI(L)		3,17						

Traitement du cancer du poumon de stade précoce

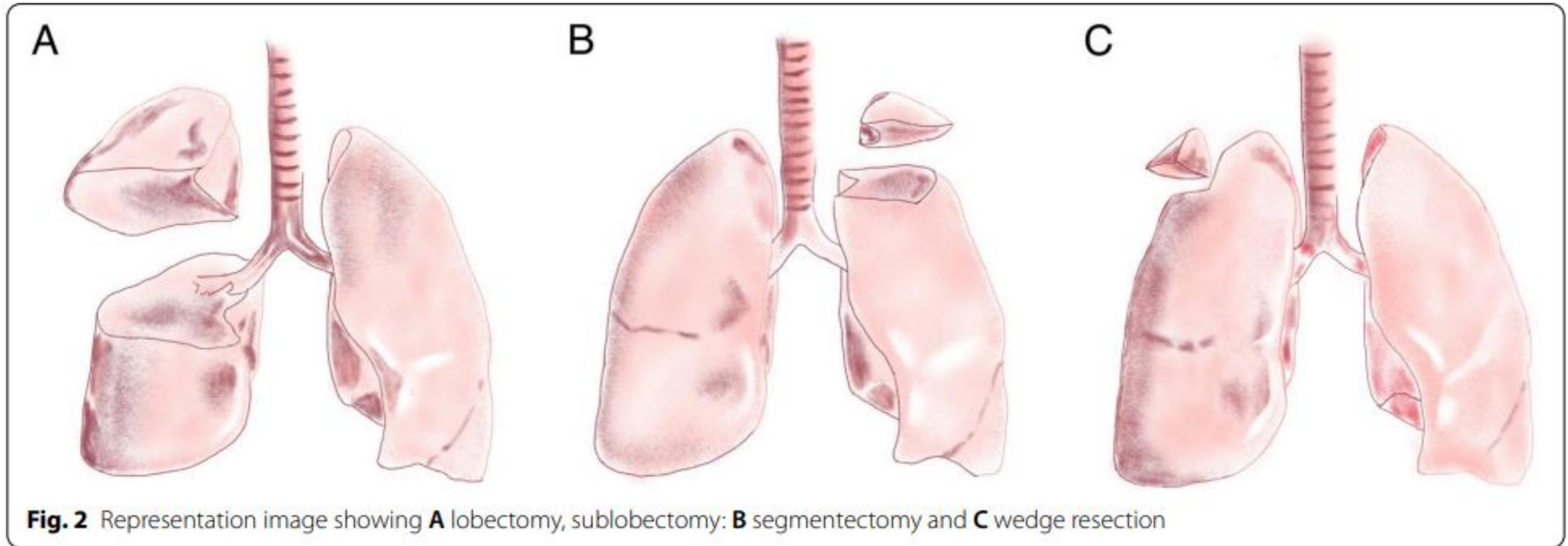
- La **chirurgie** demeure la modalité de première intention.
- La **radiothérapie stéréotaxique (SBRT)** est une excellente alternative pour les candidats chirurgicaux marginaux.

Chirurgie	SBRT
Diagnostic histologique	Procédure ambulatoire (4-5 Fx)
Évidement ganglionnaire	Bien tolérée
Complications postopératoires 9%	Surveillance radiologique plus complexe
Mortalité 2.1%	

Chirurgie thoracique

- Types de procédure:
 - Lobectomie
 - Segmentectomie
 - Résection cunéiforme (wedge)

RÉSECTION ANATOMIQUE





Chirurgie thoracique

- La lobectomie est demeurée pendant longtemps le gold standard.
 - Résection sublobaire équivalente:
 - Lésion verre dépoli
 - Nodule solide ≤ 2 cm périphérique
 - L'évaluation préopératoire comprend
 - Réserve respiratoire du patient;
 - Comorbidités;
 - Préférences du patient;
 - Espérance de vie.
-

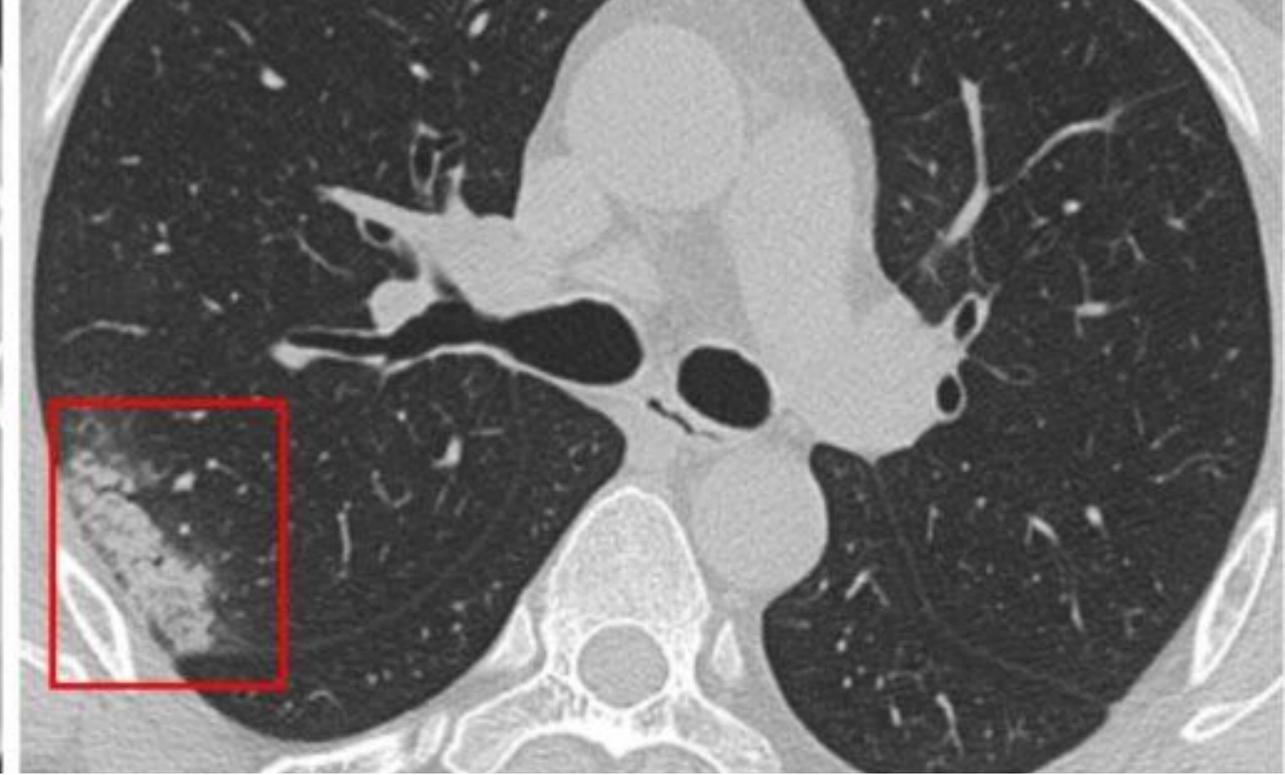
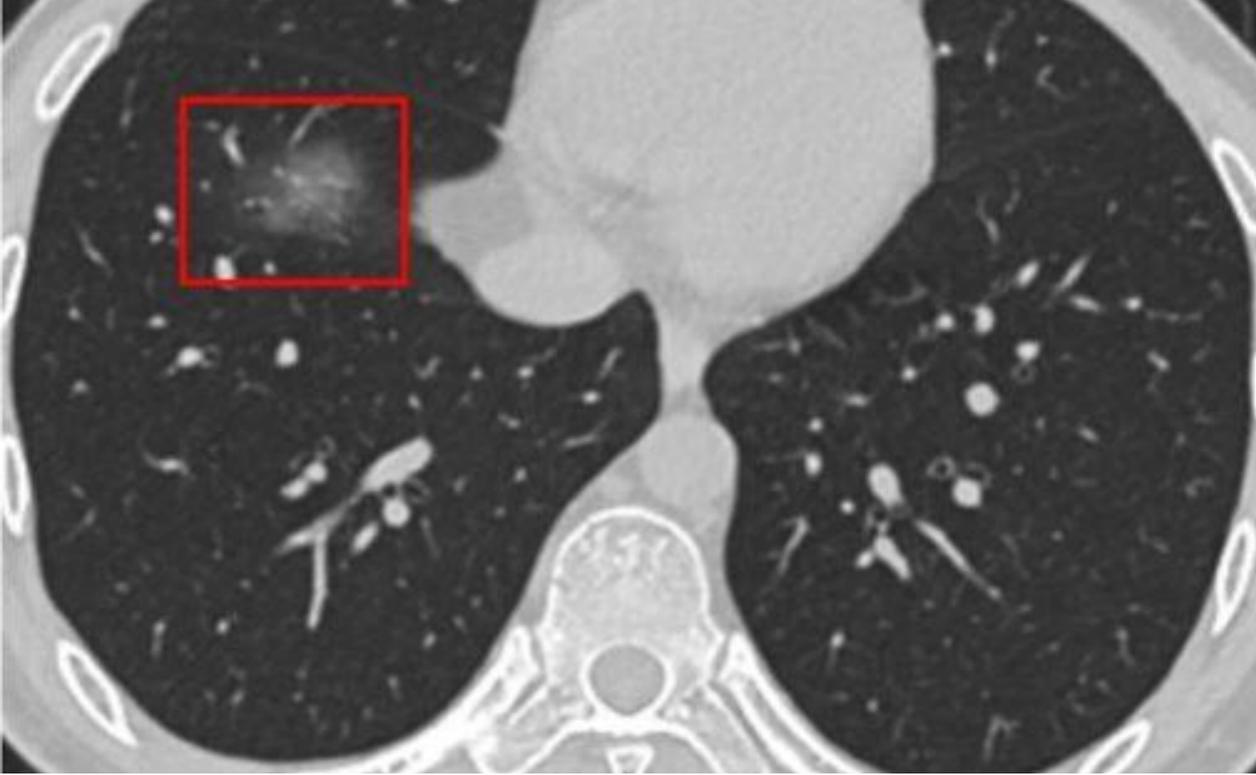
Chirurgie versus SBRT chez patients opérables

3 études de Ph III ACOSOG Z4099, STARS et ROSEL

- Arrêt prématuré du recrutement;
- Survie à 3 ans 95% pour la SBRT et 79% pour la chirurgie ($p= 0.037$) ($n= 58$);
- 6 décès dans le groupe chirurgie et 1 SBRT;
- Taux de récurrences similaire;
- Possiblement un meilleur contrôle local avec la SBRT.

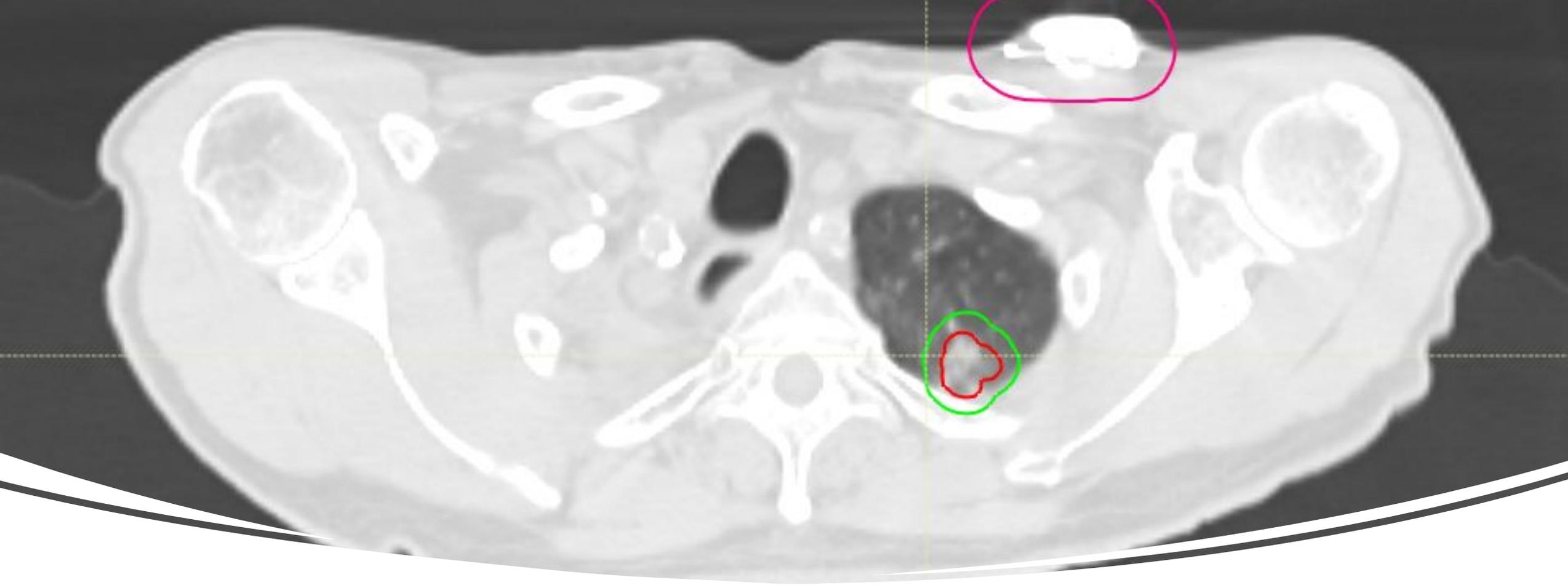
Des études randomisées chez des patients chirurgicaux sont en cours (STABLE-MATES, VALOR)

RETOUR AU CAS CLINIQUE



Monsieur Parent

- Monsieur Parent subit une lobectomie supérieure droite qui révèle un ADK de Stade IA
- 18 mois plus tard, la radiographie de contrôle révèle à nouveau des anomalies pulmonaires;
- > Opacité en verre dépoli de 1.8 cm au LSG
- Que fait-on?



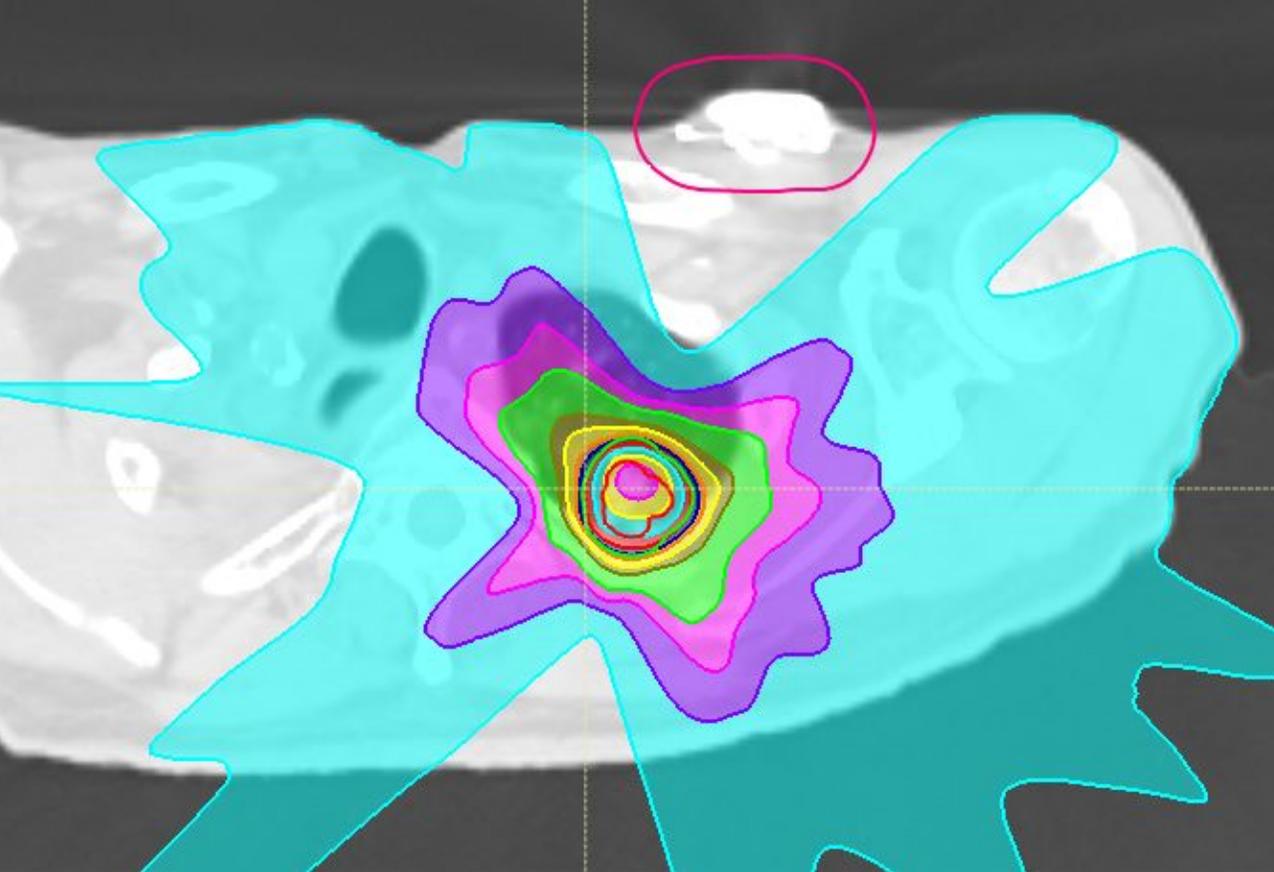
SBRT pulmonaire

- Traitement choisi SBRT pulmonaire



SBRT

- *Stereotactic body radiation therapy* ou radiothérapie stéréotaxique
- Méthode de radiothérapie externe qui délivre de haute dose de radiothérapie extracranienne en 1 ou peu de fractions



Planification

RETOUR AU CAS CLINIQUE

Monsieur Parent

- 1 an plus tard, le patient se présente au SRV de sa clinique pour douleur lombaire et difficulté à la marche.
- Une entorse lombaire est diagnostiquée, des AINS sont prescrits et un rdv de suivi 3 semaines plus tard est planifié.
- Le patient ne se présente pas au rdv prévu.
- Il consulte la fds à l'urgence 2 mois plus tard avec une douleur pire et une difficulté importante à la marche.
- Lésion lytique au versant latéral gauche et postérieur du corps vertébral de D8 s'étend sur 17 mm venant légèrement faire protrusion au niveau du canal spinal et du sac dural compatible avec une métastase
- Urgence d'investiguer car urgence de traiter



Monsieur Parent

Réalisations rapides
d'examens radiologiques et
début de décadrone

Pronostic fonctionnel dépend
avant tout de l'impact
fonctionnel au diagnostic

Traitement le plus fréquent:
radiothérapie externe ou
stéréotaxique

Radiothérapie

- Facteurs prédictifs d'une bonne réponse à la radiothérapie
 - Capacité de marche conservée au diagnostic
 - Tumeur radiosensible et d'étendue limitée
 - Délai court depuis la survenue des symptômes
 - Radiothérapie et stéroïdes permet de préserver la marche chez 50% des patients

Radiothérapie

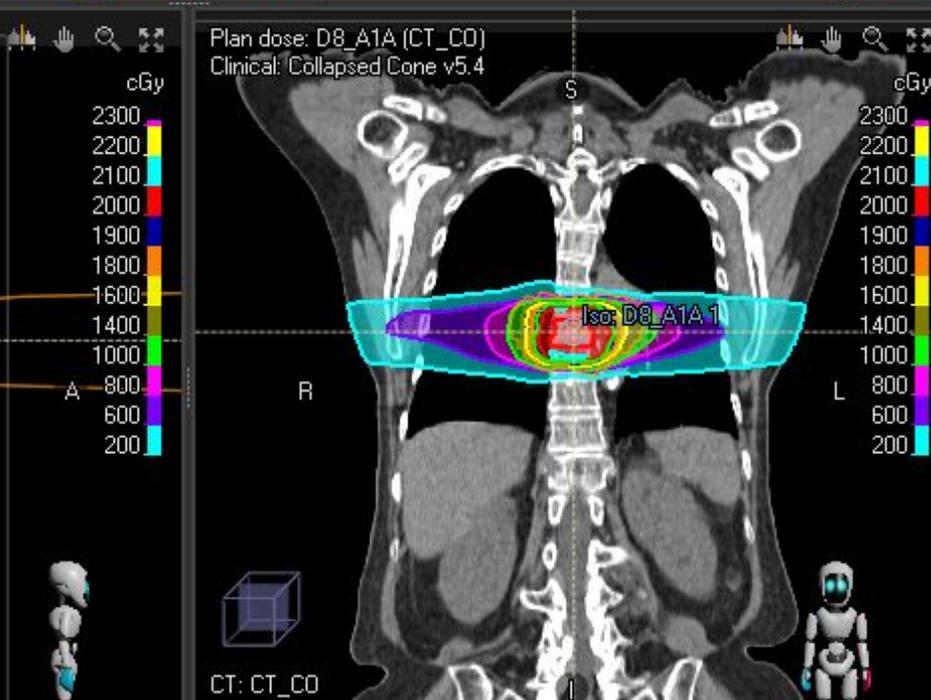
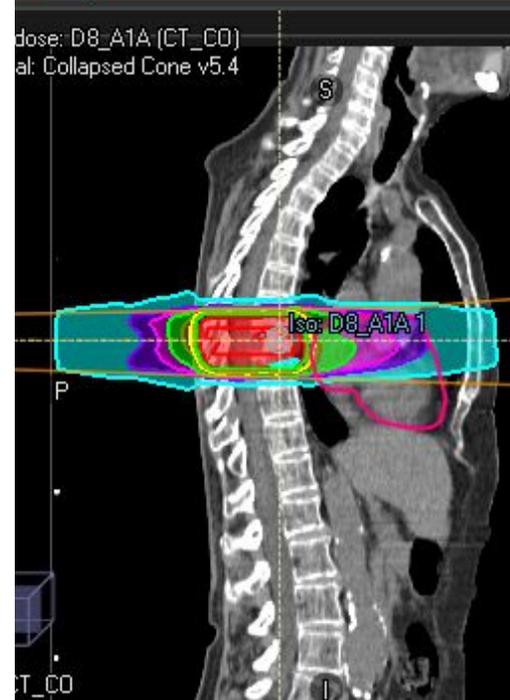
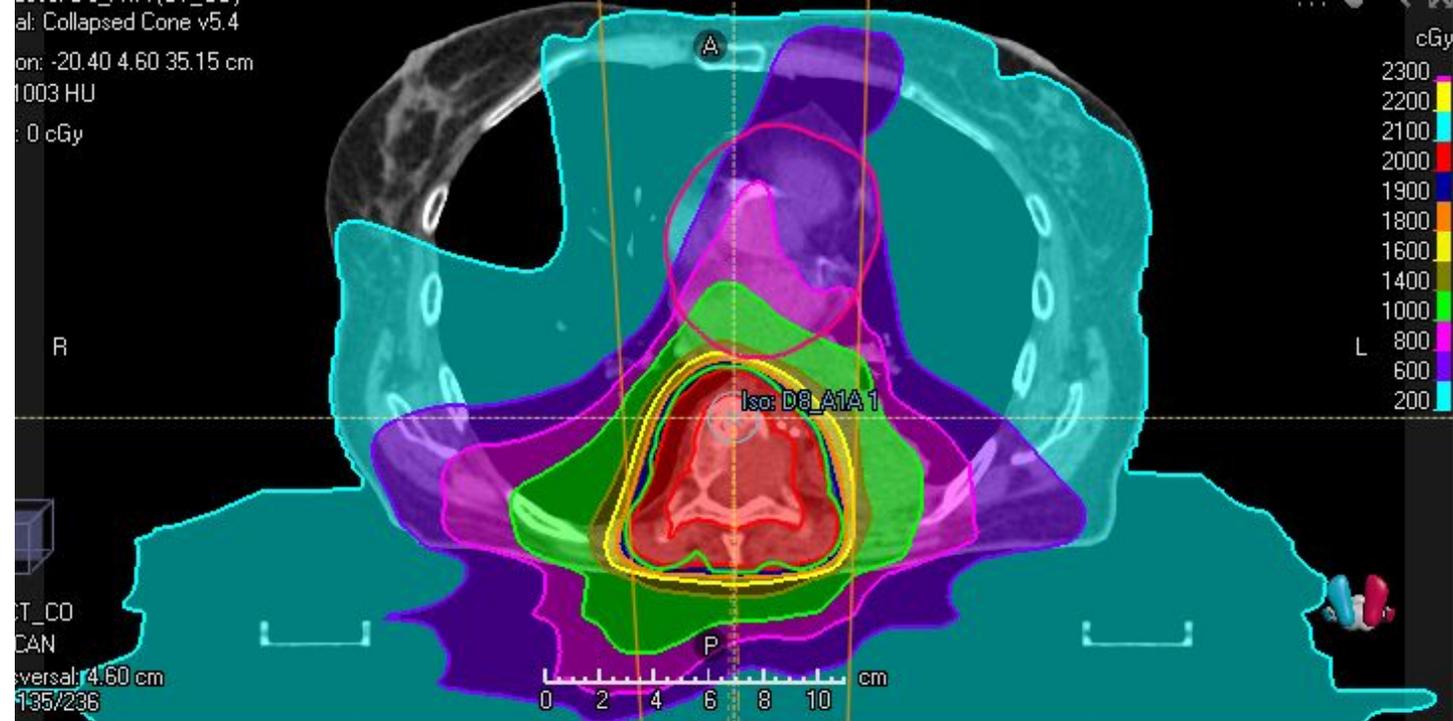
Dose radiothérapie externe 30/10 fractions, 20Gy/5 fractions

- Effets secondaires: fatigue, No (estomac), exacerbation transitoire des symptômes

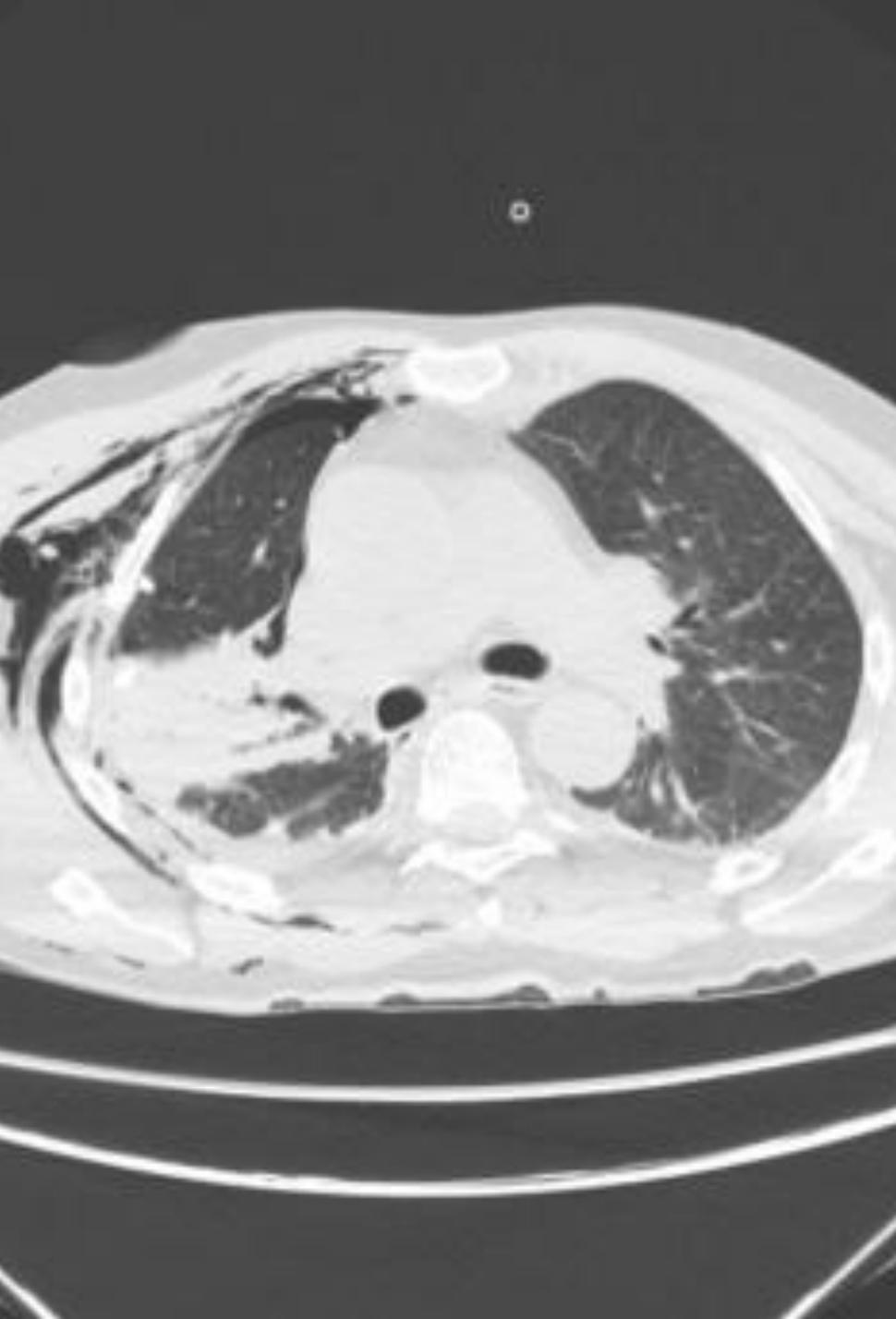
Radiothérapie stéréotaxique

- Meilleur contrôle tumoral
- Plus grande épargne de tissu sains
- Limite temps de travail sur le cas
- Taux de réponse symptomatique plus durable que RT conventionnelle
- 1-5 fractions
- Effets secondaires: reprise de la douleur plus fréquente, fatigue, oesophagite, fractures vertébrales dans 10-20 % des cas

Monsieur Parent

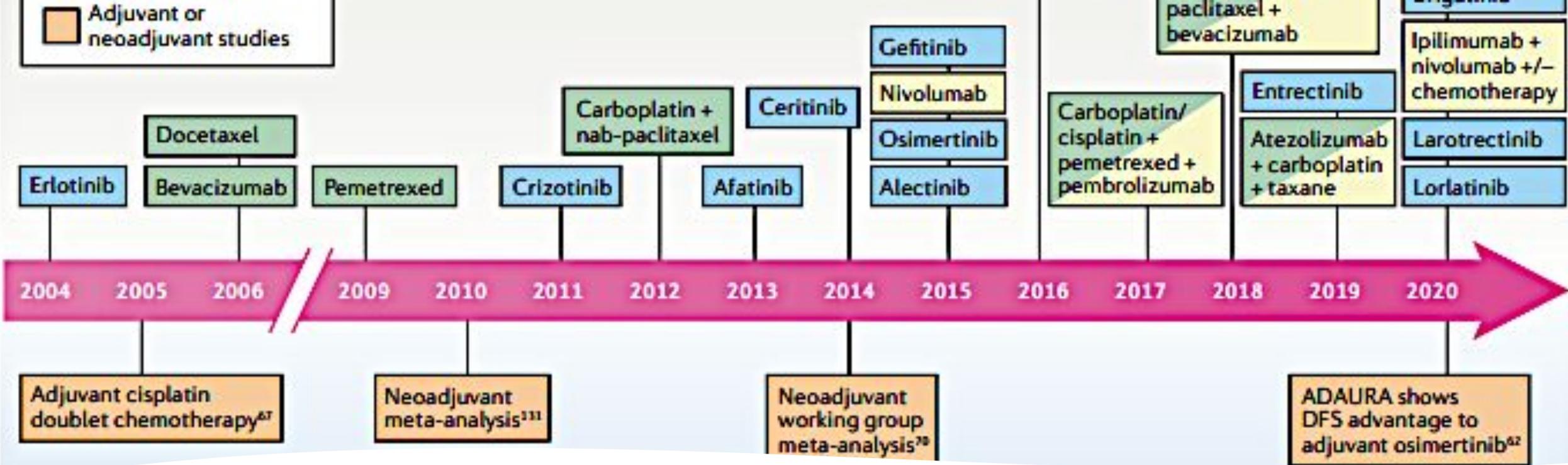


RETOUR AU CAS CLINIQUE



Monsieur Parent

- Une biopsie d'une adénopathie hilare prouve la rechute métastatique.
- L'imagerie du SNC est normale.
- Le panel NGS démontre une mutation KRAS G12V et le score PD-L1 est de 60%.
- Dans ce contexte, le patient se fait offrir une immunothérapie seule comme thérapie de 1^{re} ligne.

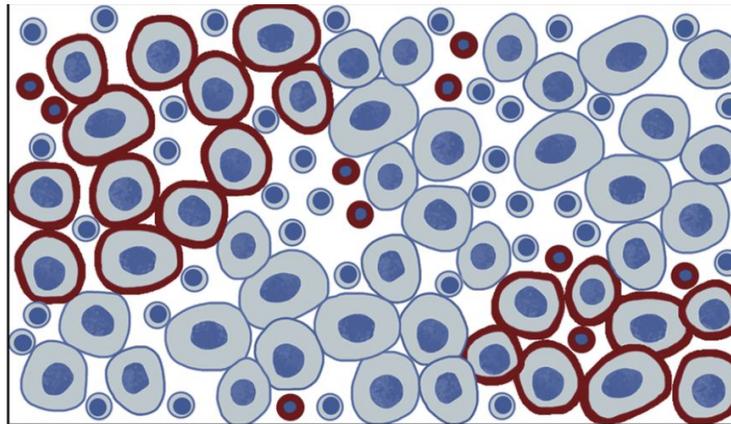


Thérapie systémique

- L'évolution des thérapies systémiques pour le cancer pulmonaire métastatique s'est nettement accélérée dans les plus récentes années
 - ☆ immunothérapie seule
 - ☆ immunothérapie double +/- chimiothérapie
 - ☆ immunothérapie combinée à chimiothérapie
 - ☆ thérapies ciblées de 1^{ère} ligne (ALK et EGFR)
 - ☆ thérapies ciblées de 2^e ligne et + (**RAS, RET, MET, HER2, BRAF**)

Thérapie systémique

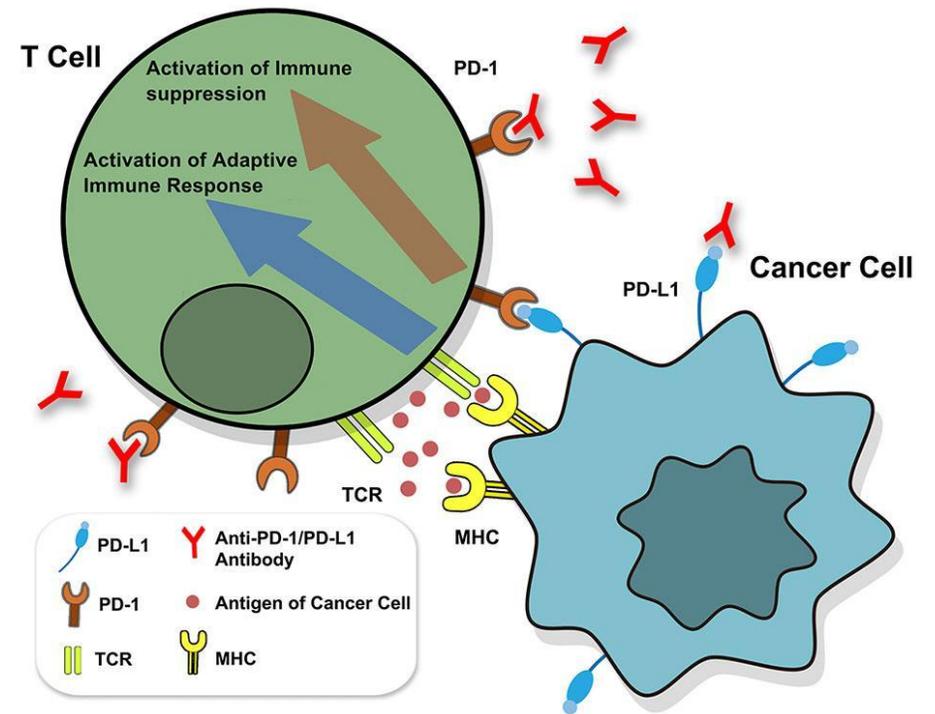
- On mesure également le score PD-L1
- % cellules qui expriment le PD-L1
- Lien entre % élevé et réponse à l'immunothérapie



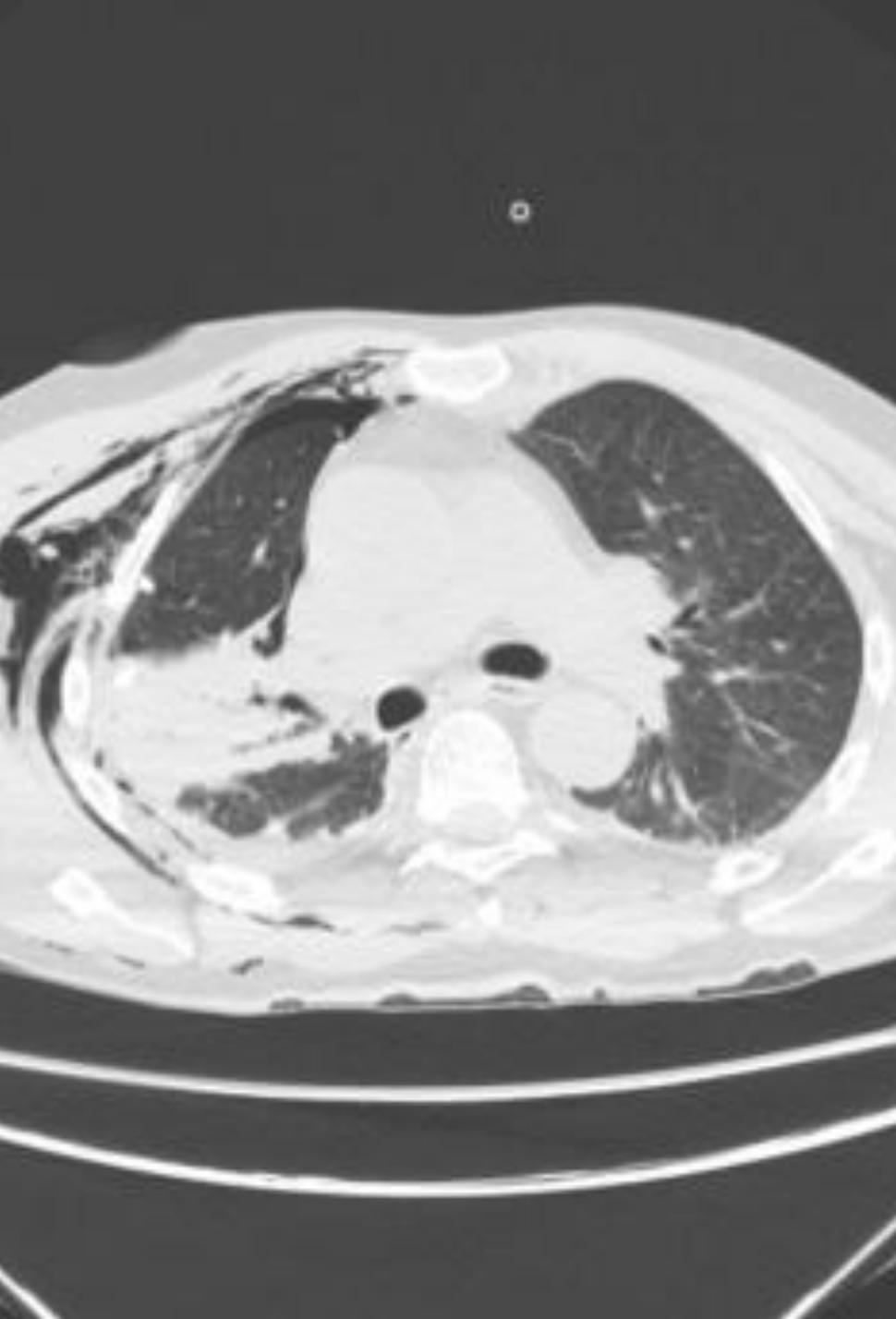
- PD-L1 negative tumor cell
- PD-L1 positive tumor cell
- PD-L1 negative immune cell
- PD-L1 positive immune cell

$$\text{TPS} = \frac{\text{No. PD-L1 positive tumor cells}}{\text{Total No. of viable tumor cells}} \times 100$$

$$\text{CPS} = \frac{\text{No. PD-L1 positive cells (tumor cells, lymphocytes, macrophages)}}{\text{Total No. of viable tumor cells}} \times 100$$



RETOUR AU CAS CLINIQUE



Monsieur Parent

- Le patient reçoit son traitement pendant quelques mois; la douleur s'atténue brièvement, puis revient en force.
- Sa qualité de vie diminue et on note une franche progression à l'imagerie de contrôle avec augmentation notamment du nombre de lésions et atteinte hépatique de novo.
- Une chimiothérapie est envisagée en 2^e ligne mais l'état général du patient est jugé insatisfaisant pour aller de l'avant.
- Sa principale plainte est en lien avec une douleur de type neuropathique 2^{aire} à une métastase envahissant la paroi thoracique.

Douleur neuropathique à la paroi thoracique



-
- Douleur thoracique est souvent très difficile à soulager
 - Cas typiques de douleur thoracique
 - Mésothéliome
 - Tumeur de Pancoast
 - Suite à une biopsie
 - Douleur à 0/10 n'est pas nécessairement atteignable
 - 1er objectif : absence de douleur la nuit
 - 2e objectif : absence de douleur au repos
 - 3e objectif : absence de douleur à la mobilisation

Douleur neuropathique – options de traitement

1ÈRE LIGNE : PRÉGABALINE, GABAPENTIN

Titration tous les 3 à 7 jours pour éviter étourdissements, somnolence, etc.

** Ne pas hésiter à prescrire plusieurs paliers dès le départ**

Une faible dose est habituellement *inutile*

Choix de la molécule

- Selon tolérance individuelle
- Prégabaline offre une titration plus rapide et moins de prises / jour
- Gabapentin cause moins d'oedème périphérique en pratique
- Insuffisance rénale





Name Monsieur Patient Parent Age _____
Address _____ Date 2023-10-27

Rx

***Lyrica 50 mg
1 caps HS x 3 jours
1 caps BID x 3 jours***

***Puis augmenter de 50 mg par
jour tous les 3-4 jours jusqu'à 150
mg BID, si bien toléré***

MD Dr G. Malo-Côté 1-1111
Signature _____



Douleur neuropathique

Options de traitement

CONCERNANT LES OPIOÏDES :

- Peu efficaces pour douleur neuropathique
- Souvent présents au profil pharmacologique en oncologie (douleur multifactorielle)
- Toujours réévaluer la dose à l'instauration d'une coanalgésie pour éviter surdosage
- Si coanalgésie mal tolérée, se questionner si les effets ne seraient pas plutôt dus aux opioïdes (sommolence, nausées, myoclonies, etc.)



Douleur neuropathique

Options de traitement

1ÈRE LIGNE : ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES

(mais en pratique, utilisés plus loin dans les lignes de traitement)

- Amitriptyline, Nortriptyline
- Utiles si symptômes dépressifs ou insomnie
- Beaucoup de données dans la littérature
- En pratique, peu utilisé en contexte oncologique en raison du profil de sécurité et surtout de tolérance



Douleurs neuropathiques Options de traitement

OPTIONS DE 2^E LIGNE ET 3^E LIGNE

- Inhibiteurs sérotonine et noradrénaline (Venlafaxine, Duloxétine)
- Anticonvulsivants (Oxcarbazépine, Topiramate, Lamotrigine, etc.)

THÉRAPIES TOPIQUES

- Kétamine (4-8%)
- Lidocaïne (10%)
- Combinaisons
- Capsaïcine
- Principal obstacle pour les thérapies topiques : couverture par l'assurance!!

Douleurs neuropathiques Options de traitement

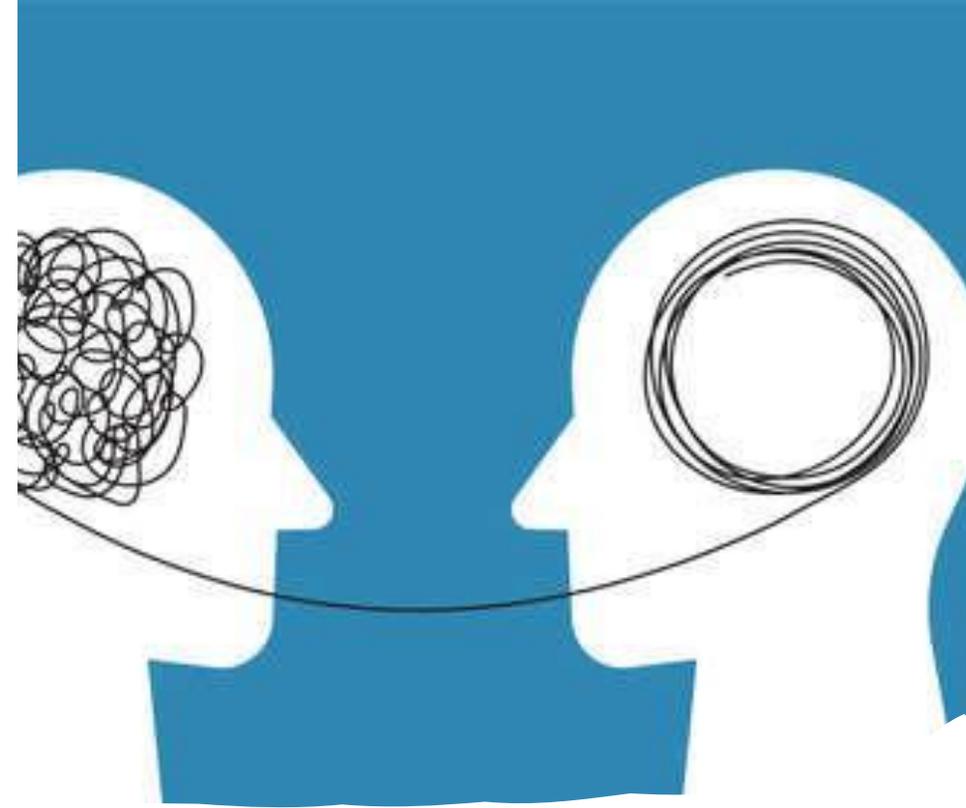
AUTRES COANALGÉSIIQUES

- Dexaméthasone (en 1ère ligne lors composante de compression, distension)

CAS RÉFRACTAIRES

- Inhibiteurs NMDA : Méthadone ou Kétamine systémique
- Antiarythmiques stabilisateurs de membrane (lidocaïne, mexiletine, etc.)
- Autres antidépresseurs
- Cannabinoïdes (Cesamet, Sativex, SQDC - favoriser composante CBD)
- Interventions locales avec service d'anesthésie / clinique de la douleur

RÉFÉRENCE UTILE : GUIDE PRATIQUE DES SOINS PALLIATIFS (RPE SOINS PALL, APES)



L'approche non-pharmacologique en gestion de la douleur

Le rôle du psychologue

Définition révisée de la douleur (IASP¹; 2020)

Expérience **sensorielle** et **émotionnelle** désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire **réelle** ou **potentielle**.

- Expérience personnelle influencée à \neq degrés: facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- Bien qu'elle joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- Recommandation récente: dès l'instauration d'une médication antidouleur → proposer d'emblée une approche de gestion non-pharmacologique de la dlr.

Raja et al. (2020)

Prise en charge Ψ

Référencement: Comment introduire le psychologue en gestion de la dlr ?

Évaluation psychologique initiale

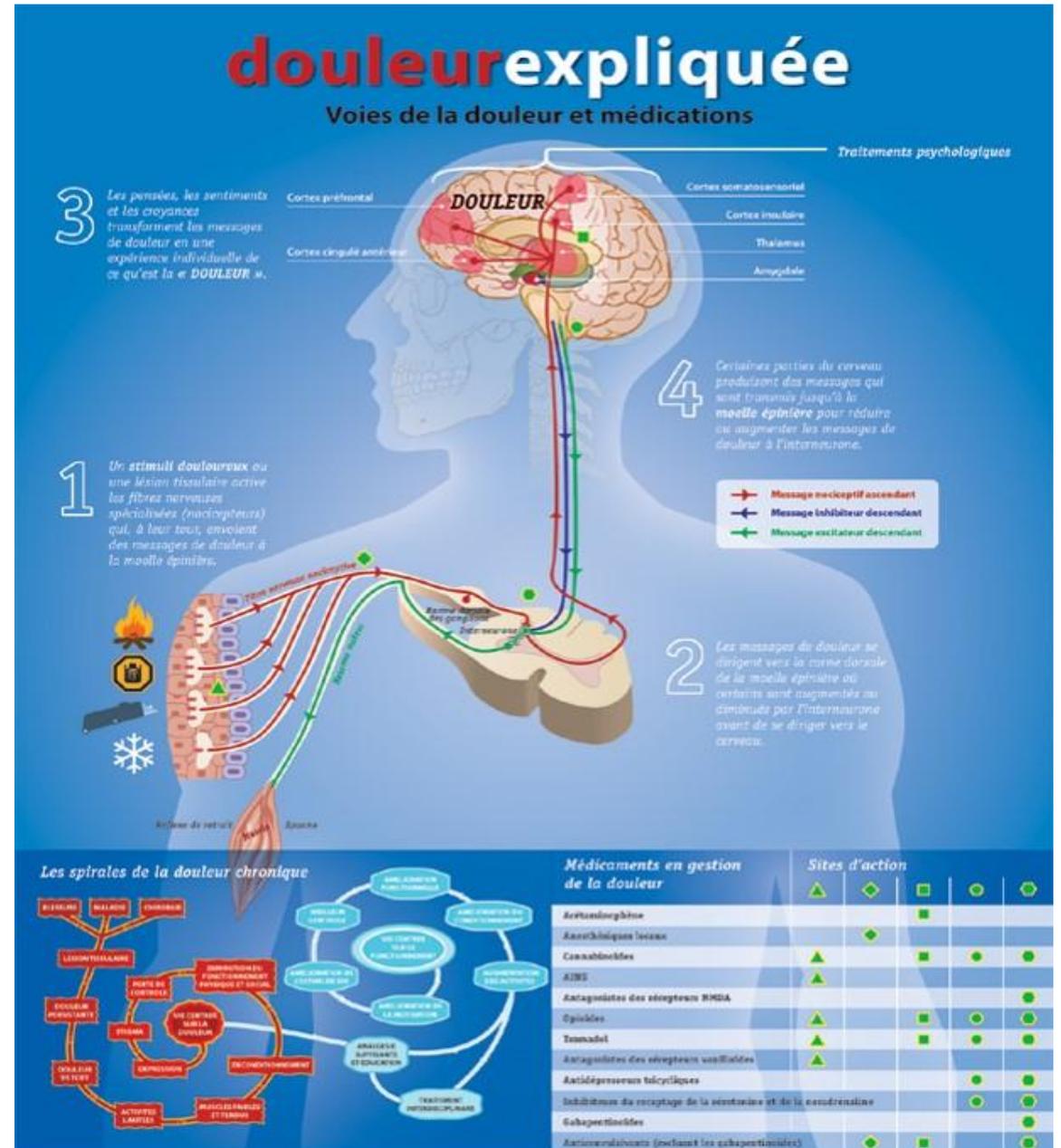
- Expérience de la douleur, vécu émotionnel
- Facteurs prédisposants/précipitants/de maintien*
 - Perceptions/Croyances/Attitudes
 - Comportements/stratégies d'adaptation
- Valeurs du patient (source de motivation)

Psychoéducation

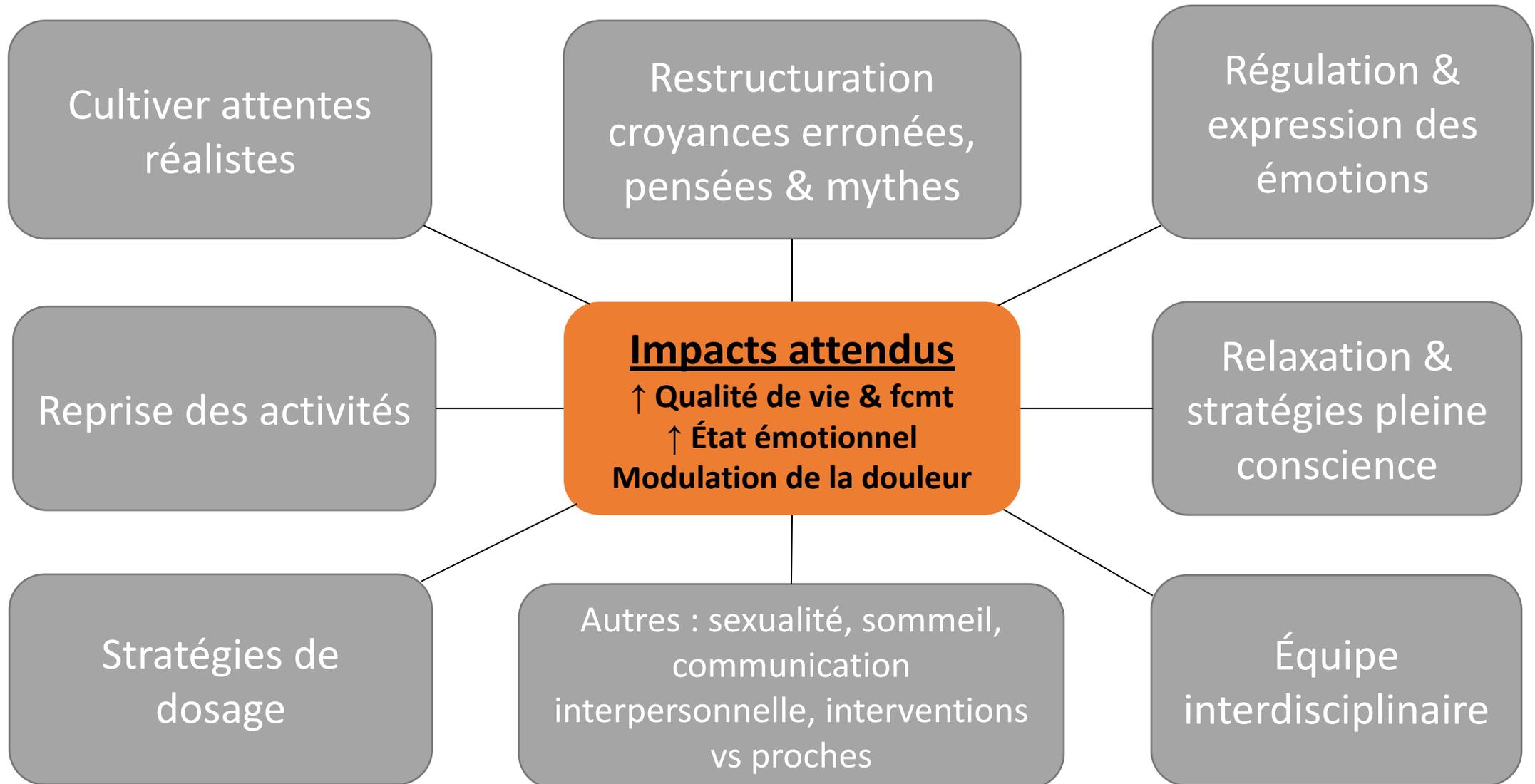
- Zones cérébrales impliquées dans l'interprétation du message douloureux (« filtres/loupes »).
- Rôle modulateur de la douleur
- Ex: PV, accouchement, proche ayant souffert d'un cancer

Auto-observation (lien bidirectionnel)

- Évolution/variations de la douleur
- Émotions



Approche TCC + ACT en gestion de la douleur



Liens utiles

- International Association for the Study of Pain
 - <https://www.iasp-pain.org/>
- Gérer ma douleur
 - <https://www.gerermadouleur.ca/>
- Association québécoise de la douleur chronique
 - <https://aqdc.info/>
- Réseau québécois de recherche sur la douleur
 - <https://qprn.ca/fr/>

RETOUR AU CAS CLINIQUE

A photograph of an elderly person in a wheelchair being pushed by another person on a grassy hill. The scene is set during sunset or sunrise, with a warm, golden glow in the sky. The person in the wheelchair is wearing a white shirt and a green blanket. The wheelchair has a 'Life Éterné' logo on the backrest. The person pushing the wheelchair is wearing a white shirt and dark pants. The background shows a hazy landscape with hills and a cloudy sky.

Monsieur Parent

- Monsieur Parent ne trouve plus le sens de continuer à vivre ainsi et se questionne sur l'aide médicale à mourir.
- Il aimerait recevoir celle-ci à domicile et se demande comme cela se planifie et se déroule.



AMM à domicile

PRÉREQUIS

- Être connu d'une équipe de CLSC et être attiré à une infirmière
- Avoir un MD qui est prêt et disponible à se déplacer à domicile
- Avoir une famille qui est à l'aise que l'AMM soit administrée à la maison
- Avoir un jeton de télé-accès pour la complétion du SP3

AMM à domicile

PROCÉDURES

- Aviser le CLSC de la date et l'heure de l'AMM le plus rapidement possible
- Évaluation du potentiel veineux + tôt qu'en hospitalier. Trajectoire disponible HDL lorsque accès veineux périphérique est impossible.
- Prendre entente avec pharmacie sur le moment et lieu de récupération des trousse (possibilité d'avoir livraison au GMF/point de service dans certains CHSLD)
- Installation des voies la journée du soin par infirmière du CLSC
- Vérifier avec les proches si des arrangements funéraires pour la prise en charge du corps lorsque le soin est terminé (le corps devrait si possible être facilement accessible pour la prise en charge post-mortem)
- SP3 qui doit être complété par le MD avant de quitter le domicile



Perte d'accès veineux à domicile

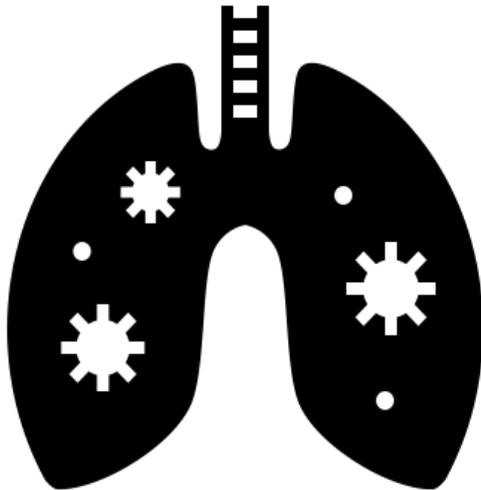
- Tenter de retrouver un accès veineux fonctionnel et installer le cathéter rapidement dans des conditions les moins inconfortables possible pour la personne.
 - Prolonger l'état d'inconscience en injectant un sédatif par voie S/C ou IM en attendant de trouver une solution et d'évaluer les différentes options possibles
 - Lorazépam 2mg s/c ou IM et/ou methotriméprazine 25mg s/c ou IM
 - S'il n'y a pas de contre-indication, la voie IO pourrait être envisagée, selon le jugement du clinicien ainsi que son niveau d'aisance, et en considérant le manque de données sur l'utilisation de cette voie dans un contexte d'AMM
 - Report de l'AMM/transport vers centre hospitalier/sédation palliative continue
- ** Réadministrer l'inducteur de coma avant de poursuivre une fois les voies réinstallées
- ** Il est possible d'administrer une AMM dans un port-a-cath

AMM à domicile

- Souvent + personnelle qu'à l'hôpital
- Plus propice aux rassemblements familiaux
- Expérience souvent + riche en proximité et moment privilégié avec le patient et sa famille



FIN DU CAS DE CANCER DU POUMON



Merci aux panelistes!

- Dre Marie-Ève Boucher
- Dre Anne Dagnault
- Mme Marie-Hélène Dancause
- Dre Sophie Ruel
- Dre Jessica Fournier
- Dre Frédérique Bissonnette

Références (Approche non-pharmacologique)

- Eccleston, C., Morley, S. J., & Williams, A. D. C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British journal of anaesthesia*, 111(1), 59-63.
- Gorin, S. S., Krebs, P., Badr, H., Janke, E. A., Jim, H. S., Spring, B., ... & Jacobsen, P. B. (2012). Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(5), 539.
- Keefe, F. J., Abernethy, A. P., & C. Campbell, L. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 601-630.
- Knoerl, R., Lavoie Smith, E. M., & Weisberg, J. (2016). Chronic pain and cognitive behavioral therapy: An integrative review. *Western journal of nursing research*, 38(5), 596-628.
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221-234.
- Novy, D. M., & Aigner, C. J. (2014). The biopsychosocial model in cancer pain. *Current opinion in supportive and palliative care*, 8(2), 117-123.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Vader, K. (2020). The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Jean, C. Y., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2018). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. Guilford publications.