

Hormonothérapie dans le cancer de la prostate : quel rôle pour l'IDE en 2020 ?

K Kaulanjan, R Thenault, V Leroy, Z Khene, R Mathieu

▶ **To cite this version:**

K Kaulanjan, R Thenault, V Leroy, Z Khene, R Mathieu. Hormonothérapie dans le cancer de la prostate : quel rôle pour l'IDE en 2020 ?. Progrès en Urologie, 2020, 30 (15), pp.958-963. 10.1016/j.purol.2020.09.022 . hal-03003606

HAL Id: hal-03003606
https://hal.science/hal-03003606

Submitted on 7 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S116670872030600X
Manuscript_6fa3e20e7ac8ebbe507829db3b7935b8

Title Page

Titre : Hormonothérapie dans le cancer de la prostate : Quel rôle pour l'ide en 2020 ?

K. Kaulanjan[1], R. Thenault[1,2], V. Leroy[2], Z. Khene[2], R. Mathieu[1,2]

[1] Institut de Recherche en Santé, IRSET, Rennes, France, [2] Service d'urologie et de Transplantation rénale, Rennes, Hôpital Pontchaillou, 2, rue Henri Le Guilloux, 35000, Rennes, France;

Correspondant :

Romain MATHIEU, M.D., PhD,

Email : romainmath@yahoo.fr

Cell : +33 663697030

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Titre : Hormonothérapie dans le cancer de la prostate : Quel rôle pour l'ide en 2020 ?

Introduction :

Avec plus de 50 000 nouveaux cas chaque année en France, le cancer de la prostate (CaP) est le cancer masculin le plus fréquent (1). Il s'agit d'un cancer dit « hormono-dépendant », car sous influence directe des hormones androgènes, notamment la testostérone. Ainsi, un des piliers du traitement de cette pathologie est la déprivation androgénique, communément appelée hormonothérapie. Sa prescription est faite par l'urologue, le radiothérapeute ou l'oncologue. En revanche, sa gestion nécessite une approche pluridisciplinaire tant médicale que paramédicale.

Mise en œuvre avec le plan cancer 2003, l'accès à l'équipe soignante paramédicale dès l'annonce du diagnostic a été une réelle avancée dans la prise en charge du patient atteint d'un cancer. Dans cette démarche d'amélioration de la prise en charge globale du patient, le plan cancer 2014-2019 a proposé la mise en place d'infirmier(e) en pratique avancée (IPA) dont les fonctions et capacités sont élargies (2). Des formations se sont ouvertes dans plusieurs universités et le nombre de ces IPA devrait donc augmenter rapidement dans les années à venir. Par ailleurs, l'hormonothérapie relève le plus souvent d'une injection mensuelle, trimestrielle, ou semestrielle réalisée par une Infirmier(e) diplômé(e) d'état. Ainsi, en lien avec le médecin prescripteur, l'infirmier(e) peut être partie prenante de la prise en charge d'un patient sous hormonothérapie.

L'objectif de ce travail était de faire l'état des lieux des différentes hormonothérapies disponibles, leurs effets secondaires, et discuter l'information et le suivi des patients sous hormonothérapie dans le cadre de l'exercice paramédical par l'infirmier(e) diplômé(e) d'état.

Les Hormonothérapies dans le cancer de la prostate : Indications, effets indésirables, surveillance.

Le traitement hormonal du CaP a pour objectif de diminuer la testostérone circulante en deçà d'un seuil empiriquement fixé à 50 ng/dL(3) Actuellement, les hormonothérapies disponibles dans le traitement des cancers de la prostate sont :

Les Hormonothérapies de première génération

- La pulpectomie qui consiste en une exérèse chirurgicale de la pulpe du testicule produisant la testostérone. Le recours à cette technique reste limité de nos jours.
- Les agonistes et antagoniste de la LH-RH, qui agissent au niveau de l'hypothalamus pour inhiber la production de testostérone par les testicules.
- Le bicalutamide, qui va bloquer de manière compétitive la liaison entre le la Dihydrotestostérone (DHT) et le récepteur aux androgènes au niveau des cellules tumorales.

Les Hormonothérapies de seconde génération

- L'Acétate d'Abiratérone qui supprime la production de testostérone par les surrénales.

- L'Enzalatumide, l'Apalutamide et le Darolutamide qui inhibent, au niveau de la cellule tumorale, la liaison DHT et récepteur aux androgènes (RA), la translocation nucléaire du RA et la transcription médiée par le RA.

Un traitement par hormonothérapie de première génération est indiqué de manière transitoire en association avec la radiothérapie externe dans les cancers de prostate localisé ou localement avancé et, dans certains cas, en traitement de rattrapage après un traitement local.

L'hormonothérapie de première génération est le traitement de référence en cas de cancer de prostate métastatique. Les hormonothérapies de deuxième génération sont utilisées depuis plusieurs années en association avec les hormonothérapies de première génération au stade de résistance à la castration. Certaines d'entres elles sont désormais utilisées dès le stade hormono-naif, toujours en association avec les hormonothérapies de première génération.

Ces hormonothérapies présentent des effets indésirables dont les patients doivent être informés. La physiologie et les organes cibles de la testostérone expliquent les principaux effets secondaires de l'hormonothérapie (figure 1) .

Figure 1 : Organes Cibles de la testostérone.

Les principaux effets indésirables de l'hormonothérapie de première génération sont nombreux : bouffées de chaleurs, modification de la sexualité (baisse de la libido, perte des érections), fatigue physique, psychasthénie, perte de l'élan vital, résistance à l'insuline,

troubles du bilan lipidique (hypercholestérolémie), développement d'un syndrome « pseudométabolique », prise de poids ou encore une perte du capital osseux.

Les hormonothérapies de deuxième génération peuvent être associées à des perturbations cliniques et du bilan biologique. Un suivi régulier de la tension artérielle est ainsi proposé. Sous acétate d'abiratérone, l'apparition d'œdème des membres inférieurs ou de perturbation du bilan hépatique doit être recherchée. Sous enzalutamide, l'apparition de symptômes tels qu'une asthénie, des troubles cognitifs ou des crises comitiales doit être surveillée. Enfin, les patients avec des traitements anticoagulants ou perturbant le QT doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Après un bilan pré thérapeutique permettant de définir l'état de base du patient, une surveillance régulière, clinique et biologique, est effectuée selon les modalités du Tableau 1

Clinique	<u>Interrogatoire sur :</u> - Les facteurs de risques cardiovasculaires - Les facteurs de risques d'ostéoporose - Les facteurs de risque de chute - Les troubles de l'humeur - Les troubles de la sexualité - Les traitements concomitants <u>Examen physique avec :</u> - Mesure de la Pression artérielle - Poids, Taille et calcul de l'IMC - Périmètre abdominal

Paraclinique	<u>Efficacité</u> - PSA +/- Testostérone <u>Tolérance</u> - Glycémie à jeun - Bilan lipidique (Triglycérides, cholestérol total, HDL, LDL) - Vitamine D - Ostéodensitométrie - Numération Formule Sanguine - Fonction Rénale (créatinémie) - Ionogramme sanguin avec Kaliémie (Acétate d'Abiratérone) - Bilan hépatique : ASAT ALAT, Bilirubine (Acétate d'Abiratérone) - Albuminémie

<u>Tableau 1 : Bilan Pré-thérapeutique et de suivi (3)</u>

Les données du système de données en santé révèlent que les bilans prescrits à la mise en place d'une hormonothérapie restent insuffisants (4). Le bilan initial et la surveillance des patients sous traitements hormonaux doit donc être améliorés et s'envisager dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire pouvant nécessiter des consultations spécialisées en cardiologie, rhumatologie… L'infirmier(e) diplômé(e) d'état peut jouer un rôle majeur dès le début de traitement dans l'identification de facteurs de risque de survenue de symptômes, l'information du patient, son éducation thérapeutique et l'organisation du réseau de soins.

Durant le suivi, l'IDE sera un acteur privilégié de la prise en charge dans l'identification des effets secondaires sous traitement et leur prévention. Certains centres ont ainsi fait le choix de dédier un temps soignant paramédical sous forme d'une consultation IDE de coordination (IDEC) lors de la mise en place d'une hormonothérapie et son suivi.

Un exemple pratique de consultation IDE

L'avis général est unanime sur la nécessité d'une coordination des soins en oncologie. Cette coordination est particulièrement importante en urologie pour la prise en charge des patients avec un cancer de la prostate sous hormonothérapie. Celle-ci doit permettre une meilleure prise en charge en permettant un bilan initial et un suivi standardisé, tout en organisant le réseau de soins autour du patient. C'est le rôle prépondérant que peut jouer une Infirmière Diplômée d'État de Coordination (IDEC) en urologie. Dans notre centre, cette nouvelle fonction a été créée en janvier 2018. Le métier d'IDEC a deux facettes, l'une est de coordonner la prise en charge thérapeutique et l'autre est d'apporter un accompagnement psycho-social adapté au patient sous hormonothérapie tout au long de son parcours de soins.

L'IDEC accompagne le patient et sa famille dès l'annonce diagnostique. Elle reçoit ainsi le patient à la suite de consultation d'annonce médicale et de l'instauration du traitement hormonal. Lors de cette première consultation avec l'IDEC, les différentes informations données lors de la consultation médicale sont reprises, et réexpliquées si besoin.

Le premier temps de cette consultation est dédié à faire la connaissance du patient. L'infirmière dresse alors un état des lieux sur la situation globale du patient et de son

entourage. Ainsi, elle va s'informer sur la présence des personnes proches du patient pour déceler un éventuel isolement ou une vulnérabilité, sur les ressources du patient au domicile et sur son environnement socio-professionnel. Cette évaluation va permettre de proposer des aides matérielles ou humaines adaptées à chaque patient afin d'optimiser la prise en charge au long cours dans les meilleures conditions. L'IDEC va se renseigner sur l'entourage paramédical du patient (infirmière libérale, pharmacie) et notifier dans le dossier médical du patient ces informations afin d'anticiper des difficultés sur l'obtention ou l'administration du traitement. Lors de cette première consultation, les modalités de prise du traitement sont ensuite abordées. Ces informations sont données à l'instauration d'une hormonothérapie de 1ère et/ou de 2ème génération. Pour l'hormonothérapie de 1ère génération, en cas d'injection d'analogues ou d'antagonistes de la LHRH le patient est informé sur les modalités d'injection et de préparation du produit. Pour l'hormonothérapie de 2ème génération, le patient est informé sur la temporalité éventuelle de la prise du traitement selon les repas. L'IDEC évalue ensuite le poids, la tension artérielle, et le périmètre abdominal. Quel que soit le traitement instauré, les différents effets indésirables sont ensuite abordés. Ainsi, le patient et son entourage sont informés sur les principaux effets secondaires en insistant sur les risques d'asthénie, de prise de poids, de majoration de la tension artérielle, de bouffées de chaleur, la baisse de la libido et des troubles de l'érection. Les risques d'ostéoporose sont également évoqués. L'IDEC présente alors les règles hygiéno-diététiques et les solutions existantes pour prévenir le risque de survenue des effets secondaires de l'hormonothérapie. L'IDEC insiste alors sur l'importance d'une activité physique adaptée et d'un régime alimentaire équilibré. Une présentation de l'offre de soins de support (enseignant APA, nutritionniste…) dans la région est présentée au patient. Cette Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) a pour objectif une meilleure compréhension du patient sur son traitement et

ses effets indésirables afin d'obtenir une observance optimale du traitement et une certaine autonomisation dans la prévention et la gestion des effets secondaires.

L'IDEC rappelle ensuite le bilan initial à réaliser et le suivi associé à chaque traitement hormonal. C'est également durant de cette première consultation que sont pris, en fonction du traitement, les rendez-vous pour les examens complémentaires, telle qu'une consultation cardiologique ou rhumatologique. Elle fait ainsi le lien avec le réseau de soins, notamment de ville. Il s'agit là d'un des rôles principaux de l'IDEC qui est de coordonner, planifier et clarifier les différentes étapes de la prise en charge du patient en facilitant la communication interprofessionnelle et entre les soignants et le patient et d'améliorer la continuité des soins. Son rôle est donc crucial dans la mise en place de ce réseau de soins.

En fin de consultation, le Programme Personnalisé de Soins (PPS) est remis au patient. Il contient des informations générales sur la maladie ainsi qu'un volet spécifique sur les différents traitements, les bilans prévus et leur temporalité ou encore des coordonnées téléphoniques des personnes à joindre en cas de besoin. Le classeur contient également différentes recommandations concernant les règles hygiéno-diététiques, l'activité physique adaptée, l'alimentation pour prévenir la survenue d'effets secondaires sous hormonothérapie. Une lettre d'information concernant les traitements mis en place est également adressée au médecin traitant.

Par la suite, l'IDEC voit également le patient lors des consultations de suivi programmées, tous les 6 mois pour les patients sous hormonothérapie de 1ère génération et tous les 3 à 4 mois les patients sous hormonothérapie de 2ème génération. Ces consultations de suivi permettent de mesurer l'efficacité du traitement, son observance et ses effets secondaires. Dans notre centre, la consultation de l'IDEC se déroule en amont de la consultation médicale. Une auto-évaluation de sa qualité de vie est réalisée par le patient, en s'attachant

à renseigner différents items. Ces items sont évalués à l'aide de questionnaires spécifique (Figure 2). A l'aide de ces outils d'évaluation et grâce à une écoute active, L'IDEC va faire émerger les diverses problématiques et les objectifs prioritaires de soins du patient et de ses proches. L'IDEC va de manière systématique reprendre les constantes du patient et vérifier que les bilans biologiques de surveillance ont bien été réalisés. Elle refait également le point sur l'activité physique du patient, sa nutrition et lui propose, le cas échéant, des mesures adaptées. En fonction des besoins, elle va proposer l'intervention d'un ou plusieurs acteurs des soins de support. Elle se positionne alors dans le suivi comme personne-ressource des équipes de soins et interlocuteur privilégié du patient et de ses proches.

Au terme de la consultation IDEC, le patient est vu par le médecin en charge du renouvellement de son hormonothérapie. Celui-ci, après échange avec l'IDEC, évalue les problématiques et les actions mises en place et celles à envisager. Cette approche permet ainsi à l'IDEC puis au médecin de centrer au mieux leurs consultations sur les problématiques rencontrées par le patient tout en poursuivant les mesures de prévention des effets secondaires potentiels.

Figure 2 : Exemple de questionnaire d'évaluation de la qualité de vie utilisé pour le suivi du patient sous hormonothérapie

En cours de suivi, notamment en cas d'évolution de la maladie, l'IDEC évalue alors avec le médecin la nécessité de mettre en place de nouveaux soins de supports, une assistance sociale et fait alors le lien avec les différents intervenants nécessaires (équipe mobile de soins palliatifs, onco-gériatre, …) Entre chaque consultation programmée, en tant

qu'interlocutrice privilégiée des patients et de leurs soignants, l'IDEC est amenée à prendre en charge les évènements intercurrents que les patients peuvent rencontrer. Ainsi, un patient présentant l'apparition de symptômes pourra la joindre en journée afin qu'elle évalue les besoins et l'oriente le cas échéant vers ses médecins référents.

Les solutions digitales : une perspective d'avenir

L'utilisation progressive des nouvelles technologies tend à se généraliser. Afin de faciliter le recueil des informations et le suivi, notamment des effets secondaires, de nouveaux outils dits connectés apparaissent afin de faciliter la communication entre le patient et ses soignants. Ainsi, des applications ou plateformes de télésurveillance ont été développées. Elles permettent au patient, ou un de ses proches, disposant d'une adresse email de renseigner l'état de santé du patient grâce à un questionnaire. En fonction du score de ce questionnaire, l'IDEC est alors informée par une notification de la nécessité de rappeler ce patient. Des recommandations standardisées sont formulées au patient pour lui permettre de poursuivre sa prise en charge. Ces plateformes permettent également à l'IDEC de rappeler au patient la date de sa prochaine injection ou encore de son prochain rendez-vous médical. Elle permet au patient de renseigner des données cliniques telles que leur poids ou leur tension artérielle, ainsi que des résultats de ses derniers examens complémentaire (bilan biologique, ostéodensitométrie…). A terme, ces outils permettront de prolonger les messages de prévention formulées par les soignants, voire d'adapter ces messages à l'activité ou mode de vie du patient.

Même si la population de patients traités par hormonothérapie pour un cancer de la prostate métastatique a une moyenne d'âge élevée, elle n'en demeure pas moins de plus en

plus connectée. Pour les populations les plus âgées, sans accès à ces technologies ou réticentes à leur utilisation, l'implication des enfants ou petits-enfants dans ce suivi digital peut permettre de sensibiliser ces potentiels aidants à l'accompagnement des patients. Leur utilisation doit cependant être évaluée pour permettre de connaître leur réel bénéfice en termes de suivi des patients et de prévention des effets indésirables, mais également leur acceptation et l'observance réelle des patients à un tel suivi.

Conclusion :

Les effets secondaires potentiels sous hormonothérapie nécessitent la mise en place d'un suivi et de bilans standardisés mais également de mesures préventives et d'accompagnement. La mise en place d'un suivi par infirmière permettrait d'améliorer la prise en charge des patients sous hormonothérapie. Dans notre service, le suivi par une infirmière de coordination a pour objectif d'optimiser l'évaluation, l'information et le suivi du patient tout son coordonnant le réseau de soins. De nouveaux outils numériques voient le jour lui permettant d'être assistée dans sa fonction de suivi et d'information.

Références :

1. Rawla P. Epidemiology of Prostate Cancer. World J Oncol. avr 2019;10(2):63 89.

2. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=84E540B8C829E03EAB668CC386E117A5.tplgfr34s_2?idSectionTA=LEGISCTA000038549827&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200619

3. Rozet F, Hennequin C, Beauval J-B, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont-Hankard G, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018–2020 : cancer de la prostate. Progrès en Urologie. 1 nov 2018;28:R81 132.

4. Scailteux, Lucie-Marie, Frédéric Balusson, Emmanuel Oger, Sébastien Vincendeau, et Romain Mathieu. « Androgen Deprivation Therapy Prescription, Blood and Bone-Density Testing in a French Population-Based Study Exploring Adherence to the French Prostate Cancer Guidelines ». *Minerva Urologica E Nefrologica = The Italian Journal of Urology and Nephrology*, 16 avril 2020.

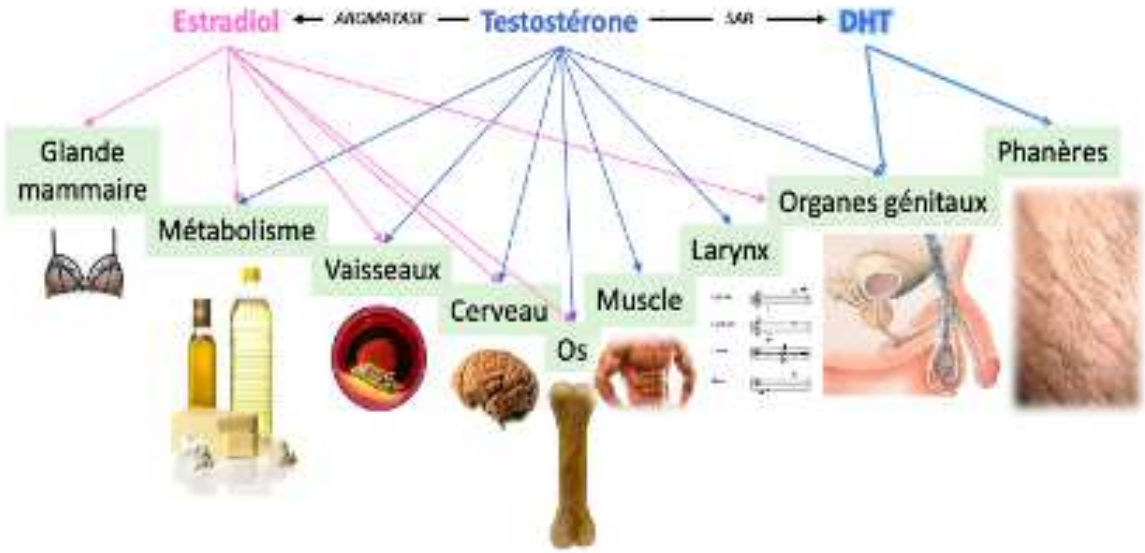


Figure 1 : Organes Cibles de la testostérone.

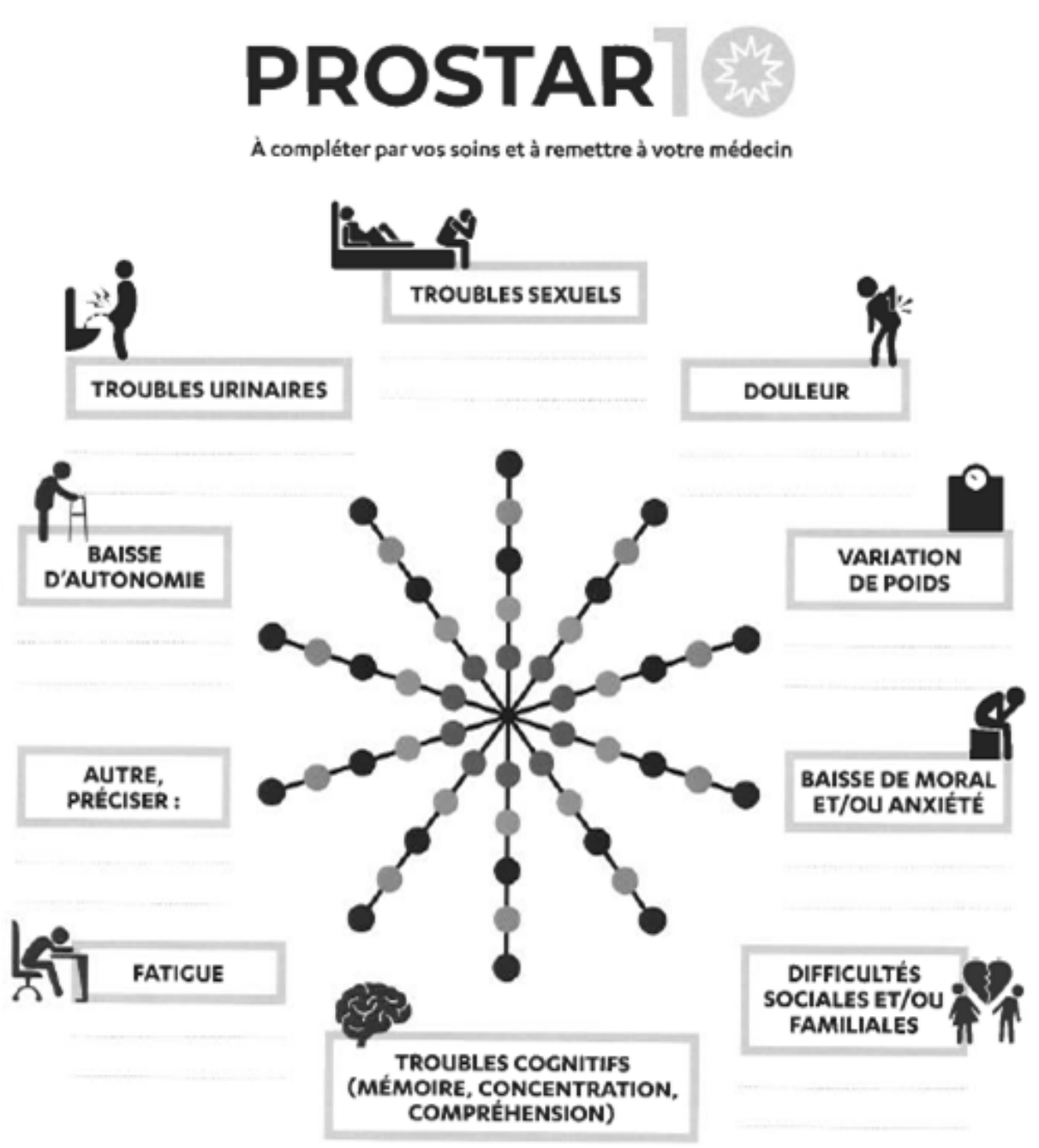


Figure 2 : Exemple de questionnaire d'évaluation de la qualité de vie utilisé pour le suivi du patient sous hormonothérapie

Clinique	<u>Interrogatoire sur :</u> - Les facteurs de risques cardiovasculaires - Les facteurs de risques d'ostéoporose - Les facteurs de risque de chute - Les troubles de l'humeur - Les troubles de la sexualité - Les traitements concomitants <u>Examen physique avec :</u> - Mesure de la Pression artérielle - Poids, Taille et calcul de l'IMC - Périmètre abdominal
Paraclinique	<u>Efficacité</u> - PSA +/- Testostérone <u>Tolérance</u> - Glycémie à jeun - Bilan lipidique (Triglycérides, cholestérol total, HDL, LDL) - Vitamine D - Ostéodensitométrie - Numération Formule Sanguine - Fonction Rénale (créatinémie) - Ionogramme sanguin avec Kaliémie (Acétate d'Abiratérone) - Bilan hépatique : ASAT ALAT, Bilirubine (Acétate d'Abiratérone) - Albuminémie

Tableau 1 : Bilan Pré-thérapeutique et de suivi (3)