

○ **Partie 3**

- Focus sur trois séquelles : douleur, fatigue et troubles cognitifs

Formation Séquelles & Cancer

Aide au repérage des séquelles et à l'orientation des patients adultes pendant le parcours cancer et dans l'après-cancer (6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V, INCa 2018)



Contexte

Dans le cadre des travaux régionaux sur la thématique « Séquelles et Cancer », et à l'occasion de la publication de son guide d'aide au repérage des séquelles et à l'orientation des patients, le DSRC OncoPaca-Corse propose une formation dédiée aux professionnels de santé pour faciliter l'appropriation de ce nouvel outil (décembre 2024).

Ce guide met en lumière les 6 séquelles les plus exprimées dans l'enquête VICAN V (INCa, 2018) par les patients adultes : douleur, fatigue, troubles cognitifs, troubles sexuels, troubles nutritionnels, et altération de l'estime de soi. Les autres types de séquelles ne seront pas abordées dans cette formation.



THÉMATIQUE « SOINS DE SUPPORT ET SÉQUELLES »

Action II. 6. 2 : Accompagner les professionnels par des formations et outils d'aide à la pratique, notamment d'évaluation du besoin

Action II. 7. 2 : Structurer et faire connaître l'offre existante de prise en charge des séquelles

Action II.7.5 : Former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, de ville et hospitaliers



Groupe expert régional
OncoPaca-Corse
SÉQUELLES & CANCER



Formation Séquelles & Cancer

Aide au repérage des séquelles et à l'orientation des patients adultes pendant le parcours cancer et dans l'après-cancer (6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V, INCa 2018)



Les intervenants

L'ordre des intervenants suit le déroulé des interventions.

Dr Elodie CRÉTEL-DURAND – Responsable projet stratégie décennale cancer, ARS Paca, Marseille

Marc-Karim BEN DIANE – Sociologue, Épidémiologiste, Chercheur en santé publique, AP-HM, UMR 7268, AMU, Marseille

Dr Nadine PLUJA-JEAN – Pharmacienne, Institut du Cancer Avignon-Provence, Avignon

Isabelle REY-CORREARD – Chef de projets Soins de Support Ville-Hôpital, DSRC OncoPaca-Corse, Marseille

Catherine BOULMIER – Responsable du parcours cancérologie, Coordinatrice Adjointe du 3C, Hôpital Européen, Marseille

Fanny DUPEYRE-ALVAREZ – Chargée de coordination Dispositif CAP AJA, Institut Paoli-Calmettes, Marseille

Dr Anne FOGLIARINI – Médecin algologue, Chef du Département Interdisciplinaire de soins de support, Centre Antoine Lacassagne, Nice

Dr Vincent HARLAY – Médecin neurologue, Hôpital de la Timone, Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, Marseille

Eve ATTALI – Neuropsychologue, Docteur en Neurosciences, Clinique de la Casamance, Aubagne

Frédéric CHORIN – Responsable de la plateforme Fragilité, CHU de Nice, Nice

Anne-Caroline FLEURY – Diététicienne clinicienne, Institut Européen de la Maladie Chronique, Toulon

Frédérique MARIN – Infirmière sexologue, Centre Antoine Lacassagne, Nice

Julie HINSINGER – Psychologue, Hôpital de la Conception, AP-HM, Marseille

Cécile BARTOLINI-GROSJEAN – Socio-esthéticienne, Centre Antoine Lacassagne, Nice

Nathalie DIE – Patientte Experte, Gap



Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**
(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

Mardi 25 mars 2025

9h30 – 16h30

**Hôtel Mercure Aix
Sainte-Victoire (13)**

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**
(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

Focus par séquelle : anticiper et évaluer les séquelles, orienter & prendre en charge

Douleur, fatigue, troubles cognitifs

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**

(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

Focus sur la séquelle « douleur » – Dr Anne FOGLIARINI

Médecin algologue, Chef du Département Interdisciplinaire de soins de support,
Centre Antoine Lacassagne, Nice

Données

“Près des trois quarts des personnes interrogées (73,0 %) ont ressenti des sensations douloureuses qui ont la plupart du temps perturbé leur sommeil au cours des quinze derniers jours. Chez 35,3 % d’entre elles, ces douleurs ont un caractère neuropathique et dans la quasi-totalité des cas, 92,5 %, ces douleurs neuropathiques sont apparues depuis plus de trois mois.”

VICAN 5 - Rapport INCa 2018

Dans plus de 30 % des cas les douleurs sont décrites comme fréquentes et fortes.

Les douleurs chroniques à composantes neuropathiques sont déterminantes dans le non-retour à l’emploi ou la réduction d’activité professionnelle

VICAN V - Rapport INCa 2018



Importance de donner ces chiffres aux patients douloureux qui se sentiront reconnus et soulagés de savoir qu’ils vont être pris en charge.

Données

Incidence de la douleur postopératoire chronique (DPOC)

	DPOC	Sévère >5	Douleur neuropathique
Chirurgie abdominale	17 – 21 %	NR	NR
Amputation	30 % - 85 %	5 % - 10 %	80 %
Cholécystectomie	3 % - 50 %	NR	NR
Craniotomie	7 % - 30 %	25 %	NR
Chirurgie dentaire	5 % -13 %	NR	NR
Arthroplastie de hanche	27 %	6 %	1 % - 2 %
Herniotomie inguinale	5 % – 63 %	2 % - 4 %	80 %
Arthroplastie du genou	13 % - 44 %	15 %	6 %
Résection de mélanome	9 %	NR	NR
Mastectomie	11 – 57 %	5 % - 10 %	65 %
Sternotomie	7 % - 17 %	NR	NR
Thoracotomie	5 % - 65 %	10 %	45 %
Vastectomie	0 % - 37 %	NR	NR

The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain

Stephan A Schug, Patricia Lavand'homme

Pain 2019

Définition

La douleur

- La douleur se définit comme une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage.
- Les douleurs nociceptives résultent de l'activation du système de la nociception par une lésion interne ou externe de l'organisme.
- Les douleurs neuropathiques sont la conséquence d'une lésion du système nerveux.

Définition

La douleur chronique séquellaire

La douleur chronique > 3 mois peut être :

- En lien avec le cancer (augmente avec le stade de la maladie)
- **Une douleur séquellaire des traitements** : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie et la thérapie ciblée avec un effet cumulé.
- Toute douleur chronique a un retentissement sur la vie du patient: détresse psychologique , difficulté à retrouver un emploi, perte d'autonomie...entraînant une altération de sa qualité de vie et pouvant devenir un obstacle à sa réinsertion sociale.

Quand s'interroger ?

La douleur doit être abordée tout au long du parcours pour tous les types de cancers et tous types de traitements. Si la douleur est explicable voire attendue, elle n'est pas normale pour autant.

Il peut s'agir de douleurs aiguës (< 3 mois) ou chroniques (> 3 mois). La majorité des douleurs séquellaires sont neuropathiques mais elles peuvent également être mixtes et nociceptives.

Anticiper

Tous les traitements peuvent induire des douleurs séquellaires :

> **Chirurgie** : l'évaluation des facteurs de risque de chronicisation de la douleur avant la chirurgie et une bonne prise en charge post chirurgicale permettent de limiter les douleurs séquellaires.

> **Radiothérapie** : l'apparition de douleurs séquellaires peut être tardive.

> **Chimiothérapie** : des douleurs neuropathiques ressenties au cours du traitement peuvent engendrer des séquelles.

Repérer et évaluer

Points de vigilance :

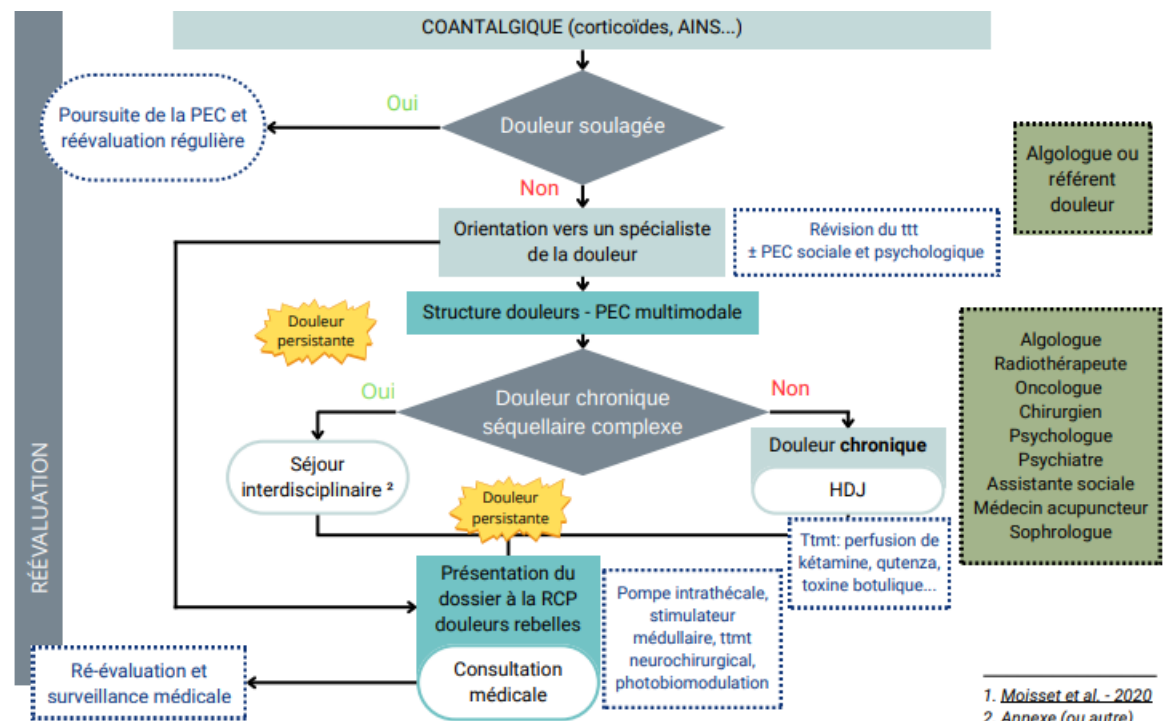
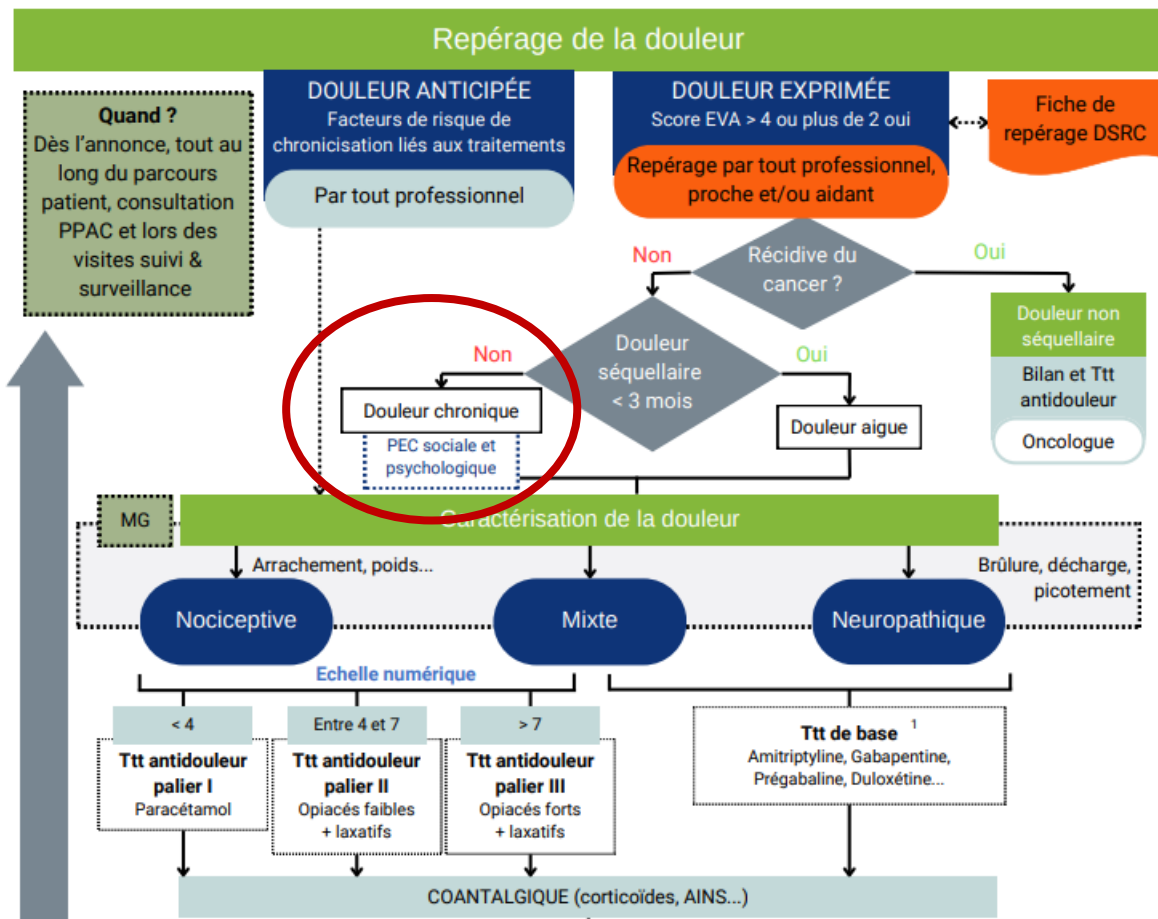
- > Historique, caractère, intensité de la douleur
- > Traitement(s) reçu(s)
- > Facteurs de risque pré et post opératoires
- > La douleur peut être causée par une récurrence
- > Douleur physique et douleur morale
- > Impact sur la vie quotidienne, sociale et professionnelle

En parler

Le patient peut penser que la douleur est normale. Il faut donc bien lui faire comprendre que ce n'est pas le cas et qu'elle peut être traitée afin qu'il puisse en parler librement.

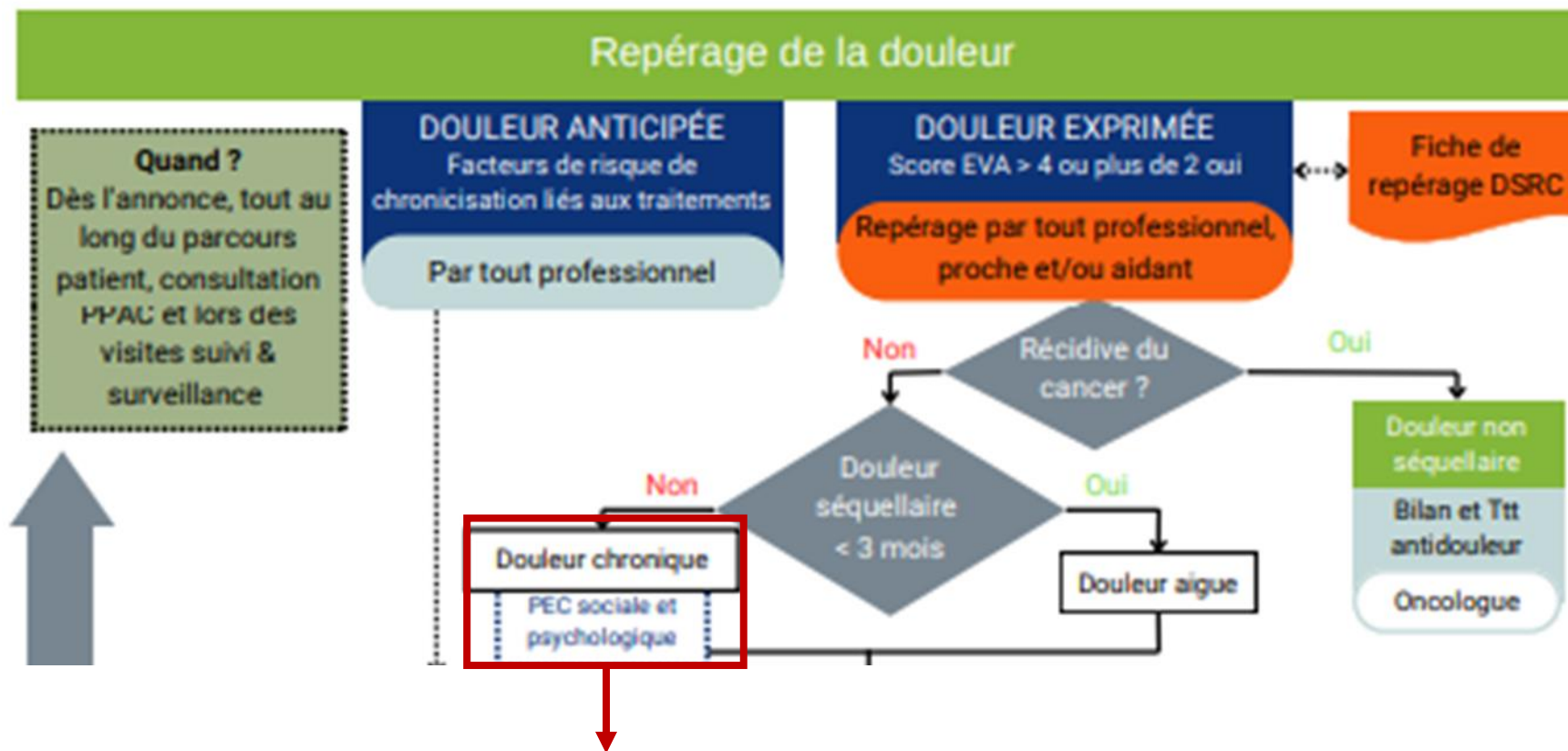
Informé et expliqué les mécanismes de la douleur, notamment séquellaire, est essentiel pour que le patient soit capable de la décrire.





1. Moisset et al. - 2020
2. Annexe (ou autre)

Anticiper



Nécessité de dépistage/repérage pour proposer une stratégie dynamique globale

Facteurs de risque pré, per et post opératoire de douleur chronique

Les douleurs séquellaires post cancer sont les moins connues et les moins bien prises en charge

Anticiper

<p>Facteurs démographiques Jeune Femme</p>	<p>Traumatisme chirurgical Diminue : - chirurgie mini-invasive - techniques d'épargne nerveuse - identification nerveuse Augmente : - durée de la chirurgie - grande incision - lésion nerveuse partielle > section - reprise chirurgicale - inflammation</p>	<p>Douleur postopératoire Intensité de la douleur aiguë Prolongation de la douleur postopératoire Hyperalgésie péricatriculaire Caractéristique neuropathique de la douleur</p>
<p>Facteurs psychiques État anxieux Dépression Catastrophisme</p>	<p>Type d'anesthésie Diminue : - utilisation du protoxyde d'azote - analgésie locorégionale prolongée - kétamines - gabapentinoïdes Augmente : forte dose de rémifentanyl</p>	<p>Traitements associés Chimio- et radiothérapie Récidive de la maladie</p>
<p>Facteur social Arrêt de travail prolongé</p>		
<p>Histoire douloureuse Douleur sur site ou à distance Durée de l'évolution de la douleur Présence de douleur neuropathique Consommation d'opioïdes</p>		
<p>Facteurs physiologiques Hyperalgésie diffuse Modulation de la douleur défaillante (CIDN faible)</p>		
<p>Facteurs génétiques Phénotype : antécédents personnels ou familiaux de SDRC Génotype</p>		

Source : Martinez V., Baudic S., Fletcher D.: [Chronic postsurgical pain]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013; 32: pp. 422-435.

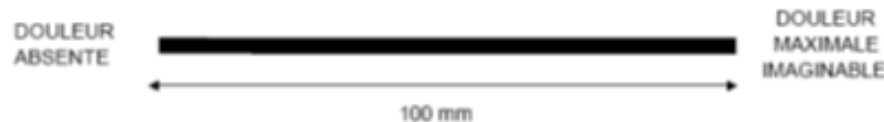
Outils d'évaluation de la douleur : intensité douloureuse

Intégration du repérage via les échelles d'évaluation standardisées hétéro & autoévaluations

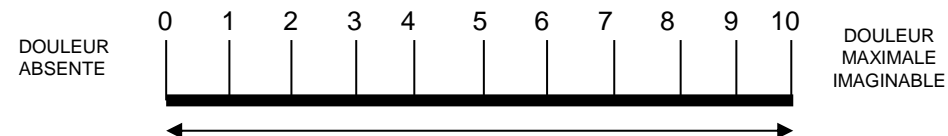
Repérer
Evaluer

- Etape importante : conditionne en partie la stratégie thérapeutique
- Différentes échelles d'auto-évaluation :

Échelle Visuelle Analogique



Échelle Numérique



Échelle Verbale Simple

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?		
0	Douleur absente	<input type="checkbox"/>
1	Faible	<input type="checkbox"/>
2	Modéré	<input type="checkbox"/>
3	Intense	<input type="checkbox"/>
4	extrêmement intense	<input type="checkbox"/>

Repérer
Evaluer

Tableau comparant les douleurs nociceptives et les douleurs neuropathiques

DOULEUR	NOCICEPTIVE	NEUROPATHIQUE
Causes	Multiples (infection, traumatisme, tumeur...)	Tumeur, post radiothérapie Membre fantôme, ZONA
Caractères de la douleur	Description variée	Brûlures, fourmillements, décharges électriques
Données d'examen	Pas de topographie neurologique	Anomalie de l'examen neurologique
Traitement	Les antalgiques classiques	Peu sensibles aux antalgiques classiques

Repérer
Evaluer

Le score DN4 : outil d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques (SCORE ≥ 4)

Q1• La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
Brûlure	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Sensation de froid douloureux	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Décharges électriques	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Q2• La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
Fourmillements	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Picotements	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Engourdissements	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Démangeaisons	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Q3• La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :		
Hypoesthésie au tact	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Hypoesthésie à la piqûre	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Q4• La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :		
Le frottement	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

OUI = 1 point / NON = 0 point. Diagnostic de douleur neuropathique si score ≥ 4

Bouhassira D et al. Pain. 2005, 114 :29-36.



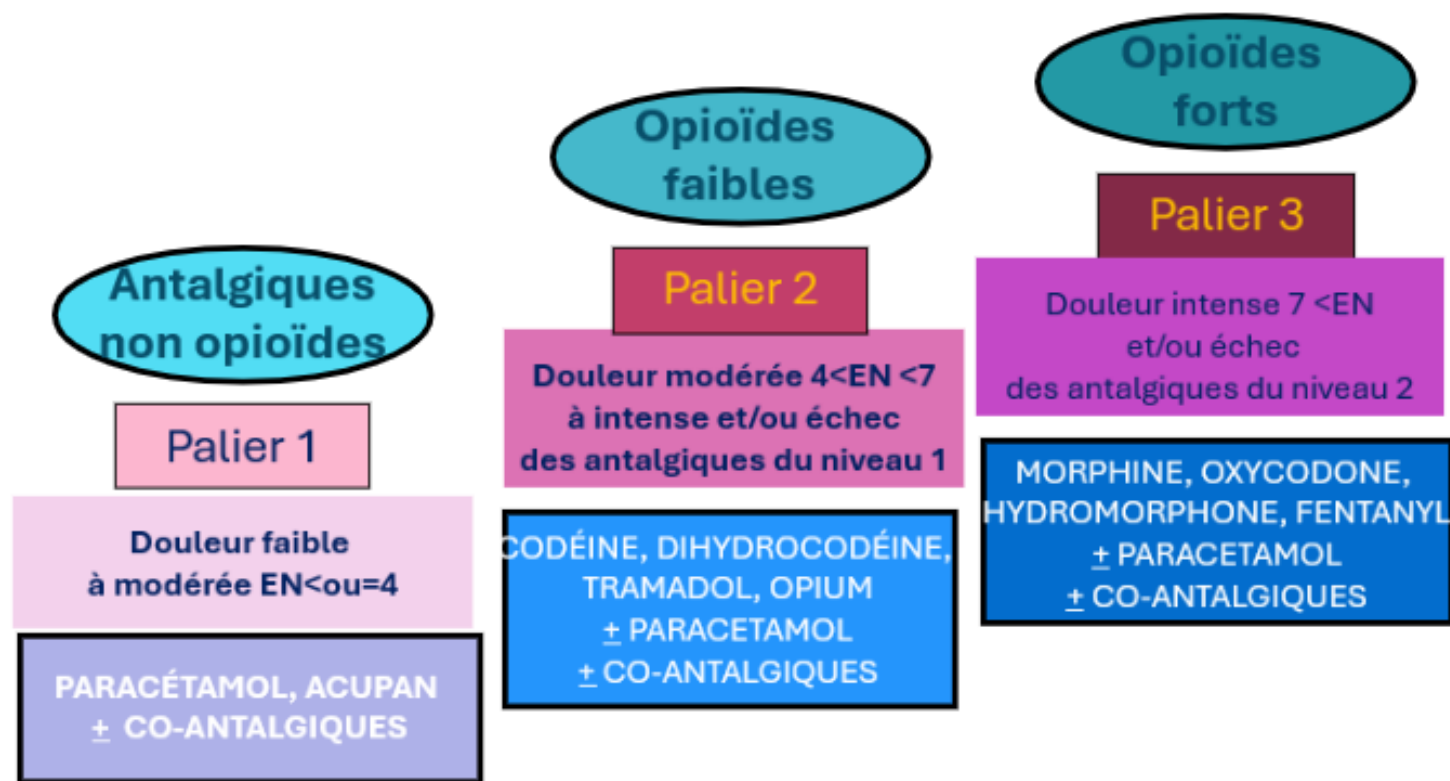
Le NPSI : Neuropathic Pain Symptom Inventory .

Bouhassira D., Attal N., Fermanian J., et. al. : Développement et validation de l'inventaire des symptômes de la douleur neuropathique. Pain 2004 ; 108 : pp. 248-257.

Prise en
charge

ANTALGIQUES : 3 paliers de l'OMS

Standard, mais en constante évolution...



En adaptant la stratégie thérapeutique à une dynamique globale multimodale, en proposant des SOS (psychologue, assistante sociale, APA, sexo..) et de la médecine intégrative (hypnose, acupuncture..) adaptée au patient.

Prise en charge

Le traitement antalgique : quelques règles simples

3 paliers de l'OMS

● Paliers I et II

Si les médicaments correctement prescrits ne sont pas ou plus efficaces :

- Ne pas s'y attarder plus de 24 à 48 h
- Ne pas essayer un autre médicament du même palier
- Passer au palier suivant
- Ne pas aller au-delà des doses maximales reconnues car augmentation uniquement des effets secondaires

● Paliers III

- Dose à adapter individuellement
- Des douleurs intenses (sup à 7) peuvent justifier d'emblée la prescription d'antalgique de palier 3

Prise en
charge

Utiliser Opioconvert pour les relais



OPIOCONVERT

L'application est éditée par les trois sociétés savantes :



Prise en
charge

Synthèse des recommandations françaises [Moisset, Bouhassira, 2020]

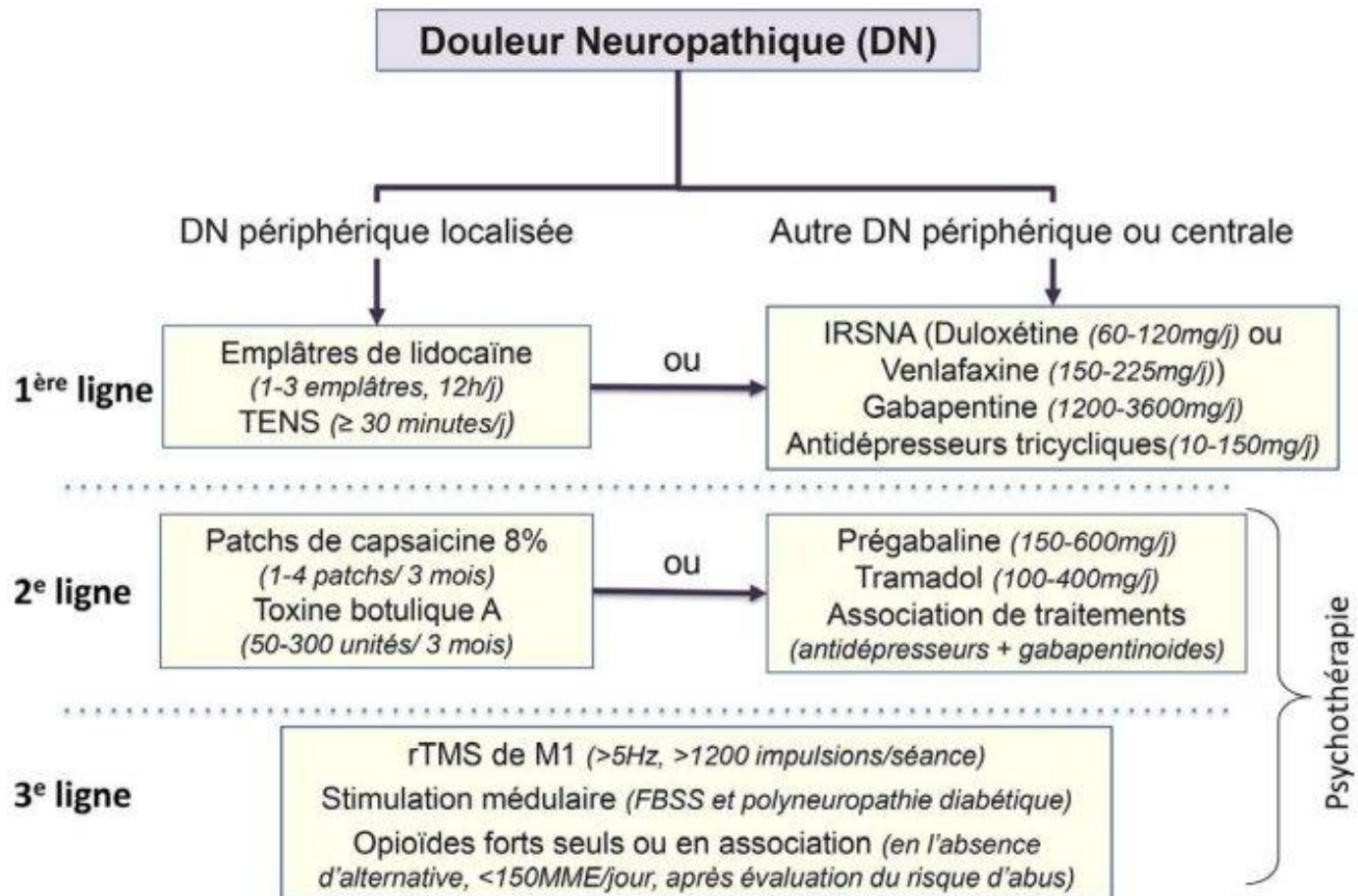
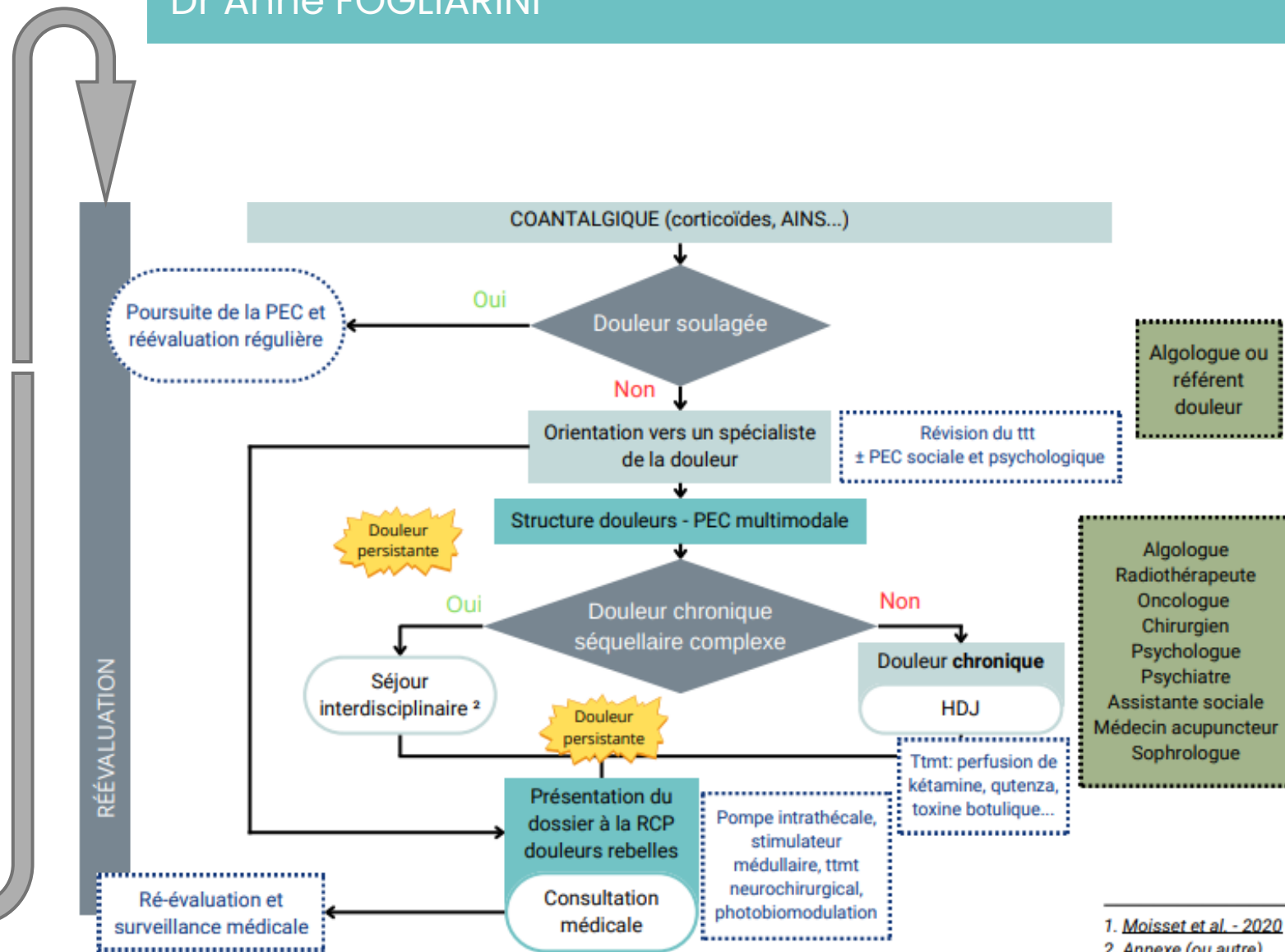
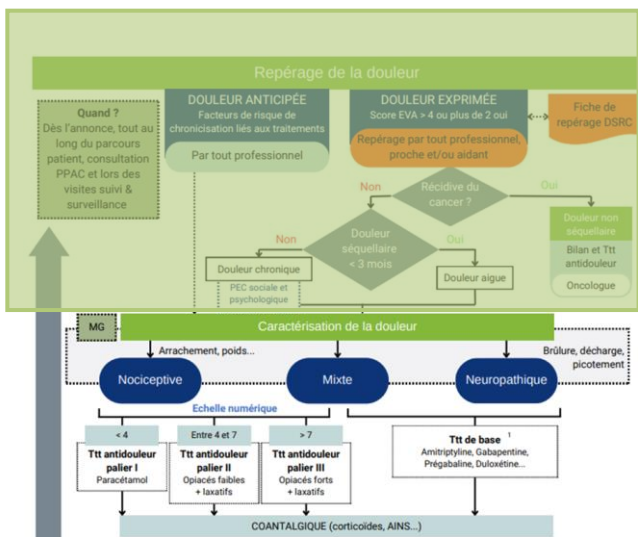


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle « douleur »

Dr Anne FOGLIARINI



1. Moisset et al. - 2020

2. Annexe (ou autre)

Les séquelles peuvent être associées, nécessitant alors une approche globale, leur prise en charge est pluridisciplinaire : dépistage au cours de la consultation douleur

Les professionnels concernés plus spécifiquement par la séquelle « douleur »



- Rechercher les symptômes associés à la douleur
Ex: l'anxiété et la dépression augmente le ressenti douloureux: cercle vicieux qui doit imposer une prise en charge multidisciplinaire.
- Dépister d'autres séquelles
- Elaborer une stratégie thérapeutique avec le patient au centre du dispositif

Prise en
charge

Techniques complémentaires

Techniques anesthésiques : blocs nerveux, injections (péridurale...)

Techniques radiologiques : alcoolisation, radiofréquence, cimentoplastie

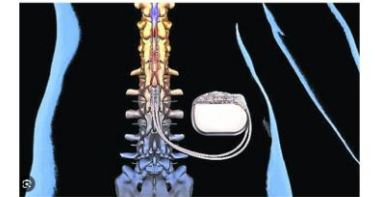
Techniques chirurgicales : section neurologique, stimulation neurologique, pompe intrathécale

Photobiomodulation : traitement par LED et laser de basse intensité

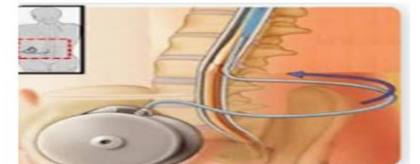
Cimentoplastie



Neurostimulation médullaire



Pompe intrathécale



Photobiomodulation



Où se former ?



Capacité de médecine Evaluation et traitement de la douleur - Université de Côte d'Azur



Hors région : DU Douleur en oncologie (Lyon, Paris) - DIU Clinique et psychopathologie de la douleur (Dijon, Lille, Nantes) - DIU Douleur aiguë et chronique et soins palliatifs pédiatriques (Lyon, Paris) - DIU Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur (Paris, Grenoble, Lille...)

Outils et ressources



- Référentiel INCa patients – Douleur et cancer (2007)
- Questionnaire DN4 (douleur neuropathique), questionnaire NPSI
- HAS- Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur (2022)
- Centre National Ressources Douleur
- Référentiel AFSOS- Prise en charge de la douleur du cancer chez l'adultes (2012)
- SFAR- SFETD- Livre Blanc sur la douleur

Séquelle « douleur » en résumé [1/2] :

Douleur aiguë ou chronique, d'intensité plus ou moins forte, nociceptive ou neuropathique, à traiter au plus vite pour éviter sa chronicisation

Peut être prévisible mais n'est pas normale pour autant. Tous les traitements peuvent induire des douleurs séquellaires (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)

Leur apparition peut être très tardive (5 ans après la radiothérapie)

Séquelle « douleur » en résumé [2/2] :

Devant
l'apparition
d'une douleur
tardive:
éliminer une
récidive !

Pour la douleur
chronique : prise
en charge
multidisciplinaire
pour être efficient

Outils

Echelle d'autoévaluation :
EN, EVS

Echelle d'hétéroévaluation :
Algoplus, Doloplus, ECPA
DN4 et PMSI diagnostic de
douleur neuropathique

Dépister l'existence
d'autres séquelles
(fatigue, diminution
de l'estime de soit,
trouble cognitif...)

Dans l'avenir,
prévenir le risque
de chronicisation
de la douleur en
dépistant les
personnes à
risques et en
proposant des
soins de support
adaptés dès
l'annonce du
diagnostic et en
lien avec les
anesthésistes

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**

(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**
(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

Focus sur la séquelle « fatigue » – Frédéric CHORIN

Responsable de la plateforme Fragilité, CHU de Nice

Données

“La fatigue est le symptôme le plus fréquemment et spontanément rapporté par les personnes traitées pour un cancer, et ce de manière durable, jusqu’à des années après la fin des traitements. Cinq ans après le diagnostic de leur maladie, 48,7 % des participants à l’enquête le décrivent comme cliniquement significatif, ce qui n’est pas différent de ce qui était observé deux ans après le diagnostic.”

VICAN 5 - Rapport INCa 2018

Prévalence

Symptôme le plus fréquemment ressenti par les patients : fréquence de 25 % à 100 % selon le type de cancer et de traitements

Ancellin, 2017 ; INCa, 2014 ; NCCN, 2020 ; INCa, 2018 ; ESMO, 2020

Peut persister de nombreuses années après la fin des traitements : 49 % des patients concernés à 5 ans, 25 % à 10 ans, 10 % à 25 ans

Ancellin, 2017 ; Ligue contre le cancer, 2018 ; INCa, 2018 ; ESMO, 2020

Sources : Référentiel Fatigue & cancer AFSOS

Définition

Fatigue

- La fatigue liée au cancer est très différente d'une fatigue après une séance de sport ou une longue journée de travail.
- Elle n'est pas atténuée par le repos et peut devenir un obstacle à l'accomplissement des tâches quotidiennes ou professionnelles, surtout lorsque celles-ci sont exigeantes sur le plan physique.



Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle « Fatigue »
Frédéric CHORIN

Quand s'interroger ?

La fatigue doit être évaluée tout au long du parcours et notamment à la fin des traitements ou à distance des traitements actifs ou lorsque la plainte est durable et répétée dans le temps.

Il convient de s'interroger lorsqu'elle est disproportionnée au regard de l'activité récente et n'est pas soulagée par le repos ou le sommeil. Elle n'est pas normale et ne doit pas être banalisée par les professionnels de santé.

Repérer et évaluer

Point de vigilance

- > **Multifactorielle** : dimensions physiques, psychologique et cognitive
- > **Historique, fréquence, intensité**
- > **Histoire de la maladie et traitements reçus**
- > **Facteurs modifiables** (douleur, anémie, anxiété, dénutrition...)
- > **Impact sur la vie quotidienne et sociale**
- > **Sédentarité, déconditionnement**

Anticiper

Malgré son impact sur le quotidien des patients, la fatigue est sous-diagnostiquée et sous-évaluée chez des patients qui l'évoquent peu par peur de déranger.

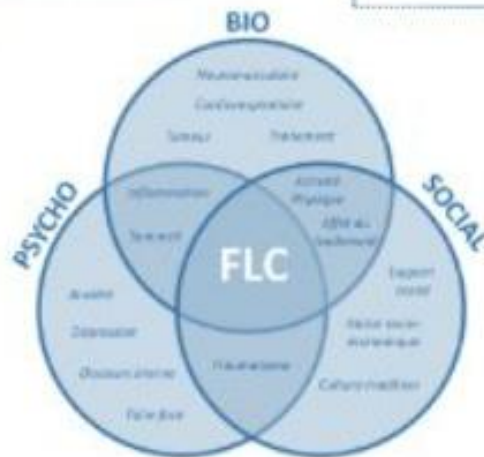
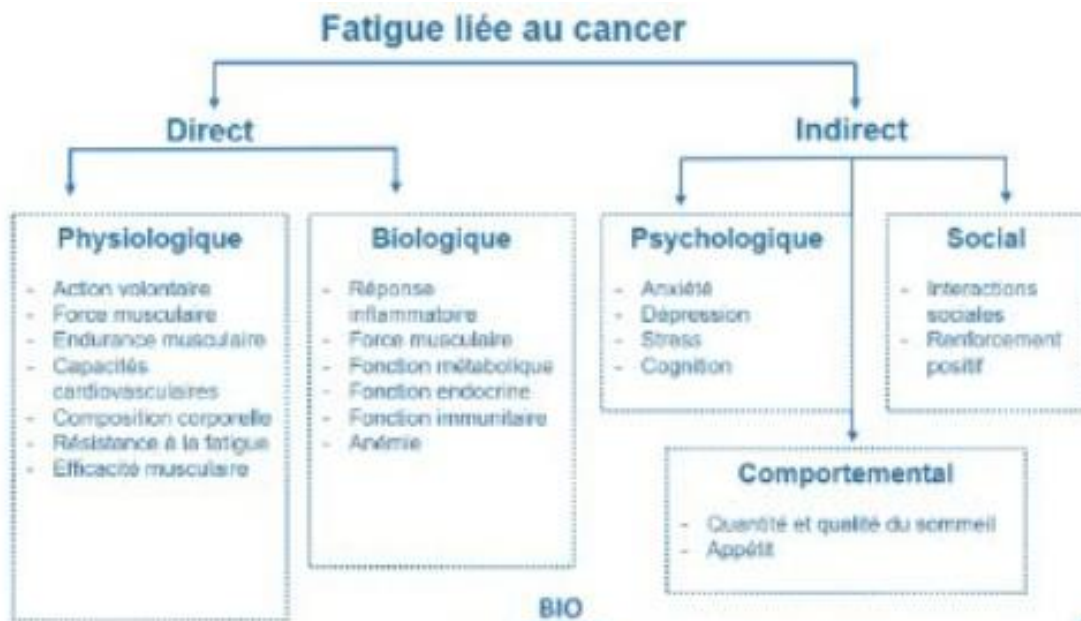
Une prise en charge nutritionnelle et une activité physique adaptée tout au long du parcours permettent de réduire la fatigue et ses séquelles. Il s'agit d'accompagner le patient dans le maintien de son autonomie et de ses activités habituelles.

En parler

Il est essentiel de rassurer les patients et leur entourage, et d'informer sur l'existence d'interventions efficaces. La fatigue est fréquente et n'est pas synonyme d'une inefficacité des traitements, d'une progression de la maladie ou d'une récurrence.

Repérer
Evaluer

Multi-dimensionnelle / Factorielle



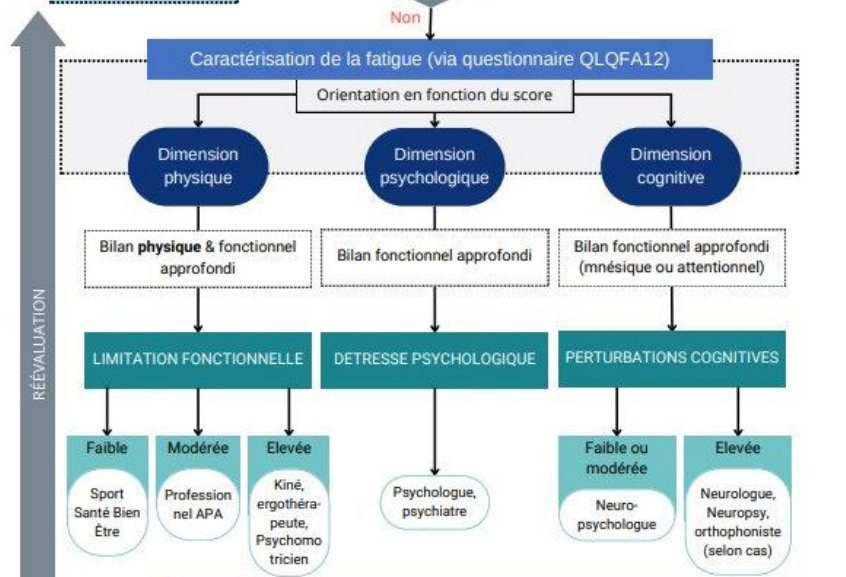
Repérer
Evaluer

1

Repérage de la fatigue / Prévention des séquelles



2

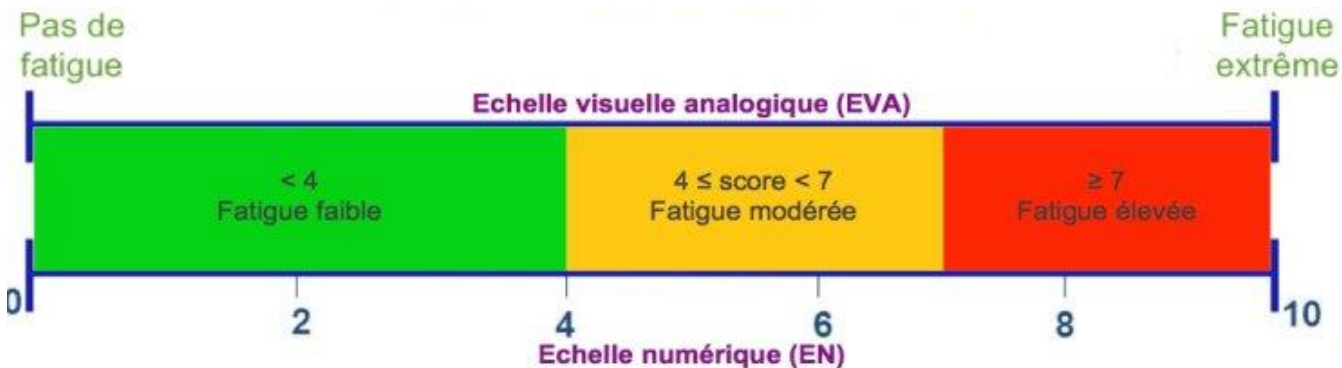
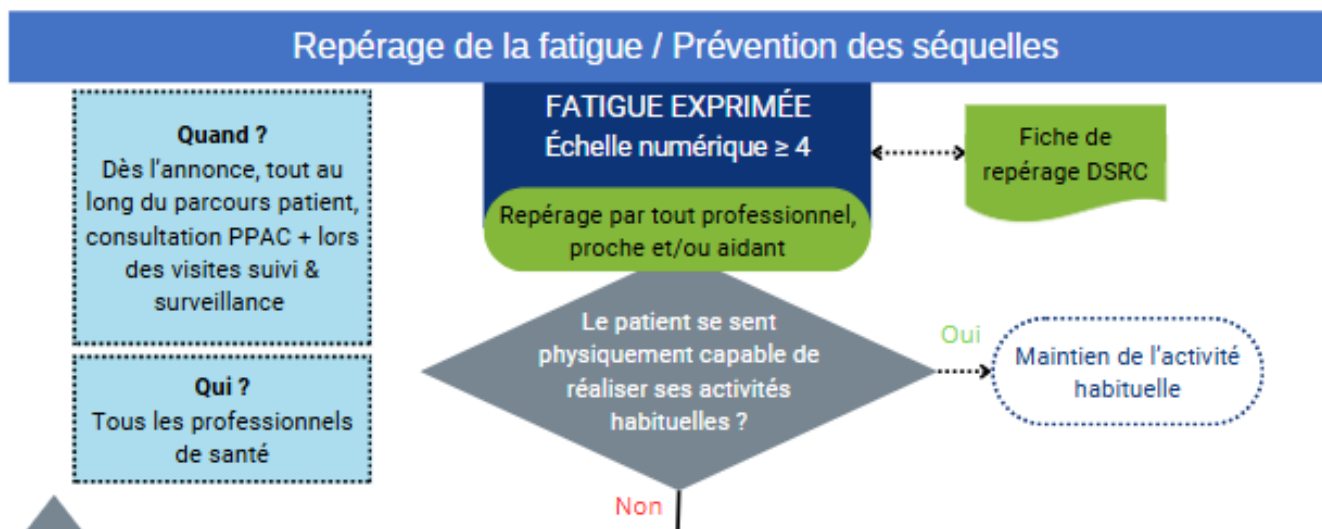


3



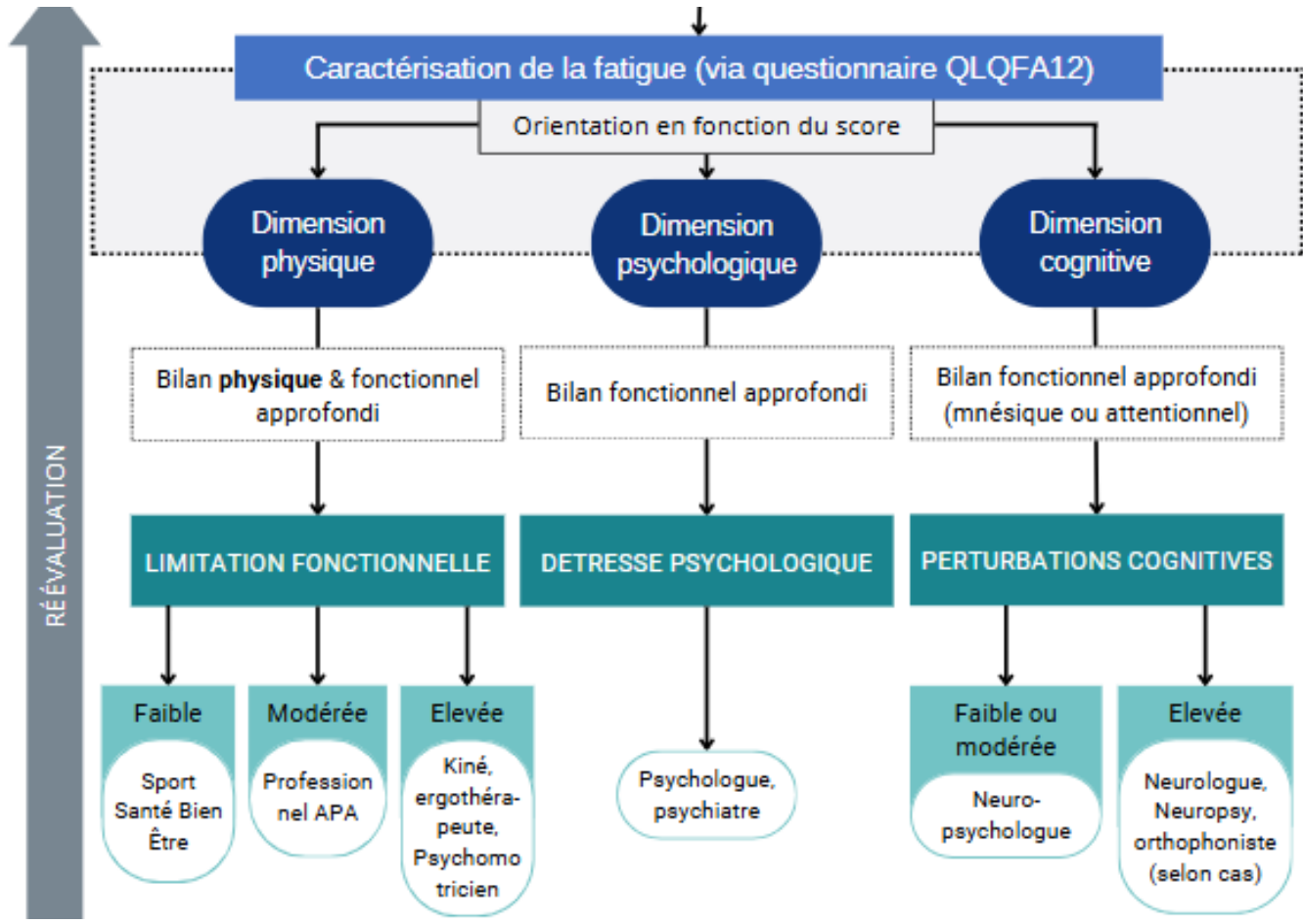
Anticiper

1



Repérer /
Evaluer

2



Caractérisation de la fatigue

QLQFA12

Revue bibliographique

Echelle	Nb de dimensions	Type d'échelle	Nb d'items	Spécifique cancérologie ou non	Référence	Différence minimale cliniquement importante (DMCI)
FACIT-Fatigue	1	Likert, 5 modalités	13	Permission FACIT.ORG – pas multidimensionnelle		
QLQ-C30 (dimension fatigue)	1	Likert, 4 modalités	3	Sous-échelle – pas multidimensionnelle		
QLQ-FA12	3	Likert, 4 modalités	12	nouvellement validé ; spécifique cancer	Weis, 2017	en cours (APACaPOP)
Piper modifiée	4	Echelle numérique de 0 à 10	22	spécifique cancer	Gledhill, 2002	NA
Daily Fatigue Cancer Scale (DFCS)	1	EVA	3	Pas multidimensionnelle développé (français)		
Brief Fatigue Inventory (BFI)	1	Echelle numérique de 0 à 10	9	Pas multidimensionnelle validation en langue française (Brest)		
Echelle visuelle analogique (EVA)	1	EVA	1	Repérage – pas multidimensionnelle		
Multidimensional Fatigue Inventory MFI-20	4 (FR), 5 (English)	Likert, 5 modalités	20	non spécifique cancer	Gentile, 2003	NA pour scoring français
Echelle de sévérité de la fatigue	1	échelle numérique de 1 à 7	9	Pas recommandé tableau, non recommandée pour évaluer la fatigue liées au cancer		

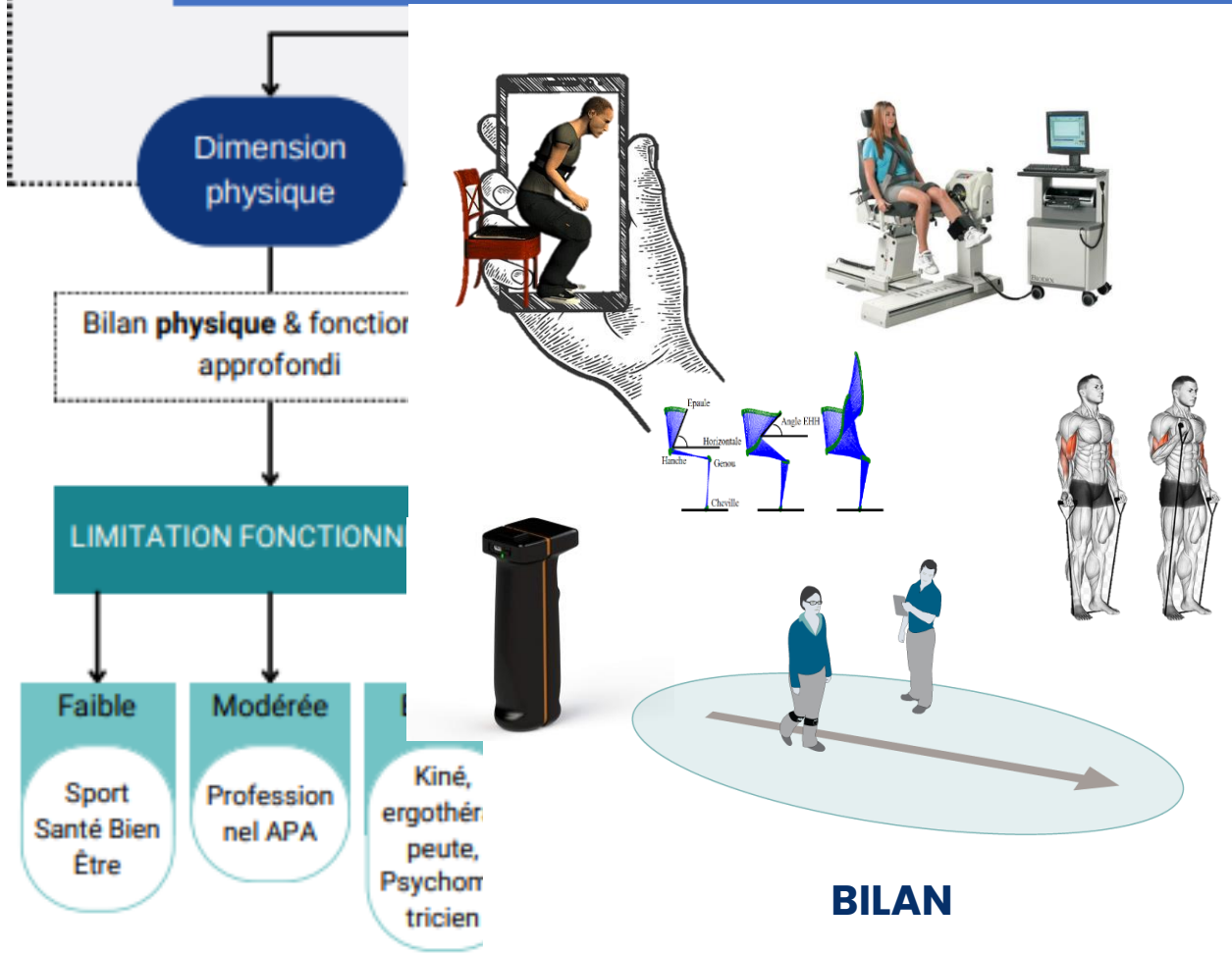
Accessibilité

Dimension physique, émotionnelle et cognitive

- | | |
|---|---|
| 1. Have you lacked energy? | 7. Did you feel helpless? |
| o Not at all | o Not at all |
| o A little | o A little |
| o Quite a bit | o Quite a bit |
| o Very much | o Very much |
| 2. Have you felt exhausted? | 8. Did you feel frustrated? |
| o Not at all | o Not at all |
| o A little | o A little |
| o Quite a bit | o Quite a bit |
| o Very much | o Very much |
| 3. Have you felt slowed down? | 9. Did you have trouble thinking clearly? |
| o Not at all | o Not at all |
| o A little | o A little |
| o Quite a bit | o Quite a bit |
| o Very much | o Very much |
| 4. Did you feel sleepy during the day? | 10. Did you feel confused? |
| o Not at all | o Not at all |
| o A little | o A little |
| o Quite a bit | o Quite a bit |
| o Very much | o Very much |
| 5. Did you have trouble getting things started? | 11. Did tiredness interfere with your daily activities? |
| o Not at all | o Not at all |
| o A little | o A little |
| o Quite a bit | o Quite a bit |
| o Very much | o Very much |
| 6. Did you feel discouraged? | 12. Did you feel that your tiredness is (was) not understood by the people who are close to you ? |
| o Not at all | o Not at all |
| o A little | o A little |
| o Quite a bit | o Quite a bit |
| o Very much | o Very much |

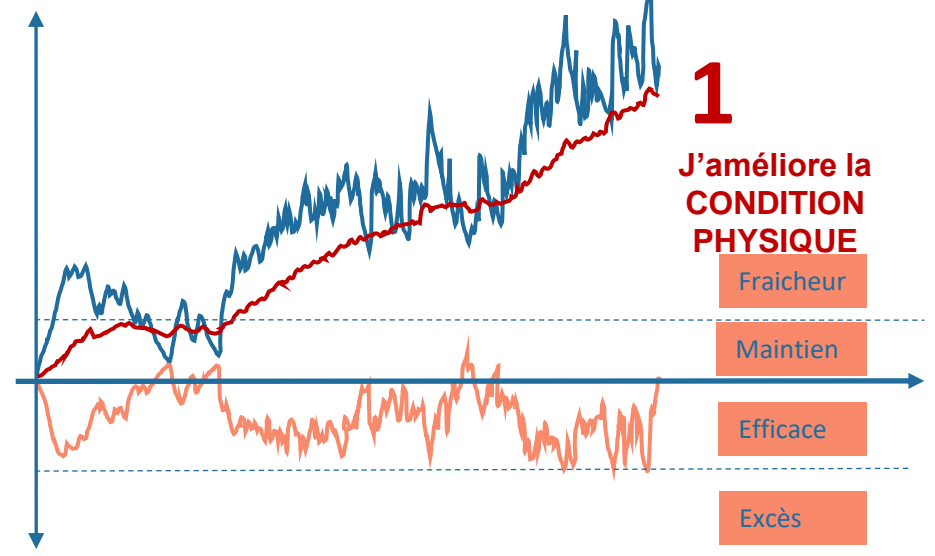
2

Caractérisation de la fatigue (via questionnaire QLQFA12)



- Index de hooper
- Echelle de borg
- Méthode foster-coggan

2 J'induis de la FATIGUE



3 Je contrôle ce que j'induis OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE

SEANCE APA

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Activité Physique et Cancer



Rôles des soignants dans l'activité physique

Tous médecins impliqués dans la prise en charge oncologique du patient (du généraliste au spécialiste), cadres de santé, infirmiers (IDE, IPA, IDEC), diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues, pharmaciens, enseignants en APA, étudiants en santé, patients-experts, référents ERI, etc, ont un rôle à jouer dans la promotion de l'AP

- **Au plus tôt (dès le diagnostic), en continu, et de façon répétée au cours du parcours**
- **Dans le respect de la volonté et de la temporalité du patient**
- **L'absence d'AP est une perte de chance**

Inserm, 2019

Rôles principaux à jouer par tous les soignants auprès du patient

- Informer sur l'intérêt de l'AP, et le rôle délétère de l'inactivité physique et de la sédentarité
- Identifier et participer à lever les freins ou orienter vers les professionnels formés à le faire
- Encourager le patient à une pratique régulière d'AP
- Encourager le patient à réduire les longues périodes assises dans la journée
- Repérer et orienter le patient au plus tôt
- Suivre le déroulement de l'AP ou de l'APA préconisée

Intervenir de la même manière
auprès de l'entourage

Rôles principaux des médecins

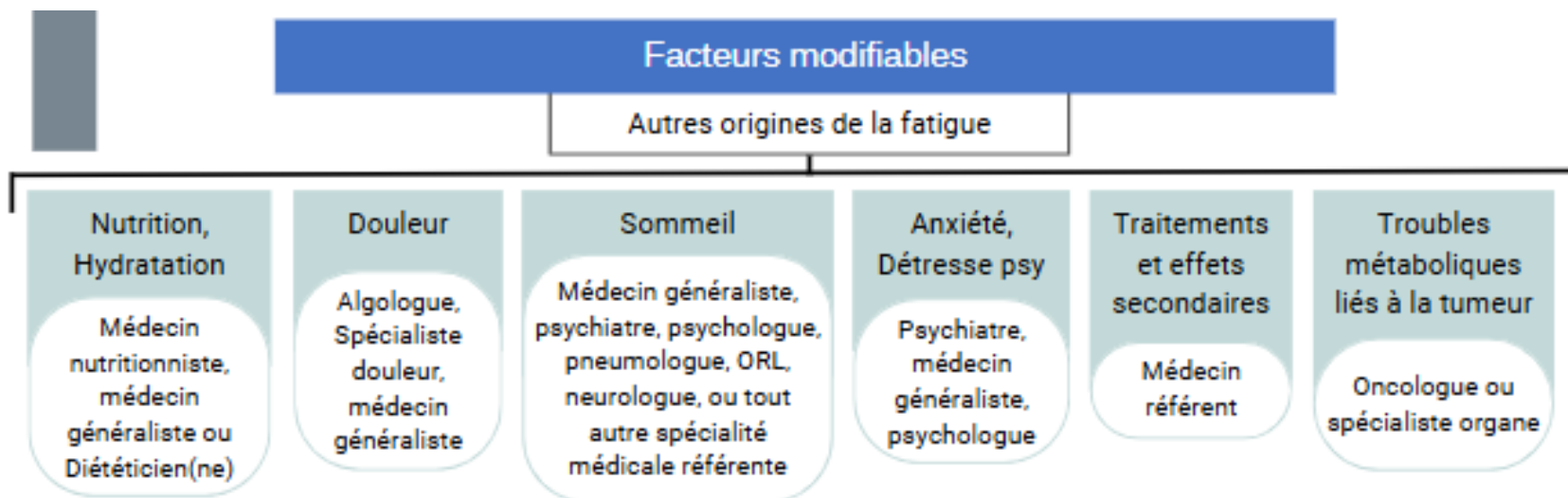
- Rechercher les contre-indications absolues et relatives à la pratique d'APA
- Participer à la recherche des freins et des leviers à la pratique d'AP
- Etablir une prescription de bilan d'APA (après-cancer) et/ou de programme d'APA en fonction des précautions éventuelles (cf. Page 11) et/ou établir un certificat d'absence de contre-indication si nécessaire

Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle « Fatigue »

Frédéric CHORIN

3



Prendre en
charge

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Fatigue et cancer

Interventions non médicamenteuses (2)

Activité physique et exercices physiques

• La pratique d'une AP régulière spontanée diminue la fatigue perçue

- niveau de preuve faible à modéré de la **pratique régulière d'AP dès le diagnostic** *Dennett, 2016 ; Bergenthal, 2014 ; Mishra, 2012 ; Hilfiker, 2018 ; Puetz, 2012*
 - sein, prostate, colon : SMD* -0,24 à -0,67
- effets suggérés pour d'autres types de cancer *Ancellin, 2017 ; Götte, 2014 ; Persoon, 2013*
 - ORL, endomètre, ovaire, hémopathies malignes, cancers pédiatriques : SMD -0,03 à -0,53
- atténuation de l'apparition de la fatigue pendant les traitements et diminution de la fatigue après les traitements *Puetz, 2012*

• La pratique d'exercices physiques volontaires diminue la fatigue perçue

- niveau de preuve faible à modéré pour les exercices physiques **aérobie avec ou sans renforcement musculaire** : SMD -0,17 à -0,82 *Cramp, 2012 ; Fuller, 2018 ; Lahart, 2018*
- effets **exercices aérobie > renforcement musculaire** *Serdà I Ferrer, 2018*
- effets **exercices supervisés > non supervisés** *Van Vulpen, 2016 ; van Waart, 2015*, en **groupe > seul** *Juvet, 2017*
- nombre d'études trop limité pour recommander les **exercices intenses de type High Intensity Interval Training (HITT)** : mais effets similaires à l'AP d'intensité modérée et gain de temps *Schmitt, 2016 ; Edvardsen, 2015 ; Buffart, 2013 ; Anderson, 2013 ; Baguley, 2017*

*SMD : Standardized Mean Difference ; Différence Moyenne Standisée employée quand les études d'une méta-analyse évaluent le même résultat, mais le mesure différemment. Interprétation : <|0.20|, effet faible ; entre |0.20| et |0.80|, effet modéré, ≥ |0.80| effet fort.

Prendre en
charge

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Fatigue et cancer

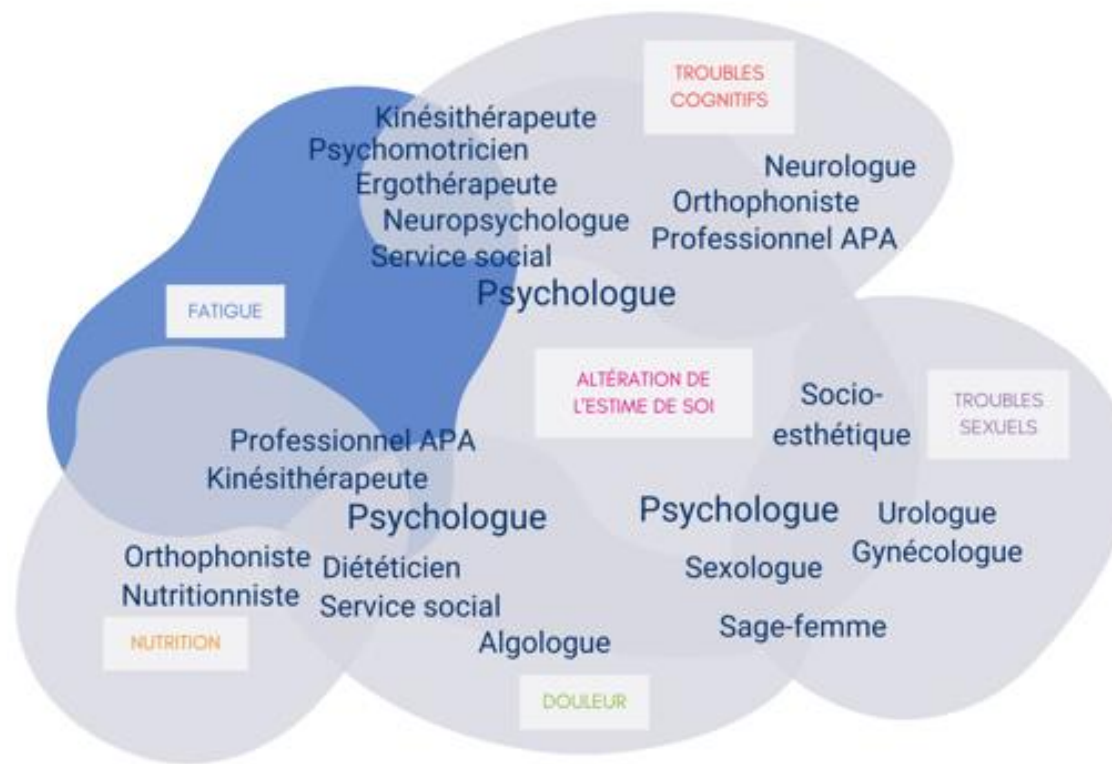
Interventions non médicamenteuses (4)

Intervention psycho-sociale, comportementale et cognitive

- **Thérapie cognitivo-comportementale** diminue la fatigue : SMD -0,16 *Duijts, 2011*
- **Education thérapeutique** effet modéré (faible qualité méthodologique des études) sur la fatigue : SMD -0,28. Devrait être proposée en complément des autres interventions *Bennett, 2016*
- **Mindfulness** plus efficace que les groupes de parole. Nombre et qualité des études restent limités *Carlson, 2016, Bower, 2015, Johns, 2015*
- **Entretiens motivationnels** ne permettent pas de réduire la fatigue après traitement *Spencer, 2016*

Orienter

Les professionnels concernés plus
spécifiquement par les troubles
liés à la fatigue



Les séquelles peuvent être associées, nécessitant alors une approche globale, leur prise en charge est pluridisciplinaire :

Où se former ?

Pas de DU/ DIU spécifique mais la thématique peut être abordée dans d'autres formations :



Nutrition, Douleur, Psycho-oncologie

Outils et ressources



- [Référentiel AFSOS - Fatigue et cancer \(2020\)](#)
- [Guide patients INCa - Fatigue et cancer \(2023\)](#)
- [Référentiel INCa- Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer \(2017\)](#) et [Rapport sur l'impact des facteurs nutritionnels pendant et après cancer \(2020\)](#)
- Questionnaire [QLQ-FA12](#) et son table scoring [*version en Français* à demander auprès de l'EORTC], [Global Physical Activity Questionnaire \(GPAQ\)](#)
- Questionnaire MOCA (neuropsychy)

Séquelles « Fatigue » en résumé :

Disproportionnée au regard de l'activité récente et non soulagée par le repos et le sommeil, impactant les activités quotidiennes

Dimensions : **physique, psychique, cognitive**

Facteurs modifiables :
nutrition, hydratations, douleur, sommeil, anxiété, détresse psy, traitement et effet secondaires, troubles métaboliques liés à la tumeur

Peut représenter un frein majeur au retour à la vie active et au maintien de l'autonomie

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**
(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**

(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

Focus sur la séquelle des « troubles cognitifs »

Dr Vincent HARLAY – Médecin Neurologue, Hôpital de la Timone AP-HM, Marseille

Eve ATTALI – Neuropsychologue, Hôpital privé La Casamance, Aubagne

Données

“Les troubles de l’attention ou les dysfonctionnements de la mémoire affectent respectivement 35,9 % et 67,7 % des répondants. Enfin, 26,4 % présentent une situation de dépendance de légère à sévère (fatigue, alitement intermittent ou alitement permanent).”

VICAN 5 - Rapport INCa 2018

Données

- **L'âge médian au diagnostic de cancer est de 70 ans et de 68 ans respectivement chez l'homme et la femme.**
- **20 à 50% des patients pré-CT présentent déjà des troubles cognitifs**
- **Plainte cognitive jusqu'à 75% des patients (hors tumeurs primitives SNC)**
MAIS problématique encore peu connue du grand public

Données

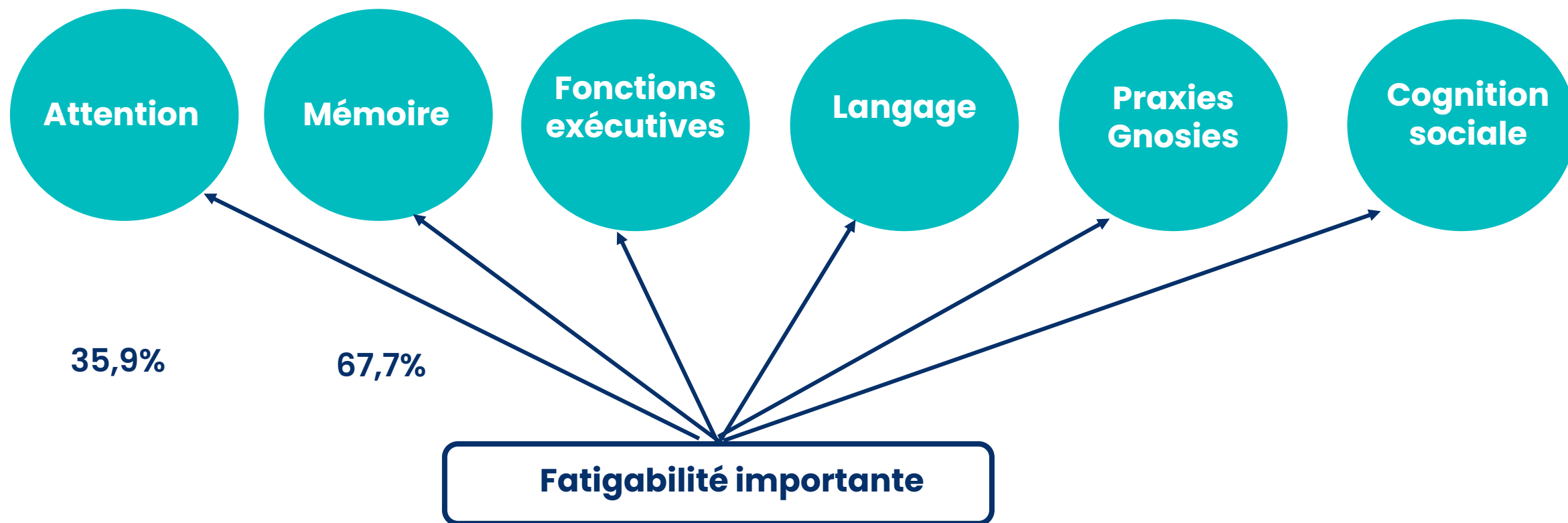
Quelle est l'origine des troubles cognitifs liés au cancer ?

- Age
- Prédilections génétiques (APOE-4)
- Cancer (cascade inflammatoire)
- Traitements du cancer (anesthésie, chirurgie, traitements oncologiques)
- Facteurs psychosociaux
- Comorbidités neurologiques ou psychiatriques
 - + anxiété
 - + troubles du sommeil
 - + maladie neurodégénérative sous-jacente
 - + trouble psychiatrique associé

Comment repérer les troubles cognitifs ?

La plainte cognitive est **subjective**.

Elle se caractérise par le domaine cognitif affecté et l'**intensité** de la **gêne** occasionnée.



Attention

« Sélection d'un événement extérieur ou d'une pensée et son maintien dans la conscience » (W. James, 1890)

Attention sélective : extraire une information pertinente d'un « bruit de fond »

Attention focalisée: focalisation des ressources attentionnelles sur un stimulus pertinent, en **inhibant** les stimuli non pertinents.



Distractibilité accrue

Attention divisée : partage des ressources entre plusieurs tâches simultanées.



Incapacité à prêter attention à plusieurs choses en même temps.

- **Attention soutenue (Vigilance):**

Alerte : état d'éveil général
permettant de réagir
rapidement et de manière
appropriée aux sollicitations

+

Résistance à la distraction.



Difficultés de concentration,
Erreurs d'étourderie,
Mise en danger.

Mémoire de Travail

Maintien

ET

Manipulation



Raisonnement



Compréhension du
langage oral



Résolution de
problèmes

Mémoire à Long Terme

Mémoire Sémantique

Connaissances générales sur le monde indépendamment du contexte d'acquisition

Mémoire Episodique

Souvenirs uniques qui ont été personnellement vécus dans un **contexte spatial** et **temporel** particulier.

Permet de voyager mentalement à travers le temps, par la capacité qu'elle procure à l'individu de revivre des expériences passées et de se projeter dans le futur (*Wheeler, Stuss et Tuving, 1997*).

Mémoire à Long Terme

Mémoire Sémantique

Connaissances générales sur le monde indépendamment du contexte d'acquisition

Mémoire Episodique

Souvenirs uniques qui ont été personnellement vécus dans un **contexte spatial** et **temporel** particulier.

Permet de voyager mentalement à travers le temps, par la capacité qu'elle procure à l'individu de revivre des expériences passées et de se projeter dans le futur (*Wheeler, Stuss et Tuving, 1997*).

Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle des « troubles cognitifs »
Dr Vincent HARLAY
Eve ATTALI

3 étapes

Encodage

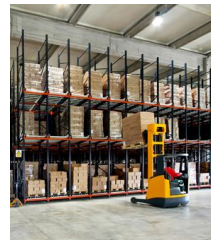
Enregistrement des
informations et du
contexte



Incapacité à mémoriser de
nouvelles infos

Stockage

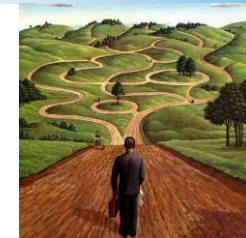
Maintien de
l'information en
mémoire



Oublis

Récupération

Recherche et
évoocation d'un
souvenir



Défaut de rappel spontané

Fonctions exécutives

1. **L'inhibition** : empêcher que des informations non pertinentes ne perturbent la tâche.

Signes cliniques: patients distractibles, impulsifs ou désinhibés.

2. **La flexibilité mentale**: capacité à déplacer le focus attentionnel d'une classe de stimuli à une autre.

Signes cliniques: persévérations (comportement, langage...).

3. **La planification**:

→ anticiper et élaborer des étapes d'une action

→ choisir la stratégie la plus adaptée à un contexte

Signes cliniques: difficultés à organiser et hiérarchiser les tâches

Cancer-related cognitive impairment (CRCI) (chemobrain)

Mesure **subjective** : 44%

Mesure **objective** : 21%

Neuro-inflammation liée au cancer :

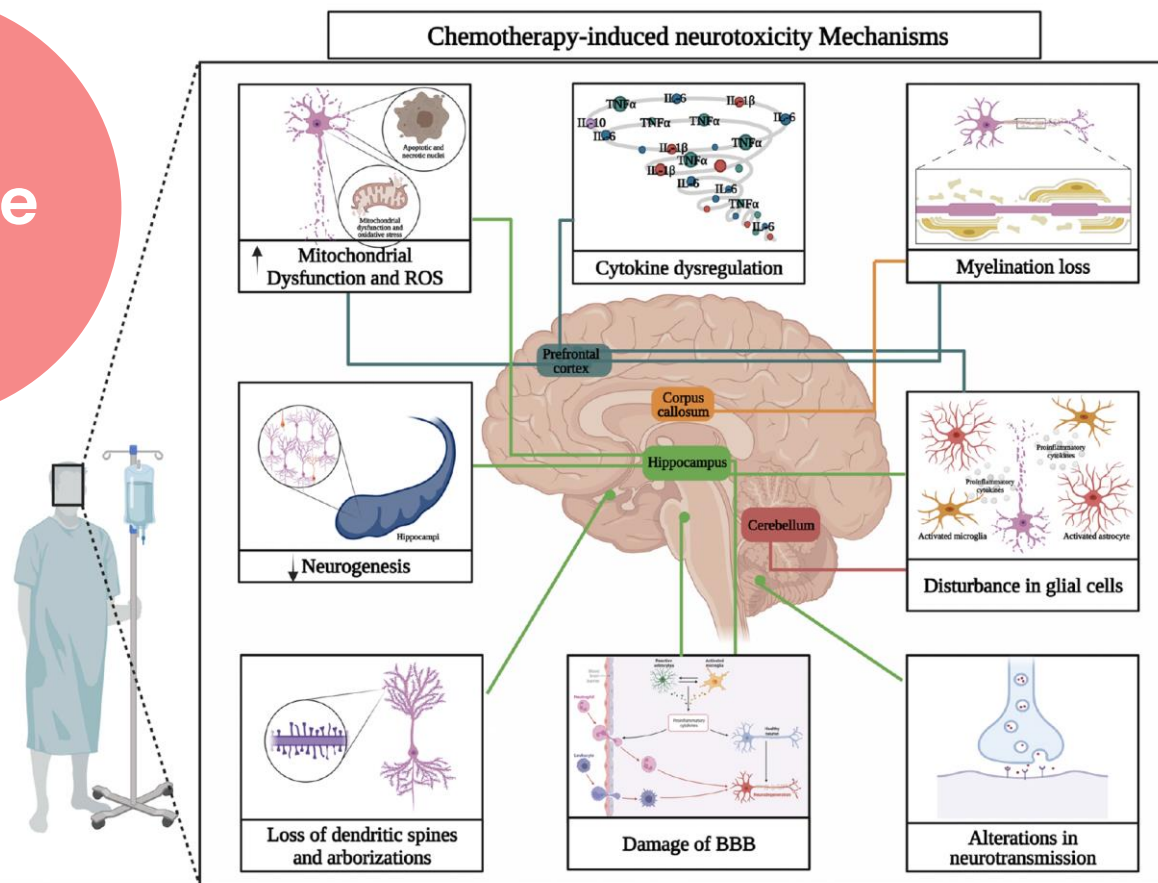
Régions impliquées :

- + hippocampes
- + corps calleux
- + cortex frontal
- + cervelet

Impact négatif d'un cancer immuno-inflammatoire :

- association inflammation systémique et **plainte cognitive** avant la CT (mais pas forcément les tests)
- **Anxiété** : en lien avec l'annonce du cancer mais aussi avec la neuro-inflammation

Whittaker et al., 2022 ; Bagnall-Moreau et al., Mol Neurobiol. 2019 ; Catalina



Cancer-related cognitive impairment (CRCI)

Neuro-inflammation liée au cancer :

Physiopathologie:

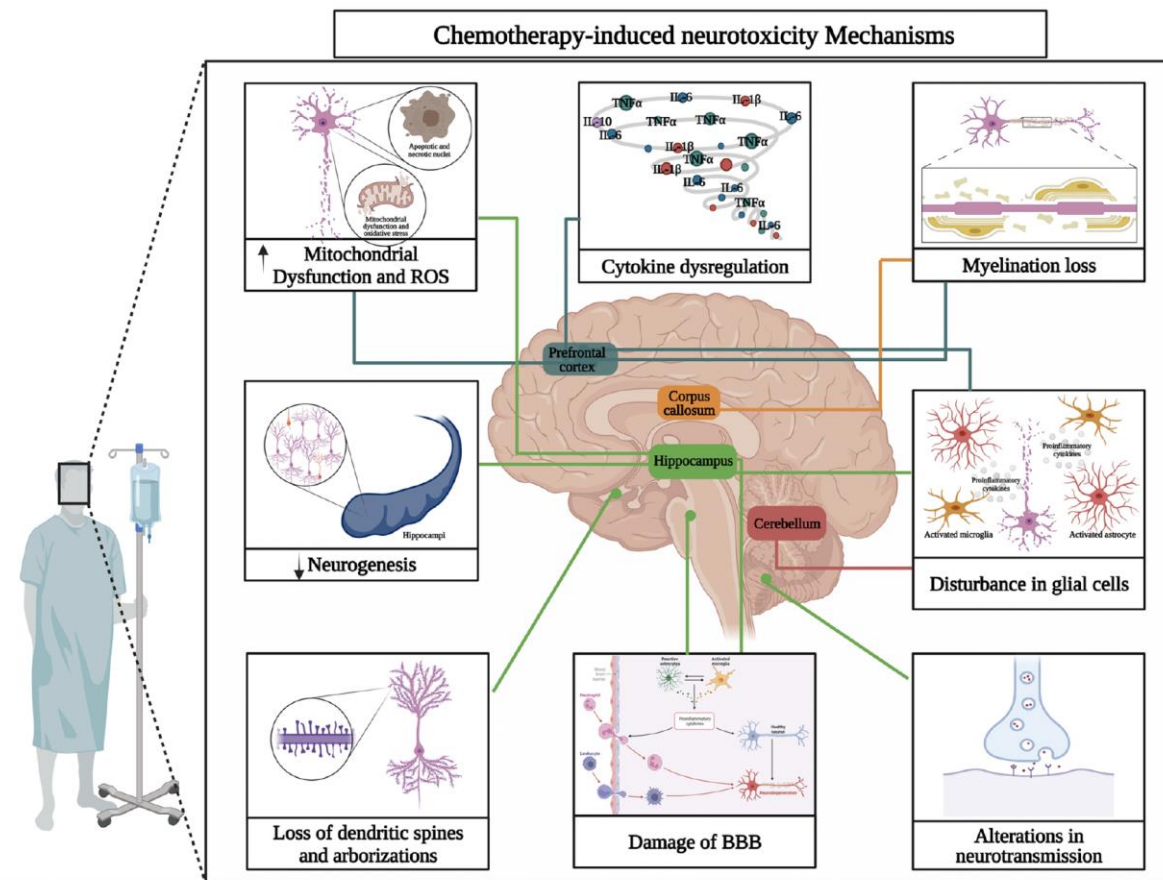
- **cytokines** inflammatoires périphériques qui **augmentent la perméabilité de la BHE** (*IL-1B, IL-4, TNFa*)
- **inflammation** des plexus choroïdes et **des méninges** (infiltrats lymphoïdes protumoraux immunosuppresseurs).
- **l'activité microgliale (gyrus denté)** entraîne une diminution des fonctions cognitives.

Lyon et al., *J Neuroimmunol*, 2016

Pomykala et al., *Brain Imaging Behav*, 2013

Catalina Murillo et al., *Toxicol Rep.* 2023

Etiologie



Cancer-related cognitive impairment (CRCI)

Effets neurotoxiques liées à la CT:

=> elle impacte la structure et le fonctionnement de régions cérébrales (**hippocampes, corps calleux**, préfrontales, cervelet, striatum).

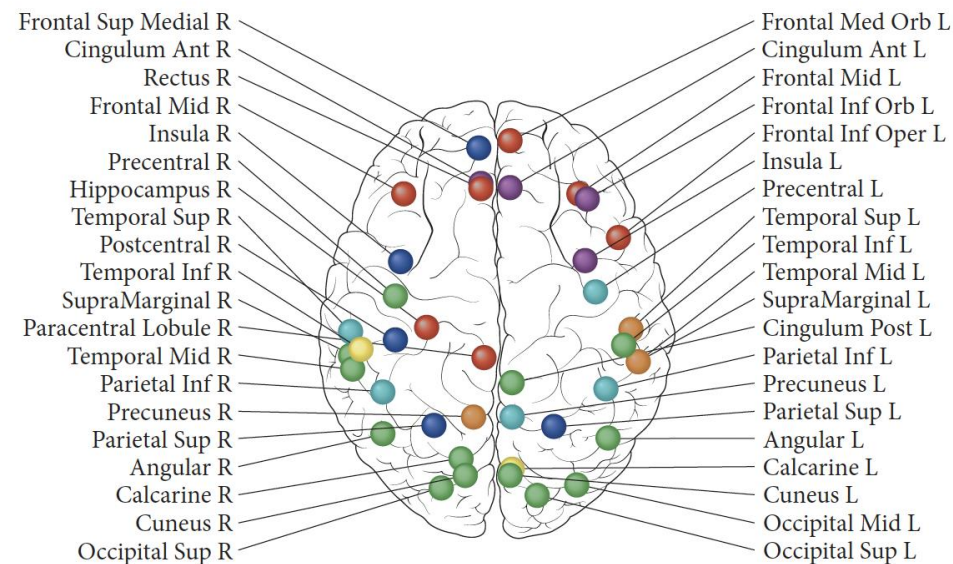
Changements neuronaux liés à la CT :

- **1 mois** après la fin de la CT : baisse du volume de la **substance grise**
- **1 an** après la fin de la CT :
 - + l'atrophie peut persister dans certaines régions cérébrales mais récupèrent dans d'autres régions.
 - + modifications de la **connectivité fonctionnelle au repos** (hyperactivation cérébrale avec des performances normales), et des anomalies de la **substance blanche** (*faisceau longitudinal supérieur*).

Lange et al., *Annals of Oncology*, 2019

Perrier et al., *Brain Imaging Behav*, 2020

Etiologie



Lange et al., *Annals of Oncology*, 2019

Cancer-related cognitive impairment (CRCI)

Effets neurotoxiques liées à la CT:

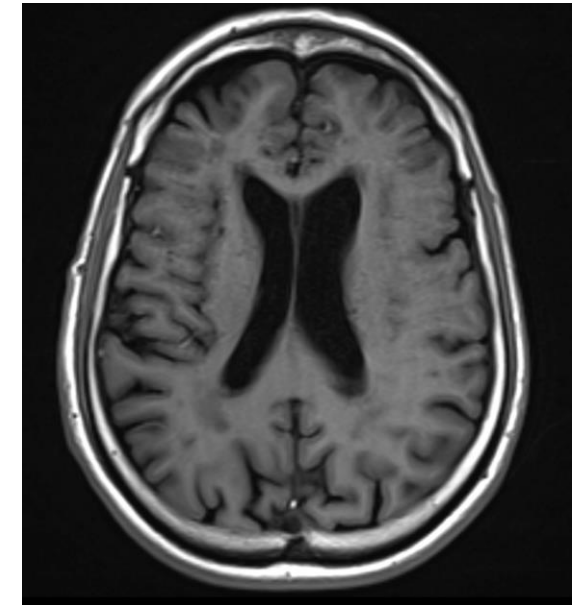
=> elle impacte la structure et le fonctionnement de régions cérébrales (**hippocampes, corps calleux**, préfrontales, cervelet, striatum).

Changements neuronaux liés à la CT :

- **1 mois** après la fin de la CT : baisse du volume de la **substance grise**
- **1 an** après la fin de la CT : l'atrophie peut persister dans certaines régions **cérébrales mais récupère dans d'autres régions.**
- **10 ans après la CT** : baisse de l'activité cérébrale, performances cognitives inférieures.
- **20 ans après la CT** : atrophie corticale et sous-corticale.

Lange et al., Annals of Oncology, 2019
Perrier et al., Brain Imaging Behav, 2020

Etiologie



Cancer-related cognitive impairment (CRCI)

Les principales molécules impliquées:

- MTX: inhibition de la neurogenèse, oligodendrocytes, démyélinisation
 - 5-FU: inhibition de la neurogénèse...
 - Anthracyclines
- => **cancer du sein +++**

Pas ou peu d'impact des sels de platine

Peu de comparaison entre les protocoles de CT

Effet dose

Effet cumulatif

Anderson et al., Toxicol Sci, 2019

Murillo et al., Toxicol Rep. 2023



Table 4. Suspected mechanisms involved in cognitive impairment induced by cancer treatments

Cancer treatments Main studied drugs	Brain functions (excluding complaints)	Suspected mechanisms
Chemotherapy Doxorubicin Taxol Methotrexate Fluorouracil	Clinical studies: memory, processing speed, attention, executive function Animal: working memory, attention, learning	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution of neurogenesis • Disruption of myelin and of oligodendrocyte precursors • Mitochondrial dysfunction • Increased peripheral and brain cytokine production

Lange et al., Annals of Oncology, 2019

Cancer-related cognitive impairment (CRCI)

Hormonothérapies

Cancer du sein

- Œstrogènes: stimulent la **plasticité neuronale, rôle neuroprotecteur**
- Antagonistes des R des œstrogènes => traversent la BHE => R aux œstrogènes (hippocampes, cortex préfrontal) => **Baisse de mémoire, fonctions exécutives**
- anti-aromatases: impact différent sur la cognition ? => études contradictoires

- **Effets indésirables** : prise de poids, bouffées de chaleur, troubles anxio-dépressif, impact sur la vie sexuelle
=> fréquence des **représentations négatives**
=> **biais d'attribution ++**

Cancer de prostate: risque de troubles cognitifs 1 à 4 ans après le début des anti-androgènes (C ou P)

Joly et al., Cancers, 2019

Pembroke et al., Supportive Care in Cancer, 2024



Cancer-related cognitive impairment (CRCI)

Thérapies ciblées

- Les anti-angiogéniques bloquent l'angiogénèse au niveau cérébral
=> ils peuvent donc entraîner des troubles cognitifs en diminuant la vascularisation des hippocampes.
=> 30% des patients ont un déclin cognitif.

Etiologie

Prospective Evaluation of the Impact of Antiangiogenic Treatment on Cognitive Functions in Metastatic Renal Cancer

Florence Joly^{a,b,c,}, Natacha Heutte^c, Brigitte Duclos^d, Sabine Noal^{a,b}, Isabelle Léger-Hardy^e, Sarah Dauchy^e, Nadine Longato^d, Laurence Desrues^f, Nadine Houede^g, Marie Lange^{a,c}, Emmanuel Sevin^b, Chantal Rieux^a, Bénédicte Clarisse^a, Hélène Castel^f, Bernard Escudier^h*

^aDepartment of Clinical Research Unit, Centre François Baclesse, Caen, France; ^bDepartment of Medical Oncology, Centre François Baclesse, Caen, France; ^cU1086 INSERM-UCBN "Cancers & Préventions," Normandy University, Caen, France; ^dDepartments of Hematology and Oncology, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France; ^eDepartment of Supportive Care, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France; ^fNeuronal and Neuroendocrine Cell Communication and Differentiation, DC2N, U982 Inserm, Institute of Research and Biomedical Innovation (IRIB), Normandy University, Mont-Saint-Aignan, France; ^gDepartment of Medical Oncology, CHRU, Nimes, France; ^hDepartment of Medical Oncology, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

Joly et al., Cancers, 2016

Cancer-related cognitive impairment (CRCI)

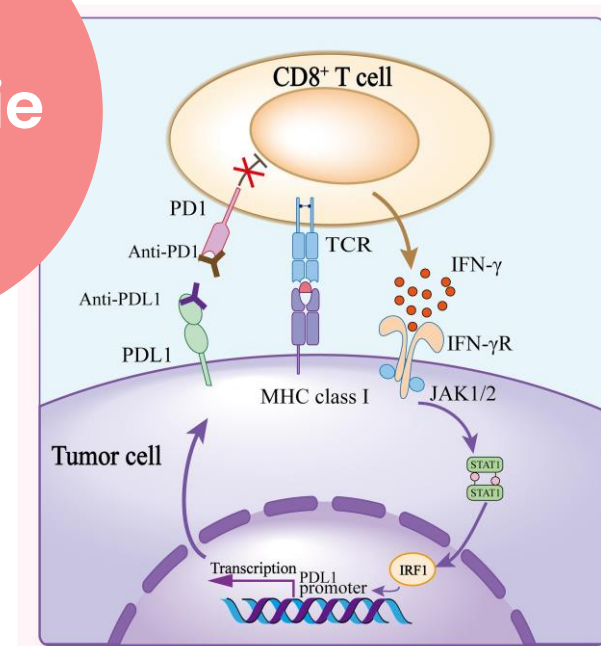
Immunothérapies

Immune checkpoint inhibitors (ICI) :

- Passage de la BHE
- **Activation du système immunitaire** pré-existant au niveau du SNC (microglie) :
=> les immunothérapies peuvent exacerber les troubles cognitifs.
- en cas de troubles cognitifs, il faut rechercher des arguments pour une **toxicité neurologique immuno-induite et/ou une implication endocrinienne** (hypophysite ?)

Joly et al., J Natl Cancer Inst, 2020
Cuzzubbo et al., Psychooncology, 2018

Etiologie



Quand s'interroger ?

Les troubles cognitifs doivent être recherchés à tout moment du parcours. Ils peuvent préexister, apparaître pendant les traitements et/ou persister de quelques mois à quelques années après.

Il n'existe pas de profil type de patients, de facteurs prédictifs ou de vulnérabilités indiquant que ces troubles peuvent apparaître. Cependant, certains traitements sont connus comme sources de troubles cognitifs.

Anticiper

Une évaluation précoce, puis tout au long du parcours, est nécessaire pour savoir si ces troubles sont déjà présents ou anticiper leur risque d'apparition quand cela est possible. Pour limiter leur apparition, il est important d'entretenir les capacités cognitives du patient par des exercices mentaux et le maintien d'un engagement social par exemple.

De nombreux cofacteurs peuvent aggraver les troubles cognitifs causés par les traitements et la maladie. Un cercle vicieux peut se mettre en place : ces facteurs, préexistants ou non, aggravent les effets dus au traitement, et le traitement aggrave à son tour ces facteurs.

Repérer et évaluer

Points de vigilance :

- > **Évaluation des cofacteurs** : anxiété, dépression, sommeil, douleur, fatigabilité physique, dysrégulations hormonales, isolement social, anémie, âge
- > **Évaluation des antécédents familiaux, comorbidités et traitements associés** : polymédication, effets indésirables et interactions
- > **Impact sur la qualité de vie** : identité, vie sociale et familiale, rôles occupationnels (personnel et professionnel)
- > **Profil d'apparition** : précoce/tardif
- > **Entretien clinique + questionnaires**
- > **Identifier les capacités fonctionnelles non atteintes**

En parler

- > Ne pas sous estimer la plainte mais chercher à l'objectiver à l'aide de questionnaires car des discordances peuvent exister entre plainte et dysfonction cognitive
- > Respecter le rythme du patient, ne pas le sur-stimuler
- > Prêter attention aux retours des proches

Repérer /
évaluer

Quand s'interroger ?

Les Troubles Cognitifs peuvent apparaître à tout moment

Préexister

Pendant les traitements

Après les traitements (qq
mois, plsr années)

Repérer /
évaluer

A) Evaluation avant initiation du traitement oncologique (profil précoce)



Le BNP initial peut être inadapté en raison de l'anxiété liée à l'annonce du cancer. (anxiété corrélée aux scores de mémoire de travail)

Anticiper pour agir sur les facteurs associés.

Dépistage des fragilités cognitives :

MoCA ++, (MMSE, test de l'horloge ou le Mini-Cog)

- Prédire la **survie** (MoCA)

- Prédire les **toxicités/complications** (MMSE, IADL)

⇒ *Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) scoring (France)*

B) Evaluation pendant et après le traitement: MoCA, QLQC30 (profil tardif)

Levassort et al., La Revue de médecine interne, 2022

Extermann et al., Cancer, 2012

Comment repérer les troubles cognitifs?

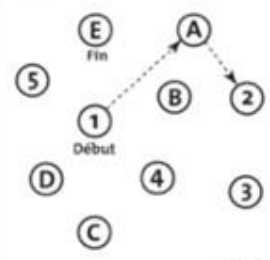
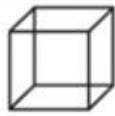

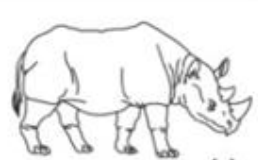
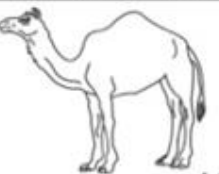
Troubles Cognitifs

Oui Non

- | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Avez-vous du mal à effectuer des tâches comme « avant » ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Avez-vous des troubles de la mémoire de la concentration ou de l'attention ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Ressentez-vous des difficultés de raisonnement ou un ralentissement de vos pensées ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Au cours des conversations quotidiennes, avez-vous des difficultés à trouver les mots ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ○ Etes vous plus facilement distrait(e)? | | |
| | ○ Avez-vous du mal à organiser vos idées ? Vous sentez-vous confus? | | |
| | ○ Depuis combien de temps ressentez-vous ces troubles? | | |
| | ○ Quel en est l'impact sur votre quotidien? Vos activités professionnelles ou de loisir? Vos relations sociales? | | |

Repérer /
évaluer

MOCA : Montreal Cognitive Assessment

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)	POINTS
	[]	[]	[]	[] [] [] Contour Chiffres Aiguilles	___/5
DÉNOMINATION					
	[]	[]	[]		___/3

MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	1 ^{er} essai	2 ^{ème} essai	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2								___/2
	Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pos de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAA JAMOF AAB								___/1
	Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt								___/3
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []								___/2
	Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] _____ (N ≥ 11 mots)								___/1
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle								___/2
RAPPEL	Doit se souvenir des mots	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement		___/5
	SANS INDICES [] [] [] [] []								
Optionnel	Indice de catégorie								
	Indice choix multiples								
ORIENTATION	[] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville								___/6
© Z.Nozreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
Administré par :						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

Repérer /
évaluer

Points de vigilance

- > **Discordances entre plainte subjective et dysfonction cognitive objective**
- > **Évaluation des cofacteurs** : anxiété, dépression, sommeil, douleur, fatigabilité physique, dysrégulations hormonales, isolement social, anémie, âge
- > **Évaluation des antécédents familiaux, comorbidités et traitements associés** : polymédication, effets indésirables et interactions
- > **Impact sur la qualité de vie** : identité, vie sociale et familiale, rôles occupationnels (personnel et professionnel)

Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle des « troubles cognitifs »

Dr Vincent HARLAY

Mme Eve ATTALI

Orienter

Les séquelles peuvent être associées, nécessitant alors une approche globale, leur prise en charge est pluriprofessionnelle :

Adressage vers Neurologues, Centres Mémoire, Neuropsychologues, Orthophonistes

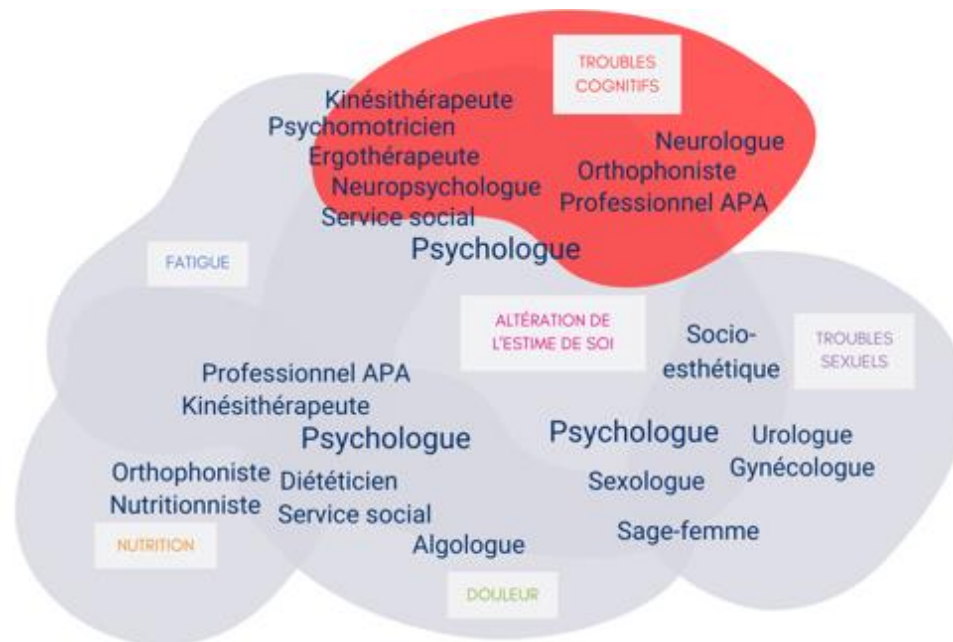
Prise en charge des Cofacteurs :

- Psychologue/Psychiatre
- Kinésithérapeute
- Psychomotricien(ne)
- Ergothérapeute
- Diététicien(ne)

Ressources plus spécifiques

- Réseau OncoNeuroTox de l'ANOCEF
(services de neuro-oncologie APHM, CHU de Nice)

Les professionnels concernés plus spécifiquement par les troubles cognitifs



Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle des « troubles cognitifs»

Dr Vincent HARLAY

Mme Eve ATTALI

Prise en charge

- Bilan Neuropsychologique complet
- **Stimulation ou Remédiation Cognitive, programme de réhabilitation virtuelle (OncoGite)**
- Maintien des activités sociales

En post-traitement : l'objectif ne peut pas être le retour à la vie d'avant. Changement des repères vitaux. Développement personnel post-traumatique.

Rendre le patient pro-actif :

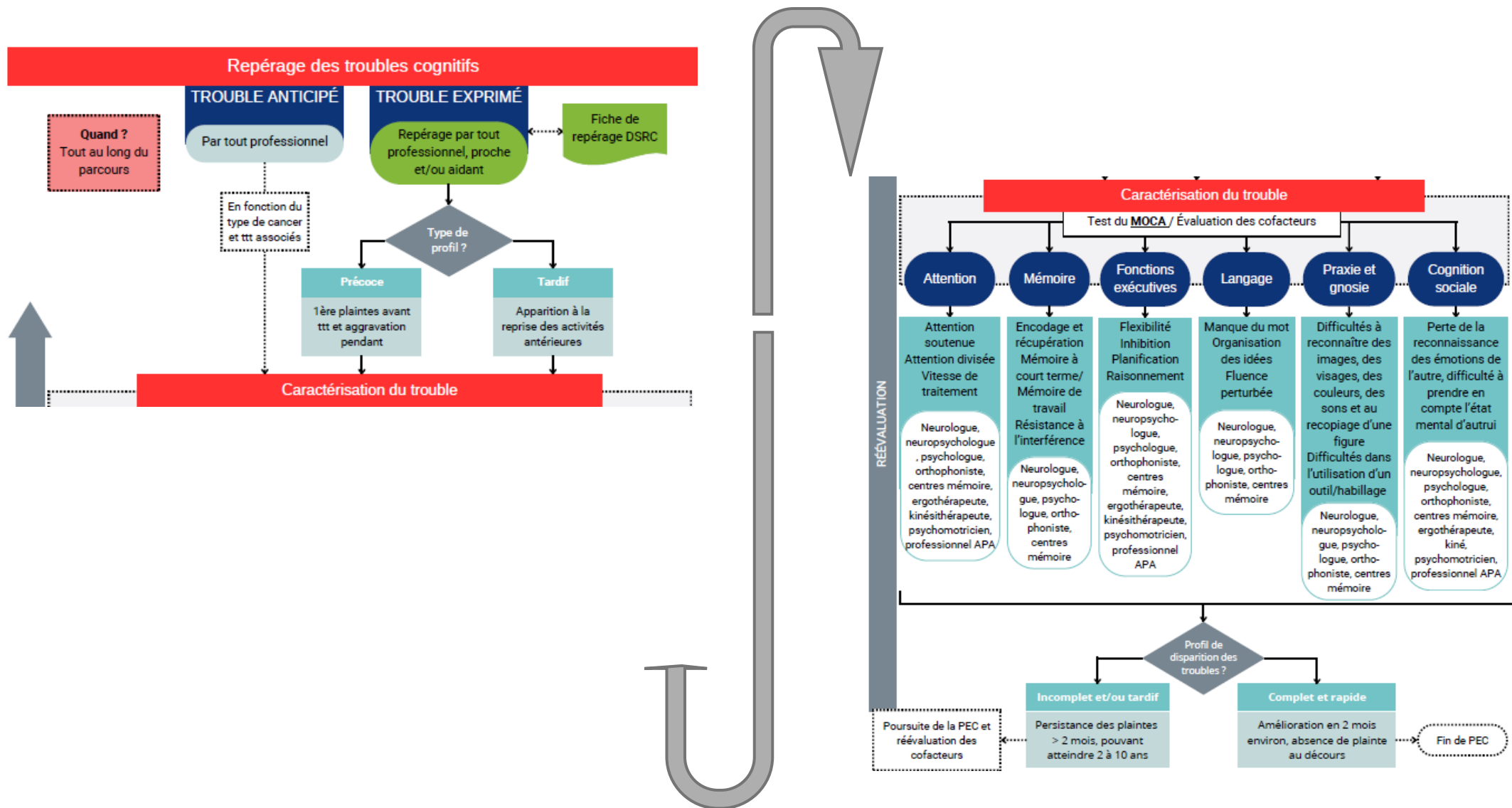
- Association de patients, Groupes de pairs
- Atelier d'éducation thérapeutique

Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle des « troubles cognitifs »

Dr Vincent HARLAY

Eve ATTALI



Ressources

Structuration de la recherche Cancer et Cognition :

- **ICCTF** : *International Cognition and Cancer Task Force Conference*
- **Recommandations** proposées dans le cadre de collaboration avec l'AFSOPS et le GRECO.
- **Cancéropôle Nord-Ouest** => plateforme expertise clinique, préclinique, neuropsychologique et biostatistiques.
- **région PACA** : à suivre



2025 conference **icctf**

9th BIENNIAL International Cognition and Cancer Task Force Conference

FRANCE
CAEN, NORMANDY
March 05-06-07, 2025

Keynote Speakers

 Judith E. Carroll, PhD Associate Professor Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences UCLA Health, Jonsson Comprehensive Cancer Center Los Angeles, CA, US	 Hélène Castel, PhD Research Director, Inserm Cancer and Brain Genomics Head of NeuroGlio U1245 Inserm, IRIB University of Rouen Normandie Rouen, France
 Christelle Dufour, MD Head of Department of Child and Adolescent Cancer Gustave Roussy, Paris Saclay University, Villejuif, France	 Tim Ahles, PhD Psychologist Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences UCLA Health Jonsson Comprehensive Cancer Center Los Angeles, CA, US

Formation « Séquelles & Cancer »

Focus sur la séquelle des « troubles cognitifs »

Dr Vincent HARLAY

Eve ATTALI

Où se former ?



DIU Cancer et cognition (Rouen) [à destination des médecins, internes, professions paramédicales, psychologues, chercheurs et étudiants en sciences pour acquérir une formation spécifique sur les troubles cognitifs chez les patients atteints d'un cancer et sur leur prise en charge.



DU Neuropsychologie clinique (Montpellier, Caen)



Formation qualifiante Trouble neuropsychologiques et cancer (Caen)

Outils et ressources



- Questionnaires - **MOCA** (score < 26, 25 si niveau culture ≤ 3 (niveau primaire = CEP) considéré comme anormal)
- Référentiel AFSOS - Troubles cognitifs et cancer (Hors tumeurs du SNC) (2020)
- HAS - Parcours de soins - Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs (2018)
- Site OnCOGITE, convention nationale avec la Ligue contre le cancer - Parcours en 10 à 22 séances : ateliers de remédiation cognitive en groupes de 10 à 12 patients, préparés par des neuropsychologues

Séquelle « troubles cognitifs » en résumé :

Troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives, du langage praxie et gnosie, de la cognition sociale

Ils peuvent être présents avant les traitements ou apparaître à la reprise des activités antérieures

Cofacteurs pouvant aggraver les troubles :
anxiété, dépression, douleur, fatigabilité physique, isolement, âge, comorbidités et traitements associés

Outil : test MOCA
pour objectiver la plainte

- Mécanismes nombreux et complexes
- Prise en charge limitée et complexe
- Structuration régionale nécessaire pour orienter les patients et favoriser la recherche

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**
(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Formation « Séquelles & Cancer »

**Aide au repérage des séquelles et
orientation des patients adultes
pendant le parcours cancer et dans
l'après-cancer**
(6 séquelles les plus exprimées par les patients/VICAN V)

Evaluation des Acquis [1/2]

Testez vos connaissances : modalité d'évaluation



- Dans le cadre de notre préparation à la démarche de certification « Qualiopi » ce QCM doit être complété en intégralité par **TOUS** les participants. Le QCM est nominatif.
- Scannez le QRCODE présenté à l'écran (en cas de difficulté, un QRCODE est mis à disposition, par personne et par table.) *Une version papier peut également vous être remise.*
- L'évaluation sera considérée comme réussie avec 50% de bonnes réponses
- Temps dédié : 10 min
- Restitution des réponses et explication avec les intervenants : 10 min

Séquelle « Douleur » &
« Douleurs Séquellaires

Séquelle « Fatigue »

Séquelle « Troubles cognitifs »



Scannez-moi

« Douleur » & « Douleurs Séquellaires »

A. Si le patient a une douleur nociceptive intense (Echelle Numérique à 8/10) 2 mois après la chirurgie, Il doit être systématiquement adressé à un médecin spécialiste douleur : **Faux**

B. Si le patient a une douleur nociceptive intense (Echelle Numérique à 8/10), 2 mois après la chirurgie, nous devons attendre d'avoir le diagnostic avant de prescrire un antalgique : **Faux**

C. Si le patient a une douleur nociceptive intense (Echelle Numérique à 8/10), 2 mois après la chirurgie, des signes de dépression et d'anxiété associés doivent être recherchés : **Vrai**

D. Si le patient a une douleur nociceptive intense (Echelle Numérique à 8/10), 2 mois après la chirurgie, Il faut éliminer en première intention une reprise de la maladie : **Vrai**

« Douleur » & « Douleurs Séquellaires »

A. Concernant la douleur chronique séquellaire : Il n'y a pas d'indication de gestes techniques dans ce contexte : **Faux**

B. Concernant la douleur chronique séquellaire : Une douleur chronique est souvent associée à des souffrances psychologiques et sociales à rechercher : **Vrai**

C. Concernant la douleur chronique séquellaire : Une personne jeune a plus de risque de développer une douleur chronique en post opératoire : **Vrai**

D. Concernant la douleur chronique séquellaire : la douleur neuropathique chronique séquellaire n'a aucun lien avec la difficulté à la reprise du travail post traitement : **Faux**

Fatigue

1. Le repérage de la fatigue exprimée peut se faire uniquement par les professionnels de santé : **Faux**

2. La caractérisation de la fatigue peut se faire uniquement via le QLQ FA12 : **Faux**

Fatigue

Quelles sont les 3 dimensions de la caractérisation de la fatigue ?

A. Psychologique, cognitive et le sommeil : **mauvaise réponse**

B. Physique, Métabolique et cognitive : **mauvaise réponse**

C. Physique, Psychologique et cognitive : **bonne réponse**

d. Cognitive, traitements et effets secondaires, Physique : **mauvaise réponse**

Troubles cognitifs

Le cancer-related cognitive impairment (CRCI) peut être causé par :

A. Une inflammation cérébrale secondaire au cancer : **bonne réponse**

B. Chimiothérapie : **bonne réponse**

C. Hormonothérapie : **bonne réponse**

d. Thérapie ciblée : **bonne réponse**

E. Les antiémétiques donnés pendant certaines chimiothérapies : **mauvaise réponse**

Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs :

A. Apparaissent toujours après les traitements : **mauvaise réponse**

B. Peuvent préexister à l'apparition de la maladie : **bonne réponse**

C. Apparaissent pendant les traitements et persistent nécessairement après : **mauvaise réponse**