

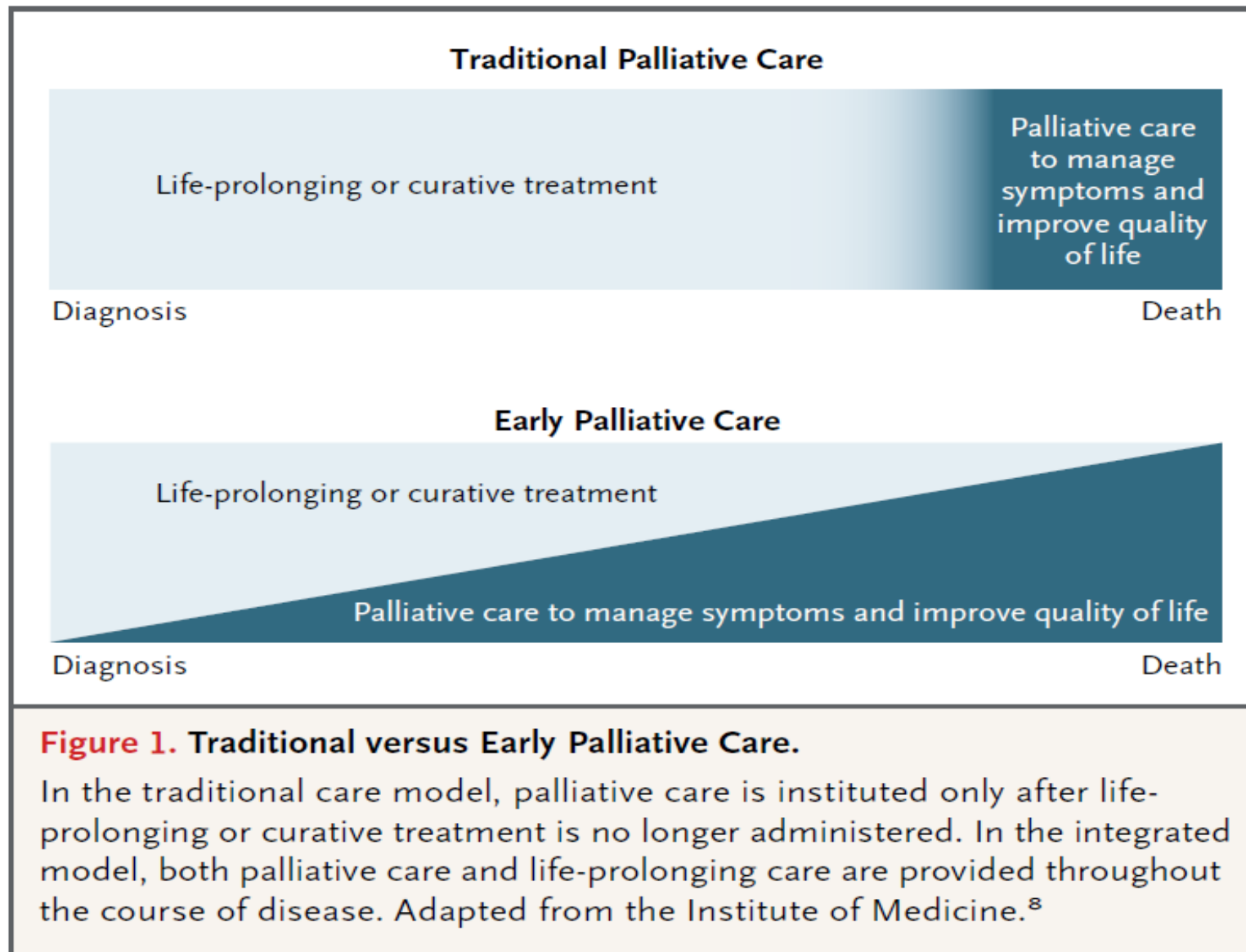
# ***Soins Palliatifs Précoces***

## ***En cancérologie***

***C Bouleuc, Disspo***



institut**Curie**

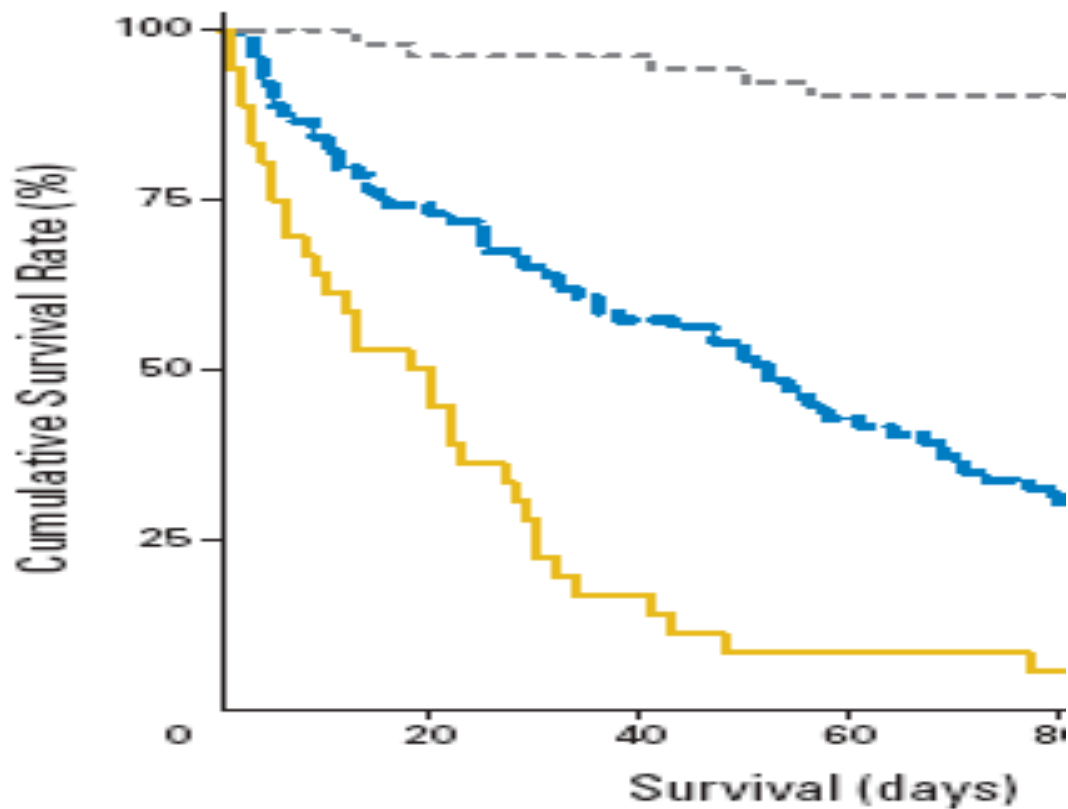


# La chimiothérapie en phase terminale

---

*20% à 40% des patients atteints de cancer reçoivent une chimiothérapie au cours du dernier mois de vie*

<b>Portugal</b>	<b>cancer</b>	<b>319</b>	<b>37%</b>	<b>21%</b>	Braga
<b>Finlande</b>	<b>sein</b>	<b>335</b>	<b>20%</b>		Asola
<b>Australie</b>	<b>cancer</b>	<b>747</b>	<b>18%</b>	<b>8%</b>	Kao
<b>USA</b>	<b>cancer</b>	<b>8155</b>		<b>18,5%</b>	Earle
<b>USA</b>	<b>poumon</b>	<b>151</b>	<b>40%</b>	<b>13,5%</b>	Greer
<b>Canada</b>	<b>poumon</b>	<b>491</b>		<b>4,60%</b>	Barbera
<b>Coree du sud</b>	<b>cancer</b>	<b>298</b>		<b>5,70%</b>	Keam



Score	Survie à 2 mois	Survie à 4 mois
8 à 10 (63 pts)	8,3%	0
4 à 7 (55 pts)	43%	25%
0 à 3 (59 pts)	92%	80%

<b>Karnofsky index</b>	
> 60 %	0
40 à 60 %	2
< 40%	4
<b>Métastases</b>	
0-1	0
2 et +	2
<b>Albumine g/l</b>	
33	-3
24-33	0
< 24	0
<b>LDH UI/l</b>	
< 600	0
> = 600	1

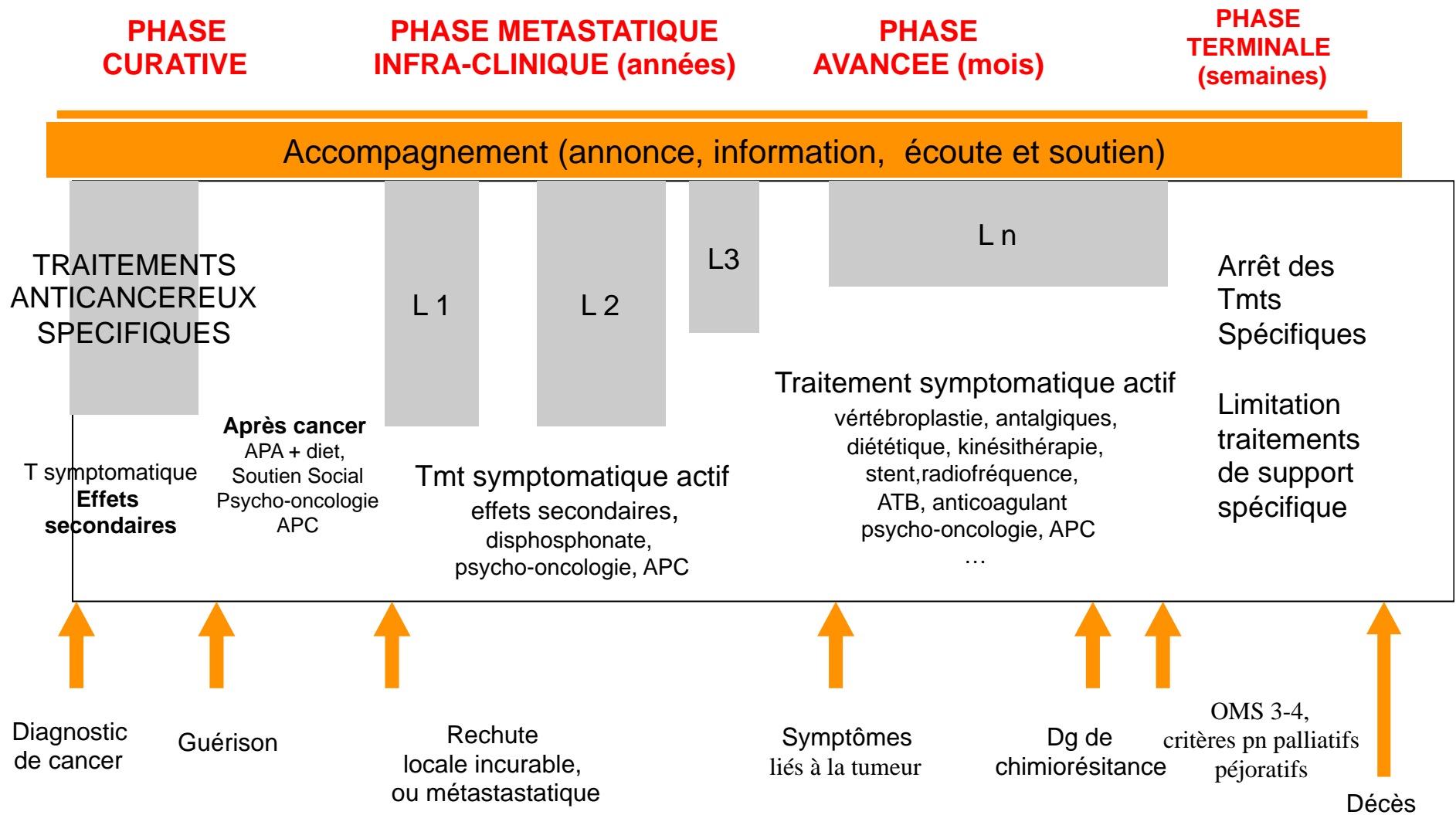
Barbot, JCO mai 2008

---

862 pts, 40 % K bronchique M+  
Médiane dg – consultation : 1.5 mois

- Cancer primitif hors Sein Prostate
- ECOG < 2
- Age > 60 ans
- Nb de ligne > 2
- Méta hépatique
- Séjour hospit dans les 3 mois

0-1 risque	MS 20 mois
2-4 risques	MS 5 mois
5- 6 risque	MS 1.7 mois



**Soins palliatifs: pour quels patients?**

# Les soins palliatifs : c'est quoi ?

---

1. Prise en charge symptôme et des complications
  2. Prise en charge psychologique et sociale
  3. Soins de confort et APC
  4. Soutien des proches
  5. Appréhension du pronostic
  6. Autonomie et la décision médicale partagée
  7. Education thérapeutique
  8. Coordination des acteurs de soins
  9. Anticipation des complications
  10. Discussions anticipées
  11. Décision de limitations de traitements
  12. Prise en charge de la fin de vie
-

# Anticipation palliative

---

## Identifier les risques de complications et les risques médico-psycho-sociaux

*douleur sévère, asphyxie, occlusion intestinale,  
infection ou ou accident thromboembolique,  
épuisement familial, détresse psychologique ou demande d'euthanasie,*

## Proposer au patient de se préparer au risque d'aggravation médicale et léthal

*entre une information honnête et non désespérante ...  
Discussions anticipées.*

## Mettre en place les réponses adaptées

*traitements et prescriptions anticipées,  
Surveillance et soins à domicile  
Recours médical en urgence en évitant les urgences  
Astreintes téléphoniques réseaux de SP ou HAD  
Lieu d'hospitalisation de recours*

---



# Early palliative care (team)

---

- 151 pts,
- K bronchique NPC métastatique
- PS 0,1 ou 2
- Early palliative care :

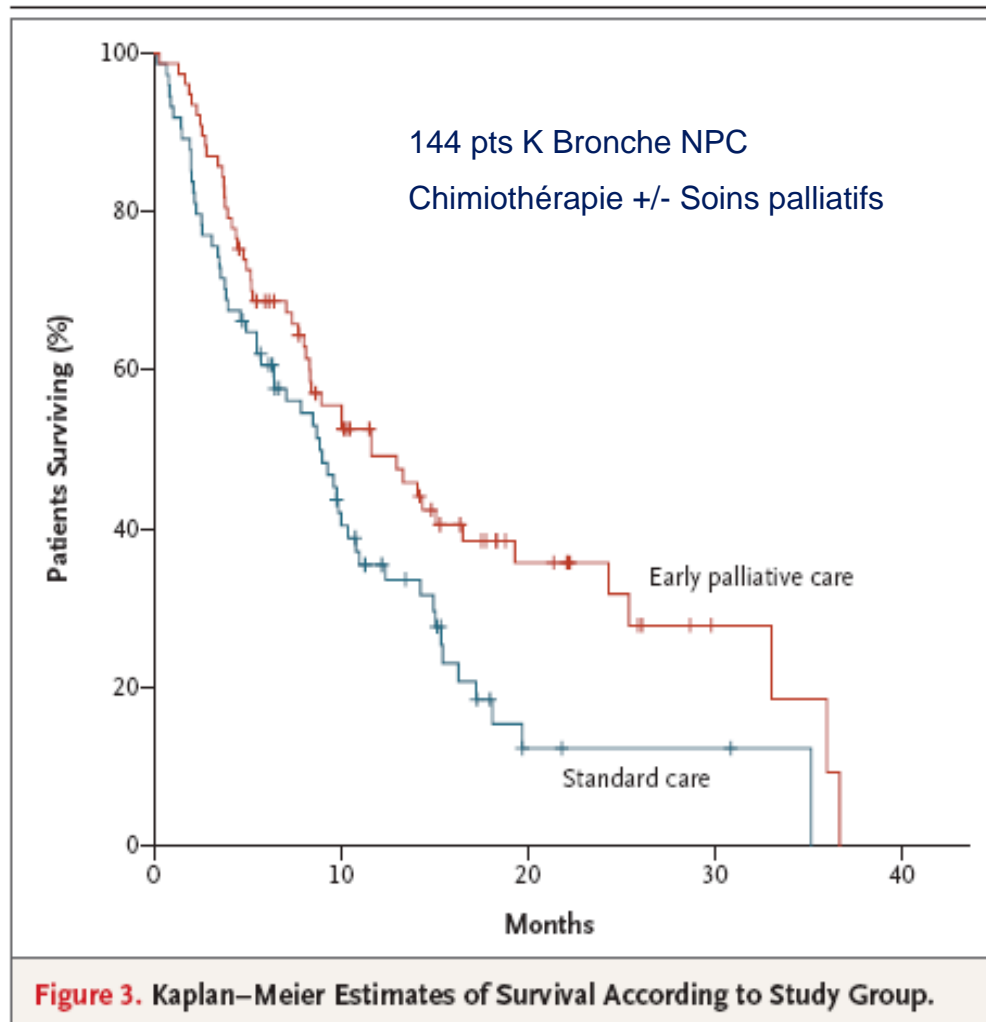
–une visite systématique -mensuelle au minimum- avec l'équipe de SP dans le groupe EPC ( 98 % des pts l'ont reçu effectivement)

–À la demande dans le groupe standard (seulement 10 pts à 12 semaines des pts du groupe standard ont bénéficié d'un cs de SP)

---

*Temel JS “Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer.”  
N Engl J Med. 2010*

## « Early palliative care »



Evaluation à 12 semaines :

27 pts décédés

- Amélioration QoL / FACT-L  
98,0 vs. 91,5 / 136 (P = 0.03)
- Réduction sympt dépressifs / HADS  
16% vs. 38%, P = 0.01
- Allongement médiane de survie  
11,6 months vs 8,9 months,  
P = 0.02

*Temel J NEJM 2010*

# Prise en charge de la dépression

---

- ❖ MS aggravée si syndrome dépressif majeur (12 pts)  
5.4 mois versus 10 mois  
(P=0.001, HR1.82 avec P = 0.02).
- ❖ Si syndrome dépressif majeur, il y a plus d'amélioration à 12 semaines (réduction de 50% au moins du score PHQ9) dans le groupe prise en charge palliative précoce (p<0.001)
- ❖ Cette différence n'explique pas en totalité la différence de survie entre le bras standard et le bras prise en charge palliative précoce

---

*Temel JS "Depression and survival in metastatic non-small-cell lung cancer : results of effect of Early palliative care ." JCO 2012*

# Perception longitudinale du pronostic

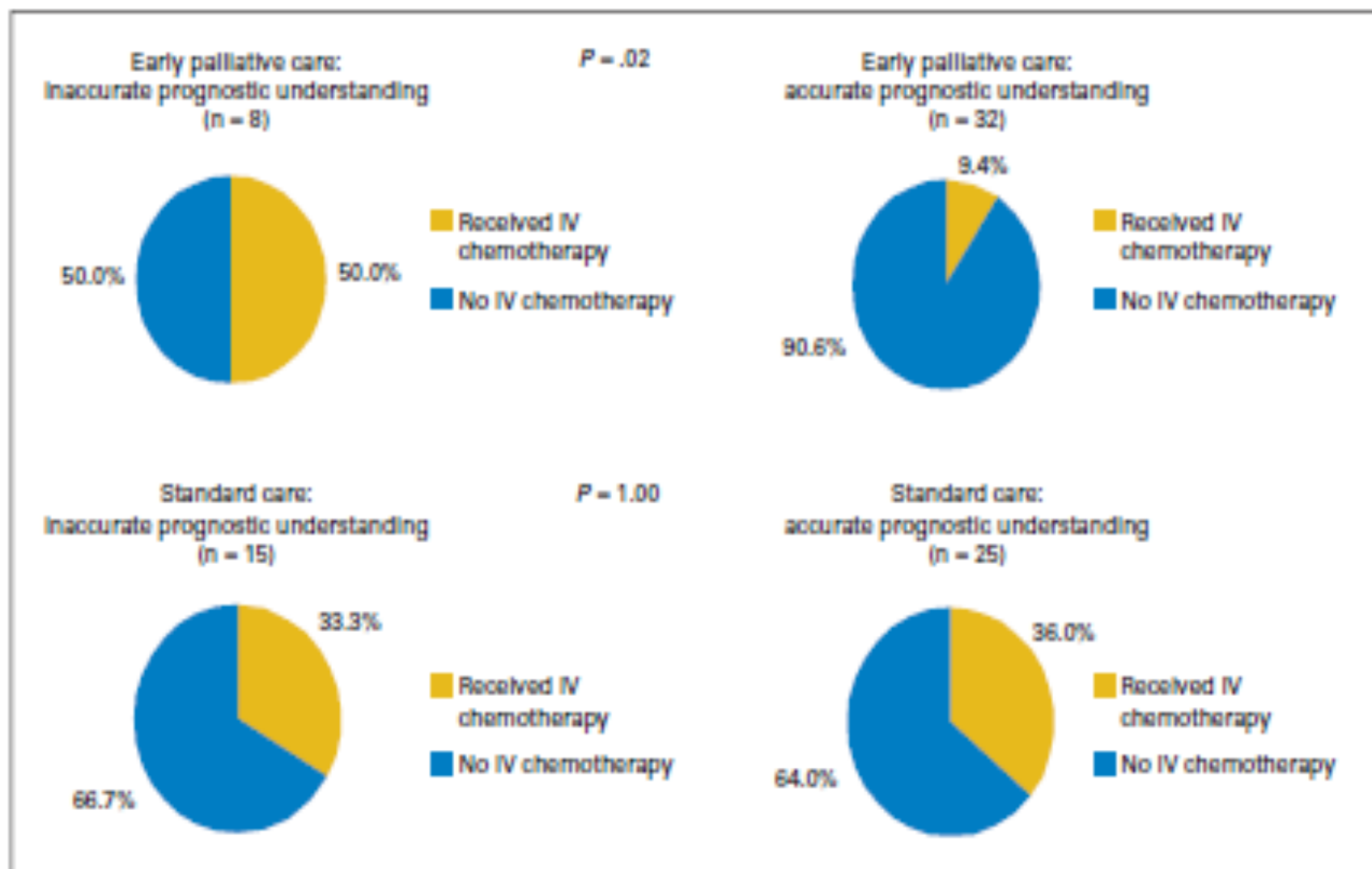
Point de vue patients	Baseline	A 12 semaines	
Avoir un cancer curable	<b>Dans les 2 bras</b> 46 / 145 (32%)	<b>Standard</b> 17 / 43 (40%)	<b>EPC</b> 12 / 54 (22%)
		<i>p 0.08</i>	
Avoir un cancer incurable	<b>Dans les 2 bras</b> 99 / 145 (68%)	<b>Standard</b> 28 / 47 (60%)	<b>EPC</b> 47 / 57 (82.5%)
		<i>p=0.02</i>	
But du traitement « faire disparaître la tumeur »	<b>Dans les bras</b> 86 / 124 (70%)	<b>Standard</b> 33 / 42 (78%)	<b>EPC</b> 26 / 42 (62%)
		<i>p 0.15</i>	

Temel JS “Longitudinal perception of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer : results of a randomised study of Early palliative care .” JCO 2011

## Administration de la chimiothérapie en phase terminale

Le nombre total de cycles et de lignes de chimiothérapie ne diffère pas dans les 2 groupes de patients.	
<b>Chimio dans les 60 jours avant décès</b>	OR 0.47 (95% CI : 0.23 to 0.99) P = .05
<b>Délai entre la dernière chimio IV et le décès</b>	Médiane 64 versus 40 jours P = .02
<b>Admission en USP durée &gt; 1 semaine</b>	60.0% [36 of 60 patients] versus 33.3% [21 of 63 patients]; P = .004

Greer JA JCO février 2012



# Early palliative care ( bis )

---

- 442 pts, K de type variés ( lung 24%)
- PS 0 à 2 et pronostic compris entre 6 et 24 mois
- Etude monocentrique, Randomisation par cluster (24 médecins )
- Comparaison de deux groupes avec soins palliatifs précoces intégrés et soins palliatifs à la demande (155/131)
- Le critère de jugement : la qualité de vie FACIT-SP à 3 mois

---

*Zimmerman Lancet 2014*

	Intervention		Control		Available cases analysis*			
	n	Mean observed change from baseline (SD)	n	Mean observed change from baseline (SD)	Adjusted difference between change scores (95% CI)	p value	Effect size†	ICC
<b>FACIT-Sp</b>								
1 month	154	1.86 (11.99)	168	-1.34 (10.12)	..	..	..	..
2 months	138	0.58 (13.09)	151	-2.71 (12.92)	..	..	..	..
3 months	140	1.60 (14.46)	141	-2.00 (13.56)	3.56 (-0.27 to 7.40)	0.07	0.26	0.035
4 months	122	2.46 (15.47)	149	-3.95 (14.21)	6.44 (2.13 to 10.76)	0.006	0.44	0.024
<b>QUAL-E</b>								
1 month	154	1.09 (6.79)	162	-1.19 (7.22)	..	..	..	..
2 months	137	1.38 (7.49)	151	-0.61 (8.13)	..	..	..	..
3 months	139	2.33 (8.27)	139	0.06 (8.29)	2.25 (0.01 to 4.49)	0.05	0.28	0.036
4 months	121	3.04 (8.33)	148	-0.51 (7.62)	3.51 (1.33 to 5.68)	0.003	0.45	0.015
<b>ESAS</b>								
1 month	180	-0.72 (13.01)	172	1.13 (10.79)	..	..	..	..
2 months	158	0.89 (14.83)	160	1.45 (14.08)	..	..	..	..
3 months	151	0.14 (16.93)	149	2.12 (13.88)	-1.70 (-5.26 to 1.87)	0.33	-0.13	0.067
4 months	131	-1.34 (15.98)	155	3.23 (13.93)	-4.41 (-8.76 to -0.06)	0.05	-0.31	0.034
<b>FAMCARE-P16</b>								
1 month	160	1.77 (8.14)	169	-2.64 (7.96)	..	..	..	..
2 months	140	1.95 (9.12)	157	-2.26 (7.36)	..	..	..	..
3 months	142	2.33 (9.10)	145	-1.75 (8.21)	3.79 (1.74 to 5.85)	0.0003	0.47	<0.0001
4 months	121	3.70 (8.58)	153	-2.42 (8.33)	6.00 (3.94 to 8.05)	<0.0001	0.73	-0.018
<b>CARES-MIS</b>								
1 month	157	-0.45 (4.33)	170	0.88 (3.32)	..	..	..	..
2 months	144	-0.28 (4.57)	156	0.86 (3.73)	..	..	..	..
3 months	139	-0.16 (5.50)	147	0.85 (4.06)	-0.66 (-2.25 to 0.94)	0.40	-0.21	0.018
4 months	123	-0.35 (4.38)	154	0.61 (3.60)	-0.84 (-1.91 to 0.22)	0.11	-0.24	0.023

FACIT-Sp=Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being scale. QUAL-E=Quality of Life at the End of Life scale. ESAS=Edmonton Symptom Assessment System. FAMCARE-P16=FAMCARE patient satisfaction with care measure. CARES-MIS=Cancer Rehabilitation Evaluation System Medical Interaction Subscale. ICC=intracluster correlation coefficient. \*Differences in change scores between groups and associated tests of effect were estimated by regression, adjusting for clustering and baseline covariates; negative ICCs were assumed to arise by chance and therefore treated as zero; regression analyses were done only at the 3-month and 4-month follow-up intervals to limit multiple testing. †Effect sizes are Cohen's d: an effect size of 0.20 is small, 0.50 is moderate, and 0.80 is large.<sup>29</sup>

**Table 4: Change scores relative to baseline and the regression-estimated differences in change scores between groups**



	Intervention group (n=228)	Control group (n=233)
<b>Palliative care clinic visits</b>		
None	0	213 (91.4%)
1	23 (10.1%)	9 (3.9%)
2	30 (13.2%)	5 (2.1%)
3	28 (12.3%)	3 (1.3%)
4	68 (29.8%)	0
≥5	79 (34.6%)	3 (1.3%)
Palliative care unit admissions*	17 (7.5%)	0
Inpatient palliative care consultations*	18 (7.9%)	2 (0.9%)
Palliative home nursing referrals*	39 (17.1%)	7 (3.0%)
Home palliative care physician referrals*	18 (7.9%)	7 (3.0%)

Data are n (%). \*Numbers for admissions, consultations, and referrals are not exclusive (ie, one patient might have a consultation and a palliative care unit admission).

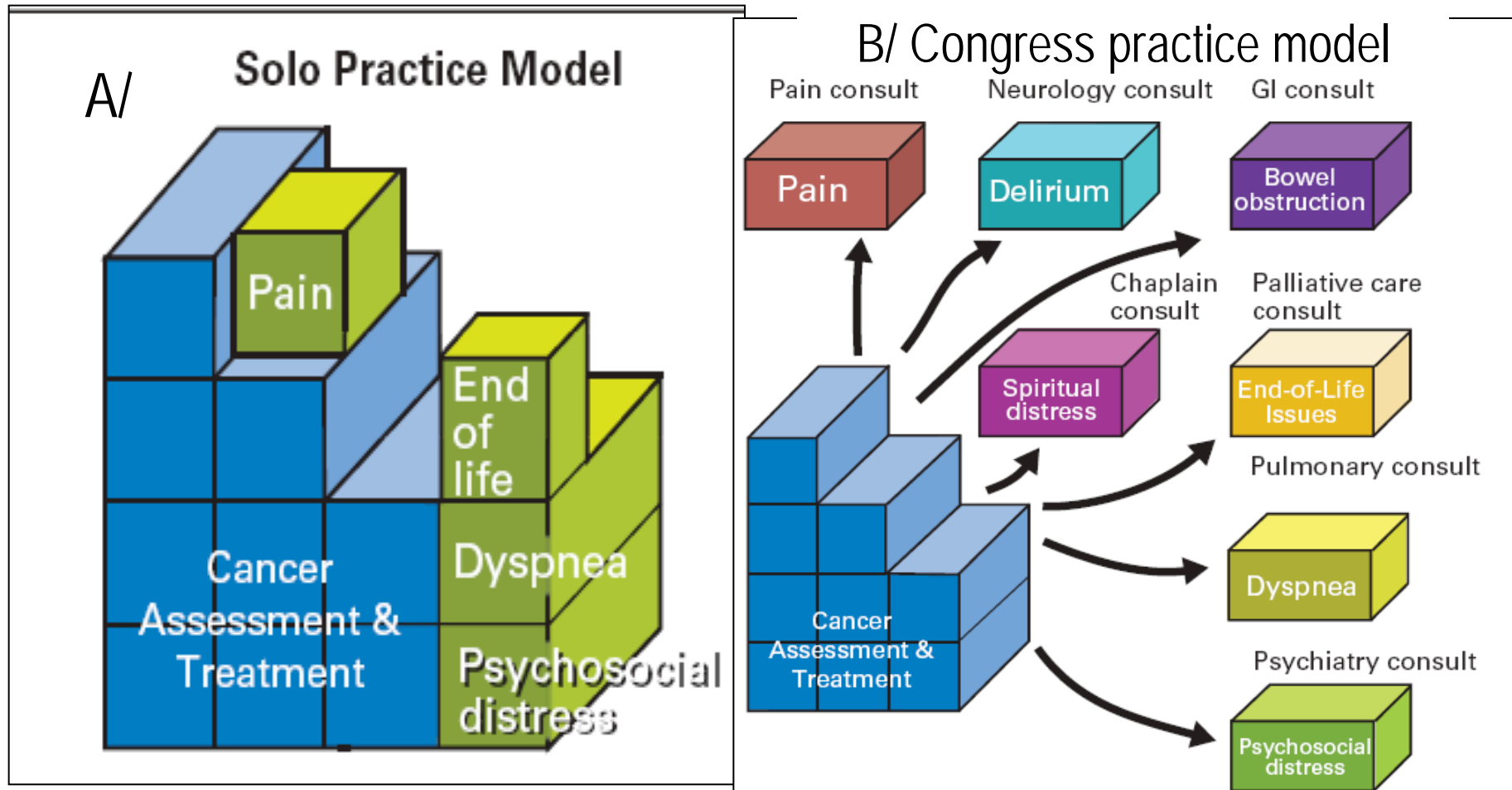
**Table 3: Palliative care intensity for intervention and control groups**

Population	Auteurs	Intervention	Résultats
461 pts K variés EDV 6 à 24 mois	<b>Zimmermann</b> (Princess Margaret ) Lancet 2014	Consultation mensuelle minimum (formalisation incomplète)	À 3 mois Pas d'impact sur FACIT-Sp Amélioration QUAL-E and FAMCARE à 4 mois Amélioration FACIT-sp, QUAL-E, ESAS, FAMCARE
322 patients K variés DG 8 à 12 sem EDV < 1 an	<b>Bakitas</b> (England) Jama 2009	ENABLE II ITV Psycho-éducatives Nurse-led, palliative focus 4 séances hebdomadaires Puis suivi tél mensuel jusqu'au décès	Eval 1 mois puis tous les 3 mois jusqu'au décès Amélioration QoL (p=0.02) Réduction sd dépressif (p=0.02)
103 patients K variés RTE en cours EDV à 5 ans entre 0 et 50 %	<b>Rumans</b> (Mayo Clinic) JCO 2006	ITV multidisciplinaire Psychologue / IDE clinicienne / AS 8 séances 1h30 sur 3 semaines	Eval 1 mois, 2 mois, 6mois QoL amélioré (+0.3) vs dégradée ( - 0.9) à 1 mois p =0.009
203 patients K bronchique à l'issu tmt EDV > 3 mois	<b>Moore</b> (Royal Mardsen) BMJ 2002	IDE clinicienne Suivi mensuel clinique ou tel En lien avec équipe médicale	Eval 1,3,6 12 mois Amélioration QoL et sur dyspnée, humeur et neuropathie

## American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care

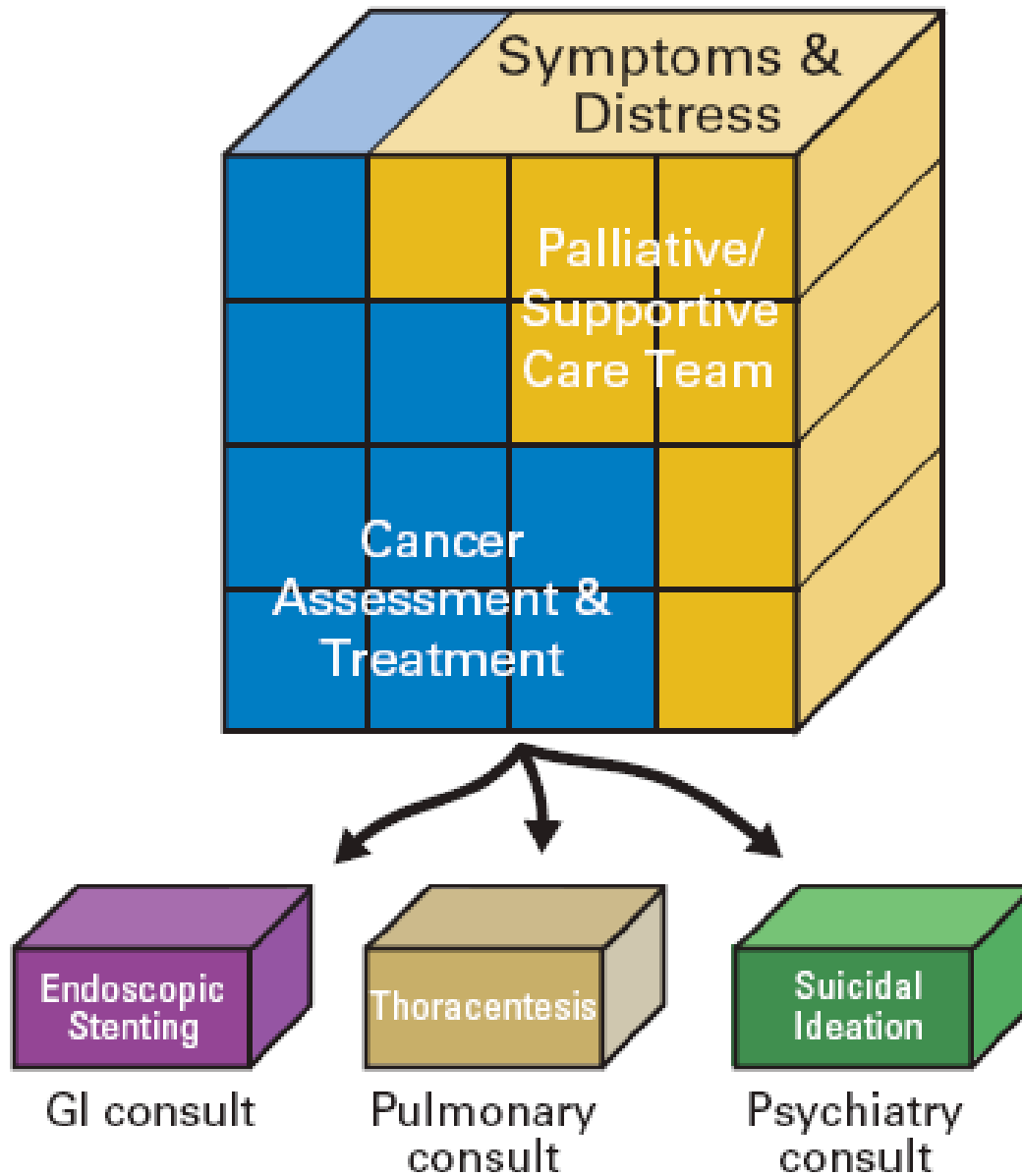
*Thomas J. Smith, Sarah Temin, Erin R. Alesi, Amy P. Abernethy, Tracy A. Balboni, Ethan M. Basch, Betty R. Ferrell, Matt Loscalzo, Diane E. Meier, Judith A. Paice, Jeffrey M. Peppercorn, Mark Somerfield, Ellen Stovall, and Jamie H. Von Roenn*

Soins palliatifs intégrés au dg  
recommandés pour le K bronchique M +



C

## Integrated Care Model



# Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: ENABLE III

---

207 pts K Phase avancée, espérance de vie < 1 an

PEC mensuelle + suivi téléphonique immédiate ou à 3 mois

Passe de différence pour les PRO

❑ 3 mois (QOL,  $P = .34$ ; symptom impact,  $P = .09$ ; mood,  $P = .33$ )

❑ or before death (QOL,  $P = .73$ ; symptom impact,  $P = .30$ ; mood,  $P = .82$ ).

**Survie à 1 an :**  
**63 versus 48% (difference, 15%;  $P = .038$ ).**

Pour les proches, réduction du syndrome dépressif à 3 mois et du syndrome dépressif et du fardeau en phase terminale

---

*Bakitas MA, JCO 2015*  
*Dione-Onedon JCO 2015*

# Impact « End of life discussions »

---

**Discussions FDV : 123 of 332 (37.0%)**

**Pas d'augmentation sd dépressif (8.3% vs. 5.8; AOR 1.33, 95% CI 0.54-3.32)**

**Une discussion de FDV modifie la fréquence de :**

**(After propensity-score weighted adjustment) :**

ventilation (1.6% vs. 11.0%; AOR 0.26, 95% CI 0.08-0.83),

resuscitation (0.8% vs. 6.7%; AOR 0.16, 95% CI 0.03-0.80),

admission en USI (4.1 vs. 12.4%; AOR 0.35, 95% CI 0.14-0.90),

hospitalisation en USP (65.6% vs. 44.5%; AOR 1.58, 95% CI 1.04-2.63).

**Pour les proches**

Plus de traitement agressif est associé à plus de sd dépressif chez les proches endeuillés (AOR 3.37, 95% CI 1.12-10.13),

---

*Wright, JAMA 2008*

# Impact d'une vidéo / décision Réanimation cardio-pulmonaire

---

## Désign

EDV < 1 an

Description verbale pour tous

Video de 3 mn

MCE Simulation sur un mannequin

Vrai patient ventilé

## Résultats

150 pts inclus ( /173)

**Après information**

50% pour CPR

**Après vidéo**

20 % CPR

**OR 3,5 95%CI 1,7 à 7,2**

**P < 0.001**

---

*Volandes, JCO 2013*



# Compétences médicales en communication

---

## **SPIKES**

- **setting,**
- **perception of disease,**
- **invite,**
- **knowledge,**
- **empathy,**
- **summary**

Baile, VF , Oncologist 2000

---

# Estimation de l'espérance de vie

---

Cohorte de 590 pts avec cancer en phase avancée

Médiane de Survie de 5.4 mois

71 % veulent connaître leur espérance de vie

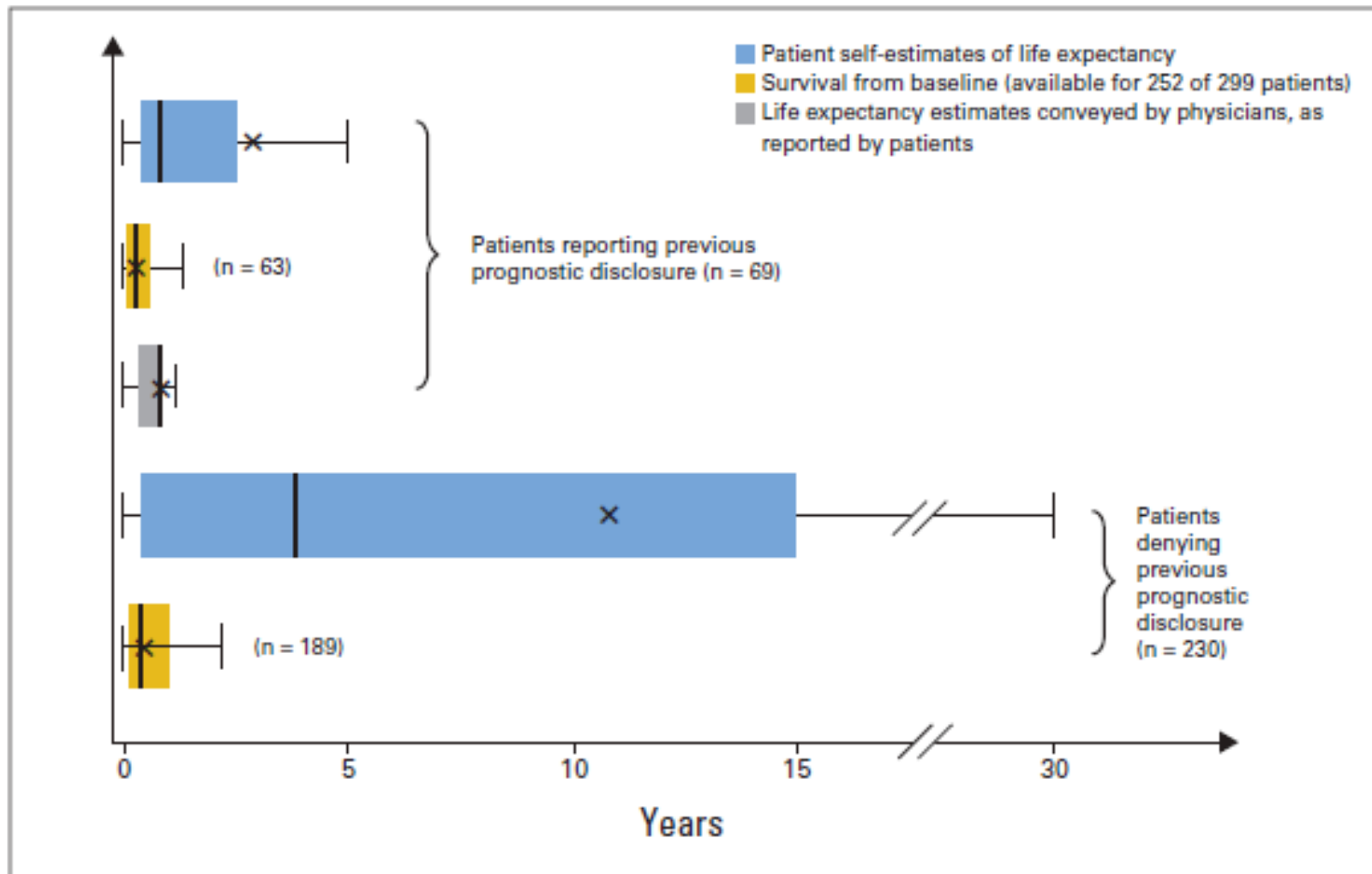
51 % (299 pts) donner une estimation de leur EDV

17.6 % ont le souvenir d'une estimation par l'oncologue

- ✓ Meilleure estimation de leur espérance de vie
- ✓ Relation médecin / patient non altérée
- ✓ Pas plus de trouble anxio-dépressifs

---

*Eisinger JCO 2015*



# Le choix des mots

---

Soins de Support	Soins palliatifs
Une coordination	Une discipline médicale
Pour les pts : Un message positif d'aide	Risque de sidération psychique par effet d'annonce involontaire
Pour les oncologues : facile à évoquer	Prise en charge tardive limitée à la fin de vie

1999 : Loi Kouchner  
Droit à l'accès aux SP (HAD, réseau, EMSP)

2002 : Information Médicale  
Personne de confiance

2005 : Loi Léonetti

2015  
Droit opposable à  
la sédation ?

## Soins de support et soins palliatifs

1988  
1<sup>ere</sup>  
USP

1990  
Création SFAP

2003 : cDHOS soins de support

2003: Plan cancer 1  
Dispositif d'annonce, 3C, PPS

2004 : cDHOS  
Démarche palliative, LISP

2008: Plan cancer 2  
IDE coordinatrice, Après cancer



ASCO : Soins Palliatifs Intégrés

2013: Plan cancer 3  
Education Thérapeutique  
RCP de recours