

# Éthique et cancer du poumon, quels soins de support ? Quelles limitations de soins ?

Le point de vue du clinicien

## Résumé

Les soins de support deviennent un élément important de la prise en charge des patients avec cancer du poumon. Il existe des arguments pour que ces soins de support soient débutés précocement dans les semaines qui suivent l'annonce, parallèlement aux soins actifs. Par ailleurs, l'amélioration récente de la prise en charge permis par la disponibilité de nouvelles molécules en particulier des thérapies ciblées amène de nombreuses équipes à s'interroger sur l'agressivité des soins en fin de vie en particulier pendant le dernier mois de la vie tant en terme de chimiothérapie que de radiothérapie.

Dans la prise en charge des cancers bronchiques non à petites cellules, les progrès thérapeutiques sont majeurs, permettant une amélioration de la survie mais aussi de la qualité de vie avec des chimiothérapies de mieux en mieux tolérées ; les possibilités thérapeutiques se multiplient et de plus en plus de patients reçoivent de plus en plus de lignes de traitement. L'enjeu aujourd'hui est de mieux prendre en compte le point de vue du patient et de son entourage en pratique clinique. Tout d'abord en étant conscient que les progrès en population générale restent modestes. Dans une étude rétrospective, sur 40 centres, 8 pays occidentaux (données non publiées) réalisée en 2010, l'analyse de 1490 patients pris en charge pour cancer du poumon non à petites cellules montre qu'en moyenne chaque patient reçoit 1,7 lignes de traitement ; que près de la moitié (47,6 %) reçoivent 2 lignes et 19,5 %, 3 lignes ou plus. Ces traitements permettent un contrôle de la maladie dans respectivement 50,6 %, 28,8 % and 25,5 % des cas et une survie sans progression de respectivement 3,7 ; 2,1 et 2,1 mois pour la 1<sup>re</sup>, 2<sup>de</sup> et 3<sup>e</sup> ligne de traitement. La survie médiane, dans cette population, non sélectionnée, est de 6,9 mois, loin des résultats des dernières grandes phases 3, qui retrouvent des médianes de survie en général supérieures à 12 mois.

Ces données posent le problème de l'agressivité des traitements en fin de vie. La chimiothérapie est le traitement de référence du cancer du poumon métastatique ; elle réduit la sévérité des symptômes, améliore la qualité de vie et la survie. Mais son utilisation en fin de vie, et de manière plus générale, l'agressivité des soins en fin de vie est un domaine qui jusqu'à peu était peu étudié. L'agressivité des soins peut être définie comme l'utilisation de chimiothérapies ou de thérapies ciblées, mais aussi un séjour en réanimation ou en unité de soins intensifs. La définition de la période de fin de vie est variable selon le type de cancer ; dans le cancer du poumon on considère qu'il s'agit du dernier mois de la vie. Dans le cadre d'une étude rétrospective<sup>(1)</sup>, monocentrique, réalisée en France, prenant en compte l'ensemble de personnes décédées de cancer du poumon sur une période

## Abstract

*Supportive care become an important element of lung cancer management. There are arguments early use of hat these care in the weeks which follow the diagnosis, in the same time of active care. Besides, the recent improvement outcomes in lung cancer treatment, with the availability of new molecules in particular targeted therapies brings numerous teams to wonder about the aggressiveness of the care at the end of life in particular during the last month ofthe life both in term of chemotherapy and radiotherapy.*

de 17 mois, nous avons cherché à évaluer les modalités d'arrêt des traitements actifs. L'analyse porte sur 94 patients (75,5 % d'hommes, 64,3 ± 11 ans) ; 7,5 % ne reçoivent pas de chimiothérapie, 57,5 % reçoivent une ligne, 24,5 % 2 lignes, 10,5 % > 3 lignes ; 19,8 % sont sous protocole de recherche clinique pour la dernière ligne. Au moment du décès : 54,2 % étaient considérés en soins palliatifs. Le décès a lieu en pneumologie : 62,5 %, en réanimation : 7,7 %, en SSR : 7,7 %, en soins palliatifs : 15,6 %, au domicile : 13,8 %. La médiane entre le début de la dernière ligne et le décès et entre le dernier jour de traitement actif et le décès est de respectivement 2,8 et 0,9 mois ; 55 % des patients avaient un traitement actif dans le mois précédant leur décès, 22 % dans les derniers 15 jours ; 14,6 % ont eu un séjour en réanimation le dernier mois de leur vie. Par rapport aux données de la littérature, mais qui en général ne portent pas sur des populations exclusives de cancer du poumon, ces chiffres apparaissent élevés et doivent inciter à mettre en place une réflexion sur la pertinence de ces soins actifs de fin de vie (tableau 1). Plusieurs études récentes montrent que des interventions très précoces (dans les semaines qui suivent le diagnostic) permettent de limiter les soins « agressifs »<sup>(2,3)</sup>. L'étude « pivot » sur ce thème<sup>(2)</sup> est une étude de phase 3, randomisée, contrôlée, qui malgré son caractère monocentrique et un nombre modeste patients inclus (151 patients), montre que les soins de support précoces permettent, de manière significative, une survie prolongée, avec une amélioration de la qualité de vie, moins de symptômes de dépression et moins de chimiothérapies administrées les jours précédant le décès. Même si ces conclusions doivent être prises en compte avec précautions compte tenu de certaines limites méthodologiques et même si les autres études ne sont pas si démonstratives<sup>(4,5)</sup>, ceci doit amener à nous interroger sur les moyens que nous sommes capables de mobiliser lorsqu'on prend en charge un patient pour cancer du poumon, au-delà des seuls traitements actifs. L'éducation thérapeutique est un outil, pour l'instant peu utilisé en oncologie thoracique, mais qui doit permettre de faire révéler aux patients ses besoins et préférences, tout en faisant



Auteur

Christos CHOUAÏD

Service de Pneumologie,  
Centre Hospitalier de  
Créteil, Créteil.  
christos.chouaid@  
chicreteil.fr

**Mots clés :**  
soins de supports,  
soins terminaux,  
soins palliatifs,  
cancer du poumon.

**Keywords :**  
supportive cares,  
terminal cares,  
end of life,  
lung cancer.

plus participer à sa prise en charge. Les données dans ce domaine sont peu nombreuses<sup>[5]</sup>. Une étude<sup>[5]</sup>, multicentrique montre qu'une intervention associant éducation thérapeutique, prise en charge nutritionnelle et réhabilitation, réalisée par une infirmière spécialisée en 4 sessions hebdomadaires et un suivi mensuel permet une amélioration significative de la qualité de vie, une diminution de l'intensité des symptômes et de la dépression. Le contenu de ces interventions d'éducation thérapeutique reste à définir. L'élaboration, tenant compte des possibilités et de la situation du patient, de conduites à tenir qui seraient déclenchées par le patient et réalisées en partie par lui ou son entourage, permettrait au patient d'être acteur de sa prise en charge. La seconde étape serait des actions sur les aspects évolutifs et pronostiques de la maladie. Plusieurs recommandations suggèrent que, chez les patients qui ont un cancer incurable, une discussion précoce sur la fin de vie permet d'améliorer les modalités de cette fin de vie. Une étude récente<sup>[6]</sup>, sur 1231 patients, en grande majorité atteints de cancers broncho-pulmonaires métastatiques montre que la moitié des patients a reçu des soins dits « agressifs » pendant le dernier mois de leur vie : chimiothérapie dans les 14 derniers jours (16 %), séjours en réanimation (9 %), ou en soins intensifs dans le dernier mois (40 %). Les patients ayant

bénéficié d'une discussion structurée au début de leur prise en charge, sur le pronostic de leur maladie, ont eu significativement moins de soins « agressifs ». Comme le souligne les auteurs, même si recevoir des soins « agressifs » n'est pas forcément un signe de non-qualité, il est néanmoins probable que le recueil des préférences du patient, plusieurs mois avant son décès prévisible, est nécessaire et permet d'améliorer la qualité des soins. Ces discussions doivent prendre en compte les représentations et les besoins du patient et des proches, sans rien imposer, ni orienter vers ce que le médecin pense être le mieux pour le patient.

### En conclusion

Le moment approprié pour arrêter les traitements actifs est une question complexe. La plupart des études montre une surutilisation de traitements actifs. Les progrès en oncologie thoracique contribuent à des situations de grande complexité, parfois de grande souffrance et l'augmentation de l'espérance de vie permise par ces progrès impose d'établir avec le patient et ses proches les limites qu'ils souhaitent fixer à la multiplicité des traitements actifs.

**Tableau 1 :**  
Principales études portant sur l'agressivité des soins en fin de vie

\* 14 derniers jours  
\*\* 7 derniers jours

Références	Chimiothérapie dernier mois	Chimiothérapie derniers 14 j	Facteurs explicatifs	Type de cancer
Andreis et al., Italie	16 %	6 %	Proximité centre SP	Tous confondus
Braga et al., Portugal	37 %	21 %	Jeune âge Cancer sein, ovaire, pancréas	
Kao et al., Australie	18 %	8 %	Jeune âge, sexe féminin Chimiosensibilité tumeur Type de cancer Oncologue traitant	
Goncalves et al. Portugal	13 %	3 %	Système de santé	
Haschimoto et al., Japon	12,6 %	3,1 %	Jeune âge, sexe masculin Oncologue traitant PS ECOG pauvre Symptomatique Information sur SP	
Martoni et al., Italie	22,7 %	-	Chimiosensibilité tumeur	
Nappa et al., Suède	23 %	-	-	
Yun et al., Corée	30,9 %	22,5 %	Jeune âge, sexe féminin Petits hôpitaux Présence d'un centre de SP	
Emmanuel et al., USA	9 %	-	Jeune âge Régions	
Barbera et al., USA	-	4,6 %	-	
Saito et al., Canada et USA	-	8,5 %	Pas de bénéfice sur la survie Moins de comorbidités Augmentation avec le temps Zones urbaines, régions CHU (+ de chimio - tardives)	CNPC
Greer et al., Canada	37 %	19 %	-	
Warren et al., USA/Canada	14,8 % / 9 %* 10,2 % / 6,4%**	-	USA > Canada	
Wong et al., Singapour	33,3 %	25 %	-	
Murillo et al., USA	43 %	20 %	Thérapeutiques ciblées	
Étude présentée, France	55 %	22 %	-	Poumons

## BIBLIOGRAPHIE

- Sese L, Didier M, Rousseau-Bussac G, Crequit P, Masanes MJ, Chouaid C. Chimiothérapies en fin de vie chez les patients pris en charge pour cancers pulmonaires : analyse des pratiques. Rev Mal respir 2013 (abstract, in press).
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363:733-742.
- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Hull JG, Li Z, Tosteson TD, Byock IR, Ahles TA. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The Project ENABLE II randomized controlled trial. JAMA 2009;302:741-749.
- Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH, Devine RJ, Simpson JM, Aggarwal G, Clark KJ, Currow DC, Elliott LM, Lacey J, Lee PG, Noel MA. Randomized controlled trial of a prompt list to help advanced cancer patients and their caregivers to ask questions about prognosis and end-of-life care. J Clin Oncol. 2007;25:715-23.
- Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. J Clin Oncol 2001;19:2206-2212.
- Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, Earle CC, Weeks JC. Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death: A Prospective Cohort Study. J Clin Oncol 2012;30:4387-4395.