



C BOULEUC, DISSPO I CURIE

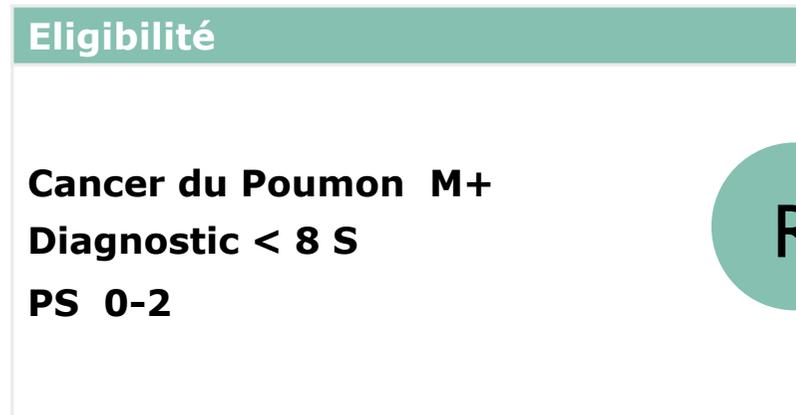
# SOINS PALLIATIFS PRÉCOCES

---

## Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

*(Temel J NEJM 2010)*

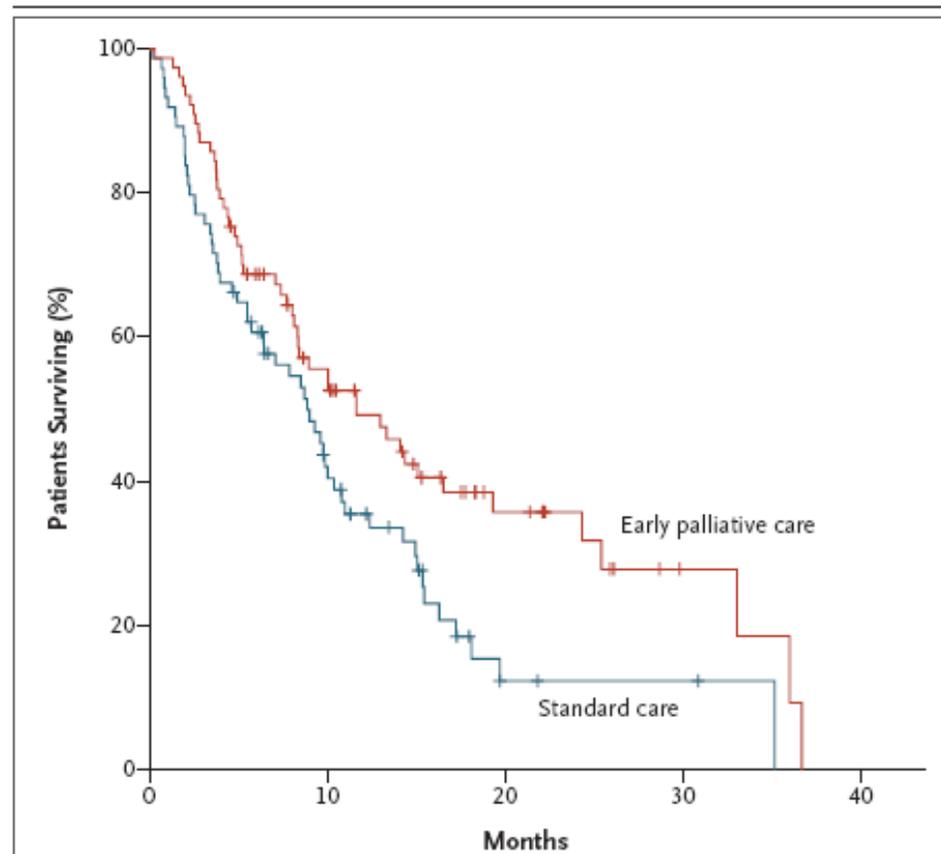
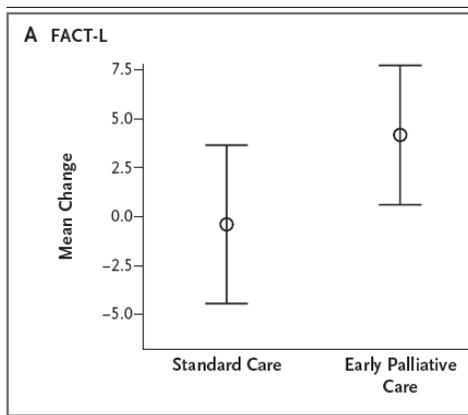
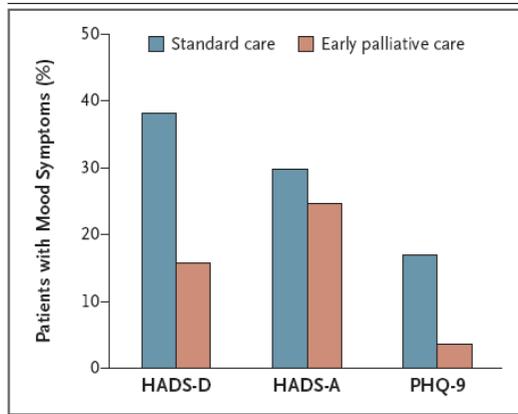
151 pts



R

SP dès le début de la prise en charge oncologique

Recours à l'équipe de SP sur demande  
(Oncologue, patient ou proches )



**Figure 3.** Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group.

# MÉTA-ANALYSE COCHRANE REVIEW 2017

---

7 études randomisées, 1614 patients  
4 études avec intervention d'équipe de soins palliatifs spécialisés  
Temel, Zimmermann, Tattersall, Maltoni

---

3 études avec équipes de soins de support coordonnés par IDE expert  
Bakitas ENABLE II, Bakitas ENABLE III, Mac Corkle

---

2 études avec randomisation par cluster  
(Zimmermann, Mc Corkle)

---

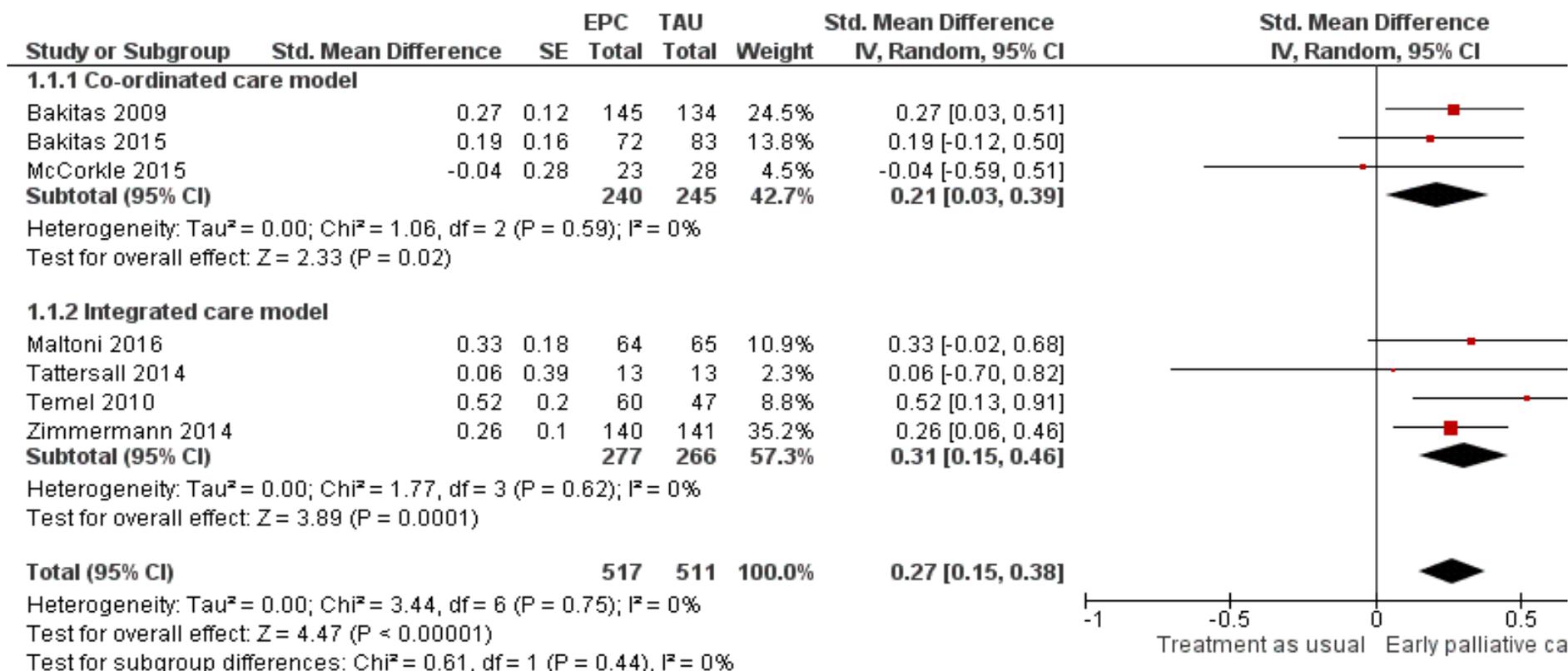
/ aux soins oncologiques standards,  
Amélioration de la QoL

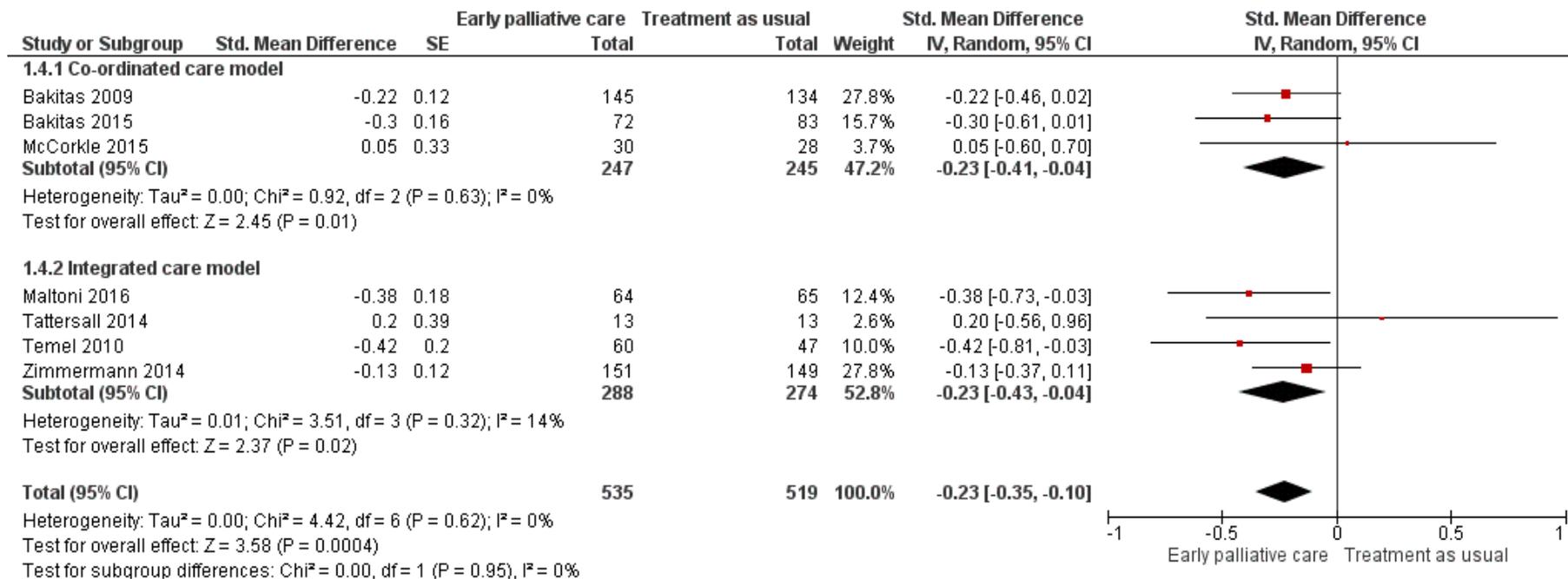
DMS 0.27, IC 95% 0.15 à 0.38

---

Sur l'échelle FACT-G : + 4.59 (IC 95% 2.55 à 6.46 )

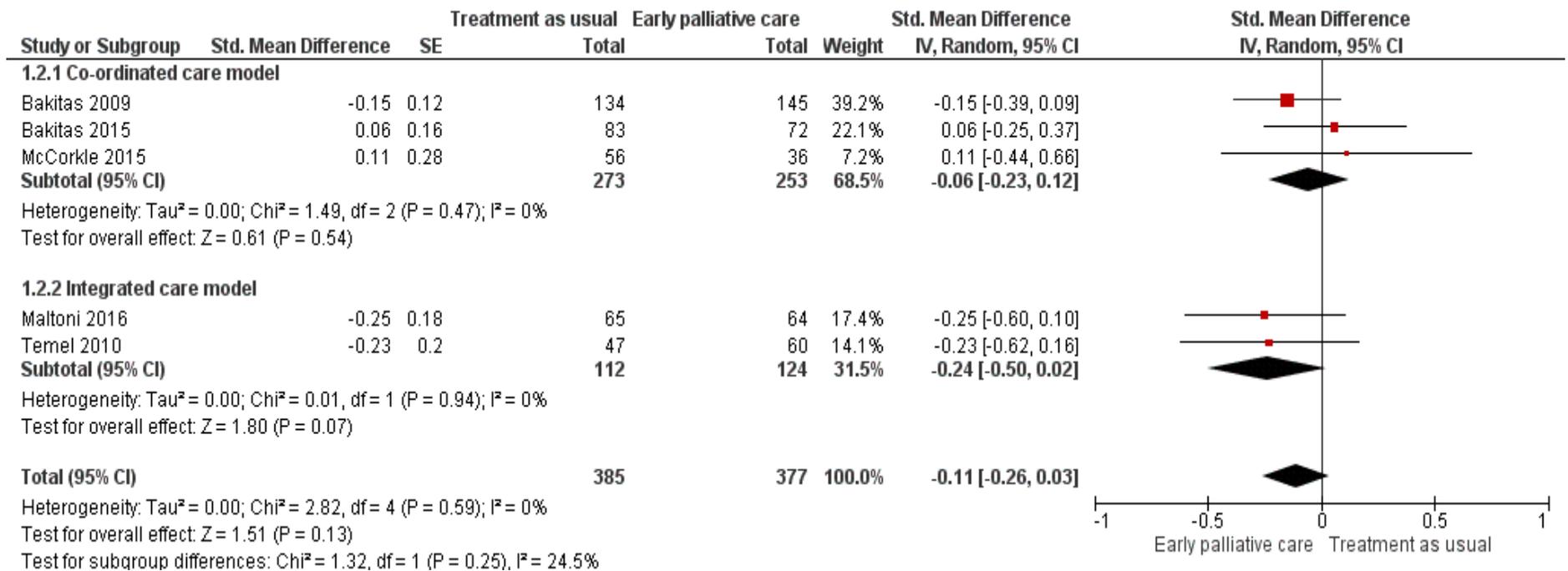
---





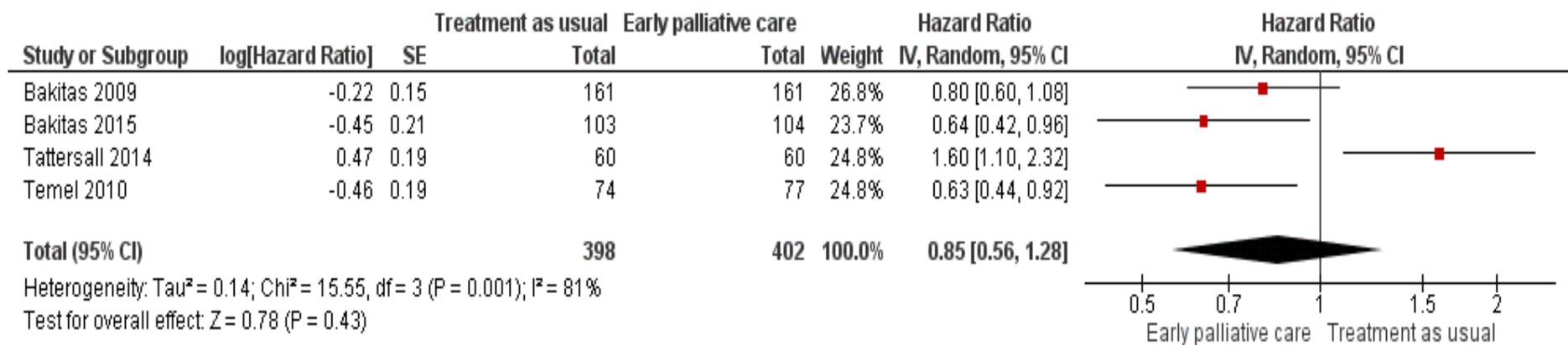
Forest Plot Of Comparison:  
Early Palliative Care Vs TAU  
**SYMPTOM INTENSITY**

HAUN MW Cochrane Review, 2017



Forest Plot Of Comparison:  
Early Palliative Care Vs TAU  
**DEPRESSION**

HAUN MW, Cochrane Review, 2017

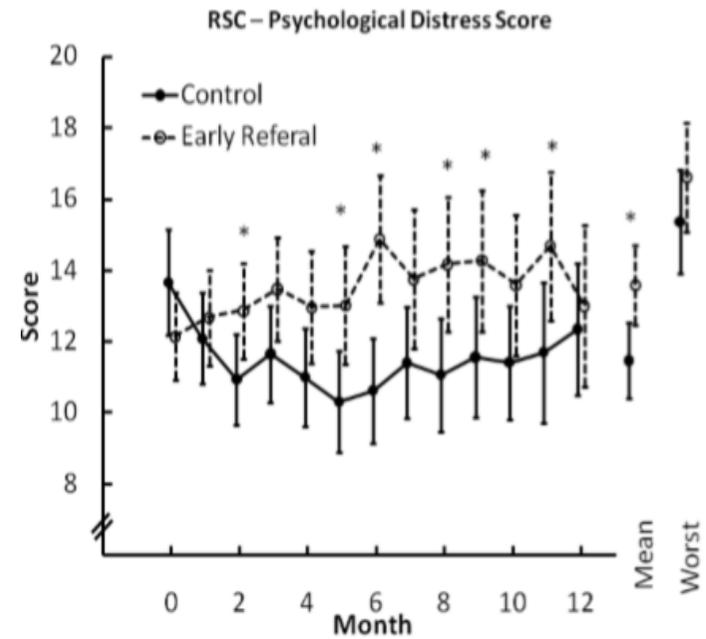
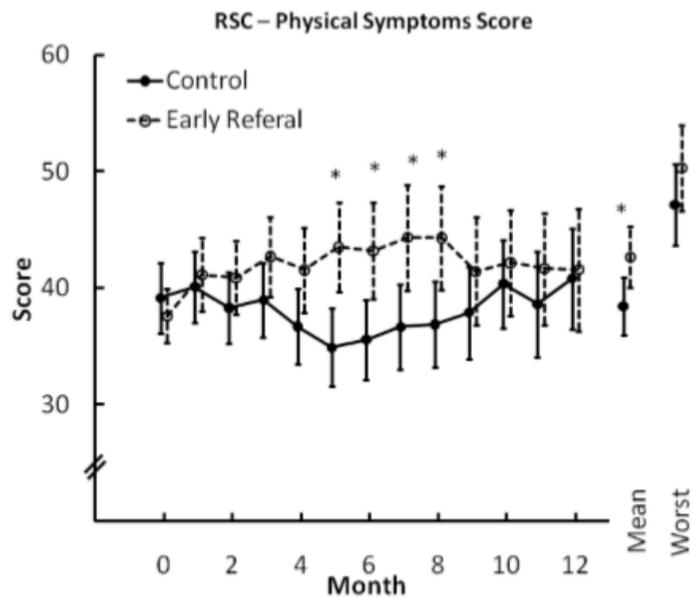


Forest Plot Of Comparison:  
 Early Palliative Care Vs TAU  
**SURVIVAL**

HAUN MW Cochrane Review, 2017

|                    | Last value forward                                 |         | Complete cases                                     |         | Multiple imputation                                |         |
|--------------------|--|---------|--|---------|--|---------|
|                    | Adjusted difference between change scores (95% CI) | p value | Adjusted difference between change scores (95% CI) | p value | Adjusted difference between change scores (95% CI) | p value |
| <b>FACT-Sp</b>     |  |         |  |         |  |         |
| 3 months           | 3.89 (-0.02 to 8.01)                               | 0.06    | 7.19 (1.57 to 12.8)                                | 0.02    | 3.20 (-0.07 to 6.47)                               | 0.06    |
| 4 months           | 4.34 (0.70 to 7.98)                                | 0.02    | 7.70 (2.64 to 12.8)                                | 0.005   | 4.07 (0.64 to 7.51)                                | 0.02    |
| <b>QUAL-E</b>      |  |         |  |         |  |         |
| 3 months           | 2.35 (0.17 to 4.54)                                | 0.04    | 3.76 (0.81 to 6.71)                                | 0.02    | 2.23 (0.26 to 4.19)                                | 0.03    |
| 4 months           | 2.75 (0.56 to 4.95)                                | 0.02    | 4.65 (1.85 to 7.44)                                | 0.003   | 2.76 (0.84 to 4.67)                                | 0.005   |
| <b>ESAS</b>        |  |         |  |         |  |         |
| 3 months           | -0.95 (-4.54 to 2.64)                              | 0.59    | -3.92 (-7.15 to -0.69)                             | 0.02    | -2.39 (-6.18 to 1.41)                              | 0.22    |
| 4 months           | -2.07 (-6.75 to 2.62)                              | 0.37    | -4.05 (-8.40 to 0.30)                              | 0.07    | -3.85 (-8.13 to 0.42)                              | 0.08    |
| <b>FAMCARE-P16</b> |  |         |  |         |  |         |
| 3 months           | 4.95 (3.09 to 6.81)                                | <0.0001 | 4.70 (2.38 to 7.03)                                | <0.0001 | 4.70 (2.87 to 6.54)                                | <0.0001 |
| 4 months           | 5.59 (3.65 to 7.52)                                | <0.0001 | 5.63 (3.15 to 8.12)                                | <0.0001 | 6.41 (4.44 to 8.37)                                | <0.0001 |

Zimmermann C , Lancet 2014



**Tattersall MHN,**

Early contact with palliative care services: a randomized trial in patients with newly detected incurable metastatic cancer. *Palliative Care & Medicine* 2014;4(1):170

| Etude 2011-2016  | Type  | Résultats   |
|--|---|---|
| <b>Chochinov HM</b><br><b>Lancet Oncol 2011</b>                | Dignito-thérapie<br>K avancé, 326 pts                     | Amélioration de la QoL (FACIT-wb)<br>Amélioration de la satisfaction                        |
| <b>Higginson IJ</b><br><b>Lancet Resp 2014</b>                 | Prise en charge de la dyspnée<br>Maladie avancée+ dyspnée | Amélioration de la QoL (CRDQ)   |
| <b>Dyar S</b><br><b>J Palliat Med 2012</b>                     | Coordination par IDE de SP<br>K avancé; 26 pts            | Amélioration de la QoL (FACT-G)   |
| <b>Ferrell G</b><br><b>JPSM 2015</b>                           | SP précoces et tardifs<br>K bronchique, 492 pts           | Amélioration QoL (FACT-L, TOI, FACIT-sp, detress thermometer)                               |
| <b>Grudzen CR</b><br><b>JAMA Oncol 2016</b>                    | SP<br>K avancé + emergency cs, 136 pts                    | Amélioration de la QoL  |
| <b>Dione-Odom</b><br><b>JCO 2015</b> <small>ENABLE III</small> | Prise en charge des proches<br>K avancée, 122 proches     | Amélioration sd dépressif proches   |
| <b>Hudsen P</b><br><b>Psycho-oncology 2013</b>                 | Prise en charge des proches<br>K avancés 298 pts          | Amélioration préparation proches  |
| <b>Sun V ,</b><br><b>Cancer 2015</b>                           | Prise en charge des proches<br>K bronchique, 354 pts      | Diminution du fardeau , du stress<br>Amélioration QoL<br>(social, spirituel, psychologique) |

| Equipe                                     | Inclusions  | Type ITV                           | Échelles                            | Bénéfice  |
|--|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Groenvold, 2016 Danemark</b>            | 145 patients<br>Tout Cancer<br>Si score élevé symptômes   | Binome SP                          | QLQ-C30<br>McGill QoI               | Negative  |
| <b>Temel J JCO 2017 Boston</b>             | 350 patients<br>K bronche, digestifs<br>Dès le diagnostic | Binome SP<br>Cs au moins mensuelle | FACT-G<br>PHQ-9 HADS                | Amélioration QoI<br>Amélioration sd dépressif<br>Augmentation DA (30%vs 15%)              |
| <b>Vanbutsele G Lancet O 2018 Belgique</b> | 186 patients<br>Tout cancer<br>Si EDV < à 1 an            | Coordination de soins              | QLQ-C30<br>McGill QoI<br>HADS PHQ-9 | Amélioration QoI<br>Amélioration sd dépressif   |
| <b>Zuhang 2018 Xianyang</b>                | 150 pts<br>K bronche NPC<br>Dès le diagnostic             | Binome SP                          | QoL<br>SSLQ<br>HADS , PhQ9          | Amélioration QoL<br>Amélioration Sd depressif<br>Amélioration des Fonctions respiratoires |

## Can Early Palliative Care With Anticancer Treatment Improve Overall Survival And Patient-related Outcomes In Advanced Lung Cancer Patients? A Review Of The Literature

Ambroggi M, Supportive In Cancer 2017

**Table 1** Study characteristics

| Authors                | Type of study  | Recruitment or observation   | Country | Lung cancer patients  | Outcomes  |
|------------------------|--|--|---------|---|---|
| Temel et al. [24]      | Prospective; non-blinded, randomized, controlled trial | From June 7, 2006 to July 15, 2009   | USA     | 151 (77 in the early palliative care group and 74 in the standard care group)     | OS, QoL (FACT-L, LCS, TOI)  |
| Zimmermann et al. [39] | Prospective; cluster-randomized controlled trial       | Between December 1, 2006 and February 28, 2011   | Canada  | 101 (55 in the early palliative care group and 46 in the standard care group)     | OS, QoL (FACIT-Sp, QUAL-E)  |
| Nieder et al. [40]     | Retrospective  | Patients who died for lung cancer from January 1, 2006 to December 31, 2014  | Norway  | 286 (22 received early palliative care)   | OS, active anticancer treatment in the last month of life, hospitalization in the last 3 months of life           |
| King et al. [41]       | Retrospective  | Patient treated at all the clinics of University of Wisconsin Carbone Cancer Center, between July 2007 and June 2011 | USA     | 207 (82 in the early palliative care group and 125 in the standard of care group) | OS, participation in clinical trials, median hospice length of stay, chemotherapy utilization, hospice enrollment |
| Temel et al. [42]      | Prospective; non-blinded, randomized trial             | Between May 2011 and July 2015   | USA     | 191 (95 in the early palliative care group and 96 in the standard care group)     | QoL (FACT-G, PHQ-9, HADS)   |

OS overall survival, QoL quality of life, FACT-L Functional Assessment of Cancer Therapy–Lung, LCS Lung-Cancer Subscale, TOI Trial Outcome Index, FACIT-Sp Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being, QUAL-E Quality of Life at the End of Life, FACT-G Functional Assessment of Cancer Therapy–General, PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9, HADS Hospital Anxiety and Depression Scale

## BÉNÉFICES CLINIQUES SPP

- Améliore la qualité de vie
- Diminue l'intensité des symptômes
  
- Pas d'amélioration du syndrome dépressif
- Pas d'amélioration de la survie
  
- Réduit l'agressivité des soins en fin de vie ?

## AGRESSIVITÉ DES SOINS EN FIN DE VIE : Indicateurs

- Dans le dernier mois de vie
  - Taux de chimiothérapie
  - Fréquence d'une admission en USI
  - Fréquence du recours aux urgences médicales
  - Fréquence d'une admission en service de médecine aigue
  
- Taux de décès à domicile
  
- Taux de décès en USP et fréquence des séjours en USP > 72 heures

Earle CC JCO 2003, 2005, 2008 HO JCO 2011 Jang 2015 Kassam 2017

## Chimiothérapie en Phase Terminale

Le nombre total de cycles et de lignes ne diffère pas dans les 2 groupes de patients.

**Chimiothérapie  
< 60 jours avant décès**

OR 0.47 (95% CI : 0.23 to 0.99)  
**P = .05**

**Délai entre dernière  
chimio IV et décès**

Médiane 64 versus 40 jours  
**P = .02**

**Admission en USP  
durée > 1 semaine**

60.0% versus 33.3%  
**P = .004**

Greer JA, Temel J JCO 2012

| 109 pt<br>K sein et Gynécol           | SP Précoces   | SP<br>tardifs |                        |
|---------------------------------------|---------------|---------------|------------------------|
| EORTC : QoI Global<br>: QoI emotional | 66,6<br>66,67 | 50,0<br>41,67 | p = 0.022<br>p = 0.034 |
| HAD-S > 11                            | 38 %<br>48 %  | 64 %<br>67 %  | p = 0.083<br>P = 0.018 |
| CT < 6 semaines                       | 6 %           | 40 %          | p = 0.001              |
| Survie globale                        | HR = 0.480    |               | p = 0.046              |

**Rugno, Gynecologic Oncology 2014**

## 292 | consultations de soins palliatifs précoces

### Symptômes (74,6%)

- Douleur (45%), fatigue (35%), nausée, anxiété, insomnie, dyspnée, dépression, syndrome confusionnel, autre...
- Education et conseils (83%)
- Thérapie médicamenteuse (43,4%)

### Coping (64,2%)

- Réorientation de l'espoir (45%)
- Conseils (42%)
- Promotion de stratégies comportementales (40%)
- Soutien spirituel (15%)
- Narration (8%)

### Autres

- Construction d'un lien (« rapport »)
- Compréhension de la maladie
- Planification des soins de fin de vie
- Réflexion sur les décisions thérapeutiques.

Hoerger M, JCO 2018, 10;36(11):1096-1102.

| Catégorie                 | Critères de recours   |
|---------------------------|---|
| Symptômes                 | Symptômes physiques sévères<br>Symptômes émotionnels sévères<br>Demande de mort provoquée<br>Crise spirituelle  |
| Contexte neurologique     | Syndrome confusionnel<br>Métastases cérébro-méningées<br>Symptômes de Compression médullaire / queue de cheval  |
| Trajectoire de la maladie | Dans les 3 mois après un diagnostic de cancer avancé avec une espérance de vie < 1 an<br>Maladie progressive après une deuxième ligne (hors cancer du sein et de la prostate) |
| Autres                    | Demande du patient et/ou des proches<br>Demande d'aide décisionnelle ou de discussions anticipées   |

Hui D, Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care. *Oncologist*. 2016 Jul;21(7):895-901.

## RECOMMENDATIONS ASCO 2015 (Masters GA, JCO 2015) First-line treatment for patients with NSCLC

- Without an EGFR-sensitizing mutation or ALK/ROS gene rearrangement :
  - PS 0 ou 1 : a variety of combination cytotoxic chemotherapies are **recommended along with early concurrent palliative care and symptom management**
  - PS 2 : combination or single-agent chemotherapy **or palliative care alone** may be used (evidence quality: intermediate; strength of recommendation: strong).
- With sensitizing EGFR mutations: afatinib, erlotinib, or gefitinib is recommended
- With ALK or ROS1 gene rearrangements: crizotinib is recommended
- With large-cell neuroendocrine carcinoma: platinum plus etoposide or the same treatment as other patients with nonsquamous carcinoma may be administered

## RECOMMENDATIONS ASCO 217

### Cancer en phase avancée

- Definition

Cancer that is life limiting, and/or with prognosis of 6 to 24 months

- Key Recommendation

Patients with advanced cancer, **whether patient or outpatient**, should receive dedicated palliative care services, **early in the disease course, concurrent with active treatment**.

Referring patients to **interdisciplinary palliative care teams** is optimal, and services may complement existing programs.

Providers may refer **caregivers of patients** with early or advanced cancer to palliative care services.

**Smith JCO 2012, Ferrel JCO 2017**

## COMPOSANTES DE LA PEC PALLIATIVE

1. Créer une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches
2. Prise en charge des symptômes physiques et psychologiques et réhabilitation
3. Éducation au sujet de la maladie et de son pronostic
4. Clarifications des objectifs thérapeutiques
5. Évaluation et soutien à l'adaptation psychologique
6. Aide à la décision médicale partagée
7. Mise en place / coordination des soins avec les autres intervenants

## CRITERES DE RECOURS

- 1/ Les nouveaux patients en phase avancé , dans les 8 semaines après le diagnostic
- 2/ Les patients avec détresse, c'est-à-dire avec une forte intensité de symptômes physiques ou psycho-sociaux
- 3/ Les proches qui en expriment la demande, en incluant des entretiens présentsiels et des séances de coaching par téléphone (en particulier si éloignement géographique)

| Time between first intervention of the PCT and date of death | n = 475 |          | n = 98 |          | n = 138 |          | n = 55 |         | n = 107 |        | n = 77 |        |
|--|---------|----------|--------|----------|---------|----------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|
| ≤ 7 days   | 81      | 17,1%    | 12     | 12,2%    | 10      | 7,2%     | 10     | 18,2%   | 32      | 29,9%  | 17     | 22,1%  |
| ]7-30] days  | 117     | 24,6%    | 15     | 15,3%    | 19      | 13,8%    | 22     | 40,0%   | 35      | 32,7%  | 26     | 33,8%  |
| ]30-90] days   | 128     | 26,9%    | 39     | 39,8%    | 31      | 22,5%    | 14     | 25,5%   | 24      | 22,4%  | 20     | 26,0%  |
| > 90 days  | 149     | 31,4%    | 32     | 32,7%    | 78      | 56,5%    | 9      | 16,4%   | 16      | 15,0%  | 14     | 18,2%  |
| médiane (Q1 - Q3)  | 41      | (13-122) | 63     | (25-115) | 112     | (38-281) | 25     | (11-50) | 17      | (7-54) | 21     | (8-64) |

## HDJ DE SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

- Permet la PEC de patients ambulatoires
  - Favorise le maintien à domicile en phase avancée et terminale
  - Evite des hospitalisations de courte durée
  - Permet la coordination avec les acteurs de soins du domicile
  - Développe le soutien des proches
  - Facilite le maintien du suivi par l'oncologue
  - Cadre propice à l'éducation / soutien / concertation décisionnelle / discussions anticipées
- 
- ❖ Doit être piloté par une équipe de soins palliatifs
  - ❖ Besoin de clarification des règles de tarification