Chronicité et cancer : spécificités soins palliatifs, oncologie et personne âgée

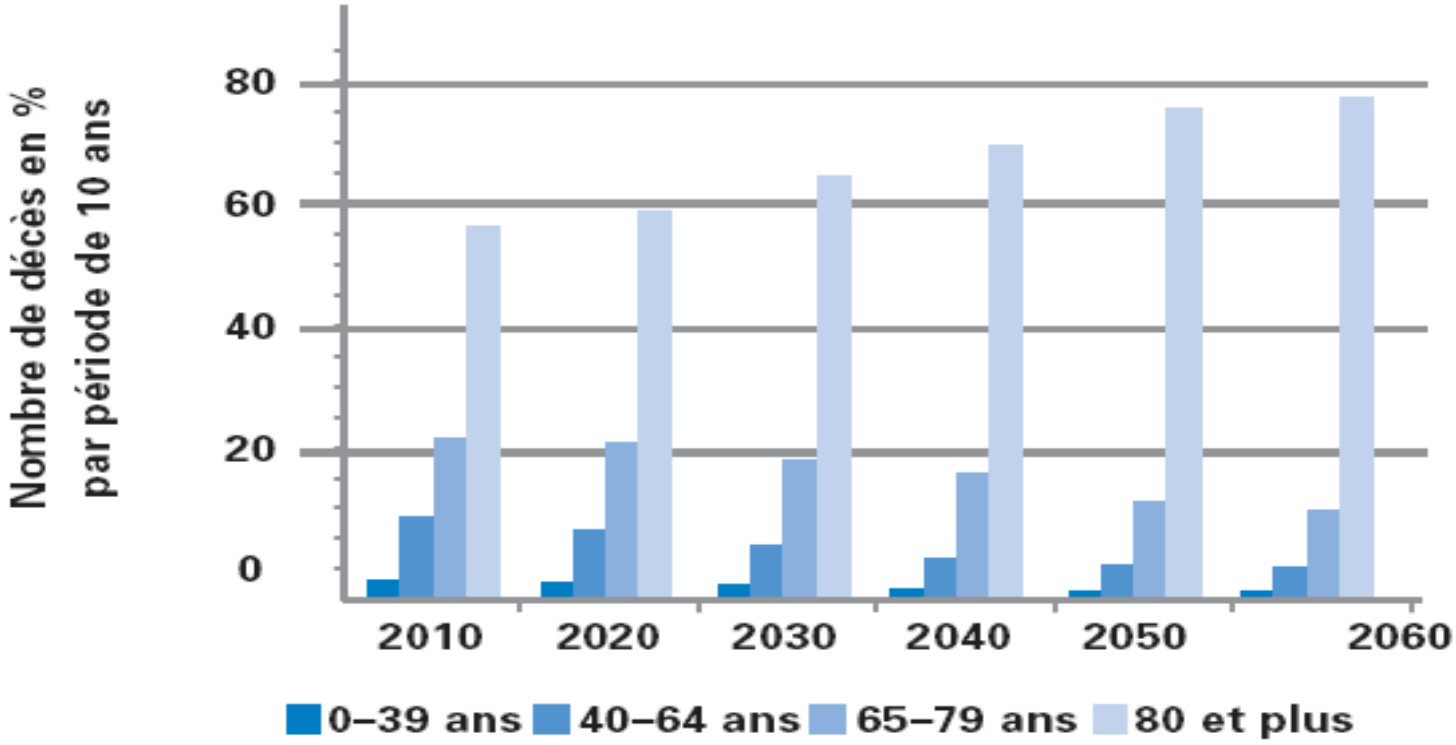
Prof Sophie Pautex
Service de médecine palliative
Centre de soins de support et de soins palliatifs

Plan

Mme Daisy	Les certitudes	Les besoins de Mme Daisy	Et la suite

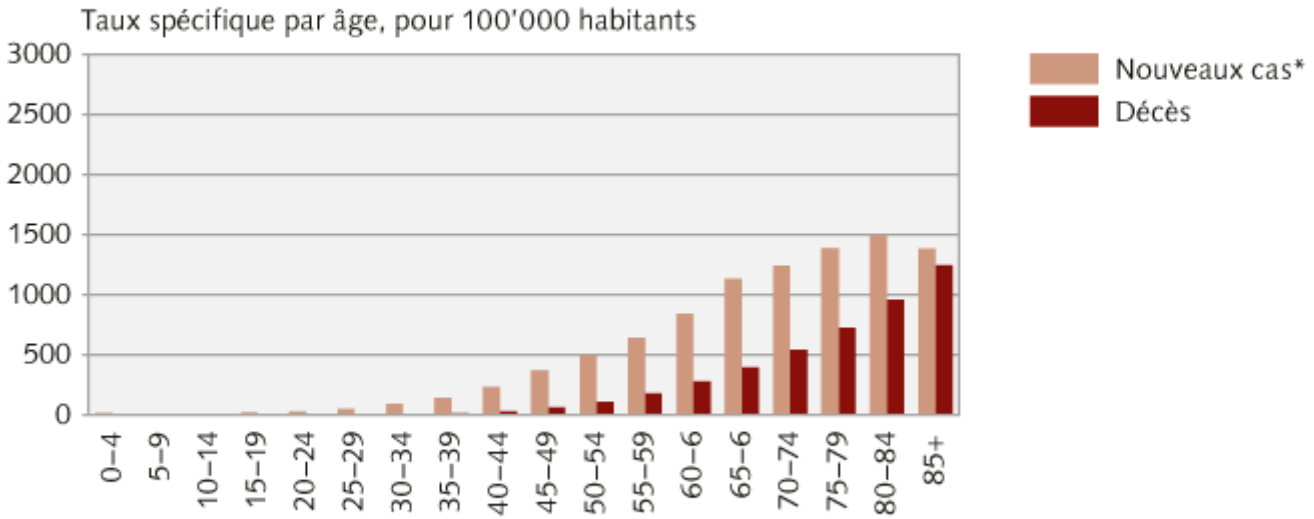
- 80 ans, mariée, 1 fille
- Elle est connue pour un cancer du poumon, un diabète de type II insulino-requérant,…..
- Elle a déjà été hospitalisée 3x en 2019
- Elle ne sort presque plus de chez elle à cause dyspnée- difficulté de se mobiliser

Fig. 3 : Evolution des décès par âge 2010-2060



Source : Office fédéral de la statistique (OFS)

Ensemble des cancers chez les femmes selon l'âge, 2008–2012



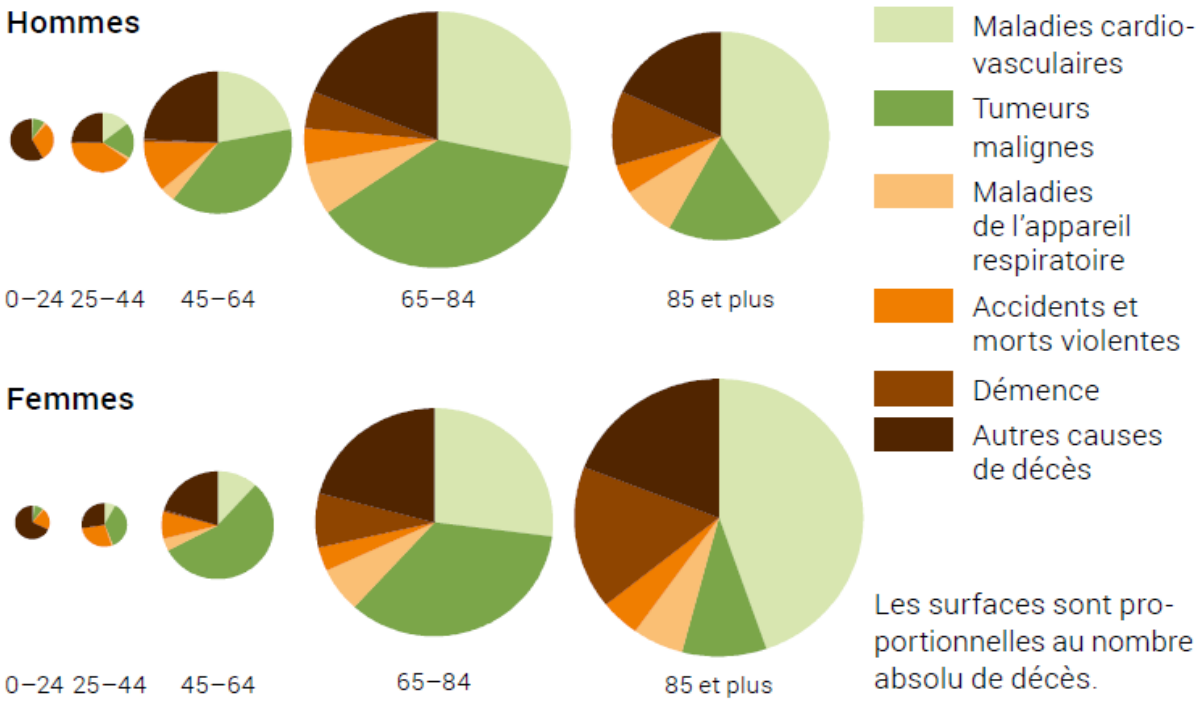
* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs; sans les cancers non mélaniques de la peau

Source: Le cancer en Suisse, rapport 2015, graphique G 3.2

© OFS, Neuchâtel 2016

http://www.bfs.admin.ch

Principales causes de décès selon le groupe d'âge G 2

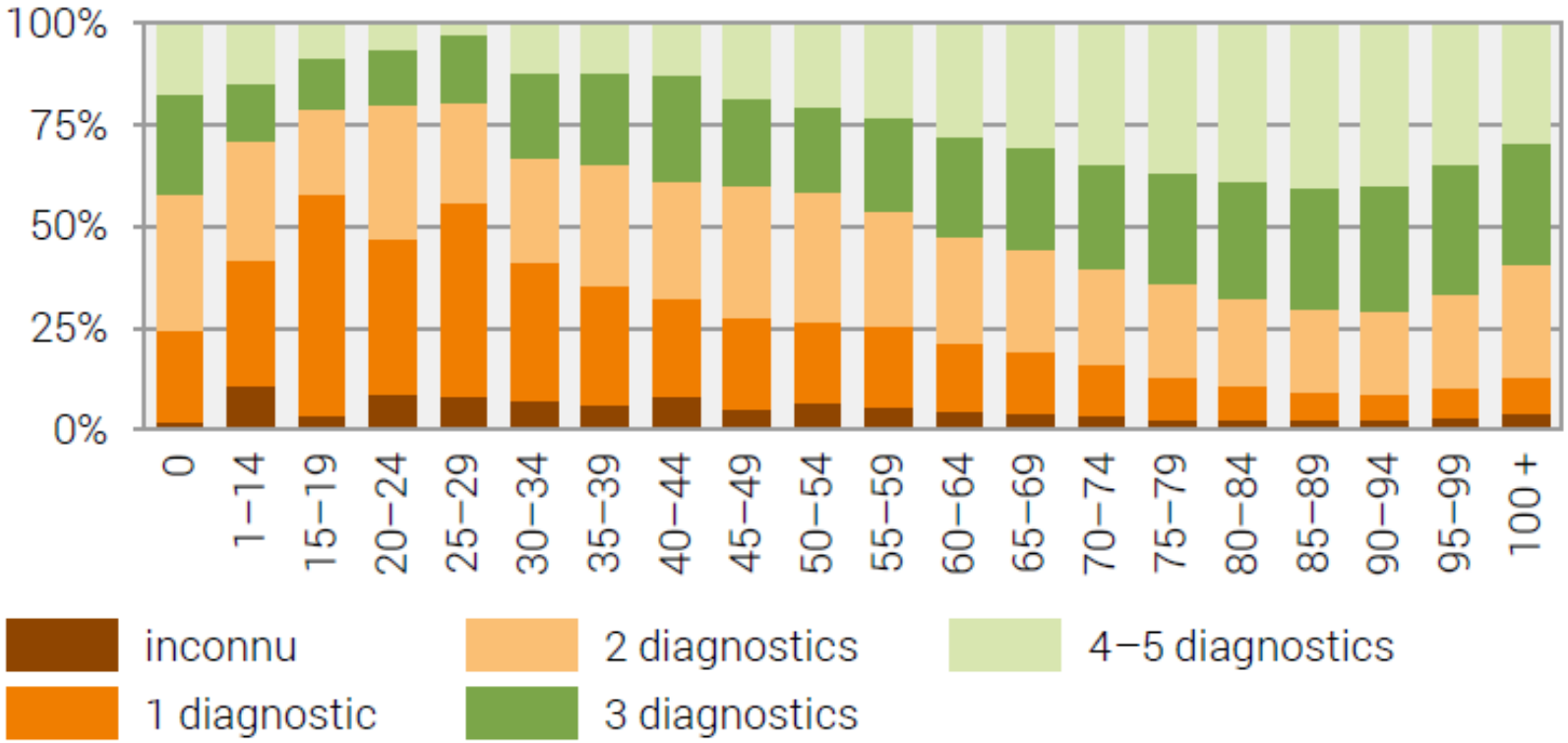


Source: OFS – Statistique des causes de décès

© OFS 2017

http://www.bfs.admin.ch

Multimorbidité selon l'âge, 2015 G 3

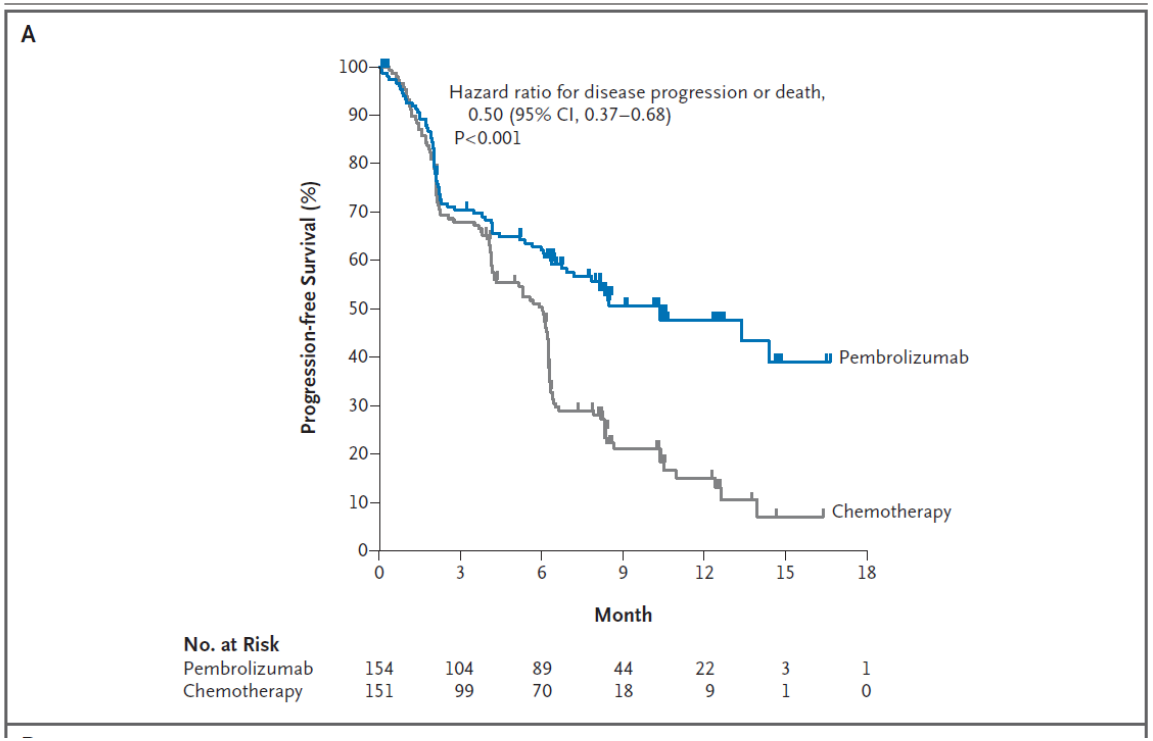


Source: OFS – Statistique des causes de décès

© OFS 2017

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE
ESTABLISHED IN 1812 NOVEMBER 10, 2016 VOL. 375 NO. 19

Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1–Positive Non–Small-Cell Lung Cancer



- Augmentation du nombre de patients âgés
- Qui ne vont pas forcément mourir du cancer
- Mais être atteints de multimorbidités
- Et peut-être vivre longtemps

DEFINITION

Les soins palliatifs cherchent à améliorer **la qualité de vie des patients et de leur famille**, face aux conséquences d'une **maladie potentiellement mortelle**, par la prévention de la **souffrance** identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le **traitement de la douleur** et des autres **problèmes physiques, psychologiques et spirituels** qui lui sont liés.

World Health Organization

Les soins palliatifs :

- procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants;
- Soutiennent la vie et considèrent que la mort est un processus normal.
- N'entendent ni accélérer, ni repousser la mort
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients.
- Proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible
- Proposent un système de soutien pour aider les familles à faire face à la maladie du patient, ainsi qu'à leur propre deuil.
- Utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille en y incluant si nécessaire une assistance au deuil
- Peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie.
- **Sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie , comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.**

Figure 8. Forest plot of comparison: 1 Early palliative care vs standard oncological care, outcome: Health-related quality of life (sensitivity analysis for study design including RCTs only).

Study or Subgroup	Std. Mean Difference	SE	EPC Total	TAU Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
Bakitas 2009	0.27	0.12	145	134	40.6%	0.27 [0.03, 0.51]
Bakitas 2015	0.19	0.16	72	83	22.9%	0.19 [-0.12, 0.50]
Maltoni 2016	0.33	0.18	64	65	18.1%	0.33 [-0.02, 0.68]
Tattersall 2014	0.06	0.39	13	13	3.8%	0.06 [-0.70, 0.82]
Temel 2010	0.52	0.2	60	47	14.6%	0.52 [0.13, 0.91]
Total (95% CI)			**354**	**342**	**100.0%**	**0.29 [0.14, 0.44]**

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 2.14, df = 4 (P = 0.71); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 3.81 (P = 0.0001)

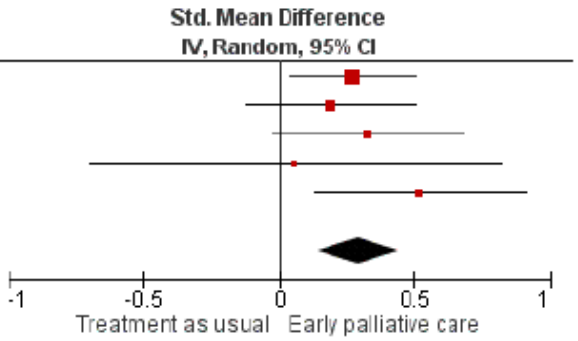


Figure 9. Forest plot of comparison: 1 Early palliative care vs standard oncological care, outcome: 1.6 Symptom intensity (sensitivity analysis for study design including RCTs only).

Study or Subgroup	Std. Mean Difference	SE	EPC Total	TAU Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
Bakitas 2009	-0.22	0.12	145	134	40.6%	-0.22 [-0.46, 0.02]
Bakitas 2015	-0.3	0.16	72	83	22.9%	-0.30 [-0.61, 0.01]
Maltoni 2016	-0.38	0.18	64	65	18.1%	-0.38 [-0.73, -0.03]
Tattersall 2014	0.2	0.39	13	13	3.8%	0.20 [-0.56, 0.96]
Temel 2010	-0.42	0.2	60	47	14.6%	-0.42 [-0.81, -0.03]
Total (95% CI)			**354**	**342**	**100.0%**	**-0.28 [-0.43, -0.13]**

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 2.58, df = 4 (P = 0.63); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 3.66 (P = 0.0002)

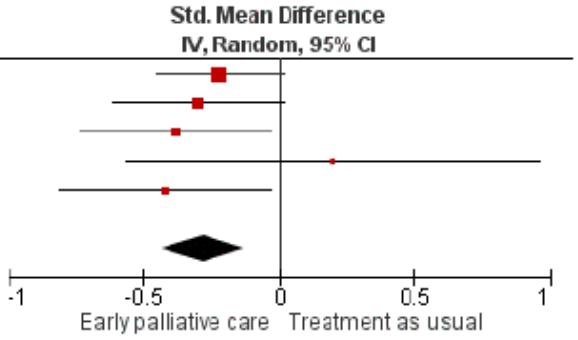
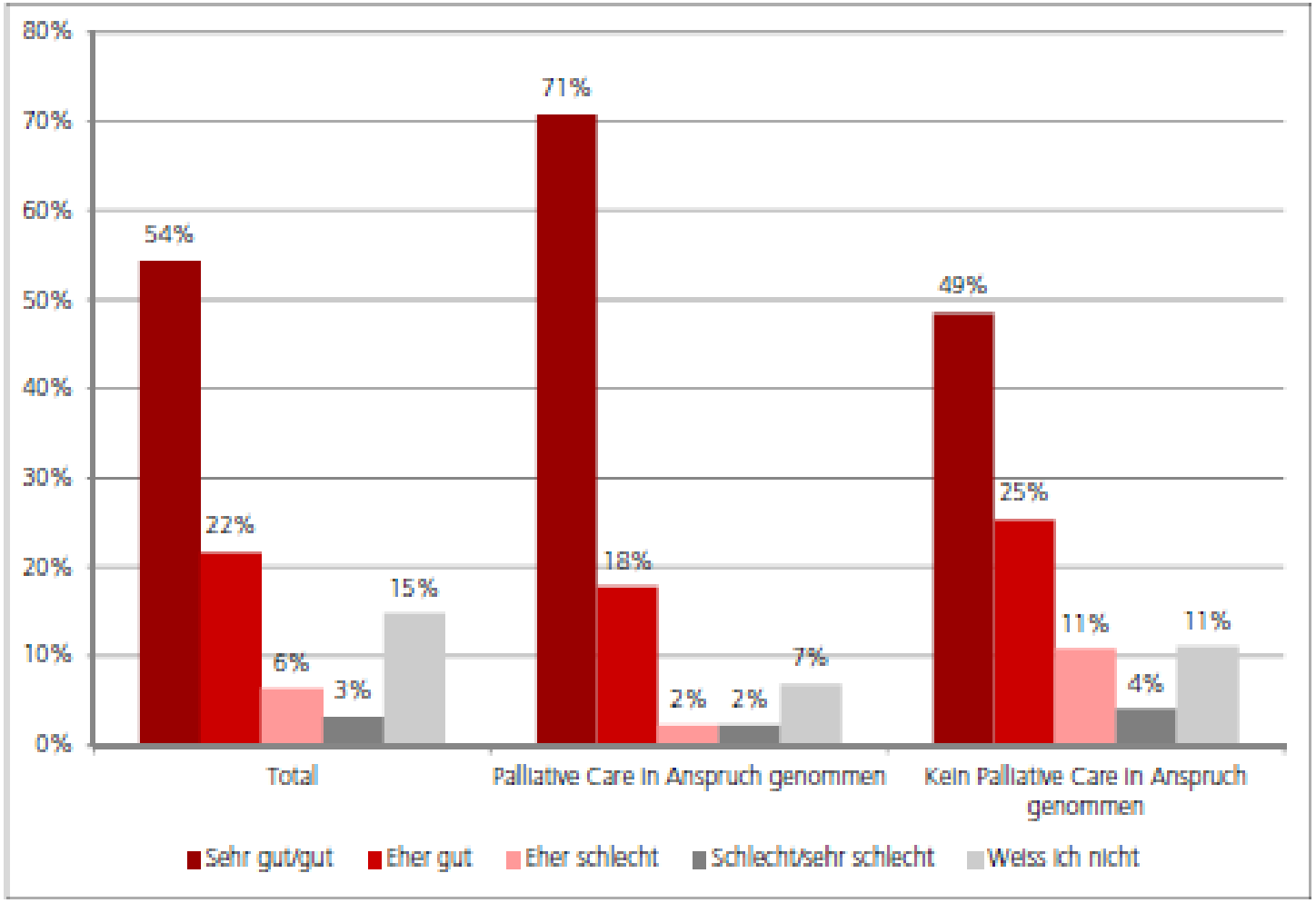


Abbildung 24: Beurteilung der Qualität der Betreuung und Behandlung der verstorbenen Person am Lebensende total und nach Inanspruchnahme von Palliative Care



n=570 Personen aus deren persönlichem Umfeld in den letzten 5 Jahren mindestens eine Person an einer unheilbaren Krankheit gestorben ist; PC in Anspruch genommen: n=269; Keine PC in Anspruch genommen: n= 301 (187 wissen es nicht oder ohne Angabe).

Quelle: Befragung Palliative Care 2017, Fragen F32 und F33, Berechnungen BASS

ORIGINAL ARTICLE

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

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

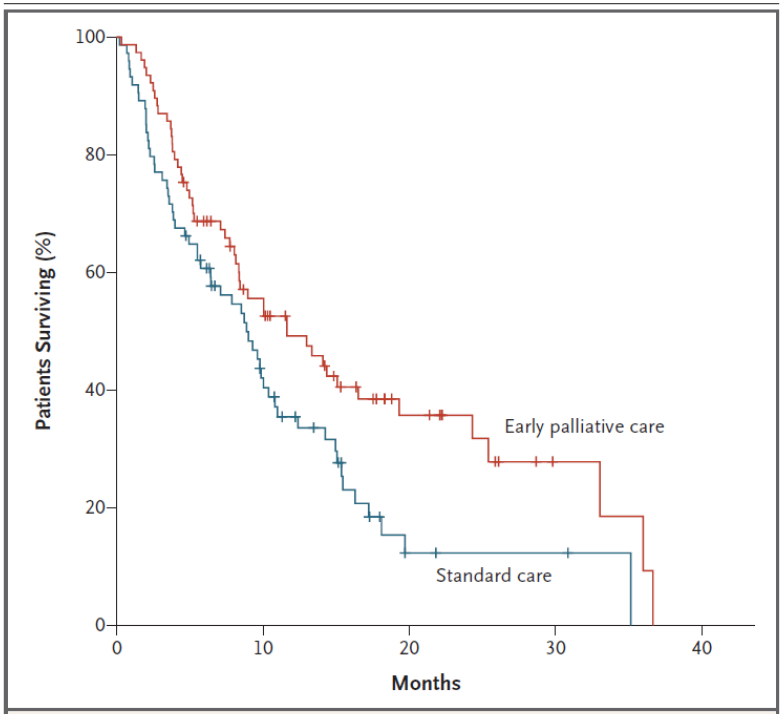


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of Survival According to Study Group.

151 patients
11.6 months (95% CI, 6.4 to 16.9)
8.9 months (95% CI, 6.3 to 11.4)
P = 0.02

N Engl J Med 2010;363:733-42.

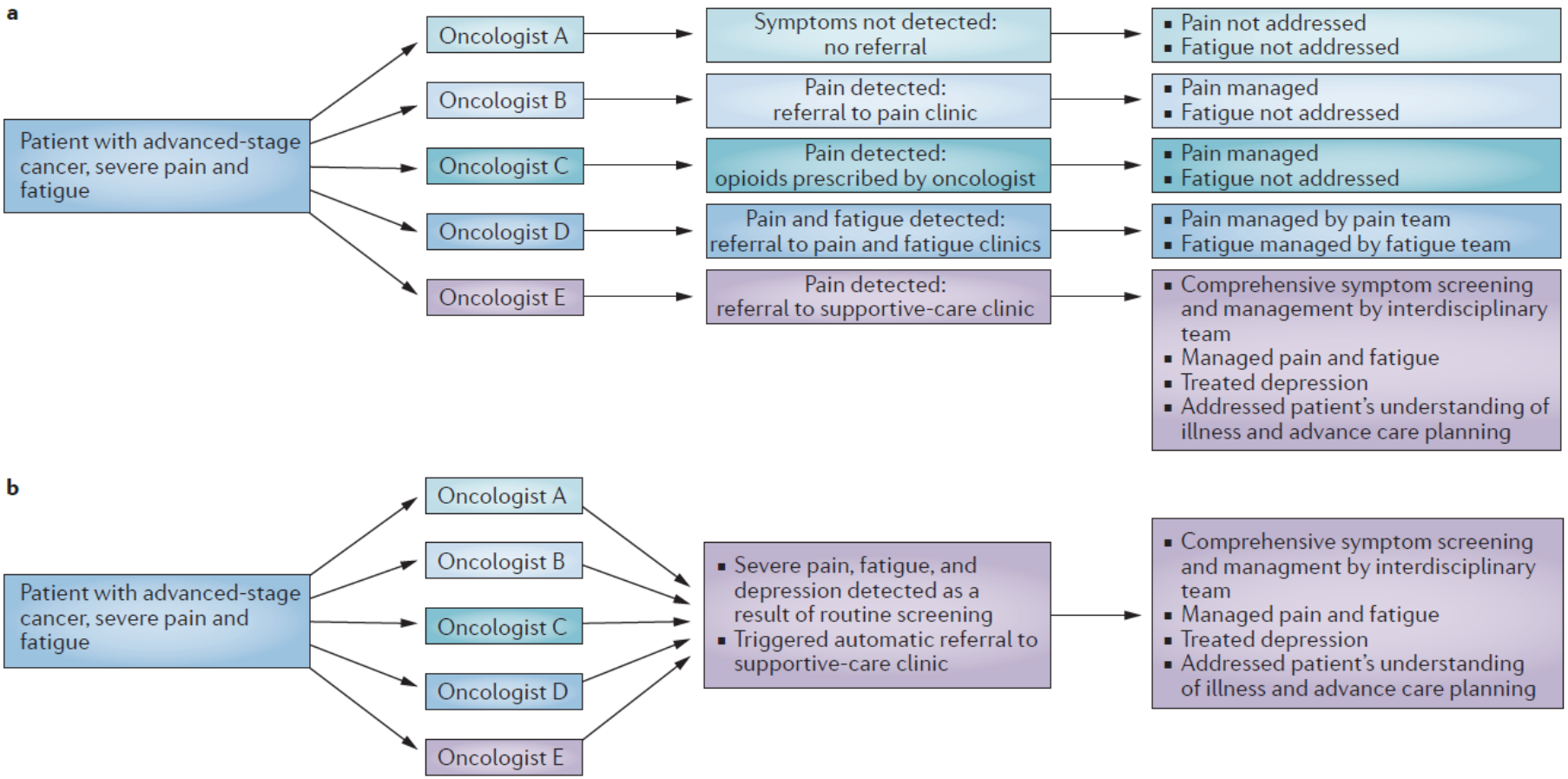
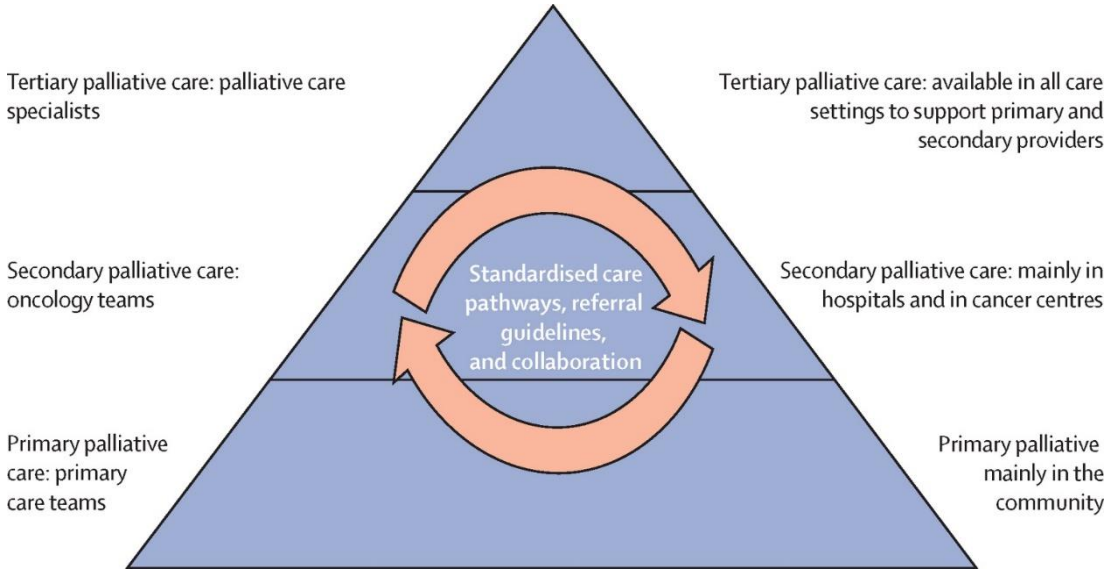


Figure 5 | **Palliative-care-referral patterns. a** | In an oncologist-based referral model, the patient might be directed to different services and, thus, receive variable care, depending on the palliative-care expertise and referral preferences of their oncologist, as well as local supportive-care-resource availability. **b** | Automatic referral models streamline access to palliative care and help to standardized care through the use of routine screening and the implementation of automatic triggers for referral. The criteria for referral need to be tailored to achieve a balance between local palliative-care-resource availability and patient care needs.

Integration of oncology and palliative care: a *Lancet Oncology* Commission

Stein Kaasa*, Jon H Loge*, Matti Aapro, Tit Albreht, Rebecca Anderson, Eduardo Bruera, Cinzia Brunelli, Augusto Caraceni, Andrés Cervantes, David C Currow, Luc Deliens, Marie Fallon, Xavier Gómez-Batiste, Kjersti S Grotmol, Breffni Hannon, Dagny F Haugen, Irene J Higginson, Marianne J Hjermstad, David Hui, Karin Jordan, Geana P Kurita, Philip J Larkin, Guido Miccinesi, Friedemann Nauck, Rade Pribakovic, Gary Rodin, Per Sjøgren, Patrick Stone, Camilla Zimmermann, Tonje Lundeby



The Lancet Oncology 2018 19, e588-e653DOI: (10.1016/S1470-2045(18)30415-7)

- Les soins palliatifs doivent introduits précocement
- Ils améliorent la qualité de vie..
- Le cancer devient une maladie chronique
- Qques fois la quantité!!!
- Et surtout ils doivent être intégrés et non superposés

Plan

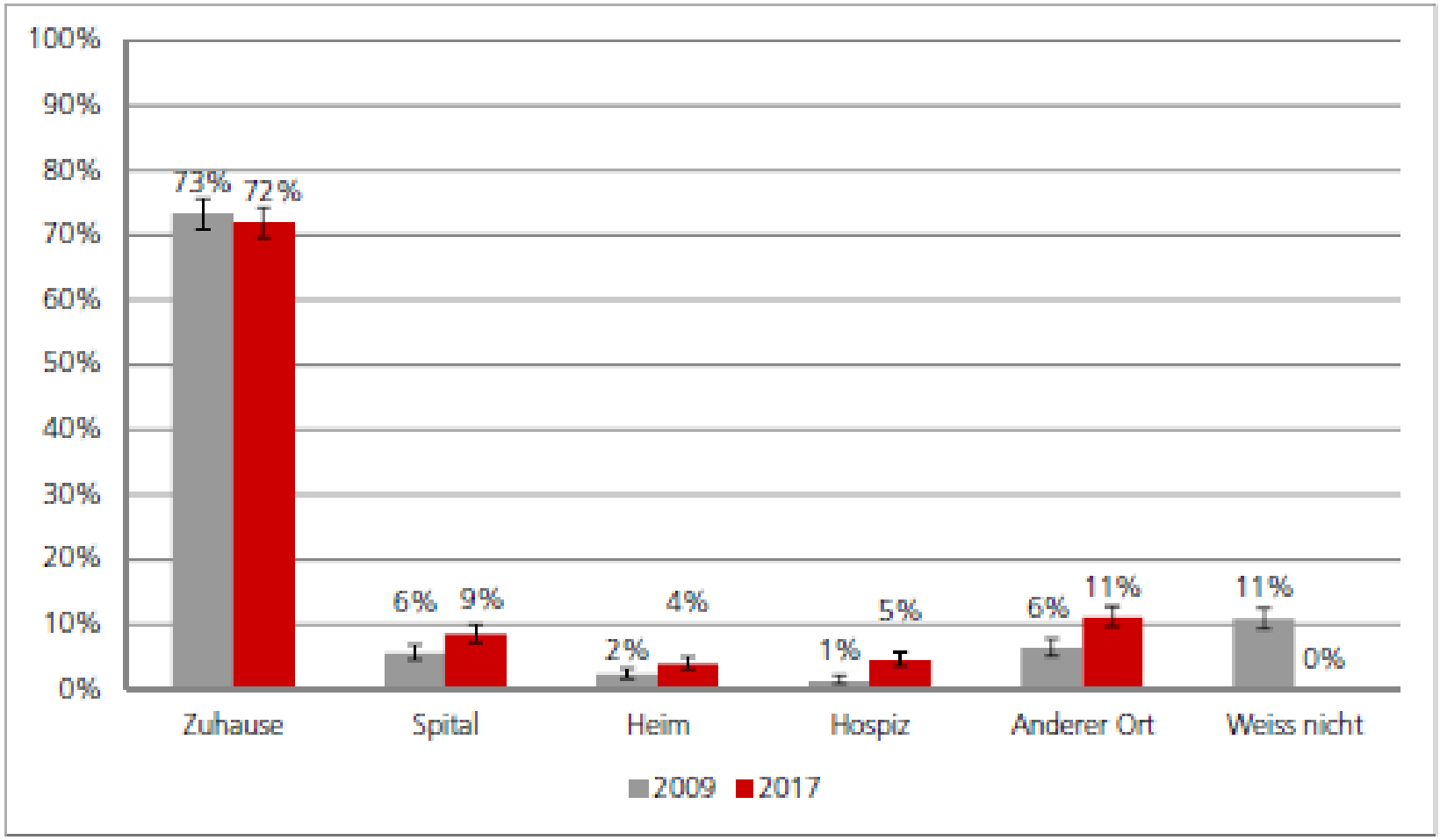
Mme Daisy	Les certitudes	**Les besoins de Mme Daisy**	Et la suite

	Les symptômes physiques et psychologiques	Identifier les symptômes les plus gênants et les prendre en charge de façon médicamenteuse et non médicamenteuse Revoir l'adéquation des traitements
	Les besoins sociaux, financiers	Identifier le réseau, le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne Identifier les besoins financiers ou administratifs
	Les besoins spirituels	Identifier les éléments qui donnent du sens à sa vie; si souhait de voir aumônier
	Les proches	Identifier les personnes proches importantes; des personnes qu'il souhaiterait revoir si elles ont besoin de soutien; le sentiment d'être un poids pour eux; si inquiétudes pour les proches-réunion régulières
	Les projets	Identifier qu'est-ce qui est important pour le patient, quelles sont les activités où les projets qu'il souhaiterait faire et si vous pouvez aider?
	La trajectoire des patients, le plan de soins	Identifier les principaux acteurs, lieux de soins indispensables à la prise en charge-définir la meilleure trajectoire Médecin traitant-rôle Consultations de soins palliatifs
	L'anticipation –les urgences	Clarifier le **type d'urgence** qui pourrait survenir et l'attitude décidée (les personnes à appeler) , tenir compte des craintes du patient et des proches Si fin de vie devient palpable, identifier où le patient souhaite décéder, ce qu'il souhaite encore faire…

Ne pas oublier les particularités gériatriques

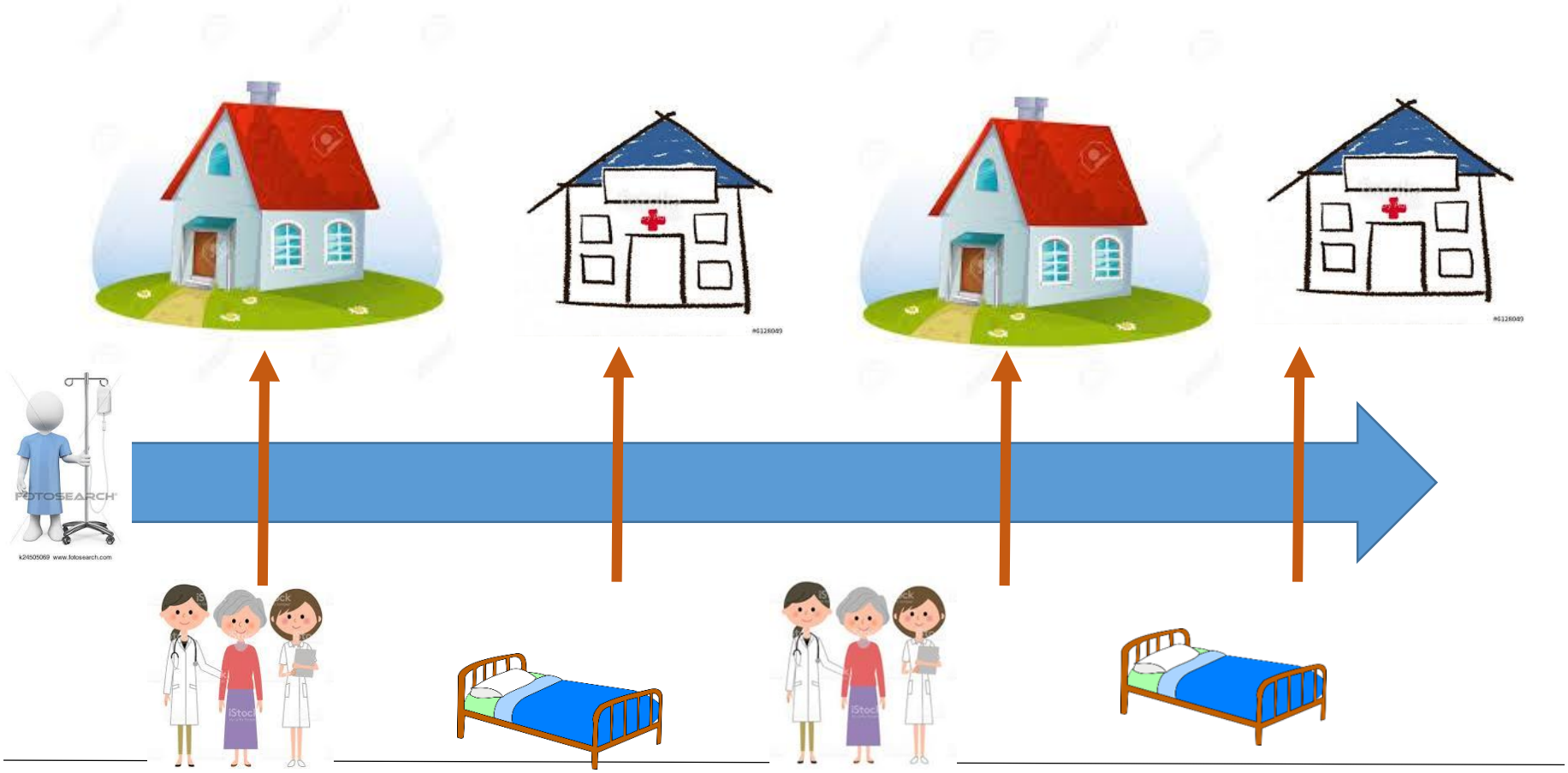
- La dépendance pour les activités de la vie quotidienne-les chutes
- La dénutrition
- L'incontinence urinaire…
- La polymédication
- Les troubles cognitifs-capacité de discernement

Abbildung 11: Gewünschter Sterbeort 2009 und 2017

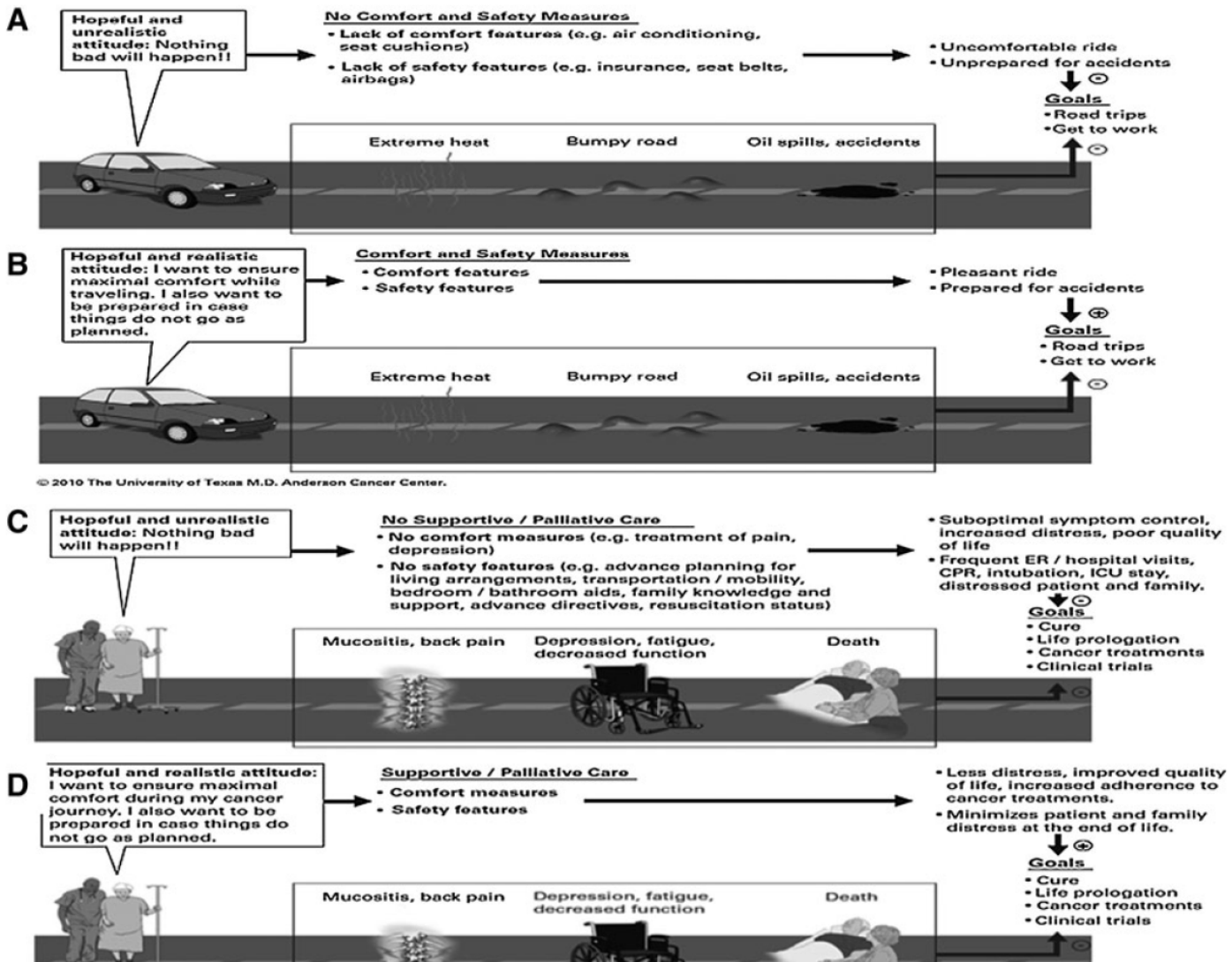


Anmerkung: Die Antwort «Weiss nicht» war nur in der Befragung 2009 möglich
2009: n=1'597 (3 ohne Angabe); 2017: n=1'644 (41 ohne Angabe)
Quelle: Befragung Palliative Care 2017, Frage F17, Berechnungen BASS

Sondage BAG 2017



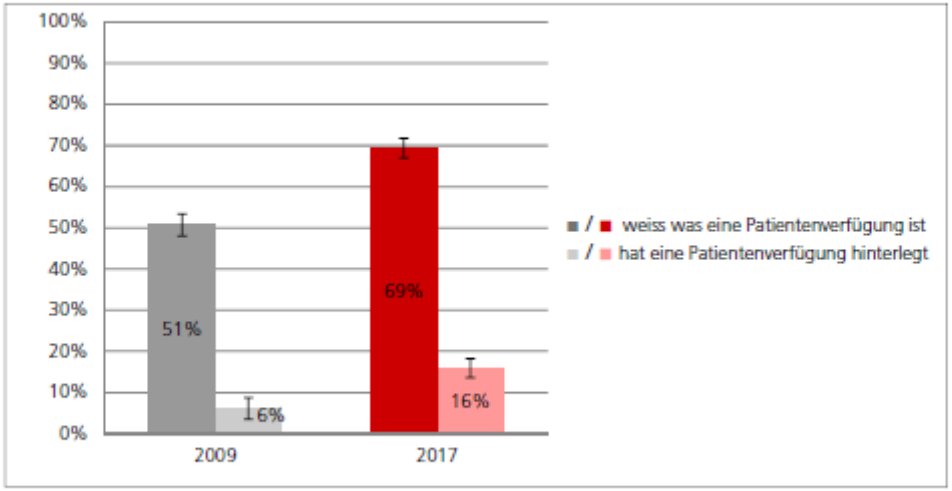
Goals of car(e)



Hôpitaux Universitaires Genève

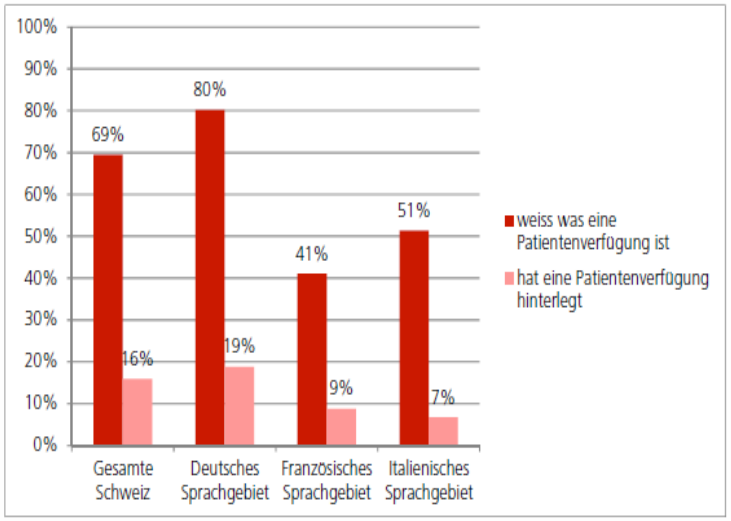
Directives anticipées

Abbildung 10: Anteil der Personen 2009 und 2017, die wissen, was eine Patientenverfügung ist bzw. eine solche ausgefüllt und hinterlegt haben



2009: Frage nach dem Wissen, was eine Patientenverfügung ist: n=1'599 (1 ohne Angabe); Frage nach Hinterlegung: n=810; 2017: Frage nach dem Wissen, was eine Patientenverfügung ist: n=1679 (6 ohne Angabe); Frage nach Hinterlegung: n=1'097 (2 o. A.)
Quelle: Befragung Palliative Care 2009 und 2017, Fragen F15 und F15a, Berechnungen BASS

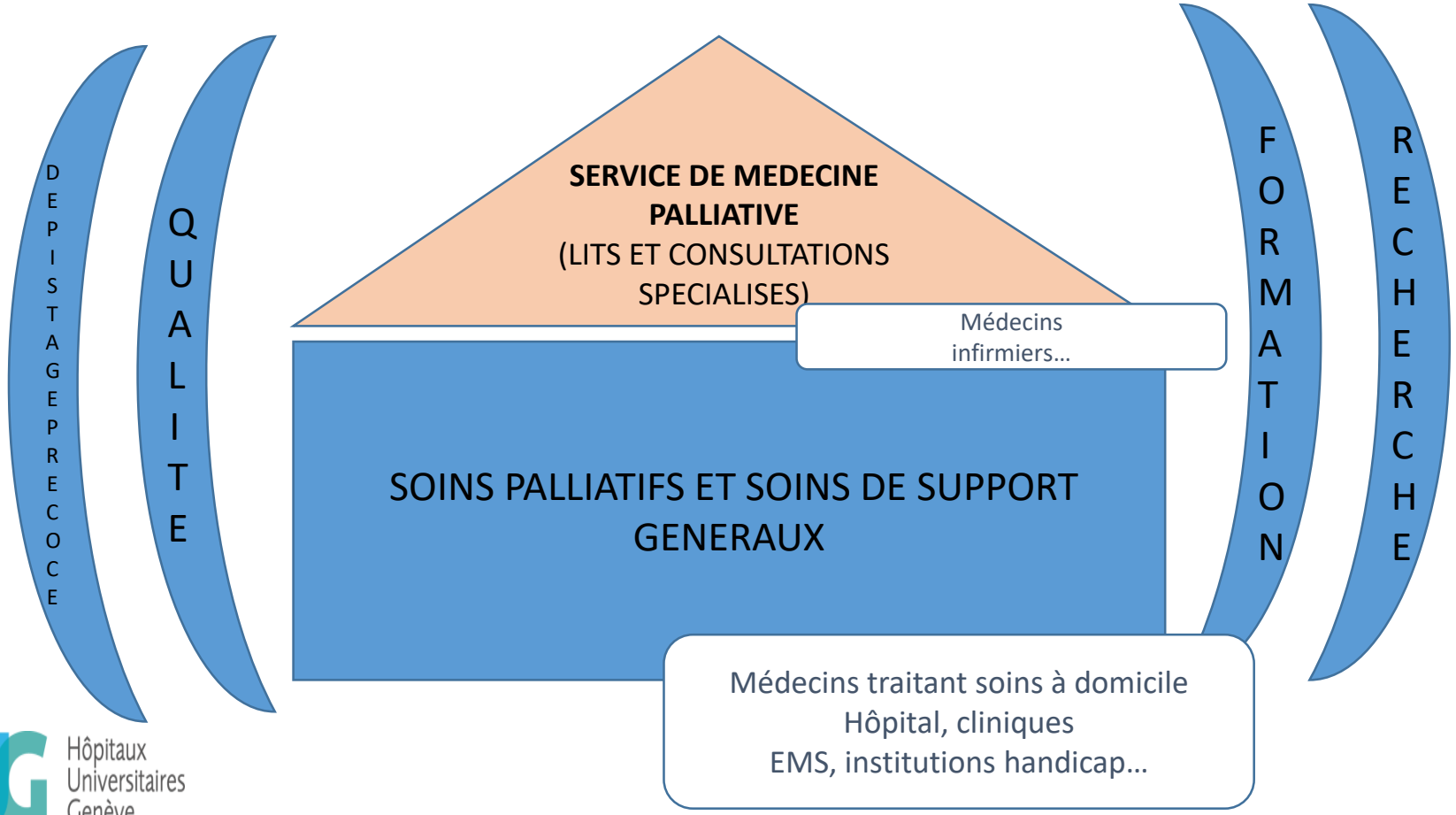
Abbildung 6: Anteile der Personen, die wissen was eine Patientenverfügung ist und die eine solche hinterlegt haben, nach Sprachgebiet



Gesamte Schweiz: n= 1'679 (6 ohne Angabe), Deutsches Sprachgebiet: n= 950, franz. Sprachgebiet n= 409 und ital. Sprachgebiet: n=320
Quelle: Befragung Palliative Care 2017, Fragen F15 und F15a, Berechnungen BASS

- Prendre en compte les syndromes gériatriques
- Déterminer les lieux de soins et de vie
- Déterminer les objectifs de soins, si possible les anticiper

Mme Daisy	Les certitudes	Les besoins de Mme Daisy	**Et la suite**



Hôpitaux Universitaires Genève

JAMA Internal Medicine | Original Investigation | SHARING MEDICINE

Effect of a Patient and Clinician Communication-Priming Intervention on Patient-Reported Goals-of-Care Discussions Between Patients With Serious Illness and Clinicians

A Randomized Clinical Trial

J. Randall Curtis, MD, MPH; Lois Downey, MA; Anthony L. Back, MD; Elizabeth L. Nielsen, MPH; Sudiptho Paul; Alexandria Z. Lahdya; Patsy D. Treece, RN, MN; Priscilla Armstrong; Ronald Peck, MBA; Ruth A. Engelberg, PhD

communication personnalisée

↓

projet de soins anticipé personnalisé

↓

médecine personnalisée

Des questions?

Sophie.pautex@hcuge.ch