

Le soin palliatif en hématologie : « Echec hémat ? »

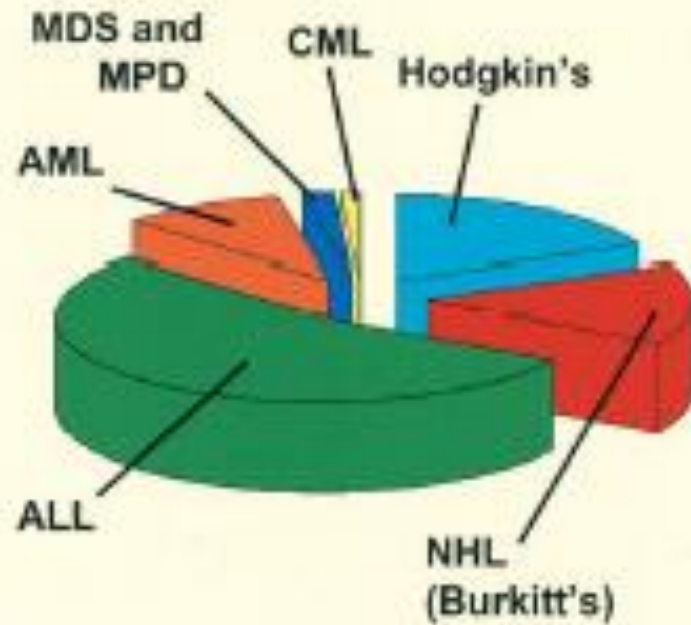


Le 11/10/2021 - Centre le Mistral MARSEILLE

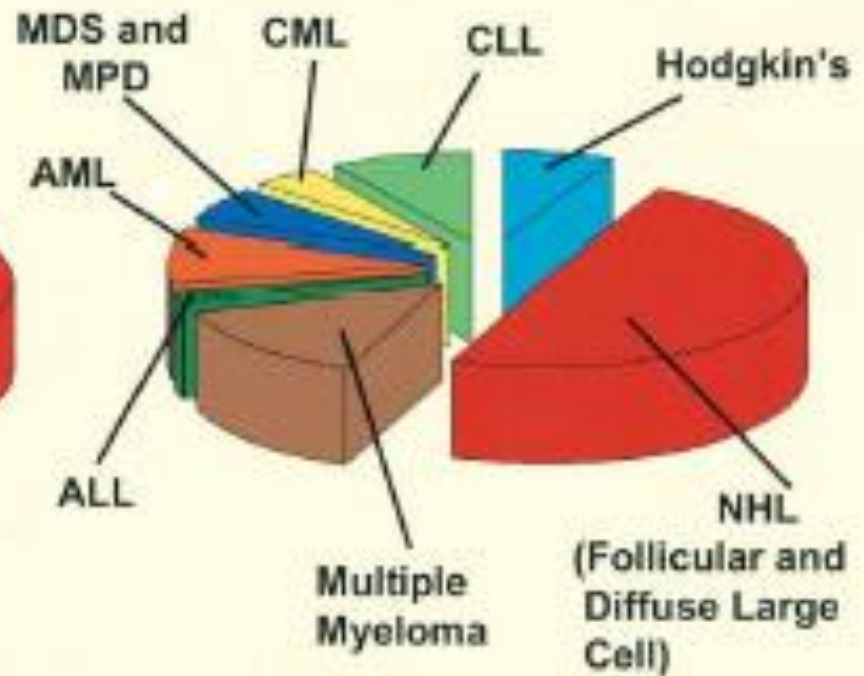
Epidémiologie

Hematopoietic Malignancies

Children

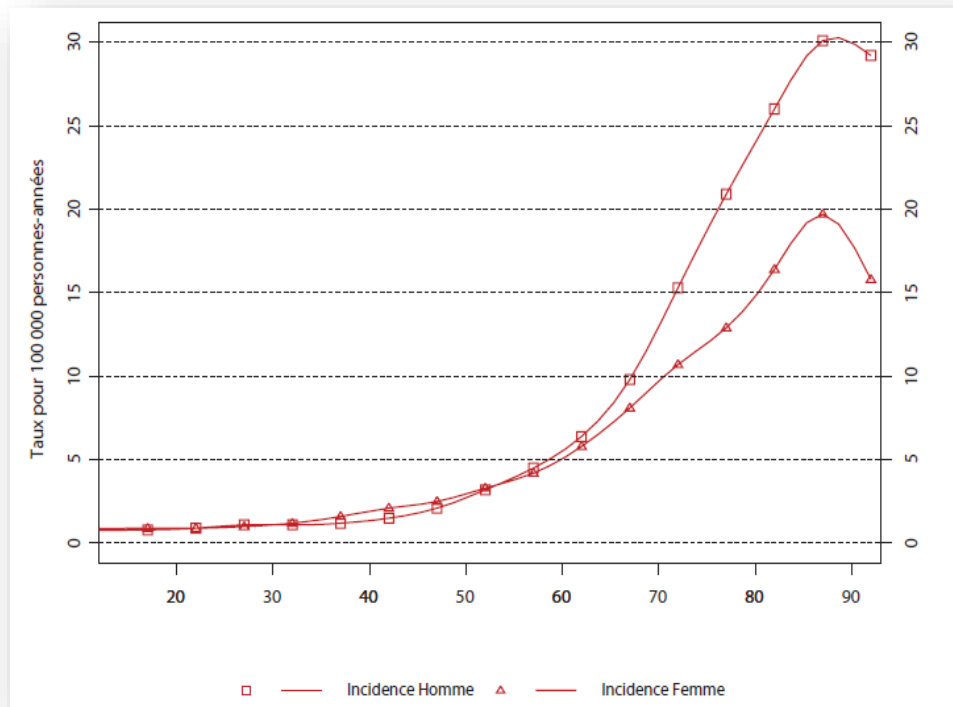


Adults



Fréquence des différentes hémopathies

Incidence des Leucémies Aiguës Myéloïdes en France



Leucémies Aiguës

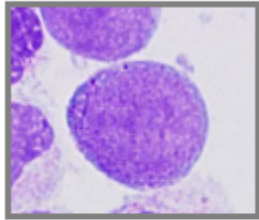
Maladies des cellules médullaires dûes à :

- La prolifération clonale
- Le blocage de différenciation des progéniteurs médullaires

-2 types :

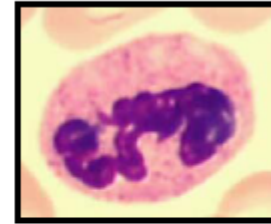
- **Leucémies Aiguës Myéloblastiques** : 80% LA de l'adulte
- **Leucémies Aiguës Lymphoblastiques** : 80% LA de l'enfant

Maladie aiguë: urgence thérapeutique



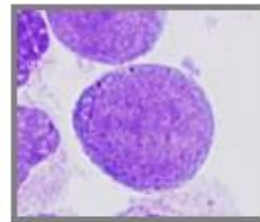
Cellule immature =
blastes

Étapes de
différenciation

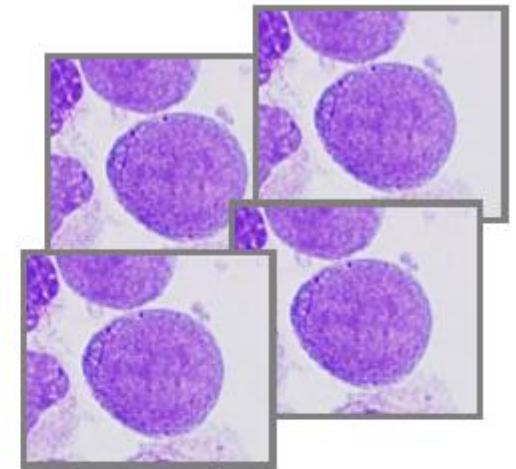


Granuleux mature

Blocage à un stade
de différenciation

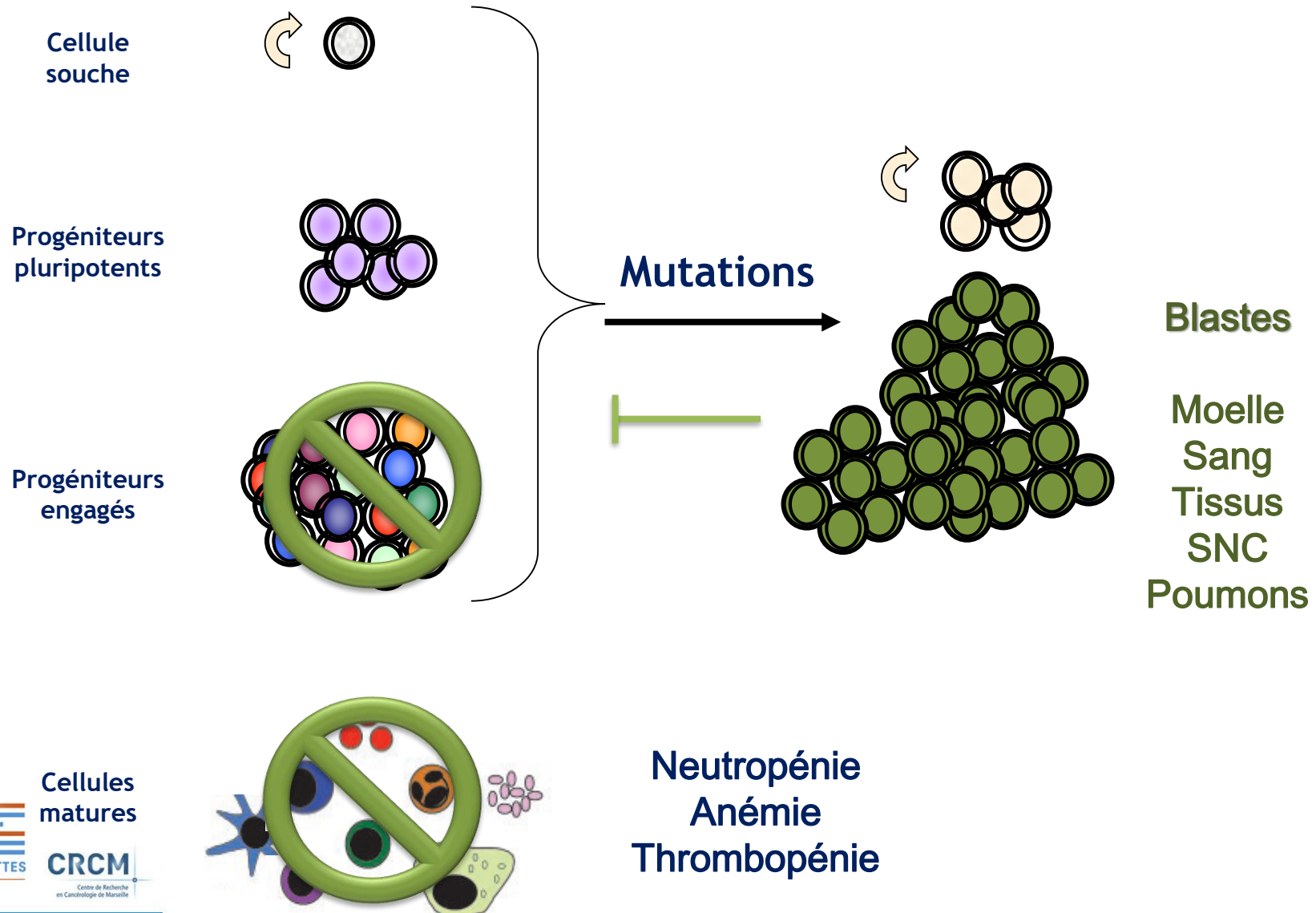


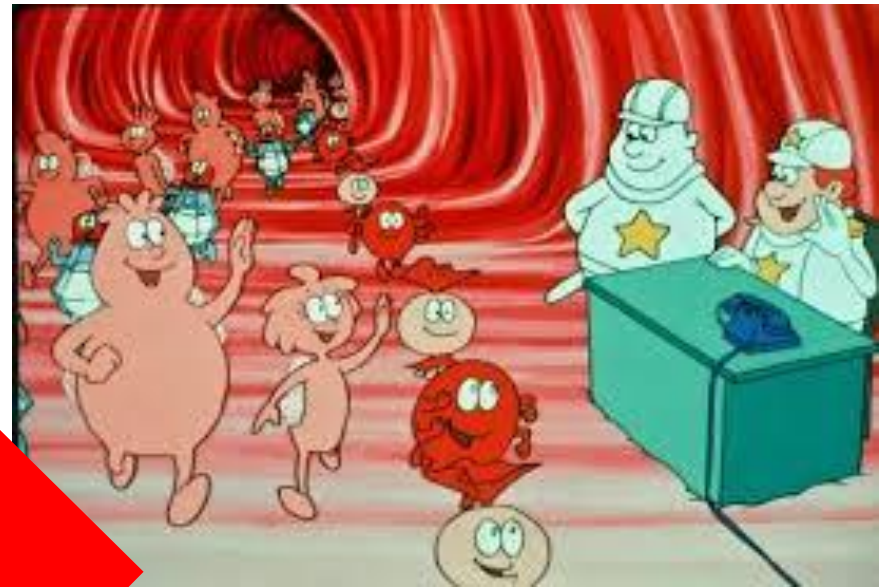
Prolifération clonale de
cellules immatures



Insuffisance
médullaire

Hématopoïèse leucémique et chimiothérapie

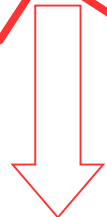




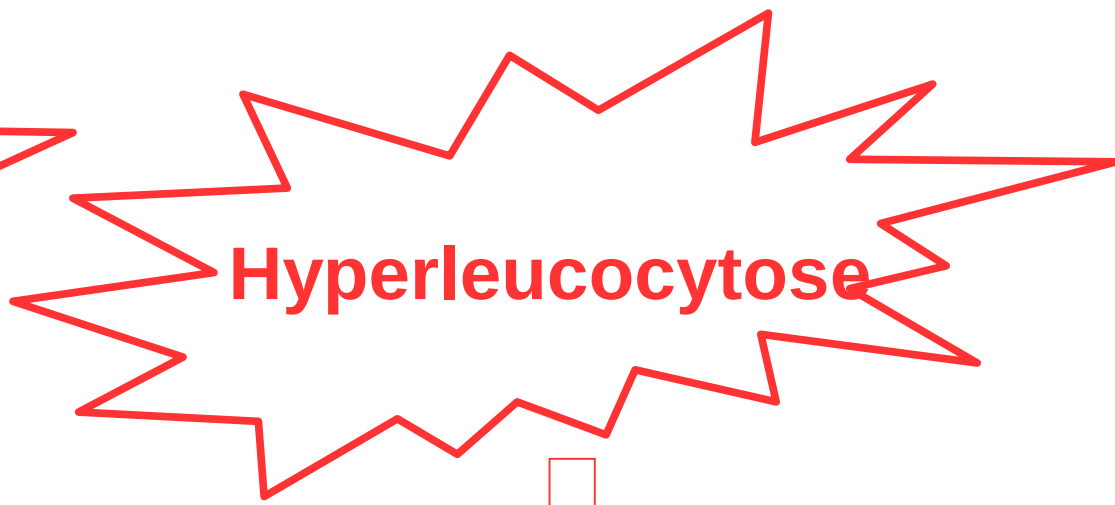
Complications au diagnostic/Rechute



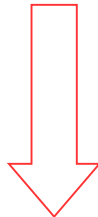
**Insuffisance
médullaire**



- **Anémie**
Dyspnée, tachycardie
- **Neutropénie**
- Infections, sepsis
- **Thrombopénie**
Saignements



Hyperleucocytose



- **Syndrome de lyse**
- **CIVD**
- **Leucostase**
(pulmonaire/cérébrale)

Leucostase

✦ **Accumulation de blastes dans les micro vaisseaux avec formation de thrombi**

✦ **Organes:**

✦ Poumons

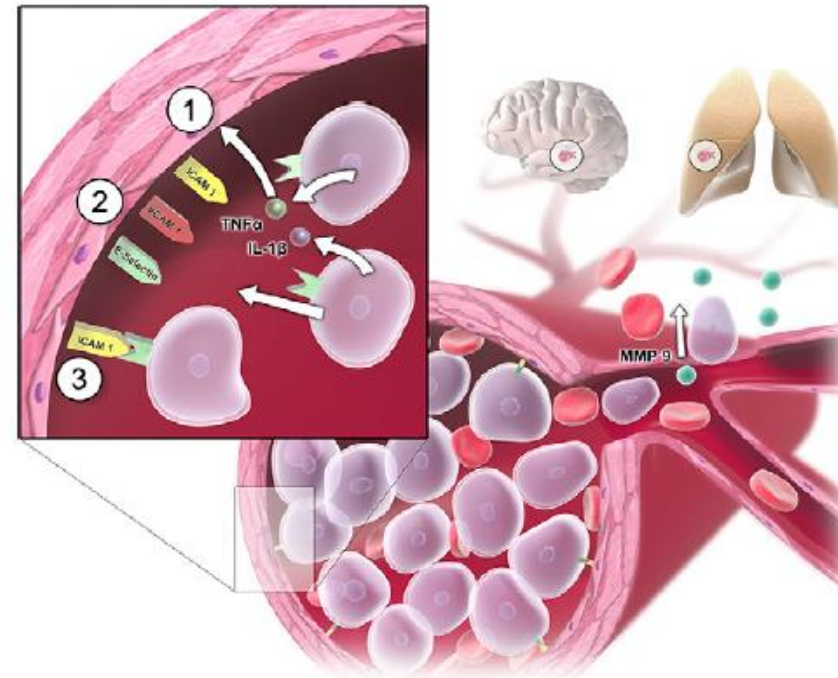
✦ Cerveau

✦ **Manifestations:**

✦ Pneumopathie hypoxémiante

✦ Troubles de la conscience

Bilan leucostase : TDM thoracique ou cérébral au moindre doute



Leucostase Pulmonaire



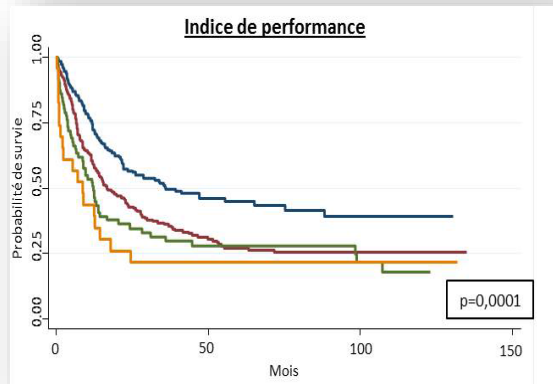
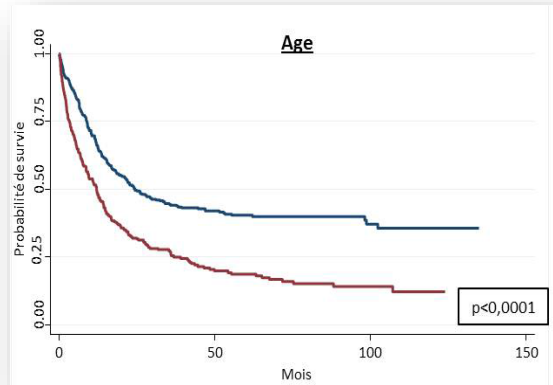
J1



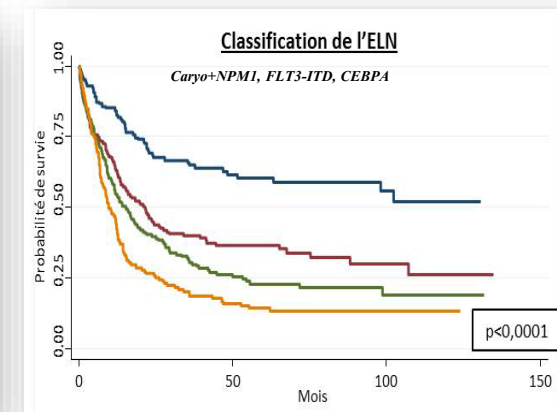
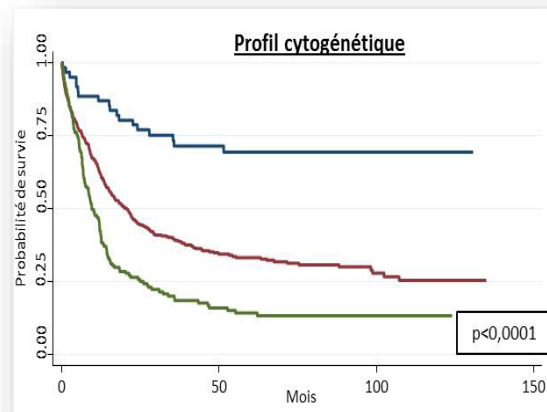
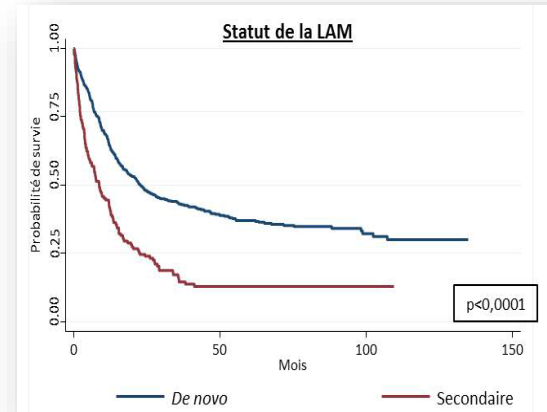
J5

Facteurs pronostiques

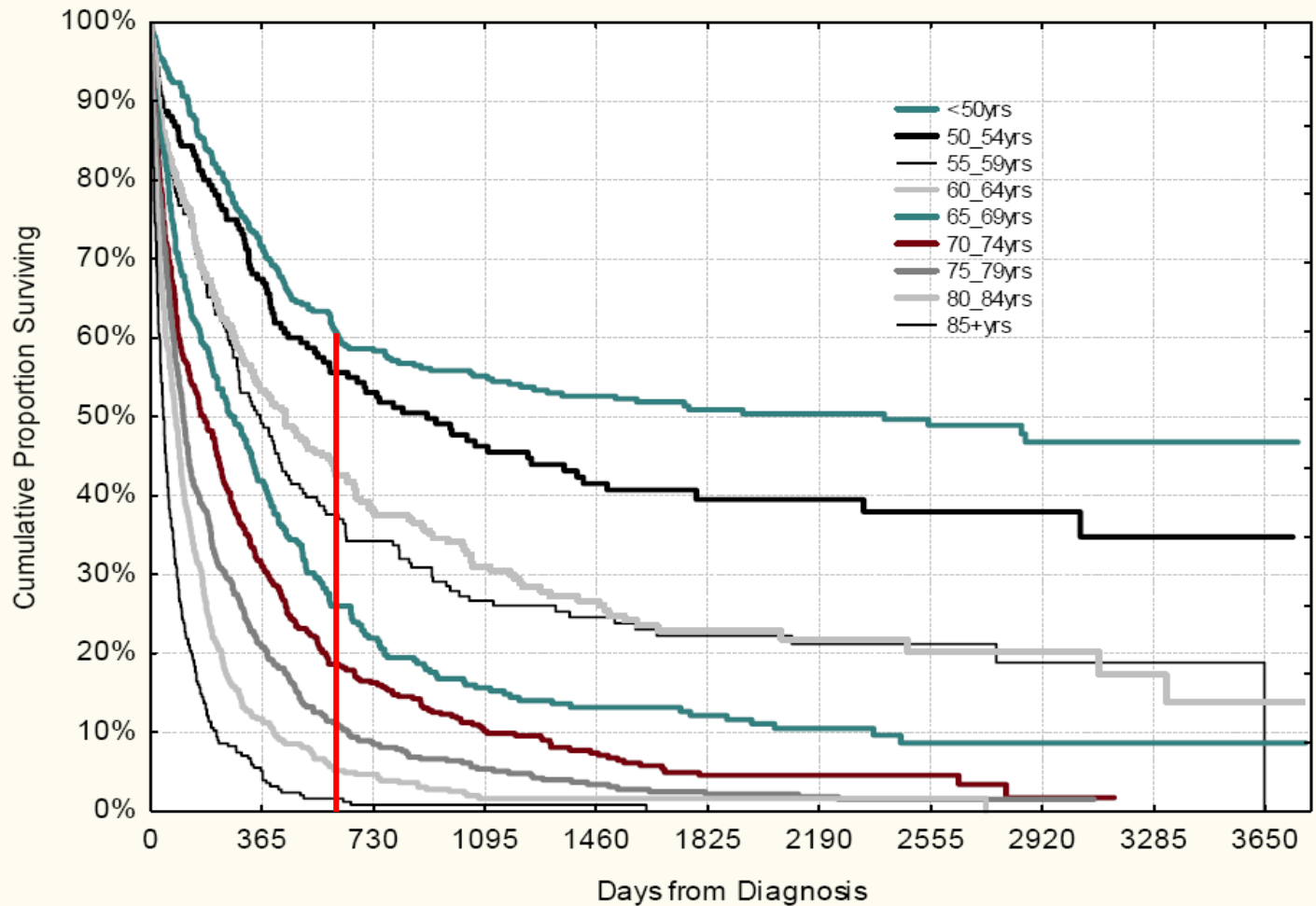
Liés au malade



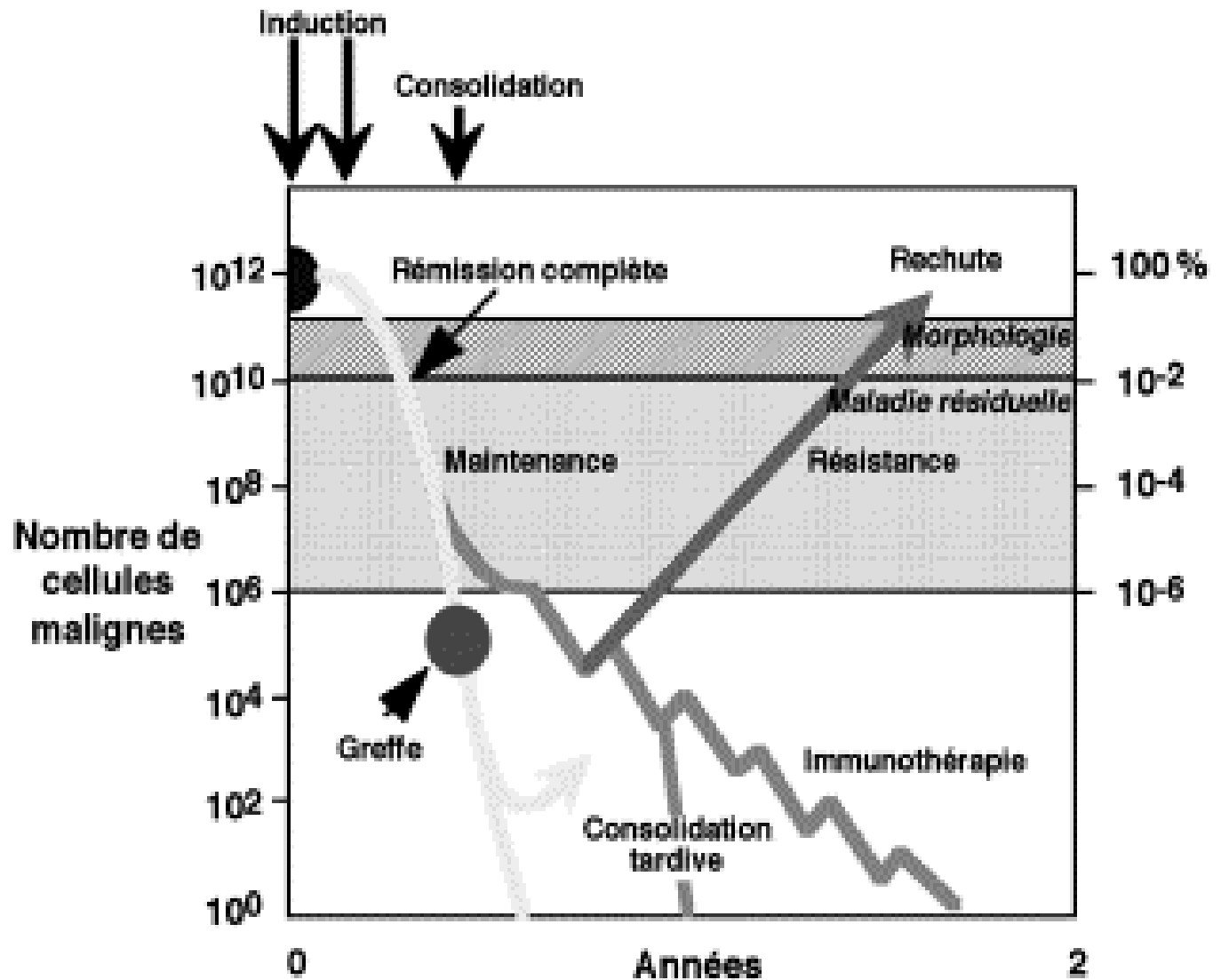
Liés à la maladie



Impact pronostic de l'âge

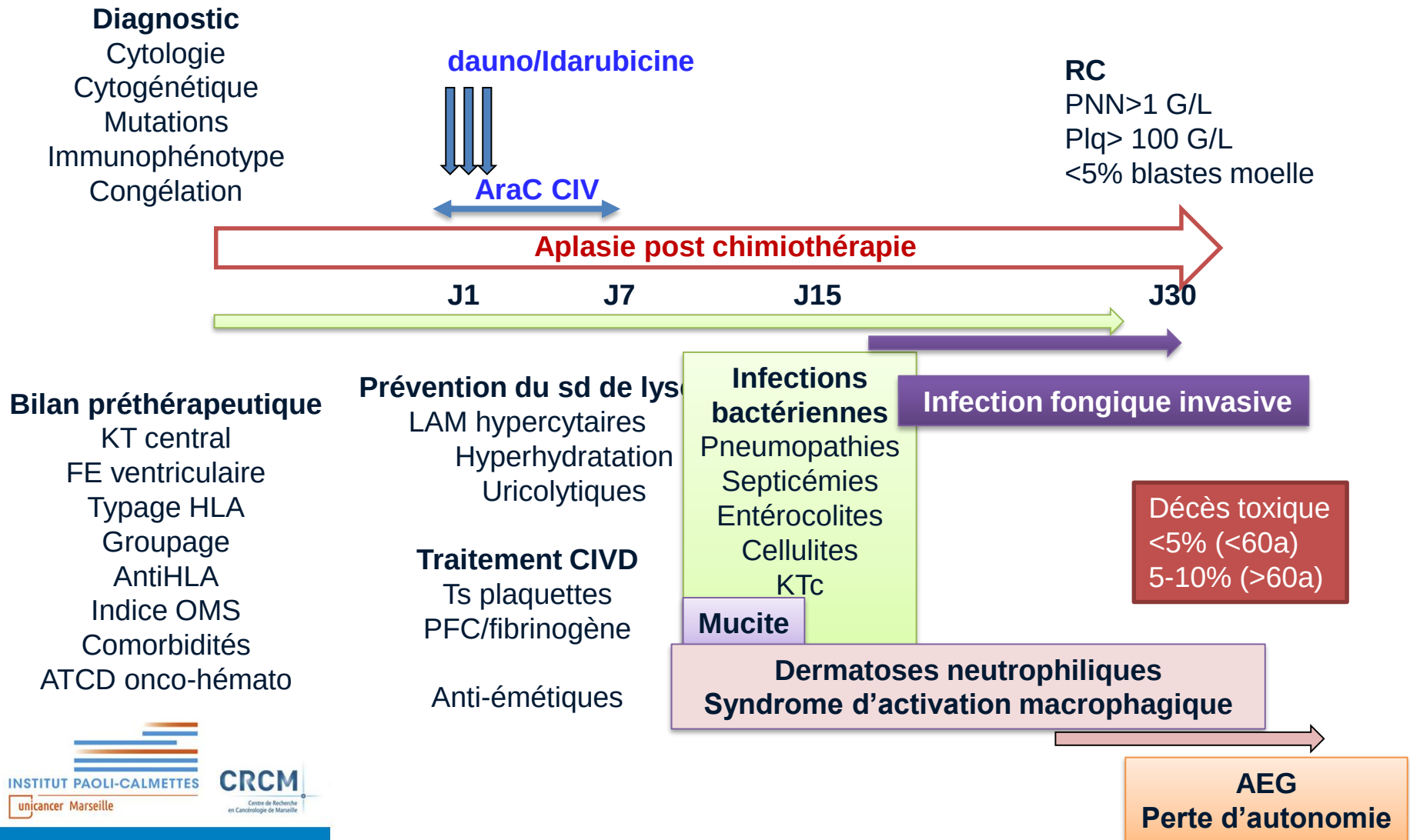


Principes du traitement

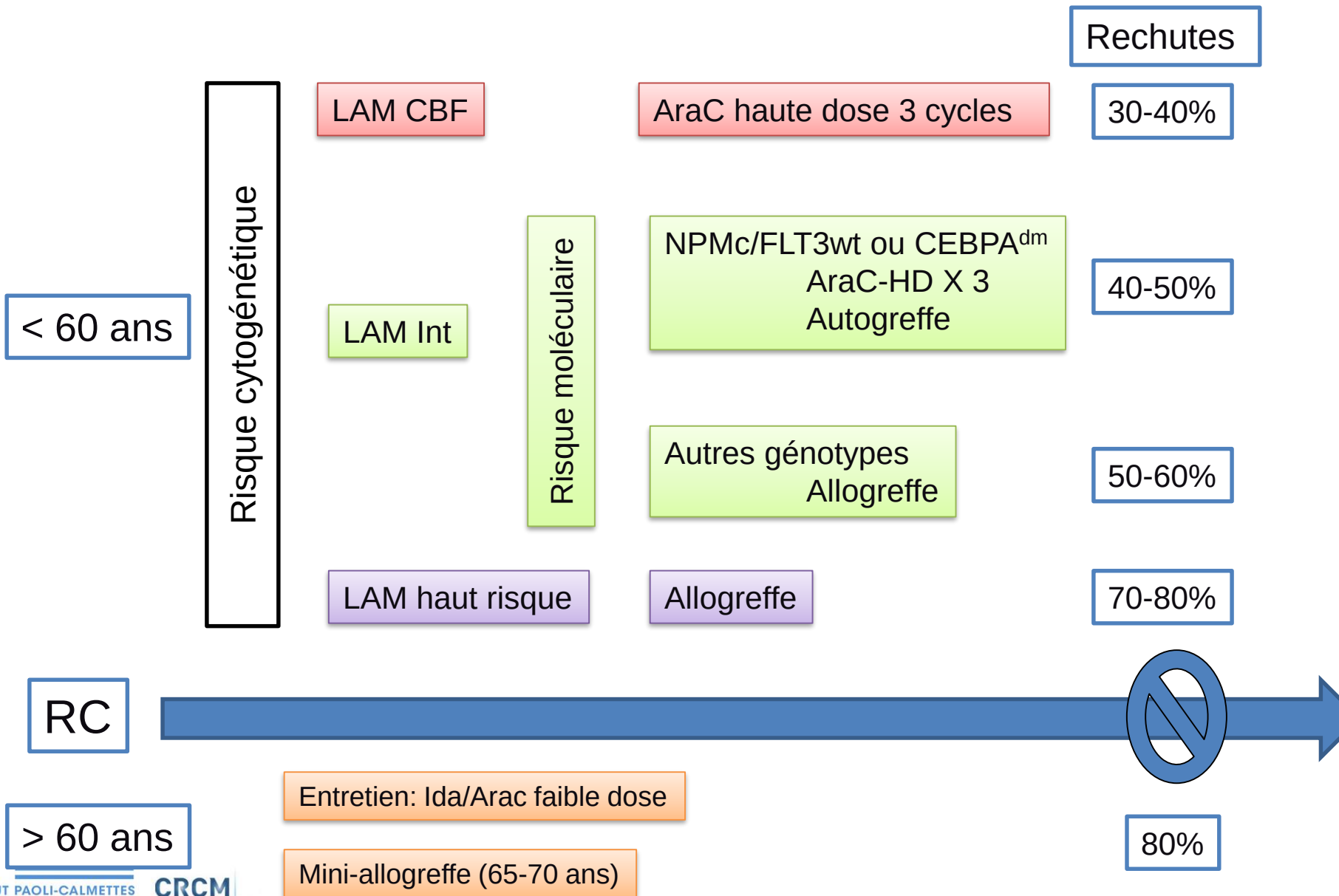


Chimiothérapie Intensive

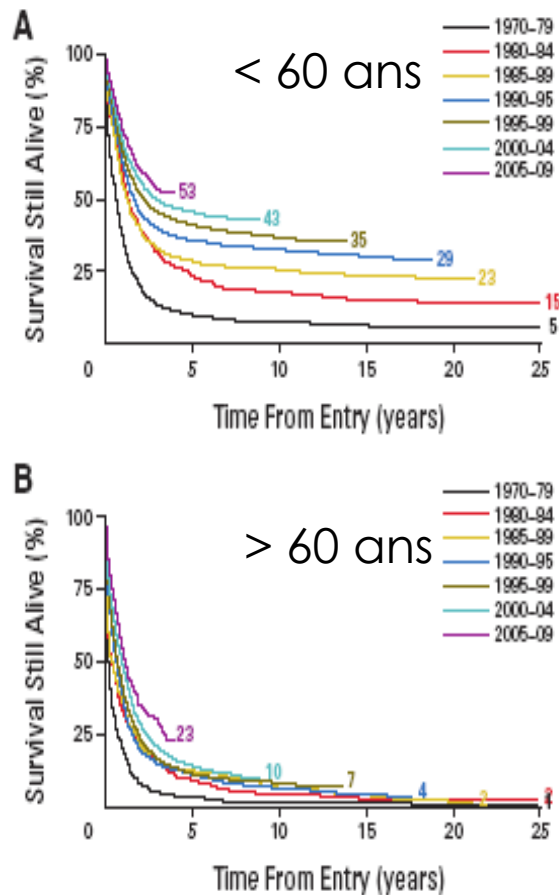
Induction: Un cap difficile...



Stratification de la consolidation



Des progrès sans nouvelles molécules



- ATRA (Vesanoid®) 1996
- Arsenic trioxide (Trisenox®) 2002
- 5-Azacytidine (Vidaza®) 2009 (20-30% blasts)
- Dichlorhydrate d'histamine (Ceplene®) 2010
- Génotoxiques
 - Chlorétazine
 - Clofarabine
 - Elacytarabine
 - Mylotarg
 - Vosaroxine?
 - CPX-351?
- **Thérapies ciblées + mAb**
 - Quizartinib (FLT3-ITD)
 - AG-221 (IDH2)/AG-120 (IDH1)
 - Volasertib (PLK1)
 - ABT-199 (inhibiteur BCL-2)
 - Anti-CD123
 - BiTE (anti-CD33/anti-CD3)
 - ...

Burnett, JCO 2010

Le traitement intensif:

- toxicité pour les organes,
- échec de l'éventuelle greffe,
- un lourd fardeau de symptômes, une piètre qualité de vie
- et un risque élevé de mortalité (suites d'une infection ou de la défaillance d'un organe)

Lorsque les approches thérapeutiques échouent, il n'est pas rare que les patients subissent, dans leurs dernières semaines de vie, des traitements intensifs qui nécessitent une hospitalisation aux soins intensifs et une chimiothérapie de rattrapage

Etant donné l'évolution imprévisible de la maladie et la difficulté de savoir quand faire appel aux services de soins palliatifs spécialisés, les patients en hématologie et leur famille sont parfois pris au dépourvu lorsque la mort devient inévitable ou qu'une importante morbidité est présente

- Malgré les avantages avérés, l'offre de soins palliatifs aux patients en hématologie pose un défi particulier car la maladie évolue de façon imprévisible;
- Il est donc difficile de savoir quand faire appel aux soins palliatifs
- l'intégration des soins palliatifs précoces est rarement systématique et la disparité est encore plus apparente en hématologie

Beaucoup de facteurs font obstacle à l'intégration des SPP:

- Les préjugés sur les soins palliatifs,
- L'évolution imprévisible des hémopathies malignes,
- Les philosophies différentes de l'oncologie
- L'incertitude quant au moment propice pour faire appel aux SPP
- Bien souvent, les hématologues estiment que les soins palliatifs ne sont utiles qu'en fin de vie et peuvent par conséquent être moins disposés à y recourir;
- Les services de soins palliatifs ne sont pas considérés comme ayant un rôle à jouer dans l'approche curative

Pour Avancer

- Thérapeutiques de plus en plus performantes
- Tous les patients ne guérissent pas ou ne font pas de rémission de longue durée
- La tentation de la prochaine thérapeutique prometteuse permet toujours de repousser plus loin l'idée de la mort inéluctable et fait vivre des alternances d'espoir et de déceptions
- La qualité des relations interprofessionnelles, le niveau de confiance, le partage des valeurs au sein de l'équipe ou du service
- Démarche participative
- Vigilance sur la qualité de la communication et l'accompagnement



Les Soins Palliatifs en Hématologie,

Vu par la psychologue

Y. ARNAULT

Psychologue Clinicienne

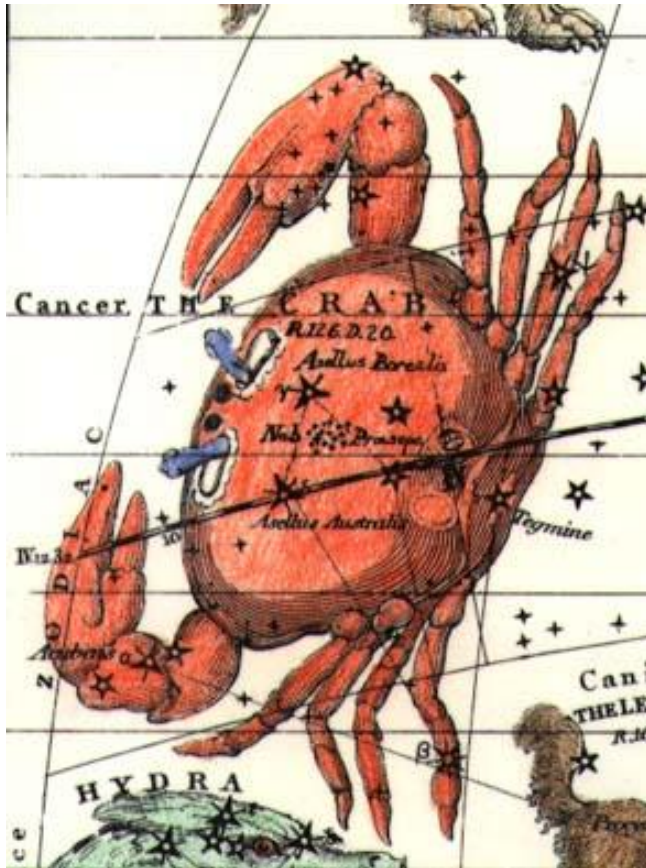
Institut Paoli Calmettes

La leucémie aigue : Spécificités de l'annonce



Le moment de l'annonce d'un diagnostic de cancer telle que la leucémie de part sa soudaineté, peut libérer une angoisse telle que le système de défense habituel du sujet est rendu inapte à remplir sa fonction protectrice de Pare-excitation

Le Cancer, terra incognita

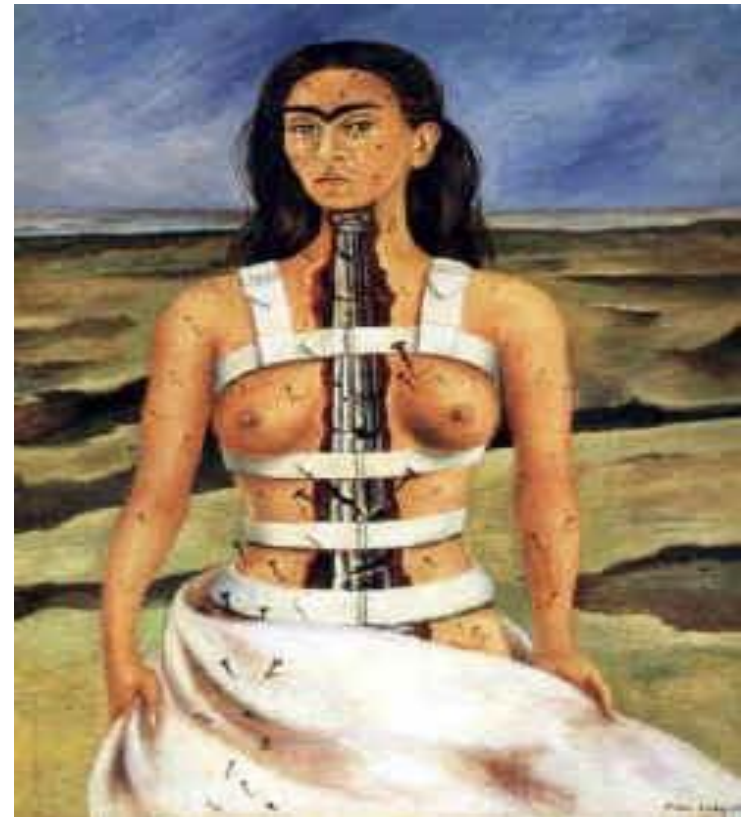
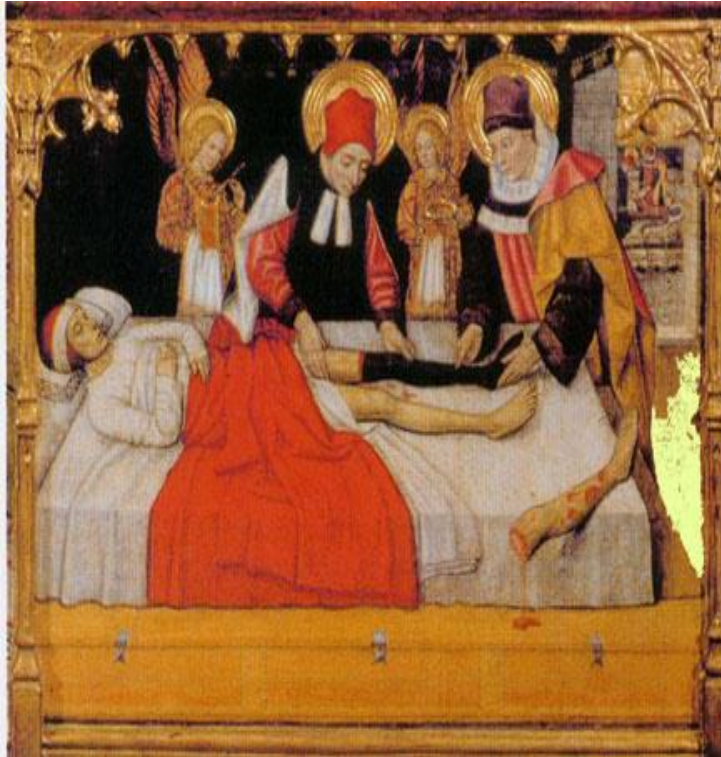


Le cancer fait pénétrer le malade dans une contrée inconnue, hostile où tout sera perçu comme source d'angoisse et d'agressions multiples.

Il engage l'entièreté du sujet, qui est porteur de son histoire avant que d'être porteur de sa maladie

Nécessité de restaurer le sentiment d'unicité et d'identité du sujet

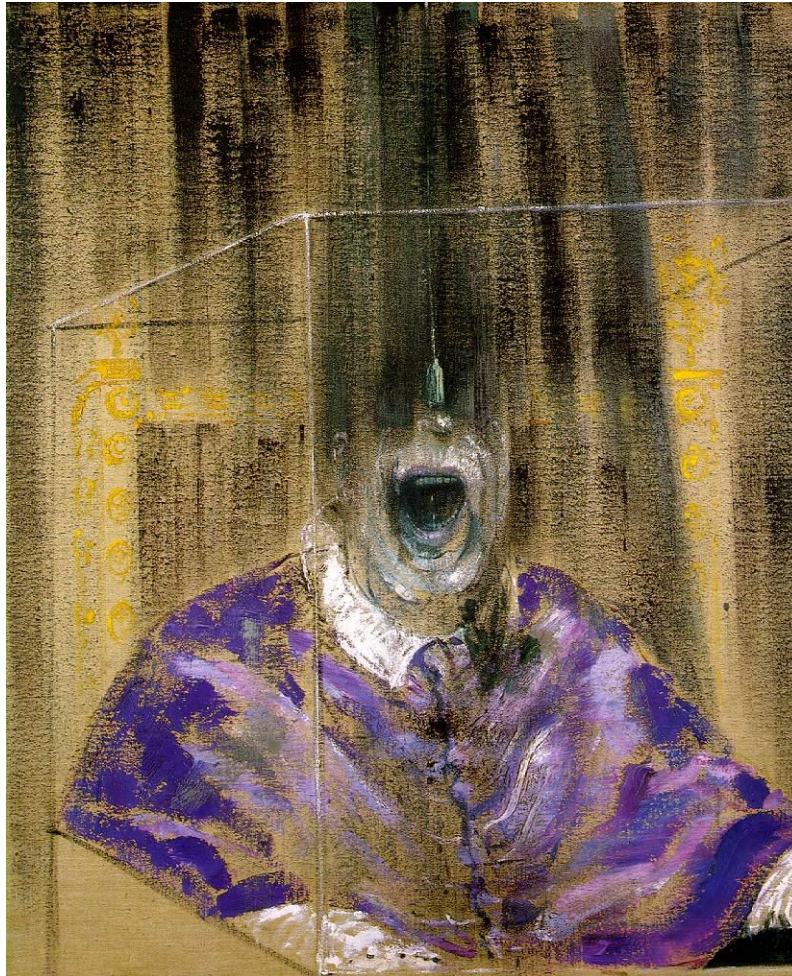
Corps observé, corps objectivé





Trauma et cancer

Effraction,
Débordement psychique,
Détresse (*Hilflosigkeit*)



Les défenses se
fissent laissant le
sujet en proie à
une
désorganisation
psychique
jusqu'alors
inconnue

L'épée de Damoclès Ou la vie au conditionnel

« Temporalité, conjugée dans
ce temps des incertitudes,
comme amputée de son avenir
... »





La maladie qui lance le
compte à rebours du temps
paradoxalement en laisse...
L'ironie dès lors se trouve
être « comment tuer le
temps ? »



Avec la
maladie la
question du
temps qui
reste devient
centrale

Paroles de patients

- Je n'ai pas peur de mourir, tout ce que je veux c'est ne pas souffrir...
- Mourir ne me fait pas peur, mais laisser ma famille, mes enfants, ça c'est dur...
- Je voudrais que tout ça se termine...
- Je n'ai pas peur de mourir. J'aimerais juste ne pas être là quand ça arrivera

Woody Allen



« Je voudrais
être comme
avant »

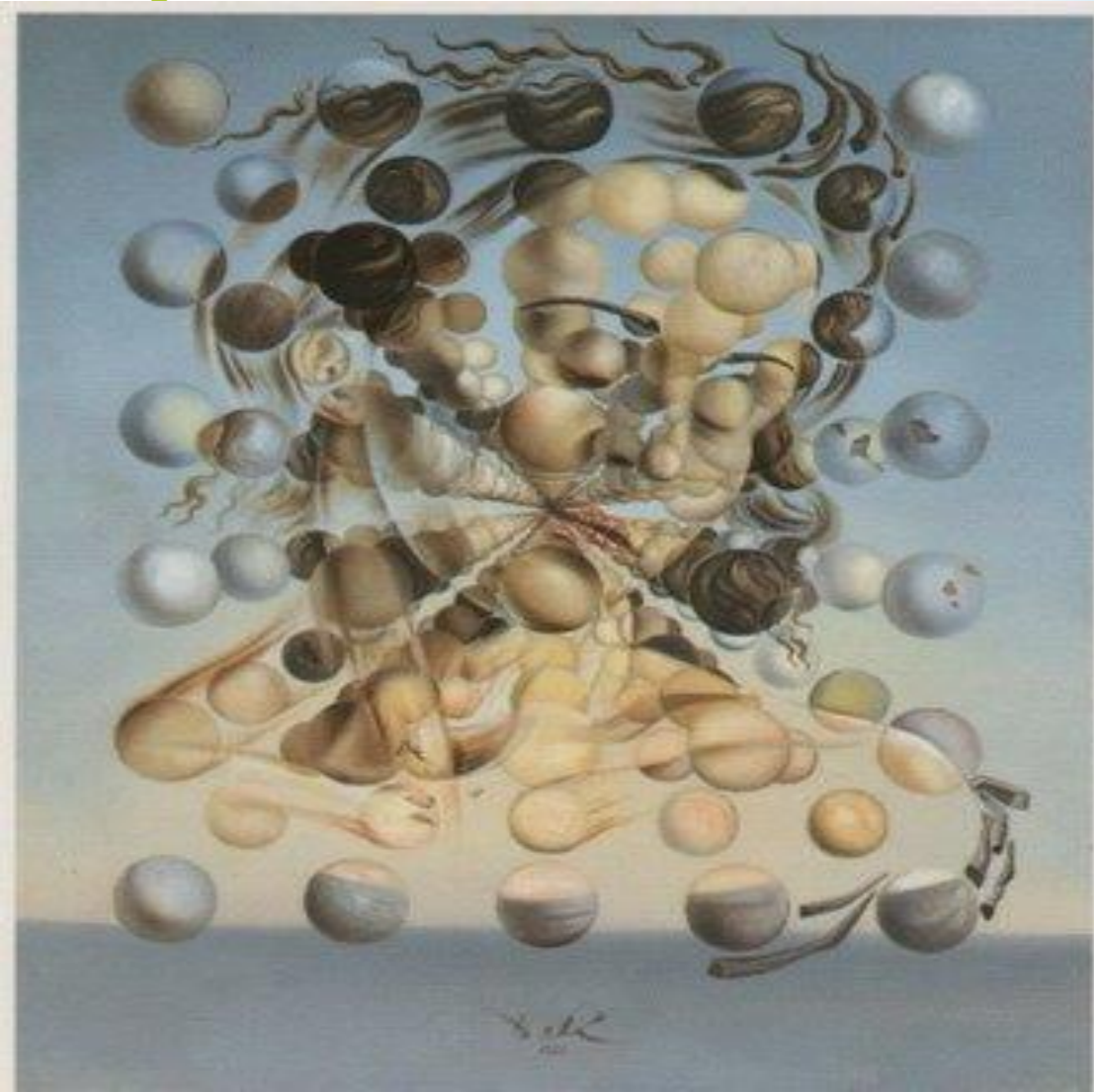
Or, le temps
ignore la
marche
arrière



Comment aider
le patient à
se sentir
« différemment
le même » ?



*Comment se créer
de nouvelles normes,
de nouveaux repères ?*



Comment
retrouver une
continuité
d'être ?



« La parole c'est
l'espace où l'humain
apparaît »

Hannah ARENDT



La parole
introduit un tiers.
Au travers de sa
temporalité
discursive elle
aidera le patient
à se sentir
« Autrement le
même »



Les Soins Palliatifs en Hématologie,

Vu par le médecin de soins palliatifs

Dr A. PROUX

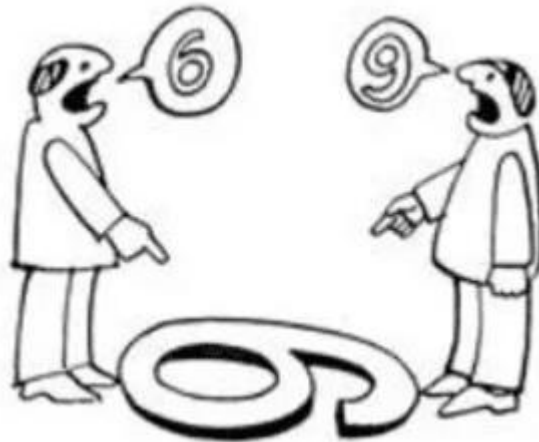
Médecin de Soins palliatifs

Institut Paoli Calmettes

Le SP en hémato dans un CLCC

➤ Rupture de dialogue avec l'hématologie

- Rupture entre SP et hémato
- Intégration SP 1h avant le décès
- IDE qui appelait en cachette les SP pour la FDV

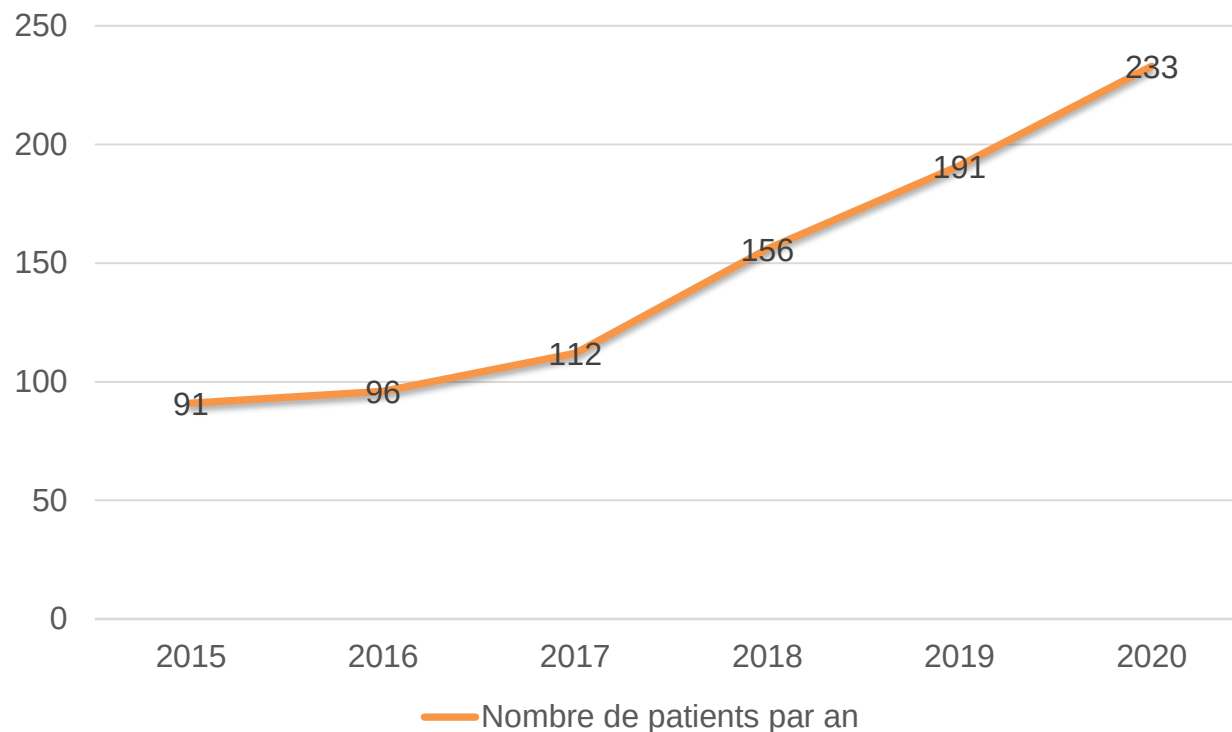


Les étapes de la collaboration

- Oublier les habitudes de l'onco solide
- Comprendre les difficultés des hématos
- Faire une place pour les SP dans la prise en charge
- Revenir le lendemain

Résultats

Nombre de patients par an



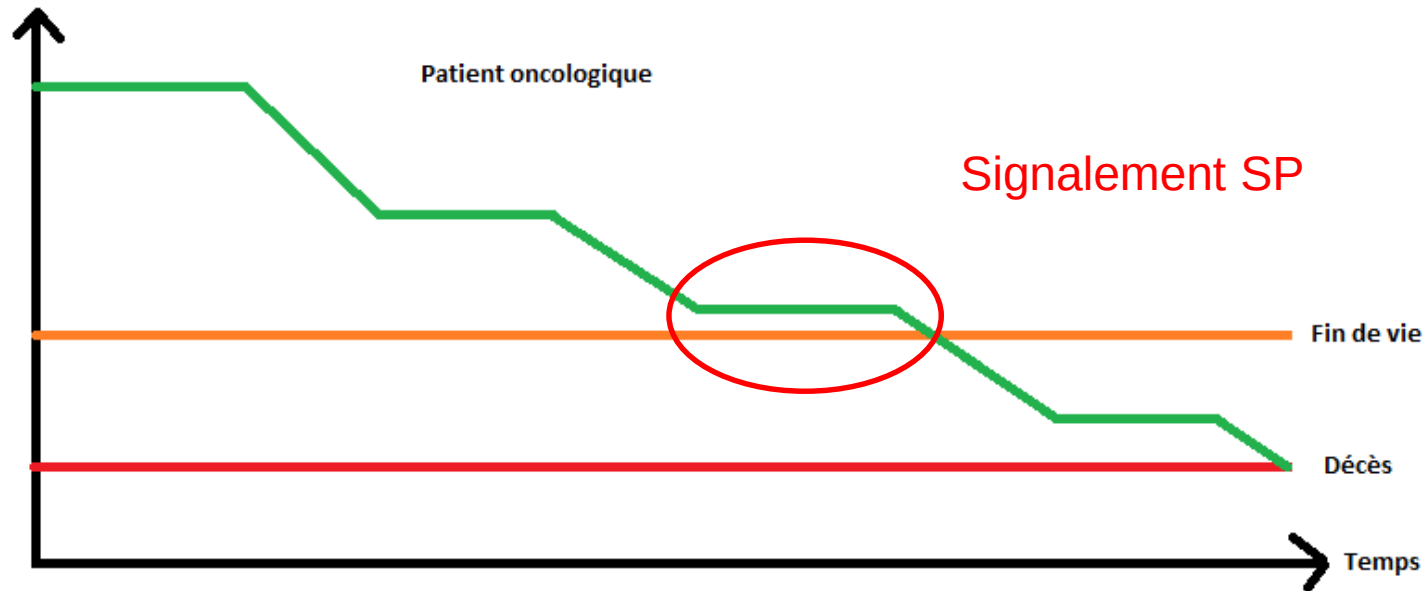
+ 156%

Diff SP-Décès	2017	2020
Moyenne (en jours)	40	50
Médiane (en jours)	20	23

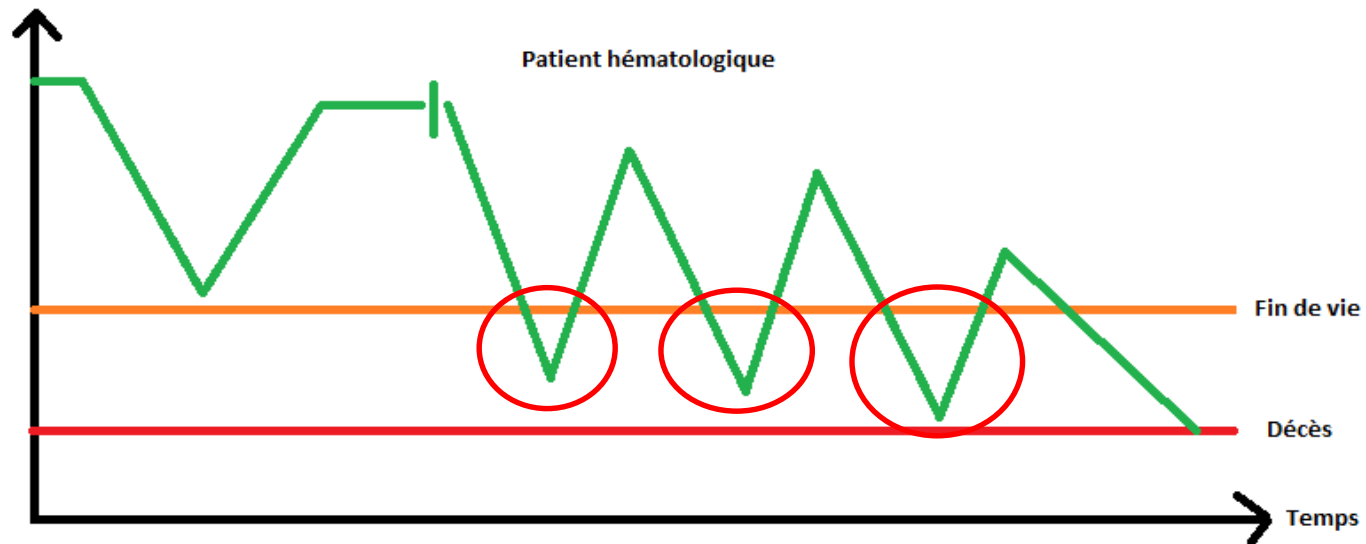
Qu'avons-nous appris ?

- Etat général parfois conservé (OMS 1 en fin de vie)
- Complications imprévisibles
 - Infectieuse, hémorragique, hyperleucocytose
- Concept de « *réversibilité* »
- Concept de « *mort biologique* »

Etat général



Etat général



?

Place de la transfusion



- Symbolise le « lien à la vie »
- On sait que :
 - La transfusion améliore la qualité de la fin de vie
 - La transfuso-dépendance (≥ 2 transfusions avec au moins 5 jours d'écart sur un mois) diminuent l'accès aux USP
- Alors quand arrêter de transfuser en SP ?

Quand et comment arrêter un support transfusionnel en FDV

1. Importance d'une intégration précoce des SP

- Discussion anticipée sur les objectifs d'une transfusion palliative

2. Nos limites compatibles avec une qualité de fin de vie :

- Pas plus d'une transfusion par semaine
- Pas plus de 2 CGR par transfusion

3. A ce stade, la complication va arriver -> 99%

4. On ne peut pas éthiquement laisser mourir un patient exsangue

- La décision ne peut venir que du patient dans le cadre d'une SPCMJD

RAD des patients hémato en SP

- Le risque zéro n'existe pas -> réhospit possible le soir même
- HAD -> car besoin d'une prise en charge immédiate
 - Transfusion à domicile +++
- PAP : TAZO si autonome -> prise en charge sepsis
- Réactivité en cas de complication -> Hospit en urgence
- Surveillance biologique indispensable : 1 à 2 fois par semaine

Pou

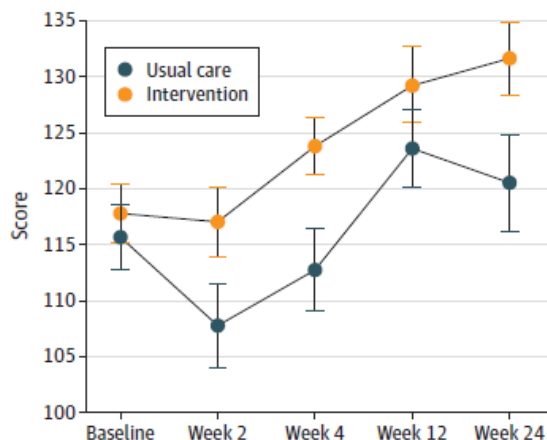
JAMA Oncology
Effective
for Patients
A Randomized

Areej El-Jawahri, MD
Nina O'Connor, MD
Amir T. Fathi, MD;
Dagny Vaughn, BA

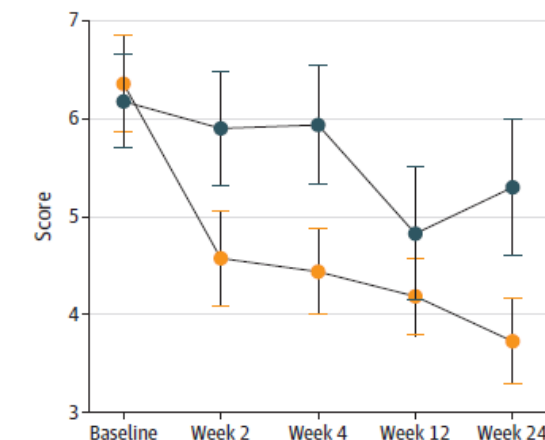
- Premier
- Publié
- Positif

Figure 2. Effect of Integrated Palliative and Oncology Care on Patient-Reported Quality of Life and Psychological Distress by Scale

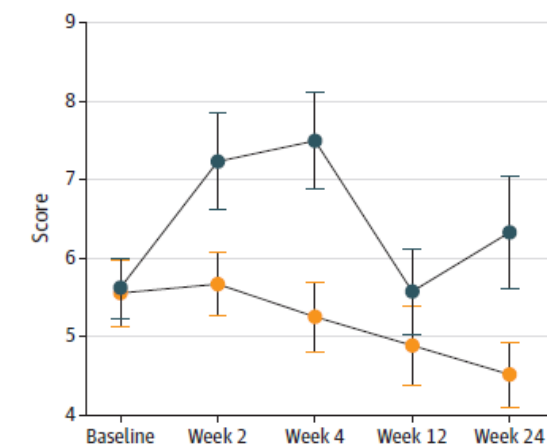
A Functional Assessment of Cancer Therapy-Leukemia



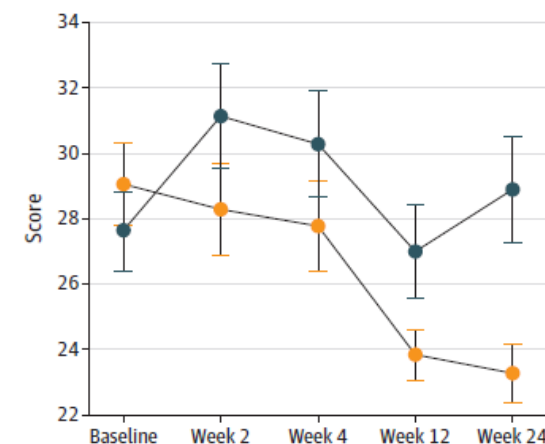
B Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiety)



C Hospital Anxiety and Depression Scale (depression)



D PTSD Checklist-Civilian version



re

Toby C. Campbell, MD;
Walker, MD;
Hilena Addis, BS;

is la LAM

Spécial dédicace

- Aux HAD
- Aux USP
- Aux IDEL
- Aux réseaux
- Aux assistantes sociales
- Aux Kiné
- Aux psychologues
- Aux prestataires
- Aux médecins généralistes
- Aux bénévoles

- Et aux aidants

Merci